

広島文化学園大学大学院看護学研究科

博士（看護学）学位論文

緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティと  
スピリチュアルベストケアに向けての検討

**The Spirituality of Palliative Care Nurses and Consideration of the  
Best Spiritual Care Options**

令和2年度

看護学専攻・臨床看護学分野・成人看護学領域  
学生番号：n2180001n 氏名：永石喜代子

## 目 次

序章.....	1
第1節 研究の背景.....	1
1. スピリチュアリティ (Spirituality) とその理論的背景.....	1
2. 緩和ケア病棟の動向とスピリチュアルペイン (Spiritual Pain) の概念.....	4
3. スピリチュアルケア (Spiritual Care) の理論的背景.....	6
第2節 研究の動機.....	10
第3節 先行研究.....	11
第1章 研究目的及び研究の意義.....	15
第1節 研究目的.....	15
第2節 研究の意義.....	16
第2章 本研究の概念.....	17
第1節 研究の概念.....	17
第2節 用語の定義.....	18
第3章 研究の方法及び研究プロセス.....	20
第1節 研究方法.....	20
第2節 研究プロセス.....	20
第3節 倫理的配慮.....	21
1. 質問紙調査に関する倫理的配慮.....	22
2. 半構成的面接調査に関する倫理的配慮.....	22
3. 公表と貢献.....	23
第4章 第1研究 スピリチュアリティへの影響要因と自尊感情との関係.....	25
第1節 研究目的と研究デザイン.....	25
1. 研究目的.....	25
2. 研究対象.....	25
3. 調査期間.....	25
4. データ収集方法.....	25
5. 調査内容.....	25
6. 分析方法と分析手順.....	27
第2節 結果.....	28
1. 基本属性.....	28

2. SRS-A と自尊感情の平均得点 .....	29
3. SRS-A の 5 段階分類評価 .....	30
4. SRS-A 尺度の項目別平均得点と下位尺度の平均得点 .....	30
5. SRS-A と基本属性との比較 .....	32
6. SRS-A, 自尊感情, 年齢, 看護経験年数, 緩和ケア経験年数との相関 .....	33
7. SRS-B 尺度の各項目の平均点 .....	34
8. SRS-B の自尊感情 3 等分割 (低・中・高) の比較 .....	35
9. 自尊感情の平均点 3 群 (低・中・高) における SRS-B 記述内容 .....	36
10. スピリチュアリティに関する自由記述の分析 .....	38
第 3 節 考察 .....	39
1. スピリチュアリティへの影響要因の検討 .....	39
2. スピリチュアリティと自尊感情との関連性についての検討 .....	42
第 4 節 結論 .....	44
第 5 章 第 2 研究 スピリチュアリティとスピリチュアルケアの関連性 .....	45
第 1 節 研究目的と研究デザイン .....	45
1. 研究目的 .....	45
2. 研究対象 .....	45
3. 調査期間 .....	45
4. データ収集方法 .....	45
5. 調査内容 .....	45
6. 分析方法と分析手順 .....	46
第 2 節 結果 .....	47
1. SRS-A とスピリチュアルケア能力の平均点 .....	47
2. スピリチュアルケア能力の項目と下位尺度の平均点 .....	47
3. 自己のスピリチュアリティの認識 .....	49
4. SRS-A とスピリチュアルケア能力への影響要因の比較 .....	50
5. スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力との関係 .....	50
第 3 節 考察 .....	53
1. スピリチュアルケア能力の評価点 .....	53
2. スピリチュアルケア能力への影響要因 .....	54
3. スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力 .....	55
第 4 節 結論 .....	55
第 6 章 第 3 研究 看護師が考えるスピリチュアリティとスピリチュアルベストケア .....	57
第 1 節 研究目的と研究デザイン .....	57

1. 研究目的.....	57
2. 研究方法.....	57
3. 研究対象者.....	57
4. 調査期間.....	57
5. 分析方法.....	58
第2節 結果.....	58
1. 対象者の基本属性.....	58
2. 対象者Aのインタビュー内容の分析.....	59
3. 対象者Bのインタビュー内容の分析.....	61
4. 対象者Cのインタビュー内容の分析.....	63
5. 対象者Dのインタビュー内容の分析.....	65
6. 対象者Eのインタビュー内容の分析.....	66
7. 対象者Fのインタビュー内容の分析.....	68
8. 対象者Gのインタビュー内容の分析.....	69
9. 対象者Hのインタビュー内容の分析.....	71
10. 対象者Iのインタビュー内容の分析.....	72
11. 対象者Jのインタビュー内容の分析.....	74
12. 対象者Kのインタビュー内容の分析.....	76
13. カテゴリの統合.....	78
第3節 考察.....	80
第4節 結論.....	85
第7章 全体考察.....	86
第1節 緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティの検討.....	86
第2節 スピリチュアルベストケアの検討.....	88
第3節 全体結論.....	89
終章.....	91
第1節 総括.....	91
第2節 本研究の将来展望.....	92
第3節 本研究の限界と課題.....	92
謝辞.....	93
引用・参考文献.....	94

**【図】**

図 1	QOL を構築する要素（スピリチュアリティ）	2
図 2	スピリチュアリティの超越性と究極性	3
図 3	全人的苦痛 Total Pain の概念	5
図 4	スピリチュアルペインの概念	6
図 5	スピリチュアル領域	7
図 6	本研究の概念	18
図 7	本研究のプロセス	21
図 8	SRS-A 尺度の各項目の平均点	31
図 9	SRS-A と自尊感情の散布図	33
図 10	SRS-B の評価点	35
図 11	SRS-A とスピリチュアルケア能力の散布図	51
図 12	SRS-A, SRS-B, スピリチュアルケア能力関係のパス図	52
図 13	統合したカテゴリの構造化	84

**【表】**

表 1	基本属性	29
表 2	SRS-A と自尊感情の平均得点	29
表 3	SRS-A の 5 段階分類評価	30
表 4	SRS-A 尺度の項目別平均得点と下位尺度の平均得点	32
表 5	SRS-A と基本属性（スピリチュアリティへの影響要因）の比較	33
表 6	SRS-A, 自尊感情との相関	34
表 7	SRS-B の自尊感情 3 等分割（低・中・高）の比較	36
表 8	自尊感情の 3 群（低・中・高）における SRS-B 記述内容	38
表 9	自由記述から生成したカテゴリとサブカテゴリ	39
表 10	SRS-A, スピリチュアルケア能力の平均点	47
表 11	スピリチュアルケア能力項目と下位尺度の平均点	48
表 12	自己のスピリチュアリティの認識	49
表 13	自己のスピリチュアリティを知っている群と知らない群の比較	49
表 14	SRS-A とスピリチュアルケア能力への影響要因の比較	50
表 15	スピリチュアルケア能力と SRS-A と SRS-B との相関	51
表 16	インタビュー対象者の基本属性	59
表 17	対象者 A : サブカテゴリからのカテゴリ化	60
表 18	対象者 B : サブカテゴリからのカテゴリ化	62
表 19	対象者 C : サブカテゴリからのカテゴリ化	64
表 20	対象者 D : サブカテゴリからのカテゴリ化	65

表 21	対象者E : サブカテゴリからのカテゴリ化.....	67
表 22	対象者F : サブカテゴリからのカテゴリ化.....	68
表 23	対象者G : サブカテゴリからのカテゴリ化.....	70
表 24	対象者H : サブカテゴリからのカテゴリ化.....	71
表 25	対象者I : サブカテゴリからのカテゴリ化.....	73
表 26	対象者J : サブカテゴリからのカテゴリ化.....	75
表 27	対象者K : サブカテゴリからのカテゴリ化.....	77
表 28	カテゴリの統合.....	79

## 凡 例

1. 本論文は、章一節一項（1．2．3等）に文節し、注釈は本文中に(注)と記入し、そのページの下に脚注として記入した。
2. 資料、表及び図には論文全体の通し番号を附し、本文中ではその番号を用いた。目次の後に図表目次を掲載した。
3. 本文中の年号は西暦を使用した。
4. 引用・参考文献については、本文中に「     」を附して挿入し、右肩に脚注番号を付し、引用・参考文献として文末注とした。
5. 本文中の重要文脈には下線          を筆者が附した。
6. 文献の発行年は全て西暦で表記した。
7. 本文中の著作には『     』を附して挿入した。
8. 本文中の日本人の著者名は敬意を表して初出は姓で表記し、以降は姓のみを表記した。
9. 本文中の外国人の著者名は姓名をカタカナで表記し、括弧内に英字で姓名もしくは姓と名のイニシャルを表記した。以降はカタカナで姓のみを表記した。
10. 質問項目、概念項目は〈     〉で示した。
11. 本文中の強調文には“     ”を挿入した。
12. 本文中でのサブカテゴリは [     ] , カテゴリは【     】で示した。

## 序章

### 第1節 研究の背景

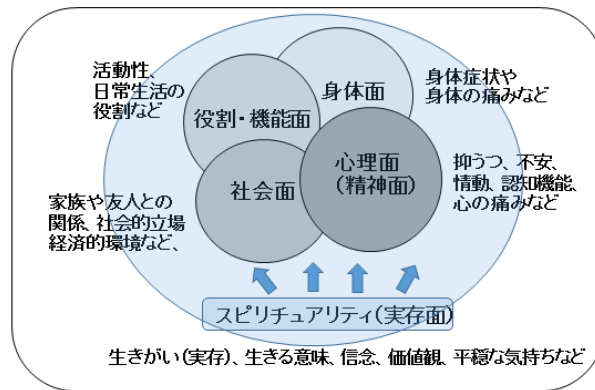
#### 1. スピリチュアリティ (Spirituality) とその理論的背景

スピリチュアリティ (Spirituality : 名詞) とは、人間に特有な心理的あるいは精神的活動の総体、または任意の部分を指す用語である。それは、呼吸や息、いのち、意識、靈感、風、香り、聖霊や魂を意味するラテン語・スピリット (Spiritus) に由来する<sup>1)</sup>。英語のスピリチュアル (Spiritual) はキリスト教用語で、霊的な意味をもつ<sup>2)</sup>。英語では、Spiritual Support と表記され、Spiritual は霊的、Support は患者がより偉大な力と均衡と連結を感じるのを支援すると記述されている<sup>3)</sup>。

わが国では、スピリットを息、呼吸、魂、勇気、活気と訳し、スピリチュアル (Spiritual: 形容詞) は、霊性、魂などと表現され、人生の意味・希望・安らぎなどを見出す概念をいう<sup>4)</sup>。このように、スピリチュアリティに関する概念は、宗教的ニュアンスを含み、日本人としては捉えにくい概念である。しかし、緩和ケア病棟のケアは、トータルペインであり痛みからの解放である。ゆえに身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛・霊的苦痛へのトータルペインへのアプローチである。そのケアを支える看護師には、看護師自身のスピリチュアリティが重要であるといわれている<sup>5)</sup>。そこで、スピリチュアリティの理論的背景を論述する。

1990年、世界保健機構 (WHO) の執行理事会において、スピリチュアリティとは、人間として生きる事に関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉であり、“生きている意味や目的についての関心や懸念である”と報告している<sup>6)</sup>。このWHOの健康の概念の見直し以降、わが国においてもスピリチュアリティへの関心が高まっている。特に、がん患者の終末期医療を中心に、スピリチュアリティやスピリチュアルペインに対応したケアのあり方が探求されている<sup>7) 8) 9) 10) 11)</sup>。また、北米看護診断協会の看護診断の定義と分類には、Spiritual Distress「霊的苦悩 (魂的苦悩)」<sup>12)</sup>、Readiness for Enhanced Spiritual Well-Being「霊的安寧促進準備状態」<sup>13)</sup>などのスピリチュアリティに関した診断名がある。これらのスピリチュアルな側面へのケアは、看護の重要な目的であり機能である<sup>14)</sup>。しかし、スピリチュアリティの概念や定義は多様にある。

たとえば、下妻晃二郎<sup>15)</sup> (2014) は、スピリチュアリティを健康関連 QOL の構成要素として図1のように示している。図1によれば、健康関連 QOL の構成要素は身体面、心理面 (精神面)、役割・機能面、経済面の側面から成り立ち、これらを根本で支える側面に実存するのがスピリチュアリティであると論じた。それは“生きがい” “生きる意味” “信念” “価値観” “平穏な気持ち” である<sup>15)</sup>。



下妻晃二郎(2014)健康関連 QOL より<sup>15)</sup>

図 1 QOL を構築する要素 (スピリチュアリティ)

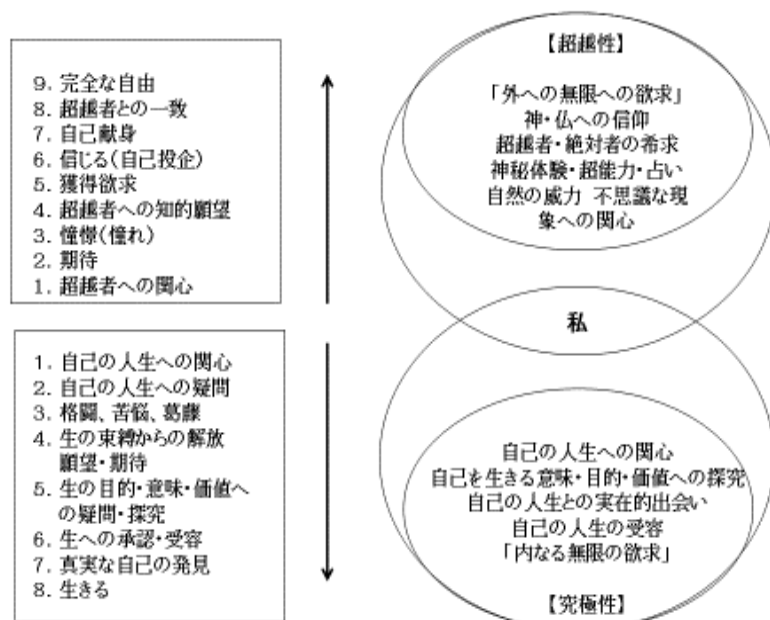
また、窪寺俊之<sup>16)</sup> (2000) は、スピリチュアリティとは、「人生の危機に直面して生きる拠り所が揺れ動き、あるいは見失われたとき、その危機状態で生きる力や希望を見つけ出そうとして、危機の中で失われた生きる意味や目的を、自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能のことである」と論じている。この機能について、窪寺俊之<sup>17)</sup> (2009) は図 2 のように示している。図 2 によると、スピリチュアリティは、自己の存在を、自分を越えた超越的存在と、自己の内にある本当の自分、内的自己に出会う軸のなかにあると論じている。この概念はフロイト<sup>注1)</sup> が“超自我”と呼んだ超越性と究極性の軸の中に見ることができる。“超自我”は価値観や倫理観や道徳観などから構成されている。つまり、スピリチュアリティは、人間が危機状態 (病気・愛する人との離別) に直面し不安や恐怖を体験するとき、普段は無意識であったスピリチュアリティが覚醒し、危機状態から新たな自己を支える土台を見つけ出す機能である。この機能は二つの方向性を持つ。一つは、図 2 に示すように上向きの矢印の方向で、人間を超えた神や自然への超越性に求める方向である。日本人は神仏、自然、先祖などに関心を向ける。もう一つは下向きの矢印にある自己を見つめ、本当の自分に出会うという究極性に求める方向である。それは、仮面の自己、プライド、古い価値観を捨てて、そこで出会う本当の自分である。このようにして自分のスピリチュアリティを形成している。それは、すべての人に備わった生得的な能力である。

さらに高橋正美ら<sup>18)</sup> (2004) は、スピリチュアリティについて「人生の意味や死の恐怖、神の存在の探求など、人間存在の根底に関わる人間自身の内面性であり、すべての人間が共通にもつ生命の根源である」と論じている。このように、スピリチュアリティの解釈には多様性があり、定まった定義は見出されていない。その理由に、スピリチュアリティが欧米諸国からの宗教的背景から生まれた概念であること、また、スピリチュアリティは個

注1) ジークムント・フロイト(Sigmund Freud, 1856~1939) オーストラリアの精神科医、神経細胞の解剖学から神経症の研究、無意識の世界を解明し精神分析を創始した。今日の多様な精神療法の礎を形成し、精神医学や臨床心理学に大きな影響を与えた。



人によって異なる相対的なものであり、個人の背景にある文化や環境に影響を受けているからだという<sup>19)</sup>。



窪寺俊之 (2009) 『スピリチュアルケアへのガイド』より<sup>17)</sup>

図 2 スピリチュアリティの超越性と究極性

以上のようにスピリチュアリティを概観すると、それぞれの概念であるスピリチュアリティには共通するものがある。それは、すべての人間が共通にもつ生命の根源が存在することである。人は思いがけない人生の危機に直面すると、それまでの人生の基礎が崩れ、頼るものを失い希望や目的が消えてしまう。その状態から立ち直るために、人は自分の外なる絶対的な存在や、人間的限界や有限性を持たない世界に、新たな“生きる力”や“希望”を求める。これは何も疾病をもった患者だけのことではない。筆者もそうであるように、緩和ケアで働く看護師にとっても同様である。とくに死に向き合う機会の多い緩和ケア病棟で働く看護師にとって、患者の死は衝撃的であり無力感に陥ることもある。時には看護に行き詰り、希望や目的が消え、無気力となり自分の価値観さえも見えなくなる。ジェラルド・キャプラン (Gerald Caplan)<sup>注2)</sup>は、この危機状態について次のように述べている。「危機状態とは、人生の重要目標が到達されるのを妨げられる事態に直面したとき、習慣的な課題解決方法をまず初めに用いて、その事態を解決しようとするが、それでも克

注2) ジェラルド・キャプラン (Gerald Caplan, 1917-2008) : 危機理論の創設者、メンタルヘルス・コンサルテーション。Mental Health Consultation は 現在の様々なコンサルテーション・モデルの基盤となる理論枠組みを提供した。

服できない結果、発生する状態である」と定義している。この危機状態から立ち直るために看護師は、無意識の中に存在しているスピリチュアリティに目覚め、自己の中に安らぎと自己受容を育むことを求め、次への新たな活動のエネルギーを得るのではないだろうか。つまりスピリチュアリティは危機状態から立ち直る、或いは前進するために必要なエネルギー源であると考えられる。

## 2. 緩和ケア病棟の動向とスピリチュアルペイン（Spiritual Pain）の概念

わが国では、1981年のがんによる死亡が死因の第1位となった以降、ホスピスケア、緩和医療が導入され、がん患者の痛みからの解放、生命の質、QOLの向上が叫ばれ、緩和ケアへの関心が高まった。緩和ケアの理念を提唱したのが、緩和ケア（ホスピス）の創始者シシリ・ソンドース（Dame Cecily Saunders）<sup>注3)</sup>である。

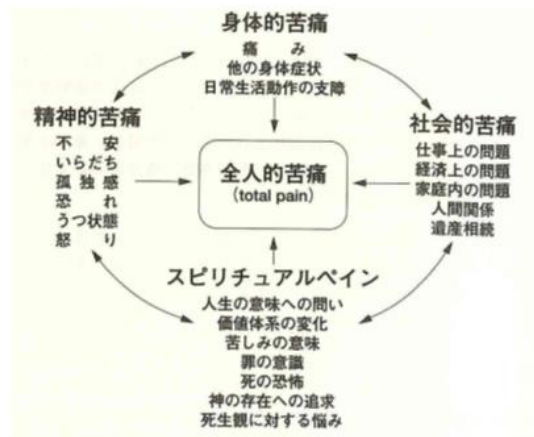
You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we cannot only to help you die peacefully, but also to live until you die.<sup>20)</sup>

彼女は「You matter because you are you.」「あなたはあなただから大切なのであり、あなたの最期のときまで大切です。あなたが“平和な死”（安らかな死）<sup>注4)</sup>を迎えられるだけでなく、死ぬまで生きられるようにできる限りのことをいたします。」と述べている。

つまり、患者が“平和な死”「die peacefully」だけではなく最期まで“その人らしく生きられること”が緩和ケアの理念である。さらに、「生命を脅かす疾患に直面すると多くの患者が自責の念あるいは罪の感情を持ち、自分自身の存在に価値がなくなったと感じ、時には苦悶の中に落ち散る」<sup>21)</sup>という。この痛みがスピリチュアルペインである。ソンドースは1967年に、セント・クリストファー病院にホスピスケア（Hospice Care）を導入し、トータルペイン（Total Pain）を提唱した。英語のPainには単に“痛み”だけでなく“苦痛・苦悩”という意味が含まれ、トータルペインとは、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインを全人的にとらえる。わが国でも1980年以降、ソンドースの活動をモデルとしてホスピスや緩和ケア病棟を中心にスピリチュアルケアが浸透していく。1981年、浜松の聖隷ホスピス、淀川キリスト病院ホスピスが開設された。淀川キリスト病院緩和ケアマニュアルによる全人的苦痛 Total Pain の概念が図3である<sup>22)</sup>。

注3) シシリ・ソンドース（Dame Cecily Saunders, 1918-2005）：イギリスの医師、1950年代までの医療は、モルヒネなどの鎮痛剤を、中毒になりやすく危険であることを理由に、末期患者（特にかんが末期患者）に対して使うことを控える傾向にあったが、ソンドースはそのようなやり方を改め、患者の肉体的な苦痛・精神的・心理的な苦痛を緩和し、安らかに余生を送ってもらえるような緩和ケア（palliative care）を実践した。

注4) 原文 die peacefully を日本では“平和な死”と“安らかな死”と翻訳していることから、括弧付きで（安らかな死）を追筆した。「平和な死」：「看護の基本となるもの」翻訳者、湯慎ます・小玉香津子、「安らかな死」：新英和辞典（研究社）、Eゲイト英和辞典（ベネッセ）、



淀川キリスト教病院編 (2007) : 緩和ケアマニュアル第5版<sup>22)</sup>

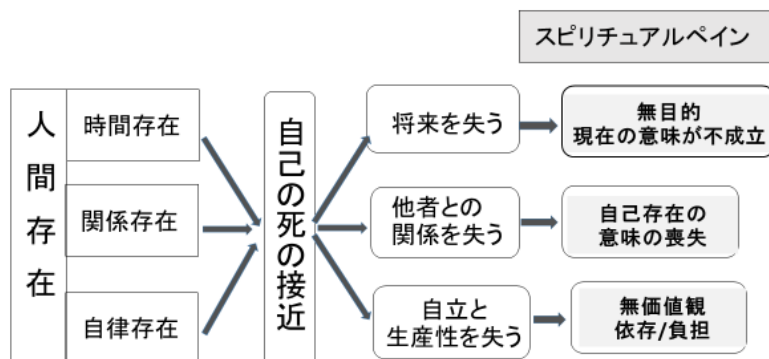
図 3 全人的苦痛 Total Pain の概念

図 3 で示す全人的苦痛、すなわちトータルペインは、ソンドースが末期癌患者との関わりを通して提唱した概念であり、4つの要因、身体的苦痛、社会的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルペインが患者の全人的苦痛を形成している。4つの苦痛はお互いに影響しあって患者の苦痛を形成している。スピリチュアルペインは霊的な痛みと和訳されるが、霊的という言葉で宗教的側面を強く連想する場合もあることから、原語のまま用いることも多い<sup>23)</sup>。

一方、スピリチュアルペインについて村田久行<sup>24)</sup> (2003) は、図 4 の概念を示している。図 4 によれば、スピリチュアルペインを「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、それを人間存在の時間性、関係性、自律性の三次元から分析している。その結果、終末期がん患者のスピリチュアルペインを、将来の喪失(時間性)、他者との喪失(関係性)、自律性の喪失(自律性)から生じる苦痛であると解明している<sup>24)</sup>。例えば、時間存在には「私の人生は何だったのか・・・」「生きていても、もう何も意味がない・・・」など、関係存在には「死んだら何も残らない・・・」「誰もわかってくれない・・・」など、自律存在には「私は何の役に立たない、私は生きている価値がない・・・」「人の世話になって迷惑かけて生きていても、何の値打もない・・・」などの患者の苦悩や言葉から、スピリチュアルペインが読み取られる<sup>24)</sup>。

以上のように、終末期の患者は、人生の危機に直面し、身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛に伴い、自分の人生の意味や生きている目的、過去の出来事や死後の世界、見えない先の不安や苦悩などの苦痛をかかえていることが多い。緩和ケア病棟における終末期のがん患者は、患者によって相違があるものの、これらの多様なスピリチュアルペインを感じている。患者によっては、心の奥深くにスピリチュアルペインをかかえている患者もいる。ゆえに、看護師は患者のスピリチュアルペインに“気づく力”が必要である。とくに、緩和ケア病棟で働く看護師は、患者にとって最も身近な医療関係者である。看護師の日々

の緩和ケアでは、これらの痛みに“いかに気づくか”である。患者のスピリチュアルペインに気づくには、看護師のスピリチュアリティが重要であると考ええる。



村田久行：緩和医療学5（2003）より<sup>24)</sup>

図 4 スピリチュアルペインの概念

### 3. スピリチュアルケア (Spiritual Care) の理論的背景

わが国のスピリチュアルケアは人々に関心を持たれながらも、その概念は受け入れにくい現状がある。そこには、宗教ではないものの宗教的要素を含むことへの拒否反応が文化的背景にある。しかしわが国では、スピリチュアル、いわゆる“霊性”という言葉は、日本古来より使っていた。鎌倉時代の神道家である卜部兼好<sup>注5)</sup>の書物『神道秘録』の中で神道を「円満虚無霊性を守る道」<sup>25)</sup>と記述され、“霊性”という言葉が使われている。円満とはパーフェクトに満ち足りていること。虚無とはその反対にあらゆるものの欠如、無を示す。つまり、完全に満ちて完全に無いという状態が“霊性”であるという<sup>25)</sup>。このように“霊性”は日本古来より存在するものの、医学界では死をタブー視する傾向や、霊的という言葉は宗教的側面を強く連想する場合もあることから、拒否的傾向がみられる。しかし、健康の概念としての健康の定義の議論からスピリチュアルが注目され始まる。その背景を論述する。

看護領域でスピリチュアルが注目されはじめたのは、1983年に国際連合総会の小委員会で「健康に関する定義」が検討されてからである。1998年に開催された第101回WHO執行理事会において提案された「健康の定義」の改定案である。

“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

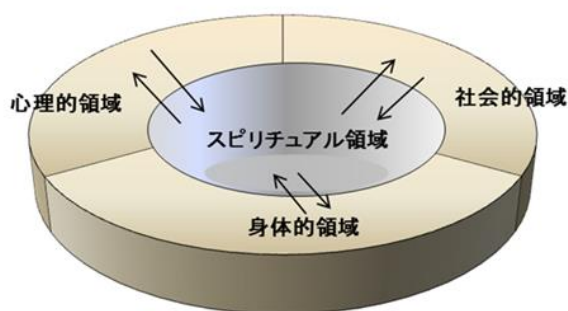
上記のように spiritual と dynamic の二つの語が新しく加えられている<sup>26)</sup>。しかし、1999年の第52回WHO総会で審議した結果、保留となり採択は見送られた<sup>27)</sup>。提案の背景には「健康」

注5) 卜部兼好：吉田 兼好(1283～1352)：本名卜部兼好(うらべかねよし/うらべのかねよし)は、江戸時代以降は吉田兼好と通称されるようになった。平安末から鎌倉初期にかけて活躍した神祇官卜部兼友は『神道秘録』の中で神道を「円満虚無霊性を守る道」といっている。日本三大随筆の一つとされる『徒然草』の作者でもある。

の確保において“生きている意味・生きがい”などの追求が重要との立場から提起されたものと理解されている<sup>28)</sup>。

一方、この提案は EMRO(東地中海地域事務局)のアラビアのイブン・スィーナ<sup>注6)</sup>のイスラム医学の伝統に則して、文化的宗教的背景に基づいた健康観を提案したともいわれている<sup>27)</sup>。しかし、ここで重要なことは、Spiritual な面まで包括したケアには、心の癒しを促す力 (potential for inner healing) があり、患者は Spiritual な面についての話に耳を傾け聞いてもらえることを期待する権利を持っているという共通認識である<sup>29)</sup>。ゆえに、スピリチュアルは人間を対象とする医学や看護学、宗教哲学、心理学、終末期ケアなどで注目され始める。

しかし、スピリチュアルの統一した概念は今日に至っても見出されていない。特に課題となるのは、そのスピリチュアル領域と精神的 (mental)領域との相違点や境界の不確かさにある。そこで河正子<sup>7)</sup> (2005)は、全人的苦痛の構造再考のなかでスピリチュアル領域を図5のように示している。図5によるとスピリチュアル領域は、個人の生きる根源的なエネルギー (生きる核となるエネルギー) であり、そのありようが個人の全体的な状態の基盤として、身体的領域、心理的領域、社会的領域に影響を及ぼし、全ての領域の核として考えられている。この概念のように臨床看護師は、日常のケアを領域で分けながらケアしている訳ではなく、それぞれの領域が影響し合っていることを実感している。たとえば、患者の身体的ケアをしながら、昨日まで出来ていたことが弱り衰えていく辛さ、あるいは突然、出来なくなった時の患者の悲しさや情けなさなど、言葉では表現し難い喪失感の痛みである。いわゆる身体的機能の低下から、排泄を他者に委ねなければならないという患者の情けない気持ちや辛さを感じる場面に臨床看護師は幾度となく遭遇している。ゆえに、スピリチュアルケアは、図5のように、それぞれの領域の境界は相互に影響していることを臨床看護師は実感している。また、臨床看護師にとってスピリチュアル領域は、特別なケア領域として捉えるのではなく、日常のケアの中から見出すという意味で理解しやすい概念であると考える。



河(2005) わが国緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者の  
スピリチュアルペインより<sup>7)</sup>

図5 スピリチュアル領域

注6) イブン・スィーナ (英語表記 アヴィセンナ Avicenna 980-1037) : ペルシャの哲学者、『医学典範』著書『医学典範』(全5巻)は、医学の知識の集大成、医学百科事典。苦痛を15種に区別している。生命力こそもっとも重要で、それは生命活動の源泉で、神からの流出であるという。

また、スピリチュアルケアの定義について窪寺は「肉体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛の緩和と並んで、患者の QOL を高めるには不可欠なケアで、特に死の危機に直面して人生の意味、苦難の意味、死後の問題などが問われ始めたとき、その解決を人間を超えた超越者や、内面の究極的自己に出会う中に見つけ出せるようなケアである。」<sup>30)</sup>と定義している。つまり、患者が新たな自己を支える土台を見つけ出すことであり、それは超越者、または内面の自己を見つけ出せるようなケアである。この超越者、究極的自己という概念の背景には宗教的なベースが窺われる。しかし、死の危機に直面した患者が、究極的自己を見出せるようなケアとは、最期まで“その人がその人らしく生きられるよう”“自分らしく今を生きること”へのケアであると考えられる。それには、看護師が患者の痛みに気づくこと、その痛みに寄り添うことが必要となる。それは容易な事ではなく、患者の痛みに寄り添える看護師のエネルギーが必要であり、その原動力となる看護師のスピリチュアリティが重要となる。このスピリチュアリティやスピリチュアルケアには看護師の価値観や死生観が大きく影響していると考えられる。

そこで重要なのは、スピリチュアルケアに影響を及ぼす看護師の死生観である。死生観は、死や生に対する考え方であり、その捉え方が看護師のスピリチュアルケアに大きな影響を与える。なぜならば、死を苦難とみなし拒絶する看護師は、死への不安が強く、瀕死の患者にとまどい、自己防衛から患者を拒絶する傾向がみられる<sup>31)</sup>。ゆえに死生観は、死を不安という否定的な側面からのみではなく、死への態度を多元的に、肯定的側面から捉えることが必要である<sup>31)</sup>。しかし、誰もが肯定的側面から捉えることが出来るとは言えず、特に死別経験の少ない看護師にとっての死は衝撃的であり戸惑う。緩和ケアで働く看護師は、その経験を重ねながら哲学的な“死生観”を育むものといえる。そこで、先駆者の“死生観”を概観する。

“死生観”の先駆者として、はじめに、キリスト教主義思想であるアルフォンス・デーケン (Alfons Deeken)<sup>注7)</sup>を挙げる。彼は“死への準備教育”を論じた。死の準備教育は「生と死の意義を探究し、自覚をもって自己と他者の死に備える心構えを習得することは、今、あらゆる面でもっとも必要とされる教育といえよう。」<sup>32)</sup>と論じている。つまり、死とは、この世に生を享けた者にとって、だれにでもいつか必ず訪れる、普遍的、絶対的な現実である。死を前もって個人的に体験することはできないが、死を身近な問題として考えることである。すなわち、「生の究極の到達点である死の日まで、自分に与えられた時間をいかに生きようかと考えることで、死への準備教育は、よりよく生きるための『生への準備教育』(ライフ・エデュケーション)である」と提唱している<sup>32)</sup>。さらに、老化も死も、生命

---

注7) アルフォンス・デーケン (Alfons Deeken, 1932-2020) : 上智大学名誉教授。哲学的思想家。死の準備教育 (death education) や「死生学」(thanatology) を勧めている。死の準備教育：人間らしい死を迎えるにはどうすべきかに関する教育。「死生学」：死ぬことや死別について、哲学、医学、心理学、文学、宗教などの立場から研究する学問である。

体の必然的な自然現象であると論じている。つまり、デーケンが説いた死生観は“いかに生きるか”の問いである。

次に挙げるのが、日本人で同じくキリスト教主義者であり、医師でもある日野原重明<sup>注8)</sup>である。彼は「人間は生まれた瞬間から死ぬことが決まっている。死と生は一つの続きのもの、同じものである。僕達は死ぬことから逃れないし、逃れなくてもいい。死だけ凝視するのではなく、目をそむけるものでもなく、ただただ生きている自分の命を輝かせていくこと、それこそ死が一つになった生を生きるということ」<sup>33)</sup>と述べている。それは自分の存在をいかに輝かせるかであり、今をどう生きるかにつながる。つまり、だれにでも最期まで“生きる命”がある。それをどのように輝かせることが出来るかである。その目標に向けてのケアが、看護師の役割であるといえる。

次に、仏教的哲学者である富士川游<sup>注9)</sup>は、「死のない生はある筈がなく、生あるものは必ず死を免れることは出来ぬ。生と死とは元来一如であるが故に、もし、死が無いならば、それと同時に生もまた無い訳である。それ故に、いたずらに死や悪のみを恐れることはない」<sup>34)</sup>と論じている。つまり、死を恐れず自然現象として受け入れていくことである。

また終末期研究の先駆者キューブラー・ロス<sup>注10)</sup>は、『死ぬ瞬間』<sup>35)</sup>で“死の受容”を提言している。ところが、キューブラー・ロスの死の受容は決して、すべての死を受け入れ安らかな穏やかな概念ではないと奥山敏雄<sup>36)</sup>(2019)は『死の受容と最後の成長：キューブラー・ロスの死にゆく過程の変容』で論じている。彼によると「キューブラー・ロスは死の受容を、感覚や関心が欠落している心理状態を意味するものであって、死を覚悟することによって世界の捉え方が変わり、自分らしい人生を締めくくるべく能動的な自己実現を果たすということではない」<sup>36)</sup>と論じている。しかし、キューブラー・ロスは『死ぬ瞬間』の「言葉を越えた沈黙」の中で「死の恐怖の克服と確固たる死生観が、死にゆく患者のそばに黙って座っているだけで、患者は無限の安らぎを覚え、平和と威厳のうちに死ぬことができる。肉体の機能が平和のうちに終わる瞬間を知るであろう」<sup>37)</sup>と、人間の平和と威厳の死について論じている。このことがキューブラー・ロスの死生観であると考えられる。

以上のように哲学的思想家の核心部分は、人間の生と死に関する問題であり、死を自然現象として受け入れ、最期まで自分らしく輝くこと、いかに生きるかを問うところに共通点がある。その論点は科学的でもあるが、主として精神性が関わる問題であり、死に直面している患者のみならず、今を生きる者にとっても重要な課題である。これらの死生観に影響を受けるのが、看護師が関わるスピリチュアルケアである。

---

注8) 日野原重明(1911-2017)：日本の医師であり医学者である。聖路加国際病院名誉院長，上智大学日本グリーンケア研究所名誉所長。公益財団法人笹川記念保健協力財団名誉会長

注9) 富士川游(1865-1940)：安芸国生れ，1895年呉秀三と共に医史社を興す。日本医史学者。1889年ドイツ留学，神経病学および理学療法の研究。1912年『日本疾病史』を刊行。1927年日本医師学会を創立。

注10) エリザベス・キューブラー・ロス(Elisabeth Kübler-Ross, 1926-2004)：アメリカ合衆国の精神科医師，著書『死ぬ瞬間』(1969)で死の間際にある患者とのかかわりから，それまで，医学に及ばなかった死の領域に医師が言及したこと，死を科学的に捉えようとしたことが評価されている。



さらに本研究では、緩和ケア病棟におけるより質の高い“スピリチュアルベストケア”について、緩和ケア病棟で働く看護師がどのように認識しているかを研究目的としている。スピリチュアルベストケアには明確に定義づけられている概念は存在しないが、死に瀕した患者が“最期まで自分らしく生きること、そして平和な死を迎えること”を可能とせしめるケア” であると筆者は考える。

“平和な死”とはヴァージニア・ヘンダーソン (Virginia Avenel Henderson) <sup>注11)</sup> の論じる看護師の独自の機能である。彼女は『看護の基本となるもの』<sup>38)</sup> の著書の中で「The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge : 看護師の独自の機能は、病人であれ健康人であれ各人が、健康あるいは健康の回復 (あるいは平和な死) に資するような行動をするのを援助することである。」<sup>38)</sup> と論じている。

この“平和な死”は、前述したソンドースの緩和ケアの理念においても“平和な死”が求められている。また、キュープラー・ロスの死生観においても“平和と威厳のうちに死ぬこと”と“平和な死”について論述している。それらの原文の *peaceful death* は翻訳者により“平和な死”または“安らかな死”と訳されている。これらの理念から、緩和ケア病棟における看護師のスピリチュアルケアには“平和な死”“安らかな死”へ導く良質なケアが存在すると考える。

さらに、スピリチュアルケアには看護師の人格や人間性の与える影響が大きいと考える。それはヘンダーソン (1996) の論じる看護の質は「看護師の人格こそが看護の効果を測る無形ではあるが最善の尺度となる。看護の質は看護する者の質によって左右される。」<sup>39)</sup> と述べられている。看護の対象は人間である。ゆえに看護師は豊かな人間性や包容力、および人としての成熟が求められる。

## 第2節 研究の動機

がんによる死亡が第一位となった1981年以降、がん患者の *Quality of Life* : QOL が重要であるとの提言がなされた。QOL とは、一般に、一人ひとりの人生の内容の質や社会的にみた“生活の質”のことを指し、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念である。がん患者のQOLを高めるには、患者の身体的な苦痛の軽減、精神的、社会的活動を含めた総合的な活力、生きがい、満足度という意味が含まれ、緩和ケアへの関心が高まっている。

---

注11) ヴァージニア・A・ヘンダーソン (Virginia Avenel Henderson, 1897-1996) : 看護研究看護理論家ヘンダーソンが『看護の基本となるもの』で挙げた14の基本的ニーズがある



しかし、緩和ケア病棟における“死に向き合う患者へのケア”は、容易なことではない。ときには患者の死が衝撃的となり、無力感や挫折感に陥り、自尊感情も脆弱となる危機状態があると推察する。その厳しい環境の中で看護師は、日々、死にゆく患者に向き合い、患者個々のベストケアを追求しているのではないだろうか。“スピリチュアルベストケア”には、定まった概念はないが、死に瀕した患者が“最期まで自分らしく生きることができ、平和な死を迎えることを可能とせしめるケア”である。

さらに看護師のスピリチュアリティと自尊感情に係りがあるのではないかと推察した。緩和ケア病棟でのケアは、患者の死と対峙する機会が多い。看護師として患者の健康の回復を願い、そこに看護師としての満足感をもっていた看護師にとって、患者の死は敗北感を感じ、何もできなかったという無力感を感じる。そこから立ち直す行動力や意欲につながるのが、看護師のスピリチュアリティであり、自己受容である自尊感情との関係があるのではないかと考えた。

自尊感情の高さは、この危機状態を肯定的なものとしてとらえるメカニズムを支える。自尊感情が低ければ、危機状態を失敗体験として強く捉え、自己否定、自己不満足、自己蔑視につながるのではないだろうか。また、自尊感情に着目したのは、看護師自身の自尊感情の高さや低さだけでなく、いかに自分を見つめることができ、今の自分を受容できるかである。そのことは他者尊重につながるからである。緩和ケア病棟で働く看護師は、死にゆく人や病とともに生きる患者の生き様を目のあたりにしながら、その人の生活や人生を視野に入れたケアを実践している。看護師が無力感や挫折感に陥れば、他人を尊重する気持ちにも欠いてくる。また、自尊感情がない他者尊重は自己犠牲的な状態となり、さらに危機状態に陥る。このようなメカニズムを考えると、看護師のスピリチュアリティには、看護師の自尊感情との関係があるのではないだろうか。安定した自己評価に支えられた自尊感情は、他者の価値を尊重し他者尊重の心につながるのではないかと考える。緩和ケアには患者の人権やいのちの尊厳が求められる。ゆえに、ソンドースの緩和ケア病棟の理念である“患者が最期までその人らしき生きる”，そして“平和で安らかな死”を可能とするケアについて臨床看護の視点から検討してみたいと考えた。

### 第3節 先行研究

医中誌の最新の原著論文で、スピリチュアリティと看護をキーワードに検索した結果、48件が検索された。その内訳は高齢者対象が10件、スピリチュアリティの定義・概念・尺度が3件、看護学生や教育関係が2件、その他が事例、がん告知、アルコール依存症、グリーフケアワークなどであった。次に、最新の原著論文でスピリチュアリティと緩和ケア病棟（ホスピス）をキーワードで検索した結果、0件であった。そこで、原著論文を外して（会議録除外）スピリチュアリティと緩和ケア病棟（ホスピス）をキーワードで検索した結果、12件が検索された。その内訳は、看護師とストレス関係が1件、緩和ケア病棟看護

師対象が2件、緩和ケアが4件、患者事例が2件、看護学生関係が1件、その他、音楽療法や患者対象が2件であった。

緩和ケア病棟の看護師のスピリチュアリティに関する研究では、小藪智子ら(2009)の『スピリチュアリティの認知の有無と言葉のイメージ』<sup>40)</sup>において、緩和ケア病棟の看護師のスピリチュアリティの認知は85.6%あったと論じている。また、井出訓ら<sup>41)</sup>(2015)によると、緩和ケア認定看護師のとらえるスピリチュアリティには、精神的・霊的、生きがいがあり、信念があると論じている。これらの先行研究では、スピリチュアリティのイメージと認知度の高さが報告されていた。

さらにCiNiiからの研究報告を検索した結果、看護師のスピリチュアリティは看護師のストレスに対処する力(SOC)への有効性が報告されていた<sup>42) 43) 44)</sup>。次に、メディカルオンラインでは、看護師のスピリチュアリティをキーワードで検索した結果、4件が検索された。その内容は訪問看護師関係が2件、緩和ケア認定看護師と終末期がん患者に関わる看護師に関するものが1件ずつ報告されていた。スピリチュアリティとスピリチュアルケアの関係性の研究では、田内香織ら<sup>45)</sup>(2007)の終末期がん患者のケアに携わる看護師を対象とした研究があった。またスピリチュアリティ要因に関する研究では、がん看護に携わる看護師の信仰、がん看護経験年数、所属(緩和ケア病棟)との関連性が示唆されていた<sup>42)</sup>。スピリチュアリティ教育に関しては看護学教育の終末期看護論、ターミナルケア論など講義や演習での教育の現状報告があった<sup>46) 47) 48) 49) 50)</sup>。

次に、原著論文でスピリチュアルケアと緩和ケア病棟のキーワードで検索した結果、7件であった。その内容は、宗教的背景、仏教を基調としたものが2件、スピリチュアルペインと関係したものが4件、遺族調査による緩和ケアの質の評価が1件であった。緩和ケアに関する研究では、終末期のがん患者へのケアのあり方は傾聴、共感、信頼関係、他者へ委ねることの必要性が報告されていた<sup>51) 52)</sup>。

その他、緩和ケア病棟の特徴に関する研究では、緩和ケア病棟での学びや成長、ターミナルケアへの関心や看護師の意欲などに関する研究報告があり、看護師は経験を重ねながら多くの学びがあると報告している<sup>53) 54)</sup>。特に国外の論文では、ホスピスと緩和ケアの看護師は、スピリチュアルケアへ前向きであるとの報告がある<sup>55) 56)</sup>。その一方で、わが国の緩和ケア病棟での看護師の特徴は、ターミナルケアの困難性や苦悩、看取りの辛さや、死別に関わることの難しさを論じている<sup>57) 58)</sup>。

スピリチュアリティの概念や尺度開発研究には、比嘉勇人<sup>59)</sup>(2008)のスピリチュアル尺度の開発がある。『神気性(スピリチュアリティ)』のなかで、「神気性(スピリチュアリティ)は何かを求めてそれに関係しようとするところのモチようであり(意気)、自分自身やある事柄に対する感じ、または思い(概念)である」と説明している。これには「自己肯定や自己受容に関する“自覚”、自己の存在意義に関する“意味感”、将来の夢や目的に関する“意欲”、自然や先祖との結びつきに関する“深心”、価値観や人生観に関する“価値観”の5つの側面」を明らかにしている<sup>59)</sup>。

次に、自尊感情に関する研究を原著看護論文、自尊感情をキーワードで検索した結果 799 件が検索できた。その中で、看護師や看護学生の自尊感情に絞って検索した結果、16 件が検索された。その中には、自己肯定感や自己効力感に関する研究が含まれていて、自尊感情に絞った研究は 4 件であった。山本澄子ら<sup>60)</sup> (2019) は、看護学生が看護実習を途中でリタイアしないように、学生との面談を増やし、自尊感情を安定させることが必要であると示唆している。鳥居幸恵ら<sup>61)</sup> (2019) は、社会人経験者の看護学生は自尊感情が高い傾向が見られ、目的意識がある看護学生は目的意識がない学生と比べて、自尊感情が高い傾向が見られたと報告している。長田ゆき江 (2019)<sup>62)</sup> は、中堅看護師の職業継続には役割に対する認識や自尊感情を高めるような関わりを主とする支援体制が必要であると示唆した。中吉陽子 (2018) ら<sup>63)</sup> によると、看護師は看護実践能力を厳しく評価しているため、高い自尊感情を抱けない傾向にあると報告している。根本香代子ら<sup>64)</sup> は、女性中堅看護師の自尊感情と自己効力感はレジリエンスに影響を与えている可能性があることと検証されている。根本ら<sup>65)</sup> (2016) は精神的回復力と自尊感情には強い相関を認めている。これらの自尊感情に関する研究は、自尊感情が学生や中堅看護師に有意な影響を及ぼしていることを明らかにしていた。一方、上野瑞子 (2019)<sup>66)</sup> は、病院に勤務する看護師の自尊感情との関連について、自尊感情 (ポジティブ) が高い看護師は「無気力」「身勝手」に有意な正の相関が見られたとの新たな知見を示している。そこで、スピリチュアリティと自尊感情のキーワードで検索した結果、3 件が検索できた。しかし、その内容は入院時の高齢者や、看護学生のアイデンティティおよび看護師のストレスとの関係であり、緩和ケアとの関係や看護師の危機状態との関係からの研究は見当たらなかった。

さらに、研究の対象者に視点を置いた結果、スピリチュアルケアに関する研究対象は、ほとんどが医療者や家族であり、患者を対象にした研究は少ない。そのなかで、森田達也<sup>67)</sup> (2010) は、患者自身が望むスピリチュアルケアについて、89 名の終末期がん患者へのインタビューを実施している。その結果、患者自身が望むことは“分かってくれる感”“一緒に考えてくれる”ことと、繰り返し語られていたと報告している。

以上の結果から、本研究の先行研究を 4 つの視点から分析してまとめる。まずは、看護師のスピリチュアリティとストレスとの研究から、その関係性は明らかである。緩和ケア病棟の看護師のストレスは、バーンアウトにもつながり、緩和ケア病棟の勤務年数も短いとしている。そのストレス対策として、看護師のスピリチュアリティは有効であるとの結論を得ている。しかし、ストレス対策としていかにスピリチュアリティを高めるかの結論には至っていない。

次に、自尊感情は自己効力感と共に教育や心理学で研究されている。しかし、スピリチュアリティと自尊感情に関する研究は見当たらない。人間は誰もが、とくに終末期の患者にとって、最期まで人間らしく、尊厳されたいと願っている。ゆえに看護師は、患者に対する自他尊重、つまり患者を尊重することが重要となる。それには、まず看護師自身の自尊感情が土台となる。自尊感情のない他者尊重は自己犠牲の上になる他者尊重であり、看

看護師の専門職としての患者の尊厳にはつながらないと考える。ここでいう自尊感情

(self-esteem) は、他者との比較や優越感ではなく、ローゼンバーク (Rosenberg) の自己 (the self) に対する肯定的または否定的な態度と捉えた自己受容を意味する<sup>68)</sup>。そこで、スピリチュアリティと自尊感情との関係、さらに緩和ケア病棟の看護師が、スピリチュアリティをどのように認識しているかを検討する必要があると考えた。

次に、スピリチュアリティへの影響を及ぼす要因に関する研究では、看護師の信仰、がん看護経験年数、緩和ケア病棟への配属希望とターミナルケアへの関心が影響を与えたとの報告がある。しかし、影響を及ぼす要因を緩和ケアの中でどのように生かしていくか、さらに、それらの影響要因をどのように高めていくかの検討は充分とはいえない。緩和ケア病棟で働く看護師のケアは、患者の死と対峙した患者の複雑な心境に触れながらの日々の実践である。この緩和ケア病棟で実践されているケアを、臨床の視点から検討することで、緩和ケア病棟で働く看護師の実践や経験知からの新たな知見が示唆されるのではないかと考えた。

そこで本研究は、緩和ケア病棟で働く看護師自身のスピリチュアリティへの影響要因とスピリチュアリティと自尊感情との関係性から、看護師のスピリチュアリティを検討する。さらにスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの関連性を明らかにしたうえで、患者のスピリチュアルペインを解放するという質の高いスピリチュアルベストケアについて検討することという探索研究が必要であると考えた。

## 第1章 研究目的及び研究意義

### 第1節 研究目的

緩和ケアで働く看護師は、死をどのように捉えているのか、いかに患者の死に向きあうかが重要であると考えられる。死が身近で且つ確実に迫ってくることを実感している患者へのケアは、患者の身体的苦痛を緩和し、残された生をどのように生きるかという支援である。患者が“その人らしく最期まで生きること”を支えることができるのは、患者の最も身近にいる看護師である。そのケアはヘンダーソンが看護師の独自の機能と論じた“平和な死”に資するような行動を援助することである。さらに、2013年の「プラハ憲章」にある“緩和ケアは人権”<sup>注12)</sup>とあるように、人権とは人間が人間として生まれながら持っていると考えられる社会的権利である。それは、より良く生きる権利であり、より良く死んでいく権利でもある。ゆえに、緩和ケア病棟で働く看護師は、患者や家族の人権を守り、命の尊厳を守るための重要な役割がある。そこで看護師は、自分のスピリチュアリティや死生観が問われる。さらに患者が“今を生き”，そして“平和な死”に行きつくには，“死に瀕した患者が最期までその人らしく生きること，そして平和な死を迎えることを可能とせしめるケア”の“スピリチュアルベストケア”が、臨床現場における日々のケアの中に存在すると筆者は考える。

そこで本研究の目的は、緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因を明らかにし、スピリチュアリティと自尊感情との関係を検討する。さらにスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの関係性から、スピリチュアルベストケアを、臨床看護の視点から検討することである。更に、本研究の目的を推進するために、以下の目標をたてた。

目標1: 緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因や、スピリチュアリティと自尊感情との関係を検討する。

目標2: 緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの関連性を検討する。

目標3: 緩和ケア病棟で働く看護師が考えるスピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、スピリチュアリティ、スピリチュアルベストケアを検討する。

---

注12) 緩和ケアは人権 (Palliative care as a human right) : 2013年の第13回欧州緩和医療学会 (EAPC) で、「緩和ケアは人権 (Palliative care as a human right)」というプラハ宣言が採択された。

## 第2節 研究の意義

緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因を明らかにし、スピリチュアリティと自尊感情との関係を検討する。さらにスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの関係性から、スピリチュアルベストケアを、臨床看護の視点から検討することで、緩和ケア病棟におけるスピリチュアルベストケアを示唆できると考える。緩和ケアへの関心が高まる中、緩和ケア病棟で働く看護師は、経験豊かな看護師が多いと推察する。この豊かな経験や叡智を検討した結果を臨地に還元することで、看護師のスピリチュアリティの認識やスピリチュアルケアの更なる向上に貢献できると考える。

さらに、看護師自身のスピリチュアリティや自尊感情を検討することで、看護師のもっているスピリチュアリティの認識をさらに向上させ、看護師の自尊感情を高めることで、自己受容につながる。そのことが、患者のスピリチュアルペインに“気づく力”につながると考える。

## 第2章 本研究の概念

### 第1節 研究の概念

本研究の概念を図6に示した。本研究の緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルベストケアに向けての検討を目指した研究の概念図である。

先ず、図の左にあるスピリチュアリティは、看護師自身のスピリチュアリティである。看護師自身のスピリチュアリティの概念は、窪寺や下妻、比嘉のスピリチュアリティ概念から、看護師の意欲、価値観、行動力、エネルギー、信念、希望、目的とした。この看護師のスピリチュアリティは、患者のスピリチュアルペインに気づく重要な要因であり、看護師のスピリチュアルケア能力に影響を与えている。患者のスピリチュアルペインは、村田理論のスピリチュアルペインの概念である。自己の存在と意味の喪失、将来の喪失、他者との関係の喪失、自律の喪失である。スピリチュアルケア能力は、江口のスピリチュアルケア能力尺度から、自己理解、人生観、霊的痛み、自然との関係性、人間関係、看護観、死生観、信仰・信念の概念とした。

終末期患者は危機状態にある。ジェラルド・キャプランは、不安の強度な状態で、喪失に対する脅威、あるいは喪失という困難に直面しているという。同時に、この危機状態は誰にでもおこる。看護師も看護に行き詰まり、ストレスを感じた時、緩和ケア病棟のケアは、時には危機状態に陥る<sup>69)</sup>。その時に看護師の自己受容である自尊感情が重要となる。自尊感情は看護師のスピリチュアリティに影響を及ぼす。そして、患者のスピリチュアリティであるトータルペインからの解放が、スピリチュアルベストケアである。それは患者が最期まで自分らしく生きること、平和な死、安らかな死を可能とせしめたとき、その患者のスピリチュアルベストケアにつながる。つまり、緩和ケアで働く看護師は、看護師自身のスピリチュアリティをもって、患者のスピリチュアルペインに気づき、それに対応するより質の高いスピリチュアルケアを目指している。それを支えるのがチームケアであり相互理解や研究（育成）であるとの本研究の概念図である。

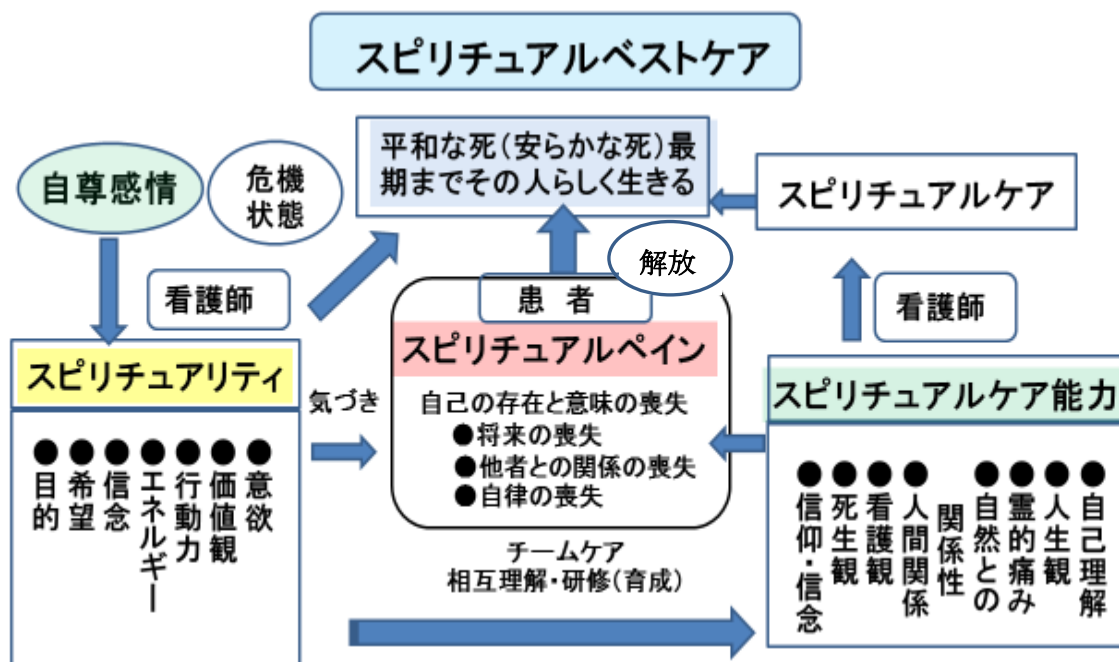


図 6 本研究の概念 (筆者作成)

## 第 2 節 用語の定義

1. 看護師のスピリチュアリティ:スピリチュアリティとは、QOLを支える構成要素であり、“生きがい”“生きる意味”“信念”“価値観”“平穏な気持ち”などである(下妻)。本研究の看護師のスピリチュアリティは、死の衝撃や看護の行き詰まりから、危機に直面したとき、あるいは自己を見失ったとき、その危機状態から、次の行動に向けての“意欲”、“希望”を見つけ出すエネルギーの源のことで、意欲、価値観、行動力、エネルギー、信念、希望、目的を含む。
2. スピリチュアルペイン:一般的に生命の危機に直面した終末期患者にはトータルペイン(身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン)があるとされる。中でもスピリチュアルペインは自分の人生の生きている目的、過去の出来事や死後の世界、見えない先の不安や苦悩などを言う。本研究では、村田理論をもとに、自己の存在と意味の喪失から生じる苦痛であり、将来の喪失、他者との喪失、自律性の喪失からくる苦痛である。
3. 自尊感情:一般的に自尊感情は、自分自身の存在や生を基本的に価値あるものとし、評価し信頼することによって、人は積極的に意欲的に経験を積み重ね、満足感を持



ち、自己に対しても他者に対しても受容的でありうるとしている。本研究における自尊感情は、自らの価値や存在意義を肯定できる感情であり、他者との比較や優越感ではなく、看護師自身で自己の尊重や価値を評価するという自己受容である。

4. スピリチュアルケア能力：スピリチュアルケアに必要とするケア能力で、自己理解、人生観、霊的痛み、自然との関係性、人間関係、看護観、死生観、信仰・信念を含む。
5. スピリチュアルケア：人生の意味と目的を探究することにおいて人生を生きるための力や希望を見出すための援助であり、QOL を高めるためには不可欠なケアである。
6. スピリチュアルベストケア：スピリチュアルベストケアは明確に定義づけられている概念は存在しないが、本研究においては、“死に瀕した患者が最期までその人らしく生き、平和な死を迎えることを可能とする質の高いケア”とする。

## 第3章 研究の方法及び研究プロセス

### 第1節 研究方法

研究方法は、スピリチュアルという看護師の精神や内面，こころに触れる調査であることから，質問紙調査と半構成的面接の混合研究法の横断的研究とした。スピリチュアルという概念の曖昧さや，目に見えない，言葉での表現が難しい因子探索型研究である。

### 第2節 研究プロセス

本研究のプロセスを図7に示した。以下の3段階のプロセスで実施した。

#### 1) 第1研究

質問紙を用いて，緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因や自尊感情との関係を検証し，看護師のスピリチュアリティを検討した。

#### 2) 第2研究

質問紙を用いて，緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティと看護師のスピリチュアルケア能力との関係性を検討した。

#### 3) 第3研究

半構成的面接法を用いて，緩和ケア病棟で働く看護師が考えるスピリチュアルペイン，スピリチュアルケア，看護師のスピリチュアリティ，スピリチュアルベストケアについて検討した。

目的：緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因を明らかにし、スピリチュアリティと自尊感情との関係性を検討する。さらに、スピリチュアリティとスピリチュアルケアの関係性からスピリチュアルベストケアを臨床看護の視点から検討する。

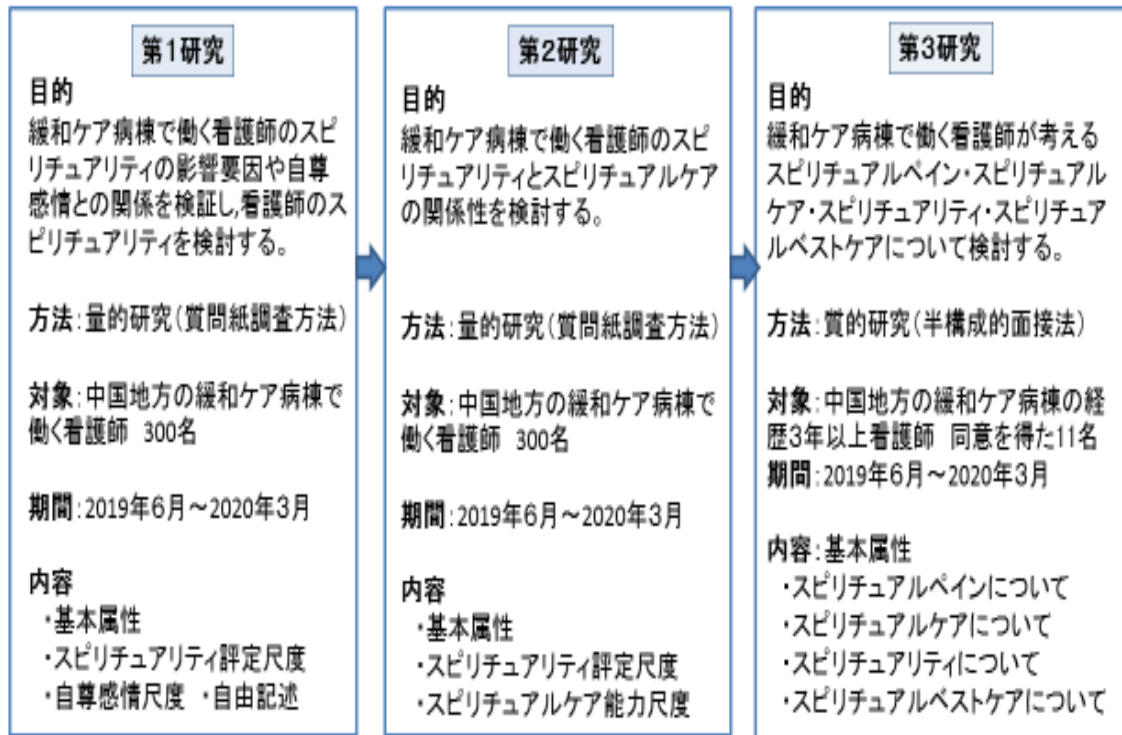


図 7 本研究のプロセス

### 第3節 倫理的配慮

広島文化学園大学看護学研究科・看護学部倫理委員会の承認（承認番号 1905）を得て実施した。研究に関する倫理的配慮に関する施設および個人情報の保護を厳守する。該当施設の施設管理者、施設長には本研究の目的と倫理を書面にて説明し許可を得た。調査対象者には、個人情報（施設情報）を秘匿とし研究の参加は自由意思であり、参加の拒否或いは途中辞退しても不利益は受けないことを、質問紙調査では紙面で説明し半構成的面接では書面と口頭で承諾を得た。調査結果、データは本研究のみに活用し、分析方法は個人情報（施設情報）を厳重保護した。研究に関わる文章および調査結果は、広島文化学園大学看護学研究科の鍵のかかる保管庫に厳重保管する。保存期間終了後、適切な方法で消去する。

## 1. 質問紙調査に関する倫理的配慮

### 1) 対象のプライバシーの保護

対象となる施設や個人に関する情報は、研究室の鍵のかかる保管庫にて、厳重なる管理をおこなう。質問紙調査で配布する調査用紙は無記名であり、個人が特定されないように統計的に処理する。質問紙調査データや記録ノートなどは保存期間終了時には研究者によってシュレッダー等にかけて適切に破棄する。

### 2) 対象者の心身の負担への配慮

質問紙調査では、時間的負担をかけないように、質問項目を20分までには回答できるように精査した。

### 3) 対象や施設に理解を求め同意を求める。

研究対象者や施設長および看護部長に研究調査の協力と理解を得た。施設長の研究協力の同意書を確認後、質問紙調査用紙を施設に送った。質問紙調査の対象者には、研究目的、研究方法、倫理的配慮および、投函をもって同意とみなしたことを、質問紙依頼文に記述し研究の理解と同意を得た。本調査は質問紙用紙への記載と返却によって同意とみなした。

### 4) 研究協力への撤回が自由にできる。

調査や研究への協力について、継続ができない場合は、調査を途中で中止すること、撤回することが自由にできることを説明した。また、そのことによる心的負担や、不利益は生じないことを文書で伝えた。

### 5) 対象者が受ける不利益および危険性に対する配慮。

質問紙調査は語句の表現に充分なる査定を行い、回答者に不快感や心身の負担をかけないよう配慮した。

## 2. 半構成的面接調査に関する倫理的配慮

### 1) 対象のプライバシーの保護

対象となる施設や個人に関する情報は、研究室の鍵のかかる保管庫にて、厳重なる管理をおこなう。半構成的面接法における協力者は、匿名でイニシアルも使用しない。半構成面接内容は、許可を得てICレコードに録音するが、許可のないものは録音しない。また、録音したものは逐語録とし、鍵のかかる保管庫にて厳重なる保管をする。半構成的面接は場所や時間、周りの環境にも目を配り、静かな環境で心理的負担のない落ち着いた

いた安心できる場所を設定し、対象者のプライバシーを厳守した。半構成的面接内容の録音データやコンピューター、パソコンの入力情報などは厳重保管し、保存期間終了の際は速やかに消去する。

## 2) 対象者の心身の負担への配慮

半構成的面接は、時間的負担を考慮し、一人 30 分程度とし文書と口頭で説明した。対象者の業務や私用に影響のない時間を設定する。インタビューの場所は施設内の静かな環境でプライバシーが保護される場所とし個室が望ましい。インタビュー対象者と研究者は90度の角度に座れるように位置し、話しやすい雰囲気配慮した。

## 3) 対象や施設に理解を求め同意を求める。

緩和ケア病棟のある施設に、インタビュー調査の依頼と説明の訪問の予約をとった。予約の時間は余裕をもってセッティングし、施設の状況に合わせて調整できるよう配慮した。施設訪問し看護部長と面談し、研究の目的、方法、所要時間、インタビューの対象者などの説明を文書と口頭にて行い、施設の承認を得た。施設長の研究協力の同意書を得た後で、対象者には、文書と口頭で研究目的、研究方法、倫理的配慮の説明を行い、半構成的面接の具体的な日時、方法も含めて研究の理解と同意を求めた。

## 4) 研究協力への撤回が自由にできる。

調査や研究への協力について、継続ができない場合は、調査を途中で中止すること、撤回することが自由にできることを説明した。また、そのことによる心的負担や、不利益は生じないことを、半構成的面接では文書と口頭で伝えた。

## 5) 対象者が受ける不利益および危険性に対する配慮。

半構成的面接でのインタビューガイドは語句の表現に充分なる査定を行い、回答者に不快感や心身の負担をかけないように配慮するとともに、環境、時間、場所、タイミングを見計らい、対象者に不利益や危険性がおよばないように配慮した。インタビュー内容は同意を得て録音した。インタビュー内容を逐語録におこす際は、個人や施設が特定されないよう匿名とし、イニシャルも使用しないなど留意した。

# 3. 公表と貢献

## 1) 研究結果の公表の仕方

研究成果は大学の博士論文にまとめるとともに協力機関への報告、関連学会において公表する。その際は、正確なデータで報告し、書面で公表することを伝えその趣旨を研

究依頼書に記入した。質問紙調査では、調査依頼書に記入した。また、発表の際は個人情報や施設情報の秘密を厳守し、対象者に不利益にならないよう配慮した。

## **2) 対象が受ける利益や看護上の貢献**

本研究は現場に還元する。病棟で実践しているスピリチュアルケアを可視化し、文章化した結果から、さらなる緩和ケアの向上や研究への貢献に寄与できる。または発表することで、スピリチュアルケアの研究の参考資料として寄与できる。

### **利益相反**

本研究における利益相反は存在しない。

## 第4章 第1研究 スピリチュアリティへの影響要因と自尊感情との関係

### 第1節 研究目的と研究デザイン

#### 1. 研究目的

緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因や自尊感情との関係を検証し、看護師のスピリチュアリティを検討した。

#### 2. 研究対象

中国地方における緩和ケア病棟の全施設 30 施設(2019 年 6 月)を対象に調査依頼を行い、同意を得られた 19 施設で働く看護師 300 名を対象とした。必要なサンプルサイズは次の式を使用して計算した。 $n=N/((E/Z)^2(N-1)/(P(1-P))+1)$  母数 510 名 (30 施設×平均看護師数 17 名 : (2018) 宮下光令ほか : データでみる日本緩和ケアの現状, 2011 年度全国平均看護師数<sup>70)</sup>), 信頼度 95%, 最大誤差 5.5%, 予想される回答比率 50%で計算した結果, 196 名の有効回答を必要とした。

#### 3. 調査期間

2019 年 9 月～2020 年 3 月

#### 4. データ収集方法

- (1)中国地方 (5 県) の緩和ケア病棟を有する病院 (2019 年 9 月現在 30 施設) の施設看護管理者に研究依頼文(施設用), 研究計画書と質問紙, 施設長同意書を郵送し研究依頼を行う。協力表示が得られた施設に, 事前に尋ねた看護師人数分の看護師用質問紙, 研究対象者用の研究説明書, 返信用封筒を郵送した。
- (2)緩和ケア病棟看護管理者より, 対象者に質問紙は渡され無記名自記式質問調査を行う。返信用封筒を同封し質問紙に記入後, 各個人から直接, 研究者宛への返送を依頼した。
- (3)質問調査紙を配布し 3 週間を留置期間とした。回収率の向上のために 3 週間を経過した時点で調査対象病棟宛に研究協力へのお礼と同時に, 質問紙の未確認であれば, という文脈を添えて返信を促し回収率を高めた。

#### 5. 調査内容

- (1) 基本属性 : 年齢, 性別, 身内の死別体験の有無, 看護師経験年数, 緩和ケア

経験年数，緩和ケア病棟への配属希望の有無，信仰・宗教の有無，研修経験の有無，スピリチュアリティへの関心の有無，看護教育背景の10項目。(別添資料1の問1に該当する)

- (2) スピリチュアリティ：尺度は **Spirituality Rating Scale-A** (以降 SRS-A とする) と **Spirituality Rating Scale-B** (以降 SRS-B とする) を使用する。
- (3) SRS-A は意欲，深心，意味感，自覚，価値観の5つの下位尺度で構成され，15項目5件法の無記名自己記入式尺度である。これらの尺度は比嘉が作成したスピリチュアリティ尺度(2008年度版)である<sup>71)</sup>。(SRS-A は別添資料1の問4-1に該当する)
- (4) 比嘉の SRS-A 尺度の使用理由は，成人対象の尺度であり，SRS-A の Cronbach の  $\alpha$  係数 0.82 と十分な信頼性を有していること，質問項目が15項目と対象者に与える作業負担も比較的小さいため，臨床においての利便性も高いこと，成人のスピリチュアリティ評価尺度として，看護師や看護学生に使われていることである。尺度使用については尺度開発者の許可を得ている。
- (5) スピリチュアリティ評価尺度：スピリチュアリティ (SRS-B) (以降 SRS-B とする)<sup>59)</sup> SRS-B 尺度は SRS-A 尺度を補完する5項目3件法で文章完成法の尺度である。SRS-A 尺度の5つの下位概念に対応した次の5項目からなる。〈望み：何よりも一番したいことは・・・〉，〈支え：一番の支えになるものは・・・〉，〈対他評価：周囲に対して強く感じていることは・・・〉，〈対自評価：自分のこれからは・・・〉，〈病観：病い(病気または疾病)というものは・・・〉で構成されている。本研究の SRS-B 尺度の Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.67 であった。(SRS-B は別添資料1の質問4-2に該当する)。
- (6) 自尊感情：自尊感情尺度を使用する。ローゼンバーグ(1965)の自尊感情尺度は10項目5件法の尺度で，山本ら(1982)が翻訳したローゼンバーグ自尊感情日本語版を用いた<sup>72)</sup>。自己(the self)に対する肯定的または否定的な態度と捉えた自己受容を意味する自尊感情の尺度であり，幅広く使用されている尺度で信頼性も高い。本研究でローゼンバーグ自尊感情日本語版を使用した。その理由は，比嘉の自覚(自己肯定感や自己受容)と自尊感情の捉え方は同じ傾向の視点とみられること，先行研究において看護師や看護学生を対象として測定していること，尺度の信頼性が確認されていることから，スピリチュアリティと自尊感情の関連性を検証する尺度として有効であると判断した。(自尊感情は別添資料1の問2に該当する)
- (7) 自由記述：スピリチュアリティやスピリチュアルケアに関する意見，課題を自由記述とした。



## 6. 分析方法と分析手順

### 1) 分析方法

- (1) 分析方法：尺度の信頼性は、Cronbach の  $\alpha$  係数を実施した。
- (2) SRS-A の評価は〈全く思わない、少しは思う、中程度思う、とても思う、非常によく思う〉の5件法で〈全く思わない〉を1点～〈非常によく思う〉を5点と配点し、単純加算する。得点は15～75点の範囲をとり、合計評価得点が高いほどスピリチュアリティが高いことを表す。
- (3) SRS-A の得点の評価は比嘉の5段階の得点で〔75-60点：非常に高い〕〔59-50点：高い〕〔49-40点：中程度〕〔39-30点：低い〕〔29-0点：非常に低い〕とした。(0点は無記入)
- (4) SRS-A 尺度の信頼性：比嘉の研究では Cronbach の  $\alpha$  係数 0.82、本研究での Cronbach の  $\alpha$  係数は SRS-A 尺度合計は 0.85、下位尺度の〈意欲〉は 0.83、〈深心〉は 0.86、〈意味感〉は 0.78、〈自覚〉は 0.81、〈価値観〉は 0.80 であった。
- (5) 自尊感情の尺度の評価は5件法で、〈あてはまる〉を5点～〈あてはまらない〉を1点として10項目の評点を単純加算する。ただし、逆転項目は5点→1点、4点→2点、3点はそのまま、2点→4点、1点→5点に換算してから加算する。得点は10～50点の範囲をとり合計評価得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。
- (6) 本研究の自尊感情尺度の信頼性検証は、Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.83 であった。
- (7) SRS-B 尺度は SRS-A 尺度の5つの下位概念に対応した文章完成法の尺度で、次の5項目からなる。〈望み：何よりも一番したいことは・・・〉、〈支え：一番の支えになるものは・・・〉〈対他評価：周囲に対して強く感じていることは・・・〉、〈対自評価：自分のこれからは・・・〉、〈病観：病い(病気または疾病)というものは・・・〉で構成されている。回答内容をネガティブな回答(または無回答)を0点、どちらともいえないを1点、ポジティブな回答を2点として自己評価し、SRS-B 尺度の評点となる。項目の得点は2～0点で1.00以下をネガティブ傾向、1.00以上をポジティブ傾向とした。合計点数が0～10点で得点が高いほどポジティブであることを示す。
- (8) 自由記述はスピリチュアリティに関する内容を重要文脈とし、その文脈からサブカテゴリ、さらにカテゴリを生成した。

### 2) 分析手順

統計解析前に SRS-A 尺度と自尊感情尺度の正規分布検定を行った。正規性の検定には Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定(探索的)と Shapiro-Wilk 検定を実施した。SRS-A 尺度は  $p=0.246$  で正規分布、自尊感情尺度は  $p=0.017$  で正規分布を示していなかった。

- (1) 基本属性および SRS-A, 自尊感情の平均得点について記述統計を算出し回答分布を確認した。基本属性の SRS-A の影響要因と思われる要因（身内の死別体験の有無, 配属希望の有無, 関心の有無, 研修の有無, 宗教の有無など）は  $\chi^2$  検定とした。
- (2) SRS-A の 5 段階分類評価を比嘉の 5 段階評価に合わせて分類した。
- (3) SRS-A 尺度の項目別平均得点と下位尺度の平均得点を記述統計で算出した。
- (4) SRS-A と基本属性との比較を  $t$  検定（等分散性のための Levene の検定）とした。
- (5) SRS-A, 自尊感情との散布図を確認した後, SRS-A, 自尊感情, 年齢, 看護経験年数, 緩和ケア経験年数との相関は Spearman 順位相関係数を算出した。有意水準は  $p < 0.05$ （両側検定）とした。
- (6) SRS-B 尺度の各項目の平均点を確認した。
- (7) SRS-B 尺度の回答内容（ポジティブ回答内容 P と非ポジティブ回答内容 N の出現比率）の分析は浜多美奈子ら<sup>73)</sup>（2017）の分析手順を参考に分析を行った。この分析方法は尺度開発者の確認を得た。
- (8) 自尊感情の平均点（低・中・高）3 群における SRS-B の記述内容を比較した。
- (9) 自由記述は記述内容から重要文脈を抽出し, 重要文脈からサブカテゴリを生成し, サブカテゴリからカテゴリを生成した。
- (10) 量的データ分析検定処理には統計解析ソフト IBM SPSS Statistics 24 for Windows を使用した。

## 第 2 節 結果

緩和ケア病棟で働く看護師 300 名に質問紙を郵送し, 203 名（回収率 67.7%）の回収を得た。そのうち, 回答に欠損のある 3 名を除いた 200 名（有効回答率 98.5%）を分析対象とした。

### 1. 基本属性

対象者の基本属性を表 1 に示した。平均年齢は  $42.9 \pm 9.5$  歳, 看護経験平均年数は  $18.1 \pm 9.5$  年, 緩和ケア経験平均年数は  $5.0 \pm 4.0$  年であった。性別は女性が 193 名（96.5%）, 死別体験者は 179 名（89.5%）, 緩和ケア病棟への配属希望者は 115 名（57.5%）, 宗教を有する者は 32 名（16.0%）, 研修経験を有する者は 112 名（56.0%）, スピリチュアリティに関心を有する者は 176 名（88.0%）, 看護教育背景は看護系専門学校が 157（78.5%）であった。緩和ケア病棟への配属希望の有無, 性別, 死別体験, 宗教, スピリチュアルケアへの関心の有無に有意差が認められた（ $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ ）。研修の経験の有無には有意差が認められなかった。

表 1 基本属性

n = 200

項目		平均値	標準偏差	中央値	(範囲)
年齢		42.9	±9.5	43.0	(21-64)
看護経験年数		18.1	±9.5	17.0	(1-43)
緩和ケア経験年数		5.0	±4.0	4.0	(1-20)
項目		n	%	$\chi^2$	有意確率
性別	男性	7	3.5	172.98	***
	女性	193	96.5		
死別体験	有	179	89.5	124.82	***
	無	21	10.5		
緩和ケア病棟への 配属希望	有	115	57.5	4.50	*
	無	85	42.5		
宗教	有	32	16.0	92.48	***
	無	168	84.0		
研修	有	112	56.0	2.88	
	無	88	44.0		
スピリチュアリティ への関心	有	176	88.0	115.52	***
	無	24	12.0		
看護教育背景	看護系専門学校	157	78.5	185.29	***
	看護系短期大学	14	7.0		
	看護系大学以上	29	14.5		

 $\chi^2$ 検定\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ 

## 2. SRS-A と自尊感情の平均得点

SRS-A、自尊感情の平均得点を表 2 に示した。SRS-A の平均得点は 15～75 点の評価基準の中の 42.93±9.19 点であった。自尊感情の平均得点は 10～50 点の評価基準の中の 31.25±6.05 点であった。

表 2 SRS-A と自尊感情の平均得点

尺度	評価基準	得点範囲	平均値	標準偏差	中央値	
SRS-A (点)	(1～5点) ×15項目	15～75	21～73	42.93	9.19	43.00
自尊感情(点)	(1～5点) ×10項目	10～50	12～49	31.25	6.05	31.00

### 3. SRS-A の 5 段階分類評価

SRS-A の 5 段階分類を表 3 に示した。〈中程度〉の得点者は 85 名 (42.5%)、〈低い〉の得点者は 58 名 (29.0%)、〈高い〉の得点者は 35 名 (17.5%)、〈非常に高い〉の得点者は 9 名 (4.5%) であった。

表 3 SRS-A の 5 段階分類評価

n=200

SRS-Aの5段階評価		人数 (名) (%)
非常に高い	[75 - 60点]	9 (4.5)
高い	[59 - 50点]	35 (17.5)
中程度	[49 - 40点]	85 (42.5)
低い	[39 - 30点]	58 (29.0)
非常に低い	[29 - 0点]	13 (6.5)

(比嘉の 5 段階評価基準)

### 4. SRS-A 尺度の項目別平均得点と下位尺度の平均得点

#### 1) SRS-A 尺度の各項目の平均点

SRS-A 尺度の各項目の平均点を図 8 に示した。SRS-A 尺度の項目の、〈先祖とは結びつきがある〉は 3.31 点、〈自分の夢・願いがある〉は 3.29 点、〈自分の生き方を選択できる〉は 3.16 点で、5 点満点の 3 点以上であった。低得点の項目は、〈理想と実際の自分の一致〉の 2.33 点であり、〈自分が好きだ〉は 2.62 であった。

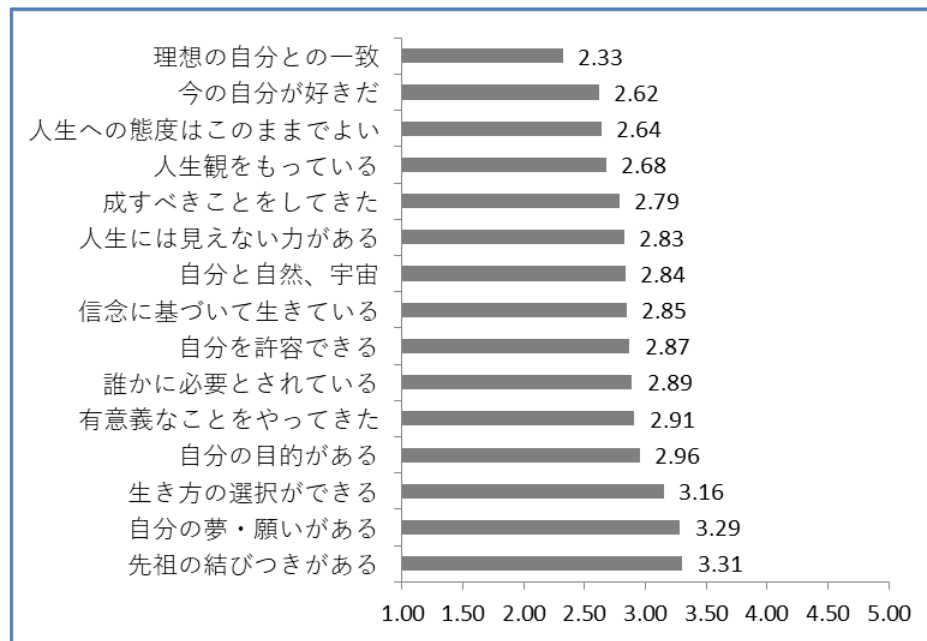


図 8 SRS-A 尺度の各項目の平均点

## 2) SRS-A の下位尺度の平均点

SRS-A の下位尺度の平均点を表 4 に示した。SRS-A 尺度の下位尺度，(将来の夢や目的) は〈意欲〉が 15 点満点の 9.41 点で，(自然や先祖との結びつき) は〈深心〉が 8.97 点，(自己の存在意識)〈意味感〉は 8.59 点，(価値観や人生観)〈価値観〉は 8.17 点，(自己肯定感や自己受容)〈自覚〉は 7.82 点であった。

表 4 SRS-A 尺度の項目別平均得点と下位尺度の平均得点

下位尺度 平均得点 標準偏差			SRS-Aの項目	平均得点
範囲 (0-15点)	SD	範囲 (0-5点)		
意欲 (将来の夢や目的)	9.41	2.04	自分の夢・願いを実現させたい (かなえたい) と、どの程度思いますか	3.29
			自分の生き方は自分で定められる (選択ができる) と、どの程度思いますか	3.16
			自分にはなんらかの目的 (目指すもの) があると、どの程度思いますか	2.96
深心 自然や先祖との結びつき	8.97	2.77	自分と自分の先祖 (未来の世代) とは結びつきがあると、どの程度思いますか	3.31
			自分と自然 (宇宙) との間にはつながりがあると、どの程度思いますか	2.84
			自分の人生は超自然的な力 (見えない力) によって導かれていると、どの程度思いますか	2.83
意味感 (自己の存在意識)	8.59	2.26	自分は意味のあること (有意義なこと) をやってきたと、どの程度思いますか	2.91
			自分は誰かに必要とされている (誰かの役にたっている) と、どの程度思いますか	2.89
			自分がすべきこと (成すべきこと) はできるかぎりやってきたと、どの程度思いますか	2.79
価値観 (価値観や人生観)	8.17	2.32	自分自身の考え (信念) にもとづいて生きていると、どの程度思いますか	2.85
			自分は安定した人生観 (価値・手段についての考え方) をもっていると、どの程度思いますか	2.68
			自分の人生への態度 (物事の見方) はこのままでよいと、どの程度思いますか	2.64
自覚 (自己肯定感や自己受容)	7.82	2.23	今の自分の状況を受け入れることができる (許容できる) と、どの程度思いますか	2.87
			今の自分は好きだ (自分を肯定的に評価できると、どの程度思いますか	2.62
			「理想の自分」と「実際の自分」とは一致していると、どの程度思いますか	2.33

## 5. SRS-A と基本属性との比較

SRS-A と基本属性 (スピリチュアリティへの影響要因) のクロス集計の結果を表5に示した。SRS-A は緩和ケア病棟への配属希望の有無, 研修体験の有無, スピリチュアリティへの関心の有無に有意差が認められた ( $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ ,  $p < 0.05$ )。死別体験の有無と宗教の有無には有意差が認められなかった。

表 5 SRS-A と基本属性（スピリチュアリティへの影響要因）の比較

n = 200

基本属性		n (%)	SRS-A平均点 (15~75)点	有意確率 (両側)
死別体験	あり	179(89.5)	42.65	.224
	なし	21(10.5)	45.24	
緩和ケア病棟 への配属希望	あり	115(57.5)	44.53	.004 **
	なし	85(42.5)	40.75	
宗教	あり	32(16.0)	44.59	.263
	なし	168(84.0)	42.61	
研修	あり	112(56.0)	44.06	.048 *
	なし	88(44.0)	41.48	
関心	あり	176(88.0)	43.48	.021 *
	なし	24(12.0)	38.88	

t検定（等分散性のための Levene の検定）

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

## 6. SRS-A, 自尊感情, 年齢, 看護経験年数, 緩和ケア経験年数との相関

### 1) SRS-A と自尊感情との散布図

SRS-A と自尊感情との散布図を図 9 に示した。正の相関関係を示した。

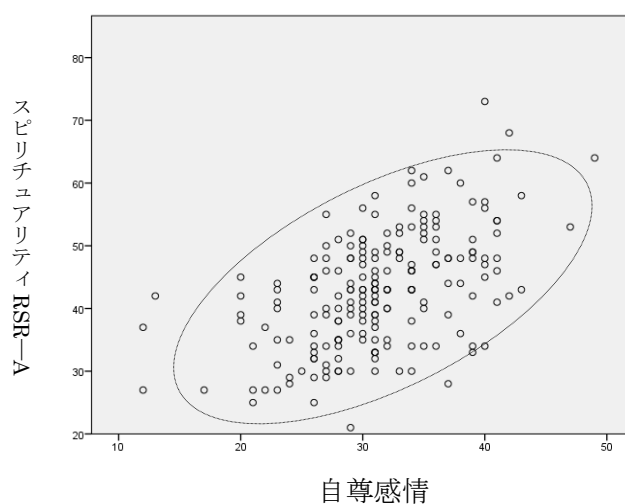


図 9 SRS-A と自尊感情との散布図

## 2) SRS-A と自尊感情との相関

SRS-A, 自尊感情との相関の結果を表 6 に示した。SRS-A は自尊感情との間で中程度の正の相関 ( $r=0.518$   $p<0.01$ ), SRS-A と年齢との間には弱い正の相関 ( $r=0.225$   $p<0.01$ ) が認められた。

表 6 SRS-A, 自尊感情との相関

	SRS-A	自尊感情	年 齢	看護経験年数	緩和ケア経験年数
SRS-A	1				
自尊感情	.518**	1			
年 齢	.225**	.154*	1		
看護経験年数	.155*	.120*	.800**	1	
緩和ケア経験年数	.049*	.055*	.330**	.394**	1

Spearman 順位相関

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

## 7. SRS-B 尺度の各項目の平均点

SRS-B 尺度の各項目の平均点を図 10 に示した。SRS-B は文章完成法尺度で、5 項目の質問に文章を完成させる。文章を記入した後、その内容がポジティブかネガティブかの自己評価をしている。ポジティブは 2 点、どちらとも言えないが 1 点、ネガティブが 0 点で計算した結果、評価得点は 2~0 点である。〈支え〉の平均点は 1.65 点、〈望み〉の平均点は 1.37 点、〈対自評価〉の平均点は 1.17 点、〈対他評価〉の平均点は 0.96 点、〈病観〉の平均点は 0.87 点であった。1.00 点以下をネガティブ傾向、1.00 点以上をポジティブ傾向との評価基準とした結果、ネガティブ傾向は〈病観〉〈対他評価〉であり、ポジティブ傾向は〈対自評価〉〈望み〉〈支え〉であった。



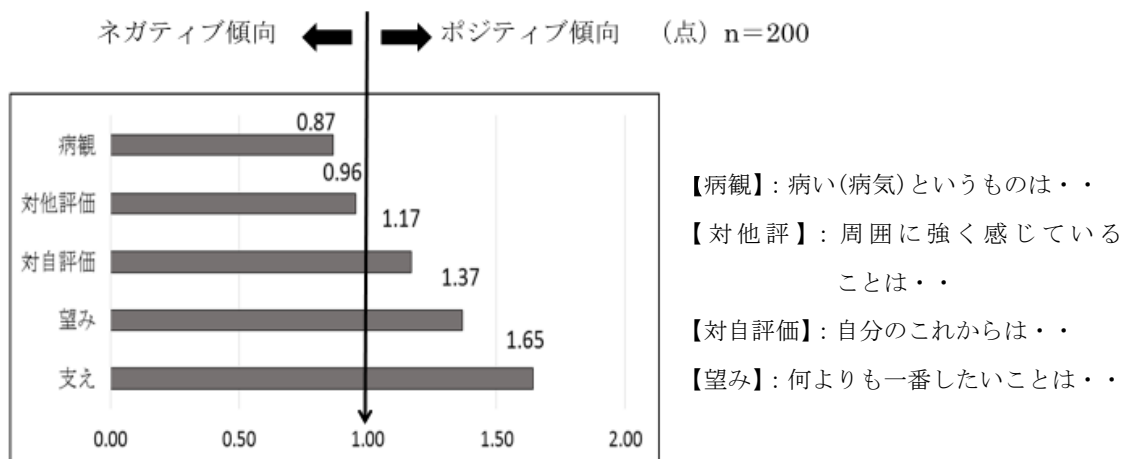


図 10 SRS-B の平均点

## 8. SRS-B の自尊感情 3 等分割 (低・中・高) の比較

SRS-B 尺度の回答内容の P (ポジティブ) : N (非ポジティブ) の比率を、自尊感情の平均点数 3 群 (低・中・高) で比較した結果を表 7 に示した。自尊感情の等サイズの 3 分割は、自尊感情の評価点数の平均値の度数分布を等サイズの 3 分割し、SRS-B 尺度の自己評価点数の 2 点のポジティブの自己評価回数 (P の回数) と、自己評価点数 0 点及び 1 点を非ポジティブの自己評価回数 (N の回数) として点数化し、P (ポジティブ) : N (非ポジティブ) の比を、自尊感情平均点数の低・中・高の群で比較した。

自尊感情低群 (平均点が 28 点以下の 60 名 30.0%) は、ポジティブの自己評価数 (P) の合計が 90 件、非ポジティブ自己評価回答数 (N) の合計が 210 件で、P : N 比は 0.43 であった。自尊感情中群 (平均点が 29 点～33 点の 71 名 35.0%) は、ポジティブの自己評価数 (P) の合計が 140 件、非ポジティブ自己評価回答数 (N) の合計が 215 件で、P : N 比は 0.65 であった。自尊感情高群 (平均点が 34 点以上の 69 名 35.0%) は、ポジティブの自己評価数 (P) の合計が 204 件、非ポジティブ自己評価回答数 (N) の合計が 141 件で、P : N 比は 1.45 であった。その結果、自尊感情低群の P : N 比は  $0.43 <$  自尊感情中群の P : N 比  $0.65 <$  自尊感情高群の P : N 比  $1.45$  であった。

表 7 SRS-B の自尊感情 3 等分割 (低・中・高) の比較

N=200

自尊感情	自尊感情 低群		自尊感情 中群		自尊感情 高群	
	(低群：平均点28点以下)		(中群：平均点29～33点)		(高群：平均点34点以上)	
	n = 60		n = 71		n = 69	
	P	N	P	N	P	N
SRS-B						
望み	17	43	34	37	54	15
支え	39	21	47	24	59	10
対他評価	11	49	21	50	31	38
対自評価	14	46	27	44	45	24
病観	9	51	11	60	15	54
合計	90	210	140	215	204	141
P : N比	0.43		0.65		1.45	

P はポジティブ内容の回答 Nは非ポジティブ内容の回答を示す

## 9. 自尊感情の平均点 3 群 (低・中・高) における SRS-B 記述内容

自尊感情の平均点数 3 群 (低・中・高) における SRS-B 尺度の記述内容の比較を表 8 に示した。

SRS-B 尺度の〈望み〉は SRS-A 尺度の〈意欲〉に対応する。特徴的な記述内容は、自尊感情の低群に「ゆっくり休みたい」「旅行に行きたい」「転職」「疲労感」など、中群に「旅行に行きたい」「ゆっくり休みたい」「遊びたい」「楽しみたい」など、高群に「旅行に行きたい」「ゆっくり休みたい」「仕事と休憩のバランス」「世界平和」「幸せ、こころ豊かに」「買い物、自由、趣味」などであった。

SRS-B 尺度の〈支え〉は SRS-A 尺度の〈深心〉に対応する。特徴的な記述内容は、自尊感情の低群に「家族(夫, 子ども, 両親)」「無記入」「親友」「大切な人」「特になし」など、中群に「家族(夫, 子ども, 両親)」「友人, 大切な人, 好きな人」その他の「現金」「健康」など、高群に「家族(子ども, 夫, 両親)」「友人, 仲間, 愛する人」「自分や自分の中にある魂」「周囲の人々」その他の「健康, 豊かなこころ, 喜び」などであった。

SRS-B 尺度の〈対他評価〉は SRS-A 尺度の〈意味感〉に対応する。特徴的な記述内容は、自尊感情の低群に、「特になし」「違和感(不信, 嫌われているのでは)」「感謝・調和が大切」「仲良くしたい, 自分を認めてほしい」「一生懸命, 優しさ, 元気」「劣等感, 不安, 恐怖」など、中群に「頑張っている, 協調性が大切」「感謝」「疎外感, 不信, もっと穏やかに」その他に「申し訳ない」「ついていけない」など、高群に「感謝・皆に支えられている」「仲間」「仕事の責任」「考えて行動する」などであった。

SRS-B 尺度の〈対自評価〉は SRS-A 尺度の〈自覚〉に対応する。特徴的な記述内容は、自尊感情の低群に「不安（見えない，分からない）」「頑張る（後悔が無いように）」「努力次第」，その他の「未来がない，老化，死」など，中群に「楽しみ（何事も OK，前向き，学ぶ）」「紆余曲折（多忙，大変，前途多難）」，その他「ポジティブ，成長」など，高群に「未来が楽しみ（成長，可能性，明るい，自分らしく輝く，強く生きる，レベルアップ，ポジティブ，前向き）」「不安（分からない）」などであった。

SRS-B 尺度の〈病観〉は SRS-A 尺度の〈価値観〉に対応する。特徴的な記述内容は、自尊感情の低群に「かかりたくない（避けられない）」「苦痛（怖い，しんどい，厄介）」「共存」「運命」など，中群に「避けられない（やむえない，運命）」「悪いことばかりではない（共存，成長，自分の生き方を考えさせられる）」「苦痛（あがなえない）」など，高群に「運命（避けられない）」「共存，成長（付き合う，前向き，自然なこと，成長の機会）」「つらい，苦しい，怖い」，その他「一番困る，人生を壊す」などであった。

表 8 自尊感情の3群（低・中・高）における SRS-B 記述内容

(複数回答：件数)

	自尊感情 低群	自尊感情 中群	自尊感情 高群
望み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ゆっくり休みたい (19)</li> <li>・旅行に行きたい (18)</li> <li>・家族とのんびり (14)</li> <li>・無記入 (6)</li> <li>・眠りたい (4)</li> <li>・その他 (転職, 自由, 趣味, ドライブ) 疲労感で何もしたくない)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・旅行に行きたい (22)</li> <li>・ゆっくり休みたい (14)</li> <li>・無記入 (6)</li> <li>・遊びたい, 楽しみたい (6)</li> <li>・ゆっくりと過ごしたい (6)</li> <li>・その他 (登山, おいしいもの, 自由)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・旅行に行きたい (24)</li> <li>・ゆっくり休みたい (9)</li> <li>・仕事と休養のバランス (10)</li> <li>・世界平和, 幸せ, ところ豊かに (6)</li> <li>・その他 (買い物, 自由, 趣味)</li> </ul>
支え	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族 (夫, 子ども, 両親) (38)</li> <li>・無記入 (6)</li> <li>・親友 (4)</li> <li>・大切な人 (3)</li> <li>・特になし (4)</li> <li>・その他 (信念, 思いやりの心, ペット)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族 (夫, 子ども, 両親) (47)</li> <li>・友人, 大切な人, 好きな人 (7)</li> <li>・無記入 (7)</li> <li>・ペット (4)</li> <li>・自分自身, 自分 (4)</li> <li>・現金, 給料日 (2)</li> <li>・健康 (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族 (子ども, 夫, 両親) (49)</li> <li>・友人, 仲間, 愛する人 (8)</li> <li>・自分, 自分の中にある魂 (6)</li> <li>・周囲の人々に支えられている (2)</li> <li>・無記入 (1)</li> <li>・その他 (健康, 豊かなところ喜び)</li> </ul>
対他評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし (14)</li> <li>・違和感 (不信, 嫌われているのでは) (7)</li> <li>・感謝, 調和が大切 (8)</li> <li>・無記入 (8)</li> <li>・仲良くしたい, 自分を認めてほしい (6)</li> <li>・一生懸命, 優しさ, 元気 (8)</li> <li>・その他 (劣等感, 不安, 恐怖)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頑張っている, 協調性が大切 (17)</li> <li>・感謝 (支えられている, ありがとう) (16)</li> <li>・特になし (16)</li> <li>・無記入 (7)</li> <li>・疎外感, 不信, もっと穏やかに (1)</li> <li>・その他 (申しわけない, ついていけない)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感謝 (皆に支えられている) (21)</li> <li>・仲間 (仕事仲間, 無理しないで) (14)</li> <li>・仕事の責任 (患者に優しく, 仕事の要領, 考えて行動する) (14)</li> <li>・特になし (14)</li> </ul>
対自評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不安 (見えない, 分からない) (23)</li> <li>・頑張る (後悔がないように) (16)</li> <li>・なるようになる (努力次第) (8)</li> <li>・無記入 (7)</li> <li>・その他 (未来が無い, 老化, 死)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・楽しみ (何事も OK, 前向き, 学ぶ) (30)</li> <li>・紆余曲折 (多忙, 大変, 前途多難) (11)</li> <li>・未記入 (6)</li> <li>・その他 (ポジティブ, 成長)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未来が楽しみ (成長, 可能性, 明るい) 自分らしく輝く, 強く生きる, レベルアップ ポジティブ, 前向き) (36)</li> <li>・不安 (分からない) (11)</li> <li>・このまま忍耐, なんとかする (8)</li> <li>・無記入 (3)</li> </ul>
病観	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりたくない (避けられない) (20)</li> <li>・苦痛 (怖い, しんどい, 厄介) (18)</li> <li>・共存 (付き合う, 自分を成長させる) (8)</li> <li>・無記入 (7)</li> <li>・運命 (自己管理が必要) (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・避けられない (やむえない, 運命) (33)</li> <li>・悪いことばかりではない (共存, 成長 自分の生き方を考えさせられる) (17)</li> <li>・苦痛 (あがなえない) (12)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運命 (避けられない) (38)</li> <li>・共存, 成長 (付き合う, 前向き, 自然なこと 自分の課題, 成長の機会) (17)</li> <li>・つらい, 苦しい, 怖い (11)</li> <li>・その他 (一番困る, 人生を壊す)</li> </ul>

## 10. スピリチュアリティに関する自由記述の分析

スピリチュアリティに関する自由記述の内容から 70 の重要文脈を抽出し, 15 のサブカテゴリを生成した。生成したサブカテゴリから 6 のカテゴリを生成した。生成した 15 のサブカテゴリと 6 のカテゴリを表 9 に示した。生成したカテゴリは【スピリチュアリティは人それぞれの人生観, 死生観, 経験知, 価値観である】【スピリチュアリティの概念は漠然として, とらえにくい】【ケアに対する看護師の苦悩とメンタル面の疲弊】【自分の思いを素直に言え, 否定せず受け入れてくれる職場の風土や, こころの拠り所となる人間関係】【ラ

イフワークバランスやカウンセリングによる心身のコントロール】【スピリチュアリティの向上には、患者や家族に向き合う体験と、その体験を振り返る研修や教育支援】の6のカテゴリであった。

表 9 自由記述から生成したカテゴリとサブカテゴリ

カテゴリ (6)	サブカテゴリ (15)
スピリチュアリティは人それぞれの人生観、死生観、経験知、価値観である	スピリチュアリティはその人の人生観、死生観、経験知を表す
	スピリチュアリティは経験で得られた人それぞれの考え方や価値観
	緩和ケア病棟での経験は、人生観を豊かにし、死生観を形成させ、スピリチュアリティを成長させた。
スピリチュアリティの概念は漠然として、とらえにくい	緩和ケア病棟では日頃よりスピリチュアリティを意識しているわけではない
	スピリチュアリティは難しく感じた
	スピリチュアリティの概念は漠然としてとらえにくい概念である
ケアに対する看護師の苦悩とメンタル面の疲弊	看護師のケアに対する苦悩が多々あり、それを後回しにしている辛さ
	協働できない時のこころの痛み、人と人との関わりでの心の消耗、メンタル面の疲弊
自分の思いを素直に言え、否定せず受け入れてくれる職場の風土や、こころの拠り所となる人間関係	自分の思いを素直に言え、否定せず受け入れてくれる職場の風土やスタッフ同士の人間関係、こころの拠り所が大切
ライフワークバランスやカウンセリングによる心身のコントロール	気楽に受けられるカウンセリングや心のメンテナンスが必要
	ライフワークバランスが大切
	宗教家をスタッフに配置することで患者や看護師の悩みのサポートやこころの拠り所となる
スピリチュアリティの向上には、患者や家族に向き合う体験と、その体験を振り返る研修や教育支援	緩和ケア病棟での経験は、死生観を形成させスピリチュアリティを成長
	スピリチュアリティが向上するには、人間に関心を持ち、患者や家族に真摯に向き合うこと
	スピリチュアリティ向上のためのカンファレンスや勉強会、デスカッションや研修などの教育支援が必要

### 第3節 考察

#### 1. スピリチュアリティへの影響要因の検討

本研究のSRS-Aの総合平均得点は、75点満点で42.93点であった。比嘉の5段階基準では40～49点の中程度の評価得点であった。先行研究の終末期がん患者のケアに携わる一般病棟の看護師や、訪問看護師のスピリチュアリティ得点と比較して同程度であった<sup>14)19)74)</sup>。このことは、5段階分類評価も同様に中程度に85人(42%)が集中していることからと解釈できる。また、看護経験年数の平均年数から見ても18年に対して、緩和ケア病棟勤務年数が5.0年である。高橋<sup>18)</sup>(2018)の全国の緩和ケア病棟の看護師の調査から、緩和ケア

病棟での平均経験年数が3.7年と短いことを報告している。このことから、SRS-Aの総合評価点には、緩和ケア病棟という特徴は見られなかった。

次にスピリチュアリティへの影響要因は、緩和ケア病棟への配属希望、研修、関心に有意差が認められた。死別体験には有意差が認められなかったが、これは対象者のほとんどが身内の死別体験を有していたことが反映していると考えられる。また、この死別体験は対象者の平均年齢から考えても死別体験の機会は多くなる年齢層であった。その経験から、患者の死に向き合うことの共感性が深まり、死生観が育まれ実践知となっていると考えられる。このことから緩和ケア病棟で働く看護師には死にゆく人の苦しみを可能な限り軽減するケアについて、看護師個々の哲学的な“観”，つまり、死生観や人生観などを有しているのではないかと考える。林裕子<sup>75)</sup>(2014)は緩和ケア病棟の看護師における死のとらえ方は、緩和ケア病棟でやりがいのある分野であること、専門職としての使命感や役割から、日々のケアでの看護師自身の成長を求めている分野であると述べている。このように看護師が体験する職業としての“死”や個人的に体験する身内の“死”は、看護師としての成長だけでなく、看護観や死生観にも影響し、人としての生き様にも影響を及ぼすと考える。その他の、配属希望、関心の高さが、SRS-Aに有意な影響を及ぼしていた。配属希望や関心が高いことは、意欲的であることにつながる。このことは、SRS-Aの項目や下位尺度を高得点につながっていると考えられる。表4の看護師の〈意欲〉がスピリチュアリティへの影響要因として高得点がみられる。SRS-Aの下位尺度の〈意欲〉が上位に挙げられ15点満点の9.41と他の項目と比べて高い得点を示していた。つまり意欲の高さは、〈自分の夢・願いを実現させたい〉と〈生き方の選択〉を望んでいること平均得点は項目得点5点満点の3点以上の得点につながっていた。この結果は、看護師自身のライフサイクルにおいて理想の生活スタイルを選択し、自己実現につなぐために、看護師自身のQOLの質を高めることを意味する。よって、緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティは、下妻が指摘したようにQOLの構成要素として支えている〈生きがい〉〈信念〉ともいえるスピリチュアリティを有していたと考える。また、先行研究では宗教がスピリチュアリティ要因として挙げられていたが、本研究ではSRS-Aと宗教との関係には有意差が認められなかった。しかし、自然や先祖との結びつきに関する〈深心〉の得点は上位に挙げられている。これは宗教を有すると回答した看護師が16%と少なかったことや、わが国の宗教観は特定の宗教を示すものではなく、生活に密着した宗教的儀式を尊ぶ心によりどころを、先祖との関わりで安定させるという日本独特の宗教観をもつという観点からの結果であると考えられる。

一方、SRS-Aの下位尺度の自己肯定感や自己受容である〈自覚〉の項目〈理想の自分と現実の自分との一致〉は、2.33点で、質問項目15項目の中で低得点であった。この理想の自己と現実の自己のズレの大きさは、自己を批判的に見つめることができるために設定されるものであり、自分をもっと高めたいという“成熟のしるし”との解釈もある<sup>76)</sup>。理想と現実のズレが大きいくほど、“理想の接近”，を望んでいるという考えもある<sup>77)</sup>。つまり、本研究の対象者は、意欲的であることがら、理想と現実のズレとなっている可能性も考えられる。

また、SRS-Bの記述内容の分析結果、自己評価P対Nの分析より、SRS-Bの回答内容は自尊感情が高群になるほどSRS-Bはポジティブな内容が記述されていた。このことより、自尊感情の高群は、スピリチュアリティがポジティブな傾向にあると示唆された。自尊感情の高い看護師は、現実的な事象から目を避けずに、そこから何かを得ようとする“価値観”がある。それが、看護師のスピリチュアリティに影響を与え、物事をポジティブに、前向きにとらえられる要因になっていると考えられる。

次に、SRS-Bの記述内容分析の結果、SRS-A尺度の〈意欲〉に対応している〈SRS-B尺度の望み；何よりも一番したいことは〉に続く記述内容である。この望みは、低群から高群までの各群においてほぼ何らかの望みがある。3群に共通するのは「ゆっくり休みたい」「旅行に行きたい」であるが、低群では「眠りたい」「疲労感で何もしたくない」「転職」などの疲労感や休息を求める望みから、高群に向かって「遊びたい」「楽しみたい」「仕事と休憩のバランス」「世界平和」「幸せ、こころ豊かに」などという活動性の高い望みや、生活の質を高める心の豊かさを望む傾向にある。ゆえに、自尊感情の高群の看護師は、看護師個々の“望み”をポジティブにとらえ、看護師のスピリチュアリティに影響を与えることが示唆された。

次にSRS-Aの〈深心〉に対応する〈SRS-Bの支え：一番の支えになるものは〉に続く記述内容である。自尊感情の3群に共通する支えは、「家族(夫、子ども、両親)」であり、低群の「無記入」「特になし」などから、高群にいくほど支えになる対象が、家族から周囲の人々に広がり、自分の魂や豊かなこころの喜び、自己や精神的なこころへと拡大していた。つまり、自尊感情の高群の看護師は、“支え”となるものの対象が広く、その存在の有無が、スピリチュアリティに影響を及ぼしていると考えられる。

次にSRS-Aの〈意味感〉に対応する〈SRS-Bの対他評価：周囲に対して強く感じていることは〉に続く記述内容である。自尊感情の低群には「違和感(不信、嫌われているのでは)」「仲良くしたい」「自分を認めてほしい」「劣等感」「不安」「恐怖」「疎外感」「不信」などの他者に対する否定的感情から、「申し訳ない」「ついていけない」などの疲労感があり、高群に「感謝・皆に支えられている」「仲間」「仕事の責任」「考えて行動する」などであったことから、周囲との関係を肯定的に捉え仲間との信頼関係、連帯感を感じている。このことから、自尊感情の高群は、周囲に対する肯定的感情や人間関係をポジティブにとらえられている。そのことが、スピリチュアリティに有効な影響を及ぼしていると考えられる。

次にSRS-A尺度の〈自覚〉に対応する〈SRS-B尺度の対自評価：自分のこれからは〉に続く記述内容は、「未来がない」「老化」「死」などの記述から、高群に向かうほど、「楽しみ」「前向き」「ポジティブ、成長」「未来が楽しみ」「自分らしく輝く」などと変化し、「不安」から「未来への楽しみ」などとポジティブな傾向に向かっていることが示されていた。このことから自尊感情の高群の看護師には、自分の将来、未来へのポジティブな生き方があり、そのことがスピリチュアリティに影響を及ぼしていたと考えられる。

最後に SRS-A 尺度の〈価値観〉に対応する SRS-B 尺度の病観：病（病気というものは）に続く記述内容は、「かかりたくない」「人生を壊す」「苦痛（怖い、しんどい、厄介）」など、病気に対する捉え方はネガティブな傾向が強い。そのなかにおいて、高群には「病気との共存、成長（付き合う、前向き、自然なこと、成長の機会）」など病気を前向きな捉え方をした記述が見られている。このことから、自尊感情の高群には、病観へのポジティブな生き方や姿勢があり、スピリチュアリティに影響を及ぼしていると考えられる。これらのことから、自尊感情とスピリチュアリティとの関係では、自尊感情の高群は、看護師自身の QOL を高める〈望み〉や、家族や自分の回り人々の存在と自己のこころの〈支え〉となるもの、他者との関係では、好意的な〈人間関係〉そして病気に対して、ポジティブなとらえ方ができる〈価値観〉が、低群と比較して高い傾向であることが示唆された。

以上のことから、スピリチュアリティへの影響要因は、緩和ケア病棟への配属希望、研修、スピリチュアリティへの関心、看護師の自尊感情であった。自尊感情の高い看護師はものごとをポジティブに捉える傾向が確認されたことから、スピリチュアリティへの重要な要因であると考えられる。

## 2. スピリチュアリティと自尊感情との関連性についての検討

スピリチュアリティと自尊感情との相関関係の結果では、中程度の正の相関を示している。このことから、自尊感情の高い看護師はスピリチュアリティが高い傾向であることが示唆された。ローゼンバークの自尊感情は、自己（the self）に対する肯定的または否定的な態度と捉えた自己受容を意味することから、緩和ケア病棟で働く看護師はケア実践で悩みながら、新たな行動に移すエネルギーとしてのスピリチュアリティと自尊感情を高めていると考えられる。看護師が患者のトータルペインに気づき、そのケアがより効果的なケアにつながった時、看護師自身の自己効力感を認識し、自尊感情が高まるのではないかと考える。

さらに緩和ケア病棟の看護師の特性として、緩和ケア病棟への配属希望を有した者が半数を占めていることは、緩和ケアへの期待や希望をもちながらの配属を希望したと推察される。しかしその一方で、看護ケアに対する無力感や日常の死に直面する衝撃からくる辛さや悩み、自尊感情が脆弱になる危険性を孕んでいる。この看護師の苦悩は、自由記述から読み取ることができる。それは自由記述の分析結果のカテゴリ【ケアに対する看護師の苦悩とメンタル面の疲弊】である。さらに【スピリチュアリティの概念は漠然としてとらえにくい】のカテゴリは、緩和ケア病棟の看護師たちが、スピリチュアリティをどのように捉えたら良いのか、看護師の戸惑いや迷いがあることを示している。そのような状況のなかで自尊感情が脆弱となり、日々のケアからの悩みや無力感に陥る危機状態を体験していると推察される。しかし、危機状態に陥ることへの予防策に【自分の思いを素直に言え、否定せず受け入れてくれる職場の風土や、こころの拠り所となる人間関係】のカテゴリが



看護師の支えとし、同時に看護師の心身のサポート対策として【ライフワークバランスやカウンセリングによる心身のコントロール】や、メンタル面のサポートにカウンセリングやこころのメンテナンスも求めている。それだけに看護師のメンタル面は疲弊し、こころの葛藤や辛さを明らかにしながら、今後の方向性を模索している実態が見えてくる。この緩和ケアにおける心の葛藤は、看護師の“死生観”と関係がある。自分なりの支えや死生観を持たなければ、日々の症状や感情に揺れ動きながら流されて巻き込まれてしまう危険性がある。その対策として岩崎<sup>57)</sup>(2014)は終末期患者をケアする中で困難性を看護師間で共有することの必要性を述べているように、これらの苦悩を表出させ受け止め共有することのできる職場の環境や風土、人間関係が支えになっていることが示唆された。

自尊感情は、個人の社会的な適応や精神的健康の指標と捉えられ、多くの心理学・社会科学の研究が積み重ねられてきた。自尊感情の低い人は抑うつや不安といったネガティブな情動との関連が強く、自尊感情の高い人ほど、自発的・意欲的な行動や幸福感が増進されること、自尊感情の高さと不適応行動との関連も指摘されているが、それらの諸研究では自尊感情の高さそのものが不適応行動に直結している訳では必ずしもない。自尊感情は、日常生活における幅広い快感情や、行動における望ましい特徴と関連しており、個人の幸福感や生活の質の重要な指標の一つであると考えられる。

つまり、ストレスや課題に直面したとき、自尊感情が高ければ日々の出来事に肯定的な評価を下し、また、自分をより肯定するものとして失敗よりも成功経験の方を強く認識する。逆に自尊感情が低ければ、日々の出来事をより否定的に評価し、自分をより否定するものとして失敗体験を強く認識するということである。このように看護師はケアを振り返り自己分析することで、学びを得て成功経験としてとらえている。さらに自尊感情を安定することができる。自尊感情の高さは精神的に健康に生きるための心理的基盤という観点から重要であるといえる。さらにロジャーズが、自己受容の増加と相関的に、他人の受容も増加すると述べているように、自尊感情は他者への愛と排他的でなく、他者の価値を尊重することにつながる。従って、今回の研究で自尊感情を確認することは、他者尊重の心も同様に確認でき、それらを育むことで他者尊重の心を同時に育まれることが期待できる。

以上のことから、自尊感情とスピリチュアリティとの関係では、自尊感情の高群は、看護師自身のQOLを高める〈望み〉や、家族や自分の回り人々の存在と自己のこころの〈支え〉となるもの、他者との関係では、好意的な〈人間関係〉そして病気に対して、ポジティブなとらえ方ができる〈価値観〉が、低群と比較して高い傾向であることが示唆された。

つまり、自尊感情が物事をポジティブにとらえられる要因となり、次への行動力やエネルギーとなり、看護師の目標や希望につながるといえる。ゆえに、看護師の自尊感情はスピリチュアリティの重要な影響要因であると考えられる。

## 第4節 結論

緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因や、スピリチュアリティと自尊感情との関係性を検討し、看護師のスピリチュアリティを検討した結果、以下の結論に至った。

1. 看護師のスピリチュアリティへの影響要因は、緩和ケア病棟に働く看護師の“スピリチュアリティへの関心”“緩和ケア病棟への配属希望”であり、“研修”“自尊感情”であった。さらに、スピリチュアリティと自尊感情には正の相関があり、自尊感情が高まればスピリチュアリティが高まる傾向が認められた。
2. スピリチュアリティは患者のトータルペインに気づく重要な要因である。看護師が患者のトータルペインに気づき、緩和ケアにおいて、その気づきが効果的にスピリチュアルケアに反映され、成功体験としてとらえられた時、看護師は自身の自己効力感を認識し、自尊感情を向上させることができる。
3. 看護師のスピリチュアリティと自尊感情の関係性から、スピリチュアリティの向上には、患者や家族に向き合う体験と、前向きでポジティブに物事を捉えると共に、その体験を振り返る研修や教育支援、看護師のメンタルケアなどから自尊感情を高めている。

## 第5章 第2研究 スピリチュアリティとスピリチュアルケアの関連性

### 第1節 研究目的と研究デザイン

#### 1. 研究目的

緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの関連性を検討する。

#### 2. 研究対象

中国地方における緩和ケア病棟の全施設 30 施設(2019 年 6 月)を対象に調査依頼を行い、同意を得られた 19 施設で働く看護師 300 名を対象とした。第1研究と同じ対象である。

#### 3. 調査期間

2019 年 9 月～2020 年 3 月

#### 4. データ収集方法

- (1)中国地方（5 県）の緩和ケア病棟を有する病院（2019 年 9 月現在 30 施設）の施設看護管理者に研究依頼文(施設用)，研究計画書と質問紙，施設長同意書を郵送し研究依頼を行う。協力表示が得られた施設に，事前に尋ねた看護師人数分の看護師用質問紙，研究対象者用の研究説明書，返信用封筒を郵送した。
- (2)緩和ケア病棟看護管理者より，対象者に質問紙は渡され無記名自記式質問調査を行う。返信用封筒を同封し質問紙に記入後，各個人から直接，研究者宛への返送を依頼した。
- (3)質問調査紙を配布し 3 週間を留置期間とした。回収率の向上のために 3 週間を経過した時点で調査対象病棟宛に研究協力へのお礼と同時に，質問紙の未確認であれば，という文脈を添えて返信を促し回収率を高めた。

#### 5. 調査内容

- (1)質問紙項目の基本属性および SRS-A, SRS-B 尺度は，研究 1 と同じものである。
- (2)スピリチュアルケア能力尺度:スピリチュアルケア能力測定尺度，江口富子ら<sup>78)</sup> (2011) の再構成版を使用する。江口らの尺度は 60 項目あり，回答者に負担がかかると考え，尺度開発者に許可を得て再構成版を作成し，その使用の許可を得た。再構成の方法は，60

の質問項目の8概念を熟読し、1概念より3項目ずつを選択し全体で24項目の5件法とし、再構成の方法は尺度開発家のスーパーバイズを受けた。スピリチュアルケア能力尺度（再構成版）は、〈自己理解〉〈人生観〉〈霊的痛み〉〈自然との関係性〉〈人間関係〉〈基本的看護観〉〈死生観〉〈信仰・信念〉の8概念で構成され24項目5件法とした。再構成版は尺度開発者（江口富子）に承認を得て再構成し、その使用の許可を得た。

（スピリチュアルケア能力尺度は、別添資料1の質問紙の問3に該当する）

## 6. 分析方法と分析手順

### 1) 分析方法

- (1) スピリチュアルケア能力の評価は〈あてはまる〉を5点～〈あてはまらない〉を1点とし合計点（得点範囲24～120）の高いほどスピリチュアルケア能力が高いことを示す。
- (2) スピリチュアルケア能力の信頼性：本研究によるスピリチュアルケア能力尺度の信頼性はCronbachの $\alpha$ 係数が0.911であった。
- (3) 量的分析は統計学的処理を行う。基本属性は記述統計、量的データはスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの相関分析を実施した。

### 2) 分析手順

統計解析前にスピリチュアルケア能力尺度の正規分布検定を実施した。正規性の検定にはKolmogorov-Smirnovの正規性の検定（探索的）とShapiro-Wilk検定を実施した。スピリチュアルケア能力尺度は $p=0.337$ と正規分布を示し統計解析はパラメトリック検定とした。

- (1) SRS-Aとスピリチュアルケア能力の平均得点の記述統計を算出し回答分布を確認した。
- (2) スピリチュアルケア能力と下位尺度の平均点を記述統計で確認した。
- (3) 看護師（自分）のスピリチュアリティの認識を確認した。
- (4) スピリチュアルケア能力を基本属性（死別体験，配属希望，宗教，関心など）の有無の比較をパラメトリック $t$ 検定法で実施した。
- (5) スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力との関係を確認した。
  - ① SRS-Aとスピリチュアルケア能力の関係を散布図で確認した。
  - ② スピリチュアルケア能力とSRS-AとSRS-Bの相関をピアソン積率相関関係の検定で実施した。
  - ③ SRS-A，SRS-B，スピリチュアルケア能力との関係をパス分析した。
- (6) すべての分析で統計的有意水準 $p<0.05$ （両側検定）とした。
- (7) 検定処理には統計解析ソフトIBM SPSS Statistics 24 for Windows IBM SPSSとSTATISTICA 5.1J，SPSS 14.0J，AMOS 6.0を使用した。

## 第2節 結果

### 1. SRS-A とスピリチュアルケア能力の平均点

SRS-A, スピリチュアルケア能力の平均点を表 10 に示した。

スピリチュアリティの平均得点は 42.93±9.19 点 (範囲 15~75, 中央値 43.00), スピリチュアルケア能力の平均得点は 84.48±11.21 点 (範囲 24~120, 中央値 84.00) であった。

表 10 SRS-A, スピリチュアルケア能力の平均点  
n=200

評価基準	自尊 SRS-A (1~5点) ×15項目	スピリチュアルケア 能力 (1~5点) ×24項目	
	10~	15~75	24~120
得点数範囲		21~73	59~118
平均値		42.93	84.48
中央値		43.00	84.00
標準偏差		9.19	11.21

### 2. スピリチュアルケア能力の項目と下位尺度の平均点

スピリチュアルケア能力の項目と下位概念の平均点を表 11 に示した。

スピリチュアルケア能力の項目点は 5 点満点で, 高得点の項目は, 〈死の迎え方は一人ひとりちがう〉で 4.65 点, 〈全人的ケアには, 患者の持つ人生観, 死生観を理解することができる〉は, 4.35 点であった。4 点近い点数では 〈死の準備教育が大切である〉は 3.97 点, 〈人間のすばらしさには, いのちの尊厳がある〉は 3.95 点, 〈自分の看護観をもっている〉は 3.91 点であった。一方, 平均点が 3.00 を切る項目は 〈自分のスピリチュアリティを知る〉は 2.78 点, 〈人生の真の意味を理解できる〉は 2.59 点, 〈人間とは何かを知っている〉は 2.56, 〈生きる希望には永遠のいのちへの希望がある〉は 2.48 点であった。下位尺度の平均点 15 点満点のなかで 〈自然との関係性〉は 11.58 点, 〈人間関係〉は 11.51 点, 〈基本的看護観〉は 11.37 点, 〈死生観〉は 11.37 点, 〈霊的痛み〉は 10.74 点, 〈信仰・信念〉は 10.46 点, 〈自己理解〉は 9.26 点, 〈人生観〉は 8.22 点であった。

表 11 スピリチュアルケア能力項目と下位尺度の平均点

n=200

下位尺度	平均得点	標準偏差	スピリチュアルケア能力の項目	平均得点
範囲 (0-15点)	SD			範囲 (0-5点)
自己理解	9.26	2.112	自己を知るには自分の内面を見直すことである	3.93
			人間とは何かを知っている	2.56
			自分のスピリチュアリティを知っている	2.78
人生観	8.22	2.323	生きる意味が分かる	3.14
			生きる希望には永遠のいのちへの希望がある	2.48
			人生の真の意味を理解できる	2.59
霊的痛み	10.74	2.235	生きていく苦しみ, 死んでいく苦しみがわかる	3.48
			痛みの意味に霊の痛みがある	3.90
			痛みの意味は死後の世界, 神の存在も含まれる	3.40
自然との関係性	11.58	1.842	自然の調和は, 慰めを与えてくれる	3.85
			人間のすばらしさには, いのちの尊厳がある	3.95
			自然との中に人間としての尊厳がある	3.78
基本的看護観	11.37	1.771	患者の無言のサインを受け止めることができる	3.50
			自分の看護観をもっている	3.91
			死の準備教育が大切である	3.97
死生観	11.37	1.654	死の迎え方は一人ひとりちがう	4.65
			充実した死への援助が受け入れられるよう配慮できる	3.48
			人生を希望と勇気をもって生きられるよう援助することができる	3.23
信仰・信念	10.46	1.925	聖書や経典を読む患者のこころを理解することができる	3.62
			祈ることができる	3.44
			患者の抱いている希望を見出せるような援助ができる	3.37
人間関係	11.51	1.632	患者の自己決定を支えることができる	3.61
			相手に対し, あるがまま受入れる受容的態度がある	3.56
			全人的ケアには, 患者の持つ人生観, 死生観を理解することができる	4.35

### 3. 自己のスピリチュアリティの認識

#### 1) 自己のスピリチュアリティを知っている

看護師の自分自身のスピリチュアリティの認識を確認するために、スピリチュアルケア能力項目（自己理解）の〈自分のスピリチュアリティを知っている〉の選択肢の結果を表12に示した。[あてはまる]と[ややあてはまる]を合わせて、自分のスピリチュアリティを【知っている群】とし、[あてはまらない]と[ややあてはまらない]を合わせて【知らない群】とした結果、【知っている群】は39名（19.5%）【どちらともいえない群】は95名（47.5%）、【知らない群】は66名（33.0%）であった。

表 12 自己のスピリチュアリティの認識

n=200

選択肢	人数(名)	(%)	3群	人数(名)	(%)
あてはまる	9	4.5	知っている群	39	19.5
ややあてはまる	30	15.0			
どちらともいえない	95	47.5	どちらともいえない群	95	47.5
ややあてはまらない	39	19.5	知らない群	66	33.0
あてはまらない	27	13.5			

#### 2) 自己のスピリチュアリティ認識とスピリチュアルケア能力との比較

自己のスピリチュアリティを【知っている群】と【知らない群】の比較を表13に示した。自己のスピリチュアリティを【知らない群】のスピリチュアルケア能力の平均点は77.47±10.18点、【知っている群】の平均点は94.72±10.23点で有意差が認められた( $p < 0.001$ )。

表 13 自己のスピリチュアリティを知っている群と知らない群の比較

n=105

項目	n (名)	スピリチュアル ケア能力 平均値 (点)	標準偏差	有意確立 (両側)
自己のスピリチュアリティを知らない群	66	77.47	10.18	
自己のスピリチュアリティを知っている群	39	94.72	10.23	***
合計	105	83.88	13.16	

$t$ 検定 (等分散性のための Levene の検定) \*\*\* $p < 0.001$

#### 4. SRS-A とスピリチュアルケア能力への影響要因の比較

死別体験, 緩和ケア病棟への配属希望, 宗教, 研修, 関心の有無の比較を表 14 に示した。SRS-A には緩和ケア病棟への配属希望, 研修の有無, 関心の有無に有意差が認められた ( $p < 0.01$   $p < 0.05$   $p < 0.05$ )。スピリチュアルケア能力には, 緩和ケア病棟への配属希望, 宗教の有無, 研修の有無, 関心の有無に有意差が認められた ( $p < 0.05$   $p < 0.05$   $p < 0.01$   $p < 0.01$ )。SRS-A には死別体験と宗教に有意差は認められなかった。スピリチュアルケア能力には死別体験に有意差が認められなかった。

表 14 SRS-A とスピリチュアルケア能力への影響要因の比較

基本属性		n (%)	SRS-A平均点 (15~75)点	有意確率 両側)	スピリチュアルケア 能力平均点 (24~102) (点)	有意確率 両側)
死別体験	あり	179(89.5)	42.65		84.39	
	なし	21(10.5)	45.24	.224	85.24	.744
緩和ケア病棟 への配属希望	あり	115(57.5)	44.53		86.12	
	なし	85(42.5)	40.75	.004 **	82.26	.016 *
宗教	あり	32(16.0)	44.59		88.22	
	なし	168(84.0)	42.61	.263	83.77	.039 *
研修	あり	112(56.0)	44.06		86.42	
	なし	88(44.0)	41.48	.048 *	82.01	.005 **
関心	あり	176(88.0)	43.48		85.36	
	なし	24(12.0)	38.88	.021 *	78.04	.003 **

t 検定 (等分散性のための Levene の検定)

\*  $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

#### 5. スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力との関係

##### 1) SRS-A とスピリチュアルケア能力の散布図

SRS-A スピリチュアルケア能力の散布図を図 11 に示した。SRS-A とスピリチュアルケア能力との関係には正の相関がみられた。



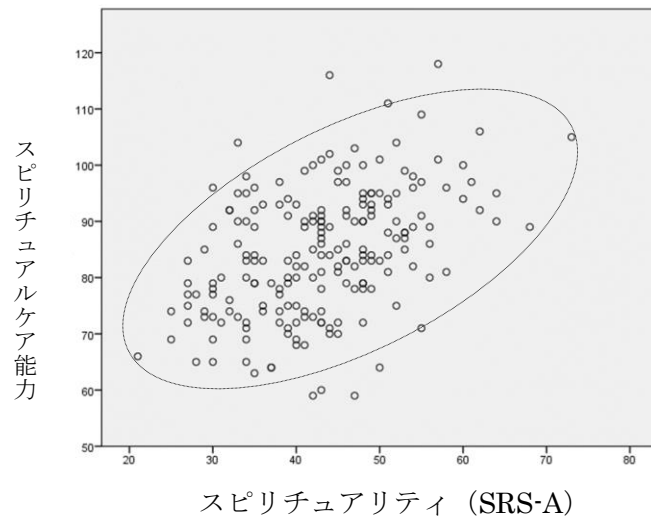


図 11 SRS-A とスピリチュアルケア能力の散布図

## 2) スピリチュアルケア能力と SRS-A と SRS-B との相関

スピリチュアルケア能力と SRS-A と SRS-B との相関を表 15 に示した。スピリチュアルケア能力と SRS-A との間には中程度の正の相関 ( $r=0.443$   $p<0.01$ )、スピリチュアルケア能力と SRS-B との間には、正の弱い相関 ( $r=0.260$   $p<0.01$ )、SRS-A と SRS-B との間には、正の弱い相関 ( $r=0.283$   $p<0.01$ ) が認められた。

表 15 スピリチュアルケア能力と SRS-A と SRS-B との相関

	スピリチュアルケア能力	SRS-A	SRS-B
スピリチュアルケア能力	1.000		
SRS-A	.443**	1.000	
SRS-B	.260**	.283**	1.000

ピアソン積率相関係数の検定

\*\* $p<0.01$

### 3) SRS-A, SRS-B, スピリチュアルケア能力との関係のパス図

SRS-A と SRS-B, スピリチュアルケア能力との関係のパス図の結果を図 12 に示した。

潜在変数をスピリチュアリティ (SRS-A) とスピリチュアルケア能力, 観測変数を SRS-A を構成する因子, SRS-B, スピリチュアルケア能力を構成する因子としてスピリチュアリティとスピリチュアルケア能力との関係モデルを検出した。その結果, パス係数は SRS-A からスピリチュアルケア能力に対して 0.50 であった。SRS-A から意欲に対して 0.76, 意味観に対して 0.75, 価値観に対して 0.70 であった。スピリチュアルケア能力から人間関係に対して 0.84, 看護観に対して 0.84, 死生観に対して 0.82, 信仰に対して 0.70 であった。スピリチュアリティから〈意味観+自覚+価値観〉に共通の変動要因〈観念〉が存在した。自己存在や自己受容, 価値観などが影響している。係数は全て  $p < 0.05$  で有意差が認められた。パス図モデルの適合度指数は GFI=.924 ACFI=.889 CFI=.967 RMSEA=.054 で, 概ね良好であった。

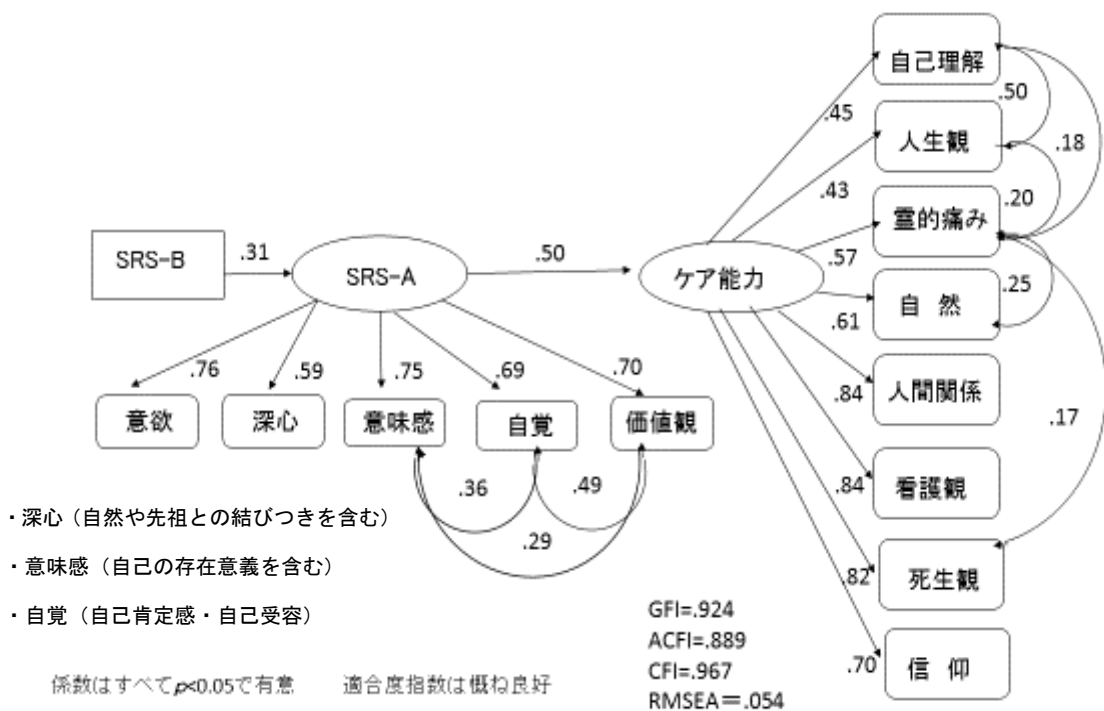


図 12 SRS-A, SRS-B, スピリチュアルケア能力関係のパス図

### 第3節 考察

#### 1. スピリチュアルケア能力の評価点

本研究におけるスピリチュアルケア能力の平均得点は、 $84.48 \pm 11.21$ 点（範囲 24～120, 中央値 84.00）と、高い自己評価を示している。緩和ケアの専門能力としての経験と自信の表れであろう。とくに下位尺度の〈死の迎え方は一人ひとりちがう〉〈全人的ケアでは、患者の持つ人生観、死生観を理解することができる〉〈死の準備教育が大切である〉〈人間のすばらしさには、いのちの尊厳がある〉という項目のスピリチュアルケア能力は、5点満点のほぼ4点以上という高得点を示している。これらの概念は、基本的看護観や死生観の下位概念であり、これらの能力は看護師の経験で高められたスピリチュアルケア能力であると考えられる。つまり、緩和ケア病棟で働く看護師は、緩和ケアでの死に直面しながら、患者や家族から得た死生観や人生観を、経験の中から経験知として得ているといえる。

一方、5点満点の平均点が3.00を切る項目は〈自分のスピリチュアリティを知る〉〈人生の真の意味を理解できる〉〈人間とは何かを知っている〉などの、自己理解能力の評価は全体から見て下がる傾向があった。とくに、スピリチュアルケアとの関連性が深いと考えられるスピリチュアリティについて、〈自分のスピリチュアリティ〉について知っているとの回答は戸惑いが見られ、〈どちらともいえない〉との回答者が95名（47.5%）を占めている。先行研究では、緩和ケア病棟の看護師は、スピリチュアリティを知っているとの質問に8割が知っていると答えている<sup>40)</sup>。本研究とは相違がある。しかし、先行研究では、〈スピリチュアリティを知っているか〉との質問であり、本研究の尺度では、〈自分のスピリチュアリティを知っているか〉との質問であったことから、回答に迷いが生じたと考える。つまり漠然とスピリチュアリティという言葉を知っていても、〈自分のスピリチュアリティを知っているか〉となると、回答に戸惑いを感じ、知っているとの回答には躊躇したと考える。また、自己のスピリチュアリティを表13に示したように、自分のスピリチュアリティを知る群は、知らない群と比較して有意にスピリチュアルケア能力が高い傾向であったことから、自己のスピリチュアリティを認識できることが、スピリチュアルケア能力に有意な影響を及ぼしていると考えられる。スピリチュアルケアには人間の尊厳が重要であることから、看護観や死生観、そこに自己理解能力が重要となる。終末期の患者は病を抱え、肉体的苦痛と共に自己の痛みや苦しみとの戦いが生じてくる。患者が自己との闘いであると同様に、看護師自身も自己との闘いである。それにはスピリチュアリティなどの自己理解能力が求められていると考える。

## 2. スピリチュアルケア能力への影響要因

スピリチュアルケアに影響を及ぼす要因として、緩和ケア病棟への配属希望、宗教、研修、関心の有無について有意差が認められた。緩和ケアに関する希望や関心の高さは看護師のケアに向けての行動力となる重要な影響要因である。研修については、経験知とし理論知にするための教育支援として重要な要因である。宗教との有意差は、スピリチュアリティには認められなかったが、スピリチュアルケア能力には影響を与えていた。緩和ケア病棟の看護師は、宗教に依存する患者もいることから、宗教への理解も必要である。

宗教との関係は繊細である。宗教は自由であり、患者の宗教観を認めることも重要である。患者は自分の生きている意味や目的について問い悩むとき、そこに息づく、宗教の要因が影響を及ぼしていると考えられる。つまり、スピリチュアルは宗教性を包含する抽象的な言葉であるが、こころの癒しを促す力がある。WHOが発刊した『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』では、患者が人生の終末に近づいてきた人にとっては自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などに関連していることが多い。そこには患者が自分との戦いのなかで自分が生かされていること、愛されていることに気付くことであると述べている。また、第4章で述べたように、わが国の宗教観は特定の宗教を示すものではなく、生活に密着した宗教的儀式を尊ぶ心のよりどころを、先祖との関わりで安定させるという日本独特の宗教観であり、これがこころの癒しになると考える。

次に看護経験歴の長さや経験の質である。本研究の調査対象者の特性は、平均年齢は42.9±9.5歳、看護経験平均年数は18.1±9.5年である。経験年数から看護能力を推察すれば、ラダー評価<sup>79)</sup>の基準レベルⅢの中堅からレベルⅣの達人であると考えられる。しかし、パトリシア・ベナーの看護理論では、単なる経験歴の長さだけではなく“経験の質”が重要であるとしている。本研究では経験の質に関する調査は実施していないが、“死に至る存在をケアする”という緩和ケアでの経験の質は、単なる経験歴の長さだけではない。表4で示したスピリチュアルケア能力の看護観、死生観、人間関係が高得点を示していることから、経験歴はこれらを育む実践知として、“経験の質”を高めていると考える。山田理絵ら<sup>80)</sup>は、臨床看護師の直観能力と経験年数に関して、直観能力の「総合得点」「知力」「経験の豊かさ」は、経験年数の長い看護師のほうが高かったと報告している。つまり、看護経験から得られた実践知は、経験の豊かさ、臨床看護師の直観能力、経験の質を高めていることから、看護師の特性に“経験の質”、“実践知”があると考える。

この“経験の質”は前章のスピリチュアリティの得点からも窺うことができる。それは、本研究対象者の特性に看護師の〈意欲〉がある。表4で示したSRS-Aの下位尺度の〈意欲〉は、〈自分の夢・願いを実現させたい〉と〈生き方の選択ができる〉が3点以上の高得点を示している。この結果は、看護師自身のライフサイクルにおいて理想の生活スタイルを選択し、看護師自身のGOLの質を高めることを意味する。よって、緩和ケア病棟で働く看護

師は、下妻<sup>15)</sup>が論述したQOLの構成要素として支えている“生きがい”“信念”ともいえるスピリチュアリティを有していると考えられる。

さらに、図10で示したSRS-Bの評価点では、総合的に見てポジティブ傾向を示していた。〈病観〉や〈対他評価〉は一般的にネガティブに捉えがちな項目であるが、本研究では1.00近くの得点でありネガティブとはいえない。一方、〈望み〉〈支え〉〈対自評価〉はポジティブ傾向であることも、緩和ケア病棟の看護師のもつ特性であるといえる。以上のことから、緩和ケア病棟で働く看護師の特性は、スピリチュアリティへの関心、緩和ケアを目指す動機や意欲の高さ、ポジティブ思考、長年の看護経験から得た経験の質、実践知を有していると考えられる。スピリチュアルケア能力に有意な影響を及ぼす要因は、〈緩和ケア病棟への配属希望〉〈宗教〉〈研修〉〈関心〉〈経験の質〉であるといえる。

### 3. スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力

スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力とは、正の相関関係が認められた。このことは田内ら(2007)<sup>45)</sup>の、スピリチュアルケアに一番強く影響を及ぼしているのが、スピリチュアリティであると論じたことと一致している。さらに本研究の自分のスピリチュアリティを「知っている群」と「知らない群」の比較では、自分のスピリチュアリティを「知っている群」の方が、スピリチュアルケア能力の平均点が有意に高いと確認できた。このことから、自己のスピリチュアリティの認識の有無が、スピリチュアルケア能力に影響を及ぼしていることを確認した。これらのことから看護師のスピリチュアリティへの認識が、スピリチュアルケア能力を高めることを意味する。

パス図の結果からは、SRS-Aはスピリチュアルケア能力に中程度の影響を及ぼしている。SRS-Aは〈意欲〉や〈意味感〉〈価値観〉との強い関係がみられ、〈意味観+自覚+価値観〉には共通の〈観念〉が存在している。つまり、スピリチュアリティには自己の存在意識と自己受容、そして自分の考えや信念には共通の観念が存在している。それは、比嘉が論じている〈観念〉であり、存在感、死生観、人生観などの観念が共通していると考えられる。しかし、比嘉の概念である〈意欲+深心〉には共通の〈意気〉の概念が含まれると論じているが、本研究の結果からは、この概念は見られなかった。

## 第4節 結論

緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの関係を検討した結果、以下の結論に至った。

1. 自己のスピリチュアリティへの認識が、スピリチュアルケア能力を高めること、スピ

リチュアリティとスピリチュアルケア能力には相関が認められる。このことから、自己のスピリチュアリティの認識の有無が、スピリチュアルケア能力に影響を及ぼし、スピリチュアルケア能力を高めることを意味する。

2. スピリチュアルケアへの影響を及ぼす要因は、緩和ケア病棟への配属希望、宗教、研修、関心の有無であり、これらは看護師のケアに向けての行動力となる重要な要因であった。また、宗教はスピリチュアリティには認められなかったが、スピリチュアルケア能力には影響を与えていた。この宗教は特定の宗教を示すものではなく、生活に密着した宗教的儀式を尊ぶ心によりどころを、先祖との関わりで安定させるという日本独特の宗教観であり、こころの癒しになる。日本独特の宗教観は、患者の宗教観を理解するために必要な要因の一つであった。
3. スピリチュアリティは〈意欲〉〈意味感〉〈価値観〉との強い関係性があることから、看護師の意欲・自己の存在・価値観を自己受容できることとの関係が強い。スピリチュアルケア能力は〈人間関係〉〈看護観〉〈死生観〉が強い影響力を及ぼしていることが明らかとなった。

## 第6章 第3研究 看護師が考えるスピリチュアリティとスピリチュアルベストケア

### 第1節 研究目的と研究デザイン

#### 1. 研究目的

緩和ケア病棟で働く看護師が考えるスピリチュアルペイン，スピリチュアルケア，スピリチュアリティ，スピリチュアルベストケアについて検討する。

#### 2. 研究方法

半構成的面接法の質的研究

インタビューは下記のインタビューガイドに沿って実施した。

- ① あなたは、患者さんのスピリチュアルペインに気づかれた場面はありますか？  
どのような気づきがありましたか？よろしかったら事例をお話してください。  
スピリチュアルペインとは何だと思われますか？
- ② そのとき、どのようなケアをされましたか？ あるいはどのようなケアが必要であったと思われますか？ よろしかったら事例をお話してください。  
スピリチュアルケアとは何だと思われますか？
- ③ あなたは、ご自分のスピリチュアリティについて、どのように思われますか？
- ④ スピリチュアルベストケアとは何だと思われますか？  
以上、お話しできる範囲でお話してください。

#### 3. 研究対象者

中国地方の緩和ケア病棟で働く看護師，緩和ケア病棟経験年数3年以上を対象に，同意を得られた看護師11名。

#### 4. 調査期間

2019年6月～2020年3月

## 5. 分析方法

- ① 質的データをグランデッド・セオリー法によるカテゴリ化 (W.C チュニッツ. J.M. スワンソンのグランデッド・セオリー<sup>81)</sup>) を参考に分析した。
- ② インタビュー内容は、逐語録を作成し、逐語録から重要文脈をコーディングし、サブカテゴリ化を図った。
- ③ サブカテゴリ化したものをカテゴリ化した。
- ④ 11名のサブカテゴリ化したものを統合した。
- ⑤ 統合したカテゴリを構造化した。
- ⑥ 研究信頼性：トライアングレーションという考え方をを用いる。この全過程において2名の質的研究者のスーパーバイズを繰り返し受け、信頼性を高めた。

## 第2節 結果

インタビュー時間は30分から45分で、対象者の業務や私用に影響のない時間で対象者の希望時間に設定した。インタビューの場所は施設内の静かな環境でプライバシーが保護される個室にて実施できた。インタビュー内容、全員、録音の許可を得て録音し、必要時メモ記録をとった。

### 1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性を表16に示した。年齢は、30代から50代の女性11名で、その中に緩和ケア病棟リーダが数名、含まれていた。平均年齢は44歳、看護経験年数の平均は17.1年で、緩和ケア勤務平均年数は7.1年であった。年代は30代～50代、看護経験年数は7年～24年、緩和ケア経験年数は3年～18年であった。



表 16 インタビュー対象者の基本属性

n=11

協力者	年齢（年）	看護経験年数（年）	緩和ケア経験年数（年）
A	50代	10	5
B	30代	10	5
C	40代	20	5
D	40代	20	5
E	40代	20	10
F	40代	20	10
G	40代	20	5
H	40代	10	5
I	50代	20	20
J	30代	10	5
K	30代	10	5
平均	44歳	17.1	7.1

## 2. 対象者Aのインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 76 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 2-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

76 の重要文脈から 20 のサブカテゴリを抽出した。(別添資料 2-2)

### 3) サブカテゴリからカテゴリ化

20 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 17 に示した。20 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、身体的・精神的・社会的痛みのトータルペイン】【スピリチュアルケアは患者の痛みや思いや宗教を大切にしたケア】【スピリチュアリティは患者の痛みや思いを傾聴し共感する行動へのエネルギーであり、スピリチュアリティの高い看護師は人間的に豊かで、余裕があって安心感がある】【スピリチュアルベストケアとは、患者からの感謝の言葉や患者が別れの時に満足したと思えたとき】という 4 のカテゴリが生成された。

表 17 対象者A：サブカテゴリからのカテゴリ化

(A) サブカテゴリ	カテゴリ
<p>1) がんの悪化に伴う身体的苦痛とボディーイメージの変化や自分が何もできなくなるという喪失感（スピリチュアルペイン）</p> <p>2) 孤独感とさみしさによる不眠</p> <p>4) イライラして不機嫌になり，●●用の●を投げるなど，分かってもらえない怒りの感情表出とその行動（精神的苦痛）</p> <p>7) 患者自身の生きていた中で病気になったという挫折感，皆に嫌われているという疎外感，誰かに話を聞いてほしかったという思いの感情の表出（スピリチュアルな痛み）</p> <p>13) 家族との折り合いが付かずに，何度も外泊を希望した患者の希望が叶えられなかった社会的苦痛</p>	<p>・スピリチュアルペインは，身体的・精神的・社会的痛みのトータルペイン</p>
<p>3) 入眠援助のタッチングと寄り添いのケア（スピリチュアルケア）</p> <p>6) 患者の声掛けでベッドの隣に座り，長時間の●●による関わり</p> <p>8) 看護師との距離が近くなったと感じられる患者自身の振り返り（自己洞察）の態度と言葉</p> <p>11) その関わりのあった後は，看護師との関係が確立し，関わりが随分とスムーズになった</p> <p>16) 患者の宗教を大事にすることがスピリチュアルケア</p> <p>17) 患者の思いを大事にすることがスピリチュアルケア</p>	<p>・スピリチュアルケアは患者の痛みや思いや宗教を大切にされたケア</p>

<p>5) なんとか関わりを持とうと、看護師は色々関わったり、声を掛けたりと努力するが、患者に近寄れない看護師の苦悩</p> <p>9) 辛かった患者の思いやりきれなさに共感</p> <p>10) ●●帯での自身に課せられた他の業務を考えた時、一人の患者との長時間の関わりが気になったが、今は患者の話に集中して傾聴することを優先することへのスタッフの共有理解</p> <p>12) 家族との関係調整がうまくできないまま死亡された患者への後悔の念</p> <p>14) スピリチュアリティとはその人のエネルギー</p> <p>15) 礼拝をしたいという患者のスピリチュアリティは、大きなエネルギーであり行動力になる</p> <p>18) 自分のスピリチュアリティを高めたいという気持ちはあるが、余裕もなくどうしたら良いかわからない</p> <p>19) A看護師の希望や夢である看護師像は、人間的に豊かで、余裕があって安心感のある人になりたい (スピリチュアリティを高めたい)</p>	<p>・スピリチュアリティは患者の痛みや思いを傾聴し共感する行動へのエネルギーであり、スピリチュアリティの高い看護師は人間的に豊かで、余裕があって安心感がある</p>
<p>20) (スピリチュアルベストケアとは) 個々に相違があるが、患者さんからの感謝の言葉や患者が別れの時に満足したと思えたらスピリチュアルベストケア</p>	<p>・スピリチュアルベストケアとは、患者からの感謝の言葉や患者が別れの時に満足したと思えたとき</p>

### 3. 対象者Bのインタビュー内容の分析

#### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 92 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 3-1)

#### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

92 の重要文脈から 18 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 3-2)

### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

18 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 18 に示した。18 のサブカテゴリから【患者のスピリチュアルペインは、死への不安や恐怖と体力が低下し今まで出来ていたことが出来なくなった事への絶望感】【スピリチュアルケアは、患者の痛みに共感し、声掛け、寄り添い、見守ること、看護観をもつこと】【看護師のスピリチュアリティは、看護者のこころのエネルギーであり、行動力である】【緩和ケア病棟では、看護に限界を感じる時がある】【スピリチュアルケアと精神的ケアの境が良くわからない】【スピリチュアルベストケアとは、患者が痛みや苦しみが無い状態で亡くなることであり、残された家族のグリーフケアができること】という6のカテゴリが抽出された。

表 18 対象者B：サブカテゴリからのカテゴリ化

(B) サブカテゴリ	カテゴリ
1) 患者のスピリチュアルペインは死への不安や恐怖 3) 患者が今まで出来ていたことが出来なくなった事への絶望感や辛さ 9) 食事がとれなくなることが体力を低下させ、死に直結するという不安	・患者のスピリチュアルペインは、死への不安や恐怖と体力が低下し今まで出来ていたことが出来なくなった事への絶望感
2) 患者の耐え難い辛さを共感する 4) 今までできていたことが、できなくなることや予測した対応 5) 患者の思いや辛さに寄り添いサポートする。 6) 看護者が患者の体力の限界を感じても、患者自身が自らの限界を感じるまで見守る 8) 患者の思いや辛さをとらえた適時のタイミングでの声掛け 10) 患者の気持ちに気づきながら、アセスメントし機械浴の実施と患者の喜び 14) スピリチュアルケアについては、看護観の相違が色濃くでる	・スピリチュアルケアは、患者の痛みに共感し、声掛け、寄り添い、見守ること、看護観をもつこと
13) スピリチュアリティは、自分の意欲、自尊心であり、看護者のこころのエネルギーであり行動力である	・看護師のスピリチュアリティは、看護者のこころのエネルギーであり、行動力である

12) 看護師が看護に限界を感じた家族への告知と受容	・緩和ケア病棟では、看護に限界を感じる時がある
18) スピリチュアルケアと精神的ケアの境が良くわからない	・スピリチュアルケアと精神的ケアの境が良くわからない
11) 患者と家族が最期の時間を共に過ごす 15) スピリチュアルベストケアは患者が痛みや苦しみが無い状態で亡くなること 16) 看取りのサポートがベストケア 17) 残された家族のグリーフケア	・スピリチュアルベストケアとは、患者が痛みや苦しみが無い状態で亡くなることであり、残された家族のグリーフケアができること

#### 4. 対象者Cのインタビュー内容の分析

##### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 56 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 4-1)

##### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

56 の重要文脈から 18 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 4-2)

##### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

18 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 19 に示した。12 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは死に対する不安や恐怖など人間のこころの奥深いところの痛み】【スピリチュアルケアは、医療者側の価値観を押しつけず、声かけやすい環境、患者の感情表出を容易にし、傾聴、共感すること】【スピリチュアリティは医療従事者や患者が持っている価値観】【緩和ケアの研修は、死生観とか宗教にからんだものであり、あまり分からない(永遠のテーマ)】【スピリチュアルベストケアは患者にとって、安らかで平穏な死が迎えられらることであり永遠のテーマ】という 5 のカテゴリが生成された。

表 19 対象者C：サブカテゴリからのカテゴリ化

(C) サブカテゴリ	カテゴリ
1) スピリチュアルペインは死に対する恐怖や不安 2) スピリチュアルペインは人間のこころの奥深いところの痛み	・スピリチュアルペインは死に対する不安や恐怖など人間のこころの奥深いところの痛み,
3) 患者が話しかけてきた時は、しっかり傾聴する 4) 患者との関わりを良くし、じっくりと聞き出し共感する 5) 看護師に出来ることは限界があるが、不安や怖さを表出出来る人は、最期の生き方の方向性が出せる 6) 患者は看護師の行動を良く観察しているので声掛けしやすい雰囲気を保つ 8) 医療者側の価値観を押し付けて、患者の生きるエネルギーを消耗させない 10) 患者の気持ちを大切に言葉かけに注意する 11) 他者に依存して悩んでいることを表出すれば楽になるのに悩みを表現しない患者は関わりが難しい	・スピリチュアルケアは、医療者側の価値観を押しつせず、声かけやすい環境、患者の感情表出を容易にし、傾聴、共感すること
7) スピリチュアリティは医療従事者や患者が持っている価値観だと思う	・スピリチュアリティは医療従事者や患者が持っている価値観
9) 緩和ケアの研修は、死生観とか宗教にからんだものであり、あまり分からないこれも永遠のテーマ	・緩和ケアの研修は、死生観とか宗教にからんだものであり、あまり分からない(永遠のテーマ)
12) スピリチュアルベストケアは患者にとって、安らかで、平穏な死が迎えられることであり、永遠のテーマである	・スピリチュアルベストケアは患者にとって、安らかで、平穏な死が迎えられることであり、永遠のテーマ

## 5. 対象者Dのインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 108 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 5-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

108 の重要文脈からの 14 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 5-2)

### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

14 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 20 に示した。14 のサブカテゴリから【患者のスピリチュアルペインは身体的機能的能力の低下による、自分のことが自分でできなくなるという自律性の喪失】【スピリチュアルケアは、患者の痛みに寄り添い死の受容に向けた患者中心のケア】【看護師の情緒面を把握し看護師のストレスやジレンマには、仕事と休養のバランスをとり、看護師のエネルギーを維持し継続する】【スピリチュアリティとは、看護師のストレスやジレンマに対応できるエネルギーであり、前向きな行動力である。それは希望や支えでもある】【研修と実践からの教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる】【スピリチュアルベストケアは患者が最期までその人らしく生き続けられ、家族に対してグリーフケアができること】という 6 のカテゴリが生成された。

表 20 対象者D：サブカテゴリからのカテゴリ化

(D) サブカテゴリ	カテゴリ
4) ●●症の●●を残すことの社会的・精神的痛み 5) 身体的能力の喪失に伴うスピリチュアルペイン 6) 患者の家族に迷惑をかけたくない、社会的痛み	・患者のスピリチュアルペインは身体的機能的能力の低下による、自分のことが自分でできなくなる。自律性の喪失
7) 機械浴を拒む患者に対して受け入れを可能にさせる教育的ケア 8) スピリチュアルケアは、患者の痛みに寄り添い死の受容に向けた患者中心のケア 9) 患者に残された時間を考え、患者のニーズは後回しにしないケア	・スピリチュアルケアは、患者の痛みに寄り添い、死の受容に向けたケア患者中心のケア

<p>10) 看護師は死を直視する際の看護師の辛さや動揺やジレンマ、患者の死後の気持ちの引きずりやストレスを感じる</p> <p>11) 看護師のエネルギーを維持・継続する為には仕事と休養のバランスが必要</p>	<p>・看護師の情緒面を把握し看護師のストレスやジレンマには、仕事と休養のバランスをとり、看護師のエネルギーを維持し継続する。</p>
<p>12) スピリチュアリティとは、看護師のストレスやジレンマに対応できるエネルギーであり、前向きな行動力である。それは希望や支えでもある。スピリチュアリティが壊れかかっている看護師には休養が必要。</p>	<p>・スピリチュアリティとは、看護師のストレスやジレンマに対応できるエネルギーであり、前向きな行動力である。それは希望や支えでもある。</p>
<p>2) 緩和ケア病棟の役割は患者の把握、看護師のスピリチュアリティの向上、スタッフの育成と自分自身の成長</p> <p>3) スタッフとともに患者のペインについて一緒に考え、関わり、気づいたことの評価を通してスピリチュアルペインに気づく力を高める</p> <p>13) 研修と実践の積み重ねによって自己洞察と人生観、死生観が持てるよう看護師への教育的関わり</p>	<p>・研修と実践からの教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる</p>
<p>1) 緩和ケア、看取り、ターミナルケアへの関心があり、家族看護や患者の最期の瞬間を大切にしたい</p> <p>14) スピリチュアルベストケアは患者が最後までその人らしく生き続けられ、家族に対してグリーフケアができること</p>	<p>・スピリチュアルベストケアは患者が最後までその人らしく生き続けられ、家族に対してグリーフケアができること</p>

## 6. 対象者Eのインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 35 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 6-1)

### 2) 重要文脈からサブカテゴリ化

作成した 35 の重要文脈からの 10 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 6-2)



### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

10 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 21 に示した。10 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインには死の苦痛や恐怖からの解放が必要】【スピリチュアルケアは特別な事ではなく、日常生活のケアの一つであり、必要なサポートや見守りも大切】【スピリチュアリティは自分の価値観や希望であるが、自分の死生観、信仰観は患者に影響をあたえるということに慎重でありたい】【実践や研修から学ぶ、死生観、人生観、豊かな感性が必要】【スピリチュアルベストケアは、自然な死】という 5 のカテゴリが生成された。

表 21 対象者 E : サブカテゴリからのカテゴリ化

(E) サブカテゴリ	カテゴリ
1) スピリチュアルペインには死の苦痛や恐怖からの解放が必要	・スピリチュアルペインには死の苦痛や恐怖からの解放が必要
6) スピリチュアルケアは特別な事ではなく、普通の日常ケアの一つ 7) スピリチュアルケアはその人が最後の力を出せるように、必要なサポートや見守りも大切	・スピリチュアルケアは特別な事ではなく、日常生活のケアの一つであり、必要なサポートや見守りも大切
2) (スピリチュアリティは) 私たちの考える価値観や希望であり重要であるが、自分の価値観や死生観は、患者に影響を与えているということ、慎重に考えないといけない 3) 日本独特の宗教観、信仰観 5) 患者が希望するセッションは難しい問題	・スピリチュアリティは自分の価値観や希望であるが、自分の死生観、信仰観は患者に影響をあたえるということに、慎重でありたい
8) 患者一人ひとりから学ぶ、死生観、人生観、豊かな感性が必要 10) 実践や研修からの学びが重要	・実践や研修から学ぶ、死生観、人生観、豊かな感性が必要
4) 人間の最期は自然な死でありたい 9) 医療者側の価値観を押し付けない	・スピリチュアルベストケアは自然な死

## 7. 対象者Fのインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から24の重要文脈がコーディングされた。(別添資料7-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

作成した24の重要文脈からの8のサブカテゴリが生成された。(別添資料7-2)

### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

8のサブカテゴリからカテゴリ化を表22に示した。8のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは関係性を喪失したり、今までできていたことができなくなったり、将来を奪われることからの痛みなどで、身体的、社会的痛みを含めてトータルとしての痛み】【スピリチュアルケアは患者の痛みに基づき、その患者の必要としているケアであり看護師の価値観、死生観を押し付けるものではない】【スタッフの育成、成長は経験知から気づき、ケアの提案や行動モデルを示したり、デスカンファレンス(死後の会議)での振り返りやスタッフ間の共有、実践の場で成長する。】【スピリチュアリティは虚無感や無力感から立ち直る際に必要なエネルギーで、気持ちの整理とワークライフバランスが必要】【スピリチュアルベストケアとは新たなケア、ベストケアに向かっていくことで、気づきや、学び、研修報告が大切】という5のカテゴリが生成された。

表 22 対象者F：サブカテゴリからのカテゴリ

(F) サブカテゴリ	カテゴリ
1) スピリチュアルペインは、関係性を喪失したり、今まで出来ていたことが出来なくなったり、将来を奪われることからの痛みなどで、身体的、社会的痛みを含めてトータルとしての痛み	・スピリチュアルペインは関係性を喪失したり、今までできていたことができなくなったり、将来を奪われることからの痛みなどで、身体的、社会的痛みを含めてトータルとしての痛み
2) スピリチュアルケアは患者の痛みに基づき、その患者の必要としているケアであり、人によって死生観や看護観が異なるから、看護師の考えを一方的に押し付けない	・スピリチュアルケアは患者の痛みに基づき、その患者の必要としているケアであり看護師の価値観、死生観を押し付けるものではない

<p>3) スタッフが患者のスピリチュアルペインに気付かない場合にはケアの提案や行動モデルを示し一緒に行動する</p> <p>4) スタッフは、緩和ケアに関心を持っているので、経験、スタッフ同士で考え、悩み、気づき、自己学習などで成長する</p> <p>7) デスカンファレンス（死後の会議）での振り返りやスタッフ間の共有、実践の場で成長する</p>	<p>・スタッフの育成、成長は経験知から気づき、ケアの提案や行動モデルを示し一緒に行動する。デスカンファレンス（死後の会議）での振り返りやスタッフ間の共有、実践の場で成長する。</p>
<p>5) デスカンファレンスでの振り返りはスピリチュアリティを高める</p> <p>6) スピリチュアリティはターミナルケアを経験していくと強い虚無感や無力感にとられる。挫折感から立ち直る際に必要なエネルギーとなるもので、研修やカンファレンスでジレンマや課題を共有し、気持ちの整理と仕事の切り替え（休養）が必要（ワークライフバランスが必要）</p>	<p>・スピリチュアリティは虚無感や無力感から立ち直る際に必要なエネルギーで、気持ちの整理とワークライフバランスが必要</p>
<p>8) スピリチュアルベストケアとは新たなケア、ベストケアに向かっていくことで、気づきや、学び、研修報告が大切</p>	<p>・スピリチュアルベストケアとは新たなケア、ベストケアに向かっていくことで、気づきや、学び、研修報告が大切</p>

## 8. 対象者Gのインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 65 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 8-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

作成した 65 の重要文脈からの 12 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 8-2)

### 3) サブカテゴリーからのカテゴリ化

12 のサブカテゴリからカテゴリ化を表 23 に示した。12 のサブカテゴリーから【スピリチュアルペインは生に対する意味の問いと、死によって家族との関係を喪失することの痛み】【スピリチュアルケアは患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わり】【スピリチュアリティは体力、精神的エネルギーで家族や周りから支え

られるエネルギー，パワーを得る】【スピリチュアルベストケアの条件は，患者が最後までその人らしく苦しまずに逝くこと】【今後の課題は教育，研修であり経験も大切な学びである】という5のカテゴリが生成された。

表 23 対象者G：サブカテゴリからのカテゴリ化

(G) サブカテゴリ	カテゴリ
2) 生に対する意味への問いと死への願望 3) 子どもを残して死ななければならない社会的な痛み	・スピリチュアルペインは生に対する意味の問いと，死によって家族との関係を喪失することの痛み
4) 患者の訴えに対してケアは傾聴，共感，受容 5) 患者の生きることの意味を共に考え手紙を書いたり，感謝をしたりして患者が生きている意味を見出すための関わり 8) 患者や家族の思いを尊重し，患者の自分らしく最期をどう生きるかの選択を優先	・スピリチュアルケアは患者の訴えを傾聴・共感・受容し，患者が生きている意味を見出すための関わり
1) がん患者の症状による変化，やつれ方に対する看護師の戸惑い 6) 家族と一緒に患者へのケアをすることで家族の満足感が得られる 7) 看護師のケアが患者を元気づけ，喜んでいただけただという看護師の満足感 9) 患者のケアには看護師の体力，精神的エネルギーが必要 10) 看護師のスピリチュアリティを高めるには，家族や周りの支えやエネルギーを頂くことでパワーがあがり自分が救われている	・スピリチュアリティは体力，精神的エネルギーで家族や周りから支えられたエネルギー，パワーを得る
11) スピリチュアルベストケアの条件は，患者が最期までその人らしく苦しまずに逝くこと	・スピリチュアルベストケアの条件は，患者が最期までその人らしく苦しまずに逝くこと
12) 今後の課題として，個々の強み，自分の個性を大切にできる教育，研修が重要で，経験も大切な学びである	・今後の課題は教育，研修であり経験も大切な学びである

## 9. 対象者Hのインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 50 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 9-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

作成した 50 の重要文脈からの 8 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 9-2)

### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

8 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 24 に示した。8 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは生きていることへの問いと身体的・精神的痛み】【スピリチュアルケアは自分自身の価値観を押し付けず、傾聴・対話・見守り・支持、時には薬物による痛みの軽減】【看護師に内在するスピリチュアリティは、感性や看護観でもあり行動力につながる】【緩和ケアはチームで協力しながら議論し、方策を見出すことが魅力的で、自分自身の成長となり、やりがいがある】【患者や家族の痛みに対する共感が強すぎることによる看護師自身の苦痛と無力さによる戸惑い】【スピリチュアルベストケアとは患者に寄り添い、患者が生きていると思えること】という 6 のカテゴリが生成された。

表 24 対象者H：サブカテゴリからのカテゴリ化

(H)サブカテゴリ	カテゴリ
1) 生きていることへの問いと「早く死にたい」というスピリチュアルペイン 2) 精神的痛み、薬が効かないほどの身体的痛みや、トイレに自分で行く事が出来なければ、生きている意味がないと頑張っている患者のスピリチュアルペイン	スピリチュアルペインは生きていることへの問いと身体的・精神的痛み
3) 患者の痛みに対して、傾聴・対話・見守り、支持し、時に薬物を使用する。 4) 痛みがあるから、生きているのだと言う人もいるので、痛みに対して自身の価値観を押し付けてはいけない	スピリチュアルケアは自分自身の価値観を押し付けず、傾聴・対話・見守り・支持、時には薬物による痛みの軽減

5) 緩和ケア病棟の看護師のスピリチュアリティは家族と患者への思いが強く、感性や看護観でもあり行動力につながる	看護師に内在するスピリチュアリティは、感性や看護観でもあり行動力につながる
6) 緩和ケアはチームで協力しながら議論し、方策を見出すことが魅力的で、自分自身の成長となり、やりがいがある。	緩和ケアはチームで協力しながら議論し、方策を見出すことが魅力的で、自分自身の成長となり、やりがいがある。
7) 患者や家族の痛みに対する共感が強すぎることによる自身の苦痛と無力さによる戸惑い	患者や家族の痛みに対する共感が強すぎることによる看護師自身の苦痛と無力さによる戸惑い
8) スピリチュアルベストケアとは、患者に寄り添い、患者が活着ていると思えること	スピリチュアルベストケアとは、患者に寄り添い、患者が活着ていると思えること

## 10. 対象者 I のインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 77 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 10-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

作成した 77 の重要文脈からの 13 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 10-2)

### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

13 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 25 に示した。13 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは“魂の叫び”】【緩和ケア病棟では宗教的な制限はなく、多職種と連携を取り解決方法を見出す】【看護師が患者に関われない場合、対話や行動モデル、アセスメント・シートや逐語録を使って行動モデルを示す】【スピリチュアリティは看護師と面接し、

看護観や価値観，支えになっていることを聴き，意識化すること】【スピリチュアルケアは特別なケアではなく，病棟で日常実践しているケアである】【研修会参加後は，研修を実践につなぐことが大切で，それを現場でどれだけ活かせるか，実践場面と照らし合わせる必要がある】【スピリチュアルベストケアとは，看護師の満足感ではなく患者の意思を一番大切にできたかどうかである】という7のカテゴリが生成された。

表 25 対象者 I : サブカテゴリからのカテゴリ化

(I) サブカテゴリ	カテゴリ
3) スピリチュアルペインについて●●は「魂の叫び」と表現している	・スピリチュアルペインは「魂の叫び」
2) 緩和ケア病棟では宗教的な制限はなく，患者や看護師の課題について，●●と連携を取り，相談して解決方法を見出す	・緩和ケア病棟では宗教的な制限はなく，●●（多職種）と連携を取り解決方法を見出す
1) 患者も看護師がどこでつまづいているのかを見極めながら自分の課題を見つけ出す 4) スピリチュアルペインのアセスメント・シートは具体的でわかりやすく効果的な学習法である 5) 看護師がスピリチュアルペインに気づかない場合，3パターン（①気づいていない ②気づいていても関わりたくない ③気づいていても関われない）の，どのパターンかを見極める 6) スピリチュアルペインに気づいていない場合（①のパターン）は，対話によってその場面の再現や行動モデルを示すことで気づく。 7) スピリチュアルペインに“気づいていても関わりたくない場合（②のパターン）”は，行動モデルを示したり，先輩，同僚に相談したりすることを勧める 8) スピリチュアルペインに“気づいていても関われない場合（③のパターン）”は，カンファレンスなどで，どのようにアセスメントし，どのようなケアを考えたかを全体で考える。	・看護師が患者に関われない場合，対話や行動モデル，アセスメント・シートや逐語録を使って行動モデルを示す

10) 緩和ケア病棟では率先してケアをやる人や、“気づき”のある人は成長する	
11) 看護師にスピリチュアリティについては面接で看護観や価値観，支えになっていることを聴き，意識化すること	・スピリチュアリティは看護師と面接し，看護観や価値観，支えになっていることを聴き，意識化すること
9) 看護師のスピリチュアルケアは病棟で日常的に実践しているケアであり，それに気付くにはやってみる。話し合ってみる。意識する。	・スピリチュアルケアは特別なケアではなく，病棟で日常実践しているケアである
12) 研修会参加後は，研修を実践につなぐことが大切で，それを現場でどれだけ活かせるか実践場面と照らし合わせる必要がある	・研修会参加後は，研修を実践につなぐことが大切で，それを現場でどれだけ活かせるか，実践場面と照らし合わせる必要がある
13) スピリチュアルベストケアとは，看護師の満足感ではなく患者の意思を一番大切にできたかどうかである	・スピリチュアルベストケアとは，看護師の満足感ではなく患者の意思を一番大切にできたかどうかである

## 11. 対象者 J のインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 77 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 11-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

作成した 77 の重要文脈からの 11 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 11-2)

### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

11 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 26 に示した。11 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは，生きることへの意味，死後の世界への不安や怖れ，家族や子育ての役割喪失などがある】【スピリチュアルケアは多職種介入を含めて，残される家族や患者の苦悩を和らげ，患者が支えられたと実感できること】【スピリチュアリティは看護師の心のケアで，スタッフの受容や共感に支えられ，次への希望，目標にむけての看護の行動力と



なる】【看護師は遺族からの手紙，スタッフの受容，共感，デスカンファレンス，研修でスピリチュアリティを高めている】【スピリチュアルベストケアは，他職種との連携や患者の役割や立場を大切にし，最期までその人らしく，残された家族が良い看取りだったと実感できること】という5のカテゴリが生成された。

表 26 対象者 J：サブカテゴリからのカテゴリ化

( J ) サブカテゴリ	カテゴリ
1) 自分が弱っていく姿を家族に見せたくない，●●の失敗の後悔などの社会的ペイン 2) 自分の役割や自分らしさの喪失などの辛さ等から生きること，死後の世界など地獄への不安への苦悩に対するスピリチュアルペイン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スピリチュアルペインは，生きることへの意味，死後の世界への不安や怖れ，家族や子育ての役割喪失などがある</li> </ul>
3) 患者の意思を優先し家族の面会を制限したが，家族の納得の為に，意識がなくなっから面会できるようにした。 4) 患者の死後の世界の話に傾聴し対応するのは難しいが折り鶴や孫の話で苦悩を和らげた 5) 精神科医やボランティアの寺の住職など他職種の介入によって患者が支えられたと実感できるようにする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スピリチュアルケアは多職種の介入を含めて，残される家族や患者の苦悩を和らげ，患者が支えられたと実感できること</li> </ul>
6) スピリチュアリティは心のケアとして重要で，特に緩和ケア病棟では，看護師が感情移入しがちなため，自分のスピリチュアリティを高めて行かなければならない 8) 看護師に対するスタッフの受容や共感に支えられて自分のスピリチュアリティを高められ成長できている 9) スピリチュアリティであるエネルギーは，病棟でのデスカンファレンスやグリーフケアで，次への希望や目標に向けての看護の行動力となる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スピリチュアリティは看護師の心のケアで，スタッフの受容や共感に支えられ，次への希望，目標にむけての看護の行動力となる</li> </ul>
7) 家族のメンタルフォローの為に手紙によるグリーフケアに対する返信は看護師の心の支えになり働く糧になりデスカンファレンスが重要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師は家族の手紙，スタッフの受容，共感，デスカンファレンス，研修でスピリチュアリティを高めている</li> </ul>

10) 看護師は研修で新たな知識を得たり、実践で日々のケアの確認をしたりすることでスピリチュアリティを高めている	
11) スピリチュアルベストケアは、他職種との連携、患者の役割や立場を大切にし、最期までその人らしく、残された家族が良い看取りだったと実感できること	・スピリチュアルベストケアは、他職種との連携、患者の役割や立場を大切にし、最期までその人らしく、残された家族が良い看取りだったと実感できること

## 12. 対象者Kのインタビュー内容の分析

### 1) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 45 の重要文脈がコーディングされた。(別添資料 12-1)

### 2) 重要文脈からのサブカテゴリ化

作成した 45 の重要文脈から 13 のサブカテゴリが生成された。(別添資料 12-2)

### 3) サブカテゴリからのカテゴリ化

13 のサブカテゴリからのカテゴリ化を表 27 に示した。13 のサブカテゴリから【スピリチュアルペインは、迷惑をかけたくない、役割喪失、ボディーイメージなどの苦痛からの解放、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな痛みである】【スピリチュアルケアは死の受容や治るのではないかと期待や思いに傾聴・共感し、患者の葛藤や苦痛に対して支援すること】【ターミナルケアにおいて看護師は、スピリチュアリティが断たれるような無力感、挫折感を体験することがある】【スピリチュアリティはスタッフの支えや希望や目標であり看護の行動力となる】【研修と経験による痛みに対する学び】【スピリチュアルベストケアは、その患者の存在と“今という時間”を大切にしたい最期の関わりであり、患者が求めているその人らしい最期であること】という 5 のカテゴリが生成された。

表 27 対象者K：サブカテゴリからのカテゴリ化

(K) サブカテゴリ	カテゴリ
<p>1) ●や●の神経の障害等の身体的苦痛</p> <p>2) 看護師や周囲の者から心を閉ざすなどの精神的苦痛</p> <p>3) 家族への面会謝絶や突然の拒絶，迷惑をかけたたくない等の社会的苦痛，</p> <p>4) 病状や告知もされていない患者が「私，死ぬの？」と聞く患者の痛み（スピリチュアルペイン）</p> <p>5) 鎮静で寝かせて欲しいという苦痛からの解放</p>	<p>・スピリチュアルペインは，迷惑をかけたくない，役割喪失，ボディーイメージなどの苦痛からの解放，身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな痛みである</p>
<p>6) スピリチュアルケアは患者の思い，納得いかないこと等，精神科医も含めて傾聴し支える</p> <p>7) スピリチュアルケアは，患者が，自分の状況を認めたくない葛藤している部分や苦痛に対してスポットを当てること</p> <p>8) 緩和ケア病棟の入院患者には誰もが死を受容しているわけではなく，治ることへの思いを（最後の望み・期待）持っている</p>	<p>・スピリチュアルケアは死の受容や治るのではないかとの期待や思いに傾聴・共感し，患者の葛藤や苦痛に対して支援すること</p>
<p>10) ターミナルでは，スピリチュアリティが断たれるような落ち込み，無力感を実感する</p>	<p>・ターミナルケアにおいて看護師は，スピリチュアリティが断たれるような無力感挫折感を体験することがある</p>
<p>11) (スピリチュアリティが断たれるような落ち込み，無力感を実感するから) スタッフで支えあい，希望や目標をもつことで，看護の行動力となり，人それぞれ，人生観，価値観はちがうのでスタッフとの悩みの共有や相談，仕事以外でのリフレッシュでスピリチュアリティを高める事が必要</p>	<p>・スピリチュアリティはスタッフの支えや希望や目標であり看護の行動力となる</p>
<p>13) 研修と経験による痛みに対する学び</p>	<p>・研修と経験による痛みに対する学び</p>

<p>9) その患者の存在と「今という時間」を大切に にした最期の関わり</p> <p>12) スピリチュアルベストケアは患者が求め ていた最期であることと、その人らしい最期 であること、看護師から見て安らかであるこ と</p>	<p>・スピリチュアルベストケアは、その患者 の存在と「今という時間」を大切にした最 期の関わりであり、患者が求めていたその 人らしい、安らかな最期であること</p>
--	---

### 13. カテゴリの統合

11名の対象者のカテゴリを統合した結果を表28に示した。統合カテゴリは次の10項目であった。自己のスピリチュアリティは【看護師の価値観や死生観、信仰観に影響を受け、看護者のこころのエネルギーであり、行動力である】とし、スピリチュアルペインは【身体的・精神的・社会的苦痛のトータルペインであり、身体的機能能力の低下による自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、死への不安や恐怖など、患者のこころの叫び、生きていることの意味を問う】こと。そのケアは、【患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わりであり、患者や家族の苦悩を和らげ、支えられたと実感できることの関わり】であった。インタビューでの新たな知見は、緩和ケアでは、【感情移入、無力感、疲労感、疲弊感】があること、【スピリチュアルの境（領域）が分からない。研修は宗教的で難しい】こと、それらの対応策として【家族や周りからの支え、感情のコントロール、気分転換、ワークライフバランス、デスカンファレンス、自己洞察や精神的支え】や、【研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気付く力を高め、スピリチュアリティを向上させる】であった。【実践に基づいた研修は行動モデルの提案や、スピリチュアルペインチェック表を活用する】など実践的で具体的であった。これらの支えになるのが【チームケア・病棟の風土・環境】であった。スピリチュアルベストケアとは【安らかで平穏な死、デスカンファレンスや研修、患者と看護師の相互成長から、最期までその人らしく生きること、残された家族が良い看取りだったと実感できる】であった。

表 28 インタビュー対象者 11 名のカテゴリの統合

	対象者A	対象者B	対象者C	対象者D	対象者E	対象者F	対象者G	対象者H	対象者I	対象者J	対象者K	統合	
スピリチュアルペイン	・スピリチュアルペインは、身体的・精神的・社会的痛みの“トータルペイン”	・スピリチュアルペインは、死への不安や恐怖と体力が低下し今まで出来ていたことが出来なくなった事への“絶望感”	・スピリチュアルペインは死に対する不安や恐怖など人間のこころの奥深い“こころの痛み”	・スピリチュアルペインは身体的機能的能力の低下による、自分のことが自分でできなくなるという“自律性の喪失”	・スピリチュアルペインには死の苦痛や恐怖からの解放(痛みや苦痛からの解放)	・スピリチュアルペインは関係性の喪失や今まで出来ていた事が出来なくなったり、将来を奪われることからの痛みで、身体的、社会的痛みを含めてのトータルペイン	・スピリチュアルペインは生きる意味、死によって家族との関係を喪失することへの痛み “関係性の喪失”	・スピリチュアルペインは“今・生きている”への問いと身体的・精神的痛みを含めてのトータルペイン	・スピリチュアルペインは“こころの叫び” “魂の叫び”	・スピリチュアルペインは、“生きること”への意味、死後の世界への不安や恐れ、家族や子育ての“役割喪失”などがある	・スピリチュアルペインは、迷惑をかけたくない、役割喪失、ボディイメージなどの苦痛からの解放、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな痛みである	・スピリチュアルペインは、迷惑をかけたくない、役割喪失、ボディイメージなどの苦痛からの解放、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな痛みである	・スピリチュアルペインは、身体的・精神的・社会的苦痛のトータルペインであり、身体的機能能力の低下による自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、死への不安や恐怖など、患者のこころの叫び、生きていることの意味を問う”ことである。
スピリチュアルケア	・スピリチュアルケアは患者の痛みや思いに寄り添い、患者一人ひとりを大切に、個々の宗教も大切にケア	・スピリチュアルケアは患者の痛みと共に感じ、声掛け、寄り添い、見守りであり、看護観が必要	・スピリチュアルケアは、患者が看護師に声かけやすい環境づくり、患者の感情表出を容易にする関係、傾聴、共感	・スピリチュアルケアは、患者の痛みと共に寄り添い、人それぞれの死の受容に向けた患者中心のケア	・スピリチュアルケアは特別な事ではなく、日常生活のケアのなかであり、必要なサポートや見守り	・スピリチュアルケアは患者の痛みに基づき、その患者の必要としているケアであり看護師の価値観、死生観を押し付けるものではない	・スピリチュアルケアは患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見いだすための関わり	・スピリチュアルケアは自分自身の価値観を押し付けず、傾聴・対話・見守り・支持、時には薬物による痛みの軽減、解放	・スピリチュアルケアは特別な事ではなく、看護師が病棟で日常、実践しているケアのなかにある	・スピリチュアルケアは残される家族や患者の苦悩を和らげ、患者が周りの人に支えられたと実感できるケア	・スピリチュアルケアは死の受容、患者の思いに傾聴・共感し、患者の葛藤や苦痛に対して支援するケア	・スピリチュアルケアは患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見いだすための関わりであり、患者や家族の苦悩を和らげ、支えられたと実感できること	
スピリチュアルリティ	・スピリチュアルリティは患者の痛みや思いを傾聴し、共感する行動へのエネルギーであり、スピリチュアルリティの高い看護師は人間的に豊かで、余裕や安心感がある	・スピリチュアルリティは、看護者のこころのエネルギーであり、行動力である	・スピリチュアルリティは医療従事者や患者師が持っている価値観	・スピリチュアルリティとは、看護師のストレスやジレンマに対応できるエネルギーであり、前向きな行動力である。それは希望や支えでもある	・スピリチュアルリティは自分の価値観や希望であるが、自分の死生観、信仰観は患者に影響をあたえるということに、慎重でありたい	・スピリチュアルリティは虚無感や無力感から立ち直る際に必要なエネルギーで、看護師の感情の整理と気分転換やワークライフバランスが必要	・スピリチュアルリティは、看護師のもつ感性や看護観であり看護の行動力につながる	・スピリチュアルリティは、看護観や価値観、支えになっていることで感情のコントロールを意識化すること	・スピリチュアルリティは看護観や価値観、支えになっていることで感情のコントロールを意識化すること	・スピリチュアルリティは看護者の心(感情)のコントロール、意欲で、挫折感から立ち直るエネルギーとなるもの	・スピリチュアルリティは希望や目標となり看護の行動力となるもので、スタッフのこころの支えや、デスカンファレンスが重要となる	・看護師のスピリチュアルリティは、看護師の価値観や死生観、信仰観に影響を受け、看護者のこころのエネルギーであり、行動力である。	
ベストケア	・スピリチュアルベストケアとは、患者からの感謝の言葉や患者が別れの時に満足したと思えたとき	・スピリチュアルベストケアとは、患者が痛みや苦しみが無い状態で亡くなることであり、残された家族のグリーフケアができること	・スピリチュアルベストケアは患者にとって、安らかに平穏な死を迎えられることであり、私にとって永遠のテーマ	・スピリチュアルベストケアは患者が最期までその人らしく生き続けられ、家族に対してグリーフケアができること	・スピリチュアルベストケアは、何事も自然であること、自然な死であること	・スピリチュアルベストケアとは、新たなケアを見出しながらベストケアに向かっていくことで、意欲や気づき、学び、研修が大切	・スピリチュアルベストケアは、患者が最期までその人らしく生き、苦しまずに逝けること	・スピリチュアルベストケアは、患者に寄り添い、患者が生きていると思えること	・スピリチュアルベストケアとは、看護師の満足感ではなく患者の意思、意志を一番大切にできること	・スピリチュアルベストケアは、他職種との連携、患者の役割や立場を大切に、最期までその人らしく、残された家族が良い看取だったと実感できること	・スピリチュアルベストケアは、患者の“今”とその人の生き方を大切にすることで、そのためには、デスカンファレンス、患者、スタッフに支えられていることの感謝と自分が成長すること。	・スピリチュアルベストケアは、安らから平穏な死、デスカンファレンスや研修、患者と看護師の相互成長から、最期まで患者がその人らしく生きる事、残された家族が良い看取だったと実感できること。	
研修・育成			・緩和ケアの研修は、死生観とか宗教にからんだものであり、分かりにくい	・ストレスやジレンマ、仕事と休養のバランスをとり、看護師のエネルギーの維持 ・研修と実践からの自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアルリティを向上させる必要がある ・病棟の風土、環境が大切。	・実践や研修から学ぶ、死生観、人生観、豊かな感性が必要	・スタッフの育成、成長は経験から気づき、ケアの提案や行動モデルを示したり、デスカンファレンス(死後の会議)での振り返りやスタッフ間の共有、実践の場で成長する。	・今後の課題は教育、研修であり経験知を可視化し臨床における理論知にする大切な学びである	・緩和ケアはチームで協力しながら議論し、方策を見出すことが緩和ケアの魅力で、自分自身の成長となり、やりがいがある	・研修会参加後は学びを実践にいかにつなぐかが大切である ・病棟ではアセスメントシート、逐語録、チェック表を使って行動モデルを検討する	・遺族からの手紙が意欲につながる糧となり、スタッフの受容、共感、自己洞察力、デスカンファレンス、研修でスピリチュアルリティを高めていくことが今後の課題	・研修や経験およびスタッフとの悩みの共有や仕事以外でのリフレッシュでスピリチュアルリティを高める	・研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアルリティを向上させる ・実践に基づいた研修は行動モデルの提案、スピリチュアルペインチェック表や逐語録を活用する。 ・家族や周りからの支え、感情のコントロール、気分転換やワークライフバランス、デスカンファレンスが重要である。 ・チームケア・病棟の風土・環境	
その他(悩み)	・緩和ケアに関心がある。感情移入、疲労感(疲弊感)を感じる時がある。	・スピリチュアルケアと精神的ケアの境界が分からない。曖昧・緩和ケアの限界を感じる。	・日ごろのケアを大切に、スピリチュアルは永遠のテーマとして考えていきたい。	・患者には、あとが無いのに、業務上、後回しになってしまう辛さ、今を大切にしたい。			・患者や家族の痛みに対する共感が強すぎることによる自身の苦痛と無力さによる戸惑い、無力感	・緩和ケア病棟では宗教的な制限はなく、多職種と連携を取り解決方法を見出す	・終末期ケアに関心がある。自己研鑽、研修、経験を積み重ねて、成長したい。	・時には自信喪失、悲観的、無力感や挫折感を体験する。支えてくれるスタッフに感謝	・緩和ケアでは感情移入、無力感、疲労感(疲弊感)がある。 ・スピリチュアルの境(領域)が曖昧。研修も宗教的で分からない。難しい。		

### 第3節 考察

統合したカテゴリを構造化し図13に示した。図13で示したように、まず看護師のスピリチュアリティに関するカテゴリは、【看護師の価値観や信仰観，死生観である。それは看護者のこころのエネルギーである。そして看護師の意欲や行動力につながる】と最も重要な視点で看護師は捉えている。看護師自身のスピリチュアリティは、患者の死に向き合いながら、自己洞察しケアを振り返りながら、看護師自身のスピリチュアリティの重要性に気づいている。また、それが看護師の価値観や死生観と関係があること、ケアを振り返り、そこから人生観や世界観が広がり、看護師の次の行動につながるエネルギーになることを認識していた。緩和ケアで働く看護師は、日常の経験の中で看護師のスピリチュアリティを高め次への行動力、つまり、患者のスピリチュアルペインに気づく力を身につけるのである。

看護師は患者のスピリチュアルペインを【身体的・精神的・社会的苦痛のトータルペインであり、身体的機能能力の低下による、自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、死への不安や恐怖など、こころの叫び，“生きていることの意味を問う”ことである。】と捉えている。これは身体的機能の低下、自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、そして死への不安や恐怖で“こころの叫び”“魂の叫び”である。これは前述した村田理論の「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛であり、それを人間存在の時間性、関係性、自律性の喪失であり、将来の喪失（時間性）、他者との喪失（関係性）、自律性の喪失（自律性）から生じる苦痛<sup>24)</sup>と一致している。インタビューでは、いくつもの事例が語られている。そこには人生の問い、目的や希望のなさ、罪悪感、後悔、孤独、怒りなどのスピリチュアルペインが語られている。そのスピリチュアルペインは患者の価値観によって異なる。たとえば、急に面会謝絶を希望し、家族との面会までも拒否したスピリチュアルペインや、家族への罪悪感、患者の辛さが看護師に伝わらない苛立ちや怒りを患者のスピリチュアルペインとして捉えられている。看護師はこれらの患者のスピリチュアルペインを共有するとともに、患者の価値観，死生観によって異なることから、自分の価値観や死生観をおしつけないことを提言している。また、看護師の価値観や死生観，看護観の相違点から、カンファレンスやアセスメントを重要視している。

さらに、緩和ケア病棟で働く看護師は、スピリチュアルペインを【身体的，精神的，社会的苦痛のトータルペイン】であると捉えている。スピリチュアルペインはトータルペインの中の一つであり、スピリチュアルペインを特別視していないことである。「死が怖い・・・」「死にたくない・・・」「なんで死ぬの・・・」などのスピリチュアルペインは自然のことで当然の痛みとして傾聴するという。看護師にとってこのスピリチュアルペインに気づくことが重要である。そのための努力は、アセスメント・シートの活用や日頃の看護師間のカンファレンスでの情報の共有，研修を反映するなどの看護師の努力が見られた。

次に、スピリチュアルケアである。看護師は【患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わりであり、患者や家族の苦悩を和らげ、支えられたと実感できることの関わり】と捉えている。傾聴・共感・受容の基本姿勢、生きている意味を見出す、患者や家族の苦痛の緩和であり痛みからの解放である。これらが、看護師が導き出した終末期患者へのケアである。それは、苦悶する患者の声にならない声に耳を傾け、残された命の意味を患者と一緒に考え、今の時間を“どう生きるか”を考えてのケアである。これらのケアには、患者の行動が理解できずに看護師は悩むことが多い。患者の突然の怒りや拒絶に、患者の思いをどのように受け止め、どのようにケアしていくか、どのように関わればよいかとの教育的支援を求めている。経験の中で感じた患者の痛みやケアを、果たしてこれでよいのか？他の方法はないのか？との疑問や課題である。【研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気付く力を高め、スピリチュアリティを向上させる】、その患者によりベストなケアを目指し、試行錯誤しながら新たなチャレンジをし、スピリチュアルベストケアを目指していると考ええる。

スピリチュアルベストケアに関連するカテゴリは【安らかで平穏な死、デスカンファレンスや研修、患者と看護師の相互成長から、最期までその人らしく生きること、残された家族が良い看取りだったと実感できる】であり、患者の安らかな死（平和な死）で平穏な死。最期までその人らしく生きること。そして残された家族が良い看取りだったと実感できることである。緩和ケア病棟で働く看護師は、日々の身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛に対応しつつ、その患者が生命を全うするまで、いかに良い人生であったか、その人らしく、いかに生きたかとの問いに応えられるような関わりを、良心的に実践し、より質の高いケアがスピリチュアルベストケアであると捉えていると考ええる。

他方、その取り組みは、困難も付きまとう。緩和ケア病棟で働く看護師は、患者の痛みを感知するために自己の精神を集中させ、洞察力を高めてスピリチュアルケアに当たる。看護師に必要とされる精神の統一は時間とその強度が長期間持続すると疲労感をもたらし、疲弊やストレスを与える。そこで、生成されたカテゴリ【緩和ケアでは、感情移入、無力感、疲労感（疲弊感）】である。看護師の危機状態である。これらに対しては、【家族や周りからの支え、感情のコントロール、気分転換、ワークライフバランス、自己洞察や精神的支え】を必要とし、これらの支えやコントロールで、看護師は危機状態から立ち直れる。そしてエネルギーを得て新たなケアに取り組む力を得る。

また、その一方では【スピリチュアルの境（領域）が曖昧で分からない。難しい】とスピリチュアルケアそのものに対する疑問や課題を抱いている。とくにスピリチュアルが難しいという課題に対しては、【臨床での研修、育成は“気づき”からケアの提案、行動モデルを提案、チェック表を活用するなど実践に基づいた研修が臨床現場で活かされるなど、実践に基づいた研修、教育的支援】が必要となる。その結果【研修と実践の教育的関わりから、自己洞察力やスピリチュアルペインに気づく力を高め、スピリチュアリティを向上させる】の教育的支援を有効活用している。この教育的支援に影響を及ぼすのが「チーム

ケア・病棟の風土・環境」である。患者の死に向き合うことで生じる感情移入や疲弊感などの危機状態から、感情のコントロールや新たなエネルギーがみられる。その源は「チームケア」であり「病棟の風土・環境」である。この環境によって、消耗されたエネルギーが充電され、ケアへの意欲が高まってくる。また、そのことが看護師の意欲的な関わりと共に有効的に活用することで、看護師のスピリチュアリティを高め、スピリチュアルケアの向上につながると考える。

その他、困難なケースに直面した場合には、カンファレンスが重要な役割をもっていた。とくに、デスカンファレンスについて看護師は繰り返し語られていた。インタビューでは「デスカンファレンスで救われた」との事例を語っている場面が多い。デスカンファレンスは、患者に関わった看護師、医師、心理士、チャプレンなど多職種の人々との患者の最期について、看護ケアの振り返りをおこなっていた。つまりカンファレンスでのケアの評価や課題を整理しながら、次のケア活動につなぐことでスピリチュアルケアの向上につなぐ役割を担っていた。その一方で、看護師の患者への思いや、心残り、課題からくる無力感など、看護師の感情をカンファレンスで受け止めてもらえる役割も担っていた。それは看護師の感情のコントロールにも有効な結果を得ている。患者が亡くなった後のデスカンファレンスは、自分の看護ケアの振り返りとなり、気になっていることや、心残り、無力感なども素直に出せる場所であるという。宮下光令<sup>82)</sup> (2010) は「看護師は患者が亡くなると、もっといいケアができたのではないかという後悔や無念さ、十分に症状の緩和や心のケアができなかったかもしれないという無力感を感じることもある。デスカンファレンスとは亡くなった患者のケアを振り返り、現在のケアを見直し、今後のケアの質を高める活動である。」と述べている。広瀬寛子<sup>83)</sup> (2010) は、看護師は感情的になることは良くないと考える人がいるが、人の死というものはそれだけ強烈に看護師の患者を揺さぶるものである。吐き出したい感情をできる限り表出させ、スタッフがその気持ちを共有するとともにお互いを支え合うことが望ましい。看護師には後悔や無念さ、無力感しか残らないことがあるが、現実には“できること”と“できないこと”があることを共有し、ケアの限界を認めることで、逆にできることが改めてみえてくる。良いケアや関わりができたことを認め合うことができ、それが自信につながることもであると述べている。栗原幸江は<sup>84)</sup>、医療従事者の経験する喪失悲嘆体験からセルフケアの必要性を述べ、その一つとしてデスカンファレンスを挙げている。終末期ケアに関わるスタッフは、日常的に数多くの患者の看取りの過程に向き合い、死別を含む喪失悲嘆（グリーフ）を経験している。度重なる“死”や“喪失”体験が未整理のまま積み重ねられていくと、その悲嘆や疲弊から防衛手段として、患者や家族から距離をおく。さらに思うような臨床実践ができない自分を責めて、自分を追い込む。看護師のモチベーションは低下し、ケアの質の低下を招くという。こうしたスタッフ側の喪失悲嘆とセルフケアの一つとしてデスカンファレンスを重要視している。

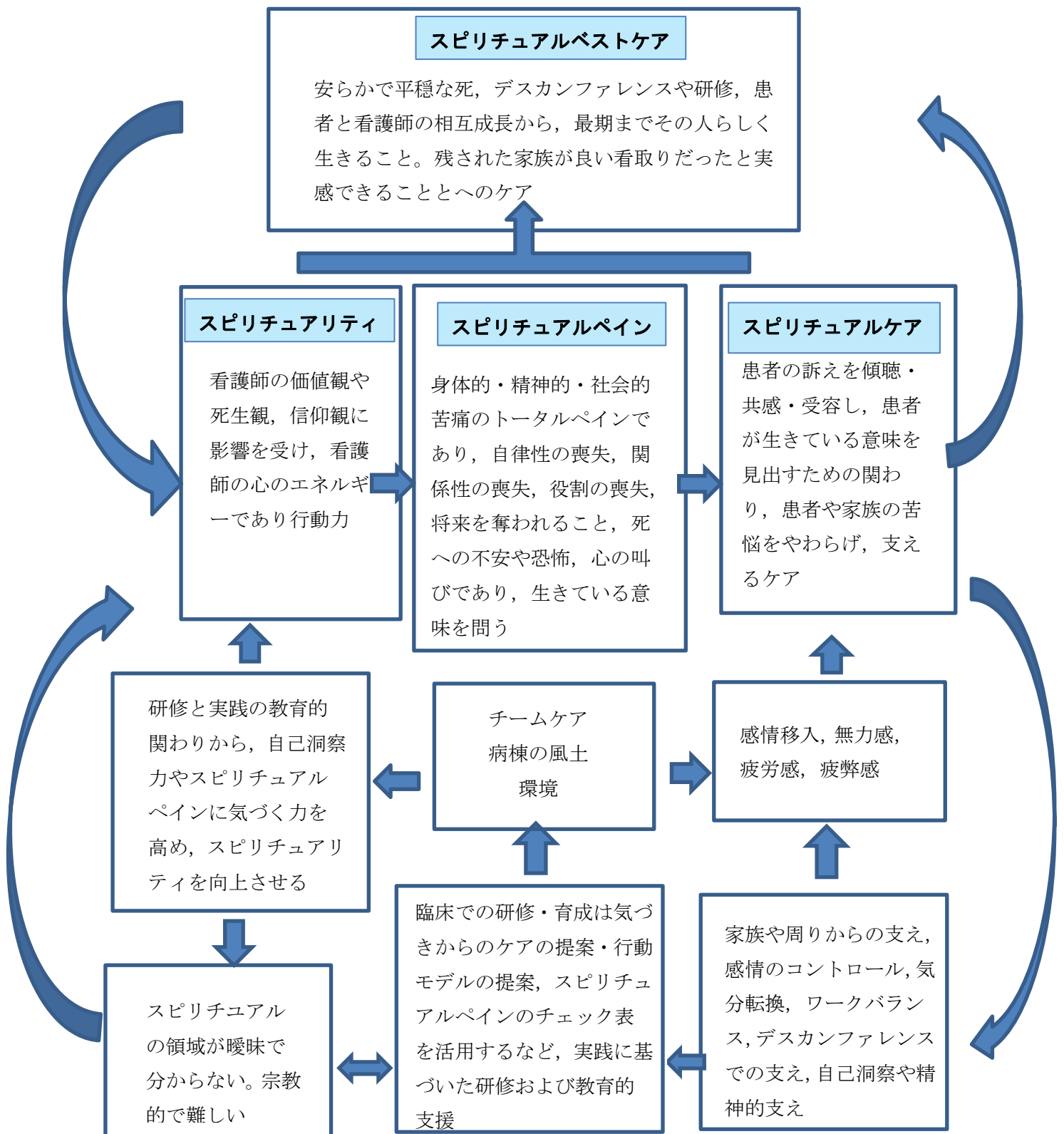


このようにデスカンファレンスは、看護師のこころのしこりになっている気がかりを話し合うことで互いに気持ちや思いを表現し、医療関係者相互のサポートと学びになり、チームの絆を育んでいくという重要な役割を担っていると考える。

看護師の語りからは看護師自身の精神的な悩みが明らかになる。緩和ケアでは、感情移入、無力感、疲労感（疲弊感）があり、看護師のストレスや疲労を感じポジティブになれない、看護師の役割さえも分からなくなるという戸惑いから、自己否定や自己不満足につながり自尊感情の不安定さが窺がえる。しかし、看護師の語りでは、悩みや苦悩が語られるが、自尊感情という言葉は出て来ない。そのことは、疲弊感や無力感という表現のなかにあるのではないかと推察する。それらを支えるものが重要である。それは、看護師の悩みを受け止めてくれる風土や、経験したものを学びとし成長の糧として肯定的なものとする経験の積み重ねが、さらなる自尊感情の支えになるのではないだろうか。失敗や無力という感情を前向きにとらえ自己受容する。このことを繰り返すことで自尊感情を高めていくという循環的關係が、自尊感情を安定させて、看護師の心の安定につながっていると考える。

緩和ケア病棟での勤務を希望するだけに、そこでの経験は魅力的であり、世界観を広げ自己成長するとの語りが多い。その魅力には、緩和ケア病棟で働く看護師の臨床体験で得られたチームケアや病棟の風土に支えられていることが語られている。つまり、看護師の危機状態を全てネガティブなものと思わず、この危機状態は誰にでも起こり得る異常な事態に直面した際の正常な反応であると捉えている。キャプランは「危機状態は単にネガティブなものではなく、成長促進的な可能性を内在する状態である」と述べているように、看護師のスピリチュアリティを支えてくれる家族や周りの人々、チームメンバーに対する感謝の言葉が語られている。メンタルサポートや活動の休息について、チームで考え、“ワークライフバランス”を重要視している。このことから、危機状態からの成長の可能性を示唆している。

以上のように、緩和ケア病棟で働く看護師は、患者の死に向き合いながら、患者の心の叫びに耳を傾け、寄り添い、自己洞察力や患者の痛みに気づく力をつけている。経験のなかで日々のケアを研鑽し、自己のスピリチュアリティを高め、患者や家族にとってのより良い、質の高いケアであるスピリチュアルベストケアに向けて真摯に向き合う行動力、エネルギーを得ている。それを繰り返し実施し自己洞察しながら、患者が最期までその人らしく生きること、そして平和な死、安らかな死、家族の満足感に繋がるスピリチュアルベストケアを求めるといふ一連の流れが繰り返されるという循環的關係が看護師を成長させ、意欲的に取り組む姿勢につながっていた。看護師はこれらを繰り返すという循環的關係から自己のスピリチュアリティを高め、新たなエネルギーを得ていると考える。



《 循環的環境 》

図 13 統合したカテゴリの構造化

## 第4節 結論

第3研究では、緩和ケア病棟で働く看護師が考えるスピリチュアルペイン、スピリチュアルケア、スピリチュアリティ、スピリチュアルベストケアについて検討した結果、以下の結論を得た。

1. 緩和ケア病棟で働く看護師は、看護師のスピリチュアリティについて、看護師の価値観や死生観、信仰観に影響を受け、それは看護師のこころのエネルギーであり行動力であると捉えている。これは普段、意識していない概念であり、人間が危機状態であるときに覚醒する概念である。ゆえに緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティは、危機状態の体験の中で、試行錯誤しながら、自己洞察し、自己研鑽を積み重ねた経験知から得られた認識である。
2. 緩和ケア病棟で働く看護師は、患者のスピリチュアルペインについて、身体的、精神的、社会的痛み、スピリチュアルペインのトータルペインであり、自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われることや、死への不安や恐怖、すなわち、患者のこころからの叫びであり、生きている意味を問うものとして捉えている。
3. 緩和ケア病棟で働く看護師は、スピリチュアルケアについて、スピリチュアルペインからの解放であり、傾聴、寄り添い、共感、生きる力を育むケアで、その人らしく生きることができるとの援助であると捉えている。このスピリチュアルケアは、死に向き合う患者への援助であり、決して生易しいケアではなく、看護師の精神的エネルギーの消耗、時には挫折感や無力感を感じ危機状態に陥る危険性がある。看護師自身の精神的な危機管理に努めている。対策として看護師のメンタルケアやスピリチュアルケアの向上に有効なデスカンファレンス、看護師を支える環境や風土の支えが看護師のスピリチュアリティを向上させていると捉えている。
4. 緩和ケア病棟で働く看護師は、スピリチュアルベストケアについて、安らかで平穏な死を可能とするケアであり、“その人らしく最期まで生きること”であり、それは特別なことではなく緩和ケア病棟で働く看護師の日常のケアのなかにあると捉えている。“その人らしく”は、その人の“今の時間を大切にすること”そして、その人の自尊心の尊厳であると認識されている。さらに、患者やその家族の“生きている意味”“役割”について患者と一緒に考え、患者や家族に寄り添いながら、サポートしていくことが、より良いケアにつながると捉えられている。それが、患者だけではなく、残された遺族に向けてのスピリチュアルベストケアであり、残された家族が良い看取りだったと実感できることを可能とするケアである。

## 第7章 全体考察

### 第1節 緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケア能力について検討

看護師のスピリチュアリティへの影響要因は、緩和ケア病棟に働く看護師の“スピリチュアリティへの関心”“緩和ケア病棟への配属希望”であり、“研修”“自尊感情”であった。看護師のスピリチュアリティは患者のスピリチュアルペインに気づく重要な要因である。また、緩和ケア病棟で働く看護師は、患者のスピリチュアルペインについて、身体的・精神的・社会的苦痛・スピリチュアルペインのトータルペインであり、自律性の喪失、関係性の喪失、役割の喪失、将来を奪われること、死への不安や恐怖と看護師は認識している。すなわち、患者のここからの叫びであり、生きている意味を問うものとして捉えている。トータルペインの中で最も根源的な苦痛と捉えており、生きる意味や生きる価値を失うことによる苦痛であると認識している。この認識は、村田が論じる将来の喪失、他者との喪失、自律性の喪失からくる苦悩と一致している。看護師が患者のトータルペインに気づき、その気づきが効果的にケアに対応されたとき、質の高いスピリチュアルケアにつながると考える。そのケアが成功体験として看護師自身が認識したとき、看護師は自身の自己効力感を把握し、自尊感情を向上させることができると考えられる。その上、緩和ケア病棟における看護師のスピリチュアリティは経験豊かなケアから、あるいは一人ひとりの死にゆく患者に向き合う真摯な態度から、さらに、病棟という環境やチームワークという、支えてくれる風土、受け入れてくれる人々によって、看護師のスピリチュアリティは育まれていると考える。

看護師のスピリチュアリティは、その人なりの信念・考え方で、その人の生きるための根本的なエネルギーであり、看護師の意欲、自尊心、価値観、人生観が含まれる。それは、過去の霊的で特別なものとしての概念から、今では人間だれもがもっているもの、それが生きることの根源をなしているとの認識に変化しているのではないだろうか。つまりスピリチュアリティは今まで近寄りがたい霊的な概念から、誰もが持っている身近な存在であり、生きるためのエネルギーとして認識されてきたと考える。このように緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティは、看護に行き詰まり無力感や疲弊に陥るといった危機状態に直面したとき、新たなスピリチュアルケアに向けてのエネルギーになるものであると考える。

しかしながら、スピリチュアリティという概念が臨床看護師にとって曖昧であることから、〈自分のスピリチュアリティを知っている〉との質問には「どちらともいえない」との回答者が半数を占めている。また、大塚美樹(2007)<sup>85)</sup>らが指摘するように、「患者のスピリチュアルペインに気づくことができない」「どのように援助したらよいか分からない」と考える看護師の存在を報告している。この課題については、看護師が患者のスピリチュア

ルペインに気づくことが重要であり、看護師のスピリチュアリティとともに、臨床に則した研修や教育的支援が必要との結果も得られている。臨床の看護師は看護師自らの経験知を育むと共に、研修によって看護師のスピリチュアリティをさらに高めていることも否めない。この看護師のスピリチュアリティはその人の文化的背景を含めての検討も必要であり、今後ますます重要視されると考える。

第2研究では、スピリチュアルケア能力とスピリチュアリティの関係を検討している。スピリチュアルケア能力は120点満点の84.48点（項目平均は5点満点の3.52点）と、高い自己評価点を示していた。とくに基本的看護観や死生観であり、また、スピリチュアルケア能力への影響を及ぼす影響要因は、スピリチュアリティには認められなかった宗教への影響が認められた。緩和ケア病棟の看護師は、宗教に依存する患者への理解が必要であることから宗教への理解もスピリチュアルケア能力として必要である。スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力との関係については、正の相関関係が認められた。さらに、自分のスピリチュアリティを「知っている群」と「知らない群」の比較では、自分のスピリチュアリティを「知っている群」の方が、スピリチュアルケア能力の平均点が有意に高いと確認できた。このことから、自己のスピリチュアリティの認識の有無が、スピリチュアルケア能力に影響を及ぼしていることが示唆された。これらのことから看護師のスピリチュアリティはスピリチュアルケア能力に影響を与えていることが明らかとなった。

第3研究におけるスピリチュアルケアについての看護師の認識は、患者の訴えを傾聴・共感・受容し、患者が生きている意味を見出すための関わりであり、患者や家族の苦悩を和らげ、支えられたと実感できることの関わりであった。看護師が、患者の訴えを傾聴・共感・受容するという共感的態度は、患者のスピリチュアルペインに気付く唯一の機会である。看護師が患者のトータルペインを緩和する為の適切な方法が選択されて実施できれば、患者はトータルペインから解放される。患者のトータルペインの解放は、患者の日常生活が容易なものとし患者のQOLを高めることにつながる。そこにはソンドースの考える緩和ケアの理念がある。患者のQOLが高まることから、患者は最期までその人らしく生きることができるであろう。

第3研究での看護師の語りや第2研究で明らかとなったスピリチュアルケア能力の高さから考えると、緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティは、経験知のなかで育まれ、ケアに対する意欲や向上心、好奇心の高さから、スピリチュアリティを重要視していると考えられる。緩和ケア病棟で働く看護師は、患者やその家族から多くの学びを得て、豊かな経験知を蓄積している。そのことを言語化し可視化することで、看護師が認識しているスピリチュアリティが言語化されたと考える。

また、緩和ケア病棟で働く看護師は、多くの学びを得ているその一方で、ストレスや挫折により、自己を振り返る能力や自己肯定するエネルギーの欠如、疲弊し、感情移入することで、看護師の心身の危機状態となることも明らかとなった。その際のエネルギー、行動力となるのが、スピリチュアリティであることが示唆された。それを育む要因として、

自尊感情を高め、自己肯定感や自己受容を育むこと、さらにデスカンファレンスや、研修、支えてもらえるスタッフ、病棟の風土が、看護師の精神的な支えになっていることが明らかとなった。

緩和ケア病棟で働く看護師は、患者のスピリチュアルペインについて、トータルペインの中で最も根源的な苦痛であり、生きる意味や生きる価値を失うことによる苦痛であると認識されている。このことは村田理論を実践で捉えながら、実践の中で取り組むには、看護師のスピリチュアリティが大きなエネルギーになる。このスピリチュアリティは患者の痛みに気づく重要な要因であり、今後ますます重要視されると考える。

## 第2節 スピリチュアルベストケアの検討

本研究の第3研究における看護師が考えるスピリチュアルベストケアは、患者が最期までその人らしく生きること、患者の安らかな死（平和な死）平穏な死を可能とするケアである。そして残された家族が良い看取りだったと実感できることへの支援である。つまり、スピリチュアルベストケアは患者が“平和な死”“安らかな死”に至った時である。それは患者個々に異なるが、“その人らしく最期まで生きること”であり、それは特別なことではなく緩和ケア病棟で働く看護師の日常のケアのなかにある。“その人らしく生きる”とは命の尊厳と“今の時間を大切にすること”そして、その人の自尊心の尊厳である。緩和ケア病棟のケアには、患者やその家族の“生きている意味”“役割”について一緒に考え、患者や家族に寄り添いながら、サポートしていくことであるとの結論は、ヘンダーソンが論じる看護師の独自の機能、すなわち、平和な死に資するという概念と一致する。しかし、“平和な死”という言葉は、インタビューの中には語られていない。ほとんどが“安らかな死”“穏やかな死”との表現である。これは前述したように翻訳の関係によると考える。“平和な死”との表現は、「看護の本質となるもの」の翻訳者、湯楨ます・小玉津子である。“安らかな死”は新英和中辞典（研究社）、Eゲイト英和辞典（ベネッセ）での表記である。これは、文化的な違いであり、わが国にとって、“平和な死”は“安らかな死”と同じ意味を持つと考える。しかし、わが国にとって、“平和な死”よりは“安らかな死”が受け入れやすいのであろう。緩和ケアのパンフレットや、患者に向けての案内にも、安らかな死、穏やかな死と書かれている。もう一方で“スピリチュアルベストケア”は“その人らしく生きること”の意味を問うていた。つまり、スピリチュアルベストケアは、臨床における看護師にとっても、安らかで穏やかな死を可能とするケアであるとともに、その人らしく、最期まで生きたかどうかをスピリチュアルベストケアとして問われている。

構造化の図13で明らかとなったように、スピリチュアルベストケアに向けての過程で重要なことは、患者のスピリチュアルペインに看護師が“気づく”こと、患者の心の痛みに気づき寄り添うことである。健康なとき、人は皆、死について忘れて生活している。しかし、死が迫ってくると、死に対する不安や人生の意味への問い、生きている目的、死後の

世界などに関心をもち、苦悩を持つ<sup>86)</sup>。緩和ケアで働く看護師は実践の場で、このスピリチュアルペインに気づき、患者に寄り添い、傾聴し、人間の心の奥底に存在する魂の痛みをやわらげるケアを実践している。そこに、死に瀕した患者が平和な死（安らかな死）を迎えることを可能とせしめるケア、即ちスピリチュアルベストケアが存在していることの示唆を得たと考える。これは、看護師の真摯に患者に寄り添い、痛みを感じる感性、患者のスピリチュアルペインに気づく感性は、ケアに反映されて 患者の痛みの解放につながると考える。

本研究では、看護師の語られた事例から、患者の心の痛み、スピリチュアルペインを、自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛である<sup>87)</sup>こと、その痛みは、生きるうえで誰もが体験し得る痛みであり、日常では深く意識されることがないが、人生で限界を感じたとき、重篤な病気や死に直面したときに体験することである。それは身体的苦痛や精神的苦痛から自己存在の根本的な意味や価値に関わるところのより深いレベルの痛みで、その人固有の体感である。人それぞれ固有の痛みである。これらのスピリチュアルペインについて、その現実な痛みを看護師は、日々のケア経験を積み重ね、チームスタッフとのカンファレンスや、デスカンファレンスを行いながら、患者に実施されたケアが患者にとってより効果的であったかを検討し、患者の安寧な日々が送れるよう配慮している。その日々のケアがスピリチュアルベストケアにつながっていると考える。

### 第3節 全体結論

本研究では、看護師のスピリチュアリティへの影響要因を明らかにし、スピリチュアリティと自尊感情との関係、さらにスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの関係性から、スピリチュアルベストケアを、臨床看護の視点から検討した結果、以下の結論を得た。

1. 看護師のスピリチュアリティへの影響要因は、緩和ケア病棟に働く看護師の“スピリチュアリティへの 関心”“緩和ケア病棟への配属希望”であり、“研修”“自尊感情”であった。さらに、スピリチュアリティと自尊感情には正の相関があり、自尊感情が高まればスピリチュアリティが高まる傾向が認められた。
2. スピリチュアリティとスピリチュアルケア能力との関係は正の相関が認められた。このことは、自己のスピリチュアリティへの認識が、スピリチュアルケア能力を高めることを意味する。
3. スピリチュアルベストケアとは、患者が“最期までその人らしく生きること”へのケアであり“安らかな死（平和な死）を可能とするケアのことである。さらに残された家族が良い看取りであったと実感できることへの支援であった。緩和ケア病棟で働く看護師は、自己のスピリチュアリティを認識しながら、デスカンファレンスや研修で自己研鑽し、自己洞察力やスピリチュアルペインに気付く力を高めている。さらに自己のスピ

リチュアリティを認識することで、新たなエネルギーを得て次へのスピリチュアルケアへと向かう。このような一連の流れや積み重ねが、緩和ケア病棟で働く看護師が創り出す“スピリチュアルベストケア”への循環的環境である。



## 終章

### 第1節 総括

本研究は中国地方の緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの影響要因と、看護師のスピリチュアリティと自尊感情との関連性を検討した。さらに看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの関係性を検討し、スピリチュアルベストケアを問うたものである。超高齢社会、多死社会を迎えて、緩和ケアのあり方にも大きな変化が訪れている。緩和ケア病棟は増設され、また、かつては緩和ケアはがん患者が主であったが、今日では、だれもが受けることのできる権利として緩和ケアの対象は拡大している。それに伴い、緩和ケア病棟の役割も拡大され、緩和ケアの質の向上が求められている。医療とは何か、生きる意味、いのちの連続性・永続性・本当に大切なものは何かなどを考える時期である。緩和ケア病棟では“最期まで生きること”と“スピリチュアルケアの必要性”を考え、死生観や看護観、人生観を考え、死に瀕した患者がその人らしく生きること、そして平和な死、安らかな死を迎えることを可能とせしめる質の高いスピリチュアルベストケアを求める時代が到来したと考える。

しかし、終末期ケアは容易ではない。終末期の患者はあらゆることに対して敏感に反応する。それゆえに、終末期患者のケアは非常にストレスが高く、バーンアウトにもつながると言われる。一方、後藤啓子らは（2018）一般病棟から緩和ケア病棟の配属転換となった経験から、看護独自の機能の再確認や自己の死生観の深まりを得たと述べている<sup>88)</sup>。本研究のインタビューからも、緩和ケア病棟におけるケアの厳しさを垣間見ることができる。そのような厳しい環境の中で看護師は自己洞察し、患者や家族から人生観を学び、同僚やスタッフから支えられていること、特にデスカンファレンスでは看護師だけではなく、多職種（医師、心理士、カウンセラーなど）が一同となることで、亡くなった患者の総括をする。そこで看護師自身が学び、成長を実感することができる。本研究の結果から、看護師と患者との相互関係から互いが成長し、看護師自身のスピリチュアルケアを高め、緩和ケア病棟で働く看護師の視点からのスピリチュアルベストケアが明らかになったと考える。

本研究では、一般的に難しい概念だといわれるスピリチュアリティやスピリチュアルケアを看護師の臨床的な視点での検討を試みた。その結果、看護師のスピリチュアリティがいかに重要であるかを明らかにすることが出来たと考える。このことを基礎として、さらに研究を深めていくことが必要である。

## 第2節 本研究の将来展望

本研究では、緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティへの有意な影響要因について明らかにできたこと、また、緩和ケア病棟で働く看護師のスピリチュアリティと自尊感情との関係において相関があること、そこから自尊感情の重要性が明らかとなった。さらに、緩和ケア病棟での勤務は、ストレスや疲弊が生じる仕事である。ゆえに、患者、家族と真摯に向き合うという経験、その経験を振り返ることができる研修や、ストレスや疲弊、看護師の危機状態を乗り越えるために必要な、職場の学び合う風土、看護師の自己効力感や自己肯定感が高まるような支援体制も求められる。

本研究結果を緩和ケア病棟に還元することによって、看護師のスピリチュアリティの認識を高め、スピリチュアルケアへの質の向上の役割の一部を担うことができると考える。さらに、スピリチュアルベストケアに向けての方向性を明確にし、実践研究を積み重ねる必要性を今後の展望とする。

## 第3節 本研究の限界と課題

本研究は、中国地方をほぼ網羅した研究であり、調査データも全施設への研究の必要性を発信するなど、緩和ケア病棟の看護師の実態を反映していると考えられる。しかし、一部の施設からは研究協力が得られなかったことから、これらの施設が、本研究の協力を得た施設と、全てが同じ状況であるとは限らない。緩和ケア病棟の目的が徐々に拡大してきていることから、その役割は益々複雑になっている。さらに看護師のスピリチュアリティには看護師個々の死生観や価値観、文化によって異なることから、本研究の一般化には限界がある。また、研究対象がほとんど女性である。スピリチュアリティの性差や、宗教や文化、研修や教育内容についての検証を含めて、対象や地域を広げての研究が今後必要である。

## 謝辞

本研究論文に快くご協力頂きました施設管理者様、緩和ケア病棟看護師長様、病棟スタッフの皆様へ深く感謝と御礼を申し上げます。アンケート調査には丁寧にお答えいただき、自由記述には貴重なご意見の記述を頂きました。心より感謝申し上げます。

インタビューにもお忙しい中、快く対応して頂き有難うございました。お陰様で貴重な調査結果が得られました。記述やインタビューでは心温まるご支援の声を頂戴しました。研究を進めるには、迷ったり戸惑ったりしましたが、励ましの記述を読ませて頂きながら研究を進めることができました。まだ、十分な解析もできていないところもあるかと存じますが、貴重なご意見を頂戴しましたので、まとめてご報告させていただきます。ご協力頂きました皆様、本当に有難うございました。

本研究のスピリチュアルケアやスピリチュアリティに関する研究につきましては、研究尺度のご指導を頂戴しました富山大学医学部 精神看護学講座（精神保健学・精神看護学）比嘉勇人教授にご相談させていただきました。心より感謝申し上げます。もう一つの尺度、スピリチュアルケア能力の尺度開発者の江口富子先生には、スピリチュアルケア能力尺度再構成へのコメントを頂戴し、プレテストまでして頂きました。本当に有難うございました。

本研究の論文作成には、計画段階やアンケート用紙作成など、1年次の副指導教員としてご指導を頂戴しました土肥敏博先生、統計で大変お世話になりました2年次、3年次の副指導教員としてご指導を賜りました森田克也先生。副指導教員としてご指導賜りました前信由美先生。本当にお世話になりました。特に質的研究のカテゴリ分析や文章の細やかなチェック、文脈のご指導を頂きました、有難うございました。また最も難航した統計につきまして、統計の基礎からご指導いただきました金澤寛先生、本当に有難うございました。

そして、本論文の作成には多くの時間を費やし温かなご指導を頂戴しました主指導教員の佐々木秀美先生には、計画から分析、まとめと、筆者のなかなかまとまらない思いや研究計画に耳を傾けて頂き、ご丁寧なご指導を賜りました。心より感謝申し上げます。

また、いつも研究室で声をかけて下さった岡本陽子先生、塩谷久子先生、藤原隆先生そのほか多くの先生方に励ましの声を頂戴しました、さらに院生の皆様、そして事務所の皆様、本当に有難うございました。こころより感謝申し上げます。

今回、研究をまとめることの大変さと同時に、なかなか進まないなかでも、一つひとつ新たな学びや発見に気づいた時の嬉しさやわくわく感、今までに体験できなかった感動です。皆様のご指導の下、少しはご報告できる形となりました。まだまだ充分とは言えない報告ですが、この貴重な体験を今後更に活かせるように研鑽してまいりたいと思います。

皆様より多くの学びを頂戴しました。こころより感謝申し上げます。

2021年2月22日 永石 喜代子

## 引用・参考文献

- 1) Portal : スピリチュアリティフリー百科事典『ウィキペディア (Wikipedia)』  
<https://ja.wikipedia.org/wiki/Portal> (最終検索日 : 2020. 8. 3.)
- 2) 日本国語大辞典 (2001) : 第二版, 編集委員会, 小学館 7, 東京, p. 5.
- 3) 石田名香雄 (編集代表) : 医学英和辞典, 第 2 版, 研究社, 東京, p. 1762.
- 4) Health Biz Watch : スピリチュアルと健康, コンテンツ <http://familydoctor.org/650.xml>.  
(最終検索日 : 2020. 8. 3)
- 5) 酒井禎子 (2011) : 看護師がスピリチュアリティを考える体験をした臨床場面とその内容—X 県の看護師への調査から—, *Palliative Care Research*.6(1). pp. 216-221.
- 6) WHO Technical Report Series 804: Cancer Pain Relief and Palliative Care: 50-52. World Health Organization, Geneva, 1990. 世界保健機関編 (武田文和訳) : がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア : 48-49. 金原出版, 第 1 版, p. 1993.
- 7) 河正子 (2005) : わが国緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のスピリチュアルペイン, 死生学研究(5), pp. 48-82.
- 8) 石井八重子, 片岡智子 (2002) : 文献からみるスピリチュアルケアの関心の高まり, *ホスピスケアと在宅ケア* 10(2), p. 167.
- 9) 伊田広行 (2004) : スピリチュアルケアをめぐる議論を見渡す, *大阪経大論集* 54 (5), pp. 333-364.
- 10) 村田久行 (2005) : 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケアから—現象学的アプローチによる解明—緩和ケア 15 (5), pp. 385-390.
- 11) 河正子 (2005) : スピリチュアリティ, スピリチュアルペインの探求からスピリチュアルケアへ, *緩和ケア* 15 (5), pp. 368-374.
- 12) リンダ j. カルペニート=モイエ編集, 新道幸恵監訳 (2008) : *カルペニート看護診断マニュアル*・第 4 版, 医学書院, 東京, p. 574.
- 13) 前掲書 12), p. 737.
- 14) 竹田恵子, 大湯好子 (2006) : 日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討, *川崎医療福祉学会誌* 16(1), pp. 53-66.
- 15) 下妻晃二郎 (2014) : QOL の正しい評価方法を学ぶ, 第 14 回浜松オンコロジーフォーラム.
- 16) 窪寺俊之 (2000) : スピリチュアルケア入門, 三輪書店, 東京, p. 13.
- 17) 窪寺俊之 (2009) : スピリチュアルケアへのガイド, 青海社, 東京, pp. 11-13.
- 18) 高橋正美, 井出訓 (2004) : スピリチュアリティーの意味 ; 若・中・高齢者の 3 世代比較による霊性・精神性についての分析, *老年社会科学* 26 (3), pp. 296-307.
- 19) 鶴生川恵美子, 中西陽子 (2018) : 看護研究論文からみるスピリチュアリティーの定義—日本と英語圏諸国の比較検討—, *群馬県立県民健康科学大学紀要* 13, pp. 1-13.
- 20) Tributes to Dame Cicely Saunders - St Christopher's : St Christopher's Hospice  
[ospicehttp://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/tributes](http://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/tributes)  
シシリ・ソンドースのメッセージ (最終検索 : 2021. 1. 22)
- 21) シシリ・ソンドース (武田文和訳) (1990) : 死に向かって生きる—末期癌患者のケア・プログラム, 医学書院, 東京, p. 59.
- 22) 淀川キリスト教病院編 (2007) : 緩和ケアマニュアル, 第 5 版, 最新医学, 大阪, p. 39.
- 23) 浅井かおり (2011) : 看護学辞典 (第 2 版), 日本看護協会出版会, 東京, p. 526.
- 24) 村田久行 (2003) : 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア ; アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築, *緩和医療学* 5(2), pp. 157-165.

- 
- 25) 鎌田東二 (2006) : 日本の靈性を問い直す-特集/スピリチュアリティと平和, 公共研究編集委員会編集, 第15回平和公共哲学研究会 3(1), pp. 56-78.  
<https://opac.ll.chiba-u.jp/da/curator/900023199/kamata31.pdf> (最終検索 : 2021. 1. 22)
  - 26) 白田寛, 玉城英彦, 河野公一 (2000) : WHO 憲章の健康定期が改正に至らなかった経緯, 日本公衆衛生雑誌 (日本公衆衛生学会) 47(12), pp. 1013-1017.
  - 27) WHO の定義 : 日本 WHO 協会 <https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/>  
(最終検索 : 2021. 1. 22)
  - 28) WHO 憲章における「健康」の定義の改正案について (1999) : 報道発表資料 :  
[https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1103/h0319-1\\_6.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1103/h0319-1_6.html) (最終検索 : 2021. 1. 22)
  - 29) 比嘉勇人 (2010) : 看護における Spiritual-Care Model, 富山大医学会誌 21(1), pp. 16-22.
  - 30) 窪寺俊之 (2009) : スピリチュアルケアのガイド, p. 10.
  - 31) 岡本双美子, 石井京子 (2005) : 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析, 日本看護研究学会誌 28(4), pp. 53-60.
  - 32) Alfons Deeken (2001) : 生と死の教育, シリーズ教育の挑戦, 岩波書店, 東京.
  - 33) 日野原重明 (2017) : 生きていくあなたへ 105 歳どうしても遺したかった言葉, 幻冬舎, 東京, p. 19.
  - 34) 富士川游 (1930) : 安心生活, 真宗相愛協会. 神戸, p. 84.
  - 35) エリザベス・キューブラー・ロス (Elisabeth Kübler-Ross) (1971), 川口正吉訳 : 死ぬ瞬間, 読売新聞社, 東京, pp. 146-147.
  - 36) 奥山敏雄 (2019) : 死の受容と最期の成長 ; キューブラー＝ロスの死にゆく過程論の変容, 社会学ジャーナル 44, pp. 1-22.
  - 37) エリザベス・キューブラー・ロス : 前掲書, 35), pp. 307-308.
  - 38) ヴァージニア・ヘンダーソン, 湯楨ます, 小玉香津子訳 (2006) : 看護の基本となるもの  
日本看護協会出版会, 東京, p. 11.
  - 39) ヘンダーソン, ウィーデンバック, 稲田八重子, 池田明子, 薄井担子など訳 (1996) 『看護学翻訳論文集 I, 新版 看護の本質』, 現代社, 福岡, p. 26.
  - 40) 小藪智子, 白岩千恵子, 竹田恵子, 太湯好子 (2009) : スピリチュアリティの認知の有無と  
言葉のイメージ-緩和ケア病棟の看護師, 一般病棟の看護師, 一般の人, 大学生の特徴-,  
川崎医療福祉学会誌 19(1), pp. 59-71.
  - 41) 井出訓, Masami Takahashi, 三村三希子, 竹生礼子, 西村歌織 (2015) : 緩和ケア認定看護  
師の捉えるスピリチュアリティ, 死の臨床 65, 38(1), pp. 184-189.
  - 42) 川端美登里 (2011) : 終末期がん看護に携わる看護師のスピリチュアリティと首尾一貫感覚  
(SOC) の関連要因に関する研究, 甲南女子大学研究紀要 5, pp. 41-49.
  - 43) 室谷寛, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子 (2016) : 看護師の首尾一貫感覚に私的スピリ  
チュアリティおよび二次元レジリエンス要因が及ぼす影響, 富山大学看護学会誌 15(2),  
pp. 137-143.
  - 44) 津谷麻里, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子 (2014) : 看護師のストレスと私的スピリ  
チュアリティとの関連, 富山大学看護学会誌 14(1), pp. 41-48.
  - 45) 田内香織, 神里みどり (2009) : 終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュ  
アリティとスピリチュアルケアの因果関係に関する研究, 日本看護科学会誌 29, pp. 25-31.
  - 46) 酒井禎子, 大久保明子, 阿部正子, 岡村典子, 戸田幸子 (2005) : 看護職が認識している  
スピリチュアリティに関する研究, 学長特別研究費研究報告書 16. pp. 20-27.
  - 47) 小藪智子, 白岩千恵子, 竹田恵子 (2011) : 看護基礎教育課程用の教科書における  
スピリチュアリティに関する記載の現状, 川崎医療短期大学紀要 31. pp. 27-31.
  - 48) 山口道子, 近藤かおり, (2018) : 看護基礎教育におけるスピリチュアルケアの教育に関

- 
- る文献検討, 三育学院大学紀要 10(1), pp. 51-59.
- 49) 永易裕子, 佐藤美恵子, 荻原麻紀, 柏木ゆきえ, 木下彩子, 中村順子, (2013): 国内外における大学教育および看護教育の変遷, 日本赤十字秋田看護大学紀要・日本赤十字秋田短期大学紀要 18, pp. 45-55.
  - 50) 藤田真貴・中村勝 (2018): 緩和ケア実習前後における看護学生のスピリチュアリティの変化と影響要因に関する研究 ;B氏に焦点化した質的分析, 新潟医療福祉学会誌 18(1), p. 61.
  - 51) 篠原百合子, 山口恵, 大澤優子, 五十嵐愛子, 丸山昭子, 福田里美 (2015): スピリチュアルペインのあるがんターミナル期の患者への支援, 東都医療大学紀要 5(1), pp. 45-50.
  - 52) 佐藤加奈子, 平山さおり (2015): 終末期がん患者がかかえるスピリチュアルペインへのケアの在り方;「できなくなること」への自立と自律を支える関わりを通して, KKR札幌医療センター医学雑誌 12(1), pp. 41-45.
  - 53) 廣畑加代子, 前川厚子, 国府浩子, 安藤祥子, 阿部まゆみ, 竹井留美, 酒井幸子, 堀井直子, 鈴木綾子, 島津明人, 小杉正太郎 (2008): 終末期のがん看護実践に携わる看護師のストレスマネジメントと仕事に没入できる強みの研究, ホスピス・緩和ケアに関する調査研究報告, 2008年度調査研究報告, pp. 19-26.
  - 54) 高野純子, 山花令子, 山本則子 (2018): わが国の緩和ケア病棟における看護師のターミナルケア態度に関連する要因, *Palliative Care Research*13(4), pp. 357-366.
  - 55) Ghaith Ahmad Bani Melhem , Ruqayya S Zeilani , Ossama Abed Zaqqout , Ashraf Ismail Aljwad , Mohammed Qasim Shawagfeh , Maysoun Abd Al-Rahim (2016): Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian j Palliat Care*.22(1), pp.42-9.
  - 56) Taylor EJ, Highfield MF, Amenta M. (1999): Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practices. *Appl Nurs Res*. 12(1), pp.30-7.
  - 57) 岩崎紀久子, 渡部真奈美 (2014): 緩和ケア病棟で看護師が体験する困難および困難を解決するための支えに関する研究, 看護学研究紀要 2(1), pp. 11-19.
  - 58) 嶋守さやか, 佐藤明日美, 富田佳代子, 吉鶴由紀子, 星谷富美子 (2019): 看護師による死の語り, 日本赤十字豊田看護大学紀要 14(1), pp. 91-100.
  - 59) 比嘉勇人 (2008): 神気性(スピリチュアリティ)とは, 日本看護診断学会誌 13(1), pp. 78-83.
  - 60) 山本澄子, 東知宏, 野上睦美, 水野正延, 高儀郁美, 杉山希美 (2019): 看護系大学生の基礎看護学実習前後の自尊感情に関する研究, 愛知県看護教育研究学会誌 22, pp. 17-22.
  - 61) 鳥居幸恵, ブラット貴恵, 前田洋子 (2019): 看護学生の自尊感情, レジリエンスに関する研究(第一報) 当校の実態調査, 愛知県立総合看護専門学校紀要 12, pp. 45-54.
  - 62) 長田ゆき江 (2019): 中堅看護師の職業継続意思に関する研究～役割受容と自尊感情との関連～, 長野赤十字病院医誌 31, pp. 52-64.
  - 63) 中吉陽子, 高瀬美由紀, 今井多樹子, 山本雅子, 佐藤陽子, 山本久美子 (2018): 看護師の自尊感情に関連する要因の探求, 日本職業・災害医学会会誌 66(3), pp. 215-220.
  - 64) 根本香代子, 片山はるみ (2018): 女性中堅看護師のレジリエンスに対する自尊感情と自己効力感の影響, 日本看護科学会誌 38, pp. 89-96.
  - 65) 根本香代子 (2016): 中堅看護師の自己学習行動を支える精神的回復力と自尊感情や自己効力感との関連 (第1報), しょうけん; 浜松労災病院学術年報 2015, pp. 1-3.
  - 66) 上野瑞子, 實金栄, 川田裕次郎, 柴田展人 (2019): 病院に勤務する看護師の組織阻害行動と情緒的コミットメント, 自尊感情, 肯定的気分との関連, 応用心理学研究 45(1), pp. 47-57.
  - 67) 森田達也, 赤澤輝和, 難波美貴 (2010): がん患者が望む「スピリチュアルケア」: 89名のインタビュー調査, 精神医学 52(11), pp. 1057-1072.

- 
- 68) 桜井茂男 (2000) : ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版の検討, 発達臨床心理学研究 12, pp. 65-71.
- 69) 医療者のための危機理論のページ <http://crisis.med.yamaguchi-u.ac.jp/intro.htm> (最終検索 : 2021. 1. 22)
- 70) 宮下光令, 今井涼生, 渡邊奏子 (2018) : データでみる日本の緩和ケアの現状, pp. 54-69. [https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo\\_](https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_) (最終検索 2021. 1. 322)
- 71) 比嘉勇人 (2008) : 神気性 (スピリチュアリティ) とは, 日本看護診断学会・第 13 回学術大会報告 (レクチャー), 日本看護診断学会誌 13(1), 78-83.
- 72) Rosenberg, 山本真理子訳, 前掲書 31) pp. 30-31.
- 73) 浜多美奈子, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子 (2017) : 看護学生としてのアイデンティティと私的スピリチュアリティの関連および看護学生アイデンティティ確立に向けた方策の検討, 富山大学看護学会誌 16(2), pp. 107-123.
- 74) 湯本理子, 佐藤悦子 (2012) : スピリチュアリティ評定尺度 (SRS-A) によるスピリチュアリティに影響を及ぼす要因の検定 ; A 県内の訪問看護師を対象として, 日本地域看護学会誌 15(2), pp. 73-80.
- 75) 林祐子 (2014) : 緩和ケア病棟の看護師における死の捉え方に関する考察 ; 死生観形成への影響について, 東洋英和大学院紀要 (10), pp. 79-94.
- 76) 山田剛史 (2004) : 理想自己の観点からみた大学生の自己形成に関する研究, パーソナリティ研究 12(2), pp. 59-72.
- 77) 姜信善, 相川一哉 (2009) : 理想自己と現実自己とのズレにおけるとらえおよび対処について-アイデンティティ・ステータスの差による検討-, 富山大学人間発達科学部紀要 4(1), pp. 1-20.
- 78) 江口富子, 落合宏, 塚原節子, 上野栄一 (2011) : 看護師のスピリチュアルケア測定尺度の開発, 富山大学看護学会誌 10(1), pp. 15-26.
- 79) 看護師の教育制度「クリニカルラダー」の評価基準と評価項目 ナースのヒント ([j-depo.com](http://j-depo.com)) (最終検索 : 2021. 1. 22.)
- 80) 山田理絵, 泉キヨ子, 平松知子, 加藤真由美, 正源寺美穂 (2007) : 臨床看護師の直観と病院, 経験年数, 職種との関連性の検討, 日本看護管理学会誌 10(2). pp. 40-47.
- 81) W.C チュニッツ, J.M スワソン編集, 樋口康子, 稲岡文明訳 (1992) : グラウンデッド・セオリー-看護の質的研究のために, 医学書院, 東京.
- 82) 宮下光令 (2010) : 明日の看護に生かすデスカンファレンス, 第 12 回, デスカンファレンスのまとめ, 看護技術 56(1), pp. 64-67.
- 83) 広瀬寛子 (2010) : 明日の看護に生かすデスカンファレンス 第 1 回, デスカンファレンスとは何か, 意義と実際, 看護技術, 56(14), pp. 1384-1390.
- 84) 栗原幸江, 田村恵子編集 (2017) : 終末期看護 ; エンド・オブ・ライフ・ケア, II 医療従事者のグリーフケア, メヂカルフレンド社, 東京, pp. 84-86.
- 85) 大塚美樹 (2007) : 緩和ケア病棟の看護師におけるスピリチュアルケア, ホスピスケアと在宅ケア 41, 15(3), pp. 208-215.
- 86) 川崎雅子, 金子久美子, 福岡幸子, 佐々木美奈子 (2005) : 終末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア-患者との会話場面を通して-新潟がんセンター病医誌, 44(1), pp. 27-31.
- 87) 村田久行 (2011) : 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア, 日本ペインクリニック学会誌 18(1), pp. 1-8.
- 88) 後藤啓子, 原田千鶴, 宮崎伊久子 (2018) : 一般病棟から緩和ケア病棟に配属転換となった看護師の学び, 看護管理 48, pp. 321-324.