

# がんを体験した看護師が就労継続に至るまでのプロセスに おけるサポートモデルの構築

愛知医科大学大学院看護学研究科

修士課程 修了生 角 由美子

## 1. 研究の背景と動機

国立がん研究センターによるがん統計予測では 2016 年の罹患数は約 101 万人、死亡数は約 37 万人であると算出している。一方で、生存期間は延長しており 2006 年～2008 年にがんと診断された患者の 5 年相対生存率は 66%であった。また、がんと診断された患者のうち 32.4%が 20～64 歳の生産年齢人口であった（国立がん研究センター、2008 年）。仕事をもちながらがんで通院している者は 32.5 万人いるといわれており（厚生労働省「国民生活基礎調査」2010 年）、がんの治療を受けながら、子育てや仕事を続けていく人が増加傾向にあることを示している。

International Agency for Research on Cancer の発がん性分類（2010）では、交代性勤務は「ヒトに対しておそらく発がん性がある」といわれており、夜間勤務ががん発症リスクを増加させる可能性があることを示唆している。医療職において、夜間勤務が最も多い職種は看護師である。がんの罹患率を考えると、夜間勤務の多い看護師は一般人よりもその可能性は高いといえる。現在、相当数の看護師ががんに罹患しており、がんという病いを抱えながら看護師として働き続ける人は今後も増加することが推測される。

2012 年の第二次がん対策推進基本計画では、がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることが位置づけられ、2016 年 2 月には「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が発表されている。安心して療養するためのピア・サポートや就労支援の必要性は社

会全体で高まっており、医療施設で働く者についても例外ではない。

がん患者を対象にしたピア・サポートの効果についてはこれまで十分に検討されてきたが、看護師を対象にした報告はほとんど見当たらない。また、看護師に対するピア・サポートについては、看護師独自の体験が自由に語れるようなグループがあることが望ましい。そこで、本研究は、がんになった看護師が就労に至るまでどのようなプロセスがあったのかを、看護師の体験をグループで共有することで、がんを体験した看護師のサポートのあり方を追求する。

## 2. 研究目的と意義

本研究の目的は、がんになった看護師が告知から就労までの体験をグループで語り、その内容を分析することにより、がんになった看護師が就労継続に至るまでの支援を明らかにする。また、がんになった看護師がグループで語ることは、同じ体験をした者同士のピア・サポートになり、自らの体験をもとに就労支援や働きやすい職場環境について考える機会になり、がん患者の就労支援に役立つことが考えられ、社会的意義が大きいと考える。

## 3. 研究方法

### 1) 研究デザイン

研究デザインは、フォーカスグループインタビューによる質的記述的研究である。フォーカスグループインタビュー法は力動的な当事者間のやりとりが生じるため、1対1の面接よりも自然体に近い形で醸し出された情報を把握できるといわれている(安梅, 2003)。看護師でありながらがんの療養体験をするという特殊な状況で、どのような体験をしているのか、どんな支援を望んでいたかという当事者の視点で研究する方法として相応しいと考える。

### 2) 研究方法

#### (1) 研究参加者

研究参加者は、がんの療養経験があり、現在も就労している看護師5～6名程度とした。年齢、性別、がんの種別や病期、就労場所は限定しない。初回の治療から2～3年程度経過し体調が安定している者とし、合併症も含めて治療中である場合は除外とした。愛知県内のがん拠点病院の看護部長に研究の主旨や目的を明記した依頼書を送付して説明し対象

となりうる方へフライヤーを配布してもらうことをお願いした。フライヤーを見て研究に興味を持った方から研究者にメールで連絡をしてもらい、依頼文書と同意書を送付した。同意書への署名をもって研究同意を得られたものとした。また、その参加者から対象になりうる方を紹介してもらうように依頼した。

## (2) データ収集方法

研究者がフォーカスグループの司会者となり、5回のグループインタビューを行った。インタビュー時間は1回につき60分間程度とした。調査場所は愛知医科大学内の静かな個室とし、会話の内容は参加者に同意を得たうえでICレコーダーを用いて録音した。Vaughm (1999) のグループインタビューの手法を参考にして、事前に作成したインタビューガイドに沿って運営した。インタビューのテーマは、①がんではないかと疑いを持った時から診断されるまで、②治療方法を選択し、治療を開始してから治療が一段落するまで、③看護師として職場に復帰したころ、についてその時期に起きた出来事とその時に思ったことや感じたことについて自由に語り合ってもらい、4回目は④看護師として病いの体験をどのように活かしていきたいと思っているか、5回目はグループ全体のレビューとして⑤グループで語ることへの思いなどを語り合った。

## (3) データ分析方法

録音データから逐語録を作成し、繰り返し読むことで全体像を把握した。1回目から5回目までのグループの動きを経過に沿ってまとめながら、参加者の語りをエピソードごとに圧縮し、類似する内容に共通する名前をつけて「語りの要約」とした。語りの文脈を重視して研究参加者の思いや感情に焦点をあて圧縮した。次にその内容と特徴を解釈し、抽象度を上げた共通の名前をつけ「話題」とし、さらに全体の文脈と関連を解釈して「話題の概要」として分類した。各回のテーマに沿ってどのような話題が中心に語られたのか、また毎回で繰り返し語られた話題はどのようなことだったのかについて分析した。分析の過程では、逐語録を繰り返し熟読し、解釈の適切性を高めるためにグループアプローチの専門家によるスーパービジョンを受けた。毎回のインタビュー毎にデブリーフィングセッションを受け、出来事を客観的にとらえインタビューを段階的に進められるように、グループ運営の適切さについて助言を得て検討した。さらに、研究参加者によるメンバーズ・チェックングを受け、データの厳密性と結果の真実性の確保に努めた。データ収集期間は2017年6月～2017年8月であった。

### 3) 倫理的配慮

事前に愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認（承認番号：128）を得てから研究を開始した。研究参加者には以下の①～⑥について文章と口頭で説明し承諾を得た。①研究目的と内容・方法②インタビュー内容と手順③守秘義務の範囲④倫理的配慮（研究参加者の人権擁護，プライバシーの保護，研究参加の同意を得る方法，研究によって予測される参加者への利益・不利益及びリスク，参加者に生じうる不利益・リスクへの対応や措置）⑤データ公表について⑥研究者の氏名と連絡先。特に，これまでの療養体験を振り返ることで不快な体験の想起が予測されることや，話したくないことや触れられたくないことは話さなくてもよいこと，途中で退室することや研究参加の辞退が可能であることを事前に丁寧に説明した。また，不測の事態にも対応できるように，集団精神療法の専門家に同席を依頼した。

#### 4) 用語の定義

##### (1) 病いの体験

当事者である患者・家族などによって経験された個別的・主観的なものであり，個人の「内面」から，物語的思考によって生み出されるもの（A. Kleinman, 1996）。

##### (2) 語り

がんになった看護師が自らの経験や思いについて，他者と自分に対して話すこと。また，他者の語りを聞き語り直すこと。本研究では，語りの科学的説明（科学-論理的モード：客観的モデル）ではなく，物語的説明（物語思考モード：主観的モデル）を指す（J. Bruner, 2002）。

## 4. 結果

### 1) 研究参加者の概要

研究参加者は，現在も就労している5名の看護師であり（表1），全員が女性特有のがん種であった。

表1 参加者の概要

仮名	年齢	性別	実子の有無	配偶者の有無	がん種	治療内容	参加回数
佐藤	40代	女性	有	有	子宮がん	手術	3回
鈴木	40代	女性	有	有	子宮がん	手術	4回
高橋	40代	女性	無	有	乳がん	手術/抗がん剤/放射線照射 ホルモン剤内服	5回
田中	40代	女性	有	有	乳がん	手術/抗がん剤/ホルモン剤 内服	4回
伊藤	50代	女性	有	有	乳がん	手術/抗がん剤/ホルモン剤 内服	1回

+表内の仮名はインタビュー時のものとは異なり、日本国内の多い苗字から研究者がランダムに付けたものである。

表2 グループの参加者の推移と特徴的な話題

	参加者	特徴的な話題
1		テーマ：がんではないかと疑いを持った時から診断されるまでの出来事と思ったこと感じたこと
	佐藤, 鈴木, 高橋, 田中, 伊藤	自己紹介, <告知直後のパニック状態><見通しへの不安><子どもに対する気がかり><親への気遣い>など, がん患者としてどのような体験があったのかについて。
2		テーマ：治療方法を選択し, 治療を開始してから治療が一段落するまでの出来事と思ったこと感じたこと
	佐藤, 鈴木, 高橋	1回目と同様に<告知直後のパニック状態><見通しへの不安>などがん患者体験を中心に語られるが, <死の覚悟><命のとらえ方も変化><安心感の希求>など, より深刻さが具体的に表現された。ほかに<周囲からのサポート>について。
3		テーマ：看護師として職場に復帰したころの出来事と思ったこと感じたこと
	高橋, 田中	<副作用の苦しさ><病人扱いされることへの抵抗感><職場でのサポート>について。
4		テーマ：看護師として病いの体験をどのように活かしていきたいと思っているか
	鈴木, 高橋, 田中	<働き方に対する葛藤><看護への新たな気づき><体験者によるサポート>について。
5		テーマ：グループで語ることへの思い
	佐藤, 鈴木, 高橋	<体験者によるサポート><心情を吐露できない孤独感><がんになったことへの

	橋, 田中	捉え直し>について。
--	-------	------------

## 2) グループの経過と話題の変化

5 回のフォーカルグループインタビューでは、テーマを各回の冒頭で提示してから語り合ってもらったが、順番通りでなくとも頭に浮かんだことを語ってもらうように促した。以下、各回で語られた特徴的な話題（表 2）について述べる。なお、語りの内容は太字で示し、語りの要約は【】、話題は<>、話題の概要は[]で括って示す。

### 1) 5 回のインタビューを通して語られた特徴的な話題

特徴的な話題として、グループの凝集性が高まった話題の要約を次に述べる。

#### (1) <告知直後のパニック状態>

##### ① 【病名を聞いて驚愕する】

がんと診断された時のことについて、高橋さんは、明るい表情で話し始めたが「話しだすとすぐ泣いちゃうんです…」と、話しの後半は涙をこらえつつ、詰まりそうになりながら次のように語った。「最初、検診に行ったとこの先生が、あれ？って感じで『何かあるね』って言われて、母が良性の（乳腺腫瘍）をやったたので、そんなのかななんて軽く考えてたんですけど、専門の先生に診てもらって、『がんですよ』って。全然頭になかったのでびっくりしちゃって、私もやっぱりもう死ぬのかなって思って。」高橋さんの語りには皆が静かにうなずきながら聞いていた。佐藤さんは「なんか、こみあげてきますよね」と共感するような言葉を掛けた。田中さんは隣でもらい泣きしており、自分も同じように驚いたと次のように語った。「市から健康診断のクーポン券をもらって、興味半分に行って。先生もそれらしいリアクションもなく、帰ってきたら『再検査が必要です』って電話がかかってきて。本当に心に何の疑いもなくかかったら、その日に『細胞診見ないと分からないけど、おそらく乳がんです』って、手術も急いさほうがいいみたいなことを言われて、びっくりして。」伊藤さんも「胸にしこりがあるのは自分でわかっていた」が、他の4名の参加者は検診で偶然にがんと診断されており、がんという病名を告げられたことは思いもよらないことであった。告知を予測していなかったことや自分自身が看護師であることから、病名を告知される時は主治医以外の同席が無く一人で聞いていた。研究参加者にとって病名告知は「まさか」と驚愕する体験であったが、勤務先で受診した参加者は「仕事の合間に聞いた」というような様相であった。

(1) <治療に伴う喪失感>

① 【挙児をあきらめる】

第1回のグループでは【挙児をあきらめる】という話題が挙がった。研究参加者は全員が既婚であったが、参加者の一人の語りが他の参加者の心に強く響いた。高橋さんは、「子どもが欲しくて、そろそろ年齢もだし、不妊治療とか考えてるところだったんですけど、乳がんだからってということで諦めざるを得なくなってしまうと、それが私にとっては一番つらかったことだったんですよ。」と、自分で描いていた人生設計を治療のために修正せざるを得ない状況になったことをさみしそうに語った。

② 【治療のために仕事を退職する】

2回目のグループでは、仕事を続けていたかったが途中であきらめざるを得なかった参加者が語った。鈴木さんは「1人目（の子ども）が1歳ぐらいのときに自分の病気が分かって、母も病気になったので、子どもを見る人もいなくて、退職って形で1回辞めさせてもらったんです。看護部長に、『そんなの病気してても全然働いてるわよ』って言われたんですけど、面倒見る人がいないっていうのもあったし、先々どういふふうになっていくのか見えないところだったんで、1回辞めてまた復帰しました。」と治療と生活を両立するために仕事を退職せざるを得なかった体験を語った。

③ 【治療に伴う外観の変化を感じる】

3回目のグループでは、自分の外観の変化が話題になった。高橋さんは、乳房部分切除術を受ける前日に感じたことを「手術の前日は、すごい（胸を）見てました。ああ、ちょっとお別れだな、みたいな。」と語り、がんを一刻も早く体から取り去りたいという気持ちと、乳房の一部を取り去ることに対するさみしさが混在していた。乳房全摘出術を受けていた田中さんは、乳房の形が変わることよりも抗がん剤の副作用による脱毛のほうが辛かったという思いを次のように語った。「私は（胸の形が変わることよりも）むしろ髪の毛が抜けるほうがほんとに嫌だなと思って。でも、子どものほうが、『ママ、また生えるよ』って教えてくれて。それがほんとに救われたというか、『そうだよね、一時だよ』と。」このときのグループでは、看護師としての自分よりも一人の女性としての話題が語られた。

(1) <患者として扱ってもらえない心細さ>

## ① 【説明が省略される】

第3回目のグループでは、治療に対して憤りを感じたという話題が挙がった。鈴木さんは、「看護師だから分かってるでしょみたいなところが、先生の中にはあるなって感じました。（患者である自分が）看護師だから何かストレートに言いづらいつて言ったらおかしいんですけど、他の患者さんだったら、もうちょっとストレートに伝えているようなことも、何となく。」と語り、他のがん患者と同じように扱ってもらえないのは担当医の自分に対する気遣いだと感じつつも、説明内容が伝わりにくいと感じてもおり、他のがん患者と同じように対応してほしいと感じていた。田中さんも、「自分のことを知ってる人（看護師）とかは、このぐらいいは知ってるかな、というのをちょっと考えながら、普通の患者さんとは違う説明の仕方だったかなっていうのはありますけど。」と語った。しかし、一様に、「医療者がそのような態度をとってしまう気持ちは理解できる」と語りながら笑い合い、自分たちもこの体験がなければ、同じように看護師が受診したときには気を遣って対応していたのではないかと語っていた。

## (2) &lt;患者になりきれないちぐはぐさ&gt;

## ① 【医療者に遠慮する】

第2回目のグループでは、がん患者としての自分と看護師としての自分に揺れ動いていた体験が語られた。鈴木さんは、入院したときのことを「なんか（医療側のことを）分かってる分、迷惑かけちゃいけないと思う分、なんか自分を犠牲にしちゃったりとか。」と語った。看護師が忙しそうにしていると、聞きたいと思うことがあっても声がかけれなかったことや、ナースコールを押せない気持ちを表出していた。佐藤さんも、「言えないんですよ、汚しちゃいけないと思って。なんか変な気の遣い方をして」といい、術後出血してシーツが血の海になるほどであったが、ナースコールを押すことを躊躇し、意識を失いそうになったことを語った。佐藤さんは勤務先で入院していたことを「いい面もあるし、悪い面もある」と語り、同僚だから配慮してもらえることに感謝しつつ、患者として甘えることができないと感じていた。

## ② 【看護師であることを隠す】

第4回目のグループで田中さんは、「同じ部屋に入院してたときの方で、何となく話をするようになって。この病院で看護師やってるとは言わずに何となく看護師として傾聴するみたいな。向こうは（自分のことを）患者と思ってしゃべってくれるから、共感できる



部分もあるけど。やっぱり伏せますね職業は。だから、この機会ですべて話せてよかったですけどね。」と語った。看護師であることが相手に知られることで、対等な関係が崩れるように感じて言えないでいた。患者になりきれないという気持ちのちぐはぐさは、研究参加者の葛藤体験となっていた。

研究参加者はがんかもしれないと疑いを持った瞬間から、[がん患者として抱える苦しみ]を体験していたことが明らかとなった。研究参加者は、がんを告知されることで一気にパニック状態に陥っており、治療や生活の見通しが立たないことに不安を感じていた。死の恐怖や治療に伴う苦悩に直面するが直視することができず、あえてインターネットを見ないようにしたり、がん封じの寺にお参りに行ったりして安心感を希求する行動を取っていた。治療を開始したころは、治療にともなう喪失感を感じていた。治療や副作用の苦しさに耐えながら徐々に対処方法を身に付けるが、周囲から病人扱いされることへの抵抗感を感じており、脱毛など身体の外観の変化に対するケアに心を砕いていた。治療と同時並行で職場の同僚や上司からのサポートを受けて徐々に働くなかでは、配慮に感謝する一方で他の人より早く帰ることや気を遣われることに対して寂しさを感じるなど、働き方に対する葛藤を抱いていた。がん患者でもあり看護師でもある研究参加者は、医療者からがん患者として扱ってもらえない心細さや、患者になりきれない気持ちのちぐはぐさを感じており、[がん患者でもある自分と看護師である自分との間での揺らぎ]を抱えていた。すべてをさらけ出すことができず、心情を吐露できない孤独感を抱えながらも、さまざまな体験を乗り越えるうちに、またグループでの語り合いを通してがんになったことを前向きに捉え直していくなかで、[がんになった看護師としての自分らしさの再獲得]を行っていた(図1)。

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
がん患者として抱える苦しみ	告知直後のパニック状態	→			→
		死の覚悟			
	病いに伴う喪失感	→	→		
	見通しへの不安	→	→		
	安心感の希求	→			
		病人扱いされることへの抵抗感	→	→	
がん患者である自分と看護師である自分との間での揺らぎ		命の捉え方の変化			
			患者として扱ってもらえない心細さ	→	→
		患者になりきれないちぐはぐさ		→	→
		患者目線から見た医療者の態度		→	→
					医療者からのサポート
		看護の新たな気づき	→	→	→
がんになった看護師としての自分らしさの再獲得	家族や友人からのサポート	→		→	→
			職場でのサポート		
				働き方に対する葛藤	
		思い出すことの辛さ			→
			体験者同士でのサポート	→	→
		がんになったことの捉え直し	→	→	

図 1 : がんになった看護師が就労に至るまでのプロセス

## 5. 考察

### 1) がん患者として抱える苦しみ

#### (1) がんに対する不安と孤独

研究参加者はいずれも一人で病名告知を受けており、医療者側に看護師だから告知の時に一人でも大丈夫だろうという意識があることが推察される。嶺岸ら (2006) は、「がんの発見から診断という acute stage では、患者は危機的な状況に陥り、死亡率を意識して恐れと不安を感じ、病状の重篤度や治療可能かどうかによらず全人的な苦悩を体験する」と述べている。したがって、この告知時には、突如として一人の患者としての強烈な体験をすることになるため、安心して恐怖や不安を吐き出せる環境を作り、共にその感情を受け止め、擁護者として実存的な困難を自ら認識できるような関わりを行うことなどが支援が必要である。

研究参加者が抱える不安の多くは、見通しが立たないことに関連したものであった。がん治療に特徴的なこととして「手術してみないと分からない」という不確実性や、再発・

転移の可能性が不安の要因となっていた。一方で明智（2015）は「乳癌生存者における不安は、情報提供ではなく心理学的サポートにより軽減する可能性がある」と述べており、情報提供だけでは不安が軽減しない可能性を示唆している。病状が安定していても、常に不安があることを当事者も支援者も理解しておくことが重要であり、情報提供だけでなく、心理学的なサポートを検討する必要がある。本研究の参加者も「専門看護師や臨床心理士などの専門家に話しを聞いてほしかったが、そのような支援が受けられるのかが分からなかった」と語り、適切なタイミングでの専門的な介入を望んでいた。提供可能なケアについての説明を受けなければ、患者は自分で対処しようとするしかなくなるが、患者が看護師であってもセルフケアに任せるのではなく周囲の支えが重要である。

対象喪失について、小此木（1979）は、身体的自己が代表的であり、自己の誇りや理想、所有物の意味を持つような対象の喪失も含まれるが、①アイデンティティ、②自己の所有物も対象であると述べている。つまり、健康な身体から病いになるのは自己の喪失であるとする。研究参加者は、一時的に退職することを選択したことや今までとは異なる内容の仕事に任され、本来なら自分でできることを他者に依頼しなくてはならないことを寂しく感じていた。退職したりもともとの仕事から外れたりするということは、単に働く場を失うというだけでなく、看護師としてのアイデンティティを失うことであった。

## （2） 病人扱いへの抵抗と喪失

がん患者は、「なんで私だけ」という劣等感を抱き、がん患者に対する周囲の偏見を感じることで自尊感情の低下を助長する。研究参加者は、「同情されたくない」「かわいそうだと思われたくない」「弱い立場の人間だと思われたくない」といった病人扱いされることへの抵抗感を抱いており、がんである自分がどのようにみられているのかと人目を気にしていた。先行研究においても、がん患者にはスティグマがあるといわれている（土田，2011；土屋，2011）が、今回の研究結果からもスティグマが存在していることが伺える。川村（2005）は、周囲から「がん患者」として扱われ、同情されたり、かわいそうな人という態度をとられたりすると、自分自身が社会から引き離されてしまうような感覚を抱くと述べている。つまり、病人扱いされることは『健康な自己』を喪失することであり、病人扱いへの抵抗感は自尊感情が低下することへの抵抗なのである。

高橋さんは、小学生の子どもの学童保育が主催する夏のキャンプに参加したが、がんの治療中であることは一部の人にしか伝えていなかったため、ウィッグであることが悟られ

ないように苦心していた。しかし、キャンププログラムの一部に参加しなかったことを後日に話題にされたのが辛かったという出来事を語った。寶田は(2011)、病いの体験を他者に言いづらいと思う気持ちには、自分自身はその事実についてわかりづらい状況にあることや、自分自身が受け入れられないという葛藤や抵抗感を持っていること、また周囲の人に「どうせわかってもらえない」と感じていることが影響すると述べている。がんであることを隠すことは生きづらさに影響するのである。さらに、がんであることを「隠す」ことによって、がんである自分との自己認識の不一致が起これ、情緒不安定となる一因になると考える。つまり、日常的にがん患者と接する機会が多い病院内においても、がんに対する偏見は存在していたことが示唆された。偏見を感じることは自尊感情の低下につながることで危惧されるため、がんであることを隠さなくともよいような風土の醸成が望ましい。このように、がんによって抱える喪失感は患者の身体状況によって少しずつ異なる様相をみせる。医療者は、がん患者が看護師であっても他の患者と同様に、対象喪失に対する悲哀の仕事ができるように、悲しみや苦悩の感情を受け止められるようなサポートを行う必要がある。

## 2) がん患者である自分と看護師である自分との間での揺らぎ

### (1) 看護師というアイデンティティ

看護師のアイデンティティは、「看護師としての私」として自覚される主観的な感覚である。看護師はケアギバーであるという役割から、自分はケアを受ける側ではなくケアを提供する側に存在しているという意識が根底にあることが考えられる。それまで看護師として「がん」を自然科学的な見方である“疾患”として捉えていたものから、当事者目線の経験が持つ意味である“病い”という視点が加わることが考えられた。一方で、このような複眼的な視点は、ケアを受ける側とケアを提供する側という対極する立場が同時に一人のなかに存在することになり、アイデンティティの揺らぎとして現れることが考えられる。岡本(2007)は、「アイデンティティの中核は『自分とは何か』『正真正銘の自分はどのような人間なのか』という自己意識であり、がん罹患することによって自らのあり方と将来の見通しに大きな狂いが生じることや自分が思い描いていた生き方が許されない事態はアイデンティティが大きく揺らぎ、時には喪失や崩壊をもたらす」と述べている。看護師であるというアイデンティティが確立している人ほど、自分が患者になったときに「私は支

援する側ではなくなってしまう」というアイデンティティの喪失を抱えやすいことが示唆される。この点は、他のがん患者とは大きく異なる特徴であるといえる。

研究参加者は看護師でもあるため、医療者の視点における患者像を抱えており、そのイメージと自分自身の思いや行動とにギャップを感じていた。高橋さんは「他の患者と同じように説明してもらえていない」と語り、説明内容が省略されていると感じていた。田中さんも「わかっているでしょ、と思われていた」のではないかと感じており、患者として扱ってもらえない心細さを抱えていた。高橋さんは、医療者が「腫れ物に触るような」様子で対応している雰囲気を感じ取っており、患者として医療者に甘えることができなくなっていた。お互いに相手の気持ちを気遣いすぎるあまりに一步踏み込んだコミュニケーションがとれていなかった様子がうかがえる。患者として期待される振る舞いと看護師として期待される振る舞いのはざま、自分がどのように振る舞うべきなのかが分からなくなってしまうことが考えられる。その結果、その場その場で相手と自分の相互作用の中で読み取れた期待に沿った行動を選択するのであるが、行動と感情とのギャップが大きくなると患者になりきれないちぐはぐさとして生きづらさにつながっていった。土屋(2015)は、勤務先で治療した場合には、その自由さと不自由さを感じて患者になれない自分を客観視しているという。また、C. Picard (2004) は、特に治療中と治療直後は患者と看護師との役割の曖昧さを感じていたと述べている。

このように、研究参加者は、がん患者である苦悩を抱えながらも「看護師である私」と「患者である私」との間でアイデンティティの揺らぎを感じており、看護師にも患者にもなりきれないことを居心地悪く感じていた。このような心理状況に陥ることを患者も医療者も理解し、がん患者として治療に専念できる環境を作りながらも、専門職業人として尊重される態度で接することで、患者は心身ともに療養に集中でき、揺らいでいるアイデンティティの再構築を助ける可能性がある。

### 3) がんになった看護師としての自分らしさの再構築

病いによって働けなくなったという事実は、自分が社会的に弱い存在であり周囲から見るとかわいそうだと思われるような存在であるという思いとなり、自尊感情を低下させている可能性が考えられる。3名の研究参加者は、家族や友人からの【周囲からのサポート】と多様な勤務体制や配置転換などを含めた【職場でのサポート】を受けることによって、働き続けることができていた。高橋さんは、化学療法を受けているときは、副作用の発現

に合わせて短期間の休暇を取得し、その後も半日休んだり、数日休んだり、と自分の体調に合わせて上司と勤務の調整をおこなっていた。また、放射線療法を受けているときは「仕事に、行ってきますって言って10分くらい抜けて、また戻る」というように勤務しながら治療した体験を語った。このように、治療の内容とスケジュールや、副作用の現れ方は個人差があるため、個々に合わせた多様な働き方が可能な体制が求められる。働き続けることに対して、鈴木さんは、他の人が大変な状況を乗り越えて働いているのを聞くと自分も前向きに頑張れると感じたことを語り、田中さんは、自分より先にがんになった人が働いている人のことを聞いて自分の回復過程をイメージできた、と語った。就労し続けるということは、自らが社会的な役割を果たしていると実感し、前向きな気持ちを維持できていた。C. Picard (2004) は、働くことは生活をコントロールしていることを意味すると述べている。内閣府が制定した働き方改革実行計画(2017)のなかでも、「自分の仕事に期待してくれる人々がいることは、職場に自分の存在意義を確認できる、いわば居場所があると感じさせ、病と闘う励みにもなる」と明記されている。研究参加者は人生の見通しが立たないことに対し不安を抱いていたが、働き続けることは人生に能動的に関与していることを表し、コントロール感覚を獲得できていると実感することにつながっていたのではないかと考える。このことはさまざまな不安や喪失感を抱える中で一筋の光となっていたのである。

一方で、研究参加者が就労に至るプロセスにおいては働き方に対する葛藤も抱えていた。田中さんは、周囲に気を遣われるとさみしいと感じ、反して仕事量が多いと気を遣ってほしいと感じるという相反する思いを抱いていた。土屋(2015)は、職務継続にかかわる外的な要因には、医師などの医療従事者や同僚や上司などの勤務先の人、家族などの人的資源と職場の体制とがあった、と述べている。がん患者の就労支援には、前述のような葛藤する思いがあることを管理者が理解することが求められる。

このように、働きつづけることは、コントロール感覚を獲得し心身の回復を実感することにつながるが、負担に感じる仕事量は就労継続を阻害する要因になるため、個々の体調に合わせて多様な働き方を尊重した職場の体制作りが望ましい。

#### 4) がんになったことへの肯定的な意味づけ

生活や仕事を続けることによって徐々にアイデンティティを立て直していく過程では、自身の体験の持つ意味を捉え直していることが影響していた。研究参加者は、病いと出会

った頃は死の恐怖に直面して右往左往していたが、がんになったことに対して「悪いことばかりではなかった」「自分もこの経験を何かに活かすことができるのではないか」と次第に思うようになっていた。自分自身にとってがんになったことがどのような意味を持つのかを考え、がんになったことの捉え直しをおこなっていた。それぞれが苦悩を乗り越えてきた過程のなかでリフレーミングをおこなっていたのであるが、研究におけるグループでの語り合いを通してリフレーミングはさらに促進されていた。鈴木さんは、「もっとネガティブに考えてた部分も、ここで話すことによって何かみんなやっぱそういう思いだったんだな」と、グループで語り合ったことによって捉え方が変化したことを語った。自分の体験を語る過程や他者の体験を聞く過程で、自らの病いの体験を振り返り、「自分だけではなかった」という思いを持ち、「自分と同じ体験をして同じ思いを感じた人が生き生きと働いている」と感じることで、ネガティブに捉えていたことが前向きに捉えられるようになっていた。語りを共有することについて野口（2002）は、「新しい語りを生み出すには一対一の形式では限界がある。多様な語りに出会うことによって、新しい語りは生まれる。自分のなかで忘れ去られていた些細な出来事を思い出させてくれる」と述べており、グループで語り合うことが新しい自分らしさを認めることの助力になっていたのではないかと考えることができる。それまで乗り越えてきた過程を振り返って整理することは意味づけを助けるものであったといえる。

がん患者にはスティグマがあることが言いづらさに影響していると前述したが、体験者同士の語り合いにおいては、皆が同等の立場であるためスティグマが生じない。田中さんは語り合いで感じた思いを「何だか分かんないけど、いろいろ自分の中であまり言うのを止めたりとかしない、こんな感じ」と今までに感じたことがない思いを抱いたことを語った。また、看護師であることに対しても言いづらさを抱えていた。がん患者同士の会話でも、片方が看護師であることが分かると、途端に看護師—患者関係のような構図に陥るような気がしてしまい、対等な関係ではなくなってしまうと感じるのである。高橋（2003）は、セルフ・ヘルプ・グループの効果として、①つらい闘病体験を共有する当事者同士だからこそ得られる深い共感と心理的效果、②闘病上の種々の困難に対処するための具体的で実践的な情報が得られる、③自分のがん体験に基づいた知識が他の患者を支援する力になるのを知り自尊心を取り戻す、という3点を挙げている。本研究におけるグループでも同様の効果が得られたのではないかと考えられるが、既存の患者会等におけるグ

グループでは、がんになった看護師は「同じ境遇の者」という意識が作られにくい可能性が示唆される。つまり、がんになった看護師のピア・グループは、がんでもあり看護師でもあるメンバーで構成されることが重要である。時には人の語りを聞くなかで、思い出したくないことを思い出してしまうこともあり、思い出すことの辛さを体験することもある。今回のグループインタビューでは、回数を重ねるごとに笑顔が多くみられユーモアにあふれる場面がみられた。病いの体験を一緒に笑い合えることができる相手は、体験者ゆえであるといえる(山谷ら, 2015)。また、他のがん患者に対して自分ががん患者でもあり看護師でもあることを伝えることの困難さを感じている場合にも、がんになった看護師同士の語り合いでは、気遣いも生じない。だからこそ、語り合いを通して前向きになれるのである。本研究では、語り合いのなかから当事者が求めている支援が何なのかについて示唆を得ることも目的であったが、この語り合いの場に参加することが支援そのものになっていたといえる。

このように、同じような体験をした者同士が語り合うことは肯定的な意味づけを促進するものである。また、体験に対して肯定的な意味づけができることは自分らしさの再構築につながる事が考えられる。そのためには、身近で語り合うことができるコミュニティがあることが望ましく、がんになった看護師によるネットワーク作りがその一助となると考えられる。

#### 5) サポートモデル構築へ向けた提言

##### (1) がん患者としてケアを受けられる体制づくり

はじめて病名や病状を聞く段階が、患者にとって最も強い衝撃を受けることになるため、情緒的に不安定な状態にあるときには、上司など患者のことをよく理解している身近な人が積極的に傾聴したり、専門的な心理ケアを受けたりすることが支援になると考える。患者の職業が看護師であるということで、病状説明や指導が省略されることになりがちであるが、多くの看護師はがん看護を専門にしていないことから、他の患者と同様に丁寧な説明が必要である。知識不足から抱える不安や恐怖を緩和できる一方で、知識が死への恐怖を増幅する場合もあるため、他患者と同様に状況に合わせて心理カウンセラーの介入なども検討する必要がある。また、医療従事者は、他の患者と比べて「腫れ物に触るように」遠慮した態度をとるのではなく一歩踏み込んだコミュニケーションをとることが望まれる。

##### (2) 働き方に合った支援



すでに職場復帰プログラムを運用している場合もあるが、身体疾患を理由に休職していた場合にはそのプログラムが適用されない職場もある。また、治療の場が入院から外来に移行してきているため、勤務先で治療している場合には、働きやすいと感じるケースと仕事を休みにくいとを感じるケースがある。例えば乳がん術後の補助療法で放射線治療をしているような場合は、毎日、十数分間の治療のために通院する手間が省けるため、仕事を「少し抜ける」かたちで治療することができ、就労を継続する助けとなる。しかし、外来化学療法の場合は、点滴後の悪心や倦怠感が数時間から数日続くことがあるため、休暇を取りたいと感じるが、その副作用は個人差があり、回数によっても変化することがあるため、自ら体調に合わせて上司や同僚に働き方の希望を伝えていかななくてはいけない難しさがある。手術療法を受けた場合についても、術後の回復過程は一定ではなく、倦怠感や疲労感などは目に見えないため、自ら訴えないと周囲が配慮し難い側面がある。この場合、当事者の「病人扱いされたくない」という気持ちと「気を遣ってほしい」という相反する感情で葛藤することがあるため、復帰の初期や化学療法の場合は短時間勤務や短期間の休暇を作る、配置転換を検討するなどの個々に合わせた働き方を当事者と産業医と上司が相談できる環境にすることが必要である。

### (3) がんになった看護師によるネットワーク作り

衝撃の段階を経て、気持ちが落ち着いてくると、主に生活していくためにかかわる情報を得たいという欲求が強くなってくる。テキストには書いていないような、生活上の困りごとへの対処方法やコツの伝授については、経験者同士による情報交換が効果的である。今後は、病院単位や地域単位でのネットワーク作りが役に立つと考えられる。偏見のない安全な場所で率直に気持ちを語り合うことができると、情報交換だけでなく、自分の回復の姿を具体的にイメージしたり、体験の肯定的な意味づけを促進したりすることができ、ピア・サポートとなる。既存のがん患者会やピア・サポートグループでは遠慮が生じてしまい、自由な語りや感情の表出ができない可能性があるため、がんになった看護師でグループを形成することに意味があると考えられる。

### 6) 研究の限界

本研究の参加者は全員が女性であり、いずれも女性特有のがん種であったため、性差による偏りが生じていた可能性がある。また、参加者が治療中ではなく回復期であったことも語りの内容に偏りが生じていた可能性がある。参加者からも、病期が進行していく同病者

とのかかわりかたの困難さが語られており、治療中や病状が思わしくない患者の体験や語り合いについては言及できていない。

## 6. 文献

- 1) Akechi Tathuo (2015) : 乳がん生存者における不安は、情報提供ではなく心理学的サポートにより軽減する可能性がある, Japanese Journal of Clinical Oncology, 45 (10), 929-933.
- 2) 安梅勅江 (2010) : ヒューマン・サービスにおける グループインタビュー法, 医歯薬出版株式会社.
- 3) Carol Picard et al (2004) : Nurse Experiences as Cancer Survivors:Part II—Professional. ONCOLOGY NURSING FORUM , 31, (3), 537-542.
- 4) Frank Arthur W 著, 鈴木智之訳 (2002) : 傷ついた物語の語り手 身体・病い・倫理, ゆみる出版.
- 5) グレグ美鈴 (2002) : 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築, 看護研究, 35 (3), 196-204.
- 6) 小此木啓吾 (1979) : 対象喪失悲しむということ, 中央公論新社.
- 7) 寶田穂 (2011) : 慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」—ライフストーリーインタビューは何を描き出すか, 【ライフストーリー解釈②】「言いづらさ」は何を意味するのか, 看護研究, 44 (3), 305-315.
- 8) 土田直子 (2011) : がん体験者における2つのスティグマ—心の揺らぎに焦点をあてて—, 淑徳心理臨床研究, 8, 33-44.
- 9) 土屋八千代 (2015) : 看護師のサバイバー体験と職務継続要因, 日本統合医療学会誌, 8 (2), 20-62.
- 10) 土屋雅子 (2012) : がん患者におけるスティグマ, がん看護, 17 (6), 689-695.

## 7. 論文発表

第28回日本精神保健学会学術集会 (2018年6月23~24日) における口演発表と, East Asian Forum of Nursing Scholars (2019年1月17~18日) における示説発表を予定している。