

原 著

日本におけるNANDA-I看護診断“死の不安”の適用の実際

The Actual Application of NANDA-I Nursing Diagnosis "Death Anxiety"
and the Actually for Application in Japan

下舞紀美代¹⁾, 古川秀敏²⁾, 黒田裕子³⁾

1) 関西看護医療大学 看護学部 成人看護学領域

2) 関西看護医療大学 看護学部 在宅看護学領域

3) 北里大学 看護学部

Kimiyo Shimomai, Hidetoshi Furukawa, Yuko Kuroda

1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, adult nursing

2) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, Community Health
and Home Healthcare Nursing

3) Kitasato University School of Nursing

要旨：【目的】日本の終末期患者へのNANDA看護診断“死の不安”適用の実際を明らかにし、この診断名の活用推進に向けた課題を明確化する。【方法】質的帰納的デザイン。期間：20XX年8月～11月。研究参加者：3年以上の臨床経験を有し終末期患者への看護実践のある看護師で、看護診断を使用している者。データ収集方法は、半構造化面接法。分析はデータの逐語録から、「死の不安」の使用に関する内容を抽出し、コード化し、カテゴリーを作成した。【結果】分析の結果、44のコード、11サブカテゴリー、さらには6カテゴリー【死に対する不安を確信させる言動の有無で適用を判断】【看護師の死生観が適用を左右】【終末期看護の多様性が適用を左右】【患者や家族との人間関係から死の話題への踏み込みの可能性を判断】【「死の不安」という診断そのものの難しさが適用を妨害】【看護診断に対する暗黙のルールが適用を躊躇】に集約された。【考察】看護師らは、患者が死の不安を語る場合のみ“死の不安”と診断しており、患者の言葉を唯一絶対的な指標としていた。その一方で、看護師らは、患者や家族に対して死という言葉を使えず、“死の不安”の選択を躊躇していた。死を忌避しようとする日本文化では、患者の発言だけを指標と捉えながらも死を話題にすることもできず、この診断の適用を一層困難にしていると推測された。

キーワード：終末期、看護診断、死の不安

Keywords : terminal, nursing diagnosis, death anxiety

Abstract

Purpose: To elucidate the application of the North American Nursing Diagnosis Association-1 nursing diagnosis *death anxiety* in terminal patients in Japan and to clarify problems in the application of this diagnostic term. Methods: This was a qualitative and inductive study conducted from August through November 20XX. Participants: Nurses with ≥ 3 years of clinical experience who had provided nursing care for terminal patients and who made nursing diagnoses were included. Data was collected via semi-structured interviews. Analysis involved the extraction of content pertaining to the use of the term *death anxiety* from interview transcripts, which was then codified and used to create categories. Results: As a result of our analysis, we created 44 codes, 11 subcategories, and six categories. These were: “determining application on the basis of the presence or absence of behavior demonstrating anxiety about death,” “application affected by nurses’ view of life and death,” “application depending on the diversity of terminal nursing care,” “determining the possibility of approaching the topic of death based on interpersonal relationships with the patient and their family,” “implementation hindered by difficulty in the actual diagnosis of *death anxiety*,” and “hesitation about implementation due to unspoken rules about nursing diagnosis.” Discussion: Nurses diagnosed *death anxiety* only when the patient spoke of their anxiety about death, and the patient’s words were the sole indicator. On the other hand, not being able to use the word “death” with the patient and their family impeded nurses to choose *death anxiety* as a diagnostic term. In Japanese culture, where the term “death” is avoided, nurses use patients’ remarks about death as an indicator but are unable to approach the topic of death themselves, which makes the diagnosis of *death anxiety* all the more difficult.

Keywords: terminal, nursing diagnosis, death anxiety

1. はじめに

厚生労働省は、2001年の「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」において、「2006年度までに全国の400床以上の病院および全診療所の6割以上に電子カルテシステムの普及を図ること」を目標とし、電子カルテの導入を推進してきた（厚生労働省、2001）。それに伴い、看護を支援するシステムのIT化もすすめられた。このIT化された看護支援システムの1つに看護診断があり、看護師が患者の示す現象を共通の言葉で表現することが可能となった。特に、NANDA-I看護診断は、研究を背景としたエビデンスを基盤に開発されており、全国で使用されている（黒

田、2005）。

筆者らは、このNANDA-I看護診断にある“死の不安”という看護診断について、経験的に臨床の現場で使用しにくいのではないという疑問をもち調査を行ってきた。まずは、死の不安に関する国内外の文献を検討した。その結果、国内の文献においてはNANDA-I看護診断“死の不安”に関する文献はみあたらず、わが国の終末期乳がん患者のカルテに記載された看護診断に関する英語文献の1件のみであった。さらに、看護に限らず死の不安に関する国内文献は、量的に死の不安を測定しようとする5件のみであった（下舞ら、2014）。これらを鑑みると、わが国における、死の不安に

関する調査は多いとはいえ、死の不安に関係する要因の存在は示唆されているものの、患者の死に対する不安を取り扱う診断であるNANDA-I看護診断“死の不安”の存在を裏付ける診断指標やその関連因子には反映されていないのが現状といえる。

しかし、臨床現場では、身体症状のみならず、終末期における精神的苦痛の緩和を包含する全人的看護が重要視され、終末期患者の死に対する不安をないがしろにしているとは思われない。上述したように、臨床現場では、死に対する不安を重視しているようだが、終末期におけるNANDA-I看護診断“死の不安”の使用頻度はさほど高くないことが推察される。そこで、本研究では、日本の終末期患者へのNANDA-I看護診断“死の不安”適用の実際を質的調査で明らかにし、この診断名が活用できるよう課題を明確にしたいと考えた。

2. 研究目的

日本の終末期患者へのNANDA-I看護診断“死の不安”適用の実際を明らかにし、この診断名の活用推進に向けた課題を明らかにすることを目的とした。

3. 研究方法

- 1) 研究デザイン：質的帰納的デザイン
- 2) データ収集期間：20XX年8月～20XX年12月
- 3) 研究参加者：3年以上の臨床経験を有し、終末期患者への看護実践あるいは実践経験のある看護師で、日頃からNANDA-I看護診断を使用している者。
- 4) データ収集方法
20XX年8月～12月の期間に施設および研究参加者の同意を得て収集した。インタビューガイドに基づいて半構造化面接を行った。面接回数は一人一回で30分から60分程度の面接を1対1で行った。面接は研究参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。NANDA-I看護診断“死の不安”の使用について、「看護診断使用の状況（どのような時に、患者のどのような行動で判断するか）」「“死の不安”を選択する際の迷い」「看護師が死の不安を挙げる際の診断指標」「看護師が死の不安を挙げる際の関連因子」を念頭に質問を行

い、対象者の思うままを自由に語っていただいた。

5) データ分析方法

本研究では、NANDA-I看護診断“死の不安”の適用に関する看護師の診断に至る思考を明らかにする必要がある。したがって、データをコンテキストでみていき、そこに反映される人間の認識や行為、それに関わる要因などを検討できる分析方法であるMGT-Aの考え方を参考に、以下のように分析を行った。

ICレコーダーに録音されたデータから逐語録を作成した。逐語録を精読し、NANDA-I看護診断“死の不安”に対して、①実際に“死の不安”の診断をつけているのか、②死の不安と診断しようとしたが諦めたケースはあるか、③なぜNANDA-I看護診断“死の不安”を挙げなかったか、関する内容を示す文脈を抽出した。文脈上の表現では、一般論や観察内容を考慮し推論を加えて解釈し、一つの意味内容ごとに文脈を分割した。

意味内容が類似したものを一つの集合体とし、意味内容が損なわれないよう表現した。さらに、意味内容の類似性に着目し「サブカテゴリー」を抽出した。サブカテゴリーの説明概念が示す意味から、同質の意味を持つ集合体をつくり、NANDA-I看護診断“死の不安”の使用の実際を説明する「カテゴリー」を導き出した。

4. 倫理的配慮

研究参加者に対して、文書と口頭で研究の目的や方法を説明した。個人が特定できないよう得られたデータは記号化すること、本研究以外に使用しないこと、研究参加の拒否は承諾後であってもいつでも撤回できること、本研究は学会誌、諸学会などで発表予定であることを説明し、同意を得た。実施に当たっては、A大学研究倫理委員会および研究参加者の所属施設の倫理委員会で承認を得た。

5. 結果

1) 研究参加者の概要

本研究の参加者は20歳代から40歳代の7名の看護師で、NANDA-I看護診断使用歴は平均6.7年、このうち1名はがん看護専門看護師であった。面接時間は、一人約60分でいずれも一回の面接をお

こなった。

表1 研究参加者の概要

看護師	年代	NANDA使用歴	資格
A	—	10	がん看護CNS
B	30	9	看護師
C	30	不明	看護師
D	20	2	看護師・保健師
E	40	9	看護師
F	30	10	看護師
G	20	4	看護師・保健師

2) 終末期患者に対するNANDA-I看護診断「死の不安」の使用の実際

データ分析の結果、44のコードが抽出され、そこから11サブカテゴリー、さらには6カテゴリーに集約された。以下、6つのカテゴリーについて説明する。なお文中の【】はカテゴリー、<>はサブカテゴリー、「」は典型的な研究参加者の語りを示す。

(1) 【死に対する不安を確信させる言動の有無で適用を判断】

このカテゴリーは、死に対する明確で具体的な、死そのものに関する会話や死が怖いといった言語表現があれば看護診断「死の不安」として挙げ、逆に発語ができずに死に対する訴えがなかった場合は、看護診断「死の不安」は選択しないことを示していた。また、医師から受ける説明による患者の言動や、患者が表出する不安症状の根源が死によるものと判断できる言動がある場合も、看護診断「死の不安」を適用していることが示していた。すなわち、本研究の参加者は言語的表現を「死の不安」の適用の絶対的な指標にしていることが示された。これは、<死についての明らかな言動的表現の有無で判断する><死を推測させる言動で判断する>の2つのサブカテゴリーで構成された。

「本当、死ぬのが怖いとかということを、何度も繰り返しおっしゃった、本当に何回言ったか数えてないですけども、その死という言葉は何度も口にしたり、死への恐怖とかという言葉の繰り返された方は、あ、これは死への不安というのがあ、もう確実だな」

「その死の恐怖とか、死が怖いという発言があったので、私は、これで間違いないのかなって思っ

て挙げた」

「死に対する不安を感じているっていうところが言動から読み取れた患者様で、診断に至った」

「死という言葉結構わりと口に出す患者さんだったんですね。で、死ぬのが怖いというはっきりした発言を言っていたり、もう死んでもいいですって言ったりとか、死んじゃったほうがいいんじゃないかなとか言ったりとか。そうですね。死という言葉結構、私たちに言ってくる患者さんだったので、この人は、不安と死の不安という看護診断があったなら、死の不安の方が当てはまっているんじゃないかな」

(2) 【看護師の死生観が適用を左右】

このカテゴリーは、患者に死の不安があるという現実よりも、むしろ、終末期患者の不安は、死の不安だけでないという考えや、不安があるのではないかという看護師の思いは看護師の主観でしかないという考え、終末期の患者は言語的表現の有無にかかわらず、みな死の不安は根底にあるという考えのように、看護師自身の死生観が看護診断「死の不安」の適用を左右していることを示している。これは、<終末期患者の不安に対する看護師の考え方を基盤に考える>のサブカテゴリーで構成されていた。

「死の不安で上げてしまうと死に局限している感じに受け止められてしまうので、その、他に色々やっぱり不安を感じていることに対しては、全部を網羅できないんじゃないかなと思った」

「私の主観的なところが入ってしまうような感じがするので、具体的にドンと置けないのが、その辺のところが大きかった」

「病院全体にももしかしたらなるのかもしれませんが、そういう癌、あるいは悪性のもので入院される方が非常に多いという特徴がありますので、ま、常に死と向き合うような状況になる中で、当然不安というものはある」

「ホントにその死が目前にあるというところで実際に死の不安というところは言葉にしてあげられるのですけれども。やっぱりそれだけではなくって、残された家族への不安だったり、ま、自分が、えっとこれから体どうなっていくのか、その身体的な苦痛があるのかな、とか、そういっ

た具体的なその辺の、怖さとか、えっと…そうなのと先ほどもお話したんですけど、死だけではない。」

(3)【終末期看護の多様性が適用を左右】

このカテゴリーは、看護診断“死の不安”を適用する前に、第1に看護介入はあるか、第2に“死の不安”に看護介入するのは困難であるという看護師の思い、第3に終末期患者の看護介入は死の不安だけでは解決しないという看護師の思いが、看護診断を適用する決め手となっていたこと示していた。さらに終末期患者に看護介入を行う根底には、患者現象をトータルペイン的に考え、“死の不安”に特化せず包括的な看護診断を挙げることが示されていた。つまり、“死の不安”に焦点化された看護介入だけでなく、終末期看護では多様な患者の反応に適用できる看護診断を選択するという看護師の思考が、看護診断“死の不安”の適用を左右していたことが示された。これは、
<必要だと思う終末期患者への看護介入の困難性を予測して判断する><トータルペインとして判断する>の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

「ケアのことを考えたら、身体的なケアを考えたら違う看護診断の方がいいんじゃないかってなって、で、その中に個別で不安とかかっていう風に入れていくってことかが多かった」

「患者さんがほんとに不安で不安で仕方がないとかかって言って、精神腫瘍科の先生にもかかわってもらって、それでもなかなか不安が解決しない、不安がちょっと解決っていうのはないんですけど、あの、言動が変わらないとか、反応が全然変わらないとか、楽になったような様子がないってなれば、プランを立てることは、じゃない、看護診断を立てるってことにはなるとは思うんですけど、患者さん自身もずっと、この死の不安を、ずーっと抱えているんですけど、それで24時間過ごしているのってなったら、また違うのかなって思ったりもすると、上げてない。診断に至らない」

「全人的苦痛の観点から、その痛みという観点で、スピリチュアルなペインというところで挙げたような気がします」

「死の不安で上げてしまうと死に局限している感

じに受け止められてしまうので、その、他に色々やっぱり不安を感じていることに対しては、全部を網羅できないんじゃないかなと思ったところが一番悩んだ」

(4)【患者や家族との人間関係から死の話題への踏み込みの可能性を判断】

このカテゴリーは、看護師は患者や家族との人間関係を築くことが、患者や家族と死について話し合えると考えていることを示していた。また、患者は死という言葉を使わずに死に対する不安を訴え、患者と死に焦点化して話すことを躊躇していると看護師が考えていることも示していた。また、死に対する会話を躊躇するがゆえに、患者が死をどのように受け止めているかも見極めることが困難であることを表しており、この問題を解決するには、家族や患者と人間関係の深めることから、患者の死に対する訴えを聴くことに踏み切ることを示していた。その反面、看護師は、患者や家族との関係性が良いと死の話題に踏み込めないでいた。これは、
<患者や家族と死を語ることに踏み込めない><患者や家族と看護師との人間関係の深さを考える>の2つのサブカテゴリーで構成された。

「信頼関係を構築しているからこそ出てくる不安だったりとかもするのかなと思ったり、この人だったらこのこと話してみようと思って、話されるのかなと思ったりもするんです」

「関連因子の死をテーマにした話し合いってのが、なかなか実際、できるときとできない時があったりとか、できる年齢であったりそうじゃない年齢であったりとか、っていうのもありますし、看護師が、あ、きっとこの人は死にたくないとかって言うから死の不安があるんだろうなって言って、ま、想像してかかわることはあるんですけど、死をテーマにしてとか、あーばたばたした中で、そのような不安をおもちなんですか？っていう風に、具体的に本当に死の不安を抱えているってことを話して確認するってということもないですし、ないわけじゃないんですけど。で、しにくい現状があって、ま、そういうのもあるし、やっぱりなかなかこう、死っていうのを話せる、ま、昔と比べたらやっぱり、話しやすくなっていると

いわれますけど、やっぱりこう、触れられないところもあって、まして小児の子とかは親が希望を失わせたくないから、言ってほしくないっていうこととかがあった」

「例えば患者さんとか家族と死という単語を、あんまりこう、なんでしょ、話の中に、やっぱりうまく死って言葉を出して、ま、ご家族だけっていう場合だと、そういうお話もしていたとは思いますが、やっぱり、患者さん、对患者さんっていうことになっちゃうと、死についてたとえばどう考えていますかとか、死への不安がありますかとか、どんな、ちょっとしたキーワードは言っていると思うんですけど、こういう形で出ると、やはりあの、必ずしも、それを聞き辛いというか、聴取しにくいかな」

(5) 【“死の不安” いう診断そのものの難しさが適用を妨害】

このカテゴリーは、看護師は、死という言葉患者に向けることに抵抗を感じており、“死の不安”という看護診断は、死と直結していると考えていることを表していた。加えて、患者に対して死に直結した表現や、死と向き合わせるような表現はできないと考えていることが示された。また、看護診断“死の不安”の定義や診断指標、関連因子が難しく解釈しづらいため、適用をさけていた。これは、＜死を連想させる診断名に抵抗がある＞＜「死の不安」という診断の使い難しさがある＞の2つのサブカテゴリーで構成されている。

「たぶん、その言葉を使って、あの、患者さんと患者さんの気持ちを語り合うことってことは、まだちょっとその時期じゃないんじゃないかなとか思うときは、あの死の不安があるんじゃないかなと思っても、それを突きつけるような、あの、かわり方っていうのは、やっぱりでき、しなかったですね。」

「この人、死というものに恐怖を抱いているなど思うけれども、果たしてそうかっていうところが、こう、テーマにして話し合っていないっていう、確証がないって感じですかね。」「定義とかが、少し、若干難しいんですよ。」

(6) 【看護診断に対する暗黙のルールが適用を躊躇】

このカテゴリーは、看護師が看護診断を使用するにあたり、その施設またはセクションのスタッフと共有しやすい看護診断を適用する方が、スタッフ間の共通認識が得やすく、よく使用する看護診断を挙げた方が良いと考えており、看護診断“死の不安”を適用しないことを示していた。しかし、暗黙のルールの中で慣例化された看護診断では、十分な看護はできないことも理解しており、“死の不安”以外の看護診断を挙げつつ不安に対する看護介入を行っていることも示していた。これは、＜病棟スタッフ間の共通認識を容易にする看護診断を選択する＞＜慣例化したルールで選択する＞の2つのカテゴリーで構成されていた。

「領域9で、ここがあがりますね。後は、ま、非効果的コーピング。これも出てきます。大体この辺ですね。この4本柱くらいがいつも、みんなです。」

「いっぱいある中で大体みんなが好んで使うものが限られていて、ま、消化器内科の時も転倒リスクと慢性疼痛と皮膚統合性っていうのが三本柱な感じだったんですけど、外科病棟にきても、ま、慢性疼痛はないですけど、後は身体損傷とか、そういうかたちで、あの不穏になったりするので、そういうオベ後のとか、そういうところが違うくらいで、なんかやっぱり使われるものは使われるし、使われないものはやっぱり使われなくて」

「話し合いの中でみんなが使うものなので」
「並列で上げたら二つ書かないと、記録のやっぱり、記録を書かないといけないということもありますんで、並列で書くんだったら、もう、ひとくりにして」

3) NANDA-I看護診断“死の不安”適用のモデル

看護診断“死の不安”の適用に対し、看護師は、まず【死に対する不安の確信的言動の有無で適用を判断】しており、“死の不安”を適用する唯一の絶対的な理由としていた。“死の不安”の診断指標の全てが訴えの有無に依存しているため、訴えない患者では、患者に死の不安があると看護師が推測しても、“不安”や“悲嘆”、“非効果的コーピング”という診断を適用していた。また、看護師が看護診断する場合、【看護診断する暗黙のルールが適用を躊躇】があり、“死の不安”は

その暗黙のルールに反するため、その適用を妨げていた。

さらに、診断の定義が解釈しにくいことから定義と患者現象の照合ができず【“死の不安”という診断そのものの難しさが適用を妨害】しているものと推測される。

くわえて、終末期の看護では全人的看護すなわちトータルペインの視点でとらえる必要性が指摘されており“死の不安”だけでは終末期看護を包括できず、【終末期看護の多様性が適用を左右】していた。具体的に挙げられた看護診断は、身体面に焦点をあてた“慢性疼痛”“身体損傷”“不使用性シンドローム”や、心理社会的な診断である“スピリチュアルペイン”などであった。さら

に、“死の不安”の定義や診断指標の照合をする前に【患者や家族との人間関係から死の話題への踏み込みの可能性を判断】していた。そして、“死の不安”は、【看護師の死生観が適用を左右】していた。

6. 考察

1) 終末期患者に対するNANDA-I看護診断“死の不安”の使用の実際

看護師らは、患者が死の不安を語る場合のみ“死の不安”と診断しており、患者の言葉を“死の不安”の唯一絶対的な指標としていた。“死の不安”の診断指標で使用される「Report」は、日本では、患者から自発的に言葉で申し出られる

表2 抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーおよびそれらを構成するコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
死に対する不安を確信させる言動の有無で適用を判断	死についての明らかな言語的表出の有無で判断する	「死」に対して明確に言葉で表出する
		「死」に限局した不安であると判断できる
		患者が死を覚悟していると「死」を口にすることが多く「死の不安」を挙げやすい
		「死の不安」を診断するには「死」を言葉で確認しなければならない
		患者や家族が「死」を口にする時は直接的な死の不安を挙げられる
		「死」を言葉で表現しない日本人には診断しづらい
		「死」が怖いという発言から「死の不安」を選択した
		「死」への恐怖、「死」に対する不安などの発言から「死の不安」を選択した
		「死」への不安の訴えがあるので「死の不安」の診断を確実だと考えた
		「死」について能動的に発せられることを診断の根拠とする
死を推測させる言動で判断する	臨終期には発語ができなくなることから訴えがない	
	訴えがないと選択しにくい	
看護師の死生観が適用を左右	終末期患者の不安に対する看護師の考え方を基盤に考える	カルテや医師情報に記載された発言から死の不安を選択する
		死に対する不安がさまざまな症状の根源であると判断できた
		終末期患者の不安は「死の不安」だけではない
終末期看護の多様性が適用を左右	必要だと思う終末期患者への看護介入の困難性を予測して判断する	不安があるのではないかと思っても看護師の主観でしかない
		終末期患者にはぬぐい去れない死の不安が根底にある
		その人らしい最後を送ることを目指すためには「死の不安」に対する看護介入とは違う
	トータルペインとして判断する	「死の不安」では踏み込んだ介入ができない
		ガン患者は慢性疼痛を挙げて介入する方がしっくり来る
		患者に必要な看護介入が実現できるか考える
患者や家族との人間関係から死の話題への踏み込みの可能性を判断	患者や家族と死を語ることに踏み込めない	「死の不安」に対する看護介入だけを継続するわけではない
		「死の不安」があると思っても、そこに焦点を当てて関わることは難しい
		トータルペインという考え方からすると「死の不安」に特化する診断では現実的ではない
	患者や家族と看護師との人間関係の深さを考える	終末期患者の抱えるさまざまな苦痛を包括する診断がない
		患者や家族と「死」に関する会話をすることに踏み込めない
		「死」を言葉にする関係性を患者や家族と築けていない
「死の不安」という診断そのものの難しさが適用を妨害	死を連想させる診断名に抵抗がある	患者が死に対する恐怖を「死」という言葉を使わずに訴える
		「死」を焦点にして患者と話すことができない
	「死の不安」という診断の使い難さがある	死ぬことをどの程度受け止めているのか見極めが困難
		患者や家族と「死」について話せる人間関係が構築されていない
看護診断に対する暗黙のルールが適用を躊躇	病棟スタッフ間の共通認識を容易にする診断を選択する	患者や家族と関係がよいと踏み込める
		気持ちを語り合う時期ではない
		スピリチュアルなど「死」と直接関係しない診断がよい
看護診断に対する暗黙のルールが適用を躊躇	慣例化したルールで選択する	「死の不安」は「死」に直結するために使い難い
		「死」という文字に重みがあるためにその言葉を使用するには慎重になる
		患者を「死」と向き合わせることはできない
看護診断に対する暗黙のルールが適用を躊躇	慣例化したルールで選択する	「死の不安」の定義が解釈しづらい
		「死の不安」の診断指標や関連因子はわかりやすいが定義が難しい
		「死の不安」の定義が漠然としている
看護診断に対する暗黙のルールが適用を躊躇	慣例化したルールで選択する	チームで看護介入するためにはわかりやすく馴染みのある診断を挙げた方がよい
		表面化している問題を取り上げてその中に不安に対する介入を組み入れる
		その病棟で使用するいくつかの診断名は決まっていれば他のものの選択には勇気が必要
看護診断に対する暗黙のルールが適用を躊躇	慣例化したルールで選択する	パターン化された看護診断の選択を行う

ことと解される「訴え」と訳されている(NANDA International/日本看護診断学会監訳, 2012) ことが、関係すると考える。その一方で、看護師らは、患者や家族に対して死という言葉を使わず、「死の不安」の選択を躊躇していた。丹下(2002)は、死という言葉からの連想語を用いて死生観の構造を検討し、死に対する態度としてネガティブな感情反応を示す連想語が中心であったこと、死のイメージのカテゴリーでは「別れ」「停止」「無」などといった否定的な連想語が肯定的な連想語よりも多かったこと、などを報告している。丸山(2004)は、現代人の死生観について、死を言葉にすることはタブーであること、入院によって患者の死に様よりも生き様に重点がおかれ、多くの宗教家はもとより既成宗教においても死に関する説法は忌避される、と述べている。このように、わが国においては死という言葉はネガティブなイメージを形成しやすいと推測される。死に関する話題や死というネガティブなイメージを誘起する言葉の使用を嫌うわが国の民族文化や医療文化を鑑みると、患者の発言を指標と捉えながらも、死を話題にすることもできず、看護診断の適用に必要な訴えの存在を確認できずにいることも、この診断の適用を一層困難にしていると推測される。本来、「Report」には、言葉で申し出るほかに、文字で申し出たこと、第三者を介して伝えられるという意味も含まれると考えられ、原語の持つ意味を十分に読み解き、翻訳語の解釈やその妥当性を検討する必要があると考える。

次に、本研究の結果より、看護師らは、終末期患者の抱えるさまざまな苦痛をtotal painと捉えており、「死の不安」に特化してケアすることに違和感を覚えていることが示唆された。看護師らは、患者を全人的に捉えて「その人らしい終焉」を十分にアセスメントした上でケアを実践しており、「死の不安」を選択していなくても、死の不安のある患者には適切なケアを実践していると考えられる。

第3に、看護診断の選択には、使用する看護診断の制限や1つの診断名しか選べないといった病棟のルールの影響が示された。林ら(1998)は、世界7か国の国民性の調査から、自分が正しいと思えば世間の慣習に反してでも押し通すかの問い

に対して、「しきたりに従う」が多く、「場合による」との回答がきわめて高いという、わが国の特異な国民性を指摘している。さらに、田中(1999)は日本的「善き生き方」の1つとして他者との調和があり、他者との関係性から自己を見出すと述べている。このように、病棟ルールに影響されるという結果は、皆と同じことを良しとし集団からはみ出すことを良しとしない日本人気質の影響の存在が示唆される。したがって、看護診断を形骸化させず、患者に適切な看護ケアが提供されるように、病棟での看護診断に関するシステムについての議論が求められる。

3) NANDA-I看護診断「死の不安」適用の仮モデル

NANDA-I看護診断「死の不安」の適用には、看護師の①患者・家族との人間関係の構築や、病棟の暗黙のルールを遂行すること、患者に必要な看護が網羅できているかを思慮に入れ適用するかどうかを判断するモデルと、②看護診断の定義や診断指標との適合により適用を判断する2つの判断モデルが考えられた(図1)。

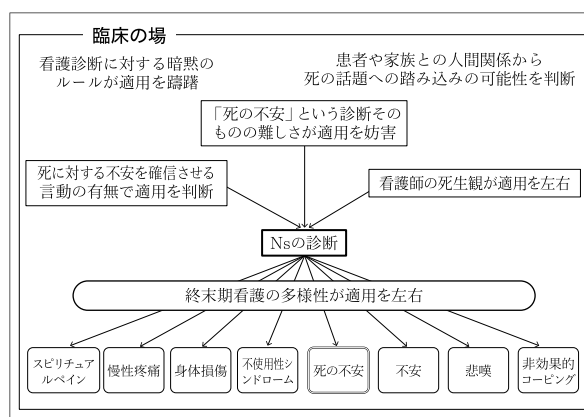


図1 NANDA-I看護診断「死の不安」の適用に関する看護師の診断モデル

前者①の背景には、終焉間近な患者や家族には、上述のような死をテーマにした話題は避けるべきだという日本人特有の文化が影響しているものと考えられる。看護師は、人間関係が構築された後、患者が忌憚なく本心を表出できる環境を整備し信頼や安心などが提供できると判断した場合に、死に関する会話をしつつ、「死の不安」を診断するた

めに必要な情報を得る行動に向かうものと推察する。そして、根拠となる患者現象が収集され、共に看護する同僚に対して説明できる確信が得られた後に“死の不安”を適用するものと推測される。

後者②は、患者自ら死の不安に対して訴えがあり、診断の根拠が明確となっている場合と、①の問題が解決し、看護師との会話の中で患者自身が死に対する訴えが聞かれるようになった場合が想定される。他方、たとえ死の不安があると予測されても、患者自らの訴えがない場合や具体的な看護介入のめどが立たない場合は、看護師は心理的側面も視野に入れながら他の看護診断を適用しているものと考えられた。

7. おわりに

本研究において、看護診断“死の不安”の適用の判断には、看護師自身の死生観やわが国の文化的背景、および看護診断の定義や診断指標、関連因子などの解釈や照合に困難があるということが影響していることが示唆された。しかしながら、被験者が7名と少ないため、今後さらに被験者を増やし再検討する必要がある。そのうえで、死の不安のある人への看護をより明確化するために、看護診断“死の不安”の適用が可能になるよう、診断指標や関連因子の妥当性の検証と、日本文化に即した新たな診断指標や関連因子の提案が必要であると考えられる。

本研究は、関西看護医療大学 研究助成金を受けて行われた。

文献

- 林知己夫, 吉野諒三, 鈴木達三ほか (1998): 国民性七か国比較, pp.244-245, 出光出版, 東京.
- 石川弘義著 (1990): 死の社会心理, pp.186-200, 金子書房, 東京.
- 黒田裕子, 棚橋泰之, 小田正枝, 中木高夫, 菊池登紀子: 看護部門に稼働中および導入予定の電子カルテに関する全国実態調査, 看護実践用語に焦点を当てて, 看護診断, 10(1), pp.88-94, 2005.
- 木下康仁 (2007): 修正版グランデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) の分析技法, 富山大学看護学会誌, 6(2), pp.1-10.

- 丸山久美子 (2004): 死生観の心理学的考察, 聖学院大学論叢, 16(2), pp.189-218.
- NANDA International/日本看護診断学会監訳 (2012): NANDA-I看護診断定義と分類2012-2014, pp.416-417, 医学書院, 東京.
- 波平恵美子 (1997): 病と死の文化, 現代医療の人類学, pp.11-37, 207-250, 朝日選書, 東京.
- 下舞紀美代, 古川秀敏, 林みよ子, 黒田裕子 (2014): NANDA-I看護診断“死の不安”に関する文献検討, 関西看護医療大学紀要, 7(1).
- 丹下智香子 (2002): 「死」からの連想語のKJ法による分類: 死生観の構造の検討, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要. 心理発達科学, 49, pp.157-168.
- 田中久美子 (1999): なぜ, 女性は容姿にこだわるのか: 相互依存症と自己対象化理論から, 京都大学大学院教育学研究科紀要, 45, pp.162-171.
- 内山喜久雄・上里一郎編 (1989): 新看護心理学, pp.89-96, ナカニシヤ出版, 東京
- 山本佳世子 (2014): 日本におけるスピリチュアルケア提供者に求められる資質, グリーフケア, 2, pp.49-66.