

2014年度 青森県立保健大学大学院博士論文

脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造化に関する研究

分野名 看護学分野

学籍番号 0794003

氏 名 新田純子

指導教員名 上泉和子

提出日 2015年2月20日

## 2014年度青森県立保健大学大学院博士論文要旨

### 脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造化に関する研究

分野名	看護学分野
学籍番号	0794003
氏名	新田純子
指導教員名	上泉和子

#### I はじめに

脳死下臓器提供に初めて関った看護師の倫理的葛藤やドナー家族へのケアに対する不安全感が報告されているが、それらを克服しケアを発展させる要因や過程は明らかになっていない。本研究では、脳死ドナー家族のケアに焦点を当てて、ケアの発展的示唆を得る観点から、脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造を探るため、経験のプロセスを明らかにすることを目的とする。

#### II 研究方法と対象

質的記述的研究デザインにより、脳死ドナーをケアする経験のある看護師7名に対して、2008年9月から2009年1月に半構成的面接を実施した。収集したデータは、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。分析手順は、データの継続比較分析によりカテゴリーを抽出し、カテゴリー間の関係を検討し構造をあらわした。倫理的配慮は、対象者に対して研究の目的、研究協力の任意性とプライバシーの確保、協力の如何により不利益が生じることのないことを文書により説明し署名により同意を得た。

#### III 結 果

脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリーとして、11のカテゴリーと22のラベルから成る《ケアへの不確かさと揺らぎに挑む》が抽出された。脳死ドナーをケアする看護師の経験は、《経験的学習》と《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスから成り、これらの過程を経て獲得した【経験からの学習】と、見出した【ケアの実存的価値づけ】がきっかけとなり、【脳死ドナーケアの発動力の進展】へとケアが発展する構造を生成した。

#### IV 考 察

脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリー《ケアへの不確かさと揺らぎに挑む》とは、クリティカルケアの領域特性にある代理決定支援という状況の局面の重要性の理解に基づき、ドナー家族との相互作用を通してあるいは看護師自身の内面で生じるケアへの不確かさと揺らぎを前提として、それによって生じる認知的不協和を低減しようと能動的に挑戦することである。【経験からの学習】は、脳死ドナーをケアする経験を積み重ねることが難しいわが国において、“見本がない”ケアへの不確かさに挑む看護師に特有な、ケアの発展を導くきっかけとなることが示唆された。

## 目次

第1章 序論	1
I. 移植医療の社会的背景	1
1. 移植医療の課題と看護師に期待される役割・能力	1
1) 移植先進国の課題と看護師に期待される役割・能力	
2) わが国の移植医療の動向と課題	
3) クリティカルケア領域の終末期医療の動向と課題	
2. わが国の移植医療における看護師の位置づけと課題	3
第2章 文献の検討	5
I. 移植先進国の臓器提供に対する看護師の態度とその関連因子に関する知見	5
II. 移植先進国の脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造に関する知見	5
III. わが国の臓器提供に対する看護師の態度およびドナーケアの関連因子に関する知見	6
IV. わが国のクリティカルケア領域の終末期ケアに対する看護師の態度・認識に関する知見	6
第3章 研究の方法と対象	7
I. 研究目的	7
II. 用語の定義	7
III. 研究方法	7
1. 方法論	7
2. 研究デザイン	8
3. 研究対象	8
4. データ収集期間	8
5. データ収集方法	8
6. データ分析方法	9
7. 真実性の確保	10
8. 倫理的配慮	10
第4章 結果	
I. 対象の概要	10
II. 分析結果	11
1. コアカテゴリーとカテゴリーの関連図	11
2. カテゴリー関連図のストーリーライン	14
3. 《経験的学習》のプロセスを構成するカテゴリーの説明	16
4. 《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスを構成する	20

カテゴリーの説明	……………
5. 《経験的学習》と《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスが帰結するバリエーション	……………22
第5章 考察	……………24
Ⅰ. わが国の脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造の特徴	……………24
1. 脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリー	
2. 脳死ドナーをケアする看護師の経験を構成する	
2つのプロセスと発展要因	……………24
Ⅱ. 看護実践への発展的示唆	……………27
1. “見本がない” ケアの経験に内在する実践的知識の獲得への示唆	
2. ケアの発展モデルとしての応用可能性	
3. 研究の限界と課題	
第6章 結論	……………29
謝辞	……………29
引用文献	……………30
参考文献	……………33
資料	

## 表目次

表1 対象の概要	……………11
表2 《経験的学習》のプロセスを構成するカテゴリーとラベル	……………14
表3 《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスを構成する	……………14
カテゴリーとラベル	

## 図目次

図1 脳死ドナーをケアする看護師の経験のカテゴリー関連図	……………13
------------------------------	---------

## 第1章 序論

### I. 移植医療の社会的背景

#### 1. 移植医療の課題と看護師に期待される役割・能力

##### 1) 移植先進国の課題と看護師に期待される役割・能力

1967年に世界初の心臓移植が実施されてから40年を経て、米国では年間約8,000件の死亡したドナー（臓器提供者）からの臓器提供により約22,000件の臓器移植が行われている（Organ Procurement and Transplantation Network, 2014）。欧米では、脳死が人の死として合法化・制度化され脳死臓器移植は日常的な医療であり、移植医療技術の進歩に伴い移植希望者が増加し提供臓器の不足が世界的な課題となっている。この課題解決のため、欧米では臓器提供過程改善とドナー家族とのコミュニケーションスキル向上を目的とした2つのプログラムのbest practiceを結合させて開発されたプログラムDonor Action Program（以下、DAP）の導入によって、臓器提供数が倍増した。この成功要因として、臓器提供意思表示確認制度、院内システムの構築・改善、医療スタッフに対する教育システムの確立や、国民への教育や関係機関の協力などの総合的な導入の重要性が言及されている（瓜生原ら，2004）。欧米の移植先進国では、クリティカルケア領域の看護師は、ポテンシャルドナー（臓器提供の可能性のある患者）の医学的適応の有無を識別し、その家族に対して臓器提供について問いかけるリクエスター（Ingram, Buckner, Rayburn, 2002）や、臓器提供に関する基本的な相談に応じるゲートキーパー（Sque & Payne, 1994）として位置づけられ、臓器移植を必要とする患者に対する責任も期待されている。このような役割が看護師に期待される背景には、臓器提供に関する意思表示要件の仕組みが関係する。意思表示要件の仕組みには、本人（本人の意思が不明な場合は家族）の同意（opting in）を要求する「明示の同意（Informed Consent）」と、事前に本人の提供拒否（opting out）の意思表示がない限りは臓器摘出を可能とする「推定同意（Presumed Consent）」がある。欧米の大半の国では、法制度上は推定同意であっても、実務上は明示の同意を採用しており本人意思が不明な場合に家族が提供を拒否することを可能としている（岩波，2009）。そのため、ポテンシャルドナー家族への代理決定支援が、提供臓器不足という移植医療の重要課題に大きく関わってくる。

##### 2) わが国の移植医療の動向と課題

わが国では、1968年に行われた日本初の心臓移植が脳死と移植医療に対する強い不信感を生んだとされ移植医療は完全に停滞したが、1980年に「角膜と腎臓の

移植に関する法律」(以下、角膜・腎臓移植法)が施行され、心停止した死後に提供された角膜・腎臓の移植が可能となった。その後、欧米諸国で脳死後に提供された心臓や肝臓などの移植により臓器不全患者が救われている現状を鑑み、脳死・臓器移植に関する議論を経て、1997年に「臓器の移植に関する法律」(以下、臓器移植法)が施行されたことにより、脳死後に提供された心臓や肝臓などの移植が可能となった。しかし、法制度上の意思表示要件として、本人の書面による意思表示と家族が拒否しないこと(本人の **opting in** と家族の **opting out**)の2つが要求される脳死下臓器提供は、年間10例に満たない状況で停滞した。この厳格な意思表示要件が法制度上で求められた社会的背景として、脳死に対する社会的合意形成が確立している欧米と異なり、国内では社会的合意が十分得られていない状況があり、当該法で脳死による臓器提供を前提とした場合に限ってのみ脳死を人の死とした経緯がある(厚生省保健医療局臓器移植法研究会監, 1999)。そのため、従来の死の基準である心臓死に加えて脳死が規定され2つの死が存在することとなり、死体からの臓器提供の方法は心停止後と脳死後の2つの種類となった。このことは、人の死の決定に対する一般社会や医療現場の困惑を招き、脳死や臓器提供に対する理解を難しくした。脳死は適切な判定方法を用いれば臨床的に確実に判定できることは国内外の医学・医療界における共通認識になっており、「竹内基準」は国際的にも厳格な脳死の判定基準として医学会で評価されている。にもかかわらず、国内の医療従事者の約半数が脳死判定で人の死を判断することに懐疑的で、臓器提供に関する家族への確認や悲嘆家族のケアにストレスを感じており消極的であることが報告されている(長谷川, 高橋, 鈴木, 2005)。このような現状を受け、わが国でも2000年からDAPの導入による臓器提供数増加の有効性が実証され、国や地域の状況を十分に踏まえた導入が言及されている(長谷川ら, 2005)。

わが国の臓器移植が停滞している状況の中、世界的な臓器不足に加えて、2008年のイスタンブール宣言で他国での渡航移植の制限が強化されたことを受け(岩波, 2009)、2010年に「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律(以下、改正臓器移植法)」が施行された。これにより、わが国の法制度上の意思表示要件の仕組みは、本人の臓器提供の意思が不明な場合は家族の同意により脳死下臓器提供が可能となり、**opting in**の幅が広がったこととなる。これ以降、国内の脳死下臓器提供数は年間約45例に増加し、その約7割(123/160例)は家族の同意によるものであった(厚生労働省健康局疾病対策課移植医療対策推進室, 2013)。世論調査(内閣府大臣官房政府広報室, 2013)では、家族が脳死下臓器提供の意思を表示していなかった場合、約5割が「承諾しない」、約1割が「わからない」と回答している。この世論調査と比較すると本人の意思が不明であった場合の実際の家族の承諾率は高く、終末期医療の延長線上にある移植医療に関して、社会が成熟してきていることがうかがえる。

しかし、臓器移植法の施行から 2014 年 9 月までの腎臓以外の心臓や肺、肝臓などの移植希望登録者数の累計 5,447 人のうち移植は約 1.5 割の 873 人に留まり、約 2.5 割の 1,431 人が移植待機中に死亡しており（日本臓器移植ネットワーク a, 2013）、移植希望登録者数に対して絶対的に提供臓器が不足している。さらに、提供臓器の不足は、生体間移植におけるドナーの健康障害、病気腎移植、海外渡航による違法な臓器移植など社会的・倫理的課題を惹起している（岩波, 2009）。

### 3) クリティカルケア領域の終末期医療の動向と課題

脳死下臓器移植は、第三者による臓器の提供により成り立つという医療構造の特異性と、ドナーの原疾患の約 9 割を脳血管障害と頭部外傷が占める（社団法人日本臓器移植ネットワーク b, 2005）ことからクリティカルケア領域の終末期治療の延長線上にある。そのため、脳死ドナーをケアする看護師の経験の背景として、クリティカルケア領域の終末期ケアの特性と課題に触れる必要がある。クリティカルケア **critical care** とは、生命の危機的状況にある患者への救命治療を意味し、その場の特性としての状況の急激な変化、閉鎖性、本人の意思確認の困難さは、倫理判断や権利擁護に関わってくる問題を惹起する。

国内外の終末期医療に関連する社会的背景を比較すると、欧米では医療を受けることに対する自己決定権の意識が高く、1976 年にカリフォルニア州で世界初の自然死法「**The Natural Death Act (1976)**」が法制化されて以降、各国に延命医療を拒否する書面による事前の意思表示 **living will** に対する法的保障がある。一方、国内では延命医療の適正化は医療現場に委ねられてきた（死と医療特別委員, 1994）。1997 年に施行された「脳死からの臓器の移植に関する法律（以下、脳死臓器移植法という。）」は **living will** に対する法的保障と言える。

近年、救命医療の進歩により治療の選択肢は増え、患者の自己決定権の尊重が重視されるようになった一方で、1990 年代半ばから 2000 年代半ばにかけて、尊厳死・延命治療中止事件の問題、脳死臓器移植法の施行など終末期医療のあり方が医療現場で重要な課題となった。上記の事件に関連する患者の終末期の耐えがたい肉体的苦痛の緩和・除去を想定した安楽死に関しては、適法な安楽死の判断基準が掲げられたが、「亜急性期における終末期医療」（日本学術会議, 2008）に関する法の判断基準は不明確なままである。このような現状を鑑み、国や医学界は、終末期医療に関するガイドライン等（厚生労働省, 2007. 日本救急医学会, 2007. 日本集中治療医学会, 2006）を示し、これにより、クリティカルケア領域の終末期医療のあり方が定められたと言えよう。さらに、クリティカルケア領域の終末期医療の特性から、治療の代理意思決定は家族にとって大きな負担を強いられる深刻な問題となることから、終末期患者家族の心のケアに関する取り組みが始まり、終末期医療に関する倫理問題や患者・家族の心のケアに関する看護師の役割が重視されている（日本集中治療医学会, 2011）。

## 2. わが国の移植医療における看護師の位置づけと課題

移植医療は臓器提供によって成り立つことから、ドナーの死がレシピエントの生につながるところにアンビバレントな構造がある。その構造は、臓器提供の意思を尊重するためドナーとドナー家族を支援するドナー側と、移植を希望するレシピエントとレシピエント家族を支援するレシピエント側、そして、このどちら側からも独立した中立の立場で臓器をあっせんする機関によって構成される。わが国では、ドナー側のコーディネーターとして院内コーディネーターが設置されている施設も増加しており、施設に所属する看護師が兼任することも多く、日本看護協会等による研修も行われている（日本看護協会，2013、日本移植コーディネーター協議会，2014）。

わが国では、看護師はリクエスターやゲートキーパーとして明確に位置づけられてはいない。しかし、臓器移植法の基本理念には臓器提供に関する本人意思の尊重が規定されており（臓器移植法令研究会監，2003）、看護師は医療チームの一員として臓器提供に関する本人意思を尊重する責務を負い、移植のための臓器提供におけるドナー管理の役割も同時に求められることになる。さらに、移植医療を取り巻く倫理・社会的背景の中でドナーとその家族の最も近くに在ってケアする看護師は、脳死ドナーのケア経験を通して臓器提供の一連の過程における複合的問題に対する見解を提供するのに役立つ位置にいると考えられる。

しかし、脳死下臓器提供に初めて関った看護師の倫理的葛藤・不安全感（山勢善江，山勢博彰，2003）や、家族への臓器提供の意思確認およびドナー家族の精神的ケアでの不安全感（潮，川本，2013）が報告され、看護師の教育・支援の必要性が示唆されている。つまり、臓器移植法の施行から約 15 年を経て改正臓器移植法が施行されてなお、脳死ドナー家族の代理決定支援や悲嘆ケアにおける看護師の葛藤・不安全感という点で、看護実践上の課題が推察される。この看護実践上の課題の社会的背景として、脳死下臓器提供施設の制限により脳死ドナーケアの経験知を積み重ねる機会の限界があることがひとつの要因として考えられる。脳死下臓器提供施設としての基準を満たす体制が整っていると 2013 年に公表したのは全国で 400 施設に留まり（厚生労働省健康局疾病対策課移植医療対策推進室，2013）、脳死下臓器提供事例を看護師が臨床で経験する機会は限られている。また、国内の脳死臓器提供を経験した 144 施設の大半は 1 回の経験であり、法改正後に初めて脳死臓器提供を経験した施設が半数以上を占めることから、今後も、初めて脳死臓器提供を経験する施設の増加が推測される（日本移植学会，2014）。その稀少な経験に基づく実践的知識・技術を蓄積し理論化していくことが、脳死下臓器提供における看護実践上の課題の解明・解決につながると考える。なお、本人意思を忖度する家族の代理決定には本人意思の明示が影響することから、家族の代理決定およびその支援の様相も異なることが考えられる。そのため、本人の意思表示が明確であった場合とそうでない場合と、それぞれの様相をまずは解明し看護実践モデルを構築していくことが必要であろう。

## 第2章 文献の検討

### I. 移植先進国の臓器提供に対する看護師の態度とその関連因子に関する知見

移植先進国では、クリティカルケア領域の看護師は、臓器提供について問いかけるリクエスター (Watkinson, Cert, 1995) や、臓器提供の相談に応じるゲートキーパー (Sque & Payne, 1994) として位置づけられており、臓器移植を必要とする患者に対する責任も期待されている。そのため、認知行動理論の観点 (Ajzen & Fishbein, 1980) から看護師の臓器提供に対する態度と関連因子に関する研究が行われており、以下のことが明らかになっている。看護師の臓器提供に対する態度は利他主義と不安という両面価値的な態度構造を成し (Sque & Payne, 2000)、看護師の大半は臓器提供に対して肯定的な態度を示す (Watkinson, 1995、Sque, et al, 2000、Stoeckle, 1990、Adams, Just, Young, Temmler, 1993.)。この態度と関連する因子は、ドナー識別と臓器提供プロセスに関する知識・ドナーケアの経験数 (Ingram, Buckner, Rayburn, 2002、Watkinson, 1995、Sque, et al, 2000、Bidigare, Oermann, 1991、Duke, Murphy, Bell, 1998)、ドナー識別と臓器提供プロセスに関する知識に対する自信 (Watkinson, 1995) である。また、看護師はドナーの尊厳を保ち、ドナーファミリーの希望を尊重し、移植者のために臓器の管理をすることの順に、その役割を重視する (Watkinson, et al, 1995)。

これらのことから、看護師の臓器提供に対する態度・知識・経験と行動との関連が示唆され、また、臓器提供に関する知識やコミュニケーションスキルの強化、倫理教育などの必要性が提言されている (Hibbert, 1995)。

### II. 移植先進国の脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造に関する知見

脳死ドナーケアの経験の焦点は、脳死ドナーケアに対する意味づけ (Pearson, Robertson-Malt, Walsh, Fitzgerald, 2001、Sadala, 2000)、ドナーファミリー (Watkinson, 1995) であり、ドナーケアよりドナーファミリーの悲嘆ケアが、看護師のストレスとなっている (Kiberd, et al, 1992)。また、脳死ドナーケアの経験の感情的・哲学的側面の本質的な構造は、死体をケアする矛盾と生体反応を示す患者への死亡宣告に伴う曖昧さであり (Pearson, et al, 2001、Sadala, 2000)、この感情的・哲学的側面と実践的・科学的知識の不一致に伴う看護師の不安感は、看護師一家族関係に現れる (Watkinson, et al, 1995)。一方、臓器移植に対する看護師の肯定的態度や看護師と家族の密接な対話関係はドナーファミリーの悲嘆過程に影響する (Sque, et al, 2000)。これらの報告では、脳死ドナーケアの矛盾・不全感、ストレスを克服する可能性として、脳死ドナーケアの最大効果であるレシピエントの利益をケアの目的として意味づけすることが提言されている。

以上のように、移植先進国においては、脳死ドナーをケアする看護師の経験の一般的構造として、死体をケアすることへの葛藤や死の宣告としての脳死の曖昧さがある。このような感情的・哲学的側面と実践的・科学的知識との不一致に伴う認知的不協和<sup>\*1</sup> (Festinger, 1957) が生じることによって、看護師はその不協和

を低減するように動機付けられること、レシピエントの利益をドナーケアの最大効果として注目することが看護師の葛藤やストレスを克服する鍵であることが示唆されている。しかし、葛藤やストレスを克服する構造は未解明である。

注＊1；認知的不協和とは、認知的不協和理論（Festinger, 1957）によると、情報間の矛盾や言行不一致により態度変化が生じるような認知要素間の関係であり、人は不協和が生じるとそれを低減するように動機づけられ、不協和を増大させる状況や情報を回避しようとする（小林, 2000）。

### Ⅲ．わが国の臓器提供に対する看護師の態度およびドナーケアの関連因子に関する知見

わが国では、看護師は医療チームの一員として臓器提供に関する本人意思を尊重する責務を負うが（臓器移植法, 1997）、移植先進国とは異なり臓器移植を必要とする患者に対する責任については言及されていない。国内の看護師の臓器提供に対する態度構造は、「信念因子：臓器提供の価値と貢献に対する信念」と「不安因子：臓器移植から想起される不安」からなり（新田, 2007）、Sque ら（2000）が示した両面価値的構造と類似する。この肯定的態度の関連要因として、臓器提供に関する総合的（医学的・倫理的判断に関わる）知識と家族の意思決定を支える自信、脳死容認に対する態度決定、11年以上の臨床経験が示唆されている（新田, 2007）。また、脳死下臓器提供に関わった看護師は、家族支援を重視しながらも迷いや不安全感といった倫理的葛藤を抱えながら看護しており（山勢ら, 2003、池田ら, 2002）、これは、Sadala ら（2000）や Robertson ら（2001）が示した脳死ドナーケアの経験の構造と類似する。このドナーケアの看護実践への不安全感は、ポテンシャルドナー家族への意思確認とドナー家族の精神的ケアで高く、看護実践に対する戸惑い・抑止に関連する（潮ら, 2013）。

以上のことから、国内の脳死ドナーをケアする看護師のケアの焦点はドナー家族であり、その家族ケアへの葛藤や不安全感が看護実践の抑止となることは、欧米の知見と類似する。しかし、脳死ドナーをケアする経験の構造に関する知見については未解明であり、脳死臓器移植が通常医療となっている移植先進国で得られたそれを、わが国に適用できるかについては検証されていない。また、葛藤や不安全感を克服する過程や対処方略に関しては研究途上にある。したがって、移植先進国とは宗教、文化・社会的な背景が異なり、移植医療に対して社会が未成熟なわが国において、ケアの発展的示唆を得る観点から、脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造について明らかにすることが課題と考える。

### Ⅳ．わが国のクリティカルケア領域における終末期ケアに関する知見

わが国のクリティカルケア領域における終末期ケアに関する知見を概観すると、終末期ケアに対する看護師の認識は、終末期ケアに携わる看護師が捉える「良い最後」（上山, 2007）の要素である「家族に囲まれて亡くなっていく」、「静かな最後」、「死を受け止める」と共通する部分が多い。一方、家族ケアに着目した「看

取りのイメージ」(稲谷, 2007)、救命治療が終了しても「最後までケアに最善を尽くす」(浅見, 2013)といった肯定的態度と、終末期ケアへの困難感(高野, 2002、竹安, 2011)、限界感(梅田ら, 2009)、感情的ストレス(梅田ら, 2009)、倫理的ジレンマ(杉田, 2005、飯田, 2009、)といった否定的態度が報告されている。また、クリティカルケアの領域の終末期ケアへの困難の要因として、ケアの場の概念・環境、時間的制約、死の様相、患者・家族の要因、看護師の個人特性としての知識・技術・経験などが、クリティカルケアの領域特性に依拠する内容として示され(高野, 2002、竹安, 2011)、クリティカルケアの場における終末期医療の普遍的な限界と経験・知識・技術不足など個人の資質・能力の限界感が「困難感」を複雑にしていることが述べられている。また、クリティカルケアにおける家族の代理意思決定に関する看護師の困難も、知識・技術不足により家族への関わり方が分からないこと、意思決定までの時間的制約により家族と関わる時間を十分にとれないことが上位に挙がっており(上澤ら, 2013)、同様の構図がうかがえる。一方で、終末期ケアに対する看護師の肯定的感情は終末期ケアの実施頻度と相関することが報告されている(浅見, 2013)。

以上のことから、看護師にはクリティカルケア領域の終末期ケアに理想とする「看取りのイメージ」がある。一方で、理想とする「看取りのイメージ」の看護を提供できないことによる終末期ケアへの「困難感」には、クリティカルケアの場における終末期医療の普遍的な限界と、経験・知識・技術不足など個人の資質・能力の限界が関連することが示唆されている。

### 第3章 研究の方法と対象

#### I. 研究目的

本研究では、脳死ドナー家族のケアに焦点を当てて、ケアの発展的示唆を得る観点から脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造を探るため、経験のプロセスを明らかにすることを目的とする。

#### II. 用語の定義

経験 *experience* とは、あらかじめ持っていた概念と期待に自身が能動的に働きかけて、それが更新されたときと定義する (Benner, 2001)。

#### III. 研究方法

##### 1. 方法論

グラウンデッド・セオリーは、「言葉を中心とするシンボルに媒介される人間の相互作用に焦点を置き、「解釈」に基づく人間の主体的あり方を明らかにしようとする (Holloway, 1996, p.150)」シンボリック相互作用論を理論的枠組みとする。グラウンデッド・セオリーは、このようなシンボリック相互作用論の能動的で創造的な人間モデルを取り込んでおり、個々人が「重要他者」から期待される

行動を具体化する役割について観察することがデータ源となり、データに基づき帰納的に引き出された理論を構築する（Holloway, 1996）。本研究では、脳死ドナーをケアする看護師の経験について、看護師を能動的人間モデルとする観点に立ち、重要他者との相互作用における役割を観察することに焦点を当てて調査し、理論を生成しようとするものであることから、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）を方法論として採用した。

## 2. 研究デザイン

本研究の問いである脳死ドナーをケアする看護師の経験に関する構成要素や概念は未解明であるため、帰納的に因子を探索する質的記述研究を採用する。

## 3. 研究対象

研究対象者の選定については、脳死ドナーのケアに主となって関わった経験がある看護師とした。多角的な視点から分析するため、協力の同意を得る段階で、看護師の属性、所属部署、臨床経験、臓器移植に関する研修参加経験も併せて調査し、属性が異なる特性を持った対象を目的的对象選択とするとともに、理論的对象選択の参考とした。また、対象選択のバリエーションとして、臓器提供に関する役割が明確な院内コーディネーターを兼任する看護師を対象者の一部に選定した。

なお、本人意思を付度する家族の代理決定には本人の意思表示の有無が影響することが推測され、家族の代理決定およびその支援の様相も異なることが考えられる。そのため、本研究では、書面による本人の意思表示が明確であった場合の、脳死ドナーをケアする経験がある看護師を対象とした。そのため、改正前の臓器移植法の脳死下臓器提供事例のケア経験がある看護師を対象とした。

協力を依頼する施設の選定については、データ収集の時点で過去2年以内の脳死臓器提供事例を公表している施設を選定した。研究依頼に際しては、研究への協力が得られた施設の看護部長を通じて選定基準を満たす看護師に依頼文書を配布してもらい、書面と口頭で協力が得られた看護師を対象とした。

## 4. データ収集期間

データ収集は、2008年9月から2009年1月であった。

データ収集の期間は、2011年の改正臓器移植法施行以前である。データはすべて、改正前の臓器移植法に基づき、本人が書面による意思表示をしており家族がそれに同意した事例についてのケア経験の語りである。

## 5. データ収集方法

データの収集方法は、看護師が脳死ドナーのケア経験をどう解釈し意味づけしていたのか意識化を促すため半構成的面接法とし、研究者がインタビューガイドに沿って面接した。面接に際しては、患者が入院してから臓器提供されるまでの経緯について思い出されることが忘れられないことおよびそれが看護師自身にと

ってどのような意味を持つ体験だったかについて話を聴いた。なお、経験における相互関係に関する看護師の意味づけと対処について研究者の理解を深めるため、看護師としての役割、脳死ドナーに関する経験、脳死ドナー家族に関する経験、医療スタッフに関する経験の4項目について具体的な出来事とその経験の意味をたずねた。さらに、経験に対する看護師の省察的意味づけと対処に関する研究者の理解を深めるため、脳死ドナーをケアして良かったと思える出来事、困ったこと、心残りな出来事とその対処行動についてたずねた。

面接場所はプライバシーに配慮して個室を確保し、面接内容は対象者の了解を得てICレコーダーに録音し、非言語的な反応や観察事項はノートに記録した。

## 6. 分析方法

データから概念を探るための分析は、才木（2006）のグラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき行った。具体的な分析手順を以下に示す。

- ①ICレコーダーに録音した面接内容を逐語録におこし、面接時の反応や様子およびノートの記録も併記した。
- ②まず、脳死ドナー家族のケアに焦点を当てて、データを読み込んで文脈を理解し、多角的に分析するためデータを切片に分けコード化した。
- ③次に、コード化された部分の内容を表現するラベルをつけ、類似するラベル同士をまとめて上位概念であるカテゴリーをつくり、カテゴリー名をつけた。
- ④カテゴリーは、プロパティ（特性）という視点から見たときのディメンション（次元）の範囲をとらえることで把握していった。プロパティを軸としてディメンションの移動による現象のパターンの変化を把握するとともに、概念レベルでの比較を行った。
- ⑤ラベルやカテゴリー名は、追加されるプロパティとディメンション、パターンのバリエーションとの関係で的確に表現されるよう修正・精錬し、データに基づいた名前となっているか確認した。
- ⑥解釈が恣意的に進まないよう、他の面接データとの類似、相違、関係性の視点で継続比較分析を行った。解釈、定義、カテゴリー名がデータに基づいているかを検討し、カテゴリー名を決定した。
- ⑦12程度のカテゴリー名が抽出されたところで、現象の構造とプロセスを把握するための枠組みであるパラダイムの「状況」「行為／相互行為」「帰結」をもとに、カテゴリー間の関係を検討してカテゴリー関連図を作成した。
- ⑧対象者の臓器移植に関する研修経験の有無や脳死ドナーケアにおける院内コーディネーターの兼任の有無により理論的対象選択を行い、7名の面接データを分析し終えた時点で新たなカテゴリーが生成されず、カテゴリーのプロパティとディメンションに関する新しい情報が出てこなくなり、可能性があると思われる状況のほとんどを説明することができたと考えられたため研究の終了とした。

## 7. 真実性の確保

質的研究の真実性を研究者がチェックし立証するための方法として、「参加者によるチェック」、「反対の事例あるいは変わりの解釈を探す」、「専門家による検討」、「監査のためのあしあとあるいは決定に至るあしあと」、「濃密な記述」、「振り返り」がある（Holloway, 1996, p252）。本研究では、「反対の事例あるいは変わりの解釈を探す」については、他の面接データとの類似、相違、関係性の視点で継続比較分析を行った。「専門家による検討」については、分析の焦点の設定、カテゴリーの生成、ストーリーライン・関連図の作成、すべての過程で GTA に精通した研究者によるスーパーバイズを受けた。「濃密な記述」については、本研究テーマの現象の背景にも触れながら、文脈中に含まれるカテゴリーの相互の関係を読者が理解しやすいよう文脈を記述した。「監査のためのあしあとあるいは決定に至るあしあと」、「振り返り」については、面接データを読みこんで文脈を要約した記録と、データを継続比較してカテゴリーごとにラベル・プロパティ・ディメンションを分析した記録を分析ワークシートとして作成した。

また、カテゴリーやラベルの定義の修正過程、関連する理論、カテゴリー生成中に生じた問いや理論的比較のアイディアなどのメモを分析メモとして残した。これらの分析ワークシートと分析メモを活用し、データの解釈、カテゴリー名がデータに基づいているか冗長性はないか検討しながら分析を進めた。

## 8. 倫理的配慮

調査の開始に際しては、研究対象者に対して、研究の目的と方法、協力の自由意思、協力拒否と途中辞退の権利およびそれに伴う不利益がないこと、プライバシーの保護の方法と研究結果の公表について書面と口頭で説明し、書面による承諾を得た。面接に際しては、プライバシーが保てる個室を確保した。データの取り扱いに際しては、個人名の匿名化、パソコンデータの暗号化、IC レコーダーおよび逐語録の施錠下での管理とした。なお、本研究は、青森県立保健大学研究倫理委員会の承認（承認番号 08056）を受けて実施した。

## 第4章 結果

### I. 対象の概要（表 1）

対象数は 7 名であり、うち 5 名が所属する施設は腎臓移植施設であった。年齢構成は、20 歳代が 2 名、30 歳代が 1 名、40 歳代が 4 名であった。臨床経験年数は平均 16 年、ICU/ER の経験年数は平均 10 年であった。脳死下臓器提供事例の経験数は、1 例が 5 名、2 例が 2 名であった。心停止下腎臓提供事例のケア経験は、7 名とも複数例を経験していた。透析患者および移植者のケア経験を有する者はいなかった。脳死臓器提供事例での役割は、院内コーディネーターとプライマリー看護師の兼任として 2 名、プライマリー看護師として 1 名、当日の受け持ち看護師として 2 名、看護師長として 2 名であった。面接時間は平均 45 分、最

短 25 分、最長 90 分であった。脳死臓器提供事例から面接までの経過月数は平均 16.7 ヶ月、最短 13 ヶ月、最長 23 ヶ月であった。

表 1 研究対象者の概要

ID	年齢	臨床経験年数	ICU・ER経験年数	脳死下提供事例の経験数	提供当時役割	移植関連臨床経験	研修参加の経験の有無
A	40代	26	15	2事例	院内コーディネーター兼任		院外
B	40代	21	9	2事例	看護師長		院内
C	40代	17	9	1事例	院内コーディネーター兼任	移植コーディネーター	院内・外
D	30代	10	7	1事例	受け持ち看護師	手術室看護師	院内
E	20代	8	6	1事例	プライマリ看護師		無し
F	20代	6	2	1事例	受け持ち看護師		無し
G	40代	24	22	1事例	看護師長		院内・外

## II. 分析結果

脳死ドナーをケアする経験について、看護師 7 名の面接データを分析した結果、12 のカテゴリーと 22 のラベルが抽出された。図 1 にカテゴリー関連図、表 2 と表 3 にカテゴリーを構成するラベルを示す。以下に、カテゴリー関連図とコアカテゴリー、ストーリーライン、カテゴリーとラベルについて説明する。

なお、本文中では、《》は、コアカテゴリーを、【】はカテゴリーを、[] はラベルを表す。“” は研究対象者の現実を反映する *in vivo code* (才木, 2008) として、研究対象者が用いた言葉を引用した。「」の斜体字は、研究対象者の語りを表し、末尾のアルファベットは研究対象者の ID を表す。

### 1. コアカテゴリーとカテゴリーの関連図

脳死ドナーをケアする看護師の経験は、《ケアへの不確かさと揺らぎに挑む》をコアカテゴリーとする、経験からの学びと認知的不協和を低減するための能動的挑戦であり、2 つのプロセスが抽出された。これは 11 のカテゴリーと 22 のラベルから構成される。

コアカテゴリーである《ケアへの不確かさと揺らぎに挑む》とは、ドナー家族との相互作用を通してあるいは看護師自身の内面で生じるケアへの不確かさと揺らぎを前提とし、それによって生じる認知的不協和を低減しようと能動的に挑戦することである。

脳死ドナーをケアする看護師の経験は、《経験的学習》と《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスから成り、これらの過程を経て獲得した【経験からの学習】と、見出した【ケアの実存的価値づけ】がきっかけとなり、【脳死ドナーケアの発動力

の進展】へとケアが発展する構造を生成した。《経験的学習》のプロセスは、【“見本がない” ケアへの構え\*2の不確かさ】への能動的な挑戦と内省を通して、経験からの学習を獲得する過程である。《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスは、倫理的【価値が対立するケアへの揺らぎ】の状況に身を置き、ケアへの新たな意味を見出し価値づける過程である。

《ケアへの不確かさと揺らぎに挑む》2つのプロセスを構成するカテゴリーの関連のバリエーションには積極的・調和的関連と消極的・回避的関連がある。積極的・調和的関連は、挑むスタンス\*3の柔軟性・挑戦性を特徴として不協和の対処方略が不協和の低減へと向かう関連であり、【脳死ドナーケアの発動力\*4の進展】へとケアの発展を導く。一方、消極的・回避的関連は、挑むスタンスの無難志向性を特徴として、不協和の対処方略が不協和を増大させる状況の回避に向かう関連であり、【ケアの不確かさと揺らぎの回避】にケアが停滞する。関連のバリエーションは、不確かさの度合いと揺らぎのコントロール感により規定される。ケアの発展あるいは停滞のいずれに帰結するかは、看護師が次に類似する事例をケアした時の不協和の対処方略に影響すると推測されるものである。

これらのことから、脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリーは、“見本がない” ケアへの不確かさ揺らぎを前提として、それによって生じる認知的不協和を低減しようと能動的に挑戦することであり、その過程を経て獲得した【経験からの学習】と、見出した【ケアの実存的価値づけ】がときかけとなり、【脳死ドナーケアの発動力の進展】へとケアの発展を導く。

注\*2；構え set とは、「ある状況下で特定のやり方で行動する傾向」。構えによって状況への対応が方向づけられる（Benner, 2001、p.6）。

注\*3；スタンス（姿勢） stance とは、「その人がその状況に持ち込む習慣、実践、関心事および技能」。ある特定の状況における自分の位置を見定めた展望が一例（Benner, et al, 1999、p.765）。

注\*4；発動力 agency とは、「必要とされていることや本人の行動力についての理解をもとにした、状況に影響を及ぼすような行動感覚や行動能力。また、その行動力量。これには意思決定も含まれる（Benner, et al, 1999、p.767）」

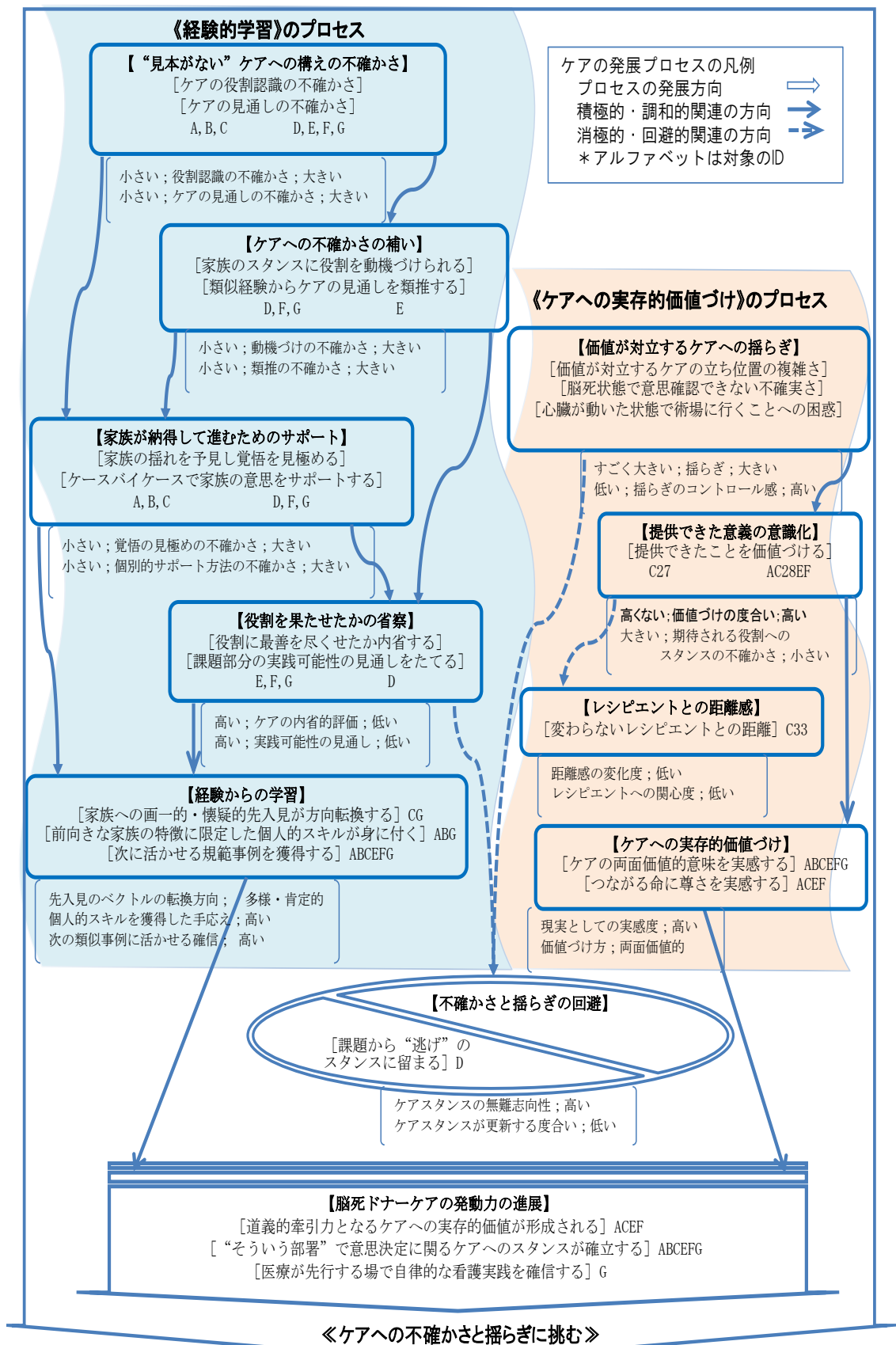


図 1 脳死ドナーをケアする看護師の経験のカテゴリー関連図

表 2 《経験的学習》のプロセスを構成するカテゴリーとラベル

カテゴリー	ラベル	ラベルの説明
“見本がない” ケアへの構えの不確かさ	ケアの役割認識の不確かさ	脳死ドナーケアの予備知識の高さと看護師の役割に対する信念の強さに規定される、ケアの役割認識の不確かさを示す。
	ケアの見通しの不確かさ	脳死ドナーケアの予備知識と類似経験から予測し行動する傾向の高さに規定される、ケアの見通しの不確かさを示す。
ケアへの不確かさの補い	家族のスタンスに役割が動機づけられる	家族の明確なスタンスに、看護師としての役割が動機づけられることを示す。
	類似経験からケアの見通しを類推する	過去の類似経験をもとにケアの見通しを類推することを示す。
家族が納得して進むためのサポート	家族の揺れを予見し覚悟を見極める	ドナー家族の気持ちの揺れを大局的に予見し、家族の覚悟を見極めることを示す。
	ケースバイケースで家族の意思をサポートする	ドナー家族の反応パターンを識別し、家族の意思をケースバイケースでサポートすることを示す。
役割を果たせたかの省察	役割に最善を尽くせたか内省する	ドナー・家族の意思をサポートする役割に最善を尽くせたか振り返り、自己洞察することを示す。
	ケアの課題の実践可能性の見通しをたてる	ケアの課題の改善や自己成長に関して洞察を深め、ケアの実践可能性の見通しを立てることを示す。
経験からの学習	家族への画一的で懐疑的先入見が方向転換する	家族の価値観や反応パターンに対する画一的で懐疑的な先入見が、多様で肯定的な認識に転換することを示す。
	家族のスタンスの特徴に限定した個人的スキルを習得する	家族の前向きなスタンスの特徴に限定した個人的スキルが、「うまくいった」感覚として身に着くことを示す。
	次に活かせる規範事例を獲得する	類似事例の看護実践をする時に、予測し見通しを立てる基盤となる事例を獲得することを示す。
不確かさと揺らぎの回避	課題から“逃げ”のスタンスに留まる	ケアの実践可能性の見通しが立たない課題から、逃げのスタンスに留まることを示す。
脳死ドナーケアの発動力の進展	“そういう部署”で意思決定に関るケアへのスタンスが確立する	救急の終末期医療の場で、患者・家族の自律的意思決定を尊重しサポートするケアへのスタンスが確立することを示す。
	医療が先行する場で自律的看護実践を確信する	医療が先行するケアの場で、看護師の自律的臨床判断により意思をサポートするケアの実践可能性を確信することを示す。

表 3 《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスを構成するカテゴリーとラベル

カテゴリー	ラベル	ラベルの説明
価値が対立するケアへの揺らぎ	価値が対立するケアの立ち位置の複雑さ	死が切迫する脳死ドナーとレシピエント双方の、価値が対立するケアの立ち位置で感じる複雑さを示す。
	脳死状態で意思確認できない不確かさ	家族が臓器提供を決断する時点では、脳死状態にあるドナーの意思を確認できない状況に疑問を持つことを示す。
	心臓が動いた状態で術場に行くことへの困惑	ドナー家族と看護師自身を置き換えて、摘出手術のために心臓が動いた状態で術場に行く状況に困惑することを示す。
提供できた意義の意識化	提供できたことを価値づける	提供できたことをレシピエントの福利として価値づけて、価値が対立する状況への揺らぎを低減しようとすることを示す。
レシピエントとの距離感	変わらないレシピエントとの距離	レシピエントの福利に期待される役割に対して受動的スタンスに留まり、レシピエントとの距離を維持することを示す。
ケアへの実存的価値づけ	ケアの両面価値的意味を実感する	脳死ドナーをケアする状況に身を置いて、ドナー家族とレシピエント双方の福利となるケアの意味を実感することを示す。
	つながる命に尊さを実感する	脳死ドナーをケアする状況に身を置いて、たくさんの人が関りつながるひとりの命に、尊さを実感することを示す。
不確かさと揺らぎの回避	課題から“逃げ”のスタンスに留まる	ケアの実践可能性の見通しが立たない課題から逃げのスタンスに留まることを示す。
脳死ドナーケアの発動力の進展	道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される	脳死ドナーをケアする状況に身を置いて、ケアを道義的に肯定するような新たな価値観が形成されることを示す。

## 2. カテゴリー関連図のストーリーライン

救命医療の場で脳死を宣告された患者の家族は、終末期の選択肢の一つとして患者の意思を尊重し脳死臓器提供を代理決定する。看護師のケアの焦点は、患者の救命からドナー・家族の意思のサポートにシフトする。看護師は、この突発的・偶発的で稀少な出来事である脳死ドナーをケアする状況で、認知的不協和【“見がない” ケアへの構えの不確かさ】を生じる。このケアへの構えの要素であるケアへの役割認識と見通しの不確かさが小さい場合は、状況をモニターしながら即時的・予測的に、【家族が納得して進むためのサポート】へと過程が進む。一方、経験知がゼロでケアへの構えの不確かさが大きい場合は、家族の臓器提供に対する明確で前向きなスタンスに、家族の意思を尊重しサポートする看護師としての役割を動機づけられ、過去の類似経験からケアの見通しを類推する【ケアへの不確かさの補い】を要する。看護師は【家族が納得して進むためのサポート】に能動的・挑戦的に挑み、家族の揺れの予見と覚悟の見極めの不確かさと家族の意思をサポートする個別的サポート方法の不確かさが小さい場合は、偶発的な出来事を学習機会に転換して、【経験からの学習】の獲得へと《経験的学習》のプロセスが進展する。一方、【ケアへの不確かさの補い】の要素である役割への動機づけと見通しの類推が不確かな場合は、【役割を果たせたかの省察】を経て、【経験からの学習】を獲得する。

また、移植医療は脳死ドナーからの臓器提供により成り立つことから、臨床上の倫理的問題を生じる。看護師は、脳死ドナーをケアする状況で、倫理的価値の対立による認知的不協和【特異な死の状況で価値が対立するケアへの揺らぎ】を生じる。揺らぎの要素である、価値が対立するケアの立ち位置の複雑さ、脳死状態で意思確認できない不確かさ、心臓が動いた状態で術場へ行くことへの困惑のコントロール感が高い場合は、[提供できたことを価値づける]という協和な認知の比率を増やす方略を先行して調和的に【提供できた意義の意識化】をし、両面価値的ケアの立ち位置で期待される役割へのスタンスの不確かさが小さい場合は【ケアへの実存的価値づけ】の過程を進む。この過程を経て、[道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される]が後続する。一方、揺らぎへのコントロール感が低い場合は、[課題部分から“逃げ”のスタンスに留まる]という不協和を増大させる状況を回避する選択的接触の方法により【不確かさと揺らぎの回避】をし、ケアが停滞する。なお、【提供できた意義の意識化】では、生死に直結するかどうかは意義の基準となる。死に直結しない心停止後の腎提供では、両面価値的ケアの立ち位置でレシピエントの福利に期待される役割へのスタンスの不確かさが大きく、その場合は、期待される役割に受動的スタンスで【レシピエントとの距離感】を維持し、不協和を増大させる状況を回避する。

この《ケアの不確かさと揺らぎに挑む》2つのプロセスが、[道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される] [“そういう部署”で意思決定に関するケアスタンスが確立する][医療が先行する場で自律的な看護実践を確信する]という【脳死ドナーケアの発動力の進展】へとケアの発展を導く。この発動力は、看護師が次に類似する脳死ドナーをケアする経験をした時の不協和の対処方略に影響を及

ぼすと推測される。

### 3. 《経験的学習》のプロセスを構成するカテゴリーの説明

《経験的学習》のプロセスを構成するカテゴリーには、【“見本がない” ケアへの構えの不確かさ】【ケアへ不確かさの補い】【家族が納得して進むためのサポート】【役割を果たせたかの省察】【経験からの学習】【不確かさと揺らぎの回避】がある。

#### 1) 【“見本がない” ケアへの構えの不確かさ】

【“見本がない” ケアへの構えの不確かさ】は、脳死ドナーをケアする状況で特定のやり方で行動する基となる見本がないため、対応の方向付けが不確かなことを示す。[ケアの役割認識の不確かさ][ケアの見通しの不確かさ]の2つのラベルからなる。

[ケアの役割認識の不確かさ]は、脳死ドナーケアに関する予備知識の高さと看護師の役割に対する信念の強さに規定される、ケアの役割認識の不確かさを示す。

A「その流れをきちんとわかってケアをできるということと、精神的なところでは、やっぱりその、家族の方の意思を尊重する、でそれをサポートする？っていうことなんだろうなと思いますよね。…移植（提供）を勧めるということもできない。移植に関してはやはり、その方々の考え方があるし。(A66)」

E「ちょうど脳死からの事例のプライマリーだったので、ただ、経験したことがないし経験したことがあるスタッフも少ないので、ま、どういうふうに進めればいいのかとか、どういう関わりを家族にしる患者さんにしろすればいいのかっていうのをちょっと悩みました。(E1)」

[ケアの見通しの不確かさ]は、脳死ドナーケアに関する予備知識と類似経験から予測し行動する傾向の高さに規定される、ケアの見通しの不確かさを示す。

C「こちらとしては、どういう動機があって提供に至るとかっていうことがしっかりしていないと、意思決定に関わって、…よくわからずにカード持ってるからじゃあ提供しますよっていうことであると、後でこう後悔したり、そういう話が違ったとかいうことになるので (C2)」

G「ただ、経験がないので、ま、看護はすべてですけど、まあ、手探りというか、まあ、これでいいのかな、これでいいのかなって言いながら進めていったっていう感じで、見本がないので、困ったといえは困ったですかね。(G37)」

#### 2) 【ケアへの不確かさの補い】

【ケアへの不確かさの補い】は、ケアへの構えの不確かさを前提条件として、その不確かさを低減するための方略を駆使することを示す。[家族のスタンスに役割を動機づけられる][類似経験からケアの見通しを類推する]の2つのラベルか

らなる。

〔家族のスタンスに役割を動機づけられる〕は、家族の明確なスタンスに看護師としての役割が動機づけられることを示す。

F「脳死の判定をするまで、片時も離れたくないって言われて、先生とずっと一緒にお部屋で待機してたんですね。で、看護師として何ができるかと自分で思った時に、できるだけもう、最後のこの看取りまでですね、脳の判定するまでに家族とお父さん自身が家族とこう関われる時間、残りわずかな時間をとにかくうまく持っていきたいと思って (F2)」

E「ご家族の方が、すごくあの、前向きな、その患者さんは父親、その家族の人たちにとっては、キーパーソンが長男さんだったんですけども、長男さんが、えーと、父親の意思を尊重したいからと言って、なんかその気持ちが強かったからスムーズにいったなっていう印象と、あとは、臓器摘出っていうか脳死判定にも立ち会いたかったっていうことが印象的でした。(E5)」

〔類似経験からケアの見通しを類推する〕は、過去の類似経験をもとにケアの見通しを類推することを示す。

C「昔の話とかを話して、どういう方だったんですかっていうような話を聴いていくと、こういう方だったとかっていう話になってくると、だんだん思い出してくるんで。例えばですけど、優しい人だったから、だからこんなねカード書いたんだよねっていうふうにつながっていくので (C25)」

E「話を聴いてあげて何かわからない部分とか質問があれば、それに答えて、ですね。ありきたりになりますけど。ハイ。そうするとたくさん話をしてくれたりとかして、ま、最終的には迷われていたけど、結論出すことができると思いますね。うーん、それだけで結論が出せるわけではないんですけど、はい。でも、私が思い浮かぶ限りでは、それくらいしかできないかなっていうふうに思いますね。(E75)」

### 3)【家族が納得して進むためのサポート】

【家族が納得して進むためのサポート】は、ケアへの構えの高さを前提条件として、ケアの見通しを立て家族の意思をサポートする役割を果たそうと能動的・挑戦的に挑むことを示す。〔家族の揺れを予見し覚悟を見極める〕〔ケースバイケースで家族の意思をサポートする〕の2つのラベルからなる。

〔家族の揺れを予見し覚悟を見極める〕は、ドナー家族の気持ちの揺れを大局的に予見し、家族の覚悟を見極めることを示す。

A「関わる中で気をつけていましたね、様子とかですね。もしかして悩んだりしているのかなとか。ただ、どうですか、気持ちは変わりませんかとかちょっと言えないので、ふだんの会話から、普通の会話から、落ち込んでいる様子がないとか、迷いがあるんじゃないとかか注意してみるようにしました。うん。(A40)」

E「でも、長男さんの声かけで親父いやなら起きてみろとかそういう声かけがあったので、きっと受け入れ…もう全然いいですよ、いいですよという感じではなかったと思いますね、はい。その時思っていたのは、やっぱり、そうやってすごく前向きな長男さんでも、どこかでやらなくてもいいんじゃないかとか思っているのかなあと私は思っていたんですね。(E11)」

〔ケースバイケースで家族の意思をサポートする〕は、ドナー家族の反応パターンを識別し、家族の意思をケースバイケースでサポートすることを示す。

C「そのケースバイケースなんですけど。や、私だったら、迷っているんだったら、迷っているんだったら辞めてもいいんじゃないっていうふうなことを言う時もありますね。でも、ただ話を聴いていると、実は提供すごくしたいと思っているんだけど、自分はすごく思っているんだけど、じゃ母が、母はもうしゃべれないんで、そこですごく葛藤しているから、それは辞めたらどう？っていうよりは、その方の話を聴いて本人がこう納得するまでは待ったほうがいいかなって思います。(C80)」

E「やっぱり話を聴いたりとか、しかできないですね。話を聴いてあげて何かわからない部分とか質問があれば、それに答えて、ですね。ありきたりになりますけど。(E75)」

#### 4)【役割を果たせたかの省察】

楠見(2012)によると、省察には、経験から実践知を獲得する際に重要な役割を果たし、過去の体験に意義や意味を解釈して洞察を得る振り返りの省察、実践可能性についての考えを深める見通しの省察、状況をモニターして注意を向け行動を適切に調整する行為の中での省察がある。このカテゴリーは、看護師がケアの振り返りから、ケアの役割遂行に関する自己洞察と実践課題の見通しへの考えを深めていることを示すことから、【ケアの役割を果たせたかの省察】と命名した。

【役割を果たせたかの省察】は、ケアの役割認識の不確かさを前提として、その役割に最善を尽くせたか能動的に振り返り自己洞察し、柔軟にケアの課題部分の改善や自己成長に関する理解を深め実践可能性の見通しを立てることを示す。〔役割に最善を尽くせたか内省する〕〔課題部分の実践可能性の見通しをたてる〕の2つのラベルからなる。

〔役割に最善を尽くせたか内省する〕は、ドナー・家族の意思をサポートする役割に最善を尽くせたか振り返り、自己洞察することを示す。

F「その時も、あの、良かったって言うてはくれたんです。自分のなかでは、あの、最善を尽くせたかっていうと、まあ、配慮ができたかなっていう反省はありましたね。なんかその下の子にも、もうちょっとこう…説明っていうか、もっとこう言えたのかなって、自分のなかでもっと詳しく？理解できるところまでもっていけたら良かったのかな言うのもちょっと残っているところです、自分の中で (F22)」

E「逆になんか自分のほうが救われたというか、なんていうか、ご家族がそういう落ち着いたような感じの家族だったので (D97)」

〔課題部分の実践可能性の見通しをたてる〕は、ケアの課題部分の改善や自己成長に関して洞察を深め、ケアの実践可能性の見通しを立てることを示す。

F「それは自分がもっと経験を積んでいればもっとスムーズにできたんだろうなっていうところがあります。それは困ったっていうか、ま、そうですね、私じゃなかったらもっとこうスムーズにできたのかもしれないなとかそういうことも思ったけど、いい勉強はさせてもらったので、次はもうちょっと、もうちょっとこの間の時よりはできるようになるんじゃないかと思うんですけど。(F80)」

D「他の場面で、いざなった時に、やっぱりいやだって思う人もいるんじゃないかなと思ったりもしますが、そういう時には自分はどう声をかけて言ったらいいんだろうなっていう部分はとてもあります(D102)。うーんと、動揺とかあったご家族に対して、今回はそうではなかったけれども、今後どうしていったらいいんだろうなという部分ではあるんですけども。今回それが不安だったからっていう部分が結構あったので (D108)」

#### 5)【経験からの学習】

【経験からの学習】は、“見本がない”ケアへの不確かさに能動的に挑戦することによって、次に脳死ドナーをケアする時の構えの基盤となる学習内容を獲得することを示す。〔家族への画一的で懐疑的先入見が方向転換する〕〔家族の特徴に限定した個人的スキルを習得する〕〔次に活かせる規範事例を獲得する〕の3つのラベルからなる。家族に対する先入見、家族ケアの個人的スキル、規範事例は、次に類似事例をケアする時の臨床判断の基盤となるものである。

〔家族への画一的で懐疑的先入見が方向転換する〕は、家族の価値観や反応パターンに対する画一的で懐疑的な先入見が、多様で肯定的な認識に転換することを示す。

C「いろいろな価値観っていうか、考え方？をもっている方がいっぱいいるんですけど、臓器提供に関してもものすごくいろいろな考え方がされてる方がいて、お話を聴いても、この人だけなのかなっていうふうな、特別なのかなって思うんですけども、いろんな考え方をする方がいて、私の考えが及ばないような人たちもいるので、やっぱりお話してみないとわからないなっていう、そのなかでも非常にこう提供に対して肯定的にとらえてるっていうふうな方も、いろいろいらっしゃるんで、それは変わってきて (C60)」

〔家族のスタンスの特徴に限定した個人的スキルを習得する〕は、家族の前向きなスタンスの特徴に限定した個人的スキルが、「うまくいった」感覚として身に着くことを示す。

B「自分の中での技術っていうんですかね、少しこう身につけることができた

のかなって思っているんですけど。なかなか経験できることではないので、本来むしろ悲嘆プロセスみたいな過程にあって、非常に意思決定に葛藤している家族とか、あの決断でよかったのかなっていうふうに、もう悩みながらっていうふうなのが见えてる家族であれば、ちょっと、どう関われたかなっていうところは、うーん、まだ、心配な部分っていうんですかね、できるのかなっていうふうなところはあるんですけども。まあ、今回は家族が非常に母親の気持ちと自分たちの気持ちっていうところがはっきりしていたんで、コミュニケーションを取りやすかったというふうなところがありますね。家族の持っている特徴っていうんですかね、そういう影響も大きかったっていうふうには思っているんですけども (B34)」

〔次に活かせる規範事例の獲得〕は、類似事例の看護実践をする時に、予測し見通しを立てる基盤となる事例を獲得することを示す。

E「次に同じような症例がいらっしゃった場合に、スムーズに対応できるのでそういうところがよかったなと思います。次に何をしなくちゃいけないとか、今回初めてで、まったく流れだとか連携の仕方とかわからなかったのも、もしか、希望があったときにどう相談すればいいのか、そういう調整のことですね (E54)」

#### 4. 《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスを構成するカテゴリーの説明

《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスのカテゴリーには、【価値が対立するケアの揺らぎ】【提供できた意義の意識化】【レシピエントとの距離感】【ケアへの実存的価値づけ】【不確かさと揺らぎの回避】がある。

##### 1) 【価値が対立するケアへの揺らぎ】

【価値が対立するケアへの揺らぎ】は、脳死ドナーに特異なケアの状況に身を置き、看護師自身の内面で生じる倫理的価値が対立する揺らぎを示す。〔価値が対立するケアの立ち位置の複雑さ〕〔脳死状態で意思確認できない不確かさ〕〔心臓が動いた状態で術場に行くことへの困惑〕の3つのラベルからなる。

揺らぎの度合い・コントロール感が、揺らぎへの対処方略を規定する。

〔価値が対立するケアの立ち位置の複雑さ〕は、死が切迫する脳死ドナーとレシピエント双方の、価値が対立するケアの立ち位置で感じる複雑さのことを示す。

C「移植しないとあと一ヶ月で亡くなるっていう患者さんを隣にしてこちらにドナーがいてっていうので、まあ、血液型が違うからぜんぜんこちらに提供ってことはないんですけど、それが同時進行されていて、そうになっていくと私達のこの考え方っていうのが、今提供する側でずーっといたのが、こちらで提供を受けるほうの看護をしてるっていうのがものすごい複雑な (C35)」

〔脳死状態で意思確認できない不確かさへの疑問〕は、家族が臓器提供を決断

する時点では、脳死状態にあるドナーの意思を確認できない状況に疑問を持つことを示す。

E「患者さんはもう脳死状態なので、患者さんの思いってわからない、伝わらないじゃないですか、ほんとの思いって。だからそれが、うーん、それがどうなんだろうといえますか、この方の場合、その患者さんもすごく提供したい意思があった方みたいなので、ご長男さんのお話によると、まあスムーズだったんですけど、ご家族がそういう意思をきちんと確認していない場合はどうなんだろうなっていう疑問みたいなのはありました。(E68)」

〔心臓が動いた状態で術場に行くことへの困惑〕は、ドナー家族と看護師自身を置き換えて、摘出手術のために心臓が動いた状態で術場に行く状況に困惑することを示す。

D「モニターをつけて心臓が動いている状態で家族と最後に術場の方へっていうようなシチュエーションで行ったはずなので、その時の、うーんと、御家族の気持ちとかをいろいろ考えますし、それもひとつの自分のなかでどうしたらいいんだろうって、本当に素直に思ったんですけども。でもその家族の方は、やっぱり、受け止めがちゃんとされていたのかなと思うんですけども。(D91)」

## 2) 【提供できた意義の意識化】

【提供できた意義の意識化】は、ケアの状況の倫理的価値の対立による揺らぎを調和的に低減しようとする対処方略のことを示す。〔提供できたことを価値づける〕のラベルがある。

〔提供できたことを価値づける〕は、提供できたことをレシピエントの福利として価値づけて、価値が対立する状況への揺らぎを低減しようすることを示す。

C「心臓の提供とかってことになると、それを提供されることで、死っていうものが生に変わるって言うか、そういうのをね、すごい実感したのと…で、こちらのほうが提供できたということがすごい意義あることすごいいことなんだっていうことは…(C28)」

C「今まで心停止後の腎臓提供って、腎臓の方って、QOLは改善しますよね、ただ、死に直結ってことはないですよ (C27)」

## 3) 【レシピエントとの距離感】

Benner (2001) によると、看護師は自分自身の保護のために患者や家族との人間関係に距離を置くこともあるが、積極的に関わったほうが看護師自身のコーピングの力を引き出す可能性を述べている。このカテゴリーは、間接的ではあるがケアの責任を伴うレシピエントとの関係性への密接さを示すことから、【レシピエントとの距離感】と命名した。

【レシピエントとの距離感】は、レシピエントの福利に期待される役割に対して受動的スタンスに留まり、レシピエントとの距離を維持することにより、揺ら

ぎを増大させる状況を回避することを示す。[変わらないレシピエントとの距離]のラベルがある。

[変わらないレシピエントとの距離]は、レシピエントの福利に期待される役割に対して受動的スタンスに留まり、レシピエントとの距離を維持することを示す。

C「元気になりましたよっていうサンクスレターとかもいただくんですけども、でも、実際見てるわけじゃないのでやっぱりちょっと遠い存在ですし、腎臓で死んでいるのではないですけど (C33)」

#### 4)【ケアへの実存的価値づけ】

Benner ら (1989) によると、実存的とは、人間が状況のうちに身を置いているさまであり、人間は自らの過去に対する理解を背景として未来の展望を持つことができる。このカテゴリーは、ケアする状況のうちに身を置き、これまでのケアに発展的展望としての新たな価値を見いだすことを示すことから、【ケアへの実存的価値づけ】と命名した。

【ケアへの実存的価値づけ】は、現実に関与する状況の内に身を置いて、脳死ドナーケアに両面価値的意味と命の尊さを実感し、新たにケアに価値づけることを示す。[ケアの両面価値的意味を実感する][つながる命に尊さを実感する]の2つのラベルからなる。

[ケアの両面価値的意味を実感する]は、脳死ドナーをケアする状況に身を置いて、ドナー家族とレシピエント双方の福利となるケアの意味を実感することを示す。

E「無事に摘出した臓器が別の患者さんを助けることができて…そういうことだったんだと改めて思いました。(E62)」

[つながる命に尊さを実感する]は、脳死ドナーをケアする状況に身を置いて、たくさんの人が関わりつながるひとりの命に、その尊さを実感することを示す。

E「たくさんの人が関る。それほど命の尊さっていうのは改めて感じました (E29)」

### 5. 《経験的学習》と《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスが帰結する バリエーション

2つのプロセスの帰結に共通するバリエーションは、【脳死ドナーケアの発動力の進展】と【不確かさと揺らぎの回避】であり、4つのラベルがある。

#### 1)【脳死ドナーケアの発動力の進展】

【脳死ドナーケアの発動力の進展】は、脳死ドナーケアの役割とケアの見通しの確かさについての理解をもとに、ケアへの挑戦的スタンスと構えが高まることを示す。これには意思決定が含まれ、類似事例のケアへの対処方略に影響を及ぼ

すと推測されるものである。[道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される][“そういう部署”で意思決定に関するケアへのスタンスが確立する][医療が先行する場で自律的な看護実践を確信する]の3つのラベルからなる。

[道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される]は、脳死ドナーをケアする状況に身を置いて、ケアを道義的に肯定するような新たな価値観が形成されることを示す。

A「普通の医療における看護っていうふうなものとは別に、移植医療っていうのがあって、移植医療っていうものがあるって、移植を受ける方、提供したい方がいるんだな。それにおける様々な家族の想いとかに触れることができて、そういう移植医療に関わっているスタッフとか看護師とか、(移植)コーディネーターとかもいらっちゃって、そういうふうな医療が盛んにおこなわれている病院とかもあるんですよ。そういうふうな移植医療ってものを自分は経験できた。そういう医療があるってことを機会があったら、関わる機会があればやっていきたい。今の業務ではないだろうけれども、そういう医療があるんだよっていうことをみんなに伝えていきたいっていうんですか。(A)」

[“そういう部署”で意思決定に関するケアへのスタンスが確立する]は、救急の終末期医療の場で、患者・家族の自律的意思決定を尊重しサポートするケアスタンスが確立することを示す。

C「やっぱり臓器提供って別に特別なことじゃなくって、救急での終末期医療の中でこれからじゃどうしようって、最後を脳死っていうことで、あと1~2週間ですよっていわれたときにご家族がどう過ごすかってことを、臓器提供とか考えないなかで臓器提供がひとつのことだし、そのなかの一つっていうふうなとらえ方にはなって、そうなるってくると周りも変わってくるんで、そんなに臓器提供を特別っていうふうにはここのスタッフは思っていないんじゃないかなって思うんですけど、そんなに(C70)」

[医療が先行する場の自律的な看護実践を確信する]は、医療が先行するケアの場で、看護師の自律的臨床判断により意思をサポートするケアの実践可能性を確信することを示す。

G「クリティカルというか救急領域での看護もどちらかというと医療が先行しがちというか仕方ないんですけども、ちゃんとナースが独断でというか、独自にこうやって関われるんだぞっていうことが証明できたって言ったら変ですけど、ほんとによく聞いて、〇〇と××が関わった方が摘出の場面を見せてくれっていうことで、それも叶えたんですね、もちろんモニターですけど、…もっと他にないの、もっと他にないのっていうのが出てきて皆でそれが共有できたことが良かったかなと(G48)」

## 2)【不確かさと揺らぎの回避】

【不確かさと揺らぎの回避】は、ケアの実践可能性の見通しが立たない課題から逃げのスタンスに留まり、揺らぎを増大させる状況が無難志向的なスタンスで回避することを示す。[課題部分から“逃げ”のスタンスに留まる]のラベルからなる。

[課題から“逃げ”のスタンスに留まる]は、ケアの実践可能性の見通しが立たない課題から逃げのスタンスに留まることを示す。

D「話をただで自分のなかで整理って、ご家族の方もついていく方も結構いらっしゃるので、傾聴の姿勢とかは大切だなんて改めて看護学校の時代に習ったような感じですけども、そういう機会を作るとは大切だなんていつも思っています。自分の中の体験として、ご家族との関わり合いのなかで非常にやっぱり、それこそ動揺がなくてよかったなっていう部分が結構ありますけども、それはもう自分の逃げに入ってしまったというんですけども (D117)」

## 第5章 考察

### I. わが国の脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造の特徴

#### 1. 脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリー

わが国の脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリー《ケアへの不確かさと揺らぎに挑む》が導かれた背景には、以下の脳死ドナーをケアする状況特性が考えられる。

脳死下臓器提供は、ドナーの原疾患の約9割を頭部外傷や急性脳血管疾患が占め(社団法人日本臓器移植ネットワーク b, 2005)、クリティカルケア領域の終末期医療の延長線上にある。そのため、脳死ドナーケアの局面は、救命治療が優先されるクリティカルケアの場で救命から終末期へと移行する分岐点にあり、看護師が考える脳死下臓器提供に必要な看護は、命の尊厳の保持と脳死ドナー家族の意思決定支援である(池田ら, 2002)。このような状況の局面の理解は、実際の臨床状況を前もって経験していることが関与する(Benner, et al, 1999)。看護師は、命が切迫する患者家族の代理決定を支援する過去の類似経験の理解に基づき、それをケアの主要点\*5として重要性を認識したからこそ、【“見本がない”ケアへの構えの不確かさ】に認知的不協和“困った(G)”を生じたと考えられる。先を考えることは看護師に共通する思考の習慣であり、臨床における先見性\*6は出来事に必要な対処を予測し行動するのを可能にする(Bennar, et al, 1999)。一方で、先を考えて行動する看護師の特性として、見本となる経験がないケアの役割や見通しへの不確かさは認知的不協和の要因となると考えられる。さらに、本研究では、脳死ドナーをケアする状況で“ものすごい複雑な(C)”倫理的【価値が対立するケアへの揺らぎ】を生じていた。これは、延命治療の代理決定支援における倫理的価値の対立によるジレンマや(飯田, 2009)、脳死下臓器提供に関わった看護師の倫理的判断の迷いや動揺(山勢ら, 2003)と類似する。このことから、脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリーは、クリティカル

ケアの領域特性にある代理決定支援という状況の局面の重要性の理解に基づき、ドナー家族との相互作用を通してあるいは看護師自身の内面で生じるケアへの不確かさと揺らぎを前提として、その認知的不協和を低減しようと能動的に挑戦することであると考えられる。

脳死ドナーケアをクリティカルケア領域における終末期ケアの延長線上に位置づけた時、わが国の移植医療の社会・文化的背景が看護師の脳死・臓器摘出に対する考え方や倫理的判断に関わる重要な論点となる。Lock (2004) は、日本で脳死が簡単に認められないのは、遺体の尊厳を重視し死を社会的プロセスとするわが国固有の価値観や文化・社会的背景が関連していることを言及している。Nakagawa (1995) も、西洋の自律的な本人の意思決定と異なり、死は社会的出来事であり、死の判断には家族の意向が重要になるとする点で同様の見解を述べている。このようなわが国で、ICU 看護師が行っている家族への終末期ケアは、家族が死を受容し良い看取りをするためのケアであり、終末期ケアへの看護師の肯定的感情がそのケアの実態と関連する (浅見, 2013)。一方で、クリティカルケアの場で患者の生命に関わる判断を求められる家族への関わりに対する困難として、クリティカルケアの場や看護体制の特徴に依拠するものと、看護師個人の代理決定支援に関する知識・技術不足が報告されている (上澤ら, 2013)。このことから、脳死ドナーをケアする看護師の経験のコアカテゴリーの前提にある不確かさと揺らぎは、わが国固有の価値観やクリティカルケア領域の終末期ケアの看護実践上の課題を背景として、家族の代理決定支援という状況の局面の重要性の理解に基づき生じる認知的不協和であることが考えられる。

注\*5；主要点 **salience** とは、「状況の中のある局面が、重要度が高いまたは低いものとして目立って見える状態 (Benner, 2001, p.252)」

注\*6；臨床における先見性 **clinical forethought** とは、「臨床で起こり得る出来事を予測し、妥当な行動を起こすといった思考の習慣 (Benner P, et al, 2001, p.88)」

## 2. 【脳死ドナーケアの発動力の進展】を導く 2つのプロセスと発展要因

わが国の脳死ドナーをケアする看護師の経験は、《ケアへの不確かさと揺らぎに挑む》2つのプロセス《経験的学習》《ケアへの実存的意味づけ》から成ることが示された。また、これらのプロセスのそれぞれの成果である【経験からの学習】と【ケアへの実存的意味づけ】は、【脳死ドナーケアへの発動力の進展】へとケアの発展を導くことが示された。

《経験的学習》のプロセスとは、“見本がない”ケアの役割と見通しの不確かさへの能動的な挑戦と内省を通して、経験からの学習を獲得する過程である。経験と学習の関係は、経験により既存の知識・スキル・信念の一部が修正・追加されたりする変化が学習であり (松尾, 2006)、過去の経験を通して獲得した知識やスキルがその後の経験の質を修正していく (Dewey, 1938)。「経験的学習は、状

況を展開することによって洗練され、喚起され、反証されることを素直に期待することで成し遂げられる臨床での学習 (Benner, et al, 2005. p764)」であり、状況への積極的な関与を必要とする。そのため、経験からの学習を促進する態度要因には挑戦性と柔軟性がある (楠見ら, 2001)。

看護師の家族に対するスタンスは、状況に応じて用いる態度や行為、気遣いや技能と定義され、このスタンスによって家族ケアに対する選択肢や見込みは影響される (Stannard, 1997)。本研究では、家族との相互作用を通して、「片時も離れたくないって言われて、…で、看護師として何ができるかと自分で思った時に、とにかくうまくもっていきいたい (F)」とケアの役割が動機づけられ柔軟で挑戦的ケアスタンスが導かれて、経験的学習の過程が進展した。また、偶然を学習する機会に転換するスキルには好奇心 *curiosity*、持続性 *persistence*、柔軟性 *flexibility*、楽観性 *optimism*、リスクテイキング *risk taking* がある (Mitchell, Levin and Krumboltz, 1999)。本研究では、偶発的な出来事である脳死ドナーケアへの準備状態の【不確かさの補い】として、“看護師として何ができるか”柔軟に動機づけられて学習機会を探索し、できるだけ“自分で関わって”挑戦的に努力し続け、“とにかくうまくもっていきいたい”と達成可能であると考え、【家族が納得して進むためのサポート】を行動していた。このことから、ケアスタンスの柔軟性・挑戦性と偶然を学習機会に転換するスキルの高さが、《経験からの学習》のプロセスにおけるケアの発展要因と考えられる。

また、本研究では“提供に対して肯定的にとらえているっていうふうな方もいろいろいらっしゃるんで、それは変わってきて (C60)”と先入見が方向転換し、“自分の中での技術 (B34)”としての個人的スキルの習得手応えと、“次に同じような症例がいらっしゃった場合にスムーズに対応できる (E54)”次に活かせる規範事例\*7の獲得の手応えを得て、“救急の終末期医療の中で、ご家族がどう過ごすか”の意思決定に関わるケアスタンスが確立し、“独自に関われ”“叶えた”自律的看護の実践可能性の見通しを確信していた。これは、【経験からの学習】の内容である先入見の方向転換、個人的スキルの習得、規範事例の獲得が、看護師の今後の経験の質、臨床状況の理解・感知する方法、思考・行動に積極的に関連するものであり、これをきっかけとして脳死ドナーケアの発動力が進展することを示す。

《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスとは、倫理的価値が対立するケアへの揺らぎの中に身を置き、ケアの新たな意味を見出し価値づける過程である。看護実践における倫理的価値の対立を解決するために、看護師は倫理原則を価値の中心においた原則指向と価値を中心においたケア指向の方法を系統的に使っている (Redman & Fry, 2000)。本研究では、【価値が対立するケアへの揺らぎ】への対処方略として、“すごい意義あること”と[提供できたことを価値づける]ケア指向を先行して揺らぎを低減し、“命の尊さっていうのは改めて感じ”て【ケアへの実存的価値づけ】をする原則指向が後続することにより、“そういうふうな移植医療ってもの”に“関わっていきいたい”と、[道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される]過程が進んだ。これらのことから、価値指向と原則指向によ

る系統的解決方法が、《ケアへの実存的価値づけ》のプロセスにおけるケアの発展要因と考えられる。また、専門的価値は個人的価値体系に組み入れられ、個人的価値は看護師がとる行動にも影響を与える（Fry, 2008）。浅見（2013）によると、ICUにおける終末期ケアに対する看護師の「肯定的な感情」と終末期ケア（看護行為）は正の相関を示す。また、死に逝く患者をケアする様々な負の感情や否定的態度をつりあわせるために肯定的な感情が成長していき（Yang, 2001）、患者の死を体験した看護師の成長には、体験を肯定的に意味づける「対処行動」が関連する（西田ら, 2011）。本研究では、脳死ドナーをケアする状況で生じる倫理的価値の揺らぎを低減するための調和的対処【提供できた意義の意識化】により、専門的価値が個人的価値に組み込まれて【ケアへの実存的価値づけ】、脳死ドナーケアへの肯定的な感情が導かれ看護師自身の成長〔道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される〕につながっている。このことから、脳死ドナーをケアする状況で生じる倫理的価値の揺らぎに対する調和的対処方略は、ケアへの肯定的感情と看護師自身の成長を導き、ケアの発展につながると考えられる。

本研究では、【ケアへの実存的価値づけ】は、現実に関与する状況に身を置いてケアの意味を実感することとして示された。実存主義では「実存は本質に先立つ（Sartre, 1946, p.39）」と考えられ、サルトルによる実存 *existence* とは、現実に関与することによって本質が見えてくるような存在である（三田, 2011）。また、ベナーら（1989）による実存的 *existential* とは、「人間が状況のうちに身を置いているさま（Benner, et al, 1989, P450）」であり、実存的背景には時間性と関心が内包される。つまり、実存的存在である人間は、自らの過去に対する理解をもとに現在を生きており、それを背景として初めて未来の展望を持つことができるし、何らかの関心が生じた時にこれまで気づかなかったことが新たに際立つようになる（Benner, et al, 1989）。このことから、【ケアへの実存的価値づけ】が内包する、ケアの両面価値的意味とつながる命の尊さを実感することは、今後の看護行動の選択やケアへの展望に積極的に関連するものであり、これをきっかけとして脳死ドナーケアの発動力が進展することを示す。

以上のことから、【脳死ドナーケアへの発動力の進展】は、【経験からの学習】と【ケアへの実存的価値づけ】がきっかけとなり導かれると考えられる。

優れた実践を導く倫理的牽引力は内発的動機付けであり、卓越した実践家を導くのは優れた実践を達成する能力による動機付けである（Benner, et al, 1999）。本研究で示された【脳死ドナーケアの発動力の進展】は、脳死ドナーをケアする特定状況において、優れた実践を導く倫理的牽引力と優れた実践を達成する能力が動機付けとなり卓越した実践家を導くケアの発展モデルと考えられる。そして、ケアの発展モデルの要素として、ケアへの実存的価値の形成、ケアへのスタンスの確立、自律的看護実践の確信が示唆された。これは、次に類似の脳死ドナーをケアする時の、ケアへの不確かさと揺らぎの対処方略を導く要素と推測される。

本研究で、脳死ドナーケアに対する両面価値的価値づけが【脳死ドナーケアへの発動力の進展】を導くきっかけとして示されたことは、欧米の移植先進国における複数の先行研究（Kiberd, 1992, Pearson, et al, 2001, Sadala, 2000）

の示唆と類似する。一方、本研究では、【経験からの学習】がケアの発展を導くもう1つのきっかけとして、新たに示された。これは、脳死臓器提供施設が限定されており脳死ドナーをケアする経験を積み重ねることが難しいわが国において、“見本がない”ケアへの不確かさに挑む看護師に特有な発展要因と考えられる。

注\*7；規範事例 paradigm case とは、「これからの臨床状況を理解し感知する方法を変え得る臨床の出来事。(Benner, et al, 1999, p.764)」

## II. 看護実践への発展的示唆

### 1. “見本がない”ケアの経験に内在する実践的知識の獲得への示唆

Benner (2001) によると、経験的学習は予備知識をより優れたものにする臨床での学習であり、「経験」を積むにつれて臨床知識\*8は高まる。(Benner, 2001)。そして、意義深い経験は、学習者が手本として採用することで規範事例として機能する (Benner, 2001)。つまり、経験から効果的に学ぶことで、ある特定のケア対象が示す病気や治療に対する反応の理解に基づいた臨床における先見性は進歩する (Benner, 2001)。また、実践知を獲得するために経験から学習する態度として、成長しようとする能力・達成動機といった挑戦性、環境への適応能力・相手に応じた柔軟な対応といった柔軟性、過去の類似経験を探索し利用して問題解決する類推が重要となる (金井ら, 2011)。本研究では、“見本がない”脳死ドナーをケアする経験に挑み獲得した【経験からの学習】の内容として、臓器提供に対する考え方は“いろいろ”と[家族への画一的・懐疑的先入見が方向転換する]、“自分の中での技術っていう”[家族の特徴に限定した個人的スキルを習得する]、“同じような症例にスムーズに対応できる”[次に活かせる規範事例を獲得する]が示された。これらの学習内容はケアへの予備知識として機能し、次の類似事例のケアへの構え[ケアの役割認識の不確かさ][ケアの見通しの不確かさ]を確かなものにすると考えられるものである。これらのことから、本研究で明らかとなった【経験からの学習】の内容は、“見本がない”ケアの経験に内在する実践的知識\*9獲得の独自性として示唆された。

注\*8；臨床知識 Clinical knowledge とは、未熟な知識と未整理の理論的知識との複合体であり、看護師が「経験」を積むにつれて高まる。(Benner, 2001)」

注\*9；実践的知識 practical knowledge とは、「技能をじかに実践したり、文化的な対応を実践するなかで獲得される知識。実践的知識を持っているということは「それを知っているということなく「どうすればいいかを知っている」ということ (Benner, 2001)」

### 2. ケアの発展モデルとしての応用可能性

本研究のケアの発展モデルは、《経験的学習》と《ケアへの実存的価値づけ》

の2つのプロセスによってケアの発動力が進展することを示す。先進医療やクリティカルケアのケアの場では、医療技術の進歩に伴い新たな専門性の高い知識・技術および倫理的問題解決能力が求められる。そのため、“見本がない”ケアに、挑む様々な状況が考えられる。本研究のケアの発展モデルで示された2つのプロセスの発展要因であるケアへのスタンスの柔軟性・挑戦性と、倫理的価値の対立への系統的解決方法は、“見本がない”ケアに挑む類似の状況への応用可能性が考えられる。

### 3. 研究の限界と課題

本研究では、ケアの発展的示唆を得る観点から経験の構造を明らかにすることを目的として、脳死臓器提供に至った事例のケア経験がある看護師を対象とした。その結果、研究協力に同意が得られた対象には、提供意思が前向きな家族の提供事例のケアを経験した看護師という偏りがあった。家族ケアに対する選択肢や見込みは、家族に対する看護師のスタンスに影響される（Stannerd, 1997）。本研究では、ドナー家族の前向きなスタンスにケアの役割が動機づけられることが示されたことから、ドナー家族の前向きさは看護師のケアスタンスに影響することが考えられ、また、提供意思を実現できたかどうかは看護師の経験的学習やケアへの価値形成のプロセスに影響することが考えられる。

本研究では、わが国の脳死容認に対する社会的合意形成の未成熟さ、死のプロセスや死体損壊に対する固有の考え方、移植医療の歴史的経緯を背景として、看護師のケア経験のどのような要素が、その後の脳死ドナーケアへのスタンスや構えといった看護実践に影響するのか、一定の示唆が得られた。改正臓器移植法施行後、主治医等からの選択肢の提示による脳死下臓器提供数は増加した一方で、ドナー家族が臓器移植コーディネーターとの面談を希望する回数も増加する傾向がみられている（厚生労働省健康局疾病対策課移植医療対策推進室, 2013）。これは、ドナー本人の書面による意思表示がないままに代理決定する家族の迷いや葛藤が推測され、家族の代理決定支援や悲嘆ケアの重要性がさらに高まっていると考えられる。今後は、本研究結果を基に、家族のスタンスが異なる場合のケア経験の構造を探ることにより、ケアの発展プロセスのバリエーションを明らかにすることが研究課題の発展的展望と考えます。

## VI. 結論

1. 脳死ドナーをケアする看護師の経験の中核となるものは、“見本がない”《ケアの不確かさと揺らぎに挑む》ことである。
2. 脳死ドナーをケアする看護師の経験のプロセスとして、《経験的学習》と《ケアへの実存的価値づけ》が導かれた。
3. 脳死ドナーをケアする看護師の経験のプロセスの発展要因として、ケアへのスタンスの柔軟性と挑戦性、倫理的価値の対立に対する系統的対処方法が示唆

された。

4. 【経験からの学習】は、脳死ドナーをケアする経験を積み重ねることが難しいわが国において、“見本がない”ケアへの不確かさに挑む看護師に特有な、ケアの発展を導くきっかけと示唆された。
5. 【経験からの学習】の内容である、先入見の方向転換、個人的スキルの習得、規範事例の獲得は、“見本がない”ケアの経験に内在する実践的知識獲得の独自性と示唆された。

## 謝辞

本研究を行うにあたり、研究にご協力いただきました看護師の皆様、ご指導くださいました青森県立保健大学大学院上泉和子教授に深く感謝いたします。

## 引用文献

- ・ Adams,F.E., Just,G., Young,D.S., Temmler,L.(1993). Comparison of Nurses' Participanton in Two States. AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, 2(4), 310-316.
- ・ 浅見綾 (2013), ICU における終末期ケアの実態と終末期ケアに対する看護師の認識との関連性, 日本クリティカルケア看護学会誌, 9(1),49-47
- ・ Benner,P.(2001), ベナー看護論新訳版, 井部敏子 (監訳), 医学書院
- ・ Benner,P., Hooper-kyriakidis,P.L., Stannard,D.(1999), ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること, 井上智子 (監訳), 医学書院.
- ・ Benner,P., Judith,W.(1989)/難波卓志(1999), ベナー／ルーベル現象学的人間論と看護 第1版, 医学書院
- ・ Bidigare,A.S., Oermann,H.M.(1991). Attitude and Knowledge of Nurses Regarding organ Procurement. Heart & Lung, 20(1), 20-24.
- ・ Duke,J., Murphy,B., Bell,A.(1998). Nurses'attitudes toward organ donation: An Australian perspective. Dimensions of critical care nursing, 17(5), 264-270.
- ・ Festinger,L.(1957), 認知的不協和の理論, 末永敏郎監. 誠信書房
- ・ 長谷川友紀, 高橋公太, 鈴木和雄 (2005), 病院意識調査(HAS)による国際比較, 臓器移植の社会的基盤に向けての研究厚生労働科学研究費補助金「ヒトゲノム・再生医療等研究事業」平成14年度総括・分担研究報告書
- ・ Hibbert,M.(1995). Stressors experienced by nurses while caring for organ donors and their families. Heart & Lung, 24(5), 399-407.
- ・ Holloway,I., Wheeler,S.(1996)/(2006), ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで 第2版, 野口美和子監. 医学書院

- ・池田敬子, 田村直子 (2002). 看護職の脳死臓器移植に関する意識調査. 日本救急看護学会雑誌, 3(2), 35-43
- ・飯田 沙織 (2009), ICUにおいて家族に対し看護師が体験する倫理的ジレンマ 延命治療に関する意思決定を行った家族の場合, 日本看護学会論文集精神看護, 39, 38-40
- ・稲谷理沙, 田中真弓, 磯本暁子, 掛橋千賀子 (2007), ICUでの看取りと死を迎える患者・家族に対する看護師の思いの分析, 日本看護学会論文集: 成人看護 I, 37, 18-20
- ・Ingram, E.J., Buckner, B.E., Rayburn, B.A. (2002). Critical care nurses' Attitudes and Knowledge Related to Organ donation. Dimensions of critical care nursing, 21(6), 249-255.
- ・岩波裕子 (2009), 臓器移植の現状と今後の課題 (1) ～法改正の動向と今後の課題～, 立法と調査, No.298, [http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou\\_chousa/backnumber/2009pdf/20091101036.pdf](http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2009pdf/20091101036.pdf); 検索 2014.9.23
- ・上山千恵子 (2007), 終末期ケアに携る看護師が捉える「良い最後」, 日本看護科学学会誌, 27(3), 75-83
- ・Kiberd, C.M., Kiberd, A.B. (1992). Nursing attitudes towards organ donation, procurement, and transplantation. Heart & Lung, 21(2), 106-11.
- ・小林裕, 飛田操 (2003). 6章 ひとの気持ちを変える, 教科書社会心理学, 91-109 北大路書房
- ・厚生省保健医療局臓器移植法研究会 (監) (1999), 第3章 臓器移植法逐条解説, 逐条解説 臓器移植法, 51-52, 中央法規出版
- ・厚生労働省健康局疾病対策課移植医療対策推進室 (2013), 第41回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会資料, 参考資料3 臓器移植の現状について, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000034568.pdf>; 検索 2014.9.23
- ・楠見考 (2012), 金井壽宏, 楠見考 (編), 実践知の獲得, 実践知エキスパートの知性, (第1版, p34-57). 有斐閣社
- ・Lock, M. (2001)/坂川雅子 (2004), 脳死と臓器移植の医療人類学, みすず書房
- ・内閣府大臣官房政府広報室 (2013), 臓器移植に関する世論調査, <http://www.8.cao.go.jp/survey/y-index.html>; 検索 2014.1.27
- ・Nakagawa, Y. (1995), Death with dignity in the Japanese culture. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 49, 161-163.
- ・日本学術会議 (1994), 「死と医療特別委員会」最終報告書
- ・日本移植学会 (2014), 2014(PDF版)臓器移植ファクトブック, <http://www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2014.pdf>; 検索 2015.1.28
- ・日本移植コーディネーター協議会 (2014), 第13回日本移植コーディネーター協議会 (JATCO) 総合研修会開催要項, <https://www.jatco.or.jp/seminar/index.html>; 検索 2014.12.23

- ・日本看護協会(2013), 平成 26 年度教育計画, 協会ニュース, Vol.557, 2013.12.15
- ・日本救急医学会 (2007), 救急医療における終末期医療に関する提言 (ガイドライン)
- ・日本集中治療医学会 (2007), 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告
- ・日本集中治療医学会 (2011), 集中治療領域における終末期患者家族の心のケア指針
- ・日本臓器移植ネットワーク a(2013), 臓器移植登録者の現況, [http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer\\_brain.html#jirei](http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer_brain.html#jirei) ; 検索 2014.9.23
- ・日本臓器移植ネットワーク b (2005), 脳死下臓器提供, News Letter, vol.9
- ・西田三十一, 志自岐康子, 習田明裕 (2011), 患者の死を体験した看護師の成長に関連する要因の検討, 日本看護科学会誌, 31(4), 3-13
- ・新田純子(2007). 看護師の臓器提供に対する態度と関連要因, 日本看護科学会誌, 27(3), 30-38
- ・Organ Procurement and Transplantation Network(2014), National Data, <http://optn.transplant.hrsa.gov/converge/latestData/step2.asp> ; 検索 2014.9.23
- ・Pearson,A., Robertson-Malt, S., Walsh,K., Fitzgerald,M.(2001). Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. Journal of clinical nursing, Jan,10(1), 132-9.
- ・Redman,B.K., & Fry,S.T.(2000), Nurses' ethical conflicts:What is really known about them?. Nurs Ethics, 2(4), 360-366.
- ・Sadala,M.L. (2000). Caring for organ donors :the intensive care unit nurses' view. Quality Health Research, Nov,10(6), 788-805.
- ・Sartre,J.P.,(1945)/伊吹武彦, 海老坂武, 石崎晴己(1996), 実存主義とは何か 増補新装初版, 人文書院
- ・戈木クレイグヒル滋子 (2006). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 理論をうみだすまで, 新曜社
- ・Sara,T.Fry and Megan-Jane,Johnstone(2008)/ 片田範子, 山本あい子(2010), 看護実践の倫理 第3版倫理的意思決定のためのガイド, 日本看護協会出版会
- ・Sque,M.,& Payne,S.A.(1994). Gift Exchange Theory-a critique in relation to organ donation. Journal of advanced Nursing, 19, 45-51.
- ・Sque M., Payne S., Vlachonikolis,I.(2000). Cadaveric Donotrans-plantation: Nurses'attitudes, knowledge and Behaviour. Social science & medicine, 50, 541-552.
- ・Stoeckle,M.(1990). Attitudes of critical care nurses toward organ donation. Dimensions of critical care nursing, 9(6),354-361.
- ・杉田久子 (2005) , クリティカルケア看護場面における看護師の語り 倫理的ジレンマを中心に, 日本赤十字看護大学紀要, 15, 45-56

- ・臓器移植法令研究会（監）（2003），臓器・造血幹細胞移植関係法令通知集，中央法規出版
- ・高野 里美（2002），ICU(集中治療室)の終末期ケアを困難にする要因 ICU 看護師の調査結果から，死の臨床，25(1),78-84
- ・竹安 良美，櫻井 絵美，荒木 智絵，出口 雅貴，蓬田 淳（2011），救急看護師が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感，日本救急看護学会雑誌，13(2)，1-9
- ・上澤 弘美，中村 美鈴（2013），初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由，日本クリティカルケア看護学会誌，9(1)，6-18
- ・梅田 亜矢，平山 篤，出原孝枝（2009），救急医療における終末期医療に対する看護師と医師の意識，日本看護学会論文集；成人看護 I，39，36-38
- ・瓜生原葉子，長谷川友紀，高橋公太，鈴木和雄，藤田民雄，高原史郎，吉田克法，相川厚，篠崎尚史，浅川一雄，大島伸一（2004），欧州における臓器提供の現況と推進への取り組みー日本の臓器提供数増加に向けてー，移植，39(2)，146-162
- ・潮みゆき，川本利恵子（2013），心停止後および脳死後の臓器提供者への看護実践に対する不全感とその影響要因の検討，日本救急看護学会雑誌，15(1)，1-11
- ・Watkinson,G.E.(1995). A study of the perception and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual organ donors : implications for nurse education. Journal of advanced Nursing, 22, 929-940.
- ・山勢善江，山勢博彰（2003），臓器提供に関わる看護師の意識および今後の課題に関する調査(その 2)，厚生労働科学研究費補助金「ヒトゲノム・再生医療等研究事業」平成 14 年度総括・分担研究報告書，174-179
- ・Yang,M.H., Mcilfatrick,S.(2001). Intensive care nurses' experience of careering for dying patients; a phenomenological study. International Journal of Palliative Nursing, 7(9), 435-441.

## 参考文献

- ・Blumer,H.(1986)/ 後藤将之訳（1991）、シンボリック相互作用論 パースペクティブと方法，勁草書房
- ・Anselm,Strauss.,Juliet,Vorbin.(1990)/操華子，森岡崇（2004），質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第 2 版，医学書院
- ・戈木クレイグヒル滋子（2008）．グラウンデッド・セオリー・アプローチ 現象をとらえる，新曜社
- ・戈木クレイグヒル滋子（2009）．質的研究方法ゼミナール グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ 第 1 版増補版，医学書院

( )病院  
( )看護部長

青森県立保健大学大学院  
健康科学研究科長 松江 一

「脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造化に関する研究」について(依頼)  
貴下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、弘前学院大学看護学部で看護教員として勤務しながら、青森県立保健大学 健康科学研究科 博士後期課程 看護マネジメント領域に在学し、博士論文として脳死ドナーのケアに関する研究に取り組んでおります。本研究は、脳死ドナーをケアする看護師の経験の語りに基づき、脳死ドナーケアの経験の構造を探るものです。

貴施設における脳死臓器提供につきましては、(社)日本臓器移植ネットワークのホームページで公表されている内容から知りました。そこで、全国でも、まだ症例の少ない脳死臓器提供に関わったご経験をもって、是非、本研究にご協力をいただきたく、ご連絡を差上げた次第です。

つきましては、下記について、本研究の趣旨にご賛同いただき、研究にご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、本研究では、脳死ドナーのケアを経験した看護師の方を対象にインタビュー調査を行います。研究にご協力いただける場合、インタビュー調査の対象となる看護師の方に、別紙研究依頼と「研究への同意について」を配布していただきますようお願い申し上げます。

## 記

### 1. 研究の目的、意義

本研究の目的は、看護師の経験の語りに基づいて、国内の脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造を探ります。本研究の意義は、脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造を明らかにすることにより、脳死ドナーケアの向上に資することです。また、脳死ドナーをケアする看護師の視界から臓器提供の一連の過程における複合的問題に対する見解を提供することにより、臓器提供の過程の改善に関連する要因を分析するのに役立ちます。さらには、特定領域での倫理的問題を内包する看護状況の特徴を探求することにより、種々の複雑な倫理的状況に対応するための方策を考える一助となることが期待されます。

### 2. 今回、ご協力いただきたいこと

〔\*インタビュー調査の対象となる看護師〕のうち、①に該当する看護師 3 名くらいの方と、②に該当する看護師 1 名の方に、別紙研究依頼と「研究への同意について」を配布していただきますようお願い申し上げます。

〔＊インタビュー調査の対象となる看護師〕

1. 貴院での脳死臓器提供において、脳死ドナーおよびドナーファミリーのケアに主となって関わった看護師。例えば、脳死ドナーのプライマリナース、看護師長など。
2. 院内での臓器提供に関する普及啓発やドナー家族の支援を役割とする院内コーディネーターを兼任する看護師。

なお、研究対象者のプライバシー保護のため、インタビュー調査によって得られたデータや情報については報告いたしませんことを申し添えます。

3. 倫理的配慮

- ・ この研究は、青森県立保健大学 研究倫理委員会の審査を経て行っています。調査への協力は任意であり、協力の如何に関わらず不利益を被ることはありません。
  - ・ 「研究への協力の同意について」をご返送いただいたことをもって、研究にご協力いただけたと判断させていただきますが、協力の撤回はいつでも可能です。
  - ・ 研究者は、研究に対する疑問等に回答いたします。また、研究者、指導教官、青森県立保健大学 研究倫理委員会は問い合わせに対応いたします。
- ＊ この依頼書は、必要に応じて再読できるように保管してください。

青森県立保健大学  
健康科学研究科博士後期過程看護学分野  
新田純子

研究者連絡先：勤務先

- ・ 弘前学院大学看護学部看護学科(勤務先)
- TEL 0172-31-7127  
E-mail jnitta@hirogaku-u.ac.jp  
携帯電話 090-5849-9812

指導教員連絡先：上泉和子

- ・ 青森県立保健大学教授
- TEL 017-765-2044(研究室)

- ＊ この調査の過程で、プライバシーや権利が侵害されたと感じられたり、研究者側に不誠実な態度がみられたと感じられた場合は、本学研究倫理委員会にご連絡下さい。

青森県立保健大学研究倫理委員会

青森県青森市大字浜館字間瀬 58-1

TEL:0172-765-2000 FAX:0172-765-2188(代表) Email:rinri2008auhw.ac.jp  
「研究倫理委員会へ」とお伝え下さい。

( )病院  
( )看護部長

青森県立保健大学 健康科学研究科 博士後期課程  
看護学分野 看護マネジメント領域  
大学院生 新田純子

「脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造化に関する研究」  
インタビュー調査に係る会議室の使用について(依頼)

貴下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

本研究につきましては、先般より、ご協力をいただいておりますことに厚く御礼申し上げます。

このたび、貴施設の看護師の方よりインタビュー調査へのご協力の同意をいただき、下記のとおりインタビューを実施させていただくこととなりました。

つきましては、インタビュー調査のため、貴施設の会議室等を1時間程度使用させていただきますようお願いいたします。

なお、会議室の使用についてご高配いただけます場合は、別紙にてご回答いただきますようお願いいたします。

記

1. 日時：平成20年 月 日( ) 時から 時
2. インタビュー対象者：貴施設の看護師 様
3. インタビュー実施者：青森県立保健大学 健康科学研究科 大学院生 新田純子

以上

「脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造化に関する研究」  
インタビュー調査に係る会議室の使用について

インタビュー調査に係る会議室の使用について、下記のとおり許可する。

記

1. 日時：平成 20 年 月 日 ( ) 時から 時
2. 場所：( ) 病院) 階 ( ) 会議室
3. インタビュー対象者：看護師 様
4. インタビュー実施者：青森県立保健大学 健康科学研究科 大学院生 新田純子

以上

平成 年 月 日

病院名 \_\_\_\_\_

看護部長ご署名 \_\_\_\_\_

看護師各位

青森県立保健大学 健康科学研究科 博士後期課程  
看護学分野 看護マネジメント領域  
大学院生 新田純子

「脳死ドナーをケアする看護師の経験」に関する研究について(依頼)

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、弘前学院大学看護学部で看護教員として勤務しながら、青森県立保健大学 健康科学研究科 博士後期課程 看護マネジメント領域に在学し、脳死ドナーのケアに関する研究に取り組んでおります。本研究は、脳死ドナーをケアする看護師の経験の語りに基づき、脳死ドナーケアの経験の構造を探るものです。

貴施設における脳死臓器提供につきましては、(社)日本臓器移植ネットワークのホームページで公表されている内容から知りました。そこで、全国でも、まだ症例の少ない脳死臓器提供に関わったご経験をもって、是非、本研究にご協力をいただきたくお願い申し上げます。

つきましては、下記について、本研究の趣旨にご賛同いただき、インタビュー調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。ご協力いただける場合は、 月 日までに、別紙「研究への同意について」にご記入のうえ、ご返送いただきますようお願いいたします。

なお、「研究への同意について」は自由意志によってご回答いただくものです。答えたくない場合はお答えいただかなくてもかまいません。

記

## 1. 研究の目的、意義

本研究の目的は、看護師の経験の語りに基づいて、国内の脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造を探ります。本研究の意義は、脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造を明らかにすることにより、脳死ドナーケアの向上に資することです。また、脳死ドナーをケアする看護師の視界から臓器提供の一連の過程における複合的問題に対する見解を提供することにより、臓器提供の過程の改善に関連する要因を分析するのに役立ちます。さらには、特定領域での倫理的問題を内包する看護状況の特徴を探求することにより、種々の複雑な倫理的状況に対応するための方策を考える一助となることが期待されます。

## 2. 今回、ご協力いただきたいこと

脳死ドナーをケアした経験について、60分程度のインタビュー調査にご協力いただく。

〔\*インタビュー調査の対象となる看護師〕

1. 貴院での脳死臓器提供において、脳死ドナーおよびドナーファミリーのケアに主となって関わった看護師。例えば、脳死ドナーのプライマリナース、看護師長など。
2. 院内での臓器提供に関する普及啓発やドナー家族の支援を役割とする院内コーディネーターを兼任する看護師。

### 3. 倫理的配慮

- ・ この研究は、青森県立保健大学 研究倫理委員会の審査を経て行っています。調査への協力は任意であり、協力の如何に関わらず不利益を被ることはありません。
  - ・ 「研究への同意について」にご署名のうえ返送していただいたことをもって、研究にご協力いただけたと判断させていただきますが、協力の撤回はいつでも可能です。協力撤回の要請があれば、すでに提供されたデータをすべて抹消します。
  - ・ 研究者は、研究に関する疑問等に回答いたします。また、研究者、指導教官、青森県立保健大学 研究倫理委員会は問い合わせに対応します。
  - ・ 得られたデータは研究目的のみに使用し、研究者と指導教官だけが取り扱います。分析中もプライバシー保護に留意し、鍵のかかるキャビネットに保管し厳重に管理します。データには番号のみを記載し、研究協力者の一覧表はデータと別の場所に保管します。データの固有名詞はイニシャルに変更し、個人が特定できないよう配慮します。本研究結果報告書が作成された時点で、録音データはすべて完全に再生できないようにし、紙データはシュレッダーによって破棄します。
  - ・ 研究結果の公表を含めて研究のどの段階においても、研究協力者のプライバシーが侵害されることがないように配慮します。
- \* この依頼書は、必要に応じて再読できるように保管してください。

青森県立保健大学  
健康科学研究科博士後期過程看護学分野  
新田純子

研究者連絡先：勤務先  
・ 弘前学院大学看護学部看護学科(勤務先)  
TEL 0172-31-7127  
E-mail jnitta@hirogaku-u.ac.jp  
携帯電話 090-5849-9812

指導教員連絡先：上泉和子  
・ 青森県立保健大学教授  
TEL 017-765-2044(研究室)

- \* この調査の過程で、プライバシーや権利が侵害されたと感じられたり、研究者側に不誠実な態度がみられたと感じられた場合は、本学研究倫理委員会にご連絡下さい。
- 青森県立保健大学研究倫理委員会  
青森県青森市大字浜館字間瀬 58-1  
TEL:0172-765-2000 FAX:0172-765-2188 (代表) Email:rinri2008auhw.ac.jp  
「研究倫理委員会へ」とお伝え下さい。

「脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造化に関する研究」  
研究への協力の同意について

私は、「脳死ドナーをケアする看護師の経験の構造化に関する研究」の趣旨に賛同し、  
インタビュー調査に協力します。

署名日：平成      年      月      日  
ご署名：看護師

\_\_\_\_\_  
院内コーディネーター

＊院内コーディネーターを兼任されている場合は、  
院内コーディネーターの欄にご署名ください。

## 資料 6：アンケート用紙

ご自身について、アンケートにご回答いただきますようお願いいたします。

なお、このアンケートは自由意志によってご回答いただくものです。答えたくない場合はお答えいただかなくてもかまいません。

1. 年齢：該当するものに☒をしてください。

☐ 20 歳代      ☐ 30 歳代      ☐ 40 歳代      ☐ 50 歳代

2. 性別：該当するものに☒をしてください。

☐ 男性      ☐ 女性

3. 現所属部署：部署名をお書き下さい。

$$\left[ \begin{array}{c} \text{ } \end{array} \right]$$

4. 職位：該当するものに☒をしてください

☐看護師長      ☐副看護師長      ☐主任      ☐スタッフ看護師

5. 臨床経験：経験のある看護に☒をしてください。

☐ 移植後の患者の看護      ☐ 移植待機患者の看護      ☐ 透析患者の看護

6. 臨床経験年数：年数をお書き下さい。

〔 年〕

7. 脳死・臓器提供に関する研修等への参加経験：経験のある研修に☒をしてください。

□院内の研修 □院外の研修

ご多用のところ、アンケートにご回答いただきましてありがとうございました。追って、インタビューにご協力いただくための日程調整等で研究者からご連絡させていただきます。つきましては、研究者からご連絡させていただく場合の連絡先をお知らせいただきますようお願いいたします。

\* ご連絡先：勤務先、ご自宅、携帯電話のいずれか、連絡先をお書き下さい。

TEL : (勤務先・自宅・携帯)

E-mail : (勤務先・自宅・携帯)

同封の返信用封筒でご返信下さい。

## インタビューガイド

### 1. 看護師に対するインタビュー

- 1)研究の概要と倫理的な権利を説明し、必要な手続きを行う。
- 2)臨床看護師としての経歴について質問する。
- 3)患者が入院してから臓器提供されるまでの経緯について思い出されることや忘れられないことについて質問する。
- 4)その思い出されることは看護師自身にとってどのような意味を持つ体験だったのか質問する。
- 5)臓器提供に関わる相互関係を中心として看護師の体験に対する意味づけと対処行動について理解を深めるため、以下の事項について質問を加える。
  - ① 看護師としての役割の意味
    - ・脳死ドナーをケアする役割の体験は看護師にとってどのような意味があったか、具体的にどのような出来事からそう思ったか。
  - ② 脳死ドナーに関する体験の意味
    - ・脳死の宣告を受け患者から脳死体となった脳死ドナーをケアする体験は看護師にとってどのような意味があったか、具体的にどのような出来事からそう思ったか。
  - ③ ドナー家族に関する体験の意味
    - ・脳死ドナーをケアする中で、ドナー家族との体験は看護師にとってどのような意味があったか、具体的にどのような出来事からそう思ったか。
  - ③ 医療スタッフに関する体験の意味
    - ・脳死ドナーをケアする中で、医療スタッフとの体験は看護師にとってどのような意味があったか、具体的にどのような出来事からそう思ったか。
  - ④ 脳死ドナーをケアして、良かったと思える出来事について質問する。
  - ⑤ 脳死ドナーをケアして、困ったこと、心残りの出来事について質問する。
  - ⑦ 困ったこと、心残りの出来事に対して何か対処しようとしたか、しなかったか、その理由についても質問する。

\*院内コーディネーターを兼任する看護師に対するインタビューは、看護師に対するインタビューと同様に行う。

資料 8: カテゴリーのプロパティとディメンション一覧

【“見本がない” ケアへの構えの不確かさ】

[ケアの見通しの不確かさ]

[ケアの役割認識の不確かさ]

property	dimention ABC	dimention DEFG
役割認識の不確かさ	小さい (A6, B7, C17)	大きい (D4, E2, F2) 中 (G4)
見通しの不確かさ	小さい (A13, B1, C17)	大きい (D5, E3, F1, G37)
経験知の高さ	高～中 (A14, B7, C18)	低い (D1, F1)、ゼロ (E2, G55)

【ケアへの不確かさの補い】

[家族のスタンスに役割を動機づけられる]

[類似経験から見通しを類推する]

property	dimention D, F, G	dimention E
動機づけの不確かさ	小さい (D6, F2, G13)	大きい (E5)
類推の不確かさ	小さい (D49, F4, G41)	大きい (E75ありきたり)
動機づけられた状況	家族の希望の強さ (D6)	家族の前向きさ (E5)
類推のもととなる経験	決断した家族の肯定 (D49)	代理決定への家族の迷い (E75)

【家族が納得して進むためのサポート】

[家族の揺れを予見し覚悟を見極める]

[ケースバイケースで家族の意思をサポートする]

property	dimention A, B, C	dimention D, F, G
覚悟の見極めの不確かさ	小さい (A52, B33, C83)	大きい (D11, F19, G14)
個別的サポート方法の不確かさ	小さい (A52, B33, C80, )	大きい (D69, F20, G15)
サポート方法	提供を辞める提案をする (C80)	一緒にケアする提案 (D70, F20)
	いろんな話をする (B33)	家族からの相談に介入 (G8)
	ドナーと過ごす環境調整 (A52, C73)	
サポート方法の選択のしかた	家族にに応じて (A52, B33, C79)	終末期患者家族一般 (D79, F20, G13)

【役割を果たせたかの省察】

[役割に最善を尽くせたか内省する]

[課題部分の実践可能性の見通しをたてる]

property	dimention E, F, G	dimention D
ケアの内省的評価	高い (E73, F78, G63)	低い (D65)
実践可能性の見通し	高い (E73, F78, )	低い (D105)
自己洞察の客観性	中 (E73, F78)	低い (D105)
実践課題の内容	迷う家族への対応 (E72, F78)	迷う家族への対応 (D105)
	家族が納得できる説明 (F80)	
	家族が偏らない中立的説明 (E34)	

### 【経験からの学習】

[家族に対する画一的・懐疑的先入見が方向転換する]

[類似事例に限定した個人的スキルが身に付く]

[次に活かせる規範事例を獲得する]

property	dimension A, B, C, E, F, G	dimension
先入見のベクトルの転換方向	多様・肯定的 (A54, B31, C60, E6, F119, G21)	
個人的スキルを獲得した手応え	大きい (A97, B26, C58, E28, F56)	
次の類似事例に活かせる手応え	大きい (A98, E54, F82, G54)	
経験を次に活かせる適用範囲	類似事例 (A)	
学習の内容	家族との関りのスキル (B, G)	
	流れ (E) 傾聴の姿勢 (F)	
スキルの適用範囲	類似事例に限定的 (B)	
スキルの一般可能性	個人的 (B)	

### 【価値が対立するケアへの揺らぎ】

[価値が対立するケアの立ち位置の複雑さ]

[脳死状態で意思確認できない不確実さ]

[心臓が動いた状態で術場に行くことへの困惑]

property	dimension D	dimension A, C, E, F
揺らぎの度合い	すごく大きい (D104)	大きい (C36, E68, F105)
揺らぎのコントロール感	低い (D10)	中 (C36, E68, F105)
価値が対立する度合い	すごく大きい (D104)	大きい (C36)
家族の心情への感情移入度	高い (D34)	低い (C36) 中 (E68, F105)
価値の揺らぎの種類	個人的 (D34)	専門的 (C36, E68)、個人的 (F105)
患者の命の切迫度	高い (D34)	高い (C, E, F)

### 【提供できた意義の意識化】

[提供できたことを価値づける]

property	dimension A, C28, E, F	dimension C27
期待される役割へのスタンス	積極的 (A76, C37, E62, F94)	受動的 (C27)
役割へのスタンスの不確かさ	小さい (A76, C37, E62, F94)	大きい (C27)
意識した度合い	高い (A76, C37, E62, F94)	高くない (C27)
価値づけの度合い	高い (A76, C37, E62, F94)	高くない (C27)
意識したこと	命がつながる (A76, C37, E62, F94)	死に直結しない (C27)
意識化した提供の種類	脳死下提供 (A76, C37, E62, F94)	心停止後の腎提供 (C27)

【レシピエントとの距離感】

[変わらないレシピエントとの距離]

property	dimention C33	dimention
距離感の変化度	低い(C33)	
距離感の内容	遠い世界(C33)	
レシピエントへの関心度	低い(C33)	

【ケアへの実存的価値づけ】

[ケアの両面価値的意味を実感する]

[つながる命に尊さを実感する]

property	dimention C, E, F, G	dimention
現実としての実感度	高い(C28, E58, F56)	
価値づけ方	両面価値的(C28, E58, F94, G27)	
	命の尊さ (E62)	
ケアを意味づけた臓器提供の種類	脳死下提供(C, E, F, G)	
価値づけのきっかけ	サンクスレター(F93, G27)	
提供できた意味	死が生に変わる(C28)	
	命がつながる(F96)	
	長く生きる(E58)	

【不確かさと揺らぎの回避】

[課題から“逃げ”のスタンスに留まる]

property	dimention D	dimention
ケアのスタンスが更新する度合い	低い(D115)	
ケアのスタンスの無難志向性	中～大(D31)	
ケアのスタンスの挑戦性	低い(D17)	

【脳死ドナーケアの発動力の進展】

[道義的牽引力となるケアへの実存的価値が形成される]

[“そういう部署”で意思決定に関るケアへのスタンスが確立する]

[医療が先行する場で自律的看護実践を確信する]

property	dimention A, B, C, E, F, G	dimention
ケアの道義的価値の確信	増加(A117, F99)	
ケアへのスタンスの明確さ	増加(A117, B25, C69, E81, F96, G31)	
自律的判断による実践の確信度	増加(A35, B21, G49)	
ケアの場の特異さの意識	高い(A, B, C, E, F, G)	
ケアへのスタンス	両面価値的(A, B, C, E, F, G)	
ケアへのスタンスの内容	終末期の意思決定支援(A, B, C, E, F, G)	
ケアへのスタンスの判断基準	道義的(A, B, C, E, F, G)	
実践課題への挑戦的姿勢の明確さ	増加(A, B, C, E, F, G)	
次に活かす意欲の表明の明確さ	高い(A, B, C, E, F, G)	