

進行性膵がん患者の死の受容過程の分析

— 告知を受けた 4 名の Retrospective Study —

三浦 浅子¹, 大面 和子²

I. はじめに

近年、わが国の死亡者の 3 人に 1 人ががんで死亡しており、がん患者の死亡している場所をみると、在宅死が 6.2%、ホスピスや緩和ケア病棟での死が 3.4%で、90% が一般病棟で死を迎えている^{1) 2)}。一般病棟においても緩和ケアも展開され、人生の終焉に向かって生きることの意味を問うなどのスピリチュアルケアの重要性も指摘されている³⁾。また、がんの治療選択や終末期の人生の整理を働きかけるために、病名の真実告知も提唱されている^{4) 5)}。先行文献によると、患者本人への告知率は、がん専門病院では 90%、一般病院では 30% であり、多くのがん患者が病名告知をされないまま闘病生活を送り、患者の死の受容や家族の悲嘆にも影響を及ぼしている^{6) 7)}。

膵がんの多くは、進行性がんで発見され予後不良のがんで、周囲臓器の浸潤により複合的に症状が現れ、余命をある程度察知し、終末期には非常に辛い体験をしているといわれている^{8) 9)}。特に、進行性膵がん患者の生命予後は数年であり、病院で死の転帰をとることが少なくない。関本¹⁰⁾は、膵がんの終末期では多くの苦痛症状を伴うなかで、短期間で自分の置かれている状況を理解しなければならず、非常に辛い体験をしており、患者を支える家族の悲しみも大きいと述べている。

そこで、予後が 1 年前後の進行性膵がん患者の死までの過程を Retrospective Study (回顧研究) で行い、診断期から死亡までの病状や治療経過をたどり、診断期・治療期・終末期の心理過程を分析し、その人らしい人生の終焉を迎えられるような援助のあり方について検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 調査対象

北東北の地方都市の総合病院の消化器内科病棟に入

院し、2003 年 1 月から 2005 年 3 月に死亡した進行性膵がん患者の診療録 (入院及び外来カルテ) を閲覧した。診療録の概要は、看護記録 (SOAP 方式記録、体温表等)、医師記録 (臨床検査、諸検査記事等) であった。

患者選択は、消化器内科の診療部長に相談し該当患者の抽出を行い、遺族に研究者としての立場と研究の目的を説明し、診療録の閲覧に関する同意が得られた患者で、告知を受けて死亡した患者 5 名のうち、急激な変化によって死亡した患者 1 名をのぞいた 4 名に絞った。

2. 調査内容

調査内容は、①患者の社会的背景 (年齢、性別、職業、家族構成、性格傾向等) ②初診から死亡までの病状経過、インフォームド・コンセントの状況、治療経過、看護経過、③患者の反応 (看護記録に表現された患者のことばや態度等の観察事項)、④家族の反応とした。

3. 分析方法

診断期・治療期・終末期における身体的、精神心理的、生活行動、社会的な状態と患者が受けていた治療および看護行為を照合させ全体像と相互の関係性を把握した。そして、エピソードとその時々と言動を抽出し、フィングの危機モデル¹¹⁾や対象喪失の悲哀の仕事¹²⁾を基に心理過程を分析した。また、看護展開を抽出し、その人らしい人生の終焉を迎えられるような支援になっていたかを考察する指標とした。

4. 用語の定義

- 1) 進行性膵がんとは、Staging が IV 期で、外科的に切除不能な膵がんとした。
- 2) 診断期・治療期・終末期とは
・診断期とは、確定診断がなされ治療方針が定まる

1 公立大学法人福島県立医科大学看護学部

2 国立大学法人三重大学医学部看護学科

時期までとした。

- ・治療期とは、積極的に何らかの治療を行っている時期とした。
- ・終末期とは、佐藤らの緩和ケアの病期（いわい分類 2004）¹³⁾を参考にして、生命を脅かす症状があるが治療により代償されている時期とし、河ら¹⁴⁾の死亡1ヵ月前頃と同様にした。

3) フィンクの危機モデルとは

危機とは、個々人の持っている通常の対処能力では対処できない混乱した状態で、その進展を衝撃、防御的退行、承認、適応の4段階で表している。

4) 対象喪失の悲哀の仕事とは

愛情や依存の対象をその死や生き別れによって失う体験を対象喪失という。対象喪失に引き続きおこるさまざまな情緒状態や心理防衛機制が繰り返される一連の心理過程を「悲哀の仕事」といわれ、その心理過程は、否認、現実検討、抑うつ、再適応の過程をたどるといわれている。悲哀とは、「愛の対象の喪失によって起こる一連の心理過程で経験される落胆や絶望の情緒体験」とした。がんの告知を受けた患者は、自己を死によって失うという予期的な悲哀を体験するといわれている¹⁵⁾。

III. 倫理的配慮

本研究は、三重大学大学院医学系研究科の倫理審査委員会、対象施設の倫理委員会で承認を得て実施した。対象患者候補の遺族に電話にて、研究趣旨とカルテの閲覧について説明し同意が得られた後、“研究趣旨とカルテ閲覧のお願い”を書いた依頼用紙と同意書を郵送し同意書にサインしたものを返送してもらった。倫理的な配慮として、調査対象や遺族のプライバシーを守り匿名化を図ること、カルテ閲覧の同意があった後でも、辞退することが可能であること等を説明した。

IV. 結果および考察

1. 対象患者の概要（表1～表2）

調査対象4名の平均年齢は53.3歳（41歳～58歳）であった。患者A～Dは、壮年男性で就業しており、膵がんという病気の他に家族間での問題を抱えており、闘病を契機に家族役割に変化をきたしていた。また、膵がんが予後不良の疾患と察しており、将来展望がたたれた喪失感を体験していた。患者Aが死亡した後には患者B、C、Dは時を同じくして入院していた。

2. 各患者の診断期から終末期における心理過程の分析と看護

表3～6に患者A～Dの分析結果を示した。左欄は診断期から死にいたるまでのエピソードと患者の言動を抽出した。右欄は、各期の心理過程の分析と主な看護展開を示した。

3. 考察

1) 各患者の心理過程の分析について

(1) 患者Aについて

胆管がんと告知された診断期に最初の危機に陥り、否認・疑念を表出した。患者Aは自分の思いを外に表出することで問題解決を図ってきたタイプであった。手術後に膵がんで手術不可能だったという真実に向き合ったとき、再度危機の状態に陥ったと考えられた。これは、初回の危機が承認・適応にいたる前にさらに強い衝撃を受けたと考えられた。手術前に「手術をしなければ予後は1年」と説明されていたので、膵がんの告知は、自分の命の喪失という予期的悲哀が襲ってきたと考えられた。看護者に怒りを表出することが防衛機制になっていたと考えられたため、否認や怒りを受け止め情緒的支援を展開していた。

治療期には、外来通院でがん化学療法（以下化学療法）を展開していたが、胆管炎で緊急入院と内視鏡的治療が繰り返され、患者が希望していた単身赴任先での化学療法には移行できなかった。胆管炎を引き起こすたびに小さな危機が繰り返されていたと考えられた。悲哀の仕事では現実検討から承認が、病状の変化と共に相互に繰り返されていたと考えられた。しかしながら、看護者に向けられる怒りは、看護者の問題解決の提案などにより、自分で問題解決するようになり、自暴自棄から正常な判断へと変化していった。これは、フィンクの危機モデルの適応部分にいたったと考えられた。

危機的には適応できたとしても、膵がんであることには変わりなく、死にゆく不安は続き予期的悲哀は免れず、死を受け入れるという再適応にはいたっていないと考えられた。また、最期の入院でのPTCDへの変更が衝撃になり危機的状況に陥っていた。「死にたくない」という言葉が何度も話されるようになり、死が現実として迫ってくるという脅威を感じるようになっていた。友人のクラス会の誘いに対して、「自分がでる最期のクラス会だから出たい」という意思決定を行っており、死にゆくことを受容し始めていたと考えられた。死を絶望的に捉えているが、自暴自棄にならなかったのは、「クラス会に出席すること」を家族や友人、医療者と目標を共有化し達成感があったためと推察された。

表 1 対象者の概要

対象	性別	年齢 職業	主な病態	告知	主な経過および治療に対する希望
A	男性	50 代 中盤 就業	膵頭部腫瘍 肝転移 総胆管浸潤 がん性腹膜炎	有	単身赴任中で子どもとも疎遠傾向だった。入院前日胸痛を認め救急外来受診、循環器病棟に入院後急性膵炎にて消化器内科病棟に移動した。胆管がん疑いで手術したところ膵がんと診断され化学療法、胆管ドレナージを施行した。職場復帰を果たし赴任先で抗がん剤治療をする希望があった。しかし、繰り返される胆管炎で入院加療が必要であり、子どもや兄弟の下での療養を継続していた。少しでも長生きしたいと思い民間療法等も取り入れていた。
B	男性	50 代 後半 就業	膵頭部腫瘍 総胆管浸潤 がん性腹膜炎	有	妻と二人で自営業をしていた。子どもが無く自宅には 90 歳代の母親と同居。入院 1 ヶ月前より腹痛・下痢を愁訴に外来受診精査をしていた。膵がんと告知後は、手術療法を希望したが、手術不適応と診断され抑うつ状態が長く続いた。抗がん剤治療は、体力的精神的にも自信がつくまで入院加療を希望した。在宅療法では CV リザーバーにて栄養管理を行い、家族と過ごす時間を大切にしていた。最終的には食事を摂取したい希望があり、胃空腸吻合術を希望した。
C	男性	40 代 前半 就業	膵頭部腫瘍 総胆管浸潤 十二指腸浸潤 がん性腹膜炎	有	妻と二人暮らし、子どもなく別棟に両親が住んでいた。入院前に、仕事や家庭のことでストレスが募り飲酒が続いていた。急性膵炎にて緊急入院となった。CT 画像にて膵がん疑われたが確定診断がつかず、手術療法の可能性を判断するため癌専門病院のセカンドオピニオンを受けた。開腹術ではがん病変を否定されたが、再度セカンドオピニオンを受け膵がん IV 期と診断され、抗がん剤治療を希望した。諦めないで果敢に挑戦したいと思っていた。
D	男性	50 代 後半 就業	膵頭部腫瘍 総胆管浸潤 十二指腸浸潤	有	糖尿病でダイエットしていたので急激な体重減少は気にとめていなかった。腰痛にて精査後紹介となり、外来で膵がん疑いと説明されたことで、仕事関係（自営業）を子供に引継ぎ死をも覚悟して入院していた。入院当初積極的治療ではなく緩和ケアを希望していたが、一時的に症状が好転したので外来での化学療法の希望をもち、抗がん剤治療の継続と ADL の拡大に向けて努力していた。しかし病状が悪化したことで延命治療を拒否の意思表示をし、緩和ケアに治療の変更になっていた。

表 2 対象者の入院回数および生存期間

患者	X 年 1 月	X+1 年	X+2 年	入院回数*	生存日数	在宅療養日数
A	—	—	—	5	355	62
B	—	—	—	2	295	41
C	—	—	—	4	204	15
D	—	—	—	1	87	0

* 入院回数には、消化器内科病棟、外科病棟の入院も含めている
生存日数は内科病棟に初回入院日を基準にした日数

終末期には、症状の悪化と共に衰弱が認められるようになっていた。自分の症状を緩和するために、医師にはモルヒネの増量や腹水穿刺のニーズを表出し、看護者には夜間の見回りや清潔の援助などに自分のニーズを取り入れて欲しい等の交渉を行う様になっていた。田村¹⁶⁾は終末期のがん患者は、がんの進行は意識しても衰えについては、「寝てばかりいるから弱ってきたと訴え、回復をめざして行動し衰弱の自覚を感じていることが少ない」と述べているが、患者 A は逆に衰弱を自覚し受け入れていたと考えられた。

また、入院時疎遠だった子ども達との関係修復が図られ、個室入室を希望した際に家族付き添いも行われるようになっていた。そして、最期までユーモアを交えた会話をを行い、家族と共に自分の思いで話しが語られ涙ぐむ姿も見られた。

これらの言動は、少しでも死を先延ばしにすることに希望をもち、その対策として衰弱した身体の消耗を防ぐような生活行動を行い、他者に自分のできないところを依頼するという対処方法と考えられた。悲哀の仕事では、死という予期的悲哀が現実化することに順応していったと考えられた。

(2) 患者 B について

診断期は、告知までに時間があつたことや、妻が膵がんという真実に向き合う上で危機的状況になったこともあり、比較的冷静に対処していた。しかしながら、手術に希望を持っていたところに、手術不適応という真実に向き合うことになり、予想外の展開に衝撃が大きく危機的状況になり、徐々に抑うつ状態に陥っていた。患者 B は、否認や怒りを外に表出することがなく、寡黙で内に秘めているタイプで、対処方法は患者 A とは正反対と捉えられた。

フィンク危機モデルでは抑うつ期間が長く適応障害に陥り、危機の克服には約3ヵ月を費やしていた。入院を継続して化学療法を行い、食欲不振に対しては中心静脈栄養が施され、体力の回復と共に終末外泊を繰り返すことで、自宅療養への希望を持つようになっていた。妻には、在宅での看護や介護を指導し、夫婦共に在宅療養への自信を持つことを支援したことで、在宅療養が可能になっていた。在宅療養への希望を持ち始めた時期が、フィンクの危機モデルでは適応の段階と捉えられた。在宅療養では、夫婦二人の思い出作りなどを行っており、限られた時間の対処方法を見つけていた。

十二指腸浸潤が増悪した再入院の時に、患者 C の死亡という出来事に遭遇した。同病で相互に励まし合って闘病をしていたので、その出来事は衝撃的で、自分にも死が迫りつつあることを認識し、予期的悲哀が襲っ

ていたと考えられた。

終末期は、胃空腸吻合術後にも関わらず思うように経口摂取ができず、いらいら感が増大していった。また、排泄行為をひとりで言い失敗し、それが引き金となって精神の混乱をきたすようになっていた。これは、最期まで人の力を借りずに一人で行うという意味の表れであり、衰弱を認めたくないという抵抗だったと考えられた。患者 B に限らず、どの患者も出来れば自分のことは自分ですという姿勢がうかがわれた。金子¹⁷⁾は、がん患者が病と向き合う苦痛（身体的症状に対する苦痛、その受け止め方、治療に関連した苦痛）やコントロール感の喪失に関連した苦痛は、個人の統合性が脅かされることだと述べている。これは、衰弱によって自分らしさが失われることに対する抵抗と考えられた。この点でも、患者 A とは対象的だった。

さらに、個室に移動後は個室の環境での安楽性を感じていたが、個室イコール死という脅威を感じ、精神の混乱から幻視・幻覚状態が出現しせん妄状態に移行していた。

(3) 患者 C について

患者 C は社会的に仕事や妻との関係性に危機的状況を体験していたが、何につけても命が優先という思いから、膵がんという疑いが無くなるまで、すなわち膵がんと確定診断され治療方針が決定されるまでは、諦めないという強い意志があつたと考えられた。

確定診断がつくまで3ヵ月を要した上に、肝転移に衝撃を受け治療期に否認できない現実に突き当たっていたので、悲哀の仕事では抑うつ状態と捉えられた。身体的にも疼痛、嘔気嘔吐が出現していた。嘔気嘔吐は膵がんによる消化器症状、化学療法の副作用、他に心理的要因が考えられたため、制吐剤を投与しても軽減しなかった。この時期の苦痛は、膵がんと確定するまで時間を要したことで余命に対する予期的悲哀の増強と考えられた。治療期には在宅療養への移行直後に胆管炎の再発で入院を余儀なくされ、膵がんの転移や浸潤による症状が混在し、不安感が増大していったと考えられた。輸血に抵抗感を示したことや2回目の下血を知らせなかったことは、自分の状態悪化を認めたくないという心理で防衛機制と捉えられた。

一人で夜を過ごすことが不安であっても、家族を気遣い、付き添いを依頼できず、夜間だけの鎮静療法を希望していた。また、トイレなどではできるだけ歩行したいという意思を強く持っていた。そこで家族の付き添いについて妻の協力を図った。これは、終末期の患者に寄り添うという関係性の教化につながったと考えられた。

患者 C は、最期まで自分の症状を緩和することを

表 3. 事例 A の分析結果

エピソード・患者の言動	分析（おもな看護展開）
<p>＜診断期：初回入院・告知後＞</p> <p>「胆管癌だって信じられない。人一倍健康に気を遣ってきたのに、テニスもしている。手術しなければ、1年持たないって本当だろうか。手術はしてみるけど」と、ところかまわず、誰にでも話して歩いていた。</p> <p>＜診断期：手術後内科で治療方針が決定＞</p> <p>「誤診だったのではないかな。膵臓癌だって、外科の先生が全部教えてくれた。俺、何も悪いことしていないのにどうしてこうなるの」と話し、看護職者の一挙一同にクレームをつけるようになった。「俺は、後30年生きる構想で、土地を探して別荘を造るんだ。これからどうなるの」と怒っていた。</p> <p>＜治療期：4回目～6回目の入院、化学療法の継続＞</p> <p>内科で、内視鏡的治療と化学療法が行われ、在宅療養に移行すると胆管炎等で緊急入院を繰り返していた。</p> <p>「今度は、熱と黄疸でまた治療だ。食事をきちんとしないと体力が落ちる。夕食が冷たい。いつも自分の部屋が最後だ、看護助手の指導はどうなっているんだ」と話していた。</p> <p>5回目の入院では、「配膳の仕方は続いているんだな。俺の進言もためになっていったんだ。」と笑顔を見せていた。</p> <p>＜治療期：最後の入院＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院当初、「ステントだめでPTCDするっていうけど何も説明ない。どうなっているのよ。死にたくないな。」と話していた。 1月後「俺が最期だと、小学校のクラス会があるので行きたいな」と希望を話していた。胆管炎悪化していたがPTCDを保護しクラス会に出かけた。「すしを食べてきたと」ご機嫌で帰院していた <p>＜終末期：個室移動～看取りまで＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 死亡1月前「個室に行きたい。ケアは看護師のスケジュールに合わせるだけでなく、俺の意向にあわせて欲しい。痛み止めを増やして腹水を抜いて欲しい。腹水がでたら最後だよな。後3ヶ月生きたいな」と話していた。死亡2週間より、最初は疎遠だった娘や兄弟が交代で付き添うようになっていた。娘の誕生日を病室で祝い、ケーキを少々口にし、「最期の晩餐だ」とユーモアを交えた団らんをしていた。 死亡1週間前「黄疸がとれて軌跡が起こればよい。動くのが辛くなってきた。おむつをすることにした。腹水を抜いても動くのが辛い、尿管を入れようかな。」 死亡2日前「2～3日眠ってばかりいる。」と話しながらも、子供達の前で人生について涙ながらに語っていた。 死亡日「冷や汗が出て気持ちが悪い。血圧はどうだ」と尋ねていた。腹水抜いてもらいたいな、また、良くなりたい。」意識がはっきりしていたので、洗面とひげそりを勧められて、「さっぱりした」と話していた。 「身体がこわくて（倦怠感の方言）眠りたいんだ。話すのも疲れるから眠ってもいいか、眠らせて」と話して入眠。（50分後に死亡） 	<p>＜診断期＞</p> <p>胆管がんと告知されたことは、最初に訪れた危機的状況で、フィンクの危機モデルでは、最初の衝撃の段階で、否認・疑念が生じていた。他者に話すことで気分を紛らわすということと不安感に対処していた。</p> <p>手術後、膵がんと告知されたことで、2回目の衝撃を受けていた。将来展望に対して喪失感が出現し予期的悲哀に陥っていた。悲哀の仕事では、手術による結果を受け止めるという現実検討の時期で、怒り、置換が生じていた。</p> <p>（他者に話すことや、看護者に怒りを表出することを受容的態度で接し、情緒的支援を繰り返した。）</p> <p>＜治療期＞</p> <p>内視鏡治療と化学療法が進み自宅療養に移行する時には、フィンクの危機モデルでは適応状態になっていた。単身赴任先での療養に希望をもつようになっていた。しかしながら、胆管炎を繰り返すことで、再度現実検討の段階になり、怒りの対象が看護職に向けられていた。入院を繰り返すことで危機状態を克服し、対処能力が培われていた。（防衛機制の置換と判断し受容的態度で接していた。怒りの状態が、看護者日常的な問題の指摘になってきており、患者の提案事項を謙虚に受け止め、ニーズを満たすことに努力し、信頼関係の構築に努めた。）</p> <p>最期の入院では、身体状態が悪化し、死を意識している語りが多くなっていた。悲哀の仕事では、死に近づくことの現実検討の段階になっていた。（患者の意思決定を尊重し、生きる希望を支え励ましていた。胆管炎状態で無理のような現状でも、クラス会の目標達成を共有化し、クラス会に行かせたという思いは看護師のエンパワーメントにつながった）</p> <p>＜終末期＞</p> <p>友人や子供、兄弟の話す内容が効果的に精神・心の支えになり、人生の邂逅をするようになっていた。死にゆくことを現実として認識するようになり、一時的に抑うつになったが、精神の混乱や不穏言動は見られなかった。衰弱が進んでいることを自覚し、体力温存のためにオムツや膀胱留置カテーテルは自発的に受け入れていた。最後まで、ユーモアを持った会話をしていたが、傾眠も自覚していた。初回入院時には疎遠だった家族と親密になり家族とともに過ごし安寧を迎えていた。</p> <p>悲哀の仕事では、自分の死を受け入れたとしても、なおも衰弱を最小限にして生きる希望を表出していた。しかし、徐々に生きることを断念し、死を受け入れるという再適応にいたったと思われた。</p> <p>（一日でも長生きすること、体力の消耗を避けることが目標だったので、患者の意思決定を尊重し、処置や看護を患者と交渉しながら行っていた。臨死期も、血圧低下も興奮することなく認め、倦怠感が強くてもひげそり等の整容に努め、家族に見守られながら静かに眠るように死の転帰を迎えた。静かな看取りの援助を展開していた。）</p>

表 4. 事例 B の分析結果

エピソード・患者の言動	分析（おもな看護展開）
<p>＜診断期：入院 20 日目 告知後＞</p> <p>「なかなか検査の結果を教えてくれなかったの、自分でも変だと思った。臍がんでも手術できるかもしれないというので」と看護師には明るく冗談を交えて話している。モルヒネ（MS コンチン 10 mg×2）飲んでいけど痛みは良くなっていない。妻が告知後に泣きだしパニック状態になっていた。</p> <p>＜診断期：外科医師相談後手術不可能と説明＞</p> <p>「手術できないといわれたことはショックだ、抗がん剤をして良くなりたい」と気分の落ち込んでも抗がん剤に希望を持っていた。（胆管、十二指腸浸潤有手術不可能、MS コンチン 30 mg×2 に増量）</p> <p>＜治療期：入院 2 ヶ月、化学療法開始＞</p> <p>疼痛の訴えは減っているが、食べでは嘔吐あり、内視鏡で消化管精査したが通過障害見られなかった。表情すぐれず、外泊、外出は気分良いと話していた。</p> <p>化学療法 2 クール終了し退院勧められたが、「退院する自信なく、食事取れない、体力がないので自信がつくまで外泊をくりかえしたい。高カロリー輸液をしてほしい。腫瘍マーカーが下がっているので抗がん剤は続けたい」と話していた。気分の落ち込みが続いていた。化学療法 3 クール目後退院し、夫婦二人で近場の温泉旅行等を楽しみ思い出作りをしていた。</p> <p>＜治療期：3 回目の入院、化学療法を継続＞</p> <p>「体力落ちている。食べられないし嘔吐もある。抗がん剤の治療を入院して行いたい。このままだと歩けなくなりそう。リハビリをいたい。」在宅で 41 日間過ごした後で入院を希望。</p> <p>友人（患者 C）の死にショックを受け、その後、眠りたいけど、眠れない。調子が良くない。苦い水が上がってきて、動きたくない。」と話すが、患者 C には触れないようにしていた。「食べられるようになりたい。バイパスの手術をして欲しい。」と希望し、内科医と再三にわたり協議し外科に引き継がれた。</p> <p>＜終末期：外科で手術後内科に移動＞</p> <p>「手術したのにどうしても食べられない。腹が張って苦しい。歩かないと動けなくなってしまう」とふらふらしながら歩行している。イライラした口調になっていた。着替え、ベッドで自排尿等をひとりで言い、点滴ルート内の血液逆流、尿をこぼして汚染し、できない自分に腹をたてていた。</p> <p>＜終末期：個室に移動に抵抗を示すが自分の意思で個室へ＞</p> <p>多床室を希望していたが、常時臥床し焦燥感も強くなり、個室に移動することを看護師から打診される。「妻より個室に移るともうだめだと思うようだ。もう少し待って欲しい。」と反応有ったが、2 日後に個室に移動した。「個室に移らないと言って困らせてごめん。個室に移ったら安心した。ひとりでゆっくりできる。風呂にも入りたい。」妻が付き添い、2 人で過ごすようになる。意識が朦朧として幻覚状態、せん妄状態が続くようになる。鎮静も考えられたが、妻より患者は希望していなかったということで様子観察。死亡 3 日前に意識回復し、妻や姪、社員等に見守られ死亡した。</p>	<p>＜診断期＞</p> <p>臍がんと告知されるまでに 20 日間を有し、患者にもある程度の覚悟ができていたようで、告知後の動揺は見られず、手術療法に希望をもっていた。妻の動揺が大きく、パニック状態になり危機的状態に陥っていた。手術不可能という見解が、衝撃的な出来事になり危機的状態になっていた。徐々に抑うつ状態に陥っていき、疼痛も増大傾向になっていた。フィソクスの危機モデルでは、防御的退行～承認の段階が遅延と判断された。</p> <p>（告知後の精神面の看護と妻の危機の克服を支援した。疼痛緩和が困難となり、医師と協議し精神面の援助について精神科への相談を検討した。）</p> <p>＜治療期＞</p> <p>抑うつ状態を患者に説明し精神科の介入を打診したが、患者の同意を得られなかった。危機的状態の回避を支援できず、適応障害が増大していった。しかしながら、化学療法の継続を希望し積極的治療を希望していた。モルヒネも朝 1 回の徐放剤に変更し、向精神薬等の内服（精神科に相談）精神状態落ち着くようになったことで、フィソクス危機的モデルでは適応にいたった。倦怠感が増し再入院中に、患者 C の様態変化と死亡に遭遇し、同病でともに支えあっていたこともあり、死亡という出来事に衝撃を受けていた。悲哀の仕事では、自分の死を意識するようになったと思われた。胃空腸吻合術を強く希望したことは、死に対する抵抗、否認、取引の行為とうかがえた。</p> <p>（精神面の支援も考慮し、患者の意思を尊重して入院治療を継続した。長期目標として在宅療養を視野に入れて、終末外泊を繰り返す。妻の介護および看護力の向上を支援し在宅へ移行した。再入院後の出来事として、患者 C のことには触れられたくないと思っていたので、患者の意向を尊重し見守りの看護を継続した。胃・空腸の吻合は内科・外科医師が患者の意思を尊重して行ったが、リスクも高く経緯を見守り看護を継続した）</p> <p>＜終末期＞</p> <p>胃・空腸の吻合術後であっても、思うように食事摂取できずに、腹膜播種状態になり腹水貯留も認め、臍がんの末期状態になっていった。悲哀の仕事では、死にゆくことを現実検討する時期になっていたが、衰弱していく自分を認めたくないという心理がうかがえた。</p> <p>個室イコール死ぬという思いが占拠し、個室移動にも抵抗を示していた。最終的には個室になり安堵のことが表出されたが、それが死にゆくことの脅威となって、不穏→幻視・幻聴状態→せん妄状態となっていた。鎮静療法を打診したが、本人が鎮静を望んでいなかったという理由で、数日家族の付き添いで対処した所、次第に意識が回復した。家族に見守られ安寧状態（次第に傾眠）になり、死の転帰となった。</p> <p>（患者や妻の訴えを傾聴し情緒的支援を継続した。不穏言動、せん妄状態が認められたときは安全面を考慮した。家族と共に患者を見守る支援を繰り返し、看取りの準備を行った）</p>

医師や看護者と交渉し、自分の納得のいく方法を求めている。これは、死に対する脅威というよりも、最後まで諦めないという意味の強さが感じられ、衰弱が激しくなっても自分に表れる症状を査定する行為がみられた。しかし、強い呼吸困難感からあるとき生きられないことを受け入れた様子が伺え、生きられないことを受け入れることが死の受容につながったと考えられた。

(4) 患者 D について

患者 D は、外来検査で膵腫瘍が疑われた時点で危機的状態に陥っていたと考えられた。歩行困難となった時点で、膵がんを疑い家族会議を開き仕事や自分の延命治療に対する意思決定などを行っていた。これは、終末期にリビングウィルが提示された時に家族からの情報提供にて分かったことである。この時点で、予期的悲哀を体験していたと考えられた。

入院時の治療に対する意思決定や家族以外の面会を制限する等の社会性を絶つという言動は、自分の気持ち奮い立たせるための防衛機制と考えられた。その中で、医師から PTCD をするかどうかの選択を迫られ、治療はしないと自己決定をしており、自律心と精神力の強さが感じられた。

治療期は、化学療法に期待し在宅療養に向けてリハビリテーションを継続し、モルヒネにより疼痛コントロールも図られ、喫煙室に出かけるなど、ベッド場の生活から日常生活行動がアップしていた。これが、死を覚悟していたことから生きる希望につながっていたと考えられた。また、在宅療養の可能性を知ったのは、患者 B の妻との交流によるものであり、患者・家族間の情報交換も有益な情報となり得ていた。しかしながら、トイレ歩行による転倒を契機に、また歩けなくなるという不安感を増大させ抑うつ状態になっていた。死亡 25 日前に出現した少量の吐血と頻回な嘔吐は十二指腸の浸潤の増大を危惧させ、胃内視鏡検査の前に精神の混乱が生じていた。そして、電解質異常によるけいれん発作が引き金となって、精神の混乱からせん妄状態に移行していた。

森田¹⁸⁾は、終末期癌患者の抑うつを評価するためには、迷惑をかける、希望がない、別離の悲しみに耐えられない等の実存的苦痛の観点からも検討する意義を述べている。松島¹⁹⁾が解説している資料によると、「せん妄は一般に患者の身体内部の変化に外部環境の変化が加わって生じてくる、一種の不応反応と考えられ、身体的・精神的脆弱性に関する準備要因と、環境変化やそれに対する心理反応の誘発因子と身体疾患や薬物による器質因子が重なり合って生じる。」といわれている。

患者 D のせん妄は、リビングウィルを提示する時期と重なり、入院前に家族と申し合わせていたことを開示することは、自分の死を受け入れることであり、最大限のストレスであり最後の危機的状況だったと考えられた。せん妄から意識を回復した後の言動を見ると、死にゆくことと対峙し受容できたのではないかと考えられた。

2) 危機的状況への介入について

患者 4 名は、診断期から死亡するまでの間に何度も危機が襲ってきていた。診断期のがん告知後の心理過程について、患者 A、B は主にフィンの危機モデルで分析し、患者 C、D は主に悲哀の仕事で分析してみた。これは、患者 A は膵がんという真実告知、患者 B は手術不適応という真実告知に向き合う過程で危機的状況に陥っていたからである。また、患者 C、D は膵がんが確定診断がされた時点で、患者 C は否認できない現実検討の時期であり、患者 D は予期的悲哀を体験していたと判断されたので、悲哀の仕事をしていると判断したからである。山口²⁰⁾の、がん患者の不安や悩みについて行った 7,885 人のアンケート調査結果では、がん告知を受けた患者は人生最大の危機と感じてしまうが、がんの疑いが高い場合には、治療に向けたこころの準備を勧める必要性を述べている。診断期は最初にごん疑いから診断がつけられる時期であり、こころの準備はしていたとしても事態が刻々と変化することで、危機的状況も繰り返され心理的葛藤を強くしていたと考えられた。

小島²¹⁾は、「危機介入は短期間に集中的に、回復に重要と考えられる人々が加わって、危機が少しでも軽く、早く順調に経過し、その体験が成長につながるように支援、援助することである」と述べている。患者 A、C は化学療法に期待し在宅に移行したときに胆管炎が併発しそのたびに危機的状況に陥っていた。この体験が終末期の生きることから死にゆくことを受容できた由縁と思われる、成長体験としてその人らしさの尊厳も保たれたと考えられた。また、患者 B、D はせん妄になっても、10 日間弱で元の自分に戻り自分の意思を他者に伝えることができていた。この時点の看護展開では、患者 C の静かに逝きたいという思いや、患者 D のリビングウィルの開示が、その人の普段の対処方法を超えていたことを推察できていなかった。患者自らが生きることから死にゆくことを認める時に表れる精神的苦痛やスピリチュアルペインのアセスメントを行い、その人の普段の対処方法と終末期を迎えるまでの危機的状況のフィードバックが必要だったと考えられた。

ドブラーツは人生の終焉の看護について継続的に研

表 5. 事例 C の分析結果

エピソード・患者の言動	分析（おもな看護展開）
<p><診断期：急性膵炎で入院腫瘍疑いと診断></p> <p>「仕事で転勤，夫婦間の不和でどうしようもなく飲酒を続けていたら急性膵炎になった。原因は腫瘍らしい。三重苦だが今は病気のことに専念したい。」と積極的治療を希望していた。</p> <p><診断期：1回目のセカンドオピニオンへ></p> <p>「長男として親を送ることが務め，まだ死ぬ訳にはかない。とにかく何でも挑戦したい。セカンドオピニオンも手術も受ける」と話している。医師からは，諦めないで生きること考えようとセカンドオピニオンを勧められていた。</p> <p><診断期：初回入院 1.5 ヶ月目，外科医師より手術の説明></p> <p>「とても難しい手術で，合併症で絶命の可能性もあるといわれた。今すぐ死ぬこと耐えられない。医師が手術難しいと思ったら手術進めて欲しくない，別な治療法もあると思うから」と外科担当医に自分の意思を伝えていた。</p> <p><診断期：初回入院 2.5 ヶ月目，2回目のセカンドオピニオン></p> <p>手術は血管への侵襲有り切除不能，術中迅速診断では悪性否定された。腫瘍マーカー高値にて2回目のセカンドオピニオンで浸潤性膵管がん，肝転移も認め化学療法を勧められ，地元での治療を希望した。「膵がんは思っていたけど，肝転移はショックで落ち込んだ。でも，諦めないで頑張ろうと思う」と話していた。</p> <p><治療期：退院後 1 週間後に胆管炎で再入院></p> <p>「麻薬の注射吐き気が続いていて，医師に痛みを止めるか吐き気を止めるかいわれて，いやになって来た。ここ触ってみて（腹部に手を持って行く），だいぶ硬くなって大きくなっている。「吐き気が良くならないと前に進めない気がする。ベッドに横になっているしかなくて，本当にいやになってくるよ」と話し，「夜になるといろいろ考えて，夜だけ眠る薬が欲しい。最近，自分でも何を言っているのか分からないことがある。」と話していた。</p> <p>日中妻が付き添うようになり，喫煙所に出かけていた。</p> <p><終末期：不安感の増大～看取りまで></p> <ul style="list-style-type: none"> 胆嚢炎，重症感染症になっていると説明を受け，PTGBD に同意する。貧血あり輸血の説明を受けたが，最初輸血はしたくないと拒否，再度説明を受けて同意していた。胆嚢炎の処置，輸血にて重症化免れ，疼痛コントロール，胃管にて嘔気の軽減し，歩行可能となり普段の生活に戻り笑顔見られた。 下血を認め，「妻に泊まってもらいたいけど仕事あるし，夜になると不安だ」と話し，ナースステーションで過ごしていた。2回目の下血出現時は，症状悪化の不安感から誰にも見せていなかったが，衰弱が著明になり3人部屋から個室に移動した。妻が付き添うようになり，「ひとり部屋は周囲に気がねなくて良い。夜も眠れるようになった。」と話していた。 徐々に倦怠感，腹部膨満感が出現し，「身体がだるい，腹も張って苦しい。水を抜いて欲しい。」と話そうになった。腹水貯留，黄染著名，症状緩和困難で訴え強くなった。 「尿管は入れたくない。トイレまで歩きたい」という意思を貫ぬき，喀痰吸喀出困難で呼吸困難感を訴えるようになって死の転帰となった。 	<p><診断期></p> <p>入院前に，社会的に危機的状況になっていたと判断され，入院後の心理状態では不安感は見られたが，否認や疑念は見受けられなかった。確定診断がつかない不確かな状態だったのでセカンドオピニオン等，積極的に自己決定をしていた。積極性はフィンの危機モデルでは適応と捉えられ，生きること希望を持って前向きな姿勢が感じられた。</p> <p>膵がんを疑い手術を承諾していたが，合併症のリスクで命の時間を短くなることは避けたいという自己決定をしていた。話している様子から葛藤も強く，明るく振る舞っている等の防衛機制として躁動的防御と判断された。</p> <p>膵がんだけではなく肝転移が衝撃的な出来事となった。悲哀の仕事としては，否認することができず化学療法を決定することが現実検討の始まりとなった。</p> <p>（病状説明の時には看護師も同席し，説明後の理解度を確認し，患者の戸惑いや不安の軽減に努めていた。診断結果がつくまで不確かな状態だったので，傾聴，患者の意思を尊重したが，精神的に不安定な状態だったので情緒的支援を重視した。）</p> <p><治療期></p> <p>在宅療養が開始されたがすぐに胆管炎で再入院したことで，再度危機的状況に陥っていた。夜間になると不安感が強くなってきていたが，喫煙が心のよりどころになっていた。これまでの危機の対処は，諦めない・希望を持つという魂（スピリット）に支えられていたが，次第に死にゆく不安・脅威という危機が患者を襲うようになっていたと判断された。悲哀の仕事では，将来展望の喪失という現実検討から抑うつと判断された。（患者の訴えを傾聴し情緒的支援を行い危機状態が回避できるような支援を行った。家族の支援も重要と判断し，妻との関係性の調整を図り日中の家族付き添いを促した。）</p> <p><終末期></p> <p>不安感が強くなっていても，自分の身に起こっている事態を冷静に受け止め，治療を選択するという意思の強さを感じられた。2回目の下血を医療者に秘匿したことは，状態悪化の否認が認められたが，罪責感も感じていた。徐々に衰弱していったが，膀胱留置カテーテルは拒否し，最期まで妻や看護師の手を借りてトイレまで歩行するという意思が強かった。死にゆくことを否認するという心理よりも，最期まであきらめず希望を持とうとする気持ちが強かったと思われた。（患者の訴えを傾聴し情緒的支援を継続した。患者は，自分の症状を自覚し，症状緩和の対策を自分で考え交渉してきたので，患者と共に考え安楽の保持に努めた。鎮痛剤，安定剤，睡眠誘導剤等は，医師と十分に協議し患者のその時々意思決定を尊重し，意向に沿うような支援を繰り返した。徐々に衰弱が激しくなり，話している内容も聞き取りにくかったが，最期まで患者の主体性を尊重するように努め，寄り添う看護を展開し看取りの準備を行った。）</p>

表 6. 事例 D の分析結果

エピソード・患者の言動	分析（主な看護展開）
<p>＜診断期：入院時＞</p> <p>「外来で膵がん疑いと聞いていたので覚悟して入院してきた。だんだん歩けなくなってきて、黄疸がでたのですぐ入院した。医師から、内視鏡の治療もできない。PTCD も困難な状態、余命は3ヵ月位、PTCD 後ベッド上の生活が続くので、よく考えてもらいたいと言われた。自分は PTCD を希望しないが、家族ともう一度相談したい。家族と相談したが PTCD はしない。」と意思決定を行った。「長男に仕事を引き継いできた。友人は仕事関係だけなので家族以外の面会は断りたい。」と希望した。最初から個室入院を希望した。</p> <p>＜治療期：減黄が図られ化学療法を継続する＞</p> <p>胆道・十二指腸間に自然漏孔ができ、減黄が図られたので化学療法を勧められる。「20 日位の命だと思っていた。10 日位たって黄疸も痛みの良くなって「間が空いた」って感じがしている。抗がん剤の治療を受けようと思う」と話した。</p> <p>「死を意識して本も読んでみたが、意外と死ねないもんだね。気持ちも整理したけど、拍子がぬけたという感じ。」と化学療法直後に語った。「痛み止めが効いて夜も眠られるようになった。ご飯食べたいと思うのに、食べられない。抗がん剤治療後は特に調子が悪い。食止めにはしないでお膳を傍に置いてほしい。」と希望した。</p> <p>＜治療期：化学療法 1 クール終了後＞</p> <p>末梢静脈の点滴ルート確保困難になり、CV リザーバーになる。モルヒネ 40 mg/日 で疼痛コントロールされ、ひとりで車椅子を操作して喫煙室に行ける様になった。「家に帰るかな、患者 B の奥さんから CV で自宅でも過ごせるということ聞いた。ひとりで車椅子に乗れるようになったので自分も大丈夫かなと。」と喜んでいた。</p> <p>＜終末期：腹部症状増大し検査を施行＞</p> <p>嘔吐繰り返すようになり胃管留置、胃内視鏡検査が予定される。大腿部に新しい痛み出現し「包丁をさしたように痛い、トイレに行ったとき力が入らずしりもちをついた。」と話した。胃内視鏡の前夜に作業せん妄状態になる。内視鏡検査では、膵がん十二指腸浸潤しているが通過障害は見られないことを説明され、その後トイレで意識消失発作、けいれん発作が出現した。</p> <p>＜終末期：入院 2 ヶ月半後、せん妄出現＞</p> <p>夜間不穏言動が見られるようになり妻が夜間付き添うようになる。妻より、夜勤の看護師に「点滴外して欲しいといっている。」と話され事前指示書が提示された。内容として、『事前指示書；2 人以上の医師が積極的治療が不可能と判断した場合は、疼痛緩和の治療だけでそのほかの治療はしないで欲しい』と記載されており、日付は入院 5 日前で患者・妻・子供 2 人の署名が有った。患者は治療拒否するような行為（点滴外す、ハートモニター類を取り外す等）不穏言動が出現した。</p> <p>＜終末期：意識正常化したが傾眠傾向～看取りまで＞</p> <p>事前指示書を尊重し、疼痛コントロール（モルヒネ静注）と点滴維持だけにした。「おはよう、大丈夫、フロに入りたい。胃の管は入れない。家に帰りたい」と明確に意思表示できるようになった。帰宅を希望するが在宅支援間に合わず、家族に見守られ「天にいく」と天上を指差し死亡した。</p>	<p>＜診断期＞</p> <p>外来で膵がん疑いと説明されたことで、自分なりに多方面の情報を調べ膵がんは予後不良と思い、仕事を息子に引き継ぎ覚悟をして入院していた。医師から余命を告げられたが、冷静に治療に対する自己決定がされていた。悲哀の仕事として現実検討に入り、家族以外とは面会をしないと宣言するなど自分を奮い立たせるような強さが見られ、防衛機制と思われた。（自律性に富んでいたので傾聴し、患者の意向を聞き出すようにした。状況的に厳しく予後に関しての説明を行っていたので、観察を密に行い患者の心理面の支援を重視した。）</p> <p>＜治療期＞</p> <p>悲哀の仕事では、死を受け入れようとする現実検討が継続し抑うつに移行していた。自然的経過で減黄が図られ、化学療法が希望となり、再適応と推移していたと思われた。患者は予後不良で余命 1 ヶ月と思っていたこともあり、予期的悲哀から将来展望に対して希望を持とうとしていたと判断された。モルヒネの効果もあり疼痛が緩和され、身体的苦痛が緩和された。食欲不振が続いていたが、配膳を継続して欲しいと希望し、否認と希望が混在している状態と判断された。</p> <p>トータルペインとして、身体的苦痛が緩和され、死の脅威も少なくなり、社会的問題に関心を示すようになり、化学療法を外来通院で行う可能性について検討するようになった。（化学療法の看護を展開し患者の訴えを傾聴した。家族に在宅療養の受け入れが可能か打診したところ、妻は息子の仕事をサポートしており、現状的には外来通院は困難と判断し、リハビリテーションの継続を支援した。）</p> <p>＜終末期＞</p> <p>在宅療養に希望を持ち始めた頃に、消化器症状・新たな痛みの出現で衝撃を受け、危機的状況になり死が現実として迫ってきたと思われた。けいれん発作については、嘔吐による電解質異常が考えられ輸液による補正が行われた。</p> <p>患者にとっては、「事前指示書（リビングウィル）」を開示することは自らの死を認めることを意味していると思われた。これは、患者の対処方法を超えた最大限のストレスだったと推測された。このストレスの対処がせん妄と捉えられた。せん妄状態が持続すると思われたが、数日後に意識が正常化した。「家に帰りたい」という思いが、最後の希望として心の底にあったと推測された。</p> <p>（異常の早期発見、急性症状に対して安全面の配慮を行い個室でのリスク回避に努めた。妻が提示した「事前指示書」により、医療者が「覚悟して入院したという心理」を把握することが出来た。患者の意識が清明な時を見計らい、患者の意思決定を確認し、緩和ケア重視の治療方針に変更した。家族以外の親族とも面会を希望するようになったので、家族との残された時間を大切に過ごせるように支援した。在宅での看取りは困難と判断し、清潔のニーズに努めるなど患者の意思決定を尊重し、看取りの準備を行った。）</p>

究²²⁻²⁴⁾を行っている。人生の終焉者にとっては、死にいたることを学ぶことが最後の成長の機会だと捉えていた。患者 A、C は自分の衰弱を受け入れることで死を受容することにつながっていたと考えられた。死にゆくことを学ぶ段階では、せん妄もごく自然な営みであると考えられた。しかしながら、家族にとってはいたたまれないものがあり、家族の悲嘆を増強する因子とも考えられた。

3) その人らしい人生の終焉を迎えられるような支援

患者は告知を受けた後では精神的に動揺しており、危機的状況に陥り防衛機制による心理が映し出され、患者の性格傾向を誤解することもある。「その人らしさ」とは、その人が生きてきた過程で育み、備わってきた個性のようなものであると考える。その人らしさを把握する上では、性別、年齢、仕事などの社会的役割の把握したうえで、がん罹患とその治療経過が日常生活、家族関係、社会生活等に及ぼす影響を見極めることが重要と考えられた。田村²⁵⁾は、スピリチュアルケアの看護過程として、患者の行動や態度、情動の状態、会話、人間関係などをよく観察し、その人のスピリチュアルティの状態や援助の必要性を見極め、患者個々がユニークで個性のある存在であることを心に留めて看護計画を立案することが必要であると述べている。

患者 A の他者に話すことで気分を紛らわすこと、患者 B のように冷静で温和であるが自分のことは表出しないこと、患者 C のように確定診断がつくまで諦めないで果敢にセカンドオピニオンを受けたこと、患者 D のように死を覚悟して身辺整理をして治療に臨んだことも、その人らしさが反映されていると考えられた。患者のその人らしさを把握するためには、患者に直接確かめ患者の反応から捉えることも重要と考えられた。そして、患者が十分に考えて自己決定できるように支援することがその人らしさに通じると考えられた。

終末期には、最低限自分のことは自分でするという思いや他人に迷惑をかけたくないという思いから、無理な歩行による転倒や排泄行為の失敗体験に落胆し悲哀につながって行き、その人らしさを失っていくと考えられた。どの患者にも「できなくなっている自分を認めたくない」という自尊心があったと考えられる。しかしながら、がんの終末期の衰弱について事前に予期的悲哀を持たせることで、転倒や排泄の失敗体験は防止できるのではないかと考えられ、その人らしさを支援するためにも患者 A のように衰弱を受け入れることが重要だと考えられた。また、終末期の衰弱を受け入れることで他者の助けを借りることの必要性を意識

づけることが可能と考えられた。また、衰弱をきたしているからといってすべて代償的にケアをするのではなく、自分でできることは可能な限りできるように支援することが、その人らしさを尊重し生きる希望につながると考えられた。濱田²⁶⁾は、終末期のがん患者が最期まで生きる希望を抱くためには、患者の希望の本質を理解し希望を芽生えさせるような環境を整え、患者の希望を育むような働きかけが重要だと述べている。今回の結果では、清潔や排泄の支援も生きる希望につながっていたので、終末期の日常生活の充足を図ることが重要だと考えられた。衰弱の準備教育の他に、環境調整や家族と過ごす時間の意義についても患者の心の準備が必要と考えられた。患者 A、C は、自分の意思で個室に移動したが、患者 B は個室イコール死のイメージとなっていて個室移動を倦厭していた。個室移動の意義を患者に早期から働きかけていく必要性を感じた。

田村²⁷⁾は、終末期の精神的ケアとして、積極的傾聴と同時に共感的・受容的態度を示すこと大切さを述べている。患者の感じている苦しみを苦しみとして聴き、受け止めることから始まると考える。この聴くという姿勢が、死にゆく人の人生を回想（ライフレビュー）することにつながっていき、死の迫った患者に「今まで生きてきたことの存在価値と残されたものに引きつながれていく物語」を想起することが可能となると考えられた。そして、その人らしい人生の終焉の迎え方につながるのではないかと考えられた。そのためには、終末期の症状をコントロールし、身体的苦痛を取り除かれ、一時的にでも患者が痛みやその他の症状から解放されていることが必要だと考えられた。

その人らしさを支えるためには、家族の存在が重要と考えられた。診断期から死にいたるまで、看護者は家族のよき相談者として関わるのが重要だと考える。そして、死にゆく患者が残された家族に別れと感謝のことばを示すことができるように、患者と家族との調整的な役割も必要と考えられた。また、鈴木²⁸⁾は、家族に対して死に対する準備を進めることの意義を述べているが、本研究結果からも終末期にいたる前から、家族には心の準備を促していたことがうかがえた。

さらに、患者同士の交流が一つの要因になり死の受け入れや死の脅威に影響を及ぼしていた。患者 A は他の患者の死に際を垣間見て学習していた。患者 B は患者 C と共に励まし合っていたが、患者 C の死に衝撃を受けていた。患者 D は患者 C の体験から在宅療養の希望を持つようになっていた。入院中の患者同士の交流についても良い方向に動機づけの契機になるよう検討していく必要もあると考える。

V. まとめ

告知を受けた進行性膵がんの4名について、診断期から死亡までの病状や治療経過をたどり心理過程を分析した。診断期・治療期・終末期では、危機的状況が繰り返されていたが、患者はその人らしさを失わずに過ごすことができていた。終末期では死を受容できる患者とその過程で精神が混乱しせん妄になった患者がいたが、人生の終焉で死にゆくことを学ぶ過程では共に自然な経過だと考えられた。その人らしい人生の終焉を迎えられるような援助のあり方については、その人らしさを把握した上で、診断期から死にいたる過程に訪れる危機に対して介入を行い、危機体験が成長を持たせるように関わるのが重要であり、そのためには積極的傾聴や共感的態度で接することが必要だった。また、患者と家族がつながっていけるように両者の関係を支援することも重要だった。

本研究結果は、進行性膵がんの4事例の展開であり一般化することは困難である。しかしながら、同じ疾患でも、個々人の背景や病状経過によっても死の受容過程は異なるということが分かり、危機的状況が繰り返される中で成長体験を導くような介入の必要性について示唆を得たことは意義深いと考える。今後、がん看護専門看護師として、日常のがん看護に役立てて行きたい。

<引用文献>

- 1) 厚生省の指標，国民衛生の動向，厚生統計協会，52（9）（2005）
- 2) 佐藤 智：在宅でこそその人らしく死を迎えられる－医師としての看取りの経験から－，老年医学，44（1）：39－44（2006）
- 3) 上西洋子：一般病院におけるスピリチュアルケアの基礎知識～がん患者の全人的ケアに向けて～，総合消化器ケア，19（2）：54－59（2004）
- 4) 柏木哲夫：死を看取る医学（ホスピスの現場から），161－178，第6刷，日本放送出版協会，東京（1997）
- 5) アルフォンス・デーケン：死とどう向き合うか，135-152，第25刷，日本放送出版協会，東京（2006）
- 6) 尊厳死に関する厚生労働省研究班の全国調査（2004年10月調査）：2005年6月22日読売新聞掲載
- 7) 平井啓他：末期患者への病名告知とコミュニケーションの現状，緩和ケア，16（2），179－184（2006）
- 8) 伊藤鉄英：膵癌の内科治療，medicina，42（8）1434－1437，（2005）
- 9) 富松昌彦編集，西野隆義他：膵がん，NursingMook 2 消化疾患ナースング 178－182，初版第1刷，Gakken（2000）
- 10) 関本翠子：肝・胆・膵がん終末期患者の精神的看，家族看護，がん看護 12（1），61－62，（2007）
- 11) 小島操子：看護における危機理論・危機介入，金芳堂，46－64，（2008）
- 12) 保坂隆編集：全科に役立つメンタルナースング，対象喪失と悲哀の仕事，Nursing Mook，24－27，（2002）
- 13) 佐藤智他：基幹病院の緩和医療－ある地方中核病院の場合－，ペインクリニック 29（1），34－47，（2008）
- 14) 河 正子：わが国の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，死生学研究編集委員会編 死生学研究 2005 年春号 東京大学大学院人文社会系研究科：48－82（2005）
- 15) 松井豊編，悲哀の心理，小此木啓吾著：対象喪失とモーニングワーク，113－134，サイエンス社（1997）
- 16) 田村恵子：衰え死を迎えるがん患者のケア，第25回日本医学哲学・倫理学会大会集：p13（2006）（抄）
- 17) 金子真理子他：がん患者と苦悩 文献レビューと患者面接から一考，聖路加看護学会誌 12（1）：14－21（1998）
- 18) 森田達也他：終末期患者の実存的苦痛に関する pilot study，精神科診断学 10（3）：329－332（1999）
- 19) 松島栄介：がん患者のせん妄，臨床精神医学 33（5）：533－539（2004）
- 20) 山口建他：がん患者の不安と悩み，治療 87（4），1469－1475，（2005）
- 21) 小島操子：危機理論発展の背景と危機モデル，看護研究 21（5）：2－9（1988）
- 22) マジョリー・ドブラーツ：人生の終焉：死にゆく人の看護－ロイの理論を適用して－ 聖マリア学院短期大学紀要 8 12－18（1993）
- 23) Marjorie C. Dobratz：The Pattern of Becoming-Self in Death and Dying Nursing Science Quarterly，15（2）173-142（2002）
- 24) Marjorie C. Dobratz：The Life Closure Scale：Additional Psychometric Testing of a Tool to Measure Psychological Adaptation in Death and Dying，Research in Nursing & Health 27（1）：56-62（2004）
- 25) 田村恵子：終末期患者へのスピリチュアルケア－看護の視点から－，ターミナルケア 10（2）：103－107（2000）
- 26) 濱田由香，佐藤禮子：終末期のがん患者の希望に関する研究，日本がん看護学会誌 16（2）：15－25（2002）
- 27) 25) 同様
- 28) 鈴木志津枝：特集：終末期患者の家族への看護，家族がたどる心理のプロセスとニーズ，家族看護 1（2），35－42（2003）

キーワード: 進行性膵がん, 死の受容過程, その人らしさ, 人生の終焉, Retrospective Study