

原著論文

終末期のがん患者の死までの16日間の 心理過程に関する探索的な研究

Psychological processes of terminal cancer patients for sixteen days until death:
An exploratory study

下舞紀美代¹⁾, 加藤和生²⁾

1) 関西看護医療大学 看護学部 看護学科 成人・老年看護学

2) 九州大学大学院 人間環境学研究院 人間科学部門 心理学講座

Kimiyo Shimomai¹⁾, Kazuo Kato²⁾

1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing Department of Nursing Adult and Geriatric Nursing

2) Kyushu University, School of Human-Environment Studies, Human Science Division, Psychology Department

要旨：本研究の目的は、死の過程にあるがん患者の「心の状態」を、診療録に残された患者の訴えと看護師の観察記録から質的分析により探索的に検討することである。研究方法は、既に死亡しているがん患者の診療録(死亡前2週間前後より死までの患者の訴えや看護師の観察記録の12事例を対象に行った。分析は、グランデット・セオリーアプローチ法を参考に質的分析を行った。結果は、対象者12名(男性8名、女性4名)で、対象施設は近畿地方である。年齢は40歳代～70歳代で(60.8±10.8)歳。原疾患はがん(消化器9名、呼吸器1名、皮膚がん1名)である。12事例のデータは149のコードからなり、サブカテゴリーは60、カテゴリーは26、コア・カテゴリーは【究極の身体的苦痛】【身体的苦痛からの解放】【死の不安】【死の受容】【死の過程の暗澹】【自己理想と現実の乖離】であった。死亡前2週間前後より死までの「このころの状態」は3つのパターンに分類することができた。

キーワード：死にゆく人 がん患者 心理過程

Keywords : dying, terminal cancer, psychological processes (states and vicissitudes)

I. はじめに

厚生労働省(2019)による2018年の全死者数調査の結果発表によると、その約1/3は悪性新生物(腫瘍)によるものであった。また、全死者数の80%が医療施設・療養施設で死亡しており、この傾向は年々増加している(2000年801,295名、2016年1,111,421名)。以上のことから考えると、がん患者が医療施設・療養施設で亡くなる率は、以前よりも増えていると考える。その結果、看護師が死にゆくがん患者の看護を体験する機会も、増加してきている。

だが、看護師自身は、まだ若く健康であり、そのため“死”を間近にひかえる人たちの気持ちや状況を真に理解し看取っていくには“時間の乖離”を持たざるを得ない。そのため、看護する場面で“死にゆく人の理解”に多くの困難を体験することとなる(天津, 2007, pp.1965-1969)。こうしたことを示唆する研究例として、次のものがあげられる。坂下(2017, p.33)は、若年看護師(経歴年数2年目以上5年未満)が「看護師としてケアを実感できないと患者の怒りや悲嘆する状況が強く影響し向き合えないために、看護師として何も

できない無力感を抱き、心身の疲労を感じていた」ことを報告している。Sasahara, Miyashita, Kawa, & Kazuma (2003) も、一般病棟の熟練看護師も、終末期がん患者のケアに強く困難を感じていることを報告している。また、下舞・山口・小田 (2011) は、次のように報告している。すなわち、がん患者は、一旦は「死を受け入れた」、「死の準備は整っている」といった平穏な態度をとる。だが、死の直前になると、これまでの態度から一変し、「怒り、苛立ち、憤り、無力」などの感情や行動の表出を示すことがある。そして、まさにこうした言語的・非言語的表出の(急激な)変容が、看護にあたる者たちの「死の過程にある人の理解」と対応を困難にしているのではないかといえよう。

だが、医療・看護者や学生たちは、こうした患者の心理過程を理解し対応できるだけの理論的・技術的エンパワーメントが十分になされているとは言えない。というのは、彼らの受けた教育内容は、Kübler-Ross (1969) の死の受容過程の5段階説(否認・孤独、怒り、取り引き、抑うつ、受容)やそれを展開したもの(例: Buckman(1998)の3段階説である脅威との直面、病気を抱えた状態、受容、日本では、柏木(1980)のKübler-Ross理論を敷衍した5段階説の希望-疑念-不安-うつ状態-受容・あきらめ)などである。だが、これらは必ずしも上記で指摘した患者の心理過程を描き出せているとは言い難い(理論に関するレビューは、下舞・加藤, 2020ab, 準備中)。また、これらの理論の実証的検証や現象把握のための実証的研究も必ずしも十分とは言えないのが現状である(実際、国内外の終末期患者の心理過程に関する実証研究の論文は2件のみであり、理論的研究においてはここ半世紀の間新たな理論の提案もなければ、既存の理論の実証的研究や追試研究もない(下舞・加藤, 2020ab, 準備中)。

こうした現状を踏まえると、まず必要なのは現象に立ち返り、死にゆく人の体験過程(「心の状態」や変容過程)を、多様で接近可能な実証的研究を行っていることである。死にゆく人の実証的研究は、事柄の性質上、データ収集は極めて困難であり、細心の配慮をしつつ、多様な方法を駆使してアプローチする必要がある。こうしたことを踏まえてのはじめの研究の試みであるため、本研究は、

探索的かつ質的探索をおこなうこととした。

II. 研究目的

以上の問題意識と限界を踏まえ、本研究では、死の過程にあるがん患者の「心の状態(心理過程とその変容過程)」を探索的に検討することを目的とする。その際、診療録にある患者の「訴え」および看護師が観察し記録した「その生起した文脈」等を、質的分析法を用いて検討する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本来は、面接調査をすることがより望ましい。だが、死亡当日までの16日間の調査であり、面接は困難であること、また倫理的配慮が必要であることを踏まえ、診療録からえられた発話内容と文脈等の情報を収集し分析することとした。

2. 用語の定義

「死の過程にあるがん患者」とは、次の2つの条件に適合する患者とする。

- 1) 手術療法、化学療法(ホルモン療法、抗癌剤療法を含む)、免疫療法などによる治療効果がなく不可逆的な身体機能の悪化をたどる人。
- 2) 死からさかのぼり、2週間前後の人。

がん患者の全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続くが、死亡前1~2カ月でセルフケアに制限をきたし急速に状態が悪化する(Lynn, 2001)。がん患者の死亡モデルや日常生活の障害は最後の数週に増悪することが多い(がん緩和ケアに関するマニュアル, 2011, pp.4-6, p.63.)という点を参考にした。

3. 研究対象

対象は、既に死亡している患者の診療録(死亡前2週間前後より死まで)の患者の訴えや観察報告を対象にした。対象の選出は、あらかじめ、医療施設の責任者に研究計画書及び情報収集記録用紙の項目の説明を行い、①会話が成立している人(薬剤による一時的な朦朧状態、一時的な終末期せん妄の人は含む)。②がん患者。③診療録の内容から研究目的に合った人であると施設責任者が判断した人を選出した。

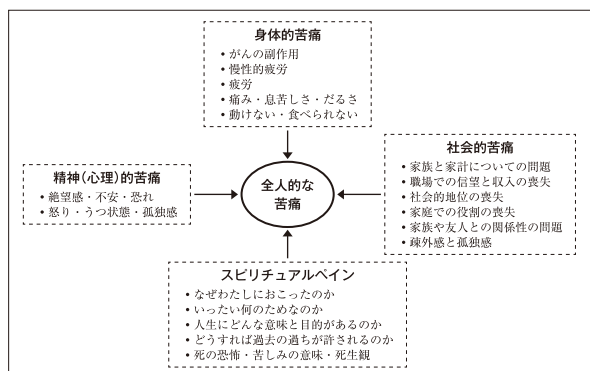


図1 プロパティ選択の基準

4. データ収集方法

201X年12月～201X年8月の8カ月間に、「心理的反応」「心理的变化に影響する出来事」「心理的变化の時期」に関する記録を診療録より抜粋した。

1) データ収集の手続き

- (1) 終焉間近ながん患者が入院療養している施設に連絡をした。
- (2) 施設長、看護部に研究協力のための説明をおこなった。
- (3) 施設長、看護部に研究協力可能の内諾を得た。
- (4) 関連グループおよび施設内倫理審査の承認を得た。
- (5) 施設研究担当者（病院長、看護部または教育部長）に書面にて研究協力の同意を得た。
- (6) 施設師長より研究対象者12名の診療録の紹介をしていただいた。
- (7) 紹介いただいた診療録より心理的反応に関する情報を抜粋し記録した。

2) 診療録の閲覧方法

指定された場所で、紹介された研究対象者の診療録より心理的反応とその反応に影響する出来事を示す部分を抜粋した。

5. 分析方法

研究者が抱く、心理的反応やその内容を文脈や文節から忠実に導き、その問題が反映される認識や行為、またそこにかかわる要因や条件を丁寧に検討できるグランデット・セオリーアプローチ(ストラウス版)の手法を参考に以下のように分析した。

各事例の分析を行い、その後事例全体のカテゴリ化を行った。

1) オープン・コーディング

(1) テクストの作成

テキストは、その対象者がその時どう感じ、どうしたか、どう判断したか、結果どうなったかを念頭に作成した。記録内容の誤記を防ぐため、施設の看護師に全て間違いがないか確認した。方言の修正は、日本の方言大百科辞典を参考に行った。

(2) 「プロパティ」と「ディメンション」の抽出

データ収集する際の視点のずれを最小限にするため、Sounders (1964) が臨床実践を基に提唱した全人的苦痛 (Total Pain) の考え方を基に作成された図 (Twycross, 2009)、および「厚生労働省：がん患者と家族に対する緩和ケア提供の現況に関する調査2018年4月」のp1. 図1-1「がんなど疾病によって引き起こされる各種の痛み トータルペイン (全人的苦痛)」を基に図1を作成し、「プロパティ」と「ディメンション」の抽出した。

本研究の「プロパティ」は、全人的苦痛の要素である身体的・精神(心理)・社会的・スピリチュアルな苦痛を示すデータとし、「ディメンション」では、「プロパティ」の範囲、程度、量、回数、状況などを抽出した。「プロパティ」と「ディメンション」は、切片化したデータに対して抽出した。

(3) コード化

「プロパティ」「ディメンション」から抽出したデータにラベル名を付けた。

(4) カテゴリー化

「コード」の意味内容の類似性を確認しつつ抽象化を進め、カテゴリー化し概念を導き出した。対象全体のカテゴリーを、さらに意味内容が類似する集合体からコアカテゴリーを抽出した。

2) アキシシャル・コーディング

概念の関係性をとらえるため、12事例のコアカテゴリーのパラダイムを作成しカテゴリー関連図の統合図「終末期のがん患者の心理過程の概念モ

デル」を作成した。

3) 分析結果の信頼性

分析の結果の信頼性を高めるために12事例のサブカテゴリーとカテゴリーの一致性を以下の方法で確認した。事例ごとに、サブカテゴリーとカテゴリー一覧を作成し、ランダムに表にした。サブカテゴリー名が当てはまるカテゴリー名の記入を4名の研究経験者に依頼した。依頼した研究経験者より不自然な個所の指摘を受け修正した。

6. 倫理的配慮

本研究は筆者が所属する大学の倫理審査委員会及び医療施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。看護部長より、家族に研究目的、概要、意義、研究協力と拒否の自由、プライバシーの保護対策、データの取り扱いと破棄、研究成果は学会等で報告することについての説明をし同意を得て行った。研究対象者の個人が特定されないように得られたデータはすべて暗号化した。また、得られたデータは、鍵のかかる場所に厳重に保管し、研究目的以外には決して使用しないことを確約した。

IV. 結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は12名（男性8名、女性4名）で、年齢は40歳代～70歳代（60.8±10.8）歳であった。12名全員が疾患の告知を受けており、緩和ケア病棟に入院している人である。全員がオピオイド剤を使用し酸素吸入中であった。家族が常に付き添っていた人は2名、日ごろの面会はあったが最期の時は死の直前に看護師からの連絡で来院した人が10名であった。対象者のうち家族や友人の死

別に立ち会った経験者は4人であった。他詳細は、表1に示す。

表1 対象者一覧

No	データ記号	性別	年齢	原疾患	在院日数
Pt-1	A	男	40	消化器 膵臓がん	193
Pt-2	B	男	70	消化器 肝臓がん	80
Pt-3	C	女	60	消化器 肝臓がん	37
Pt-4	D	女	70	呼吸器 肺がん	68
Pt-5	E	男	60	消化器 膵臓がん	23
Pt-6	F	男	70	消化器 肝臓がん	26
Pt-7	G	男	60	消化器 胃がん	55
Pt-8	H	男	60	消化器 胃がん	21
Pt-9	I	男	70	消化器 大腸がん	20
Pt-10	J	女	70	消化器 胃がん	62
Pt-11	K	女	40	消化器 胃がん	38
Pt-12	L	男	60	皮膚がん	58

死亡までの患者の身体的訴えと心理的訴え件数と死亡日までの推移は図2、3に示す。身体的訴えでは疼痛が最も多く、消化器症状は徐々に減少している。意識の低下は死亡前5日ころより始まっていた。心理的苦痛では不安が死亡前7日目より急速に増え死亡日まで続いていた。希望を訴えた人は1名であった。

2. 死の過程にあるがん患者の「心の状態」

分析の結果、12事例のデータは身体的コード61、精神（心理）的コード73、社会的コード3、スピリチュアル的コード12の計149コードであった。サブカテゴリーは60、カテゴリーは26であった。コアカテゴリーは、【究極の身体的苦痛】【身体的苦痛からの解放】【死の不安】【死の受容】【死の過程の暗澹】【自己理想と現実の乖離】の6であった。切片化、プロパティ、ディメンションの典型的な例を表2に、カテゴリーの一覧は表3に示す。コアカテゴリーは表4に示す。

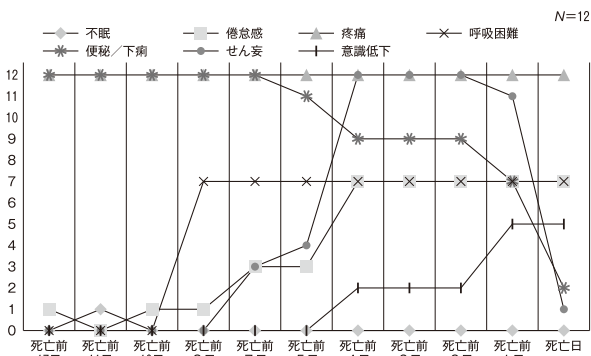


図2 死亡日までの身体的訴えの推移

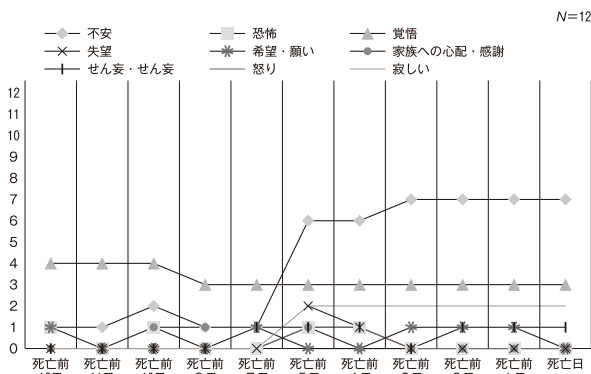


図3 死亡日までの心理的訴えの推移

以下、文中の【】はコアカテゴリー、《》はカテゴリー、<>はサブカテゴリー、「イタリック」

「アンダーライン」は、典型的な患者の発言と看護師の記録を示す。

表2 データ、プロパティ、ディメンション、コード一覧の例

No	データ	プロパティ	ディメンション	コード名
1	「落ち着かない。イライラするから落ち着きたい。」「痛い、痛い、痛い。」「帰ってしまおうから(寝る)と家族が「気持ち悪くもやもやする。」「今日は退屈しています」「あかん。あかん。きつい」と叫ぶ。辻褃の合わない会話が続く。	死亡までの時間 痛みの状態 気持ちの状態	(死亡8時間前～死亡まで) 痛みが取れない いらいらする もやもやする 混乱する 家族にいてほしい	A1・とれない痛み A2・いら立ち A3・混乱(せん妄) A4・一人になることの不安
2	「痛みを止めてほしい」と訴えあり。 「もう早く死にたいです。とにかくきつい。」 「一番の苦痛。」 「身体がえらい。こんななまってしまってもできないし。」 「きつい。あー。きつい。」と繰り返す。 「痛みがなくなると「眠れない」	死亡までの時間 痛みの状態 睡眠状態	(死亡2日前～6時間前まで) 死にたくないほど痛い 死にたくないほどきつい 眠れない	A5・死を願うほどの痛み A6・眠れない事の苦痛
3	「きつい。身体だるい。」 本人：「痛みが取れない。諦めます。寝かせてください。」入浴後「身体が楽にならなかった。今日は。」	死亡までの時間 痛みの状態 体のだるさ	死亡3日前 痛みが取れない 何をしても取れない体のだるさ	A7・とれない痛み A8・とれない倦怠感
4	「名前を抹消していきください。」「痛み止めは入っているが、ずっと痛い。」「昨日看護師よりいっつなくなってもおかない状態と聞いた。それを聞いてから、怖くて夜も眠れない。」「と涙ぐんで話す。 *このような説明は行ってない。 促すと入眠する せん妄状態が続く	死亡までの時間 痛みの状態 せん妄の状態 睡眠状態	死亡まで4～7日 麻薬製剤を追加しても痛みが取れない せん妄による死への恐怖で眠れない 誰かが声をかけると入眠できる	A9・とれない痛み A10・死の夢の恐怖 A11・会話による安心 A12・せん妄時の記憶欠如

No	データ	プロパティ	ディメンション	コード名
1	「もう終わる。病气。痛む。ちよつとでいいから帰りたい。きつい。」その後5分毎3回ナースコールあり。「手続きして。」…と妻と息子が何かわれていること伝えると「うんうん」と頷く。	死亡までの時間 ・気持ちの状態 ・意識状態	死亡当日～死亡まで、死亡25分前意識消失 もう終わる 帰宅を希望する 返事できる	E53・もう終わるといふ自覚 E54・帰宅を切望
2	「ひとりにしてほしい。」 患者より息子二人とともに話があると希望。看護師の同席求められる。「教日前、2、3日前かな。起きているのが苦痛になつたらどうするか話を聞いてもらって。あの時とてかく苦痛のないように眠る薬を使ってももらって構わないので眠る薬をもらって構わないので眠るようになつてほしい。」「昔、父がこの病院で降魔がんでなくおもうと思つて。」「昔、父がこの病院で降魔がんでなくおもうと思つて。そのときに点滴とかしているらしい。」「息子の声も聞こえなくなつた。夜中…何か症状が出た時はダメしょう？(厳しいうつてことですか?) 鎮き、息子さん、息子の声も聞こえなくなつて。」「家族を呼びたいですか?」「どう思う?」「息子の声も聞こえなくなつて。」「看護師より「どんな症状が辛いですか?」と言う質問に対し、「まだわかんないね。」と答える。	死亡までの時間 ・どのように死にたいか ・家族に伝えたいこと ・気持ちの状態	死亡前1日～3日 眠るようになつてほしい 苦痛がないように眠る薬を使っても構わない 息子にもこの気持ちを聞いてもらいたい 夜中に症状が出たらダメでしょう 自分の父親の降魔を見ているとき辛かった もしもの時、息子は呼ばないほうがいいと思う どんな症状が辛いかわからない	E55・眠るようになつてほしい E56・寝かせた薬を希望 E57・夜中の急変を想定 E58・父の最期の時の辛さの経験 E59・自分の意思を家族に伝える E60・未経験な最期の辛さ
3	自己決定が困難になる前に決めておきたい。眠れるようにしたい。薬使つて構わない。「もつとやりたいことがあるけど、言っても仕方ない、どうしていいか…今考えている。母親状況を伝えていますが、父も降魔でした。」	死亡までの時間 最期の時の意思決定	死亡まで4日～7日 自己決定ができなくなるうちに意思表示したい 眠るようになつてほしい やりたいことあるけど仕方がない どうこれから過ごすか考えている	E61・最期の時の自己決定 E62・眠るようになつてほしい E63・やりたいことあるか考える E64・死までどう生きるか考える

表3 コード・サブカテゴリー・カテゴリー 一覧

Pt-1

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
A1 耐え難い身体的苦痛	A1-1 段階的に増強する痛み	A1.7.9・取れない痛み A5・死を願うほどの痛み A13・目覚めると感じる痛み A17・睡眠はとれるほど痛み
	A1-2 持続する倦怠感	A8・取れない倦怠感
	A1-3 不眠	A6・眠れないことの苦痛 A16・起坐位でないと入眠できない
	A1-3 不眠	A6・眠れないことの苦痛 A16・起坐位でないと入眠できない
	A1-4 不安定な消化器症状	A19・繰り返す下痢や便秘
	A1-5 効果的な呼吸管理	A14・酸素吸入による呼吸状態の安定 A15・起坐位での呼吸安定
A2 説明できない精神（心理）的苦痛	A2-1 せん妄による混乱	A3・混乱（せん妄） A10・死の夢を見る恐怖 A12・せん妄時の記憶欠如
	A2-2 説明のできない苛立ち	A2・いら立ち A21・精神的な何かで落ち着かない A20・きつい気がする
	A2-3 ひとりになることへの不安	A11・会話による安心 A4・一人になることへの不安
A3 残される家族へ気遣い	A3-1 死に向かい過程での今後の妻を心配する	A18・病状の悪化と死に向かう過程で今後の妻を心配する

Pt-2

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
B4 身体的苦痛からの解放	B4-1 致命的な呼吸状態	B22・呼吸状態の致命的悪化（無呼吸）
	B4-2 速のく意識	B23・意識レベルの低下 B24・強い呼吸困難 B29・他覚的症状の悪化 B25・日常生活困難
B5 自己理想の努力的維持	B5-1 症状悪化による活動低下に落胆する	B26・日常生活の低下による落胆 B27・症状の悪化を自覚
	B5-2 気持ちを立て直す	B28・気持ちを立て直す努力 B30・活動低下に対する情けなさ

Pt-3

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
C6 増強し続ける身体的苦痛	C6-1 苦痛の拡大の辛さ	C31・取れない痛み C39・死をもって苦痛からの解放を求める C32・苦悶する C34・痛み以外の辛さ
	C6-2 食欲低下	C33・食べたくない
C7 察されない孤愁を吐露できないことによる精神的（心理的）苦悩	C7-1 憤り	C35・投げやりな発言 C36・怒り
	C7-2 孤愁による不安	C37・夜間一人になることへの不安
	C7-3吐露できない想い	C38・家族への気兼ね

Pt-4

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
D8 苦しくつらい身体的苦痛	D8-1 耐えがたい呼吸困難	D40・朝なのか夜なのかわからない D41・苦痛の増強 D42・苦悶様顔貌 D44・このまま眠っていたいと望むほどの辛さ D47・呼吸困難増強
	D8-2 苦悶様顔貌	
D9 不確かな死の過程の不安	D9-1 未知な死の過程の不安	D52・何が起るかわからない死にゆく過程の不安
D10 死への準備（死の受容）	D10-1 自分なりの死の迎え方	D43.50・もう何もしないでほしい
	D10-2 身体に逆らわない	D45・泣き顔は見せたくない(母が死んだときにしか泣いたことがない)
	D10-3 死は怖くない	D46・身体のリズムに逆らわない D51・死は怖くない
D11 家族のために生きる	D11-1 家族に感謝する	D48・面倒を見てくれている子供たちに感謝
	D11-2 残される家族のために生きたい	D49・夫のために生きていきたい

終末期のがん患者の死までの16日間の心理過程に関する探索的な研究

Pt-5

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
E12 自己決定による理想的な最期と現実の乖離	E12-1 死の直前の帰宅切望	E53・もう終わるという自覚 E54・帰宅を切望（死亡25分前）
	E12-2 眠るように死にたいと願う	E55.62・眠るように死にたい E63・やりたいことのあきらめ E56・ねかせる薬を希望
	E12-3 最期の時までどう生きるか自己決定する	E64・死までどう生きるか考える E61・最期の時を自己決定 E59・自分の意思を家族に伝える
	E12-4 家族の終焉の辛さ経験から最期の時をどうするか決定せざるを得ない	E57・夜中の急変を予測 E58・父の最期の時の辛さの経験 E60・未経験な最期の辛さ

Pt-6

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
F13 耐え難い身体的苦痛	F13-1 言葉にならない苦痛 F13-2 いつもと違う身体	F65・強い苦痛身振り手振りで表す F66.69.71・強い口渴 F70・いつもと違う身体状態を自覚
F14 家族の声で繋がりを探る	F14-1 居場所がわからないことの不安	F67・ここがどこかわからない（時々、一時的に）
	F14-2 家族がそばにいないことによる心細さ	F68・家族の声を聴きたがる

Pt-7

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
G15 身もだえる極限の苦痛	G15-1 死によって解放されたいくらいの強い痛み G15-2 泣き叫び身動きできない苦痛	G72・死にたいと思うほどの痛み G74・泣き叫ぶような苦痛 G79・死を連想するくらい強い痛み G80・身動きできないくらい強い痛み G81・日常生活活動の低下
G16 自分を失う辛さ	G16-1 記憶や思考の低下を自覚 G16-2 健忘する辛さ	G84・記憶や思考が低下していることを自覚 G85・曖昧になる記憶や思考を自覚することの辛さ
G17 寂しさと満たされない欲求	G17-1 満たされない欲求	G76・愛情を求める G77・注目を求める G75.78・さよならのあいさつ
	G17-2 人との係りで心揺らぐ	G73・迷惑かけたくないという思いながらも看護師に叫んでしまう G82・友人の面会で辛さ増す G83・家族との時間を楽しむ
	G17-3 かつ時も一人で過ごすことができない寂しさ	G86.88・看護師にそばにいてほしい G87・寂しい G89・看護師が来るのを心待ちにする G90・看護師が来ないことにいら立ちを感じる G91・希望通りに来ない看護師に怒りを感じる G92・看護師がすぐに来ないことにたいする不満

Pt-8

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
H18 断末魔の苦しみ	H18-2 目覚めたくない苦痛 H18-2 遠く意識 H18-3 必死の訴え	H93・身の置き場のない苦痛 H94・目覚めたくないほどの苦痛 H95・意識レベルの低下 H96・看護師を叩く必死の訴え H98・強い呼吸困難 H99・全身の倦怠感 H100・強い疼痛 H101・頻繁な口渴
H19 望んでいなかった死の過程	H19-1 強い不安	H97・強い不安 H106・不安になる
	H19-2 混乱	H103・思考の混乱 H105・精神的な不安定さ H107・話をすると落ち着く
	H19-3 痛みを感じない死を望む	H102・痛みを感じない死を望む H104・痛みは我慢しない
	H19-4 そばにいてくれる家族がいらない	H108・家族を作ったこなかった（社会的責任はない。気楽にはとれない）

終末期のがん患者の死までの16日間の心理過程に関する探索的な研究

Pt-9

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
I20 衰えていく身体機能	I20-1 日に日に衰える身体の自覚 I20-2 身動きできない息苦しさ	I109・食べたいのに食べられない（食欲はあるが体がきつくて食べられない） I110・一日一日動けなくなる辛さ I111・排尿しても息が苦しい
I21 死への準備（死の受容）	I21-1 冷静に死を覚悟する	I112・二度と家には戻れない（外泊を終えた後） I113・人生は限られていることを論ず

Pt-10

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
J22 強い苦痛で動けない	J22-1 苦痛が増していく J22-2 望みどおりに動かない身体	J114・辛い連呼 J117・嚥下機能が低下 J118・強い喉の渇き J120・最期までトイレに行きたかった J121・トイレまで行けなくなった J123・トイレに行けると思っていた
J23 死の準備（死の受容）	J23-1 死を悟りつつ死の苦痛に挑戦する J23-2 最期の時を凛と向き合う	J115・痛みがあっても頑張る J116・家族は呼ばなくていい頑張る J122・死にたい J124・もう死ぬ J119・死に衣装の準備 J125・指輪はめて凛とする（死ぬ時）

Pt-11

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
K24 重なり合う症状による身体的苦痛	K24-1 倦怠感、腹部膨満、呼吸困難、疼痛が同時におこる	K126・倦怠感がある K127・腹部膨満感がある K130.136・息苦しい K137・吐き気があってきつい K132.138・痛みがあつてきつい
K25 死の過程の暗澹	K25-1 言いようのない立ち K25-2 静かな放心 K25-3 離別と裏切りの夢	K131・きつい K133・もやもやする K134・いらだつ K135・どうしたらよいかわからない K128・喫煙による静かな時間 K129・ぼーっと眺めている K139・夢ばかり見る K140・家族から離れる夢をみる K141・大切な人の裏切りを勘ぐる

Pt-12

カテゴリー	サブカテゴリー	コード名
L26 死にたくなるような辛さと寂しさをあえて吐露しない	L26-1 死にたくなるような辛さ L26-2 辛さの吐露で妻を傷つけない L26-3 誰かにそばにいてほしい	L142・死にたくなるくらいの辛さ L143・自殺したらほっといてほしい L144・イライラしてしんどい L149・好きなようにさせて（動くセンサーがなる） L145・妻が一番言いやすいけど一番言いにくい人 L146・妻を傷つけない（死にたいくらい辛い気持ちは言えない） L147・誰かいないと寂しい L148・誰かいないと不安

26カテゴリー

60サブカテゴリー

149コード

1) 12事例の「心の状態」

(1) Pt-1

Pt-1は、《耐え難い身体的苦痛》である＜死を願うほどの強い痛み＞＜段階的に増強する痛み＞＜持続する倦怠感＞＜不眠＞繰り返す＜不安定な消化器症状＞の苦痛と《説明できない精神（心理）的苦痛》、＜せん妄によ

る混乱＞、＜説明のできない苛立ち＞、＜ひとりになることへの不安＞で苦しんでいた。しかし、苦しみのなかでも《残される妻への気遣い》＜死に向かう過程での今後の妻を心配する＞があった。

「声をかけると、痛みを止めてほしい」と訴えあり。「もう早く死にたいです。とにかくつらい。」

表4 コアカテゴリー カテゴリー一覧

N=12

コアカテゴリー	カテゴリー
極限の身体的苦痛	A1 耐え難い身体的苦痛 C6 増強し続ける身体的苦痛 D8 苦しくつらい身体的苦痛 F13 耐え難い身体的苦痛 G15 身もだえる極限の苦痛 H18 断末魔の苦しみ I20 衰えていく身体機能 J22 強い苦痛で動けない K24 重なり合う症状による身体的苦痛
身体的苦痛からの解放	B4 身体的苦痛からの解放
死の不安	A2 説明できない精神（心理）的苦痛 D9 不確かな死の過程の不安 G16 自分を失う辛さ
自己理想の現実との乖離	E12 自己決定による理想的な最期と現実の乖離 H19 望んでいなかった死の過程 L26 死にたくなるような辛さと寂しさをあえて吐露しない E12 自己決定による理想的な最期と現実の乖離
死の過程の暗澹	A3 残される家族へ気遣い B5 自己理想の努力的維持 F14 家族の声で繋がりを探る G17 寂しさと満たされない欲求 K25 死の過程の暗澹
死の受容	D10 死への準備（死の受容） D11 家族のために生きる I21 死への準備（死の受容） J23 死のへ準備（死の受容）

「奥さんのこれからが心配。」とりとめなく話す。便秘と下痢を繰り返す。「痛み止めは入っているが、ずっと痛い。」「昨日看護師よりいつ亡くなってもおかしくない状態と聞いた。それを聴いてから、怖くて夜も眠れない。と涙ぐんで話す。*このような説明は行っていない。

(2) Pt-2

Pt-2は、＜致命的な呼吸状態＞が続いていたが＜遠のく意識＞により＜身体的苦痛からの解放＞があった。意識消失するまで＜自己理想の努力的維持＞＜症状悪化による活動低下に落胆する＞＜気持ちを立て直す＞ことで何とか自分で望む死を迎えようとしていた。

時間単位で状態変化してきている。座位不可。声かけても発語聴き取れず。眠ったほうがいいですか。の問いに静かに頷く。端座位になり、喀痰喀出している。酸素吸入中。喘鳴落ち着かず、「どうしたらいいかわからない」と言う。麻薬製剤使用中「痛みなくなった。」「トイレに行きたいけど、起き上がれない。（ズボンの着脱出来ず）」

「もうダメになってきている…もうしんどいよ。きつくなってきていて、これでもお迎え来ないのかと思ってしまうね。ダメだね気をしっかりもたないと。腹水を抜いても1日しか楽な時間はなかったし、今日はお風呂も入らなかった。どんどん弱っている。気をしっかりもっていないとつぶされるね。」

(3) Pt-3

Pt-3は、《増強し続ける身体的苦痛》<苦痛の拡大の辛さ><食欲低下>があり、苦しんでいたが、しかし、家族に苦しみをうまく伝えられず、気持ちを悟ってほしいのであるが伝わらないという《察されない孤愁を吐露できないことによる精神的（心理的）苦悩》<憤り><孤愁による不安><吐露できない想い>で苦しんでいた。

「きつい。きつい。繰り返す。私がこうなったら仕方ない…もう知らん。勝手にしたらいい。私が死んだらもう終わり。家族を責めるように話す。お願い。死なせて。お願い、先生。もう死なせて。気持ちがそわそわする。死なせて。」(鎮痛剤促す。)薬はいらないと拒否する。看護師が夜間帯誰か傍にいたほうが安心するかと話しかけると、「あなたはダメなの？」と尋ね、夫や息子たちが付添になることを伝えると考え込み返事をしなかった。

(4) Pt-4

Pt-4は、《苦しくつらい身体的苦痛》<耐えがたい呼吸困難><苦悶様顔貌>があった。しかし、《不確かな死の過程の不安》<未知な死の過程の不安>を訴えながらも《家族のために生きる》<家族に感謝する><残される家族のために生きたい>や《死への準備（死の受容）》<自分なりの死の迎え方><身体に逆らわない死は怖くない>がみられた。身体的、精神（心理）的苦痛が持続する中でも死の現実を受け止めていた。

苦痛になると手を動かして表情苦痛様。声かけに対し、「もう何もしないで。わからないもう何もしなくていい。症状が出たら落ち込んでしまう。死ぬってことは覚悟しており、怖くはないが、それまでいつどうなっていくのかが不安。気になるのはやっぱり夫のことかな。すーっと逝きたいけどね。父さんのためにも生きてやりたいね。なんかしたいとか、後悔とかはないのよ。」

(5) Pt-5

Pt-5は、どのように死んできたいかを明確に述べていた。<眠るように死にたいと願う><最期の時までどう生きるか自己決定する><どう生きるか、最期をどう迎えるかの参考

になったのは、父親の死であり<家族の終焉の辛さの経験から最期の時をどうするか決定せざるを得ない>と考えていた。しかし、予想を超えた身体的苦痛により《自己決定による理想的な最期と現実の乖離》が生じた。そして死亡数時間前に急に<死の直前の帰宅切望>を表した。

「もう終わる。病気。帰るや。ちょっとでいいから帰りたい。きつい」その後5分毎3回ナースコールあり。手続きしてと繰り返す。「苦痛のないように眠る薬を使ってもらっても構わないので眠るように逝きたい。昔、父がここの病院で膀胱がんでなくなりました。そのときに点滴とかしているろいろしていたのがとても辛かった思い出があります。夜中…何か症状が出た時はダメしょう?」(厳しいってことですか?) 頷き、「息子たちを呼ばないほうがいいかなって。」

(6) Pt-6

Pt-6は、《耐え難い身体的苦痛》<言葉にならない苦痛><いつもと違う身体>がある中、《家族の声で繋がりを探る》自分の<居場所がわからないこと<不安>があり<家族がそばにいないことによる心細さ>を訴えていた。

「水…水…きつい、きつい。おこして(座らせて)。起こして(座らせて)。うー、うーと声が聞こえて訪室する。ここはどこですか?わからない」と混乱あり。家に電話してと訴える。看護師のPHSに勘違いし家族との電話を聞かせてくださいと何度も訴える。」

(7) Pt-7

Pt-7は、《身もだえる極限の苦痛》<死によって解放されたいくらいの強い痛み><泣き叫び身動きできない苦痛>があり、《自分を失う辛さ》<記憶や思考の低下を自覚><健忘する辛さ>を感じていた。また、《寂しさと満たされない欲求》<満たされない欲求><人との係りで心揺らぐ><かた時も一人で過ごすことができない寂しさ>を訴えていた。

「あー。うー。」と苦悶様表情で声が出る。「おかあーちゃん。起こして(座らせて)。ダメで

す。おきます。うつぶせにしてください。」きつい。身の置き場がない様子。15分程度、おきます、死にます、と繰り返す。「こんなに迷惑かけたくない。俺は逝きたい。おかあちゃん。さようなら」。体動はないものの涙を流しながら叫んでいる。

(8) Pt-8

Pt-8は、のたうち回るような身体的苦痛があり「断末魔の苦しみ」＜目覚めたくない苦痛＞＜必死の訴え＞＜遠のく意識＞、自分の「望んでいなかった死の過程」で＜強い不安＞＜混乱＞を感じ、＜痛みを感じない死を望む＞だ。また、＜そばにいてくれる家族がない＞。

苦痛様表情。両上肢バタバタと動かす。身の置き場のないような体動。呼名で開眼し、頷きで返答あり。看護師が声をかけると、「眠りたい。もう、苦痛を感じたくない。きつい。ずっと眠りたい。起きたくない。きつい。暗いのが怖い。痛みが怖い」。看護師を叩くような表出あり。

疼痛、呼吸困難感、全身倦怠感などの身体的苦痛の増強あり。「気持ちもしんどく、起きていることでの苦痛訴える。苦痛、「寝かせてほしい」、深く眠って、目を覚まさず、最期を迎えても良いという訴え、苦痛の言語的表出あり。「こんな時、家族がいたらいいんでしょうが。そういうのも作ってこなかったから。」

(9) Pt-9

Pt-9は、「衰えていく身体機能」＜日に日に衰える身体の自覚＞＜身動きできない息苦しさ＞がありながら、「死への準備（死の受容）」＜静に死を覚悟する＞があった。

自宅で思うように動けなかったこと、本人は食べたいが、食べられないことよりできない自分につらく感じているように見える。おしっこも大変です。「「もっと息苦しくならダメなのかな？きつい。早く、心臓止まったらいいのに。」残りの時間の過ごし方について話し合う。「食べられない時期がいずれはくる。いまは食べたい気持ちがとても強い。食べて命を縮めることや苦痛が増強することはわかっている。でも、こうして食べられず、「点滴で命を長らえることに意味はない。2度と外泊、外出しないと覚悟で戻ってきた（外泊よ

り帰院)。「「限られた人生、美味しいものを食べなさい」とスタッフにいわれる。」

(10) Pt-10

Pt-10は、「強い苦痛で動けない」＜苦痛が増していく＞＜望みどおりに動かない身体＞を感じながらも、「死の準備（死の受容）」＜死を悟りつつ死の苦痛に挑戦する＞＜最期の時に凜と向き合う＞死という現実に向き合っていた。

「「きつい。きつい。コーラちょうだい。もう死ぬから飲ませてよ。」と言われる。訪室すると唸り声だしている。娘さんの付添や鎮静など意向を再度尋ねるが、「「頑張らなきゃいけないでしょ、と現状を希望される。「指輪持ってきてもらう。それはめてちゃんとする。」看護師が訪室すると、「「もう死ぬ。もう死ぬ」とつぶやく。

(11) Pt-11

Pt-11は、＜倦怠感、腹部膨満、呼吸困難、疼痛が同時におこる＞といった複数の症状が同時に進行し「重なり合う症状による身体的苦痛」を感じていた。死の過程にあり先の見通しがまったくなく「死の過程の暗澹」＜言いやうのないいら立ち＞を感じていた。加えて＜離別と裏切りの夢＞で夫の浮気を疑っていた。しかし、喫煙所ではひと時の＜静かな放心＞となっていた。

看護師が声をかけると開眼し、「「息が苦しい。助けてしんどい」と繰り返す。「もう嫌。もうヤダヤダ。きつい。もやもやする。「どうしたらいいのかわからない。イーってなるの。でもどうしたらいいのかわからない。不安はあると思う。人がいない時の方が強いかな。でも、今日はいつもより不安が大きいような気がする。」車椅子で喫煙所に移動する。「ぼーっと眺めている。静かに過ごす。「おなかのくるしい、気分が悪い夢ばかり見て眠れなかった。みんなが離れていく夢とか、裏切られる夢とかこうしている間にも旦那が浮気しているのではとか？そんなことないのにそういう風に考えてしまう。」…涙を流す。

(12) Pt-12

Pt-12は、「死にたくなるような辛さと寂

しさをあえて吐露しない」があった。妻や医師には「辛さの吐露で妻を傷つけない」という気持ちがある反面、「誰かにそばにいてほしい」と願っていた。「死にたくなるような辛さ」は続いていた。

「妻に一番言いやすいですけど、それは一番言にくい人なんです。傷つけないんですよ。イライラというか、きついです。僕が自殺したらほっとしてほしいです。そんな薬ありませんかね。これは仕方がないことなんだと思いますよ。」医師には死の訴えなし。君たちを（看護師）足止めするつもりはないけど、寂しい。「きついです。このままでは眠れません。息苦しさも気持ちの辛さも何とかありませんか。」

3. 終末期のがん患者の心理過程の概念モデル

12事例のコアカテゴリーは7であった。今回の12事例は全て【究極の身体的苦痛】が状況としてあった。死を迎えるまでに3つのパターンがあった。パターン1は、3事例で【究極の身体的苦痛】

や【死の過程の暗澹】がありながら、同時につらくとも【死の受容】に至っていた。パターン2は、2事例で【究極の身体的苦痛】で苦しむが、意識の消失を伴い今までの【身体的苦痛からの解放】を得ていた。パターン3は、7事例で【究極の身体的苦痛】という状況で低下する日常生活活動や自分がイメージした死の過程でないことや不確かな死の過程の中で【死の過程の暗澹】を感じ、【自己理想と現実の乖離】から、【死の不安】を感じていた。この3つのパターンをカテゴリー-関連図で図4に示す。

V. 考察

1. 死の過程の人の「心の状態」

本研究の死の過程の人の「心の状態」は、身体的苦痛と精神（心理）的苦痛、スピリチュアルな苦痛が混在し、患者の訴えは複数の苦痛が重なり、連鎖していた。社会的苦痛として家族や友人との関係性の悩みはあったが、精神（心理）的苦痛に影響し不安や寂しさを強くしていた。ま

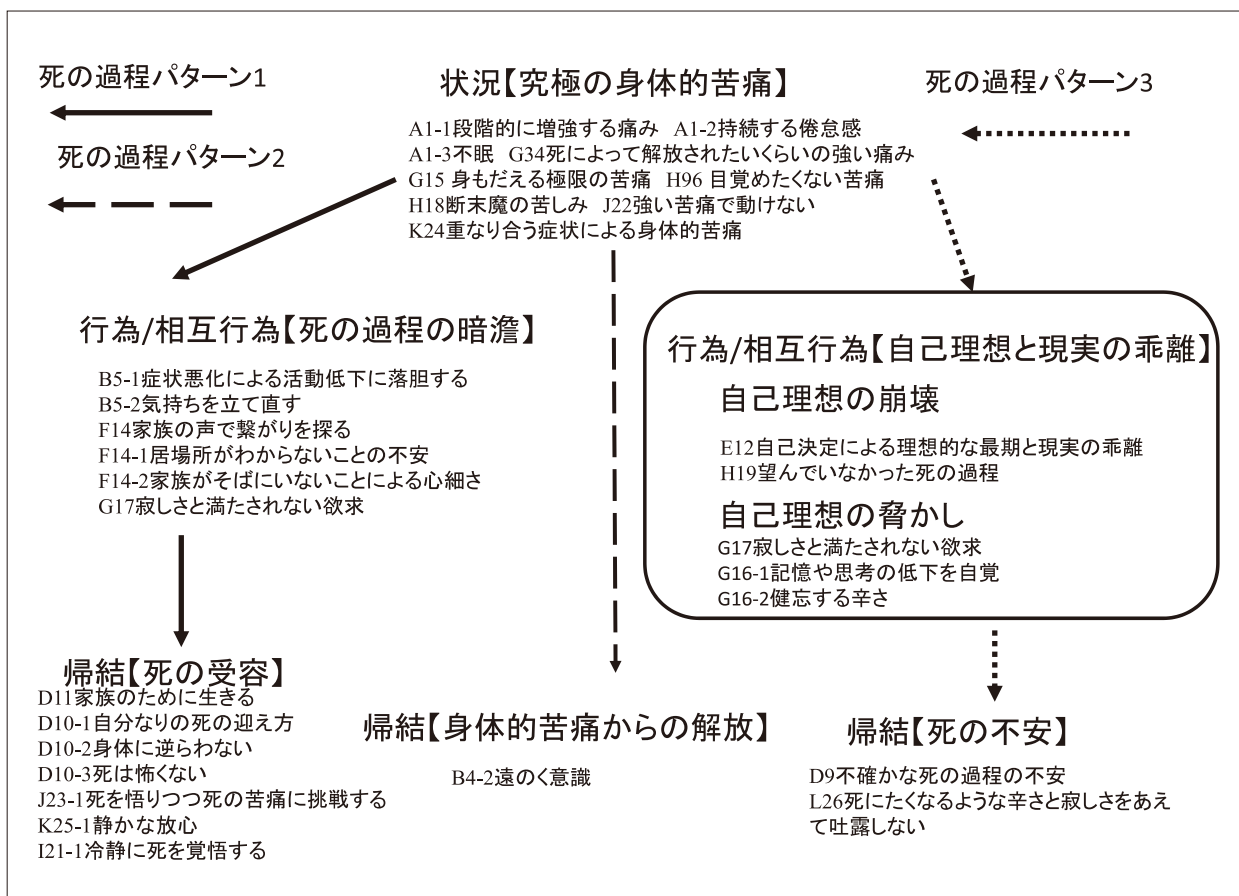


図4 終末期のがん患者の心理過程の概念モデル

た、身体的苦痛は、精神（心理）的苦痛は互いに影響しあい、説明のできないイライラ、落ち着きのなさにつながっていたと考える。耐え難い疼痛は、日常生活活動を急速に低下させ、精神（心理）的苦痛に含まれている自信の喪失や不安につながっていた。Saunders (2004) は、全人的苦痛の4つの要素である身体的・社会的・精神的・スピリチュアル的は、主観的経験を描写するものであり、個別に取り扱うことはできないと述べている。今回の結果は、この提唱にそうものであった。

自己理想と現実の乖離は、不眠や怒りをまねき、より一層の身体的苦痛が生じたと考える。「心の状態」に影響する身体的苦痛と、精神（心理）的、スピリチュアルな苦痛を以下に考察する。

1) 死の過程の人の身体的苦痛

12事例全ての人が身体的苦痛を伴っていた。麻薬性鎮痛剤の治療を全員が受けていたにもかかわらず、【究極の身体的疼痛】が患者を苦しめていた。死亡前約2週間になると、呼吸困難や倦怠感などの苦痛や疼痛も非常に強い。緩和が十分でないことも原因と考えるが、疼痛から解放されて入眠している患者に「痛みはないですか」「きつくないですか」と声をかけることで目覚め、耐え難い疼痛を経験している。これは、患者の訴えの記録が残っている人を選択したため、疼痛がなく穏やかな最期を迎えていた人は記録に残る訴えが少なく、分析対象事例として選出されなかった可能性があるかと推察する。しかし、全国約50,000名の遺族を対象にした調査では、亡くなる1週間前の時点で3割程度の人が強い痛みを抱えており、ひどい痛み、まあまあ痛い、少し痛いと答えた人を含めると、全体の63%（国立がんセンター調査報告, 2018）である。終末期の者の3人に2人が疼痛を感じて亡くなっている。つまり、この時期の人達の疼痛コントロールは、非常に困難であると推察する。

看護師の声かけも、患者の意識レベルや緩和状況の確認のために行われている。しかし、目覚めれば疼痛を強く感じる患者にとってそれは苦痛でしかないと考える。事前に患者の意思を確認し、その意思を尊重しつつ、自然覚醒を持ち疼痛緩和を行うことが重要であると考えた。

2) 死の過程の人の精神（心理）的苦痛

精神（心理）的苦痛は、不確かな死の過程の不安があった。特に家族の負担を考え「寂しい」や「そばにいて欲しい」という気持ちを吐露していなかった。看護師には、「いら立ち」や「不安」を訴えるが、家族に連絡しそばについてもらうことは、望んでいなかった。「死にたい」「殺してほしい」「看護師を叩く」「呻く」などの身体的苦痛がありながら、医師や家族に自ら訴えることはしていない。12名中10名が今の苦痛を共有できる人が看護師だけであった。また、患者の看取り経験は看護師から連絡があって病院に訪れている人が10名いた。つまり、この事例の人たちも同様に、家族や友人の最期は、最終的な最期の意識消失直前もしくは消失後の【身体的苦痛からの解放】の時期の経験である。死亡までの約2週間に起こる【極限の身体的苦痛】や家族がいない時の「寂しさ」や「満たされない欲求」の状態を自分の最期の時にもあるものと考えイメージできている人は少ないと考える。そのため、自分が理想とする最期と現実の乖離が生じたものと推察する。

また、症状の悪化で身体的につらい時間があるが、家族に苦しさを言えず家族の面会はあっても9事例は吐露していなかった。末期の患者のうち40%の人が、著しく高いレベルで、“私は他者の重荷になっている”という感情を抱いている（Chochinov, Kristjanson, Hack, Thomas & Susan, et al., 2007）。このことから考えると家族の負担になってしまうと考え吐露しなかった可能性があると考えた。

12事例中1事例は吐露する家族がいなかった。これらの事例は、身体的苦痛に加え一層寂しさや孤独といった精神（心理）的苦痛があったものと推察する。

3) スピリチュアルな苦痛

究極の身体的苦痛や精神（心理）的苦痛は、患者のどのようになりたいかという自己理想を脅かした。いくら自分が動きたくとも、苦しくて動けず、身の置き場のない苦痛で自己理想は崩壊していった。この状態は自己理想が貫けないことによっておこるスピリチュアルな苦痛と考える。

しかし、そのような苦痛が重なる中でも死に向

き合い、ある時は「家族のために生きる」と考え、ある時は「身体には逆らわない」で「冷静に死を覚悟」していた。

この状態は、身体的苦痛がありスピリチュアルな苦痛があっても【死の受容】はあり得ることを裏付けたと考える。

Kubler-Ross (1969) は、死の受容を「感情がほとんど欠落した状態」であり、周りへの関心が薄れ話をする気分ではなくなる状態と述べているが、ここでいう死の受容は身体的な生命の終焉に近いことを意味すると考える。しかし、今回の研究では、身体的苦痛は常時存在しており、感情の欠落などはなかった。

2. 死の過程にある人の「心の状態」の死を迎えるまでのパターン

Kubler-Ross (1969) の死の受容過程の5段階（否認・孤独、怒り、取り引き、抑うつ、受容）の理論では、死亡前は、希望を持続し死を受容する段階である。この段階説では、終焉日本人の「死の受容」の概念的定義が明らかにされていないため、死亡前2週間前後の人の「心の状態」を説明できない。

本研究では、死を迎えるまでに3つのパターンがあった。パターン1は、耐え難い身体的苦痛やスピリチュアルな苦痛を経験しながらも、死を覚悟し自分の死に方について語り、死という現実を直視していた。どんなに苦痛があっても、自分の死をありのまま受け入れていた。このパターンの人は、死を現実として受け入れ死の過程で経験する苦痛は死の受け入れに影響していなかった。パターン2は、耐え難い身体的苦痛があり、自分が思っていた最期の時と異なり、自分が理想としていた死の過程でない事に脅威を感じ、想定できない死の過程に不安を感じたと考える。このパターンの人は、死を受け入れる余裕はなく死の不安の中で死を迎えていた。パターン3は、耐え難い身体的苦痛を経て意識消失に至り、苦痛から解放されていた。死の覚悟の記録はなく自分の死に方について語る記録もなかった。また、死に対する不安の記録もなかった。このパターンは、急激な意識消失が苦痛からの解放につながっていた。

VI. 研究の限界

本研究は、12事例の患者の訴えと看護師の観察記録を基に分析しているため、分析過程で疑問が生じても前後の文脈から患者の気持ちを判断するしかなかった。また、12事例という少ない症例で飽和を確信することはできなかった。

本研究では、患者の訴えの記録を中心に分析を進めた。この点では患者の視座に立ち「心の状態」を分析したといえるが、看護師の記録に残らない患者の訴えがあった可能性がある。また、分析過程での研究者の個人的バイアスは否めない。

今後は、倫理上の問題で死亡前約2週間の人との直接的な面接は困難なため、件数をさらに増やし飽和を確認できるまで研究を進めていく必要がある。

VII. 結語

研究者は、死の過程にある人が「死の準備はできている」「死は覚悟している」と言っておきながらその直前に変貌し、激昂したり頻回に看護師を呼びつけ同じことを数分間隔で訴える事象を何例も経験し、なぜこのような反応をするのか疑問であった。

しかし、今回の調査で患者が描く死のイメージは、実体験によるものではなく、今までの家族の臨終や手記により作り上げられた最期の時の理想像のようなものであったと考える。また、看護師の、意識レベルの低下や鎮痛効果確認のための声かけは、患者の覚醒を促し、苦痛を感じることとなったと考える。

そして、今回の事例のように極限の疼痛や口に出せない寂しさを、家族への気遣いから看護師にしか話すことができなかったことを改めて知った。

今回の研究では、①終焉間近な患者への意識状態の確認の必要性、②看護師にしか苦痛を吐露できない患者とどのように向き合っていくかという点で、死の過程にある人の看護について示唆されたと考える。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

【文献】

天津栄子(2007).特集1 死生観と看取り 死生観

- を看取りに活かす 死にゆく人の理解.臨床看護, 33(13), 1965-1969.
- Buckman, R. (1998). Knowledge Sharing at Buckman Labs. *Journal of Business Strategy*, 19(1), 11-15.
- Copp, G. & Field, D. (2002). Open awareness and dying : The use of denial and acceptance as coping strategies by hospice patients. *Journal of Research in Nursing*, 7(2), 118-127.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1966). *Awareness of Dying*. 320, Chicago : Alpine Published. Co.
- 柏木哲夫 (1980). 臨死患者ケアの理論と実際－死にゆく患者の看護. 162, 大阪:日本総研出版.
- 厚生労働省 (2019).平成30年 (2018) 人口動態統計月報年計(概数)の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html> (参照 2019年12月29日)
- 国立研究開発法人 国立がん研究センター. 2018年12月26日, がん患者の人生の最終段階における苦痛や療養状況に関する初めての全国的な実態調査. 国立研究開発法人 国立がん研究センター. https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2018/1226/index. (参照 2020.2月22日)
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. 288, New York: Macmillan.
- Liverpool Care Pathway (LCP)日本語版普及グループ(2010). *Liverpool Care Pathway (LCP)日本語版使用マニュアル*. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, http://www.lcp.umin.jp/manual_ver1.pdf (参照 2019年12月29日)
- Lynn J, Adamson DM. (2003). Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Washington : RAND Corporation.
- Lynn J. (2001). Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families : the role of hospice and other services. *JAMA*, 285(7), 925-932
- 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, 後藤あき子, 柴田弘子, 庄子由美, 仙石美枝子, 山内かず子, 門間典子, 宮下光令 (2013). 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*, 8(2), 240-247.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliat Med*, 17(6), 520-526.
- Saunders, C. M. (2002). *Cicely Saunders – Founder of the Hospice Movement: Selected Letters 1959-1999*. 416, Oxford : Oxford University.
- 坂下恵美子 (2017). 一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難の検討. *南九州看護研究誌*, 15(1), 31-38.
- 下舞紀美代, 山口哲朗, 小田正枝(2011)がん患者の病名告知から終焉までの心理的变化とその要因. *日本がん看護学会誌*, 25(3), 30-38.
- 下舞紀美代, 加藤和生 (2020a). 死の受容に関する理論研究のレビュー(仮), 未発表
- 下舞紀美代, 加藤和生 (2020b). 死の受容に関する実証研究のレビュー(仮), 未発表
- Twycross, R & Andrew, W., Claire, S. 監訳 : 武田文和 (2009/2010). *Symptom Management in Advanced Cancer*.4th ed. (『トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント』(2010).528, 東京 : 医学書院.
- 内富庸介, 柏木哲夫, 志真泰夫, 山下直人, 武田文和, 田村恵子, 恒藤暁, 本家好文, 渡辺孝子 (2011). *がん緩和ケアに関するマニュアル*, 改定第3版, 厚生労働省・日本医師会.84, 大阪 : 公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
- Maeda, Y., Hagihara, A., Kobori, E & Nakayama, T (2006). Psychological process from hospitalization to death among uninformed terminal liver cancer patients in Japan. *BMC Palliative Care*, 5(6), 1-10.

Psychological processes of terminal cancer patients for sixteen days until death: An exploratory study

Kimiyo Shimomai¹⁾, Kazuo Kato²⁾

- 1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing Department of Nursing Adult and Geriatric Nursing
- 2) Kyushu University, School of Human-Environment Studies, Human Science Division, Psychology Department

ABSTRACT

Purpose: This study qualitatively attempts to examine “the state of mind” (psychological states and vicissitudes) of dying terminal cancer patients, focusing on the 16 days before their death.

Method: Qualitative analyses, based upon the Grounded Theory Approach, were applied to the descriptions (including patients’ complaints and nurses’ observations) in the medical records for 12 patients who had already died.

Subjects: The 12 patients (male: 8, female: 4) were from Kinki area (Age range: 40-70 – [60.8 ± 10.8]), and their primary diseases included the following cancers: gastrointestinal, 9; respiratory, 1; skin, 1.

Results: Close analyses of the 12 case records differentiated 149 codes, from which we identified 60 sub-categories, 26 categories, and 6 core categories (i.e., extreme physical pain, release from physical pain, death anxiety, death acceptance, gloominess while dying, and gaps between ideal and real selves). Finally, we identified 3 types of dying patients who showed different patterns of reactions to their dying.

Keywords : dying, terminal cancer, psychological processes (states and vicissitudes)