

〈原著論文〉

急激に臨死期に至った症状のある肺がん患者の情動体験 －精神症状が緩和した事例と難渋した事例の比較－

Emotional Experiences of Lung Cancer Patients with Symptoms that caused
Rapid Progression to the Dying Process

－Comparison between Cases of Patients Who experienced Relief of Psychological Symptoms and Who faced Difficulty－

山中 政子¹

要 旨

本研究の目的は、急激に臨死期に至った症状のある肺がん患者2事例の情動体験について、精神症状が緩和した事例と難渋した事例で比較し、臨死期における肺がん患者の情動体験の特徴を明らかにすることである。対象は終末期肺がん患者2名で、参加観察法によって収集した記述データは質的統合法（KJ法）を用いて分析し、精神症状が緩和した対象者Aと難渋した対象者Bで比較した。その結果、対象者Aの情動体験は【症状増悪に伴う死の覚悟と最期の苦痛への恐怖感】、【周囲の支援がもたらした生きる喜びと生きる意欲】等の7つに、対象者Bの情動体験は【症状緩和や心地よいケアによって自分を取り戻せたことへの喜び】、【苦痛から解放される唯一の手段としての死の懇願】等の6つに統合された。2事例の比較から、臨死期におけるがん患者への看護として、身体症状の緩和、生理的欲求を満たす看護ケア、スピリチュアルペインへの対応が必要と考える。

Abstract

The objective of this study is to compare cases of patients who experienced relief of psychological symptoms and who faced difficulty with respect to emotional experiences of two lung cancer patients with symptoms that caused rapid progression to the dying process and characterize the emotional experiences of lung cancer patients in dying process. The cases were two lung cancer patients in the terminal phase of the disease. Descriptive data collected by participant observation were analyzed by using the qualitative synthesis method (KJ method) and these were compared between Case A who had experienced relief of psychological symptoms and Case B who had faced difficulty. As a result, the emotional experiences of Case A were integrated into seven categories, e.g. "being resigned to die accompanied by exacerbation of symptoms and fear of the final agony", "joy of living brought by supportive people and will to live", and those of Case B were integrated into six categories, e.g. "joy of regaining him/herself due to relief of symptoms and comfortable care", "desire for death as a way to be released from pain". This comparison of two cases showed that relief of physical symptoms, nursing care which satisfies physiological drives and care for spiritual pain were required as nursing for cancer patients in dying process.

キーワード：情動体験, 肺がん患者, 臨死期, 精神症状

emotional experience, lung cancer patients, dying process, psychological symptoms

I. 緒言

がんは様々な身体症状を引き起こす疾患であり、

がんの罹患は患者の心に大きな影響を及ぼす。身体症状の出現頻度は生存期間が約1か月頃から増加する傾向にあり¹⁾、特に、死亡前48時間には耐えられ

1 Masako YAMANAKA 千里金蘭大学 看護学部

受理日：2014年10月15日

査読付

ない苦痛を伴う改善困難な症状が出現し、その52%は呼吸困難、49%は疼痛である²⁾と報告されている。日本におけるがん死亡率第1位の肺がん³⁾は、脊椎転移や腕神経叢浸潤などを原因とする重篤な痛みであることが多く⁴⁾、死亡直前期には18~79%が呼吸困難を有する⁵⁾と報告されている。これらは、臨死期に近づくほど身体的苦痛が増強することを示している。

また、終末期には、希死念慮やスピリチュアルペインが存在し⁶⁾、死亡直前には排他的な状態になっている⁷⁾ことや、うつ病やせん妄が多く発症する^{2) 8)}ことが報告されている。がん患者の苦痛は、“がんに対し効果的に対処することを妨げる心理的、社会的、スピリチュアルな本質の多数の要因からなる情動体験である。”⁹⁾と定義されており、橋本ら¹⁰⁾は、治療過程にある進行肺がん患者の症状体験に伴う情緒的反応を明らかにし、身体的苦痛の背後にある人間の本質において体験される情緒的反応にも注目する必要があると述べている。

これらより、臨死期にあるがん患者は、身体的苦痛に加え、心理的苦痛やスピリチュアルペインおよび精神症状が影響し合うことで、より複雑な苦痛を経験しているのではないかと考えられる。情動はこのころの重要な一側面である¹¹⁾と言われており、臨死期にある肺がん患者に寄り添ったケアをするためには、患者の苦痛を情動体験の観点から包括的に理解することが助けになるのではないかと考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、急激に臨死期に至った症状のある肺がん患者2事例の情動体験について、精神症状が緩和した事例と難渋した事例で比較し、臨死期における肺がん患者の情動体験の特徴を明らかにすることである。

III. 用語の操作的定義

終末期：治癒が望めない病状で予後6か月以内と予測される時期。

臨死期：予後が週単位の時期から看取りまでの時期。

情動：怒り、恐れ、喜び、悲しみのような基本的感情と、慈しみや憎しみ、尊敬や軽蔑など人間に独特な感情、および、その感情によって生じる思いや思

考、行動。

情動体験：患者を取り巻くがんや痛みなど外界との相互作用の過程を通して派生してきた情動を意識化し、それを自分の経験としたもの。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究

2. 対象

K医療センターの一般病棟に入院中の20歳以上の終末期肺がん患者で、がん起因する症状を有し、言語的コミュニケーションが可能で、患者本人より同意が得られた者2名。

3. データ収集方法

患者の情動体験が時間的に変化する可能性を踏まえると、患者が生活する文脈の中でデータを収集することが必要となる。そこで、急激に臨死期に至った症状のある肺がん患者の情動体験を、患者の行動や語りから明らかにするために参加観察法による調査を行った。参加観察では、研究者が病棟看護師と共にベッドサイドケアを行い、症状や情動を表現している場面において、患者の表情や言動、その背景となる状況を観察した。さらに、会話のやり取りの中で、がんの罹患や症状の出現に関連した思いや考え、周囲から受けた影響について問いかけた。研究者は、客観的真實性を重んじつつ、機械的な観察になることなく、対象者と研究者との間で起こる相互関係の中でデータ収集を行った。観察した内容は速やかにフィールドノートに記載して記述データとした。また、診療録および看護記録から、年齢、家族背景、現病歴、診療内容、研究者が病棟に不在時の患者の様子についての情報を収集した。

4. データ収集期間

2013年5月~2013年8月

5. 分析方法

1) 個別分析

データ分析は、山浦の質的統合法(KJ法)¹²⁾の手法を用いて質的帰納的に行った。質的統合法(KJ法)は、看護実践の現象にある多くの変数を捨象することなく、その全体像を構造的に表すことが可能¹³⁾であり、また、個別事例の実態解明によって

論理を抽出する方法¹²⁾であることから、本研究にとって妥当な分析方法であると考えた。

データ分析は事例ごとの個別分析とし、以下の手順により行った。

(1) 元ラベルの作成

記述データから対象者の情動体験を示している記述を抜き出し1つの意味ごとに区切って1ラベルとし、これを元ラベルとした。

(2) グループ編成

ラベルの記述を一字一句字義どおりに読み、意味・内容の類似するもの同士を集めグループとした。ラベル集めでは、因果関係に基づく集め方や説明的な集め方、枠組みに当てはめる分類的な集め方をせず、ラベルが訴える内容が近いかどうかといった親近性によって集めた。そして、集まったグループごとにラベルの全体感を読み取り、つかんだ全体感を表現する一文をつけた。

(3) ラベルの集約

ラベルの具体性を加味しつつ抽象度を高めながらグループ編成を繰り返し、グループの総数が6～7個に集約された段階で作業を終了した。集約されたラベルを最終ラベルとした。

(4) 見取図の作成

最終ラベル同士の関係性を探す空間配置を行い、ラベル間の関係性を示す関係記号と添え言葉を付け、その後に、各ラベルの内容を端的に表したシンボルマークをつけて見取図を作成した。

2) 2事例の比較

2事例の最終ラベルとシンボルマークの内容および見取図の構造を照合し、共通点と相違点について比較、検討した。

3) 真実性および明解性の確保

分析の真実性および明解性の確保として、対象者の言葉の意味が曖昧な箇所があれば、対象者自身に意味を確認した。また、分析の全過程において質的研究のスーパーバイズを受けた。なお、研究者は質的統合法 (KJ法) の集中的な基礎訓練を受けている。

6. 倫理的配慮

本研究は、兵庫医療大学の倫理審査委員会と調査実施施設の臨床試験審査委員会の承認を受けて実施した。対象者の選定は入院病棟の看護師長からの推

薦とし、主治医の許可を得た後に、対象者本人に対し調査の目的と方法、研究参加の任意性と自己決定の尊重、研究への不参加や撤回による不利益を受けないこと、個人のプライバシーの保護への配慮と守秘義務の遵守、匿名性の厳守について文書と口頭で説明し、自由意思による同意を署名にて得た。対象者が終末期患者であり、調査内容が個人の内面に深く関わることから、参加観察中は対象者の症状に十分注意し、心的負担が増すことのないよう配慮した。

V. 結果

1. 2事例の概要と経過

本研究に同意が得られた対象者2名 (対象者A、対象者B) に対し、参加観察を実施した。以下に、対象者の概要と経過を述べる。

1) 対象者Aの概要と経過

対象者Aは70歳代の男性である。妻と長男の3人暮らしであった。呼吸困難を主訴に肺がんⅡb期と診断され、化学療法と放射線治療を受けたが2年後に再発した。再度、化学療法を受けたが効果なく、積極的がん治療を中止して在宅で療養していた。その後、上腕神経叢浸潤による右手指から右肩、右背部に至る痛みとしびれが増強し、呼吸困難が出現したため症状緩和目的に入院していた。

痛みと呼吸困難に対し、リン酸コデインと徐放性強オピオイド、速放性強オピオイド、鎮痛補助薬を使用していた。入院翌日に対象者本人の同意を得て参加観察を開始した。参加観察期間は入院翌日から死亡2日前までの34日間で、研究者は病棟看護師と共に清潔ケアや体位変換、食事介助、手のマッサージを実施した。症状緩和処置として、強オピオイドは内服から塩酸モルヒネ注射薬の持続皮下注射に変更され、酸素投与や吸引などが実施された。死亡23日前にせん妄が出現したが4日後に改善した。その後、徐々に嚥下障害や喘鳴が出現し、痛みと呼吸困難は増強したが、死亡前日まで意識清明であり会話も可能であった。

2) 対象者Bの概要と経過

対象者Bは70歳代の男性である。妻と2人暮らしであった。呼吸困難と左背部痛を主訴に肺癌Ⅳ期と診断され、化学療法と骨転移に対する放射線治療を

受けたが、薬剤性骨髄抑制による発熱、咽頭痛が出現したため入院していた。

呼吸困難と臀部痛に対し、非ステロイド性消炎鎮痛薬と徐放性強オピオイド、速放性強オピオイドを使用していた。発熱が改善し白血球数が増加した時期に、対象者本人の同意を得て参加観察を開始した。参加観察期間は死亡前日までの22日間で、研究者は病棟看護師と共に清潔ケアや体位変換、食事介助を実施した。症状緩和処置として、強オピオイドは内服から塩酸モルヒネ注射薬の持続皮下注射に変更され、酸素投与や吸引などが実施されて一時的に症状緩和は図れた。しかし、死亡14日前より夜間せん妄が出現し、死亡8日前には嚥下障害や呼吸困難が悪化し自己排痰ができなくなった。さらに、全身状態が悪化して傾眠状態となった。患者自身は精神症状について、自ら「睡眠障害だ」、「混乱している」と表現し、死亡数時間前まで目を覚ますと苦痛を訴えるという状態であった。

2. 個別分析の結果

事例ごとの個別分析の結果を、シンボルマークは【 】、最終ラベルは《 》を使って以下に示す。尚、対象者毎のグループ編成の各段階ラベル数は表1に示すとおりである。

表1 グループ編成の各段階ラベル数

	対象者A		対象者B	
	集まったラベル	残ったラベル	集まったラベル	残ったラベル
元ラベル	186		93	
1段目	52	14	29	10
2段目	26	6	15	7
3段目	13	3	8	6
4段目	5	5	5	4
5段目	3	4	2	5
6段目	/		1	5
最終ラベル	7		6	

表2 対象者Aのシンボルマークと最終ラベル、元ラベル数、元ラベルの代表例

【シンボルマーク】	《最終ラベル》	元ラベル数	元ラベルの代表例
【症状増悪に伴う死の覚悟と最期の苦痛への恐怖感】	《症状が増悪し死が近いのだと覚悟しているが、死ぬ時に苦しむことが怖い。》	46	夜、眠れなくてね、悪いことばかり考えるんよ、いつまで生きるんかなあ、きつと苦しんで死ぬんやって。(死ぬ時は)絶対苦しいと思う。
【症状悪化や麻薬性鎮痛薬への懸念に対する医療者の説明による安心感】	《がん治療をしていないこと、今後の症状の悪化、麻薬性鎮痛薬の中毒の心配はあるが、薬や症状コントロールについて医療者から説明を受け安心している。》	21	先生がね、何度でも痛み止めしてもらいや、看護師さんには何度でも使えるって言ってあるからね、って言ってくれた。それを聞くと安心します。
【症状緩和や生活改善に向けた看護への感謝】	《看護師は、不自由な生活や苦しい症状を察知し、何とか改善しようと考えて素早く行動してくれるので有難い。》	32	看護師さんが僕の顔を見て、今痛いんじゃないか、痛み止めしようかって言ってくれると有難い。何度も頼むのは、悪いなあって遠慮してしまうから。
【家族への感謝と気遣い】	《家族が毎日来てくれることに感謝しているが、介護負担や経済的負担を考えると気も遣う。》	8	家内には、電車でなくタクシーを使うように言ってます。暑い中、毎日お見舞いに来てくれてるけど、倒れたら大変だからね。
【悲観的意識の中、周囲の笑顔がもたらした症状緩和効果の実感】	《症状が悪化し身体が弱ってくると、不自由さに苛立ち、自分が情けなくなり、気力が弱って死について考えてしまうので一層症状が強く感じられるが、周囲の人達と話し笑顔を見ると症状は和らぎ、薬もよく効くように感じられる。》	21	みんなと話しているとね、息苦しいのも気が紛れるんやね。薬もよく効く気がする。
【ケアや処置による心地よさと看護の温かみもたらした喜び】	《吸引で排痰が促され、少量の食事でもおいしいと感じられ、看護ケアで気持ちよくなり、看護師の手の温もりを感じられることがうれしい。》	36	(看護師が鎮痛薬の投与と吸引を実施した後)今、一番楽。今は他に楽しみたいから、こうやって楽になるのがうれしい。
【周囲の支援もたらした生きる喜びと生きる意欲】	《周囲からの励ましや自分のために手を尽くしてくれること、傍で見守ってくれることで、辛さに耐えたことが報われる様に感じ、生きていることや幸せが実感でき、生きる意欲が湧いてくる。》	22	午前中に顔や足、拭いてくれたでしよ。いろいろしてもらって、生きないとあかんって思う。看護師さん、用事はあるでしょうけど、できるだけ来てくださいね。

1) 対象者Aの情動体験

元ラベル数は186枚で、5段階のグループ編成を経て7枚の最終ラベルに統合され(表2)、空間配置によって見取図(図1)を作成した。対象者Aの最終ラベルに付けたシンボルマークは、【症状増悪に伴う死の覚悟と最期の苦痛への恐怖感】、【症状悪化や麻薬性鎮痛薬への懸念に対する医療者の説明による安心感】、【症状緩和や生活改善に向けた看護への感謝】、【家族への感謝と気遣い】、【悲観的意識の中、周囲の笑顔がもたらした症状緩和効果の実感】、【ケアや処置による心地よさと看護の温かみもたらした喜び】、【周囲の支援がもたらした生きる喜びと生きる意欲】であった。

明らかになった対象者Aの情動体験の構造について、最終ラベルを用いて表現する。対象者Aは、《症状が増悪し死が近いのだと覚悟しているが、死

ぬ時に苦しむことが怖い。》と臨死期の苦痛に対する恐怖感を根底にもちつつ、《がん治療をしていないこと、今後の症状の悪化、麻薬性鎮痛薬の中毒の心配はあるが、薬や症状コントロールについて医療者から説明を受け安心している。》と感じ、《看護師は、不自由な生活や苦しい症状を察知し、何とか改善しようと考えて素早く行動してくれるので有難い。》や《家族が毎日来てくれることに感謝しているが、介護負担や経済的負担を考えると気も遣う。》と感謝や思いやりを感じていた。その結果、《症状が悪化し身体が弱ってくると、不自由さに苛立ち、自分が情けなくなり、気力が弱って死について考えてしまうので一層症状が強く感じられるが、周囲の人達と話し笑顔を見ると症状は和らぎ、薬もよく効くように感じられる。》ことを実感し、《吸引で排痰が促され、少量の食事でもおいしいと感じられ、看

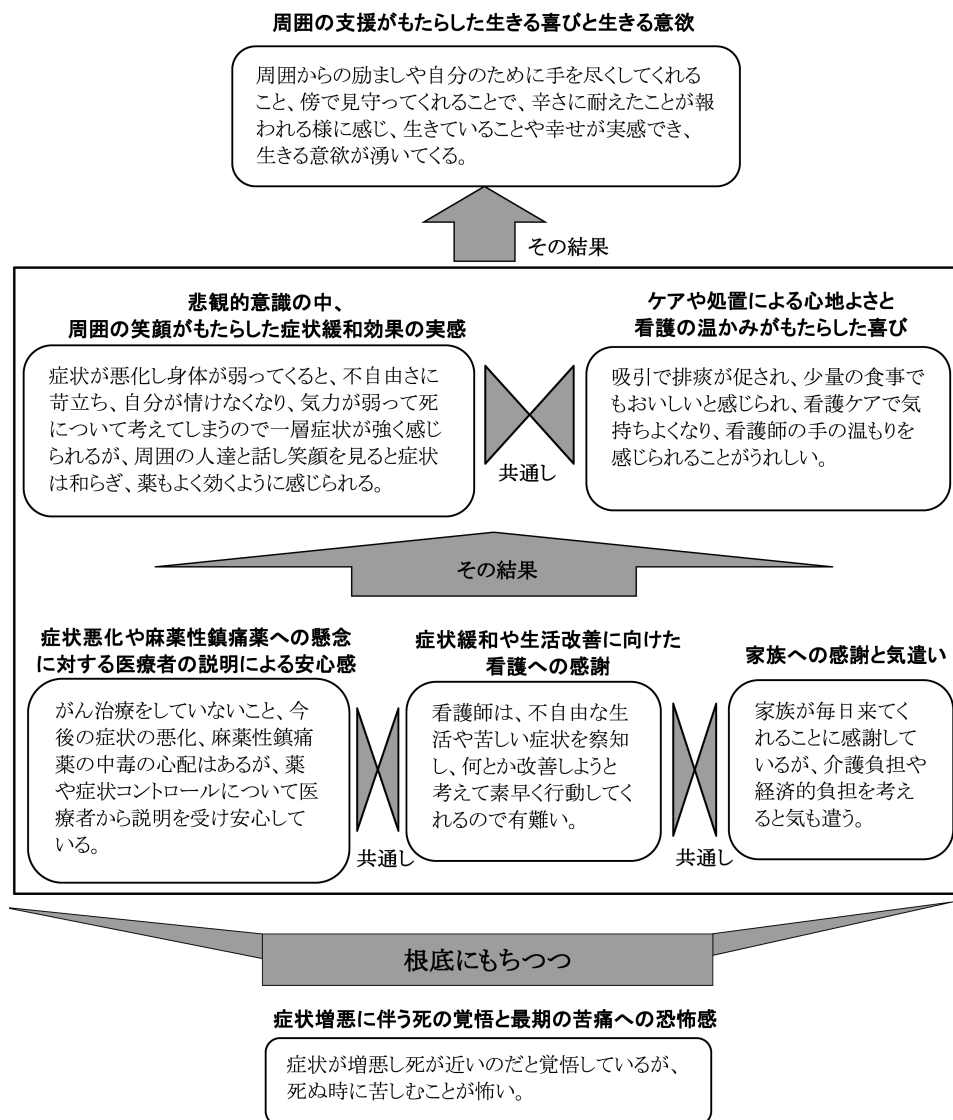


図1 対象者Aの情動体験(見取図)

護ケアで気持ちよくなり、看護師の手の温もりを感じられることがうれしい。》と感じていた。その結果、《周囲からの励ましや自分のために手を尽くしてくれること、傍で見守ってくれることで、辛さに耐えたことが報われる様に感じ、生きていることや幸せが実感でき、生きる意欲が湧いてくる。》という情動体験をしていた。

2) 対象者Bの情動体験

元ラベル数は93枚で、6段階のグループ編成を経て6枚の最終ラベルに統合され(表3)、空間配置によって見取図(図2)を作成した。対象者Bの最終ラベルに付けたシンボルマークは、【症状増悪の予測と最期の苦痛への懸念】、【麻薬性鎮痛薬の効果と麻薬中毒の心配との葛藤】、【症状緩和と寝たきり状態の回避に向けた取り組みと効果の実感】、【症状によって自分自身を律することができない苦しみ】、【症状緩和や心地よいケアによって自分を取り戻したことへの喜び】、【苦痛から解放される唯一の手段としての死の懇願】であった。

明らかになった対象者Bの情動体験の構造につ

いて、最終ラベルを用いて表現する。対象者Bは、《痛みは一時的に楽になるだけでまた痛くなるのだと思っており、死ぬ時は苦しまずに死ぬのかと一つも考えている。》と臨死期の苦痛に対する懸念を根底にもちつつ、《麻薬性鎮痛薬の効果には満足しているが、使用後に気持ちよくなる感覚や眠気が出ることから麻薬中毒を心配しており、麻薬に頼っていないで中止した方がよいと思っている。》と考える一方で、《症状を和らげ寝たきり状態を避けるために、早めの速放性強オピオイドの臨時投与(レスキュー・ドーズ)や体位の工夫、できる範囲の運動を行っており、部分的ではあるがその効果を感じている。》こともあった。また、《いかなる時でも他人に礼節を尽くす自分でいたい、身体の苦痛と頭の中の混乱で自分をコントロールできなくなっており、周囲に迷惑をかけていることが辛い。》と自分自身を律することができない苦しみを抱える一方で、《症状が和らいだ時、気持ちよいケアを受けた時、周囲と笑い合えた時は気分も身体も楽になり、自分を取り戻すことができたと感じられてうれしくなる。》こともあった。しかし、その後、《耐え難い

表3 対象者Bのシンボルマークと最終ラベル、元ラベル数、元ラベルの代表例

【シンボルマーク】	《最終ラベル》	元ラベル数	元ラベルの代表例
【症状増悪の予測と最期の苦痛への懸念】	《痛みは一時的に楽になるだけでまた痛くなるのだと思っており、死ぬ時は苦しまずに死ぬのかと一つも考えている。》	5	痛みで苦しまないで死ぬことのできるんでしょうか。肺がんになってからずっと考えていることです。
【麻薬性鎮痛薬の効果と麻薬中毒の心配との葛藤】	《麻薬性鎮痛薬の効果には満足しているが、使用後に気持ちがよくなる感覚や眠気が出ることから麻薬中毒を心配しており、麻薬に頼っていないで中止した方がよいと思っている。》	8	オキシコンチンとオプソを7時に一緒に飲むんだけど、丁度いい感じにマッチして体が楽になる。そして、気持ち良くなる。だから、こんなじゃあかんと思う。(あかんの意味は?) 中毒になるってこと。実際、今これに頼っているわけだから。
【症状緩和と寝たきり状態の回避に向けた取り組みと効果の実感】	《症状を和らげ寝たきり状態を避けるために、早めのレスキュー・ドーズや体位の工夫、できる範囲の運動を行っており、部分的ではあるがその効果を感じている。》	12	ベッドの上でも自分で何か物を取ったり、体をずらすようにしています。おかげで、手の力は割合保っているんですよ。
【症状によって自分自身を律することができない苦しみ】	《いかなる時でも他人に礼節を尽くす自分でいたい、身体の苦痛と頭の中の混乱で自分をコントロールできなくなっており、周囲に迷惑をかけていることが辛い。》	26	自分が何をするかわからなくて不安で、看護師さんをお願いして、ずっと監視してほしいと頼みました。それで(離床センサーの)スイッチをつけてもらいました。
【症状緩和や心地よいケアによって自分を取り戻したことへの喜び】	《症状が和らいだ時、気持ちよいケアを受けた時、周囲と笑い合えた時は気分も身体も楽になり、自分を取り戻すことができたと感じられてうれしくなる。》	17	朝方、看護師さんの笑い声につられて私も笑ってしまった。そしたらね、パッと自分を取り戻すことができたんです。笑うって大事なことです。最近笑ったことなかったから。その後、熟睡したんです。
【苦痛から解放される唯一の手段としての死の懇願】	《耐え難い苦痛を抱えて生き長らえることに生きる意味が見出せず、苦しみから真に解放される手段は死しかないのだから、死をもって全てを終わらせたい。》	25	こんな状態で生きていくなんで、耐えられない、早く結論が知りたい、こんな、、、皆に迷惑かけて、、、もう楽にさせて、殺してよ。

苦痛を抱えて生き長らえることに生きる意味が見出せず、苦しみから真に解放される手段は死しかないのだから、死をもって全てを終わらせたい。》と懇願するようになるという情動体験をしていた。

3) 2事例の情動体験の比較

精神症状が緩和した対象者Aと難渋した対象者Bで情動体験を比較した。病状の経過上の共通点として、主な身体症状はがん疼痛、呼吸困難、嚥下障害で、精神症状はせん妄であった。実施されていた症状緩和処置や使用されていた薬剤はほぼ同様であった。相違点として、対象者Aはせん妄が4日間で改善したが、対象者Bはせん妄が改善しないまま傾眠が併発し、死亡数日前から会話に支障をきたす状態

であった。

2事例の見取り図を比較した結果、共通点は、症状増悪を予測し臨死期の苦痛に恐怖を抱くという情動体験が根底に位置することであった。また、症状緩和の実感や心地よいケアによる喜びが中心に位置していることも共通していた。相違点のひとつめは麻薬性鎮痛薬に対する懸念であった。対象者Aは医療者の説明により解決して安心を得ていたが、対象者Bは効果と麻薬中毒との狭間で葛藤が持続していた。相違点のふたつめは症状による影響であった。対象者Aは家族や看護師からの症状緩和の働きかけに感謝の気持ちを抱いていたが、対象者Bは自分を律するがゆえに、症状によって自分自身をコントロールできず周囲に迷惑をかけ、他人に礼節を尽

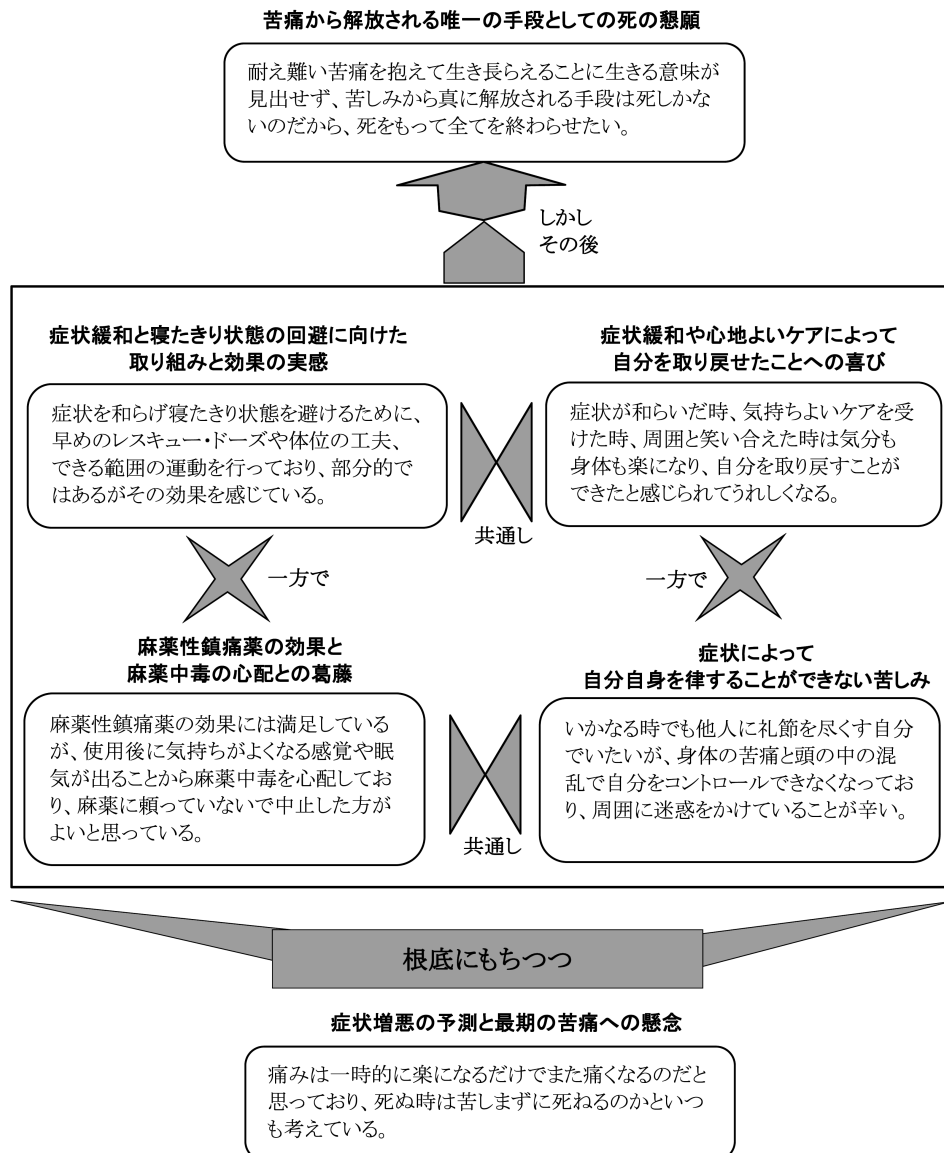


図2 対象者Bの情動体験（見取り図）

くせないことが苦痛となっていた。その結果として、対象者Aでは、生きる喜びと生きる意欲をもつに至ったが、対象者Bでは苦痛から解放される唯一の手段としての死を懇願するという苦悩を体験していた。

VI. 考察

1. 臨死期にある肺がん患者の情動体験の特徴

本研究で得られた急激に臨死期に至った症状のある肺がん患者2事例の共通点と相違点から考察を述べる。

2事例の比較より情動体験における共通点は、症状増悪や最期の苦痛への恐怖や懸念が根底にあること、そして、症状緩和と心地よいケアによる喜びを体験していることであった。対象者は痛みと呼吸困難に対する症状緩和治療を受けていたが、症状は悪化してくるものと考えており、それが臨死期の身体的苦痛を連想させていた。がんは未だ不治の病のイメージが根強く、積極的がん治療の対象にない終末期がん患者では、痛みなど身体症状の存在がこのイメージを助長していると考えられる。しかし、対象者の身体症状は、麻薬性鎮痛薬の使用や生活を改善に導く看護、対象者自身が行う運動やレスキュー・ドーズの使用などの取り組みによって緩和されていた。さらに、看護師の心地よいケアや迅速な対応、温かいところに触れること、医療者の説明による安心感、周囲の人々の笑顔、によって症状緩和が促進されるように感じていた。これにより、医療的処置だけが身体症状を緩和するのではなく、心地よいと感じる快の情動を喚起させるケアや、笑顔と温かいところで接することが症状緩和をより効果的にすると考える。

また、心地よさを感じる看護ケアは、対象者Aでは生きる喜びや生きる意欲に、対象者Bでは自分を取り戻せたことへの喜びにつながっていた。終末期がん患者にとって、看護ケアが心地よさや喜びを与え、生きる力につながる¹⁴⁾ことや、食べることが生きている自分を支える¹⁵⁾ことが報告されている。対象者らは、清拭や足浴といった看護ケア、鎮痛薬や吸引といった処置、経口摂取によって生理的欲求が満たされ、満足感や心地よさを得ることができていた。身体症状の増悪に死を想念し、自分でできることが減っていく臨死期において、気持ちよい、楽になった、おいしいと味わうことは単に生理的欲求を満たすだけでなく、生きていることを実感させ、

ひいては生きる価値を取り戻すといったより高次元な欲求を満たす機会になり得ると考える。

次に、2事例の情動体験における相違点から考察を述べる。対象者Aの情動体験は、苦痛が強い状況の中にあっても、安心、感謝、他者への気遣い、喜び、症状緩和効果の実感、に統合されており、見取り図からは、これらの情動体験が相互に調和をなして生きる喜びや生きる意欲に向かっていると考えることができる。情動体験は時間や周囲からの影響を受けて流動的に変化するものと考えられるが、対象者Aに調和が認められたことは、臨死期にあっても、心理的に安寧な状態を維持することの可能性を示唆するものである。遠藤¹¹⁾は、喜び・快感情は創造性、問題解決の精度を引き上げ、他者に対する友好的な態度を生じさせると述べている。対象者Aは、情動体験の調和によって家族や医療者との友好的な関係を築くことができ、周囲から受ける介入効果を最大限にすることができたのではないかと考える。一方、対象者Bでは、麻薬性鎮痛薬の使用に対する葛藤や自分自身を律することができない苦しみに統合された情動体験と、症状緩和効果の実感や自分を取り戻せた喜びに統合された情動体験が、「一方で」の添え言葉が表現するように、同時かつ流動的に存在していると考えられる。対象者Bは、《いかなる時でも他人に礼節を尽くす自分になりたい》と自律を保つことを価値とし、麻薬性鎮痛薬の《使用後に気持ちよくなる感覚や眠気が出ることから麻薬中毒が心配》と自分の状態を分析・理解しようとする自律的な姿勢をもっていた。しかし、対象者Bはせん妄が発現し、頭の中が混乱するようになった。せん妄は全般的な脳の機能障害であり、認知障害、意識障害、睡眠覚醒リズムの障害を特徴とする精神症状である¹⁶⁾。精神症状によって他者とのコミュニケーションが障害され自分の欲求が他者に伝わりにくい状況は、身体的苦痛の緩和をさらに困難にし、他者との関係性や自己コントロール感が低下する体験として自尊心を深く傷つけたのではないかと考えられる。村田¹⁷⁾は、霊的・実存的苦痛であるスピリチュアルペインを、自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛と定義している。この定義に立脚すると、対象者Bは生きる意味が見出せなくなり、内面にスピリチュアルペインが生み出され、そして、全ての苦痛から開放される手段は死しかないのだと思うようになったと考える。また、対象者Bの「もう楽にさして、殺してよ。」(表3)という訴

えは、耐え難い苦痛に対する援助の求めであった。死について発せざるを得ないほどの耐え難い身体的苦痛であったと考えられ、「楽になりたい」を最期の望みとする患者に対し身体症状の緩和がいかに重要であるかを示している。

2. 臨死期にあるがん患者への看護のあり方

以上より、臨死期にあるがん患者への看護として、身体症状の緩和、生理的欲求を満たす看護ケア、スピリチュアルペインへの対応が重要であると考える。

がん患者の痛みや呼吸困難の緩和には、医療用麻薬の効果が期待できる^{18) 19)}。しかし、対象者はともに麻薬性鎮痛薬の中毒を心配しており、これは、使用に対する抵抗感や躊躇につながる恐れがある。看護師は医療用麻薬に対する誤解や心配事に触れ、正しい知識が獲得できるように働きかける必要がある。患者自身がレスキュー・ドーズを適切に使用できるようになれば、自己コントロール感によって症状緩和効果はさらに促進されるものと考えられる。しかし、臨死期は様々な症状の出現頻度が増し、症状緩和に難渋することがある。また、意識障害や精神症状は苦痛を表現することを難しくする。そのような状況にある患者に対しては、苦痛を言語的表現から評価するのではなく、1日の意識レベルの変動や患者の反応を詳細に観察することで、覚醒した時の苦痛の程度を察知し、迅速に対処する看護が必要であると考える。

また、心地よさをもたらす看護ケア、すなわち生理的欲求を満たす看護ケアは生きる喜びや生きる意欲につながっていた。新藤ら²⁰⁾は、「生きていても意味がない」と訴える終末期がん患者に対し、約40%の看護師が逃げ出したい気持ちになっており、約60%の看護師が無力を感じていると報告している。これは、終末期がん患者の心理面に直接介入する看護の難しさを示している。しかし、本研究結果からは、生理的欲求を満たす基本的な看護ケアが身体面だけでなく心理的安寧を導くことが明らかとなっている。そこで、臨死期にあるがん患者に対しては、自信を持って清潔援助等の基本的な看護ケアを実施することが、心理面への介入としても重要になると考える。その際は、死に向かう人として接するのではなく、自律する存在として尊厳を守る態度で接することが肝要であり、スピリチュアルペインへの対応にもなり得ると考える。さらに、スピリ

チュアルペインへの対応としては、臨死期のコミュニケーションが難しくなる以前から患者の意思や考えに触れておくことが必要となる。死について触れる発言に対しては、背景にある様々な要因を探索して真の意味を見出すことが必要であり、それには、患者の情動体験を包括的に捉えておくことが役に立つと考える。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は事例研究であり、一般化には限界がある。今後は、他のがん腫や成人期にある患者、在宅で臨死期を迎える患者にも対象を拡大して臨死期の情動体験をより明らかにするとともに、検討した看護を実践につなげていくことが課題である。

VIII. 結論

急激に臨死期に至った症状のある肺がん患者の情動体験を、精神症状が緩和した事例と難渋した事例で比較した結果、症状緩和や心地よいケアは、身体症状の改善のみならず心理的に安寧な状態をもたらす生きる喜びや生きる意欲につながるが、精神症状は自律性を障害し、耐え難い苦痛によって楽になる手段としての死を懇願するようになる、ことが明らかとなった。臨死期にあるがん患者に対する看護として、身体症状の緩和、生理的欲求を満たす看護ケア、スピリチュアルペインへの対応が必要である。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、調査に協力していただきました対象者の皆様、調査実施施設の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究の執筆にあたりご指導くださいました大阪医科大学看護学部鈴木久美先生に深く御礼申し上げます。

付記

本稿は第28回日本がん看護学会学術集会にて発表されたものに加筆・修正を加えたものである。

文献

- 1) 池永昌之. 死が近づいてから死亡までの病態と症状緩和. 柏木哲夫, 今中孝信監修. 死をみつ

- る1週間. 20-32, 医学書院, (2002)
- 2) Ventafridda V.; Ripamonti C.; de Conno F. et al. Symptom prevalence and control during cancer patients last days of life. *J Palliat Care*. 6(3), 7-11(1990)
 - 3) がんの統計編集委員会. “部位別がん死亡数, 部位別がん死亡率”. がんの統計 ‘12. 財団法人がん研究振興財団. 12-14, (2012)
 - 4) 服部政治, 五十嵐妙, 寶田潤子. 肺癌におけるがん疼痛管理. *医学のあゆみ*. 240(13), 1210-1216(2012)
 - 5) Huhmann M.; Camporeale J. Supportive care in lung cancer: clinical update. *Semin Oncol Nurs*. 28(2), e1-e10(2012)
 - 6) 赤澤輝和, 長瀬和子. 終末期がん患者における希死念慮とSpiritual pain. *東海大学健康科学部紀要*. (9), 97-105(2003)
 - 7) Rabkin JG.; McElhiney M.; Moran P. et al. Depression, distress and positive mood in late-stage cancer: a longitudinal study. *Psychooncology*. 18(1), 79-86(2009)
 - 8) Akechi T.; Okuyama T.; Sugawara Y. et al. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol*. 22(10), 1957-1965(2004)
 - 9) National Comprehensive Cancer Network. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Distress Management. In: National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology. 1.2012 ed. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2012.
 - 10) 橋本晴美, 神田聖子. 治療過程にある進行肺がん患者の症状体験に伴う情緒的反応. *日本看護科学会誌*. 31(1), 77-85(2011)
 - 11) 遠藤利彦. 発達における情動と認知の絡み. 高橋雅延, 谷口高士編. *感情と心理学*. 2-40, 北大路書房, (2002)
 - 12) 山浦晴男. 質的統合法入門 考え方と手順. 145p, 医学書院, (2012)
 - 13) 正木治. 看護学研究における質的統合法 (KJ法) の位置づけと学問的価値. *看護研究*. 41(1), 3-11(2008)
 - 14) 千田操, 角田真由美, 柿川房子. 一般病棟における終末期がん患者の生きがい. *日本看護研究学会雑誌*. 36(1), 113-121(2013)
 - 15) 大塚有希子, 尾岸恵三子. 終末期の患者が食べることの意味. *日本看護研究学会雑誌*. 34(4), 111-120(2011)
 - 16) 田巻知宏, 前野宏. せん妄. 東原正明編. *癌緩和ケア*. 109-110, 親興医学出版社, (2008)
 - 17) 村田久行. 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケアー現象学的アプローチによる解明ー. *緩和ケア*. 15(5), 385-390(2005)
 - 18) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編. *がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版*. 31-34, 金原出版 (2010)
 - 19) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編. *がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2011年版*. 37-43(2011)
 - 20) 新藤悦子, 茶園美香, 近藤咲子. 「生きる意味がない」と訴える終末期がん患者とコミュニケーションをとる大学病院看護師の態度. *死の臨床*. 35(1), 95-100(2012)