

がん患者家族の闘病期間中の心理が悲嘆のプロセス に及ぼす影響に関する研究： 闘病期間の違いに着目して

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-03-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 大岡, 友子, 小西, 聖子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/946

■ 原著

がん患者家族の闘病期間中の心理が悲嘆のプロセスに及ぼす影響に関する研究 —闘病期間の違いに着目して—

大岡友子¹⁾ 小西聖子²⁾

1) 武蔵野大学大学院人間社会研究科 博士後期課程

2) 武蔵野大学人間科学部

抄録

背景と目的：配偶者と死別した遺族では、闘病期間1年未満の群に悲嘆反応が強い傾向が見られたとの報告があるが、その理由については明らかにされていない。闘病期間の違いに着目して、がん患者遺族の闘病期間中の心理と悲嘆のプロセスの関連を解明することを目的とした。

対象：配偶者をがんで亡くした女性9名。

方法：半構造化面接を用いて、がん発病から現在までの心理について語りを得た。闘病期間1年未満の5名（平均年齢55.5歳、死別からの平均期間6.5年）と、1年以上の4名（平均年齢59.4歳、死別からの平均期間5.2年）の2群に分け、それぞれについて、インタビューデータをMGTAにより分析を行った。

結果：1年未満群では、死別について患者と話すのを避けたことにより死別への準備ができず、看取りに悔いが残ったとの語りが多かった。死別後数年経過も後悔や自責が強く、孤独感や思慕も強かった。1年以上群は、死別への準備がなされており、死別後の自責についての語りがなく、できることはしたという語りが多かった。

考察：1年未満群では死別への準備ができず、悲嘆のプロセスが阻害されていることが示唆された。早い段階から家族の死別への準備を支援する必要があると考えられる。

1. 問題背景

(1) がん患者の遺族の現状

がんは1981年からわが国の死亡原因の第1位である。厚生労働省の平成28（2016）年人口動態統計（確定数）の概況によれば、2016年の死亡数を死亡順位別に見ると、第1位は悪性新生物（がん）で37万2986人であり、全死亡数130万7748人に占める割合は28.5%である。死亡者1人には3～4人の遺族がいるとされており、年間100万人以上ががんによる死別を経験していることになる。

また、がん患者の遺族は一般人口集団に比べQOLが低く、うつ病の有病率が高いことが知られている（Zisook & Shear, 2009）。近年実施された国内の遺族調査においては、配偶者をがんで亡くした死別7年後までの遺族の44%に精神医学的障害がみられたと報告されている（Asai et al., 2013）。坂口ら（2013）は、抑うつ評価尺度 Center of Epidemiology Depression Scale（CES-D）短縮版による調査で、ホスピス・緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族の43.8%に抑うつ状態が

認められたと報告している。複雑性悲嘆の有病率については、Fujisawa et al. (2010) による疫学調査では2.7%であり、青山 (2017) の調査では14%と報告されている。仮にがん患者の遺族を年間100万人と考えた場合、複雑性悲嘆の有病率が2.7%であれば年間2.7万人、14%であれば年間14万人が複雑性悲嘆に罹患していることになる。

以上のことから、がん患者の遺族には精神健康の側面から支援を必要とする者が多いのではないかと推測される。

(2) がん診断後の生存期間

近年、がんと診断されてからの生存率は年々高くなっている。国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス最新がん統計 (2017年12月8日更新) によれば、全がん計で直近の5年相対生存率は62.1%となっている。がんと診断されることが死を意味するわけではなく、がんと共存し続けることは可能な時代となったといえる。

しかし、一方で、一部の難治性のがんでは5年相対生存率は10%未満にとどまったままである。国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院の治療成績によれば、診断時点で進行腫瘍がんで手術不能であれば、1年生存率は40%である。つまり、全がん平均ではがん診断後の生存期間は長期化した。一部のがんでは、まだ短期間で死に至る病である。

死因をがんに限定した患者の闘病期間の違いが遺族に与える影響に関する研究ではないが、死因を限定しない研究として、河合 (1987) による死別の衝撃と死別後の心理的反応に関する調査がある。配偶者の死の衝撃が「非常に大きかった」と回答した人の割合は、臥床期間が1年以内であった場合に54%であるのに対して、臥床期間が1年以上5年未満であった場合には23%と、臥床期間によって死別の衝撃の程度に差が生じたとしている。また、寺崎・中村 (1998) が行った、配偶者と死別した高齢者の悲嘆とその要因に関する調査では、闘病期間を1年未満、1～5年未満、5年以上に分けたところ、1年未満の群に悲嘆反応が強い傾向が見られたとしている。したがって、患者の闘病期間の違いが遺族の悲嘆に影響する可能性が考えられるが、闘病期間が1年未満の遺族に悲嘆反応が強い傾向がみられた理由については明らかにされていない。

2. 目的

国内におけるがん患者の家族、遺族に関する研究は、精神健康と関連する要因に関する量的研究が多く、質的研究については、死別前のみ、死別後のみなど、時期を区切って心理的プロセスを分析する研究が多い。しかし、患者の家族は発病から死別後まで一連の体験をしているのであり、死別前からの家族の心理が死別後の悲嘆に及ぼす影響について検討する必要があると考える。

また、がんの闘病期間は長期に及ぶ場合もあればごく短期間の場合もあるが、先行研究では、がんの闘病期間の違いが遺族の悲嘆に及ぼす影響については明らかにされていない。

以上より、本研究では、闘病期間の違いに着目して、がん患者遺族の心理について、がん発病から死別後までの一連のプロセスを解明し、闘病期間中の心理が悲嘆のプロセスに及ぼす影響について検討することを目的とする。がん患者遺族の悲嘆をより深く理解し、適切な支援への示唆を得ることができるものとする。

3. 方法

調査対象者は、がんに罹患した同居の配偶者・親を亡くした遺族である。調査にあたっては、特定非営利活動法人パンキャンジャパン、支えあう会「α」、およびがん遺族会青空の会の3団体に、研究協力者のリクルートにご協力いただいた。各団体において会員に対して研究への協力要請をしていただき、研究者が「研究協力のお願いと説明」の書面および口頭で研究協力のお願いと説明を行った。その後、研究参加の申し出のあった遺族に対して再度個別に研究の概要および倫理的配慮について説明し、19名から同意を得た。

19名の属性については、女性12名、男性7名、平均年齢51.9歳、患者の死因は、膵臓がん7名、乳がん2名、肝臓がん、肺がん、食道がん、前立腺がん、胆管がん、肉腫、汗腺がん各1名である。2017年6月から10月にかけて、19名全員に対して半構造化面接を行い、がん発病から死別後現在に至るまでの心理について、インタビューガイドに沿って質問し、自由に語ってもらった。データを収集したところ、遺族の性別と故人の続柄が語りの内容に大きく影響していることがわかった。本研究では闘病期間の違いで遺族の心理のプロセスを比較検討することを目的としており、分析にあたっては、遺族の性別と故人の続柄については揃える必要があると考えた。そのため、19名のうち配偶者を亡くした女性9名のインタビューデータを、闘病期間1年未満5名と1年以上4名の2群に分けて分析することとした。対象者の属性は表1のとおりである。

闘病期間1年未満の群では、遺族の平均年齢55.5歳(SD5.0)、故人の平均年齢54.5歳(SD7.2)、死別からの平均経過年数6.5年(SD1.3)であった。闘病期間1年以上の群では、遺族の平均年齢59.4歳(SD10.2)、故人の平均年齢58.4歳(SD15.8)、死別からの平均経過年数5.2年(SD2.7)であった。遺族年齢、故人年齢、死別からの経過期間については、2群間に有意差はなかった(Mann-WhitneyのU検定)。

分析方法として修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下MGTA)を採用した(木下、2003、2007)。MGTAの分析は、データからあらかじめ設定した分析テーマ、分析焦点者に即して分析概念を生成し、複数の概念間の関係を解釈的にまとめていくものである。本研究では、分析テーマを「配偶者のがん闘病期間中の妻の心理は、死別後の悲嘆のプロセスにどのように影響

表1. 対象者の属性

	事例	遺族年齢	故人年齢	闘病期間	死別からの経過期間	がんの原発部位
闘病期間 1年未満	6	57	54	4か月	4年5か月	膵臓
	8	68	69	10か月	5年5か月	胆管
	15	55	48	4か月	6年6か月	膵臓
	16	62	63	9か月	3年2か月	食道
	17	55	58	5か月	6年8か月	膵臓
遺族平均年齢55.5歳、故人平均年齢54.5歳、死別からの平均経過期間6.5年						
闘病期間 1年以上	4	48	44	5年	11年	肉腫(腕)
	9	44	35	1年9か月	7年9か月	膵臓
	10	70	75	3年	1年4か月	膵臓
	13	60	64	3年5か月	6年	汗腺
遺族平均年齢59.4歳、故人平均年齢58.4歳、死別からの平均経過期間5.2年						

したのか」と設定し、分析焦点者を「配偶者のがん闘病期間が1年未満であった女性」と「配偶者のがん闘病期間が1年以上であった女性」と設定して、分析焦点者ごとに分析を行った。分析テーマ、分析焦点者に即してデータを解釈していく分析手順は以下のとおりである（木下、2007）。

- (1) 最も豊富なデータが得られている対象者の全逐語データを1例目として熟読し、全データ内に存在する分析テーマに関連する箇所に着目し、1つの具体例として分析ワークシート内に記載する。
- (2) その具体例が分析焦点者にとって何を意味しているのかを解釈し、その意味を忠実に表すよう命名して概念を生成し、同じ分析ワークシート内の概念の欄に記載する。
- (3) 上記(1)(2)の手順で新たな概念が生成されるごとに分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載する。
- (4) 上記(1)(2)(3)と同時に、生成し始めた概念の側からデータをみて、すでに生成した概念の具体例と判断した時には、その概念生成を行った分析ワークシートの具体例の中に追記する。
- (5) 2例目以降は、理論的サンプリングおよび継続的比較分析を行うために対極例と類似例の比較の観点から上記(1)～(4)の手順を繰り返す。同時に概念間の関係性を検討し図式化する。
- (6) 全対象者の分析終了後、意味内容が同類の概念同士を集めカテゴリーとし、各カテゴリーの関係性をメモする。カテゴリーとしてまとまる概念がない概念はそのまま概念とし、カテゴリーと同等の説明力をもつ概念とする。
- (7) 生成した概念やカテゴリー相互が、配偶者のがん診断を受けて闘病生活を送り、死別を経て現在に至るまでの過程のどの部分に位置づくのか、その過程のどのような動きの説明になるのかを検討し、相互の関係性を明らかにし、その関係性を包括する結果図を作成し、それらを簡潔に文章化してストーリーラインを作成する。

なお、本研究は、武蔵野大学人間科学部研究倫理委員会の承認を受けて実施した（受付番号29008）。

4. 結果

インタビューデータを分析した結果を表2、表3に示した。なお、M-GTAでは、分析結果としてストーリーラインと結果図を示すが、紙面の都合上、結果図（一部抜粋）のみ示した。

(1) 配偶者のがん闘病期間が1年未満であった女性の心理的プロセス

分析の結果、16個のカテゴリーと47個の概念が見出された（表2）。図1はその結果図を示したものである（一部抜粋）。

配偶者のがん診断時点で、進行したがんであることを知り、妻である自分がもっと早くがんに気づけなかったことを申し訳なく思っており、自責の念をいただくところから闘病生活が始まっているところが特徴的である。自責の念は調査時点においても続いていた。それとともに、なぜ夫がこのような病気になってしまったのかという納得感のなさも続いていた。闘病期間が1年未満ということは、一般的にイメージされるがんと診断されてから亡くなるまでの期間よりもかなり短期間であることから、納得感がないのは当然のことと言える。診断からほどなく、余命が短い

表2 配偶者のがん闘病期間が1年未満であった女性の心理的プロセスを形成するカテゴリーと概念

カテゴリー	概念	定義
配偶者としての動揺・自責の念	予後の厳しさを知り混乱する	患者の病状を知って、予後の厳しさを悟り混乱し平常心を失う
	がんに気づかなかった自責の念	自分をもっと早くがんだと気づいてあげられなかったことについて患者に対して申し訳なく、責任を感じる
治療に向けたギアチェンジ	闘病に向けての気持ちの切り替え	厳しい告知内容でショックを受けたところから、闘病生活に向けて気持ちを切り替える
	「私しかない」との気持ち	患者を支えられるのは「私しかない」という気持ちで自分を励ます
	できる限りのことはしようとの決意	予後が厳しい病気だからこそ、治療にかかわることについては、配偶者としてできる限りのことはしようという決意
医療に対する不信・不満と要望	がんと闘いに挑む	患者のがん治療を支えて、ともにがんと闘おうという強い気持ち
	医療に対する不信感	医療的対応に何か問題があったのではないかと不信感を抱いている
	治療方針に対する納得感のなさ	医師から治療方針の説明を受けたが、どうしてその治療なのか十分に納得できていない
医療者に対する葛藤	治療方法についての働きかけ	治療方法についての情報を集めて医師に相談したり、病院に働きかける
	医療者への感謝	医療者が親身になって声掛けをしてくれることや、治療について親切に対応してくれることに対して感謝する
支えとなる周囲の人とのつながり	医療者への不満	医療者の対応、発言に納得がいかず不満を感じる
	親族に支えられる	闘病期間中、家族以外に親族の助けがあることでも支えられる
治療の効果に対する期待	周囲の人に支えられる	周囲の人たちの思いやりのある言動によって支えられる
	手術などの治療を受ければ効果があり、患者の病状がよくなるものと期待と願っている	手術などの治療を受ければ効果があり、患者の病状がよくなるものと期待と願っている
	病気にに対する納得感のなさ	患者がよりによって予後不良のがんになってしまったことに納得できず、やりきれなさを感じる
日常がもたらす幸せ	つかの間の穏やかな生活	闘病生活においても、つかの間ではあるが穏やかな日常生活を送る
	いつも通りを心がける	家族ががんによる闘病生活中という非常事態だからこそ、あえていつも通りに変わらないようにすることを心がけて生活する
	家族の絆の強化	患者ががんになり、家族の絆が以前よりも強くなって、家族の存在に支えられる
がんの進行に打ちひしがれる	治療の効果がない絶望感	治療の効果がない、これ以上できる治療は何もないことを知り絶望する
	がんに挑む気持ちの消退	治療してもどんどんがんが進行して、当初の闘う気持ちが萎えていく状態
死が迫りつつある不安と恐れ	死期が迫るのを感じる	治療の効果がなく病状が悪化していくことで、死が近づきつつあると感じ取る
	患者への言葉がけに苦慮する	予後が厳しいことを知った（知っている）患者にどのように声をかけたらよいかわからずに苦しむ
現実の回避	現実と向き合うのを回避する	病気や治療について話し合いを避け、予後が厳しい現実を直視することを避けている
	記憶のあいまいさ	闘病生活中のつらい場面についての記憶があいまいになっている
	患者の死を覚悟する	医師から告げられことや、患者の様子を見ている中で、間近な死を覚悟して冷静に対応する
ジレンマを抱えての死との直面	患者が痛み苦しむのがつらい	終末期になって、患者が強い痛み苦しむのがかわいそうで、自分が何もできないことをつらいと思う
	患者の安らかな死を願う	患者に少しでも長く生きてほしいが、苦しみが長引いたり、苦しみがら亡くなってほしくはなく、患者が苦しまずに安らかに亡くなれることを願っている
	看取り期のジレンマ	楽にしてあげたい気持ちと死んでほしくない気持ちのジレンマに苦しむ
	患者の意思を確認せず悔いの残る看取り	患者の意思を確認していなかったことで、患者が最期をどう迎えたかったのかかわからず、看取りに悔いが残ってしまう
感情麻痺と回避	死によって患者が痛みや苦しみから解放されて、患者にとってこれで良かったのだと思う	死によって患者が痛みや苦しみから解放されて、患者にとってこれで良かったのだと思う
	死別直後の感情麻痺	死別の悲しみに感情を失い泣くこともできず茫然としている
悲しみの発作	故人を思い出すものを回避する	故人の使っていたものや故人の写真など、故人を思い出すものを見られない
	生きる意味の喪失	大切な人が亡くなって、遺された自分が一人で生きる意味を見失う
二次的な影響による苦しみ	死別直後は感情麻痺になり泣けずにいたが、感情麻痺が解けてからは悲しみに襲われて涙があふれるようになる	死別直後は感情麻痺になり泣けずにいたが、感情麻痺が解けてからは悲しみに襲われて涙があふれるようになる
	サバイバーへの複雑な思い	死別後、とても元気な様子のサバイバーの言動に、素晴らしいことだと思う一方で、どこか心に刺さるものを感じるような、複雑な思いを抱く
	周囲の言葉による傷つき	周囲の人の、良かれと思って言う言葉や、何気ない言葉、心無い一言、死別の悲嘆に対する無理解な言葉に傷つけられる
自責の念・後悔による苦しみ	故人の親族と考え方が違ったり、言動に納得がいけないことがあるなど、軋轢が生じる	故人の親族と考え方が違ったり、言動に納得がいけないことがあるなど、軋轢が生じる
	もっとできることがあったという後悔	患者のために、自分ももっとできることがあったのに十分にできなかったという後悔
	治療法の選択に関する後悔	治療法や治療先の選択について、もっと違う選択肢があったと悔やむ
不自然な多幸感と行動力	思い出づくりができなかった後悔	患者が亡くなるのが分かっていたにもかかわらず、思い出になるようなことができなかったことを後悔する
	自責の念	患者に対して、十分なことができなくて申し訳なかったという自責の念がある
	死別による新しい出会い	死別があったからこそ新しい出会いがあり、新しいことを始める
孤独感と強い思慕	死別後の新しい人生を楽しむ	故人のいない新しい人生を積極的に楽しむ
	二人分の生を生きる	死別後いつまでも悲しみ続けていると故人を悲しませてしまうので、故人の分も合わせて二人分の人生を元気に生きていこうとする
孤独感と強い思慕	人生の伴侶である夫はいなくなると、他の家族はいたととしても、人生を共に行く人としての伴侶がいなくて孤独感を感じる	人生の伴侶である夫はいなくなると、他の家族はいたととしても、人生を共に行く人としての伴侶がいなくて孤独感を感じる
	故人との再会を望む強い思慕	自分が死んだり、降霊術を使って、夫と再び会えることを望んでいる
	遺品を通して故人と結びつく	遺品を大切に使ったり、遺骨を身近に置くことで、故人とのつながりを感じている

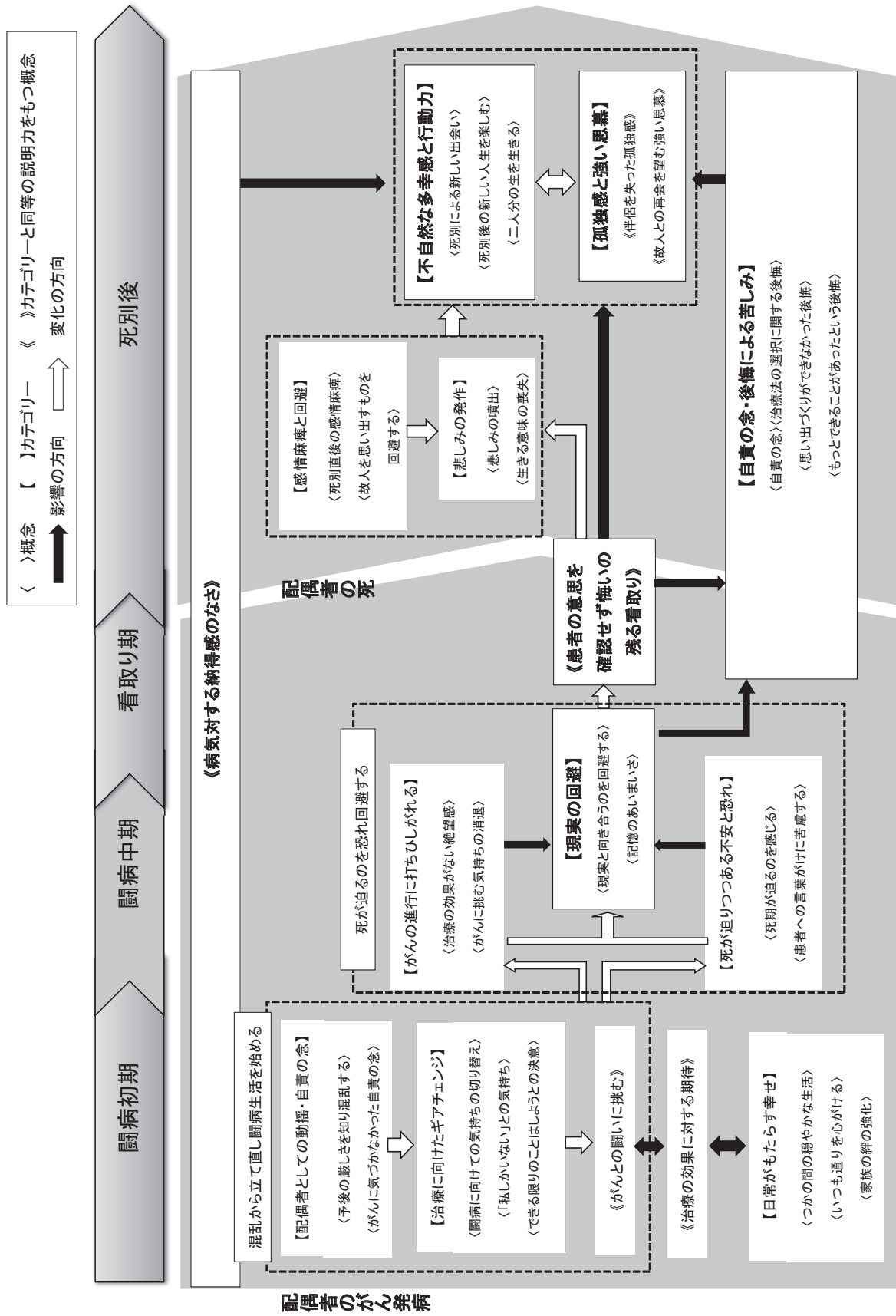


図1 結果図1 配偶者のがん闘病期間が1年未満であった女性の心理的プロセス

表3 配偶者のがん闘病期間が1年以上であった女性の心理的プロセスを形成するカテゴリーと概念

カテゴリー	概念	定義
医療に対する不信・不満と要望	現実を突きつけられたことによる混乱・思考停止	がんの病状について楽観できない状況であることを知り、思考が止まってしまう
	闘病を支えようという決意	患者のがん治療を支えて、ともにがんと闘おうという強い気持ち
	医療に対する納得感	受けた治療の内容については最大限のものであったと納得する
	医療に対する不信感	医療的対応に何か問題があったのではないかと不信感を抱いている
医療者に対する葛藤	治療方針に対する納得感のなさ	医師から治療方針の説明を受けたが、どうしてその治療なのか十分に納得できていない
	治療方法についての働きかけ	現在の治療に不満や物足りなさがあり、治療方法についての情報を集めて医師に相談したり、病院に働きかける
	医療者への感謝	医療者が親身になって声掛けをしてくれることや、治療について親切に対応してくれることに対する感謝の気持ち
患者との間の葛藤	医療者に対する同志としての感情	闘病を支えてくれる医療者に対して同志のような感情を持つ
	医療者への不満	医療者の対応、発言に納得がいらず不満を感じる
	親族に支えられる	闘病期間中、家族以外に親族の助けがあることで支えられる
	治療の効果に対する期待	手術などの治療を受ければ効果があり、患者の病状がよくなるものと期待と願いを感している
がん患者の生活	看病に関する努力	患者にとってより良い看病をするために、せいっぱいのことを尽くす
	普段通りの生活を送る	手術した後、闘病生活を支えながらも普段通りの生活を送る
	家族の絆の強化	患者ががんになったことによって、家族の絆が以前よりも強くなり、家族の存在に支えられる
	がん罹患による新密度の向上	がんになったことで、以前より患者との結びつきが強くなる
患者との間の葛藤	自由な時間を楽しむ	治療しながらの生活が軌道に乗って、外出や旅行を楽しむことができるようになる
	予後の厳しさを知り混乱する	再発や転移などの患者の病状を知って、予後の厳しさを悟り混乱して平常心を失う
	気持ちが通じ合う	言葉にしなくてもお互いに相手のつらさを理解して、気持ちが通じ合っている
	患者の動揺・苦しみを感じ取る	病状の厳しさを知った患者の今まではない言動から、患者が動揺して、苦しんでいることを感じ取る
患者との間の葛藤	患者への言葉がけに苦慮する	予後が厳しいことを知った（知っている）患者にどのように声かけしたり、どんな態度をとればよいかかわからずに苦しむ
	患者の変化に対する葛藤	病状悪化とともに患者の言動が変わってきて、患者の変化を病気や薬によるものと理解して受け止めようとしつつも苦しむ
	感情のぶつかり合い	がんが進行していく中で、患者も家族も不安定になり、泣いたり怒ったりと感情的な対応をしようようになる
少しずつ死を覚悟する	一縷の望みを抱く	病状は悪化しても、絶望的なのではなく、まだがんと共存していく望みはあるのだと思う
	何度か死が迫るのを感じ取る	患者の病状が悪化していく中で、死が近づきつつあることを何度か感じ取る
	死を間近な現実として受け止める	死を漠然としたものとしてではなく、間もなく来る現実のものとして理解し受け止める
死別に向けた準備	看取りや死別後について話し合う	患者との間で、看取りの場所や死別後のことについて話し合う
	病院で看取することを決める	患者の病状などから、自宅ではなく医療的処置をしてもらえる病院で看取の方が患者のためにも良いと判断する
	思い出づくり	死別が避けられない状況となって、家族で楽しいときを過ごして思い出づくりをする
感情麻痺と否認	患者な安らかな死を願う	患者に少しでも長く生きてほしい気持ちであるが、苦しみが長引いたり、苦しみが亡くなったりしてほしくない願っている
	死別後の感情麻痺	死別の悲しみで感情を失い泣くこともできずにいる
喪失の実感	死が受け入れられない	故人が生きているような気がして、遺品を整理してしまわず故人が生きていたときのままになっている
	死を実感する	故人が亡くなってもうこの世にいないのだということを、実感として感じ取る
二次的な影響による苦しみ	気持ちの沈み込み	死別直後の忙しさから解放されて一気に気持ちが沈み込み、涙があふれるようになる
	周囲の言葉による傷つき	周囲の人の、良かれと思って言う言葉や、何気ない言葉、心無い一言、死別の悲嘆に対する無理解な言葉に傷つけられる
納得感と満足感	親族との軋轢	故人の親族と考え方が違ったり、言動に納得がいけないことがあるなど、軋轢が生じる
	もっとできることがあったという後悔	患者のために、自分ももっとできることがあったのに十分にできなかったという後悔
	気持ちの切り替え	死別後、後悔、自責の念を持たないように気持ちを切り替える
	できることはしたという思い	闘病期間中、当時の自分としてはできる限りのことはできたという納得感
忘れることはない故人への思い	故人のいない生活への適応	故人が亡くなって新しい生活をはじめの中で、次第に故人のいない世界に適応していく
	年月の経過により癒えていく悲しみ	故人への思いは変わらないが、年月の経過とともに少しずつ悲しみが癒えていく
	遺品を通して故人と結びつく	遺品を大切に使ったり遺骨を身近に置くことで、故人との結びつきを感じている
新しい人生のスタート	故人が心の中にある	先に逝った故人のことを大切な存在としていつも心の中で想っている
	新しい人生のスタート	がんによる死別というつらい経験があったが、その経験を受け入れて少しずつ新しい人生を始めようとする

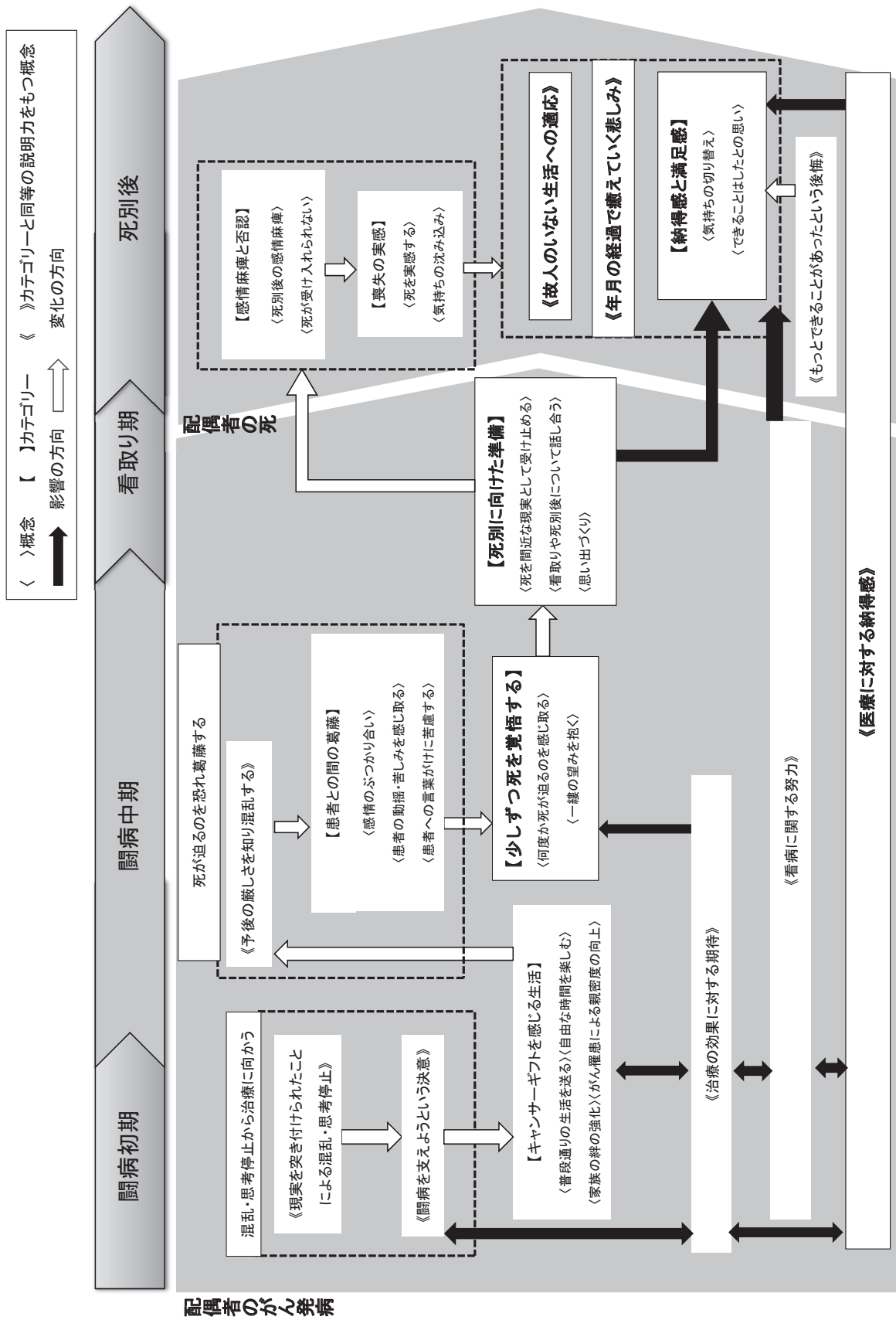


図2 結果図2 配偶者のがん闘病期間が1年以上であった女性の心理的プロセス

という厳しい現実を突きつけられ、夫も妻も現実を直視することが困難な状態になり、お互いに病気に関する話題を避けるようになってしまった。現実を回避していたことにより死別に対する準備ができず、悔いの残る看取りになったとの語りが多かった。死別後数年経過しても自責の念や後悔が続いており、孤独感や思慕が強い一方で、多幸感と躁的で過剰な活動性がみられた。

(2) 配偶者のがん闘病期間が1年以上であった女性の心理的プロセス

分析の結果、11個のカテゴリーと44個の概念が見いだされた(表3)。図2はその結果図を示したものである(一部抜粋)。

配偶者のがん診断後、手術を受け、その後しばらくは治療しながらの生活が軌道に乗り、がん罹患する以前にはなかった二人での外出を楽しむことや、夫婦の関係性の深まりによる幸福感を感じる生活があった。予後の厳しさを知った後は、お互いに相手の苦しみを察し合ったり、感情をぶつけ合って気持ちを通わせており、関係性の一層の深まりがみられた。病状進行に伴い少しずつ死を覚悟して、死別に向けた準備をして看取りに至っていた。受けた医療は最大限のものであったと考えており、看病を尽くしたとの思いがあり、できることはしたという納得感や満足感を抱いていた。

5. 考察

配偶者のがん闘病期間中の女性の心理が悲嘆のプロセスに及ぼす影響について、(1) 現実の回避、(2) 後悔と自責の念、(3) 気持ちの切り替えと納得感の3点から考察する。

(1) 現実の回避について

本研究において、闘病期間が1年以上であった群では、治療の効果が認められていた期間や治療の効果がなくなってからも、病状進行が比較的緩やかであり、患者も妻も病気や死別に冷静に向き合い、死別への準備をする時間があつたのではないかと考えられる。一方、闘病期間が1年未満であった群では、病気や死別の現実を回避したことにより死別への準備ができず、死別後に後悔や自責の強さに相反する多幸感や躁的活動性があることから、悲嘆が統合されていないと考えられた。

坂口ら(2013)は、死亡時期が思っていたより早かったという「死亡時期の予期」が、遺族の抑うつや悲嘆反応と関係するとしている。がん患者の場合、終末期に入れば、患者の死は一般的には「予期された死」として認識されているはずであるが、家族が患者の生命予後の厳しさを受け入れられないでいた場合などには、「予期せぬ死」と知覚されることはあり得るとし、家族の認識する死亡時期と現実のギャップによる「予期せぬ死」が、死別後の強い悲嘆反応や抑うつ状態につながる可能性があるとしている。直前まで死別の現実を回避していた家族が患者の看取りをすれば、家族にとって患者の死が「予期せぬ死」と知覚され、それが悲嘆反応につながる可能性は考えられる。

Robinson(2012)が、「患者家族が最も強く願うことは、たとえ進行がんであっても治癒である」と述べているように、患者の治癒を願う中で死が不可避であることを認めることは困難であり、死別の現実を回避することになりがちである。死別の現実の回避は、家族が自分の内面を保護す

るために必要な防衛的退行との見解もあるが（鈴木、1988）、複雑性悲嘆のリスクファクターの1つに死別の準備性の欠落があり、「死に対する準備」は重要であるとされている（Houksdottir et al., 2010）。坂口ら（2001）は、患者の死への心の準備ができていた人、闘病中に患者との良好なコミュニケーションがとれていた人ほど、死別後に精神健康が良好であると報告している。青山（2017）は、がん患者遺族の悲嘆の強さと抑うつに共通して関連する要因の1つとして、患者との死別に対する心の準備不足が挙げられると報告している。したがって、予期悲嘆の段階で現実の回避がおきて死別に対する準備がなされないことは、死別後の複雑性悲嘆のリスクファクターとなると考えられる。

以上のことから、死別が近いという現実から目をそむけ、回避的対処方略を用いる患者や家族に対しては、お互いの意思確認をする話し合いをし、死別への準備ができるような支援が必要だと考えられる。死別への準備を整える支援を行うことが、遺族の悲嘆の緩和へつながる可能性がある。Kim et al.（2018）は、がん患者の配偶者遺族の複雑性悲嘆に影響する要因は死への準備と終末期ケアの質であり、死への準備と死別に対するコーピングが複雑性悲嘆に重要な役割を果たすとして、がん患者に終末期ケアを提供する配偶者の死への準備と死別に対するコーピングを支援することが重要であると述べている。医療者は、患者の生命予後不良が明確になった時点で、患者と家族が現実と向き合うことができるようなかわりを持つ必要がある。

（2）後悔と自責の念について

闘病期間が1年以上であった群では、配偶者と看取りや死別後のことについて話しており、看取りに関する悔いや、自責の念がみとめられなかった。塩崎（2013）は、終末期の治療選択に関しては、患者の意思を確認したか、あるいは確認しなくても尊重したと思えるか、当時の最善の対処をしたと思えるかが後悔に影響する共通の要因であるとしている。闘病期間が1年未満であった群では、死別の現実の回避により患者の意思を確認しないままに看取りとなり、それが死別後の強い後悔につながっている可能性がある。

遷延性悲嘆の危険因子として罪責感が関連しているとの報告がある（中島ら、2009）が、自責の念は闘病期間が1年未満であった群のみにみとめられており、闘病期間が1年以上であった群にはみとめられなかった。また、塩崎ら（2010）は、悲嘆と後悔の強さには、中等度の相関が見られたとし、後悔を報告しなかった遺族より、行わなかったことに対する後悔のみを報告した遺族の悲嘆が強い傾向があったとしている。

また、闘病期間が1年未満であった群に、「もっとできることがあったという後悔」、「治療法を選択に関する後悔」、「思い出づくりができなかった後悔」の3つの概念が見出され、後悔についての語りは内容が多彩で量が多かった。闘病期間が1年以上であった群には、「もっとできることがあったという後悔」のみが見出されたが、語りの量は少なかった。後悔はいずれも、行わなかったことに対する後悔として語られているものが圧倒的に多く、塩崎ら（2010）の報告に基づく、行わなかったことに対する後悔を未然に防ぐことができれば、遺族の悲嘆の緩和へつながる可能性がある。

選択そのものだけでなく、結果が得られるまでのプロセスや、結果に対してのその後の心理的対処（意味づけ・合理化）の違いが、後悔に影響することも示唆されている（塩崎ら、2017）。そ

こから考えられ得る具体的な支援としては、やり残しがないように患者や家族が行いたいことができるように支援すること、家族が行ったことに対して肯定的にフィードバックすることなどが挙げられる。死別後に、行わなかったことに対して後悔している遺族には、行ったことに対してその選択をしたことにより得られた良かった点に注意を向けさせ、肯定的な意味づけを行うといった心理的方略を用いることで後悔が低減し、悲嘆が緩和される可能性が考えられる。

(3) 気持ちの切り替えと納得感について

闘病期間が1年以上であった群に特徴的なことの1つに、死別後の気持ちの切り替えと納得感がある。闘病経過において看病を尽くしたという自覚があり、少しずつ死を覚悟して死別への準備をしていた。また、受けた医療は最大限のものであったという医療に対する納得感がみられた。死別後には気持ちを切り替えて、できることはしたという納得感を得ていた。一方で、闘病期間が1年未満であった群では、実際にはできる限りの看病をしていたと思われるが、看病に関する語りがほとんどなかった。病状悪化のはやさに気持ちが追いつかず、看病について意識する余裕がなかったのではないかと推察され、主観的には十分な看病ができなかったという不全感と自責の念を抱いていた。また、医療に対する納得感はみられず、治療法の選択に関する後悔が強かった。闘病期間が1年以上であった群では、看病を尽くせたとの満足感、十分な医療を受けたとの納得感が悲嘆のプロセスにプラスの影響を及ぼしていることが考えられる。鈴木(1988)は、悲嘆の回復に役に立った事柄として、夫のために役に立つことができたという満足感、悔いのなさを挙げており、宮本(1989)は、悲嘆からの回復には、配偶者への看病が精一杯十分にできたという満足感が影響すると報告している。家族が看病を尽くした、できることはしたと納得できるように、医療者が家族の看護を支援することで、悲嘆が緩和される可能性が考えられる。また、闘病期間が短いことが予想される場合には、患者と家族に対して治療方針や治療法の選択に関する説明をより丁寧に行うことも必要であると考えられる。

(4) 本研究の限界

本研究の限界としては、以下の3点が挙げられる。

はじめに、分析対象者の配偶者が罹患したがんが、がんとして代表性に乏しい点である。膵臓がん5名、食道がん、胆管がん、肉腫、皮膚(汗腺)がん各1名であり、いずれも比較的罹患者数の少ない難治性のがんで、罹患者数の多い大腸がん、肺がん、乳がん等が含まれていない。

次に、群ごとの分析対象者数が4名と5名と少人数であり、理論的飽和に達していない点である。

最後に、対象者ががん患者会や遺族会の会員であり、サンプルのバイアスがある点である。

今後の課題としては、罹患者数の多いがん種の患者遺族を対象とした調査を行い、今回得られた結果との比較検討を行う必要がある。また、配偶者をがんで亡くした男性、親をがんで亡くし

た子についての分析を進め、対象者の性別、続柄、関係性等についても考慮に入れて分析範囲を広げる必要がある。

(5) まとめ

以上のように、闘病期間が1年未満であった群では、死別の現実の回避による死別に対する準備のなさ、後悔や自責の念、満足感・納得感のなさによって、死別後の悲嘆のプロセスが妨げられている可能性が考えられる。患者の短い闘病期間は、遺族が複雑性悲嘆となるリスクファクターの1つとして考慮に入れる必要があることが示唆された。

遺族支援が重要であることは言うまでもないが、終末期、あるいはさらに早い段階から、医療者が患者、家族と十分に話し合い、患者と家族の死別への準備を支援すること、家族が看病を尽くしたと自覚できるように支援することや患者の希望や行いたいことについて可能な限り実現するように支援することなどにより、遺族の悲嘆の緩和につながる可能性が示唆された。

医療者はがん患者の家族と闘病期間中から接触がある。死別後に心理的ケアを必要とする可能性のある家族を早期に発見し、複雑性悲嘆を罹患しないために予防的介入を検討することは意義あることと考えられる。

謝辞

本研究の調査にご協力くださったご遺族の皆様、調査対象者のリクルートにご協力くださった団体の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

青山真帆：遺族の複雑性悲嘆. 緩和ケア27 (2) ; 81-84, 2017

Asai,M., Akizuki,N., Fujimori,M., Shimizu,K., Ogawa,A., Matsui,Y., ...Uchitomi,Y.

Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 22; 995-1001, 2013

Fujisawa,D.,Miyashita,M.,Nakajima,S.,Ito,M.,Kato,M.,& Kim,Y.:Prevalence and determinants of complicated grief in genal population.*Journal of Affective Disorders* 127; 352-358, 2010

Houksdottir,A.,Steineck,G.,Furst,C.J.,& Valdimarsdottir,U.: Long-term harm of low preparedness for a wife's death from cancer a population-based study of widowers 45 years after the loss. *The American Journal of Epidemiology* 172 (4) ; 389-396, 2010

Kim,S.M. & Kown,S.H.:Influent factors of complicated grief of bereaved spouses from cancer patient. *Journal of Korean Academy of Nursing* 48 (1) ; 59-69, 2018

木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 弘文堂, 2003

- 木下康仁：ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂, 2007
- 国立研究開発法人国立がん研究センター：がん対策情報センターがん情報サービスがん登録・統計・最新がん統計
http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (参照 2018-8-15)
- 国立研究開発法人国立がん研究センター：中央病院の治療成績
https://www.ncc.go.jp/jp/about/disclosure/result_h/index.html (参照 2018-8-15)
- 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：平成28（2016）年人口動態統計（確定数）の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakuteil6/index.html> (参照2018-8-15)
- 宮本裕子：配偶者と死別した個人の悲嘆からの回復にかかわるソーシャル・サポート. 看護研究 22 (4) ; 15-34, 1989
- 中島聡美・伊藤正哉・石丸径一郎・白井明美・伊藤大輔・小西聖子・金吉晴：遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究—罪責感の与える影響およびソーシャルサポートの役割を中心に—. 明治安田こころの健康財団研究助成論文集 45; 119-126, 2009
- Robinson, C.A.: “Our best hope is a cure.” Hope in the context of advanced care planning. Palliative Support Care 24; 1-8, 2012
- 坂口幸弘・柏木哲夫・恒藤暁：配偶者喪失後の精神的健康に関連する死別前要因に関する予備的研究. 死の臨床 24 (1) ; 53-57, 2001
- 坂口幸弘・宮下光令・森田達也・恒藤暁・志真泰夫：ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮. Palliative Care Research 8 (2) ; 203-210, 2013
- 塩崎麻里子・中里和弘：遺族の後悔と精神的健康の関連：行ったことに対する後悔と行わなかったことに対する後悔. 社会心理学研 25 (3) ; 211-220, 2010
- 塩崎麻里子・三條真紀子・吉田沙蘭・平井啓・宮下光令・森田達也…志真泰夫：がん患者遺族の終末期における治療中止の意思決定に対する後悔と心理的対処：家族は治療中止の何に、どのような理由で後悔しているのか？. Palliative Care Research 12 (4) ; 753-760, 2017
- 鈴木志津枝：終末期の夫をもつ妻への看護—死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える—. 看護研究 21 (5) ; 399-410, 1988
- 寺崎明美・中村健一：配偶者喪失における高齢者の悲嘆とそれを左右する要因. 日本公衆衛生雑誌 45 (6) ; 512-525, 1998
- Zisook, S., & Shear, K.: Grief and bereavement : what psychiatrists need to know. World Psychiatry 8 (2) ; 67-74, 2009