

緩和ケア病棟に入院する末期がん患者の心理過程に関する研究

平田, 聖子
九州大学大学院人間環境学府

野島, 一彦
九州大学大学院人間環境学研究院

<https://doi.org/10.15017/919>

出版情報 : 九州大学心理学研究. 4, pp.335-342, 2003-03-31. 九州大学大学院人間環境学研究院
バージョン :
権利関係 :

緩和ケア病棟に入院する末期がん患者の心理過程に関する研究

平田 聖子 九州大学大学院人間環境学府
野島 一彦 九州大学大学院人間環境学研究院

Psychological process of terminal cancer patients admitted to palliative care unit

Satoko Hirata (*Graduate school of human-environment studies, Kyushu university*)

Kazuhiko Nojima (*Faculty of human-environment studies, Kyushu university*)

This study examines the psychological process of terminal cancer patients on a palliative care unit. The "feeling chart" interview was used to show, that stage of the process don't move orderly like the hypothetical model. Therefore, support of the individual emotional reaction should dictate care rather than rigidly following the process model. However, the psychological process model is useful to foresee the patient's psychological state. It is also shown that the psychological process of terminal cancer patients is affected by their emotional reaction to changes of their physical condition (shock at the loss of physical functions, anxiety about deteriorating disease, and hope of reduction in the unbearable condition) and by the time to inform of cancer. This paper discusses the therapist's role in supporting the patient and examines the necessity for further study of the "feeling chart" instrument.

Keywords: terminal cancer, psychological process, palliative care unit

問題と目的

本邦において、がんは1981年から死因の第1位となり、2000年にはがんによる死亡数は295,399名で総死亡の30.7%を占めた。しかも約50年間で、がんによる死亡率は男性で約3.6倍、女性で2.4倍に増加した(がんの統計編集委員会, 2001)。がんは非常に身近で、死を意識せざるを得ない疾患だといえる。

末期がん患者の心理過程を明らかにしようとした研究では、キューブラー・ロス(1971)の心理過程モデル(否認・怒り・取引き・抑うつ・受容の5段階)が広く知られており、末期がん患者の心理を理解する上で有益である。しかし、時代背景や文化の違いなどから日本人の現状に即した心理過程を検討することが必要といえる。

元来、本邦においては、がん患者に対して病名を告知することは少なかった(保坂, 1995)。偽りの病名や病状を告げられた中で、疑念と希望を抱きながら苦悶する患者の姿は想像しやすい。柏木(1984)は、がんによって亡くなる人の多くが病院の中で最期を迎えることを指摘し、病名を告げられずに弱っていくがん患者の心理過程を図式化した。そして、がんを知らされない状況において、自ら医療者や家族に病名や病状などについて「尋ねる人」と「尋ねない人」によって、心理過程の違いがあることを指摘した。「尋ねる人」が、自分の問いに対して、周囲から十分な答えが得られないときに感じる「い

らだち」などが一例である。これは、キューブラー・ロス(1971)が提示した心理過程モデルの、「怒り」(なぜ自分がこのような病気になったのか)とは性質の異なるもので、本人だけが真実を隠された状況において生じるものとして、「いらだち」は特徴的である。また、上野(1984)は、医大病院やその関連病院に入院する末期がん患者を対象に、がん認知の違いにより、(1)がんと知っていた場合(a:直接的な方法により、b:間接的な方法により)、(2)がんと知らなかった場合、という3つの心理過程モデルを提示した。さらに、各段階は順序通りに経過するというよりも、さまざまな要因によって入れ替わりながら変遷していくことを指摘した。

柏木(1984)や上野(1984)が従来のがん患者の現状について指摘したように、さまざまな医療技術はがんを克服すべく発展してきたが、治療や延命が望めなくなった患者への心理的援助の側面はおろそかにされがちであった。そのような末期がん患者に対して、欧米では1967年、イギリスのセント・クリストファー・ホスピス設立からホスピス・ケアが広まった。ホスピスとは施設のみを指すのではなくケアの概念を含むものであり、他職種の専門家によるチームアプローチを主体として、患者と家族を援助するものである。本邦では1970年代からホスピスの概念が紹介され、各地に緩和ケア病棟(2002年現在、97施設、1825床)が設置されてきた。このように末期がん患者への援助の必要性と関心が高まる中で、どのよう

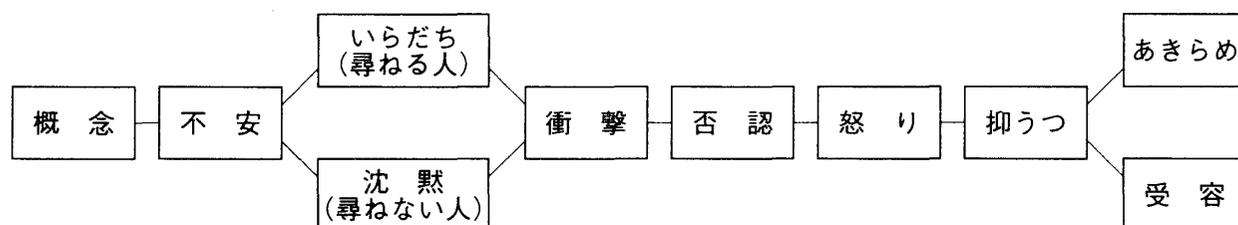


Fig.1 仮説の心理過程

な心理的援助が可能なのであろうか。

緩和ケア病棟に入院する患者には、自分の病気についてよく知らずに入院し、入院後に告知を受けるという体験をすることも多いようだ。そのため、身体の異変に気づいてから告知を経て、死の受容に至るまでの心理過程をとらえることが、緩和ケア病棟に入院するがん患者の心理的援助を模索する上で重要であると考え。しかし、従来の研究では、このような長期的な視野でとらえた心理過程モデルは提示されていない。したがって、本研究においては、身体の異変に気づいた時から告知以前までを柏木(1984)の心理過程モデル、告知以後を上野(1984)の「がんと知っていた場合(直接的な方法により知った)」とキューブラー・ロス(1971)の心理過程モデルを参考にして、告知以前から告知を経て受容にいたるまでの一連の過程を、<仮説の心理過程>(Fig.1)とした。この心理過程は、疑念(自分の病気は何だろうか)・不安(漠然とした不安や、死の不安)・いらいだち(周囲から満足いく回答が得られない)・沈黙(恐れ、否定、自制、遠慮、不信、いたわりなどによる沈黙)・衝撃(病名や病状を知ったことによるショック)・否認(自分の病気を認められない気持ち)・怒り(なぜ自分がという行き場のない怒り)・抑うつ(めいいた気分)・受容(前向きに自分の病気に向かい合い、比較的静かに自分の死を見つめられる)・あきらめ(絶望的な放棄)・希望(病気の治癒を望む)という各段階により構成されている。

本研究においては、この<仮説の心理過程>をもとに、緩和ケア病棟に入院する末期がん患者に面接を実施し、その心理過程を明らかにすることを目的とする。

予備調査

本研究では対象が末期がん患者であり、面接には十分な配慮が必要といえる。そこで、予備調査を行い、面接形態を模索した。大都市近郊のA病院緩和ケア病棟に入院する末期がん患者に対し、実習生としての関わりを行った。<仮説の心理過程>を念頭に置きながら、患者の語

りを傾聴した。病状の変化が早い場合、その場で聞いた話を何らかの形にし、それを媒介として対話をする、心理過程の把握がより一層安全に進められるのではないかと思われた。これらの点から、本調査では患者と面接者で作成する『こころの図』を考案した。これは、患者の語りに基づいて、面接者が横軸に時期(例：X年はじめ)と患者の語った出来事(例：病名の告知)を記述し、縦軸にその時の気持ちを表す言葉(例：足が動かないのはなぜだろう)を記述し、それがどれほど継続したか帯状に図示したものである。

本調査

1. 面接対象者

面接対象者は、予備調査と同じくA病院緩和ケア病棟(院内病棟型)に入院する末期がん患者6名(男性1名、女性5名。平均年齢68.3歳)。この6名は、病棟長から身体的・精神的に比較的安定しており、面接調査に対応が可能であると判断された。

2. 面接手続き

筆者は『実習生』として病棟長から患者に紹介された。面接は患者の病室(個室、4人部屋)を使用し、ベッドサイドに筆者が座る形で行った。面接回数は3回から11回で、面接時間は患者の体調と語りのペースに合わせて30分～2時間程度であった。患者の病状に合わせて病室を訪れ、まず信頼関係を形成することを心がけた。会話の中で、患者から自発的に病気のことを話し始めたときに、その話題を傾聴し、その時の気持ちがどのようなもので、どれくらいの期間続いたのかを明らかにした。面接中に記録はとらず、後から筆者が記述する形でまとめた。さらに、<仮説の心理過程>の中で、自発的に語れなかった各段階について、その体験の有無を質問した。一連の心理過程が語られた後で、患者と筆者が一緒に作成する『こころの図』として心理過程の図示を導入した。患者の語りに基づいて、筆者が『こころの図』を作成し、患者に見せながら「このときは〇〇という気分だったん

ですね？><その時の支えは？>など質問しながら、その時の体験を明確にしたり、患者の支えとなったものを確認したりした。

3. 結果の整理

『こころの図』を『心理過程の図』(Fig.2,3,4)に整理するため、患者の言葉を<仮説の心理過程>の各段階に評定する作業を4名(筆者、心理学専攻の大学院生2名、担当看護師1名)で実施した。評定には、①各段階を示す用語の定義、②面接記録、③こころの図、④整理表を準備し、患者の報告した言葉が<仮説の心理過程>のどの段階にあたるのかを各々評定した。その際、各段階に当てはまらないが、その患者にとって重要と思われる言葉は、そのまま残された。評定の結果4名中3名が一致したものを採用し、『心理過程の図』として図示した。

事 例

6事例のうち、心理過程を詳しく聞き取ることの出来た事例P・事例Qと、否認の続いた事例Rについて、その概要と考察を以下にまとめる。患者の言葉を「」評定後の『心理過程の図』で用語に置き換えられた患者の言葉は、「」の後に(衝撃)などと表記した。

1. 事例P (70代女性 乳がん)

事例の概要

本事例は、余命3ヶ月との診断で緩和ケア病棟に入院したが、その後病状は小康状態を保ち7年目を迎えていた。シーツ交換や病室の移動を手伝う筆者と打ち解けると、自分からA病院で過ごした7年間の話を、信仰と心境の変化を中心にまとめよく話した。

X-16年、自分で乳房のしこりに気づきB病院へ。そこで乳がんを告知され「ショックが大きくて、死ぬかと思った」(衝撃)という。当時習っていた詩吟を子供たちに残そうと、声が近所に聞こえないように布団をかぶって録音した。「どうしようか」(不安)、「何でこんなことになったのか」(怒り)という思いだった。その年に、乳房切除術を受けたが「恥ずかしいのとイライラですさんだ気持ちがずっと続いた」(怒り)。2ヶ月後に退院し、近所の店で働くうちに「何でこんなことになったのか」という気持ちは薄れていった。X-8年に夫が死去。それ以降は一人暮らしをしていたが、翌年、地元から離れたC病院へ再入院。その時は「自分の身体のことにふがいなさを感じ、イライラしていた」と、乳房切除と治療の副作用で脱毛がおこった自分の体を受けとめられなかった気持ちが吐露された。3ヶ月後、さらに地元から離れたA病院緩和ケア病棟に転院となった。その後も「どうしようか」「胸の手術後のすさんだ気持ち」「身体のふが

いなさへのイライラ」は続き、人目を気にして周囲に被害的になり、怒りをぶつけることもあったようだ。元来、熱心な信徒であったPさんだが、同室者に誘われて、院内の礼拝でキリスト教に触れ「人間の力ではどうしようもないことがあるということを知り」、「神様にお任せしよう」という気持ちが芽生え、自分の病気と身体を受けとめていった(受容)。Pさんは、その年の末に病棟で洗礼を受けた。それから「気持ちが穏やかになったから」か、病状の急激な進行はなく7年の歳月が流れた。「気の持ちようでしょうねえ」とPさんは語った。入院から7年目のX年春、少しずつ病状が進行しているため告知(病状説明)が行われた。その日は眠れなかったが、大きなショックはなく「信仰があったから救われた。説明されても平気だった」「この告知を受けて信仰がさらに深まった」と繰り返し話した。また、Pさんは長い病棟の生活の中で、「多くの人々を見送ってきたことも、病気を受けとめる支えとなった」とも語った。3回の面接から上記の内容を振り返り、『こころの図』の作成を試みた。図をはさんで同じ話を繰り返しながら、時系列に沿った回想がさらに展開した。そこでもPさんにとってキリスト教が大きな支えとなっていることが明らかとなった。

本事例の考察

家族が疎遠で、友人は遠い地元にいるため、Pさんは院外の人物からのサポートは受けづらい状況にあった。さらに7年間にわたる入院生活のため、緩和ケア病棟で仲良くなった友人が先に亡くなっていく体験を重ねていた。穏やかにすごしているとはいっても、担当看護師が姿を見せないことなどで、いらいらすることもあり、Pさんの孤独感が推測された。筆者がPさんの同室者と話している最中でもかまわず、ベッド上から大きな声で筆者に話しかけるなど、どうにかして自分に注意を向けさせたいと思われる行為が数回あったので、この部屋を訪れる際は、まずPさんに話しかける配慮をした。そうすることで、その後、筆者が他の患者に話しかけても、Pさんは静かに過ごすことができた。

本事例は、Pさんが自覚しているように、信仰によって支えられているところが大きいことが明らかとなった。柏木(1978)は、「入院後に信仰に関心を強く示す患者には、暖かい家族関係・人間関係に恵まれていないという共通点が見られた」とし、「特にこのような人々にとっては、信仰により『自分が生きているのではなく、神によって生かされているのであり、生も死も神にゆだねよう』という態度を持つことにより、死への不安・恐れを克服でき、受容にいたることができた」と述べた。Pさんは前述のように、身近な家族や友人といったサポートの少なさ、うけいれがたい外見の変化、そして生死を「信仰」によって受けとめることができたという。その

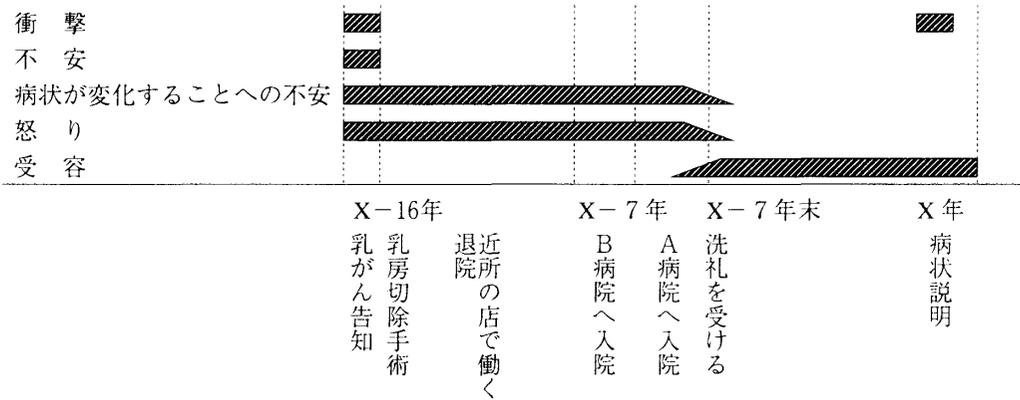


Fig.2 事例Pの心理過程の図

ようなPさんを支える「信仰」との出会い、Pさんにとってとても重要なものであった。

2. 事例Q (60代女性 腎臓がん)

事例の概要

Qさんとは、筆者がA病院に予備調査以前の実習に訪れた時から約1年にわたり、会話をすることがあった。Qさんは、以前より病気が分かってからの心境の変化を筆者に語っていた。本調査では、それに補足する形で『このころの図』を図示しながら話を聞いた。

「3年前に足が動かなくなって、それがとても大きなショックだった」と下半身麻痺が急に生じたショック(身体機能の喪失によるショック)を繰り返し語った。「足が動かないのは何だろう」(疑念)という思いを抱いたまま、X-1年「親切な所がある」と聞いただけで、緩和ケア病棟と知らずにA病院に入院した。その後3ヶ月間は、「何もしたくない、誰とも会いたくない、話したくない」(抑うつ)という状態だった。その気持ちは「色々な本を読むうちに少しずつ変わってきた」という。そして、「全部教えてください」と希望し、X-1年の末に主治医より告知を受けた。そのときは、「足が動かなくなってから覚悟しているから、何を聞いてもどうもなかった」という。むしろ、下半身麻痺の原因がはっきりわかって、疑念が晴れすっきりしたようだった。X年1月に発熱をきっかけに病状が悪化し、1ヶ月ほど個室で過ごした。その間は意識レベルが低下し、本人も「覚えていない」という。病気のことをしっかりと受けとめているようで、病状の悪化により発熱や呼吸苦が出現すると、個室で過ごした時のことが想起され、「どのような死に方をするのか不安」「熱が出ると、どうなるのか不安になる」(病状の変化に対する不安)、「孫の入学式まで生きていられるだろうか」(死への不安)の言葉

が聞かれた(受容(病状により揺らぎがある))。

X年半ばに、同室者へのイライラ、病状の悪化とそれに伴う告知(病状説明と余命告知)などがあったため個室へ移動となった。告知では「胸が悪くなっている。この夏、学生さん(筆者)がくるまでだろうか。孫の入学式までは長すぎる。小刻みな目標を」と主治医に告げられ、予備調査で訪れた筆者が再度A病院に来ることを目標にして過ごしていたという。筆者が来院することで「主治医がVサインをしたのに、それをてっきりあと2ヶ月(の命)だと思って。あの時は精神的におかしかった」と振り返った。その後、個室へ移動してからは、穏やかに過ごしていたが、呼吸苦から「早く楽になりたい」「なにもしたくない」と抑うつつになることもあった。担当看護師は「こちらが感じている以上に、死に至るまでの痛み・苦痛・きつさを恐怖感として抱いている」と考え、ゆらぎのあるQさんの心理状態をこまやかにとらえていた。

本事例の考察

本事例では、下半身麻痺によるショックと疑念が長く続いていた。このショックは、従来指摘されてきた病気を知ったことによる『衝撃』とは異なり、『身体機能の喪失によるショック』といえよう。さらに、担当看護師が述べたように、Qさんにとっては、日々の病状の変化や死にいたるまでの過程で、どのような苦しみを経験するのだろうか、という思いが不安を喚起するようであった。Qさんは「特に信仰している宗教や、支えとなる家族はいない」というが、客観的には家族との関係はよく、家族が頻繁に病室を訪ねていた。Qさんは、同室で下半身麻痺の他の患者が、頻繁にナースコールを押して介助してもらうことにいらだっていたが、それは自分自身の依存欲求をうまく取り扱えず、他患への攻撃性として表現されたのかもしれない。

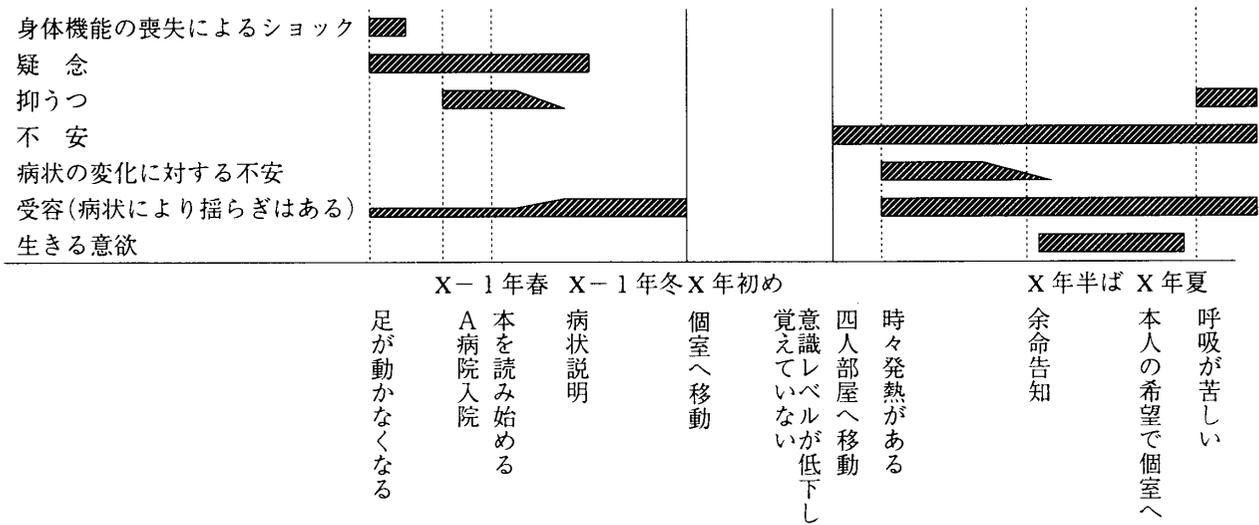


Fig.3 事例Qの心理過程の図

3. 事例R (60代男性 肺がん)

事例の概要

本事例はとても饒舌で、虚勢を張ったような言葉が印象的であった。こころの強い人だと他者から評価されるような言葉（「がんだって聞いて、もうだめだって思う人や慌てる人が多いと思うけど、死を覚悟したところが珍しいケースかもしれない」など）を言いながらも、現在の不安などには目を向けることができず、そのような感情は小出しにして、さっと扉を閉めてしまうような印象があった。筆者はRさんの回想に付き合っていたが、病状説明以降は否認といえるような発言や、過去の成功した話、知識を披露するような趣味の話などを、筆者が腰をあげるタイミングを見つけれられないほど、2時間以上にわたり話を続けることもあった。

Rさんが身体の異変に気づいたのは、X-1年秋に血痰があり「肺がんと自覚した。死を覚悟して、死を見据えて生きようと思った」（虚勢）と語った。さらに、「体調を崩す前から、自分はがんで死ぬと思っていた」という。X年1月に近くのB病院を受診し「自分はがんと思っていたのに、肺結核と言われたので」、地元の大きなC病院に入院した。そこで結核菌は認められず、内科へ転科。手術をすすめられたが、「自分は生きるためには手術ではだめだと思った。手術して寝たきりになったり、手を引かれて坂を登るのはいやだった。手術して、7年も8年も死なずにいるということだけはいやだ」「人に自分の命を決めてほしくない」（いらだち）（生きる意味への執着）などの気持ちから、「かえって命が惜しくなって」手術を拒否し、「がんの自然退縮を信じる」（希望）ようになった。この気持ちは家族に理解されず、かえっ

て自分の主張を通すことで「家庭が壊れてしまうのではないかと動揺」し、「不安もあった」という。そのままX年半ばに退院し自宅療養していたが、痛みのためにRさんの希望でA病院緩和ケア病棟へ入院した。主治医がRさんの意向をよく聞いてくれたことで「ほっとした」（自分の自由にできるという安心感）と語った。しかし周囲のスタッフは、Rさんは病名を知ってはいるが、痛みなどの症状は「放射線治療の副作用でしょう」と思っており、がんの影響とは考えていないとみていた。そのため、病状をきちんと知って残りの時間を有意義に過ごしてほしいという主治医の気持ちから、痛みのコントロールが奏効し、穏やかに入院生活を送っているRさんに改めて病状説明を行うことが決定された。この病状説明はRさんが入院して12日目に、主治医から本人にのみ行われた。その翌日、筆者が現在の心境を問うと、Rさんは「前の病院の結果は主治医がこれから聞きに行くと言っているから、まだ分からないし、昨日の説明のCTとレントゲンはここで撮ったもので、どうも自分のじゃないような感じでした。撮り方によっても違うだろうし」（否認）と述べた。その後も、「悪いと言われても、そうではない気がする」「ひよっとすると長生きするかもしれないよ」（否認）などの言葉が続いた。一方で、初めて病気のことを知った時の心境などを聞くと、「がんと聞いてから、死を覚悟した」「痛みは十分とってもらえると知っているから、死ぬのは怖くない」（虚勢）など語った。さらに、これまでの成功体験と妻に依存したいが満たされない不満を語りつづけることが多くなった。筆者との面接はこの時期までであった。

その後、Rさんは病棟スタッフから計画を早めるよう

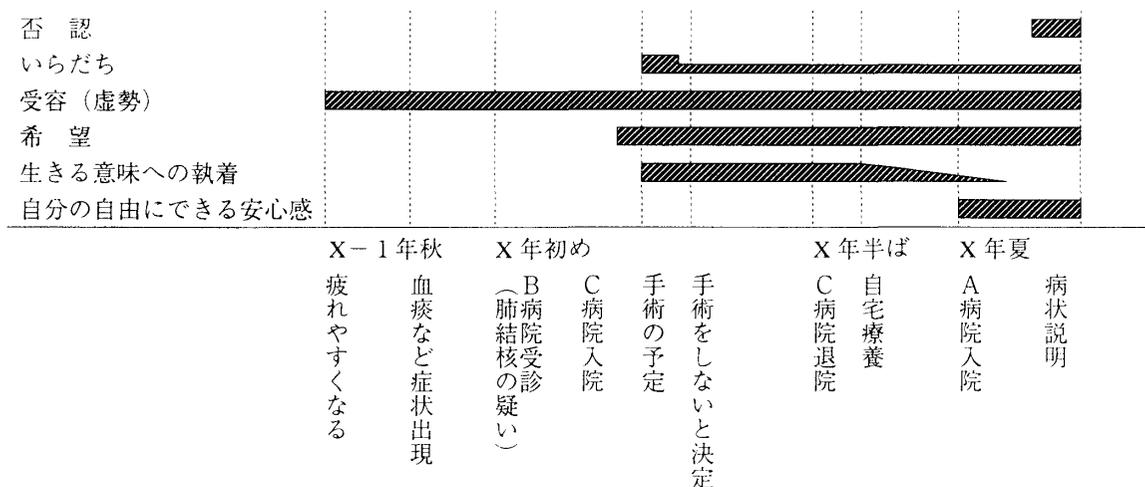


Fig. 4 事例 R の心理過程の図

に促されて、X年残暑厳しい頃に家族旅行に出かけたが、その後、抑うつ状態が続き、多くを語らないままX年秋に亡くなった。

本事例の考察

Rさんは、キューブラー・ロス(1971)や上野(1984)が定義した『否認』の段階が長く続いており、筆者が出会った時期はその真っ只中であつたと考える。Rさんは、学生に自分の人生(成功体験や広い知識)を語ることで、現在の不安や恐怖から目をそむけ、強い自分・立派な自分を維持しようとしていたのではないだろうか。Rさんに「何でも聞いてください」と言われ、筆者は『このころの図』を作成したが、Rさんの態度は変わらなかった。そのような否認の状態にあるRさんに対して、「自分の病状をよく理解していない」「病状を知って、残りの時間を意味のあるものにしてほしい」という医療スタッフの判断や希望から病状説明が行われたが、告知以降Rさんの否認は一層強まった。その後、病状の悪化に伴い、否認による防衛を続けられず抑うつ状態に陥つたものと思われる。

考 察

1. 緩和ケア病棟に入院する末期がん患者の心理過程の特徴

<仮説の心理過程>の検討

本研究においては、<仮説の心理過程>を元にして、面接調査から個々の心理過程を明らかにした。全ての段階が見られた事例はなく、また、上野(1984)が指摘したように各段階が入れ替わったり重なったりして経過したが、6事例をまとめると各段階に当てはまる言葉がそ

れぞれ抽出された。たとえば、「足が動かないのはなぜだろう」(事例Q)の『疑念』や、「死ぬかと思った」(事例P)や「孫の卒業式まで生きていられるだろうか」(事例Q)の『不安』などである。事例Rでは『否認』ととらえられる状態が見られた。したがって、心理過程モデルの順序にとらわれず、各段階の心理状態のそれぞれに対応していくことが現実的であろう。しかし一方で、<仮説の心理過程>を参考にすることで、患者の心理状態の変化を予測することができる側面を見落としてはならないだろう。たとえば、事例Qは、『疑念』と『抑うつ』が重なっているが、病状説明をきっかけに『受容』へと緩やかに移行していく。事例Rは、自発的な語りでは「死を自覚」など虚勢を張っているが、客観的にみると『否認』が続いている時に、病状説明をされ、その後『抑うつ』の段階から『あきらめ』に移行し、周囲はかわる糸口を探しにくいほど自閉的になっていったといえる。この経過は、<仮説の心理過程>を参考にすると、理解しやすいものである。

また、受容へ向かう心理過程は病状の変化と告知によって影響を受け、変化していると思われた。この2つについて、以下に考察したい。

病状の変化による情緒的反応

<仮説の心理過程>に含まれなかったが、面接対象となった事例に日々の病状の変化による情緒的反応が見られた。それは、『身体機能の喪失による衝撃』(下半身麻痺や尿漏れなど、がんの進行によって出現した身体機能の喪失によるもの)、『病状悪化による不安』(症状が悪化した際に、この先どのような苦しみ待ち受けているのだろうかという不安)、『症状軽減への願い』(現在の絶えがたい症状が少しでも軽減することへの願い)の3

つである。緩和ケア病棟に入院する患者の多くは、痛みなどの不快な症状がコントロールされているが、それでもがんの進行に伴う新たな症状が出現する。症状が落ち着いているときは、自分の死を受けとめているように見える患者でも、病状の変化によって大きく動揺し、死への不安が高まる事例があったように、両者は不可分であるようだ。末期がん患者の心理というと、死の受容に注目されがちだが、現在の自分の状況やその先に待ち受ける死を意識し、受けとめていく過程だけでなく、日々の病状の変化から衝撃を受けたり動揺したりしながら、その現実を受けとめていく過程も含んでおり、その両面へのアプローチが必要とされているといえよう。

告知をめぐる

これまで病名を知らされずに、緩和ケア病棟に入院した患者にとって、告知は非常に大きな影響をもたらすようだ。本研究の面接対象となった事例 R のように防衛のための否認が強まったものもある。

A 病院に入院してから告知を受けた事例 P と事例 Q では、告知をよく受けとめているようにみえる。事例 P では、キリスト教の信仰が大きな支えと自覚されるようになってから告知が行われ、事例 Q では自ら希望して告知を受け、下半身麻痺の原因も知ることができた。病状悪化による不安が高まった時期に二度目の告知（病状説明と余命告知）が行われたが、それ以降は小刻みな目標を持って生きる支えとしていた。これらの事例は患者の受容能力が周囲によく理解され、また、患者自身が不快に感じる病状が現れた頃に告知が行われたといえる。一方、事例 R では本人の心理状態（否認と虚勢）と周囲が抱いた R さん像（現状を受容できる強い人）にギャップがあったと考えられる。さらに、R さんは緩和ケア病棟に入院したことでつらい症状が緩和されていた。したがって、上記の 2 事例とは対照的に、自覚的には病状が進んでいるように感じられず、告知をされても悪化している実感がなかったのではないだろうか。

下稲葉（1995）は、がん告知は患者個人・家族の状況（告知の目的、患者の受容能力、家族の同意と協力体制）、医療スタッフ側の体制（心身両面のケアサポートができる）、その両者の信頼関係、という 3 つの側面での条件がそろってから行われるべきであると述べた。本研究の事例から、これらの側面がどのように患者本人に感じられているかという点と、病状の悪化が自覚されているかどうか告知とその後の心理状態に影響を与えていると考えられた。したがって、告知をする時期の検討の重要性が示唆されたといえよう。

2. 心理的援助に向けて

本研究で明らかになったように、〈仮説の心理過程〉にとらわれず、また、死の受容だけに重点をおくのでは

なく、日々の患者のこころによりそうが必要であるのは言うまでもない。事例 R のように、本人の心理状態と周囲の理解にずれが生じやすい状態で否認が続いている場合などには、とくに心理的援助が必要ではないだろうか。勝見（1996）は末期がん患者の否認の意義を述べ、それが適応のための努力であるという視点を欠くことができないとしている。緩和ケアではチームアプローチにより患者を援助しており、心理的援助もまたチームで行うものといえる。したがって、チームにおいて心理的援助の専門家が、このような視点を分かりやすく他職種のスタッフと共有することは、患者理解を一層深め、援助の可能性を広げるのではないだろうか。

今回、患者の言葉によって心理過程をとらえ、患者と面接者で共有するものとして、『こころの図』の作成を試みた。患者の言葉を面接者が受け取り、図に表し、患者がそれについてさらに話を展開するという一連の作業は、客観視できる『こころの図』になった患者の体験をはさんで、両者が共同作業するというものであった。図示することで、患者も筆者も、患者の体験から程よい距離を取りつつ回想が進んだように感じられた。患者はその中で、自分の情緒に触れたり、事例 R のように否認を保ちながら虚勢をはった言葉を並べ、過去の成功体験を語りつづけながら、それ以上踏み込まないこともできた。また、身体機能の喪失による衝撃を受けた事例などでは、その衝撃や疑念が十分に言語化されないままに時間が経過しているものが、『こころの図』の作成により少しずつ気持ちを振り返ることがあった。回想法を提唱した Butler（1963）は、ターミナル期の人々にライフレビューが起こることを指摘し、勝見（1996）はライフレビューにおいて面接者との間で過去の体験を再体験し整理することが自己価値を高めることになると指摘している。本研究では、危機的な状況の回想からライフレビューへと展開するものもあり、『こころの図』が回想を促し、体験を整理するきっかけとなると思われた。

また、速やかに正確な患者の情報を得ることが求められる医療現場において、患者の心理状態について多職種のスタッフと情報交換をする際に、視覚的な図で簡潔に心理状態の変化を捉えることのできる図は、有効なコミュニケーションツールとなるように感じられた。以上のことから、『こころの図』による心理的援助の有用性の検討を今後の課題としたい。

【付記】

本研究は、1995年度早稲田大学人間科学部卒業論文としてまとめたものを、加筆修正したものである。当時の指導教官でご指導賜りました広島国際大学臨床心理学教授上里一郎先生、また、このたび本稿の執筆にあたりご指導賜りました九州大学アドミッションセンター教授

吉良安之先生に深く感謝申し上げます。

引用文献

- Batler,R,N. 1963 The life review : An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- 保坂 隆 1995 がん患者のコーピングと情緒状態 心身医学, 35, 483-489.
- 柏木哲夫 1978 死に行く人々のケア 医学書院.
- 柏木哲夫 1984 臨死患者の心理的援助 精神神経学雑誌, 86, 976-982.
- 勝見吉彰 1996 末期癌患者の内的体験に関する一考察 心理臨床学研究, 14, 3, 299-310.
- がんの統計編集委員会 2001 がんの統計<2001年版> 財団法人がん研究振興財団.
- キューブラー・ロス, E 河口正吉(訳) 1971 死ぬ瞬間 読売新聞社 (Kubler-Ross, E 1969 *On death and dying*. New York: Mcmillan.).
- 下稲葉康之 1995 私信.
- 上野郁子 1984 末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究 精神神経学雑誌, 86, 787-812.