

〔調査報告〕

がん患者の家族における「納得いく最期」を迎えるために 検討すべき要因とその構造

萬谷和広*

本研究の目的は、がん患者の家族が、「最期の時を本人と共に悔いなく過ごし、納得した最期を迎える」ために検討しておくべき内容とその構造を明らかにすることである。そこで、本研究では、がん患者の遺族を対象に質的記述的調査を行い、2つの構造を見出した。

1つ目は、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】をカテゴリーとする構造である。この構造では、がんという疾患を抱え、進行する病態の中、どのように治療や療養を行っていくかといった医療の側面を反映した構造である。《満足いく医療・療養》の帰結に至るには、医療者との信頼関係が前提である上で、社会的状況を加味し、医療の選択・決定を行うことの重要性が見出された。

2つ目は、【患者が望むことの実施】をカテゴリーとする構造である。病気を抱えながら如何に生きるかといった、生活や人生の側面を反映した構造である。《質の高い時間や過ごし方》に至るには、患者が望むことを実施することや、また、患者と家族が時間や空間の共有し、愛情や心のつながりを感じるといった関係の構築が重要となっていた。

Key words : **がん患者の家族, 最期の時, 納得, 遺族, グラウンデッド・セオリー・アプローチ**

1. はじめに

わが国の死亡者数は、今後、増加が予測され（国立社会保障・人口問題研究所 2017）、多死社会を迎えるとされる。その死因であるがんについても死亡者数が増加しており（人口動態統計厚生労働省大臣官房統計情報部 2017）、今後、がん患者における納得した最期を迎えるための支援は、さらに重要となっていく。

がんは、突然死というよりも、診断期、治療期、慢性期、終末期、死別といったある程度予想できる病期の過程を経て、最期の時を迎える

特性がある。ある意味、がんは、死に備えることができると言える。しかし、死に備える期間があっても、満足いく最期を過ごし、納得した死を迎えることは容易なことではない。

終末期における社会的支援では、主に医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）がその役割を担っているが、田村（2016）は、そのMSWの支援を通して、患者、家族における終末期の心理社会的課題について整理している。また、佐藤（2014：19）は、死に係る支援を含んだ緩和ケアにおいて、ソーシャルワーカーが支援を行う上で、「ソーシャルワーカー自身の死生観の

*Kazuhiro Mantani : 国立病院機構 大阪南医療センター

確立が強く求められており、避けては通れない課題を突き付けられていると言えるだろう」と死生観の確立が、支援の前提であるとしている。このように、終末期ならびに最期を迎えるための支援においては、支援者の立場から整理がされてきた。そして、さらに終末期における社会的支援が効果的となるためには、終末期、そして最期の時、さらには死後において、患者・家族が何を感じ、どのように過ごしたかについて、患者・家族、遺族の立場から深く理解することが重要である。

しかしながら、佐藤（2010：94）によると、ソーシャルワーカーは、「実際には、当事者のおかれた状況に合わせ、死を迎える準備を整えたり、あるいは当事者との死別を経験した家族を支えているのである」としたうえで、「こうした実践はソーシャルワーカーたちのオプション・サービスである」としている。つまり、MSWの支援は、クライアントに起こる個別性の高い現象をアセスメントし、それぞれの状況に合わせて、また必要に応じて支援を行っているということになる。そのため、患者、家族側に生じている状況に注視して、その状況の共通性や構造を明確にすることが重要であり、そのことを支援に活用していくことが必要と考える。

そこで本研究では、大切な人の終末期や死を実際に経験した遺族を対象にした調査から、がん患者の家族が「家族として、最期の時を本人と共に悔いなく過ごし、納得した最期を迎える」ために検討すべきことについて、特に社会的側

面に焦点を当て、そこで生じる具体的な現象に関する関連要因と、その要因の内容を構造的に明らかにすることを目的とする。そして、遺族の考えや想いを通して、その内容を分析し、現象の共通性を見出し、その構造の特徴を考察していく。

2. 研究方法

がん患者の家族が「家族として、最期の時を本人と共に悔いなく過ごし、納得した最期を迎える」ために検討すべき現象の関連要因と、その構造を明確化するために、遺族を対象に半構造的面接法により調査を実施し、分析を行った。

調査方法の概要については、以下のとおりである。

(1) 調査概要

平成29年9月から平成30年1月の期間で実施した。調査時間は、1人60分から100分となった。調査場所は、プライバシーが確保され、語りやすい、患者会事務所や医療機関の面談室、会議室の個室を利用して実施した。

(2) 対象者

患者会3か所へ依頼し、終末期そして死後の状況を語ってくれる対象者の選出を行った。対象者には、調査に先立ち、研究目的や調査内容の説明を行い、同意を得た7名を対象とした。対象者の概要は、表1のとおりである。

表1：対象者の属性

| 対象者 | 調査時の遺族年齢 | 遺族性別 | 故人との関係性 | 死亡年齢 | 病名 | 死亡時の家族構成 |
|-----|----------|------|---------|------|--------|-----------------------|
| A | 50代後半 | 女性 | 母 | 68歳 | S状結腸がん | 患者、娘の2人暮らし。息子と娘は別居 |
| B | 60代前半 | 女性 | 夫 | 59歳 | 腎臓がん | 患者、妻、次男の3人暮らし。長男、長女別居 |
| C | 60代後半 | 女性 | 夫 | 58歳 | 肝臓がん | 患者、妻、娘の3人暮らし。 |
| D | 50代前半 | 女性 | 父 | 69歳 | 胃がん | 患者、妻の2人暮らし。娘2人は別居。 |
| E | 60代後半 | 女性 | 夫 | 65歳 | 肺がん | 患者、妻、娘との3人暮らし。息子2人は別居 |
| F | 70代後半 | 男性 | 妻 | 64歳 | すい臓がん | 患者、夫の2人暮らし。息子と娘は別居 |
| G | 70代前半 | 女性 | 夫 | 63歳 | 肺がん | 夫婦と三男夫婦との4人暮らし、長男次男別居 |

(3) 調査内容

調査内容は、終末期や死後を振り返り、「良かったこと、満足できた事柄」、「悪かったこと、後悔している事柄」を自由に語ってもらった。また、それぞれに対して、小項目として、医療ソーシャルワーカーの業務指針(2002)の「二業務の範囲」で示される①心理社会的側面、②退院の側面、③経済的側面、④受診受療の側面、⑤社会復帰の側面について確認をした。

(4) 分析方法

分析は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、GTA)の手法に基づき行った。また、GTAの手法の中でもStraussの立場に立った戈木(2013, 2014)の提唱する方法を用いることとした。本方法は、対象者がその事柄をどう捉え、何を考え、如何に行動したかといった自由な語りについてデータ化し、概念同士の関係性を重視しながら理論化する手法であるため、本調査において適切と判断したことから、採用することとした。

具体的な手順は、インタビュー後、オープンコーディングとして①音声データを逐語録として文字化、②文字化された逐語録を概観し、意味段落ごとに切片化、③切片化された文章に対して、プロパティとディメンションの抽出の実施、④プロパティとディメンションを注意深く確認しながら、ラベリングの実施、⑤ラベリングしたラベル名、さらにはプロパティやディメンションを確認しながらグループに分けたうえで、暫定的なカテゴリー名を付与する、というプロセスで進めた。その上でアキシアルコーディングとして、⑥カテゴリーごとに分類を行い、カテゴリー名を改めて付与、⑦各カテゴリーを状況、行為・相互作用、帰結の3構成によるパラダイムの作成を実施、⑧各カテゴリーの特徴をみながら関連付けの実施、⑨全体の構造を見ながらストーリーライン作成、⑩カテゴリー関連図を構築するという流れで分析を行った。これらのデータの扱いについては、対象とした7例のデータ同士の比較、理論的比較を随時確認

しながら、慎重に進めた。理論化に至るプロセスは、インタビューごとにストーリーラインと関連図を作成しながら、不十分なプロパティやディメンションについて精査し、理論的サンプリングを行った。理論的サンプリングで示された内容については、次回の調査に活用するといったことを全調査で繰り返し、最終的に構造が明らかになり理論ができる理論的飽和の状態まで実施した。

(5) 倫理的配慮

本調査に関しては、対象者に対して事前に研究趣旨、調査内容を説明し、いつでも辞退できることを伝えた上で、同意書を得てインタビューを実施した。また、本調査の内容については、研究者の所属機関である大阪南医療センター倫理審査委員会で審議を行い、承認を得ている(承認番号29-31)。

3. 研究結果

調査の結果、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】、【患者が望むことの実施】をカテゴリーとする2つの構造を見出すことができた。

【社会的要因を加味した医療の選択・決定】においては、病気が進行することで、終末期に入り、そして最期の時を迎える過程の中で、如何に治療や療養を行うかといった、医療に関する側面であり、医療を受けている患者の家族としての立場における現象に対応するカテゴリーである。この医療における側面は、患者や家族の能力や考えだけでは対応できず、医療者の専門的判断や考え、治療や療養を行う場によっても大いに影響を受ける構造となっている。【患者が望むことの実施】においては、病気を抱えながらも、如何に生きていくか、人生を全うするかといった、生活・人生に関する側面であり、患者とともに人生や生活を営んでいく、生活者としての立場における現象に対応するカテゴリーである。生活・人生においては、患者や家族の自己決定によって生活や人生を思考し、それに

基づき生活を送り、人生に意味づけを行う構造となっている。

この患者の家族としての立場の側面と、生活者の立場としての側面の2つの側面は、お互いに影響し合っているため、切り離せない構造と言えるが、調査により現象の詳細を捉えると、それぞれが別の構造をもつものとして整理することができた。

ここでは、それぞれの現象について関連図を示すとともに、ストーリーラインとしてその現象を説明する。なお、ストーリーライン等で示す記号は、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」は実際の語り、[]は筆者の補足、[]は調査対象者、()はラベル番号を示したものである。

(1) 社会的要因を加味した医療の選択・決定

図1は、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】をカテゴリーとした構造を関連図として示したものである。状況から帰結に至るまでの全体的な構造は、医療者との関係性が前提であり、その上で社会的状況を加味し、医療の選択・決定を行う構造になっている。つまり、帰結が《満足いく医療・療養》に至る構造は、終末期、そして最期を迎える患者・家族にとって、医療者と信頼関係があり、その関係に基づいて治療方針が示されることである。そして、医療の決定については、患者・家族を取り巻く社会的要因との関連を考慮して選択することが、《満足いく医療・療養》につながる構造である。なお、本論で示す「医療者」とは、医療機関で従事する患者・家族の治療や療養を支援する支援者を指す。

ストーリーラインとしては、まず、状況である《医療者と患者・家族との向き合い方》が、医療者との関わりが親身(9)[A]、パートナー関係にある(47)[A]、本人のみならず家族を含めた説明がある(22)[C]、家族が説明に納得できる(19)[E]、個別性の高い説明(30)[E]である場合、《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》につながっている。しかし、

その関わりが希薄(27)[B]、本人のみに説明を行う(5)[D]、家族が説明の理解ができない(15)[B]、一般的な説明である(30)[B] 場合においては、《疑念や不満を持った関係性に基づく受療》につながっていた。

《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》では、その信頼関係自体が、家族にとって《満足いく医療・療養》という帰結につながっている。また、《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》が、治療・療養の選択検討が可能であり(2)[F]、終末期の中においても、生きるために医療者から「[体調を整え] 孫の入園式一緒に行こうねとか、目の前のものと、向こうのもの[目標を立ててくれる]」[A]というように、治療を行う上での目標の提示をすること(33)[A]や、医療の決定を患者と家族で行う(15)[D] 場合においては、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】につながっていた。

《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》であっても、身体的な状態が悪く、「効果はあまり望めない。そして副作用が激烈になる。どうされますか。」[A]といったように、希望しても治療・療養の選択の可能性が困難(21)[A]である場合においては、《納得できない、疑問が残る医療・療養》の帰結に至っている。

【社会的要因を加味した医療の選択・決定】では、医療を継続するための経済的問題がない(38)[A]、患者や家族の自己決定により医療を決める(35)[A]、医療に対する患者と家族間の意見が同じである(6)[F]、生活様式に合致した受療が行えている(28)[C]、支える支援者がいる(41)[A] ことで、帰結である《満足いく医療・療養》につながっていた。一方、経済的な問題で、医療の選択ができず(43)[A]、患者や家族の自己決定に基づいた医療を受けることができない(21)[C]、患者と家族の意見に相違がある(16)[A] 場合においては、《納得できない、疑問が残る医療・療養》の帰結に至っていた。

《疑念や不満を持った関係性に基づく受療》

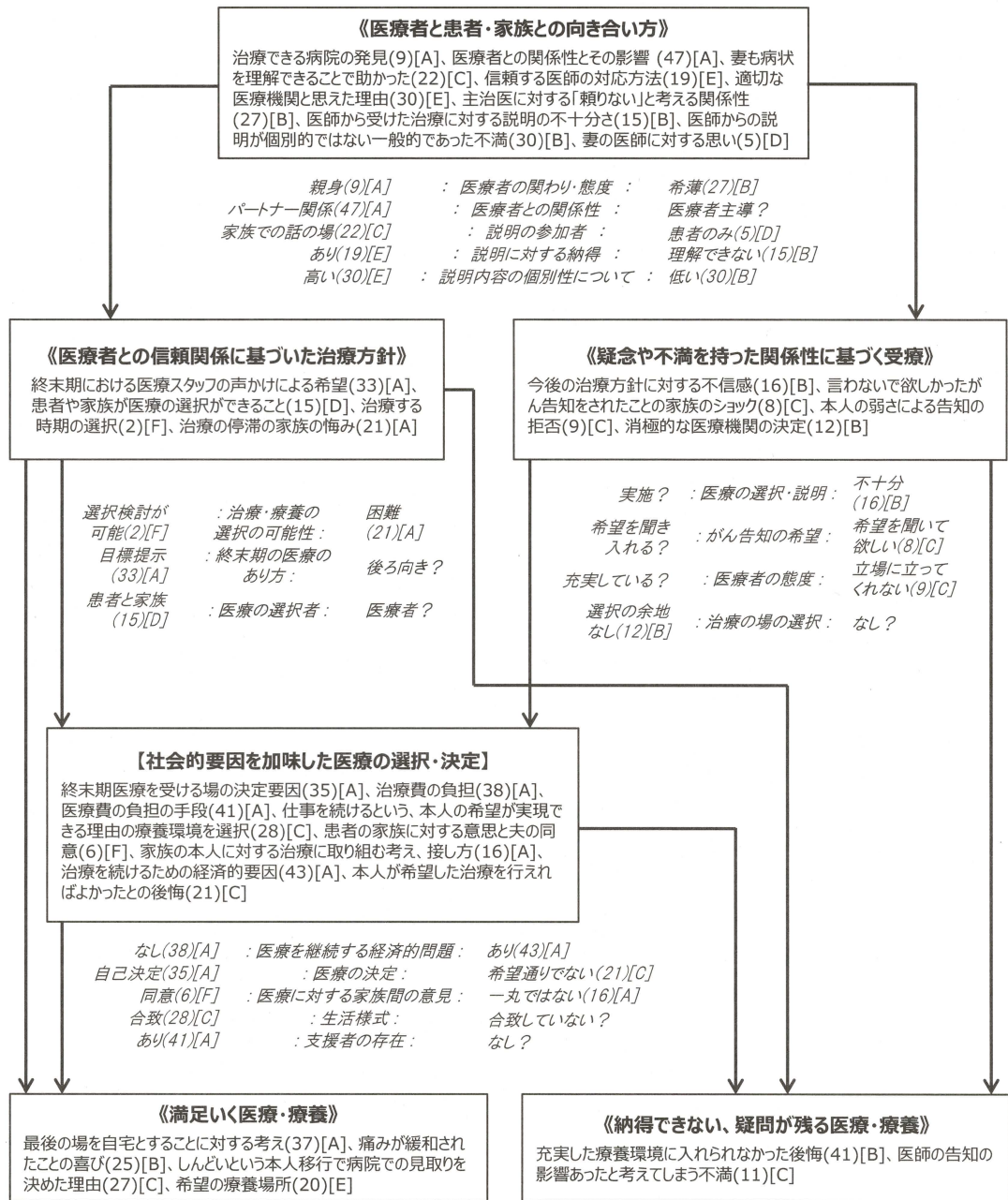


図 1 : 【社会的要因を加味した医療の選択・決定】に関するカテゴリー関連図

【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、斜字は、主なプロパティとディメンションであり、中央の項目がプロパティ、左右の項目がディメンションである。また、[] は対象者番号、() はラベル番号を示している。

では、その関係性に問題を抱えていること自体、《納得できない、疑問が残る医療・療養》に至っている。その状況でさらに、医療の選択やその説明が不十分であり(16) [B]、がん告知という大きなイベントに対して、「[告知は希望していなかったのに] 初めてにあった先生に、『あなたは癌、半年以内に死にます』って本人にいきなり。」[C] などの患者の希望を聞き入れてもらえなかった(8) [C]、[看護師さんに怒られていて、1人でトイレに行かないように言ってくださいとか言われて危ないからと言われて、呼んでくださいとか言われて、でも父は呼びたくないじゃないですか] [C] など、患者の立場に立ってくれなかった(9) [C] と思えた場合においても、《納得できない、疑問が残る医療・療養》の帰結に至っていた。

(2) 患者が望むことの実施

図2は、【患者が望むことの実施】をカテゴリとした構造を関連図として示したものである。この関連図における状況から帰結に至るまでの全体的な構造は、患者が望むことを実施することや、また、患者と家族が時間や空間の共有し、愛情や心のつながりを感じるといった関係の構築が重要となってくる。そして、さらには、患者の家族に対する死後における思いや考えを、家族が知ることより、《質の高い時間や過ごし方》につながる構造である。

ストーリーラインとしては、状況である《患者の生活の制限》に対して、患者の気持ちに余裕がない(11) [A]、体の自由が利かない(44) [B]、外出困難(50-1) [B]といった身体機能の低下や行動制限がある状況を家族が感じる、あるいはその状態を理解することで、【患者の望むことの実施】を思考することにつながっていた。逆に、身体状態に問題はない(3) [C]、行動制限が無い(5) [B] 場合では、最期の時を思考することよりも、日常生活を継続することについて関心が寄せられていた。

【患者が望むことの実施】は、患者が望むことを実施できた場合、それ自体、帰結である《質

の高い時間や過ごし方》につながっていた。終末期における療養の質や満足度は、本人が望むことを実施することに大きく影響していることが分かる。そのため、「仕事ができなかった悔しさというものはあったと思います。[仕事]ご飯より好きでした。」[B]と語るように、好きなことを実施できない状況(29-2) [B]、そしてその日々(24-1) [A]は、《後悔や不全感のある時間や過ごし方》に至っている。そのため、家族にとっては、本人の望むことを実施することが、家族にとっても大切な要因となっている。しかしながら、本人が望むことに対する行動であっても、周りを意識しない気まま(7) [E]な行いは、家族として困惑することもあった。

本調査では、遺族を対象としていることから【患者が望むことの実施】に関しては、楽しい話を語り合う(40) [C]、お互いのことを語り合う(55) [B]、家族や身内と交流したい(28) [B]など、《患者と家族との関係の構築》につながっていた。

《患者と家族との関係の構築》においては、患者と家族が時間を共有できた(36) [A]、患者、家族が仲良く接することができた(53-1) [B]、そばにいて語れた(26) [C]、触れ合えた(55) [D]、距離が近づいた(26-2) [A]、愛情が深まった(56) [D] (30) [G] というように、患者と家族がその時間と空間を共有し、関係を構築することが《質の高い時間や過ごし方》となる。例えば、「父の手を握ったところは何度も何度も思い出しますね。すごく思い出して手を握ったなと思います。何か私も泣きそうだったし、父も泣きそうだった」[D] というように、触れ合うことで親子の愛情を感じ、改めてその関係を再構築していくプロセスは、遺族の心に残る想いとなっている。なお、時間の共有を希望しても、家族との時間共有できない(29) [C]、接し方として優しくできなかった(25) [A] などでは、《不安感や不全感のある時間や過ごし方》につながっていた。

そして、《患者と家族との関係の構築》は、

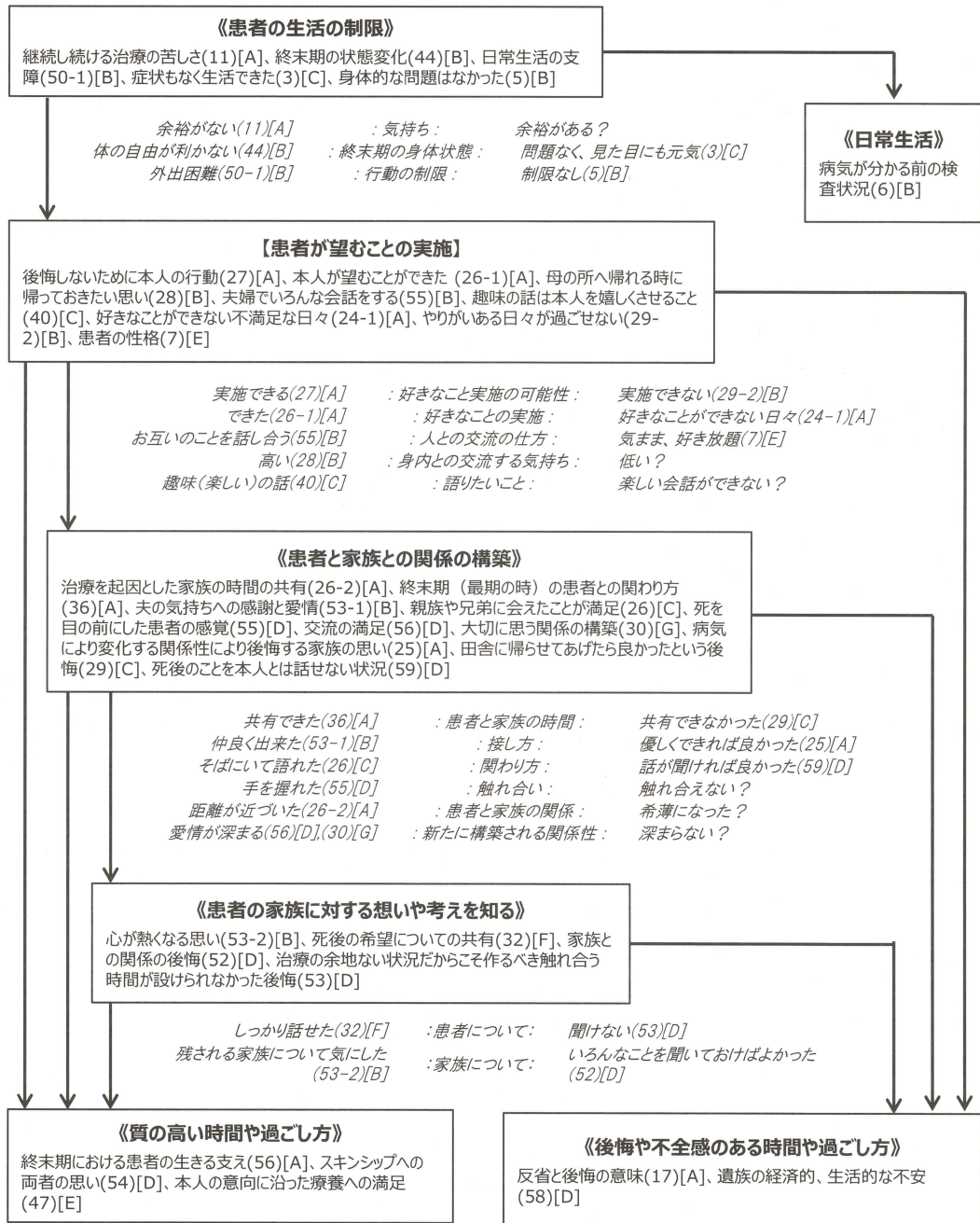


図 2 : 【患者が望むことの実施】に関するカテゴリー関連図

【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、斜字は、主なプロパティとディメンションであり、中央の項目がプロパティ、左右の項目がディメンションである。また、[] は対象者番号、() はラベル番号を示している。

《患者の家族に対する想いや考えを知る》につながっていた。そこでは、患者に死後のことに関してしっかり話せた (32) [F]、家族に対する気遣いが示されていた場合 (53-2) [B] においては、《質の高い時間や過ごし方》につながっていた。一方、患者の死後の考えを聞けない (53) [D]、家族についての想いを聞いておけばよかった (52) [D] と感じた場合には、《不安感や不全感のある時間や過ごし方》に至っていた。

4. 考察

考察においては、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】、【本人が望むことの実施】のそれぞれのカテゴリについて、前者は《満足いく医療や療養》という帰結、後者は《質の高い時間や過ごし方》という帰結である「良かったこと、満足できたこと」とする側面に至る構造について、その特徴を考察した。

(1) 社会的要因を加味した医療の選択・決定

① 終末期医療における患者・家族の希望の位置づけ

《満足いく医療・療養》に至るには、患者・家族が医療者との信頼関係を構築することが前提となるが、その関係性があっても《納得できない・疑問が残る医療・療養》に至る構造がある。例えば、「勝手にトイレに行かれて倒れられたら困るということで、尿管に管を通すというものをさせて欲しいと言われたんです。父は本当はそれがすごく嫌だった」[D] といった転倒防止のためバルーン留置、「生きていられなかったら、もうちょっといろんなものを食べてもらった方が。」[C] といった食事制限等は、医学的判断から妥当とされることであっても、遺族としては心残りとなっている。つまり、《満足いく医療や療養》には、患者・家族にとって医療より優先される自尊心や希望が時として存在しているということである。終末期における医療の選択には、その人の希望や考え方を、ど

の程度まで尊重できるか、医療者と患者・家族との議論が求められる。

② 医療を選択するための情報

医療を選択し、決定するには、情報が重要となる。例えば、「もっと早い時期にホスピスに入れておくべきだった」[B] のように、状態に応じた情報提供が大切であり、また、「いい病院があるから、[病院を] 代わりたいたって、そこを調べて欲しいと言ったんです。…中略…もう少し早く情報があれば」[E] ということから、情報を得る時期も重要となる。さらには、「相談できる人がいたらそれは絶対良かったです。」[D] というように、単に情報を伝えることだけでなく、情報の内容を理解し、自己決定できるための支援も求められる。患者・家族が納得した治療や療養の場を自己決定するには、正しく、偏りのない情報が適切な時期に手元にあり、その情報を正しく理解することや活用することが重要である。

患者・家族においては、医療者に対して現在そして今後想定される身体状況の変化について、身体状態に応じた適切な療養方法について、情報を求めることや、自ら情報を取得し、正しく取り扱うことが必要である。また、時としてMSWなどの専門職へ相談し、支援を得ることも重要となり、そのことが《満足いく医療・療養》に至ることになる。

③ 価値観、生活様式に照らし合わせた医療の選択

【社会的要因を加味した医療の選択・決定】のカテゴリでは、加味すべき社会要因として、まず、治療費の負担 (38) [A]、医療費に関する負担感 (33) [D]、医療費負担の軽減 (42) [A]、民間の医療保険が助かったこと (31) [C]、生命保険での補填 (36) [E]、貯蓄があったことでの負担 (32) [C] といった経済的な要因が見出された。

また、終末期医療を受ける場の決定要因 (35) [A]、本人家族が決定した治療方針 (32) [B]、

本人の意向で決定された見取りの場 (12) [C]、療養の満足 (32) [D]、自宅での療養の考え (20) [D] という本人と家族の意見の一致や承認といった意思決定の要因も示された。

さらには、医療費の負担の手段 (41) [A]、患者の意向の尊重と協力 (8) [F]、本人の希望が実現できる理由の療養環境を選択 (28) [C]、療養する病院を選んだ理由 (29) [E]、自宅での医療処置 (31) [E] という支える家族の状況など、加味されるべき社会的要因として見出された。これらは、それぞれの生活を形成している個性の高い項目である。

終末期における医療の決定は、患者や家族が自身の生活様式や生活状況、そして価値観といった個別の状況に向き合い医療を受けること、また受けないことを自己決定していくことが、満足につながる事項である。

(2) 患者が望むことの実施

① 患者が望むことの意味

本人の望むことの実施とは、「[小料理屋を営む] ビールを飲んでカウンターに座り続けること。常連のお客さん相手に。たかだか10人ちょっとしか入らない小さなお店だったんですけども、そこに座ることを望んで、それに費やした。」 [A] と語るように、その人が人生で大切にしてきたことの実施であり、その人らしい生き方をするのである。がんは、その人の生活に影響を与えるライフイベントであるが、それでもがんを抱え、影響されながらも生活は続いていく。重要視したいことは、「生活者」であるという視点である。その人が望む、その人らしい生活に時間を費やすことは、その人にとって「生」を感じることである。死に向かう生き方というより、「最後まで生き抜くかであるのかなと思いますね。そしてその人の生き方が残された家族にとっても影響がある」 [A] と話すように、最期の時までその人らしく生き抜くという生き方をし、家族もそれを感じることで質の高い時間や生き方に至るのである。

また、【本人が望むことの実施】の前提は、

自己決定である。そして、その自己決定のもと、その人らしく生き抜いた場合、「私はね、その後悔はゼロだった。本人に相談をして、(本人が) やって欲しい事をやったし」 [F] や、「最後まで生き抜くかであるのかなと思いますね。そしてその人の生き方が残された家族にとっても影響がある」 [A] のように、その人らしく生き抜く様は、その家族においても納得を生み、満足感を与える。

② 終末期における人間関係の構築

《患者と家族との関係の構築》では、患者と家族との時間を持てなかった [E]、共有できる時間が限定的であった [C] という意見から後悔の念が示されるように、《質の高い時間や過ごし方》のためには、まずは、時間や空間を共有すること自体に大きな意味をもつ。

また、共有される時間の中に、死を目の前にするからこそ、確認される関係、改めて再構築される関係がある。「あと何ヶ月と言われたとしても、そのつもりで接していくでしょう。お互いが。夫婦の仲が氷のような状態であったとしても、徐々に溶けていくという時間が持てる」 [G] と語るように、がんには、最期の時まで、一定の時間があり、その時間が家族関係を見つめ直し、より質の高い療養へとつなげていく。

しかしながら、病気の前では複雑な心模様も反映される。「優しくできなかった」 [A] という意見もあるように、病気により弱くなる身体と気力、それに対して、支える側となる家族が「してあげる」「している」と考えてしまう気持ちも相まって、関係性のバランスが崩れることもある。お互い思いあうからこそ意見が対立することもあり、病気をもつ特殊な状況のもと、如何に関係を紡いでいくのが重要である。

③ 死後の希望を伝える時期と機会

《患者の家族に対する想いや考えを知る》ことは、《質の高い時間や過ごし方》につながる重要な要因ではあるが、患者が死後の希望を語ること、あるいは家族が死後の希望を確認する

ことは、容易なことではない。「病気になってここまで来たらやはり、聞けないですよ。」

[D]と語るように、死を予期させる状況下においては、生についての会話ではなく、死後の話を切り出すことは家族にとってもストレスであり、また、本人としても語りづらい状況である。

想いや考えを伝える時期は、病状が安定している段階、あるいは「元気な時から話していた」

[F]のように、日頃から死後に対する準備や考え方を家族内で共有しておく機会をもつことも重要である。しかしながら、そこで話し合われた考えは、時間の経過に伴って変化し、死が目前に迫る状況においては、さらに新たな想いを生じさせる。事前に話し合う機会を作りながら、最期の時まで語り合う時間を設け、そこで悩みながら、自己決定していくことが求められる。

④ 残される家族の生活準備

《患者の家族に対する想いや考えを知る》内容については、遺産相続の家族の問題 (44-3)

[A]で示された店舗について、遺産相続について (33) [C]で示された家、土地、不動産について、遺産の対応 (45) [D]で示された株について、銀行口座などの問題 (45) [E]で示された口座について、相続に関する問題 (25) [F]で示された車などの遺品についてなど、遺産や遺品についての要因、さらには、遺族の経済的対応 (43) [D]で示された死後生じる社会制度の利用について、手続きの難しさ (48) [D]で示された不動産等の各種名義変更等の諸手続きについてなどが語られていた。

これらの項目は、患者の死によって、家族のその後の生活に影響を与える内容である。これらの内容に関する整理が事前にできれば、患者の死後、家族の実質的な生活問題も軽減させ、遺族となった家族の生活を立て直す一助となる。

また、例えば「娘にお前ちょっと計算しろと。俺が死んだ時に、お母さんに生命保険が幾ら入るかを計算しろと話してました [涙ながらに]」

[B]といった患者が家族の生活のために、事前整理を実施した際に示したその想い [B]は、遺族の心の中に生きており《質の高い時間や過ごし方》につながる。

しかし、《患者の家族に対する想いや考えを知る》ことについては、必ずしも明確な意思表示がなされることばかりではない。例えば、

「[想いや考えを残さなくて困ることは]あまりなかったです。困るほどお金はなかったし。

蓄えはなかったし。」[E]のように、考えや対応内容がなくとも問題にならない場合や、明確な言葉や遺言がなくとも、日常生活の中での会話からある程度整理ができている場合も、帰結である《質の高い時間や過ごし方》につながっている。ただし、「ただ自分としてはもう少し、死を見つめてと言いますか、死期を考えながらしゃべりたい事だとか、言いたいことだとか、聞いたらよかったなと思っています。」[D]のように、より深く聞けなかった、あるいは分かち合えなかったからこそ、知りたかったという後悔を抱くこともある。そのため、後悔の念を抱かず、《遺族の満足・心の安定》につながるためにも、生前にできる整理や想いや考えについては、患者と家族で確認し、相互理解しておく機会は無効である。

⑤ 患者自身の死後の扱い

《患者の家族に対する想いや考えを知る》内容には、葬儀場、葬儀内容、墓地の場所や種類、法事の仕方など、患者自身が死後にどのように扱われたいかを示す項目が示されていた。患者の意向については、亡くなった後では確認できない項目であるため、把握しておかなければ、本人の希望はどうであったのかと遺族が悩む内容にもなる。生前、墓地は決まったところであった [D]、葬儀内容を自身で決め家族と共有する [F]、葬儀場についても家族とともに決めていた [F]といった場合、遺族としても本人の意向に沿って死後の対応が実施でき《質の高い時間や過ごし方》の帰結につながっていた。

このように患者自身の死後の扱いに関する把

握ができている、あるいは確認を行っておくことは、遺族となった家族が本人の希望のもとで対応することができ、それが心の安定にもつながり、また患者にとっても納得できる最期になると考えられる。

5. 本研究における課題と展望

本研究においては、遺族を対象に調査を行ったため、明らかにされた現象は、がん患者の家族に生じる現象であった。そのため、患者自身が納得いく最期についてどのように考えているかといった患者自身の意思の側面、そして、家族の存在が不在あるいは希薄な患者に対して如何に捉えるかといった家族の存在の側面という2点が、十分に明らかにできなかった。

まず、患者自身の意思の側面であるが、本調査の中で示された回答には、がん患者の家族の立場から考える、患者の考え、思い、反応について多くの回答があった。これらの回答の背景には、家族にとって、患者が良いと考え、喜んだことについては、家族としても良いこと、あるいは患者が不快に思い、悲しんだことについては、家族としても悪いこととして回答している構造があり、患者の考え、思い、反応が、家族にも大きく影響していることを示していた。しかしながら、そのことは、患者と家族の関連性を示したものであり、本人の意向の詳細について把握したものではない。本人自身の納得いく最期に関する考えを如何にくみ上げていくかについては、今後、検討していくべき重要な課題と考える。

次に、家族の存在の側面であるが、本研究の結果は、家族システムの中で生じた内容が抽出されたといえることも付け加えておきたい。つまり、調査で示された構造は、本人と家族の関係性の中で起こる、家族に関する考えや思いが明らかになったということである。そのため、この結果を考えると、身寄りがない者や、家族と全く疎遠であるといった家族システムが機能していない状況にある患者においては、研究の

結果には適用しないといえる。身寄りがなく、あるいは全く疎遠である患者は、近年多く存在していることから、考えるべき課題である。

謝辞

本研究は、「平成29年度科学研究費助成事業(若手研究B)(研究期間平成29年~平成30年)」の「がん患者・家族の終末期における納得いく最期を迎えるための検討要因の解明」の研究成果の一部を報告したものである。本研究においては、インタビューにご協力頂きました方、またインタビュー対象者の選出にご協力いただいた患者会の皆様、そして、インタビューに際して場所の提供をいただいた方々に、深謝の意を表します。

文献

- 医療ソーシャルワーカー業務指針(2002)『厚生労働省健康局長通知平成14年11月29日健康発第1129001号「二、業務の範囲」』
人口動態統計厚生労働省大臣官房統計情報部(2017)『各年の人口動態統計によるがん死亡データ』(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>, 2019. 1. 15)
国立社会保障・人口問題研究所(2017)『日本の将来推計人口(平成29年推計)』(http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp, 2019. 1. 15)
戈木クレイグヒル滋子(2013)『質的研究法ゼミナールグラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ編』医学書院。
戈木クレイグヒル滋子(2014)『グラウンデッド・セオリー・アプローチ分析ワークブック』日本看護協会出版会。
佐藤繭美(2014)「緩和ケアとソーシャルワーク」『社会福祉研究』121, 12-20。
佐藤繭美(2010)「緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討」『現代福祉研究』10, 89-99。

田村里子 (2016) 「緩和ケアにおけるソーシャルワーク実践と専門職連携の方法と実践」
『ソーシャルワーク研究』42, 3, 18-20.