

茨城県立医療大学大学院博士論文

在宅がん終末期療養者の病いの体験
—重要他者との関わりを通じて自己
の存在可能性をめがけて生きていくこと

The Experience of Illness by Terminal Cancer

Patients Recuperating at Home

—to continue living for the potentiality of
being through relationships with significant others

松村ちづか

茨城県立医療大学大学院博士後期課程保健医療科学研究科
看護学領域

2014 年 3 月

論文要旨

2014 年 3 月 31 日

茨城県立医療大学大学院博士後期課程

領域名	看護学領域	学籍番号	45010058	氏名	松村 ちづか
研究テーマ	在宅がん終末期療養者の病の体験-重要他者との関わりを通じて自己の存在可能性をめがけて生きていくこと				

【背景】現在、我が国では政府の在宅緩和ケア政策により在宅がん終末期療養者が増加している。療養者にとっては家族や友人等の重要他者が生きる支えであるが、重要他者のどのような関わりが療養者の生きることができるという存在可能性への意識を促すのか、もしくは妨げるのか、それはどのようにしてかは明らかでない。また、今後、単身のがん終末期療養者が増加することが予想されるが、医療者は重要他者となりうるか明確ではない。療養者の視点から、重要他者との関わりを通じて、残された時間を生きていくことができるという自己の存在可能性をめがける体験の意味を見出すことが必要である。

【目的】在宅がん終末期療養者が重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性をめがけて生きていく体験の意味を理解する。

【方法】ハイデガーの存在論を理論的前提とし、現象学的アプローチを方法論とした。同意の得られた在宅がん終末期療養者に対し、自宅を継続的に訪問して非構造的なインタビューを行った。データ収集期間は平成 23 年 10 月～平成 25 年 6 月。インタビューデータはジョルジの分析方法を用いて分析した。分析の信憑性を高めるために、指導教員や現象学専門家の指導の授受、体験の記述の療養者もしくは遺族へのフィードバックを行った。倫理的配慮として、療養者の心身への配慮や残された有限の時間をできるだけ侵害しないことへの配慮を行った。本研究は、茨城県立医療大学研究倫理審査会の承認を得て行われた。

【結果】4 名の療養者（男性 3 名、女性 1 名）のそれぞれの体験を療養者の生活世界から記述した。療養者たちは予後告知を受けて自己の命の有限性を突きつけられ、存在可能性を見失う。しかし、療養者たちはそのような有限な状況であっても、生活世界の中に存在可能性のあることに気づいて、そこから己の存在可能性を模索し始めていた。4 名の共通する体験の構造には以下の 4 つの構成要素が見出された。1) 重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性を模索する、2) 重要他者からの気遣いを取り入れて、己固有の存在可能性をめがける、3) 重要他者となった医療者との関わりを通じて、苦痛と向き合い、存在可能性をめがける、4) 存在可能性をめがけて現在を生きられる時、過去の自己存在の意味を取り戻す、である。

【考察】在宅がん終末期療養者が重要他者との関わりを通じて存在可能性をめがける体験の意味は、以下のように考えられた。予後告知によって人生の有限性を突きつけられ、《無意義性》に陥ってしまった療養者が、重要他者の寄り添いによって存在可能性の了解が可能となり、自宅という生活世界のうちに《有意義性》を取り戻し、死への恐怖や気がかりから解放され、意識を生きることへと向け、投企する体験であった。また、療養者たちは、重要他者や苦痛に対し、《受動的能動性》を発揮して能動的に自己の存在可能性を掴み取ろうとしていた。療養者たちは、心身状況が低下し、受動的な状況の中でも、重要他者に自己開示し、人生のマイナスの体験や気がかりさえも存在可能性に繋げ、時には、重要他者に存在可能性を与える側にもなっていた。また、療養者は重要他者となった医療者の存在に安心感を得て、苦痛は在るものとして受け入れ、苦痛に囚われていた自分から苦痛に囚われない新しい自分へと変容していた。在宅がん終末期療養者にとって、重要他者の存在の意味として、療養者の存在可能性への意識を促す存在と存在可能性への意識を妨げる存在が見出された。存在可能性への意識を促すものとして、1) 家族・友人の存在：(1) 存在可能性への意識の開示を促す、(2) 存在可能性をめがけることを支える、2) 医療者の存在：(1) 存在可能性のあることへの気づきを促す、(2) 苦痛との向き合い方の変容を促す、(3) 存在可能性をめがけることを支える、が見出された。存在可能性への意識を妨げるものとして、1) 家族の存在：見捨てられる不安を想起させる、2) 世間一般の人々の存在：一方的な気遣いを示す、であった。

【今後の課題】1) 本研究において明らかになった重要他者が療養者の存在可能性の模索に寄り添う意味が、家族のいない単身のがん終末期療養者にも同じような意味として適用できるものであるのか、2) 医療者が存在可能性のあることへの気づきを促す、苦痛への向き合い方の変容を促す等の意味で重要他者になりえたが、どのような状況や特性をもった療養者にとって医療者は重要他者になりうるのか、である。

【結語】療養者たちは在宅緩和ケアを始めた当初から自宅という生活世界に生きることができると存在可能性を見出せていた訳ではないので、医療者も療養者の存在可能性の模索に寄り添うことが必要である。

目 次

第 1 章 序 論

I . 研 究 の 背 景	1
II . 研 究 目 的	4
III . 研 究 の 意 義	4
IV . 用 語 の 操 作 的 定 義	4

第 2 章 文 献 検 討

I . 在 宅 が ん 終 末 期 に 関 す る 文 献 検 討	6
II . 在 宅 が ん 終 末 期 療 養 者 が 自 宅 で 生 活 す る こ と に 関 す る 研 究 の 文 献 検 討	7
1 . 身 体 的 苦 痛 と 不 安 感	7
2 . 自 律 性 を 保 っ た 生 活	8
3 . 希 望	8
4 . 重 要 他 者 と の つ な が り	9
5 . そ の 他 の 療 養 者 ・ 家 族 の 介 護 体 験	10
III . 存 在 可 能 性 の 概 念	11
1 . 存 在 可 能 性 の 概 念 の 分 析	11
2 . 存 在 可 能 性 の 概 念 と 希 望 概 念	14
IV . 研 究 課 題	15

第 3 章 研 究 方 法

I . 方 法 論 の 選 択	16
1 . 現 象 学 的 ア プ ロ ー チ	16
2 . 超 越 論 的 現 象 学 を 選 択 す る 理 由	16
II . ハ イ デ ガ ー の 存 在 論	18
1 . ハ イ デ ガ ー の 存 在 論 を 用 い る 理 由	18
2 . 本 研 究 に お け る 位 置 づ け	18
3 . ハ イ デ ガ ー の 思 想 の 概 要	19
4 . ハ イ デ ガ ー の 人 間 の 存 在 の 分 析 視 点	20
5 . ハ イ デ ガ ー の 思 想 に お け る 主 要 概 念	22
III . 本 研 究 に お け る 前 提	25
IV . 具 体 的 方 法	25
1 . 研 究 参 加 者	25
2 . インタビュー方法	26
3 . データの収集期間	26
4 . データの分析方法	27
5 . 研 究 の 信 憑 性 の 確 保	28
6 . 研 究 者 自 身 の 経 験	28
V . 倫 理 的 配 慮	28

第 4 章 結 果

I . 研究参加者の概要	30
II . 個々の体験の記述	32
1 . A さんの体験	32
2 . C さんの体験	50
3 . E さんの体験	65
4 . G さんの体験	79
III . 共通する構造	95

第 5 章 考 察

I . 重要他者との関わりを通じて自己の存在可能性をめがけて生きていく体験の意味	105
1 . 存在可能性の模索に重要他者が寄り添うことの意味	105
2 . 能動的に存在可能性を掴み取ること	108
3 . 重要他者の存在の意味	113
4 . 過去の自己存在が否定的なものから肯定的なものになりうる	122
5 自宅という生活空間から浮かび上がる己固有の存在可能性	123
II . 看護実践への応用	125
1 . 療養者本人への支援	125
2 . 家族への支援	129
3 . 世間一般の人々への対応	130
4 . 病院の医療職への対応	131
III . 本研究の限界と今後の課題	131

第 6 章 結 論 133

謝 辞

引用文献	I
資料	II

第1章．序論

I．研究の背景

1．がん終末期療養者の在宅緩和ケアに関する現状と課題

WHOによれば、西太平洋地域（日本を含む37か国）のがん患者数は、2012年現在の1億2700万人から、2030年には、2億人以上に増加するとされ、がんの在宅緩和ケアが今後の世界的な課題とされている（WHO¹⁾）。わが国でもがんの罹患者は多く、2008年に新たにがんと診断されたがん患者は74万9000人である。また死亡数も死因のトップを占める。2011年度のがん死亡数は35万7305人であり国民の3人に一人ががんで死亡している²⁾。今後は高齢化社会により高齢者のがん患者（2012年現在65歳以上のがんが全罹患者の65%）が増加するだけでなく、若年期から壮年期の人々のがん患者の増加も予想されており³⁾、わが国においても緩和ケアの重要性は諸外国と同様である。

政府はがん患者の増加に対応するため、2007年にがん対策基本法を制定し、がん対策推進計画において緩和ケアの推進をその重要対策の一つとして位置づけた⁴⁾。わが国における緩和ケアのリソースには、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの3つの種類がある。ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチームに関しては、2009年4月時点で全国に375のがん診療連携拠点病院が整備され、がん拠点病医院のすべてに緩和ケアチームの設置が義務付けられた⁵⁾。

一方、在宅緩和ケアに関しては、医療制度改革流れの中で療養の場も在宅へとシフトしている現状下で、在宅（自宅、老人ホーム）での緩和ケアの拡大が図られている。2006年には退院した高齢者あるいはがん終末期患者の看取りを地域で支える拠点として、「在宅支援診療所」が整備された⁶⁾。終末期とは、生命予後が半年以内と予想される時期である。さらに診療所が近隣に存在しない場合も、病院が在宅支援診療所の機能を有することができるとして、2008年に「在宅療養支援病院」の設置も可能になった。2010年度で12,487診療所、331病院となっている。これらの在宅支援医療機関が在宅で療養するがん終末期患者等に適切な緩和医療を提供できるように在宅末期医療総合診療料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料などの診療報酬等、在宅緩和ケアに関する診療報酬が設置された。さらに終末期の在宅緩和ケアを推進するためには24時間療養者と家族の支援体制を保障する仕組みとして訪問看護の充実が必須とされている。政府は、2008年度の診療報酬改定以降、病院から在宅への移行期に切れ目ない医療・介護の支援ができるよう、訪問看護にも退院時共同指導加算、退院患者連携指導加算等の診療報酬を追加している。訪問看護ステーションの開設数は、2011年4月現在で6,151施設であり、在宅がん終末期療

養者とその家族へのケアを担っている⁷⁾。厚生労働省は「できるだけ最期まで自宅で過ごしたい」国民の要望を受け、2012年より在宅医療・介護の充実を目指す「在宅医療・介護推進プロジェクト」を開始した。在宅緩和医療を推進できる人材育成やがん終末期療養者の在宅移行の推進をさらに進めている⁸⁾。在宅緩和ケアの実態を示すデータの一つとして、在宅死亡率（自宅死亡＋老人ホーム死亡）がある。在宅死亡率の中でも自宅での死亡率を見るとわが国のあらゆる疾病による自宅死亡率は12.6%、がんによる自宅死亡率は7.78%で毎年徐々に増加している⁹⁾。しかしながら、わが国の自宅死亡率を諸外国と比べると英国の自宅死亡率18%¹⁰⁾、カナダ45%¹¹⁾であり、わが国の自宅死亡率は低い。緩和ケア先進国である英国やカナダの自宅死亡率がわが国よりも高い理由は、緩和ケアシステムが整い、終末期療養者が死の直前まで自宅にいられるシステムが整っているためでもある¹²⁾。しかし、在宅緩和ケアの本来の目的は、自宅死亡率ではなく、療養者の遺された時間を自宅でいかに苦痛なくその人らしく過ごすように支援できるかである（WHO）¹³⁾。したがって、在宅緩和ケアに関する研究には、療養者の視点からの苦痛の緩和、その人らしさの実現といった視点が必要となってくる。

わが国では、現在、症状緩和医療の推進に伴い、自宅で過ごすがん終末期療養者も増加している¹⁴⁾。また、がん対策基本法が制定された2007年以降は、療養者が主体的に病気に対処していくという観点から病名・病状・予後告知がより行われるようになり、自分の病状や予後を理解したうえで、在宅緩和ケアに移行する療養者が増えている^{15) 16)}。自宅で死を見据えて生きる療養者にとって、家族や友人は重要な存在であり生きる支えとなっている^{17) 18)}。

しかし、今後、わが国では、高齢化や未婚者の増加によって、家族のいない単身のがん終末期療養者の増加が予測されている¹⁹⁾。病院の病床数の限界から療養者が最期を迎える場が自宅やホームホスピス等の施設にも拡大していくことも予想されており²⁰⁾、単身の療養者には家族以外の重要他者の存在の必要性も出てくる。そこで、療養者が最期まで生きていくためには、療養者にとっての重要他者の存在の意味を見出しておくことが必要である。そして、家族や友人といった重要他者が不在なのであれば、家族や友人以外の重要他者によって、在宅がん終末期療養者が残された時間を生きることを支援することが可能であるのかを検討していくことも必要である。

2. 本研究における問題意識

以上のような現状や課題を踏まえて、本研究に着手するにあたり、研究者の問題意識として以下のような点があった。在宅がん終末期療養者

にとって、生きることができるという存在可能性への意識が重要他者との関わりを通じてどのように生まれてくるのか、重要他者のどのような関わりが療養者の生きることができるという意識を促すのか、もしくは妨げるのか、それはどのようにしてかという点である。そして、医療者も療養者が存在可能性をめがける際に重要他者になりうるのか、それはどのようにかという点である。

従来、終末期がん療養者への看護に関する研究は、存在可能性という視点ではなく、希望(Hope)の概念で捉えられることが多かった^{17) 21-23)}。看護における希望の概念は、療養者が残された時間を生きるために重要な概念であるが、その意味は多様で広範でもあった^{24) 25)}。希望ががん終末期療養者にとって生きるための「個人にとって重要な目的・状態・結果」であるならば、希望は生きることができるという存在可能性への確信を持つための必要条件である。療養者にとって固有の存在可能性が生きる目的となる希望ではないだろうか。しかし、その生きる目的である希望は、最初から療養者に見出されているのではなく、療養者は生きる希望を見出そうと模索している^{26) 27)}。希望となるその人固有の存在可能性が見出せて初めて、残された時間を生きることができるという存在可能性への確信を持てるのではないかと考える。

がん終末期は対応困難な病状がいくつも出現する時期である²⁸⁾。そのため、療養者はスピリチュアルペインを抱え、生きることができないと実感することもある²⁹⁾。そのような時期に治療の終了や予後を告げられて在宅緩和ケアに移行する療養者は、生きることができるという存在可能性への確信を持てないとしても、なお生きなければならない。治療終了・予後告知を受け、過酷な心身状況の中にある在宅がん終末期患者にとって、家族や友人などの重要他者が生きる支えであるならば、残された時間を生きることができるという存在可能性への意識は、重要他者との関わりを通じて、療養者自身が自ら生み出していくものと考ええる。

以上のような問題意識より、本研究は、治療を断念し死を見据えて生きていく在宅がん終末期療養者が、重要他者との関わりを通じて、生きることができるという存在可能性をめがける体験を療養者の視点から明らかにする。その現象を明らかにするために、本研究ではハイデガーの存在論を理論的前提とし、意識の志向性に着目する現象学的アプローチを方法論として用いることとする。その理由は、生きることができるとは、存在しうるということでありハイデガーの存在論に立脚していること、また療養者は当初は意識できないでいる生きることができるという存在可能性を次第に意識に立ち現せ、主体的に存在可能性を選択していくという仮定によるものである。そこには、ハイデガーの、他者に規定されながらも自己を可能性のあるものとして自ら自己を規定する存在という人間観を基盤とする。

私は看護を，ベナー（Benner．P）が述べるように，「看護とは，人間が生きていくことに意味を見出し，人々とのつながりや世界との結びつきを維持または再建できるよう手助けする営み（ベナー；2001）」と捉えている³²⁾。この看護観を基盤に本研究から得られる示唆を看護実践に活かしていく立場をとる。

II．研究目的

在宅がん終末期療養者が重要他者との関わりを通じて，自己の存在可能性をめがけて生きていく体験の意味を理解する。

III．研究の意義

本研究の意義は，在宅がん終末期療養者が重要他者との関わりを通じて，自己の存在可能性をめがけて生きていく体験の意味を療養者の視点から記述し理解することにより，療養者と重要他者への支援を見出すことである。具体的には，以下の三点の意味で意義があると考えられる。

- 1．医療者には知り得ない，療養者が自宅において，重要他者の関わりを通じて最期まで自己の存在可能性をめがけて生きる体験の意味を理解できる
- 2．療養者と重要他者への支援を見出すことができる。特に，
 - 1）療養者が自己の存在可能性をめがけるような重要他者との関わりへの示唆
 - 2）在宅移行後の療養者・重要他者に対して地域看護職が行うケアへの示唆，である。
- 3．今後予測される家族などの重要他者がいない単身の療養者への対応に関する示唆を得られる

IV．用語の操作的定義

本研究で用いる用語を次のように定義する

- ・在宅がん終末期療養者：余命 6 か月以内と宣告されているがん終末期療養者であり自宅で療養している方。もはや病院での治療の術はなく，在宅での緩和ケアを促され，病名告知・予後告知をされた上で，主治医の管理のもと，在宅で療養中のがん終末期患者。自らの死について認識をもっている療養者
- ・重要他者：療養者本人が今現在を生きる上で重要であると位置づけて

いる他者。家族，友人，近隣の人々，保健医療者等

- ・ 自己の存在可能性：能動的な意識を伴って，自ら自己を可能性のあるものとして存在させうること
在宅がん終末期療養者にとっては，１）生きることができるという存在可能性と２）どのような存在でそこにいるかという存在可能性の双方を含む
- ・ 人間の存在：他者に規定されながらも自己を可能性のあるものとして自ら自己を規定する存在

第2章．文献検討

I．在宅がん終末期に関する研究の概観

在宅がん終末期に関する研究について、CINAHL (Home in Ti/or/Cancer in Ti/and/Palliative in Ab, 1993-2013) および医学中央雑誌（在宅，がん，終末期）で文献検索を行った。その結果，検索した文献は，英文文献では50文献が抽出され，うち学術専門誌に掲載されている原著論文で入手可能なもの44文献（ナーシングホーム関連を除く）と手持ちの文献2件の46文献，国内文献では，抽出された149文献のうち原著論文62文献を対象とした。合計108文献について，分析した所，以下のような研究の動向が概観できた。

1．英文文献の検討

英文文献の研究テーマ内容では，1）療養者に関するもの：（1）自宅でのがんの病状・治療³³⁻⁴⁵⁾，（2）自宅での終末期の病の体験⁴⁶⁻²⁷⁾，（3）在宅移行の要素⁵⁸⁾⁵⁹⁾，（4）自宅死の要因⁶⁰⁻⁶³⁾，2）家族介護者に関するもの：（1）介護体験⁶⁴⁻⁷¹⁾，（2）ニーズ⁷²⁾⁷³⁾，（3）介護力⁷⁴⁾，3）医療ケアチームに関するもの：（1）連携⁷⁵⁾⁷⁶⁾，（2）効果⁷⁷⁾，4）その他：コスト⁷⁸⁾が挙げられている。1990年代には，症状緩和，特にがん性疼痛コントロールに関する研究論文が多い³⁹⁻⁴¹⁾。これは当時の緩和ケアの課題が疼痛コントロールであったためと推察されるが，疼痛コントロール技術が開発され浸透してきた2000年代からは，「療養者の体験」，中でも希望の概念⁴⁷⁻⁴⁹⁾を用いた体験や，「家族の体験」⁶⁴⁻⁷¹⁾が生きた体験 (Alived Experiences) として当事者の視点からの研究が多く出されてくる。近年の2010年前後では，最期の呼吸困難等に対するセデーション³³⁾³⁴⁾や突発痛への対処³⁷⁾などのコントロールしえない苦痛に対する対応や医療支援チームの連携上の課題⁷⁵⁾が研究されていた。

2．わが国の文献の検討

わが国の文献の研究テーマ内容では，1）療養者に関するもの：（1）自宅でのがんの病状・治療⁸⁵⁻⁸⁹⁾，（2）療養上の課題⁵⁵⁻⁵⁹⁾，（3）在宅移行の要素⁹⁰⁻⁹²⁾，（4）病の体験⁹³⁾⁹⁴⁾（5）QOL⁹⁵⁾，2）家族介護者に関するもの：（1）介護体験⁹⁶⁻¹⁰⁶⁾，（2）ニーズ¹⁰⁷⁻¹¹¹⁾，（3）介護満足¹¹²⁾，3）医療ケアチームに関するもの：（1）訪問看護（①介護者の満足を促す看取りケア¹¹³⁾¹¹⁴⁾，②意思決定支援¹¹⁵⁾¹¹⁶⁾，③看護師の課題¹¹⁷⁾¹¹⁸⁾④家族支援構造¹¹⁹⁾¹²⁰⁾，⑤在宅移行支援¹²¹⁾¹²²⁾，⑥ケア実践構造¹²³⁾，⑦

家族教育¹²⁴⁾)(2) 主治医(①告知¹⁵⁾, ②看護師連携¹²⁵⁾), (3) 薬剤師・ケアマネージャー(課題¹²⁶⁻¹²⁹⁾), (4) 理学・作業療法(介入¹²⁹⁻¹³¹⁾), (5) 連携システム¹³²⁻¹³⁷⁾, 4) その他: コスト¹³⁸⁾, 予後予測¹³⁹⁾が挙げられている。1990年代の中ごろから2000年代中頃までには、症状緩和、特にがん性疼痛コントロールに関する研究論文が多い⁷⁹⁻⁸⁴⁾。2000年代後半からは、「家族の体験」⁹⁶⁻¹⁰⁶⁾が生きられた体験(Alived Experiences)として語られる研究が多く出されてくるが、療養者の生きられた体験に関する研究はわずかである^{93) 94)}。最近の現状・課題としては、短期間(7日間以内)で終了する療養者へのケアの課題⁸⁶⁾や在宅支援診療所や薬局などの在宅支援体制の課題⁸⁹⁾¹²⁵⁾、事前指示書の問題やケアマネージャーの在宅がん終末期療養者への関わりの不安などの医療福祉支援チームの連携上の課題¹²⁷⁾¹²⁸⁾が研究されている。

Ⅱ. 在宅がん終末期療養者が自宅で生活することに関する研究

本研究のテーマに即して、がん終末期療養者が自宅で生活することについて、上記の文献検索および文献検討の中から、療養者の病状・治療、体験等に関する文献を中心に文献検討を行い、以下のような知見を得た。

がん終末期療養者が自宅で生活する場合、苦痛、特に身体的苦痛や不安感を抱えたまま生活している実態があった。しかし、自宅であるがゆえに療養者は自律性を保ち、療養者にとって大切な家族や友人と過ごす時間が保障され、最期まで希望をもって生きようとする^{17) 21-23)}。療養者にとって、家族・友人・保健医療者等の重要他者とのつながりが生きる支えである^{17) 18)}。一方で、療養者は重要他者と関わりながら実存的孤独を感じてもいる⁵⁵⁾。

1. 身体的苦痛と不安感

がん終末期療養者は、身体的苦痛と不安感を抱えて生活している。療養者の多くは、終末期症状であるがん性疼痛・呼吸困難・食欲不振・倦怠感・不眠等の身体症状をもって生活している(Hopkinson JB; 2007, Solano JP; 2006, Friedrichsen&Erichsen; 2004)⁴²⁻⁴⁴⁾。これらの終末期の身体症状に対しては緩和医療も進み、効果的な症状緩和も可能となった(Bruera E; 2006)⁴⁴⁾。がん性疼痛に関しては、WHOの除痛ラダーが示されて以来、自宅においても疼痛コントロールは効果的になされてきているが、神経因性疼痛(がん組織の末梢神経浸潤による痛み)は、がん終末期療養者の30~40%に発現し、難治性である⁴⁵⁾。さらに突発痛(Breakthrough)は、突然に起こる耐え難い痛みであるが、イタリアでの調査では、この痛みは鎮静薬を処方していても49%の療養者に出現し、

平均 31.1 分間続き、一日 2.4 回の頻度で生じていた。突発痛を体験した療養者の 78% は痛みによって活動が制限されていた (Mercadante S; 2009)³⁷⁾。がん性疼痛は他の終末期症状が多い程その頻度や強さが強く感じられていた (Dumitrescu L; 2007)³⁵⁾。

また、呼吸困難には、薬物療法や非薬物療法（呼吸理学療法や補完療法など）があるが、治療することは困難である (Bausenwein C, Booth S, Gysels; 2011)⁴⁵⁾。イタリアでは、三分の二の療養者は平穏死していたが、死亡直前 2 時間前の呼吸困難や疼痛・精神錯乱に対しては、セデーションが行われ、5-36% の在宅療養者がベジゾジアベンゼピンの単独もしくはオピオイドとの併用によるセデーションを受けていたという (Mercadante S; 2011, 2012)^{33) 34)}。我が国においても、自宅でのがん性疼痛の緩和技術の進歩や効果も見られている (小林; 2005, 吉澤; 2003, 川越; 2004)^{79) 80) 83) 85)} が、在宅がん終末期療養者は、必ずしも症状緩和されて自宅に戻ってはならず、疼痛や呼吸困難、不安感等を抱えたまま自宅療養を始めている実態が厚生労働省の調査で明らかになっている (福井; 2011)¹⁴⁰⁾。療養者は、身体的苦痛や不安感を伴いながらも自宅で生きなければならない (Johansson; 2008)⁵⁰⁾。これらの身体的苦痛や不安感は、療養者が自己の存在可能性をめがけて生活することを困難にする可能性を示唆する。

2. 自律性を保った生活

一方で、がん終末期療養者は、身体的苦痛や不安感があっても比較的身体的機能は高く、住み慣れた自宅で自律性を保つことができる (Bruera E, Higginson IJ; 2006)⁴⁵⁾。他の難病等の神経性疾患や心・腎慢性疾患が心身の機能低下が著しい状況が長時間続く中で生活することに対し、がん終末期状況は、比較的身体的機能が高い状態で生活する期間が長く終末期の終わりに急激に機能が低下するパターンをもつ。そのために、自宅におけるがん終末期療養者は、身体的苦痛を持ちながらも、外出する・友人と会う等の社会的活動が可能である。このことは、がん終末期療養者が住み慣れた自宅で自律性を保持できる在宅の特徴をも示している (Benzein; 2001)¹⁷⁾。在宅がん終末期療養者が、自己の存在可能性を模索する際に、外出する、友人と会う、自宅で好きなことをする、決定する等の自律性の高さから、自己の存在可能性に気づき、その可能性を選択する可能性の高さを示すものである。また、ペタース (Peters L; 2006)⁴⁹⁾ によれば、在宅緩和ケアを受けている療養者は、自律性を保ちやすいので緩和ケア病棟の入院患者に比べ QOL 得点が高かったという。

3. 希望

在宅がん終末期療養者は、住み慣れた自宅で最期まで希望をもって生きようとする。ベンゼン (Benzein ; 2001) ¹⁷⁾ は、自宅で過ごすがん終末期療養者の希望を「より良い日々や瞬間が来るであろうという信念」と捉えた。そして、11名の在宅療養者にインタビューを行い、その中から4つの希望の意味内容を明らかにした。1)良くなるという希望、2)できるだけ普通に暮らすこと、3)確信的な関係の存在、4)人生と死について和解することである。そして、在宅療養者が希望の中に生きる体験の本質は、将来をイメージして愛する者や動物と共に家にいられることであるとした。また、オルソン (Olsson ; 2010) ⁴⁷⁾ は、死亡前 15 か月から 9 週間にある 8 名の在宅がん終末期療養者にインタビューを行い、療養者の希望の維持の方略について研究している。方略には大きく 2 つのものがあ、生活における意味を維持するなどのセルフマネジメントと死の準備をすることであった。

わが国の在宅がん終末期療養者の生きられた体験には、思い ⁹⁴⁾ や自己との対峙 ⁹³⁾ に関する研究も見受けられた。安井 (2004) ⁶⁴⁾ は、3名の女性在宅がん終末期療養者に対してインタビューを行い、療養者が死を自覚しつつ普通の人として社会に存在することを望んでいることを明らかにしている。また木村 (2006) ⁶³⁾ は、60 歳代の女性療養者が死の受容過程において生の限界に直面したことによって、自己と対峙しつつ希望を持って生きていく様を提示している。

これらの希望という概念を用いた研究から、在宅がん終末期療養者は、死の準備をしながらも、個人にとって重要な生きる目的を日常生活の中に希望として持ち、将来にめがけて生きていることが明らかになった。

4. 重要他者とのつながり

療養者にとって、家族・友人・保健医療者等の重要他者とのつながりが生きる支えである。一方で、療養者は自宅で重要他者と関わりながら実存的孤独を感じてもいる。

療養者が最期まで希望を持って生きるためには、重要他者とのつながりが療養者の生きる支えであることを明らかにした研究は以下のものである (Holmberg ; 2006, Benzein ; 2001, 吉田 ; 2007, 濱田 ; 2002) ^{17) 18) 141) 142)}。ホルンベルグ (Holmberg) ¹⁸⁾ は、終末期がんであることを否認していた若い息子と母親が在宅緩和ケアチームの介入によって死に逝くことを話し合えた時、息子が死を受容し、家族とのつながりを感じながら穏やかな死を迎えられたことを報告している。ベンゼン (Benzein) ¹⁷⁾ は、家族や友人とのつながりは療養者が自己を保ちながら生きるために重要であるとしている。

わが国の在宅がん終末期療養者の生きられた体験には、重要他者との

つながりをテーマとした研究はほとんどなく、がん病棟の入院患者や緩和ケア病棟の通院患者を対象とした、療養者と重要他者との関わりに関する研究はいくつか見受けられた。吉田（2007）¹⁴¹⁾は、6名のがん病棟入院中の終末期がん患者を対象に周囲の人々とのつながりに関するインタビューを行った。その結果、自己の価値を高める、安堵感を得るといった肯定的側面と、思いにずれが生じる、死を連想するような関わりをためらう、孤独を感じるといった否定的側面の状況が見られていたという。周囲の人々との肯定的なつながりを促す看護介入の必要性を説いている。濱田ら¹⁴²⁾は、希望の概念をその人にとって良い未来の良い事の成就への確信と不確かさを伴う期待であり、多次元でダイナミックな生きる力となるもの、と定義して入院中のがん終末期患者（予後1年以内）7名に重要他者とのつながりについてインタビューを行っている。希望は重要他者とのつながりによっても維持されており、家族等とのつながりによって精神的なつながりが認知できれば生きる希望に繋がるとしている。川端（2011）²⁴⁾は、希望を「個人にとって重要な価値の実現に向けて生きていく力」と定義し、集学的治療を断念した緩和ケア病棟に通院する療養者4名に希望の体験について分析した。重要他者とのつながりの中で療養者が生かされている自分を知るという意味が見出されていた。これらの研究から、重要他者が療養者の生きていくことを支えていることは明らかになったが、療養者の存在可能性をめがける意識に重要他者がどのように関わっているのかは明らかではない。

一方で、自宅であっても療養者は重要他者と関わりながら実存的孤独を感じてもいる（Sand；2006）⁵⁵⁾。実存的孤独とは、代替え不可能な個人が避けることのできない真の孤独であり、終末期療養者にとれば一人で死んでいくことの孤独である。サンド（Sand）によれば、療養者が実存的孤独を感じるのは、重要他者が助けてほしい時にそばにいないことや死について重要他者と語り合えない時であった。しかし、実存的孤独を抱えながらもどのように生きようとしたのか、あるいは療養者が実存的孤独を緩和するために重要他者へどのように関わるのかという視点は見いだせていない。

また、医療者は療養者にとっては、緊急時に安心を与える人として認知されていた⁵⁵⁾が、生きることができるという存在可能性との関連は見いだせていなかった。

5. その他の療養者・家族の介護の体験

終末期在宅がん療養者の体験に関する研究内容は、この他、疲労の体験⁵⁷⁾、便秘の体験⁵¹⁾、食べることの体験⁴⁶⁾、泣く体験⁵²⁾があった。

家族介護者の体験に関する研究内容では、苦悩や困難感⁹⁸⁾¹⁰⁰⁾¹⁰¹⁾、介

護者の気持ちのゆれ^{104) 106)}，介護の肯定的側面^{64) 104)}，療養者との親密さ・絆の体験^{53) 99)}，調整の体験⁶⁶⁾，悲嘆⁶⁸⁾，期待と希望⁶⁹⁾，中心静脈栄養法を行う体験⁷⁰⁾，介護者の生活世界¹⁰³⁾，看取り^{96) 97)}であった。

以上の文献検討より，希望という概念によって在宅がん終末期療養者の生きる体験を明らかにしようとした研究はあるが，在宅がん終末期療養者が終末期症状という身体的苦痛や不安感を持ちながらも自宅で最期まで自己の存在可能性にめがけて生きるという，「可能存在」という視点を明確にした研究はなかった。また，療養者にとっては，一義的な重要他者は家族や友人であった。医療者は緊急時に安心を与える人として認識されていたが，存在可能性との関連は明らかになっていない。さらに，療養者が重要他者にどのように向き合うかといった療養者の能動的な体験に注目した視点の研究は少ないことが明らかになった²⁴⁾。

Ⅲ．「存在可能性」の概念

1．存在可能性の概念の分析

本研究では，人間の「存在可能性」とは，能動的な意識を伴って，自ら自己を可能性のあるものとして存在させうるものと定義した。存在可能性の概念がどのような定義や特性，先行要件，帰結，影響要因を持つのかを明らかにするため，病や障害という状況の中で生きていく体験に関する研究について文献検討した。先述したように，生きることができるとは，存在しうるということであり，病や障害という状況に投げ込まれた人間が生きるという視点を扱った研究として，存在論や現象学に関連する文献を収集した。本研究ではハイデガーの理論を前提としているので，ハイデガー理論を用いた研究をレビューした。欧米論文に関しては，看護領域の存在論に関する著書¹⁾の他，CINAHLによる検索（Phenomenological in Ti & and Hiedder in all text:1994-2013）および国内文献では医学中央雑誌による検索（人間 and 存在論）のうち，学術論文で入手可能な文献を対象に行った。

まず，看護における人間の存在論的な視点での研究で最も有名なものは，ベナー（Benner, P; 1994）による解釈学的現象学である。ベナーは，「存在可能性」という用語は用いていないが，ハイデガーの存在論に基づいて，人間を次のように規定した。状況に規定されながらも人間は自分がどのような存在であるか自ら選択するものであること，自己にとっ

てもつ意味は変更可能であるが、その個人が所属する言語や文化、歴史によって限定を受けていることを挙げている³²⁾ (41-60 p)。つまり、存在可能性とは、所属する文化や歴史によって限定される中で生きられる人間の可能性であり、人間はその可能性を自ら主体的に選択することである。ベナーの研究グループの一人であるゴードン (Gordon L)¹⁴³⁾ は、気遣いからあえてがんを告知しないという、その地方の文化ががん患者の生きる限界と可能性を提供するということを探求し、存在可能性の影響要因としての文化を提示している。ハンマー (Hammer RM ; 1999)¹⁴⁴⁾ は、終末期高齢者が自宅に生きることを意味を探求した。存在可能性という言葉は用いていないが、自宅が最期の時を生きるために安らぎとプライバシーをもたらすものと意識化されていくとしている。ミュレイ (Murray CD ; 2004)¹⁴⁵⁾ は、心筋梗塞患者のサバイバーであることの経験を探求し、恋愛や性的交渉への不安も抱えながらも生きていくサバイバーの在り様を示した。この研究では、ベナー同様に、存在可能性がその個人が所属する言語や文化に限定を受けていることを論じている。

わが国の看護領域で行われた存在論の研究には、精神障害者の病の意味を見出した田中の研究 (2000)¹⁴⁶⁾ がある。この研究は、ハイデガーの存在論に基づき解釈学的立場から解釈が加えられている。存在可能性については触れていないが、人間をベナー同様に、状況において当事者が規定する意味を伴った在り方をするものと捉えている。精神障害者が新たな自己を構築できることによってステグマから解放されること、療養者が生きる際には社会的偏見や地域の歴史が影響していることを示した。また山内 (2007)¹⁴⁷⁾ の脳血管障害患者の身体体験に関する研究では、ハイデガーの存在論とメルロ・ポンティ (Merleau-Ponty) の身体論を前提理論として、脳血管障害患者の発症後に生きる体験の意味を解釈している。患者は世界から閉ざされていた身体が過去と現在を統合させながら道具や動作を獲得し、それを習慣化させていくという仕方で再び世界に開かれるとしている。山内の注目した存在概念は、ハイデガーの手前存在的な事物存在性 (故障によって今まで意識されていなかったものが意識されてくるありよう) である。山内も存在可能性という用語は用いていないが、意識を変容させながら、身体との向き合いを通じて新たな存在可能性を獲得するプロセスを捉えている。そして、ありのままの自己を受け入れる新たな自己の形成がなされんとする。

療養者の存在可能性と他者との関わりについての研究もされている。牧野（2013）¹⁴⁸⁾は、重大な他害行為を行い入院となった精神疾患患者が入院によって回復する過程の体験を現象学的アプローチで解釈している。牧野は存在可能性という言葉は明確に定義してはいないが、存在可能性と他者との関係に言及している。他害行為時には内閉的になった療養者が、入院後に他患者の気遣いを受けることによって他者の中で生きることが回復するという他者の関わりの意味を見出している。茶園（2011）¹⁴⁹⁾は、がん性疼痛緩和ケアを受けている患者が他者との関わりを通じて痛みが和らぐ体験の意味について研究している。ここでも患者は存在可能性をもった人間としては明確に定義されてはいないが、痛みを体験する患者にとっての他者の存在の意味を探究している。村田（2011）²⁹⁾は終末期がん患者のスピリチュアルペインを「自己の存在の意味の消失から生じる苦悩」と定義し、人間存在の時間性、関係性、自律性の三次元から分析している。村田は人間を時間存在・関係存在・自律存在という視点で捉えているが、自律存在である人間とは自分のことは自分で決め、行い、自分自身をコントロールする在り方としている。これは、「存在可能性」の先行要件ではないかと考えられる。

以上のことから、従来の看護関連文献では、療養者を可能存在として明確に規定したものは少なく、投げ込まれた状況において当事者が規定する意味を伴った在り方するといった「被投的投企性」、障がいの生じた身体に自己がどう向き合うかといった「身体性」に焦点が当てられていた。茶園や牧野のように、存在可能性と他者との関係に言及している論文も見られたが、存在可能性という明確な視点での分析ではなかった。しかし、存在可能性という定義は明確でなくとも、これらの研究から存在可能性の定義・特性は生きる力となるもの、人間の意識を伴うもの、プロセスを有するもの、先行要件には病や障害といった困難な状況、自律性、帰結には、新たな自己の構築、安らぎ、囚われからの解放、影響要因としては文化、歴史、他者といったものがあることが示唆された。

教育学の分野では、複数の人間が含まれる他者経験や他者関係を解明する存在論的研究がなされている（田端，福田；2010）¹⁵⁰⁾¹⁵¹⁾。その一つに、ハイデガーの世間の概念を手がかりにした施設で暮らす少女たちの他者関係についての大塚（2011）の研究がある¹⁵²⁾。大塚は他者性に注目し、人間は他者に規定されつつ、自己に向き合い、己の存在可能性が開

いていくというハイデガーの可能存在，共存在の視点を前提とし，世間に規定されつつ自分たちの可能性を開示し，自己解釈する少女たちのありようを示している。この研究で「共存性」や「他者性」に注目しながら存在可能性を明確に示している。

2. 存在可能性の概念と希望概念

従来の希望の概念と存在可能性の概念を整理し，本研究における存在可能性の概念を明確に規定したい。

存在可能性の概念の定義・特性は，生きる力となるもの，人間の意識を伴うもの，プロセスを有するもの，先行要件には，病や障害といった困難な状況，自律性，帰結は新たな自己の構築，安らぎや囚われからの解放，影響要因としては文化，歴史，他者といったものがあることが示唆された。従来のがん終末期療養者の希望（Hope）の概念は，未来志向の期待ではあるが，その定義は研究によって「感情・思考・行動・認知」，「生きる力」，「可能性の感覚」，「日常生活上の願望」など多様であり広範でもあった（川端；2011）¹⁵³⁾。射場（2005）¹⁵⁴⁾は看護領域での希望の概念分析を行っているが，それによれば，希望の特性には，「動的」，「精神的なエネルギー」，「個人にとって重要な目的・状態・結果」が含まれるという。希望ががん終末期療養者にとって生きるための「個人にとって重要な目的・状態・結果」であるならば，希望は生きることができるといふ存在可能性への確信を持つための必要条件である。療養者にとって固有の存在可能性が生きる目的となる希望と考える。しかし，その生きる目的である希望は，最初から療養者に見出されているのではなく，療養者は生きる希望を見出そうと模索している（Dickerson SS， Boehmke M， Ogle C；2006， Moadel A， Morgan C， Fatone A；1999）^{26) 27)}。希望となるその人固有の存在可能性が見出せて初めて，残された時間を生きることができるといふ存在可能性への確信を持てるのではないかと考える。

本研究においての存在可能性は，能動的な意識を伴って，自ら自己を可能性のあるものとして存在させうることという定義であり，希望を見出せていない状況から希望を見出すための人間の己の存在に対する能動的な意識である。従来のがん終末期療養者の生きる体験の研究の中で，

希望を「可能性の感覚」という定義を用いている研究もあった¹⁵⁵⁾が、感覚というよりは、人間が能動的な意識を伴って、可能性のあるものとして自分を存在させようとしているのではないかと考えるのである。そして、希望となる固有の存在可能性を見出すために、人間は意識を生きることに関いたり向けたり、向けなかったりしている。つまり、自己の存在に対する能動的な意識の流れがあり、この意識の流れが従来の希望の概念にある「精神的なエネルギー」「動的」といったものに表わされてされているのではないだろうか。

本研究での存在可能性は、がん終末期という死を自覚した人々にとっての存在可能性であり、ハイデガーが指摘するように¹⁵⁶⁾ (325 p)，死を自覚した人々は己の存在をより意識していると仮定される。そのような存在可能性に対する意識が、重要他者との関わりを通じて、どのように開かれ、生きることができるという固有の存在可能性である希望をどのように掴み取るのか、その存在可能性に向けてどのように生きているかを明らかにするのが、本研究の目的である。

IV．研究課題

以上の文献検討により、以下のような研究の課題が明らかになった。

- 1．在宅がん終末期療養者が生きる体験は、希望の概念を用いた研究は見受けられたが、希望を見出すために能動的意識を伴って、自ら自己を可能性のあるものとして存在させようという存在可能性の概念を明確に用いた研究はない
- 2．在宅がん終末期療養者は身体的苦痛や不安感を抱えながら生活している。重要他者との関わりを通じて苦痛や不安、実存的孤独にどのように向き合いつつ、最期まで生きることができるという存在可能性をめがけるかといった研究は見られない
- 3．医療者との関わりでは、療養者の存在可能性との関連は明らかになっていない。

第3章．研究方法

I．方法論の選択

1．現象学的アプローチ

現象学的アプローチとは、「現象学的」視点で対象者のありのままの経験を理解しようとする質的研究方法の一つである。現象学は、哲学者 E フッサール (Edmund Husserl: 以下 フッサール) が 1901 年に従来の自然科学主義に対して「事象そのもの」の理解をという精神に基づいて現象学を提示して以来、ハイデガー、メルロ・ポンティ、サルトル、レヴィナスらの多くの哲学者によって批判的継承がなされ、今もなお進行し続けている学問である (新田; 2006) ¹⁵⁷⁾ (108-117 p)。現象学は、「既に構築された知識に拘束されることなく、『現れ』とか『志向性』などの用語に読み取れるように、知の原型を『現に生きられた体験』に見出すことから出発する」¹⁵⁷⁾ (7 p)。人間は内省する前にすでに世界を経験しており、その人間と世界との経験が何を意味しようとしているのかを問い続ける学問でもある (木田; 2001) ¹⁵⁸⁾ (199-201 p)。

現象学的アプローチは、因果論的な説明を探究するのではなく、「事象そのもの」に迫ろうとする現象学の哲学を取り入れて、研究者の思い入れや判断でなく、研究対象となる人間が世界の中で体験しているありのままの意味を探究する方法である ¹⁵⁹⁾ (10 p)。

現象学的アプローチでは、隠されているものがいきいきと浮かび上がるように詳細な記述が必要であり、そのためには、研究参加者 (対象者) との信頼関係にもとづいた深いインタビューが必須である。

2．超越論的現象学を選択する理由

看護研究においては、現象学のどの時期の思想に基づいて『現象学的』研究を行うかによって、その方法が異なっている。現象学の方法論には、フッサールの思想を基盤とした「超越論的現象学 (transcendental phenomenology)」とハイデガーの思想を基盤とした「解釈学的現象学 (hermeneutic/interpretive phenomenology)」がある。

本研究では、「超越論的現象学」の方法を取り入れる。本研究の目的は、重要他者との関わりを通じて、死を自覚した療養者の存在可能性への意識が、どのように開かれ、生きることができるという固有の存在可能性である希望をどのように掴み取るのか、その存在可能性にどのように向けられていくのかを明らかにすることである。そのため、存在可能性をめがける療養者の主観を重視し、療養者の生きることができるという存

在可能性への意識の流れを理解できるように、方法としては、人間の心理的事象を意識の志向性に注目する超越論的現象学が適切だと考えたためである。超越論的現象学とは、超越論的主観性へと視点を移行させることで、その人にとって意識に立ち現われた意味あることがその人にとっての真実を構成するという考え方である¹⁵⁷⁾ (23-29 p)。この考え方では通常、人間の物事の意識のされ方は、前反省的な意識であっても（意識できない状況）、自ら発見するように自分の意識に立ち現れてくるものだとする¹⁶⁰⁾ (9-10 p)。

本研究における存在可能性とは、哲学者 M. ハイデガーの可能存在としての人間の概念を基盤としている。ハイデガーによれば、人間とは、自ら自己を可能性のあるものとして存在させる存在である³⁰⁾ (109 p)。そこで、療養者は生きることができるという存在可能性を主体的な意識を伴って選択していくと考え、本研究では、存在可能性を、「能動的な意識を伴って、自ら自己を可能性のあるものとして存在させうること」と定義した。本研究において、人間の意識を扱う理由は、以下の理由からである。生きることができるという存在可能性への意識というものは、療養者の内面に常に在るというよりは、療養者自身がその内面において意識を存在可能性へと志向させている。これは、人間の物事の意識のされ方は、当初は意識できないものが、自ら発見するように自分の意識に立ち現れてくるという超越論的現象学における意識の志向性の考えを基盤とする³¹⁾ (9-10 p)。

その意識の志向性の概念を基盤にしていくと、以下のような仮定が成り立つ。療養者が存在可能性を求めるとき、療養者の住まう生活世界には存在可能性に繋がる他者や物が存在しており、療養者はそれらの存在物を自らに生きることができる存在可能性につなげている。その際に療養者は、それらの存在物に向けて意識を開いたり、向けたり向けなかったりしながら、存在可能性を見出そうとする。

超越論的現象学における事象の理解の仕方として、フッサールは「事象そのもの」に迫ろうとする方法的態度として、「現象学的還元」という態度変革の方法を唱えた。現象学的還元とは、人間はどのような場合にも自分の関心によって拘束された物の見方をしているので、対象の経験している意味を自分の関心から完全に脱却させることはできないが、できるだけ自分の関心をエポケー（判断中止）して、対象である人間と世界との経験の意味をその人間が経験しているように見出そうとしたのである¹⁵⁷⁾ (25-27 p)。フッサールの人間の体験を理解する方法論は、人間の意識を扱ったので認識論的立場でもある。

一方の「解釈学的現象学」は、ハイデガーがフッサールの意識の立場では問われなかった意識の「存在」そのものを問おうとする存在論の一部を基盤としている¹⁵⁷⁾ (38 p)。ハイデガーの解釈学は、人間の経験を

理解するには、世界-内-存在としての人間が世界の中でどのような意味連関を作りあげていくのかという視点を持ち、全体的な意味の連関を解釈していくものである³⁰⁾ (223-224 p)。解釈学的現象学は、「ハイデガーの形式的告示と解釈学的循環の考え方を取り入れ、研究者が理論的前提をもったまま、…対象者と研究過程の中で地平の融合を図り、本質構造に達しようとする方法」でもある(伊賀;2009)¹⁶¹⁾。形式的告示とは、その世界に没入して無意識に体験していたことが意味を持って連関して意識されることであり(西村;2009)¹⁶²⁾、解釈学的循環とは、部分から全体、全体から部分へと思考を循環させながら意味を解釈することである(田中;2010)¹⁶³⁾。ハイデガーによれば、「さしあたって隠れている存在者の存在を、その覆いを取り除いて自己自身において自己自身を示すようにすること、つまり存在者の存在をそれ自身の方から見えるようにすること」が現象学なのであり、とりもなおさず「事象そのものへ」と迫ることに他ならない¹⁵⁷⁾ (85 p)。

本研究においては、重要他者の関わりが療養者の世界の意味連関の構築に関与することは間違いなさであろうが、療養者の意識に現れる生活世界が研究の対象であり、療養者たちにとっての真実として主観的に妥当しているかを問うもので、意識の志向性に注目する超越論的現象学のほうがより適切だと考えるのである。

「超越論的現象学」も「解釈学的現象学」も共に、人間の体験している事象そのものの解明をめざす点では共通している。どちらの方法論を選択するかは、研究者の関心が認識と存在のどちらに関心の優位が置かれるかの違いであり、双方が互いに補完しあうべきだと主張する研究者も出てきている(榊原;2011)¹⁶⁴⁾。

II. ハイデガーの存在論

1. 理論的前提としてハイデガーの存在論を用いる理由

本研究では、ハイデガーの存在論を理論的前提とし、フッサールの超越論的現象学を方法論として選択する。ハイデガーの存在論を理論的前提とする理由は、ハイデガーの存在論の概要については後述するが、在宅がん終末期療養者の自己の存在可能性をめがける体験の意味を理解するためには、ハイデガーの存在論を根拠とする人間観を必要とするからである。

2. 本研究におけるハイデガーの存在論の位置づけ

本研究は、理論的前提としてハイデガーの存在論に依拠しているが、

その存在論を検証する立場ではない。療養者にとっての意味を理解するために、ありのままの療養者の生きられた体験を記述した上で、療養者たちに共通する体験の意味をより深く洞察するために、ハイデガーの存在論を活用するのである。したがって、ハイデガーの存在論の枠組みで療養者にインタビューをしたり、インタビュー内容を解釈しているのではない。

3. ハイデガーの思想の概要

ハイデガー（1889-1976）は、人間の存在そのものの意味を探求する現象学的存在論を説いたドイツの哲学者である。存在の問題は、西洋の古代中世以来、哲学の根本問題として伝承されてきた。西洋の中世哲学では、神こそが実存的存在者と考えられ、人を初めすべての創造物は、存在を与えられて現実中存在すると考えられてきた。ハイデガーは、現代において、この存在論の問題を新たに提起し、存在の根底を見つめ、人間の存在一般の意味ないし真理を究明することを目指していた（渡邊；2003）¹⁶⁵⁾（22-27 p）。ハイデガーは、従来の存在論では、そもそも「ある（存在）」そのものについて漠然と存在了解しているに過ぎない。その存在了解とは何を意味するか―つまり、存在者を存在者として規定する当のもの、存在者がそれを規範としてそのつどすでに了解されている当のもの―を明らかにする必要があるとし、人間の存在の基本構造と存在の意味の解明に取り組むのである¹⁶⁵⁾（14-22）。ハイデガーは、従来の伝統的な存在論が人間の日常生活を事物的存在者（物を物として客観的・理論的に分析する見方）のレベルにおける何ものかで了解しようとしたのに対し、他の何ものかを用いて日常生活を理解可能とする必要はないという立場をとる。ハイデガーは、世界こそ、われわれが直接了解するものなのであり、自然や道具や人格などがいかにして相互に適合し意味を成すかを世界によって知ることができる。それゆえ、世界性ならびにそれに相関的な現存在（人間）による存在了解こそが、存在論固有の主題なのである（ドレイファス；2000, 138-139 p）¹⁶⁶⁾。

ハイデガーは、フッサールの表象についての見解―表象の本質的特徴は純粹に心的であり、意識は世界とは独立した実在領域である、意識は世界に関係しないという立場に意義を唱える。ハイデガーによれば、世界は人間にとって既に存在し、人間は存在する世界に全面的に没入しているから、意識と世界は独立した実存領域ではありえない。熟慮的な行為（立ち止まって何が起きているかを考え、何をすべきかを考えること）や理論的観察（客観的に眺めること）でさえも、常に人間が没入している世界を背景にしてなされている。したがって人間存在一般の意味を見出すためには、世界に没入してしまっている存在了解をまず解明す

ることが必要であるとしたのである¹⁶⁶⁾ (84-93 p)。科学は事物の機能を事物的に存在する諸要素間の因果関係を用いて正しく説明することができる。しかし、存在論が扱う問題は、説明することではなく物事がいかに存在するかを了解することである¹⁶⁶⁾ (139 p)。

4. ハイデガーの人間の存在の分析視点

1) 現存在の本質である実存の分析

ハイデガーは、おのれの存在自身に関わりゆくことが問題であるような存在者である人間を、現に存在の開示されている場所として「現存在」と表現し、「現存在の本質はそれの実存の内にひそんでいる」と述べる³⁰⁾ (106 p)。「実存」とは、おのれ自身のことを問題にしているおのれの存在自身である³⁰⁾ (109 p)。つまり、人間は、置かれている状況において特定に何ごとかと交渉し、何らかの特定の目的へと方向づけられ、何らかの特定の仕方、そのつど存在している¹³⁵⁾ (188 p)。そして、人間は、自分自身の存在について問うことのできる存在者であるために、そのつど自分の存在を問い、存在可能性に開かれて現にそこに存在しているものである。そして、人間は、自分へと了解的に態度をとりながら、自らのおのれの存在しうる存在可能性へと気づき（了解し）、その可能性を選択し、変わっていきける存在でもある³⁰⁾ (107 p)。

ハイデガーは、この実存である人間の固有な在り方を分析し、人間の存在の意味を問うことが存在論の基盤であった。現存在的分析論では、まず人間が「世界－内－存在」という存在論的基本構造を持つことを示している。そして、ハイデガーは、人間が本来性と非本来性という二つの存在様式をとりうる存在であることを示していくのだが、当初は存在論的に最も遠くて認識されてこなかった平均的な日常性である非本来的な在り方から解明し、事実的な現存在の本質的な存在構造を見極める。ハイデガーは、人間がおのれの存在にかかわって、おのれを本来的な仕方、あるいはおのれを失って非本来的な在り方に陥ったりしながら、これら二つの様態を共に抱え込んで存在しているとする³⁰⁾ (33 p)。次に、ハイデガーは、人間の現存在としての根源的で、「本来的」かつ「全体的」な在り方について解明していく。最終的には、人間の存在を可能ならしめる存在意味は、「時間性」であるとし、明らかにした人間の存在構造（了解、情状性、語り、気遣い）に照らして、人間の存在一般の意味を問うている¹⁵⁷⁾ (41 p) ¹⁵⁸⁾ (46-47 p)。

2) 世界－内－存在

ハイデガーは、人間は、「世界－内－存在」という基本構造をもつとする³⁰⁾ (136 p)。ハイデガーによれば、人間は決して事物的に存在するの

ではなく、環境世界の中で、自分自身や物や他者にかかわり、気遣い、関心を抱くべきものを所有することができるという能力を有しながら、自分の環境世界の中に慣れ親しみ、その世界に「住み込み」没入している（内-存在）。人間がその世界のうちに住み着くようになると、世界は人間にとって一対象ではなくその一部となって人間と世界内の物との関係へと浸透していく。人間は差しあたって世界の方から自分自身を誤って解釈してしまうことになるという。しかも、人間は、世界内部的に他者たちにかかわって存在する構造-「共存性」をもつ「世界内存在」なのである³⁰⁾ (135-150 p, 296 p)。つまり、世界内存在という基本的構造では、人間は、自分と環境世界との間で、自分と環境（物や他者）を気遣いながら、その環境世界に住み着くような仕方で没入し存在している。ハイデガーによれば、「世界内存在（である現存在）としては、配慮的に気遣われた世界によって心を奪われている」³⁰⁾ (158 p) ので、自分と環境世界との関係の中で、主観・客観関係というモデルでは了解することのできない在り方をしているのである。

3) 人間の世界の捉え方—道具的存在性と事物的存在性、世界の世界性

ハイデガーによれば、人間は環境世界で出会われる存在者（物、環境）を、有用な利用できるもの、「使う」べき「道具」（手元的存在）として世界を見るという³⁰⁾ (176 p)。道具は一つ一つばらばらに存在するのではなく、人間に有用で、利用可能な、手ごろに役立つ道具全体として指示連関（道具連関性）として人間には捉えられる。道具連関の全体の中でのその使用によって定義されるような存在者の存在の仕方を「道具的存在性」と呼ぶ³⁰⁾ (p179 p) ハンマーはくぎを打つ道具というように、道具はその道具の手段性を或る用途性にむける構成的指示（機能する仕方）によって、現存在には事物が何であるかを知るのである。一方、「事物的存在性」とは、物を単に物として見るような存在の仕方である。これは、「道具的存在性」のように、現存在にとって利用可能なものとして手元的に存在ものとして見るのではなく、近代自然科学の提示している客観的な観察・記述をも包括した世界の見方である。

ハイデガーは、「適所性」という在り方において人間と道具が出会われる場を「世界」とし、世界は「人間の存在の可能性」という目的のために存在しているとした³⁰⁾ (216-222 p)。人間にとって、道具は「何のために」とあらかじめ了解されており、道具は互いに指示しあい、一つの連関をなしている。このように道具の指示連関が先行的に成り立つのは、人間がそのつどおのれ自身の存在可能性を気にかけているという気遣い構造をもつからである³⁰⁾ (224 p)。このような可能性に対する気遣いに関連づけて自分なりの解釈で自分の世界を捉えていく指示連関の働きの

関連全体を、ハイデガーは「有意義性」と呼ぶ³⁰⁾ (224 p)。つまり自己の解釈に基づいた世界の有意義な構造である。その世界は人間が存在しているからこそ意義あるものになり、人間にとって日常生活(環境世界)において出会われる存在者は、有意義性の指示関連をもって存在しているのである。すなわち、人間にとって、すべての諸事物は潜在的に「道具連関性」を持って、自分の存在可能性にとって利用可能なものとして存在しているといえる³⁰⁾ (180 p)。そして、道具の利用可能性の程度とおのれの存在にかかわりゆくことが問題であるような気遣いの程度でもある。そして、道具的存在者と人間が会う可能性の条件は、人間がある道具をいかに使用するか知っていることである¹⁶⁶⁾ (109 p)。人間は世界の内に存在し道具との実践的な交渉という在り方で道具を配視しつつ、そのつど自らの状況を解釈している。人間は、世界の内に事物的に存在するのではなく、有意義連関として世界の内に在るのであり住むのである。

人間にとって日常生活において出会われる他者は、道具ではないが、道具と同様に、有意義性の指示関連をもってその人間の生活世界に存在しているのである。

5. ハイデガーの思想における主要概念

本研究は、理論前提としてハイデガーの存在論を用いるため、ハイデガーの存在論に表わされたいくつかの概念を以下に簡潔に説明する。概念には、1) 可能存在, 2) 気遣い構造, 3) 脱自的構造, 4) 被投的企投, 5) 先駆的決意性, 6) 共存性, 7) 時間性, といった主要概念がある。

1) 可能存在の概念

人間は、そのつど自分の存在を問い、存在可能性に開かれて現にそこに存在してものである。ハイデガーは、このことについて以下のように表現している。「現存在(人間)は、おのれの存在においてそれをどのようにかして了解している何らかの可能性にもとづいて、そのつどおのれを存在者として規定している。これが現存在の実存機構の形式的な意味である」³⁰⁾ (p109)。「人間は、可能存在なのである」¹⁵⁶⁾ (34 p)。

2) 気遣いの概念

人間は、つねにおのれの存在しうること(存在可能性)について問題にしている存在である、自己だけでなく、他者・環境をも気遣っている存在である。意識せずとも気遣わずにはいられない存在なのである。ハイデガーは、このことについて以下のように表現している。「『すでにある

世界の内で』『おのれに先立って』『(内世界的存在者)のもとにある』という気遣い構造をもつ」¹⁵⁶⁾ (150-154 p)。

3) 脱自的構造の概念

人間は、おのれを超え出ることによって、変わっていける存在である。人間は自分や状況を気遣うことによって、<ここ>から<あそこ>へと「おのれを超え出る」こと、つまり人間は自分の意識（気遣い）の向け方を<ここ>から<あそこ>へと変えることによって、これまでの自分でない新たな自分へと変わることができる。それは企投と相まって、今現在の自分を乗り越えて未来の可能性にめがけていけるということである。

そして、その自分が変わっていくには、「時間性」という概念が説明される。時間性とは、自分において、自分に向って、自分の外に出ることなのである。人間の時間性の本質は脱自態の統一において時間化することだというのである。時間性については、7) 時間性の概念で述べる。ハイデガーは、脱自的構造について、以下のように表現している。「私が実存しているのは時間的脱自態をもつという在り方においてなのである」¹⁵⁶⁾ (65-66 p)。

4) 被投的企投の概念

人間は、投げ込まれてしまった世界の中にあっても、自分の存在可能性にめがけて企投（可能性をめがけること）することのできる存在である。そのことを被投的企投という。人間は、了解を通じて、投げ込まれてしまった世界の中であっても、自分自身の存在可能性に気づくようになり、存在可能性をめがけて自分を前方へと投げ出していくことのできる存在である。人間は、可能存在なのであるから生活「世界（自分を取り巻く環境世界）からおのれの諸可能性をとってくる」ことのできる存在である¹⁵⁶⁾ (157 p)。ハイデガーによれば、以下のような表現である。「企投は投げることに於いて、可能性を可能性としておのれのためにまえもって投げ、それを可能性として存在させる」¹⁵⁶⁾ (38 p)

5) 先駆的決意性の概念

人間が自分の死にゆく可能性をより深く自覚していることを先駆的決意性という。おのれの死にゆく可能性を自覚し、不安に向き合うことによって、本来的自己へと生きる可能性が広がる。すなわち、自分から自分の存在可能性を見極め、存在を選択する主体的な在り方ができる。先駆的に決意することは、また被投性—人間はどのような環境世界にあっても存在し存在しなければならない事実—を引き受けることであり、諸可能性からおのれの可能性を取捨選択していくことでもある。ハイデガ

一はそのことを以下のように表現している。「決意性は、死へとかわる本来的存在を、おのれ固有な本来性の可能的な実存的様態性として、おのれのうちに蔵している」、「先駆的決意性としてはじめて、現存在の最も固有な存在しうることへとかわる根源的な存在となる」¹⁶⁷⁾ (12-13 p)。

6) 共存性の概念

人間は、おのれの存在自身の存在へと関わりゆくことを問題とするが、人間の存在には共存在である他者が属している。したがって、人間は、本質上、他者に規定され、また他者たちという目的のために存在している³⁰⁾ (317 p)。

ハイデガーよれば、「他者たちは、配慮的に気遣いつつある配視的な現存在が本質上そのうちに引きとどまっている世界の方から、出会われるのである」³⁰⁾ (307 p) ように、自分を「世界」と他者の方からの方から了解し、また人間の気遣いに基づいて世界の内に在る他者が解釈されるのである¹⁵⁶⁾ (218 p)。特定の他者は、配慮的に気遣いつつある顧慮的な気遣いにおいて開示されるのである³⁰⁾ (319 p)。また、その「共存性は、何らかの他者というものが現事実的に見あたらず、知覚されていない時でも、実存論的に現存在を規定しているものである。」³⁰⁾ (311 p) つまり、人間は、その場に他者がいなくても、他者に規定された存在である。

7) 時間性の概念

ハイデガーは、時間の概念を、通常の事物の概念ではなく、人間存在の意味として「時間性」を捉えている。つまり、人間にとっての時間は、現在 - 過去 - 未来といった事物的な流れではなく、時間性を脱自態（おのれを超え出ること）とのかかわりにおいて理解しようとし、自分自身が実存に関わりつつ、おのずから生成される（時熟する）とした。既在しつつある現成化する到来としてこのような統一的な現象を、「時間性」と名づけた¹⁵⁶⁾ (64 p)。現存在には、過去（既在）という時間は実体的な時間があるのではなく、「自分が何であったか」という表象があり、自分がこれまでどういう存在であったのかについて自己了解を示しており、この「自分が何であったか」を引き受けることによって、現在への関心が浮かび上がる。未来（到来）とは「自分が何で在り得るか」という可能性の表象であり、自分が何であったかという過去（既在）を了解しつつ、新たな可能性をめがけて生きようとする、それが「いま」（現既化）を生成しているというのである。そして、そのことこそが人間を人間ならしめる人間存在の意味である、というのである。ハイデガーは次のように表現する。「既在した到来が現在をおのれのうちから解放するというように発現するのである。この現象を時間性と名づける」¹⁶⁷⁾ (60 p)

「時間性は、存在するのではなく、時熟するのである。しかもおのれ自身のさまざまな可能性のあり方を時熟させるのである」¹⁶⁷⁾ (65 p)。

Ⅲ．本研究における前提

本研究では、在宅がん終末期療養者が重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性をめがける体験を明らかにすることが目的であるので、ハイデガーの主要概念を用いて、本研究の理論的前提を以下のように定めた。

- 1．療養者は、どのように困難な状況にあっても、死を自覚することによって、最期まで自分から自己の存在可能性を見極め、存在を選択するように主体的に存在しうる（可能存在、脱自的構造、被投的企投、先駆的決意性、時間性の概念より）
- 2．重要他者である共存者との関わりが、療養者の存在可能性をめがけて存在しうることに影響する（気遣い構造、共存性の概念より）
- 3．療養者が存在可能性を求めるとき、療養者の住まう生活世界には存在可能性に繋がる他者や物が存在しており、療養者はそれらの存在物を自らに生きることができる存在可能性につなげている。その際に療養者は、それらの存在物に向けて意識を開いたり、向けたり向けなかったりしながら、存在可能性を見出そうとする（可能存在、世界内存在、世界の捉え方の概念より）

Ⅳ．具体的方法

1．研究参加者

1) 研究参加者の条件

本研究は、以下の条件を満たす療養者を、リクルートした。

- (1) 余命 6 か月以内に病状告知および予後（余命）告知を受けている
- (2) 自己の死についてある程度受け入れている
- (3) 40 分程度のインタビューに 2 ～ 4 回応じることのできる身体状況
- (4) 重要他者（家族）と同居もしくは家族の支援を受けて生活している独居者
- (5) 研究参加に同意する

2) 研究参加者の人数

質的研究における参加者数は明確な規定はない。選定された事例が情

報豊かに詳細で深い分析がなされるのであれば、対象が少人数であっても対象の目的と限界を明確に記すことで理解がなされんとする。質的研究では、等質な研究対象であれば6～8名が必要とするものが多いとされるが、ジオルジは、数回にわたる長期間のインタビューによって濃密なデータが収集できるのであれば3名でも良いとしている¹⁶⁸⁾ (198p)。

本研究では、9名の療養者の方にインタビューを依頼し6名の方がインタビューに応じてくださった。うち、濃厚な語りを得られた4名を分析対象とした。除外した2名は、2回目のインタビューを始める前に病状が悪化し、インタビューができず濃密なデータの収集が不可能であったためである。

3) 研究参加者のリクルート手順

- (1) 訪問看護ステーションの所長への研究説明と同意の獲得：選定された訪問看護ステーションの所長に対し、研究者より文書をもって研究協力を口頭で依頼した（訪問による依頼）。研究協力の同意が得られれば、研究参加候補者を推薦してもらった。
- (2) 主治医への研究説明と同意の獲得：研究参加候補者の主治医に対し、研究者より文書をもって研究協力を依頼した。
- (3) 訪問看護ステーション所長および主治医の研究同意が得られた研究参加候補者に対し、研究者が直接訪問し、文書をもって研究の趣旨と倫理的配慮を療養者本人および家族介護者に行い、研究参加の同意を得た。

2. インタビュー方法

同意の得られた研究参加者宅に研究者が直接訪問し、療養者の体調に応じて2～4回インタビューを行った。インタビュー内容は了承を得て録音させていただき、療養者の心身の負担にならないような倫理的配慮を行った。倫理的配慮については、IVで示す。

インタビューはインタビューガイドを作成し、それに基づいて行った。(資料1) 研究参加者ごとに、2回目以降のインタビューでは、語りの終わった後に、前回のインタビューで研究者が研究参加者の体験を理解する上でさらに尋ねたい点も確認した。

インタビューガイドを資料1として添付する。

3. データの収集期間

平成23年10月～平成25年6月であった

4. データの分析方法

超越論的現象学の方法論に基づく分析方法としては、バン・カン (Vnn Kaam), ジオルジ (Giorge), コレイジ (Colaizzi) の三方法があり¹⁶⁸⁾, 多少の差異はあるものの経験の意味を記述することでは一致している。

本研究では, 存在可能性をめがける療養者の意識の流れが重要他者と関わりによってどのような変容し, そのことは療養者にとってどのような意味を持つのかを明らかにしたいため, 分析方法としては, 超越論的アプローチの中でも, 現象学的心理学者ジオルジの提唱している「記述的現象学的方法」を分析方法として用いることとした。

ジオルジのこの分析方法は, フッサールの現象学的認識論的精神を受け継いでおり, 人間の心理的事象を意識の志向性にも注目して分析する方法である。「ノエシス—ノルマ的相互関係を見据えた経験の一般的本質構造」を明らかにするものである¹⁵⁹⁾ (102-137 p)。フッサールの現象学では, 意識が対象に向かって, それを何らかの意味を帯びたものとして捉える意識の志向性をノエシスと呼び, 人間にとって世界が意味を帯びて意識に現象してくる際に, その意味付与の前に, 普段は気づかれることのなく意味付与的に働いている意識の志向性の本質的構造を明らかにしようとしたものである。ジオルジは, このフッサールの思想を受け継いでいる。ジオルジの方法の概要は, 現象学的還元によって, 対象者の言葉を研究者の言葉に置き換え, 本質を探究して, 経験の構造化により現象を記述するものである。

ジオルジの分析の具体的方法は以下のようにであり, 研究者はその方法を導入した。

- 1) データ全体を何度も熟読し, 全体の意味を捉える
- 2) 再度, データ全体を研究目的にもとづいて読み, 研究参加者にとっての経験の意味を見出だすために, 意味単位を見分ける。この際, 注目点として以下の三点を心がけた。(1) 死にゆく療養者が存在可能性をめがけたと思われたこと, (2) 療養者が存在可能性をめざそうとする意識の変化, (3) 重要他者との関わりが療養者の存在可能性をめがけることへの影響, である。
- 3) 意味のユニットとして抜き出した文章の意味を研究参加者にとっての意味であるように, 研究者の言葉に変換する, すなわち現象学的還元を行う。この分析の際には, 研究者は自己の判断を括弧入れにしているように努めた。意味変換したものを 1 つずつ構成要素 (constituents) としてまとめ, 意味を表現してテーマを付けた。
- 4) 意味変換されたすべての構成要素を用いて, 研究参加者の経験が理解できるように, 一貫性のある記述に総合する。記述は研究参加者にとっての意味が読み手に理解できるように, 意味単位である

個々の構成要素を研究参加者の言葉も取り入れながら構成されたものである。これが、療養者それぞれの個別の体験の記述である。

- 5) それぞれの個別の体験の記述の中に含まれる構成要素のうち、共通する構成要素を束ねて意味を付与し、共通の体験の構造 (structure) を取り出す。構造とは、共通するいくつかの構成要素から成り立つ体験の構造であり、その構成要素 (constituents) が欠けてしまつては経験の構造そのものが崩れ、その経験の意味を成さないような、「形相的に (eidetically)」「一般的な (general)」構造である¹⁵⁹⁾ (166 p)。

データ分析はすべてのインタビューを終えた一事例ずつで行い、二事例目以降のインタビューに臨んだ。

5. 研究の信憑性の確保

分析の信憑性を確保するため以下のような努力を行った。

- 1) 指導教員によるデータ分析に関する指導
- 2) 記述内容・構造に関する現象学専門家のスーパービジョン
- 3) 体験の記述の研究参加者へのフィードバック (生存中の場合には本人、亡くなった場合は介護者)
- 4) 現象学分析方法の研修会への参加 (ジオルジによる: 2010年9月西武文理大学にて)
- 5) 本学看護学領域の教員・院生等とのディスカッション

6. 研究者自身の経験

研究者は、保健師としての地域看護の臨床経験を15年程積んだ後、看護大学にて在宅看護学の教員をしている。臨床にいる時から在宅がん終末期療養者へのケアに関心があり、修士論文では在宅がん終末期療養者の自己決定に関わる看護師の思考を分析している。その後も在宅ホスピスケアに関する研修に参加し、訪問看護ステーションの看護師たちと終末期看護に関する学習会を続けている。したがって、こうした経験が今回の研究の分析に影響する可能性を十分に考慮しながらも、療養者の視点で体験の意味を捉える努力を行った。

V. 倫理的配慮

研究計画については、茨城県立医療大学研究倫理審査委員会で審議され承認を得た (承認番号 462)。

研究のリクルートに際しては、以下のような倫理的配慮を行った。まず、研究について訪問看護ステーション所長および主治医の同意を得た。その上で、研究参加候補者である療養者およびその家族介護者には、には研究者より研究の趣旨説明を行い、研究を受けるに当たっての利益と不利益を説明した上で、同意を得た。また、インタビューに関して療養者と家族介護者に対して、以下の五点についての配慮を行った。1). 研究参加に関する身体的負担への配慮, 2). インタビュー参加に伴う心理的圧迫へ配慮, 3) 残された有限の時間をできるだけ侵害しないことへの配慮, 4) 介護する家族介護者への配慮, 5) 個人情報保護への配慮, である。

第4章 結果

I. 研究参加者の概要

1. 対象者の属性等

研究参加者で分析対象となった4名の在宅がん終末期療養者の方々の属性、インタビュー時期・回数を表1に示す。

表1 療養者の属性・予後・インタビューの時期・期間

療養者	年齢 性	同居 家族	がんの種類	予後 (告知時)	インタビュー時期 (死亡前)・回数
Aさん	20歳代 男性	母	〇〇腫 〇転移	一ヶ月	五ヶ月前，四ヶ月前， 二ヶ月前，一ヶ月前 (延4回)
Cさん	40歳代 女性	独居	〇がん 〇転移	三ヶ月	二ヶ月前半前，二ヶ月， 一ヶ月前半前，一ヶ月前 (延4回)
Eさん	70歳代 男性	妻	〇がん 〇がん 〇転移	三ヶ月	二ヶ月前，一ヶ月前半前 (延2回)
Gさん	50歳代 男性	妻 他三名	〇がん 〇転移	三ヶ月	一ヶ月前半前，一ヶ月前 (延2回)

(個人情報保護のため、一部要約)

2. インタビュー時の状況

4名の療養者の病状や生活状況は，療養者それぞれであった。共通していた病状と生活状況は，インタビュー開始当初には，療養者たちは日常生活は自立していたが，終末期症状であるがん性疼痛や呼吸困難感，著しい倦怠感，不安感を抱えていた。インタビュー終了時期には，病状がさらに進み，突発痛や呼吸困難感，著しい倦怠感により生活時間の大部分をベッド上で過ごす，室内歩行も他者の手を借りなければ困難な生活状況であった。モルヒネの影響で傾眠する傾向もあった。詳細を表2に示す。

表2 療養者のインタビュー時の状況

研究参加者	インタビュー時の病状・生活状況			
	インタビュー1回目 (死亡五ヶ月前)	2回目 (死亡四ヶ月前)	3回目 (死亡二ヶ月前)	4回目 (死亡一ヶ月前)
Aさん (死亡六ヶ月前に在宅緩和ケア開始)	日中独居。がん性疼痛あり。室内移動自力で可能。外出も近隣なら可能。 訪問看護：週1回	突発痛出現し始めるが、耐える対処。 訪問看護：週1回	レスキュードゥズにて突発痛への対処可能。室内移動のみ自力で可能。 訪問看護：週1回	他者の支援を受けて入浴。杖をついてトイレでの排泄が自力で可能。傾眠あり。 訪問看護：一日2回
Cさん (死亡三ヶ月前に開始)	インタビュー1回目 (死亡二ヶ月半前)	2回目 (死亡二ヶ月前)	3回目 (死亡一ヶ月半前)	4回目 (死亡一ヶ月前)
	独居。外出は近隣なら自力で可能。 訪問看護：週1回	外出・室内移動は自力で可能。 訪問看護：週1回	外出はできない。食欲なし。 訪問看護：週2回	杖をついてトイレでの排泄が自力で可能。 訪問看護：週2回
Eさん (死亡三ヶ月前に開始)	インタビュー1回目 (死亡二ヶ月前)		2回目 (死亡一ヶ月半前)	
	在宅酸素の機器を装着していても息苦しさを感じる。室内移動は可能。がん性疼痛はなし。妻が常時介護。 訪問看護：週1回		在宅酸素の機器を装着して週一回、自宅近くの趣味の教室に通うことは可能。 訪問看護：週1回	
Gさん (死亡三ヶ月前に開始)	インタビュー1回目 (死亡一ヶ月半前)		2回目 (死亡一ヶ月前)	
	がん性疼痛はないが著しい全身倦怠感を感じる。日中ほとんどベッド上生活。室内移動は妻に付き添われて可能。妻が常時介護。 訪問看護：週2回		倦怠感で動けず。食欲・気力が湧かないと感じる。トイレのみ妻に付き添われ自力で可能。 訪問看護：週2回	

(個人情報保護のため、一部要約)

Ⅱ．個々の体験の記述

1．Aさんの体験

1) Aさんの体験の記述

(1) Aさんのプロフィール

◆病状経過

Aさんの病気は、原因不明の腹腔内に多発する腫瘍で、侵害受容性疼痛や神経因性疼痛を誘発する病である。

Aさんは、○年半前に、腹部に違和感があり近くの内科を受診したところ、腫瘍の疑いを宣言され、大学病院を紹介された。その大学病院で、〇〇腫瘍と診断され、○年間にわたる治療を通院で受けた。

在宅緩和ケアを受ける○か月前に、同じ大学病院に検査目的で入院した。転移が判明し、同大学病院で治療を行っていたが、Aさんは病状に対する説明が不十分であると医療者への不信感が募ってしまった。退院直後から、自宅近くの在宅支援診療所の主治医と訪問看護を受け在宅緩和ケアを始めることとなった。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆Aさんの人生と重要他者

Aさんは、現在20歳代の男性である。

Aさんは、高校卒業後、仕事をしてきたが、がんが発症して以来、治療のため仕事を辞め、自宅で療養していた。

Aさんにとっての重要他者は、母、訪問看護師、緩和ケア科の医師、高校時代の友人、看護学生である。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆在宅緩和ケアの開始時の状況

Aさんが在宅緩和ケアを受け始めた時の身体状況と生活状況は、次のようであった。

Aさんは、母親が日中仕事をしているため、午前8時から午後6時ま

で自宅で一人であったが、自力で生活をしていた。

Aさんの自覚症状は、「両眼の見えにくさ」であった。視力は光をわずかに感じるだけの状態となり、自宅での生活では、入院前までの自宅での生活感覚を頼りに手探りで壁を探し、手で壁を伝わりながら居間の隣のトイレや食事用テーブルまで歩くという生活状況であった。

痛みは、腫瘍による侵害受容性疼痛や神経因性疼痛があり、常に全身に痛みがあった。入院中からモルヒネを持続的に体内に入れていたが、自宅に帰ってきてても「痛みは全く収まらなかった」。

食事は、放射線治療の副作用で、咽頭部の組織が損傷を受け、「のどが痛くて水も飲みこめない、何も食べられない」状態であった。トイレでの排泄、入浴、買い物などは自力でできていた。

主治医は、近くの在宅支援診療所の医師である。訪問看護師は、Aさんの病状観察と入浴後のPCAポンプの皮下への注射針の差し替えの処置、Aさんと母の相談役として、週一回訪問していた。

（個人情報保護のため、一部要約）

◆インタビュー

Aさんは現在（最終面接時）、余命一ヶ月の告知を受けてから五ヶ月後の時間の中で生きている（亡くなる一ヶ月前）。インタビューは、在宅緩和ケアを受け始めて、一ヶ月目から、4回ご自宅に訪問し（亡くなる五ヶ月前、四ヶ月前、二ヶ月前、一ヶ月前）行わせていただいた。

Aさんが、最後の入院先である大学病院を自己退院してから、自宅で療養しながら自己の存在可能性をめがけて生きていく体験を以下に記述していく。文中に「現在」と表現される時間は、最終面接時である。「」の中の言葉はインタビューの中で、Aさんが語った言葉である。また太字の文書は構成要素であり、太字文章の前半はテーマであり、後半はテーマの意味を示している。

（2）Aさんが自己の存在可能性をめがけて生きていく体験

◆個人情報保護のため、以下、要約したもの（46 p 分まで）。

Aさんは、入院中に自分の病状や予後について病院の医師や看護師から直接に知らされないために、自分の置かれている状況が理解できず、自己の存在可能性を見出せないでいた。存在可能性を見出せない苛立ちは、医療者への不信感と怒りという形でAさんには受け止められており、

Aさんは怒りのあまり自主退院をしてしまった・

Aさんは、自己の存在可能性を見出したいと自主退院して自宅に戻ったにも拘わらず、主治医の電話を漏れ聞くという形で余命一か月であることを知ることとなった。この体験により、Aさんは「死を待つだけ」「自分には未来がない」と自分から存在可能性を開かなくなってしまった。Aさんは、社会の他者と関わることへの意識も閉ざしてしまい、自分を社会的に孤立していると規定していた。

在宅緩和ケアを始めて一か月後、Aさんは、母の気遣いにより食べることを回復できた。そのことでAさんは自分の存在可能性の広がりを意識でき、「生きた証を遺したい」と自己の存在可能性へ意識を開いていく。

また、Aさんは、Aさん自身が生活や医療の選択をすることを尊重してくれる訪問看護師の関わりによって、生活を自ら選択することを回復した。その体験から、Aさんは遺された時間をどう過ごすかは自分で主体的に決めてよいのだという存在可能性への意識をさらに開いた。

しかし、Aさんの病状は進行し、突発痛に悩まされるようになった。痛み支配されると、Aさんは何も考えられなくなり、存在可能性をめがけることができなくなった。そのような時、緩和ケア病棟に短期入院した。その病棟の主治医が「痛みは我慢するものではなく、Aさんがやりたいことをやるために痛みを和らげる必要がある」と真摯に説明してくれた。その体験から、Aさんは医師を信頼してレスキュードゥズを使用するようになり、「痛みと共存」しようという思いにも至った。

Aさんには母に対する気がかりがあり、自分の死後もしっかり生きていって欲しいと母に伝えたかった。Aさんがその話をしようとする、母はさりげなく避けてしまうので、Aさんは母と死に逝くことを分かち合えないという思いに囚われてしまった。Aさんが、その悩みを訪問看護師に打ち明けると、看護師はAさんが母と向き合って語り合うことを後押ししてくれた。Aさんが、思い切って自分の気がかりを母に伝えると、母は自分もしっかり生きていく覚悟を示してくれた。その体験から、Aさんは気がかりが解消し「安心」でき、再び、未来にむけてどう生きるかと存在可能性をめがけることができた。

在宅緩和ケアに移行した当初のAさんは、他者に自分を開かず、自分は「社会の中で取り残された」存在であると自己規定していた。だが、高校時代の友人や近隣の人々に気遣われる体験を通じて、自分の閉鎖的な在り方に気づいた。やがて、Aさんは、他者との関係に意識が向かい、残された時間の中で、自分が周囲の他者にどのように在りうるか存在可能性に意識を向け、＜他者に役立つ＞ことを見出したのであった。その＜他者に役立つ＞存在可能性とは、仕事から帰ってきた母をねぎらうことであり、訪問看護師の同行してくる看護学生に自分の病の体験を語ることだった。この存在可能性は、Aさんという固有の人間だからこそ、

できることであつた。A さんだからこそ、苦勞をかけた母をねぎらうことができるのであり、医療不信も含めた病の経験を看護学生に伝えられるのである。

現在（亡くなる一か月前）の A さんは、歩くこともままならず、モルヒネで傾眠する状況でも、＜他者に役立つ＞存在可能性としての未来が開けているので、「持てる力を全力で出しているから満足」している。A さんは、過去の自分は社会的に「人生で何もし得て」いなかったからこそ、母や看護学生という他者に役立つとする現在の自分であると、過去の自己存在も現在の自分の存在を規定するものとして、新たに意味を取り返している。

2) Aさんの体験の解釈

Aさんの体験の全体テーマは以下のようなものである。入院中には自己の存在可能性を見出せなかったAさんが、自ら存在可能性を見出すべく自宅に戻ったにも拘らず、余命告知を受けることで、存在可能性を開くことも他者に自分を開示することもしなくなってしまう。そのようなAさんが在宅緩和ケアを受ける中で母親や訪問看護師や緩和ケア医師、友人・近隣の人々、看護学生との関わりを通じて、自己の存在可能性への意識を開いたり閉じたりしながら、現在は<他者に役立つ>という己固有の存在可能性を定め、それにめがけて精一杯に生きている。構成要素は以下のとおりである。＜ ＞内が各構成要素のテーマであり、文章はテーマの意味を説明している。以下の構成要素をもとに記述を表現したが、構成要素の意味を再度理解していただくために、まとめている。

< 1. 自己の存在可能性を見出せない苦悩 >

Aさんが入院中に病院の医師や看護師から自分の病状や予後について直接自分に知らされないために、可能性のある存在であろうとしても自分の置かれている状況が理解できず、自己の存在可能性を見出せないでいた体験である。存在可能性を見出せない苛立ちは、医療者への不信感と怒りという形でAさんには受け止められていた。

< 2. 存在可能性を見失い、他者との関わりに自己を閉ざしたこと >

Aさんが自己の存在可能性を見出したいと自主退院して自宅に戻ったにも拘わらず、主治医の電話を漏れ聞くという形でAさんは余命一か月であることを知ることとなった。この体験により、Aさんが自分は「死を待つだけ」の存在であると、可能性のある存在をめがける意識を閉ざしてしまい、「自分には未来がない」と未来をめがけることができなくなった体験である。自分から存在可能性を開くことをしなくなってしまったAさんは、社会の他者と関わることへの意識も閉ざしてしまい、社会的に孤立していると自分を規定していた。

＜ 3． 気遣う母の関わりにより， 食べることを回復し， 自己の存在可能性へと意識を開いたこと＞

A さんは母の気遣いにより食べることを回復できた。そのことで A さんは自分が存在しうる可能性の広がり意識でき，「生きた証を遺したい」と自己の存在可能性へ意識を開いていくことができた体験である。

＜ 4． 選択を尊重する訪問看護師らの関わりにより， 他者へ自己を開き， 存在可能性への意識を強めたこと＞

生活や医療の選択をすることを尊重する訪問看護師の関わりによって， A さん自身が自ら選択することを回復し， 存在可能性への意識を開いた体験である。また， 同時に， 訪問看護師との関わりは， 共同世界に住まう他者が意味ある他者として A さんの意識上に立ち現れる体験でもあった。退院直後には他者に自分を閉ざしていた A さんであったが， A さん自身が共同世界に住まう人々との関与し合う本来の存在へと自分の意識を開いていこうとしていたのである。

＜ 5． 身体的苦痛が未来への自己の存在可能性への意識を向けられなくなったこと＞

A さんの意識が耐え難い痛みという身体的苦痛に囚われ， 自己の存在可能性へ意識が向けられなくなった体験である。

＜ 6． 共感し意向を尊重する医師の関わりにより， 痛みとの向き合い方を見直し， 自己の存在可能性へと意識を開いていったこと＞

突発痛への対処を巡って， A さんが共感し意向を尊重する緩和ケア医師の関わりによって， 医師の気遣いを受け入れ，「痛みと共存する」と身体的苦痛への向き合い方を見直した。自分で身体的苦痛との向き合い方を変え， 苦痛と共存するという方向に意識を向けることによって， A さんは， 身体的苦痛に囚われていた意識を身体的苦痛から離し， 自己の存在可能性へと向けていった。

＜ 7． 母の重荷である存在と自分を捉えることで意識が現在に留ってしまったこと＞

A さんは自分が母の重荷である存在であると自分を捉えることで， A さんは意識を「母に見捨てられるのではないかと」囚われてしまい， 自己の存在可能性へ意識を向けることができない体験である。

＜ 8． 死への恐怖心や気がかりを分かち合えないことで， 存在可能性に意識を開けなかったこと＞

A さんが死に対する恐怖心や母への気がかりを他者に伝えることがで

きず、そのことが A さんの存在可能性へ意識を向けることを妨げていた体験である。

< 9. 死への恐怖心や気がかりを他者に開示し存在可能性へと再び意識を向けたこと >

A さんが死への恐怖心を訪問看護師に話せたことで死への恐怖心に囚われなくなった。また、思い切って母に自己開示して自分の気がかりを伝えたことで母も自己開示し、A さんの死後も自分がしっかり生きていく覚悟を示したことで、A さんは「安心」できた。A さんは死への恐怖心や母への気がかりが緩和されたことで、再び自己の存在可能性へと意識を向けていくことができた体験である。

< 10. 友人や近隣の人々との関わりにより、他者への自己の在り方を問い直し、他者の中での存在可能性を見出したこと >

緩和ケアに移行した当初は、A さんは他者に自分を開かず自分は「社会の中で取り残された」存在であると自己規定していた。だが、高校時代の友人や近隣の人々に気遣われる体験を通じて、自分の閉鎖的な在り方に気づいた A さんは他者との関係に意識が向かい、自分が周囲の他者にどのように在りうるかと存在可能性に意識を向け、自己の存在可能性として<他者に役立つ>存在可能性を見出したのであった。

< 11. 死の自覚をより深め、体力・気力を振り絞りながら、己固有の存在可能性をめがけたこと >

残された体力・気力・経済力を用いて己固有の存在可能性を定めた体験である。A さんは現在、「体の疲れ方が激しく」、「体も重い」といった身体知覚を通じて、「自分はもうそんなに長くない」と自分の死を深く自覚している。そういった A さんであるがゆえに、視力がほとんどなく、がん性疼痛も常にある状況であっても、現在は、現時点での体力・気力・経済力の中での自己の存在可能性を定めている。A さんという固有の人間だからこそ、苦勞をかけた母をねぎらうことができるのであり、医療不信を経験した A さんだからこそ看護学生に真実を伝えられるのである。

< 12. 定めた存在可能性を了解・支援する訪問看護師の関わりにより、存在可能性をめがけ続けること >

A さんの定めた存在可能性をめがけることを了解・支援してくれる訪問看護師らの関わりによって、A さんが存在可能性をめがけ続ける体験である。

訪問看護師らは、A さんができるだけ母に迷惑をかけずに生活したいという願いを理解し、入浴介助をしてくれている。訪問看護師らの支援

を受け入れることで、Aさんは、存在可能性へと意識を集中させ、母の重荷にならず母を安心させられるようにと、定めた存在可能性をめがけ続けることができていた。

＜13. 存在可能性をめがけて現在を生きられる時、未来が開け、過去の自己の存在の意味を取り返すこと＞

Aさんが存在可能性をめがけて現在を生きるとき、未来が開け、過去の自己の存在はその意味を取り返すことができた体験である。

在宅緩和ケアを始めた頃のAさんは存在可能性を見出せず、現在を生きられないでいたために未来を描くこともできないでいた。しかし、＜他者に役立つ＞存在可能性をめがけて生きられている現在は、「持てる力を全力で出しているから満足」しており、＜他者に役立つ＞存在可能性としての未来が開けている。現在のAさんは、過去の自分の存在は社会的に「人生で何もし得ていない」自分であったからこそ、母や看護学生という他者に役立つとする現在の自分であると、過去の自分も現在の自分の存在を規定するものとして新たな意味を取り返している。

2. Cさんの体験

1) Cさんの体験の記述

(1) Cさんのプロフィール

◆病状経過

Cさんは、〇年前にしこりがあることに気づいていたが、仕事の忙しさで受診をしないでいた。しばらくして、近医を受診したところ、がんが判明し、大学病院への入院を勧められ、〇ヶ月の入院治療を受けた。その後、再入院し、大学病院の主治医から、すでに転移していることを告知され、さらなる化学療法を勧められた。主治医から余命は三ヶ月ほどであるという説明も受けた。

Cさんは、病状・余命告知を受けた後、「延命治療はしたくない」と考え、強く退院を希望し、在宅支援診療所の医師の往診と訪問看護を受け入れるという条件で退院し、在宅緩和ケアを始めることとなった。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆Cさんの人生と重要他者

Cさんは、現在40歳代の女性である。Cさんは、独身を貫きながら20年余り仕事一筋に生き、多忙な毎日を送ってきた。

Cさんは三ヶ月前に退院し、健康上の理由として自らの意志で退職をした。今でも仕事の関係の友人たちとは手紙やメール、電話のやり取りをしている。Cさんは、一人暮らしである。

Cさんにとっての重要他者は、母、妹、親友、仕事を通じてできた同病体験者の友人、訪問看護師らである。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆在宅緩和ケアの開始時の状況

Cさんが在宅緩和ケアを受け始めた時の身体状況と生活状況は、次のようであった。Cさんの自覚症状は、がん性疼痛であったが、在宅支援診療所の医師によるモルヒネ処方により「痛みはほとんど感じられない」ほど、コントロールできていた。(個人情報保護のため、一部要約)

Cさんは比較的自立度が高く外出も自由にでき、自宅近くを散歩したり友人たちと外食することもできていた。食欲はないが、食べたいもの

を食べたいときに食べるようにしていた。

退院後二週間目から在宅緩和ケアが開始され、主治医は、Cさん自身がネットで調べた在宅支援診療所の医師である。訪問看護師は、Cさんの病状観察と相談役として、週一回、訪問していた。

◆インタビュー

Cさんは現在（最終面接時）、余命三ヶ月の告知を受けてから二ヵ月後の時間の中に生きている（亡くなる一か月前）。インタビューは、退院後二週間目から、4回ご自宅に訪問して（亡くなる二か月半前、二か月、一か月半前、一か月前）行わせていただいた。

Cさんが、予後告知を受けてから、退院後、自宅で療養しながら自己の存在可能性をめがけて生きていく体験を以下に記述していく。「 」の中の言葉はインタビューの中で、Cさんが語った言葉である。

（２）Cさんが自己の存在可能性をめがけて生きていく体験

◆個人情報保護のため、以下、要約したもの（61p分まで）。

Cさんは、転移のわかった段階で、これ以上の治療を希望しないと決めた。その理由は、転移しているのなら治療を続ける苦しみよりも、命が短くても「残された時間を自分のために使いたい」と考えたためである。Cさんは、退院し自宅で生きることを自ら選択したのであった。

退院直後には、自宅で自分のために生きようと退院してきたにも拘らず、Cさんは、たびたび不安感に襲われ、「死を待つだけ」と存在可能性へ意識を開けないでいた。がん末期で独居という状況でありながら、Cさんは、けんか別れして音信不通になっていた母には連絡できずにいた。

しかし、事の事情を知った母が突然にAさんを訪ねて来て、母と和解することができた。この体験から、Aさんは、心が開放されて、気持ちが少し前向きになれ、「残された時間をどう生きていったらよいのだろう」と自己の存在可能性へと意識を開いていった。

母や妹がかいがいしく日々の生活を支えてくれ、Cさんは母や妹に大切にされる幸福感によって存在可能性へと意識を向けることができた。その一方で、介護が長期化するにつれ、Cさんは、母や妹に対して申し訳ないという思いを抱くようになった。さらに、自分の介護が原因で母や妹が疲れてしまい、最期は自分が見捨てられるのではないかという不安まで抱くようになった。その不安によって、Cさんは存在可能性へ意識を向けることを妨げられていた。

Cさんは友人たちに、そういった家族から見捨てられる不安について語るのだが、様々な反応があった。同じような病気体験のあった年上の

友人は、見捨てられる不安な気持ちをありのままに受け入れ共感してくれたので、Cさんは、その友人には自分の不安を理解されたと感じられた。しかし、『そんな気持ちを持つことはない。お母さんだってあなたの介護が生きがいのはず』という一方的な気遣いを示す友人もいた。まるで、Cさんが見捨てられ不安を持つことさえも否定されたようで、Cさんは自分の不安な気持ちを受け止めてはもらえないと解釈し、自分自身を閉ざしてしまい、その友人には自分の思いを語らなくなっていった。

在宅緩和ケア初めて一か月半を過ぎた頃から、Cさんの身体状況は著しく低下し、室内移動も困難な状況となった。Cさんは、この頃には、週二回の訪問看護を受けており、担当の訪問看護師とは馴染みになった。同年代の担当看護師には身体の不調や少しの気がかりも「相談できる」ような関係になれていた。Cさんは、ある日、自分の人生がこれで終わると考えると寂しいと、担当の訪問看護師に語ってみた。すると、その看護師は『でも、Cさん、在宅ケアというのは、自分が好きなように自分の人生の幕引きをして良いのだから、今できること、やりたいことがあれば自由に選んでいいのですよ』と言ってくれた。その看護師の一言から、Cさんはこのような自分の状況でどう在ったらよいか熟慮した。お世話になった友人に＜感謝する＞という存在可能性、具体的には『自宅での感謝会』を開くことが意識に上がった。自宅にこれまで特にお世話になった何人かの友人に来てもらい、感謝の言葉を述べるための会であった。親友や訪問看護師らの後押しがあり、Cさんは思い切って、自宅での感謝会を一か月後に開催することにした。

現在（亡くなる一か月前）のCさんは、モルヒネで意識が朦朧とし、10分程度のベッド上座位も疲れてしまう状況である。しかし、Cさんは、感謝会で友人一人ひとりにメッセージカードを送りたいと、気力を振り絞ってカードを書き続けている。こういった行為が行えるのも、家族の支えがあるからである。

Cさんは、在宅緩和ケアを始めた当初は、「なぜ今こんなに不安になるのだろう。やっぱり今までの人生に何か足りない」と、過去の自分の存在の意味を見い出すことができなかった。また、「こんなに弱ってしまった自分には何もできないのではないかしら」と自己の存在可能性を見出せず、未来を描けずにいた。しかし、母との和解、妹、同病体験者の友人、親友、訪問看護師らとの関わりを通じて、Cさんは人生を支えてくれた友人らに＜感謝する＞という存在可能性を自らの力で開いていったのである。現在のCさんには、自宅での感謝会にめがけて未来が開けているのである。そして、Cさんは、「過去の自分は精一杯に生きてきて、今、こうして頑張っている自分にも繋がっている」と、過去の自己存在の意味を取り返している。

2) Cさんの体験の解釈

Cさんの体験の全体テーマは、次のようである。Cさんは、自宅で自分のために生きようと退院してきたにも拘らず、たびたび不安感に襲われ存在可能性へ意識を開けないでいた。Cさんは母との和解によって気持ちが解放され、己の存在可能性へと意識を開き、存在可能性を模索した。妹や母、同病体験者の友人、親友、訪問看護師らとの関わりを通じて、Cさんはお世話になった友人に＜感謝を伝える＞存在可能性を定め、その存在可能性をめがけて余命一ヶ月といわれる現在を精一杯生きている。構成要素の意味は、以下のとおりである。

＜1. 予後告知に衝撃を受けつつも、治療を希望せず自宅での存在可能性を求めたこと＞

Cさんは、予想しつつも余命三ヶ月という自己の命の有限性を突きつけられ、衝撃を受けた。しかし、治療をして存在可能性を失うよりも、治療をせず自宅での存在可能性を求め、自ら存在可能性を開こうとした体験である。

＜2. 不安感に襲われることによって、不安感に囚われ、存在可能性を開くことができなかったこと＞

治療をせず自己の存在可能性を開こうとしていたCさんであったが、退院後一人で過ごす中で不安感に襲われるようになり、不安感に襲われる恐怖に囚われ、「死を待つだけ」と存在可能性へ意識を開けなかった体験である。

＜3. 安定感を感じる他者の関わりによって、筋肉のこわばりを和らげ、不安感を解消できたこと＞

Cさんは筋肉のこわばりという身体知覚を通じて不安感に襲われていた。Cさんは、訪問看護師や母や妹、近隣の人々という安定感のある人に背中を摩ってもらうことによって、その不安感から解放され、安心を得ていた体験である。

＜4. 体力のなさや経済的課題が存在可能性に意識を向けることを妨げたこと＞

Cさんが、退院してきた当初、いくら死を待つだけの日々であっても、「何か一つ決断して前に進みたい」と思っていたにも拘らず、日常生活上の現実の問題－自己の体力の限界と経済的課題に意識を囚われることによって、存在可能性に意識を向けることができなかった体験である。

＜5. 母との和解により、心が解放され、自分の存在可能性へと意識を

開いたこと＞

退院直後には、自己の「生きる意味を見出せない」と存在可能性を開けないでいた C さんではあったが、母と和解ができ、心が開放されて、「気持ちが少し前向きになれ」、「残された時間をどう生きていったらよいのだろう」と自己の存在可能性へと意識を開いた体験である。

＜ 6．家族に大切にされる幸福感と見捨てられる不安に揺れたこと＞

母との和解ができ、存在可能性へと意識を向けられるようになった C さんが、母や妹に大切にされる幸福感によって存在可能性へと意識を向け、見捨てられる不安によって存在可能性へ意識を向けることを妨げられていた体験である。

＜ 7．同病体験者との関わりによって、理解されたと感じ、存在可能性へと意識を向けたこと＞

C さんが、見捨てられる不安な気持ちをありのままに受け入れ共感する同病体験者との関わりによって、家族から見捨てられる不安を理解されたと感じられたことで、存在可能性へと意識を向けた体験である。

＜ 8．世間一般の人々に一方的な気遣いに自己を開示しなくなってしまったこと＞

C さんが、世間の人々の一方的な気遣う関わりによって、自分が理解されないという思いを抱き、自分自身を閉ざしてしまい、自分を語らなくなっていた体験である。

＜ 9．訪問看護師との関わりによって、存在可能性のあることに気づいたこと＞

C さんは、存在可能性へと意識を開いていたが、自分が「こんなに弱っている」ので、可能性を開けないのではないかと思っていた。しかし、「相談できる」ように立ち現われた訪問看護師との対話によって、現在の心身状況の中でも存在可能性のあることに気づいた体験である。

＜ 10．妹、親友、訪問 看護師の関わりによって、己固有の存在可能性を定めたこと＞

C さんが、妹や母、親友、訪問看護師の関わりによって、お世話になった友人に＜感謝する＞という己固有の存在可能性を定めた体験である。

＜ 11．家族の了解と支援を受け入れながら、自宅での感謝会の開催を目標にして気力を振り絞り、現在を精一杯に生きる＞

C さんが死を深く自覚しつつ母や妹に支えられていると実感し、その

気遣いを受け入れながら，定めた＜感謝する＞存在可能性をめがけて気力を振り絞り，現在を精一杯に生きている体験である。

Cさんは「息が切れる」「脚が重く感じられる」，「足が象みたいに浮腫む」とった身体感覚を通じて，「もうすぐお迎えかなあ」と，自分は死にゆく存在であるという死の自覚を深めている。自己の有限性を深く自覚しているからこそ，母や妹に支えられていることを実感しながら，その気遣いを受け入れ，最期の気力を振り絞り，定めた存在可能性をめがけて現在を精一杯に生きている。

＜12. 存在可能性をめがけて現在を生きられる時，未来が開け，過去の存在はその意味を取り返すことができること＞

Cさんが存在可能性をめがけて現在を生きるとき，未来が開け，過去の自己の存在はその意味を取り返すことができている体験である。Cさんが友人に＜感謝する＞存在可能性を開き現在を精一杯に生きている現在には未来が開けており，「過去の自分は精一杯に生きてきた」自分であるからこそ，「今，こうして頑張っている」自分である。

3. Eさんの体験

1) Eさんの体験の記述

(1) Eさんのプロフィール

◆病状経過

○年前にがんが判明し、○ヵ月後に大学病院にてがん切除術を受け、すでに転移が見られていたため、化学療法も受けた。その結果、病状はしばらく安定していた。○年前にがんが増大したため、再度、腫瘍部の切除手術を受けた。その後、月1回のペースで抗がん剤治療を同じ大学病院にて通院で受けていた。腫瘍は大きくなることはなく、病状は安定しているかに見えていたが、二ヶ月前に、主治医よりこれ以上の治療は有害という理由から化学療法の終了を告げられた。Eさんは化学療法を中断し、在宅緩和ケアを受け始めた。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆Eさんの人生と重要他者

Eさんは、現在70歳代の男性である。Eさんは会社で40年間務め仕事を一筋にしてきた。

Eさんにとっての重要他者は、妻、仕事を通じてできた友人たち、趣味の会の仲間たち、主治医である。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆在宅緩和ケアの開始時の状況

Eさんが在宅緩和ケアを受け始めた時の身体状況と生活状況は、次のようであった。Eさんの自覚症状は、がんの転移による動作時の息苦しさであった。この息苦しさへの対処方法として、在宅酸素の機器を自宅に購入しており、室内で居室内を移動する際に吸入機器を使って体内に酸素を補給して息苦しさを軽減していた。

Eさんの日常生活は、動作時に息苦しい以外には、入浴、トイレへの歩行・排便、食事も今までどおり普通に営んでいた。外出することも可能で、自宅近所にある趣味の会の教室にも、月数回出かけることができた。

(個人情報保護のため、一部要約)

主治医は、大学病院のX先生と自宅近くの開業医の二重体制をとり、

開業医が月に一度病状管理のために往診することとなった。大学病院の X 先生は、緊急時に E さんを大学病院に入院させてくれる役割であった。訪問看護師は、E さんの病状観察と E さんと妻の相談役として、月二回、訪問していた。

◆インタビュー

E さんは現在（最終面接時）、余命三ヶ月の告知を言い渡されてから、一ヵ月半過ぎた時間の中に生きている（亡くなる一ヶ月半前）。インタビューは、在宅緩和ケアを受け始めて二ヶ月目から、2 回ご自宅に訪問して（亡くなる二ヶ月前、一ヶ月半前）、行わせていただいた。

以下に、E さんが現在、どのように自己の存在可能性をめがけて生きていこうとしているのかを記述する。「 」の中の言葉はインタビューの中で、E さんが語った言葉である。

（２）E さんが自己の存在可能性をめがけて生きていく体験

◆個人情報保護のため、以下、要約したもの（76p 分まで）。

E さんは、ある日、突然に大学病院の主治医より治療終了を説明された。E さんは、自ら主治医に予後を確認し、余命三ヶ月であることを突きつけられ、衝撃を受けた。70 年以上も生き、かつて余命一年と言われてから 5 年間も生きていたので、「もらった命」「やることはやった」と思っていたにも拘らず、主治医より自己の命の有限性を突きつけられた時、「生きる意味がない」と存在可能性を見失ってしまった。

その後、在宅緩和ケアを選択し、自宅療養していた。E さんは、徐々に「動作時に息ができない」ことや「好きなことに集中力が続かない」という身体知覚を通じて、身体機能の低下を実感していった。好きな油絵を描きたくても描けないことが、自分が「死にゆく存在」であることを自覚させ、展覧会に自分の絵を出展するのも今回が最後であろうと E さんに意識させていた。

それでも未来に向けて生きてみようという意欲が E さんに戻ったのは、妻の E さんへの気遣いによるものであった。妻とは病気の生活を一緒に歩んできた。E さんと妻は、病院への受診も医師や看護師からの説明も一緒に受け、自分の思いや心配も話し合える「素通しの関係」を作ってきた。妻は、E さんの治療がなくなったからといって E さんへの対応を変えることはなかった。かえって、治療が無いなら、E さんが少しでも生きられるようにと、免疫力を高める柑橘類のたくさん入ったジュースや養生食を作ってくれた。笑うと免疫力が高まるといって時々、冗談を言って E さんを笑わせた。そういった妻の思いを E さんは「ありが

たい」と思えた。妻の気遣いを得ることによって、Eさんは、未来に向けて生きてみようという「意欲が戻った」。

やがて、Eさんは、残されたこれからの時間をどう生きていこうかと模索していった。昔ながらの絵画教室仲間の死の話を避けない関わりによって、Eさんは自己の存在可能性を模索することができた。Eさんが、「現在から死ぬまでの期間をどう生きるべきかという答えがほしいのだ」と語ると、絵画仲間は否定することもなく議論してくれたのであった。答えは見つからないけれども、第三者と死に逝くことを話し合えたことは、Eさん自身が残された時間での存在可能性を模索する上で大変必要であった。

在宅緩和ケアを始めて一か月後、突然にがん性胸膜炎による呼吸困難が襲われ、Eさんの意識は身体的苦悩に囚われてしまい、何も考えられなくなった。一時的入院により、呼吸困難は緩和されたが、自宅に戻ってから、Eさんは、こうなったらじたばたせず「天命を待つしかない」という思いにもなった。Eさんは、息苦しさを何とかしようとする、余計に息苦しさはどうにもならない感じを持った。がん細胞はもはや自分の手に負えない生き物となっているから、仕方がないと自分の中に置いた。身体的苦痛と「敵対」しようとするのではなく、がんに苛まれた体を自分で「なだめる」という思いに至った。体をなだめながら生活していると、息苦しさにとらわれるのではなく、「がんになんか負けるもんか」という気持ちを「奮い立たせる」ことができた。そして、がんに負けない気持ちが湧いてくると、自分の関心事であった残された時間をどう過ごすかということも再び「考えられるようになった」。

Eさんは、妻と死への恐怖心や死に関する気がかりを分かち合うことで、「安心」を得ていた。妻と死に逝くことを分かち合えることは、孤独感を和らげ、存在可能性に意識を向けることを促していた。

Eさんは、残された体力・気力の中での自分の存在可能性を鑑みながら、過去の自分の人生に向き合った時、思い出されるのは「仕事を精一杯に頑張ってきた自分」と「仕事仲間」だった。Eさんが残された時間に何ができるかを考えたとき、「自分の今まで在るのは仕事仲間の友人たちのおかげとも思え、世話になった仕事仲間の友人たちに従来感謝を伝えたい」と考えるようになった。そこでEさんの考えた存在可能性とは、＜感謝すること＞、具体的には、「仕事仲間を招いての展覧会」である。一ヶ月後に迫った展覧会に昨年描いた絵を出品して、仕事仲間の友人たちに招待状を出し、来てもらう。そして友人たちに会い、今までの感謝の気持ちを伝えることであった。その計画をめぐってEさんは絵の展覧会までは生きていなければならない。一ヶ月後に自分が生きている保障はどこにもなく、その目標は「段ボールのように」壊れやすい、ほのかなものなのだが、Eさんは、その目標を「すごく大事にしたい」と

願っていた。

そして、現在（亡くなる一か月半前）の E さんは、＜感謝する＞という存在可能性を実現すべく、妻に協力を依頼し、妻の支援を得ながら、展覧会にむけてがんに負けない気力を奮い立たせ、生活を調整している。

E さんは、自分の人生を振り返り、仕事人間ではあったが、過去に精一杯に仕事に頑張ってきた自分であるからこそ、現在、仕事仲間たちに感謝できると、過去の自己存在の意味を取り返している。

2) Eさんの体験の解釈

Eさんの体験の全体テーマは、次のようである。Eさんは、既に予後以上に生きていたので、「気がかりなく逝ける」と考えていたが、余命三ヶ月という予後告知を受けたことによって存在可能性を見失ってしまった。しかし、妻の気遣いによって存在可能性への意識を開き、絵画仲間とともに存在可能性を模索した。Eさんは自ら仕事仲間に＜感謝する＞存在可能性を定め、妻に了解と支援を得て、その可能性にめがけて現在を精一杯に生きている。構成要素の意味は、以下のとおりである。

< 1. 治療終了の説明により，安心の世界での存在可能性を閉ざされたこと >

Eさんは，死の自覚を持ちながら治療を受けていたが，治療を受けている世界で安心も感じていた。しかし，治療終了の説明が信頼していた主治医からなされたことによって，安心の世界での自分の存在可能性が閉ざされたことを実感した体験である。

< 2. 自分の死を突き付けられ，自己の存在可能性を見失うこと >

治療終了の説明を受けた Eさんは，自ら主治医に予後を確認し，余命三ヶ月であることを突き付けられ，衝撃を受けた。かつて余命一年と言われてから5年間も生きていたので，「もらった命」「やることはやった」と思っていたにも拘らず，自己の命の有限性を突き付けられ，「生きる意味がない」と存在可能性を見失ってしまった体験である。

< 3. 身体知覚が機能低下を実感させ，自己の存在可能性の限定を意識させたこと >

Eさんは，「動作時に息ができない」や「好きなことに集中力が続かない」という身体知覚を通じて，身体機能の低下を実感し，「本来やりたい活動をやれない自己」を突き詰められ，存在可能性が限定されていくことを意識した体験である。

< 4. 妻の気遣いを得て，自己の存在可能性へと意識を開いたこと >

自己の存在可能性が限定されていくことを意識していた Eさんが妻の気遣う関わりによって，自己の存在可能性へと意識を開いた体験である。

< 5. 絵画仲間と共に自己の存在可能性を模索し出したこと >

存在可能性への意識を開いた Eさんが，これからどのように在ろうかと模索している時，絵画仲間の死の話を避けない関わりによって，Eさんは自己の存在可能性を模索することができた体験である。

< 6. 耐え難い身体的苦痛によって，意識は苦痛に囚われ存在可能性へと向けられないこと >

Eさんは，妻の気遣いや絵画仲間の気遣いを得て，自己の存在可能性を模索していたが，突然の身体的苦痛が襲い，Eさんの意識は身体的苦悩に囚われてしまい存在可能性へと向けられなくなった体験である。

< 7. 身体との向き合い方を変えることにより，意識を身体的苦痛から離し，存在可能性へと向けたこと >

がん性胸膜炎による呼吸困難を体験した後，Eさんは，自分の身体的

苦痛に対する向かい合い方を変えた。Eさんが、自分の意識と身体を「敵対」させるのではなく、「身体をなだめる感覚」がつかめることにより、意識を身体的苦痛から離し、自己の存在可能性へと向けていった体験である

< 8. 死に逝くことを分かち合う妻の関わりにより、安心感を得て、存在可能性へと意識を向けたこと >

Eさんは、妻と死への恐怖心や死にゆくにあたっの気がかりを分かち合うことで、「安心」を得ていた。妻と死に逝くことを分かち合えることは、孤独感を和らげ、存在可能性に意識を向けることを促していた。

< 9. 妻の了解・支援を得て、存在可能性をめがけ続けること >

Eさんが定めた存在可能性を実現すべく、妻に協力を依頼し、妻の了解と支援を得ながら、存在可能性をめがけ続ける体験である。

< 10. 友人の気遣いを思い起こしながら、体力・気力を振り絞り、精一杯に生きること >

Eさんは、現在、身体的苦痛があるのだが、仕事仲間の友人たちから気遣われているということを意識に呼び起こすことによって、自己の存在可能性をめざして生きていこうとする意識を高める。そして、がんに負けない気力を奮い立たせ、計画にめがけて生活を調整しながら、存在可能性をめがけている。

< 11. 存在可能性をめがけて現在を生きられる時、未来が開け、過去の自己の存在の意味を取り戻すこと >

Eさんが存在可能性をめがけて現在を生きるとき、未来が開け、過去の自己の存在はその意味を取り戻すことができた体験である。過去に精一杯に仕事に頑張ってきた自己であるからこそ、現在、仕事仲間たちに感謝できる自己なのである。

4. Gさんの体験

1). Gさんの体験の記述

(1) Gさんのプロフィール

◆病状経過

○年前から、胃痛・背部痛があり、内科クリニックで診療を受けていた。クリニックで胃潰瘍と診断され、Gさんは処方された薬を服用していた。しかし、○ヶ月前に急激な悪心に襲われ、激しい胃痛と嘔吐により大学病院に緊急入院となった。その大学病院で、末期がんが判明した。病状はすでに進行しており、腫瘍摘出手術は不可能で、抗がん剤治療も効果的でないという説明を主治医から受け、緩和医療を受けるため、転院となった。その後、IVHポートを創設した後、退院し、Gさんは自宅で在宅緩和ケアを始めることとなった。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆Gさんの人生と重要他者

Gさんは、現在50歳代の男性である。Gさんは、会社で30年間以上務めており、仕事を一筋にしてきた。会社の重要なポストにいた。

Gさんにとっての重要他者は、会社の同僚と上司、妻、子どもたち、主治医と訪問看護師である。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆在宅緩和ケアの開始時の状況

Gさんが在宅緩和ケアを受け始めた時の身体状況と生活状況は、次のようであった。Gさんの自覚症状は、「半端ないだるさ」という全身倦怠感と「腹部の重々しく張る感じ」であった。疼痛緩和として、モルヒネ貼薬を用いているので、痛みはあまり感じていないが、全身の著しい倦怠感のために食欲が湧かず、食べたいときに食べたいものを食べるという生活をしている。

Gさんの日常生活は、高カロリー輸液をしているので、点滴をしながらほとんど一階居室のベッド上で生活しているが、気分の良い日には、

自室の書斎で過ごしたり、外の景色を眺めることもできた。

移動行動はゆっくりだが、妻の介助により、入浴、トイレへの歩行、二階への昇降も今までどおりに営めていた。外出することは、自ら外出する気力は湧かなかったが、家族の運転で自宅近くの場所に外出することは可能であった。

主治医は、自宅近くの在宅支援診療所の医師である。訪問看護師は、在宅中心静脈栄養法の管理と病状観察、Gさんと妻の相談役として、週二回、訪問していた。

(個人情報保護のため、一部要約)

◆インタビュー

Gさんは現在(最終面接時)、余命三ヶ月の告知を受けてから二ヶ月後の時間の中で生きている(亡くなる一ヶ月前)。インタビューは、在宅緩和ケアを受け始めて、二ヶ月目から、2回ご自宅に訪問して(亡くなる一ヶ半月前、一ヶ月前)行わせていただいた。

Gさんが、入院中に予期せぬ突然の病名・病状・予後告知を受けてから、退院後、自宅で療養しながら自己の存在可能性をめがけて生きていく体験を以下に記述していく。「 」の中の言葉はインタビューの中で、Gさんが語った言葉である。

(2) Gさんが自己の存在可能性をめがけて生きていく体験

◆個人情報保護のため、以下、要約したもの(91p分まで)

Gさんは予期せず、突然の苦痛が出現し、治療不可能なすい臓がんであり、余命三ヶ月という病名・病状・予後告知を一挙に受けることとなった。Gさんは自ら主治医に予後を確認するが、余命三か月という告知は、Gさんにとって衝撃であった。Gさんは突然に自己の命の有限性を突き付けられ、ショックを受けた。

しかし、Gさんは、わずか10分で意識を切り替え、なってしまったものは仕方がないから、これからどう生きるべきかと模索し始めた。

入院中のGさんには家族の生活保障ということが気がかりでならなかった。しかしGさんが自己の存在可能性としてまず選択したのは、仕事の整理をするという<社会的役割を果たす>ことであった。Gさんは、元来仕事人間であり、職場の重要ポストにあった。Gさんは、体力の弱っていたにも拘らず、予後告知を受けてからわずか一週間で、仕事の整理を一挙に成し遂げてしまった。それは「仕事のけりをつけなければならない」という社会的使命感からでもあったが、上司や同僚からのGさ

んを案ずる暖かな気遣いに後押しされたからでもあった。

大学病院では、もはや治療のすべはないと説明され、転院待ちで自宅待機しいた際、Gさんは、十二指腸閉塞による急激な吐き気と嘔吐に襲われた。死ぬのではないかと感じさせるほどの身体的苦痛が、Gさんの存在可能性への意識を飲み込んでしまい、生きることには意識を向けられなかった。

Gさんは、緩和医療を終えて、今後は自宅で訪問診療と訪問看護を受けるという条件で、転院先の病院から退院をしてきた。退院した日の晩に、Gさんは妻と抱き合いながら泣き、がん終末期という状況に投げ出された現状を二人で悔やんだ。しかし、Gさんと妻は、泣いていても仕方がないので、余命二ヶ月という現状の中でやれることを家族と協力してやっていこうと話し合った。Gさんは、妻と死に逝く上での気がかりを話せたことで、自分は孤独ではない、共に歩む人がいるという安心感を得ていた。

Gさんは、突然にがん末期の自宅療養という状況になって、自分の人生を振り返っていた。自分は、仕事人間であったが、人生の中で真に遺産として遺せてきたものは子どもたちの存在であると思えた。残された時間の中で「父親として何が遺せるのだろうか」と自己の存在可能性に繋げられるものを模索していた。

Gさんは、息子との従来の関係性も見直しながら、自分は家長として家族のために頑張ってきたので、息子に、自分の死後、家族を守って欲しいと頼んだ。息子が、「わかった」と言ってくれたので、Gさんは、家族を守ってほしいという自分の願いは、息子に「通じた」と実感でき、安心することができた。この体験から、Gさんは、息子に家族を守ることを伝えることを自分が「最期に父親としてやれること」と規定した。そして、息子に＜手本を示す＞ことを、自分の最期の存在可能性として定めたのである。

現在(亡くなる一ヶ月前)、Gさんは、最後の気力と体力を振り絞りながら、息子に家族を守る役割を伝え続けようと強く意識している。Gさんが息子に＜手本を示す＞とことを支えているのが、妻であった。息子に伝えようとするGさんの思いを妻は誰よりも理解してくれていた。Gさんにとって、妻の存在は、体調が悪い際、弱気になったGさんを受け止めてくれる精神的支えとしての存在でもある。現在のGさんは体調に著しい波があり、気分の優れない日のGさんは、やはり弱気になり弱音を吐く。妻がその弱音を受け止めてくれるので、Gさんは優れない気分に「飲み込まれそうになる」自己の意識を奮い立たせることができるのである。

Gさんは、現在、「半端ないだるさ」という身体的苦痛を感じている。そして、その苦痛はGさんに、死ぬ直前は痛みという苦痛に自分が打ち

のめされてしまうのではないかと不安を抱かせていた。その不安を緩和してくれたのが、週二回訪問してくれる訪問看護師や主治医であった。医療者にサポートされているという安心感から、Gさんは痛みという死ぬ直前の身体的苦痛について、「痛みが来ても、そういうものだとして受け止めるつもり。今さらがたがたしでも始まらない」と、苦痛は存在するものとして受け入れる覚悟はしている。

Gさんは、半年前から著しい疲労感がありながら、その体調不良を押して自分の命を消耗させてまで会社に通い続け、会社のために残り少ない自分の時間を使ったことを後悔もしていた。しかし、退院後自宅で療養し、息子の＜手本になる＞存在可能性を定めている現在のGさんにとって、30年以上会社で過ごした莫大な過去の時間は違った意味のあるものとして捉え直しがされてくる。自分の莫大な時間を費やしてきた仕事の意味は、妻や子どもたちの生活と命を守り、家族の幸せを願うためのものであり、自分は家族を守るために存在していたと改めて意識されるようになった。過去に家族を守るために存在していた自分であったからこそ、息子に「家長として家族を守ることを伝えられる」現在の自分である。Gさんは、そのように過去の自己存在の意味を取り返しているのである。

2) G さんの体験の解釈

G さんの体験の全体テーマは次のようである。G さんは当初、会社の同僚や上司の気遣いを受けて＜社会的役割を果たす＞という存在可能性を選択した。しかし、G さんがその存在可能性が終了し緩和ケアを始め、妻や娘の気遣いを受け入れながら家庭内での存在可能性を模索していた時、息子が G さんを気遣う関わりによって、G さんには息子が自己の存

在可能性に繋がるものとして意識されるようになった。息子との関わりを通じて、Gさんは新たに息子に＜手本を示す＞存在可能性を定め、その存在可能性をめがけて余命一ヶ月といわれる現在を精一杯生きている。構成要素の意味は、以下のとおりである。

＜1．自己の存在可能性の見失い＞

Gさんが、突然に自己の命の有限性を突きつけられ自己の存在可能性を見失ってしまった体験である。Gさんは予期せず、突然の苦痛が出現し、治療不可能なすい臓がんであり、余命三ヶ月という病名・病状・予後告知を一挙に受けることとなった。Gさんは自ら主治医に予後を確認するが、余命三か月という告知は、Gさんにとって衝撃であった。Gさんは突然に自己の命の有限性を突き付けられ、自己の存在可能性を見失ってしまったのである。

＜2．耐え難い身体的苦痛により、存在可能性へ意識を向けられないこと＞

死ぬのではないかと感じさせるほどの身体的苦痛が、Gさんの存在可能性への意識を飲み込んでしまい、存在可能性へと意識を向けられない体験である。

＜3．職場の同僚や上司の気遣いを受け入れ、自己の存在可能性を選択し、存在可能性をめがけて生きること＞

Gさんが職場の同僚や上司の気遣いを受け入れ、＜社会的役割を果たす＞という存在可能性を選択し、その存在可能性をめがけて生きた体験である。

＜4．妻と死に逝くことを分かち合うことにより、存在可能性へと意識を向けること＞

緩和ケアを始めたGさんが死に逝く不安や気がかりを重要他者である妻と分かち合うことで、Gさんの意識が自己の気がかりから離れて自分が家族の中でどのように存在可能性を開けるかと自己の存在可能性を模索した体験である。一緒に嘆いたり、気がかりを受け止め語り合おうとする妻の関わりが死に逝く過程を共に歩んでいるので孤独ではないという安心感をGさんにもたらししていた。その安心感をもとにGさんは気がかりに囚われることなく家庭内での自己の存在可能性へと意識を向けていった。

＜5．存在可能性につながる息子に自己開示し、存在可能性を定めること＞

存在可能性につながる息子に自己開示することで、新たな存在可能性を見出し、定める経験である。Gさんは息子がずっと気がかりであった。家庭内での自己の存在可能性を模索していたGさんが存在可能性につながる存在として改めて息子を眺めていた時、息子の優しい関わりに気づいた。Gさんは自分の息子への見方を改めて問い直し、今の息子であれば自己の存在可能性に繋がりうるかもしれないと考えたGさんは、息子に対し自分を開示することによって、息子にも自己開示を促したことで、気がかりが解消できた。気がかりが解消されると、安心でき、「通じる」息子は自己の存在可能性につながるものだと確信できた。息子が家族を守るという自覚を示してくれたことによって、Gさんは、新たな存在可能性として息子に＜手本を示す＞という可能性を定めたのである。

＜6．存在可能性をめがけ、残された体力・気力を振り絞り生きていこうとすること＞

残された体力・気力を用いて定めた存在可能性をめがけて生きようとした体験である。Gさんは定めた存在可能性をめがけている現在、その存在可能性は達成可能であるかどうかは不透明であっても、体は衰弱していても、存在可能性への意識を高め、体力と気力を振り絞り自分にとって意味ある存在可能性をめがけた行為を行おうとしていた。

＜7．定めた存在可能性をめがけることを了解・支援してもらうことで存在可能性をめがけた日常生活を送ること＞

死の自覚を深めているGさんが自分の定めた存在可能性をめがけて生きていこうとする時、その存在可能性をめがけることを了解・支援してくれる妻の関わりによって、Gさんが存在可能性をめがけ続ける体験である。妻がGさんの定めた存在可能性の意図を了解し協力すること（意を理解し息子との話し合いの場づくりや親戚宅を訪ねる手配をする）によって、Gさんは残された時間を妻と一緒に生きようとする関わりに安心感を得られ、存在可能性へと意識を集中させていた。またGさんの定めた存在可能性をめがけられない状況も妻が支援すること（弱音を受け止める）によって、心身状況が刻々と変化し、気分も変動しやすい過酷な終末期状況にあっても、Gさんは自己の存在可能性をめがけようとする意識が弱まり優れない気分「飲み込まれそうになる」自己の意識を奮起させ、また再び存在可能性へと意識を集中させていた。

＜8．主治医や看護師に苦痛への不安を受け止めてもらえることで存在可能性をめがけ続けること＞

耐え難い苦痛はまだ出現していない状況にあっても将来起こりうる苦痛に不安を感じているGさんが、重要他者である看護師や主治医にサポ

ートし続けるという関わりによって安心感を得て、将来への不安に囚われることなく、その意識を現在の存在可能性へと向け続けている体験である。

＜ 9．存在可能性をめがけて現在を生きられる時、未来が開け、過去の自己の存在の意味を取り戻すこと＞

Gさんが息子の＜手本になる＞存在可能性を開き現在を精一杯に生きている時、未来が開け、過去の自己の存在はその意味を取り返すことができた体験である。過去に「家族を守るために存在していた」自分であったからこそ息子に「家長として家族を守ることを伝えられる」現在の自分である。

Ⅲ．共通する構造

以上の結果に示したように、4名の療養者たちのそれぞれの体験の記述を構成した。4名の体験は個別性により差異もあるのだが、当事者にとっての体験の意味に共通性もある。そこで、それぞれの療養者の体験の構成要素のうち、共通性のあるものを集約し、療養者たちにとっての体験の意味をつけた。その結果、以下の四点の構成要素からなる共通する構造が明らかになった。四点とは、1)重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性を模索する、2)重要他者からの気遣いを取り入れて、己固有の存在可能性をめがける、3)重要他者となった医療者との関わりを通じて、苦痛と向き合い、存在可能性をめがける、4)存在可能性をめがけて現在を生きられる時、過去の自己存在の意味を取り戻す、である。療養者間の体験の差異を踏まえながらも、それぞれの共通する構成要素について論じる。

1．重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性を模索する

療養者たちは、予後告知を受け、自己の命の有限性を突きつけられることで一度は衝撃を受け存在可能性を見失う。しかし、療養者たちはそのような有限な状況でも生きることができると存在可能性のあることに気づいて、そこから自己の存在可能性を模索し続けていた。療養者たちは重要他者との関わりを通じて、もしくは自ら自問して存在可能性のあることに気づき、自己の存在可能性へと意識を向けていた。

療養者たちにとって存在可能性の模索は、予後告知によって自己の存在可能性を見失ってしまい＜生きられない＞と自己の存在可能性が在ることにも気づけなくなってしまう状況から、＜生きることができる＞へと意識を開き、存在可能性のあることに気づくことから始まっていた。存在可能性への気づきには二通りの契機があり、1)重要他者の気遣う関わりによって(Aさん、Cさん、Eさん)、2)自ら(Gさん、)意識を存在可能性へと開いて、存在可能性のあることに気づいていった。模索の次の段階は、存在可能性のあることに気づいた療養者たちが自己の存在可能性へと意識を開いた状況から、＜生きることができる＞と存在可能性のあることに気づいて、どのように在ろうかということに意識をさらに向け、自己の存在可能性を模索したことである。これらの契機は四通りあり、1)重要他者が療養者を気遣う関わり(Aさん、Cさん、Gさん)、2)療養者が自ら自分の気がかりを思い切って伝え重要他者にも自覚を促す関わり(Aさん)、3)自分から重要他者に尋ねて(Eさん)、4)重要他者と死に近づくことを互いに分かち合えた関わり(Eさん、Gさん)によってであった。

A さんの場合（20 歳代の男性）は、自主退院してきた直後に主治医から母親への電話を漏れ聞くという形で予想外の余命一ヶ月という有限性を突きつけられて、「頭がぼーとして真っ白になる」程の衝撃を受けた。自分は「死ぬのを待つだけ」で「未来のない」存在であると自ら存在可能性への意識を閉ざしてしまっていた。しかし、少しでも食べさせたいと気遣う母や訪問看護師の A さんの意向を尊重する関わりが契機となって、徐々に「生きる力が沸いてきた」ように自己の存在可能性へと意識を開いた。生きることへの意識が開かれた A さんは、A さんの死後一人でやっていけるのだろうかと気がかりだった母に対し、思い切って自分の気持ちを伝えることによって『大丈夫だよ。しっかり生きて行くから』と母が覚悟を示してくれたことで「安心」でき、このことを契機に自己の存在可能性へと意識を向けていった。そして、自分がどう在ったらよいのかを模索し続けていた。

C さんの場合（40 歳代の女性）は、大学病院の主治医からの「余命三ヶ月」の説明に「とてもショック」を受けたが、転移していて助からないのであれば「残された時間を自分のために使いたい」と治療中断を自ら選択し、自宅で生きるという存在可能性を求めて退院した。しかし、自宅での存在可能性を求めて在宅緩和ケアを始めたにも拘らず、当初の C さんは不安感に襲われる恐怖や体力のなさ・経済的課題に意識を囚われていて「死を待つだけ」で「生きる意味が見出せない」存在であると自分を捉え、存在可能性への意識を開けないでいた。C さんは母と若い頃からの確執があり、終末期状況にあっても「こんな死にそうな状況でも自分から母には話せない」と自分の現状を母に伝えることを躊躇っていた。ある日、事情を知った母が突然に訪ねて来て、一挙に C さんを許してくれたので、C さんの「心は軽くなり」、「気持ちが前向きになれ」て「残された時間をどう生きていったらよいのだろう」と自己の存在可能性へと意識を開いた。母との和解が契機となって存在可能性への意識を開けたのである。しかし、この時の C さんはこんなに弱ってしまった「自分には何もできない」と自己の存在可能性があることに気づけてはいなかった。そして、母や妹に大切にされる幸福感や理解者である同病体験者との語らいによって「残された時間をどう」在ろうか自己の存在可能性へと意識を開いてみたり、一方で母や妹に見捨てられる不安に「生きていくことができない」と存在可能性への意識を閉じてみたりと揺れながら、自己の存在可能性を模索し続けていた。

E さんの場合（70 歳代の男性）は、「社会的には十分に生きた」から「気がかりなく逝けるだろう」と考えていたにも拘らず、信賴していた主治医からの治療終了の説明は「ショック」であった。E さんは自ら主治医に余命を尋ねて「余命三ヶ月程度」という説明に、「自分の死」を突きつけられ、自分を「未来がない」「生きている意味がない」存在と捉え、2

週間程度「何も考えられない」程の衝撃を受けていた。やがて E さんは E さんが少しでも生きられるようにと養生食を作ったり笑わせるという妻の気遣いを受けて「生きる意欲が戻った」。E さんは比較的早く、妻の気遣いを受けることによって、未来に向けて生きてみようという存在可能性への意識を開いたのである。そして、E さんは、死を覚悟しながら、「死までの時間をどう生きていったらいいのだろう」と模索していた。E さんは親しくしていた絵画仲間に自分から自分を開いて「残された時間をどう生きるべきか」を思い切って語り合った。その答えは見出せなかったが、自己の存在可能性を模索する上でその語らひは E さんには非常に重要であった。死を覚悟していた E さんではあったが、がん性胸膜炎を起こした時には死ぬ際の苦しみに対する死への恐怖心に囚われていた。しかし、その恐怖心や気がかりを妻と分かち合うことができていた。妻はがん性胸膜炎を起こしていた E さんに一晩中寄り添ってくれたり、死に逝く気がかりを同じ土俵で話してくれていた。E さんは妻と死の恐怖心や気がかりを分かち合うことによって安心でき「孤独ではない」自分となり、「明日また生きられるかもしれない」と存在可能性へと意識を開いていくことができていた。

G さんの場合（50 歳代の男性）は、予期外の病名病状告知・予後告知の体験によって、「頭が真っ白になった」ような衝撃を受けたが、わずか 10 分間で「だめなら、今、何をすべきか」「自分の頭を切り替え」、誰の手も借りずに自ら存在可能性へと意識を開いていった。働き盛りの G さんにはやるべきことがあり、家族のこと、仕事のこと、自分の今後の病状が気がかりであったが、まずは職場の同僚や上司が気遣う関わりによって仕事の整理へと意識を向けていった。社会的使命感もあって一挙に仕事を成し終えた G さんは、在宅緩和ケアを始めてからも新たな存在可能性を模索していた。退院してきた当日に G さんは妻と一緒に「悔しい」と抱き合って泣きながら突然にがん終末期状況になったことを嘆いたり、家族の生活費、残される母のこと、妻の今後の仕事などの気がかりを語り合えたことによって、「安心」でき「孤独ではない」自分になれた。そして「父親として何が遺せるだろう」と家庭内での自己の存在可能性へと意識を向けられた。

4 名の療養者には、自己の存在可能性のあることに気づいたことは共通しているが、存在可能性へ意識を向けていく模索の過程に差異も見られる。その差異は、三点挙げられる。第一点目には、模索の過程で自ら自分を他者に開き重要他者に繋がるか否かである。E さんと G さんの場合には、これからどう在るべきかと考え絵画仲間や会社の同僚に自ら重要他者に自分を開き、繋がっている。E さんの場合は、絵画仲間に自分を開いて「残された時間をどう生きるべきか」を思い切って語り合っていたし、G さんも副社長や「信頼できる」同僚に自ら電話をして自分の

病名と予後を説明し、今後の自己の存在可能性を考えようとしていた。しかし、AさんやCさんの場合は自己の存在可能性へ意識を開くために自分を他者にも開くことも重要他者にも自ら繋がることもしていなかった。Aさんの場合は母や訪問看護師が重要他者であったが、Aさん自身が在宅緩和ケアを始めた当初は、「どうせ死ぬなら自分の栄養が尽きて死んでも構わない」と主治医の中心静脈栄養の勧めを拒否するほどに生きることが諦めていた。また「どうせまた医療者は真実を言ってくれないだろう」と訪問看護師にも気持ちを開かず、自ら社会への関わりをも閉じていたので他者に自分を開くことも重要他者に関わることもなかった。Cさんの場合には、「前に進みたい」と思いながらも不安感に襲われる恐怖や体力のなさ・経済的課題に意識を囚われていたため、自ら重要他者に繋がることはなかった。またCさんは世間一般の人々に対しても理解されないと解釈していた。理解されたいと願いながらも、自分の思いをありのままに受け止めてくれない関わりをするカウンセラーや友人には、一人でいることの恐怖心や母や妹に見放される不安を自分から語ることをしなくなってしまっていた。

第二点目には、重要他者への気がかりを解消するために自分から重要他者に働きかけたか否かという差異である。重要他者への気がかりは、存在可能性をめがける意識を弱めてしまっていた。AさんとGさんはそれぞれ母と息子に対する気がかりがあり、その気がかりについては伝えられない関係であったが、自ら母と息子それぞれに働きかけ、その気がかりを正直に伝えている。Aさんの場合は、Aさんが自分の死後の母への気がかりを母と話したいと考えていたが、その話を避けようとする母に対して、食卓の場を用いて「自分が死んだら、お母さんががつくりきしてしまうのではないかと心配だ。それでは自分が困るからしっかり生きてほしい」と伝えている。Gさんの場合は、家族の生活に責任を負わないように気がかりだった息子に対し、家族行事であった柿の実挽ぎの場を用いて、「もし自分が死んだら、母さんを頼むよ。父さんのように母さんを支えてやってくれ」と伝えている。伝えた母と息子がそれぞれに、AさんとGさんの思いを受け止めてくれたように感じられたので、AさんとGさんはこのことを契機に自己の存在可能性へと意識を向けられていった。Cさんの場合は、母との確執があり自分の気持ちを伝えられない関係であったため、長い間後悔と不安感にも苛まれ、母に自ら働きかけることもなく、存在可能性への意識を開けなかった。Eさんの場合には重要他者に気がかりはなかった。Eさんは既に子どもたちは独立して心配を掛けることはなく、妻とは「素通し」の関係を作ってきたので、気がかりを話し合っていた。

第三点目には、存在可能性へと意識を開くまでの期間の差異である。Gさんのようにわずか10分という短時間で存在可能性へと意識を切り替

えられる人もいれば、A さんや C さんのように一ヶ月から一ヶ月半掛けて意識を開き、存在可能性があることに気づいた人もいた。

しかし、いずれにしても 4 名の療養者たちは、存在可能性を見失いながらも、残された時間をどう生きるかと模索する。その模索の過程は、重要他者に気遣われることを契機に、自分を気遣い、己の存在可能性へと意識を開き、どう在りうるかと自己の存在可能性へと意識を向けることであった。

2. 重要他者からの気遣いを取り入れて、己固有の存在可能性をめがける

療養者たちの定めた己の存在可能性は、＜他者に役立つ＞＜感謝する＞＜社会的役割を果たす＞＜手本になる＞といった、自分を他者のために生かす方向や、自分を他者のために生かしつつ他者にも生きる自覚を促す方向、自己の人生に深く関わった人々へ気遣いを返すという他者に関わる方向性のあるものであった。その存在可能性は、自分だからこそできる己固有の存在可能性である。己固有とは、存在可能性につながる 1) 生活の場における重要他者と生活空間を持つ (A さん, C さん, E さん, G さん), 2) 人生の中で固有の深く関わった人を持つ (A さん, C さん, E さん), 3) 固有の経験を持つ (A さん), 4) 固有の気がかりを持つ (G さん) という意味においての存在可能性につながる己の固有さである。

A さんの場合は、母や看護学生という＜他者に役立つ＞存在可能性を選択した。具体的には仕事で帰ってくる母をねぎらいつつ自立して生活する行為であり、看護学生に自分の現在までの医療不信の体験も含めた病者としての体験を正直に伝える行為であった。A さんが己の存在可能性として自宅という場と母と看護学生という対象を選んだのは、動くこともままならない A さんが「体が痛んでも、目が見えなくても、お金がなくても、やれること」の中で存在可能性を開ける場は自宅であり、人生で深く関わり苦労を掛けた母を持つからこそ母を気遣いねぎらえるのであり、医療不信を経験した自分だからこそ病の体験を看護学生に語れるのである。A さんの選択した存在可能性は、そういった固有の自分を他者のために生かすものである。

C さんと E さんの場合は、＜感謝する＞存在可能性を選択した。具体的には C さんはお世話になった友人たちを自宅に招いて感謝会を開く行為であり、E さんは命を支えてきてくれた仕事仲間を展覧会に招いて感謝を伝える行為であった。C さんと E さんがそれぞれに友人や仕事仲間を対象として選んだのは、人生に深く関わった人々であるからであり、自宅と展覧会という場を選択したのは実行可能性の高い周囲の人々と場があったからである。C さんは高校卒業後に家出をして一人ぼっちの「自

分が東京で生きてこられたのも友人たちのおかげ」という思いがあり、自宅という場であればトイレに行くにも杖を付く状態の C さんであつても行為することができ、妹や親友・看護師という協力者を得ることができるからであつた。仕事人間だった E さんには、仕事仲間は「家族以上」の存在で、危険な仕事の中で「命を繋ぐ」ことができたのも仕事仲間のおかげという思いがあり、自分の現在の体力・気力で行ける絵画教室を足場にすることによって行為が可能となるからであつた。C さんと E さんの選択した己固有の存在可能性は、それぞれの人生の締めくくりとして、自分が精一杯に生きた時間の中で深く関わった人々へ気遣いを返すものである。

G さんの場合は、当初＜社会的役割を果たす＞という存在可能性を選択した。これは G さん自身が会社の重責にあり、社会的使命感からも選択したものである。しかし、在宅緩和ケアに移行してからの G さんが選択した存在可能性は、息子に＜手本を示す＞ことであつた。具体的には、歩くのも容易でない状況でも柿の実挽ぎの場を活用して息子に家族を守ることを伝える行為であり、叔父宅にあえて出向いて息子が親戚付き合いを引き継ぐことを従兄弟に伝える行為である。この存在可能性を G さんが選択したのは、家族を守ることに責任を感じていないように見えていた息子がずっと気がかりであつた。そのような気がかりの息子の存在を＜手本を示す＞存在可能性に繋げていたのである。息子に＜手本を示す＞という己固有の存在可能性は、自分を他者のために活かしつつ他者にも生きる自覚を促すものである。

そして、療養者たちが自ら定めた己固有の存在可能性をめがけるためには、その存在可能性を了解し支援する重要他者の気遣いが必要であり、療養者たちはそれらの重要他者の気遣いを取り入れながら、存在可能性をめがける際の基盤となる安心感（A さん、G さん）や生きるエネルギー（C さん、E さん）を得て、それらを基盤として、己固有の存在可能性へとめがけ続けていた。A さんの場合には、重要他者となった訪問看護師が母にできるだけ迷惑をかけずに生活するという A さんの意向を理解し、入浴介助をしてくれていた。介助に当初は抵抗のあつた A さんも委ねてもらえると嬉しいという看護師の説明によって「お願いすることも他者に役立つこと」なのだと納得でき、看護師の気遣いと介助を受け入れていた。「安心して毎日を送れる」からこそ、＜他者に役立つ＞存在可能性をめがけるのであつた。G さんの場合も妻が G さんの息子に＜手本を示す＞意向を理解し、柿の実挽ぎの場の設定や叔父宅への訪問を支援してくれていた。その妻のかかわりによって G さんは「安心」だった。気分の優れない日の G さんは弱気になり弱音を吐くが、その弱音も受け止めてくれる妻がいるので、存在可能性をめがけられたのである。C さんの場合は、友人に感謝するための食事会を開こうと考えてみたものの、途

中で具合が悪くなったらという不安も大きかった。しかし、C さんの＜感謝する＞意向を理解した妹や訪問看護師が後押ししてくれたので、その気遣いを受け入れ、「すごく元気になれた」。E さんの場合も、当初は E さんの体を気遣って、友人を招いて感謝を述べるための展覧会に懸念を示していた妻も、E さんの意向を理解し、展覧会のための準備や日々の生活の支援をしてくれていたからこそ、E さんは＜感謝する＞存在可能性をめがけることができていた。同時に E さんは、気力の湧かない日には仕事仲間に気遣われているということを思い起こすだけでも、生きることの「大きな力」になり、「こんなことで負けるもんか」という気持ちを奮い立たせていた。

さらに、療養者たちが己固有の存在可能性を選択した契機は、気がかりを自分から伝えて重要他者である母や息子の自覚を促しその覚悟を返されたことで安心したこと（A さん、G さん）や、「このまま人生が終わってしまうのはちょっと寂しい」と気がかりを自分から重要他者である訪問看護師に尋ね、訪問看護師が「在宅ケアというのは自分が好きなように、今、やりたいことがあれば自由に選んで良い」という気遣いを返したことで、「人に感謝できることぐらいならできるかもしれない」と自問したこと（C さん）、友人や近隣の人々に気遣われることで他者に自分を閉ざしていた自分に気づいたこと（A さん）、友人の気遣いを思い起こしながら自分なりに「これまで命を紡いでこられたのも友人たちのおかげ」と自問したこと（E さん）と様々であるが、いずれも自分を気遣う人々との関わりを契機として、固有の存在可能性を定めていた。

しかし、療養者たちの重要他者の気遣いの受け入れには差異があり、気遣いを当初から受け入れていた人（G さん E さん）と気遣いを当初は受け入れていなかった人（A さん）、気遣いを受ける人がいない人（C さん）があった。比較的早期から存在可能性を開いていた E さんと G さんは、気がかりを妻と分かち合える関係がすでにあり、自分から気持ちを表現して死に逝く上での気がかりを伝え合うこともできたし、気がかりを分かち合えた安心感をもとに己固有の存在可能性に意識を向けられていた。一方の A さんの場合は、母と訪問看護師が重要他者とはなるのだが、自分の殻に籠っていたので A さんは母や訪問看護師の気遣いを当初は受け入れようとはしていなかった。C さんの場合は、独居であり身近に重要他者となる人はなく、母との確執もあって重要他者の気遣いを受けるのが困難な状況でもあった。このように A さんと C さんは重要他者の気遣いを当初は受け入れられずにいたが、その後その重要他者の気遣いによって自分を気遣い、己固有の存在可能性へ意識を開いていった。

3. 重要他者となった医療者との関わりを通じて、苦痛と向き合い、存在可能性をめがける

療養者たちはがん終末期特有の苦痛症状によって意識が苦痛に囚われ、存在可能性をめがけることが困難な状況になることを体験していた。けれども、療養者たちは、医療者の関わりを通じて、自分の苦痛（疼痛、息苦しさ、不安感）への向き合い方を変化させ、苦痛に囚われるのではなく、存在可能性へと意識を向けていっていた。療養者は、医療者の関わりによって医療者に信頼を寄せ、医療者が重要他者となっていた。

療養者たちの苦痛との向き合いの契機には、三通りあり、1) 医療者に促されて（Aさん・Cさん）、2) 医療者に自分から尋ねて（Gさん）、3) がん性胸膜炎という苦痛の体験の後に医療者の手を借りずに自ら気づいて（Eさん）というように、3名が医療者との関わりを契機に、耐え難い苦痛の体験を契機に苦痛との向き合い方を自ら見直していた。AさんとCさんの場合は、医療者に促されて苦痛との向き合い方を変化させていた。Aさんは緩和ケア科の医師にレスキュードゥズを自分がやりたい活動をするために用いるのだと促されがん性疼痛に向き合い、Cさんは安定剤を勧め摩ってくれた訪問看護師に促されて不安感という苦痛と向き合い始めた。Gさんの場合は、がん性疼痛に最後は打ちのめされてしまうのではないかという不安が強かったが、自分から訪問看護師にその不安を打ち明けることで、苦痛への覚悟を持った。Eさんの場合は、医療者との関わりが契機ではないが、がん性胸膜炎を起こした後、自ら息苦しさという身体的苦痛と向き合っていた。

また、療養者の苦痛の見直し方にも二通りあり、1) 正面から苦痛と向き合った場合（Aさん、Eさん、Gさん）、2) 消極的ながら苦痛に向き合った場合（Cさん）があった。Aさん、Eさん、Gさんはそれぞれ、「痛みと共存する」、「（息苦しさに）敵対するのではなく体をなだめる」、「痛みが来てもそういうものだとして受け止めるつもり」と、苦痛は在るものとして受け入れ、正面から苦痛を捉え苦痛との向き合い方を見直している。Cさんの場合は、不安発作が起きそうな時には、早めに入浴し安定剤を飲んで寝てしまうことで「何も考えないように意識を持っていく」対処である。これも消極的ではあるが、苦痛は在るものとして受け入れながらの苦痛の見直し方ではある。

そして、療養者たちは苦痛との向き合い方を変えることによって、「これからまだ何かできるかも知れないと未来を考えることができていった（Aさん）」り、どう在りうるかを「考えられるようになった（Eさん）」り、苦痛に飲まれるのではないかという「不安に囚われずに（Cさん、Gさん）」「安心でき（Cさん）」、存在可能性へとめがけることができるのであった。

このように苦痛への向き合いの契機や苦痛の見直し方に差異はあるものの、いずれの4名も自分なりに苦痛との向き合い方を変えることによ

って、苦痛に囚われている意識を自ら苦痛から切り離して存在可能性へと向けていっていた。

4. 存在可能性をめがけて現在を生きられる時、過去の自己存在の意味を取り戻す

自己の存在可能性を定め、その存在可能性をめがけて現在を生きられている時には、療養者たちには未来が開けており、過去の自己の存在の意味を取り戻していた。過去の自己存在の意味の取り戻しとは、存在可能性を見出せていない時には自己の存在の意味が見出せていなかった療養者たちが、己固有の存在可能性が定められている時には、過去にはマイナスの意味の自己存在もプラスの意味の自己存在（Aさん）になり、過去にもプラスの意味の自己存在がよりプラスの意味の自己存在（Cさん、Eさん、Gさん）として、自己を捉え直したことである。

Aさんの場合は、存在可能性を見出せていなかった時には「人生に何もしえていない」自分であったが、存在可能性を見出せている現在は過去に「人生で何もしえていない」自分だからこそ、母や看護学生という<他者に役立と>うとする自分であると存在の意味が取り戻されている。Cさんの場合は、「こんなに弱ってしまった自分は何もできない」と存在可能性を見出せていなかったが、友人たちに<感謝する>存在可能性をめがけている現在では、過去の自分は「精一杯に頑張ってきた」自分であるからこそ、「今、こうして張っている」自分である。Eさんの場合も、がんになってからの5年間は「何もしえていない」と自分を捉えていたが、仕事仲間<感謝する>存在可能性をめがけている現在では、過去に「仕事を精一杯に頑張ってきた」自分だからこそ、仕事仲間<感謝できる自分である。Gさんの場合も、仕事人間であった自分が「父親として何を遺してあげられるのだろう」と模索していたが、息子に<手本を示す>存在可能性を見出せてからは、過去に「家族を守るために存在していた」自分だからこそ、家族を守ることを息子に伝えられる自分である。存在可能性を定め、それにめがけて現在を生きられている時には、療養者たちは過去の自己存在の意味を取り戻せるのである。

また、時間の捉え方は、療養者たちにとって存在可能性を見出せていない時には過去の時間に留まってしまうか、現在の時間に膠着し未来の時間が見通せていないものであった。しかし、己固有の存在可能性を定め現在を生きられている時には、未来が開けており、現在の時間の捉え方は達成感や幸福感として感じられ、生きている時間を実感できるものとなっており、時間が意味のあるものとして時熟していた。Aさんは、存在可能性を見出せていない時には、「時間がもったいない」「もう一ヶ月も過ぎてしまった」と感じられていたが、存在可能性が見出せている

現在の時間では「自分のやれること（他者に役立つこと）を精一杯やれているから満足」である。Cさんは、当初は「40歳半ばで死を待つだけか」と時間を空虚なものと捉えていたが、現在の時間では自分のことが自分でやれるのが「すごく幸せ」である。Eさんは、当初「残された時間がもったいない」と感じていたが、現在の時間の内では展覧会の準備のために絵画教室から帰ってくると「身体は疲れるが心地良い」達成感を感じている。Gさんは、当初「自分には時間がない」と感じていたが、現在の時間では「今、家族に世話を掛けてしまっているが、自宅に居て過ごせることがすごく幸せ」である。

第5章 考察

I. 重要他者との関わりを通じて自己の存在可能性をめがけて生きていく体験の意味

療養者の個々の体験の記述および共通する構造の結果より，在宅がん終末期療養者の体験の意味について，ハイデガーの存在論や既存の療養者の生きる体験に関する文献を参照しながら，考察する。

1. 存在可能性の模索に重要他者が寄り添うことの意味

4名の療養者たちの共通の構造の構成要素である，1)重要他者との関わりを通じて，自己の存在可能性を模索する，2)重要他者からの気遣いを取り入れて，己固有の存在可能性をめがけるという2つの構成要素から，療養者たちは，重要他者との関わりの中で，＜生きることができるといふ存在可能性への意識を閉じたり開いたりしながら，存在可能性を模索し，定め，めがけていたことが明らかになった。ハイデガーは，人間は被投的投企のできる可能存在であるとしている。人間は，否応なしに世界に投げ込まれ，この世界に生きなければならない存在である。ハイデガーは，これを「被投性」という。しかし，人間は，その投げ込まれてしまった世界に留まっているだけの存在ではなく，可能性をめがけることもできる存在である。投げ込まれてしまった世界の中であっても自己の存在を了解しつつ，自己の存在可能性に向って生き方を主体的に選択していくということもできる存在である。ハイデガーは，このように投げ込まれてしまった世界の中で自己の存在の可能性を未来に向かって投げ企てることを「被投的企投」と呼び，人間は我々自身の前方へと我々自身の可能な在り方を投げかけていく存在でもあるとした¹⁵⁶⁾ (150 p)。

しかし，予後告知を受け自分の死の有限性を突き付けられた状況の療養者たちは在宅緩和ケアを始めた当初から自分が＜生きることができるといふ意識を開いて現在を生きられていたわけではない。予後告知を受けて衝撃を受け，＜生きられない＞と存在可能性を見失ってしまう。これは，療養者が《無意義性》の状況に陥っていたと解釈できる。《無意義性》とは，ハイデガーによれば人間が生活世界に他者や物が存在しているのに，それらの他者や物とのつながりを失ってしまっていることを意味する¹⁵⁶⁾ (138 p)。自分の存在可能性を見失ってしまったために，自分の住まう生活世界に他者や物が存在していても，療養者には何の意味を持たないものとして見えているのである。Aさんは自宅で生きたいと自主退院してきたにも拘らず，主治医からの予後告知によって絶望的になり他

者とも関わらないように自己を閉じて内閉的になった。Cさんは自宅で生きようと決め自宅に戻ってきたが、自宅や公園が息苦しく閉塞的でむなしいものを感じられ、「生きる意味を見いだせないでいた」。Eさんも最初の予後告知を受けてから5年も生き、社会的にも十分にやれたので気がかりなく逝けると考えていたにも拘らず、二度目の予後告知直後は、寄り添ってくれる妻が傍らにいても生きる意味を見出せず、苦悩していた。それでも療養者たちは重要他者が寄り添ってくれることによって、生きることへ意識を向け、死に逝く恐怖や気がかり、苦痛にもがき苦しみながら、己固有の存在可能性を模索し始めていた。

本研究では、《人間の存在》を「他者に規定されながらも自らの解釈に基づいて可能性のあるものとして自己を規定する存在」と定義した。《存在可能性》の定義は「能動的な意思を伴って自ら自己を可能性のあるものとして存在させうること」、つまり＜生きることができる＞と意識を開いて在ることである。存在可能性への意識を開くとは、＜生きられない＞と存在可能性のあることに気づけていない状況から、＜生きることができる＞へと意識を向けたことである。療養者が生きることへ意識を向け、己固有の存在可能性を模索していくためには重要他者の寄り添いが必要であった。

療養者にとって、存在可能性の模索に対する重要他者による寄り添いには、二点の意味があると考ええる。一点目は、寄り添いによって療養者の存在可能性の《了解》が可能になり、自宅という生活世界のうちに《有意義性》を取り戻すということである。《有意義性》とは、無意義性の反語であり、ハイデガーによれば、自分の存在可能のために他者や物が意味を持つものとしてつながり、その連関の全体をいう³⁰⁾ (223-224 p)。ハイデガーの《現存在》の定義によれば、人間は自分の生き方に対して、その都度、自分の存在可能性を了解し態度を変えていくという実存という在り方を有している¹⁵⁶⁾ (37-39 p)。また人間は他者という共存在と世界の内にいる³⁰⁾ (307 p)。したがって、重要他者の寄り添いによって自分の残された時間、体力、気力、経済力の中での何を為し得るかという存在可能性を《了解》しつつ、自らの意志で己固有の存在可能性を模索したのだと考える。ハイデガーのいう《了解》とは、単に認識・判断・理解といった意識的な了解の概念ではない。《了解》とは、己の存在しうることについて、己が取るべき立場を知っているという意味である¹⁵⁶⁾ (36 p)。療養者は、体力も気力も消耗していく中で、存在可能性として己の取るべき立場を知っていたのであるが、当初はまだ意識することはできずにいた。それでも重要他者の寄り添いによって、意識できないでいた存在可能性が意識に立ち現れ、他者や物を生きるために意味あるものとして連関させることができたと考える。Eさんを例にとれば、「残された時間がもったいない」と自問自答していたEさんは、長年の付き合いで

自分をさらけ出すことができる絵画仲間に「残された時間をどう生きたらいいのだろうか」と思い切って打ち明けている。絵画仲間の E さんの死に逝く事実をごまかさない気遣いが、E さんが自分の存在可能性を意識に立ち現せ、了解するために必要だった。E さんが絵画教室は自己の存在可能性につながることを「予測できていたからかもしれない」といっていたように、絵画教室は自宅から近く、その時の E さんの体調や体力でも通える可能性が実感できており、すでに知っていた存在可能性を絵画仲間との対話を通じて改めて意識できていったと考える。絵画仲間との対話ですぐに答えは出なかったが、そのことを契機に E さんは自分の存在可能性を了解し始め、息苦しさにも苛まれながらも、生活世界にある絵画教室を足場にして展覧会に仕事仲間を招いて感謝すること―を最期に為し得る存在可能性として見出せたのである。同様に A さんは訪問看護師や友人たちとの対話によって、C さんは同病体験者の友人や訪問看護師との対話によって、G さんは妻との対話によって、存在可能性の了解を始めたのだと考えられる。ハイデガーによれば、語ることは、本来、自分が何を了解しているのかを「おのれの外へと言表」することであり¹⁵⁶⁾ (81 p)，他者と語ることは、他者を介して自分の了解内容を自分の意識に立ち現せ、解かっていく過程なのである。療養者にとって存在可能性のあることに気づけることが、どう在りうるかという意味づけの連関の始まりであり、生活世界に存在する他者や物が生きるために意味あるものとなり、《有意義性》が取り戻せるのである。

二点目は、寄り添いによって療養者が死への恐怖や気がかり、苦痛から解放され、意識を生きることに向けられるということである。A さんはがん性疼痛という苦痛や死への恐怖や母への気がかり、C さんは突然襲う不安感や母とのわだかまりや見捨てられる不安といった気がかり、E さんは息苦しさという苦痛、G さんは身の置き所のない倦怠感や息子への気がかりといったものを抱え、それらのことに意識を囚われると生きることへは意識が向かなくなっていた。しかし、重要他者が療養者を気遣い、存在可能性の模索に寄り添って存在してくれたからこそ、囚われるものから解放され、生きることへ意識を向けられたのである。もし療養者に存在可能性の模索に寄り添ってくれる重要他者が存在してくれていなければ、療養者は死への恐怖や気がかりに囚われ続け、生きることへ意識を向けることは困難だったであろう。フランクフル¹⁶⁹⁾ のいうように、存在可能性を見出せず未来にめがけて生きられていない人は絶望して亡くなるのである。また仮に、重要他者がいても療養者の存在可能性の模索に寄り添ってくれなければ、療養者はサンド (Sand)⁵⁵⁾ のいうように死への不安に囚われ続け、自分は孤独に一人で死んでいくのだという実存的孤独を感じ内閉的な状況になっていくであろう。したがって、療養者が最期まで生き切れるためには、囚われるものから解放し、生き

ることへと意識を向け己固有の存在可能性を模索することに寄り添う重要他者が必要なのである。

ジョハンソン (Johansson) ²²⁾ は、終末期がん在宅療養者にとっての QOL とは、強まる苦悩の中でも息をする空間を見出し、自宅ならではできないことをすることだとしている。強まる苦悩の中でも息する空間とは、耐え難い苦痛の中にあっても＜生きることができる＞という存在可能性を自宅という生活空間の中に見出せることである。そのためには、自宅という生活空間で存在可能性を了解し、己固有の存在可能性のあることに気づけるような重要他者の寄り添いが重要となる。

2. 能動的に存在可能性を掴み取ること

以上のように、療養者たちは重要他者との対話を通じた《了解による有意義性の取り戻し》や重要他者の模索の寄り添いによって《苦痛や気がかりからの解放》を主体的に行っていた。これは、ある意味では療養者が主体的でありながらも重要他者から存在可能性を与えられている側面でもある。しかし、療養者たちは重要他者に与えられるだけでなく、投げ込まれた状況の中で、能動的に自己や他者と対峙し、存在可能性を掴み取っていた。いわば、《受動的能動性》を発揮していた。《受動的能動性》とは、門林 ¹⁶⁾ によれば「否応なしに他者からの働きかけを受けつつ、他者に働きかける」という意味を持つという (246 p)。そういった能動的な関わりを通じて、存在可能性を掴み取ったのではないだろうか。ハイデガーの言葉を用いれば、人間は、「可能存在なのである」¹⁵⁶⁾ (34 p) から、受動的な状況にあっても自分から他者に働きかけて、「そうした世界からおのれの諸可能性をとってくる」のである¹⁵⁶⁾ (157 p)。

療養者たちは、心身状況が低下し、苦痛によって自宅に居ながら移動することもままならず家族や友人の手を借りなければ生きられない中でも、能動的に己の存在可能性を掴み取ろうとしていたと考える。療養者は重要他者に自己開示し、どんなことでも存在可能性に繋げ、時には、重要他者に存在可能性を与える側にもなっていた。また、苦痛をもたらす身体に対し、自分と対峙し、苦痛に能動的に向き合うことをしていた。以下、療養者の受動的能動性について、1) 人生のマイナスの経験や気がかりさえも存在可能性につなげて自分や重要他者のために投企すること、2) 新しい関係を創出しあい、療養者と重要他者の双方が存在可能性をめがけて自由になるようにすること、3) 新しい自分となり苦痛と能動的に向き合うこと、について論ずる。

- 1) 人生のマイナスの経験や気がかりさえも存在可能性に繋げ、自分や重要他者のために投企すること

療養者たちの定めた存在可能性とは、それぞれの療養者の歩んできた人生に伴って固有なものであり、その己固有さを活かして、療養者たちは己の存在可能性に繋げていた。その存在可能性は、自分だからこそできる己固有の存在可能性である。オルソン (Olsson) ⁴⁸⁾ も、在宅がん終末期療養者は自分ならではできないことに意味を見出すとしている。本研究の結果からは、己固有とは、存在可能性につながる 1) 重要他者と場 (空間) を持つ、2) 人生の中で固有の深く関わった人を持つ、3) 固有の経験を持つ、4) 固有の気がかりを持つという意味においての存在可能性に繋がる己固有さであった。特にここで論じたいのは、療養者が『固有の経験を持つ』ことや『固有の気がかりを持つ』こと、人生上の己固有のマイナスの体験や、一般的には心配の種となる固有の気がかりさえも、己の存在可能性に繋げ、能動的に自分や他者のために生きようとしたことである。『固有の経験を持つ』は、A さんの例をとれば、A さんは若くして死に逝く自分は社会的に何もしえておらず、医療者不信も経験し常に痛み支配され、母に苦労を掛けるばかりで、人生の締めくくりとしては絶望的にもなりかねない状況であった。しかし、A さんは友人や近隣の人々に気遣われたことを契機に、他者に自分を閉ざしていたことに気づき、「他者に役立ちたい」と生活世界の中にある重要他者へと意識を向かわせ、マイナスの体験であるからこそ、母や看護学生にできることを自らの＜他者に役立つ＞存在可能性に繋がれたのである。母に苦労を掛けて A さんだからこそ母をねぎらえるのであり、医療不信を経験した A さんであるからこそ看護学生に真実を伝えられるのである。いわば、逆転の発想で、社会的には何もしえていない自分であるからこそ、人生のマイナスの経験を活かして、社会的自己であろうと自ら自己開示し、能動的に自分や重要他者のために生きることを選択したのである。A さんは、その重要他者である母や看護学生につながり、やれることを精一杯にやれているから満足でき、絶望的でない世界に生きることができた。

『固有の気がかりを持つ』とは、存在可能性につながるような固有の気がかりの存在である。G さんの場合は、家族を守ることに責任を感じていないように見えていた息子がずっと気がかりであった。そのような気がかりの息子の存在を息子に＜手本を示す＞存在可能性に繋げていた。G さんにとっては、『固有の気がかりを持つ』からこそ、「自分が今最期にできることは、家族を守ることを息子に伝えることだと思う」と、息子に＜手本を示す＞存在可能性につなげ、息子や家族のために生きることを選択したのである。

《人間の存在》とは、「他者に規定されながらも自らの解釈に基づいて可能性のあるものとして自己を規定する存在」である。A さんや G さん

が、重要他者に関わりあうことによって、固有のマイナスの経験や気がかりさえも＜生きることができる＞という己の存在可能性に繋げたのは、絶望的な状況にあっても、可能性のあるものとして自己を規定し、与えられた状況の中で、自己の存在可能性を投げ企てたのだと考える。

そして、療養者たちが過酷な終末期状況の中で、もがきつつも定めた存在可能性は、自分を他者のために生かす方向や、自分を他者のために生かしつつ他者にも生きる自覚を促す方向、自己の人生に深く関わった人々への気遣いを返すという他者と共に生きるという方向性のあるものであった。なぜ療養者たちは、「他者と共に生きる」方向で己の存在可能性を定めたのかを、ハイデガーのいう《本来的自己》と《共存在》の概念で説明を試みる。ハイデガーは、人間には己固有な自己、「本来的自己」³⁰⁾ (311p) があると、述べている。ハイデガー自身は本来的自己とはどういうことか詳細には触れていないが、ハイデガーの思想全体から考察できることは、《本来的自己》とは、『世間一般の価値基準や居心地の良さに在るのでなく、おのれ固有の体験から、おのれの存在可能性を開き、おのれ固有の在り方を定めて他者とともに在ること』であると考えられる。《共存在》は、人間は生まれながらにしてすでに他者が存在しており、人間には生まれながらに他者と関わる能力があり、本質上、人間は他者たちのために存在している³⁰⁾ (317p) ということである。人間は日常的には自分を「世界」と他者のほうから了解し、人間の気遣い（関心）に基づいて世界の内にある他者が解釈されるのである¹⁵⁶⁾ (218p) が、自分の死を深く自覚した人は、本来的自己になりうるとハイデガーは述べる。「人間は、死をも自分の一部として取り入れて生きること（全体性）によって、本来的に生きられる。また、真に他者と共存たりうる」のである¹⁵⁶⁾ (404p)。すなわち、死を深く自覚しているからこそ、本来的な実存に立ち戻り、自分だからこそできることをして他者と自分のために生きようとするのである。

本研究において、療養者たちがマイナスの人生の経験や気がかりまでも存在可能性に繋げ「他者と共に生きる」ことを選択したのは、より深く死を自覚したことによって、世間一般の価値観や基準でなく自分固有の価値観から、自分がどのような存在可能性を定めることが、自分も生き、他者を活かすために必要であるのかを能動的に了解していったのだと考える。

2) 新しい関係を創出しあい、療養者と重要他者の双方が存在可能性をめがけて自由になるようにすること

療養者たちは、重要他者である家族に対して気がかりを持ち、その気がかりに囚われて、＜生きることができる＞という存在可能性に意識を

向けられないことも体験していた。その固有の気がかりは、一方で療養者にとって存在可能性への意識を妨げるものでもあるが、療養者が能動的に気がかりを与える重要他者と《本来の相互関係》を創ることで、気がかりがあるからこそ、新しい関係が生まれる契機となっていた。《本来の相互関係》とは、ハイデガーによれば、「人間が本来の自己へと決意するところに、本来の次元での自他関係—本来の相互共存性が生起する」という。本来の相互共存性とは、「率先的・解放的顧慮」の関係—その他者が実存的に存在しうるという在り方の点でその他者に手本を示すような、その他者に『気遣い』を気遣いとしてまず本来的に返してやるためのものであり、おのれの気遣いに向って自由になるように、互いを本来の自己へと変容するように促しうる双方向の関係である¹⁵⁶⁾ (406 p)。本来の自己とは、「おのれ固有の自己」なのであり、自己の死を深く自覚しつつ、自らの存在を問題にし、自分の責任において自分自身の在り方を定め行動している人である。Aさんの場合もGさんの場合も、母と息子それぞれに気がかりがあったが、自分から母や息子への顧慮（気遣い）を伝えることによって互いに《本来の相互関係》を創出できたと考えられる。Aさんが自分を開き、母に向き合い、自分が死んでも母はしっかりと自分を気遣って生きてほしいという思いを伝えたことにより、母も自分を開いて、「私は大丈夫だから心配しなくてよい」とAさんの死後の母自身の生きる覚悟をAさんに伝えている。Gさんの場合も、同様である。自分から息子へ「もし自分が死んだら、母さんを頼んだよ。父親のように母さんを支えてやってくれ」と家長として家族を守ってほしいという願いを伝えたところ、息子が「わかった」と応じてくれた。このことは、AさんとGさんの顧慮が、両氏の死後も自らの存在を引き受けて生きていく母と息子のそれぞれの決意を促していたことを示す。同時に母はAさんに「心配しないでよい」、息子はGさんに「わかった」という両氏への顧慮（気遣い）も伝えている。そのことによって、AさんもGさんも安心して自分が本来どう在るべきなのかということに意識を持つていくことができていた。気がかりを持つがゆえに、その気がかりを療養者が思い切って能動的に重要他者に自己開示して示すことによって、互いが自分の＜生きることができる＞存在可能性をめがけて自由になる《新しい関係が創出》されるのである。

死に逝くことを前提として療養者と家族が本来の相互関係を創出することは、死にゆく療養者にとっても家族にとっても重要である。なぜなら、終末期の療養者は、AさんやCさんのように家族の重荷になっている自分に引け目を感じる人もおり、重要他者であるAさんの母のように死の話をするのが大切な人を早く失うのではという不安に襲われ、両者が互いの気がかりを話せず、死にゆく現実を分かち合う「共存性」になりえないことも多い¹⁸⁾。オルソン (Olsson)⁴⁸⁾ によれば、療養者が死

の話をしたいのには相手が語りたがらないと療養者は病気と死の体験を一人で抱え込まなければならず生きる希望を弱めるとしている。療養者と家族が死にゆく現実を受け入れ、互いの顧慮を伝え合えないという気がかりに囚われず、気がかりを伝え合うことによって、互いに自分の存在を気遣いつつ自立して生きられるようにすることが必要である。

3) 新しい自分となり苦痛に能動的に向き合うこと

共通の構造の構成要素である、3) 重要他者となった医療者との関わりを通じて、苦痛と向き合い、己固有の存在可能性をめがける、ということから、療養者たちは、重要他者となった医療者との関わりを通じて、苦痛に向き合っていたことが明らかになった。しかし、療養者たちは当初、Aさんは突発痛、Cさんは不安感、Eさんは息苦しさ、Gさんは倦怠感といったコントロールしえない苦痛に苛まれており、存在可能性をめがけようとしても、苦痛によって自分の意識が吞まれて、存在可能性をめがけなくなってしまう体験をしていた。これらの苦痛はいかに薬物を服用していてもコントロールしえない状況であった。苦痛は他者ではないが、療養者にとっては、Aさんが突発痛を「虎のように暴れる」というように、苦痛を語りかけてくる身体は自分のものでありながら自分の思うようにならず、自分とは別の他者のように感じられていたのではないだろうか。苦痛が変えられないのであれば、療養者自身が苦痛との向き合い方を変えるしかなく、医療者との関わりを契機に、療養者たちは苦痛との向き合い方を見直していた。「痛みと共存する」、「(息苦しさに)敵対するのではなく体をなだめる」、「痛みが来てもそういうものだ并接受止めるつもり」と、苦痛は在るものとして受け入れ、苦痛と能動的に向き合っている。療養者が苦痛との向き合い方を見直すことは、療養者にはどのような意味があるのだろうか。苦痛に対し、《新しい自分になること》を意味するように考える。それは、以下のような《脱中心化》の概念をもって説明できる。

療養者には、苦痛に囚われていても、その苦痛に囚われている自分を見ているもう一人の自分があり、その自分が痛みには囚われない自分へと意識を向け、新しい自分になっていった。市村¹⁷⁰⁾によれば、人間は自己中心化し、脱中心化し、再び自己中心化し、自己を常に暫定的に形成していくという。脱中心化とは、他者との関わりによって自己自身と関わり自己を形成していくことであり、自己中心化とは、ある一定の段階で自らの内面を組織化し統合することである。この概念を適応すれば、療養者は当初、苦痛によって苦痛に囚われるように自分の内面を組織化し統合していた(自己中心化)、しかし、医療者との関わりによって痛みには囚われていた自分に気づく(脱中心化)、そして、痛みには囚われない自

分であろうと苦痛への向き合い方を変えようと自分の内面を組織化し統合した（自己中心化）。そのことによって、苦痛に囚われない新しい自分が生まれ、苦痛から意識を離して、己の存在可能性へと意識を向けることができていったと考えられる。このことは、またハイデガーのいう、自分を超越する「脱自」¹⁵⁶⁾（65-66 p）ということでもある。耐え難い苦痛は薬物によって緩和することはできるが取り去ることはできない。それならば、いかなる手を用いても取り去ることのできない苦痛には、療養者は苦痛を在るものとして受け入れ、現実に見合った新しい意識のレベルに自分を進めざるをえなかったのだとも考えられる。

3. 重要他者の存在の意味

存在可能性を模索する療養者たちにとって重要他者の存在は、様々な状況でどのような意味を持っていたのか理解を深めたい。重要他者の存在の意味として、大きく、療養者の存在可能性への意識を促す存在と存在可能性への意識を妨げる存在が見出された。存在可能性への意識を促す存在には、1) 家族・友人の存在：(1) 存在可能性への意識の開示を促す存在、(2) 存在可能性へめがけることを支える存在、2) 医療者の存在：(1) 存在可能性のあることへの気づきを促す存在、(2) 苦痛との向き合い方の変容を促す存在、(3) 存在可能性にめがけることを支える存在、である。

存在可能性への意識を妨げる存在には、1) 家族の存在：見捨てられる不安を想起させる、2) 世間一般の人々の存在：一方的な気遣いを示す、である。

それぞれについて、どのような存在であるか、療養者たちにとっての意味を論じていく。

1) 存在可能性への意識を促す重要他者

(1) 家族・友人の存在

① 存在可能性への意識の開示を促す存在：内閉的自己から開放的自己への変容の促し

存在可能性への意識の開示を促す存在とは、療養者が存在可能性を見失っている状況の時、療養者に生きてほしいと気遣うことで療養者が自分の生きる意欲を回復するように関わる家族や友人の存在である。療養者にとって存在可能性へと意識を開示することが、己の存在可能性のあることに気づき、模索し、定め、めがけるための第一歩であった。重要

他者が存在するからこそ、療養者は生きることへ意識を向け、存在可能性のあることに気づけていった。生きことを諦めていた A さんは、少しでも食べさせたいという母の《気遣いを受け入れる》ことによって食べることが回復し、「生きられるかもしれない」と思えるようになった。C さんも母の許しによって「気持ちが少し前向きになれ」、母との確執という《囚われを自ら開放して》「残された時間をどのように生きていったら良いのだろう」と思えるようになった。また C さんは同病体験者の友人に家族から見捨てられる不安について語った際に、ありのままに受け入れられたことで「理解されている」と見え、「解かってくれる人がいるから、ものすごく（生きる）力が湧いてきた」と思えるようになった。E さんも予後告知後に生きる意欲を失っていたが、妻の《気遣いを受け入れる》ことで生きる「意欲が戻った」。家族や友人に気遣われているということを感じ取れることによって療養者は生きることへ意識を開けたのである。

しかし、療養者の＜生きることができる＞という意識の向け方にも二通りあり、自分で＜生きることができる＞と存在可能性に自ら開示し気づける人と自分ではなかなか気づけない人がいた。それによって存在可能性へと意識を開くまでの期間は個人差があり、G さんのようにわずか 10 分という短時間で存在可能性へと意識を切り替えられる人もいれば、A さんや C さんのように一ヶ月から一ヶ月半掛けて意識を開く人もいた。これは、G さんの場合には、会社の重責にあったために否が応でもどう生きるかを見出さなければならぬ状況であったのに比べ、A さんの場合には、社会的な役割が無いだけでなく、医療不信等で自ら社会へも自己を閉じている状態であったためである。C さんの場合には不安感に襲われることに意識を囚われていたために、重要他者の関わりがあっても、なかなか意識を存在可能性へと開けない状況であった。療養者が社会の人々への不信や苦痛によって自分を閉ざしてしまう内閉的状況が＜生きることができる＞という存在可能性へ意識を開くことを妨げていたといえる。

療養者が＜生きることができる＞と存在可能性へと意識を開くためには、他者の《気遣いを受け入れ》、他者への《囚われを解放し》というように、自分を殻に閉じ込める「内閉的自己」から他者に向けて自分を開く「開放的自己」へと変容していくことが必要であった。家族や友人といった重要他者は、そのプロセスを促す存在であったともいえる。自分から他者に向かって自分を開示し、重要他者の気遣いを受け入れることで＜生きることができる＞という存在可能性へと意識を向けられたのである。

療養者にとって、重要他者からの《気遣いの受け入れ》というはどのような意味があるのか。療養者はなぜ、重要他者からの気遣いを得るこ

とで、＜生きることができる＞という存在可能性への意識を開いていけるのだろうか。重要他者たちの療養者たちを思いやる気持ちを療養者自身が受け取ることによって、療養者はその重要他者の気遣いを自分の生きるエネルギーに変えているのではないだろうか。精神科医の木村¹⁴⁰⁾によれば、「人と人との間には一種の中間領域の間（ま）があり、自分の気遣いと他者の気遣いは、自己と他者の中間領域でぶつかりあう。自己は中間領域にある他者の気遣いを自分なりに解釈して自分の気遣いとして自分に入れ込む。そのことによって、今現在の自分を超越し、未来に向けての可能性にめがけていける」とする。まさに、療養者の内面ではこのような重要他者の気遣いの受け止めと気遣いの自己への投入があり、療養者が自分を気遣い、自分の意識を＜生きることができる＞へと開く、そして、存在可能性をめがけることを可能にしたのだと考えられる。Aさんは母の気遣いを「うれしい」、Cさんは同病体験者の友人の気遣いを「わかってくれる」、Eさんは妻の気遣いを「ありがたい」、Gさんは妻の気遣いを「本当に感謝している」と受け止め解釈し、家族の気遣いを自分の中に投入し、生きるエネルギーに変換したものとする。

がん終末期療養者は死へ至る未知なる道を歩まなくてはならない。療養者が死へ至る未知なる道を一人で向き合うのはあまりにも不安で孤独であるから、療養者がその不安に向き合うために、死に逝く過程を共に歩む重要他者が必要であったと言えるだろう。療養者は重要他者がいてくれるので、重要他者からの気遣いを生きるエネルギーへと変換し自分を気遣う。気遣う重要他者が共にいてくれる世界の中で自分が生きることによって目を向けているので、療養者は独りで死んでいくのだが、「孤独ではない」（Eさん、Gさん）のである。

② 存在可能性をめがけることを支える存在：不安への寄り添い

存在可能性をめがけることを支える存在とは、療養者が己の存在可能性を定めようとしている時や定めた時、存在可能性をめがけることを了解し、支援する存在である。この存在は、存在可能性をめがけることだけを支援するのではなく、終末期には体調の波が激しく気力が湧かず愚痴を言うというような療養者の存在可能性をめがけないことを理解し受け入れる存在でもある。EさんやGさんの妻のように死への恐怖心や気がかりを受け止め、分かち合ってくれる存在である。EさんやGさんが定めた仕事仲間に＜感謝する＞や息子の＜手本になる＞存在可能性への思いを理解し、療養者のありのままの感情や意思決定を受け入れるという気遣いを示し、その実現に向けて生活を整え、協力を惜しまない存在である。その存在によって、療養者は安心でき「孤独ではない」自分となり、「明日また生きられるかもしれない」と存在可能性へ意識を開いて

いくことができていた。

療養者と家族が死に逝く恐怖心や不安を分かち合うことの意味は、死に逝く不安に向き合うことを支えることである。本研究における療養者たちは、予後告知によっても、身体知覚を通じても自分を深く自覚していた。その自覚のある一方で、耐え難い苦痛に襲われる体験を通じて、「こんな苦しい思いをしないと死ねないのか（Eさん）」「最後はがんの痛みで七転八倒してくるしむのだろうか（Gさん）」「死ぬのが怖い（Aさん）」といった、死に際の苦痛に対する恐怖心が語られていた。そして、「一人で死んでいかなければならない孤独感」（Eさん）を抱えているのである。生きている家族や友人の誰も経験していない道を一人で歩まねばならない不安でもある。療養者が今までに経験していない死に逝く過程を歩むことは、不安を抱えたまま未知の道を歩むことである。この不安は、ハイデガーの《不安》の概念を用いれば、次のようにも解釈できる。《不安》とは、人間が慣れ親しんでいる世界から引き離される不気味さであり、日常生活では「日常的な親密性は崩れ落ちる」¹⁵⁶⁾ (141 p) 状態である。不安にさらされたとき、人間は世界を仕事をこなすことができなくなった道具のようなものとして経験するのである。いかなる「目的であったもの」も重要でなくなるので、有意義性は消失する。療養者にとっては、治療終了を告げられ新たに緩和ケアを始めることは、治療がないのならどのように在ろうかと気持ちの切り替えをし、新たな世界に存在できるように、一度消失してしまった「自分の世界の有意義性」を取り戻し、自分の生きる意味を新たに見つけなければならない。ハイデガーは、人間は、己の死にゆく可能性を自覚し、不安に向き合うことによって、本来的自己へと生きる可能性が広がるという《先駆的決意性》をしめしている¹⁵⁶⁾ (140 p)。しかし、その際には、未知なる道を歩む不気味さ-不安-に向かい合わなくてはならない。その不安に療養者一人が向き合うのはあまりにも孤独である。その不安に向き合うために、重要他者となる家族や友人が必要であったと言えるだろう。療養者は家族や友人がいて死に逝く不安や気がかりを分かち合うことによって、独りで死んでいくのだが、「孤独ではない」（Eさん、Gさん）のである。つまり、実存的孤独を感じなくて済むのである。サンド（Sand）⁵⁵⁾ は、在宅がん終末期療養者が実存的孤独を感じるのは、身体的苦痛を感じているときに傍らに重要他者がいない時としていた。しかし、療養者にとって、実存的孤独を感じるのは身体的苦痛への不安のみならず、死に逝く不安への寄り添いをしてもらいないという意味でもあり、死に逝く不安に寄り添う重要他者がいることは実存的孤独を和らげ得るのである。

一方、介護者である家族からすれば、死に逝く過程を共に歩もうという療養者への気遣いは、大変な介護の中にも介護者自身が幸福感を得られ、看取り後も自分たちが生きることを支えられたという満足感、今後

の生きる力をもたらすのではないだろうか。クルセ (Kruse) ¹⁷³⁾ は、自宅でがん終末期療養者を介護していた女性介護者の体験について、当初は苦痛に喘ぎ徐々に悪化する療養者を看ることの苦痛に耐えがたいが、共にいることを守ろうとし、看取り後には療養者を十分に気遣い介護できたことで新しい人生に望めているとした。石本 ¹⁰²⁾ も、終末期がん患者を自宅で介護する家族にもたらされる Enrichment (家族介護者が患者とともに、互いにとって象徴的な意味づけのある出来事を日常的に行うことで肯定的な感情や認知をもたらすプロセス) について探求している。石本によれば、家族介護者には介護の日常生活の中に肯定的な感情や認知が生まれており、「二人の日常に幸福感が戻る」「感動や喜びを分かち合う」「残された二人の時間を創りかえる」などの豊かさがもたらされていたという。また、バックナー (Bachner.YG) ¹⁷³⁾ は、Molitality communication (死に逝くことを話し合うこと) について、自宅での看取った家族介護者のほうが病院ホスピスで看取った家族介護者よりも死の会話をすることができ、また死の会話をした家族介護者の方がうつ症状の得点が低かったとしている。死の会話ができることが看取り後の家族介護者の心理的負担を軽減する可能性を示唆している。このように死に逝く過程を共に歩もうという家族から療養者への気遣いは、介護中の家族に、苦痛だけでなく豊かさを、看取り後も満足感をもたらさうのだからと考える。

(2) 医療者の存在

① 存在可能性のあることの気づきを促す存在：存在可能性にむけて開かれていることの意識化の促し

存在可能性のあることの気づきを促す存在とは、療養者が存在可能性のあることに気づけていない時、がん終末期という心身の過酷な状況にあっても、存在可能性のあることへの気づきを促す訪問看護師の存在である。

生きることを諦めていた Aさんは、意向を尊重する訪問看護師の気遣いによって《自分で選択することを回復し》「(生きる)力が湧いてきた」。自分は弱っていて何もできないと内閉的であった Cさんが訪問看護師との対話によって《語りを通じて自分の意識を浮かび上がらせ》、「気力も体力もないし、お金もないけれど人に感謝することぐらいならできるかもしれない」と思えるようになった。体力も気力も経済力もわずかなという状況にあっても＜生きることができる＞という存在可能性のあることに気づけたのである。

この時、訪問看護師の促しによって《自分で選択することを回復する》

ことは、死に逝く事実は変えられないが、どのように在りうるかを選択する自由に向けては開かれていることを療養者に知らしめたのではないだろうか。ハイデガーによれば、「不安のうちには、際立って開示する可能性がひそんでいる。というのは、不安は単独化（自分の死は自分以外のものは引き受けられないこと）するからである」¹⁵⁶⁾（145 p）。「不安は、最も固有な存在しうることへとかかわる存在を、言いかえれば、おのれ自身を選択し把握する自由にむかって自由であることを、現存在においてあらわにする。不安は現存在が何かに向かって自由であることに、つまり、現存在がつねにすでにそれである可能性としての現存在の存在の本来性に、現存在を直面させる」¹⁵⁶⁾（140 p）。人間が、死に逝くという不安を受け入れるように決意する立場をとれば、自分の死に逝く事実を引き受け、自分固有の存在可能性をめがけるのである¹⁶⁶⁾（210 p）。「このまま人生が終るのは寂しい」と語りかけた C さんに対し、訪問看護師が「在宅ケアというのは、自分の好きなように自分の人生の幕引きをしてよいのだから、今できること、やりたいことがあれば自由に選んでいいですよ」といった語り返しは、まさに、療養者に向かって「どのように在りうるかを選択する自由に向けては開かれていること」への気づきを促した在り方だったといえるのではないだろうか。自分で決めることを回復できる医療者の関わりによって、存在可能性に向けて開かれていること、どのような過酷な状況にあっても存在可能性のあることに気づくことを促しうるので、療養者自らが生活の小さな事までも選択していくことの回復は重要であると考ええる。

そして、医療者は、療養者が存在可能性をめがける際に、存在可能性のあることへの気づきを促すという意味で重要他者になりうるのである。

② 苦痛との向き合い方の変容を促す存在：新しい自分になることを支援

苦痛との向き合い方の変容を促す存在とは、療養者がコントロールし得ない苦痛に囚われ存在可能性をめがけない状況の時、コントロールしえない苦痛への向き合い方の見直しを促した訪問看護師や医師の存在である。

先に、療養者の受動的能動性の一つとして、新しい自分となり苦痛に能動的に向き合うことを論じた。ここで重要なことは、医療者が療養者にとって重要他者になりうること、医療者の在り方が療養者の苦痛への向き合い方を規定しうるという点である。療養者たちは、医療者の「苦痛に共感する」（A さん）、「意向を尊重する」（A さん）、「安定感のある」（C さん）、「正直である」（G さん）、「サポートし続ける」（G さん）関わりによって、信頼を寄せ、重要他者となって立ち現われた。医療者の在り方（共感・尊重・安定・正直・サポートし続ける）は、一人で死んで

いく孤独な療養者たちだが、苦痛に関して見放されず、共に在るという安心感を得られることで、医療者は療養者にとって信頼できる人となり、医療者が重要他者になりうるのである。

医療者が共に在るという安心感が基盤になって、療養者が苦痛に立ち向かい新しい自分になることを支えていたのである。特に、AさんやCさんのような日中に独居であったり、存在可能性を閉じている人にとっては、孤独感や不安感に苛まれ苦痛との向き合い方に関して《新しい自分になる》ことは困難である。そのような状況であるからこそ、苦痛に吞まれるのではなく、苦痛に正面から向かい合うように支援することが医療者の役割ではないだろうか。

さらに、死に逝く過程を共に歩もうとする気遣いにも二通りあり、家族・友人・近隣の人々の気遣いと、医療者の気遣いには、差異があると考えられる。家族・友人・近隣の人々の気遣いは、純粹に死に逝く療養者の苦痛を緩和してあげたいという顧慮である。しかし、医療者の気遣いは、顧慮だけでなく、専門的知識を足がかりとしながら、苦痛を乗り越えていけるように共に寄り添うという意味での気遣いを示していたと考えられる。医療者不信の強かったAさんを例にとれば、突発痛に対し我慢してレスキュードウズを使おうとしないAさんに対して、信頼していた訪問看護師が痛みのコントロールをすることを勧め、緩和ケア科の医師が誠実な態度で『やりたいことをするために痛みを緩和する』とわかりやすく疼痛緩和の意義を説明したことが契機となって、Aさんはレスキュードウズの使用を受け入れ、苦痛にも向き合っていた。おそらく看護師も医師も医療不信という体験を背負ったAさんの苦しみを理解していた上での顧慮を示したのだと考えられる。医療者の気遣いは、療養者の病の体験を理解した上で、療養者に人として信頼されるような、かつ、療養者にとって緩和医療的に何が必要であるのかを見通した上で、療養者に受け入れられるように専門的知識を提案するという顧慮であった。サンド(Sand)⁵⁵⁾によれば、医療者は情報提供し緊急時に応ずる人として在宅がん終末期療養者に認識されていたという。ただし医療者が緩和ケアのための情報を伝える際にも、療養者がどのような個別の病の体験しているのかを理解することが必要であろう。特に、Aさんのように、必要でありながら緩和医療を受け入れようとしなかった場合には、緩和医療を受け入れられなくなった医療不信という病の体験を理解した上で、療養者に気遣いを示すことが重要であろう。

そして、ここでも医療者は、苦痛との向き合い方の変容を促す存在として、重要他者になりうるのである。

③存在可能性をめがけることを支える存在：後押し

存在可能性をめがけることを支える存在とは、A さんが＜他者に役立つ＞存在可能性を、C さんが友人に＜感謝する＞存在可能性を定めた際に、その思いを理解し、その存在可能性が叶えられるように後押ししてくれる訪問看護師の存在である。A さんは当初、看護師らから入浴介助の支援を受けることに申し訳なさを感じていたが、看護師から A さんが看護師の支援を受け入れることが逆に看護師のために役立つことだと理解した A さんはその申し入れを受け入れている。また、C さんの場合も、友人を招いた食事会を自宅で開きたいと考えたが、かえって友人に迷惑がかかるのではないかと躊躇した。しかし、看護師の後押しによって、＜感謝する＞ことを存在可能性として定めるのである。A さんや C さんのように、他者の支援を受け入れて存在可能性をめがけることに戸惑う場合には、医療者は療養者それぞれが納得できるような後押しをすることができるのである。

先述したように、サンド (Sand)⁵⁵⁾ の研究では、医療者は療養者に緩和ケアの情報を提供し緊急時に対応してくれる人として認識されていた。しかし、本研究では、それ以上に医療者は存在可能性の模索に寄り添ってくれる人として意味づけられていたと考える。

2) 存在可能性への意識を妨げる重要他者

(1) 家族の存在：見捨てられる不安を想起させる存在

療養者たちは、存在可能性を模索している時、家族が存在可能性をめがけることを支える存在である一方で、家族に見捨てられる不安を感じてもいた。A さんや C さんの場合は、家族に大切にされる幸福感を感じる一方で、自分のために重要他者である家族の介護負担が増し、もしかしたら見捨てられてしまうのではないかという不安を感じ、そのことが存在可能性をめがけることを妨げていた。家族にはそのような気持ちはなくとも、療養者自身が一方的に感じてしまう見捨てられる不安である。この見捨てられる不安は、がん病棟に入院しているがん終末期患者にも同様に見受けられていた¹⁴²⁾。しかし、自宅で暮らす療養者はがん病棟やホスピスで療養する患者と比べ、自宅で家族介護者と共に暮らしているがゆえに、見捨てられる不安を強く感じると考える。一緒に暮らしていれば、身体機能の低下していく療養者は食事・入浴・排泄・移動等の生活行為や点滴・酸素療養・経管栄養などの医療行為を家族介護者に委ねなければならない。そういった介護負担を家族介護者に掛けさせることや家族介護者の生活時間を割かせていることへ、療養者は「申し訳ない (A さん・G さん)」と申し訳なさを感じるものであり、「お互いに疲れきつ

てしまわないうちに逝きたい（Cさん）」と思えてしまうのである。家族介護者が意図しなくても、療養者には見捨てられる不安を想起させる存在となりうるのである。

（２）世間一般の人々の存在：一方的な気遣いを示す世間一般の人々

友人や近隣の人々は、Aさんが街中で動けなくなった時に自宅まで送り届けてくれたり、不安発作を起こしているCさんの背中を大丈夫といいながら摩ってくれたりしながら、気遣いを示し、療養者にはその気遣いが「ありがたい」と解釈でき、存在可能性をめがけることを促す存在でもあった。

しかし、世間一般の人々の気遣いがかえって療養者たちの気持ちを傷つけ、存在可能性をめがけることを妨げることもあった。それは、Cさんの場合のように、『家族に見捨てられる不安を持つ必要はない』という友人の励ましや『仕事を頑張っていたあなたが病気であることが悲しい』といった親戚の同情である。世間一般の人々に悪気はないことを理解できても、Cさんはそのような世間の人々には自分は理解されないと解釈して自己開示しなくなり、自分の不安や思いを語らなくなった。先述したように他者と語ることは、他者を介して自分の了解内容を自分が解かっていく過程でもある。しかし、療養者は自分の苦しみや不安を受け入れてはもらえないと感じた他者には自ら自己開示することをしなくなってしまう。語ることをやめることは自分の了解内容を自分で確認する作業を諦めてしまうことにも繋がる。

療養者がありがたいと解釈し存在可能性をめがけることを促す他者の気遣いは、療養者自身が困った状況のときに《してほしいことをしてもらえる》と思えるもの、見捨てられる不安などのマイナス感情も《理解されている》と感じられるものである。一方、療養者が傷つくと解釈し存在可能性をめがけることを妨げる他者の気遣いは、気遣う人からの視点での励ましや同情であり、療養者自身が困った状況のときに《してほしくないことをしてくる》と思えるもの、見捨てられる不安などのマイナス感情も《理解されていない》と感じられるものである。

ハイデガーの《平均的日常における人間の共同規範》の概念³⁰⁾ (329 p)¹⁵⁶⁾ (297 p) で、世間の人々の一方的な気遣いを解釈すれば以下のようになるだろう。療養者たちは、世人である他者とともに社会の内に存在するという社会的存在である。ハイデガーによれば、平均的日常における世人は自分の死を意識することを避ける死の隠蔽を共同規範としている。一方、自分の死を深く自覚しているがん終末期の人々は、自分が死にゆく存在であることを前提としてどう生きていくかと模索している。世人とがん終末期療養者は自分の死の可能性の自覚という点で立

場（在り方）が異なるのである。そのため、がん終末期療養者が家族に見捨てられる不安を語ったとしても、世人である一般の世間の人々は何か気遣いを示したいと考え、その不安を打ち消したり、逆に励ましたり同情するのであろう。しかし、かえってそのことが死の自覚を深め死に逝くことを生きようとしている療養者には、世間の人々は死に逝く自分に顧慮を示さない存在として解釈されてしまうのである。

世間の人々は、必ずしも励ましや同情が療養者の残された時間を生きくことに意味を持たないような療養者の解釈に繋がることを理解すべきである。そして、死を隠蔽するのではなく、Eさんの絵画仲間の死に逝く事実をごまかしたりしない対応のように、死に逝くことを前提として関わりをもつことが療養者から求められるのだという理解が必要ではないだろうか。

4. 過去の自己存在が否定的なものから肯定的なものになりうる

共通の構造の構成要素である、4) 存在可能性をめがけて現在を生きられる時、過去の自己存在の意味を取り戻すということから、療養者たちは、自己の存在可能性を定め、その存在可能性をめがけて現在を生きられている時には、未来が開けており、過去の自己の存在の意味を取り戻していたことが明らかになった。過去の自己存在の意味の取り戻しとは、存在可能性を見出せていない時には自己の存在の意味が見出せていない療養者たちが、己固有の存在可能性が定められている時には、過去には否定的な意味の自己存在も肯定的な意味の自己存在（Aさん）になり、過去にも肯定的な意味の自己存在がより肯定的な意味の自己存在（Cさん、Eさん、Gさん）として、自己を捉え直したことである。重要他者との関わりがあったからこそ、療養者は存在可能性を見いだせ、過去の自己存在の意味を取り返していたのである。

ハイデガーによれば、本来的在り方によって、未来一先駆、現在一瞬視、過去一取り返しとなるという¹⁵⁶⁾ (86-90 p)。つまり、自分の死をより深く自覚している人は、現在の「今、ここ」を精一杯に生きているので、未来に向けて開かれており、過去を未だに意味をもった可能性の在るものとして内省するというのである。まさしく、本研究における療養者たちは、本来的在り方における時間の了解をしていたことになる。

ここで論じたいのは、過去には否定的な意味の自己存在も肯定的な意味の自己存在になりうることの重要性である。若くしてがん終末期状況になってしまったAさんの場合、結婚もせず子どもも残していないと社会的自己としては「人生で何もしえていない」と否定的に自己を捉えていたが、＜他者に役立つ＞存在可能性が見出せている現在では、「人生で何もしえていない」自分だったからこそ、母や看護学生のために役

立とうという現在の自己に繋がっているものであり、過去の自分を肯定的な意味の存在として捉え直しがされていた。生きることを一度は諦めていた A さんがひたすらにどう在りうるかと己の存在可能性を模索し日々を生きていたことで、生きる意味を見出せ、そのことによって過去の否定的な自己存在が現在の自己存在に繋がる意味あるものとして意味づけられたのである。これは、A さんが変えられない過去を引き受け自分が未来にめがけてどう生きるかと企投する体験である。結婚もせず子どもも残していないという過去の事実は変えることはできないが、過去の自己存在の意味を捉え直すことはできるのである。

そして、「今、ここ」を生きられている療養者たちにとっての時間は、重要他者との関わりの中で幸福感や安心感を実感できる時間であり、有限ではあるが、濃度の濃い主観的時間である。しかし、その時間は、療養者自身が自ら、過酷な状況にあっても自分の＜生きられない＞に打ち勝ち、＜生きることができる＞諸可能性の中から、自ら選択し、定め、時間の中で時熟させたものである。時熟とは、ハイデガーの用いた言葉で人間が時間を自己にとって意味のあるようにすることを意味する¹⁶⁷⁾ (65 p)。そして、その時熟に要する時間は人さまざまでもあるが、最期の気力と体力を振り絞って主体的に選択した存在可能性をめがけて現在を精一杯に生きているのである。

5. 自宅という生活空間から浮かび上がる己固有の存在可能性

療養者たちは、自宅という空間から己固有の存在可能性を意識に浮かび上がらせていたと考える。そのことは、がん終末期療養者ができるだけ最期まで自宅に在ることの意味を示している。自宅は、1) 生活行為の実行可能性を解釈できる場、2) 重要他者との気遣いや気がかりを交換し合える場という意味で己固有の存在可能性を見出し、めがける場なのである。

『生活行為の実行可能性を解釈できる場』とは、自宅は療養者にとって存在可能性を定める際に生活空間にある他者と場からみた実行可能性、そして自分の残された体力・気力・経済力の中で実行可能性を解釈し、鑑みられる場なのである。療養者は自宅という生活世界の空間で存在可能性に繋がる他者や物と一緒に存在している。がん終末期という状況に置かれたことで、療養者たちには改めて世界を眺めてみると「馴染んで見えていた他者や場」が存在可能性に繋がるものとして意識に立ち現われてきたのではないだろうか。存在可能性という関心があるから《遠ざかりの奪取》によって意識が重要他者や場に向かっていたのだと考えられる。《遠ざかりの奪取》とは、ハイデガーが人間の空間性を示した言葉であり、人間は関心に応じて空間的に存在する他者や物に対して遠きを

避け近づく—関心に基づいて、生活世界にある他者や物に意識が自然と向いていく—という意味である³⁰⁾ (275 p)。Cさんの例をとれば、次のような説明である。Cさんは緩和ケアを始めてからも思うように存在可能性を見出せないでいたが、訪問看護師との対話を通じて「人に感謝することぐらいならできるかもしれない」と思うようになった。その可能性を定める際には自分の存在可能性を見出そうという関心に基づいて生活世界を眺め直した。衰弱しきったCさんにとってみれば、今まで当たり前のようであった自宅という空間は唯一動ける空間として、改めて他者を眺めれば、その自宅で協力できそうな人として妹や親友、看護師が意識に立ち現れてきた。達成可能なく他者に感謝する>存在可能性という関心によって、生活空間にある他者や場を見直しているの、自宅で妹や親友、看護師らの協力を得ての友人を招いた食事会という行為が存在可能性を具現化するものとしてCさんの意識に立ち現れたのである。Eさんの場合も同様である。Eさんが馴染みのあった絵画教室を基盤にして展覧会に絵を出展し仕事仲間に<感謝する>存在可能性を選択した理由も、馴染んできた場であるからこそ、息苦しさや苛まれて動くこともままならない自分がかろうじて移動できる距離を予測できるのであり、絵画教室であれば協力してくれる絵画仲間や妻がいる。そういった重要他者や場が自分が残された時間を生きるために意味のあるものとして意識に立ち現れるがゆえに、「～として可能性の在るもの」と解釈された¹⁵⁶⁾ (49 p) 存在可能性が定められ、世界の有意義性を取り戻せたのである。

『重要他者との気遣いや気がかりを交換し合える場』とは、療養者と重要他者が一緒に自宅という共同世界という場に住んでいるから、重要他者への気がかりを主体的に返せるし、重要他者からの気遣いを感じられるという意味である。AさんとGさんの例をとれば、AさんもGさんも母や息子にそれぞれ気がかりがあった。Aさんには自分の死後に母が一人で生きていけるのだろうかという気がかりであり、Gさんには息子が自分の死後に家族を守っていけるのかという気がかりであった。一緒に暮らしているからこそ感じられる気がかりである。その気がかりの解消にも、自宅という空間、家族の歴史の反映された空間が存在していた。Aさんにとっては食卓の場、Gさんにとっては柿の実挽ぎの場である。Aさんは、自分の気がかりを伝えるにも思い切りが必要であり、改めて場を設定することは逆に母を警戒させてしまうと考えたのだろうか、日常のひとつこまである夕食の食卓の場を改めて自分の気がかりを伝える場としてさりげなく活用したのである。Gさんは、距離感を感じていた息子に気がかりを伝えるために、息子の幼い頃からの家族行事であった柿の実挽ぎを活用することで、息子と語り合う機会をさりげなく設定している。AさんもGさんも自宅という空間を活用して重要他者への気がかりを主体的に返したのである。自宅は、家族と共に療養者が紡いできた歴史と

生活習慣を介して療養者の重要他者への気がかりを主体的に返せる場なのである。

自宅は重要他者からの気遣いを肌で感じられる場でもある。重要他者からの気遣いは生活の中で気持ちを寄せられていることを感じることもある。Eさんの妻がEさんの治療がないのなら少しでも長生きしてほしいと、免疫力を高める柑橘類のジュースを作ったり、免疫力が上がるようにとEさんを笑わせたりしたのは、生活を共にしているからこそEさんに感じられる気遣いである。Gさんが自分に布団をかけるさりげない息子の気遣いを感じられたのも、生活を共にしているからであった。また、Gさんは、退院してきた日に妻と抱き合い泣きあって悲しみを共有することで苦しみを分かち合った。このような親密な気遣いは、自宅ならではのことはないだろうか。パルム (Palm I)⁵³⁾は、配偶者との親密さを保てるのは自宅ならではのことでと主張している。パルムによれば、自宅では、療養者と家族は一緒に死に逝く苦しみを分かち合うだけでなく、体を寄り添い共にいるという意味で親密さを共有するという。親密さの共有には、プライバシーが保て親密さを共有する一瞬を大切にできる空間のある自宅が最適であり、療養者と家族ができるだけ多くの時間を自宅で過ごせることが必要条件だとする。また、ハンマー (Hammer M)¹⁴⁴⁾は、終末期療養者にとって自宅に居られないことは重要他者から与えられる生きるエネルギーの再生の場を失うことを意味するとする。自宅は、重要他者との気遣いや気がかりを交換し合える場という意味で己固有の存在可能性をめがける場なのである。

II. 看護実践への応用

以上の結果と考察から得られた知見から、今後の在宅がん終末期療養者および家族・重要他者への看護実践への応用を以下のように提案する。

1) 療養者への支援 (1) 己固有の存在可能性の模索に寄り添う, (2) 存在可能性のあることの気づきを促す, (3) 重要他者と療養者の気がかりを伝え合う関係を育む, (4) 苦痛と能動的に向き合うことを支える, (5) 時間化を促す, 2) 家族・重要他者への支援: (1) 療養者の模索の過程に寄り添うことを支援する, (2) 死に逝くことを隠蔽しない在り方を示すように励ます, (3) 世間一般の人々の一方的な気遣いから療養者を守ることを伝える, である。そして, 3) 世間一般の人々への対応, 4) 病院の職員への対応について論ずる。

1. 療養者本人への支援

1) 療養者の己固有の存在可能性の模索に寄り添う

本研究の結果から、療養者にとって重要他者が療養者の存在可能性の模索に寄り添うことの意味は、療養者が存在可能性の了解が可能になり、自宅という生活世界のうちに有意義性を取戻し、苦痛や気がかりから解放されて生きることにより目を向けられるという事であった。

在宅がん終末期療養者たちは、最期の時を生きようとして自宅に戻ってくるが、最初から死までの残りの時間を前向きに生きられると明確に思っていた訳ではなかった。療養者たちは、生きたいと思いながらも時に苦痛に呑み込まれたり、家族への気がかりに囚われたりしながら、自宅で生活し、自分の生きられる可能性を模索していた。

現在、我が国では、在宅緩和ケアチームは、療養者の「その人らしい最期」を目指し、療養者の存在可能性を視野にケアを提供している¹⁷⁴⁾。しかし、必ずしもすべての医療福祉職、もしくは看護職が療養者は存在可能性を模索していることを理解しているとは言い難い⁸⁹⁾。

在宅緩和ケアにかかわる看護職が、療養者は生きられることを模索しているという前提のもとに立ち、その模索の過程に寄り添うことができれば、療養者は有意義性を取戻し苦痛や気がかりから解放されることによって存在可能性を見出しうると考える。個々の療養者の存在可能性はその人固有のものであり、己固有とは、存在可能性につながる1) 重要他者と場(空間)を持つ、2) 人生の中で固有の深く関わった人を持つ、3) 固有の経験を持つ、4) 固有の気がかりを持つという意味においての存在可能性に繋がる己固有さであった。看護職には、その療養者が人生の中でどのような重要な人と場を持ち、どのような経験をしてきており、どのような気がかりを持っているのかを理解しながら、他者の手を借りなければ生きることができないような受動的な状況に置かれて行く療養者の存在可能性の模索に、家族や友人とともに寄り添う姿勢を持つことが必要とされる。

その寄り添いの際には、看護職自身が存在可能性に向けて開かれていることが必要だと考える。看護職が「この療養者は～することはむづかしい」と対象を捉えるのではなく、「この療養者なら～することができるかもしれない」という対象理解が必要と考えるのである。なぜなら、看護職自身が療養者の存在可能性を閉じてしまわない姿勢を持ち続けることが療養者の存在可能性の見出しに繋がると考えるからである。

在宅がん終末期療養者への支援は、看護師だけでなく、医師、ケアマネージャー、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、心理士、ボランティアの人々と緩和支援チームを組み行っている。オブライアン(O'Brien)⁷⁵⁾は、緩和支援チームの課題として、メンバー同士の意思相通の乏しさが療養者の生きようとする力を奪いかねないと指摘する。したがって、チームアプローチの中でも、看護師は、チームメンバーと共に「療養者

の存在可能性」を模索する過程を共有していくことも重要である。

2) 療養者に存在可能性のあることの気づきを促す

療養者の存在可能性の模索の過程では、何よりも家族や友人が自宅という生活世界での生きる意味の取り戻しや苦痛や気がかりからの解放に関与していたが、時には、AさんやCさんの場合のように、医療者である訪問看護師が存在可能性の了解を促す重要他者になりうるのであった。看護職が療養者の存在可能性の了解を促すことで、療養者は存在可能性のあることに気づける。療養者はどのような過酷な状況であっても存在可能性のあることに気づけることによって、己固有の存在可能性にめがけることができる。

がん終末期には抑うつなどの内閉的状況に陥る療養者も23%程度おり、終末期は診断期や治療期よりも抑うつが起りやすいという研究報告もある¹⁷⁵⁾。療養者の内閉的になる要因は、真実を知らされないという医療者不信だけでなく、疼痛などの身体因子、独居・サポート不足などの社会的要因、うつ病の既往等の心理的要因である¹⁷⁵⁾。特に、AさんやCさんのように、日中独居である人や医療不信から自己を閉ざし他者に関わることをしなくなってしまうような療養者こそ、看護職の支援を必要とする。

内閉的になっている療養者に対し、その理由を査定して自己を開放していくような関わりの糸口を見出すことも必要であろうし、時には、療養者に直接に存在可能性は開かれていることを伝えることも必要であろう。先述したように、訪問看護師が「在宅ケアというのは、自分の好きなように自分の人生の幕引きをしてよいのだから、今できること、やりたいことがあれば自由に選んでいいのですよ」といった療養者への語り返しは、まさに、療養者に向かって「どのように在りうるかを選択する自由に向けては開かれていること」への気づきを促した在り方だったといえる。療養者の「どのように生きていったらいいのだろう」という語りかけに対し、生きようとしている療養者の苦悩を真摯に受け止め、看護職は答えを出せないけれども、生きられることに向けて選択する自由は開かれていることを示し、存在可能性を共に考えていこうとする支援が必要とあろう。

今後は単身で独居のがん終末期療養者の増加が予測されている。家族がいない療養者であり、家族以外の重要他者 - 友人・近隣の人々・ボランティア等が必要となる。これらの療養者は独居であるためにサポート不足などの社会的要因により内閉的になり存在可能性をめがけることが困難になる可能性もある。これらの療養者こそ、医療者も含めた重要他者が存在可能性のあることへの気づきを促す支援を行うべきだと考える。

3) 重要他者と療養者が気がかりを伝え合う関係を育む

終末期の在宅療養者と家族は互いに思い遣っているがゆえに互いの気がかりを伝え合えないことも多い¹⁸⁾。本研究の結果より、療養者と家族が気がかりを伝え合うことで新しい関係が生まれうるのであり、気がかりから解放された療養者と家族が存在可能性をめがけて互いに自由になりうるのであった。Aさんが母への気がかりを伝えられない時に、訪問看護師がAさんに気がかりを思い切って母に伝えるように勧めていたように、互いに気がかりを伝え合える関係の育みが必要と考える。具体的には、家族に遠慮して気がかりを伝えられない療養者には、看護職が療養者と家族の双方に、重要他者に気がかりを伝えることで、療養者は残された時間を気がかりなく生きられ、重要他者である家族も己の生きる道を生きられるのだという意味を伝えることである。

4) 苦痛と能動的に向き合うことを支える

在宅緩和医療の技術は進んだが、がん終末期療養者の身体的苦痛や不安感は完全に取り去ることはできておらず、緩和しきれない苦痛への対応が、在宅看護の現場でも課題である⁷⁴⁻⁸¹⁾⁹²⁾。本研究の結果から、看護職が療養者の身体的苦痛や不安感に真摯に対応できれば、療養者はその苦痛を消すことはできないが、苦痛との向き合い方を能動的に変え新しい自分になることが可能になる。そして、その対応の際には、医療者の在り方が療養者の苦痛への能動的な向き合い方を規定しうるのであるから、医療者自身が自己の在り方を内省することが必要である。医療者は最初から療養者にとって重要他者ではない。医療者が療養者に重要他者と認識されるのは、療養者が医療者を苦痛に関して見放さず共に在る人として認識することで重要他者になる。具体的には、「苦痛に共感する」「意向を尊重する」「安定感のある」「正直である」「サポートし続ける」医療者の関わりによって、療養者は信頼を寄せ、医療者が療養者の意識の内に重要他者となって立ち現われた。したがって、看護職も自己の在り方が療養者にとって重要他者になるような在り方をしているのか、自ら問う必要性があるであろう。

また、板橋¹¹⁷⁾や佐藤¹¹⁸⁾述べるように、看護職自身が、がん性疼痛であれば疼痛緩和の知識を、その他のがん終末期症状の緩和のための知識を常に身に着けることは言うまでもない。

5) 時間化を促す

療養者たちは、己固有の存在可能性を見出し、未来をめがけ現在と現在に続く過去に意味を見出して生きていた。「今、ここ」を生きられている療養者たちにとっての時間は、それぞれが時熟させたものである。その時熟に要する時間は人さまざまであった。Gさんのようにわずか10分という短時間で存在可能性へと意識を切り替えられる人もいれば、AさんやCさんのように一ヶ月から一ヶ月半掛けて意識を開く人もいた。AさんやCさんは社会の人々への不信や苦痛によって自分を閉ざしてしまう内閉的状态で存在可能性へ意識を開くことを妨げていたので、重要他者の関わりがあっても、なかなか意識を存在可能性へと開けない状態であった。「時間がもったいない」「時間が無い」といった療養者の発言は、現在を生きられていないことを意味する。生きられないと内閉的になって過ごす時間の多い人ほど、存在可能性をめがけた時熟に時間を要する。時熟は療養者の内面で主体的に獲得していくものであるが、医療者や看護師の関わりによっても時間化が促されるのではないかと考える。例えば、Aさんの場合のように、自分で決めることを回復できる医療者の関わりによって、療養者に存在可能性に向けて開かれていること、どのような過酷な状況にあっても存在可能性のあることに気づくことを促しうるのである。在宅緩和ケアにかかわる看護職は、生活の中のどのような小さなことでも選択することを回復できるような顧慮を示しながら、それぞれの療養者の時間化を促す必要があると考える。

2. 家族への支援

1) 療養者の存在可能性の模索の過程に寄り添う意味を伝える

在宅がん終末期療養者を支える家族は、介護の困難さや介護への無力感や焦燥感を抱えてもいる¹⁰⁴⁾。介護の困難さとは、命の終わりを背負っているという心理的負担、昼夜の介護による生活の苦労と身体的負担である^{98) 100)}。家族も苦悩を抱えながら療養者の介護をしているのである。しかし、それでも家族は大切な療養者を家族の力で介護しようと努力する⁹⁹⁾。

そのように苦悩を抱えながら介護する家族に対し、療養者の存在可能性の模索に寄り添っていることの意味を伝えることは、苦悩している家族に介護継続することの意味を見出すことに繋げられるのではないだろうか。

療養者は、重要他者が存在可能性の模索に寄り添ってくれることで、生きる世界での有意義性を取り戻し、苦痛や気がかりから解放されて生きること意識を向けられる。また、能動的に存在可能性を掴み取ることができるのであるから、家族が存在するからこそ療養者が生きられる

のだと説明できると考える。

2) 死に逝くことを隠蔽しない在り方を示す意味を伝える

療養者が実存的孤独を感じられないで済むのは、家族であれ、友人であれ、医療者であれ、重要他者が療養者の死に逝くことを前提として、死を隠蔽せず、死に逝く過程を共に歩んでくれるからであった。療養者は、死を深く自覚しているために、死ぬことを隠蔽しない在り方を重要他者に求めている。しかし、Aさんの母が死に逝くことを話し合ったらAさんが死に急ぐのではないかと不安であったためにAさんと死の話をしなかったように、家族は死の現実を受け入れる現実には困難さに抱えてもいる^{105) 106)}。わが国における最近の訪問看護の課題にも、終末期に療養者と死に関する話ができない家族がおり、看取りの準備が遅れるという点も出てきている⁸⁹⁾。

死に逝くことの受け入れに困難さを抱える家族には、その苦悩を受け入れつつも、療養者の求めている死に逝くことを隠蔽しない在り方を示すことで、療養者は残された時間を気がかりなく生きられ、家族も己の生きる道を生きられるのだという意味を伝えることが重要と考える。そのことによって、家族も療養者も死に逝くことを前提として残された時間を生きられると考える。

3) 世間一般の人々の一方的な気遣いから療養者を守ることを伝える

終末期は、療養者が重要他者と過ごす時間を大切にするために、重要ではない人々との関係を少しずつ絶ちながら重要他者とのつながりを深めていく時期でもある¹⁷⁶⁾。しかし、Cさんの場合のように、世間一般の人々の気遣いがメールや電話、会談などで一方的に入り込むことによって、療養者は気持ちが掻き乱されて自己の存在可能性への意識を妨げられていた。家族が療養者の存在可能性を支える支援の一つとして、家族がそのような世間の人々の一方的な気遣いから療養者を守ることも必要となる。そのような配慮をも家族に伝える必要もあると考える。

3. 世間一般の人々への対応

世間一般の人々は、がん終末期療養者が家族に見捨てられる不安を語った時、療養者に何か気遣いを示したいと考え、その不安を打ち消したり、逆に励ましたり同情を示していた。しかし、そのことがかえって、死の自覚を深め死に逝くことを生きようとしている療養者には、世間の人々は死に逝く自分に顧慮を示さない存在として解釈されてしまってい

た。

世間の人々は、必ずしも励ましや同情が療養者の残された時間を生きくことに意味を持たないような療養者の解釈に繋がることを理解し、死を隠蔽するのではなく、死に逝くことを前提として、療養者のありのままの苦悩を聴けるような関わりを持つことが必要である。看護職は、そのような療養者に望まれる対応をがんを体験していない人々に伝えていくことも必要である。

4. 病院の医療職への対応の示唆

病院から在宅緩和ケアに移行してきた患者の課題として、患者が納得しない退院になっていることがあるという⁸⁹⁾。その要因の一つにAさんの場合のように、予後を直接に療養者本人に納得のいく形で伝えられないことがある。そのことで、療養者に医療者への不信感を生むことにつながりうる。さらに、退院時の療養者への説明が、予後のみの伝達で、残された時間を生きられるようサポートする在宅緩和ケアの提供についての説明が十分なされない場合には、療養者は死を待つだけで生きる意味がないと内閉的な状況になってしまい、生きられることに意識を向けにくい。

在宅支援チームの一員である看護職は、病院の医師や看護師に、在宅緩和ケアは療養者の「死に逝く場」ではなく、「残された時間を生きくことを支える場」であることを理解してもらう役割がある。そして、病院の医師や看護師には、療養者本人に正確な病状・予後告知を率直にしてもらいながら、生きくことを支える在宅緩和ケアチームを療養者に紹介してもらえよう、在宅緩和ケアチームからの働きかけも必要である。予後告知をした後、在宅緩和ケアに移行する際には、訪問看護師が調整会議に参加し、療養者には安心感をもって家に帰って来てもらうような支援も必要である。

III. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、自宅でがん終末期の療養者が自己の存在可能性をめがける体験を療養者たちの語りから記述した。インタビューの対象者としては、自分の思いを自分で語れるという条件があったため、対象者は自分の体験を言語化できる人のみであったとも言える。言語化できない人の体験もしくは不安や苦痛に囚われ続ける人々の体験は記述できていないという限界がある。

また、インタビューの際には、妻や母などの重要他者が同席している場合もあったが、そのような場面では、家族への遠慮から療養者が本音

を表現しにくいなどの限界があった可能性もある。

さらに、本研究の分析・解釈にあたり、ハイデガーの存在論を理論的前提としたが、ハイデガーの理論は難解でまた奥深く、研究者自身がその理論を十分に理解・解釈できていたとは言い難い。現時点での研究者のハイデガー理論の理解に基づく解釈という限界がある。

今後の研究内容に関する課題として、今後の在宅がん終末期療養者の緩和ケアの課題と照らしながら、次の二点が考えられる。1) 本研究において明らかになった重要他者が療養者の存在可能性の模索に寄り添う意味が、家族のいない単身のがん終末期療養者にも同じような意味として適用できるものであるのか、2) 医療者が存在可能性のあることへの気づきを促す、苦痛への向き合い方の変容を促す、3) 存在可能性をめがけることを支えるという意味で重要他者になったが、どのような状況や特性をもった療養者にとって重要他者になりうるのか、である。

第 6 章 結論

在宅がん終末期療養者が重要他者との関わりを通じて自己の存在可能性をめがける体験の意味を、ハイデガーの存在論を理論的前提とし、現象学的アプローチを用いて、療養者 4 名（男性 3 名，女性 1 名）の語りから記述した。4 名の体験の記述から共通する体験の構造として以下の 4 つの構成要素が見出された。1）重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性を模索する，2）重要他者からの気遣いを取り入れて、己固有の存在可能性をめがける，3）重要他者となった医療者との関わりを通じて、苦痛と向き合い、存在可能性をめがける，4）存在可能性をめがけて現在を生きられる時、過去の自己存在の意味を取り戻す，である。

在宅がん終末期療養者が重要他者との関わりを通じて存在可能性をめがける体験の意味は、次のように考えられた。予後告知によって人生の有限性を突きつけられ、《無意義性》に陥ってしまった療養者が、重要他者の寄り添いによって存在可能性の了解が可能となり、自宅という生活世界のうちに《有意義性》を取り戻し、死への恐怖や気がかりから解放され、意識を生きることへと向け、投企する体験であった。また、療養者たちは、重要他者や苦痛に対し、《受動的能動性》を発揮して能動的に己の存在可能性を掴み取ろうとしていた。療養者たちは、心身状況が低下し、苦痛によって自宅に居ながら移動することもままならず家族や友人の手を借りなければ生きられない受動的な状況の中でも、重要他者に自己開示し、人生のマイナスの体験や気がかりさえも存在可能性に繋げ、時には、重要他者に存在可能性を与える側にもなっていた。また、重要他者となった医療者との関わりを通じて、苦痛は在るものとして受け入れ、苦痛に囚われていた自分から苦痛に囚われない新しい自分へと変容し、苦痛に能動的に向き合うことをしていた。療養者が存在可能性を見出せている時には過去の自己存在が否定的なものであっても肯定的な意味をもたらしていた。

在宅がん終末期療養者にとって、重要他者の存在の意味は、療養者の存在可能性への意識を促す存在と存在可能性への意識を妨げる存在が見出された。存在可能性への意識を促すものとして、1）家族・友人の存在：（1）存在可能性への意識の開示を促す，（2）存在可能性へめがけることを支える，2）医療者の存在：（1）存在可能性のあることへの気づきを促す，（2）苦痛との向き合い方の変容を促す，（3）存在可能性をめがけることを支えるが見出された。存在可能性への意識を妨げるものとして、1）家族の存在：見捨てられる不安を想起させる，2）世間一般の人々の存在：一方的な気遣いを示す，であった。

療養者たちは在宅緩和ケアを始めた当初から自宅という生活世界に生

きることができる存在可能性を見出せていた訳ではない。重要他者である家族や友人、医療者は、療養者の存在可能性に寄り添うことが有意義性の取戻しや死の恐怖や気がかりからの解放、受動的能動性の発揮という意味をもたらすことを理解したうえで、療養者が自宅という生活世界での存在可能性の模索に寄り添うことが重要である。

また、医療者は療養者にとって最初から重要他者ではないが、療養者が医療者を苦痛に関して見放さず共に在る人として認識することで重要他者になる。医療者は、療養者にとって存在可能性のあることへの気づきを促す、苦痛との向き合い方の変容を促す存在、存在可能性をめがけることを支える存在として、重要他者になりうるものであった。

【謝辞】

本研究は、指導教員 山口忍教授，北川公子教授，木下由美子教授の指導のもとに行われました。

本論文の作成にあたり，多くの方々のご協力とご支援を賜りました。心より感謝申し上げます。

最初に，研究参加者の皆様に御礼をお伝えしたいと思います。研究参加者の皆様は，今後の研究や臨床に活かしてほしいと，終末期の大切な時間を割き，苦しい病状を押して，様々な思いを語ってくださいました。また，ご家族も療養者様との限りある大切な時間の中でもインタビューを受け入れてくださり，御協力くださいました。今は亡き研究参加者の皆様やご遺族の思いを大切にしていきたいと思います。また療養者様への出会いを可能にしてくださった訪問看護ステーションの所長様，スタッフの皆様，主治医の先生へも感謝いたします。

指導教員である茨城県立医療大学教授 山口忍先生には，大変お世話になりました。仕事をしながら論文作成に苦慮する私を励まし，論文完成まで一緒に歩んでくださいました。同大学の先生方はいつも私を応援してくださいました。加納尚美先生は，副指導教員として，いつも気軽に声をかけ，また相談に載ってくださいました。斎藤さわ子先生には質的研究について何度か相談させていただき，有意義なアドバイをいただきました。松田たみ子先生と市村久美子先生は，大学でお会いすると必ずお声をかけてくださり，論文の進捗状況を心配してくださいました。

元茨城県立医療大学教授 北川公子先生には，ご多忙の中，論文指導のみならず倫理審査・中間審査にむけて多大なご支援をいただきました。同じく，元茨城県立医療大学教授 故木下由美子先生には，研究に対する真摯な姿勢を学びました。このように，同大学の先生方からの暖かなお気遣いをいただいたおかげで，4年間の博士論文の作成過程を無事終了できると実感しております。

また，聖路加看護大学大学院の伊藤和弘先生には，現象学に関する知識からデータの分析過程における現象学的視点まで，丁寧に教えていただきました。お忙しいにもかかわらず，時間を割いてくださいました。心より御礼申し上げます。修士課程の時代からの恩師である，訪問看護パリアンの川越博美先生にも深謝申し上げます。

最後に，4年間の仕事をしながらの学生生活を支えてくれた家族 - 夫，娘たち，息子に感謝したいと思います。

【引用文献】

第1章 序論

- 1) Palliative Care Western Pacific Region Data&Analytics. WHO
ホームページ <http://hiip.wpro.who.int/hiip/>平成25年11月10日
- 2) 厚生労働統計協会 国民衛生の動向 2013/2014.VOL60; 2013; 58.
- 3) 池田 一夫, 神谷 信行日本におけるがん死亡の動向予測. 東京都健康
安全研究センター年報. 2011; 62, 275-281.
- 4) がん対策基本計画 厚生労働省ホームページ.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04> 平成25年11月10日
- 5) 木澤義之. 緩和ケア病棟の動向と現状, ホスピス・緩和ケア白書2012.
日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(東京). 2012; 1-5.
- 6) 社会保障審議会医療部会(12/22)資料 厚生労働省ホームページ.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/012> 平成25年11月10日
- 7) 山田雅子. 診療報酬の変遷と現状2 - 在宅. ホスピス・緩和ケア白書
2012. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(東京). 2012; 94-96.
- 8) 在宅医療介護推進プロジェクト. 厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/2012/01 平成25年11月10日
- 9) 鈴木雅夫. 在宅緩和ケアの動向と現状. ホスピス・緩和ケア白書2012.
日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(東京). 2012; 40-45.
- 10) Higginson IJ, Costantini. Dying with cancer, living well with
advanced cancer. Eur J Cancer. 2008;44(10):1414-24.
- 11) CHCA on the issue. カナダホームケア協会ホームページ (Canadian
Home Care Associations).
<http://www.cdnhomocare.ca/content>. 平成25年11月10日
- 12) 樽見葉子. カナダ, 北米の緩和医療の実践. 第18回日本緩和医療学会
学術大会学会誌. 2013; 49.
- 13) Cancer Palliative Care. WHOホームページ.
<http://www.who.int/cancer/palliative/en/> 平成25年11月10日
- 14) 川越厚. 在宅での疼痛緩和の現状と課題. 癌と化学療法. 2009; 36:1-4.
- 15) 沼田久美子, 清水悟, 東間紘. がん終末期患者の在宅利用・療養移行
の課題 病状説明, 告知の現状. 厚生指標. 2006; 53(11):1-4.
- 16) 門林道子. 生きる力の源に-がん闘病記の社会学. 青海社(東京).
2011; 7-20.
- 17) Benzein E, Norberg A, Saveman B. The meaning of the lived
experience of hope in patients with cancer in palliative home
care. Palliative Medicine. 2001;15(2):117-26.

- 18) Holmberg L. Communication in Palliative Home Care: A Dying Son and His Mother. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2006 : 8(1) : 15-24.
- 19) 近藤克典, 広井良典, 藤田敦子. 在宅エンド・オブ・ライフの課題. ホスピスケアと在宅ケア. 2009 ; 17(1):23-31.
- 20) 平成23年度版 看護白書 日本看護協会出版会(東京). 2011; 23-34.
- 21) Olsson L, Östlund G, Grassman EJ, Friedrichsen M, Strang P. Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010;16(12):607-12.
- 22) Melin-Johansson C, Odling G, Axelsson B, Danielson E. The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*. 2008; 6(3):231-8.
- 23) Friedrichsen M, Erichsen E. The lived experience of constipation in cancer patients in palliative hospital-based home care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2004;10(7):321-5.
- 24) 川端愛. がんの集学的治療を断念した患者を支える希望の意味-緩和ケア外来に通院中の患者が希望とともに生きること. 2010年度聖路加看護大学大学院看護学研究科 修士課程課題研究. 2011
- 25) 射場典子. 看護の領域における「hope」の概念分析. *死の臨床*. 2005 ; 28(2) : 258.
- 26) Dickerson SS , Boehmke M ,Ogle C. Seeking and managing hope: patients' experiences using the Internet for cancer care. *Oncology Nursing Forum* .2006 ; 33 (1):8-17.
- 27) Moadel A, Morgan C, Fatone A . Seeking meaning and hope: self reported spiritual and existential needs among an ethnically -diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*. 1999;8(5): 378-85.
- 28) 渡辺明彦, 中野順子, 小野寺由香. エンドオブライフケアにおける緩和ケア-症状マネジメント. *がん看護*. 2011 ; 16(3) ; 355-363.
- 29) 村田久行. 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア. *日本ペインクリニック学会誌*. 2011 ; 8(1) : 1-8
- 30) マルティン・ハイデガー. 原佑・渡邊二郎訳. 存在と時間Ⅰ. 中公クラシックス (東京). 2003 (1927) .
- 31) George A. 現象学的運動と人間科学的研究. *看護研究*. 2004 ; 37(5) : 7-20.
- 32) Benner, P. 相良ローゼンマイヤーみはる監訳. 田中美恵子, 舟木博一訳, ベナー解釈学的現象学 - 健康と病気における身体性・ケアリング・倫理. 医歯薬出版 (東京). 1994 (2001) ; 28.

第2章 文献検討

- 33) Mercadante S, Valle A, Porzio G, Costanzo BV, Fusco F, Aielli F, et al. How do cancer patients receiving palliative care at home die? A descriptive study. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2011;42(5):702-9.
- 34) Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Adile C, et al. Palliative sedation in advanced cancer patients followed at home: a retrospective analysis. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2012;43(6):1126-30.
- 35) Dumitrescu L, Wj. Changes in symptoms and pain intensity of cancer patients after enrollment in palliative care at home. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2007;34(5):488-96.
- 36) Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2011;41(4):754-60.
- 37) Mercadante S, Costanzo BV, Fusco F, Buttà V, Vitrano V, Casuccio A. Breakthrough pain in advanced cancer patients followed at home: a longitudinal study. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2009;38(4):554-60.
- 38) Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Cederholm T. The use of artificial nutrition among cancer patients enrolled in palliative home care services. *Palliative Medicine*. 2009 ; 23(6) :556-64.
- 39) Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F, Gallucci M, Brunelli C, Costantini M, et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliative Medicine*. 1999;13(3):233-41.
- 40) Mercadante S, Casuccio A, Fulfaro F. The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2000;20(2):104-12.
- 41) Mercadante S, Simonetti MT. Dobutamine as palliative drug in home-care advanced cancer patients. *Journal of Pain & Symptom Management*. 1994;9(7):480-3.
- 42) Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease, *J Pain Symptom Manage*. 31(1):58-69, 2006

- 43) Maria Friedrichsen & Eva Erichsen ; The lived experience of constipation in cancer patients in palliative hospital-based home care *International Journal of Palliative Nursing*, 10(7), Arnold. 2004 ; 321-325.
- 44) Bruera E, Higginson IJ. *Textbook of Palliative Medicine* London : Hodder Arnold. 2006.
- 45) Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Non-pharmacological interventions for use in breathlessness in the advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Summaries*. Publish Online: March 16, 2011 (<http://summaries.cochrane.org/>)
- 46) Hopkinson JB, How people with advanced cancer manage changing eating habits. *J Adv Nurs*, 59(5):454-62 : 2007.
- 47) Olsson L, Östlund G, Grassman EJ, Friedrichsen M, Strang P. Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010;16(12):607-12.
- 48) Olsson L, Östlund G, Strang P, Grassman EJ, Friedrichsen M. The glimmering embers: experiences of hope among cancer patients in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*. 2011 ; 9(1) : 43-54.
- 49) Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(5):524-33.
- 50) Melin-Johansson C, Odling G, Axelsson B, Danielson E. The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*. 2008;6(3):231-8.
- 51) Friedrichsen M, Erichsen E. The lived experience of constipation in cancer patients in palliative hospital-based home care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2004;10(7):321-5.
- 52) Rydén K, Friedrichsen M, Strang P. Crying: a force to balance emotions among cancer patients in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*. 2007;5(1):51-9.
- 53) Palm I, Friedrichsen M. The lived experience of closeness in partners of cancer patients in the home care setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 2008;14(1):6-13.
- 54) Holmberg L. Communication in Palliative Home Care: A Dying Son and His Mother *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2006 : 8(1) : 15-24.
- 55) L. Sand. Existential Loneliness in a palliative home care setting.

Journal of Palliative Medicine. 2006 ; 9(6):1376-1387.

- 56) Hopkinson JB . How people with advanced cancer manage changing eating habits. J Adv Nurs. 2007;59(5):454-62.
- 57) Potter J. Fatigue experience in advanced cancer: phenomenological approach. International Journal of Palliative Nursing. 2004;10(1):15-23.
- 58) Alonso-Babarro A, Bruera E, Varela-Cerdeira M, Boya-Cristia MJ, Madero R, Torres-Vigil I, et al. Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. Journal of Clinical Oncology. 2011;29(9):1159-67.
- 59) Grande GE, McKerral A, Todd CJ. Which cancer patients are referred to hospital at home for palliative care? Palliative Medicine. 2002;16(2):115-23.
- 60) Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, Sumikawa Y, Hayashi Y. Predictors of home death of home palliative cancer care patients: A cross-sectional nationwide survey. International Journal of Nursing Studies. 2011;48(11):1393-400.
- 61) Jack B, O'Brien M. Dying at home: community nurses' views on the impact of informal carers on cancer patients' place of death. European Journal of Cancer Care. 2010;19(5):636-42.
- 62) Cantwell P, Turco S, Benneis C, Hanson J, Neumann C, Bruera E. Predictors of home death in palliative care cancer patients. Journal of Palliative Care. 2000;16(1):23-8.
- 63) Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care: a prospective study in palliative cancer care. Palliative Medicine. 2004;18(7):585-93.
- 64) Wong WKT, Ussher J. Bereaved informal cancer carers making sense of their palliative care experiences at home. Health & Social Care in the Community. 2009;17(3):274-82.
- 65) Sano T, Maeyama E, Kawa M, Shirai Y, Miyashita M, Kazuma K, et al. Family caregiver's experiences in caring for a patient with terminal cancer at home in Japan. Palliative & Supportive Care. 2007;5(4):389-95.
- 66) Milberg A, Strang P. Exploring comprehensibility and manageability in palliative home care: an interview study of dying cancer patients' informal carers. Psycho-Oncology. 2004;13(9):605-18.
- 67) Chvetzoff G, Garnier M, Pérol D, Devaux Y, Lancry L, Chvetzoff R, et al. Factors predicting home death for terminally ill cancer

- patients receiving hospital-based home care: the Lyon Comprehensive Cancer Center experience. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2005;30(6):528-35.
- 68) Ferrario SR, Cardillo V, Vicario F, Balzarini E, Zotti AM. Advanced cancer at home: caregiving and bereavement. *Palliative Medicine*. 2004;18(2):129-36.
 - 69) Wennman-Larsen A, Tishelman C. Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16(3):240-7.
 - 70) Orrevall Y, Tishelman C, Permert J. Home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. *Clinical Nutrition*. 2005;24(6):961-70.
 - 71) Aranda SK, Hayman-White K. Home caregivers of the person with advanced cancer: an Australian perspective. *Cancer Nursing*. 2001;24(4):300-7.
 - 72) Bee PE, Barnes P, Luker KA. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18(10): 1379-93.
 - 73) Weitzner MA, McMillan SC. The Caregiver Quality of Life Index Cancer (CQOLC) Scale: revalidation in a home hospice setting. *Journal of Palliative Care*. 1999;15(2):13-20.
 - 74) Axelsson B, Sjoden P. Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliative Medicine*. 1998;12(1):29-39.
 - 75) O'Brien M, Jack B. Barriers to dying at home: the impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer. *Health & Social Care in the Community*. 2010;18(4):337-45.
 - 76) Ishikawa H, Kawagoe K, Kashiwagi M, Yano E. Nurse-physician collaboration in pain management for terminally ill cancer patients treated at home in Japan. *Journal of Palliative Care*. 2007;23(4):255-61.
 - 77) Costantini M, Higginson IJ, Boni L, Orengo MA, Garrone E, Henriquet F, et al. Effect of a palliative home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2003;17(4):315-21.
 - 78) Raphaël R, Yves D, Giselle C, Magali M, Odile CM. Cancer treatment

at home or in the hospital: what are the costs for French public health insurance? Findings of a comprehensive-cancer centre. Health Policy. 2005;72(2):141-8.

- 79) 小林真也, 井上 一美, 田合久美子. 山間地域における在宅がん終末期医療の経験. 地域医療. 2005;271-3.
- 80) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦, et al. 在宅緩和医療におけるフェンタニールパッチの有用性. 癌と化学療法. 2003;30:129-31.
- 81) 合田文則, 白杵尚志, 前場隆志, et al. 在宅がんターミナル・ケアにおける外科治療の役割 がんの腹部救急病態に対する外科的介入の意義について. プライマリ・ケア. 2001;24(3):184-8.
- 82) 上村康子, 小林三希子, 渡辺睦子, et al. 在宅がんターミナル患者の疼痛コントロールにおける看護婦の役割. 癌と化学療法. 1998;25:611-4.
- 83) 川越厚, 松浦志のぶ, 遠藤美由紀. 在宅末期がん患者の疼痛緩和-フェンタニールパッチの有用性. プライマリ・ケア. 2004;27(3):165-71.
- 84) 川越厚. 在宅ホスピスケアにおける疼痛対策. 薬の知識. 1993;44(12):325-9.
- 85) 廣岡佳代, 狩野英美, 渡邊美也子, et al. 在宅末期がん患者の介護保険サービスの利用状況と課題. 訪問看護と介護. 2012;17(7):608-12.
- 86) 川越厚, 松浦志のぶ, 染谷康子. ケア期間からみた在宅ホスピスケアの問題 短期間(7日以内)で終了する末期がん患者の在宅ケア. 癌と化学療法. 2008;35:16-8.
- 87) 川越厚. 末期癌在宅ケアの実際. Journal of Integrated Medicine. 1994;4(7):648-9.
- 88) 奥村美奈子. A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題. 岐阜県立看護大学紀要. 2013;13(1):103-13.
- 89) 大園康文, 石井容子, 宮下光令. 訪問看護師からみた終末期がん患者の在宅療養に関する問題その解決策. 日本がん看護学会誌. 2012;26(3):52-60.
- 90) 福井小紀子. 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査. 日本看護科学会誌. 2007;27(2):92-100.
- 91) 福井小紀子. 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討 全国調査の実施. 病院管理. 2006;43(4):299-309.
- 92) 大川宣容, 吉田亜紀子, 藤田佐和, et al. 終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む要因 看護師が捉える家族側の要因. 高知女子大学紀要(看護学部編). 2007;56:1-9.
- 93) 木村哲也, 石原美智恵, 南美奈子. 終末期患者への精神療法的接近

- について．心療内科．2006;10(6):413-7.
- 94) 安井真由美，海老真由美，村山正子．在宅療養中の終末期がん患者の思い 3例の終末期がん患者を通して．日本地域看護学会誌．2004;7(1):49-54.
 - 95) 杉本正子，高石純子，川越博美，et al. 病院死と在宅死におけるがん患者の日常生活行為の比較．東京保健科学学会誌．1999;2(1):39-45.
 - 96) 高儀郁美，高岡哲子，永谷智恵．終末期がん患者の望む在宅療養と看取りを実践した夫の体験．医学と生物学．2013;157(5):509-15.
 - 97) 山下光代，天野妙子．在宅がん終末期の看取りをした家族の思いから家族支援を考える．香川県看護学会誌．2012;3:17-20.
 - 98) 石井容子，宮下光令，佐藤一樹，et al. 遺族，在宅医療・福祉関係者からみた，終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究．日本がん看護学会誌．2011;25(1):24-36.
 - 99) 山手美和．在宅で終末期がん患者と共に生活する主たる介護者の生活の様相．日本がん看護学会誌．2009;23(3):24-32.
 - 100) 川上千春．終末期がん患者を在宅で看取る家族介護者の心の拠り所となるビリーフと苦悩の構造および訪問看護師の捉え方．お茶の水看護学雑誌．2012;6(1):36-53.
 - 101) 山手美和．在宅で生活する終末期がん患者と家族の絆;．日本がん看護学会誌．2010;24(1):44-51.
 - 102) 石本万里子．終末期がん患者を在宅で介護する家族にもたらされる Enrichment．日本がん看護学会誌．2009;23(1):31-43.
 - 103) 東清巳．高齢終末期がん患者を在宅介護する配偶者の生活世界 高齢期における配偶者介護の意味．家族看護学研究．2009;15(2):99-106.
 - 104) 柴田純子，佐藤まゆみ，増島麻里子，et al. 日本における終末期がん患者を抱える家族員の体験．千葉看護学会会誌．2011;16(2):19-26.
 - 105) 堀井たづ子，光本幸子，薦田理佳．在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究．京都府立医科大学看護学科紀要．2008;17:41-8.
 - 106) 横田美智子，秋元典子．在宅で終末期癌患者を介護した家族の体験．日本がん看護学会誌．2008;22(1):98-107.
 - 107) 竹谷英子，星山佳治，川口毅．在宅がん患者と脳卒中患者の看護量，介護量の比較．日本公衆衛生雑誌．2001;48(3):169-79.
 - 108) 葛西好美．末期がん患者を家で看取る家族の心理状態 過去10年間の文献レビュー．医療看護研究．2007;3(1):109-113
 - 109) 木村優子，高橋雅美，須藤美香，et al. 在宅がん患者・家族を支えるための医療・介護・地域連携システムとがん医療における日本

- 版EHRへの提案．医療情報学．2011;30(1):17-25.
- 110) 柴田純子，佐藤禮子．在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験．千葉看護学会会誌．2007;13(1):1-8.
- 111) 後藤みゆき．在宅終末期がん患者の家族介護者に対する支援 訪問看護サービスにおける現状と課題．医療福祉研究．2009(3):27-43.
- 112) 前田三重子，内藤綾子，関谷ユミ子．末期がん患者訪問看護の評価 遺族へのアンケート調査から方向性を探る．癌と化学療法.1997；24：533-6
- 113) 川越博美．利用者に満足される「看取りのケア」 看取りの看護．訪問看護と介護．1998;3(5):327-32.
- 114) 松村ちづか，伊藤和弘，川越博美．主介護者の満足感に影響する在宅ターミナルケア要素に関する研究．緩和ケア．2006;16(3):269-74
- 115) 松村ちづか，川越博美．訪問看護婦の意思決定の促進要因・阻害要因の分析 5年未満の訪問看護婦の意思決定の特徴．日本がん看護学会誌．2001;15(2):62-7.
- 116) 松村ちづか，川越博美．熟練訪問看護者の意思決定の構造 在宅療養者の自己決定への支援．日本地域看護学誌.2001;3(1):19-25.
- 117) 板橋昭代，永井千恵子，金子昌子,et al. 訪問看護ステーションにおける在宅がんターミナル患者への疼痛ケア．茨城県立病院医学雑誌．2003;21(1):89-96.
- 118) 佐藤まゆみ，広瀬由美子，竹中敦子,et al. 終末期がん患者の在宅緩和ケア移行支援においてスタッフナースが必要とする知識とその獲得状況．千葉県立保健医療大学紀要．2012;3(1):45-51.
- 119) 熊谷有記，国府浩子，大黒由紀子．終末期在宅がん患者を支える家族に対する看護支援．死の臨床．2009;32(1):117-22.
- 120) 長江弘子，成瀬和子，川越博美．在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造 訪問看護婦の支援に焦点を当てて．聖路加看護大学紀要.2000(26):31-43.
- 121) 脇坂彩花，宮田寿美恵．在宅療養移行の選択に対する終末期がん患者と家族の納得を支援する看護援助．死の臨床．2012;35(1):108-12
- 122) 水津朋子，大川宣容，藤田佐和，et al. 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識 記述内容の分析を通して．高知女子大学紀要．2009;58:31.
- 123) 若林和枝，湯沢八江．在宅がん患者と非がん患者の看取り時に行われた訪問看護の提供実態 死亡7日前より死亡日までに提供された訪問看護時間および回数からの一考察．日本在宅ケア学誌.2011;15(1):62-9.
- 124) 福井小紀子，川越博美．在宅末期がん患者の家族に対する教育支援プログラムの適切性の検討．日本看護科学会誌．2004;24(1):37-44.
- 15) 前掲書

- 125) 石川ひろの, 柏木聖代, 福井小紀子, et al. 在宅がん末期患者のケアにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究. プライマリ・ケア. 2007;30(3):242-7.
- 126) 島ノ江千里, 得永早希子, 平野和裕, et al. 外来がん化学療法患者の支援における地域薬剤師の問題点についての検討. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2010;11(3):189-95.
- 127) 田中美和, 林和枝, 三浦篤史, et al. 在宅がん患者の注射剤調剤に関する実態調査と薬・薬連携に向けての取り組み. 日本緩和医療薬学雑誌. 2010;3(1):15-20.
- 128) 古本直子, 廣瀬恭子, 正嶋忠貴. 在宅緩和ケアにおけるケアマネジャーの看取りに関する不安と影響要因 看護職とその他の職種での比較から. 癌と化学療法. 2010;37:268-71.
- 129) 遊佐郁, 鈴木智子, 高橋明美, et al. 在宅がん患者に対してのレクリエーションの試み「始めのいっぽ!」. ホスピスケアと在宅ケア. 2006;14(1):5-6.
- 130) 塚原ゆかり, 神里みどり. 在宅終末期がん患者の家族介護者に実施したアロママッサージの主観的反応. 沖縄県立看護大学紀要. 2013;3(14):29-41.
- 131) 長島敬記, 庄司優理, 田後裕之, et al. . 緩和ケア対象者への退院調整. 京都在宅リハビリテーション研究会誌. 2012;6:13-5.
- 132) 木村佳苗, 山中龍也. 在宅療養を行う末期がん患者の家族介護者の思いについての文献的考察. 京都府立医科大学看護学科紀要. 2012;22:57-63.
- 133) 杉本正子, 高石純子, 荒賀直子, et al. 在宅ホスピスケアシステムにおけるホスピス・緩和ケア病棟の役割 全国ホスピス・緩和ケア病棟への調査から. 順天堂医学. 2003;49(1):77-88.
- 134) 関百合子, 志真泰夫, 丸口ミサエ. 緩和ケア病棟における在宅電話サービスの現状と問題点. 死の臨床. 1996;19(1):57-61.
- 135) 横山美智子. 末期がん患者の退院調整と在宅ケアにおけるフォーマルとインフォーマルサービスとの連携により実現したシームレスケア. 保健医療福祉連携. 2012;5(1):28-34.
- 136) 後藤みゆき. 在宅終末期がん患者の家族介護者支援 ボランティアによるインフォーマルな支援の意義. ホスピスケアと在宅ケア. 2012;20(1):22-35.
- 137) 伊賀瀬道也, 中村俊平, 越智雅之. 末期がん患者の在宅診療の取り組み 退院支援の標準化に関する研究. 日本老年医学会雑誌. 2007;44(6):734-9.
- 138) 春日広美, 遠山寛子, 佐藤正子. 在宅ターミナル期の療養にかかる費用の実際と遺族の意識. ヘルスサイエンス研究. 2008;12:51-7.
- 139) 大橋信之. Palliative Prognostic Indexを用いた在宅がん終末期

- 例の予後予測に関する検討. 広島医学. 2013;66(5):309-14.
- 140) 福井小夜子; がん看護のいま,そしてこれから 厚生労働省看護技官の経験から(第7回) 地域を単位とした緩和ケア推進のための看護師の役割 筆者らの行った全国調査の結果から見えてくること. がん看護. 2011; 16(39):413-419.
 - 141) 吉田裕子, 佐藤禮子, 終末期がん患者と周囲の人々とのつながりに関する研究, 香川大学看護学雑誌. 2007;11(1):9-16.
 - 142) 濱田由香・佐藤禮子: 終末期がん患者の希望に関する研究. 日本がん看護学会誌. 2002; 16(2): 15-25.
 - 143) Gordon L. がんを巡る曖昧さと隠蔽の倫理-イタリアー地方を通じた解釈. Benner, P259-300. 相良ローゼンマイヤーみはる監訳, 田中美恵子, 舟木博一訳, ベナー解釈学的現象学 - 健康と病気における身体性・ケアリング・倫理, 医歯薬出版(東京). 1994(2001): 259—300.
 - 144) Hammer RM. The lived experience of being at home: a phenomenological investigation. Journal of Gerontological Nursing. 1999;25(11):10-8.
 - 145) Murray CD; Harrison B. The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. Disability & Rehabilitation. 2004; 26(13):808-16.
 - 146) 田中美恵子. ある精神障害・当事者にとっての病いの意味 Sさんのライフヒストリーとその解釈 ステイグマからの自己奪還と語り. 聖路加看護学会誌. 2000; 4(1): 1-20.
 - 147) 山内典子: 看護を通して見える片麻痺を伴う脳血管障害の患者の身体経験: 発症から6週間の期間に焦点を当てて, 日本看護科学学会誌 2007; 27(1): 14-22.
 - 148) 牧野英之. ある医療保護観察法入院患者の体験の語りとその解釈 臨床看護師による現象学的アプローチ. 三重看護学誌. 2013; 15. 9-18.
 - 149) 茶園美香. がん疼痛緩和ケアを受けている患者の「痛みが和らぐ」体験の意味: 他者とのかかわりから. 聖路加看護大学 博士論文 2010
 - 150) 田端健人. 子供の討論を喚起する武田常夫の国語の授業. 中田基昭編, 現象学から探る豊かな授業. 多賀出版(東京). 2010:25-62.
 - 151) 福田学. 授業のあれを問い直す. 中田基昭編, 現象学から探る豊かな授業. 多賀出版(東京). 2010: 3-24.
 - 152) 大塚類. 施設で暮らす少女たちの他者関係の困難さ-ハイデガーの「世間」を手がかりとして-. 人間性心理学研究. 2011; 28(2):203-213.
 - 153) 川端愛. がんの集学的治療を断念した患者を支える希望の意味-緩和ケア外来に通院中の患者が希望とともに生きること. 2010年度聖路加看護大学大学院看護学研究科修士課程課題研究. 2011;6.

- 154) 射場典子. 看護の領域におけるHopeの概念分析. 死の臨床. 2005 ; 28(2) : 258
- 155) 水野道代, 佐藤禮子. がん患者の終末期における経験とその意味の探求. 1995 ; 9(1) : 27-36.
- 156) マルティン・ハイデガー. 原佑・渡邊二郎訳. 存在と時間Ⅱ. 中公クラシックス (東京). 2003 (1927) .

第3章 方法論

- 157) 新田義弘. 現象学と解釈学. ちくま学芸文庫 (東京). 2006.
- 158) 木田元. 思想読本〔3〕ハイデガー. 作品社 (東京). 2001.
- 159) George A. The Descriptive Phenomenological Methods in Psychology: A Modified Husserlian Approach. Pittsburgh: Duquensne University Press. : 2009
- 160) ジョルジ. 経験記述資料分析の実際-現象学的心理学の「理論と実践」看護研究. 2004 ; 37 (7) : 607-619.
- 161) 伊賀光屋. 解釈学的現象学の方法論. 新潟大学教育学部紀要. 2009 ; 1(2) : 151-178.
- 162) 西村慶人. 初期ハイデガーにおける方法論の展開. Web-cite 論文 www.hucc.hokudai.ac.jp/~k15696/home/.../nishimura.pdf
平成 25 年 11 月 10 日
- 163) 田中美恵子: 看護研究の方法としての解釈学的現象学. 聖路加看護学会誌. 2010 ; 14(1) : 44-48.
- 164) 榊原哲也. 現象学的看護研究とその方法-新たな可能性に向けて. 看護研究. 2011 ; 44 (1) : 5-16.
- 165) 渡邊二郎. ハイデガーの生涯と『存在と時間』の思想. マルティン・ハイデガー. 原佑・渡邊二郎訳. 存在と時間Ⅰ. 中公クラシックス (東京). 2003 (1927); 1-37.
- 166) ヒューバード・レ・ドレイファス. 世界内存在-『存在と時間』における日常性の解釈学. 門脇俊介監訳. 産業図書 (東京). 2000.
- 167) マルティン・ハイデガー. 原佑・渡邊二郎訳. 存在と時間Ⅲ. 中公クラシックス (東京). 2003 (1927)
- 168) ホロウェイ & ウェーラー. ナースのための質的看護研究入門 第二版. 医学書院 (東京). 2002 ; 178.

第 5 章 考察

- 156) 前掲書
- 30) 前掲書
- 169) ヴィクトール・E・フランクル．池田香代子訳．夜と霧 新版．み
すず書房（東京）．2002
- 55) 前掲書
- 22) 前掲書
- 16) 前掲書
- 48) 前掲書
- 18) 前掲書
- 170) 市川浩．身体．立松弘孝, 成田常雄他編著．講座・現象学＜2＞．
現象学の基本問題所収．弘文堂．1980
- 171) 木村敏．あいだ．弘文堂（東京）．思想選書．2002:40-83.
- 172) Kruse BG, The meaning of letting go: the lived experience for
caregivers of persons at end of life. Journal of Hospice &
Palliative Nursing, 2004 ; 6 (4): 215-22.
- 102) 前掲書
- 166) 前掲書
- 173) Bachner. YG, Mortality communication as a predictor of
psychological distress among family caregivers of home hospice
and hospital inpatients with terminal cancer. Aging & mental
health. 13(1) ; 54-63 : 2009
- 174) 川越厚．在宅ホスピスケアにおけるチームアプローチ在宅緩和ケ
アを行う場合に重要な視点．緩和ケア. 2012 ; 22(2) : 176-179.
- 175) 独立行政法人 国立がん研究センター 東病院 がん患者の抑うつ
の有病率とその関連・予測因子の解析（平成 25 年 3 月 29 日更新）
http://www.ncc.go.jp/jp/ncce/rcio/research/pod/pod_01.html
平成 25 年 9 月 30 日
- 75) 前掲書
- 117) 前掲書
- 118) 前掲書
- 104) 前掲書
- 98) 前掲書
- 100) 前掲書
- 99) 前掲書
- 105) 前掲書
- 106) 前掲書
- 89) 前掲書

- 176) Hansen SR. Patients' lived experience of suffering -- related to patients with incurable cancer. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*. 2001 ; 21(1) : 30-34.

【参考文献】

- 1) N. K. デンジン, Y. S. リンカン. 平山満義監訳. 新田義弘. 質的研究ハンドブック 1 巻. 北大路書房 (京都). 2007.
- 2) Marlene Zichi Cohen, Richard Harold Steeves. Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers. Sage Publishers: 2000.
- 3) 小坂国継, 本郷均. 概説現代の哲学・思想. ミネルヴァ書房 (京都). 2012
- 4) 木田元. 現象学. 岩波新書 (東京). 1970(2011)
- 5) 坂本秀夫. 他者としての身体. 星雲社 (東京). 2009.
- 6) 門脇俊介, 野矢茂樹監修. 自由と行為の哲学. 春秋社 (東京). 2010
- 7) 大出春江. 看取りの文化とケアの社会学. 梓出出版 (東京). 2012
- 8) 松村ちづか, 伊藤和弘. 在宅がん終末期療養者の病いの体験 重要他者との関わりを通じて自己の在り方の可能性にめがけて生きていくこと. 聖路加看護学会誌. 2013; 16(3): 47-53.
- 9) 松村ちづか. 在宅がん終末期療養者の病の体験 重要他者との関わりを通じて自己の在り方の可能性にめがけて生きていくこと. ホスピスケアと在宅ケア. 2013: 21(1): 9-17.

【資 料】

資料 1 インタビューガイド（療養者様用）

資料 2 研究依頼および研究同意書（療養者様用）

資料 3 研究依頼および研究同意書（訪問看護ステーション所長様用）

資料 4 研究依頼及び研究同意書（主治医様用）

資料 1 インタビューガイド（療養者様用）

< 共通の質問 >

1. 現在，体調はいかがですか？
2. 現在生きていく中で，生きることができると思えるような重要他者の方の関わりについてお聞かせください。重要他者とは，療養者様が現在生きていく上で，重要だ，もしくは大切だと思える方です。

以上の 2 点について尋ね、自由に語って頂いた。療養者の方々の自由な語りの流れに添って聴いていったが、語りの内容に具体性のない場合には以下のような質問をした。

1. 先ほど、～という体験があったと話されましたが、具体的にはその方とどのような関わりのエピソードがありましたか？
2. 先ほど、～という体験があったと話されましたが、そのことをどのように受け止められましたか？

資料 2 研究依頼および研究同意書（療養者様用）

別紙 1 - 1 療養者様用（研究説明書：療養者および家族介護者宛て）

〇〇様ーご家族様（もしくは重要他者さま）

調査研究についてのご説明及びご承諾のお願い

私は、茨城県立医療大学保健医療科学研究科に在籍している看護師で、「松村」と申します。現在、「がんにより在宅療養されている方の存在可能性にめがけて生きていく体験に関する調査研究」に取り組んでおります。

研究の目的は、がんにより在宅療養されている方にとって、「大切な方とのつながり」に関するご経験が、現在の毎日の生活の中で生きていくということに、どのようにつながっているのかを教えていただくことです。そのことにより、私は、ご自宅で療養される方々に対し、大切な方々とのつながりをしっかりと実感できるように、ご家族、ご友人、近隣の方々、保健医療福祉関係者それぞれが、どのようなご支援ができるかを考えたいと思っております。

このたび、がんのご病気で療養生活をされている方のご自宅等に伺い、療養者様に、面接インタビューを実施させていただいております。

面接でお聞きしたい内容は、療養者様が

- 1) 療養されている中で、ご自分のことで、一番気がかりなこと、ご体調など
- 2) 療養者さまが、現在の毎日の生活の中で、生きることができると思えるような重要他者の方の関わり

の2点です。ご自身の思いを自由に語っていただければ、幸いです。面接の方法は、療養者様とご家族様がご一緒でも、療養者様だけでも、皆様のご意向に添った形でやらせていただきます。また面接の場所は、療養者様・ご家族様にご負担をかけない場所（ご自宅もしくはご指定の場所）といたします。

お話は、療養者様の体調や介護者様のご都合に合わせ、40分程度を予定しております。お話は、調査のため、テープ録音させていただきますが、〇〇様やご家族様にご迷惑が掛からないよう、インタビューについて、別紙（お約束事）にあるような「お約束」をいたします。また、調査にご協力いただきますので、謝金を支払わせていただきます。

もし調査にご協力頂けるようでしたら、松村に直接、もしくは受け持ち訪問看護ステーション所長にご返答ください。ご返答をいただき次第、松村より〇〇様へご連絡させていただき、ご都合の良い日時に再度研究

のご説明にお伺いさせていただきます。その説明後に調査研究を拒否されても何の支障もありませんので、ご安心ください。

研究に関するご説明の後、インタビュー面接に同意される方は、承諾書（別紙 1-2）にご署名下さいますようお願いいたします

敬具

平成 23 年 10 月〇日

〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669-2

茨城県立医療大学
保健医療科学研究科博士後期課程
看護学領域 松村ちづか
指導教員 北川 公子

お問い合わせ・ 連絡先

松村（電話） 0 4 - × × × × - × × × ×
（携帯） 0 9 0 - × × × × - × × × ×

お約束ごと

インタビューについて、以下のことをお約束し、ご本人様やご家族様等にご迷惑をおかけしないように、以下のような配慮をいたします。

（１）療養者様の心身への配慮について

1. 面接時間は、〇〇様のご体調とご都合の良い日時といたします。予定されていた日時に体調が悪いようでしたら、いつでも変更することができます。
2. 面接時は、〇〇様のお体が楽な姿勢・場所で行います。面接の途中で、体調がすぐれない時は、すぐに申し出ていただき、インタビューは中止するとともに、必要時、〇〇訪問看護ステーションの所長および主治医にも連絡して対処いたします。
3. 本研究につきましては、事前に主治医の了解と同意を得ました。インタビュー中の体調が思わしくない場合の対応等も事前に確認してございますので、ご安心ください。
4. インタビューの内容を正確に分析するために、ご了解が得られればインタビューをテープに録音させていただくとともに、記録メモをとらせていただきたいと思います。録音を拒否される場合には、そのご意向に添い、メモによる記録のみを取らせていただきたいと思います。
5. インタビューでは、答えたくない質問にはお答えいただく必要はありません。また、お話している途中で、苦しかった体験を思い出してつらい場合など、途中で止めたり拒否することが可能です。また、つらかった気持ちをお話しいただいても結構です。

（２）研究に参加することが心理的圧迫にならないようにする配慮

1. インタビューへの同意は、個人の自由意思です。またインタビュー中及び終了後に同意を撤回することもできます。インタビューに同意しない場合でも、撤回した場合でも何ら不利益をこうむることはございません。訪問看護も主治医の往診も今まで通りに行われます。

（３）療養者様とご家族様等との大切な時間を使わせていただくことへの配慮

1. できるだけ短時間にインタビューを終わらせるように努力いたします。
2. 療養者様とご家族等の大切な時間を使わせていただくので、謝金を支払わせていただきます。一回のインタビューで 5,000 円です。し

かし、謝金の受け取りの辞退をお申し出た場合には、そのご意向に添います。

(4) ご家族様等への配慮

1. 療養者様が研究参加に同意されても、ご家族様等が気持ちの負担から面接を受けたくないという場合には、差支えなければ、ご家族等のお気持ちを聞かせていただきます。どうしてもご家族等が研究参加に同意しかねる場合には、そのご意向に添います。

(5) 個人情報に関する配慮

1. インタビューさせていただいた録音データ等は、データ流失が起こらぬように留意いたします。テープは、研究終了後、破棄いたします。また、インタビューされた方のお名前、ご家族のお名前等も公表いたしません。

承諾書（正）

私は、「在宅がん終末期療養者が自己の存在可能性にめがけて生きていく体験に関する研究」について、別紙添付の「研究の説明書（全4頁）」をもとに、本研究についての説明を受け、研究の趣旨及び目的、内容、並びに自己に生ずる可能性のある不利益について十分に理解したうえで、本調査研究に参加し、また本調査研究によって得られた情報を本研究に利用することを承諾いたします。

2011年__10月__日

研究協力者	
（住 所）	
（氏 名）	（自署）

（研究責任者による宣誓）

私は、研究協力者のプライバシーを守り、この研究データを本研究以外には使用しないことをお約束いたします。また、調査研究成果を公表する場合においても、研究参加者のプライバシーを害し、あるいは不利益を与えるような方法での公表をしないことをお約束いたします。

2011年__10月__日

研究責任者（説明者）	
（所 属）	茨城県立医療大学保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域
（住 所）	茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2
（氏 名）	㊟ （自署）

※本承諾書は正副2通が作成され、正本を研究協力者が、副本を研究責任者が保管する

承諾書（副）

私は、「在宅がん終末期療養者が自己の存在可能性にめがけて生きていく体験に関する研究」について、別紙添付の「研究の説明書（全４頁）」をもとに、本研究についての説明を受け、研究の趣旨及び目的、内容、並びに自己に生ずる可能性のある不利益について十分に理解したうえで、本調査研究に参加し、また本調査研究によって得られた情報を本研究に利用することを承諾いたします。

2011年 10月 日

研究協力者	
（住 所）	
（氏 名）	（自署）

（研究責任者による宣誓）

私は、研究協力者のプライバシーを守り、この研究データを本研究以外には使用しないことをお約束いたします。また、調査研究成果を公表する場合においても、研究参加者のプライバシーを害し、あるいは不利益を与えるような方法での公表をしないことをお約束いたします。

2011年 10月 日

研究責任者（説明者）	
（所 属）	茨城県立医療大学保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域
（住 所）	茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2
（氏 名）	㊟ （自署）

※本承諾書は正副２通が作成され、正本を研究協力者が、副本を研究責任者が保管する

資料 3 研究依頼および研究同意書(訪問看護ステーション所長様用)

別紙 2 - 1 訪問看護ステーション所長様用 (研究説明書)

〇〇訪問看護ステーション 〇〇所長様

研究についてのご説明および研究協力をお願い(所長様用)

拝啓 清秋の候、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、茨城県立医療大学保健医療科学研究科博士後期課程に在籍し、「在宅がん終末期療養者が自己の存在可能性にめがけて生きていく体験」の研究に取り組んでおります。

この研究の調査として、在宅がん終末期療養者の方を対象に面接調査を実施させていただくことで、「療養者の生きる希望を支える重要他者とのつながり体験の意味」について療養者様の視点から明らかにし、療養者様が大切な人々とつながりながら残された日々を生き抜こうとする時、私たち看護職、医療福祉関係者、家族・友人、行政等がどのような支援ができるか示唆を得たいと考えております。

このたび、所長様に本研究の趣旨・方法・倫理的配慮等について、ご説明申し上げます。ご説明後、研究協力にご同意いただけるようでしたら、研究参加者(療養者様)の推薦をお願いしたく存じます。調査方法は、療養者様への40分程度の面接(原則1回のみ)となります。

また、ご紹介いただきたい療養者様の選定条件は以下のとおりです。

<療養者様の選定条件>

- ・日本人であり、年齢は20歳以上の成人
- ・家族もしくは重要他者と同居している
- ・余命6か月以内であるが、主治医による病状コントロールがなされており、40分程度のインタビューに応じられる心身状況である方
- ・主治医より、病名／病状告知・余命告知も受け、そのことを認識している方。また主治医による定期的な往診、病状管理が行われている方
- ・差し迫った死について、ある程度の受け入れをしていると訪問看護師様が見立てている方
- ・家族等の重要他者とのつながりについて、価値や意味を見出していると訪問看護師様が見立てている方

【研究の目的及び内容】 下記の調査の目的及び調査の方法をご覧ください。

【倫理的配慮】 として、以下のことをお約束いたします。

貴機関と（１）療養者様およびご家族等との支援関係を壊さない配慮、（２）主治医との連携関係を壊さない配慮（３）貴機関の多忙な業務を脅かさない配慮が必要と考えました。以下にその点についてご説明いたします。

（１）貴機関と療養者様およびご家族等との支援関係を壊さない配慮

①貴機関への協力依頼時の対応：

- ・研究協力をご依頼する際には、研究を療養者様に依頼することによる、貴機関と療養者様・ご家族等との関係性が悪化する可能性や支援関係に影響するような療養者様の不利益の生じる可能性について事前に十分に話し合います。
- ・研究参加候補者（療養者）への説明書（別紙１－１①②）には、研究参加は療養者様の自由意志であること、参加を拒否しても従来通り訪問看護を受けられる旨を明記してあります。
- ・貴機関の職員の方が、研究参加について研究参加候補者（療養者様）とそのご家族様等に打診をした際に、貴機関と研究参加候補者（療養者様）・ご家族等との関係性の悪化の懸念がある場合には、その療養者様への研究協力依頼は取り下げることになります。
- ・研究参加候補者（療養者様）とご家族様等への事前説明書には、倫理的配慮の説明書「お約束事」を事前に提示し、対象者様とご家族への配慮を十分に行い研究への同意をしていただきます。
- ・研究参加予定者（療養者様）との面談予定日時が決定次第、貴機関にその日時を事前に連絡し、面談終了後にも研究参加者（療養者様）・ご家族等の状況について状況報告を行います。

②貴機関への報告：

- ・インタビューの実施前および実施後、研究者が捉えた研究参加者（療養者様）とご家族等の状況のうち、貴機関と研究参加者・家族等との支援関係に影響しそうな事柄（研究参加者・ご家族等の心身状況、インタビューに対する否定的な反応等）については、すぐに電話等で貴機関にご報告をします。

③療養者様もしくはご家族等からインタビューに対する苦情が出た場合：

- ・インタビュー終了後に、インタビューにより研究協力者の体調不良、気分の塞ぎ込みなどの苦痛を与えたとの苦情が研究者に報告された時には、療養者様に十分なお詫びの気持ちを伝えるとともに、訪問看護ステーション管理者様・主治医様と協議の上、しかるべき対応策を早急にとります。また賠償請求をされた場合には、その内容を吟味したうえで、研究者と指導教官の入っている看護賠償保険の適応も考慮します。
- ・苦情が研究者でなく、訪問看護ステーションの所長様に報告され、所長様に対し慰謝料などの賠償請求を求められたときには、所長様と協議の上、看護賠償保険の適応について検討し対応します。

（２）貴機関と主治医との連携関係を壊さない配慮

①主治医への研究の説明と同意：

- ・研究遂行に際して、貴機関と御相談の上、主治医の了解・同意をとります。

②主治医への事前相談・事後報告

- ・研究参加予定者が絞り込まれた段階で、貴機関と御相談の上、主治医に療養者様の病状、インタビューの可否、インタビューの影響可能性、緊急時の対応等の情報提供をいただく予定です。
- ・研究参加者との面談予定日時が決定次第、主治医にもその日時を事前に連絡し、面談終了後にも研究参加予定者（療養者様）・ご家族等の状況について状況報告を行います。

（３）多忙な業務を脅かさない配慮

- ・研究参加候補者（療養者様）・ご家族等の背景を知るための情報収集は、貴機関の管理者様・スタッフの皆様の業務の一段落する時間帯とし、皆様のご都合に合わせて伺います。
- ・多忙な業務の中、研究参加候補者（療養者様）への連絡や同行訪問をしていただくので、謝金を支払わせていただきます。謝金は、研究依頼１件につき、5,000 円です。しかし、謝金受け取りをご辞退された場合には、そのご意向に添います。その場合は、所長様に、謝金受け取り辞退申し出書をご提出いただく予定です。

敬具

平成 23 年 10 月〇日

茨城県立医療大学

保健医療科学研究科博士後期課程

看護学領域 松村ちづか

指導教員 北川 公子

連絡先 （電話） 04-××××-××××
（携帯 090-××××-××××）

◆**調査の目的**：今日、訪問看護ステーションの看護職の皆様、地域主治医等のご尽力により、在宅がん終末期療養者には在宅ホスピスケアを十全に受けられる体制が整いつつあります。

在宅ホスピスケアを受けている療養者様とそのご家族の中には、主治医より余命告知をされ、自己の余命期間をしっかりと意識して残された日々を生活する人々も増えてきました。がん終末期療養者様が、死ぬことを意識しながらも、生きる希望を持ち、死への恐怖や喪失の状況を乗り越えていることも、皆様は十分にご存じかと思われます。療養者様がその希望を持ち続けるためには、周囲の重要他者である家族、友人、在宅緩和ケアチームの職員等の関わりが重要です。

これらの重要他者との関わりを通じて、最期まで自己の存在可能性をめがける体験について、療養者様の視点から明らかにしたいと思います。このことは今後、死を自覚し残された日々を惜しみなく生きようとする人々への支援を考える際、療養者様にどのような感じられるつながりが、療養者の生きる希望を支えるのかという視点を提示し、療養者、療養者を取り巻く家族や友人・近隣住民、保健医療福祉関係者、行政機関がそれぞれにできることを捉え直す機会を与えられと思います。

そこで、療養者様から、「重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性にめがけて生きていく体験」について、語っていただく調査を計画しました。

◆**調査の方法**：同意の得られた療養者様へ面接を行います。インタビューは一人 40 分程度で、回数は原則 1 回です。2 回目のインタビューが行われるのは、療養者様の体調により 1 回目のインタビューが中断され、療養者ご本人の希望により 2 回目を実施する場合です。調査内容については、「現在最も気がかりな点」「現在生きていく中で、生きられると思えるような重要他者の方の関わりについてお聞かせください。」等です。

ご多忙のところ、お手数をおかけいたしますが、何卒ご協力いただけますようお願い申し上げます。

問い合わせ先： 〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669-2 茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域 松村ちづか TEL&FAX (04) - ×××× - (××××) e-mail 45010058@ipu.ac.jp

承諾書（正）

私は、「在宅がん終末期患者が重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性にめがける体験に関する研究」について、別紙添付の「研究の説明書（全 4 頁）」をもとに、本研究についての説明を受け、研究の趣旨及び目的、内容、並びに自己に生ずる可能性のある不利益について十分に理解したうえで、本調査研究に参加し、また本調査研究によって得られた情報を本研究に利用することを承諾いたします。

2011 年 10 月 日

研究協力者	
（住 所）	
（氏 名）	（自署）

（研究責任者による宣誓）

私は、研究協力者のプライバシーを守り、この研究データを本研究以外には使用しないことをお約束いたします。また、調査研究成果を公表する場合においても、研究参加者のプライバシーを害し、あるいは不利益を与えるような方法での公表をしないことをお約束いたします。

2011 年 10 月 日

研究責任者（説明者）	
（所 属）	茨城県立医療大学保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域
（住 所）	茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2
（氏 名）	㊟ （自署）

※本承諾書は正副 2 通が作成され、正本を研究協力者が、副本を研究責任者が保管する

承諾書（副）

私は、「在宅がん終末期患者が重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性にめがける体験に関する研究」について、別紙添付の「研究の説明書（全４頁）」をもとに、本研究についての説明を受け、研究の趣旨及び目的、内容、並びに自己に生ずる可能性のある不利益について十分に理解したうえで、本調査研究に参加し、また本調査研究によって得られた情報を本研究に利用することを承諾いたします。

2011年 10月 日

研究協力者	
（住 所）	
（氏 名）	（自 署）

（研究責任者による宣誓）

私は、研究協力者のプライバシーを守り、この研究データを本研究以外には使用しないことをお約束いたします。また、調査研究成果を公表する場合においても、研究参加者のプライバシーを害し、あるいは不利益を与えるような方法での公表をしないことをお約束いたします。

2011年 10月 日

研究責任者（説明者）	
（所 属）	茨城県立医療大学保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域
（住 所）	茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2
（氏 名）	㊟ （自 署）

※本承諾書は正副２通が作成され、正本を研究協力者が、副本を研究責任者が保管する

資料 4 研究依頼及び研究同意書（主治医様用）

別紙 3－1 主治医様用（研究説明書）

〇〇先生

研究についてのご説明および研究協力をお願い（主治医様用）

拝啓 清秋の候、先生におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、茨城県立医療大学保健医療科学研究科博士後期課程に在籍し、「在宅がん終末期療養者の生きる希望を支える重要他者とのつながり体験の研究」に取り組んでおります。

この研究の調査として、在宅がん終末期療養者の方を対象に面接調査を実施させていただくことで、「在宅がん終末期療養者が自己の存在可能性にめがけて生きていく体験」について療養者様の視点から明らかにし、療養者様が大切な人々とつながりながら残された日々を生き抜こうとする時、私たち医療福祉関係者、家族・友人、行政等がどのような支援ができるか示唆を得たいと考えております。

つきましては、先生に本研究の趣旨・方法・倫理的配慮等をご説明させていただきます。ご同意をいただけるようでしたら、今後、先生の受け持たれている面接該当となる療養者様の心身状況についてのご教授、面接における留意点についてのご指示をいただきたいと存じます。

ご説明後、研究協力にご承諾いただけるようでしたら、承諾書（別紙）にご署名下さいますようお願いいたします

調査方法は、療養者様への 40 分程度の面接（原則 1 回のみ）となります。また療養者様の選定条件は以下のとおりです。

<療養者様の選定条件>

- ・日本人であり、年齢は 20 歳以上の成人
- ・家族もしくは重要他者と同居している
- ・余命 6 か月以内であるが、主治医様による病状コントロールがなされており、40 分程度のインタビューに応じられる心身状況である方
- ・主治医様より、病名／病状告知・余命告知も受け、そのことを認識している方。また主治医様による定期的な往診、病状管理が行われている方
- ・差し迫った死について、ある程度の受け入れをしていると主治医様ならびに訪問看護師様が見立てている方
- ・家族等の重要他者とのつながりについて、価値や意味を見出していると主治医様ならびに訪問看護師様が見立てている方

【研究の目的及び内容】 下記の調査の目的及び調査の方法をご覧ください。

【倫理的配慮】として、以下のことをお約束いたします。

先生は、医師の責務として療養者様の病状の診断、管理、処方にあたっておりますので、インタビューにより（１）療養者様の病状を悪化させない配慮（２）療養者様およびご家族との関係を壊さない配慮（３）先生の多忙な業務を脅かさない配慮が必要と考えました。以下にその点についてご説明いたします。

（１）療養者様の病状を悪化させない配慮

①インタビューによる療養者の心身への影響についての指示の教授：

- ・研究参加予定である療養者様について、事前に先生より、現在までの病状、現在の病状緩和のための処方、緩和上の留意点、40分程度のインタビューに耐えうるか否か、インタビューによる心身への影響の可能性、緊急時の対応、先生と研究者との連絡方法等の情報をいただきます。
- ・研究参加者（療養者様）とのインタビュー予定日時が決定次第、先生にもご連絡し、インタビュー間近の研究参加者（療養者様）の心身に関する情報をいただいた上で、療養者様へのインタビューに望みます。

②療養者様への配慮：

- ・インタビューは、療養者様への重大な心身の影響を及ぼさぬよう、療養者様の体調に留意しながら行います。体調がすぐれない様子が観察されましたら、事前にご指示いただいた対応策を実施します。

③インタビュー終了後の報告：

- ・インタビュー終了直後には、インタビューによる療養者の心身の状況・変化、気になる兆候等について報告します。

（２）先生と療養者様およびご家族等との支援関係を壊さない配慮

①先生への協力依頼時の対応：

- ・研究協力をご依頼する際には、研究を療養者様に依頼することによる、先生と療養者様・ご家族等との関係性が悪化する可能性や支援関係に影響するような療養者様の不利益の生じる可能性について事前に十分に話し合います。
- ・研究参加候補者（療養者様）とご家族様等への事前説明書には、倫理的配慮の説明書「お約束事」を事前に提示し、対象者への配慮を十分に行い研究への同意をしていただきます。

②先生への報告：

- ・インタビューの実施前および実施後、研究者が捉えた研究参加者（療養者様）とご家族等の状況のうち、先生と研究参加者・家族等との支援関係に影響しそうな事柄（研究参加者・ご家族等の心身状況、インタビューに対する否定的な反応等）については、すぐに訪問看護ステーション所長に報告するとともに、先生にも電話等でご報告をします。

(3) 先生の多忙な業務を脅かさない配慮

- ・研究参加候補者（療養者様）の病状・処方・留意点等の情報提供は、先生の業務の一段落する時間帯とし、先生のご都合に合わせて伺います。

敬具

平成 23 年 10 月〇日

茨城県立医療大学

保健医療科学研究科博士後期課程

看護学領域 松村ちづか

指導教員 北川 公子

連絡先 (電話) 04-××××-××××

(携帯 090-×××-××××)

◆調査の目的：今日、地域主治医様、訪問看護ステーションの看護職等のご尽力により、在宅がん終末期療養者には在宅ホスピスケアを十全に受けられる体制が整いつつあります。

在宅ホスピスケアを受けている療養者様とそのご家族の中には、主治医より余命告知をされ、自己の余命期間をしっかりと意識して残された日々を生活する人々も増えてきました。がん終末期療養者様が、死ぬことを意識しながらも、生きる希望を持ち、死への恐怖や喪失の状況を乗り越えていることも、皆様は十分にご存じかと思われます。療養者様がその希望を持ち続けるためには、周囲の重要他者である家族、友人、在宅緩和ケアチームの職員等の関わりが重要です。

これらの重要他者との関わりを通じて、最期まで自己の存在可能性をめがける体験について、療養者様の視点から明らかにしたいと思います。このことは今後、死を自覚し残された日々を惜しみなく生きようとする人々への支援を考える際、療養者様にどのような感じられるつながりが、療養者の生きる希望を支えうるのかという視点を提示し、療養者、療養者を取り巻く家族や友人・近隣住民、保健医療福祉関係者、行政機関がそれぞれにできることを捉え直す機会を与えられると思われまます。

そこで、療養者様から、「重要他者との関わりを通じて、自己の存在可能性にめがけて生きていく体験」について、語っていただく調査を計画しました。

◆調査の方法：同意の得られた療養者様へ面接を行います。インタビューは一人 40 分程度で、回数は原則 1 回です。2 回目のインタビューが行われるのは、療養者様の体調により 1 回目のインタビューが中断され、療養者ご本人の希望により 2 回目を実施する場合です。調査内容については、「現在最も気がかりな点」「現在生きていく中で、生きられると思えるような重要他者の方の関わりについてお聞かせください。」等です。

ご多忙のところ、お手数をおかけいたしますが、何卒ご協力いただけますよ

う重ねてお願い申し上げます。

問い合わせ先： 〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669-2
茨城県立医療大学大学院
保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域
松村ちづか
TEL&FAX (04) - ×××× - (××××)
e-mail 45010058@ipu.ac.jp

承諾書（正）

私は、「在宅がん終末期患者が自己の存在可能性にめがけて生きていく体験に関する研究」について、別紙添付の「研究の説明書（全 3 頁）」をもとに、本研究についての説明を受け、研究の趣旨及び目的、内容、並びに自己に生ずる可能性のある不利益について十分に理解したうえで、本調査研究に参加し、また本調査研究によって得られた情報を本研究に利用することを承諾いたします。

2011 年 10 月 日

研究協力者	
（住 所）	
（氏 名）	（自署）

（研究責任者による宣誓）

私は、研究協力者のプライバシーを守り、この研究データを本研究以外には使用しないことをお約束いたします。また、調査研究成果を公表する場合においても、研究参加者のプライバシーを害し、あるいは不利益を与えるような方法での公表をしないことをお約束いたします。

2011 年 10 月 日

研究責任者（説明者）	
（所 属）	茨城県立医療大学保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域
（住 所）	茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2
（氏 名）	Ⓔ （自署）

※本承諾書は正副 2 通が作成され、正本を研究協力者が、副本を研究責任者が保管する

承諾書（副）

私は、「在宅がん終末期患者が自己の存在可能性にめがけて生きていく体験に関する研究」について、別紙添付の「研究の説明書（全3頁）」をもとに、本研究についての説明を受け、研究の趣旨及び目的、内容、並びに自己に生ずる可能性のある不利益について十分に理解したうえで、本調査研究に参加し、また本調査研究によって得られた情報を本研究に利用することを承諾いたします。

2011年 10月 ____日

研究協力者	
（住 所）	
（氏 名）	（自署）

（研究責任者による宣誓）

私は、研究協力者のプライバシーを守り、この研究データを本研究以外には使用しないことをお約束いたします。また、調査研究成果を公表する場合においても、研究参加者のプライバシーを害し、あるいは不利益を与えるような方法での公表をしないことをお約束いたします。

2011年 10月 ____日

研究責任者（説明者）	
（所 属）	茨城県立医療大学保健医療科学研究科 博士後期課程 看護学領域
（住 所）	茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2
（氏 名）	㊦ （自署）

※本承諾書は正副2通が作成され、正本を研究協力者が、副本を研究責任者が保管する

謝金受け取り辞退申し出書

私は、本研究における謝金の受け取りは、辞退いたします。

お名前	
ご住所	

平成 2 3 年 月 日

＊お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

謝金受け取り辞退申し出書

私は、本研究協力における謝金の受け取りは、辞退いたします。

お名前	
ご所属	

平成 2 3 年 月 日

*お手数ですが、ご記入をお願いいたします。