

〔資料〕

## 在宅で最期を迎えることを希望しながら病院で亡くなった事例から学ぶ —妻の思いを分析して—

才田 悦子

### 要 旨

在宅での最期を希望しながら病院で亡くなられた癌患者の事例を評価するため、妻の思いを半構成面接法を用いて傾聴し、内容分析を行った。次いでA.デーケン<sup>1)</sup>「悲嘆のプロセス12段階」で悲嘆の時期を分析した後、新津<sup>2)</sup>の「在宅死を可能にする条件」で在宅での最期を妨げた原因を分析し妻の思いへの影響を明らかにした。結果、夫の死後11ヶ月後における妻の思いは悲嘆プロセス12段階中、4段階：怒りと不当感、5段階：敵意とうらみ、6段階：罪意識に留まっており、在宅死を妨げた原因は〈身体的苦痛〉〈介護力の不足〉〈医師の往診の確保と信頼関係の不在〉〈訪問看護提供の不足〉であった。妻の悲嘆プロセスの遅れは、夫が希望した在宅死と最期の看取りが出来なかったことと推察され、今後のケアの方向性として在宅死を妨げた原因への介入調整が必要であり、具体的には身体的苦痛への予備知識と対処方法の指導、他の家族の妻への支援方法の調整、かかりつけ医や訪問看護への情報提供と連携であると考えられる。

キーワード：在宅死、看取り、在宅死を可能にする条件、悲嘆プロセス、家族援助

### 1. はじめに

自分の最期を住み慣れた家で、家族に囲まれて迎いたいというのは自然の感情である。しかし、平成9年版厚生白書<sup>3)</sup>によると、自宅を死亡場所として希望した89.1%の高齢者のうち実際に自宅で死亡した人は33.1%、病院で死亡した人は66.3%であった。このような状況の中でいかに患者・家族の希望をかなえていくのか、また、残された家族への援助はどのようにするかは看護上の大きな課題である。

新津は「在宅死を可能にする条件」として、1.入院したくないという患者の強い希望がある 2.身体的苦痛が少ない 3.介護力が確保できる 4.医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係 5.訪問看護が提供される、の5項目を挙げている。上野ら<sup>4)</sup>の研究では、在

宅で死を迎えた4事例においてほぼ同様の結果であったと報告しているが、在宅死を目指しながらも病院で死を迎えた事例については、最後の看取りの形には悔いが残るものの、可能な限り在宅で過ごせた事には意味があったとも述べている。田中<sup>5)</sup>や立花<sup>6)</sup>らの研究では患者の希望に沿った終末期を迎えるための要因分析がなされているが、家族の悲嘆との関連には言及していない。在宅看取りを希望しながら病状の急変により病院死となった事例についての赤畠<sup>7)</sup>の研究は、家族の悲嘆反応については述べているが、「在宅死を可能にする条件」には言及していない。本研究では残された家族の悲嘆の分析と共に「在宅死を可能にする条件」に着眼した。

最近担当した、外来通院をしながら在宅看取りを目指した癌患者3事例のうち、2事例は自宅での死を迎えることができたが、1事例は臨終間際に再入院し病院で亡くなられた。この事例を評価するため、妻の思

いを傾聴して悲嘆の時期を分析した後、在宅での最期を妨げた原因を分析し、妻の思いへの影響を明らかにした。在宅死を希望する患者に対して、外来通院をしながら在宅看取りを目指す家族に対する、今後のケアの方向性を考える上での手がかりになると考える。

## II. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究
2. 研究対象：在宅での最期を希望しながら病院で亡くなられた癌患者の妻1名
3. 研究期間：平成16年4月～10月 面接は死別後11ヶ月の時点で実施
4. データの収集方法：妻への半構成的面接。面接は外来での受け持ち看護師であった研究者が外来面談室で行った。質問内容は、面接の依頼を妻に話した際に妻が期せずして多く語った事、[心に残っていること][病院で亡くなったこと][現在の思い]について60～90分間語っていただいた。
5. データの分析方法：逐語録から妻の思いを内容分析した。死別後11ヶ月の時点での妻の思いが悲嘆のどの段階かを分析するため、最も典型的な悲嘆の過程といわれるA.デーケンの「悲嘆のプロセス12段階」を用いて分類した。その結果より、妻の思いが自宅で看取ることができなかったことに強く言及していたため、妻の悲嘆の過程が遅れている要因を特定するため、すなわち在宅死を可能にできなかった要因を特定するため、新津の「在宅死を可能にする条件」を用いて在宅死を妨げた原因を分析し、妻の心理への影響を考察した。内容分析のカテゴリーは、研究者と共同研究者3名で分類し、アドバイザーの助言を得た。
6. 倫理的配慮：
  - 1) 本人の承諾を得た上で面接した。面接の時期は悲嘆のプロセスにおいて回復に入る時期といわれる死別後11ヶ月の時期で行ったが、妻の心

理には配慮し慎重に説明し、質問した。

- 2) 面接の自由と中断の自由、研究以外にはデータを使用しないこと、データは個人を特定しないよう取り扱うこと、研究後は直ちに録音を消去することを説明し承諾を得た。

## III. 結果

### 1. 対象の背景

70代の男性。内視鏡的大腸癌手術、肺癌手術、胃癌手術を受け、糖尿病を合併。家族構成は妻と長男、長女。長男は離婚後患者夫婦と同居。長女は別所帯。患者は妻と二人で自営業を営んでいた。妻によると頑固でワンマンであった。

腫瘍が胸壁に転移し、化学療法・放射線療法の後、内服抗癌剤を勧められたが、通院を拒否し自宅療養を希望。心配した妻が3～4ヶ月に1回程度通院させていた。糖尿病は治療を受けず。平成15年8月19日、食思不良・全身脱力にて受診。このときも患者が入院を拒否したため、往診による点滴と経過観察・診察等を近所のかかりつけ医へ依頼。訪問看護はかかりつけ医からの依頼。8月27日に状態が急変し、かかりつけ医の往診を受けた。かかりつけ医からの依頼で当院へ救急搬送されて入院し、9月5日に病院で亡くなる。

### 2. 面接から得られた妻の思いと悲嘆プロセスの分析

逐語録から妻の思いの部分の内容分析し、A.デーケンの悲嘆プロセスに分類した(表1)。

妻の思いは、4段階：怒りと不当感(不当な苦しみを負わされたという激しい怒りの感情)、5段階：敵意と恨み(誰が何をしても不満に思うやり場のない感情)、6段階：罪意識(過去の行いを悔やみ自分を責める感情)の段階に留まっていた。4段階では、[みんな私がしたケア][思うとおりでなかった治療][いざという時に声かけれんような医師][ヒューっとなってしまふ訪問看護師]のカテゴリーが見出され、5段階では、[いつ死んだかわからん臨終]のカテゴリー見出され、6段階では、[選び違えてしまったかかり

表1. 妻の思いの内容分析と悲嘆プロセスの分析

悲嘆のプロセス	内容分析	具体例
④怒りと不当感：不当な苦しみを負わされたという激しい怒りの感情	みんな私がしたケア	・（訪問看護師は）してくれない、みんな私がしとった
	思うとおりでなかった治療	・（医師は）注射打つわけでもなし、薬飲ますわけでもなし ・薬はくれない、どんなに苦しがつても来てくれんような先生やった
	いざという時に声かけれんような医師	・声かけれんような先生やった ・電話で来てくれるような先生に最期は診てほしかった
	ヒューっとなってしまふ訪問看護師	・〈看護師は、点滴を〉やっとな入れて、それ見たらヒューっとなってしまふ
⑤敵意と恨み：誰が何をしてても不満に思うやり場のない感情	いつ死んだかわからん臨終	・何かあったら電話するって言われて帰ったから、いつ死んだかわからん ・「何時何分……」で終わりやった
⑥罪意識：過去の行いを悔やみ自分を責める感情	選び違えてしまったかかりつけ医	・〇〇先生しかいなかったもんで ・（近所の話を）聞いたれば〇〇先生にはしなかったかもしれん
	相談すればよかったのに苦しがる夫に我慢させてしまった後悔	・我慢しとったんやったら可哀想や ・相談すればよかった。自分だけで思っとらんと人に知恵を借りるべきやった
	最期も医師の言いなりにしてしまった自分	・医者が言うたらどうしようもない ・（救急車を）呼ぶと言われて、いいえ家に置いときますって、ほんなこと言われんし

表2. 内容分析と在宅死を可能にする条件の分析

内容分析で見出されたカテゴリー	不足したく在宅死を可能にする条件>
みんな私がしたケア	3 介護力が確保できる 5 訪問看護が提供される
思うとおりでなかった治療	2 身体的苦痛が少ない 4 医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係
いざという時に声かけれんような医師	4 医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係
ヒューっとなってしまふ訪問看護師	5 訪問看護が提供される
いつ死んだかわからん臨終	4 医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係
選び違えてしまったかかりつけ医	4 医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係
相談すればよかったのに苦しがる夫に我慢させてしまった後悔	2 身体的苦痛が少ない 3 介護力が確保できる
最後も医師の言いなりにってしまった自分	4 医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係

つけ医〕〔相談すればよかったのに苦しがる夫に我慢させてしまった後悔〕〔最後も医師の言いなりにしてしまった自分〕のカテゴリーが見出された。

3. 在宅死を可能にする条件との照らし合わせ

内容分析で見出されたカテゴリーを、新津の「在宅死を可能にする条件」と照らし合わせた結果不足した条件は、2 身体的苦痛が少ない、3 介護力が確保できる、4 医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係、5 訪問看護が提供される、であった（表2）。

IV. 考察

1. 妻の悲嘆過程を遅延させたもの

A. デーケンは、「一人ひとりの人生がかけがえのないものであるように、喪失体験とそれに伴う悲嘆のプロセスも実に様々である。……中略……多くの人は立ち直りの段階までにおよそ1年間を要する。」と述べている。本研究で取り上げた患者の妻は、死別後11ヶ月の時点であったが、悲嘆のプロセス12段階のうちの、

4段階：怒りと不当感，5段階：敵意と恨み，6段階：罪意識に留まっていた。

妻の悲嘆の回復を妨げている要因のうち，特に在宅死を可能にできなかった要因を妻の思いの内容分析から見出されたカテゴリーに着眼してみると，〔みんな私がしたケア〕は介護力の不足，訪問看護の不足が考えられ，〔思うとおりでなかった治療〕は，患者の身体的苦痛が強かったこと，医師と患者家族の信頼関係の不足が考えられる．〔いざという時に声かけれんような医師〕は，医師の往診の確保と患者・家族の信頼関係が築けなかったことが考えられ，〔ヒューっと行ってしまう訪問看護師〕は，訪問看護の不足が考えられる．〔いつ死んだかわからん臨終〕は，臨終の場面での医師と患者家族の信頼関係の不足が考えられ，〔選び違えてしまったかかりつけ医〕は，信頼関係が築けなかった医師を選択してしまった後悔が考えられる．〔相談すればよかったのに苦しがる夫に我慢させてしまった後悔〕は，身体的苦痛が強かったこと，在宅での介護方法についての認識の不足が考えられ，〔最後まで医師の言いなりになってしまった自分〕は，夫が在宅での最期を希望したのに，最後の場面でそれを医師に言えなかった自責が窺われる。

在宅死を可能に出来なかった要因があり，それにより，夫の希望に添えなかったという妻の思いが生じ，その事が，妻の悲嘆の回復を遅らせていたと考える。

## 2. 在宅での看取りを妨げたもの

新津は，「身体的苦痛の除去・緩和は，在宅における医療や看護の提供がどの程度可能かと相関関係にあり，現状ではまだまだその提供が不十分なために入院を選択することも多い」と述べている．この事例の場合，在宅死を可能に出来なかった条件〈身体的苦痛〉〈介護力の不足〉〈医師の往診の確保と患者家族の信頼関係〉〈訪問看護の不足〉が見出された．田中が「訪問体制が整った時期を境に病院死から在宅死の割合が増加していった」と述べているように訪問体制は大きな鍵になる．これは，在宅看取りと外来看護の連携の今後の手がかりの視点になると考える。

## 3. 妻への心理的サポート

この事例のように，在宅看取りを希望しながらも入院が選択されることは珍しいことではない．しかし，その事がその後の遺族の立ち直りを遅らせたのは，夫の希望に添えなかったという後悔の念が強いからである．在宅で最期を迎えることができなくても，やむを得ない場合があることを，患者家族とあらかじめ話し合っていないことが原因ではないかと考えられる．立花らも「患者がその人らしい最期を迎えるためには，患者の希望を含め介護者に患者の死に対する心の準備期間が必要であり」と述べている．また，安達<sup>9)</sup>らは「在宅での看取りを推進するためには，患者と家族を心理的および物理的に支援する訪問診療体制が必要で，それにはいつでも対応できる24時間体制の整備と，事前の患者や家族への説明および相談が重要である」と述べているが，事前の患者家族への説明は訪問診療体制だけでなく外来通院時に外来でも行うことが出来，この事例の場合も外来でターミナルケアについての知識や介護方法についての指導が十分であれば，その後の妻の後悔や立ち直りの遅れを最小限に留めることが出来たのではないかと考える。

グリーフケアとしての今後の妻へのかかわりは，継続してつらかった思いを語ってもらうこと，その気持ちを分かち合うことであると考えられる．面接を終了した時の妻の晴れやかさに似た表情は，苦しかった思いを表出できた安堵感ではなかったかと考える。

## 4. 今後の展望と研究の限界

この事例において在宅での看取りを妨げたもの〈身体的苦痛〉〈医師の往診の確保と信頼関係の不在〉〈訪問看護の不足〉に対し，今後は紹介先のかかりつけ医の医療や看護の提供がどの程度可能かの確認を慎重にすると共に，情報提供の内容についても検討する必要が考えられる．また新津は「家族の混乱した気持ちや悲しみを理解し，不安に応え，ターミナルケアを一緒に行っていくことも，看護師の重要な役割」と述べており，在宅での看取りを妨げたもの〈介護力の不足〉に対し，人員の不足ではなく，家族が在宅でターミナルを迎えることについての介護方法や知識が不足

であったことから、今後は外来通院中に家族の気持ちや悲しみを理解しターミナルケアについて具体的な指導を行う必要があると考えられる。在宅で最期を迎えたいと希望する患者と家族をどのようにサポートしていくのか、外来での関わりを始めとして、医療や看護システムを利用しながら在宅療養を継続させるための整備を充実させていきたいと考える。

尚、今回の研究は1事例が対象で、面接には時間的制約があり、得られた結論から全ての事例に対して言及するには限界がある。

## V. 結 論

1. 在宅での最期を希望しながら病院で亡くなられた癌患者の事例を評価するため、妻の思いを半構成面接で傾聴し内容分析を行った。次いでA. デーケン「悲嘆のプロセス12段階」で悲嘆の時期を分析した後、新津の「在宅死を可能にする条件」で在宅での最期を妨げた原因を分析し妻の思いへの影響を明らかにした。
2. 内容分析から見出された妻の思いは、[みんな私がしたケア] [思うとおりでなかった治療] [いざという時に声かけれんような医師] [ヒューッと行ってしまう訪問看護師] [いつ死んだかわからん臨終] [選び違えてしまったかかりつけ医] [相談すればよかったのに苦しがる夫に我慢させてしまった後悔] [最後まで医師の言いなりにしてしまった自分] であった。
3. 妻の悲嘆は、死別後11ヶ月であったが、A. デーケンの悲嘆プロセス12段階のうち、4段階：怒りと不当感、5段階：敵意と恨み、6段階：罪

意識に留まっていた。

4. 在宅での看取りを妨げ、結果として妻の悲嘆過程の回復の遅れに影響した条件は、〈身体的苦痛〉〈介護力の不足〉〈医師の往診の確保と信頼関係の不在〉〈訪問看護の不足〉であった。

受付 '06. 3.15

採用 '07. 4.16

## 引用文献

- 1) アルフォンス・デーケン：ホスピスにおける遺族へのケアー悲嘆教育と悲嘆カウンセラー、飯塚真之編、日本のホスピスと終末期医療、春秋社、p.165-168, 2003
- 2) 新津ふみ子：在宅におけるターミナルケア、日野原重明編集、末期患者のクオリティ・オブ・ライフ、p.159-165, 中央法規, 1992
- 3) 平成9年版厚生白書、第1篇 第1部 第4章高齢化をめぐる課題 第2節要介護高齢者の自立支援 2 高齢者介護をめぐる問題
- 4) 上野里美：終末期にある患者の在宅死を可能にする要因の検討、第33回日本看護協会論文集（地域看護）、p.111-113, 2002
- 5) 田中美早子他：在宅死を困難にする事由の検討、癌と化学療法、第27巻 Supplement III, p.653-655, 2000
- 6) 立花純子：患者の希望に沿った終末期を迎えるための訪問看護婦の役割、癌と化学療法、28巻 Supplement I, p.128-131, 2001
- 7) 赤嶋鮎美、岡野初枝：病状の急変により病院死となった在宅癌患者を看取った家族の悲嘆反応とその支援、岡山大学医学部保健学科紀要 14, p.47-55, 2003
- 8) 安達晃一：在宅での看取りを推進するために、癌と化学療法、第28巻 Supplement I, p.135, 2001

## 参考文献

- 1) アルフォンス・デーケン：悲嘆のプロセスー苦しみを通しての人格成長ー、曾野綾子編、生と死を考える、p.69-77, 春秋社, 2005
- 2) 吉澤明孝：末期癌在宅（ホスピスケア）における在宅死と病院死、癌と化学療法、27巻 Supplement III, 2000