

〔報 告〕

## 在宅高齢者を看取った家族の悲嘆に対するケア内容の検討

遠山 寛子<sup>1)</sup> 島内 節<sup>2)</sup>

## 要 旨

本研究は、在宅ターミナル高齢者の主介護者となる家族への援助の方法についての示唆を得るために、在宅ターミナルにおける家族への予期悲嘆・悲嘆に対する看護師のケア内容、看護の実施状況、ケア効果（アウトカム）と死別後の家族の悲嘆の程度との関係を明らかにすることが目的である。対象は、在宅死を迎えた65歳以上の利用者の家族とその利用者を担当した看護師で、両者に承諾が得られた58事例であった。調査票のケアプログラムの枠組みは、縦軸は予期悲嘆・悲嘆のケアカテゴリーとし、横軸は事例の経過時間軸とし、各期におけるケア内容とアウトカムを設定し、横軸と縦軸を組み合わせてマトリックス表とした。看護師は受け持ち事例について、実施したケアの有無とその程度、アウトカム到達の有無とその程度を調査票に記入し、対応する家族は、死別後の現在の悲しみの程度を記入した。分析方法は、Mann-WhitneyのU検定と $\chi^2$ 検定で行った。

結果は、死別後の「グリーフ」カテゴリーのアウトカム到達度が高ければ、家族の死別後の悲嘆は低かった。また、死別後の悲嘆に時期別に有効なケア内容は、導入期は、「家族間及び医療従事者との情報の共有」「家族の関係性の理解」「過去の振り返りの肯定」「家族への情報提供」「感情表出の必要性を話す」「医療処置についての説明」の6項目、小康期は、上記のケア項目に「家族の適切な休息」「感情表出のための環境整備」を加えた8項目、臨死期に有効なケア項目が「家族を冷静にする言葉かけ」の1項目あり、時期別にケア内容が異なることが明らかになった。

キーワード：在宅ケア、ターミナルケア、悲嘆、家族介護者、高齢者

## 1. 緒 言

ここ数年、看取った後の家族のケアについてその必要性が理解され、実施され始めている。在宅ターミナルケアにおいては、導入期から死別までの家族へのサポートの一つに予期悲嘆・悲嘆へのケアがある。わが国においては、家族が安心して在宅介護に臨むよう支援することは、在宅ターミナルケアを継続する上でのポイントとなるため、予期悲嘆・悲嘆へのケアは欠かせない。介護者にとって、家族員を看取り一周忌までの間の様々な段階で、身近な家族や看護師から慰めや励ましを受けたことは大きな支

えになる<sup>1)</sup>。また、死後、訪問看護師が介護者と共に看取りの過程をふりかえることは、介護者の満足度を高めると同時に、訪問看護師にとっても看護師の思いと介護者の思いのずれを知り、ケアの質をより適切に評価する機会にもなる<sup>2)</sup>など、死別後の家族へのケアの重要性については研究がなされている。

その他にも、戸井間<sup>3)</sup>らは看護職の生前からの家族介入が遺族の家族機能を促進させると指摘しており、澤田<sup>4)</sup>は悲嘆の支援はまず死別前から始められるべきであるとしている。また小島<sup>5)</sup>は、死別を予期した家族の予期悲嘆への援助は、現在の悲嘆・苦悩の緩和のみならず、死別後の悲嘆のプロセスを順調に経過させるためにも重要であると述べている。このように家族の予期悲嘆に対するケアの重要性を示す先行文献は多いが、具体的なケア内容とその効

1) 東京慈恵会医科大学

2) 国際医療福祉大学

果について、エビデンスが明示された研究は少ない。

在宅で看取りを終えた家族の死別後の悲嘆に影響を及ぼす予期悲嘆・悲嘆への効果的な看護ケア内容を明らかにし、死別前からケア提供することは、よりよい在宅ターミナルケアを行う上で重要な課題である。

## II. 研究目的

- 1, 在宅ターミナルケアにおける家族の予期悲嘆・悲嘆に対するケア内容, 実施状況, ケア効果と死別後の家族の悲嘆の程度との関係を明らかにする。
- 2, 予期悲嘆・悲嘆に有効な経過時期別のケア内容を抽出し, 在宅ターミナルの高齢者の家族へのケア方法について示唆を得る。

## III. 用語の定義

予期悲嘆は、きたるべき死を悼む過程で、死による喪失という状況を認識し、対処していくことを含む。

悲嘆は、怒り、フラストレーション、孤独感、悲しみ、罪の意識、後悔など、喪失の知覚に関連した感情と情動である。

期待される成果は、家族へのケアによる効果である（以下アウトカムとする）。

グリーンケアは、家族の予期悲嘆・悲嘆へのケアを指す。本研究では、死別後の悲嘆へのケアとする。

## IV. 期間・目標の定義

ターミナル時期とケアの目標は、島内<sup>6)7)</sup>らの研究を参考に、次のように定義した。

**導入期**：在宅ケア開始期1週間～10日間、在宅で安全にケアを受けられるという保証が得られ、在宅ケアチームを作り上げる時期

**小康期**：状況の急変に対応でき、残された時間を充実して、できるだけ快適に過ごせる時期

**臨死期**：死の直前約1週間～10日間、安寧な看取り

をする時期

**死別後**：死亡後から約3ヵ月以降、尊厳ある死を確認でき、遺族の慰めと健康状態の安定・悲嘆からの立ち直りをする時期

## IV. 研究方法

### 1. 調査項目の設定

家族の予期悲嘆・悲嘆に関する看護ケア内容が7例、がん以外の在宅ターミナル事例5例の看護記録より予期悲嘆・悲嘆に関するアセスメント項目を作成しカテゴリーに分類した。分類した内容を、訪問看護ステーションの看護職18名、ターミナルの専門医1名で、どのアセスメント小項目がどの中項目カテゴリーにあたるかを調査し、その一致率に基づきケアカテゴリーに対するアセスメント項目（ケア項目43項目、アウトカム項目33項目）の妥当性を検討した。さらに作成した項目の妥当性を検討するために、訪問看護ステーションの訪問看護師12名に実際の事例における家族への予期悲嘆・悲嘆に対する看護ケアの実態をプレテストしてもらい、ケア実施率が50%未満かつ、重要度得点の平均値が5点満点中3.50以下であった項目は削除した。その結果、ケア項目は31項目、アウトカム項目は29項目となった。

### 2. 予期悲嘆・悲嘆へのケアの実施状況に関する調査

#### 1) 対象

対象は関東圏内22ヵ所のステーションにおいて、平成15年1月～平成16年6月に在宅で死を迎えた65歳以上の利用者全事例148例とした。その事例を担当した看護師を確認できた事例は133事例（回収率89.8%）で、そのうちケアを受けた利用者家族が調査表に記入した93事例、さらに回答なし・無回答を除いた看護師と家族ともに調査結果が得られた分析対象は58事例（比較的進行の早いがんで死亡した高齢者をタイプA：26例、徐々に衰退した高齢者をタイプB：32例とした）であった（回収率64.5%）（図1）。

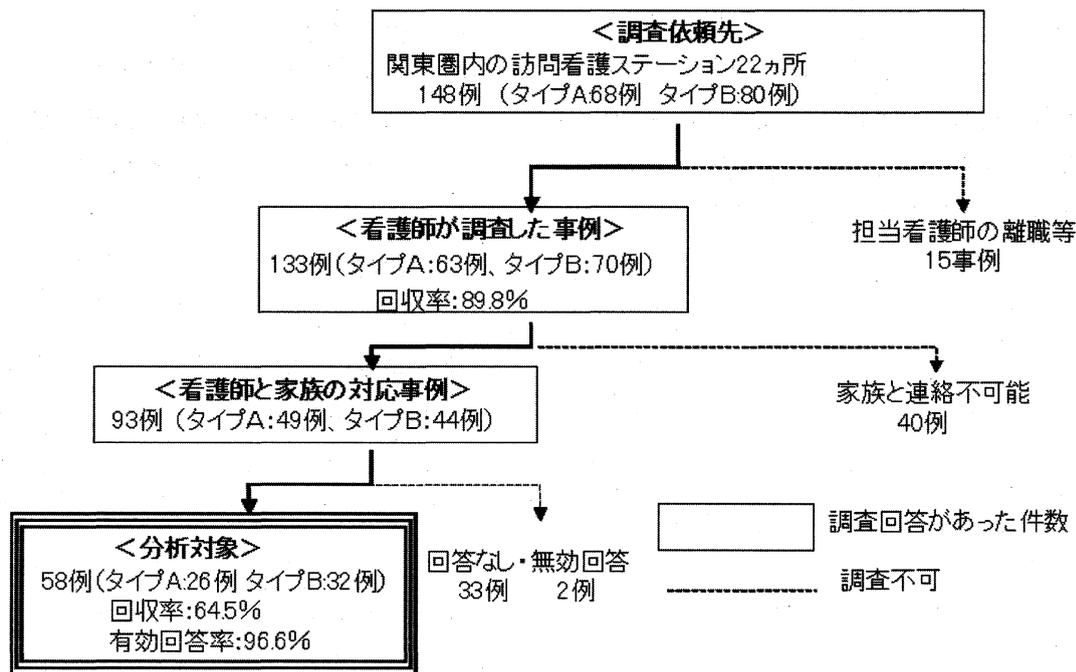


図1. 対象者選定のフローチャート

## 2) 調査期間

平成16年8月～10月の3ヵ月間

## 3) 方法

予期悲嘆・悲嘆に対するケアの実施状況に関する調査用紙は、対象となった事例の受け持ち訪問看護師が記載した。

一方、同一事例への家族調査は、郵送法により実施し、死亡した利用者の主介護者が、利用者・家族背景についてアンケート用紙に記載した。

## 4) 本調査内容

(1) 家族に対する予期悲嘆・悲嘆のケア内容とアウトカム (表1)

予期悲嘆・悲嘆についてのケア項目は、導入期は9項目、小康期は12項目、臨死期は3項目、死別後は7項目あり、アウトカム項目は、導入期は9項目、小康期は9項目、臨死期は4項目、死別後は7項目である。各項目についてケア実施の有無、アウトカム到達の有無を記入してもらった。

また、各項目を類似する内容ごとに2～6個にまとめ10にカテゴリー化し、内容に沿って命名した(表1)。それぞれのカテゴリーの項目について、ケア実施の程度を実施度、アウトカムの到達の程度を

到達度とし、5段階のリッカート法で示し、0～4点でスコア化した。スコア値が大きくなるほど実施度・到達度がそれぞれ高いことを意味する。

## (2) 訪問看護利用者と主介護者の背景

家族調査は利用者の性別、年齢、進行や症状によるタイプ、在宅ケア期間、主介護者の性別、年齢と続柄、副介護者の有無、看取り後からの期間とした。

## (3) 在宅で看取った家族(主介護者)の悲嘆の程度

現在の悲嘆の程度を、0点(悲しみを受け止め、気持ちの整理がついている)～10点(悲しみが強く気持ちの整理がついていない)とし、10段階のリッカート法での記入を求めた。数値が高いほど悲嘆は大きいことを示している。

## 3. 倫理的配慮

本研究は、厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針」日本看護協会「看護研究における倫理指針」を遵守して実施した。訪問看護師及び家族に対して、アンケートの回答は、自由意思であり、いつでも中止できること、プライバシー及び個人情報保護や秘密保持に十分注意をして処理を行うこと、データは統計的に処理し個人を特定できない旨を文書及び口頭により提示し、調査表の返信をもって、調査に対

表1. 訪問看護師による予期悲嘆・悲嘆のケア・アウトカム

	ケア内容	実施率(%)		実施度(平均)		アウトカム	到達率(%)		到達度(平均)	
		A	B	A	B		A	B	A	B
導入期	【家族の関係性】					【家族の関係性】				
	□家族間及び家族と医療従事者で情報を共有する	76.9	84.4	2.6	2.6	□家族間で意思統一がはかれた看護ができる	76.0	71.0	2.5	2.6
	□家族の関係性を理解する	84.0	75.0			□家族が今まで過ごしてきた日々を肯定できる(分離不安)	56.0	51.6		
	□家族で今まで過ごしてきた日々を振り返るようにし、それを肯定する(分離不安)	85.4	56.3							
	【家族の対処行動】					【家族の対処行動】				
	□必要時、家族のニーズに沿った情報提供	76.0	75.0	2.5	2.4	□家族が患者の状態を冷静に受け止めることができる	76.0	67.7	2.5	2.4
	□家族が適切に休息を取れるようにする	76.9	68.8			□利用者・家族が思い残すことなく最期を迎えることができる	57.7	51.6		
						□家族の健康が維持できる	73.1	67.7		
	【予期悲嘆】					【予期悲嘆】				
	□感情を抑制せず、少しずつ発散することが望ましいことをよく話す(利用者に対する否定的な気持ちも含む)	60.0	53.1			□家族が感情を思いのままに表出することができる	65.4	67.7		
□感情を表出しやすい環境を整える	73.1	59.4	2.2	2.2	□家族が、利用者の気持ちを十分に受け止められる	72.0	58.1	2.6	2.4	
□不安の内容を具体的に把握する	60.0	37.5			□不安を軽減することができる	65.4	41.9			
□過度の医療処置は利用者の負担になることを伝える(無力感)	52.0	40.6			□家族が納得した医療処置がされる	65.4	54.8			
小床期	【家族の関係性】					【家族の関係性】				
	□家族間及び家族と医療従事者で情報を共有する	81.8	80.8	2.8	2.6	□家族間で意思統一がはかれた看護ができる	90.0	69.2	2.7	2.7
	□家族の関係性を理解する	81.0	76.9			□家族が今まで過ごしてきた日々を肯定できる(分離不安)	76.2	69.2		
	□家族で今まで過ごしてきた日々を振り返るようにし、それを肯定する(分離不安)	68.2	65.4							
	【家族の対処行動】					【家族の対処行動】				
	□必要時、家族のニーズに沿った情報提供	81.8	84.6	2.8	2.6	□家族が患者の状態を冷静に受け止めることができる	75.0	69.2	2.7	2.6
	□本人・家族双方がお互いに言っておきたいことは言っておけるようにする	71.4	65.4			□利用者・家族が思い残すことなく最期を迎えることができる	76.2	61.5		
	□家族が適切に休息をとれるようにする	86.4	80.0			□家族の健康が維持できる	90.0	73.1		
	【予期悲嘆】					【予期悲嘆】				
	□感情を抑制せず、少しずつ発散することが望ましいことをよく話す(利用者に対する否定的な気持ちも含む)	77.3	61.5			□家族が感情を思いのままに表出することができる	90.5	73.1		
□感情を表出しやすい環境を整える	86.4	76.9			□家族が、利用者の気持ちを十分に受け止められる	90.5	76.9			
□本人からの否定的な感情に対して、それは家族に対するものではなく、「なぜ、自分が死ななければならないのか」という気持ちを表現したものだということを説明する。	55.0	19.2	2.6	2.6				2.9	2.7	
□死後のことを語ることを肯定する(死後に対する不安)	66.7	38.5			□不安を軽減することができる	70.0	57.7			
□不安の内容を具体的に把握する	85.7	69.2			□家族が納得した医療処置がされる	81.0	69.2			
□過度の医療処置は利用者の負担になることを伝える(無力感)	76.2	61.5								
臨死期	【家族の悲嘆と看取りの満足感】					【家族の悲嘆と看取りの満足感】				
	□死が近づき、家族がパニックや恐怖に陥った際に、家族自ら何ができるのか見つめなおせるように言葉かけを行う	80.8	74.2			□別れの時をあわてずに迎えることができる	88.0	87.1		
	□死後の処置を家族とともに行う	92.3	93.5	3.3	3.3	□本人に対して、家族が冷静に対応することができる	80.8	77.4	3.2	3.0
	□家族に「よくここまで頑張ってくることができましたね」と伝える	92.3	100.0			□利用者・家族が心残りなく最期を迎えることができる	76.9	71.0		
					□満足した看取りができたことを家族が感じている	88.5	96.8			
死別後	【家族の悲嘆】					【家族の悲嘆】				
	□家族が遺体と一緒に過ごせる時間をつくる	84.0	80.6	3.3	3.0	□死を現実のもととして受け止めることができる	83.3	83.9	3.2	2.9
	□家族の感情を言葉で表出できるようにする	92.0	74.2			□あらゆる感情を十分に表出できる	83.3	80.6		
	【グリーフ】					【グリーフ】				
	□死別後、家族とコンタクトをとる	82.6	77.4			□満足いく看取りができたことを家族が認識する	92.0	93.5		
	□思いを引き出し、思いを傾聴する	84.0	51.6	3.0	2.9	□家族が死を乗り越え、立ち直って生活にもどれる	79.2	80.6	3.0	2.8
	□家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正する	58.3	100.0			□精神的に安定している	75.0	77.4		
	□在宅で看取れたのも、家族の頑張りがあったこと、よくやったことを伝える	96.0	87.1			□家族の健康状態が良好である	79.2	64.5		
	【チームとしての評価】					【チームとしての評価】				
	□ケアチームカンファレンスをする	58.3	54.8	2.0	2.2	□ケースを通して、ケアチーム内での意識の統一や連携の強化ができる	62.5	67.7	2.4	2.1

注:実施度は、各期のカテゴリー内のケアが実施された場合、その実施の程度をスケールで評価したものの実施率とは、事例全体のうち各ケア項目を実施した割合のこと

注:到達率は、各期のカテゴリー内のアウトカムに到達した場合、その到達の程度をスケールで評価したものの到達率とは、事例全体のうち各アウトカム項目に到達した割合のこと

する同意を得た。

#### 4. 分析方法

##### 1) 家族の悲嘆の程度別にみたケア分析

死別後の悲嘆の程度を平均値により悲嘆高群と悲嘆低群の2群に分け、各期のケア実施の有無と $\chi^2$ 検定を行った。nが5未満の項目については、Fisherの直接確率検定を使用した。各期のカテゴリーのケア実施度とアウトカム到達度については、Mann-WhitneyのU検定を行った。アウトカム到達の有無とケア実施の有無との関連をみるために、ロジスティック回帰分析と $\chi^2$ 検定を行った。

##### 2) 死別後の悲嘆に影響を及ぼす利用者・主介護者の条件

悲嘆の高低区分による2群別にみた利用者・主介護者の条件比較は $\chi^2$ 検定を行った。

統計処理にはSPSS 11.0 for Windowsを使用した(有意水準は $p < 0.05$ とした)。

## V. 結果

### 1. 調査対象者背景(表2)

利用者の性別に有意な差はみられないが、主介護者はタイプに限らず女性が多かった。タイプAもタ

タイプBも利用者の年齢が介護者よりも高く、利用者本人はタイプAがタイプBより10歳高かった。

また、続柄については、タイプAは配偶者とそれ以外での差はみられないが、タイプBは、配偶者以外が多かった。在宅ケア期間は分散が大きいため中央値で示したが、タイプBはタイプAの約3倍の長さであった。

## 2. 家族の悲嘆の程度とケア実施の有無・実施度・到達度との関連 (表3)

悲嘆の程度を10段階で示し、その平均が4.1であったため、悲嘆が低い群の悲嘆得点を0～4点、悲嘆が高い群を5～10点とし2群に分けた。悲嘆の高低区分による2群とケア実施の有無・実施度には有意な差はみられなかった。悲嘆の高低区分による2群と到達度との関係では、死別後「グリーフ」カテゴリーのアウトカム到達度が高ければ、悲嘆は低かった ( $p < 0.05$ )。死別後「グリーフ」カテゴリーのアウトカム項目は4つある。それぞれのアウトカム到達に有効なケア項目を明らかにすることを目的に、アウトカム項目を説明変数、各期のケア項目を従属変数として、ロジスティック回帰分析を行ったが、有意なケア項目は抽出されなかった。

## 3. 時期別にみた有効なケア内容 (表4～表6)

導入期・小康期・臨死期のケア実施項目の有無と「グリーフ」カテゴリーに含まれる4つのアウトカム到達の有無を比較した結果、有意な関連が見られた。

各期別にケアを実施すると「グリーフ」のアウトカム到達率(事例全体のうちに、アウトカム項目に到達したと判断した看護師の割合)が高値なるケア項目があった(表4～表6)。導入期に実施するとアウトカムに到達するケア項目は、「家族間及び家族と医療従事者で情報を共有する」( $p < 0.05$ )、「家族が今まで過ごしてきた日々を振り返るようにし、それを肯定する」( $p < 0.05$ )、「過度の医療処置は利用者の負担になることを伝える」( $p < 0.05$ )など計6項目あり、小康期に実施するとアウトカムに到達するケア項目は、「家族間及び家族と医療従事者で情報を共有する」( $p < 0.05$ )、「家族が今まで過ごしてきた日々を振り返るようにし、それを肯定する」( $p < 0.05$ )、「必要時、家族ニーズに沿った情報提供」( $p < 0.05$ )、「家族が適切な休息をとれるようにする」( $p < 0.05$ )、「不安の内容を具体的に把握する」( $p < 0.05$ )など計8項目であった。

表2. 利用者・主介護者背景

		利用者		主介護者	
		タイプA	タイプB	タイプA	タイプB
		n(%)		n(%)	
性別	男	12(46.2)	13(40.6)	3(11.1)	5(15.6)
	女	14(53.8)	19(59.4)	22(81.5)	27(84.4)
年齢	平均	76.8(±8.2)	86.4(±9.2)	59.6(±9.7)	60.3(±7.5)
続柄	配偶者	-	-	11(44.0)	5(16.1)
	配偶者以外	-	-	14(56.0)	26(83.9)
在宅ケア期間(日)	中央値	79.0	206.0	-	-

表3. 悲嘆の高低別にみたアウトカム到達度の関係

		「グリーフ」到達度			
		N	平均ランク	U値	P値
悲嘆の程度	高い	23	22.89	250.5	0.043
	低い	31	30.92		
Mann-Whitney U検定					$p < 0.05$

表4. 「グリーフ」の各アウトカムと死別前のケア実施率との関係（導入期）

カテゴリー	ケア項目	アウトカム項目		満足のいく看取りができたことを家族が認識する					家族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる					精神的に安定している					家族の健康状態が良好である					
		実施	非実施	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	
家族の関係性	家族間及び家族と医療従事者で情報を共有する	実施	非実施	45	1	56	-	0.016*	37	8	55	-	0.400	37	8	55	4.706	0.030*	34	11	55	2.590	0.108	
	家族の関係を理解する	実施	非実施	36	3	55	-	1.000	30	8	54	-	1.000	33	5	54	8.360	0.004*	27	11	54	0.029	0.866	
	家族で今まで過ごしてきた日々を振り返るようにし、それを肯定する	実施	非実施	15	1	34	0	0.020*	13	3	30	3	0.019*	29	4	55	-	0.023*	26	7	55	2.483	0.115	
家族の対処行動	必要時、家族ニーズに沿った情報提供	実施	非実施	39	2	55	-	0.265	34	7	55	-	0.443	36	5	55	11.680	0.001**	32	9	55	3.980	0.085	
	家族が適切な休息をとれるようにする	実施	非実施	12	2	39	2	0.289	10	4	34	6	2.292	0.130	6	8	55	1.074	0.300	7	7	55	3.089	0.079
	感情を表出しやすい環境を整える	実施	非実施	39	2	13	2	0.587	31	6	31	5	1.012	0.473	31	6	55	3.449	0.063	27	10	55	0.233	0.629
予期悲嘆	過度の医療処置は利用者の負担になることを伝える	実施	非実施	26	0	25	4	0.113	24	1	19	10	0.007**	24	1	17	12	0.001**	22	3	54	-	0.015*	
		実施	非実施	25	4	19	10		17	12														

$\chi^2$ 検定:nが5未満の項目についてはFisherの直接確率検定を使用した

\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05

表5. 「グリーフ」の各アウトカムと死別前のケア実施率との関係（小康期）

カテゴリー	ケア項目	アウトカム項目		満足のいく看取りができたことを家族が認識する					家族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる					精神的に安定している					家族の健康状態が良好である				
		実施	非実施	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値
家族の関係性	家族間及び家族と医療従事者で情報を共有する	実施	非実施	38	1	47	-	0.071	32	6	46	-	0.055	32	6	46	-	0.013*	28	4	46	-	0.222
	家族の関係を理解する	実施	非実施	6	2	35	2	0.488	4	4	29	7	0.393	3	5	45	-	0.028*	10	4	45	-	0.428
	家族で今まで過ごしてきた日々を振り返るようにし、それを肯定する	実施	非実施	8	1	32	0	0.028*	6	3	26	5	1.759	0.185	4	5	46	-	0.002**	5	4	46	2.770
家族の対処行動	必要時、家族ニーズに沿った情報提供	実施	非実施	39	1	5	2	0.054	33	6	3	4	0.031*	33	6	46	-	0.005**	28	11	46	-	0.658
	家族が適切な休息をとれるようにする	実施	非実施	37	2	7	1	0.436	32	6	4	4	0.055	30	8	46	-	0.374	29	9	46	-	0.044*
	感情を表出しやすい環境を整える	実施	非実施	37	2	7	1	0.436	31	7	5	3	0.344	31	7	46	-	0.079	29	9	46	-	0.044*
予期悲嘆	不安の内容を具体的に把握する	実施	非実施	35	1	8	2	0.115	29	6	6	4	0.194	30	5	45	-	0.007**	27	8	45	-	0.049*
	過度の医療処置は利用者の負担になることを伝える	実施	非実施	32	0	11	3	0.024**	25	6	10	4	0.700	26	5	45	3.731	0.053	23	8	45	1.308	0.307
		実施	非実施	11	3	10	4		10	4				8	6				8	6			

$\chi^2$ 検定:nが5未満の項目についてはFisherの直接確率検定を使用した

\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05

表6. 「グリーフ」の各アウトカムと死別前のケア実施率との関係（臨死期）

カテゴリー	ケア項目	アウトカム項目		満足のいく看取りができたことを家族が認識する					家族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる					精神的に安定している					家族の健康状態が良好である									
		実施	非実施	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値	到達した人数	到達しなかった人数	全体	$\chi^2$ 値	P値					
家族の悲嘆と看取りの満足感	死が近づき、家族がパニックや恐怖に陥った際に、家族が自ら何が出来るか見つけなおせるように言葉かけを行う	実施	非実施	42	2	10	2	0.198	38	5	6	6	8.634	0.003**	36	7	6	6	55	5.910	0.015*	34	9	5	7	55	6.363	0.012*

$\chi^2$ 検定:nが5未満の項目についてはFisherの直接確率検定を使用した

\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05

臨死期においては、「死が近づき、家族がパニックや恐怖に陥った際に、家族自ら何ができるか見つめなおせるように言葉かけを行う」( $p < 0.05$ )を実施するとアウトカム到達率が高値になる。

#### 4. 悲嘆の高低と関連する利用者・介護者条件 (表7・表8)

悲嘆の高低と利用者本人の背景との関連では、前期高齢者が、死別後の悲嘆程度が有意に高かった。  
( $p < 0.01$ )

悲嘆の高低による2群間と主介護者の背景との関連では、64歳未満の配偶者と、男性介護者に悲嘆が有意に高かったが ( $p < 0.05$ )、タイプ別による悲嘆の高低との関連はなかった。

#### 5. タイプ別にみたケア内容実施の相違 (表9)

タイプ別のケア実施の有無による差では、小康期におけるケアで「本人からの否定的な感情に対して、それは家族に対するものではなく、『なぜ、自分が死ななければならないのか』という気持ちを表現したものだということを説明する」の実施がタイプAに優位に多かった ( $p < 0.05$ )。また、死別後におけるケアで「家族の思いを引き出し、傾聴する」は、タイプAにケアの実施が有意に高く ( $p < 0.05$ )、「家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正する」は、タイプBのケア実施が有意に高かった ( $p < 0.001$ )。

## VI. 考 察

### 1. 家族の悲嘆の程度からみた有効なケアカテゴリとケア内容

本研究では、家族の悲嘆の程度と関連のあるケア項目は抽出されなかったが、死別後の「グリーフ」カテゴリとの関連が明らかになった。グリーフケアは、在宅ケア開始と同時に始められるのがよいとされ、グリーフケアにより予期悲嘆を適切に受け止めることができれば、そのあとに訪れる死後の悲しみもその人なりに順調な経過をたどって克服できる<sup>8)</sup>。つまり、死別後の「グリーフ」カテゴリに

含まれる4つ項目のアウトカム「満足のいく看取りができたことを家族が認識する」「家族が死を乗り越え、立ち直って生活にもどれる」「精神的に安定している」「家族の健康状態が良好である」に到達するケアを実施していくことが、死別後の悲嘆のプロセスを促進できるということが示唆された。

### 2. 死別後の悲嘆からの回復を促進するために有効な時期別のケア内容

在宅で最期を迎えるためには、利用者本人の意思のみならず、家族の在宅ケアへの意欲が大きく影響する。家族の意欲を損なうことなく最期のときを迎えるための家族へのサポートは不可欠である<sup>9)</sup>。死別前に家族への適切な介入をすると、家族は死別後の悲しみからの回復が早いといわれている<sup>10)</sup>。しかし、回復までには様々なプロセスを経ることから、本研究においては、死別後の悲嘆からの回復を促進するために有効な死別前のケア内容を検討し、時期別に特徴的なケア内容(ケア項目)を抽出した。

#### 1) 導入期の予期悲嘆に有効なケア内容 (表4)

導入期に有効なケア内容は、表4に示すとおり6項目あった。特に、家族員間の関係性についての支援は3項目あり「家族間及び家族と医療従事者で情報を共有する」「家族の関係性を理解する」「家族で今まで過ごしてきた日々を振り返るようにし、それを肯定する」であった。在宅ケア継続中に家族が過去を振り返り、家族が利用者との思い出を共有することができると、特に家族関係に問題がある場合は、家族自身が問題解決に向けた機会を得ることができ<sup>8)</sup>。また、東<sup>11)</sup>らは、看護師が家族の関係性を理解し、各自の役割遂行に伴う不安を軽減し、介護者役割に意味が見出せるように関わっていく必要があると指摘している。つまり訪問看護師は家族員のそれぞれの役割を把握し、役割遂行ができるように家族員全体をサポートしていく必要がある。

また、「過度の医療処置は利用者の負担になることを伝える」項目も有効なケアとして明らかになった。臨死期において医療処置の不要を家族に伝えた場合、感情的になかなか受け入れができないことが

表7. 悲嘆の程度(高低)別にみた利用者の背景の比較

属性		悲嘆の程度(高低)			χ <sup>2</sup> 値	P値
		全体	高い	低い		
年齢	前期高齢者	56	10	3	—	0.009
	後期高齢者		14	29		
タイプ	A	58	13	13	0.914	0.339
	B		12	20		
				U値	P値	
在宅ケア期間(日) A 中央値(79.0)		14.50	12.50	71.500	0.505	
B 中央値(206.0)		20.00	14.40	78.000	0.107	

Mann-WhitneyのU検定、χ<sup>2</sup>検定:nが5未満の場合は、Fisher直接確率検定を使用したp<0.01  
注:在宅ケア期間内には平均ランクを示した

表8. 悲嘆の程度(高低)別にみた主介護者の背景の比較

変数		悲嘆の程度(高低)			χ <sup>2</sup> 値	P値
		全体	高い	低い		
年齢	64歳未満	38	25	13	—	0.008
	65歳以上		16	12		
性別	男	40	11	4	—	0.016
	女		14	25		
利用者との関係	配偶者	39	15	1	—	0.001
	配偶者以外		16	28		
				U値	P値	
死別後からの期間(月) 平均11.7ヶ月(SD5.3)		28.75	26.34	331.500	0.572	

Mann-WhitneyのU検定、χ<sup>2</sup>検定:nが5未満の場合は、Fisher直接確率検定を使用した p<0.05  
注:死別後からの期間内には平均ランクを示した

表9. タイプ別(タイプA・タイプB)にみたケア実施の比較

ケア内容	タイプA			タイプB			χ <sup>2</sup> 値	P値
	進行の早い高齢者		全体	徐々に衰退した高齢者		全体		
	実施	非実施		実施	非実施			
小康期・本人からの否定的な感情に対して、それは家族に対するものではなく、「なぜ、自分が死ななければならないのか」という気持ちを表現したものだということ を説明する	20	11	9	26	5	21	6.376	0.012
死別後・家族の思いを引き出し、傾聴する	25	21	4	31	16	15	-	0.013
死別後・家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正する	24	14	10	31	31	0	-	0.001

χ<sup>2</sup>検定:nが5未満の場合はFisher直接確率検定を使用した p<0.05

ある<sup>8)</sup>ことから、利用者と家族が在宅療養をどのような形で過していきたいのか、医療処置はどこまで実施したいと考えているのかを早期に意思確認をする必要がある。

2) 小康期の予期悲嘆に有効なケア内容(表5)

小康期に有効なケア内容は、表5に示すとおり8項目あった。家族の関係性への支援としては3項目あり、導入期に有効なケアと同様であったことから、これに対するケアの継続的な実施の必要性が示唆された。家族の対処行動への支援については、「必要時、家族ニーズに沿った情報提供」「家族が適切な休息をとれるようにする」が有効なケア内容として明らかになった。これについて福井<sup>12)</sup>は、ケアに関する情報のニーズを持つ家族に対応していくことの

重要性を指摘しており、適宜互いの認識を確認しながら在宅療養を継続していく必要がある。また、家族の健康状態については、先行研究でも睡眠不足と抑うつは強く関連していることを示しており、多くの介護者がこれを経験している<sup>10)13)</sup>ことから、療養中から家族の健康管理に看護職は十分に配慮する必要がある。また、抑うつ感情と悲嘆も強い関連性がある<sup>14)</sup>ことを考慮すると、在宅療養期間中から介護者の健康を維持することは悲嘆を軽度抑えるためにも重要であると考えられる。予期悲嘆への支援については、「感情を表出しやすい環境を整える」「不安の内容を具体的に把握する」などが有効なケアとして明らかになった。守田<sup>15)</sup>らは、支えてくれる人がいても「感情を吐き出す場」がないと感じている介護

者が多く、利用者や他の家族メンバーへの影響などを考え、介護者は自分の感情を吐き出すことを抑制して現状に耐えており、介護者が自分の心情を吐露できるような場を検討する必要があるとしている。これらのことから、訪問看護師は家族関係を理解しながら限られた訪問時間の中で、その環境づくりに努める必要がある。また、人見<sup>16)</sup>は、死別時に不安のあった人は、なかった人に比べ、死別後の身体的影響が大きいと言っていることから、死別時に家族が不安を残さないように、在宅療養中から不安の軽減に努めていく必要がある。

### 3) 臨死期に有効なケア内容 (表6)

臨死期に有効なケアは、「死が近づき、家族がパニックや恐怖に陥った際に、家族自ら何ができるか見つめなおせるように言葉かけを行う」1項目だけであった。最期のときを慌てずに迎えるために、死の具体的な過程と起こりうる変化を詳しく家族に説明し、必要なケアを教える<sup>8)</sup>ことは、臨死期において重要なケアである。家族は、身体的に衰弱している様子を目の当たりにし始めると次第に不安を感じてくる<sup>17)</sup>ことから、家族を冷静にする言葉かけは必要であり、事前に看取りの準備をしている場合においても、家族が冷静さを失うことがあると看護師は認識し、迅速に対応をする必要がある。

坂口ら<sup>18)</sup>は、介護者への死別前の予防的な援助アプローチが、死別後の深刻な健康悪化を回避できる可能性があるとして述べており、本研究で明らかになった時期別の特徴的なケアを実施していくことは、死別後の悲嘆を軽くできる可能性を示唆するものである。

### 3. 悲嘆の高低に影響を及ぼすケア以外の要因

本研究においては、利用者が前期高齢者で、介護者の年齢が64歳未満で配偶者、男性介護者などの要因が家族の予期悲嘆・悲嘆を高めるという結果であった。しかし、進行の早いがん高齢者と徐々に衰退する高齢者による悲嘆の高低への影響は事例数が制限されていたために本研究では明らかにされなかった。高齢の介護者ががんで高齢の配偶者を看取る場合は、

配偶者の死から自分自身の死を意識するようになり、自分を看取ってくれる人がいない寂しさと不安を表現し、具体性をもって死を意識する。高齢になって一人遣されると深い孤独が映し出され<sup>19)20)</sup>、介護者の年齢ではなく利用者との関係性は悲嘆に大きく影響すると考えられる<sup>21)</sup>。また、性別による悲嘆の高低差については、研究者により意見が分かれており<sup>22)-25)</sup>、今後更なる研究の積み重ねが必要と考える。しかし、男性介護者は「男性は実のところ弱いのだ」「人に見せない内面がある」ことを打ち明け、揺れ動く悲嘆反応を示している<sup>26)</sup>ことから、性差だけではなく介護者の内面を理解することが重要であると考える。悲嘆は多くの要因から構成され一つの因子だけでは証明されない<sup>27)</sup>ことから、ケアを実施していく上で、これらの背景要因も十分に加味したケアを提供する必要がある。

### 4. タイプ別からみた有効なケア内容

タイプ別のケア実施の比較では、小康期におけるケアで「本人からの否定的な感情に対して、それは家族に対するものではなく、『なぜ、自分が死ななければならないのか』という気持ちを表現したものだということを説明する」の実施がタイプAに優位に多かった。タイプAは、がんの告知や病院から在宅への移行期がすぎ、小康期になると、苦痛のない安心した生活ができるようになるため、利用者・家族が個々の役割を果たしながら普段どおりの生活ができるように支援することが求められる<sup>28)</sup>。安寧な生活の中で利用者は、自己の思いを表出し、時には否定的な言葉で家族を傷つけてしまうことがある。このような環境から、家族関係が崩れることなく、家族の和解・成長に向けて家族の力を引き出し、家族の力が発揮できるよう支援することが重要である。したがって、タイプAの家族に対しては、特に利用者の気持ちを理解できるように働きかける必要がある。また、タイプAは介護期間が平均79日と短期間である。介護期間が短い場合は、介護者の悲嘆やうつ症状などに着目したケアの提供が介護者満足度に影響を及ぼすことから<sup>29)</sup>、介護者の精神状態を常に

考慮したケアの提供が重要になる。

一方で、死別後のケア内容では、「家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正する」がタイプBでは100%実施されていた。タイプBでは、介護期間が中央値で206日とかなり長期にわたり介護をしている。死が間近に迫っている事実と向き合う時間が長期化することで、精神的に多大な影響を受けている。それは気付かずして、その状態からの「逃げ道」を見つけようとする精神的な作用がある。緊迫した状況、切迫した死がいつくるのかわからない緊張感に耐えられなくなり、「悲しむ」ことに終止符を打ってしまう。こういった悲嘆からの抜け出し方は、利用者と家族双方にとって後々までの悔いを残すことになる<sup>30)</sup>ことから、タイプBの場合には、家族の後悔の部分に特に注目する必要がある。

## VII. 本研究の限界と課題

本研究では対象者数が少なかったために、結果を一般化するには、さらに多くの対象者数を必要とする。また、死別前のケアと死別後の家族の悲嘆を同時点で評価しているため、悲嘆の程度にケアがどれほど影響をもったかを結論づけることは難しい。そのためここでは、関連性のみを明らかにした。また、今後は、家族の悲嘆の程度を死別前後の2時点で家族自身が回答したデータを比較するなどの研究が必要である。

## VIII. 結 論

今回の調査では以下のことが明らかになった。

- 1, 家族の悲嘆の程度からみた有効なケアカテゴリーは、死別後のアウトカム「グリーフ」カテゴリーで、「グリーフ」カテゴリーのアウトカム到達度が高ければ、悲嘆は低かった。
- 2, 死別後の悲嘆に有効なケア内容は、導入期に有効なケア項目が「家族間及医療従事者との情報の共有」「家族の関係性の理解」「過去の振り返

りの肯定」「家族への情報提供」「感情表出の必要性を話す」「医療処置についての説明」6項目、小康期に有効なケア項目が上記のケア項目に加え、「家族の適切な休息」「感情表出のための環境整備」など計8項目、臨死期に有効なケア項目が「死が近づき、家族がパニックや恐怖に陥った際に、家族自ら何ができるか見つめなおせるように言葉かけを行う」の1項目あり、時期別にケア内容が異なることがわかった。

- 3, 悲嘆の程度に関連する利用者背景は、前期高齢者であると悲嘆が高く、主介護者背景としては、64歳未満で男性であり、配偶者であると悲嘆は高かった。
- 4, 利用者のタイプによるケア内容の違いは、タイプAでは、小康期におけるケアで「本人からの否定的な感情に対して、それは家族に対するものではなく、『なぜ、自分が死ななければならぬのか』という気持ちを表現したものだということの説明する」の実施が優位に高かった。死別後のケア内容では、「家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正をする」がタイプBでは100%実施されていた。

## 謝 辞

調査にご協力くださいました訪問看護ステーション管理者、訪問看護師の皆様及び利用者のご家族に心から感謝いたします。本研究は、2004年度東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科に修士論文として提出したものに、加筆、修正をしたものであり、概要については、第3回地域国際看護学会（2005年9月）にて報告した。

〔受付 '09.05.20〕  
〔採用 '10.03.10〕

## 引用文献

- 1) 本郷澄子, 近藤克則, 牧野忠康, 他: 在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求めている支援—遺族を対象とした調査, ターミナルケア, 13(5):404-411, 2003
- 2) 島田千穂, 近藤克則, 樋口京子, 他: 在宅療養高齢者の看取りと終えた介護者の満足度の関連要因, 厚生 の指標, 51(3):18-24, 2004
- 3) 戸井間充子, 大嶋真須美, 田中愛子: 生前からの家族介入が遺族のグリーフ・ワークに与える影響, 死の臨床9, 205-

- 215, 人間と歴史社, 東京, 2003
- 4) 澤田愛子: 高齢期における配偶者死別後の悲嘆問題, 死の臨床9, 274-277, 人間と歴史社, 東京, 2003
  - 5) 小島操子: 終末期患者家族の死別前後の悲嘆への援助, 死の臨床9, 277-280, 人間と歴史社, 東京, 2003
  - 6) 島内 節, 秋山正子, 荒井彩子, 他: 在宅ターミナル患者の経時敵ニーズの変化に対するケアプログラムの開発と評価方法, 平成15年度厚生科学研究費補助金, 研究成果報告書, 2004
  - 7) 島内 節, 葉袋淳子編: 在宅エンド・オブ・ライフケア(終末期ケア), イニシア, 2008
  - 8) 川越 厚編著: 在宅ホスピスを始める人のために, 医学書院, 東京, 1996
  - 9) 杉下知子: 在宅で終末期ケアに臨む家族を支援するためのマニュアル—高齢者の終末期を支える家族への支援, 平成13年度社会福祉・医療事業団助成(事業), 2003
  - 10) K.K. キューブラ, P.H. ベリー, D.E. ハイドリッヒ, 鳥羽研監訳: エンドオブライフ・ケア—終末期臨床指針, 医学書院, 東京, 2004
  - 11) 東 清巳, 永田千鶴: 在宅ターミナルにおける家族対処の特徴と看護介入, 日本地域看護会誌, 6(1): 40-48, 2003
  - 12) 福井小紀子: がん患者の家族の情報ニーズおよび情報伝達に関する認識とその関連要因: 初期と末期の比較, 日本看護学会誌, 22(3): 1-9, 2002
  - 13) Carter P., Chang B.: Sleep and Depression in Cancer Caregivers, Cancer Nursing, 23(6): 410-415, 2000
  - 14) 寺崎明美, 中村健一: 配偶者喪による高齢者の悲嘆とそれを左右する要因, 日本公衆衛生学会誌, 45(6): 512-524, 1998
  - 15) 守田美奈子, 酒井敬介, 奥原秀盛, 他: がん患者を抱える家族のQOL, 死の臨床, 22(1): 88-94, 1999
  - 16) 人見裕江: 高齢者との死別による悲嘆の回復過程, 教育保健研究, 11: 181-188, 2000
  - 17) 馬庭恭子: がん患者の家族に対する援助, 保健の科学, 45(2): 131-134, 2003
  - 18) 坂口幸弘, 柏木哲夫, 恒藤 暁: 配偶者喪失後の精神的健康に関連する死別前要因に関する予備的研究, 死の臨床, 24(1): 52-57, 2001
  - 19) 広瀬寛子, 田上美千佳, 柏 祐子, 他: 高齢者の遺族にとってサポートグループの意味—がんで配偶者を亡くした2事例の分析を通して—, ターミナルケア, 14(5): 419-426, 2004
  - 20) 東 清巳, 永田千鶴: 男性高齢者の配偶者喪失後におけるアイデンティティの揺らぎと対処, 熊本大学医学部保健学科紀要, 1: 47-56, 2005
  - 21) 小谷みどり: 中高年の『大切な人の死』観, ホスピスケアと在宅ケア, 15(3): 241-246, 2007
  - 22) C. Mパークス, 桑原治雄, 三野義典訳: 死別, 224-229, メディカ出版, 大阪, 1993
  - 23) 内田真美: 配偶者を失った男性の悲嘆, 臨床死生学, 6(23): 2001
  - 24) 坂口幸弘, 柏木哲夫, 恒藤暁, 他: 配偶者喪失後の時間経過と精神的問題との関連, ターミナルケア, 10: 71-76, 2000
  - 25) 宮林幸江, 山川百合子: 日本人の死別悲嘆—性差について, 茨城県立医療大学紀要, 10: 55-63, 2005
  - 26) 長 光代, 落合 宏, 上野栄一: 終末期がん患者の男性家族員が捉えたギアチェンジ, 富山大学看護学会誌, 7(2): 5-28, 2008
  - 27) 小澤竹俊: ホスピスケアの満足度と遺族の悲嘆, 死の臨床, 20(1): 48-52, 1997
  - 28) 柳谷幸枝, 川村三希子: 緩和医療学, 11(3): 230-237, 2009
  - 29) ALLISON M. BURTON, WILLIAM E. HALEY, BRENT J. SMALL et al: Predictor of well-being in bereaved former hospice caregivers: The role of caregiving stressors, appraisals, and social resources, Palliative and Supportive Care, 6: 149-158, 2008
  - 30) 若林一美: 死を見据えた時期の症状緩和と看取り—予期悲嘆と死別後の悲嘆について, がん患者と対症療法, 19(1): 32-35, 2008

## Grief Care for Bereaved Families of Deceased Home-cared Elderly

Hiroko Toyama<sup>1)</sup> Setsu Shimanouchi<sup>2)</sup>

1)The Jikei University School of Medicine

2)International University of Health and Welfare

**Key words:**Home care, Terminal care, Grief, Family, Elderly

The purpose of this study was to examine the relationship between contents, implementation, situations, and outcomes associated with grief care and the extent of grief experienced by bereaved families of deceased elderly. We also examined methods to support families that function as primary home caregivers for terminal elderly.

Participants were who tended to patients older than 65 years who died at home. A total of 58 home care nurses were analyzed. The vertical axis in the grief care program framework presented in the questionnaire corresponded to grief and anticipatory grief, and the horizontal axis corresponded to time; grief care contents and outcomes were included by care period. Nurses provided information as to the whether or not grief care was performed and the extent to which such care was carried out, as well as whether or not outcomes were achieved and the degree to which they were achieved. Families described the extent of their grief after the death of the elderly family member. The chi-square test and Mann-Whitney U test were used for the analysis.

We found that the higher the outcome achievement was for “grief care” after death of the elderly family member, the lower the grief experienced by family members. Effective grief care contents at the initial stage (implementation) included: “share information among family caregivers and medical staff” “understand the relationship with family members” “positively review the past” “inform the family” and “explain medical treatment”. At the mid-stage (remission), there were 3 new contents in addition to the 8 contents of the initial stage: “sufficient rest for family members” “preparation of an environment for family members to discharge their feelings”, and “discuss the necessity of expressing feelings.” In the final stage (near death), “provide advice to family member so that they preserve calmness” was the only effective content.

We successfully clarified effective contents for grief care by care stage.