

〔報 告〕

高齢者の入院または死が家族の「死への不安」に及ぼす影響

坪井さとみ¹⁾ 新野 直明¹⁾ 安藤富士子¹⁾ 藤本よし子²⁾
 齊藤伊都子³⁾ 加藤美羽子⁴⁾ 下方 浩史¹⁾

要 旨

本研究は、入院中の高齢患者の家族（入院群）と、1年以内に高齢患者を亡くした家族（死別群）の「死への不安度」を測定し、入院、死別というそれぞれの体験が、「死への不安」に及ぼす影響の差について検討した。質問紙調査により回収された入院群（71名）、死別群（54名）の回答を分析した。「死への不安度」の測定にはConteらのDeath Anxiety Questionnaire (DAQ)の一部を用いた。DAQ尺度を因子分析した結果、「死ぬ過程に対する不安」と「死後に対する不安」の2因子が抽出された。この2因子の平均得点を従属変数とした3要因{高齢患者との関係(入院、死別)×性×年齢(60歳未満, 60歳以上)}の共分散分析を行ったところ、「死ぬ過程に対する不安」では年齢の主効果のみが有意であった。つまり、入院群と死別群、および性別の間には有意な差が認められず、年齢のみ有意差があり、60歳未満群の方が高い得点であった。交互作用はいずれも有意ではなかった。一方、「死後に対する不安」は、いずれの主効果、交互作用とも認められなかった。これらの結果より、入院群と死別群の「死への不安度」は、統計的に有意な差がないことが明らかとなり、家族の「死への不安」に対する援助は、死別後だけではなく、入院時から考慮していく必要性が示された。

キーワード：死への不安、高齢患者、家族、死別体験

1. 緒 言

家族など親密な人との死別を体験した場合、人は死に対する意識・態度に影響を受けるといわれている。そのため、これまでは死別を体験した人々に共通する特徴を特定したり、死別を体験した人と未体験の人の相違を明らかにするなど、主に死別体験そのものの影響が検討されてきた^{1)~8)}。例えば、配偶者の死を体験した者は、体験していない者に比べ、死別後13か月の時点でも不安が高くストレスが強いという報告や¹⁾、死別体験がその後の遺族の死亡率を高めるとい研究がみられる²⁾。また死別により、遺族

の不安障害が増加することや³⁾、心理的苦痛や抑うつ状態が強まることが示されている⁴⁾⁵⁾。これらの現象は、喪失に続く悲嘆が免疫効果を変化させ、感染症や病気に抵抗する力を弱めるためとする説明もみられる⁴⁾。他にも家族との死別を体験した者は、死の不安が高いという報告⁶⁾⁷⁾などがある。

このように、近親者との死別体験が、死別後における家族の心身の健康状態や死への態度に関係するという研究は多く、死別後の家族に対する援助の重要性が示唆されてきた。しかし、家族は近親者との死別を実際に体験した場合だけでなく、近親者が健康を損なった時点、特に入院した場合などには、その死を予測し、近親者の死および自分自身の死に対する不安が喚起されることが予想される。なぜならば不安とは、漠然とした対象に対し何か危険を感じた際に生じる恐れ感情であり、死への不安に関しても死

¹⁾国立長寿医療研究センター疫学研究部

²⁾国立療養所中部病院看護部

³⁾国立三重中央病院附属三重中央看護学校

⁴⁾国立療養所岐阜病院看護部

を直接体験した時だけでなく、病気を患って入院という変化が死を予測させ、家族自身の死への不安を高める要因と成りうるからである。事実、死の不安と一般的な不安は相関するという多くの研究もあり⁹⁾¹⁰⁾、この二つの不安は同一のものではないが関係のある構造と見なすことは妥当であろう。

ところが、これまでの患者家族の心理状態を検討した研究では、ターミナル期患者の家族に対する研究¹¹⁾¹²⁾などがみられるのみで、患者入院時の家族自身の死への不安や死への態度に特に焦点づけた研究はみあたらない。しかし、病院での死が増加している背景からも、死に対する不安を軽減するなど、患者だけでなく、その家族に対する積極的な支援が看護の側から提供されることが求められている。そのために、患者の家族が入院時において、死に対してどのような不安を抱くのかという点を検討しておくことは重要である。そこで本研究は、近親者の死を実際に体験した直後と同様に、近親者が健康を害した時点、例えば入院などを体験した時点でその家族本人の「死への不安」も高まると考え、入院中の高齢患者の家族と、高齢の入院患者と死別した家族の「死への不安」について、両者の差を比較することを目的とする。高齢患者の家族を対象としたのは、高齢患者が平均余命からみて、死との心理的距離が近いというイメージをより持たれやすいと考えたからである。

II. 方法

1. 対象及び調査方法

今回の対象は、平成9年8月1日から10月1日にA病院に入院していた65歳以上の入院患者の家族（主な介護者、以下入院群：108名）と、平成8年9月16日から平成9年8月31日の期間、A病院で死亡した65歳以上の患者の家族（主な介護者、以下死別群：117名）、の合計225名である。A病院は、病床数502床の公立総合病院であり、高齢の入院患者が全体の約7～8割を占める。また平成10年より高齢者包括医療病棟を併設するなど、高齢者医療に力を

表1. 高齢患者の基本的属性

		入院群	死別群
全体		71 (100%)	54 (100%)
平均年齢		79.0歳	74.8歳
性	男性	28 (39.5%)	31 (57.4%)
	女性	26 (36.6%)	23 (42.6%)
	不明	17 (23.9%)	0
主疾患名	感染症および寄生虫症	0 (0.0%)	7 (13.0%)
	悪性新生物	8 (11.3%)	24 (44.4%)
	血液、造血器、免疫の障害	3 (4.2%)	0 (0.0%)
	内分泌、栄養、代謝疾患	3 (4.2%)	0 (0.0%)
	神経系の疾患	9 (12.7%)	3 (5.6%)
	循環器系の疾患	15 (21.1%)	11 (20.4%)
	呼吸器系の疾患	17 (23.9%)	3 (5.6%)
	消化器系の疾患	11 (15.5%)	4 (7.4%)
	筋骨格系の疾患	3 (4.2%)	0 (0.0%)
	泌尿生殖器系の疾患	0 (0.0%)	2 (3.7%)
	その他	2 (2.8%)	0 (0.0%)

数値は該当人数を、()内の数値は各群の人数全体に対する%を表す。主疾患名は、ICD-10準拠による疾病・障害・及び死因分類に従った。

入れている。調査は、自記式の質問紙により行い、入院群には、見舞いに来た家族に対し留置法にて実施(n=92:回収率89.8%)、死別群には郵送法にて実施した(n=63:回収率53.8%)。なお、高齢患者の基礎データを表1に示す。主疾患名は、ICD-10準拠による疾病、傷害及び死因分類に従った。

2. 調査内容

1) Death Anxiety Questionnaire (DAQ): 「死への不安」の測定には、Death Anxiety Questionnaire (DAQ)15項目を邦訳して用いた。この尺度は、人が自分自身の死について考えた時に抱く不安を調べるもので、死に対する態度を広く多面的に捉え、異なる状況における死の不安の違いを簡便に測定できる尺度である。原版はConteら¹³⁾により、また日本語版は杉山¹⁴⁾によってその信頼性、妥当性が確認されている。質問項目は、「死ぬことが心配になりますか」「死ぬことは、ひどく苦痛かもしれないと、心配ですか」などの15項目から構成されている。回答は3段階で求め、「全くそう思わない」に0点、「少しそう思う」に1点、「非常にそう思う」に2点の得点が与えられ、15項目の合計得点より、得点が高いほど「死への不安」が高いことを示す。今回はDAQ尺度の因子分析結果を踏まえた上で、その質問項目の一部より「死へ

表2. 分析対象者の基本的属性

		入院群	死別群
全体		71 (100%)	54 (100%)
性	男性	15 (21.1%)	18 (33.3%)
	女性	56 (78.9%)	36 (66.7%)
年齢	20代	1 (1.4%)	0 (0.0%)
	30代	9 (12.7%)	1 (1.9%)
	40代	16 (22.5%)	7 (13.0%)
	50代	15 (21.1%)	18 (33.3%)
	60代	21 (29.6%)	20 (37.0%)
	70代	6 (8.5%)	6 (11.1%)
	80代	3 (4.2%)	2 (3.7%)
患者との続柄	夫	3 (4.3%)	3 (5.8%)
	妻	23 (32.9%)	15 (28.9%)
	息子	9 (12.9%)	10 (19.2%)
	娘	16 (22.9%)	8 (15.4%)
	きょうだい	3 (4.3%)	1 (1.9%)
	孫	2 (2.9%)	0 (0.0%)
	嫁	14 (20.0%)	15 (28.9%)
健康状態	健康	48 (68.6%)	35 (64.8%)
	通院治療	20 (28.6%)	17 (31.5%)
	その他	2 (2.9%)	2 (3.7%)
仕事	常勤	15 (21.1%)	11 (20.4%)
	自営	9 (12.7%)	11 (20.4%)
	パート	14 (19.7%)	6 (11.1%)
	無職	33 (46.5%)	26 (48.2%)

数値は該当人数を、()内の数値は各群の対象者全体に対する%を表す。入院群は入院中の高齢患者を持つ家族、死別群は1年以内に高齢患者を亡くした家族を示す。

の不安度」について評価した。

2) その他の変数：性別、年齢、および患者との続柄、対象者自身の健康状態と職業の有無について尋ねた。

III. 結果

1. 分析対象者の基本的属性

分析対象者の基本的属性を表2に示す。DAQ 15項目、性別、年齢のいずれかに欠損値を含むデータは分析から除外した。分析対象者は、高齢患者との関係から、入院または死別の2群より成る。その内訳は、入院群71名(男性15名、女性56名)、死別群54名(男性18名、女性36名)であり、入院群、死別群ともに女性が多かった。全分析対象者の年齢範囲は20歳から87歳で、年代ごとの人数構成に群間で有意な差はなかった($\chi^2 = 4.4$, $df = 2$, ns)。患者との続柄では、入院群は妻、娘の順に多く、死別群は妻と嫁

表3. DAQ 因子負荷量行列と各因子の内的一貫性

DAQ項目	Factor I	Factor II
I: 死ぬ過程に対する不安 ($\alpha = .84$)		
5 死ぬときの苦痛が心配	0.78	-0.07
8 死ぬ前に自分を見失うかと心配	0.73	0.06
1 死ぬことが心配	0.71	0.07
4 苦しむ姿を人に見られるのが心配	0.71	-0.17
3 病気で長く苦しむと思うと心配	0.66	-0.15
7 ひとりで死ぬのではないかと心配	0.64	0.15
2 やり残したまま死ぬのではと思うと悩む	0.60	0.17
12 大事な人を残して死ぬと思うと心配	0.59	0.20
9 死ぬときにかかる費用が心配	0.40	0.14
II: 死後に対する不安 ($\alpha = .82$)		
10 遺言どおりにならないかと心配	-0.17	0.87
13 自分を想いだしてくれなくなるのは心配	0.03	0.85
14 永遠に消滅すると考えると心配	0.02	0.84
15 死後どうなるか分からないのが心配	0.25	0.58

因子抽出法:主成分法,回転法;斜交Promax回転.項目番号は,DAQ尺度原版により,項目番号6,11は削除した.項目内容は略して示した.

が多かった。健康状態は、入院群、死別群ともに6割強の者が健康であると答えた。職業については、無職が入院群で46.5%、死別群で48.2%であった。

2. DAQ 尺度の因子分析の結果

「死への不安」の構造をみるため、入院群、死別群をまとめて因子分析を行った(主成分法・斜交Promax回転)。その結果、回転前の累積寄与率は、2因子までで全変動の50.3%を説明したため、今回は2因子抽出が妥当と考えた。次に、両因子にわたって負荷量が大きかった第6項目「死ぬとき、一番身近な人が側にいてくれないと思うと心配ですか」(第1因子負荷量=0.40、第2因子負荷量=0.41)と、第11項目「本当は死んでいないのに、埋葬されることがあるのではと考えると、怖いですか」(第1因子負荷量=0.36、第2因子負荷量=0.35)の2項目を除外し、13項目で再度因子分析を行ったところ、表3に示す因子負荷量行列が得られた。第1因子は、「死ぬときの苦痛が心配」などの項目が含まれ、内容から『死ぬ過程に対する不安』と命名した。また、第2因子は「永遠に消滅するのは心配」などの項目が含まれ、その内容から『死後に対する不安』と命名した。2因子の因子間相関は $r = .38$ であった。さらに抽出された2因子の内的整合性について調べるためCronbachの α 係数を求めたところ、第1因子 $\alpha = 0.84$ 、第2因子 α

表4. 入院群, 死別群の死の不安

要因		死への不安度			
		I : 死ぬ過程に対する不安		II : 死後に対する不安	
		Mean (SE)	F-value	Mean (SE)	F-value
属性	入院群	9.02 (0.65)	0.17 ns	0.97 (0.26)	0.26 ns
	死別群	9.30 (0.58)		1.02 (0.24)	
性	男性	8.86 (0.75)	0.13 ns	1.03 (0.31)	0.40 ns
	女性	9.46 (0.43)		0.96 (0.18)	
年齢	60歳未満	10.39 (0.54)	6.10*	1.40 (0.23)	2.81 ns
	60歳以上	7.94 (0.67)		0.60 (0.28)	

Meanは最小自乗平均, SEには標準誤差の値を示す. 交互作用は全て有意ではなかった.

* $p < .05$, ns: no significance

= 0.82 という値が得られた. 従って今回の因子分析の結果から, 以後の分析は上記2因子での検討が妥当と考え, 原版の第6項目と, 第11項目を除いた13項目を「死への不安度」の測定に用い, 検討を行った.

3. 入院群, 死別群の死への不安度の比較

『死ぬ過程に対する不安』『死後に対する不安』の2因子の平均得点を従属変数として, 高齢患者との関係(入院・死別)×性(男・女)×年齢(60歳以上・60歳未満)の3要因の共分散分析を行った(表4). その結果, 『死ぬ過程に対する不安』因子については, 年齢の主効果が認められた($F(1,123) = 6.10$, $p < .05$). 高齢患者との関係(入院・死別の別), 性の主効果は認められなかった. 主効果が認められた年齢については, さらに t 検定を行ったところ, 60歳未満群の方が60歳以上群に比べ有意に得点が高かった. いずれの交互作用も認められなかったことから, 性および年齢要因の影響を取り除いた場合でも, 入院群と死別群の間には差がないことが示された. 『死後に対する不安』因子については, いずれの主効果, 交互作用も認められなかった.

以上の結果からは, 入院群と死別群の「死への不安度」に差がないことが明らかになったが, 両群の「死への不安」が共に高いかどうかは不明なため, 別の調査において, 地域住民を対象に「死への不安」を測定した結果と比較した. この地域住民は, 76名(男性38名, 女性38名), 平均年齢58.3歳で, 家族の入院や死別経験の有無については不明であるが, ある程度一般性を反映しうるとして比較に用いた. その結

果, 『死ぬ過程に対する不安』についての各群の平均得点は, 入院群は9.35 ($SD = 4.01$), 死別群は9.37 ($SD = 4.14$), 地域住民群は6.96 ($SD = 4.03$)であり, t 検定の結果, 入院群と地域住民群($p < .05$), 死別群と地域住民群($p < .01$)には有意な差がみられたが, 入院群と死別群の間には有意な差が認められなかった. また, 『死後に対する不安』についての各群の平均得点は, 入院群は0.96 ($SD = 1.69$), 死別群は1.05 ($SD = 1.70$), 地域住民群は0.88 ($SD = 1.44$)であり, 3群間に差は認められなかった. これらの結果より, 一般住民と比較して, 入院群と死別群は『死ぬ過程に対する不安』が高く, 『死後に対する不安』については差がない可能性が示された.

IV. 考 察

本研究では, 入院中の患者家族を持つ家族と1年以内に高齢患者を亡くした家族を対象に死への不安度について調査し, その結果の一部を用いた比較分析を行った.

まず, 因子分析の結果より, DAQ尺度は2因子構造とする方が妥当と考えられ, Conteら¹³⁾の5因子構造とは異なる結果となった. Conteら¹³⁾の研究では「死のわからなさ」「死ぬ過程での苦痛」「孤独」「対人関係」「その他」の5因子が抽出されたが, 今回は, 『死ぬ過程に対する不安』『死後に対する不安』の2因子が抽出された. そのため, 以後は「死への不安度」の測定にこの2因子を用いて検討した. 先行研究と

の因子構造の相違は、文化的な差異とも考えられる。しかし、死への不安が「死ぬこと」と「死の過程」の2つの次元から成ることを概念的に意図した Gasserら¹⁵⁾の研究もあり、死への不安は、少なくとも次元では測り得ない構造を持つ¹³⁾¹⁶⁾¹⁷⁾といえるだろう。

次に分散分析の結果から、死への不安度の2因子『死ぬ過程に対する不安』及び『死後に対する不安』の得点に、高齢患者との関係(入院群、死別群)における有意な差は認められなかった。この結果からは、2群の「死への不安」に差がないことが明らかとなったのみで、その特徴が明確ではないので、さらに別の調査での地域住民の結果と比較した。その結果、入院群と死別群は、地域住民群に比べ『死ぬ過程に対する不安』の得点は高いが、両群の間には有意な差がないことが示された。一方、『死後に対する不安』の得点には、3群すべての間に有意な差はみられなかった。今回用いた地域住民群は、厳密な対照群とすることはできないが、この群には家族の入院や死別の体験がある人もない人も含まれている可能性があり、一般特性をある意味で反映しうる。すなわち、この地域住民群と入院群、死別群との間に差がみられるならば、厳密に条件を統制した対照群と比較した場合には、その差がさらに顕著になる可能性がある。従って、不十分ではあるが、この結果を含めてさらに考察をする。『死ぬ過程に対する不安』が、死別群と差がないほど入院群においても高いという点は、入院という状況の変化が、患者が病苦に耐え、家族と別れることへの苦痛や人生への未練に悩む姿を実際に目の前にする機会を家族に与えやすいことが影響していると考えられる。これは、家族が患者の入院した時点で喪失を予期し、予期的悲嘆(anticipatory grief)¹⁸⁾と呼ばれる一連の情動を体験しはじめ、自分自身の死を含んだ死ぬ過程に伴う様々な事柄に対する不安が高まるためではないだろうか。これに対し、『死後に対する不安』が、地域住民群と比較しても、入院群、死別群ともに高くない点は、この因子が宗教観などその人の人生上の価値観をより強く反映しやすい側面であり、入院や死別といった状況的な要因の影響を受

けにくいためと考えられる。つまり、入院群、死別群ともに、家族の入院や死を体験することで、自身の死ぬ過程に伴う直接的な痛みや気持ちの混乱などに対する不安は高くなるが、死後に何が起こるかに関する漠然とした不安はあまり変わらないことが示された。『死ぬ過程に対する不安』は実存的に存在するというよりも、むしろ入院や死別といった状況的な影響の結果として変化するもの¹⁹⁾であるのかもしれない。わが国の高齢者の場合、死ぬ際の苦しみや死の不安や恐怖を引き起こしていると言われている²⁰⁾が、高齢患者を抱える家族にとっても、その姿を見ることによって自分自身の不安や恐怖が高まる同様の傾向が伺えた。

他方、分散分析の結果『死ぬ過程に対する不安』因子のみ年齢による差が認められ、60歳未満の若い群で死への不安が高かった。Templer²¹⁾は死の態度は年齢に関係なく、普遍性を示すと述べているが、Devins⁶⁾は、年長者よりも若年者の方が死への強い不安を示し、特に若年者でもごく近い家族との死別体験者の不安が高かったと報告している。他にも若い人の方が死に対する心理的距離がより遠い(自我関与が低い)ため、死への不安が高くなると報告した研究は多い⁶⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁶⁾。これは、高齢になるほど死を受容する傾向があり、死に対する不安も低下するためとも考えられる¹⁶⁾。

以上より、死亡からの時間経過、入院患者の疾患の種類や重症度が一定していないことなどの限界はあるが、少なくとも今回の結果から、入院群と死別群の間には、有意な差が認められなかった。つまり、入院中の高齢患者を持つ家族は、高齢患者を亡くした家族と比べて、「死への不安」について差がなく、ともに高い不安を抱えている可能性が示唆された。従って、家族の死を実際に体験することだけが、その人自身の死への不安度を高めるわけではなく、家族の入院を体験することが死への不安度を高める原因を有すると考えられた。もちろん、死に対する不安は個性の高い主観的な事象であるため、今後は疾患の種類や重症度、入院時の状況、患者との続柄などを考慮

し、入院期間や患者の症状などの変数を統制した上で、同一集団の死別前後の変化を追跡するなど、家族の「死への不安」について詳しく検討していく必要がある。

これまで、残された遺族における悲嘆のプロセス⁸⁾²²⁾や、死別と関連する要因の研究²³⁾など、死別体験を遺族中心に論じる傾向があった。しかし、ターミナルケアの一環として、患者とともに家族に対する援助についても、死別以前から検討していく必要性がある¹¹⁾。その点が今回の検討で裏付けられた。また、今回は明らかにすることができなかったが、家族である高齢者の生と死に直に触れる事は、死への不安が高まる一方で、同時に自らの人生を見つめ直し、いつか訪れる自分の死について受容していくプロセスにもなるはずである。家族の入院や死別を体験することによるそのようなプラス面の発達には、医療者の援助や働きかけが有効であるという。悲嘆のプロセスにおける家族側のニーズを把握し、適切な心理的ケアを行うことは、よりよい人間的なターミナルケアの一部であり、患者と同様に不安に陥っている家族の健康を守るために是非とも必要であろう²²⁾。看護の立場からの患者家族に対する心理的な援助は、患者の死が予測された時点から、家族の悲嘆が薄れる死後しばらくの間まで継続されることが望まれる²⁴⁾。

V. 結論

入院中の高齢患者を持つ家族は、高齢患者を亡くした家族と『死ぬ過程に対する不安』及び『死ぬ過程に対する不安』について有意な差がなく、ともに死への不安を抱えていることが示唆された。家族の「死への不安」に対する心理的な援助は、死別後だけでなく、入院時から考慮していく必要がある。

〔受付 '00. 4. 13〕
〔採用 '02. 12. 14〕

文 献

- 1) Byrne G.J., Raphael B.: The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 241—251, 1997.
- 2) Bowling A., Benjamin B.: Mortality after bereavement: A follow-up study of a sample of elderly widowed people. *Biology and society*, 2, 197—203, 1985.
- 3) Jacobs S., Hansen F., Kasl S. et al: Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 269—274, 1990.
- 4) Norris F.H., Murrell S.A.: Older adult family stress and adaptation before and after bereavement. *Journal of Gerontology*, 42, 606—612, 1987.
- 5) Mendes de Leon C., Kasl S.V., Jacobs S.: A prospective study of widowhood and change in symptoms of depression in a community sample of the elderly. *Psychological Medicine*, 24, 613—624, 1994.
- 6) Devins G.M.: Death anxiety and voluntary passive euthanasia: Influences of proximity to death and experience with death in important other persons. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 47, 301—309, 1979.
- 7) 藤岡淑子: 死別体験が死生観に及ぼす影響についての研究. *東洋英和女学院紀要*, 1, 145—158, 1998.
- 8) Grimby A.: Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 87, 72—80, 1993.
- 9) Templer D.I.: The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165—177, 1970.
- 10) Dickstein L.S.: Death concern: measurement and correlates. *Psychological Reports*, 30, 563—71, 1972.
- 11) Higginson I, Priest P.: Predictors of family in the weeks before bereavement. *Social Science and Medicine*, 43, 1621—1625, 1996.
- 12) Kurtz M.E., Kurtz J.C., Given C.W. et al: Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional status and depression: a longitudinal view. *Social Science & Medicine*, 40, 837—846, 1995.
- 13) Conte H.R., Weiner M.B., Plutchik R.: Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality & Social Psychology*, 43, 775—785, 1982.
- 14) 杉山あけみ: 死の不安測定—DAQの日本語版試作と検討—。 *中京大学文学部紀要*, 32, 129—138, 1997.
- 15) Gesser G., Wong P.T., Reker G.T.: Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile (DAP). *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, 113—128, 1987—1988.
- 16) Thorson J.A., Powell F.C.: Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 691—701, 1988.

- 17) Collett L.J., Lester D.: The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179—181, 1969.
- 18) Swetting H.N., Gilhooly M.L.: Anticipatory grief: A review. *Social Science and Medicine*, 30, 1073—1080, 1990.
- 19) Murray P.: Death education and its effect on the death. *Psychological Reports*, 35, 1250, 1974.
- 20) 河合千恵子, 下仲順子, 中里克治: 老年期における死に対する態度. *老年社会科学*, 17, 107—116, 1996.
- 21) Templer D.I., Ruff C.F., Franks C.M.: Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse population. *Developmental Psychology*, 4, 108, 1971.
- 22) デーケン A.: 悲嘆のプロセス—残された家族へのケア. (A. デーケン編) *死の準備教育*第2巻; 死を看取る第9章, 256—274, メヂカルフレンド社, 東京, 1986.
- 23) Gallagher D.E., Thompson L.W., Peterson J.A.: Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly. *International Journal of aging and human development*, 14, 79—95, 1981.
- 24) Parkes C.M.: Bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 146, 11—17, 1985.

Death Anxiety : a comparison between elderly inpatients' family and dead elderly patients' family.

Satomi Tsuboi¹⁾, Naoakira Niino¹⁾, Fujiko Ando¹⁾, Yoshiko Fujimoto²⁾,
Itoko Saito³⁾, Miuko Kato⁴⁾ and Hiroshi Shimokata¹⁾

¹⁾Department of Epidemiology, the National Institute for Longevity Sciences,
²⁾Department of Nursing, Chubu National Hospital, ³⁾Mie Chuo School of Nursing,
National Mie Chuo Hospital, ⁴⁾Department of Nursing, Gifu National Hospital

Key words : death anxiety, elderly patients, family members, experience with death

The purpose of this study was to compare death anxiety between an “inpatients’ family”, who was taking care of an older family member in a hospital (n = 71), a “dead patients’ family”, who lost an older family member during the past year (n = 54). Death anxiety was measured using part of Conte’s Death Anxiety Questionnaire (DAQ). As a result, the death anxiety subscales : “anxiety of dying (process of dying)” and “anxiety of death”, emerged clearly from an exploratory factor analysis. There was no significant difference among the two groups in the score of “anxiety of dying” and “anxiety of death”. The mean “anxiety of dying” score was 9.02 for the “inpatients’ family” group, 9.30 for the “dead patients’ family” group, which were high. Those results suggested that death anxiety, especially “anxiety of dying”, was influenced by experiencing a family members’ admission as well as death.