

原 著

高齢者が体験した看取りに対する意味分析

石井 京子*・上原ます子**・上野 轟***

Semantic analysis of witnesses to the death of an elderly family member

Kyoko ISHII*, Masuko UEHARA**, and Hitoshi UENO***

Abstract

The purposes of this study were to determine what exactly is recognition of the acceptance of the potential death of a family member, what is the recognition of the other family members regarding the death itself and how such recognition affects their recovery from the event.

The method was questionnaire to 56 subjects. The results are as follows. The subjects comprised females (82%); age range from 60 to 75 years of age, and half of them took care of a dying family member for less than 6 months.

Regarding persons who had been cared until their death, parents comprised 57.1%, followed by spouses at 30.4%. Regarding place of death, hospitals accounted for 76.8% and cancer was the main cause of death with the largest ratio of 32.1%. Although 23.2% of the dying seemed to accept their own death, regarding other family members, their true feelings were unclear in 37.5%, which was the largest ratio.

In the case that the dying person was female and a parent, the largest number of them appeared to accept their own death, as did other family members. In the case of those who died in hospital and where their ages were 75 years or older, their real feelings were unclear (the largest ratio). Regarding witnesses of the death, other family members accepted the death (14.3%); those who regretted having informed the dying person of their impending death (12.5%) or had feelings of emptiness (10.7%). Those who witnessed their family member's death became more conscious of their own health, began to have different ideas on death and to participate in social activities including volunteer work. Witnessing a parent's death influenced both sons and daughters on their choice of a course in life. The effective ways to come to terms with the experience were: being engaged in busy work, having a role in household work, being encouraged by the other family members and friends and talking about memories of the dead etc. The recovery of family members of the dead who accepted the death was affected by the encouragement of other family members and friends and by participation in volunteer activities etc. In the case where the feelings of the deceased were unclear, the other family members were encouraged to recover by being engaged in busy work and traveling etc. It took about one year for the family members to recover from the experience.

キーワード： 高齢者(elderly people), 看取り体験(experience nursing until death), 立ち直り(recovery), 死の受け止め
(Key words) (accepting death), 意味分析(semantic analysis)

1. はじめに

我が国の死亡者の約90%が病院など施設で死亡している現状の中で、患者本人のQOL(クオリ

ティ・オブ・ライフ)を重視した治療に対する希望の受け入れや、死に至る過程についての意思の尊重、あるいは死への対処についての準備も重視されるようになってきた。そこにおいては、「死に行

* 大阪市立大学看護短期大学部 (Osaka City University College of Nursing)

** 大阪府立看護大学 (Osaka Prefecture College of Nursing)

*** 大阪樟蔭女子大学 (Osaka Shoin Women's University)

2003年6月3日受稿／2003年7月23日受理

くこと、および死は心理的社会的側面を持ち、単なる生物学的事柄ではない」とする考え方 (Feifel, 1959) が取り入れられるようになってきたといえる。死に対する実証的研究が進められ、死に対する不安 (Templer, 1970, 河合他, 1996) や、死生観 (金児, 1994, 丹下, 1999, 平井他, 2000) などが明らかにされてきている。患者自身の死の認知過程の分析研究も Kubler-Ross (1969) 以降、心身を含めた自己への評価・認知 (平井他, 1998, 2000) として捉えられている。一方、患者を支える家族に対しては悲嘆研究が多く行われているが、目前の家族の死をどのように認知しているのか、また、亡くなった本人が自分の死をどのように捉えていると理解していたのかについての分析は少ない。深津 (1995) は医師の判断では、患者は死が近づいても終わり頃まで自分が死ぬとは思っていなかったものが34%でもっとも多いこと、家族は68%が熱心に看病していたが、死を意識していない患者に対して行った看取りを、家族はどのように認知していたのかは明らかでないとしている。

重要な他者としての家族の死別体験は、看取り者に不安や怒りなど大きなストレスを生じさせ、悲嘆反応が長期化する場合や、悲嘆反応が心身の疾患を発症するなど、看取りは看取った人およびその家族にもさまざまな影響を及ぼすことが明らかにされている。看取り後の悲哀に影響する要因として Worden (1991) は対象との関係性要因、死別の状況要因、過去の生活史要因、看取り者の人格的要因、死因の社会的な容認され易さの5つの社会的要因を挙げている。Parks (1983) も病的悲嘆を招きやすい要因として予期しない死別、故人への感情、看取り者の依存性と思慕の感情などをあげている。そして、予期しない死別は悲嘆を深化させやすいことや、看取り者が亡くなった人に依存的な場合には悲嘆が複雑になりやすいこと、また有効なサポートが欠如した場合にも立ち直りが遅延することを示している。このように、看取り者がその死をどのように認知していたかが、悲嘆からの立

ち直りに影響することが示されているが、さらに死を迎える人が自分の死をどう捉えていたと看取り者が認知していたのか、すなわち、亡くなる人と、看取る人との間で死という現象に対する視点の一致あるいは不一致が、看取り者の死の受けとめや看取り後の悲嘆の立ち直りにどのような影響を持つのかという分析はなされていない。

近年、看取り後の家族のグリーフケアの必要性が言われるが、看取り体験を意味あるものとして受け止めるためには、看取った家族がその看取りをどのように受け止めているのかを明らかにすることがまず重要と思われる。

本研究では高齢者が看取った体験の分析から、死についての意味の把握を試み、さらに、看取りからの立ち直りに影響する要因を明らかにする。

2. 方 法

1) 対象：〇府老人大学の受講生に研究の趣旨を説明し、調査への協力に了承が得られた56人である。

2) 方法：本人の死の受けとめ、家族の受けとめ、立ち直りに関する要因などの、看取りの体験に関する半構成質問紙を手渡し、自宅で記入後、郵送で回収した。回収した調査票は看護職2名・心理職3名が記入された文章の内容を、各自がただ1つの意味を持つ最小単位のユニットにした。その後、5名で各ユニットの突合せを行い検討した結果、合意の得られたものをコード化した。さらに、コード化した各ユニットをKJ法手法を用いて内容によってカテゴリー化を行った。

3) 倫理的配慮：調査票への記入は個人の自由意思による参加であること、調査票の内容は研究以外に用いないこと、個人データが明らかになることはないことを明記した。

4) 調査期間：平成9年11月～平成10年2月。

3. 結 果

1) 対象の概要

対象の概要を表1に示す。看取った相手は実・義父母が最も多く、次いで配偶者である。看取った時期は2か月前から36年前までにわたっており、平均約11年前であった。世話期間は6か月未満が約半数で、疾患はがんがもっとも多く、次いで脳血管性疾患、老衰など多岐にわたっていた。死亡場所は病院が76.8%であった。

2) 家族から見た亡くなった本人の死に対する受け止め

家族から見た亡くなった本人の死の受け止めは、『本意はわからない』が21人ともっとも多く、次いで、『死期が近いことを受け止めていた』が13人である。その他、『あきらめ』、『死に近いことを感知』などの6カテゴリーに分類にされた。

		人数%
回答者の性	男	10(17.9)
	女	46(82.1)
回答者の年齢	60～64歳	20(35.7)
	65～74歳	17(30.4)
	75歳～	17(30.4)
看取った相手	配偶者	17(30.4)
	親世代	32(57.1)
	その他	6(10.7)
看取った時期	5年前未満	14(25.0)
	5～9年前	15(32.6)
	10年前以上	26(46.4)
世話期間	6か月未満	24(42.9)
	6～12か月	7(12.5)
	1～3年	12(21.4)
	3年以上	12(21.4)
死亡場所	病院	43(76.8)
	自宅	12(21.4)
	施設	1(1.8)
疾患名	がん	18(32.1)
	脳血管疾患	9(16.1)
	老衰	8(14.3)
	その他	20(35.7)

不明回答を除く

Table 2 家族から見た本人の死の受け止め

カテゴリー	項 目
死の近いことを受け入れ (13人)	<ul style="list-style-type: none"> ・死期の近いことを自ら表現し、介護方法や葬儀の準備について伝えた ・自然に最期を迎えたいと希望を伝えた ・お迎えが来ると手を合わせた ・死の直前に家族に感謝の言葉を言った ・家族の将来について気遣いを伝えた
死の近いことを感知 (4人)	<ul style="list-style-type: none"> ・感知していたように思う ・もう2度と家に帰れないのではと言う
あきらめ (5人)	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の悪化であきらめ、意欲をなくす ・病気がわかって落ち込み ・身体機能の悪化でもう駄目だという
最期まで回復の意欲 (2人)	<ul style="list-style-type: none"> ・最期まで生きる意欲と前向きな姿勢 ・病気はそれほど重くないと思っていた
死の不安 (1人)	<ul style="list-style-type: none"> ・死の不安、あの世はないから死にたくない
本意はわからない (21人)	<ul style="list-style-type: none"> ・病気を知らなかった ・脳血管疾患、痴呆などで表現できず不明 ・突然の死で意思は不明 ・普段健康で死についての表現はない

3) 家族の死についての受け止め

看取りを体験した家族がその死をどのように受け止めたかを尋ねた。「自然で幸せな死」、「運命と受け入れた」など『死を受け入れた』が8人、「告知しなかったことへの後悔や迷い」などの『告知に関する迷いや後悔』が7人であった。また、『辛さ・悲しさ・むなしさ』、『心残り』や、『介護の大変さ』も述べられていた。

4) 家族から見た亡くなった本人の死の受け止めと属性の関係

家族から見て死を受容していたように感じたのは、死亡時の年齢が75歳以上であること、亡くなったのが親世代であることなどである。あきらめ、感知は死亡場所が病院の場合に多く、また、わからないという回答も、同じく死亡場所が病院である場合に多かった。

Table 3 家族の看取りの受け止め

カテゴリー	項 目
死の受け入れ (8人)	・自然で幸せな死、苦痛なく穏やかな良い死 ・なんとなく覚悟していた ・運命と受け止めた ・もう駄目かもしれないと自分に言い聞かせた ・世話ができてよかった
告知に関する迷い・後悔 (7人)	・告知しなかったことへの後悔や迷い ・告知しなくて良かった ・配偶者にも病名を知らせてもらえなかった
悲しさ・つらさ・むなしさ (6人)	・悲しかった、つらく残念、かわいそう ・明るく振舞い表面的でむなく感じた ・なすすべもなかった ・病人の気遣いがつらかった
心 残 り (3人)	・家につれて帰らなかった ・ホスピスに入れたかった ・苦痛を除く対応ができればよかった ・余命がわずかだったので好きなことをさせたかった ・もっと医師に尋ねればよかった
介護の大変さ (3人)	・お世話が大変だった ・痴呆が明らかでない時代で世話が大変だった

Table 4 属性別家族から見た死の受け止め (人数)

	受容(13)	あきらめ(5)	感知(4)	意欲(2)	非受容(1)	わからない(21)
性別 男(9)	2	-	-	1	-	6
女(37)	11	5	4	1	1	15
家族の年齢 ~65歳(18)	8	2	1	-	-	7
65歳~(27)	5	3	3	1	1	14
続柄 配偶者(11)	2	1	3	-	-	5
親(28)	7	3	1	1	1	15
その他(7)	4	1	-	1	-	1
死亡時年齢 ~75歳(14)	4	1	2	2	-	5
75歳~(30)	8	4	2	-	1	15
看取り時期 ~10年(24)	7	2	2	2	1	10
10年~(21)	6	2	2	-	-	11
世話期間 ~1年(23)	7	2	3	1	1	9
1年~(22)	5	3	1	1	-	12
病名 がん(12)	2	1	3	2	-	4
脳血管疾患(9)	1	1	-	-	-	7
老衰(7)	2	-	-	-	-	5
その他(13)	5	3	1	-	1	2
死亡場所 病院(34)	7	4	4	2	1	16
自宅(11)	6	-	-	-	-	5

5) 看取った対象の属性別による家族の看取りに対する思い

看取った対象の属性別に家族の看取りに対する思いを分類したのがTable 5である。死亡時の年齢が75歳以上であることや、親世代を看取った場合には、家族が死を受容している割合が多い。また、世話期間が1年未満である場合や、本人が死を受容している場合には家族もその死を受容する割合が高く示されていた。告知への後悔や迷いは女性にのみ見られ、配偶者を看取り、病名はがん、死亡した年齢も75歳以下の場合に強く表現されていた。辛さ・悲しさ・むなしさという感情的な表現や心残りは、死亡場所が病院の場合に表現されていた。

6) 看取り時に家族がしたお世話と、したかったお世話

看取りの期間に家族が行ったお世話は「身の回りの世話」、「安心を与え励ます」などである。一方、できなかったがしたかったお世話としては「スキンシップや会話を十分に行うこと」、「そばで看取ること」などがあげられ、「スキンシップ」や「見守ること」、「会話を十分に行うこと」などは、家族がしたお世話と、したかったお世話の両方に抽出された。また、「できることはしたので悔いはない」一方で、「何かしたかったが知識や方法がわからなかった」(6人)、「あまり制限せずに好きなように過ごさせたかった」(6人)、「そばで看取る、在宅での看取り」(7人)などがあげられていた。

Table 5 属性別看取りに対する家族の思い

(人数)

		受容(8)	告知(7)	辛さ(6)	大変さ(3)	心残り(3)
性別	男(5)	1	—	2	1	1
	女(22)	7	7	4	2	2
家族の年齢	65歳未満(10)	4	1	3	2	—
	65歳以上(15)	4	5	2	1	3
続柄	配偶者(10)	3	5	2	—	—
	親(15)	5	2	4	3	1
死亡者の性	男(14)	5	7	2	—	—
	女(13)	3	—	4	3	3
死亡時年齢	75歳未満(13)	2	6	3	1	1
	75歳以上(14)	6	1	3	2	2
看取り時期	10年前未満(13)	4	2	4	1	2
	10年前以上(13)	4	5	2	2	—
世話期間	1年未満(17)	6	6	3	1	1
	1年以上(10)	2	1	3	3	2
病名	がん(12)	2	7	1	—	2
	脳血管疾患(3)	3	—	—	—	—
	老衰(4)	2	—	2	—	—
	その他(8)	1	—	3	3	1
死亡場所	病院(23)	5	7	5	3	3
	自宅(4)	3	—	1	—	—
本人の受け止め	受容(4)	4	—	—	—	—
	あきらめ(3)	1	—	1	—	1
	感知(2)	—	1	—	—	1
	不明(9)	2	2	3	2	—

7) 看取り後の本人と家族の変化

看取り後に看取った本人、およびその家族に生じた変化をどのように受け止めているかをまとめたのが Table 6 である。本人の変化としては、「健康への配慮が増加した」、「死に対する意識が変化した」など、自分自身への身体的な健康に関する配慮や、生や死に対する意識の変化が認められた。さらに、自分に対する関心だけではなく、ボランティア活動や福祉に関心が増したなどの社会的な観点についての視野が広がったことが認められた。

看取り経験によって家族に生じた変化としては、「気配り、やさしさ、励ましの増加」など、他者、特に、看取った人に対する情緒的な働きかけの増加が挙げられていた。また、「子どもが看取りの経験がきっかけになって成長した」など、看取りの体験が看取った家族の心理的な成長のみならず、進路の決定など長期的な人生目標としての選択にまで関与するなど、家族全体にもたらす影響が見出されていた。

Table 6 看取り後の変化

変化内容		人数
回答者	健康への配慮の増加	9
	死に対する意識の変化、命の重さ	6
	ボランティアや福祉への関心の増加	5
	自由時間の増加、趣味を楽しむ	5
	責任を果たした満足感	4
	他者への思いやり、やさしさ	4
	強く生きる自覚	3
	変化はない	3
	周囲の人々への感謝の増加	2
	仏事を行うようになった	2
	身辺整理をする	1
	尊厳死の手続きをした	1
	変化はない	12
他の家族	気配り、やさしさ、励ましの増加	11
	子供の成長(しっかりした、進路の決定への影響)	4
	家族や親戚が疎遠になった	3
	ぼんやりしている、何も手につかない	2
	明るくなった	1

記入者数33人(重複回答)

8) 看取りからの立ち直りを促進した要因と阻害した要因

看取りからの立ち直りに要した平均時間は、お

よそ1年であった。

その看取りからの立ち直りを促進した要因には「仕事や役割による忙しさ」、「家族や親戚からの励まし」、「友人との交流や励まし」、「時間の経過」、「旅行・趣味や社会参加」、「仏事を重ねていくこと」、「亡くなった人の思い出を語る」などであった。一方、立ち直りを阻害したものとしては「十分に看取った気がしないこと」、「看取りに後悔が残っている」などの、看取り体験そのものに対する不満足さが影響していた。また、「自分自身の体調不良」や、「身内での金銭トラブル」、あるいは「入院中の医療者とのトラブル」などもあげられていた。さらに「周囲からの過剰な同情」も立ち直りを阻害する要因として挙げられていた。

9) 亡くなった人の死の受け止めと家族の立ち直り

家族が判断した亡くなった人の死の受け止め方と家族の看取り後の変化、および立ち直りに影響した要因をまとめたのが Table 7 である。亡くなった人が死を受容していた場合には、看取った家族は看取り後に「福祉への関心が増した」、「強く生きる自覚」が生じていた。立ち直り要因には「旅行・社会活動への参加」や「家族・友人の励まし」など、サポートを受けながら積極的な生活に踏み出していることが示されていた。また亡くなった人が死を感知していたと思われた場合は看取った家族は「死の意識が変化」し、立ち直りには「仕事や役割による忙しさ」や「仏事を重ねること」をあげていた。一方、亡くなった人の本意が分からなかった場合には、看取り後の変化としては「身体に注意するようになった」、「責任を果たした満足感」を感じ、立ち直り要因としては「旅行・社会活動への参加」、「仕事や役割の忙しさ」が上げられ、「落ち込みはない」という回答も多かった。

Table 7 亡くなった人の死の受け止め別の家族の看取りからの立ち直り (人数)

		カテゴリー					
		受容(13)	あきらめ(5)	感知(4)	意欲(2)	非受容(1)	わからない(21)
看取り後の変化	責任を果たした満足感	-	-	-	-	-	3
	思いやりが出来た	-	2	-	-	-	1
	身体に注意するようになった	-	-	-	-	1	5
	福祉への関心が増した	3	-	-	-	-	3
	強く生きる自覚	2	-	-	-	-	1
	変化なし	1	1	-	-	-	2
	死の意識の変化	1	1	2	1	-	-
	仏事を行う	1	-	-	1	-	-
	感謝の気持ちが増加	-	-	-	1	-	-
	日頃から身辺整理	1	-	-	-	-	-
	自由時間の増加	2	-	-	-	1	2
立ち直り要因	落ち込みはない	1	1	-	1	-	9
	仕事や役割の忙しさ	2	-	1	2	-	3
	仏事を重ねる	1	-	1	1	-	2
	旅行、ボランティア参加など	3	2	-	-	-	7
	友人との交流	3	1	-	-	-	-
	家族・親戚の励まし	3	1	-	-	-	-
	自己納得	-	1	-	-	-	1
	時間の経過	-	-	1	-	-	2
	感謝の気持ち	2	-	-	-	-	-
	立ち直れていない	1	1	-	-	-	-
	亡くなった人の思い出を語る	-	1	-	-	-	-

10) 看取り時に医療者の行った満足したケアと不満足なケア

看取り時に医療者が行ったケアについて、家族から見て満足したケアと不満足なケアについてまとめた。満足したケアとしては「医師や看護師の親身なケア」(13人)が最も多くあげられ、次いで「患者の苦痛や希望をよく聞いてくれた」(5人)、「本人や家族の延命に関する希望の遵守」(3人)であった。その他、やさしさや十分な説明など、医療者側の患者と家族に対する丁寧で意思を尊重する姿勢が満足感に関与していた。

一方、看取り時に行われた不満足なケアとしては、「心無い言葉」や「冷たい態度」などの『医療者の態度』(18人)がもっとも多く、ついで、「医療者の未熟さ」や「寝かせきり、ベッドに縛る」などの『不十分なケア』(10人)、「最期まで治療をした」、「研究不足」などの『治療への不満』(8人)があげられていた。その他、「緊急時の対応の不適切さ」(7

人)や「説明が不十分」(5人)など、医療者側の対応に対する不満が多く示されていた。

4. 考 察

高齢期は発達課題として死の受容が挙げられているように、親や配偶者への看取り体験が生じやすく、家族への死の受け止めやその延長としての自分の死を受け止めることが必要になってくる。

高齢者が体験した家族の看取りの分析から、亡くなった人の死の受け止めについては、多くが「本意はわからなかった」と認知しており、看取られる側からの意思の伝達が少ないこと、そのため看取り者は相手の気持ちを推し量りつつ対応していることが明らかになった。その結果、病人への気遣いや心残りなどの苦悩を抱えた看取りとなったことが示されていた。この意思表示の少なさは、現在の高齢者は戦前の厳格なしつけや教育を受け、自分

の意思を表現することが少ない対象(コーホート)であるためかもしれない。反面、自分の意思を言わなくても分かってくれるだろうという意識があるとも考えられる。それが、自分の最期の選択においても意思を表現することが少ないことに繋がったと推察できよう。しかし、看取られる側からの最期の治療やケアについての意思の表出が少ないことは、看取る側にケアに対する戸惑いを生じさせ、それが看取った後にまで看取りに疑問や後悔、あるいは意思の疎通から来るむなしさなどを長く引きずらせる結果になったと考えられた。一方、看取られた本人が死を受容していると家族が認知していた場合には、家族もその死を受け入れていたことから、看取る側と看取られる側のケアに対する意識の一致が、納得いく看取りに繋がることが推察された。

看取り後の立ち直りには、ほぼ1年の期間が必要であることが示された。柏木(1996)もホスピスで亡くなった家族の立ち直りは6ヶ月で約半数、1年で66%としており、さらに患者が安らかに亡くなったことが残された家族の立ち直りを容易にし、立ち直りの支えには家族や友人からの励ましをあげている。本対象も看取りからの立ち直りの要因として仕事などの役割や社会参加活動による社会的存在意味を挙げると同時に、家族や友人からの励ましや、亡くなった人の思い出を語ること、仏事を重ねることを述べていた。これは仏事を行うことや亡くなった人の思い出を語る機会を通じて、その人の歩いてきた道を肯定すると同時に、ともに歩いてきた看取り者自身のたどった人生も肯定することになることを示している。さらに、亡くなった人との関係を自分の人生の中に位置づけ、次の新たなステップへの足がかりになると考えられる。これは喪の仕事における取入れの役割を明らかにしたAbraham(1924)が喪失体験を取り入れることによってショックは和らげられると述べたように、仏事を定期的に行うことで対象の内在化と喪失の取り入れが生じた結果と考えられる。ま

た山本(1996)が心的水準での再統合の営みを通じて喪失対象への過剰な執着から開放されながら、故人との間で維持されている『絆を持続』させていくと述べたことを意味している。それを促進するのが親類や友人と思い出を語る時間や励ましであり、これらの体験の積み重ねによって死別を内的に整理し、単なる諦めだけではない受け止めが出来るようになる考える。そして、亡くなった人が死を受け止めていたと認知している場合は、家族や友人交流が立ち直り要因になったことは、看取りの過程を家族全体で納得行く形で構成でき、看取り後にも継続してサポートとして機能していると考えられる。しかし、亡くなった人の死の受け止めの本意が分からなかったときには、家族は看取りに確信がもてず、また、家族や親戚のサポートを受けにくいことから、立ち直りにも旅行や仕事などの外的要因が上げられたのであろう。

さらに、看取りの体験はその後の自らの生と死への対応につながっており、「健康に留意」し、「強く生きようと思う」などの意識の変化を生じさせていた。このように「死の意識が変わった」、「日頃から身の回りの身の整理をする」など、看取りの体験が自分の生と死について考える機会になり、意識レベルから行動レベルにまで影響をもたらすことが明らかになったといえる。また、看取りの経験は看取った子どもの進路選択にも影響していた。青年期は家族との死別経験は人生観や死生観に影響しないとされている(丹下, 1995)が、本対象は自分が直接にかかわった看取り体験であることから、その体験が自身の進路の選択の決定に影響したと考えられる。これは、丹下においては単なる家族との死別経験の有無という問い方であったため、関与の度合いが広範になったと考えられる。しかし、本分析では現実には家族で看取りを行うという対象との関係性の近さと、現実経験であることから、今井(1991)が死別体験は感情的反応をひきおこすと同時に命の尊さや生きる自覚などが生じると述べているのと同様に、看取った子どもにも直接の影

響を与えたと考えられる。このように看取り経験は、さまざまものを家族にもたらしことが明らかに示された。

一方、本対象の看取りからの立ち直りを妨げた要因にも、周囲からの過剰な励ましや同情があることから、同一要因であっても立場や状況によって、正負のどちらにも影響力を持つことが明らかになった。

看取り時に感じた満足したケアと不満足なケアの内容から、家族は親身なケアや病人・家族の意思を尊重した医療や看護に対して満足感を持ち、医療者の不用意な言葉づかいや態度、あるいは十分な説明や本人や家族の意思を確認しない医療に対して不満足を表明していた。ケアについての自由記述を記入した累積人数を比較すると、満足したケアについて述べたのは29人であるのに対し、不満足なケアについては39人が記述をしていた。単純に記述数だけの問題ではないとしても、不満足なケアに対する思い出や事柄の不満が多いということを示している。また、ケアにおける不満足な事柄は看取った家族にとって長く記憶に残るということも示され、これがその後どのような影響を持つかが課題となろう。

さらに、家族がしたかったお世話として「何かしたかったが知識や方法がわからずできなかった」、あるいは「十分なお世話をしたかった」などがあげられていたことから、家族は看取りの場で出来るだけ家族自身の手で世話行動をしたいと望んでいることや、しかし、それが行えない戸惑いや苛立ちを強く感じているといえる。患者の死への不安や揺れとともに看取る家族も動揺する(渡辺, 1995)ので、家族が情緒的に安定した状態で死を見つめ、残された時間に満足いくケアが出来るような医療者側の援助が必要である。今後は、家族側からも家族として行いたいことや、何が出来るかを医療者側に問いかける姿勢が必要であろう。さらに、医療者側からも看取る家族に十分な説明を行ない、家

族にできる介護について、内容と方法を伝えるなどのケアの必要性も示された。

今後の課題としては、看取った体験や、その人との思い出を語る場や相手を持つための、グリーフケア・サポート・グループが必要と考えられた。

文 献

- Abraham, k 1924 心的障害の精神分析に基づくリビドー発達史試論 下坂幸三・前野光弘・大野美都子訳 アブラハム論文集. 岩崎学術出版社, 1993.
- 深津要 1995 日本人の死—どこで誰に看取られて—. 死の準備教育第2巻, 死を看取る, 33-66. メジカルフレンド社
- 平井啓・柏木哲夫・恒藤暁・池永昌之・細井順・坂口幸弘・山本一成・山本恵子 1998 末期がん患者の死への対応に関する研究. ターミナルケア, 8, 5, 412-416.
- 平井啓・柏木哲夫・恒藤暁・坂口幸弘・鈴木要子 2000 末期がん患者の認知過程に対する身体的状況の影響. 心身医学, 40, 4, 292-298.
- 平井啓・坂口幸弘・阿部幸志・森川優子・柏木哲夫 2000 死生観に関する研究—死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証—. 死の臨床, 23, 1, 71-76.
- 柏木哲夫 1996 死に行く患者の心に聴く. 中山書店, 133-136.
- 河合千恵子・下仲順子・中里克治 1996 老年期における死に対する態度. 老年社会科学, 第17巻2号, 107-116.
- 金児暁嗣 1994 大学生とその両親の死の不安と死観. 大阪市立大学文学部紀要(人文研究), 46, 537-564.
- Kubler-ross 1971 死ぬ瞬間. 川口正吉訳, 読売新聞社, (1969 On death and dying. Macmillan.)
- Parks, C. M. & Weiss, R. S 1983 *Recovery from Bereavement*. New York: Basic Books. 池辺明子訳(1987) 死別からの回復—遺された人の心理学—. 図書出版社
- 丹下智香子 1995 死生観の展開. *Bulletin of the School of Education, Nagoya University (Education Psychology)*, 42, 149-156.
- Templer, D., 1970 The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- 山本力 1996 死別と悲哀の概念と臨床. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 第3巻1号, 5-13.
- 渡辺文子 1995 看護における死. 死の準備教育第2巻 死を看取る, 137-144, メジカルフレンド社
- Worden, J. W. 1993 グリーフカウンセリング. 成澤實監訳, 川島書店, (1991 *Grief Counseling Therapy*. Spring Publishing Company, N.Y.)