

■ 原 著

配偶者への看取り時の介護行動に関する研究

石井京子、近森栄子

Study of End-of-Life Care Activities for Spouses

Kyoko Ishii, Eiko Chikamori

Abstract

The purpose of this study was to determine the type of actions made for end-of-life care, provided by spouses. Furthermore, we clarified the differences between acts of care for the elderly, and spouses. We conducted a survey, with a self-evaluating questionnaire, which was handed to 405 members of a class in a senior citizen's college. 338 members returned the distributed questionnaire. There were 222 participants who had the experience to giving end-of-life care to their families. We analyzed 42 participants who took care of spouses, and watched their spouses die.

The exploratory factor analysis revealed three underlying factors, which we labeled "Direct care activities", "Support to help patients come to terms with their own death", and "Activities to provide emotional support for patients". The result was similar to the initial study which analyzed participants who took care of elderly people.

The degree of "Direct act of care" was significantly larger in providing palliative care and for those admitted to hospital. "Support to help patients come to terms with their own death" in hospital was larger than those at home. 36 (88.6%) were quite satisfied with their care of spouses.

キーワード (Keywords): 看取り行動(end - of - Life care)、介護(care)、因子分析(factor analysis)、配偶者(spouses)、高齢者(elderly)

1. 問題

わが国の全死亡者の75%が病院などの施設で死亡しており、中でも高齢者の場合はその死亡場所は1985年ごろから病院が主体となっている。病院での死亡は家族が身近な肉親の死に至る過程を看取り、看取り時の介護に参加する機会の減少をもたらしてきたと言われている。その結果、日常の生活や話題から死が遠ざかり(金児,1994)、死という事柄が見えにくくなることにつながっている。さらに、重大な疾病や障害を抱えての入院の場合にも、その最期の治療についての決定が本人を除いたところで医師や家族によって行われることが多く、この閉ざ

された死も日常生活で死を話題とすることを妨げてきた。しかし、近年の医療の進展に伴う過剰な医療処置への反省や、インフォームド・コンセントが一般化してきたことにより、治療のみならず最期の時期の過ごし方への本人の意思決定の必要性が言われるようになってきた。また、死のプロセスにおける家族と本人の主体性を重視したケアのあり方も検討されるようになってきた。特に、死を迎える対象が自分の意思を伝えることができる疾患や年齢の場合には、治療方針や生活形態への意思決定への参加や、家族の介護のあり方も議論されるようになった。

看取り時のケアについては看護ケア分析がある。(Degner, Gow & Thompson,1991)は看護師が行っ

ているターミナル・ケアを分析し、「死について話題にする」、「力づける」、「怒りに対応する」、「個人の成長を高める」、「死までの生活の質を高める」、「勇気づける」、「家族への対応」という7カテゴリーに分類している。また、Rittman, Rivera & Godown (1997)は「患者の理解」、「希望を失わせない」、「苦痛の開放」、「プライバシー保護」の4カテゴリーを報告している。(石井・上原,1997)は「身体的援助」、「精神的援助」、「家族関係への配慮」、「宗教的側面への援助」の4カテゴリーに分類し、身体的援助は多いが、家族関係への配慮という家族への援助や宗教的側面への援助はほとんど行われていないことを明らかにした。(吉田,1999)も「身体症状コントロール」、「日常生活の援助」、「患者との間で病状及び予後の相互認識」などの7援助をあげ、(野戸・三上・小松,2002)はこれらの7カテゴリーに「環境整備」と「活力の促進」を加えて9カテゴリーにまとめている。このように、看護師が行っているターミナル期の患者へのケアには身体的側面と心理・精神的側面、及び家族への援助があることが明確になってきている。

このように医療者から死に近く対象へのケアについての報告は多い(Zerwekh,1995、柏木,2001)が、看取りの時のもう一方の当事者である家族が、死に近く対象に対して行っている介護行動についてはほとんど報告が無い。しかし、看取りは家族が行うことができる最期の家族の相互作用であることを考えれば、家族と看取られる対象が満足する看取りが行われることが重要である。また、医療者側が看取り時に看取られる対象と家族に必要な援助を行うためにも、家族の看取りの時の介護行動を明らかにすることが必要である。特に看取られる対象が配偶者であり、自分の意思を表出できる年齢や立場である場合と、それらの表出が少ない配偶者よりも年齢が上である親世代の高齢者の場合では、看取りを行う家族の介護行動に特徴や相違があるのではないかと考えられ、その相違を明らかにしておくことが介護を行う上で必要である。

筆者らは先に高齢者に対する家族の看取り行動を

調査し、「直接的身体ケア行動」、「死の受け止めに対する援助行動」、「情緒的援助行動」の3因子を報告している(石井ら,2005)。しかし、これらの3介護行動が、高齢者以外の看取りにおいても、家族が行う介護行動として普遍化できるのかは明らかではない。そこで、本研究では、配偶者を看取った家族を対象に、看取りの時に行った介護行動を分析し、配偶者への看取り行動の構造を明らかにする。そして、配偶者への看取り時の介護行動が高齢者に対する介護行動とどのような相違が見られるのかを明らかにする。さらに、看取り行動に影響する要因を明らかにする。

II. 方法

1. 対象 対象は〇老人大学の受講生である。受講生全体に調査の主旨を説明し、賛同が得られた対象に質問紙調査票を手渡した。調査票は持ち帰り、無記名で記入後、郵送で回収した。倫理的配慮としては大学倫理委員会の規程に基づき調査項目を作成した。さらに、①調査票に研究目的を記述する、②調査票への記入は無記名であり、自由参加であること、③結果の分析は調査者全体による処理のみを行い、個人データ分析はしないこと、④調査票の管理および処理は厳密に行うことを明記した。調査票の返送をもって調査への参加の同意が得られたと判断した。

2. 調査項目 対象の基本属性、看取り経験の有無、看取り経験がある場合には、亡くなった人との続柄、主として介護を行った人との続柄、最期の治療方針、看取り時(亡くなる約6か月前の期間)の家族の介護行動、看取り後の受け止めなどである。看取りの時の家族の介護項目は家族の看取りの手記(石井・上原・上野,2003)、および文献から抽出して35項目を作成した。測定は各項目に「いつもした」から「しなかった」の4段階評価で行った。予備調査として本調査対象とは別講座の老人大学受講生96名に調査を実施し、その結果6項目を削除して29項目を選出

した。調査期間は2003年1月-2月である。分析はSPSS.v.11.0を用いた。

III. 結果

1. 対象の属性

調査票は405名が持ち帰り、338名(83.5%)から回収された。回答者の性別は男性201名(59.5%)、

女性136名(40.2%)、無記入1名、平均年齢66.84歳(SD4.33)であった。338名のうち、看取り経験があるという回答は222名(65.7%)にあった。看取った相手(複数回答)は実・義父母の親世代が187名(84.2%)でもっとも多く、次いで配偶者が42名(18.9%)、子どもが1名(0.5%)、その他の家族が42名(18.9%)、計268名であった。(Table 1)

2. 配偶者を看取った時に行った介護行動

配偶者を看取った時に、妻あるいは夫が行った介護行動29項目の分析を行った。対象の75%以上が「いつもした」と回答した2項目を除いて、以下の分析を行った。まず主因子法で固有値1.00以上の因子を抽出し、その後バリマックス回転を行った。因子負荷量が低く、複数の因子に高い負荷量を示す項目を順次除外し、各因子負荷量が0.400以上となるまで行った。その結果、17項目よりなる3因子が抽出された。第1因子は「体位交換をする」、「マッサージをする」などの身体的な世話行動と、「そばにいる」

Table1 調査対象の属性

項目	カテゴリー	
看取られ者との続柄 (複数回答)	配偶者	42人
	親	187
	子ども	1
	その他	42
死亡時の年齢	配偶者	66.1歳
	親	80.1
	子ども	12.0
	その他	61.1
看取り時の介護者の年齢	配偶者	57.8歳
	親	59.8
	子ども	45.0
	その他	57.4

Table2 配偶者の看取りの時に行った介護行動の因子分析(主因子、バリマックス回転)

	第1因子	第2因子	第3因子	h ²
直接的介護行動				
体位交換をする	0.860	0.176	0.101	0.787
マッサージをする	0.774	0.145	0.168	0.753
身体の清拭をする	0.723	0.293	0.024	0.624
食事や水分補給の介助をする	0.735	0.126	0.194	0.597
頻繁に見舞いに行く	0.477	0.059	0.133	0.328
そばにいる	0.490	0.111	0.155	0.473
死の受け止めに対する援助行動				
看取りに関する希望を聞く	0.162	0.681	0.093	0.508
死について話し合う	-0.116	0.658	0.292	0.457
宗教に関する話をする	0.177	0.703	0.157	0.564
会いたい人の希望を聞く	0.398	0.532	0.323	0.600
家族と一緒に食事をしたり歌う	0.177	0.624	0.011	0.438
わだかまりがある人との和解を図る	0.245	0.506	0.103	0.385
情緒的援助行動				
いたわる言葉をかける	0.119	0.074	0.922	0.704
励ます言葉をかける	0.087	0.131	0.726	0.570
気持ちを押し盛りながら接する	0.263	0.185	0.647	0.581
得意な話題や思い出話をする	0.397	0.215	0.457	0.445
相手の繰り返しの話を聞く	0.280	0.322	0.439	0.492
固有値	6.160	2.090	1.820	
寄与率	20.760	15.860	15.010	51.630
信頼性係数(全項目 $\alpha = .880$)	0.856	0.786	0.807	

のような看取られる対象に対する直接的な行動があげられており、その項目の内容から看取られる人に対する「直接的介護行動」と名づけた。第2因子は「宗教に関する話をする」、「看取りに関する希望を聞く」などの看取られる人の死に対する意思を尊重し、心理的に安寧な状態を保つような家族のかかわりを示す行動であると判断して、看取られる人の「死の受け止めに対する援助行動」と名づけた。第3因子は「いたわる言葉をかける」、「励ます言葉をかける」などの項目で構成されており、看取られる人に対する「情緒的援助行動」とした。これら3因子による累積寄与率は51.63%であった。各因子のCronbachの信頼性係数は第1因子 $\alpha = .856$ 、第2因子 $\alpha = .786$ 、第3因子 $\alpha = .807$ で、いずれもかなり高いといえる。妥当性は家族が看取ったときに実際に行った行動を記述した内容から質問項目を作成したために、内容的妥当性があると考えられる。(Table 2)

配偶者への介護行動として見出された3因子を、先に高齢者への看取り行動で見出した介護行動と比較すると、全て同一の項目で3因子が構成されており因子負荷量も同様に高く、構造的に介護行動は同一であると考えられた。さらに続柄別の看取りの時

の介護行動得点を比較すると、第1因子の「直接的介護行動」が高齢者に対してよりも配偶者に対して多い傾向が認められたが、他の2因子については有意な差異は認められなかった。(Table 3)

3. 看取りの時の介護行動と関連する要因

配偶者への看取り時の介護行動に影響をもたらしている要因を分析したところ、Table 4に示したように、第1因子の「直接的介護行動」は、「苦痛の緩和を主体」とした治療方針群のほうが、「最期までの治療を行う」方針群よりも介護行動を多く行っていた。また、死亡場所では病院のほうが自宅群よりも介護行動を多く行っていた。第2因子の「死の受け止めに対する援助行動」でも、第1因子と同様に死亡場所が病院のほうが自宅群よりも介護行動を多く行っていた。また男性の介護者のほうが介護行動を多く行っており、看取り後の受け止めでは「充分に行った」と受け止めている群のほうが有意に介護行動を多く示していた。第3因子の「情緒的援助行動」については、いずれの要因間にも有意な差異は認められなかった。

Table 3 続柄による看取りの時に家族が行った介護行動の差異

要因(人数)	第1因子	t検定	第2因子	t検定	第3因子	t検定
配偶者(40)	18.58(4.40)	1.82 +	9.53(3.44)	n.s	16.35(3.59)	n.s
親(89)	16.67(4.68)		10.79(4.11)		15.74(3.26)	

+ $p < .10$

Table 4 配偶者の看取りの時に行った介護行動に影響する要因

要因	第1因子	t検定	第2因子	t検定	第3因子	t検定
回答者						
男	18.88(3.99)	n.s	12.0(3.40)	2.52 *	15.17(5.52)	n.s
女	18.44(4.33)		8.18(2.75)		16.76(2.72)	
看取り時						
家族	18.92(4.42)	n.s	10.25(3.53)	n.s	16.77(4.26)	n.s
世話						
家族と医療者	19.89(3.51)		9.71(3.49)		16.38(2.19)	
死亡場所						
自宅	15.0(5.34)	1.88 +	6.50(0.70)	3.34 **	15.00(3.60)	n.s
その他	19.30(3.96)		9.93(3.47)		16.55(3.63)	
治療						
最期まで治療を行う	18.47(3.14)	2.24 *	10.10(3.34)	n.s	16.81(3.76)	n.s
苦痛の緩和を主体	21.5(1.91)		10.75(3.77)		16.25(3.30)	
看取りの						
受け止め						
充分に看取った	19.1(3.94)	n.s	10.31(3.56)	2.89 *	16.72(3.73)	n.s
充分でない	16.67(7.50)		7.00(1.15)		14.25(2.75)	

** $p < .01$ * $p < .05$ + $p < .10$

4. 看取りの受け止め

配偶者を看取った家族は88.6% (36名)が「十分に看取った」と回答していた。高齢者を看取った家族が「十分に看取った」と回答したのは57.2% (107名)であったのに比べると、有意に多くの家族が看取りに充分さを感じていた($\chi^2=3.77$ $df=1$ $p<0.05$)。

IV. 考察

1. 看取りの時の家族の介護行動

人間の一生において看取りは家族としてかかわることが出来る最終段階の行動と考えることができる。配偶者に対する看取り時の介護行動の構成要素を明らかにする分析から、直接的な行動的側面、それを心理的に支える情緒的側面、さらに死を迎えることへの心理的援助側面の3要因があることが見出された。これらは高齢者の看取り時における家族の介護行動で抽出されたもの(石井ら,2005)と同一であることから、看取り行動は配偶者の場合も高齢者への看取り時の介護行動と同一構造を持つと考えられる。本調査項目で測定した看取り介護行動は信頼性係数も高く、累積寄与率も50%以上あり、看取り時の介護行動の測定尺度として用いることが出来る。また、妥当性については、項目作成過程において身近な家族を看取った経験をもつ家族が、看取り時の行動を想起して作成した質問項目であり、内容的妥当性もあると考える。

今回抽出された看取り時の介護行動のうち、第1因子の「直接的介護行動」と第3因子の「情緒的援助行動」は、(杉澤・横山・高橋,1993)、(Dietz,1995)などにより高齢者介護行動で見出されている相手に対する直接的行為と心理的な配慮の両側面と一致している。従って看取り時の介護行動の一側面は介護時と同じく、直接的な介護行動と情緒的な援助行動であるといえる。さらに今回の看取り行動分析からは「死の受け止めに対する援助行動」と名づけた介護行動が抽出されたが、これは項目の内容から情緒的なかわり行動とは別の、死を迎える対象が死を受け入

れ、死までの期間を安らかに過ごせるように援助する行動と考えられる。それは看護師が行っているターミナル・ケアとして(Degner et al.,1991)が示した「死についての話題」や、(吉田,1999)の「病状や予後についての相互認識」にカテゴリー分類されているものと類似している。すなわち、人生の終末について介護者と看取られる対象が話し合うことや、終末期の過ごし方について介護者側が一方的に決めるのではなく、看取られる本人がその意思決定に参画し、それを受け入れていくように援助する行動と考えられる。このように、家族は医療者と同様に、死を迎える対象に対して死の受け止めに関する心理的援助を、介護行動の一側面として行っていることが明らかになった。

本研究の結果を高齢者の看取り時に家族が行った行動と比較すると、第1因子の「直接的介護行動」は配偶者を看取った家族のほうがより多くの援助行動を行う傾向が認められたが、それは配偶者に対する絆や思いが表出した結果であること、あるいは配偶者の場合は年齢的にも若く意思の疎通も行いやすいことから生じた結果と考えられる。

以上から配偶者への看取り時の介護行動は高齢者への看取り行動分析で明らかにされている側面と同一構造であるといえる。

2. 看取りの時の介護行動に影響する要因

看取り時の介護行動と関連する要因分析から、最期の治療方針として「苦痛の緩和を主体」を選択した群のほうが第1因子の直接的介護行動を有意に多く行っており、そして看取った場所が病院群のほうが有意に多い傾向を示していた。治療方針が「最期まで治療を行う」よりも「苦痛の緩和を主体」を選択した群のほうに直接的な介護行動が多いことは、その選択により苦痛を緩和されて穏やかな状態を保っている配偶者のそばで、妻あるいは夫がともに時間を過ごし、世話をする時間が多く取れたことを表している。さらに、死亡場所が病院の方に直接的介護行動が多い傾向が認められたのは、在宅介護を行っ

た家族は生活と直接的身体介護行動が一体化していることから、質問項目への回答にあえて分離した援助行動として現れなかったのではないかと推察できる。一方、病院の場合は限定された時間や場所で限局された介護行為を行うことから、それらが強く意識化され、質問紙による指標では直接的介護行動が多いといった結果になったと思われる。

同様に第2因子の『死の受け止めに対する援助行動』も死亡場所が病院のほうが有意に多い。これは、第1因子と同様の理由に加えて、在宅介護を行った家族は“どこで”、“どのように”死を迎えるかなどの死についての話題を、配偶者と十分に話し合った後に退院するためと考えられる。すなわち、退院を決定するときの意思疎通が充分に行われていることにより、ターミナル期になってからそれらの援助を持ち出すことは少ないのではないかと推察される。

また、看取りの受け止めでは「充分に看取った」と回答している群のほうが『死の受け止めに対する援助』について有意に多く介護行動を行っていたが、これは看取り時の援助を充分に行ったことからその看取り自体を受け入れやすく、満足感を得られやすい結果と考えられる。このように看取りの時に家族が納得いくまでかかわりを持てることが、看取りが終わったあとにその体験を受容しやすくするといえる。さらに、回答者が男性、すなわち亡くなった対象が女性の場合に有意に援助行動が高いことが示されていたが、女性は男性よりもその時々死に対する思いを表出しやすいのか、あるいは男性介護者がその援助を避けずに行った結果かも知れない。しかし、他の2因子に比べて得点が低いことから、死の受け止めに対する援助行動は表出が難しいことを表していると考えられる。

3. 看取りの受け止めと続柄

配偶者の看取りと高齢者の看取りを比較すると、看取り行動得点は第1因子の『直接的介護行動』においてのみ配偶者への行動が有意に多い傾向が認められたが、その他2つの因子については差異が認めら

れなかった。にもかかわらず、配偶者の看取りの場合に充分に看取ったという回答が多数を占めていたことは、続柄が持つ意味と考えられる。すなわち、互いの年齢の近さ、共有した生活時間の長さや密度、あるいは配偶者を失うことによる喪失感は親よりも大きいと推察される。また配偶者の死亡場所は病院が多いにもかかわらず、その看取りを充分に行ったと認識しているのは、一般的に在宅介護のほうに満足度が高い(巻田・七田・旗野,1991、石井・近森,2005)とされる結果と異なっている。その不満足の原因の1つを(巻田ら,1991)は病院のケアに不満と報告している。(石井ら,2005)においても、看取りの不満として“家で看取りたかった”“看取りの看護行動に不満”などの、病院で看取ったことを後悔する項目が多く述べられており、家族が満足できるかわりを行えなかったことや、病院で受けたケアに満足感が得られなかった場合には心残りとしてあり、それが看取りの評価となると考えられる。また、(石井ら,2005)の高齢者に対する介護行動では死亡場所による介護行動量に差異が認められていないが、本調査では介護行動すべてにおいて病院における介護のほうに高い得点を示していた。本調査とこれら先行研究の差異は、従来の調査が高齢者介護家族を対象としているためと推察される。すなわち、高齢者介護では老衰や身体障害など不可逆的な病態が多く、治療の限界があるため入院加療に対する期待が小さく、より生活の安寧を求めためではないかと考える。一方、配偶者の場合は年齢も若く、最期まで積極的治療を望むことが多いことから、病院での最期となったと考えられる。ここから必ずしも死亡場所ではなく、家族が亡くなる対象とどのようなかかわりをもてたと感じているかが、その後の看取りの受け止めには重要であることが示された。

しかし、考察2で示したように「最期まで治療」を選択した場合には家族の介護行動が有意に低く、家族が関与しにくい医療中心で行なわれた看取りは充分に世話をしたという意識が持てないことを示していることから、医療従事者は家族にも共に充分に看

取れる様に支援することの重要性が示唆された。

引用文献

- Degner, L. F., Gow, C. M., & Thompson, L. A. 1991
Critical nursing behaviors in care for the dying. *Cancer Nursing*, 14 (5) , 246-253.
- Dietz, T.L. 1995 Patterns of Intergenerational Assistance within the Mexican American Family: Is the Family Taking Care of the Older Generation's Needs?. *Journal of Family Issues*, 16, 344-356.
- Dressel, P. L. & Clark, A. 1990 A Critical Work at Family Care. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 769-784.
- 石井京子・上原ます子 1997 高齢者へのターミナル・ケアに関する研究—高齢者と家族の望む死の看取り及び病院における援助の現状—. 大阪ガスグループ福祉財団研究・調査報告書, 10, 13-18.
- 石井京子・上原ます子・上野轟 2003 高齢者が体験した看取りに対する意味分析. *ヒューマン・ケア研究*, 4, 99-107.
- 石井京子・近森栄子 2005 高齢者への家族の看取り行動の分析. *日本看護研究学会誌*, 28,4 (印刷中)
- 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)*, 49,537-564.
- 柏木哲夫 2001 死を学ぶ. 有斐閣
- 厚生統計協会 1994 末期患者への医療. *人口動態社会経済面調査報告*, 26-27.
- 巻田ふき・七田恵子・旗野脩一 1991 老人を看取った家族の心残りに関する研究. *老年社会学*, 48 - 55.
- 野戸結花・三上れつ・小松万喜子 2002 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 16 (1), 28-37.
- Rittman, M., Rivera, J., & Godown, I. 1997 Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nursing*, 20 (2) , 115-119.
- 杉澤秀博・横山博子・高橋正人 1993 特別養護老人ホーム入居者への家族による援助に関する研究—東京都立の2施設を調査対象として—. *老年社会科学*, 15 (1) , 47-57.
- 吉田みつ子 1999 ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究—“良い看とり”をめぐる—. *日本看護科学会誌*, 19 (1) , 49-59.
- Zerwekh, J.V. 1995 A family caregiving model for hospice nursing. *The Hoapice Journal*, 10 (1) , 27-44.