

# 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

赤島鮎美, 岡野初枝<sup>1)</sup>

## 要 約

近年, 在宅で死を迎えたいという人が増えている。本研究の目的は, 終末期を在宅で迎えようとしていた癌患者が, 病状の悪化により病院死となった場合の事例を対象に, 家族の悲嘆反応の変化を把握し, 家族に対しどのような援助が必要なのかを明らかにすることである。インタビューを患者の夫と娘に行い, A. Deeken による12の悲嘆のプロセスの概念を基に分析を行った。その結果, 夫は A. Deeken の概念のうち7段階に該当しており, 娘は5段階に該当していた。悲嘆反応に影響を与えた要因としては, 急な病変の経験, 家族間の協力や仕事, 告知に関する心残りがあげられた。在宅療養継続か入院かを見極めること, キーパーソンをみつけること, 家族の仕事をアセスメントすること, 家族が告知をどう捉えているかを把握し尊重することなどが, 必要な援助であることが示唆された。

キーワード: 在宅ケア, 病状の悪化, 病院死, 悲嘆反応

## はじめに

近年, 医療技術が高度化するに連れ, 在宅で行える医療行為も増加して, 在宅で死を迎えたいという人が増えている<sup>1-3)</sup>。現在, 癌はわが国において, 1981年以來死因の第1位を占めており, 癌による死亡者数は平成11年現在, 29万人を越え<sup>4)</sup>, 今後も増加を続けることが予想されている。しかし, 厚生省「人口動態調査」によると, 平成11年度における癌患者の死亡場所は, 病院・診療所92.8%, 自宅6.5%と, 実際には自宅で死を迎えている患者は1割にも満たないのが現状である<sup>5)</sup>。その理由の一つとして, 癌患者が在宅で療養生活を送っている過程では, 在宅での生活を希望していても, 様々な理由により急な展開を呈し, 入院を余儀なくされるということが挙げられる。多くの文献において, 在宅での療養を困難にさせる要因として, 急な展開が示されている<sup>6-10)</sup>。

大切な人を亡くした後, 嘆き悲しむのは人間として当然の反応であるが, あまりに強い悲嘆反応や長い経過は心身に悪影響を与えると考えられ, そうならないためにも早期からの看護介入が望まれる。A. Deeken<sup>6)</sup>によると悲嘆 (grief) とは, 喪失 (loss) に伴って起こる一種の心理過程で経験される情緒的

体験であり, 小島<sup>7)</sup>によると人が喪失を乗り越え, それを受容するためには悲嘆作業を十分にやり遂げることが重要であるとされている。

また, 一般的に, 急な展開による死亡を経験した家族は死別後に正常な悲嘆の過程を辿ることが困難とされている<sup>9,10)</sup>。しかし, そういった家族の心理状態や悲嘆過程について, また急な展開を経験した家族の医療・看護行為に対する気持ちなどについての研究は見当たらず, 家族に対する具体的な援助もはっきりとしていない現状がある。そこで, 今回, 本研究では, 終末期を在宅で迎えようとしていた癌患者が, 病状の悪化という急な展開により病院死となった場合を取り上げ, 家族の悲嘆反応の変化を把握し, 家族に対しどのような援助が必要なのかを明らかにすることを目的とした。

## 用語の定義

悲 嘆: 悲嘆 (grief) とは, 喪失 (loss) に伴って起こる一連の心理過程 (危機のプロセス) で経験される情緒的体験である。

急な展開: 本研究では, 病状の悪化により在宅での療養が困難となった状況をさす。

倉敷中央病院

1) 岡山大学医学部保健学科看護学専攻

## 研究方法

### 1. 対象

在宅療養を希望していたが病状の悪化により、病院死した癌患者を看取った家族を対象にした。看取り後2年以内の家族を岡山市内のS医院、Y医院に依頼し、各1例を紹介していただき、承諾の得られた看取り後3ヶ月の1家族を調査対象とした。

### 2. 調査方法

#### 1) 対象の背景と家族関係の情報収集

情報は①患者の看護記録②訪問看護師への面接③入院先の看護師への面接により得た。①からは病名、告知の方法、患者の性格、家族構成、介護者の状況、現病歴、時間経過、医療職の行ったケアの情報を得た。②からは介護者の介護状況、家族関係、家族の死の受け止め方、行った看護内容、急変時の状況の情報を得た。③からは介護者の看護状況、家族関係、家族の死の受け止め方、行った看護内容、患者死亡時の状況の情報を得た。

#### 2) 家族の悲嘆反応の情報収集

家族の在宅療養に対する認識・介護状況、告知時の状況、急変時の状況、看護援助、悲嘆反応を把握することを目的に、半構成的質問紙を作成し、対象者の自宅にて面接を行った。面接は、2002年11月に1回目を夫と娘が同席のもとで60分間、2回目は1週間後に夫に対し30分程度行った。面接の内容は相手の承諾を得たうえでテープに録音した。

#### 3) 分析方法

面接した録音テープを再生してフィールドノートに書き起こした。家族の悲嘆反応とその反応に影響を与えたと思われる要因と看護援助について、文献<sup>11-13)</sup>を参考に、スーパービジョンを受けながら分析を行った。悲嘆反応の分析は、A. Deekenによる悲嘆プロセス<sup>6)</sup>の概念を使用した。それは、1) 精神的打撃と麻痺状態、2) パニック、3) 否認、4) 怒りと不当感、5) 敵意と恨み、6) 罪意識、7) 空想形成、幻想、8) 孤独感と抑鬱、9) 精神的混乱と無関心、10) あきらめ-受容、11) 新しい希望-ユーモアと笑いの再発見、12) 立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立、である。

#### 4) 倫理的配慮

面接に際しては事前にS医院の院長を通して承諾をもらい、面接の前に研究の主旨を説明して了解を

得た。面接時には、面接の内容に答えたくない場合は、答えなくてもよいということを説明した。録音したデータは、この研究以外の目的で使用することはないこと、録音したテープは、研究が終了後消去することを口頭で説明し、同意を得て行った。

## 結果

### 1. 対象の背景と家族関係の情報

#### 1) 患者背景

患者の名前はTさん、年齢69歳の女性。診断名は胆嚢癌、肝転移であった。既往歴はくも膜下出血、糖尿病、本態性高血圧、心房細動、肝炎であった。家族構成は夫(70歳)、娘夫婦(娘41歳、娘婿56歳)、孫(10歳)との5人暮らしであった。

患者の性格は気丈で明るく、働き者で話好きであった。訪問看護時には毎回着替え、化粧をしてソファに座って出迎えるほどきちんとした人であった。介護者の状況は、在宅療養時夫は定年を迎えていたが、時々仕事に出かけていた。娘夫婦は仕事で昼間ほとんどいなかったため、Tさんは日中一人であることが多かった。娘は仕事から帰ってから家事をし、夫と娘は協力してTさんの支えとなっていた。急変により入院した時は、夫はよく面会に来ており、最後の1週間は仕事を休み、付き添いをした。娘は時間の都合がつく限り面会に来ており、仕事を休むことはなかった。娘も最期は付添うつもりでいた。

訪問看護師と入院先の看護師がアセスメントした家族関係は協力的で良好とアセスメントしていた。夫の性格は、口数がそんなに多くなく穏やかで、感情的にあまりならず、告知前後も病状悪化時も淡々と受けとめているように見えたという。娘は、告知時は涙を流して聞いていた。民間療法を母親に勧めするなど、希望を捨てていない様子が伺えた。

#### 2) Tさんの時間経過と状況、行われた処置・看護援助

Tさんの状況の時間経過に伴う病状の変化と、行われた処置・看護援助を時間経過について表1に示した。

### 2. 面接から得られた夫と娘の悲嘆反応

夫の面接から得られた悲嘆反応を、A. Deekenの悲嘆のプロセスに当てはめたものが表2である。夫の面接からは、「精神的打撃と麻痺状態」「パニック」の言葉がいくつかみられた。また、「罪意識」「空想形成、幻想」がみられ、夫の後悔や心残りがうか

表1 Tさんの時間経過と状況, 行われた処置・看護援助

日時	時間経過	Tさんの状況	処置・看護援助
4/18 入院 下旬	S医院外来受診し, 胆嚢癌と診断される O病院に紹介入院 手術を受けるが, 肝転移が多数見つき, 手術不適応となる	Tさんの家族にS医院の医師が告知を行った 家族の希望によりTさんには告知されなかった	手術
在宅 5/1	退院。S医院に点滴投与を目的に外来通院を再開	外来にはがんばって歩いて行っていた  点滴をしても良くならない病状に段々と疑問を抱き始める  外来通院が辛くなる	
6/8	訪問看護スタート	訪問看護師に, 自分の病気について問い詰める	週3回, 点滴投与を目的として訪問看護を行う 訪問時には, 話を傾聴し, 病状の観察を行っていた
6/18	<u>告知が行われる</u>	夫・娘・Tさんの弟が同席のもと, 自宅にて告知が行われた。じつと医師の顔を見つめ, 聞き入っていた  食欲低下 訪問時にも, 化粧をしなくなる	Tさんが病状に疑問を抱いていたため, 医師に報告し告知の調整を行った 告知時には同席し, Tさんの状況を観察した
7/29		黄疸が現われ, 全身倦怠感が強くなる	
再入院 8/6	<u>黄疸を軽減する目的で再入院</u>		S医院では処置が不可能なため入院の調整を行う
8/8		アンモニア値上昇。肝性昏睡による意識障害出現	訪問看護師との情報の交換 Tさん, 家族に対する声かけ  IVH挿入
8/16		大部屋から個室へ転室  呼吸停止	転室を勧める バルン挿入
8/21	20:00, 死亡確認		

\*表中にある下線部は, 告知が行われた日時, 2重下線部は病状の悪化により再入院した日時を示す。

がえた。「あきらめ-受容」「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」もうかがえたが, まだはっきりとはしていない。「新しい希望-ユーモアと笑いの再発見」はみられなかった。夫なりに立ち直りの段階にいることはうかがえるがまだ様々な段階を移動していた。

娘の面接から得られた悲嘆反応を, 表3に示した。

娘の面接からは「怒りと不当感」「敵意と恨み」「罪意識」の段階に相当する言葉が多く聞かれた。また「あきらめ-受容」の言葉もいくつかみられたが, 「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」の段階には至っていないことが示された。

表2 夫の悲嘆反応

A. Deeken の悲嘆のプロセス	面接から得た夫の悲嘆反応
1) 精神的打撃と麻痺状態	・ぞっとした ・本当に急だった
2) パニック	・こんなことになるとは思っていなかった ・病気が分かるまでは予想もしていなかった ・そんなに早く逝くとは思っていなかった
3) 否認	
4) 怒りと不当感	
5) 敵意と恨み	
6) 罪意識	・もっと早く病気が分かっていたら
7) 空想形成／幻想	・1, 2年残された時間があったなら, 旅行なんかにも連れて行けたのに
8) 孤独感と抑鬱	・家に独りで朝から晩までいれば, 気が滅入るし色々と考えてしまう ・よく思い出す
9) 精神的混乱と無関心	
10) あきらめ／受容	・どうしようもなかった ・病気には勝てない ・もう手遅れだった ・今は寂しくはないが, 生活が大きく変わった ・妻は好きなことをしていたし, 遊びにも行っていたのでその点はよかった
11) 新しい希望／ユーモアと笑いの再発見	
12) 立ち直りの段階／新しいアイデンティティの確立	・仕事に行くのが自分にとってとてもよい ・友達と話すのが楽しい ・話をしていればストレスも晴れ, 話すことで自分の中で整理がつく ・今は洗濯をしてから仕事に行く毎日を送っている ・休日は家族と過ごしている ・家族の仲がいいから, 寂しいことはない ・町内の活動には積極的に参加している

表3 娘の悲嘆反応

A. Deeken の悲嘆のプロセス	面接から得た娘の悲嘆反応
1) 精神的打撃と麻痺状態	・症状がすごく早かった ・急にそんなことになるのだから
2) パニック	
3) 否認	
4) 怒りと不当感	・そんなに早く告知になるとは思ってなかった ・あっという間に告知になってしまった, 1ヶ月も持たなかった
5) 敵意と恨み	・(告知をしてから) 精神的な面できつかった
6) 罪意識	・(本人に告知したことが) 残念かなー ・知らずにすんだかもしれないのに ・もう少し希望を持たせてあげたかった ・(本人はがんばる気でいたから) かわいそうなことをしたな ・(体重が減っていたけど) その時は気にも留めなかった
7) 空想形成／幻想	
8) 孤独感と抑鬱	
9) 精神的混乱と無関心	
10) あきらめ／受容	・一番手がかかる時期に病院にいたのはよかった
11) 新しい希望／ユーモアと笑いの再発見	
12) 立ち直りの段階／新しいアイデンティティの確立	

## 考 察

今回の事例は、終末期を在宅で迎えようとしていた癌患者が、黄疸、浮腫をきたして全身状態が悪化する急な展開によって、入院し結果的には病院死となった患者の、夫と娘の悲嘆反応の変化を、A. Deeken の悲嘆のプロセスに沿って分析した。

### 1. 悲嘆反応の変化

#### 1) 夫の悲嘆反応

夫の悲嘆反応は、「精神的打撃と麻痺状態」「パニック」「罪意識」「空想形成、幻想」「孤独感と抑鬱」「あきらめ-受容」「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」の7段階が抽出された。「否認」「怒りと不当感」「敵意と恨み」「精神的混乱と無関心」「新しい希望-ユーモアと笑いの再発見」の5段階は抽出されなかった。夫は「精神的打撃と麻痺状態」「パニック」の段階にあたる、「こんなことになるとは思っていなかった」「病気が分かるまでは予想もしていなかった」「そんなに早く逝くとは思っていなかった」などの言葉が多くみられた。しかし、「どうしようもなかった」「今は寂しくはないが、生活が大きく変わった」「家族の仲がいいから、寂しいことはない」「友達も多いし、昔馴染みが多いので、仕事に行くのが晴れる」「話をしていればストレスも晴れ、話すことで自分の中で整理がつく」「今は洗濯をしてから仕事に行く毎日を送っている」など、「あきらめ-受容」「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」の段階に相当する言葉も多く見られたが、新しい希望やユーモアと笑いの再発見等の段階には、3ヶ月という時期ではまだ到達していない。しかし初期の段階に長くとどまっていることはなく、回復の経過をたどっていることが分かる。

川又<sup>14)</sup>らの研究では、在宅で看取りをした夫の悲嘆反応としては、「パニック」の段階は挙げられていない。この事例は「急だった」「想像できなかった」という急な展開を意味する言葉が聞かれており、比較するとこの夫は「精神的打撃と麻痺状態」「パニック」の段階が強く現われていたと考えられる。

#### 2) 娘の悲嘆反応

娘の悲嘆反応は、「精神的打撃と麻痺状態」「怒りと不当感」「敵意と恨み」「罪意識」「あきらめ-受容」の5段階が抽出された。娘は「怒りと不当感」「敵意と恨み」「罪意識」を示す、「そんなに早く告知になるとは思っていなかった」「(告知をしてから) 精神的

な面できつかった」「知らずにすんだかもしれないのに」「もう少し希望を持たせてあげたかった」などの言葉が多く聞かれた。「手がかかるようになってからは病院が全部やってくれたから、在宅療養が出来た」「一番手がかかる時期に病院にいたのはよかった」などの言葉がみられ、母親の死を受容する要因に病院での看護の適切さがあげられる。悲嘆について家族のなかでも、娘の悲嘆反応に関しての文献は見当たらず、比較はできなかった。

### 2. 夫と娘の悲嘆反応に影響を及ぼした要因

#### 1) 急な展開の経験

今回の事例では、Tさんは、閉塞性黄疸により病状が悪化し、S医院では処置が不可能だったために、O病院に入院となった。家族はその急な展開に戸惑い、病状の変化について行くのが精一杯であったことがうかがえる。また、8月6日に入院してからも病状の進行は早く、8月8日には肝性昏睡による意識障害で意思疎通もままならなくなり、その変化に夫と娘ともに戸惑いがあったことが考えられる。そういった急な展開がTさんの死後も夫と娘ともに強く印象に残り、「本当に急だった」「そんなに早く逝くとは思っていなかった」「症状がすごく早かった」といった「精神的打撃と麻痺状態」「パニック」の段階が強く現れ、「もっと時間があれば旅行にも連れて行けた」といった「空想形成、幻想」に近い「罪意識」が後悔として残っていると考えられる。

通常「精神的打撃」や「パニック」の段階は数日から1週間程度と言われており、3ヶ月が経過した夫からは「受容」の言葉も聞かれた。「急だったけど仕方がなかった。病気には勝てないのだから」と話している。娘の「一番手がかかるときに病院にいてよかった」という発言は、病院で最期を迎えたTさんが満足していたことをよかったと捉えており、患者の死の十分な「受容」にまではつながらなくても、「罪の意識」を軽くすることに働いていると考えられる。訪問看護師は病状の変化を素早く把握し、医師と入院の準備を行っており、タイミングよく入院できたことが、結果的に夫と娘に「入院してよかった」という安心感を与えたと考えられる。さらに、入院後に納得のいく看護を受けることができたことが、入院を判断した看護師への信頼となり、「精神的打撃」「パニック」の段階から早期に脱却できたと考えられる。

## 2) 家族間の協力

事例では、夫と娘はTさんのキーパーソンとして協力して介護を行い、Tさんが入院後もできるだけ面会に行くなど協力関係ができていた。最後の1週間、夫は仕事を休んで付き添い、娘も仕事を休む気持ちであった。夫が付添ったことで仕事を休むことなく最期を迎えることが出来ている。夫と娘ともに自分の日常生活のペースを崩すことなく介護ができ、娘の「受容」の段階に移行することができると考えられる。

夫は娘夫婦と同居しており、日中は仕事に出かけ、夜や休みの日は家族で過ごすなど、独りになることが少なく、娘も父を気遣い早目に帰宅するよう心がけるなど、こうした家族の存在が、夫の「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」の段階へ向けた要因のひとつと考えられる。

## 3) 夫の仕事

夫は70歳という年齢で仕事を持っており、職場や友人を大切に思っている。「仕事に行くのが自分にとってとてもよい」「話をしていればストレスも晴れ、話すことで自分の中で整理がつく」といった言葉からも、死別後も夫にとって仕事に行くこと、職場で友人と話をすることは、気持ちを落ちつかせたり気を晴らすために重要な要素であったと考えられる。仕事があったことが「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」の段階に至る契機を作っていると考えられる。

## 4) 告知に関する心残り

娘の悲嘆反応に告知の時期の問題が関わっていると考えられる。告知は、6月18日に自宅で、本人、夫、娘、本人の弟、訪問看護師が同席のもと主治医により行われた。娘は胆嚢癌が発見された時、母親の性格を考えて主治医に告知をしないよう依頼していた。しかし、本人が在宅療養で通院し続けても良くならない自分の病状に疑問を抱き始め、訪問看護師に疑問をぶつけたことがきっかけで、訪問看護師は医師に状況を報告し家族とも相談の結果告知に至ったのが実状である。

しかし、告知を決心したものの、娘はあまり望んではいなかったため、「もう少し希望を持たせてあげたかった」という「罪意識」や、「そんなに早く告知になるとは思ってなかった」「(告知をしてから)精神的な面できつかった」という「怒りと不当感」「敵意と恨み」が強く現われている。夫よりも「罪意識」

「怒りと不当感」「敵意と恨み」の悲嘆反応が強いのは、一人娘であること、母親に対する深い思いやりと思える心の揺れ、それらから告知について知らせたくないという抵抗感を持っていたと考えられる。死別後3ヶ月という時期ではまだ悲嘆に関して課題を解決できないで、誰か他人に感情をぶつけたいという思いもあったと考えられる。

## 3. 援助についての考察

### 1) 急な展開の経験について

今回の事例のように、気持ちの整理がつかないままに状況のみが展開していくと、心の準備が不十分なまま患者の死を迎えることになり、予期的悲嘆も行いにくいと考えられる。A. Deeken<sup>6)</sup>によれば、予期的悲嘆が十分に行えないと、「精神的打撃と麻痺状態」「パニック」などの初期の段階に影響を及ぼすと言われている。また、「精神的打撃」や「パニック」の段階に、あまり長く留まるのは健康上からもよくないとされ、病的な悲嘆反応を辿らないためにも、医療者はこれらの段階からなるべく早く脱却できるように援助することが必要であるとも述べている。また、援助は死別後から始まるのではなく、予期的悲嘆からのきめ細やかな関わりが必要であるとの指摘がなされている<sup>15,16)</sup>。急な展開を経験している家族は、そうでない家族に比べて予期的悲嘆が行いにくく、十分な心の準備を行えないままに患者の死を迎えることになるため、初期の「精神的打撃と麻痺状態」などの悲嘆反応を呈しやすと言われることから、この事例のように急な展開を経験している家族には、医療者は特に注意を払わなければならない。医療者自身が死についての準備教育を受け、悲嘆に寄り添う援助ができるよう悲嘆教育<sup>6)</sup>が必要である。

在宅で最後を看取った例で満足度が低かったという報告<sup>17)</sup>がある。この事例の場合タイミング良く入院したことと十分な看護を受けたことが、医療者との信頼関係を深めているが、逆に時期を逃していれば、異なった悲嘆反応を呈していた可能性も考えられる。このことから、看護師は患者や家族が病状をどのように受けとめているかを把握し、今後起こりうる状況を伝え、必要時をみて在宅療養を続けるか入院するかを見極めることが重要な援助になる。この事例ではTさん本人が入院生活に満足し、また看護師の家族に対する頻回な声かけは、家族に安心感を与え看護師や医療者への信頼感を持つことができている。

また、入院後の看護師は、在宅での療養を継続できるように情報を把握し、家族を含めて病状の変化を受けとめ信頼関係を築いていく必要がある。

## 2) 家族間の協力について

事例において、訪問看護師と入院後の看護師ともに、Tさんに対するキーパーソンを夫と娘と把握しており、家族関係は良好とアセスメントしていた。Marilyn Jean Hauser<sup>10)</sup>は、ソーシャルネットワークとして家族の存在をあげ、死別後最初の1週間で最も役に立つネットワークは、家族であるとしている。川又らはキーパーソンをみつけ、その役割を認識させることが必要であると述べている<sup>14)</sup>。事例においても、早期にキーパーソンを発見し家族関係をアセスメントしたこと、また家族がどのように協力し合い、介護を行っているかをみながら関わっていたことで、家族がよりよい介護を行えるよう援助することができたと考えられる。これらのことから、本研究においても、ソーシャルネットワークとして家族の存在を念頭におき、キーパーソンを発見すること、またその家族関係をアセスメントし、状態をみながら関わることで、家族の悲嘆反応を軽減させる援助として必要であることがうかがえる。

## 3) 仕事について

夫が仕事を持っていたことは、悲嘆反応を軽減していたと考えられる。仕事や社会活動に参加することは悲嘆反応の回復を促す<sup>10)</sup>と言われ、悲嘆反応に重要な役割を果たすことが指摘されている。人見<sup>18)</sup>らの研究によると、女性より男性の方が社会活動の参加が少なく、悲嘆反応が強いとされているが、今回の事例は娘よりも夫の方が立ち直りは早い。これは、夫が積極的に仕事や社会活動に参加していることが関係していると考えられる。家族の背景なかでも今までしていた仕事の情報を得て、状態に応じた援助を行うことが、「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」の段階へ促す支援になると考える。

## 4) 告知に関する心残りについて

この事例においては、娘の告知についての心残りが、悲嘆反応を強め、段階の経過を遅らせていると考えられる。告知の有無や告知に対する心残りは悲嘆を左右する要因と言われており<sup>14,15)</sup>、告知が納得のいく形で行われ、わだかまりがない方が悲嘆は軽い傾向にあるとされている。秋山<sup>19)</sup>によると、よ

りよいQOLの維持・向上を目指すためには告知、インフォームドコンセントの課題が個々のケースにあった形で行われる必要があるとされている。また、川又らは、告知に際しては、患者と家族の希望を尊重し、繰り返し調整を図るだけでなく、医療者が家族の決定を肯定するよう支持的態度をとることや、キーパーソンにも助言することが必要であると述べている。

事例では告知に関して、Tさん本人が病状に疑問を抱き、告知せざるを得ない状況になった時も、娘は告知をして欲しくないと考えていた。訪問看護師が訪問時に患者の話を聴き、観察した状況を主治医に報告し告知に至った。看護師は告知にも同席して患者の状況を把握しており、Tさんと家族との信頼関係を継続する上で必要な援助であったと考えられる。一方、告知についての娘の認識を知り、納得しているかを確認することも必要であったのではないかと考える。告知に際しては、患者と家族の意思を確認し尊重することと、家族内でもそれぞれの家族員が告知についてどう捉えているかを把握し、調整していくことも困難ではあるが必要な援助であると考えられる。

## 結 論

1. 夫の悲嘆反応は、「精神的打撃と麻痺状態」「パニック」「罪意識」「空想形成、幻想」「孤独感と抑鬱」「あきらめ-受容」「立ち直りの段階-新しいアイデンティティの確立」の7段階が抽出された。娘の悲嘆反応は、「精神的打撃と麻痺状態」「怒りと不当感」「敵意と恨み」「罪意識」「あきらめ-受容」の5段階が抽出された。
2. 病状の悪化という急な展開により入院し、在宅で死を迎えられなかった場合、家族の悲嘆反応に影響を及ぼした要因として、急な展開の経験、家族間の協力、家族の仕事、告知に関する心残りが影響していたと考えられた。
3. 援助として、急な展開を経験している家族に対しては、先を見通して在宅療養を続けるか入院するかを見極めることが必要である。また、家族間の協力を得るために、キーパーソンを発見することや、家族関係をアセスメントする必要がある。告知については、患者と家族の意思を確認し、家族員が告知に対して異なるとらえ方を行っている場合は、調整するなどの援助が必要である。

### 研究の限界

この研究では、1事例の家族の情報と面接結果から分析を行ったが、事例数が少数で、面接回数に限られていたこと、また死別後3ヶ月と言う短い時期であることなどから、悲嘆反応の変化を知るためには十分ではなく、一般化することには限界がある。

### 謝 辞

この研究を進めるにあたり、ご多忙にもかかわらず、ご協力くださいました関係の医療機関の先生、看護師の方々に感謝します。また、辛い状況のなかでも快く面接を承諾してくださり、ご協力くださいましたご家族の方に深く感謝申し上げます。

### 文 献

- 1) 諸岡啓一：在宅ケアを可能にする医療技術の開発。Jap. J. Prim. Care, 13(3): 249-253, 1990.
- 2) 牛込三和子, 川村佐和子：在宅看護の組織化に関する研究。Jap. J. Prim. Care, 13(3): 254-259, 1990.
- 3) 鈴木荘一：在宅医療における技術発展について。Jap. J. Prim. Care, 13(3): 239-244, 1990.
- 4) 財厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標。48(9): 50-53, 2001.
- 5) 財厚生統計協会：厚生労働省統計データベース, 人口動態調査平成11年。  
<http://www.mhlw.go.jp/index.html>
- 6) A. Deeken：悲嘆教育－悲嘆のプロセスとその対応－。ターミナルケア, 1(6): 371-374, 1991.
- 7) 小島操子：喪失と悲嘆－危機のプロセスと看護の働きかけ。看護学雑誌, 50(10): 1107-1113, 1986.
- 8) 坂口幸弘：配偶者を亡くした人へのサポート。ターミナルケア, 11(1): 18-22, 2001.
- 9) 鈴木志津枝：遺族ケアの基本と実際。ターミナルケア, 11(1): 12-17, 2001.
- 10) Marilyn Jean Hauser 訳・黒江ゆり子：Bereavement Outcome Widows 配偶者による悲嘆過程。看護研究, 22(5): 78-89, 1989.
- 11) 黒田裕子：黒田裕子の看護研究 step by step. 80-103, 学習研究社：東京, 2002.
- 12) マデリン M. レイニンガー (編), 近藤潤子, 伊藤和弘 (監訳), 伊藤和弘, 太田喜久子, 岡谷恵子, 岸田佐智, 黒田裕子, 小松浩子, 鈴木敦子 (訳)：看護における質的研究。193-208, 医学書院, 1997.
- 13) W. キャロル チェニッツ・ジャニス M. スワンソン (編), 樋口康子, 稲岡文昭 (監)：グラウンデッド・セオリー－看護の質的研究のために－。105-168, 医学書院, 1992.
- 14) 川又一絵, 降旗美佳, 亀井智子, 島内 節, 高階恵美子：在宅ターミナル患者を看取った家族の死別期における悲嘆反応とその支援。保健婦雑誌, 55(5): 413-421, 1999.
- 15) 寺崎明美, 中村健一：配偶者喪失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.
- 16) 間瀬由記, 小原 泉, 寺崎明美：残された家族の“悲嘆”に対する援助。臨床看護, 22(7): 1093-1099, 1996.
- 17) 樋口京子, 近藤克則, 牧野忠康, 宮田和明, 杉本浩章：在宅療養者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討。厚生指標, 48(13): 8-15, 2001.
- 18) 人見裕江, 大澤源吾, 中村陽子, 小河孝則, 中村啓子, 江原明美：高齢者との死別による介護者の悲嘆とその回復に関連する要因。川崎医療学会誌, 10(2): 273-284, 2000.
- 19) 秋山和代, 兼子友里, 大石三枝子, 鈴木美知子：悲嘆のプロセスをいかに支えることができるか。ターミナル期にある患者の家族への関わり, 看護学雑誌, 61(1): 38-43, 1997.

# The grief process of patient's family over the death at hospital against the cancer

Ayumi AKAHATA and Hatsue OKANO<sup>1)</sup>

## Abstract

The aim of this study was to clarify the grief process of patient's family and to know how to support the family when the cancer patient who had been given terminal home care, was forced to die at hospital against the patient's will owing to aggravated condition. We interviewed patient's husband and daughter to analyze the family grief process on the basis of A. Deeken's grief process.

The results showed that husband's grade was the 7th and daughter's was the 5th. The factor that caused the grief of the patient's family are listed as follows: the experience of rapidly changing circumstances surrounding them and family's regretting feeling concerning the notification of the cancer.

---

**Key Words :** Home care, aggravated condition, death at hospital, grief process

---

Kurashiki Central Hospital

1) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Okayama University Medical School