

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 25 年 5 月 14 日現在

機関番号： 37123  
 研究種目： 基盤研究（C）  
 研究期間： 2009～2012  
 課題番号： 21592936  
 研究課題名（和文） 在宅緩和ケアにおける家族へのグリーフケアシステムの構築  
 研究課題名（英文） Construction of a Grief Care System for a Family in Home Palliative Care  
 研究代表者  
 小林 裕美（KOBAYASHI HIROMI）  
 日本赤十字九州国際看護大学・看護学部・准教授  
 研究者番号： 50369089

研究成果の概要（和文）：死別へのケアをグリーフケアと言うが、予期悲嘆とは「家族の死が避けられないと認識したときから死へのプロセスに生じる悲嘆の反応」である。本研究では、自宅で終末期を迎える人を介護する家族をケアするための「予期悲嘆尺度」を開発した。その結果、4つの因子をもち19の質問から構成される尺度を作成した。この尺度の信頼性と妥当性を確認し、さらに実際の事例に適用して、本尺度が活用できる可能性を示した。

研究成果の概要（英文）：Grief care was support to bereavement. The concept of anticipatory grief defined as a grief response within a process toward death from the moment we recognize that the death of the family is inevitable. We developed an Anticipatory Grief Scale for Family Caregivers (AGSFC) of a person dying at home. This scale comprised 4 factors of 19 items. The reliability and validity of the AGSFC were confirmed. In addition, we investigate the usefulness of this scale by applying it to actual cases. The present scale was therefore considered useful.

### 交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	900,000	270,000	1,170,000
2010年度	800,000	240,000	1,040,000
2011年度	800,000	240,000	1,040,000
2012年度	800,000	240,000	1,040,000
年度			
総計	3,300,000	990,000	4,290,000

研究分野：医師薬学

科研費の分科・細目：看護学、地域・老年看護学

キーワード：在宅看護

#### 1. 研究開始当初の背景

わが国における看取りの場所は1970年代後半ごろを境に自宅から医療施設に移行し、その割合は急速に増え続け、自宅で死を迎える人は全死亡中の12.3% (2007) にすぎない。しかし、その一方で医療費削減を目的とした在院日数の短縮が政策的に推進され、施設ケ

アから在宅ケアの転換が進められ、在宅での看取りが推進されてきた。しかし、家で看取った経験のない家族にとって、看取りは病院に任せた方が安心という考えが多い。また小規模な家族は介護力が十分でなく、その実現には家族の負担を十分考慮した支援が不可欠である。

緩和ケア (Palliative Care) とは、1975年にカナダのモントリオールの緩和ケア病棟がその始まりとされているが、生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族の QOL (生活の質) を改善する方策であり、死に逝く人へのケアだけでなく、それをささえる家族への緩和ケアも含まれる。つまり、在宅緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族の QOL を改善する方策としての緩和ケアを在宅で行うこと」である。在宅緩和ケアにおける家族へのケアで重要なものとしてグリーフケアが挙げられる。グリーフケアとは、遺族の死別の悲しみを支援するケアのことであり、死別前から関わるのが特に重要と言われている。予期悲嘆とは、Lindemann が「死別の前に現れる潜在的な死への悲嘆反応」とした言葉だが、愛する人を失いつつある誰にも起こりうる反応である。近年の延命技術の進歩は、がんなど余命を告知された後の家族の苦悩の長期化にもなり、予期悲嘆への援助はますます重要性を増している。これらを踏まえると、在宅緩和ケアにおける家族へのグリーフケアシステムを構築するために看護職として重要な焦点は、訪問看護等の実践への活用性を見据え、死別前から関わる予期悲嘆への援助方法を確立することである。一方、予期悲嘆は死が現実になったときの衝撃や悲嘆を軽くし、死別の前準備に必要と認識され、過度な場合の弊害は強調されてこなかった。しかし、予期悲嘆が行き過ぎれば、家族に抑うつなどの健康障害が起り、在宅での看取りを諦めることにつながるものと考えられる。さらに、予期悲嘆は複雑で外からは見えにくい無意識のプロセスである。加えて、日本人はあまり苦悩を表出しない傾向から家族は療養者や医療者の前では気丈に振舞うことも多くあるため、予期悲嘆は非常に捉えにくい概念である。これまで予期悲嘆について国内の研究は少なく、家族に対して生前からの看護の影響を示すものは少ない。

そこで本研究は、今後在宅での家族による看取りを実現していくために、グリーフケアの一部としての予期悲嘆に焦点を当て、訪問看護に従事する看護師が、家族の予期悲嘆を適切に評価し、必要に応じて介入できるようにすることに取り組むものである。

## 2. 研究の目的

本研究では、在宅で家族による看取りを実現していくために、グリーフケアの一部としての予期悲嘆に焦点を当て、訪問看護に従事する看護師が、家族の予期悲嘆を適切に評価し、必要に応じて介入できるようにするため

に2つの目的を設定した。

(1) 終末期を迎える人の家族が、在宅で最期までその家族員を看取ることができるように、その身近にいて接する訪問看護に従事する看護師が、その障害要因となる過度な予期悲嘆を簡便に発見し、家族が対処できるように介入するための、スクリーニング尺度を作成する。

(2) 作成した予期悲嘆のスクリーニング尺度を実際に事例に活用し、予期悲嘆への介入プログラムの開発するための基礎的研究を行うことである。

## 3. 研究の方法

(1) 在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の作成

尺度作成に先立ち、まず「予期悲嘆」を文献検討により「死が避けられないと認識した時から死へのプロセスの間の、心理的、社会的、身体的そしてスピリチュアルな変化で、過去、現在、未来にわたる喪失反応と対処」と定義した。さらに、尺度の構成は、我々のこれまでの先行研究から、6つの要素「死別への先行不安」「やり場のない病気への恨み・無念・怒り」「別世界に生きる感覚：思考回路制御・孤立感・疎外感」「死を悼むスピリチュアルな喪失感」「家で見る調整役割としての重圧感」「介護最優先による身体への負担感・不安感」とした。これらより、尺度の質問項目の原案となる51項目を作成した。本尺度の信頼性と妥当性を検証するための調査を実施した。調査は、2つの県の79の訪問看護ステーションに電話で協力依頼し、42の訪問看護ステーションの管理者に研究者が直接会って研究の目的、方法、意義などを十分説明して実施した。調査期間は2009年8～12月である。

(2) 作成した予期悲嘆尺度を実際に事例に実施し、臨床実践の場における尺度の実用可能性を検討するとともに、予期悲嘆への介入プログラム作成に活かせる事項を抽出した。

## 4. 研究成果

(1) 「在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度」を作成し、その信頼性、妥当性を検証した。

その結果、在宅で終末期を過ごす人を介護する家族99名(女性84名、男性15名、平均年齢58.9歳)から回答を得た。また、比較群として終末期でない人を介護する家族にも調査し68名からの回答を得た。表1に示すとおり、4つの因子構造をもち、19項目

の尺度を作成することができた。  
この尺度は、看護介入への必要性をスクリーニングできるように、19項目で0~3点の4段階で評価し尺度得点とするものである。

本尺度の信頼性の検討では、Cronbach's  $\alpha$  係数は尺度得点で 0.87 で十分な内的整合性が確認された。妥当性の検討として、尺度得点は、精神健康調査票 日本版 28 項目版 (GHQ28) を外的基準とした基準関連妥当性との相関がみられたことで確認できた。さらに、在宅で終末期を過ごす人を介護する家族 (ターミナル家族) と終末期でない人を介護する家族 (非ターミナル家族) の尺度得点の分布を比較した (図 1)。ターミナル家族の方が非ターミナル家族より尺度得点が高かったことで構成概念妥当性が確認できた。

表 1 予期悲嘆尺度の因子分析の結果

因子名、項目	因子			
	I	II	III	IV
全体の Cronbach's $\alpha = .874$				
第 I 因子 お別れ準備へのスピリチュアルペイン $\alpha = .838$				
43 本人がだんだん覚えていく姿を見るのが耐え難い	.795	-.037	-.014	-.124
44 本人が精神的に追い詰められている姿を見るのが耐え難い	.655	.008	.041	-.096
46 本人にお別れの言葉が書えそうにない	.624	-.015	.168	-.089
49 本人と死後のことについて話し合えそうにない	.623	.055	-.141	.107
13 もう助からないと思うと、とにかく悲しい	.522	-.128	.385	.066
47 本人の病状の変化に一喜一憂してうろたえている	.513	.165	.131	.048
第 II 因子 身体と生活の疲労感 $\alpha = .809$				
24 自分の自由な時間がなくなったことがつらい	-.076	.930	-.264	-.176
9 辛いことに疲労感を覚えてしまう	-.143	.575	.374	.003
33 私は誰かもつわかってもらえる人に話したい	.352	.569	-.199	-.031
42 このごとき身体の不調が出ている	-.100	.551	.245	.157
41 このごとき、いろいろなことが出来る	.184	.544	-.027	.057
39 介護で肉体的に負担を感じている	-.056	.527	-.147	.317
第 III 因子 死別への先行不安 $\alpha = .848$				
2 本人がいなくなると思うと、とにかく怖い	.107	-.081	.784	-.001
19 本人が今まで担ってきた役割の代わりはできそうもない	-.075	-.173	.789	.059
11 これから先に起こることが不安でたまらない	.161	.237	.646	-.025
27 本人との別れは絶対認めたくない	.253	.025	.579	-.098
第 IV 因子 消耗状態 $\alpha = .701$				
29 このごとき、ものが考えられない	.143	-.112	-.174	.943
30 私は真ん中力が低下しているように思う	-.046	.198	.096	.543
40 このごとき体量が減少している	-.114	.020	.242	.499
(因子間相関) 第 I 因子				
第 II 因子	.209			
第 III 因子	.632	.303		
第 IV 因子	.111	.463	.204	

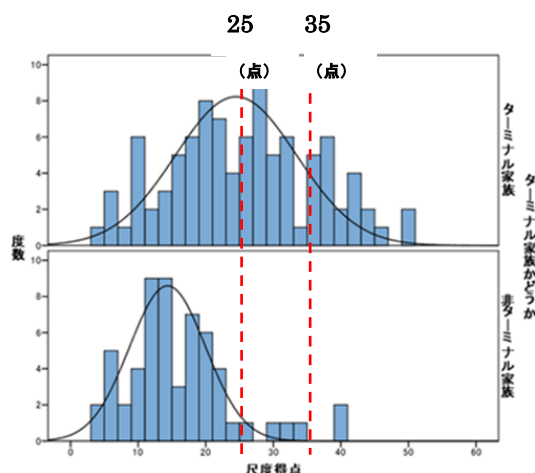


図 1 ターミナル家族と非ターミナル家族との比較

ターミナル家族と非ターミナル家族の尺度得点の分布の差から予期悲嘆の高低を判断する区分点を検討した。ターミナル家族の尺度得点の分布曲線の頂点で非ターミナル家族では分布曲線の上限 95% の 25 点を 1 つの区分点とした。さらに、ターミナル家族の分布曲線の上限 75% の 35 点を 1 つの区分点とし、尺度得点の高低の判断は、25 点未満を「高くない」、25~34 点を「やや高い」、35 点以上を「高い」と 3 つに分けて解釈するものと設定した。

本尺度の 4 つの因子は、第 I 因子「お別れ準備へのスピリチュアルペイン」、第 II 因子「身体と生活の疲労感」、第 III 因子「死別への先行不安」、第 IV 因子「消耗状態」と命名した。「お別れ準備へのスピリチュアルペイン」とは、家族が療養者の病状が悪化し衰えていく姿を目の当たりにして苦痛に感じ、同時に療養者自身が苦悩していることをつらいと感じることを指す。これは、お別れ準備を進めることを阻害すると考えられる。「身体と生活の疲労感」とは、家族が、病状の日々悪化する家族員の介護により多大な身体的負担が生じ、その介護によりこれまでの日常生活の喪失感も加わってくる状態を指す。これらがどれほど負担になり苦痛に感じているかがこの要素である。これには、終末期の家族員をかかえる傷つきやすさも含まれている。「死別への先行不安」とは、家族員がいなくなる状態を想定して、怖い、不安、別れたくないという、予期する悲嘆そのものである。「お別れ準備へのスピリチュアルペイン」と「死別への先行不安」の因子間相関は高く、類似の概念を示している。しかし、前者を亡くなる本人の苦痛を追体験して感じる苦痛、後者を死別後の将来も見据えた家族自身の不安を表すものとして区別して捉えられると考える。

「消耗状態」とは、家族が混乱し、困惑して物事に集中できず、意思決定できない状態を表している。

(2) 作成した予期悲嘆尺度を実際に事例に実施した結果

訪問看護を受けながら在宅で終末期を迎える療養者の主介護者を対象として、7 事例に本尺度を実施し、臨床実践の場における本尺度の実用可能性を検討した。尺度の質問の順番を答え易く考慮した質問票を作成し、協力を承諾した訪問看護ステーションの管理者から対象者に研究協力を依頼して実施した。その後、担当看護師及び管理者に面接し経過や対象者へのケア内容、尺度得点の高低の区分についての意見、尺度を使用してみ

の自由な感想について聞いた。

その結果、7事例とも2～3分で対象者に心理的な負担なく問題なく実施できた。

さらに尺度得点の高低の区分は、在宅での看取り支援に十分経験のある看護師からの臨床的な評価とほぼ一致していた。また、尺度使用に関する担当看護師及び管理者からの意見として次の6点が出された。

①質問項目数は適切で対象者の負担は少ないので依頼しやすかった。

②看護師は死別に関して直接的には聞けない事も多く、普段の会話では聞きにくい質問が含まれていて、看取りへの気持ちやの死別に対する心情が把握できた。

③男性の介護者は、気持ちや感情を言葉に出さないことが多く、様子からだけではつかめないで、この尺度を活用することで手がかりが得られる。

④最期まで家で看取ることが可能か不明なケースが多いなかで、予期悲嘆が高い家族かどうかがあると、入院となる可能性を想定しながら関わられる。

⑤終末期の人は、主治医が病院から在宅療養支援診療所へ変更となることも多い。その場合在宅死か否かは診療報酬上の影響が大きく、この尺度で家族の心理的な動揺による入院を防げると、医師と協力した在宅死への支援体制の構築に繋がる。

⑥管理者としては、家族の看取りや死別への状況を把握しているが、訪問看護の経験が浅い看護師ではなかなか把握できないので尺度を用いると有効である。

さらに、事例を4事例追加して実施し11例により検討を重ねた。これら11事例の検討を元に本尺度を活用した予期悲嘆への介入プログラム作成に活かせる事項を次の3点抽出できた。

1) 尺度得点により、日常ケアでは見えにくい潜在的な「予期悲嘆が強い家族」を早期に発見し、感情を表出する場や家族関係の調整の機会を意図的につくり支援をする。

2) 死別の先行不安による心労と介護の身体的負担が重なり合うため、家族が自覚していない身体的負担への援助と根底にある死別への不安の援助を同時に実施する。

3) 下位尺度の1つ「お別れ準備へのスピリチュアルペイン」は看取りへの覚悟・準備状態も表しているため、関わり始めた早期にそれを把握して看取りへの援助につなげる。

今後は、これらの結果を予期悲嘆への介入プログラムとして活用し、さらに事例による実践を重ね、下位尺度の傾向と基本属性等から類型化された個々の家族の状況に対応できる介入プログラムとなるよう更なる研究を進めていく予定である。

## 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計2件)

1. 小林裕美：在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の実用可能性の検討，日本在宅ケア学会誌，査読有，17，掲載決定でページ未定（2013）.

2. 小林裕美，中谷隆，森山美知子：在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の開発，日本看護科学会誌，査読有，32，41-51，（2012）.

DOI 10.5630/jans.32.4\_41

[学会発表] (計1件)

Hiromi Kobayashi，Michiko Moriyama

: Development of an Anticipatory Grief Scale for Family Caregivers of a Person Dying at Home, 11th International Family Nursing Conference.

2013年06月19日～22日

Hyatt Regency Minneapolis, USA.

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

小林 裕美 (KOBAYASHI HIROMI)

日本赤十字九州国際看護大学・看護学部・准教授

研究者番号：50369089

### (2) 連携研究者

森山 美知子 (MORIYAMA MICHIKO)

広島大学・大学院保健学研究科・教授

研究者番号：80264977