

## 緩和ケア病棟における死別後1年以内の遺族が抱く 「看取り体験」への肯定的な主観的評価と変革についての研究

京都大学大学院 医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学  
博士後期課程3年 森 寛子

### I 調査・研究の目的・方法

死別体験は人生で最もストレスフルなライフイベントのひとつとされ、多くの疫学研究により、死別体験後の死亡率の上昇<sup>1,2)</sup>などが示されている。しかし健康被害への機序や影響因子など明らかではなく、その程度も個人によって大きく異なる。2000年ごろからストレスフルなイベントにより人は成長するという考えが提唱され、死別を成長促進のストレスイベントと位置づけた研究<sup>3)</sup>も散見される。しかし、自己成長の定義や概念構造は曖昧である。

終末期医療では、近年、家族の存在を再考し始めている。患者の自律性を重んずる欧米でも、延命処置など死に関する意思決定への近親者の役割に注目した研究<sup>4)</sup>や終末期患者にとって大切な人との関係性は重要だと指摘する研究<sup>5)</sup>もある。しかし、患者と介護者の相互作用は不明である。また、死にゆく患者と介護期との関係性が、死別後の主介護者の健康にどのような影響を及ぼすかは不明である。

本研究では、介護と死別という看取り体験が主介護者へ与える影響を「価値観変容」という視点から探索する。価値とは、根拠に基く医療（EBM）にとっても重要な構成要素であり、「個人と社会の健康にとっても重要な決定要因」（Last,2001）である。看取り体験による主介護者の価値観変容

と、看取りの主観的自己評価の概念構造を明らかにする。さらに、生存中の患者との相互作用と、評価、死別後の抑うつとの関わりを検討する。

対象施設は、死因の疾患、患者と家族への死の切迫の開示、ある程度の介護期間の経験の有無のバイアスを調整するため、余命6ヶ月未満のがん患者で病名告知を入院基準とする緩和ケア病棟とした。

緩和ケア病棟の医療スタッフにより選定された主介護者に対し、患者の死亡退院後10ヶ月経過時点で調査依頼書を病院より送付し協力を依頼、協力承諾者の個人情報研究者に開示した。協力承諾と同時に、病棟での診療記録の研究者への閲覧を文書で承諾を得、調査前に病歴を把握した。研究者から抑うつ尺度CES-D調査票と基本属性調査票を協力者に郵送後、インタビュー日時を協力者の指定場所にて実施した。インタビュー実施直前に、文書による協力承諾書へ自筆署名し、ICレコーダーでの録音許可を口頭で得た。CES-D調査票は、研究協力者により記入後無記名封筒にいれ封印し、インタビュー時に研究者が回収した。本研究に関するすべての連絡は、彼岸や盆、一周忌の前後など喪に関する行事の該當時を基本的に回避して実施した。

本研究は、京都大学医学部「医の倫理」委員会、聖路加国際病院研究審査委員会、

日本バプテスト病院倫理委員会の承諾をえている。

## Ⅱ 調査・研究の内容・実施経過

### 2.1 対象者

本研究は、2005年1月より都内の緩和ケア病棟で着手され、関西での継続調査が今年度の実施内容である。協力承諾後、時間的調整などで死別後1年以内という選択基準に適合せず、除外したケースが東京で3人京都で1人おり、本年度の調査数は6となり、東京の調査28とあわせ、有効データ数は34である。In-depth インタビューを実施し、インタビュー時間の平均は101分、CES-D回収率は100%、研究協力者の属性は、男12女22、研究協力割合は39.5%であった。平均年齢55.1歳、続き柄は患者の夫9、妻8、娘9、息子2、嫁1、その他妹などが5あり、患者の平均享年は66.1歳であった。

### 2.2 分析方法

質的データの収集、分析は grounded theory による継続的比較法とコード分析によって実施した。ICレコーダーの音声データを逐語化し、オープンコード、軸足コード、選択的コードの3段階のコード分析を実施した。オープンコードの分析に関しては、34人中半数のデータを、独立した研究者2人によるコード化を行い、その後討議のうえ、一致させた。さらに、質的研究の信頼性担保のために、半年に一回、共同研究者との研究の討議、中間解析の仲間報告(Peer debriefing)を実施した。

属性調査、CES-Dを集計、分析をした。さらに、質的データと量的データの融合的

分析法である Mixed method により分析を行った。使用ソフトは、量的データ分析ソフト ATLAS.ti Ver.5.2.3 統計ソフト SPSS.Ver.10.1 を使用した。

## Ⅲ 調査・研究の成果

### 3.1 質的分析による結果

#### 3.1.1 カテゴリー：価値観変容

価値観変容では、病や死の理解 自己意識と社会の関わり 人間観と世界観の3カテゴリーが抽出された。

#### 病や死の理解

患者の死にゆく過程を伴走するようにつぶさに見つめてきた主介護者は、自分の死も身近に感じ、死を迎える準備の具体的なモデルを得られた人が多い。

- ・死ぬのも、簡単に死ねないんだな「もういいもん」と言っていた人が、やっぱり土壇場になると、誰も死にたいとは思わないんだ(40代 娘)

- ・親って生き様だけでなく死にざまも見せてくれる(50代 娘)

死を身近に感じながら生きることで、身辺整理や金銭感覚など、主介護者の死別後の日常生活へ変化を及ぼしている。

- ・生きているうちに楽しんだほうがいい。お金、今使いましょ。ホスピス一日〇〇円もかかるから(50代 嫁)

#### 自己意識と社会の関わり

看取りにより世代の継続性や社会の一員としての自覚が高まり、社会貢献や参加意識の芽生えを感じているデータが多く見られた。

- ・とてもたくさんのもので得られました。私が

受けたものをお返しするものにつなげていき  
たい (40代 娘)

社会という大きな枠組みで今回の看取り  
体験を捉え、喪失による違和感を抱えるデ  
ータもある。

・何か周りと違う歯車になってしまった。1つ  
のスケジュールから外れてしまった (40代 夫)

### 人間観と世界観

人間の生死を見ることによって今までと  
は異なった視座から、命や宗教に対する認  
識について考える変化を示すデータも見受  
けられる。

・Hがよみがえってるとは思わない、ただ自分  
の愛情が深まることにおいてよみがえりを感じ  
る。心の中にいる。そういう点ではキリス  
ト教も1つの考え方、それを信じる人がいる  
のも分かる (70代 夫)

日常生活の重要性や何を幸福と感じるか  
という価値観に変化が現れるデータも多い。

・息子と主人とご飯を食べたりする、つまらな  
いような普通の生活に、これが幸せなんだっ  
てというのが分かった (30代 娘)

価値観変容の3カテゴリーのうち、死を  
身近に感じるなど病や死の理解に関する変  
容が31人と最も多くあった。自己意識と  
社会の関わりが28人、人間観と世界観  
の変容が18人経験している。何も価値観が  
変わらなかったものは、34人中2人いた。

#### 3.1.2 カテゴリー：看取りの主観的評価

インタビューでは「あなたにとって今回  
の看取りはどのような体験ですか また、  
何故そのように考えるのですか」と看取り  
の主観的自己評価とその論拠を必須の質問

項目とした。評価が明確なケースは、論拠  
も明確に語っている。今まで重要視しなかつ  
た事柄への評価が変わるなど価値観の変  
化や、新しい価値基準を獲得できたことを  
理由に、評価を同定している。介護と死別  
という看取り体験に対する主介護者の主観  
的自己評価の概念図は図1のようになり、  
看取り評価は価値観変容の有無や内容に密  
接なかかわりが考えられる。

主観的自己評価について、価値観変容カ  
テゴリーの内容や明確さ、または自己評価  
とその論拠の有無によって基準を設け(表1)  
判定し、肯定評価19、否定的評価2とな  
った。さらに価値観変容の内容が肯定、否  
定のデータが混在して不安定であったり、  
データが皆無なケース、または「評価でき  
ない」と自己評価した群を評価未決13と  
した。

続き柄による看取り評価の違いは、配偶  
者17人の看取り評価は、肯定6、否定2、  
評価未決9、子の世代は、12人中10人が  
看取り評価を肯定、否定は0人、評価未決  
が2人であった。妹などのその他群は肯定  
3人、否定が0人、評価未決が2人であった。



図1 看取りによる価値観変容3カテゴリーと  
主観的自己評価の概念図

表 1 価値観変容に基づく看取りの主観的自己評価の判定基準

肯定	基準 1 肯定的な自己評価とその論拠の提示
	基準 2 価値観変容のカテゴリーに、明確な肯定データの存在
否定	基準 3 否定的な自己評価とその論拠の提示
	基準 4 価値観変容のカテゴリーに、明確な否定データの存在
評価未決	基準 5 評価未決と自己評価
	基準 6 価値観変容のカテゴリーに肯定、否定のデータが混在、または中立的なデータのみ存在
	基準 7 価値観変容のカテゴリーにデータが存在しない

※各評価内容で複数ある判定基準のうち、どれか1つの基準に適合することで、判定する

### 3.1.3 カテゴリー：生存中の患者との関係性

主観的自己評価へ影響する概念として生存中の患者との関係性が抽出され、関係性の変化に注目して4つに分類できた。まず、変化あり 22人である。その22人のうち、「なお一層、理解しあえた」という関係性が強化された12人、介護により「長年の確執が解けた」など関係性を再構築した10人に細分化でき、サブカテゴリーとした。残りは、変化なしが6人、不成立6人であり、4つに層別化できた。

#### 変化－強化

今までの患者との人間関係の相互作用や理解は変わらないが、死が切迫しているという時間的有限性や疾患進行による体調変化という状況下で患者と主介護者の関係性が強まり、理解の深まりなどを変化－強化とした。健康時から良好な関係性が保たれているケースが多く、否定的な方向性への強化を示すデータは見られなかった。

・最後の人生のピリオドの丸をうつために、義母がプレゼントしてくれた時間、おまけのような時間です。さようならを言うための時間だったし、私もありがとうってメッセージを

伝えることができました。看取りの期間って、ある意味、供養と同じじゃないでしょうか。看取りの2ヵ月半も、生きているもののためにある時間だったんじゃないでしょうか（60代 嫁）。

#### 変化－再構成

重篤な疾患に罹患し余命の短さを意識しながら過ごす人生の最後の闘病期間は、通常とは異なる。今までの人間関係に強い影響を与え、長年の葛藤や確執が解ける機会となったものも多い。

・私の中では、父ってすごく厳格で、怖かったです。どっちかと言えば、怖くて嫌いな方だったんです。父が弱い部分を私に見せることの方が意外でした。父がそういう部分を見せるようになったというのは、やっぱり病気のせいかなと。（30代 娘）

関係性の再構成の中には、肯定的方向に再構成されるばかりではない。患者の闘病姿勢や死を前にした態度を目にし、健康時にいっていた患者像が崩壊し、失望感を味わったりする関係性の再構成もあった。

・自分の母親とか、お姉さんとかそんなふうに見ているんです。当たり前というような。何

をしても当たり前というような甘えっぱなしという感じが。私はちゃんと距離があるのに、向こうは距離がないから、なかなか関係が難しいんだなと。本当にごめんねの一言もあってもよかったかな (50代 妻)

終末期患者の存在は家族システムにも影響を与える。家族システムが良好であるケースもあれば、機能不全が露呈する契機となったケースもある。しかし、家族システムと主介護者との関係性の変化には、大きな特徴は見られなかった。

#### 変化なし

関係性が変化しないケースは6あった。健康時に親密な関係性や相互理解があり、親密さは変化しないというデータもあるが、健康時の相互作用が低いまま介護と死別を体験したという2タイプあった。

- ・しっかり2人で病気と向かうというよりも、〇〇さんと向きあうというか、そういう感じで生活ができたように思う。貴重な体験といえば体験かもしれないけれども、普通の生活の中でも、きっと同じような、それは病気じゃなくてもきっと同じように2人でしていったんじゃないかな、2人の夫婦らしくできたかな (60代 妻)
- ・今まで会話していた人は、病態は悪くなっていくんだけど、別に人が変わるわけじゃない

んで、今までの延長の話をしていますよね。  
(40代 息子)

#### 不成立

主介護者の役割を担ったが、叔母と甥のように親等関係が遠かったり、以前からの家族関係の影響のため介護時も、患者と主介護者の相互理解や相互作用が成立しないケースも6あった。

- ・1人になってはるときに、どう思ってたか分からないですけど。僕らには、そういうことは言われへんかったけど。(40代 甥)

関係性が不成立なケースは、関係性を表す言語データの出現頻度が低かった。

### 3.2 量的データの結果

ウツ的傾向を示すCES-D値の34人の平均は12.3であった。CES-Dカットオフ値は16で高点数ほど抑うつ傾向を示す。日本人の勤労者の平均値は、男10.5女11.1であり、今回の34人の平均値は正常群に属し、日本人の平均値よりやや高い。

性別による相違は、男性のCES-D平均値のほうが高い。続き柄による違いは、患者の配偶者が16.3、子の世代が親世代を看取った7.6やその他群10.2と比べると高い。

表2 CES-D平均値の結果

CES-D平均値	性別		続き柄			年代					全体
	男	女	配偶者	子の世代	その他	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
平均値	15.2	10.8	16.3	7.6	10.2	9.0	9.4	14.5	12.8	13.2	12.3
nの数	12	22	17	12	5	4	7	12	5	6	34
<16の数	9	17	10	11	5	3	6	9	3	5	26
≥16の数	3	5	7	1	0	1	1	3	2	1	8

### 3.3 Mixed Methods による結果

看取りを肯定的に評価した者の CES-D の平均値は 9.5、否定が 17.5、評価未決が 15.6 であった。CES-D 平均値は、変化あり全体が 10.8 であるが、サブカテゴリーの変化－強化が 12.9、変化－再構築が 8.2 で相違があった。変化なしが 18.0、不成立が、12.3 であった。

質的分析により抽出された看取りの主観的自己評価群と生存中の患者との関係性群、CES-D 値との比較をした。看取りを肯定した 19 人中 16 人が、患者との関係性変化を経験している。さらに、変化内容による検討では、変化－強化と変化－再構築の肯定評価者の割合はそれぞれ 75% (9/12) と 70% (7/10) で顕著な違いはない。変化なし 0 人、不成立が 3 人であった。否定評価 2 人は CES-D 平均値 17.5 であった。そのうち変化－再構築の 1 人は CES-D 値 23.0 と高い数値を示す。質的データに立ち戻って、再構成された関係性の内容を検討すると、闘病中の患者の対応や言動により、

健康時の平穏な関係性が崩壊するものであった。評価未決群は 34 人中 13 人、38% の割合で存在した。そのうち、変化－強化は CES-D 平均値が 22.0、変化－再構築は 6.0 であり、関係性の変化の有無だけを見た結果の 15.6 と相違がある。強化と再構成両群の各総数に占める評価未決者の割合は、25% (3/12) と 20% (2/10) で大きな違いはない。変化なし群は、CES-D 値の平均が 18.0 であり、6 人全員が評価未決であった。

### 3.4 考察

今回の調査では、34 人中 32 人が価値観の変容を体験している。死や病を身近に体験したことで、死や病についての認識を新たにし、さらに、自己意識や社会とのかかわりまで考え方の変化を体験していた。ケアの提供により介護者が有益なものを発見するという先行研究<sup>6)</sup>とも一致する結果であった。

男性のほうが女性に比べ死別後の抑うつ傾向が強く、配偶者の看取り経験者が抑

表 3 看取りの主観的評価と個人の関係性による CES-D 平均値の相違

		故人との関係性					合計	
		変化あり			変化なし	不成立		
			強化	再構築				
看取り評価	肯定	CES-D 平均値	8.5	9.9	6.7		15.0	9.5
		人数	16	9	7	0	3	19
		人数/関係性 n 数	0.73	0.75	0.70		0.50	0.56
	否定	CES-D 平均値	23.0		23.0		12.0	17.5
		人数	1	0	1	0	1	2
		人数/関係性 n 数	0.05		0.10		0.17	0.06
	評価未決	CES-D 平均値	15.6	22.0	6.0	18.0	8.5	15.6
		人数	5	3	2	6	2	13
		人数/関係性 n 数	0.23	0.25	0.20	1.00	0.33	0.38
CES-d 平均値		10.8	12.9	8.2	18.0	12.3	12.3	
人数		22	12	10	6	6	34	
人数/全 n 数		0.65	0.35	0.29	0.18	0.18	1.00	

うつ度合いが強い。子の世代の看取り体験の主観的自己評価は、評価未決や否定評価が少なく、肯定評価が多い傾向があった。これは、データに見られた「親を看取することは子としての責務」という認識が影響しているものと考えられる。

値観観変容の内容を判定基準とした看取りの主観的自己評価の肯定群は、死別後のうつが軽く、多くが生存中に患者との関係性の変化を経験している。肯定的な価値観変容の経験の有無は、死別後の精神健康状態に何らかの影響を及ぼしているのかもしれない。否定評価者の抑うつ傾向は高いが、母数が2と少ないため検討しにくいだけでなく、1人は否定的関係を介護期に構築している。今回の結果では、否定評価と抑うつ状態の関連は検討はできなかった。看取り体験の評価が定まらない者は判定基準からかんがみて、価値観の変容が皆無なもの、あるいは変容した価値観が不安定とか、評価できないと断定した13人である。換言すれば、死別後、1年が経過しても、看取り体験を自分の中で意味づけすることが困難な者と思われる。特に、介護期を通じて患者との関係性に変化がなかったケースは、看取りの評価も下せず抑うつ傾向が強い可能性がある。

介護期間中で患者との長年の確執や葛藤が解けたり、患者の人生を新しい視点から解釈することで関係性が再構成された群は、抑うつ傾向が低い。しかし同じ関係性の変化があっても、健康時の関係性の強化という形で経験しているケースは、死別後の抑うつ度が高い。介護期の患者と主介護者間の相互作用は更なる検討が必要と思われる。また、関係性が当初から成立しなかつたものは、抑うつ傾向も軽い。これは、

かかわりが薄いものの死別からは、主介護者への影響が少ないことが暗示される。

看取りで体験した肯定的な変容は、死別後の抑うつを低くするような可能性がある。また、患者との生存中のかかわりは、死別後の主介護者の精神的健康に影響する可能性が示唆された。

#### IV 今後の課題

介護期の患者と主介護者の相互作用の重要な行動として、患者と主介護者間での死に関する会話というカテゴリーが抽出されている。今回調査した患者のほとんどが、死についての会話を主介護者に持ちかけており、本研究者は重要な相互作用のひとつと考えている。また、死についての会話は、重篤な病状進行や余命診断の患者への開示など、医療従事者による情報開示が関わっていると考えられる。緩和病棟への入院基準として、病名の告知がある。今回の患者も全員病名は告知されているが、病状進行具合や余命診断に関しては患者本人の希望や、主介護者による非開示の希望により多様である。終末期を迎えた患者と主介護者の間に死についてどのような語り合いがなされたか、詳細に検討したい。そして、医療従事者の情報提供やコミュニケーションのあり方が、主介護者にどのように受け止められているかといった視点から、今回のデータをより詳細に検討してゆきたい。

本研究の限界は、研究協力者の数の少なさである。本研究では、質的研究を主軸とし、オープンコード分析で新規なコードが出現しないという理論的飽和に達したため、データ収集を終了した。しかし、Mixed

methodsを用いた検討では、層別化した各群の母数が低い。今回得られた知見を予測因子とし、質的研究で得られたデータの文言を in-vivo に活かした調査票を作成し、量的調査も考慮してゆく必要がある。

#### V 調査・研究の成果等公表予定

2008年度の日本緩和医療学会でのポスター発表と共に、国際医学雑誌への投稿を考えている。

#### 参考文献

1. Helsing KJ, Comstock GW, Szklo M. Causes of death in a widowed population. *Am J Epidemiol*. Sep 1982;116(3):524-532.
2. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*. Dec 15 1999;282(23):2215-2219.
3. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. Jul 1996;9(3):455-471.
4. Singer PA, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelsohn DC. Reconceptualizing advance care planning from the patient's perspective. *Arch Intern Med*. Apr 27 1998;158(8):879-884.
5. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *Jama*. Jan 13 1999;281(2):163-168.
6. Kim Y, Schulz R, Carver CS. Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosom Med*. Apr 2007;69(3):283-291.