

原 著

高齢配偶者のターミナルケアにおける ソーシャルサポートの一考察 (第1報)

——在宅で夫を看取った妻へのソーシャルサポート——

人見裕江¹⁾ 小柴順子¹⁾ 菊井和子¹⁾ 中西啓子²⁾
影本妙子²⁾ 塚原貴子²⁾ 宮原伸二³⁾ 近藤功行³⁾
柳 修平¹⁾

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科¹⁾

川崎医療短期大学 看護科²⁾

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科³⁾

(平成8年11月20日受理)

Consideration on Social-support-system for the Elderly Spouse Whose Partner Is in Terminal Stage

——Social-support-system for the Wife Who Gave Terminal Care for
Her Husband in Their Home——

Hiroe HITOMI¹⁾, Yoriko KOSHIBA¹⁾, Kazuko KIKUI¹⁾
Keiko NAKANISHI²⁾, Taeko KAGEMOTO²⁾, Takako TSUKAHARA²⁾
Shinji MIYAHARA³⁾, Noriyuki KONDO³⁾ and Shuhei RYU¹⁾

¹⁾Department of Nursing

³⁾Department of Medical Social Work

Faculty of Medical Welfare

Kawasaki University of Medical Welfare

²⁾Department of Nursing

Kawasaki College of Allied Health Professions

Kurashiki, 701-01, Japan

(Accepted Nov. 20, 1996)

Key words : partner of the elderly, terminal care, social support, a strong desire of dying at home

Abstract

Forty families that had lost a family member older than 65 were interviewed. In 13

cases the surviving spouse had cared for the partner throughout the illness. In only one case did the death occur in the home.

We attempted to ascertain what sort of support system the patients had prior to their death. Only one subject was cared for in the home because there are many difficult problems to overcome when caring for a patient in the home, especially if they are elderly.

The one patient who died at home had expressed a strong desire to die in his own home and his wife and other family members had wanted to grant him his final wish. He received care by doctors from various hospitals in the area including care for his broken femur. When he was no longer able to go out of the home to receive treatment, he was treated in the home by the family physician, and was cared by family members and friends and received support from community.

要 約

高齢者と死別した家族の面接事例40例中、高齢配偶者が看取った13例で、最後まで在宅で看取ることのできた事例は1例であった。この13例と在宅での看取り1例のターミナルケアにおけるソーシャルサポートの現状と今後の課題について分析した。

その結果、在宅で看取るには、本人の自己決定と家族の理解が重要な鍵となっていた。この事例では、本人の意思決定が明確であり、ターミナルステージの各段階で意思が貫かれ、本人の意思を尊重したそれに添った看取り、ターミナルケアがなされるとともに、悲嘆作業がなされているといえる。公的なソーシャルサポートは本人の意思を尊重した主とした医療者間の連携であり、また対象の地域とのつながりの強さと身内のソーシャルサポートの存在が強く認められた。

高齢者と死別した家族の面接を通して、高齢者のターミナルケアにおけるソーシャルサポートの現状と課題について検討してきた。ここでは高齢配偶者と死別した家族の面接事例から、高齢配偶者の在宅での看取りに注目し、また、在宅で夫を看取った妻へのソーシャルサポートの現状と今後の課題について考察を加え、若干の示唆を得たので報告する。

方 法

死別家族の面接結果を逐語録にし、ソーシャルサポートの現状と課題について分類整理し、その結果を基に検討した。

対象は、死別時年齢が65歳以上の高齢者とし、「ターミナルケア」とは、一般にいわれている「治癒・治療の見込みのなくなった末期で最後の3ヵ月から6ヵ月における包括的なケアを必要とする時期」に加え、「死別後の悲嘆の過程」

までを含めて「ターミナル期」ととらえ、その期間の本人およびその配偶者に対するケアととらえることにした。

そして「ターミナルステージ」には井部ら¹⁾の「6段階」を用いた。すなわち第1段階「予後不良と診断された時期から危篤まで」(ターミナル前期)、第2段階「いわゆる重篤とか危篤とかいわれる段階」(ターミナル中期)、第3段階「臨終の時、死の直前から死の瞬間まで」(ターミナル後期)、第4段階「死そのものの訪れの段階」(死亡直前前期)、第5段階「死後の処置の段階」(死別後の衝撃の段階)、第6段階「患者の死後、家族へのケアを必要とする時期」(防衛的退行、承認、適応の段階)である。

さらにソーシャルサポートとは情緒的、評価的、情動的、道具的援助を肉親や友人などのインフォーマルな援助源や専門職などのフォーマルな援助源でサポートしているものとした。

分析事例の概説

全面接事例は40例で、死亡した者の性別は、男性18例と女性22例であった。その中9例(22.5%)の看取りの場が自宅であり、31例が病院であった。その病院死の中でも、在宅ケアが長期にわたっていたが、第4段階の時期になって緊急的に病院に運び、病院死になったものが3例あった。

ところで、ここで分析する主たる介護者が配偶者であった者が13例(32.5%)であった(表1参照)が、その内、妻が看取った者9例(69.2%)、夫が看取った者は4例(30.8%)で、妻が看取った者の方が多かった。

そして、死の場所が在宅であった者が2例(15.4%、いずれも妻の介護)であり、病院で死を迎えた者が11例(84.6%)であった。しかし、家族からの情報による死を迎える場の選択(表2参照)で、最初の選択と考えられるものでは、在宅希望者が9例と最も多く、施設希望者が2例、不明の者2例であった。

結 果

a. 主たる介護者が配偶者であった13事例のソーシャルサポートの現状

配偶者が看取った13事例の内、妻が主たる介護者であった事例は9例であった。そして、在宅療養の長い者では、介護者は主婦である場合か退職後の比較的時間調整のしやすい状況にあり、かつ専門職以外の、例えば同じような病状の人を看取った経験のある友人がいるとか、身内に看取りの経験のある人がいる等のインフォーマルなソーシャルサポート源をもっていた。

また、複数の専門職の公的なソーシャルサポートの活用がなされていたものは3例(事例1・4・11)で、ホームヘルパーやデイサービス、ショートステイ等の在宅福祉サービスや訪問看護の利用が効果的になされていた。そして、在宅死を引き受けた家庭医の存在があったのは1例のみであった。

したがって、介護期間の長期化と病状の悪化、あるいは介護者の高齢化のため、入院することにより専門的治療看護、そしてまた介護的役割

を委ねることによって、安心して看取ることができた例(事例1・4・9・11)があった。あるいはまた、自宅で看取った場合も、公的サポートの紹介により、自分のペースで安心して看取ることができた例(事例2)もあった。

一方、予後の悪さを納得していた例(事例4・8・9・10・12)でも急変時の対応の不安や心残りが残り、インフォームドコンセントの不足、在宅と入院の連携のまずき等がみられた。

急死の場合では死が受け入れられにくく(事例3・5・12)、また、現役での死になりやすい60歳代での死(事例12・13)では病名告知をし、死に対する話し合いがなされていた例(事例13)であっても、死別の悲嘆作業の長期化が予測された。

主たる介護者が配偶者であった13例中、在宅での死を看取ったのは2例(事例2・3)であった。しかも、本人および家族の意思で、在宅死を決意し、最後まで在宅で死を迎えることができたのは1例(事例2)だけであった。

本人は自宅まで最期まで過ごすことを希望した例(事例1・8・9)でも、病状の悪化とともに急変時の対応が、高齢夫婦世帯であったり、高齢の妻が主たる介護者では最期まで看取することは困難であると判断され、病院死となった。また、本人や家族の希望で在宅死を選択した事例7では、在宅療養を継続させるためのソーシャルサポート不足のために、癌性疼痛と呼吸苦による苦痛症状や不安の増強により緊急入院し、病院死となった。

b. 在宅での死を看取った1事例

事例の概要は表1(事例2)に示した通りである。さらに、ターミナル期を6期に分け、ターミナル期の経過を概観し、「本人の反応」と「家族(妻)の反応」をそれぞれ整理した。また、妻の反応では、危機のプロセス²⁾⁻⁵⁾にそって分析した。そして、その両者に関わるソーシャルサポートの内容を、同様に整理した(表3)。

1) 本人および家族(妻)の反応の推移

妻は、長年の夫婦の生き方から、本人の病状に対する受け止めや受容過程を見守る形で対処している。ターミナル後期に、再発を契機に家族に真実が告げられ衝撃を受ける。そして、再

表1 事例（配偶者の看取り）

対 象	病 名	私 的 サ ポ ー ト	公 的 サ ポ ー ト	介 護 の 状 況
事例1 妻 74歳 85歳 主婦	大腸 Ca	二人暮らし 身近に娘や弟夫婦が居 て安心	民生委員 訪問看護 往診	4年間在宅療養、食事の支度と度々の排泄の援助に限界を感じた、 入院してホッと安心した。 4ヵ月間の入院後死亡、3日外泊したが、脱水をおこし再度入院。
事例2 妻 76歳 理髪店 洋裁 愛育委員 会会長	前立腺 Ca	長男夫妻と同居 タイミングよく息子が いたり、嫁が協力的、 弟嫁の協力、アドバイ スあり、地域との交流 多い。	医療機関のみ 主治医(泌科と放 科)同志の連携 在宅を希望した 際近医(往診、内 科整形)との連携	病名告知は本人のみが受け、治療を続け、再発時から家族は知った、 救急車で病院にいったらタコ足配線のようにされるから、入院はイヤ だと本人の希望通りの在宅での看取りができた、この間まで仕事して いたのに、今日は葬式なんだねといわれるような死に方をしたいと言 っていた通りに死んでいった。 4ヵ月の在宅療養、1ヵ月臥床。
事例3 妻 69歳 75歳 主婦	閉塞性肺疾患 心不全 心筋梗塞	娘と三人暮らし 長男家族が近くに居て、 娘や嫁が病院の送り迎 えを手伝っていた。	医療機関 老人クラブ(妻 のみ)	病院に通院していて、その日も受診して帰宅した直後の急死であった。 死別後6ヵ月の面接時、悲嘆の状況にあり、昼間一人で家にいる、老人 クラブの人とかが、よく声をかけてくれるが、外に出る気になれない。
事例4 夫 83歳 74歳 退職後	パーキンソン 症候群 心不全	二人暮らし 孫娘が同居して手伝っ てくれた。	医療機関3ヵ月 毎入院、デイサ ービス、ホーム ヘルパー、訪問 看護、住宅改造、 日常生活用具の 貸出事業	7年間の介護。 入退院の繰り返し、長い在宅療養中は在宅福祉サービスの利用、 一人残され、医者通い程度外に出る。寂しい。 若い頃から無理をさせたから、せめて介護をしてやろうと頑張った、 いずれ死は予期していたが、急に呼ばれて行ってみると亡くなってい た。
事例5 夫 70歳 71歳 退職後	糖尿病 心筋梗塞バイ パス OP 後心 筋梗塞再発	娘と三人暮らし (娘：知的障害あり授 産施設へ、長男は大阪)	医療機関	15年位、自宅療養、身の回りの大部分家事等を夫がしていた。 妻がマッサージに通う送り迎えのため仕事を止めた、自宅で発作を起 こし、救急治療室に入ってそのまま急死した。妻より長生きしたいと 思っていた、娘のことが気がかりだが、何もする気がしない。
事例6 夫 75歳 72歳 退職後株 をしてい る 農家	白血病	二人暮らし 2人の娘県外に嫁いで、 看病の交替に来る。	医療機関	7年前、老人健診で貧血を指摘され、これから旅行でもという矢先の 発病だった。 家では食事と介護と両方でしんどい。 再入院して4ヵ月、夫は毎日病院に面会に行き、遅くまで付き添った。 娘が交替して半年付き添った、人工呼吸器を付けるのはしんどいそう なので断った。 寂しいので、納骨しないで、家の祭壇に祭ったままにしている。
事例7 妻 68歳 71歳 主婦	直腸 Ca 肝リ ンパメタ、TB の既往で在宅 酸素療法	娘と三人暮らし	医療機関	在宅酸素療法で20日頑張ったが、本人が苦しくて限界だった。 介護の仕方を教えて欲しかった。 死別後、妻は、鞭打ち症の後遺症もあり、体調が悪い、娘がいつも来 て一緒に過ごしている。
事例8 妻 80歳 83歳 主婦 農家	座骨神経痛 肺炎 心不全	長男の家族と同居 三世代家族	医療機関	何とか自分で看取りたいと思って頑張った。 本人は入院を希望しなかった、起こしてくれと、といったかと思うと 寝かせてくれといて困らせた。余りしんどいので病院に入れた。 娘が交替して付き添ってくれたので安心だった、しかし、急な死、呆 気なく死んだので電話する間も無心に残りに思った、状態がよくない ことを教えて欲しかった。 亡くなってからも、寂しいけれど家族が一緒に、兄弟や娘たちもよく 来てくれるので救われている。
事例9 妻 76歳 84歳 主婦	胃癌	二人暮らし 入院中、娘が交替して 付き添ってくれた。	医療機関	7年前、人工血管を作り、通院していた。 5ヵ月前、食欲低下で胃痛が発見された。 入院したくないという本人の希望で往診してもらって在宅療養していた。 妻、介護疲れのため神経痛で入院した。 吐血して家では見れないだろうという医師の意見で、無理矢理入院さ せた、下血のみで、本人の苦痛は少なくて済んだと思えるが、死が近 いことが知らされなかったのが残念だった。入院して23日後死亡。
事例10 夫 67歳 65歳 退職後	腎不全 心不全	二人暮らし 夕食はすぐ降の長男夫 婦と一緒に、娘も数軒 隣に住んでいる。	医療機関	20年来、腎不全のため透析療法を受けていた、5～6年前から、いつ 心不全を起こしても不思議でないとわれていた。 在宅療養で、週3回透析に通っていた、最近、透析後に血圧下降する ことがあった。 静養室がないこと、医師の説明が不十分であったと「怒り」が強い反 応であった。
事例11 妻 69歳 85歳 後妻 教職退職 後	肺炎 脱水	二人暮らし 息子夫婦がすぐ近くに 住む。 娘や弟嫁が介護のアド バイス、 友人が多く趣味が広い。	医療機関 3ヵ月毎に在宅 療養するが、訪 問看護、デイサ ービス、入浴サ ービス等利用。	介護者が腰を痛めない工夫をしてきた、自分の希望通りの介護がで きたと満足している。最後まで看取ることができホッとしている。 在宅ケアと病院でのケアとが連携がとれ、安心だった。 息子が慰労を兼ね、東京旅行をさせてくれた。
事例12 妻 65歳 68歳 主婦	肺癌	二人暮らし 娘は県外に住んでい るため、一人で介護し てきた。 兄弟の支援も難しか った。	医療機関	1年9ヵ月、9回入院。 主治医の理解があり、週末は外泊する形で、家庭感覚を大切にしてい きた。夫婦で支え合ってきた。妻も癌を克服してきたから、何とかな ると考えていた。 在宅酸素療法になり、主治医の転勤で地元の病院に転院した矢先、低 酸素血症で緊急入院し、妻が入院の準備で帰った際に急死した。ずっと 介護してきた、最後の場に居なかったことが心残りだった。
事例13 妻 62歳 66歳 腎疾患あ り、自然食 夫の手伝 い(経理)	肝臓癌	二人暮らし 子供はいない。姪が近 所にいる。友人のサポ ー ト。	医療機関	手術後4ヵ月、一時退院したが、黄疽浮腫が出て、1ヵ月後に亡くな った。 現役だったこともあり、妻が病名を告知、潰瘍だとかばかり思っていたと。 毎日手作りの食事を運び体力をつけるよう頑張ったが現役のまま亡く なったことが残念でたまらない。

表2 死を迎える場の選択

最初の選択	選択の変化	最終の死の場所
在宅 8	在宅 1	在宅 2
	病院 7	病院 11
病院 2	在宅 0	
	病院 2	
不明 3	不明 3	

発時から病状の悪化が急速に進んで不安状況に陥るが、本人の意思を尊重し、在宅での最後を本人が希望するように援助しようとしている。主治医と近医との連携、長男夫婦や弟嫁に相談しながら、本人の意思通りの看取りを展開する。死別後も本人の意思を辿りながら、身内や友人地域のサポートで、悲嘆作業を行っている。

2) ソーシャルサポートの推移

本人の「在宅で死にたい」という意思決定が明確であり、ターミナルステージの各段階でそれが貫かれ、妻はターミナル後期での、再発時に医師から病状を聞き、衝撃を受けるが、この本人の意志に沿って受容的方向へと予期的不安の過程をたどっていく。そして、仕事のことは弟が支え、介護の不安に対しては弟嫁が聴くという形がとられ、病状の急変や苦痛への援助に関する情報を提供できる人が身内にいたこと、さらに医療機関同志の医師の連携ができたということから、各期に応じた私的あるいは公的ソーシャルサポートが存在したといえる。

考 察

a. 高齢配偶者のターミナルケアにおけるソーシャルサポート

高齢配偶者のターミナルケアにおいて、高齢夫婦世帯では、介護する側が高齢である場合が多く、私的あるいは公的ソーシャルサポートの存在の有無が重要であると考えられ、その如何により、希望通りの看取りが可能になるかどうか左右された。また、面接の対象者が、高齢配偶者と死別した者であることから当然の事とはいえ、死にゆく本人はもちろん、患者を支える主たる介護者である配偶者の悲嘆過程に対

するケアが大切であることが考えられた。

そして、ターミナルステージの各段階におけるソーシャルサポートの評価がなされ、その状態に合わせた家族のケアを含めたターミナルケアがなされる必要性があることが明らかになった。すなわち、悲嘆過程においての予期的悲嘆の体験のありようが、その後の死の受容を順調にすると考えられる事例が多かったことから、予期的悲嘆へのケアが重要であると考えられた。

順調な悲嘆プロセスをたどるためには、予期的悲嘆のプロセスをたどっていることが多いといわれる²⁾³⁾。また、死別に関する悲嘆や死の受容は、死を取り巻く様々な要因に影響されると考えられるが、その要因として、死のタイプ(急性的か慢性的か)、原因、状況、場所等があるが死別家族に対するソーシャルサポート源の存在の有無が大きいと考える。

そしてまた、死にゆく本人の意思、どこでどのように死にたいかという自己決定が、明確になされている時、家族(残された配偶者)はその事実に基づいた悲嘆の作業に取り組むことができるといえる。したがって、この本人の意思を掘り起こしたり、相互関係を支持したりする役割の存在が少なく、今後その役割が専門職としてとれることが必要であると考ええる。

b. 在宅で死を看取った事例のターミナルケアにおけるソーシャルサポート(表3参照)

本人の「在宅で死にたい」という意思決定が明確であり、ターミナルステージの各段階でそれが貫かれ、それに添った看取り、ターミナルケアがなされたといえる。

公的なソーシャルサポートは医療者間の連携であり、本人および家族自身の地域とのつながりの強さと身内のソーシャルサポートの存在があった。したがって、死の直前期では身内に医療的な知識のある人が中心となってサポートしながら、公的サポートとが一体となり、死を迎えるに至ったといえる。

それぞれのターミナルステージにおける、主としての妻の心理過程を中心に分析すると、鈴木⁴⁾のいう妻への病状の告知の時期から予期的悲哀の段階に入り、フィンの危機の4段階^{2)・5)}を経過し、死別体験を経て悲嘆の回復過程を経過

表3 在宅での看取りの1事例

経 過	第1段階 (ターミナル前期)	第2段階 (ターミナル中期)	第3段階 (ターミナル後期)	第4段階 (死亡直前前期)	第5段階 (死別後の衝撃の段階)	第6段階 (防衛的退行、承認、受容の段階)
	本人が希望し、医師より病名告知を受ける。 本人が医師との関係で対応行動をとり、家族には詳しく伝えない。 理髪店は弟に任せる。	再発した時点で、家族に知らせる。	「病院にいつでも入院して苦痛をとるよう、入院手続きをしておきます」。 お客さんでもあった近所の内科医に紹介してもらい往診(亡くなる1カ月前)を受け、在宅療養(在宅で死を迎えること)を決定した鎮痛剤を自分で入れ、トイレに自分で歩いて最後まで通った。	息子の膝で夜があけるのを待って、整形外科医に診てもらった(大腿骨頸部骨折)。応急手当のみして、自宅へ帰る。半日程眠るばかりの状態が続いて呼吸が止まった。弟嫁が状態をみながら側にいて、主治医と連絡をとりながら看取った。	真言宗。 宗派の儀式に添って供養。主治医が仏前へ参ってくれた。「りっばな生き方だった」「真面目な患者さんで、辛抱強い人だった」といってくれた。近所の人や友人に「そんなに悪かったん」といわれた。	葬儀、仏壇を祭る。 49日(納骨)。 墓参り。 1回忌
本人の反応	家族に心配かけたくない。 前向きに治療に協力的。 「昨日まで働いていて、今日は葬式だね」というように死にたい。 いつも若々しくいたい。	病院に救急車で運ばれ、タコ足配線のようになるのはイヤだ。 自分で車で通院、タクシード行き始めた頃から妻が付き添う。毎朝、息子夫婦の車のエンジンをつけ温めてやるのが日課。	入院はしたくない。 家族に心配かけたくない。 「お父さんの希望通り、満足のいくまで世話をすよ」というと「うん」と納得していた。骨折しないように注意してトイレ歩行。	何かある時、息子が居る時で助かった。 骨折したからとと気を付けていたが、遂に来る時がきたという気がした。	あつけない死、信じられない。一緒に旅行を楽しもうという矢先の発病だった。 息いの看取りができた。本人の希望通りの看取りができた。 主治医によくしてもらい満足。	花を育てて、仏前に備える。毎日息子夫婦と読経。 大師様巡りも供養だと友人の勧めで行ってきた。 洋裁をするので、友人が多い。度々訪ねてくれる。 近所の人の介護相談。 ボランティア活動(地元の公民館活動)―愛育委員会の地区会長。
家族の反応(妻)	規則的に通院治療を受けている。 本人が気にしていないので周りがよくよく考えないようにしなければと考えた。	初めて主治医より説明を受け、夫らしいと思った。 夫の希望通りにしてあげたい。症状の悪化が早いので不安。恐怖を感じるが本人が前向きなので我慢した。	本人の気がすむように本人が頑張っているんだからと □ 承認 いつでも手伝える体制でいたい □ 適応	遂に来る時が来たという気がした □ 適応	死別 □ 衝撃 満足な看取りができたといいなが信じられない思い □ 防衛的退行	供養 □ 承認 個人としての生活を見いだしつつあり □ 適応
ソーシャルサポート	本人と主治医との関係	長男夫婦 弟嫁に相談 泌尿器科と放射線科の主治医との関係	近所の内科医(それぞれの主治医から紹介状) 長男夫婦 弟嫁に相談	近所の内科医と整形外科医の対応に安心 長男夫婦 弟嫁に相談	長男夫婦 弟嫁に相談 近所の人、友人	長男夫婦 弟嫁に相談 近所の人、友人

しつつ、ここでも危機のプロセスを辿りながら悲嘆作業に取り組んでいると考えられる。そして、「本人の希望通りの悔いのない看病ができた」と十分なことを、し尽したという思いをもっている。また、夫婦単位だけではなく、妻個人としての友人が身近に多い。つまり、宮本⁶⁾のいう死別からの回復への対処パターンの「積極的なチャレンジ・タイプ」といえ、ターミナルステージ第5・6段階において、インフォーマルなソーシャルサポートの介入と地域活動へ目が向いていったと考えられる。これらのことから、本人と妻の心理過程に応じたサポートが、効果的になされたと考えられる。

しかし、初期では満足な看取りができたとしながらも、むしろ防衛的退行の反応であり、一回忌を済ませたところから、供養や宗教的行事を経て、友人や地域での活動を通して、少しずつ適応の段階へと向かっていると考えられる。

ま と め

高齢配偶者の看取りにおいて、在宅での看取

りには、困難な要因を多く抱え、配偶者がいても看取りの場の決定を変更せざるを得ない状況がうかがえる。

在宅で夫を看取った妻へのソーシャルサポートの1例を検討したが、本人の意思決定が明確であることにより、ターミナルステージの各段階で意思が貫かれ、本人の意思を尊重したターミナルケアがなされるとともに、妻の悲嘆作業がなされやすいこと、また、そのソーシャルサポートには、本人や家族の自己決定を尊重した医療者間の連携とさらにまた、対象自身の日頃からの地域とのつながりの強さや身内のソーシャルサポートの存在が重要である。

快く面接に応じてくださったご家族の方々に心から深謝いたします。またこの研究は平成7年度川崎医療福祉大学総合研究（菊井和子教授代表）の助成によるものの一部である。

文 献

- 1) 井部俊子、藤腹明子(1996)ターミナルステージの理解。系統看護学講座別巻10, ターミナルケア, 47—48 医学書院。
- 2) 小島操子(1986)喪失と悲嘆—危機のプロセスと看護婦の働きかけ。看護学雑誌, 50(10), 1107—1113。
- 3) 小島操子(1988)危機理論発展の背景と危機モデル。看護研究, 21(5), 378—385。
- 4) 鈴木志津枝(1988)終末期の夫をもつ妻への看護—死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える。看護研究, 21(5), 23—34。
- 5) 荒川靖子, 他(1989)終末期患者の家族に対する看護—家族ダイナミックスへの看護介入のあり方。看護研究, 22(4), 323—341。
- 6) 宮本裕子(1989)配偶者と死別した個人の悲嘆から回復に関わるソーシャル・サポート。看護研究, 22(4), 303—322。