

# 在宅で近親者を看取った介護者の喪の過程と 知覚されたソーシャルサポートとの関連性

平山賀美\*1 金光義弘\*2 進藤貴子\*2

## 要 約

本研究は在宅で近親者を看取った介護者の喪の過程と知覚されたソーシャルサポートの関連性を検討した。対象者は死別後半年から3年以内の介護者92名であった。分析はサポートを種類別、時期別の観点からみるとともに、その質と量についても取り上げた。そして悲嘆反応の出現、その回復の様子をはかる尺度として日本版 POMS の短縮版を使用した。さらに介護者にとって適切なサポート提供者を調べ、加えて喪の過程におけるサポート認知や悲嘆感情を左右する個人的環境要因についての検討も行った。

その結果は以下の通りであった。(1) 情緒的、情動的サポートの量が混乱気分や、抑うつ気分などのネガティブな感情を緩和し、活気感情を増大させた。(2) 介護者に高い満足感を認知させる適切なサポート提供者の特徴は同居家族と別居家族とは異なり、前者は情緒的、手段的、情動的サポートを、後者は経済的サポートを提供していた。(3) 介護者のサポート認知や悲嘆感情を左右する要因として、在宅療養の決定者との関連がみられ、家族による決定は情緒的、経済的サポートによる満足感の認知を高くした可能性が示唆された。

## 序 論

最期を住み慣れた自宅で過ごしたいと願う人々が多い。しかしわが国では世話をしてくれる家族などの同居者がいない場合の在宅療養は難しく、退院から在宅への移行は家族からのサポートがなければ困難な状況にある。自宅で死を迎えることは家族、介護する者にとってどういうことなのか。介護者は専門的な看護者に代わり、主に介護を引き受けるといふことの大きな不安に始まり、様々な予期悲嘆：家族の一人が弱り死んでいく様子をそばでみつめること、がんにおいては告知のされていない状態であれば嘘をつかねばならない孤独や苦しみ、家族内の未処理の問題解決も背負うことになる。そして死別場面直面することの覚悟、さらに喪の過程を経て新しい人生を踏み出すまで、それらすべての長く未踏の道を歩む決意、覚悟を必要とするであろう人々といえる。

最近では死別した遺族への適切なソーシャルサポートが問われ多くの研究がなされている<sup>1)2)3)</sup>。家族との死別経験によるその悲嘆反応は心身に後々まで計り知れない影響を及ぼすといわれてきた。しかし在

宅という場での看取りを選択し死を迎えてから現在までと、いわゆる介護者の「喪の過程」を取り上げた時系列的な視点でみたソーシャルサポートを検討したものは少ない。また常にサポート研究の課題とされてはきたが、実際には検討されることの少なかった「適切なサポート提供者の存在」について、介護者が誰からどういった種類のサポートを（情緒的・手段的・情動的・経済的・否定的サポート）知覚し、それに満足していたのか否か、満足をもたらした提供者は時期、種類により異なるのかなどを検討することが必要であると考えられる。

本研究の目的は、在宅で近親者を看取った介護者の喪の過程におけるソーシャルサポートについて、質と量の両側面からそれらが悲嘆感情に及ぼした影響をみると同時に、サポートを時期別、種類別に分け、介護者が適切としたサポート提供者の検討をすること、また喪の過程におけるサポート認知や悲嘆感情を左右する個人的環境要因は何であるのかを明らかにすること。さらに在宅死とその介護者の喪の過程へのソーシャルサポートという新しい視点から、そこに存在する独自の重要な要因の発見を行うことである。

\*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学専攻 臨床心理学専攻 \*2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科  
(連絡先) 平山賀美 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

## 方 法

### 1. 調査期間、及び対象者

平成10年6月から10月に、在宅で看取りの中心となった死別後半年から3年以内の介護者232名に対し、調査用紙を郵送し調査者まで直接返送してもらうという形式で行った。そのうち有効な回答内容が得られたのは92名、男性16名(58.7歳)、女性76名(58.4歳)であった。

### 2. 調査用紙

対象の基本的属性と介護環境、療養の場の決定者、臨終の様子、医療・介護サービスの利用状況等。

#### (1) ソーシャルサポート：

介護者が認知したソーシャルサポートは野口<sup>4)</sup>のものを修正し使用した。以下の5時期と(介護開始時期、安定期、死別期、死別以後最も辛いと感じた時期、現在)、5種類のサポート(情緒的、手段的、情動的、経済的、否定的)について尋ねた。どの時期にどの種類のサポートを誰から受け取ったか、またその満足感を5段階で評価してもらった。

#### (2) 悲嘆感情：

悲嘆は Bowlby<sup>5)</sup>の定義を使用した。悲嘆反応の出現、その回復の様子をはかる尺度として横山<sup>6)</sup>の日本版 POMS より本研究に必要な30項目を用い、介護開始時期、死別以後最も辛いと感じた時期、現在の3時期を測定した。さらに予期悲嘆は Fink<sup>7)</sup>の理論を参考にし、衝撃・防衛的退行・承認・適応の段階の心境を尋ねた。そして現在の故人への想いなど自由記述も求めた。

### 3. 資料の整理、分析方法

介護者が提供者から受け取ったサポートに対して

の満足感を「サポートの質」とし、また種類別、時期別にサポート提供者の合計を「サポートの量」とした。死別期から現在までを「喪の過程」とし、介護開始時期から現在までを「蓄積されてきた」サポートとした。上記2つのサポートの種類別の質・量を独立変数とし、POMSの得点(現在から最も辛いと感じた時期の得点の差、および現在の得点)を従属変数として、これらの相関をみた。また介護者が最も高い満足を得たと認知したサポートの提供者を適切なサポートの提供者とした。さらに、サポートの認知や悲嘆感情などを左右する個人的要因をみるため、各々の  $\chi^2$  検定を行った。

## 結 果

### 1. ソーシャルサポートと POMS の関係、および最も適切なサポートであったと認知された提供者について

ソーシャルサポートの質と量にはかなりの個人差があり、個人内でのサポートは、介護の開始時期から現在までと時期を越えてもおおよそ一定しているという傾向がある。そしてこのことが介護者が感じた最も辛い時期、現在の感情とどのように関わっているのかについて、喪の過程、および蓄積されたサポートの種類別の質・量を独立変数とし、6種の感情尺度を従属変数として相関関係をみた。

#### (1) 介護者が辛いと感じた時期から現在までの気分・感情について

喪の過程で認知された情緒的および情動的サポートの量と混乱気分尺度、抑うつ・落ち込み気分尺度において有意な負の相関がみられた。また双方のサポートの量と活気感情尺度の間に正の相関がみられ

表1 喪の経過のソーシャルサポートと辛い時期から現在の気分・感情との相関 \*p<.05 \*\*p<.01

#### ソーシャルサポートの質

	混乱	抑うつ・落ち込み	怒り・敵意	疲労	活気	緊張・不安
情緒S質	-0.03010	-0.19403	0.01267	0.05553	0.09892	0.05285
手段S質	0.06956	-0.01808	0.05317	0.08633	0.04112	0.08258
情報S質	-0.04990	-0.11390	-0.07410	0.03516	0.10435	0.06853
経済S質	-0.16369	-0.16611	-0.04330	-0.14650	0.10602	-0.14479
否定S質	-0.12475	0.00743	-0.04466	0.05561	0.04514	-0.04421

#### ソーシャルサポートの量

	混乱	抑うつ・落ち込み	怒り・敵意	疲労	活気	緊張・不安
情緒S量	-0.23649*	-0.22483*	-0.13365	-0.01945	0.24717*	-0.04027
手段S量	-0.03014	-0.12539	-0.07767	-0.04290	0.13497	-0.02981
情報S量	-0.21752*	-0.22165*	-0.09918	-0.01843	0.28099**	-0.00855
経済S量	-0.08649	-0.14945	0.01448	-0.16327	0.02668	-0.16044
否定S量	0.08647	0.00454	-0.11722	-0.11783	0.05399	-0.06238

表2 蓄積されたソーシャルサポートと辛い時期から現在の気分・感情との相関 \* $p<.05$  \*\* $p<.01$ 

## ソーシャルサポートの質

	混乱	抑うつ・落ち込み	怒り・敵意	疲労	活気	緊張・不安
情緒S質	-0.04470	-0.18219	0.06513	0.11085	0.16956	0.04639
手段S質	0.07664	-0.03675	0.07581	0.16420	0.09220	0.08537
情報S質	-0.03892	-0.10482	-0.00036	0.11685	0.15451	0.14226
経済S質	-0.21211*	-0.22761*	-0.08049	-0.15869	0.20177	-0.15872
否定S質	-0.07473	0.01913	-0.04968	0.05466	0.06924	-0.01093

## ソーシャルサポートの量

	混乱	抑うつ・落ち込み	怒り・敵意	疲労	活気	緊張・不安
情緒S量	-0.18834	-0.24660*	-0.07698	0.04634	0.20917*	-0.01399
手段S量	0.00402	-0.13317	-0.00500	0.04909	0.15728	0.02469
情報S量	-0.21260*	-0.21074*	-0.02666	0.04637	0.25949*	0.04568
経済S量	-0.10908	-0.20793	-0.03237	-0.16547	0.12720	-0.19078
否定S量	-0.03182	0.02347	-0.08839	-0.07964	0.04243	-0.00293

た。このことから多くの人からの情緒的、情動的サポートを得たと認知することは、混乱気分、抑うつや落ち込み気分を緩和させること、また活気感情を増大させることと関連性があることがわかった。なおサポートの質に関しては相関がみられなかった(表1)。

蓄積されたサポートの量に関しては、喪の過程におけるサポートと同様の傾向がみられたが、さらに経済的サポートの質と混乱気分尺度、抑うつ・落ち込み気分尺度との間において負の相関がみられた。このことから、経済的サポートに対して十分満足したと認知すること、また多くの人からの情緒的、情動的サポートを得たと認知することは、混乱気分、抑うつや落ち込み気分を緩和させたり、活気感情を増大させることと関連性があることがわかった(表2)。

## (2) 現在の気分・感情について

喪の過程におけるサポートと蓄積されたサポートには、同様な傾向がみられた。否定的なサポートの質、量の両方が怒り・敵意感情尺度、疲労感情尺度といったネガティブ感情尺度との間に有意な正の相関を示した。このことは介護者に対して批判や余計なお節介をする人が多く、それを不満に感じていることは、怒りや敵意感情、疲労感情といったネガティブな感情の認知を高めさせることと関連性があることがわかった。また、否定的サポートを除いた4種のサポートの量(経済的サポートにおいては質も)と活気感情尺度との間において有意な正の相関がみられた。さらに手段的サポートの量と混乱気分尺度において負の相関みられ、同時にこのサポートは活気感情尺度との間には正の相関がみられた。そして情動的サポートの量も活気感情尺度との間に有意な

正の相関がみられた。このことから多くの人から多種のサポートを認知することは、活気感情を高めさせることにつながるということが示唆された(表3)。

また介護者に高い満足感を認知させた適切なサポート提供者についての特徴として、同居の家族からは情緒的、手段的、情動的サポートを、別居の親族からは経済的サポートを提供されている傾向があった。しかしながら別居の親族は否定的サポートの提供者として、他の提供者と比べかなり高い頻度で認知されていた。

## 2. ソーシャルサポートの認知や悲嘆感情を左右する要因について

介護の決定者については情緒的サポートの質( $\chi^2(12)=21.2, P<.05$ )、経済的サポートの質と量( $\chi^2(10)=23.8, P<.01$ ) ( $\chi^2(10)=51.4, P<.01$ )、否定的サポートの質( $\chi^2(10)=43.3, P<.01$ )において人数の偏りが有意であった。家族による決定がされている介護者は情緒的サポートに高い満足感をもった傾向がみられ、経済的サポートにも同様の傾向がみられていた。しかし故人のみで意志決定が行われた場合、これらのサポートが認知された傾向が少なかった。そして否定的サポートに関しては、介護者本人だけの決定による場合にこのサポートの認知がされており、不満を感じていることが多い傾向がみられた(表4)。

## 考 察

今回の調査では喪の過程におけるサポートの量、および蓄積されてきたサポートの量、双方は悲嘆感情に対しておおよそ同様の影響をもつことがわかった。ソーシャルサポートは質と量との問題がかねが

表3 蓄積されたソーシャルサポートと現在の気分・感情との相関 \*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01

## ソーシャルサポートの質

	混乱	抑うつ・落ち込み	怒り・敵意	疲労	活気	緊張・不安
情緒S質	-0.09724	-0.02893	-0.01167	-0.12269	0.18034	-0.01607
手段S質	-0.18872	-0.13058	-0.03172	-0.06217	0.14810	-0.08499
情報S質	-0.07865	-0.06268	-0.01986	-0.08596	0.14899	0.03975
経済S質	-0.18768	-0.11234	-0.10189	-0.14143	0.28062**	-0.02781
否定S質	0.13241	0.19730	0.28857**	0.34630**	-0.03131	0.15522

## ソーシャルサポートの量

	混乱	抑うつ・落ち込み	怒り・敵意	疲労	活気	緊張・不安
情緒S量	-0.07306	0.08392	0.15118	0.08308	0.37477**	0.15264
手段S量	-0.23388*	-0.14012	0.04228	-0.01218	0.28291**	-0.04466
情報S量	-0.03658	0.08449	0.11529	0.05278	0.30235**	0.14100
経済S量	-0.14669	-0.12346	0.00151	-0.07548	0.24857*	-0.01026
否定S量	0.09728	0.16289	0.28420**	0.20805*	-0.02979	0.11120

表4 在宅介護の決定者

故人のみ	5人	(5.9%)
介護者本人のみ	21人	(24.7%)
故人と介護者本人	17人	(20.0%)
介護者と家族	18人	(21.2%)
家族全員(故人含)	23人	(27.1%)
その他(医療者)	1人	(1.2%)
無回答者7人		

ねいわれてきており、特に最近、前者が(満足感でみる)取り沙汰されている。

まず介護の開始時期から死別期にかけては、同居家族からの情緒的、手段的サポートに満足感を認知していた。この時期には家族間で話し合いがもたれていることが多く、そのような機会をもっていたためと考えられる。手記を添付していた対象者は、問題が起こる毎に家族会議をもったなどこの当時の様子を記していることが多かった。また退院から在宅へ移行という場合の人は、療養環境の変化や症状の急変時の対応など、精神的にも不安を抱えていることが懸念されるが、医療者からのサポートが満足感を与えることは少なかった(9人(11.4%))。その背景には医療者らとのコミュニケーションがまだ深いものでなく、介護上の諸注意など情動的なものが与えられることが多いということが考えられる。医療者は情動的サポートを最優先とし、十分な情動的サポートをも提供していくことが理想といわれるが、現実には難しい。家族を長年看っていてその関係が

成熟したものとなっているかかりつけの医者や、医療・福祉関係の仕事をしている親族では、この実践ができていたのかもしれない。

さらに認知されたサポートの量が、介護者が最も辛いと感じた時期の混乱気分や、抑うつや落ち込み感情といったネガティブな感情を緩和させることと関連する傾向がみられた。サポートの質の面に関しては量と同様な関連性は示唆されなかった。このことは同居者からの情緒的、手段的サポートに満足感を認知していたとはいえ、病人を取り囲んだ同じ家族成員の間では、介護者のみならず、他の家族にも死別が身体的、精神的衝撃を与えていた時期であり、すなわち Bowlby でいう否認・無感覚の段階から再建の段階へ向けてのプロセスのなかで、介護者は故人の死は認識できつつあるものの、他人や外の環境に対しては目が向けられずに、通常感情表出を抑制したり、またその認知を低減させていた状態にあったということが考えられる。

しかしながら蓄積されてきた経済的なサポートの質に関しては、混乱気分、抑うつや落ち込み気分を緩和させることと関連性があると示唆された。その経済的サポートの適切な提供者は、他の提供者と比べかなりの高頻度で別居の親族が認知されていた。在宅療養は病院、その他の施設での療養に比べて金銭的な負担が低いとはいえないが、故人の収入が家計の支えだった場合など将来の経済的見通しができ満足感を得られていたことは、このサポートが混乱や抑うつ気分を回復させるだけの力を持っていた可能性が考えられる。

また別居の親族は情緒的、手段的、情動的の3種のサポートにおいては、同居の家族ほど高い満足感

を認知させるまでの提供者ではないが、これらのサポートでも時系列的にみると死別期はやや高くなる傾向がみられ、それ以降も維持されているようであった。このことは葬儀や法事などの儀礼時に介護者を手伝い、ねぎらいをみせたことなどがそのような認知を高めたのであらうと思われる。

しかし否定的サポートの提供者として別居の親族が、他の提供者と比べかなりの高頻度で認知されていた。

そして死別から時を経た現在で、活気感情の増大がみられた人は、認知されたサポートネットワークも広がる傾向があり、介護者に多くの人が気遣い、支援の手をさしのべる関わりをみせたことによって、それに十分な満足感を認知することができるようになっており、生き生きとした気持ちで人と関わる事ができていると思われる。自由記述には多くの対象者が現在においての気持ちを表現しているが、死別からの回復を成し終えた人は、宮本<sup>8)</sup>のいうように、故人に対して尊敬し、愛情をもった肯定的な見方ができ懐かしんでいる様子や、また在宅での看取りが立派にでき、そこに心残りのないことが記されていた。さらに死別を経験したことで同様の立場にある人との交流をもつようになったこと、手記を書いたことで心の整理ができたなどと、この調査がひとつのグリーフワークとなっていたとも記されており、徐々にまわりに目を向け新しい人生への踏み出しているようであった。

介護者のサポート認知や悲嘆感情を左右する要因として、在宅介護の決定者との関連がみられ、家族による決定は情緒的、経済的サポートによる満足感

の認知を高くしていた可能性が示唆された。この介護の決定者による違いは、在宅療養がまだ安易に選択できない現状には重要な要因として考えるべきものと思われる。故人のみ、介護者本人のみの決定は在宅を熟考の末選んでいたとしても、周囲にそれを理解してもらうには時間がかかり、したがって周囲からの協力を得られないばかりか、ネガティブなサポートをうけやすい可能性も考えられる。家族の決定が介護者を多くのサポート体制の整備された環境においているという本研究の傾向は見逃せないものである。個々の家族成員が決定に加わることは介護者の責任や負担が分散され、介護を背負っている身体的、精神的疲労も低減されることが予想される。しかし家族の決定だからという動かしがたい圧力がそこに働けば、かえってそのことが介護者を介護に拘束させてしまうという悪しからぬ状態も起こりうる。

以上の結果より、介護の決定過程に目を向けること、他の看取りの場においての同様の視点を持ちつつ、臨床心理学の領域からの新たな重要な要因についても検討していくことを今後の研究課題としたい。またこの研究の有益な面として、自由記述で数人が現在から介護当時を振り返ることが心の整理にもなったとあり、いわゆるグリーフワークの役目を一部だが果たしたということを書いておきたい。

本研究の遂行にあたり、終始御懇切なご指導とご鞭撻を頂きました川崎医療福祉大学 医療福祉学科 宮原伸二助教授、保健看護学科 人見裕江助教授に深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 河合千恵子 (1987) 老年期における配偶者との死別に関する研究. 家族心理学研究, 1, 1, 1-16.
- 2) 河合千恵子 (1988) 同上, 2, 2, 119-129.
- 3) 小島操子 (1991) 末期患者の近親者の悲嘆とへの援助. ターミナルケア, 1(6), 375-378.
- 4) 野口裕二 (1991) 高齢者のソーシャル・サポート: その概念と測定. 社会老年学, 34, 37-48.
- 5) Bowlby J (1981) 黒田実郎他 (訳) 母子関係の理論III, 岩崎学術出版社. (Bowlby, J. 1980 Attachment and Loss, Vol.3 Loss : Sadness and Depression.)
- 6) 横山和仁, 荒記 俊一 (1994) 日本版 POMS 手引, 金子書房.
- 7) Fink SL (1973) Crisis and Motivation, A Theoretical Model. Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.
- 8) 宮本裕子 (1989) 配偶者と死別した個人の悲嘆からの回復にかかわるソーシャルサポート. 看護研究, 22(4), 15(303)-33(321).

# The Relationship between the Mourning Process of Home Caregivers and Their Perceived Social Support

Shigemi HIRAYAMA, Yoshihiro KANEMITSU and Takako SHINDO

(Accepted May 12, 1999)

Key words : HOME CAREGIVER, MOURNING PROCESS, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, POMS

## Abstract

This study examined the relationship between the mourning process of home caregivers and their perceived social support. The subjects were 92 home caregivers who had suffered bereavement within the past one half to 3 years. The quality and quantity of their perceived social support was analysed from the viewpoints of the kinds and length of time of that support. A shortened Japanese version of the Profile of Mood States was used to measure the appearance of grief affects and the period of recovery. We also examined the types of support provided and the influential factors which decide support perception and the degree of grief suffered by the home caregiver.

The following results were obtained : (1) increased emotional and informational support decreased negative moods such as confusion and depression-dejection, as well as increasing the caregivers vigor. (2) Caregivers received the most emotional, instrumental and informational support from family members, with lesser amounts from those outside the family.(3)A critical factor in perceived support and the amounts of grief was the decision to give care at home. That is, the caregiver got greater satisfaction from giving care in the home because of the emotional support and other economic factors.

Correspondence to : Shigemi HIRAYAMA    Master's Program in Clinical Psychology, Graduate School of  
Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan  
(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.9, No.1, 1999 55-60)