

活動と資料

高齢がん終末期療養者の在宅療養に関連した
家族の心理に関する文献検討森 望美¹⁾, 糸島 陽子²⁾, 岡本 紀子²⁾¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科²⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究院

要旨 日本ではがん終末期を在宅で過ごすために家族の存在が重要であるが、その心理は十分明らかにされていない。本研究では、高齢がん終末期療養者の家族が在宅療養に関連する心理について2013年以降の先行研究を用いて文献検討を行った。高齢がん終末期療養者の家族を研究対象とした14本の原著論文から、在宅療養について抱いた家族の心理の記述を抽出、療養の時期に注目し、質的帰納的に分析した。高齢がん終末期在宅療養者の家族の心理は、在宅療養前は在宅へ移行しようという心理と移行せざるを得ないという心理、在宅療養中は在宅療養の充足感と鬱積した心理、さらに療養者に迫りくる死を感じるが実感できないという心理があり、看取り後は看取りの達成感と、大切な人を失ったつらさを抱える心理があった。家族の心理は療養の時期により変化し、常に在宅療養の選択・継続と、差し迫る死に対する相反する感情で揺れており、療養者の残り時間が少ないという家族の認識が、家族の心理や死の準備性、さらには在宅療養の選択や継続に影響を与えている可能性が示唆された。

キーワード 高齢がん終末期, 在宅療養, 家族の心理, 文献検討

I. 背景

日本における死因第1位は1981年以降、悪性新生物(がん)である。2022年にがんで死亡した人は38.6万人で、そのうち88%が65歳以上の高齢者である(令和4年度人口動態調査)。そのため看護を必要とする高齢がん療養者と家族が多数存在している。

厚生労働省(2023a)の「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」によると、もしがんだったら自宅で最期を迎えたいと答える人の割合は32.2%である。しかし実際のがん患者の死亡場所は69%が病院で、在宅死は21.5%(令和4年度人口動態調査)であり、希望と現実には乖離がある。

在宅で療養したいという療養者の希望があっても実現できていない現状をふまえ、厚生労働省(2012a)は、家族の不安や負担の軽減を念頭に、退院支援、急変時の対応体制の確保、看取り体制の構築を盛り込んだ「在宅医療・介護あんしん2012」を打ち出し、在宅医療と介護の強化を推進した。さらに緩和ケア病棟において、在宅への円滑な移行を促進するため緩和ケア病棟の入院料逓減制が導入された(厚生労働省, 2012b)が、がん療養者の実際の死亡場所と希望の乖離は依然として解消されていない。

2017年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(厚生労働省)では、もし末期がんだったとして最期を自宅以外で迎えたいと答えた人にその理由は「家族等に負担がかかるから」が最も多かったことから、がんの療養に関する意思決定には家族への配慮が大きく影響していると言える。在宅看取りには、家族の希望を重視するという日本従来の意思決定スタイルなどから療養者の意向よりも家族の意向が反映されやすい(佐藤ら, 2015)。また、がん終末期の在宅療養者を介護した家族

A literature review on the psychology of families related to home care for elderly cancer patients in terminal stage

Nozomi Mori¹⁾, Yoko Itojima²⁾, Noriko Okamoto²⁾

¹⁾ Graduate School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾ Faculty of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 糸島 陽子

滋賀県立大学人間看護学研究院

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8648

F A X: 0749-28-9516

e-mail: itojima.y@nurse.usp.ac.jp

の60%以上が精神的な負担が大きかったと答えた(三條, 2010), 家族のつらさ(畑, 原田, 高岡, 松本, 新城, 2015)や, 家族が体験する困難(石井, 宮下, 佐藤, 小澤, 2011)についての研究報告が見られた。さらに, 在宅療養の中断は, 療養者の要因よりも, 家族の介護負担という身体的要因や, 不安, 抑うつ, 精神的負担といった精神的要因で中断となったケースが多い(橋本ら, 2015)ことが明らかになっていた。しかし, 精神的負担があったとしても, 在宅療養を選択し最期まで継続した家族はどのような心理だったのかに焦点を当てた先行研究は見当たらない。

本研究は2013年から2022年に発表され, 高齢がん終末期療養者の家族の心理を記述した先行研究を用いて, 在宅療養に関連した家族の心理を明らかにする。これにより家族の理解を深められ, 家族支援を充実させる手掛かりにできると考える。

II. 目的

研究対象者が高齢がん終末期療養者の家族である先行研究を文献検討し, 在宅療養に関連した家族の心理を明らかにし, 実践への示唆を得る。

III. 用語の定義

家族の心理: 高齢がん終末期療養者の家族が, 在宅療養に関連して生じた心のあり様や気持ち, 感情, 心の動きのことを指す。感情が行ったり来たりする揺らぎも含む。

IV. 方法

文献は医学中央雑誌 Web 版(以下医中誌)と Google Scholar を使用して検索した(検索日 2023/6/11)。社会保障制度, 家族構造, 家族の役割規範は国や文化で違うこと, 家族の心理の機微を読み取る必要があることから和文のみを研究の対象とした。キーワードを「在宅」and「終末期」and「がん」and「家族」and「心理」とし, 2013年以降に発表された原著論文を検索し, 高齢者(成人, 小児を除く)を絞り込みの条件とした。

対象論文中から在宅介護や看取りに関する家族の心理が記述されている部分を抽出し, 質的記述的分析方法を用いて類似するものでまとめ, 意味内容を損なわないよう要約してコード化し, コードを分類, 統合してサブカテゴリー・カテゴリーを形成した。

V. 結果

検索の結果, 医中誌 54 件, Google Scholar 52 件が検索条件に該当し, 重複した文献は 1 件であった。合計 105 件の文献の表題, 抄録を読み, 研究対象者が家族である論文を絞り込んだところ, 該当した文献は 16 件で, そのうち家族の心理の記述がないもの 2 件を除外し, 14 件を分析対象とした(図 1)。対象文献において家族の心理の記述は 275 カ所あった。これらの記述をカテゴリー化した結果, 全体として 7 カテゴリーと 15 サブカテゴリー, 64 コードが作成された(表 1)。また, 心理が生じた時期は在宅療養前, 在宅療養中, 看取り後の 3 つの時期で分類できた。在宅療養前では【良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない】【残りの時間を意識して家に帰ることを決断する】, 在宅療養中では【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】【残り少ない時間を家で過ごせ充足感がある】【迫りくる死を感じるが実感できない】, 看取り後では【大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある】【達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える】のカテゴリーに分類された。カテゴリーを【】, サブカテゴリーを<, コードを“, 抽出した家族の心理の記述を「」で示し, 療養の時期毎に結果を述べる。

1. 在宅療養前

在宅療養前の家族の心理は, 【良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない】【残りの時間を意識して家に連れて帰ることを決断する】という 2 つのカテゴリーに分類された。【良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない】では, <病状を受け入れたくないが治療の限界が来ていると感じる><医療処置を療養者の世話と生活すべてを担うのが不安><自分が家で見るのは無理だと思っていたが周りの圧力で在宅療養するしかない>, 【残りの時間を意識して家に帰ることを決断する】では, <病院での療養が療養者にとって一番いいとは思えず希望通り家に帰らせたい><現状なら自宅で過ごせそうだが病状が悪くなれば再入院したい>のサブカテゴリーがあった。

その内容は, 家族は治療中の療養者を見て<病状を受け入れたくないが治療の限界が来ていると感じ>, 在宅療養を検討し始めた時期に<医療処置, 療養者の世話, 仕事を含む日常生活のすべてを担う>ことについて「すべてが心配」(上林, 日下, 武藤, 2017)と不安を感じていた。<自分で見るのは無理>と思っているも, 「先生からもう何も一切しないとわれ, 切られた」(山村, 長戸, 野嶋, 2018)と感じたり, 周りに押し切られたりして在宅療養へ移行せざるを得ないという心理があった。

次に, 最期は病院に任せたいという家族の心理があっ

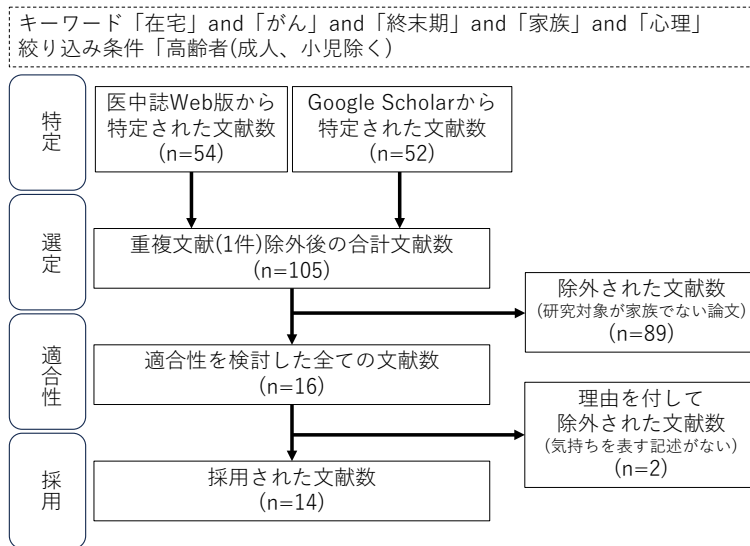


図1 文献の選定過程

た。「自分が看取るのは難しいので一時的と定めて家で看ることにする」(吉田, 2020) や、「症状や病状が悪化したら入院させてほしい」(番匠, 梅田, 2019) という、〈在宅での看取りまでは見通せず一時的だと思って家に帰る〉〈症状が悪化して自分たちの手に負えなくなったら再入院したい〉という心理であった。

しかし一方では、在宅療養移行を自ら決断した心理がみられた。それは「限られた時間を家で過ごしたい本人の願いを叶えてあげたい」(吉岡, 加藤, 吾郷, 2017) や「余命を考え」(高儀, 2014), 「生きてるうちに」(森, 雄西, 今枝, 板東, 高橋, 長楽, 2020), 「最期まで」(吉田, 2020) というように、療養者との時間が限られていることを意識して〈病院が療養者にとって一番いいとは思えず、希望通りに家に帰らせたい〉と在宅看取りを見越しながら在宅療養への移行を決断していた。

またこの時期の家族には、療養者の状態、得られる支援、仕事を含む自分たちの生活を総合的に見て“今なら帰れる”と判断するという心理があった。具体的な記述としては、「今の体の状態なら家に連れて帰ることができる」(吉岡ら, 2017) や「自分でトイレに行ける状態だったら(退院できる)」(吉岡ら, 2017), 「痛みがひどくって手が付けられなくなった時は病院にお願いしよう。でもそれもなかったらおうちでみる」(小暮, 中西, 廣瀬, 2018) と、もともと家に連れて帰るという意識が前提にあり、療養者の病状や体調を見てできると判断したこと、「自分と娘が(中略)2人でやればなんとかなるんじゃないか」(小暮ら, 2018) や、「私さえ休みが取れば、在宅療養はできると思ったのね」(山手, 2014) と自分たちの生活や介護力を見て判断したこと、「周りの支え

があると思えば、自宅でも介護ができるかな」(山手, 2014), 「(退院前カンファレンスに参加して) これだけの人が協力してくれば大丈夫だっていうのはありました」(小暮ら, 2018) と得られる支援を見て判断したことが記述されていた。さらに、「今なら帰れる、悪くなら受け入れますと言われた」(小暮ら, 2018) というように再入院が可能であるという保証を得て在宅療養移行の決断をしたという心理があった。

2. 在宅療養中

在宅療養中の家族の心理は、【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】【残り少ない時間を家で過ごせ充足感がある】【迫りくる死を感じるが実感できない】という3つのカテゴリーに分類された。【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】では〈療養者の苦痛を和らげることができず自分もつらい〉〈介護に無我夢中だが上手くいかず鬱積した思い〉, 【残り少ない時間を家で過ごせ充足感がある】では〈残り少ない時間なのでできる限りのことをしてあげたい〉〈支援を得て在宅療養に上手く適応でき家に帰ってきたことでいい時間を過ごしている〉, 【迫りくる死を感じるが実感できない】では〈療養者に迫りくる死に苦痛と恐怖を感じ避けられない現実に苦悩する〉〈迫りくる死を実感できない〉のサブカテゴリーがあった。

その内容として、家族は“この介護には期限があるので家で看られる”と思いながら、療養者に対して「できるだけのことはしてあげよう」(森ら, 2020) や、「恩返しをしたい」(大西, 2015) といった療養者に尽くしたい思いがあるのに、「療養者の辛さがわからない」(吉田, 2020), 「鎮痛剤をうまく使えず、苦しむ患者をどうしていいかわからない」(森ら, 2020) といった〈療養者の苦痛を和らげることができず自分もつらい〉という家族の心理があった。さらに、「どういふふうになくなっていくのかも全然分からなかった」(宮林, 古瀬, 2014) と家族はこれから先が見通せず「介護負担で日常生活をまともに過ごせない」(森ら, 2020) ほど心身に余裕がなくなっていた。加えて、家族には「療養者の心身にとって自宅以外の療養環境の方が良いのではないか」(本多, 京田, 神田, 2022) と療養場所が家でよいのか悩み、他の家族と上手く協力できなかつたり、時には療養者に苛立ちをぶつけてしまったりするなど〈介護が上手くいかず鬱積した思い〉を抱くという心理があった。

鬱積した思いの一方で、「(チームに) すごくね、良くしてもらった」(大西, 2015) という記述や「家にいれ

表 1 療養時期別に見る高齢終末期がん療養者の家族の心理

時期	カテゴリ	サブカテゴリ	コード	引用文献
在宅療養前	<p>良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない</p> <p>自分が家で看るのは無理だと思っていたが周りの圧力で在宅療養するしかない</p> <p>病院での療養が療養者にとって一番いいとは思えず希望通り家に帰らせたい</p> <p>残りの時間を意識して家に連れて帰ることを決断する</p>	<p>病状を受け入れたくないが治療の限界が来ていると感じる</p> <p>医療処置と療養者の世話と生活すべてを担うのが不安</p> <p>自分が家で看るのは無理だと思っていたが周りの圧力で在宅療養するしかない</p>	<p>がんと診断されショックを受け、現実を受け入れたくない</p> <p>がんやステージⅣであることを受け入れたくない</p> <p>早く病院に連れていけばよかったですと後悔する</p> <p>療養者には諦めないで最善の治療を受けてほしい</p> <p>医療者、療養者の様子から治療の限界を感じてつらい</p> <p>自分の体調が良くないので家では介護疲れで倒れるのではないかと不安</p> <p>在宅療養は不安と心配が尽きない</p> <p>医療処置と療養者の世話と生活すべてを担うのが不安</p> <p>療養者にとって接したらいかがかわからない</p> <p>近づく死に対峙するのが怖い</p> <p>自分では看られないし、他の家族に迷惑かけられない</p> <p>病院にいたほうが安心</p> <p>在宅療養移行は医療者にお任せ</p> <p>在宅療養移行は医療者にお任せ</p> <p>医療者の対応に不信や反発する気持ちが湧く</p> <p>病院での処置や最期を考えると本人がかわいそうで、家に連れて帰りたい</p> <p>残りの時間が限られているので、本人の家に帰りたい望みを叶えたい</p> <p>苦しまないで、安楽に過ごさせたい</p> <p>療養者にとっても治らないので、家の方が状態がよくなるのではないかと自分が泣いても治らないので自分を切り替えよう</p> <p>大変そうだが療養者のために介護しよう</p> <p>今の療養者の状態、自分たちと支援者の状況なら帰れる</p> <p>状態が悪くなったり困ったり困ったら病院に入院させてほしい</p> <p>いつでも病院が受け入れてくれるという保証で安心した</p> <p>一時的なら家に連れて帰ることができる</p> <p>最期は病院で迎えると思う</p> <p>療養者の苦痛がわかってあげられない</p> <p>療養者の苦痛をどうにもできず自分もつらさ、苛立ち、無力感がある</p>	<p>高嶺(2014)、山村(2018)</p> <p>岡本(2013)、山村(2018)</p> <p>山村(2018)</p> <p>山村(2018)</p> <p>小暮(2018)、山村(2018)、山手(2018)</p> <p>番匠(2019)、山手(2014)</p> <p>番匠(2019)、上林(2017)、小暮(2018)、宮林(2014)</p> <p>番匠(2019)、上林(2017)</p> <p>番匠(2019)、上林(2017)、高嶺(2014)</p> <p>番匠(2019)</p> <p>小暮(2018)、高嶺(2014)</p> <p>番匠(2019)上林(2017)、小暮(2018)</p> <p>小暮(2018)、吉田(2020)</p> <p>小暮(2018)、山村(2018)、吉岡(2017)</p> <p>大西(2015)、山村(2018)、山手(2014)、宮林(2014)、大西(2015)、山手(2014)</p> <p>上林(2017)、小暮(2018)、森(2020)、大西(2015)、高嶺(2014)、山手(2014)、吉田(2020)、吉岡(2017)</p> <p>上林(2017)、小暮(2018)、吉岡(2017)</p> <p>小暮(2018)、大西(2015)、山手(2014)、吉岡(2017)</p> <p>山村(2018)</p> <p>吉岡(2017)</p> <p>番匠(2019)、小暮(2018)、大西(2015)、山手(2014)、吉岡(2017)</p> <p>番匠(2019)</p> <p>小暮(2018)</p> <p>小暮(2018)、吉田(2020)</p> <p>小暮(2018)、吉田(2020)</p> <p>番匠(2019)、山村(2018)</p> <p>松野(2022)、森(2020)、吉田(2020)</p> <p>本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、高嶺(2014)、吉岡(2017)</p> <p>宮林(2014)、吉田(2020)、吉岡(2017)</p> <p>本多(2022)、森(2020)、山手(2014)、吉岡(2017)</p> <p>本多(2022)、宮林(2014)、吉田(2020)</p> <p>宮林(2014)、森(2020)</p> <p>番匠(2019)、森(2020)</p> <p>森(2020)、山手(2014)</p> <p>本多(2022)、宮林(2014)、吉田(2020)</p> <p>本多(2022)</p>
		<p>療養者の苦痛を和らげることができず自分もつらい</p>	<p>病状と療養生活が今後どうなるかわからなくなると不安</p> <p>介護に無我夢中で、負担となり疲れ切っていると感じる</p> <p>療養場所について心が揺らぎ悩む</p> <p>療養者のこれまでや今の振る舞いに苛立ちや憤りを感じ、あたってしまいうず鬱積した思い</p> <p>ケアビズが負担の軽減にならない</p> <p>親戚や家族がかえってストレスとなる</p> <p>介護と仕事・子どもの世話・自分の生活の両立が難しい</p> <p>離れている間も療養者を気にかけて心配する</p>	<p>宮林(2014)、吉田(2020)、吉岡(2017)</p> <p>本多(2022)、森(2020)、山手(2014)、吉岡(2017)</p> <p>本多(2022)、宮林(2014)、吉田(2020)</p> <p>宮林(2014)、森(2020)</p> <p>番匠(2019)、森(2020)</p> <p>森(2020)、山手(2014)</p> <p>本多(2022)、宮林(2014)、吉田(2020)</p> <p>本多(2022)</p>

在宅療養中	看取り後
残り少ない時間を家で過ごせ満足がある	達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える
残り少ない時間なのでできる限りのことをしてあげたい	大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある
残り少ない時間なのでできる限りのことをしてあげたい	死別後に新たな悩みができた
この介護には期限があるので家で看られると思う	死別後に自分の体調が悪くなった
残り少ない時間を意識して仕事より介護を優先しようと思う	療養者が担っていた役割が分からないことが多すぎて困る
語られなくても療養者の様子から心情を読み取りたい	夫が亡くなり経済的に不安がある
家に連れて帰ってきたのでいい時間を感じている	
面会に通うより在宅療養の方が楽だと感じる	
介護方法を教えてもらえたり精神的に支えられ看取りの準備ができた	
近所の方、親戚、職場の方から支援の協力を得られた	
家族で力を合わせて協力できた	
気分転換をして介護の負担に対処し、自分はまだやれられると思う	
療養者の様子から体調の悪化や迫りくる死を感じ取り、戸惑い、苦悩する	
死が迫ることを受け入れられないが、受け入れざるを得ないと思う	
死が怖い	
迫りくる死を実感できない	
知識不足のために症状を見ても差し迫った死を感じない	
残された時間でやるべきことをやり切り、濃い時間を過ごすことができた	
満足のいく看取りができたことを自負する	
介護から解放され、体調は良くなった	
悲しみに浸るのではなく気持ちを切り替えることをしよう	
自分の残された時間を有意義に過ごそうと思う	
療養者を失った実感がわかない	
大切な療養者の喪失が受容できずつらい	
もっとやれることがあったかもしれないと思いつつ	
死別後に自分の体調が悪くなった	
療養者が担っていた役割が分からないことが多すぎて困る	
夫が亡くなり経済的に不安がある	

家族としての責任があるので自宅で介護するのは当然	本多(2022)、小暮(2018)、大西(2015)、高嶺(2014)
療養者にできる限りのことをしてあげたい	本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、大西(2015)、吉田(2020)
最後までその人らしく生きてほしい	本多(2022)、宮林(2014)、大西(2015)、高嶺(2014)、吉田(2019)
この介護には期限があるので家で看られると思う	宮林(2014)、大西(2015)、高嶺(2014)
残り少ない時間を意識して仕事より介護を優先しようと思う	本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、山手(2014)
語られなくても療養者の様子から心情を読み取りたい	高嶺(2014)、山村(2018)、吉田(2020)、吉岡(2022)
家に連れて帰ってきたのでいい時間を感じている	本多(2022)、松野(2022)、高嶺(2014)、山村(2018)
面会に通うより在宅療養の方が楽だと感じる	山手(2014)、吉田(2020)
介護方法を教えてもらえたり精神的に支えられ看取りの準備ができた	宮林(2014)
近所の方、親戚、職場の方から支援の協力を得られた	宮林(2014)、大西(2015)、高嶺(2014)、山手(2014)、吉田(2017)
家族で力を合わせて協力できた	宮林(2014)、山手(2014)
気分転換をして介護の負担に対処し、自分はまだやれられると思う	本多(2022)、山手(2014)、吉田(2020)
療養者の様子から体調の悪化や迫りくる死を感じ取り、戸惑い、苦悩する	本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、高嶺(2014)、山村(2018)、吉田(2020)、吉岡(2017)
死が迫ることを受け入れられないが、受け入れざるを得ないと思う	岡本(2013)、本多(2022)、大西(2015)、吉岡(2018)
死が怖い	吉田(2020)
迫りくる死を実感できない	本多(2022)、山村(2018)、吉田(2020)
知識不足のために症状を見ても差し迫った死を感じない	山村(2018)、吉田(2020)
残された時間でやるべきことをやり切り、濃い時間を過ごすことができた	岡本(2013)、高嶺(2014)、山村(2018)
満足のいく看取りができたことを自負する	岡本(2013)
介護から解放され、体調は良くなった	岡本(2013)
悲しみに浸るのではなく気持ちを切り替えることをしよう	岡本(2013)、山村(2018)
自分の残された時間を有意義に過ごそうと思う	岡本(2013)、山村(2018)
療養者を失った実感がわかない	岡本(2013)
大切な療養者の喪失が受容できずつらい	岡本(2013)、吉田(2020)
もっとやれることがあったかもしれないと思いつつ	岡本(2013)、吉田(2020)
死別後に自分の体調が悪くなった	岡本(2013)
療養者が担っていた役割が分からないことが多すぎて困る	岡本(2013)
夫が亡くなり経済的に不安がある	岡本(2013)

ばわりに普通に暮らせて」(山村ら, 2018), 「(家族でいるときは穏やかで) 笑ってるね, みんな」(松野, 2022) と言ったように〈支援を得て在宅療養に上手く適応でき, いい時間を過ごせている〉と家族が充足感を得ていた心理があった。

次にこの時期の家族には, 「目の前で急激に状態が悪化する本人の姿に戸惑う」(吉岡ら, 2017) や, 「痩せた体や動けずに段々と弱っていく姿を見る辛さ」(森ら, 2020), また「最期まで家で看るのは怖い」(番匠ら, 2019) というように, 家族は〈療養者に迫りくる死に気づき苦痛と恐怖を感じ, 避けられない現実で苦悩〉する心理があった。迫りくる死に気づく一方で〈迫りくる死を実感できない〉という, 療養者の死に関連した相反する心理があった。具体的な記述として, 「もちろん覚悟はしてたけど。(中略) 実際ね, リアルに意識するのはやっぱり(亡くなる) 1日2日前なんだなって」(本多, 京田, 神田, 2022) などがあつた。

3. 看取り後

看取り後の家族の心理は【大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある】【達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える】という2つのカテゴリーに分類された。【大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある】では〈大切な療養者の喪失が受容できずつらい〉〈死別後に新たな悩みができた〉, 【達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える】では〈やるべきことをやり切り, 満足感と達成感がある〉〈悲嘆から抜け出し, 安定した日常を取り戻そうと思う〉というサブカテゴリーがあつた。

その内容は, 看取り後の家族は, 「夫の死の受け入れが難しかった」(岡本, 中村, 2013) や「人の顔を見るのがつらい」(岡本ら, 2013), 「死後に身体の具合が悪くなった」(岡本ら, 2013), という死別後の悲嘆と体調不良や, 新たな悩みとして療養者の役割を代わりに果たすことや, 夫を亡くしたことによる経済的な不安があつた。

同時に前向きな心理もあり, 「がんでよかったと思いますね。段階を経ていろんなことを片付けられたでしょ」(山村ら, 2018) や, 「本当に1日1日が濃いあれ(時間)だ(つた)ね」(山村ら, 2018) と「残された時間でやるべきことをやり切り, 濃い時間を過ごすことができた」や, 「敬老会や市民学級にも入りたいな。まだ何年かを元気に過ごしたい」(山村ら, 2018) という〈安定した日常を取り戻そう〉という心理があつた。

VI. 考 察

高齢がん終末期療養者の家族の在宅療養に関連する心

理は, 療養の時期によって特徴と連続性があり, いずれも時期においても在宅療養選択・継続の可否に対してと, 療養者の死の受け入れに対しての相反する感情を併せ持つ心理が示された。家族が持つ, がん終末期の療養者の残り時間には限りがあるという認識が, 家族の心理さらには在宅療養の選択や継続に影響を与えていることが示唆された。これより家族の心理と必要な支援について述べる。

1. 高齢がん終末期療養者の家族の心理の特徴

家族が, 療養者の生存する時間が限られていることを認識することで“本人の思いを叶えよう”や“期限があるから介護できる”と在宅療養を決断していたことから, 在宅療養への移行には残された時間が限られているという時間の認識が重要な要因になると考えられた。病院で死亡したがん終末期患者の家族を対象とした先行研究では, がん患者の家族には「患者のわずかな生への可能性を切望する」(佐竹, 京田, 近藤, 2021) や「患者がどんな状態にあっても患者の回復を信じ, 願い求める」(大川ら, 2001) という思いがあり, 患者の残り時間が少ないことを受け入れにくいと言われている。しかし, 今回の結果では, 家族が療養者の残り時間が少ないことを受け入れて, 在宅療養と向き合っていた。人が老いて生きる過程は自然なもの(長江, 2014)で, 「老衰」(厚生労働省, 2023b)と言われるように高齢者は特筆すべき死亡の原因がなくても自然死に至る(厚生労働省, 2023b)。がん療養者が高齢であることが, 療養者の残り時間が少ないことの受け入れを比較的容易にさせ, 成人期の患者家族に見られるようながん治癒の希求よりも, 療養者の安寧を優先し在宅療養を選択するという家族の心理につながった可能性がある。

また在宅療養前の家族は, 不安などから在宅療養に消極的なのに, 周りに押し切られて在宅療養をせざるを得ないという心理や, 療養者や支援の状況を見極めて“今なら帰れる”と判断すること, “いつでも病院が受け入れてくれるという保証で安心”し在宅療養を決断することから, 家族の心理は, 周囲の状況や支援から影響を受けるという特徴があつた。

次に, 在宅療養中の家族には, 在宅療養の継続と療養者に差し迫る死についての相反する感情で揺れる心理がみられた。柳原(1998)や大川ら(2001)は, 入院中のがん終末期の患者家族は, 療養者に差し迫る死や看取ること, 家族や周囲の人との関係などに対して相反する気持ちを同時に持ち, 常に揺れ動いていると述べており, 今回文献検討した在宅療養の療養者家族においても同様と考えられた。

【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】を見ると, ①療養者の苦痛, ②介護と仕事や生活との両立, ③療養生活や死別がどうなるかという不安, ④療養者や

親戚家族・支援者との関係性の4つが家族の負担要因であると考えられた。しかし、同じ要因であっても【残り時間を家で過ごせ充足感がある】と感じている家族もいた。このことから家族が、要因が多く上手く対処できていないと感じると在宅療養の負担感が増し、要因が少なく上手く対処できていると感じると在宅療養の充足感につながると考えられる。島田ら(2004)の研究によると、「できる限りの介護ができた」という思いが看取り後の満足感につながる。このため、在宅療養中に家族の“できる限りのことをしてあげたい”という思いが満たされることは重要であり、在宅療養の在り方は看取り後の家族の心理にも影響を及ぼす。

看取り後においては、大切な人を失ったつらさがある一方で、看取りを終えた達成感という相反する感情を併せ持つ心理がみられた。家族と療養者の生前の関係性や得られた支援が看取り後の家族の心理に影響を与える可能性がある(佐野ら, 2014)と言われているが、在宅看取り後の遺族を対象とした悲嘆に関する研究は少なく(水上, 横井, 糸島, 2021)、さらなる研究が必要である。

2. 家族に必要な支援

家族の心理は療養の時期によって変化していたため、時期に合わせた支援が必要である。在宅療養前のカテゴリに【残りの時間を意識して家に連れて帰ることを決断する】があったことから、療養者の残り時間が短いことと療養者の希望を、家族と共有することが重要であると考えられ、話し合いの場を調整するなどの医療者の支援が必要である。

また、在宅療養前のカテゴリには「不安」があったため、家族の不安を解消させるような支援が必要である。文献検討の結果から考察すると、家族が家でも療養可能と思えるような療養者の症状コントロール、自分たちでも対処できると思えるような症状悪化時の対応方法の提示と指導、スムーズな移行が可能だと思える介護プラン等の提示などである。在宅療養がとにかく不安という漠然とした不安に対しては「困ったときは助けてもらえる」と思ってもらえるように、いつでもつながる連絡先を提示したり再入院が可能であると伝えたりすることが有効だと考えられた。大園, 福井, 川野(2014)の調査でも、揺れ動き型の家族には、在宅導入期と臨死期に訪問診療や訪問看護師が丁寧に関わることで在宅看取りを可能にしていた。

次に在宅療養中は、家族は【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】ため、重すぎる介護負担を減らすためにサービスを活用し、充分な量のサービスを提供する必要がある。しかしそれだけでなく、「介護負担の軽減にならないヘルパーへの不満を抱く」(森ら, 2020)や「訪問看護師に束縛されるような気がする」(番匠ら, 2019)というような“サービスが負担の軽減にならない”

という家族の心理にならないよう、サービスの質にも配慮し、ニーズに即したサービスの提供を目指して多職種と協働する必要がある。

看取り後の支援では、グリーフ(悲嘆)の軽減のためにむしろ生前のケアが重要(渡辺, 2020)と言われている。死の準備性 *Preparedness for death* という概念があり、これが高いと、より積極的な対処、複雑性悲嘆症状の低下、死別後の抑うつ症状の少なさなど、より良好な結果が得られる(Treml, e Schmidt, Nagl, Kersting, 2021)と言われている。死の準備性とは認知的・感情的・行動的な要素を含み、支援としては差し迫った死に関する明確な情報を提供し、ケアに参加しやすくすること(Treml J, et al. 2021)などが必要であるとされている。在宅療養中のコードに見られるように、家族が療養者の“残り時間が少ない”ことを認知し、“迫りくる死を受け入れざるを得ない”という感情に至り、看取り後のコードに見られるような“やるべきことをやり切る”という行動をとることは、死の準備性を高めることにつながり、看取り後の悲嘆の軽減に繋がる可能性がある。家族がつながりを強化することも死の準備性を高めると言われており(Singer, Papa, 2021)、“近所、親戚、職場の人から協力が得られる”ことや“支援者から精神的に支えられる”ことはつながりを強化し、家族の死の準備性を高め、看取り後の悲嘆の軽減につながると考えられる。そのため看護師は家族と良好な関係を築き、家族を精神的に支え、家族間やチームメンバーのコミュニケーションを促進する役割を果たすことが求められる。これらの実践が家族の心理にどのような影響を与えるかについては、今後の研究課題である。

Ⅶ. 研究の限界

がん末期の在宅療養者の家族は、在宅療養前から看取り後まで相反する感情を抱く心理が示された。しかし、在宅療養前から看取り後までを通して同一家族の心理を捉えた研究はなかった。今後は療養の各時期において変化する家族の心理を詳細に捉え、家族のニーズを支える具体的な看護について明らかにする必要がある。

Ⅷ. 結 語

高齢がん終末期在宅療養者の家族の心理は、在宅療養移行前、在宅療養中、看取り後という療養の時期によって特徴と連続性があり、どの時期にも在宅療養に対して相反する感情を抱く心理、療養者の死に対して相反する感情を抱く心理があった。

また、がん終末期の療養者の残り時間には限りがあるという家族の認識が、家族の心理と死の準備性に影響を与えること、さらには在宅療養の選択や継続の判断に影響を与えていることが示唆された。

文 献

- ・番匠千佳子, 梅田靖子 (2019). 退院するにあたっての終末期がん患者・家族及び地域の専門職の不安・困難と支援ニーズ. 聖隷浜松病医誌, 19 (1), 2-11.
- ・橋本孝太郎, 佐藤一樹, 内海純子, 出水明, 藤本肇, 森井正智, 佐々木琴美, 宮下光令, 鈴木雅夫 (2015). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の事態調査. Palliative Care Research, 10 (1), 153-161.
- ・畑 (富嶺) ゆかり, 原田三奈子, 高岡智子, 松本由梨, 新城拓也 (2015). 終末期の在宅療養者の家族は何をつらいと思っていたか?. Palliative Care Research, 10 (1), 125-133
- ・本多恵子, 京田亜由美, 神田清子 (2022). 仕事や子どもの世話役割を担う家族員が自宅で終末期がん療養者を看取るプロセス. 日がん看会誌, 36, 1-10.
- ・石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 小澤竹俊 (2011). 遺族, 在宅医療・福祉関係者からみた, 終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. 日がん看会誌, 25 (1), 24-36
- ・上林孝豊, 日下潔, 武藤真祐 (2017). 在宅医療紹介時に家族からみたがん患者および家族が抱いている想いの実態調査 在宅専門診療所調査. 日在宅医会誌, 18 (2), 165-173.
- ・小暮郁恵, 中西陽子, 廣瀬規代美 (2018). 緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者の家族が在宅療養移行に向き合うプロセス. 日がん看会誌, 32, 67-77.
- ・厚生労働省 (2012a). 在宅医療・介護あんしん 2012. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoyou/iryoyou/zaitaku/dl/anshin2012.pdf (参照 2023/9/23)
- ・厚生労働省 (2012b). 平成 24 年診療報酬改定の概要. https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoyuhoken/iryoyuhoken15/dl/h24_01-03.pdf (参照 2023/11/26)
- ・厚生労働省 (2017). 平成 29 年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査 結果 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf> (確定版) (参照 2023/9/23)
- ・厚生労働省 (2023a). 令和 4 年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について (報告) <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001103155.pdf> (参照 2023/9/23)
- ・厚生労働省 (2023b). 死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル令和 5 年度版 https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_r05.pdf (最終閲覧 2023/12/4)
- ・松野史 (2022). 終末期がん患者と家族の相互作用により創り出される穏やかさの様相. 死の臨床, 44 (1), 166-173.
- ・宮林香奈子, 古瀬みどり (2014). がん終末期療養者を自宅で看取った家族介護者のセルフケアに関する研究. 家族看研, 19 (2), 150-160.
- ・宮田乃有 (2021). 第 4 章在宅ターミナルケアのプロセス. 一般社団法人全国訪問看護事業協会, 訪問看護師が支える在宅ターミナルケア, pp.58-104, 東京: 株式会社日本看護協会出版会.
- ・水上幸子, 横井和美, 糸島陽子 (2021). 在宅看取りを終えた家族の悲嘆への訪問看護師の支援に関する文献検討. 人間看研, 19, 59-64.
- ・森美樹, 雄西智恵美, 今枝芳江, 板東孝枝, 高橋亜希, 長楽雅仁 (2020). 疼痛コントロールに難渋している終末期がん患者を在宅で介護する家族のストレス・コーピング. 四国医誌, 76 (5, 6), 279-290.
- ・長江弘子 (2014). エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. 保健医療社論集, 25 (1), 17-23.
- ・岡本双美子, 中村裕美子 (2013). 在宅で終末期がん患者を看取った家族の悲嘆反応と対処. 日地域看護会誌, 15 (3), 63-69.
- ・大川宣容, 藤田佐和, 宮田留理, 東郷淳子, 豊田邦江, 吉田亜紀子, 鈴木志津枝 (2001). 終末期がん患者の家族の死への気づきに対する反応. 高知女大紀 看護, 51, 1-12.
- ・大西奈保子 (2015). がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因. 日看科会誌, 35, 225-234.
- ・大園康文, 福井小紀子, 川野英子 (2014). 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響—経時的なパターンの分類化—. Palliative Care Research, 9 (1), 121-128.
- ・三條真紀子 (2010). 終末期のがん患者を介護した遺族の介護体験の評価と健康関連 QOL. https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE_2_3.pdf (参照 2023/9/23)
- ・佐野知美, 草島悦子, 白井由紀, 瀬戸山真理子, 玉井照枝, 廣岡佳代, 佐藤隆裕, 宮下光令, 河正子, 岡部健 (2014). 在宅終末期がん患者家族介護者の死別後の成長感と看取りに関する体験との関連. Palliative Care Research, 9 (3), 140-150.
- ・佐竹わか菜, 京田亜由美, 近藤由香 (2021). 終末期がん患者の家族が抱く看取りへの思い. 群馬保健学研究, 42, 65-76.
- ・佐藤一樹, 橋本孝太郎, 内海純子, 出水明, 藤本肇,

- 森井正智, 長沢譲, 宮下光令, 鈴木雅夫 (2015). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅診療中止の関連要因. *Palliative Care Research*, 10 (2), 116-123.
- 政府統計の総合窓口 e-Stat (2022). 人口動態調査. <https://www.e-stat.go.jp/> (参照 2023/9/23)
 - 島田千穂, 近藤克則, 樋口京子, 本郷澄子, 野中猛, 宮田和明 (2004). 在宅療養高齢者の看取りを終えた介護者の満足度の関連要因—在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査から—. *厚生指標*, 51 (3), 18-24.
 - Singer J, Papa A (2021). Preparedness for the death of an elderly family member: A possible protective factor for pre-loss grief in informal caregivers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021 May-Jun; 94:104353.doi:10.1016/j.archger.2021.104353.
 - 高儀郁美 (2014). 非同居の家族ががん患者を在宅で看取った体験. *北海道文教大学研究紀*, 38, 73-79.
 - Trembl J, Schmidt V, Nagl M, Kersting A (2021). Pre-loss grief and preparedness for death among caregivers of terminally ill cancer patients: A systematic review. *Soc Sci Med*, 2021. Sep;284:114240. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114240.
 - 渡辺邦彦 (2020). はじめてでもやさしい地域緩和ケア. pp.134, 東京:学研メディカル秀潤社.
 - 山村江美子, 長戸和子, 野嶋佐由美 (2018). 終末期在宅がん療養者の家族におけるライフヒストリーとしての看取り. *高知女大看会誌*, 44 (1), 12 - 22.
 - 山手美和 (2014). 在宅で生活する終末期がん患者の主たる家族介護者の介護する力. *日在宅ケア会誌*, 18 (1), 83-90.
 - 柳原清子 (1998). 癌ターミナル期家族の認知の研究—家族のゆらぎ—. *日本赤十字武蔵野短期大学紀*, 11, 72-81.
 - 吉田彩 (2020). 在宅がん患者の看取りにおける家族の対処の過程. *日本看護科学会誌*, 40, 260-269.
 - 吉岡理枝, 加藤由希子, 吾郷ゆかり (2017). がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識. *高知女大看会誌*, 42 (2), 71-78.