

在宅医療助成 勇美記念財団  
2002年度在宅医療助成 報告書

高齢者の在宅死を看取った家族の体験の意味の分析と  
看護者の役割の検討

須佐 公子  
国際医療福祉大学保健学部看護学科 助手  
〒324-8501 栃木県大田原市北金丸2600-1  
TEL : 0287-24-3012  
平成16年2月28日提出

## ・ 緒言

わが国の高齢化は急速にすすみ、後期高齢者の増加に伴い、長期に70万人台にとどまっていた死亡者数は平成25年には140万人を越えると推測されている。死亡場所をみると、1960年には全死亡者の70%が自宅で死亡していたが、疾病構造の変化、医療技術の発展と期待、核家族化、住宅事情などの要因により(宮原 1999)、2000年には自宅で死亡する人は、13.9%まで減少している(厚生労働省 2000)。しかし、今後140万人を越える死亡者の8割を現在のように医療機関で受け入れることは難しくなり、在宅療養者の増加が予測される。また、一方では、多くの高齢者は在宅死を望んでいるにもかかわらず、病院などの施設内で死を迎えるという現状にある。すべての人は、人生の最期である死を迎える際に、個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重した最善の医療およびケアを受ける権利を有し、この権利を擁護・推進するためにも、今後、高齢者の在宅における終末期の医療およびケアの充実が不可欠である。

日本の在宅死に関する研究では、その成立要因として、「本人・介護者の在宅死を希望する意志」、「往診医の存在」、「24時間体制の訪問看護ステーションの存在」、「代替介護者の存在」(小林 2000、木下 2000)などがあげられている。また、在宅死に対する介護者の満足感が高いが(小林 1998、樋口 2001)、一方では福祉サービスの利用の低さや介護期間の長期化や介護負担感の大きさなど(中村 2000、人見 2000)が指摘され、介護者の90%は限界を感じていたとの報告(石井 2000)もある。

終末期の患者を介護する家族は、介護量も増え、家族員の死に直面するという、身体的にも精神的にも大きな負担を抱え、適切に対処されないと危機的な状況を招くといわれている。高齢者と家族双方が満足した療養生活を送るためにも、高齢者はもちろん、家族への支援も重要である。

家族介護に関する研究では、介護負担感の尺度開発や測定など、介護の否定的側面に関するものが先行してきたが、Lawtonら(1989)は、介護評価には、介護負担、介護の影響、介護の満足度の3つ概念があり独立して存在することを明らかにした。日本においても中谷(1989)や齊藤ら(2001)は介護負担感と介護継続意志とは独立した要因であり、介護継続意志と介護の肯定的側面に関連があることを明らかにした。また、櫻井(1999)や右田(2000)は介護の肯定的側面が介護負担感を軽減する傾向があると述べており、近年介護の肯定的側面に焦点をあてた研究が行われるようになってきた。

介護の肯定的側面に焦点をあてた研究では、平(1999)や馬庭(1996)ががん患者を看病する家族について、山本(1995)が自宅で痴呆高齢者を介護する家族について、介護体験の意味づけを明らかにしている。しかし、高齢者を自宅で看取った家族については、看取りの体験をどのように意味づけているかについての研究はほとんどみられない(人見 1997)。

## ．研究目的

自宅で高齢者を看取った家族の介護体験の意味を分析することにより、次のことを明らかにすることを目的とする。

介護者はどのような理由で、自宅で看取りを行うことを選択したのか。

介護者は、自宅で高齢者を看取るまでの体験をどのように認識し、また、どのような介護を行っていたのか。

介護者は、自宅で高齢者を看取った体験をどのように意味づけていたのか。

これらのことを明らかにすることにより、在宅介護を支援する専門家が、介護者の介護体験の意味を理解し、被介護者や家族の意思を尊重した在宅介護を支援するための必要な資料となると考える。

## ．用語の定義

看取り：死亡時まで介護をすること

在宅死：自宅で医師により死亡確認を受けたこと（生活の場である施設での死亡確認は除く。また、本研究では、病院で死亡確認のみ行った場合を含めた）

介護負担感：介護者の介護を行っていくうえでの主観的困難

体験の意味：体験が表す内容、体験の動機・理由、目的、体験の価値

## ．研究方法

### 1．研究対象

#### 1) 研究対象者

平成12年4月以降に自宅で死亡した高齢者（以下「被介護者」と略す）を介護した主介護者（以下「介護者」と略す）。

#### 2) 対象者の選定

関東地方のT県北部と中部地方のS県東部で調査を行った。

T県北部の4カ所およびS県東部の3カ所の訪問看護ステーションに、訪問看護の利用者のなかで、本研究に該当する対象者の紹介を依頼した。当該訪問看護ステーションより対象者に調査協力を依頼していただいた。

対象者は、7カ所の訪問看護ステーションより、合計21名に依頼し、そのうち18名から研究の承諾を得た。

## 2．研究方法

調査の承諾のあった対象者に対し、本研究より承諾書に記載された連絡先に電話連絡し、承諾の再確認をおこなった。調査の日時と場所は、対象者と相談し決定した。

研究承諾を得られた研究対象者に対し、1回ずつの半構成面接を実施した。

面接時間は、約45分～2時間で、面接場所は、1名が訪問看護ステーションのカンファレンス室を借用し、他17名は対象者の許可を得て対象者の自宅を訪問し実施した。面接開始時に、面接内容のテープ録音の依頼をし、許可を得られた場合のみ録音した。18名中16名から録音の許可が得られた。2名は録音の許可が得られなかったため、面接内容を記述した。

## 3．調査内容および調査期間

被介護者の状況、介護の状況、死を迎える場所の希望の有無および理由、介護期間、介護をしているときおよび看取った後の感想や思い、サービスの利用状況など

## 4．調査期間

T県北部：平成15年6月～平成15年8月

S県東部：平成15年11月～平成16年1月

## 5．分析方法

以下の手順で内容分析を行う。

- 1)面接時に対象者の同意が得て、面接内容をテープに録音する。
- 2)面接によって得られたデータより逐語記録を作成する。
- 3)面接データのより、介護に対する認識や感情および介護負担、介護の影響を構成および関連する内容を抽出し、一内容を一区分として記述する。
- 4)区分したデータの意味内容を類似性により分類しカテゴリー化し表題をつける。
- 5)カテゴリー化した表題をさらに類似性により分類しカテゴリー化し、抽象度を高め表題をつける。

## 6．分析の信頼性の確保：

質的研究を行っている複数の研究者に指導を受け、内容分析の妥当性を検討しながら分析を行った。

## 7．倫理的配慮

調査は、事前に対象者に研究目的を説明し、同意を得られた場合のみ実施した。

面接開始前に答えたくない質問に対しては答えなくてもよいことや調査中や調査後であっても、調査の中止や取り消しができることを説明した。録音については、面接前に、承諾

を得て行った。データは、個人が特定されないよう処理を行った。

なお、本研究は国際医療福祉大学大学院研究倫理審査会の審査で承認を得て実施した。

## ．結果

### 1．対象者および被介護者の概要

対象者18名のうち、T県北部は10名、S県東部は8名であった。

性別は、女性15名、男性3名で、年齢は42歳～78歳であった。被介護者との続柄は、嫁が10名と一番多く、次いで実子が4名（女性2名、男性2名）、配偶者が4名（妻3名、夫1名）であった。介護期間は、1ヶ月半から最長13年であった。

被介護者は女性12名、男性6名で、年齢は67歳～93歳であった。18名中17名は75歳以上の後期高齢者であった。（表 1）

### 2．在宅介護を選択した理由

以下、内容分析の結果抽出したカテゴリーを【】で、サブカテゴリーを〔〕で示した。

在宅介護を選択した理由として、【社会規範による扶養意識】、【情緒的絆による扶養意識】、【過去の体験のやり直し】、【反施設感情】、【入院する施設がない】、【経済的理由】があげられた。

#### （1）社会規範による扶養意識

自宅で親を介護することは家族として「当然」、「当たり前」という受け止めや、親戚や周囲の人も家族が介護を行うのは当然と思っているという他者からの介護役割期待の受け入れなど社会規範による扶養意識があげられた。（事例2，4，5，6，9，10,14,15）

#### （2）情緒的絆による扶養意識

情緒的絆による扶養意識には、死を迎える場所という人生の最期の希望を叶えたいという介護者の思いや、被介護者が介護者やその子どもにしてくれたことに対して感謝し〔恩返し〕したいという思い、〔高齢者への尊敬〕施設に入所させるのはかわいそうという〔同情〕などがあげられた。多くの介護者は、この情緒的絆による扶養意識が在宅介護の理由としてあげられた。（事例1，2，3，4，5，7，8，9，10,11,12,13,14,15,18）

#### （3）過去の体験のやり直し

介護者の過去経験において、自宅で看取ることや介護が十分にできなかった体験が強い心残りとなり、それを今度は達成したいというやり直しの気持ちが動機となった事例もあった。（事例2，5，6，10）

#### （4）反施設感情

病院や施設に入院することにより被介護者の状態が悪化したり、病院での処遇に対する不満をもったという過去の体験から、介護者は施設に入院することが逆に状態を悪化させ

るという思いや、満足した介護が受けられないという思いが在宅介護を選択する理由としてあげられた。(事例1, 2, 3, 7, 8)

その他、入院が経済的に負担であること(事例4, 6, 9)、入院する施設がない(事例16, 17)という物理的環境要因も理由の一つとしてあげられた。

## 2. 在宅介護選択までプロセス

介護者が在宅介護を行うという意思決定が行われるまでを分析した結果、本研究では、【介護が必要な状況の発生の認識】、【療養場所の検討(=情報処理～意向の決定)】、【再調整】、【最終決定】というプロセスが見いだされた。

介護者が被介護者の症状の出現や骨折、寝たきりになるなどの状態の変化に伴い、何らかの介護が必要な状況であるということを認識すると、どこでどのような介護を行うかという検討がなされていた。さまざまな要因や動機づけから、在宅介護の意向が示されると、それを実現可能とするために、意向を周囲の人々(家族や親戚、公的な社会サービス提供者)に確認し同意を得る、また、社会サービスの情報収集を行い、必要なサービスを取り入れるなど環境要因の再調整を行ったのち在宅介護の意思決定が行われていた。

しかし、療養場所決定時に、在宅介護に対する不安や負担感も表出していた。このような状況を介護者は、「自分らしくみればよい」、「看られるだけみればよい」、「ひらきなおって」などの介護に対する認識の転換を行うことで、在宅介護を受け入れていた。

## 3. 介護の認識

介護の認識には、【介護負担】、【介護受容】、【介護の肯定】、【介護者の信念】、【被介護者への思いの変化】があげられた。

### (1) 介護負担

ほとんどの事例において何らかの介護に対する不安や介護の困難が認識されていた。

介護負担感は、介護に対する主観的な負担感の表出であり、介護量の多さや困難、先が見えない不安、代替介護者不在による負担、拘束感があげられた。

事例15のみは全く不安や困難はなかったとのべられた。

### (2) 介護受容

多くの介護者は、不安や困難な介護を「大変だとはいつてられない」、「夢中で見た」、「介護の責任を持つのは家族」という認識で介護に立ち向かっていた。これは、積極的受容と考えられる。(事例1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18)

また、「嫌だけど、しかたがない」などにみられるような、介護を継続していくことに対する否定的受け止めと、介護を継続していかなければならない現状との間で葛藤があった。

(事例5, 7, 16, 17)

### (3) 介護の肯定

介護を学びやユーモア・楽しみと受け止めていた事例もあった。介護を継続していくな

かで介護技術を習得したり、介護にとって大切なことを見いだすことにより、介護者は「勉強になった」という学びとして、肯定的な受け止めをしていた。(事例 2,5,6,9,13,15,18)

少ない事例ではあったが、死を意識しながらも、介護者と被介護者は日常のやりとりのなかで、ユーモアを共有し、介護を楽しみとして受け止めていた。(事例 5,10)

#### (4) 介護者の信念

介護者は、「100 までいければ本望」という長寿への願いや、「(死んだら)二度とはこの世に帰ってこれないんだから」という生の有限性による死生観から、被介護者に一日でも長く生きてほしいという思いが介護を継続している要因となっていることが示された。また、「食べなきゃしんじょうんだから」「とにかく食べなきゃだめ」という「食が生命の源」という信念より、食事の援助が行われていた。その食の援助は、生への希求につながるものであると考えられる。(事例 2,7,10)

#### (5) 被介護者への思いの変化

被介護者の状態が悪化していくことで、介護者は被介護者をさらに弱い存在、守らなければならない存在という意識がさらに深まっていた。また、介護を継続していくことにより被介護者が介護者を気遣うということもみられるようになり、相互関係が深まることや介護動機となっていた介護者への思いが強くなることが、介護継続の要因となっていた。

(事例 2,4,18)

### 4. 介護者の介護行動

介護者の介護行動として、[介護の工夫][希望を取り入れる][共にいる]があげられた。これらは、被介護者のQOLを実現のためのものと考えられた。すべての介護者は、何らかのQOL実現に介護を行っていた。

介護者は、失禁や褥創、食欲不振などの被介護者の症状改善のために、自ら情報を得てさまざまな方法を取り入れ試みていた。そして、実践していくなかで、良い方法が確立されていく過程が示された。

また、介護者は、日々の介護の中に被介護者の好きなことや希望を取り入れて、それを実現するための努力や工夫が行われていた。

さらに介護者と被介護者が日常的な生活環境のなかで、多くの時間を共有することで、常に身近にいる存在となり、双方に安心感や喜びを示した。また、他の家族とともに被介護者が孤独にならないようにと、意識的に共に過ごす時間を多くもとうとしていた。

### 5. 看取り後の意味

自宅で看取りを行った体験を振り返り、その体験が介護者にとってどのような体験であったかという認識の分析を行った結果、満足感、折り合い、心残り・悲嘆の3側面がみられた。

#### (1) 満足感

満足感を示す側面としては、【良い看取りの実現】【家族の成長】【外的な報酬】の3つがあげられた。(事例1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18)

良い看取りの実現は、最期まで家で過ごしたいという被介護者の希望を実現できた満足感、介護者自身もやれるだけのことをしたという達成感が多くの事例で示された。

また、被介護者の死を家族に囲まれた安らかな死であったと受け止めていた事例もあった。

家族の成長では、家族で介護を行い看取することで、介護者が介護を通して被介護者との関係性や家族の絆が深まったという思いがあげられた。また、家で介護を行うことは、介護者の子どもや孫に、介護者や家族の介護をする姿や人が老い、死に向かう過程を見せることができ、子どもたちにとっても良い経験であったと考えられていた。

また、周囲の人々のねぎらいやほめられるという、他者からの評価を得ることで、今までの介護の体験を価値ある行為であったと認識していた。

## (2) 折り合い

介護者は、介護を“運命”と捉えることや“自分に言い聞かせる”という認識で介護体験に折り合いをつけていた事例もあった。(事例3, 4, 7)

## (3) 心残り・悲嘆

「やれるだけやった」という介護者が十分に出来る限りの介護を行ったという意識は、満足感や達成感をもたらしていた。しかし、一方で“心残り”や“悲嘆”を強く示した事例もあった。(事例2, 10, 11, 14)

# ・ 考察

## 1. 在宅介護選択の理由

本研究では、在宅介護を選択した理由として、【情緒的絆による扶養意識】【社会規範による扶養意識】【過去の体験のやり直し】【反施設感情】【環境物理的要因】があげられた。【情緒的絆による扶養意識】【社会規範による扶養意識】【反施設感情】【環境物理的要因】については、在宅で介護継続中の家族を調査した山本(1995)や佐伯(1997)、若年女性に老親の介護意識を調査した山根(1992)らの先行研究で明らかにされた介護動機とほぼ同様のカテゴリーであった。また、本研究では、【過去の体験のやり直し】が介護動機としてあらたに見出された。

日本の介護は家族の義務と責任という伝統的な価値観があり、その伝統的な価値観が在宅介護を受け入れる基盤となっていると言われているが、本研究においても伝統的な社会規範はまだ残っていると考えられた。しかし、社会規範が介護動機となる一方で、本研究では、被介護者の希望を叶えたいという[個の尊重]の思いが強く述べられた。これは、被介護者と介護者の情緒的絆、高齢者への敬愛の念を基盤として死を迎える場所という被介護者の最期の願いを叶えたいという介護者の強い思いがあった。その背景には、今まで



の生活なかで、被介護者と培ってきた関係性や個々の価値観、体験が影響を及ぼしていた。とくに、今回あらたに見出された【過去の体験のやり直し】は、過去に在宅で看取れなかった体験や介護が十分に行えなかったという体験をもつと、人生の強いところ残りとなり、たとえ介護の対象が変わっても在宅での看取りを達成したいという動機となっていたと考えられる。

## 2．介護の認識

介護継続中の介護者の認識を分析した結果、【介護受容】、【介護の肯定】、【介護負担】、【介護者の信念】、【被介護者への思いの変化】が抽出された。【介護受容】、【介護の肯定】、【介護者の信念】、【被介護者への思いの変化】を介護の肯定的側面、【介護負担】を介護の否定的側面と判断した。

これらの肯定的側面と否定的側面は、各介護者にどちらか一方のみが認識されているものではなく、ほとんどが両側面を表出していた。このことは、介護の否定的側面と介護の肯定的側面が同時に存在することを意味している。山本（1995）は、日本における家族介護は、介護の価値と困難によって形成される本質的にパラドキシカルな状況において行われていると述べており、天田（1999）は、家族介護者の認識は否定的価値、あるいは肯定的価値といった両極的な評価よりもむしろ双価的な評価であることが多く、諸局面を経てネガティブからポジティブへ一定の方向性を志向するプロセスであるが、一方で個別的方向性を有することを明らかにしている。本研究においても、それらを支持する結果となった。

ほとんどの介護者は、被介護者の希望を叶えるために「大変とは言っていない」、「介護の責任を持つのは家族だから」といい「夢中」で介護を行っている。これは、介護という困難なことを実施することが希望を実現することであり、つまり介護は困難なものであると同時に高い価値を持つものである。そして、思いが強いほど介護を夢中で行おうとする。介護負担感が高まり、限界点に達したときも、介護者は、「やっぱりかわいそうで（病院に）いられないんだよね」というように、被介護者への情緒的絆が介護を継続させていた事例もみられた。これは、たとえ積極的に介護を受け入れても、介護者の介護負担が重すぎると家族の危機状態につながる可能性を内在するものであった。

## 3．介護者の介護行動

個々の介護動機から、介護者は自分たちの手で介護を提供することにより、被介護者によりよい生活を提供し、死を迎える場所という被介護者の最期の希望をかなえたいという目標をもつものと考えられた。そして、介護者は、[介護の工夫] [希望を取り入れる] [共にいる]という【QOL実現】に向けて介護を行っていた。

家族の介護は、それぞれの介護者の価値観が介護の目標となり、それに基づいて実践される一連の行動プロセスと捉えられた。

そして、それらの介護者の介護行動は、被介護者の好ましい状態の変化や被介護者との関係性の変化をもたらすものとなり、また、提供された介護に対して、被介護者が喜びや感謝を示すことが介護者の自信につながり介護継続意思を高めることにつながっていたと考えられた。

#### 4．看取り後の意味づけ

吉田（1999）は、ホスピスの看護師を対象とした研究で、[ 良い看取り ] は看護師相互の間で共有されていた患者の死の迎え方の理想像を示すものである。[ 良い看取り ] は、看護実践の指針となっており、患者がそのような死を迎えることができるようかかわろうとしていたと述べている。本研究の対象者となった介護者においても、被介護者の希望を尊重し、自分自身が持っている死に対する思いから理想とする看取り方をもち、その[ 良い看取り ] が介護の指針となっていたと考えられる。そして、その介護実践を通して介護者が望んでいた看取りが達成できたことが高い満足感をもたらしたと考えられる。

また、自宅での看取りは【家族の成長】をもたらすものと認識された。介護を通して介護者と被介護者は今までよりさらに親密な関係となり、困難な状況を家族で協力して乗り越えることにより家族の絆が深まり、子どもを含めた家族員が人の老いや死について学ぶ機会となっていた。さらに【外的な報酬】を得ることで、これまで介護者が行ってきたことが認められることから、介護者の自信と満足を得ていた。

【家族の成長】や【外的な報酬】は、介護者がそれらを目的として介護をしてきたわけではないが、自宅で看取りを行うことの付加価値として介護者に認識され、自宅での介護や看取りに意義を与えるものとなっていたと考えられる。

#### 5．看護者の役割と支援体制の検討

##### （1）療養場所決定時の支援

本研究より介護者は、個々の体験や価値観に基づくさまざまな介護動機のダイナミクスにより、在宅介護を選択していた。また、介護に不安や困難を感じながらも、在宅介護に対する価値観の強さから積極的に介護を受け入れ、QOL実現に向けての介護を実践していたことが明らかとなった。そして、このような介護が実践できたことで、介護者の満足につながるものであった。

河原（2002）は、看護者の家族に対する先入観や看護者自身の家族観によりアセスメント内容やケア内容が看護者の押しつけになってしまう危険性があると述べており、在宅介護を支援する看護者は、このような介護者のさまざまな介護に対する思いや家族の持っている力を理解し、援助を行っていくことが重要であると考えられる。

また、本研究では、介護者が在宅介護の価値観の強さにより不安やリスクを伴う場合も在宅介護を選択し、常に介護者が介護負担と価値がせめぎあっている不安定な状況のなかで介護を継続していることが明らかとなった。これは、たとえ、積極的に介護を引き受け

ても、介護者の介護負担が重すぎると家族の危機状態につながる可能性を内在するものであった。

その背景には、在宅介護開始時に情報の不足により公的サービスの導入がスムーズに行えなかったと考えられる事例が数例あったことから、情報の不足という問題があると考えられる。在宅療養継続の事例では、それまで公的なサポートを受けていなかった場合、療養場所の意思決定場面で専門職の支援はなく、どこに相談をしたらよいかもわからず十分な社会資源の情報収集もなされないままに意思決定が行われていた。そして、さらに状態が悪化してから初めて訪問看護が依頼させる事例もあった。入院から在宅への移行においては、病院の医師や看護師からの情報提供が行われ、病院の在宅部門への移行が比較的スムーズに行われていたが、外来では十分な在宅開始に向けての支援が行われていない場合もあった。病院においては療養場所の意志決定時に、外来患者も含めて、在宅復帰および開始のための支援体制の強化と地域との連携が重要であると考えられる。また、在宅に潜在的にいると思われるサービス利用対象者の把握も必要であり、今後の在宅支援の課題であると考えられる。

## (2) 臨死期の支援

本研究の介護者は訪問看護師の具体的な指導や適切な判断、援助に安心感を得て、介護者と訪問看護師の信頼関係が築かれていた。高齢の介護者が一人で介護を行っていた介護力が低いと考えられる事例もあったが、複数の公的サービスを活用し身体介護などを公的サービスが担っていくことで在宅での看取りが可能となっていた。また、臨死期は介護者の不安や負担も大きくなるが、訪問看護師の頻回の訪問、主治医や訪問看護師といつでも連絡がとれるようにすることが安心感につながっていた。さらに、訪問看護師などが被介護者の死期を予測し、家族に伝えることで心の準備ができ、家族に囲まれた死を迎えることにつながっていた。臨死期には、週末や夜間を含めた緊急時の24時間連絡体制の確保、死期の予測などは、在宅での看取りを支えるために大変重要な支援であった。

しかし、往診医の確保が困難であった事例や医師の往診がなく死亡診断のみを病院で行った事例もあった。先行研究でも、往診医が少ないこと、在宅での看取りに積極的な医師が少ないことは終末期ケアの阻害要因として指摘されている(川越ら 2002)。また、全国の訪問看護ステーションの活動状況では、44.9%が24時間連絡体制をとり、61.8%が営業日の時間外の体制をとっているが、そのほとんどは自宅待機で当直制をとっているのは2.0%と極めて少ない現状であり(厚生労働省 1999)、わが国では十分な24時間体制の支援体制が整備されているとは言えない。今後、死亡者数の増加するなか、在宅療養のニーズが高まることが予測され、医療チームでの24時間対応システムが必要となると考えられる。

## ・本研究の限界と今後の課題

本研究の研究対象者数は18名であり、調査地区も限られたことから、この結果を広く

一般化することはできないと考えられる。また、自宅での看取りに対して満足感が高かった対象や条件が整っていた対象者が本研究に協力をしてくれた可能性もあり、在宅死を看取ったすべての介護者を反映するものではないと考えられる。

今回の研究では、自宅での看取りを実現できた介護者のみを調査対象者としたため、今後は、自宅での看取りができなかった介護者についても調査し、死を迎える場所による介護者の認識を検討することで、介護者、被介護者双方が満足する看取りを行えるための、在宅介護を支援する専門家の役割を検討していくことが必要である。

謝辞)

本研究においてご協力いただきましたご家族の方々、7カ所の訪問看護ステーションの皆様、国際医療福祉大学付属熱海病院の山口看護部長さんに心から深く感謝いたします。

また研究のご指導をいただきました国際医療福祉大学大学院荒井蝶子教授、渡辺孝子教授、国際医療福祉大学の豊嶋三枝子助教授にこころより御礼申し上げます。

## 引用文献:

- 天田城介:在宅痴呆老人家族介護者の価値変容過程,老年社会科学,21(1),48-61,1999
- 樋口京子 他:在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護の満足度」に関連する要因,厚生指標,48(13),8-15,2001
- 人見裕江 他: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,川崎医療福祉学,7(2),327-333,1997
- 人見裕江 他:郡部における高齢者の在宅死に及ぼす要因,川崎医療福祉学会誌,10(10), 87-95, 2000
- 平典子:終末期がん患者の家族が看病に見いだす意味,こころの看護学,3(4),313-320,1999
- 石井敏明:高齢者の在宅介護阻害要因,公衆衛生,64(2),135-142,2000
- 川越 厚 他:終末期ケア体制のあり方に関する研究,平成13年度厚生労働省老人保健事業費等補助金事業研究報告書,P111,2002
- 河原 宣子:ケアのアウトカムから信頼関係を構築,看護,54(7),P121,2002
- 木下由美子:在宅療養者の最期の場所を自宅に決定する要因,ターミナルケア,10(2),148-155,2000
- 厚生労働省統計情報部編:平成12年度人口動態調査,P137,2000
- 厚生労働省統計情報部編:訪問看護統計調査 平成10年,1998

- 小林奈美:都市に居住する要介護高齢者の在宅死の特徴とそれに関連する要因の検討,  
老年看護学,5 (1),59-70,2000
- 小林奈美:要介護者を看取り終えた介護者の感想とその満足に関連する要因の検討,  
日本地域学会誌,1(1),30-31,1998
- Lawton MP :Measuring caregiving appraisal. Gerontol, 44, 61-71, 1989
- 馬庭恭子 他:末期がん患者を自宅で看取った家族の介護体験の意味の発見,日本看護学会第27  
回地域看護,46-49,1996
- 右田周平他:痴呆高齢者の家族介護の肯定的側面に関する因子構造とその関連要因,  
老年看護学, 6(1),2000
- 宮原伸二他:農村における在宅死の多角的検討,日農医誌,47(6),879-893,1999
- 中谷陽明・東條三雅:家族介護者の受ける負担,社会老年学,29,27-36,1989
- 中村陽子他:都市の在宅死と介護における医療福祉の課題,川崎医療福祉学会(2),225-230,2000
- 斎藤恵美子他:家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討,  
日本公衛誌,48(3), 2001
- 佐伯和子他:在宅介護者の介護動機の構造,札幌医科大学保健医療学部紀要,1,23-30, 1997
- 櫻井成美:介護肯定感をもつ負担軽減効果,心理学研究,70,203-210,1999
- 山根律子他:老親の介護に関する若年女性の意識,社会老年学,35,57-65,1992
- 山本則子:痴呆老人の家族介護に関する研究,看護研究,28(5),73-91,1995
- 吉田みつ子:ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究,日本看護科学学会誌,  
19(1),49-59,1999

表-1 対象者一覧

事例	被介護者					介護者					その他			
	疾患名	年齢	性別	ADL等	痴呆の有無	続柄	年齢	性別	就業状況	介護期間	居住形態	家族状況、副介護者等	利用していたサービス	
T 北 部	1	糖尿病左高血圧、 下肢壊死、	78	男	ADL全介助 褥創あり	あり	妻	78	女	無職	1ヶ月半	同居	別居の息子夫婦(同一町 内在住)の協力あり 副介護者なし	訪問看護、訪問介護、 訪問入浴、往診
	2	脳梗塞、高血圧、 心不全	93	女	ADL全介助 褥創あり	あり	嫁	68	女	無職	1年	同居	夫、息子、嫁、孫と同居 同居の嫁が副介護者、	訪問看護、ディサービス、 往診
	3	老人性痴呆、 気管支炎	96	女	ADL全介助	あり	実子	71	男	無職	1ヶ月半	同居	被介護者と2人暮らし、 副介護者なし	訪問看護、訪問介護、 往診
	4	右大腿骨頸部 骨折	83	女	ADL全介助 褥創あり	あり	嫁	52	女	畜産業	3ヶ月	同居	義父、夫、娘と5人暮らし	訪問看護、往診
	5	大腸がん	76	女	ADL全介助	なし	嫁	46	女	自営業	1ヶ月半	同居	被介護者の実娘が副介 護者(泊まり込みで介 護)、 夫と同居の協力あり	訪問看護、訪問入浴、 往診
	6	糖尿病、脳梗塞	87	女	ADL全介助 褥創あり	あり	嫁	65	女	無職	3年	同居	副介護者なし、夫も脳梗 塞で要介護状態	訪問看護、往診
	7	脳梗塞、心不全、 てんかん	88	女	ADL全介助 褥創あり	あり	実子	68	男	無職	8年2ヶ月	同居	副介護者なし、妻も脳梗 塞で要介護状態	訪問看護、往診、
	8	パーキンソン病、 右大腿骨骨折	76	女	ADL全介助	なし	嫁	54	女	無職	3年	同居	義父、夫と3人暮らし、義 父、兄弟の介護協力はあ り、副介護者なし、	訪問看護、往診
	9	糖尿病、狭心症、 高血圧、大腸癌	87	女	オムツ使用他 は見守り	あり	嫁	60	女	就業	4年半	同居	夫、息子、嫁、孫と同居 副介護者なし	訪問看護、往診
	10	膵臓頭部癌	96	男	死亡1週間前 まで自力歩 行可	なし	嫁	74	女	農業	1ヶ月半	同居	実娘・婿・孫と同居、 娘が副介護者	訪問看護、往診
S 東 部	11	大腸癌	83	男	死亡前2ヶ月 ADL全介助	なし	妻	75	女	無職	6ヶ月	同居	被介護者と2人暮らし、 副介護者なし	訪問看護、往診、訪問介 護、訪問入浴
	12	老人性痴呆、骨折	89	女	ADL全介助 褥創あり	あり	嫁	67	女	自営業	10年	同居	夫と3人暮らし 副介護者なし	訪問看護、往診、ディ サービス、ショートステイ
	13	胃癌(末期)	87	男	死亡前1ヶ月 ADL全介助	なし	嫁	42	女	就業	6ヶ月	同居	夫と夫の母と同居 被介護者の妻(80歳)と嫁 が協力して介護	訪問看護、往診、
	14	大腸癌	87	女	死亡前1ヶ月 ADL全介助	なし	娘	56	女	自営業	6ヶ月	同居	夫と3人暮らし 姉妹の介護協力あり	訪問看護、往診
	15	肺癌、脳梗塞	83	男	ADL全介助	なし	娘	61	女	自営業	6ヶ月	同居	両親と同居 副介護者なし	訪問看護、訪問介護、 往診
	16	頸椎損傷 喉頭癌	67	男	ADL全介助	なし	妻	63	女	就業	13年	同居	被介護者と2人暮らし、 副介護者なし	訪問看護、訪問入浴、 往診
	17	多発性脳梗塞、 老人性痴呆	77	女	ADL全介助	あり	夫	72	男	無職	4年	同居	被介護者と2人暮らし、 副介護者なし	訪問看護、往診
	18	パーキンソン、 狭心症、慢性腎炎	93	女	死亡前3ヶ月 ADL全介助	あり	嫁	65	女	就業	2年	同居	夫、娘と同居 娘の介護協力あり	訪問看護、訪問介護、 訪問入浴、往診