

2007 年度 在宅医療助成 一般公募（後期）完了報告書

在宅での看取りの質が  
遺族の悲嘆プロセスに及ぼす影響の  
社会心理学的研究

—在宅で看取った遺族たちの Unfinished Task への取り組みと  
悲嘆の継時的変化に焦点をあてて—

佐藤 貴之

関西大学大学院 心理学研究科 心理学専攻

高木 修

関西大学 社会学部

# 目次

本研究の背景と目的	— 1 —
本研究に期待される成果	— 6 —
方法	— 8 —
結果	— 8 —
考察	— 11 —
結語	— 14 —
引用文献	— 15 —

謝辞

## 本研究の背景と目的

私たちにとって「愛する人」は、生活を営む上で重要な存在であり、その「愛する人との死別(bereavement)」は重大な喪失感を伴うストレスフルなライフイベントである。

愛着の対象となる人や物の喪失による悲嘆の心理過程を「喪の仕事(mourning work)」と提唱した S.Freud 以降、精神分析家を中心となり、死別体験後の遺族の悲嘆に関する研究が多く行われてきた。

悲嘆プロセスにおける悲嘆反応は、段階的な位相を経過しながら解決へ進むとされており、Worden(1982)は、その過程で解決すべき課題を「悲嘆の課題モデル」としてまとめている。Worden の「悲嘆の課題モデル」を Figure1 に示す。

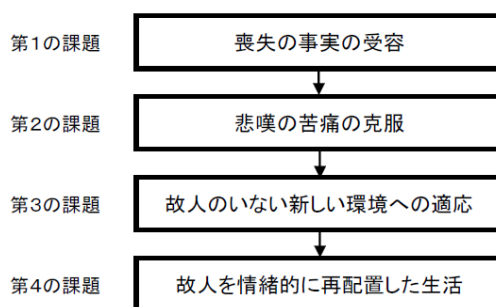


Figure 1 Worden (1982) の悲嘆の課題モデル

第一の課題の「喪失の事実の受容」は、愛する人が死んだという事実、戻ってくることはないという事実直面する段階であり、喪失の事実の否認、喪失の意味の否認、喪失の取り消し不能の否認は、この課題の遂行の障壁となる。また、葬儀などの儀式により死の事実を物理的に確認する行為は、課題遂行の一助となりうる。

第二の課題の「悲嘆の苦痛の克服」では、肉体的な痛み、情緒的な痛み、行動的な痛みを享受し、乗り越えることが必要であり、Worden は、“情緒的受容を喪失の苦しみを表現することは健全なことである”という立場に立脚し、この課題の失敗によって何

らかの症状を呈したり、常軌を逸した行動が表出すると主張した。愛する人を亡くし悲嘆に暮れている遺族に対し、その周囲の人々が励ましのメッセージとして“悲しんではいけない”という言葉を送るが、それはこの課題の遂行に悪影響を及ぼす。また、不快の心理状態を脱するため、アルコールや薬物を過剰に摂取することは、この課題の完了の妨げとなる。

第三の課題「故人のいない新しい環境への適応」においては、本人と故人との関係性が遂行の困難さを規定する。この課題を完了するためには、故人が生前とっていた役割を認識し、自身の役割を再構成することが必要となり、その過程において、これまでの人生観や死生観、哲学的信念の問い直しを迫られる。

第四の課題「故人を情緒的に再配置した生活」を送れるようになるためには、遺された人自身の情緒的な生活のなかに故人の適切な居場所を作ることが必要となる。物質的な居場所から心理的な居場所への再配置と捉えることが可能である。

また、Deeken (1996) は、悲嘆プロセスを4段階に大別し、さらにその過程で生起する悲嘆反応を細分化した「悲嘆の 12 段階説」を提唱している。Deeken の「悲嘆の 12 段階説」のモデルを Figure2 に示す。

しかし、これら段階説では、厳密な段階枠が可逆的かつ一方向的でない点や、死別体験後の多様な変化や個別性を十分説明できない点 (Wortman et al.,1987) などの問題指摘がなされており、今日では、死別体験における個人差を考慮に入れた実証的な悲嘆研究が行われている (e.g ,Brown et al.,1992; Stroebe&Schut,1999; 富田ら,2001)。

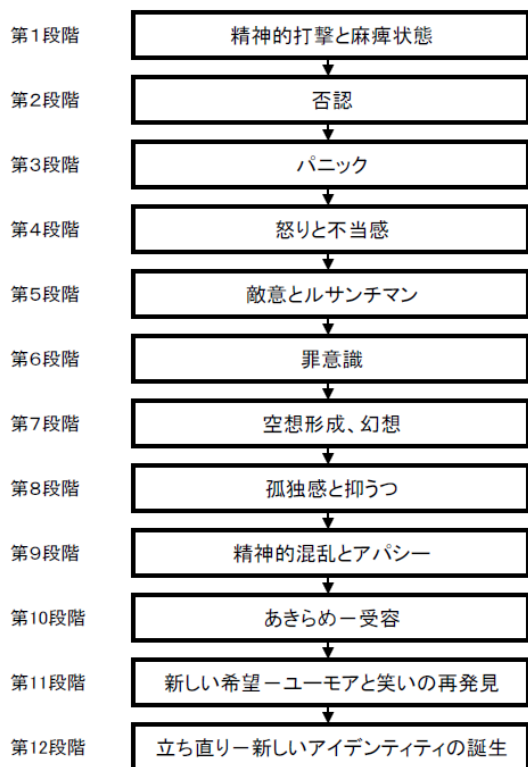


Figure 2 Deeken (1996) の「悲嘆の12段階説」モデル

申請者らが行った一連の研究(佐藤・高木,2006;佐藤,2006)では、死別体験後の遺族が自己や他者に課す「課題(これを Unfinished Task と呼ぶ)」が、病名告知・予後告知・在宅療養への移行といったトリガーイベントによって顕在化し、その重要性が患者(故人)と課題との関係性とその遂行がもたらす効果とによって規定されると定義した。また、縦断的な面接調査に基づいて、悲嘆反応の規定因としての「課題遂行の質」に着目した「遺族の悲嘆克服プロセスモデル」を構築して、社会心理学的な視点からそのプロセスに及ぼす対人相互作用の影響を検討した。遺族の悲嘆克服プロセスモデルを Figure3 に示す。

患者の家族の病前・病中・没後における故人との関係に対する主観的評価は、その時間的な経過の中で複数の要因の影響を受け、変化していくものである。病中の患者との関係評価は、患者との関わりの動機となり、患者との相互作用およびその評価に影

響を与える。患者との関わりを通じ、病前における患者との関係の評価が変化したり、病前の関係評価をより一層強調することもある。

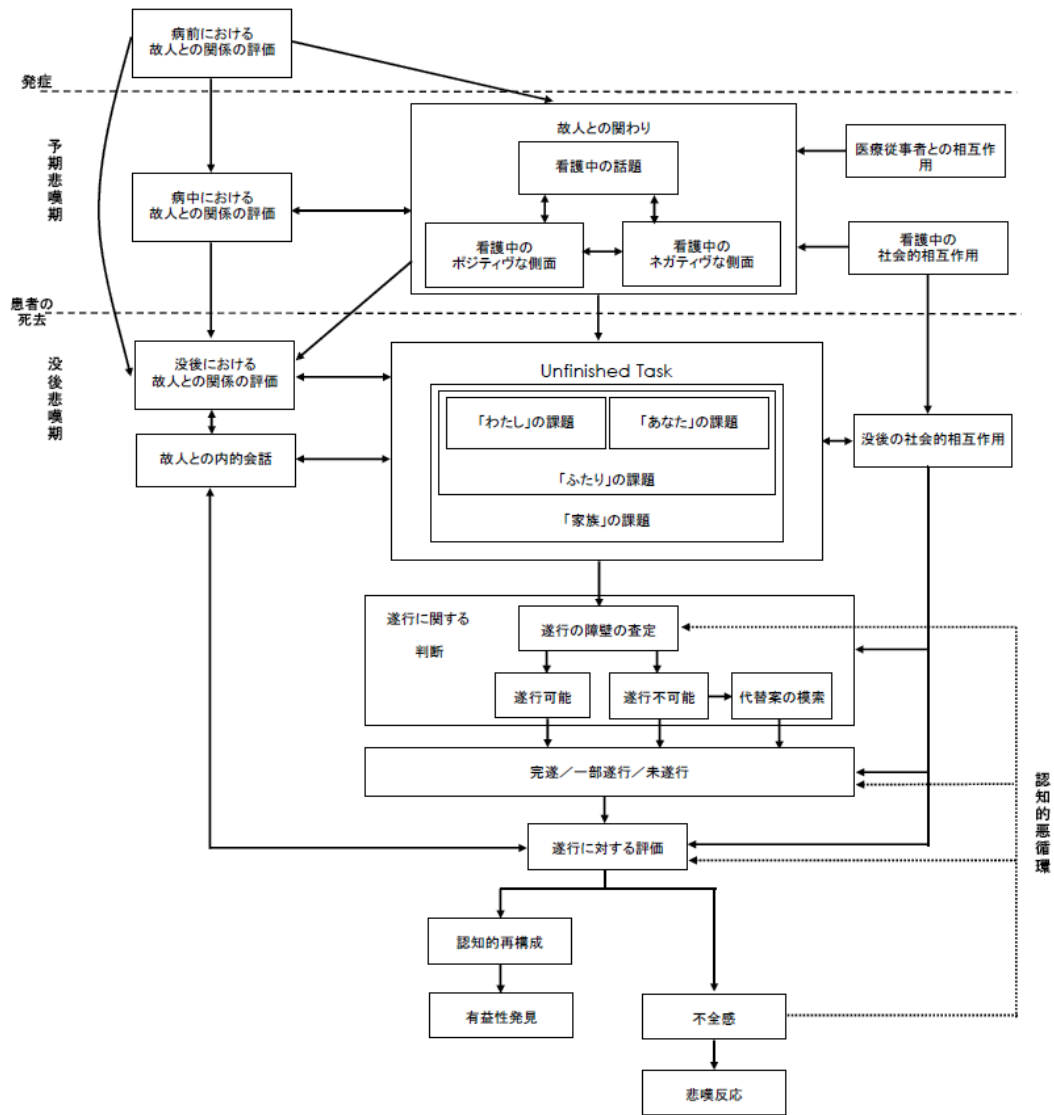


Figure3 遺族の悲嘆克服プロセスモデル

患者の家族に対する医療従事者との相互作用の影響力は、疾患の非可逆的病理変化に伴い、病名告知、術後経過の報告、予後告知、緩和医療への移行の進言などにおいてもっとも強くなる。また、それ以外の社会的相互作用は、病中・没後を通じて、家族の心的過程に正負両面の影響を与える。

患者の没後、その家族には **Unfinished Task** が生起する。**Unfinished Task** とは、患者を含めた家族構成員が対自的・対他的に課す課題であり、行為の主体によって、「わたしの課題」「あなたの課題」「ふたりの課題」「家族の課題」に分類され、その4つは階層構造を成し、死別時点で顕在化しているものと、死別後の生活を通じ生起するものがある。**Unfinished Task** は、闘病中の故人との関わりや没後における故人との関係の主観的評価によって規定される。また、その課題をどう評価するかによって、没後の関係評価に影響を与えることもあり、**Unfinished Task** と没後における故人との関係の主観的評価は相互規定的な関係にある。

**Unfinished Task** は、まずその遂行にとっての障壁が何かについて査定され、その結果から遂行可能あるいは遂行不可能かの判断がなされ、遂行不可能である場合、代替案を模索することがある。遂行に関する判断がなされた後、行動の段階に移行するが、仮に遂行可能と判断された場合あるいは代替案があった場合でも、完遂・一部遂行・未遂行のいずれかが選択される。遂行不可能と判断された場合は、遂行されることはないので、未遂行となる。

完遂・一部遂行・未遂行のいずれかを選択した場合においても、その評価がなされる。その評価がポジティブなものであれば、自身が体験した死別に関して認知的再構成にスムーズに移行し、死別体験の有益性発見へと繋がる。一方、遂行の評価がネガティブなものであった場合、不安全感が生じ、その結果、悲嘆反応が生起する。家族が心の中で交わす故人との内的会話は、遂行の評価の適切性について検討する際に影響を及ぼす。遂行に対する評価がネガティブで不安全感が生起した場合、その不安全感の低減のために、前段階に戻り、障壁の査定の妥当性について確認したり、行動を変化させようとしたり、再評価をしたりするが、それらに失敗してしまうと認知的悪循環(自動的で侵入的な反芻)に陥る。

看取りの場所が同じ「在宅」であっても、故人の希望を叶えるために「在宅療養」に移行した場合と、治療のため通院していた病院から“見放された”と認知し、やむを得ず

「在宅療養」を選択した場合とでは、それを支える家族の動機や負担感が異なり、「課題、Unfinished Task」の構造および課題遂行の機能に差異が生じると予想される。申請者らが行った研究(佐藤,2007)も、“見放され”感を抱きつつ「在宅療養」に移行した遺族が、長期にわたる医療従事者へ怒りの感情や医療不信感を抱いていることを明らかにしており、移行の経緯が悲嘆反応に与える影響は少なくないと推察される。

そこで本研究では、在宅で看取りを行った遺族らに対し半構造的面接を行い、「在宅療養」への移行の意思決定過程、および、その過程における医療従事者との相互作用に対する評価とが看取り中の心的プロセスに与える影響を検討するとともに、「在宅療養」に特化した「課題、Unfinished Task」の構造を探索的に検討する。また、課題の継時的変化に与える対人相互作用の影響と悲嘆反応との関連性を前述の「遺族の悲嘆克服プロセスモデル」に沿って検討し、よりよい「在宅療養」のあり方を社会心理学の視座から考察することを目的とする。

## 本研究に期待される成果

本研究がもたらす成果は、愛する人との死別というライフイベントを中心に据えた遺族の生活時間軸において、患者と関わる臨床現場への事前介入(pre-intervention)と事後介入(post-intervention)のあり方に適用が可能であり、還元の対象は「人」・「場(臨床現場)」・「地域(社会)」を想定する。なお、還元対象である「人」には、患者(死にゆく人)とその死を看取る家族だけでなく、看取りの場において重要な役割を果たす医療従事者も含まれる。

小原(1994)は、死に臨む人の人生の質を「Quality of death(QOD)」として捉え、死にゆく人の『死にがい』だけでなく、その死を看取る人の『死なれがい』をも包括する概念としており、死別後の遺族の悲嘆を鎮める効果があると主張しているが、QODに関する実証的研究は少なく、その多くは青年期における自死観念を扱ったものであ



る。

本研究では、在宅療養時における「課題、Unfinished Task」の遂行満足度が QOD に正の影響を与えると仮定し、患者と家族がその遂行を通じて残された時間をどう過ごすのかを検討するとともに、遂行に満足するためには医療従事者が「場」においてどんな援助を提供することが望ましいかについて検証する。本研究の事前調査として行った医療従事者に対するヒアリングでも、「患者の死が迫った家族に対し、どう接し、声かけをすればいいのか分からない」との回答もあり、特に、終末期看護教育の一環として、医療従事者に対する還元にも重点を置いている。

また、本研究のフィールドとして設定している地域は、開発後 40 年余が経過して住民の高齢化が進む住居地域が点在しており、周辺各市が在宅医療に関する積極的な広報活動を展開している。これらの活動を通じた研究知見の提供は、「地域」市民の在宅医療の正しい理解と態度形成の一助となり、死の準備教育 (death-education) に果たす役割は大きいと考える。以上が、事前介入としての活用である。

事後の介入として、遺族のグリーフケア活動への実践的応用をあげる。

Wortmanら(1987)の指摘にあるように一元化したグリーフケアアプローチには限界があり、臨床現場においては、個別の看取りの質やその認知過程に焦点を当てたケアが望まれている。また、在宅死の希望、生前遺言(リビング・ウィル)、生前葬の施行など、自分の死を想定した対処も高まりを見せており、故人が生前にそれらを望んでいた場合、その遂行の有無が遺族の悲嘆に影響を与えることが予測できる。本研究は、「在宅療養」に特化した「課題、Unfinished Task」の構造解明及びその継時的変化を体系的に解明することを目的としており、得られる知見は、効果的なグリーフケア実践への還元が期待される。フィールドワーク調査により、その効果を段階的に確認していくのも本研究の特色のひとつである。

## 方法

本研究の倫理的配慮については、関西大学大学院心理学研究科の研究・教育倫理委員会の承認を得た(認定番号第 0002 号)。

関西地区で在宅ホスピスケアを行う医療機関(以下、Aクリニックと記す)を利用し在宅で看取った遺族らが自主運営する「家族の会」の協力を得て、2008 年 10 月から 2009 年 2 月の間、会の活動の参与観察を通じ、データを収集した。得られたデータは、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を用いて、抽出された概念を体系的に整理した。また、2008 年 11 月に開催された家族の会総会において、アンケート調査を実施し、会の活動に対する意見を求めた。M-GTA を用いる理由は、この技法が人と人との社会的相互作用を説明するのに優れた理論であるからである。また、この技法は、研究の対象となる現象がプロセス的性格をもっている場合に特に有効であり、家族を中心とした患者との関係、家族同士の関係、医療従事者との関係の中で変容していく家族の心的過程を解明しようとするこの研究の目的に合致するからである。

## 結果

まず、「家族の会」とAクリニックの概略と活動内容について述べる。

「家族の会」は 2006 年 11 月に発足し、現在の会員数は 70 名余。発足当時は、Aクリニックで訪問看護を受けながら看取った家族であることが入会の条件であったが、現在では他医療機関を利用し在宅で看取った家族や在宅ホスピスに対する理解や興味を持つ一般の人々まで間口を広げている。会の主たる活動は、月2回開催される茶話会とAクリニック利用中の家庭に訪問するホスピスボランティア、年1回開催される総会の開催である。また、活動報告のために、年数回(不定期)の会報発行を行っている。

Aクリニックは、神経ブロック療法を中心としたペインコントロールを施す外来部門と

在宅療養におけるペインコントロールを行う在宅部門を2つの柱として展開している。中でも、終末期癌や脳梗塞後の在宅療養に積極的に取り組んでおり、痛みのコントロールをはじめ、さまざまな症状の緩和や精神的サポートなど、医師や専属の訪問看護師が24時間・365日の体制で治療・看護する「在宅ホスピス」として認知されている。

本研究では、「家族の会」における茶話会の場で交わされた会話等を中心に整理した内容を結果として以下にまとめた。

「家族の会」の会員らの活動への参加動機は、「お世話になった医療機関への感謝から」が大半を占め、次いで「看取り経験を誰かのために活かしたいから」「同じ体験をした人たちとの交流で癒されるから」であった。会の立ち上げに際し、Aクリニック側から遺族に呼びかけ、召集した経緯があり、「お世話になった医療機関への感謝から」という返礼的動機によって参加した会員が会運営の中心的存在となっていた。

会員らは主になん種による在宅での看取りを行っており、看取りの評価については「普段通りの生活のまま最期を迎えられて良かった」「本人の希望を叶えられたので良かった」「あの経験によって、自分が成長できた」というポジティブな評価とともに、「もっと早く在宅に移行すれば良かった」「納得はいかないが、病院で亡くなるよりは良かった」「無我夢中で実感がない」などの意見もあった。

発足間もない時期においては、新規参入会員が分かち合いの機会自身の後悔を吐露した際に、「家で看取りができたのだから」「病院で亡くなったご家族よりはマシ」等の発言を行う会員もおり、看取りの評価を内的に強化する行動もみられた。

会設立後2年経過後、メンバー内で重点活動方針に関する意見が二分化し（「ボランティアとしての市民活動」「会員のためのセルフヘルプ活動」）、一時活動が停滞するが、会に強い影響力を有していた中核メンバー数名が脱会し、2008年4月に新体制で活動が再開された。

活動再開以降、茶話会における議論の中心は、2008年11月に開催予定の第4回家族の会総会の運営計画となった。特に、Aクリニックが主催した前3回の開催内容が

遺族の望む内容と乖離していたことを指摘し、茶話会の中では次開催は「家族の会」の企画で実施する意向の確認を行った。茶話会で決議した内容をAクリニックに提案したがクリニックの意向に沿わず、その調整過程において、クリニック側の担当者の発言により不信感を抱く会員もいた。また、一連の出来事から「お世話になった医療機関への感謝から」という動機で会に参加していた会員の意識に変化が生じ、「大切な人の看取りを行った医療機関が本当にAクリニックで良かったのかを確認するため」との発言もみられた。

最終的に、家族の会総会のプログラムは、前半部分がAクリニックの企画(クリニックの患者を取材しテレビ放映された番組のビデオ上映、講演)、後半部分が華族の会の企画(パネルディスカッション、フリー懇親会)で決定し、総会当日は会員、近隣医療機関の医療関係者、一般市民ら約 60 名が参加した。フリー懇親会では、近隣医療機関の医師が「ご家族の皆さんの生の声が聞きたい」と呼びかけ、在宅療養移行に際して不安だった点、不満だった点について、参加者全員が発言した。

会終了後、参加者に対して、プログラムの満足度(5件法、1.とても不満～5.とても満足)と家族の会の活動への関心度(5件法、1.まったく関心がない～5.大いに関心がある)を問うアンケートが実施された。回収されたアンケートの結果を Table 1 および Table 2 にそれぞれ示す。

Table 1 プログラムの満足度

	ビデオ	講演	パネルディスカッション	懇親会
N	35	35	36	34
平均	4.66	4.74	4.14	4.38
SD	0.54	0.44	0.96	0.78

Table 2 家族の会の活動への関心度

	茶話会	会報作成	家族会の準備	患者や家族へのボランティア	講演会・勉強会への参加
N	32	31	32	30	33
平均	3.66	3.77	3.84	3.80	4.24
SD	0.97	0.99	1.05	0.89	0.83

プログラムの満足度についてみると、「講演」の満足度が最も高く、「家族の会」が企画したプログラム（「パネルディスカッション」「懇親会」）は、Aクリニックが企画したプログラムよりも満足度が低かった。

次に、「家族の会の活動への関心度」では、「講演会・勉強会への参加」が最も関心が高く、「茶話会」「会報作成」に対する関心は比較的lowかった。

総会後の茶話会では、総会の報告と反省会が行われ、参加者間で意見交換が行われた。会の活動への関心は「講演会・勉強会への参加」が最も高く、「在宅ではなく、一般病院で看取った家族の意見も聞いてみたい」「在宅ホスピスを取り巻く現状をもっと知りたい」などの意見があった。また、「看取り後間もない参加者にどう声をかけていいか分からなかった」という対峙する遺族との死別経過期間の違いからくる戸惑いや「元気な人を見ると、かえって気が落ち込む」など相互作用のネガティブな側面に関する意見もあった。総会後は、Aクリニックへの転院実績のある近隣医療機関の地域連携室へのサポート活動、会員が演者として自身の体験を一般市民に伝える講演活動などの新規活動に取り組む変化がみられた。

## 考察

本研究の対象となった「家族の会」の会員の参加動機は、看取りを行った医療機関への返礼、同様の体験をしている他者への還元、自身の癒しであった。会員らは必ずしも看取りのあり方や移行過程に満足しているわけではなく、病院での看取り体験者と

自身の看取りを比較し、評価維持を行っている会員もみられた。また、死別後参加した会の活動を通じ、その評価の高揚に努める傾向がみられた。

これらの結果から、遺族における在宅療養のあり方に対する評価は、必ずしも固定的なものではなく、死別後の生活を通じ、変容する可能性が示唆された。これは、在宅療養に限定した心的過程ではなく、先行研究にあるように、故人の死亡場所が病院等であっても、同様のプロセスが仮定できる。

新体制で活動再開以降、セルフヘルプ活動を中心に行ってきた「家族の会」は、従来研究されてきたセルフ・ヘルプ・グループ(Self-Help Group、以下 SHG と略す)の活動とは異なる点がある。

本来、SHG とは、自然発生的な小グループであり、対面的、社会的な交流とメンバーの個人的責任を強調し、特定の目標を達成するために、相互援助を目指して作られる(Katz & Bender, 1976)。Adams (1996) は、グループと専門家の関係の強さから、①専門家が SHG を取り込む(integral)タイプ、②専門家が SHG を側面から援助する(facilitated)タイプ、③専門家から SHG が自立している(autonomous)タイプの3つに分類している。専門家が SHG を取り込むタイプでは、専門家が運営し、直接指導し、資源を提供する。SHG 本来のあり方とはかけ離れ、専門機関の中に取り込まれていることがある。日本では、病院内のグループや行政が取り込んでいるグループも少なくない。専門家が SHG を側面から援助するタイプでは、専門家が当事者を集めたり、活動の雰囲気づくりを行うなど、間接的な働きをしている。専門家から SHG が自律しているタイプでは、専門家と SHG の間に、明確な境界が存在している。このタイプは、主体的に組織され、専門家から独立して運営がなされており、常に両者の関係を問いながら活動している。

本研究の対象となった「家族の会」の特殊性の第一は、専門家が存在せず、会員らが在宅での看取り経験から得たものを、現在同様の体験をしている場に還元しようと試みることを通じ、ヘルパーセラピー効果を得ている点である。

しかし、このあり方は、遺族の二次的トラウマティック・ストレス (Secondary Traumatic Stress、以下 STS と略す) を誘発させる危険性を抱えている。

Figley(1999) は、STS を以下のように定義している。STS とは、自分にとって大切な人がトラウマとなる出来事を体験したことを知ることにより、自然に当然の成り行きとして起こる行動や感情である。また、これはトラウマを受けた人、もしくは苦しんでいる人を援助しようとすることから生じるストレスである。この現象は、共感性ストレス、または共感疲労とも言い換えられる。専門的な援助技術の中では、関係性と共感が重要であるとされている。深く傷ついた体験は、受容と共感が保証され、信頼関係(ラポール)を前提に援助者に対して語られていく。すなわち、共感と信頼関係の樹立という援助的な専門性を行使すればするほど、STS にさらされる場面に遭遇しやすくなるというジレンマが存在する(藤岡, 2006)。

総会の報告と反省会においても、「元気な人を見ると、かえって気が落ち込む」という発言がみられたように、自身と同様の心理状態ではない遺族および在宅療養に取り組む家族らとの相互作用によって、「自分はこの人より劣っていて、弱い人間である」という自己認知が働き、その結果として落ち込みなどネガティブな感情を経験することになる。このことから、側面的支持を行う専門家が会員らに対しケアを行うことも今後の課題となるであろう。

「家族の会」の特殊性の第二は、看取りを行った医療機関と遺族の関係が密接な点である。病院で死亡した患者の遺族が、看取った場所に赴いたり、その医療機関と関わりを持つことは、当時の記憶を想起し心的負担を強いられることから、それらの行動を回避する傾向がみられるが、在宅療養で看取った遺族は、患者との死別後も看取った場所で生活するのが大半である。さらに、その状況において、「家族の会」に参加し、看取りを行った医療機関との関係を継続することは、必然的に当時の記憶を想起させることになる。看取りの評価がポジティブであれば、医療機関との密接な関係の継続は、評価の肯定化につながり、死別後の悲嘆プロセスに対峙する資源になり得る。

しかし、このような状況における医療機関との密接な関係は、看取りの評価に対する負の側面の影響も併せ持っている。茶話会で決議した総会の内容について、Aクリニックに提案した際に、クリニック側の担当者が「やりたくないのなら、すべてクリニック側で企画する」「他にも元気で活動的なご遺族はたくさんいる」と発言を受け、これまでの看取りの評価が揺らぎ、「大切な人の看取りを行った医療機関が本当にAクリニックで良かったのかを確認するため」という参加動機に変化した会員もいた。死別後のグリーフケアに直接的あるいは間接的に関わる医療機関の担当者は、その影響力に留意した上で相互作用を行っていく必要がある。

## 結語

結果に記したように、「家族の会」の活動は従来のあり方より拡充し、クリニックへの転院実績のある近隣医療機関の地域連携室へのサポート活動、会員が演者として自身の体験を一般市民に伝える講演活動などの新規活動に取り組んでいる。その活動およびそれに対する評価が、会員の看取りの評価にどのような影響を与えるかについて、今後も継続し研究調査を行っていく予定である。

本研究で得られた結果は、国内外の学会および研究会にて発表するとともに、国内外の学術雑誌への投稿を予定している。これらの研究成果の公表が、心理学領域はもとより医療・福祉などの関連する他領域の研究に寄与するだけでなく、より学際的な研究への発展の契機となることを期待し、結語とする。

■本研究は、財団法人在宅医療助成勇美記念財団 2007 年度在宅医療助成を受けて行った。



## 引用文献

- Adams, R. (1996). *Social Work and Empowerment*. Indianapolis: Macmillan.
- Brown, R.T., Kaslow, N.J., Hazzard, A.P., et al. (1992). Psychiatric and family functioning in children with leukemia and their parents. *American Academy Child Psychiatry*, 31, 495-502.
- Deeken, A. (2001). *生と死の教育* 岩波書店
- Figley, C.R. (1999). *Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring*. In B.H.Stamm,(Ed.) *Secondary Traumatic Stress*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- 藤岡孝志 (2006). 福祉援助職のバーンアウト、共感疲労、共感満足に関する研究 —二次的トラウマティック・ストレスの観点からの援助者支援— *日本社会事業大学研究紀要*, 53, 27-52
- Katz, A.H., & Bender,E.I. (1976). *The strength in Us: Self-help group in the modern world*. NewYork: New Viewpoints.
- 小原信. (1994). *ビューティフル・デス—有終の倫理学*, 中公叢書
- 佐藤貴之・高木修. (2006). がん患者の家族の心的過程に関する探索的研究—病中・没後の当事者間の相互作用の質が悲嘆に与える影響—, *日本社会心理学会第 47 回大会発表論文集*, 586-587.
- 佐藤貴之. (2006). 医療従事者との相互作用と故人の死亡場所が遺族の悲嘆に与える影響, *死の臨床*,29-2,第 30 回日本死の臨床研究会予稿集,p.216.
- 佐藤貴之. (2007). 慢性疾患患者の家族の心的過程—Unfinished Task を中心として—, *死の臨床*,30-2,第 31 回日本死の臨床研究会予稿集,p.188.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement:Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

富田拓郎・伊藤拓・大塚明子, 他. (2001). 死別体験者の抑圧様式の個人差と死別後の悲嘆反応、対処行動、病的悲嘆、不安障害および気分障害との関係. カウンセリング研究, 34, 9-20.

Worden, J.W. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy*. 2nd Edition. Springer Publishing.

Wortman, C.B., & Silver, R.C. (1987). Coping with irrevocable loss. In G.R. Van den Bos & B.K. Bryant (Eds), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action*. Washington, D.C.: American Psychological Association. 189-235.

## 謝辞

本研究をまとめるにあたり、多くの方々にお力添えをいただきましたことを、ここに深く感謝いたします。

まず、この研究の目的、趣旨に賛同いただき、調査へのご協力・結果の公表に同意いただいた「家族の会」会員の皆様に御礼を申し上げるとともに、ご家族のご冥福をお祈りします。

また、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の研究助成を受け、研究の機会に恵まれましたことを末筆ながら、深謝いたします。

研究の結実を誓いながら、謝辞にかえさせていただきます。

ありがとうございました。