

研究報告

在宅で終末期を迎える人を介護する家族の 予期悲嘆尺度の開発

Development of an Anticipatory Grief Scale for Family Caregivers of
a Person Dying at Home

小林裕美^{1), *}, 中谷 隆²⁾, 森山美知子³⁾

Hiromi Kobayashi, Takashi Nakaya, Michiko Moriyama

キーワード：予期悲嘆，在宅での看取り，家族介護者の尺度

Key words : anticipatory grief, dying at home, scale for family caregivers

Abstract

Purpose : To develop an Anticipatory Grief Scale for Family Caregivers (AGSFC) of a person dying at home and analyze its reliability and validity.

Methods : Based on a review of the literature and our previous study, a temporary scale consisting of 51 items was prepared. The scale was conducted on 99 families who were caring for a family member dying at home. As a control group, the scale was also conducted on 68 families who were providing care for a family member with a non-terminal disease.

Results : As a result of factor analysis, 4 factors (spiritual pain in preparing for a loss, physical and mental fatigability in daily life, precedent anxiety regarding bereavement, and exhaustion) comprised of 19 items were extracted. The reliability of the scale was confirmed by a Cronbach's alpha internal consistency reliability coefficient of 0.87 (0.70-0.85 for subscales). The criterion-related validity was confirmed by comparison with the 28-item General Health Questionnaire (GHQ28) scores. Construct validity was confirmed by comparison between families caring for a family member in the terminal stage and families providing care for a family member with a non-terminal disease.

Conclusion : The reliability and validity of the AGSFC were confirmed. Therefore, this scale may be suitable for use with family caregivers of a person dying at home. Further, it is necessary to refine this scale.

要 旨

目的：在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度を作成し，その信頼性，妥当性を検証することである。

受付日：2011年8月24日 受理日：2012年8月6日

1) 日本赤十字九州国際看護大学 Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

2) 県立広島大学保健福祉学部 Faculty of Health and Welfare, Prefectural University Hiroshima

3) 広島大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

*E-mail : h-kobayashi@jrckicn.ac.jp

方法：文献検討と予備調査を基に、尺度の質問原案 51 項目を作成した。終末期の家族を介護する「ターミナル家族」99 名から有効回答が得られ、比較群として「非ターミナル家族」(68 名)にも調査し分析した。

結果：項目分析、因子分析の結果、19 項目 4 因子「お別れ準備へのスピリチュアルペイン」「身体と生活の疲労感度」「死別への先行不安」「消耗状態」からなる尺度を作成した。本尺度は、Cronbach's α 係数 (0.87) など複数の信頼性係数が 0.85 以上で十分な内的整合性が確認できた。外的基準とした GHQ28 により基準関連妥当性、また、ターミナル家族と非ターミナル家族の比較により構成概念妥当性が確認できた。

結論：本尺度は信頼性と妥当性が確認でき、在宅で終末期を迎える人を介護する家族に活用できる可能性が示唆されたが、さらに尺度を洗練させる必要がある。

I. はじめに

予期悲嘆とは、Lindemann (1944) によって死別の前に現れる潜在的な死への悲嘆反応と称された言葉であるが、愛する人を失いつつある誰にも起こりうる反応である。近年の延命技術の進歩は、がんなど余命を告知された後の過程を延長する一方で、療養者と家族を苦痛と緊張感に長期にさらすことになり、予期悲嘆への援助は以前より格段に重要になった (若林, 2008)。Rando (1986) は、家族の予期悲嘆の概念を Lindemann よりも広くとらえ、「家族は死という最終的な喪失ばかりでなく、過去と現在の喪失や、将来の夢、希望の喪失も経験している」と述べている。在宅で終末期を迎える人を介護する家族は、死が避けられない病氣と闘う家族員を直接看ることにより、家族員の身体機能や精神機能の喪失に直面し、変わりゆく姿への戸惑いや怒り、苦悩を経験する。さらに、家族員が衰弱し依存が増加することでの役割や関係性の変化も起き、場合によっては経済的危機や、家族自身の休息が取れず時間に切迫した日々を過ごすことでの生活の喪失も起きる。そして家族員の喪失による将来の孤独感にも苦しめられる。それゆえこのような状況に置かれる家族の予期悲嘆は、Rando (1986) の唱える概念を適用した多角的喪失状態の反応であるととらえるのが妥当である。

一方、予期悲嘆は死が現実になったときの衝撃や悲嘆を軽くし、立ち直りを早めると紹介されていることが多く (川越, 2002; 角田, 2005)、死別の前準備に必要と認識され、過度な場合の弊害はあまり強調されてこなかった。しかし、予期悲嘆が行き過ぎれば、家族に抑うつ状態や心身の健康障害が起こり (辻丸ら, 2004)、介護の限界を感じて在宅での看取りを諦めることにつながりかねない。さらに、予期悲嘆は複雑で外からは見えにくい無意識のプロセスである (Kehl,

2005)。また、日本人は「静かに耐えることの美德」の意識から苦悩を表出せず (宮林, 2005)、介護者は療養者や医療者の前では気丈に振舞うこともあると考えられる。そこで複雑で表面化しにくい予期悲嘆の程度を簡便な尺度で測定し家族への援助に生かすことができないかと考えた。

これまでに開発された悲嘆尺度には、悲嘆反応を多次的に測定する尺度と、死別に伴う悲嘆反応の程度や期間が通常範囲を超えていないかどうかを測定する尺度の 2 つに分けられる。正常ではない悲嘆反応は従来、病的悲嘆等と呼ばれていたが、1990 年以降、複雑性悲嘆とされている (坂口, 2008)。複雑性悲嘆に対するスクリーニング尺度は、TRIG (Faschingbauer, 1981)、CBI (Burnett et al., 1997) など多く開発されているが、予期悲嘆に適用されたものは管見の限りない。死別後の悲嘆反応を多次的にとらえる尺度 GEI (Sanders et al., 1985) は多くの研究に使用され、予期悲嘆にも使用したものも見られるが (Chapman, 1998; Gililand & Fleming, 1998)、項目数が多く使いにくいとされている。予期悲嘆尺度には、夫の死別に対する妻の予期悲嘆を測定する AGI (Levy, 1991) があるが、抑うつ尺度やストレス尺度との相関がなく妥当性に疑問を残し、その後の研究で使用されていない。一方、認知症の家族に対する予期悲嘆尺度は、国内外で開発されている (廣瀬, 2006; Marwit & Meuser, 2005)。これらにより既存の尺度では、在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆の測定に適用することが難しいと考え、本研究で作成を試みることにした。

II. 用語の定義

家族、家族員：家族とは、夫婦や親子、きょうだいなど少数の近親者を主要な成員とし、成員相互の深い

感情的かかわりあいでは結ばれた、幸福追求の集団である(森岡ら, 2003)。この集団の家族成員を「家族」、同一家族を構成する療養者を説明する場合を「家族員」とする。

家族のスピリチュアルペイン: 村田(2003)はスピリチュアルな痛みを自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛としている。本研究では家族のスピリチュアルペインを「死期を前にした家族員の姿を間近に見ることで家族員の存在の消滅が近づくことを感じて起こる強い苦痛と無念さへの苦悩」とする。

Ⅲ. 研究目的

本研究の目的は、在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度を作成し、その信頼性、妥当性を検証することである。

Ⅳ. 在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の構成概念

1. 文献検討による予期悲嘆の構成概念の検討と操作的定義

予期悲嘆を提唱した Lindemann (1944) は急性悲嘆について研究したが、予期悲嘆の構成概念は示していない。その後 Fulton & Gottesman (1980) は、死別後の悲嘆が対象喪失に対する自我防衛機制の中で説明されるのに対して、予期悲嘆は心理的な要因、対人関係の要因、社会文化的な要因の3つからとらえることを主張している。ここに含まれるものは、死に逝く人への無意識の敵意やアンビバレンスな思い、その人の健康状態、パーソナリティとコーピング戦略、死に逝く人の持っていた役割とその人との関係性などである(Evans, 1994)。また、在宅で看取りを行う家族を

対象とした質的研究では、Duke (1998) は、予期悲嘆を①役割の変化、②ケアの必要度、③独りになること、④混乱へのコーピングという4つの変化であると示した。また Cosllo (1999) は、予期悲嘆を経験している配偶者の情緒経験には「ショック」「悲しみ」と配偶者の苦悩の終了に対する「安堵」が含まれ、対処行動として「否認」が認められたとした。さらに、Clukey (2007) は、予期悲嘆は感情を伴う4つの仕事、①介護を提供する仕事、②関係を完結する仕事、③希望を維持する仕事、④予期喪失への心理的適応の仕事で、その感情には「怒り」「悲しみ」「心の痛み」「恐れ/心配」などがあるとした。これらより予期悲嘆は「役割や療養者との関係の変化」や「家族が行うケア(介護)の変化」といった家族の変化ととらえており、これは前述した Rando(1986) の唱える多角的喪失状態の反応と一致する。さらに「予期悲嘆への適応や対処」の側面が抽出されたが、Simon(2008) は予期悲嘆を身体的、情緒的、スピリチュアルな症状の認識と対処であると述べている。したがって、本研究では予期悲嘆を喪失反応だけでなく対処までを含み、家族の変化の状態をとらえた Corr & Corr (2000) の表現を用いて「死が避けられないと認識した時から死へのプロセスの間の、心理的、社会的、身体的そしてスピリチュアルな変化で、過去、現在、未来にわたる喪失反応と対処」と操作的に定義する。

2. 面接調査に基づく予期悲嘆の構成要素の抽出

次に、予期悲嘆の状態をわが国における実態から明らかにする必要があると考えた。そこで、在宅で看取りを行った介護者10名に面接調査を行い、予期悲嘆の構成要素を明らかにした(小林ら, 2010)。その結果、6つの要素「死別への先行不安」「やり場のない病気への恨み・無念・怒り」「別世界に生きる感覚:

表1 在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の構成

予期悲嘆の6つの構成要素	左記の6つの構成要素の下位の要素
死別への先行不安	分離不安による抑うつ、直面する看取りへの先行不安、泣く行為に現れる悲しみ
家で看る調整役割としての重圧感	役割変化への適応、社会生活の喪失感
看取りのための身体的不調と負担感	看取りのための身体的不調、介護最優先の身体的負担感
死を悼むスピリチュアルな喪失感	無念さを追体験する心痛、臨死への緊張感 お別れ準備への抵抗、抛り所の存在と変化
別世界に生きる感覚: 思考回路制御、孤立感、疎外感	情緒的悲嘆コーピング、意思決定への判断力低下、混乱 孤立感、疎外感
やり場のない他責の念: 恨み、無念、怒り	病気への恨み・無念、医療者に対する怒り、他の家族への怒り

思考回路制御・孤立感・疎外感」「死を悼むスピリチュアルな喪失感」「家で看る調整役割としての重圧感」「介護最優先による身体への負担感・不安感」が抽出された。これら6つの構成要素とその下位の要素を表1に示す。

V. 研究方法

1. 尺度原案の作成のプロセス

表1の構成要素に基づき、質問原案51項目を作成した。質問の言葉の表現は、可能な限り面接調査で抽出された象徴的な言葉を用い、尺度開発の研究経験者数名と訪問看護経験のある大学教員とともに吟味した。

2. 対象者

訪問看護ステーション（以下ステーションとする）を利用し、以下の基準に該当する終末期の療養者を在宅で主に介護する家族（以下ターミナル家族とする）および終末期ではない療養者を在宅で主に介護する家族（以下非ターミナル家族）とした。加えて、研究の主旨や質問が理解できる認知機能の人としたが、死別の文字を見たり家族の死の話題により激しく動揺している人は除いた。

1) ターミナル家族

①予後不良の疾患に罹患し、主治医より余命6ヵ月と家族に告知されている。

②進行性の神経難病で、悪化が予測される、または現在悪化中である。

③予後不良の疾患に罹患はしていないが、100歳に近い高齢者など長期の余命を保証できないことが主治医より家族に告げられている。

2) 非ターミナル家族

①予後不良でない疾患に罹患し日常的に介護が必要で在宅療養している。

②進行性の神経難病だが進行や経過がゆるやかで現在病状が安定している。

3. データ収集の方法

本調査は研究目的や意義についての十分な理解の必要性和調査協力後の対象者の悲嘆反応出現へのリスクへの対応の必要性から便宜的サンプリングとした。

福岡県と広島県の79のステーションに電話で協力依頼し、42のステーションの管理者に研究者が直接会って研究の目的、方法、意義などを十分説明した。

同意が得られた管理者に対象者の選定と調査票の配布を依頼した。調査票は、管理者に依頼書のとおり対象者へ説明して手渡してもらい、郵送で個別回収した。調査期間は2009年8～12月で、期間終了後、管理者に配布数を電話で確認した。

4. 調査の内容

1) 対象者の基本属性と療養者の状況

性別、年齢、療養者との続柄、療養者の病名・療養期間（病名がわかってからの期間）、在宅介護期間（調査票記入日に最も近い退院からの期間）。

2) 家族の予期悲嘆尺度原案

作成した質問原案51項目を、4件法（0：全くあてはまらない、1：少しあてはまる、2：中程度にあてはまる、3：とてもあてはまる）で測定する。

3) 精神健康調査票 日本版 GHQ28 項目版

精神健康状態の尺度で、「身体症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の下位尺度を持つGHQ28項目版を使用した（中川ら、1985）。

5. 分析方法

項目分析として、天井効果とフロア効果、各項目間相関分析、I-T分析を行った。その後、最小二乗法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。

信頼性の検討は、内的整合性として尺度全体のCronbach's α 係数や折半法のSpearman-Brownの信頼性係数を算出した。妥当性の検討は、基準関連妥当性として作成尺度と外的基準としてのGHQ28の合計点（TGHQ）および下位尺度との相関係数を求めた。面接調査から抽出した予期悲嘆の構成要素には「死別への先行不安」とその中に「分離不安に伴う抑うつ」さらに「看取りによる社会生活の喪失」が含まれており、GHQ28の「身体症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の下位概念と類似していると考えた。さらに予期悲嘆が喪失反応だけでなく対処まで含むため、「死別の予期というストレスに対する心理的適応」と考え、GHQ28が多くの研究で心理的適応に活用されている点から正の相関が見られると考えた。次に、構成概念妥当性として既知グループ技法を用い、クライテリアオン群を非ターミナル家族として得点を t 検定で比較した。

6. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学の研究倫理

審査委員会の承認を受けて実施した。調査協力のステーションの管理者への説明と依頼書、調査対象者への依頼書には研究の目的、方法、意義、プライバシーの保護、自由意思による参加、結果の公表の方法、連絡先などを明確にした。管理者の署名同意を得て実施し、調査票は無記名のため、返送により同意を得たとした。対象者の研究協力による悲嘆反応増強のリスクを考慮し、心理カウンセラーの紹介ができるように研究者の連絡先を明記して準備した。しかし、実際には全く問題は生じなかった。

VI. 結 果

39のステーションから協力を得て、ターミナル家族は調査票を121配布100回収し（回収率82.6%）、99を有効回答とした。1ステーションあたり2.6名のデータだったが、1事業所あたり年間看取り平均は4人程度であるため妥当な数であった。非ターミナル家族は、86配布し70回収し（回収率79.1%）68を有効回答とした。

1. 対象者の属性（表2）

ターミナル家族は、女性84名、男性15名の99名で、年齢は27～87（平均58.9）歳で、母親の介護が最も多く（36名）、夫、父親、妻の順であった。療養者の年齢は42～101（平均77.6）歳で、病名は悪性新生物が最も多かった（51名）。非ターミナル家族は、女性54名、男性14名の68名で、年齢は35～85（平均60.2）歳で、夫の介護が最も多く（23名）、ついで母親であった。療養者の年齢は47～98歳（平均77.7）歳で、脳血管障害が最も多かった（25名）。

2. 項目分析

各質問項目について、記述統計（平均値と標準偏差）と天井効果、フロア効果を確認した（表3）。天井効果に該当する質問番号12, 22, 32, 34, 45は削除した。フロア効果に該当する19項目のうち17項目を削除した。なお、27, 40, 43, 49は予期悲嘆に重要と考えていたため、この時点では削除せずに残した。

項目-項目間相関が0.7以上は2組（2-12, 12-13）で、質問番号12はすでに削除項目のため2, 13を残した。項目-全体得点相関（I-T相関）が0.2以下は5項目あり、質問番号26, 51をあらたに削除した。

3. 探索的因子分析と因子の命名

項目分析で24項目削除し、残りの27項目について因子分析を行った。因子数は、重みづけのない最小二乗法、回転なしの因子分析を行い、スクリープロットにより4因子を決定した。その後、重みづけのない最小二乗法-プロマックス回転を行い、因子負荷量0.45以上を採択の基準とし、0.45未満の項目や複数の因子に高い負荷量を持つものを除外しながら分析を3回繰り返した。その結果8項目が除外され、最終的に19項目4因子とした（表4）。

各因子の解釈として、第I因子は、「本人がだんだんと衰えていく姿を見るのが耐え難い」「本人が精神的に追い詰められている姿を見るのが耐え難い」「本人にお別れの言葉が言えそうにない」など6項目が含まれた。家族員が衰え、追い詰められる姿が耐え難く、お別れは言えそうになく、病状変化に一喜一憂する苦痛を表している。そのため大切な人の命への家族のスピリチュアルな痛みそのものと考え【お別れ準備へのスピリチュアルペイン】と命名した。

第II因子は、「自分の自由な時間がなくなったことがつらい」「ささいなことに疲労感を覚えてしまう」「このごろ身体の不調が出ている」など6項目が含まれた。介護による負担でいらいらし、身体の不調があり、生活を喪失して疲労感を感じやすい状態を表すと考え【身体と生活の疲労感度】と命名した。

第III因子は、「本人がいなくなると思うと、とにかく怖い」「本人が今まで担ってきた役割の代わりはできそうもない」「これから先に起こることが不安でたまらない」など4項目が含まれた。本人との別れに対する自分の不安、恐怖を表し【死別への先行不安】と命名した。

第IV因子は、「このごろ、ものごとが考えられない」「私は集中力が低下しているように思う」「このごろ体重が減少している」の3項目が含まれた。集中力を失い、物事が考えられない消耗した状態と考え【消耗状態】と命名した。

4. 尺度得点の分布

正規性検定（Kolmogorov-Smirnov検定）を行った結果、本尺度の得点合計は正規性が確認された（ $KS=0.513$, $p=0.955$ ）。4因子間が正の相関を示すことより、19項目の得点を加算し尺度得点（0～57）として算出可能と判断した。

表2 対象者の背景

		ターミナル家族 n=99		非ターミナル家族 n=68		人数 (%)	
						ρ 値	
性別	女性	84 (84.8)		54 (79.4)		ρ = 0.410 ^a	
	男性	15 (15.2)		14 (20.6)			
年齢	対象者	40歳未満	4 (4.0)		5 (7.4)		ρ = 0.083 ^a
		40歳代	21 (21.2)		9 (13.2)		
		50歳代	26 (26.3)		19 (27.9)		
		60歳代	32 (32.3)		16 (23.5)		
		70歳代	10 (10.1)		17 (25.0)		
		80歳代	6 (6.1)		2 (2.9)		
		平均	58.9 ± 11.6 歳		平均 60.2 ± 12.3 歳		
療養者		40歳代	2 (2.0)		1 (1.5)		ρ = 0.418 ^a
		50歳代	7 (7.1)		2 (2.9)		
		60歳代	15 (15.2)		10 (14.7)		
		70歳代	26 (26.3)		28 (41.2)		
		80歳代	32 (32.3)		18 (26.5)		
		90歳代以上	17 (17.2)		9 (13.2)		
		平均	77.6 ± 12.5 歳		平均 77.7 ± 10.1 歳		
続柄 (介護者からみた療養者)		夫	26 (26.3)		23 (33.8)		ρ = 0.416 ^a
		妻	11 (11.1)		7 (10.3)		
		父親	15 (15.2)		5 (7.4)		
		母親	36 (36.4)		21 (30.9)		
		義父	5 (5.1)		3 (4.4)		
		義母	5 (5.1)		6 (8.8)		
		その他	1 (1.0)		3 (4.4)		
		平均	77.6 ± 12.5 歳		平均 77.7 ± 10.1 歳		
病名		がんなど悪性新生物	51 (51.5)		0 (0.0)		ρ = 0.000 ^a
		ALS・脊髄小脳変性症	10 (10.1)		3 (4.4)		
		脳血管障害	7 (7.1)		25 (36.8)		
		高齢によるターミナル状態	7 (7.1)		0 (0.0)		
		呼吸器疾患	5 (5.1)		8 (11.8)		
		心疾患	4 (4.0)		2 (2.9)		
		多系統萎縮症・パーキンソン病	3 (3.0)		6 (8.8)		
		アルツハイマー認知症	1 (1.0)		10 (14.7)		
		糖尿病, 肝臓病, 慢性腎不全	3 (3.0)		2 (2.9)		
		骨折等による寝たきり	0 (0.0)		4 (5.9)		
		意識障害・その他	3 (3.0)		6 (8.8)		
		無記入	5 (5.1)		2 (2.9)		
		療養期間		6ヵ月以内	15 (15.2)		
6ヵ月～1年	7 (7.1)			4 (5.9)			
1～2年	24 (24.2)			7 (10.3)			
2～5年	25 (25.3)			25 (25.0)			
5～10年	24 (24.2)			17 (25.0)			
10年以上	0 (0.0)			12 (17.6)			
無記入	4 (4.0)			1 (1.5)			
平均	52.1 ± 80.5 (ヵ月)			平均 86.1 ± 95.8 (ヵ月)		ρ = 0.019 ^b	
在宅介護期間		6ヵ月以内	32 (32.3)		4 (5.9)		ρ = 0.000 ^a
		6ヵ月～1年	9 (9.1)		5 (7.4)		
		1～2年	10 (10.1)		10 (14.7)		
		2～5年	14 (14.1)		22 (32.4)		
		5～10年	19 (19.2)		19 (27.9)		
		10年以上	0 (0.0)		7 (10.3)		
		無記入	15 (15.2)		1 (1.5)		
		平均	33.3 ± 42.7 (ヵ月)		平均 65.5 ± 75.0 (ヵ月)		

ρ 値 a: χ^2 検定 b: t 検定による

5. 信頼性の検討

Cronbach's α 係数は, 尺度得点で 0.874, 各因子では 0.701 ~ 0.848 (表 4) であった. また, 折半法の

Guttman 法の信頼性係数は 0.851, Spearman-Brown の信頼性係数は 0.852 で内的整合性が確認された.

表3 予期悲嘆尺度質問原案と項目分析の結果

番号	質問内容	平均	標準偏差	天井効果	フロア効果	項目間相関	I-T分析	1)	2)	3)	4)
1	本人がいなくなると思うと生きていけるか不安である	0.73	0.95	1.68	-0.22	-.275~.672	.499**	●			
2	本人がいなくなると思うと、とにかく怖い	1.42	1.12	2.54	0.31	-.336~.738	.600**				○
3	深みにはまってしまうと恐怖を感じている	0.72	0.87	1.59	-0.14	-.323~.584	.658**	●			
4	このごろ、気持ちが沈みこんでしまう	1.04	0.96	2.00	0.09	-.284~.698	.783**				○
5	本人がいなくなると思うと夜眠れない	1.43	1.13	2.56	0.30	-.406~.683	.658**				○
6	食欲がない状態がつづいている	0.84	0.98	1.82	-0.13	-.176~.509	.402**	●			
7	動悸がしたり、胸が痛くなることがある	0.62	0.87	1.49	-0.25	-.022~.536	.467**	●			
8	ささいなことに疲労感を覚えてしまう	1.29	0.90	2.19	0.39	-.183~.542	.547**				○
9	自宅での看取りが不安でたまらない	1.42	0.94	2.36	0.48	-.191~.633	.586**				○
10	看取りを前に気を張った生活をしている	1.48	1.10	2.59	0.38	-.176~.478	.583**				○
11	これから先に起こることが不安でたまらない	1.53	1.03	2.56	0.50	-.265~.677	.732**				○
12	これから先に起こる別れを思うとつらい	1.97	1.08	3.05	0.89	-.389~.777	.507**	●	●		
13	もう助からないと思うと、とにかく悲しい	1.73	1.08	2.81	0.65	-.359~.777	.619**				○
14	私はもう二度と幸せにならないと思う	0.58	0.80	1.38	-0.22	-.087~.606	.612**	●			
15	私はこのごろよく泣く	0.90	1.12	2.02	-0.22	-.236~.647	.646**	●			
16	医療関係者の何気ない言葉に傷つく	0.97	0.98	1.94	-0.01	-.253~.295	.202	●		●	
17	家族に対して怒りっぽくなっている	1.00	0.89	1.89	0.11	-.178~.582	.551**				○
18	私は自分を責めたい気持ちになる	0.86	0.97	1.83	-0.11	-.232~.676	.640**	●			
19	本人が今まで担ってきた役割の代わりはできそうもない	1.31	1.09	2.41	0.22	-.238~.593	.438**				○
20	本人と周囲との調整に苦労している	0.71	0.91	1.62	-0.21	-.280~.392	.251*	●			
21	家族みな責任を背負っている重圧を感じている	1.37	1.12	2.49	0.25	-.314~.478	.518**				○
22	何よりも介護を優先した生活をしている	2.42	0.80	3.22	1.62	-.144~.451	.332**	●			
23	自分の普段の社会生活が全く失われている	1.63	0.94	2.57	0.69	-.207~.567	.367**				○
24	自分の自由な時間がなくなったことがつらい	1.19	0.91	2.09	0.28	-.319~.537	.280**				○
25	世の中で何が起きているかほとんどわからない	0.49	0.73	1.22	-0.25	-.161~.386	.259*	●			
26	本人の病気や余命について楽観的にとらえている	1.00	0.90	1.90	0.10	-.406~.111	-.266				●
27	本人との別れは絶対認めたくない	1.01	1.13	2.14	-0.12	-.198~.613	.534**				◎
28	他人に言われるまま成り行きですごしている気がする	0.39	0.73	1.12	-0.34	-.149~.369	.323**	●			
29	このごろ、ものごとが考えられない	0.91	0.91	1.83	0.00	-.302~.586	.423**				○
30	私は集中力が低下しているように思う	1.24	0.97	2.21	0.27	-.191~.586	.450**				○
31	新しいことを覚えるのが困難になっている	0.98	0.91	1.89	0.07	-.205~.509	.407**				○
32	医療従事者からの支援は十分得られている ★	2.38	0.81	3.19	1.57	-.151~.479	.114	●		●	
33	私は誰かもっとわかってもらえる人に話したい	1.14	0.94	2.08	0.21	-.202~.655	.509**				○
34	周囲からの支援が十分得られている ★	2.23	0.79	3.02	1.44	-.268~.698	.381**	●			
35	自分だけが悲しい世界にいるような気持ちになる	0.82	0.98	1.81	-0.16	-.222~.549	.663**	●			
36	私は孤独に心を痛めている	0.64	0.88	1.53	-0.24	-.228~.303	.705**	●			
37	このごろ世間からの疎外感を感じる	0.52	0.83	1.35	-0.31	-.171~.589	.422**	●			
38	介護や看取りによる経済的負担が重く感じられる	0.99	1.04	2.03	-0.06	-.188~.561	.270**	●			
39	介護で肉体的に負担を感じている	1.58	0.93	2.51	0.65	-.236~.567	.433**				○
40	このごろ体重が減少している	0.74	0.80	1.54	-0.05	-.095~.509	.379**				◎
41	このごろ、いらいらすることが多い	1.18	0.89	2.07	0.29	-.142~.597	.603**				○
42	このごろ身体の不調が出ている	1.16	0.92	2.07	0.24	-.193~.538	.457**				○
43	本人がだんだんと衰えていく姿を見るのが耐え難い	1.97	1.06	3.03	0.91	-.305~.563	.523**				◎
44	本人が精神的に追い詰められている姿を見るのが耐え難い	1.50	1.13	2.63	0.37	-.277~.369	.610**				○
45	本人の残り少ない命が無念でならない	1.98	1.10	3.08	0.88	-.291~.624	.385**	●			
46	本人と自分との間に未解決な問題がある	0.60	0.80	1.40	-0.20	-.207~.581	.434**	●			
47	本人の病状の変化に一喜一憂してうろたえている	1.48	1.04	2.51	0.44	-.110~.492	.639**				○
48	本人にお別れの言葉が言えそうにない	1.45	1.26	2.72	0.19	-.277~.208	.534**				○
49	本人と死亡後のことについて話ができていない	1.80	1.23	3.03	0.57	-.328~.383	.446**				◎
50	自分の心をなだめる何らかの教えを見つけている ★	0.86	0.97	1.83	-0.10	-.314~.208	-.051	●	●		
51	本人とは、死別後にまたあの世で会えると思っている ★	1.35	1.17	2.52	0.18	-.389~.184	-.122				●

★ 逆転項目

● 削除項目 1) 天井効果 2) フロア効果 3) 項目間相関 4) I-T分析

* $p < .05$ ** $p < .01$

◎ 除外されなかった項目 ○ 除外せず残した項目

表4 予期悲嘆尺度の因子分析 (最小二乗法-プロマックス回転)

因子名・項目 全体の Cronbach's α = .874	因子			
	I	II	III	IV
第I因子 お別れ準備へのスピリチュアルペイン α = .838				
43 本人がだんだんと衰えていく姿を見るのが耐え難い	.795	-.037	-.014	-.124
44 本人が精神的に追い詰められている姿を見るのが耐え難い	.655	.008	.041	.096
48 本人にお別れの言葉が言えそうにない	.624	-.015	.168	-.089
49 本人と死亡後のことについて話ができそうにない	.623	.055	-.141	.107
13 もう助からないと思うと、とにかく悲しい	.522	-.128	.385	.066
47 本人の病状の変化に一喜一憂してうろたえている	.513	.165	.131	.048
第II因子 身体と生活の疲労感度 α = .809				
24 自分の自由な時間がなくなったことがつらい	-.076	.930	-.264	-.176
8 ささいなことに疲労感を覚えてしまう	-.143	.575	.374	.003
33 私は誰かもっとわかってもらえる人に話したい	.352	.569	-.199	-.031
42 このごろ身体の不調が出ている	-.100	.551	.245	.157
41 このごろ、いらいらすることが多い	.184	.544	.027	.057
39 介護で肉体的に負担を感じている	-.056	.527	-.147	.317
第III因子 死別への先行不安 α = .848				
2 本人がいなくなると思うと、とにかく怖い	.107	-.081	.784	-.001
19 本人が今まで担ってきた役割の代わりはできそうもない	-.075	-.173	.768	.059
11 これから先に起こることが不安でたまらない	.161	.237	.646	-.025
27 本人との別れは絶対認めたくない	.253	.025	.579	-.098
第IV因子 消耗状態 α = .701				
29 このごろ、ものごとが考えられない	.143	-.112	-.174	.943
30 私は集中力が低下しているように思う	-.046	.198	.096	.543
40 このごろ体重が減少している	-.114	.020	.242	.499
(因子間相関) 第II因子	.209			
第III因子	.632	.303		
第IV因子	.111	.463	.204	

表5 予期悲嘆尺度とGHQ28との関連 (Pearsonの積率相関係数)

	GHQ28				
	身体症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向	TGHQ
第I因子 (お別れ準備へのスピリチュアルペイン)	.253*	.529**	.325**	.219*	.426**
第II因子 (身体と生活の疲労感度)	.558**	.606**	.371**	.391**	.621**
第III因子 (死別への先行不安)	.336**	.457**	.331**	.327**	.460**
第IV因子 (消耗状態)	.501**	.511**	.466**	.369**	.592**
尺度得点	.531**	.716**	.483**	.435**	.690**

* $p < .05$ ** $p < .01$

6. 妥当性の検討

1) 基準関連妥当性

尺度得点は、GHQ28 (TGHQ) と 0.690 ($p < 0.01$) と強い相関がみられ、GHQ28の下位尺度とも、0.435~0.716 ($p < 0.01$) と中程度から強い相関が見られた(表5)。また、各4つの下位尺度も「TGHQ」とは0.426~0.621 ($p < 0.01$) と中程度~強い相関があり、GHQ28を外的基準とした基準関連妥当性は支持された。

2) 構成概念妥当性 (既知グループ技法)

ターミナル家族と非ターミナル家族について、尺度

得点の分布を比較し(図1)、尺度得点と各因子得点を比較した(表6)。尺度得点と第I因子と第III因子では、ターミナル家族の方が有意に高く($p < 0.001$)、また第II因子においても同様に有意に高かった($p < 0.05$)。第IV因子では有意な差ではなかったが、尺度得点と3つの下位尺度で差がみられ、構成概念妥当性が確認された。

7. 予期悲嘆尺度の尺度得点の区分点の検討

作成した予期悲嘆尺度について、尺度得点から予期悲嘆の高低を判断する区分点を検討した。図1に示すとおり、ターミナル家族の尺度得点の分布曲線の頂点

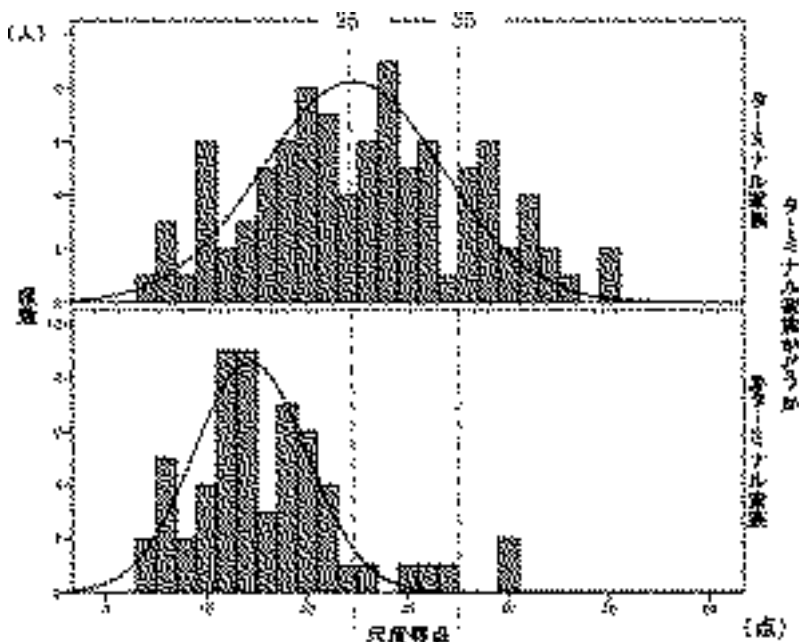


図1 尺度得点：クライテリオン群との比較

表6 対象者（ターミナル家族）とクライテリオン群（非ターミナル家族）の尺度得点の比較

	ターミナル家族 N=99		非ターミナル家族 N=68		t 値
	M±SD(点)	1項目の平均	M±SD(点)	1項目の平均	
第I因子（お別れ準備へのスピリチュアルペイン）	9.72±5.10	1.62	4.57±2.61	0.76	8.28***
第II因子（身体と生活の疲労感度）	7.45±3.95	1.24	6.16±2.57	1.03	2.51*
第III因子（死別への先行不安）	5.05±3.62	1.26	2.16±2.35	0.54	6.09***
第IV因子（消耗状態）	2.92±2.18	0.97	2.46±1.78	0.82	1.46
尺度得点	25.04±10.84	1.32	15.69±7.93	0.83	6.14***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

で非ターミナル家族では分布曲線の上限95%の25点を1つの区分点とした。さらに、ターミナル家族の分布曲線の上限75%の35点を1つの区分点とし、尺度得点の高低の判断は、25点未満を「高くない」、25～34点を「やや高い」、35点以上を「高い」と3つに分けて解釈するものと設定した。

Ⅶ. 考 察

1. 在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の構成要素

1) 【お別れ準備へのスピリチュアルペイン】

家族は、療養者の病状が悪化し衰えていく姿を目の当たりにして苦痛に感じ、同時に療養者自身が苦悩していることをつらいと感じる。これは、お別れ準備を進めることを阻害すると考えられる。家族のスピリ

チュアルペインについて、その構成概念や具体的な症状が明らかにされていないが、渡辺（2005）は愛する人と別れる人生の苦難への叫びや、家族員と共に生きてきた自己の人生の意味を問う叫びをあげており、亡くなっていく家族員と介護する家族のこれまでの関係性が大きく影響するものと考えられる。

2) 【身体と生活の疲労感度】

予期悲嘆の身体的症状には、睡眠の変化、頭痛、嘔気、倦怠感、食欲の変化などがあるが（Simon, 2008）、家族は病状が日々悪化する家族員の介護により多大な身体的負担が生じている。また、その介護によりこれまでの日常生活の喪失感も加わってくる状態である。これらがどれほど負担になり苦痛に感じているかがこの要素である。これには、終末期の家族員をかかえる傷つきやすさも含まれている。また、TGHQ

「身体症状」「不安・不眠」と強い正の相関があり、身体症状に現れる心理的な適応の悪さを反映しているといえる。

3) 【死別への先行不安】

家族員がいなくなる状態を想定して、怖い、不安、別れたくないという、予期する悲嘆そのものといえる。【お別れ準備へのスピリチュアルペイン】と【死別への先行不安】の因子間相関は高く、類似の概念を示している。しかし、前者を亡くなる本人の苦痛を体験して感じる苦痛、後者を死別後の将来も見据えた家族自身の不安を表すものとして区別してとらえられると考える。

4) 【消耗状態】

家族が混乱し、困惑して物事に集中できず、意思決定できない状態をさす。Schlz et al. (2002) は、死別前の家族の慢性的なストレスと体重減少は、抑うつを増加させたと報告しており、体重減少が心身の消耗状態の指標といえる。

2. 在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の信頼性と妥当性

本尺度は、Cronbach's α 係数と Guttman 法および Spearman-Brown の信頼性係数がいずれも 0.8 以上で、十分な内的整合性が確認された。Cronbach's α 係数は項目が少ないほど低下するが、0.87 と十分な信頼性を保持しているといえる。

妥当性の検討では、外的基準とした GHQ28 と本尺度との相関は、尺度得点でも因子別でも高く、基準関連妥当性が確保された。また構成概念妥当性として、ターミナル家族と非ターミナル家族を比較すると、尺度得点および 3 つの下位尺度で有意差がみられ、構成概念妥当性が確認できたといえる。

3. 在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の適用範囲

本尺度は 4 因子構造で、非ターミナル家族と比較したターミナル家族の特徴は、第 I、III 因子の得点が高くここに弁別力があった。一方で GHQ28 得点と下位尺度との間に強い相関関係がみられたことから、合計点で評価可能と考えた。したがって、19 項目を 0~3 点の合計点で評価し、得点が高いほど予期悲嘆が強い、予期悲嘆の高低の解釈をターミナル家族と

非ターミナル家族の得点分布から 25 と 35 点を区分点としたが、対象者の臨床の状態と点数を突き合わせて再検討する必要がある。また適用対象は配偶者や父母、義父母などを在宅で看取る予定の家族員と限定し、未成年の家族や小児である子供を看取る親は対象外とする。

VIII. 研究の限界と課題

坂口ら (2007) は、グリーフケア研究での協力者の困難を述べており、本研究でも調査は非常に困難であった。そのため、便宜的サンプリングで実施し、サンプル数も 99 で尺度開発としては十分とはいえない。また対象者は、家族の死や死別に激しく動揺している人は除いたため、予期悲嘆が非常に強い人は含まれなかった可能性がある。したがって、本尺度を実際に活用するためには、ステーションと協力して対象者に直接介入を行う体制を整えながら、さらなる検証が必要である。しかし本研究は、在宅で終末期を迎える人の家族の予期悲嘆の定量化に初めて試みたことに意義があり、今後も研究を重ねていきたいと考える。

謝辞：本研究に協力して下さいました対象者の皆様へ心より感謝申し上げます。また、研究にご協力して下さいるとともにご助言もいただいたステーションの管理者およびスタッフの皆様へ厚くお礼申し上げます。

本研究は、科学研究費補助金基盤 (C) 課題番号 21592936 の助成を受けて行ったものであり、広島大学大学院保健学研究科に提出した博士論文の一部を修正したものである。

文 献

- Burnett P., Middleton W., Raphael B., et al. (1997): Measuring core bereavement phenomena, *Psychol. Med.*, **27**, 49-57.
- Chapman K. J. (1998): Coping, hope, and anticipatory grief in family members in palliative home care, *Cancer Nurs.*, **21** (4), 226-234.
- Clukey L. (2007): "Just be there" Hospice caregivers anticipatory mourning experience, *J. Hospice Palliat. Nurs.*, **9** (3), 150-158.
- Corr C. A., Corr D. M. (2000): Anticipatory mourning and coping with dying: Similarities, differences, and suggested guidelines for helpers, In T. A. Rando, *Clinical Dimension of Anticipatory Mourning*, 246-249, Research Press, Champaign.
- Costello J. (1999): Anticipatory grief: Coping with the impending death of a partner, *Int. J. Palliat. Nurs.*, **5**(5), 223-231.

- Duke S. (1998): An exploration of anticipatory grief; the lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement, *J. Adv. Nurs.*, **28**(4), 829-839.
- Evans A. J. (1994): Anticipatory grief; A theoretical challenge, *Palliat. Med.*, **8**(2), 159-165.
- Faschingbauer T. R. (1981): *Texas Revised Inventory of Grief Manual*, Honeycomb, Houston, TX.
- Fulton R., Gottesman D. J. (1980): Anticipatory grief: A psychosocial concept reconsidered, *Br. J. Psychiatry*, **137**, 45-54.
- Gililand G., Fleming S. A. (1998): Comparison of spousal anticipatory grief and conventional grief, *Death Studies*, **22**(6), 541-569.
- 廣瀬春次 (2006): 在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆, *日本看護研究学会雑誌*, **29**(1), 57-65.
- 角田直枝 (2005): 最新訪問看護研修テキストステップ2 緩和ケア, 55-60, 日本看護協会出版会, 東京.
- 川越博美 (2002): ターミナルケアのすすめ (第1版), 58-65, 看護協会出版会, 東京.
- Kehl K. A. (2005): Recognition and support of anticipatory mourning, *J. Hospice Palliat. Nurs.*, **7**(4), 206-211.
- 小林裕美, 森山美知子 (2010): 在宅で親や配偶者の看取りを行う介護者の情緒体験と予期悲嘆, *日本看護科学会誌*, **30**(4), 6-16.
- Levy L. H. (1991): Anticipatory grief; Its measurement and proposed reconceptualization, *The Hospice J.*, **7**(4), 1-28.
- Lindemann E. (1944): Symptomatology and management of acute grief, *Am. J. Psychiatry*, **101**, 141-148.
- Marwit S. J., Meuser T. M. (2005): Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patient, *Death Studies*, **29**, 191-205.
- 宮林幸江 (2005): 日本人の悲嘆反応, *日本看護科学会誌*, **25**(3), 83-91.
- 森岡清美, 望月嵩 (2003): *新しい家族社会学 (四訂版)*, 3, 培風館, 東京.
- 村田久行 (2003): 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケアアセスメントとケアのための概念的枠組みの構築, *緩和医療学*, **5**, 157-165.
- 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985): *日本版 GHQ 精神健康調査票 手引き*, 日本文化科学社, 東京.
- Rando T. A. (1986): A comprehensive analysis of anticipatory grief perspective, process, and problem, In T. A. Rando (Ed.), *Loss and Anticipatory Grief*, 3-37, MA Lexington Books, Lexington.
- 坂口幸弘, 宮林幸江, 田子久夫 (2007): グリーフケアの実践と展望, *グリーフケアに関する実際*, 宮城大学看護学部紀要, **10**(1), 1-8.
- 坂口幸弘 (2008): 悲嘆の評価, 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメントツール, *緩和ケア編集委員会編*, 97-99, 青海社.
- Sanders C. M., Mauger P. A., Strong P. J. (1985): *A Manual for the Grief Experience Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Schlz R., O'Brien A., Czaia S. (2002): Dementia caregiver intervention research: In search of clinical significance, *Gerontologist*, **42**(5), 589-602.
- Simon J. L. (2008): Anticipatory grief: Recognition and coping, *J. Palliat. Med.*, **11**(9), 1280-1281.
- 辻丸秀策, 土橋功昌, 大西良 (2004): 死別の予期と他者への相談が死別後の悲嘆反応と対処行動に与える影響, *比較文化年報*, **13**, 111-126.
- 若林一美 (2008): 予期悲嘆と死別後の悲嘆について, *癌と対症療法*, **19**(1), 32-35.
- 渡辺裕子 (2005): 看取りケアにおける家族ケア, 2-7, 医学書院, 東京.