

# 関西学院大学審査博士学位申請論文

(題目)

救急医療における家族・遺族支援の試み  
ー悲嘆理論をふまえたジェネラリスト・  
ソーシャルワーク実践の枠組からー

指導教授：芝野 松次郎 教授

2014年3月

関西学院大学大学院 人間福祉研究科

黒川 雅代子

## 博士論文要旨

### 救急医療における家族・遺族支援の試み —悲嘆理論をふまえたジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の枠組から—

関西学院大学大学院人間福祉研究科

黒川 雅代子

#### (1) 研究目的

本研究の目的は、以下の2点である。第1の目的は、第3次救急医療施設で、突然家族を亡くした遺族の現状やニーズを明らかにすることである。第2の目的は、悲嘆理論をふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法について検討することである。

近親者との死別後、時に遺族に悲嘆反応として、うつ症状や心身の症状が出現することは過去の先行研究でも述べられている (Shuchter & Zisook 1993)。さらに、予期せぬ死によって突然大切な人を亡くした場合、闘病生活が長かった人に比べて、複雑な悲嘆の経過をたどる可能性が高いことが報告されている (Parkes =1993)。そのため、救急領域での家族・遺族支援は重要である。しかし、救急領域は、医療現場の中でも他領域に比べ、亡くなる人が多い状況にあるにも関わらず、家族・遺族の支援は今までほとんど議論されてこなかった。米国では、突然に亡くなる患者家族の支援についてのガイドラインがあり、救急医療スタッフは、そのプロトコルに則って家族支援を実践している (Well 1993)。しかしわが国では、家族支援の方法については、個々の医療機関に任されているのが現状であり、家族・遺族支援のための研究も、ほとんどなされていないのが実情である。そのため、遺族への量的・質的調査を実施し、悲嘆理論をふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の枠組でわが国の救急医療における家族・遺族支援を検討し、論文としてまとめた。本論文がわが国の救急医療における家族・遺族支援の向上に寄与できる事を期待するものである。

#### (2) 論文の構成

本論文は、序章、終章を除いて3章構成でまとめた。まず序章では、本論文における研究目的、学術的背景、本研究によって明らかにする点、学術的な特色・独創的な点と

意義について述べた。特に通常患者の死によって終わってしまう第3次救急医療施設での家族支援について、遺族（当事者）の視点を取り入れて論じた点は本研究の特色である。

第1章は、悲嘆理論とソーシャルワーク理論の文献研究を行なった。悲嘆理論は歴史的な発展過程に基づいて、段階モデル、位相モデル、課題モデル、二重過程モデルを中心にレビューした。ソーシャルワーク理論については、ジェネラリスト・アプローチ、岡村理論、ライフモデル、ケースマネジメント理論、危機介入モデル、ナラティブモデル、全米ソーシャルワーカー協会基準を採用した。

第2章では、本研究の根幹である調査研究について述べた。第1節では、量的調査および質的調査の研究方法を明らかにし、第2節は量的調査、第3節は質的調査結果を基に考察した。本調査の目的である5つの仮説（①突然に亡くなる患者家族は社会福祉的なニーズを持っている、②第3次救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要である、③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている、④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する、⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性がある）は、量的調査、質的調査によって検証された。

第3章は、第1節で救急医療における家族・遺族のニーズと支援、第2節で救急医療における家族・遺族支援の課題と提案について、量的調査および質的調査結果をふまえて総合的に考察した。本章では、量的調査結果だけでは見えてこなかった遺族のニーズや救急医療における家族・遺族支援の課題について、量的調査、質的調査結果を交えて総合的に考察した。

終章は、本論文の結論と研究の限界、今後の課題についてまとめた。特に研究の限界としては、非常に調査が困難な研究であるため、サンプル数が少ないこと、調査対象とした医療機関が1施設であったことを挙げた。今後の課題としては、研究の発展性としての実践モデル、実践マニュアルの開発の必要性についてふれた。

### （3）結論

本研究結果で得られた成果において、最も重要な点は第3次救急医療施設で受けた医療や医療スタッフの支援が、その後の遺族の悲嘆に影響を及ぼす可能性があるということである。本研究は、複雑性悲嘆尺度、抑うつ尺度を用いて、遺族の調査時点での悲嘆や抑

うつ状況を調査し、それと救命救急センターでの支援がどのように関係しているのかについて分析した。「医師の説明」、「看護師の配慮」、「受けた医療に満足」と複雑性悲嘆の尺度に関連性が認められた。また受けた医療についての満足度と救命救急センターの支援の関係においては、「医師の説明」「十分なお別れの時間」「医師の配慮」「看護師の配慮」「解剖の選択に納得」に有意差が認められた。遺族の悲嘆のプロセスは受けた医療の満足度に関係しており、受けた医療の満足度については医療スタッフの関わり方が重要であるということが示唆された。すなわち、第3次救急医療施設において実践する医療スタッフの家族支援が、遺族の悲嘆に影響を及ぼす可能性があるということである。本研究結果において重要なことは、遺族の支援は、死別後から始まるのではなく、死別前から始める必要があるということである。

遺族になってからの現状については、死後の生活について「体調を崩した」と回答した人が36%であった。死別後、生活の助けとなったものは「家族」「友人」「趣味」等のインフォーマルなサポートが上位であった。しかし、望む支援については「経済的支援」「医師」「カウンセラー」「心療内科・精神科医」等のフォーマルなサポートが上位であった。インタビュー調査を実施した人の中には、死別後に脳血管疾患やがんといった生命に危険を及ぼすような病気になった人もいた。しかし、遺族のニーズとは異なり、公的な資源に結びついていない現状が明らかになった。これらの結果をみても、サービス調整機能がなければ、遺族が公的な社会資源に結びつく可能性は低いと考えられる。インタビュー調査の中でソーシャルワーカーと関わっている人はいなかった。社会資源に遺族が結びつくためには、患者治療中から医療機関において、社会資源と結びつけるための何らかの関与をすることが必要であると考えられる。そのためには、患者治療中に家族をアセスメントし、ニーズを予測し、社会資源の情報提供を行うことが望ましい。第3次救急医療施設における家族・遺族支援とは、患者治療中の家族の支援のみならず、遺族となってからのことも念頭において支援していくことが必要であると考えられる。家族・遺族に対して、全体的・包括的に捉えて支援を実践するためには、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点が必要ではないだろうか。

遺族の支援は、患者治療にあたっている医療機関から始める必要があり、医師や看護師の役割は大きい。しかし、家族支援だけでなく遺族支援の視点に立ち、遺族の生活支援も含めた家族・遺族支援の必要性を考慮すると、ソーシャルワークの視点がどうし

ても必要になる。本論文は、救急医療における家族・遺族の支援について、ソーシャルワーカーの役割を提案するものである。

## 目 次

序章 研究目的.....	- 1 -
第 1 節 研究の目的と学術的背景.....	- 1 -
第 2 節 本研究によって明らかにする点.....	- 6 -
第 3 節 学術的な特色・独創的な点と意義.....	- 8 -
第 4 節 論文構成.....	- 9 -
第 1 章 文献研究.....	- 12 -
第 1 節 悲嘆理論.....	- 12 -
第 1 項 Grief の定義.....	- 12 -
第 2 項 グリーフの古典的な理論.....	- 15 -
第 3 項 段階 (stages) モデル.....	- 16 -
第 4 項 位相 (phases) モデル.....	- 16 -
第 5 項 課題 (tasks) モデル.....	- 17 -
第 6 項 二重過程モデル.....	- 18 -
第 7 項 医学的な治療が必要な悲嘆.....	- 19 -
第 2 節 救急領域におけるグリーフケア.....	- 20 -
第 3 節 ソーシャルワーク理論.....	- 24 -
第 1 項 ソーシャルワーク定義.....	- 25 -
第 2 項 ジェネラリスト・アプローチ.....	- 26 -
第 3 項 岡村理論.....	- 28 -
第 4 項 ライフモデル.....	- 31 -
第 5 項 ケースマネジメント理論.....	- 33 -
第 6 項 危機介入モデル.....	- 36 -
第 7 項 ナラティブモデル.....	- 37 -
第 8 項 全米ソーシャルワーカー協会基準 緩和および終末期ケア.....	- 38 -
第 4 節 ソーシャルワーク援助と悲嘆理論との関係.....	- 40 -
第 2 章 調査研究.....	- 43 -

第1節 研究方法の説明.....	- 43 -
第2節 量的調査.....	- 43 -
第1項 目的.....	- 43 -
第2項 方法.....	- 44 -
第3項 結果.....	- 48 -
第4項 考察.....	- 78 -
第3節 質的調査.....	- 82 -
第1項 先行研究.....	- 82 -
第2項 目的.....	- 83 -
第3項 方法.....	- 84 -
第4項 結果および考察.....	- 87 -
第3章 総合的考察.....	- 96 -
第1節 救急医療における家族・遺族のニーズと支援.....	- 96 -
第1項 患者の搬送時.....	- 96 -
第2項 治療中の医療スタッフの援助状況およびニーズ.....	- 97 -
第3項 死亡時の医療スタッフの援助状況およびニーズ.....	- 101 -
第4項 死亡退院時の家族への支援.....	- 105 -
第5項 死亡退院後の遺族への支援.....	- 106 -
第2節 救急医療における家族・遺族支援の課題と提案.....	- 108 -
第1項 救急領域における家族・遺族支援の課題.....	- 108 -
第2項 救急医療の家族・遺族支援.....	- 113 -
第3項 救急医療における家族・遺族支援の提案.....	- 118 -
終章.....	- 122 -
第1節 結論.....	- 122 -
第2節 研究の限界.....	- 123 -
第3節 今後の課題.....	- 125 -
文献.....	- 127 -
資料.....	- 139 -

## 序章 研究目的

### 第1節 研究の目的と学術的背景

本研究の目的は、以下の2点である。第1の目的は、第3次救急医療施設で、突然家族を亡くした遺族の現状やニーズを明らかにすることである。第2の目的は、悲嘆理論をふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法について検討することである。

第3次救急医療領域での家族・遺族支援の研究は、国内ではほとんどなされておらず、第3次救急医療施設で突然家族と死別した遺族がどのようなニーズをもっているのか、わかっていないことが多い。そのためまずはニーズを明らかにすることを本研究の第一の目的とした。

次に、家族の誰かを失うということは、対象喪失だけではなく、さまざまなものを同時に失うことになる可能性が高いと考える。岡村（1970）は、「社会生活の基本的要求」として、①経済的安定、②職業の機会、③身体的・精神的健康の維持、④社会的協同、⑤家族関係の安定、⑥教育の機会、⑦文化・娯楽に対する参加の機会の7つをあげている。突然家族を失うという体験は、岡村のあげる基本的欲求の複数を同時に喪失してしまう可能性もあるのではないかと考える。死別を体験した家族・遺族に対する支援は、対象喪失による悲嘆だけでは解決がつかない様々な生活上の困難も含まれてくると考える。悲嘆理論に基づく遺族支援だけでは、家族・遺族の心理的な側面の支援が中心となり、家族・遺族の生活上の困難に対する具体的な支援にまで踏み込むことは難しい。家族・遺族は喪失悲嘆に向き合うだけではなく、喪失によって二次的に起こってくる様々な生活上の困難にも対応していく必要がある。対象喪失によって起こってくる二次的な生活上の困難を支援することで、家族・遺族は悲嘆のプロセスに向き合うことが出来るのではないかと考える。そのため本研究では、家族・遺族の支援方法について、悲嘆理論をふまえたソーシャルワーク実践理論を用いることとする。そして、その理論展開はジェネラリスト・アプローチを用いる。ジェネラリスト・アプローチを用いる理由は、包括的な視点で問題をアセスメントし、多様な既存の介入方法や技法を積極的に活用していくアプローチであるからである。家族・遺族の抱える生活上の困難は多岐にわたっていると仮定し、ジェネラリスト・アプローチがふさわしいと考え採用した。副田（2005）は、ジェネラリスト・アプローチの

特徴を以下の 5 点にまとめている。①問題理解の視点を人と環境との関係に焦点を当て、そこに生じている問題を全体的・多元的にアセスメントする。②援助過程については、情報収集とアセスメントにもとづいた問題の確認、解決に当たっての問題作成、計画目標にもとづく課題の実行、その評価と計画的に援助を進めていく。③援助過程の原則はクライアントとワーカーとのパートナーシップにもとづく協働の作業として、クライアントが主体的に問題解決過程を進めていくことができるよう促す。④援助の原則・種類は必要に応じた幅広い複合的な介入援助を行う。⑤援助の目的は、クライアントの問題解決、クライアントの社会的機能の回復・促進・強化・環境システムの変革を目指す。副田が述べるジェネラリスト・アプローチの特徴①から⑤のアプローチが家族・遺族支援には必要な視点であると考えられる。

また、芝野（2002：106-108）は、Baskind（1984）のジェネラリスト・ソーシャルワーカーとしての BSW（Bachelor of Social Work：ソーシャルワーク学士）の役割①から⑦（①アドミニストレーター、②データ・マネジャー、③カウンセラー、④ブローカー、⑤コミュニティ・プランナー、⑥ケア・ギバー、⑦アドボケート）において、最もジェネラリスト・ソーシャルワーカーとしての期待が高かったブローカーとしての役割に着目し、その役割はケースマネジメントに近いと指摘している。そこで、救急医療におけるソーシャルワーカーの役割について、ジェネラリスト・ソーシャルワークを基本としたケースマネジメントにも着目し、家族・遺族支援のためのジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の枠組を検討していくこととする。

以上の研究目的をふまえ、以下の 5 つの仮説を立て、質問紙調査およびインタビュー調査を実施した。①突然に亡くなる患者家族は社会福祉的なニーズを持っている。②救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要である。③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている。④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する。⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性がある。ソーシャルワーカーが関わる必要がある家族・遺族の生活上の困難を岡村理論の「社会生活の基本的要求」から検討し抽出、それを仮説の①②とした。仮説①②は死別後の遺族を支えていくためのソーシャルワーカーの具体的な取り組みを示すものである。仮説③から⑤については、ソーシャルワーカーも含めた医療者全体が、救急医療施設で家族にどのように関わる必要があるのかについて、家族支援の視点から導き出したものである（Lautrette & Azoulay 2010）。

近親者との死別後、時に遺族に悲嘆反応として、うつ症状や心身の症状が出現することは過去の先行研究でも述べられている (Shuchter & Zisook 1993)。さらに、予期せぬ死によって突然大切な人を亡くした場合、闘病生活が長かった人に比べて、複雑な悲嘆の経過をたどる可能性が高いことが報告されている (Parke = 1993)。そのため、救急領域での家族・遺族支援は重要である。しかし、救急領域は、医療現場の中でも他領域に比べ、亡くなる人が多い状況にあるにも関わらず、家族・遺族の支援については今までほとんど議論されてこなかった。救急領域における医師・看護師は患者の救命成績に特に関心が強かったからともいえる。加えて、医療にとっては患者の死は、ある種ネガティブなイメージであり、患者の救命を第一義目的にしている救急領域においては、特に研究領域になりにくい状況であったことは否めない。しかし、救急領域では、患者や家族は本人たちの意思に関わらず、救急車等で見知らぬ病院に搬送されることが少なくない。患者が死亡した場合は、家族は初めての医療機関で、医療スタッフとの信頼関係が構築される時間もなく、死亡告知を受けることもある。家族は、患者の介護や看取りに費やす時間もなく、大切な人と死別する。疾患の急性増悪、事故、自死（自殺）や災害等により、重症患者が搬送されてくる第3次救急医療施設では、患者家族は近親者の突然の死に直面するケースが多く、医療スタッフは、日常的にそのような家族のケアをする必要がある。そのため、救急領域においては、特に家族・遺族の支援は重要であると考えられる。米国では、突然に亡くなる患者家族への支援についてのガイドラインがあり、救急医療スタッフは、そのプロトコルに則って家族支援を実践している (Well 1993)。しかしわが国では、2007年に日本救急医学会から「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」が出されたが、具体的な家族支援の方法については、個々の医療機関に任されているのが現状である。第3次救急医療施設における遺族支援のための基礎研究もわが国ではほとんどなされていない。

The National Association of Social Workers (NASW) Standards for Social Work Practice in Palliative and End of Life Care では、ソーシャルワーカーが関わるクライアントは、生命に関わる病気、亡くなっていく人々、その家族であると位置付けている。ソーシャルワーカーは、人生におけるすべての期間にわたって起こりうるトラウマ・自殺・死などに直面する人や家族に、その専門的知識と技術を用いて、家族のニーズをアセスメントし、支援することが使命である。しかし、家族がもっとも危機的

な状況に突然直面する可能性が高い第3次救急医療施設でのソーシャルワーク実践については、わが国の研究はまだ発展途上の状況である。特に突然家族を亡くした遺族の支援についてのソーシャルワーク実践研究は皆無である。実践領域においても、救急領域で突然なくなる家族に対して、ソーシャルワーカーが支援できているのかどうかも疑問である。

平成19年5月に厚生労働省より「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が示された。ガイドラインは、終末期医療およびケアの在り方として、医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明、それに基づいた患者本人による自己決定の重要性について述べている。また同時に、医療・ケアチームによる患者・家族の精神的・社会的な支援も含めた総合的な医療およびケアを行うことについても示唆している。同年10月、日本救急医学会から「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」が公表された。ここでは、救急における終末期の特殊性について、まず述べられている。がん患者の場合は、ある程度治療経過があり、繰り返し医師より説明を受けることが可能である。しかし第3次救急医療施設で亡くなる患者は、全く健康と思われていた人が突然の事故や病気により、極めて短い時間で死が切迫する事態となる。瀕死の患者自身は意識がないため、自らの意思を伝えることも希望を述べることもできない。家族は、間近にせまった肉親の死を受容できず、心理的にパニック状態にある。ガイドラインは、こういった終末期の患者の延命処置をどのように中止していくのかということについて述べている。家族への十分なインフォームドコンセントなくしては、延命処置中止はあり得ない。また、多くの家族が感じる可能性のある罪悪感等を含めた心のプロセスについて、救急医療に従事するスタッフは、十分に理解し家族に接していくことが必要であろう。しかし、本ガイドラインは、延命治療の中止について、医療者側の視点にたって述べられたもので、家族の支援に依拠したものとはなっていない。また、医療者側に対しても、具体的な延命処置の中止方法については、示されていない。そのため、本ガイドラインの改正においては、新たな遺族支援の在り方が盛り込まれることを期待するものである。そしてガイドラインの改正の際は、本研究結果が何らかの形で寄与できたらと考える。

2009（平成21）年に「臓器の移植に関する法律」の改正が国会で審議され、改正された（最終改正は平成21年7月17日法律第83号）。改正内容は、年齢を問わず、脳死を人の死とし、本人の拒否がない限り家族の同意で臓器を提供できるように

するものである。法改正はあくまでも法律上の問題であり、本人の同意が明確でない場合、その決定を家族がしなければならないということになった。そのため、十分な家族支援体制を取ることが必要となってくる。特にドナーとなる人が子どもであれば、なおさらである。ドナー家族にとって臓器提供をしたことが、その後の人生の中で何年も後悔として残ることがあってはならない。2010（平成22）年7月17日から家族の同意で脳死移植が実施されるようになった。その結果、脳死での臓器移植の件数は増え、本人の同意ではなく、家族の同意のみによって移植が行われるようになった。救急医療において、十分な家族支援体制を検討したうえでの臓器移植法の改正ではなく、法律が先行し、そしてその結果、家族の同意での脳死移植が進められている現状がある。家族の同意のみで移植が進められた場合の悲嘆のプロセスと移植との関係性について、検証作業が急がれる。これらのこともふまえて、わが国における第3次救急医療施設での家族・遺族支援のプロトコルが必要である。本研究がドナー家族支援においても寄与できたらと考える。

年間3万人以上の自死（自殺）者が10年以上続き、2012（平成24）年で3万人を下回ったといえ、自死で亡くなる人の数は、先進国の中で抜きに出た数である。自殺対策基本法が策定され、国を挙げて自殺対策に現在取り組んでいるところである。そのため、今後益々救急医療現場における家族・遺族支援は重要な課題である。自死支援については、プリベンション、インターベンション、ポストベンションと介入方法が分かれている。現在国レベルで主に取り組んでいるのは、プリベンションとインターベンションの領域である。プリベンションの試みとしては、自死予防のためのゲートキーパーの養成が各自治体で進められているところである。しかし、遺族への支援であるポストベンションについては、まだまだ十分に整備されていないのが実情である。自死の場合、警察の検視が入ったり、その死に至った原因が不明瞭であったり、家族の混乱は大きいことが予測される。また自死の第一発見者が家族であることも少なくない。2011年に実施した自死遺族の調査において、家族が第一発見者であったというケースは28%であった。そして第一発見者の最年少は、4歳のこどもであった。自死の場合は、病院に到着する前にすでに心肺停止状態であることも少なくない。そしてその多くは、そのまま亡くなってしまう。救急領域においては、家族・遺族の抱える問題は多岐に渡っており、多様な介入方法や技法を用いて、家族・遺族を支援していくことが求められる。

多忙を極め、瞬時の判断が迫られる救急医療現場では、家族・遺族の支援については、最優先課題にはなりにくい。しかし、救急領域での家族・遺族支援は重要であると考えられる。本論文は、救急領域における家族・遺族支援の重要性について調査・考察し、その実践方法について、提案するものである。

今日、日本臨床救急医学会においても、家族・遺族ケアについては、関心が示されるようになってきた。日本臨床救急医学会で、パラメディカルスタッフ

(paramedical staff) の救急専門スタッフとして、救急専門医療ソーシャルワーカーの認定化に向けての議論がなされている。医療ソーシャルワーカーの救急専門化に向けて検討する際、家族支援は救急専門ソーシャルワーカーの重要な役割として位置づけられる。救急領域において、ソーシャルワーカーが担う役割は幅広く、一般病棟とは異なる専門性を要する役割が多いと考えられる。特に危機的状況にある家族に対する支援や、突然家族と死別する家族・遺族への支援は重要である。本研究は、救急領域におけるソーシャルワーカーの実践する家族・遺族支援について、エビデンスを提示し、提案するものである。

## 第2節 本研究によって明らかにする点

本研究は、第3次救急医療施設で、突然家族を亡くした遺族の現状やニーズを明らかにしていく。そして次に、悲嘆理論をふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法について検討していく。

そのための具体的な方法として、救命救急センターに心肺停止状態で搬入され、入院に至らずに亡くなった患者家族への質問紙調査を実施する。そして回答者のうち、承諾が得られた人に対して、直接のインタビュー調査を実施する。遺族への調査は、非常に繊細である。本調査は、まずは遺族への負担が比較的少ない質問紙調査の方から実施し、その後インタビュー調査によって、より具体的なニーズやソーシャルワーク課題について直接遺族より聴取する。質問紙調査をもとにインタビュー調査を実施することにより、質問紙の回答だけでは見えてこない遺族のニーズを明らかにする。具体的には、そこで、家族・遺族の医療や心理的な課題だけでなく、生活上の困難も含めたソーシャルワーク課題を明らかにしていくことを目指す。第3次救急医療施設では、通常、患者の死によって医療支援の役割を終える。しかし患者家族の喪失悲嘆

のプロセスはそこから始まっていく。第3次救急医療施設では、患者家族との関係性は、患者の死によってほぼ喪失するため、医療者が、患者死後の家族のニーズを理解することは難しい。しかし、第3次救急医療施設を去った患者家族が、その後どのようなプロセスをたどり、どのような生活上の困難を抱えるのかを理解することは、救急医療施設での家族支援を検討する際の重要な視点になると考える。すなわち、医療者は患者治療中から家族の喪失悲嘆に対する支援をすることが可能となる。医療スタッフは、患者家族がどのようなニーズをもっているのか、遺族になってからどのような課題を抱えているのかをまずは理解する。そして、そのことをふまえた上で、患者家族を支援していく。患者家族にとって、第3次救急医療施設が、喪失悲嘆のスタートラインである。その原点でもある救急医療スタッフからどのような支援を受けたか、その後の人生に影響を及ぼしているのは何か、そこを理解しておくことは重要である。そのため、本研究では、患者家族が第3次救急医療施設の医療スタッフにどのような支援を受けたと考えているのか、そのことがその先の悲嘆のプロセスや人生においてどのように影響しているのか、またどのような支援を医療スタッフから望んでいるのか、その後の生活上の困難について明らかにし、その結果をジェネラリスト・ソーシャルワークの視点でアセスメントし、実践方法を検討していくことを試みる。

質問紙調査では、Hobgood (2005)、Well (1993)、Wright (=2002) らが示す医療者の対応についての先行研究をもとに質問紙を作成し、調査対象医療機関の医療スタッフとグリーフケアを専門とする心療内科医師、複数の遺族に質問紙を確認し、その上で意見を聴取し、調査用紙を完成させた。調査項目は、救命救急センターに搬送されてから死亡に至るまでの経過、その際医療従事者に求めること、死亡告知の際に医療者に求めること、死亡後に救命救急センターに求めることや生活におけるニーズについてを調査した。また量的調査だけではこぼれおちてしまう家族・遺族のニーズの具体的な点や質問紙だけでは理解しにくい部分については、インタビュー調査で丁寧にひとりひとり聞き取りをした。そこで質問紙調査の回答結果だけでは見えてこなかった家族・遺族の思いが見えてきた。これらの結果をふまえて、第3次救急医療施設での家族・遺族支援について、悲嘆理論・ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論を交えて考察し、家族・遺族支援について論じていく。

### 第3節 学術的な特色・独創的な点と意義

本研究の学術的な特色は、通常患者の死によって終わってしまう第3次救急医療施設での家族支援について、遺族（当事者）の視点を取り入れて論じた点である。第3次救急医療施設は、その役割上、通常の病院と異なり、その施設で亡くなる場合を除いて、患者は一命を取り留めた段階で、他の医療機関に転院となることが少なくない。そのため、第3次救急医療施設の医療スタッフは、患者家族から、自分達が提供した医療やケアの評価を直接受けることが通常の医療機関よりも少ない。加えて在院日数も非常に短いことから、患者家族との関係性も、通常の医療機関よりは構築しにくい状況である。そのような特異的な医療機関において死亡した患者家族が、第3次救急医療施設での医療スタッフの支援について、どのように捉えていたのか明らかにすることは非常に難しい。また、通常は死亡した患者家族が医療機関の支援をどのように捉えていたのかについて、外部の研究者が研究することは難しい。しかし、医療機関の協力を得て、外部の研究者が調査した点が、本研究の特色であると考えられる。外部の研究者の調査であるため、より客観的に支援内容について捉えることが可能となる。また、医療機関の医療スタッフの支援を、医療支援の側面ではなく、ソーシャルワーカーの支援も含めて、ソーシャルワークの視点で検討した点は、本研究の独創的な部分である。

社会福祉学の研究の基本は、実践にどれだけ貢献できるかという点である。そのため、第3次救急医療施設スタッフとの連携は重要な点である。現在、医師・看護師不足による救急医療体制の不備が取り立たされている。本研究が、現場スタッフの負担を増強し、現場のケアの不備を指摘するものであっては決してならない。救急医療現場の医療スタッフの負担増が叫ばれる中、本研究によって導き出された結果は、医療チームの役割を明確化し、医療スタッフの負担を軽減できるものでなければならない。そして、亡くなる患者が多く、患者や家族から直接の評価を聞くことが難しい救急医療の中で、医療者を肯定的に評価している家族・遺族の生の声を、医療スタッフに送り届けたい。そのことが、日々激務の中を患者の救命に取り組んでいる医療スタッフへの貢献になるのではないかと期待するものであり、本研究の意義である。

#### 第4節 論文構成

本論文の構成は、序章の第1節で研究の目的と学術的背景について述べる。本研究の目的は、以下の2点である。第1の目的は、第3次救急医療施設で、突然家族を亡くした遺族の現状やニーズを明らかにすることである。第2の目的は、悲嘆理論をふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法について検討することである。第3次救急医療領域での家族・遺族支援の研究は国内ではほとんどなされておらず、そのため突然家族と死別した遺族がどのようなニーズをもっているのか、まず明らかにすることが家族・遺族の支援を検討する上で、必要だからである。また、家族・遺族の抱える生活上の困難は多岐にわたっていると考えられるため、包括的な視点で問題をアセスメントし、多様な既存の介入方法や技法を積極的に活用していくジェネラリスト・アプローチを採用した。第2節では、本研究によって明らかにする点について述べた。明らかにしていく点としては、第3次救急医療施設で、突然家族を亡くした遺族の現状やニーズを明らかにしていく。そして次に、悲嘆理論をふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法について検討する。

第3節は、学術的な特色・独創的な点と意義について述べる。通常患者の死によって終わってしまう第3次救急医療施設での家族支援について、遺族（当事者）の視点を取り入れて論じた点は本研究の特色である。

第1章第1節では、悲嘆理論についてレビューした。本研究は、悲嘆理論をふまえたジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の枠組で論じていく。そのため、本節では悲嘆の理論について、歴史的な理論展開の流れに沿ってレビューしていく。第2節では、救急医療におけるグリーフケアについてその特殊性について述べる。第3節では、ソーシャルワークの定義を明らかにするとともに、ソーシャルワーク理論をレビューする。また、ソーシャルワーカーの役割を遺族支援に結び付ける根拠として、全米ソーシャルワーカー協会の基準を用いる。本節では、ソーシャルワーク理論として、ジェネラリスト・アプローチ、岡村理論、ライフモデル、ケースマネジメント理論、危機介入モデル、ナラティブモデル、全米ソーシャルワーカー協会基準をレビューした。

死別を体験した家族・遺族を支援するためには、悲嘆理論だけでは不十分である。遺族の支援については一般的には、メンタルヘルスの課題ととらえ、精神的なサポー

トを重視する傾向がある。しかし、遺族の抱える課題は、メンタルヘルスだけではなく、日常生活上の困難でもある。それは社会福祉の課題と捉えることができる。そのため、本稿では、悲嘆理論をふまえたジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の枠組を構築していくことを目指す。

遺族の悲嘆のプロセスは複雑で個別的である。そのため、ソーシャルワーカーは遺族の特性を理解し、支援にあたる必要がある。遺族には様々な課題があり、その課題はある程度共通するが、各遺族の背景が異なるため、その課題は個別的なものも多い。そして死別が原因で、生活上の困難に陥る可能性もある。また、第3次救急医療施設は、一般病院と異なり、事件、事故等で亡くなる人も少なくなく、その場合は、通常の遺族では必要ない法的な支援も必要となる。さまざまな課題を予期することなく突然抱えることになる家族・遺族への支援について、ソーシャルワークはどのように貢献できるのか、第2章で先行研究を十分に吟味し、調査につなげていく。

第2章では、本研究の根幹である調査研究結果を記述する。第1節で研究の方法を説明し、第2節で量的調査について、目的、方法、結果とその考察について述べた。本調査の仮説は、①突然に亡くなる患者家族は社会福祉的なニーズを持っている、②第3次救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要である、③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている、④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する、⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性がある、である。以上5つの仮説を検証するために調査研究を実施した。第3節では、量的調査の補足調査として行った質的調査について、先行研究、目的、方法、結果および考察について述べる。質的調査については、量的調査を実施した人から承諾が得られた22名を対象に実施した。

第3章では、第2章で実施した調査研究を総合的に考察した。終章は、結論と研究の限界、今後の課題について述べた。

なお、本研究で用いる「家族・遺族」についての用語の整理について、広辞苑では、家族とは夫婦とその血縁関係にある者を中心として構成される集団、遺族とは死亡した者の家族・親族を意味する。これに則ると、医師の死亡確認前は家族で死亡確認後は遺族となる。しかし、家族の感情上、そう簡単に家族から遺族に移行するものでもない。そのため、第3次救急医療施設内では「家族・遺族」と表現し、患者死亡後の生活を表す際は遺族とする。ただし、支援方法について検討する際は、第3次救急医療施設に

搬送された時から死別後までの一連のプロセスの中で支援を検討するため、「家族・遺族」と両方明記する。

## 第1章 文献研究

### 第1節 悲嘆理論

悲嘆について、学術的に理論化した最初の研究者は Freud (=1969, =1970) である。「悲哀とメランコリー」の中で、家族の悲嘆に対する反応を述べている。次に、悲嘆理論に大きく影響を与えたのが、Lindemann (1944, =1984) である。ボストンのナイトクラブでの火災によって死傷した家族への調査を実施し、歪曲する悲嘆の反応について発表した。Freud (=1969, =1970)、Lindemann (1944, =1984) は、悲嘆研究に大きな影響を与えた。その後、悲嘆理論は、段階モデル、位相モデル、課題モデル、二重過程モデルの開発へと移行していった。以下に、まず悲嘆の定義を述べた後、その後の研究に大きな影響を与えた Lindemann (1944, =1984) の研究をレビューし、段階モデル、位相モデル、課題モデル、二重過程モデルについて述べていく。二重過程モデルは、各モデルを発展させて開発され、より遺族の悲嘆反応を説明しているものである。

#### 第1項 Grief の定義

ここでは、死別研究において代表的な Worden (1982)、Freud (=1969, =1970) に加え、死別の言葉の定義を総合的に列挙し、わかりやすく述べている Attig (=1998) を平山 (1997) の解説を交えて説明する。

日本においては、「死別による悲しみ」とひとことで表現されるが、英語では、①bereavement (死別)、②mourning (悲哀)、③grief (悲嘆)、④grieving (悲しむこと) といった言葉で用いられている。死別の悲しみといっても様々な表現方法がある。①bereavement (死別) とは、死による喪失がひきおこす状態をいう。②grief (悲嘆) は、喪失にともなう反応ないし症状をさす。③mourning (悲哀) は、死んだ人とのかかわりを転換するために、遺されたものが自分の内面でおこなおうとするさまざまな心の営みのことである。④grieving (悲しむこと) は、誰かを亡くしたときの対処反応の全領域をさす。

この Attig (=1998) の定義に平山 (1997) は、以下のように解説を加えている。

bereavement (死別) は、剥奪、喪失、死別といった意味があり、the bereaved family といえ、遺族を意味する。bereavement は、死による人と人との離別という客観的現象自体をさす言葉として用いられている。その意味で、死や死別は、選択

の余地のない出来事なのである。死や死別は、人間の自由意志や決断のとどかない運命的・宿命的・神秘的・摂理的側面をもっている。死や死別はこのように、人間の力ではどうにもならず、人間の無力さ、有限性を感じさせる出来事といえる。

**grief**（悲嘆）は、喪失体験に伴う悲しみの感情そのものをさしている。つまり、悲嘆の感情は、誰かを亡くしたときに、人間の心のなかにひきおこされる苦悩の一部であると解釈される。悲嘆は、悲しみという出来事の横断面的側面である「反応」や「症状」のみをさし、その心理的内面や経過（プロセス）までに言及するような言葉ではない。

**Mourning**（悲哀）は、死別（**bereavement**）によって、悲しみの感情（**grief**）に耐えられなくなったとき、どのような心理的变化が起こっているのかといった心の内面まで踏みこんだ概念であるにとらえるべきである。**grief**が、横断面的な反応ないし症状なのに対して、**mourning**は悲しみの経過、すなわち歴史性、時間性をもった縦断面的側面を有しているといつてよい。

**grieving**（悲しむこと）は、死別にともなう衝撃、混乱、悲しみから精神の安定をもたらすための対処行動全体をさすものであり、この場合は、人間の主体的意志がかかわっているといえる。

**Worden**（1982）は、対象喪失に対する反応を悲嘆（**grief**）、対象喪失後に生じる心理的過程を悲哀（**mourning**）であると述べている。しかし一般的には、悲哀（**mourning**）と悲嘆（**grief**）は交換可能な用語としてとらえられていると述べている（平山 1997）。

遺族がたどる悲嘆のプロセスは通常ある程度予測可能である（瀬藤ら 2006）。悲嘆は死別に対する情緒的反応であり、喪失に対する自然で正常な反応である。ショック・否認・麻痺といった反応を示す急性期を過ぎると、慢性的な反応として多様な心理的・身体的・行動的反応が現れる（川野 2009）。しかし、その反応には個別性があり、強さや継続期間も個人差がある。

心理的反応としては、悲しみ、思慕、否認、抑うつ、絶望、悲しみ、疎外感、怒り、罪悪感、自責感、無気力感、絶望感、非現実感、記憶力や集中力の低下等である。身体的反応としては、食欲不振、睡眠障害、活力の喪失、身体愁訴、故人の症状に類似した身体愁訴等がある。行動的反応としては、引きこもり、人やアルコール、薬物等への依存、過活動等がある。

### (1) グリーフケア (grief care)

人は、大切な人との死別後、亡くなった人に対する思慕、悲しみ、怒り、罪責感や身体的な症状等を体験しながら、喪失と向き合い、新たな生き方を見つけていく。その作業をグリーフワーク (grief work)、それらの過程において、遺族に対してなんらかの支援をおこなうことがグリーフケア (grief care) である。死別ケア

(bereavement care) や遺族ケア、遺族サポート等様々な名称で表現されているが、現在わが国においては、グリーフケア (grief care) という表現が一般的になってきている (坂口 2010)。

しかし、悲嘆は死別後から始まるのではなく、大切な人との別れを自覚した時から始まっている。グリーフとは、死別前から死別後まで一連の流れとしてとらえるべきであり、グリーフケアも死別前から始めることが重要である。また、悲嘆は、死別後何年も続くプロセスである。本論文で取り上げる救急領域で働く医療スタッフが遺族と関わるのは、そのほんの少しの期間である。しかし、死別前後のケアが今後の悲嘆のプロセスに影響する可能性が否定できない。そのため、医療スタッフは遺族のグリーフプロセスを十分理解しておく必要がある。

本研究で考える家族・遺族の支援とは、第3次救急医療施設の中で実践する方法である。それを図に示すと以下のようになる。第3次救急医療施設に搬入直後から、家族の支援は開始される必要がある。第3次救急医療施設で主に実施する家族支援は、患者搬入時、治療時、死亡時、死亡直後となる。患者死亡退院後に、第3次救急医療施設の医療スタッフが遺族に関わることはほとんどない。第3次救急医療施設のスタッフにとっては、そこで患者や家族との関係や役割は終了することになる。しかし、家族・遺族にとっては、まだまだ長い悲嘆のプロセスが続くのである。第3次救急医療施設のスタッフは、今後歩んでいく遺族の悲嘆のプロセスを十分理解した上で、患者治療中の家族の支援を実践していく必要があると考える。また、患者死亡退院後の遺族に対して、必要時何らかの社会資源を提供したり、直接支援に結びつく機関につないだりする役割もあるだろう。

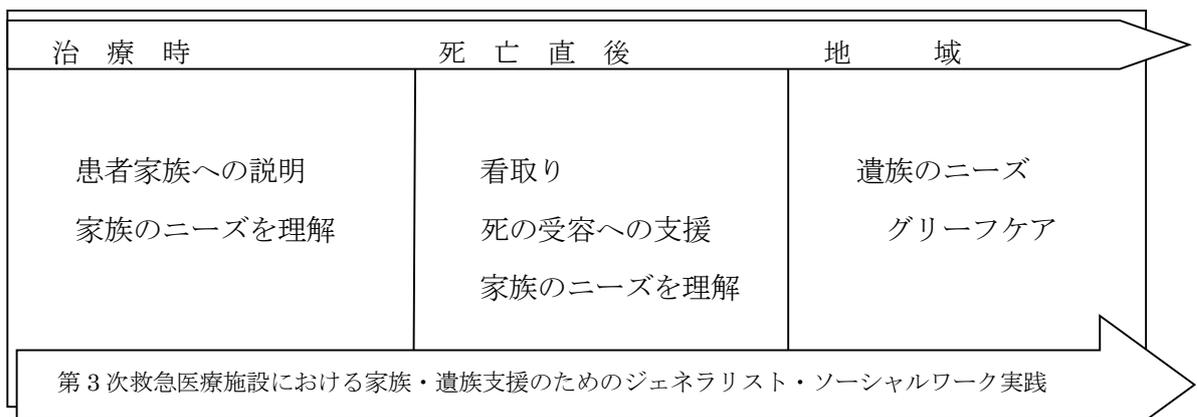


図 1 第3次救急医療施設における家族・遺族支援のためのジェネラリスト・ソーシャルワーク実践のプロセス図

## 第2項 グリーフの古典的な理論

ここでは grief の理論研究に大きな影響を与えた、Lindemann (1944, =1984), Bowlby (1969, =1991)、Parkes (=1993)、Worden (1982, =1993, =2011) についての先行研究をレビューする。

悲嘆の反応についての体系化に大きく貢献したのは、Lindemann (1944, =1984) である。1942 年にあったボストンのナイトクラブ「ココナッツ・グローヴ」で 500 人近い人が命を失った大火災において、遺族を含めた 101 人を面接し、会話と内容を録音し、面接を通してどのような症状を訴えたか、精神的状態はどのように進展しているかということについて分析した。

要点は以下の 4 点にまとめられている。

①喪失による悲嘆はあきらかに心理的、身体的症候である。②この症状は危機の後ただちに現れる場合もあり、遅れる場合もある。また誇張される場合や表面的には悲嘆がないかのように見えるときもある。③歪曲された現れ方をすることもあるが、それも典型的な悲嘆であり、悲嘆の症候群の一面を表現している。④適切な方法によって、それらの歪曲された様相は、上手に正常な悲嘆の反応へと変化させ、解決することができる。

この Lindemann (1944, =1984) の悲嘆の研究は、悲嘆に共通の体系化を見出し、また歪曲された悲嘆や遅延した悲嘆についても述べられており、その後多くの研究者によって引用され、grief の理論に大きな影響を与えることとなった。

### 第3項 段階 (stages) モデル

段階モデルとは、悲嘆のプロセスをいくつかの段階にわけて考える理論である。研究者によっては、9 や 12 にわけて、悲嘆のプロセスを論じている。しかし人はきちんと分けられた悲嘆の段階を必ずしも順に通過するわけではない。行きつ戻りつしたり、ある段階を体験しないこともある。また、同時に起こる場合もある。Kübler-Ross (=1971) は、死を目前にした患者 100 人以上にインタビューし、死の 5 段階説を発表した。この理論は世界中の注目を集めたが、徐々に、死の 5 段階説は死にゆく患者がきちんとならべた段階にそって死んでいくことを期待したと批判され、現在では古典的な理論として取り扱われている。

Bowlby (=1991) は、悲嘆の本質は愛着にとまなう「分離不安」であり、死者の絆が強ければ強いほど、悲嘆は強くなると述べている。そのプロセスは 4 つの段階に分かれている。①「無感覚」は、一般的に、数時間から一週間連続する無感覚の段階で、これが非常に強烈な苦悩や怒りの爆発に終わることもある。②「思慕」は、失った人物を思慕し探し求めることが数か月、時には数年続く。③「混乱と絶望」は、死別者が感情の打撃に耐えることが必要である。それに耐えることで、喪失が永続的な事実であり、自分の生活は再建されねばならないことを認めて受け入れることができるようになる。④「再建」は、慣れない役割を果たし、新しい生活技術を得るために努力しなければならないことに気付く。

Parkes (=1993) は、悲嘆の段階論として Lindemann (1944, =1984) の理論からあらたに 7 段階を提示した。①結びつきの代償、②打ち砕かれた心、③警告、④探索、⑤緩和、⑥怒りと罪責感、⑦新たな同一性の獲得である。そして、それ以外に否定形的な悲嘆と位置付け、否定形的な悲嘆は、病的に特異症状はないが、極端な罪責感の表現、同一化症状を示し、病的な経過であると述べている。

### 第4項 位相 (phases) モデル

段階に代わるアプローチとして、位相という概念が使われることもある。段階モデルよりも明確に分かれておらず、その境界に重なりがあるという考え方である。しかし、やはり悲嘆のプロセスについてある一定の位相を通過しなければならず、段階モデルと明確に区別することは難しく、段階モデルのひとつとして、採り扱われることも多い。

## 第5項 課題 (tasks) モデル

Worden (=1993, =2011) は課題モデルを提唱し、同モデルは悲哀のプロセスを理解するには妥当であり、臨床的にも有用であると述べている。位相は嘆き悲しむ人が通過しなければならない、何かある種の受身的な感じを含んでいる。この考え方には、悲哀は外部からの介入によって影響をうけるということも含んでいる。位相の概念とは、悲嘆は通過するものとしてみる一方、課題によるアプローチは、自分で積極的に乗り越えていくという力を意味している。その課題となる現象の発生に順序等は示されていない。以下は Worden の示す課題モデルである。

課題Ⅰは、喪失の現実を受け入れるである。悲嘆の最初の課題は、その人が死んだという事実、その人が逝ってしまい、戻ってこないという事実と直面することである。喪失の現実を受容するということの反対は、何らかの否認を通じて、信じないようにすることである。愛する人は旅行中だとか、入院していると信じることは容易である。喪失という現実を受け入れられるようになるには、時間が必要なのである。喪失は知的のみならず、情緒的にも受容される必要がある。この情緒的に受け入れられるようになるためには、まずは知的に理解することが必要で、それ由に時間がかかるといわれている。この課題を終えるための助けとして、葬儀などの伝統的な儀式は、遺族の死の受容を導くことに役立っている。

課題Ⅱは、悲嘆の痛みを消化していくことである。痛みについては、ここでの定義としては、肉体的痛み、情緒的、行動的な痛みをすべて含んでいる。この課題を否定することは、感じないことである。死を思い出すことを避け、アルコールや薬物を使用すると言う方法もある。しかしそれを乗り越え、苦痛を表現する方法を見つけなければならない。

課題Ⅲは、故人のいない世界に適応することである。適応とは、外的適応と内的適応、スピリチュアルな適応にわかれると述べている。外的適応とは、日常生活での役割やスキルに及ぼす影響を扱う。妻を失った夫が、料理を覚えることや、夫を失った妻が伴侶のいない部屋にいること、家計をひとりで支えていくことなど、生前の故人との関係性や故人の担っていた役割によって、適応していく必要があり、内容は様々である。内的適応とは、遺された人の自己感覚に及ぼす影響を意味する。単なる故人の担っていた役割のスキルを身につけるだけではなく、死別が根源的な意味において遺された人のアイデンティティ、自尊心、自己効力感にどのように影響するのかを考

慮する必要があるのである。最後のスピリチュアルな適応とは、これまでそのひともってきた信念、価値、世界についての認知的枠組に影響を及ぼすものである。個々人の価値や信念は、家族や仲間、教育や宗教、人生経験などによって影響を受け形成されていく。そのため、愛する人を失ったことによって人生の方向性を失ってしまうのである。

課題IVは、新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的なつながりを見出すことである。故人とのつながりを続けながらも、遺された人の人生を進めていくことを妨げない方法を見出すことである。Worden は、ずっと一緒だと感じながら、なおかつ人生は進んでいけるような形で、愛する故人を思い出す方法を見つけ出すことを課題としている。課題IVを達成することは、多くの人たちにとって最も困難であると述べている。課題IVが完了していないことの一番よい表現としては、「人生を楽しめない (not living)」ことであり、愛する人が亡くなった時点で人生が停止してしまい、再び動き出すことができないことである。

喪の課題は、遺された人の中で繰り返し吟味され、時間をかけて何度も取り組まれ、また、複数の課題が同時並行される場合もあると述べている。

## 第6項 二重過程モデル

Stroebe & Schut (1999, =2007) は、二重過程モデルを提唱した。Stroebe & Schut は、配偶者を亡くした遺族に対しての介入研究を行い、遺族には、喪失志向と回復志向の2種類のストレスがあることを述べている。遺族は、愛する人の喪失に自ら対処（コーピング）しなければならないだけでなく、二次的結果として生じる変化に適応するために、生活上の大きな修正を余儀なくされる。喪失志向コーピングでは、亡くなった人を悼む等、回復志向コーピングでは生活を立て直すためにいろいろと工夫することがあげられる。遺族はこの両方を、行ったり来たりする（揺らぎ）。通常、時間の経過と共に喪失志向から回復志向に重心が移っていくが、直線的な現象ではなく、故人に関係する記念日等で喪失志向へと再び変動する。

Stroebe & Schut (1999, =2007) は、配偶者の死別研究において、喪失志向と回復志向は、個人、文化、時間等で変動するが、揺らぎが少なく、喪失志向か回復志向のいずれかへの極端な偏りは、複雑性悲嘆に移行する可能性があることを示唆している。

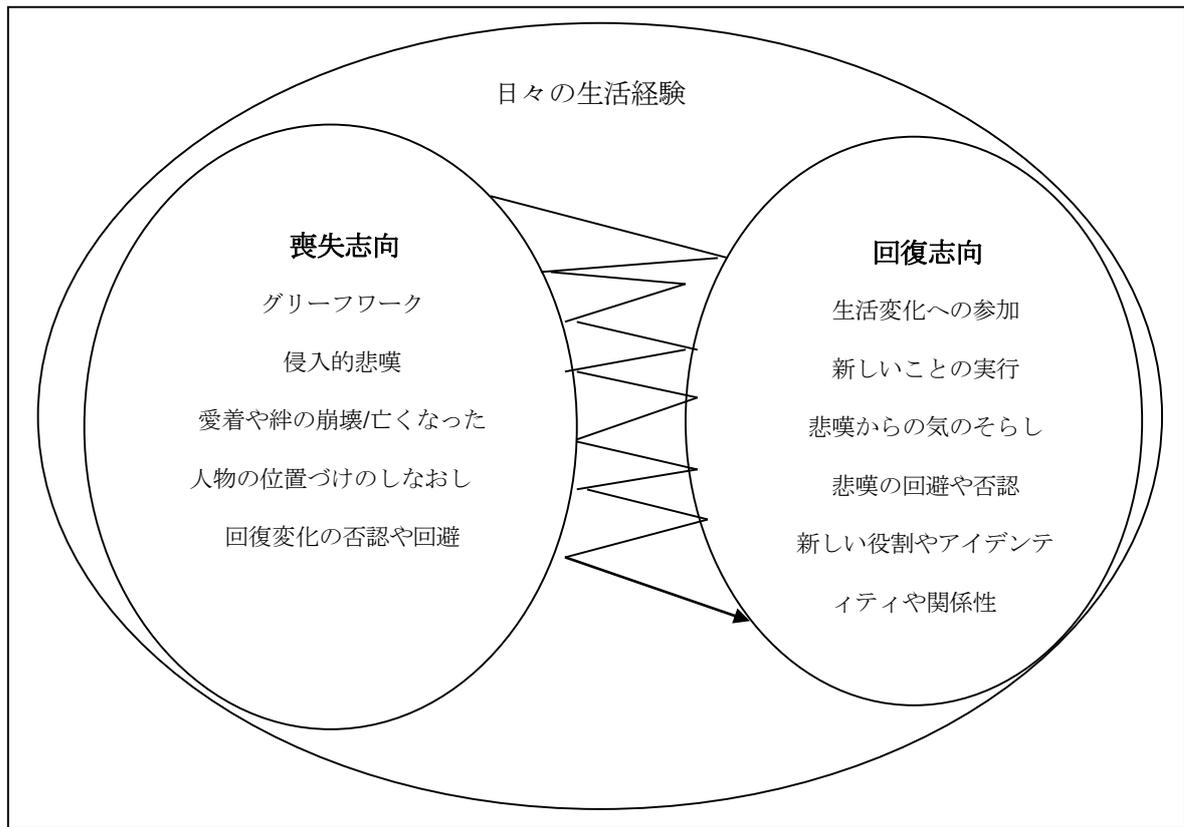


図 2 死別への二重過程モデル

(Stroebe & Schut (=2007 富田・菊池監訳 : 71))

## 第7項 医学的な治療が必要な悲嘆

### (1) 複雑性悲嘆

悲嘆に伴う心理的、身体的、行動的反応の多くは、正常な反応である。しかし、その程度や期間が通常範囲を超え、精神的な治療が必要な悲嘆反応も見られる。その通常範囲を超える悲嘆については、「病的悲嘆 (pathological grief)」、「異常悲嘆 (abnormal grief)」、「外傷性悲嘆 (traumatic grief)」等の言葉が使われてきたが、現在は「複雑性悲嘆 (complicated grief)」が最も用いられている。しかし、Prigerson (2008) らは、治療が必要な悲嘆についての診断基準化に向けて、「遷延性悲嘆障害 (Prolonged grief disorder)」という名称を提示している (坂口 2010)。

2013年5月に発行されたDSM-5においては、持続的複雑性死別障害 (persistent complex bereavement disorder; PCBD) として、さらなる研究が条件づけられているがセクションⅢに位置づけられた。従来までは、複雑性悲嘆の特徴的变化として

は、6か月以上続く強い悲痛感と思慕、現実と信じられない、喪失を受け止めることができない、故人に関することへの没頭、喪失を想起させる事物や場所、状況の回避、自責と後悔、強い怒り、日常生活の停滞、社会的ひきこもりなどがあげられている（飛鳥井 2008）。しかし、持続的複雑性死別障害の基準案については、基準の項目が成人で12か月以上、子どもの場合で6か月以上該当する場合としている。また、文化や宗教の違いについて、明記されている（American Psychiatric Association 2013; 坂口 2013; Frances = 2014; 森ら 2014）。

しかし現在においても、複雑性悲嘆と通常の悲嘆との境界は不明瞭で、判断は容易ではない。

## （2）悲嘆のプロセスを妨げる要因

まず、故人との関係は、悲嘆のプロセスに大きな影響を与える。例えば「人は高齢期になってから徐々に死ぬものだ」という社会通念から、子どもの死は親に強い悲嘆をもたらすなど、故人との関係は重要である。悲嘆は、故人との関係、愛着の強さに比例して、遺族の苦しさは増すと予測される。また依存関係にあった場合、悲嘆は重症化しやすい。愛憎半ばする関係であった場合も悲嘆に悪影響を与える。さらに、突然の予期せぬ死、複数の死、暴力による死、人為的な死（殺人、自死等）は、遺族の精神的健康に与える危険度が非常に高い。遺族自身の要因としては、性別、年齢、死別以前の体験、ストレス状況に対する対処の方法、死別後のストレス等が影響する。文化や家族的要因も大きい。国によって悲嘆の表出に違いが生じるのはもとより、国内においても地域によつての文化差に影響される。また、家族内のレジリエンスが悲嘆のプロセスに影響を与えることも否めない。最後に遺族が持っているソーシャルサポートが悲嘆のプロセスに影響を及ぼす可能性も大きい。死別後に、友人や地域社会等の社会的支援を得ることができない場合、遺族は孤立し、悲嘆から新たな生き方を見つけていくことを妨げることに繋がっていく（小西ら 2007）。

## 第2節 救急領域におけるグリーフケア

### （1）救急領域で起こりやすい悲嘆反応

Worden (=1993) は、Parkes や Rynearson、Lindemann の研究より、突然死についての遺族の反応について、以下のようにまとめている。

救急領域の場合は、特に非現実感が生じ、感覚が麻痺したようになる。無力感もある。無力感は憤怒感と結びつき、誰かにぶちまけることもある。病院関係者が暴力の対象となることや故人の死に関わった誰かを殺したいと思うこともある。また、「もし・・・さえしていれば」といった表現の罪悪感が強い。特に子どもによく見られる兆候は、敵対的願望が実現したと結びついた罪の意識である。例えば、「きょうだいが死んでほしい」等子どもにはめずらしくない願望であるが、その対象が死んでしまうと、子どもは罪責感の重荷に悩まされる。

突然死の場合、だれかを非難したい欲求はきわめて強い。そのため家族内の誰かがスケープゴートになることはめずらしくない。また、遺された人の罪悪感が強い。特に故人に対して、言っておきたかったこと、しておきたかったことに対する後悔が多くなる。近親者が亡くなった場合、人はいかなる死についても、「なぜ死んだのか」と関心を抱くが、突然死の場合は特にそれが強い (Worden =1993)。

## (2) 救急領域で医療スタッフがグリーフケアを実践することの意義

家族との突然の別れは、遺された遺族に大きな影響を及ぼす。遺族が、喪失と向き合うためには、まずその死を受けとめることが必要である。

家族が、患者には最大限の医療が提供された、そして死を避けることは誰にもできなかった等の理解をし、死別直後より患者との死別と向き合えるようケアしていくことが、遺族を通常の悲嘆のプロセスへと導くことになる。そのために医療スタッフは、死に直面している患者家族に対して、グリーフケアを実践していくことが必要である。

## (3) 死にゆく患者家族のニーズ

集中治療室 (Intensive Care Unit : ICU) における死にゆく患者家族のニーズについては、以下のように述べられている。

家族が、満足する主な内容は、①医療スタッフからの尊重と思いやり、②診断、予後、治療についてのきちんとした説明、③生命維持のためだけの治療をさし控えたり、中止したりする場合の経過説明、④静かな場所での主治医との話し合い、⑤医療スタッフと患者の選択権についての議論、⑥不安を口にしたり感情を表現したりする家族の能力、⑦患者が終末期ケアを十分に受けたと感じられる、⑧パストラルケア

(スピリチュアルケア) または心理的サポートを持つ機会である (Lautrette & Azoulay 2010)。家族の不安やうつ、外傷後ストレス障害 (Posttraumatic stress disorder : PTSD) の兆候に関する主な内容は、①不完全または矛盾した説明を受ける、②誤った判断をしたという罪悪感、③終末期の意思決定の役割を担う特性である (Lautrette & Azoulay 2010)。家族の不安やうつ、PTSD の兆候に関する主な内容は、①不完全または矛盾した説明を受ける、②誤った判断をしたという罪悪感、③終末期の意思決定の役割を担う特性である。

#### (4) 救急医療スタッフが実践するグリーフケア

救急領域では、突然の患者の死はよく起こる出来事である。しかし、突然の死別に対処するだけの準備は、家族、友人にはできていない。そのため医療スタッフが、突然危機的状況に陥った家族を支援する必要がある。

米国では、救急領域における医療スタッフは、患者家族の不安を和らげるための基本的なガイドラインを作成し、ケアを実践している。各ケースは個別性があるが、救急医療スタッフは、家族への専門的な思いやりのある言葉をかけることで、家族のストレスを軽減させる基本的なプロトコルを使用している。その中で、ソーシャルワーカーは、救急領域で近親者を亡くした家族への死別カウンセリングを提供する医師、看護師、聖職者、それ以外の適切なスタッフたちのコーディネートをしている。家族支援のためのガイドラインはソーシャルワークの視点で提供されているが、専門職やスタッフは共有している。以下、ガイドラインの概要である。

患者の治療中は家族に対しては、プライバシー保護と容易に医療スタッフと連絡が取れる環境が重要であり、家族到着時、医師による速やかな説明を行うことが必要である。また、プライバシーの確保された静かな待合室 (ティッシュペーパー、電話などの整備) を確保する。待合室で大切なことは、容易に医療スタッフと連絡が取れる環境であるということである。

患者治療中は、まずは家族内でのキーパーソンを明確にする。家族がリアルタイムに患者の状況を理解するために、医師の説明が受けられるよう配慮する。家族にリアルタイムに説明することで、家族は患者に提供される医療行為について納得する。そうすることで家族は患者の死についての覚悟をするための準備を始める。蘇生できない現実をきちんと伝える機会を作る。その際、看護師は家族の身体的・精神的状況に

ついてアセスメントする。医師の説明は、医学用語を必要以上に使わない、あいまいな表現はしない（例：「重い」「危険な」等は家族の誤解を生む）、治療についての選択肢を分かりやすく説明することが重要である。必要であれば、看護師が補足する。可能であれば、救急治療場面で家族に説明するとともに、家族が治療や看護に参加できる場面を提供する。

死亡告知については、家族の中でのキーパーソンを明確にする。医師は、はっきりと死を告知する。医療者の思いやりを持った態度は、家族の死の受容を助けることになる。家族が示す死に対する否認と自責の念については、医療スタッフは傾聴する。死についての否認は、そのたびごとに説明を繰り返す。また、可能な限り家族がひとりで死亡告知を受けることがないよう配慮し、家族に椅子を勧める。医師は死に至った経過や治療内容について、具体的に説明すること、「死」をはっきりと伝え、あいまいな表現は避ける。告知に当たっては、真実と思いやりをもった態度で接するとともに、説明には十分な時間をとる。また、家族が納得できるよう、質問には誠実に、正確に答える。患者に大きな傷等がある場合は、事前に説明しておく。家族が望むのであれば、傷の処置後に会えるよう配慮する。

死別後の家族のガイドラインは、家族の喪失のプロセスを理解し、家族を支援する。例えば、家族にコーヒーか水をすすめ、ティッシュか濡れたタオルを提供し、あるいは取り乱した家族のために電話をかける。必要な社会資源の提供をおこなう。遺体との対面は、家族が死を受け止めるためには重要な時間ではあるが、反面変わり果てた患者の様相を受け止めなければならない。そのため、遺体との対面については、十分に注意を払う必要がある。家族の反応は、悲嘆反応の一部であるということを認識し、ソーシャルワーカーは冷静に対応する。家族が話す罪責感（あの時ああしていれば）については、傾聴し、客観的に家族に責任がないこと等を伝える。できるだけ家族間で支え合えるように家族間調整する（Well 1993）。

救急領域について死亡告知の方法については、GRIEV\_ING モデルを引用する（Hobgood 2005）。

告知する家族を集める。全員がそろっていることを確認する（Gather）。使える援助の資源を集める（Resources）。自己紹介をする。名前が死者か負傷者かの確認をおこない、その日の出来事に関する家族の理解の確認をする（Identify）。起こった出来事と現在の状態の説明をする（Educate）。はっ

きりと亡くなったことを伝える (Verify)。家族が理解するための空間や時間を提供する (Space)。質問がないか尋ね、すべてに回答する (Inquire)。実際的な問題 (葬儀、持ち物等) について尋ねる。家族が死者の身体を見る機会を提供する (Nuts and Bolts)。後に起こってくる様々な疑問に対して、答えることを伝え、連絡先を渡す (Give) (p.297 筆者訳)。

本研究においては、医療従事者と家族との関わりや支援については、まさにこの死亡告知の時間がほとんどを占めていると言っても過言ではない。家族への死亡告知を含めて、どのような支援が必要であるのか、検討していく必要がある。以上のようにレビューしたガイドラインやモデルは、米国のものである。文化も異なり、また医療体制も異なるわが国のガイドラインとしてそのまま活用することはできない。そこで、本論文では、ジェネラリスト・ソーシャルワーク理論の枠組でとらえなおし、救急医療の家族・遺族支援について論じていくこととする。そして、わが国における遺族支援のための遺族のニーズ調査を実施し、本研究で明らかになったデータを検討し、先行研究をふまえ、米国のような家族・遺族支援のためのシステムを構築していくことを目指す。

### 第3節 ソーシャルワーク理論

多くの遺族は、家族の死別前は、特に社会福祉的な支援を受けることなく生活していた人々である。しかし、家族の死によって、心理社会的環境に急激な変化が起こり、強いストレス状況に陥っている。遺族には、家族の死別によって起こる悲嘆反応とどう向き合っていくのかということと、急激に変化した環境にどう適応していくのかという2つの課題が発生する。そのため、遺族への支援は、死別による悲嘆反応に対する支援だけではなく、家族の死別によって起こってくる環境の変化に対してどのように適応していくのかについての支援も必要である。すなわち、そこにソーシャルワークの枠組が必要となってくるのである。多くの遺族支援は、悲嘆理論に基づいて行われており、悲嘆のプロセスとどのように付き合っていくのかということに焦点が当てられる。しかし、遺族は家族の死によって、たとえば経済的な問題に直面したり、家庭内で家事等を担っていた人の死によって、日常生活のバランスが大きく崩れたりすることもある。また、ひとりの家族の死によって、それまで均衡が保たれていた家族バランスが崩れ、家族の崩壊の危機に陥ることもある。少子化から核家族化が

進む現在、家族組織は、高齢夫婦の単位に移行していき、夫婦のどちらかが死別した場合、高齢者の単身世帯となる。そこで高齢者の孤立に発展していく可能性がある。それらの遺族を支援するためには、生活支援の視点も必要であり、悲嘆理論だけでは、対処できない課題を抱えている。特に、第3次救急医療施設において突然近親者を亡くす患者家族・遺族は、まったくの助走もなく、その課題にぶち当たることとなる。そのため、通常の遺族よりも、ソーシャルワーク課題を抱えている可能性が高く、ソーシャルワークの枠組で遺族支援を考えていくことが、より遺族を支援していく上で、確実であると考えられる。ソーシャルワークの枠組で考えることで、総合的な支援が展開できるのである。

すなわち本研究であげた仮説、①突然に亡くなる患者家族は社会福祉的なニーズを持っている、②第3次救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要であるについては、悲嘆理論だけで遺族の支援を検討することは困難であり、岡村理論、ケースマネジメント理論を含めたジェネラリスト・アプローチの枠組が必要である。さらに③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている、④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する、⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性があるについては、危機介入モデル、ナラティブモデルが参考になる。

そのため、ジェネラリスト・アプローチを理論的枠組とし、包括的実践理論として、悲嘆理論、岡村理論、ライフモデルを活用し、限定的理論として、ケースマネジメント理論、危機介入モデル、ナラティブモデルを本研究の基盤とする。

## 第1項 ソーシャルワーク定義

「ソーシャルワークとは、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワーメントと解放を促すものである。人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人々がその環境と交互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、援助者の拠り所とする基盤である」（2000年カナダモントリオールでの国際ソーシャルワーカー連盟国際会議で採択、日本ソーシャルワーカー協会訳）。上記のソーシャルワークの定義に則ると、ソーシャルワーク実践は、非常に幅広い支援の展開ということになる。ウェルビーイング、社会変革、人間関係、エンパワーメント、社会システム、環境との交互

作用などがキーワードとなる。これらを実践するためには、さまざまなアプローチが必要となる。

突然死別を体験した家族・遺族に対してソーシャルワーク実践を展開するためには、多方面からの支援が必要となる。支援対象となる家族・遺族は、死別によって人間関係が崩壊し、パワーレスの状態である。クライアントを取り巻く環境は大きく変化し、その変化にクライアントはついていくことができない状況である。生きていく気力さえ失ってしまっている状況であり、ウェルビーイングの状態とはいえない。ここでは、国際ソーシャルワーカー連盟の打ちだしたソーシャルワークの定義に基づき、ソーシャルワーク理論をレビューする。その上で、救急領域で死別を経験した家族・遺族への悲嘆理論をふまえたソーシャルワーク実践について検討していくこととする。

## 第2項 ジェネラリスト・アプローチ

1人の人の死は、その人を中心に多岐にわたり、多くの人が影響を受ける。人は、家族、友人・知人、会社、コミュニティなど、さまざまな関係性を持っている。それらすべてが、その人の死によって大きく崩れてしまう。特に大きな影響を受けるのが、その家族である。家族は、近親者の死によって、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな課題を抱えることになる。しかし、多くの遺族は、専門的な支援を必要としないかもしれない。しかし、中には家族の死によって、心身に影響が出る、家族関係が崩壊する、貧困に陥る等、大きな影響が出る場合もある。特に経済や社会が不安定で、また無縁社会という言葉がクローズアップされる今日、人間関係が大きく崩れる可能性がある遺族に対して、社会福祉の役割は少なくない。

また、遺族のニーズは個別性があり、その支援方法は個人、家族、コミュニティ、制度政策等、多岐にわたる。そのため、クライアントの抱える問題を、全体的、包括的に捉えるジェネラリスト・アプローチの方法論は、悲嘆理論をふまえたソーシャルワーク実践の枠組を検討するうえで、重要なアプローチとなる。

ジェネラリスト・アプローチは、1990年代以降に確立した概念である。「実践領域や対象に共通する単なる基礎的、入門的な内容を意味するものではなく、総合化以降のソーシャルワークを構成する知識、技術、価値を一体的かつ体系的に構造化したもので、「ソーシャルワークを構成する知識・技術・価値を一体的かつ体系的に示

し、必然的に現代ソーシャルワーク理論の特質を反映した概念」である（岩間 2005 : 53）。

ジェネラリスト・アプローチの視点は、以下の 5 点にまとめられる。①問題理解の視点でエコロジカル・システムテックな視点である。人と環境との関係に焦点を当て、そこで生じている問題を全体的、多元的にアセスメントしていく。遺族にとっても、死別後の新しい生活をどう構築していくのかを考える際、人と環境の相互作用を検討していくことが重要である。②情報収集とアセスメントに基づいた問題解決、目標作成、計画目標に基づく課題の実行、評価するという援助プロセスである。死別によって起こった問題に焦点を当て、ソーシャルワークの支援を展開していく必要がある場合もある。③クライアントとワーカーとのパートナーシップの重要性である。多くの遺族には、自己の課題に自ら取り組んでいく力がある。そのため、クライアントとワーカーとがパートナーシップに基づいて協同していく必要がある。④援助の原則は、必要に応じた幅広い複合的な介入援助である。多様な理論・実践モデル、技法を柔軟に活用し、クライアントの支援にあたるということである。悲嘆理論とソーシャルワーク理論、実践を組み合わせ、遺族の支援を検討していくことが重要である。⑤援助の目的は、クライアントの問題解決、クライアントの社会的機能の回復・促進・強化・環境システムの変革である。家族の死別によってパワーレスに陥った遺族の本来持っていた強さ・長所に焦点を当て、課題対処能力を含む社会的機能の回復・促進・強化を目指していく必要がある（副田 2005）。

従来、遺族への支援は、看護師やカウンセラー、またはその内科や精神科医師が実践していることが多い。特に医師が行う場合は、薬物療法等の治療的な介入となる。また、看護師は多くの場合、死別前に関わっていることから、継続して関わっている場合も多い。しかし多くの場合は、身体面や心理面に焦点が当てられ、生活面や今後の自己実現、生きがい支援には結びついていないことが多い。しかし、遺族の抱える課題は、身体や心理的なことだけではない。社会的な課題も抱えている。しかし、悲嘆理論も、身体的、心理的な課題に依拠しているところが大きい。

そのため、遺族の抱える課題に対する支援については、悲嘆理論だけでは対応できない点も多い。そのため、実践場面においては、悲嘆理論に加えてジェネラリスト・アプローチ等を組み合わせて、支援を検討していく必要がある。

本論文において、以下、岡村理論、ライフモデル、ケースマネジメント理論については、ジェネラリスト・アプローチの視点としてとらえ、仮説形成や結果・考察の際に、検証していく。危機介入モデル、ナラティブモデルについては、悲嘆理論に付随する理論としてレビューする。全米ソーシャルワーカー協会基準については、ソーシャルワーカーの役割を明確にするためにレビューする。

### 第3項 岡村理論

岡村（1970, 1979）は、社会福祉の問題とする「生活上の困難」は、個人の「社会生活上の困難」と位置付けている。「社会生活上の困難」とは、生活の社会的条件の困難とし、個人の身体的条件や心理的条件は、社会的条件に関連をもつ限りにおいて、社会福祉の問題でなくてはならないとしている。仮に同じ程度の身体的・知的障害であっても、障害者を取り囲む家族、地域、環境条件、関係法制その他の施策のいかんによって、生活上の障害としては、大きな差がある。これが生活の社会的条件、福祉にとっては、個人と社会との関係が重要である。上記の考えに基づいて、個人が社会関係を通路として要求する「生活上の要求」も社会関係によって規定されたものでなければならないとし、「社会生活の基本的要求」として、以下の7つをあげている。①経済的安定、②職業の機会、③身体的・精神的健康の維持、④社会的協同、⑤家族関係の安定、⑥教育の機会、⑦文化・娯楽に対する参加の機会である。この欲求は、どんな人にも欠かすことができず、他のものに代えることのできないものであるとしている。そして社会生活とは、「社会生活上の基本的要求」を充足させる過程であり、それぞれの要求にふさわしい社会制度を利用しなければならない。そのため、個人は、必然的に多数の社会関係をもつことになる」と述べている。

本研究で対象とする第3次救急医療施設の患者家族・遺族は、日常の社会生活の中で、何の前触れもなく突然家族を失う体験をする。家族を失うということは、経済的な安定や身体的・精神的健康の維持、家族関係の安定に大きな影響を与える。また、悲嘆によって仕事を続けることができなくなる場合もある。経済的な安定の基盤が失われた場合、教育の機会を失うことにもつながる。家族の死別によって、文化・娯楽への参加もなくなってしまう可能性もある。それは、大きな生きる希望を失うということにもつながってくる。さらに社会との関係も大きく変わってしまう。このように家族を失うということは、「社会生活の基本的要求」のすべての要求が、突然中断さ

せられることにつながる。しかし、第3次救急医療施設では、それらの家族・遺族らの要求に応えられるような社会制度の利用についての資源を、現在は十分に持ち合わせていない。また、遺族もこの突然の死別に対処するための情報や資源を持ち合わせていない。

岡村（1970, 1979）は、個人はA制度から要求される役割（a）を実行する場合にも、単にこの（a）部分を他の生活部分から切り離して実行するのではなくて、A制度以外のB、C、D、E等々の諸制度とのあいだにとり結んだすべての社会関係に規定されながら実行するものである。個人は、ある一つの社会関係を維持するための生活行為を果たすためにも、彼ら自身のもつすべての社会関係をもっと当たるべきであり、これが個人の社会生活の真相であると述べている。すなわち、遺族の状況は社会関係を維持するための彼ら自身のもつ社会関係をほとんど失った状態であると言っても過言ではない。

これら遺族の生活困難を修復するはたらきとは何か、岡村の機能論をレビューし、遺族支援の方法として検討していくためのひとつとする。

「機能」とは、生活困難を修復するはたらきである。生活困難の当事者が、生活者としての自己自身を貫徹するためにその社会関係の困難を自ら解決するはたらきでもあり、自己修復の作業を援助する社会福祉の機能でもある。

評価的機能とは、生活上の困難を、どのような社会関係の困難を含むかと分析し、どの社会福祉のどの側面における困難が、決定的意味をもつのかを明らかにする。そして、社会関係の困難を事前に評価し、さらに、その困難の解決のために働きかけるべき関係者、関係機関、対象者自身の問題点を見出す。次に本人の能力、生活条件、さらに働きかけるべき関係者や機関、団体、社会的状況からみて、最も可能性の高い解決策を立て、また計画実施の手順を考える。問題解決の主役は、生活問題の当事者本人であるから、評価の過程は本人も参加し、本人自身の決定でなくてはならない。評価は、事前評価だけではなく、援助の終了時または一段落した時点で、それまでの問題解決過程を反省したり、その効果を判定したり、欠点を明らかにして、将来の新しい問題の予測や必要な改善策を検討しなければならない。これを事後評価という。

調整的機能は、個人のもつ多数の社会関係が相互に矛盾することによって起こる生活困難を修復する機能である。社会関係の矛盾は、社会関係の主体的側面に立って生

活困難をみるときに、各社会関係の相互関連をその視野におさめうるという、社会福祉固有の特長によって、発見することができる。

送致的機能は、欠損した社会関係を回復させるか、あるいはそれに代わる新しい社会関係を見出す機能である。社会関係の欠損は、社会関係の主体的側面の欠陥、すなわち個人のもつ多数の社会関係の不調和が進行して、特定の社会関係の欠損にいたる場合と、専門分業制度の欠陥のために、社会関係の客体的側面が制限されることによって必要な社会関係をもちえない場合とがある。いずれの場合でも社会関係の欠損は、現実的な生活困難であるから、その関係を回復させることは避けることができない。

開発的機能とは、送致的機能が、既存の社会資源を利用して、欠損した社会関係を回復させる機能であったのに対し、既存の社会資源の利用だけでは欠損した社会関係の回復が不可能な場合に、新たに専門分業的集団のなかに社会関係の回復を容易にする社会資源をつくりだす機能である。個人に対しても、集団や地域社会に対しても発動する。

保護的機能とは、調整、送致、開発という社会関係の維持・修復の機能によって、なお個人が社会関係の全体的調和を実現し得ないとき、あるいは実現するまでのあいだ、一般的専門分業制度の要求基準を緩和した特別の保護的サービスを提供するものである。

方法論とは、社会福祉の機能を効果的に発揮するための一連の手続きとなる。機能は、前にも述べたように、社会関係の困難という事態に直面したときに、これを修復し、補填するために必要なはたらきであって、健全な人間であれば、自然発生的に発動する働きとなる。社会福祉の援助機能も、生活者の自己回復の機能を前提として、自己回復の機能が発動しやすいように援助することが必要であると岡村は述べている。遺族の多くは、通常の日常生活を送っていた人たちである。突然の喪失という危機的な状況によって、生活困難が生じている。彼らの自己回復の機能が働き、生活機能を回復させていく支援について、検討していく必要がある。

評価の方法は、生活困難についての情報収集をする。第3次救急医療施設で突然亡くなる患者家族の経済状況について確認することは簡単なことではないが、経済困窮の為の自死を選んだ患者の家族は、遺族となっても経済的に困窮することが予測

しやすい。世帯主の突然の死についても同様であろう。このように、明らかに生活困難が予測される場合は、専門的な支援が必要となる。

調整の方法は、援助対象者としての個人や集団と専門分業制度やサービス機関との間にたって仲介者、調停者として働く。第3次救急医療施設に搬送され、亡くなられた患者家族に対して、専門的な支援が必要な場合、必要な専門分業制度やサービス機関との連携が不可欠であろう。第3次救急医療施設が、直接遺族の支援をすることは難しいが、サービス機関を提供することは、重要な役割であると考えられる。

送致の方法は、地域社会資源との常時の連絡、情報交換システムの維持、ケース会議等でおこなう。

開発の方法として、教育、訓練、リハビリテーションは、対象者個人の潜在的可能性開発のための一般的方法であるが、これらの方法は対象者や関係者の積極的意欲がなければ効果を発揮しない。そのための動機づけが重要な方法となる。

保護の方法は、集団生活経験による回復的保護、その他の収容施設、通園施設、里親、養子縁組、訪問サービス、コミュニティケア等が資源となる。遺族については、かなり個別性があり、個々の遺族がどのような支援が必要なのか、様々である。もしくは、特に社会福祉的な支援が不要な人たちも少なくない。そのため、岡村の理論をふまえ、遺族の状況をきちんとアセスメントし、遺族にとってどのような福祉的な課題があるのか、導き出す必要がある。

#### 第4項 ライフモデル

1960年代に入り、診断主義から機能主義へと移行し、個人の問題として考えるのではなく、環境との関係の中で利用者の生活状況を捉えようとする動きが出始める。従来の医学モデルに対比した形で「ライフモデル」という考え方が提唱されるようになった。

1960年代に Bandler が「ライフモデル (life model)」を提唱した。Bandler は支持が自我を成長させ、イドや超自我を統合させると述べ、セラピーが目指すものを示した。(Bandler 1963)。1970年代になり、Oxley (1971) は「ライフモデル・アプローチ」を提唱した。Oxley もクライアントの成長を重視している。クライアントがもつ成長 (成熟、相互作用、行為、学習、危機解決) の能力を信じることについて述べている。Stearn (1972) は、クライアントの成長、環境との相互作用の関係性、

クライアントが前進しようとする力の阻害要因が何なのかを明確にすることについて述べた。

稲沢は、1960-70年前半に登場した「ライフモデル」は、それぞれに焦点が少しずつ異なるものの自我心理学の影響下で、精神内界だけに閉じこもることのない広い視野を確保するための理論的な試みを意味していた。これら3人の影響を受け、より環境的な側面への働きかけを強調したのが Germain であると述べている。

1976年に Germain と Gitterman が「ソーシャルワーク実践—ライフモデル」を発表し、ソーシャルワークのモデルとして、より注目されるようになった。Germain と Gitterman のライフモデルは、人と環境の交互作用に焦点をあてている。これは、個人のパーソナリティや社会的な環境に焦点をあて、その相互作用と考えるのではなく、円環的な考え方である。人間のニーズや苦境が「パーソナリティ」と「環境」のどちらか1つによってもたらされたものではなく、「人：環境」の交換作用の所産と捉えている。そして「パーソナリティ」「環境」「両者の交互変換」の重要性について述べている。また「生活モデル・アプローチ」から発展してきた第2の実践概念が、「生活問題」(problems in living)であり、人々の苦境を意味している。喪失もそのひとつである。「生活ストレス」は不適応な「人間：環境」の交互作用を導き出す。これらの問題は他領域にも及んでくる。家庭のストレスは職場にも影響する等のことを意味している。またコミュニティレベルのストレスにも言及している。それらの評価と介入については、ニーズに対してストレスを引き起こす「刺激源」

(stressors) を解明し、「ストレス誘発源」がある「生活空間」の諸領域をつきとめる。そして不適応な交互作用を修正するために、直接・関節の「介入」をワーカーは実践すると述べている。「生活モデル・アプローチ」は、個人と集団に対するソーシャルワーク実践の総合的方法である (Germain & Gitterman =1992)。

家族の死は、人々の環境に大きな変化とストレスを引き起こし、危機的な状況となる。人とその人を取りまく環境についてアセスメントし、支援を検討していくことが重要である。まず、死別以前の遺族のパーソナリティ、成育歴や生活史を考える。そしてその後の環境の変化に着目し考察すると、身体的、心理的、社会的な状況が密接に影響している。また、ライフモデルでは、クライアントの不足部分を補うのではなく、成長や変化というプラス部分に着目する考え方をとっている。ストレングスの視点である。死別を体験した遺族にとって、死者が復活することがない限り、もとの生

活に戻ることはあり得ない。すなわち、回復ではなく、成長である。ライフモデルの考え方は、悲嘆理論に援用することが可能である。

## 第5項 ケースマネジメント理論

家族を失う可能性のある人々または死別した遺族の反応は、先行研究によってある程度共通点が見出されている。しかし、家族との死別後、その後の生活や生き方については、個別的なところが大きい。過去の家族関係、死別の原因や対象、経済的な問題、年齢、性別、ソーシャルサポートの有無等が大きく影響する。ソーシャルワーカーは、悲嘆のプロセスを理解しながら、家族の個別性に合わせてアセスメントし、支援していく必要がある。そのための理論的背景としては、ケースマネジメント理論を活用することが効果的である。ケースマネジメント理論はソーシャルワークが起源であるが、概念と実践は、看護師、心理士、精神科医師、カウンセラー等の対人援助専門職によって導入されている（Karls & Wandrei 1999）。

### (1) ケースマネジメントの起源

Karls と Wandrei (1999) は、ケースマネジメントは 130 年間アメリカにおいて対人援助の方法として用いられ、起源は、貧困、疾病そして社会的弱者に必要なサービスを提供することと基金を守ることから始まっていると述べている。

### (2) ケースマネジメントのプロセス

ケースマネジメントは、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論と最も深い関係にあり、社会資源の開発、人々のニーズと資源を結びつける、社会資源と社会資源を結びつけることにある（Minahan 1976）。

Miller (1983) は、ケースマネジメントでの協調点は連結することであると述べている。ケースマネージャーはすべてのクライアントのニーズの充足を保障するために、仲介、弁護、あるいは資源開発等を実施する。すなわちサービス提供のシステムに対して責任をもつということである。

NASW (National Association of Social Workers) は、ソーシャルワーカーは、多くの保健医療・福祉サービスにおいて、クライアントにサービスを提供、調整する専門職であると述べている。そしてソーシャルワーカーは、その手法のひとつとしてケ

ースマネジメント理論を活用している。ケースマネジメントは、クライアントと環境の二重に焦点をあて、クライアントが機関のサービスを活用できるように、サービスとニーズを連結し、調整する手法である。突然の災害、事故や病気の増悪により大切な人を亡くした家族・遺族の支援については、ケースマネジメント理論を活用していくことが効果的であるため、ケースマネジメント理論についてレビューする。

NASW (=1997) は、ジェネラリスト・ソーシャルワーク理論の実践モデルにおいては、以下の4つの過程、①人々の成長、問題解決、対処の諸能力を高めること、②人々に資源やサービスを提供するシステムが効果的で人間的に機能するよう推進すること、③資源、サービス、機会を人々に提供するシステムと人々を結びつけること、④社会政策の開発や改善に貢献することを強調している。NASW は、ケースマネジメントの本質と同様にケースマネージャーの役割について、ソーシャルケースマネジメントとしての基準を明らかにしている。サービスを提供する側の要素を調整し結びつけることで、個人のケアのニーズに合わせた包括的なプログラムを保証している。

Johnson & Rubin (1983) は、ケースマネジメント・アプローチの基本原則は、1人のワーカーとしてのケースマネージャーが、クライアントに対して、複雑なサービス提供システムと結びつけ、クライアントが適切にサービスを受けられるようにすることであると述べている。また、Parker (1987) は、ケースマネジメントはクライアントに対して、すべての援助を調整する手続きと位置付けている。

ケースマネジメントの基本的要件は、クライアントと適切なサービスを結びつけることである。ケースマネジメントは対象者とサービスの接合サービス、または情報提供・送致サービスを高度化させたもので、インテイク部門を独立強化したのも解することができる(白澤 1992)。また白澤 (1992) は、ケースマネジメントは対象者の社会生活上の複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体であるとしている。

ケースマネジメントの基本的要素は、①ケースマネジメントを必要とする対象者、②対象者のニーズを充足する社会資源、③ケースマネジメントを実施する機関に配置されているケースマネージャーで、ケースマネジメントを実施していく過程が基本的要素に付け加えられる(白澤 1992)。

白澤は、Moxler (1989) と Rapp & Chamberlain (1985) が挙げたケアマネジメントの必要性を、①施設福祉から在宅福祉への転換によるニーズ充足のパッケージ

化、②要援護者のニーズ重複、③要援護者のニーズの多様化・高度化、④社会福祉サービス供給主体の多元化、⑤家族機能の低下、⑥低成長期における社会福祉財源の緊縮、⑦縦割り行政の克服、⑧サービス供給の重複・漏えいの防止、⑨社会福祉援助方法の関心の環境調整への移行と、まとめている。次に、ケースマネジメント実践の段階は8段階に分けることができる。①問題を定義すること、②問題の深刻度の判定、③なぜ利用者の問題が発生しているのか、理由に関する仮説を立てること、④目標の設定、⑤サービス介入計画を立て、実行すること、⑥サービス介入の結果の評価、⑦終結、⑧フォローアップとなる。

ケースマネージャーの役割は、まずは直接的な個別支援である。これは、第3次救急医療施設におけるソーシャルワーカーの働きでもある。まずは個別支援が必要となる。

危機介入は限定的で焦点化された戦略である。ケースマネージャーが利用者の生活上で危機を感じる場合は、その状況を改善するために素早く行動することが必要となる。第3次救急医療施設に搬入された患者家族は、危機的な状況にある。そのため、長期的な介入と並行して危機的な介入についても、支援するためのスキルを持ち合わせておく必要がある。

芝野（2001）は、「ケースマネジメントとは従来のようなある特定の機関で完結する一つのサービスにとどまらず、包括的なサービスを長期にわたって必要とする社会福祉サービス利用者に対して、その人を取り巻く独自の環境での生活を尊重し、必要となるときに十分な社会的資源を提供することを視野に入れた援助の総体である」と述べている。

第3次救急医療施設においては、家族は自分に起こった出来事について、予測していなかったケースが多く、家族は混乱状態になる。そして、大切な人の死によって家族の生活は一変してしまう。しかし、多くの場合は、死別を体験するまでは、家族は特に何の支援を受けることもなく生活していた人々である。家族のもともと備わっていた強さに着目し、家族に新たにどのような支援が必要であるのか、きちんとアセスメントし、家族の個別性に着目し、社会資源をマネジメントしていくことが求められている。そのためには、第3次救急医療施設にソーシャルワーカーが常駐し、家族に対してソーシャルワークの視点で支援していくことが望ましい。だが、日中夜間を問わず患者が搬送され、亡くなっていく第3次救急医療施設においては、夜間も含めて

ソーシャルワーカーが家族支援にあたることは困難である。しかし、特に今後社会福祉的な支援を必要とするであろう遺族に対しては、ソーシャルワーカーが支援に入れるような体制を理論の活用と同時に検討しておく必要がある。

次に危機介入モデルについて、レビューしていく。

## 第6項 危機介入モデル

第3次救急医療施設に搬入される患者の家族は、危機的状況にある。そのため、医療スタッフは、危機介入が必要かどうか、患者家族の状況を短時間でアセスメントし、対応する必要がある。

危機介入が登場した経緯は、1960年代以降のアメリカにおいて、急激な社会問題（貧困、人種問題、市民権運動）により、生活上の具体的なサービス提供以外に、緊急に対応できるモデルが必要とされるようになってきたことにある。そこで危機介入モデルがソーシャルワークの中にも取り入れられるようになってきた。わが国で危機介入の概念が提唱されるようになってきたのは、1970年代である。特に遺族支援において重要な考え方は、Lindemann (=1984) の死別による急性悲嘆反応の研究や、Kübler-Ross (=1971) の『死ぬ瞬間』で、死の受容過程を5段階にまとめた研究である。

危機理論は、Lindemann のボストン大火災で焼死した遺族たちの悲嘆反応に関する研究から導き出されている。人は身体的・心理的・社会的に相対的な安定を保つ力をもっている。また日常生活面の諸問題を解決するための対応策をもっている。人が持っている問題解決能力の仕組みが役に立たないほどの難しい問題に直面したとき、人は危機状態になるといえる。死別による悲嘆反応は、1～2か月が急性期といわれ、危機介入が大切な時期であるといわれている (Lindemann =1984)。

表 1 危機介入プログラム

	危機介入
療法の目標	当面する危機の解消
治療の焦点	1. 発生論的過去 2. 危機以前の機能遂行
治療者の活動	1. 抑制的 2. 積極的参加者 3. 直接的
指標	生活状況への対処能力の急激な喪失
治療の平均の長さ	1回から6回のセッション

(Donna 1994 (=1997 小松・荒川訳: 17 一部抜粋))

Aguilera (=1997) は、①事件についての歪んだ知覚、②危機状況を支える人と資源が十分でない、社会的支持がないこと、③危機克服に際して、適切な対処規制が欠如していること、この3要因が見られるときに危機が存在すると述べている。第3次救急医療施設に搬入される患者家族は、①から③の要因をすべて抱えている人も少なくない。そのため、家族の危機的状況について、医療スタッフは、十分理解しておく必要がある。

#### 第7項 ナラティブモデル

ナラティブモデルは、「社会構成主義」の「ポストモダン」の立場に依拠している。1990年にホワイトらによって、Narrative Means to Therapeutic Ends というタイトルでモデル化された。ナラティブモデルの前提は、おのおのは各自で作り上げた様々なストーリーがある。加茂ら(2001)はWhiteの考えを以下のように解釈して述べている。「問題の外在化」は、彼らがその時支配されているドミナント・ストーリーから彼らを引き離し、ドミナント・ストーリーから彼らによって現実化することができなかった、代替りの「事実」を浮上させる。この代替りの「事実」に基づいたストーリーが、オルタナティブ・ストーリーになり、新たな彼ら自身や、彼らの人間関係を描写する可能性をもたらすものになる。それは家族にとっては、ドミナント・ストーリーよりも、心地よく、生き生きと語られるストーリーとなる。

ナラティブモデルは、当事者が生きてきた歴史の中に存在した事実を基に、新たにストーリーを構成して現実を再構成しようとするので、様々なストーリーの存在が認められることになる。1つのあるべき姿だけではなく、多様な現実が認められる。ストーリー化は多元化し、人の現実構成の自由度を拡大する（加茂ら 2001）。

遺族の喪失悲嘆についての考え方については、ニーマイヤーが、喪失の意味付けについて述べている。喪失の意味付けは、死別後の人生の物語を新たに構築していくことにつながっている。ニーマイヤーの喪失の意味付けについては、ナラティブモデルに依拠している考え方である。遺族が喪失の意味をどのように解釈し、物語を形成していくのか、それを支援していくことが重要な遺族支援のひとつである。

#### **第8項 全米ソーシャルワーカー協会基準 緩和および終末期ケア**

全米ソーシャルワーカー協会基準 緩和および終末期ケアについて述べるが、この基準はおもにジェネラリスト・ソーシャルワーカーの役割に依拠しているものであると考えられる。

全米ソーシャルワーカー協会（以下 NASW と略す）において、緩和および終末期ケアについては、以下のような指針が示されている（NASW 2004）。

すべてのソーシャルワーカーは、生命にかかわる病気、死に至る、死、悲嘆、死別を抱えるクライアントに対して支援する。ソーシャルワーカーは、異なった文化、時代、経済状態、非伝統的な家族で仕事をしながら、トラウマ・自殺・死などに直面する人や家族に、そのニーズをアセスメントし、支援しなければならない。

ここでは、全米ソーシャルワーカー協会基準、緩和および終末期ケアの 11 の基準を引用する。

基準 1 は、倫理と価値の重要性について述べられている。価値、倫理は、緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーク実践の基準である。基準 2 は、ソーシャルワーカーの知識について述べられている。緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーカーは、クライアントに対して専門的な実践をおこなうため、理論的で身体、心理社会的な要素を効果的に活用し、実践するべきである。基準 3 はアセスメントの重要性である。ソーシャルワーカーは、クライアントへの介入と治療プログラムの発展のため、総合的な情報を収集し、評価すべきである。基準 4 は、介入と治療計画の方法である。ソーシャルワーカーは、緩和と終末期ケアにおいて、クライアントの能力と決断

を深めるためのアセスメントの開発と介入プランの手段を包含する必要があると述べている。基準 5 は、理念、自己覚知についてである。緩和と終末期ケアのソーシャルワーカーは、思いやりのある態度、クライアントへの感受性を持ち合わせる必要がある。そして、クライアントの権利である自己決定と尊厳に関して、最大限尊重してソーシャルワークを実践すべきである。また、ソーシャルワーカーは、彼ら自身の信念、価値、感性、自己の実践の影響がどのようなものかについて理解しておくべきである。基準 6 は、エンパワーメントと代弁である。ソーシャルワーカーは、ニーズ、決断、クライアントの緩和と終末期ケアの権利を代弁すべきである。ソーシャルワーカーは、人々が緩和と終末期ケアにおいて、身体、心理社会的な対応の資源に平等にアクセスできることを、社会的にも政治活動的にも保証すべきである。基準 7 は、文書化についてである。ソーシャルワーカーは、クライアントに関するすべての実践を、記録かカルテに記録すべきである。それらは手書きまたは電子記録となる。基準 8 は、多職種との連携である。ソーシャルワーカーは、緩和と終末期ケアサービスの包括的な提供のために学際的な役割の一部を担っている。ソーシャルワーカーは、チームメンバーと協力した上で、客観的な患者のニーズを代弁し、長期的な病気の患者のケアを実践するために連携を強めることに関する努力義務がある。基準 9 は、文化の尊重である。ソーシャルワーカーは、成長を続け、専門的知識と病歴について理解し、習慣、価値、そして異なった領域の人たちと緩和と終末期ケアとの関係、家族システムについて、知識を持ち合わせていなければならない。ソーシャルワーカーは、豊富な知識と NASW のソーシャルワーク実践における文化の尊重の基準に従うべきである。基準 10 は継続教育である。ソーシャルワーカーは、NASW の継続専門職教育基準と要求される状況に従って専門的発展を継続するために、個人的な責任を担うべきである。基準 11 は、スーパービジョン、リーダーシップとトレーニングである。ソーシャルワーカーの緩和と終末期ケアの専門的知識は、教育指導、指導者、管理能力、そして個別、グループ、組織の研究である。

以上の NASW の基準を考慮し、今後のソーシャルワーク実践について検討していく必要がある。わが国における救急領域専門のソーシャルワーク認定においては、NASW 基準を参考にし、わが国独自の基準を検討していく必要がある。

#### 第4節 ソーシャルワーク援助と悲嘆理論との関係

グリーフとは愛着関係にある人、もの、関係性の喪失によって体験する心身や行動の変化を指す。これらのほとんどは正常な反応であり、時間の経過とともに適応していく。

グリーフの理論では、学術的に体系化されたもっとも古い理論は、Freud (=1970) の精神分析「悲哀とメランコリー」(Trauer und Melancholie) からなる。Freud の理論を受けて、グリーフについて、正常範囲を逸脱し、病的な悲嘆について、体系化したのが、Lindemann である。Lindemann (1944) は、ボストンのナイトクラブ、ココナッツ・グローヴでの火災で死亡した遺族の悲嘆反応から、正常な悲嘆と病的な悲嘆について述べた。その後の悲嘆の理論は、悲嘆反応が段階的に変化していくとする段階モデル(位相)へと移行していく(Kubler-Ross, Parkes, Bowlby)。次に Worden (=1993) によって課題モデルが提唱される。段階モデルは、悲嘆のプロセスはさも時間が経過すれば、次の段階へと移行していくような誤解を生じさせた。しかし、課題モデルでは遺族の課題が明確にされ、遺族自らが課題と向き合う必要性について述べている。次に、Stroebe & Schut (1999) は、二重過程モデルを提唱した。Stroebe & Schut は、遺族は日常生活を送る中で、悲嘆に向き合い、亡くなった人のことを考え、悲しんだり、後悔したり等の心身の変化等に向き合う喪失志向と同時に、これからの生き方を考える回復志向の両方を行ったり来たりとする、揺らぎがあると述べている。時間の流れと共に、遺族の悲嘆は回復志向に重点がおかれていくが、亡くなった人の記念日等があると、また喪失志向へと揺らぐ(記念日反応)。大切な人が亡くなったことに対する悲しみは、その形は変わっても無くなることはない。二重過程モデルの揺らぎは、そのことを説得力のある形で説明している。社会構成主義の考え方は、グリーフの理論にも影響を与え、Neimeyer (=2006) は、意味の再構成モデル(meaning reconstruction)を提案している。Neimeyer は、グリーフは当事者自身が自ら「意味の創造者」として、物語を語りなおし、新たに紡ぎなおしていくプロセスだと述べている。自ら負わされた体験を、自ら解釈し、物語を再構成していくプロセスにおいて、支援者は側面から支援することが求められる。これは、ソーシャルワーク理論でいうとナラティブアプローチの考え方と共通する。また、Freud (=1970) の精神分析論から始まったグリーフ理論は、段階モデル(位相)までは、死別後の精神的な反応に着目して論じられてきたが、課

題モデルからは、遺族の日常生活そのものにも焦点があてられるようになった。特にナラティブアプローチを提唱する Boss (2006) は、問題の外在化、遺族に起こっている反応については、遺族に問題があるのではなく、その状況が日常を逸脱しているのであると述べている。

人は環境との相互関係の中で生活し、生涯を終える。結婚、子どもの誕生、子どもの自立、定年など、人生の各段階でさまざま出来事に遭遇するのは自然のプロセスであり、問題をもつ当人の責任だけではないと考える。多くのグリーフは、正常な反応であると言われているが、Lindemann 以降、病的なグリーフの存在も研究されてきている。現在は「複雑性悲嘆 (complicated grief)」という言葉で説明されている。複雑性悲嘆については、医学的な治療が必要な悲嘆と捉えられ、認知行動療法が現在提唱されている (Shear ら 2005)。治療方法としては、複雑化した悲嘆反応を正常な悲嘆反応に移行していくことを目標とする。そのため、遺族の悲嘆は通常は正常反応であり、複雑化した悲嘆についても、正常悲嘆への以降が目標となる。

ソーシャルワーク理論の中で、救急医療における家族・遺族支援を考えた時、遺族の個別性をふまえたマイクロレベルの支援については、それぞれに適応されるモデルは変わってくるであろう。しかし、包括的な視点で家族・遺族の支援も検討する必要がある。そこでジェネラリスト・ソーシャルワークの視点が必要となってくる。ソーシャルワーク理論も悲嘆理論もそれぞれのモデルの課題を克服し、あらたなモデルが構築されてきた。しかし、それぞれの考え方が完全に否定されたのではなく、多様性の中で、支援を必要とする人に活用されていかなければならない。本論文は、ジェネラリスト・ソーシャルワークの枠組で、それぞれのモデルを活用し、悲嘆理論をソーシャルワーク理論の中に取り込んで、悲嘆理論をふまえたジェネラリスト・ソーシャルワーク実践を展開していく。

悲嘆理論は、遺族の心理社会的な課題を捉え、遺族がどのような変化のプロセスをたどるかについては述べられているが、具体的な支援方法については、十分語られていない。そのため、過去の先行研究は、ほとんどが理論の説明になり、現場の実践者はそこからどのように支援していったらいいのかについて、具体的な方法を模索している状況である。また、遺族に関わる支援者のほとんどが、医療関係者か心理関係者であり、そこには生活の視点が抜け落ちている。また、医療関係者は死別直後での支

援に限局され、心理関係者は社会から注目される特別な事件や事故、災害等で派遣されることが多い。日常の正常悲嘆の状況である遺族に関わることは少ない。

しかし、複雑化した悲嘆をかかえた遺族に対して、正常悲嘆に移行するように治療的なアプローチをすることに重点を置くのではなく、日常生活の中で悲嘆を複雑化させないアプローチが必要である。そのためには、悲嘆理論にジェネラリスト・ソーシャルワークの視点を取り入れ、家族・遺族支援について新たな枠組を検討していくことが重要である。

本研究は、以下の仮説を検証し、グリーフ理論を取り入れた新たな救急医療における家族・遺族支援のためのジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の枠組を検討し、構築していく。

## 第2章 調査研究

### 第1節 研究方法の説明

本研究方法は、質問紙による量的調査およびインタビュー調査による質的調査を実施した。質的調査は、事例研究法を採用した。わが国における救急医療領域での遺族支援の研究は、まだほとんどなされておらず、そのためまずは遺族のニーズについて探索的に研究する必要がある。本来探索的研究は質的調査方法を用いられることが多いが、対象者への負担を考え、まずは負担の少ない質問紙調査を実施した。その後、質問紙調査で承諾の得られた人にも、調査内容を深めるために、インタビュー調査を実施した。

質問紙の作成にあたっては、先行研究に基づき作成し、救命救急センタースタッフにコメントを求め、修正作業を行った。また調査の目的を理解した上で協力が得られそうな患者家族を医師、看護師に選別してもらい、2名の患者家族にプレ調査を実施した。その後質問項目を再検討し最終決定、郵送法にて実施した。

インタビュー調査は、質問紙の回答欄にインタビュー承諾の有無の項目を作成し、承諾が得られた人に対して筆者がインタビューを実施した。インタビュー内容は、半構造化面接で実施し、喪失の経過および質問紙調査の項目に従って、その回答理由を聴取した。例えば、看護師が「やさしかった」と質問紙で回答していた場合、看護師のどのような行為が、「やさしかった」と映ったのか、その時のことを思い出しながら語ってもらった。

量的調査の詳細は第2節、質的調査については第3節に記述する。

### 第2節 量的調査

#### 第1項 目的

患者の救命が第一義の目的である第3次救急医療施設であっても、患者家族に対しての支援は、十分になされるべきである。しかし、入院することなく死亡に至った患者家族に対しては、医療スタッフは短時間のみ関わりとなり、どのように支援すべきなのか、また医療スタッフの支援がその後の患者家族にどのような影響を及ぼすのか、わが国においてほとんど研究されてこなかった。入院に至らずに死亡してしまう患者家族に対して、医療スタッフはほとんど支援できていないことが予測される。しかし、患者家族は、予期せぬ家族の死を時には患者が死亡してから知ることになる場

合もある。救急医療に携わる医療スタッフは、死亡してしまう患者家族に対して、その後の家族の喪失悲嘆や生活上の困難を念頭に置き、支援をすべきである。そのためには、第3次救急医療施設で亡くなる患者家族がどのようなニーズを持っているのか、どのような支援を必要としているのか、エビデンスが必要である。そしてそこにソーシャルワークの援助実践の枠組が必要であると仮定する。そこで本調査は、①突然に亡くなる患者家族は社会福祉的なニーズを持っている、②第3次救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要である、③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている、④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する、⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性がある、以上の仮説を検証する目的で実施する。

## 第2項 方法

### (1) 方法

第3次救急医療施設で亡くなった患者家族に対して、質問紙調査およびインタビュー調査を実施する。

### (2) 分析

量的調査については、SPSS17.0 for windows を使用し、単純集計および $\chi^2$ 検定、多重応答分析を実施した。

### (3) 対象

2003年8月から2006年12月までにA救命救急センターに心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者514名うち、倫理的配慮、住所や家族が不明瞭等で送付しなかった人を除いた395名の家族に質問紙調査を実施した（うち73通は宛先不明で返送されてきた）。

本研究の対象であるA救命救急センターは、平時は全県下を対象とする第3次救命救急医療を専門とする病院である。また災害時は基幹災害医療センターとして臨時増床を行い、被災地から患者を受け入れる役割を担っている。病床数は30床で、年間1000~1500人の患者の治療に当たり、年間死亡者数は約200人、うち半数は救急搬送後入院になることなく死亡に至っている。

#### (4) 調査内容

質問紙調査は、仮説①突然に亡くなる患者家族は社会福祉的なニーズを持っている、②第3次救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要である、③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている、④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する、⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性がある、を検証することを目的に、患者搬入から死亡までのプロセスに沿って質問項目を作成した。質問項目の詳細は以下の通りである。①基本的属性、②患者搬送時の状況（3項目）、③治療中の医療スタッフの援助状況およびニーズ（5項目）、④死亡時の医療スタッフの援助状況およびニーズ（5項目）、⑤死亡退院後のニーズ（5項目）、⑥抑うつ尺度 CES-D（Radloff 1977; 島 1985）の短縮版（11項目：Kohout et al. 1993）、⑦複雑性悲嘆尺度（Shear 2006）の質問項目で構成する。以下質問紙の①から⑦までの質問項目作成のプロセスは、質問紙の②から④については先行研究の集中治療室（ICU）で死にゆく患者家族のニーズ（Lautrette & Azoulay 2010）、⑤の死亡退院後のニーズについては岡村理論（1970）、⑦については9.11米国同時多発テロにおける遺族調査（Shear 2006）をもとに原案を作成した。作成した原案を、調査協力病院である救命救急センターの看護師長、心療内科医師、筆者で再検討し、プレ調査を実施し修正した。

基本属性は、患者については年齢と死因、回答者については患者との続柄、年齢、性別、仕事の有無、婚姻の有無、同居人数、信仰の有無について質問した。

患者が救命救急センターに搬送されたことを、家族がどのように知ったのかについては、病院からの来院連絡授受の有無で確認した。その電話連絡を家族がどのように捉えたのかについては、その連絡内容の理解度について「よく理解できた」から「ほとんど理解できなかった」までの4件法で質問した。またその連絡を聞いてどの程度動揺したのかについては「かなり動揺した」から「動揺していなかった」まで、4件法で質問した。

治療中の医療スタッフの援助状況およびニーズは、医師の病状説明が理解できたか、看護師の対応、治療中の助けになったこと、治療中医療スタッフにしてもらいたかったこと、治療場面の立会の希望の有無についての項目を質問した。

死亡時の医療スタッフの援助状況およびニーズは、お別れの時間が十分もてたか、医師の家族への配慮、看護師の家族への配慮、解剖の有無とその選択に対する納得についての項目を質問した。

死亡退院後のニーズは、再度医療スタッフにたずねたいことはあったのか、受けた医療に対する満足度、死別後の生活の変化、死別後の生活の助け、望む支援についての項目を質問した。

抑うつを測定するため、うつ病自己評価尺度で高い信頼性、妥当性が報告されている CES-D (Radloff 1977; 島 1985) の短縮版 (11 項目) (Kohout et al. 1993) を用いた。回答は「よくあった」、「ときどきあった」、「ほとんどなかった」の 3 件法で、合計得点数の 0~22 点で評価した。そして Yokoyama (2008) に従い、7 点以上の者は、臨床的に抑うつ状態にあると評定した。項目の詳細は、「食欲がなかった」、「ゆううつだった」、「普段ならなんでもないことをするのがおっくうだった」、「よく眠れなかった」、「うれしいと感じた」、「さびしい気がした」、「まわりの人が自分によそよそしいと感じた」、「楽しいと感じた」、「悲しいと感じた」、「まわりの人が自分を嫌っているように感じた」、「何をすることも、なかなかやる気がおこらなかった」である。計算方法は、0 点=ほとんどなかった、1 点=ときどきあった、2 点=よくあったで、得点が高いほど抑うつ傾向を示し、7 点以上で判定される。なお、「うれしいと感じた」、「楽しいと感じた」は逆転項目のため、2 点=ほとんどなかった、1 点=ときどきあった、0 点=よくあったで計算した。

本尺度は、遺族に対する調査研究として、わが国では臓器移植におけるドナー家族の調査やホスピスで家族を亡くした遺族に対しての研究で用いられている。本調査における回答結果は調査時の状態を示している。

複雑性悲嘆の尺度については、複雑性悲嘆尺度 (CG 簡便スクリーニング) を用いた。本調査における回答結果は調査時の状態を示している。調査内容は、「あなたにとって、その人の死を受け入れることはどれくらい難しいですか」、「悲嘆の気持ちのために、あなたの生活はどれくらい妨げられていますか」、「あなたは、その人のことを考えたり想像したりしてしまうことで、悩まされたりとらわれたりすることがありますか」、「その人の生前にあなたがよくしていたことで、今は気分が悪くなり、避けていることがありますか」、「その人を亡くされてから、あなたは他の人からの孤立感や隔たりをどれくらい感じていますか」の 5 項目となっている。基準は、合計 5 項

目、0点=まったくない、1点=少し、2点=かなり、で5点以上であれば複雑性悲嘆の可能性があると評価される。

「死別反応」の多くは「正常反応」である。しかし、一部重い精神症状や社会的機能の低下を引き起こし、専門的な治療が必要となる人もいる。近年死別に関連した特殊な障害を「複雑性悲嘆 (complicated grief : CG)」や「遷延性悲嘆障害

(prolonged grief disorder)」と呼んでいた。2013年5月DSM-5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders) が発行され、そこではさらなる研究が条件付けられているが、持続的複雑性死別障害という名前で掲載されている。持続的複雑化した悲嘆については、従来までの研究では死別後6か月以上強度に症状が持続という期間が基準となっていたが、DSM-5では成人12か月以上、子ども6か月以上と変更された。しかし、この基準案は発表されたばかりで、今後その解釈についても十分検討される必要がある。本研究は、調査時期がDSM-5発表の前であったということもあり、従来までの複雑性悲嘆の基準で実施し考察した。従来までの複雑性悲嘆で重要視されてきた3点(6か月以上強度に症状が持続、故人への強い思慕やとらわれ、CG特有の症状が非常に苦痛で圧倒されるほど極度に激しく、それらにより日常生活に支障をきたしていること(瀬藤ら2008; 瀬藤ら2010b; Prigersonら2008))が網羅でき、質問項目が少なく遺族の負担が少ないことより、Shear (2006)の「CG簡便スクリーニング」(=飛鳥井望訳)を採用した。「CG簡便スクリーニング」は、9.11.米国同時多発テロにおいて死亡した遺族に対して実施された。

## (5) 回答結果

遺族の質問紙調査は、105名の遺族より回答を得(回収率約32%)、このうち有効回答が得られた103名を分析対象とした。質問紙調査の回答者のうち、直接のインタビューに承諾と回答した人は31名であった。そのうち再度承諾が得られた22名に対して、インタビュー調査を実施した。

## (6) 倫理的配慮

研究については、A救命救急センター疫学研究実施規程に沿って実施することを含めて、倫理委員会の承認を得た。調査対象者については、犯罪や加害者が家族となる

ような症例は除外した。調査の準備に当たっては、心療内科医師や遺族会の意見を聴取し、研究計画を修正した。また依頼状作成に際しては、遺族感情を十分に配慮し、複数の遺族会代表者に文言の確認を依頼した。さらに調査依頼に際しては、任意での依頼であること、承諾しなくてもなんら不利益は受けないことを質問紙に明記するとともに、遺族支援のための社会資源が必要な場合は紹介できる旨も追記した。データ収集にあたっては、情報の漏洩を防ぐため、すべてA救命救急センター内で実施するとともに、インターネット接続をしないパーソナルコンピュータを準備した。

### 第3項 結果

#### (1) 質問紙調査前の心肺停止状態で搬送され入院に至らずに亡くなった全数調査結果

2003年8月から2006年12月までの期間で、A救命救急センターに心肺停止状態で搬入され、入院に至らずに亡くなった人の搬入時間から死亡退院までの時間、死因、年齢、性別について、全患者を対象に集計した。

搬入から退院までの病院滞在時間は、4時間未満が全体の80%であった(図3)。

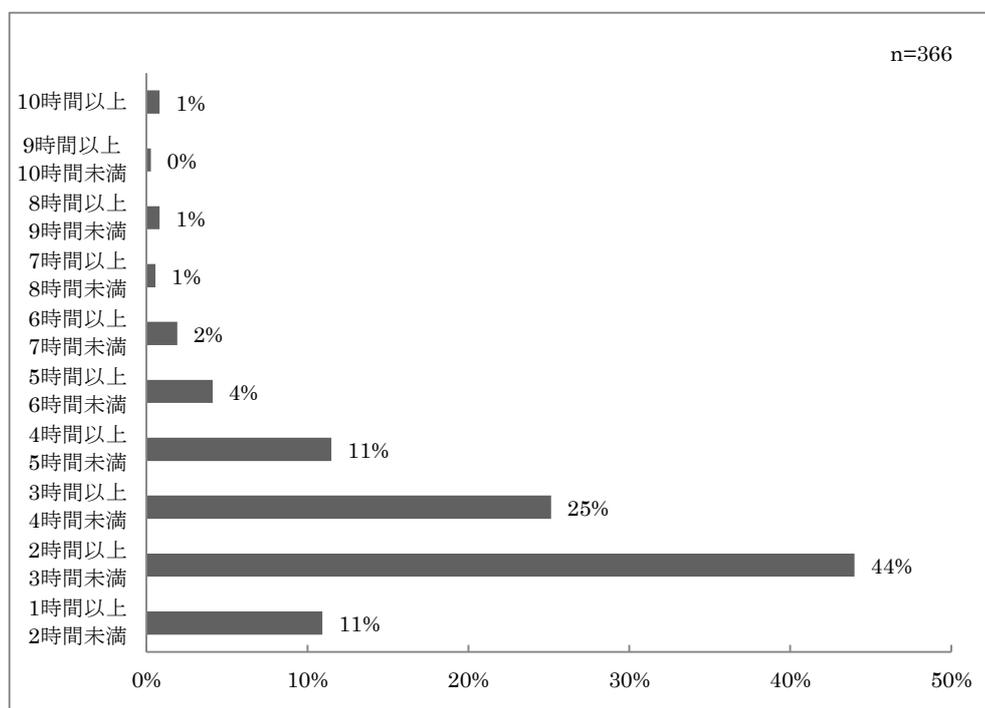


図3 患者の病院滞在時間

死の原因については、検視や解剖前ということもあり、不明が54%と最も多かった(図4)。患者の年齢は、20歳未満23人(5%)、20歳代~30歳代55人(12%)、

40歳代~50歳代 88人 (19%)、そして60歳以上が 287人 (63%) を占めていた (図 5)。患者の性別は、男性 63%、女性 37%であった。

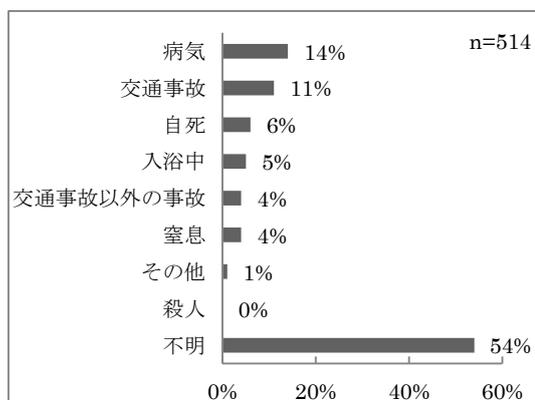


図 4 死因

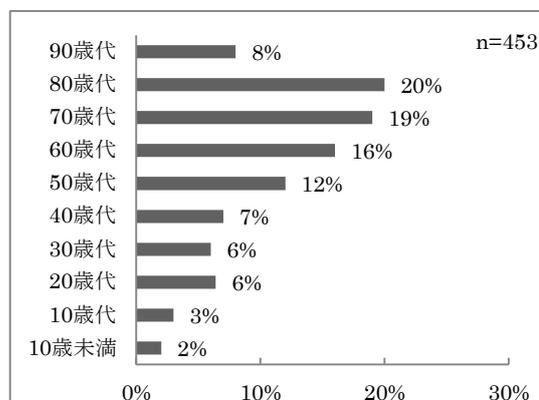


図 5 患者死亡年齢

救命救急センターに心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者の病院滞在時間は、80%が4時間以内であった。家族が患者搬送後に連絡を受けて病院に到着した場合、家族の病院滞在時間はさらに短くなる。家族のほとんどが、4時間以内で患者の治療から死亡に至る過程を受け入れなければならない。すなわち、入院に至らずに亡くなる患者の場合は、4時間以内で搬入、治療、死亡確認がおこなわれていた。

## (2) 質問紙調査結果

### 1) 基本属性

基本属性については、①回答者と患者との関係、②死亡時の患者の年齢、③死別の原因、④死別後の期間について質問した。

回答者と患者との関係は、配偶者 54人 (53%)、親 29人 (28%)、子ども 16人 (16%)、きょうだい 1人 (1%)、その他 (義理母、義姉) 2人 (2%) であった (図 6)。死亡時の患者の年齢は、20歳未満が 6人 (6%)、20歳代~30歳代が 12人 (12%)、40歳代~50歳代が 20人 (19%)、60歳以上が 64人 (63%) と、全数調査の年齢 (図 3) とほぼ同じ構成になっていた (図 7)。

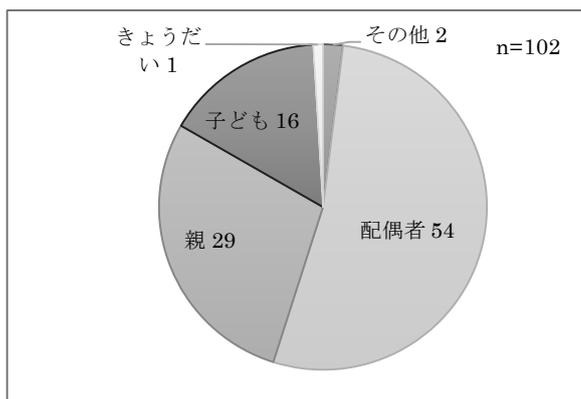


図 6 患者との関係

患者の死因は、病気 58 人 (57%)、交通事故 16 人 (16%)、それ以外の事故 6 人 (6%)、自死 7 人 (7%)、不明 5 人 (5%)、その他 10 人 (10%) であった (図 8)。全数調査と比較すると、検視や解剖等で死因が明らかになったこともあり、病気の数値が多くなり、「不明」や「その他」と回答した人が減少した。

死別後の期間は、1 年未満が 12 人 (12%)、1 年以上 2 年未満 34 人 (34%)、2 年以上 3 年未満 30 人 (30%)、3 年以上 4 年未満 22 人 (22%)、4 年以上 5 年未満 3 人 (3%) であった (図 9)。

## 2) 患者の搬送について

来院連絡については、①救命救急センターからの来院連絡の有無、②来院連絡の理解度、③連絡により動揺したかについて質問した。

病院から来院を促す連絡を受けて病院に来院した家族は、26 人 (28%) であった。それ以外の 67 人 (72%) の人は、患者と救急車で一緒に来院したか、病院職員以外の人から連絡を受けた人となる。

病院からの連絡の理解度については、「よく理解できた」10 人 (38%)、「だいたい理解できた」11 人 (42%)、「あまり理解できなかった」3 人 (12%)、「ほとんど理

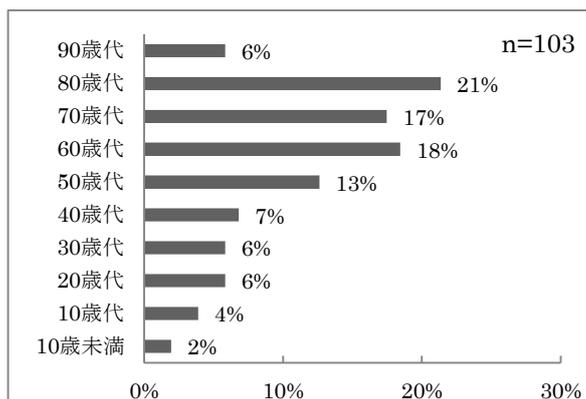


図 7 患者死亡年齢

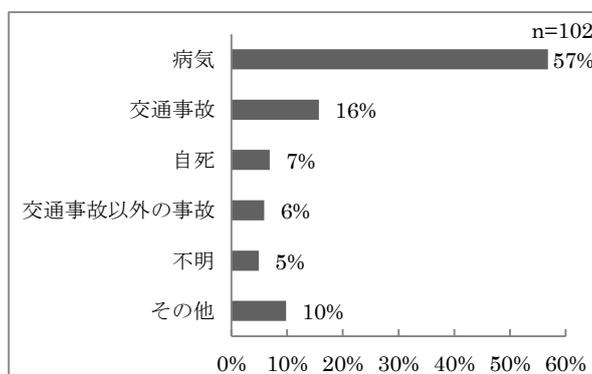


図 8 死因

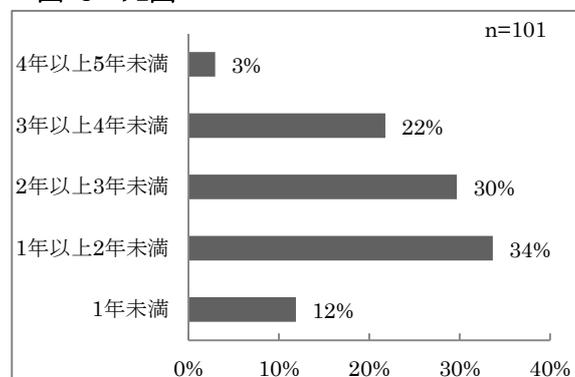


図 9 死別後の期間

解できなかった」2人（8%）であった。「だいたい理解できた」という人も含めて、「理解できた」と回答した人は80%となった。

連絡を聞いて動揺したかについては、「かなり動揺」12人（46%）、「動揺していたと思う」11人（42%）、「それほど動揺していない」2人（8%）、「動揺していなかった」1人（4%）であった。

### 3) 治療中の医療スタッフの援助状況およびニーズ

治療中の医療スタッフの援助とニーズについては、①医師の病状説明の理解度、②看護師の対応、③治療中の助け、④医療スタッフにしてもらいたかったこと、⑤治療場面の立会の有無と立ち会いたい理由、立ち会いたくない理由について質問した。

医師の病状説明についての理解度は、「よく理解できた」30人（36%）、「だいたい理解できた」42人（51%）、「あまり理解できなかった」7人（8%）、「ほとんど理解できなかった」4人（5%）であった。

看護師の対応については、「やさしかった」35人（34%）、「状況の説明をしてくれた」26人（25%）、「頼りになった」13人（13%）であった。「その他」13人（13%）を選択した人の自由記述は、「看護師と会っていない」、「よく覚えていな

い」、「申し訳なさそうだった」、「聞くまで何も言ってくれなかった」、「医師としか話していない」、「控え室にいたので」、「看護師が対応してくれた記憶がない」、「顔をほとんど見ていない」、「動揺していて覚えていない」、「頭が白くなってわからなかった」であった（図10）。

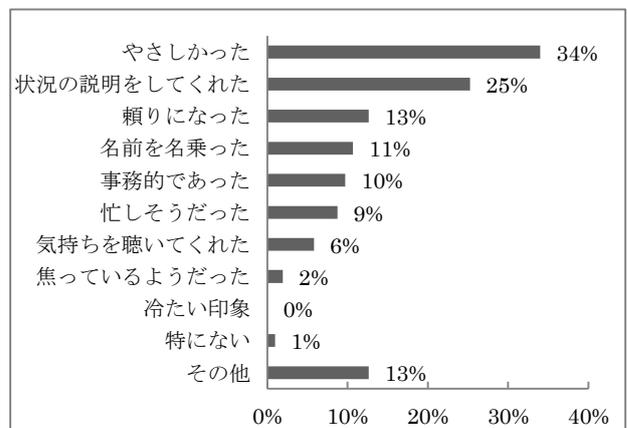


図10 看護師の印象（複数回答）

治療中に助けになったことは、「待合室が個室だったこと」を挙げた人が最も多く

29人（31%）であった。次に「医師の説明」24人（25%）、「家族・友人の支え」19人（20%）であった。「その他」14人（15%）を選択した人の自由記述は、「もう死んでいた。会っていない」、「すでに亡くなっている状態だった」、「日曜日でしたのでかかりつけの医師が不在でした」、「思い出せない」、「警察の方が長時間対応してくれ

た、「看護師さんが親切にしてくださいました」、「看護師さんが他の家族の到着まで子どもを見てくれたこと」、「わかりません」、「途中報告が全くなかった」、「死亡していた」、「あまり記憶に残っていません」であった（図 11）。

治療中の医療スタッフへの希望については、「治療場面の立会の選択」が 13 人（19%）と最も多かったが、それ以外は、質問項目へのチェックではなく

「その他」39 人（57%）と回答した人が最も多かった。「その他」の記述は、「手遅れの状態だと確信してしまっていたから」、「会っていない」、「助命を願う家族の心境は、言葉では伝えられない」、「これでよかった」、「病院に着いた時に、本人は亡くなっていたので、どこでどうして誰と一っしょにいたのか、こちらが聞いてもはっきり教えてくれず、不満であった」、「日曜日でしたのが運命

でした」、「死亡した原因、説明をしてほしかった」、「すでに助からない状況であった様です」、「気持ちに余裕がなかったので、特に何も考えなかったです」、「倒れてから意識が戻らないままでしたが、そばで見守れたことがよかったです」、「待っている間の時間が、本当は短いかもしれませんが、待っている立場の時間は本当に長く感じるので、どの様にしていいかわからないです」、「待合場所が個室だったので、家族や身内などと連絡（知らせ）を取りたくとも、その後の状況の変化が気になり、場が離れられず困った」、「助からないと分かっているのに十分にしていただけました。感謝している」、「いきなり死亡と言われた（警察から）」、「センターに到着していた時はすでに死亡していたことがわかっていたので、何も考えられませんでした」、「夜間の搬入で人手が足りなかったため、警察の方からの事情聴取になった」、「医師からの説明

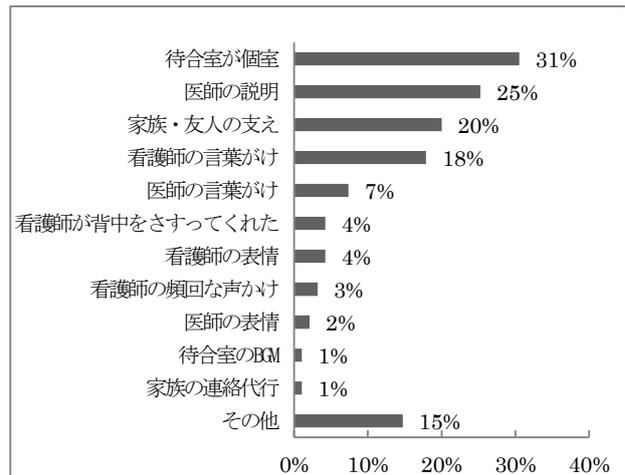


図 11 治療中の助け（複数回答）

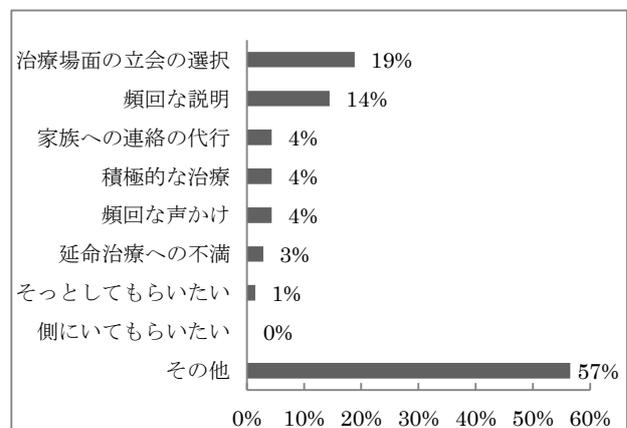


図 12 治療中医療スタッフにしてもらいたいこと（複数回答）

は一度きりだった。長い間室内で待機させられた。医師と顔を会わすことがほとんどなかったように思う。最後の見送りの時だけだったように思います。医師からの説明がなかったように思う、「長い間待たされ状況の説明をなかなかして頂けなかった。亡くなった母の遺体と2人にされてからも長い間そのままだったので、早く家につれて帰りたいかった」、「わかりません」、「よくやってもらったので特にない」、「どのような状況で亡くなっていたのか知りたかった」、「救急車を要請した時すでに死亡していたと思う」、「精神病のため医師との話が多いので該当しない」、「どういう風な状況で運ばれたかをくわしく説明をして欲しかった」、「助けてくれなかった。助けてくれるって言ったのに」、「待合室でじっと待っていることでよかったと思います。何回か状況の説明があったように思いますが、良く覚えていません」、「病院に着く前に死亡していたようなので」、「急死だった為、医療スタッフにできることは何もないと思っていました」であった（図12）。

治療場面への立ち会いについては、44%の人が「立ち会いたい」と希望していた。以下、「立ち会いたい理由」と「立ち会いたくない理由」について記載する。

治療場面に立ち会いたい理由は、以下の通りであった。

「病状を確認したかった」、「どういう状況なのか（待合室で待っている間）詳細がわからなかった為、またどういった検査・確認がされているのかがその場でわからず、半年後に要請した死亡診断書により骨折部位等を知ることができた」、「助かるか確かめたいから」、「経過が知りたい」、「頻回に説明を聞かせてほしかった」、「今どんな状況なのか、何をしているのか、治療を受けている母の側にいたかった」、「知りたいから」、「最期まで側にいたかったので」、「どのような治療か知りたかった」、「流れが分からぬため」、「当時は『治療中』との看護師さんの言葉で、『面会ができるようになるまで待つ』気持ちだけで1時間半以上個室にいたのだが、説明に来られた医師は『治療不可で呼吸器をはずしてよいか』の許可を求めに来られた様子だった。その後治療室に案内されると、それはすぐそばにあり、積極的な治療（外科治療）は一切受けておらず、待ち時間が大変もったいない時間だったと心の中で悔やまれた」、「自分自身が納得したいから」、「そばで声をかけてやりたかった」、「最良の処置をしてもらっているか見たかった。最期に立ち会いたかった」、「経過状況は知りたいと思う」、「病院に着いた時、治療についての説明がなく、待合室で待たされる時間が長く感じた」、「生き返らせたかった」、「目で見て知っておきたい」、「最期は看取りたいと思

う、「目で見ると辛いかもしれないけれど、どのような治療がされていたのか、後々すごく気になった。自分を納得させるためにも立ち会っておきたかった」、「状況によってはそうしたいと思います」、「最期まで側にいてあげたかった」、「望みがありそうに思えるから」、「最期の時を見守りたかった」等の内容であった。

治療場面に立ち会いたいと思わない理由は、以下の通りであった。

「何の力にもなり得ないと思うから」、「かわりに友人たちが立ち会っていた」、「第3次救命救急の場面に家族が立ち会うのは治療の邪魔になると思います」、「つらいから」、「家族の延命治療はかわいそうで見られませんか」、「万全の治療をしてくれていると思うから」、「怖いので」、「見るのがつらいから」、「治療の邪魔になるから」、「センターで蘇生できるとは考えられなかった。これ以上つらい思いはしたくなかった」、「夜間救急の現場の様子は、だいたい理解できているつもり。病状からして家族の自己満足にすぎないと思うから現場に立ち会わなくてもよかったと思う」、「もう息を引取っていましたから」、「見ていられなかったと思うから」、「診療内容によると思いますが、苦しそうな姿は直視できない」、「医療スタッフは一生懸命して下さっていると思うので」、「心不全でしたので、電気ショックとか、心臓に直接注射をするとかの場面は見たくなかった」、「何もできないので、立ち会っても無駄だと思った」、「本人が見せたくないと考えていたから」、「治療の邪魔になる」、「医師、看護師さんを信頼しているから」、「悲しい姿は見るに耐えないため」等の内容であった。

治療場面の立ち会いの有無についての質問に対して、「立ち会いたいと思う」、「立ち会いたいと思わない」のどちらも選択しなかった人の理由は、「急なことだったので両方です」、「半々です。母が切られる所は見たくないが、側にはいてあげたかった」、「日曜日でしたので連絡が取れませんでした」、「一生懸命に治療して下さる先生方の姿を拝見して私は感謝の気持ちでいっぱいでした」、「見ていても見ていなくても結果亡くなってしまうなら、後からいろいろ考えてしまうと思う。最後まで見届けたい気持ちはあった」であった。

#### 4) 死亡時の医療スタッフの援助状況およびニーズ

死亡時のことについては、①お別れの時間、②医師の家族への配慮、③看護師の家族への配慮、④解剖の有無、⑤④の選択への納得とその理由について質問した。

お別れの時間については、「十分であった」24人（28%）、「だいたい十分であった」25人（29%）、「少し不十分であった」16人（19%）、「不十分であった」20人（24%）であった（図13）。

医師の家族への配慮については、「十分であった」28人（31%）、「だいたい十分であった」40人（45%）、「少し不十分であった」14人（16%）、「不十分であった」7人（8%）であった（図14）。突然の死亡宣告という最悪の状態にも関わらず、患者家族は医師の対応について、76%の人が肯定的に捉えていた。

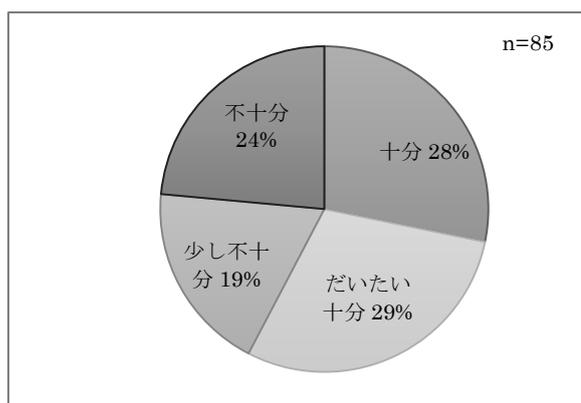


図13 お別れの時間

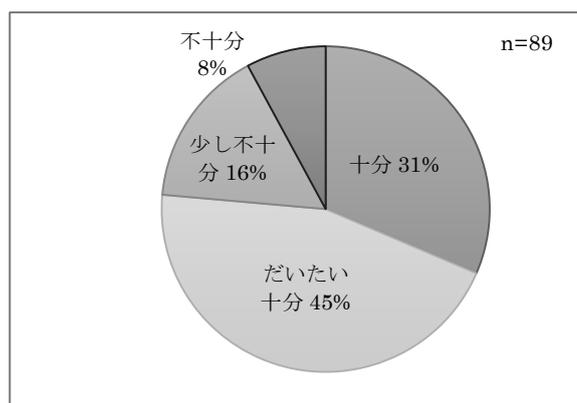


図14 医師の配慮

看護師の家族への配慮については、「十分であった」31人（38%）、「だいたい十分であった」33人（40%）、「少し不十分であった」8人（10%）、「不十分であった」10人（12%）であった（図15）。看護師の対応についても、78%の人が肯定的に捉えていた。

解剖の有無については、47%の人が解剖を受けていた。ただし、A救命救急センターがある地域は、監察医制度をとっているため、全国的にみて解剖の数は多くなっている。

解剖については、解剖の有無にかかわらず、その選択に対して「納得している」と回答した人が68人（72%）、「だいたい納得している」人が18人（19%）、「あまり納得していない」6人（7%）、「納得していない」2人（2%）であった。

次に、解剖したことに納得した人の理由、および解剖したことを納得していない人の理由について記述する。

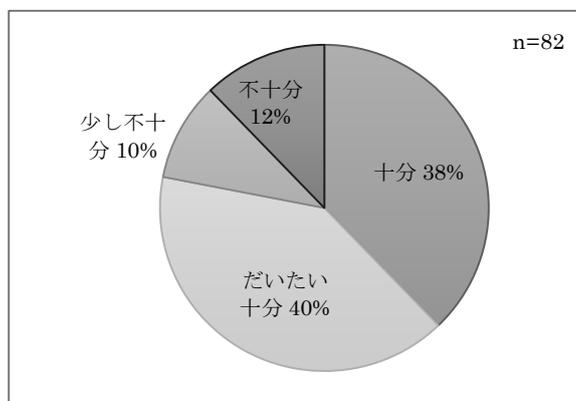


図15 看護師の配慮

解剖したことに納得した人の理由は、「遺書もあったけれど、後々めんどろなことになるためにもやむを得ない処置だから」、「病名がわかったこと」、「家で入浴中に亡くなったためやむなくと思った」、「後々までなぜという疑問がのこって後悔をす  
ると思います」、「はっきりとした死因を知ることができた」、「24時間以内に医者にかか  
っていなかったら解剖されるというのを前から知っていたため」、「原因が分か  
ったから」、「突然倒れたので原因を知りたかった」、「原因がわかったので」、「突然死だ  
ったので解剖しなければ本当に何もわからなかったと思うから。また、警察の方に  
『このような場合は解剖しないといけない』とも言われたので、当然しなければいけ  
ないとも思うから」、「急死であったため、原因が何であるか知りたかった」、「ジ  
ョギング中に倒れ、目撃者も2名あり、事件性はないが解剖された。道路で倒れた場合、  
政令指定都市では解剖することになっていると聞いた。解剖することにより死亡原因  
がはっきりされて良かったが、待ち時間が長くて苦痛だった」、「車の運転中の死亡だ  
ったので、はっきりした死因を知りたかった」、「警察の指示によるものだから」、「死  
因が分からなかったため、また、自宅で息をひきとったため、やむを得ないことだ  
思っている」であった。

解剖したことに納得していない人の理由は、「できればそっとしてほしい。交通事  
故だから絶対に解剖しなければならないと言われ仕方なく」、「薬の副作用で幻覚が見  
えてきた後にマンションから飛び降りてしまったので、血液検査を希望したがして  
もらえなかった。とても残念に思った」、「センター到着時に死亡していたとのことで、  
解剖はやむを得ないといわれればしかたがない」、「病院で死因が分かっているのに何  
故その後も警察にて解剖をされなくてはいけないのでしょうか。事故の傷以上に傷つ  
けて欲しくない」、「事務的に解剖になった。A大学病院の執刀医師は解剖後の説明を  
十分にしてくれなかった。理由はケータイをかけながら説明した。『ながら』ではな  
くきちんと厳粛に対応してほしい」であった。

次に解剖しなかったことに納得した人と解剖しなかったことに納得していない人の  
理由について記述する。

解剖しなかったことに納得した人の理由は、「死体に傷をつけたくないから」、「す  
べて運命だと思っている」、「寿命だったと思うことができます」、「必要ないから」、  
「皆様に十分にして頂いて私は感謝の気持ちでいっぱいでした」、「心筋梗塞の為常時  
救急車の世話になり、その度最良の治療をしてもらったので」、「事故が原因と聞いた

ので解剖する意味がないと思ったから、体を傷つけて欲しくないとも思った」、「父が生前から解剖はしたくないと言っていたから」、「以前から心臓疾患があったので、覚悟していました」、「病気をよく理解しているし、かえって解剖される方が納得できないと思った」、「必要ないと思いました」、「説明が十分であった」、「原因を知りたい気持ちはあるが、父が望まなかったのものでそれでいいです」、「家で倒れたから意識はなく、救急車の中でもいろいろ手当てをして下さいましたが、一度も目覚めることはなく、病院でも緊急手当をして頂きましたが、2時間後位に息を引き取りました」、「特に解剖する必要がないと考えていた。私が自分で解剖はおことわりしました。故人に傷をつけたくなかったのもので」であった。

解剖しなかったことに納得していない人の理由は、「今思えば解剖してはっきりした死因を知ればよかった」であった。

解剖したことに納得している人は、「死因が知りたかった」という理由が多かった。また、突然死であったため、「解剖が必要である」ということに納得している人も含まれていた。解剖したことに納得していない人は、家族が選択したことに後悔しているのではなく、「義務として解剖」となった人が、そのことに納得できていないということであった。

解剖しなかったことに納得している人は、「死因に納得」、「故人の遺志」、「遺体を傷つけない」等であった。解剖しなかったことに納得していない人は、「死因をはっきりさせればよかった」ということであった。

解剖の有無とその選択についての納得の有無との関係性について、Pearsonの $\chi^2$ 検定を実施したが、有意差は認められなかった。

##### 5) 死亡退院後の遺族のニーズおよび満足度

死亡退院後の遺族のニーズとして、①死因や治療について再度たずねたいとおもったことの有無、②受けた医療の満足度について質問した。

死後しばらくたってから、死因や治療について再度医療スタッフにたずねたいと思ったことについては、18人(19%)の人が「あった」と回答した。たずねたかった内容は、「警察と医療部門で解決され、事後処置後遺体と対面した」、「病院に搬送されてきた状況から損傷を受けていた部位等、詳しく知りたかった。また警察で死亡を確認された外科医から死亡時刻を事故時即死と伝えられ、病院での治療が無意味だっ

たと伝えられたため」、「すべて知りたい」、「急に亡くなったのでくわしくおたずねしたかった」、「労災の請求をすべきか否か悩んだ時期」、「死因に対して積極的な治療を受けた様子が見受けられなかったから何故か? (肋骨が肺に刺さり空気がもれた。呼吸不可と説明を受けた)」、「解剖しないと死因がわからないと言われたが、本当に解からないのかと思った」、「家から遠い病院になぜ運ばれたのか理由が聞きたい」、「薬の副作用による自死であることは確実であったが、その確認をしてもらえなかったので、何か納得がいかなかった。たずねても、今さらどうしようもないという感じだった」、「亡くなる直前の様子がくわしく知りたいです。当時はその余裕がありませんでした」、「急なことで動転していたせいか治療についても死因についても、ろくに説明された内容を覚えていないので、全般にたずねたい点はいろいろあった。死因については解剖時の説明をわりとはっきり覚えているのでそうでもないが、治療については今でも色々たずねたい点はある」、「突然すぎてなぜと」、「運ばれてきた時の状態。倒れた時の状態。原因はわかったがなぜそのようなことが起こったか。なぜ倒れた場所からかなり遠いこちらの病院に運ばれたのか」、「救急車の方とか、目撃し救急車を呼んで下さった人などにお会いするなり、電話するなりして、最後の様子を聞きたいと1年経った今でも思っている」、「窒息死との説明であったが、なぜそうなったのかももっと聞きたかった」、「解剖はどこをどのように切ったのか聞きたかった」、「死因が分からない。よってどこか悪いところがあったのか、これから生きていける体力があったかどうか」、「助かるって言われたの

に、なぜ助けてもらえなかったか? 医師はウソをつくんだと思った」、「救急車で搬送された時からの様子 (言われたかもしれないがはっきり覚えていない)」であった。

受けた医療については、48人(52%)の人が「満足」と回答し、「だいたい満足している」32人(35%)と合わせると、87%の人が満足していた(図16)。

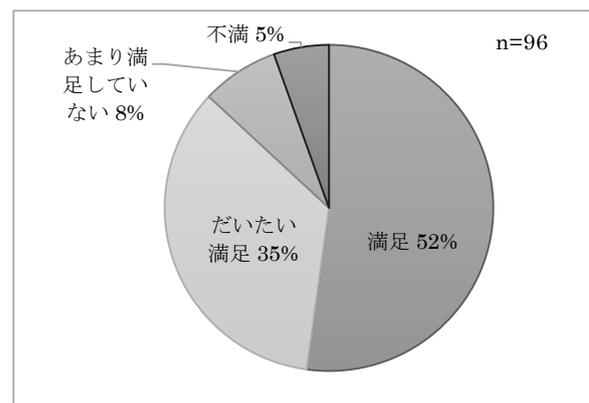


図 16 受けた医療に対する満足度

満足と回答した理由は、「時間も経っていたし蘇生は無理だと自己判断していた。あきらめていた」、「病院に搬送された時は心肺停止状態だと聞いたが、心臓が動く迄、治療を続けて頂いたため」、「呼吸が止まっていたので仕方ないのかとあきらめま

した」、「最善を尽くしてもらったと思う」、「私が看護師であり、気付いて蘇生をしましたが、すでに無理だろうと感じました。しかし救急隊の対応の手際良さに感謝致します」、「死亡確認のために部屋に通されて夫の手を握って『お父さん』と声をかけたら、モニターの波形がでだして再度心マッサージを再開してもらいました」、「最後まで医療をして頂きました。運ばれた時は100%だめでしたので」、「治療方法を細かく説明してもらっていたので」、「できる限りの措置はして頂いた（挿管）」、「救急車がきてからずっと心臓マッサージを行なってくれていたのでは」、「あつという間の出来事で本来なら治療できる状態じゃないのに本当によくして頂いた」、「メンタル的なことは家族・友人で良いと思う。治療は最善を尽くしてくれていたと信じている」、「皆さんが一生懸命処置してくれて感謝しています」、「2度目の心筋梗塞なので、状態はよく把握していたし、倒れた時点で、状態がよく把握できたため」、「血液検査をしてもらえなかったこと以外は満足している」、「お医者さんが一生懸命に治療を下さったので」、「どうしようもない状態だったので」、「本当に大勢の方が関わって下さった、それで助からなかったら運命としか言えません」、「先生ができる限りのことをしてくださっているのが理解できたから」であった。

受けた医療に対して不満と感じていた人の理由は、「医療に関しては、（死因に対して積極的な治療を受けた様子が見受けられなかった）不満に思うが、それも含めて不運であったと思うようにしている。亡くなった息子はもう戻らないから」、「亡くなった時の状況が、こちらが動揺してははっきり聞けてない」、「治療中であると聞かされたが、どのような治療をしているのか知らされてないため不安であった。結局治療というより死亡していることの確認の検査のようにしか思われなかった」、「病院では何も説明が無く、どなたが担当して下さったのかもわからない」、「あちこちの病院がいっぱいで、1時間ぐらいかけてまで行ったから」、「突然の死でうろたえている」、「救急車が来るまで、道に寝かされていた。その間出血していた」、「助けてもらえなかったから。医師も全ての命をすくえる訳ではないのは分かっているが、助けてくれるって言うたんなら言葉に責任を持って欲しい」であった。他には、救命救急センター以外の病院の医療に対する不満について、本質問紙で「不満」と回答した人もいた。

受けた医療の満足度の設問に無回答だった人の記述は、「救急車で搬送されたので（心肺停止状態だったので）、医療というか心臓マッサージ他、手をつくしましたと

のことですので、満足という質問には答えにくいです」、「よくわかりません」、「搬送された時点ですでに亡くなっていた」であった。

## 6) 死別後の生活の変化

死別後の生活の変化については、35人(36%)の人が「体調を崩した」と回答した。次に「生きがいの消失」28人(29%)、「経済的不安」22人(23%)と続いていた。「その他」23人(24%)と回答した人の理由は、「仕事をやめた」、「寝不足」、「自分の気持ちがよくわからない」、「息子がどう思うかが生き方や考え方の基準になった。3か月前に息子の友人が亡くなっておりその家族と交流が始まった。引越しが決まっていたがとりやめたくなった。生理がとまった」、「亡くなった淋しさと共に母の存在の大きさを感じている」、「子供のことなどの相談相手がいない。老後のビジョンがまったく浮かばない」、「仕事で気をまぎらわしました」、「残された母が心配であった」、「大学で哲学を講義していた人なので、普段から死や死去の際の処置など日常生活の中で常々話し合っていたので私も子どもたち(3名、成人)も動揺しなかった」、「両親や主人の心配」、「後かたづけに忙しかった」、「自分の体調を養生するのみです」、「長期療養になりたくないと本人がずっと言っていたので、私に気がつかったのかなと思って。(亡くなる間際まで私と話していたから)」、「生きようと思うが身体が衰弱」、「今まで通り」であった(図17)。

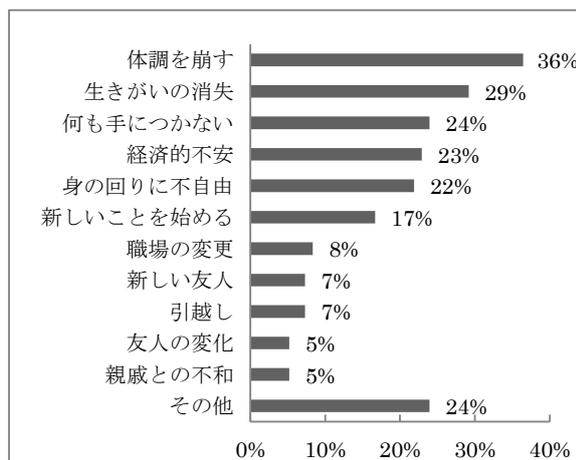


図17 死別後の生活の変化(複数回答)

## 7) 死別後の生活の助け

死別後の助けとして74人(74%)の人が「家族」をあげていた。次に「友人」48人(48%)、「趣味」34人(34%)であった。「その他」8人(8%)の選択理由については、「息子、娘は結婚していて、ひとりになったので困ったことを相談・電話・

メール等で話を聞いてもらいストレス解消している」、「同じ立場の友人。息子の仏壇を彩るためにアレンジフラワーを習い始めた」、「スピリチュアル関係の本」、「これは人間生きていくすべてです」、「ペット」(図 18)であった。

### 8) 死別後の望む支援

死別後の望む支援について最も多かったのが、「経済的支援」23人(26%)、次に「医師」21人(24%)、「カウンセラー」21人(24%)であった。「亡くなった病院の支援」についての具体的な内容は、「精神面での支援」、「死亡した患者の家族の前でケータイは切っておいて欲しい。良識を疑う(解剖した大学病院に対して)」であった。死別後の望む支援の「その他」の意見は、「自立するのみ」、「亡き妻の冥福を祈るのみ」、「これと言った強い希望はなし」、「今のところ何の不都合なく生活し、子供たちの支援で十分やっています」、「健康で今まで通りの生活を望む」であった(図 19)。

質問項目の「死別後の生活の助け」について、実際に助けになっていたのは「家族」、「友人」などのインフォーマルなサポートであった。しかし「望む支援」については、公的な支援や専門職の支援があがっていた。

### 9) 抑うつ尺度 (CES-D 簡易版) および複雑性悲嘆尺度 (CG 簡便スクリーニング)

CES-D 短縮版で、49%の人が基準値(合計 22 点中 7 点)を上回っていた。CG 簡便スクリーニングで、43%の人が基準値(合計 10 点中 5 点)を上回っていた。

抑うつ尺度と複雑性悲嘆尺度の値については、Pearson の  $r = .702$  (1%水準) で有意であった(図 20)。

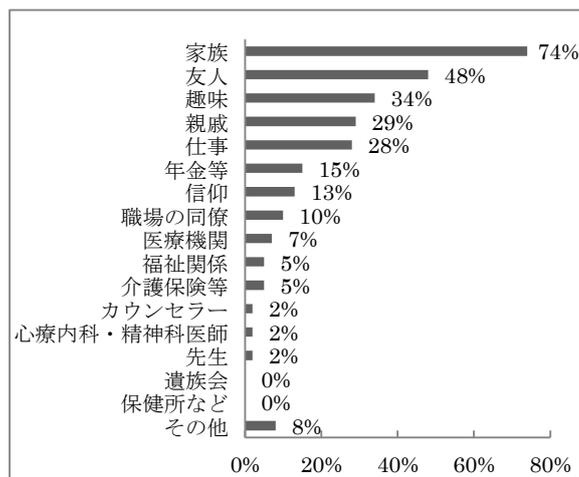


図 18 死別後の生活の助け (複数回答)

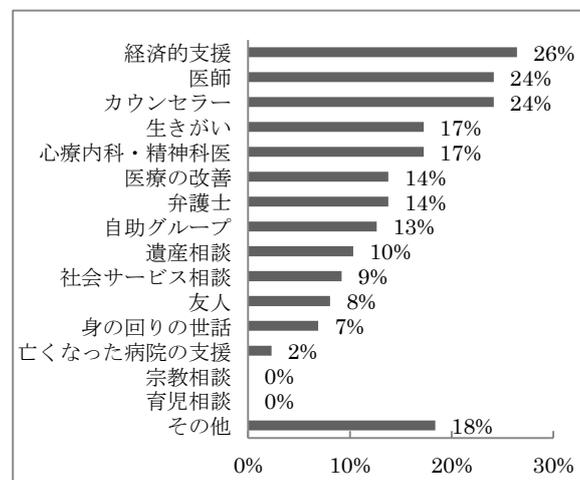


図 19 望む支援 (複数回答)

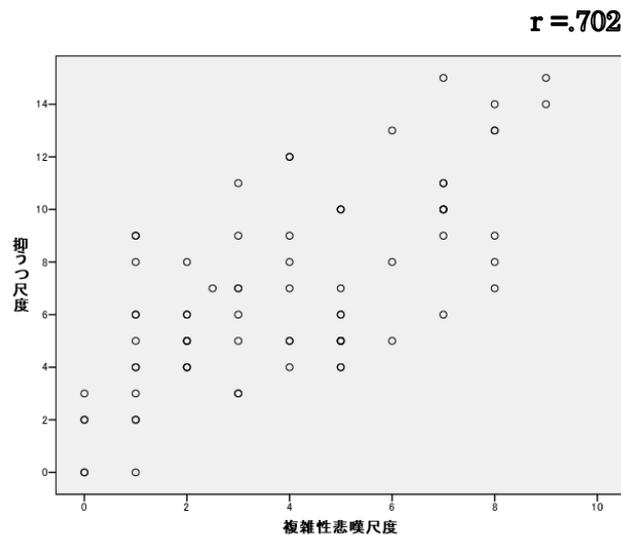


図 20 抑うつ尺度、複雑性悲嘆尺度の散布図

#### 10) 救命救急センターの支援と複雑性悲嘆尺度、抑うつ尺度との関係

救命救急センターの支援が、患者死別後の遺族にどのような影響をもたらすのかを検証する目的で、救命救急センターの支援と複雑性悲嘆尺度、抑うつ尺度で Pearson の  $\chi^2$  検定を実施した。結果、複雑性悲嘆尺度と「医師の説明」「看護師の配慮」「受けた医療に満足」で有意差が認められた (表 2)。有意差が認められた項目について、クロス表を掲載する。医師の説明について、「理解できなかった」と回答した人は、正常悲嘆の人より複雑性悲嘆の人が上回っていた (表 3)。看護師の配慮についても、「不十分」と回答した人は、正常悲嘆の人より複雑性悲嘆の人が上回っていた (表 4)。

受けた医療の満足度についても、正常悲嘆、複雑性悲嘆の割合でみると、「不満」と回答した人は、複雑性悲嘆の人が正常悲嘆の人を上回っていた (表 5)。医師の説明、看護師の配慮、医療に対する満足度が、遺族の悲嘆のプロセスにおいて、関係性があることが本調査結果で読み取れた。

#### 11) 受けた医療についての満足と救命救急センターの支援の関係

受けた医療に対する満足度については、Pearson の  $\chi^2$  検定において「医師の説明」「十分なお別れの時間」「医師の配慮」「看護師の配慮」「解剖の選択に納得」の項目に有意差が認められた (表 6)。有意差が認められたクロス表を表 7, 8, 9, 10, 11 に

示す。医師の説明が理解できなかった、別れの時間が不十分、医師の配慮が不十分、看護師への配慮が不十分、解剖の選択に納得していない人について、医療に不満と感じている人の割合が高かった。

表 2 救命救急センターの支援と複雑性悲嘆尺度、抑うつ尺度の  $\chi^2$  検定

	複雑性悲嘆		抑うつ尺度	
	$\chi^2$	df	$\chi^2$	df
死別者との関係	3.673	2	0.673	2
死因	3.407	3	1.622	3
医師の説明	8.490 **	1	4.050	1
治療場面の立ち会いの希望の有無	3.209	1	0.090	1
十分なお別れの時間	0.732	1	0.201	1
医師の配慮	0.665	1	0.040	1
看護師の配慮	6.676 *	1	0.001	1
解剖の有無	0.166	1	0.170	1
解剖の選択に納得	7.045	1	4.273	1
再度医療スタッフに聞きたいことはあったか	4.526	1	0.000	1
受けた医療に満足	6.487 *	1	6.889	1

\*\*\*=0.1%水準で有意    \*\*=1%水準で有意    \*=5%水準で有意

表 3 医師の説明と複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
医師の 説明	理解できた	度数 (人)	43	26	69
		%	98	77	89
	理解できなかった	度数 (人)	1	8	9
		%	2	24	112
合 計		度数 (人)	44	34	78
		%	100	100	100

表 4 看護師の配慮と複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
看護師の配慮	十分	度数 (人)	38	23	61
		%	88	64	77
	不十分	度数 (人)	5	13	18
		%	12	36	23
合 計		度数 (人)	43	36	79
		%	100	100	100

表 5 医療への満足と複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
医療への満足	満足	度数 (人)	48	27	75
		%	94	75	86
	不満	度数 (人)	3	9	12
		%	6	25	14
合 計		度数 (人)	51	36	87
		%	100	100	100

表 6 受けた医療についての満足と救命救急センターの支援の  $\chi^2$  検定

	受けた医療の満足度	
	$\chi^2$	df
死別者との関係	4.704	2
死因	2.938	3
医師の説明	9.282 *	1
治療場面の立ち会いの希望の有無	1.181	1
十分なお別れの時間	5.753 *	1
医師の配慮	20.116 ***	1
看護師の配慮	8.643 *	1
解剖の有無	0.082	1
解剖の選択に納得	11.131 **	1
再度医療スタッフに聞きたいことはあったか	0.773	1

\*\*\*=0.1%水準で有意      \*\*=1%水準で有意      \*=5%水準で有意

表 7 医師の説明と医療への満足のクロス表

			医療への満足		合計
			満足	不満	
医師の説明	理解できた	度数 (人)	64	6	70
		%	93	60	89
	理解できなかった	度数 (人)	5	4	9
		%	7	40	11
合 計		度数 (人)	69	10	79
		%	100	100	100

表 8 お別れの時間と医療への満足のクロス表

			医療への満足		合計
			満足	不満	
お別れの時間	十分	度数 (人)	46	2	48
		%	64	22	59
	不十分	度数 (人)	26	7	33
		%	36	78	41
合 計		度数 (人)	72	9	81
		%	100	100	100

表 9 医師の配慮と医療への満足のクロス表

			医療への満足		合計
			満足	不満	
医師の配慮	十分	度数 (人)	64	3	67
		%	86	27	79
	不十分	度数 (人)	10	8	18
		%	14	73	21
合 計		度数 (人)	74	11	85
		%	100	100	100

表 10 看護師の配慮と医療への満足のクロス表

			医療への満足		合計
			満足	不満	
看護師の配慮	十分	度数 (人)	59	4	63
		%	86	44	81
	不十分	度数 (人)	10	5	15
		%	15	56	19
合 計		度数 (人)	69	9	78
		%	100	100	100

表 11 解剖の選択の納得と医療への満足のクロス表

			医療への満足		合計
			満足	不満	
解剖の選択	納得	度数 (人)	72	7	79
		%	95	64	91
	納得していない	度数 (人)	4	4	8
		%	5	36	9
合計		度数 (人)	76	11	87
		%	100	100	100

## 12) 生活の変化と複雑性悲嘆、抑うつ尺度の関係

生活の変化と複雑性悲嘆の関係において Pearson の  $\chi^2$  検定において有意差がみられたのは「生きがいを失った」、「何も手につかなくなった」「友人関係が変わった」、「体調を崩した」であった。抑うつ尺度との有意差がみられたのは、「何も手につかなくなった」、「友人関係が変わった」であった (表 12)。

「生きがいを失った」、「何も手につかなくなった」「友人関係が変わった」、「体調を崩した」と回答した人は、複雑性悲嘆の基準を上回った人が多かった (表 13, 14, 15, 16)。

「何も手につかなくなった」「友人関係が変わった」と回答した人は、抑うつ尺度の基準を上回った人が多かった (表 17, 18)。

表 12 生活の変化と複雑性悲嘆、抑うつ尺度の $\chi^2$ 検定

		複雑性悲嘆		抑うつ尺度	
		$\chi^2$	df	$\chi^2$	df
生活の変化	経済的な不安がある	3.988	1	1.293	1
	身の回りのことに不自由している	1.513	1	1.513	1
	生きがいを失った	9.753 **	1	0.673	1
	何も手につかなくなった	5.155 *	1	7.802 *	1
	職場などの環境を変えた	0.073	1	1.502	1
	引っ越しをした	1.169	1	3.147	1
	友人関係が変わった	6.361 *	1	7.030 *	1
	親せき付き合いができなくなった	0.184	1	0.024	1
	体調を崩した	5.868 *	1	0.767	1
	新しいことを始めた	2.292	1	0.227	1
	新しい友人ができた	0.419	1	0.441	1

\*\*\*=0.1%水準で有意    \*\*=1%水準で有意    \*=5%水準で有意

表 13 生活の変化（生きがいを失った）と複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
生きがいを失った	該当	度数 (人)	8	19	27
		%	17	48	31
	非該当	度数 (人)	40	21	61
		%	83	53	69
合計		度数 (人)	48	40	88
		%	100	100	100

表 14 生活の変化（何も手につかなくなった）と複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
何も手につかなくなった	該当	度数（人）	6	13	19
		%	13	33	22
	非該当	度数（人）	42	27	69
		%	88	68	78
合計		度数（人）	48	40	88
		%	100	100	100

表 15 生活の変化（友人関係が変わった）と複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
友人関係が変わった	該当	度数（人）	0	5	5
		%	0	13	6
	非該当	度数（人）	48	35	83
		%	100	88	94
合計		度数（人）	48	40	88
		%	100	100	100

表 16 生活の変化（体調を崩した）と複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
体調を崩した	該当	度数（人）	11	19	30
		%	23	48	34
	非該当	度数（人）	37	21	58
		%	77	53	66
合計		度数（人）	48	40	88
		%	100	100	100

表 17 生活の変化（何も手につかなくなった）と抑うつ状態の有無のクロス表

			抑うつ状態の有無		合計
			ない	ある	
何も手につかなくなった	該当	度数（人）	7	9	16
		%	13	43	22
	非該当	度数（人）	46	12	58
		%	87	57	78
合計		度数（人）	53	21	74
		%	100	100	100

表 18 生活の変化（友人関係が変わった）と抑うつ状態の有無のクロス表

			抑うつ状態の有無		合計
			ない	ある	
友人関係が変わった	該当	度数（人）	1	4	5
		%	2	19	7
	非該当	度数（人）	52	17	69
		%	98	81	93
合計		度数（人）	53	21	74
		%	100	100	100

### 13) 死別後の助けと複雑性悲嘆、抑うつ尺度の関係

死別後の助けについては、複雑性悲嘆、抑うつ尺度ともに有意差は認めなかった（表 19）。なお「保健所など公的機関の職員」「地域の遺族会」についての項目は「あてはまる」と回答した人がいなかったため、行から削除した。

表 19 死別後の助けと複雑性悲嘆・抑うつ尺度の  $\chi^2$  検定

		複雑性悲嘆		抑うつ尺度	
		$\chi^2$	df	$\chi^2$	df
死別後の助け	家族	0.236	1	3.492	1
	親せき	0.627	1	2.325	1
	友人	0.000	1	2.663	1
	職場の同僚	0.592	1	0.982	1
	保育園や学校の先生	1.573	1	0.770	1
	心療内科や精神科医の治療	2.658	1	0.535	1
	医療機関での治療	2.870	1	0.058	1
	福祉関係者	0.026	1	1.099	1
	カウンセラーなどの相談機関	0.035	1	0.770	1
	年金等の金銭的な支援	2.009	1	0.139	1
	介護保険などの社会的なサービス	0.026	1	4.845	1
	趣味などの生きがい	1.470	1	1.640	1
	仕事	0.627	1	0.321	1
	信仰	0.055	1	0.939	1

\*\*\*=0.1%水準で有意    \*\*=1%水準で有意    \*=5%水準で有意

#### 14) 死別後の望む支援と複雑性悲嘆、抑うつ尺度の関係

死別後の望む支援について、Pearson の  $\chi^2$  検定において「弁護士などの法律相談ができる人」と複雑性悲嘆、「経済的な支援」と抑うつ尺度において有意差が認められた。「弁護士などの法律相談ができる人」を望む支援と回答した人に複雑性悲嘆の基準値を上回る人が多かった。「経済的支援」を望む人に抑うつ尺度が基準値を上回る人が多かった（表 20, 21, 22）。なお「育児相談支援」「宗教の相談ができる人」についての項目は、「あてはまる」と回答した人がいなかったため、行から削除した。

表 20 死別後の望む支援と複雑性悲嘆・抑うつ尺度の  $\chi^2$  検定

		複雑性悲嘆		抑うつ尺度	
		$\chi^2$	df	$\chi^2$	df
あなたが望むこと	経済的な支援	2.195	1	4.851 *	1
	食事などの身の回りの支援	0.440	1	0.023	1
	同じ立場の人と出会うことができる自助グループ	0.403	1	0.002	1
	心理的な相談ができる心療内科医や精神科医	3.462	1	0.337	1
	心理的な相談ができるカウンセラー	1.502	1	0.266	1
	体の体調などを相談できる医師	0.014	1	0.034	1
	社会のサービスについて相談できる人	2.047	1	1.851	1
	遺産相続などの相談ができる人	1.797	1	0.085	1
	弁護士など法律相談ができる人	5.416 *	1	2.975	1
	新しい友人	3.043	1	0.679	1
	生きがい	0.127	1	3.599	1
	亡くなった病院からの支援	0.015	1	0.423	1
	医療体制の改善	0.106	1	1.673	1

\*\*\*=0.1%水準で有意    \*\*=1%水準で有意    \*=5%水準で有意

表 21 望むことと複雑性悲嘆のクロス表

			複雑性悲嘆		合計
			正常悲嘆	複雑性悲嘆	
弁護士など法律 相談ができる人	該当	度数 (人)	3	6	9
		%	7	16	11
	非該当	度数 (人)	41	31	72
		%	93	84	89
合計		度数 (人)	44	37	81
		%	100	100	100

表 22 望むことと抑うつ状態の有無のクロス表

			抑うつ状態の有無		合計
			ない	ある	
経済的支援	該当	度数 (人)	11	10	21
		%	23	50	31
	非該当	度数 (人)	37	10	47
		%	77	50	69
合計		度数 (人)	48	20	68
		%	100	100	100

### 15) 回答者の基本属性

回答者の基本属性については、①年齢、②性別、③仕事の有無と死別前後の関係、④家族構成、⑤信仰の有無について質問した。

回答者の年齢は「50歳代」が34%と最も多く、次に「60歳代」(23%)、「70歳代」(18%) (図 21)、性別は「男性」34%、「女性」66%であった (図 22)。

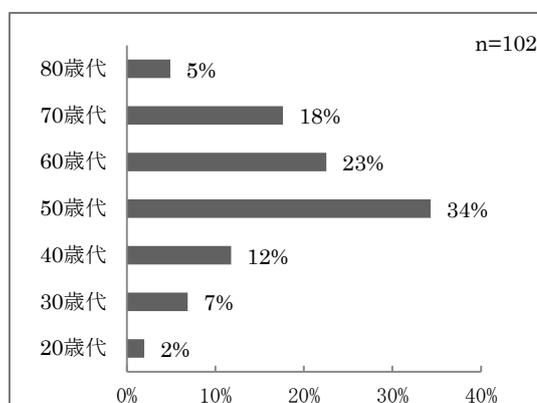


図 21 回答者の年齢

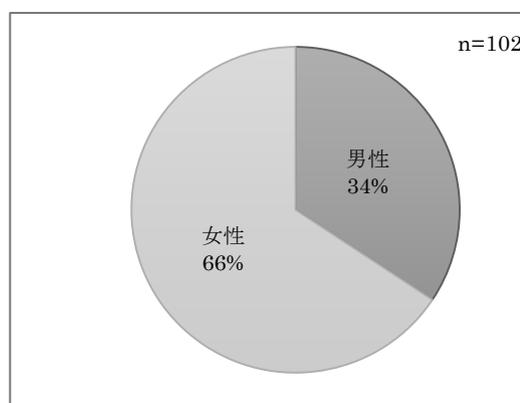


図 22 回答者の性別

死別前と死別後の仕事の変化については、フルタイムで働いていた47名で、「無職」になった人は7名(15%)であった。フルタイムで働いて「無職」になった人の内訳は、男性3名、女性4名。女性4名はすべて配偶者を亡くしていた。男性については、「親を亡くした人」2名、「子どもを亡くした人」が1名であった。死因については、「病気」5名、「交通事故以外の事故」1名、「その他」1名であった。

フルタイムで働いていて「パートタイム」になった人1名(2%)については、男性で子どもを交通事故以外の事故で亡くしていた。パートタイムで働いていた人18名中、「無職」になったと答えた人は3名(17%)であった。内訳は、女性2名は配偶者と親、男性1名はきょうだいを亡くしていた。死因についてはすべて「病気」であった。

逆にパートタイムから「フルタイム」の仕事に変わった人1名(6%)は、男性で配偶者を「交通事故以外の事故」で亡くしていた。無職から「パートタイム」になった人3名(9%)は、すべて女性で配偶者を亡くしていた。死因は、「病気」、「交通事故」、「その他」となっていた(表23)。

表 23 死別後の職業の変化

			死別前の仕事			
			無職	フルタイム	パートタイム	合計
現在の仕事	無職	度数(人)	30	7	3	40
		%	91	15	17	41
	フルタイム	度数(人)	0	39	1	40
		%	0	83	6	41
	パートタイム	度数(人)	3	1	14	18
		%	9	2	78	18
合計		度数(人)	33	47	18	98
		%	100	100	100	100

同居人数は、「独居生活」をおくっている人が最も多かった(図23)。回答者の各年齢による独居率は、年齢が上がるほど高くなり、80歳代になると回答者5人中4人(80%)が独居になっていた(図24)。

信仰が「ある」と回答した人が28%、「ない」と答えた人が72%であった(図25)。

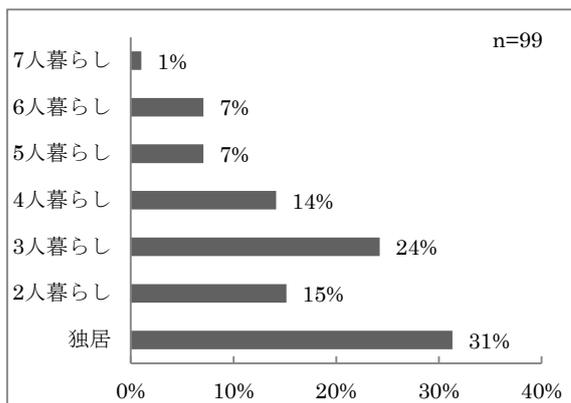


図 23 同居人数

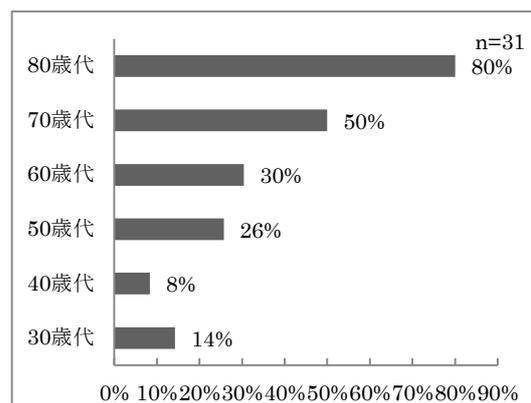


図 24 独居者の年齢

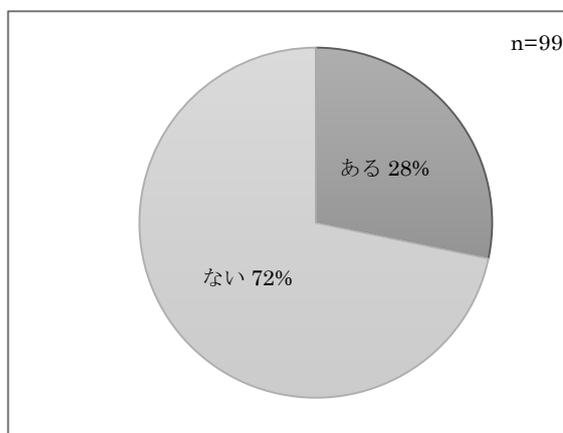


図 25 信仰の有無

## 16) 多重応答分析

第 2 節第 2 項で実施した質問紙調査結果をもとに、多重応答分析によって、それぞれの項目の関係性について分析した。多重応答分析は、数値をケース（オブジェクト）とカテゴリに割り当てることによって名義（カテゴリ）データを数量化する。この分析が適しているのは、同じカテゴリに属するオブジェクト同士の関係が近く、異なるカテゴリに属するオブジェクトは遠い関係となる。各オブジェクトは、そのオブジェクトに適用されるカテゴリのカテゴリポイントに、できる限り近い位置に配置される（IBM SPSS Statistics 2012）。多重応答分析をおこなうことによって項目ごとの関係性について、視覚的に分析することが可能となる。 $\chi^2$ 検定によって分析した結果をさらに多重応答分析をおこなうことで、本研究における救命救急センターでの患者家族支援について、医療スタッフの支援の中でどの項目がより大きく影響しているのか、視覚的に検証することを目的に実施した。

医療への満足と医療スタッフの支援についての関係では、看護師の配慮が最も近い位置にあった（図 26）。医療の満足と看護師の印象および看護師の態度については、「看護師の配慮」、「やさしかった」、「頼りになる」、「状況の説明」が医療への満足度と関係性が近かった（図 27）。治療中の助けについて、「医師の言葉かけ」、「医師の説明」、「看護師の言葉かけ」、「待合室が個室」「友人・家族」という項目が、医療への満足と近い関係にあった（図 28）。

医師と看護師の支援、特に家族への言葉かけや説明の方法が関係することが多重応答分析の図からも読み取れた。

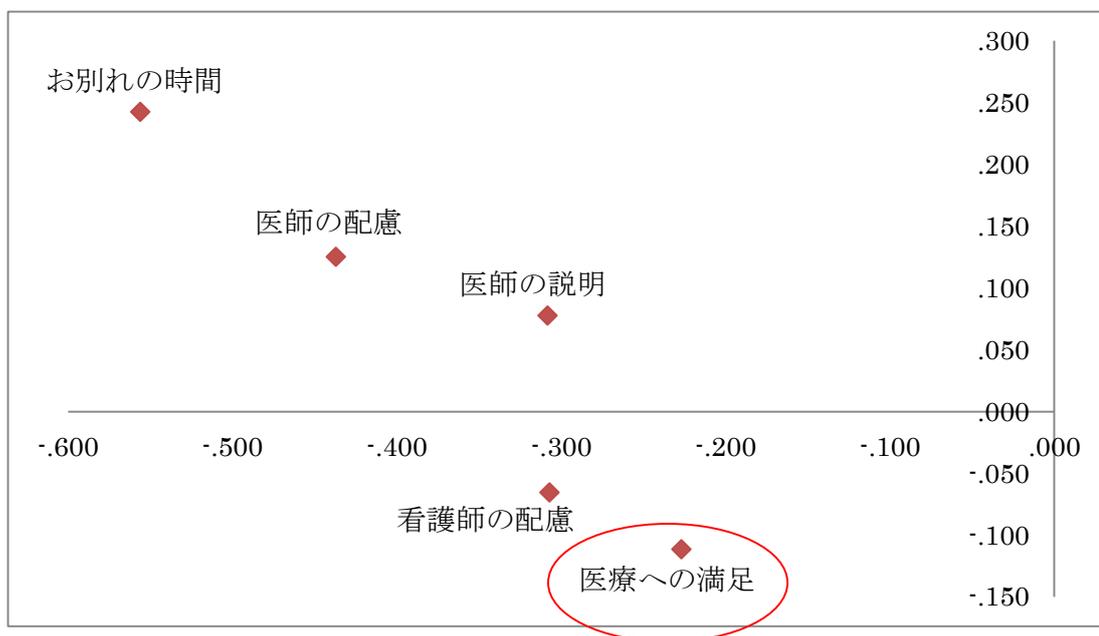


図 26 医療への満足と医療スタッフの支援

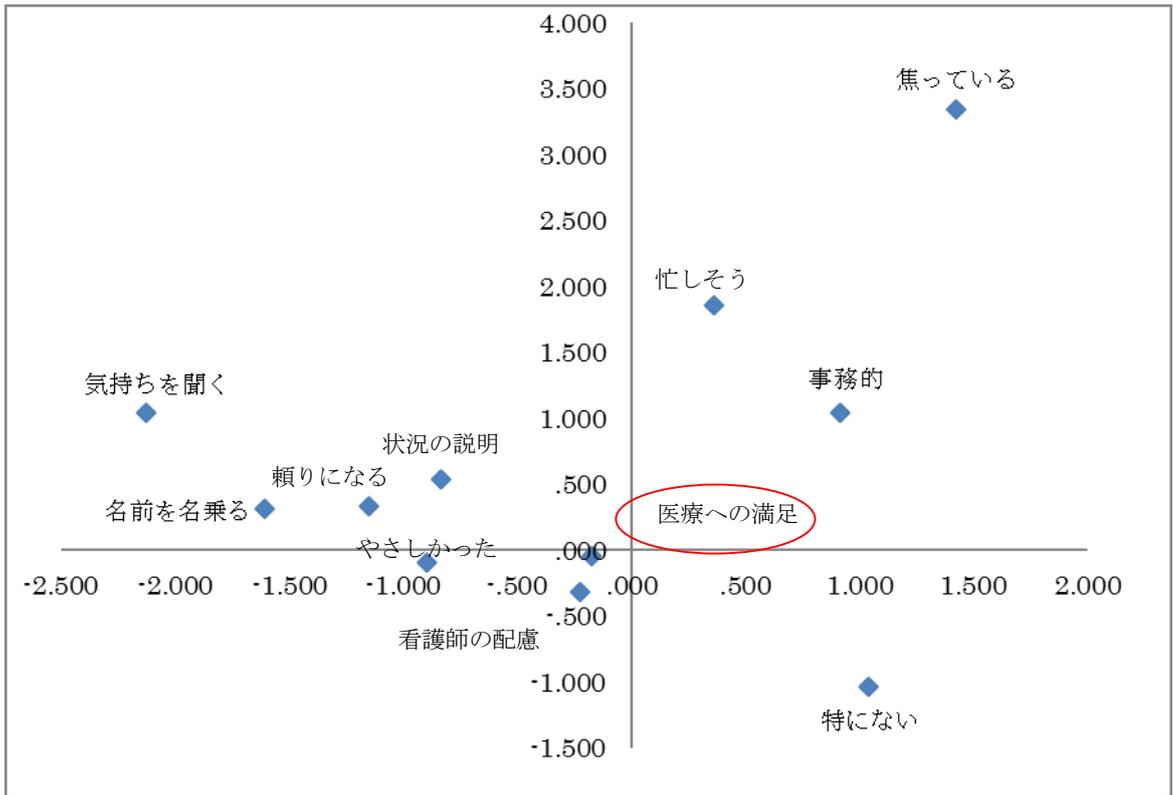


図 27 医療の満足度と看護師の印象および看護師の態度

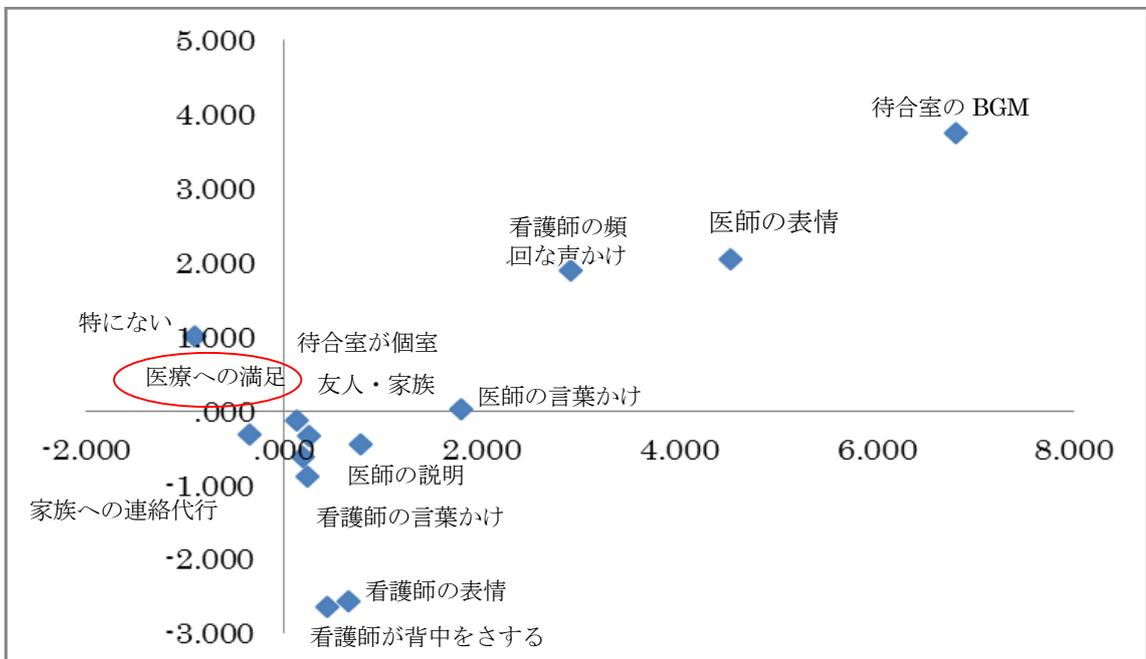


図 28 医療への満足と治療中の助け

## 第4項 考察

### (1) 治療中の医療スタッフの家族への支援と家族のニーズ

本調査結果では、80%以上の人が医師の説明は「理解できた」と回答し、看護師の対応についても肯定的な意見が多かった。突然の出来事であるにも関わらず、家族は医師の説明を理解し、看護師に対しての印象も良いものであった。しかし、一部には医師に「会っていない」、「説明はなかった」、看護師に「会っていない」、「対応してくれた記憶がない」と記述した人もいた。80%の患者の病院滞在時間が4時間以内と短く、その間に集中治療が実施される救命救急センターの救急外来において、医療スタッフが十分に家族と関わることは困難である。家族が遅れて病院に到着した場合、さらに医療スタッフと家族が関わる時間は短くなる。浅香（2005）は、遺族の死別の衝撃について、外来死亡群と入院後死亡群とに分けて比較した場合、外来死亡群の方が死別の衝撃は高く、対処行動が効果的に行なえるように変化したのは入院後死亡群であり、入院期間の経過により増加するソーシャルサポートの活用も外来死亡群では少ないと述べている。救命救急センターに搬入されてくる患者の家族は、極度な苦痛の原因となるトラウマテックな出来事に準備ができていない（Lautrette & Azoulay 2010）。そのため通常理解力ではないことが予測される。加えて患者の家族にとっては、すべての医療スタッフが、まったく初めて出会う人たちである。家族は、信頼関係がまったくできていない中で、最も重大な告知を受けるという現状にある。そのため、医師に会っていない、説明がなかった、看護師に会っていない等の回答であったのではないかと考えられる。

治療中の家族の助けについては、31%の人が「待合室が個室」とあげていた。死と直結する治療を受けている患者を待つ家族には、時に泣く、茫然自失、怒り等の急性悲嘆症状が現れる可能性もある。他の家族を気にすることなく身内だけで待つことができる環境は、家族にとっては重要な支援のひとつなのかもしれない。そのため待合室が個室であるということが、家族にとって助けになったのではないかと考える。反面、救急外来の待合室では、家族が容易に医療スタッフと連絡がとれる、医師は家族が安心できる状況を維持するために速やかに説明することが重要であるとの報告がある（Lautrette & Azoulay 2010）。待合室が個室の場合、家族が隔離されてしまう可能性があり、短時間の中で医療従事者が患者への治療を優先させながら家族への説明を行うことが出来るのか、疑問が残る。次に多かったのが「医師の説明」25%であっ

た。本来、一番家族にとって関心が高いことは患者の状態である。そのため医師の説明が一番家族の助けになるはずである。医師の説明や看護師の言葉がけが治療中の助けとしてもっと上位にあがってくる必要がある。しかし、医師の説明の次に上位にあがってきたのは、「家族・友人の支え」20%であった。

治療中家族が医療スタッフにしてもらいたいことについては、「治療場面の立会の選択」19%、「頻回な説明」14%であった。自由記述欄にも、医師の説明を求める記述が多かった。救命救急センターから来院の連絡を受けて駆けつけた家族の場合、まったく状況が分かっていないことも多い。一刻も早く患者に会いたい、どのような状況であるのか把握したいという欲求から、治療場面の立会の希望につながる可能性が高いのかもしれない。状況の把握という意味では、「頻回な説明」も同様であろう。できる限り家族到着時は速やかに状況の説明を行い、可能であれば治療場面の立会についての希望を確認する、家族側から医療スタッフに連絡できる手段を伝えておく等が家族の不安の軽減になるだろう。

「治療場面の立会」については、44%の人が「立会」を希望していた。立会いたいと希望している理由の多くは、「病状を確認したかった」、「経過が知りたかった」、「最期までそばにいたかった」、「自分自身が納得したい」であった。しかし、半数以上の患者の家族は立会を望んでいないということを考えると、家族が治療場に立会うことが重要なのではなく、まずは家族が選択できる環境を作ることであろう。また、救急外来での治療場面は、一般の人から見たら手術室で行われているような処置がなされていることもあるだろう。そのような場面を見ることで、家族に心的な外傷を与える危険性もある。立会に際しては、事前にきちんと説明しておくことが合わせて必要であろう。

## (2) 死亡時の医療スタッフの家族への支援と家族のニーズ

「医師の配慮」「看護師の配慮」については、肯定的な意見が多かった。しかし、「お別れの時間」については、「不十分であった」と回答した人が43%であった。心肺停止状態で搬送された患者の場合、その後、解剖や検視等が必要なため、警察等の説明や事情聴取があったり、解剖のための病院に移動したりする可能性が高い。そのため、家族のみで十分なお別れの時間を持つことが困難なことが多いことも予測される。しかし、まずはお別れの時間が不十分と感じている家族が半数近くいることを認

識することが重要である。特に心肺停止状態で搬送される患者の家族については、救急隊より心臓マッサージ等の処置を受けながら搬入されることも多く、病院到着前も含めてお別れの時間となる可能性が高い。なぜなら、搬入された時点ですでに蘇生は難しいと悟っている家族もいるからである。家族にとって搬入直後からすでにお別れの時間は始まっており、治療中の立会も含めて一連の流れでお別れの時間があると考えられる。救命の可能性を瞬時に判断することは難しく、どの時点で治療をあきらめ、お別れの時間とするのか、医療スタッフにとっては難しい判断を迫られることとなる。また、蘇生をあきらめるタイミングについては、医療スタッフの判断と家族の思いが一致していないことも多く、そのずれが家族の医療への満足度に影響を及ぼす可能性も否定できない。さまざまな困難はあるが、最期の時をできるだけ長く家族と過ごしたいという家族の思いについては、医療スタッフは十分に受け止めておく必要があるだろう。

受けた医療については、80%以上の人が「満足」と回答していた。しかしその「満足」の理由としては、「最善を尽くしてもらった」ということを記述していた人が多かった。また「蘇生は無理」だと思っていたことで満足と回答していた人もいた。

「受けた医療の満足度」と「治療中の医療スタッフの家族への支援と家族のニーズ」「死亡時の医療スタッフの家族への支援と家族のニーズ」の Pearson の  $\chi^2$  検定の結果は、「医師の説明」、「お別れの時間」、「医師の配慮」、「看護師の配慮」に関連性が認められた。お別れの時間に関連する項目が3項目となっており、家族にとっては、患者とのお別れの時間が重要な時間であり、医療者にとってはお別れの時間をどのように家族に配慮するかが重要であることが示唆された。「お別れの時間」をできるだけ長く取るためには、出来るだけ早期に患者との面会を実現させる必要があり、そのためにも治療場面の立会は重要なポイントとなると考える。心肺停止状態で第3次救急医療施設に搬送される患者の家族の場合、病院到着前からすでにお別れの時間が始まっている。患者と家族が同行する場合は、救急隊が行う心臓マッサージ等の処置により、家族はすでに患者が心肺停止状態であるということを視覚的に確認している。医師の説明も含めて、家族への速やかな対応が必要である。先行研究は、家族は、病院が重要と考えられる説明等については理解できていないことも多いが、医療スタッフの共感的な態度等については好ましく語ることで、死の受容については、医療スタッフの態度によって左右される (Jones & Bettery 1981; Purves & Edwards

2005) と述べている。お別れの時間に対する「医師の配慮」、「看護師の配慮」については、医療スタッフの家族への共感的な態度のようなものが影響するか、インタビュー調査において、家族から聞き取ることとする。

### (3) 死別後の状態およびニーズ

第3次救急医療施設の場合、患者の死亡によって、その関係はまったく途切れてしまう。しかし、死別後のニーズまで踏み込んだところに本研究の特長がある。医療スタッフは遺族の死別後のニーズを理解し、第3次救急医療施設での支援方法を検討することが重要である。

死別後に再度医療スタッフにたずねたいことはあったかの質問について、19%の人が「あった」と回答した。突然の死別であり、気持ちに余裕がなかったと回答している人もいることから、医療スタッフの説明をきちんと理解できていないことが予測される。後々疑問な点が出てきた場合は、再度説明する用意がある旨家族に伝えておくことで、家族は救命救急センターを訪ねやすくなるのではないかと考える。

死後の生活については、「体調を崩した」と回答した人が36%であった。死別後、生活の助けとなったものの上位は、「家族」、「友人」、「趣味」等のインフォーマルなサポートであった。しかし、望む支援については「経済的支援」、「医師」、「カウンセラー」、「心療内科・精神科医」等のフォーマルサポートが上位であった。医師については、体調を崩す人が36%と多いことから、望む支援にあがってきていると推測される。精神的な支援については、カウンセラー、心療内科・精神科医師の必要性があがっていた。また公的制度による経済的支援についてもあがっていた。高齢社会で核家族化が進む中、家族、友人等のサポートがない人や経済的困窮が予測される人に対しては、社会的支援、生活支援が必要とされる。そのためソーシャルワーカーの関与について検討していく必要がある。社会的支援、生活支援はソーシャルワーカーの重要な役割のひとつである。

抑うつ尺度において抑うつ状態の値を示していた人は49%、複雑性悲嘆については43%であった。両者に相関関係が認められた。複雑性悲嘆については、診断基準がまだ確立されておらず、本調査結果でそのまま複雑性悲嘆と判断することは難しいが、複雑性悲嘆が長期にわたり精神的、身体的に悪影響を引き起こす危険性が指摘されている(Lannenら2008)ことから、今後も検討していく必要があるだろう。本

調査結果でも体調を崩したと回答した人が多かったこと、死別後の遺族に医療的なニーズが高いことから、死別体験が精神的、身体的に悪影響を及ぼす可能性が高いといえる。心肺停止状態で第3次救急医療施設に搬送される患者の家族は、他の患者と異なり、病院滞在時間も短い。そのため、もっとも死別した医療機関での支援を受けにくい存在であり、そのため次の支援につながりにくい可能性が高い。第3次救急医療施設で働く医療スタッフは、死別後数年経過した後でも抑うつ尺度や複雑性悲嘆尺度において高値を示す遺族がいること、医療的なニーズが遺族には高いことを念頭において支援にあたる必要がある。

### 第3節 質的調査

#### 第1項 先行研究

社会福祉領域における事例研究は、実践者にとっては、「事例」をとおして、自己の実践を点検し、専門的性能を高めることにつながる。また、医学、看護学、臨床心理学等の直接「人」に関わる臨床・対人支援領域においても、「個々の場合における、それぞれの事実」から繰り返し、継続的に学ぶことが重要視されている（中村2004）。

本研究が事例研究法を用いるのは、河合（1976）が区分した7つの分類の「仮説と理論の証明と確認（提示された理論を事例によって証明し、その過程を明らかにする）」をすることを目的とする。

事例研究法は、社会科学、すなわち経営管理、経済科学、ソーシャルワークといった学問分野や専門領域における博士論文や修士論文に用いられている手法である

（Yin =1996）。Yin は、事例研究法は、研究結果の一般化について、単一の実験と同様に、理論命題に対して一般化できると述べている。サンプルや頻度を代表するものではなく、理論を拡張し一般化することについては、可能であると述べている。本研究においては、サンプルの回答率については量的調査で考察し、理論命題については質的調査で明らかにすることを目的とし、事例研究法を採用することとする。

武藤（1999a）は、心理学の中でも臨床科学の基礎は、特にその初期においては、個々の事例の徹底的な研究で、今日集積されている多くの知識や理論は事例研究法により得られた知見を通じて発展してきたとしている。そして、臨床心理学などの分野では、事例研究におけるアプローチが、人間行動の洞察や臨床理論の定式化、臨床技

法の開発と発展に寄与するものとして、事例研究法は心理学研究法として一定の地位を占めていると述べている。さらに武藤（1999a）は事例研究の特色を6つにまとめている。①比較的長いスパンの変化を把握するのに適している。②プロセスを説明するのに適している。③行動あるいは事象における諸要因のダイナミズムを質的、構造的にとらえるのに有効である。④仮説を発見し、課題を明確化するのに役立つ。⑤生活状況に関与しながら行う。⑥個を通して普遍性を追求する。

本研究において、量的調査を補完し、救急医療における家族・遺族支援のための実践方法について考察する手法として、上記①②③⑥の特色が、事例研究法を採用することに該当する。

Punch (=2005) は、Stake (1994) の事例研究、①本質的な事例研究（研究そのものとして理解される。）、②手段としての事例研究（ある固有の事例が、ある問題についての洞察を与えたり、ある理論の改善のために研究される）、③集合的な事例研究（手段としての事例研究が、いくつかの事例をカバーしたり、現象や集団、あるいは一般的な性質についてより理解するために拡張される）をあげ、最初の2つは単数の事例であり、事例の中に焦点があてられる。3番目の事例研究は、多元的な事例を含み、事例と事例の関係に焦点があてられると述べている。さらにPunch (=2005) は、事例研究は、他の調査アプローチとの関連において重要な貢献をなすと述べている。すなわち事例研究は、量的調査の限界を補う形で活用できるものであると考える。本研究は、③のタイプの事例研究と考える。

## 第2項 目的

質的調査は、質問紙調査で実施した量的調査の仮説と理論の証明と確認を目的として実施した。質問紙調査の個々の項目に回答した意味・理由について、書面だけでは伝わってこないことも多い。また、調査者が一方的に聞くだけでは、遺族の思いを把握しきれないこともあるだろう。医療スタッフのどのような行為を遺族が肯定的にとらえたのか、または否定的にとらえたのか、その意味を理解することは質問紙調査だけでは難しい。例えば「医師の説明が理解できた」という項目において、質問紙調査だけでは、理解度は分かるが、患者家族はなぜ理解できたと判断したのか、理解した内容とはどのようなことなのかまでは分からない。そのため、質問紙項目の回答数の割合のみだけでなく、なぜその項目を選択したのか、その意味を理解する目的で当

初から、質的調査を併用することを計画した。量的調査とは別の角度から仮説の証明と確認を行った。

### 第3項 方法

#### (1) 方法

2007年8月から2010年5月までの期間で、質問紙調査の回答者の中で、直接のインタビューに承諾した人に対して、インタビュー調査を実施した。事例対象者の概要は表24に示す。

#### (2) 分析

事例研究法で分析した。

#### (3) 対象

量的調査の回答者より、直接のインタビューに承諾が得られた人に実施し、22名を分析対象者とした。実際のインタビューにおいては、当時の内容について覚えていなかった人、アンケート項目について回答理由を覚えていなかった人、確認したが明確な答えが返ってこなかった人の回答は除外した。

#### (4) 調査内容

インタビューは、死別者との関係、救命救急センターに搬送されるまでの経緯、救命救急センターでの医療者の支援状況、死別後の生活について聞き取りをおこなった。特に救命救急センターでの医療者の支援状況、死別後の生活については、量的調査で実施した質問紙調査表の各項目に沿って、その回答理由を詳細に聴取した。

インタビュー内容においては、質問紙調査の質問項目にはなかったが、救急隊や警察との関係等が質問紙調査の回答に含まれていたため、それらの項目についても聴取した。

#### (5) 倫理的配慮

インタビューはプライバシーに配慮し、個室を確保した。またインタビューに関しては、十分なインフォームドコンセントを実施し、承諾が得られた人にものみインタビュー承諾書にサインをしてもらい実施した。

表 24 インタビューリスト (22名)

番号	インタビュー 実施日	インタビューイ			亡くなった人		
		性別	年齢	死別時期	年齢	続柄	死 因
1	2007.6.5	女性	69	7年前	72	夫	心筋梗塞
2	2007.7.7	男性	68	3年前	65	妻	糖尿病
3	2007.7.7	女性	50	3年前	69	母	クモ膜下出血
4	2010.4.22.	女性	63	4年前	65	夫	心筋梗塞
5	2008.9.20	男性	58	2年前	58	妻	自死
6	2008.5.2.	女性	61	3年前	61	夫	脳梗塞
7	2008.9.18.	女性	58	5年前	90	義母	入浴中
8	2008.9.9.	男性	79	1年前	81	妻	心筋梗塞
9	2007.7.20.	女性	52	3年前	19	息子	バイク事故
10	2007.8.4.	男性	57	2年前	20	息子	自死
11	2008.4.11.	女性	73	2年前	79	夫	肺炎
12	2008.4.26.	女性	56	3年前	22	息子	自死
13	2008.5.16.	女性	52	2年前	17	息子	バイク事故
14	2008.9.28.	男性	56	3年前	19	息子	不明
15	2007.6.12.	男性	80	2年前	76	妻	交通事故
16	2007.6.16.	女性	82	3年前	81	夫	老衰
17	2008.9.4.	女性	78	2年前	79	夫	がん末期
18	2007.7.8.	女性	48	1年前	49	夫	交通事故
19	2008.5.27.	女性	49	2年前	47	夫	がん末期
20	2010.5.22.	女性	60	5年前	23	息子	バイク事故
21	2010.5.1.	男性	57	7年前	53	妻	自死
22	2010.4.28.	男性	27	2年前	58	父	喘息

#### 第4項 結果および考察

質問紙調査の項目V以降「救命救急センターの支援」についての質問項目を分析した。

##### (1) 患者搬送時の状況

質問紙調査の回答者で病院から連絡を受けて来院した人は28%であった。病院からの連絡内容について、質問紙調査では80%の人が「理解できた」と回答していた。病院からの来院の連絡について、質問紙調査結果だけをみると、ほとんどの家族は病院からの連絡を理解できたと考えていると判断することになる。しかし、実際に「理解できた」と回答した人に、インタビュー調査で再度質問したところ、「だからもう、まあそうやねえ、着くまでに心肺停止ということも聞いていたけれども、亡くなられましたという電話もあったかもわからん」、「事務の人のような気がしました。だから私ももうちょっと突っ込んで、もう少し確認とろうとしたけれどもやっぱり、その人はやっぱりそこまで言えないような感じやった。あまり具体的なことは言えないというんかね」と、あいまいな回答が返ってきた。本調査を実施した救命救急センターでは、事務職員の人が家族に連絡をしている。そのため、家族が詳細な状態を尋ねても、治療状況や患者の状態については回答できないのが現状であろう。また搬入直後に家族に連絡していることが多いと考えられることから、ほとんど患者の容態や治療状況について、医療機関側も説明できない可能性も高い。質問紙調査で得られた救命救急センターからの連絡が「理解できた」という回答は、患者の状態の詳細ではなく、患者が救命救急センターに搬送されたことが理解できたという意味であった可能性が高いことがインタビュー結果より予測された。病院からの連絡について80%の人が「理解できた」と回答していたが、患者の状況を救命救急センターからの連絡で理解したという意味で捉えることは出来ないということが、インタビュー調査結果からいえる。救命救急センターに搬送されたという事実から、家族も患者の状態がただ事ではないと悟っている可能性もあるが、状況を理解せず来院している家族もいる可能性も視野に入れて、来院後の家族に対応する必要があるだろう。量的調査だけでは見えてこなかった実態である。

##### (2) 治療中の医療スタッフの援助状況およびニーズ

医師の病状説明については、理解できたと回答した人は80%を超えていた。しかし質問紙調査用紙に「医師に会っていない」、「説明はなかった」と余白に記述していた人もいた。実際のインタビュー調査においては、医師の説明について「理解できた」と回答した人の中には、理解の内容が「心肺蘇生の中止の確認を委ねられたということを理解した」と答えた人もいた。また、「患者の死を理解した」という意味で、説明を「理解できた」と回答している人もいた。当初、質問紙調査を実施した際、医師の説明が理解できたと回答した人が約90%と非常に高値であったことについて驚いた。家族は突然予期しない状態で患者の死亡告知を受けていることも少なくないと考えると、それほど多くの人が医師の病状説明を理解できたのだろうかという疑問が湧いた。しかし、患者の死を理解できたという理解度であるのであれば、90%近い値であることも理解できる。逆に、医師の説明が「理解できなかった」と回答した人のインタビュー調査での回答は、家族に説明された段階で、すでに患者には布がかぶせられ、死亡が確定しているような状況であったことに対して、「理解できなかった」と回答していた。これは、医師の説明そのものではなく、患者はまだ治療中で生存していると考えていたにも関わらず、すでに死亡していたという事実が理解できなかったという意味である。またさらにインタビュー調査結果では、家族への医師の説明は、治療中というよりは、死亡確認の際に死亡告知と同時に実施されていることが多いということが明らかになった。患者は心肺停止状態で搬送されているため、治療の途中というよりは、ほぼ死亡が確定してから、もしくは蘇生の中止を家族に確認するという形で医師の説明は行われていた。また、インタビュー調査では、患者とともに来院した家族の方が、医師の説明に対する理解度が高いのではないかという印象を受けた。なぜなら、患者は家族の前ですでに心肺停止状態になっており、救急車内で心臓マッサージ等の救命処置を施行される姿をずっと見ながら、来院している。家族は患者が蘇生していない事実を来院時に確認しており、家族の方で医師の説明を受ける前から患者の「蘇生は無理」と悟っているケースもあった。その場合、医師の突然の死亡告知に対しても、ある程度予測がついていたこともあり、より理解しやすかったのではないかと考えられる。質問紙で医師の説明について無回答だった人のインタビューは、「ほとんど説明されていない」という回答であった。「医師からの説明があまりなかった」と質問紙に記述していた人もいた。その人のインタビューでは、「医師と直接話した記憶がない」という回答であった。患者の死を医師が直接説明し

ないことはあり得ない。また、医師の説明がなく、家族が患者の死を受け入れ、帰宅することもあり得ない。しかし、現時点での家族の記憶においては、医師からの説明は受けていないというものであった。家族が医師の説明というものをどのように理解しているのか、記憶として残っているのか、質問紙調査だけでは見えてこない側面であった。

前述のインタビュー項目と合わせると、救命救急センターから連絡を受けて病院に到着した患者家族は、初期連絡において患者の現状をほとんど知らされていない状態で来院していることが、家族のインタビュー結果より読み取れた。その場合、まったく死を予測していない状況で、突然の死亡宣告となるため、家族の動揺は大きいと考えられる。特に、病院から知らせを受けて来院するため、来院後すぐに死亡告知となることもあるだろう。救急車内で心臓マッサージ等を目撃し、すでに心肺停止状態であること、心臓マッサージを繰り返しても蘇生できていない状況を目の当たりにしている家族とそうでない家族の場合では、医師の説明の理解度が異なるのではないかと考える。

看護師の対応について質問紙調査では、「やさしかった」、「状況の説明をしてくれた」などの肯定的な回答が上位に上がっていた。しかし反面、「その他」の項目を選択した人の中には、「看護師と会っていない」、「よく覚えていない」などの回答もみられた。看護師がほとんど存在感を示していないということである。その点を救命救急センターの看護師にフィードバックしたところ、「患者家族と会わないことはない」との回答であった。しかし、家族は看護師と会ったことすら覚えていないという現実もあった。その点は、インタビュー調査においても、同様の結果であった。インタビューの中で家族は、看護師について、ボディタッチをしてもらった、家族の写真を丁寧に手渡しで渡してくれた等の肯定的な印象として覚えている人もいた。しかし、ほとんど覚えておらず、医師の場合と同様に、3人いた、男性ばかりだった等、対応した人数やその性別を漠然としか覚えていない人も少なくなかった。

インタビュー調査においては、医師の説明や看護師の対応については、漠然とした印象で答えた人が多かった。医師の説明等は、医療機関においては最も重要なことであると考えられるが、救命救急センターにおいて突然死別を経験する家族にとっては、そのことでさえ記憶として残っていないほど患者の死が衝撃的であったのだとすると、救命救急センターの特殊性があらためて浮き彫りになったと考えられる。先行

研究では、家族は医療者が大切であると考え説明したことについてはほとんど覚えていないが、医療者の同情的な態度については肯定的に覚えていると述べられている (Jones & Buttery 1981; Purves & Edwards 2005)。インタビュー調査においても、「医師の説明が理解できた」と回答したことの理由について尋ねても、「一生懸命しました」、「手をつくした」と頭を下げられた、「家族をきちんとみてくれた」等、医師からの具体的な説明内容と言うよりは、むしろ医師の見せる誠意や態度のようなことを覚えていて、そのことを医師の説明と認識しているようであった。救命救急センターでの滞在時間は4時間未満が80%で、その間に集中治療が実施される救急医療の中で、医療スタッフが十分な時間家族に関わることは困難である。しかし、家族の記憶はほとんどあいまいではあるが、医師の「一生懸命しました」という言葉などは肯定的に覚えていた。そしてそれが、医師の説明の理解度に影響しているようであった。家族は、医師の説明について尋ねた場合、直接の説明内容というよりは、一生懸命治療してくれたという印象のようなものが記憶として残っており、そのことが医師の説明の理解度に反映されているようであった。

インタビュー調査において看護師の対応について肯定的に回答していた人は、「しっかりしていた」、「優しく声をかけてもらった」というような、専門性が問われるような技術ではなく、看護師の家族に対する配慮のようなものを印象として覚えていた。具体的にどんな言葉をかけてもらったのかについて覚えている人はほとんどいなかったが、配慮については記憶の中に残っていた。看護師の態度で否定的に回答した人は、「看護師に会っていない」、「誰が看護師だったのかわからなかった」という回答であった。医師や看護師の態度に否定的な印象を持っていた人は、「ほとんど会っていない」と感じているようであった。その中には、「誰が看護師なのかわからなかった」という回答もあった。救命救急センターの場合、医師も看護師も一般の人からするとテレビで見る手術室で着ているような恰好をしていることが多く、ユニフォームでその職種を判断することは難しかったのかもしれない。そのため、対応したのが医師だったのか看護師だったのか、後から考えたときに記憶として残っていない、または誤った記憶のまま残っているのではないかと考えられる。また肯定的に答えた人であっても、対応してくれた人たちの名前まで憶えている人はいなかった。これらのことを加味すると、いかに短時間で混乱した状況の中に家族がいるのかということが容易に想像できる。

質問紙調査において治療中の助けになったことは、「待合室が個室であった」が31%であった。多重応答分析でも医療の満足との関係性が深かった。しかし、インタビューの中では、「待合場所が個室だったので、家族や身内等と連絡を取りたくても、その後の状況の変化が気になり、場を離れられず困った」という回答もあった。また、待合室に飲み物や簡単な食べ物などを食べることができるような設備を作ってほしいという回答もあった。インタビュー調査の中で、待合室でひとり震えながら待っていたと、個室の待合室の孤立について語った人もいた。質問紙調査の中で待合室が個室であったということが助けになったと回答した人が多かったが、回答しなかった人のつらさが、インタビュー調査によって理解できた。

治療中医療スタッフにしてもらいたいことについては、「治療場面の立会の選択」「頻回な説明」であった。

質問紙調査の自由記述欄に、「どのような状況で亡くなったのか知りたい」等の状況説明を望む回答があった。また「待っている時間が長い」という記述もあった。状況が分からない中で待っている時間は非常に長く感じられるものであろう。これは直接のインタビューでも同様の結果で、「説明に時々来てくださったらそうでもなかったと思うけれど」と、説明がなかったことに対する回答が返ってきた。頻回な説明に関しては、質問紙調査とインタビュー調査の内容に齟齬はなく、家族にとっては説明なく待たされているという認識があるということが両方の結果より予測される。

治療場面の立会については、質問紙調査において44%の人が立会を希望していた。インタビューにおいて、治療場面の立会を希望していた人の思いを語ってもらったところ「ちょっとでも一緒にいたい」、「あそこに入らせてもらえなかったって、今でも何でなんだろうという気持ちがある」との回答であった。希望していなかった人の回答は、「見るとつらいから見たくない」、「もう絶望的やったんです」などの回答であった。質問紙調査においてもインタビュー調査においても、立会たい理由は、大きくは「最善の治療がなされているのかを見たい」、「最期を看取りたい」であった。この項目も質問紙調査、インタビュー調査において家族の回答に齟齬は認められなかった。立会う、立会わない、両方の意見がインタビュー調査によってより如実に理解できた。そして、両方の意見があることから、家族が選択できるような環境の重要性がより明らかになったと考える。

### (3) 死亡時の医療スタッフの援助状況およびニーズ

質問紙調査において、「医師の配慮」「看護師の配慮」については肯定的な意見が多かった。「お別れの時間」については、お別れの時間が十分であったとインタビューで回答した人は、9名だった。内容としては、家族と患者だけの時間を持たせてもらったことや、他の家族が到着するまで待ってもらえたことなどを「十分」の理由に挙げていた。質問紙で「不十分であった」と回答した人が43%であった。インタビュー調査をした人で、不十分だったと回答していた人は7名だった。内容としては、「何もせずに地下の安置室に行ってください。もうそんなで。あつという間で何もなし」、「すでに心停止でしたからね。その別れも手握ったりするそんな余裕はなかったです」、「もう部屋に、息子の所に行ったときは、もう息子は、もう、手も冷たくなって、何もかも、あの、今思えば、あの、遺体にかけてるあれみたいな、ですもんね。だから、そのお別れも何も、もう亡くなってましたんや」等の回答であった。質問紙でお別れの時間について無回答だった4人の回答については、「受付でまっていたけれど、部屋に通されたらもうベッドに寝ていた」、「言われたようにいっていわれたように司法解剖、考えても思い浮かべない」との回答であった。インタビュー調査でお別れの時間について、不満に思っていた人の理由は、お別れの時間の長さではなく、家族が患者のもとに通された際、すでに治療は終わっていて、患者の死が確定している状況、例えば患者の体の上に、すでに亡くなった際にかけるようなシーツが掛けてあった場合、お別れの時間が不十分であったという認識となっていた。お別れの時間とは、家族にとって患者の死が確定していない状況で患者と対面することを意味するのではないかとインタビュー結果より理解出来た。医療スタッフは、可能な限り患者の死が視覚的に明らかになる前に、家族との対面を考慮する必要があるのではないかと考える。

医師の配慮については、「十分」と回答した人は13名であった。「丁寧というか真剣といますか、誠実というか」、「言い方がすごく優しくかった」、「丁寧な対応と丁寧な説明」、「していただいたってことよりも、すごく気遣った言葉ですとか」など、やはりここでも医師の態度や印象のようなものが、患者家族にとっては肯定的な要因となっていた。そして配慮が「不十分だった」と回答した人は5名で、「説明がなかった」、「説明を聞いたかったけれど聞けなかった」「治療場面に立会いたかった」ということで不十分と回答していた。

看護師の配慮については11名が「十分」と回答していた。「車に乗せて・・・、私の車と死体を乗せた車でもちゃんと、ご挨拶うんか、対応していただいたというふうなことです」、「やさしく」、「すごい心遣いが感じられたっていうか」などの回答があった。「不十分」と回答した人は3名で、「看護師とは会っていない」、「途中の説明がない」という意見であった。インタビュー調査において、医師の配慮、看護師の配慮について否定的に回答している人の中には、「医師や看護師に会っていない」、「説明がなかった」などの理由から否定的な回答をしていた。医師や看護師の態度の言動を否定的に捉えている人はいなかった。「治療中の経過報告がない」という回答もあった。医師からの説明は、インタビュー調査結果では、死亡告知の際に初めて受けるという状況が多いようであった。加えてその際、心肺蘇生術を中止することに承諾を求められるという現状もあった。さらに警察から解剖の説明をされたり、事情を聴取されたりと、非常に短時間の間に多くのことが家族に起こっている実情も見受けられた。インタビューにおいて、「警察が病院でいろいろと質問してくるため、それに苛立った」という回答や、「すぐに解剖の病院に行くと終わるときには霊柩車だった」という回答もあった。家族のインタビューでは、家族が到着した際、すでに治療が終わっていた、患者がすでに遺体として取り扱われていた（上に布がかけてある、ひとりで寝かされている等）等の経験をした人が、医師や看護師の配慮に対して、否定的な感情を持っているようであった。

質問紙調査においては、解剖の選択については、90%以上の人が納得していた。解剖の有無と家族の選択に対する納得については、有意差は認められなかった。解剖したことに対して納得していないと回答した人の理由は、解剖が家族の選択に委ねられたものではなく、義務的に承諾されたものであった。

インタビュー調査での回答は、解剖についてはほとんど決まっているというような形で、解剖になったと答えた人が多かった。質問紙では解剖の選択について納得しているとの回答であったが、インタビューでは、解剖の選択に納得しているというよりは、決まっていることを受け入れたといういい方のほうが、現状にあっているのではないかと思われた。インタビューの中では、解剖の際の待ち時間の長さについての指摘もあった。また、解剖をすることの説明は警察からなされるため、その説明の仕方は様々であった。警察の説明は、家族の承諾を得るというよりは、「解剖になります」というような説明になっていることも多かった。解剖について肯定的な意見を持

っていた9人は、解剖の承諾については「仕方がない」という認識で承諾したと回答した。インタビューの中で解剖に納得していない人は2名であった。しかしその理由は、解剖したことそのものではなく、解剖先の病院の説明不足によるものであった。

解剖しなかったことに対して納得している人は8名であった。そのうち警察の解剖の話について、拒否した人が3名であった。理由については、質問紙に出ている内容（「死体に傷をつけたくないから」、「必要ないから」等）と同様であった。またはっきり覚えていないという人もいた。

質問紙調査で受けた医療の満足度については、「満足」が87%であった。「満足」と回答した人のほとんどが、「一生懸命してもらった」、「蘇生は無理だった」等であった。インタビューの中で「満足」と回答した人は15名であった。その内容については、「ちゃんと説明していただいて、ありがたいという気持ちで医療センターには思っているんですけど」、「すぐに受けてもらえたから」、「死を覚悟していた」、「諦めるよりほかないんだけど」、「他の人と顔を合わすことがなかった。それがすごく助かった」、「専門医の先生もおってやし」、「していただいたってことよりも、すごい気遣った言葉ですとか」、「いきなりこんな患者が来て大変やったやろうし、治療も『しろ』言われても難しいんちがうかなと思うので」、「一生懸命頑張ってください、あれでも無理だったんだなって」等、質問紙調査結果と同様で、医療者の態度や、蘇生は無理だっただろうという諦めが、医療に対する満足度につながっていた。医療に対する満足度を患者家族がどのように計っているのか、これは医療スタッフにとっては大変興味関心のあるところであるだろう。この家族の語りはとても重要な内容であると認識し、医療スタッフに十分フォードバックしていきたいと考える。

「不満」と回答した人は3名であった。不満と回答した内容は、医療スタッフの説明に対しての不十分さ、治療場面の立会がなかったことに対してであった。

非常に短い時間の中で治療を受け亡くなってしまいう経過の中で、質問紙においては、80%以上の人を受けた医療に対して「満足」と回答していた。しかしその「満足」の理由としては、「一生懸命してもらった」という医療者の態度のようなものが大きく関与していた。また「蘇生は無理」というあきらめのようなものも大きく関係していた。これは、インタビュー調査での回答も同様であった。一生懸命してもらったという医療者の態度・姿勢のようなものが、医療への満足に大きく影響していた。また、蘇生は無理だったとう家族の認識も、医療への満足に大きく影響していた。

以上、事例研究結果の考察を述べてきた。質問紙調査・インタビュー調査結果について双方からの考察を次章で述べる。

### 第3章 総合的考察

#### 第1節 救急医療における家族・遺族のニーズと支援

本研究は、5つの仮説（①突然に亡くなる患者家族は社会福祉的なニーズを持っている、②第3次救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要である、③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている、④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する、⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性がある）を検証し、第3次救急医療施設で、突然家族を亡くした遺族の現状やニーズを明らかにし、悲嘆理論をふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法について検討することを目的とした。総合考察については、本来は量的調査、質的調査結果を仮説に沿って考察していく必要があるが、本研究は家族・遺族の死別体験のプロセスに沿って調査を実施した。そして、本研究の目的である第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法については、家族・遺族の死別体験のプロセスに沿って検討していくことが必要である。そのため、総合考察についても、家族・遺族の死別体験のプロセスに沿って行い、支援方法について検討していくという方法で考察を進めていくこととする。

#### 第1項 患者の搬送時

本調査を実施したA救命救急センターの場合は、患者搬送時、患者とともに来院してくる家族を除いては、家族は救命救急センターもしくは警察等から連絡を受けて、患者が救命救急センターに運ばれたことを知る。そしてA救命救急センターが連絡する場合は、事務職員を通して家族に連絡をするシステムになっている。調査結果では、救命救急センターの事務職員から家族に連絡を入れた場合は、ほとんど詳細は告げられず、来院を促す程度の内容であった。しかし、警察から連絡が入った場合は、すでに死亡していることが告げられていることもあった。来院連絡の方法については、統一されておらず、状況によって連絡する人は異なっていた。質問紙調査結果では80%の人が説明を理解できたと回答していた。しかし、インタビューでは、理解できたという回答の内容は、患者の状況の詳細が理解できのではなく、来院する必要があることが理解できたという意味で回答している人がほとんどであった。インタビューでは、患者が死に至るような状況であることをまったく理解しておらず待合室

で待っており、患者のもとに通された時にはすでに冷たくなっていたと不満を口にしている人もいた。逆に患者とともに搬送されてきた人や事故現場を見た人は、医師の説明の有無に関わらず、患者が死に至る可能性があるくらい危険な状態であることや、蘇生は難しいのではないかとということを予測していた。連絡を受けて救命センターにきた患者家族については、事務職員からほとんど詳細を告げられず、来院連絡のみ受けて待合室で待っているため、医師の説明を聞いて初めて患者の状態を理解するという現状であった。そのため、特に救命救急センターの事務職員から来院連絡を受けて到着する家族に対しては、家族は患者の状況をほとんど理解せず待合室で待っている可能性が高いため、家族が来院した後は、速やかに患者が死に至る可能性が高い状況であることを説明する等の配慮が必要であるといえる。特にここでの時間感覚の差は、医療者と家族では大きいと考えられる。待っているものにとっては、本当は短時間であったのかもしれないが、医師の説明までの時間はとても長く感じられたと遺族はインタビューの中で答えていた。

次は、患者搬送後治療中に医療スタッフに家族が求めていたことについて考察する。

## 第2項 治療中の医療スタッフの援助状況およびニーズ

質問紙調査において、医師の説明が理解できたと回答した人は、80%以上であった。しかし、具体的にどのような説明を受けたのか、主治医の名前等を明確に覚えていた人は、インタビュー調査ではいなかった。「男の人3人だった」等の性別や人数で家族は語り、その理解内容についても具体的なことは覚えておらず、死亡したことを理解したという程度であった。また、目を見て話してくれた、同情的な態度だった等、医師の説明の際の態度がそのまま医師の説明内容として、肯定的に記憶されているようであった。複雑性悲嘆の尺度で基準を上回っていた人は、医師の説明が不十分であったと認識していた人が十分であったと認識していた人よりも割合が多かった。医師の説明は、遺族の悲嘆のプロセスに影響を与える可能性があることが、質問紙調査結果より示唆された。しかし、少なくともインタビュー調査においては、医師の説明については、医師がどのような態度で死亡告知に至ったかのかが、家族の記憶に残っており、それが医師の説明の理解の有無に関係しているようであった。

看護師については、質問紙調査では「やさしかった」、「状況の説明をしてくれた」、「頼りになった」等の肯定的な意見が多かったが、中には「会っていない」等の回答もあった。インタビュー調査で看護師について肯定的に捉えている人は、看護師の行為について具体的にやってもらったことを述べていた。例えば患者の所持品をきちんと手渡しで渡してくれた、背中をさすってくれた等の行為を肯定的に捉えていた。しかし、それ以外の記憶についてはあいまいで、名前を記憶していた人はいなかった。

インタビュー結果では、医師の説明や看護師の印象等について家族は、医師が説明したであろう患者の状態の説明の詳細よりも、「目を見て話してくれた」、「同情的な態度だった」、「背中をさすってくれた」等の医療関係者がどのように家族と接したのかについて、よく記憶していた。そしてそれが医師の説明が理解できたというような形の記憶になっているようであった。すなわち、医療者の遺族に対する態度や姿勢のようなものに対して肯定的に回答しているようであった。仮説③で取り上げた「家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている」ということが、検証されたといえる。家族は危機的状況にあり、冷静な状態でないため、記憶があいまいな状況も多い中、医療者の態度や姿勢のようなものは、年数が経過しても、記憶の中に残っているようであった。遺族は、病院が重要と考えられる説明等については理解できていないことも多いが、医療スタッフの共感的な態度等については、遺族が好ましく語ることで、遺族の死に対する受容については、医療スタッフの態度によって左右される (Jones & Buttery 1981; Purves & Edwards 2005) と先行研究でいわれているが、本調査結果でも同様であった。

治療中の助けについては、待合室が個室であったということが一番に上がっていた。遺族は、個室のため誰とも会わなかったということが良かったとインタビューで答えていた。しかし反面、待合室が個室のため、後から来た家族と会うことが難しかったことや、ひとりで震えていたと回答する人もいた。家族のための控え室として Wright (=2002) は、英国救急医学会と王立看護大学ワーキンググループの提案「居心地の良い家庭的な椅子やソファ、ティッシュペーパー、灰皿、外線発信可能な電話、電話帳、洗面器、石鹸、タオル、鏡、化粧セット、テレビやラジオ (目障りにならないようにすること)、温かい飲み物と冷たい飲み物 (冷蔵庫や給茶設備)、子どものためのおもちゃや本」に加えて、医療スタッフの活動状況が見えるようにしておく

こと、患者本人に容易に会えることに加えてプライバシーの確保について述べている。さらに十分な照明や換気、スペースの必要性についても論じている。本研究でも、患者の治療を待っている間の家族の空間の重要性については、家族も指摘していた（待合室が個室、部屋の設備等）。生死と直結する治療を受けている患者を待つ家族の待合室については、一般病院とは異なり特に配慮が必要であろう。

治療場面の立会については、「少しでも一緒にいたい」、「見せてほしい」等、質問紙調査に付随するような内容がインタビュー調査においても返ってきた。しかしインタビュー調査において、家族が考える治療場面の立会については、どの場面を治療場面の立会いとするのかについて、認識はバラバラであった。調査機関である救命救急センターの医療スタッフの認識では、患者搬入当初から死亡までが治療場面であるという認識であった。患者家族にとっては、どこからどこまでが治療場面の立会と考えたのかとインタビュー調査で尋ねても、「わからない」と回答していた人もいた。すなわち、一般の人にとっては、治療場面の立会といっても、具体的なイメージをしているわけではなく、かつて見たことのあるテレビ場面（一般病棟の病室での臨終場面のような光景）を想像して話している人もいた。しかし、中には救命救急センターに搬送された直後から死亡までのすべての経過において立会いたいと回答した人もいた。しかし、前述したようにどこからどこまでを立ち会いたいのかについては、

「わからない」と回答した人もいた。また、立会については、医師の説明によって代替できると答えた人もいた。医師の病状説明が十分であれば、治療場面に立ち会わなくてもいいと回答した人もいた。Lautrette & Azoulay (2010)によると、患者家族が医療スタッフに不満を抱く内容は、①医療スタッフから受ける不十分または矛盾した説明やコミュニケーション不足、②待合室での主治医との議論やコミュニケーション不足、③家族と医療スタッフとの葛藤、④経済的な困窮、⑤面会に関する不適切な規則などがある。治療場面の立会と医療スタッフの説明については、重要なポイントであるといえる。

Well (1993) は、まずは、家族内でのキーパーソンを明確にする。家族がリアルタイムに患者の状況を理解するために、医師の説明が受けられるよう配慮する。また、可能であれば救急治療場で家族に説明するとともに、家族が治療や看護に参加できる場面を提供することを示唆している。救急外来で死亡する患者家族にとって、

「次回」という選択肢はない。その時に集中して医療者の支援が受けられることが重要である。

治療中の家族のニーズとしては、大きくは頻回な説明と治療場面での立会の選択があげられた。家族が孤立した状態（特に一人）で患者の治療が終わるのを待っている場合、家族は最大のストレス状態の中で医師の説明を待っていた。いつ呼ばれるかわからないため、その場から一步も離れることも出来ず、また医療者を呼び止めるために探すことも出来ずにいたとインタビューで回答していた。救命救急センターの場合、患者と家族は遮断され、治療室で何が行われているのか、家族が把握することは出来ない。しかし患者の治療中、家族に寄り添い、治療室と待合室をつなぐ役割の人が寄り添っている場合は、家族のストレスは軽減される可能性がある。事実、看護師が患者治療中に寄り添ってくれたことを感謝し、覚えている家族もいた。しかし、多くの場合、医師や看護師は、患者の治療に専念する必要があるため、常時その役割を担うことは難しい。心肺停止状態で搬送された患者は、患者にとっても「後」はないため、医療者は治療に専念する必要がある。患者の治療に直接関与しない存在であり、医療スタッフと患者との調整機能を持っている人が、家族のそばに寄り添うことが可能となれば、家族のストレスもいくらか軽減される事が予測される。本論文ではその役割についてソーシャルワーカーが適任であると提案したい。ソーシャルワーカーが患者治療中の家族への支援にあたる事ができれば、その際に家族の状態をアセスメントし、治療中から死亡後までの支援につなげることも可能となる。仮説②であげた「第3次救急医療施設でソーシャルワーカーが突然亡くなる患者家族に介入することが必要である」である。通常、ソーシャルワーカーの役割としては、患者の療養における支援や退院支援に重点が置かれることが多い。しかし、心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなる患者家族にとっては、患者の治療中の待合室の時でしか、ソーシャルワーク的な支援を受ける時間的余裕がない。ソーシャルワーカーが医師や看護師とのパイプ役となり、家族の患者への理解度を把握し、医療者に速やかに伝えることが出来たら、医師や看護師は、家族の状況のある程度把握した上で、患者家族に面談することが可能となり、結果それが家族の現状理解につながっていくことが予測される。なぜなら、医療者の家族に見せる接し方が、患者の状況の理解度に本調査ではつながっていたからである。

ソーシャルワーカーの役割は、岡村理論でいうところの評価的機能であり、ケースマネジメント理論の①問題を定義すること、②問題の深刻度の判定、③なぜ利用者の問題が発生しているのか、理由に関する仮説を立てること、④目標の設定についてアセスメントすることである。ソーシャルワーカーがかかわることができれば、患者家族の状況をアセスメントし、医療者に伝えることが可能となり、結果予備知識を得た状態で医療者は家族の面談に臨むことが可能となる。Well (1993) の救急外来で突然死した患者家族支援のためのガイドラインは、ソーシャルワークの視点で書かれている。ここではソーシャルワーカーは、救急外来で患者と死別した家族の支援のために、医療スタッフたちをコーディネートする役割を持っていると指摘している。これらのことが日本の第3次救急医療施設の救急外来においても実践されていくことが、家族支援にとって必要であることが本調査結果においてもいえる。

次項では死亡時の医療スタッフの支援について述べていく。

### 第3項 死亡時の医療スタッフの援助状況およびニーズ

本研究において、遺族のインタビューでは、お別れの時間が十分であったと回答した人は9名であった。その理由としては、家族と患者だけの時間を持たせてもらったこと、他の家族が到着するまで待ってもらえたことなどがあがっていた。質問紙調査において「不十分であった」と回答した人が43%、インタビュー調査で「不十分だった」と回答していた人は7名だった。「何もせずに地下の安置室に行ってください。もうそんなで。あつという間で何もない」、「すでに心停止でしたからね。その別れも手握ったりする、そんな余裕はなかったです」、「もう部屋に、息子の所に行ったときは、もう息子は、もう、手も冷たくなって」等の回答だった。また、お別れの時間について質問紙で無回答であった4人のインタビュー結果では、「受付で待っていたけれど、部屋に通されたらもうベッドに寝ていた」、「言われたように行って、言われたように司法解剖、考えても思い浮かばない」との回答であった。インタビュー結果でお別れの時間を肯定的に捉えていた人は、お別れの時間を家族の納得できる時間的余裕を取ってもらったと思えた人が満足と回答していた。家族が死を自覚する前に、すでに患者が冷たくなっている、すでに死亡が確定している等の状況の場合、不十分であったと考えているようであった。どの程度の時間があれば、家族が納得するのか等については個別性があるが、ある程度お別れの時間を確保すること、で

きるだけ患者の死が物理的に見ても明らかになる前に家族と対面できるようにすることが、質問紙調査結果やインタビュー調査結果の家族のニーズであった。Well

(1993) は、死亡告知については、説明には十分な時間をとる。また、家族が納得できるよう、質問には誠実に正確に答えると述べている。取り乱している家族には飲み物や濡れたタオルなどを提供する、また他の家族への電話の代行をする、家族が話す罪責感（あの時ああしていれば）については、傾聴し、客観的に家族に責任がないこと等を伝える、できるだけ家族間で支え合えるように家族間調整をすると述べている。インタビュー調査においても、他の家族が到着するまで待ってもらえた、「自分を責めないで」と言ってもらえた、他の家族への電話を代行してもらえた等の医療者の配慮には肯定的な記憶として、明確に家族に残っていた。

受けた医療についての満足度については、インタビュー調査では、質問紙調査の回答と同様に、「蘇生は無理であった」という意味の内容の回答があがっていた。それが医療の満足度に影響を及ぼしていた。さらに、インタビュー結果で明らかになったことは、事故の場合はひどい惨状であった事故現場を見る、救急車内に同乗するなどの行為が、蘇生は無理であったという認識につながり、死を受け入れる要因になっていた。そしてそれが「蘇生は無理だった」、「精一杯のことをしてもらった」と家族の記憶の中に残り、医療への満足度につながっていた。患者の現状を家族がプロセス的にも、視覚的にも認識できることが、死への受容や医療に対する満足度へとつながっている場合があった。その点をふまえると、治療場面の立会いは、患者家族が患者の死を受け止める要因に十分なりえるといえる。

受けた医療と救命救急センターの支援について、Pearson の  $\chi^2$  検定の結果、「医師の説明」「十分なお別れの時間」「医師の配慮」「看護師の配慮」「解剖の選択に納得」に有意な結果が認められた。

Lautrette & Azoulay ら (2010) は患者家族が医療スタッフに満足感を抱く内容としては、①医療スタッフからの配慮と共感、②診断、予後、治療についてのきちんとしたな説明、③生命維持のためのみの治療を差し控えたり中止したりすることのプロセスの説明、④静かな場所での主治医との話し合い、⑤医療スタッフと患者の選択についてのディスカッション、⑥不安を口にしたり感情を表現したりする、⑦患者が、終始、終末期ケアを十分に受けたと感じられる、⑧パストラルケア（スピリチュアルケア、宗教的ケア）または心理的サポートなどがあることを挙げている。本研究でも

受けた医療の満足について、「医師の説明」（上記先行研究①②③④⑤⑥⑦に関連）、  
「十分なお別れの時間」（上記先行研究⑦⑧に関連）、「医師の配慮」（上記先行研究①  
②③④⑤⑥⑦に関連）「看護師の配慮」（上記先行研究①⑤⑥⑦⑧に関連）が関係して  
いた。そして具体的なインタビュー内容から、医師の説明について家族が肯定的に捉  
えたことは、「目を見て」、「丁寧」、「同情的な態度」等であった。十分なお別れの時  
間については、「他の家族が到着するまで待ってもらえた」、「家族だけで面会させて  
もらえた」等があがっていた。医師の配慮、看護師の配慮については、「最後までた  
くさんの人に見送ってもらえた」、「丁寧な説明」等が挙がっていた。これらひとつひ  
とつの医療者の行為が、家族にとっては肯定的に捉えられていた。患者が救命できた  
場合は、家族は患者の回復状況で医療の満足度を測ることが可能である。しかし患者  
が特に短時間で亡くなった場合は、医療に対するクオリティを判断することは難し  
い。なぜなら、家族は患者の治療場面をほとんど見ていない。家族が医療者と会える  
時間は、ほんの少しである。そのため医療者の一瞬の態度や姿勢のようなもので、精  
一杯やってもらえたと推測し、医療の満足度につながっているのではないかと思われ  
た。

お別れの時間の配慮については、質問紙調査において43%の人が不十分であった  
と回答していた。救命救急センターに搬送されて入院に至らずに亡くなった本研究に  
おいては、患者搬入から治療、死亡確認、家族への説明、死亡退院まで、ほぼ一連の  
流れで、それが4時間以内に集約されている。そのため、それぞれで区切ることは難  
しい。特にお別れの時間をどこにもってくるのか、明確に設定することは難しい。な  
ぜなら、家族が対面した際には、すでに死亡が確定していることもあるからである。  
しかし日本人は、昔から「死に目に会える」ということを重要視する文化がある。そ  
のため死亡確認時（お別れの時間）の家族への配慮は、重要なポイントの1つであろ  
う。量的調査においても質的調査においても、お別れの時間は重要であった。そのた  
め、家族が患者の治療場面から死亡確認までの一連の流れを、ある程度納得できる時  
間とするために配慮していくことで、家族の医療に対する満足度を高める可能性は高  
い。本調査結果において「医師の説明」、「医師の配慮」、「看護師の配慮」、「十  
十分なお別れの時間」が特に重要であった。また、それが家族の死の受入れにも影響し  
ていた。「医師の説明」、「看護師の配慮」、「受けた医療に満足」が複雑性悲嘆の  
尺度と関連していた。医療スタッフの支援が、患者家族のその後の悲嘆のプロセスに

少なからず影響を与える可能性があることが示唆される。仮説③家族は、医療者の共感的な態度については、好ましく覚えている、④医療者の態度が受けた医療の満足度に影響する、⑤受けた医療の満足度は遺族の悲嘆に影響をあたえる可能性がある、である。

では、お別れの時間をどのように配慮すべきなのかである。質問紙調査、インタビュー調査結果では、家族がそろっている、家族だけのお別れの時間が持てる、患者の死が物理的に明らかになる前に対面するというポイントがあがってきた。Hobgood (2005) の GRIEV\_ING モデルでは、特に死亡告知については、①告知する家族を集める、②使える援助の資源を集める、③自己紹介をする、④起こった出来事と現在の状態の説明をする、⑤はっきりと亡くなったことを伝える、⑥家族が理解するための空間や時間を提供する、⑦質問がないか尋ね、すべてに回答する、⑧実際的な問題(葬儀、持ち物等)について尋ねる、家族が死者の身体を見る機会を提供する、⑨後に起こってくる様々な疑問に対して、答えることを伝え、連絡先を渡す、以上9点をあげている。患者搬入直後から、医療スタッフが家族に寄り添うことができたなら、お別れの時間も含めて家族支援に関われることは多い。その役割をソーシャルワーカーが担うことが、最良であると本研究では提案するものである。ソーシャルワーカーが関わる目的は、副田(2005)がジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の視点として述べている、クライアントの問題解決、クライアントの社会的機能の回復・促進・強化・環境システムの変革である。患者との死別を体験した家族が、今後の様々な困難に対処することができるのか、そのための資源を持っているのか等をアセスメントし支援につなげていくことが、ソーシャルワーカーの目標となる。第3次救急医療施設の医療スタッフ(医師、看護師等)の役割は、患者が死亡した時点で医療的な支援のプロセスは途切れてしまう。医療スタッフの目的である治療もケアも終了する。しかしソーシャルワーカーの支援プロセスの終焉は、直接の医療スタッフとは異なるところにゴールがある。すなわち、患者搬入直後から、患者死亡後の家族の生活までである。第4項以降は、医療スタッフは直接関わることがない時期である。しかし、本研究においては、患者家族が遺族になってからの生活が重要な点である。以下に、患者家族が遺族となったからの支援について考察する。

#### 第4項 死亡退院時の家族への支援

多くの患者は、死亡後解剖のため大学病院に搬送される。家族への解剖の実施の説明は、インタビュー調査では、警察官が行っているようであった。

調査対象となった救命救急センターでは、家族支援として明らかに悲嘆が複雑化するリスクが高い家族については心療内科医師を紹介し、生活困難が予測される場合はソーシャルワーカーへ情報提供が行われていた。しかし、判断するのは、現状では医師や看護師であった。しかし、4時間以内で患者の治療を優先させながら、家族の状況を速やかにもれなくアセスメントすることは、医師や看護師には難しい。そのため、支援の網の目から零れ落ちているケースが少なくないことが予測される。ソーシャルサポートが乏しく地域で孤立している、家族関係で困難を抱えている、低所得者である、家族が精神疾患を持っている、死別後に別のストレスがある、特殊な内容の死別等がある場合は、悲嘆が複雑化する可能性があり、加えて社会的困難を抱える可能性も高い（小西ら 2007）。しかし、現状では現場の看護師に社会資源の紹介は委ねられており、看護師が必要と考えない限り、特に入院に至らずに亡くなるケースについてソーシャルワーカーが家族に関わることは、ほとんどないのが実情であった。ソーシャルワーカーの配置人数が少なく、加えて昼夜を問わず患者搬送、死亡が繰り返される救命救急センターで、すべての患者家族にソーシャルワーカーが関与することは、現実的には難しい。しかし、患者が心肺停止状態で搬入され、入院に至らずに亡くなった場合においては、患者搬入直後からソーシャルワーカーが関わることができなくても、家族が病院内に滞在している間のほんのひと時でも関わる如果能够したら、その先につながる可能性もあると考える。ほとんどの家族は、患者死亡後にフォーマルなサポートを受けていることは少ない（質問紙調査結果より）。質問紙調査の結果において、患者死別後の助けは家族、友人等のインフォーマルなサポートでほとんどを占めていた。しかし、ソーシャルワーカーが対応し、支援の必要性についてアセスメントすることが可能であれば、もう少しフォーマルなサポートにつながっていく家族も増えるのではないかと考える。それぞれの家族がどのようなサポートを持ち得ているのか、今後必要となってくるのかについて、アセスメントすることは、病院滞在中でしかできないのである。そのためには、病院滞在中にソーシャルワーカーが関与し、家族の支援の必要性についてアセスメントする必要がある。

岡村（1970）は、「機能」とは生活困難を修復するはたらきであると指摘する。生活困難の当事者が、生活者としての自分自身を貫徹するためにその社会関係の困難を自ら解決するはたらきでもあり、自己修復の作業を援助する社会福祉の機能でもあると述べている。第3次救急医療施設に搬送され亡くなった患者の家族は、従来から社会福祉課題を抱えていた人もいるかもしれない。しかしもともとは、日常生活を何の支援もなく生活していた人も少なくない。もともと何の支援もなく生活していた人々には、自己修復の作業を支援することだけで十分であるかもしれない。また従来から社会福祉の課題を抱えていた人は、家族の死によってさらに困難な状況に陥ることが予測される。その場合は、自己修復機能を持ち合わせていない可能性もある。ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の視点である①そこで生じている問題を全体的、多角的にアセスメントする、②情報収集とアセスメントに基づいた問題解決、目標作成、計画目標に基づく課題の実行、評価するという援助プロセスを検討、③クライアントとワーカーとのパートナーシップ、④幅広い複合的な介入援助、⑤援助の目的は、クライアントの問題解決、クライアントの社会的機能の回復・促進・強化・環境システムの変革（副田 2005）の考え方が、家族・遺族支援には必要ではないかと考える。ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の視点で、ソーシャルワーカーが家族に関わることが出来れば、家族の個別性に合わせて、多様な支援を検討していくことができるのではないかと考える。そして、例えソーシャルワーカーが対応することが難しくても、他の医療スタッフがソーシャルワークの視点で家族と関わり、支援に結び付けていくことの可能性を探っていくことも必要であると考えられる。

#### 第5項 死亡退院後の遺族への支援

死別後に再度医療スタッフにたずねたいことはあったかの質問について、19%の人があったと回答した。家族は、医師や看護師に会ったことすら不鮮明な状況であった人もいた。「医師または看護師に会っていない」と話す人もいた。死別後に、遺族が死を受け入れていくプロセスの中で、家族の死因について再確認したいと思う時期がくる可能性もある。その際、再度尋ねることができる環境を作っておくことは、重要な遺族への支援となる。インタビュー調査においても、事故の時のことが知りたくて、救急隊に会いに行ったと話す人もいた。しかし、遺族のインタビューの中で、担当医師の名前を覚えている人はいなかった。遺族が再度説明を聞きたいと思っても、

担当医師の名前もわからない状況では、なかなか訪ねることも難しい。家族への死亡告知の際、再度疑問に感じたら、いつでも説明する意思がある旨を家族にひとこと伝えることができたなら、たとえ担当医師の名前を覚えていなくても、その言葉を頼りに再度救命救急センターを訪ね易くなるだろう。

死後の生活については「体調を崩した」と回答した人が36%であった。死別後、生活の助けとなったものは、「家族」「友人」「趣味」等のインフォーマルなサポートが上位であった。しかし、望む支援については「経済的支援」「医師」「カウンセラー」「心療内科・精神科医」等のフォーマルサポートが上位であった。質問紙調査の結果で仕事をやめた人やフルタイムからパートタイムになった人もいた。体調を崩したことにも影響があるかもしれない。インタビュー調査に応じた人の中でも、死別後に脳血管疾患やがん等の生命に危険を及ぼすような病気になった人もいた。経済的な支援の希望については、仕事の変化や働き手の喪失、体調の不良等が影響していることが予測された。通常、今まで福祉の制度とはまったくかけ離れた状態で生活していた人たちにとっては、細かな社会福祉の制度の知識について、持ち合わせていないことも多いだろう。加えて、危機的状況にある遺族が、今までまったく関わったことのないさまざまな制度を調べることは困難である。インタビュー調査の中でも、死別後の生活の困難さを訴えた人もいた。患者死亡後の遺族への支援は、福祉的な資源の紹介等を行うだけでも支援になり得るであろう。さまざまな社会資源を使うための機関との連携については、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の視点であるクライエントの問題解決、クライエントの社会的機能の回復・促進・強化・環境システムの変革（副田 2005）に含まれる。遺族の支援において、ソーシャルワーク機能は、重要な視点となり得ると考える。通常は、患者死亡後は、医療機関と家族との関係性は途切れ、それ以降の支援を継続することは難しい。しかし、突然近親者を亡くす家族については、優先順位の確認を行ったうえで、支援を継続させていく必要がある場合も予測される。実際にインタビュー調査の中では患者死亡後に崩壊してしまっている家族もいた。現時点での第3次救急医療施設での支援では、そのような家族に支援の手は届かない。そのため、第3次救急医療施設の家族・遺族支援の視点として、ソーシャルワーク機能を新たに付け加わることが必要ではないかと考える。

抑うつ尺度において抑うつ状態の値を示していた人は49%、複雑性悲嘆については43%であった。両者に相関関係が認められた。複雑性悲嘆が長期にわたり精神

的、身体的に悪影響を引き起こす危険性が指摘されている（Lannen ら 2008）こと、本調査結果でも体調を崩したと回答した人が多かったこと、死別後の遺族に医療的なニーズが高いということから、遺族となつてからの社会資源の提供先として、医療機関との連携は重要であろう。複雑性悲嘆については、持続的複雑性死別障害として、DSM-5 に新たに掲載されたことで、今後さらなる研究が進められていくと考えられる。本研究で調査した遺族に複雑性悲嘆のリスクが高かったということからも、今後の研究の行方に注目しておく必要がある。特に本研究の対象となつたような突然近親者と死別する遺族には持続的複雑性死別障害のリスクが高いと考える。

## 第2節 救急医療における家族・遺族支援の課題と提案

A 救命救急センターにおいて、質問紙調査およびインタビュー調査を実施し、救急領域で近親者を亡くす家族支援について、ニーズを明らかにし、第3次救急医療施設におけるジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて家族・遺族支援について検討した。

### 第1項 救急領域における家族・遺族支援の課題

本研究から現在の課題としてあげられるのは、以下の通りである。

#### (1) 医療従事者との関係性

本調査で実施した質問紙調査、インタビュー調査結果においては、救命救急センターで、家族が病院到着後、医師から説明を受ける場合、その内容は治療説明というよりは、救命処置の中止の確認や死亡宣告であるというのが実状であった。患者は心肺停止状態で搬送されてくるため、救命救急センターでの治療時間は短く、そのため家族が医師や看護師と接する時間は非常に短い時間であることが明らかになった。家族の中には、医療者と会っていないと表現する人もいた。また、医療者と会ったのは、死亡確認の時だったという家族もいた。家族は、現在起こっていることに対する状況を把握する必要があることと同時に、医師から最愛の人が亡くなったという説明を受け理解する必要がある。しかも、途中経過がなく、初めての説明が死亡告知ということも少なくなかった。そのため、パニック状態であったのか、医師に会ったことすらほとんど覚えていないという家族もいた。心肺停止状態で病院に搬送され、亡くなる

患者の病院滞在時間は4時間以内が80%を占めている。そのため、家族が十分に医療従事者と面談する、支援を受ける時間を持つことは困難な現状であった。

また、救命救急センターの待合室が個室のため、落ち着いて待つことができるという利点と、外部と遮断されることにより、特に医療関係者とコンタクトが取りにくい、後から来た他の家族と連絡を取ることができないなどの課題も認められた。質問紙調査結果では、治療中に助けになったことは、待合室が個室であったことであった。しかし、インタビュー調査では、個室であるだけでは家族の救いにならないことが家族によって述べられた。待合室が個室である場合、家族のみで孤立した環境で、患者の治療を待っているという状況であった。特に待っている家族が一人である、高齢者である場合は、インタビューの中で、「とても不安でぶるぶる震えていた」という声が聞かれた。個室であるというハード面の整備は必要ではあるが、そこにソフトが加わる必要性が示唆された。すなわち誰かが、患者治療中に寄り添い、現在の状況を説明できることが、待合室には必要であった。個室であることと同時に、ソフト面の配慮が必要である。

## (2) 治療場面の立会に対する課題

患者の治療中の家族のニーズは、治療場面の立会を希望する人が44%いた。しかし、現在治療場面の立会については、ほとんど実施されていないのが実情であった。調査時点で、医療スタッフにも確認済である。治療場面の立会については、どこからどこまでを立会というのか、家族も医療スタッフも明確な基準を持っていなかった。また、家族は立会については医師の頻回な説明で代替できると考えていた人もいた。しかし、現状としては、心肺停止状態で運ばれてくる患者の病院滞在時間は4時間以内が80%ということを考えても、もし治療場に家族が立会うのであれば、ほぼ搬入当初から治療場に立会う必要があるだろう。

救命救急センターにおける治療場面は、通常の病院で患者が治療を受ける場面とかなり異なっている可能性がある。さらに本研究の患者は心肺停止状態で搬送されているため、一刻を争う状況下で治療が進められている。その中で、家族に説明し、治療場に立合う選択をゆだねる時間的余裕があるのか、課題として残る。家族が全員治療場面の立会を希望している場合は、システム化するだけで可能となる。しかし、

半数近くの人が立会いを希望していないということから、十分な説明と家族が判断できる環境が必要となってくる。そこが大きな課題である。

### (3) お別れの時間

お別れの時間が不十分であったと回答した人が43%と多かった。お別れの時間が十分に取りにくいという課題がみられた。本研究の場合、入院ではなく救急外来で死亡したケースであったため、救急外来における処置室での死亡確認、医師の説明となっている可能性が高い。そのため、十分なお別れの時間を確保することが難しい現状があることが予測される。加えて、突然の死亡のため、解剖等が必要な場合もあり、それがお別れの時間をさらに短くしている要因でもあった。受けた医療に対する満足度が高いにも関わらず、お別れの時間についての不満足感が高い結果であった。インタビューの中でも、お別れの時間については、「家族だけの空間にしてもらえた」、「他の家族の到着まで待ってもらえた」という肯定的な回答と同時に、「すでに患者は冷たくなっていた」、「すぐに霊安室に通された」等、否定的な意見もみられた。多くのことを覚えていないと発言した遺族が比較的この場面ははっきりと覚えていた。家族にとって、お別れの時間は重要な時間であるということと同時に、現在の救命救急センターにおいては、十分に提供できにくい領域であるということ、ここの部分を強化する必要があることが示唆された。

### (4) 死別後の生活

死後の生活については「体調を崩した」と回答した人が36%であった。死別後、生活の助けとなったものは、「家族」「友人」「趣味」等のインフォーマルなサポートが上位であった。しかし、望む支援については「経済的支援」「医師」「カウンセラー」「心療内科・精神科医」等のフォーマルサポートが上位であった。公的な資源に結びついていない現状があった。インタビュー結果においても、公的な資源と結びついている遺族はいなかった。また、ソーシャルワーカーとつながっている遺族も、本調査結果では認められなかった。A救命救急センターは独立型ではあるが、併設している総合病院があり、そこに医療ソーシャルワーカーが常駐している。しかし、常に患者の情報が医療ソーシャルワーカーに入るのではなく、救命救急センターの医療スタッフが、福祉的な支援が必要と判断された時に医療ソーシャルワーカーにつなぎ、

そして訪問するというシステムになっていた。救急医療の特徴として、患者は病院を選ぶことはできない。救急車で患者や家族の意思に関わらず、救命救急センターに搬送される。患者に同伴していた場合を除いては、家族は突然救命救急センターからの連絡を受けて、初めての病院に駆けつけることになる。救命救急センターの名前も場所も知らなかったとインタビュー調査において答えた人も少なくはなかった。そのため、家族が独自に救命救急センターの持つ社会資源を把握していることは皆無である。加えて、病院滞在時間が短く、患者死亡後は訪れることがない救命救急センターにおいて、新たな支援を受けることはないといっても過言ではない。治療終了後はすぐに警察の事情聴取、解剖等が待ち受けており、家族が救命救急センターに長く滞在することも考えにくい。短時間で病院を離れてしまう家族に対して、すべての家族にニーズがあるわけではないが、医療ソーシャルワーカーが存在し、福祉的なニーズがある場合は、退院後も医療ソーシャルワーカーを訪ねることができるようなシステムがあれば、遺族が社会資源とつながれる可能性は今よりは高くなるのではないかと考える。インタビュー調査に応じた人の中で、社会福祉的なニーズを抱えており、ソーシャルワーカーの介入が必要なケースの存在もあった。そのため、何らかの形で医療ソーシャルワーカーが関与できるシステムを構築していくことが課題としてあがってきた。

#### (5) 救命救急センター専属のソーシャルワーカーの不在

調査対象施設であるA救命救急センターでは、患者家族に直接関わるスタッフは、主に医師、看護師、事務職員である。医療ソーシャルワーカーは常駐では配置されていない。必要があれば救命救急センターの要請で、併設されている病院の医療ソーシャルワーカーが対応する。そのため、医療スタッフが必要と認識しなければ、救急外来の時点で患者家族と医療ソーシャルワーカーが関わることはほとんどない。本調査対象である心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者のケースでは、医療ソーシャルワーカーはほとんど関わっていないのが現状である。しかし、突然何の準備もなく、大切な家族を失うことになる患者家族に対しては、多職種の連携や社会資源の調整等のソーシャルワーク的な視点での支援が必要となる可能性が高い。救命救急センターに搬送され死亡に至る全患者家族に医療ソーシャルワーカーが関わることは、昼夜を問わず搬送されてくる救命救急センターにおいては困難である。現在

のように、特に医療ソーシャルワーカーが関わった方が良いケースについて、医療スタッフから医療ソーシャルワーカーにコンサルテーションするというシステムが、まずは重要であるが、そこで零れ落ちてしまうケースについて、どのように対処していくのか課題が残る。家族が待つ待合室に、医療ソーシャルワーカーの相談窓口について記述している簡単な冊子の配架があれば、家族の方から医療ソーシャルワーカーを訪ねることも可能となるだろう。患者治療中に医療ソーシャルワーカーが関わるのが一番望まれるが、家族が医療ソーシャルワーカーの情報を得ることができる環境を整えておくことができれば、家族と医療ソーシャルワーカーがつながることができる可能性が出てくる。

救命救急センターに搬送されるすべてのケースにソーシャルワーカーが関与することは難しいが、まずは医療スタッフがソーシャルワーク的な視点を持つこと、家族から訪ねていけるシステムを整えるだけでも大きな第一歩になるのではないかと考える。医療スタッフがソーシャルワーク的な視点を持ち、患者の優先順位の確認をすることで、医療ソーシャルワーカーとつながる件数は、多くなるのではないかと予測される。そのためには、医療スタッフ、特に医師や看護師にソーシャルワークの視点を認知してもらい、ソーシャルワーカーの必要性を理解してもらうことが重要であろう。

本研究で対象とする第3次救急医療施設の患者家族・遺族は、日常の社会生活の中で、何の前触れもなく突然家族を失う体験をする。家族を失うということは、経済的な安定や身体的・精神的健康の維持、家族関係の安定に大きな影響を与える可能性が高い。質問紙調査結果において遺族は、「体調を崩した」、「生きがいの消失」、「経済的不安」と、死別後の困難を訴えていた。経済的な面においては、15%の人が死別後に仕事を辞めてしまっていた。経済的な安定の基盤が失われた場合は、遺族の生活に様々な変化が生じる可能性がある。インタビュー調査結果においては、直接の悲嘆によってや、その後発生した病気によって、仕事を辞めてしまった人がいた。

家族の死後、生活の変化として「生きがいを失った」「何も手につかなくなった」「友人関係が変わった」「体調を崩した」の項目と複雑性悲嘆で有意差が認められた。「何も手につかなくなった」「友人関係が変わった」の項目と抑うつ尺度で有意差が認められた。家族の死別によって、文化・娯楽への参加が無くなり、生活の質が大きく低下する可能性もある。それは社会との関係も大きく変わってしまうことにもつ

ながっていく。このように家族を失うということは、岡村（1970）が述べる「社会生活の基本的要求」が、突然中断させられることにつながる。しかし、遺族はこの突然の死別に対処するための情報や社会資源を十分に持ち合わせていないのが現状であろう。また遺族を支援するための社会資源もわが国において豊富にあるとは言いがたい。

以上、第3次救急医療施設における家族・遺族支援について、様々な課題があがってきた。そのため、第3次救急医療施設で突然近親者を亡くした家族・遺族を支援するためには、ソーシャルワーク的な機能が必要であり、そして課題を全体的・包括的に捉えて、支援していく必要があると考える。すなわち、ちジェネラリスト・ソーシャルワークの視点が必要であると提案する。そして次項でジェネラリスト・ソーシャルワーク実践について述べていく。

## 第2項 救急医療の家族・遺族支援

救命救急センターで受けた医療や医療者の支援が、後々の遺族の悲嘆のプロセスに影響をあたえる可能性があがってきた。「医師の説明」、「看護師の配慮」や「受けた医療の満足」と複雑性悲嘆の尺度に有意差が認められた。患者の救命を第一義目的としていた救命救急センターにおいて、医療スタッフは、家族・遺族への支援の視点を持ち合わせておくことが必要になると考える。そして、その家族・遺族の支援をジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の視点で検討していくということが本研究の課題であった。以下で、悲嘆理論をふまえジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法について検討する。

第3次救急医療施設で突然近親者を亡くす家族・遺族は危機的な状況であり、そのため、家族関係が崩壊する危険性も否定できない。残された家族が高齢でひとり暮らしというケースも考えられる。貧困問題を抱えている場合もあるだろう。そのため、アセスメントをおこない、今後どう社会資源につなげていくのかについて、判断していく必要がある。前項であげたように家族・遺族は様々な課題を持ち合わせている。そのため、その家族・遺族を支援するためには、課題を全体的・包括的に捉える必要がある。副田（2005）は、ジェネラリスト・アプローチにおける諸問題の関連性と複合的な介入援助について、「ある欲求が他システムから適切な量や質の資源を得ら

れないことによって自己システムの発達・維持に支障をきたしているという問題状況は、他の欲求の未充足という問題状況を生み出している、あるいは生み出す恐れがある。自己システムと諸システムとの間で生じている問題は1つとは限らず、相互に関連しあった諸問題として存在したり、問題が拡大・多様化していく可能性がある。そこで諸問題（潜在的問題を含めて）の関連する構造と、その発生・拡大のメカニズムを理解し、必要な介入援助を複合的に考えていくことが必要である」と述べている。またソーシャルワーカーは、問題の緊急性や深刻度、希望や意思を考慮して支援内容や優先順位を考える必要性についても述べている。山辺（2011）は、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点とは「利用者を個人としてみるとともに、地域・グループ・家族としても認識するマルチパーソンシステムという考え方、またそれに対応したマルチ援助システムを重視するという考え方」と述べている。様々な視点を必要とする家族・遺族支援においては重要な考え方である。

救命救急センターの場合は、患者家族との関係はその時だけであり、継続した関係性を取ることは難しい。加えて、家族が遠方の場合もある。また、患者の死は、複合的な課題へと発展していく可能性もはらんでいる。そのためには、第3次救急医療施設では、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の視点で家族・遺族に支援していくことが必要ではないかと考える。特に、患者家族は、死別後に過酷な悲嘆のプロセスを経験する。特に予期せぬ死によって突然大切な人を亡くした場合、闘病生活が長かった人に比べて、複雑な悲嘆の経過をたどる可能性が高いことが報告されている

(Parke = 1993)。遺族は、Worden (=1993, =2011) が述べる4つの課題をこなしたり、Stroebe & Schut (1999, =2007) が述べる喪失思考と回復思考の間を揺らいだりしながら、悲嘆のプロセスをすすめていく。これら死別後の悲嘆のプロセスに、救命救急センターの医療スタッフの支援が影響を及ぼす可能性があるため、第3次救急医療施設における家族支援は、大変重要な位置を占める。その先の遺族の生活そのものに影響を与える可能性があることが考えられる。そのため、第3次救急医療施設における家族支援は、その先の遺族支援にもつながっているといえる。

本研究における理想的な家族・遺族支援は、心肺停止状態の患者が搬入するという情報が入った際は、速やかに医療ソーシャルワーカーが家族に対応することである。ソーシャルワーカーは家族と会い、初期アセスメントを実施する。医療ソーシャルワーカーは、患者家族が危機的な状況であり、初期介入が速やかに必要な状況であれ

ば、危機介入モデルを活用する。多くの家族が示す悲嘆反応は、病的なものではなく、正常悲嘆反応の範囲内である。しかし、死別後の生活環境が急激に変化することによって、今後強いストレスが家族に予測される場合は、長期的な環境調整ができる体制をとることも必要であろう。家族・遺族の環境調整によって、悲嘆が複雑化することを防ぐことも可能ではないかと考える。この場合は、地域の社会資源にコンサルテーションしていくことが重要である。なぜなら、第3次救急医療施設に配属される医療ソーシャルワーカーが、患者の死亡後の家族への支援を長期的に行うことは難しい。そのため、地域の社会資源と連携し、家族の支援を継続して実施できるような体制が必要であろう。第3次救急医療施設の医療ソーシャルワーカーの役割は、あくまでもその窓口であるという位置づけとなる。

医療ソーシャルワーカーの数に限りがある。そのため、現実的には、それほど多くの家族に医療ソーシャルワーカーが関わることは難しいであろう。そのため、日常的に患者や家族に関わる医師や看護師がソーシャルワークの視点を持ち合わせていることが、家族・遺族支援に必要ではないかと考える。Well (1993) の救急外来で亡くなる家族支援のプロトコルもソーシャルワークの視点で書かれており、それを他の医療スタッフも使用している。

## (1) 家族担当スタッフの明確化

### 1) 患者搬送から治療

質問紙調査において、医師の説明や治療場面の立会いの選択は、家族のニーズの上位であった。治療場面の立会いについては、治療の説明に代替できるとの回答もみられた。家族に対する十分な説明や、治療場面の立会いが選択できるような体制を整えることが必要であると考えられる。また、待合室が個室であったことが家族の助けになったことと、個室であったため家族が孤立した状況に陥っていたことが、インタビュー調査の中で認められた。また、看護師の印象として、「やさしかった」、「状況の説明をしてくれた」、「頼りになった」等の項目があがってきた。しかし、医師や看護師とほとんど関わっていない、説明がなかった等の否定的な回答もかえってきた。これらの結果から、患者の治療中においては、ある程度優先的に家族に関わることができる人材の確保が必要ではないかと考えられる。そのためには、医療スタッフの中にその時の家族対応スタッフを決めておくことも必要ではないだろうか。患者の治療中、医

療スタッフが家族に十分な配慮をすることは、現実的には難しい。そのため、家族対応を専門におこなう担当者が必要となる。実際には、少ないスタッフの中で患者の治療を行うため、家族担当スタッフが家族の担当のみを行うということは、難しいのが現状であろう。しかし、担当者が決まっていなければ、多忙を極める医療スタッフの状況を考えると、家族への説明は患者の治療がひと段落したタイミングでなされるということも現状としては考えられる。本調査でも、医師の説明は死亡告知の際が初めてだったと回答している人が多かった。その場合、家族が患者の状態がすでに心肺停止状態であるということ把握していなかった場合、会えた時にはすでに患者の死が確定していたと、医療や医療スタッフに対して不満が残るという結果につながっていた。

家族支援の担当者が、患者の状況にある程度家族に説明するとともに、家族の状況をアセスメントし、今後起こってくるであろう家族の課題と支援の必要性について検討していくことが出来れば、家族の不満も軽減されるのではないかと予測する。そしてこの役割を医療ソーシャルワーカーが担うことが、今後の家族・遺族支援につながっていくことを可能とするためには望ましいと考える。

## 2) 死亡時

死亡時の介入については、可能な限りひとりで死亡告知を受けることがないように他の家族の到着状況等も確認することが必要である。インタビューの中でも、「ひとりで震えていた」という回答があった。また、他の家族到着まで死亡告知を待ってもらったことについては、肯定的に答えた家族もいた。しかし、もし他に家族がいない場合は、家族担当スタッフが側に寄り添い、死亡告知に同席することが望まれる。十分なお別れの時間、医師や看護師の配慮は、受けた医療に対する満足度に影響を与える項目であった。

お別れの時間の満足については、43%の人が不十分であったと回答していた。そのため、十分なお別れの時間の確保は現状としての課題のひとつであった。インタビュー調査において、他の家族の到着前に死亡確認されたケースにおいては、医療スタッフに対しての不満が残っていた。しかし、家族到着まで死亡確認を待ってもらっていたケースでは、十分なお別れの時間を持つことができたという認識を持っていた。ま

た、患者との対面時、患者の死が視覚的に明らかな状況になっている場合は、お別れの時間が不十分であったと回答していた。

家族の状況の理解度やニーズをできるだけ把握し、死亡告知に臨む必要があるだろう。そのためには、家族にできるだけ寄り添い、家族のニーズの把握に努める必要がある。やはり家族支援の担当者の設置が必要であると考ええる。

### 3) 死亡退院後

患者治療中に患者家族のアセスメントをおこない、この先、家族がどのようなニーズを抱えるのかを予測し、必要な情報提供をしていくことが、家族・遺族のこの先の生活上の困難を軽減することにつながる可能性がある。そのためにも、家族担当スタッフの存在は必要ではないかと考える。

#### (2) 家族担当スタッフとジェネラリスト・ソーシャルワーク実践

家族担当スタッフは、本研究においては理想的には医療ソーシャルワーカーを想定している。しかし、人数にも限りがある。多忙を極め、人数配置にも限りがある医療スタッフの中に必ず家族担当スタッフが配置できるかどうか、現実的には難しいところであろう。しかし、本来であれば、危機的な状況に陥っていることが多い救急領域の患者家族に対しては、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点を持ち合わせたスタッフが配置されることが望ましい。

家族担当スタッフが、家族に常時寄り添うことが難しくても、家族と接する時間が短時間であっても、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点があれば、支援活動を実践することが可能ではないかと考える。

まず、家族到着時に家族と対面し、速やかに家族をアセスメントする。そして、ずっと寄り添う必要がある家族かどうかを判断する。離れることができると考えられる場合は、お別れの時間など、家族にとって重要と考えられる時間に再度関わることも可能である。現時点では、お別れの時間について家族の満足度が低いことが本調査で示された。しかし、お別れの時間の医師や看護師の配慮が医療の満足度に影響していた。家族のニーズはこの場面に多くあるのではないかとと思われる。家族はこの場面で医療スタッフの支援を求めているのではないだろうか。もし、家族が高齢で、たった一人でこの場面に存在しているのであれば、この先福祉的なニーズが出てくる可能性

もある。また複数の家族が同席している場合は、家族関係をアセスメントすることもできる。もし家族の中でサポート体制がない、お互いに責め合っているなどの状況があれば、今後家族機能が崩壊する可能性がある。家族の現状の理解度を確認することも可能である。このようにお別れの時間は、多くの家族に関われる可能性があり、そしてアセスメントするための機会が多く与えられる時間であるといえる。また、治療が終わっており、医療スタッフにとっても忙しく動き回る時間ではなくなっている。もし多忙を極め、患者家族に常に寄り添うことが難しければ、お別れの時間だけでも重点的に家族に寄り添い、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践を展開していくことで、今後の家族・遺族支援の礎を築けるのではないかと考える。そして、もしそこに医療ソーシャルワーカーが同席することが難しいのであれば、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点を持ち合わせた医療スタッフが同席することで代替できるであろう。お別れの時間は、患者の治療が終わっているため、この時点であれば、患者救命に関わっていたスタッフも家族支援者となることが可能となる。

多忙を極め、常時家族に寄り添うことが難しいようであれば、家族担当スタッフは、特にお別れの時間にジェネラリスト・ソーシャルワーク実践を展開していくことについて、ここでは提案する。

### 第3項 救急医療における家族・遺族支援の提案

第3次救急医療施設で入院に至らずに亡くなってしまう患者家族は、近親者との死別という最も人生の中でストレスフルな出来事を短時間の中で経験することになる。通常であれば、年単位、月単位で起こる出来事を、数時間の間に経験することになる。さらに、長期療養によって死別するケースでは受けるであろう死別前後の医療機関のサポートもほとんど受けられない状況である。これらのことをふまえ、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践理論の枠組を用いて、第3次救急医療施設で突然家族を亡くした家族・遺族の支援方法についてマイクロレベル、メゾマクロレベル、マクロレベルの視点で提案する。

#### (1) ミクロレベルの提案

本研究結果においては、救命救急センターに心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者家族の複雑性悲嘆尺度と抑うつ尺度が高かったという結果であつ

た。また複雑性悲嘆尺度、抑うつ尺度と医療の満足度は影響していた。そして医療の満足度と医師の説明、医師の配慮、看護師の配慮が関係していた。

救命救急センターで患者を看取る家族への医療スタッフの支援は時間的にごく限られており、その限られた中で、医師や看護師の態度や言葉がけが、医療の満足度につながっている可能性が示唆された。医療スタッフと家族が関心を示すのは、患者の容態や治療経過で、それが治療場面の立会いや頻回な医師の説明につながっていた。

受けた医療の満足度や医療スタッフの配慮については、個別性が大きく、配慮のあるケアを受けたと感じている人とまったく受けていない、医師や看護師に会っていないと答える人もいた。また、その答えの中には、家族は危機的な状況下にあるためか、記憶があいまいで、鮮明に覚えているところと、ほとんど覚えていないところが見られた。しかし、鮮明に覚えている点は、良い記憶も悪い記憶も医療スタッフとの関わりによるところが大きかった。救命救急センターの医療スタッフの配慮について、肯定的に捉えている家族と否定的に捉えている家族といた。肯定的に捉えている家族と否定的に捉えている家族について、死別の対象や原因で有意差はなかった。しかし、救命救急センターでの家族支援が遺族の悲嘆のプロセスに影響を及ぼす可能性があるということは、本調査結果で明らかになった。そのため、第3次救急医療施設において死別する家族への支援は重要であるといえる。

本研究の調査結果では、医師の説明、医師の配慮、看護師の配慮が医療への満足度につながっていた。患者が死亡してしまった場合、受けた医療のクオリティは家族には判断できない。加えて、心肺停止状態で運ばれて蘇生しなかった患者の場合は、手術などの一般の人が思う高度な医療を受けていない可能性も高い。それは患者の病院滞在時間が短いことで予測される。そのため、医療スタッフは、心肺停止状態で搬送されてきた患者家族に対しては、速やかな状況説明を行い、蘇生が難しい現状を視覚的にも理解してもらう意味で、早期に患者との面会を検討する必要があるだろう。本研究で、事故現場を見た、救急車等で患者と一緒に来院した家族の方が、患者の蘇生は難しかったと受け止める傾向にあった。家族にとっては、突然の死亡宣告によって、死を点で受け止めるのではなく、プロセスとして視覚的にも確認することが重要ではないだろうか。

また、死亡退院後、社会福祉の支援が必要であることが予測される遺族の存在も見受けられた。質問紙に回答した人が3割の人であると考え、実際にはもっと社会

福祉的なニーズを持っている人がいる可能性も考えられる。特に死別後に独居生活になった人が多く、さらに年齢が高くなるにつれ独居率が増えていることにも着目する必要があるだろう。

これら、家族・遺族の現状とニーズをふまえて、患者家族到着時から速やかな医療スタッフの介入を検討する必要があるだろう。その際は、家族の多様性を理解し、状況に応じて臨機応変に対応できることが求められる。また、現在の状況だけではなく、遺族となってからの視点でも、家族をアセスメントしていく必要があるだろう。すなわち家族・遺族の抱える問題を、全体的、包括的に捉えることができるジェネラリスト・ソーシャルワークの視点が必要であると考えられる。そして、家族療法や行動療法等、特定のアプローチを用いたカウンセリングやグループワークなどを活用し、様々な支援が提供できる適切な機関への紹介等（副田 2005）も含めて、多角的な視点で支援を展開することが、第3次救急医療施設の家族・遺族支援には必要ではないかと提案する。

## (2) メゾマクロレベルの提案

メゾマクロレベルにおいては、救急領域の中で、家族・遺族に対して、適切な支援が実践されることである。そのためには、救命救急センターの中で、家族に対応する人を明確に決めておくことを提案する。すなわち家族担当スタッフである。家族への支援は、ミクロレベルでの提案にあるように、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点があることが望ましい。本調査結果では、家族の医療スタッフへの印象に、ばらつきがあった。可能性としては、同時に複数の患者が搬送されてきており、十分に家族に関わるができなかった、夜間で人員の比較的少ない時間であった等が考えられる。また、担当スタッフの熟練度や家族支援の視点をどの程度スタッフが持っているかということにも関係するであろう。また家族のパーソナリティの違いもあるだろう。それらのばらつきをできるだけ少なくするためには、家族への対応について、ミニマムスタンダードを決めておくことが必要である。それが家族担当スタッフの存在である。可能であれば、家族担当スタッフは、救急医療を熟知し、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点をもった病院に所属する医療ソーシャルワーカーが望ましい。日本臨床救急医学会で救急専門のソーシャルワーカーの存在の必要性が検討され

ている。学会認定制度が確立され、医療ソーシャルワーカーによる看取りの支援が確立していくことが、もっとも望ましい形であると考ええる。

### (3) マクロレベルの提案

救命救急センターは、24時間体制で患者の治療にあっている。それが使命でもある。しかし医療ソーシャルワーカーは限られた人数配置である。本研究において調査を実施した救命救急センターでも常駐する医療ソーシャルワーカーはいなかった。併設する病院から、依頼があった時のみ関わるという形であった。突然亡くなる家族は危機的な状況にあり、死別後に生活困難に発展する可能性もあることから、ソーシャルワーカーが関わることを望ましいであろう。また、救命救急センターは一般病棟と異なり、特殊である。短時間で患者や家族と関わり、情報収集を行い、アセスメントし、支援に結び付けていく必要がある。そこには短時間での判断が求められる。特に心肺停止状態の患者家族とは、数時間単位での関わりにある。その意味では、熟練した医療ソーシャルワーカーの存在が必要とされる。夜間の常置配置までは難しいが、突然の事故や病気の急性増悪等、予期しない形で準備期間もなく患者との死別を体験する可能性が多い救命救急センターが併設されている医療機関においては、医療ソーシャルワーカーを設置基準に置く等の制度的な改革も必要であろう。

## 終章

### 第1節 結論

本研究結果で得られた成果において最も重要な点は、第3次救急医療施設での受けた医療や医療スタッフの支援が、遺族の悲嘆に影響する可能性があるということである。本研究は、複雑性悲嘆尺度、抑うつ尺度を用いて、遺族の調査時点での悲嘆の状況等を調査し、それと救命救急センターでの支援がどのように関係しているのかについて分析した。「医師の説明」、「看護師の配慮」、「受けた医療に満足」と複雑性悲嘆の尺度に関連性が認められた。医師の説明が不十分、看護師の配慮が不十分、受けた医療に不満と感じていた人に、複雑性悲嘆の基準値が上回っている人の割合が多かった。また受けた医療についての満足度と救命救急センターの支援の関係においては、「医師の説明」、「十分なお別れの時間」、「医師の配慮」、「看護師の配慮」、「解剖の選択に納得」が関係していた。遺族の悲嘆のプロセスに「受けた医療に満足」が関係しており、「受けた医療の満足」については、医療スタッフの関わり方が重要であるということが示唆された。すなわち、第3次救急医療施設において、家族支援と遺族支援は関係性があるということである。遺族の支援は、死亡後から始まるのではなく、死別前から実践することが必要であるといえる。この点は、医師や看護師を含めた医療スタッフにとっては、新たな視点となるだろう。医療従事者にとっては、家族支援は、死別前と死別後で分断されている傾向にある。すなわち医療従事者は、家族の支援に特化し、遺族の支援については、すでに役割を終えたと認識する傾向にある。しかし、医療スタッフが患者生存中に行う支援も遺族支援につながっているのである。心肺停止状態で搬入され、入院に至らずに亡くなった患者の場合、第3次救急医療施設で医療スタッフが家族に関わる時間はほんの数時間である。しかし、そのほんの数時間の関わりが、その後の遺族の悲嘆のプロセスに関係する可能性がある。そこを前提に、第3次救急医療施設での家族・遺族支援を実践していくことが必要となってくる。

また、遺族になってからの現状については、死後の生活については「体調を崩した」と回答した人が36%であった。死別後、生活の助けとなったものは、「家族」「友人」「趣味」等のインフォーマルなサポートが上位であった。しかし、望む支援については「経済的支援」「医師」「カウンセラー」「心療内科・精神科医」等のフォーマルサポートが上位であった。公的な資源に結びついていない現状があった。イン

インタビュー結果においても、公的な資源と結びついている遺族はいなかった。インタビュー調査に応じた人の中では、死別後に脳血管疾患やがん等の生命に危険を及ぼすような病気になった人もいた。これらの結果をみても、遺族はニーズがあっても公的な社会資源に結びつく可能性が低いことが考えられる。インタビュー調査の中でもソーシャルワーカーと関わっている人はいなかった。社会資源に遺族が結びつくためには、患者治療中からソーシャルワーカーが関与し、家族のニーズをアセスメントし、社会資源の情報提供を行うことが、第3次救急医療施設における家族・遺族支援になるといえる。そして、全体的・包括的に捉えて、複合的に支援を実践するためには、ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点が必要であろう。

遺族支援は、心理的な側面から検討されやすい。そのためか、遺族支援の研究は心理学か看護学で取り上げられることがほとんどであり、社会福祉学における研究で、遺族支援を取り上げた研究はまだ数少ない。しかし、死別を経験する家族・遺族への支援については、ソーシャルワークの視点が入ることが望ましいと考える。

NASW（2004）においてもソーシャルワーカーの役割の中に遺族の支援は明記されている。しかし、現在わが国の社会福祉学における遺族への支援の位置づけは、実践的にも学問的にも感心が薄いといえる。実際、本研究において調査した遺族も、ソーシャルワーカーが関与したケースは見当たらなかった。そのため本研究は、遺族のニーズや課題をあげながら、ソーシャルワーク実践の可能性を検討するものでもある。

遺族の支援は、患者治療にあたっている医療機関から始める必要があり、医師や看護師の役割は大きい。しかし、家族支援だけではなく遺族支援の視点に立ち、遺族の生活支援も含めた家族・遺族支援を検討した時には、どうしてもソーシャルワークの視点が必要である。そしてその中でも、ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の視点で家族・遺族支援を捉えていくことが、最も望ましい形であると考えられる。よって、救急医療において家族・遺族の支援は、ソーシャルワーカーの役割であると提案する。

## 第2節 研究の限界

### (1) 量的調査における限界

本研究における質問紙調査については、A救命救急センターのみの結果であり、また回答も、105名（回収率約32%）であった。少ないサンプルの中の約3割の人の

結果に過ぎない。また、結果は救急領域の家族・遺族支援のすべてを示しているのではなく、心肺停止状態で搬入され、入院に至らずに亡くなった患者の家族・遺族の調査に過ぎない。加えて、回答した人のバイアスも大きい。そのため、本調査に回答した人が全数を反映しているとは言い難い。本研究の目的は、第3次救急医療施設で、突然家族を亡くした遺族の現状やニーズを明らかにすることであったが、本研究によって得られた家族・遺族のニーズは、あくまでも本研究における結果であり、救急領域の家族・遺族のニーズとして捉えることは難しい。その限界を補足する目的で、インタビュー調査も実施したが、あくまでも質問紙調査に回答した人のため、サンプルの拡大にはつながっていない。

しかし、外部の研究者が調査するためには、医療機関の特別な協力が必要であり、なかなか複数の医療機関の協力を得ることが難しい。加えて、遺族はまだまだ悲嘆のプロセスの中にある可能性があり、なかなか郵送法での質問紙調査に応じてもらうのも難しいのが実情である。そのため、現時点では、本調査におけるサンプルが限界であると考えられる。

本研究の対象者は、心肺停止状態で救命救急センターに搬送され、入院に至らずに亡くなった患者家族の調査であり、もっとも医療機関から支援を受けていない人たちであると言える。そのため、本調査は、わが国ではほとんど現状がわかっていた領域の人たちへの調査である。サンプルの偏りはあるが、もっとも把握できていなかった人たちのサンプルという意味では、回収率は少ないが研究としての価値を見出すことができると考えている。

## (2) 質的調査における限界

本研究でおこなったインタビュー調査については、個々の体験した悲嘆のプロセスについては詳細に語られるものの、救命救急センターで受けた医療や医療スタッフの支援については、ほとんど覚えていないケースもあった。つまりこちらの意図した内容について、きちんと回答できていない人もいた。また、心肺停止状態で搬送され、家族到着時にはすでに死亡確認も終わっているケースもあり、その場合は、治療中のことについて回答してもらうことはできなかった。救命救急センターの医療スタッフとは電話だけの関わりで終わっているケースもあった。

患者が救命救急センターに搬入され、遺体退院するまでの時間は、80%が4時間以内の出来事である。まったく予期しない状態で、家族の死という人生最悪のことを告げられ、記憶が定かでないことはやむを得ないことでもある。そのため「頭が真っ白だった」、「ほとんど覚えていない」、「医療者とほとんど関わっていない」という回答も多かった。危機的状況の真ただ中であつた出来事に対するインタビュー調査という研究領域としての限界があると考ええる。

本調査内容は、遺族にとっては、思い出したくないこともある。そのため、一旦インタビューに承諾しても、断られてしまうケースも多かった。また、遺族に連絡が取れない場合もあった。加えて、インタビュー途中であっても、遺族があいまいな回答をした場合、あえて問い直すことはしなかった。インタビュー調査によって、遺族を傷つけるようなことがあつてはならないからである。インタビュー調査については、最新の注意を払って臨んだ。そのため、回答内容が不十分である場合も認められたが、これが本調査の限界であると考ええる。

しかし、インタビュー調査によって、質問紙調査だけでは見えてこなかつたことが多くあつた。質問紙調査では、医師の説明を80%以上の人理解できたと回答していた。しかし、インタビュー調査では、医師の説明の理解の内容は、患者が死亡しているという理解であつたり、蘇生処置の中止の説明の理解であつたりと、状況の理解であつて、医師の説明内容のわかりやすさ等とは異なつていた。また、インタビュー調査で回答した人は、医師の説明は、死亡告知の際に初めて行われたと回答している人も多く、救命救急センターの現状がより理解できる内容であつた。質問紙調査だけでは、理解できなかつた点が、インタビュー調査によって補足されたと考えられる。人数や回答内容に限界は認められたが、当初の目的はある程度達成できたと考える。

### 第3節 今後の課題

本研究は、質問紙調査およびインタビュー調査結果により、第3次救急医療施設における家族・遺族支援の実践方法について検討した。しかし、救急医療における家族・遺族支援のためのジェネラリスト・ソーシャルワーク実践について検討したところまでで終わっている。本来実践に還元するためには、実践モデル、実践マニュアルの作成、実施、評価が必要であろう。より実践に結びつけるためには、アセスメント

に基づいたプランニング、インプリメンテーション、エバリュエーションといった一連の手続きを進め、実践モデル、実践マニュアルを作成していくことが必要である。しかし本研究は、調査に基づきアセスメントした段階に過ぎない。

実践モデル、実践マニュアルの作成には、さらにエビデンスが必要であるとともに、複数の救命救急センターでの調査研究も必要となる。今後、さらに調査を重ね、エビデンスを積み、実践モデル、実践マニュアルを作成していくことが求められている。入院に至ったケースについても調査を進めていく必要がある。入院に至ったケースの調査をすることで、救命救急センターの医療スタッフへの支援方法について、さらに明らかになってくると考えられる。入院に至ったケースについては、現在調査中である。救急医療における家族・遺族のためのジェネラリスト・ソーシャルワーク実践モデル、実践マニュアルの作成については、今後の課題としたい。

救急医療における家族・遺族支援については、日本臨床救急医学会の救急領域を専門とする医療ソーシャルワーカーの存在に、大きく期待するものである。救急領域には特有の家族支援が必要であると考ええる。一般病院と異なり、患者や家族と関わる時間が極めて少ない。そのため患者家族と人間関係を構築する時間的余裕がない。家族は危機的状況にあることが多く、冷静な判断をすることも難しい。また医療的な知識も必要である。このような中、家族のニーズを瞬時に把握し、死亡後の遺族の生活上のニーズにまで結びつけて、入院中に支援を展開することは、非常に難しい。そのためには、救急医療に精通したソーシャルワーカーの存在が必要となる。

しかし、ひとりのエキスパートソーシャルワーカーの存在だけでは、家族・遺族支援は難しい。救命救急センターは24時間体制で、治療や手術、入院、死亡退院が繰り返され、また重度の疾患や外傷によって生じた障害等に対応し、適切な転院病院をマネジメントする必要もある。

ジェネラリスト・ソーシャルワーク理論を中心とした実践モデルや実践マニュアルの開発により、医師、看護師等の医療スタッフが、ソーシャルワークの視点で家族・遺族支援を実施していくことが可能となれば、ソーシャルワーカー以外の職種であってもジェネラリスト・ソーシャルワーク実践が可能となる。そのためのキーパーソンとしての役割が、救急領域を専門とする医療ソーシャルワーカーの存在となる。それを期待するものである。

## 文献

- Abraham, A. (1977) On death and survivors, *Group Analysis*, 10, 62-67.
- Aguilera, Donna C. (1994). *Crisis intervention: theory and methodology*, The C.V. Mosby Company.  
(=1997,小松源助・荒川義子訳『危機介入の理論と実際—医療・看護・福祉のために』川島書店.)
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. 5th ed.*, American Psychiatric Publishing.
- 安西信雄 (2002) 「コーピング(自己対処)とは何か」 『精神障害とリハビリテーション』 6(1), 38-44.
- 荒川義子 (1983) 「危機介入の立場からの「発言」」 『ソーシャルワーク研究』 8(4), 59-63.
- 荒川義子・松岡克尚 (1995) 「危機介入とソーシャルワーク—1980年代以降の米国の動向を中心に」  
『ソーシャルワーク研究』 21(3), 23-27.
- 浅香えみ子・寺町優子 (2005) 「救急外来で死亡した患者の家族が体験するストレスと対処行動の一研究」 『日本テクリティカルケア看護学会誌』 1, 44.
- 飛鳥井望 (2008) 「暴力的死別による複雑性悲嘆の認知行動療法」 『トラウマティックストレス』 6(1), 59-65.
- Attig, T. (1996) *How we grieve: Relearning the world*. New York: Oxford University Press.(=1998, 平山正実「解説」, 林大訳『死別の悲しみに向き合う』大月書店.
- Baldwin, M. (2001) Care Management and Community Care: Social Work Discretion and the Construction of Policy, *Health & Social Care in the Community*, 9, 255-262.
- Bandler, B. (1963) The Concept of Ego-Supportive Psychotherapy. In Howad, P. J. and Roger, M. R. eds. *Ego-Oriented Casework: Problems and Perspectives*. Family Service Association of America.
- Bandura, Albert (1985) Model of causality in social learning theory, Michael, Mahoney and Arthur, Freeman eds. *Cognition and Psychotherapy*, New York: Plenum Press,81-99.
- Barrett, Carol J. (1978) Effectiveness of widows' groups in facilitating. *Journal of Consulting and Psychology*, 46(1), 20-31.
- Bonanno, George A. and Field, Nigel P. (2001) Examining the delayed grief hypothesis across 5years of bereavement, *American Behavioral Scientist*, 44(5), 798-815.
- Boss, P. (2006) *Loss, Trauma, and Resilience: Therapeutic Work With Ambiguous Loss*, W. W. Norton & Company.

- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss. Vol.3: Loss Sadness and depression*, New York: Basic Books. (=1991, 黒田実郎・吉田恒子・横浜恵三子訳『母子関係の理論—III対象喪失』岩崎学術出版社, 91-101.)
- Corr, Charles A. (1992) A Task-based approach to coping with dying, *OMEGA:Journal of Death and Dying*, 24(2), 81-94.
- Deeken, A. (1996) 『死とどう向き合うか』日本放送出版協会.
- Deeken, A.・柳田邦男編 (1997) 『<突然の死>とグリーフケア』春秋社.
- DeSpelder, L. A. and Strickland, A.L. (1983) *The Last Dance: Encountering Death and Dying*, Mayfield Publishing Company.
- 江馬成也 (1969) 「事例研究法序説」『宮城教育大学紀要』4, 67-77.
- Frances, A. (2013) *ESSENTIALS OF PSYCHIATRIC DIAGNOSIS : Responding to the Challenge of DSM-5*, The Guilford Press. (=2014, 大野裕・中川敦夫・柳沢圭子訳『DSM-5 精神疾患診断のエッセンス DSM-5 の上手な使い方』金剛出版.
- Freud, S. (1923) *Trauer und melancholie. Internationale zeidschrift fur arzriche.Psychoanalyse*, 4, 288-310. (=1970, 小此木啓吾訳「悲哀とメランコリー」井村恒郎・小此木啓吾・ほか訳『フロイト著作集第6巻 自我論・不安本能論』人文書院, 137-149.)
- Freud, S. (1927) *Die Zukunft einer Illusion, Dostojewski und die Vaternötung, Das Unbehagen in der Kultur*.(=1969, 高橋義孝訳「無情ということ」高橋義孝・ほか訳『フロイト著作集第3巻 文化・芸術論』人文書院, 314-317.)
- Green, Bonnie, L., Krupnick, Janice L. and Stockton, Patricia (2001) Psychological outcomes associated with traumatic loss in a sample of young women. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 817-837.
- Germain, C. B. & Gitterman, A. (1987) Ecological Perspective. *Encyclopedia of Social Work*, 1(18), National Association of Social Workers, 488-499. (=1992, 小島容子訳「治療モデルから生活モデルへ」小島容子編訳・著・ほか訳『エコロジカル・ソーシャルワーク』学苑社, 183-220.)
- 袴田俊一 (2011) 「ライフモデルを基盤とするソーシャルワークにおける心理的介入—認知療法と解決志向アプローチを中心に」『総合福祉科学研究』2, 25-34.
- 原田竜三 (2003) 「救命救急センターで突然の死を体験した家族の悲観プロセスの記述」『日本看護科学学会学術集会講演集』23, 134.

- 林寛之 (2005) 「ERでの悲しい出来事 Part I Grieving in ER」 『レジデントノート』 7, 533-543.
- 林寛之 (2005) 「ERでの悲しい出来事 Part II Grieving in ER～心肺蘇生を見せるべきか、見せざるべきか、それが問題だ～」 『レジデントノート』 7, 669-676.
- 日暮眞 (1999) 「事例研究法をめぐって 5 医学領域における事例研究法雑感」 『日本家政学会誌』 50, 1107-1109.
- 平塚良子 (2006) 「ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで」 『社会福祉学』 46, 137-139.
- 平山正実 (1994) 「死別した家族に対する援助」 『ターミナルケア』 4, 283-287.
- 平山正実 (1997) 「死別体験者の悲嘆について—主として文献紹介を中心に」 松井豊編『悲嘆の心理』 サイエンス社, 85-112.
- Hobgood, C., Harward, D. and Newton, K. et al. (2005) The Educational Intervention “GRIEV\_ING” Improves the Death Notification Skills of Residents, *ACAD EMERG MED*, 12(4), 296-301.
- Holland, L. and Rogich, L. E. (1980) DEALING WITH GRIEF IN THE EMERGENCY ROOM, *Health Soc Work*, 5(2), 12-17.
- IBM SPSS Statistics (2012) 「多重応答分析」 ([http://www-01.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB\\_21.0.0/com.ibm.spss.statistics.help/idx\\_mcan.htm?lang=ja](http://www-01.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB_21.0.0/com.ibm.spss.statistics.help/idx_mcan.htm?lang=ja), 2013.11.14.)
- 稲沢公一 (2006) 「ジャーメインのライフモデル論」 『現代福祉研究』 6, 133-149.
- Iserson, Kenneth V. (2000) The Gravest Words: Sudden-Death Notifications and Emergency Care. *Ann Emerg Med*, 36, 75-77.
- 岩間伸之 (2005) 「講座ジェネラリスト・ソーシャルワーク I」 『ソーシャルワーク研究』 31(1), 53-58.
- Jonson, P. J. and Rubin, A. (1983) Case Management in Mental Health: A Social Work Domain?, *Social Work*, 28(1), 49.
- Johnson, L. C. and Yanca, S. J. (1989) *Social work practice: A generalist approach*, Allyn and Bacon. (=2004, 山辺朗子・岩間伸之訳『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房.)
- Jones W.H. and Buttery, M. (1981) Sudden death: survivors' perceptions of their emergency department experience, *Journal of Emergency Nursing*, 7(1), 14-17.
- 神山裕美 (2006) 「ストレングス視点によるジェネラリスト・ソーシャルワーク—地域生活支援に向けた視点と枠組み」 『山梨県立大学人間福祉部紀要』 1, 1-10.

- 加茂陽・大下由美 (2001) 「エンパワーメント論—ナラティブ・モデルの批判的吟味」 『社会福祉学』 42, 12-22.
- Karls, James M. and Wandrei, Karin E. (1999) PIE as New Tools for More Effective Case Management, *Person-in environment system:The PIE Classification System for Social Functioning Problem*, NASW PRESS, 151.
- 柏木哲夫 (1999) 「死とストレス」 『現代のエスプリ別冊』 6, 227-237.
- 川野健治 (2009) 「自死遺族の悲嘆と期待されるコミュニケーションの欠如」 『ストレス科学』 24(1), 24-32.
- 河合隼雄 (1976) 「事例研究の意義と問題点—臨床心理学の立場から」 『臨床心理事例研究』 3, 3-10.
- 河合千恵子 (1999) 「グリーフケア (焦点ターミナルケアの行動科学)」 『日本保健医療行動科学学会年報』 14, 13-22.
- 木原活信 (2002) 「社会構成主義によるソーシャルワークの研究方法」 『ソーシャルワーク研究』 27(4), 28-34.
- Kinderknecht, C. H. and Hodges, L. (1991) Facilitating productive bereavement of widows: An overview of the efficacy of widow's support groups. *Journal of Women & Aging*, 2(4), 39-54.
- Klass, Dennis (2001). Continuing bonds in the resolution of grief in Japan and north America. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 742-763.
- Kohout, F. J., Berkman, L. F. and Evans, D. A., et al. (1993). Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *Journal of Aging and Health*, 5(2), 179-93.
- 小西聖子・穴田富美子 (1996) 「あいの会—殺人事件遺族のセルフヘルプ・グループ(特集セルフヘルプ・グループ—もうひとつのエンパワメント)」 『女性ライフサイクル研究』 6, 62-65.
- 小島操子 (1988a) 「遺族のケア—悲嘆反応への危機介入」 『教育と医学』 36(9), 843-850.
- 小島操子 (1988b) 「喪失と悲嘆へのケア」 『家庭医』 4(4), 454-457.
- Kübler-Ross E. (1969) *On Death and Dying*, Leonard McCombe Life Magazine (=1971, 川口正吉訳 『死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話』 読売新聞社.)
- 小西聖子・白井明美(2007) 『「悲しみ」の後遺症をケアする グリーフケア・トラウマケア入門』 角川芸術出版, 32-38, 98.
- Lannen, P. K., Wolfe, J. and Prigerson, H. G. at el. (2008) Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: Impaired mental and physical health 4 to 9 years later, *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870-5876.

- Lautrette, A. and Azoulay, E. (2010) Families of dying patients: an introduction to meeting their needs, Graeme, R., Kathleen, A. P. and Elie, A. et al. eds. *End Of Life Care In The ICU*. Oxford University Press, 84-85.
- Lindemann, E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 151, 155-160.
- Lindemann, E. (1981) *Death and dying*. Fulton, R. ed., (=1984, 「悲嘆—症候と処置」 斎藤武・若林一美 訳 『デス・エデュケーション—死生観への挑戦』 現代出版, 176-188.)
- Maddison, David and Walker, Wendy L. (1967) Factors affecting the outcome of conjugal bereavement, *British Journal of Psychiatry*, 113(503), 1057-1067.
- 松井豊 (1997) 「悲嘆研究の現状と今後」 松井豊編 『悲嘆の心理』 サイエンス社, 85-112.
- 松本英孝 (2007) 「岡村重夫の社会福祉論理について」 『神戸学院総合リハビリテーション研究』 2 (1) , 3-14.
- Miller, G. (1983) Case management: The essential service. In C. J. Sanborn. Ed., *Case Management in Mental Health Service*. New York, Haworth Press, 3-16.
- Minahan, A. (1976) Generalists and specialists in social work-implications for education and practice, *Arete*,4(2), 62.
- 箕浦康子 (2001) 「事例研究をめぐって 9 仮説生成法としての事例研究—フィールドワークを中心に」 『日本家政学会誌』 52(3), 293-297.
- 森則夫・杉山登志朗・岩田泰秀編著 (2014) 『臨床家のための DSM-5 虎の巻』 日本評論社.
- 村田貞雄 (1991) 「事例研究法の再活性化のための試験」 『情報と社会』 1, 31-40.
- 武藤安子 (1999a) 「事例研究法をめぐって 1 事例研究法とはなにか」 『日本家政学会誌』 50(5), 541-545.
- 武藤安子 (1999b) 「事例研究法をめぐって 2 事例研究法の実際」 『日本家政学会誌』 50(7), 761-765.
- Myra, Glajchen and Randy, Magen (1995). Evaluating process, outcome, and satisfaction in community-based cancer support groups, *Social Work with Groups*,18(1)
- 長田洋和 (2009) 「質的研究法」 『発達障害研究』 31(4), 316-322.
- 中島淳 (2001) 「死別体験者の悲嘆とソーシャルサポートについて」 『教育学科研究年報』 (関西学院大学文学部教育学科)27, 51-57.
- 中村剛 (2010) 「社会福祉施設におけるソーシャルワークの理論的枠組みと実践—ジェネラリスト・ソーシャルワークを基盤とした理論的枠組みと実践」 『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』 14, 79-86.

- 中村和彦 (2004) 「事例研究・事例検討の意味」 米本秀仁・高橋信行・志村健一編『事例研究・教育法』川島書店, 24-32.
- 中村和彦 (2005) 「ソーシャルワーク実践の科学的展開—その視点と構想」 『人間福祉研究』 8, 1-10.
- 直島克樹 (2009) 「社会福祉力動的統合理論の再考—社会福祉の理論的展開に対する課題・展望と考察」 『川崎医療福祉学会誌』 19(1), 1-12.
- 成富正信 (1986) 「ソーシャル・サポート・ネットワーク論序説」 『社会科学討究』 32, 63-95.
- National Association of Social Workers (2004). *NASW Standards for Palliative & End of Life Care*.
- National Association of Social Workers (1987) *Case Management in Health, Education, and Human Service Settings*, NASW, Rose, S. M. ed. (1992) *Case Management and Social Work Practice*. Longman Publishing Group. (=1997, 白澤政和訳 「保健医療、教育、福祉サービス領域でのケースマネジメント」 白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳 『ケースマネジメントと社会福祉』 ミネルヴァ書房.)
- Neimeyer, R. (2000) *Lessons of loss: A guide to coping*. Keystone Heights, FL: PsychoEducational Resources. (= 2006, 鈴木剛子訳 『<大切なもの>を失ったあなたに：喪失をのりこえるガイド』 春秋社.
- 西田佳代 (1996) 「危機における悲嘆」 『現代のエスプリ』 351, 194-201.
- 西原由記子 (2002) 「遺された人たちを支える」 『自殺予防と危機介入』 23(1), 14-19.
- 野口裕二 (1995) 「構成主義アプローチ: ポストモダン・ソーシャルワークの可能性(ソーシャルワークアプローチ再考<特集>)」 『ソーシャルワーク研究』 21(3), 180-186.
- 野口裕二 (2002) 『物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ』 医学書院.
- 小田式子・堀川かおり・根本国子 (1994) 「遺族への援助プログラム」 『ターミナルケア』 4(4), 298-302.
- 小川千穂 (1998) 「ライフ・イベント, ストレス認知およびコーピングと健康との関連」 『文学部紀要』 (中京大学文学部)33(3・4), 81-96.
- 小川美香 (2001) 「認知変容的コーピングに関する心理学的研究」 『追手門学院大学心理学論集』 9, 43-52.
- 大賀有記 (2008) 「急性期病院における患者と家族の体験する悲嘆作業—3つの「観察軸」を用いたソーシャルワーク・アセスメント」 『社会福祉学』 49, 41-52.
- 太田義弘・西梅幸治 (2001) 「エコシステム構想をめぐる手法と支援ツール—ソーシャルワーク実践へのチャレンジ」 『総合福祉科学研究』 2, 1-14.
- 太田義弘 (2007) 「ジェネラル・ソーシャルワークとしてのフィードバック展開」 『関西福祉科学大学紀要』 10, 83-96.

- 岡村重夫 (1953) 「福祉と生活」 『大阪市立大学家政学部紀』 1(1), 1-11.
- 岡村重夫 (1960) 「社会福祉と諸科学—社会福祉研究方法論(1)(社会福祉と諸科学, 共通論題)」 『社会福祉学』 1, 3-7.
- 岡村重夫 (1970) 『全訂 4 版社会福祉学(総論)』 柴田書店.
- 岡村重夫・高田真治・船曳広保 (1979) 『社会福祉の方法』 勁草書房.
- 小此木啓吾 (1979) 『対象喪失—悲しむということ』 中央公論新社.
- 小此木啓吾 (1991) 「対象喪失と悲哀の仕事」 『精神分析研究』 34(5), 294-322.
- Oxley, G. B. (1971) A Life-model Approach to Change. *Social Casework*, 52(10), 627-633.
- Parker, R. (1987) *Social Work Dictionary*, National Association of Social Workers, 20.
- Parkes, C. M. (1972) The Tavistock Institute of Human Relation, *Bereavement*. (=1993, 桑原治雄・三野善央・曾根維石訳 『死別-遺された人たちを支えるために』 メディカ出版.)
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., and Maciejewski, P. K. (2008) A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V., Stroebe, M. S., Hansson, R. O. and Schut, H. et al. eds., *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, American Psychological Association, 165-186.
- Punch, K. F. (1998) *INTRODUCTION TO SOCIAL RESEARCH: Quantitative and Qualitative Approaches*, SAGE Publications. (=2005, 泉暁・松尾浩二郎訳 「質的調査：概観、デザインとグラウンデッド・セオリー」 川合隆男監訳 『社会調査入門：量的調査と質的調査の活用』 慶應義塾大学出版会.)
- Purves, Y. and Edwards, S. (2005) Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emergency nurse*, 13(7), 28-34.
- Radloff, L.S. (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rando, T. A. (1984) *Grief, dying, and death: Clinical Interventions for Caregivers*. Research Press.
- Robinson, M. A. (1982) Telephone notification of emergency and critical care patients. *Annals of Emergency Medicine*, 11, 616-618.
- Rook, K. S. (1984) The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 46(5), 1097-1108.

- Rose, S. M. ed. (1992) *Case Management and Social Work Practice*. Longman Publishing Group.  
(=1997 白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳『ケースマネジメントと社会福祉』 ミネルヴァ書房.)
- Rothaupt, Jeanne W. and Becker, Kent (2007) A Literature Review of Western Bereavement Theory: From Decathecting to Continuing Bonds, *THE FAMILY JOURNAL*, 15, 6-15.
- 坂口幸弘・柏木哲夫・恒藤暁 (1999)「家族の死に関連して生じるストレス―「二次的ストレス」に関する探索的検討」『家族心理学研究』13(2), 77-86.
- 坂口幸弘 (2001a)「死別後の二次的ストレスと精神的健康―死別した配偶者と子どもの比較」『家族心理学研究』15(1), 13-24.
- 坂口幸弘 (2001b)「配偶者との死別における二次的ストレスと心身の健康との関連」『健康心理学研究』14(2), 1-10.
- 坂口幸弘 (2001c)「配偶者との死別後の適応とその関連要因に関する実証的研究―本研究の要旨と死別研究の諸相」『人間科学研究』3, 79-93.
- 坂口幸弘・恒藤暁・柏木哲夫・ほか (2002)「遺族の感情表出が精神的健康に及ぼす影響―感情表出は本当に有効な対処方法なのか?―」『死の臨床』25(1), 58-63.
- 坂口幸弘 (2010)『悲嘆学入門 死別の悲しみを学ぶ』昭和堂, 22-23.
- 坂口幸弘 (2013)「悲嘆は病気か? : DSM-5 と悲嘆の医学化への概念」『日本老年社会学会』35(3), 384-390.
- 斎藤友紀夫 (1996)「危機カウンセリング」『現代のエスプリ』351, 48-57.
- Sanders, C.M. (1992). *Surviving grief...and learning to live again*, Wiley. (= 2000, 白根美保子訳『死別の悲しみを癒すアドバイスブック―家族を亡くしたあなたに』筑摩書房.)
- 佐藤文子 (2000)「事例研究法をめぐって 6 教育分野における事例研究法の動向」『日本家政学会誌』51(1), 91-96.
- 佐藤郁哉 (2002)『フィールドワークの技法―問いを育てる、仮説をきたえる』新曜社.
- Schuster, Tonya L., Kessler, Ronald C. and Aseltine Jr, Robert H. (1990) Supportive interaction, negative interactions, and depressed mood. *American Journal of Community Psychology*, 18(3), 423-438.
- 瀬藤 乃理子・北山真次・高田哲 (2006)「死別の悲観への援助」『理学療法兵庫』12, 1-6.
- 瀬藤乃理子・丸山総一郎・加藤寛 (2008)「複雑性悲嘆(CG)の診断基準化に向けた動向」『精神医学』50(11), 1119-1133.

- 瀬藤乃理子・丸山総一郎 (2010a) 「複雑性悲嘆の理解と早期援助(特集 どうしたらよい?死別ケア)」 『緩和ケア』 20(4), 338-342.
- 瀬藤乃理子・丸山総一郎 (2010b) 「複雑性悲嘆の理解と早期援助」 『緩和ケア』 20(4), 338-342.
- Shear, Katherine M., Jackson Carlos T., and Essock, Susan M. et al. (2006) Screening for Complicated Grief Among Project Liberty Service Recipients 18 Months After September 11, 2001, *Psychiatr Serv*, 57, 1291-1297.
- 芝野松次郎編 (2001) 『子ども虐待 ケース・マネジメント・マニュアル』 有斐閣, 33.
- 芝野松次郎 (2002) 『社会福祉実践モデル開発の理論と実際—プロセティック・アプローチに基づく実践モデルのデザイン・アンド・ディベロップメント』 有斐閣, 106-108.
- 柴坂寿子 (1999) 「事例研究法をめぐって 3 事例研究の質について考える—「ちゃんとした」事例研究の条件」 『日本家政学会誌』 50(8), 877-881.
- 島悟 (1985) 「新しい抑うつ性自己評価尺度について」 『精神医学』 27, 717-723.
- 島本明美・井汲恵理・川本亜希子・ほか (2004) 「予期しない家族の死に直面した遺族が医療者へ望んだこと—救急搬送された事例を通して」 『日本看護学会論文集 看護総合』 35, 3-5.
- 白石ひろ子・松永富子・麻生美子 (2001) 「コーピング能力を向上する為の援助—不安の強い患者の関わりを通して」 『日本精神科看護学会誌』 44(1), 65-68.
- 白澤政和 (1992) 『ケースマネジメントの理論と実際』 中央法規.
- 白澤政和 (2005) 「岡村理論とケアマネジメント研究(特集: わが国におけるソーシャルワークの理論化を求めて)」 『ソーシャルワーク研究』 31(1), 30-38.
- Shuchter, S. R. and Zisook, S. (1993) The course of normal grief. Stroebe, M. S., Stroebe, W. and Hansson, R. O. (Eds) *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. Cambridge University Press, 23-43.
- Silverman, Phyllis R. (1972) Widowhood and preventive intervention. *The Family Coordinator*, 21(1), 95-102.
- Silverman, Phyllis R. (1975) On widowhood mutual help and the elderly widow. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(1), 9-27.
- 副田あけみ (1994) 「社会福祉援助実践における価値と倫理」 『社会福祉学』 10, 1-60.
- 副田あけみ (2005) 「ジェネラリスト・アプローチ」 久保紘章・副田あけみ編 『ソーシャルワークの実践モデル 心理社会的アプローチからナラティブまで』 川島書店, 135-157

- Stake, R. E. (1994) Case studies, Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. eds. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA. 236-247.
- Staudacher, C. (1987) *Beyond grief: A guide for recovering from the death of a loved one*, New Harbinger Publications. (=2000, 大原健士郎・福本麻子訳『悲しみを超えて—愛する人の死から立ち直るために』創元社.)
- Stewart, A. E. (1999) Complicated Bereavement and Posttraumatic Stress Disorder Following Fatal Car Crashes: Recommendations for Death Notification Practice, *Death Studies*, 23, 289-321.
- Strean, H. S. (1972) Application of the Life Model to Casework, *Social Work*, 17(5), 46-53.
- Stroebe, M.S. and Schut, H. (1999) The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Stroebe, M.S. and Schut, H.(2001) Meaning making in the dual process model of coping with bereavement, Neimeyer, R. A. ed., *Meaning reconstruction and the experience of loss*, American Psychological Association.(=2007, 富田拓郎・菊池安希子監訳『喪失と悲嘆の心理療法—構成主義からみた意味の研究』金剛出版, 71.)
- 東海林郁子 (1996) 「SIDS 家族の会(特集セルフヘルプ・グループ—もうひとつのエンパワメント)」『女性ライフサイクル研究』6, 127-129.
- 多田志麻子・三宅進 (1999) 「ストレスに対する認知的評価がコーピングとストレス反応に及ぼす影響(I)—認知的評価の型との関連から」『ノートルダム清心女子大学紀要—生活経営・児童学・食品・栄養学編』23(1), 81-87.
- 高橋祥友 (1996) 「自殺予防と危機カウンセリング—とくに認知療法に焦点を当てて(危機カウンセリング)—(危機カウンセリング機関とカウンセラーの研修・資質)」『現代のエスプリ』351, 153-161.
- 高橋信行 (2001) 「量的研究法と質的研究法の対立と和解」『ソーシャルワーク研究』27(4), 4-12.
- 高野和也 (2002) 「死別体験の違いに配慮して家族を援助する」『ターミナルケア』12(5), 378-384.
- 寺崎明美・小原泉・山子輝子・ほか (1999) 「高齢女性の配偶者死別における悲嘆と影響要因」『老年精神医学雑誌』10(2), 167-179.
- 富田拓郎・太田ゆず・小川恭子・ほか (1997) 「悲嘆の心理過程と心理学的援助」『カウンセリング研究』30(1), 49-67.
- 富田拓郎・瀬戸正弘・鏡直子 (2000) 「死別体験後の悲嘆反応と対処行動—探索的検討」『カウンセリング研究』33, 57-68.

- 富田拓郎・伊藤拓・大塚明子・ほか (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.
- 張賢徳 (2002) 「自殺遺族の悲嘆について—特別なケアが必要なのか?」 『自殺予防と危機介入』 23(1), 3-8.
- Vachon, Mary L. and Stylianos, Stanley K. (1988). The role social support in bereavement. *Journal of Social Issues*, 44(3), 175-190.
- 若林一美 (2000) 「セルフヘルプ・グループの果たす今日的意味について—「ちいさな風の会」(子どもを亡くした親の会)の実践を中心に(焦点(2)グリーフケアの技術)」 『日本保健医療行動科学学会年報』 15, 86-94.
- Well, Paula J. (1993) Preparing for Sudden Death: Social Work in the Emergency Room, *National Association of Social Work*, 38(3), 339-342.
- White, M. and Epston, D. (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. (=1992, 小森康永訳『物語としての家族』金剛出版.
- Worden, J. William (1982) *Grief Counseling and Grief Therapy*, Springer Publishing Company.
- Worden, J. William (1991) *Grief counseling and grief therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer New York Publishing Company. (=1993, 鳴澤實監訳・大学専任カウンセラー会訳『グリーフカウンセリング—悲しみを癒すためのハンドブック』川島書店, 1993, 13-23.)
- Worden, J. William (2008) *Grief counseling and grief therapy, Fourth Edition: A Handbook for the Mental Health Practitioner*, Springer Publishing Company. (=2011, 山本力監訳・上地雄一郎・桑原晴子・濱崎碧訳『悲嘆カウンセリング』誠信書房.)
- Wright, Bob (1996) *Sudden Death: A Research Base for Practice*, 2e, Churchill Livingstone. (=2002, 若林正訳『突然の死—そのとき医療スタッフは』医歯薬出版, 26.)
- 山辺朗子 (2011) 『ジェネラリスト・ソーシャルワークの基盤と展開』 ミネルヴァ書房.
- 山本和郎 (1996) 「危機学説」 『現代のエスプリ』 351, 38-47.
- 山本力 (1994) 「展望：欧米における「喪失と分離、悲嘆」理論の展開—保健福祉領域における心理学的貢献の可能性—」 『岡山県立大学保健福祉学科紀要』 1(1), 1-10.
- 山本力 (1995) 「日本における喪失・悲哀に関する研究の推移と文献目録—「心理臨床」の視座からの歴史的概観—」 『岡山県立大学保健福祉学科紀要』 2, 123-135.
- 山本力 (1997) 「喪失の様態と悲哀の仕事」 『心理臨床学研究』 14(4), 403-414.

- 山賀邦子 (1995) 「悲嘆反応と対応法—悲嘆反応の理解と適切な援助のために」 『エマージェンシーナーシング』 (夏季増刊), 43-49.
- 山谷禎子・高橋章子 (2005) 「救急医療における死別患者家族の悲観へのサポート—対話を通しての考察」 『日本救急看護学会雑誌』 7, 177.
- 柳原清子 (2002) 「家族を「みまもる」ということ—ナラティブアプローチとケア」 『ターミナルケア』 12(5), 385-388.
- 安井理夫 (2001a) 「ソーシャルワークにおけるセルフヘルプ・グループ—エンパワーメントと QOL の視点からの検討」 『同朋大学論叢』 84, 69-94.
- 安井理夫 (2001b) 「体験過程概念からみたセルフヘルプ・グループの援助—生き方の視点からの一考察—」 『同朋福祉』 7, 107-127.
- Yin, Robert K. (1994) Case Study Research: design and methods. (=1996, 近藤公彦訳 『ケース・スタディの方法』 千倉書房.)
- Yoak, Margaret and Chesler, Mark (1985) Alternative professional roles in health care delivery: Leadership patterns in self-help group, *The Journal of Applied Behavioral Science*, 21(4), 427-444.
- Yokoyama E., Kaneita, Y. and Saito Y., et al. (2008) Cut-off point for the 11-item shorter form of the CES-D depression scale. *The Nihon University Journal of Medicine*, 50,123-32.
- 横田恵子・立木茂雄 (1997) 「期間に対するライフモデル・ソーシャルワーク実践の一考察—職場内インフォーマル集団の形成とエンパワーメントを通じてのフォーマル課題の変容—」 『社会福祉学』 38, 81-98.

**救急医療現場における家族支援のあり方に対する調査**

平成18年度文部科学省科学研究費補助金  
「救急医療における遺族支援のための実践モデル開発」班

主任研究者 黒川 雅代子

## 「救急医療現場における家族支援のあり方に対する調査」の趣旨

### 【調査の目的】

この調査は、わが国の救急医療におけるご遺族の現状と支援の必要性を具体的に明らかにし、遺族支援のためのモデルを作る基礎とします。

### 【対象】

で亡くなられた患者様のご家族で本調査にご承諾をいただいた方

### 【プライバシーの保護】

- 調査から得られた情報については、厳重に秘密を守ります。またこの調査から個人が特定されることはありません。
- 集計結果は、この調査目的以外には流用いたしません。
- ご返送いただいたアンケートは、研究終了後、1年以内にすみやかに破棄いたします。それまで個別の情報が外部にもれないように厳重に管理します。

### 【調査結果の報告】

この調査によって明らかになった結果につきましては、医療従事者やご遺族に有益な情報を還元できるものと期待されます。そのため、関連する学会及び誌上に報告する予定です。

### 【アンケートのご記入について】

- 質問番号に沿って、該当する全ての質問にお答えください。
- 選択肢において「その他」を選ばれた方は、「                      」内に具体的にご記入ください。
- アンケートご記入の所要時間は、30分程度です。

### 【お問い合わせ先】

本アンケート調査に関してご不明の点がありましたら、下記までお問い合わせください。

---

黒川 雅代子



VI. 患者様の治療中に、医療スタッフに何かしてもらいたかったことはありますか。該当するものすべての番号に○をつけてください。

- |                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. 家族への連絡をかわりにしてもらいたかった | 2. そばについておいてもらいたかった         |
| 3. もっと頻回に説明に来てもらいたかった   | 4. もっと声をかけてもらいたかった          |
| 5. もっとそっとしておいてもらいたかった   | 6. 治療場面を見たいかどうか、選ばせてもらいたかった |
| 7. もっと積極的な治療をしてもらいたかった  | 8. 延命治療はしてもらいたくなかった         |
| 9. その他                  |                             |
- [ ]

VII. 治療場面に立ち会いたいと思いますか。またその理由をお教え下さい。いずれかひとつの番号に○をつけてください。

1. 思う                      2. 思わない  
その理由をお答えください。

[ ]

VIII. 患者様が亡くなられたときのことについてお尋ねします。

(1)患者様のそばで十分なお別れの時間を持つことはできましたか。いずれかひとつの番号に○をつけてください。

1. 十分であった      2. だいたい十分であった      3. 少し不十分であった      4. 不十分であった

(2)医師のご家族への配慮は十分でしたか。いずれかひとつの番号に○をつけてください。

1. 十分であった      2. だいたい十分であった      3. 少し不十分であった      4. 不十分であった

(3)看護師のご家族への配慮は十分でしたか。いずれかひとつの番号に○をつけてください。

1. 十分であった      2. だいたい十分であった      3. 少し不十分であった      4. 不十分であった

IX. 患者様の死後、解剖をされましたか。いずれかひとつの番号に○をつけてください。

1. はい                      2. いいえ

今、その選択に納得されていますか。「はい」と答えた方も「いいえ」と答えた方もお答えください。いずれかひとつの番号に○をつけてください。

1. 納得している      2. だいたい納得している      3. あまり納得していない      4. 納得していない  
その理由をお答えください。

[ ]

X. 患者様が亡くなられてしばらくたってから、医療スタッフに再度死因や治療について尋ねたいと思ったことはありますか。いずれかひとつの番号に○をつけてください。

1. あった                      2. なかった

1 「あった」と答えられた方のみお答えください。それはどのような内容ですか。

[ ]

XI. 患者様の受けられた医療に満足しておられますか。いづれかひとつの番号に○をつけてください。

1. 満足している      2. だいたい満足している      3. あまり満足していない      4. 不満である  
その理由をお答えください。

[ ]

XII. 患者様が亡くなられてからのあなたの生活の変化についてお答えください。該当するすべての番号に○をつけてください。

1. 経済的な不安がある      2. 身の回りのことに不自由している      3. 生きがいを失った  
4. 何も手につかなくなった      5. 職場などの環境を変えた      6. 引越しをした  
7. 友人関係が変わった      8. 親戚付き合いが出来なくなった      9. 体調を崩した  
10. 新しいことを始めた      11. 新しい友人ができた      12. その他 ( )

XIII. 現在の生活の中で、あなたの助けとなっているのは何ですか。該当するすべての番号に○をつけてください。

1. 家族      2. 親戚      3. 友人  
4. 職場の同僚      5. 保育園や学校の先生      6. 心療内科や精神科医の治療  
7. 6以外の医療機関での治療      8. 福祉関係者      9. 保健所など公的機関の職員  
10. カウンセラーなどの相談機関      11. 年金等の金銭的な支援      12. 介護保険などの社会的なサービス  
13. 地域の遺族会      14. 趣味などの生きがい      15. 仕事  
16. 信仰      17. その他〔内容：      〕

XIV. 以下の中であなたが望むことについてお答えください。該当するすべての番号に○をつけてください。

1. 経済的な支援      2. 食事などの身の回りの支援  
3. 育児相談支援      4. 同じ立場の人と出会って話ができる自助グループ  
5. 心理的な相談ができる心療内科医や精神科医      6. 心理的な相談ができるカウンセラー  
7. 体の不調などを相談できる医師      8. 社会のサービスについて相談出来る人  
9. 宗教の相談が出来る人      10. 遺産相続などの相談が出来る人  
11. 弁護士など法律相談が出来る人      12. 新しい友人  
13. 生きがい      14. 亡くなった病院からの支援〔内容：      〕  
15. 医療体制の改善      16. その他〔内容：      〕

XV. あなたの今の状態についておうかがいします。

設問Ⅰ. この一週間のあなたの身体や心の状態についておうかがいします。  
それぞれのことがらについて、もっとも当てはまる選択肢に○印をつけてください。

	ほとんどなかった	ときどきあった	よくあった
1) 食欲がなかった.....	1 _____	2 _____	3 _____
2) ゆううつだった.....	1 _____	2 _____	3 _____
3) 普段ならなんでもないことをするのがおっくうだった.....	1 _____	2 _____	3 _____
4) よく眠れなかった.....	1 _____	2 _____	3 _____
5) うれしいと感じた.....	1 _____	2 _____	3 _____
6) さびしい気がした.....	1 _____	2 _____	3 _____
7) まわりの人が自分によそよそしいと感じた.....	1 _____	2 _____	3 _____
8) 楽しいと感じた.....	1 _____	2 _____	3 _____
9) 悲しいと感じた.....	1 _____	2 _____	3 _____
10) まわりの人が自分を嫌っているように感じた.....	1 _____	2 _____	3 _____
11) 何をするにも、なかなかやる気がおこらなかった.....	1 _____	2 _____	3 _____

設問Ⅱ. あなたが感じていることで、もっとも当てはまる答えを、以下の各質問に関して、それぞれ一つだけ選んでください。

	まったくない	少し	かなり
1. あなたにとって、その人の死を受け入れることはどれくらい難しいですか。	0 _____	1 _____	2 _____
2. 悲嘆の気持ちのために、あなたの生活はどれくらい妨げられていますか。	0 _____	1 _____	2 _____
3. あなたは、その人のことを考えたり想像したりしてしまうことで、悩まされたりとらわれたりすることがありますか。	0 _____	1 _____	2 _____
4. その人の生前にあなたがよくしていたことで、今は気分が悪くなり、避けていることがありますか。	0 _____	1 _____	2 _____
5. その人を亡くされてから、あなたは他の人からの孤立感や隔たりをどれくらい感じていますか。	0 _____	1 _____	2 _____

設問Ⅲ. 患者さまが亡くなられてから、現在までの期間はどれくらいですか？

(            ) 年 (            ) ヶ月

