

【論文】

訪問介護職による在宅で がん末期患者を看取る家族への支援の現状

鈴木 真智子*

要旨：本研究の目的は、訪問介護職による在宅でがん末期患者を看取る家族への支援の現状を探索し、家族の看取り後の心残りの軽減につながる訪問介護職の支援のあり方を検討することである。訪問介護職 19 名を対象に半構造化個別面接を実施し、グラウンデッド・セオリー・アプローチ法を援用し質的に分析を行った。分析の結果、家族への支援として、カテゴリー《それぞれの家族にあわせた支援》、《支援する家族の在りよう》、《状況への寄り添い》、《患者と家族をつなぐ》、《家族の看取りを実現》、《関わり継続の模索》が抽出された。訪問介護職による支援は、看取り後の家族を見据えながら、それぞれの家族の看取りを実現するために、多様な家族の状況にあわせて寄り添い、大切な時間の患者と家族をつなぐものであった。看取りの段階から看取り後の家族の在りようを見据えて行われる家族への支援は、看取り後の家族の心残りの軽減につながるものとして考えられた。

Key Words: 在宅, 看取り, がん末期患者, 家族支援, 訪問介護職

1. 研究の意義と背景

日本では、地域包括ケアシステムによる在宅での看取りの推進、がん対策基本法の制定(2006年)により、がん患者の在宅療養の推進が図られている。在宅で看取りをする場合、患者・家族の意思や介護力が重要とされる(山崎 2008)。

在宅がん末期患者の家族が介護中に抱える困難や体験については、これまでの先行研究によって明らかにされつつある。家族は、24時間の介護であることから身体的疲労や介護と日常の雑事に翻弄され、生活の拘束感を抱える(柴田・佐藤 2007; 山手 2009)。また、病状の悪化に伴う無力感、スピリチュアルペイン等の精神的辛さを抱えている(柴田・佐藤 2007; 堀井ら 2008; 石井ら 2011)。介護中の困難が解消されないまま死別を迎えた場合、家族は介護から解放された次に後悔をひきずって生きていくことになる(荻野 2008)。がん患者遺族は、非がん患者遺族に比べ、看取り時の心残りや悲嘆感情が強く(秋山ら 2009)、心残りを抱えているものほど精神的に不健康で、悲嘆が強い傾向がある(新垣ら 2003; 坂口ら 2008; 塩崎・中里 2010)。このことから、松島ら(2001)は、「死別後の遺

2017年6月30日受付/2017年12月21日受理

* 貞静学園短期大学

族の悲嘆反応には終末期のあり方が重要な意味をもつとして、遺族ケアは療養中から始められることが望ましい」と述べている。

これまでのがん患者家族への支援の検討は、訪問看護師等医療側からのものが多くを占める。しかし、近代は家族の形は多様化し役割も変化している。国民生活基礎調査（厚生労働省 2014）によると、世帯構造別では、「夫婦と未婚の子のみの世帯」が最も多く、次いで、「単独世帯」、「夫婦のみの世帯」の順となっている。家族内の介護力が低下している現代において、患者本人や家族が希望する住み慣れた場での看取りを実現するためには、医療だけでなく、訪問介護の必要性が高い（岡部・成田 2006）。

有田（2003）は、在宅ホスピスにおける訪問介護職の役割として、「患者・家族を支援して希望している在宅療養の継続を可能とすること、遺族の悲嘆ケアを担当看護師と連携して行うことをあげ、家族への支援を訪問介護職の役割として位置づけている。また、医療職からは、家族の精神的安定を図ることが期待されている（山田 2003）。しかし、一方では、訪問介護職のがん末期患者の看取りや家族への対応についてケアの質的問題が指摘されている（山田 2003; 岡部・成田 2006）ものの、訪問介護職による支援の現状は明らかにされていない。訪問介護職による家族への支援のあり方を検討することは、在宅という生活の場での看取りを推進し、患者・家族の希望する看取りの実現に向けて意義あることと考える。

II. 目的

本研究では訪問介護職による在宅でがん末期患者を看取る家族への支援の現状を探索し、家族の看取り後の心残りの軽減に寄与する支援のあり方を、訪問介護職の視点から検討することを目的とした。

用語の操作的定義

がん末期：治癒を目指した治療に反応せず、進行性かつ治癒困難又は治癒不能と考えられる状態。概ね余命 6 ヶ月程度とする。

家族：法的な親族だけでなく、友人や恋人など患者を支える主たる介護者。

III. 研究方法

1. 調査方法

対象者は、首都圏にある訪問介護事業所に所属し、がん末期患者の在宅での看取りにかかわったことのある、訪問介護職とした。がん患者の看取りに取り組んでいる訪問介護事業所に調査協力を依頼し、承諾を得られた事業所の管理者と研究者が協議し、選定した。対象者の選定においては、理論的サンプリングの手法を用いた。

対象者には、趣意書を用いて本研究の趣旨を書面と口頭で説明し、同意を得られたものに対して半構造化面接を実施した。面接は、対象者の希望する日時、場所にて行った。半構造的なインタビューガイドを用いて、「家族をどのようにとらえているか」、「がん末期患者家族の抱える困難」、「がん末期患者家族特有の支援の難しさ」、「具体的な支援内容と心がけていること」、「看取り後の家族とのかかわりの有無」等について尋ねた。面接内容は、

対象者の同意の上、ICレコーダーに録音、逐語録を作成した。データ収集期間は、2013年11月～2014年7月。本調査の前に、プレ調査を実施した。

インタビューデータを継続的に分析し、新たな知見が出てこない段階で理論的飽和に達したとし、19名の段階でデータ収集を打ち切った。

2. 分析方法

複雑かつ多様性のある看取り場面での家族への支援について、訪問介護職の語りの記述から明らかにすることができると考え、本研究では、特定の領域についてデータから理論を生成する質的研究法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチを方法論として援用し質的に分析した (Glaser & Strauss 1996; 萱間 2007; 戈木 2008)。

分析の手順は、まず逐語録をもとに研究目的にあたる部分を意味のまとまりごとに切片化した。次に、プロパティ、ディメンションを抽出しラベル名を付けた。そして、意味の類似性に着目しながらカテゴリー化した。それぞれのカテゴリーのプロパティとディメンションに注意して見直しを行い、全体を包括するカテゴリー名をつけた。最終的にカテゴリー間の関係を結果図として整理した。本研究では、対象者を理論的サンプリングによって選定し、データを継続的に比較分析を行った。

以上の分析の全過程においては、時系列等の研究者のバイアスがかかることを防止するため、質的研究の専門家によるスーパービジョンを受け、分析結果の妥当性に努めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理審査委員会の承認 (13-0902) を得て実施した。

対象者には書面と口頭にて研究の目的、方法、協力の任意性、データ管理、結果の公表、研究者の氏名・連絡について説明し、書面を用いて同意を得た。

V. 結果

がん末期患者の在宅での看取りに関わった訪問介護職 19 名に対し、半構造化面接を実施した。面接時間は、平均 85 分、対象者の年齢は、平均 49.6 歳、介護職としての経験年数は平均 11.6 年であった。対象者一覧を表 1 に、抽出されたカテゴリー表を表 2 に、分析の一例を表 3 に、生成されたカテゴリーの関係を結果図として図 1 に示す。

分析の結果、表 2 に示す 7 つのカテゴリーが抽出された。最終的に、203 のラベル、41 のサブカテゴリーが抽出された。

以下、抽出されたカテゴリーについて詳述する。本文中の《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」はラベル、斜体は対象者の発言を表す。

1. 《それぞれの家族にあわせた支援》

訪問介護は、サービスの開始に伴う支援の出発点では、個別性が高い家庭生活の中に入っていくため、《それぞれの家族にあわせた支援》を基本としていた。家族の〈意向の把握〉をした上で、〈意向にそった方法〉で支援することが重要であり、そのため、支援開始当初

表1 対象者一覧

ID	性別	年齢	資格	介護職経験年数
A	女	61	介護福祉士 介護福祉士	24年
B	女	35	社会福祉士 介護支援専門員	12年
C	女	65	介護福祉士	10年
D	女	63	介護福祉士	16年
E	女	65	介護福祉士	13年
F	男	60	訪問介護員2級	3年
G	女	46	介護福祉士	12年
H	女	41	介護福祉士	8年
I	女	33	介護福祉士	13年
J	男	31	介護福祉士	11年
K	男	36	介護福祉士 介護支援専門員	14年
L	女	47	介護福祉士 介護支援専門員	14年
M	女	59	介護福祉士	11年
N	女	54	介護福祉士	7年
O	女	60	介護福祉士	12年
P	女	63	介護福祉士	14年
Q	女	39	介護福祉士	8年
R	女	39	介護福祉士	14年
S	男	46	介護福祉士	5年

は〈家族状況を探る〉必要があった。そして、ここの家族はあまり利用者さんと接点をもたたくない家族であれば、それ以上は踏み込みません (ID:P)。という語りのように、家族によって訪問介護に求めることや置かれている状況は違うため、〈それぞれの家族に合わせたかかわり〉をしていた。

また、訪問介護サービスの直接の対象者は、患者本人であることから、やっぱり利用者さんも寝てたって、自分の息子や娘さんや奥さんや旦那さんと話をしているとみてるのでね、そっけなくしてると、やっぱり気づくと思うんですね、やっぱり。だからそれはその辺をきくと、そういう心配もさせたくないですからね、利用者さんにはね (ID:G)。との語りから、患者の思いを汲んで、「患者を心配させない態度」で家族に接する、本人が大切にしている人だから、大切にする (ID:H)。といった、「患者の思いを尊重」した、〈患者を通じた家族への支援〉と、〈患者への丁寧な支援〉があげられた。訪問介護職は、患者への介護の在り方が、家族への支援にもなると考えていた。

2. 《支援する家族の在りよう》

訪問介護職は、《それぞれの家族にあわせた支援》をすることで、多様な《支援する家族の在りよう》に対応していた。

表2 カテゴリー表

《カテゴリー》	〈サブカテゴリー〉
それぞれの家族にあわせた支援	患者を通じた家族への支援 患者への丁寧な支援 それぞれの家族に合わせたかかわり 家族状況を探る 意向の把握 意向にそった方法
状況への寄り添い	受容的かかわり 意図的な傾聴 肯定的な言葉かけ 予測して助言 家族間の調整 家族が安心できる工夫 決断する過程に付き合う 看取り後を見据えたかかわり 自分の時間の提供
患者と家族をつなぐ	思い出を引き出す 家族間の思いを橋渡し 家族がかかわれることのがし 家族と介護を共有 楽しい雰囲気づくり
家族の看取りを実現	介護負担の軽減 精神的支え 家族の生活維持 家族の成長 家族らしさに協力 家族の満足を見据える
関わり継続への模索	支援できることの模索 看取り後の暮らしを気にかける かかわり継続への願望 家族の元気な姿から得る励まし 次の支援に活かす振り返り
支援する家族の在りよう	負担の増大 生活の拘束 介護の義務感 患者への憐憫 受け止めきれない 専門職にゆだねる 決断することの困難さ 看取る覚悟 希望をつなぐ 支援による家族の変化

がん患者の在宅での看取りの場合には、がんという告知と余命の説明を受けた上で、在宅での生活を選択している患者・家族が多いため、がんていうと、やっぱり余命がされて

表3 分析の一例

データ	プロパティ	ディメンション	ラベル
(K011)ぶれて当然、そこにうまくお付き合いしていくことが大事だと思うんで、なんだよさっきもうお家って言ったのに病院かよみたいなことはあるんですけどもそう思わないでご支援するようなお話しますけどね。	気持ちの変化 変化する人 「そこ」が指すこと 大事なこと	ぶれる 家族 ぶれる気持ち 付き合っていくこと	ぶれに付き合う
(J004)在宅のよさっていうのを、私たちもお話させていただくこともあるし、在宅でも、まあ私たちもそうですし、医療職も含め、そういう看取りの体制ができるんだよってところで助言させていただいたこともあります。	私たちが指すこと 行ったこと 行った経験 伝えたこと 場所	訪問介護職 助言 ある 看取りの体制ができること 在宅	在宅の看取りの良さを助言

の方が多いで、本当に短い期間だろうから協力しますって家族が多いですよね (ID:G)。と、状況を「受けとめている」、がんでいうと、わりとまだ治りにくい病気という意識が皆さんお有りですね。がんで聞いて、あ、もう亡くなるんだみたいなこと多いですから、わりと皆さん、覚悟はできてる感じはします (ID:K)。「死への覚悟」があり、〈看取る覚悟〉ができています。それと同時に、ちょっと柔らかく、柔らかくというか、希望を持ってというか、けっこうシビアに言われていても (ID:E)。というように、状況の理解をしながらも、〈希望をつなぐ〉思いを最期まで持ち続けている。

一方で、現実に対する「否定」、「葛藤」、なぜという「現実への問い」といった、状況を〈受け止めきれない〉、病気になってしまった〈患者への憐憫〉がある家族の様子もとらえていた。

また、患者の病状の悪化に伴う「疲労の増大」、「精神的行き詰まり」といった〈負担の増大〉を抱える。仕事を休むなど「仕事への支障」による、〈生活の拘束〉が生じていた。さらに、自分が介護をしなければいけないという〈介護の義務感〉を持っている家族がいる一方で、ある程度〈専門職にゆだねる〉家族もいる。

そして、家族は、最終的な看取り場所の決定や受ける医療について、決断をゆだねられる存在でもある。そういったときに、「決断に対するためらい」や、やはりがん患者の方、ま、その、亡くなるよというとき、どうしても揺れるじゃないですか。お家で看取りたい、いややっぱり病院でとか。かなりぶれますからね (ID:K)。「決断へのゆらぎ」があり、〈決断することの困難さ〉を経験している。

一方で、なんか編み物が好きな方がいて、あなたたちが来てくれたから少し再開したのよって、声を (ID:H)。と、いうように、「趣味の再開」をしたり、よりこうお話をすることで、じゃ本当にどうすればいいですかって、もっと協力的になったりする家族もいるし (ID:J)。と、「協力的に変化」や、「気負いの軽減」といった、訪問介護の〈支援による

家族の変化) も感じ取っていた。

3. 《状況への寄り添い》

在宅介護の土台づくりの時期であり、在宅介護継続に向けて、それぞれの家族の在りように合わせて寄り添っていた。特に、在宅の場合は、家族が24時間で介護をしており、病状の悪化に伴い介護の負担が増加してくる。夜がちよっと大変だったとか疲れてらっしゃるのって顔でわかったりするじゃないですか。昨日、こうだったんだと、必ず言ってくるので、朝こうだったんだ、私達がいってる間だけでも、横になっててくださいよとか(ID:G)。と、語られたように、家族の疲労がみられるときには、「休むことのうながし」や家族自身の気分転換、買い物等外出するといった、訪問介護が入る時間が、家族に〈自分の時間の提供〉となっていた。「楽な方法を教える」、「連絡しやすい声かけ」等を行い、〈家族が安心できる工夫〉をすることでも、負担の軽減を図っていた。

そして、家族が吐露する辛さには、聴いてるだけ。そうですね、言わないです。わかります、なんて絶対に言わないし。聴いてるしかない(ID:A)。というように、〈意図的な傾聴〉をし、適度に励ますというか、よくやっていますよ。励ますという意味ではなく、ご家族に認識していただくための言葉かけはしていますね。あ、自分頑張ってるとか(ID:K)。との語りから、〈肯定的な言葉かけ〉をしていた。患者の今後の病状を〈予測して助言〉しながら、最期まで在宅で看取るかどうかを迷い揺れ動く家族には、〈決断する過程につき合う〉、〈受容的にかかわり〉をする。さらに、家族の間でも意見が異なり、主たる介護者である家族の困り感があるときには、〈家族間の調整〉をしていた。

訪問介護職は、現在の家族に寄り添いながら、家族の「看取り後の空虚感を心配」、看取り後に、訪問介護の「支援の可能性を検討」といった、家族の〈看取り後を見据えたかかわり〉をしていた。

4. 《患者と家族をつなぐ》

看取りを支える時期であり、限られた時間に患者と家族が質の高い時間を過ごすことができるよう、訪問している時間に《患者と家族をつなぐ》支援をしていた。安定した在宅介護の上で看取りを強く意識した支援だった。なんかこう、今の現状こうなのっていう暗い話よりも現実はまだ普段からみてるからでもこうだったじゃないっていう話の方が、私はいいかなって(ID:H)。という語りのように、常に現実の辛さと向き合っている家族の視点を違うところに向け、僕はね、僕はね、あるな、あるな。すごいありますね。逆にまあ今入ってる利用者さんなんかでも、メインは旦那さんなんですけども、奥さんと旦那さんと、みんなですってわけじゃないんですけど、昔はどうだったのとか、どういうことで結婚したのよとか話しますね(ID:S)。と、夫婦の話や過去のエピソードなど〈思い出を引き出す〉かかわりをしていった。そして、その場を穏やかに、〈楽しい雰囲気づくり〉を心がけていた。うまく患者とかかわりを持つことができない家族に対しては、おむつ変え方とか上手にできない方っている場合は一緒にね、じゃあ一緒にやってみましょうかって。私たちが来てる時は、一緒にやって。まあ何かっていうと、少し巻き込んで一緒にしてもらおうとか(ID:N)。と、〈家族がかかわれることのうながし〉や〈家族間の思いを橋渡し〉する。患者の少しの変化も伝え、〈家族と介護を共有〉するよう努めていた。

5. 《家族の看取りを実現》

看取りのときに、それぞれの家族が希望する在宅での看取りを実現することを訪問介護職は目指していた。常に看取りを経験する家族を見据えていた。〈介護負担の軽減〉を図り、家族の〈精神的支え〉になることで、生活と介護のバランスがとれ〈家族の生活維持〉ができること。大切な時間を心置きなく過ごせるよう〈家族らしさに協力〉し、この時間や看取りの経験が辛いだけのことでなく、何かを学び〈家族の成長〉につながることを願って支援をしていた。あの思いとしてはね、口にはその方たちには言えないですけど、それで人のいろんな痛みとか、いろんなことがわかる。またステキな人になれるわよねって、頑張ろうねっていう思いっていうのはあるんですけど (ID:E)。そして、最期まで家族が看ることができる、後悔を残さないといった、〈家族の満足を見据える〉。

6. 《関わり継続の模索》

看取りと同時に訪問介護サービスも終了となり、訪問介護職と家族の関わりも終了していた。しかし、訪問介護職はその後の家族とのかかわりを模索していた。介護中の家族の様子から、「ケアマネジャーとの連携」や、そうすると同じ、ご家族、亡くなられたご家族に関わっていた者が少しでも一コマでもかかわれるように、変化がないように手配をしたりとかは今現在しています (ID:P)。と語られ、訪問介護として〈支援できることの模索〉をしていた。

ただ、今ね、親一人子一人が多かったりしますし。で、お仕事がね、不安定な方、残された方が、経済的なことは心配はできなかつたりするんですけど、引きこもりがちになったりとか、する方もいたりするんでね、そういうところは気になったりします (ID:P)。という「気がかりな家族」の存在もあり、家族の〈看取り後の暮らしを気にかける〉訪問介護職は多かった。しかし、現実的には、何らかの〈かかわり継続への願望〉を持っているものの、訪問介護で地域を移動中に偶然再会するというもので体系的な取り組みはなされていなかった。それでも、けっこう近くもまわってるんですけど、サービス終了しちゃったけど、そういえばこの間あの人見たよとか声かけてくれたよとかありますね。そういうの聞いて、また励まされて、また次頑張ろうねっていう気持ちになりますね (ID:R)。と、訪問介護職が〈家族の元気な姿から得る励まし〉が語られた。

さらに、あんまり機会がなくて。えっと看護師は、看護師だけでやってるんです。その状況の。でも、いろんなところでね、ヘルパーは、いろんな職種、そこにかかわった人全体でそれをやりたいね、やってほしいねっていうのは出んですけど。なかなかそれが忙しいとか、また次の仕事にみんな忙しくいくし、みんな時間合わせるのも大変だしってことがあるし (ID:E)。そこを、指摘されたようにとらえられるとすごくあれなんだけど、次につなげていくためには、なんかそこがきちんとできるといいかなっていうのは課題です (ID:E)。と、〈次の支援に活かす振り返り〉の必要性が語られた。

7. カテゴリー間の関係

概念間の関係を結果図として、図1に示した。

訪問介護職は、訪問介護のサービスが開始になった支援の出発点から《家族の看取りを実現》することを目指して支援をしていた。これは、現在の家族を支援しながら、看取り時、そして看取り後の家族を見据えたものだった。支援の出発点では、《それぞれの家族に

合わせた支援」を基本とし、《支援する家族の在りよう》を常にとらえながら、在宅介護の土台づくりの時期には、在宅介護継続に向けて、《状況への寄り添い》、本当に最期が近い、看取りを支える時期には、《患者と家族をつなぐ》ことをより意識し、看取り時にそれぞれの家族の看取りが実現できるよう支援をしていた。患者の死によってサービス終了となり、家族との関わりも途切れる。しかし、訪問介護職は家族との《関わり継続の模索》をしていた。

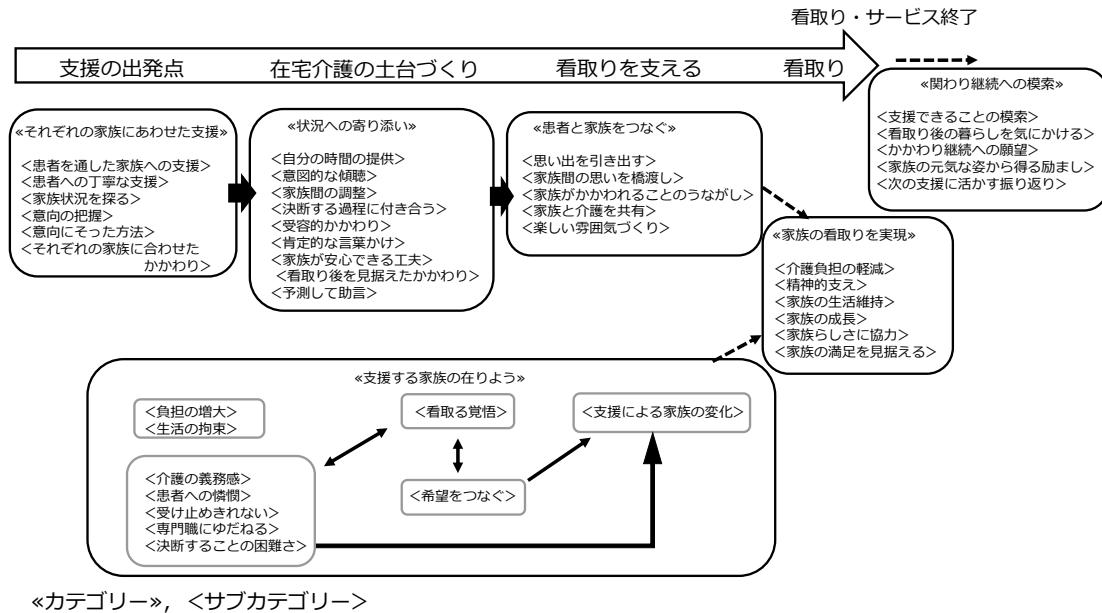


図1 がん末期患者を看取る家族への訪問介護職の支援

VI. 考察

在宅で看取りを実現する場合、看取りを担う存在として家族は重要な役割をもつ。しかし、家族は介護者であると同時に、大切な人との別れを目前にした支援の必要な存在でもあることから、終末期の介護では、患者だけでなく家族も支援の対象となる。

在宅ホスピスにおける訪問介護職の役割として、身体介護や生活援助を通して患者、家族を支援し、在宅の継続を可能とすることや遺族の悲嘆ケアがあげられる(有田 2003)。本研究においても、患者への身体介護や生活援助を通し、家族に対して支援が行われており、患者を含めたそれぞれの家族の在り方に寄り添うものであった。これまでの生活の継続の中で介護が生じ、さらに延長上に看取りがある。生活は個別性が高く、これまでの生活が継続できることに在宅介護および看取りを選択する大きな意味がある。このことから、訪問介護職のそれぞれの家族、状況を尊重し寄り添う支援は、個々の望む看取りの実現につながるものであり、結果として看取り時の満足感や看取り後の心残りの軽減に寄与することが推察される。

訪問介護は、家族の介護負担の軽減といった目的で利用されることも多いサービスである。インタビューでも明らかにされたように、訪問介護職は、訪問時には家族が介護以外のことに時間を使うことができるよう積極的に声をかけていた。訪問介護のサービス提供時間が、家族に自分の時間をもたらし、家族の身体的・精神的負担の軽減につながる。余

裕のない心身状況は、患者への態度に影響を与え、看取り後に後悔として残ることが考えられることから、24時間の介護であること、介護の必要が増す看取りにおいては重要な支援といえる。

さらに、今回の調査では、訪問介護職は、看取り後の家族を見据えて支援していることが明らかとなった。これは、利用者を連続した人生の中でとらえるという介護の視点が、家族をとらえる際も同様であったことを示す。また、看取り後の家族の悲嘆軽減の観点から、遺族ケアは療養中から始められることが望ましく（松島ら 2001）、介護中から看取り後の家族を見据えた訪問介護職の視点と支援は、悲嘆の軽減において重要な意味をもつと考える。がん患者家族は、死を受容している一方で最期まで気持ちが揺れ動く。そして、患者、家族ともに、死を強く意識する状態に置かれ、死によって断絶される将来や他者との関係に対する苦痛（村田 2003）を抱える。佐野ら（2014）は、患者との絆の深まりに配慮し最期まで安らかでいられるような支援が、死別後の生活の支えになるような成長感の獲得につながると述べていることから、今回の訪問介護職による、患者と家族をつなぐ意図的な関わりは、新たな関係の構築と看取り後の家族の支えになることが推察される。

看取り後については、家族のその後を気にかけて、関わりを継続を希望する思いを持ちながらも、実際には継続した関わりや遺族ケアを実施しているものはいなかった。看取り後に、状況をよく知る人からの看病に対する労いの言葉かけが遺族の助けになる（石田 2013）ことから、身近で看取りの過程に寄り添った訪問介護職の肯定的な言葉は、家族を支え、悲嘆からの回復において有用と考えられる。遺族ケアに訪問介護職が関わることは、訪問介護職自身にとっても有用であることが考えられ、今後の課題である。

VII. 本研究の限界と課題

対象者は特定の事業所に限定しているため、すべての訪問介護職の意見を代表しているものではなく、一般化には限界がある。また、訪問介護職の資格取得経路は統一されていないことから、養成課程別などの多様な背景に注目し検討していく必要がある。

今後の課題として、訪問介護を利用して看取りをした家族へのインタビューによって、訪問介護職の支援の評価及び家族の視点からの求められる支援についての検討が必要と考える。

謝辞 お忙しい中、調査にご協力くださいました対象者の皆さま、調査の実施にあたり多くの方にご協力をいただきましたこと、深く感謝申し上げます。

また、ご指導をいただきました大島巖先生、鶴岡浩樹先生に感謝いたします。

本研究は、日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士前期課程修士論文のデータを再分析し、加筆・修正したものである。また、本研究は日本社会福祉学会関東部会研究大会（2015年3月）で発表した。

引用文献

秋山明子・沼田久美子・三上 洋（2009）「在宅医療専門機関を利用した末期がん患者の在宅終末期医療の特徴と介護者（遺族）による評価」『緩和ケア』19（3）, 278-82.

- 新垣康子・砂川洋子・奥平貴代・ほか(2003)「がんで家族を亡くした遺族の心身健康に関する調査研究——死別後期間による検討」『死の臨床』, 26(1), 91-5.
- 有田百合子(2003)「在宅ホスピスにおけるヘルパーの役割」『死の臨床』26(1), 48-50.
- 荻野美恵子(2008)「看取りのチームワークはどう構築しどう活動するか」『難病と在宅ケア』13(10), 24-7.
- 堀井たづ子・光木幸子・蔦田理佳・ほか(2008)「在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究」『京都府立医科大学医学部看護学科紀要』17, 41-8.
- 石田真弓(2013)『遺族に対する周囲の望ましい言葉かけと働きかけ. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2』日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 59-63.
- 石井容子・宮下光令・佐藤一樹・ほか(2011)「遺族、在宅医療・福祉関係者からみた、終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究」『日本がん看護学会誌』25(1), 24-35.
- 厚生労働省(2014)『国民生活基礎調査』(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html>, 2014.11.27).
- 松島たつ子・赤林朗・西立野研二(2001)「ホスピス緩和ケアにおける遺族ケア——遺族ケアについての意識調査と今後の展望」『心身医』41(6), 430-7.
- 村田久行(2003)「終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア——アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築」『緩和医療学』5(2), 61-9.
- 岡部 健・成田憲史(2006)「在宅での看取りを実現するために必要な緩和医療技術の普及と介護職の過度の医療依存の克服を」ジーピーネット, 41-6.
- 坂口幸弘・池永昌之・田村恵子・ほか(2008)「ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討」『死の臨床』31(1), 74-81.
- 佐野知美・草島悦子・白井由紀・ほか(2014)「在宅終末期がん患者家族介護者の死別後の成長感と看取りに関する体験との関連」『Palliative Care Research』9(3), 140-50.
- 柴田純子・佐藤禮子(2007)「在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験」『千葉看護学会誌』13(1), 1-8.
- 塩崎麻里子・中里和弘(2010)「遺族の後悔と精神的健康度の関連——行ったことに対する後悔と行わなかったことに対する後悔」『社会心理学研究』25(3), 211-20.
- 山田 忍(2003)「在宅終末期ケアにおける『ホームヘルパー』の専門性の検討」『介護福祉学』10(1), 33-40.
- 山手美和(2009)「在宅で終末期がん患者と共に生活する主たる介護者の生活の様相」『日本がん看護学会誌』23(3), 24-31.
- 山崎章郎(2008)「在宅医からみた看取りと在宅ホスピス——緩和ケアの現状と課題」佐藤 智編『明日の在宅医療第3巻在宅での看取りと緩和ケア』中央法規出版, 71-95.

Support to the Family Caregivers for Patients with Terminal Cancer at Home by Care Workers in Japan

Machiko SUZUKI

The objectives of this study were to explore the current situation concerning the support given by home visiting caregivers to families who provide end-of-life care to terminal cancer patients at home, and to investigate the way in which home visiting caregivers should provide support to reduce regret experienced by families after end-of-life care is concluded. Semi-structured individual interviews were conducted in 19 home visiting caregivers, and a qualitative analysis was performed using the Grounded Theory Approach. The analysis extracted the following categories of support for families: “providing support tailored for each family,” “determining the condition of the families who will receive support,” “paying close attention to the situation,” “connecting the patient and family,” “realizing end-of-life care for families,” and “seeking continual involvement.” The support given by home visiting caregivers was shown to focus closely on various families’ situations and connected the patient and family during this time in order to realize end-of-life care for each family while looking ahead at the family’s situation after end-of-life care is concluded. Such support, given to families from the end-of-life care stage by looking ahead at the family’s condition after end-of-life care is concluded, may reduce the family’s regret after end-of-life care is concluded.

Key Words: At-home care, End-of-life care, Terminal cancer patients, Support for families, Home visiting caregivers