

ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支える訪問看護活動の検討

田内香織 普照早苗 森仁実 金子徳子 (大学)
折戸三智代 渡辺朝子 浜辺京子 (いび訪問看護ステーション)

I. 目的

施設医療から在宅医療への転換が加速する中、在宅療養の希望が高まり、ターミナル期を在宅で過ごす人の増加が予想されている。一方、在宅療養を支える訪問看護師は、利用者や家族への支援に困難さや課題を抱えているという現状がある。

本研究の目的は、訪問看護師が自らの看護援助を振り返り、体験を意味づけることで、訪問看護を行う上で大切にしていること、看護観、やりがい、課題・葛藤・困難さなどを明らかにし、利用者や家族へのよりよいサービス提供を可能にすることとした。

II. 方法

1. 方法: 訪問看護師への聞き取り調査を行った。

1) 対象者: 研究内容に同意の得られた A 訪問看護ステーションに所属する訪問看護師とした。

2) 調査内容: ①ターミナル事例における本人、家族への援助の中で「印象に残っている場面」や「対応に困った場面」について、②訪問看護を行う上で大切にしていることや看護観、やりがい、課題・葛藤・困難さなどの思いについて、半構成的に聞き取り調査を実施した。

2. 分析と考察: 逐語録に起こした内容を、訪問看護を行う上で『大切にしている関わりや援助』『考え・価値観』『やりがい』『課題・葛藤』などの視点で意味づけを行って分類、検討した。なお、現地側の共同研究者と共に検討会を実施し、看護援助の振り返りや意味づけ、思いや体験の共有を行った。

3. 倫理的配慮:

聞き取り調査や検討会を行う際には、対象者に研究目的や調査内容について書面をもって説明し、同意を得た。得られた結果は本研究の目的以外に使用することはない、公表の際には匿名性を確保した。データは大学研究室内で適切に保管し、結果を公表した後は得られたデータを適切な方法で処理することとした。なお、本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 対象者概要

A 訪問看護ステーションに所属する訪問看護師のうち、研究調査に同意の得られた 3 名 (B~D 氏) に聞き取り調査を行った。対象者の概要につ

いて表 1 に示す。

表 1. 対象者の概要

対象者	Ns. B	Ns. C	Ns. D
年齢	40 代・前半	50 代・前半	50 代・前半
性別	女性	女性	女性
経験年数	17 年	30 年くらい	32 年
勤務経験	病棟、オペ室	病棟、外来、 救急外来	病棟、外来、 オペ室
訪問看護 経験年数	8 年	9 年	3 年

2. 聞き取り調査の内容

1) 大切にしている関わりや援助

聞き取り調査より、3 名の看護師は訪問看護を行う上で『大切にしている関わりや援助』として「具体的な方法をアドバイスする」「予測される病状・状態の変化を伝える」「ありのままを受け入れ、見守る」「方針を再確認する」「家族を巻き込む」「介護者の不安を軽減する」「本人の対処行動を支える」「人生を振り返る行動を見守る」「楽しみの継続・望みをかなえる」の 11 つの関わりや援助があった (表 2)。これらは本人や家族の持つ能力・段階・その時の状況、その人・家族らしさを大切にしたいという考えや価値観に基づいた看護援助であった。

2) 考えや価値観について

C 氏は、臨終に至るまでに「包み隠さず浮き出てくる」思いに寄り添いながら、利用者・家族の生き方、精神力などの持っている“力”に「感銘」を受けていた。また、利用者・家族を大事な存在と捉え「謙虚な気持ち」「神聖な気持ち」で援助に臨んでいると語った。そして、個々の事例への援助体験を「心の宝」と感じていた。D 氏は、在宅療養を継続する上で、家族にしか果たせない役割があるという思いを語った。また D 氏は、利用者・家族が満足を感じる事が、自らの喜びや評価につながる感じており、それらが『やりがい』となることを語った。

3) 課題や葛藤について

看護師への聞き取り調査から「病状の安定」「気持ちの切り替え」「スタッフのストレス軽減」「時間的制約」「未告知」「社会資源の充実」「家族の介護力」「技術の向上」「性格」に関する『課題・

葛藤』が示された（表3）。

その中でも、病状がコントロールされない、家族が最期まで看されず、在宅の希望があっても実現できないという「病状の安定」に関することや、自分の思い・理想と利用者・家族の置かれている状況の中でできることをやっていく、希望があっても思い通りにしてあげられないジレンマがあるという「気持ちの切り替え」については、ターミナルに関わる看護師にとって大きな葛藤であろう。

また、様々な葛藤を抱えながらも「スタッフのストレス軽減」についてはステーションとして一人で背負い込まないよう、みんなで見ていくという取り組みがなされている現状であった。

意見交換では、「自分の看護実践の振り返りができた」「自分を見つめ直すきっかけをもらった」「次の対象者に活かせる」といった言葉が聞かれ、結果を見ながら、3名が事例を思い出し、語る場面も見られた。

IV. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

受け持った事例を見直すことで、自分自身の振り返りや自分の行った看護の振り返りができる。そして、別の利用者への看護についても考えるきっかけとなった。

本研究においては、看護援助を振り返り、体験を意味づけることによって、訪問看護を行う上で大切にしていること、看護観、やりがい、課題・葛藤・困難さなどが明らかとなった。しかしながら、「利用者や家族へのよりよいサービス提供を可能とするための方策を考え、実践につなげる」ところまでは至っていない。これらなくしては、看護実践の改革に貢献することができないため、今後の課題であると考えた。

V. 現地看護職者の受け止めや認識

他のスタッフの思いや、看護に対する考え方などを知ることができた。

ターミナル期の利用者やその家族を支える訪問看護師の持つ様々な思いを知り、訪問看護師自身の精神面への配慮に関して、さらに取り組む必要があると考えた。

VI. 本学教員が関わったことの意義

領域別実習（訪問看護実習）で現地看護職と関わる中で、ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支援する上での困難さを訪問看護師が感じていることを教員が把握し、本研究に取り組むこととなった。今年度は在宅ターミナルに関する実践の現状について、看護職の認識を中心に

把握できた段階である。今後は領域別実習を通し、訪問看護師がターミナル期の利用者とその家族に関わる上で「大切にしている援助や関わり」「思いや考え方」「やりがい」「課題」「葛藤」などについて、現地の看護職と共に学生に伝えていくことにより、大学教育の充実につながると考えられる。

VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

ターミナル期を在宅で過ごす利用者に関わる中で困難に思うこと、またそれらへの対応などについて検討した。

共同研究者①：告知の有無で、本人・家族への援助のあり方、関わり方が変わってくる。私たちとしては告知されていた方がやりやすいと感じている。

共同研究者②：最初は家で看たいと思っけていても、本人さんが苦しがる姿をそばで看ている家族に不安や迷いがあると、最期に気持ちの変化が出てくることがある。

共同研究者③：ターミナル期の利用者に関わる中で、様々な思いが浮かび上がってくる。それを一人で受け止めるのはつらい。ステーションのスタッフとの会話やカンファレンスで相談にのってもらうことで、助かっている。それがあからやっけていっている。

本人・家族の希望を大切にしたいと思っけているが、介護者である家族が疲れてしまったり、最期まで診る医師がいなくて入院せざるを得ない状況になることがある。

訪問看護ステーション看護師①：告知していないと、症状や使用する薬物に関する説明も十分にできない。そのため、理解や納得が得られない。また、コミュニケーションもとりにくい。奥歯に何かが挟まったようなコミュニケーション、関わりとなり、どうしても誠実に利用者に向き合えないような感じがしてしまう。当ステーションでは、主治医の告知を基本方針としている。在宅で看ていくとき、未告知だとどこかで厚い壁にあたる。告知されていれば、患者自身も「薬を増やして欲しい」など希望を伝えることができる。家族がどうしても本人に告知して欲しくないというときには、誠心誠意対応するようにしている。

訪問看護ステーション看護師②：未告知のまま死を迎えたケースもある。意識レベルが低下するまでは、本人だけでなく家族も含めて葛藤は大きかったらと思う。

在宅ターミナルを診る医師の問題では、開業医同士の連携、協力などが行われれば、利用者・家

族の希望をかなえていくベースとなる可能性があり、期待している。訪問看護師の医師への働きかけも大切な一因になると思う。

看護師（元、訪問看護ステーション勤務）：病状が不安定だと利用者・家族の不安も強い。十分なケアがされていること、予測されることの説明が必要である。

また、利用者・家族の満足感は、在宅療養の継続のために大切であると考ええる。

病棟看護師：がん患者だけでなく、ALSなどの難病患者の在宅療養への移行も増えてきている。退院前にカンファレンスを行った上で、在宅へつなげるようにしているが、課題はある。医師からは告知をしっかりしてもらったり、悪化時どうするかを病棟でつめて検討し、迷いのないようにしたり、在宅療養の意思が変わっても別の道もあるということ伝えていく。

病棟から退院し、在宅でターミナル期を過ごされた方について、訪問看護看護師と病棟看護師が共に話、関わりを振り返る「看取りのカンファレンス」を行っている。病棟から送り出したら終わりではなく、フィードバックを行うことはとても貴重なことだと感じている。

大学教員：看取りのカンファレンスは、病棟側が企画しているのか。

病棟看護師：難病支援センターが企画し、家族や関わった全ての職種（病棟看護師、訪問看護師、医師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど）が参加している。訪問看護師から本人や家族の様子、言葉を聞くことができる。ターミナル患者を在宅療養につなげていくために、病棟看護師が配慮すべきだと思っていることがある。例えば、呼吸困難への援助として、入院中に向精神薬をいくつか使用して見て、効果を判定してから在宅療養へ移行するなど。入院時、モルヒネを使用していた患者さんが退院されることになり、開業医にもモルヒネを処方していただけるようお願いしていたが、実際は主治医から「モルヒネは使えない」と言われたALSの患者のケースもあり、後で聞いて後悔した。

共同研究者①：レスパイト入院については、病院と在宅では介護に差があるという問題がある。レスパイト入院の意図は「介護者の負担軽減」であるが、それを病院側が十分に理解していないことがあった。

大学教員：A病院ではレスパイト入院を療養病床で受けているのか、一般病床で受けているのか。

共同研究者①：一般病床で受けている。

看護師：未告知のケースにおける“やりにくさ”には、薬の使い方以外にどんなことがあるのか。個人的には、未告知か否かでケアの困難さは変わらないのではないかと考えている。

共同研究者①：未告知の利用者は、「なんでこんなに苦しいの」など、ずっと葛藤を持ち続けている。それを看護師に問いかけてくる。未告知であることによって、十分に気持ちに寄り添ってケアをできないと感じる。「今、こういう状況だから苦しいんだよ」と説明できない。

共同研究者②：体に起きてくる様々な変化について利用者が聞いてくることもある。しかし、未告知の状況では、それらに十分に答えられない。「先生は何て言ってるの？ご家族は何て言ってるの？じゃあ、そうなんやね。」としか言えない。本人は最後の最期まで治るつもりでいる。そして、頭の中はいつも疑問だらけである。本人・家族全員で受け入れて、本人が甘えられる状況が最後の満足につながるのではないかと。みんなで共有できる状況の方がいいケアができるのではないかと日々感じている。

→在宅で看とりたいという希望があっても揺れ動く家族の気持ち。本人を大切に思うがゆえに、苦しむ姿を見ていられない家族。本人・家族が納得して在宅で最期まで療養を継続するためには、病状のコントロール、予測されることの説明、十分なケアがなされることが必要である。そして、本人・家族が療養生活に満足できるよう支援することが大切であると考ええる。

→未告知のケースでは、本人も家族もずっと葛藤し続け、それを看護師へ問いかけてくる。そのようなとき、十分に気持ちに寄り添ってケアをできないと感じることや、誠実に向き合えていないと看護師は感じているようであった。このような未告知のケースに限らず、ターミナルに関わることによって生ずる看護師の精神的な負担に対しても何らかの支援が必要と考ええる。

→病棟から退院し、在宅でターミナル期を過ごされた方について、訪問看護師と病棟看護師が共に話、関わりを振り返る「看取りのカンファレンス」を行っているという施設もあった。このようなフィードバックの機会は、病棟看護師にとっても、訪問看護師にとっても大変貴重であると考ええる。その事例について共に振り返ることで、思いや体験の共有や看護実践の評価につながり、次の看護援助へ活かすことが可能となると考える。

表2. 大切にしている関わりや援助

カテゴリー	意味づけの要約
具体的な方法をアドバイスする	<p>家族の持つ能力・段階・状況に応じた働きかけを行う。不安が強いとき(「吸引も怖い」と言っているとき)には、家族に無理に何かしてもらわず、見守る。</p> <p>本人・家族の希望を実現させるために、具体的な手順や方法(まず往診医を決める)をアドバイスする。</p> <p>家族の持っている能力や個別性に合わせ、段階や状況に応じた具体的な方法を伝える(往診医を探す、休息をどうとるか、吸引指導など)。</p> <p>在宅療養の希望を実現するために、在宅でも医療的な処置(酸素投与、点滴など)が可能であることを伝え、イメージ化を図る。</p>
予測される病状・状態の変化を伝える	<p>本人の「家で生活したい」という意思を実現するために、介護者の見取りへの不安を軽減し、心づもりしてもらうために、「予測される経過、どういう状態になったら連絡するか」を家族に伝える。</p> <p>あわてずに経過を受け入れながら見ていく心づもりができるよう、予測される病状や状態の変化などを伝える。</p> <p>『「夢をみたような気持ちになりながら、少しずつ弱っていくんだよ、最期に近づいていくんだよ」ということとお話する』</p> <p>あわてずに経過を受け入れ、家族がそのときどきに必要と考える関わりができるよう、予測される病状・状態の変化などを伝える。</p> <p>予測される経過を説明する。</p>
ありのままを受け入れ、見守る	<p>そういう話(通帳解約など本人の死後の話)は本人のいないところで話したほうが…と自分は思っていたが、状況を見て、ありのままの家族、夫婦関係やあり方を見守った。</p> <p>自分の気持ちや希望、看護師としてのアセスメントや判断も持ちながらも、本人・家族の希望、望む最期が実現できるよう関わる。</p> <p>『状態的に悪いので、私は入院したほうがいい、お家では無理かな～というようなのはありました。「お家で看たい」と言われたときは、なんとかしてお家で看れるようにしてあげたい、と』</p> <p>告知に対する自分の考えはあるが、家族の方針に合わせていく。</p> <p>本人の生活、その人らしさ(お話好き)を大切にするために、「看護師としての目」を持ちながらも人と人として「普通の関わり(お話)」をする。</p> <p>不安定になったり、怒りをぶつけられることがあっても、「その人らしさ」の一部として捉え、ありのままを受け入れる。</p> <p>本人の気持ちを尊重する。</p>
方針を再確認する	<p>予測される病状の変化、介護者の健康問題、他の家族の協力状況などから、在宅療養が継続できなくなる可能性を考え、今後の方針を再度確認する。</p> <p>常に予測の視点を持ち関わる中で、介入の必要性や重要度、本人や家族の気持ちの変化などから、タイミングや時機を判断しながらその都度方針を確認している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族はまだ予後について意識していないが、早めに考えていけるよう介入する必要がある ・考えていく必要はあるが、本人・家族がもう少し意識する段階になってから介入する など <p>「認知症が進行する介護者が、酸素吸入などの医療的処置が必要な本人を見続けるのは困難」という看護師としての判断に基づき、本人・家族の在宅療養の希望をかなえるために、他の家族へ働きかけ、今後の方針を確認している。</p>
家族を巻き込む	<p>「家族の中で最期を迎えさせたい」という家族の希望を尊重し、意図的にケアに家族を巻き込む。</p> <p>『ご主人に後ろから回り、抱きかかえるように支えてもらい、端座位で足浴をしたり…というような、家族と一緒にケアをして時間を共有する』</p> <p>在宅で見ていくには、家族の協力が必要であると意識づけ、家族もチームの一員にする。</p> <p>『奥さんは、自分も一員だといわれたことで、構えというか、気構えみたいなのができたみたい』</p>
介護者の不安を軽減する	<ul style="list-style-type: none"> ・体制を整える(緊急時の連絡先、往診医を決めるなど) ・不安にはその都度十分に対応する(医師に診察してもらい、必要時家に出向く、状態や今後の予測を説明するなど) ・他職種への働きかけ(往診医、主治医、介護士などとの十分な情報共有、意思の統一など)などの関わりを行なっている。
介護者の負担を軽減する	<p>入浴介助を手伝うことで、介護者の負担を軽減し、本人・家族の希望をかなえる。</p> <p>『(入浴によって痺れや痛みが取れていたため、頻回の入浴を希望する夫の望みをかなえるために、妻が一人で何回もの入浴介助を行っていた。)その介助を奥さんが担ってみたいんですけども、それを私たちが手伝って担っていくことでできた』</p> <p>在宅療養が継続できるように、介護者の健康を気遣い、実現可能な具体的な方法(休息のとり方など)を提案する。</p>
サービスの活用や多職種との連携を行う	<p>経済状況・健康問題・成育歴などを考慮して、サービスの活用や事業所の枠を超えた連携を行う。</p>
本人の対処行動を支える	<p>本人の苦痛症状の捉え方、対処行動を否定せずに尊重して関わる。</p> <p>腰椎転移による疼痛を本人は「昔から畑をやるから腰痛がある」と捉えており、「針やあん摩にかかりたい」という希望があった。主治医に確認しながら、その行動を見守った。</p>
人生を振り返る行動を見守る	<p>本人の『人生を振り返る』行動をそばで見守る。</p>
楽しみの継続・望みをかなえる	<p>本人の大切にしていること、楽しみ(花が好き、花壇をやりたい)、その人らしさをできるだけ尊重し、支える(調子がよいときに介護士とストレッチャーで桜を見に行った)。</p>

表3. 課題・葛藤

カテゴリー	意味づけの要約
病状の安定	環境や体制を整えても、病状がコントロールされて安定していないと、家族が最期まで看きれず、在宅での看取りの希望があっても実現できない。
	病状がコントロールされて安定していないと、家族が最期まで看きれず、在宅で看取りたいという希望があっても実現できない。
気持ちの切り替え	自分の思いと違う部分はあるが、その人・その家庭の置かれている状況の中で、「切り替え」をしてやっていった。しかし、切り替えられない部分がある。 『自分の思いと違う部分はやっぱりあるので、切り替えも大切ですね。そういうふうには思いつつも。』
	認知症が進行する介護者が、今後酸素吸入などの医療的な処置が必要になった本人を見続けるのは困難。 『希望があってもなかなか思い通りにはしてあげられないジレンマがある』
スタッフのストレス軽減	ターミナル患者、家族に接するときは、その場での判断・対応が必要とされるので、不安・心配になるところがある、そのため身構えることがあるため、「気合い」が入る。受け持ち制であり、思い入れも強くなるし、他人事ではなくするという面もあるため、一人で背負い込まないように、みんなで見ていくという雰囲気を作ることが、スタッフのストレス軽減につながる。
時間的制約	時間的な制約もありQOLの向上というケアまで手が回らなかった。
	時間がないことへの焦りと、確認しなかったために家族に悔いを残してしまったのではないかという後悔がある。 『妻に後悔を残したのではないかという思い。決めていたけどその場で悩んだ。奥さんの心にひっきり(大島紬の下に襦袢を着せた方が良かったかしら…)を残してしまったかもしれない、ということ。』
未告知	未告知のケースでは、症状や今後に対する不安や疑問に答えにくい。予測されることを伝えにくい。
	未告知のケースでは、本人や家族の不安、予測していない質問や疑問への対応に困る。多職種が関わる、経過の途中からの関わるということで、本人や家族の告知や病気の理解状況について、情報が得にくい。
	未告知のケースでは、話の内容を選んだり、相手に合わせて話しをするなど、対応にとっても気を遣う。
	未告知のケースでは、希望するターミナルの迎え方が分かりにくい、今ある苦痛や症状への対応が中心となってしまう。
未告知のケースは、今ある苦痛をとってほしいという希望しか出てこないため、どのようなターミナルを迎えたいと思っているか、把握しづらい。	
社会資源の充実	在宅で看取りたいという希望を持っている場合、それを実現させてあげたい。そのためにも、在宅でも看取りが可能であること、訪問看護も利用できることを知ってもらいたい、在宅で最期を迎える人を診る医師が増えてほしい。
家族の介護力	第3者が中心となり見ていった場合、本人が満足できるターミナルを迎えられたか…と考えてしまう。家族の介護力がないと在宅でのターミナルは難しいという思い。
技術の向上	心地よさをケアに取り入れていきたいという思いから、フットケアをの技術を向上させていきたいと考えている。
性格	家族の中にある愛情や感謝の気持ちを引き出すような関わり、もう少し踏み込んだ関わり(介入)も必要ではないか。 『行動ができない原因には、自分の消極的な性格もあると思う。介護者を非難して後悔を残してもいけない。先生が来なかったら、つい、ぼろっと、「よく頑張られましたね」とか、家族が気付けるような言葉かけをしたかもしれない。』