

St. Luke's International University Repository

A structure of family support in home hospice care -Focusing on the support of the visiting nurse-

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 長江, 弘子, 成瀬, 和子, 川越, 博美 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/368

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造 —訪問看護婦の支援に焦点を当てて—

長江 弘子¹⁾ 成瀬 和子²⁾ 川越 博美³⁾

要 旨

本研究は在宅ホスピスケアにおいて訪問看護婦が捉えた患者・家族の問題に焦点を当て、訪問看護婦の支援構造を明らかにすることを目的として行った。調査期間は1997年1月～1998年2月である。調査対象は、都内A病院を中心とした在宅ホスピスケアチームに依頼があった7事例、及びそのケアに携わった訪問看護ステーション4カ所の訪問看護婦7名である。研究方法は患者の経過記録の内容分析と、支援内容に関する受持ち看護婦への聞き取り調査を行った。事例はその経過を在宅ホスピスケアの導入期、安定期、臨死期の3期に分け、各期の支援内容の構造化を試みた。

その結果、在宅ホスピスケアの導入期の支援構造は家族とのコミュニケーションを基盤に、「家族の考え方を知る」「家族の考え方に添う」「今後の見通しをたて、ケアの方向性を見出す」「今までの生活を維持できるように働きかける」という4つのカテゴリからなる支援構造が見出された。次に安定期では「看取るものとしての家族」「ケアの対象としての家族」への具体的教育を行い、「今できること／しておきたいことを支援する」「看取りの準備」をする臨死期へと向かう構造が見出された。臨死期では、家族に具体的に死の過程を指導し「看取り方を教える」「家族一人一人の思いと関係性の調整」「看取る力を支える」「看取りと亡くなってからの家族の生活を考える」の4つのカテゴリによる支援構造が見出された。

この支援構造は、家族に起こる問題は家族が適切な対処方法を知れば、家族が持っている本来の力を発揮し、解決できることを示唆しており、訪問看護婦の患者・家族とのコミュニケーション能力、家族の持つ力を引き出し、強化するための関係性の調整と支持能力の重要性を表している。これらの訪問看護婦の能力は今後、在宅ホスピスケア各期における看護実践ケアプログラムの基盤としての活用が期待できる。

キーワード

家族支援構造, 訪問看護婦の役割, ケアプログラム, 末期がん, 在宅ホスピスケア

I. はじめに

日本における過去10年間のがん看護実践研究において、季羽ら¹⁾はがん看護の研究の焦点はターミナル期から診断・治療、回復期へと多様化してきたことを指摘し、ケアの質を高めるためには記述研究とともに効果的な看護介入を明らかにする必要性を述べている。また嶺岸ら²⁾は、季羽らの提言を受け、がん看護の実

践研究に焦点をあて、その動向を示している。それによれば、これまでのがん看護実践研究は対象の心理・社会的側面をアセスメントし理解する目的の研究が主流であったが、今後はその結果から、どう対象に働きかけ支援するかという看護介入とその成果を症状管理や症状緩和に向けた研究へと発展させることの重要性を指摘している。このように、がん看護における実践研究は看護婦の関わり方や支援内容を明らかにすることとその効果に関する研究が早急に求められている。

これらの研究の動向は臨床看護のみならず、在宅ケアにおいても同様な傾向が見られる。しかも、在宅ケアにおける実践研究はまだ少数の報告にとどまってお

1) 聖路加看護大学講師 (地域看護学)

2) 聖路加看護大学助手 (地域看護学)

3) 聖路加看護大学教授 (地域看護学)

り、発展途上にある。その結果、数例の症例研究をまとめたものや在宅ケアシステムに関する一施設の取り組みなどの報告が多く、看護婦の関わり方は熟練者による提言などによってその考え方が伝えられているのが現状である。近年の訪問看護実践内容に関する研究では、川村ら^{3) 4)}の看護技術の能力及び看護判断樹プロトコルの開発、佐藤⁵⁾による訪問看護婦の認識と方略、島内ら⁶⁾の在宅ケア基準化への取り組み、島谷ら⁷⁾の疼痛コントロールにおける訪問看護実践の評価研究などが報告された。これらの研究は訪問看護ケアの質の評価及びケアの均質化とサービスの一貫性を求めたものであり、地域看護における専門職機能の明確化及び看護婦の教育に重要な示唆をもたらしている。

しかしながら、我が国の訪問看護婦のがん看護実践活動について具体的な看護支援の抽出と記述を行った研究は行われていない。それゆえ、訪問看護婦が日常的にどのような視点で患者と関わりを持ち、どのような技法を用いて支援をしているか明確にすることは早急な課題であると考ええる。Zerwekh J.V.⁸⁾は、「実際のホスピス看護において看護婦は重要な役割を果たしているにもかかわらず、家の閉じたドアの中で行われていることは一般的なことにとどまり、よく知られていない」と指摘している。彼女は地域看護職の専門能力を質的記述的研究で明確化しており、一連の研究は実証研究として成果をあげている⁹⁾。彼女の示したホスピス看護の10の要素と実践に関するビジュアルなモデルは、日本におけるホスピスケアの支援内容と類似するところが見られ、日本の在宅ホスピス看護も同様な手法を用いて、訪問看護婦が行っていることを記述的に明確化することは意義があると考ええる。

在宅ホスピスケアにおける訪問看護婦の役割は事例や経験を通してさまざまな形で語られてきた^{10) 11)}。しかし実証研究として扱われ、記述されることが必要であり、支援内容の明確化は看護における方法論を明確にすることでもある。看護実践において日常的に行う支援が実践的な記述によって明らかにされることは、看護実践に有効であるばかりではなく、看護基礎教育や現任教育及び新人教育にも活用可能であると考ええる。

II. 研究目的

本研究は、在宅ホスピスケア支援プログラムを開発するための基礎的研究である。その第一段階として、在宅ホスピスケアの導入期、安定期、臨死期の各期において訪問看護婦の支援内容の抽出とその構造を質的に明らかにすることを目的としたものである。

III. 研究方法

1. 研究対象

研究対象は在宅ホスピス協会に会員登録しており、在宅ホスピスケアを実施していると標榜している都内の病院及びその病院と連携している訪問看護ステーションとした。研究の主旨に同意し、協力の得られた病院はA病院とA病院と連携している4カ所の訪問看護ステーションであった。研究期間の1997年1月～1998年2月までの約1年間に依頼があった事例7例、その事例を受け持った訪問看護婦7名を分析対象とした。

2. 調査方法

本研究は未だ明らかになっていない訪問看護婦の支援について因子探索的手法を用いた質的記述的研究デザインである。調査対象の選定は、在宅ホスピスケアを施設と在宅で連携しながらチームアプローチを先駆的に実践しているA病院の医師と連携している訪問看護婦に研究者自身によるインタビューを行った。

インタビューを実施するにあたり、あらかじめ訪問看護婦に患者・家族の支援内容について振り返りをしてもらった。その内容は、看護婦が各期に捉えた家族の問題とその根拠となる家族の状況(家族の言動、表情、態度等のデータ)、支援内容、支援の根拠である。それらの内容を研究者が作成した独自の記録用紙に記載するよう依頼した。記載された内容をもとにインタビューを実施し、書かれた内容と表現の一致を確認した。その後、すべての事例から抽出された支援を内容分析の手法を用いて分析した。分析の記録単位は「訪問看護婦が患者・家族を支援したこと」とし、分析における文脈単位は各事例の在宅導入期から臨死期までの期間に提供された支援全体とした。

分析にあたっては、在宅ホスピスケアの研究者3名で実施した。訪問看護婦の支援とその構造を抽出した後、再度看護婦に支援内容の一致を確認した。

また、患者記録は記録における倫理的配慮から、看護婦が資料として用いる場合にのみに限り使用した。また個人を特定するような情報提供は受けず、看護婦からの情報に限定した。基本的情報として、患者に関しては年齢、性別、疾患名、在宅期間等、また看護婦は、年齢、性別、臨床経験年数、訪問看護経験年数を背景とした。

2. 本研究における用語の定義

本研究では、在宅ホスピスケアの導入期、安定期、臨死期について川越¹²⁾による定義を採用した。川越はこれらの定義を一定の基準ではなく便宜的につけていると述べ、関わるチームで認識する重要性を指摘し

表1 対象者概要

No	年齢	性別	疾患名	在宅期間
1	59歳	男性	上咽頭がん	52日間
2	73歳	男性	胆嚢がん	14日間
3	44歳	女性	卵巣がん	103日間
4	60歳	女性	肺がん	99日間
5	62歳	女性	子宮頸がん	51日間
6	59歳	女性	子宮頸がん	56日間
7	62歳	女性	胃がん	45日間

ている。そのため、調査対象となった訪問看護婦と認識を一致させ、採用した。

在宅ホスピスケアの「導入期」とは、在宅ホスピス開始期のうち、主治医の初回往診から約1週間を目安とする。「安定期」とは、「導入期」と「臨死期」の間で、症状・疼痛管理が比較的安定しているときを指す。「臨死期」とは、いよいよ死が近づいてきた時期をいい、臨終の10日から1週間前をいう。

IV. 研究結果

1. 対象の特性

対象となった7事例の概要を表1に示した。それによれば、平均年齢59.8歳、男性2名、女性5名、疾患は子宮頸癌末期2名、卵巣癌末期1名、肺癌末期1名、上咽頭癌1名、肺癌末期1名、胆嚢癌末期1名であった。在宅期間は最長103日、最も短かったのは14日、平均61.1日間であった。訪問看護婦の特性は平均年齢40.1歳、平均臨床経験年数12.0年、訪問看護の平均経験年数8.2年であり、看護基礎教育背景は大学卒4名、3年課程卒3名、所持資格は保健婦4名、看護婦3名であった。

2. 在宅ホスピスケアの各期における支援とその構造

1) 導入期の支援とその構造

導入期では、「家族の考え方を知る」「家族の考え方に添う」「今後の見通しを立て、ケアの方向性を見出す」「今までの生活を維持できるように働きかける」の4つのカテゴリーが見出された。

(1) 家族の考え方を知る

訪問看護婦は主たる家族とのコミュニケーションを十分に取ることによって<看取ることへの家族の思い>を引き出す、確認する、支持する、尊重する、説明するという技法を繰り返し用いながら、家族一人一人の思いを知ることをしてきた。そして、在宅ケアの受け方・考え方の情報を伝え、在宅で受けた

い医療・受けたいケアについての家族の言語的表出を支援していた。その上で、在宅で受けられる医療・受けられるケアについて説明をした。入院中、患者・家族は医師から病状の説明を受け、在宅療養を選択する。しかし、導入期においてその選択は本当にそれでよかったのかどうか患者・家族は気持ちが揺れていた。その揺れや迷いを受け入れながら訪問看護婦は<在宅ケアの受け方・考え方>についての家族の意向や考えの表出を促し、家族や患者自身と訪問看護婦の双方がその選択を確認していた。

一方、この時期、患者・家族は病院から離れた不安と病状悪化を恐れていた。そこで訪問看護婦は医師と協働していた。訪問看護婦は医師との十分な情報交換によって病状を理解し、症状緩和、疼痛管理に関するアセスメントを行っていた。患者・家族の医師への信頼を軸に、その橋渡しに訪問看護婦がいることの認識を患者・家族が持つよう、その位置関係を明確にしていた。このように患者・家族の意向や考え方を知った訪問看護婦は、患者・家族を尊重していることを強調し、患者・家族が常に自分たちが選んだ方向性を意識するように促すのである。

(2) 家族の考え方に添う

様々な情報収集と患者・家族の考え方を互いに認識した後、できる限りの介護をしたいと願う家族の気持ち、家族の死を信じたくない、受け入れたくない家族の死への怒りや不安を受け止め、家族の意向や考え方に添うための支援へと方向を変えていた。この患者・家族の意向や考え方に応えるという姿勢はホスピスケアにとって重要であり、訪問看護婦は信念としていた。訪問看護婦が「患者・家族の考え方を知る」目的は、患者・家族の意思決定や選択のアセスメントをし、患者とその家族がどのように生き、死にたいのか/看取りたいのかというその望み/選択を支援しようとするためである。そして、このアセスメントはできる限り介護したいと望む家族の力や関係性のアセスメントも含んでいた。今後

表2 導入期における訪問看護婦の支援カテゴリとその内容

訪問看護婦の支援カテゴリ	支援内容
1) 家族の考え方を知る	
〈看取ることへの家族一人一人の思い〉	
主たる家族及び他の家族とのコミュニケーションを十分に取る	家族の関係性、役割について情報収集する
	家族間での意見の不一致はないか情報収集する
	家族の不安・考えを引き出す
	家族の意志・希望を確認する
	家族の考えを支持・尊重する 家族に説明する
〈在宅ケアの受け方・考え方〉	
在宅ケアの受け方・考え方の情報を伝える	本当のことを伝える
	受けたい医療・受けたいケアを聞く
	入院か在宅かの迷いを聞く 受けられる医療・受けられるケアの情報を伝え、説明する
医師とのコミュニケーションをとる	医療の受け方を説明する
	症状コントロールについて相談する
	痛みのコントロールについて相談する
2) 家族の考え方に添う	
〈家族を受け止める〉	
できるだけ介護をしたい	病状を説明する
	不治であることによる気持ちのゆれを受け止める
	死を受け入れられない家族を理解する
	介護による精神的・肉体的疲労の可能性を考える
3) 今後の見通しを立て、ケアの方向性を見出す	
〈家族とのコミュニケーション〉	
家族と相談する	家族一人一人の気持ちを聞く
	家族内の役割変化への適応
〈医師とのコミュニケーション〉	
医師と相談する	症状緩和の方針を相談する
	対処方法の検討
	疼痛管理の方針を相談する
〈家族と医師の橋渡しをする〉	
医療チームの信頼関係を強化する	家族の考えや気持ちを医師に伝える
	医師の考えを家族に知らせる
	往診を依頼する
〈今後の予測をする〉	
症状への対処方法を考える	病状の変化を見通して、家族に指導する
	疼痛管理を医師と相談する
	往診を依頼する
今後の介護量と家族介護力の見通しを立てる	必要な訪問看護の内容を考える
	家族の介護力量を考える
	他の家族の介護参加を促す
	社会資源を検討するための情報収集をする
4) 今までの生活を維持できるように働きかける	
家族内の役割の保持	できるだけ家族内の役割を維持する
主たる介護者の介護負担の軽減	介護者との話し合い
	他の家族メンバーの介護参加への要請
	社会資源導入の検討をする

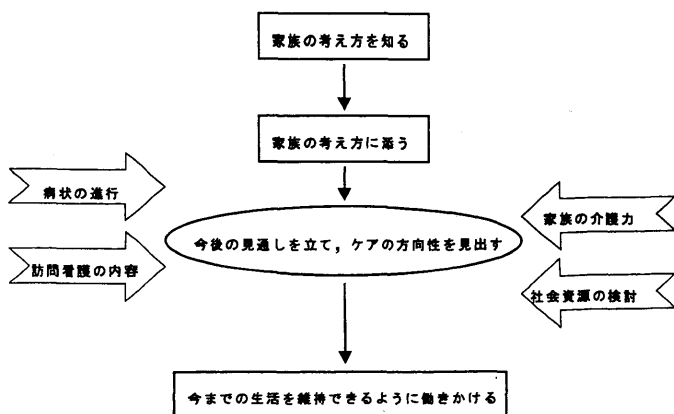


図1 ターミナル期家族支援の構造：導入期

予測される介護の精神的・肉体的疲労の可能性を視野に入れ、家族それぞれの思いを受け止め、望みを尊重するためのものであった。

(3) 今後の見通しを立て、ケアの方向性を見出す

これは専門職の責任としての働きであり、患者・家族の関係性の観察、家族の意向や考え方について確認したこと、家族の介護能力など、アセスメントの結果を医師に伝え、医師からも情報を得ていた。とくに医師とは症状緩和、疼痛管理について今後の方針を相談することに重点があった。そして家族と医師の橋渡しをしながら、病状の変化への対処方法とニーズに応える具体的介入を考え、症状緩和と疼痛緩和の方法を検討していた。このように訪問看護婦は家族、医師とのコミュニケーションの結果、専門職としての介入方法を決定し、さらに家族と医師の橋渡しをし、チームケアへとつなげる役割を果たしていた。これは医療チームにとっても患者・家族にとっても互いの信頼関係を強化することに発展していた。

また、今後の予測をするための専門職機能の他、具体的な教育を家族に行い、家族の能力のアセスメントと家族の力を強化していた。そしてそれに伴った訪問看護の内容と介護量、家族の介護力、社会資源の導入を計画し、今後の見通しを立てていた。

(4) 今までの生活を維持できるように働きかける

在宅で家族を看取するという選択は、患者のみならず、家族にとっても新しい生活への適応を余儀なくされる。しかし、家族はできるだけこれまでの生活を維持したいと望み、その役割を維持しながら生活の立て直しを図っていた。訪問看護婦はその変化を最小にし、適応を促進する支援を行っていた。時に家族の中で考えが一致しないことも生じていた。その場合は時と場所を選び話し合う機会を作ることを

行っていた。

以上、導入期の4つのカテゴリーは、ホスピスケアの主役である患者・家族の選択を支援するためのアセスメントである。訪問看護婦の支援は患者・家族と十分なコミュニケーションを基盤にして、家で死ぬこと／看取ることの不安・考えを引き出し「家族の考え方を知る」ことから開始されていた。そして「家族の考え方に添う」ことで家族を尊重し受け止め、信頼関係をつくりあげていた。つぎに医師との協働によって、病状進行の理解、症状緩和、疼痛管理の具体的方法を検討していた。それに伴った訪問看護の内容と介護量及び家族の介護力についてアセスメントし「今後の見通しをたて、ケアの方向性を見出す」支援をしていた。同時に家族全員が新しい生活へ適応できるように話し合いを設けたり、介護負担軽減の長期的なプランとして社会資源の活用を視野に入れながら「今までの生活を維持できるように働きかける」という支援構造が見出された。これらの支援内容と構造を表2、図1に示した。

2) 安定期の支援とその構造

安定期では、「ケアの対象としての家族」「看取るものとしての家族」「今できること／しておきたいことを支援する」「看取りの準備」の4カテゴリーが抽出された。これらの支援内容と構造を表3、図2示した。

(1) ケアの対象としての家族

ホスピスケアにとって家族の介護は必要不可欠である。そのためには家族をアセスメントすることが必要である。訪問看護婦の〈それぞれの想いと関係性の調整〉は最も重要な働きかけであった。その内容は、家族一人一人がどのような考えや気持ちを持っているのかについて、その家族の関係性や家族の歴史、一人一人の人生にとって死にゆくことが与える心的衝撃を見極めること、そしてその対処能力を見極めることであった。さらに主たる介護者を軸に、看取ることへの思い、不治であることによる揺らぎ、介護者自身の健康状態、介護者が感じている介護の重さについて、主たる介護者の気持ちを引き出す、支持する働きかけを行っていた。

また主たる介護者のみならず、その他の人との関わり合いのタイミングを探し、主たる介護者以外の人の気持ちを引き出し、家族全体が悲しみやストレスを見つめ、協力して乗り越えていく力があるかどうかを見極めていた。そして必要時、主たる介護者以外の人との関わりを持つことをしながら、家族全体がバランスを取れるような役割分担や納得した介護への

表3 安定期における訪問看護婦の支援カテゴリとその内容

訪問看護婦の支援カテゴリ	支援内容
1) ケアの対象としての家族	
〈それぞれの想いと関係性の調整〉	
主たる介護者の気持ちを引き出す	看取ることへの思い
	不治であることによる揺らぎ
	介護者自身の健康状態
	介護者が感じている介護の重さ
主たる介護者の気持ちを支持する	
主たる介護者以外の人との関わりを持つ	主たる介護者以外の人との関わりのタイミングを探す
	主たる介護者以外の人々の気持ちを引き出す
主たる介護者その他の家族、及び医師との橋渡しをする	家族間の思いの不一致を知るための話し合いを持つ
	家族間の気持ちを伝える
	症状に対する説明をする
	気持ちを引き出す役割の調整をする
	介護方法の助言・指導をする
	家族の医療への期待を聞く
2) 看取る者としての家族	
〈家族への具体的教育〉	
苦痛緩和：モルヒネ、薬の知識不足	モルヒネ管理 薬ののみ方を指導する
症状対処へのケア方法	介護法・ケア方法を指導する
	状態を説明する
	不安を聞く
	医師や薬剤師に連絡を取る
	緊急時の医療機器を準備する
	緊急訪問をする
医師との協働	緊急時の対処方法を定める
	起こることを予測し、対処方法を確認する 痛み止めの増量を検討する
〈不安なく負担ないケアへの参加〉	
不安への対処	これから起こる症状を予測する
	これから起こる症状を説明する
	対処方法を話し合う
症状に対する治療やケア方法を決定できるよう支える	治療やケア方法の迷い・考えを聞く
	正しい情報・知識を伝える
	納得する方法を選ぶ
症状に対する治療やケア方法について決定したことを支える	モルヒネへの家族の意志を聞く
	家族の意志を確認し、支持する
〈介護力の再評価〉	必要時、福祉へつなぐ
3) 今できることを支援する	
〈家にいる価値を引き出す〉	家族内役割・存在の維持
〈家にいる価値を引き出す〉	家族が共に過ごす時間をつくる
4) 看取りの準備	
〈家族の力を引き出す〉	家族ができる症状緩和を教える
〈家族の力を強化する〉	看取りの方針を確認する
	緊急時の対処方法を確認する
〈見取った後の家族を予測する〉	見取った後の家族関係を予測する
	家族が見取った後、満足感が選られるように見取りへの参加を促す
〈介護力の強化と補充〉	今後予測される介護量と介護力の評価をする

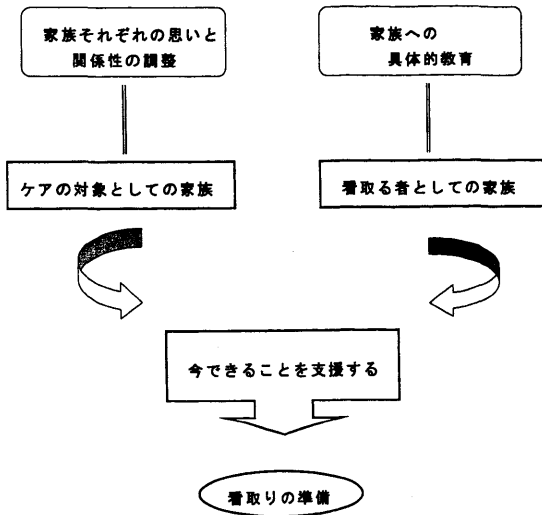


図2 ターミナル期家族支援の構造：安定期

参加ができるよう主たる介護者とその他の家族との橋渡しをしていた。

このような家族全体を調整する働きかけをし、介護者を中心とした家族全体をケアの対象として関わっていた。

(2) 看取る者としての家族

家族はケアの対象でもあると同時に重要な介護の担い手であり、在宅での看取りを実践する者でもある。そのため訪問看護婦は日常のケアにおいて常にモデルであり、教育者であり、支援者である。家族の能力を引き出し、育て、エンパワーメントする働きかけをしていた。〈家族への具体的教育〉は介護する家族の対処能力を高める支援であった。それは、苦痛緩和で使用するモルヒネの知識を補う、病状への不安を聞き、状態を説明し、症状対処へのケア方法を指導するという内容であった。また緊急時の対処方法を決めておき、時には緊急訪問をし、医療者がいつでも支援することを知らせていた。どのような時でも家族の行ったすべてのケア方法を確認し、励まし支持していた。そしてこれから起こる症状を予測する・説明する・対処方法を話し合うことを通して「なぜ」「どのように」を互いに確認し合いく不安なく負担ないケアへの参加へと家族を導いていた。

〈不安なく負担ないケアへの参加〉は今行われている治療やケア方法に対する迷いや考えを尋ね、傾聴し家族から引き出す、また正しい情報や知識を伝え、家族が納得した治療やケア方法を選択できるように促すという支援をしていた。その結果、家族が決

定できるように支えていた。さらにその選択を支援するために、新しい計画を再構成していた。そして家族がいかによくケアしているか、いかによい選択であったかを励ましフィードバックすることで訪問看護婦は家族が決定したことを支え、家族の力を強化していた。

(3) 今できること／しておきたいことを支援する

安定期の特徴である。この時間が取れることで家族の凝集性は高まる。家庭内での役割の維持や存在価値の確認は〈家にいる価値を引き出す〉ことにつながっていた。それは、その家族にとって意味あることであり、どんなことでもよいのである。それは家族での外出や食事、思い出の地への旅行、日記、手紙を書くなどこの世に残した仕事であり、周囲の人との和解であった。まさに今、しておきたいこと、できることを実現するための支援であった。その結果、家族はまとまった時を忙しい介護の生活の中で過ごすことができ〈家族のまとまりをつくる〉ことへの支援となっていた。これら一連の支援が後悔しない看取りへと導いていた。

(4) 看取りの準備

様々な知識や技術を獲得しながら問題に対処していく中で、家族は成長していった。新しいことへの対処能力を強めていくのである。このことが〈家族の力を引き出す〉〈家族の力を強化する〉へとつながっていた。その一方で、予期悲嘆へのケアが始まっていた。それは、家族の関係性をアセスメントし、家族の死がどのように影響するか〈看取った後の家族を予測する〉ことであった。そのためには介護に携わりたくてもできない家族の看取りへの参加を促したり、家族ができることをしてあげられたと満足できるような場の設定と機会を作り出すことを行っていた。家族の思いが強ければ、重症化してきた時の家族の不安や緊張、介護の疲労も増すため、〈介護力の強化と補充〉も計画していた。このように看取りの準備として家族の力を見極めながら、家族の死がもたらすストレスやインパクトがどのように家族の関係性に影響するかを予測し、家族の力の強化を促していた。

以上、4つのカテゴリーは「看取るものとしての家族」への具体的教育という積極的な働きかけと家族の力の変化を見守りながら、「ケアの対象として家族」を捉えることを基盤にしていた。その過程で安定期だからこそできる家族の時間「今できることを支援する」ことをしていた。これらの体験を通して家族は看取る力を育み、訪問看護婦は家族を一つの単位として看取りへの参加を促し「看取りの準備」へと向かう支援構造が見出された。

表4 臨死期における訪問看護婦の支援カテゴリとその内容

訪問看護婦の支援カテゴリ	支援内容
1) 看取り方を教える	
具体的な死の過程を指導する	病状の変化の説明をする 出現する症状について説明する 昏迷・不穏状態について説明する 呼吸状態の変化について説明する 呼吸停止後の対処方法について説明する 死亡時刻の見方、連絡方法について説明する
具体的な介護方法を説明する	便秘、むくみ、食事量の変化への戸惑いを聞く 症状への対処方法を考える 安楽な清潔ケア方法を教える 状態の悪化に対する不安を受け止める
弱っていく状態を受け入れられるように指導する	弱っていく本人をみる辛さを受け止める 状態の悪化に対する不安を受け止める 状態悪化の説明する 看護婦に気持ちを表出できるよう常に気持ちを尊重し、受け入れる
新たに加わった医療処置を家族ができるように指導する	酸素吸入、吸引器、モルヒネ皮下注射などの指導をする
医師との協働	モルヒネの増量について検討する 症状緩和について検討する
2) 家族一人一人の思いと関係性を調整する	
新たに加わった医療処置を家族ができるように指導する	家族一人一人に今の気持ちを聞く
新たに加わった医療処置を家族ができるように指導する	家族関係が今のままで良いか、変化させるべきか考える 夫婦関係、親子関係等、関係性の和解への方向へと働きかける
新たに加わった医療処置を家族ができるように指導する	介護方法を話し合う 医療処置への意向・方針を話し合う このまま在宅か入院かを話し合う
医師との協働	主たる介護家族外へ病状を伝える 医療処置への意向・方針を確認する
新たに加わった医療処置を家族ができるように指導する	家族全員が満足できる見取りへの参加を促す
3) 看取る力を支える	
家族に見取りの時（最期の時）を教える	最期の時の過ごし方を教える 死期が近いことを知らせる
家族が見取る価値を伝える	安楽なケアと声かけの価値を伝える 家族ができるケアとその価値を伝える
最期まで医療の保証をする	家族が対応困難な時の訪問看護 呼吸困難への対処は訪問する 緊急時の訪問、往診を約束する
医師との協働	往診を依頼する
4) 看取りと亡くなってからの家族の生活を考える	
看取りへの参加	主治医から余命を伝える 見取りの時を伝える
後悔しない見取り	状態悪化の情報を伝える 他の家族へ見取りへの参加を呼びかける

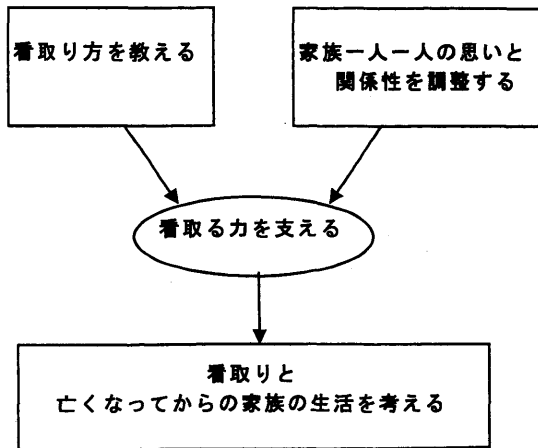


図3 ターミナル期家族支援の構造：臨死期

3) 臨死期の支援とその構造

臨死期では、「看取り方を教える」「家族一人一人の思いと関係性を調整する」「看取る力を支える」「看取りと亡くなってからの家族の生活を考える」の4つのカテゴリーが見出された。

(1) 看取り方を教える

家族は弱っていく家族を見るのはつらいものである。それゆえ、死ぬのはわかっていても、何とかならないかと希望を持ち続けていた。しかし着実に死はやってくる。訪問看護婦はこの2つの真実と向き合っていた。訪問看護婦は在宅で看取ることを選んだ家族に、死の過程で出現する具体的な症状や呼吸の変化・不穏・混迷状態の説明をし、自然な経過であることを教えていた。このような死の過程を指導する、それに合わせた具体的な介護方法を説明することで対処方法を教えていた。その一方で家族との別れに対する不安や辛さを十分に聞き、死にゆく家族との和解を促していた。それは時に葬儀の方法や遺影の準備、身近な人への連絡なども含んでいた。

死が近づくにつれ、痛みが強くなったり、呼吸困難や意識が低下したり、食べなくなったり、むくみやその他の症状が出現し、モルヒネ皮下注、酸素吸入、吸引器、など新しい医療処置が加わることが生じていた。訪問看護婦は苦痛が少しでも緩和されるように医師と協働し、症状緩和と疼痛管理を行い、不安を和らげ、気持ちを尊重し受け入れながら、安楽への支援をしていた。

(2) 家族一人一人の思いと関係性を調整する

状態が悪くなると家族はまた不安になり心が揺れていた。そこで家族一人一人の思いを引き出すことで不安の表出をはかっていた。その家族の思いから

家族関係のアセスメントをし、家族がまとまるように調整していた。訪問看護婦は話し合いを持つ、病状を伝える、ケアの参加を促すをしながら、家族全員が満足できる看取りができるよう働きかけていた。

(3) 看取る力を支える

看取りの時はいつ来るか、家族は不安を表出していた。しかし、明確な余命告知を求めていたのではなく、ただその時期がどの程度近いのか、看取りの時の目安を必要としていた。訪問看護婦は家族が看取る価値を伝え、それを支える医療者は家族が対応困難であれば、往診や訪問看護の保証をしていた。また説明に対する家族の反応から家族をアセスメントした結果、必要であれば、医師から病状の査定と家族の納得と安心のために、医師の往診を依頼していた。

(4) 看取りと亡くなってからの家族の生活を考える

看取りの時は自然の経過のなかで迎えられるように、決して慌てないように伝え、その時が差し迫っていることを知らせていた。家族が後悔しない看取りができるように、もう一度看取り方を教えていた。その説明の中で訪問看護婦は、これまでの家族の労をねぎらいながら、看取りへの参加と家族との和解を促していた。

臨死期では、差し迫った死を意識して家族は不安と緊張が入り交じる状態であった。訪問看護婦は具体的に死の過程を指導し、病状に合った介護方法を説明し、弱っていく家族を見守る方法、つまり「看取り方を教える」支援をしていた。同時に「家族一人一人の思いと関係性の調整」をするために、家族で話し合いを持ったり、家族がまとまるよう病状を伝え、ケアの参加を促していた。そして、家族が看取る価値を伝え、勇気を持って望むことができるように不安な時はいつでも医師や看護婦が訪問するという医療の保証をし「看取る力を支える」ていた。その結果、後悔しない看取り、家族全員がよかったと思える看取りができるよう「看取りと亡くなってからの家族の生活を考える」支援をしていた。臨死期ではこのような支援構造が見出された。以上の支援内容と構造を表4、図3に示した。

V. 考察

本研究は在宅ホスピスケアにおいて訪問看護婦が行っていることに焦点を当て、訪問看護婦の支援内容とその構造化を目的として行った。訪問看護婦の支援は看護婦が患者・家族のニーズに応えるために意識化した行動である。看護婦の意識化した行動は看護婦が何

に着目しアセスメントし判断したかによって導かれる。よって、看護婦の支援は看護婦が持っている能力の行動化であり、実践能力であると解釈できる。村嶋ら¹²⁾は、訪問看護婦の能力を面接などで質的に記述された国内外の4つの論文を比較しまとめている。それによれば、訪問看護婦に必要な能力とは①提供者側の準備：自分自身を支えること、②個別性の尊重：信頼関係を築く、③選択を促す、④家族へのエンパワーメント、⑤臨床能力：治療及び緩和方法の効果を判断する、⑥調整：ケアをコーディネートする、⑦心に対するケア、⑧管理、の8つであるとしている。これらの知見は訪問看護婦の能力をその実践活動全般で用いる能力として示されている。それは訪問看護婦と保健婦の家庭訪問に用いる能力の類似性と差異にみられるように他の専門職との比較において、その専門性を明らかにするために有用である。

しかしながら、在宅ホスピスケアの実践活動においてはこれらの専門的な能力をどの場面でどのような支援内容として表出され、行動化しているかを明確にしなければケアプログラムとして活用することはできない。それゆえ、本研究では在宅ホスピスケアを時間軸でとらえ分析するために、場面を在宅導入期、安定期、臨死期と分けた。また、ホスピスというケア概念の文脈で記述された訪問看護実践能力はZerwekh, J. V.によるホスピス看護ケアモデル¹⁷⁾のほか今のところ、まだ報告されいない。そのため在宅ホスピスケアの各期に見いだされたカテゴリーを彼女の示したホスピス看護の10の実践能力と対比しながら、訪問看護婦の支援内容を考察したいと考える。

在宅ホスピスケアにおける訪問看護婦の支援は患者・家族が家で死ぬこと／家で看取ることを選び、その選択を支えることから始まる。その導入期には様々な情報提供を行いながら患者・家族の考え方を知り、「家で死にたい」というその選択を意味づける支援と症状を緩和するための臨床能力を発揮する。そして不安なく在宅療養が開始され、家に帰ってきて良かった、家でも十分なケアが受けられるのだと保証する体制づくりと今後の見通しを立てケアの方向性を考える役割を訪問看護婦は担っている。

導入期に見出されたカテゴリーの「家族の考え方を知る」「家族の考え方に添う」「今後の見通しを立てケアの方向性を見出す」はZerwekh, J. V.の“つなげる”こと、選択を促すこと、真実を語ること、協働すること、苦痛を緩和すること”の能力を駆使した支援と考える。訪問看護婦は「家族の考え方を知る」ことを目的に、家に帰ってきたばかりで不安な患者や家族に“耳を傾け、たずねること”をし患者家族の考えを引き出す。医師や“看護婦との信頼関係を作るために、情報提供

し、本当のことを語る、気持ちを受け止めながら、つなげる”という能力を発揮する。そして「家族の考え方に添う」ために医師と話し合い、治療方針を相談し症状を緩和し、病状をアセスメントする、この一連の過程に“苦痛を緩和すること、協働すること”の能力を用いる。そして患者・家族が在宅療養を選んだという“選択を促すこと”をし「今後の見通しを立てケアの方向性を見出す」のである。

このように、導入期には熟練した多様な能力を必要とされる。川越¹²⁾は在宅ホスピスケアの導入一週間が非常に重要で、訪問看護婦のケアマネジメント能力が鍵を握ると述べており、本研究の結果はそれを支持する結果といえる。

安定期では家族への支援を特徴としていた。本研究では「ケアの対象としての家族」という関係性の調整と「看取る者としての家族」を教育するというカテゴリーが見出された。訪問看護婦は看取る家族をアセスメントし、能力を発展させるために具体的知識やケア方法を教育し、家族のメンバー間の橋渡しをし、家族の看取る力を育むのである。家族の能力の発展には家族のつながりを強め、時間の共有を図り、患者と家族の和解を意図した「今できることを支援する」のである。家族の力を強める能力を発揮することは「家族で看取る準備」への支援となるのである。

このような家族支援を行うことは、村嶋ら¹³⁾のいう家族のエンパワーメントであり、Zerwekh, J. V.の家族を強くすることと一致する。彼女らの指摘する家族支援の能力は、家族をアセスメントする、能力を発展させる、架け橋となる、限界を認識するの4つの内容が示されており、本研究の結果と同義であると解釈できる。

安定期はその時期がいつか判断することが困難な場合もあるが、症状が緩和され、痛みのコントロールができ、在宅ホスピスケアが軌道に乗ったと解釈できる時期である。その時期は反面不安定さも抱えている。家族は、導入期での様々な選択とケアへ対処しながら成長し、安定期では患者と家族と共にいる生活を味わう時期であり、生活の質とは何かを考える時期でもある。よって、安定期における家族支援は教育的支援が強調され、家族は共にケアする人としてとらえ、家族のメンバーが共に過ごす場を作り、家族の関係性への調整能力を用いた支援の重要性が示唆されたと考えられる。

臨死期では、間近に迫った死を患者・家族はどう受け止めているのかという最も大きなテーマを迎える。重症化してくる症状管理と死への恐怖に対する心のケアとともに、死にゆく人の実存的、霊的痛みを分かち合うスピリチュアルなケアをすることを特徴としてい

る。それはZerwekh, J. V. の“スピリチュアルなケアをすること、解放に導くこと”の能力を発揮する。日本における家族の意識は米国のそれと異なり、明確に霊的痛みを表現する患者・家族は比較的少ないであろう。しかし、ケアの対象となる患者・家族の死生観や家族意識は死を迎えるときの重要なアセスメント内容である。

死にゆく家族とのこの世での別れは、家族が共有した時間や出来事を通した様々な想いが錯綜する。家族は一人一人が死にゆく家族との和解を望み、それぞれの関係性を和解した上で、心の解放を望むのである。死にゆく人とその家族の心のケアは、満足した看取りができるかどうかに影響する。本研究で見出された「看取り方を教える」というカテゴリーは具体的には生物学的な死の過程の理解と看取るための準備教育をすることである。その支援は症状緩和のための臨床能力によって裏付けられる。また「家族一人ひとりの想いと関係性を調整する」というカテゴリーは家族一人一人の個性の尊重と家族のまとまりへの調整能力によって支援されると解釈できる。

以上のように、本研究で見出された在宅ホスピスケア各期における訪問看護婦の支援内容はZerwekh, J. V. の“つなげること、選択を促すこと、真実を語ること、協働すること、家族を強くすること、苦痛を緩和すること、スピリチュアルなケアをすること、解放へ導くこと”の8つの基盤となる専門的能力によって支えられていた。これらの能力は村嶋ら¹³⁾の提言した訪問看護婦に必要とされる能力ともほぼ重なり、本研究における支援内容カテゴリーは訪問看護婦の専門能力を反映していることが示唆されたと考えられる。同時にそれらの能力を基盤にした支援内容は在宅ホスピスケアの各期の実践場面における支援の特徴を組み込んだケアプログラムとしての実用可能性が示唆されたと考えられる。

わが国における在宅におけるホスピスケアの看護支援の基本は季羽ら¹⁴⁾の指摘によれば、その3原則として①症状コントロールが適切に行われていること、②密接なコミュニケーションが行われていること、③家族のサポートが行われていることとされている。また川越¹⁵⁻¹⁷⁾は在宅ホスピスケアの視点として①患者・家族の生命の質を最優先し、患者と家族が安心して家で過ごせるケアを実施する、②人が生きることを尊重し、人それぞれの死の過程に敬意を払う、③患者の痛みやその他の不快な身体症状を緩和するとともに心理・社会的苦痛の解決を支援し、霊的痛みに共感し、生きることを意味を見出せるようにケアする、④患者の自己決定、家族の意思を最大限尊重する、の4つの内容をあげている。

このように示された在宅ホスピスケアにおける訪問看護婦の支援の基本は言い換えればホスピス看護の基本理念である。在宅という場を選び、人生の最後を家族とともに生きることを選択した患者・家族の考え方の尊重はもっとも重要な支援であると共に、訪問看護で特に強調される支援である。そのために、訪問看護婦は常に十分なコミュニケーションをとり、情報収集しアセスメントを行っている。それは患者のみならず、家族も一つの単位としてケアの対象に捉え、死にゆく人とその家族が満足する看取りを実現できるようすべての過程で、尋ね、傾聴し、ニーズを捉え、説明による情報提供や具体的介入によって信頼関係を創り、患者家族を尊重し、納得した選択とそれを支える支援を行っている。そしてその過程では看護婦の力のみではなく、医師との協働、他職種との動員をしながら、起こることを予測し必要になる医療機器や薬剤など準備し、在宅での看取りを選択した患者・家族の力を強め、支持していくのである。そうして実現した満足した看取りの経験は、死にゆくものとその家族との和解を促し、互いを解放し、新しい家族の再生へと導くのである。

本研究では在宅導入期、安定期、臨死期の3期に分け特徴づけ、より具体的に支援内容が行動レベルに表現された。それは訪問看護婦が実践活動の中で今後に注目し、留意しどの方向を支援するのかについて道標を与えることになる。このように言語化されることで、初めて在宅ホスピスケアを始める看護婦はもとより、熟練した看護婦にも看護実践におけるケアモデルを提供することになる。これまで曖昧な表現で語られ、強調されてきた支援の方向性を行動レベルで共有できれば、より実践に近いケアプログラムとして存在することになるであろう。

しかしながら、本研究で見出された訪問看護の支援構造は、すべての在宅ホスピスケアに一般化することはできない。分析対象となった事例は7例と少数であり、特定の病院と連携する訪問看護婦の実践活動の記述である。今後は、見出された支援構造を様々な事例に当てはめ、その妥当性を検証する必要がある。また支援構造は訪問看護のケアの質を保証する「構造」でもあり、支援の「過程」及び支援の「成果・結果」と一連の質保証に関する内容も明確にする必要がある。さらに訪問看護婦の支援の効果を評価するためのケアプログラムとして開発する必要がある。今後更に研究を重ねるとともに、本論文の評価を待ちたい。

VI. 結論

本研究は在宅ホスピスケアの導入期、安定期、臨死

期の各期における訪問看護婦の支援内容とその構造を明らかにすることを目的に、7事例と事例に関わった訪問看護婦7名を対象とした質的記述的研究である。その結果、在宅ホスピスケアの導入期では、“つなげること、選択を促すこと、真実を語ること、協働すること、苦痛を緩和すること”の能力を反映した「家族の考え方を知る」「家族の考え方に添う」「今後の見通しを立て、ケアの方向性を見出す」「今までの生活を維持できるように働きかける」の4つの支援が見出された。安定期では、家族の力を強化し、エンパワメントすることを特徴とした「ケアの対象としての家族」「看取るものとしての家族」「今できること／しておきたいことを支援する」「看取りの準備」の4つの支援

が抽出された。臨死期では“スピリチュアルなケアをすること、解放に導くこと”の能力を發揮した「看取り方を教える」「家族一人一人の思いと関係性を調整する」「看取る力を支える」「看取りと亡くなってからの家族の生活を考える」の4つの支援が見出された。

これらの支援構造は、訪問看護婦が日常的に行っている支援の特徴を時間軸で示したことに意味がある。現在、経験的に行われている支援内容を構造化したことで、訪問看護婦のためのより実践に近いガイドラインとして用いることができ、新人及び現任教育でも活用することができる。これらの有用性から在宅ホスピスケアプログラム開発のための看護実践ケアモデルとしての活用が期待できる。

参考文献

- 1) 季羽倭文子, 飯野京子他: 日本がん看護学会における過去10年間のがん看護研究の動向, 日本がん看護学会誌, 12(1), p41-49, 1998.
- 2) 嶺岸秀子, 遠藤恵美子: 日本における過去10年間(1988~1997)のがん看護実践領域における研究の概観と今後の課題, 日本がん看護学会誌, 13(1), p1-13, 1999.
- 3) 川村佐和子他: 老人の在宅ケアにおける看護技術研究, 平成9年度厚生省看護対策総合研究事業報告書, 1998.
- 4) 川村佐和子: 訪問看護婦に求められる資質・能力・技術・教育, 看護, 47(12), p34-44, 1995.
- 5) 佐藤富美子: 在宅療養者の自己決定を支える訪問看護婦の認識と方略, 日本看護科学学会誌, 18(3), p96-105, 1998.
- 6) 島内節他: 困難度の高い訪問看護業務の実施方法とサービス頻度・機関の標準化及びサービス効果の評価方法の開発, 平成10年度厚生省老人保健健康推進等事業報告書, 1999.
- 7) 島谷裕美他: がん末期患者における訪問看護の業務評価の一考察—疼痛コントロールに焦点を当てて—, 第13回日本がん看護学会学術集会講演集, p79, 1998.
- 8) Zerwekh, J. V. (永田智子訳): ホスピス看護における看護ケアモデル, 看護研究, 32(1), p33-43, 1999.
- 9) Zerwekh, J.V.: Laying groundwork for family self help: Locating families, building trust, and building strength. Public Health Nursing, 9(1), p15-21, 1992.
- 10) 長江弘子: 末期がん患者の在宅移行期—退院まで
- の訪問看護婦のかかわり, 臨床看護, 24(1), p18-28, 1998.
- 11) 川上理子: 在宅ケアにおける家族のこころを支える看護アプローチ, 臨床看護, 25(4), p514-518, 1999.
- 12) 川越厚編集: 在宅ホスピスケアを始める人のために, 医学書院, 1996.
- 13) 村嶋幸代, 斎藤恵美子, 服部真理子他: 地域看護職の能力に関する研究とJoyce Zerwekh 博士の仕事—家庭訪問及び訪問看護に焦点を当てて—, 看護研究, 32(1), p3-14, 1999.
- 14) 季羽倭文子: 在宅ホスピスケア再考, ターミナルケア, 8(3), p189-195, 1998.
- 15) 川越博美: 在宅におけるがん看護—在宅ホスピスケア—, 臨床看護, 24(11), p1662-1668, 1998.
- 16) 川越博美他: 「在宅ホスピスケア基準」についての解説, 臨床看護, 24(7), p1125-1129, 1998.
- 17) 川越博美: 訪問看護活動と在宅ホスピスケアの視点, 臨床看護, 22(13), p2011-2015, 1996.
- 18) 渡部純子: 特集 看取りケアのノウハウ; 家族教育—私たちはこう考え, 実践している, 訪問看護と介護, p237-242, 1999.
- 19) Degner, L. F., Gow, C. M., Thompson, L. A.: Critical nursing behaviors in care for the dying, Cancer Nursing, 14, p246-253, 1991.
- 20) Hull, M.H.: Hospice Nursing; Caring support for caregiving families, Cancer Nursing, 14, p63-70, 1991.
- 21) 片岡 純, 佐藤禮子: 末期がん患者のケアリングに関する研究, 日本がん看護学会誌, 13(1), 14-23, 2000.

- 22) 小松浩子他：がん告知を受けた患者の主体的ながんととの共生を支える援助プログラムの開発に関する研究（1）告知に関連した患者の困難とその対処に関する分析，死の臨床，19(1)，39-44，1996.
- 23) Raudonis, B.M. : The meaning and impact of empathic relationships in hospice nursing, *Cancer nursing*, 16, p304-309, 1993.
- 24) 長江弘子他：在宅ケアにおける記述された看護現象に関する研究 第一報 末期癌患者の経過記録の分析，第4回 日本訪問看護振興財団研究助成事業報告書，p39-45，1999.
- 25) Zerwekh, J.V. : The truth-tellers ; What you can learn from hospice nurse experts, *American Journal of nursing*, 94(2), p30-34, 1994.

Abstract

The structure of family support in home hospice care - Focusing on the support of the visiting nurse -

Hiroko Nagae¹⁾, Kazuko Naruse¹⁾, Hiromi Kawagoe¹⁾

The objective of this study is to clarify the structure of home visiting nurse's support which were related to problems on a patient and the family those who were in home hospice care. The study was conducted from January 1997 to February 1998, nursing records of seven cases were analyzed and seven nurses who cared them were interviewed for defining contents of nursing supports. Utilizing Kawagoe's clarification, the care process was divided into three stages which are **Introduction period**, **Stabilizing period** and **Dies period**, then nursing supports were structured in each stage.

The support was composed of four categories in **Introduction period** which were "knowing the family's intention", "respect the family's intention", "foresee the possibility if patient could be in home hospice care, and planning the patient's care" and "to maintain the patient's daily life, work on the family." In **Stabilizing period**, the concrete education to be needed for "the family who was looking for the dying person", "family as an care object ." And "support the patient's self-actualization", "preparation of the dying nursing" were relevant to **Dies period**. In **Dies period**, the process for dying was concretely guided to the family, supports structures were consisted of four categories, which were "teaching how to nurse the dying person", "coordinate the thought and relationships of the family members", "support the family nursing" and "support the family who should be able to think the after decease."

As a conclusion, it is suggested if the family know appropriate solutions for problems, they could come to the settlement by their intrinsic capacity. Home visiting nurse should communicate closely with the patient and their family supports and coordinates the relationships of family members to bring out and to strengthen the capacity of the family. These nursing support structures were possibly utilized for the basis of nursing care for home hospice care in each stage.

Key words

Family support structure, role of visiting nurse, care program, terminal stage cancer, home hospice care.

1) St. Luke's College of Nursing