

〔原 著〕

終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア

古瀬みどり¹⁾

要 旨

本研究は、終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケアを明らかにすることを目的とした。対象は、自宅で最期を迎えた終末期がん療養者を受け持った経験のある訪問看護師12名である。対象者が経験した終末期がん療養者の看取り支援について半構成的面接を行い、データ収集した。分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。《訪問看護師が捉えた家族の意向》は家族の心の揺らぎに対する訪問看護師の捉え方を示すもので、〈最期の場に対する迷い〉、〈条件次第での自宅看取りの決断〉、〈見送り時の動揺〉の3つの概念からなる。訪問看護師は〈最期の場に対する迷い〉を抱えている家族に対し、《在宅介護適応プロセスへの支援》を行っていた。訪問看護師が療養者の身体状況および家族の介護適応状況を見計らい、〈家族の合意形成につながる機会をもつ〉ことで、家族による〈条件次第での自宅看取りの決断〉が促進された。また自宅で看取することを決断した家族に訪問看護師は、《自宅での看取り適応プロセスへの支援》を行っていた。最期が近づくにつれ、療養者の状態が急激に変化することがある。訪問看護師は〈“今できること”を伝える〉ことで、療養者が望んだ最期を迎えられるよう家族を導いていた。

キーワード：訪問看護師、心の揺らぎ、家族、終末期がん療養者、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

1. はじめに

わが国は超高齢社会に突入し、高齢化に伴うがん療養者数の増加およびこうした療養者の療養の場の確保が課題となっている。2012年の診療・介護報酬改定では、全疾患を対象とした在宅や施設における看取りに手厚いインセンティブがつけられるなど、在宅における緩和ケア・終末期医療の推進が政策としてうたがわれている¹⁾。終末期がん療養者の自宅での死亡者数は徐々に増えつつあり、訪問看護師は家族による自宅での看取りを支援する役割が期待されている。

終末期がん療養者の家族は、看取りの過程でネガティブな心理的反応²⁻⁴⁾やさまざまな心理的葛藤⁵⁻⁹⁾

を経験することが報告されている。つまり家族は、心が揺らぐという体験をしながら、在宅介護を行っていることが明らかになっている。一方、心揺らぐ家族への訪問看護支援については、訪問看護師個人の困難¹⁰⁾、ケア上の困難¹¹⁾、在宅療養そのものの問題やその解決策¹²⁾といった視点から研究が行われている。また終末期がん療養者が訪問看護を利用しながら自宅で最期を迎えるまでの期間は1カ月以内が最も多い¹³⁾という報告もあり、自宅での看取り支援は訪問看護師の技量が問われる機会とも言える。終末期がん療養者は非がん疾患療養者に比し訪問看護利用期間が非常に短い¹⁴⁾が、訪問看護師はがん療養者本人が望む最期を迎えられるよう療養者とその家族に寄り添い、在宅療養過程で生じるさまざまな問題に対応していることがうかがえる。しかしながら、そうした訪問看護師の認識や支援につい

1) 山形大学医学部看護学科

ては、在宅療養移行期に限局した訪問看護師の認識と判断¹⁵⁾のほか、困難事例や支援者とのかかわりが深かった少数対象の事例報告が大部分を占める。自宅で看取りを行う家族がどのように心揺らぐなかで訪問看護師がどのようなかかわりをもっているのか、終末期ケアの全体像が見えてこない。

看護師不足と相まって訪問看護ステーションの設置数が伸び悩んでいるなか、現在わが国では地域完結型の医療が求められている。その人らしい最期が遂げられるよう支援したいと思う看護職は多いと思われ、心が揺らぐ家族を支える訪問看護支援の実際を一連のプロセスとして実証的に明らかにすることは、今後の在宅終末期医療に実践的な示唆を与えてくれるものと思われる。

本研究は終末期がん療養者を自宅で看取る家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケアを明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

本研究における家族の心の揺らぎとは、終末期がん療養者を自宅で介護する家族が看取りに際して経験する心理的な葛藤およびそれに伴う言動や行動とする。

III. 研究方法

訪問看護師が終末期がん療養者の自宅での看取りを支援するプロセスには、療養者本人、介護者およびほかの家族員、療養者支援にかかわる在宅ケアスタッフ、入院中の医療スタッフとの相互作用がある。こうした一連のプロセスを明らかにするには、これらの人々の相互作用を解釈する必要がある。それには、特定領域のプロセスを見いだすグラウンデッド・セオリー・アプローチが有用であると考え、この手法を用いて質的研究を行った。

1. 対象者の選定

自宅で最期を迎えた終末期がん療養者を受け持つ

た経験のある訪問看護師を対象者とした。終末期がん療養者の看取り看護を積極的に実施しているA県・B県内8カ所の訪問看護ステーション管理者に、書面にて本研究の主旨を説明し、研究対象者の紹介を依頼した。そのうち7カ所の訪問看護ステーションより合計12名の訪問看護師の紹介を受けた。後日、これらの12名に研究の主旨および倫理的配慮について改めて研究者が説明を行い、研究参加の同意を得た。

対象者が所属する訪問看護ステーションの設置主体は看護協会が3カ所、医療法人が4カ所、調査前年度の自宅死亡利用者数はいずれも10名以上であった。対象者は全員が女性、いずれも24時間緊急呼び出しに対応する常勤の看護師で、訪問看護経験年数は7～20年であった。

2. 調査の方法

調査期間は2011年10月から2012年5月である。対象者一人当たり60分から90分の半構成的面接を実施した。面接内容は、対象者が経験した終末期がん療養者の看取り支援についてで、事例をあげて家族の介護状況や訪問看護支援の内容を具体的に語ってもらった。会話は対象者の承諾を得て録音した。

3. 分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA)¹⁶⁾に基づき分析した。M-GTAでは分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマの設定とは、データに密着した分析を行うために研究テーマをGrounded on dataの分析がしやすいところまで絞り込むことである。本研究の分析テーマは「終末期がん療養者の家族が看取りに際して経験する心の揺らぎを訪問看護師がどのように認識し支援を行うのか」である。分析焦点者は「家族による看取りを支援した訪問看護師」とした。まず録音した面接内容から逐語録を作成した。本研究の分析テーマに照らし、関係のありそうな部分に着眼し、分析の最小単位である概念を生成した。結果への提示は概念名、その定義、ヴァリエーション (訪問看護師の語り) であ

る。概念や定義は追加されるヴァリエーションとの関係で的確に表現されるよう補足修正または削除し、新たな概念生成を行った。解釈が恣意的に進まないよう、ほかのデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を実施した。10程度の概念生成がされたところで、新たな概念生成と並行し、概念間の相互関係を考えカテゴリーを生成した。概念とカテゴリーを用いて、これらの相互の関係から分析結果をまとめ、その概要をストーリーラインとして文章化し結果図を作成した。

分析と同時進行でデータ収集を行い、理論的飽和化との関係でデータを随時追加した。理論的飽和化への判断は、生成した概念が十分なヴァリエーションに支えられていること、また概念相互の関係、全体としての統合性を確認することで行った。12名の分析が終了した時点で理論的飽和に達したと判断した。

本論文における1つの概念の生成過程を例示する。以下はデータの一部である。「どういう病状変化になるのかとか、それに対してどう対応したらいいのかとか、そういった不安をお持ちで退院されるので、そのあたりの対応の仕方とか、介護の仕方とか、退院指導は受けて来られるでしょうけど、やっぱり実際問題、やってみてどうのこうのっていうこともありますので、私どもが本人とご家族の話をお伺いしながらすりあわせをしながら、『こういうふうにしていくといいですね』とか。」筆者はこの部分を、現実の介護環境への適応を促進し家族による看取りを支援する行為と解釈し、その療養者、その家族の生活・介護状況をみながら、その家族全体の生活にみあった介護方法を提言することと定義した。概念名は〈現実の生活とすりあわせた介護方法の提示〉とした。

質的研究の真実性を確保するため、次の点に注意した。データの解釈が恣意的に進まないようにほかのデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を行った。生成された概念、結果図は、質的研究の実施経験を有する大学教員からチェックを受けるとい

う形で議論し、解釈上の適切性を検討した。また、概念生成中の解釈やそのときの疑問、アイデアなどを分析ワークシートの理論的メモに残し、解釈、定義、概念名がデータに密着しているかの検討を繰り返し行った。

4. 対象者への倫理的配慮

訪問看護ステーション管理者に対象者紹介の依頼を行う際、本研究の主旨および倫理的配慮を記した文書と研究参加の同意書を添付した。対象者への倫理的配慮として、研究参加は対象者の自由意思によるものであり、同意の得られた者のみを調査対象者とするを前提とした。文書には次の点を明記した。1) データは研究者のみが取り扱い、研究終了後消去する。2) 研究発表の際は匿名としプライバシーの保護を厳守する。3) 研究参加の辞退・撤退がいつでも可能であり調査を拒否しても不利益が生じない。4) 研究に関する質問には必ず答える。また、研究の主旨を理解したうえで同意書に署名してもらうことを付記し、調査実施日に対象者全員から同意書の署名を得た。

なお本研究の実施にあたり、研究者が所属する大学の倫理委員会による研究計画の倫理審査を受け承認を得た。

IV. 結 果

訪問看護師が終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添い自宅での看取りを支援するプロセスは、訪問看護師が捉えた家族の意向カテゴリー、在宅介護適応プロセスへの支援カテゴリーと自宅での看取り適応プロセスへの支援カテゴリーからなる。結果図は図1に示した。

本文中で《 》はカテゴリー、〈 〉は概念、そして「 」はヴァリエーションを示す。“ ”はin-vivo概念で対象者の言動をそのまま用いたものである。

1. ストーリーライン

訪問看護師は、家族の心の揺らぎを看取りに対す

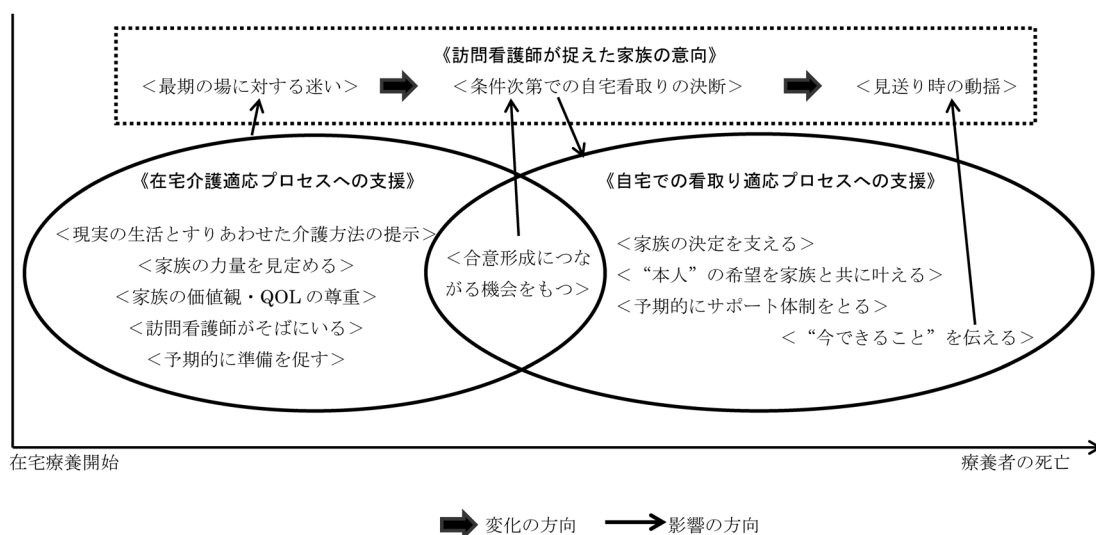


図1. 終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア

る意向という点から捉えていた。訪問看護師は、在宅介護が開始になり〈最期の場に対する迷い〉を抱いている家族に対し、《在宅介護適応プロセスへの支援》を行っていた。訪問看護師が療養者の身体状況および家族の介護適応状況を見計らい、〈家族の合意形成につながる機会をもつ〉ことで、家族による〈条件次第での自宅看取りの決断〉が促進された。そして自宅で看取することを決断した家族に、訪問看護師は《自宅での看取り適応プロセスへの支援》を行っていた。がん療養者の最期が近づくにつれ、身体状態が急激に変化することがある。〈見送り時の動揺〉が生じた家族に、訪問看護師は〈“今できること”を伝える〉ことで療養者が望んだ最期を迎えられるよう家族を導いていた。

2. 訪問看護師が捉えた家族の意向

《訪問看護師が捉えた家族の意向》は、看取りに対する家族の心の揺らぎを訪問看護師が捉えたものである。〈最期の場に対する迷い〉、〈条件次第での自宅看取りの決断〉、〈見送り時の動揺〉の3つの概念を生成した。

〈最期の場に対する迷い〉は、自宅での療養生活を始めはしたが療養者の状態悪化や臨死期に自宅で看続けることができるかどうか、家族は不安や戸惑いを抱いていると訪問看護師が捉えていることである。病院から自宅への退院が必ずしも自宅での最期

に結びつくわけではないことを訪問看護師は経験的に理解しており、訪問看護師はどの終末期がん療養者に対しても在宅療養継続について懸念を抱いている。「自宅で看取るかどうかは、退院時点ではっきりしているケースもありますが、まだわからなくて。やっぱりご家族ですか、そこで動く部分があるので…」。「ご自宅で最期をとという依頼だったんですけど、娘さんとしては、取りあえず退院させ自宅に連れてきたというか。(療養者が)もうろう状態で『痛い、痛い』って言うし、最期まで看取するという気持ちはなかったようです。」

〈条件次第での自宅看取りの決断〉は、自宅で看取ることに対して迷いを抱いていた家族または自宅で最期まで看取することを考えていなかった家族が、これまでの介護状況ならびにがん療養者の身体状況などから判断して最終的な看取りの場を自宅に決定したと訪問看護師が捉えていることである。「自宅に戻られて『ああ、これだったらうちで看取ることができる』ってというような判断で、おうちで看取ることにするっていう方もいます。そういう人が多いかな」というように家族の肯定的な判断が述べられた。一方、「奥さん(介護者)に持病があって、体調悪くて病院に行かないと(がん療養者が)怒ったりして、奥さんがつらくなってきた。これでは駄目だからおうちで看ようということになったんです」

のように、家族の事情で自宅での看取りを選択したケースもあることが語られた。

〈見送り時の動揺〉とは、自宅で最期を看取することを決断したが、がん療養者の身体状態が悪化したとき、その状態を見ていられない気持ちから、再度家族の心が揺らぎ出す状態を捉えている。「亡くなる前が一番ひどかったですね、朝に電話よこして『入院させてください。私はもうこれ以上見てあげられません』って。じゃ、入院する段取りつけて、こういうふうにしましょうかって言うのと『もう少しうちで見てみます』と。亡くなる直前まで続きました。」〈見送り時の動揺〉は、その家族ごとに揺らぎの程度の差はあるが、〈条件次第での自宅看取りの決断〉に至った療養者・家族の、自宅での最期を揺るがすほどのものとはなっていない。

3. 在宅介護適応プロセスへの支援

多くの場合、終末期がん療養者の在宅療養開始から家族の介護生活が始まる。自宅で最期まで看取することができるかどうか不安や戸惑いを抱き介護を始める家族に対し、訪問看護師は介護環境に適応してもらうための《在宅介護適応プロセスへの支援》を行っていた。この支援は〈現実の生活とすりあわせた介護方法の提示〉、〈家族の力量を見定める〉、〈家族の価値観・QOLの尊重〉、〈訪問看護師がそばにいる〉、〈予期的に準備を促す〉から構成される。

〈現実の生活とすりあわせた介護方法の提示〉は分析方法で述べたとおりである。また訪問看護師は、家族が自宅で看取ることができそうか、療養者や家族に過剰な負担を与えないよう配慮するための〈家族の力量を見定める〉行動をとっていた。「この家族はちょっと対応にたいへんだとか、ちょっと無理だって、訪問していると私たちもわかってるので…」。「自宅で看取ろうと思って帰ってきたんだけど、先生から言われていた期間よりも長くなってしまって。夫が見てたんだけど、経済的に（在宅療養継続が）難しいって言い始めて。家族の意向をくんで、緩和ケア病棟に入院することになった。下準備もある程度、そういう話がでたら準備して、ス

ムーズに入院のほうに手続して。だからそういった言葉を聞き逃さないようにしている。」

家族の価値観を把握したうえで家族のQOLを尊重したケアを行う〈家族の価値観・QOLの尊重〉が、この時期の基本姿勢に沿った支援として行われていた。「思い作りだとか、いろんなことを短い期間でやってもらいたいなっていうのはありますけど、家族も別に望まなければ、それはそれで。毎日の同じ日常の繰り返しが一番幸せでいいという家族であれば、それを毎日丁寧にといいか、同じことの繰り返しを過ごしていただくところが目標になる。」「『こうすればいいのに』っていう考えがあったとしても、本人と家族の意向のまま、それを自然に支えていくのが一番いいのかなって思っています。それがいいことだったとしても、悪いことだったとしても、本人たちが望む形で最期を迎えられればいいのです。」

〈訪問看護師がそばにいる〉は、〈家族の力量を見定める〉と同様に家族に過剰な負担を与えないための支援で、訪問看護師と家族の信頼関係を形成し、家族の介護への心理的適応を促すためのものである。「家族の方は、その時々できちんと説明をしてあげると、始めはできないって言っているけど結構看たりしてくれる。やっぱり看護師が毎日訪問したり、緊急時はいつでも呼んでいいよとか、そういったふうな積み重ね。」。「『知らない人が出るかもしれないけど、いつでも相談だけでもいいから、心配なことがあったら、いつでも夜中でも電話して』って、よく言っている。」

さらに、家族の準備状況を見計らい、予期的な指導・説明を行う〈予期的に準備を促す〉支援を行っていた。「あんまりに先のこと言っちゃうと不安の軽減にはつながるけども、時として事務的になってしまうことがある。家族との会話のなかで、『次、じゃ、こうなるかもしれないね』とか、何となく（病状の）予測が立てられるような説明をしています。」「『今こういう状況ですけど、これから考えられるのは…』段取りをもって行って。本当にそうい

うふうになっていくと、だんだん信頼関係ができてきて、ある一定程度予測をたてながら、状況をタイムリーに説明できるといいのかな。」

4. 在宅介護適応プロセスから自宅での看取り適応プロセスへ移行期の支援

〈家族の合意形成につながる機会をもつ〉は、在宅療養生活のなかで時間経過とともに変化する療養者および家族の気持ちを尊重し、それぞれの意向が言える機会をもつことである。この概念は《在宅介護適応プロセスへの支援》から《自宅での看取り適応プロセスへの支援》への移行時に認められ、両者の支援内容として共通性がある。自宅での看取りには、療養者や家族それぞれの思い、また医療者との関係がある。訪問看護師は、それぞれの意向を尊重する中立的な立場で合意形成支援を行っていた。「家で生活していくうちに、ご本人の希望ができるだけ家にいたいということで、病状変化を繰り返し、その都度カンファレンスをしていくなかで意向を聞いても、やっぱりご本人は『今入院してしまったら、もう帰ってこれなくなる』と、そのなかで、おうちの方も『本人が望むなら、そういうふうには手伝いたい』ということで。」「本人（療養者）の気持ちが奥さんにあまり伝わってなくて、夫婦関係のなかで、本当の気持ちというのが、お互い知りたいけど聞けないみたいな状況だった。私たちが訪問看護で入るようになって奥さんの思い、それから本人の思いを聴いて、最終的に自宅で看取ることができた。」

5. 自宅での看取り適応プロセスへの支援

終末期がん療養者の最期が徐々に近づき、訪問看護師は看取りに向けた支援の段取りを踏んでいる。《自宅での看取り適応プロセスへの支援》は〈家族の決定を支える〉、〈“本人”の希望を家族とともに叶える〉、〈予期的にサポート体制をとる〉、〈“今できること”を伝える〉からなる。

〈家族の決定を支える〉は、療養者本人と家族が決めた最期が迎えられよう訪問看護が支援し続けることである。「一度決めたことを覆して決めたりす

るのを、家族が『ああ決めたのが間違っていたんだろうか』って自分たちを責めたりとか、自分たちの判断が間違っていたんだろうかって余計なことを思い悩むよりも、一緒にいる時間をきちんと過ごしてもらったほうがいいので、そこは看護師で受け止めながらサポートしてゆくってスタイルを目指している。」「私たちに何を求めているかという、ケアを求めているのではなく、話を聞いてほしいとか、自分がやっていることを認めてもらいたい、それでいいんだよって認めてもらいたいとか、身の回りの世話は自分たちでやるから、ちょっと話を聞いてくださいというのがすごく多いなど。だから本人（療養者）の観察はしますけど、清拭をしたりとかよりも、家族の話の聞いたりしているほうが多いですね。」

〈“本人”の希望を家族とともに叶える〉は、療養者が望むケアに家族を巻き込み、最期まで家族全員でかわられるよう援助を行うことである。この場合、行動の主体はがん療養者もしくはがん療養者とその家族で、訪問看護師はがん療養者の願いを叶えるための援助者となる。「息も切れるし、だるくて座ってられない状態でもシャワーを浴びたいってということで、ご主人の協力も得て看護師2人態勢で入ってお手伝っていました。」「ご家族の方もケアに入れて、本人と家族が希望する最期を迎えたんじゃないかなって思います。」

〈予期的にサポート体制をとる〉は、療養者・家族にとっての危機を予測し、不安や苦痛を与えないための対応策を立てておくことである。「往診の主治医と連絡をとって、こういうふうな指導をしたとか、あらかじめ話をして、『こういうことも予測されるけどどうしましょう』という確認をしています。」「(経済的余裕がない療養者の場合)医療保険3割負担はやっぱり大きいですね。行ってあげたい、不安を解消するために、ちょっとでも顔をだして安心してもらうって形を取りたいけど、経済的な負担が大きいので電話でお話をしたりしながら。」

最期が近づくにつれ、療養者の状態が急激に悪化することがある。〈“今できること”を伝える〉は、

その時点で家族がすべきことを明確に伝え、療養者が望んだ最期を迎えられるよう家族を導くことである。「呼吸がおかしいって電話くれたとき、訪問看護師から今できることを聞いて、親戚の方も呼んで、『もうゆっくりあとは休んでね』みたいな感じでお見送りされていた。」「(点滴を希望する家族に) 治す点滴じゃなくて、とりあえずの点滴だったらどうなのっていうことを時間かけて説明する。『実際は苦しいかもよ。水だけ入れられて』って。家族は何もしないで見てるのが一番辛いので、さすってあげたり、声をかけるっていう、そこしかできないところを強調してゆく。」

V. 考 察

1. 在宅介護適応プロセスへの支援

終末期がん療養者の自宅での療養生活が開始となり、多くの家族は〈最期の場に対する迷い〉を抱いていた。がん療養者の遺族を対象とした先行研究からも、終末期の介護を行う家族の心理としてほぼ同様の見解⁷⁾⁹⁾が認められている。そのため、終末期がん療養者の在宅療養支援の場合、家族の不安な心情に耳を傾けるだけでなく、在宅療養継続や最期の場について見通せないでいる家族の心理状況を十分察した支援が求められる。

本研究でカテゴリー化した《在宅介護適応プロセスへの支援》は、自宅で最期まで看ることができるかどうか不安や戸惑いを抱き介護を始める家族に、介護環境に適応してもらうための支援である。末期がんと宣告され、療養者の苦痛や身体状況の悪化に向き合わなければならない家族に過剰な負担を与えず、家族の価値観やQOLを尊重するといった支援に重点が置かれていた。Schumacherら¹⁷⁾によれば、がん療養者の家族介護者が介護スキルを身につけるプロセスには、介護者のケアに対する試行錯誤の状態、介護者が療養者とともに歩む姿、療養者と介護者間の距離の短縮化がある。そのため、介護環境への適応を支援することが、療養者・家族双方の

結びつきを強めるためにも最優先すべき支援内容と考えられる。また長内ら¹⁰⁾は訪問看護導入時を、療養者やその家族との信頼関係構築およびどのような看護ケアが安全で的確に実践できるのかを探っている段階と述べており、本研究の在宅介護適応プロセスの支援がこの段階に該当する。そのような信頼関係構築のなかで〈予期的に準備を促す〉という段取りを取りながら、訪問看護師は〈家族の合意形成につながる機会をもつ〉支援を行っていることが明らかとなった。

2. 在宅介護適応プロセスから自宅での看取り適応プロセスへ移行期の支援

本研究対象者には“(気持ち) 変わってもいいからね”と、家族に心の揺らぎを受容するメッセージを伝えているものが多くいた。そのため〈家族の合意形成につながる機会をもつ〉は積極的な合意形成支援というよりも、療養者や家族が自分の思いを打ち明けられる機会をそれぞれの家族の状況に合わせてつくることであると言える。その時点での家族の意向を〈条件次第での自宅看取りの決断〉と概念化したように“これだったら最期まで家で看られる”という状況判断を引き出し、家族をひとつにまとめるといふ支援が行われていた。その状況判断を引き出す土台づくりを行っているのが、在宅介護適応プロセスへの支援と考えられる。自宅で看取りを行った介護者は訪問看護師に対し、個に合わせたケアに尊重された思いや、いつでも駆けつけてくれる安心感を抱いていたという先行研究¹⁸⁾もある。そのため、まずは訪問看護師が介護のパートナーとしてともにいるという感覚を家族にもってもらうことが、終末期の在宅介護適応を促進するうえで必要な要素になる。そして、その感覚そのものが“これだったら最期まで家で看られる”という状況判断に直結する場合もあると思われた。

家族の合意形成について、長戸¹⁹⁾は「いくつかの選択肢の中から1つを選ぶということだけではなく、家族員個々の折り合いをつけ家族全員が納得できる新たな選択肢を家族で見出すこと」と述べてい

る。終末期がん患者の家族はがん患者を含まない家族に比し家族機能が良好であり、また終末期がん患者の家族機能には家族間コミュニケーションが影響している²⁰⁾。そのため、〈家族の合意形成につながる機会をもつ〉は、療養者と家族員個々の思いを打ち明け家族がひとつにまとまってゆく手助けをするという点で、家族による看取りへの適応につながる支援と解釈できる。

一方、〈条件次第での自宅看取りの決断〉は必ずしもポジティブな判断で行われたものばかりではないという結果が得られた。平⁶⁾は、終末期がん療養者の看取りにおける葛藤を解決するための折り合いという視点から、状況や自分の行動を受け入れる、面倒や負担から自分を守る、可能な添い方を試みるという機能を、家族の合意形成プロセスに見いだしていた。そのため、自宅での看取りへの決断がどのような条件でなされたにしろ、中立的な立場での合意形成支援が、家族全体で同じ方向を向き在宅療養生活を歩みだすことにつながるものと理解できる。

3. 自宅での看取り適応プロセスへの支援

自宅での看取りの決断を行った家族に、訪問看護師が次に行った支援は《自宅での看取り適応プロセスへの支援》である。〈家族の決定を支える〉、〈“本人”の希望を家族とともに叶える〉、〈予期的にサポート体制をとる〉、〈“今できること”を伝える〉からなる。終末期がん療養者の家族は、大切な家族の意思を尊重し在宅介護に踏み切っても、死期が近づき療養者の状態悪化が進むにつれ、後悔や自責の念、無力感を感じる⁵⁻⁹⁾ことが報告されている。介護のパートナーである訪問看護師が家族の下した決定を支え続けること、そして療養者本人の希望を家族が叶えられるようケア参加を促したり、家族とともに支援し続けることは家族にとっての癒しにつながると思われる。Illness Beliefs Model²¹⁾によると、個人や家族の苦悩の最大の原因は必ずしも臨床的な問題や病そのものではなく、それらの問題に対するビリーフにある。家族が心身や人間関係、スピリチュアルな領域に苦悩を抱えているときに、ケアを

提供するものが最も重視すべきことは、施療的な会話を通して家族が癒えることを支援することである。〈家族の決定を支える〉、〈“本人”の希望を家族とともに叶える〉はまさに家族を癒しに導く支援といえよう。また堀井ら⁷⁾は、終末期がん療養者を自宅で介護する家族のニーズとして安心を保証する支援をあげており、〈予期的にサポート体制をとる〉はまさにそのニーズに該当するものである。

一方、〈“今できること”を伝える〉は、療養者の最期が近づき動揺する家族を、療養者が望んだ最期を迎えられるよう導くことである。この概念には自宅で看取りと家族が最終的に下した決定を最後まで支え続けることが含まれている。自宅で看取りを行った家族の満足感が高いことは先行研究²²⁾²³⁾でも指摘されている。大切な家族の最期を自分たちの力で看取り家族としての役割を果たしたという実感が、大きな達成感につながったと推測される。終末期がん療養者の家族は介護の過程で多くの困難やネガティブな感情を経験することが、先行研究同様、本研究対象者からも数多く語られていた。後に家族が後悔の念を残すことなく過ごせるよう支援することの重要性を、訪問看護師は意識してケアにあたっていることがうかがえた。

4. 実践への示唆

心が揺らぐ、つまり自宅での看取りに対する家族の意向は変化する。そのため、自宅で看取る方針で退院したがん療養者の家族であっても、意向が変わることがある。支援者はそのことを常に念頭に置き、家族の意向が現在どの状態にあるかをアセスメントした支援が必要である。その意向に合わせて、家族が看取りのプロセスを踏めるよう支援することが望ましい。特に、退院後の在宅介護開始当初は介護環境への適応が進むよう支援することが重要である。具体的には、家族の介護力を見極め、過剰な負担を与えず、家族の価値観やQOLを尊重する姿勢をもつ。また訪問看護師が介護のパートナーとしているという感覚を家族にもってもらい、そして、療養者や家族が自分の思いを打ち明けられる機会をそ

それぞれの家族の状況に合わせてつくり，“これだったら最期まで家で看られる”という状況判断を引き出す。さらに、家族がひとつにまとまり同じ方向をむき療養者が望む最期へと向かうためには、訪問看護師は介護のパートナーとして家族の下した決定を支え続け、療養者本人の希望を家族が叶えられるようケア参加を促したりすることが必要であると示唆された。

ケアする家族を訪問看護師がどのようにケアするのか、家族がもてる力をうまく引き出しながら、最終的にはがん療養者本人が望んだ最期を家族がとげさせてあげられるよう支援することが、今後訪れる多死社会での家族ケアに求められる視点ではないかと思われた。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究結果はグラウンデッド・セオリーの特性上、終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケアについてのみ説明力をもつという方法論的限定性がある。対象を、終末期がん療養者の看取り看護を積極的に実施している訪問看護ステーションの看護師としており、それらの訪問看護師の視点で捉えた在宅療養のプロセスに限定している。またデータとして語られた内容は、さまざまな困難に遭遇しながらも最終的には自宅で最期を看取った家族への支援内容であるため、途中入院となり病院で最期を迎えたがん療養者の事例とは異なる。

本研究結果は、訪問看護師の日常の看護実践をその語りから再現したものである。自宅での家族による看取りを支援する訪問看護師の判断は、在宅療養の継続可能性を含んだ判断である。また、家族の心の揺らぎを一連のプロセスとして分析したことにより、その時々々の訪問看護師の家族へのかかわりの変容を具現化することができた。今後はこれらの知見を、終末期がん療養者を積極的に受け入れていない訪問看護ステーションにフィードバックし、終末

期ケア・家族ケアにかかわる訪問看護師のエンパワメントに貢献したいと考える。

VII. 結 論

終末期がん療養者を自宅で看取る家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケアプロセスには、《訪問看護師が捉えた家族の意向》、《在宅介護適応プロセスへの支援》、《自宅での看取り適応プロセスへの支援》が認められた。《訪問看護師が捉えた家族の意向》は看取りに対する家族の意向で、〈最期の場に対する戸惑い〉、〈条件次第での自宅看取りの決断〉、〈見送り時の動揺〉の3つの概念からなる。訪問看護師は〈最期の場に対する迷い〉を抱いている家族に対し、《在宅介護適応プロセスへの支援》を行っていた。訪問看護師が療養者の身体状況および家族の介護適応状況を見計らい、〈家族の合意形成につながる機会をもつ〉ことで、家族による〈条件次第での自宅看取りの決断〉が促進された。また自宅で看取ることを決断した家族に、訪問看護師は《自宅での看取り適応プロセスへの支援》を行っていた。最期が近づき〈見送り時の動揺〉が出現した家族に、訪問看護師は〈“今できること”を伝える〉ことで、療養者が望んだ最期を迎えられるよう家族を導いていた。

謝 辞

本研究実施にあたり、調査にご協力いただいた訪問看護ステーションの皆様により御礼申し上げます。本研究は、本研究は平成23～25年度科学研究費補助金（基盤研究C）（課題番号23593422）を受けて実施した。

（受付 '13.07.04）
（採用 '13.12.11）

文 献

- 1) 志摩泰夫：医療計画見直しと緩和ケアはどう変わるか—在宅医療と地域緩和ケアネットワークの重要性—、緩和ケア、23(2)：108-113、2013
- 2) Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., et al. : Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase, Annual Oncology,

- 16 : 1185-1191, 2005
- 3) Rhee, Y. S., Yun, Y. H., Park, S., et al. : Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression, *Journal of Clinical Oncology*, 26 : 5890-5895, 2008
 - 4) Gibbins, J., McCoubrie, R., Kendrick, A. H., et al. : Sleep-wake disturbances in patients with advanced cancer and their family carers, *Journal of Pain Symptom Management*, 38 : 860-870, 2009
 - 5) 横田美智子, 秋元典子 : 在宅で終末期がん患者を介護した家族の体験, *日本がん看護学会誌*, 22(1) : 98-107, 2008
 - 6) 平典子 : 終末期がん患者を看取る家族が活用する折り合い方法の検討, *日本がん看護学会誌*, 21(1) : 40-47, 2007
 - 7) 堀井たづ子, 光木幸子, 鳥田理佳 : 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, *京都府立医科大学看護学科紀要*, 17(1) : 41-48, 2008
 - 8) 石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 他 : 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) : 24-36, 2011
 - 9) 北野綾 : ホスピス外来に通院するがん患者とともに生きる家族の体験の意味, *日本看護科学会誌*, 25 : 12-19, 2005
 - 10) 長内さゆり, 清水準一, 河原加代子 : がん終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感, *日本保健科学学会誌*, 14(1) : 5-12, 2011
 - 11) 古瀬みどり : 訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難, *日本がん看護学会誌*, 27(1) : 61-66, 2013
 - 12) 大園康文, 石井容子, 宮下光令, 他 : 訪問看護師からみた終末期がん患者の在宅療養に関する問題とその解決策, *日本がん看護学会誌*, 26(3) : 52-60, 2013
 - 13) 古瀬みどり, 松浪容子 : 訪問看護ステーションにおける終末期がん療養者の受入れ状況に関する調査 その1 受入れに対する訪問看護師の認識との関連, *北日本看護学会誌*, 15(2) : 29-35, 2013
 - 14) 川越博美 : 在宅緩和ケアにはどんな知識と技術そしてチームが必要なのか?, *訪問看護と介護*, 16(1) : 22-29, 2011
 - 15) 葛西好美 : 末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断, *日本がん看護学会誌*, 20(2) : 39-50, 2006
 - 16) 木下康仁 : ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて, 弘文堂, 東京, 2007
 - 17) Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., et al. : Family caregiving skill: Development of the concept, *Research in Nursing & Health*, 23 : 191-203, 2000
 - 18) 黒澤泰子, 河原加代子 : 在宅ターミナルケアにおける訪問看護師とのかかわりがもたらす介護者の思いの変化, *日本在宅ケア学会誌*, 16(2) : 53-60, 2013
 - 19) 長戸和子 : 家族の意思決定を支えるアプローチ, *緩和医療学*, 10(4) : 32-39, 2008
 - 20) 中橋苗代, 小笠原知恵, 吉岡さおり, 他 : 終末期がん患者を抱える家族の家族機能の特徴とその影響要因, *日本がん看護学会誌*, 27(1) : 43-51, 2013
 - 21) Wright, L. R., Bell, J. M. : *The Illness Beliefs Model, Beliefs and Illness: A model for healing*, 137-303, 4th Floor Press, Canada, 2009
 - 22) Grbich, C., Parker, D., Maddocks, I. : The emotion and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer, *Journal of Palliative Care*, 17 : 30-36, 2001
 - 23) 峯島由美子, 本田彰子 : 在宅ケアを受けた家族への面接調査—終末期を家庭で過ごすことに関して—, *死の臨床*, 18(2) : 177, 1995

Visiting Nurses' Support for the Mental Uncertainty Experienced by Families of Terminal Cancer Patients during Care

Midori Furuse¹⁾

1) School of Nursing, Department of Medicine, Yamagata University

Key words: Visiting nurse, Mental uncertainty, Family, Terminal cancer patient, Modified Grounded Theory Approach

This study elucidated how visiting nurses view the mental uncertainty experienced by family members who are caring for terminal cancer patients, and how they provide support. The subjects were 12 visiting nurses who worked in a visiting nurse station and provided care for terminal cancer patients. Data were collected in semi-structured interviews and analyzed using the Modified Grounded Theory Approach. Family intentions indicate visiting nurses' understanding of the mental uncertainty of the family, in which phases are seen. The visiting nurses saw "uncertainty toward the place of death," "decision to provide care at home depending on conditions," and "vacillation as death approaches" in the process of the family members' mental uncertainty. Visiting nurses provided support for the home care adaptation process to families who were unsure about the place of death. They monitored the physical condition of the patient and the care adaptation state of the family, and by providing opportunities that led to formation of consensus in the family, encouraged decisions regarding home terminal care depending on conditions by the family. Visiting nurses provided support for the process of adapting to terminal care at home to families that had decided on care at home. In addition, they communicated what families could do for the patient at the present to families that showed vacillation as the patient approached death before their eyes and provided support so that the patient could face death serenely.