

公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団

2014 年度在宅医療助成（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

テーマ

訪問看護師の在宅看取りケアの経験
～悪化期から臨死期の短期間の関わりの分析～

申請者 自治医科大学看護学部 飯塚由美子
共同研究者 自治医科大学看護学部 本田芳香

助成対象年度 2014 年度前期

提出年月日 2015 年 9 月 26 日

I. 研究の背景

わが国では、2025年度問題として超高齢化が迫るなかで、地域包括ケア体制の充実が早急の課題となっている。その対応のひとつとして多死社会に備える見直しがされている。人生の最終段階で希望をする療養場所としても、住み慣れた自宅を希望するがん療養者・家族は多い¹⁾。そのため在宅で看取りケアを実践する訪問看護師の看護実践力の向上とマンパワーの確保が期待されている。

現在の在宅看取りケアを担う訪問看護の状況は、治療の進歩から意識や判断力は保たれていながらも、最期の数日で急速に衰弱するがん療養者が多いことや、退院調整の遅れから訪問看護の介入スタートにおいて、退院から死亡までの関わりが7日以内、14日以内というケースがそれぞれ15%を占めている¹⁾。すでに在宅看取りケアの体制づくりをする維持期を過ぎ、悪化期や臨死期に近い時期に受け入れをせざるを得ない状況にある。

在宅看取りケアのプロセスでは、対象者とそのご家族の方の本当の思いを日々の暮らしの中から探索する²⁾ことが重要視されているが、看取る側の死生観や死に関する態度がケアの積極性に大きく影響することが明らかにされている³⁾。また訪問看護師の看取りの満足感は、自身がケアを前向きにとらえることに影響を受けていることが明らかにされている⁴⁾。

これらのことから、訪問看護師が捉える前向きな看取りの経験とは、がん療養者・家族との関わりの中で個々の価値観や信念、相互の感情の揺れ動きと向き合う心のありようが影響をしたプロセスであり、その内的な経験が「その人らしい人生」を支える力になっていると考える。これらから訪問看護師は、対象者やそのご家族の価値観を尊重しながら、時間をかけながら相互の関係性を築いていき、最後のときまで思いに寄り添う在宅看取りケアをおこないたいと考える。しかしながら現状では、対象者が在宅で過ごす時間がかなり限られている中で、対象者とそのご家族の方の全体調整を早急にせざるを得ない熟練したスキルが求められている。訪問看護師が教育研修で求めるスキルの中では、「ターミナルケア」の難易度が高いと評価されていることから⁵⁾、その教育体制の充実も急がれる。

以上より、訪問看護師の在宅看取りケアの先行研究では、ある一定の時間をかけながら関係性を築くケアの在り方は明らかになっている。しかしながら在宅療養移行後、対象者の悪化期から臨死期の短期間で看取りケアに焦点をあてた研究は少ない。そこで本研究は、訪問看護師が、対象者の悪化期から臨死期の短期間にどのような在宅看取りケアをおこなっているかを明らかにすることを目的とする。

II. 研究目的

本研究は、訪問看護師が、対象者の在宅療養移行後の悪化期から臨死期の短期間に、どのような在宅看取りケアの経験をおこなっているのかを明らかにすることである。

III. 研究の意義

訪問看護師による在宅看取りケアの語りは、個人的で直接的な経験に留まっているものを内的な経験として実践知の蓄積となる。臨床における専門的技能に内在する知識は、看護実践の向上と看護科学の発展の主要部分となることから⁶⁾、実際のケアを解釈し記述を継続することで、個別的でありながらも一般的なケアに繋げる知見を得る一助となる。

在宅看取りケアは、がん療養者・家族との生活に密着したかかわりの深さや、一人単独で看護判断にあたることから、ストレスを抱える要因となり、バーンアウトにもつながる。看取りという喪失を多く経験する中では、訪問看護師の教育の要素として看護師自身が抱えるストレスに向き合い、自分を強くすることは重要である⁷⁾。本研究では、訪問看護師の語る自らの在宅看取りケアは、看護を振り返る機会となり、経験しながら看護実践を深め、自己のケアに新しい意味づけや価値の見出しができる可能性があり、これらの振り返りは看護師のやりがいや成長につながると考える。

実践的意義としては、訪問看護師の在宅看取りケアの経験の語りから、ケアへの向き方、価値観に関する要素が抽出されることで、対象者及びそのご家族の方への質の高いケアを提供するための基礎資料として活用できる。また在宅療養移行後の短期間に在宅看取りケアを充実するためのスキル開発につなげることができる。さらに今後の地域包括ケア体制の充実に向けた、訪問看護師が果たす役割機能の拡大につなげることができると示唆する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究の手法を用いた。質的研究の目的は参会者の経験と生活世界の説明、理解にある⁸⁾。本研究では面接から得られるデータは、対象者となる訪問看護師が在宅看取りケアを行っている過程で生じた出来事や考え、感情であり、これは対象者が経験したことそのものを解釈することになることから質的な方法をとった。

2. 用語の操作上の定義

本研究では、「短期間」と「在宅看取りケア」について、以下のように定義をした。

短期間：病院から退院する時点ですでにがん療養者の健康状態が比較的安定している時期を過ぎ、悪化期から臨死期に近い時期に訪問看護導入の受け入れをせざるを得ない状況から最期の看取りまでの時期が1週間程度しかなかった期間である。

在宅看取りケア：訪問看護が導入されてから臨死期までの過程で生じた出来事や考え、感情などを含む、がん療養者とその家族と関わる訪問看護師の経験すべてである。

3. 研究対象

以下の条件を満たした関東近郊で訪問看護を実践している訪問看護師 10 名

- 1) 訪問看護師の経験が5年以上ある方

- 2) 在宅看取りケアを過去に 10 例以上経験された方
- 3) 在宅看取りケアを自分の言葉で語ることができる方

4. データ収集方法

1) データ収集の方法

半構造化面接法を用い、訪問看護師が在宅看取りケアを行っている過程で生じた出来事や考え、感情を自由に語ってもらった。語りの内容は対象者に承諾を得て、ICレコーダーに録音し、逐語録にした。

2) データ収集の時期

2014 年 9 月～12 月

5. データ分析方法

質的帰納的方法を用いた。データの分析法として質的研究に基づいた方法論に準じて、対象者ごとに以下の手順で個別分析を行った後、対象者 10 名の総合分析を行った。

個別分析として個人単位ごとに、対象者に語ってもらった在宅看取りのケアの内容を分節化し、逐語録に置き換えたものを基素材となる1次ラベルとした。さらにデータの主張する「類似性」に着目してラベルを集め、似た内容のラベルごとにそれぞれグループ化した。類似グループごとに集めた全体感から、そのグループの内容を表すような一文を考え、それを「表札」として記述し、これを2次ラベルとした。2次ラベル以降も同様のステップを踏み、グループ編成を繰り返してデータを集約した。

総合分析として、個別分析でグループ編成が完成したラベルを 2 段階前のラベルの状態までもどし、2 つの個別分析のラベルを統合し、再度グループ編成を行った。これ以上はグループ編成ができない最後のラベルを「最終ラベル」とし、最終ラベルよりも一段階下のラベルを「下位ラベル」とした。

6. 倫理的配慮

本研究は実施にあたり、臨床研究に関する指針に基づいた倫理的配慮を行い、平成 26 年度自治医科大学倫理審査委員会において倫理審査を受けた。研究参加者へは、研究への参加は自由意思であることを保障し、口頭及び紙面で研究内容を説明し、返信封筒で同意の有無を確認した。研究対象者が語る事例は、がん療養者個人の特定に結び付く情報は削除した。データ収集で得た録音物は研究代表者が所有する所属部署内の鍵のかかるキャビネットに保存し、研究結果をまとめた後は速やかに処分する配慮を行った。

7. データの妥当性と信頼性の確保

データを記述した後に、関東近郊で訪問看護を実践している訪問看護の専門家から調査結果をもとに、スーパーバイズを受け、結果の妥当性を検討した。また研究者は質的研究

を専門とする看護研究者1名とデータ収集、分析、解釈、執筆の期間を通してデータ結果を振り返り、先入観がないか再検討を繰り返し、データの信頼性を確保した。

V. 結果

面接所要時間は1時間であり、追加面接を行った対象者はいなかった。ラベルの分析をした結果、32個の下位ラベルが抽出され、最終ラベルは、【症状緩和を最優先として療養者の希望をさぐる】、【生活習慣に配慮して信頼関係を築く】、【予測される症状と対処方法を確認する】、【急激な症状変化を見極めて介入方法を変化させる】、【安楽なケアを家族と共に考える】、【家にいることの意味をケアの中に見出す】、【家族の揺れる気持ちに寄り添う】の7個が抽出された(表1)。

なお、最終ラベルを【】、下位ラベルを<>で示した。また直接の語りをラベル化した1次ラベルを「」とし、必要な部分においては()で意味を補って示した。下位ラベルとは、最終ラベルを説明するために、最終ラベルの下位に位置づけられたラベルを示す。

表1 訪問看護師の在宅看取りケアの経験

下位ラベル	最終ラベル
短期間の関わりを意識せずとりとめのない会話を大切にする	症状緩和を最優先としてがん療養者の希望をさぐる
日常の会話から希望を引き出す	
痛みの管理を最優先して会話をする	
痛みの状態を確認しながら少しだけ話をきく	
不安が大きいとそれが身体的な苦痛の表現になる	
日常の会話から気になる情報を得ていく	
生活や経済状況を考慮して訪問スケジュールを調整する	生活習慣に配慮して信頼関係を築く
生活習慣の価値観の違いは最初に確認する	
よい関係がつけれるとお互いにうれしい	
自然と話ができる関係性を築く	
最期の身体の変化を具体的に家族へ説明する	予測される症状と対処方法を確認する
穏やかな看取りの環境をつくる	
家族の困っている状況に対して具体的な対処方法を伝える	
緊急時の医師の連絡方法などのチーム環境を整える	急激な症状変化を見極めて介入方法を変化させる
急激な体調変化を見極め介入方法を変えていく	
主となる介護者を把握する	
主となる介護者をサポートする他者の介護力を評価する	
医療処置にジレンマを感じながらもがん療養者・家族の希望を尊重する	安楽なケアを家族と共に考える
家族とともに家族の実践したケアを振り返る	
患者の安楽を優先したケア方法を家族と共に整える	
傍らにいる家族の思いをくみ取りながら苦痛の緩和をする	
家族に触れてもらうことで患者の苦痛が軽減する体験を促す	
ケアの方向性は持ちながらがん療養者・家族のニーズを見極める	
家にいることが精神的な疼痛緩和となる	家にいることの意味をケアの中に見出す
無理強いせずに家にいることの希望に沿う	
がん療養者はどんなに苦しくとも入院をしたいと言わなかった	
家族ががん療養者に希望をきいている内容を確認する	
がん療養者・家族の看取りのケアへの受け入れ状況を確認する	家族の揺れる気持ちに寄り添う
在宅で看取る覚悟と不安に揺れる複雑な家族の気持ちに寄り添う	
説明を受けても家族は実際にイメージ化することは難しい	
家族は身体が急激に変化する状態を見ていられない	
身体的な苦痛を見ても状態を説明することで家族は受け入れができる	
療養場所の選択肢を持ちながら在宅での看取りを希望している状況を把握する	

【症状緩和を最優先として療養者の希望をさぐる】は、以下の6個の下位ラベルを含んでいた。訪問看護師は、訪問初回から最期にいたるまで＜短期間の関わりを意識せずとりとめのない会話を大切にす>中で、＜日常の会話から希望を引き出す>関わりをしていた。また＜痛みの管理を最優先して会話をする>ことがなされ、「時間がないとあまり深い話はできない。でも痛みが少しいときはお話をきく」ことを重要視し＜痛みの状態を確認しながら少しだけ話をきく>状況を作り出していた。さらに「もちろん、痛みの管理ができていないか、調子を見ながらね、無理強いはず」と話し、＜不安が大きいとそれが身体的な苦痛の表現になる>ことを理解し、＜日常の会話から気になる情報を得ていく>在宅看取りケアがなされていた。

【生活習慣に配慮して信頼関係を築く】は、以下の4個の下位ラベルを含んでいた。訪問看護師は＜生活や経済状況を考慮して訪問スケジュールを調整する>柔軟さを持ちながら、＜生活習慣の価値観の違いは最初に確認する>関わりをしていた。＜よい関係がつけられるとお互いにうれしい>感情を持ちながら、「無理強いはしないけれど、最初は天気の話とか話しやすいでしょう・・・(略)・・・関係性をつくるのはそういう会話」が重要であることを認識し、＜自然と話ができる関係性を築く>在宅看取りケアがなされていた。

【予測される症状と対処方法を確認する】は、以下の4個の下位ラベルが含まれていた。訪問看護師は、「こういう風にしてみてくださいとか、今どんな状況ですかと確認しながら、それでも不安そうだなというときにはやはり訪問して対応してという形で週末はきた」と＜最期の身体の変化を具体的に家族へ説明する>ことや＜家族の困っている状況に対して具体的な対処方法を伝える>態度で関わり、＜穏やかな看取りの環境をつくる>在宅看取りケアがなされていた。

【急激な症状変化を見極めて介入方法を変化させる】は、以下の4個の下位ラベルが含まれていた。訪問看護師は＜主となる介護者を把握する>中で、＜主となる介護者をサポートする他者の介護力を評価する>関わりをしていた。さらに刻々と変化する療養者の身体的な状況に伴って、「もともとはそういったケアの部分は望んでいなかったんですけども、(症状変化にともなって)一緒にケアをしながらこういう風にするといいですよなんてコツを教えたりした」ことがなされ、＜緊急時の医師の連絡方法などのチーム環境を整える>ことや、柔軟に＜急激な体調変化を見極め介入方法を変えていく>在宅看取りのケアがなされていた。

【安楽なケアを家族と共に考える】は、以下の6個の下位ラベルが含まれていた。訪問看護師は＜医療処置にジレンマを感じながらもがん療養者・家族の希望を尊重する>ことを重要視し、＜家族とともに家族の実践したケアを振り返る>ことや、＜がん療養者の安楽を優先したケア方法を家族と共に整える>関わりがされていた。また常に＜傍らにいる家族の思いをくみ取りながら苦痛の緩和をする>態度を示しながら、「実際に触れて大丈夫なんだよって声をかけるとね、ご家族にも対応の仕方というか不安を少しでもとる方法という形で一緒にこうしましょう、ああしましょうという形で週末関わった」＜家族に触

れてもらうことでがん療養者の苦痛が軽減する体験を促す>ことや、<ケアの方向性は持ちながらがん療養者・家族のニーズを見極める>在宅看取りケアがなされていた。

【家にいることの意味をケアの中に見出す】は、4個の下位ラベルが含まれていた。訪問看護師は、「(ベッドを花の見える位置に変えたのは)花が見れば痛みも和らぐかなと思って、もう少し斜めのほうがいいんじゃないか」と<家にいることが精神的な疼痛緩和となる>ことを理解した関わりをしていた。<がん療養者はどんなに苦しくとも入院をしたいことは言わなかった>ことや<家族ががん療養者に希望をきいている内容を確認する>中で、<無理強いせずに家にいることの希望に沿う>在宅看取りケアがなされていた。

【家族の揺れる気持ちに寄り添う】は、以下の6個の下位ラベルが含まれていた。在宅へ療養場所が移行した後も経過の中で<がん療養者・家族の看取りのケアへの受け入れ状況を確認する>ことが重要視されていた。たとえ在宅での看取りを覚悟された家族であっても、<説明を受けても家族は実際にイメージ化することは難しい>ことや「例えば苦しくてどうにもならないみたいな形になるとご家族も見えていられなくて入院という選択肢もよぎったかもしれない」予測をし<家族は身体が急激に変化する状態を見ていられない>状況があることに理解を示し、<療養場所の選択肢を持ちながら在宅での看取りを希望している状況を把握する>関わりがなされていた。「ご家族がおっしゃっていたんですけど、家族はどうしてもあわててしまうので、私たちがいて声掛けをすることでやっぱり落ち着く」ことを踏まえて<身体的な苦痛を見ても状態を説明することで家族は受け入れができる>環境を整え、<在宅で看取る覚悟と不安に揺れる複雑な家族の気持ちに寄り添う>在宅看取りケアがなされていた。

VI. 考察

本研究の結果から、1つ目として訪問看護師の短期の在宅看取りケアは訪問看護導入時から、呼吸や疼痛など身体症状の困難な状況を見極め、症状緩和を最優先とした関わりがなされていることが示唆された。訪問看護師は、訪問看護導入時に身体的な症状アセスメントをしながら【症状緩和を最優先として療養者の希望をさぐる】ケアをしていた。在宅看取りケアの時期にあるがん療養者の多くは、疼痛や呼吸困難などの身体的な苦痛を発症しており、これらの苦痛は全人的苦痛をもたらし、ケアの担い手となる家族の不安を増強することにもつながる⁹⁾ことが報告されている。しかし、終末期にあるがん療養者のケアでは、訪問看護師は身体的苦痛の緩和への困難さを抱えていることが多く¹⁰⁾、在宅看取りケアの時期の症状緩和のケアスキルは課題となっている。本研究の結果では、【予測される症状と対処方法を確認する】ことや【急激な症状変化を見極めて介入方法を変化させる】ことが臨機応変になされていたことから、訪問看護導入時より症状アセスメントを的確に行い、在宅医と連携し情報共有をしながら症状緩和を行っていったことがうかがえる。このことより短期の関わりとなる在宅看取りケアにおいて訪問看護師は、終末期の複雑で不安定な身体症状に対処し、総合的にアセスメントができる能力が重要となる。

2つ目として在宅看取りケアは、がん療養者の希望を探ることが基軸となり、がん療養者との会

話よりもむしろ、その表情や家族との会話など実際の生活空間の中で察知していくことが明らかになった。がん療養者の希望を確認していく過程においては、がん療養者との会話よりも、むしろ自宅の雰囲気や家族との会話から察知していた。そして、訪問をする時には、がん療養者と家族の【生活習慣に配慮して信頼関係を築く】ことがなされていた。在宅ターミナルケアにおいて、比較的症状が安定している時期から訪問看護の導入がされている場合には、症状が安定している維持期に、療養者とじっくりと向き合い、その人らしさを実現する生き方を模索することが重要である¹¹⁾。短期間での在宅看取りケアでは、訪問看護師は会話のままならない身体状態のがん療養者の「その人らしさ」を表すものは、長年生活を共にした家族と共に存在することそのものであり、自宅に身を置くがん療養者を取り囲むすべての環境が「その人らしさ」であると考えている。そして、その環境に入りこむ訪問看護師自身の姿勢として、「その人らしさ」をとりまく環境を大切にしているメッセージを伝え、介護用品などの置き場所や使用に関しても必要以上にきめ細やかな配慮をし、信頼関係を構築することが前提にある。このことより短期の関わりとなる在宅看取りケアにおいて訪問看護師には、がん療養者をとりまく環境から「その人らしさ」を察知していく感性と個々の生活歴や趣味を理解し、信頼を寄せていく姿勢が必要となる。

3つ目として訪問看護師は家族全体の力に着目し、家族がケアの担い手の中心となる介護体制をつくるケアがなされていることが明らかになった。訪問看護師は短期の在宅看取りケアにおいて、在宅ケアの担い手となる家族に対し、在宅療養開始時に受け入れができていないにかかわらず、看取りへのイメージをすることが困難となる状況を想定し【安楽なケアを家族と共に考える】時間を設けていた。家族一緒にケアを行う時間を通して、会話の中で【家にいることの意味をケアの中に見出す】ことができるよう声をかけ、【家族のゆるる気持ちに寄り添う】プロセスがあった。家族は終末期の症状変化に対する不安を持っており¹⁰⁾、一度は覚悟を決めた家族の意思を揺るがす大きな要因となる。このことより短期の関わりとなる在宅看取りケアにおいて訪問看護師には、症状緩和のケアを共に行う家族の傍らで一緒に揺れる気持ちを体感しながら自宅で過ごす意味を見出せるよう関わり、家族が自らの力を発揮できる環境を整える能力が必要である。

VII. 結論

訪問看護師は、訪問看護導入時に身体的な症状アセスメントをしながら【症状緩和を最優先として療養者の希望をさぐる】ケアをしていた。がん療養者の希望は、自身の会話よりもむしろ自宅の雰囲気や家族との会話から察知して【生活習慣に配慮して信頼関係を築く】ことがなされ、並行して【予測される症状と対処方法を確認する】ことや【急激な症状変化を見極めて介入方法を変化させる】ことがなされていた。在宅ケアの担い手となる家族に対しては看取りへのイメージをすることが困難であることを想定し【安楽なケアを家族と共に考える】ことや【家にいることの意味をケアの中に見出す】中で【家族のゆるる気持ちに寄り添う】ケアが明らかになった。

VIII. 研究の限界と課題

本研究では、関東近郊の限られた施設内での結果という限界はある。今後は、地域によ

る相違があるかということも含めて対象地域の検討を行い、対象者数を増やしてデータの蓄積をしていくことが課題となる。

謝辞

本研究は、2014年度公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて実施した研究結果の一部である。本研究において、ご協力をいただきました訪問看護ステーションの皆様、インタビューを快く引き受けて頂きました訪問看護師の方々に深く心より感謝を申し上げます。

感想

今回、訪問看護師の方々に在宅看取りケアの経験をインタビューさせていただいたことは、対外的な諸施設の方々と相談させていただく貴重な機会となりました。何度もインタビューや打ち合わせに伺う中で、周囲の方々のご協力があり、ようやく一つの研究に取り組むことができることを経験したことは、自分の力量不足を実感するとともに、ご協力いただきました方々への感謝の気持ちを持つことにつながりました。

<引用文献>

1. 中央社会保険医療協議会（2012）：平成24年度診療報酬改正結果検証に係る検査（平成24年度）訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査。
2. 葛西好美（2007）：末期がんがん療養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。
3. 久山かおる、吉岡伸一（2014）：認知症対応型グループホーム職員の看取りとしに関する態度—訪問看護ステーション職員との比較—，米子医科大学雑誌 No65. 6-18。
4. 西尾美登里、木村裕美（2013）：ターミナルケアにおける看護師の看取りの満足感に関する研究 (61) 6. 890-903。
5. 中下富子、伊藤まゆみ他（2006）：訪問看護職が提供している在宅看護技術の実施頻度と難易度に関する研究，上武大学看護学部紀要 No1。
6. Patricia Benner 井部俊子（訳）（2005）：ベナー看護論新訳版—初心者から達人へ— 医学書院 p 3。
7. 池田佳子（2013）：「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」とはその開発と特徴，訪問看護と介護 18（7）7，542-549。
8. ホロウェイ，ウィラー，野口美和子監訳（2008）：ナースのための質的研究入門研究方法から論文作成まで 第2版. 医学書院。
9. 古瀬みどり，松浪容子（2012）：訪問看護師ステーションにおける終末期がん療養者の受け入れ状況に関する調査 その2—訪問看護師が捉える家族にとって満足度の高い看取りとは—，北日本看護学会誌，15（2），37-42。

10. 古瀬みどり (2013) : 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, 27 (1), 61-66.
11. 宮田乃有 (2013) : がんの在宅ターミナルケアのプロセス, コミュニティケア, 15 (13), 32-58.

<参考文献>

1. 山浦晴夫 (2012) : 「質的統合法入門 考え方と手順」, 医学書院.