

〈研究ノート〉

在宅で高齢者を看取る家族の介護負担を軽減するための 訪問看護師の看護援助の特徴

Taking care to alleviate the care burden of family who care elders at home

長尾 匡子¹

要 旨

国民の6割は「最期は家で死にたい」と希望しているものの、その8割は医療機関で亡くなる^{1)~2)}。特に、高齢者は在宅死を希望しながらも「家族に負担をかけたくない」との思いが強く、在宅療養すら断念することが多い。多死時代を迎え、また医療財政危機にある今日、高齢者の終末期における在宅医療の推進は必至である。そこで、「家族に負担をかけたくない」という高齢療養者の思いに即して、訪問看護師が家族にどのような看護援助を行っているのかを、質的帰納的方法により明らかにした。その結果、【在宅で看ることができるように家族の負担軽減を図る】【情報提供を行う】【家族との信頼関係を構築する】【死を受け入れ、死を迎える準備をする】という4つのカテゴリーを析出した。ここでは【在宅で看ることができるように家族の負担軽減を図る】について詳細に論じながら、在宅医療推進のために、どのような看護援助が必要なのかを報告する。

キーワード：訪問看護師，介護負担軽減，在宅での看取り，高齢者家族

home healthcare nurses, alleviate the care burden, The end-of-life care at home, elderly family

I. 緒言

国民の6割は「最期は家で死にたい」と希望しているものの、その8割は医療機関で亡くなっている^{1)~2)}。しかし、多死の時代の今世紀において、150~160万人に達すると予測される年間死亡者を、医療機関で受け入れて看取することは困難である。また、医療財政危機の観点からも、終末期における在宅医療の推進は必至であり、国はさまざまな形で在宅医療・看取りを推進しようと施策を展開している^{3)~4)}。

終末期に関する調査によると^{5)~7)}「自宅で過ごしたいが、実際には難しいと思う」と全回答者の約6割が回答しており、「家族に負担をかけたくない」と約7割の者が在宅で最期を迎えることを否定する回答をしている。

では、在宅での終末期医療を推進させるためには、どのような支援が必要なのだろうか。特に調査結果にある「家族に負担をかけたくない」ということに対して、どのような支援が必要なのか検討しなければ

ならない。

在宅での高齢者の終末期ケアに関する研究では、看取りの満足度やサービス評価に関する研究^{8)~10)}、家族の訪問看護師に対する満足感やニーズ充足など訪問看護に期待することに関する研究^{11)~17)}がある。また、訪問看護師の死生観を問うたものもあるが¹⁸⁾、訪問看護師がどのようなことを意識して家族に関わっているのかを明らかにした研究は見当たらなかった。

そこで、「家族に負担をかけたくない」という療養者の思いに即して、訪問看護師が家族に、どのような看護援助を行っているのかを明らかにすることを目的に、本研究を行った。

II. 研究方法

本研究は訪問看護師の看取りの援助の実際を、インタビューによって明らかにすることを試みる質的帰納的研究である。

1. 研究目的

訪問看護師が在宅で高齢者を看取る家族に対して、どのような看護援助を行っているのかを明らかにする。

2. 研究協力者

在宅での高齢者の看取りの看護経験を有するA県下の訪問看護師15名。協力依頼に際しては、協力への自由意思やプライバシー保護に関しての倫理的配慮を行った。

3. データ収集の方法

2004年10月～2005年2月に、研究協力者に個別に原則1時間のインタビューを行い、了解を得て録音した。インタビュー内容は訪問看護師自身が、最初は自宅で迎えたいと願う高齢者の看取りを達成するために、高齢者本人はもとより、家族を援助できたと感じている事例の語りである。具体的には訪問看護師自身が達成したと感じ、印象に残っている在宅での高齢者の看取りの看護体験を、事例を通して語って貰った。そして、その「語り」の中にある、在宅での看取りを達成させる家族への特徴的な看護援助を明らかにした。

4. データ分析方法

得られたデータは、質的帰納的研究方法に基づいて、以下の手順に従い分析した。

- ① 録音したインタビュー・データを逐語録に起こし、文字データに置換する。
- ② 文脈から、在宅で高齢者の看取りを支援するために行った家族援助で、特徴的だと思われる事柄をコード化する。
- ③ 析出したコードを関連づけ、サブカテゴリー、カテゴリーと上位カテゴリーを構成する。

5. 信頼性および妥当性について

分析は訪問看護実践者および質的帰納的研究に精通している研究者のスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性を確保した。

6. 倫理的配慮

2004年にA県看護協会内にある倫理委員会の承認を得て実施した。A県内にある訪問看護ステーションから90カ所をランダムに抽出し、協力依頼書を送付、協力意思を表明してくれた訪問看護師を研究協

力者とした。この時、協力は任意のもので個人評価を目的とするものではなく、匿名性およびプライバシーを保護する旨を、文書と口頭で説明し、同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の属性

訪問看護師の属性は30代が2名、40代が7名、50代が4名、60歳以上が2名であった。訪問看護師経験は1～3年目が1名、4～5年目が2名、6～10年目が9名、10年以上の経験を有するものが3名であった(表1)。

表1 訪問看護師の属性 (n=15名)

年齢	30代	2名
	40代	7名
	50代	4名
	60代以上	2名
訪問看護師経験	3年以下	1名
	4～5年目	2名
	6～10年目	9名
	10年以上	3名

2. 訪問看護師の家族に対する看護援助

訪問看護師が実施している家族に対する看護援助として、【在宅で看ることができるように家族の負担軽減を図る】【情報提供を行う】【家族との信頼関係を構築する】【死を受け入れ、死を迎える準備をする】という4つのカテゴリーが析出された。

紙面の都合上、ここでは【在宅で看ることができるように家族の負担軽減を図る】という看護援助について述べていく。この【在宅で看ることができるように家族の負担軽減を図る】という看護援助は、《家族が楽になるように介護負担軽減を図る》、《家族が実践できることのみ指導する》、《家族の介護力をもとに医療および介護チーム、家族と話し合いを持つ》、《在宅で看取ることが良いことだと思える環境を作る》、《介護者の体調管理をする》、という5つのサブカテゴリーから成り立っている(表2)。それぞれについては、《サブカテゴリー》、〔コード〕、「インタビュー・データ」を用いて以下に詳細に示した。

なお、「インタビュー・データ」はインタビュー・

表2. 訪問看護師が実施している家族に対する看護援助

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
在宅で看取ることができるように家族の負担軽減を図る	家族が楽になるように介護負担軽減を図る	家事の簡素化を提案する
		家族の負担を軽減すべく訪問看護を含めたサービスを導入する
		介護者が楽になれるように関わる
		負担を軽減し家族が看取することができる環境を作る
	家族が実践できることのみ指導する	家族が実践できることだけを丁寧に指導する
	家族の介護力をもとに医療および介護チーム、家族との話し合いを持つ	生活者としての家族の介護力を多角的に観察・判断する
		医療および介護チームと家族との話し合いの場を持つ
		家族に医師に言うべき事を助言する
		家族と相談し看取りに協力してくれる医師を決める
	在宅で看取ることが良いことだと思える環境を作る	在宅で看取ることが良い事だと思える環境を作る
	介護者の体調管理をする	介護者の体調管理をする
		訪問時に介護者を休ませる
		自分を大事にするように家族に説明する

トランスクリプトからの抜粋であるが、談話の意味を損ねないように省略し、理解しやすい表現へと整えている。() で記している部分は理解しやすいように加えた注釈である。

1) 《家族が楽になるように介護負担軽減を図る》

訪問看護師たちは、介護者である家族が楽になるように〔家事の簡素化を提案する〕、〔家族の負担を軽減すべく訪問看護を含めたサービスを導入する〕、〔介護者が楽になれるように関わる〕など、〔負担を軽減し家族が看取することができる環境を作る〕ようにしていた。

“(食事を) 軽いタッパや蓋の開けやすいようなもので・・・というような工夫をして。(中略) (食器洗浄などの) あと片づけが楽なように。生活指導にもつながるじゃない”

“どういサービスを入れるか。家族の負担が少なくて、家で継続して看取することができるかを第一に考えて”

つまり、在宅で継続して看取することができるように、可能な限り、社会的資源を活用しようとしているのである。このことによって、家族が楽になるだけでなく、最終的に高齢者本人の「家にいたい」という希望を叶えることにつながるからである。

“傷を見ないといけないような処置。中を綺麗に洗ったりしないといけない。本人さんが嫌がる・・・痛いつていうような、そういう作業があったものですから。それは可哀想でしょ。それじゃ訪問看護で入りましようかということで、土日全部入りました”

“なるべくおうちの方に、そういう大変なことは少なくしようということで、看護処置は入りました”

家族が重荷に感じるような医療的色彩の強い処置は、可能な限り訪問看護師が実施するように、サービス体制の調整を行っていた。

すなわち、在宅で高齢者を最期まで看取するという大変さを理解し、訪問看護がコミットできるような工夫である。

“頑張れって、わかればわかるほど言えなくなる”

“安心していただく。頑張らなくてもいいんだって思う。(中略) 大変な部分は私たちが受け持つから、とにかくご本人がいいようにしてあげて下さい”

“誰かが関わることで、ちょっとまじったり。反対に言えば、関わりを希望されるように関わりますからね。私たちが行くことで(中略) 関わり方をお伝えするというか、指導っていうものじゃないんですよね”

「家族がすべてを担わなければならない」という観念を和らげるような訪問看護師の関わりが必要だということであった。これは、介護家庭を孤立化、密室化させず、訪問看護師が常に関心を寄せているということを示していることでもある。

“負担をかけないって言うのは、家族が楽になることで、本人さんに優しくなれる方もいらっしゃるよ。だから本人さんへの関わりが良くなる”

家事負担、医療的処置への負担を軽減する関わりは家族の負担感の軽減につながり、高齢者本人も良い介護を受けることができる。その結果、在宅療養が継続できるということ、訪問看護師たちは経験から認知しているのである。

2) 《家族が実践できることのみ指導する》

医療従事者ではない家族が、看護師と同じような処置ができるはずがなく、求めても負担に感じるだけであることを、訪問看護師たちは常に意識していた。そして、〔家族が実践できることだけを丁寧に指導する〕ことに力を注いでいた。

“家族が亡くなっていく中で、どうしたらいいんだろうって思っている人に、これだけのことが必要ですから、これだけやって下さいって言うても、絶対無理だと思うんですよ”

つまり、家族に多くを望んでもできないということ、その家族にできることを見極めるのである。そして、家族ができることは確実に実践できるように、丁寧に指導していくのである。

3) 《家族の介護力をもとに医療および介護チーム、家族と話し合いを持つ》

本当に最後まで在宅で看ることができるのか否か、〔生活者としての家族の介護力を多角的に観察・判断する〕必要がある。そのためには、〔医療および介護チームと家族との話し合いの場を持つ〕ことを通して、冷静に、かつ客観的に判断していくべきであると、インタビューした全員の訪問看護師が答えていた。

“経済的にゆとりがあったら私たちに来て貰うし、

ある程度、家族指導したりして。家庭の状態って違うんですよ。だから、朝晩変えましょうと言ってできる人もいれば、娘さんがされる方もいれば、いろいろ違うんですけど”

“誰が何をするかって、最初はね。おうちの人も初めてですし、(中略)話を少しずつ煮詰めていって、進めていったんですけど”

このように家庭によって経済状況や介護する人的状況が異なるということを理解し、個々の家族に応じたケアプランを立案し、実施しなければならない。限られた状況の中で、家族ができることは何か、チームとしてサポートできる、あるいは、すべきことは何なのかを、家族とよく話し合うということである。

“徐々に話を・・・最期の方はつめていって、最終的にはその時にならないとわからない、決断できないこともあるんですが・・・ある程度は・・・病院に行くか、家で看取るかっていうのは、徐々に話をしていって”

話し合う中で、最期をどこで迎えるのかを決めていかなければならない。本人の希望に可能な限り添いながらも、急変時も含めて、家族にとって何がベストの選択なのかを決断しなければならない。そのためには、避けては通れない問題であるということ、を認識し、訪問看護を引き受けた段階から話し合える雰囲気を醸成していった。

“ホスピス面談も済ませていたから。ホスピスもいつも満床で、いつ入れるかっていう駆け引きがあってね。そこら辺の連携をホスピスの師長さんと連絡取りながら。医師は医師でホスピス担当医に痛みの治療とか連携を取って、ナースはナースで何かいい方法はないかと、いろいろやり取りして。そのやり取りの結果を家族に伝えて”

“このことに関しては、ご家族から先生に言われた方が、先生がきっと早く動いてくれますよって。今日、先生が来られたら、こういう風に言って貰えませんか”

このように〔家族に医師に言うべき事を助言する〕、〔家族と相談し看取りに協力してくれる医師を決める〕など、常に本人と家族の意思決定に添うよ

うな、タイムリーなチームサポート体制を構築していく努力も行っていった。そして、チーム全員が関心を寄せているということを示し、家族だけで頑張らなくても良いということを示していた。また「最期は家で」と決めていても、状況に合わせて病院やホスピスに行くことも何ら問題がないということを常に説明していた。

“生活が支えられてこそ、医療が成り立つってところがありますからね”

“(老夫婦家族への訪問時、冷蔵庫の霜取りを手伝って) 私は冷蔵庫の掃除をしたとは思っていない。というのは、その冷蔵庫の中を見ることでね、生活状況がわかるでしょ。どういうものを食べているとか、炊事がどの程度できているかとかね。(中略) 娘さんが、時々いろんなものを送ってきてくれるけど、それをどうやって食べているのかはわからない。だから、それをどういう風に利用して毎日の食事にやっているのかが見れて”

ケアを必要としているのは「療養の場」である病院とは異なり、リアルタイムで生活が営まれている家庭である。そのことを理解しなければならない。また、医療従事者でなく「その家で生活している家族」が介護を担っているということも、理解しなければならない。したがって、家族が日々、どのような生活を送っているのかを情報としての確に把握する必要があると、インタビューした全員の訪問看護師が語っていた。

“状態が悪くなって長期になりますと、家族がヘトヘトになるんですね。家族の生活も守ってあげないといけないんで、そろそろ限界だなんて思ったら主治医と相談して、病院のフォローをお願いすることも視野に入れて”

家族の介護力を判断しながら、「最期は家で」にこだわらなくても良いということ、保障しているということであった。これは単に「患者」である高齢者を看護するというのではなく、家族を含めた生活者という視点でとらえているからである。すなわち、家族の思いを尊重しながらも、専門職として冷静に、かつ、客観的に在宅療養が継続できるのか、家族の介護力を総合的に判断しているのである。こ

のことは、在宅での看取りだけでなく、在宅療養を考える際のキーポイントでもあると、全員が話していた。

4) 《在宅で看取ることが良いことだと思える環境を作る》

大事な家族の一員が徐々に衰えていく姿を見る、最期を看取するという行為は、非常に辛いものである。しかも自身の生活している「家」という環境下では、高齢者への介護と家族自身の衣食住、仕事などすべてのことがリアルタイムで同時進行していくこともある。したがって、家族にとって、これまでの日常生活のすべてが非日常化していくということ、訪問看護師は認識していた。その上で、〔在宅で看取ることが良いことだと思える環境を作る〕ことを心がけていると、インタビューした全員の訪問看護師が語っていた。

“私たちの訪問を受けたり、先生の往診も受けて、こうして看ていることが、この人にとっていいことなんだと、だんだん家族も思ってきますよね”

“病院に行って亡くなる姿をね。病院の看護師さんに見て貰う・・・そういうのを想像したりしてね。やっぱりここがいいんじゃないかって家族が思えたときですね。そしたら、ここで看ましようってなるし”

このような感情を家族がもてるような工夫をするということであった。具体的には前述の「家族が楽になるように家族の負担軽減を図る」「家族が実践できることのみ指導する」「家族の介護力をもとに医療および介護チーム、家族と話し合いを持つ」ということである。訪問看護師が高齢者本人だけでなく、生活者である家族に関心を向けてケアしてくれているということ、家族が実感できたとき、はじめて「最期は家で」ということが成り立っていくのである。

5) 《介護者の体調管理をする》

訪問看護師たちは療養者である高齢者もさることながら、〔介護者の体調管理をする〕ことにも心を砕いていることが明らかとなった。

“訪問したときに奥さんが休めるように。私たちが行っているときに、奥さんに少しでも仮眠を

取って貰うとか。(中略) その間にしたいことをして貰って。介護から離してあげて、気分転換を取って貰うような形で”

“どうやって寝る時間を確保して、疲労とストレスを取り除くかっていうことなんです。そうすると、看護師が行っている間に休憩を取ってもらうしか、もうないんです”

介護者である家族が体調を崩す、あるいは病気になると、必然的に在宅療養を継続することは難しくなる。また、[訪問時に介護者を休ませる]などして、介護から少し離れることで気分転換ができ、新たな気持ちで介護に取り組めるということも、訪問看護師たちは経験上、認知していた。

“長期戦になるので身体を休めることが一番、在宅が長くもつ秘訣なのよって。強く強く言って、休んで貰う”

家族は自分を犠牲にして介護しているということも語られた。「終末期」という時期はある程度絞られていくが、高齢者の場合、状態の好悪が繰り返されることが多い。したがって、介護期間が長くなることも想定して[自分を大事にするように家族に説明する]など、訪問看護師は常に家族の心身両面へのケアを行っていた。

“病院は基本的に(看護展開する対象は)患者さんだけ。だけど在宅はその家族、介護者全部ってことですよ。一緒にお住まいの全員ですよ”

病院施設では、患者である高齢者のみを看護することに主眼がおかれていたが、在宅では患者本人だけでなく、そこに生活している家族全員が看護の対象となる。そして、このような家族全員の体調管理をすることで、在宅療養の継続を図ることができるということを、訪問看護師は認識していた。

IV. 考察

在宅医療推進の施策の中、在宅での看取りを達成するために、訪問看護師は家族の介護負担を軽減するという援助を意図的に行っていた。それは《家族が楽になるように介護負担軽減を図る》、《家族が実践できることのみ指導する》、《家族の介護力をもと

に医療および介護チーム、家族と話し合いを持つ》、《在宅で看取ることが良いことだと思える環境を作る》、《介護者の体調管理をする》、というものであった。以下に、各々の援助の特徴について考察する。

1. 《家族が楽になるように介護負担軽減を図る》

2000年から始まった介護保険による居宅介護サービスは高齢者の増加に伴って、毎年利用者が増加している。当初は、家の中に他人が入ってくる福祉サービスに何らかの抵抗を感じている人が多かった¹⁹⁾。しかし、高齢者の増加、それに伴う心身虚弱による家事負担、保険開始15年を経てサービス利用することへの国民の意識の変化は、介護の社会化を進展させたと考える。

訪問看護師は、家事の簡素化や訪問看護を含めたサービスを導入することを家族に提案している。これは、家族の介護負担の軽減が主たるものである。しかしそれだけではなく、非日常である看取りという環境を家族だけで担うのではなく、介護の社会化、つまり、社会全般で支えるという介護保険の仕組みそのものを、家族に理解してもらうことを意図していると考えられる。

そして、家族が重荷に感じるような医療処置については、可能な限り訪問看護師が実施するようにサービス体制を調整している状況も明らかとなった。医療処置、特に褥瘡などの処置は、家族のストレスは非常に大きいとの報告がある²⁰⁾。したがって、訪問看護師の専門知識や技術はもとより、療養者や家族の心に寄り添う²¹⁾ことで、「家族がすべてを担わなければならない」という家族の在宅介護の観念を開放しているのだと考える。

2. 《家族が実践できることのみ指導する》

「家族がすべてを担わなければならない」という観念からの開放は、実際に家族がしなければならないことは何かを明確に提示することである。それは、社会的資源でカバーできないこと、家族でなければならないことを明確化することでもある。

多くの家族にとって「死を看取る」ということは非日常である。家族は医療従事者ではないことを念頭に置き、自分たちが「当たり前」に行っていることは「当たり前」に行えないことを認識しなければならない。その上で家族が確実にできること、家族だからできることを、丁寧に指導していく必要がある。

そのことを訪問看護師たちは意識して関わっていたのである。

3. 《家族の介護力をもとに医療および介護チーム、家族と話し合いを持つ》

訪問看護師は、在宅療養継続が可能であるか否かを家族介護力も含めて総合的に判断し、チームとして支援していた。つまり、介護者の事情をくみながら、具体的にその手立てや情報を提示²²⁾しながら、状況に合わせたかわりをもっていた。

そして、家族が常にチームと一緒にサポート体制について考えることを重視していた。特に、最期をどのように迎えるのかを決定していくプロセスは、最も重視すべきこととしていた。療養者や家族とかわりながら、タイミングを図りながら、最期をどこで迎えるのかというセンシティブな話をするということである。

それは今後、療養者が辿ると予測される経過や症状、チームとしてのサポート体制のあり様、緊急時の連絡先の確認や対応方法を説明して話し合うことである。これは緊急時に、家族が慌てずに対応できるようにすることが目的であり²³⁾、療養者の病状進行を目の当たりにする家族が躊躇することなく、療養者本人と家族にとってベストな選択ができるようにとの布石となっている。

また、チームの誰に言えばスムーズに対応してくれるのかということを理解し、状況に合わせたタイムリーなサポート体制構築のためのコーディネート役割をも担っていた。

そして、「最期は家で」と決めていても、在宅療養が限界になれば入院すれば良い²⁴⁾のであって、何ら問題がないことを説明することで、在宅での看取りがすべてではないこと家族に示しているのである。

つまり、訪問看護師たちは家族が高齢者を看取るという行為は、病院なのか家なのかという場所が大事だとはしていないのである。療養者である高齢者と介護者である家族の日常生活が、安全で安心して送ること²⁵⁾なくして、納得の行く、穏やかな看取りはできないと考えているのではないだろうか。

4. 《在宅で看取ることが良いことだと思える環境を作る》

前述の《家族が楽になるように介護負担軽減を図る》、《家族が実践できることのみ指導する》、《家族

の介護力をもとに医療および介護チーム、家族と話し合いを持つ》という看護援助を実施しても、人の最期を看取るということは、家族にとって大きな負担である。

現在、国民の約8割は病院で最期を迎える。この事実は、かつて、家で死ぬことが当たり前であった生活から、人々を死から遠ざけることとなった。そして、日常生活から死を切り離れたことは、死は必ず訪れる自然の摂理²⁶⁾という思考を止め、怖いもの、恐ろしいものにとらえるようになっていった。

つまり、在宅で死を看取るという行為は、多くの家族にとって、日常生活の中で直接死に触れる初めての体験と言えよう。家族が《在宅で看取ることが良いことだと思える環境を作る》ことができるかが、納得のいく看取り、達成感のある看取りであるかを左右し、今後の在宅での看取りを推進していく重要な鍵となっていると考える。

5. 《介護者の体調管理をする》

介護者が体調を崩すと在宅療養を継続することが困難、不可能となる。したがって、介護者へ体調管理も、訪問看護師にとって大きな意味をもつ。そして、訪問時にレスパイトしてもらうことで気分転換を図ることも、在宅療養継続には不可欠であると認識していることがわかった。高齢者は症状の好悪を繰り返し、介護期間が長期にわたることが多い。そのため、このような介護家族への関わりも、前述の家族が在宅で看取ることが良いことだと思えるような環境作りの1つと考える。

訪問看護師たちは療養者と家族の生活を守るという観点から、両者が人間としてのwell-beingを達成できるような看護援助を行っているのである。そしてこのことは、地域における医療と介護の推進を担う上で、訪問看護師の高い専門性が現れていると考える。

V. 結論

在宅で高齢者を看取る家族の介護負担を軽減するために、訪問看護師は以下のことを看護援助として実施していた。

1. 家族の経済状況や介護能力を的確に判断し、介護保険を用いて可能な限りのサービスを導入し、家族の負担を軽減する。
2. 家族は医療従事者ではないので、医療的処置は

可能な限り訪問看護師が実施し、家族には焦点を絞った観察ポイントを説明して家族に多くを期待しない。

3. 訪問看護師たちが訪問している時間帯は、可能な限り介護している家族に休養を取って貰う、気分転換をして貰うなどして、家族の心身への体調管理を行う。
4. 家族の介護負担が軽減することで、家族は在宅で看取ることが良いことだと思えるようになり、在宅療養継続や在宅での看取りを達成することができる。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は2005年に実施した研究の一部を再分析したもので、在宅での高齢者の看取りの看護経験を語ることに協力意思を表明、再分析にあたってデータ使用を同意してくれた訪問看護師15名を対象に行ったものである。

したがって、この15名は、自身の「看取りの症例数」を多く有する、「看取りの満足感」を有する訪問看護師であると推察する。そのため、在宅療養継続、看取りへの肯定的な関わりについては語って貰えたが、在宅療養継続が困難になったケースや家族の協力が得られないなどの介護放棄などに関しては何も語られなかった。この点が偏ったデータになっていると考える。ネガティブな体験も語って貰えるようにインタビューガイドを工夫するなどして、データ収集することが今後は必要と考える。

また、データは2004年～2005年にかけて収集したものであり、在宅医療および看護を取り巻く環境の大きな変化の中で、データの鮮度としては欠ける。しかし、在宅での死亡数は全国平均で12.5%と、オランダやフランスの30%を超える在宅での死亡数²⁷⁾と比較すると、日本の在宅での看取りは進んでいないと考える。日本の在宅での看取りを阻む要因に「家族に迷惑をかけたくない」という思考と、家族の介護力に依存しすぎることや家族介護者への期待の高さがある²⁸⁾。本研究の成果が、在宅での看取りの推進への一助になることを期待すると同時に、新たなデータ収集を行って共通性、相違性を明らかにすることで、訪問看護師の在宅での看取りへの支援方法を検討していきたいと考える。

付記および謝辞

本研究は、平成16年度日本訪問看護振興財団の助成を受けて実施したもので、第10回訪問看護・在宅ケア研究助成事業で報告したものを大幅に加筆修正したものです。

ご多忙の中、本研究にご協力いただいた訪問看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 小谷みどり, 介護されることについての意識 - 主として性差の視点から -, Life Design Report (211), 13-22 (2014)
- 2) 内閣府, 平成24年版高齢社会白書 (2012)
- 3) 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室, 在宅医療・介護あんしん (2012), http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf, (2014年1月9日閲覧)
- 4) 平川仁尚, 木股貴哉, 植村和正, 訪問看護師からみた在宅高齢者の終末期ケアの現状 ~ KJ法を用いた発想~, ホスピスケアと在宅ケア, 22 (1), 2-7 (2014)
- 5) 前掲1)
- 6) 前掲2)
- 7) 厚生労働省 平成22年12月終末期医療のあり方に関する懇談会, 「終末期医療に関する調査」結果について, http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/dl/saisyuu_iryuu11.pdf, (2014年12月24日閲覧)
- 8) 福本恵, 柁本妙子, 滝下幸栄他, 高齢者の終末期の看取りに関する研究 (1報) - 遺族に対する質問紙調査結果 -, 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 9 (1), 35-4 (1999)
- 9) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子, 在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーションの調査に学ぶ, 27-81, 中央法規 (2005)
- 10) 島内節, 小野恵子, 遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価, 日本在宅ケア学会誌, 12 (2), 36-43 (2009)
- 11) 須佐公子, 高齢者の在宅死を看取った家族の体験の意味の分析と看護者の役割の検討, 在宅医療助成勇美記念財団2002年度在宅医療助成, 1-12 (2002)
- 12) 杉本正子, 河原加代子, 高石順子他, 在宅ホス

- ピスキアを受ける患者と家族のニーズ —在宅ホスピスを選択した遺族への調査—, 日本保健科学学会誌, 8 (1), 38-45 (2005)
- 13) 谷下系子, 神野千鶴子, 在宅末期がん患者を看取った家族 —主介護者の「思い」その過程からの考察—, 日本看護学会論文集第38回地域看護, 115-117 (2007)
- 14) 長尾匡子, 濱田美和子, 大向征栄, 在宅で高齢者をケアする家族の思い —看護師に期待することとは—, 木村看護教育振興財団, 53-63 (2008)
- 15) 熊谷有記, 小笠原知枝, 長坂育代, 末期がん患者をもつ家族の看護師に対する期待, 死の臨床, 32 (1), 111-122 (2009)
- 16) 首藤悦子, 松岡千恵子, 青戸まりこ, 弔問による遺族の「思い」から終末期を迎える家族が看護師に求めるケア, 日本看護学会論文集 第40回地域看護, 219-221 (2009)
- 17) 柏崎信子, 在宅で非がん後期高齢者を看取った主介護者の終末期における訪問看護師への思い, 東邦看護学会誌, 第10号, 1-8 (2013)
- 18) 長尾匡子, 高齢者の看取りに関わる訪問看護師の死生観, コミュニティケア 7 (11), 48-51 (2005)
- 19) 塚田典子, 斎藤安彦, 高齢者の在宅福祉サービス利用に対する抵抗感に関する研究, 地域保健, 33 (10), 53-63 (2002)
- 20) 泉宗美恵, 松下裕子, 黒沢美智子, 稲葉裕, 横山和仁, 在宅療養者の医療ケアを行う家族の介護ストレスに及ぼす介護環境の影響, 民族衛生 76 (4), 155-163 (2010)
- 21) 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)
- 22) 前掲21)
- 23) 小野直子, 在宅における終末期の看護 —療養者と家族の苦痛と不安を緩和する関わりを考える—, 看護教育, 54 (8), 722-725 (2013)
- 24) 大野かおり, 能川ケイ, 西浦郁絵, 森田愛子, 藤原智恵子, 松浦由紀子, 服部泰子, 在宅ターミナルケアに関する研究 (その2) —訪問看護ステーションにおける取り組みの現状と課題—, 神戸市看護大学短期大学部紀要 第22号, 60 (2003)
- 25) 柏崎信子, 在宅で非がん後期高齢者を看取った主介護者の終末期における訪問看護師への思い, 東邦看護学会誌, 第10号, 1-8 (2013)
- 26) 前掲18)
- 27) 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社会法人全国訪問看護事業協会, 訪問看護アクションプラン2025 —2025年を目指した訪問看護— (2015)
- 28) 箕岡真子, 日本における終末期ケア“看取り”の問題点, 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル, 17, 6-11 (2012)

