

	老人訪問看護基本療養費	5,300	5	26,500
		6,300	3	18,900
	難病等複数訪問加算	4,500	2	9,000
	老人訪問看護管理療養費	(月1回のみ) 7,050	1	7,050
		2,900	7	20,300
小 計				188,222
医 療	訪問診療	8,300	5	41,500
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月1回のみ) 22,900	1	22,900
	痴呆患者在宅療養指導管理料	(月1回のみ) 3,900	1	3,900
	訪問看護指示書	(月1回のみ) 3,000	1	3,000
	特別訪問看護指示書	(月1回のみ) 1,000	1	1,000
	再診料	730	3	2,190
	外来管理加算	570	3	1,710
	継続管理加算	(月1回のみ) 50	1	50
	緊急往診	9,750	2	19,500
	往診	6,500	1	6,500
	休日加算	1,900	1	1,900
	24時間連携(I)	(月1回のみ) 14,000	1	14,000
	診療情報提供料	(月1回のみ) 2,200	1	2,200
	在宅患者訪問点滴注射管理料	600	2	1,200
	経管栄養材料費	3,730	1	3,730
	点滴薬剤料	23,670	1	23,670
	死亡診断加算	2,000	1	2,000
	ターミナルケア加算	(月1回のみ) 12,000	1	12,000
居宅療養管理指導	2,900	2	5,800	
小 計				168,750
費 用 合 計				356,972

3. 研究協力施設及び研究協力者

S市A訪問看護ステーション、E区B訪問看護ステーション

2カ所の訪問看護ステーションの看護師計3名がかかわった利用者4名

表 8 利用者の概略

	ケース	年齢/性別	診断名	訪問看護利用期間
小規模ケア ホーム(S市)	T氏	96歳/男性	腰痛症	22ヶ月
	Y氏	97歳/女性	痴呆	39ヶ月
在宅(E区)	M氏	97歳/女性	痴呆 高血圧 貧血	6ヶ月
	K氏	86歳/男性	アルツハイマー型痴呆 脱リウマチ筋痛症疑い	6ヶ月

4. データ収集方法及び調査期間

インタビューガイドを用いた半構成的インタビューを2004年8月～9月に行った。

インタビューガイドは、グループホームで用いたインタビューガイドを小規模ホームと在宅でのインタビューにあわせて若干の修正を加えて用いた。それぞれの訪問看護ステーションを利用してから亡くなるまでの経過、ターミナルケアに関する訪問看護師の認識、行ったケア、評価などについての質問項目から成る。

インタビュー内容は、研究協力者の許可を得てMDレコーダに録音し、逐語録にした。あわせて訪問看護ステーションの記録物から補足情報を得た。

5. 倫理的配慮

東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

事前に研究者から各訪問看護ステーションの所長に、研究目的、方法、倫理的配慮等について文書と口頭で説明を行い、文書での同意を得た。その後、訪問看護ステーションから亡くなった利用者の家族に研究者が準備した事例開示に関する説明文書ならびに研究の趣旨、拒否する権利等倫理的配慮に関する文書を郵送してもらい、家族が署名した同意書が研究者に返送された後、訪問看護師へのインタビューを行った。

6. 分析方法

訪問看護師へのインタビュー逐語録を、「訪問看護の支援内容」、「ターミナル期と意識した状況」、「ターミナルケアの条件」を分析ポイントとして内容分析を行い、カテゴリを抽出した。また、訪問看護師がケアを展開していく過程で浮上してくる様々な「迷い」や「思い」も、これらの分析ポイントと密接に関連していたため、それらを「看護師の思い」として抽出し、あわせて分析を行うことにした。

抽出した記述をコード化し、複数のコードを比較し、類似性と相違性を検討しながら分類した。それぞれのコードが文脈と一致するよう逐語録に照合させながら分類していった。

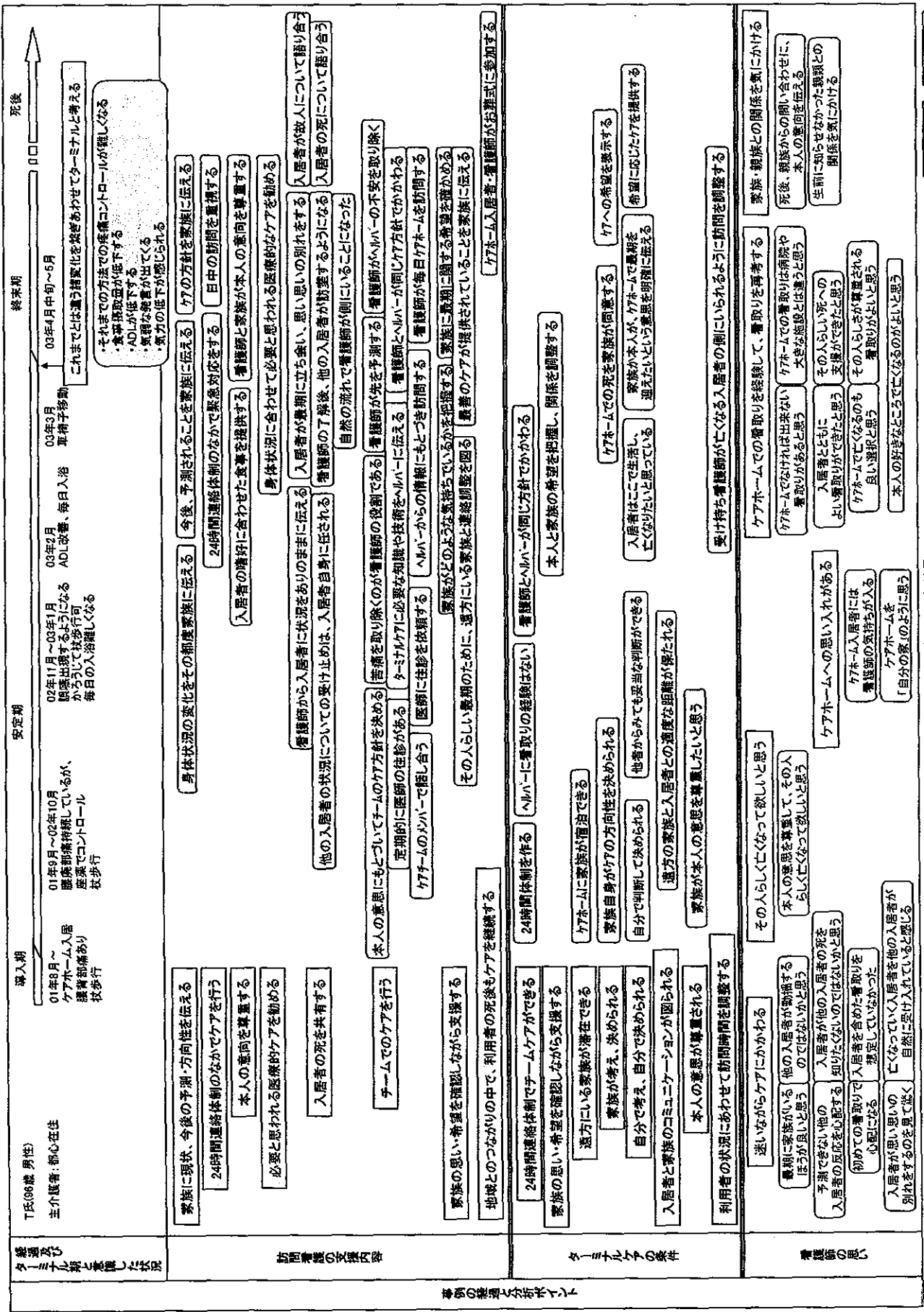


図4 T氏の経過の概要と分析結果

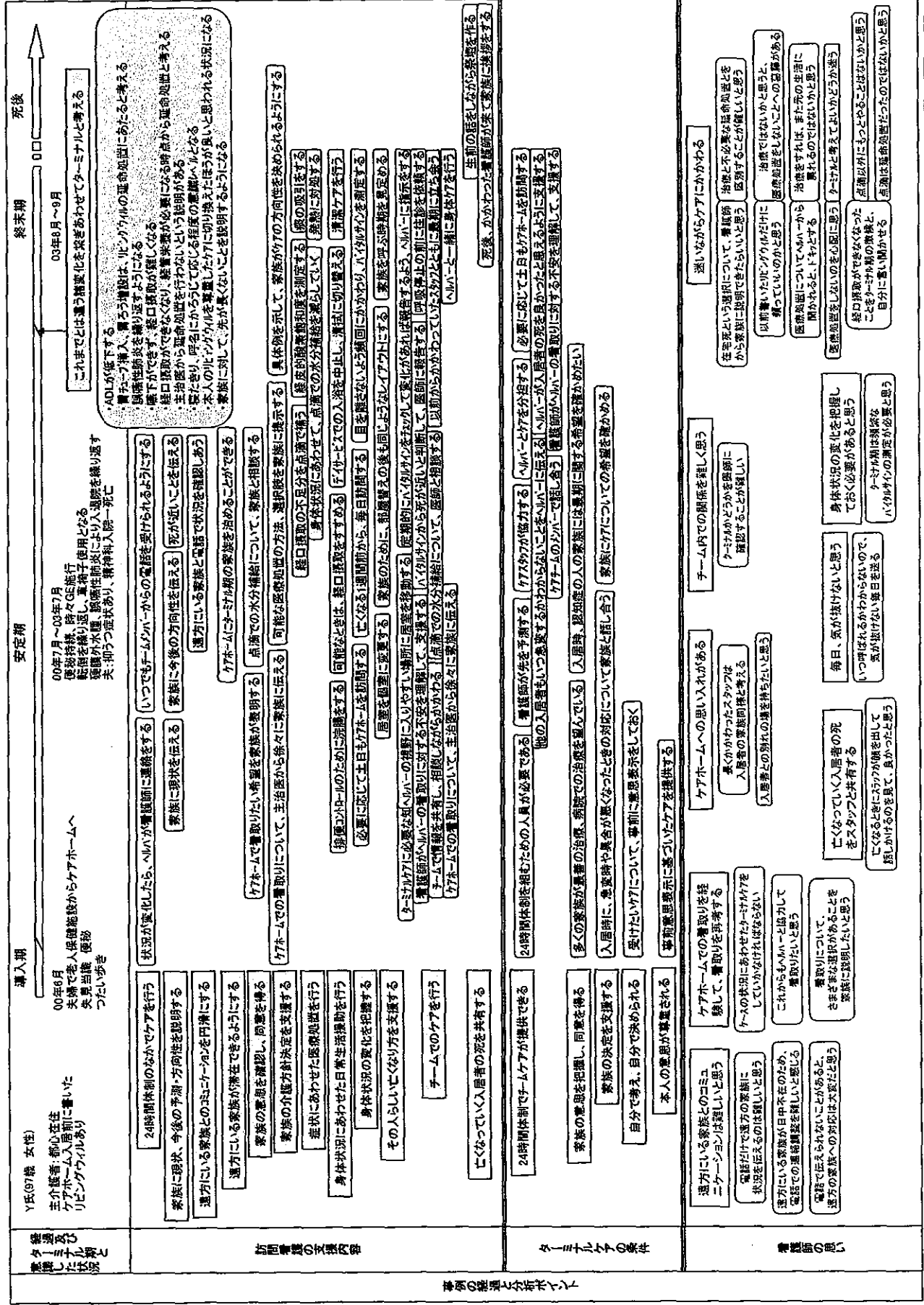


図5 Y氏の経過の概要と分析結果

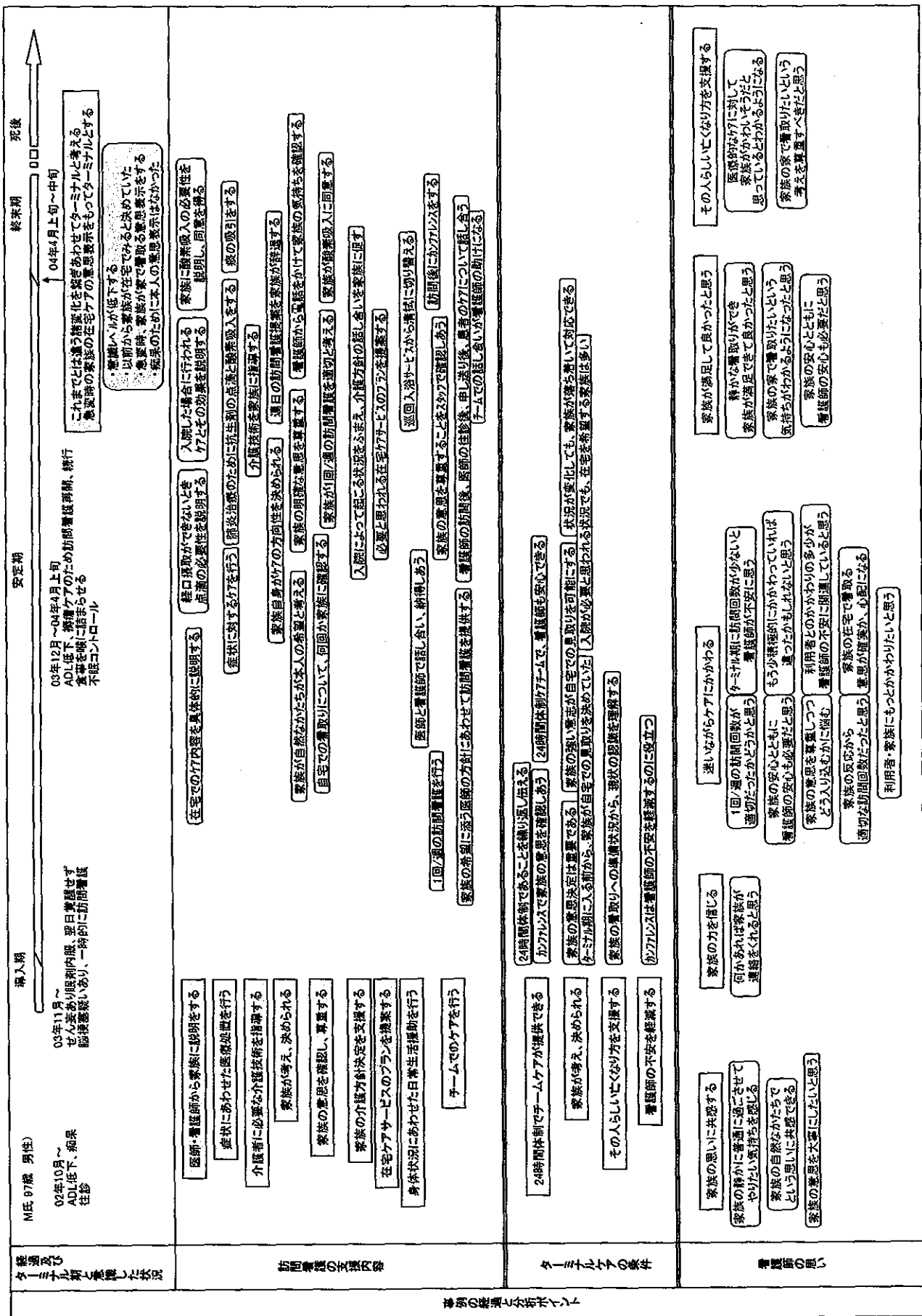


図6 M氏の経過の概要と分析結果

事例の経過と分析ポイント

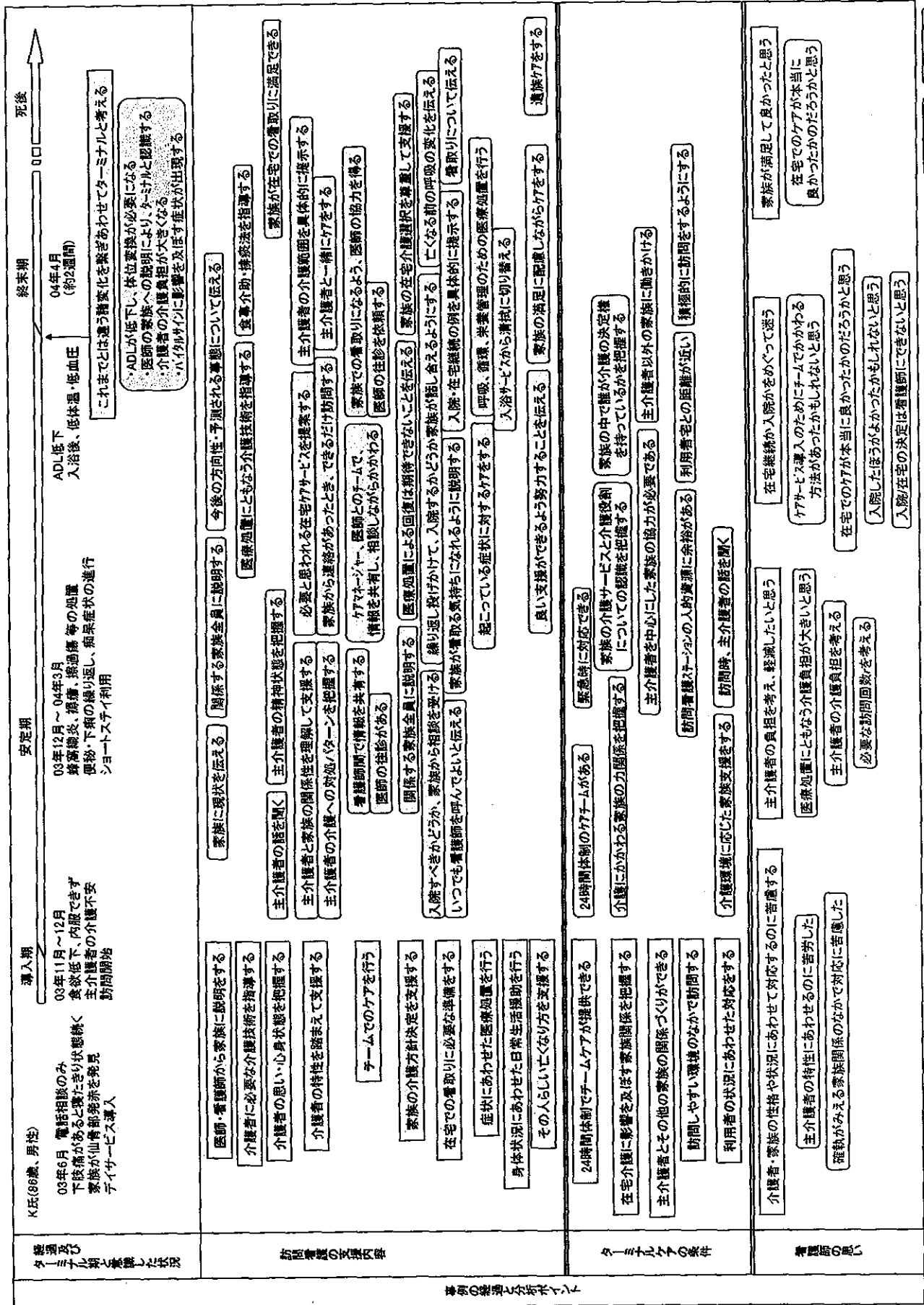


図7 K氏の経過の概要と分析結果

分類された各コードは抽象度を高めて命名し、「サブカテゴリ」「カテゴリ」の順で、カテゴリ化していった。

なお、事例数が少ないことと、各事例がたどった固有のプロセスがあり、それらを活かすために、事例ごとにコード化、カテゴリ化を行い、小規模ケアホームと在宅とに分けて分析した。分析に際しては、随時分担研究者らが妥当性の検討を行った。

「ターミナルと意識した状況」は、小規模ケアホーム、在宅にかかわらず、1つの共通したカテゴリとして生成された。

各分析ポイントで共通して生成されたカテゴリは、「訪問看護の支援内容」では、チームでのケア、家族・介護者にかかわる支援、「ターミナルケアの条件」では、24時間体制のチームケア、家族にかかわる内容、「看護師の思い」では、高齢者のターミナルを巡る看護師の迷いの諸相についてであった。

「訪問看護の支援内容」と「ターミナルケアの条件」は、厳密に区分することが難しい。高齢者への支援を通して、重要と看護師が考えていたターミナルケアの条件には、十分には行えなかったものの必要と考えられた条件と実際に行った支援がターミナルケアの条件としてあげられたものが含まれるからである。

これらを事例ごとに図4～図7に示した。各図は、4つの分析ポイントと経過の概要を記述し、抽出されたカテゴリとそれに含まれるサブカテゴリごと、訪問看護の支援内容とターミナルケアの条件は、時間軸にそうように配置して示してある。

以下では、全体に共通していたカテゴリについて述べた後、小規模ケアホームと在宅でそれぞれ生成された特徴的なカテゴリについて述べていく。

7. 分析結果

1) ターミナルと意識した状況：これまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナルと考える

一般に、高齢者のターミナル期を特定するのは難しいとされている。しかしながら、今回の面接調査では、看護師は、利用者の死亡の2ヶ月前から2週間前の時期に、これまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナル期であることを意識していることが明らかになった。

事例の中で共通して見られるように、看護師がターミナル期を認識する主な契機は、利用者を訪問し、ケアを行っているなかで起こってくる「動けなくなること/ADLの低下」「食べられなくなること/経口摂取量の低下・経口摂取困難」ことであった。そのうえで、それぞれのケース特有の諸変化を繋ぎあわせて、看護師はターミナル期と認識していた。

小規模ケアホーム利用者のY氏のケースでは、ケアホーム入居の時点では、痴呆がみられており、本人の意思を確認することが難しい状態になっていたが、ケアホーム入居以前に書いた自筆のリビングウィルがあり、Y氏が誤嚥性肺炎によって入退院を繰り返すようになっていったときに提供できる医療処置が本人の意思に添う処置かどうか、その時点で可能な医療処置を行うよりも本人のリビングウィルを尊重したケアに切り換える時期かどうか、つまり余命にかかわる処置を行うかどうかの決定が、看護師のターミナルの認識に大

きく関わっていた。また、主治医から家族へ延命処置は行わないことや予後の説明があることで、看護師はターミナル期であることを確信していた。

また、T氏のケースでは、亡くなる2ヶ月前頃からそれまで可能であった座薬での疼痛コントロールが難しくなるとともに、ADLが低下し、食事摂取量が一段と低下して、るいそうが目立つようになってきた。看護師の入院の勧めを断り、「食べられるだけ食べる」というT氏の意味が表明されて、看護師はケアホームで最期まで看することを決めた。それまで何事も自分で決め、「一生懸命自分で動いていた人が動けなく」なり、「だめだ、だめだ」と気弱な発言が聞かれるようになった。ケアホーム入居後1年半、T氏の日々の生活を見てきた看護師は、Y氏の発言内容の変化を以前とは違う「気力の低下」ととらえ、身体状況の悪化とあわせて、ターミナルの認識をするようになった。

在宅で訪問看護ステーションを利用していたK氏のケースは、亡くなる3週間前頃からほぼ寝たきり状態となっていたが、巡回訪問入浴後の血圧下降・体温低下が契機であった。医師から危険な状態であることと緊急入院について説明があったが、家族は自宅で看することを選択し、点滴・酸素療法などの対症療法を行った。看護師は、生命に影響をもたらすバイタルサインの変化と医師から家族への「あと1、2日間で危険な状態」という説明から、ターミナルと認識していた。

M氏のケースでは、亡くなる1ヶ月前、常用していた眠剤をいつもの半量服用後、覚醒が悪く、誤嚥性肺炎を起こした。入院、在宅での点滴実施を家族が断り、家で看ていくことを決めたときに、看護師は「看取りの体制」とターミナルの認識をしていた。

このように、看護師はADLと食事摂取の変化と個々のケース特有の変化を統合して、死亡の2ヶ月から2週間前という時期にターミナルという認識に至っていた。ただ、看護師がターミナル期と認識した時期については、その時点で認識していたか、利用者の経過を振り返ってみたときにターミナルと捉えられたのか、インタビューのなかでは明確にならなかった。

2) ターミナル期に行われた訪問看護の支援内容

(1) チームでのケアを行う

4ケースとも看護師で構成されるチームでのケアが重要であった。とくに終末期においては、小規模ケアホームでも在宅でも利用者への訪問後、看護師同士で利用者のその時々の状態に関する情報を共有し、ケアの方針を確認したり、看護師同士で相談したりすることが頻繁に行われた。

小規模ケアホームでは、医師－看護師－ヘルパーによるチームでのケアが行われていた。看護師を介在する看護師－医師チーム、看護師－ヘルパーチームによるケアが行われ、常時、利用者の傍らで身の回りの世話をするヘルパーとのチームが円滑に機能するような働きかけが行われていた。たとえば、どのような最期を望んでいるか入居者本人の意思をヘルパーと確認し合い、同じケア方針でかかわられるようにしたり、ヘルパーからの情報で利用者を訪問したりしていた。また、定期的にバイタルサインをチェックして看護師に報告をするようヘルパーへ指示を出したり、ケアに必要な知識や具体的な援助方法を伝えたり、

ヘルパーが安心してケアできるようにサポートしていた。

看護師はチームのなかでの自身の役割を、先を予測したり、苦痛を取り除いたりすることと捉えていた。これらの役割は、看護師－ヘルパーチームにおいて、看護師のみが果たすことのできる役割であり、ヘルパーの不安を軽減し、ヘルパーがケアできるように支援していくために必要であると考えられていた。このことは、看護師－医師チームにおける看護師役割とも関連しており、看護師は状況に応じて医師に往診を依頼したり、ケアの方針を相談したり、死亡直前に医師へ状態を報告したりしていた。

入居者と家族との物理的な距離のあるケアホームのケースに比べて、常に要介護者が近くにいる在宅のケースでは、要介護者の微細な日々の変化でも主介護者の思いや考えに影響を及ぼしやすく、看護師もそこに巻き込まれることがある。訪問看護ステーションの看護師は、朝のミーティングや訪問後、利用者の状況について話し合ったり、往診後医師に確認をしたり、話し合いの時間を持ったりして、ケアチームとして利用者にかかわれるように努めていた。また、K 氏のケースでは、家族関係を把握し、調整する際に、看護師の判断に客観性をもたせるために、看護師がかかわる以前から担当しているケアマネージャーから情報を得たり、家族支援について相談をしたりもしていた。

(2) 身体状況にあわせた日常生活援助を行う

看護師は、本人・家族の希望を尊重しながら、利用者の身体状況に合わせた日常生活援助を行っていた。安定期には食事や排泄への支援、清潔を保つためのケアサービスの調整を中心に行い、終末期になると入浴サービスを清拭に切り替え、ヘルパーとともにケアをするようになった。

小規模ケアホーム入居者の T 氏は、「自分のことは自分で一番よくわかる」と言い、ケアホームへの入居、ケアホームでの金銭管理など、最後まで T 氏自身が判断して決めていた。ケアホームでどのようなケアを望むか、ケアホームで最期を迎えたいという気持ちも看護師に伝えていた。このような T 氏に対して、看護師はヘルパーとともに T 氏の嗜好に合うような食事を提供したり、できるだけ T 氏が望む方法で排便コントロールを支援したりした。

Y 氏のケースでは、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返しながらも、看護師は Y 氏が望まない延命処置を行わないよう、可能なときにとろみをつけたジュースやヨーグルトの摂取をすすめていた。

在宅のケースでは、家族が身の回りの世話をしており、看護師がかかわる主な日常生活援助は清潔ケアであった。身体状況が悪化して巡回訪問入浴サービスやデイサービスでの入浴も難しくなり、終末期には清拭に切り替えて清潔ケアを行うようになっていった。ADL の低下や食事摂取状況の変化に伴って必要となる援助は、介護者が実施できるように主介護者に介護方法を指導した。

(3) 本人・家族の意思にもとづき、家族との関係を築きながら支援をする

家族にかかわる支援は、高齢者のターミナルケアのなかで看護師が行っていた主要な支

援であり、「医師、看護師から家族に説明する」「家族に現状、今後の予測・方向性を説明する」「家族の意思を確認し、同意を得る」「家族が考え、決められる」「家族の介護方針決定を支援する」のように、家族との関係を築きなが支援をするカテゴリが抽出された。

本人に確認できる状態であれば、その意思が尊重されるように家族に働きかけていた。本人への確認が難しい状況では、本人の事前意思にもとづいて処置を行ったり、家族の意思を確認したりしていた。

身体状況が変化したときには、予測されることを含めてその都度家族に現状を伝えたり、医療従事者側のケア方針を家族に伝えたりして、家族がケアの方針を決められるように支援していた。家族への説明では、ケース特有のサブカテゴリが見出された。在宅のM氏のケースでは、入院の選択枝があることが家族に伝えられ、入院した場合に行われる具体的なケアの内容と期待される効果が、医師と看護師から説明された。K氏のケースでは、主介護者とその他の家族間で、利用者への思いや介護役割をどう分担するかについて違いが見られたため、看護師は関係家族が全員で医師の説明を聞いたうえでケアの方針が決められるよう調整を行っていた。

このほか、ケアホーム特有のカテゴリとして、「遠方にいる家族とのコミュニケーションを円滑にする」「遠方にいる家族が滞在できるようにする」も見出された。2人のケアホーム入居者の家族は、都心に居住しているため、コミュニケーション手段は電話中心となるが、日中は家族がおらず、意思疎通の難しさを感じながら支援をしていた。終末期には、家族が側にいられるように個室に変更したり、ケアホーム内に家族が宿泊できるような場所を確保したりするなど、普段は遠方にいる家族が滞在できるようにしていた。

(4) ケアホーム入居者の死を共有する

看護師は、ケアホーム入居者やケアホームに対して、在宅とは異なる特別な思いを持ってケアにかかわっていた。

1995年、S市Kグループのケアホームが開設されて以来、ケアホームで亡くなった入居者はいなかった。状態が悪くなると入院して、そのまま病院で亡くなっていたからである。

看護師は、在宅の利用者を看取った経験はあったが、ケアホームでの看取りは初めてであり、ヘルパーらにとってはT氏が初めての看取りであった。そのため、看護師には、T氏が亡くなっていくのを、他の入居者が「どういうふう感じて、どういうふうに行動してくれるのか、それが全くわからなかった」。このような看護婦の「心配」に反して、他の入居者が「大丈夫かい」とか言って、(T氏の部屋を)覗きに行っていることがわかり、看護師はとても驚いた。

一方で、食堂でのティータイムの時間には、入居者からの問いかけに「ご飯、食べられなくてね」とT氏の現状を伝え、T氏を訪問しても良いか尋ねられると、「良ければ、構わないから行ってあげて。」と答えていた。この後からは「みんなが覗くように」なり、入居者とともに「動けなくなってきたね」とT氏が亡くなっていく過程での変化を共有することもしていた。

看護師は、他の入居者が亡くなっていくのを「なるべく知らないでいたいと思うのかと

思ったり、動揺したり、「こんなところで、あれすんの止めてくれ」と言われたらどうしよう」という気持ちがあったが、入居者は「みんな気持ちよく自然に受け入れて」いた。最期、家族は側にいなかったが、動ける入居者がかわるがわる T 氏を訪れ、手を握ったり、声をかけたりして、T 氏はケアホームの入居者らに囲まれて息を引き取った。看護師は、「自然に」T 氏の居室にることになり、このような入居者の様子に驚きながら、受け持ち看護師が席を外すときは他の看護師が交代で入居者とともに側にいた。

T 氏の死後、T 氏の傍らで入居者が語り合い、その後も「私もああいうふうにするんだ。ここで死ぬ」と言う入居者もいた。

Y 氏のケースでは、Y 氏同様、入居していたケアホームが高齢者で痴呆のある人が多いため、先に述べた T 氏のように他の入居者が Y 氏を訪れることはなかった。しかし、終末期には、デイケアやケアホーム入居以前にいた施設のスタッフが訪れ、声をかけていた。最期は、ケアホーム入居時からかかわってきたヘルパー、受け持ち看護師、入居していたケアホームのリーダーに囲まれ亡くなった。Y 氏の死後、看護師はヘルパーと Y 氏について話をしながら祭壇を作り、それまでかかわったスタッフが家族への挨拶をしに Y 氏の居室を訪れた。このような Y 氏の最後について、看護師は、「常に誰か(スタッフ)いてくれるっていうときがあったので、Y 氏の最後がこんなかたちで良かった」と思った。また、約 3 年間ケアホームで過ごした Y 氏との関係を、看護師は、「(スタッフは)身内ではないんですが、長くかかわってきたスタッフは家族同様」ととらえ、かかわったスタッフに連絡をして別れの場が持てるようにしていた。

3) ターミナルケアの条件

(1) 24 時間連絡体制でチームケアを行う

高齢者のターミナルケアを実践するには、24 時間体制でチームケアができることが必須の要件であった。インタビューを行った訪問看護ステーションは、2ヶ所とも携帯電話による看護師への 24 時間連絡体制が整えられていた。S 市では状態に応じて土日も受け持ち看護師がケアホームを訪問し、看取りの経験がないヘルパーの不安を理解して支援していた。他方、E 区では看護師と医師が 24 時間連絡可能な体制がとられていた。このような体制は、利用する側だけでなく、何かあれば家族が連絡をくれると思える看護師にとっても安心をもたらすものであった。訪問看護ステーションの 24 時間連絡体制の必要性については、周知の事実であるが、このことが今回の研究においても確認することができた。

(2) 本人・家族が考え、決められる

高齢者自身あるいは家族がどこで、どのようなケアを受けて亡くなりたいかについて決められることが、ターミナルケアの一つの条件であった。

ケアホームに入居していた T 氏は、看護師に対して「ここで死ぬ」と明言した。また、食事摂取量の低下に伴いそうが著明になったとき、看護師の勧めで点滴をしたが、同一姿勢を強いられる苦痛に耐え切れず、1 度実施した後は「点滴もしなくていい」と言い、T 氏自身が主体的に受けたいケアを決めていった。都心に居住していた家族も「本人のした

いようにしてくれる」ことを望み、看護師はT氏の意向に従ってケアを行った。

Y氏のケースでは、ケアホーム入居の時点で痴呆がみられたが、リビングウィルがあったこと、家族もケアホームでの看取りを希望したことから、本人が望まない処置をしない方向でケアがなされていった。

在宅のM氏は痴呆だったが、家族が訪問看護導入時から入院はせず自宅で看ることを希望していた。眠剤内服後、覚醒が悪く、意識レベルの低下、肺炎症状が出現し、入院の意思確認が行われたが、それまで通り在宅で見ていきたい方針は変わらず、積極的な治療も望まなかった。

K氏のケースでも、介護役割の分担をめぐって家族内の葛藤があったものの、自宅で看るという方針は一致していた。終末期、呼吸状態が悪化したときに、医師から入院の選択肢があること、入院した場合に行われるケアとその効果、自宅で可能な処置について家族全員で説明を受け、入院するか在宅を継続するか非常に迷ったが、最終的にそのまま自宅で看っていくことを決め、自宅で亡くなった。

このように、身体状況が変化したときにどのようなケアを受けたいかについて、本人あるいは家族が在宅療養の継続を決められることがターミナルケアの条件になっていた。看護師は、本人・家族の希望を確認したり、家族関係を把握し、関係を調整したり、医師やヘルパーなどのチームメンバーにも働きかけて、その決定ができるように支援をしていた。

4) 看護師の思い：迷いながらケアにかかわる

高齢者のターミナル期において、看護師はこれまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナルと考え、チームでのケア、身体状況にあわせた日常生活援助を行い、本人・家族の意思のもとづき、家族との関係を築きながら支援をしていることを述べた。また、ターミナルケアを行うには、24時間連絡体制でのチームケアや本人あるいは家族が決められるという条件が必要であることにも触れた。

今回のインタビュー結果を分析したところ、これらのターミナル期と意識した状況、訪問看護の支援内容、ターミナルケアの条件と密接に関連しながら、これらの分析ポイントには含まれない「看護師の思い」というカテゴリが浮上してきた。

たとえばターミナル期と意識した状況では、ケアホームのY氏のケースでは次のようなY氏が辿った経過とその過程で看護師の迷いが見出された。Y氏はケアホーム入居以前に「一切の延命処置をお断りします」と書いたリビングウィルを持っていた。Y氏は誤嚥性肺炎による入退院を繰り返したが、この時点で看護師は延命処置ではなく、治療と思っていた。遠方にいる家族は、最初のうちは治療の継続を希望していたが、入退院を繰り返すなかで、「本人の意思を尊重した処置などを行うように切り替えたほうがいいのではないかと」という話になり、最後に退院したとき、医師から「延命処置は行わない」と説明があり、家族もこれに同意して「ケアホームでターミナルケアをする」ことになった。

入退院を繰り返していたときには嚥下ができていたが、それもできなくなった時点で、看護師は「食べられなくなったということは、ターミナルなのかな」と、ターミナル期を意識した。同時に、治療をすれば、また元の生活に戻れるのではないかと、点滴以外にもつ

とやることはないのかと、回復の可能性も期待していた。そのため、看護師自身が判断しかねているところを、ヘルパーから「何もしなくていいのかなっていうようなね、言われるとドキッとしちゃって。」と、戸惑う経験もしていた。

このことは、ケアホームの入居者のターミナルケアにおいて、看護師が回復のための治療と不必要な延命処置とをどのように区別したらよいか、その困難さを示すものでもあった。最終的に、看護師はY氏のリビングウィルに照らし合わせ、経管栄養のための処置をすることが望まない延命処置にあたりと結論づけていた。

治療と延命処置とを区別することの難しさの背景の一つとして、「何もやらない、自然というのが、心配なんですよね、やっぱり。何かやっていないと、ということ。」と、それまで病院で働いてきた看護師の経験が見出された。

在宅のK氏のケースでは、看護師は在宅継続か入院かをめぐって迷った。巡回入浴サービス後、体温と血圧の低下が起こり、医師は家族に緊急入院の選択があることを説明した。家族が在宅で看っていくことを希望し、点滴、酸素吸入、吸引などの医療処置が行われた。急変だったため、これらの処置が一気に行われた。看護師は頻繁に訪問したほうがよいと考えてケアをしていたが、「家族の負担を思えばどれだけ大変だったか」と思っていた。

K氏が亡くなるまでの過程を振り返ったとき、「やはり入院させるべきかどうかというところがすごく迷っていて、これもまた正解がないのかなという気がするんですけど、本当に良かったのだろうかと思うところがあります。・・・もっと早い段階で少し強引に入院させても良かったのではないかと思いますね。それに対して何度も投げかけをした結果、家で看るという結論になったわけなんですけれども、その分のお嫁さんの負担ですね。」と、介護負担の大きさを考慮すると、在宅でのケアを継続したことの是非は解決がつかない問題として残っていた。

また、「ケアが終わってからまた別室でしばらく話し合いをするということがありました。息子さんとお嫁さんと一緒に話して『入院というのはどうなのでしょう?』というのを何度も聞かれたんですけど、『それも一つだと思っ』ていうふうにお伝えしながら、『やはりよく考えてください』というふうに投げかけるしかなくて、こちらで待つしかできない部分もあって。」と、入院という選択を認めつつ、慎重に決定するよう家族に働きかけ、家族が最終決定をするまで待つという支援となっていた。

看護師は迷いながらも、その状況で入院することのK氏の身体的負担や入院した場合に行われる処置にともなう心身の苦痛、自宅と病院で行う処置の差について、「ただ、入院したからといって、かなり状況が悪くなってからだったので、今動かすことが必ずしもいいとは言いきれないし、結果的にどちらになってもいい(在宅/入院)という気持ちでお話したつもりではあったんですけど、ただ処置としては病院に行ったからもっと高度な処置を受けられるか、また受けたことでKさん自身はもっと苦しいというか、辛い思いをする可能性もある。延命に関して希望はなかったんですね。ですので、処置的にはそんなに変わらないというふうに。」と、家族が決定していく際の目安を具体的に説明していた。

このように迷いながらケアを行っていくとき、看護師は以前からかわりのあるケアマネージャーに「相談役になってもらい」、家族への支援についてアドバイスをもらったり、

看護師間で状況を報告しあって相談をしたりしていた。また、医師とも相談をして方針を決め、必要に応じて医師の対応を依頼しており、ケアチームでのかかわりが看護師を支えていた。

8. 考察

本研究では、小規模ケアホームと在宅において、高齢者のターミナルケアがどのように行われているかを明らかにした。看護師は高齢者へのケアにおいて、ターミナル期を意識してケアを実施していた。また、チームで、

高齢者のターミナルケアにおいては、一般に、状態の悪化・改善の繰り返し、緩やかな状態の悪化などの理由から、ターミナル期を特定することが難しいといわれる。しかしながら、今回の小規模ケアホームと在宅でケアをする訪問看護ステーションの看護師は、それまでとは違う諸変化を繋ぎあわせて、ターミナル期を意識することがわかった。「食べられなくなること」「動けなくなること」を中核に、それぞれのケースの経過や起こっている心身の変化を関連させて、ターミナル期と考えていた。訪問看護師が、ターミナルであることを意識するかどうかは重要といえる。なぜならば、意識することによって、近いうちに亡くなることを、ケアホームではヘルパーに周知させ、どのように支援していくかヘルパーとケア方針を共有するようしたり、遠方の家族との連絡対応に反映させたりして、支援を行っていくことになるからである。また、在宅では、家族が入院させるべきかどうか迷っているときに、その助言内容を左右するかもしれないし、回復可能かどうかを見極め、治療の必要性を見極める拠り所になっていくかもしれないからである。

ターミナルケアの条件では、これまで指摘されてきた条件と同じく、24時間連絡体制でのチームケアが本研究においても重要であると確認することができた。また、高齢者自身あるいは高齢者の意思を代弁できる家族が、どこでどのようなケアを受けて亡くなっていきたいのかが示され、それに基づいてケアの方針が決まっていくことも確認できた。ケアホームのように入居者と入居者の意思を代弁する人や家族が物理的に離れている場合、とくに痴呆のある高齢者では、入居時に本人や家族に確認したうえで、状況が変化するごとに再確認していく必要があると考えられる。

訪問看護の支援については、看護師チームや看護師とその他の職種チームによるケアが行われ、家族がケアホームあるいは在宅で亡くなって良かったと思える看とりのために、情報を交換し、どのようにケアをしていったらよいか相談しあっていることがわかった。定期的なカンファレンスを開催して話し合うよりも、日々の状況にあわせて問題となっていることやその対応を探るために、ケアホームや訪問看護ステーションで顔を合わせるときに話し合いをするという方法がとられやすいことも明らかになった。

ターミナルケアの条件にも挙げられたが、本人や家族の意思にもとづき、家族との関係を築きながら支援することは、ケアホームあるいは在宅で生活を続け、そこで亡くなっていくための重要な訪問看護の支援であると思われる。本人の意思表示が難しくなっていくとき、どのような状態にあるかを理解し、受けたい受けさせたいケアの方向を決めてい

くのは家族になる。その家族と良好なコミュニケーションが図られることなしに、ケアホームや在宅で最期まで支援することは難しいであろう。

今回の研究では、生活を共にし、入居者同士の親密な関係が生まれる小規模のケアホームにおけるターミナルケアについて、在宅とは異なる支援のあり方があることが明らかになった。入居者とその家族だけでなく、他の入居者をどのように捉え、支援していくか、そのあり方を検討することが求められているように思われる。「その人らしく亡くなって欲しい」という看護師の思いを、小規模ケアホームの看護実践にどのように反映させていくのかについて、具体的に考えていく必要がある。このことは、小規模ケアホームでのケアのヴィジョンやケア哲学とも関連する問題であり、高齢者施設で亡くなる人が死亡全体の数パーセントを占め、高齢化の進行にともなって今後増加が予測されていることから、医療施設や自宅とは異なる場所での高齢者ターミナルケアのあり方を探ることは重要であろう。

今回の研究から言えることは、同じケアホームの入居者として、他の入居者の健康状態に関心を持っており、その延長線上に死があるということ、他の入居者も支援者としてターミナルケアの中に含めて高齢者を支援し、そのことがやがて亡くなっていく他の入居者が自分の生活やどのようなケアを受けて亡くなっていきたいかを決めていく支援になる可能性があるということである。

高齢者のターミナルケアにおいて、看護師が迷いながらケアにかかわっていることも明らかになった。小規模ケアホームでは看とりの経験が少なかったこともあるが、看護師はターミナル期と認識しながら、回復の可能性もあるかもしれないと考えたり、行った処置が入居者の望まないケアではなかったろうかと思ったりしていた。在宅の場合でも、在宅ではなく入院の選択をしたほうが良かったのではないかと考えたり、家族の方針があまりにも明確で、看護師が行ってきた標準的な訪問回数や内容に合致していないと不安になったりしていた。

このような看護師の迷いは、高齢者のターミナルケアの多様性だけでなく、看護師がその人に応じて対応することを重要視していることや、高齢者のターミナルケア基準を持っていないこと、看とりをそれほど多く経験していないことなども影響しているように思われる。個々のケースに応じたケアが行われることは言うまでもないが、何らかの基準に則ってケアが行われることも必要であろう。

インタビューでは、亡くなった利用者について非公式に語り合っていることがわかったが、利用者の生存中だけでなく、利用者が亡くなった後で、看護の評価をしたり、ケアを通しての学びを確認しあったりするためのケースカンファレンスのような場を持つことで、高齢者ターミナルケアに示唆を得ていくことができると考える。

9. 結論

小規模ホームと在宅で行われている高齢者の終末期ケアについて、S市KグループとE区の訪問看護ステーションYの状況を概説しながら、4例の事例を検討した。4事例、3名

の看護師へのインタビューから、ターミナルと認識する状況、訪問看護の支援内容、ターミナルケアの条件を分析ポイントにして検討した結果について述べた。

ターミナルと認識する状況のカテゴリでは、「これまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナルと考える」、「訪問看護の支援内容」では、チームでのケア、家族・介護者にかかわる支援、「ターミナルケアの条件」では、24時間体制のチームケア、家族にかかわる内容、「看護師の思い」では、高齢者のターミナルを巡る看護師の迷いの諸相のカテゴリが抽出された。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご多忙の中インタビューにご協力くださった訪問看護ステーションの看護師の皆様、Kグループならびにケアホーム職員の方々にお礼申し上げます。また事例としてお話いただくこと、記録類の開示を快諾してくださったご家族の皆様に感謝いたします。

資料1.

訪問看護師へのインタビューガイド（小規模ケアホーム、在宅用）

1. ターミナルケアの経過について、まず事実に関する問いからはじめる

はじめに、〇〇さんの経過についてお伺いしたいと思います。
どのような状況だったかご自由にお話ください。
できるだけ順を追ってお話いただきたいのですが、思いっくままお話していただいて結構です。

Probes :

- ・ どのようないきさつで訪問看護を受けるようになりましたか。
- ・ どのようなきっかけで状況が悪化し始めたのでしょうか。
- ・ 悪化し始めたときの経過はどのようなものでしたか。
- ・ 〇〇さんが亡くなった時、またなくなった後訪問看護師はどのように対応しましたか。（医師への連絡、死後の処置、グリーフケアなど）

これまでのお話で状況の経過がだいぶわかってきました。
次に、特に「ターミナルケア」の部分についてより詳しくお話いただきたいと思います。
はじめに確認しておきたいのですが、（インタビューを受ける訪問看護師）はターミナルとはどの期間とお考えですか。正解があるわけではなく、（インタビューを受ける訪問看護師）のご理解を知っておきたいだけです。

（このあとで設問例を Probe として用いながらターミナルの認識経過を尋ねる。）

2. ターミナルケアに関する認識を経過に沿って確認する

ターミナルだと思われたきっかけや、いきさつなどについてお伺いします。
「ターミナルだ」という感じは、いつ頃から、どのようなきっかけで持たれましたか。
また〇〇さんのどのような様子から「ターミナル」と言う感じを受けたのでしょうか。
（体調、生活ぶり、気持ち、家族や訪問看護師などとのかかわりなど）

ご家族の方が「うちで見ていこう」という意思決定は、いつ頃どのような形で起こったのでしょうか。

その意思決定をするのに、相談した方々は居られたようでしたか。

Probes :

- ☆ （いたのであれば）どのような方々と相談されましたか。（家族、医師、ケアマネなど）
- ☆ どのようなことを相談されていましたが、
- ☆ 訪問看護師にはどのような相談がありましたか。

3. ターミナルの周辺で実際にどのようなケアを実施したか

次にターミナル期のケアの内容についてお尋ねしたいと思います。
ターミナルに向けて訪問看護師はどのような準備をされていきましたか。
（家族に対し、患者の身体症状に対し、他職種とのケア体制の組み方、福祉サービスなど）
実際、ターミナルとなり普段と違うケアにはどのようなものがありましたか。
またどのような点に配慮しておられましたか。

「ターミナル」と思われ始めてから、〇〇さんのケアをしている時、特に強く思っていたことや感じていたことはありましたか。

あるいは何か特に心掛けておられたことはありますか。

Probes :

- ☆ ケアをしているとき大変だったこと、困ったことがあったら、お教えてください。
- ☆ ケアをする際のサポートが何か得られましたか。(介護、往診など)
- ☆ (訪問看護師が) 受けたサポートの中で印象に残ったこと、心強かったことは何ですか。

4. 振り返ってどう評価しているか

次に〇〇さんのケアを振り返りたいと思います。

〇〇さんのケアは全体にうまくいったとお考えですか。

それとも心残りな点、後悔することとして心に残っていることはありますか。

Probes :

- ☆ 〇〇さんのケアで良かったなどと思う点はどのようなことですか。
- ☆ では反対に心残りな点、後悔することはありませんか。それはどのようなことですか。
- ☆ ご家族はご自宅での看取りをどのように感じておられたのでしょうか。存命中や亡くなった後に、ご家族はどのようなお話をなさいましたか。(感謝の言葉などあったとしたら) それはどのようなことに関してですか。(苦情などあったとしたら) それはどのようなことに関してでしょうか。
- ☆ 訪問看護師の間では、〇〇さんのケアについて〇〇さんが亡くなった後に話したことはありますか。ほかの訪問看護師の皆さんはどのようなことを言われましたか。

5. ターミナルケアの実施を可能にしたのは何か

〇〇さんの場合には最後まで自宅で過ごすことができました。

ご自宅での看取りが可能であった理由について教えていただけますでしょうか。

Probes :

〇〇さんが最後までご自宅で過ごすことができたのはどうしてでしょうか。

- ご本人の病状では、どのようなことが考えられましたか。
- ご本人の考えや希望の中には何かありましたか。
- ご家族側の条件には、何かありましたか。
- この訪問看護ステーションやシステムの中に、看取りを可能にした条件がありましたか。

それは〇〇さんにだけ可能であったことでしょうか。ほかの利用者では無理でしょうか。

どのような条件を整えばご自宅での看取りがもっと可能になると思われませんか。

↓

訪問看護ステーションで在宅死が多い場合

→ どのような条件を整えばほかの訪問看護ステーションでの在宅死が可能になるか。

訪問看護ステーションで在宅死が少ない場合

→ どのような条件を整えばほかの利用者の在宅死が可能となるか。

研究説明書

高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

私どもは平成 15、16 年度厚生労働科学研究費補助を受けた「高齢者の終末期を支える地域ケアシステムの構築に関する研究」(研究代表者 川越博美 聖路加看護大学看護実践開発研究センター教授)の一部として、このたび「訪問看護ステーションにおけるターミナルケアへの取り組みに関する研究」に取り組むことになりました。

すでにターミナルケアを実施された経験を持つ訪問看護ステーションの管理者・スタッフの方々へインタビューを行い、そのご経験をお教えいただくことにより、訪問看護ステーションにおける高齢者のターミナルケアの可能性について検討し、ケアシステムの構築に関する示唆を得ることを目的としています。本研究の結果は、報告書のほか、学会発表や学術雑誌への投稿といった形で報告したいと考えております。

願う内容とインタビューさせていただいた結果については、以下の通りです。

- ・ 事前にご遺族にご連絡いただき、研究説明書・同意書をお渡しください。難しいようでしたら、当方からご遺族の方にご連絡させていただきます。
- ・ インタビュー時間は、1 事例につき 1 時間～2 時間程度を予定しています。
- ・ 訪問記録等を拝見させていただけるとありがたいです。
- ・ インタビューによって得られた情報は、本研究の目的以外には使用いたしません。また、他人に知られないように厳重に管理いたします。
- ・ 公表に先立って、必ず内容をご報告し、ご相談の機会を設けさせていただきます。
- ・ 研究目的とする事実関係が損なわれない範囲で、個人を特定しうる情報を匿名の内容に置き換えた表現にして公表いたします。訪問看護ステーションが特定される情報やターミナル事例の個別の情報が表に出ることは一切ございません。
- ・ 研究者の主観が入らないようにするため、インタビュー内容の録音をさせていただきたいと存じます。インタビューの音声記録、文字化した生データは研究終了後、責任を持って処分いたします。

インタビュー調査を実際に行った研究員が、責任を持って上記のお約束を遂行いたします。

なお、この研究への参加・不参加によって、いかなる不利益も生じることはありません。研究の参加にいったん同意なされた後でも、いつでも参加を取りやめたり、研究の一部を断ったりすることができます。また、何か不明な点やご質問等がありましたら、いつでもお答えしたいと存じますので、直接下記宛にご連絡ください。

研究結果は、訪問看護ステーションにおける高齢者のターミナルケアの可能性を探り、実践の場に還元できるようにしていきたいと思っております。

以上をご理解いただいたうえで、研究への参加に同意なされる場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

研究代表者：川越博美 (かわごえ・ひろみ)

〒104-0045 東京都中央区築地 3-8-5 聖路加看護大学 看護実践開発研究センター

TEL/FAX: 03-6226-6383 E-mail: hiromi-kawagoe@slcn.ac.jp

同意書

東京大学医学部長 殿

私は、下記の研究参加にあたり、研究者：川越博美（聖路加看護大学 看護実践開発研究センター）から別紙説明書記載の事項について説明を受け、これを十分理解しましたので、研究に参加することを同意いたします。

説明事項

1. 研究の内容について
2. 研究に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
3. 研究に参加することに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について

記

研究課題：

高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

— 訪問看護ステーションにおけるターミナルケアへの取り組みに焦点をあてて —

平成 年 月 日

氏名 _____ 印（管理者 スタッフ）どちらかに○

訪問看護ステーション名 _____

住 所 _____

別紙、説明書を参照願います。

説明事項

研究課題：高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

— 訪問看護ステーションにおけるターミナルケアへの取り組みに焦点をあてて —

私は、上記の者 _____ 殿に対し、この研究を行うにあたり、その内容等（同意書の説明事項各欄）について、別紙の通り、説明いたしました。

平成 年 月 日

担当者：氏名 _____ 印 所属 _____