

〔事例研究〕

## 最期の療養場所に関する意向の相違を抱えた家族に対する 訪問看護師による意思決定支援

大竹 泰子<sup>1)</sup>, 野口麻衣子<sup>2)</sup>, 野原 良江<sup>1)</sup>, 山本 則子<sup>2)</sup>

### 要 旨

本論文は、訪問看護利用者の最期の療養の場の選択について、意向の相違を抱えた家族への看護実践に関する事例研究であり、その意向の相違を抱えた家族が合意に至る過程の看護実践を記述することを目的とする。看護記録や振り返りから文章化したデータを、看護師と研究者が共同で内容を検討し、実践の意図に沿ってカテゴリを生成した。訪問看護利用者は80代男性で肝門部胆管がん末期であった。主介護者は妻80代で、介護を誰にも任せられず介護疲労状態にあった。娘は50代で、頻りに両親の家に行っていた。特に主介護者の妻と娘の間で、病状の進行と共に最期の療養の場の選択についての意向の相違が生じたが、最終的には相違が解消し最期を迎える場所の合意に至った。訪問看護の訪問期間は1カ月、回数は4回であった。最期の療養の場の選択における意向の相違を抱えた家族への支援のための看護内容は3カテゴリにまとめられた。1) 強い母（妻）に対して娘が意見を言えない時期：家族の介護体制を尊重し、本人の苦痛症状の軽減を軽減することで在宅療養の安定を図った。2) 母（妻）と娘が膠着状態の時期：家族間の膠着状態を緩めるため、療養場所のイメージを広げ、家族員の異なる意見をそれぞれ支持した。3) 母（妻）と娘の膠着状態に風穴が開く時期：家族の衝突を機に切り込むため、家族の言葉の変化を嗅ぎ取り、アポイントなしの訪問で一気に調整を試みた。このように、家族の関係性を見極め、まずは在宅療養の安定を図り、次いで家族間の膠着状態を緩め、家族の衝突を機に切り込むという支援を速やかに行ったことにより、入院だけはさせたくないという意向を述べていた妻も最期はA氏を後悔なく見送れた。

キーワード：家族間の意向の相違、意思決定支援、訪問看護、最期の療養場所、事例研究

### 1. 緒 言

我が国では、がん患者数の増加に伴い、悪性新生物により死亡する患者数が年々増加し続けている（厚生労働省、2015）。がん患者が最期を迎える場所は、病院が約8割（厚生労働省、2014）と大半を占めているが、近年、病院・ホスピス・自宅等、その選択の幅が増えてきている。

最期の療養場所の多様化は、患者・家族に最期の

療養場所についての意思決定を迫ることとなる。療養場所の選択は、患者の意思と家族の意思が相互に関連し合いその力動で決定され、本人の意向だけではなく家族員の意向も重視される（塚本、2003）。がん患者の家族は終末期のケアで介護役割を引き受ける葛藤を経験し（久世、2004）、また、介護役割を引き受けたとしても、身内との関係性に振りまわされる等の経験が報告されている（柴田、2007）。さらに病状が進行すると、家族成員の関係性に歪みが生じることもあり、家族員が在宅療養者の療養方針や療養場所に関する意向を異にすることも多い（柳原、2009）。そのため、患者本人・家族全員の意

1) 横浜市栄区医師会栄区訪問看護ステーション

2) 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学

向を組み入れて最期の療養場所を決めるには様々な困難を伴う。

がん患者・家族の最期の療養場所の意思決定支援に関して、病院の看護師や退院支援に関わる看護師の支援については、様々な報告がある。例えば、病院看護師は、本人が残された大切な時間をどう生きるのか、そのためにどのような療養の場が望ましいかを問いかけながら利用者、家族が納得し意思決定できるように支援する必要があると報告されている(大松, 2006)。

しかし、訪問看護師の支援については、最期の療養場所を既に在宅と決定している患者・家族への看取りに向けた支援の報告が多くを占め(米澤, 杉本, 新井他, 2014; 川上, 2014)、在宅療養中の患者の最期の療養場所の選択に対する支援方法については、十分に検討されているとは言い難い。また、本人と家族員全員の意向が異なる場合もあるため、患者・家族が納得の上、最期の療養の場の意思決定ができるよう支援することは、訪問看護師の大きな課題である。最期の療養場所に関する意向の相違を抱えた家族に対する訪問看護師による看護実践の内容を、看護師の判断に至る考えや意図と共に示すことで、多くの訪問看護師がその内容を看護実践に役立てることが可能となる。そこで、本研究では最期の療養場所に関する意向の相違を抱えた家族への支援について、1事例を用いて訪問看護の過程を振り返り、どのような看護実践によって最期の療養場所に関する意向の合意に至ったのかを、判断に至る考えや意図と共に記述することを目的とした。

## II. 方法

### 1. 対象(訪問看護利用者と家族)(図1)

看護実践の対象はA氏(80代男性)とその家族(妻80代, 娘50代)である。A氏はX-6年に胃がんの告知を受け手術をしている。X年に肝門部胆管がん末期と診断されるが本人には家族の希望で未告知である。手術の対象ではなくステント留置を

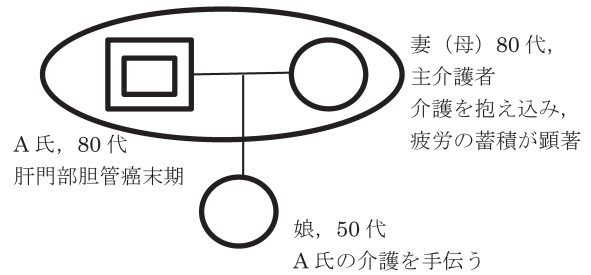


図1. A氏の家族の状況

け、以来在宅療養をしていた。X年7月に病状の進行により経口摂取ができなくなり、がん性疼痛や黄疸、浮腫などの症状の進行により、訪問診療と訪問看護が開始された。痛みに対しては、オピオイドを開始しコントロールされていたが、全身の倦怠感やADLの低下が著しく、家族には予後1カ月と告知され、Performance Status (PS) 3の状況だった。病状の進行と共に妻の介護負担と疲労が増していったが、妻は「入院だけは絶対にさせたくない」という強い意向を持ち、介護は誰にも任せられず一人で頑張っていた。本人は「入院はしたくない、家にいたい」という意向を持っていた。娘は「母が倒れてしまうのでは、母の介護負担を減らしたい」と心配していた。妻が介護疲労により倒れるエピソードを機にホスピスへの入院を検討したが、ホスピスへの入院を勧める娘と介護を抱え込みする妻の間で意見の対立が生じた。最終的には利用者、家族は病院で最期を迎える意思決定をした。看護師はX年7月から週1回の訪問を開始し入院までに4回の訪問を行っている。その間のA氏と家族への看護実践を振り返った。

### 2. データ収集

A氏を担当した看護師が、訪問終了後に訪問記録を基にして看護実践内容を振り返り、訪問看護開始時から訪問終了時までの看護実践内容を詳細に文章化した。文章にはA氏とその家族の状況を看護師としてどのように判断し、どのような意図のもと支援を実施し、その結果をどのように認識したのかを含めた。分析の過程で看護実践に至る判断及び看護実践の意図が意識化/言語化されていったため、当

初の看護実践内容を記した文章に、判断に至る考えや意図が追加されていった。また、A氏の娘からA氏を担当した看護師宛てに送られた、訪問看護サービスを受けていた当時の思いや状況が綴られた手紙も分析対象とした。

### 3. データ分析

A氏を担当した看護師によって文章化された看護実践内容を基に、分析会で検討を重ねた。分析会の第一回目は、A氏を担当した看護師、訪問看護事業所の管理者4人、および看護学を専門とする大学教員3人により、訪問看護の内容がどのようなものだったのか、文章化された内容を基に検討した。3人の大学教員のうち、1人は在宅看護及び家族看護、1人は老年看護、1人は訪問看護が専門領域であり、取り扱う事例の関連領域を網羅するよう、多様な専門性を有する大学教員が参加した。分析会での発言はホワイトボードを用いて参加者全員が共有しながら、文章化された看護実践とその実施判断に至る看護師の考えや意図を中心に話し合った。その過程で、A氏を担当した看護師が無意識に行っていた看護実践の判断や意図が徐々に言語化されていった。言語化された判断に至る考えや意図を基に、事例のターニングポイントや重要だと思われた看護支援について検討した。話し合いの内容を基に、A氏を担当した看護師はさらに当時の考えを振り返りながら文章を推敲し、看護実践の意図を軸に看護実践内容のグループ化を行った。さらに、事例のターニングポイントで区切った時期毎に分け、それぞれの時期に名前をつけた。それらを合わせ、安塚らの論文を参考に(安塚, 森本, 和智他, 2015)、縦軸に看護実践グループを、横軸に時期を示した表を作成した。第二回目の分析会は、A氏を担当した看護師、及び看護学を専門とする大学教員2人で約2時間半行った。2人の大学教員のうち、一人は在宅看護及び家族看護、一人は訪問看護が専門領域であった。作成された文章と表を基に支援の鍵となる看護実践に至る患者・家族の状況と看護師の考えや意図について再度話し合い、継続比較法 (Strauss, Corbin, 2004) を

参考に、データに示された看護実践を比較しながら看護実践のカテゴリ化と修正を繰り返した。分析会終了後も、看護実践のカテゴリ分け、カテゴリ名の検討を繰り返し行い、看護実践のカテゴリを時期毎にまとめた表を完成させた。

分析会での検討によって、A氏を担当した看護師の考えや意図が意識化／言語化／文章化されたことによって、徐々にデータが増えていった。これらのデータを参照した研究者間の議論を繰り返し、最適と思われるカテゴリが得られた時点で分析を終了した。

分析の過程では、対象者へ分析概要を伝え、分析結果と対象者の認識に齟齬がないことを確認した。また、本論文の記述内容と当時の患者・家族の状況及び看護実践内容に齟齬がないか、A氏を担当した看護師の同僚3名に確認した。さらに、A氏を担当した看護師とは直接面識のない訪問看護師2名に本論文を通読してもらい、日常の看護実践に活用できる新たな視点を得られたとコメントを得た。

### 4. 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:10592)。本研究の実施時期は、訪問看護提供終了後約1年経過した後であった。研究説明と同意については、訪問看護提供終了後約1年経過後に、対象者家族(訪問看護利用者の娘)に対し、研究の目的と個人情報保護への配慮、結果の公表、データの取り扱いなどについて口頭及び文書で説明し、文書にて調査参加の同意を得た。なお、研究説明の時点で、訪問看護利用者の妻は高齢であり、研究に関する理解が難しいという娘の判断があったため、娘と相談の上、娘を妻の代諾者とすることとした。

## III. 結果

### 1. 看護提供者の概要

A氏と家族への訪問看護は、1つの訪問看護事業所が担当した。訪問看護事業所は一般社団法人で、

訪問看護の他に訪問リハビリテーション、居宅介護支援を実施している。A氏の訪問看護を担当した看護師の年齢は訪問看護実施時に50代、緩和ケア認定看護師であり訪問看護経験は17年であった。A氏への訪問看護期間は1カ月、訪問回数は4回で、すべて一人で訪問を行った。

## 2. 訪問開始時の対象の状況 (図1)

A氏への訪問開始のきっかけは訪問診療医からの紹介だった。A氏は1階の居室で日中のほとんどの時間を過ごしていたが、身体のだるさのため横になって過ごすことが多かった。2階の寝室の階段の昇降がだんだん辛くなっていた。妻に勧められ、妻の見守りで毎日入浴していたが入浴による疲労を訴えていた。食欲はなく嘔気もあるため食事は摂れなかったが、医師から処方された栄養補助食品を日に2缶摂ることで500カロリーは摂取できていた。病状は、上下肢に浮腫が出現し、全身倦怠感や黄疸もみられ、がん悪液質の進行が認められた。がん性疼痛はNSAIDSで軽減されていたが、徐々に右下腹部の重苦しさが増していきオピオイドを使用しコントロールを図った。ほやくように「まいったなー」と言いながら自分の体調の変化に戸惑っているようにも見えた。肝門部胆管がんの病名及び予後はA氏に対しては未告知であり、A氏は“家で訪問診療医に診てもらいながら過ごしたい、入院はしたくない”との意向を持っていた。妻は夫の介護を誰にも任せられず、一人で介護を頑張り介護疲労の状態だった。娘は両親を心配に思い、特に介護を一人で抱え込んでしまう妻のために頻回に来ては、生活必需品の買い出し等、直接介護ではない外回りの支援していた。家の中は常にきれいに整理整頓されている状態で、無駄なものは何も置いてない状況から妻の潔癖な性格が伺われた。母(妻)と娘の間は母親が力関係では支配的で、娘が母親に何も言えず母親を怒らせないように気を遣っているように見受けられた。

## 3. 経過

A氏(利用者)・家族の様子と看護実践のカテゴリ

りを表に示した(表1)。A氏に対する訪問看護では訪問開始～入院まで約1カ月の間に4回の訪問を行っている。分析の結果、A氏の状態変化と共に、訪問看護師の関わりの中で母(妻)と娘の関係が変化したと考えられた。母(妻)と娘の関係性の変化がA氏の看護には重要だと考えられたため、母(妻)と娘の関係変化を3つの時期に分け、時期毎の看護実践を以下に記述する。

1) 強い母(妻)に対して娘が意見を言えない時期：  
在宅療養の安定を図る

### ① 家族の介護体制を尊重する

妻は夜間に何回か起きる夫のトイレの見守りのため不眠状態だった。しかしX年に胆管がんで入院した際、妻が偶然目にした他の患者さんへの医療者の態度に対して“自分の身内にあんな思いはさせたくない”と強い口調で話す場面もみられ、「家で最期まで自分が看てあげたい」という強い意向を持っていた。看護師は在宅療養の継続には妻の介護の抱え込みが問題と感じ、看護師による入浴介助などの保清の支援を提案したが、妻は「家族でないと夫が気遣いをしてしまう」との理由で断った。妻の介護疲労の軽減のため夜間のポータブルトイレ使用など福祉用具の活用を提案したが、「私は大丈夫です」と断った。夫の介護に強い覚悟で臨んでいる妻に“妻の介護負担軽減”という言葉は心理的負担となってしまった。そのため介護を減らすことを妻に無理強いすることは危険と判断し、情報提供を行うにとどめた。また、いつでも困った時は相談できることを伝え、相談できる環境の提供を行っていった。しかしその後“夜間トイレ覚醒時に足が立たず転倒してしまい、その際に妻も支えきれず一緒に転びそうになった”という状況が起きてしまった。看護師は妻がこれ以上介護負担を負うことやA氏の転倒によるリスクを感じ、A氏と妻に再度ポータブルトイレや尿瓶の使用を提案した。しかし、妻は座敷にトイレを置くことへの抵抗感を強く示した。そのため、ケアマネジャーに情報提供を行って介入してもらい、トイレまでの動線に据え置きの手すりを設置す

表1. 事例の経過

		訪問看護開始からの時期		
利用者・家族の様子と看護実践のカテゴリー	訪問開始1週目	訪問開始2週目	訪問開始4週目	訪問開始4週目
	「強い母(妻)に対して娘が意見を言えない」時期	「母(妻)と娘が膠着状態にある」時期	「母(妻)と娘の膠着状態に風穴が開く」時期	
利用者・家族の様子 A氏の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身の黄疽と浮腫、倦怠感</li> <li>下腹部の痛みはコントロールされていた</li> <li>病名や予後は未告知(午後1カ月)</li> <li>「家で訪問診療医に診てもらいたいながら療養したい」</li> <li>夫の病状が心配で常に不安な状態</li> <li>夫の介護を誰にも任せられずに抱え込み介護疲労の状態</li> <li>「入院だけは絶対にさせたくない」</li> <li>両親の状況を心配し頻りに訪問</li> <li>買い物など外回りの仕事の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状は週単位で進行</li> <li>全身の黄疽と浮腫の増大や腹水の出現</li> <li>下腹部の痛みに対してオピオイドを使用開始</li> <li>ADL低下; 階段の昇降も困難</li> <li>医師の診察を受け病院受診を勧められるが放置</li> <li>介護負担が大きくなり介護疲労の状態が継続</li> <li>「病院はできれば行かせたくない」</li> <li>娘で介護を抱え込む母への対応に苦慮</li> <li>「母に意見が言えない」と困惑</li> <li>ホスピスについて母に勧め、ホスピスの手配を実施</li> <li>→母の同意が得られないこと、自身の迷いから断念</li> <li>再度、母に対してホスピスの提案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身の身の置き所のない倦怠感</li> <li>間い掛けへの反応がないこともあり</li> <li>ホスピスは一旦断った経緯もあり、直ぐには入れない</li> <li>→ホスピス待ちのため病院入院した</li> <li>妻は介護疲労の状態</li> <li>誰にも依存できなかつた妻が支援を求めた</li> <li>「私ももう限界です。信頼できるところがあったら頼みたい。夫もきつくと承知してくれと思う」</li> <li>強い意向を持つ母へ怒りの思いを表出した</li> </ul>	
妻(母)の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護疲労のため自宅で倒れた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護疲労のため自宅で倒れた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>娘と喧嘩</li> </ul>	
娘の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師へ電話</li> <li>「母が介護のため自宅で倒れてしまったので相談したい」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師へ電話</li> <li>「母と喧嘩をしてしまった。母と話をしてももらえないか」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師へ電話</li> <li>「母と喧嘩をしてしまった。母と話をしてももらえないか」</li> </ul>	
看護実践のカテゴリー	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養の安定を図る</li> <li>①家族の介護体制を尊重する</li> <li>②本人の苦痛症状を軽減する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養の安定を図る</li> <li>①家族の介護体制を尊重する</li> <li>②本人の苦痛症状を軽減する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養の安定を図る</li> <li>①家族の介護体制を尊重する</li> <li>②本人の苦痛症状を軽減する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養の安定を図る</li> <li>①家族の介護体制を尊重する</li> <li>②本人の苦痛症状を軽減する</li> </ul>
2) 家族間の膠着状態を緩和する	<ul style="list-style-type: none"> <li>①療養場所のイメージを広げる</li> <li>②異なる意見をそれぞれ支持する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①療養場所のイメージを広げる</li> <li>②異なる意見をそれぞれ支持する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①療養場所のイメージを広げる</li> <li>②異なる意見をそれぞれ支持する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①療養場所のイメージを広げる</li> <li>②異なる意見をそれぞれ支持する</li> </ul>
3) 家族の衝突を機に切り込む	<ul style="list-style-type: none"> <li>①言葉の変化を嗅ぎ取る</li> <li>②アポイントなしの訪問で一気に調整する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①言葉の変化を嗅ぎ取る</li> <li>②アポイントなしの訪問で一気に調整する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①言葉の変化を嗅ぎ取る</li> <li>②アポイントなしの訪問で一気に調整する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①言葉の変化を嗅ぎ取る</li> <li>②アポイントなしの訪問で一気に調整する</li> </ul>

「入院だけは絶対させたくない→病院はできれば行かせたくない」という言葉の変化から妻自身も今後の介護継続に不安をもっていることを感じ取った

- ・直接アポイントなしで当日中に訪問を試みた
- ・娘から電話で相談を受けたことを伝え娘の意向を代弁
- ・大事なお話しなのでと訪問の趣旨を伝えた
- ・ホスピス入所の調整をすぐに行った
- ・ホスピス入所待ちのために病院入院をするよう主治医と相談した

ることで安全を確保することとした。娘はそんな両親の状況を案じていたが、介入できずにいた。看護師は妻の介護負担を軽減するための介入に対しての困難さを改めて感じながらも、妻の介護スタイルを尊重しながら在宅チームで情報を共有し見守ることにした。

## ②本人の苦痛症状を軽減する

看護師は妻の「夫を看たい」という気持ちを尊重しつつ、関われる部分を探しケアを行った。倦怠感や浮腫に対し、快さの提供を目的に行ったアロマトリートメントでは、A氏が「気持ち良い」とウトウトされる場面もみられ、妻の安心も得られた。A氏は徐々に起き上がって過ごすことが辛くなっていた。“今朝は階段を降りるのが大変だった。支えてやっと降りてきたが、階段の下で動けなくなってしまった。”というエピソードを聞き「お体が辛くなっているの、階段の昇降は大変です。1階に介護用ベッドを移しませんか？」と提案したが、妻は1階にベッドを置くことへの抵抗感を示した。睡眠導入剤によるふらつきなども考えられるため、薬物の使用量を減量して調整してみたが、状況は変わらなかった。A氏の病状の進行による体力の低下と懸念されたが、訪問医に相談して睡眠導入剤は一旦中止とした。また下腹部の痛みの増悪もみられオピオイドの貼付剤が開始となった。貼付剤の管理や使用方法を伝え、痛みのアセスメントや温罨法による緩和因子の提供を行い、苦痛の軽減に努めた。

## 2) 「母（妻）と娘が膠着状態にいる」時期：家族間の膠着状態を緩める

### ①療養場所のイメージを広げる

A氏の病状は週単位で進行していった。全身の黄疸と浮腫の増大や腹水の出現によりADLは低下していった。娘から、母（妻）が介護疲労のため自宅で倒れてしまったので相談したいと看護師に電話があった。看護師からA氏の訪問医に妻の診療を依頼し、診察した結果、訪問医からは、病院で検査を受けるように勧められた。娘は介護支援のため毎日訪問し、必要時には泊まり込んで見守りをしていた

が、このような状況になってもまだ、誰にも介護を任せられず独りで抱え込んでしまう母（妻）への対応に苦慮していた。「母は頑としている人で私は意見が言えない。以前も母と意見が対立した時に家から出ていけと言われ、出ていったことがある。しかし今のままでは再び母が倒れてしまうのでは」と現状をどのように解決していったらいいか困惑している状況だった。看護師は電話で娘の思いを聞き、受け止めながら、妻の介護スタイルを変えることは困難と感じていた。そして看護師もこの状況を「いったい、どうしたらいいのだろう」と考え込んでしまった。しかし、A氏の病状悪化と妻が倒れたことで、このままでは在宅療養を続けるのは難しいと考え、妻には受けてもらえないだろうと思いながらも、妻と娘に緩和ケア病棟の情報提供を行うことにした。妻は入院に対してのイメージが悪く頑なな拒否がみられたので、パンフレットを使用して一般病棟と緩和ケア病棟の違いについて具体的に説明を行い、療養場所のイメージを広げるよう働きかけた。その後、娘はA氏の苦しさを何とかしてやりたいとの思いでホスピスに連絡を入れ、入院できるように取り計らってもらっていた。結局、妻からは賛成が得られず、娘はホスピスの入院の断りを入れた。

### ②異なる意見をそれぞれ支持する

看護師は情報提供を行ったことや病気の進行に伴い、訪問時にA氏と妻の今の気持ちや意向を確認していった。A氏は“まだ家に居たい”と述べ、妻は“できれば病院は行かせたくない”と気持ちを語った。看護師はこのままの介護スタイルでは妻の身体が持たないだろうと感じながらも、妻の献身的な介護の労をねぎらい、夫を家で見てあげたいという気持ちを「そのお気持ちもよくわかります」と肯定していった。また、「夜間眠れていますか、お身体はきつくないですか」と妻の健康に配慮していった。娘は、A氏のホスピス入院の手筈を整えたが、妻の賛成が得られないことや娘自身にもホスピスでA氏の苦しさが取り除けるのかという迷いがあり、この時はホスピスに入院することを断念した。看護師は

娘の迷いや揺れる気持ちに寄り添いながら「無理には勧められないことなので仕方ないです」と娘の気持ちも受け止めた。看護師は家族成員それぞれの立場や感情、考えを十分に認めることが、異なった意見で対立する家族成員の膠着状態が緩むきっかけとなるよう意識した。

### 3) 「母（妻）と娘の膠着状態に風穴が開く」時期： 家族の衝突を機に切り込む

#### ①言葉の変化を嗅ぎ取る

A氏は2階の寝室から降りてくることもできなくなり、ベッドでの臥床生活となった。全身の身の置き所のない倦怠感のため問いかけにも無言のことがみられ、自身の状況について判断できる身体・心理状況にないように見受けられた。妻は介護負担から極度の疲労状態が続いていた。娘は母（妻）の身体を心配しつつ、A氏の苦痛を目の当たりにし見かねて、再度ホスピスの提案を母（妻）にした。しかし母（妻）は感情的に頑強に拒否をした。娘から看護師へ「できればホスピスを検討したいが、母が納得しない、その件で母と喧嘩をしてしまった。」「母からはまた出ていけと言われてしまい、もう私ではどうすることもできない、母と話しをしてもらえないか」という電話が入った。娘から母への対応で困り果てた、助けを求めるサインとも受け止められる電話の内容であると看護師は感じた。娘は強い意向を持つ母へ介入できないジレンマやこれまでも、自分中心の考え方をしてしまう母へ怒りの思いや、今回の喧嘩で母からは出て行けと言われ、ののしられた思いを表出していった。また、看護師は娘と喧嘩をしてしまった妻自身も今後の介護継続に不安を持っているのではと考えた。それは看護師がホスピスの情報提供後に今後の意向を尋ねた時に「入院だけは絶対にさせたくない」と言う強い気持ちを感じる言葉から「病院はできれば行かせたくない」という迷いを感じる言葉へ変化したことを感じたからだった。

#### ②アポイントなしの訪問で一気に調整する

看護師は娘の電話に対して「わかりました、私が

お母様と話してみますね」と受けてはみたが、看護師自身も頑なな妻の態度にどのように伝えて良いか妙案は浮かばず、自信を持てずにいた。しかし、娘と喧嘩した妻の心理状態を考えた時、妻は介護疲労の状況にあった。本当は娘の助けを待っているのに意地を張っているのではないかと思えた。そのため、この親子喧嘩による膠着した状況を解決するには時間を置かずには妻と話をしたほうが良いと考え、覚悟を決めて正直な気持ちを聞かせていただこうと考えた。訪問の約束のための電話を入れたら、訪問自体を断られてしまう可能性も考えられたことから、約束はせずに直接ご自宅に伺った。妻は看護師の突然の訪問に一瞬驚いたが、看護師は怯まずに「大事なお話なので」と話し、「ご主人のこれからのことについてもう一度、お話しをさせて下さい」と訪問の趣旨を伝えた。妻へは介護を頑張ってきた労をねぎらいつつ、娘から電話で今朝に相談を受けたことを正直に伝え、「娘さんがご両親を心配されています、私で良かったらお気持ちを聞かせて下さい」と話を聞かせてもらった。誰にも依存できなかった妻の気持ちに変化がみられ「私ももう限界です。疲れ切って自信がない。信頼できる場所があったら頼みたい、夫もきっと承知してくれると思う」と正直な胸の内を看護師にうち開けてくれた。そして妻は娘に電話で謝罪と介護を助けてほしいとの依頼をし、ホスピスに入院させたいとの意向を伝えた。ホスピスは、訪問診療医から紹介してもらった病院に一旦入院して待機をすることになったが、A氏は一週間後に病院で最期を迎えた。家族が合意した最期の療養の場所と実際に最期を迎えた場所は異なっていたが、妻は、「初めに診てもらった先生に最期を診てもらうことができ安心だった」と言った。娘はホスピスに間に合わなかったことは残念だったが、最終的に妻と一緒に意思決定していったことで納得していった。支援の中で看護師にも迷いはあったが、妻の気持ちに変化がみられ、機をみて直ぐに動いたことで、その後の展開につながっていった。

## IV. 考 察

本事例では最期の療養の場の選択において意見の相違を抱えた家族への意思決定支援について、3つの「看護実践のカテゴリ」の枠組みに整理された、見出された3カテゴリについて考察する。

### 1. 在宅療養の安定を図る

#### 1) 家族の介護体制を尊重する

家族の病状への不安を抱えた家族介護者に対し、安定した在宅療養生活を送るために、看護師は提案や情報提供を通して家族介護者の介護の抱え込みや負担へアプローチしていた。高齢者の意思決定支援に関しては、「家族が心にゆとりを持てるように、介護負担を軽減し心身に余裕を持たせる」ことが看護実践の一つと報告されている（安塚、森本、和智他、2015）。しかし、本研究では、看護師がA氏の妻の介護負担を軽減しようと働きかけたが、妻は拒否し介護量の軽減は直ぐにはできない状況であった。妻の自分自身が夫の介護をしたいという意思が強かったため、看護師は妻の介護を減らすことを無理強いすることは危険と判断し、妻の考えを肯定していた。そのような状況下、看護師からは提案と情報提供を行うにとどめ、相談できる環境の提供を行っていった。先行研究では、見守る中でやりとりされるケアが結果的に家族の意思決定支援につながることを示唆されており（古瀬、宮林、2014）は、本研究でも妻の介護体制に介入し過ぎない見守る姿勢での訪問看護の支援が在宅療養の安定を図るための支援として提供されていた。

#### 2) 本人の苦痛症状を軽減する

在宅療養の継続のため、利用者本人の苦痛症状を軽減しようと看護師は努めていた。がんと診断された患者と家族は大きなショックを受け、様々な不安を抱え、患者が苦しんでいる姿を見ることは配偶者にとって大きな苦痛だと指摘されている（小林、2002）。在宅療養継続のためには、訪問看護利用者の症状コントロールや身体的状態の安定が重要となる（大久保、2013）。本研究でみられたA氏の妻の不安の一

因は、直接介護の疲労に加え、A氏の身体状況・疼痛の悪化であると考えられた。本研究でも、看護師が実施した緩和ケアによって、A氏の「気持ち良い」という発言を家族が耳にしたことが、家族介護者の不安や苦痛の緩和につながったと考えられる。

### 2. 家族間の膠着状態を緩める

#### 1) 療養場所のイメージを広げる

在宅療養が継続できない場合に備え、看護師は療養場所のイメージを広げる対策を取っていた。訪問看護師による療養者の意思に沿ったケア提供は、介護者の考えに変化をもたらすと指摘されている（黒沢、河原、2013）。本研究でも、家に居たいというA氏、妻、娘の意思に沿ったケアが行われてきたが、家族の考えや病状の変化でやむを得ず在宅療養を続けられない危険性を看護師は感じていた。そのため、万が一の状態に備え、在宅以外の療養の場の選択も可能となるよう、在宅以外の療養場所のイメージを持ってもらうよう働きかけていた。中山らは、よりよい意思決定には可能性のあるすべての選択肢を想定する必要があると言う（中山、岩本、2012）。本事例においては、病院・施設に対して否定的なイメージや思いを持っているご家族へ、病院・施設も選択可能な状況となるよう、看護師が情報提供をしていたと考えられる。特に、ホスピスについては高齢者の約9割が「良く知らない・全く知らない」と、正確な情報を知らずにいる一方で、ホスピス・緩和ケアへの関心がある者は半数以上いる（松井、松本、2007）ことから、ホスピスや緩和ケアを提供する場についての情報提供が必要であることが伺える。万が一の状態に備え、病院と緩和ケア病棟・ホスピスとの違いについて具体的にパンフレットを用いて情報提供を行ったことが、過度な否定的イメージと思いを減少させ、利用者・家族の最期の療養場所に関する意思決定の幅を広げる支援につながっていったと考えられる。

#### 2) 異なる意見をそれぞれ支持する

本事例では、介護を抱え込んでしまう妻と意見が言えず母親への対応に苦慮している娘との間で円滑



なコミュニケーションが取れず、結果的に妻の介護負担が増していった。家族間コミュニケーションは家族機能を高める上で有効である一方、閉鎖的なコミュニケーションを取る家族では過剰な介護負担で家族に不均衡が生じると報告されている(野村, 藤田, 三井, 2004)。本研究では、妻と娘の間に円滑なコミュニケーションが図れていないことに気づき、双方の話を聞きながら情報提供を行っていった訪問看護師の行為が、閉鎖的な家族間コミュニケーションによって生じていた妻の過剰な介護負担の問題を言語化する機会を与え、介入可能な顕在的な問題として表出させることにつながったと推察される。そしてその看護実践が、家族間の膠着状態を緩める上で有効な支援だったと考えられる。

### 3. 家族の衝突を機に切り込む

#### 1) 家族の言葉の変化を嗅ぎ取る

本事例の1カ月という短い訪問看護提供期間の中でも、家族の生活や意思決定の内容は時期によって変化し、その変化を看護師が感じ取っていた。柳原(2009)は意思決定の様相はターミナル期になると「模索中の決定」から「限局され緊迫中の決定」へ変化し、この時期の家族ケアとして必要なのは、こうした家族の状況や家族のもっている力を見定めることと、家族間の小さな交流を浮き彫りにしていくことである、と述べている。本研究では、A氏の病状の進行により、家族が緊迫した状況に置かれ、家族間の交流も十分に行えない状況であった。娘の心の葛藤を把握し、妻の意向を何度も確認するなどの、緊迫した状況下で家族の状況を看護師が細かに把握したことで、家族の些細な言葉の変化を感じ取り、意思決定支援の重要な糸口を見出したと推察される。

#### 2) アポイントなしの訪問で一気に調整する

看護師は、娘と喧嘩した妻の孤立状態を案じ、アポイントを取らずにA氏宅を直ぐに訪問した。訪問して娘の考えを代弁した結果、妻は利用者も同意してくれるだろうと推察し、最期の療養の場をホスピスにすることを家族間で合意した。最期の療養場

所を決定した時点で患者に残された時間がわずかであることが多いため、決定後の手続きはタイムリーな対応が求められることが指摘されている(松谷, 2014)。最期が近づいた患者の家族は、患者の命が何とか長らえることを願う気持ちと、これ以上苦しませたくないという思いの中で、迷い、苦しみ、揺れ動いている(鈴木, 2004)。本研究では、揺れ動いた家族の思いを看護師が察知し、タイミングを逃さないように、敢えてアポイントなしで調整を行ったことによって、希望に沿った最期の療養の場に向けて合意を作れたのだと考えられる。

結果的に、家族の合意したホスピスではなく病院でA氏は亡くなったが、A氏の最期について家族からは後悔ではなく肯定的な考えが聞かれた。それは、A氏の最期の療養場所について家族員全員が納得した上で、同じ方針を有していたことが関係している可能性が考えられた。

## V. 結論

本研究では、最期の療養の場についての意向の相違を抱えた家族が合意に至るまでの訪問看護師による実践の事例研究を行った。看護実践として、1) 強い母(妻)に対して娘が意見を言えない時期には、利用者の苦痛の軽減に努めるなどして在宅療養の安定を図り、2) 母(妻)と娘の膠着状態の時期には、両者の意見をそれぞれ支持しつつ療養場所のイメージを広げるなどして家族間の膠着状態を緩め、3) 母(妻)と娘の膠着状態に風穴が開く時期には、家族の衝突を機にタイミングを逃さず切り込む、という3つの看護実践カテゴリの枠組みに整理された。家族員全員が納得する合意を作るために、まずは在宅療養の安定を図り、家族間の膠着状態を緩め、家族の衝突を機に切り込むという、看護師の瞬時の判断と機を見るに敏な看護が、意向の相違を抱える家族への意思決定支援として見出された。

〔受付 16.11.07〕  
〔採用 17.05.29〕

文 献

- 古瀬みどり, 宮林香奈子: 遺族の語りにみる訪問看護の意思決定支援, 終末期がん療養者のプロセスにおけるケア内容との相互分析から, ホスピスケアと在宅ケア, 22(3): 312-317, 2014
- 川上理子: 高齢者の在宅看取りにおいて訪問看護師が捉える「価値の対立や倫理的に不確かな状況」, 高知女子大学看護学会誌, 40(1): 41-51, 2014
- 小林美智子: がん患者を見守る家族への支援, 日本胸部臨床, 61(11): 1000-1008, 2002
- 黒沢泰子, 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
- 久世淳子: 介護者が求めている支援—高齢者と主介護者の関係から—, 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調査に学ぶ, 149-167, 中央法規出版, 東京, 2004
- 松井美穂, 松本雅子: 高齢者のホスピス・緩和ケアに対する認識と終末期における医療・介護サービスの利用可能性に関する研究, ホスピスケアと在宅ケア, 41(15): 235-240, 2007
- 松谷由美子: 在宅での看取り支援—「最期を家で迎えたい」希望にそった退院支援—, ホスピスケアと在宅ケア, 22(1): 16-20, 2014
- 厚生労働省: 平成26年(2014)人口動態調査, 死亡の場所別にみた年次別死亡数. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001137965>. 2016年9月17日
- 厚生労働省: 平成27年(2015)人口動態統計の年間推計. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai15/dl/2015suikai.pdf>. 2016年9月17日
- 中山和弘, 岩本 貴: 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア, 28-36, 中央法規出版, 東京, 2012
- 野村美香, 藤田佳子, 三井成子: がん治療過程における家族集団のゆらぎに関する研究, 死の臨床, 27(1): 69-75, 2004
- 大久保仁司: がん患者の療養プロセスで配偶者が体験した困難, ホスピスケアと在宅ケア, 21(1): 29-35, 2013
- 大松重宏: 患者さんの退院に向けての意思決定支援, 緩和ケア, 15(3): 204-208, 2006
- 柴田純子: 在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験と家族員への看護に関する研究, 千葉看護学会誌, 13(1): 1-8, 2007
- Strauss A, Corbin J. / 操華子, 森岡崇訳: 質的研究の基礎 グラウンデッドセオリー開発の技法と手順 (第二版), 109-126, 医学書院, 東京, 2004
- 鈴木志津枝: がん患者の家族が抱える諸問題と看護ケアの重要性, がん看護, 9(4): 280-285, 2004
- 塚本康子: がん患者および患者を取りまく人々の意思決定に関する研究, 静岡県立短期大学部 特別研究報告書 (平成13・14年度版): 63, 2003
- 柳原清子: がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究—ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて—, ルーテル学院大学紀要, 42: 77-96, 2009
- 安塚則子, 森元陽子, 和智理恵他: 訪問看護師が実践する家族介護者への代理意思決定支援—胃瘻増設の決定を支援した訪問看護の事例—, 家族看護学研究, 20(2): 68-78, 2015
- 米澤純子, 杉本正子, 新井優紀他: 独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携, 日本保健科学学会誌, 17(2): 67-75, 2014

## Decision-Making Support by a Homecare Nurse for a Family with Different Views Regarding the Place for End-of-Life Care

Taiko Ohtake<sup>1)</sup> Maiko Noguchi-Watanabe<sup>2)</sup> Yoshie Nohara<sup>1)</sup> Noriko Yamamoto-Mitani<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Yokohama si sakaeku medical association sakae-ku homecare nursing agency

<sup>2)</sup> Department of Gerontological Home Care and Long-term Care Nursing/Palliative Care Nursing,  
School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

**Key words:** family with different views, decision-making support, homecare nursing, place for end-of-life care, case study

This case study focuses on elucidating nursing practice that facilitated an agreement between family members who had differing views concerning the appropriate location for the final days of a terminal cancer patient. Information concerning the care process was provided by asking the nurse, and was obtained from the nursing record and a letter provided by the family of the patient. All authors and colleagues of the nurse examined this account, developed categories, and summarized information in a table. The patient was a male (80s) with end-of-life stage biliary cancer. The primary caregiver was the wife of the patient (80s) who exhibited caregiving fatigue. The adult daughter (50s) was involved, often visiting the home of her parents. Initially, different views were expressed between wife and daughter as to the appropriate place for end of life care. However, an agreement was eventually reached after a month while homecare nursing services were provided once a week. Nursing practice that affected the agreement on the place for end of life care was divided into three categories. In the phase “daughter cannot state opinion to mother,” the nurse *focused on keeping the condition of the patient stable*. In the next phase “mother and daughter in deadlock,” the nurse tried to *repair the relationship between mother and daughter*. Through foregoing this nursing practice, the phase progressed to “breaking the deadlock relationship between mother and daughter,” in which the nurse *promptly responded when family members collided*. These strategies by nurses may have assisted patients and families to agree on final location for end of life care and improve the overall care process.