

博士学位論文

在宅がん患者の看取り期の変化への  
家族の対処を支援する看護援助モデル

2018年3月

愛知県立大学大学院  
看護学研究科看護学専攻

吉 田 彩

指導教員 片岡 純

## 目次

I. 序論.....	1
II. 文献検討	
1. 在宅がん患者と家族のおかれた社会的状況 .....	2
2. 在宅がん患者と家族の看取り期の支援の課題と取り組み .....	3
1) 在宅がん患者の看取り期の支援の課題と取り組み .....	3
2) 在宅がん患者の家族への看取り期の支援の課題と取り組み .....	7
3) 訪問看護師やその他の専門職間の連携の課題と取り組み .....	13
3. 問題提起 .....	14
III. 研究方法の検討 .....	15
1. 対処を捉える理論的基盤 .....	15
2. 分析方法の検討 .....	16
3. 看護援助モデルの作成方法の検討 .....	17
IV. 研究目的 .....	18
V. 研究の意義 .....	18
VI. 用語の定義 .....	18
VII. 研究の枠組み .....	19
VIII. 研究1 .....	20
1. 目的 .....	20
2. 研究方法 .....	20
1) 研究デザイン .....	20
2) 対象者.....	20
3) 調査方法.....	21
4) 調査内容.....	21
5) 分析方法.....	22
6) 分析結果の厳密性の検討.....	23
3. 倫理的配慮.....	24
4. 結果	
1) 対象者の概要.....	25
2) 分析結果.....	26

(1) 在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の全体像....	27
(2) 径路の種類.....	34

## IX. 研究2

1. 目的.....	81
2. 研究方法.....	81
1) 暫定説明モデルの作成.....	81
2) 暫定看護援助モデルの作成.....	81
3) 妥当性と実行可能性の検討.....	81
(1) 対象者.....	81
(2) 会議の方法.....	82
(3) 検討内容の分析方法.....	83
4) 最終的な説明モデルと看護援助モデルの作成.....	83
3. 倫理的配慮.....	83
4. 結果.....	84
1) 暫定説明モデルの作成	
(1) 記述モデルにおける変化させる要因の焦点化.....	84
(2) 説明モデルの基盤とする理論の採用.....	85
(3) 暫定説明モデルの作成.....	86
2) 暫定看護援助モデル1の作成.....	88
3) 暫定看護援助モデル1の妥当性の検討.....	89
(1) 対象者の概要.....	89
(2) 専門家会議Aでの検討結果.....	89
4) 暫定説明モデルの修正と最終的な説明モデルの提示.....	91
(1) 介護へのコミットメントの定義の修正.....	91
(2) 介護へのコミットメントの程度を判断する目安.....	92
(3) 最終的な説明モデルの提示.....	93
5) 暫定看護援助モデル2の作成.....	113
6) 看護援助モデルの実行可能性の検討	
(1) 対象者の概要.....	113
(2) 専門家会議Bでの検討結果.....	112

7) 暫定看護援助モデル2の修正と最終的な看護援助モデルの提示	
(1) 暫定看護援助モデル2の修正.....	117
(2) 最終的な看護援助モデルの提示.....	119
X. 考察	
1. 在宅がん患者の看取りの過程における家族の対処の特徴と課題.....	136
1) 患者の看取り期の変化に対して家族がとる対処の特徴.....	136
2) 看取りの過程における家族の介護への距離のとり方の特徴.....	139
3) 家族の対処の課題.....	140
2. 看護援助モデルの発展性	
1) 看護援助モデルによる支援の特徴 .....	146
2) 看護援助モデルによる支援のための資源の整備.....	148
3) 看護援助モデルの運用の課題.....	149
XI. 本研究の限界と今後の課題.....	149
XII. 結論.....	150
謝辞.....	152
文献.....	153
資料	

## I. 序論

近年、がん患者の療養において、特に看取りの時期の療養場所の希望が実現されていないという課題がある。がんを想定した一般国民の意識を問う調査では、がんの終末期になった場合は46%が自宅療養を、55%が在宅死を希望していること(Sanjo et al., 2007)が明らかになっている。一方で、がん患者の死亡場所は自宅が9.9%、病院が85%である(厚生労働省, 2013)。国は、超高齢化に向かう社会状況や財政状況、国民の在宅療養への期待などを背景として急速にがん患者を支援するための法整備を進めており、看取り期のがん患者についても、その支援の方向は病院から在宅へ、担い手としては診療所や訪問看護を想定した政策的な誘導が促進されている。

がん治療の進歩によりがんの生存率は上昇しており、在宅で療養するがん患者には、様々な状況の人々が含まれると考えられるが、本研究では、治癒を目的とした治療を受けず苦痛の緩和や生活の支援を必要とする患者を在宅がん患者と捉えることとする。在宅がん患者は、おおよそ5週間程度の症状が安定し穏やかに生活できる時期があることもあるが、死の約数週間前に身体症状が増加し日常生活動作(ADL)が急激に低下するという看取り期の特徴がある。在宅がん患者の周囲の人々もそれに対応しきれないことが問題となると推測され、在宅がん患者の中でも特に看取り期の患者への特別な支援が必要である。

在宅がん患者の介護の担い手である家族は、看取り期において介護負担に関する問題や実証的な知識・技術不足、不安・抑うつ・精神的負担などの大きな負担を抱えていることが報告されている。これらの精神的、経済的負担や介護上の負担は、療養生活や看取りの状況をどのように捉えてどのように対応するか、対応できるだけの資源や援助がどの程度あるかによりその負担の大きさは異なってくると考えられる。そのため、家族が知覚する負担は家族自身の対処のありようによって左右されるのではないかと考える。しかし、看取り期の変化にどのように家族が対処することでどのような看取りに至るかその詳細は明らかではない。

家族への支援の課題に対しては、Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model (OPTIM) プロジェクト(2012)において患者の症状について家族に情報提供を行うためのパンフレットや、臨死期の患者の身体変化とその対処について説明した「看取りのパンフレット」が開発されているが、生活の中でどのように介護を組み込み患者の変化に対応していくかについては課題が残ると考えられる。在宅がん患者の看取り期の支援は、家族に焦点化したものが少なく、十分な取り組みが行われていないという現状がある。

海外における研究についても、在宅がん患者の家族への介入研究が蓄積されているが、看取り期に焦点化したものはみられない。

訪問看護師は看取り期のがん患者への十分な支援ができないことがあることや、そのことによって在宅療養が中止になることがあること、一定の訪問看護経験をもつ訪問看護師が、がん患者の症状緩和をはじめとする療養生活と看取りについて困難感を持っていることが示されている。また、多くの訪問看護ステーションは小規模で看取りの経験が少なく、がん以外の疾患の患者を主に訪問看護するという状況の中で、がん患者と家族への療養支援と看取りを行っている。

以上のように、在宅がん患者は特に看取りの時期に支援を要し、患者の介護を担う家族の負担は大きい。家族への支援が十分に行われていない現状をふまえ、本研究では家族を納得する看取りに導く支援を探求する。具体的には、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにし、そこから、家族を支援するための看護援助モデルを作成することとする。

## II. 文献検討

### 1. 在宅がん患者と家族のおかれた社会的状況

わが国の死因の第一位はがんであり、国民の生命と健康にとって重大な問題となっている(厚生労働省, 2015)。がんによる死者は今後も増加することが予測されており、年間総死者数は現在の約 120 万人から 2030 年には 160 万人(国立社会保障・人口問題研究所, 2012)に達し、その内がんによる死者数は現在の約 36 万人(厚生労働省, 2014)から約 39 万人(国立がん研究センターがん対策情報センター, 2012)に増加すると推計されている。

がんを想定した一般国民の意識を問う調査では、希望する場所で最期を迎えることが望ましい死であり(Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai, Uchitomi, 2007)、がんの終末期になった場合は 46%が自宅療養を、55%が在宅死を希望していること(Sanjo et al., 2007)が明らかになっている。一方で、がん患者の死亡場所は自宅が 9.9%、病院が 85%であり(厚生労働省, 2013)、国民の人生の最期の願いが実現されていないというがん医療における大きな課題が、特に看取りの時期の療養支援において示唆されている。

国は 2007 年に「がん対策基本法」を施行し、「がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるように在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする」ことなど(厚生労働省, 2012)を挙げている。また、超高齢化に向かう社会状況や財政状況、国民

の在宅療養への期待などを背景として近年急速にがん患者を支援するための法整備を進めており、看取り期のがん患者についても、その支援の方向は病院から在宅へ、担い手としては診療所や訪問看護を想定した政策的な誘導が促進されている。

診療報酬と介護報酬の改定（厚生労働省，2012）では、緩和ケア病棟在院日数 61 日以上の上の入院料大幅引き下げや外来緩和ケア加算の新設が退院を促し、退院時共同指導料や外泊日の訪問看護基本療養費の新設、がんの分野の専門看護師や認定看護師と訪問看護師の同一日訪問の加算新設が病院と訪問看護師との連携を支持するものとなった。在宅の看取りに関しても、ターミナル期の訪問看護基本療養費や在宅ターミナル加算の緩和、夜間・早朝、深夜訪問看護加算が新設されたことによって訪問看護への評価と期待が示されている。2015 年の介護報酬改定（厚生労働省，2015）では、訪問看護に看護体制強化加算が新設されて在宅における中重度の要介護者への対応の強化が促され、看取り期における対応の充実を図るため小規模多機能型居宅介護や介護老人福祉施設等での看取りの加算が新設・引き上げられた。

## 2. 在宅がん患者と家族の看取り期の支援の課題と取り組み

在宅がん患者と家族への看取り期の支援についての研究などから、その課題と取り組みが様々に報告されている。内容は、1) 患者に関すること、2) 患者の家族に関すること、3) 在宅療養に関わる訪問看護師やその他の専門職間の連携に関することに大別される。

### 1) 在宅がん患者の看取り期の支援の課題と取り組み

#### (1) 在宅がん患者の現状

近年、がん治療の進歩によりがんの生存率は上昇しており、10 年生存率が胃がんと大腸がんは 69%、乳がんは 80%となっており（国立研究開発法人国立がん研究センター，2016）、がんと診断されて以降、がんと共に生活する人は増加しその生活は長期化している。また、2002 年に診療報酬改定で外来化学療法加算が新設されたため、多くの施設で外来化学療法が導入され、特に **Diagnosis Procedure Combination (DPC)** 包括評価対象の病院では 2010 年度の化学療法の外来実施率は 68.5%となっている（厚生労働省，2012）。

このような現状において、在宅で療養するがん患者には、様々な状況の人々が含まれると考えられる。がんと診断された時から死にゆく時までがんとともに生き抜いていくプロセスとしてのがんのサバイバーシップの捉え方からは、診断から治療終了までの時期、維持療法などの延長された生存の時期、安定した生存の時期、終末期の生

存の時期の4つのステージが示されている（近藤，嶺岸，2006）。

このように、在宅で療養するがん患者の状況は多岐にわたり、例えば手術後の患者や外来化学療法中の患者、治療の効果が認められず緩和ケアを主に受ける患者などが考えられるが、本研究では、治癒を目的とした治療を受けず苦痛の緩和や生活の支援を必要とする患者を在宅がん患者と捉えることとする。

在宅診療を受けたがん患者については次のような報告がある。川越（2013）は、11か所の診療所を対象とした調査でがん患者の在宅診療開始から死までの期間は平均68日程度であったとしている。また、在宅ホスピスに特化した診療所の過去10年の状況を以下のように明らかにしている。在宅診療期間は、開始期（在宅診療を開始してから1週間程度の時期）、終末・臨床期（死亡前1週間程度の時期）、安定期（開始期と終末・臨床期の間に位置する時期）に分けられ、安定期は平均して5週間程度であった。安定期には全身状態の悪化が徐々に進行するが、終末期に至るまでおおむね症状は安定し、患者も家族も穏やかなときを過ごすことができることが多いという。しかし、亡くなる約2週間前から患者のADLは徐々に低下し、特に亡くなる1週間前からはそれが顕著となり、安定期には落ち着いていた家族も不安に陥ることが多いとしている。

在宅がん患者についての他の研究でも、死の1か月前程から急激に呼吸困難、だるさ、眠気、食欲低下、全般的な調子などの身体症状が悪化し（Seow et al, 2011）、ADLが死の2～3か月前から急激に低下したこと（Lunney, Lynn, Foley, Lipson, Guralnik, 2003）が報告されている。

同様に、終末期医療や緩和ケアを内包する新しい概念であるエンド・オブ・ライフケアでも、がんの病の軌跡の特徴は、比較的長い間機能は保たれ、最期の2か月程度で急速に機能が低下することであるとされている。そして、疾患によって多様な病状の軌跡があるためそれを同定しケアを行っていく重要性が示されている。（長江，2014）

このように、在宅がん患者は、およそ5週間程度の症状が安定し穏やかに生活できる時期があることもあるが、死の約数週間前に身体症状が増加しADLが急激に低下するという看取り期の特徴がある。在宅がん患者の周囲の人々もそれに対応しきれないことが問題となることが推測され、在宅がん患者の中でも特に看取り期の患者への特別な支援が必要である。



## (2) 在宅におけるがん患者への看取り期の支援の理念的基盤

がん患者や家族への支援が何を指すべきかという理念的基盤は検討が重ねられ整いつつあり、がん患者の看取り期の支援もその中に位置づけられている。

1991年に発足し日本の緩和ケアを牽引してきた日本ホスピス緩和ケア協会(2010)は、ホスピス緩和ケアが今後ますます在宅で提供される可能性が増大しつつある現状を踏まえ、「在宅ホスピス緩和ケア基準」を作成した。基本理念は「ホスピス緩和ケアの基本的な考え方に則り、在宅において患者およびその家族の生活を支え、価値観・死生観・思想信条・信仰を尊重するケアの提供を目指す」ことなどである。これは、協会会員の診療所を対象とした調査を基に医師の視点から作成されているが、その作成過程では、川越、内田、大金、霜田、小松(2008)の「在宅ホスピス・緩和ケア基準」が参考にされている。

川越他(2008)は、訪問看護の視点からより理想に近くかつ実践可能なものとしてこの基準を作成した。イギリス、アメリカをはじめとした5か国の在宅緩和ケアの基準や、在宅緩和ケアの実践知、制度や資源などに関する文献を基に、組織マネジメント、24時間ケア、ケアマネジメント、チームケア、コミュニケーション、疼痛緩和、生活支援、スピリチュアルケア、家族ケア、死の教育と見取り、グリーフケア、ケアの倫理的・法的側面の12項目が提示されている。死の教育と看取りでは、①在宅緩和ケア開始期から臨死期に至るまで死の教育をプログラム化して行っている、②在宅での死亡確認をスムーズに行っている、③在宅で死後のケアをグリーフケアの一部と位置付けて行っている、の3項目が基準として挙げられている。

## (3) 在宅がん患者の看取り期の支援の課題

患者への看取り期の支援の課題としては、在宅がん患者の遺族を対象とした研究(石井、宮下、佐藤、小澤, 2011)で、家族が訪問看護師は患者に対応するための十分な知識が不足していたと感じていたことや、在宅療養中止の主要な理由が終末期がん患者の疼痛や呼吸困難、倦怠感などであったこと(橋本他, 2015)が報告されている。訪問看護師を対象とした研究では、看護師が身体的苦痛に対する緩和ケアが困難であると感じていたこと(古瀬, 2013)が明らかになっている。また、訪問看護経験年数が5年以上の訪問看護師が7割を超す対象者への調査(大園, 石井, 宮下, 2012)でも、患者の在宅療養の問題として、訪問看護師が一人で訪問することのストレスや患者が亡くなると無力感を感じていたことが報告されている。これらの報告から、訪問

看護師は看取り期のがん患者への十分な支援ができないことがあることや、そのこと  
によって在宅療養が中止になることがあること、一定の訪問看護経験をもつ訪問看護  
師が、がん患者の症状緩和をはじめとする療養生活と看取りについて困難感を持って  
いることが示されている。

#### (4) 在宅がん患者の看取り期の支援についての取り組み

上記のような患者への支援の課題に対して、以下のような取り組みが行われている。

大規模な介入研究である「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」OPTIM プロ  
ジェクト(2012)は、主に多職種での地域連携に関する研究であるが、その中で看取り  
期の在宅がん患者への支援につながる取り組みも行われ、ケアプログラムのひとつと  
して、患者に対する「痛みについてのパンフレット」や、呼吸困難、便秘、食欲低下、  
倦怠感などについての「痛み以外の症状についてのパンフレット」が開発された。こ  
のパンフレットは、患者や家族への情報提供によってセルフケアを促進することや、  
看取り期には家族やその支援を行う看護師が根拠に基づいた症状緩和や療養生活援助  
を行う上で有用なツールとなることが考えられる。介入による総合的な結果として、  
終末期がん患者は「からだの苦痛が少なく過ごせている」などの **Quality of life (QOL)**  
の項目が有意に改善したことが報告されており、今後これらのツールを利用した在宅  
がん患者への看取り期の支援の充実が期待される。

患者の症状緩和や看取りのケアを行う看護師を継続的に導くものとして、英国で開  
発された **Liverpool Care Pathway (LCP)** の日本語版在宅バージョン(菅野, 2014)  
が開発されている。LCP 日本語版在宅バージョンは患者と家族に安楽で安心な看取り  
のケアを提供することを目的として、臨死期の患者の状態を再評価し治療やケアの目  
標を修正し、疼痛などの症状緩和が適切に行われ患者の安楽が保たれているかを継時  
的に評価し、さらに、死亡時の対応を評価するものである。LCP は英国の一部の病院  
で不適切に使用されているケースがあったことから段階的な廃止が勧告されたが、日  
本では英国と医療制度が異なるため LCP 日本語版をすぐに廃止する必要はないとさ  
れている。これを用いることにより、がん患者に対して訪問看護師間で統一した症状  
緩和や看取りのケアの提供ができると評価されている。

また、看護師のエンド・オブ・ライフケアに関する教育的支援として、米国で開発  
され2009年に日本版が開発された **The End-of-Life Nursing Education Consortium-  
Japan (ELNEC-J)** コアカリキュラム指導者養成プログラム(竹之内・田村, 2009)

がある。このプログラムは、痛みや症状マネジメント、倫理的問題、文化的配慮、意思決定支援、喪失・悲嘆・死別、臨死期のケアなどのモジュールで構成された系統的な教育プログラムである。臨死期のケアでは、精神的スピリチュアルなニーズとそのケア、臨死期における家族ケア、臨終時のケア、エンゼルケアなどで構成されている。現在、指導者は全国に約 1,500 名、受講者は約 3,600 名となっており（日本緩和医療学会，2015）、がん患者の看取り期の支援を行う訪問看護師への教育的支援として普及が期待される。

## 2) 在宅がん患者の家族への看取り期の支援の課題と取り組み

### (1) 看取り期の在宅がん患者の家族の位置づけ

終末期がん患者を在宅で介護する中で家族は、互いを思う気持ちが強まり、互いをかけがえない存在だと実感するなどの気持ちが得られることや（石本，2009）、患者の安楽をひたすら願い患者の病状の悪化に神経をとがらせること（横田，秋元，2008）、患者の痛みを自分のことのように感じること（柴田，佐藤，2007）が報告されている。患者と家族は互いを思う気持ちが強く、在宅がん患者の家族にとって患者の痛みは家族自身の痛みでもあり、患者への適切な苦痛の緩和や看取りのケアが家族の苦痛の緩和や安寧につながる支援になることが推測される。

日本における在宅ホスピスに特化した訪問看護を推進している川越（2002）は、在宅がん患者の家族はケアの対象者であると同時に患者へのケアの担い手であるとしている。前述の「在宅ホスピス・緩和ケア基準」では、世界保健機構（WHO）の緩和ケアの定義に則り、その基本方針のひとつとして「患者が療養しているときから死別後に至るまで、家族が様々な困難に対処できるように支える」ことを挙げている。これは、家族はケアの対象であることと、患者の療養生活を担う者であることを示すものであり、在宅においてがん患者の家族への看取り期の支援を行う際には、この両方の側面を念頭に行うことが必要であると考えられる。

### (2) 在宅がん患者の家族への看取り期の支援の課題

在宅がん患者の介護の担い手である家族は、看取り期において介護負担に関する問題や実際的な知識・技術不足、不安・抑うつ・精神的負担などの大きな負担を抱えていることが以下のように報告されている。

看取り期を含む在宅終末期がん患者の介護者についてのシステマティックレビューでは、アメリカ、イギリス、オーストラリア、カナダなどの6か国の123文献（1998

～2008年)から、ニードとして、精神的困難(うつ状態や不安感、身体的精神的ストレスなど)や経済的職業上困難(経済的なストレス、経済的な支援や助言の不足、活動の制限など)、患者の介護の困難(ケアの実践的な側面に関する指導や直接的な援助の不足、休息の不足、情報の不足、睡眠の混乱など)が明らかになっている(Stajduharet al., 2010)。また、Bee, Barnes, Luker (2008)は、エンド・オブ・ライフケアにおける在宅がん患者の介護者のニーズについてのシステマティックレビューで、アメリカ、イギリス、オーストラリア、スウェーデンなどの10カ国の26文献(1976～2006年)を分析し、在宅緩和ケアでは特に試行錯誤の取り組みが行われるため、介護者の実践的な介護技術の獲得への援助が不足していることを明らかにしている。

日本における在宅終末期がん患者の家族についての研究では、疼痛や呼吸困難感などの症状が増加しADLの低下により家族の介護負担が大きくなること(橋本他, 2015; 大園他, 2014)や、家族に不安や抑うつがあること(佐藤他, 2015)は、患者や家族が在宅療養を断念する要因であることが明らかになっている。

また、在宅がん患者の看取り期を振り返った遺族は、やるだけやったという充実感や満足感を経験しながらも「つるべ落としの悪化に涙し葛藤する」ことや「看取った後の痛手と自問自答の繰り返し」(山口, 柳原, 2007)を経験し、「逝く人の思いを叶えられない力の無さ」や「何を思い出しても残る後悔」(川上, 2012)を感じていることを語っている。在宅がん患者を介護した家族は看取りを納得したものと捉えられていないことが示されている。

このように家族の負担は様々に報告されているが、これらの精神的、経済的負担や介護上の負担は、療養生活や看取りの状況をどのように捉えてどのように対応するか、対応できるだけの資源や援助がどの程度あるかによりその負担の大きさは異なってくると考えられる。そのため、家族が知覚する負担は家族自身の対処のありようによって左右されるのではないかと考える。WHO (2002)の緩和ケアの定義の中の家族へのケアは、「家族が患者の病気や死別後の生活に対処できるように支える」ことであるとしており、家族の課題はがん患者の療養生活や看取りへの対処と表現することができると思われる。

在宅看取りを実現するための要因は、在宅死を患者や家族が希望していること、介護者や周囲の人の協力、医療体制への満足など(大西, 2015; 佐藤他, 2015; 大園他,

2014;秋山, 沼田, 三上, 2007) であることが明らかになっている。一方、大園他 (2014) は訪問看護師に対する調査から、症状増強時に家族が対応できなくなり在宅死に至らなかった例と、家族の症状に対する不安や ADL の低下による家族の負担の増加などを経験しながらも医師や訪問看護師の支援で在宅死を実現できた例が複数例ずつあったことを報告している。しかし、看取り期の変化にどのように家族が対処することでどのような看取りに至るかその詳細は明らかではない。

### (3) 家族の対処に関連する先行研究

対処という概念は、先行研究において Lazarus&Folkman (1984) のストレス理論が基盤となっているものが多い。また、対処という概念は、cope の訳語として適応、コーピング、対処などの用語で用いられているが、ストレス理論の訳語としては対処という用語が用いられている。

がんに関する適応は、欧米で 1960 年代以降がんの生存率が著しく改善したことで、「がんを抱えながらどう生きていくか」という問題として着目され、現在でもがんの領域では依然として関心の高い課題となっている (塚本, 船木, 2012)。砂賀, 二渡 (2007) は、日本におけるがん体験者の適応に関する研究の動向と課題について、過去 10 年間 (1997~2007 年) に発表された対象文献は 190 件であり、最も多い内容は、がんの進行や治療がもたらす苦痛や困難への対処であったとしている。同様に、掛屋, 掛橋 (2011) のがんとコーピングに関する研究の動向についての調査でも、過去 10 年間 (2001~2010 年) の 121 件が対象文献となり、そのうち最も多かったのが、症状に対する対処行動に関する研究 (27.3%) であったとしている。

例えば、日本人がん体験者に特有な適応を特徴づける認識の構造 (水野, 1998) や、再発・転移のある乳がん患者のコーピング方略と心理的適応に関する研究 (上田, 雄西, 2011)、継続治療を受けながら生活しているがん患者の適応に関する因果モデルについての研究 (射場他, 2005) などである。

がん患者の家族の対処についての研究は患者を対象としたものほど多くはないが、がんの終末期で症状緩和を受ける患者の家族のストレス・コーピングに関する研究 (吉田, 1996) で、一般病棟の家族のコーピングは「生への希望を託した関わり」が特徴であり、緩和ケア病棟の家族のコーピングは「病状や死に対する前向きな関わり」が特徴であったことが明らかになっている。一般病棟と緩和ケア病棟でがん患者を看取る家族を対象とした研究 (平, 2007) では、患者の避けられない死に直面した家族が

葛藤を解決するために活用する対処は、「納得のための吟味」「受け入れやすさへの転換」「面倒を避ける算段」「負担の分散」「不一致を埋める接近」「あきらめの作業」「添い方を変える」というカテゴリーに統合されたことが示されている。さらに、終末期がん患者の家族のストレス・コーピングおよび影響要因についての研究（熊谷，小笠原，長坂，2007）では、遺族 147 名を対象として、がん患者の家族のストレスは患者の死の受容が最も強く、ストレスの強い家族はコーピングの「社会支援模索」、「認知的逃避」、「行動的逃避」を多くとっており、ストレスに対する影響要因は患者の性別と家族を支えた人の有無であり、コーピングへの影響要因は家族の年齢と看取りの経験の有無であったことが明らかになっている。

このように対処に焦点を当てることは、看取り期の在宅がん患者の家族のおかれた状況や苦悩の対象、それに影響する事柄などを浮き彫りにして、その支援を導くことにつながると考えられる。また、ある時点の対処のみを抜き出すのではなく、対処のプロセスとプロセスによる帰結の違いを明らかにすることで家族のもつ要因や状況に即した支援を生み出すことができると考える。

#### （4）在宅がん患者の家族の看取り期の対処が目指すもの

前述の日本ホスピス緩和ケア協会（2010）の「在宅ホスピス緩和ケア基準」では、その目的は患者と家族の QOL の改善であるとしている。訪問看護の視点から作成された川越他（2008）の「在宅ホスピス・緩和ケア基準」では、3つのアウトカムのうちのひとつは利用者・家族の満足度であるとしている。

在宅がん患者を看取った家族への調査では、心情として「頑張ったという思い」や「やるだけやった」という思いを抱いたこと（堀井他，2008）や、看取りにより安堵感、達成感、充実感などがもたらされたこと（小林，森山，2010）が報告されている。また、できるかぎりの介護ができたという思いは看取り後の後悔を有意に小さくすること（秋山他，2009）も明らかになっている。一方、家族は行った介護や看取りの場面を振り返って苦悩し、人によって程度の差はあるが自責の念とは切り離せない状況にあったことが報告されている（小林，森山，2010）。

これらのことから、家族は看取りによりやるだけのことはやったという思いに至り後悔が少なくなることはあるが、身近な人を亡くした苦悩から、より良い療養生活と看取りの過程を経ても後悔や自責の念は残ると考えられる。そのため、家族の対処が目指すべきものは、在宅緩和ケアの目的である QOL の改善や満足をより具体的に表

現するものとして、患者と家族が療養生活を肯定的に評価することができる「納得する看取り」であると考え。

また、看取りにおいては、先行研究で在宅死を望む一般国民が多い(Sanjo et al.,2007)とされているが、在宅ホスピスを専門に行う診療所でも在宅継続が困難な例がある(川越, 2013)ため、看取りの場がどこであっても納得する看取りになることを目指すことが求められていると考える。

#### (5) 訪問看護師が捉えるがん患者の家族への看取り期の支援の課題

訪問看護師を対象とした研究では、終末期がん患者の症状の変化に家族が対応できるよう支援することの困難(古瀬, 2013)や、患者の終末期に家族の介護力が不足することを問題と感じていること(大園他, 2012)、訪問看護師と家族との信頼関係が十分ではなかったと感じていたこと(石井他, 2011)が示されている。また、家族看護に関する現任教育についての研究(川野, 猪腰, 2011)では、訪問看護師は家族看護に関する現任教育を必要と考えており、家族看護を意識する場面のひとつ目として最期をどのように迎えるかを考える場面が挙げられたが、現状では教育内容を検討する時間がなく優先度から家族看護の教育を行う時間がないことが明らかになっている。

#### (6) 在宅がん患者の家族への看取り期の支援の取り組み

このような家族への支援の課題に対しては、次のような取り組みが行われている。前述の OPTIM プロジェクト(2012)では、患者の症状について家族に情報提供を行うためのパンフレットや、臨死期の患者の身体変化とその対処について説明した「看取りのパンフレット」を開発し、訪問看護ステーションで活用されている(熊谷, 2014)。これらの家族に対する情報提供は、個々の症状や臨死期の身体変化についての知識を提供するうえで有用であると考えられるが、患者と家族が療養生活を送る中で看取り期に進行する症状や ADL の低下に対してどのように対処するか、また、生活の中でどのように介護を組み込み患者の変化に対応していくかについては課題が残ると考えられる。

前述の ELNEC-J プログラムは、看護師へのエンド・オブ・ライフケアに関する体系的な教育支援であるが、家族への支援には焦点化していない。同様に、LCP 日本語版在宅バージョンは、家族の認識や看取りのパンフレット等の使用の確認の項目はあるが、家族の状況について継続的なアセスメントや支援の確認はなく、家族の負担に関しては特記事項に記入するのみである。

在宅がん患者の看取り期の支援は、家族に焦点化したものが少なく、十分な取り組みが行われていないという現状がある。

#### (7) 海外の在宅におけるがん患者の家族の看取り期の支援の取り組み

海外では在宅がん患者の家族への介入研究が蓄積されているが、看取り期に焦点化したものはみられない。

がん看護や緩和ケアにおける介護者の支援についての介入とその有効性についてのシステマティックレビュー (Harding, List, Epiphaniou, Jones, 2011) では、2001年～2010年の33文献を分析し、レビュー対象となる文献やエビデンスレベルの高い研究、介護者に焦点化した研究が増加したとしている。レビューの中で、エビデンスレベルが高く介入効果が明らかであると評価された研究は以下のようなものがある。

Northouse et al. (2013 ; 2007 ; 2005)は、がん患者とその家族介護者を支援するための一連の FOCUS プログラムを用いて、予後 6 か月以上のがん患者とその家族 484 組へのランダム化比較試験を行い、患者と家族のコーピング、自己効力感、社会的 QOL、介護者の精神的 QOL が改善したことを明らかにしている。FOCUS プログラムは、がん患者と家族介護者の評価の要素とコーピングに働きかけて QOL の向上を目指すものである。

ホスピスケアを受ける進行がん患者の家族介護者のコーピングスキルについてのランダム化比較試験 (McMillan et al., 2006) では、329 人の介護者に対する、COPE モデルと呼ばれる介入を行い、介護者の QOL、患者の症状の負担、介護者の役割負担が改善したことが示されている。COPE 介入の主な内容は、介護、がんの痛み、頻呼吸、コミュニケーション、休息、最期の週の介護、死の前後の対応、悲嘆などである。

このように、海外では在宅がん患者の家族へのエビデンスレベルの高い介入研究が行われているが、これらの対象は予後 6 か月以上などの患者の家族であり、在宅がん患者の看取り期の変化に対する支援は明らかではない。

#### (8) 訪問看護実践からの家族への看取り期の支援の示唆

在宅がん患者の家族への看取り期の支援の示唆としては、訪問看護師への研究からいくつかの提示がある。長江, 成瀬, 川越 (2000) は、訪問看護師へのインタビュー等から、がん患者の家族への支援内容をケアの導入期、安定期、臨死期に分け、臨死期では「看取り方を教える」「家族一人一人の思いと関係性の調整」「看取る力を支える」「看取りと亡くなってからの家族の生活を考える」というカテゴリーの支援構造が



見出されたとしている。また、古瀬（2014）は、「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共に叶える」「予期的にサポート体制をとる」「今できることを伝える」であったとしている。

これらは、訪問看護実践の構造を示し、家族への支援を導き出す基になるものである。しかし、症状増強などの状況におかれた際、訪問看護師の支援を受けても在宅死に至らなかった家族と在宅死に至った家族がいたと前述の研究（大園他，2014）で報告されているため、家族がどのような状況や支援をどのように捉えて対処したのかを一連のプロセスとして家族の視点から検討し、家族のもつ要因や状況に即した看護支援を明らかにすることが必要であると考えられる。

### 3) 訪問看護師やその他の専門職間の連携の課題と取り組み

#### (1) 訪問看護の現状

がん患者と家族の在宅療養の担い手である訪問看護師の大部分が所属する訪問看護ステーションは、2015年現在全国に約8,200カ所あり、2000年の介護保険制度開始時の約4,700カ所から徐々に増加している（厚生労働省，2015）が、1事業所当たり常勤換算従業者数は4.3人であり小規模な事業所が多い（厚生労働省，2014）。また、2015年時点の機能強化型看護管理療養費の届け出は、ターミナルケア加算の年間件数が20件以上の機能強化型1が137事業所、15件以上の機能強化型2が170事業所であり、がんを含む看取りを一定数以上担う訪問看護ステーションは全体の約3.8%にとどまる。

訪問看護ステーション利用者の傷病者別内訳（厚生労働省，2013）では、循環器疾患が最も多く28.7%、次いで神経系疾患16.1%、精神および行動の障害11.7%であり、がんは全体の8.8%である。

このように、多くの訪問看護ステーションは小規模で看取りの経験が少なく、がん以外の疾患の患者を主に訪問看護するという状況の中で、がん患者と家族への療養支援と看取りを行っている。

#### (2) 専門職間の連携に関する課題と取り組み

医療者間の連携に関しては、在宅終末期がん患者の遺族の捉えた困難のひとつとして病院と在宅の連携が取れていないこと（石井他，2011）や、訪問看護師の認識する在宅療養継続の障害として病院医、往診医、及び外来看護師と連携が取りづらいことなど（古瀬，2013；大園他，2012）が報告されている。このような現状に対する取り

組みの代表的なものに、在宅がん患者と家族を多職種で支援していくための連携に関する大規模な介入研究である「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」OPTIM プロジェクト(2012)がある。OPTIM では、ケアプログラムのひとつとして退院支援・調整プログラムや多職種カンファレンスなどを行い、連携に関する困難感などが改善したことが明らかになっており、今後各地における緩和医療・緩和ケア提供のモデルとして広がっていくことが期待されている。

### 3. 問題提起

以上のように、看取り期の在宅がん患者と家族、訪問看護師などのおかれた現状と、その課題と取り組みを見ていくと、次のような研究上の課題が導き出される。

在宅で療養するがん患者の状況は多岐にわたるが、本研究では在宅がん患者を、治癒を目的とした治療を受けず苦痛の緩和や生活の支援を必要とする患者と捉える。

在宅がん患者は、在宅療養を開始してから平均して5週間程度はおおむね症状が安定し、患者も家族も穏やかなときを過ごすことが多いとされており、このような安定した時期の家族のQOLの向上を目指したプログラムなどが開発されている。

一方、在宅がん患者は死のおよそ数週間前に身体症状が増加しADLが急激に低下するという看取り期の特徴があるが、在宅がん患者の周囲の人々もそれに対応しきれないことが問題となることが推測され、在宅がん患者の中でも特に看取り期の患者への特別な支援が必要である。

在宅がん患者への看取り期の支援は、患者のセルフケアを促し看取る家族や訪問看護師が根拠に基づいた支援を行う上で有用なツールや、支援を継続的に導くクリニカルパス(LCP)が開発されている。また、患者の症状緩和や看取りのケアを含む訪問看護師への教育支援も開発され普及し始めている。

看護の対象は第一義的には患者であるが、在宅がん患者の家族はケアの担い手であると同時にケアの対象である。在宅がん患者の看取り期の身体症状の増加やADLの急激な低下などによる家族の介護の負担は大きく、家族の負担感や思いは在宅療養の継続を左右するものである。家族の負担は様々に報告されているが、療養生活や看取りの状況をどのように捉えてどのように対応するか、対応できるだけの資源や援助がどの程度あるかによりその負担の大きさは異なってくると考えられるため、家族の課題は療養生活や看取りへの対処として焦点化できると考える。また、家族の対処が目指すものは、患者と家族が療養生活を肯定的に評価することができる「納得する看取り」であると考えられる。

しかし、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程は明らかになっていない。また、家族の対処に焦点化した支援や看護師への教育は行われておらず、海外でも看取り期の家族の対処に対する支援は明らかになっていない。

訪問看護ステーションは、小規模で看取りの経験が少なく、がん以外の疾患の患者への訪問看護を主に行っているところが多い。訪問看護師は、がん患者の家族への支援に困難を感じているが、支援についての適切な教育を受けられない状況にある。このため、がん患者への看護に慣れていない状況でも、看取り期の変化に家族が対処することを支援する一定レベルの看護を展開するための看護援助モデルが必要であると考えられる。

本研究では、以上のことをふまえて、在宅がん患者の看取り期の変化である死の数週間前に生じるとされる症状増加や ADL 低下への家族の対処と看取りの過程を明らかにし、そこから、家族を支援するための看護援助モデルを作成することを目的とする。

### Ⅲ. 研究方法の検討

研究方法を検討するために、対処を捉える理論的基盤と、対処と看取りの過程の分析方法、家族を支援するための看護援助モデルの作成方法について述べる。

#### 1. 対処を捉える理論的基盤

本研究では、対処を捉える理論的基盤として、Lazarus&Folkman (1984) のストレス理論を用いる。ストレスという概念は歴史的には生物学的な反応として捉えられていたが、Lazarus&Folkman は日常生活上のストレスに対する個人の認知、行動、情動などに着目してストレス理論を構築した。ストレス理論は、Mishel (1988) の不確かさ理論や Younger (1991) の適応を支えていく総合的な人間の反応であるマステリー理論などの看護で用いられる中範囲理論の土台となっている。日本では、1983年に看護学会で紹介され、その後研究の枠組みなどとして広く用いられている。

ストレス理論では、個人がストレスを評価する前に考慮すべき先行要因として、個人要因と環境要因があるとされている。個人要因とは、目標と目標のヒエラルキー、自己と世界に対する信念、個人的資源であり、環境要因とは、社会的要求、抑制、タイミング、文化などである。そして、ストレスの不適切、無害—肯定的、害—喪失、脅威、挑戦という判断と、それに対して何ができるかという判断からなる認知的評価を経て対処を行う。対処は、「特定の環境からの強制と自分自身の内部からの強制の双方を、あるいはいずれか一方を、適切に処理し統制していこうとしてなされる、絶えず変化していく認知的努力と行動によ

る努力」と定義される。対処の影響として適応の結果があり、身体的健康、身体的疾患、モータル（自信・意欲）、社会的意欲などに至るとされている。

このようなストレス理論の対処の視点は、本研究の在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにするうえで、家族のもつ要因や認識、行動を不足なく捉え、整理することに有用であると考ええる。

具体的には、ストレス理論は、調査において対象者から対処とそれを取り巻く状況を不足なく聞き取るための理論的基盤として用いる。また、分析の際には調査した内容から対処とその他の要因を整理して取り出すために用いるが、分析では対処の変化のプロセスに焦点を当てるのでストレス理論は分析の枠組みとはしない。

## 2. 分析方法の検討

本研究では、今まで明らかになっていない在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにするため、その研究デザインは質的研究デザインとする。その際に用いる質的研究方法は、対処と看取りの過程を考慮した支援を考えるために対処とその帰結とを分離せずに分析することや、異なる帰結に至る分かれ道となる対処に対する支援を考えるためにその分岐点を特定することが求められる。

複線径路・等至性モデル (TEM) (サトウ, 2009) は、一般システム理論を背景とした、個人の人生を時間と共に描くことを目標とした心理学における新しい質的研究方法である。TEMは従来の質的研究とは異なり時間を捨象せずに扱うことが特徴であるとされている。例えば、グラウンデッド・セオリー・アプローチはプロセスを扱う方法であるが、データの扱いの最初の時点で時間は捨象され、その後にプロセスが描かれる。これに対し TEMでは、ある経験に至る経過やある経験を経た後の道筋を描くため、個別の対処と看取りの過程を切り離さずに分析することができる。また、非可逆的時間の中で、径路が分岐するポイントである分岐点や、径路が収束するポイントである等至点 (荒川, 2012) を描くため、看取りの過程の分岐点となる対処を特定し、それに対する支援を考えることができる。また、分岐点に作用するものとして援助的な力である社会的ガイドと、阻害や抑制的なものである社会的方向づけ (安田, 2012)、分岐点で生じる自己の内部での対話である自己内対話 (福田, 2015) を描くため、分岐点となる対処に影響する要因を分析し、それを促進・抑制する支援を導くことができると考える。

TEMを用いた研究には、次のようなものがある。不妊治療をやめた女性が自らの思いにどう向き合い、選択・行為していったと意味づけているかをプロセスとして明らかにする

研究（安田，2009）では、TEMにより不妊経験における選択のありさまを、それぞれの人生文脈に寄り添うかたちで提示することができたとしている。地域住民と保健師の相互関係による自主グループ活動の展開プロセスに関する研究（植村，2012）では、時間軸に沿った相互関係におけるプロセスにおいて、保健師が必要に応じて足場を作るような支援を行っているポイントが捉えられたとしている。

このように、TEMは、個別の経験を一連のプロセスとして捉え、プロセスにおいて分岐点となるポイントを捉え、分岐点への影響要因を整理することができることから、本研究では、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにする分析方法としてTEMを用いることとする。

### 3. 看護援助モデルの作成方法の検討

看護援助モデルの作成はLewis（2006）の「説明モデルを基に介入援助を計画する」方法を参考に行う。

Lewisは、データに基づき理論を用いて介入援助をデザインする研究を長年行っている。心停止を経験した患者への社会認知理論を用いた看護介入の開発（Dougherty,Crowley,

Lewis,Thompson, 2001）や、社会認知理論を用いた植込み式除細動器導入後の専門的な看護師による電話での介入の効果に関する研究（Dougherty,Lewis,Thompson,Baer, Kim, 2004）などである。

介入援助をデザインするためには、まずデータに基づいた事象の説明モデルを作成する必要があるとしている。説明モデルとは、その対象がある行動をとる理由とその理由が行動を変えていく過程を明らかに示したものである。そして、説明モデルを基に、対象の行動パターンに働きかける援助を作成する。具体的には、説明モデルのなかの変化させられる要因に着目し、優先して変化させる要因を取り上げ、援助方法として実行可能な計画の要素を中範囲理論を活用しながら考え、援助方法の詳細さのレベルを検討し、援助方法により得られる直接的な成果と、最終成果を明らかにする。

理論を用いて介入援助を考えることは、具体例として以下のように説明される。下痢による乳幼児死亡率の高い地域の問題を扱った説明モデルとして、病気に罹る可能性に対する認知・理解が低いことと、病気の重大さの認知・理解が低いことから、母親は適切に乳幼児の下痢に対処することができず、乳幼児の下痢が生じ、下痢による乳幼児の死に至っていることが明示される。この説明モデルの中の病気に罹りやすさの自覚を促すために健康信念モデルと社会認知理論を用いた介入援助を行い、下痢に対する母親の対応を改善す

るために社会認知理論またはプロテクションモチベーション理論を用いることで、最終成果としての下痢による乳幼児死亡率の低下を目指す。

このように介入しようとする事象の詳細な説明から具体的な介入援助を導き出す方法を説明したものは Lewis の他には見られない。前述の Northouse et al (2013; 2007; 2005) のがん患者とその家族介護者を支援するための FOCUS プログラムや、McMillan et al (2005) の進行がん患者の家族介護者のコーピングスキルについての COPE 介入研究は、いずれも介入援助の作成にストレス理論を用いているが、介入援助作成の詳細な方法は示されていない。Lewis の説明モデルを基に介入援助を計画する方法は、介入しようとする現象に密着し、看護として介入可能で根拠に基づいた介入方法を導く方法として妥当であると考えられる。

#### IV. 研究目的

本研究は、患者と家族が納得する看取りの実現に向けて、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにし、そこから、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルを作成することを目的とする。

#### V. 研究の意義

本研究により、訪問看護師ががん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する一定レベルの看護を展開することが可能となり、患者と家族が納得する看取りの実現に寄与する。本研究を看護援助モデルの有効性の確認のための介入研究に発展させる。

#### VI. 用語の定義

1. 在宅がん患者：治癒を目的とした治療を受けず苦痛の緩和や生活の支援を必要とする在宅のがん患者
2. 在宅がん患者の看取り期：多くは死の数週間前に生じるとされる死が予測される様々な症状や ADL の低下が生じてから死までの時期
3. 在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処：がん患者と家族が自宅で療養生活を送る中で看取り期に進行する身体症状や ADL の低下に上手く適応するために行う認知的・行動的努力。
4. 在宅がん患者と家族が納得する看取り：家族が患者の死後に捉えた看取りに対する認

識で、家族が推測する患者の看取りに対する肯定的な評価と、家族自身の看取りの肯定的な評価。

## VII. 研究の枠組み

本研究は、以下の研究1・2の二段階で行う。(図1)

研究1では、在宅療養したがん患者を看取った家族を対象に、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程について面接調査する。対処を捉える視点として Lazarus&Folkman (1984) のストレス理論を基盤に置く。

調査内容の分析は、複線径路・等至性モデル (TEM) (サトウ, 2009) を用いて行い、訪問看護開始からの家族の患者への対応や看取り期の変化への対処がどのような過程を経て看取りの状況とそれに対する家族の認識に至ったか、またそれに影響した個人的要因や環境的要因はどのようなものであったかに着目して対象者ごとの径路を描く。そして、全ての対象者の径路の類似点や相違点を見出して径路の類型を記述する。

研究2では、研究1で明らかになった在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を記述モデルとし、この記述モデルから Lewis (2006) の「説明モデルを基に介入援助を計画する」方法を参考に説明モデルを作成する。説明モデルでは、中範囲理論を用いて在宅がん患者と家族が納得する看取りのために支援を要する家族の対処に焦点を当てて変化させる要因を説明する。さらに、説明モデルから在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルを作成する。作成した看護援助モデルを専門家会議で検討し洗練させる。

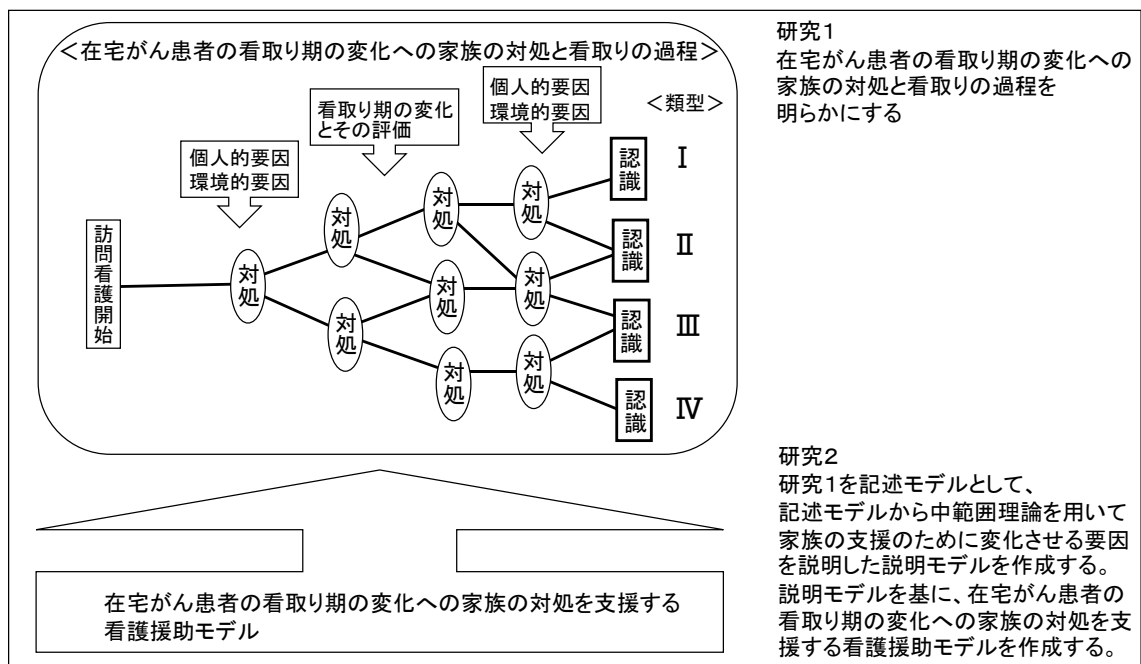


図1 研究の枠組み

## VIII. 研究1

### 1. 目的

在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにすること

### 2. 研究方法

#### 1) 研究デザイン

今まで明らかになっていない在宅がん患者の看取り期の変化への、家族の対処と看取りの過程を明らかにすることを目的とすることから、質的研究デザインとする。

対処を捉える視点として、Lazarus&Folkman (1984) のストレス理論を基盤とする。

#### 2) 対象者

看取り期に訪問看護を1か月程度以上利用し、がん患者の看取り期の変化を体験した主介護者である家族20名とする。このような家族は様々な状況を経験していることが考えられるが、本研究の目的に照らして、在宅でのより良い対処が行われたと推測される在宅での看取りを行った家族と、その他の様々な状況での対処を捉えるために、入退院を繰り返したり病院で亡くなるなどの多様な看取りの状況を経験した家族が対象者に含まれるように選択する。具体的には、分析手法のTEMにおいて対象者が7～11人程度の時、類型を把握することができるとされているため、患者を在宅で看取った家



族 10 名程度を含む 20 名の家族を対象とする。

対象とする家族が介護した患者は 40 歳以上とする。これは、20～39 歳の若年成人がん患者は、全がん患者の 0.8%であるが、結婚、子育て、仕事上の役割の拡大など多様な発達段階に関連する独特な心理社会的特性などがあり、他の年齢層とは切り離して緩和ケアや終末期ケアを考えていく必要がある（森，2015）とされているためである。

対象とする家族は、患者の死後 6 か月から 2 年程度経過した家族とする。死後 6 か月以上としたのは、悲嘆のプロセスに必要な時間は人によって異なるが、抑うつ、不信、怒りなどの悲嘆反応のピークは死別後 6 か月でその後減少するとされているためである（坂口，2010）。

対象者は、訪問看護ステーションの管理者に紹介を依頼して協力を得る。本研究では、家族が行った対処と看取りの過程からそれに対する看護支援を導き出すため、より良い看護援助を受け、より良い家族の対処が行われ、より納得した看取りが行われた事例を対象とすることが望ましい。そのため、対象者の紹介は、がんの在宅看取りを年間 10 例程度以上経験している訪問看護ステーションに依頼する。

以上のことから、対象者の選定条件は以下のようにする。

#### 選定条件

- ・看取り期に訪問看護を 1 か月程度以上利用したがん患者の家族
- ・患者の看取り期の変化を体験した主介護者
- ・在宅療養時に患者が 40 歳以上であった家族
- ・患者の死後 6 か月から 2 年程度経過した家族
- ・がんの在宅看取りを年間 10 例程度以上経験している訪問看護ステーションの看護を受けた家族
- ・面接調査時に 20 歳以上の家族

また、対象者に身体的・精神的負担を加えないために、以下を除外条件とする。

#### 除外条件

- ・60 分程度の面接を 2 回程度おこなうことが身体的に難しいと考えられる家族
- ・悲嘆が強く面接が難しいと考えられる家族
- ・認知的障害から過去の出来事の振り返りが難しいと考えられる家族
- ・その他、面接により身体的・精神的負担が大きいと考えられる家族

### 3) 調査方法

60分程度の半構造化面接を1人の対象者に対して2回行う。2回目は、1回目の面接内容から作成した暫定的な分析内容を示して内容のずれがないか確認する。面接内容は許可を取りICレコーダーに録音する。面接は対象者の自宅や対象者の指定する場所で行う。

対象者が捉えた対処と看取りの過程についての理解を助けるために、補完的に訪問看護記録から情報を得る。

### 4) 調査内容

主に在宅がん患者の看取り期の変化に、家族がどのように対処しどのような看取りに至ったかについてインタビューガイド(資料)を用いて話を聞く。本研究では、患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程に焦点を当てるが、ストレス理論を基に、家族の対処は看取り期以前の個人的要因と環境的要因に影響を受けると考え、訪問看護を開始した状況から調査内容とする。具体的には以下の内容とする。

- (1) 患者の基本的な情報：家族の捉えた患者の身体状況や精神状況、病状の認識、療養の場や最期の場の希望。
- (2) 家族の基本的な情報：年齢、続柄、仕事の有無、身体・精神状況。
- (3) 個人的要因：療養上の目標やその理由、療養生活や療養の場などの信念、患者との関係性、家族や友人関係、介護能力や介護経験、情報収集やコミュニケーションの傾向。
- (4) 環境的要因：社会的規範や介護の文化、人生や生活におけるタイミング。
- (5) ストレス：訪問看護開始後の療養生活で大変だったことや患者の身体症状の増加、ADLの低下などの看取り期の変化の状況や、看取りの状況。
- (6) 認知的評価：訪問看護開始後の療養生活で大変だったことや看取り期の変化、看取りの状況をどう感じ、どうしようと考えたか。
- (7) 対処：訪問看護開始後の療養生活で大変だったことや看取り期の変化、看取りの状況に対してどのように行動し考えたか。
- (8) 適応の結果：療養の過程と看取りを今どのように感じているか。現在の身体・精神状況や環境の変化、看取り後の人生や生活、物事に対する捉え方の変化。
- (9) 療養生活で支えになったこと、支えが欲しいと思ったこと。

本研究では、家族の捉えた対処と看取りの過程を明らかにすることが目的であるため、訪問看護記録は患者と家族の状況への理解を助けるための補完的な情報と位置づけ、以下の内容を得る。

- ・患者の病名、既往歴、現病歴、家族環境、医療・介護体制、患者と家族の療養経過、訪問看護の経過等。

#### 5) 分析方法

分析は複線径路・等至性モデル (TEM) (サトウ, 2009) を基に以下の手順で行う。

- (1) 面接内容と面接時の様子を文章化してデータとし、文章化したデータを内容や筋立てが理解できるように精読する。
- (2) データを意味のまとまりごとに切片化し、切片化したデータをストレス理論の視点により抜き出す。そして、それらを個別の変化のプロセスとして、TEM の概念に沿った径路に置いていく。具体的には、対処を分岐点として考え、療養生活でのストレスに対する家族の対応や看取り期の変化というストレスに対する対処行動などを対処として分岐点におく。その他の個人的要因や環境的要因、ストレスとしての療養生活での出来事や患者の看取り期の変化、それに対する認知的評価は、分岐点に作用する援助的な力や阻害的なものである社会的ガイドや方向づけ、自己内対話として整理する。そして、患者の死後、納得する看取りになった、または、納得する看取りにならなかったという家族の認識を等至点として一連の径路を描く。
- (3) 暫定的な TEM 図を作成し 2 回目の面接で対象者に示す。話した内容と相違はないかを確認してもらう。話した内容との相違や、1 回目の面接で得られなかつたデータを加え、TEM 図を修正し洗練させる。
- (4) すべての対象者の TEM 図を統合し、類似する分岐点と等至点を集めて対象者の語りの強度や意味内容を失わずに抽象度を高めた全体像としての分岐点と等至点の概念名を付ける。全体像の分岐点の生じる時期を検討し、径路の時期区分を見出す。また、全体像の分岐点を検討し、療養過程においてほぼ全ての対象者が行った対処を必須通過点と表現し、その中で対象者が選択した対処を分岐点とした。全ての対象者の TEM 図を統合した必須通過点や分岐点、等至点などを一連の径路として表現し、時期区分によって示したものを全体像とする。全体像には、分岐点を選択した対象者のコードを明示する。

- (5) 全体像から径路の類型を同定する。径路の意味を最も特徴づけるものは、対象者がどのような認識に至ったかという等至点であるため、等至点の内容ごとに類型を大別する。同じ等至点に至った径路の中で特に看取り期の対処を中心に類似点や相違点を検討し、特徴的な差異がある場合はさらに類別する。
- (6) 類型別の径路に、対処に影響した社会的ガイドや社会的方向づけ、自己内対話を加えたものを径路の類型とする。
- (7) 全体像と径路の類型を TEM 図とその説明の記述で示す。

#### 6) 分析結果の厳密性の検討

Lincoln&Guba (1985) / グレグ (2007) を参考に、以下のように行う。

##### (1) 確実性

調査の2回目で暫定的な TEM 図を対象者に確認してもらい、分析結果が真実であることの信用性を確保する。

##### (2) 確証性

研究結果が研究者の偏見や歪みにより影響を受けないように、在宅看護を専門とする研究者とがん看護を専門とする研究者のスーパーバイズを受ける。

### 3. 倫理的配慮

愛知県立大学の倫理審査委員会の承認を受けた(承認番号:28 愛県大学情第6-22)。

対象者へ、研究参加は自由意志であり、いつでも協力を辞退でき不利益を被らないこと、匿名性の確保、個人情報保護、研究結果の開示、研究成果の公表、データの保管などについて文書と口頭で説明し承諾を得た。

特に研究1では、がん患者を看取った家族に看取りの状況について振り返ってもらうため、親しい方を亡くした辛い思いが増強する恐れがあり、安全性を考慮することが必要である。

対象者はステーション管理者が面接可能と判断した方のみとした。WHO の国際疾病分類の改定 (ICD-11) で導入される方向が明らかになっている遷延性悲嘆障害の診断基準は、患者の死後6か月以上経過しても経験している死を受け入れることの困難、自分の一部を失ってしまった感覚、死への怒りや罪悪感などにより生活に支障をきたす状態とされている(鈴木, 2013)。研究を依頼する際には、管理者から対象候補者に研究の紹介をしてもらい、その際に、始めに食事や睡眠はとれているかなどの状況を尋ねても

らい遷延性悲嘆障害の可能性が低い場合にのみ研究について話してもらった。対象候補者となった方には事前に調査内容を説明し、協力の可否を判断してもらった。面接では話したくないことは話さなくてもよいことを対象者に伝え、面接中の対象者の様子に常に気を配り、話したくなさそうな様子があればそれ以上話を進めないようにした。面接中に悲嘆が増強した場合は、対象者の思いを受け止め、研究目的よりも対象者の精神的安定を優先した会話をを行った。

プライバシーの保全のための配慮として、面接で得られた録音データを逐語録にする際には、対象者名はコード化し、固有名詞は記号化した。データは鍵のかかる棚に保管し、データを電子媒体で保管する場合は、セキュリティ機能のついたものを使用した。

#### 4. 結果

##### 1) 対象者の概要 (表1)

対象者の選定条件に合致した 23 名の対象候補者を訪問看護ステーションから紹介され、20 名から研究協力の承諾を得た。対象候補者のうち 3 名は面接調査の負担感や体調不良のため承諾を得られなかった。対象者は女性 14 名、男性 6 名で、年齢は 40～80 歳台で 60 歳台が最も多く、対象者から見た患者の続柄は夫 11 名、妻 6 名、父 2 名、母 1 名であった。患者は 40～90 歳台で 60 歳台が最も多く、訪問看護利用期間は 14 日～1 年 1 か月 (平均 3.8 か月)、看取り期と推測される時期は 4 日～3 か月 (平均 20 日)、患者の死亡場所は自宅が 16 名、緩和ケア病棟が 4 名であった。調査時期は 2016 年 9 月～2017 年 8 月で、面接は患者の死後 6 か月から 2 年 4 か月経過した時期に行った。20 名全員に面接調査を 2 回行い、平均面接時間は 1 回目 73 分、2 回目 51 分であった。

対象者が訪問看護を受けた訪問看護ステーションは東海地方の 7 か所で、各ステーションの在宅がん患者看取り数 (年間) は平均 15 人、がん患者を含む全患者看取り数 (年間) は平均 24 人、利用者の主な疾患は脳血管疾患、神経難病、小児疾患など、常勤看護師数は平均 5.9 人、看護体制は受け持ち制 1 か所、チーム制 3 か所、受け持ち制とチーム制の併用 1 か所でその他の 2 か所は特に定めていなかった。機能強化型看護管理療養費の届け出は機能強化型 1 が 1 か所、機能強化型 2 が 3 か所であった。

表1 研究1の対象者の概要

	対象者（年齢）	対象者から見た患者の続柄（年齢）	患者の病名	患者の死から面接までの期間	患者の死亡場所	訪問看護利用期間
1	Aさん（70才代）	夫（70才代）	S状結大腸がん 仙骨神経根浸潤	1年8か月	自宅	1年1か月
2	Bさん（60才代）	夫（60才代）	肺がん	1年	自宅	1.5か月
3	Cさん（80才代）	妻（80才代）	すい臓がん	1年10か月	自宅	6か月
4	Dさん（40才代）	妻（40才代）	卵巣がん 脳梗塞	2年	自宅	2か月
5	Eさん（60才代）	父（80才代）	S状結腸がん	7か月	緩和ケア病棟	1年
6	Fさん（70才代）	妻（60才代）	肺がん 脊椎転移	9か月	自宅	2か月
7	Gさん（80才代）	夫（80才代）	すい臓がん	1年5か月	自宅	6か月
8	Hさん（60才代）	母（90才代）	結腸がん	6か月	自宅	2か月
9	Iさん（60才代） 娘さん（40才代）	夫（60才代）	甲状腺がん	1年8か月	自宅	1か月
10	Jさん（60才代）	夫（70才代）	肺がん	6か月	自宅	6か月
11	Kさん（60才代）	妻（60才代）	胃がん	8か月	緩和ケア病棟	20日
12	Lさん（70才代）	夫（70才代）	肺がん	11か月	自宅	19日
13	Mさん（70才代）	夫（70才代）	胃がん	8か月	自宅	2か月
14	Nさん（40才代）	父（70才代）	肺がん	1年1か月	自宅	3か月
15	Oさん（80才代）	妻（80才代）	S状結腸がん	10か月	自宅	1か月
16	Pさん（70才代）	夫（70才代）	急性骨髄性白血病	2年4か月	自宅	1年
17	Qさん（60才代）	夫（60才代）	十二指腸がん	1年7か月	自宅	2か月
18	Rさん（80才代）	妻（80才代）	大腸がん	1年1か月	自宅	2か月
19	Sさん（60才代）	夫（60才代）	胃がん	1年7か月	緩和ケア病棟	14日
20	Tさん（50才代）	夫（60才代）	滑膜肉腫	6か月	緩和ケア病棟	1か月

## 2) 分析結果

対象者の面接内容を分析し TEM 図を作成した。20 名の対象者全員に 1 回目の面接内容から作成した暫定的な TEM 図を 2 回目の面接で示し、話した内容の相違点と 1 回目の面接で語られなかった内容を得た。また、1 回目の面接内容の分析はおおむねその通りと思えるという対象者の返答を得た。

対象者ごとの TEM 図を作成後、全体像として時期区分における主な分岐点を表した「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の全体像」と、類型別の径路

に分岐点とそれに影響する社会的ガイドや社会的方向づけ、自己内対話等を示した「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程：類型1～4」が得られた。

結果図と本文における TEM で用いる用語の意味は表 2 に示す。

また、本文中の 〈〉 は必須通過点を、{ } は状況によって生じる分岐点を、[ ] は状況を、《 》 は分岐点を、《太字》 は等至点を、□ は社会的ガイドを、【 】 は社会的方向づけを、『 』 は自己内対話を示す。

表 2 結果図と本文における TEM で用いる用語の意味

TEM で用いる用語	結果図と本文における意味
必須通過点：OPP	多くの家族が看取りの過程において行う対処
分岐点：BFP	必須通過点の中で家族が選択した対処 また、特定の状況の中で対象者が選択した対処
等至点：EFP	家族が患者の死後に捉えた認識で、家族が推測する患者自身の死にゆく過程に対する認識と、家族自身の看取りに対する認識
社会的ガイド：SG	家族の対処に影響を及ぼし、看取りに対する肯定的な認識に導く文化的・社会的な外部要因
社会的方向づけ：SD	家族の対処に影響を及ぼし、看取りに対する肯定的な認識に抑制的に働く文化的・社会的な外部要因
自己内対話：自己	家族の対処に影響を及ぼす家族自身の認識

#### (1) 在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の全体像

全ての対象者の TEM 図を統合し時期区分によって示した全体像は以下のものである。(図 2-1,2,3、本文中 p 31～33)

家族の対処と看取りの過程は、第Ⅰ期「家で看することを決める」、第Ⅱ期「訪問看護を受け家で患者を見る」、第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」、第Ⅳ期「看取る」、第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」の5つの時期に分けられた。なお、本研究の主題は「看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程」であるため、第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」、第Ⅳ期「看取る」がその時期に当たる。また、本研究の目的は「患者と家族が納得する看取りの実現」を目指しているため、家族の看取りに対する認識を示すのが第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」である。第Ⅰ期「家で看することを決める」、第Ⅱ期「訪問看護を受け家で患者を見る」は、それ以降の時期の対処や看取り後の認識に影響を及ぼしているためこの時期も分析対象とした。

以下に全体像として、第Ⅰ期から第Ⅴ期の必須通過点とそこから生じた分岐点であ

る対処について述べる。状況によって生じた分岐点としての対処については径路の類型において説明する。

#### ①第Ⅰ期「家で看ることを決める」

第Ⅰ期は、〈今後どのように患者と過ごすか決める〉という対処を必須通過点として、家族が家で患者を看ることをどのように決断していくかという分岐点が含まれた。家族が患者を看る決断は、《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》、《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》、《周りの状況に押し切られ家で看ることにする》、《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》の4つの対処に分かれた。

#### ②第Ⅱ期「訪問看護を受け家で患者を看る」

第Ⅱ期は、訪問看護を受け始めてから看取り期の変化が生じる以前までの時期で、家で看るための支援と介護の調整に関する4つの必須通過点から生じる分岐点と、清潔や排泄、食事に関する3つの必須通過点から生じる分岐点、10の状況によって生じる分岐点が含まれた。

家で看るための支援と介護の調整に関する4つの必須通過点は、〈どの専門職に依頼するかを決める〉〈専門職の支援をどの程度受けるかを決める〉〈他の家族員と役割分担をする〉〈介護の時間と自分の時間を調整する〉である。必須通過点〈どの専門職に依頼するかを決める〉から生じた対処は、《信頼できそうな在宅医や訪問看護を選び依頼する》、《勧められた在宅医や訪問看護に看ってもらうことにする》であった。〈専門職の支援をどの程度受けるかを決める〉必須通過点では、《家で看られるよう在宅医や訪問看護師、訪問リハビリ、ヘルパーなどを最大限活用する》という対処が生じた。

〈他の家族員と役割分担をする〉必須通過点では、《頼れる他の家族員の力を借りながら一緒に介護を行う》、《他の家族員の態度を辛く感じながらも介護を分担する》、《他の家族員は頼れないので一人で介護する》という3つの対処に分かれた。〈介護の時間と自分の時間を調整する〉必須通過点では、《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》、《介護しながらできる範囲で自分の時間も大切にする》、《介護の負担で沈まないよう自分の生活を優先させる》という3つの対処に分かれた。

清潔や排泄、食事に関する3つの必須通過点は、〈清潔を保つ〉〈排泄を助ける〉〈食べることを支える〉である。必須通過点〈清潔を保つ〉では、《見てあげたいので清潔介助は自分でする》、《患者の希望に従い自分で清潔介助をする》、《専門職に清潔介助



をしてもらう》の3つの対処に分かれた。必須通過点〈排泄を助ける〉では、《自分の務めと思ひなんとか排泄の介助をする》、《上手く処理できるので抵抗なく排泄の介助をする》、《任せられる人に排泄介助はほとんどやってもらう》の3つの対処に分かれた。必須通過点〈食べることを支える〉は、《一口でも食べてもらいたい一心で食べられるものを探す》、《入手しやすいもので食事を賄う》の2つの対処に分かれた。

状況によって生じる10の分岐点は、{急な症状に応じる}{医療処置に対応する}{医療用麻薬を使う}{不快な症状に応じる}{少しずつ弱る患者に対応する}{思うように動けなくなった患者の要求に応じる}{患者にどの程度病状を伝えるか考える}{入院を考える}{日常生活をどのように過ごすか考える}{サービスを検討する}であった。

#### ③第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」

第Ⅲ期は、〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉という必須通過点の後、二つの分岐点に分かれた。[気になる様子がある]状況では《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という対処が生じ、[気になる様子はない]状況では《死は先のことと思ひ自分の生活を優先する》という対処が生じた。さらにその後が生じた[療養の場を再検討する]対処によって、家族の対処は四つに分岐した。[介護と自分の生活の両立が難しい]状況では《やはり家で頑張るって看ようと思う》という対処が生じ、[これまででない症状が出現する]状況では《どうにかなると思ひ家に留る》、《入院しても今まで通りずっとそばにいる》、《手に負えないので入院して看てもらうしかない》という対処に分岐した。[急に患者が入院を希望する]状況では《手に負えないので入院して看てもらうしかない》という対処に至った。《入院しても今まで通りずっとそばにいる》、《手に負えないので入院して看てもらうしかない》の2つの対処は[緩和ケア病棟に入院する]状況に至った。その後、状況によって生じる分岐点として、{食べることを支える}{医療処置に対応する}{体の苦痛に応じる}{死を意識して最期の日々を過ごす}{看取りに備える}という5つの分岐点が生じた。

#### ④第Ⅳ期「看取る」

第Ⅳ期では、二つの異なる看取りの状況からそれぞれ二つの分岐点が生じた。[症状が増す]状況では、《その時が来たと思ひ見守りながら看取る》、《信頼できる人に看取りを任せる》という対処が生じ、[急に様子が変わる／少し前まで意識がある]と家族が捉えた状況では、《急な変化に驚きつつそばにいて看取る》、《死が近いと思わず看取りに

間に合わない》という対処に至った。

⑤第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」

第Ⅴ期は家族の看取り後の認識を表し、家族は在宅がん患者の看取り期の変化への対処と看取りの過程を経て、《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という等至点と、《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という等至点に分岐した。

以下に、図 2-1,2,3 TEM 図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の全体像」を示す。





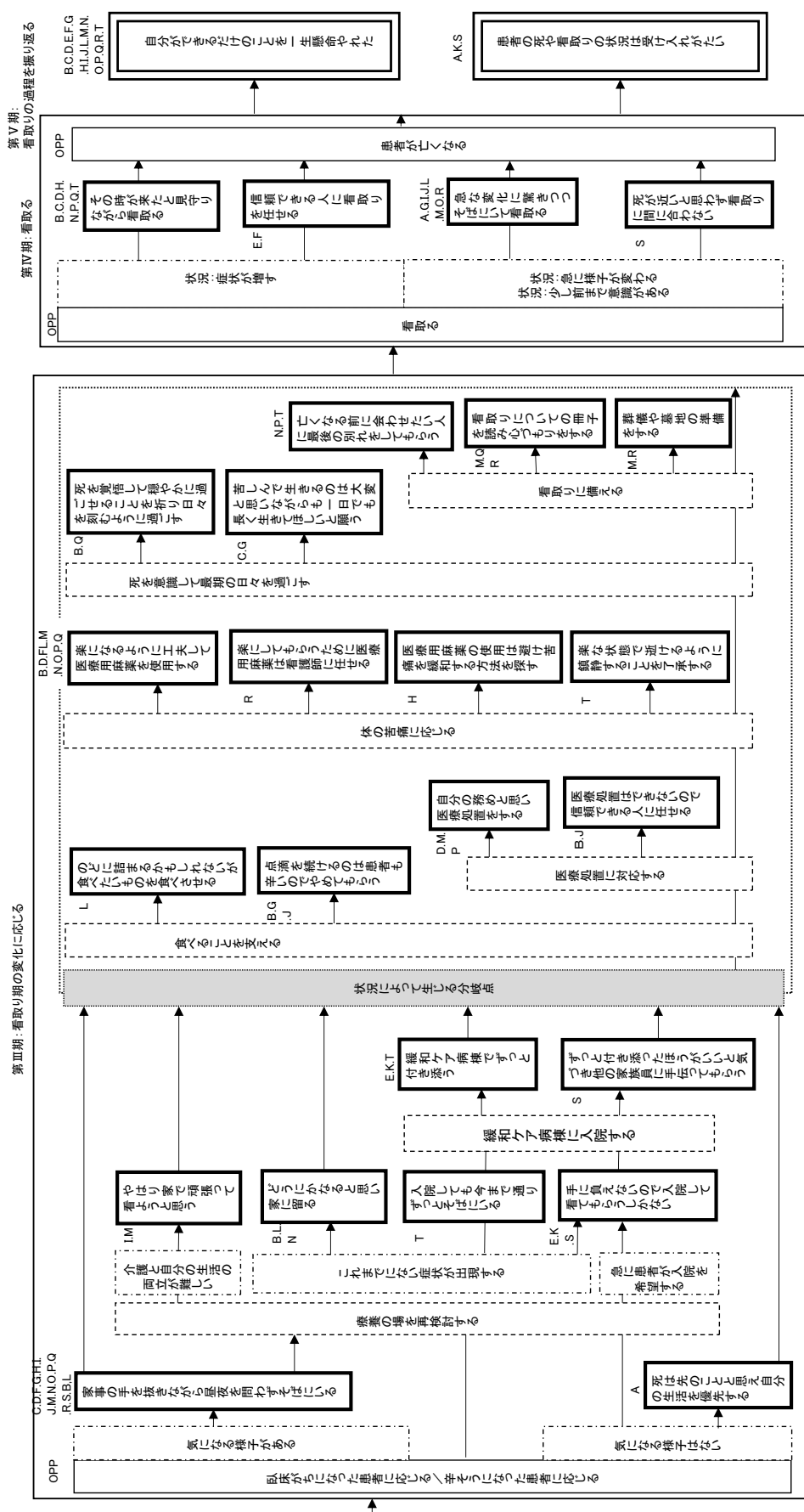


図2-3 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の全体像」

非可逆的時間

## (2) 径路の種類

対処と看取りの過程は、家族が出来事に対してとる対処と看取り後の認識の違いから4類型に分類された。類型の特徴を表3に示す。

看取り後の認識の違いから、等至点《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》に至った家族を類型1・2とし、《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》に至った家族を類型3・4と大別した。類型1と2の差異は、主に在宅療養開始の決意と、看取り期の変化への対処である。類型3と4の差異は、看取りの過程における対処の傾向と看取り期の変化への対処である。

類型1は「在宅療養を自ら決意し多様な対処攻略をとる型」、類型2は「受動的に在宅療養を決め自分ができることをする型」、類型3は「患者のそばにいるが手に負えず介護を手放す型」、類型4は「自分の生活を優先させ看取り期の変化に対処できない型」とした。

表3 類型の特徴

	在宅療養開始の決意	看取りの過程における対処の傾向	看取り期の変化への対処	看取り後の認識
類型1 「在宅療養を自ら決意し多様な対処攻略をとる型」	自ら決意する	患者のそばにいる	変化を捉え、多様な対処攻略をとる	自分ができるだけのことを一生懸命やれた
類型2 「受動的に在宅療養を決め自分ができることをする型」	促され決める	患者のそばにいる	変化を捉え、自分ができることをする	自分ができるだけのことを一生懸命やれた
類型3 「患者のそばにいるが手に負えず介護を手放す型」	促され決める	患者のそばにいる	変化を捉えられず、手に負えないので介護を手放す	患者の死や看取りの状況は受け入れがたい
類型4 「自分の生活を優先させ看取り期の変化に対処できない型」	促され決める	自分の生活を優先する	変化を捉えられず、対処できない	患者の死や看取りの状況は受け入れがたい

4 類型の具体的な対処と看取り後の認識、及び、それらにより径路を類別する過程を以下に述べる。

等至点《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》に至った17名の家族の径路と、《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》に至った3名の家族の径路を大別し、各等至点に至った径路ごとに分岐点の類似点や相違点を検討した。

等至点《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》に至った家族は、第I期で、

《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》という強い決意を伴う対処を主にとった14名と、《周りの状況に押し切られ家で看ることにする》という受動的な対処をとった3名に分かれた。第Ⅲ期の看取り期の変化への対処では、総じて《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という患者のそばにいる対処がとられたが、続く療養の場の再検討では、第Ⅰ期と同様に、第Ⅰ期で強い決意を伴う対処を主にとった14名が《どうにかなると思い家に留る》などの能動的に介護に向かう対処をとり、第Ⅰ期で受動的な対処をとった3名が《やはり家で頑張る看ようと思う》などの受動的な対応を意味する対処をとった。このため、等至点《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》に至った家族のうち、第Ⅰ期で強い決意を伴い家で看ることを決め、第Ⅲ期で患者のそばにいる対処をとった14名を類型1、第Ⅰ期の在宅療養開始と第Ⅲ期の療養の場の再検討で受動的な対処をとったが、看取り期の変化に対しては患者のそばにいる対処をとった3名を類型2とした。さらに、類型1は、看取り期の変化に応じる時期に、患者の状況により生じる対処において《点滴を続けるのは患者も辛いのでやめてもらう》対処や《死を覚悟して穏やかに過ごせることを祈り日々を刻むように過ごす》対処などの様々な対処攻略をとったため、「在宅療養を自ら決意し多様な対処攻略をとる型」とした。類型2は、看取り期の変化に応じる時期の状況により生じる対処において、類型1と同様の対処をとった家族もいたが比較的とられた対処が少なかったため、「受動的に在宅療養を決め自分ができるところをする型」とした。

等至点《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》に至った家族は、第Ⅱ期で、《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》という対処をとった1名と《介護の負担で沈まないよう自分の生活を優先させる》という対処をとった1名に分かれた。また、第Ⅲ期では、《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という対処をとった1名と《死は先のことと思え自分の生活を優先する》という対処をとった1名に分かれた。看取り期の変化に対しては、総じて、[気になる様子はない]《急に患者が入院を希望する》と患者の変化に気づけなかった。このため、等至点《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》に至った家族は、第Ⅱ期と第Ⅲ期で患者のそばにいる対処をとった家族と自分の生活を優先させる対処をとった家族に分けることとした。第Ⅱ期で《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》という対処をとった1名と第Ⅲ期で《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という

対処をとった1名の計2名を類型3、第Ⅱ期で《介護の負担で沈まないよう自分の生活を優先させる》という対処をとり第Ⅲ期で《死は先のことと思え自分の生活を優先する》という対処をとった1名を類型4とした。さらに、看取り期の変化に対して、類型3は、《手に負えないので入院して看てもらわなければならない》という対処をとったため、「患者のそばにいるが手に負えず介護を手放す型」（類型3）とし、類型4は、変化に対する対処が生じなかったため「自分の生活を優先させ看取り期の変化に対処できない型」とした。

次に、各類型の詳細な分岐の過程を、分岐に作用する社会的ガイドや社会的方向づけ、自己内対話を用いて以下に示す。

#### ①類型1

類型1の径路は以下のものである。（図3-1,2,3,4,5,6、本文中p52～57）

径路の出発点である第Ⅰ期「家で看することを決める」で、類型1は主に《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》という対処と、《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》という対処をとった。《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》という対処は、患者の状態や介護の今後の変化を予測し、自分が介護できる期間は自宅で看ようという決意である。《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》対処は、患者の状態や介護の今後の変化の予測が不確かなままできる限り患者の看取りまで自宅で看ようという覚悟である。

どちらの対処も共通して、がんと診断され主に治療を行ってきた患者が〔これ以上治療できない〕と治癒を目的とした治療の終了を告げられ、入院の継続や緩和ケア病棟などへの入院はできないという〔入院は続けられないし、他に行くところはない〕という外的な要因に促されていた。そのような中で、〔在宅医、訪問看護やケアマネの手続きが進む〕という在宅療養への誘導や〔辛くなったらいつでも緩和ケア病棟に入れる〕という介護が難しくなった時の入院の保証という支援を共通して得てそれぞれの対処をとっていた。どちらの対処も、【他の家族員の協力が得られない】家族と〔他の家族員の協力がある〕家族を含んでいたが、共通して、『見るのは家族の務めだと思う』『世話になった恩を返したい』『他の家族員を家で看取った』という自分が看なければいけないという思いや、〔患者が家で過ごすことを希望する〕〔予後が予測されている〕という患者の状態に促されていた。

一方、二つの対処の違いを特徴づけたものは次のような要因であった。《手に負えな



くなるまでの間は家で自分で看ようと思う》対処では、『苦しんだら家では看られない』という患者の状態と介護の変化の予測と、〔辛さはなく元気がある〕〔介護の時間が取れる〕という現状では介護を行っていけるだろうという見積もりが対処を促した。《何とか最期まで家で自分で看ようと思心に決める》対処では、【辛い状態がある】という患者の状態や、『治らず負担なので治療は受けない』『患者に療養場所の希望は聞けない』という現状に納得できない思い、『苦しみや急な状態の変化への不安がある』という今後への不安を伴いながらも、『一緒にいたい』『患者の希望通りの世話ができる』という積極的な動機から自分で看ることを決めた。また、この対処は、『家では他の家族員と自由に会える』『家では世話の合間に家事ができる』『家で看れば病院へ通う負担がない』という在宅療養の利点の判断や、〔患者は自分の余命が分かっている〕こと、〔医師は最期まで家で診られると説明する〕〔医師は何かあればすぐに対応すると説明する〕〔医師は苦しみや急な状態の変化がないように治療すると説明する〕という医師が在宅療養での支援を保証することに支えられていた。

第Ⅱ期「訪問看護を受け家で患者を見る」では、まず、家で看るための支援と介護の調整に関する必須通過点から生じる分岐点として以下の対処が生じた。

訪問看護を受けるにあたり家族は必ず〈どの専門職に依頼するかを決める〉必要があったが、その対処は《信頼できそうな在宅医や訪問看護を選び依頼する》と《勧められた在宅医や訪問看護に看ってもらうことにする》に分かれた。《信頼できそうな在宅医や訪問看護を選び依頼する》という対処は、在宅医や訪問看護をいくつか提示された選択肢の中から積極的に選んだり、訪問を受けている在宅医や訪問看護を変更したりすることである。この対処は、『穏やかな生活を支援できる在宅医を求める』『病院から紹介された在宅医や訪問看護に不満がある』『信頼できる訪問看護を知っている』という自らの要望や〔患者が依頼先を希望する〕という患者の希望に促された対処であった。一方、《勧められた在宅医や訪問看護に看ってもらうことにする》対処は、医療機関から勧められた在宅医や訪問看護をそのまま受け入れて依頼することで、〔病院が在宅医や訪問看護を全て手配する〕支援によって生じた。

その後、必須通過点〈専門職の支援をどの程度受けるかを決める〉では、総じて《家で看られるよう在宅医や訪問看護師、訪問リハビリ、ヘルパーなどを最大限活用する》という、自宅で患者を介護するために、在宅医や訪問看護師、訪問リハビリ、ヘルパーなどの専門職の支援を最大限受ける対処がとられた。ここでは一時的に『状態改善

への希望と患者の自尊心への配慮から介護申請をためらう』家族や〔患者は苦痛がなく一人で動ける〕患者もあった。しかし、『どんなことがあっても苦しませたくない』という患者の安楽への願いや『訪問看護師が親切に看てくれて助かる』『在宅医も訪問看護師もいつでも連絡できるので心強い』という専門職への信頼、〔徐々に体力が落ち動けなくなる〕〔必要な医療処置がある〕〔患者が家族の介護に不満を表す〕という支援を要する患者の状態、〔訪問看護師が状態の確認や清潔の援助、医療処置をする〕〔在宅医は定期的な訪問診療と必要な時の往診をする〕〔在宅医は苦しまずに看取ることができる〕と説明する〕〔ヘルパーが清潔の援助をする〕〔受けられるサービスについて相談できる〕という具体的な専門職の支援が対処を促した。

家で患者を看るために家族間で介護と家事などを調整することを意味する必須通過点〈他の家族員と役割分担をする〉では、《頼れる他の家族員の力を借りながら一緒に介護を行う》《他の家族員の態度を辛く感じながらも介護を分担する》《他の家族員は頼れないので一人で介護する》の3つの対処が生じた。《頼れる他の家族員の力を借りながら一緒に介護を行う》対処は、一緒に介護できる他の家族員があり、その存在を頼もしく感じながら共に患者の介護を行うことである。この対処は、『他の家族員の手助けがありがたい』と感じ〔他の家族員が介護や家事ができる〕ことに支えられていた。《他の家族員の態度を辛く感じながらも介護を分担する》対処は、一緒に介護できる他の家族員があるが、その態度を辛く感じながらも共に患者の介護を行うことである。この対処は、〔他の家族員が介護や家事ができる〕ため『他の家族員の手助けがありがたい』と感じながらも、【他の家族員が介護に疲れつらく当たる】ことにより生じていた。《他の家族員は頼れないので一人で介護する》対処は、一緒に介護できる他の家族員がいないため一人で患者を介護することである。この対処は、〔他の家族員が介護の経験を教える〕という支えはあったが、それを『他の家族員と介護方針が合わない』と感じ、さらに【介護や家事ができる他の家族員が近くにいない】ことで生じた対処であった。

必須通過点〈介護の時間と自分の時間を調整する〉では、《介護しながらできる範囲で自分の時間も大切にする》対処の一方で、《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》対処に分岐した。《介護しながらできる範囲で自分の時間も大切にする》対処は、患者の介護に支障のない範囲で自分の仕事や趣味、受診、睡眠時間などの自分の時間を確保することである。この対処は、【休む時間がない』『体調が悪い』

という自分が辛い状態や【付き添っていないと患者は満足に過ごせない】『患者を一人にしておけない』という患者にとって不利益な状態とその知覚の影響を受けながらも、『自分の生活や趣味も大切にしたい』という価値観や『ずっと付き添うとお互いに辛くなる』という介護に伴う患者と自分の精神状況の変化についての予測、〔患者は状態が落ち付いていて支援を喜ぶ〕ことや〔外出の間は専門職が看る〕という患者の反応や専門職の支援に促されていた。《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》対処は、今まで行っていた活動や外出を控え、家事や自分の生活時間を最低限に抑えるなどして自分の時間を優先せず、ほとんどの時間を患者の側で過ごすことである。この対処は、『限られた命なのでそばにいたい』という死が近づいた患者への愛着や『やるべきことは一応できている』という介護の自信、〔患者が気遣ってくれる〕という患者からの配慮や〔患者や看護師が介護を認めてくれる〕という患者や専門職の介護についての肯定的評価、〔専門職が頻繁に訪問する〕〔ケアマネが介護用具を手配する〕という専門職の支援に支えられていたが、【自分の食事や睡眠の時間がとれない】【今までやっていた自分の活動ができない】【介護量が多い】という介護により自分の時間を確保できない中で『体調が悪くなる』ことを感じながらの対処であった。

清潔や排泄、食事に関する必須通過点では、まず必須通過点〈清潔を保つ〉において《専門職に清潔介助をしてもらう》対処と《見てあげたいので清潔介助は自分でする》対処に分岐した。《専門職に清潔介助をしてもらう》対処は、清潔を保つために訪問看護師やヘルパー、訪問入浴、デイサービスの支援を受けることである。この対処は、『清潔介助をしてもらい助かる』『自分で清潔介助をするのは大変』という支援を歓迎する思いや〔自宅の浴室では安全に入浴できない〕という支援を要する自宅環境、〔患者は体をきれいにしてもらうことを希望する〕という患者の希望、〔訪問看護師や訪問入浴が清潔介助をする〕〔看護師が清潔介助を受けることを勧める〕という専門職の支援が対処を促した。《見てあげたいので清潔介助は自分でする》対処は、自分が清潔を保ちたいという思いから専門職の支援を受けずに清潔介助をすることである。この対処は、【患者は清潔の介助を嫌がる】【歩行器を使用している】という患者の状態や『介助に伴う危険を知らない』という自分の認識の中、『自分は医療者よりも患者のことを分かっている』という自信や〔看護師が清潔の介助を勧める〕ことに促され対象者の思いが優先された対処がとられた。

必須通過点〈排泄を助ける〉では、《上手く処理できるので抵抗なく排泄の介助をす

る》《任せられる人に排泄介助はほとんどやってもらう》《自分の務めと思いなんとか排泄の介助をする》の3つの対処に分かれた。

《上手く処理できるので抵抗なく排泄の介助をする》対処は、トイレやポータブルトイレでの排泄の介助や、オムツ交換、ストーマパウチの処理という排泄介助を抵抗なく上手に行うことである。この対処は、排泄介助の難しさに関わる要因として【排泄物が多量に出ることがある】ことと〔排泄物はほとんど出ない〕ことの両方の状態が含まれ、家族の介助の受けとめとして『排泄介助が上手くできない』と感じる家族と『排泄介助が上手くできる』と感じる家族のどちらも含まれた。その中で、『夫婦なので排泄の介助は負担ではない』や『排泄介助が上手くでき休息できる』という排泄介助を受け入れる思いや〔他の家族員が手伝ってくれる〕という家族内の支援、〔訪問看護師が排泄の介助の方法を教えてくれる〕という訪問看護師の具体的な介助方法についての支援や〔訪問看護師が排泄介助を評価してくれる〕という訪問看護師が排泄介助をする家族を認める支援がこの対処を促していた。

《任せられる人に排泄介助はほとんどやってもらう》対処は、毎日複数回訪問する訪問看護師やヘルパーにほとんどの排泄介助を任せるという対処である。この対処は、〔訪問看護師やヘルパーが毎日介助をしてくれる〕支援に支えられ、『排泄介助はほとんど任せられたので大変ではない』との思いを伴った。

《自分の務めと思いなんとか排泄の介助をする》対処は、トイレでの排泄介助やオムツ交換、ストーマパウチの処理に試行錯誤しながら、自分の務めと自分に言い聞かせることで何とか排泄介助を行うことである。この対処では、『排泄介助に抵抗はない』『リハビリのためにトイレに行ったほうがいいと思う』と排泄介助を受け入れる思いや〔患者は排泄介助をしてもらうことに抵抗がない〕〔自分で体の向きは変えられる〕という介助をやりやすくする患者の状態、〔他の家族員が手伝ってくれる〕や〔訪問看護師やヘルパーが排泄介助をする〕〔訪問看護師が排泄の介助の方法を教える〕という支援が得られる家族もいた。一方で、【排泄物が頻繁に多量に出る】【自力歩行できないがトイレに行くことを希望する】【患者は排泄介助をしてもらうことに抵抗がある】という排泄介助を難しくする患者の状態や【手伝える他の家族員はいない】【訪問看護師やヘルパーはすぐ来られない】という支援の不足、『排泄介助が上手くできない』『患者が自分で動けないことにいら立つ』という排泄介助を受け入れがたい思い、『体調を崩す』という自分の身体への悪影響と『手伝いを頼もうと考える暇がない』という悪

循環の中での対処でもあった。

必須通過点〈食べることを支える〉では、一様に《一口でも食べてもらいたい一心で食べられるものを探す》対処がとられた。これは、食事が食べられなくなってきた患者に少しでも食べてもらいたいという思いから、苦心して食べられる形状や好みのもを入手したり調理方法を工夫する対処である。この対処は、『食事の用意が一番大変』と負担感を伴いながらも、『死が近いので好きなものを食べさせたい』『食事の用意は自分の責任』という死が近い患者にとっての食べることを重視しその責任を感じることや『簡単な食事は作れる』という自信、〔食欲がある〕という食事についての患者の状態、〔患者が自分が作ったものを喜んで食べる〕〔患者の状態が良くなる〕という自分の働きかけの効果の実感、〔他の家族員が食事の用意を手伝ってくれる〕という支援に促されていた。

状況によって生じる 10 の分岐点では、それぞれの分岐が以下のように生じた。

{急な症状に応じる} 対処に至った家族は、《状態が分からず心配なので看護師に相談する》《何とか自分で見て後で看護師に報告する》《訪問看護師を頼らず病院で診てもらおうと思う》という 3 つの対処に分岐した。《状態が分からず心配なので看護師に相談する》対処は、患者の発熱や出血、せん妄などの急な症状を心配し訪問看護師に電話して相談することである。この対処は、【相談できる他の家族員がいない】という支援が得られない中で、『症状がさらに悪化するかもしれない』という今後の予測や『医師に状態を見てほしい』という医学的な判断の求め、〔看護師はいつでも相談できる〕という訪問看護師への相談のしやすさ、〔看護師は患者を楽な状態にしてくれる〕という看護の効果の実感、〔看護師は定期的に訪問している〕という信頼に促された。

《何とか自分で見て後で看護師に報告する》対処は、患者の発熱やせん妄などの急な症状に対して、すぐに訪問看護師に相談せず、坐薬を使用したり寝衣を調整する、なだめるなどの試行錯誤を行った後に訪問看護師に報告するという対処である。この対処は、『症状がさらに悪化するかもしれない』という今後の予測や『対処方法が分かる』という自信に加えて、『なんとか家で看たい』という在宅療養へのこだわりと『医療者は忙しいので自分で対処したほうがいい』という専門職への遠慮、〔相談できる他の家族員がいる〕という支援に促され、〔医師や看護師はいつでも相談できる〕〔看護師は定期的に訪問している〕という支援がある中でも何とか自分で看るという選択に至る対処であった。

《訪問看護師を頼らず病院で診てもらおうと思う》対処は、患者の高熱や苦痛の訴えという急な症状に対して、慌てて救急車を呼ぼうとしたり、自分で病院に連れて行くこうして訪問看護師を頼らないことである。この対処は、〔看護師はいつでも電話で相談できる〕という支援があったが、【訪問看護師に行くように言われた病院からまた別の病院に回された】という過去の経験から、訪問看護師を頼らないという考えに促されたものであった。また、〔患者が訪問看護師に相談するよう教える〕という患者からの支援を得て〔訪問看護師と医師の対応で患者が落ち着く〕に至った家族もあった。

{医療処置に対応する} 対処では、《患者の希望に従い看護師に医療処置を頼む》対処と《何とか自分で医療処置をする》対処に分岐した。《患者の希望に従い看護師に医療処置を頼む》対処は、傷の処置などの医療処置を患者の希望を優先し訪問看護師に任せるという対処である。この対処では、【処置が必要な傷がある】ことに対して、『自分は処置ができる』と判断し〔看護師は処置は家族もできると説明する〕ことや〔手伝える他の家族員がいる〕や〔訪問看護師は毎日来てくれる〕という支援があったが、〔患者は看護師が処置することを希望する〕ため患者の希望を優先した対処である。

《何とか自分で医療処置をする》対処は、インシュリン注射や傷の処置、ポート針の抜去などの医療処置を試行錯誤しながら自分で行う対処である。この対処は、【インシュリンの注射方法が何度も変更になる】という医療処置に対応する難しさや『ポート針を抜くのは恐ろしい』という侵襲的な処置への抵抗感がある中で、『自分は注射ができる』『注射の手順は完璧でなくても大丈夫』『針を抜くのに慣れれば自分でできる』という自信や〔患者が楽になる〕という自分の行った医療処置の効果の実感、〔他の家族員が手伝う〕〔患者が自分で医療処置をする〕という支援を得て生じた対処である。

{医療用麻薬を使う} 対処では、《何とか楽になるように工夫して医療用麻薬を管理する》という、患者の安楽を願い医療用麻薬の使用を決めたり使用方法を工夫する対処がとられた。この対処は、【患者が医療用麻薬の使用をためらう】『医療用麻薬は最期に使う薬という印象がある』という患者と家族自身双方に医療用麻薬使用に対する抵抗感があり、【機械のアラームが鳴る】という使用の難しさを伴いながら、『患者が楽になるなら医療用麻薬を使ってもいい』『薬の管理は大変ではない』と患者の安楽のために医療用麻薬への抵抗感を克服し、〔患者が医療用麻薬の使用に同意する〕〔医療用麻薬を使うと苦痛が治まる〕という患者が薬を受け入れ効果を実感すること、〔看護師が機械のアラームにすぐ対応する〕という管理の難しさへの看護師の対応、〔医師が

医療用麻薬は安全で患者が楽になると説明する] という薬の安全性と効果についての医師の説明によりこの対処が促された。

{不快な症状に応じる} 対処では、《患者と自分が楽になる方法を工夫する》対処と《患者の納得を求めて体が楽になる方法を探す》対処がとられた。《患者と自分が楽になる方法を工夫する》対処は、患者と家族双方の安楽を両立させながら患者の安楽を模索する対処である。この対処は、【夜寝られない】という患者に対して、『患者が寝ないと自分も寝られず辛い』と自分の生活への影響も考慮し〔医師が夜寝られる薬を処方する〕〔医師が頻繁に訪問する〕という支援を得てこの対処が生じた。一方で、《患者の納得を求めて体が楽になる方法を探す》対処は、家族よりも患者の納得を優先して患者の安楽を模索する対処である。この対処は、【辛い様子がある】ことに対して、〔看護師が体を楽にする方法を教える〕という支援によって〔体が楽になり調子がいい〕という患者の状態の改善が得られたことにより対処が促された。

{少しずつ弱る患者に対応する} 対処では、《医療者の説明を信じ状態の変化は仕方がないと思う》という、患者の症状の変化などについての医師や看護師の説明に納得し、患者の状態変化を仕方がないと受け入れる対処が生じた。これは、〔看護師は患者は辛くないだろうと説明する〕〔医師が患者の状態を説明する〕ことが促進要因となっていた。

{思うように動けなくなった患者の要求に応じる} 対処では、《好きなように過ごせるよう患者の要求にできるだけ応える》という対処がとられた。この対処は、苛立ちをぶつけてきたり枕の位置の細かい調整を何度も希望するなどの患者が動けなくなったことによる要求に対して、患者が好む生活を実現できる方法をできる限り模索して患者に応えることである。これは、【苛立ちをぶつけてくる】【一人になることを不安がる】という患者に対して、『休息できず辛い』と感じながらも、『要求に応えられるのは自分しかない』『患者の求めにすぐに応じたい』という使命感や〔求めに応じると患者が喜ぶ〕という患者の反応、〔患者は死が近いことが分かっている〕という死を前にした患者の辛さの推測、〔訪問看護師や在宅医が患者の心を落ち着かせる〕という支援によって支えられた対処であった。

{患者にどの程度病状を伝えるか考える} 対処は、患者に病状を伝えることについてどのように医師と協調するかという2つの対処を生じさせた。《在宅医と協力して病状の悪化を患者に明確に伝えないようにする》対処は、病状の伝え方に関して医師

と家族の意向が一致しており、患者に状態の悪化を明確に伝えないよう医師と協力する対処である。この対処は、『患者の希望を保ちたい』『患者は予後が悪いことを分かっていると思う』という患者への思いと〔在宅医が患者への接し方を教える〕という支援に支えられていた。一方、《医師の立場より家族の意向を優先し予後を伝えないよう在宅医に頼む》対処は、医師と家族の意向が異なっているため、患者に予後を伝えないよう対象者が医師に頼む対処である。この対処は、【在宅医が治療ができないことを患者に伝えるべきと言う】【在宅医が余命を患者に伝えるべきと言う】という医師の意向に対して、家族は『患者の希望を保ちたい』『患者は予後が悪いことを分かっていると思う』という患者への思いと『医師の考えより家族の意向が優先されるべき』という医師に対する思いを抱き、〔看護師が家族の意向を尊重する〕という支援を得て医師に自分の考えを伝えるという対処に至った。

{入院を考える} 対処では、《少し疲れたので緩和ケア病棟に入院してみる》という対処と《最期まで看ると患者をなだめ家に留まる》という対処が生じた。《少し疲れたので緩和ケア病棟に入院してみる》対処は、患者の要求が増えたことなどから介護に疲れたため、抵抗なく入院を選択することである。この対処は、『患者の要求を負担に思う』という負担感の自覚と『場所にこだわらずできることをやれば悔いはない』という介護の価値観、〔患者は入院を了解する〕という患者の状況に促された。《最期まで看ると患者をなだめ家に留まる》対処は、家族が在宅での看取りを希望しているため、患者を説得して入院はしないという選択である。この対処は、【迷惑をかけるので入院すると急に言い出す】という患者の状況に対して、『思うように世話してもらえず弱気になったのだろう』と患者の思いを推測し〔患者も自分も家で過ごすことを希望する〕という以前から患者と共有していた介護の方針に支えられた。

{日常生活をどのように過ごすか考える} 対処は、《家族で最後の思い出を作る》対処と《今までやってきたことを患者の望み通り続け普段の生活を保つ》対処が生じた。

《家族で最後の思い出を作る》対処は、家族内での旅行などのイベントを設け、家族内での最後の思い出を作ることである。この対処は、『予後が短いと分かる』という患者と共に過ごせる時間が限られていることの自覚と『最後の思い出を作ってあげたい』という患者の最期の日々を充実させたいという思い、〔患者が喜ぶ〕という患者からの応答に支えられていた。《今までやってきたことを患者の望み通り続け普段の生活を保つ》対処は、居間での食事や近所の人との縁側での会話など今まで患者が行ってき



た患者が望む生活を続けて日常生活を保とうとする対処である。この対処は、『今までやってきたことが続けられるか心配』という思いの中で、〔患者は元気がある〕という患者の状態や〔患者は普段通りの生活ができることを喜ぶ〕という患者の応答、〔専門職が生活を支援する〕ことに支えられた対処であった。

{サービスを検討する} 対処は、介護生活を再検討する中で医療以外のサービスを検討する場面であり、《患者と自分のためにヘルパーや訪問入浴、デイサービス、ショートステイなどのサービスを受けてもらう》対処と《自分で世話ができるのでサービスは頼まない》対処が生じた。《患者と自分のためにヘルパーや訪問入浴、デイサービス、ショートステイなどのサービスを受けてもらう》対処は、患者の安楽と家族自身の生活を助けるために患者にサービスを受けてもらうことである。この対処は、【患者はサービスを受けることを嫌がる】【患者はサービスを受ける間辛い思いをする】という患者にとっての不利益や『サービスを受ける患者を心配する』『サービスの準備や対応は面倒』という負担感を伴いながらも、『サービスは患者のためになる』『サービスを受けると自分の時間ができる』と患者と自分自身にとっての利点を感じ、〔サービスを受けると患者が楽になる〕〔患者はサービスを受けることを希望する〕という患者の安楽や〔看護師がサービスの利用を勧める〕〔訪問看護師は毎日来てくれる〕の専門職の支援に支えられていた。《自分で世話ができるのでサービスは頼まない》という対処は、家族が自分で清潔介助などができると考え、ヘルパーなどにサービスを依頼しないことである。この対処は、〔ケアマネにサービスの利用を勧められる〕という支援はあるが、『自分は世話ができる』という思から〔訪問看護師が患者を楽にしてくれる〕支援に支えられ生じる対処であった。

第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」は、看取り期の変化として患者が臥床がちになる、あるいは死を予測させるような辛そうな症状が生じることが起点となった。

必須通過点〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉に続いて〔気になる様子がある〕状況が生じたことにより《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》対処がとられた。この対処は、患者の介護を優先して家事は最低限に抑え、昼間も夜間もできるだけ患者のそばにいることである。これは、【寝る時間がない】【落ち着いて食事ができない】【家事をしなければいけない】という自分の生活を保つことが難しいことや【他の家族員の協力が得られない】家族もあり、そのような中で『一生懸命で自分が限界なのか分からない』『患者に応えなければという思い

に支配される』『体の不調を感じる』『ずっと一緒にいることが苦痛』という強い負担感や、『死に立ち会わなければいけない』『これ以上の支援は望めないので仕方がない』という自分が看取らなければいけないという重責感の中での対処であった。一方で、この対処を支えたものは、『見てあげたい』『安心させたい』『せっかく今まで介護したから最期まで看たい』という患者を介護したい思いや『死が近いと分かる』という患者の予後の知覚、『見る合間に家事をして気が紛れる』『自分には介護する力がある』『ずっと一緒にいることは苦にならない』『食事や家事の時間はある』という家事をしながら介護できているという自負、さらに、〔他の家族員の協力を得られる〕という家族内の協力や〔看護師や医師は何かあったら来てくれる〕〔医師や看護師が介護が楽になるような処置をしてくれる〕〔医師や看護師が患者を楽にしてくれる〕〔看護師が介護を認めてくれる〕〔看護師が死に立ち会えなくてもいいと言ってくれる〕という専門職の支援であった。

その後、〔療養の場を再検討する〕対処で〔これまでになかった症状が出現する〕に至った家族は、《どうにかなると思い家に留る》対処と《入院しても今まで通りずっとそばにいる》対処に分岐した。《どうにかなると思い家に留る》対処は、専門職や他の家族員の協力があるため自宅で患者を看られると考へ入院せずに在宅療養を続けることである。この対処は、『家で自分で看られるだろう』という予測と〔患者は入院を希望しない〕という患者の希望、〔他の家族員が医療処置を引き受ける〕という家族内の協力、〔看護師は何かあったら来てくれる〕という看護の保証、〔医師が患者の苦痛を緩和する〕という医師による患者の安楽の支援、〔医師は入院しても治療は同じだろうと説明する〕という医師による在宅継続と入院との患者への利点の差はないことの説明に促された。《入院しても今まで通りずっとそばにいる》対処は、入院を選択するが、療養場所は変わっても自分が患者を看ているという意識を保ち続けることである。この対処を支えたものは、『場所にこだわらずできることをやれば悔いはない』という介護についての価値観と、〔患者は入院を希望する〕〔患者は家に帰る目的を果たし納得している〕という患者の入院の受け入れ、〔訪問看護師が入院を勧める〕〔希望すれば入院できる〕という専門職の支援であった。

さらに、その後状況によって生じる5つの分岐点に至った家族は以下の様な対処をとった。

{食べることを支える} 対処では、《点滴を続けるのは患者も辛いのでやめてもら

う》対処と《のどに詰まるかもしれないが食べたいものを食べさせる》対処が生じた。

《点滴を続けるのは患者も辛いのでやめてもらう》対処は、患者が食べられなくなったことを補うために行われた補液目的の持続的注射の中止を医療者に申し出ることである。これは、『死が近いことが分かる』という予後の予測と『点滴は患者にとって苦痛だろう』という患者の安楽を優先する判断、〔患者は点滴は窮屈と嫌がる〕という患者の安楽が保てていないことの実感、〔他の家族員も点滴をやめることに同意する〕という他の家族員の承認、〔医師は点滴は患者にとって負担だろうと説明する〕という専門職による補液目的の持続的注射の効果が低いことの保証が対処を促した。《のどに詰まるかもしれないが食べたいものを食べさせる》対処は、医療者の説明により誤嚥の危険性を認識したが患者の希望を優先し食べたいものを食べさせることである。この対処は、【嚥下機能が低下する】という患者の状態と、〔看護師がのどに詰まるので食べ物はやめるように説明する〕という専門職の経口摂取は困難との説明があるが、『死が近いと覚悟している』という患者の死が近いことを受容や〔患者が食べることを希望する〕という患者の希望の確認、〔自分も他の家族員も食べたいものを食べさせたいと思う〕という家族員との価値観の共有に支えられた。

{医療処置に対応する} 対処では、《医療処置はできないので信頼できる人に任せる》対処と《自分の務めと思い医療処置をする》対処に分かれた。《医療処置はできないので信頼できる人に任せる》対処は、吸引などの医療処置は自分にはできないと考え、訪問看護師や他の家族員などの信頼できる人に任せることである。一方、《自分の務めと思い医療処置をする》対処は、吸引などの医療処置を難しいと感じながらも自分が行わなければならないと捉えて行うことである。どちらの対処も【痰がからみ自力で出せない】という患者の状況があり、『吸引するのは怖い』『吸引は難しい』という医療処置に対する抵抗感と『不快症状を楽にしてあげたい』という患者の安楽への願いを併せ持った。一方で、《医療処置はできないので信頼できる人に任せる》対処は、〔他の家族員が吸引ができる〕という家族内の支援と〔看護師が吸引方法を教える〕という専門職の支援に支えられた。

{体の苦痛に応じる} 対処では、《楽にしてもらうために医療用麻薬は看護師に任せる》、《楽な状態で逝けるように鎮静することを了承する》、《楽になるように工夫して医療用麻薬を使用する》、《医療用麻薬の使用は避け苦痛を緩和する方法を探す》の4つの対処に分岐した。

《楽にしてもらうために医療用麻薬は看護師に任せる》対処は、患者の安楽のために医療用麻薬の管理を訪問看護師に任せることである。この対処は、『死が近いと分かる』という患者の死の予測と『医療用麻薬は必要な薬だと思う』という医療用麻薬に対する信頼、〔医師や看護師が医療用麻薬の使い方を教える〕という専門職の支援を得た対処である。

《楽な状態で逝けるように鎮静することを了承する》対処は、患者が安楽な状態で死を迎えられるように、医師が提案した鎮静を受け入れることである。この対処は、〔患者は寝た状態になることに同意する〕という患者の同意の確認と〔医師に痛みや不安を和らげるために鎮静を勧められる〕という患者の安楽のためという専門職の勧め、〔医師に鎮静をしてもしなくても死は近いと説明される〕という医師からの死が近いことの説明に促されていた。

一方、次の2つの対処は医療用麻薬への不信感がある中での対処であった。《楽になるように工夫して医療用麻薬を使用する》対処は、患者の安楽のために使用方法を工夫しながら家族が医療用麻薬を使用することである。この対処は、『医療用麻薬は死を早めると思う』という麻薬に対する恐れを抱いていたが、『患者を苦しませたくない』という患者の安楽への願いと『医療用麻薬の機械操作は簡単で抵抗がない』という機械操作についての自信、『訪問看護師が24時間いつでも来てくれるので安心する』という専門職の支援から得られる安心感、〔患者は医療用麻薬の使用を希望する〕〔医療用麻薬を使おうと苦痛がない様子〕という患者の同意と効果の実感、〔他の家族員が手伝ってくれる〕という家族内の支援、〔医師や看護師が医療用麻薬の使い方を教える〕という専門職の支援に支えられた。

《医療用麻薬の使用は避け苦痛を緩和する方法を探す》対処は、医療用麻薬は死を早めるなど患者にとって良くないと捉え、使用を避けて苦痛を緩和する姿勢や寝具を探すなどの模索をすることである。この対処は、〔医師や看護師が医療用麻薬の使い方を教える〕という専門職の支援はあったが、【医師が医療用麻薬は死を早めると説明する】と専門職の説明を捉え【医療用麻薬を使用すると状態が悪化する】という患者の状態悪化を医療用麻薬の使用に関連させることにより生じた。

{死を意識して最期の日々を過ごす} 対処では、《死を覚悟して穏やかに過ごせることを祈り日々を刻むように過ごす》対処と《苦しんで生きるのは大変と思いながらも一日でも長く生きてほしいと願う》対処が生じた。

《死を覚悟して穏やかに過ごせることを祈り日々を刻むように過ごす》対処は、患者の死が近いことを受け入れ患者の安楽を願いながら一日一日を確認するように過ごすことである。この対処は、『状態の悪化が分かる』という患者の状態悪化の実感や、〔患者も治癒は難しいと感じている〕という患者が死に向き合っていること、〔他の家族員も患者の死を覚悟する〕ことや〔医師が状態を説明する〕という、自分だけでなく患者自身や他の家族員、専門職が一様に患者の死が近いことを感じていることにより促された。

《苦しんで生きるのは大変と思いつつも一日でも長く生きてほしいと願う》対処は、患者が苦しみながら生きる辛さを思いやりながらも、自分が患者と別れる辛さから患者に少しでも長く生きてほしいと願うことである。この対処は、『状態の悪化が分かる』という患者の状態悪化の実感や『苦しみながら生きるのは大変だろう』という患者の苦しみへの共感があるなかでも、『患者が亡くなるのが辛い』『死が近いのは分かっているがすぐに亡くなるとは思わない』という患者の死を受け入れがたい思いや『患者は一生懸命生きたいと思っている』という患者の生きる意欲への共感により促された。

{看取りに備える} 対処では、《亡くなる前に会わせたい人に最後の別れをしてもらう》対処と《看取りについての冊子を読み心づもりをする》対処が生じた。

《亡くなる前に会わせたい人に最後の別れをしてもらう》対処は、患者の死が近いと捉え、子どもや親せきなどの患者に会わせたい人と患者を会せ最後の別れができるようにすることである。この対処は、『死が近いと分かる』という予後の予測に支えられた対処であった。

《看取りについての冊子を読み心づもりをする》対処は、専門職から渡された看取りについての冊子を読み、看取りについての知識を得て心の準備をすることである。この対処は、『在宅医や訪問看護師が死後の話をするのを辛く感じる』という患者の死を前提として専門職の話聞くことの苦痛を伴ったが、『死が近いと分かる』という予後の予測や『在宅医はいつでも相談できるので安心』という専門職への信頼、〔患者が死を前提にした話をする〕という患者が死に向き合っていること、〔他の家族員も看取りの冊子を読み覚悟を決める〕という看取りについての家族内の協調、〔訪問看護師が看取りについての冊子をくれる〕〔訪問看護師が亡くなる時の対応や用意するものを教える〕〔在宅医は何かあればいつでも来てくれる〕という専門職の看取りについての

具体的な支援に支えられていた。

第Ⅳ期「看取る」では、〈看取る〉という必須通過点において「症状が増す」という状況と「急に様子が変わる／少し前まで意識がある」という状況が生じそれに伴い対処が2つに分岐した。

「症状が増す」状況では、《その時が来たから見守りながら看取る》対処が生じ「患者が亡くなる」に至った。《その時が来たから見守りながら看取る》対処は、患者の死の時が来たと捉え、落ち着いて患者の様子をそばで見守りながら看取ることである。この対処は【看取りの過程について説明されていない】【看護師が死はまだ近くないと説明する】【最期に会わせたい人に会せていない】という看取りに向かう準備の不足がある家族もいたが、『死が近いと分かる』という患者の死の知覚や『自分ができることがある』『慌てず落ち着いている』『他の家族員を家で看取ったことがある』看取りに能動的に向かおうという心構えにより生じた。加えて、「最期に会わせたい人に会せた」という看取りへの準備状況、「他の家族員が一緒にいる」という家族内の支援、「看護師が死が近いと説明する」「看護師から看取りの過程と対応について説明されている」という専門職の看取りの先導、「看護師が患者は苦しくないだろうと説明する」「医師や看護師が患者が楽になる処置をする」という専門職による患者の安楽の保証、「医師や看護師は何あったらみてくれる」「訪問看護師と一緒にいる」という専門職の支援がこの対処を支えた。

「急に様子が変わる／少し前まで意識がある」状況では、《急な変化に驚きつつそばにいて看取る》対処が生じ「患者が亡くなる」に至った。《急な変化に驚きつつそばにいて看取る》対処は、患者の急な変化に驚くが、患者の死の時が来たことを捉え、患者の側で見守りながら看取ることである。この対処は、『死が近いと思わない』と患者の死を知覚していなかったが、『自分ができることがある』という看取りに能動的に向かおうという心構えや「他の家族員が一緒にいる」という家族内の支援、「医師と看護師がすぐに来る」という専門職の支援によって促された。

第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」では、類型1は《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という認識に至った。この認識は、家族が推測する患者自身の死の過程の評価と家族の看取りの評価を含み、患者の死のつらさや介護の後悔はあるが、自分ができるだけのことを患者のために一生懸命することができたことを概ね納得している認識である。

これは、『患者の死が辛い』という患者との死別の苦悩や、介護の後悔として『まだできることはあったかもしれない』『別れの言葉を交わしたい』『時間が全部拘束されることが辛い』『本当はサービスを受けたくなかったかもしれない』という思い、患者の苦悩を推測した後悔として『本当は苦しかったかもしれない』『もっと生きたかったと思う』こと、看取り後に受けた悪影響として【亡くなった後に体調を崩す】【亡くなった後に他の家族との関係が悪化する】【自分は同じような支援を受けられるか心配に思う】、専門職の支援についての不満である【医師は患者や家族のことを理解していない部分もある】【看護師は患者のことを分かっているのに決定権が足りない】【病院の対応は冷たい】を伴った。

一方で、患者の認識を推測した納得感として〔最期は苦しまない〕〔望む療養生活ができる〕〔医師に言われたよりも長く生きる〕〔最期までしっかりしている〕〔今までの人生を楽しむ〕〔限界まで治療する〕という思いや、介護する上で自らを支えた認識として『介護は大変ではない』『患者を大事に思う』『仕事で気が紛れる』『病院に通うより家で見る方が楽』『離れられないのは仕方がないと思う』『がんなので死は仕方がない』という思い、死別した患者とのつながりを実感しながら患者のいない新しい生活に向かうことを示す『今も患者の存在やつながりを感じる』『患者のいない新しい生活を始める』、看取りの過程を肯定する『自分も同じように死にたい』という思いがこの等至点としての認識を導いた。また、この認識を支えた外的な要因は、〔希望通り家で看られる〕という希望する場所で過ごせたことや〔一緒にいられる〕という患者との望む距離を保てたこと、〔期間が短い〕〔自分は介護できる状況にある〕という介護する環境、〔患者が感謝の言葉を言ってくれる〕という患者からの肯定的評価、〔他の家族員が患者を看取るのを手伝う〕という家族内の支援と〔他の家族員が看取りの状況を納得してくれる〕〔身近な人が介護をよくやったと認めてくれる〕という他の家族員や身近な人からの介護と看取りの肯定的な評価、〔医師や看護師は患者が苦しまないようにする〕〔訪問看護師、在宅医、ケアマネ、ヘルパーが手伝う〕という専門職の患者の安楽への支援や〔医師や看護師が介護を認めてくれる〕〔看護師は患者と家族のことを分かってくれる〕という専門職の介護への肯定的な評価、〔今も支えてくれる他の家族員がいる〕という家族内の現在の支援であった。

以下に、図 3-1,2,3,4,5,6 TEM 図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程：類型 1」を示す。





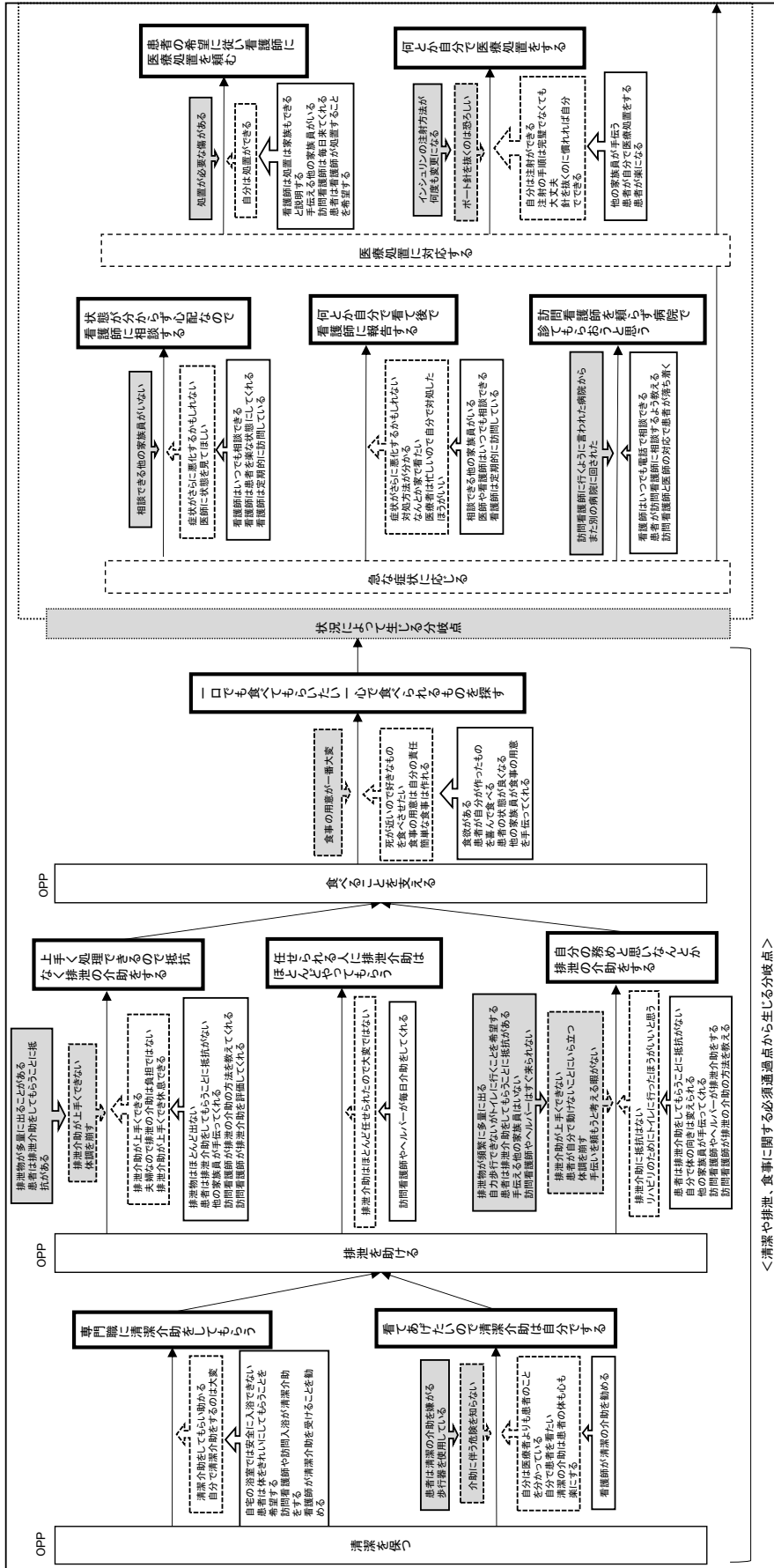


図3-2 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程：類型1」

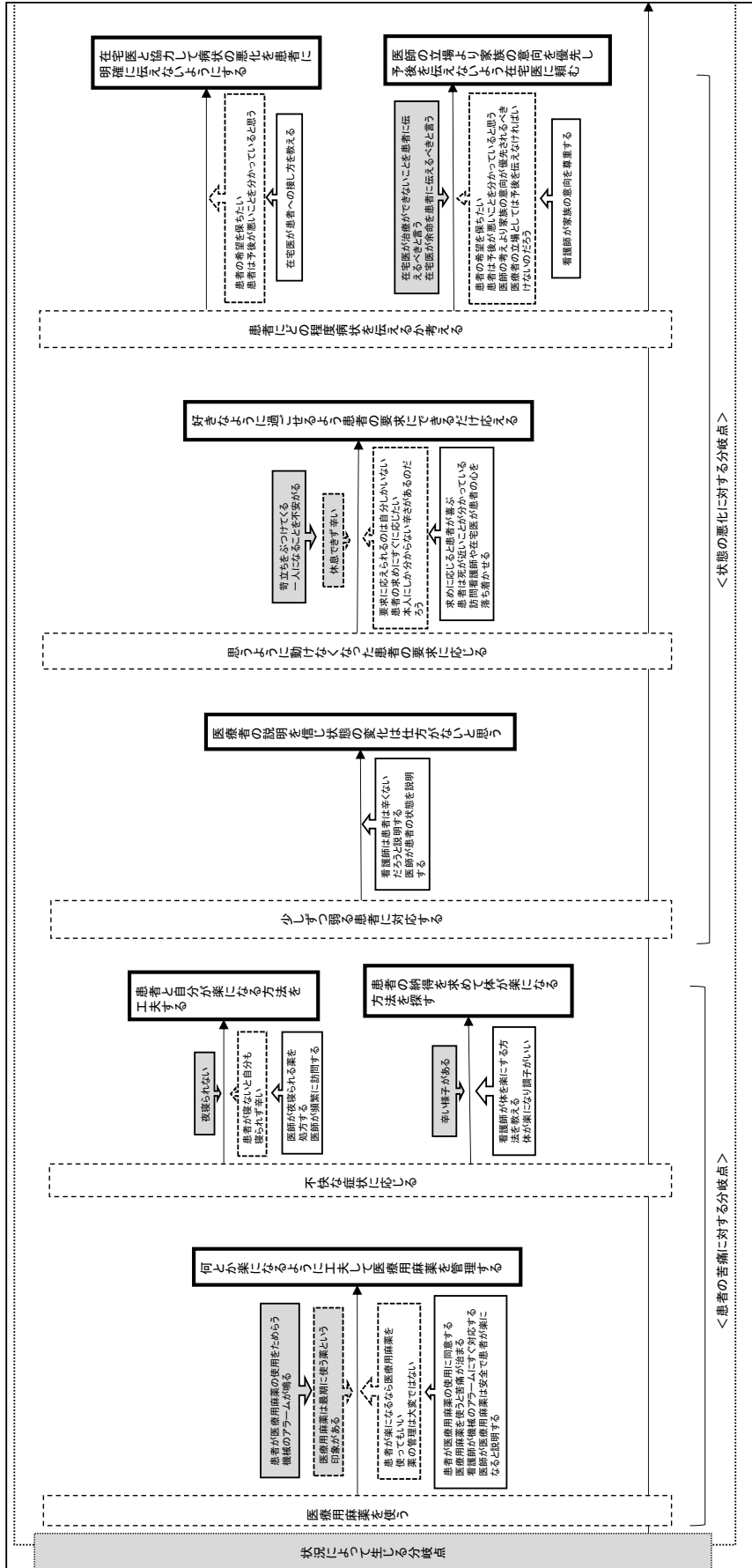
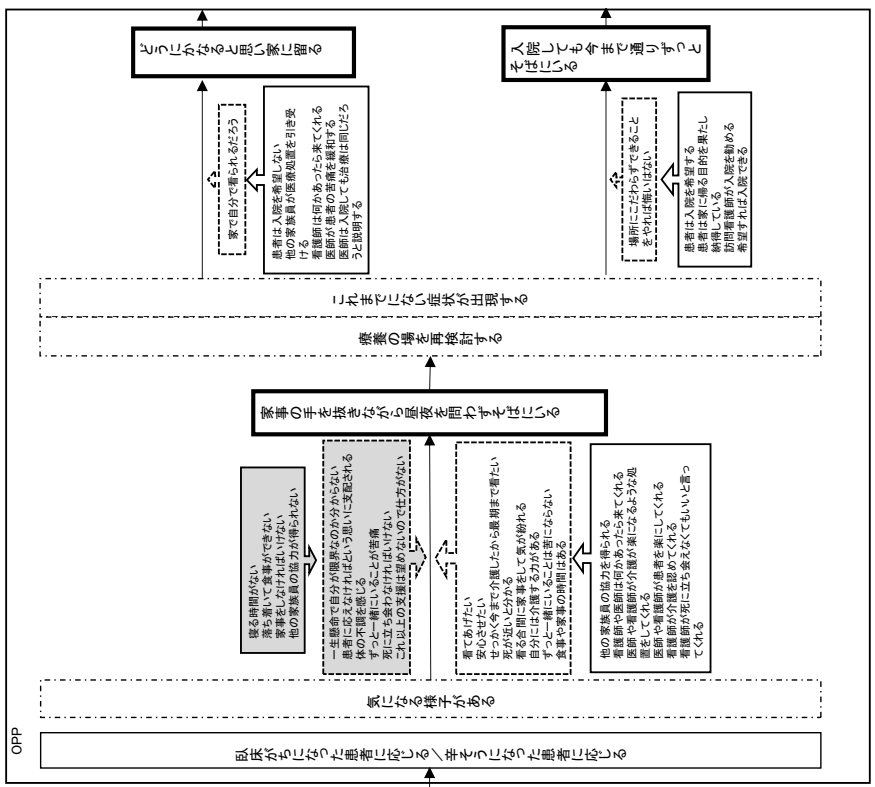


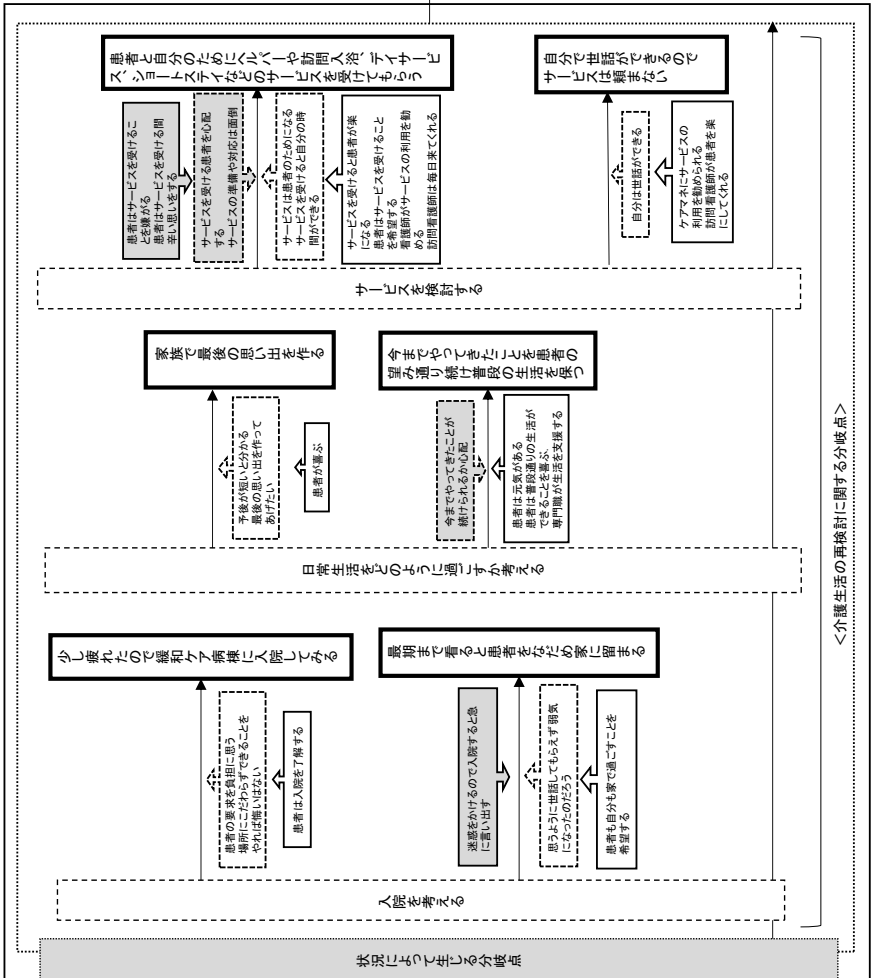
図3-3 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程」類型1」

非可逆的時間

第III期：看取り期の変化に対応する



第II期：訪問看護を受け家で患者を看る



非可逆的時間

図3-4 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程」類型1」

第三期：看取り期の変化に応じる

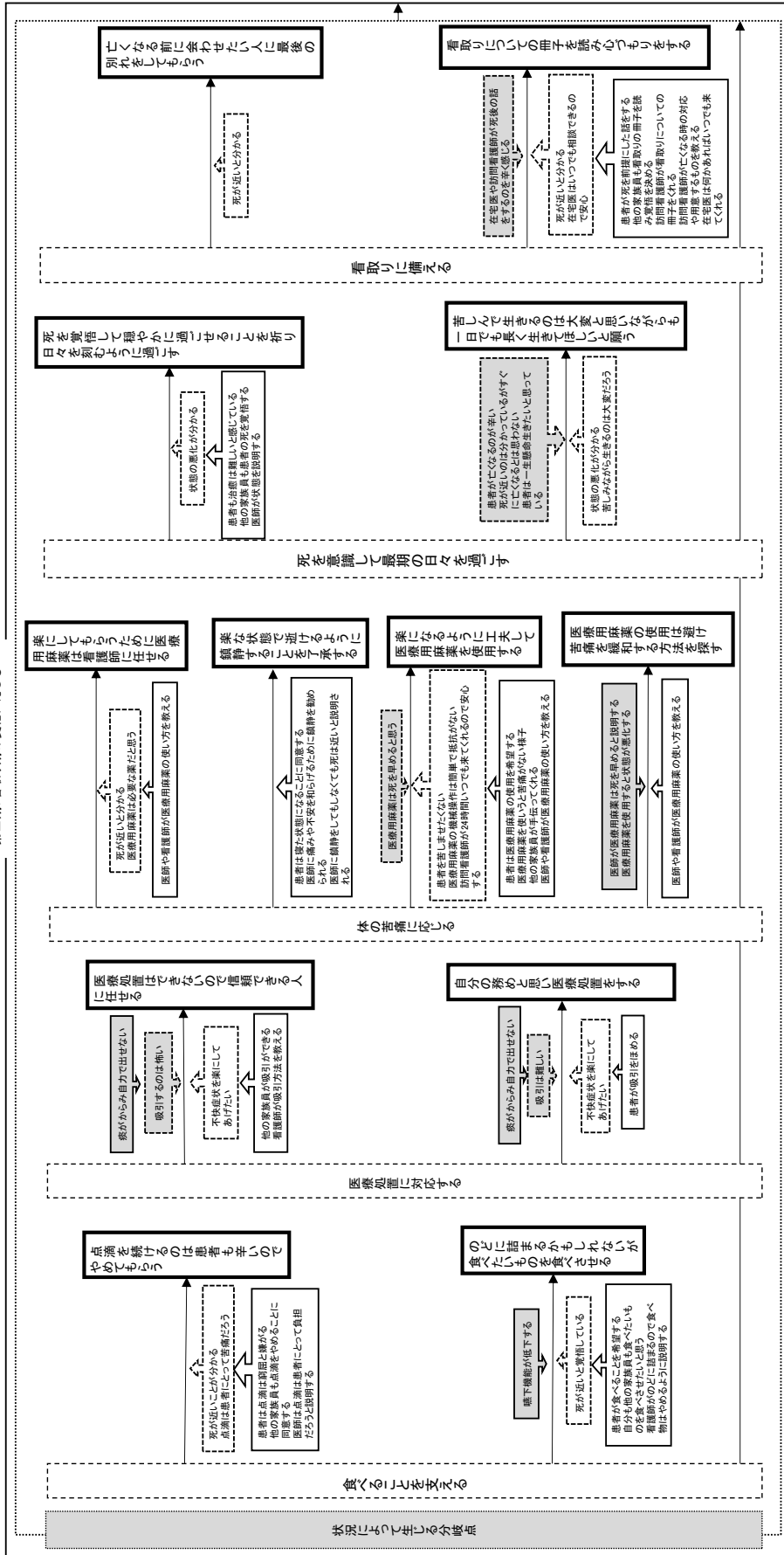


図3-5 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程」類型1」

非可逆的時間



## ②類型 2

類型 2 の径路は以下のものである。(図 4-1,2,3,4、本文中 p 65~68)

類型 2 の第 I 期「家で看ることを決める」では、必須通過点〈今後どのように患者と過ごすかを決める〉で、《周りの状況に押し切られ家で看ることにする》対処が生じた。これは、患者の希望や他の家族員の状況などにより自分が自宅で看るしかないという決意である。

この対処も類型 1 と同様に、がんと診断され主に治療を行ってきた患者が〔これ以上治療できない〕と治癒を目的とした治療の終了を告げられ、入院の継続や緩和ケア病棟などへの入院はできないという〔入院は続けられないし、他に行くところはない〕という状況に促され、〔在宅医、訪問看護やケアマネの手続きが進む〕という在宅療養への誘導や〔辛くなったらいつでも緩和ケア病棟に入れる〕という介護が難しくなった時の入院の保証という支援によって促された。この対処は患者や他の家族員の要望を優先することにより受動的に選択された対処であり、【辛い状態がある】という患者の状態の中で、【他の家族員の協力が得られない】【自分が看るべきと他の家族員に言われる】という自分が看なければいけないという他の家族員からの重圧や、『苦しみや急な状態の変化への不安がある』『予後が分からない』という今後への不安を伴った。そのような中で、〔患者が家で過ごすことを希望する〕〔患者の希望は変えられない〕という患者の在宅療養への強い希望や〔辛さはなく元気がある〕〔患者は自分の余命が分かっている〕という患者の状態、〔介護の時間は取れる〕という自分が介護できる環境と〔他の家族員の協力がある〕という家族内の支援に促された対処であった。

第 II 期「訪問看護を受け家で患者を看る」では、家で看るための支援と介護の調整に関する必須通過点から生じる分岐点として以下の対処が生じた。

必須通過点〈どの専門職に依頼するかを決める〉では、《勧められた在宅医や訪問看護に看てもらうことにする》という対処が生じた。これは〔患者が依頼先を希望する〕という患者の希望に支えられたが、この患者の希望は対象者の意向を反映したものではなかったため、対象者は患者の希望に従い《勧められた在宅医や訪問看護に看てもらうことにする》という対処をとるに至った。

〈専門職の支援をどの程度受けるかを定める〉対処では、《家で看られるよう在宅医や訪問看護師、訪問リハビリ、ヘルパーなどを最大限活用する》対処がとられた。これは、〔患者は苦痛がなく一人で動ける〕という患者の状態や、〔訪問看護師が状態の

確認や清潔の援助、医療処置をする〕〔ヘルパーが清潔の援助をする〕という具体的な専門職の支援により促された。

〈他の家族員と役割分担をする〉対処では、〔他の家族員が介護や家事ができる〕という家族内の支援に促され《頼れる他の家族員の力を借りながら一緒に介護を行う》対処が生じた。

〈介護の時間と自分の時間を調整する〉対処では、《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》対処が生じた。これは、【家事もしなくてはいけない】【今までやっていた自分の活動ができない】という介護や家事により自分の時間を確保できない中で、『自分の時間がないことが辛い』と感じながらの対処であった。

〈清潔を保つ〉対処では、《専門職に清潔介助をしてもらう》対処が生じた。この対処は、『清潔介助をしてもらい助かる』という支援を歓迎する思いや、〔訪問看護師や訪問入浴が清潔介助をする〕という専門職の支援に促された。

〈排泄を助ける〉対処では、《自分の務めと思いなんとか排泄の介助をする》対処が生じた。これは、『排泄介助に抵抗はない』と排泄介助を受け入れる思いや『予後が短いことを意識し頑張る』という患者の死が近いため努力して排泄介助をしようという思い、〔患者は排泄介助をしてもらうことに抵抗がない〕〔排泄物はほとんど出ない〕という介助をやりやすくする患者の状態、〔他の家族員が手伝ってくれる〕という家族内の支援、〔訪問看護師やヘルパーが排泄介助をする〕〔訪問看護師が排泄の介助の方法を教える〕という排泄介助への具体的な支援、〔訪問看護師が排泄介助への抵抗を肯定する〕という家族が排泄介助に抵抗を感じることを看護師が認める援助に支えられた。一方で、何とか排泄の介助をするという対処は、【自力歩行できないがトイレに行くことを希望する】【オムツ交換時の苦痛がある】【患者は排泄介助をしてもらうことに抵抗がある】という排泄介助を難しくする患者の状態や【手伝える他の家族員はいない】という支援の不足、『排泄の介助が一番大変』という負担感、『体調を崩す』という自分の身体への悪影響と『支援を増やしても自分の負担は減らない』という排泄介助は 24 時間対応しなくてはならないため専門職の支援を得ても限界があることを感じるの中での対処でもあった。

〈食べることを支える〉対処では、《入手しやすいもので食事を賄う》対処がとられた。この対処は、市販のものや簡単な調理などで食事が用意できるため苦勞せず食事を賄うことである。これは、〔食欲がある〕という患者の状態や〔市販の物や処方され

たもので食事が用意できる] という食事を用意しやすい環境や支援により促された。

状況によって生じる分岐点では、8つの分岐が以下のように生じた。

{急な症状に応じる} 対処では、《状態が分からず心配なので看護師に相談する》対処が生じた。これは、『看護師に夜中に相談するのは申し訳ない』という夜間に看護師の支援を求めることへの遠慮を伴ったが、[患者が看護師に来てもらうことを希望する] という患者の希望や [看護師は患者を楽な状態にしてくれる] という看護の効果の実感により促された。

{医療処置に対応する} 対処では、《医療処置は分からないので信頼できる人に任せる》対処と《何とか自分で医療処置をする》対処に分岐した。《医療処置は分からないので信頼できる人に任せる》対処は、点滴などの医療処置は自分にはわからないので、訪問看護師や他の家族員に任せることである。この対処は、『消毒が何度も必要で難しい』という医療処置に対する困難感から、[患者が自分で点滴の管理をする] [他の家族員が手伝う] [看護師が点滴の操作方法を教える] という患者本人や他の家族員、訪問看護師の支援に支えられた対処である。《何とか自分で医療処置をする》対処は、【処置が必要な傷がある】ことと [患者は家族が処置することを希望する] という家族の希望に促された対処である。

{医療用麻薬を使う} 対処では、《医療用麻薬の管理は難しいので信頼できる人に任せる》対処と《何とか楽になるように工夫して医療用麻薬を管理する》対処に分かれた。《医療用麻薬の管理は難しいので信頼できる人に任せる》対処は、医療用麻薬の管理は自分には難しいと捉え、訪問看護師や他の家族員などの信頼できる人に管理を任せることである。この対処は、『消毒が何度も必要で難しい』という管理の困難感や、[患者が自分で点滴の管理をする] [他の家族員が手伝う] [看護師が点滴の操作方法を教える] という患者や他の家族員、訪問看護師の支援を得ること、[医師が医療用麻薬は安全で患者が楽になると説明する] という薬の安全性と効果についての医師の説明により支えられた。《何とか楽になるように工夫して医療用麻薬を管理する》対処は、『患者を苦しませたくない』という患者の安楽への願いや [医師が医療用麻薬は安全で患者が楽になると説明する] という薬の安全性と効果についての医師の説明により促された。

{不快な症状に応じる} 対処では、《患者の納得を求めて体が楽になる方法を探す》対処が生じた。この対処は、【辛い様子がある】という患者の状態や【苦痛や要望を表



現しない】という患者の苦痛の捉えづらさを伴いながら、〔体が楽になり調子がいい〕という患者の状態改善の実感や〔看護師が体を楽にする方法を教える〕という支援を得て生じた。

{少しずつ弱る患者に対応する} 対処では、《死が避けられないことを受け入れるのが難しい》という対処が生じた。この対処は、患者が弱ってきていることは分かるが、患者との別れがつらいため患者の死を受け入れがたいことである。これは、『今まで経験したことのない辛さを感じる』という対象者の苦悩の中で生じる対処であった。

{思うように動けなくなった患者の要求に応じる} 対処では、《好きなように過ごせるよう患者の要求にできるだけ応える》対処がとられた。これは、【苛立ちをぶつけてくる】という患者に対して、『休息できず辛い』と感じながらも、『要求に応えられるのは自分しかいない』という使命感や〔求めに応じると患者が喜ぶ〕という患者の反応、〔訪問看護師や在宅医が患者の心を落ち着かせる〕という専門職の支援により支えられた対処であった。

{日常生活をどのように過ごすか考える} 対処では、《今までやってきたことを患者の望み通り続け普段の生活を保つ》対処が生じた。これは、『今までやってきたことが続けられるか心配』という思いの中で、『普段通りに過ごさせてやりたい』という患者のために日常を保ちたいという思いや、〔患者は元気がある〕という患者の状態、〔患者は今までやってきたことを続けることを望む〕という患者の希望、〔患者は普段通りの生活ができることを喜ぶ〕という患者の応答、〔専門職が生活を支援する〕ことに支えられた対処であった。

{サービスを検討する} 対処では、《患者と自分のためにヘルパーや訪問入浴、デイサービス、ショートステイなどのサービスを受けてもらう》対処と《患者への負担が大きくなったのでサービスを中止する》対処、《これ以上家に他人が入るのは苦痛なのでサービスは断る》対処に分岐した。《患者への負担が大きくなったのでサービスを中止する》対処は、訪問入浴やデイサービスなどのサービスを受けることによる患者への負担が大きくなったため、サービスを中止することである。《これ以上家に他人が入るのは苦痛なのでサービスは断る》対処は、専門職の訪問や介護用具が運び込まれるなど自宅に他人の出入りが多くなる中で、家族がこれ以上他人が自宅を出入りしてほしくないためサービスを受けないと決めることである。

《患者と自分のためにヘルパーや訪問入浴、デイサービス、ショートステイなどの

サービスを受けてもらう》は、【患者はサービスを受けることを嫌がる】という患者の状態に影響を受けながらの対処である家族もいたが、〔患者はサービスを受けることを希望する〕という患者の状態に促された対象者もあった。《患者への負担が大きくなったのでサービスを中止する》対処は、〔患者はサービスを受けることを嫌がる〕ことに促され、患者の要望を優先してサービスを検討する対処である。《これ以上家に他人が入るのは苦痛なのでサービスは断る》対処は、〔ケアマネにサービスの利用を勧められる〕という支援を得たが、『これ以上家に他人が入りかき回されるのは苦痛』という家族自身のサービス提供者を自宅に受け入れることの苦痛と〔手伝える他の家族員がいる〕という家族内の支援により促された家族の要望による対処である。

第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」は、必須通過点〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉に続いて〔気になる様子がある〕状況が生じ《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》対処が生じた。この対処は、【寝る時間がない】という自分の生活を保つことが難しいことや【他の家族員の協力が得られない】という家族内の支援が得られない中で、『一生懸命で自分が限界なのか分からない』『患者に応えなければという思いに支配される』『体の不調を感じる』という強い負担感や『他の家族員に負担をかけたくない』という他の家族員への配慮を伴った。一方で、この対処は、〔医師や看護師が介護が楽になるような処置をしてくれる〕という家族が行う介護への専門職の支援や〔医師や看護師が患者を楽にしてくれる〕という専門職の患者への安楽の支援に支えられた。

その後、〔療養の場を再検討する〕状況で、〔介護と自分の生活の両立が難しい〕状況に至った家族は《やはり家で頑張って看ようと思う》対処を生じ、〔急に患者が入院を希望する〕状況に至った家族は《手に負えないので入院して看てもらうしかない》対処に分岐した。

〔介護と自分の生活の両立が難しい〕状況の中での《やはり家で頑張って看ようと思う》という対処は、家族が介護を負担に感じながらも、自分の状態より患者の希望を優先し入院ではなく在宅療養を選択することである。『体の不調を感じる』という自分への悪影響や『他の家族員に負担をかけたくない』という他の家族員への配慮がある中で、『在宅医や訪問看護師を信頼している』という専門職への信頼や〔患者は入院を希望しない〕という患者の在宅療養継続の希望、〔希望すれば入院できる〕という医療環境により促された。

〔急に患者が入院を希望する〕状況での《手に負えないので入院して見てもらえない》という対処は、患者への介護は自分には難しいと捉え入院を選択することである。この対処は、『入院の希望は自分の態度が原因と感じる』という自責の念を感じながら、『患者の死に立ち会うのが怖い』『離れられないことを負担に思う』という在宅での看取りの負担感や『緩和ケア病棟の看護師を信頼している』という入院先の看護師への信頼に促された。

さらに、その後状況によって生じる分岐点では以下の3つの分岐点が生じた。

{医療処置に対応する} 対処では、《自分の務めと思い医療処置をする》対処が生じた。これは、【頻繁に嘔吐する】という患者の症状に対して〔看護師が吸引方法を教える〕という具体的な訪問看護師の支援が支えになった。

{体の苦痛に応じる} 対処では、《楽になるように工夫して医療用麻薬を使用する》対処が生じた。この対処は、〔他の家族員が手伝ってくれる〕という家族内の支援や〔医師や看護師が医療用麻薬の使い方を教える〕という専門職の支援に支えられた。

{看取りに備える} 対処では、《看取りについての冊子を読み心づもりをする》対処と《葬儀や墓地の準備をする》対処が生じた。《葬儀や墓地の準備をする》対処は、患者の死が近いと捉え、患者の死後の葬儀や墓地の準備をすることである。《看取りについての冊子を読み心づもりをする》対処は、『在宅医や訪問看護師が死後の話をすることを辛く感じる』という患者の死を前提として専門職の話を聞くことの苦痛を伴ったが、『死が近いと分かる』という予後の予測や〔訪問看護師が看取りについての冊子をくれる〕という支援に促された。《葬儀や墓地の準備をする》対処も同様に、『在宅医や訪問看護師が死後の話をすることを辛く感じる』という患者の死を前提として専門職の話を聞くことの苦痛を伴い、『死が近いと分かる』という予後の予測に促された。また、この対処は、〔在宅医が死後の準備をするように勧める〕という医師の支援にも促されていた。

第Ⅳ期「看取る」では、必須通過点〈看取る〉において〔急に様子が変わる／少し前まで意識がある〕状況が生じたことにより《急な変化に驚きつつそばにいて看取る》対処が生じ〔患者が亡くなる〕に至った。この対処は、『死が近いと思わない』と患者の死を知覚していなかったが、『自分ができることがある』という看取りに能動的に向かおうという心構えや〔他の家族員が一緒にいる〕という家族内の支援、〔看護師から看取りの過程と対応について説明されている〕という看取りについての訪問看護師の

あらかじめの支援、〔医師と看護師がすぐに来る〕という専門職の支援により支えられた。

第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」では、《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という認識に至った。この認識は、『患者の死が辛い』という患者との死別の苦悩や『自分の介護は他の家族員に負担なので頼みたくない』という介護の負担感を伴った。一方で、患者の認識を推測した納得感として〔最期は苦しまない〕〔望む療養生活ができる〕〔医師に言われたよりも長く生きる〕〔最期までしっかりしている〕〔今までの人生を楽しむ〕という思いや、死別した患者とのつながりの実感を示す『今も患者の存在やつながりを感じる』という思いがこの認識を導いた。また、この認識を支えた外的な要因は、〔自分は介護できる状況にある〕〔希望通り家で看られる〕という自分が希望する介護ができる環境、〔他の家族員が患者を看取るのを手伝う〕〔訪問看護師、在宅医、ケアマネ、ヘルパーが手伝う〕という家族内や専門職の支援、〔患者が感謝の言葉を言ってくれる〕〔身近な人が介護をよくやったと認めてくれる〕〔医師や看護師が介護を認めてくれる〕という患者や身近な人、専門職からの肯定的評価であった。

以下に、図 4-1,2,3,4 TEM 図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程：類型 2」を示す。











### ③類型3

類型3の径路は以下のものである。(図5-1,2,3、本文中p73~75)

第Ⅰ期「家で看ることを決める」では、《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》という対処が生じた。この対処は、患者の看取りを自分が行うことは難しいとの判断の元、一時的に自宅で看ようと決意することである。この対処も類型1、2と同様に、〔これ以上治療できない〕と治癒を目的とした治療の終了を告げられ、〔入院は続けられないし、他に行くところはない〕という状況に促され、〔在宅医、訪問看護やケアマネの手続きが進む〕という在宅療養への誘導や〔辛くなったらいつでも緩和ケア病棟に入れる〕という介護が難しくなった時の入院の保証という支援によって促された。また、この対処は、【辛い症状がある】という患者の状態や『体調が悪い』という自分自身の不調、『予後が分からない』『苦しみや急な状態の変化への不安がある』という患者の今後の変化への不安を伴いながらも、『看るのは家族の務め』という自分が看なければいけないという思いや『心配しても仕方がない』という楽観的な心構え、〔患者が家で過ごすことを希望する〕という患者の在宅療養の希望に促された。

第Ⅱ期「訪問看護を受け家で患者を見る」では、以下の対処が生じた。

必須通過点〈どの専門職に依頼するかを決める〉では、《勧められた在宅医や訪問看護に看ってもらうことにする》という対処が生じた。

〈他の家族員と役割分担をする〉対処では、《頼れる他の家族員の力を借りながら一緒に介護を行う》対処が生じた。

〈介護の時間と自分の時間を調整する〉対処では、《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》対処が生じた。これは、『介護に一生懸命なので自分の時間が必要とは思わない』という介護への没頭と『患者を助きたい』という患者への思いに促された対処であった。

〈清潔を保つ〉対処では、《患者の希望に従い自分で清潔介助をする》対処が生じた。この対処は、患者の希望を優先し、専門職を頼らず家族が清潔介助を行うことである。この対処は、『自分は世話ができる』という介護への自信と〔看護師が定期的に訪問する〕という看護師の定期的な支援に支えられた。

〈排泄を助ける〉対処では、《上手く処理できるので抵抗なく排泄の介助をする》対処が生じた。これは、【自力歩行できないがトイレに行くことを希望する】という患者

の排泄の希望を伴ったが、『夫婦なので排泄の介助は負担ではない』という排泄介助を受け入れる思いや〔他の家族員が手伝ってくれる〕〔訪問看護師やヘルパーが排泄の介助をしてくれる〕という他の家族員や専門職の支援に支えられた対処であった。

〈食べることを支える〉対処では、《入手しやすいもので食事を賄う》対処がとられた。これは、『簡単な食事は作れる』『食事の用意は大変ではない』という食事を用意する能力があり負担感がないことや〔他の家族員が食事の用意を手伝ってくれる〕という他の家族員の支援により支えられた対処であった。

状況によって生じる分岐点では、4つの分岐が以下のように生じた。

{医療処置に対応する} 対処では、《何とか自分で医療処置をする》対処が生じた。この対処は、『ポート針を抜くのは恐ろしい』という医療処置への抵抗感がある中で、〔他の家族員が手伝う〕〔看護師が点滴の操作方法を教える〕という他の家族員や訪問看護師の支援により促された。

{不快な症状に応じる} 対処では、《患者の納得を求めて体が楽になる方法を探す》対処が生じた。この対処は、【辛い様子がある】という患者の状態や【苦痛や要望を表現しない】という患者の苦痛の捉えづらさの中で、患者が納得するまで安楽を求めるものであった。

{少しずつ弱る患者に対応する} 対処では、《医療者の説明を信じ状態の変化は仕方がないと思う》という対処が生じた。この対処を支えたものは〔医師が患者の状態を説明する〕という医師の支援であった。

{日常生活をどのように過ごすか考える} 対処では、《患者を元気づけられるものを日常の中で探し励ます》対処が生じた。この対処は、患者と共に育てた花など患者を元気づけられるものを日常生活の中で模索し患者を励ますことである。これは、〔患者が大事にしているものがある〕ためこれを患者と一緒に大切にすることで日常の中で患者を励ますという対処であった。

第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」は、必須通過点〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉に続いて〔気になる様子がある〕状況と〔気になる様子はない〕状況に分かれた。

〔気になる様子がある〕状況では、《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》対処が生じた。これは、【寝る時間がない】【落ち着いて食事ができない】という自分の生活を保つことが難しいことや『体の不調を感じる』という強い負担を伴う中

で、[他の家族員の協力を得られる]という支援を得て生じた対処である。この対処は、続いて[療養の場を再検討する]状況で[これまでにない症状が出現する]状況により《手に負えないので入院して見てもらうしかない》対処に至った。

[気になる様子はない]状況では、気になる様子がないため対処は生じず、続いて[療養の場を再検討する]状況に至った。[療養の場を再検討する]状況では、[急に患者が入院を希望する]状況により《手に負えないので入院して見てもらうしかない》対処に至った。

《手に負えないので入院して見てもらうしかない》対処は、『患者の辛さが分からない』という対象者の状態や『急な状態の変化への不安が大きい』という患者の変化への不安を伴い、『医師と看護師は入院を勧めていると感じる』という専門職の入院の意向の推測、『患者は死が近いと感じている』という患者の死の自覚、[希望すれば入院できる]という医療環境、[患者は最期まで家にいることを希望しない]という患者の最期の場所の希望に促された。

その後[緩和ケア病棟に入院する]状況から、《緩和ケア病棟でずっと付き添う》という対処と《ずっと付き添ったほうが良いと気づき他の家族員に手伝ってもらおう》という対処が生じた。《緩和ケア病棟でずっと付き添う》対処は、入院している患者にずっと付き添うことである。《ずっと付き添ったほうが良いと気づき他の家族員に手伝ってもらおう》対処は、病院で患者に付き添っていなかったが患者のためには付き添ったほうが良いことに気づき、自分が付き添うのは難しいので他の家族員に付き添ってもらおうことである。この対処は、【体調が悪い】という対象者の状態により『病院は看護師がいるので安心する』という病院の看護師に看てもらえる安心感が生じていたが、[看護師が患者は不安だろうと教える]という働きかけにより『患者の不安に気づく』ことに至り、[他の家族員が付き添える]という他の家族員の支援を得て生じた対処であった。

第Ⅳ期「看取る」では、必須通過点〈看取る〉において[急に様子が変わる／少し前まで意識がある]状況が生じたことにより《死が近いと思わず看取りに間に合わない》対処が生じた。この対処は、死が近いと思わず患者の近くにいなかったことで、患者の看取りに立ち会えないことである。この対処は、『死が近いと思わない』と患者の死を知覚していなかったことにより生じ、[患者が亡くなる]に至った。

第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」では、《患者の死や看取りの状況は受け入れがた

い》という認識に至った。この認識は、家族が推測する患者自身の死の過程の評価と家族の看取りの評価を含み、患者の死を受け入れる思いやできるだけ介護をしたという思いもあるが、患者の死や看取りの状況は受け入れがたいという思いが強い認識である。

これは、患者の認識を推測した納得感として〔医師に言われたよりも長く生きる〕〔最期までしっかりしている〕〔死後の希望を伝えられる〕ことや、自分は介護できたと思える根拠として『体調が悪い中でできるだけのことをする』『介護は大変ではない』という思い、看取りを支えたものとして〔緩和ケア病棟では家ではできないケアをしてもらえる〕こと、家族内の現在の支援として〔今も支えてくれる他の家族員がいる〕ことを伴っていた。

一方で、『患者の死が辛い』という患者との死別の苦悩や、介護の後悔として『患者の不安に気づけない』『付き添えない』という思い、患者の苦悩を推測した後悔として【急に亡くなる】【希望通り家で過ごせない】【今までの人生を楽しむことができない】こと、専門職の支援についての不満である【医師や看護師は患者の精神的なつらさに応えられない】ことによりこの認識が促された。

以下に、図 5-1,2,3 TEM 図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程：類型3」を示す。



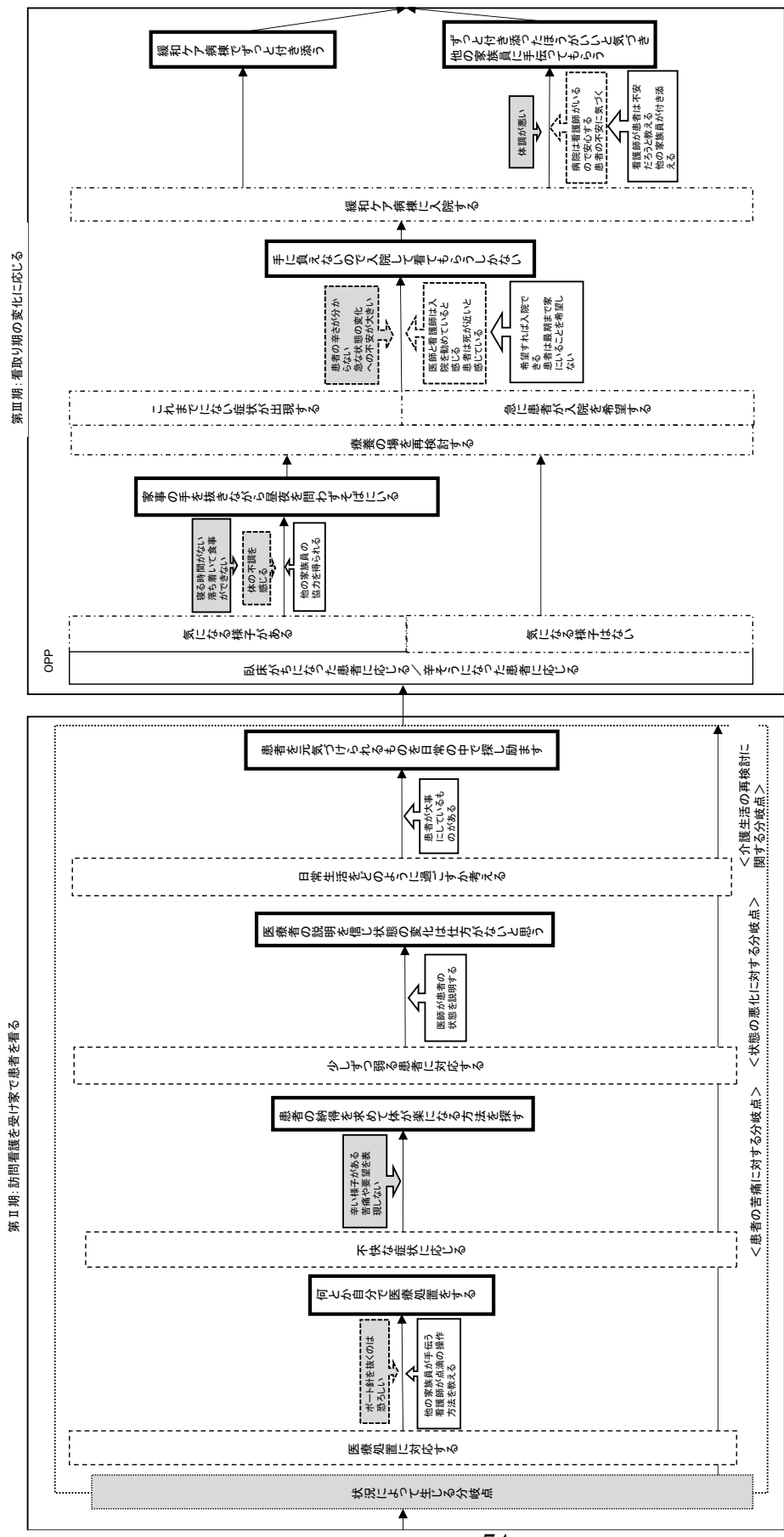
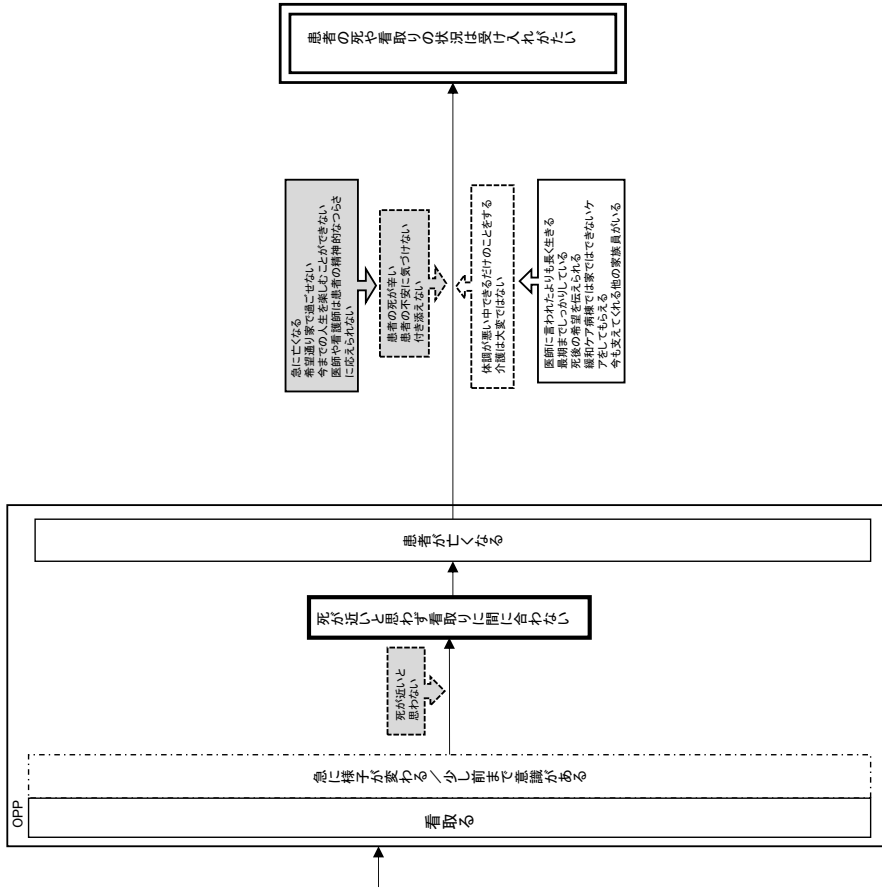


図5-2 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程」類型3

第V期：看取りの過程を振り返る

第IV期：看取る



非可逆的時間

図5-3 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程」(類型3)

#### ④類型4

類型4の径路は以下のものである。(図6-1,2、本文中p79~80)

第I期「家で看ることを決める」では、《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》という対処が生じた。

この対処も類型1、2、3と同様に、〔これ以上治療できない〕と治癒を目的とした治療の終了を告げられ、〔入院は続けられないし、他に行くところはない〕という状況に促され、〔在宅医、訪問看護やケアマネの手続きが進む〕という在宅療養への誘導や〔辛くなったらいつでも緩和ケア病棟に入れる〕という介護が難しくなった時の入院の保証という支援によって促された。

この対処は、【辛い症状がある】という患者の状態や【他の家族員の協力が得られない】という家族内の支援の不足、『患者の要求より自分の生活を優先したい』という生活上の価値観、『他に行くところがなく疎外感がある』という在宅療養に対する認識を伴ったが、〔患者が家で過ごすことを希望する〕という患者の在宅療養の希望により一時的に家で看ることを決める対処であった。

必須通過点〈どの専門職に依頼するかを決める〉では、《勧められた在宅医や訪問看護に看てもらうことにする》という対処が生じた。

〈他の家族員と役割分担をする〉対処では、《他の家族員は頼れないので一人で介護する》対処が生じた。これは、【介護や家事ができる他の家族員が近くにいない】ことにより生じた対処であった。

〈介護の時間と自分の時間を調整する〉対処では、《介護の負担で沈まないよう自分の生活を優先させる》対処が生じた。この対処は、患者の介護は自分にとって負担が大き過ぎるため、自分を保つために介護より自分の生活を優先させることである。これは、『ずっと付き添うと負担が大きくなり自分が沈んでしまう』という介護に対する価値観や、『仕事は経済的に必要なので続けたい』という介護以外の自分の時間が経済的理由により必要であること、〔外出の間は訪問看護師やヘルパーが看る〕という専門職が介護を補えることにより促された対処である。

〈排泄を助ける〉対処では、《自分の務めと思いついなんとか排泄の介助をする》対処が生じた。これは、『排泄介助が一番大変』という排泄介助に対する負担感や『患者が自分で動けないことにいら立つ』という排泄介助が必要になった患者への抵抗感を伴う対処であった。



〈食べることを支える〉対処では、《入手しやすいもので食事を賄う》対処がとられた。これは、『ヘルパーが食事の介助をする』という専門職の支援により支えられた。

状況によって生じる分岐点では、2つの分岐が以下のように生じた。

{不快な症状に応じる} 対処では、《患者の納得を求めて体が楽になる方法を探す》対処が生じた。この対処は、〔看護師が体を楽にする方法を教える〕という看護師の支援により支えられた。

{思うように動けなくなった患者の要求に応じる} 対処では、《食事と下の世話以外は応じられないとラインを引く》対処が生じた。この対処は、患者の要求に応えるのは難しいため、食事と排泄の世話以外は応じられないと決めることである。この対処は、【介護期間が長い】という介護の状態や【患者は自分にはあまり要求しない】という患者の状態、『介護が長くてつらい』という介護生活についての負担感、『誰かに助けてもらうことに考えが及ばない』という支援の必要性についての認識の不足を伴い、〔ヘルパーが患者の要求に応える〕という専門職の患者の要求に対する支援に支えられた。

第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」では、必須通過点〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉に続いて〔気になる様子はない〕状況に至り、《死は先のことと思え自分の生活を優先する》対処が生じた。《死は先のことと思え自分の生活を優先する》対処は、患者の死までにはまだ時間があると捉え、患者の介護より自分の生活を優先することである。この対処は、【他の家族員の協力が得られない】という家族内の支援の不足や『一緒にいるのが辛い』という臥床がちになった患者に直面する自分自身の苦悩、『死は予測できないと思う』という患者の死についての認識、〔毎日専門職の支援がある〕という継続的な支援により促された。

第Ⅳ期「看取る」では、必須通過点〈看取る〉において〔急に様子が変わる／少し前まで意識がある〕状況が生じたことにより《急な変化に驚きつつそばにいて看取る》対処が生じた。この対処は、『死が近いと思わない』と患者の死を知覚していなかったが、そばにいたために驚きつつ看取ることとなり、〔患者が亡くなる〕に至った。

第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」では、《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という認識に至った。これは、患者の認識を推測した納得感として〔医師に言われたよりも長く生きる〕ことや、看取りを支えたものとして〔在宅の専門職のおかげで仕事を続けられる〕こと、死別した患者とのつながりを実感しながら患者のいない

新しい生活に向かうことを示す『今も患者の存在やつながりを感じる』『患者のいない新しい生活を始める』ことを伴った。一方で、患者の苦悩の推測として【ひどく苦しんで亡くなる】ことや専門職の支援についての不満である【医師や看護師は患者の精神的なつらさに応えられない】こと、介護の後悔として『看取するための心の準備がない』こと、患者の死の状況が受け入れがたいことを示す『自分は同じように死にたくない』ことによりこの認識が生じた。

以下に、図 6-1,2 TEM 図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程：類型 4」を示す。

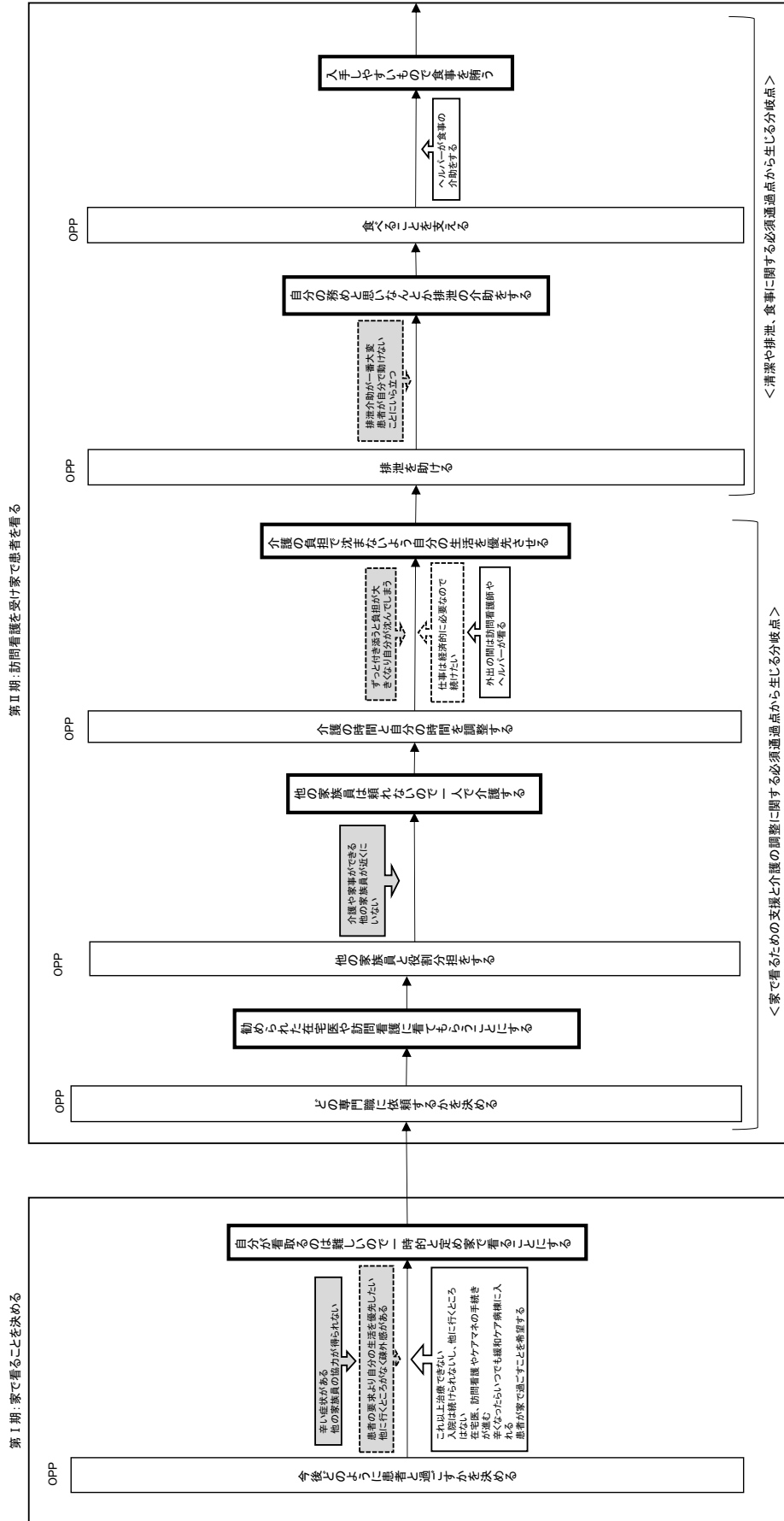


図6-1 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程：類型4」

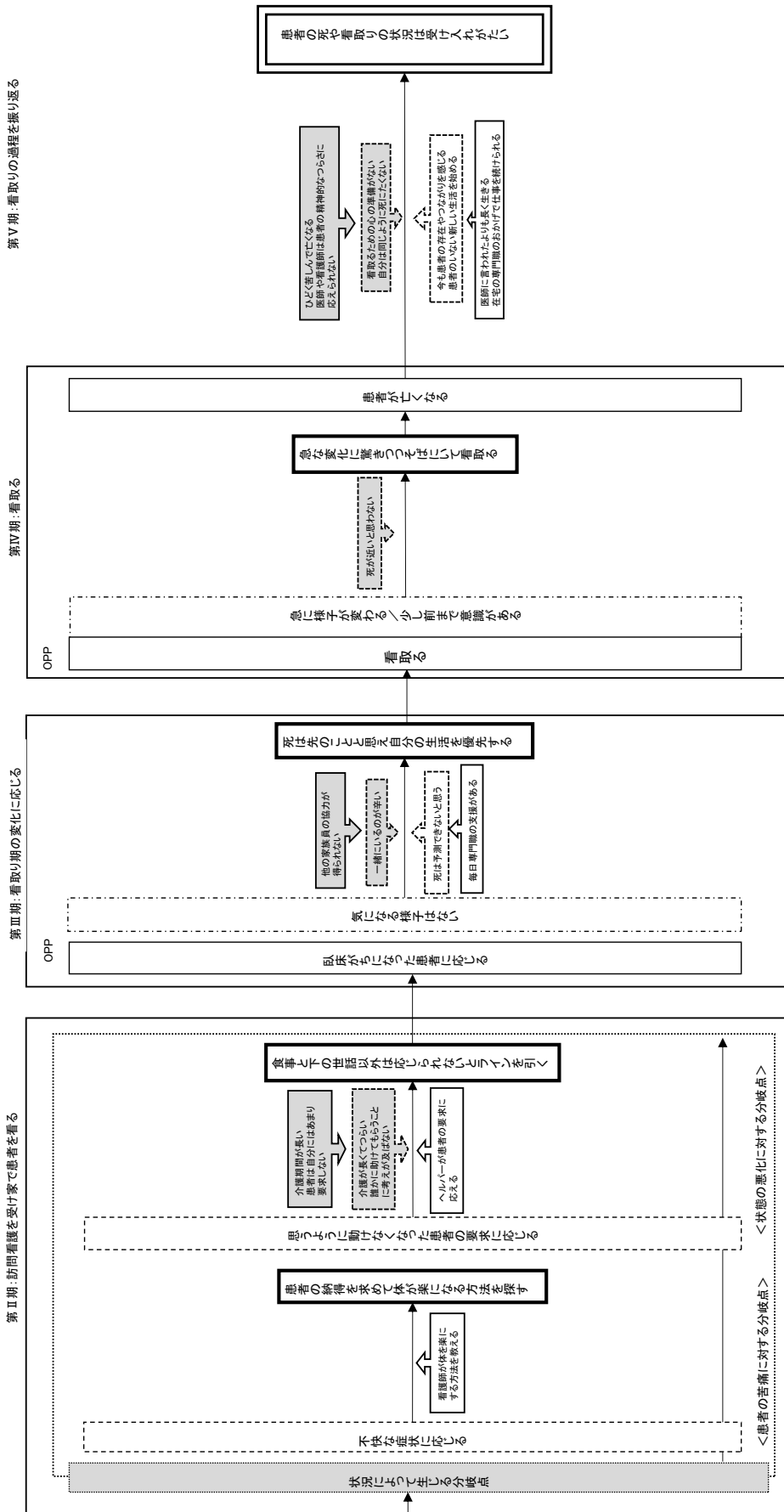


図6-2 TEM図「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程: 類型4」

## IX. 研究2

### 1. 目的

患者と家族が納得する看取りの実現に向けて、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルを作成すること。

### 2. 研究方法

研究1で明らかになった在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を記述モデルとし、この記述モデルから説明モデルを作成し、作成した説明モデルを基に看護援助モデルを作成する。作成はLewis（2006）の「説明モデルを基に介入援助を計画する」方法を参考に以下のように行う。

#### 1) 暫定説明モデルの作成

患者と家族が納得する看取りに至るために在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援するという観点から、記述モデルの類型1～4ごとの径路における対処とそこに作用した促進的な力や阻害的な力に着目し、中範囲理論を基に変化させられる要因を焦点化する。記述モデルの類型1～4ごとの径路に変化させる要因を指し示し、中範囲理論に基づいた変化させるべき根拠を加筆し説明モデルとする。

#### 2) 暫定看護援助モデルの作成

説明モデルを基に、患者と家族が納得する看取りになることを目指した看護援助モデルの看護方針を作成する。

各時期ごとに類型1～4のすべての説明モデルに対する看護援助を作成する。分岐点ごとに、看護方針に則った看護目標を立て、アセスメントと援助を説明モデルの対処を促進・阻害する要因から作成する。看護目標とアセスメント、援助は、訪問看護師が判断に困ることのないように、より具体的な表現とする。援助は家族の対処への支援につながる患者への援助も含むこととする。

#### 3) 妥当性と実行可能性の検討

記述モデルから説明モデルと看護援助モデルが作成される過程は論理的で飛躍がなく、看護援助モデルは必要な援助内容を的確に表しているかという妥当性についての検討と、看護援助モデルは訪問看護師にとって理解でき実施可能かなどの実行可能性について検討するために専門家会議を行う。

##### (1) 対象者

検討内容を専門性に合わせて焦点化するために、対象者は2つのグループに分ける。

各グループの選定条件は以下のようにし、各グループ3名とする。対象者は研究者の知人などで、選定条件に合致し在宅がん看護とその研究協力に関心があり、1時間程度で会議の場所に移動できる方に、研究者が依頼をする。

#### 選定条件

グループA：在宅がん患者の家族や看護援助方法作成などに関する研究実績のある在宅がん看護実践家、がん看護専門看護師。

グループB：訪問看護認定看護師、がん在宅看取りを年間10例程度以上経験している訪問看護ステーション管理者。

#### (2) 会議の方法

グループでの相互作用を通してより広範囲で包括的な見解を得るために、フォーカス・グループ・インタビュー (Vaughn, 1996/1999) を行う。

研究者や対象者の所属施設の会議室など対象者の集まりやすい場所で、研究者が司会を行い、各グループにつき1時間30分程度のインタビューを行う。許可を得て内容をICレコーダーに録音する。

具体的には以下の手順で行う。

- a. 導入：挨拶、目的の説明、スケジュールの確認を行う。
- b. 妥当性と実行可能性の検討：本研究の目的と研究1で明らかになった記述モデルを説明し、作成した説明モデルと看護援助モデルを提示する。看護援助モデルの妥当性（中範囲理論の用い方は適切か、説明モデルからの飛躍はないか、必要な援助内容を的確に表しているかなど）と実行可能性（訪問看護師にとって理解可能か、実施可能か、患者と家族にとって害はないか、効果が期待できるかなど）について、研究目的に照らした自由な意見を述べてもらう。対象者にはできる限り発言の理由と改善が必要と考える場合はその方向性について述べてもらうように促す。

特に、グループAでは看護援助モデルの妥当性を、グループBでは看護援助モデルの実行可能性を中心に検討を依頼する。

- c. 検討内容の要約：対象者の発言内容を確認し要約する。まだ触れられていない論点についても検討を促す。
- d. 終わりの言葉：会議での情報の保護を依頼し、謝辞を述べ会議を終了する。

### (3) 検討内容の分析方法

インタビュー内容があらかじめ焦点化されており、その中での発言の論点をまとめ、具体的な修正につなげる必要があるため、インタビュー結果の要点をまとめる要旨分析（安梅，2001）を行う。看護援助モデルのなかの検討された部分ごとに、対象者の発言の要旨とそこから導かれた改善の方向性について記述する。

### 4) 最終的な説明モデルと看護援助モデルの作成

研究者が、在宅看護とがん看護の研究者のスーパーバイズを受けながら、インタビューの分析結果を熟考し、本研究の目的と理論に基づいて看護援助モデルを作成した過程を考慮し、修正する箇所と内容を決定する。修正したものを最終的な説明モデルと看護援助モデルとする。

## 3. 倫理的配慮

愛知県立大学の倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号：28 愛県大学情第6-22）。

対象者へ、研究参加は自由意志であり、いつでも協力を辞退でき不利益を被らないこと、匿名性の確保、個人情報保護、研究結果の開示、研究成果の公表、データの保管などについて文書と口頭で説明し承諾を得た。

対象者は知的活動による疲労や、時間的拘束、移動の労力などの不利益を受ける恐れがあるため、以下の対策をとった。対象者は1時間程度で会議の場所に移動できる方とし、会議では研究内容や検討したい内容を分かりやすく提示し、自由に考えを発言しやすいよう司会進行した。会議はプライバシーが守られ落ち着いて話ができる対象者が希望した場所で行い、時間は身体的、精神的な疲労を考慮して1時間30程度までとした。

対象者の自由意思の尊重として、対象候補者に研究の依頼をする際には、参加可否の回答は時間的余裕をもって判断してもらった。対象者が研究参加に同意した後も、研究参加の拒否や、質問に対する回答の拒否、撤回ができるよう説明した。

プライバシーの保全のための配慮として、会議内で話されたことの秘密保持について依頼文と会議の中で説明し依頼した。会議で得られた録音データを逐語録にする際には、対象者名はコード化し、固有名詞は記号化した。データは鍵のかかる棚に保管し、データを電子媒体で保管する場合は、セキュリティ機能のついたものを使用した。

#### 4. 結果

研究1で明らかになった在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を記述モデルとし、以下のように説明モデルと看護援助モデルを作成した。

##### 1) 暫定説明モデルの作成

###### (1) 記述モデルにおける変化させる要因の焦点化

患者と家族が納得する看取りに至るために在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援するという観点から、記述モデルの類型ごとに径路における対処とそこに作用した促進的な力や阻害的な力に着目し、変化させられる要因や優先して変化させる要因を以下のように焦点化した。

類型1は、家で自分で患者を看することを強く決意し、在宅療養中は患者のより良い状態を目指し自らの時間や労力を費やす対処を行った。看取り期の変化に対しては身体的にも精神的にも患者の近くでその変化を受けとめ安楽を願う試行錯誤を行いながらも、患者の死を前提とした準備も行い、看取りは患者の死を見届ける対処であった。この一連の径路は《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という看取り後の認識に至ったが、一方で、看取り期の変化への対処では、『一生懸命で自分が限界なのか分からない』『患者に応えなければという思いに支配される』という自らの時間や労力をすべて投入することで自分の置かれた状況や行うべきことを見失う状況が生じていた。そのことにより、看取り後の認識では『亡くなった後に体調を崩す』ことにも至った。このことから、類型1で主に変化させる要因は、対象者が介護に自らの時間や労力をすべて投入することにより、自分の置かれた状況や行うべきことを見失い心身への悪影響を被ることがあることである。

類型2は、患者の強い希望に押し切られて受動的に在宅療養を開始し、看取り期の変化により家で自分で看られるかが再検討された時にも患者の強い希望のために家で自分で看ることを選択した。この、看取り期の変化による在宅療養の再検討は『体の不調を感じる』中で自分が置かれた状況が軽視された選択であった。そして、看取り後の認識では『自分の介護は他の家族員に負担なので頼みたくない』という思いに至っていた。このため、類型2では、受動的に在宅療養を開始し、看取り期の変化の時期に家で看られるかを再検討する際にも自分の状況を軽視し受動的な選択をすることで、自らの時間や労力を全て介護に投入し心身への悪影響を被ることがあることを主に変化させる要因とした。



類型3は、消極的に家で看ることを決めるが、患者のより近くで生活を支える対処を行い、看取り期の変化に対しても患者の介護に寄り添う対処をとった。しかし、その後の変化の中で『患者の辛さが分からない』ことや『急な状態の変化への不安が大きい』ことにより、患者の介護を手放すに至った。これは、看取り期にある患者の介護に近づけず、重要な患者の状態や思いの変化、自分ができることを捉えられないことであった。このことにより、患者に寄り添い支えたという自らへの評価は低くなり、看取り後は《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という認識に至った。類型3で変化させる要因は、看取り期にある患者の介護に近づけず患者の変化や自分ができることを捉えられないこと、患者に寄り添い支えたという自らへの評価が低いことである。

類型4は、家で患者を看る中では患者の最低限の生活を支えたが、在宅療養を決める時期から看取りの時期に至るまで概ね患者とその介護から距離をおいた対処をとった。特に、看取り期の変化に対して「気になる様子はない」と患者の状況を把握できないことにより、《死は先のことと思え自分の生活を優先する》という身体的にも精神的にも患者とその介護から距離を置く対処に至った。そのため、看取り時の急な変化が受け入れがたく《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という認識に至った。このことから、類型4は、在宅療養を決める時期から看取りの時期に至るまで患者やその介護に近づけず、そのことによりさらに患者の変化を把握できず看取りの過程と看取りの状況が受け入れられないという認識に至ることを変化させる要因とした。

## (2) 説明モデルの基盤とする理論の採用

4つの類型にもとづき、患者を介護することについての距離の取り方が納得する看取りを目指すうえでの変化させる要因であると考えた。記述モデルにおける変化させる要因を集約すると、一つは、対象者が自分の時間や労力をすべて投入するという患者の介護に近すぎることにより、自分の置かれた状況や行うべきことが分からないことである。もう一つは、対象者が患者を介護することに接近できないことにより、患者の思いや状態の変化を捉えられないことである。

家族が患者を介護することについてどのような距離をとるかという対象に対する距離の取り方を示す概念にコミットメントがある。コミットメント概念には様々な定義やモデルが提出されている。Becker (1960) は、個人が関係を継続させるための概念として、コミットメントには他者とのつながりの側面と、社会的な組織とのつながり

の側面があるとしている。他者とのつながりについてのコミットメントは、親密な関係における愛着や依存などの態度を示すものとして複数のモデルが示されている (Rusbult, 1980, Sternberg, 1986)。社会的な組織とのつながりについてのコミットメントは、ある特定の組織に対する個人の同一化および関与の強さとの定義 (Steers, 1977) や、構成要素として、組織に対する愛着 (情動的コミットメント) や組織を辞める際のコストの知覚 (存続的コミットメント)、組織にコミットメントすべきという信念 (規範的コミットメント) (Allen, Meyer, 1990) などが示されている。この組織コミットメントの構成要素を家族介護者の介護役割に関する認知として捉えた研究 (Chang, 2012) では、情動的コミットメントと規範的コミットメントが介護継続意思についての因子に有意に影響を及ぼすことが示され、家族介護者の認知について組織コミットメント理論を導入することの有用性が示唆されている。

組織コミットメントを主に論じている社会心理学において、組織とは、何かをなすためのヒトの集合体でありシステムであるとされている (田尾, 2012)。このため、在宅がん患者の介護を、患者のよりよい状態を目指した患者と家族を中心とした専門職の集合体から成るシステムであるとみなし、家族の介護に対する認知や態度を組織コミットメントとして捉えることができると考える。

以上のことから、専門職と共に患者を介護することに対する対象者の身の置き方をコミットメントの概念で捉え、説明モデルの作成にコミットメント理論を採用することとした。

### (3) 暫定説明モデルの作成

コミットメント理論を基に、「コミットメント理論におけるコミットメントの過剰と不足への方略」によりコミットメントの程度の判断をおこなう暫定説明モデル「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の説明モデル」(図7、本文中 p 87) を作成した。コミットメント理論におけるコミットメントの過剰と不足への方略とは以下のものである。

#### <①コミットメントの過剰に対する方略>

コミットメントの過剰は、組織コミットメントの研究においてコミットメントのエスカレーションとして捉えられている。エスカレーションとは、一連の行動に着手し時間や労力などを投資したが思い通りの結果が得られないにもかかわらず、なかなか中止することができずさらにコミットメントを増大させる状況や現象 (石田, 1997)

とされる。このエスカレーションに対する方略を Staw, Ross (1987) の枠組みに従い以下のように整理した。

- a. 自分の能力や適性、何に価値を求めるかを正しく把握しておく
- b. どこまで投資するかという投資の限度をあらかじめ決めておく
- c. 投資量を見直す時期や目安をあらかじめ決めておく
- d. 現状の正確な評価のために外部からの客観的な評価を得る
- e. 投資とは別の選択肢を示し撤退することにより利用可能となる資源に目を向ける
- f. 投資の決定を取り巻く状況を広い視野で眺め意識する

#### <②コミットメントの不足に対する方略>

組織コミットメント研究において広範囲に受け入れられ中核的な存在である(高木, 1997) とされる Mowday (1979) と、日本の看護師を対象に Mowday の定義に基づき組織コミットメントを促す経験について明らかにしたグレッグ (2005) の知見を元に、以下のようにコミットメントの不足に対する方略を整理した。

- a. 組織のもつ価値や目標を内在化し、組織への同一化をする
- b. 今まで経験したことや自身のもつ能力を発揮する機会をもつ
- c. 自己の有用感をもち、自分の努力や成長を実感する
- d. 仲間と協力し励まし合いながら良好な関係を築く
- e. 組織との関わりや肯定的フィードバックにより充実感ややりがいを実感する
- f. コミットメントの自己強化的サイクルを利用し、自らの投資によりそれに整合するように次のコミットメントを引き出す

この「コミットメント理論におけるコミットメントの過剰と不足への方略」を基にコミットメントの程度の判断を行い、類型ごとの径路の対処にコミットメントの過剰と不足の方略の該当する記号 (①コミットメントの過剰に対する方略の a. は①-a) とコミットメントの程度の判断を加筆した。

例えば、第 I 期「家で看することを決める」の対処《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》は、「①-abc 今後の患者の状態の変化やそれに合わせた介護の変化を見通せていないまま自分の能力や適性、価値観、介護できる限度を超えて家で看る決意をしている場合、介護を一人で背負い込みコミットメントの過剰に至る恐れがある」とした。《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》対処は、コミットメントの過剰と不足のどちらにも当てはまらないため「コミットメントは適度な状態にある可能性が高い」と

した。

以下に暫定説明モデルの一部を示す。

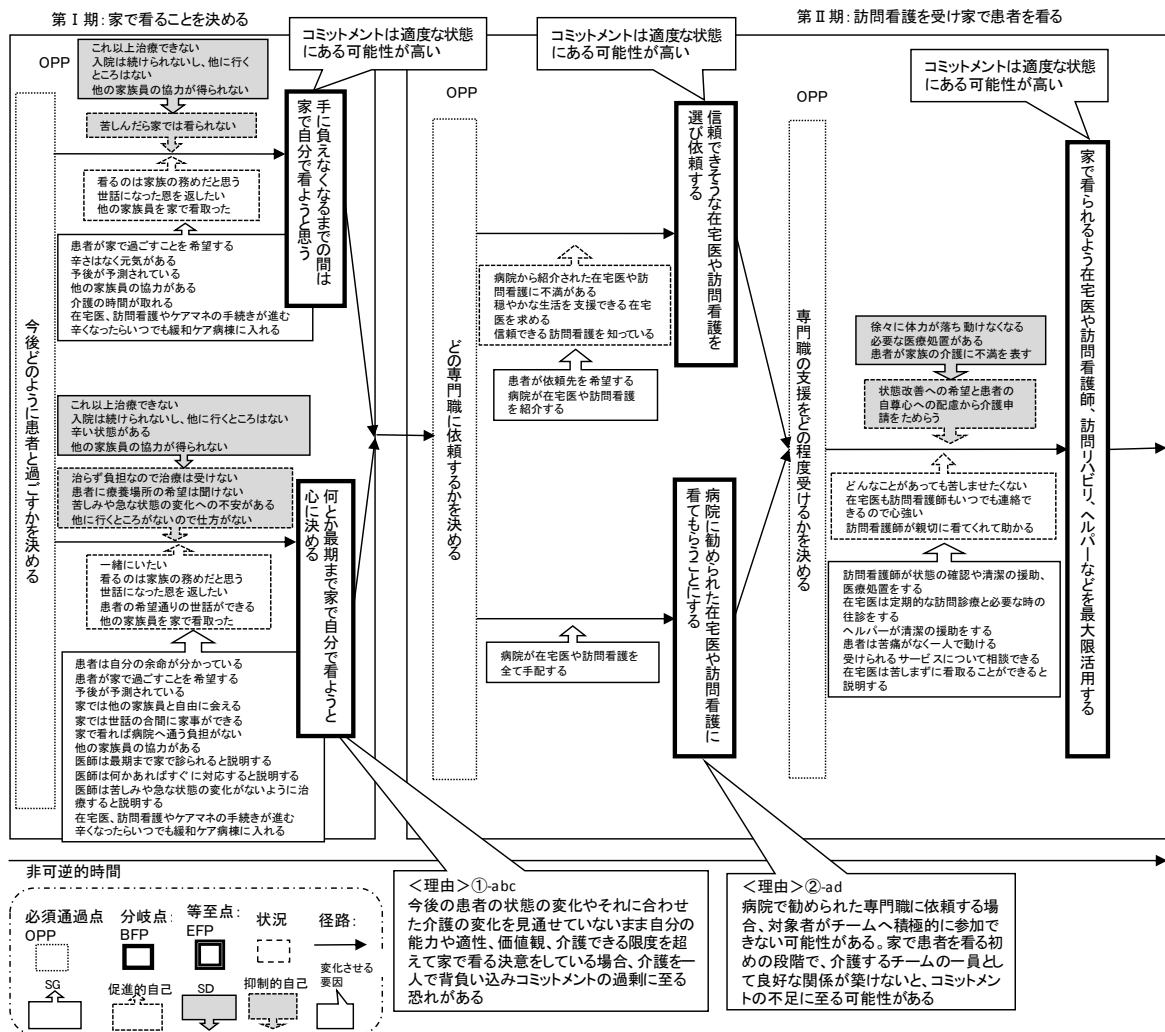


図7 暫定説明モデル「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の説明モデル」の一部

## 2) 暫定看護援助モデル1の作成

上記の暫定説明モデルを基に在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する暫定看護援助モデル1 (図8) を作成した。

暫定看護援助モデル1の方針は、「在宅がん患者と家族の納得できる看取りを目指し、専門職と共に患者を介護することに対する家族にとっての適度なコミットメントを見出し維持する」こととした。

説明モデルの全ての種類の経路における分岐点ごとに、看護方針に則った看護目標を

立て、アセスメントと援助を作成した。

暫定看護援助モデル1の一部を以下に示す。

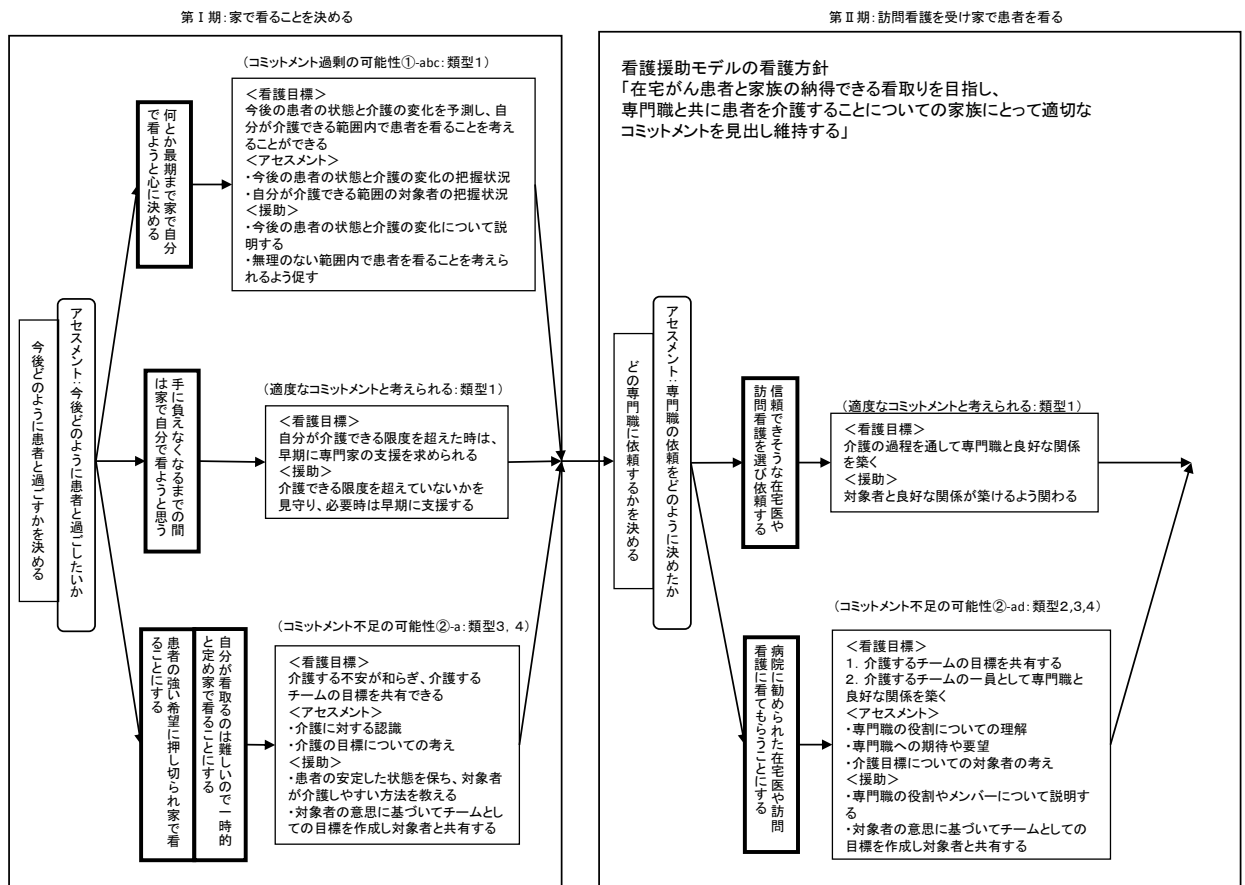


図8 暫定看護援助モデル1「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデル」の一部

### 3) 暫定看護援助モデル1の妥当性の検討

暫定看護援助モデル1の妥当性を検討するために、以下のように専門家会議Aを行った。

#### (1) 対象者の概要

対象者は、がん看護専門看護師1名、訪問看護ステーション管理者2名の計3名で、いずれの専門家も修士論文で、がん患者のケアプログラム作成、訪問看護師のコミットメントを含むアイデンティティ、在宅がん患者の家族に関する研究実績がある。

#### (2) 専門家会議Aでの検討結果

研究者から本研究の概要と暫定説明モデル、暫定看護援助モデル1の概要、会議で

の検討依頼内容を説明した。その後、暫定看護援助モデル1の妥当性として、中範囲理論の使い方は適切か、説明モデルからの飛躍はないか、必要な援助内容を的確に表しているかなどの検討を行った。録音データは67分であった。発言内容を要旨分析すると、会議で検討された内容は以下の8点に集約された。8点の専門家会議Aで検討された内容とそれに対する対応を、専門家会議Aでの検討結果として表4に示す。

表4 専門家会議Aでの検討結果

専門家会議Aで検討された内容	専門家会議Aで検討された内容に対する対応
a. 説明モデルは、経験上本当にその通りだと思える	研究1の分析結果の確証性を補完するものとする。
b. 経験的に介護への関与の仕方を介護のコミットメントとして捉えられると考える	看護援助モデルの基盤としてコミットメント理論を用いることは経験的に支持されたと考える。しかし、コミットメント理論を用いる根拠について論理的な妥当性が支持される必要がある。本会議で示した暫定説明モデルでは論理的な妥当性の表現が不足していたため、理論を用いる根拠について、説明モデル作成過程についての記述と説明モデルにおいて論理的に整理して示した。
c. 介護へのコミットメントの定義を明らかにする必要がある	本会議で示した暫定説明モデルの介護へのコミットメントの定義が明確ではなかったと考える。介護のコミットメントの定義について、コミットメント理論の定義を介護へのコミットメントに照らした場合の定義が明確になるよう説明モデル作成過程についての記述中に示した。
d. コミットメントの過不足の判断の根拠を明確にする必要がある	コミットメントの過不足と、適度なコミットメントについての判断の根拠が明確ではなかったと考える。介護へのコミットメントの過不足と、適度なコミットメントについての定義をコミットメント理論に照らして再検討し、定義と判断の目安が明確になるよう説明モデル作成過程についての記述中に示した。
e. コミットメントの程度の判断は対象者の認識によって決める必要がある	対象者の認識をアセスメントすることによってコミットメントの程度の判断を行うことが伝わりづらかったと考える。看護援助モデルに対象者にとってのコミットメントの意味を確認するためのアセスメントを加え、対象者の認識がコミットメントの程度の判断に含まれていることを明確に示した。
f. コミットメントの背景をアセスメントする必要がある	アセスメントの中にコミットメントの背景が含まれることが伝わりづらかったと考える。看護援助モデルのアセスメントの中にコミットメントの背景についてのアセスメントが全て含まれるように示した。
g. 誰が使っても判断が同じになるような指標やシンプルなモデルにする必要がある	指摘の通り、看護援助モデルはモデルを用いる看護師が同じように判断でき援助を行える簡潔なものであることが望ましい。しかし、在宅がん患者の看取り期の変化に対して対象者が対処を行う場面は、患者や対象者のもつ要素が複雑なため単純な指標でとらえることは難しく、また、単純化することにより見落としてしまう重要な要素が生じると考える。そのため、本研究の看護援助モデルに含まれる要素を大幅に省略することは難しいと考える。指摘を生かし、看護援助モデルを患者や対象者のもつ複雑な要素を捉えながら、モデルの使

	用者が判断や援助に迷わない具体的で理解しやすい簡潔な表現に可能な限り修正して示した。
h. 研究テーマにコミットメントを入れる必要がある	指摘の通り研究2のテーマを表現する際に、コミットメント理論に基づくことを加えることとする。

専門家会議Aで検討された内容は、主に以下の事項であった。暫定説明モデルについては、主に、経験的に介護への関与の仕方を介護のコミットメントとして捉えられると考えるが、介護へのコミットメントの定義、特に過不足の判断の根拠を明らかにする必要があることが検討された。暫定看護援助モデル1については、主に、コミットメントの程度の判断は対象者の認識によって決める必要があることや、コミットメントの背景をアセスメントする必要があることが検討された。

専門家会議Aで検討された内容に対する対応として、暫定説明モデルと暫定看護援助モデル1の修正を行った。専門家会議Aを元に暫定説明モデルを修正したものが最終的な説明モデルとなったため、以下に提示する。専門家会議Aを元に暫定看護援助モデル1を修正したものは、暫定看護援助モデル2とした。

#### 4) 暫定説明モデルの修正と最終的な説明モデルの提示

##### (1) 介護へのコミットメントの定義の修正

専門職と共に患者を介護することに対する対象者の身の置き方において変化させるべき事柄は、介護に接近しすぎることと、介護に近づけないことであった。これはコミットメント理論に照らすと、介護への関与が過剰なことと不足することであるとえられる。そして、コミットメント理論に基づいた看護援助モデルの目指すものは、患者と家族の納得できる看取りのために、介護への関与が対象者にとって過不足なく適度なものとなることであると考えられる。そこで、介護への適度なコミットメントとコミットメントの不足、コミットメントの過剰について以下のように定義する。

コミットメント理論において適度なコミットメントは、自分が何を組織に求め、どのようにつき合っていきたいと望むかによって決まり、組織に完全に飲み込まれてしまうことを避け個人としてのアイデンティティを維持している状態であるとされている(石田, 1997)。そして、コミットメントのレベルが高いことは、「当該組織の価値観や目標の受容」、「自らを組織の代表とみなして行う努力」、「当該組織への引き続いての所属を希望する意思」の3つを伴うものと考えられている(高橋, 2002,

Porter, Steers, Mowday, Boulian, 1974)。

このコミットメント理論の知見を介護へのコミットメントに類推すると、まず、介護に適度にコミットメントしている状態は、対象者が介護にどのようにつき合っていきたいと望むかによって決まると考えられる。そして、介護への適度なコミットメントは、「介護の目標を患者と専門職と共に定め共有すること」、「介護を引き受け努力すること」、「今後も主たる介護者として介護を担っていこうと思うこと」という3つの要素をもちながら、介護を強いられることなく自分らしさや自分の生活を保っている状態と考える。そのため、介護へのコミットメントの不足は、上記の3つの要素の何れかが不足することであると考えられる。また、介護へのコミットメントの過剰は、上記の3つの要素をもちながら、同時に、例えば患者や専門職の要望という外部からの圧力により無理をして介護を行うという介護を強いられた状態にあることや、介護により自分らしさや自分の生活を維持できなくなる状態と考える。

## (2) 介護へのコミットメントの程度を判断する目安

介護へのコミットメントの定義を基に、コミットメントの程度を判断する目安を次のように設定した。適度なコミットメントは、①②③ (②③は-1、2、3のいずれか) の目安が含まれる時、コミットメント不足は④ (④-1、2、3のいずれか) の目安が含まれる時、コミットメントの過剰は⑤⑥ (⑤⑥-1、2、3のいずれか) の目安が含まれる時にコミットメントの程度がその状態にある可能性が高いと判断する。

### 「介護への適度なコミットメント」

- ①対象者が望んだ介護へのつき合い方ができている
- ②-1 介護の目標を患者と専門職と共に定め共有している
- ②-2 介護を引き受け努力している
- ②-3 今後も主たる介護者として介護を担っていこうと思っている
- ③-1 無理をして介護をしていない
- ③-2 自分らしさや自分の生活を保っている

### 「介護へのコミットメントの不足」

- ④-1 介護の目標を患者と専門職と共に定め共有することができない
- ④-2 介護を引き受け努力することができない
- ④-3 今後も主たる介護者として介護を担っていこうと思えない

### 「介護へのコミットメントの過剰」



- ⑤－1 介護の目標を患者と専門職と共に定め共有している
- ⑤－2 介護を引き受け努力している
- ⑤－3 今後も主たる介護者として介護を担っていこうと思っている
- ⑥－1 無理をして介護をしている
- ⑥－2 自分らしさや自分の生活を保てない

### (3) 最終的な説明モデルの提示

以上の検討をもとに、コミットメント理論を基盤として最終的な説明モデル「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の説明モデル: 類型1～4」を作成した。記述モデルの類型1～4ごとの径路の分岐点を、介護へのコミットメントの程度を判断する目安に照らして検討し、変化させる要因としてコミットメントの程度が適度か、過不足かの判断を加筆した。対処に作用した促進的な力や阻害的な力のなかで特にコミットメントの程度の判断の根拠となるものや、対処の中で特にコミットメントの程度の判断の根拠となるものを下線で示した。下線で示した事柄とそれについてのコミットメントの程度の判断を、前述の介護へのコミットメントの程度を判断する目安（例えば、①対象者が望んだ介護へのつき合い方ができている）を用いて、変化させる要因を指し示すものとして拭き出し付の枠内で説明した。この判断は、対象者がその対処をとった場合、コミットメントの程度が判断された状態にある、あるいは、判断された状態に最も近い、判断された状態に至る可能性があることを示すものである。

説明モデルの概要を、類型1～4の説明モデルのそれぞれの第Ⅰ期「家で看することを決める」を用いて以下のように説明する。第Ⅰ期以降の第Ⅱ期から第Ⅴ期も同様の方法で説明モデルを作成しているため、第Ⅰ期を例として説明することとする。

#### ①類型1の説明モデルの概要：第Ⅰ期「家で看することを決める」

類型1の説明モデルは図9-1,2,3,4,5,6（本文中p95～100）に示す。

類型1における第Ⅰ期（9-1、本文中p95）の必須通過点〈今後どのように患者と過ごすかを決める〉により分岐した対処は《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》と《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》である。

《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》という対処に作用した促進的な力や阻害的な力のなかで、特にコミットメントの程度の判断の根拠となるものを、『苦しんだら家では看られない』『辛さはなく元気がある』『介護の時間が取れる』

として下線を引いた。そして、この対処のコミットメントの程度の判断は以下のようにした。「苦しんだら家では看られない」「辛さはなく元気がある」は、自分で介護できる限界を自覚し、無理をせず介護に向かおうとしていると捉えられるので、「③-1 無理をして介護をしていない」と考えられる。「介護の時間が取れる」は、「②-2 介護を引き受け努力している」と考えられる。これらが「①対象者が望んだ介護へのつき合方ができている」中で生じていれば、コミットメントは適度である可能性が高い。

《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》という対処に作用した促進的な力や阻害的な力のなかで、特にコミットメントの程度の判断の根拠となるものは、『一緒にいたい』『見るのは家族の務めだと思う』『世話になった恩を返したい』『辛い状態がある』『他に行くところがないので仕方がない』『苦しみや急な状態の変化への不安がある』とした。この対処のコミットメントの程度の判断は以下のようにした。「一緒にいたい」「見るのは家族の務めだと思う」「世話になった恩を返したい」は、「⑤-2 介護を引き受け努力している」と捉えられる。しかし、同時に「辛い状態がある」「苦しみや急な状態の変化への不安がある」「他に行くところがないので仕方がない」という思いがあり、これらが強い負担感を伴い先の見通しが立っていない場合、「⑥-1 無理をして介護をしている」と捉えられる。そのためコミットメント過剰の可能性がある。

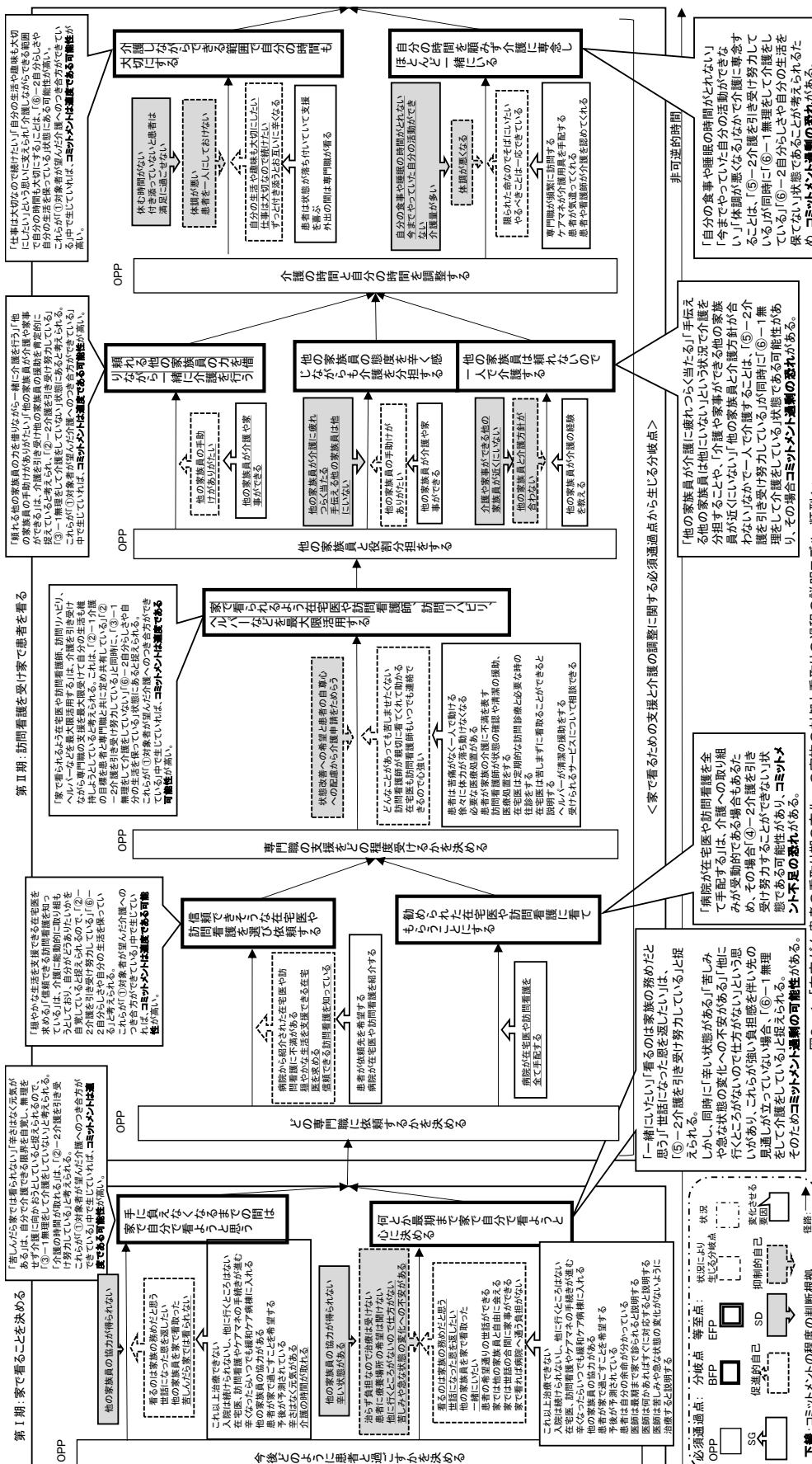


図9-1 「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程の説明モデル」類型1」



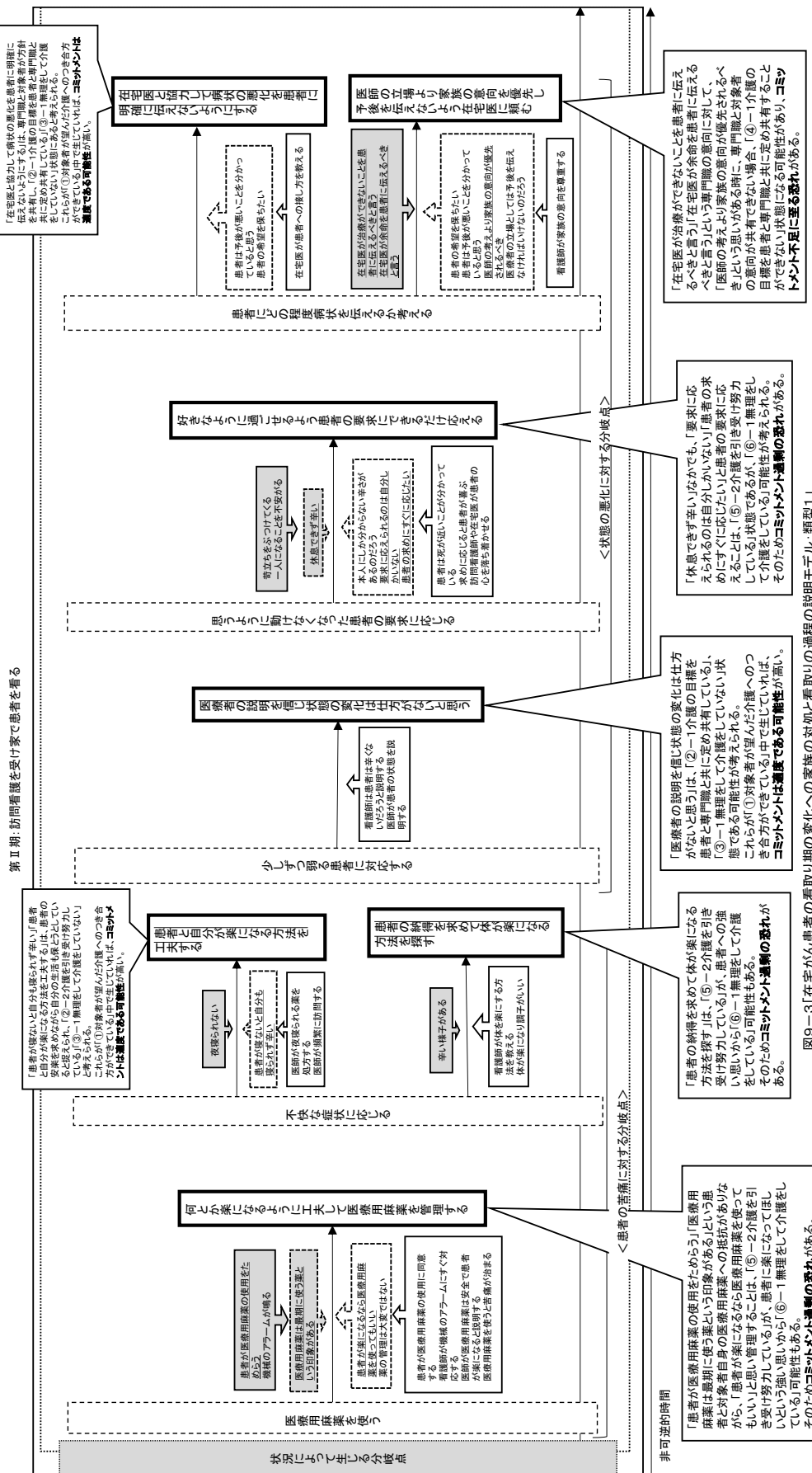


図9-3「在宅がん患者の看取り期の家族の対応と看取りの過程の説明モデル：類型1」

第II期：訪問看護を受け家で患者を看る



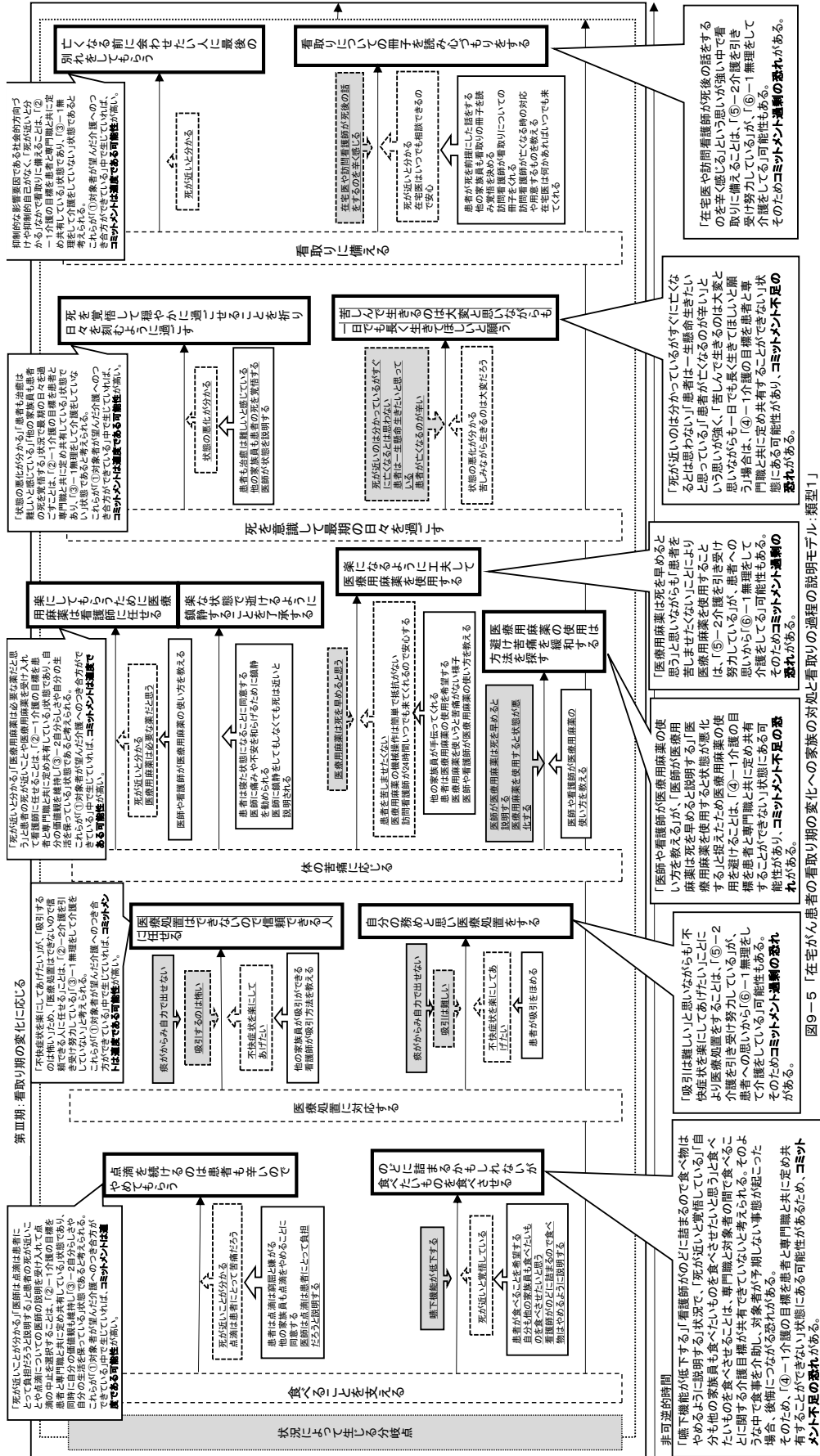


図9-5 「在宅がん患者の看取りの過程の説明モデル」-類型1」





②類型2の説明モデルの概要：第I期「家で看することを決める」

類型2の説明モデルは図10-1,2,3,4（本文中p102～105）に示す。

類型2における第I期（図10-1）の対処は《周りの状況に押し切られ家で看することにする》である。この対処に作用した促進的な力や阻害的な力のなかで、特にコミットメントの程度の判断の根拠となるものは、【辛い状態がある】『苦しみや急な状態の変化への不安がある』『予後が分からない』『患者が家で過ごすことを希望する』『患者の希望は変えられない』とした。この対処のコミットメントの程度の判断は以下のようにした。「辛い状態がある」「苦しみや急な状態の変化への不安がある」「予後が分からない」は、負担感を伴い先の見通しが立っていないと捉えられるので、「④-1介護の目標を患者と専門職と共に定め共有することができない」状態である可能性がある。また、「患者が家で過ごすことを希望する」「患者の希望は変えられない」ことから家で看することを強いられている可能性もある。その中で家で看することを決めることは、「④-2介護を引き受け努力することができない」「④-3今後も主たる介護者として介護を担っていこうと思えない」状態にある可能性があるため、コミットメント不足の恐れがある。





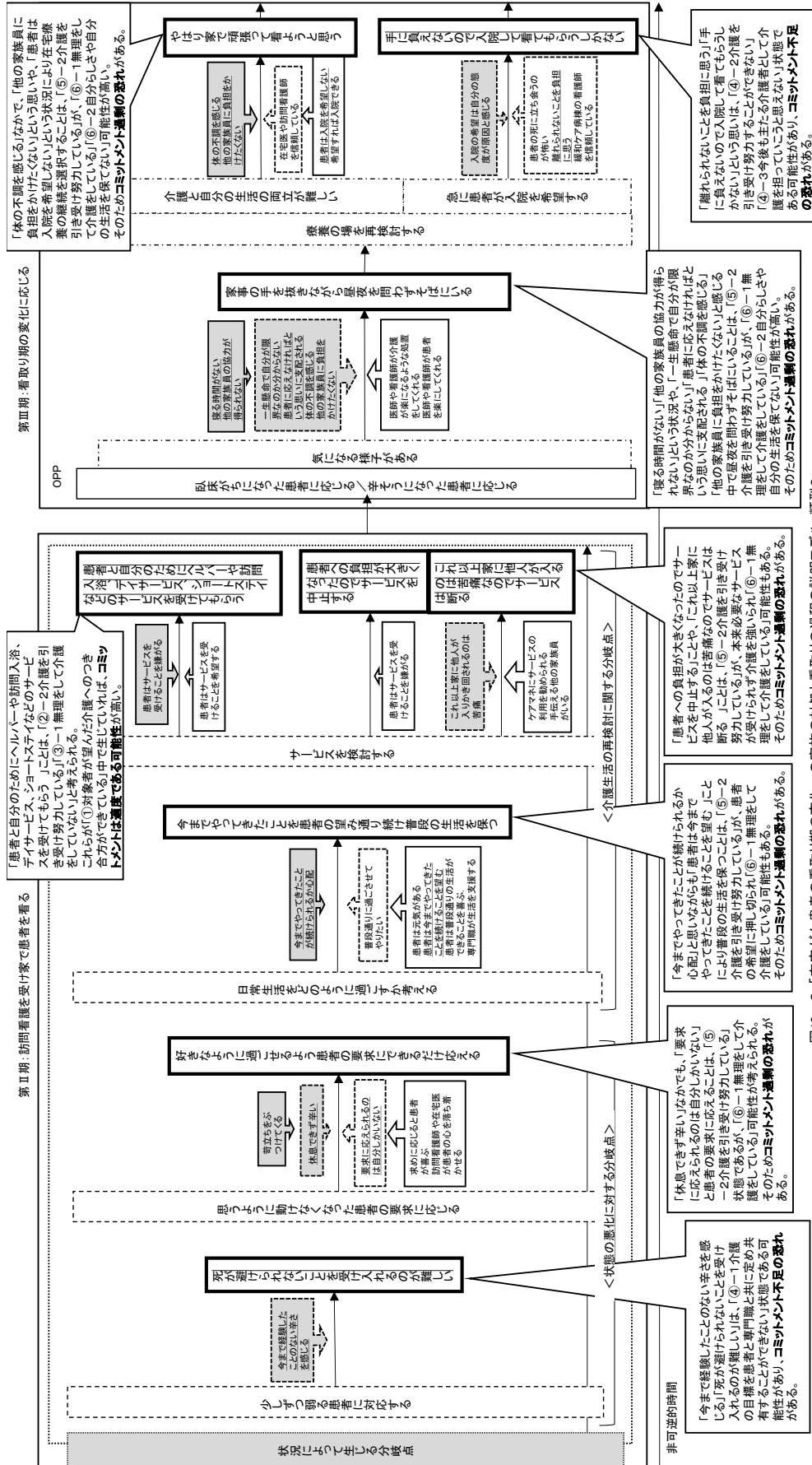


図10-3 「在宅がん患者の看取り期の家族の対処と看取りの過程の説明モデル：類型2」

第Ⅲ期：看取り期の変化に応じる 第Ⅳ期：看取る 第Ⅴ期：看取りの過程を振り返る

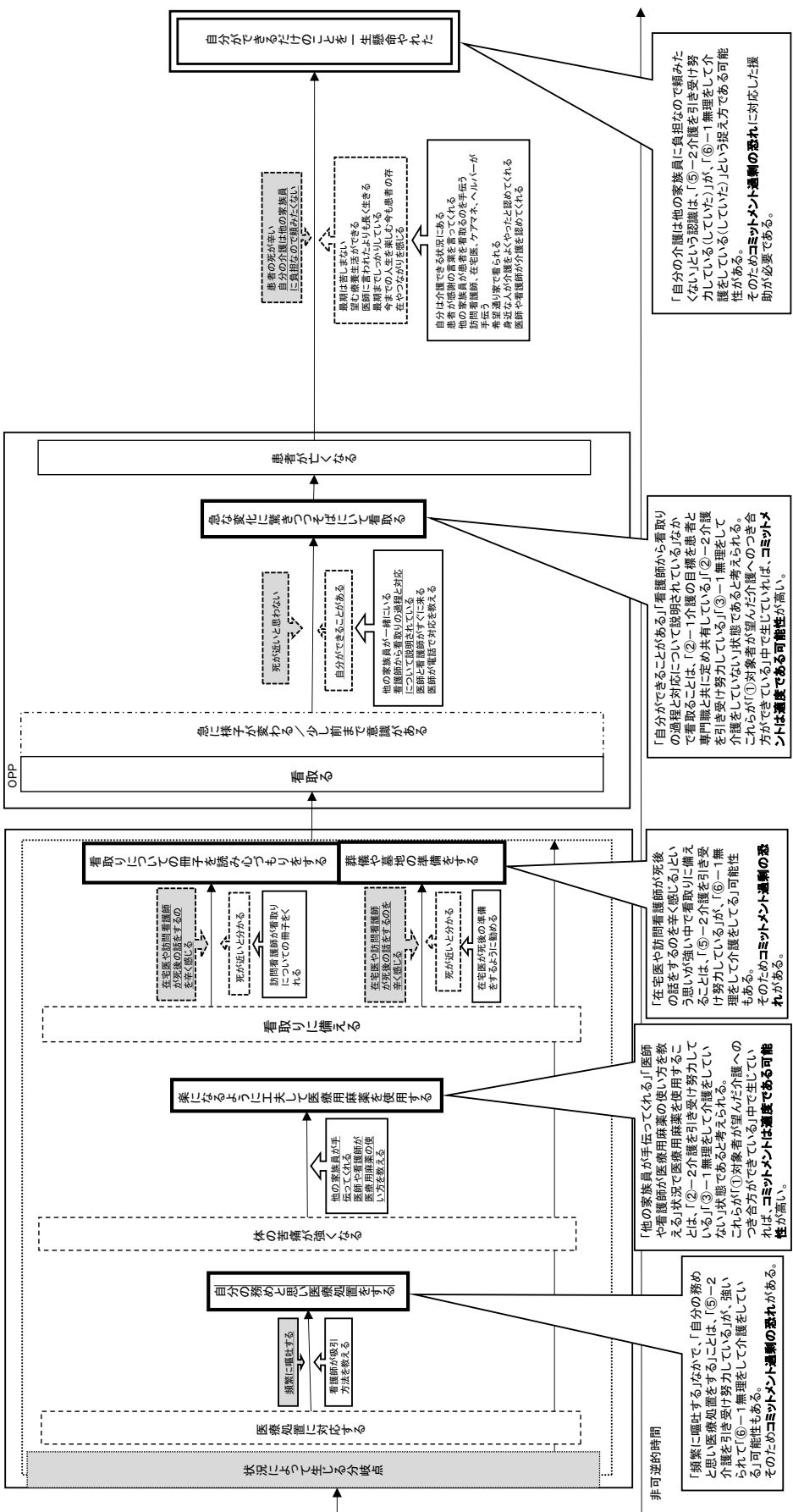


図10-4 「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程の説明モデル：類型2」

③類型3の説明モデルの概要：第I期「家で看ることを決める」

類型3の説明モデルは図11-1,2,3（本文中p107～109）に示す。

類型3における第I期（図11-1）の対処は《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》である。この対処に作用した促進的な力や阻害的な力のなかで、特にコミットメントの程度の判断の根拠となるものは、【辛い状態がある】『体調が悪い』『予後が分からない』『苦しみや急な状態の変化への不安がある』『看るのは家族の務め』とした。この対処のコミットメントの程度の判断は以下のようにした。

「辛い状態がある」「体調が悪い」「予後が分からない」「苦しみや急な状態の変化への不安がある」は、負担感を伴い先を見通せていないと捉えられるため、「④-1介護の目標を患者と専門職と共に定め共有することができない」状態である可能性がある。その中で看取るのは難しいと判断しているのにもかかわらず「看るのは家族の務め」という思いから家で看ることを強いられている可能性もある。このような状況で家で看ることを決めることは「④-2介護を引き受け努力することができない」「④-3今後も主たる介護者として介護を担っていこうと思えない」状態にある可能性があるため、コミットメント不足の恐れがある。







第V期:看取りの過程を振り返る

第IV期:看取る

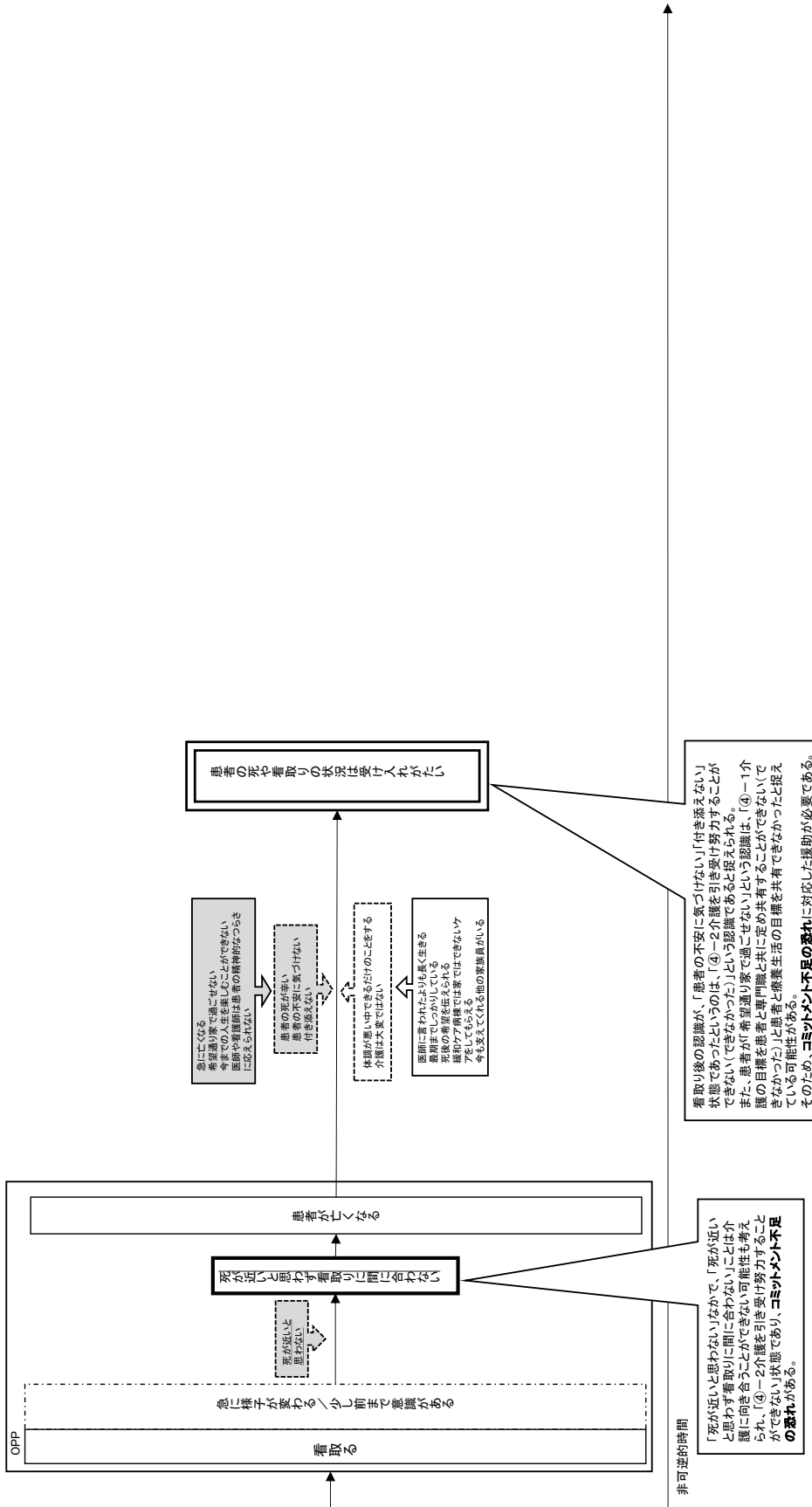


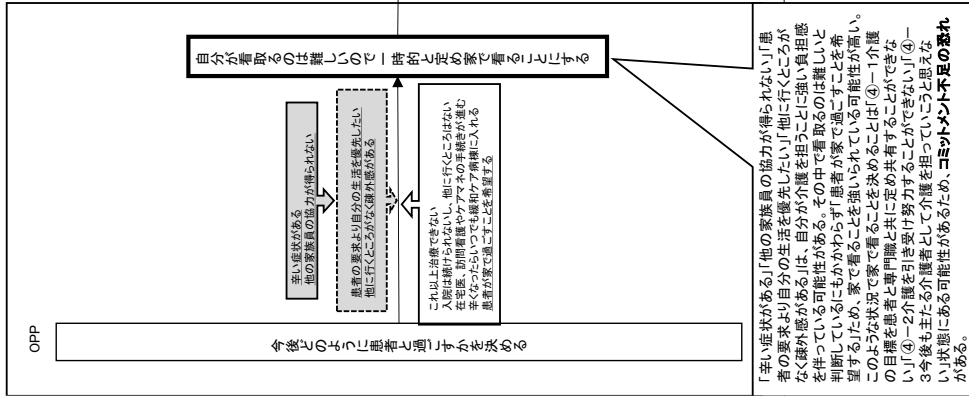
図11-3「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程の説明モデル」-類型3」

④類型4の説明モデルの概要：第I期「家で看ることを決める」

類型4の説明モデルは図12-1,2（本文中p111～112）に示す。

類型4における第I期（図12-1）の対処は《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》である。この対処に作用した促進的な力や阻害的な力のなかで、特にコミットメントの程度の判断の根拠となるものは、【辛い症状がある】【他の家族員の協力が得られない】『患者の要求より自分の生活を優先したい』『他に行くところがなく疎外感がある』[患者が家で過ごすことを希望する]とした。この対処のコミットメントの程度の判断は以下のようにした。「辛い症状がある」「他の家族員の協力が得られない」「患者の要求より自分の生活を優先したい」「他に行くところがなく疎外感がある」は、自分が介護を担うことに強い負担感を伴っている可能性がある。その中で看取るのは難しいと判断しているにもかかわらず「患者が家で過ごすことを希望する」ため、家で看ることを強いられている可能性が高い。このような状況で家で看ることを決めることは「④-1介護の目標を患者と専門職と共に定め共有することができない」「④-2介護を引き受け努力することができない」「④-3今後も主たる介護者として介護を担っていこうと思えない」状態にある可能性があるため、コミットメント不足の恐れがある。

第1期：家で看ることを決める



第2期：訪問看護を受け家で患者を看る

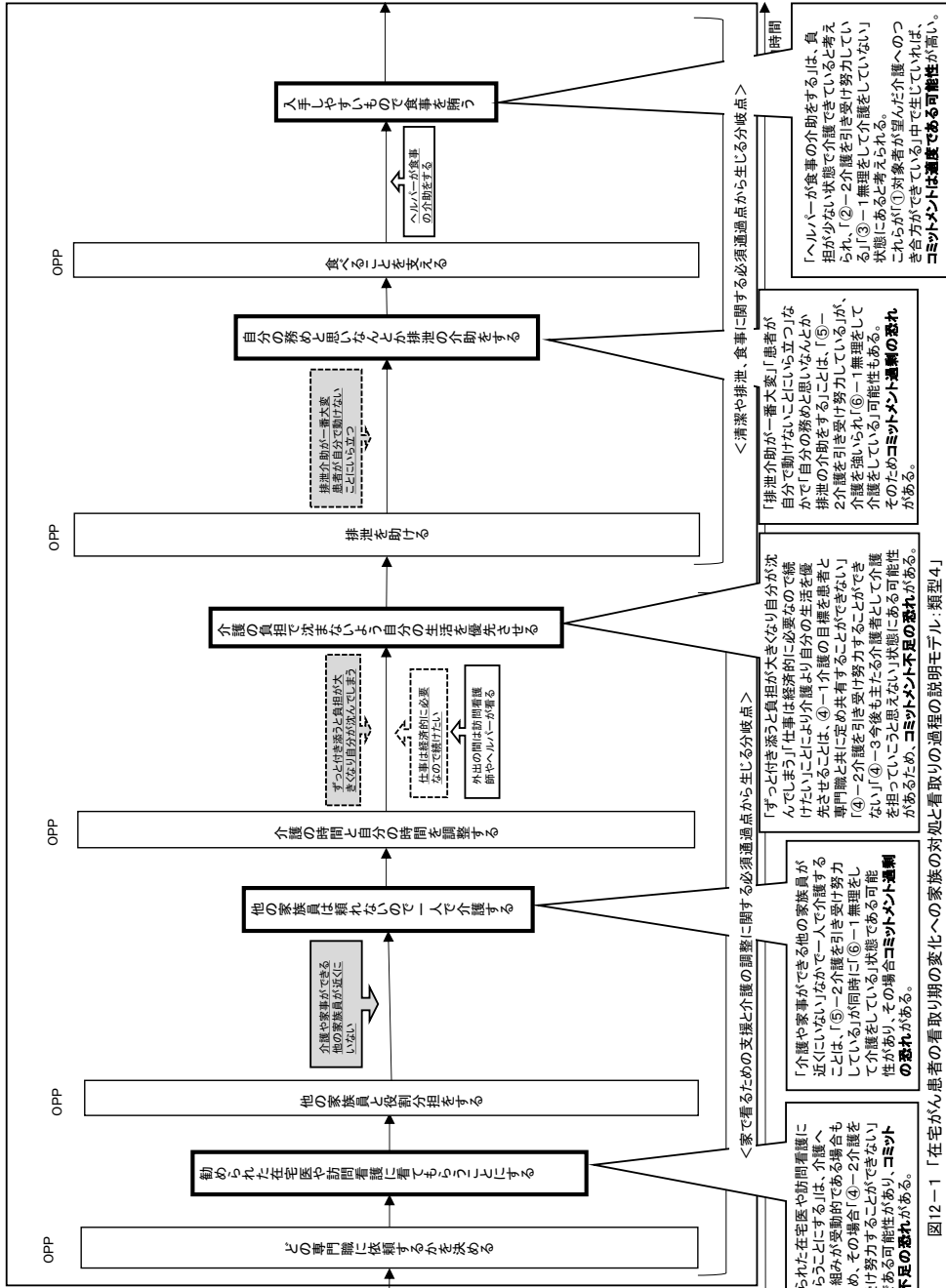


図12-1 「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応と看取りの過程の説明モデル：類型4」



## 5) 暫定看護援助モデル2の作成

専門家会議 A での検討結果を基に暫定看護援助モデル1を修正し、暫定看護援助モデル2を作成した。(図13 暫定看護援助モデル2の一部) このモデル2では、各時期の対処に分岐した後、対象者にとってのコミットメントの意味を確認するために対象者が望んだ介護へのつき合い方ができているかどうかなどを問うアセスメントを加えた。アセスメントから導いたコミットメントの程度別に、必要な看護目標とアセスメント、援助を提示した。また、専門家会議 A での検討を基に説明モデルのコミットメントの程度を判断する目安を修正したため、看護目標とアセスメント、援助の表現も修正した。

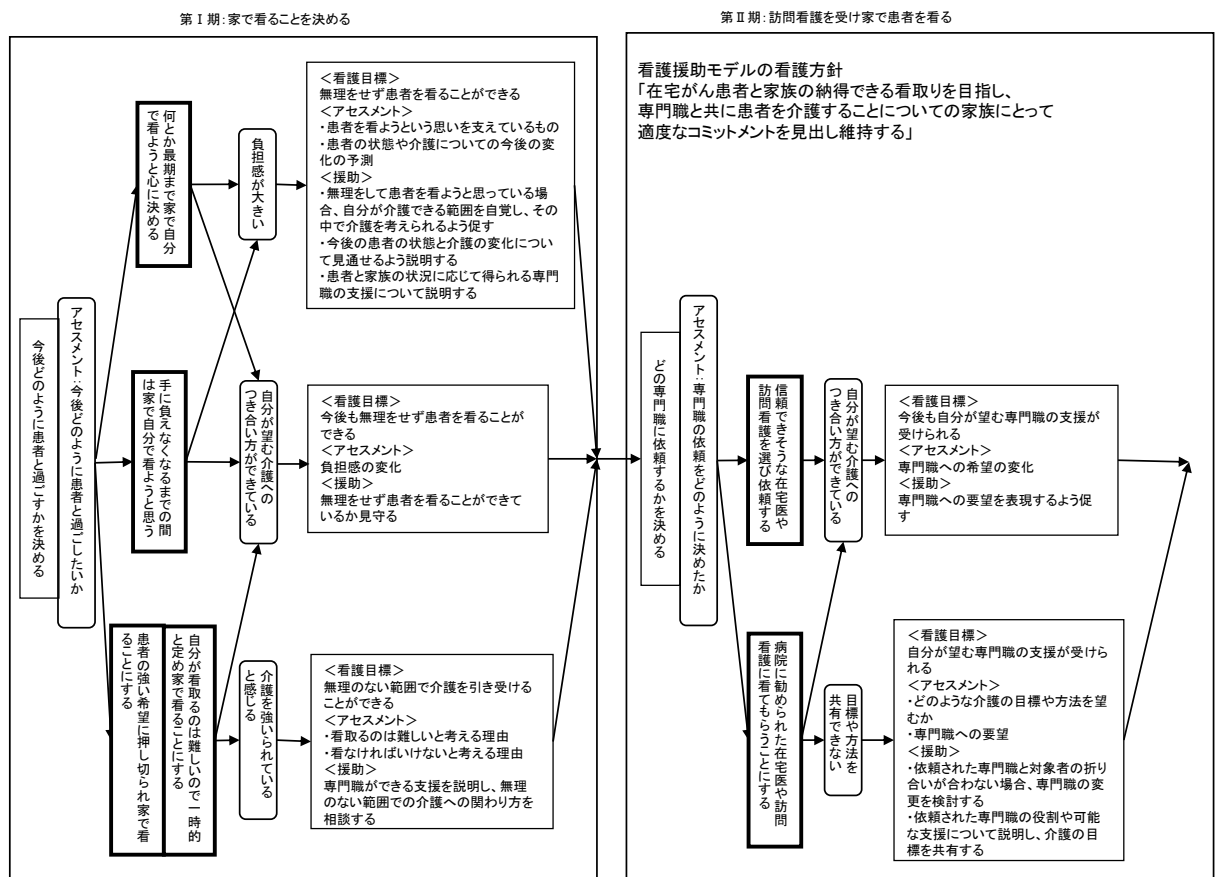


図13 暫定看護援助モデル2「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデル」の一部

## 6) 暫定看護援助モデル2の実行可能性の検討

### (1) 対象者の概要

対象者は、訪問看護認定看護師である訪問看護ステーション管理者1名、訪問看護

ステーション管理者 2 名の計 3 名である。3 名の専門家全員の都合がつく日程がなかったため、2 名でのグループインタビューとし、後日残りの 1 名へのインタビューを行った。1 名へのインタビューでは、先に行われたグループインタビューでの発言の概要を説明し、グループインタビューの利点である意見の引き出しと蓄積に努めた。

## (2) 専門家会議 B での検討結果

研究者から本研究の概要と説明モデル、暫定看護援助モデル 2 の概要、会議での検討依頼内容を説明した。その後、暫定看護援助モデル 2 の実行可能性として、訪問看護師にとって理解可能か、実施可能か、患者と家族にとって害はないか、効果が期待できるかなどの検討を行った。録音データは 48 分と 64 分であった。発言内容を要旨分析すると、会議で検討された内容は以下の 16 点に集約された。16 点の専門家会議 B で検討された内容とそれに対する対応を、専門家会議 B での検討結果として表 5 に示す。

表 5 専門家会議 B での検討結果

専門家会議 B で検討された内容	専門家会議 B で検討された内容に対する対応
a. 記述モデルは、なるほどそうなるだろうと理解できる。 第Ⅲ期「臥床がちになった患者に応じる」の対処は、「残された時間を思い昼夜を問わずずっとそばにいる」よりも生活しながら見守っている人の方が多いのではないか。	研究 1 の分析結果の確証性を補完するものと考ええる。 「残された時間を思い昼夜を問わずずっとそばにいる」対処は生活しながら見守っている人も含んでいたが、この表現では伝わりにくいと考えた。記述モデルと説明モデル、看護援助モデルの該当箇所を「家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる」と修正した。
b. 看護援助モデルの「患者」という表現について、在宅では利用者とか療養者と呼ぶので違和感がある。	援助モデルを訪問看護師が使用する際に、訪問看護師が所属するステーションで使用されている患者の呼称に修正して提示することとする。
c. 看護援助モデルは在宅独自のものであること、時期別の具体的な計画が示されていること、選択して使用し時期ごとに修正することで訪問看護師の負担が軽減できること、選択して計画立案と修正を行うことでステーションの報告義務にも合致することから訪問看護師が使用することができると思う	看護援助モデルの概要の実行可能性が認められたものと考ええる。 看護計画立案と修正において選択して使用できるように、今後は看護問題リストや、使用方法や対象者、時期などを含む手引き書などを加え看護援助モデルを発展させる必要があることが示唆された。
d. 対象者が患者の希望にそわない対処をしても適度なコミットメントといえるか疑問が残る。	対象者の対処は患者の意向を含んだものであったと考えられるため、対象者の対処からコミットメントの程度を判断できると考える。 例えば、第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」の状況「急に患者が入院を希望する」は患者の意向と対象者の認識のずれを表しているが、ここで生じた対処はコミットメントの不足と判断する。
e. 看護援助モデル全体の考え方は分かりやすい	看護援助モデルを単純なフローチャートのよ

<p>が、使いやすくするためにフローチャートと解説を分けるなどの工夫が必要である。</p>	<p>うに表現することは難しいが、上記 c. で示されたように、看護問題リストや手引書により選択して使用することが理解しやすくなると考える。</p>
<p>f. 「今後どのように患者と過ごすかを定める」について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護目標「介護を引き受ける」という表現に違和感があるので、「担う」などの方がいいのではないか</li> <li>・アセスメントに、何について負担に思っているのかを加えた方がいいのではないか</li> <li>・援助「介護への関わり方を相談する」について、対象者がどれぐらい介護できるかを一緒に決めるとか調整するという表現の方が分かりやすい</li> <li>・この時期から訪問看護が関わっていることが分かりづらい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者は介護を行っていくことを「面倒を見る」と表現することが多かったため、「負担が大きい」時の看護目標とも対応させ、「無理のない範囲で患者を看ることができる」とする。</li> <li>・指摘の通り負担の理由や背景のアセスメントが必要であると考え、「見るうえで負担に感じる」とその理由」を加える。</li> <li>・指摘の通り「相談する」という表現は抽象的であると考え、「対象者がどれぐらい介護できるかを一緒に考える」とする。</li> <li>・指摘の通り具体的な援助時期が分かりにくいと考えた。今後、看護援助モデルを発展させる際に、具体的な使用方法を記載した手引き書などに、使用時期を明記することとする。</li> </ul>
<p>g. 「どの専門職に依頼するかを定める」について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職に在宅医と訪問看護だけでなく、ヘルパーやリハビリ、ケアマネなどを加えた方が現実的ではないか</li> <li>・アセスメント「専門職への希望の変化」は。要望の方がいいのではないか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指摘の通り医師や看護師以外の専門職の依頼の検討が加わることが現実的であると考え、記述モデルでは示されなかったため、今後の研究課題とする。</li> <li>・指摘の通り「要望」の方が具体的で分かりやすいと考え修正する。</li> </ul>
<p>h. 「専門職の支援をどの程度受けるか決める」について、援助「支援を調整できることを説明する」はケアマネと連携して支援を調整するという表現の方がいいのではないか。</p>	<p>指摘の通りケアマネージャーと連携することを明記するほうがより具体的と考え「ケアマネージャーと連携して支援を調整する」に修正する。</p>
<p>i. 「他の家族員と役割分担をする」について、アセスメントに対象者の健康状態や疲労の状況も加えた方がいいのではないか。</p>	<p>対象者の健康状態や疲労の状況は記述モデルでは示されなかったため今後の研究課題とする。</p>
<p>j. 「介護の時間と自分の時間を調整する」について、援助「介護に関わっていることの評価を伝える」の評価という言葉が分かりづらいので、介護に関わっていることを伝えてねぎらうなどがいいのではないか。</p>	<p>指摘の通り分かりづらいと考え、「介護に関わっていることを伝えてねぎらう」と修正する。</p>
<p>k. 「清潔を保つ」「排泄を助ける」「食べることを支える」について、アセスメントに、状態変化を捉えられているかや、状態変化の中で清潔を保つことなどについての思いを加えるといいのではないか。</p>	<p>指摘の通り重要と考え、「患者の状態の認識」「患者の状態に合わせた介助方法についての認識」を加える。</p>
<p>l. 「サービスを検討する」について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「これ以上他人が家に入るのが苦痛なのでサービスは断る」は誰にとって苦痛なのかが分かりづらい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対処は全て対象者を主語にしているため誤解は少ないと考える。今後看護援助モデルを発展させる際に、手引き書などで、対処は対象者の視点からの表現であることを明記することとする。</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント「どのようにサービスを検討するか」の意味が分かりづらいので、どの程度サービスを受けるかなどの表現がいいのではないか</li> <li>・援助「訪問看護が介護を補う」は何を補うかが分かりづらいので、生活支援などとした方がいいのではないか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指摘の通り分かりづらい表現と考え、「どの程度サービスを受けるか」と修正する。</li> <li>・指摘の通り分かりづらいと考え、「訪問看護が生活支援を補う」と修正する。</li> </ul>
<p>m. 「療養の場をどのように再検討するか」について、「手に負えないので入院して見てもらうしかない」の援助は良いと思う。看取る場所がどこでも、選択は間違いではないと伝えることが大切だと思う。</p>	<p>援助の妥当性が経験的に補完されたと考える。</p>
<p>n. 「看取る」について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・援助として、患者が家族に伝えたい思いを伝えられるように橋渡しすることが必要ではないかと思う。</li> <li>・死の段階を前もって知らせることは必要だと考える</li> <li>・亡くなる時に家族ができることを説明することは必要だと考える</li> <li>・死は予測できないので看取りに立ち会えなくてもいいという説明を加える必要がある</li> <li>・専門職が死に立ち会えるように調整するのは難しいので、家族の不安を軽減できるように訪問回数を増やすことが必要と考える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指摘の通り必要な援助であり、記述モデルの看取り後の認識である『別れの言葉を交わしたい』についての援助に当たると考えられるため、「患者が対象者に伝えたい思いを伝えられるように橋渡しする」を加える。</li> <li>・援助の妥当性が経験的に補完されたと考える。</li> <li>・援助の妥当性が経験的に補完されたと考える。</li> <li>・指摘の通り必要な援助であると考え、第Ⅲ期の《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》対処への援助と、第Ⅳ期《看取る》の援助に、「死は予測できないので看取りに立ち会えなくても仕方ないことを説明する」を加える。</li> <li>・指摘の通り専門職が死に立ち会うことは実現可能性が低いいため、「看取る」の援助を「不安を軽減できるよう訪問回数を増やす」に修正する。</li> </ul>
<p>o. 看取りの過程を振り返る時期の援助について、患者の死後に訪問することはあるので、必要な援助だと考える</p>	<p>援助の妥当性が経験的に補完されたと考える。</p>

専門家会議Aで検討された内容は、主に以下の事項であった。記述モデルについては、経験的に妥当と思えるとの見解を得た。説明モデルについては、特に検討が必要な内容はなく承認が得られたと考えられたため、専門家会議Bで示した説明モデルを最終的な説明モデルとした。暫定看護援助モデル2については、主に、在宅独自のモデルであること、時期別の具体的な計画が示されていること、選択して使用し時期ごとに修正することで訪問看護師の負担が軽減できることなどからモデルの実行可能性が確認された。モデルの内容については、具体的に必要な援助内容の修正や理解しやすい表現が検討された。



## 7) 暫定看護援助モデル2の修正と最終的な看護援助モデルの提示

### (1) 暫定看護援助モデル2の修正

以上の検討から、暫定看護援助モデル2を以下のように修正した。

看護援助モデルの方針の修正はなく、「在宅がん患者と家族の納得できる看取りを目指し、専門職と共に患者を介護することに対する家族にとっての適度なコミットメントを見出し維持する」ことである。

看護援助を時期ごとに分け、説明モデルの第Ⅰ期「家で看することを決める」の援助モデルは「第Ⅰ期：家で看することを決める対処の支援」、第Ⅱ期「訪問看護を受け家で患者を看る」は「第Ⅱ期：訪問看護を受け家で患者を看ることの対処の支援」、第Ⅲ期「看取り期の変化に応じる」は「第Ⅲ期：看取り期の変化に応じる対処の支援」、第Ⅳ期「看取る」は「第Ⅳ期：看取るための対処の支援」、第Ⅴ期「看取りの過程を振り返る」は「第Ⅴ期：看取りの過程を振り返ることの支援」とした。

本研究で提示する看護援助モデルは、患者の看取り期の変化への家族の対処を支援することを主題とするが、「第Ⅰ期：家で看することを決める対処の支援」と「第Ⅱ期：訪問看護を受け家で患者を看ることの対処の支援」は、看取り期の変化への対処を支えるものであるため援助モデルに含んだ。また、「第Ⅳ期：看取るための対処の支援」と「第Ⅴ期：看取りの過程を振り返ることの支援」は、看取り後の認識を支える支援であるため、在宅がん患者と家族の納得できる看取りを目指すために援助モデルに含んだ。そして、「第Ⅰ期：家で看することを決める対処の支援」から「第Ⅴ期：看取りの過程を振り返ることの支援」までを「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデル」とした。

専門家会議 B で検討された援助内容の修正や理解しやすい表現の提案をもとに、看護援助モデルの修正を行い最終的な看護援助モデルとした。

説明モデルと看護援助モデルが最終的にどのように対応しているかを示すために、以下に説明モデルから看護援助モデルを作成する手順を説明した後、例として、「何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める」対処への援助モデル作成について述べる。図 14 は、説明モデルから看護援助モデルを作成する際の対処の位置づけを示す「説明モデルから看護援助モデルを作成する手順の該当箇所」である。図 15 は、説明モデルから看護援助モデルを作成する手順番号を示す「説明モデルから看護援助モデルを作成する手順」である。

表6 説明モデルから看護援助モデルを作成する手順

1. 説明モデルにおいて、対処のコミットメントの程度（過剰、適度、不足）の可能性を判断。
2. 看護援助モデルに、対処における家族自身の認識を問う。
3. 看護援助モデルに、適度なコミットメントに導くための〈看護目標〉を置く。
4. 説明モデルのコミットメント過不足を生じさせる要因（社会的ガイド、社会的方向づけ、自己内対話）に着目し、看護援助モデルに、その内容をアセスメントする視点〈アセスメント〉を置く。
5. 説明モデルのコミットメント過不足を生じさせる要因（社会的ガイド、社会的方向づけ、自己内対話）に着目し、看護援助モデルに、コミットメント過不足を生じさせる要因を変化させるための支援〈援助〉を置く。

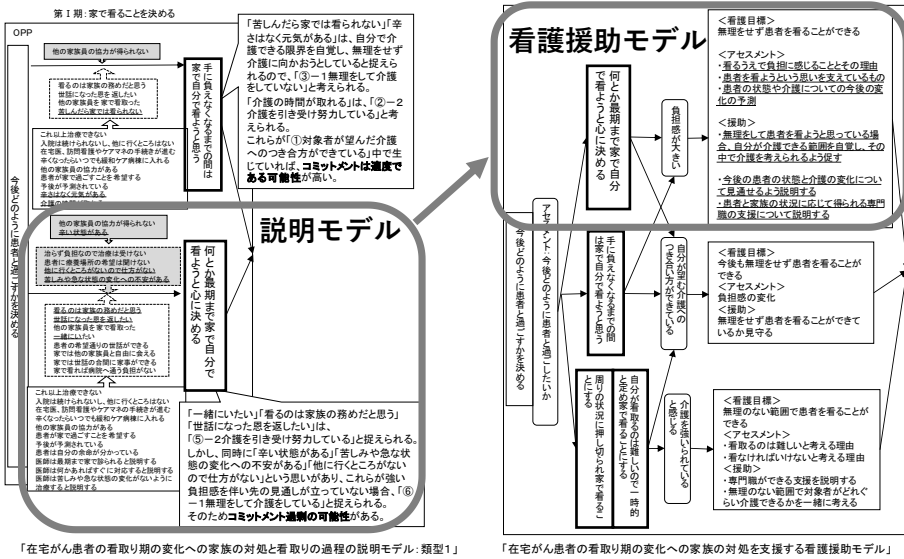


図14 説明モデルから看護援助モデルを作成する手順の該当箇所

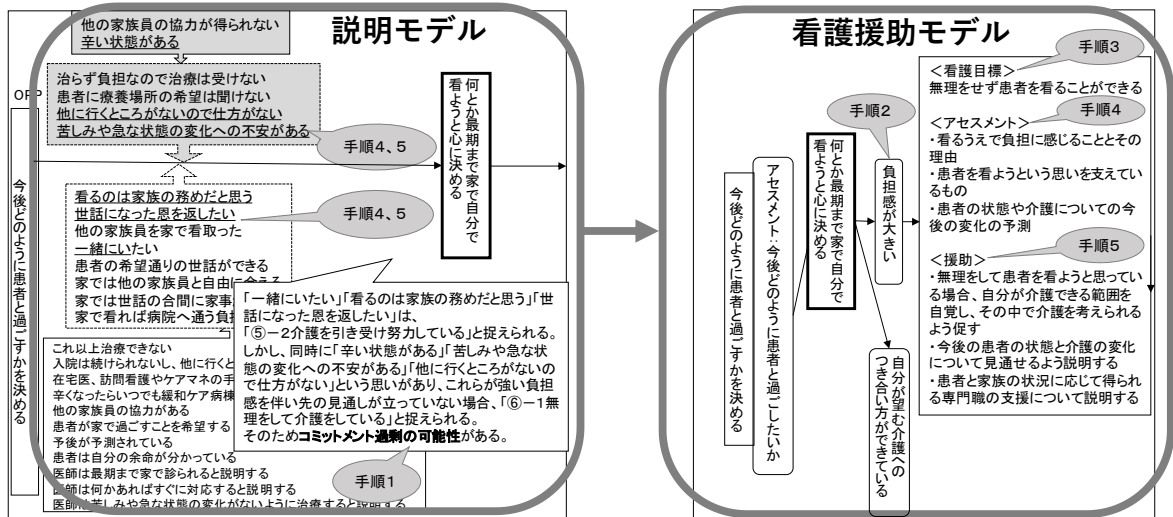


図15 説明モデルから看護援助モデルを作成する手順

表7 「何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める」対処について説明モデルから  
看護援助モデルを作成する手順

1. 説明モデルにおけるコミットメント過剰の可能性があるという判断。
2. 看護援助モデルで、この対処が「負担感が大きい」か「自分が望む介護へのつき合い方ができている」かをアセスメントする。
3. 対処が「負担感が大きい」場合、看護援助モデルの〈看護目標〉を「無理をせず患者を看ることができる」とする。
4. 説明モデルのコミットメントを過剰にさせる要因の一つを「他に行くところがないので仕方がない」「苦しみや急な状態の変化への不安がある」であると着目し、看護援助モデルの〈アセスメント〉に「見るうえで負担に感じることとその理由」「患者の状態や介護についての今後の変化の予測」を置く。  
さらに、説明モデルのコミットメントを過剰にさせる要因のを「看るのは家族の務めだと思う」「世話になった恩を返したい」「一緒にいたい」であると着目し、看護援助モデルの〈アセスメント〉に「患者を看ようという思いを支えているもの」を置く。
5. 4で着目した説明モデルのコミットメントを過剰にさせる要因を適度なコミットメントに導くための支援を、看護援助モデルの〈援助〉に「無理をして患者を看ようと思っている場合、自分が介護できる範囲を自覚し、その中で介護を考えられるように促す」「今後の患者の状態と介護の変化について見通せるよう説明する」などと置く。

## (2) 最終的な看護援助モデルの提示

最終的に本研究で提示する「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデル」を図16-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10として文末に示す(本文中 p 126~135)。

ここでは、看取りの過程において看取り期の変化への対処に影響が大きいと考える「第Ⅰ期：家で看することを決める対処の支援」と、本研究の主題である患者の看取り期の変化への家族の対処を直接的に支援する「第Ⅲ期：看取り期の変化に応じる対処の支援」について記述する。

### ①第Ⅰ期：家で看することを決める対処の支援

まず、家族が実際にどのような対処をとったのかをアセスメントする。第Ⅰ期では、〈今後どのように患者と過ごすかを決める〉対処において、アセスメントとして「今後どのように患者と過ごしたいか」を問う。それにより生じた4つの対処を、コミットメントの過剰と適度、不足の3つの可能性に分ける。《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》対処をとった家族はコミットメント過剰の可能性があり、《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》対処をとった家族は適度なコミットメントの可能性があり、《周りの状況に押し切られ家で看ることにする》《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》対処をとった家族はコミットメントの不足の可能性もある。

つぎに、対象者にとってのコミットメントの意味を確認するためのアセスメントを各

対処において問う。コミットメント過剰の可能性のある対処《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》では、対処が「負担感が大きい」か、あるいは「自分が望む介護へのつき合い方ができている」かを問う。「負担感が大きい」場合は、コミットメント過剰に対する看護援助を行う。「自分が望む介護へのつき合い方ができている」場合は、適度なコミットメントに対する看護援助を行う。適度なコミットメントの可能性のある対処《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》でも、対処が「負担感が大きい」か、あるいは「自分が望む介護へのつき合い方ができている」かを問う。この対処も、「負担感が大きい」場合はコミットメント過剰に対する看護援助を行い、「自分が望む介護へのつき合い方ができている」場合は適度なコミットメントに対する看護援助を行う。コミットメント不足の可能性のある対処《周りの状況に押し切られ家で看ることにする》《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》では、「自分が望む介護へのつき合い方ができている」か、あるいは「介護を強いられていると感じる」かを問う。「自分が望む介護へのつき合い方ができている」場合は適度なコミットメントに対する看護援助を行い、「介護を強いられていると感じる」場合はコミットメント不足に対する看護援助を行う。

〈今後どのように患者と過ごすかを定める〉対処についての適度なコミットメントを見出し維持するための看護援助は、以下のものである。

表8 〈今後どのように患者と過ごすかを定める〉対処についてのコミットメント過剰に対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt; 無理をせず患者を看ることができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看るうえで負担に感じることとその理由</li> <li>・ 患者を看ようという思いを支えているもの</li> <li>・ 患者の状態や介護についての今後の変化の予測</li> </ul> <p>&lt;援助&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 無理をして患者を看ようと思っている場合、自分が介護できる範囲を自覚し、その中で介護を考えられるよう促す</li> <li>・ 今後の患者の状態と介護の変化について見通せるよう説明する</li> <li>・ 患者と家族の状況に応じて得られる専門職の支援について説明する</li> </ul>
---

表9 〈今後どのように患者と過ごすかを定める〉対処についての適度なコミットメントに対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt;          今後も無理をせず患者を看ることができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt;          負担感の変化</p> <p>&lt;援助&gt;          無理をせず患者を看ことができているか見守る</p>
---

表10 〈今後どのように患者と過ごすかを定める〉対処についてのコミットメント不足に対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt;          無理のない範囲で患者を看ることができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt;          ・看取るのは難しいと考える理由          ・看なければいけないと考える理由</p> <p>&lt;援助&gt;          ・専門職ができる支援を説明する          ・無理のない範囲で対象者がどれぐらい介護できるかを一緒に考える</p>
---

## ②第Ⅲ期：看取り期の変化に応じる対処の支援

第Ⅲ期の支援については、主要な援助である〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉対処と〈療養の場を再検討する〉対処についての支援について述べ、状況により必要になる援助については記述を省略する。

第Ⅲ期では、はじめに、〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉対処において、アセスメントとして「看取り期の変化にどのように応じるか」を問う。それにより生じた2つの対処を、コミットメントの過剰と不足の2つの可能性に分ける。《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》対処をとった家族はコミットメント過剰の可能性があり、《死は先のことと思え自分の生活を優先する》対処をとった家族はコミットメント不足の可能性がある。

対象者にとってのコミットメントの意味を確認するためのアセスメントとして、コミットメント過剰の可能性のある対処《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》では、対処が「負担感が大きい」か、あるいは「自分が望む介護への付き合い方ができている」かを問う。「負担感が大きい」場合は、コミットメント過剰に対する看護援助を行う。「自分が望む介護への付き合い方ができている」場合は、適度なコミットメントに対する看護援助を行う。コミットメント不足の可能性のある対処《死は先のことと思え自分の生活を優先する》では、「自分が望む介護への付き合い方ができている」か、ある

いは「看取り期の変化に気づいていない」かを問う。「自分が望む介護への付き合い方ができている」場合は適度なコミットメントに対する看護援助を行い、「看取り期の変化に気づいていない」場合はコミットメント不足に対する看護援助を行う。

〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉対処についての適度なコミットメントを見出し維持するための看護援助は以下のものである。

表 11 〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉対処についてのコミットメント過剰に対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt; 無理をせず患者に付き添うことができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・患者の状態と予後の認識</li><li>・患者の療養とケアについての意向と家族の認識の差異</li><li>・常に付き添いたいと思う理由</li><li>・介護の生活への影響と負担（睡眠時間、食事状況、清潔保持の状況）及びその自覚</li><li>・体調の変化</li><li>・介護以外にしなければいけない家事や仕事</li><li>・他の家族員との協調状況</li><li>・どのように看取りたいか</li><li>・得られる支援や療養の場の選択肢の把握状況</li><li>・専門職への要望や療養の場についての希望</li></ul> <p>&lt;援助&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・患者の療養とケアについての意向に基づいた介護ができるよう、患者と家族の意向を調整する</li><li>・常に付き添いたい思いを受けとめつつ、対象者の生活や体調への影響を自分で把握できるように伝える</li><li>・付き添いたい思いと生活や体調への影響のバランスをとれるよう、専門職の支援を調整する</li><li>・対象者の負担が軽減できる介護方法を検討し、方法を教える</li><li>・患者の苦痛を緩和し、対象者の不安と介護の負担を軽減する</li><li>・希望があればいつでも支援できることを伝え、連絡方法を確認する</li><li>・死は予測できないので看取りに立ち会えなくても仕方がないことを説明する</li><li>・対象者が了承すれば、他の家族員との協調についての対話をとりもつ</li><li>・患者のために十分な介護ができていることを伝えねぎらう</li></ul>
--

表 12 〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉対処についての適度なコミットメントに対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt; 今後も無理をせず患者に付き添うことができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt; 常に付き添うことによる生活や体調への影響と負担感の変化</p> <p>&lt;援助&gt; 付き添いたい思いと生活や体調への影響のバランスをとれるよう、専門職の支援を続ける</p>
--

表 13 〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉対処についてのコミットメント不足に対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt; 看取り期の変化を捉え、無理をせず患者に応じることができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に応じられない理由</li> <li>・患者の状態をどのように捉えているか</li> <li>・介護以外にしなければいけない家事や仕事</li> <li>・他の家族員との協調状況</li> <li>・どのように看取りたいか</li> <li>・専門職への要望や療養の場についての希望</li> </ul> <p>&lt;援助&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態の把握状況に添って、患者の変化と予後予測を伝える</li> <li>・無理せずできる患者への関わり方を提案し、関わられていることを伝える</li> </ul>
--

第Ⅲ期では、〈臥床がちになった患者に応じる／辛そうになった患者に応じる〉対処への看護援助の後に〈療養の場を再検討する〉対処への看護援助を行う。この〈療養の場を再検討する〉対処への看護援助は、家族が療養の場の再検討に至る以前に共通した看護援助が必要と考え以下の看護援助を行う。

表 14 〈療養の場を再検討する〉対処についての共通の看護援助

<p>&lt;看護目標&gt; 無理をせず療養の場を検討することができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者と対象者の療養の場の希望</li> <li>・患者と対象者の状況についての対象者自身の把握状況</li> <li>・介護が対象者の生活や体調に与える影響と負担感</li> </ul> <p>&lt;援助&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養の場の希望と生活や体調への影響のバランスをとり、無理をせず療養の場を選択するよう促す</li> <li>・支援を増やすことや入院などの選択肢を示し、その場合の患者と対象者にとっての利点を伝える</li> </ul>
--

〈療養の場を再検討する〉対処についての共通の看護援助の後、〈療養の場を再検討する〉対処についてのアセスメントとして「療養の場をどのように再検討するか」を問う。

《やはり家で頑張って看ようと思う》対処をとった家族はコミットメント過剰の可能性があり、《どうにかなると思えば家に留る》《入院しても今まで通りずっとそばにいる》対処をとった家族は適度なコミットメントの可能性があり、《手に負えないので入院して看てもらわなければならない》対処をとった家族はコミットメントの不足の可能性はある。

対象者にとってのコミットメントの意味を確認するためのアセスメントとして、コミットメント過剰の可能性のある対処《やはり家で頑張って看ようと思う》では、対処が「負担感が大きい」か、あるいは「自分が望む介護への付き合い方ができている」かを

問う。「負担感が大きい」場合はコミットメント過剰に対する看護援助を行い、「自分が望む介護へのつき合い方ができている」場合は、適度なコミットメントに対する看護援助を行う。適度なコミットメントの可能性のある対処《どうにかなると思えば家に留る》《入院しても今まで通りずっとそばにいる》でも、対処が「負担感が大きい」か、あるいは「自分が望む介護へのつき合い方ができている」かを問う。これらの対処も、「負担感が大きい」場合はコミットメント過剰に対する看護援助を行い、「自分が望む介護へのつき合い方ができている」場合は適度なコミットメントに対する看護援助を行う。コミットメント不足の可能性のある対処《手に負えないので入院して見てもらうしかない》では、「自分が望む介護へのつき合い方ができている」か、あるいは「介護を手放したことが辛い」かを問う。「自分が望む介護へのつき合い方ができている」場合は適度なコミットメントに対する看護援助を行い、「介護を手放したことが辛い」場合はコミットメント不足に対する看護援助を行う。

〈療養の場を再検討する〉対処についての適度なコミットメントを見出し維持するための看護援助は以下のものである。

表 15 〈療養の場を再検討する〉対処についてのコミットメント過剰に対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt; 無理なく家で看られるように介護方法を見直す</p> <p>&lt;アセスメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家で看たいと思う理由</li> <li>・介護することによる生活や体調への影響と負担感</li> </ul> <p>&lt;援助&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護することによる生活や体調への影響を対象者自身が把握できるように伝える</li> <li>・無理なく介護できるよう支援を修正する</li> </ul>
---

続く、〈療養の場を再検討する〉対処についての適度なコミットメントに対する看護援助は、在宅療養継続を選択した場合と、入院した場合に分ける。

表 16 〈療養の場を再検討する〉対処についての適度なコミットメントに対する看護援助：在宅療養を継続した場合

<p>&lt;看護目標&gt; 負担感が増加した時は、支援や療養の場の再検討ができる</p> <p>&lt;アセスメント&gt; 療養の場の希望や負担感の変化</p> <p>&lt;援助&gt; 無理をせず療養の場を検討するよう促す</p>
--



表 17 〈療養の場を再検討する〉対処についての適度なコミットメントに対する看護援助：入院した場合

<p>&lt;看護目標&gt; 入院を選択したことや今までの介護生活を肯定的に捉えられる</p> <p>&lt;アセスメント&gt; 療養の場や今までの介護についての思いの変化</p> <p>&lt;援助&gt; 入院を選択したことを支持し、今まで介護できていたことを伝えねぎらう</p>
--

表 18 〈療養の場を再検討する〉対処についてのコミットメント不足に対する看護援助

<p>&lt;看護目標&gt; 無理をせず患者に関わり、関わられていることを肯定的に捉えられる</p> <p>&lt;アセスメント&gt; ・療養場所を変更した理由 ・患者にどのように関わりたいか</p> <p>&lt;援助&gt; ・無理をせず患者に関われる方法を教える ・患者への関わりや今までの介護ができていたことを伝える</p>
--

以下に、最終的に本研究で提示する「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデル」（図 16-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10）を示す。



第Ⅱ期：訪問看護を受け家で患者を看ることの対処の支援

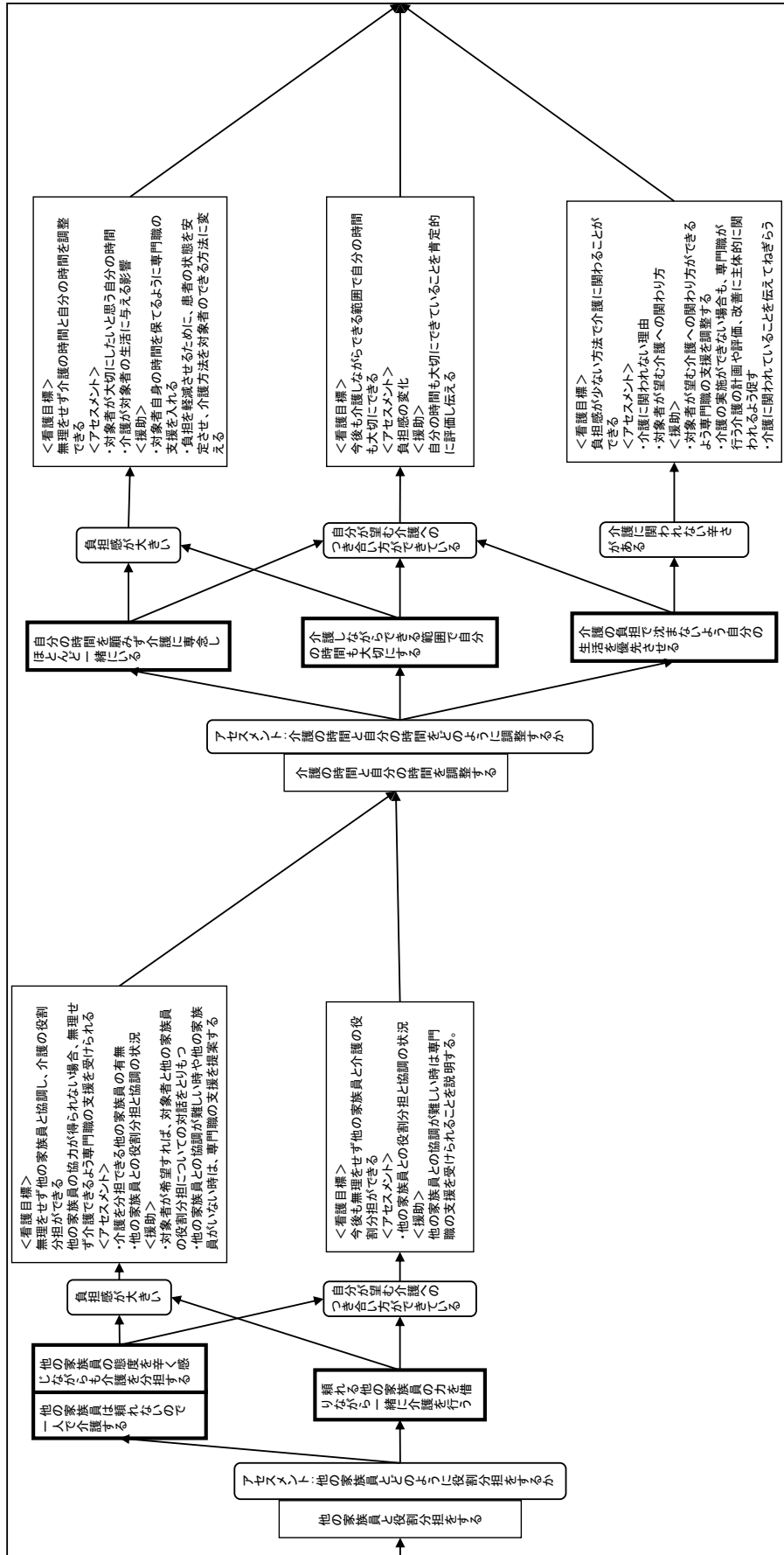


図16-2 「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデル」



第Ⅱ期：訪問看護を受け家で患者を看ることの対応の支援

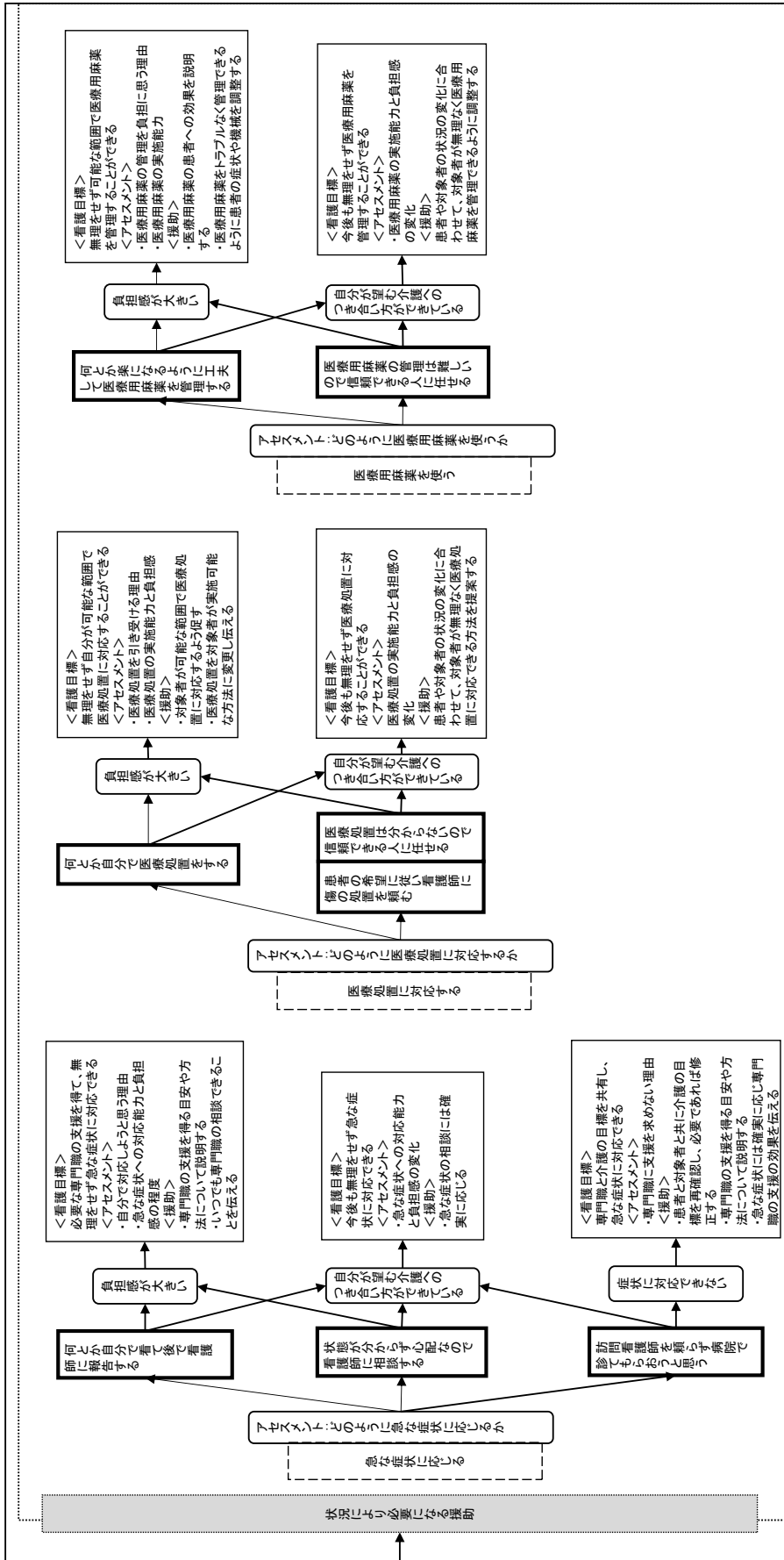


図 16-4 「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対応を支援する看護援助モデル」





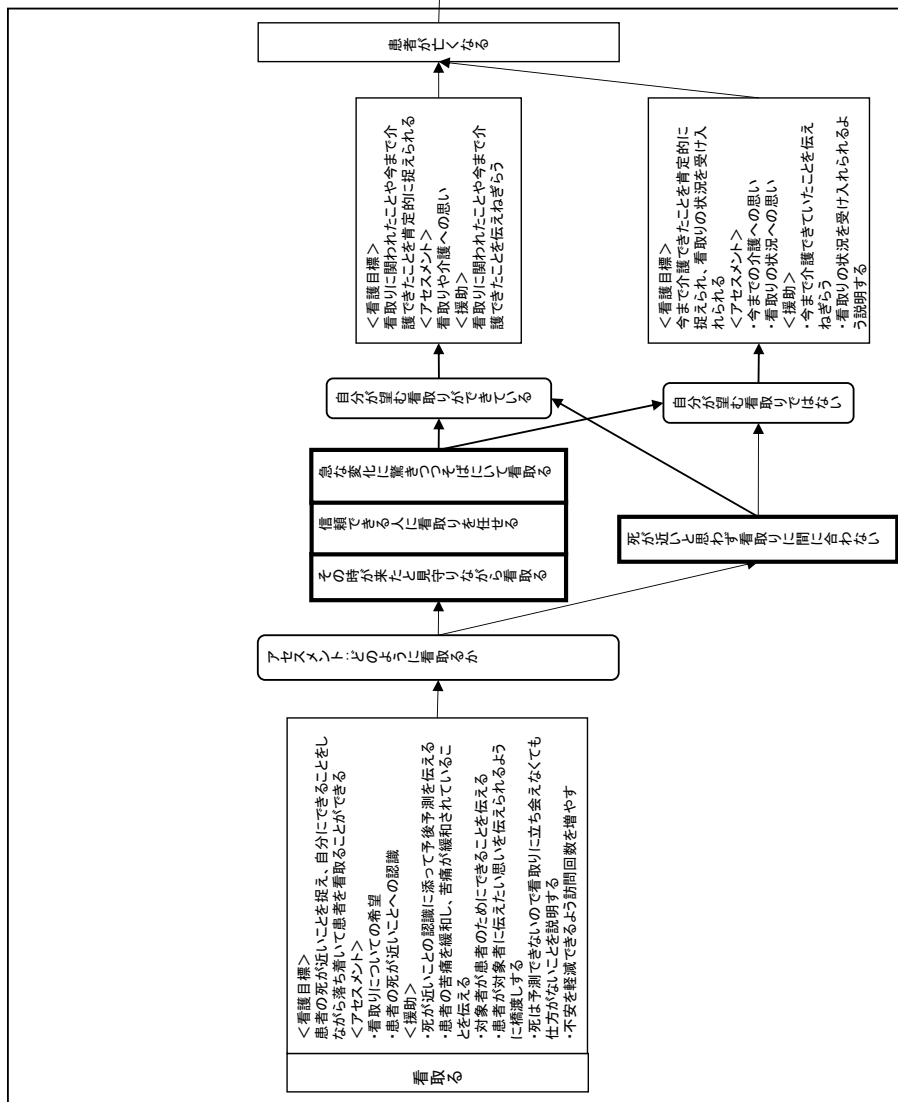








第Ⅳ期：看取るための対処の支援



第Ⅴ期：看取りの過程を振り返ることの支援

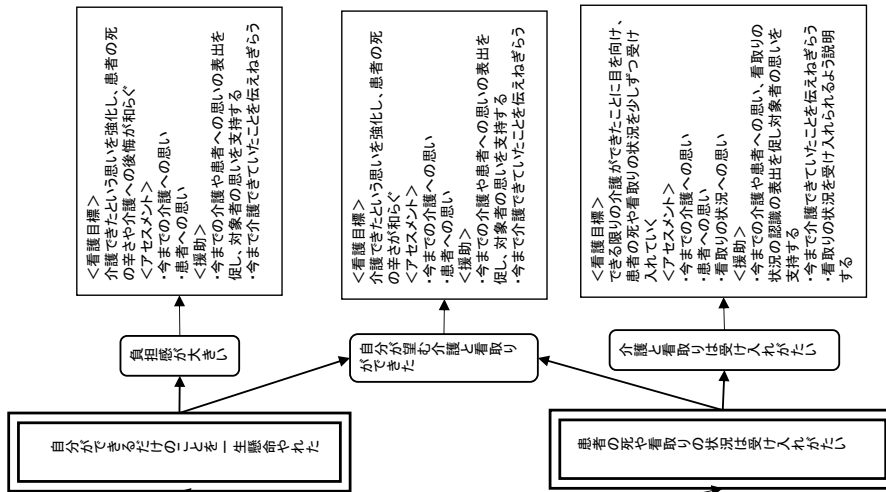


図16-10 「在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデル」

## X. 考察

本研究では、研究1で在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにし、研究2で在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルを作成した。

考察として、研究1、研究2について以下の検討を行う。研究1については、家族の看取りの過程における対処の特徴と対処の課題について、患者と家族が納得する看取りの実現を目指す観点から考察する。研究2については、研究1の考察をふまえて、作成した看護援助モデルによる支援の特徴と支援のための資源の整備、今後の看護援助モデル運用の課題について検討する。

### 1. 在宅がん患者の看取りの過程における家族の対処の特徴と課題

研究1において明らかになった在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程の中で、多くの家族は《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という認識に至った一方で、一部の家族は《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という認識に至った。《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という認識は、家族が納得する看取りと考えられ、《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という認識は、家族が納得できない看取りと考えられた。このような家族の看取り後の認識の差異は、まず、患者の看取り期の変化に対して家族がとる対処の特徴が影響を与えていると考える。そして、在宅療養開始から看取りを振り返るまでの過程における介護への距離の取り方も大きく影響を与えていると考える。このため、看取り期の変化に対して家族がとる対処の特徴と、看取りの過程における介護への距離のとり方の特徴について述べ、さらに、患者と家族が納得する看取りの実現のための家族の対処の課題について考察する。

#### 1) 患者の看取り期の変化に対して家族がとる対処の特徴

患者の看取り期の変化に対する家族の対処の特徴は、(1) 患者の死が近いことを感じ介護へ傾注すること、(2) 療養の場の選択は看取りを引き受けるか否かという選択を意味すること、(3) 患者の死を意識した安楽への願いを体現すること、(4) 看取り期の変化への対処は患者を看取り残される家族自身のための対処も含まれることであると考えられた。そして、このような看取り期の変化に対処できることは、納得する看取りにつながると考えられた。

##### (1) 患者の死が近いことを感じた介護への傾注

看取り期の患者の変化に対する家族の対処は、患者の死が近いことを感じとることによ

り家族が介護に傾注するという特徴があると考えられた。多くの患者は臥床がちになる、あるいは、辛そうになるという看取り期の変化が生じ、その変化に対して家族はまず、「家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる」という自分の生活よりも患者のそばにいることを優先した対処をとった。この対処は、『死が近いと分かる』という患者の死が近いことの知覚により促された。患者の死を意識することは、家族をさらに介護に集中させ、『一生懸命で自分が限界なのか分からない』『患者に応えなければという思いに支配される』という我を忘れて一心に介護を行うことにつながったと考えられる。その後も患者の状況により様々な対処が必要になったが、家族は多様な対処攻略をとり看取り期の患者の変化に応じた。患者の状況により必要になる対処は、「食べることを支える」「医療処置に対応する」「体の苦痛に応じる」「死を意識して最期の日々を過ごす」「看取りに備える」であった。この対処に自分ができる限りの対処をとった類型1と2の家族は、納得する看取りに至った。看取り期の患者の変化に対する家族の対処は、患者の死が近いことを知覚することにより、最後の力を出し切りできるだけの介護をしようと思った対処であり、その介護への傾注は最善を尽くしたという感覚を生じさせ、看取り後の納得につながったと考えられる。

## (2) 看取りを引き受けるか否かという選択

看取り期の変化に対して療養の場を再検討することは、家族にとって看取りを引き受けるかを選択することを意味すると考えられた。看取り期に生じる患者の症状や、患者の変化による家族の生活への影響は、療養の場の再検討を促した。[これまででない症状が出現する]という新たな症状の出現や、[急に患者が入院を希望する]という患者の要望の変化、[介護と自分の生活の両立が難しい]と家族が介護の限界を感じるものが生じ、患者と家族は在宅療養を継続するか、緩和ケア病棟に入院するかを選択をしなければならない状態に至った。この療養の場の再検討は、看取り期の変化が生じる以前にも「入院を考える」対処として生じており、患者の希望をもとに在宅療養継続か入院かが決められていた。一方で、看取り期の変化による療養の場の再検討では、患者の希望に加えて、『患者の死に立ち会うのが怖い』という患者を家で看取ることの困難感が入院を促していた。このため、看取り期の変化が生じた時期の療養の場の再検討は、患者の死が近いことを意識し、在宅で患者を看取るかどうかの選択も含むものであるといえる。さらに、看取りを引き受け療養の場を選択することは、納得する看取りを導くものであると考えられた。納得する看取りに伴った思いには、『希望通り家で看られる』という患者が希望した場で看取りができた

ことが含まれた。看取りの場は他者からも明確であり、患者の希望を叶えられたかどうかを明示するため、看取りを引き受け患者の望む場で看取することは、家族の看取り後の納得につながると思われた。

### (3) 患者の死を意識した安楽への願いの体現

看取り期の患者の変化への対処は、死が近づいた患者が少しでも安楽であるようにという家族の願いを体現するという特徴もあった。〈食べることを支える〉対処では、看取り期の変化が生じる以前は、「一口でも食べてもらいたい一心で食べられるものを探す」という生きるために食べることを促す家族の思いが強調されていたが、看取り期の変化が生じた時期には、「のどに詰まるかもしれないが食べたいものを食べさせる」「点滴を続けるのは患者も辛いのでやめてもらう」という患者の死が早まるとしても患者の最期の希望を叶えたいという患者の安楽への願いが込められた対処がとられた。〈体の苦痛に応じる〉対処でも、『医療用麻薬は死を早めると思う』という認識をもちながらも、『患者を苦しませたくない』という安楽への願いから「楽になるように工夫して医療用麻薬を使用する」という対処を多くの家族がとった。また、患者の安楽への願いは、「死を覚悟して穏やかに過ごせることを祈り日々を刻むように過ごす」という死を前提として一日一日を大切に過ごすことにつながることもあったが、一方で、「苦しんで生きるのは大変と思いつつも一日でも長く生きてほしいと願う」という患者の生を最期まで願う思いを伴っていた。このため、看取り期の患者の変化に対する家族の安楽への願いは、患者の死を受け入れる思いを土台としながらも、患者の生を最期まであきらめない思いも含んだものであると考えられた。そして、患者を少しでも安楽に看取ることができたという思いは、家族の納得する看取りにつながった。看取り後の納得する看取りを支えた思いのひとつは、『最期は苦しめない』ことであった。患者の安楽を願い対処することや、そのことにより少しでも患者の安楽に貢献できることは、患者を失った後の悲嘆のプロセスからの回復を助け看取りを納得したものとして捉えることにつながると思われた。

### (4) 残される家族自身のための対処

看取り期の患者の変化は、患者の死が近づいたことを家族に強く意識させるため、この時期の家族の対処には、患者を看取り残される家族自身のための対処も含まれることが特徴と考えられた。『死が近いと分かる』と患者の状態を捉えた家族は、「訪問看護師が亡くなる時の対応や用意するものを教える」などの専門職の支援に促され、「看取りについての冊子を読み心づもりをする」という患者を看取することに備える対処をとった。また、「在宅

医が死後の準備をするように勧める] という支援に促され、《葬儀や墓地の準備をする》という患者の死後に必要になる家族の対応に備える対処をとる家族もあった。これらの対処は看取り期の変化に応じる時期のみに生じた対処であり、家族は患者の看取り期の変化を捉え患者の死が近いことを受けとめることで、患者の看取りに備える対処や患者の死後の家族自身のための対処へと促されると考えられた。そして、残される家族自身の対処を行うことは、看取り後に家族が新たな生活に向かうことを助けると考えられた。納得する看取りに伴う思いとして、『患者のいない新しい生活を始める』という家族が新たな生活を得る認識が示された。患者の死後の家族自身のための対処をとることは、患者の死後の生活に家族の目を向けさせ、少しでも予測をもち新たな生活を迎えられるため、納得する看取りにつながると考えられた。

## 2) 看取りの過程における家族の介護への距離のとり方の特徴

在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程は、4つの類型に類別された。この4類型は看取りの過程において家族の対処に示される介護への距離の取り方に差異が生じていた。以下に4類型の対処の特徴を述べる。

類型1・2は、納得する看取りに至り、類型3・4は納得できない看取りに至った。納得する看取り、あるいは、納得できない看取りを生じさせた対処の差異は、介護への距離の取り方であると考えられた。加えて、介護への距離の取り方が影響を及ぼすと考えられる看取り期の患者の変化への気づきの有無も異なる看取りの認識を生じさせた対処の特徴であった。類型1・2は、介護への距離がより近い対処をとり看取り期の患者の変化に気づく対処をとった。これは、患者の看取り期の変化について、[気になる様子がある]と捉え《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という患者のそばで世話に専念する対処がとられたという結果に示される。しかし、この対処により心身に悪影響を生じる家族もいた。この対処には、『体の不調を感じる』という身体の不調や『寝る時間がない』という生活への悪影響などが伴うこともあった。類型3・4は、介護への距離がより遠い対処をとり看取り期の患者の変化に気づかない対処をとった。この対処は、患者の看取り期の変化について、[気になる様子はない]と捉え《死は先のことと思え自分の生活を優先する》という患者の介護から距離をおく対処として示された。

類型1と2は、共通して看取り期の患者の変化に気づいた。対処の差異は、類型1は一貫して介護への距離がより近い対処をとったが、類型2は在宅療養を始める時期に介護への距離がより遠い対処をとったことである。結果において、家で患者を看ることを決める

時期に、類型1は主に《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》という患者を看ることを自ら決意し介護を自分に引き寄せる対処をとったが、類型2は《周りの状況に押し切られ家で看ることにする》という患者を看ることを受動的に決める対処をとった。

類型3と4は、共通して在宅療養を始める時期に介護への距離がより遠い対処をとり看取り期の変化に気づかなかつたが、対処の差異は、類型3は在宅療養中と看取り期の変化が生じた時期に介護への距離が比較的近い対処をとり、類型4は一貫して介護への距離がより遠い対処をとったことである。これは、類型3は、家で患者を看る時期に《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》という患者を看ることに集中する対処をとり、患者の看取り期の変化に対し《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という患者の介護に専念する対処をとった対象者もいたことに示された。類型4では、患者を家で看る時期に《介護の負担で沈まないよう自分の生活を優先させる》という介護を避ける対処をとり、看取り期の変化に対しても《死は先のことと思え自分の生活を優先する》という患者の世話から距離をおく対処がとられた。

これらの家族の対処に示される介護への距離のとり方の特徴は、看取り後の認識に以下のように影響した。家族は、介護への距離がより近い対処をとり看取り期の患者の変化に気づき対処することで納得する看取りに至った。その中で、在宅療養を始める時期に介護への距離が比較的遠い家族もいたが、その後の療養過程で介護への距離がより近づくことで納得する看取りに至った。一方で、在宅療養中と看取り期の変化が生じた時期に介護への距離がより近い対処をとっても、看取り期の患者の変化に気づかず対処できなかった家族は納得できない看取りに至った。加えて、介護への距離をより近くに保った家族の中には、心身への悪影響を受ける者もあった。

このことから、家族を納得する看取りに導く対処は、介護への距離の取り方が影響を与えているが、介護への距離は、心身の健康を保ちながら看取り期の患者の変化に気づき対処することができるという適度な距離である必要があると考えられた。

### 3) 家族の対処の課題

在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と、看取りの過程における家族の介護への距離のとり方の特徴により、家族の看取りの認識が異なることが明らかになったため、家族が納得する看取りに至るための対処の課題について考察する。家族の対処の課題は、患者の看取り期の変化に対処できることと、療養生活において心身の健康を保ちながら看取り期の患者の変化に気づき対処することができるという適度な距離を保つことであると



考えられる。その上での課題を、自己決定や患者への愛着を資源とすること、介護に近づきながら心身の健康を保つこと、真のニーズに気づくためのコミュニケーションを得ること、患者の死の過程に対する恐怖を緩和すること、療養やケアについての患者の意向を捉えることと考え以下に述べる。

#### (1) 自己決定や患者への愛着を資源とする

在宅療養を始める時点で自己決定により在宅療養が決定されることは療養過程で介護への距離をより近くに保つための資源となると考えられた。また、在宅療養を始める時点での自己決定の程度が低い場合は、患者への愛着や責任感が資源となり、療養過程で介護へより近づいていくことができると考えられた。

類型1は、在宅療養の過程を通して一貫して介護へのより近い距離を保っていた。類型1が他の類型と異なったのは、家で看ることを決める対処で《何とか最期まで家で自分で看ようと心に決める》対処と、《手に負えなくなるまでの間は家で自分で看ようと思う》対処をとったことであった。この対処はいずれも、自分が患者を家で看ることを自ら決意するものであった。自らの決意による動機づけは、高い意欲をもって活動に従事し、活動そのものが報酬であり満足感をもたらすとされている (Deci, 1985)。このため、類型1は、看取りの過程で自らの在宅療養への決意が資源となり、療養過程を通して介護へのより近い距離を保つことができたと考えられる。

類型2は、在宅療養を始める時点での自己決定の程度は低かったが、患者への愛着や責任感を資源として、療養過程で家族が介護することにより近づくことができたと考えられた。類型2は、家で看ることを決める対処で《患者の強い希望に押し切られ家で看ることにする》という外的な動機付けによる決意により介護への距離が比較的遠い対処を行った。在宅療養決定後は、在宅療養の過程で《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》という対処や、看取り期の変化の時期に《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という患者の介護に専念する介護への距離がより近い対処をとった。これらの対処を支えたものは、家で看ることを決める時期の『看るのは家族の務めだと思う』という責任感や、療養過程での『患者を苦しませたくない』『普段通りに過ごさせてやりたい』という患者への愛着から生じる安楽への願いであった。このことから、介護をすることに初めは近づけなかった家族が、愛着や責任感によって、介護により近づくことができたと考える。

#### (2) 介護に近づきながら心身の健康を保つ

類型1・2は、自己決定や患者への愛着を資源として介護により近づき納得する看取りに至ったが、心身の健康を保つことが難しい家族もあった。

家族の心身への悪影響は特に看取り期の変化に応じる時期に生じていた。看取り期の変化に対して、特に類型1・2では《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という介護に没頭する対処がとられた。この対処は、『体の不調を感じる』という身体の不調や、『患者に応えなければという思いに支配される』という精神的な圧迫感、『寝る時間がない』『落ち着いて食事ができない』という生活への悪影響を伴う家族もあった。また、看取った後に【亡くなった後に体調を崩す】という身体の不調を感じたり、『自分の介護は他の家族員に負担なので頼みたくない』という他の家族員に同じような介護はさせられないと感じるほど介護は負担だったという思いも生じた。このように、対処過程で対象を重視しより近づくことにより、対象から受ける影響も大きくなり、傷つきやすくなることはストレス理論 (Lazarus&Folkman, 1984) で示されている。家族が患者を介護することを自分にとって重要であると捉え介護に没頭するほど、介護において生じる出来事から受ける心理的影響は大きく、心身が傷つきやすい状態にあるといえる。このため、家族が介護への距離をより近くに保つことを目指す際は、介護に近づくことに伴い家族の心身の傷つきやすさも増大することを考慮し、心身の健康を保つことが必要であると考えられる。

### (3) 真のニーズに気づくためのコミュニケーションを得る

家族が療養過程において介護することへの適度な距離を保つうえで、患者の真のニーズに気づくためのコミュニケーションを得ることが重要であると考えられた。

類型3は、家で看ることを決める対処で《自分が看取るのは難しいので一時的と定め家で看ることにする》という自宅療養は仮の療養場所であるという介護に距離を置く対処をとったが、在宅療養中は《自分の時間を顧みず介護に専念しほとんど一緒にいる》対処や、看取り期の変化に対して《家事の手を抜きながら昼夜を問わずそばにいる》という介護することに近づく対処をとった。この類型3の過程は、類型2と同様に、在宅療養を始める時点での自らの決意が弱く、その後の療養過程で介護に近づくことができたことが類似しているが、看取り後の認識が類型2とは異なり、《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という納得できない看取りに至った。この差異は、類型3は類型2に比べて看取りの過程において介護に比較的距離を置いたことに加えて、患者の看取り期の変化における真のニーズを捉えられなかったことが考えられた。それは、看取り期の変化に応じる時期の療養の場所の再検討における「急に患者が入院を希望する」という状況の捉え方が示して

いる考える。患者が入院を希望すること自体は納得できない看取りに直結するものではないことを、入院した患者を看取った類型1の家族が示している。一方で、[急に患者が入院を希望する]という状況の捉え方は、家族が患者の要望に初めて気づくということであり、患者が家族の元ではなく病院で療養を希望することの背景にある苦痛や要望などの真のニーズに気づくことができなかつたことを示していると考えられる。今まで介護に専念し昼夜を問わず患者のそばにいた家族が、患者の死が近づいた時期の重要なニーズに気づけなかつたことは、看取り後に後悔として思い起こされ、納得できない看取りにつながったことが考えられる。

この看取り期の変化についての気づきである、真のニーズに気づくことは、患者の変化を自分にとってどの程度関連があるか、脅威や挑戦などと評価するかというストレス理論(Lazarus&Folkman, 1984)における対処過程での認知的評価であると考えられる。患者の看取り期の変化を家族にとって意味のあるものとして捉えるためには、対処過程における認知的評価として、ストレスを家族にとって関連のある重要な挑戦などとして重視し、それに対して自分が取り組めそうであると捉えることが課題となるといえる。

また、患者の真のニーズを捉えることの障壁になったものは、これまでの家族のコミュニケーションの習慣や死にゆく患者の真のニーズに踏み込むことの恐れであることが考えられた。不快な症状に応じる対処において、患者は【苦痛や要望を表現しない】と捉えている家族もあり、療養生活での患者の苦痛や要望を捉えるためのコミュニケーションが不足していることが考えられた。また、在宅療養を始める時期から、『苦しみや急な状態変化への不安がある』と捉え、看取り期の変化に対しては『急な状態の変化への不安が大きい』と捉えていた。このため、療養生活の過程において死が近づいた患者の苦痛や死への変化に対する不安が大きく、患者が何を苦痛に感じどのように過ごしたいと思っているのかを理解するための忌憚のないコミュニケーションが不足していたことが考えられる。

#### (4) 患者の死の過程に対する恐怖を緩和する

患者の死の過程に対する恐怖は家族が介護に近づくことを妨げる要因であると考えられるため、この家族の恐怖を緩和することが介護への適度な距離を保ち看取り期の変化に対処するための課題であると考えられた。

類型4は、介護について、『ずっと付き添うと負担が大きくなり自分が沈んでしまう』と介護の負担は大きく自分を保てなくなると捉え、『介護の負担で沈まないよう自分の生活を優先させる』という介護に距離を置く対処をとった。患者の看取り期の変化に対しては、

患者の状態を「気になる様子はない」と捉え、『一緒にいるのが辛い』という思いを伴い、《死は先のことと思え自分の生活を優先する》という対処をとった。その結果、看取り後の認識として《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という納得できない看取りの認識に至った。類型4は、介護は自分にとって負担が大き過ぎることや死の過程にある患者と共にいる苦痛から、在宅療養の過程で介護に距離を置く対処をとった。これらの負担は、介護することや患者と共にいることにより死の過程に対峙しなければならない恐怖であると考えられた。

また、この《死は先のことと思え自分の生活を優先する》という対処は、死の過程に対峙しなければならない恐怖から死は先のことと考えようという、情動的な苦痛を低減させるための回避や最小化という情動中心の対処と考えることもできる。情動中心の対処は、自分にとって脅威である問題に対する調整努力であるが、それによる損失に十分注意すべきとされている(Lazarus&Folkman, 1984)。類型4は、看取りの過程を経て《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という納得できないと考えられる認識に至っている。そのため、患者の看取り期の変化に対して回避などの情動中心の対処ではなく、客観的に状況を捉え問題の所在を明らかにして取り組む問題中心の対処(Lazarus&Folkman, 1984)に導くためにも患者の死の過程についての家族の恐怖を緩和することが課題であると考えられる。

#### (5) 療養やケアについての患者の意向を捉える

家族が療養過程において介護することへの適度な距離を保ち、看取り期の変化に対処し、納得する看取りに至るうえで、療養やケアについての患者の意向を捉えることが重要であると考えられた。

類型1・2は、療養やケアについての患者の意向を捉えられたと推測できることが納得する看取りにつながったと考えられた。《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という看取り後の認識を支えるものとして、患者の認識を推測し「望む療養生活ができる」と捉えていることや、「希望通り家で看られる」「患者が感謝の言葉を言ってくれる」という患者の希望を叶えられたことが挙げられた。

患者の意向の確認は、家で看ることを決める時期には、「患者が家で過ごすことを希望する」「在宅医、訪問看護やケアマネの手続きが進む」というように、患者の希望が確認されそれに基づき専門職の手続きが勧められたが、それ以降は、患者と家族、専門職が話し合う場が明確に設定されてはいなかった。比較的患者の意向の確認が明確にされた対処は、

看取り期の変化に応じる時期の療養の場の再検討であり、患者の希望を中心として在宅療養継続か入院かが決定された。一方で、家族は看取り期の変化に応じる以前から常に患者の意向に基づき介護を行っていたともいえた。例えば、〈介護の時間と自分の時間を調整する〉対処では、〔患者は状態が落ち付いていて支援を喜ぶ〕ことに支えられて《介護しながらできる範囲で自分の時間も大切にす》対処がとられ、〈食べることを支える〉対処では、〔患者が自分が作ったものを喜んで食べる〕ことに促されて《一口でも食べてもらいたい一心で食べられるものを探す》対処がとられた。在宅がん患者の看取りの過程における患者の療養やケアについての意向は、あらかじめ明確な確認の場で捉えられるのではなく、慣れ親しんだ日常のその都度の関わりの中で確認されると考えられた。

これは、看取り期のケアを実践するうえで重要とされる Advanced Care Planning (ACP) の在宅におけるひとつのありようであるといえる。ACP の定義は一定ではないが、エンド・オブ・ライフケアを支える ACP としては、「今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族、そして医療者があらかじめ話し合うプロセス」(長江, 2014) とされている。看取り期の在宅がん患者の意向は、ACP における話し合うプロセスとして日常の中で行われていたといえる。

ACP における事前の話し合いという側面は、看取りの時期は期間が短く意思疎通が困難な場合があるため難しいことも考えられる。しかし、納得できる看取りに至ったと考える家族の中にも、『本当は苦しかったかもしれない』『まだできることはあったかもしれない』という患者の意向を捉えきれず意向に沿った介護ができなかったかもしれないという後悔が残った。そのため、療養過程で、家族がより確かな患者の意向を可能な範囲であらかじめ捉えることが課題であるといえる。納得できない看取りに至った家族は、特に看取り期の変化が生じ療養の場の再検討が必要になった時に、『患者の辛さが分からない』と患者の意向を捉えきれず《手に負えないので入院して看てもらわなければならない》という在宅療養の中止を選択し、看取り後は『希望通り家で過ごせない』という認識をもった。このため、特に、患者の療養の場についての意向は、看取り期の変化が生じる以前の療養過程であらかじめ確認されることが望ましいが、看取り期の変化が生じた時期においても変化の中で少しでも予測をもち患者の意向を捉えることが課題といえる。

さらに、看取り後の家族の認識における患者の意向は、家族の振り返りによる推測であるという限界があるため、家族がこれでよかったという納得を得るには十分でないといえる。このため、患者の意向をより確からしいと家族が捉えられるために、患者の療養から

看取り後に至るまでの過程で、家族が患者の意向を捉えそれに基づく介護を行うことができたというフィードバックを得られることも課題である。

## 2. 看護援助モデルの発展性

研究2で作成した看護援助モデルの発展性として、看護援助モデルによる支援の特徴と看護援助モデルによる支援のための資源の整備、今後の看護援助モデルの運用の課題について考察する。

### 1) 看護援助モデルによる支援の特徴

研究2で作成した在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルの特徴は、コミットメント理論を基盤としたことと、看護援助モデルの方針を家族にとっての適度なコミットメントを維持することとしたこと、さらに、既存の家族支援方法とは異なる看護援助を提示したことである。

看護援助モデルは、コミットメント理論を基盤としたことが特徴であり、家族の対処の課題に働きかけるうえでもコミットメントは有効な指標であると考えられた。研究2では、記述モデルから家族の介護への関与の仕方が変化させるべき要因であることが示されたため、物事への関与の程度について明確に定義している社会心理学におけるコミットメント理論を用いた。コミットメント理論におけるコミットメントの主な定義は、特定の対象に対する関与の強さ (Steers, 1977) などであった。この、コミットメントという概念は、ストレス理論でも重視されており、Lazarus&Folkman (1984) はコミットメントの定義は多様であることを認めながら、ストレス理論における定義として、「コミットメントは、その人にとって重要なもの、意味をもつものを表し、特定のストレスフルな事態に、心理的に何が賭けられているかを決定する。」としている。コミットメントという概念は、コミットメント理論においては関与というより動的な側面が強調され、ストレス理論においては意味を定めるというより認識的な側面が強調されているが、どちらの理論でも共通してコミットメントを対象への重要度を定め対象に関わる動機となるものとして扱っている。このため、家族への支援を考える時、家族のコミットメントを指標とすることは、ストレス理論の視点からも支持されたと考えられる。

研究1で示された対処の課題についても、コミットメントを指標として対処へ働きかけることが有効であると考えられる。コミットメントを指標とすることで、家族の対処について介護の不足を捉えるだけでなく、介護への取り組みの程度が強すぎ負担が大きい場合の

対処を捉えることができ、納得できる看取りを目指しながら介護による心身への悪影響を軽減することも目指すことができる。同様に、様々な理由から介護に十分に取り組むことが難しい家族に対しても、介護への適度なコミットメントを促すことで、家族が可能な方法で対処しながら納得する看取りに導くことができると考える。すなわち、研究1では家族の対処と看取りの過程は4類型に分かれ、類型3・4は介護に距離を置くことにより納得できない看取りに至る家族であったが、コミットメント理論を基盤とした看護援助モデルを用いて家族の対処をアセスメントし支援することにより、類型3・4の家族を納得する看取りに至る類型1・2へと変化させることが可能であると考えられる。

看護援助モデルのもうひとつの特徴は、看護方針を、「在宅がん患者と家族の納得できる看取りを目指し、専門職と共に患者を介護することに対する家族にとっての適度なコミットメントを見出し維持する」こととし、家族にとっての適度なコミットメントを維持することを目指したことである。様々な理由から介護を十分に担うことができない家族が、納得する看取りに至るためには、自分にとって丁度よいと思える介護への距離を保ち看取り期の変化に応じることが求められると考える。現在の社会状況では、主介護者が自分自身の闘病や療養、高齢であること、育児、学業、同居していないことなどにより物理的に介護を優先させることが難しい状況や、患者と主介護者の以前からの関係性により心情的に介護を優先させられない状況などが様々に生じていると考えられるためである。さらに、この看護方針では、家族にとって適度なコミットメントとは、家族の主観だけでなく援助者と共に見出していくことも目指す。心身の健康を保ちながらできるだけのことではきたという納得できる看取りに導くために、家族にとって丁度いいと思える介護へのコミットメントを援助者と共に見出していくことも看護方針に含まれる。

さらに、この看護援助モデルは、既存の家族支援方法とは異なる看護援助を提示できたと考える。在宅がん患者の家族の対処を支援する援助方法は、予後6か月以上の患者の家族へのプログラムは提示されているが(Northouse et al., 2013; 2007; 2005, McMillan et al., 2005)、看取りの時期の患者の家族への支援は示されていなかった。看取りの時期の患者の家族への支援は、看取りのパンフレットなど(OPTIM, 2012)の家族に対する知識の提供であり、看取りの一連の過程での家族の対応に働きかけるものは示されていない。訪問看護師を対象とした研究(長江他, 2000)から家族支援の構造として訪問看護導入期から終末期までの訪問看護師の支援が一連の過程として示されたものは、「今までの生活を維持できるよう働きかける」ことや「看取りと亡くなってからの家族の生活を考える」

ことなど幅広い看護援助への示唆が得られる。しかし、「家族への具体的教育」の内容や、「家族一人ひとりの思いと関係性を調整する」方向性は示されていない。一方で、本研究では当事者である家族への面接調査を元に看護援助を作成したことで、多くの必須通過点で示したように時期によって家族が必ず対峙しなければならない対処への看護援助を詳細に示すことができた。そして、介護を直接担うことができない状況の家族や介護により自分の心身や生活を犠牲にする家族もいることから、家族がどのように介護に取り組みたいのかという認識を基に介護との付き合い方を共に考えながらそれぞれの時期の対処を支援していくことを新たな看護援助として示すことができたと考える。

## 2) 看護援助モデルによる支援のための資源の整備

本研究で示した看護援助モデルを具体的な支援として展開するためには、様々な専門職の支援やサービスが整うことが必要である。本研究の対象者は、在宅医や訪問看護だけではなく、ヘルパーや訪問リハビリ、訪問入浴、デイサービス等のサービスを受けていたが、患者と家族が望む時にこれらのサービスが十分に受けられることが望まれる。特に、家族は看取りの過程を通して、常に患者の状態の変化に不安を抱き患者の安楽を願っていた。療養通所介護であるデイサービスは、医療依存度の高い患者やがんの終末期の患者を対象にした通所サービスであり、利用による神経難病患者の状態改善（本田，2011）が報告されている。がん患者の利用においても、介護する家族の休息を得られるだけでなく、通所時の集中的な看護により症状コントロールや精神的ケアなどが期待でき、患者の状態が安定することによる介護負担の軽減が期待できると考えられる。

また、在宅療養をしながら受けられる支援に加えて、療養の場を自由に選択できることも重要である。本研究の対象者のうち4名は緩和ケア病棟で患者を看取ったが、そのうち2名が納得する看取りと考えられる《自分ができるだけのことを一生懸命やれた》という認識に至り、残りの2名が《患者の死や看取りの状況は受け入れがたい》という納得しがたいと考えられる看取りの認識に至った。このことは、自宅での看取りが納得する看取りの認識を決定づけるものではなく、自宅以外で看取った家族も納得する看取りが得られることを示すと考えられる。在宅がん患者の看取りの過程では、家で看ることを決める時期や訪問看護を受け家で患者を看る時期、看取り期の変化に応じる時期に療養の場の検討がされたため、各時期で患者と家族の希望に応じて療養の場を自由に選択できるよう支援することが納得する看取りにつながると考えられる。



### 3) 看護援助モデルの運用の課題

本研究で作成した在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルは、研究2において妥当性と実行可能性が概ね確認されたため、今後の看護援助モデルの運用の課題について考察したい。

看護援助モデルは専門家会議において、従来から訪問看護師が用いている看護計画とは異なり在宅独自の援助モデルであること、時期別の具体的な計画が示されていることが評価された。また、選択して使用し時期ごとに修正することで訪問看護師の負担が軽減できること、選択して計画立案と修正を行うことでステーションの報告義務にも合致することから訪問看護師が使用するために実行可能なモデルであることが支持された。

このような本研究の援助モデルの特性を生かしながら、訪問看護師が負担なく効果的に援助モデルを使用するためにはモデルをさらに発展させる必要があることも明らかになった。まず、看護援助モデルの目的や使用対象、使用時期、使用方法などを解説した看護援助モデルの手引き書が必要である。看護援助モデルの目的は、家族の納得する看取りを目指し家族にとって適度な介護へのコミットメントを維持することであり、使用対象は、記述モデルに照らして40歳以上のがん患者を介護する家族である。使用開始時期は、家で患者を看することを決める時期である訪問看護導入を決める時期で、具体例としては病院での退院カンファレンス時などの訪問看護を紹介する時が挙げられる。その後の時期は、訪問看護を受けて家で患者を看する時期と、続く看取り期の変化が生じた時期、看取る時期であり、看取りの過程を振り返る時期は、訪問看護終了後にグリーフケアのために訪問した場合と想定する。使用方法は、モデルの読み方として対処やアセスメントの意味と目的、看護援助の選択の仕方を解説する。さらに、訪問看護師が看護目標とアセスメント、看護援助を選択して記録し、必要な時期に修正できるように、看護援助モデルを選択可能な形にして提示する。以上のように看護援助モデルを発展させる必要性が、今後のモデルの運用の課題として示された。

## XI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究1において家族の多様性について解明されていない可能性があることである。本研究では、看取り後の認識として納得する看取りに至る家族が多く、納得できないと考えられる看取りに至った家族は少なかった。これは、対象者を訪問看護ステーションからの紹介により得たため、納得する看取りに至った家族の方が対象候補者とな

りやすかったためと考えられる。得られた対象者の調査結果を元に慎重に記述を行ったが、納得できない看取りに至る家族の対処の多様性が十分に解明されていない可能性がある。このため、作成した看護援助モデルを使用する際には、納得できない看取りに至ったと考えられる家族が看護援助モデルに適合するかを慎重に検討することが課題である。

加えて、本研究では作成した看護援助モデルの有効性が確認されていないことがさらなる課題である。本研究の目的は記述モデルと看護援助モデルの作成に留めたが、看護援助モデルの妥当性と実行可能性が認められたため、今後は作成した看護援助モデルの有効性を確認する必要がある。看護援助モデルを訪問看護師が使用することが、在宅がん患者の家族を納得する看取りに導くうえで有効であるか、訪問看護師にとって有用であるかを検証し、必要があれば修正を行う。そして、有効性を確認した看護援助モデルの使用により、在宅がん患者とその家族が納得する看取りを実現することに寄与することが今後の課題である。

## XII. 結論

本研究では、患者と家族が納得する看取りの実現に向けて、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を明らかにし、そこから、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルを作成することを目的とした。

研究 1 として、在宅療養したがん患者を看取った家族 20 名を対象に、在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程について面接調査を行い以下が明らかとなった。

1. 在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程は、4 つの類型に類別された。類型 1 は、介護への距離がより近い対処をとり看取り期の患者の変化に気づき対処することで納得する看取りに至った。類型 2 は、在宅療養を始める時期に類型 1 と比較して介護への距離を置く対処をとったが、その後の療養過程で介護への距離がより近づくことで納得する看取りに至った。類型 3 は、在宅療養中と看取り期の変化が生じた時期に介護への距離がより近い対処をとったが、看取り期の患者の変化に気づかず納得できない看取りに至った。類型 4 は、在宅療養開始から看取りに至るまで一貫して介護に距離を置き、看取り期の変化に気づかず納得できない看取りに至った。
2. 家族の対処の課題は、看取り期の患者の変化に対処することと、療養生活において心身の健康を保ちながら看取り期の患者の変化に気づくことができるという適度な距離

を保つことであると考えられる。その上での課題は、自己決定や患者への愛着を資源とすること、介護に近づきながら心身の健康を保つこと、真のニーズに気づくためのコミュニケーションを得ること、患者の死の過程に対する恐怖を緩和すること、療養やケアについての患者の意向を捉えると考える。

研究2として、研究1で明らかになった在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処と看取りの過程を記述モデルとし、この記述モデルから説明モデルを作成した。説明モデルはコミットメント理論を基に作成し、説明モデルから在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルを作成した。作成した看護援助モデルを専門家会議で検討した結果得られた看護援助モデルの特徴は以下のものである。

1. 在宅がん患者の看取り期の変化への家族の対処を支援する看護援助モデルの特徴は、コミットメント理論を基盤としたことと、看護援助モデルの方針を家族にとっての適度なコミットメントを維持するとしたこと、さらに、既存の家族支援方法とは異なる看護援助を提示したことである。
2. 本研究で示した看護援助モデルを具体的な支援として展開するためには、様々な専門職の支援やサービスが整うこと、また、在宅療養をしながら受けられる支援に加えて、各時期で患者と家族の希望に応じて療養の場を自由に選択できることが必要である。
3. 今後の看護援助モデルの運用の課題については、訪問看護師が負担なく効果的に援助モデルを使用するために、看護援助モデルの目的や使用対象、使用時期、使用方法などを解説した看護援助モデルの手引き書が必要である。

## 謝辞

本研究は、多くの方々のご協力やご支援、ご指導により遂行することができました。

はじめに、本研究の対象者として貴重なお話をいただきましたご家族の方々へ心より感謝申し上げます。快く研究を受け入れてくださったご厚意は研究の過程で大きな支えとなりました。研究対象のご家族をご紹介いただきました訪問看護ステーションの方々に感謝申し上げます。研究の趣旨をご理解いただきご協力いただいたことで、貴重な対象者を得ることができました。専門家会議に参加いただきました看護専門家の方々に感謝申し上げます。それぞれの専門的な視点からの建設的なご意見により、看護援助モデルを洗練させることができました。

本研究のすべての過程において多大なるご指導を賜りました片岡純教授に深く感謝申し上げます。確固たる道しるべを得ることで研究を全うすることができました。研究の方向性について常に的確なご指導を賜りました百瀬由美子教授に深く感謝申し上げます。的確なご助言により視野を広げ探求する姿勢を得ることができました。専門的な観点から詳細なご指導を賜りました古田加代子教授に深く感謝申し上げます。専門分野に関する深いご助言を得ることで、より対象に添った視点を保つことができました。

文献

- 秋山明子, 沼田久美子, 三上洋. (2007). 在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究—療養者の遺族を対象とした調査による検討—. *日本老年医学会雑誌*, 44(6), 740-746.
- 秋山明子, 沼田久美子, 三上洋. (2009). 在宅医療専門機関を利用した末期がん患者の在宅終末期医療の特徴と介護者（遺族）による評価. *緩和ケア*, 19(3), 278-282.
- Allen, N.J., Meyer, J.P., (1990). The measurement and antecedents of affective, continuous and normative commitment to the organization, *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- 荒川歩, 安田裕子, サトウタツヤ. (2012). 複線径路・等至性モデルの TEM 図の描き方の一例. *立命館人間科学研究*, 25, 95-107.
- 安梅勅江. (2001). ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開 (pp. 60). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- Becker, H. (1960). Notes on the concept of commitment, *The American Journal of Sociology*, 66(1), 32-40.
- Bee, P., Barnes, P., Luker, K. (2008). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1379-1393.
- Chang, Y.E. (2012). The relationship between caregiving commitment and the will to continue caregiving for family caregiver of frail elderly at home, *The Journal of Japan Academy of Health Science*, 15(3), 152-162.
- Deci, E.L. (1985). (石田梅男, 翻訳). *自己決定の心理学* (pp.40). 東京: 誠信書房.
- Dougherty, C., Crowley, J., Lewis, M., Thompson, E. (2001). Theoretical development of nursing interventions for sudden cardiac arrest survivors using social cognitive theory. *Adv Nurs Sci*, 24(1), 78-86.
- Dougherty, C., Lewis, F., Thompson, E., Baer, J., Kim, W. (2004). Short-Term Efficacy of a Telephone Intervention by Expert Nurses After An Implantable Cardioverter Defibrillator. *PACE*, 27, 1594-1602.
- 福田茉莉. (2015). 1-3 分岐点 人生径路における分岐とその緊張関係. 安田裕子,

- 滑田明暢, 福田茉莉, サトウタツヤ (編), *TEA 実践編*. (pp. 16) 東京: 新曜社.
- 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. *日本がん看護学会誌*, 27(1), 61-66.
- 古瀬みどり. (2014). 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, *家族看護学研究*,19(2),90-100.
- Gomes B,Higginson IJ,(2006).Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer:systematic review.*BMJ* 2006,332:515-21.
- グレッグ美鈴. (2005). 臨床看護師の組織コミットメントを促す経験, *岐阜県立看護大学紀要*, 6 (1), 11-18.
- 繁澤 弘子, 安藤 詳子, 前川 厚子. (2006): 高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験, *日本看護医療学会雑誌*, 8 (1), 31-39.
- Harding,R.,List,S.,Epiphaniou,E.,& Jones,H.(2011).How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness.*Palliative Medicine*,26(1) 7-22.
- 橋本孝太郎, 佐藤一樹, 内海純子, 出水明, 藤本肇, 森井正智... 鈴木雅夫. (2015). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の実態調査. *Palliative Care Research*, 10(1), 153 - 161.
- 平原優美・河原加代子. (2013). 外来化学療法中のがん患者の在宅療養生活と意思, *日本保健科学学会誌*, 15(4), 187-196.
- 本田彰子. (2011). 療養通所介護事業所の継続・発展への希求～サービス提供体制の強化～. *難病と在宅ケア*, 17 (1), 58 - 61.
- 堀井たづ子, 光木幸子, 畠田理佳, 大西早百合. (2008). 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, 41-48.
- 射場典子, 小松浩子, 中山和弘, 片桐和子, 林直子, 外崎明子, 酒井禎子. (2005). 外来・短期入院において継続治療を受けながら生活しているがん患者の適応に関する因果モデルの検討. *日本がん看護学会誌*, 19(1), 3-12.
- 五十嵐美幸, 佐藤一樹, 清水恵, 菅野雄介, 菅野喜久子, 川原礼子, 宮下光令. (2014). がん死亡および全死因の都道府県別自宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析. *Palliative Care Research*, 9 (2), 114 - 121.

- 石田正浩. (1997). コミットメントがもたらすもの. 田尾雅夫 (編), 「会社人間」の研究: 組織コミットメントの理論と実際 (pp. 131). 京都: 京都大学学術出版会.
- 石田正浩. (1997). コミットメントのエスカレーション. 田尾雅夫 (編), 「会社人間」の研究: 組織コミットメントの理論と実際 (pp. 140-164). 京都: 京都大学学術出版会.
- 石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 小澤丈俊. (2011). 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. *がん看護学会*, 25 (1), 24-36.
- 石本万里子. (2009). 終末期がん患者を在宅で介護する家族にもたらされる **Enrichment**. *がん看護学会*, 23 (1), 31-43.
- 掛屋純子, 掛橋千賀子. (2011). 我が国におけるがんとコーピングに関する研究の動向. *インターナショナル Nursing Care Research*, 10(3), 55-63.
- 川越博美. (2002). 在宅ターミナルケアのすすめ (pp. 52). 東京: 日本看護協会出版会.
- 川越博美, 内田千佳子, 大金ひろみ, 霜田美奈, 小松浩子. (2008). 在宅ホスピス・緩和ケア基準作成の試み. *緩和ケア*, 18 (4), 357-364.
- 川上千春. (2012). 終末期がん患者を在宅で看取る家族介護者の心の拠り所となるビリーフと苦悩の構造および訪問看護師の捉え方. *お茶の水看護学雑誌*, 6 (1), 36-53.
- 菅野雄介. (2014). 在宅緩和ケアにおける Liverpool Care Pathway 日本語版在宅バージョンの開発と実施可能性の検討. *Palliative Care Research*, 9 (4), 112 - 120.
- 川越厚. (2013). *がん患者の在宅ホスピスケア* (pp. 9, 97). 東京: 医学書院.
- 川野英子, 猪腰江美子. (2011). 訪問看護師を対象にした家族看護に関する現任教育の現状. *家族看護*, 9 (1), 138-145.
- 小林裕美, 森山美和子. (2010). 在宅で親や配偶者の看取りを行う介護者の情緒体験と予期悲嘆. *日本看護科学会誌*, 30(4), 6-16.
- 国立がん研究センターがん対策情報センター. (2012). 全国がん罹患数・死亡数・有病数将来推計値 (2010~2029年), *がん・統計白書 2012-データに基づくがん対策のために*, 篠原出版新社. [http://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/dl](http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl)
- 国立がん研究センター. (2016). 全がん協部位別臨床病期別 10年相対生存率, <http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/seizonritu2007.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2012). 日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計) -《詳細結果表》- 出生中位 (死亡中位) 推計 (2011 ~ 2060 年).

- <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401smm.html>
- 古村健太郎, 松井豊. (2013). 親密な関係におけるコミットメントモデルの概観, *対人社会心理学研究*, 13, 59-70.
- 近藤まゆみ, 嶺岸秀子. (2006). *がんサバイバーシップ、がんとともに生きる人びとへの看護ケア* (pp. 2-5). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班. (2012). OPTIM Report 2012 エビデンスと提言、緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書. <http://gankanwa.umin.jp/report.html>
- 厚生労働省. (2012). がん対策推進基本計画—平成24年6月—[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan\\_keikaku.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html)
- 厚生労働省. (2012). 化学療法等の外来、入院別実施状況調査. [www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000002r4u0\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000002r4u0_1.pdf)
- 厚生労働省. (2013). 人口動態(平成26年度)—死亡数構成割合, 死亡場所×年次別. [http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_1\\_2.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html)
- 厚生労働省. (2014). 人口動態統計(平成26年度), 第7表 死因簡単分類別にみた性別死亡数・死亡率(人口10万対). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei14/index.html>
- 厚生労働省. (2015). 人口動態(平成27年). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai15/index.html>
- 厚生労働省. (2015). 在宅医療(その4)平成27年11月11日. 中央社会保険医療協議会総会(台312回)資料. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000103907.pdf>
- 厚生労働省. (2015). 介護給付費実態調査月報 第8表 請求事業所数, 法人種別・サービス種類別. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2014/05.html>
- 香西尚実, 名越民江, 南妙子. (2014). 多重問題を抱える頭頸部がん患者の退院後の生活体験, *日本看護科学会*, 34, 353-361.
- 熊谷有記, 小笠原知枝, 長坂育代. (2007). 終末期がん患者の家族のストレス・コーピングおよび影響要因の検討. *日本がん看護学会誌*, 21(2), 50-56.
- 熊谷有記. (2014). 訪問看護ステーションにおける看取りのパンフレットの使用状況に関する検討, *第38回日本死の臨床研究会*, 11, 1-2.



- Lazarus&Folkman. (1984) / 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳. (1991). *ストレスの心理学*. 東京: 実務教育出版.
- Lewis,M,L. (2006). 田高悦子監訳. 説明モデルを元に介入研究をデザインする. *看護研究*, 39 (1), 29-47.
- Lincoln,YS.,Guba,EG. (1985) / グレグ美鈴. (2007). *質的記述的研究. 質的研究の進め方・まとめ方*. (pp. 69 - 70). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- Lunney,J.,Lynn,J.,Foley,D, Lipson,S.,Guralnik,J.(2003). Patterns of functional decline at the end of life.*JAMA*,289(18),2387-2391.
- McMillan,S.,Small,B.,Weitzner,M.,Schonwetter,R.,Tittle,M.,Moody,L.,Haley,W.(2006). Impact of coping skills intervention with familycaregivers of hospice patients with cancer. *Cancer January1*,106(1) 214-222.
- Mishel M. H. (1988) / 野川道子. (2009). *不確かさ理論, 中範囲理論入門 事例を通してやさしく学ぶ 第2版* (pp. 343-358). 名古屋: 日総研出版.
- Miyashita M,Sanjo M,Morita T,Hirai K,Uchitomi Y.(2007).Good death in cancer care : a nationwide quantitative study.*Annals of Oncology*,18,1090-1097.
- Miyashita M,Morita T,Sato K,Hirai K,Shima Y,Uchitomi Y,(2008). Good death Inventory:A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective .*J Pain Symptom Manage*,35,486-498.
- 水野道代. (1997). 地域社会で生活するがん体験者にとっての健康の意味とその構造. *日本看護科学会誌*, 17(1), 48-57.
- 水野道代. (1998). がん体験者の適応を特徴づける認識の構造. *日本がん看護学会誌*, 12(1), 28-40.
- 森雅紀. (2015). 若年成人がん患者の特徴—治療期から終末期まで. *緩和ケア*, 25(6), 464-469.
- Mowday,R.T., Steers,R.M.,Porter,L.M.. (1979) .The measurement of organizational commitment.*Journal of Vocational Behavior*,14,224-247.
- Mowday,R.T.,Porter,L.M.,Steers,R.M. ( 1982 ) .Employee-organization linkages:The psychology of commitment,absenteeism,and turnover.*New York:Academic Press*.
- 長江弘子, 成瀬和子, 川越博美. (2000).在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造—訪問看護婦の支援に焦点を当てて—, *聖路加看護大学紀要*,26,31-43.

- 長江弘子. (2014). エンド・オブ・ライフケア (pp. 7-8, 38-44). 東京：日本看護協会出版.
- 日本ホスピス緩和ケア協会 (2010). 在宅ホスピス緩和ケア基準.  
<http://www.hpcj.org/med/shiryo.html>
- 日本緩和医療学会. (2015). ELNEC-J 指導者.  
<http://www.jspm.ne.jp/elneclist.html>
- Northouse,L.,Mood,D.,Schafenacker,A.,Kalemkerian,G.,Zalupski,M.,LoRusso,P,...Kershaw,T.(2013).Randomized clinical trail of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers.*Psycho-Oncology*,22,555-563.
- 大園康文, 石井容子, 宮下光令. (2012). 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. *がん看護学会*, 26 (3), 52-59.
- 大園康文, 福井小紀子, 川野英子. (2014). 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響—継時的なパターンの分類化. *Palliative Care Research*, 9(1), 121 - 128.
- 大西奈保子. (2015). がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因. *日本保健科学学会誌*, 35 (1), 225-234.
- 長内さゆり, 清水準一, 河原加代子. (2011). 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.
- Porter,l.W.,Steers,R.M.Mowday,R.T.,Boulian,P.V. ( 1974 ) . Organizational commitment,job satisfaction ,and turnover among psychiatric technicians.*Journal of Applied Psychology*,59,603-608.
- Rusbult,C.E.(1980).Commitment and satisfaction in romantic associations :A test of the investment model.*Journal of Experimental Social Psychology*,16,172-186.
- 佐藤一樹, 橋本孝太郎, 内海純子, 出水明, 藤本肇, 森井正智... 鈴木雅夫. (2015). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅診療中止の関連要因. *Palliative Care Research*, 10(2), 116 - 123.
- サトウタツヤ. (2009). *TEM* ではじめる質的研究—時間とプロセスを扱う研究をめざして. 東京：誠信書房.
- Sanjo M,Miyashita M,Morita T,Hirai K,Kawa M,Akechi T,&Uchitomi Y.(2007).Preferences regarding end-of-life cancer care and association with good-

- death concepts : a population-based survey in Japan. *Annals of Oncology*, 18, 1539-1547.
- 坂口幸弘. (2010). 悲嘆学入門—死別の悲しみを学ぶ (pp. 32, 80 - 82). 東京: 昭和堂.
- 瀬山留加, 武居明美, 新井香, 神田清子. (2009). がん患者の家族に対する介入研究の動向と今後の課題. *北関東医学*, 59, 351 - 356.
- Seow, H., Barbera, L., Sutradhar, R., Howell, D., Dudgeon, D., Atzema, C... Earle, C. (2011). Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol*. 29(9):1151-8.
- 柴田純子, 佐藤禮子. (2007). 在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験. *千葉看護学会誌*, 13(1), 1-8.
- Stajduhar, K., Funk, L., Toye, C., Grande, G. E., Aoun, S. & Todd, C. (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life; A comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24, 573-593.
- Staw, B. M., Ross, J. (1987). Behavior in escalation situations: Antecedents, prototypes, and solutions. *Research in organizational behavior*; 9, 39-78.
- Steers, R. M. (1977). Antecedents and outcomes of organizational commitment. *Administrative science quarterly*, 22(1), 46-56.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 113-135.
- 砂賀道子, 二渡玉江. (2007). がん体験者の適応に関する研究の動向と課題. *群馬保健学紀要*, 28, 61-70.
- 鈴木友理子. (2013). ICD 分類の改定に向けて—ストレス関連障害の動向—. *精神神経医学雑誌*, 115(1), 69 - 75.
- 平典子. (2007). 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.
- 高木浩人. (1997). 組織コミットメントとは何か. 田尾雅夫 (編), 「会社人間」の研究: 組織コミットメントの理論と実際 (pp. 13-40). 京都: 京都大学学術出版会.
- 高橋引司. (2002). 第3章 組織コミットメント. 宗方比佐子, 渡辺直登 (編), キャリア発達の心理学 (p. 55). 東京: 川島書店.
- 竹之内沙弥香, 田村恵子. (2009) End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム. 日本ホスピス緩和ケア研究振興財団「ホスピ

- ス緩和ケア白書」編集委員会 編. *ホスピス緩和ケア白書 2009*, 38-42, 日本ホスピス緩和ケア研究振興財団.
- 田尾雅夫. (2012). *現代組織論*, (pp. 1) 東京: 勁草書房.
- Thomsen, T.G., Hansen, S.R., Wagner, L. (2009). A review of potential factors relevant to coping in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3410-3426.
- 塚本尚子, 船木由香. (2012). がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望. *日本看護研究学会*, 35(1), 159-166.
- 植田直子. (2012). 筋力トレーニング教室から自主グループが形成・継続されるプロセスにおける保健師の支援のあり方—複線径路・等至性モデル (TEM) による住民と保健師の相互関係の分析の試み—, *日本地域看護学会誌*, 13(1), 76-82.
- 上田伊佐子, 雄西智恵美. (2011). 再発・転移のある乳がん患者のコーピング方略と心理的適応に関する研究. *日本看護科学会誌*, 31 (2), 42-51.
- Vaughn, S., Schumm, J., Sinagub, J. (1996) / 井下理監訳. (1999). *グループ・インタビューの技法*. 東京: 慶應義塾大学出版会.
- 山口小百合, 柳原清子. (2008). 在宅ターミナルにおける家族の「死の看取りのプロセス」の構造化. *新潟大学医学部保健学科紀要*, 9(1), 45-56.
- 安田裕子. (2009). 不妊治療経験者の子どもを望む思いの変化プロセス—子どもをもつことができなかった女性の選択岐路から. サトウタツヤ (編), *TEM* ではじめる質的研究—時間とプロセスを扱う研究をめぐって (pp. 17-32) 東京: 誠信書房.
- 安田裕子, サトウタツヤ (編). (2012). *TEM* でわかる人生の径路 質的研究の新展開 (pp. 34-38) 東京: 誠信書房.
- 安井真由美, 海老真由美, 村山正子. (2004). 在宅療養中の終末期がん患者の思い—3例の終末期がん患者を通して—, *日本地域看護学会誌*, 7(1), 49-54.
- 横田美智子, 秋元典子. (2008). 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.
- 吉田彩. (2016). 看取りの時期の在宅がん患者の家族の体験に関する文献レビュー—2006年～2016年のレビュー—. *愛知県立大学看護学部紀要*, 22, 1-8.
- 吉田智美. (1996). がんの終末期で症状緩和を受ける患者の家族のストレス・コーピング. *日本看護科学会誌*, 16(3), 10-20.
- Younger, J.B. (1991) / 藤田佐和. (2009). *マステリー理論, 中範囲理論入門 事例を通*

してやさしく学ぶ 第2版 (pp. 394-407). 名古屋：日総研出版.

World Health Organization. (2002). WHO Definition of Palliative Care .  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>