

在宅における終末期高齢患者および介護者の 心理的特徴と訪問看護の課題 —患者とその介護者の自死事例を通して—

奥井 良子*・齋藤 真由美**・大久保 まみ**・黒沢 加奈子**・奥井 重徳***

Psychological characteristics of terminally ill elderly patients and their caregivers
at home and issues in home nursing
-Through the case of suicide of a patient and his caregiver -

Ryoko OKUI*, Mayumi SAITO**, Mami OKUBO**,
Kanakano KUROSAWA**, Shigenori OKUI***

抄録

本研究の目的は、終末期高齢患者と介護者の妻が在宅療養中に自死された事例における訪問看護を振り返り、高齢者の心理的特徴と看護の課題を明らかにすることである。家族エンパワーメントモデルを用いて、事例のアセスメントと看護実践について振り返りを行った。その結果、『妻は元看護師であり終末期の過程を受け入れている』とアセスメントにバイアスが生じたことで妻の情緒的变化を適切にアセスメントできていなかった。また、家族システム、家族内コミュニケーションへの介入が不十分であったことが明らかになった。高齢者は身近に死を感じていること、自分が生き続けることで他者の利益を脅かす存在として自分を位置づけるなど高齢者の心理的特徴を踏まえたアセスメントが重要であると考えられる。また、主介護者が高齢の配偶者である場合、主介護者以外の家族をもキーパーソンと位置づけ、役割の自覚を持てるように介入する必要性が示唆された。

キーワード：終末期、高齢者、自死、家族介護者

Key words : terminal stage, elderly, suicide, family caregiver

1. 緒言

総務省統計局人口推計（2019）によると、65歳以上人口は28.4%で1950年以降一貫して上昇が続いており、中でも75歳以上人口は14.7%と過去最高となった。長寿、高齢化社会に伴い慢性疾患を持った高齢者が増加し、高齢者の終末

医療の需要が高まっている。

内閣府（2017）の高齢者の健康に関する意識調査では、必要があれば医療機関等を利用したいと回答した者も合わせると60%以上が自宅で療養したいと回答し、また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家で介護を希望する人

*駒沢女子大学 看護学部 看護学科

**久遠会 高沢病院 みずほ訪問看護ステーション

***久遠会 高沢病院

が40%を超えた。自宅で最期を迎えることを希望する人は54.6%、配偶者に自宅で最期を迎えさせてあげたい人は57.7%であった。しかし、2019年の自宅死の割合は13.6%であった（厚生労働省，2019a）。自宅看取りを阻む要因には、本人・家族への適切なインフォームドコンセントがなされていない、本人と家族、あるいは家族内における意見の不一致、患者の家族に迷惑をかけたくないという思い、家族の介護力、家庭における療養環境の問題などがある（箕岡，2012）。2019年の国民生活基礎調査では、65歳以上の高齢者のみの世帯は28.7%で、65歳以上の要介護者のいる世帯の59.7%が主介護者も65歳以上で、いわゆる老々介護である（厚生労働省，2019b）。在宅看取り、在宅ホスピスケアにおける訪問看護では、患者本人のみならず、介護者および同居家族、同居していない家族も対象に含まれ、幅広い知識と技術が求められる。厚生労働省（2018）は、最後まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末医療」から「人生最終段階における医療」へと名称変更をした。「人生最終段階における医療」における看護について日本看護協会は、看護職は苦痛、不安、苦悩等の患者の抱える問題にいち早く気づき、尊厳を守りながら、患者または利用者等がその人らしく最後まで人生を全うできるように支援するための看護を提供することが求められるとしている。

今回、心不全終末期で在宅看取りを選択した高齢患者と介護者の妻が自宅で自死するという大変辛い事例があった。今後の看護への示唆を得るために、本事例が自死に至るまでの過程と訪問看護での関わりを振り返り、自宅療養の終末期高齢患者と介護者の心理的特徴と看護の課題を明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

本研究事例における訪問看護を振り返り、自宅療養の終末期高齢患者と介護者の心理的特徴と看護の課題を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、家族エンパワーメントモデルを用いて事例を振り返り、考察する事例研究である。

家族エンパワーメントモデルとは、社会から孤立している家族、家族システムの障害などといった特徴を有する現代の家族を看護の対象として位置付けた家族アセスメントの枠組みの一つである（野嶋，2005）。

2. 分析方法

事例のアセスメントと看護実践について分析を行った。アセスメントについては、家族エンパワーメントモデルの『アセスメントの視点』に沿って、訪問看護実施期間のアセスメント（以下、介入時アセスメント）と振り返りで気づいたことを整理した。看護実践については家族エンパワーメントの『家族への働きかけ』の項目に沿って、実際に行った看護と振り返りで気づいたことを整理した。データの整理は研究者相互で齟齬がないかを確認し合い、家族看護学の専門家の指導を受けて行なった。

3. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり事例のご遺族に、対象事例の秘密と匿名性の保持への配慮を书面および口頭で説明し承諾を得た。久遠会高沢病院研究倫理審査委員会の承認（承認番号第30-001）を得た後に実施した。データ分析後にご遺族に内容を確認いただき、公表の承諾を得た。

IV. 看護の実際

1. 事例紹介

A氏 80歳代男性、慢性心不全（完全房室

ブロック)。70歳代後半の妻と2人暮らしであった。娘2人は結婚し、それぞれ地方在住である。

夫婦共に元看護師でA氏は温和だが頑固な一面があり、妻は几帳面でしっかり者であった。

2. 経過

<訪問看護開始時>

A氏は心不全急性増悪にてB病院で入院治療を受け、左室収縮機能17%と予後不良であったが在宅療養を希望され退院された。在宅療養への移行にあたり、訪問診療（月2回）と訪問看護（週1回）が導入された。退院後、A氏の体調は安定しディサービス週2回、趣味のゲートボールにも参加していた。

<訪問看護開始5か月後>

A氏の希望でディサービスの利用を中止した。ゲートボールへの参加もしなくなり、外出することがほとんどなくなった。

<訪問看護開始11か月後>

A氏は労作時に軽度の息切れが出現し、在宅酸素療法を開始した。

<訪問看護開始1年3か月後>

A氏は体重増加と下肢浮腫、労作時呼吸苦の増強が見られた。訪問診療および訪問看護では、水分・塩分制限と利尿剤調整にて経過観察していた。A氏は、在宅酸素療法を行いADLは自立していた。

<訪問看護開始1年6か月後：X年Y月Z日>定期訪問看護

A氏の息切れが強く倦怠感も強いいため、訪問看護師から主治医に報告し臨時訪問診療を依頼した。心不全増悪と診断され、主治医より入院を勧められたが、A氏・妻共に今後は積極的治療を望まず、在宅看取りを希望された。妻から娘たちへも在宅看取りの意向が伝えられた。
<X年Y月Z日+2,3日>臨時訪問看護（2日連続での訪問）

A氏の呼吸苦、浮腫、倦怠感症状が増強し

たため、妻より訪問看護の依頼があり臨時での訪問看護を実施した。病状観察と療養方針の意思確認、環境調整を行った。夫婦共に在宅療養継続の希望であった。身体的負担軽減のため介護ベッドとポータブルトイレの使用を提案し導入された。今後の病状変化や妻の介護負担を考慮し、訪問日数を増やす提案もしたが、近日に娘が帰省するとのことで希望されなかった。いつでも訪問対応が可能であることを説明し、通常通りの週1回訪問で様子観察をすることとなった。

<X年Y月Z日+7日>定期訪問看護

A氏の呼吸苦や浮腫、倦怠感等の症状はやや改善した。妻と娘の介助により入浴も実施されたとのことで状態は少し上向きで経過していた。妻に疲労や変わった様子は特に見られなかった。

<X年Y月Z日+14日>定期訪問看護

玄関が開錠されているが応答なく、室内を確認したところ、夫婦で自死されているところを発見した。机の上には自死の手順書と夫婦連名で夫婦の絆の深さを記した文面の遺書が置かれていた。

V. 結果および考察

訪問看護開始時から終了時までの介入時アセスメントを家族エンパワーメントモデルの『アセスメントの視点』に沿って書き直し、訪問看護終了後の振り返りでの気付きと、『家族への働きかけ』の項目に沿って看護実践および訪問看護終了後の振り返りでの気付きの整理を行った。

1. 介入時アセスメントと振り返り（表1）

1) 家族の発達段階、家族の役割、家族の人間関係・情緒関係

妻は70歳代後半で発達段階としては人生の完結期であり、普段の気丈な振る舞いから、介入

表1. アセスメントの振り返り

上段：介入時アセスメント 下段：振り返りでの気づき

① 家族構成	② 家族の発達段階	③ 家族の役割関係
 <p>・娘たちはそれぞれ独立し家庭あり遠方に在住</p>	<p>妻は80代で人生の完結期にあり近い将来予測される配偶者の喪失を受け入れている。</p> <p>妻は将来予測される配偶者の喪失に葛藤し危機状態にあった。</p>	<p>妻は家事と介護を担い、二人の娘は遠方に嫁いでいる為、主に相談の役割を担っている。</p> <p>娘の一時帰省を除いては、妻が家事、介護をすべてになっており、妻の負担は大きかった。</p>
④ 家族の勢力関係	⑤ 家族の人間関係・情緒関係	⑥ 家族内コミュニケーション
<p>・家族のリーダーはA氏</p> <p>・キーパーソンは妻</p> <p>・普段は妻の方が勢力がある態度だったが、文句を言いながらも本人の意思を尊重（ディ中止、労作時の酸素中断）する。</p> <p>・娘は両親の在宅看取りの意向を支持している。</p> <p>今回の行動は、拇印された連名の遺書があることから、2人で決めたことと推測されるが、手順書や遺書などからは妻が主導だったようにも感じられる。</p>	<p>・A氏はマイペースで頑固な一面あるが、妻を信頼している。</p> <p>・妻は食事療法や在宅酸素療法をある程度守ってもらいたいと思っていが、最終的には本人の希望を受け入れた（言っても聞かないと諦めもあった）。</p> <p>・妻はA氏の介護を几帳面に行っている。</p> <p>今までの介護状況を振り返り、妻の面倒の良さから、妻は自分が残されることが辛いというよりは、夫を苦しめたくない、1人で旅立たせるのは可哀そうといった慈悲の思いが強かったのではないかと。</p>	<p>・遠方に住む娘とは電話やメールを使ってコミュニケーションを取っている。</p> <p>・娘は妻へ、感謝と労いの言葉をかけるなど情緒的な支援をしており、家族内コミュニケーションは取れている。</p> <p>訪問開始当初、「娘それぞれの家庭があり、迷惑はかけられない」との発言あり。娘たちのことは、情緒的支援として頼りにしていたと思うが、心配や迷惑はかけられないという思いも強かったのではないかと。</p>
⑦ 家族対処行動や対処能力	⑧ 家族の適応力・問題解決能力	⑨ 親族や地域社会との関係、家族の資源
<p>・基本的には夫婦2人で何事にも対応できている。</p> <p>・状況変化時も家族内で対処行動がとれている。</p> <p>・病態悪化時、妻から娘たちへ自分たちの意向（在宅看取り）について伝えられていた。</p> <p>・娘は報告を聞き、数日間帰省し両親の支援をしていた。</p> <p>・娘の帰省があるため、訪問看護の回数増加は希望されず、家族の時間も大切と考え、それ以上の介入をしなかったが、看護師が娘の両親に対する思いを確認するなど、他の家族への介入も必要であった。</p>	<p>・在宅での療養、治療方針の選択はA氏と妻が行い、意思決定能力は十分である。</p> <p>・妻は医療的知識があるため、自分たちで解決できそうな症状については対処しており、医療的な対処能力がある。（むくみ出現時の利尿剤追加内服等）</p> <p>・普段の問題解決や意思決定の際、基本的にはA氏の意向に妻が従う、もしくは夫婦2人で相談して決めていたのではないかと。</p> <p>・今後、起こりうる配偶者喪失に対して、妻1人で介護していくことは困難であった。</p> <p>・病状悪化時に娘が一時帰省し両親を支援していたが、本当の思いは伝えられていなかった。</p>	<p>・体調変化時などの問題が生じた時は娘に相談することができる。</p> <p>・近所の人から野菜を買うなどの近隣との交流がある。</p> <p>・介護保険を利用しており、月に1回ケアマネージャーもモニタリングがあり適切な社会資源の利用ができています。</p> <p>・妻の友人関係や自分の思いを表出できる人、ストレス解消法については確認できておらず、妻の疲労やストレスはどのように解消されていたかの把握が不十分であった。</p> <p>・ケアマネージャーも妻の介護負担や情緒的変化に気付いていなかった。</p>
⑩ 家族の価値観	⑪ 家族の期待・希望	⑫ 家族のセルフケア
<p>・A氏の考え、意思を尊重（ディ中止、入院治療はもうしない）</p> <p>・自分たちのペースでやりたい。</p> <p>・自分たちのことは自分たちでやりたい。</p> <p>・娘たちに迷惑をかけたくない。</p> <p>・妻には夫を苦しめたくないという思いがあり二人一緒に居たいという思いから、二人一緒にでの自死を選択したのではないかと。</p>	<p>・もう入院治療したくないというA氏の希望を叶えるため自宅最後まで看たい。</p> <p>・A氏の苦しむ姿を見たくない。</p> <p>・体調が悪化するとわかっている反面、口喝を訴えるA氏に我慢を強いるのではなく、好きにさせてあげたい気持ちもあった。</p> <p>・A氏に我慢を強いる事の辛さや介護に妻は疲れきっていたのかもしれない。</p>	<p>妻は元看護師でセルフケア能力、介護能力がある。</p> <p>・自死する数日前まで娘さんが泊まっていたが、行動を思わせる言動は全くなかった。</p> <p>・妻は介護や看取りに対して不安な様子はなかったが、「苦しむ姿を見たくない」というのは、見ていてつらい＝弱音ということだったと思う。元看護師であっても、感情が大きく揺らぎ冷静に判断する能力も低下していたと考えられる。</p>

家族エンパワーメントモデル

時は、近い将来予測される夫の喪失を受け入れる準備ができているとアセスメントしていた。しかし、実際にはそうではなかったことは明らかである。高齢の介護者が高齢の配偶者を看取る場合は、配偶者の死から自分自身の死を意識するようになり、具体性を持って死を意識するようになる（遠山ら、2010）ことから、妻は、悲嘆感情を表出できず葛藤状態であったと考えられた。また、妻の介護の様子から自分が残されるのが辛いというよりは、「苦しむ姿を見たくない」と話しており、夫を苦しませたくない、一人で旅立たせるのはかわいそうだとといった慈悲の思いが強かったのではないかと考える。介入時では、『妻は元看護師であり終末期の過程を受け入れている』とアセスメントにバイアスが生じ、終末期の過程に伴う家族の情緒的変化を適切にアセスメントできていなかった。

2) 家族内コミュニケーション、家族の対処能力、親族や地域社会との関係

訪問看護開始から、その後1年6か月までは、妻は元看護師ということもあり、在宅療養の対応能力はあるとアセスメントしていた。それ以降、病態増悪時に再アセスメントをしておらず、A氏の心不全の増悪による息切れ、倦怠感等の身体症状が増強した状況への適応、看取りへの準備には支援が必要であったと考える。妻は、家事、介護全般を担っており身体的、精神的にも負担は大きかった。娘たちは良き支援者であり、ケアマネージャー、訪問看護師などのつながりも良好であり、支援を受けることは可能であったが、夫の「自分たちのペースでやりたい」との希望を尊重したいという思いとの間で苦悩していたのではないかと考える。妻は、娘達に対して情緒的サポートとして頼りにしていたが、その反面、心配や迷惑をかけられないという思いも強かったのではないかと考える。

長江ら（2000）は、ホスピスケアにとって、

家族の介護は必要不可欠であり、主たる介護者のみならず家族全体をアセスメントし家族全体が悲しみやストレスを見つめ、協力していく力があるのかどうかを見極めることが必要であると述べている。本事例においては、訪問看護師が直接、主介護者以外の家族である娘達に患者の介護についての思いや具体的に可能な支援について聞くことができていなかった。娘達の帰省のタイミングに合わせての訪問を行い、家族内コミュニケーション、家族の対処能力を確認し、必要な支援を提示し検討する機会を、最低でも訪問看護開始時、病態悪化の予兆段階、さらに病態悪化時には意向の変更の有無を家族全員に確認するべきであった。

3) 家族の価値観、家族の期待・希望

介入時は、妻は「A氏は高齢だから延命は希望せず、好きなことをさせてあげたい、自分たちのことは自分たちでやりたい」と思っているとアセスメントしていた。しかし、心不全悪化時の水分制限など、制限しないと体調が悪化すると思う反面、口渇を訴えるA氏に我慢を強いるのではなく好きなようにさせてあげたい気持ちもあり、遺書に「もう我慢しなくていいですよ。天国で好きな物を食べましょう」と書いてあった。振り返りでは、A氏の体調が少し回復したところで、また制限が続き本人に我慢させてしまう事や介護に妻は疲れきってしまったのではないかと考えられた。家族は、患者が身体的に衰弱している様子を目の当たりにし始めると次第に不安を感じてくる、事前に看取りの準備をしている場合においても、家族が冷静さを失うことがある（遠山ら、2010）といったアセスメントの視点が不足していた。

4) 家族のセルフケア

妻は元看護師でありセルフケア能力があるとアセスメントしていたが、「苦しむ姿を見たくない」というのは見えて辛い＝弱音という

ことだったのではないかと考える。身内が終末期を迎えるということは、元看護師であっても感情が大きく揺らぎ冷静に判断する力が低下していたと考えられる。

在宅での看取りを行った介護者の予期悲嘆の構成要素に＜介護優先による身体への負担感・不安感＞があることが明らかにされている（小林, 2010）。本事例においては、看護の対象者として介護者の健康状態、介護者が感じている介護の重さについて、主介護者である妻の気持ちを引き出すことが不十分であった。

2. 看護実践の振り返り（表2）

1) 家族の日常生活、セルフケアの強化、家族への情緒的支援

妻は元看護師であったため介護能力は高く、娘の帰省時以外は一人で介護していた。妻が介護疲れになっていないか、介護により妻の食事、睡眠等に支障をきたしていないか確認を行ない、妻の返事から栄養・休息は確保できていると判断していたが、実際は一人で介護を担う重圧を抱えていたのかもしれない。X年Y月Z日+2, 3日の臨時訪問の際には、看取りに向けて週1回30分の支援では不十分と考え、訪問日数を増やすことを提案したが、近日中に娘が来る事と、心配であれば連絡するとの事で訪問看護の増加は希望されなかった。訪問看護は24時間緊急対応が可能であったが、妻から希望がなければそれ以上の介入は難しいため、通常通りの週1回30分訪問で経過をみていた。訪問時、表情はあまり変えず気丈さが伺われ、元看護師だから終末期患者の身体的・心理的過程を理解され受け入れられているとアセスメントしていた。

小林（2010）は、在宅での看取りを行った介護者の予期悲嘆の構成要素には、＜死別への先行不安＞により＜やり場のない病気への恨み・無念・怒り＞＜別世界に生きる感覚：思考回路制御・孤立・疎外感＞という感情が現れ、＜死

を悼むスピリチュアルな喪失感＞と影響しあい、＜家で看取る調整役としての重圧感＞＜介護優先による身体への負担感・不安感＞は介護者にかかる負担であることを明らかにしている。妻は家で看取る調整役としての重圧を一人で抱え、対外的にはその大変さを見せずに、心理的に患者と二人の世界に閉じこもり、思考回路制御の状態となっていたのではないかと思われる。娘達から情緒的サポートを受けているとアセスメントしていたが、日常のほとんどはA氏と妻の二人であり、＜死別への先行不安＞＜介護優先による身体への負担感・不安感＞があったのではないかと思われる。訴えがない＝大丈夫ではなく、特にA氏の身体症状の増悪が現れたX年Y月Z日時点で、家族の適応力を再アセスメントし、家族喪失危機に向けての妻の不安や思い、一人で抱えている困難を引き出し、家族支援を強化することが必要であったと考える。

2) 家族教育

妻から「苦しくなったらどうすればいいか？」との質問があり、呼吸苦時は主治医と相談し酸素の増量や鎮静剤の投与で苦痛の緩和ができることを説明し納得されていた。だるさや傾眠、労作時の呼吸苦があった為、通常のベッドから介護ベッド、ポータブルトイレ等安楽な生活の環境調整を提案し、A氏・妻共に受け入れられていた。在宅看取りと決定していたが、在宅での対応困難や妻の介護疲労あればいつでも入院できることを説明し「わかりました」との返答だったが、自死への思いを抱いているといった真意には気づけていなかった。

遠山ら（2010）は、家族は身体的に衰弱している様子を目の当たりにし始めると次第に不安を感じてくることから、家族を冷静にする言葉がけは必要であり、事前に見取りの準備をしている場合においても、家族が冷静さを失うことがあると看護師は認識し、迅速に対応する必要

表2. 看護実践の振り返り

上段：実施した看護

下段：振り返りでの気付き

① 家族の日常生活、セルフケアの強化	<ul style="list-style-type: none"> 妻は一人で介護出来ていたが、看護師がいつでも協力できるので一人で抱え込まないように説明した。 妻が介護疲れしていないか、介護により食事、睡眠等の日常生活に支障をきたしていないかの確認を行った。 妻が高血圧であることを把握しており、妻の健康状態にも気を配っていたが異常は認められなかった。 食事、睡眠はとれているとの返答で、栄養・休息は確保できていると判断していたが、一人で介護を担う重圧を抱えていたのかもしれない。
② 家族への情緒的支援の提供、家族カウンセリング	<p>看取りに向けて、週1回30分での支援では不十分と考え、訪問日数を増やす提案をしたが、娘が帰省するとのことで希望されず様子を見ていた。実際に娘の規制があり、家庭内での支援ができていないと判断した。</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問時、表情はあまり変えず気丈さがうかがわれ、看護師よりベテランの元看護師なので全般的に理解されていると思っていた。 訴えがない＝大丈夫ではなく、家族喪失危機に向けての妻の不安や一人で抱えている困難を看護師側から具体的に聞きだし、妻の思いを表出させることが必要であった。
③ 家族教育	<ul style="list-style-type: none"> 今後予測される症状とその対応について説明した（呼吸苦、倦怠感等）。 療養環境調整の提案をし、介護ベッドやポータブルトイレの導入を行った。 介護不安や困難時はいつでも連絡。相談するように説明した。 在宅看取りと決定したが、介護困難や入院希望があればいつでも変更可能であることを伝えた。 「苦しくなったらどうすればいいか」との質問あり、呼吸苦時は、主治医と相談し酸素の増量や鎮静剤の投与で苦痛を緩和できることを説明したが、直面する看取りへの先行不安（小林, 2010）と捉えられていなかった。 だるさや労作時の呼吸苦に対して、介護ベッド、ポータブルトイレの導入で安楽を図ることができた。 決定事項はいつでも変更可能であることを説明し「わかりました」との返答だったが、真意には気づけなかった。
④ 家族の対処行動や対処能力の強化	<ul style="list-style-type: none"> 妻は病気や看取りに対する知識もあり、対処能力は高いと判断していた。 治療として必要なことはアドバイスしたが、無理強いはいないようにした。（食事や水分制限、酸素使用など） <p>妻から娘たちへ連絡し、娘たちが一時帰省していたことで対処能力があると判断していた。</p>
⑤ 家族関係の調整	<p>娘たちが遠方に在住のため、A氏と妻以外の家族に直接かかわることはなかった。</p> <p>病状悪化時、妻から娘たちに状況報告し、娘が様子を見に一時帰省したさいに看護師からも娘たちへ説明し、家族内での支援体制について話し合う必要があった。</p>
⑥ 家族の役割調整	<ul style="list-style-type: none"> 妻から娘たちに連絡し、実際にサポートがあったため、役割調整はできていると判断していた。 妻はしっかりしていたため、看護師から娘たちへ直接連絡することはなかった。 <p>夫婦の同意を得て、娘たちに両親に対する思い、どの程度の介護協力が可能かなど具体的に確認するべきであった。</p>
⑦ 親族や地域社会資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> 退院後、約5か月ディサービスを利用していたが、本人の希望で終了となっている。 身体的な介護負担についてヘルパー導入もけえ等可能であったが、清潔ケア等は自分たてできるとのことで提案しなかった。 病状変化や環境調整等はケアマネージャーと連携を図り、情報共有していた。 近所との具体的な関わりや妻の身近な相談相手、ストレス解消法については把握できていなかった。 <p>夫婦は基本的に自分たちのことは自分たちでやりたいとの希望があったため、その意向に沿って見守っていたが、妻の介護負担はどの程度か、身近な相談相手やストレス解消ほうはどうしているのか、もう少し踏み込んだ介入が必要であった。</p>
⑧ 家族の発達課題の達成への働きかけ	<p>妻が高齢であることを考慮し、無理しないように伝え看護師が介入できることを検討していた。</p> <p>在宅介護を決めた思い、終末期であることを告げられたことに対しての思いを聞くことができれば、妻の気持ちにもう少し寄り添うことができていたのではないと思う。</p>
⑨ 家族の危機への働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> 支援が必要な時はいつでも介入することが可能であることを説明した。 「苦しむ姿を見たくない」という発言に対して、酸素や鎮静剤を使用し苦痛を緩和できることを説明した。 <p>症状マネジメントの支援はできていたが、妻の辛い気持ちを十分に聞くことが出来ていなかった。</p>
⑩ 家族の意思決定の支援・アドボカシー	<ul style="list-style-type: none"> 体調悪化時に主治医から治療方針（入院治療か在宅看取りか）の話があり、その日のうちに夫婦で在宅見取りの決定をされたため、翌日臨時訪問し改めてA氏と妻の気落ちを確認した。 妻は介護や看取りの知識があるため、訪問看護の介入についてはA氏と妻の意見を聞きながら意向に添える形で対応した。 <p>在宅看取りの意思決定のプロセスを十分確認できていなかった。</p>
⑪ 家族の力の強化	<p>A氏、妻からの要望があればいつでも介入できることを伝え、体制は整えていた。</p> <p>妻の介護負担軽減のために娘たちはどのような協力ができるのか、家族間でどのような話し合いをしているのか把握しておくべきであった。</p>

家族エンパワーメントモデル

があると述べている。また、長江ら（2000）は訪問看護師のインタビュー調査から、在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造を明らかにし、臨死期では死の過程で出現する具体的な症状や呼吸の変化、不穏、昏迷状態を自然な経過であることを教える一方で、家族との別れに対する不安や辛さを十分に聞き、死にゆく家族との和解を促すことが大切であることを抽出している。妻は元看護師であり、気丈な様子からも終末期の過程について理解され、対応能力があるとアセスメントしていたが、在宅看取りを行う介護者の情緒体験として抽出された<死別への先行不安><分離不安による抑うつ><直面する看取りへの先行不安>（小林，2010）が、妻であることでより強くなっていた可能性があり、それらの視点を持ちながらアセスメントを常に更新し、家族の心情の変化を捉え介入することが必要であった。

3) 家族役割の調整

看護師による家族の役割調整については、妻から娘へ現状報告され、娘が数日帰省し介護協力が得られていたため必要性は認識していなかった。介護者の負担である<家で看取る調整役としての重圧感><介護優先による身体への負担感・不安感>（小林 2010）を踏まえ、高齢である妻が一人で終末期の家族を看る負担を考慮し、遠方の娘へも精神的サポート等支援してもらえるよう、本人・妻の同意を得て、看護師側からも情報提供等の働きかけが必要だったのではないかと考える。

4) 親族や地域社会資源の活用

訪問看護とケアマネジャーとの連携では、平常時から情報共有を行っていた。身体的な介護負担についてはケアマネジャーに相談しヘルパーの検討もできたが、妻が一人で出来るとの返答と、ご夫婦共に外部の介入をあまり好まないようだったので特に提案はしていない。病

態増悪時（X年Y月Z日）の数日間は、訪問看護師からの連絡でケアマネジャーも訪問しており、在宅看取りの意向の確認、介護ベッド、ポータブルトイレの導入など訪問看護師と同様の見立てであることを双方で確認した。一方、妻の話の中で近所との交流があることは聞いていたが、妻の身近な相談相手等の把握は具体的にはしていなかった。夫婦は基本的に自分たちのことは自分たちでやりたいとの希望があったため、その意向に沿って様子を見守っていたが、妻の介護負担はどの程度か、身近な相談相手やストレス解消法はどうしているのか等もう少し踏み込んだ介入が必要であったと考える。

5) 家族の発達課題の達成への働きかけ

妻が高齢であることを考慮し無理はしないように伝え、看護師で介入できることを検討していたが、在宅介護を決めた思い、終末期であることを告知されたことに対する思いを聞くことができなければ、妻の気持ちにもう少し寄り添うことが出来ていたのではないかと考える。

高齢の介護者が高齢の配偶者を看取る場合は、配偶者の死から自分自身の死を意識するようになり、具体性を持って死を意識する（遠山ら，2010）、また患者との関係性は悲嘆に大きく関係する（小谷，2007）という視点でのアセスメントを行い、介入が必要であったと考える。

6) 家族の危機への働きかけ、意思決定の支援・アドボカシー

妻の「苦しむ姿は見たくない」という発言に対して、症状マネジメントの支援はできていたが、妻の精神的な痛み、辛い気持ちを十分に察知することができていなかった。病態悪化時に主治医から入院か在宅看取りにするかの話があり、その日のうちに夫婦で意思決定されたため、翌日改めて本人と妻に再確認を行ったが、意思決定のプロセスをしっかりと確認できていなかった。アセスメントの振り返りでも述べたよ

うに娘らの帰省のタイミングに合わせての訪問を行い、家族内コミュニケーション、家族の対処能力を確認し、必要な支援を提示し検討する機会を設け、妻の介護負担軽減のために娘たちはどのような介護協力ができるのか、家族間でどのような話をされているのか把握しておくべきであった。さらに病態悪化時には意向の変更の有無を確認するべきであった。

3. 終末期高齢患者と介護者の心理的特徴

永井ら(2017)は高齢介護者104名の調査から、高齢者介護では介護のない高齢者よりも社会的孤立の割合が高い可能性が示され、家族の支援に対する満足度および家族以外との電話・メールの頻度が関係することを明らかにした。社会的孤立は、抑うつ、自殺との関連も報告されている(厚生労働省, 2019c)。本事例では、A氏の意向を尊重しディサービスを中止するなど社会資源による支援が狭小するなど、社会的孤立の傾向にあり、夫婦二人だけで過ごす時間が多くなり、A氏の身体的苦痛、妻のA氏を亡くすことの心理的苦痛が相乗し、思考の視野狭窄に陥っていたのではないかと考える。

また、高齢者はADLが低下し他者の援助を得なければならない状態は、自尊感情が傷つくことであり、日常的に生理的欲求に対するケアの未充足が続くと「生きていても仕方ない」という自殺前駆思考に陥ると考えられる(杉原, 2013)。さらに、加齢による心身機能の衰退と配偶者や友人の死に出会う体験が多くなることでの「死の構え」、「病苦と心身症状」が先行要件(原因)となり、その帰結として「病苦からの解放」、自分が生き続けることで他者の利益を脅かす存在として自分を位置づける「愛他価値」により自殺を選択する(松田, 2013)。また、老年期の自殺は他の年代層よりも既遂率が高く、高齢者では死の決意が確固としていて、「救いを求める叫び」のようなサインが明らかでない

ことがある(忽滑谷, 2008. 長田, 2007)。A氏は日々動けなくなってくる体を自覚しながら死への恐怖と妻への申し訳なさを感じ、また妻はA氏の苦痛を見る辛さ、先行きの不安など様々な思いを抱えていたのかもしれないと考える。夫婦それぞれの死の構えが相乗し、層構造的要因が合致して二人で死を選択するに至ったのではないかと推察する。

本事例は、自殺の手順書を作成しており用意周到な点や夫婦の深い絆を記した連名の遺書から、夫婦のつながりと情愛は想像以上に深く、強い決意をもって自死を選んだのではないかと推測される。そして本事例のように自殺を固く決意した場合、それを阻止されないよう平静を装い周囲が全く気づかなかったというケースが多いことが報告されている(長田, 2007)。小谷(2008)は、中高年を対象に自己と大切な人の死観を調査し、年齢があがるほど、配偶者が一番大切だと考える人が多く、自分の死よりも大切な人の死の方が恐く、大切な人の死の問題を考えたくないという意識が働く反面、「自分は死んだら消滅するが、大切な人は死んでも消滅しない」と思っていることが明らかになったと報告している。杉原(2013)は、高齢者心中の引き金となるカテゴリーで「絶望」「覚悟」「自己犠牲」の3つを挙げており、本事例においても病気が治らない絶望、一緒に旅立つ覚悟、周囲に迷惑をかけては申し訳ないという自己犠牲の上に今回の選択となったのではないかと考える。このような表出されない感情を読み取るためには、高齢者の心理的特徴を踏まえ、身体的苦痛の緩和とともに心理社会的要因について踏み込んだアセスメントをすることが重要であると考えられる。今回、アセスメントの枠組みを活用したことで心理社会的側面のアセスメントが不十分であったこととその課題が明らかになった。

4. 在宅療養の終末期高齢患者と家族への訪問看護の課題

本事例において家族エンパワーメントモデルを用いてアセスメントと看護の実際について振り返りを行なった結果、患者の病態変化とそれに伴う身体的苦痛は適切にアセスメントし介入を行っていたが、心理面に深く踏み込めていないことが明らかになった。その要因として、A氏と介護者の妻が元看護師であるという情報がアセスメントにバイアスが生じ、妻には介護能力があるとアセスメントしたことが要因の一つであると考えられる。A氏と妻が在宅看取りを選択した際に、“夫婦ともに元看護師での経験からA氏の死に至る過程を受け入れている”と思込みでのアセスメントをし、その選択の思いのプロセスを十分に確認していなかった。本事例においては、妻を元看護師としてではなく主介護者である妻として、さらに妻を看護の対象と捉え、妻のキーパーソンとして娘達への介入が必要であったと考える。

鈴木(2005)は、終末期であっても、その病気の辿る経過は予測困難で不確かな状況であり、病気の状態が落ち着いているときは、“もっと生きてほしい”と延命への希望を抱き、病者が苦痛を体験しているときは、“もうこれ以上苦しめたくない”と苦痛の解放を願う心の揺れを経験しており、家族は苦痛を伴った感情を経験しながらも、病者の死が近いことを認め、自分自身に仕方ないと言い聞かせ死別の準備をしようと努力し始めると述べている。また、小林ら(2010)は在宅で看取りを行った介護者10名を対象にインタビュー調査を行い、対象者の情緒体験から予期悲嘆を明らかにし、その中で「わかってもらえる人、最後の数日を一緒にかかわった看護師にじっくり聞いてもらえると一歩前に出れそうな感じがした」といったラベルを抽出している。A氏に対しての終末期の苦痛

を緩和するケアについて妻と取り組むとともに、妻に対しては終末期の夫を見送るにあたっての予期悲嘆のプロセスを辿る支援として、感情の表出を促すこと、妻一人で背負う介護の重圧の軽減を図るために娘達を含めた支援体制の構築を図ることが必要であったと考える。終末期高齢患者の主介護者が高齢の配偶者の場合、主介護者以外の家族をもキーパーソンとして位置づけ、役割の自覚を持てるように介入する必要があると考える。先にも述べたように、本事例においては、訪問看護師がA氏と妻、二人の娘さんが同席する機会を意図的に持ち、A氏の在宅療養および在宅看取りについての話し合いを行うことで、それぞれの思いを引き出すことができたのではないかと考える。主介護者は、家族の関係性やお互いの思いやり、あるいは遠慮のため、訪問看護が家族内へ立ち入ることを望まないことがある。しかし主介護者が高齢の配偶者の場合、訪問看護が開始となった早い時点で主介護者以外の家族とも面談し、家族とのコンタクトを取りやすい環境を整えておくことが望ましいと考える。

また、看護の対象は本人およびその家族であるとされているが、看護者は病気中心に考えるあまりに、患者や医療者の都合の良いように家族を捉えることも否めない(野嶋,2005)。看護師は高齢者の心理的特徴を踏まえ、対象を他の家族も含めた家族システムとして捉えて支援をしていくことが重要であること、そのためには可能な限り家族全員とコンタクトを取り、家族全体をアセスメントすることが必要である。訪問看護は契約内での関わりであるため、アセスメントと家族システムへの介入を意図して、主介護者以外の家族とコンタクトを取るための日程調整やその必要性を家族に説明することが必要があり、課題である。その関わり自体が、家族全員に対して看取りの心の準備の支援となり、

予期悲嘆への支援となると考える。

Ⅷ. 結語

本事例において在宅終末期高齢患者と介護者への訪問看護の振り返りをおこない以下のことが明らかになった。

1. 『妻は元看護師であり終末期の過程を受け入れている』とアセスメントにバイアスが生じ、終末期の過程に伴う家族の情緒的変化を適切にアセスメントできていなかった。
2. 訪問看護師が直接、主介護者以外の家族に患者の介護についての思いや具体的に可能な支援について聞くことができていなかった。
3. 家族は、患者が身体的に衰弱している様子を目の当たりにすることで、事前に看取りの準備をしている場合においても、冷静さを失うことがあるといったアセスメントの視点が不足していた。
4. A氏と妻の在宅看取りの意思決定のプロセスをしっかりと確認できていなかった。家族全員が同席する機会を持ち、それぞれの思いを引き出すことが必要であった。
5. 高齢者は、自分が生き続けることで他者の利益を脅かす存在として自分を位置づけるといった心理的特徴があることを理解しておくことが必要であることが示唆された。
6. 終末期高齢患者の主介護者が高齢の配偶者の場合、主介護者以外の家族をもキーパーソンとして位置づけ、自覚を持てるように介入する必要があることが示唆された。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

厚生労働省 (2018) : 人生の最終段階における

医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>, (検索日: 2021.8.31)

厚生労働省(2019a). 在宅医療の推進について: 在宅医療に関わる地域別データ集, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (検索日: 2021.8.31)

厚生労働省 (2019b) : 2019年 国民生活基礎調査の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>, (検索日: 2021.8.31)

厚生労働省 (2019c) : 令和2年自殺対策白書, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyoy2020.html (検索日: 2021.8.31)

小林裕美, 森山美知子 (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, 日本看護化学学会誌, 30 (4), 6-16.

小谷みどり (2007) : 中高年の『大切な人の死』観, ホスピスケアと在宅ケア, 15 (3), 241-246.

小谷みどり (2008) : 中高年の死観 - 自己と大切な人の死観の比較 -, 日本家政学会誌, 59 (7), 287-294.

内閣府 (2017). 「高齢者の健康に関する意識調査」結果 (概要), https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka_1.pdf, (検索日: 2021.8.31)

長江弘子, 成瀬和子, 川越博美 (2000) : 在宅ホスピス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, 25, 31-43.

- 永井眞由美, 東清己, 宗正みゆき (2017) : 高齢介護者の社会的孤立とその要因, 日本地域看護学会誌, 20 (1), 79-85.
- 忽滑谷和孝 (2008) : 高齢者の自殺, 老年精神医学雑誌, 19 (5), 549-555.
- 野嶋佐由美 (2005) : 家族看護学と家族看護エンパワーメントモデル, 中野綾美, 家族エンパワーメントをもたらす看護実践 (第1版), 1-15, へるす出版.
- 日本看護協会 : 人生最終段階における医療と倫理. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html> (検索日 : 2021.9.8)
- 松田ひとみ (2013) : 日本の「高齢者の自殺」についての概念分析と社会的な支援体制の必要性, 高齢者ケアリング学研究会誌, 13 (2), 15-26.
- 箕岡真子 (2012) : 日本における終末期ケア“看取り”の問題点, 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル, 17, 6-11.
- 長田久雄 (2007) : 高齢者保健・福祉 (2) 「うつと自殺の予防」, 日本公衆衛生雑誌, 56 (10), 726-728.
- 総務省統計局 : 人口推計 (2019年), <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2019np/index.html>, (検索日 : 2021.8.31.)
- 杉原トヨ子 (2013) : 高齢者の自殺からみた死生観, 山口大学共同リポトジ, <http://ypir.lib.yamaguchi-u.ac.jp/ea/metadata/242>, (検索日 : 2018.7.18.)
- 鈴木志津枝 (2005) : 終末期にある病者と共に生きる家族への看護, 中野綾美, 家族エンパワーメントをもたらす看護実践 (第1版), 205-210, へるす出版.
- 遠山寛子, 島内節 (2010) : 在宅高齢者を看取った家族の悲嘆に対するケアの内容の検討. 家族看護学研究, 15 (3), 18-29.