

〔研究報告〕

## 訪問看護師が要介護高齢者のアドバンス・ケア・プランニングを支援するプロセス

古瀬みどり<sup>1)</sup> 東海林美幸<sup>2)</sup>

### 要 旨

本研究の目的は、訪問看護師が要介護高齢者のACPを支援するプロセスを明らかにすることである。研究参加者は、エンドオブライフ・ケアの実践経験が豊富で、ACPについて語ることができる訪問看護師11名である。要介護高齢者のACP支援事例に関する半構成的面接を行い、データ収集した。分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。【将来に向けた話し合いの必要性を認識】した訪問看護師は、〈信頼関係構築から話し合うきっかけを作る〉、〈話し合いのキーパーソンを探る〉、〈生活歴を本人、家族と共に振り返る〉、〈将来をイメージするきっかけをつくる〉の【話し合いプロセスの形成】を行っていた。これらは〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉、〈“本人の生き方”に向き合う〉、〈“本人の今”に向き合う〉、〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉、〈多職種で連携しナラティブな意思を共有する〉、〈介護する家族から“最後まで看る”家族へ〉の【話し合いのルーティーン化】に移行した。【将来に向けた話し合いの必要性認識】、話し合いプロセスの形成からルーティーン化に至るまでの基盤にあるのは、〈介護環境の安定化〉、〈本人の目標を確認する〉、〈家族を支持し利用者が尊重される〉といった訪問看護における【日常的ケア】であった。一方、話し合いがルーティーン化する中で、利用者の病状が悪化すると〈予後の不確かさに伴う戸惑い〉、〈専門職間の価値観のズレ〉を感じ、〈意思決定の比重が家族に傾く〉という【希望に沿ったケアの揺らぎ】を経験していた。

キーワード：訪問看護師、アドバンス・ケア・プランニング、要介護高齢者、家族

### 1. はじめに

アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning, 以下ACP）は、将来の意思決定能力の低下に備え、今後の治療・療養について患者・家族と医療者があらかじめ話し合うプロセスを指し、質の高いエンドオブライフ・ケアの実現には不可欠な要素である。厚生労働省（2018）は、人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドラインを「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスガイドライン」へと改訂した。また日本老年医学

会（2019）はACP推進に関する提言を作成し、「本人にとって最良の医療・ケアを切れ目なく実現するために、現在進行中のプロセスであるケア・プランニングとACPを連続的なものとみなす」と述べている。それらにより、病院だけではなく在宅医療・介護の現場での保健医療福祉に従事する支援者による意思決定支援の動きが加速化した。

訪問看護師は日常的なケアにおいて意図的あるいは無意識のうちに、利用者および家族の意思決定に関わる機会が多く、訪問看護におけるACPに関する研究も散見されている。訪問看護師による意向確認のタイミングの視点からの分析（鶴若、大桃、角田、2016；鶴若、大桃、2020）、独居高齢者のACP

1) 山形大学医学部看護学科

2) 仙台青葉学院短期大学看護学科

促進要因と障壁について (大桃, 鶴若, 2018), 終末期医療に対する意思表示の現状 (高橋, 菅谷, 鈴木, 2016), ACP実践の現状と課題 (古瀬, 東海林, 2020a; 中木, 2020) が発表されているが, ACPのプロセスの様相がうかがえない。また, 看護職により報告されるACPはがん領域に関する研究 (小松, 島谷, 2017; 石川, 福井, 岡本, 2017; 田代, 藤田, 2019) が多い。中でも訪問看護師は, がん療養者本人の意思を家族と共に尊重し寄り添うエンドオブライフ・ケアを重要視している (古瀬, 2014) が, 加齢や病状の進行による認知機能低下や判断能力に問題を抱える要介護高齢者の意思決定支援については報告が少ないのが現状である。一方で, そうした療養者のACP支援者には, 医療と介護の両方の機能を併せ持つ訪問看護師が適任である (鶴若, 他, 2016) ことが示唆されており, 訪問看護師がどのようにACPに関わっているのか研究の蓄積が必要と思われる。Sudore, Lum, You, et al. (2017) はACPを, 年齢や病期にかかわらず, 自らの価値, 人生のゴール, あるいは望む将来の医療ケアを本人, 家族, 近い人と医療者が理解し共有することを支援するプロセスと定義し, ACPは終末期医療に対する意思決定にとどまるものではないことを示している。従って, プロセス特性をもつ日々のケアの中で訪問看護師が要介護高齢者のACPをどのように支援しているのか明らかにすることは, 訪問看護師が在宅療養高齢者のACPをファシリテートするための示唆が得られ, 今後の在宅ケアサービスの質向上にも資すると考える。また, 超高齢社会における家族看護実践への示唆を得ることができる。

本研究では, 訪問看護師が要介護高齢者のACPを支援するプロセスを明らかにする。

## II. 用語の定義

本研究における「ACPを支援する」とは, Sudore, et al. (2017) および日本老年医学会 (2019)

の定義に基づき次のように定義した。利用者の人生の目標やケアの希望を, 本人, 家族と他の在宅ケアサービス関係者が理解し共有するための, 訪問看護師による支援とした。また, その目標や希望を, 現在進行中のケア実践やエンドオブライフの意思決定支援につなげようとする行為も含む。

## III. 研究方法

訪問看護師が利用者の在宅療養を支援するプロセスには, 利用者本人, 介護者および他の家族員, 利用者支援に関わる在宅ケアスタッフらとの相互作用がある。こうした一連のプロセスを明らかにするには, これらの人々の相互作用を解釈する必要がある。それには, 特定領域のプロセスを見出す修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA) (木下, 2007) が有用であると考え, この手法を用いて質的研究を行った。

### 1. 研究参加者の選定

研究参加者は, 訪問看護経験5年以上, 訪問地域の在宅ケア状況に精通する訪問看護師とした。また, エンドオブライフ・ケア実践経験が豊富で, 自身が関わったACPについて語るができることを条件とした。A県・B県内8か所の看取り看護を積極的に実施している訪問看護ステーション管理者に, 書面にて本研究の趣旨を説明し, 研究参加者の条件に該当する看護師の推薦を依頼した。合計12名の訪問看護師の推薦を受け, 最終的に研究参加者となったのは11名の訪問看護師である。

### 2. 調査の方法

調査期間は2019年2月から2020年3月である。研究参加者一人当たり60分~90分の半構成的面接を実施した。研究参加者には, 事前の説明文書で「どのような利用者にどのような状況でACPを行っているか, その後の成果等を事例をあげて話してください」と依頼し, 調査当日は利用者の生活状況, 家族の介護状況や訪問看護支援の内容を含め, 具体的

に語ってもらった。会話は参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

### 3. 分析方法

M-GTAでは分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマの設定とは、データに密着した分析を行うために研究テーマをGrounded on dataの分析がしやすいところまで絞り込むことである。本研究の分析テーマは「訪問看護師が要介護高齢者のACPにどのように関わっているか」である。また概念生成する際には、その人間の行為や認識に照らして解釈・命名するために、特定の人に焦点をあてる。本研究における分析焦点者は「ACPに関わる訪問看護師」とした。まず録音した面接内容から逐語録を作成した。本研究の分析テーマに照らし、関係のありそうな部分に着眼し、分析の最小単位である概念を生成した。結果への提示は概念名、その定義、ヴァリエーション（訪問看護師の語り）である。概念や定義は追加されるヴァリエーションとの関係で的確に表現されるよう補足修正または削除し、新たな概念生成を行った。解釈が恣意的に進まないよう、他のデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を実施した。10程度の概念生成がされたところで、新たな概念生成と並行し、概念間の相互関係を考えカテゴリーを生成した。概念とカテゴリーを用いて、これらの相互の関係から分析結果をまとめ、その概要をストーリーラインとして文章化し結果図を作成した。

分析と同時進行でデータ収集を行い、理論的飽和化との関係でデータを随時追加した。理論的飽和化への判断は、生成した概念が十分なヴァリエーションに支えられていること、また概念相互の関係、全体としての統合性を確認することで行った。11名の分析が終了した時点で理論的飽和に達したと判断した。

質的研究の真実性を確保するため、次の点に注意した。データの解釈が恣意的に進まないように他のデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を行った。生成された概念、結果図は、質的研究の実施経験を有する大学教員からチェックを受けるとい

う形で議論し、解釈上の適切性を検討した。また、概念生成中の解釈やその時の疑問、アイデアなどを分析ワークシートの理論的メモに残し、解釈、定義、概念名がデータに密着しているかの検討を繰り返し行った。

### 4. 研究参加者への倫理的配慮

本研究は山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した（受付番号2018-384）。訪問看護ステーション管理者に研究参加者推薦の依頼を行う際、本研究の趣旨および倫理的配慮を記した文書と研究参加の同意書を添付した。倫理的配慮として、研究参加は自由意思によるものであり、同意の得られた者のみを研究参加者とするを前提とした。文書には次の点を明記した。1) データは研究者のみが取り扱い、鍵のかかる保管庫にて管理する。2) 研究発表の際は匿名としプライバシーの保護を厳守する。3) 研究参加の辞退・撤退が可能であり調査を拒否しても不利益が生じない。4) 研究に関する質問には必ず答える。また、研究の趣旨を理解した上で同意書に署名してもらうことを付記し、調査実施日に全員から同意書の署名を得た。

## IV. 結果

研究参加者の属性は表1に示した。全員が女性、いずれも24時間緊急呼び出しに対応する常勤看護師で、訪問看護経験年数は5～19年であった。エンドオブライフ・ケアおよび意思決定支援に関する講習等は全員が受講していた。参加者からは、慢性疾患や認知症などで長期にわたり療養支援を行ってきた利用者の事例が語られた。

分析の結果、18概念を生成した。それらは、将来に向けた話し合いの必要性認識カテゴリー、話し合いプロセスの形成カテゴリー、話し合いのルーティーン化カテゴリー、日常的ケアカテゴリー、希望に沿ったケアの揺らぎカテゴリーの5カテゴリーに収束した。結果図は図1に示した。本文中で【 】はカテゴリー、〈 〉は概念、そして「 」は

ヴァリエーションを示す。“ ”はin-vivo概念で参加者の言動をそのまま用いたものである。ストーリーラインでは、【将来に向けた話し合いの必要性認識】、【話し合いプロセスの形成】、【話し合いのルーティーン化】、【日常的ケア】をコアカテゴリーとし、訪問看護師が要介護高齢者のACPを支援するプロセスを説明する。

1. ストーリーライン

訪問看護師は、要介護高齢者の訪問看護を通し〈当事者の将来に対する不安〉、〈伝え難い利用者の思い〉に触れ【将来に向けた話し合いの必要性を認識】していた。それによって、訪問看護師は〈信頼関係構築から話し合うきっかけを作る〉、〈話し合いのキーパーソンを探る〉、〈生活歴を本人、家族と共に

振り返る〉、〈将来をイメージするきっかけをつくる〉といった【話し合いプロセスの形成】が始まった。そして始まった要介護高齢者のACPに対する支援は〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉、〈“本人の生き方”に向き合う〉、〈“本人の今”に向き合う〉、〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉、〈多職種で連携しナラティブな意思を共有する〉、〈介護する家族から“最後まで見る”家族へ〉の【話し合いのルーティーン化】に移行した。【将来に向けた話し合いの必要性認識】、話し合いプロセスの形成からルーティーン化に至るまでの基盤にあるのは、〈介護環境の安定化〉、〈本人の目標を確認する〉、〈家族を支持し利用者が尊重される〉といった訪問看護における【日常的ケア】であった。【日常的ケア】中に生じた利用者・家族の状況の変化ならびにそれに合わせたやり取りが、話し合いに反映され発展していった。一方、話し合いがルーティーン化の中で、利用者の病状が悪化すると訪問看護師自身も〈予後の不確実さに伴う戸惑い〉、〈専門職間の価値観のズレ〉を感じ、そのような場合〈意思決定の比重が家族に傾く〉という【希望に沿ったケアの揺らぎ】を経験していた。

2. 将来に向けた話し合いの必要性認識カテゴリー

【将来に向けた話し合いの必要性認識】は、ACP

表1. 研究参加者の属性

参加者略称	看護師実務 経験年数	訪問看護 経験年数	看護師以外の資格
A	36	12	介護支援専門員
B	31	16	
C	30	10	
D	27	12	介護支援専門員
E	21	11	保健師
F	20	15	介護支援専門員
G	25	19	介護支援専門員
H	24	14	
I	20	6	
J	18	5	
K	17	5	

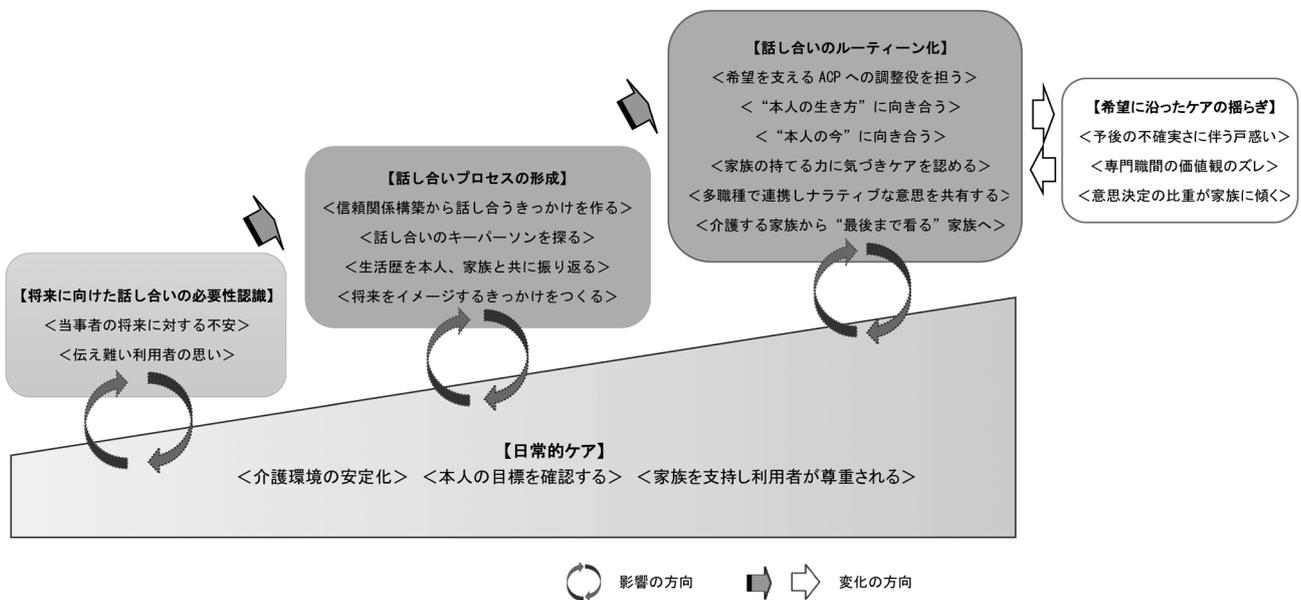


図1. 訪問看護師が要介護高齢者のアドバンス・ケア・プランニングを支援するプロセス

を社会的要請としてではなく、訪問看護サービス利用者当事者からの要請として、その必要性を感じることである。訪問看護師が当事者からの要請として認識したものは〈当事者の将来に対する不安〉〈伝え難い利用者の思い〉の2概念である。

〈当事者の将来に対する不安〉は、利用者本人または老々介護の場合など、介護する家族も将来に対し危機感や不安を抱いていると訪問看護師が察することである。「高齢の方が多いので、最終段階にいらっしゃる方、病気にしろ、老衰にしろ、そういう方と接するときには、ご本人もですけども、ご家族と話をするとき、その話を抜きには語れない感じで…」(参加者E)「長く障害を持って療養している方とか、今は安定しているけど、介護する奥さんもだんだん高齢になってきていて、奥さんが介護できなくなったらどうするんだろうっていう漠然とした思いを、その利用者さんも思ってるだろうから…」(参加者F)

〈伝え難い利用者の思い〉は、加齢や認知機能低下に伴い伝え難いものにはなっているが、そのような利用者にも意思があり意思を引き出す支援が必要、と訪問看護師が認識していることである。「90歳で『うちにいたい』っていうだけだった。周りに遠慮をするというふうなところもあまりなく、『私は私よ』みたいなどころがあるので、気を遣わずに『ここにいたい』って。そして、かわいい孫がいると、その孫とのかかわり方を素直に表現できて、そのときに表情が非常によくはなるんですよ。」(参加者A)

### 3. 話し合いプロセスの形成カテゴリー

【話し合いプロセスの形成】は、将来に向けた話し合いの必要性を感じた訪問看護師が、意識的あるいは無意識的に作りだした、利用者、家族との対話の素地である。〈信頼関係構築から話し合うきっかけを作る〉、〈話し合いのキーパーソンを探る〉、〈生活歴を本人、家族と共に振り返る〉、〈将来をイメージするきっかけをつくる〉の4概念から成る。

〈信頼関係構築から話し合うきっかけを作る〉は

話し合いの基本は信頼関係をつくることだと認識した行動を取ることである。訪問看護師から、いつでも話し合いができるという意識付け、きっかけを提供している。「まずはラポールつくって、しゃべられる人なんだっていうのと、何でもしゃべっていいんだっていうふうに、別に病気のことに関係なく、いろんなことをしゃべられる人なんだって思ってもらえると、自分では気づかないいろんな言葉がその中で出てきて、そこから自分の気持ちを表現できるようになってくるっていうのは、特にあるかな。」(参加者A)

〈話し合いのキーパーソンを探る〉は、利用者のことを最も理解し、利用者本人が最も信頼している家族員、介護に関する家族全体の意思決定に大きな影響を与える家族員を探ることである。「息子さんと一緒に住んで、経済的な面は息子さんだけけれども、娘が実際お世話をしている。大概是、代理ってなってくると、どなたかそばにいるご家族っていうような形にはなるんでしょうけれども、本人と話をしている中で『いろんなことを全て娘に任せている』とか。」(参加者E)

〈生活歴を本人、家族と共に振り返る〉は、利用者の生活歴、また利用者が家族と歩んできたこれまでの日常を振り返り、利用者のその人らしさを本人、家族と訪問看護師が共有することと定義した。「通所施設の職員とツーショットの写真だったり、お出かけしたときの写真だったりズラッと置いてあって…その人の楽しかった思い出がそこにあって、そこからスタートして、長い、その人自身の楽しみ方も、家族は共有できてたっていうところはあったかもしれない。」(参加者B)「実際のケアの中で、仕事の話とかになったりした時に掘り下げてあげるみたいな。手先が器用な方、縫物とかそういうのが好きな方とか…」(参加者C)

〈将来をイメージするきっかけをつくる〉は、利用者との普段の会話の中から本人の意向を拾い上げ、利用者が将来像を描けるような支援に結び付けることである。「冗談半分で『奥さんいなくなった

ら、長くは生きられない』とか、真剣に答えは返ってこないんですけど、でも奥さんがいなければ、家では過ごせないって思っているんだとか、そういうことを考えられるので、そんなときに『今、一人暮らしでも、同じ病気の人でこういうふうなサービスを使って家で過ごす人もいるんだよ』と世間話みたいに会話して、その人の耳に『こういう方法もあるんだ』って入れておくと、いろんな視野が広がって考えられるんじゃないかなと思うので。」(参加者G)

#### 4. 話し合いのルーティーン化カテゴリー

【話し合いのルーティーン化】は、利用者、家族とのACPに関係した話し合いが訪問看護師にとって特別なことではなく、通常の訪問看護の中で必要に応じて自然に行われるようになる際の支援の実際を指す。〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉、〈“本人の生き方”に向き合う〉、〈“本人の今”に向き合う〉、〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉、〈多職種で連携しナラティブな意思を共有する〉、〈介護する家族から“最後まで看る”家族へ〉の6概念から成る。

〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉は、訪問看護師が利用者本人、家族、他の医療者やケアスタッフそれぞれをつなぐ橋渡しの役割をすることである。終末期医療の方針を導き出すための共有ではなく、利用者が残された人生を生きてゆくための希望を支えることにACPが発展している。「別居中の子どもさんたちとの情報共有はそんなにされてなくて、自分たちの思いを話せるっていうのが、残念ながら私たちだったんですね。家族には、本人たちも心配かけまいと、あまりそういう話はしなかったり。あとはすぐに施設に行行って言われることとか想定されたみたいで、言わない。私たちが週に1回、2回かかっている中で『ちょっと2人で生活できなくなったときにはどうする』なんていう話も出したりとかしていて、その中で『おれはここに最期までいるんだ』みたいに話してくれたりとかして、私たちが訪問したときに家族と会ったときに、

それまでの大事な言葉とか伝えたりはしていたので。」(参加者H)「何かあったとしても、もうおじいちゃんがここにいたいって言うんだったら『そう支えましょう』ということで…先生と、ケアマネと、おうちの人と、全員で話す場はないんですけど、訪問へ行ったときの状況をおうちの人と話をし、話した結果を先生に相談して『じゃあ最後まで診るから大丈夫だよ』って先生が言ってくれて、家で支援していたんです。」(参加者G)「(血液透析を拒否した独居の腎不全高齢者の生きる希望に沿えた事例)腹膜透析っていう選択肢を与えたのは訪問看護師だったので、訪問に行くと『自分は〇〇さんから命をつないでもらった』という、どこまで調整すればそれが可能になるか、本人が一人で行けるかっていうところの評価と、本人がどこまでできるか、訪問看護が入るにしても限度があるので、どこまで訪問看護が介入して、ヘルパーができるのはどこまでなのか、そこら辺の調整をして『どこまでできればできるんじゃないですか』っていうところを医師に、…生活が見えてて、その人をサポートしているものが何か見えてて、どこまでできるから、先生が言った条件に、どこまでお応えできますって。」(参加者I)

〈“本人の生き方”に向き合う〉は、病気を基盤に置いたケアというよりも利用者個人の生き方、意思を尊重することを軸にした考え方である。「どうしたいのか、必ず聞く。『聞いてこなきゃ駄目だ』って先輩に言われて、こっちで思っていることでは…みたいところはああるよね、命としてのかかわり方、病気としてじゃなく、その人自身の生き方みたいなのは大切にしようっていうのはあるかもしれない。」(参加者B)

〈“本人の今”に向き合う〉は、将来的なことだけではなく、本人の現在の意思や希望が優先されるという基本的な考え方である。「本人は、今の状況を受け入れてはいるんですけど、悪い方向には行きたくない、前を向きたいっていう気持ちが結構強くあって、私たちが訪問に行ったときは、もうマイナ

要素のことは一切話さず、前向きなことをずっと語り続けていたってという感じで、最終的なところをどうしたいかっていうことを聞くよりは、今どうしたいかっていうことを聞きながら介入したってという感じで、本人がおうちで最高のいい気分でも過ごしているから、ここで過ごしたいってという感じで、本当に今と向き合う感じですね。そのときその方がしたいこと、その方がそのとき感じた気持ちに寄り添っていたってという感じだと思います。」(参加者J)

〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉は、家族だからこそ分かり合える、家族だからこそできるという家族の持てる力に気づき、利用者の意向に合わせてようとする家族の努力を賞賛することと定義した。「コーラが置いてあったんですね。(経口摂取が困難で輸液を行っていたが大好物のコーラだけはむせることもなく摂取できたので、本人が嫌がる輸液を中止できた) 寄り添える条件を家族がきちんとわかっていて寄り添えていたというところが、すごい本人の生きるエネルギーになってて、本人が希望を見つけられるキーワードを家族がわかってたと思いますね。」(参加者A)

〈多職種で連携しナラティブな意思を共有する〉は、介護環境や状況の変化により意思が変わることがあるため、その時々本人の意思として言動をそのまま記録に残し、多職種で共有することである。「今日訪問した人が、なんかこう言っていたよとか、ああ言ってたよって感じですかね。あとは、変わりあるのを改めて、みんなで話すときは、朝のカンファレンスで、その時に話したりとか。」(参加者D)

〈介護する家族から“最後まで看る”家族へ〉は、話し合いを重ねる中で、利用者本人が最後まで自宅での療養を希望する場合、またその希望に沿う方向に家族の気持ちが動き出している場合の、家族の心の準備や介護体制を整える支援を訪問看護が担うことである。「本人が家にどうしてもいたっていうときに、家族をどう育てていくかっていうか、家族をサポートしていくのをね、体制を整えるみたいな

ところは訪看の役割なんだろうって思うよね。」(参加者B)「訪問看護からのアドバイスっていうのも、入ってきてすぐじゃなくて、ずっといる方は、ずっと関係性を築いていって、看護師と家族の信頼関係がぐっと深まっている方に、訪問看護のほうもいろいろ話(最後の話)ができるので。」(参加者F)

##### 5. 日常的ケアカテゴリー

【日常的ケア】は、日々の訪問看護ケアの中で心がけていることであり、【将来に向けた話し合いの必要性認識】、話し合いプロセスの形成からルーティン化に至るまでの基盤になるものである。〈介護環境の安定化〉、〈本人の目標を確認する〉、〈家族を支持し利用者が尊重される〉の3概念から成る。

〈介護環境の安定化〉は、利用者本人、家族が安心して療養生活を送れるよう、多職種が連携し利用者の身体状況や介護の環境を整備していくことである。介護環境が整うことで利用者の意思に沿う体制ができてゆくと訪問看護師が認識している。「病院を退院してくるときってというのは不安もあるし『おうちで大丈夫なの?』みたいなところを、いろんな状況をその都度説明しながら、往診の先生が来てくれて、状況を説明してくれたりとかすると、ご家族さまも、ご本人さまも落ち着かれて、それなら、呼吸が変わったというときに救急車でバーッと運ぶよりは、静かに見守ってあげたほうがいいのかってというような気持ちに変わっていかれるということもあります。」(参加者E)

〈本人の目標を確認する〉は、QOL維持・向上と利用者の主体性を引き出すために、訪問看護師が希望を本人に確認しながら支援することである。利用者本人の思いをACPにつなぐことを必ずしも意識しているわけではない。「本人の中でも見えてないときとかいうか、自分もそうだけど、この人、どっちの方向に連れていったほうがいいのかとか、どっちの方向に行きたいのかっていうのが、私の中でわからないときに聞くのかな。リハビリする方だと、今このぐらいできているけど、今後どんなふうにして、どんなことしたいって思っているかとか、どう

いうところに行きたいと思っているかみたいな感じで聞くことはあるかな。」(参加者H)

〈家族を支持し利用者が尊重される〉は、家族を支えケアすることが利用者の意思を尊重することにつながると訪問看護師が経験的に認識していることである。「ケアをするというよりは、家族ケアに行ってたかな…ご本人の病状を観察して、私たちが何かをしてくるといよりは、家族が頑張っているところを見てきて、どんなふうにしたらいいかという不安を受け止めて『いいんだよ』って言ってあげられる時間をつくっていったっていうのが、本人のためになった感じですね。」(参加者A)

#### 6. 希望に沿ったケアの揺らぎカテゴリ

話し合いがルーティーン化する中で、利用者の病状の悪化や認知機能の低下が進行し、利用者、家族、訪問看護師自身もケアの方向性に揺らぎを感じることがある。〈予後の不確実さに伴う戸惑い〉、〈専門職間の価値観のズレ〉を感じ、〈意思決定の比重が家族に傾く〉という経験をしていた。【希望に沿ったケアの揺らぎ】は、すべての利用者と家族が経験するわけではないが、多くの場合、家族の気持ちが揺らぎ、それに合わせた対応を訪問看護師が行っていた。

非がん疾患の場合、病状の悪化と改善を繰り返して死に至るため、予後が不明確であることが多い。〈予後の不確実さに伴う戸惑い〉は、利用者本人、家族、在宅ケアスタッフも最期に対する判断に戸惑いを感じることに定義した。「具合が悪くなって『今回、最期かな』って思ったら、また復活する。それを繰り返していると、もうなんか不死身だと思ってしまって、家族も、人の死って結構大事なシーンじゃないですか、だけどそれが軽いものを感じられてしまう存在になって…本人も、家族も、サポートする側も、入退院を繰り返している方に関しては(判断が)ちょっと難しいかなって思います。」(参加者H)

〈専門職間の価値観のズレ〉は、同じ医療職であっても場(病院か在宅)や職種の違いによって、

利用者の医療的ケアについての認識や価値観にずれが生じることである。また個人の意思を優先するか、治療を優先するかで、医師と訪問看護師、利用者・家族の間にずれが生じ、距離ができてしまうと感じていることを指す。「その人の人生というよりは治療を優先する視点が最優先になってしまって、脱水になってくるから点滴は必要だっていうふうになれば『点滴は必要です』みたいな形で言ってしまう。先生自身はとても優しくて、かわり方も良いのですが、タイムリーにそういう対応ができなかったりすると不信感が出てしまうのかな。」(参加者A)

〈意思決定の比重が家族に傾く〉は、在宅における利用者への治療やケアの最終的な意思決定は家族がすると認識していることである。家族なりの利用者の希望に沿いたいという思いと、1日でも長く生きていて欲しいと思う、家族なりの判断や心の揺らぎを察しての対応である。「本人というよりも、ご家族の意見もいろいろで、それぞれの立場もありますし、ご本人の状況が変わっていったときに、やっぱり気持ちも変わるというか、『こう思っていたけど、やっぱりこうしたい』と変わっていくのはよくあります。」(参加者E)

## V. 考 察

### 1. 訪問看護師が要介護高齢者のACPを支援するプロセス

訪問看護師は、【日常的ケア】を基盤とした信頼関係の構築を重要視し、そこから話し合いのきっかけづくりを行っていた。本研究結果より、訪問看護利用中の要介護高齢者のACPは訪問看護のケアプロセスと同時進行で展開するものであり、訪問看護師が利用者、家族とのACPをどのように支援しているのか、そのプロセスを明らかにすることができた。

ACPは、プロセスの重視、侵襲的でないコミュニケーション、導入するタイミングが重要(木澤, 2017)とされる。まずプロセスという点から考えると、本研究では【将来に向けた話し合いの必要性認

識】があり、【話し合いプロセスの形成】から【話し合いのルーティーン化】へと訪問看護師の行動、ならびに利用者や家族との関係性に変化が認められた。現在、社会的な風潮として医療・介護の場におけるACPが推進されているが、本研究参加者である訪問看護師は利用者本人や家族など当事者からの要請として、その必要性を感じ取っていた。鶴若ら(2016)は訪問看護師による意向確認のタイミングとして、「日々のケアの中で本人の何らかの思いが表出されたとき」「家族が介護負担や介護不安を感じたとき」などをあげている。その時々利用者や家族の状況に応じたタイミングでACPを導入している点は、本研究でも同様であり、日々のケアの中からACP導入というのが訪問看護の特徴と考えられる。

また導入時の【話し合いプロセスの形成】では、〈信頼関係構築から話し合うきっかけを作る〉、〈話し合いのキーパーソンを探る〉、〈生活歴を本人、家族と共に振り返る〉、〈将来をイメージするきっかけをつくる〉といった利用者、家族の理解、そして信頼関係を築くところからスタートしている。その点で、侵襲的でないコミュニケーションを行っていると言える。Miyashita, Sanjo, Morita, et al. (2007)は、「自分ががんになった場合何を大切にしたいか」を調査した。その結果によると「家族や友人と良い関係でいる」「病気や死を意識しない」を重要視しているものも多く、特に要介護高齢者において侵襲的でないコミュニケーションは配慮すべき点と思われる。したがって、【話し合いプロセスの形成】では、必ずしもACP導入のタイミングをうかがっているとは言えない何気ない普段の会話に、訪問看護師も心がけていたものと推察する。これには自宅という生活の場がもつ特徴が反映されていると思われる。利用者や家族がもつ個々の人生経験や価値観を形作ってきた物語に一番近いところが自宅である。そのため、自宅はACPにおける話し合いのきっかけづくりがしやすい場とも言える。訪問看護師はそのような場で療養支援にあたる役割を担っていることを自覚し、利用者・家族との対話から価値観やケ

アに対する希望を引き出し、関係職種間で情報共有することが必要と言える。

一方、【話し合いのルーティーン化】における訪問看護師の支援内容は、〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉、〈“本人の生き方”に向き合う〉、〈“本人の今”に向き合う〉、〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉、〈多職種で連携しナラティブな意思を共有する〉、〈介護する家族から“最後まで見る”家族へ〉であり、エンドオブライフにおけるケア内容に近づくものであった。〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉では、Sudore, et al. (2017)のACPの定義にある“人生の価値、ゴールや望む将来の医療ケアの共有”に留まるものではなく、残された人生を利用者が生きてゆくための希望を支えるためのケア調整が行われていた。〈“本人の生き方”に向き合う〉、〈“本人の今”に向き合う〉は利用者の価値観に触れる支援であり、〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉、〈介護する家族から“最後まで見る”家族へ〉はエンドオブライフにおける家族の絆を強める支援であると言える。訪問看護師のACP実践に関する調査(古瀬, 東海林, 2020b)では、「利用者・家族の思いをきくことができた」「利用者・家族の希望に沿うケアが提供できた」「利用者が最期を家族と過ごせた」が、ACPを支援して良かったこと理由として多く挙げられていた。一方、困難と感じた理由として多かったのが「利用者の思いを聞くことが難しかった」「利用者や家族、家族間の意向が食い違っていた」「利用者の希望に沿うケアの提供が難しかった」であった。このことから、利用者と家族間の合意形成が進み、利用者が希望する場で療養生活を送り最期を迎えられることを訪問看護師自身も望んでいるものと思われる。そのため支援として、【話し合いのルーティーン化】は、エンドオブライフにおける訪問看護ケアとして特に重要と言えよう。

## 2. 話し合いを促進する訪問看護師の日常的ケア

【将来に向けた話し合いの必要性を認識】し【話し合いプロセスの形成】から【話し合いのルー

ティーン化】へと変化するためには、訪問看護における【日常的ケア】が基盤にあり、話し合いの促進に欠かせないものであることを見出した。〈介護環境の安定化〉、〈本人の目標を確認する〉、〈家族を支持し利用者が尊重される〉である。

〈介護環境の安定化〉は、介護環境への適応を促し介護負担を軽減するという点で看取りを行う家族にとって重要な支援である（古瀬，2014）。また、家族システム看護（Wright, Leahey, 1994）における良好な循環を形成・維持するためにも必要不可欠な支援と考える。〈本人の目標を確認する〉は、利用者の将来に備えるためではなく、現在の意思に寄り添うことである。加齢により意思決定能力が低下した利用者が自身の意思を表明し、ケア提供者がそれに応じるという自己決定の尊重と自立支援という観点からの支援が行われていたものとする。また〈家族を支持し利用者が尊重される〉を日常的ケアの1つとして概念化した。〈介護環境の安定化〉とも重複する点があるが、介護する家族にとっての良好な循環を形成することが利用者のケアにつながるということである。家族を支えケアすることが、家族とのパートナーシップを形成し、利用者の意思を家族と共に尊重することにつながると訪問看護師が経験的に認識しているのである。

訪問看護における【日常的ケア】が進む中で、必ずしも利用者から直接的な意思表示があるとは限らない。しかし、利用者や家族とのかかわりを通して、その人の嗜好、価値観、大切にしていること、目標や気がりなどに徐々に気づきを得られるようになることが多いと推察する。慢性疾患患者の死への軌跡は、時々重症化し長い期間にわたり機能が低下するため、死が迫っているかどうかの判断が難しい。要介護高齢者の場合、そのような経過を取るものが多く、終末期に至るまでの過程で入退院を繰り返し、経済的問題や家族の介護負担が生じている場合も多いと推察される。療養中に生じた様々な問題についての利用者や家族との話し合いを通じて、〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉、〈“本人の

生き方”に向き合う〉、〈“本人の今”に向き合う〉、〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉、〈多職種で連携しナラティブな意思を共有する〉ことで、〈介護する家族から“最後まで看る”家族へ〉と、家族周期の分離期、成熟期における発達課題（鈴木，2019）達成の手助けができたものと推察する。在宅で看取りを行った遺族を対象とした研究からも、訪問看護師とのかかわりが介護する家族に前向きな変化をもたらした（黒澤，河原，2013）ことが明らかにされている。このことから、訪問看護師がACPに関わることは、家族の絆を強め、家族の成熟を支える可能性があることが示唆される。

### 3. 訪問看護師が在宅療養高齢者のACPをファシリテートするための実践への示唆

本研究では、訪問看護師による要介護高齢者のACP支援として、〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉を見出した。訪問看護師は医学的知識を持ちながら生活支援ができるため、利用者の病状変化への対応や変化を予測しながら情報提供を行えるという特徴がある。直接、医師には聞けない話せないようなことでも、訪問看護師には聞いたり話したりできるという利用者・家族は多いものと推察する。本研究においても、そうした事例が数多く上げられ、訪問看護師が利用者の意思を家族や医師、その他の在宅ケアサービス提供者と共有し、要介護状態にある高齢利用者が残された人生を生きてゆくための希望を支えていた。従って訪問看護師は在宅療養高齢者のACP支援者として適任と考える。

ACPファシリテーターの役割は本人を中心とした関係者間の対話を促進すること（日本老年医学会，2019）であり、正解を導くことではない。本研究では、訪問看護師がACPを支援する際、〈専門職間の価値観のズレ〉を経験していることを導き出したが、職種が違えば理解や価値観に相違がみられるのは当然のことである。そのため、利用者や家族だけではなく、他職種の思考や感情の揺らぎにも共感できる姿勢が必要となる。西川ら（2020）は、在宅におけるACPを多職種が利用者の想いのかけら

(ピース)を集め共有することと述べている。つまりは、訪問看護師が集めたピースも多職種の集めたピースと同様に共有され、家族も他職種も様々な葛藤を抱きながら合意形成の努力をしていることを忘れてはならない。

我が国ではACP導入後の年月も浅く、看護職においてもACPへの理解不足や、死に関する話題は医師任せで話すことにためらいがあるとの報告(小松, 島谷, 2017; 古瀬, 東海林:2020a; 中木, 2020)がある。ACPはその人の価値観を引き出すコミュニケーションである。そのため、利用者や家族との対話の際、なぜそうしたいのか、なぜそう思うのかなど、対話を掘り下げ価値観に触れるというコミュニケーションスキルが必要である。多職種が集いACPに対する理解を深めること、またコミュニケーショントレーニングをする現任教育の機会が必要となる。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究結果はM-GTAの特性上、要介護高齢者のACPに関わる訪問看護師の実践についてのみ説明力を持つという方法論的限定性がある。研究参加者を、エンドオブライフ・ケア実践経験が豊富で、自身が関わったACP実践について語ることができる看護師としており、それらの訪問看護師の視点でとらえた要介護高齢者のACP支援のプロセスに限定している。またデータとして語られた内容は、長期にわたる療養の経過を経てエンドオブライフに辿りついた要介護高齢者とその家族への訪問看護師による支援内容であるため、病院や訪問看護利用期間が短い終末期がん利用者の事例、ならびに他職種によるACPの捉え方とは異なる。

本研究結果は、訪問看護師の日常の看護実践をその語りから再現したものである。要介護高齢者のACPに関わる訪問看護師の支援には、ACPの本質そのものである利用者・家族と共に対話を育む様相が認められた。そして、その時々の訪問看護師の利

用者・家族へのかかわりの変容を具現化することができた。今後はこれらの知見を基に、要介護高齢者のACP支援の質向上に資する教育プログラムの開発に貢献したいと考える。

## VII. 結 論

訪問看護師が要介護高齢者のACPを支援するプロセスには、【将来に向けた話し合いの必要性認識】【話し合いプロセスの形成】【話し合いのルーティーン化】【日常的ケア】が認められた。【将来に向けた話し合いの必要性を認識】した訪問看護師は、〈信頼関係構築から話し合うきっかけを作る〉、〈話し合いのキーパーソンを探る〉、〈生活歴を本人、家族と共に振り返る〉、〈将来をイメージするきっかけをつくる〉の【話し合いプロセスの形成】を行っていた。これらは〈希望を支えるACPへの調整役を担う〉、〈“本人の生き方”に向き合う〉、〈“本人の今”に向き合う〉、〈家族の持てる力に気づきケアを認める〉、〈多職種で連携しナラティブな意思を共有する〉、〈介護する家族から“最後まで看る”家族への【話し合いのルーティーン化】に移行した。【将来に向けた話し合いの必要性認識】、話し合いプロセスの形成からルーティーン化に至るまでの基盤にあるのは、〈介護環境の安定化〉、〈本人の目標を確認する〉、〈家族を支持し利用者が尊重される〉といった訪問看護における【日常的ケア】であった。

## 謝 辞

本研究実施にあたり、調査にご協力いただいた訪問看護ステーションの皆様は心より御礼申し上げます。本研究の概要は、第25回日本在宅ケア学会学術集会にて発表した。本研究は学術研究助成基金助成金 課題番号18K10634を受けて実施したものである。

MFは研究の着想から最終原稿作成に至る研究プロセス全体に貢献、MTは研究のデータ分析・解釈、原稿への示唆および研究プロセス全体への助言を行い貢献した。すべての著者は最終原稿を読み、承認した。

〔受付 20.11.04〕  
〔採用 21.07.19〕

## 文 献

- 古瀬みどり：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, 2014
- 古瀬みどり，東海林美幸：訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題，*北日本看護学会誌*，23(1)：19-28, 2020a
- 古瀬みどり，東海林美幸：訪問看護師のアドバンス・ケア・プランニングに対する実践：良かったと感じた事例と困難と感じた事例より，*日本在宅ケア学会誌*，23(2)：89-95, 2020b
- 石川孝子，福井小紀子，岡本有子：訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連，*日本看護科学学会誌*，37：123-131, 2017
- 木澤義之：アドバンス・ケア・プランニング，平成28年度厚生労働省委託事業人生の最終段階における医療体制整備事業 E-FIELD一般公開用PDF資料，<https://square.umin.ac.jp/endoflife/shiryu/pdf/shiryu01/8.pdf>，2019年8月28日
- 木下康仁：ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法 修正版 グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて，弘文堂，東京，2007
- 黒澤泰子，河原加代子：在宅ターミナルケアにおける訪問看護師とのかかわりがもたらす介護者の思いの変化，*日本在宅ケア学会誌*，16(2)：53-60, 2013
- 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>，2019年8月28日
- 小松恵，鳥谷智彦：がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識，*Palliative Care Research*，12(3)：701-707, 2017
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., et al.: Barriers to providing palliative care priorities for future actions to advance palliative care in Japan: A nationwide expert opinion survey, *Journal of Palliative Medicine*: 10(2): 390-399, 2007
- 日本老年医学会：ACP推進に関する提言 [https://jpn-geriatrics.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://jpn-geriatrics.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf)，2019年8月29日
- 中木里美：訪問看護における終末期の意思決定支援—Advance Care Planning (ACP)への取り組み 在宅高齢者への実践の現状と課題，*看護・保健科学研究誌*，20(1)：56-65, 2020
- 西川満則，大城京子：ACP入門 人生会議の始め方ガイド，*日経メディカル*，東京，2020
- 大桃美穂，鶴若麻理：アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁 独居高齢者—訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して，*生命倫理*，28(1)：11-21, 2018
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., et al.: Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel, *J Pain Symptom Manage*，53: 821-832, 2017
- 鈴木和子：家族を理解するための諸理論，*家族看護学 理論と実践*（第5版），46-59，日本看護協会出版会，東京，2019
- 高橋方子，菅谷しづ子，鈴木康弘，他：在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思表示の現状と課題，*千葉科学大学紀要*，9: 125-137, 2016
- 田代真理，藤田佐和：がん患者への看護師のアドバンスケアプランニング，*日本がん看護学会誌*，33: 45-53, 2019
- 鶴若麻理，大桃美穂，角田ますみ：アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援 訪問看護師が療養者へ意向確認するタイミングの分析を通して，*生命倫理*，26(1)：90-99, 2016
- 鶴若麻理，大桃美穂：訪問看護師が意向確認する状況やタイミングからみた独居高齢者のアドバンスケアプランニング，*日本エンドオブライフケア学会誌*，4(1)：3-14, 2020
- Wright L. M., Leahey, M.: Nurse and families: A guide to family assessment and intervention (2<sup>nd</sup> ed.), F. A. Davis, Philadelphia, 1994

## Process by Which Visiting Nurses Support Advance Care Planning for Older Adults Requiring Long-Term Care

Midori Furuse<sup>1)</sup> Miyuki Toukairin<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> School of Nursing, Department of Medicine, Yamagata University

<sup>2)</sup> Department of Nursing, Sendai Seiyo Gakuin College

**Key words:** visiting nurse, advance care planning, older adult requiring long-term care, family

The present study aimed to clarify the process by which visiting nurses implement advance care planning (ACP) for older adults requiring long-term care. Participants comprised 11 visiting nurses with extensive practical experience in end-of-life care who were able to describe ACP implementation for older adults requiring long-term care. A modified grounded theory approach was used to analyze data from semi-structured interviews regarding support provided by participants for ACP cases. Visiting nurses “recognized the necessity of discussions for the future” “created a discussion process” involving ‘generating opportunities for discussion through building trusting relationships’, ‘searching for key persons in the discussion’, ‘looking back on life history with the person and family’ and ‘generating opportunities for visualizing the future’. After beginning in this way, ACP transitioned to “discussion routinization” involving ‘taking the role of ACP coordinator to support hope’, ‘giving attention to “the person’s way of life”’, ‘facing “the person’s present”’, ‘noticing the family’s strength and accept the care’, ‘coordinating with other health professionals and sharing narrative intention’ and ‘supporting families in transitioning from long-term to end-of-life care’. Forming the basis of this process is “daily care”, involving ‘stabilization of the long-term care environment’, ‘confirming the person’s goal’ and ‘supporting the family and being respected the user’. Conversely, if the user’s condition deteriorated while discussions were becoming routine, visiting nurses themselves also experienced “fluctuations in care according to hope” with ‘the balance of decision-making leaning towards the family’ and felt ‘confusion associated with the uncertainty of prognosis’ and ‘the differences in values between professionals’.