

〔事例研究〕

重症心不全患者と家族の穏やかな在宅療養継続を支える訪問看護師の実践 —「ケアの意味を見つめる事例研究」による分析—

田嶋ひろみ^{1)*} 柄澤 清美^{2)*} 雨宮 有子³⁾ 吉田 滋子⁴⁾ 山田 妙子¹⁾

要 旨

本研究は、本人の強い願いで退院した重症心不全患者が、穏やかな在宅療養を継続できている事例を「ケアの意味を見つめる事例研究」を用いて省察し、その看護の実践を明らかにした事例研究である。

実践は、3つの【大見出し】と20の小見出しで表された。看護師は、退院直後から生命の危機、家族の意向のズレで療養方針が決まらない危機、妻の介護危機といった困難を捉えたが、どんなふうになっても最期まで支えると腹をくくる決意をした上で、A氏の人生の輝きを掬い出しながら、在宅療養継続という目的地への道のりを俯瞰し危機の手前で手を打ち【A氏が望む在宅療養過程全体の受け皿で居続ける】ようにした。

そして、それを基盤に、家族の意向のズレに対しては、家族の中にスッと入り込み、出しゃばらず、ここぞというタイミングで家族の本音を聞くチャレンジをして、家族一人ひとりの思いを置き去りにせず繋ぎ【妻を中心に家族をだんだん引き寄せ繋げて丸くまとめ(る)】、家族全員の在宅療養継続への納得を得た。退院当初不安が強かった妻には、いざという時に駆け付けるという安心を保障し、頑張りすぎないように伝えて介護破綻を予防した上で、妻が主体的にできることをキャッチし段階的に増やしていった。また、本人をよく知る専門家として妻をリスペクトし横並びで知恵を出し合い【A氏にぴったりなケアを妻と二人で日々創り出していく】ことを重ねた。これらにより穏やかな在宅療養の継続が実現したと考える。

キーワード：心不全、在宅療養継続、家族、訪問看護、事例研究

1. 緒 言

心不全は、なんらかの心臓機能障害による心ポンプ機能の代償機転の破綻を示す臨床症候群であり、2030年には患者数が130万人に達すると予測されている(眞茅, 筒井, 2012)。その病態は、徴候出現後、増悪と緩解を繰り返しながら終末期へ向かい、時に突然死も起こり予後予測が難しい(日本循環器学会, 2017)。在宅療養では、心不全の増悪や再入

院予防のため訪問看護師の支援が重要視されているが(日本緩和医療学会, 2020)、日常生活上の負荷、セルフケアの乱れ、および体調の些細な変化で増悪し急変する可能性があり、管理において医療専門職でない家族から適切で継続的な協力を得ることに限界がある。また、患者と家族の間での病状の捉え方や思いの違いにより意思決定支援が難しいこと(浅井, 簗持, 上村, 他, 2020)、増悪予防を優先すると患者の価値観を尊重できない葛藤など、特に循環器疾患看護の経験の浅い訪問看護師にとって対応困難な課題が多く、急変の可能性を意識するなか怖さも伴う(田嶋, 飯塚, 佐々木, 2018)。

これらに対し、大津(2014)は、高齢の認知症心不

1) 亀田総合病院

2) 新潟青陵大学

3) 千葉県立保健医療大学

4) 新橋アサイクリニック

* These two authors contributed equally to this work.

全患者への悪化予防の支援として、他職種や家族との連携による疾病管理の工夫および家族の疾病管理状況に合わせた支援の実態を明らかにしている。また、訪問看護師は、心不全増悪時、回復期等の病期に合わせて、患者個々の価値観や意向を重視しつつ、柔軟に支援方法を変える必要があると報告されている(田嶋, 他, 2018)。同時に複数の課題を抱える重症心不全患者に対し、上述のような柔軟な実践を経験の浅い看護師もできるようになるためには、成果のあった一事例を取り上げ、その複合的経過や文脈の中で実践された看護の意味やコツを明らかにし、それを各看護師が内在化していくことが有益と考える。

そこで、本研究は、高度に文脈化された状況のもとで一回性を特徴とする行為に包含されている実践知を探求する「ケアの意味を見つめる事例研究」を用いて、上記のような困難を伴う重症心不全患者でありながら在宅療養を継続できている事例の実践を明らかにし、そこにおける看護の実践知を考察することを目的とする。本研究では、「実践知」を「実践の現場に合わせて適切な判断を下すことができる認識と能力の総体であり、実践から切り離せず潜在しているもの」と定義した。

II. 方法

1. 研究デザイン

山本(2018)の「ケアの意味を見つめる事例研究」を用いた事例研究である。これは、看護実践の暗黙知を顕在化するために開発されたものであり、複数の看護職等の対話で看護を丁寧に振り返ることで、事後的に「行為の中の省察(reflecting-in-action)」(Schön, 2007)を行い、それを構造化する方法論である。

2. 看護の対象

看護の対象は、A氏(80歳代、男性)とその家族である。慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 以下COPD)と腎機能障害を持つA氏は誤嚥性肺炎で入院中に、脳性ナトリウム利

尿ペプチド(Brain Natriuretic Peptide, 以下BNP)が1598 pg/mlまで上昇し、駆出率(Ejection Fraction, 以下EF)19%と、重症心不全になった。肺炎は治癒したものの呼吸困難が持続し活気がなく、病院の主治医からは心不全の検査と治療を勧められた。しかし、A氏が検査を拒否し早期退院を強く希望したため、同居の妻と次男は本人の意を汲み、長男(同居)と三男(別居)の反対を押して、X年8月、自宅療養に移行した。生命の危機状態でありながら明確な説明はないままでの退院で、妻の不安・介護負担が大きいという問題を抱えて自宅療養が開始された。様々なリスクが予測されたため、退院直後から病院と同じ経営母体の訪問看護(週2回)、訪問診療(週1回)、訪問介護(週1回)、および、経営母体の異なる薬剤師訪問が診療直後に入った。X年9月頃、自宅療養で妻を中心に家族が協力して介護していく意向がまとまり、妻と訪問看護師で協働する病状管理が軌道に乗った。病状の回復過程で週1回の訪問リハビリが追加された(X年10月)。その後2年以上、自宅療養が継続できている。

3. 看護実践者

循環器病棟で10年以上経験の後、訪問看護ステーションに16年勤務し、多くの慢性心不全患者の看護を経験している、訪問看護認定看護師である(以下、看護師と略す)。

4. データ収集

X+1年2月、看護師が退院から自宅療養継続の見通しが立つまでの半年間の経過について振り返り、患者・家族の状況やアセスメント、実践の意図、その結果、患者・家族にどのような変化が生じたか等について想起し記述した。次に、共同研究者4名が状況を具体的・共有的に思い描けるまで看護師に問いかけ、それにより想起された実践状況も追記した。真実性の確保のために、検査データや実践の時期、家族の介護状況に齟齬がないか電子カルテや妻の介護ノートおよび家族に確認して記述し、そのすべてをデータとした。

5. 分析方法

共同研究者全員でデータのテキストを読み、複数の課題を抱えた重症心不全患者と家族の穏やかな自宅療養継続を支えた看護実践を明らかにするという観点で吟味した。テキスト化された看護実践について、看護師は自分に問い、共同研究者は実践を頭の中で追体験しながら、そこで行われていた実践の意味や意図、実践の仕方について背景まで詳細に確認しながら対話し意識化・言語化を進めた。患者・家族像も含めて比喻（メタファー）等も用いながら繰り返し確認しあい、実践の意味・意図のまとまりを【大見出し】、その意味・意図に向かう実践のコツのまとまりを【小見出し】で表した。見出しの命名のために再度実践に立ち返り、問いかけと想起を重ね、データの追加も行った。

同時に、患者・家族の状況や状態の変化により時期を区分し、その時期の特徴を表す言葉を付けた。そして、【大見出し】、【小見出し】と時期区分から成る表を作成し、経過を追って具体的な看護実践を書き入れ、この実践を構造化した。その表をもとに話し合いを重ね、新たに想起した実践についても意味を考えつつ表に位置づけ、それらも加味して【大見出し】、【小見出し】を精練した。そして、重症心不全患者と家族の穏やかな自宅療養継続を成しえた実践知について考察した。

6. 倫理的配慮

本研究は、看護師所属施設の臨床研究審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：21-008）。研究説明と同意については患者と妻に対し、研究目的、方法、個人情報保護への配慮、データの取り扱い、公表の範囲等について口頭と文書で説明を行い、同意文書への署名をもって研究参加の同意を得た。匿名性の保持に配慮し事例情報の記載は研究目的に照らし最小限とした。

III. 結果

実践は、実践者と共同研究者の対話によって、

3つの【大見出し】と、20の【小見出し】で表された。時期区分は、A期：自宅療養について了解するまでの時期、B期：病状、妻の介護、家族の意思統一が整うまでの時期、C期：自宅療養の継続が見通せるようになった時期に分けられた（表1：実践は一部抜粋）。以下、【大見出し】毎に患者・家族の様子と看護実践について説明する。患者・家族・看護師の発話内容（記録や想起による）は「」で示した。

1. 【A氏が望む自宅療養過程全体の受け皿で居続ける】

この【大見出し】には、看護師が初志を一貫して持ち続けていた事例への構えを反映する実践が含まれた。

訪問看護導入時のA氏の病態は、EFが19%で呼吸困難があり、収縮期血圧は90 mmHg台で、経口摂取は少なかった。心不全の精査と治療が不十分なままだが、本人の自宅退院の希望が強く、家族は迷った末に自宅退院を決めたとの情報が医療相談員から看護師に伝えられた。訪問看護の契約時に、妻は「会話だけでも息切れしてつらそうみてもらえない。ほとんど食べてないし、このままでは死んじゃうかもしれない。そう思うと心配で、心配で」と不安そうに話した。長男は「状況に応じて入院もありだと思う。自分は母達と考えが違うので、また具合悪い時に相談します」と話した。看護師は、退院直後から生命の危機がある上に、家族の意見にズレがあり療養方針が決まらない危機、妻の介護危機の3つの危機があると判断した。看護師は、この複雑な事例の危機に対処しなければ、家族関係の悪化や介護破綻、状態急変により本人が望まない入院や皆の後悔が残る死など、最悪の状況になってしまう。そうなったら、訪問看護が入っている意味がないと考えた。これまでの経験から、これらのリスクが高いことと同時に訪問看護師として対処できる可能性も認識しながら、主担当として最大限の責任を果たすために「どんなふうになっても最期まで支えると腹をくくる」決意をした。すると、状態予測と共に、これらの危機を回避するために早く全体像を

表1. 困難を伴う重症心不全患者の自宅療養継続を支えた看護実践

時期区分		A期：自宅療養について 了解するまでの時期	B期：病状・妻の介護・家族の 意思統一が整うまでの時期	C期：自宅療養の継続が見通せる ようになった時期
大見出し ^{注1}	小見出し ^{注1}			
1.A氏が望む自宅療養過程全体の受け皿で居続ける	どんなふうになっても長期まで支えると腹をくく	退院直後から生命の危機がある上、家族の意見にズレがあり、療養方針が決まらない危機、妻の介護危機があると判断し、今後の危機も予測できたが、苦悩があっても担当として責任を果たすと決意した	脱水の進行で血圧60 mmHg台まで低下し、生命の危機が迫り、妻の不安も増したが、担当として何があっても支えると腹をくくりなおした	「入院してる時は天井しか見えなくて生きた心地がしなかった、ここで暮らすのが一番いいよ」と話すA氏をみて自宅療養継続を支え続けたいと思った
	日常空間からA氏と家族の歴史や大切なものを見つけて会話に入れ込む	暗い話で妻の心が折れそうなので自然体の口調で「素敵なお庭ですね、あの書はどなたが書かれたのですか」と、A氏と家族の歴史や大切なものを見つけて話した		次男が農作業をする姿を見つけて「息子さん、働き者ですね」と言うと、「あんな働き者はいないですよ」と誇らしげな眼差しで答えてくれた
	A氏の人生の輝きを ^{すく} 掬い出す	A氏の残された時間を大切にしたいと考え仕事のことを聞くと、芸術に関わっていたと語り「ゴッホやセザンヌが好きですね」と笑顔で答えてくれた		療養生活の中で楽しい時間を作ろうと思い、趣味等聞くとA氏は「色々やったな。釣りも好きだし菊作りは20年位やったかな」と笑顔で答えてくれた
	今後の方針について決意を固められるように段取る	療養方針の仕切り直しが必要だと考え、まず妻に看護師と医師は安心して頼れる存在だと伝え、即時に医師から終末期であることを説明し、続いて、どこで看取るか、覚悟はあるか、介護は可能か、息子達の協力は得られるか相談する、と段取りした	家族が療養方針を固められるように、往診日に家族全員が集まれる日を調整した。当日看護師が参加できないため、事前に医師と長男や三男の思い等を情報共有し、話し合いの進め方の段取りをした	
	目的地への道のりを俯瞰し危機の手前で手を打つ		脱水の進行で生命の危機が迫り、毎日訪問して点滴等の体調管理に努め、妻の不安を傾聴し対応した	急な体重増加と浮腫から心不全増悪症状と判断し医師に報告、利尿剤再開により改善した
2.妻を中心に家族をだんだん引き寄せ繋げて丸くまとめる	家族の空気感を壊さぬようにスッと入り込む	家族間で交わされる会話から穏やかで優しく上品な雰囲気だと察知し、それに合わせて穏やかな話し方を心がけた		
	家族一人ひとりの表情・語気から関係性を探る	契約時に長男の語気が強めで妻と目を合わさなかった様子や、今後の方針の意見が分かれていると聞き、家族の関係性を心配した	A氏に優しく話しかけ、体調を心配する妻をみて、またA氏の好きな食べ物を買ってきてくれる長男・次男の心遣いを垣間見たことから、家族間の愛情は深いと感じ取った	
	触れられたくない繊細な部分を察知し出しゃばらない	初回の訪問診療で話し合った内容を長男へ伝えたか妻に聞いた際、硬い表情で「あまり話してない」と答えたのをみて、一言「そうですね」と流すようにした	A氏の療養について長男と話をしたか妻に聞くと「ほとんど口きかないのよ。あの子ども忙しいし」と答えたため、「そうですね」と傷つけない返答をした	
	最期までを計りつつ折をみて家族の本音を聞くチャレンジをする	妻が看護師を名前で呼びかけてくれたタイミングで勇気を出して、「ご長男に、お電話してもいいですか」と、さらっと聞いた		
	家族一人ひとりの思いを置き去りにせず繋ぐ	長男の「生きるために検査も治療も全てやって欲しかったが、介護している母と次男に従うしかない」を聞き、「よく話して下さいました」と感謝し、話す場を作ることを決めた		
	言えていなかったことを言ってもらい聴くことで方向性を了解できる「場」を設ける		退院後4週間自宅で過ごせた実績をふまえ、自宅療養継続でよいかを長男と三男の思いも含め、医師から確認してもらうよう依頼した	
家族の自律に向けて妻から家族への協力依頼を後押しし家族の力に賭ける		夜間頻尿のため寝不足な妻に、「奥さんの体が心配です。息子さん達に排泄の手伝いを頼めそうですか」と問いかけた。妻が直接頼むことで絆が深まることを期待した	「息子たちが交代で夜みてくれるようになって、私も寝る時間ができたの」という妻の言葉に、家族の力を再認識し「奥さん、良かったね」と喜びあった	
家族間の感謝と愛情を代弁し、まとまりつつある家族の地固めをする		長男や次男がA氏の好きな果物やカステラ等毎日のように買って来てくれると聞き、「息子さん達、忙しいのに本当に優しいですね」と妻に伝えた	三男に「毛糸の帽子をプレゼントされて、お父さん喜んでました」、妻には「息子さん達優しいですね。ご家族の努力や協力のおかげでAさんが元気になりましたね」と繰り返し感謝を伝えた	

表1. 続き

時期区分		A期：自宅療養について 了解するまでの時期	B期：病状・妻の介護・家族の 意思統一が整うまでの時期	C期：自宅療養の継続が見通せる ようになった時期
大見出し ^{注1}	小見出し ^{注1}			
3.A氏にぴったりなケアを妻と二人で日々創り出していく	一緒にやっていく存在だと伝える	「もう死んでしまうかもしれない、不安で仕方ない」と訴える妻に、定期訪問を増やし、いつでも連絡してよい、私が一緒に考え支援していきと伝え続けた		「お父さんを見るのは私の務め、少しでも長生きしてほしい」と話す妻に、「看護師として、今後も一生懸命支えていく」と伝えた
	いざというときには駆けつける‘お守り’でいる		生命の危機が続いた際に、薬剤調整、点滴と毎日の訪問とオンコール対応によって改善した。妻は「来てみてもらうだけで安心です」と話した	妻の「お父さんがすぐ変化しちゃうから心配で、心配で仕方ないの」と不安が継続し、いつでも連絡してよいと訪問の度に説明した
	妻のつらさ・頑張りを理解し、ほどほどへと誘う	食欲低下で脱水状態のA氏に、果物、お汁粉等好きな物をこまめに与え、頻尿で何度もポータブルトイレにうつす等、頑張る妻に、「こんなに一生懸命みて頂いて感謝します」とねぎらいを妻に伝えた	頻尿で介護負担が増しても、介護記録を欠かさない妻に、「無理しないで下さい、毎日寝不足で奥さんの体が心配です」と何度も声をかけた	
	心不全・脱水の病態に結び付けた観察・判断・対応を妻の反応に合わせ見せ伝える		妻にA氏の病状を説明した際、「足のむくみはどうやって見るの」と興味を示したので観察の様子を見せる形で伝授した。血圧・脈拍・酸素濃度の正常値や水分出納の計算、呼吸困難の予防や対処等も見せ伝えた	急な体重増加で足背に浮腫が出現した際、一緒に見て、BNP上昇、血圧130 mmhgと上昇から総合的に状態の変化を捉えて心不全の増悪の可能性を判断したことを見せ伝えた
	妻ができること・したいことをキャッチし、やれることを増やす		妻に食事、着替え等酸素消費量が増すため休み休み行う等、病状管理の方法と意味を段階的に説明すると「教えてくれた方が助かる」と話し、自主的に介護ノートを作って記録し、予防的な下剤投与もするようになった	「水分摂取の割には尿量が少ない」との妻の疑問に、妻の介護ノートを見ながら、脱水か心不全傾向か、状態は悪化か改善しているかを、妻と一緒に評価し、何に注意して生活するかについても一緒に考えた
	妻の地道で適切な介護に光をあてて意識的に感謝を伝える			妻に「毎日記録し、病状まで評価して、奥さんの細やかな介護のおかげで元気になられたと思います。Aさんの代わりにお礼を言います」と、介護の素晴らしさを承認し、感謝を伝えた
	苦楽を共にし横並びで知恵を出し合う		在宅ではあくまでも本人と家族が主役、決して上から目線にならぬよう、妻と横並びで一緒に考えるスタンスを心がけた	妻はA氏の人生を誰よりもよく知る専門家であるA氏に合う方法を教えてくれる人、看護師は専門知識からA氏の体調に合わせた生活方法を提案できる人、その協働関係でケアを継続した

注1 「大見出し」は、実践の意味・意図のまとめ。「小見出し」は、その意味・意図に向かう実践のコツのまとめ。

注2 各小見出しの右側のセル内には、対応する代表的な実践（抜粋）を掲載。

捉え俯瞰する必要性と優先すべき行動が自ずと見え
てきた。そして、退院翌日に初回訪問、退院後3日
目に初回往診を計画した（A期）。

看護師は、暗い話ばかりでは妻の心が折れそうと
懸念し、初回訪問で美しい庭園を持つ風格ある家の
小壁に俳句の書を見つけて、自然体の口調で「素敵
な庭ですね、あの書はどなたが書かれたのですか」
と「日常空間からA氏と家族の歴史や大切なもの
を見つけて会話に入れ込む」ようにした。すると、
傾眠だったA氏は目を見開き「庭は女房の父親が
始め、私が手入れしました。あの書は私が大学に受

かったときに母が書いてくれたものです」と流暢に
答え、妻の表情も笑顔に変わった。また看護師は、
残された時間を大切にしたいと考え、「A氏の人生
の輝きを掬い出す」ために仕事のことを聞くと、芸
術に関わっていたと語り「ゴッホやセザンヌが好き
ですね」と笑顔で答えてくれた（A期）。

このような自宅でのA氏の穏やかな表情をみて、
看護師はA氏の自宅療養継続の望みを何とか叶えて
あげたいと強く思い、そのためには療養方針の仕切
り直しが必要だと考えた。そこで、まず妻に、看護
師と訪問診療医（以下、医師とする）は安心して頼

れる存在だと伝え、即時に医師から妻と同居の次男に、A氏が終末期であることを明確に説明してもらい、続いて、どこで看取るのか、看取る覚悟はあるか、介護は可能か、息子たちは手伝ってくれるのかを妻と次男に相談し、仕事のため参加できない長男と三男には後日相談する、という順番で、[今後の方針について決意を固められるように段取(る)]った。そして、医師からの死に対するつらい話を家族がどんなふうを受けとめるかが心配なため、初回往診に看護師が同行し、家族をすぐフォローできるように控えていた。医師が、心不全やCOPDによる突然死の可能性やこのまま衰弱すれば予後は1か月以内だと説明すると、その場で妻は「私も覚悟を決めました。本人が家がいいというなら最期まで看ます」ときっぱり答え、次男も頑張ると話され、自宅療養の継続を決めることができた(A期)。

その後、退院後3週目には脱水の進行によって血圧が60 mmHg台まで低下し、生命の危機が迫ってきた。これらに対し、看護師は医師と協力して点滴や内服調整をしながら毎日訪問して体調管理に努め、妻の不安を傾聴し、少しずつ回復している事実を伝える等、自宅療養継続という[目的地への道のりを俯瞰し危機の手前で手を打(つ)]ち、見守り続けた(B期)。

2. 【妻を中心に家族をだんだん引き寄せ繋げて丸くまとめる】

この【大見出し】には、看護師が家族の意向のズレに対して、誰一人取りこぼさず、タイミングを逃さずに調整をした実践が含まれた。

自宅療養の継続を主介護者の妻と次男が決めたものの、同居する長男と遠方の三男と話ができいないことが看護師は気懸りだった。家族をまとめるためには、全体像を捉える必要があると思い、この家族と、とりまく環境を理解することから始めようと考えた。初回訪問から、どんなところに住み、どんな暮らしをしてきたのか、家族関係や家族の歴史、介護が始まりどんな日常生活が営まれているのかを観察した。その際、ジロジロ見たりしつこく聞いた

りするのではなく、看護師は自然体の表情で、家族間の会話や表情からそれらの一瞬一瞬を逃さず五感を使い感じ取るようにした。

自宅は田園風景の中の格式ある佇まい、居室のベッドからは美しい庭や山並みが見える。妻は「お父さん、看護師さんがみえたわよ」と優しく話しかけ、猫にも「お腹減ったの」と愛おしい感じで語りかける。帰宅してきた次男はにこやかに「あーどうも」と挨拶してくれた。看護師はこの家族の空間を、穏やかで優しく上品な雰囲気だと察知し、穏やかな話し方を心がけて、「ここから庭が見えるんですね。お家に帰れて良かったですね」と[家族の空気感を壊さぬようにスッと入り込む]ように話しかけた(A期)。

訪問看護サービス契約時に、長男の語気が強めで妻と目を合わさなかった様子や、今後の方針の意見が分かれていると聞いたことから、看護師は家族の関係性を心配した。しかし、訪問を重ねるうちに、A氏に語りかける際の妻の口調や様子の優しさに妻のA氏への深い愛情がうかがえたり、忙しい合間に、A氏の好きな食べものを買ってきたりする長男・次男の心遣いを垣間見る等から、きっと家族内の愛情は深く、協力してくれる関係であると、[家族一人ひとりの表情・語気から関係性を探(る)り]、感じ取った(B期)。

看護師は家族の関係性について継続して気にかけていたが、同時に踏み込みすぎないように留意もしていた。退院後6日目、看護師は初回の訪問診療で話し合った内容を長男へも伝えたかと妻に聞いた際に、「あまり話してないです」と答えた際の硬い表情から、わだかまりの存在を感じ取りながらも、穏やかな表情を心掛けて、一言「そうなんですね」とさらっと聞き流すようにする等、[触れられたくない繊細な部分を察知し出しゃばらない]ようにした。しかし、長男の思いが聞けないままでは、家族の意向をまとめられないと看護師は考えていた。そして、妻が「Bさん、見て」と、看護師の名前を呼んで語りかけてくれたタイミングで、今ならと勇気を出して、「ご長男となかなかお会いできないので、

お電話してもいいですか」と緊張感を与えないように、さらっと聞いた。家族関係に影響を及ぼす繊細な話なので、あまり説明せず、ちょっと話がしたいというスタンスで、しかし頭の中は、自宅療養継続に向けて「最期までを計りつつ折をみて家族の本音を聞くチャレンジをする」つもりで尋ね、妻の了解を得た（A期）。

その日の夜、看護師は長男に電話をして、A氏についての思いを聞いた。長男は「たとえ本人が治療したくないと思っても、心臓カテーテル検査をやって、やれる治療は全てやってほしかった。1分1秒でも長く生きてほしいと思う。三男は医療関係者だからよけいにそう思っている。でも介護するのは母と次男だから、二人の意見に従うしかない」と話され、看護師は長男・三男の苦悩とA氏への思いを知った。そして、長男・三男はA氏が精査をふまえた治療をせずに退院したことに納得できておらず、家族の中にはわだかまりがあると感じた。看護師は「つらかったですね。お二人の苦しい気持ちをよく話して下さいました。ありがとうございました」と、A氏、妻、次男だけでなく、長男、三男も含め「家族一人ひとりの思いを置き去りにせず繋ぐ」ため、全員集めて今までの病状と今後の方針について、医師と話す場をつくることを決めた（A期）。

看護師は家族全員の都合の良い訪問診療日（退院後4週目）を調整し、長男・三男が「言えていなかったことを言ってもらい聴くことで方向性を了解できる「場」を設け（る）」た。この訪問診療には看護師が同行できないため、事前に医師に家族員それぞれの思いを伝え、このまま自宅療養でよいかの意思を確認してもらうよう依頼した（B期）。

家族全員揃った訪問診療の当日、医師は、心不全増悪が見つかった時点で手遅れであり終末期だったと伝えた。三男は「相談なく治療しないと決めたことが口惜しい、もう心臓は良くならないのですか」と言い、BNPやEFの値と治療について詳しく問い、医師は全て丁寧に説明した。長男は「理解できたが、できることはやってほしい。苦しくないよう

にしてほしい」と話し、医師から症状に対する治療はベストを尽くすと説明し、長男・三男とも自宅療養と今後看取りに向けて緩和ケア方針とすることを了解された（B期）。

退院後2～3週目、A氏は1日15回以上、1回50 ml以下の頻尿が出現し、それは日に日に悪化した。前立腺治療薬を開始し、看護師が膀胱留置カテーテルの挿入を試みたが挿入できず、夜間も頻尿は続いた。看護師は妻の介護負担が心配となり、「毎日寝不足で奥さんの体が心配です。息子さん達に排泄の手伝いをしてもらえるよう、言えそうですか」と話し、「家族の自律に向けて妻から家族への協力依頼を後押しし家族の力に賭け（る）」た。妻から「私から言ってみます」と返事をもらい、妻が直接息子達に頼むことで家族間の絆が少しでも深まることも期待していた（B期）。後日妻は「息子たちが交代で夜みてくれるようになって、私も寝る時間ができたの」と嬉しそうに語った（C期）。看護師は妻に「奥さん、良かったね」と伝え喜びを分かち合った。また、A氏の療養について医師と話した数日後に「長男も三男も、先生と話して納得したみたい」と話す妻をみて、看護師はわだかまりが緩和されて家族がまとまりつつあるのを感じた（C期）。

退院後1か月以上たち、A氏は食欲が出て血圧も上がり全身状態が安定してきた。看護師は妻に「ご家族の協力のおかげで、Aさんがこんなに元気になられたと思います」と感謝を伝えた。退院2か月後、三男が帰省した時には、「優しいですね。毛糸の帽子プレゼントしてくれましたね。お父さん喜んでましたよ」と伝え、妻には「息子さん達、本当に優しいですね」等、看護師が妻や息子達のA氏に対する「家族間の感謝と愛情を代弁し、まとまりつつある家族の地固めをする」ことを意図して、繰り返し話した。妻は「そうなの、三男は結構優しいのよ。長男も次男も夜とか見てくれるから助かる」と笑顔で話した（C期）。

3. 【A氏にぴったりなケアを妻と二人で日々創り出していく】

この【大見出し】には、看護師が妻の不安に対応しつつ、妻がA氏の介護に自信が持てるように支え続け、共にケアを創出していく実践が含まれた。

初回訪問で看護師がA氏と妻に挨拶した際、妻は「息切れはひどいし、もう死んでしまうかもしれない、不安で仕方がないの」と話されたため、定期訪問は週2回とし、何か症状があればいつでも連絡していいことと、困った時や不安な時は看護師と一緒に考え支援していくことを伝え、その後も「一緒にやっていく存在だと伝え(る)」続けた(A期)。

妻はA氏の血圧低下時などは些細な状態の変化で心配になってしまうため、A氏の状態が安定するまで医師か看護師が毎日訪問した。妻は「来て状態をみてもらうだけで安心です」と何度も話した(B期)。医師や看護師が、「いざというときは駆け付ける‘お守り’でいる」ように関わり、心配や不安な時はいつでも連絡してよいし、そのための訪問看護や訪問診療だと繰り返し妻に話した(C期)。

退院直後から妻が、食欲の低下によって脱水状態のA氏に、果物やカステラ、お汁粉等、本人が好むものをこまめにとらせたり、頻尿で何度もポータブルトイレに移す等一生懸命介護している姿があった(A期)。看護師は、介護は一般的に地味でつらいけれども、誰かがそのつらさを理解し、承認し感謝することで、介護者はその負担感を軽くすることができると考えた。「こんなに一生懸命みて頂いて感謝します」と看護師から妻に伝え(A期)、頻尿で介護負担が増した際にも介護記録を欠かさず妻に、「無理しないでください。毎日寝不足で奥さんの体が心配です」と、「妻のつらさ・頑張りを理解しほほどへと誘う」ように何度も声をかけた(B期)。

看護師は生命の危機が続いたA氏を心配する妻に、最初は説明責任として観察した点や病状の変化を伝えていたが、妻の介護する覚悟を受け、介護方法の習得に向けた支援も始めた。まず、心不全、COPD、脱水について、それぞれ何を観察している

かを説明していると、妻は「足のむくみはどうやってみるの」と興味を示したので、観察の様子を実際に見せたあとに妻に実施してもらった。妻の理解力や意欲の高さを知り、その後も訪問のたびに、血圧、脈拍、酸素濃度等の正常値、水分出納の計算、呼吸困難の予防や対処等、「心不全・脱水の病態に結び付けた観察・判断・対応を妻の反応に合わせ見せ伝え(る)」た(B期)。

また経過の中で妻から「ふつう尿は1回どの位出るんですか」と質問があり、看護師が正常値とAさんの場合について説明すると、次の訪問時には「尿が1回100mlないですね、ポータブルトイレだと息切れがひどいので尿瓶にしました」と、妻なりに観察し病状が悪化しないように考え予防をしていた。妻は看護師の説明を理解し、積極的に自分で介護を工夫していたので、看護師は、「妻ができること・したいことをキャッチし、やれることを増やす」ことにした。そして、呼吸困難・浮腫・口渴等の症状、活気、水分量や食事量、尿量、体重、バイタルサイン等を看護師は総合的に評価して病状を判断していることや、便秘時のいきみや食事、着替え等の際には酸素消費量が増すため、休み休み行う必要性があること等、病状管理の方法と意味を段階的に説明した。すると妻は「教えてくれた方が助かる」と話され、自主的に介護ノートを作り、水分・食事の量や内容、尿量、症状等を毎日記載し、便秘にも注意して下剤投与もしてくれるようになった(B期)。

退院後5~6週目には、A氏の体調について、脱水か心不全傾向か、状態は悪化しているか否かについて看護師と一緒に評価するようになり、妻は次第に介護に自信をつけていった。そして、心不全の増悪の可能性が高いと判断され利尿剤が再開されたときも、妻は大きく動揺することなく、毎日、尿量、水分や食事の量や内容、体重、息切れ等の症状を詳しく記録し続けた。さらに、妻は「尿量が増え体重が減ってきて、呼吸も落ち着いたし、むくみ減ってきましたね。薬が効いて、ちょうどよいバランスな

んでしょうね」と総合的に状態の変化を捉えて評価ができるようになっていた（C期）。

それに対し、看護師は「奥さんが毎日記録して、病状まで評価して下さり素晴らしいです。奥さんの細やかな介護のおかげでAさんがこんなに元気になりましたと思います。Aさんの代わりにお礼を言います。ありがとうございます」と、妻の日々の努力を理解し、介護の素晴らしさを承認し、A氏からの感謝として代弁することで、「妻の地道で適切な介護に光をあてて意識的に感謝を伝える」ように話した（C期）。

妻は、退院直後から内服を嫌がるA氏に、「お父さん、お薬飲んで元気になれば庭に出れますよ」と本人の納得が得られるように優しくたしなめて飲ませる等工夫していた（A期）。A氏について、退職後も農業や庭の手入れをし、バラや菊を育て、旅行やカラオケ等多くの趣味をもって、とても穏やかで優しい人だが、幼い時から医者や注射等痛いことは大嫌いで、自分が決めたことは曲げない、納得しないとやらない性格だと話してくれた。このように、看護師は妻からA氏の価値観や好みを教えてもらうことで、増悪予防方法を考える上で助けられた（B期）。また、「お父さんを看るのは私の務め、少しでも長生きしてほしい」と、力強い視線できっぱりと語る妻を看護師は尊敬した（C期）。

これらの妻の様子から、看護師は、妻をA氏の人生を誰よりもよく知る専門家であり、A氏の人生を最期まで見守る責任を持ち愛情を注ぐ人だと位置づけた。看護師にとって妻は、看護師がいない間にも看護してくれる、A氏に合う方法を教えてくれる人である。一方、妻は看護師を、専門知識や経験に基づき、A氏の体調に合わせた生活方法を提案できる人と捉えてくれていると感じていた。妻と看護師は「苦楽を共にし横並びで知恵を出し合う」ことでA氏に合うケアを創り出していった（B～C期）。

その後もA氏は脱水、COPDの増悪、腰痛等を繰り返しているが、看護師はその都度妻と話し合い、医師や多職種とも協力しながら危機を回避し、退院して2年以上の自宅療養が継続できている。

IV. 考 察

分析の結果、この事例における看護の意味・意図である【大見出し】と、意図に繋がるコツである【小見出し】が表された。重症心不全患者と家族の穏やかな自宅療養継続を成しえた実践について、【大見出し】同士の関連を検討した上で、穏やかな自宅療養を可能にするために、それらの実践が状況に応じてどのように生じられ事態を打開していったのか、それにはどういう意味があったかについて【大見出し】毎に考察する。

1. 【大見出し】の関係

慢性心不全の継続管理には、細やかで継続的な観察とそれをふまえた即時的対応の適切さが求められる（長岡、内田、2011）、それこそが自宅療養の困難さの中核である。したがって、【3. A氏にぴったりなケアを妻と二人で日々創り出していく】は、この事例が穏やかな自宅療養を継続できた直接的要因であると考えられる。また、そこに至る在宅療養開始においては、退院を巡る意向の違いで家族間の軋轢が生じており、それによって在宅療養継続できない懸念があった。それを打開しようとしたのが【2. 妻を中心に家族をだんだん引き寄せ繋げて丸くまとめる】であり、穏やかな自宅療養の素地を整えた役割を果たしたと考える。そして、それらを可能にした訪問看護師の在り方【1. A氏が望む療養過程全体の受け皿で居続ける】が他の【大見出し】すべての実践の基盤になっていたと考える。その流れを踏まえ、以下、【大見出し】3, 2, 1の順に、【小見出し】を用いて、そこに潜在していた実践知を考察する。以下、考察した実践知をタイトルとして示す。

2. 妻の介護力の成長に呼応しながら妻と共に心不全増悪を予防し穏やかな暮らしを実現する

本事例では、【A氏にぴったりなケアを妻と二人で日々創り出していく】実践が行われていたが、重症慢性心不全のA氏が自宅療養を継続できているのは、A氏にぴったりなケアによるものであり、A氏と共に暮らしている妻が主体的にケアを工夫でき

るようになってきたからに他ならない。すなわち、在宅療養で問題となりがちなセオリー通りの生活管理遵守の困難さを、妻による創意工夫によって乗り越えられたのである。日々の変化、生活のこだわりや好みを活かした管理だからこそ継続が実現できたと言える。

妻は、当初は夫の強い希望で退院したものの、食事摂取もままならない夫を見て強い不安を表現するばかりであった。それが今では心不全と脱水の両方を気にしながら体重、尿量、浮腫、呼吸状態等を観察したうえで水分出納や日常労作の状況について判断し、増悪予防をするほどになっている。このように妻が介護に積極的・主体的に取り組むようになったのは、安心の保証を優先したことによると考える。まずは、妻の不安を受け止め理解し、[一緒にやっていく存在だと伝える]、[いざというときには駆け付ける‘お守り’でいる]ことを続けたのは、妻の安心の保証（東・永田，2003）に寄与し、妻は介護生活に踏み切る決心ができたと考えられる。また、看護師が在宅療養開始直後から労をねぎらい、[妻のつらさ・頑張りを理解し、ほどほどへと誘う]声かけを何度も行い妻の緊張を解いたことで、妻の頑張りすぎによる介護破綻を予防でき、情緒の安定にも繋がり（渡辺・鈴木，2015）、介護を継続できたと考えられる。

その後の妻の介護力向上は、看護師が妻の力量に合わせて意図して段階的に慢性心不全患者の生活管理方法を伝え、それに妻がこたえて努力するという積み重ねと、互いの信頼関係構築による成果であった。安心した妻に看護師が、[心不全・脱水の病態に結び付けた観察・判断・対応を、妻の反応に合わせて見せ伝え（る）]たのは A 氏の病状安定に向けて妻が介護方法を習得するよう導入する意図があった。すると妻は積極的に質問し、観察力を身につけケアを工夫し始めたので、心不全や脱水の予防方法を教えると妻はさらに工夫し、その繰り返して介護力の向上がみられた。つまり、[妻ができること・したいことをキャッチし、やれることを増やす]援助に切替え、妻ができたことをその都度承認してい

た。これが、妻の持っている力を引き出し、肯定的なフィードバック（畠山，2020）につながり、最終的に妻は A 氏の人生を誰よりも知る専門家として自信をつけた。そして、看護師は妻から A 氏の好みやこだわりを教わりながら、看護の専門家として病状悪化の予防方法を提案するというように、[苦楽を共にし横並びで知恵を出し合う]ことが可能になり、互いの信頼を深めつつ A 氏にぴったりのケアを創り出していった。

Mayeroff（2010）は「相手が成長し、実現することをたすけることとしてのケアは、ひとつの過程であり（中略）相互信頼と、深まり、質的に変わっていく関係をとおして、時とともに友情が成熟していくのと同様に成長するものなのである」と述べている。本事例では、不安を抱えた妻への援助を発端に、ケアの向上と互いの信頼感が立ち現れ、互いに影響し合いながら妻は介護者として、看護師は援助者として成長過程を歩んでいった。ぴったりのケアの創出は、看護師が妻の安心を支えて力を引き出したこと、A 氏を最も知る専門家として妻を尊敬し学んだこと、同じ目標に向かう者同士の信頼関係で協働できたことの成果であったと考えられる。

以上のことから、心理的サポート、意図的な指導、尊敬を伴う協働と、介護力の成長への呼応により、妻と共に心不全増悪を予防し穏やかな暮らしを実現できたと考えられる。

3. 流れに逆らわずここぞというタイミングで介入し家族を繋げその力を信じて引き出す

退院時、自宅療養を強く望む A 氏、それに沿う妻と次男、賛成できない長男、意向を確認できていない三男、と療養方針の意向に相違があった。その状況に対し、【妻を中心に家族をだんだん引き寄せ繋げて丸くまとめる】実践があった。そのような家族の意思決定には、家族を理解し尊重したうえでタイミングを計った介入が功を奏したと言える。

その介入を振り返ると、看護師が最初に「[家族の空気感を壊さぬようにスッと入り込む]ようにしつつ、[家族一人ひとりの表情・語気から関係性を探

(る)] ったことで、意見の相違があるものの、家族には穏やかな生活と良い関係性がある等、家族本来の全体像を早期に捉えられたので、意向合意の可能性を信じて関わり始めることができた。

また、意見の調整にあたっては、看護師は妻の表情をみながら、まずは「触れられたくない繊細な部分を察知し出しゃばらない」ようにし、妻の信頼を得たと感じてから長男に「最期までを計りつつ折をみて家族の本音を聞くチャレンジをする」等、雰囲気を感じ、踏み込む程度を即座に判断して介入方法を柔軟に変えた。加えて、「家族間の感謝と愛情を代弁し、まとまりつつある家族の地固めをする」ために、「優しい息子さん達ですね」等、家族同士を繋ぐ言葉かけを意図的に積み重ねた。このように、家族介入は、関係性の機微を捉えタイミングを計ることや、家族がもともと持っている思いやりを際立たせる働きかけが緊張関係を解したと考える。

そして、この事例では、「家族一人ひとりの思いを置き去りにせず繋ぐ」ため長男へ電話をして、長男・三男のA氏への愛情や苦悩を引き出し、理解しねぎらい、二人が「言えていなかったことを言ってもらい聴くことで方向性を了解できる「場」を設ける」ことをした。家族の意思決定は説得ではなく対話による納得により行うのが有益であると言われており（山本、吉岡、2020）、野嶋（2005）は、家族の意思決定には、「看護者は可能な限り家族全員の気持ちや意見を引き出せるように働きかけ、意見を言えない人、表明しない人の存在に注意し、中立の立場で家族のコミュニケーションを促すことが必要」だと述べている。ここで中立というのは、家族全員が療養方針の結論を自ら納得して出すまで、全員を等しく尊重し理解し必要な介入をするという意味である。

長男・三男に話を聴いたところ、自宅療養に積極的になれない理由は、心臓カテーテル検査で原因検索をしないまま退院し治療のチャンスを逃したと思っているからだった。看護師は、「治療して長生きしてほしい」という長男・三男の思いも、「本人

の考えに沿いたい」という妻と次男の思いも、それぞれ家族の愛情であると理解できた。この対話の後、医師と話し合う場を設けた時に、長男と三男は、口惜しさをにじませながらも、1か月自宅で過ごさせている現状をふまえ、自宅療養の継続に賛同した。それは、彼らが思いや否定的な感情を表出でき、受けとめられたと感じたことで、二人の苦悩の緩和に繋がり、説得による承諾ではなく納得して自宅療養を受け入れるというステップに進めた（Bi-estek, 2011）ものと考えられる。

さらに、「家族看護において看護者は、（中略）自分たちで決定し自分たちの福利のために行動する能力を有していると家族の力を信頼することが基本」（野嶋、2012）であり、家族の結束は家族自身の力を使って為しえていかれるような援助が望ましい。本事例で看護師は、意図的に「家族の自律に向けて妻から家族への協力依頼を後押しし家族の力に賭ける（る）」、息子たちが介護に協力してくれるようになった。互いに愛情のあるこの家族なら、妻の寝不足という介護継続上の課題を共通認識し自ら対処しようとする力があると見込み、妻からの協力依頼なら対応行動がとれるだろうと判断して、妻に問題解決のチャレンジをさせる支援（星川、長戸、野嶋、2010）を行った。これらが、妻の問題解決能力を引き出すこと、介護のリーダーとして自信をつけること、ひいてはA氏の自宅療養の安定に繋がったと考える。

以上のことから、家族一人ひとりの状況や思いと関係性から全体像を捉え、流れに逆らわずタイミングよく介入したこと、家族全員を等しく尊重することで家族を繋ぎその力を信じて引き出したことが、穏やかな自宅療養の素地となる家族のまとまりを可能にしたものと考えられる。

4. 丸ごと引き受ける覚悟を持つことで拓かれる療養過程全体の俯瞰と実践

本事例は、極度の心機能低下、脱水も関与した重症心不全、認知機能の低下で病状の理解が不十分ながらも、本人が自宅退院を強く望んだ事例である。退院前から、突然死の可能性のある急性期の課題

と、家族の意思決定という時間をかけたい課題、加えて、主介護者である妻の心身の安定という課題があった。この質の異なるそれぞれ重大な課題を取りこぼすことなく取り組めたのは、【A氏が望む療養過程全体の受け皿で居続ける】看護師の姿勢によるものであった。

看護師は、[どんなふうになっても最期まで支えると腹をくく(る)]り覚悟したことで、冷静に療養過程を俯瞰して具体的な段取りを組むことができ、不退転の決意が湧いて次々に起こってくることに向き合うことができていた。最期まで支えると腹をくくるという強い決意は、訪問看護師として、その主担当者として責任を果たそうとするアイデンティティに基づいたものであったと考える。目の前の患者・家族の問題を解決できるのは自分しかないという状況下、患者の危機は自身の訪問看護師としての存在価値の危機でもある。加えて、これまでの経験からその危機回避を成しえる可能性があるとの認識が腹をくくらせたと考える。

さらに、[日常空間からA氏と家族の歴史や大切なものを見つけて会話に入れ込む]、[A氏の人生の輝きを掬い出す]会話を重ね、穏やかな自宅療養継続こそA氏らしい目標であると再確認できたことから、看護師自身、できる限りの支援をしたいと改めて動機づけられた。それによって、初回訪問後に[今後の方針について決意を固められるように段取り(る)]り、退院後3日目には訪問診療の医師に同行を計画準備できた。つまり、患者・家族にとって、何が重要かを理解し、その実現を自身の役割であると引き受けるところから覚悟は不動のものとなり、全体俯瞰に基づく同時進行的な課題対応の過程が始められたと言える。

最期まで支える・何があっても逃げないという看護師の覚悟は、ある意味、進んで対象に巻き込まれることを選択する決意である。看護師は対象の生活をコントロールするという心不全の疾病管理セオリーは横に置いて、あたかも荒波のうで船を操舵するような状況に置かれるかもしれないと知りなが

ら、その中で最善を選べるように準備し、何が起きるか予測し、あらゆる知恵を絞って対応する覚悟をもつ。すると、いつどのような危機が出現し、何が重要でどの方向に向かえばよいのか事例の全体像がおのずと広い視野で見えてくるという経験になっていた。これは、患者・家族に起こる事態を自分事として捉える、かつ看護職として冷静にその責任を果たすという2つの在りようを同時に持つことが、俯瞰的・総合的な見方を看護師にもたらしたものである。

全体俯瞰をしていればこそ、自宅療養の意思決定を一刻も早くと思いながら、焦って家族関係を壊したらグリーフが複雑化すると危惧し、今できること、今してはいけないこと、いずれしなければならないこと、今後のために布石を打っておかなければならないこと等を峻別できた。それは、これまでの経験を最大限に活用して知恵をしまり出したことでもあり、また、次々起こることを受け何度も改善を重ねなければならない実践であった。

西田(2021)は、慢性心不全特有の「不確かな状況であるからこそ患者と医療者間で[医療とケアの意向と選好][人生における価値観や希望]を共有し、ゴールについて話し合うことがより重要である」と述べている。この事例において複数ある困難を解決に導いたのは、看護師の在り方であった。

以上のことから、自宅療養継続における多様な危機を承知したうえで医療とケアの意向と選好、人生の価値や希望等に反映されている、その人らしい人生を丸ごと引き受けるという看護師の構えこそが、療養過程全体の俯瞰を導き、療養者と家族の全体を視野において「今ここで何をすべきか」の判断を可能にし、困難な状況を打開する実践を拓いたもの^{ひら}と考える。

5. 本研究の限界と課題

本研究は、看護行為者の目線から実践を解釈分析したものであり、ケアの受け手である患者・家族からのデータ情報は含まれていない点で事例の全貌を明らかにすることには限界があった。今後、患者・

家族への確認も加え考察を深めたい。また、類似事例にもここで得られた実践知が活用できるか検証を続けていくことで、実践知の応用状況やその方法を探求できると考える。

V. 結 論

重症心不全患者と家族の穏やかな自宅療養継続を支えた訪問看護実践は、【A氏が望む自宅療養過程全体の受け皿で居続ける】、【妻を中心に家族をだんだん引き寄せ繋げて丸くまとめる】、【A氏にぴったりのケアを妻と二人で日々創り出していく】という3つの【大見出し】で表された。

そして、困難と思われた自宅療養を継続できたのは、以下によるものと考えられた。

- 1) 妻の介護力の成長に呼応しながら妻と共に心不全増悪を予防し穏やかな暮らしを実現する
- 2) 流れに逆らわずここぞというタイミングで介入し家族を繋げその力を信じて引き出す
- 3) 丸ごと引き受ける覚悟を持つこと^{ひら}で拓かれる療養過程全体の俯瞰と実践

謝 辞

本研究にご協力いただいた、Aさんとご家族様に深く御礼申し上げます。

本研究に開示すべきCOI状態はない。

本研究はHTとKKが共同第一著者である。HTは研究の発案とデータ収集（初回記述）と、実践そのものを表現する責任を担った。全員が論文執筆に係る研究のデザイン、データ収集・分析・解釈、論文作成、批判的校閲に関り、KKは研究全体の統括・進行管理を担った。そして、全ての著者は論文の最終稿を確認し投稿に同意した。

（受付 ‘22.09.07’
採用 ‘23.07.12’）

文 献

浅井克仁, 簗持知恵子, 上村里沙, 中村雅美, 南村二美代: 熟練看護師が捉える慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた意思決定支援における問題状況, 大阪府立大学看護学会誌, 26(1): 29-38, 2020

Biestek, F. P. / 尾崎 新, 福田俊子, 原田和幸訳: ケースワークの原則—援助関係を形成する技法—, 58-60, 誠信書房, 東京, 2011

畠山卓也: 看護者に求められる基本的姿勢, 中野綾美, 瓜生浩子 (編著), 家族看護学 家族のエンパワメントを支えるケア, 63-74, メディカ出版, 大阪, 2020

東 清巳, 永田千鶴: 在宅ターミナルにおける家族対処の特徴と看護介入, 日本地域看護学会誌, 6(1): 40-48, 2003

星川理恵, 長戸和子, 野嶋佐由美: 問題解決に取り組んでいる家族を支援する看護援助, 家族看護学研究, 15(3): 11-17, 2010

緩和ケア医療学会: 緩和ケアチーム活動の手引き (追補版) 一心不全患者への緩和ケア—, https://www.jspm.ne.jp/active/pdf/heart_failure_v1.pdf, 2022年8月1日

眞茅みゆき, 筒井裕之: 慢性心不全の疫学, 北風政史 (編), 心不全診療Q&Aエキスパート106人からの回答, 2-6, 中外医学社, 東京, 2012

Mayeroff, M. / 田村 真, 向野宣之訳: ケアの本質—生きることの意味—(第18版), 14, ゆみる出版, 東京, 2010

長岡沙紀子, 内田陽子: 高齢心不全患者の退院時および退院2か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア: 安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討, 群馬保健学紀要, 32: 61-68, 2011

日本循環器学会: 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン—急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版), https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf, 2022年8月1日

西田志穂: 慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの概念分析, 日本看護科学会誌, 41: 1-10, 2021

野嶋佐由美: 家族の意思決定への支援とアボカシー, 家族エンパワメントをもたらす看護実践, 157-162, へるす出版, 東京, 2005

野嶋佐由美: 家族とのパートナーシップ構築の方略, 家族看護の基本的な考え方, 野嶋佐由美, 渡辺裕子 (編著), 家族看護選書 第1巻 家族看護の基本的な考え方, 29, 日本看護協会出版会, 東京, 2012

大津美香: 在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の疾病管理の支援の実態, 保健科学研究, 4: 31-39, 2014

Schön, D.A. / 柳沢昌一, 三輪健二訳: 省察的实践とは何か, 50, 鳳書房, 東京, 2007

田嶋ひろみ, 飯塚裕美, 佐々木真弓: 心不全患者の援助における訪問看護師の困難, 日本循環器看護学会誌, 14(1): 27-35, 2018

渡辺裕子, 鈴木和子: 家族看護過程, 家族看護学—理論と実践—(第4版), 136-151, 日本看護協会出版会, 東京, 2015

山本美保, 吉岡さおり: 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングの概念分析, 日本看護科学会誌, 40: 537-543, 2020

山本則子: 「ケアの意味を見つめる事例研究」の経緯と概要, 看護研究, 51(5): 404-413, 2018

Phronesis of Home Nursing Care Severe Heart Failure Patients and Their Families
to Continue Gentle Home Care:
Analysis by 'Case Study to Understand the Meaning of Care'

Hiromi Tajima^{1)*} Kiyomi Karasawa^{2)*} Yuko Amamiya³⁾ Shigeko Yoshida⁴⁾ Taeko Yamada¹⁾

1) Kameda Medical Center

2) Niigata Seiryō University

3) Chiba Prefectural University of Health Sciences

4) Shinbashi ASAI Mental Health Clinic

*These two authors contributed equally to this work.

Key words: heart failure, continued home care, home nursing care, family nursing, case study

This is a case study of a patient with severe heart failure who was discharged from the hospital based on his strong wish, and could continue receiving gentle home care.

Post-discharge, the nurse faced issues such as the patient's "life crisis," as well as the "crisis of being unable to decide on a treatment plan" due to a gap with the family's wishes, and the "crisis of care by the wife." However, the nurse was determined to provide unwavering support to him until the end. The nurse took actions before a crisis developed by reviewing the patient's entire journey up to continued home care and continued to take an accepting approach to the entire home care.

The nurse listened to the true feelings of each family member at an appropriate time by becoming a part of the family without being intrusive, and connected the feelings of all family members without leaving anyone out; thus, gradually bringing them together, centered around the patient's wife. She had been very anxious when he was first discharged from the hospital, therefore, the nurse assured her that there would be immediate nursing support in case of an emergency, and told her not to work too hard to prevent breakdown of the care. The nurse learnt what the wife could do independently and helped her gradually improve this. The nurse respected the patient's wife, who is the specialist as far as knowing the patient is concerned, and worked closely with her to create the best possible care program for the patient.