

在宅療養における介護者と 訪問看護師との援助関係の一考察

稲葉 典子¹⁾・伊豆 一郎²⁾

キーワード：トラベルビー 位相 援助関係 生きる意味を見出す援助

I. はじめに

在宅医療、地域医療推進のもと、医療機関の入院日数が短縮化され、医療連携バスが地域にも適応されている昨今、訪問看護の対象となる利用者も多様化している。急性疾患が落ち着きすぐに在宅療養に入る事例、がんなどの末期療養を在宅で望み退院する事例、急性憎悪しても在宅での静脈栄養管理や経腸栄養管理ができる事例、創傷治療が可能な環境と連携があり、在宅療養で乗り切れる事例など、比較的短期間での訪問事例が多くなっている。また、一方で難病で医療保険による訪問事例、脳疾患血管や心疾患の後遺症の維持期を在宅で療養する事例、高齢化に発車がかかる現在、認知症事例や体力の衰弱への支援など、長期間に渡って訪問する事例もある。

訪問看護師の信頼関係の構築において、スキルや介護力、療養者の状況に左右されるが、訪問期間が年単位の長期に渡る場合、援助関係を深めるための十分な時間が得られやすい。療養者や介護者にとって訪問看護師が単なる「医療を提供してくれる人」から「療養しながら、在宅、地域で生きる意味を考え、分かち合う人」という新たな関係を作り上げることが、訪問看護師の役割である。

本研究において、2年間の援助関係の中で、脳血管疾患の維持期から末期療養への援助を展開した1事例について、介護者と訪問看護師の援助関係を深めることができた要因がどこにあるのかを考察した。事例の検討にあたり、トラベルビー理論の対人関係の展開の位相段階に沿って援助過程を整理することによって、介護者の言動を理解し、訪問看護師の役割を明らかにすることができた。これらの検討を踏まえ、今後、同様事例にも活用することを目的に事例経過を検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 研究対象

事例は、脳血管疾患後遺症で在宅療養をしている70代男性（以下、A氏）と介護者である妻である。訪問看護師は、看護師経験17年、訪問看護経験7年目で、事例対象には訪問看護開始から2年間担当している。

2. 研究期間

平成20年8月から2年間の援助過程について、平成22年4月から8月まで、データの収集と分析を行った。

3. データの収集方法

A氏と介護者の妻の言動や反応と看護師の援助内容について記載された部分を訪問看護記録から追跡した。

4. 分析の視点

記録から抽出した上記のデータをトラベルビー理論の位相段階である「初期の出会い」「同一性の出現」「共感」「同感」「ラポート」の視点で経過を分類した。また、トラベルビーの「治癒思考的な構え」、「生きる意味支援の探求」の視点から援助内容に看護師との関係性がどう影響していたかを検討した。

トラベルビーの対人関係論を採用した根拠について2点掲げる。1つは、訪問看護は複数のスタッフがかかわるとはいえ実際は一人での訪問となり、1対1の人間関係の構築が求められるという点である。

もう1つは、療養生活の中で人生に何らかの意味を見出し、肯定できるように支えるのが看護師の役割であるため、トラベルビーの「生きる意味の探求」という概念からの考察が必要であった。

5. 倫理的配慮

調査と研究実施については、訪問看護センター所長か

1) Noriko INABA

医療法人社団甲友会 西宮協立訪問看護センター

2) Ichirou IZU

関西福祉大学 看護学部

ら承認を得た。対象者には書面と口頭で研究の趣旨と方法、個人情報使用にあたり匿名性を確保すること、加えて研究協力及び発表の中断や拒否が可能であることを説明した上で同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 事例の概要

療養者であるA氏は2回の脳梗塞既往を経て、平成X年、右視床出血発症した。嚥下障害、四肢不全麻痺が残存し、意思疎通が単語レベルとなる失語症と退行様の知的レベルとなる。同年8月在宅療養開始、嘔吐や吐血による誤嚥性肺炎で3度の入院歴がある。胃瘻による経管栄養を中心に栄養管理していた。

1ヶ月に3-4日のショートステイを利用しながら、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問入浴等介護保険サービスを受けて在宅生活をしてきた。訪問看護は週2回、肺炎リスクの観察と排便、保清援助で訪問していた。

介護者は妻でA氏と同年代である。土日は、同居している息子の介護協力はある。妻の健康状態は、血圧管理での内科受診をしているが、内服薬でコントロールできている。A氏の療養生活以前から主婦として家庭中心の生活だったが、勤務経験はないもののヘルパー資格を持っている。A氏の体調が安定しているときには週1回、趣味を兼ねて朗読ボランティア活動を続けている。

2. 援助過程

訪問看護開始にあたり、妻は退院前から「排便処置と吸引はできません」と断言していた。在宅生活を経てできていくようになる人が多いこともあり、看護師は「週2回の排便処置は看護師で行うが、祝日で訪問できないときなどをチャンスとして、介護技術を獲得してもらおう」と関わっていた。吸引や浣腸時の体位固定においてもA氏の筋緊張亢進による身体的抵抗があるため、妻にとっては難しい介護技術であったが、何度か浣腸方法を実践しながら伝え、誤嚥徴候のあるときの吸引指導等繰り返し行った。結果的には、現在でも浣腸や効果的な吸引は妻にとってはできない技術ではあるが、口腔内の吸引をする、自然排便で出た便を処理することはできている。

嚥下障害のあったA氏だったが、在宅医からは楽しみとしての経口摂取の許可があった。頻繁にA氏にとって適正粘度であるヨーグルトを要求し、妻も積極的に食事介助をした。「口から食べさせてあげたい」という思

いがあり、その食事介助技術は、他のサービス・スタッフが行った場合すぐに誤嚥徴候が出現し、タイミングが合わない状況だったものの、妻が行くとスムーズに嚥下していただくくらいであった。そのことについて妻をなるべく褒めるようにして肯定的に捉えるようにした。看護師自身は妻の介助を見守り、カロリーや性状を助言する立場として関わっていた。

2回目の誤嚥性肺炎での入院を経た在宅療養中、1200カロリー摂取でも著しい体重減少と体動負荷による胸痛や呼吸速拍が出現した。在宅医は原疾患とは別に免疫力低下に関わる疾患があるのでは、と推定していたが、妻は延命治療や苦痛を伴う疾患検索を希望しなかった。ヨーグルトの摂取の介助や好きな音楽をかけることについては積極的に関わっていた。好きな音楽はA氏が自分でラジカセを操作できるように配慮した置き場所を作り、随意的に手指を動かすことがほとんどないA氏がボタン操作をして自分で音楽をかけていることもあった。現在でも「ヨーグルト」、「ステレオ」という発語は頻繁にあり、妻もスタッフもA氏の表現できる要求として捉えている。

在宅療養を開始して1年過ぎた時点だったが、看護師は体重が軽くなってきたことで可能と判断し、同一体位による緊張の緩和のために自宅浴槽に入ることを提案した。妻と二人介助で実施し、清潔目的というよりは、リハビリテーションのためと説明しながら入浴介助を開始した。

短時間ですぐに「あがりたい」という程の負荷がかかっていて、準備をする妻の負担も考えられた。入浴時の様子を在宅医に伝えると「入浴中に心不全状態にもなりうるが本人の希望であれば入っていい」と話し、そのことを妻に伝えた。在宅医も直接妻に説明したところ、妻は「びっくりしたけど苦しむ時間が短いならそれもいいか、大変だけど」と話した。A氏も「ぬくもるから」とほとんど入浴は拒否しなかった。

その後、免疫力や体力的な予備能力の低下によると思われる皮膚疾患に次々罹患している状況となった。妻のできることを、できないことを、その都度確認しながら臨時の訪問を組んでいるが、皮膚科処置については休日にいる息子と処置をすることができるようになった。ただし、これらのケアが長期間になり、A氏の昼夜逆転による妻の睡眠不足が介護への疲弊を招いた。

一時、妻は施設への入所の希望を言葉にすることもあった。しかし、現実的にA氏の入所を受け入れる施設の見通しはなかった。精神安定剤を中心に内服処方が

検討され、主治医の処方と助言、看護師がスケールを導入して、内服時間を決めたことにより、夜間不穏は、やや改善され、著しく妻の睡眠が妨げられるようなことはなくなった。

入浴について主治医の発言と上記状況から、終末期ケアの視点での援助も必要となり、「楽しみを優先した生活」という在宅療養の方針が打ち出された。たとえば、入浴介助に関しては、主治医の許可、ケアマネジャーの意向調整、入浴をスムーズにするための理学療法士との連携がある。特に、入浴への意思の確認について、看護師に本音を言えず、妻自身を追い詰めてしまうことのないように、ケアマネジャーや理学療法士が、妻の意思決定を確認した。入浴の準備や清掃も介護負担の増強になると懸念したが、それ以上に自宅入浴へのA氏の意欲を尊重する発言が妻から聞かれた。

また、食事介助においては主治医の承諾、歯科衛生士による口腔内の清潔保持と日常ケアの指導、食事内容の検討と留意点の説明、ケアマネジャーによる通所介護の職員への方法伝達などにより、連携を図った。このようにA氏に関わるすべてのスタッフの理解と協働のもと、支援を継続することができている。

IV. 考 察

トラベルビーの位相とトラベルビーの理論の基盤となった実存的視点の2つの側面から考察する。

1. トラベルビーの位相段階と援助過程

1) 「初期の出会い」

看護師が介護者を、一種のステレオタイプとして判断し、介護者の個別性の認識が乏しいか、欠如している段階である。¹⁾

看護師は、訪問開始から「介護者は何かあったときのためにも一通りの医療処置ができなければならない」という固定観念があった。そうすることが在宅療養を安定して過ごすことができ、そのための「介護者指導」と捉え、訪問看護の仕事の一部として考えていた。これらの「指導」の過程で、排便処置や吸引に対して、介護者である妻は「労力のいる介護であり、専門家が行うもの」と考え、“嫌悪感、高度に難しい処置”という先入観をもっていた。

筆者はこの時期をトラベルビーの位相段階では第一段階の「初期の出会い」と考えた。「介護者は医療処置ができなければ在宅生活が難しい」という看護師のステレオタイプの思考パターンが、技術獲得を否定的に捉え

ている介護者に「技術指導」を押し付けていた。一方、介護者に完璧さを求めると、介護にかえて積極的に関われなくなるということも経験的に分かっていたので、吸引や排便処置は看護師が訪問したときを中心に行う、という援助が固定化していった。

この「初期の出会い」では、看護師が「吸引できないと肺炎で入院する」、その予防としての吸引指導をというトラベルビーの「治癒思考的な構え」²⁾を持っていた。しかし、この構えは、「できない」ことに対して、さらに否定的な思いを妻に抱かせる場合もあり得る。

2) 「同一性の出現」

「同一性の出現」とは、他者の独自性を認め、ステレオタイプから個別的に一人の人間として確認する段階である。³⁾

妻にとって浣腸や吸引は難しくても、妻自身のできることで、できないことを区別して、できることは積極的に関わっている姿に妻独自の介護姿勢があり、そのペースを守りたいというニーズがあることに気づいた。これにより、A氏と介護者である妻の独自性を認めることができ、「同一性の出現」の位相への契機となった。

初期段階において、A氏とその妻という個性を全く無視したわけではなかったが、「介護すべてに積極的な介護者」というステレオタイプに、訪問看護師による介入が一面的になされた形となった。だが、妻の明らかな拒否により、そのステレオタイプに収まることはなかった。これを契機に、看護師がA氏とその妻の独自性、個別性を見出すことができた。効果的な吸引ができないため、嘔吐による誤嚥への初期対応ができず、肺炎により入院する事態もあったが、妻の独自性を認めることができ、第二段階である「同一性出現」の位相に至ったといえる。

3) 「共感」

看護師の入浴のリスクの説明に対して、妻は「びっくりしたけど、苦しみ時間が短いならそれもいいか、大変だけど」と述べ、妻自身の気持ちを確認することができた。「自宅の浴槽につかる」ということが、A氏と妻にとってどのような意味があるのかを検討する中で、リスクは大きい、「自宅の浴槽に座って入る」ことが、A氏の病状進行の中でも気持ちの支えになっていると思われた。これはA氏には直接言葉で本心を確認することは難しいが、妻にとっても「A氏のやりたいことに関わっている」ことになり、「この状態でも希望に沿えた介

護ができてい」 という介護生活を積極的に捉える意味を見出す一助となった。また、入浴というのは、人が生れ落ちたときから、生涯を通して日々経験する快の経験である。それは発達時期において、介助の有無を含めて、様々な態様があり、それは乳児期の沐浴から始まる。こうした普遍的な快の原始的な体験こそ、思考を超えて入浴をさせてあげたいというニーズとして、一致したのではないかと推測する。

位相段階ではトラベルビーは、共感において「類似性を基盤にして他人を知的に理解する」⁴⁾ という記述もあるが、決して知的な理解、見解の一致でないと思われる。筆者は、前述した、入浴の経験からすれば、物理の音叉の「共鳴」に近いものであると考えた。

入浴援助のエピソードにおいて、A氏の自宅の療養生活と介護する妻を支援するのに、「なぜそれ（入浴）をするのか」という意味を考え、トラベルビーのいう「病気や苦難の中に意味を見出す援助」に意識的に看護師が関わることで、位相の変位を見ることができた。

特殊浴槽ではなく、使い慣れた自宅の浴槽で入浴する意味、母体内での羊水、沐浴、入浴という生涯を通じた共通の生理的ニーズ、温水への感覚は普遍的なものである。看護師は「自分の家のお風呂に入れたら気持ちいいだろうし、家のお風呂にまだは入れているという充足感がA氏にも妻にも得られるかもしれない」という咄嗟の思いが、入浴援助の提案に結びついた。

実際、入浴介助では、A氏から毎回の「ぬくもる」という快い発言があり、A氏の原始的な記憶や感覚が看護師の共感や同感を起こさせる1つの要因になったといえる。また、看護師の瞬間的なひらめきと、周囲への共鳴により、共感の位相に至る要因とあったと考える。

疾患の進行に伴い、日常生活動作が自力また、援助者として療養者との差を受け入れることができるのも共感の段階であり、終末期ケアの視点において、共感の段階にあることは互いを理解して援助内容を検討していくためにも有益であると考ええる。

4) 「同感」

看護師は、訪問開始時、身体的苦痛の緩和を優先するケアを考えていた。しかし、妻の決して後ろ向きではない、A氏の気持ちを汲んだ介護の姿勢と予後の対応への要望がわかり、介助を越えて、「自宅の浴槽で入浴する意味」や「希望を優先した介護をする意味」を見出す方向となった。リスクのある自宅での入浴で、A氏にも妻にも負担があることを考慮しながらの援助であったが、

「苦悩の緩和」は決して身体的なものだけでない、心理的、あるいは、曖昧な表現であるが「霊的」な側面への援助として考え、現在も援助を続けている。

同感の段階では、「共感」と異なり、療養者の苦悩をやわらげたいという「救済願望」が出現する時期とされている。⁵⁾ これが「共感」、「同感」という類似した概念を区別する1つのメルクマールとなる。

A氏においては、身体的な苦痛の緩和と介護者の苦悩の緩和をしたという看護師の「同感」が、薬物療法の調整による生活リズムの整備という一貫した専門的支援を支える一助となった。

また、終末期ケアにおいて、この「救済願望」が看護師、あるいは介護者が過剰にもった場合、共にバーンアウトに陥り、また、医師の場合は延命主義に至る場合がある。このような状態を回避するためにも、この「救済願望」について警戒する必要がある。

5) 「レポート」

看護師と療養者が人間対人間として関係を気づき、それぞれの信頼と信任があることが最終段階であるレポートの段階だが、この段階については、客観的事実としてA氏や妻から確認を得ているかどうかの検証はできていない。また、レポートの概念自体、決してトラベルビーの独自の概念ではないが、「2人の人がお互いに知覚しあい、お互いに対して行動しあう」というような方法である⁶⁾ としている。筆者はレポートを決して到達点でなく、「位相」の1つの状態に過ぎないと考えている。確かに「位相」の概念の意味には、段階、時系列を伴うプロセスも含まれるであろう。

訪問看護は病院における医療と異なり、在宅という、“Away”という場所で、まさに「初期の出会い」から始まる。そして、上記の“Away”における主体者は、療養者・介護者・看護師である。そして、「初期の出会い」においてさえ、第一印象、あるいは「転移」により、これらの主体者の間において、瞬時の一致、共鳴、共感という現象は起こり得ると考える。

トラベルビーの看護の本質は、対人関係のプロセスそのものであるとし、また、看護場面での活動に移す能力がレポートの中核としている。よって、A氏の生きる意味、介護する意味にどう影響しているのかを考えながら関係性を見極めることにより、療養者や介護者の個別性を見出し援助につなげていくことができると考える。

また、このようなプロセスは療養者が他界した後の、対象喪失における、残された家族・看護師が故人を回想す

る、1つのガイドになり得るとも考える。

2. 「病気や苦難の中に意味を見出す援助」⁷⁾についての考察

病院や施設と異なり、在宅療養という生活の場所は、自ずと看護師自身の「治癒思想的な構え」が薄まり、療養者、家族の自己決定権が尊重される環境にある。こうした環境は、生きる意味を見出す可能性につながると思われる。トラベルビーの基盤理論は、フランクルの実存主義にあり、苦悩に向かう人の、諦め、受け止める態度を重視している。フランクルは「苦悩は人間に物事を見抜く力を与え、世界を見え透いたものにする」⁸⁾という。これは苦悩を受け入れることにより、その意味を見出すことが可能であると示唆している。また、フランクルは「苦悩のもつ可能な意味、ならびに苦悩する力自身もつ価値、また、価値としての苦悩する力などについては、単純素朴な人間も本能的に知っている」⁹⁾と述べている。この「知っている」というのは、前述した入浴のエピソードを踏まえると、思考レベル、言語レベル以前の、普遍的、原始的、感覚的な経験であると筆者は考えた。よって、「同感」の位相の以前において、「共感」でき得る、援助者以前の「人間」としての普遍的な経験への探求の手がかりは、フランクルの思想にあるように思われる。本研究においては、妻のニーズや苦悩を表す情報は無い。援助者が妻に対して、どれだけ思慮深く考え、苦悩したかがむしろ問われる。訪問看護師は「治癒的思想的構え」を認識し、主治医の理解もあり、その構えから解放され、上述したように治療方針も含めて妻の自己決定権を尊重した。

次に直接的な対話が困難な療養者本人の苦悩への対応について述べる。A氏の苦悩を言語的なコミュニケーションで確認することが難しく、A氏の表情や筋緊張の亢進など、非言語的な反応により推測することはできる。但し、この非言語的な反応をどのような基準で「苦悩」と捉えるのかは、看護師よりも妻が直感的にかつ正確に把握することができるゆえに、妻の“通訳”が必要な場合があった。

妻との援助関係について主に述べてきたが、その援助関係には、当然のことであるが、絶えずA氏の存在がある。A氏の苦悩について共に推測し、対策を考え、妻の対応と看護師の援助内容に反映するといった作業が、療養者や介護者を含めた家族支援の要であった。このように考えると、当事者以外の筆者、援助を提供するチームなど、関係者の苦悩について、平行して考える必要が

ある。最後に、フランクルの「苦悩」について引用、提示して、考察を終えらとする。

「苦悩は、まず一つの業績たりうる。しかし、苦悩一つまり正しい、毅然たる苦悩—は実行することだけでなく、成長することを意味している。わたしが苦悩をみずから引き受け、みずからのうちに受け容れるとともに、わたしは成長し、道徳的エネルギーの強化を経験する。」¹⁰⁾

V. おわりに

本研究の事例の考察においては、データの取り出し、位相の特定においては、主観的な判断となっている部分がある。また、こうした理論の援用による恣意的な操作もぬぐい切れない。また、再現性においても不正確も生じる。今後、事例を重ねていくことによって、上記の問題を検討する必要がある。

最後に、この研究に快く協力していただいた、A氏と家族の方々、主治医、ケアに携わった方々に深く感謝申し上げます。

<引用・参考文献>

- 1) J.Travelbee(1971):Interpersonal Aspects of Nursing(2nd ed)F.A.Davis Company,Philadelphia長谷川浩 藤枝知子 訳(1974).人間対人間の看護(第1版)191-194 医学書院,東京.
- 2) 前掲書1) 237
- 3) 前掲書1) 195
- 4) 前掲書1) 200
- 5) 前掲書1) 210
- 6) 前掲書1) 224
- 7) 前掲書1) 241
- 8) Viktor E.Frankl (1978) Homo Patiens Versuch einer Pathodisee Zehn Thein uber die Person : 真光寺功訳.苦悩の存在論(第1版)120 新泉社,東京.
- 9) 前掲書8) 112
- 10) 前掲書8) 116