

独居末期がん高齢者の「最期まで自分らしい」療養生活支援において 中堅訪問看護師が行きづまりを感じた事例の検討

三ツ田枝利香¹⁾，真継 和子²⁾，小林道太郎²⁾

要 旨

独居末期がん高齢者の「最期まで自分らしい」療養生活支援において，中堅訪問看護師が行きづまりを感じた1事例を振り返り，その問題点を検討した。

中堅訪問看護師はA氏が入院して症状を緩和し，退院後の生活調整をすることが必要だと考えていた一方で，A氏は過去の入院で体力を回復して症状は良くなったと考えており，【入院治療に対する考えや症状の捉え方の相違】があった。また看護師は，週1回の訪問では症状緩和ができなかったため入院を勧めたいがA氏の同意を得られず，【一人で訪問し続けることによる抱え込み】があった。A氏は最期が近づいていることを感じながらもそれを認めず，まだ生きられると捉えているように見えたことから，中堅訪問看護師は【最期の過ごし方に関する意思確認への抵抗感】があった。

ケアスタッフ間での意見交換や調整など多角的な視点を意識的に取り入れるとともに，看護者自身が俯瞰的な視点を持ち患者理解に努めることが必要である。

キーワード：末期がん，独居高齢者，訪問看護，事例研究，中堅訪問看護師

I. 緒言

1. 研究の背景

わが国では高齢化を主な要因として，がん罹患数と死亡数が増加し続けており（がん研究振興財団，2021），独居高齢者数も増加している（内閣府，2021）。そのため独居の末期がん高齢者は今後もさらに増加すると予測される。このような状況の中，人々の価値観は多様化しており，最期の過ごし方や看取りにもさまざまな形が求められている。訪問看護では，最期まで人々の望む生活を支えていくことが重要である。そこでは利用者と専門職との合意形成のプロセスとして，エンドオブライフ・ケアが必要となるが，その目標は「その人の最善」である（島内・内田，2015）。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は，本人の意思の確認ができる場合の方針決定について，医療従事者から適切な情報の提供と説明をしたうえで，「本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本と」する（厚生労働省，2018）としている。

こうした中，筆頭著者である中堅訪問看護師は，ある独居末期がん高齢男性に対する自分の看護実践に引っかかりを覚え，「その人の最善」に向けての支援ができていないのか，本当にこれでいいのかと悩みながら関わり続けていた。そのさなか，看護師はある日の訪問で，男性が倒れているのを発見することとなった。看護師は突然訪れた彼の最期に衝撃を受け，その衝撃はその後強く残った。そこで，この独居末期がん高齢者への訪問看護実践の振り返りを通し，看護師がなぜうまくいかないと感じたのか，その問題点を明らかにしたいと考えた。

中堅訪問看護師は失敗の経験から学んで成長することができるかとされる。自己の成長を確認し，承認が得られ，自ら設定した次の課題に安心して挑戦できる環境が，中堅訪問看護師への成長の基盤となる（菱田・野崎，2020）。しかし訪問看護の事例研究等でも，うまくいかなかった場面に焦点を当てたものは少ない。本研究において1事例の振り返りを行うことで，中堅訪問看護師の成長に関わる経験を具体的に明らかにすることができる。

2. 研究目的

中堅訪問看護師（以下，看護師とする。）の独居末期がん高齢者に対する実践を振り返る一事例の検討を通して，「最期まで自分らしい」療養生活支援において，看

受付日 2022年6月1日

採択日 2022年8月26日

1) MITSUDA Erika
はな未来訪問看護ステーション

2) MATSUGI Kazuko, KOBAYASHI Michitaro
大阪医科薬科大学 看護学部

看護師がなぜうまくいかないと感じたのか、その問題点を明らかにし、今後の中堅訪問看護師による訪問看護実践への示唆を得ることである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

事例研究。

2. 対象者（事例紹介と訪問看護利用の経緯）

看護実践の対象者はA氏（70歳代後半の男性）である。

A氏はX年に直腸癌がありストマ造設術を受け、外来通院により化学療法治療を継続していた。ADLは自立しており、一人暮らし。介護保険利用の申請はせず、退院後より医療保険での週1回の訪問看護サービスのみを利用して、キーパーソンは妹夫婦であったが遠方に住んでおり、その娘である姪家族は近くにいたが、「迷惑をかけたくない」という思いが強かった。その後X+2年にストマ閉鎖術を受け、化学療法の副作用が強いため本人希望で同年に化学療法が中止された。

X+4年1月に肺転移、肝転移を認め疼痛が出現し、疼痛は徐々に増強していった。その頃から看護師が一人で訪問を担当することになった。それまでは、2、3名で交代して訪問していた。看護師のA氏に対する印象は、自由気ままに過ごしながら何でも自分で決めており、強い信念を持つ人であった。A氏は2型糖尿病でもあったことから、長年通院しているB病院で弱オピオイド鎮痛薬と鎮痛補助薬の処方を受けた。3月中旬頃より、旧ストマ部の膨らみ、低血糖症状、発熱や眠気がみられるようになり、3月下旬にB病院に入院、強オピオイド鎮

痛薬を用いた緩和ケアが開始となった。その後、A氏の強い希望により1週間後に自宅退院する。退院後よりB病院から訪問指示を出してもらい、A氏は外来通院を継続していた。4月上旬より強オピオイド薬を増量、レスキュー薬の処方もあった。週1回の訪問看護サービスが継続されたが、症状増強に伴い「最期まで自分らしく」というA氏と、「少しでも症状が緩和されればもっと楽に暮らせる」という看護師とのあいだに、入院をめぐる不一致が生じるようになった。5月中旬の訪問時にリビングルームで倒れているA氏を発見、救急搬送後に永眠された。A氏は、X年から訪問看護の利用を開始していたが、今回、X+4年3月中旬から5月中旬までの2か月間のA氏への看護実践を振り返った（表1 事例経過）。

3. データ収集

A氏を担当した訪問看護師（30代前半、女性、経験年数9年、うち訪問看護経験年数4年）が、日々の訪問看護記録から看護実践を振り返り、A氏の状況と看護師の判断、支援とその意図を抜き出して経過をまとめた。より詳細がわかるように、その経過をもとに経過シートを作成した。経過シートは、時期・療養者の状態・アセスメント・看護実践内容・療養者の反応・評価の6項目とし、時期を4期に分けて詳細に記載した。

4. データ分析

経過シートを用いて3回の看護実践を振り返る会（以下、「振り返る会」）で訪問看護の内容を中心にA氏を担当した看護師（以下、「看護師」）、訪問看護事業所の

表1. 事例経過（受け持つまで～亡くなるまで）

時期	経過	訪問看護
X年	直腸癌のためストマ増設し 化学療法治療開始。	訪問看護利用開始
X+2年	ストマ閉鎖し化学療法治療中止。	週1回の訪問看護（2・3名で交代） サービス継続。
X+4年1月 ～ 3月上旬	肺転移・肝転移し疼痛出現。 1月に弱オピオイド薬処方あり。	X+4年3月中旬より看護師がひとりで 訪問を担当する。
X+4年3月中旬 ～ 4月上旬	旧ストマ部の膨らみ・低血糖症状・発熱・眠 気あり。3月下旬に1週間のみB病院へ入院。 強オピオイド鎮痛薬を用いた緩和ケア開始。	ふりかえり
X+4年4月中旬 ～ 5月上旬	レスキュー薬処方あるが、疼痛コントロール できず。 5月中旬に自宅で倒れて、救急搬送され永眠。	

管理者2名、同僚看護師2名、及び大学教員2名により、訪問看護の内容について各回1時間程度話し合った。具体的には、経過シートをもとに、文章化された看護実践とその実施判断に至った担当看護師の考えや意図、看護師への他スタッフからの当時の助言やそれに対する看護師の態度や受け止めなどを確認しながら、どこに問題があったのか、他にどうすることができたのかを検討した。その3回の振り返りの会の逐語録を作成し、その中から看護師がA氏との関わりでうまくいかないと感じた場面を抽出し、なぜうまくいかないと感じたのか、その問題点について分析した。

5. 倫理的配慮

本研究は、大阪医科大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：看-137（2824））。事例使用については、訪問看護提供終了後半年後に家族であるA氏の妹に電話連絡し、研究協力への依頼と説明文書の送付の可否を尋ねた。文書送付の同意を得たうえで説明文書を送付、文書到着後に研究の趣旨、参加は自由意思を尊重すること、参加しなくても不利益がないこと、個人情報への配慮、結果の公表、データの取り扱いなどについて口頭及び文書で説明し、同意書への署名により研究協力の承諾を得た。

また、看護実践の振り返りについては管理者及び同僚看護師に、文書及び口頭にて研究目的や方法、個人情報への配慮、データの取り扱いについて説明し、同意書への署名により研究協力の承諾を得た。

Ⅲ. 結果

1. 経過と看護実践

まずA氏の症状出現が顕著となったX+4年1月より看護師が担当となった3月中旬までの状況を述べる。A氏は、X+4年1月より腰背部痛が出現し、2月末より疼痛が増強し弱オピオイド薬と鎮痛補助薬が処方されていた。3月に入り38度台の発熱が持続していた。疼痛もさらに増強し、オピオイドの副作用である眠気も出現し、A氏が習慣にしていた近所の銭湯や飲み屋に出かけることができない状況であった。

看護師が担当となった3月中旬からのA氏との関わりを4つの時期に分け、時期ごとの看護実践を以下に記述する。（ ）内は筆者が補足。

1) 入院前から退院までの時期：退院後の生活を見据えた環境調整を試みる

3月中旬、看護師は訪問日時の調整のためA氏に電話をかけると、「4月まで（体調が）持たんかもしらんなあ」と返答があった。いつも自分流で過ごしているA氏が珍しく弱音を吐いていることから、腰背部痛が予想以上に強くなっているのではないかと推察した。そこで、看護師は入院して症状緩和が必要だと考え、A氏に了承を得たうえでB病院へ電話連絡しA氏の状況を報告した。さらに、自宅での療養生活が難しい状況のため入院治療は可能かどうかを問い合わせ、次回外来予定日に入院できることを確認した。翌日、訪問時にその旨をA氏へ説明すると「入院しようかな」と発言あり、3月下旬の次回外来受診日に入院することとなった。入院中に看護師が面会に行くと、「痛みがマシになってる。ありがとう。今週は入院するけど、来週になったら帰りたいな」と穏やかな表情でA氏は話していた。また、「外出で、家帰って風呂入ったり洗濯したりしてるんや」と、A氏は入院中に外出し自宅に時々帰っていることを話した。

こうした様子に対し看護師は、A氏らしいと感じると同時に心配もしていた。入院前のA氏の生活は、外出や買い物にも行けず、食事も十分にできていない状況であったため、退院後の日常生活状況を整える必要があると看護師は考えていた。そこで、訪問介護や配食サービスなど日常生活支援に関する居宅サービスの利用や訪問診療の導入など急変時の対応についても検討していくように、看護師は病棟看護師にその旨を伝え、退院前に退院調整のためのカンファレンス開催を依頼した。しかし、カンファレンスは実施されないまま、A氏の強い希望により入院日から1週間後に自宅退院していた。

2) 退院後1～2週間目：訪問回数の制約の中で症状緩和に試行錯誤する

退院後は週1回、木曜日の午前中に1時間程度の訪問をしていた。A氏は、「今起きたとこや。眠たい。（退院3日後に）風呂（行きつけの銭湯）に行ったけど、大変やった。横（右下腹部）が痛い。後ろ（腰背部）はまし。横は、お腹が空いている時と食べた後に痛い。食べた後の方が余計痛い」と、入院前よりも食事が摂取できない中で疼痛が増強していた。さらに収縮期血圧が70mmHg台と低く、A氏の状態がより悪化していると看護師は考えた。訪問翌日が退院後初回の外来受診日であったため、看護師は退院後の療養生活状況をA氏に確認し、外来受診時に医師に相談することを一緒に考えた。外来受診時

に、①レスキュー薬の処方、②食事がほとんどできていないこと、③日中の眠気が強いこと、④血圧が低いことについて医師に相談してもらい、鎮痛薬が追加処方された。A氏に電話し状況を伺うと、「痛み止めの薬（レスキュー薬）を出してもらったけど、眠気があって何かよくわからん」と返答があった。薬について確認するために臨時訪問することをA氏に提案し、訪問した。「眠たい、それが一番困ってる。どれを飲んだらいいんや」と、痛みよりも眠気が増強していた。前日の訪問時と状況は変わっておらず、内服薬に関する指導が必要であった。強オピオイドが5mg増量され、屯用薬としてレスキュー薬が10回分処方されていた。血圧も低く食事もできていない状況であったため、内服薬についてB病院に問い合わせ、降圧剤2種類が中止となった。看護師は2週間後の外来受診日までに、A氏の状態がいつ急変してもおかしくない状況だと考えた。そこで、以前に説明したことのある緊急時訪問看護加算の契約について再度A氏に説明したが、「必要がない」と断られた。

週明けにA氏に電話連絡し、疼痛や眠気症状や日常生活状況を確認した。A氏は、「ちょっとはマシになってる。大分暖かくなってきたしな。今、買い物行って、やっと朝ご飯食べたこや。これから薬飲む。ご飯食べな（いと）、横の痛みは取れへんな。（排便を）出したら大分痛みも取れる。ありがとう。大丈夫や」と、前週よりは活気があるように看護師には聞こえた。訪問回数を増やすことも提案したが、「これまで通り週1回の訪問でよい」と返答があり、緊急時の契約はしていないため、急な体調変化があれば営業時間内に事務所へ電話連絡をしてもらうこととした。

しかし、訪問すると、「眠気は取れん。まだ眠たい。けど、しゃあない。眠気よりも痛みや」と訴えた。さらに、A氏はオピオイド薬やレスキュー薬を指示通りに内服することができていなかった。医師の指示では、朝食後2錠と夕食後1錠の計3錠の強オピオイド薬の内服が必要であったが、A氏は食事ができた時のみ1錠を内服していた。この頃には1日1～2食しか食べられていなかったため、1日の内服量も1～2錠であった。処方から6日間で、レスキュー薬を7回内服していた。痛みが治まらない時に1日1～2回の使用であった。こうした服用状況であったにも関わらず、この1週間は外出できており、散髪に出かけ外食もしていた。

看護師は、A氏が指示通りに内服し症状緩和効果が得られれば、さらにQOLが上がりA氏が望む元の生活に少しでも戻れるようになるかもしれないと考えた。しか

し、A氏は強オピオイド薬の定期服用の必要性を感じてはいなかった。症状や治療に関する捉え方が両者の間で違っていたと考えられるが、看護師はそのことに十分気付いていなかった。

A氏の症状緩和のためには適切な内服が必要であるが、そうするための解決策が見つからず、一人で訪問し続けていることに看護師は焦りを覚え始めていた。そこで、管理者である主任に相談し同行訪問を依頼した。その際にオピオイド薬に関する資料を用いて情報提供し、疼痛評価表にてA氏の疼痛や眠気などの症状変化を捉えようと看護師は考えた。

3) 退院後3週間目：葛藤しながらも症状緩和のために入院を勧める

オピオイド薬についての資料を用いながら情報提供をするが、A氏は「俺が一番わかっとなねん」と聞き入れず、看護師の思いはA氏には届かなかった。また、退院後の症状緩和が上手くいっていないことを心配していた看護師は、再度入院治療をすることをA氏に勧めるが、「今はまだ入院する段階じゃない。薬でごまかしながら（身の回りのことは）できてる。やらなあかんことがいっぱいあるから、入院できひん」と、A氏は入院に対し断固拒否するといった様子であった。主任より薬剤師を巻き込んでみてはどうかとアドバイスを受けたため、薬局へ電話連絡し薬剤師による服薬指導も試みた。外来受診後の薬局で、A氏は薬剤師の話を「うんうん」とその場では理解した様子を見せたが、その後も自己流（A氏が思う方法）での内服は続いた。確実な内服による症状緩和のために様々な方法を用いるが手応えが全く感じられないため、看護師は週1回の訪問による症状緩和に限界を感じるようになっていた。

看護師には、それまでの経過から自宅療養生活でA氏の症状緩和ができるようになるとは到底思えなかった。症状緩和が最優先だと考えていた看護師はA氏の入院したくないという意味を受け入れられず、何度も入院治療を勧めるが、A氏の入院に対する意思は「入院する気はない。よっぽどしんどいか、食事ができひん時に入院する」と一貫していた。ここでも両者の間に考え方の違いがみられたが、看護師はその違いが何であるかに十分気付いていなかった。看護師は、入院をしたくないA氏に入院を勧めることに対して葛藤を感じていた。

4) 退院後4週間目～永眠まで：一步を踏み出せず必死に症状緩和に努める

訪問するたびに悪化するA氏の状態を目の当たりにし、どうすることもできないまま時間が過ぎることに、看護師は焦っていた。とにかくA氏には入院して症状緩和をしてもらいたいと強く希望し、服薬方法に関する情報提供を続け、疼痛評価表を用いようとしたり薬剤師を巻き込んだりと試行錯誤するが、A氏の状況は悪くなるばかりで打開策も見出せず、看護師は八方塞がりになっていた。看護師はA氏に対する関わり方がうまくいっていないことに気づきつつも、それを改善できないまま訪問し続けることにも葛藤していた。

4月末の訪問時、「しんどうてしんどうてどうしようもない。寝てるから(外に)出られへん。外出してもふらふらしてる。低血糖ちゃうかな。ちょっと重症や。寝てたらましやねんけど、2～3時間寝たと思ったら30分から1時間しか経ってへん。痛いから目が覚める。考えてしてもたら余計寝られへん。飯をどうしようか悩んでる」と、A氏の発言があった。その発言や様子から、A氏が体調の悪化をようやく自覚し始めていると捉え、入院の提案をし続けた。それに対し、「わかってる。入院になったら着替えじゃらんなんじゃらもっていくのが大変」、「今は入院したくない。自分で納得するまで家で過ごしたい」と、2人とも自分の意見を譲らず、押し問答状態であった。一方で、「昨日は大変やった。14時頃から出かけて行ってバスに間に合わんで、痛みも出てくるし…。眠気と痛み両方(で困っている)。外へ出ていくのも大変や。痛みは徐々に取れるけど、眠気がきつすぎる。アルコール飲んだら眠気強くなるって(薬の説明書きに)書いてるし、段々不安なってきたもうて」と、不安を吐露するようもなった。A氏が外出もできず寝てばかり過ごす自宅での生活に不安を覚え始め、今後、入院することも考えようとしているように見えた。A氏の状態を考えると、最期の過ごし方についても話し合う必要性を感じてはいたが、看護師はA氏の真意を確認することができずにいた。むしろ、症状緩和をすることなど目の前のことに対応することに必死であった。徐々にA氏はまともに会話ができる状況ではなくなっており、看護師はA氏と話すタイミングを逃していた。何十年も独居生活を続け、周りに迷惑をかけたくない、自分でできることは自分でするという考えを持つA氏が弱音を吐く様子が増えてきていた。そのため、A氏が自身の最期が近づいていることを体感しているが、それを認めたくないと強がっているようにも看護師には見えた。しかし看護師は、元々、A

氏の考えが明確であること、A氏特有のテリトリー(放っておいてほしい部分や触れてほしくない部分)があることから、A氏に踏み込んで関わることに難しさを感じていた。その矢先の3回目の訪問時、A氏は自宅での最期を一人で迎えていた。

2. 検討された問題点

以上のような看護実践の経過を振り返りながら、「振り返る会」で話し合いを行い、データ分析をした。その中で検討された問題点は、大きく分けて3つあった。

第1の問題点は、看護師とA氏のあいだで入院治療に対する捉え方が大きく異なっていたが、看護師がそのことに十分気付いていなかった点があげられる。看護師は入院治療について、症状緩和だけのためではなく、退院後の生活を見据えた生活の調整を可能にするという目的を含めて考えていた。これに対してA氏は、入院はもっぱら体力回復と苦痛緩和のためのものと考えていた。そのため看護師はすぐにも入院した方がよいと考えていたが、A氏にはそのような入院の意義が認められていなかった。

第2に、看護師は目の前の症状悪化に翻弄され、まず症状を緩和すること以外に、A氏の望む療養生活を実現する方法はないと思い込んでしまっていた。そうした中で看護師は、A氏の効果的な症状緩和に向けて事態が進展しないまま時間が経っていき、A氏の状態が悪化していくことに焦りを感じていた。「こうするべきだができない」という焦りから、看護師は気持ちの余裕を失い、A氏の様子を見守りながら待つことや、違う考え方を試みるのが難しくなっていた。結果として看護師はこの事例について、葛藤を感じながら一人で抱え込む形となった。

第3の問題は、A氏がどのように最期を過ごしたいのかについて看護師が確認できなかったことである。

IV. 考察

以下、結果で示された3つの問題点について、そのような問題が生じた背景とそこで考えられる方策を検討する。

1. 入院治療に対する考えや症状の捉え方の相違

A氏と看護師の間には入院に関する考えの違いがあったが、このこと背景には、症状の捉え方の相違があった。看護師は状況悪化を予測して関わることが多い。A氏は自宅退院直後から食事もままならず薬も確実に飲め

ない状況であり、痛みや副作用の眠気も強まっていたため、看護師は、A氏がいつ急変してもおかしくないと捉えていた。他方A氏は、少し前の苦しい時期から脱したため、外出もできており大丈夫だと考え、一時的に症状が緩和された状況に満足して過ごしていた。これから先もさらによくなると思っていた可能性がある。

このような捉え方の違いが生じているということに、看護師が自分で気付くのは難しい場合がある。看護師にとっては自分の考え方が当たり前だという前提になっているからだ。そのような場合、看護師・療養者の双方とも、自分の意図が相手に伝わらない、受け入れられないと感じることになる。このとき看護師がタイムリーに他のスタッフに相談することができれば、他のスタッフは、担当看護師とは別の視点から、担当看護師と療養者の間の考えの相違に気付くことができるかもしれない。それによって看護師は、療養者の視点や考えを考慮しながらその後の対応を考えていくことができるだろう。また、がん患者と看護師が意思決定プロセスを共有するために、「患者の内部感覚」（どのような状況にあるか）と「看護師の内部感覚」（どのようなスタンスでケアに取り組もうとしているか）をお互いに把握しながら進めていくことの大切さも指摘されている（川崎，2019）。この事例では、お互いに把握しながら進めていくことはできなかったため、患者の病状や思いとともに看護師の立ち位置や思いを双方が共有し協働していくことが必要である。

2. 一人で訪問し続けることによる抱え込み

看護師はA氏の症状緩和ができないことに焦りを感じて事例を一人で抱え込んでしまっていた。一人で抱え込みやすい中堅訪問看護師をフォローするためには、経験が豊富な先輩看護師や管理者を交えて、すでに存在する選択肢のみならず、話し合いを通して別の選択肢をつくり出すことも可能にする創造的な話し合い（吉武，2017）が必要だと考える。この事例で担当看護師は管理者と話をする機会があったが、他の先輩看護師らも含めて、幅広い視点からの検討を行うことが十分にできていなかった。できるだけ早く入院を目指す以外の可能性も含めて方針を考えることができれば、それに応じた対応の仕方や多職種連携の可能性が広がったのではないかと考えられる。

3. 最期の過ごし方に関する意思確認への抵抗感

看護師は、A氏がどのように最期を過ごしたいのかに

ついて確認できなかった。症状悪化を自覚し始め弱音や不安を吐露するA氏の様子から、入院したくないという確固たる意思の揺らぎも生じているように見え、A氏の本当の意思を捉えることが非常に難しかった。また、看護師にはA氏が今後の体調が良くなると考えていたようにも見えた。そのため看護師の思考はまず入院して症状緩和することへと向かってしまい、そうすれば、退院後にA氏の望む「最期まで自分らしい」療養生活ができるのではないかと考えていた。このような考えのため、看護師には、自分の最期に関するA氏の考えを確認することが難しくなっていた。看護師は、目の前のことだけにとらわれず、俯瞰的な視点を持ちながら患者全体を捉えていくことと看護師の考えを患者に開示して伝えて対話を試みるが必要であった。

また、本人のこれまでの人生を把握するとともに、家族関係を把握することも、人生の最終段階における意思表示支援につながると言われている（柄澤他，2019）。アドバンスケアプランニングにおける支援では、別居家族や多職種チームとの関わりも重要である（堀口，2017；仁科他，2014；田草川他，2022）。しかしこの事例では、看護師は家族への連絡や他のサービス利用も提案したが、A氏には断られた。そのため、A氏の周囲にその人となりや最期をどう過ごすかに関する意思を確認することもできなかった。鶴若他（2020）は、最期を視野に入れた話し合いはできる限り早期から行うことがよいと述べており、話し合いのタイミングを見計らっていくことも必要であると考えられる。

V. 結論

1. 独居末期がん高齢者の「最期まで自分らしい」療養生活支援において、看護師が行きづまりを感じた事例検討を通して、【入院治療に対する考えや症状の捉え方の相違】【一人で訪問し続けることによる抱え込み】【最期の過ごし方に関する意思確認への抵抗感】の3つの問題点が明らかになった。
2. 訪問看護の特徴から看護師は一人で問題を抱え込みやすいため、ケアスタッフ間での意見交換や調整など多角的な視点を意識的に取り入れるとともに、看護者自身が俯瞰的な視点を持ち患者理解に努めることが必要である。

VI. 研究の限界と今後の示唆

本研究は1事例についての分析のため、他の独居末期がん高齢者や中堅訪問看護師の実践とは異なることが考

えられる。また、過去の実践について振り返っているため、想起バイアスがあることも限界の一つである。しかし、本研究において、独居末期がん高齢者への支援における中堅訪問看護師の実践について、具体的に描き出したことで、今後の訪問看護実践への一助となると考えた。

謝辞

本研究にご協力いただきましたAさんとそのご家族の皆さま、「振り返る会」にご参加していただきました訪問看護事業所のスタッフの皆さまに心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

菱谷 怜, 野崎真奈美 (2020) : 新人訪問看護師から中堅訪問看護師への成長にかかわる経験, 医療看護研究, 17(1), 13-24.

堀口和子, 岩田昇, 小林澄子, 他 (2017) : 独居高齢者の在宅エンド・オブ・ライフに影響する要因: 独居高齢者の意思・別居家族の意向と心構え, 日本在宅ケア学会誌, 21(1), 36-43.

柄澤邦江, 安田貴恵子 (2019) : がん終末期独居療養者のエンド・オブ・ライフケアにおける訪問看護師の看護実践に関する文献検討, 日本在宅看護学会誌, 8(1), 48-57.

川崎優子 (2019) : 看護者が行う意思決定支援の技法30: 患者の真のニーズ・価値観を引き出すかわり, 医学書院,

東京.

公益財団法人がん研究振興財団: 年齢階級別がん死亡率推移がんの統計, がんの統計2021. 2021-04-23. https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2021.pdf (検索日2022-05-26)

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に関するガイドライン. 2021-03. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> (検索日2022-05-26)

内閣府: 高齢化の状況, 令和3年版高齢社会白書. 2021-06-11. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_03.pdf (検索日2022-05-26)

仁料聖子, 湯浅美千代, 工藤綾子 (2014) : 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の支援: がん高齢者と非がん高齢者の共通点および相違点, 医療看護研究 11(1), 45-58.

島内節, 内田陽子編 (2015) : 在宅におけるエンドオブライフ・ケア, ミネルヴァ書房, 京都.

田草川純子, 泉宗美恵, 佐藤悦子 (2022) : がん終末期にある独居高齢者に対する訪問看護師の支援に関する文献検討, 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル, 8(1), 69-80.

鶴若麻理, 大桃美穂 (2020) : 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.

吉武久美子 (2017) : 看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方, 医学書院, 東京.