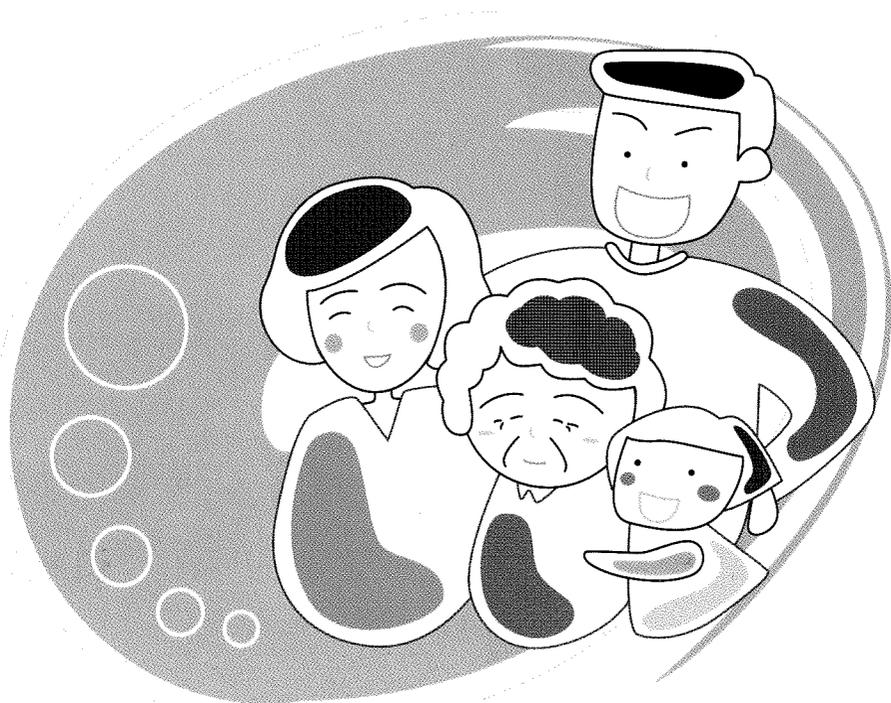


平成13年度社会福祉・医療事業団
(長寿社会福祉基金) 助成(事業)

在宅で終末期ケアに臨む家族を 支援するためのマニュアル

～高齢者の終末期を支える家族への支援～



平成14年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会
委員長・主任研究者 杉下 知子

はじめに

平成12年4月の介護保険導入以来、高齢者の看護、介護は新たな段階に入った。すなわち従来の医療と福祉の制度が分担してきた、あるいは家族が負担してきた看護、介護を40歳以上のすべての人たちで負担する保険制度に移行した。

1992年の老人訪問看護制度の実施、1987年の社会福祉士および介護福祉士法の制定は高齢者を在宅でケアするシステムの整備に大いに役立ち、このような変化が実現したのである。

一方、家族を単位にして看護を展開しようとする試みは、北米を中心に1980年代から家族看護として発展してきたが、わが国では1990年代にはじまった。訪問看護と家族看護の発展は時を同じくしている。

このマニュアルは、高齢者の在宅看護のなかで、とくに終末期に焦点を当てて作成した。在宅で終末期を過ごす場合には、家族との関係の持ち方、家族の意向の尊重がとくに必要となる。終末期の高齢者の場合には家族も共に痛んでおり、高齢者特有の症状、死亡した場合の対処の仕方、残される家族の問題など課題がいくつもある。これらを実践に役立つようマニュアルとして作成してみた。看護からの一つの提案である。

執筆に当たられた方々の意欲に感謝すると共に、このマニュアルが、実践家に広く利用されることを願っている。

委員長 杉下 知子



委員・執筆者一覧

在宅で終末期ケアに臨む家族を 支援するためのマニュアル作成事業

本委員会委員一覧

- 委員長 杉下 知子（東京大学大学院医学系研究科・家族看護学分野）
委員 上野 桂子（聖隷福祉事業団）
鈴木 和子（東海大学健康科学部看護学科）
竹永 和子（マザーリング&ファミリー・ナーシング研究所）
西島 英利（社団法人 日本医師会）
渡辺 裕子（家族看護研究所）

小委員会委員一覧

- 委員長 杉下 知子（東京大学大学院医学系研究科・家族看護学分野）
委員 竹永 和子（マザーリング&ファミリー・ナーシング研究所）
渡辺 裕子（家族看護研究所）
岡部 明子（東海大学健康科学部看護学科地域看護学領域）
河原 宣子（三重県立看護大学看護学部）
小林 奈美（東京大学大学院医学系研究科・家族看護学分野）

執筆者一覧

- 杉下 知子（東京大学大学院医学系研究科・家族看護学分野）
渡辺 裕子（家族看護研究所）
鈴木 和子（東海大学健康科学部看護学科）
小林 奈美（東京大学大学院医学系研究科・家族看護学分野）
野島あけみ（訪問看護ステーション鶴川ひまわり）
日下 修一（碧水会長谷川病院）
竹永 和子（マザーリング&ファミリー・ナーシング研究所）
河原 宣子（三重県立看護大学看護学部）
-

在宅で終末期ケアに臨む家族を 支援するためのマニュアル

～高齢者の終末期を支える家族への支援～

はじめに	杉 下 知 子
委員・執筆者一覧	
目 次	

1. 老人訪問看護における家族看護学の考え方

- | | | |
|------------------------------------|---------------|--------|
| 1) 訪問看護実践における家族看護学の歴史的・理論的位置づけ | 渡 辺 裕 子 | ... 8 |
| 2) 在宅終末期ケアにおける家族看護アセスメント | 鈴 木 和 子 | ... 12 |
| 3) 他職種と共有する概念—ヘルスサービス利用についての概念モデル— | 小 林 奈 美 | ... 18 |

2. 実践に役立つ知識 (Q&A形式)

- | | | |
|---|---------|----|
| 1) 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい状態変化と
それに付随する家族の問題 | 小 林 奈 美 | |
| a. 高齢者と家族の終末の意向をどのように把握する? | | 26 |
| b. 在宅で看取ろうとする家族の特徴は? | | 28 |
| c. 痴呆高齢者とその家族に起こりやすい問題は? | | 30 |
| d. 高齢者と別居する家族と同居する家族の間で起こりやすい問題は? | | 32 |
| 2) 高齢者の終末期によくある症状とその対処法 | 野 島 あけみ | |
| a. 食べる量が減ってきたら | | 34 |
| b. 低栄養状態への対処法 | | 36 |
| c. 在宅における緩和ケア | | 38 |
| d. 目指すべき穏やかな死のためにできるケアとは | | 40 |
| 3) 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処 | 渡 辺 裕 子 | |
| a. 死が近づきつつあることをどのように伝えるか | | 42 |
| b. 残された時間をどのように過ごすか | | 44 |
| c. 家族だからできるケアとは? | | 46 |

目 次

d. 宗教のある家族との関わり方は？	48
e. 遺産相続などのトラブルへの対応は？	50
f. 家族の「突然の死への戸惑い」を和らげる援助のポイントは？	52
4) 死亡確認をめぐる問題	日 下 修 一
a. 「死亡確認」とは何か	54
b. 死亡確認について家族に聞かれたら？	56
c. 死亡時に医師が立ち会えない場合は？	58
d. 「検死」の手順は？	60
5) 葬儀までの一般的な流れ	竹 永 和 子
a. 葬儀屋は何をしてくれる人？	62
b. 葬儀までの手順は？	64
c. 生前契約（予約）とはどういうもの？	66
d. 宗教による違いは？	68
6) 残される家族の問題	河 原 宣 子
a. 高齢の配偶者が残る場合—夫あるいは妻との死別—	70
b. 残される家族が3世代の場合	74
c. 「残される家族」のための看護支援とは	76

3. 他職種とのケアマネジメント

…… 小 林 奈 美	
1) 高齢者の終末期にニードのあるサービスとケアマネジメント	80
2) 医師と家族と看護職	84
3) 介護職と家族と看護職	89
4) 宗教（職）と家族と看護職	93

参考文献一覧	96
--------	----

参考資料一覧	100
--------	-----



1. 老人訪問看護における 家族看護学の考え方

1. 訪問看護実践における
家族看護学の歴史的・理論的位置づけ
2. 在宅終末期ケアにおける家族看護アセスメント
3. 他職種と共有する概念
—ヘルスサービス利用についての概念モデル—

【1】 老人訪問看護における家族看護学の考え方

1

訪問看護実践における 家族看護学の歴史的・理論的位置づけ

訪問看護における 家族看護実践の歴史

わが国における訪問看護のルーツは、明治時代の半ばに発足した巡回看護婦と派出看護婦の2つの制度に行き着く¹⁾²⁾。この2つのうち、とくに巡回看護婦は、貧困家庭を対象とした社会福祉的な要素が色濃く、単に療養者のみにケアを提供するのみではなく、当初から家族への援助も行われていた。その後巡回看護活動から発展した公衆衛生訪問婦活動では、家族単位の衛生教育も行われ、その後引き継がれた保健師活動では、現在に及ぶまで世帯を単位とした活動が一貫して貫かれている³⁾。

一方、世界に目を転じると、カプツィ⁴⁾ (Capuzzi) は、インド、エジプト、ギリシャ、ローマでは、すでに紀元前から訪問看護師の記述があり、その他のヨーロッパでも11～16世紀に人々に訪問看護が提供されていたこと、そして、アメリカでは、1800年代の半ばに、疾病予防の重要性が認識されはじめ、訪問看護師は療養者のケアのみならず家族もケアの対象にしていたことを報告してい

る。

家族看護実践の 理論化の歩みと課題

このように、わが国においても、また国外においても訪問看護における家族看護実践の歴史は古い。しかし、訪問看護に限らず、広く家族を単位とした看護の方法論の理論化はごく最近になって取り組まれ始めたばかりであるというのが現状である。

そもそも、看護理論の発展は、1850年代のナイチンゲール (Nightingale) の活躍を除けば、1950年代のペプロウ (Peplau) に始まる⁵⁾とされているが、それ以降の理論化の歴史のなかで、最初に家族を看護理論に位置づけたのは、オレム⁶⁾ (Orem) である。オレムは、患者個人の資源として家族を位置づけ、個人のセルフケア実践能力に影響を及ぼす要因として家族に注目している。その後、患者個人の資源としての位置づけではなく、家族そのものを看護の対象として捉え、理論化する動きがアメリカやカナダで始まった。

①フリードマンの家族アセスメントモデ

ル⁷⁾

フリードマン (Friedman) の家族アセスメントモデルは、家族を地域社会システムにおける下位システムと位置づけ、家族内部に着目するのみではなく、地域社会との関係性からも家族を広く理解しようとする試みである。具体的なアセスメントの内容は、①家族の構造、②家族の機能、③家族以外の社会システムとの関係性に焦点が当てられており、訪問看護のような地域社会における家族看護実践に焦点を当てて開発されたものである。しかし、面接時のガイドラインに示されている情報のカテゴリーが膨大で、すべての家族にこれらの情報を収集することが適切であるとは限らない。このガイドラインの問題の一つは、診断やケア計画、介入にどのように用いるのか、明確に方向づけられない情報が膨大な量になること⁸⁾ であると言われている。

②カルガリー家族アセスメント・介入モデル⁹⁾

ライト (Wright) とリーヘイ (Leahey) によるカルガリー家族アセスメント・介入モデルは、看護と家族療法の概念を組み合わせ、看護師が家族療法モデルを臨床応用するために開発されたモデルである。このモデルは、システム理論、サイバネティックス (変換性と自己制御性)、コミュニケーション理論、変化理論を基盤としている。

カルガリー家族アセスメントモデル (CFAM) のカテゴリー構成は、①構造、②発達、③機能にわかれており、それぞれいくつかの下位項目からなっている。

アセスメントは家族インタビューを通じて行われ、これらの下位項目のうち、どの領域に問題があり、家族成員間にどのような悪循環が生じているのか、また、問題を生み出している信念や考え方にはどのようなものがあるのかに焦点を当てて実施される。フリードマンの家族アセスメントモデルが、家族と社会との関係性を重視しているのに対し、カルガリー家族アセスメントモデルは、家族成員間の内的な関係性により焦点が当てられている。

なお、ライト (Wright) とリーヘイ (Leahey) は、カルガリー家族アセスメントモデルと対をなすカルガリー家族介入モデル (CFIM) を開発しており、介入モデルでは、家族機能のうち、「認知領域」「感情領域」「行動領域」の三つの領域に対する介入方法が示されている。アセスメントにとどまらず家族へのアプローチの方法が示されている点に特徴があると言える。

このカルガリー家族アセスメント・介入モデルは、システムとしての家族を対象とした優れたモデルである。しかし、このモデルを使いこなすためには、モデルの基盤となっている家族療法の概念やさまざまな理論を熟知しておくことが不可欠である。また、アセスメントや介入のための家族インタビューにも、一定の技術が必要であり、すべての看護職が実践の場ですぐに試みることは、かえって家族を脅かす危険性もあり、慎重でなければならない。また、アセスメントおよび介入を、主として家族インタビューを

通じて行うこのモデルは、言語的コミュニケーションよりも非言語的コミュニケーションをより重視し、自己の問題や感情の多くを語らない日本の文化的風土には、必ずしも適合しない面もある⁹⁾。

わが国の家族看護 理論開発の課題¹⁰⁾

アメリカとカナダで開発された二つの家族看護モデルを紹介し、その特徴について述べてきた。これらの看護モデルは、わが国の地域で生活する療養者を含む家族への看護に多大な示唆を与えてくれるものでもあるが、同時に課題をも明確に示してくれている。

ここに、わが国の家族看護理論開発の課題を整理しておきたい。

①効率的なアセスメントとそれに基づく援助方法の開発

一つ目は、効率的なアセスメントとそれに基づく援助方法の開発である。家族という存在そのものが複雑であり、一つの家族を理解するための情報は広範囲に及ぶが、それらをいかに精選すればその家族に起こっている現象の本質と援助の糸口を的確に把握することができるか、その方法論を見出さなければならない。

②わが国の文化に応じた方法論の開発

二つ目は、わが国の文化に応じた方法論をどのように開発するかという問題である。そもそも家族のありようがその国や地域の文化を形作っているのであり、家族のありようとその国の文化はわかち難く結びついている。異文化のなかで開発された家族看護モデルを参考にしつ

つ、わが国に適した家族看護モデルの開発が必要である。

③わが国の保健・医療・福祉のシステムに合致した方法論の開発

三つ目は、わが国の保健・医療・福祉のシステムに合致した方法論の開発である。いかに意義ある方法であっても、時間やコスト、人的制約のある現状のシステムに適合しなければ、広く普遍化させることはできない。もちろん、家族のニーズに真に応じることができるようシステムを発展、あるいは創造していくことは重要であるが、その方法論は、現実との折り合いのなかで、徐々に達成されていくものであろう。具体的には、限りある訪問看護の時間のなかで、いかに療養者のみならず家族全体に援助を提供していくのか、現実的な方法を明らかにしていく努力が求められている。

おわりに

先に述べてきたように、わが国の家族看護モデルの開発は、数々の課題を抱え、緒に着いたばかりである。これまで理論開発と教育が遅れていたために、実践現場では、家族を含めた看護の必要性は痛感するものの、普遍化された方法論がなく、訪問看護師各々が試行錯誤を重ねているというのが実態であろう。

しかし、社会のニーズは常に変化し続け、看護職に寄せられる期待も高まっている。これら社会からの要望に的確に添えていくためには、看護という営みもまた常に発展し続けていかなければならな

い。いかにしたら療養者を含む一つの家族を支え続けていけるのか、一人ひとり

が、自分自身の問題として考え続けていくことを心から期待したい。

【1】老人訪問看護における家族看護学の考え方

2

在宅終末期ケアにおける 家族看護アセスメント

何らかの疾患で終末期を迎えた患者とその家族が在宅でケアを受けながら共に過ごすという大きな決断を下す過程には、医療者とくに看護職の深い関わりと家族への専門的な支援がなくては実現しない。また、在宅終末期ケアがある程度順調に進んだとしても、いざ患者が死を迎えるときには、本人だけではなく、家族も死と別れという全く未経験のことに直面し、それまで家族が過ごしてきた日常性を遥かに超えた非日常的な体験をすることになる。

そこで、本節では、まず「家族看護アセスメントの基本的な考え方と構造」を述べた上で、家族が在宅終末期ケアを受ける過程で必要な家族看護アセスメントとして、「在宅終末期ケアへの移行期における家族看護アセスメント」「死に直面する家族に対する家族看護アセスメント」とに分けて述べる。

家族看護アセスメントの 基本的な考え方と構造

家族看護では、家族という単位を一つの生命体と考え、家族の構造的、機能的側面から家族の対応能力のアセスメント

を行う。また、そのとき重要なことは、家族に起こっている問題の大きさや種類など健康問題の全体像をまず明らかにし、それと家族の能力とのバランスでアセスメントを行うということである。つまり、問題が重大で緊急を要するものであれば、それだけ家族に要求される能力は大きくなる。あるいは、家族の能力を補う外部からのサポートの必要性が高くなる。また、すでに家族が問題に取り組んでいる対処状況や問題に対する適応状況のアセスメントが必要である。それらに、その家族の現在の発達段階とそれまでの対処経験という時間的な視点を加え、アセスメント内容を構造化すると図1-1のようになる。

しかし、それらの内、とくに機能的側面の情報は、家族成員の感情、認識、意欲に関する個人レベル、家族成員間のコミュニケーション、相互理解、役割分担、力関係、情緒的關係などの家族の関係性のレベル、あるいは家族としての社会的関心度、社会との対話能力、情報収集能力など家族の社会性のレベル化に分けることができる。そして、それらを裏づけたり、それらがまとまって家族特有の価

図 1-1 家族アセスメントの構造

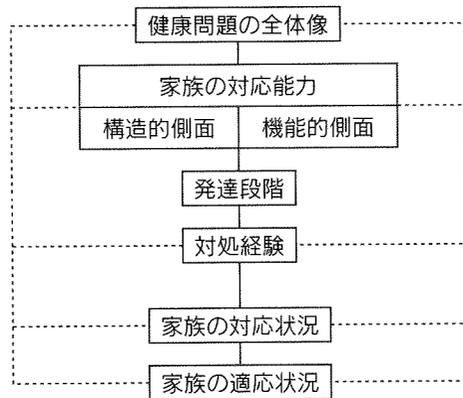
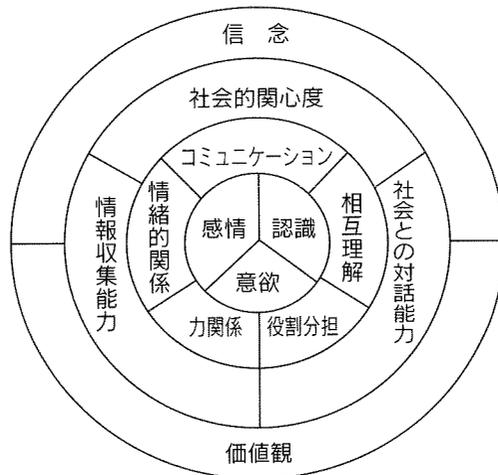


図 1-2 レベル別家族アセスメント項目



(図 1-1, 1-2 は、文献 1. の 2) -1 より転載)

価値観や問題に対する信念ができてくる。それらのレベル別の重層的な家族アセスメント項目を図 1-2 に示す。

これらの家族の構造的、機能的側面から得られた情報を統合して、その家族に

今、最も必要な援助とは何かという援助仮説を導きながら家族看護アセスメントを完成させて、具体的な実施計画を立てる。しかし、実際には、家族看護におけるアセスメントは、看護職の判断により、

即時に援助へと結びつけることが必要な場合が多い。とくに健康問題が緊急を要する終末期ケアでは、家族への対応においても瞬時にアセスメントと援助が行わなければならないという緊急性があるのが特徴であろう。そのためにも日頃から、その家族の対応能力や問題に対する考え方、信念、さらにその根底にある価値観などを十分に理解しておくことが重要である。

在宅終末期ケアへの移行期における家族看護アセスメント

わが国の保健医療福祉制度が在宅ケアへの移行を強めるなかで、実際に在宅で終末期を迎える割合は、まだ極く少ない。それだけ、わが国の終末期ケアは医療機関に依存する傾向が強い。それでも本人が希望する場合、家族はなるべく在宅ケアを実現したいと考える一方、余程の周囲のサポートやシステムがないとできないと思うのが在宅終末期ケアであろう。つまり、在宅終末期ケアを実現するには、本人、家族、外部要因の3側面の条件が十分に揃わないとできないのが現状である。

そこで筆者らが行った在宅ケアを実現させた要因に関する調査結果²⁾を紹介したい。これは、特定機能病院から在宅終末期ケアに移行した癌患者の家族10例に患者死亡後に面接し、在宅ケアを実現させた要因として本人要因、家族要因、外部要因をこれまでの文献などから総合して10ずつあげて当てはまるものを選んでもらった結果が表1-1である。そ

の結果について、それぞれ回答の多かった順に並べてある(複数回答)。

これらを総合すると、次のような在宅ケア実現の要因の全容が浮かび上がる。

まず、本人が最期は自宅で家族と共に残された時間を有意義に過ごしたいと願っている。それらの強い意思に対して、予後を知らされ、残された時間に限りあると感じた家族が家族内で問題を共有し、相互の理解と協力体制を作る。そして、病院から緊急時の再入院や電話を含めた24時間の医療、看護の助言などの見守りサービスの保証と具体的な介護技術教育、訪問看護の紹介などのサポートが整ったときに、家族は在宅ケアへの移行を決断している。

したがって、在宅ケア導入期のアセスメントでは、このような要因がどのような段階まで揃っているのか、とくに本人の意思と家族の在宅ケアへの意欲を中心に査定し、さらにそれらを実現するための外部の条件がどの程度、整ってきているのかを把握することが必要である。

また、この他に在宅終末期ケアを決断させた要因となったことを自発的にあげてもらったところ、「担当医の熱心な勧め」「自宅で心置きなく別れがしたがった」「介護者の仕事にとって在宅ケアの方が好都合」「病院では本人が気を遣う」などがあり、さらに、「身内の結婚式に出席したい」「新築の家で最期を共に暮らしたい」など固有の理由もあがっていた。これらを総合すると、「在宅ケアの意義とその家族にとっての固有のメリットの発見」という“家族の信念”が在宅

表 1-1 在宅ケア実現要因一覧

<本人要因>	<家族要因>	<外部要因>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 最期は自宅に戻りたいと望んでいた 2. 家庭での生活を大切にしていた 3. 残された人生を有意義に過ごしたいと思っていた 4. 家族との時間をもちたいと思っていた 5. 家で趣味を楽しんだり役割を果たしていきたいと思っていた 6. 痛みなど自覚症状があまりなかった 7. 告知されて死が近いことを知っていた 8. 病院で在宅ケアを勧められた 9. 在宅での療養に不安が少なかった 10. 試験外泊で自信がついた 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 残された期間に限りがあると感じていた 2. 本人の予後について知らされていた 3. 在宅介護に理解のある家族や親戚がいた 4. 最期は自宅で看取りたいと思っていた 5. 家族と本人との人間関係がよかった 6. 家族内の介護への協力的体制がよかった 7. 在宅で看ることの不安はあまりなかった 8. 住宅の条件が在宅介護に適していた 9. 試験外泊で介護の自信がついた 10. 経済的な理由から在宅介護がよいと思った 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急時には再入院が保証された 2. 電話を含めた24時間の医療や看護のサービスが受けられた 3. 具体的な介護技術教育がされた 4. 訪問看護が紹介された 5. 近所の人や友人のサポートがあった 6. 入院中の主治医が在宅ケアに積極的であった 7. 医療者が痛みのコントロールなどを充分にしてくれた 8. 往診医を紹介された 9. ヘルパーなど地域のサービスを紹介された 10. 医療者から在宅ケアのイメージができるような説明がされた

ケアの実現に大きな貢献をしているだけでなく、看取りが終了した後の満足感も高いことが明らかになった。したがって、在宅終末期ケアの導入期においては、本人と家族がどのように終末期を過ごしたいと思っているのかについての家族の信念や価値観のアセスメントと、その意思決定のプロセスへの看護職の関わりが重要である。

死に直面する家族に対する 家族看護アセスメント

在宅終末期ケアに入ってもしばらくは病状のコントロールがよく、安定期を経

てから死に直面する場合と、在宅ケアに入って短期間で死に直面しなければならない場合とあり、終末期ケアの期間は、予測し難いことが多い。そのため、本人と家族の死に対する受容や予期的悲嘆（近い将来、家族成員を喪失することが予期される場合、前もって悲嘆を行うことによって、現実の死別に対する心の準備をすること）のプロセスについてのアセスメントは、常に家族の歩調に合わせて、適時に行わなければならない。

死に直面している家族に対するアセスメントの必要性は、在宅終末期ケアの目的である「在宅において心置きなく別れ

をすることを選んだ家族に対するケア」を可能にするためである。とくに、死に直面する家族がどのような精神的、身体的、社会的、スピリチュアルな体験をしているかを知って、その家族にとって最良の別れができるような状況や場を創り出すための援助が必要である。

しかし、ここで最も重要なことは、死を迎えようとしている患者本人の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな状態のアセスメントであろう。とくに本人の身体的、精神的な苦痛ができるだけ緩和され、心に少しでも余裕が生まれ、家族との十分な別れ、避けられない死への受容、非日常性におけるスピリチュアルな体験などができているかのアセスメントが求められる。これらの本人の状態の安定があって、はじめて家族が安心して本人に向かい合い、共に別れの時を共有することができるからである。

川越³⁾は、最期の時を過ごす人と家族のQOL向上を目指した在宅ホスピスケアのアウトカムとして、①症状がコントロールされ、自らが選んだ人生を生き、死ぬことができたか、②家族が納得のいく看取りができ、死別後新たな家族として生きる力を得たか、③ケアチームのメンバーそれぞれが納得のいくケアができたか、の三つをあげている。このような在宅終末期ケアのアウトカムを高めるためには、まず、本人と家族の両者および、その関係性をアセスメントすること、および看護職も含めたケアチームが有効に機能して本人、家族を支えられているのか、などの視点が求められる。

また、畠山⁴⁾は、ホスピス入院中の患者の配偶者が行う予期的悲嘆の特徴として、①共に過ごした人生の精算をする、②今しかできないことを精一杯する、③伴侶の死後のことを考える の3カテゴリーを質的研究の結果から抽出している。それらの各カテゴリーに含まれるサブカテゴリーに沿って、家族とくに配偶者のアセスメントを考えてみる。

まず、①「共に過ごした人生の精算をする」というカテゴリーには、「夫婦で共に過ごした時間の肯定」「相手に対する感情を吐露する、相手からの感情を受けとる」というサブカテゴリーが含まれるが、このような過去の振り返りを共にできるような関係性ができているか、あるいはそのような機会や場を作るような新たな関係性が芽生えているかなど終末期における家族の関係性についてのアセスメントが必要である。

次に、②「今しかできないことを精一杯する」というカテゴリーには、精一杯の看病、今自分にできること、「あるがままの相手を受け入れる」というサブカテゴリーが含まれる。死に逝く人と共にある家族は、ただ呆然自失の状態であることが多いが、それでも何か今しかできないことを見出し、できることを精一杯試みることは、死後の悲嘆のプロセスを少しでも軽くすることに役立つ。このような視点で終末期における家族の対処行動のアセスメントが必要である。

さらに、③伴侶の死後のことを考えるには、「伴侶の死の現実に対する葛藤」「伴侶の死の現実に向き合う」「一人で生

きる覚悟」というサブカテゴリーが含まれる。家族は、本人の死後のことを考えることに罪悪感を感じて、そのことを無意識に抑圧してしまうことが多いが、それは、むしろ現実逃避であり、受容を遅らせることになる。したがって、それらの葛藤を表出できているか、現実認識ができているか、家族の死後のことを考えられているかなど、全体を通して予期的悲嘆についてのアセスメントを行わなければならない。

以上、在宅終末期ケアにおける家族看護アセスメントについて基本的な考え方と構造を示し、導入期と死に直面する時期に分けてアセスメントの概要を述べてきた。このような在宅終末期ケアに必要な一般的な家族看護アセスメントの他に、個別の家族が抱える一人称、二人称の死とその固有の問題に対するアセスメントも重要であることを強調したい。それらは、看護職自ら経験を重ねながら、身につけていくものではないかと考える。

【1】 老人訪問看護における家族看護学の考え方

3

他職種と共有する概念

—ヘルスサービス利用についての概念モデル—

1と2で家族看護学の基礎的な考え方と高齢者の在宅終末期ケアにおける家族看護学としてのアセスメントについておわかりいただけたと思う。ここでは、訪問看護を医療・福祉サービスの一つと捉えたときに、看護という枠をはずして、家族のサービス利用の選択という視点から家族支援を考えてみたい。

ここで紹介するモデルは米国を中心とした世界各国で、さまざまな医療福祉サービス利用の研究の枠組みとして利用されてきたものである。

Andersen-Newmanの 行動モデル

このモデルはAndersenらが1970年代「メディカルケアの危機」に直面した米国で、医療福祉サービスのあり方について提唱し、その後、さまざまな点から実証が試みられたものである。もともとはデンタルサービスの人種による利用率の違いなど、医療サービスについての研究が主であったが、1980年代に入って、ナーシングホーム利用の要因探索などに応用されるようになった。初期のモデルと後期のモデルではかなり形態が違

うのであるが、初期のモデルは患者とその家族の要因を分けて考えており、統計的な実証は難しくても、概念モデルとしては非常に洗練されているため、筆者は初期のモデルとその背景にある考え方を紹介し、訪問看護サービスへの応用を考えてみたい。

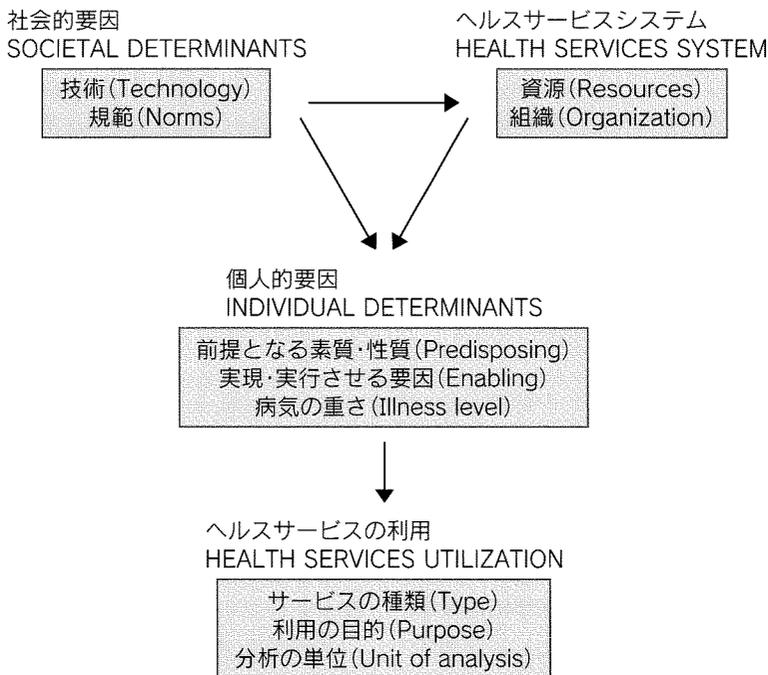
ヘルスサービス利用を 概観する枠組み

図1-3はヘルスサービス利用についての概念枠組みである。非常に単純なモデルで、現実はいかほど単純であるはずがないのであるが、日々の煩雑な情報をこのような形で整理して眺めてみることで、あらたな情報が得られることがある。このモデルは単純さゆえに拡大解釈が可能なのであるが、最新の論文でAndersenは前提となる素因・性質のなかに遺伝的要素を含めている。Andersen本人もさまざまなヘルスサービス分野にモデルが応用されていくことを歓迎している。

訪問看護は比較的受け入れのよい在宅サービスであると言われている。一方でショートステイやホームヘルプサービス

図 1-3 ヘルスサービス利用を概観する枠組み

(Andersen R.M., Newman J.F.: Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly, 51: 98, 1973) 訳・小林奈美



を利用することで在宅療養環境が改善されることが予想されるために、利用を勧めても頑なに拒否される利用者に出会うことも少なくない。家族は（おもに介護者は）むしろ利用することを望んでいるにも関わらず、本人の意思によって利用が実現しない。このようなケースの状況を整理するときこのモデルは役立つかもしれない。

ヘルスサービス利用の特徴

図 1-4 は図 1-3 の「ヘルスサービス

の利用」の内容についてさらに細かく例示したものである。筆者の知る限りでは、ここにあげられた種類のサービスの他に配食サービス、デイケアサービス、ショートステイなどのレスパイトサービス、ホームヘルプサービスを含めた研究結果が発表されている。利用の目的は、一次、二次、三次のケアと保護的なケアに分けられている。一般的に医療では一次ケアは一般開業医で対応できるケア（風邪、創の手当てなど）、二次ケアは入院による本格的な検査や入院加療を必要とするケア、三次ケアは特定機能病院など、高

図 1-4 ヘルスサービス利用の特徴

(Andersen R.M., Newman J.F.: Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly, 51: 98. 1973) 訳・小林奈美

ヘルスサービスの利用 (HEALTH SERVICES UTILIZATION)

サービスの種類 (TYPE)	利用の目的 (PURPOSE)	分析の単位 (UNIT OF ANALYSIS)
病院 (Hospital) 開業医 (Physician) くすりと薬剤 (Drugs and medications) 歯科医 (Dentist) 特別養護老人ホーム (Nursing Home) その他 (Other)	一次的ケア (Primary care) 二次的ケア (Secondary care) 三次的ケア (Tertiary care) 保護的ケア (Custodial care)	接触・連絡 (Contact) 量 (Volume) エピソード (Episodic care)

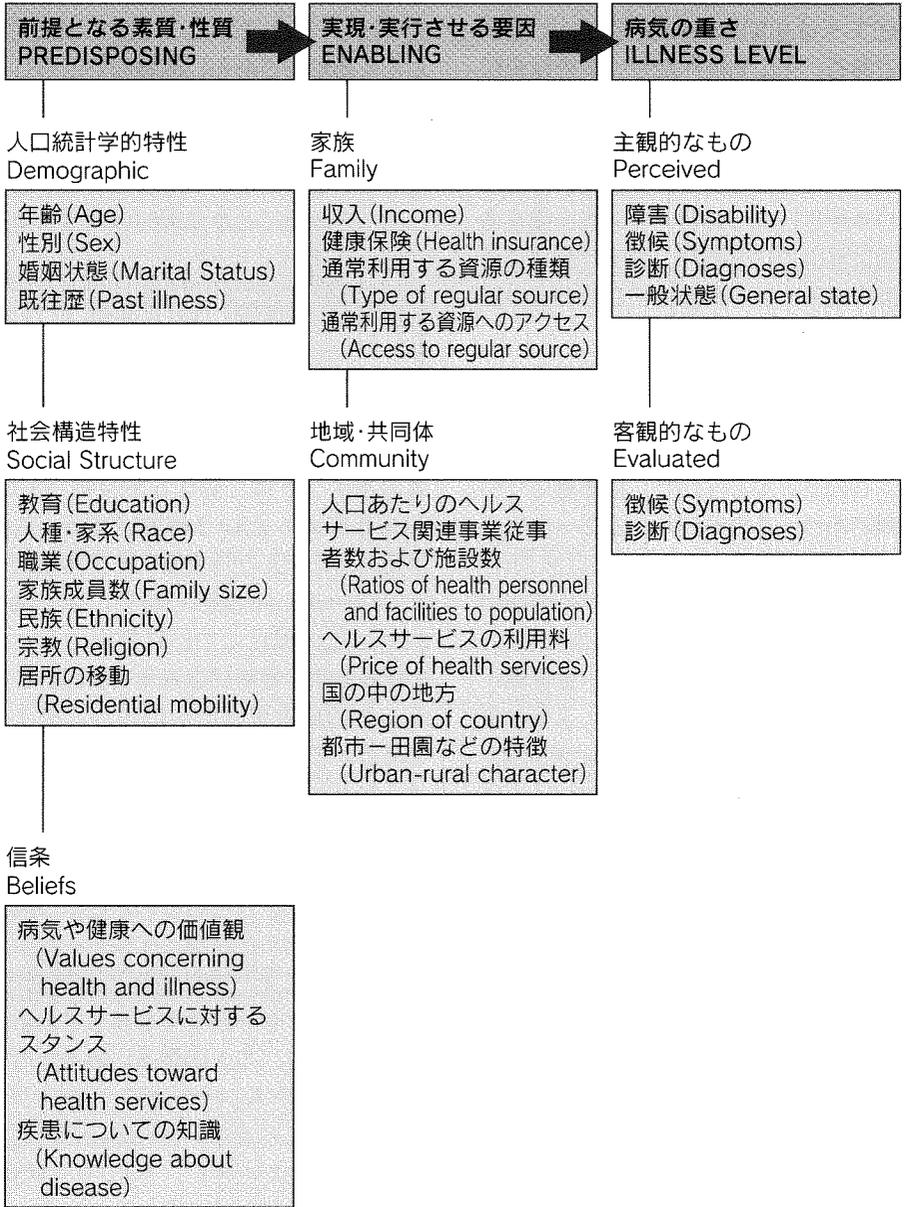
度な医療技術を必要とするケアといった分類がなされる。このカテゴリーでは訪問看護は一次ケアが多いものと考えられる。しかし、これを予防（保護的ケア）の観点から読み替えると一次予防は疾病や事故そのものの発生の防止、二次予防は早期発見、三次予防は再発の防止となり、これらは訪問看護のみならず在宅サービス全般の機能になる。

各々の利用者宅で各サービスがどのような役割を担い、利用者からはどのような期待をされているか（利用の目的）を整理することは、多職種で問題を共有し、利用者とその家族を支援する方向性を話し合う上で重要なポイントになる。分析の単位は、提供したサービスについて評価するときに役立つ。例えば、訪問看護、ヘルパーの利用頻度・滞在時間といった観点から整理する、また緊急の電話相談の件数、時間帯、認定された要介護度の利用限度額に対する利用額の割合など数

字に整理してみることで、職種を超えた評価が可能になる。月別利用者実数などは、管理者の業務としてすでに日常的に算出していることが多いと考えられるが、トラブルの多いケースのカンファレンスの際に、サービス提供の評価として、このような数値を整理してみることも有効である。エピソードは、死亡・転倒・褥瘡の発生、入院の回数、毎回 30 分以上話を聞く必要のある相談など、特徴的に把握できる出来事のことである。筆者は過去に在宅で亡くなったケースと病院へ搬送されて 1 週間以内に死亡したケースについて、その要因となった事柄について調査したことがあるが、「在宅で家族に看取られて亡くなった」「苦しみの訴えがなく、穏やかに亡くなった」という出来事も評価項目になり得る。

図 1-5 ヘルスサービス利用に関する個人的要因

(Andersen R.M., Newman J.F.: Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly, 51: 107. 1973) 訳・小林奈美



ヘルスサービス利用に 関する個人的要因

図 1-5 は初期の頃に提示されたモデルである。先にも述べたが、実際は矢印の向きはこれほど単純なものではなく、それぞれの因子も複雑に関係している。統計学的に実証しようとする、複雑になりすぎてしまうので、その点に関する批判は多いのであるが、臨床で整理する概念枠組みとして実証性にこだわる必要はないと筆者は考えている。

筆者は訪問看護師として勤務していたときに実際に自分の受け持っていたケースをこのモデルで整理することを試みた。このモデルのなかで、最も得にくい情報であり、このモデルのユニークな点は「信条」である。モデルのなかに示されていないが、実現・実行させる要因のなかに、家族の「信条」が含まれるし、地域・共同体のなかに「規範（嫁は舅・姑を見るべきだと言う考え）・スティグマ（世間体など）」が含まれると考える。

最新のモデルでは Andersen は、「病気の重さ」の項目をサービスニードに置き換えて、病気のみならず、サービスを必要とするさまざまな状態すべてを含むようにしている。そして、「前提となる素質・性質」と「実現・実行させる要因」「病気の重さ」が相互に関連しあってサービス利用に繋がっていることを示している。家族看護学においても「信条（ピリーフ）」とくに「健康に対する信条（ヘルスピリーフ）」と「病に対するピリーフ（イルネスピリーフ）」は主要な概

念とされている。この部分を職種間で共通理解を持つことが最も困難なこともかもしれない。それは、サービス提供者個人の「ピリーフ」もまた、さまざまに関与してくるからである。職種間でどうしても合意ができないとき、その職種（または個人）がどこに価値をおいて現象を整理しているか、という点に立ち返って話し合ってみることが効果的な場合もあるかもしれない。

変化しやすさ (MUTABILITY) についての概念

このモデルのインターベンション（介入）モデルとして実用的で評価できる最大のポイントは「変化しやすさ (MUTABILITY)」という概念である。これは初期のモデルから最新のモデルに至るまでの一貫した概念である。Andersen はこの概念について各国のデータの比較および経時的な変化を検討している。その結果導き出したのが、図 1-6 である。これが実際日本において当てはまるかどうかはほとんど研究されていないので不明であるが、ケースについての個々の要素がどのくらい変化しやすいか、また変化させられるのかという点について話し合うことは、インターベンションを考える上で有効であると考えられる。例えば、デイサービスを拒否しているケースに対して、本人の信条に働きかける（この場合はヘルスサービスへのスタンス）ことにせず、外に出ることを共通の目標にしたときに、ヘルパーは可能な限り外に散歩に行くというインターベ

図 1-6 変化しやすさについての主たる概念

(Andersen R.M.: Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? Journal of Health and Social Behavior, 36: 5. 1995) 訳・小林奈美

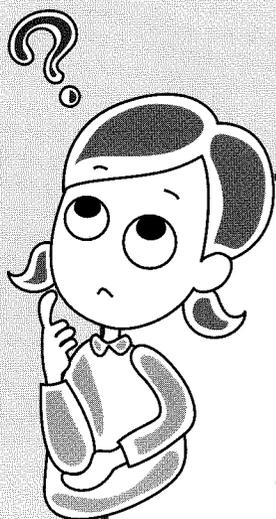
モデルの構成要素 MODEL COMPONENT	変化しやすさ DEGREE OF MUTABILITY
人口統計学的要素 DEMOGRAPHIC	低い LOW
社会構造的要素 SOCIAL STRUCTURE	低い LOW
健康に対する信条 HEALTH BELIEFS	中くらい MEDIUM
実現・実行を可能にする要素 ENABLING	高い HIGH
ニード NEED	(低い?) (LOW?)

ンションを、訪問看護師はそのことで全身状態が維持、または改善していることをアセスメントして伝えることをそれぞれの提供するサービスの頻度と役割に見合った方法で検討することが可能になる

ということである。とくにケアマネジャーがこの概念について理解を深め、あらゆる職種に対して説明できると効果的なケアマネジメントが可能になると考える。

Memo





2. 実践に役立つ知識 (Q&A形式)

1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい状態変化とそれに付随する家族の問題
2. 高齢者の終末期によくある症状とその対処法
3. 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処
4. 死亡確認をめぐる問題
5. 葬儀までの一般的な流れ
6. 残される家族の問題

【2】実践に役立つ知識（Q&A形式）

1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい状態変化とそれに付随する家族の問題

Q

uestion 1-a

高齢者と家族の終末の意向をどのように把握する？

A

answer - - - - -

在宅療養をしている高齢者とその家族に不自然でなく、「終末」すなわち「死」についての話を切り出すということは、なかなか勇気のいることだと思います。利用者の病状や在宅療養に至る過程にもよりますが、まずは、初回利用の際に決まりごととして聞いておくことは必要かもしれません。話の切り出し方は臨機応変に考えていただければよろしいですが、決まりごとであれば、「お答えにならなくても構いませんが、一応お聞きすることになっているので伺います」と前置きして「亡くなるまで在宅療養をお考えですか」と聞くのであれば相手の気分を害さずにすむと思われます。そこで、「やれるだけ在宅療養を続けたいけれど、将来的には福祉施設入所を考えている」「在宅で看取るつもりで帰ってきました」などの家族の答えや、本人から「もうどこにも行きたくない、ここで死なせてくれ!」という答えが得られるかもしれません。

しかし、病状が変化すれば、本人や家族の気持ちも変化します。結局、最後の最後まで本人や家族の気持ちを確認めながら、支援していくことになります。筆者の受け持っていたケースで意思疎通もできない状態の父上を介護していた娘は「もうおまけの人生だから、自然体で看取ろうと思う」と訪問するたびに話しておられましたが、まったく口から食べられなくなったときに「胃ろうができるなら、点滴で持ち直すなら」と気持ちが大きく揺れました。結局、胃ろうは老衰が進んでいて難しいという医師からの説明を受け、点滴をしたところ、痰が多くなり激しく咳き込み、むくみが出てきたので、そのことを終末の徴候として看護師から説明したところ、「これが自然

1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい状態変化とそれに付随する家族の問題

体で看取るということですね」と納得され、静かに看取られました。終末の意向を把握することが、延命医療の選択意向と直接結びつかないところが日本の医療現場の難しさでもあります。

「言葉で聞くものではなくて察するものだ」という看護師もおられると思います。しかし、「よく察する」ことに重きをおくあまり「言葉による確認」を怠ってはよい看護支援は望めないと思われます。とくに高齢者は看護師が考える以上に死について確固たる信念を持っている場合が少なくありません。看護師が尋ねることによって、本人の思いを家族が初めて聞いた、ということもあり得るのです。家族だから余計に聞きにくいということもあります。終末の意向は在宅療養の方向性を決定する大切な情報であると思います。また、「状態の変化によって気持ちが変わることは当然のことですから、どのような方針になっても私たちはお手伝いします」ということを併せて伝えていくことも重要なことです。

話すタイミングについてですが、病状が悪化した時期やインフルエンザの流行、脱水など季節によるリスク要因と結びつけながら、もしもの時について本人や家族と話をする機会を持つようにしていくと話を切り出しやすいかもしれません。近所の友人のお葬式があったとか、親戚が亡くなったとか、高齢者の方の場合、話題にのぼることは少なくないですし、そのことでご本人が気落ちしたりすることもあります。ご家族からそのような話が出たときは、家族と話をする機会になるかもしれませんが、そのことをご本人にどのように話しているかについては確認したほうがよい場合があります。

家で看取ると家族介護者が覚悟を決めている場合でも、その方の同胞や親戚が強行に反対することがあります。亡くなったことを最初に知らせる範囲の親族の意向を介護者家族が把握できているかどうか、その点も助言することが必要です。

Memo



1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい 状態変化とそれに付随する家族の問題

Q uestion 1-b

在宅で看取ろうとする家族の特徴は？

A n s w e r - - - - -

「在宅で看取る家族に共通点などあるのか？」と思われるかもしれませんが、もちろん、ある特徴が統計学的に実証されているわけではありません。ごく当たり前のことに思われるかもしれませんが、日本では高齢者本人が自宅で死にたいとどんなに望んでも、独居で病死でもしない限り、家族の方針に委ねられます。逆に、高齢者本人が何も言わなくても、家族が自宅で看取りたいと強い希望を持ち、その方針にそうようにヘルスサービスを利用すれば、実現は可能になります。ここであえて在宅で看取ろうとする家族を取り上げた理由は、これを実現させていく家族は在宅療養を行う家族のお手本のような方々だからです。

私たち訪問看護師は、そのような家族に出会ったとき、「在宅療養の真髓」とも言える「家族によるケアの力」を思い知らされます。それは家族の介護力とか一言で表現できるようなものではありません。そのような家族を前にしたとき、訪問看護師としての無力感を感じるというよりは、「家族の力ってすごい」「在宅ってすごい」という「自然の偉大さ」に近いような圧倒的なパワーを感じるのではないかと思います。そのパワーの正体はわかりませんが、看取られる者が看取る者へ伝えていく無言の強烈なメッセージや、敬愛する人を自分たちで納得がいくように看取った家族の、壮絶でありながら静かな葛藤とさまざまな決断の勇気を私たちが共有させてもらえるからではないかと思うのです。

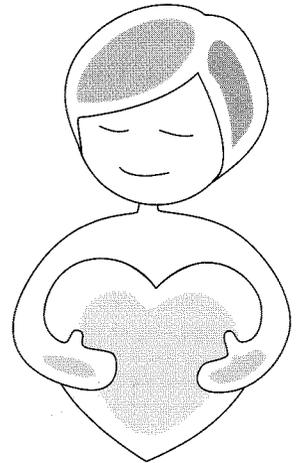
東京都周辺の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師に、自由回答で「印象に残っている家族」について尋ねたところ、最も多い内容が「在宅で終末期を看取った高齢者と家族の関わり」でした。とくに延命処置を望まず、自然に亡くなることを前

1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい状態変化とそれに付随する家族の問題

向きに捉えて、家族でできることを一生懸命行ったという家族から多くを学んだという意見が多くありました。もちろん、在宅で看取するためにはいくつかの条件が必要になります。介護力の確保や理解ある往診医の確保などですが、最も重要なのはその家族が抱く「高齢者の死というものへのビリーフ（信条）」ではないかと考えています。

現代の日本の医療は、かなりの延命を可能にしました。しかし、人間にとって死は必然であり、ライフサイクルの最終段階にある高齢者、とくに在宅療養を必要とする状態の高齢者にとっては、もう隣の扉なのですが、その現実には正面から向き合うということは誰にとっても簡単なことではないことは明らかです。

都市で行った、在宅で看取った家族の満足についての研究では、高齢者が苦しまず亡くなった場合、主たる介護者が実子（娘、息子）の場合に「在宅で看取ってよかった」という感想が多いという結果でした。在宅療養している高齢者の平均年齢が非常に高い（80歳代）こともあり、配偶者は自分も生きることに関心一杯の状態で、パートナーの死に対する思いは実子には及ばないようでした。一層の高齢少子化により、今後、嫁ではなく実子が各々の親を看るケースが全国的に増加するものと考えられます。直接的なケアを家族が体験することも重要な要素かもしれませんが、「老親の死」に対し、家族だからできる決断を下すには、心と体にゆとりが必要です。そのようなゆとりある家族関係を維持するために、介護力として介護サービスを利用しながら、まもなく来るべき死に備えていただければよいと思います。そして、最期の時が近くなったら（この判断が難しいのですが）、介護休暇を取るなどして、徹底的につき添って、家族ができるケアをしていただくとうよいと思います。残される家族にとって「やることはやった」と思えることが重要です。



Memo



1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい 状態変化とそれに付随する家族の問題

Question 1-c

痴呆高齢者とその家族に起こりやすい問題は？

Answer -----

ここで話す痴呆高齢者は、「年齢相応の呆け」という程度ではない、激しい周辺症状を伴う（いわゆる問題行動と言われている徘徊や介護への抵抗など）場合を想定します。痴呆の周辺症状にもいろいろな出現の仕方があり、どの周辺症状がどのように出るかということは人それぞれです。身体的には障害がなく自由に動くことができ、認知障害・痴呆が高度である場合、介護者にとって最も負担であるということは、訪問看護師の方々はよくご存知のことと思います。また、このような方々の要介護認定の一次判定が、低く（要支援や要介護1,2）出やすいということも感じていらっしゃると思います。

療養上問題となる種々の周辺症状を「問題行動」と名づけたわけですが、誰にとって問題かということ、たいていは介護する側にとって迷惑になる行為であって、痴呆高齢者本人にとってはそれなりに理由がある場合が多いように感じます。例えば、「徘徊」ですが、徘徊しているときの高齢者は、痴呆があると思えないほど真剣に思いつめたように歩いています。「うちに帰る」と言って、自宅から出て行こうとする高齢者に「あなたの家はここでしょう？」と言っても、そのとき、高齢者が思い浮かべているのは遠い昔の故郷の家だったりするので、あまり意味がありません。しかし、そのように「今」を忘れてしまい「昔」の世界にタイムスリップしてしまうのが、痴呆の本質でもあるので、「今」を生きている家族にとっては大変辛い思いをすることも多いようです。「娘」が「母」や「おばさん」にされ、配偶者は「どこの人？」と言われる。そういうことの積み重ねは、家族に「心の疲弊」を生み出します。家族にとって、その高齢者はかけがえのない「母」であり「妻」「夫」であるのに、その相手

1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい状態変化とそれに付随する家族の問題

は「家族」と認識してくれない場合もあるわけです。「家族」の前提となる「互いを家族と認識すること」が成り立たないのです。その認識違いを楽しめるようになれば、それなりに面白いやりとりができるようになるのですが、いずれにせよ、24時間365日の対応が必要です。適当なレスパイトサービス（ショートステイなど）の利用が不可欠です。

したがって、激しい周辺症状が出た高齢者の場合、多くの家族は在宅で終末まで看取ろうと思わないことが多いようです。なかには、一番大変だった時期を看たからこのまま最期まで家で看る、という家族もありますが、体に障害がない場合、発症から亡くなるまではかなり長い年月を要しますので、その間に家族の方が病気になるということも珍しくありません。特別養護老人ホームなどの施設サービスを利用しながら（自宅にいても、その高齢者にとって「自宅」ではないのですから）、「大切な人」という思いを互いに持ち続けられるような選択を積極的にもよいのではないかと考えます。どの段階で家族が決断するか、という問題はありますが、筆者が関わった、ある調査では、この手の決断は独身の実子が主介護者の場合に数力所の入所申し込みをするなどの対策をしっかりとっている傾向が見られていました。

痴呆の初期は、訪問看護サービスよりは介護サービスで対応されている場合も多く、医学的なデータに基づいた適切な助言が受けられていない家族も見受けられます。動ける痴呆高齢者の利用限度額が増えれば、在宅で一緒に暮らせる限り暮らそうという家族も少し増えるかもしれません。

Memo



1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい 状態変化とそれに付随する家族の問題

Q uestion 1-d

高齢者と別居する家族と同居する家族の間で起こりやすい問題は？

A n s w e r

高齢者と子ども夫婦の同居に着目した平成13年版厚生労働白書の分析結果によると、「高齢者の属する世帯が農業世帯、自営業世帯である場合に同居率は高まる。また、高齢者の年齢が高く、要介護状態にあり、配偶者がいない場合のほうが、さらに、持ち家に居住しているほうが同居率が高まる。高齢者個人の所得水準も同居するか否かに影響を与えており、社会保障給付金で見てもその他の所得で見ても、所得が低くなるほど同居に傾く」のだそうです。生活する上で、最も合理的な判断で同居を決めているということだと思うのですが、厚生労働白書は収入のために同居をすると解釈しています。別の分析では、配偶者のいない子どもとの同居は高齢者の年齢が高くなるほど、とくに娘の場合にはかなり高い割合で同居していますが（図2-1）、全体的な傾向としては65歳以上の者の同居率は年々低下しています（図2-2）。

介護という問題は生活と一体である以上、お金の問題が絡んできます。高齢者ともなると遺産相続の問題が人間関係に影響を及ぼしていることもあります。金銭の関係は訪問看護師が立ち入る問題ではないのですが、介護している同居家族以外にも子どもがいるのに、その往来が全くなかったり、高齢者と同居している家族が実は婚外家族だったり、「介護」に絡んでさまざまな人間関係と金銭関係が浮上してくることは稀なことではありません。

同居家族が在宅で看取ることを希望している場合には、別居家族にも離れている親族なりの思いがあることを話す必要があるかもしれません。在宅で看取ることを決意する家族の多くは、高齢者の日々の喜びも苦しみも共にわかち合ってきたプロセスがありますが、あまり連絡をとらない別居の家族も、老親を思う気持ちは同居家族と同じです（それ以上のことも）。高齢者も同居家族に遠慮して別居の子どもに会いたい

1. 高齢者が終末期に至るまでに起こりやすい状態変化とそれに付随する家族の問題

図 2-1 男女・配偶者有無・年齢階級別 65 歳以上の者の同居率

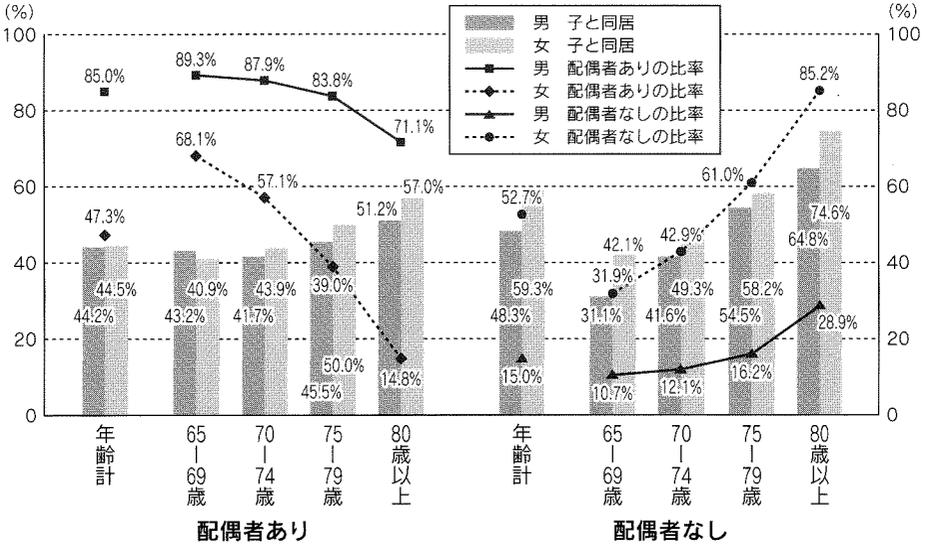
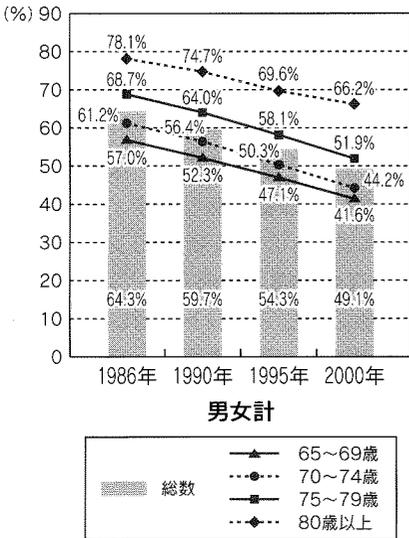


図 2-2 65 歳以上の者の同居率の推移



と言えずにいることもあり、そのまま最期に至ってしまう場合もあります。同居家族のみで介護を抱え込まずに、別居家族も介護を経験してもらうなど、高齢者の縁者で互いの方針を話し合っておくなどの提案が必要な場合もあります。

都市部では高齢者夫婦世帯で二人とも要介護高齢者というケースも増えてきました。別居している子どもがキーパーソンである場合も多く、療養方針の決定に際していつも電話だけで話し合うという（一人っ子が海外在住の場合など）ことも稀ではありません。手違いを防ぐため、文書による交信や記録を残すなどの対策をとる必要があるかもしれません。

高名な音楽家の娘さんが最期のときだけ帰国して、母上を看取られたというケース

がありました。普段から、離れた家族と高齢者や同居家族がどのように交信しているかということも尋ねるようになっておく和高齢者の人生の最期でもめるということは避けられることが多いようです（平成 13 年版厚生労働白書より：図 2-1、2-2）。

【2】実践に役立つ知識（Q&A形式）

2. 高齢者の終末期によくある症状とその対処法

Q

uestion 2-a

食べる量が減ってきたら

A

nswer - - - - -

高齢者の場合、終末期に限らず食事量の減少や極端な偏食がよく見られます。介護者に問題点と認識されないまま経過していることもあります。看護職が、日頃から何をどの位食べているか具体的に尋ねるようにしていると介護者の配慮を促し、食事の減少を早期に知ることができます。

食事の減少に気づいた場合、高齢だから、終末期だからと考える前に、まず、食事摂取量に影響を与えるトラブルが起きていないか見極める必要があります。①生活リズムに変化はないか（睡眠、食事時間など）、②脱水はないか、③排便コントロールは順調か、④口腔内に問題はないか（入れ歯が合わない、痛みがあるなど）、⑤精神的な問題はないかなどに注意します。これら生活全般のアセスメントを行い、問題があればまず、これらの問題の解消に向けて対応すべきです。このようなトラブルがないのに食事量が明らかに減少している場合は、終末期における全身状態の悪化による食事摂取量の減少と考えられます。

経口摂取の努力をすることは本人の生への意欲につながり、介護者の喜びや励みとなることも多いものです。回数や内容にこだわらず、「食べられるときに食べられる物を、食べられるだけ食べる」と考え、「食べなければ」「食べさせなければ」という強迫観念に本人、家族が苦しむことのないよう、少量でも食べられたことを本人も介護者も喜びに感じられるような働きかけを心がけたいものです。エンシュアリキッドのような高カロリー流動を少量ずつ頻回に摂取する方法は比較的継続されやすく、栄

養を取れた喜び、安心感にもつながります。

人にとっての食事は、単に「栄養を摂取する」という意味だけでなく、生きることに直接につながる行為です。したがって摂食量の減少は「生きていけなくなること」「死が近くなっていること」を実感させられる現実となります。本人にとっても介護者にとっても病状が進行し、療養生活が次のステップへ進んできたことを認識させられる契機となります。「人間は元気な状態から突然亡くなるのではなく、次第に衰えながら死に近づいて行く」ということを身をもって知る機会でもあります。この時期に改めて今後の療養について本人、介護者はもちろん、できれば直接の介護者を支える役割の家族や親戚等も参加し、それぞれの希望や、在宅療養を続けていく意思を互いに確認し、各自の役割や家事、介護の分担についてもお互いに納得しておくとういでしょう。看護職は関係調整役として話し合いに参加することもあります。

食事が食べられないことによって、①動けなくなってくる（トイレに行かれない、起きられない、寝返りが打てない）、②体力も低下し眠っている時間が長くなる、③褥瘡、肺炎を起こしやすくなる、尿路感染症を起こしやすくなる、④口腔内の浄化ができなくなる（口臭、舌苔、口内炎や肺炎を起こしやすくなる）、などのトラブルを伴うことを知っているいただき、このようなトラブルを予防するためのケアを看護職は実践しながら、介護者の理解力や介護力に合わせて実施しやすい形にアレンジし、指導していく必要があります。



Memo



2. 高齢者の終末期によくある症状とその対処法

Q

uestion 2-b

低栄養状態への対処法

A

nswer

食事が減ることにより徐々に低栄養状態となります。在宅においても点滴やIVH（中心静脈栄養）などの補液を行う場合もあります。医師からこのような治療を提案された場合、まず、その治療について具体的に①補液にどのような効果があるのか、②どんな物を使うのか（補液セット、補液ポンプ、補液バック）、③生活がどう変わるのか、④介護者は何をしなければならないか、⑤薬剤はどのように手配しどのように廃棄するかなどの情報提供を行います。同時に家族の不安、希望を整理し、本人、家族が治療について理解し納得できるよう援助します。医師の治療に対する考え方もさまざまですから、医師と家族および本人の間に立ち、彼らの望む療養が可能となるよう調整することが必要です。本人や家族は治療については「先生にお任せします」というものだと認識していることがあります。しかし在宅では決めるのは家族であり、医師も看護師も本人と家族の希望を尊重し、それが叶うよう援助することを望んでいることを伝え、率直な自分たちの希望を表出しやすくすることが必要です。また、自らの意思決定で治療を決定するということは家族にとっても重責であり、迷うことが多いものです。「家族が時間と心を砕き本人のために一生懸命考えて出した答えは間違いなく一番よい選択である」と家族の選択の正当性を支持することも家族の自己決定の重責を和らげることに役立つと思われます。

IVHは在宅で挿入することもあります。多くの場合は入院中に挿入し管理方法について指導を受けます。指導のためといたずらに入院期間を延長することのないよう、「指導はすべて在宅で行う」位のつもりで退院後充分訪問ができる体制を整備しておくといえます。管理方法について指導を受けて退院する場合、指導方法は病院により

まちまちです。まずは病院の指導方法を担当看護師が把握し、介護者が病院の指導に沿って行えるよう指導する方が混乱は少ないです。その方法が在宅に適していない、あるいは他によい方法が考えられる場合は退院後徐々に変更していくとよいでしょう。指導は手技を覚えてもらうだけではなく、なぜそうするのか、なぜそうしてはいけないのか理由づけを合わせて知っていただくほうが手技も身につけやすく、トラブル時の対応も可能となります。一般的なトラブルと対処方法については説明し、パンフレットなどを事前に渡しておきます。しかし、初めのうちはすぐに訪問し看護師が対処することが家族の不安解消、技術の獲得となり、結局は早い自立へつながることとなります。

低栄養に対し点滴等の治療を行わない場合、また行った場合でも、時間と共に低栄養は進行します。それに合わせてさまざまな症状が出現する危険性が高まってきます。そのため、予測される危険に対し積極的なケア、予防が必要になります。体位変換は褥瘡予防、感染予防に重要です。家庭においては介護者が一人で行わなければならないため腰痛や、夜間の体位変換のため睡眠不足になる等在宅療養の継続を左右することもあります。褥瘡ができてからではさらに介護負担を大きくすることや、病院と違い器具の入手に数日かかることも考慮し早めに褥瘡予防器具（エアマット、無圧マットなど）の紹介を進め、導入するとよいでしょう。保清についても、これまで家族が清拭を行ってきたようなケースでもこの時期から①褥瘡予防と早期発見、②本人の体力消耗を最小限にする、③介護者の負担軽減などの観点から看護師が全身状態を把握しアセスメントしながら行うとよいでしょう。

初めて在宅での看取りを経験する者にとっては、「もうこれ以上の治療は行わない」と意思決定をしても患者の一つひとつの変化が不安になります。①意識が不明瞭な時間が見られ徐々にその時間が長くなること、②眠っている時間が長くなること、③話すことが少なくなり、つじつまが合わないようなことが見られる。などの今後予測される変化を、早目に説明しておくことにより、介護者の不安を軽減し今後の変化を正常な死への過程として見守ることができま

Memo



2. 高齢者の終末期によくある症状とその対処法

Q

uestion 2-c

在宅における緩和ケア

A

nswer

終末期には痛み、全身倦怠、呼吸困難等のさまざまな身体的苦痛が出現します。これらの苦痛は在宅療養であっても積極的に取り除く努力がされるべきです。苦痛の状況を十分に観察し医師に具体的に報告することにより、医師による積極的な苦痛緩和への治療が行われるよう働きかけることが重要な役割となります。現在、在宅治療においても疼痛に対してはモルヒネが経口、経直腸、持続皮下注、持続点滴等の方法で投与されています。また、呼吸困難に対しては酸素療法が行えます。

終末期におけるこれらの症状は身体的な原因に加え、精神的、情緒的な要因が大きく関係していると言えます。一般的に在宅療養では病院に入院しているより苦痛の現れ方は穏やかと言われていています。これは、住み慣れた家で、家族の介護を受け、入院に比較すると自由な生活が可能なためと考えられています。食事が食べられなくても好物だった、コーヒーの香りをかぐと痛みが和らいだり、孫の声を聞くと穏やかな笑顔を見せたりします。苦痛の緩和は薬や治療に限られたものではないことを充分認識し、さまざまな角度から苦痛緩和への援助方法を工夫することが大切です。

また、全身状態が低下したことによる二次的トラブルを予防することも大切な緩和ケアです。尿路感染や肺炎、口内炎、褥瘡などは苦痛を伴い、限られた体力を消耗させる結果となるため、看護師はこれらの予防に積極的に取り組む必要があります。

医師により在宅医療のあり方、緩和ケアに対する考え方はさまざまです。「どこまでの治療をすべきか、どの程度以上の治療はするべきではない」という線引きでは解決できない複雑さがあります。しかし在宅看護の基本的姿勢は利用者の意思の尊重です。延命のための治療の継続について、あるいは積極的な緩和ケアの実施についても本人、

家族の希望を尊重する姿勢が重要です。主治医の考え方と本人、家族の考え方にずれがある場合、看護師は本人、家族が納得して決定できるよう調整することが必要です。

在宅で緩和ケアを進めていくに当たり、ケア提供側の中心的役割を担うのは主に看護職です。看護職は患者の症状、精神状態、家族の希望、介護疲労等のあらゆる情報を把握し、判断し対処できる力と、医師を含む医療チームをコーディネートできる技術と力量を持ち、何が起きてても患者・家族のすべてを受け止めようという責任感、使命感、役割意識を持つことが必要です。

しかし、実際のケアの多くは家族が中心となることから、看護師は肉体的にも、精神的にもハードな介護を行う家族を支えることが重要です。看護師は家族の希望と介護力を正確にアセスメントし、家族以外のサービスの利用を積極的に検討することも必要になります。ターミナルの時期に利用できるケアサービスは訪問看護、介護ぐらいいしかありません。また医療処置についてはヘルパーは実施できないため、さらにサービスは制限されます。それを踏まえた上で、介護者と訪問看護と訪問介護の三者で必要とされる援助をどのように分担していくかということになります。

また他人が家庭内に入るということはストレスを伴うことでもあります。介護量が膨大となる前からサービスを利用することにより療養者、介護者との人間関係を築く余裕が持てることから、介護負担が大きくなったときに介護サービスを頼りにすることができます。しかし、看護師がサービスの導入を勧めても「自分でやりたい、自分でなければ無理」と導入を承諾されない場合もあります。必要性は適時説明しながらもここでもあくまでも療養者本人と介護者の意思が尊重されるべきであり、性急に看護師がサービスを導入することは介護者に「見て上げられなかった」という後悔を残すこととなります。看護師は介護者の状況を常にアセスメントし介護者の隠されたSOSをタイムリーにキャッチしサービスを導入できるよう準備しておくといでしょう。

在宅での看取りを決意している介護者でも、病院のほうがよいのではないか、いや違うと揺れ動きます。これも事態の変化により起こる反応として当然のことと言えます。いつでも入院ができるような医療機関が用意されていることも安心して在宅を継続できる一因となります。

Memo



2. 高齢者の終末期によくある症状とその対処法

Question 2-d

目指すべき穏やかな死のためにできるケアとは

Answer

高齢者の死を「人生を全うして生涯を終える生活過程の一部ととらえ、生活の場で自然にその時期を迎える」という考え方が基本です。しかし誰もが穏やかな死を望んでいるという看護師の価値観を押しつけてはいけません。人それぞれ望む生き方が違うように望む死にも違うということを念頭におき、本人、家族と看護師が死生観を話し合いながら共有して行くことが必要でしょう。そしてどのような最期を希望されても、残された死までの期間を療養者が人間としての尊厳を失うことなく有意義な日々を送れるよう援助し、本人の尊厳が守られるような最期を演出していくことが求められます。

残り少ない日々と感じられると家族は何か特別のことをしてあげたいと考えがちです。もちろん希望があれば何とかその希望が叶えられる方法を考えるべきですが、本人は意外と「昨日と同じ今日も過ごせる」ことを望まれます。何でもない昨日と同じ一日を過ごせる幸せを共有することも必要でしょう。

病状の進行と共に、苦しそうな呼吸をしたり、顔をゆがめたり、声をかけても反応がなかったり、これまでには見られなかった症状が出現し家族はさらに言い知れぬ不安を抱えます。人の死を身近に経験している人は多くないため、初めて見る死に逝く様子は家族に恐怖と不安を与えます。そしてこれからどうなるのかわからないということ、未知であるということが恐怖をさらに助長します。体動が少なくなり、ウトウトしている時間が長くなり、尿量が減ってくる、呼吸が苦しうになり、唇が紫色になる、手足が冷たくなる、下あごをがくがくさせながら呼吸をする、そのうち、時々呼吸を休み、大きな声をかけると思い出したように大きな息をする。このような経過

で徐々に人は死に近づいていくということを知識として知っていること、耳にしていることが介護者の不安軽減に役立ちます。症状の変化を「ノーマルな死への過程」と認識できることが介護者を安心させてくれます。介護者の歩く道の少し先を照らして、「今後はこんなことやこんな変化が起きてくると思われます。そのときはこんなことをしてあげるとよいですよ」と、繰り返し話しておくことが大切です。

看取りをどのようにするかを決めておくことも重要です。主治医に連絡を取り往診してもらうのか、ぎりぎりまで病院へ行くのか、死亡してから運ぶのか、朝まで待ってから往診するのか、すなわち死亡診断を誰がどこで行うのかということ、主治医を含めて家族の希望が尊重されるように話し合いをしておく必要があります。最後まで自宅で過ごされたのなら自宅で死亡診断をされることが望ましいと思いますが、主治医によりそれが難しいこともあります。医師への連絡が常時取れない場合は、死亡時にとりあえず看護師が訪問しその後医師は連絡がつき次第往診してもらい死亡診断を受けることも可能なことを伝え、調整しておくことが必要です。

このような準備がされていれば家族は不安なく最後の大切な時間を本人のそばで手を握り過ごすことができます。本人にとっては、これまでの人生を共に過ごしたご家族の手のぬくもりが何よりも安心を与えてくれます。家族に囲まれ静かな最後を過ごすことができます。

この時期には、看護師は最低一日一回の訪問をし、状況の変化をわかりやすく家族へ伝え、不安に答え、介護者の支援を行います。また、家族だけでは不安になったとき、看護師のアドバイスが欲しいとき、声を聞きたいとき、話をしたいとき、24時間いつでも日ごろ訪問している看護師数名に自由に連絡が取れ、家族が望むときにはいつでも駆けつけられる体制を備えていることが家族の安心につながり、受け入れの体制があることで家族だけできちんと最期を見届けることができます。

Memo



[2] 実践に役立つ知識 (Q&A 形式)

3. 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処

Q

uestion 3-a

死が近づきつつあることをどのように伝えるか

A

nswer - - - - -

医師からすでに終末期であることを告げられていても、家族のなかには、高齢者の一時的な変化に期待をかけ、死が間近に迫っていることを否認する気持ちが働いていることがあります。このような場合には、家族は予期せぬ臨終という事態に直面し、「こんなに早く亡くなるなんて思わなかった」と激しい情緒的混乱を体験することになります。「説明したからわかっているだろう」という思いこみは禁物です。家族が今の高齢者の状態をどのように考えているのかを常に確認しながら、家族が高齢者の死が近づきつつあるという事実をあるがままに受け止めていけるよう援助することが必要です。そのためには、家族の目に映った高齢者の状態が、身体内部のどのような変化を反映しているのか、家族が認識している事実の意味づけをすることが重要となります。例えば、「ここ2～3日、足がむくんでいるんです」と家族が訴えた場合には、「血液がうまく流れなくなって身体の先に溜まってきているのです。残念ですが、心臓の力が弱ってきている証拠ですね」と説明すると、家族は、むくんでいるという状態と間近に迫った死とを関連づけて理解することができます。

なお、死が近づきつつある兆候としては、①意識の混濁、②呼吸の乱れ、③心拍の異常、④末梢循環不全、⑤反射機能の低下などがあげられます。しかし、単に「意識の混濁」と説明しても、どのような状態が意識の混濁であるのか、具体的なイメージが浮かばなければ家族の役には立ちません。以下のように、それぞれについて、状況を具体的に説明しておくことが家族の理解に役立ちます。

お別れが間近に迫った兆候

お別れが間近に迫ってくると、高齢者の身体に以下のような変化が現れます。

- ①意識の変化：よく知っている人・物・場所などもわからなくなったり、つじつまの合わないことを話したり、また毛布を引っ張るなど奇妙な行動が見られたりします。また眠りがちとなります。
- ②呼吸の乱れ：呼吸が速くなったり遅くなったり、また深くなったり浅くなったりなど、いつもとは明らかに違う呼吸のリズムとなります。時には、呼吸が15秒ほど止まっていることもあります。また、下あごを動かして息を吸い込む呼吸が現れます。
- ③心臓の動きの乱れ：脈拍数は多く、脈は弱くなります。脈がとんだりリズムが不規則となります。
- ④身体の末梢部分の循環不良：血流が悪くなり、手足は冷たく、唇や爪が紫色になります。皮膚も蒼白く、身体の下になった部分が紫色になることがあります。また、腎臓に十分な血液がいかず、尿量が減少したり、手足がむくんだりします。
- ⑤反射機能の衰え：飲み込む反射が衰え、喉に粘液が溜まりやすくなったり、排せつのための反射も衰え、尿や便の失禁が見られたりします。

Memo



3. 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処

Question 3-b

残された時間をどのように過ごすか

Answer -----

終末期看護の目標は、高齢者本人のQOLの向上と、家族が満足できる看取りの実現にあります。そして、残された時間をいかに有効に使っていただくかは、これらの成否を握る鍵となります。終末期ケアに臨む家族を支援する訪問看護師には、残された時間が、高齢者本人と家族にとって最大限有効なものとなるよう、最期の時間をいかに演出するかが問われています。具体的には、以下の事柄がポイントになります。

苦痛症状の緩和に努める

高齢者自身が苦痛に苛まれていたのでは、QOLの向上も満足できる看取りも実現させることはできません。まずは苦痛症状を取り除くこと、これがすべての土台です。

高齢者と家族の意向の尊重

最期の時をいかに演出するか、それは、主役である高齢者本人と家族がどのような時間をどのように過ごしたいと考えているのか、両者の意向を把握するところから始まります。まずは、本人の希望を知る努力が大切でしょう。それは、終末期を迎えたからといってすぐに把握できるものではありません。終末期に至る前から、「この方はどのような最期をお望みなのだろうか」という問題意識を持って関わり続けること、それが終末期になって生きてくるのです。

また、高齢者本人のみならず、家族の意向を汲みとることも重要です。どれほど心を尽くして介護したとしても、家族にはいくばくかの悔いは残るものです。しかし、「よりよい最期を迎えさせるために精一杯の努力ができた」というある種の納得が、

家族の悲嘆からの立ち直りにより影響を与えていくことでしょう。折に触れ、「ご本人にこのようなことをして差し上げたい、最期は家族でこのように過ごしたいといったようなお望みはありますか？」と問いかけてみましょう。

なお、最後だからこそ少しでも本人のQOLを上げたいという訪問看護師の願いに反して、本人と家族が「何もせずにこのまま」を望み、訪問看護師がジレンマを感じることも多いのではないのでしょうか。このような場合には、「何もせずに」と考えている本人と家族の気持ちの裏にあるものを考えてみましょう。私たちが思う以上に本人も家族も、体力・気力共に消耗しつくしているのかもしれない。また、過去の家族の関係性の軋轢から、積極的なケアを考えることができないのかもしれない。主役は高齢者本人と家族なので、訪問看護師が考える「よい看取り」の役を無理矢理演じさせることはできません。高齢者と家族を、「それもあり」と本気で受け止めることです。高齢者本人も家族も、「無理をしなくていい」と実感できたときにはじめて、結果として、「もう少し冒険してみよう」という前向きな気持ちが出てくるのではないのでしょうか。

プロセスを重視する

相手の意向を尊重し、最期の時を演出することが重要だと述べてきました。しかし、現実には、それぞれの意向を把握すること自体、決してたやすいことではありません。

例えば、家族の看取りの希望を問いかけてみても、明確な答えが返ってくるとは限りません。しかし、「残された時間をどのように過ごせばよいのだろう」と考えるチャンスを提供すること自体が家族の主体的なセルフケア行動を促す重要な援助になるのです。

そして、たとえ「こうしたい」という希望が明確になったとしても、終末期には、病状の急変や家族側の条件など、不確実な要素が絡み合い、実現できないことも少なくありません。結果のみを追いかけるのではなく、自分たちの望む看取りに向けて、家族が何を考え、どう行動したのか、その一つひとつのプロセスを大切にして、最期まで家族と寄り添っていききたいものです。

Memo



3. 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処

Question 3-c

家族だからできるケアとは？

Answer - - - - -

死に直面した人の苦痛とは

人は死に直面したときに、肉体的、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を経験すると言われています。肉体的苦痛とは、言うまでもなく、痛みをはじめとするさまざまな症状による身体的苦痛です。精神的苦痛とは、思うようにならない身体をかかえた苛立ちや死に対する不安、そして社会的苦痛とは、周囲の人々との交流が阻害される現実や疎外感によってもたらされる苦痛です。さらにスピリチュアルな苦痛とは、自分自身の人生の意味や価値の喪失感によってもたらされる苦痛です。そしてこれらの苦痛は、それぞれが独立しているのではなく、例えば身体的苦痛が軽減されることによって精神的苦痛も癒されるといったように相互に関連し合っています。

全人的アプローチが不可欠である終末期のケアでは、チームアプローチが原則です。そのチームの一員である看護師は、医療職として身体的苦痛を切り口に全人的な苦痛の軽減をはかっていく役割を有していると言えるでしょう。

家族だからできるケアとは

ところで、家族もまたケアチームの一員だと捉えた場合に、家族だからこそできるケアとはいったいどのようなものなのでしょうか。家族は医療者のように身体的苦痛を軽減させるための専門的技術を持ち合わせているわけではありません。しかし、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を癒す大きな力を持っているのではないのでしょうか。とくに、自分自身の人生の意味や価値の喪失感といったスピリチュアルな苦痛

を癒すためには、それまで時間と空間を共有し、共に人生を築き上げてきた家族の存在が極めて大きな鍵を握ります。

病の床にある妻に夫が、「一緒に暮らしてきて楽しかったね」と声をかける、あるいは子どもたちが、「父さん、ありがとう」と感謝の気持ちを伝えることで、高齢者はこれまで生きてきた自己の人生の意味を確かに掴み取ることができます。しかしこのような明確な言語的コミュニケーションがなされなくても、家族が側にいるという雰囲気を感じ取るだけでも大きな癒しにつながります。家族が「何をするか」が問題なのではなく、ただ「側にいる」こと、そのこと自体がすでに高齢者にとっては大切なケアになっているのではないのでしょうか。

家族だからできない場合もある

家族の存在がいかに高齢者の精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛の軽減に重要かを述べてきました。高齢者のケアに家族の参画を得ることは、他のどんな方法を持ってしても補えない大きな効果を生み出すことも多いのですが、私たちは一方で、家族もまた高齢者の死を前にして、さまざまな苦痛を背負っている可能性が高いことを忘れてはならないでしょう。とくに病前、高齢者本人との間に深刻な葛藤を経験したような場合には、本人が死を前にしたからといって、それが消え去るわけではありません。他人ならば割り切って考えることができても、それができないのが家族です。家族だからこそ、側にいることさえできないこともあるのです。

こうした場合、「肉親なのだから優しい言葉の一つもかけてやらなければ」という気持ちと、そうは言っても整理のつかない混沌とした気持ちの狭間で、家族は誰より悩んでいるのです。訪問看護師の「家族なのだからこれをして当然」というメッセージは、ますますこのような家族を追いつめていくことになります。このような場合には、その人ができる範囲での間接的な関わりが実現できるよう、さりげなくサポートしていきたいものです。「家族だからこそできないこともある」と私たちがまずは認識することが大切ではないのでしょうか。

Memo



3. 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処

Q

uestion 3-d

宗教のある家族との関わり方は？

A

nswer - - - - -

高齢者本人と家族の宗教的背景を尊重する

宗教はその家族の価値観の源であり、大切な文化です。援助に当たって、高齢者や家族の宗教的背景を尊重することの大切さは言うまでもありません。例えば、信仰している宗教団体の会合に出席できるよう配慮したり、神父や牧師の訪問をケアプランに組み入れることは、終末期を迎えた高齢者のQOLを高める上で重要な援助だと言えるでしょう。もちろん高齢者同様、家族が教会に通う時間を確保するなど、家族の宗教的ニーズも同時に満たされるように援助したいものです。

宗教的ニーズと治療・ケアが対立する可能性がある場合

高齢者や家族の宗教的背景を尊重することの大切さは述べてきた通りですが、問題になるのは、高齢者・家族の宗教的ニーズと治療・ケアが対立する場合です。例えば、信仰している宗教で病気が回復すると言い伝えられている「秘水」を家族が高齢者に無理に飲ませたりする場合などです。このような場面に直面すると訪問看護師は、効果も安全性も確認できない「秘水」を無理に飲ませ、誤嚥を引き起こさないかとハラハラしますが、家族にとってはそれが最後の頼みの綱ということもあるのです。このような場合、どのように考えればよいのでしょうか。

① 明らかな不利益を及ぼす可能性と高齢者本人の意思に注目する

まずはその家族の行為が高齢者本人にどの程度の不利益を及ぼす可能性があるかを判断します。医学的に見て、明らかに高齢者に不利益が及ぶと判断される場合には、

それが家族の宗教的ニーズから発した行為といえども、当然容認することはできません。とくに高齢者本人の意思が確認できないままこのような危険な行為が行われている場合には、家族にはそのような意識がないとしても、高齢者の人権が脅かされるとみななければなりません。

②グレーゾーンの場合には、情報提供と危険回避に努める

上記のように不利益が及ぶことが明らかである場合の判断は明快なのですが、一番判断に迷うのは、その行為が明らかな不利益をもたらすとも、反対に利益をもたらすとも言い切れない、いわゆるグレーゾーンの場合なのではないでしょうか。例えば、先に述べた「秘水」のような場合がこれに当たります。何らかの効果をもたらすとは考えにくいのですが、かといって危険だとも断言できません。このような場合には、あくまでも医学的な見地から考えると、「このような危険性も否定できない」と客観的に伝えることが必要です。メリット、デメリットを知った上で、高齢者と家族が選択すること、そのことが大切なのです。

十分な情報を得た上で、それでも試すことを選んだ場合には、あらゆる事態を想定し、危険回避に努めなければなりません。先の例で言えば、安全性が確認できないのであれば、湯冷ましにして飲むことを勧めたり、誤嚥を防ぐ手だてを十分に施すことが必要でしょう。

治療という医療者側の価値観が優先される施設内でのケアとは異なり、在宅で高齢者の終末期を支える場合には、高齢者・家族の価値観と医療者の価値観が対立することも少なくありません。このような問題の裏には宗教的な問題が隠されていることが少なくありません。原則的には、高齢者と家族の宗教的なニーズを満たす方向性で、自らの専門性を活かす努力が求められているのではないのでしょうか。

Memo



3. 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処

Q

uestion 3-e

遺産相続などのトラブルへの対応は？

A

nswer - - - - -

高齢者の終末期ケアには、家族内の遺産相続問題がつきものです。金銭をめぐる家族内のトラブルはできるだけ避けて通りたいのが人情ですが、在宅で終末期ケアに臨む家族を支援するということは、このような問題も含めて家族と向き合うということです。

さて、その家族との向き合い方ですが、具体的には以下のポイントが大切になります。

トラブルを増幅させないこと

①無意識のうちにトラブルに巻き込まれてしまう危険性を意識化する

まずは家族内のトラブルを増幅させないことです。これは当たり前のことですが、実は無意識のうちにも看護師自身が、家族内のトラブルをいっそう増幅させてしまうことがあるのです。例えば、介護者の、「これほど世話をしているのに、自分には遺産の相続がない」という嘆きに対して、介護者の悔しさに対する共感の意を示すつもりで打った相槌が、「あの看護師さんもおかしいと言っていた」と介護者が他の家族に伝え、いっそうトラブルが大きくなることがあります。だからといって予防線を張るというのではないのですが、知らず知らずのうちに家族の巧妙なパワーゲームに巻き込まれてしまう危険性があるのだということをまずは意識しておくことが大切です。

②個人的な意見は慎重に

家族内に遺産相続をめぐるトラブルが発生し、それに対する意見を個人的に求めら

れることがあります。例えば、「あの人がこれだけの財産を相続するなんておかしいと思わないか」と意見を求められるような場合です。自分を支持してくれる人を一人でも多く得たいという切羽詰まった心情が言わせている言葉であっても、「そうですね」と軽率に同調してしまうのは考えものです。もしもそこで「そうですね」と同意してしまうと、結果的にその家族成員が家庭内で一層孤立してしまう事態に陥る可能性も否めないからです。このような場合には、「あなたの納得できないその気持ちはわかります。でも、誰がどのように相続するのがいいのかは私には判断できないことです」と慎重に対応すべきではないでしょうか。

自分の役割を越えることについてははっきり「ノー」と意思表示する

家族内に遺産相続をめぐるトラブルが発生し、それに対する意見を個人的に求められるだけでなく、トラブルに関与して欲しいと何らかの役割を求められることがあります。例えば介護者から、自分の立場が有利になるように、どれだけ自分が一生懸命介護してきたか他の家族に意見をして欲しいと依頼されるような場合です。長年家族のなかで疎外されてきた介護者の困りきった様子を目にすると、自分が何かの役に立てばという気持ちが働きがちになりますが、自分の役割を越えることについてははっきり「ノー」と意思表示することが大切です。

訪問看護師の自分が目にしているのは、家族のごく一部に過ぎず、介護者の懸命な介護も自分が実際に見た範囲での情報にしか過ぎません。他の家族成員がどのように介護に関与してきたのかを自分の目で確かめもせず、特定の家族成員が有利に働くような発言をすることは、家族内の感情的対立を一層激化させる可能性があります。

自分に何ができて何ができないのかを認識しておくことは専門職としての第一歩です。「この件に関しては残念ながらご期待に添えません」とはっきり断った上で、必要に応じて相談窓口に関する情報を提供することが大切です。

Memo



3. 高齢者の終末期に起こりやすい家族の問題とその対処

Q

uestion 3-f

家族の「突然の死への戸惑い」を和らげる援助のポイントは？

A

nswer

高齢者が家族に見守られながら旅だって逝く、そんな最期を、高齢者も家族も共に望んでいることでしょう。しかし、家族が突然の死に直面するという事態を完全に避けることはできません。突然の死に直面した家族は、「しっかりと見ていなかったから……」と自分を責めたり、あまりの動揺に途方に暮れてしまい、その後の対応がうまくできなくなるといったことにもなりかねません。そして、このようなことが家族の悲嘆からの立ち直りを阻害することにもなるのです。訪問看護師は、すべての家族が突然の死に直面する可能性を常に念頭に置き、家族の戸惑いを少しでも和らげるよう援助することが求められています。具体的には、以下の点が重要です。

①突然の死もまた避けられない自然の営みであることを伝える

家族が交代で介護しているような場合、突然の死に遭遇した家族成員が他の家族成員から責められるといった事態はめずらしくありません。このようなことを避けるためにも、特定の家族成員に限定せず、広くこのことを伝えておく必要があります。

②死が訪れた場合の兆候を伝える

とくに高齢者に意識がなくなっている場合、家族は、「死亡しているのに気づけなかったら……」という不安を抱きがちです。また、実際に家族が死亡に気づかず時間が経過した場合、検死が必要になり、家族が警察官による事情聴取を受けなければならない事態が発生することがあります。このような場合、家族が深い精神的苦痛を体験することは言うまでもありません。このようなことを避けるためにも、①呼吸が完全に止まり、心臓の拍動も脈拍も停止する、②揺り動かしても大声で呼んでも全く反応がなくなる、③眼球やまつげが動かなくなる、④尿や便の失禁が見られることがあ

るといった死亡時の兆候を予め伝えておくことが大切です。

③死亡の兆候が現れた場合の対処方法を確認し合う

家族が慌てることのないよう、緊急時の対処方法を確認し合っておきます。具体的には、以下のような事柄について確認しておきます。

・死亡診断の方法

「最期まで自宅で」という意味が明確であれば、自宅で死亡診断を受けることが最も望ましいあり方です。しかし、主治医によってはそれが困難な場合もあります。主治医による死亡確認が困難な場合、近医に依頼するのか、あるいは看護師が訪問し、連絡が付き次第、主治医の往診によって死亡診断を受けるのか、あらゆる事態を想定し、死亡診断の方法を家族、医師、看護師の三者で確認しておきます。

・主治医への連絡

とくに、夜間や休日における連絡方法や、万が一主治医に連絡がとれない場合、誰にどのように連絡するかについても確認し合っておきます。そしてこれらを表に示し、家族の誰もが目に入りやすい場所に貼っておくよう提案します。

・家族や親族への連絡

すぐに呼び寄せたい家族や親族のリストを作成し、連絡方法を明記しておくよう助言します。こうすることで連絡もれがなくなり、後で「私は呼んでもらえなかった」などというしこりを残さずに済みます。

・高齢者への接し方

医師の死亡確認がなされる前に、身体を拭いたり着替えさせるなど、現状を変えることはできません。家族がこのことを知らずに死亡判定前に動かしてしまうと、最悪の場合、死因の判定に影響が生じ、検死という事態につながる可能性がないとは言えません。明らかな死亡の兆候が現れた場合には、そのまま静かに医師の到着を待つことを伝えておきます。

なお、死亡確認に関しては、法律的な問題が関与します。次頁で死亡確認をめぐる問題について解説を加えました。少々堅苦しい表現が目立つかも知れませんが、この機会に、法律上の知識を再度整理していただきたいと思います。

Memo



【2】実践に役立つ知識（Q&A形式）

4. 死亡確認をめぐる問題

Q

uestion 4-a

「死亡確認」とは何か

A

nswer

人の死は生物学的死、社会的死、法的死などさまざまなレベルで捉えることができます。「死亡確認」は生物学的死を法的に確認するものです。死亡していると考えること自体は誰にでもできますが、死亡を確認することは死体検案の一部であり、医師にしかできません（医師法第20条）。

死亡確認を行い、死体検案が終われば、医師は死亡診断書または死体検案書を遺族等に交付します。死亡診断書または死体検案書が交付されると、遺族等は役所・役場に死亡届を出すことができます。死亡届が出されることにより火葬・埋葬許可証が交付され、戸籍が抹消されます。こうした一連の手続き抜きでは死体を火葬したり埋葬することができません。つまり、死亡確認は法的手続きの第一段階と言えます。

医療機関で死を迎える場合は死亡確認は医療機関の医師によってなされるため、とくに問題なく死亡診断書を書いてもらい、遺族等はその書類を役所・役場に提出すればよく、葬儀社等も円滑な葬儀のために助力することができます。しかし、在宅では医師による死亡確認が行われ、死体検案を行って、死亡診断書・死体検案書を交付されなくてはならないため、医療機関での死亡に比べ、手間がかかります。在宅サービスのスタッフはあらかじめこの点を家族等に伝えておく必要があるでしょう。

診察中の疾病あるいはその疾病と関連した死因で、医師の最終診察後24時間以内に死亡した場合は医師は死体を検案せずに死亡診断書を作成することができます（医師法第20条）。この場合の死亡確認は診察した医師以外の医師（例えば監察医など）

が行っても構いません。したがって、最終診察がいつであったかを確認する必要があります。最終診察が24時間以前であった場合でも、診療情報は死体検案時に有益な情報となりますから、死亡確認に来たかかりつけではない医師にかかりつけ医に連絡を取ってもらうことは重要となります。

在宅死を考える場合、かかりつけ医が死亡確認に来ることが望ましいですが、かかりつけ医が遠方の病院にいるケースはそれほど珍しいことではありません。その場合、近隣の医師に臨終に立ち会ってもらえれば、死亡確認はスムーズに運ぶこととなります。

独居老人などで身寄りもない場合は、隣人や知人、在宅サービスのスタッフや保健師などが死亡している患者を発見することが多いものです。この場合、原則的には司法警察員（警察官）を呼ぶ必要があります。発見者は事情聴取を受けることとなりますが、それ以降の各種手続きは警察および福祉事務所の職員によって進行することとなります（行旅病人および行旅死亡人取扱法、土地埋葬法などが適用され、諸手続きが行われ、火葬・埋葬費用等がまかなわれる）。

家族が同居していても、何らかの原因により死亡に気づかず、死の状況が事故などによる場合は異常死体扱いになるため、死亡確認をかかりつけ医が行った場合でも、原則的には医師は警察に通報する必要があります。この場合、死亡の処理が異常死体の扱いになるため、警察官による事情聴取などが行われ、家族の精神的負担は大きいものとなり、在宅サービスのスタッフは家族の精神面のフォローを心がける必要があります。

したがって、死亡確認以降を円滑に進めるためには、死が間近と判断される場合、医師に往診を請い、可能であれば、死亡時の死亡確認をお願いできるよう家族（可能であれば在宅サービススタッフ・本人）が近隣の医師・医療機関に依頼しておく必要があります。

Memo



4. 死亡確認をめぐる問題

Q

uestion 4-b

死亡確認について家族に聞かれたら？

A

nswer

死亡確認は医師のみが行えます。看護職であっても死亡確認は行えません。死亡の可能性がある場合は、①医師の死亡確認を依頼する、②病院へ搬送する（生存の可能性がある場合：自ら搬送するか119番通報し救急搬送を依頼する）、③警察に通報する（110番通報あるいは交番、派出所の警察官に通報する）のいずれかの手段を選択する必要があります。転落や水没など外因によると直ぐにわかる場合は119番通報または110番通報して死亡確認を求めるほうが法的処理がスムーズに運びます。病死と判断される場合は医師は最終診察から24時間以内であれば、死体を診ないで死亡診断書が交付できます（医師法第20条）。しかし、異常が認められる場合、24時間以上経過している場合は医師は死体検案を行い、死体検案書を作成し、24時間以内に所轄の警察署に届けることとなります（医師法第21条）。

「死亡判定」の定義が生物学的な要素のみならず、文化や時代などさまざまな背景に影響されることは「脳死」をめぐる議論からも明らかです。在宅における死亡判定で「脳死」が問題になることはまずないのですが、ここでは「脳死」の概念の根拠ともなっている考え方、すなわち高津が「検死ハンドブック」の中で述べている「心、肺、脳の機能のいずれかひとつの永久的停止をいう（臨床的死）」と「人体のすべての細胞の死を個体死とする考えもある（生物学的死）」を含む「個体死」の判定および確認についてその原理と根拠とされる考え方を紹介します。

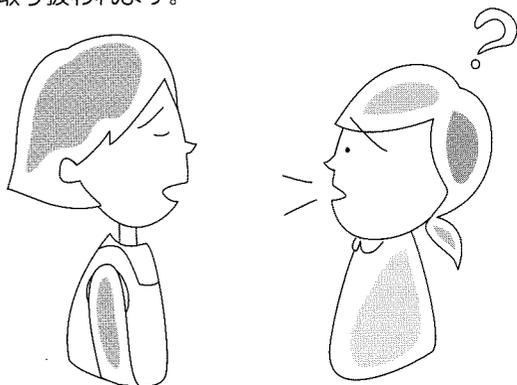
個体死の判定の原理は、「心、肺、脳の1～3臓器の機能の完全停止」と「この機能停止が現在の医療水準で永久的に持続すると判断されること」の二つ条件が満たされることにあります。しかしこの判定の根拠に、三徴候説（心停止、呼吸停止、脳機

能停止いわゆる死の三徴候による死の判定)、二徴候説(心停止と呼吸停止による死の判定。両者により脳機能はいずれ停止すると考える)、一徴候説(心、肺、脳のいずれか一つの永久的機能停止による死亡判定。脳死の判定はこの説に基づいている)のいずれを採用するかということによって判定方法も異なります。

したがって、看護職は呼吸停止、心停止、瞳孔散大、対光反射などの反射の消失、筋肉の弛緩、皮膚の蒼白などを死の徴候として死の可能性を推察し、医師に報告することはできます。しかし、これらの徴候は死の不確徴といわれるもので、仮死期にあり蘇生の可能性もあります。これらの状態が20～30分完全に持続すれば医師により真死(臨床的死)と判定できます。死斑の出現、死体硬直、体温降下などの早期死体現象は死の確徴とされています。

ポイント

- ☆死亡確認は医師のみが行えますので、医師の死の判定を得ずに、「亡くなっています」などと家族に伝えてはなりません。
- ☆看護職は呼吸停止、心停止、瞳孔散大、対光反射などの反射の消失、筋肉の弛緩、皮膚の蒼白などを死の徴候として死の可能性を推察し医師に報告することはできますが、死の判定、死亡確認、死亡宣言を行うことはできません。
- ☆すでに亡くなっていると推察できる場合は、至急医師に連絡を取るか119番通報し救急隊を呼ぶ、110番通報により警察に連絡するのいずれかの方法を選択します。
- ☆医師による死の判定を得る前に死後の処置等を行ったり、みだりに現状を変えてはなりません。
- ☆医師の最終診療後24時間以内でも、火災による死、窒息死、転落・転倒死、中毒死、入浴中の溺死、感電死、外傷による死、犯罪に起因する死、自殺、その他外因死、受診している疾病によらない死(死因が受診している疾病によるものではない場合)などは異常死体として取り扱われます。



4. 死亡確認をめぐる問題

Q

uestion 4-c

死亡時に医師が立ち会えない場合は？

A

nswer - - - - -

死が迫っている場合、家族がいれば、家族は患者を病院へ搬送、あるいは医師の往診を求めます。したがって、死亡時には医師が立ち会うことができます。死亡時に医師が立ち会えない場合としては家族が発見した場合や独居老人等で在宅サービススタッフが死後に発見した場合、あるいは急変後間もなく死亡し、救急隊あるいは医師が間に合わない場合等が考えられます。医師が立ち会えない場合の問題は、患者が24時間以内に医師の診断を受けているかどうかです。24時間以内に死亡し、死因が受診していた疾患による場合は診察した医師が死亡診断書を交付することができます。しかし、明らかな外因（外傷により出血している、喉に異物が詰まっている、自殺・他殺など）による場合は異常死体として警察に届ける必要があります。医師が診断した後に届ける場合もありますが、医師が立ち会っていない場合は発見者が警察に通報するか救急隊が通報することになります。異常死体とは法的な定義はありませんが、明らかな病死以外の死体を指すと考えられているため、死亡がはっきりしている場合でも、現状を変えることなく医師および警察官を呼ぶべきです。

本来、かかりつけ医が立ち会うことが望ましいですが、かかりつけ医が遠方である場合もあります。その場合でも、近くの医師が死亡確認に来てくれれば問題はありません。しかし実際には医師はそう容易には検死に来ることはできません。死亡確認に一番現実性が高いのが、警察に連絡を取り、警察からの依頼で医師に検死に来てもらう方法です。医師法、検視規則および死体取扱規則に基づいて検死を囑託された医師は死体を検案することになります。本来は異常死体を検死することが検視における医師の役割ですが、異常死体であるか否かの判断自体、警察、医師の領域ですから、警

察に通報し、死体を見聞してもらうこと自体に問題はありません。ただし、発見者等（家族がいる場合は家族も含めて）は警察の事情聴取等を受けなければなりません。

ポイント

- ☆家族や在宅サービススタッフ（看護師、保健師を含む）が発見した場合、明らかに死亡がはっきりしている場合でも、死亡確認を行うことはできません。
- ☆明らかに死亡していると思われる場合は医師または司法警察員（警察官）を呼びます。
- ☆死亡がはっきりしない場合はかかりつけ医もしくは近くの医師を呼び診てもらい、あるいは救急隊を呼び病院に搬送します。
- ☆家族であっても遺体を勝手に動かすことはできないため、生存の可能性がある場合以外はみだりに自分たちの車等で搬送してはなりません。死亡確認はいずれの場合でも医師が行うこととなります。
- ☆24時間以内に医師の診察を受けている場合では死因が診察を受けていた疾病、ないしはそれに関連するものによる場合は、受診した医師に依頼して死亡診断書を書いてもらうことができます。

Memo



4. 死亡確認をめぐる問題

Question 4-d

「検死」の手順は？

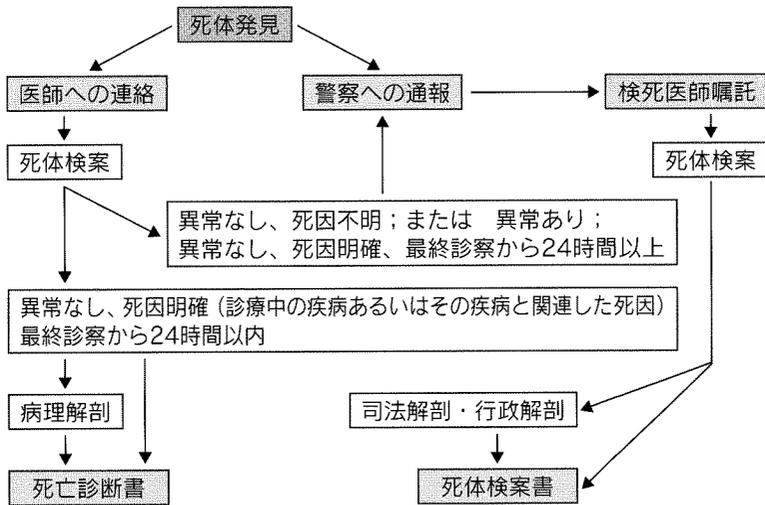
Answer - - - - -

「検死」は死因などの医学的判断を行うために死体を検査することです。医師は死亡確認を行い、死体検案を行います。異常死体として検案すれば、24時間以内に所轄警察署に届け出る義務があります。異常死体として扱われなかった死体でも病理解剖により異常が発見された場合も異常死体として24時間以内に解剖者が届け出ます（死体解剖保存法第11条）。

在宅死の場合の死体検案は死亡の連絡を受けたかかりつけ医師が居宅へ赴き家族または通報者・発見者から状況を聞き、患者を診察（死体を検案）します。死亡を確認し、死因を判定することとなります。最終診察から24時間以内に死亡した場合、診療中の疾病あるいはその疾病と関連した死因であれば、その結果を死亡診断書に記載することができます。しかし、異常死体の場合や24時間以内であっても死因が受診した疾病に関連しない場合は死体検案書を作成しなければなりません（図2-3参照）。

異常死体が見つかった場合、検察官又は司法警察員（警察官）が医師の立ち会いの下で検視を行います（刑法第192条、刑事訴訟法第229条、検視規則第1条、第5条、第6条、死体取扱規則第1条、第6条）。医師は検視の一環として死体検案を行うこととなります。検視の後、解剖検査も含めて医師が検死を行うこととなります。異常死体はすべて解剖されることを原則としますが、検案医、検察官（または警察官）、遺族の三者が解剖は不要と判断した場合などでは解剖しないこともあります。医学的診断のため、遺族の了承を得て、死体検案時に体液を採取することもあります。犯罪に関与しない死因不明の死体は遺族の承諾のもと、行政解剖が行われます（死体解剖保存法第7条、第8条）。犯罪死が疑われる死体は裁判官が鑑定処分許可状を発行し、

図 2-3 在宅死が発見された場合の流れ死体検案に関する流れ



検察官、警察官が鑑定嘱託書が発行されることにより司法解剖が行われます。死体検案書は死体検案が行われた後に医師から交付されます。司法解剖等の詳細な死体検案書は遺族の希望があれば鑑定医より交付されます。

Memo



【2】実践に役立つ知識（Q&A形式）

5. 葬儀までの一般的な流れ

Q

uestion 5-a

葬儀屋は何をしてくれる人？

A

nswer

葬儀を扱う葬祭業者は、いわゆる葬儀屋だけではなく、冠婚葬祭互助会の葬祭部、生活共同組合、JA（農協）の葬祭センター、さらに最近では大手スーパーや百貨店、ホテルにまで広がっています。また、自治体においても葬儀サービスを提供しているところもあります。

葬祭業者は遺族の気持ちを尊重しながら、葬儀が滞りなく執り行われるようサポートしてくれます。

業者によって多少の違いはありますが、葬祭業者は次のような仕事をしてくれます。

①遺体の安置・枕飾り・納棺

遺体を北枕にして布団に寝かせ、枕飾りをします。その後の納棺も行います。

②通夜・葬儀・告別式のプランニング・進行管理

「どんな葬儀にするのか」ということについて、遺族と打ち合わせをし、段取りを決めていきます。ただ、どんな葬儀と言われても「葬儀に関して経験がなくてわからない」「動揺していてどうすればよいのかわからない」という遺族も多いので、故人の生前の状況や考え方、遺族の立場や気持ちをよく聞いた上で、通夜・葬儀の具体的な内容についてアドバイスします。

③寺院・神社・教会の紹介

新しく独立した家など、普段から特定のお寺・神社・教会とのつきあいが無いとい

う場合には葬祭業者のほうで紹介する場合があります。

④葬儀に必要なものの準備

通夜・葬儀の会場・遺影に使う写真の引き伸ばし・祭壇・お料理・返礼品・花輪等々必要なものをすべて手配します。会葬礼状などの印刷物の作成、死亡広告の作成なども行います。

⑤公的手続きの代行

役所に行き、遺族にかわって死亡届を提出し、火葬許可証をとります（死亡届は、死亡の事実を知った日から7日以内に提出する義務があります。死亡届が受理されないとい火葬許可証はおりません）。

⑥通夜の手伝い

弔問客のご案内や返礼品の手渡しなどを手伝います。

⑦葬儀の準備・司会進行・後片づけ

祭壇の設営、受付の設置、司会進行、後片づけまでをすべて行います。

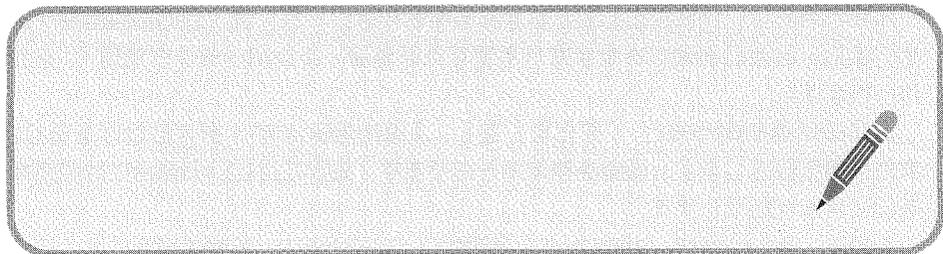
⑧火葬場への同行

霊柩車を手配し、火葬場に同行します。

⑨仏具店・霊園の紹介

葬祭業者はそれぞれ特徴を持っています。後で後悔しないためにもできるだけ複数の業者を当たり、比較して決めることが大切です。選択の基準は各人それぞれでしょうが、少なくとも話をきちんと聞いてくれる、サービス内容や費用などについて説明・アドバイスを丁寧にしてくれる、希望に対して柔軟に対応してくれるところを選ぶことがポイントです。

Memo



5. 葬儀までの一般的な流れ

Q

uestion 5-b

葬儀までの手順は？

A

nswe

日本ではほとんどの葬儀が仏式で営まれます。ここでは仏式をもとに、臨終時から葬儀、その後に至る手順を説明します。

①危篤状態

親族・親しい友人たちに連絡します。

※本人に信仰がある場合には、宗教者に連絡をし、臨終に立ち会ってもらいます。

②医師による死亡の判定（→死亡診断書の依頼）

③看取り～死出の準備

医師が臨終を告げたら、家族が順番に末期の水（死水）をとります。割り箸の先にガーゼか脱脂綿を白糸で結びつけ、水を含ませて故人の唇を潤してあげます。末期の水をとる順番は血縁の濃い肉親からはじめ、近親者、その場に立ち会った人となります。家族一人ひとりが故人にお別れをし、気持ちに区切りをつける大切な儀式です。家族によるお別れが終わると、看護師が死後の処置をします。お湯やアルコール綿で清拭し、体液が出るおそれがある場合には口・耳・鼻・肛門に脱脂綿を詰め、また、目と口を閉じさせます（希望すれば湯灌・エンバーミング処置^{※1}）をうけられます）。

遺体の処置が終わると、「死化粧」をし、死顔を整えます。男性はひげをそり、女性は薄化粧をします。頭髪を整え爪も切ります。頬がこけている場合には脱脂綿を口に含ませたりします。

その後、新しい浴衣・単衣などに「着替え」をさせます。和服の場合には、裕を

左前、帯を縦結びにするなど、日常とは逆にします。

これらの一連の儀式を厳粛に、かつ滞りなく執り行うことによって、徐々に遺族のショックが和らいでいき、死を受け入れる気持ちへと変化します。

④葬祭業者・菩提寺・関係者への連絡

※葬祭業者は、共済会・互助会に加入、もしくは特定の葬祭業者に事前予約していればそちらへ連絡します。何もない場合には病院出入りの葬祭業者や地元の葬祭業者に連絡、もしくは自治体の市（区町村）民葬担当者へ連絡して葬祭業者を紹介してもらいます。

⑤体の安置と枕飾り→納棺

⑥死亡届の提出と火葬許可申請

⑦通夜→葬儀・告別式→出棺

⑧火葬・骨あげ→遺骨迎え（自宅に遺骨が戻ります）

※⑤～⑧は、葬祭業者のほうでプランニング～進行をすべて行ってくれます。

⑨納骨

菩提寺、あるいは墓地の墓へ納骨するのが一般的ですが、希望により自然葬（散骨・宇宙葬^{※2)}）をする場合もあります。

⑩法要

家族の「死」への悲しみは、すぐに癒されるものではありません。法要は故人の成仏を願う意味と共に、遺族が段階を経ながら気持ちを整理する儀式とも言えるでしょう。

注1) エンバーミングとは、遺体を殺菌消毒し遺体からの2次感染を防いだり、遺体の損傷に対して補修やお化粧などを施す技術です。

注2) アメリカの衛星ロケットで、地球の軌道上に打ち上げられます。遺骨の一部を専用カプセルに納めます。

Memo



5. 葬儀までの一般的な流れ

Question 5-c

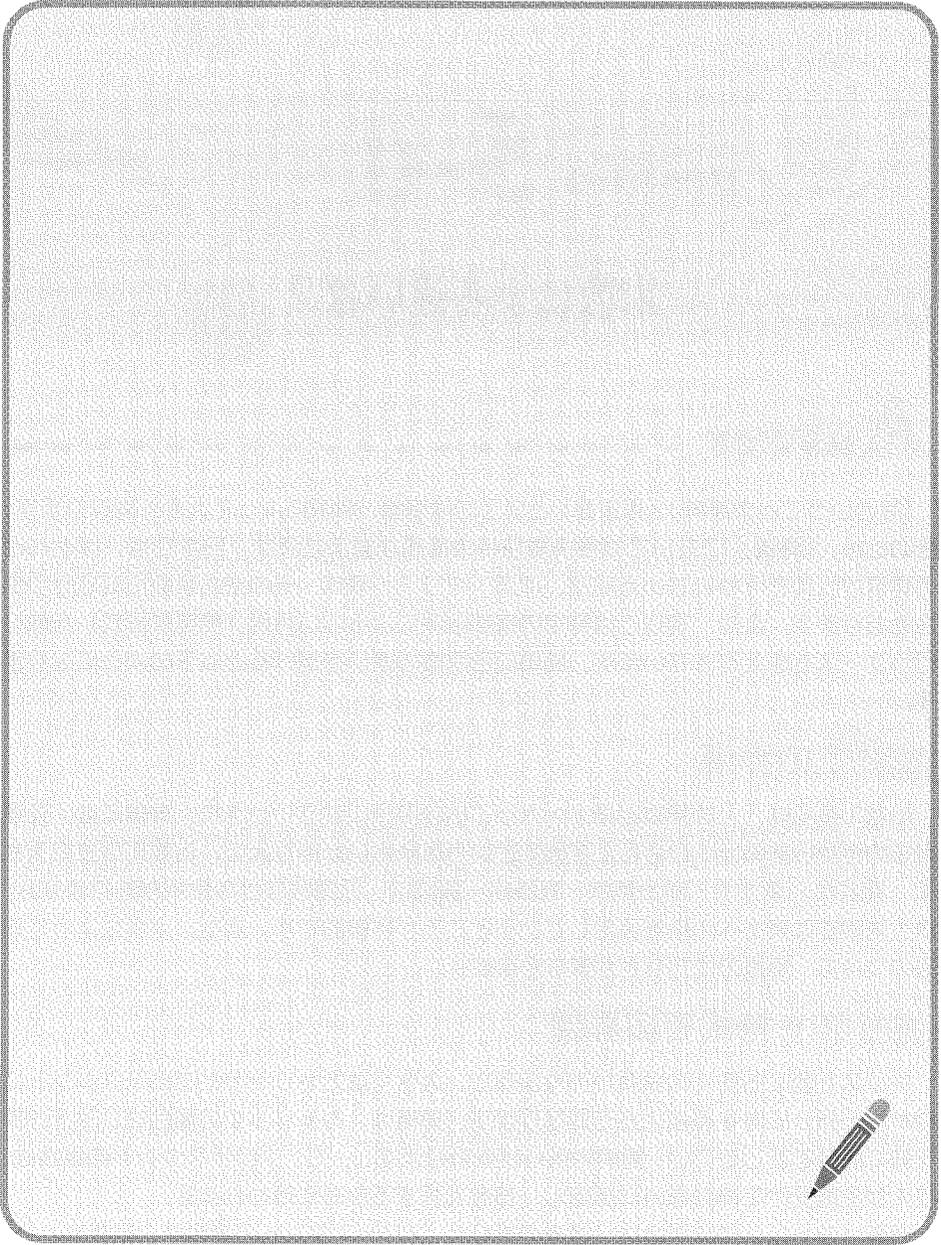
生前契約（予約）とはどういうもの？

Answer -----

自分らしいラストステージを実行してもらうために、事前に共済会などに入って葬儀の仕方、費用、埋葬の仕方、墓や供養の仕方を契約（予約）しておくという方法を生前契約（予約）といいます。以前は葬儀について生前に考えることは「縁起でもない」といってタブー視する人が多かったのですが、最近では「自分の葬儀の方法は自分で決めておきたい」「残った家族に迷惑をかけたくない」「葬儀の費用は自分で準備しておきたい」と考える人も増えてきました。また、一人暮らしで身寄りがなく、死後に供養してくれる人がいないという場合もあるでしょう。とくに、無宗教の葬儀がしたいというような希望を持っている場合には、事前にどのような葬儀にしたいのか詳細に決めて予約しておくほうがよいと考えられます。また、親族の死で動揺している遺族にとって葬儀にかかわる取り決めは精神的な負担が大きいものです。生前予約をしておくことで、遺族の精神的負担を減らし、心置きなく故人との別れを惜しむことができるというメリットもあります。

もともとはアメリカではじまった考え方ですが、最近では日本においても都会を中心にこのシステムを利用する人が増えつつあります。

Memo



5. 葬儀までの一般的な流れ

Q uestion 5-d

宗教による違いは？

A n s w e r

「死ということの意味」（死生観）というのは宗教、宗派によって大きく異なります。そのため、「葬儀」においては各宗教独特の儀式が営まれます。日本では、ほとんどの葬儀が仏式で行われていますが、神式・キリスト教式・その他の宗教形式で行う場合もあります。また、現在では特定の宗教宗派によらない葬儀（無宗教形式）を執り行うケースも増えてきています。簡単に各宗教の違いをあげると以下ようになります。

仏式での葬儀

仏教の多くは「人は死ぬと浄土へ入って仏の弟子になる」とされ、葬儀には、死者をこの世からあの世へひきわたす儀式という意味合いがあります。仏教には主に天台宗・真言宗・浄土宗・浄土真宗・臨済宗・曹洞宗・日蓮宗などの宗派がありますが、浄土真宗では冥土への旅を否定しているところが特徴的です。また、宗派によって戒名のつけ方、焼香の仕方などが異なります。

キリスト教式での葬儀

キリスト教にも多くの会派がありますが、大きくはカトリックとプロテスタントにわかれ「死」に対する考え方も異なります。葬儀は、カトリックの場合は、故人の罪を神に詫びて許しをこい、靈魂の安らぎを祈ります。一方、プロテスタントの場合は、故人が生前受けた神の恵みに感謝し、神を礼拝するために行われます。

通夜（カトリックの場合は「通夜の祈り」、プロテスタントの場合は「前夜式」「棺

前祈祷会」などと言います)は、自宅で行います。棺の前に遺影・十字架・蝋燭・花を飾り、神父を招いて聖書を朗読し、説教を聞き、聖歌(賛美歌)を合唱し祈ります。葬儀・告別式の設営・進行は教会によって大きく異なります。とくにプロテスタントにおいては、教会主導による葬儀が執り行われます。

※キリスト教の場合には、臨終時に司祭・牧師立ち会いのもとで共に祈ることが大切とされていますので、危篤状態になったらすぐに教会に連絡します。

神式での葬儀

神道では死んだ人の魂は遺体から離れて氏神のもとに帰っていきとされ、これを「帰幽」といいます。その靈魂は生前と同じように家族の近くで生活すると考えられています。

神道の葬儀を「神葬祭」といい、「通夜祭」と「還霊祭」が通夜にあたります。「通夜祭」は故人に対して生前と同じように奉仕する儀式、「還霊祭」は故人の靈魂を「靈璽(仏式の位牌にあたるもの)」に移す儀式です。告別式は「葬場祭」といい、故人の霊が守護神となって遺族を守るよう祈ります。

その他の宗教

その他諸々の宗教においても、それぞれの「死に対する考え方」を尊重し、宗教関係者とよく打ち合わせた上で弔いの儀式を行います。

どの宗教によって葬儀を行うかは、基本的には故人の信仰していた宗教によるのがよいでしょうが、それがわからない場合にはその家の宗教、それも明らかでない場合には遺族で相談して決めます。できるだけ、どの宗教宗派で葬儀をあげたいのかは事前に家族に話しておくといよいでしょう。

Memo



[2] 実践に役立つ知識 (Q&A形式)

6. 残される家族の問題

Q

uestion 6-a

高齢の配偶者が残る場合—夫あるいは妻との死別—

A

nswer - - - - -

この世に生を受けたときには他人であった男女が、縁合って結婚し「家族」として生活を営み、やがて老年期を迎える—日本人の平均寿命が延びた現在、夫婦として暮らしていく時間は非常に長く、そのために高齢になってから自分の配偶者と死別するケースが多くなります。日本人の平均寿命だけで考えると、配偶者との死別は老年期の女性に多いといえますが、妻が死んで夫が残される場合もあります。ここでは、両方のケースを事例として取り上げました。

最初は、死別体験後、自らが生きがいを見出して悲しみを乗り越えた男性の事例です。

【事例—夫が妻を看取る】

75歳の妻を80歳の夫が介護していた事例です。夫はそれが自分の生きがいであるかのように、妻を献身的に介護していました。妻が亡くなった際に、妻だけでなく「妻の介護」という生きがいをも喪った夫は「さみしいなあ、さみしいなあ……」としきりに訴え、表情も暗く、このままどんどん落ち込んでしまうのではないかと周囲が心配する程でした。しかし、夫は自ら次の生きがいを見出しました。蜜柑農家であった夫は新しい蜜柑の品種を開発し、現在では小さな畑で一人、蜜柑作りに精を出し、生き生きと暮らしておられます。

次は、配偶者の死を覚悟しながら最期まで在宅で精一杯介護できたことが、死別後

の満足につながった事例です。

【事例一妻が夫を看取る①】

85歳の夫を78歳の妻が介護していた事例です。夫婦は二人暮らし。夫は糖尿病性壊疽が下肢に拡がって疼痛もあり、寝たきり状態であったため、オムツ交換など妻の介護負担は大変大きなものでした。近所に住む47歳の次女が介護に協力していました。夫の全身状態が悪化してきた時期に、訪問看護師は家族に対して終末期の希望を尋ねました。妻も娘も数日間考えた結果、「入院したらもう家には戻れないだろう」と最期まで在宅療養を希望されていました。この行為により妻には夫の死を受容しようとする準備態勢ができたようにみえました。夫の死後、妻は喪失感も強かったようですが、最期まで介護できたという安堵感も認められました。

最後は、在宅で看取ることができず、寂しさや孤独感を感じながら夫の死を体験した事例です。一口に夫婦といってもさまざまなケースがあり、考えさせられる事例もあります。

【事例一妻が夫を看取る②】

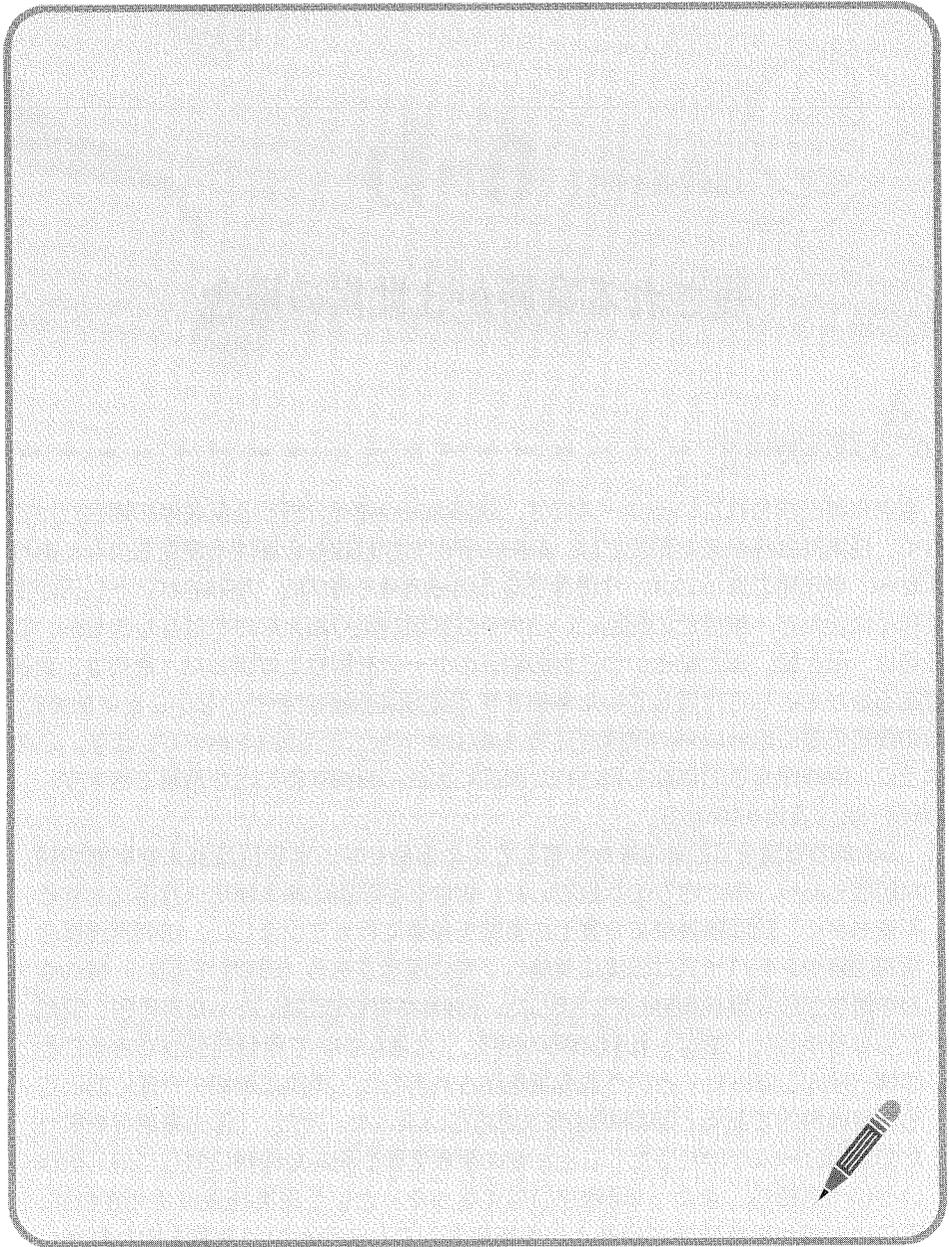
83歳の夫を74歳の妻が介護していた事例です。妻は後妻で子どもはなく、別居している先妻には子どもがいました。夫は癌の末期でモルヒネによる疼痛コントロールを実施していました。子どもの希望により、夫婦には癌の末期であることを告知していませんでした。妻は食事介助、排泄援助など献身的に介護を実施していました。妻は夫の全身状態に一喜一憂し、なんとかずっと在宅で介護したいと希望していました。夫は妻と二人だけのときにはいつも「お迎えがくる、いつまで生きているだろう……」と死に対する不安や恐怖感を訴えていました。主治医より「もしも状態が悪くなったらどうするか」と終末期の希望を尋ねられた際、妻は「息子夫婦にも相談したがなんの返事もなし。私はできるだけ在宅での生活を続けたい。……」という返答をしていました。この頃より妻の寂しさや不安感の訴えが強くなったため、訪問看護の回数を増やしたり、妻に対する精神的なサポートを強化したりしました。夫は徐々に疼痛が増強しモルヒネによるコントロールも不十分となり、昼夜問わず意味不明の言葉を話すようになったため、妻においても身体的・精神的な負担が大きく、最終的に相談の結果入院することになりました。妻は「こういうことがあるからやっぱり在宅で私一人では無理だなあ」と涙ぐまれていました。夫は病院で息を引き取りました。

配偶者との死別後、残された配偶者が死別体験後の生活を有意義に過ごすためには、今後の人生をいかに生きるか、悲しみの心を癒す生きがいがあるかどうか、残され

た配偶者をいかに他の家族成員が支援できるか、社会的にどのようにサポートできるかが重要なポイントになると考えます。私たちは、家族がその発達課題における最大の危機ともいえる「死」や「看取り」に対して、家族成員が力を合わせて向き合い、解決していけるように支援していく必要があると考えます。

ここで、妻が夫を介護していた別の事例をご紹介します。普段から夫婦仲があまりよくなく、娘たちもそのように認識していました。夫の死を充分に受容していたように見えていた妻は、夫が死を迎えた日、心理的衝撃のために寝込んでしまい、3日間立ち直ることができませんでした。私たちは、看護の対象である家族の言動や感情を充分に把握していると思っけていても、心の奥深くに潜む感情は見えていない場合もあります。「死別」という体験は人の心を大きく揺さぶる影響力を持っています。既成概念や先入観に囚われることなく、柔軟に対応できる支援体制が必要であると考えます。

Memo



6. 残される家族の問題

Q

uestion 6-b

残される家族が3世代の場合

A

nswer

老老介護と言われているケースには、高齢の夫や妻を介護する配偶者の場合だけでなく、長寿社会を迎えた現代では、高齢の子どもが老親を介護する場合も少なくありません。老年期にあっては、介護者である自分自身も身体的・精神的なストレスが多くなるに加えて、家族との死別という大きな課題を乗り越えなければなりません。ここでは、母と娘、嫁と姑という二例の親子のケースを取り上げました。最初は、実子である娘が主として介護していた事例です。母の死を受容できていないことに加えて、母の臨終の際に自分以外の家族が立ち会えなかったという後悔を抱いています。このように、臨終場面での体験も残された家族に大きく影響することが理解できます。

【事例—娘が母親を看取る】

93歳の母親を62歳の娘が介護していた事例です。母親は腹部大動脈瘤や骨粗鬆症もあり、寝たきりの状態でした。娘は在宅療養の導入期には介護に対する不安も多く、訪問看護師に介護上の質問を頻繁に行っていました。訪問看護師の指導内容やアドバイスは忠実に実施し、副介護者である（母親から見た）嫁の協力を得ながら介護を実施していました。母親は病状安定期にあったある日、突然亡くなりました。娘は、母親の死の直後、「介護において自分自身ができることは精一杯成し遂げた」という達成感を話されました。実際に普段の介護においても大変献身的であると訪問看護師は認めていました。ただ、「母の最期を看取ったのは自分一人だけだった」ことが他の家族成員や死んだ母親に対して申し訳ないという気持ち、また、「母親がいなくなった」という現実を受け止めきれず、そこに母親がまだ生きているという錯覚をしてしまうという言葉も聞かれまし

た。

次は、嫁が姑を介護していた事例です。献身的に介護すればするほど親戚からは「こんな状態になってまで長生きさせるのは可哀想じゃないか」と言われ、少しでも姑の状態が悪化すれば「ちゃんと見ていない」と言われる大きな精神的ストレスのなか、最期まで姑に愛情を注いだ介護を行った事例であります。

【事例一 嫁が姑を看取る】

86歳の姑を63歳の長男の嫁が介護していた事例です。姑が寝たきりになってから亡くなるまでの期間は約1年半でした。夫や近隣に暮らす親族も介護には参加せず、嫁がほとんどの介護を担っており、また、姑には多数の壊死状態の褥瘡があったことから、身体的・精神的な介護負担は大変大きなものでした。しかし、嫁は毎日献身的に介護を行っていました。他人が見れば目を背けてしまうような、全身状態の悪化と共に壊死状態となった姑の下腿を、嫁は毎朝丁寧に足浴していました。姑が亡くなった後、訪問看護師が焼香のために訪問した際には、「姑を最期まで一生懸命看取りきった、後悔はない」という満足感を表出し、「姑がいなくなったことが信じられない」と涙ぐまれていました。また、姑に対して「本当にありがとうと言いたい。家で見てよかった」という気持ちだと語られていました。さらに半年後には、「自営業の店が忙しくて」と生き生きとした様子が見られました。

舅や姑の介護を行う際の嫁の思いとして、「嫁の責任や義務を果たすために、という気持ちが強いだろう」と捉えることが多いのではないのでしょうか。しかし、この事例のように親と実子以上の結びつきが認められるケースもあります。ただし、嫁姑の場合は、親戚を含めた家族内の人間関係も無視できません。嫁にはおそらく実子以上に人間関係のストレスがあり、死別後もそのストレスが続くことを認識し支援していくことが必要だと考えます。

私たちは、要介護者と主介護者という二人だけに目を向けるのではなく、家族の暮らす地域の特性や家族関係の全体像を把握し、支援していくことが大切です。親との死別という大きなストレスに前向きな対処ができるように、日常から、家族成員個々のアセスメントや家族関係の把握を行い、支援していくことが重要であると考えます。

6. 残される家族の問題

Question 6-c

「残される家族」のための看護支援とは

Answer -----

人の生き方に一つとして同じものがないように、生の終え方も誰もが違います。人生の最期の締めくくりを本人だけでなく、その家族においても悔いなく迎えたいものです。さらに、残された家族が新しい家族として再出発し、機能できるように私たちは支援していく必要があります。とくに、逝く者も残される者も高齢の場合、十分な支援体制を確立することが望ましいと考えます。たださえストレスの多い老年期に、介護や死別といった大きなストレスは当然身体的にも精神的にも大きな影響を与えます。終末期が近づけばなおのこと、介護者にとっては、昼夜を問わない見守りやケアを行っていかねばならず、身体的・精神的疲労はますます大きくなります。老親の、あるいは、長年連れ添ってきた配偶者の死に直面した家族の思いや反応については、国内外で多くの研究がなされています^{1)~13)}。いずれの研究を見ても家族成員との死別を体験した家族には多様な身体的・心理的反応が出現することがわかります。またその反応は個人によってさまざまです。例えば、一生懸命献身的に介護をしていた場合、死別後の喪失感も大きく、うつや無気力、また今後の生活に対し大きな不安を抱くこともあり、介護歴が長く心身共に疲れ切っていた場合は安堵感や責任を果たし、肩の荷がおりたと思うこともあります。したがって、日頃から家族が要介護者に対してどのような関わりをしているかを十分に観察し、言動や感情表現から家族の心理状態についてアセスメントする必要があります。とくに終末期にあっては、さまざまな変化が家族関係に現れるため、冷静かつ客観的に捉えなければなりません。私たちは、家族成員との死別という危機的な状況を、「家族自身が乗り越えていけるように」支援したいと考えます。

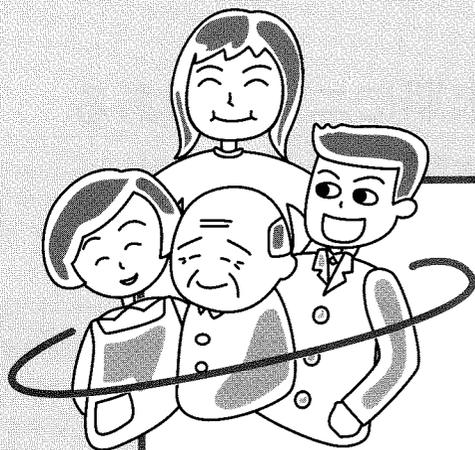
現実的に、訪問看護師が死別後のケアにどれだけ関わられるかは大変難しい状況にあります。利用者が亡くなった時点で訪問看護は終了してしまいますので、家族に対して新たに医師の指示書が出ない限りはフォローすることはできません。実際には、訪問看護の合間を縫って焼香に伺い、家族の方と会話するのがやっとではないでしょうか。しかし、焼香という短い時間においても、残された家族と一緒に故人を偲び、死後の精神的ダメージを和らげるという関わりを持つことは大変重要な支援の一つであると考えます。このような関わりの中からも、残された家族に対する死別後のケアが継続的に必要であると判断した場合には、保健師やカウンセラー、民生委員等に限らず、地域におけるさまざまなインフォーマルなネットワークを活用して支援体制を確立する必要があります。また、死別時・死別後だけを捉えるのではなく、日頃から悲嘆・哀悼過程への支援を行っていくことが大切です。例えば、介護へのねぎらいを伝える、家族の思いを表出させる、家族の思いを受容する、最大限の資源を利用し少しでも家族が親あるいは配偶者の最期を穏やかな気持ちで看取れるように関わる、親あるいは配偶者の死を家族が受容できるように精神的な支援をする、死期が近い場合に最期をどのように過ごすか一緒に考える、などです。日常のケアにおける悲嘆・哀悼過程への支援を次にまとめました。

- ・ 家族関係などに起因する情緒的な問題に対しては家族自身が問題解決できるように、思いを表出してもらい、傾聴の姿勢で気持ちを受容することで介護負担の軽減とストレスの発散を助け、在宅介護の破綻を防ぐように関わる。
- ・ 終末期における介護は、献身的なケアにも関わらず全身状態が悪化するばかりで、介護の成果が見えない場合がほとんどであるため、家族の介護努力を誉め、介護の成果や評価が見えないと悩む家族の思いを受容し、家族の罪責感と不安を軽減することが大切である。家族のやりがいや努力が要介護者の最期のときまで最大限発揮されるように配慮する。
- ・ 要介護者への愛情に基づく家族の努力を誉め、家族が肯定的に介護体験を捉えられる力を助長する。この力は死別後も介護体験を肯定的に捉えられるように働くと考えられる。

家族成員との死別を乗り越え、さらなる課題に立ち向かう力は、大小の違いこそあれ、どの家族においても備わっているはずで、その力を引き出し、パワーアップさせるための支援を私たちは行っていくべきだと考えます。家族成員一人ひとりの対処能力を見極め、それらを効果的に活用し、家族全体の力を最大限に発揮できるようにアセスメントと看護介入をこれからも実施していきたいと考えます。

Memo





3. 他職種との ケアマネジメント

1. 高齢者の終末期にニードのあるサービスとケアマネジメント
2. 医師と家族と看護職
3. 介護職と家族と看護職
4. 宗教(職)と家族と看護職

[3] 他職種とのケアマネジメント

1

高齢者の終末期にニードのあるサービスとケアマネジメント

介護保険の影響

2000年4月に介護保険制度が本格的に施行されたので、高齢者の医療福祉サービス利用に関する研究の枠組みは介護保険の影響を考慮せざるを得なくなっている。東京都では、介護保険前は多くのサービスが行政サービスとしてほとんど無料で利用できた。そのため、利用したいサービスメニューさえ揃っていれば、ニーズに合わせて導入することができたのである。しかし、現在は1割の利用者負担があり、ケアマネジャーによるケアプランによってサービスが決まるため、既存の統計資料からのニーズ把握は難しくなっている。全国的にも利用限度額に対する平均利用割合は、在宅サービスの場合半分に満たない。

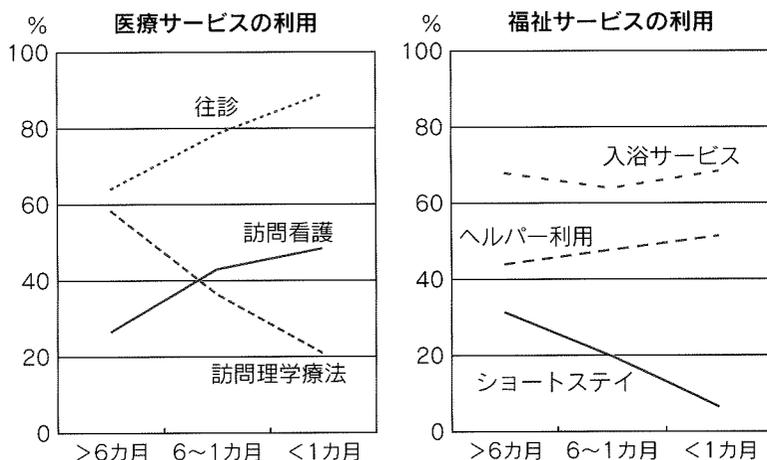
高齢者の終末期にニードのあるサービス

筆者は介護保険が施行される前(1993年～1997年)の行政の訪問看護指導利用者のうち、在宅で亡くなった高齢者と入院後1週間以内に亡くなった

高齢者の終末に至るまでの利用サービスの変遷について調べた。当時、訪問看護指導員は利用者の意向に沿って、必要なサービスを紹介し、導入するケアマネジメントの機能も果たしていた。その調査結果を参考に、高齢者の終末期にニードのあるサービスについて述べたい。

図3-1は、上記の調査における死亡前6カ月間の医療福祉サービス利用率の変化について示したものである。医療サービスとして往診、訪問看護、訪問理学療法(訪問リハ)の3つを、福祉サービスとして入浴サービス、ヘルパー、ショートステイの3つを取り上げた。ここでいう訪問看護は訪問看護指導員とは別に、訪問看護ステーションから派遣される看護師のことである。当時の訪問看護指導員の1件当たりの訪問頻度は1カ月に2回が原則であったため、頻回な利用が必要な場合はステーションの訪問看護を依頼した。福祉サービスにはデイサービスやデイリハなどの通所サービス利用があったが、調査時点での利用者が多くなかったため、除外している。以上の制約はあるが、各々のサービス利用の特徴はある程度把握できる。

図 3-1 死亡前6カ月間の医療福祉サービス利用の変化 (N = 97)

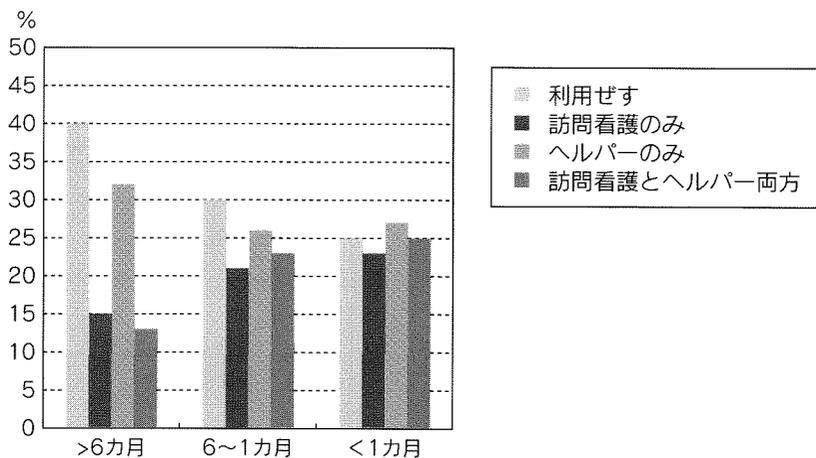


医療サービスでは終末の1カ月前に向けて、往診の利用と訪問看護の利用が増え、逆に訪問理学療法の利用が減っている。福祉サービスでは入浴サービスは全体を通して大きな変化はなく、利用も高率である。ヘルパー利用は終末1カ月前に向けてゆるやかに増加している。逆にショートステイの利用は直線的に低下している。これは高齢者の終末期の状態変化を考えれば至極当然の変化とも考えられる。終末が近い状況になると、通院は困難になり、在宅での死亡に備えて、往診医の利用が増加する。反対に理学療法は、もはや回復の見込みがないということで利用は低下していく。高齢者のADLは全般的に低下し、傾眠傾向になるので、介護量は若干増加する。しかし、基本的な介護量は6カ月前と比べて劇的に増加するわけではないので、ヘルパーの利用は緩やかな増加に留まる。むしろ、

専門的な状態観察と変化への対応・相談のために訪問看護の利用が増加する。訪問看護が6カ月以前よりも6カ月から1カ月の間に増加することは着目すべき点である。終末に向けての状態変化はこの間に決定的に進むことを反映していると考えられる。終末1カ月前になると、利用はほぼ固定する。入浴サービスは都市部でお風呂が狭いこともあり、利用率が高くなっている。全介助の状態になると、高齢者の拒否がない限り、最も安楽に入浴できるためであろう。ショートステイの利用率が下がるのは利用中に亡くなることを恐れる点が最も大きいと考えられる。高齢者の状態変化から、もはや、レスパイトなどといってられない、終末は近いという体制に変化していることを反映したものと考えられる。

図3-2は、とくに訪問看護とヘルパーの利用について利用の内訳を分析した

図 3-2 死亡前 6 カ月間の訪問看護とヘルパーの利用の変化 (N = 97)



ものである。終末の6カ月以上前では訪問看護もヘルパーも利用していない人が最も多く、ついでヘルパーのみの利用が多いが、6カ月前になるといずれも利用していない割合が減って、逆に両方利用する人が増加し、ほぼ同率になっている。訪問看護のみの利用も終末の6カ月から1カ月前にかけて増加している。しかし、6カ月前と1カ月前では、いずれの利用パターンもそれほど変化しておらず、死亡6カ月前には、ケアマネジメントを決定的に変化させる徴候が現れていると考えられる。この調査では決定的な要因を明らかにすることはできなかったが、食事摂取量の低下や、傾眠傾向であろうと予測される。

この調査では、とりあげていないが、入院は最も終末期のニーズの高いサービスである。在宅で終末を迎えたいという意思表示のない高齢者と家族の多くは、

この段階で入院する。それは施設内死亡数が約8割を占めることから明らかである（高齢者のみに限ればもう少し低いと考えられるが）。

終末期のケアマネジメント

今まで述べてきた調査のなかでは、さまざまな疾患はあるものの、それが直接の死因にならず、老衰に近い状態で亡くなった高齢者が多かったが、主疾患が癌であった高齢者が数名いた。癌の終末期で訪問看護を利用する高齢者は徐々に増加しているようである。ヘルパーや在宅改修などのサービスを利用するため、医療保険でなく、介護保険で利用するケースも少なくない。状態やニーズによって医療保険と介護保険を使い分けているのが現状であろう。高齢者といっても、65歳から100歳を超えるまで40年近

い開きがあり、同じ部位の癌であっても年齢によってかなり状況が変わるように思われる。

60～70歳代の癌はかなりの速さで進行し、壮年期の癌患者とそれほど予後も変わらないため、在宅の終末期も壮年期に準じた対応が必要になる。壮年期と異なるのは、家族の発達周期として老年期に入っているので、夫婦二人の生活が中心になっている点である。配偶者が介護者として充分対応できる場合には、短期決戦で緩和医療を中心とする濃厚な医療サービス中心の訪問看護が必要になる。しかし、85歳を超えると、癌の進行も緩やかになり、閉塞を起こさない限り、おだやかに経過していくことも少なくない。この年齢になると子どもの世代も高齢者になり、介護力の安定した確保が不可欠になる。また、癌と脳梗塞や神経疾患などを並存することもあり、すぐ入院できる医療機関の確保も必要にな

る。癌という疾患の性質上、本人や家族が在宅で終末を迎える強い意思があることも多く、臨機応変なケアマネジメントでタイミングよく医療福祉サービスを導入し、サポートしていくことが不可欠である。

癌というと告知の問題があるが、認知障害を高度に並存し、もはや普通の会話も成り立たないケースでは、告知する意義は少ない。高度の痴呆症状がある高齢者で癌が見つかった場合、その後の対処のほうが、家族にとっては難しい決断になろう。そのような場合では保存的治療を望むことが多いようであるが、この問題についての社会的コンセンサスは得られていない。痴呆高齢者の終末期にどこまで積極的な治療がなされるべきか、家族がそのことをどのように考えたらよいのか、いろいろな方面から検討する必要がある。

[3] 他職種とのケアマネジメント

2

医師と家族と看護職

医師の考え方を知る

本題から少しそれるが、ここで高齢者の老衰死ともいうべき死のプロセスについて少し触れたい。高齢者を点滴などの医療行為を行わずに、自然に看取っていくことの是非は、医療関係者の間でも見解のわかれるところであり、倫理的問題があるため、エビデンスをとるような研究はできない。積極的にそのような選択をした高齢者と家族の事例から推し量るしかないのであるが、そのような高齢者の死を多く経験した者であれば、自然に亡くなっていく高齢者の多くが、枯れるように、眠るように静かに亡くなることを知っている。

まず、苦しみの訴えをすることなく、食が細くなる。食べられる量をとにかく食べてもらうようにして過ごす。飲水が難しくなるあたりから、脈がやや速くなり、眠っている時間が長くなる。強くゆすったり、呼びかけたりすれば、開眼し、応答することが多い。この時期の高齢者に眠っている間の夢を聞いてみると昔の知人や出来事を夢見ていることが多

いようである（この時点で会話ができる人は珍しいが）。とろみをつけた水分をゆっくり飲ませたり口をこまめにぬらすなどして、水分を補給していると、尿が全く出ないということはない。この間、風邪などの感染や末梢の保温、湿度の管理、全身の清潔に気をつけ、エアマットを利用したり、適宜体位変換をしたりすることで除圧を心がける。この状態も意外と長く続くことがある。長くなると褥瘡ができてくる場合はあるが、急激に悪化はしないので、感染を予防して保護する。脈拍数が下がり、血圧が低下し、下顎呼吸が見られるようになると医師も看護師も死が近いことを判断できるので、最終的な死期の判断は医師と検討し、一両日中が予測される場合は死亡時の対応について確認をする（この前の段階ですでに死亡した場合の話はしてあることが多い）。

このような高齢者の死を肯定的に捉える医師もいるが、反対に絶対に受け入れない医師もいる。在宅で看取る体制を整えるには、このような死を肯定的に捉え、家族や高齢者本人の「家で死にたい」「家で看取りたい」という思いを受け入

れて、終末の迎え方を家族と話し合える医師に主治医になってもらう必要がある。往診ができない大学病院の医師しか主治医がない場合は、地域のかかりつけ医を探すことになる。しかし、いろいろな経路で訪問看護サービス利用に辿りつき、在宅療養をしている過程で家で看取することを決心するケースもある。医師との出会いは半分「運」の部分があるのも現実である。家族が医師を変えてでも家で看取することを貫くのであれば、医師の考え方をよく知った上で往診を依頼することである。

家族が信頼する医師を信じる

訪問看護師として働く上で、その個人なりの死生観や「死へのピリーフ」を持つことはとても重要なことであると思う。しかし、そのことが押しつけになったり、先入観になってしまうことは避けなければならない。「このまま在宅で看取れるのに」とか「入院させたほうが楽なのに」とか、どうしても感じることもあるかもしれないし、医師と考え方が合わない場合に、家族がどのように考えるのかははっきりさせたくなるかもしれない。家族の意向を言葉で確認することの重要性はQ&Aのなかでも述べているが、言葉で意思を表現しない家族ももちろん存在する。医師にすべての判断を任せ、自分たちの意向をはっきりさせない、つかみどころのない家族というも決して少なくない。むしろ現実にはそのような家族のほうが多いのかもしれない。そ

のような家族が、在宅で看取するという選択をすることはほとんどないのであるが、気がついたら亡くなっていた、ということになる場合はある。その場合に医師がどのような対応を取るかも、個人差が非常に大きい。医師と定期的に話し合う機会があれば、互いの意思疎通も図れるが、指示と報告を文書だけでやりとりするという場合もあろう。チームアプローチや連携の重要性はどの教科書にも書いてあるが、実際にすべてのケースにおいてうまくいくわけではない。現実の訪問看護では、むしろ難しいことのほうが多いように思う。高齢者や家族など当事者の意思が明確でないときにはとくに難しい。このあたりの考え方は看護職によっても見解がわかれるところであろうが、医師と患者の出会いの「運」を尊重することで、解決することもあるのではなかろうか。あとは、エビデンスを示して根気よく働きかけることである。その患者家族のときには理解しあえなかったことでも、次のケースのときに生きてくることはある。逆に、そのケースを受け持たなかったら、会うこともなかった医師から学ぶことが多くある場合もある。最初からチームを組んでとか、共通理解で、と考える前に、受け持ちの訪問看護師として高齢者と家族に出会い、そのケースに関わるさまざまな考え方の職種に出会った「縁」を最大に活かせるような関わりの工夫をしていくこと、また、自分の考えを感情的にはなく、冷静に理論的に説明できることも重要である。時と場合によるが、在宅ではチームアプ

ローチよりも「連携」のほうが効果的な戦略になりうると筆者は考えている。

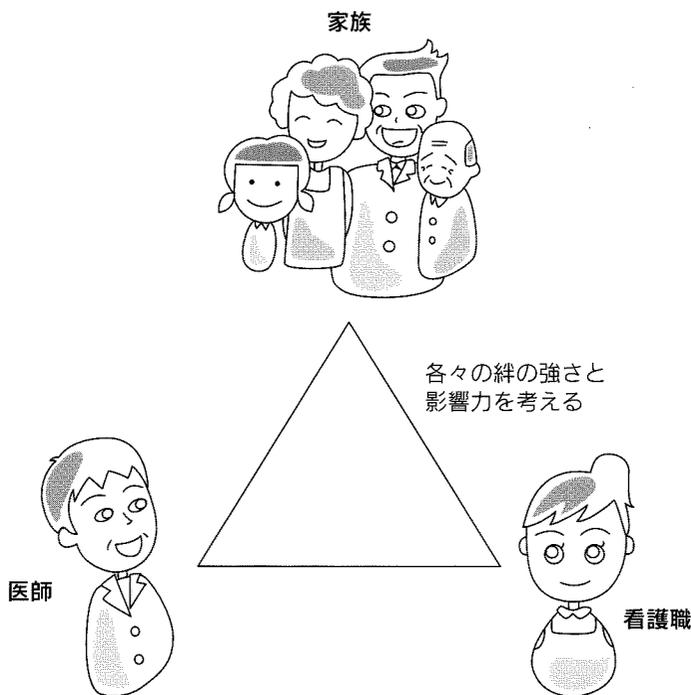
医師、家族、看護職の連携

実際の訪問看護ではこの三者の他にケアマネジャーやヘルパーなどさまざまな職種が関わっている。連携の取り方やチームの組み方、指示系統はその集団の目的によって変化する。看取る家族が存在する高齢者の終末期に、どのような形の連携がよいのかということは簡単にモデリングできるものではない。理想は図3-3のような三角関係の均衡が取れてい

ることかもしれないが、実際はそれぞれのバンド（繋がり）の強弱や影響力（パワー）の不均衡が存在する。この関係性のバンドを「信頼」という関係性で考えるか「関わりの頻度」と考えるかで、評価は大きく変わる。実際はいろいろな要素が相関している上に、それぞれの職種の個人が思い描くこの関係図の様相は異なるから厄介である。

実際の連携がどうなのかということは、とりあえずおいておくことにして、多職種のなかで、家族から見た自分の位置はどのあたりなのか、自分の影響力はどの程度かということを冷静に考えると

図 3-3



ということが重要であると思う。一つひとつの関係のなかで、自分の期待される役割と影響を評価し続けることである。高齢者の終末期はとくに看護の役割が大きく期待される時期である。だからこそ、自分の位置を見失いがちになる。図3-3は簡単な図だが、実際にこのトライアングルを効果的に維持することはなかなか難しい。それぞれのケースごとに医師と家族とのバンド（繋がり）とパワー（影響力）を分析しながら、臨機応変に対処することが効果的な連携につながると考える。

【事例】在宅で看取るために主治医を特定機能病院からかかりつけ医に変更した事例

98歳の母を70歳代の独身の娘が介護していた。娘によると90歳になっても滅多に病気をしない人であったが97歳時に骨折し、入院してから急に弱ってしまい、寝たきりになってしまった。病院が大嫌いで、今まで人に手を上げたことのない人なのに、入院中は看護師に手を上げ、ケアに抵抗した。優しい母の顔が鬼のようになり、笑顔がなくなった。その変化を見ていて、耐えられず、とにかく当座必要な介護技術だけ教えてもらって退院してきた（入院したK病院は自宅から数百メートルの近さである）。最初は試行錯誤の連続で、よかれと思って退院してきたのに、自分が追い詰められてしまって、気がつくや、母を叩きそうになっていた。これではいけないと思

って、区の福祉課に相談に行き、ヘルパー派遣と訪問看護指導が開始された。訪問開始時の主治医はK病院の外来医師であった。往診ができないので、1カ月に1回車椅子で受診した。当初は、歩けるようになることを信じて、K病院の外来リハビリにも1週間に1回通っていた。その年は猛暑であり、通院は母親にとって、あまり効果をもたらしておらず、むしろ体力を奪ってしまうので、「そろそろ往診を考えては？」と助言したが、娘は母の衰えを認めたくない気持ちもあり、しばらくは通院とリハビリ通院を続けていた。しかし、自分自身も参るほどの暑さのなか受診するので、母はリハビリどころではなく、連れて行っても寝てしまってリハビリにならないことが続いた。

在宅でできるリハビリを行いながら、涼しくなったら様子を見て再開するというようにしてリハビリ通院をやめたが、外来通院は依然として続け、なかなか往診医への切り替えができなかった。母本人は「絶対入院はしたくない」と話し、娘は漠然と「入院はさせたくない」と話してはいたが、「自分で看取れる自信がない」とも話していた。ある朝「おむつが真っ赤だ」と連絡があり、緊急訪問すると、血尿のようであった。体力低下が原因である可能性を話し、入院して検査するか、往診医に診てもらうかという話になったが、別居している兄に相談するということになった。結局、その時点で初めて、かかりつけ医に診てもらうことになった。幸い血尿はすぐに止まり、内

服薬で様子を見ることになった。かかりつけ医に変わってから「K病院の先生もいい先生だったんだけど、いつも忙しそうで必要最低限のことしか話せなかったけど、往診してくれる先生とは自分のうちで一对一で話せるから、気分的にとても楽になった」と話された。それから1年余り、食が細くなったり、回復したりを繰り返しながら、安定した生活の後、回復しない食欲不振が出てきた。脱水になるため、往診医が点滴をしたが、小児用の留置針で1日500ml1本がやっとであり、それも本人が嫌がるため、腕を固定せざるを得なかった。「3回刺して入らなかったら、その日は諦める」という合意で医師も頑張ったが、いよいよ入らない日が続くようになった。その頃までには、家で看取る決意も固め、時々兄嫁が手伝いに来たり、孫が泊まりに来たりという親族全員で看取る体制が整って

いた。最初の訪問から約1年半後、100歳の誕生日を半年後に控えた日の正午、娘が昼食の準備をしているときに、静かに息を引き取られた。お悔やみの訪問をした際、娘はそのときのことを「最初は何か起きたのかわからなかった。思い切りゆすって呼んだけど、息をしなかった。時計を見て、M先生（かかりつけ医）を呼んだ。自分でも不思議なほど落ち着いていられた。先生が大先生（M先生の父）と一緒に来たので、『先生、本当にもう、戻らないの?』と聞いたら、大先生が『こんなに静かにきれいに死にたくたって死ねるものじゃないよ。大往生だ。私もあやかりたいものだ』と言ってくれた。本当に自分がこんなに落ち着いて看取れると思わなかったけれど、これも皆さんのおかげです」と話してくださいました。

【3】 他職種とのケアマネジメント

3

介護職と家族と看護職

介護職と看護職

介護保険制度が施行されてから介護職の専門性と看護職の専門性ということがよく話題になる。介護保険制度施行よりさらに前、つき添い人が廃止されるまでは、一般病院をはじめ、老人病院、特別養護老人ホームにはつき添い人がつくことができたし、多くの医療保険や医療特約つき生命保険などではつき添い人看護料の補助がうたわれていた。つき添い人は要介護者の身の回りの世話から、場合によっては痰の吸引まで行っていた。家族に準ずる扱いだったと言える。しかし、その質は個人差が大きく、医療行為は法律に抵触するという事などさまざまな理由から廃止された。しかし、廃止された当初は家族がつき添うこともできず、かといって、看護師の数は充分ではないという時期があり、親戚と偽って、雇った家政婦につき添いを頼んだという家族の話もある。

その状況が改善されたかどうかは別にして、老人病院など、長期療養のための施設は療養型病床群とされ、看護職の数

と同数の介護職が配置されることになった。福祉施設ではもともと寮母が、高齢者の身の回りの世話を行う中心的な職であったが、現在ではケアワーカー、介護職員という呼び方が一般的になりつつある。在宅でも、要介護高齢者のいる家で、家族が仕事を持っているなどの理由で介護できない場合、住み込みの家政婦が介護を行っていた。現在でも、可能な部分を介護保険で、足りない部分は私費で24時間住み込みの家政婦を雇っている家もある。介護保険後は、家政婦ではなく、ヘルパーとして雇用することが多くなった。

介護福祉士は国家資格であるが、ヘルパーは規定の講習を受けることで自治体の定めた等級（1～3級）の資格が得られるが国家資格ではない。介護福祉士およびヘルパー2級以上取得者であれば、高齢者の体に直接触れる身体介護を行うことができるとされている。介護保険制度においては身体介護に掛かる報酬が最も高く設定されている。ヘルパーの研修テキストではヘルパーとしての重要な仕事を①身体介護、②家事援助、③療養上の相談・助言としている。いずれも訪問

看護師が行う可能性のある仕事である。最も行う可能性が低いものは家事援助と考えられるが、全く行わないと決めるわけにもいかない仕事である。身体介護と療養上の相談・助言は仕事としては重なってくる部分であろう。ここで、同じことをするなら、単価の安い職種のほうがよいか、医療の部分だけは訪問看護師が行うとか、といった議論になるわけである。

介護職と看護職の関係の難しさは医師との関係とは異なった性質を持っていることが多い。医師の仕事と重なってくる部分はあるが、現在のわが国の制度上、看護職は「医師の指示のもと」にサービスを提供することが原則になっている。暗黙のうちに、縦の関係性ができやすい状況なのである。しかし、介護職は医療職ではないので、医師や看護職の指示のもとにサービスを提供するわけではない。そうは言うものの、介護保険による利用者であれば、原則的にはケアプランに基づいてサービスを提供することになっているので、ケアプランはケアマネジャーがかかりつけ医（主治医の意見書を書いた医師）と相談して立てることになっている（現状では行われていることのほうが少ないようであるが）。介護職が看護職の指示を受けなければならない義務はないのである。ここが微妙なところであるが、実際のところ、その家の家庭状況まで把握して診察する医師は稀である。医療職のなかで、最も介護に近いところにいるのが看護職であり、その意味で、医師の代理的な役割として介護職を

監督しやすい立場である。

人間の心情として、他職種間の関係の場合、すぐに上下の関係を査定してしまう。横の連携というのは実はとても難しいものである。とくに自分の監督下という意識をしている職種が監督されたがらない場合は軋轢が生じる。これが看護職と介護職の連携を難しくしている本質だろうと筆者は考えている。多くの福祉施設で連携がうまくいかず、管理者が頭を痛めている点はここにある。

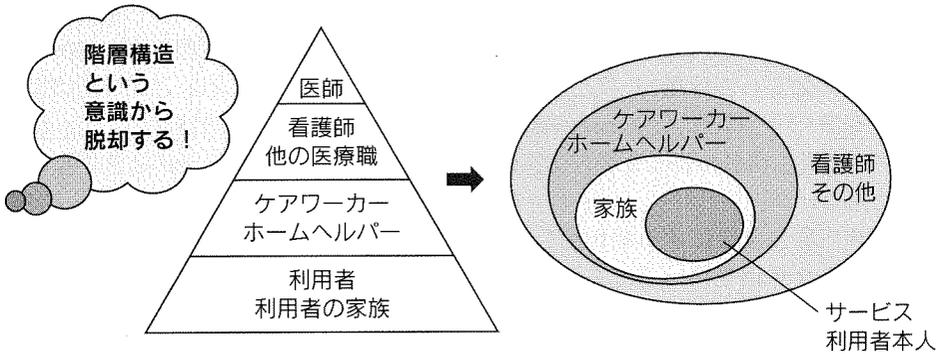
家族に準ずるものとして 介護職を捉える

24時間世話してくれる家族がいる要介護高齢者以外にとって、介護職はなくてはならない存在である。利用者と家族にとって、関係する職種がうまく連携することが最も望ましいサービス提供のあり方であることは間違いない。図3-4は介護職との連携を考える際の概念を示したものである。

ここで、施設の場合を含めて、看護職と介護職が家族のために効果的に連携するための考え方についてまとめておく。訪問看護では、介護職がいる時間帯に訪問することもあれば、しない場合もある。独居や高齢者世帯では、できるだけ訪問が重ならないようにケアプランを立てる場合もあるので、連絡ノートなどで情報交換することも多いと思われる。

そのため、在宅ケアでは施設ケアほど介護職と看護職の間で軋轢は生じないかもしれない。

図 3-4 職種間の階層構造からは連携は生まれない



●看護職と介護職が効果的に連携するための考え方

1. 協働はまず組織作りと管理職の実践から。
2. 各職種の得意とする部分を認め合い、尊重する。
3. 利用者の方にとってのメリットを中心に考える。
4. 各職種のスタッフ間に感情的なしこりを作らないように日々の働き方を工夫する。

具体的なコミュニケーションの例として……

1. 看護職の強みを介護職と共有できるメリットとしてアピールする。

(例)

- ・ 観察や介護職の報告から得られる情報から予測されるリスク、望ましい対応などについて、介護職に対し、きちんと言葉で説明する。
- ・ 異常などの報告を受けたら、状況を確認し、看護職としてのアセスメントを介護職に対して説明する。

- ・ 受診後の様子、診断の結果など、わかるように説明する。
2. 利用者の日々の生活を支えているのは介護職だということ、その情報の大切さを共有することが利用者の利益につながっているということを伝える。

(例)

- ・ 異常を早く見つけたこと、介護や家事援助の方法によって改善された健康上の問題などがあつたらそれは介護の仕事の結果であることを伝え、褒める。
 - ・ 逆に望ましくない対応が多い場合などは指摘の方法に注意を払う。
 - ・ 看護職が介護職から学ぶことがあることを伝える。
3. 共有すべき医学的知識、病状の説明などを利用者家族に説明するように、必要に応じて介護職に対して行う場と機会を作っていく。

(例)

- ・ 「フランドルテープ、バルーンカテ

ーテル使用の患者さんは怖くて入浴させられない」のでは困る。

- ・「疥癬^{かいせん}」や「MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）」など直接ケアを多く行う職種がきちんと知識を持っておく必要がある伝染性の疾患がある。
- ・服薬内容の変更による副作用など、介護職が知識を持っておくことで、報告が早まり、早期発見につながる場合がある。

終末期における連携

在宅ケアのとくに終末期に介護職と看護職の連携が問題になるのは、看取ろうとする同居家族が高齢や虚弱で十分な介護力が確保できない場合や、同居家族が主たる生計者で働きに出る時間帯がある（長期の出張なども含めて）などの場合である。全く身寄りのない独居高齢者が家で死にたいと臨んでも、今の制度のなかでは、実現はほぼ困難である。別居・同居に関わらず、その家で終末を看取ってあげたいと望む家族がいて、初めて看取りが可能になるのである。その意味で、直接的な介護をするかしないかではなく、高齢者の死を「看取りたい、見送りたい」という強い思いは家族ならではの強い思いである。稀なことであるが、同居家族や血縁家族でなくても、強い精神的な絆で結ばれた関係の人がその人を看取ってあげたいという気持ちから、看取ると

いうことはある。

前述しているように、家で看取るということは、最先端の医療技術を選択しないということでもある。この決断は家族にとって簡単なことではない。どんなに頭でわかっていても、そのときになると揺れ動くのが人情である。だからこそ、そのことに専念できる心と体のゆとりが必要なのである。介護で疲れきっている、そのように悩むこともできない。その部分は介護職のサポートが必要なのである。

最近、死を身近に経験することが少なくなっていることから、人が亡くなっていくプロセスに接したことがない介護職も多い。家族のいない間をお世話するわけであるが、そのプレッシャーは相当なものである。とくに、家族が看取りを希望している場合は、自分が訪問している間に何かあったら……という思いが大変強い。看護職の強みは体の変化を医学的な見地から冷静に観察することができる点である。必要以上に恐れる必要のない状態なのか、何かあった場合の対処を考える状態なのか判断できるということである（逆にいえば、介護職と異なり、判断しなければならぬということでもある）。緊急時の連絡先などについては家族と話し合って、万が一の場合に、どのような対処をとるべきか対策を立てておく必要がある。介護職に不安が強い場合などは、同行して介護の方法や、観察のポイントなどの相談にのる必要がある。

【3】他職種とのケアマネジメント

4

宗教(職)と家族と看護職

利用者宅に訪問するということ

日本の医療において「宗教」が問題になるのはよほど珍しいことのように思われるが、欧米の医療福祉サービスの研究においては、必ず調査項目に「宗教」がある場合が多く、アナムネを取るときにも、宗教は必ず聞くようである。日本で、さして信心深くもない一般人が宗教に関わるときといえば、正月、節分、彼岸、クリスマスといった年中行事と結婚式か葬式くらいなものではないだろうか。しかし、訪問看護師としていろいろなお宅に訪問していると、日本にもさまざまな宗教が生活のなかに根ざしていることに気づくのではなからうか。もっとも、訪問看護師自身が宗教を持っていることも少なくないであろう。東京は住宅事情からあまり大きな仏壇や神棚にお目にかかることは多くないが、仏間に寝ている要介護高齢者は意外と多い。大きな仏壇の上に、さらに大きな神棚があるということも珍しくはない。宗教を信じるもの同士が介護し合うということもある。いろいろな場合があるが、利用者のお宅を訪問

する仕事であるがゆえに、聞かずとも入ってくる情報がたくさんあるということである。

日本の看護教育のなかで取り上げられることは多くないように思うが、健康と宗教は文化人類学的にも保健社会学的にも深い結びつきが指摘されている。未開の土地の話ではないかと思うかもしれないが、日本の著名なホスピスの多くが、何かしらの宗教的色彩を帯びていることを考えると納得していただけるかと思う。とくに「生」や「死」というものに対して、近代の医学・看護教育はあまりにも無頓着であったと言わざるを得ない。病院という場が、「科学技術」の場になっていることも原因の一つであろう。しかし、看護師という仕事をしていると、そのような科学技術の場である病院のなかでも、ベッド柵にキリスト像の十字架がかけられていたり、汚れてしまった患者の浴衣を洗おうとしたら、お守りが縫いつけてあったり、病氣と闘う人々にとっての心の拠り所をふとした瞬間に見ることがある。病院でさえそうであるから、在宅という場合は、要介護高齢者や家族がそこに帰ることを望み、そこ

で生活することを享受する場合には、そこにいるだけでエンパワーされる場であると感じている。

宗教職と看護職

筆者が沖縄のある老人保健施設を見学させていただいたときのことである。その老人保健施設はキリスト教の敬虔な信者である理事長のもと、その信念を持って運営されていた。施設内には教会があり、3人の牧師がいるとのことであった。とても近代的で落ち着く造りであり、あちらこちらに花が活けてあったり、絵画が飾られていたりして療養環境に気を配られていることが感じられた。職員の方々も礼儀正しく、優しく利用者の方々に接しておられたのが大変印象的であった。しかし、案内をして下さった看護部長の話によると、利用者の多くはキリスト教ではなく、在来の先祖信仰であるとのことであった。クリスチャンで牧師の訪室を希望する人には喜ばれているが、在来の信仰の方には難しい点があるということをお話して下さった。

その地方では、49日までは亡くなった人の魂は亡くなった場所にいる、という信仰があり、49日目に亡くなった場所で線香をあげ、成仏を祈るのだそうである。ご存知の方も多いと思うが、沖縄はユタの信仰がある土地である。子どもが引きこもりになった、不登校になったといった相談をユタにすることも少なくないそうである。ユタはそのことが先祖供養に起因していると言い当て、供養を勧めるのだそうである。そこで、ずいぶ

ん前に病院や福祉施設で亡くなった高齢者の供養をそこでできなかったということで、忘れた頃に子孫がやってきて供養を希望するということもあるのだそうだ。宗教の難しさを感じたものである。

日本の都市部ではこれほど顕著な例は見られないにしても、癌患者のために作られたようなホスピスは、癌以外の疾患で、いつ来るかわからないお迎えを待つて暮らしている要介護高齢者は利用できないし、老人保健施設も福祉施設も病院も、宗教的な色彩のあるところでなければ、魂のケアまで考えてはくれない。住み慣れた家で、愛する家族と共に暮らすことができる、それだけで、充分癒される部分があるはずなのであるが、癒されるはずの家族に悩まされることがあるのも現実である。

「死」の話を避けない

訪問看護師にとって、高齢者と「死」の話をするという事は難しいことだろうか。避けたいものだろうか。

ここで、ある不思議な体験をした男性の事例を紹介する。その男性は89歳で、リンパ腺癌のため余命3カ月と告げられ余生を送るために帰宅した。痛みの訴えはなかったが、病院では食事を取ることができず、やせ細り寝たきり状態で仙骨部に軽度の褥瘡ができていた。79歳の妻は、毎日新鮮な魚介類を自転車にのって買い求め、海鮮うどんを作って食べさせていた。病院にいたときはほとんど食事ができなかった男性は少しずつ食事ができるようになり、寝たきりだっ

た体を少しずつ動かすことができるようになった。ある訪問日、妻が嬉しそうに「起きられるようになったんですよ」と話し始めた。男性の部屋にしてみるとベッドに端座位になってニコニコしている。本人は「四天王に帰ってもらったから元気になった」というのである。彼の話によると、ある朝、妻が体を拭こうと夫の側によると、夫が「来るな。俺はまだ行かない。帰れ!」と言う。「何を言っているの?」と言うと「お前の後ろに4人の男がいる」と言う。妻が振り返るとなんとなく人の気配がしてふっと消えたというのである。その話を聞いたとき、筆者は背筋が寒くなったが、「四天王が迎えに来たのでしょうか?」と尋ねると「そうだと思う。帰ってもらったから俺は大丈夫だ、元気になる」と言う。夫婦でまじめな顔をして私に話すので、その日はひとしきり、不思議なことがあるものだとは皆で話して帰ったのであるが、その後確かに男性はめきめきと回復し、抗がん剤を服用しながら、ラキソベロン20滴で排便コントロールをするという生活ではあるものの、庭仕事ができるまでに回復した。その後3年以上お元気であった。その夫婦の散歩コースは自慢の墓石で立てた自分たちのお墓まで歩くことであった。

この話をきいて、どのように感じられるだろうか。このご夫婦は同じ集落の出身の幼馴染で、夫は妻が生まれたときから知っているのである。単なる「高齢者の呆け」と片づけることもできるだろうが、80年近く互いを知っている人間同士の不思議な体験を共有した幸運を素直

に祝福せずにはいられなかったことを覚えてい

よりよい「生」のために「死」を見つめること、高齢者の終末期には必要な勇気であると思う。

高齢者の「死」の ピリーフと家族

特定の宗教を持っている看護職は、程度の差はあるものの、それなりに死生観を持っていると思われる。信仰を持っている人にとっては、「死」というものはそれなりに直視できるものようである。しかし、本人が信心ぶかい信者であって、自分の死を受け入れているときでも家族が同じように受け入れられるかという点必ずしもそうではない。配偶者同士でも同じ宗教であるとは限らないし、子どもたちが同じ宗教であるとも限らないからである。信仰というものは最も変化しにくいピリーフであるとされている。しかし、ヘルスピリーフや、イルネスピリーフは変化させることができるものとされている。筆者はとくに高齢者の場合においては、死に対するピリーフも変えることができるのではないかと考えている。どの程度変わりやすいかという問題はあるにしても、看護職がそこに関わることができることは事実である。

日本はこれから、超高齢少子社会への道突き進むことになる。近代日本が経験したことのない数の高齢者の死に対して、社会として、看護職としてどのように向き合い、訪問看護師としてどのような関わりをするのか。体・心・魂のすべての面から考えるときにきている。

参考文献一覧

1. 老人訪問看護における家族看護学の考え方

1) 訪問看護実践における家族看護学の歴史的・理論的位置づけ

1. 野川とも江：在宅看護論、新版看護学全書（第2版）、第15巻、メヂカルフレンド社、p84、1998
2. 渡辺裕子：家族看護学を基盤とした在宅看護論Ⅰ、概論編、日本看護協会出版会、p8、2001
3. 平山朝子：地域を基盤に展開する保健婦活動と家族支援システム、看護研究、27：118、1994
4. Capuzzi, C. : Hanson, S.M.H., Boyd, S.T. : Family Health Care Nursing-Theory, Practice, and Research, F.A. Davis, p352, 1997
5. Christensenn, P.J., Kenney, J.W. : NURSING PROCESS-application of conceptual Models, 4th edition, Mosby, 1995（江川隆子、他監訳：看護診断入門 ナーシングプロセス（第4版）—看護モデルの実践への展開、廣川書店、p17、1996
6. Orem, D.E. : Nursing- Concept of practice, McGraw-Hill, 1971（小野寺杜紀訳：オレム看護論—看護実践における基本概念、医学書院、1979）
7. Friedmann, M.M. : Family nursing -Theory and assessment, 3rd edition, Appleton & Lange, 1992
8. Hanson, S.M.H., Boyd, S.T. : Family Health Care Nursing-Theory, Practice, and Research, F.A. Davis, p153, 1996
9. Wright, L.M., Leahey, M. : Nurses and Families-A Guide to Family Assessment and Intervention, 3rd Edition, F.A. Davis, 2000
10. 渡辺裕子編：家族看護学を基盤とした在宅看護論、実践編、日本看護協会出版会、印刷中

2) 在宅終末期ケアにおける家族看護アセスメント

1. 鈴木和子：家族看護学の現状と課題—学問の発展軌跡と今後の方向性、看護、臨時増刊号、54(7)：74-80、2002
 2. 鈴木和子、他：在宅ケアへの移行を実現する要因、在宅医療、39：39-
-

43、2001

3. 川越博美、他：訪問看護の効果—在宅ターミナルケア、看護研究、35：45-55、2002
4. 畠山とも子：ホスピス入院中の患者の配偶者が行う予期的悲嘆の特徴、東海大学大学院健康科学研究科2000年度修士論文、2001

3) 他職種と共有する概念—ヘルスサービス利用についての概念モデル—

1. Andersen, R.M., Newman J.F. : Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly, 51 : 95-123, 1973
2. Andersen, R.M. : Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care- Does It Matter? Journal of Health and Social Behavior, 36 : 1-10, 1995
3. 武村真治、橋本迪生、古谷野亘：保健・医療・福祉サービス利用のモデルとしてのAndersenの行動モデルに関する研究の動向と今後の課題、老年社会科学、17：57-65、1995
4. 小林奈美：海外文献紹介—ナーシングホーム入所へのリスパイト利用の影響、保健婦雑誌、52：825-829、1996.
5. Wright L.M., Leahey M. : The Calgary Family Assessment Model -Beliefs, Nurses and Families -A Guide to Family Assessment and Intervention, 3rd edition, F.A. Davis, p143-144, 2000

2. 実践に役立つ知識

4) 死亡確認をめぐる問題

1. 高津光洋：検死ハンドブック、南山堂、1996
2. 久保真一、北村 修：在宅ケアにおける「在宅死」の問題点—異常死体と死亡診断・死体検案、四国医学雑誌、55：148-155、1999

5) 葬儀までの一般的な流れ

1. 日本消費者協会、自分らしく生きるエンディングプラン、月間消費者特集号、2001

-
2. 東京都葬祭業共同組合、こころの架け橋—葬儀のしおり、2001
 3. if 共済会保険プラン、パンフレット
 4. 此経啓助：明治人のお葬式、現代書館、2001
 5. 死の準備、アエラ別冊、朝日新聞社、2001
 6. 碑文谷創監修：葬儀と法要の手帳、小学館、2001
 7. 尾瀧州造：お葬式がやってくる!!、情報センター出版局、1997
 8. 松崎陽子編：いざというときの葬儀の直前・直後の諸手続き一切、日本法令、1994
 9. 高橋繁行：ドキュメント 現代お葬式事情、立風書房、1991
 10. 碑文谷創監修：自分らしい葬儀—生前から考え、準備しておく、小学館、1998
 11. 木村晋介：キムラ式遺言、法研、1997
 12. 井上隆司：完ぺきな遺言の書き方、政界往来社、1986
 13. 高齢社会をよくする女性の会（代表 樋口恵子）編著：男の大往生・女の大後始末、二見書房、1995
 14. 玉地任子編著：在宅死—豊かな生命の選択、講談社、2001
 15. 藤腹明子、小山敦代、荻田千榮：看取りの心得と作法、医学書院、1994
 16. 日本尊厳死協会監修：自分らしい終末「尊厳死」、法研、1998
 17. 寺本松野：看護のなかの死、日本看護協会出版会、2001
 18. 式田和子：死ぬまでになすべきこと—子供や配偶者はあてになりません、主婦の友社、1992
 19. 近藤 裕：「自分の死」にそなえる、春秋社、1994

6) 残される家族の問題

1. 季羽倭文子：ターミナルケアと家族、p167-181、上野谷加代子、村川浩一編：高齢者と家族—高齢社会への対応と家族の役割、中央法規出版、1996
 2. 鈴木和子、渡辺裕子：家族看護学（第2版）—理論と実践、日本看護協会出版会、1999
 3. 平山正実：悲嘆の構造とその病理、p39-53、平山正実、斉藤友紀雄編著：悲しみの援助、現代のエスプリ 248、至文堂、1988
-

-
4. 長谷川浩：死別と哀悼過程への心理的援助、p219-238、長谷川浩編：生と死と家族、講座家族心理学、第5巻、金子書房、1988
 5. 夏刈康男、石井秀夫、宮本和彦：家族からみる現代社会、八千代出版、2000
 6. 成山文夫、石川道夫編著：家族・育み・ケアリング—家族論へのアプローチ、北樹出版、2000
 7. 厚生省監修：厚生白書（平成12年版）、新しい高齢者像を求めて—21世紀の高齢化社会を迎えるにあたって、ぎょうせい、2000
 8. 河合千恵子：配偶者との死別—その心理と対応、p4-57、デーケン A.、重兼芳子編：伴侶に先立たれた時、生と死を考えるセミナー、第3集、春秋社、1988
 9. 安達正嗣：高齢期の家族関係、p192-204、中川 淳編：家族論を学ぶ人のために、世界思想社、1999
 10. 季羽倭文子：喪失予期の悲嘆作業について—訪問看護の立場から、p148-160、デーケン A.、重兼芳子編：伴侶に先立たれた時、生と死を考えるセミナー、第3集、春秋社、1988
 11. 岡堂哲雄：家族カウンセリング、金子書房、2000
 12. 小林奈美：要介護高齢者を看取り終えた介護者の感想とその満足に関連する要因の検討—一都市における訪問看護指導対象者の調査から、日本地域看護学会誌 1(1)：30-35、1999
 13. 直井道子：老年期家族のストレスと対応、p237-259、石原邦雄編著：家族生活とストレス、講座 生活ストレスを考える、第3巻、垣内出版、1985
-

参考資料一覧

2. 実践に役立つ知識

5) 葬儀までの一般的な流れ

c. 生前契約（予約）とはどういうもの？

生前予約システムを導入しているところ

① if 共済会

全日本葬祭業協同組合連合会が行っている生前予約や葬儀の相談サービスが if 共済会で、1 万円の入会金でもしものときの相談、葬式施行の予約ができます。

<問い合わせ先> if 共済会 (TEL 03-3222-4370)

② (社) 全日本冠婚葬祭互助協会

毎月掛け金を数年間にわたって払い込み、必要になったときに葬儀の施行がうけられるシステムです。月掛けの金額や積み立てる期間によってさまざまなコースが設けられています。具体的な葬儀内容を詳細に決めているわけではありませんが、事前に葬儀のことを考え、費用を準備するという点において広義の生前予約といえます。

<問い合わせ先> (社) 全日本冠婚葬祭互助協会 (TEL 03-3433-4415)

※上記①②以外にも以下のようなシステムがあります。

ウィルバンク（遺言信託）<問い合わせ先 03-3707-1788>

NPOLISS システム（生前契約）<問い合わせ先 03-3949-4600>

※最近では多くの葬祭業者で事前相談や事前予約を扱っています。

※事前契約（予約）には一般的には家族の同意が必要な場合が多いので、よく家族で話し合っておく必要があります。

この資料は 2002 年 3 月 31 日現在のものです。

Memo

