

## 医療処置を担う高齢介護者の在宅介護継続を支える 訪問看護師の看護実践

山形真由美\* 名越恵美\* 難波峰子\*\*

### 要旨

目的：介護に困難さが見え始めた時期にある高齢療養者の医療処置を担う高齢介護者の、介護継続を支える訪問看護師の看護実践を明らかにする。

方法：看護師経験5年以上訪問看護経験3年以上の訪問看護師10名に、半構造化面接を実施し、内容分析を行った。

結果：【生活に合わせた医療処置習得の指導】【生活に根ざしたリスクマネジメント】【医療処置に対応できる資源の調整】【コミュニケーションを通じた癒し】【在宅介護の限界の見極め】【介護者の価値観を尊重した接近】【在宅療養継続を支える訪問看護師の信条】の7カテゴリーが抽出された。

結論：訪問看護師の看護実践は、[在宅における価値観の尊重]を基盤とし、[安定した状況の維持]や[負担の軽減]で可能な限り在宅介護継続を支援しながら、介護の最終段階の[限界の見極め]を中核として統合的に判断していく構造であった。

キーワード：医療処置、高齢介護者、在宅介護継続、訪問看護師、看護実践

### 序文

超高齢化社会を迎える日本は、住み慣れた自宅で最期まで過ごせるよう、在宅医療の充実が進められている。そのため、医療ニーズをもちながら在宅で療養する人が増加している（山田，2014）。医療ニーズのある場合、医療処置を家族介護者が担う場合も多い。しかし、65歳以上の高齢者のいる世帯では、5割以上が高齢夫婦のみまたは高齢者単独世帯であり、約2割が親と未婚の子のみの世帯（国民生活基礎調査，2017）である。同居の家族がいたとしても就労していると予測され、日中は高齢夫婦あるいは療養者本人のみの生活が大半となる。つまり、介護を受ける者と介護する者が共に高齢者であり、他の家族の介護も望めないという、介護力の低下がある。また、高齢者の医療処置を担う介護者の約80%が、身体的・心理的負担を感じている（日本訪問看護振興財団，2012）。負担の理由として、医療処置を担う介護者は介護時間が長く（片山ら，2005）、

ケア発生の時間帯も24時間に及ぶこと（大冢賀・筒井・東野，2013）医療処置や介護方法がわからないこと・利用者を一人にすることへの不安（片山ら，2014）などが報告されている。さらに、64%の介護者が3年以上介護しており（日本訪問看護振興財団，2012）、医療処置を担う介護者は、時間的拘束や不安を抱えた生活を長期に継続していると言える。

そして、老化に伴い高齢療養者の病状は徐々に重度化し、新たな医療処置の導入や、継続していた医療処置の変更が必要となることが予測される。高齢介護者は、在宅での医療処置を新たに覚えることが求められる。しかし、介護者自身も新たな処置に適応する予備力の低下がある。したがって、介護の在り方の変更を迫られることになる（斎藤，2010）。

老々介護の介護者に訪問看護師は、家族の思いが叶うように介護が続けられる状況に導き（小野ら，2007）、生きがいにつながるよう支援していること

\* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

\*\* 関西福祉大学看護学部看護学科

が報告されている(須永ら, 2014)。これらの支援には、老化の特徴をふまえた療養と生活、両面に関わる訪問看護師の判断や実践が存在している。しかし、訪問看護師が介護者との相互作用の中で、何を知覚し、思考・判断し、対応したかという、実践に関わる知識と行為を具現化した研究は見られない。

そこで、本研究では、高齢療養者の医療処置を担う高齢介護者に着目し、在宅療養の長期化や重度化によって介護に困難さが見え始めた時期の、介護継続を支える訪問看護師の看護実践を明らかにすることを目的とした。研究意義として、医療処置を担う高齢介護者への訪問看護師の看護実践への示唆を得ることができる。

## I. 用語の定義

### A. 医療処置

気管内その他の吸引、在宅酸素療法、人工肛門、在宅透析、膀胱留置カテーテルなど、在宅で介護者が実施可能な医療技術の習得が必要な処置とする。

### B. 高齢介護者

国民健康保険高齢受給者証が交付される70歳以上の在宅療養者を介護する70歳以上の介護者とする。

### C. 看護実践

対象との相互作用の場において、看護師が知覚・思考・判断・態度を組合わせて行う看護行為の総称とする。

## II. 研究方法

### A. 研究対象者

対象者は、高齢介護者を主介護者とする医療処置を必要とする療養者への訪問看護経験がある訪問看護師とした。対象者の選定基準として、BennerがDreyfusモデルで中堅レベルとする、通常約3～5年間類似した患者集団を対象に働いているナース(Benner, 2005/2015, p26)を参考に、看護師経験5年以上かつ訪問看護経験3年以上の者とした。中堅レベルは、経験を重ねることで全体像を把握する能力をもち、多くの属性と局面の中から重要なものを見分ける判断力・実行力があるとされているからである(Benner, 2005/2015, p24)。

対象者は、A県内訪問看護連絡協議会に所属する

訪問看護ステーションから、縁故法にて管理者を選定し、研究の趣旨を口頭にて説明した。承諾が得られた管理者に、研究依頼文書をメール送信または郵送し、選定基準に基づいて自薦または推薦にて、対象候補者の選定を依頼した。対象候補者に研究の趣旨を文書と口頭で説明したのち、研究参加の同意が得られた候補者を対象者とした。

### B. データ収集方法

データ収集方法は、半構造化面接法を用いた。インタビューガイドは、Benner(2005/2015, P258)に掲載されている「重要な臨床体験を記述するときに含めるべき事項」を参考にした。まず、経験を想起するために「介護継続が難しいと感じた高齢療養者の医療処置を担う高齢介護者はいるか」を尋ねた。そこから、「介護継続が困難と感じた理由」「介護を継続するための関わり」「関わりながら何を考えたか」「関わりした後どのように振り返ったか」など、対象者の看護実践における知覚・思考・判断・態度・行為が引き出せるようにインタビューを行った。そして、「介護が難しくなる要因」「介護を継続するために何が重要か」などについては、今回語ることで確かめられた対象者の認識を活かせるよう、インタビューの終盤に聞く工夫をした。面接内容から逐語録を作成し、データとした。

### C. データ収集期間

データ収集期間は、2015年9月～2015年11月であった。

### D. データ分析方法

分析には、Krippendorffの内容分析の手法を用いた。これは、データが組み込まれた文脈に関する特定の推論を行う技法である。この方法の特徴は、文脈に関連づけて解釈し、そこに潜在する象徴的な意味を抽出することにある。(Krippendorff, 1980/1989,)。本研究では、訪問看護師と介護者との相互作用の状況を文脈として、看護実践を具現化する。ゆえに、得られた質的データの文脈に関連づけながら解釈し、その構造を推論するKrippendorffの内容分析が、本研究の分析方法として適していると判断した。

#### 1. 個別分析

逐語録を熟読し、訪問看護師の看護実践に関する

記述を、訪問看護師の言葉のまま抽出した。この記述を、語られた知覚・思考・判断・行為・態度の意味内容が損なわれないように、それぞれ記録単位として分類し、不要な修飾語等を削除し、整理した文とした。この文をできるだけ対象者の言葉を用いて簡潔に表現し、一次コードとした。生データの文脈に返りながら、一次コードの本質的な意味を表す表現を二次コードとした。

## 2. 全体分析

個別分析で得られたすべての二次コードの類似性、相違性を検討し、意味内容の類似性に基づきサブカテゴリーとし、抽象度を高めながらカテゴリーを抽出した。さらに、カテゴリーから共通性があるものを集約した。

分析の全過程において、内容分析に精通した質的研究者のスーパーバイズを受け、研究者間で、繰り返し分析内容の一致性を確認した。また、参加者のチェックとして、二次コードを作成した時点で、確認の承諾が得られた対象者4名（管理者、看護主任、スタッフ2名）と共に二次コードの内容を確認し、全員から了承が得られた。

## E. 倫理的配慮

本研究は、岡山県立大学の倫理委員会（受付番号457）、および研究協力事業所の承認を得て実施した。研究対象候補者に、研究参加の任意性、中断の自由、不利益の回避、研究に関わる個人情報保護、研究目的のみのデータの使用、データの保管と破棄、研究結果の公表について文書と口頭で説明し、同意書への署名により研究参加への同意を得た。面接を行う前に、同意を得てから録音をした。

## Ⅲ. 結果

### A. 対象訪問看護ステーションと対象者の概要

#### 1. 対象訪問看護ステーション

対象者が所属する訪問看護ステーションは4事業所であった。設置主体は、社会福祉法人が1事業所、他3事業所は医療法人であった。4事業所の規模は、看護師常勤換算3名以上10名未満であった。年間を通しての利用者の概数は40～90名であった。

#### 2. 対象者（表1）

対象者は、訪問看護師10名であり、すべて女性であった。平均年齢49.6 ± 9.6歳、看護師平均経験年数27.6 ± 9.3年、訪問看護師平均経験年数10.5 ±

表1 訪問看護師の概要

対象者ID	年齢	看護師経験年数	訪問看護経験年数	想起した療養者に必要な医療処置
A	52	30	4	インスリン自己注射・間欠的自己導尿
B	52	30	10	胃瘻
C	50	28	13	CVポート
D	37	15	11	膀胱留置カテーテル
E	64	42	20	CVポート・胃瘻
F	55	33	9	人工呼吸器・吸引・胃瘻
G	36	15	5	胃瘻・麻薬管理
H	40	15	10	胃瘻・口腔鼻腔内吸引
I	62	40	13	人工肛門・腹膜透析
J	49	28	10	褥瘡処置
平均 (SD)	49.6歳 (±9.6)	27.6年 (±9.3)	10.5年 (±4.2)	

4.2年であった。勤務形態は全員常勤で、役職は管理者2名、看護主任1名であった。訪問看護師が想起した介護者が担う医療処置は、口腔内・鼻腔内吸引、胃瘻管理などであった。

### B. 医療処置を担う高齢介護者の在宅介護継続を支える訪問看護師の看護実践の構成要素（表2）

訪問看護師によって語られた訪問看護師の看護実践は、2次コード238、21サブカテゴリーとなり、抽象度を高め7カテゴリーが抽出された。以下カテゴリーごと結果を記載する。【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、〈 〉は2次コードを示す。

#### 1. 【生活に合わせた医療処置習得の指導】

このカテゴリーは、介護者が医療処置を生活に取り入れて行えるように、習得に導くことである。以下の5つのサブカテゴリーで構成された。

##### a. 《生活に合わせて無理なく続けられる処置方法を提案する》

医療処置を在宅で始めた頃の介護者が〈家に帰って病院に合わせて処置をすると、物品の場所や睡眠時間に不具合がでてくる〉という訪問看護師の思考があり、〈入院中に指導された方法でできるかを判断する〉〈難しそうなら簡単にできる方法を提案しながら進めていく〉という判断と対応があった。また、〈気負って処置を続けるとだんだんできなくなる〉という考えから、〈生活に合わせて無理なく処置できるよう提案する〉という対応があった。

##### b. 《症状悪化につながる重要部分から指導する》

医療処置を在宅で始めた頃の介護者は〈こうしないといけないという指導だと家族は緊張して処置をする〉ので、〈重荷に感じないような指導のもって

表2 医療処置を担う高齢介護者の在宅介護継続を支える訪問看護師の看護実践

分類 (4)	カテゴリー (7)	サブカテゴリー (21)
安定した 状況の 維持	生活に合わせた 医療処置習得の 指導	生活に合わせて無理なく続けられる処置方法を提案する
		病状悪化につながる重要部分から指導する
生活に根ざした リスクマネジメント		自信がもてるように処置を一緒にして認める言葉かけをする
		安全な処置を前提に介護者なりに工夫した方法に統一する
		慣れてくると応急処置もできるようになることを信じて指導を繰り返す
		命に関わる危険が無い場合は様子を観察する
負担の 軽減	医療処置に対応 できる資源の調整	病状悪化のリスクには具体的な対策を練る
		継続的視点で療養者の異常を察知して次の手段を講じる
	コミュニケーション を通した癒し	起こりうることを予測して緊急時の安心を保障する
		負担を察知して介護者の健康を見守る
限界の 見極め	在宅介護の限界の 見極め	医療処置を部分的に代行しながら介護力を推察する
		医療処置を継続できるサービスをケアマネジャーと連携して調整する
在宅にお ける価値 観の尊重	介護者の価値観を 尊重した接近	副介護者の協力を得るための橋渡しをする
		話を聴いて精神的負担を緩和する
在宅にお ける価値 観の尊重	在宅療養を支える 訪問看護師の信条	喜怒哀楽を共にして気持ちに寄り添う
		病状悪化と介護困難が度重なることを限界と判断し行き先を検討する
在宅にお ける価値 観の尊重	在宅療養を支える 訪問看護師の信条	介護継続と経済的負担を天秤にかけた介護者の判断を尊重して行き先を検討する
		初めは受け入れを確認しながら溶け込んでいく
在宅にお ける価値 観の尊重	在宅療養を支える 訪問看護師の信条	介護者の価値観を優先して満足感を与えられるように関わる
		在宅療養のよさを認める
		可能な限り介護継続をあきらめない

いき方をする」という訪問看護師の思考と対応があった。具体的には〈手技行程よりも症状悪化につながる重要部分をまずわかってもらう〉と、重要部分の判断とそれを優先した指導があった。そして、〈清潔操作を堅苦しくない言葉で指導する〉という、緊張をほぐす言葉かけで理解を促す配慮があった。

c. 《自信がもてるように処置を一緒にして認める言葉かけをする》

医療処置を在宅で始めた頃の介護者は〈家では介護者は処置から逃げられないからせざるを得なくなる〉という訪問看護師の思考があった。この逃げられない思いに対し〈処置をしていたらほめたたえて、自信がもてる言葉をかける〉〈吸引の方法を理解した後は手技の問題なので、何回も一緒にして自信をつける〉など、医療処置初期も処置を理解した後も、自信をつけるための関わりがあった。

d. 《安全な処置を前提に介護者なりに工夫した方法に統一する》

医療処置に慣れた介護者には〈時間をかけて手技

を覚えてきたので自分にできるという思いがある〉と、介護者のプライドを理解する訪問看護師の思考があった。そして、〈介護者が療養者にとっていいと思っている介護方法に合わせて同じようにする〉〈訪問看護も手技の統一のため、本人と奥さんが決めた細かい援助内容を教えてもらう〉と、介護者の方法を尊重し、介護者から教わる態度があった。しかし、その前提には、〈感染や誤嚥につながる方法の場合、正しい方法を指導する〉と、慣れた手技による病状悪化リスクの判断と予防的対応があった。

e. 《慣れてくると応急処置もできるようになることを信じて指導を繰り返す》

〈80歳前のご主人もCVポートの抜針がやりがいをもってできるようになる〉や〈奥さんがご主人の処置と身体反応に慣れてくると、緊急電話無しに対応できるようになる〉と、高齢介護者も手技は自立できるという訪問看護師の思考があった。その自立を信じて〈最初は熱が出たら緊急電話があるので訪問看護がその度に行き、対応を指導する〉と、介護者が慣れない時期の緊急電話対応と繰り返しの指導

があった。

## 2. 【生活に根ざしたリスクマネジメント】

このカテゴリーは、高齢夫婦の生活の尊厳を基にしたリスクマネジメントのことである。以下の4つのサブカテゴリーで構成された。

### a. 《命に関わる危険が無い場合は様子を観察する》

〈お互いに認知症で生活環境が荒れていても危険がなければ大目にみていく〉〈内服を忘れることが増えたら、注意するより改善できる方法を一緒に考える〉と、命に関わる危険でないという判断と、その判断のもとで大目に見る、一緒に改善できる方法を考えるという対応があった。

### b. 《病状悪化のリスクには具体的な対策を練る》

〈医学的管理の中でリスクを負う場合譲れない場合もある〉という思考のもと〈訪問時に痰がたまっている状況が重なる介護者には難しいと判断する〉〈感染の問題があれば看護師として具体的な提案が必要になる〉など、療養者の病状悪化に関わるリスクの判断があった。その対応には〈看護師間で指導の仕方を統一しながら、受け入れられるまで繰り返し指導する〉という繰り返しの指導や、〈吸引のできるヘルパーや、訪問看護回数を増やすなどで対応する〉というサービスの変更があった。

### c. 《継続的視点で療養者の異常を察知して次の手段を講じる》

〈話をしている中でいつもと違う何かを感じ取る〉〈皮膚の張りや部屋の状況でも異常がわかる〉など、継続的視点でいつもと違うということを察知していた。そして、〈勘の裏づけを集めて、様子を見るか医師にすぐ言うか判断して対応する〉〈その場で改善できる事であれば介護者に説明する〉などの対応があった。しかし、〈久しぶりに訪問すると異常を見逃しやすい〉と見逃しに対する危機感もあった。そのため、〈一人で抱え込まないように所長や今まで行っている人に電話して聞く〉〈写真が撮れる異常なら許可を得て撮ってステーションで検討する〉など、訪問看護師間で協力し合う対応があった。

### d. 《起こりうることを予測して緊急時の安心を保障する》

〈介護者はトラブルがあったときにすぐに対応することを訪問看護師に望んでいる〉〈緊急時は家族が落ち着かないと本人も落ち着かない〉などの訪問看護師の思考から、〈トラブル時は24時間いつでもすぐに連絡できることを伝えておく〉〈家族が安心でき

るまで状況を説明する〉などの対応があった。一方、〈緊急電話には行くとコストがかかるので必要性の判断が重要と思う〉と、経済面に配慮する思考があり、〈慢性的な人は起こる事を予測できているので普段から家族に指導しておく〉と、予測的に指導する対応があった。

## 3. 【医療処置に対応できる資源の調整】

このカテゴリーは、介護負担を早期に察知して、介護者に合ったレスパイトを訪問看護師が主体的に調整することである。以下の4つのサブカテゴリーで構成された。

### a. 《負担を察知して介護者の健康を見守る》

〈パウチから便が漏れて仕方ないとき家族は対応しきれない〉〈夜中に鳴るAPD (Automated Peritoneal Dialysis) 警報に対応しきれないで不眠が重なる〉などの介護者の困難さを、訪問看護師は理解していた。そして、〈自分が看ないと誰が看るという責任感の強い介護者は負担を言えない〉と、負担が潜在する可能性を訪問看護師は推察していた。そのため、〈介護者が大丈夫と言っても生活の様子をよくみる〉〈療養者との話の中から介護者の負担を察知する〉など、訪問看護師から負担を察知し、〈介護者が徐々に疲労してきたら担当者会議で検討する〉〈訪問のときに家族の健康管理も一緒にする〉などの介護者の健康を守る対応があった。

### b. 《医療処置を部分的に代行しながら介護力を推察する》

〈認知力が低下した妻には導尿はできても尿混濁を異常と認識できない〉ので〈介護者に任せていた導尿を訪問時に介護者と共に実施して、介護者の手技と療養者の状態を同時に確認する〉という対応があった。また、〈訪問看護でケアをしている間に、娘が介護者と外出するので協力の程度がわかる〉と、副介護者のサポート状況の推察もあった。

### c. 《医療処置を継続できるサービスをケアマネジャーと連携して調整する》

〈老老介護で悪くなったまま長引くとどこまでも沈むから早めに対応して解消しないといけない〉という訪問看護師の思考から、医療処置があっても入所できるショートステイについてケアマネジャーに相談する〉〈ショートステイ拒否には通所を増やして入浴し、通所の看護師と医療処置を連携する〉など、医療処置を継続的に行うための連携があった。〈ケアマネジャーは身体のことを分かりにくいので

身体的問題を伝えるのは看護の役割と思う)〈お金が払えず頑張るしかない人はケアマネジャーに福祉系の采配をしてもらって担当者会議をする〉など、専門性を活かした連携もあった。

d. 《副介護者の協力を得るための橋渡しをする》

〈しんどいとかえらいとか不安な部分を支えられる家族が一人は必要と思う〉という訪問看護師の思考から、副介護者がある場合は〈主介護者の負担が増してきたら他の家族に協力を得られるような働きかけをする〉〈副介護者にちょっと支えてもらいながらプラスでヘルパーや訪問看護など色んな人で関わっていく〉対応があった。

4. 【コミュニケーションを通じた癒し】

このカテゴリーは、コミュニケーションをツールとした癒しを意味する。以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

a. 《話を聴いて精神的負担を緩和する》

〈介護者が精神的に疲れてると療養者に“死んでほしい”という思うこともある〉〈話が途切れないのは孤独を感じてると思うので訪問時間を延ばすこともある〉など、介護者の感情を理解した対応があった。そして、〈触れてしんどいねしんどいねって共感する〉〈ゆったりとたわいもない会話をする〉〈十分介護していることに労いの言葉をかける〉などの共感的態度と言葉かけがあった。

b. 《喜怒哀楽を共にして気持ちに寄り添う》

〈一緒に悲しんでいいんだと思えば泣くし、一緒に笑うし、寄り添える形をとれたらいいなと思っている〉〈病院だと泣いたりとか怒ったりとかできないけど、自分の気持ちが出てそれが家族の救いになることもある〉など、介護者に寄り添う個人としての訪問看護師の感情があった。また、〈気持ちをポジティブにもっていきたいと思っているので、行ったとき一日一回は笑って頂くことを心がけている〉と、元気を与えられるような関わりもあった。

5. 【在宅介護の限界の見極め】

このカテゴリーは、老化による影響が現れつつ、サービスを追加しながら介護を続けている介護者の、限界を判断することである。以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

a. 《病状悪化と介護困難が度重なることを限界と判断し行き先を検討する》

〈介護者にはお互いに助け合いながら家で最期まで過ごしたいという思いがある〉と、訪問看護師は

認識していた。しかし、〈妻が胃瘻注入の手順ができなくなって肺炎を繰り返して在宅療養は難しいと感じた〉〈介護者が10年間続けた医療処置に疲労が増強しているからそろそろ限界と感じる〉など、介護者の介護限界を訪問看護師から察知していた。そして、〈認知や加齢で医療処置や介護ができなくなったら、療養者の病状が悪化して病院か施設に入る〉〈介護者の体調不良や療養者の状態悪化で介護者ひとりでは見られなくなって入院する〉などの限界の判断があり、〈限界が近づいたら療養者の状況に合わせてケアマネジャーと行き先をカンファレンスする〉という対応があった。

b. 《介護継続と経済的負担を天秤にかけた介護者の判断を尊重して行き先を検討する》

〈介護者も疲れるようになり、サービスを増やしてお金がかかるなら、施設を選んで自分がいい時だけ行ってもいいと思う方もいる〉〈高齢になって先がどのくらいあるか分からない中でお金のことを色々考えられる〉などと、訪問看護師は認識していた。そして〈お金のことを言われるなら、副介護者が無理となるとケアマネジャーと相談する〉と、ケアマネジャーと連携した検討があった。

6. 【介護者の価値観を尊重した接近】

このカテゴリーは、介護者の価値観を尊重し、望む距離を保ちながら接近し、信頼を得ていくことである。以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

a. 《初めは受け入れを確認しながら溶け込んでいく》

〈初回は信頼関係を作る時間もかかるので、何回か続けて行くことで少しずつ溶け込んでいく〉〈最初は介護する人が訪問看護にどんなケアを求めているかを探りながら関わる〉など、訪問看護開始当初の適度な距離を考慮した関わり方があった。

b. 《介護者の価値観を優先して満足感を与えられるように関わる》

〈看護師がいいと思うことは、押しつけにならないような言い方で提案している〉という訪問看護師の基本的態度があった。そして、〈介護者の考えや価値観を優先して、その人らしい暮らしができるように寄り添っていく〉〈一回の訪問看護で満足というお土産を置いて帰れるようにする〉など、介護者の望む生活を支える態度があった。

7. 【在宅療養継続を支える訪問看護師の信条】

このカテゴリーは、訪問看護師の在宅療養に対す

る肯定的な信念のもと、介護継続をあきらめずに支えるという信条のことである。以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

a. 《在宅療養のよさを認める》

〈病院のようにきっちりできないという在宅療養の限界も、在宅の良さ〉〈療養者にとって家で過ごすことは気持ち的にもいいことである〉〈病院で見る顔と在宅は変わるので家に帰ると元気になることがわかる〉など、訪問看護師の在宅療養を肯定する認識があった。

b. 《可能な限り介護継続をあきらめない》

〈妻には処置を夫にしてあげたいという愛情や私にできるというプライドがある〉という介護者の思いの理解と〈家族にできる力があるならあきらめないでサポートする〉〈在宅で長く過ごすためにできる限りのことはしたい〉などの在宅療養を支える訪問看護師の信条があった。

C. カテゴリー間の共通性

訪問看護師の看護実践として明らかになった7カテゴリーは、それらに共通する性質から[安定した状況の維持][負担の軽減][限界の見極め][在宅における価値観の尊重]の4分類に大別された。

[安定した状況の維持]は、介護者が医療処置を生活に取り入れて行える方法で習得に導き、長年の夫婦の生活の尊厳を基にしたリスクマネジメントにより介護者と療養者の生活の安定を維持することを示しており、【生活に合わせた医療処置習得の指導】【生活に根ざしたリスクマネジメント】の2カテゴリーが含まれた。[負担の軽減]は、介護者に合ったレスパイトを訪問看護師が主体的に調整し、訪問看護師のコミュニケーションをツールとして介護者を癒すことで、介護負担を軽減することを示しており、【医療処置に対応できる資源の調整】【コミュニケーションを通じた癒し】の2カテゴリーが含まれた。[限界の見極め]は、老化による影響が現れつつ、サービスを追加しながら介護を続けている介護者の限界を判断し、行き先を検討することを示しており、【在宅介護の限界の見極め】の1カテゴリーが含まれた。[在宅における価値観の尊重]は、介護者の価値観を尊重し、受け入れられる距離を保ちながら接近し、訪問看護師の在宅療養に対する肯定的な信念のもと、あきらめず介護継続を支援すること示しており、【介護者の価値観を尊重した接近】

【在宅療養継続を支える訪問看護師の信条】の2カテゴリーが含まれた。

#### IV. 考察

カテゴリーに共通した性質から大別した4分類ごとに、その特性を考察する。そして、訪問看護師の看護実践の構造について検討する。

##### A. 医療処置を担う高齢介護者の在宅介護継続を支える訪問看護師の看護実践の内容

###### 1. [安定した状況の維持]

【生活に合わせた医療処置習得の指導】では、訪問看護師は、医療環境が整わない在宅で処置を開始した介護者が、気負いや緊張などの思いを抱えながら医療処置を担っていると認識していた。そのため、〈簡単にできる方法を提案〉〈何回も一緒にして自信をつける〉などの対応をしていると考えられた。介護者が医療処置に慣れるまでは緊張と不安の連続であり(樋口ら, 2007)、医療処置を行う介護者の介護継続には、無理のない介護意欲や介護者のペースでの介護が要因に挙げられている(片山ら, 2015)。したがって、介護者の思いを理解した訪問看護師の対応は、介護継続に関わる看護実践と言える。

そして、訪問看護師は、介護者なりの方法で安全に処置できるようになったら、処置方法を習得したと判断し、介護者独自の方法に訪問看護師も統一していた。古瀬(2005)は、介護者の状況判断の最適化やイニシアティブの取得を、在宅療養が安定したと訪問看護師が判断する状況として報告している。本研究もこれを裏付ける結果であった。したがって、介護者なりの処置方法を安全に習得するには、初期段階から手技の安定化まで一定の過程があり、その過程を導く看護実践が明らかになった。

【生活に根ざしたリスクマネジメント】では、お互いに認知症が進行しつつある高齢夫婦は、環境の乱れや内服忘れに十分には対応しきれないと、訪問看護師は認識していた。そのため、〈大目にみる〉〈改善できる方法を一緒に考える〉と、柔軟な対応をしていた。しかし、介護者の不確実な医療処置により、療養者の命に関わると訪問看護師が判断した場合、状況に合わせて早期にあるいは根気強く対策を講じていた。このように高齢夫婦の自立した生活には、命に関わるリスクが伴う。訪問看護師にはそのリスクを回避する判断が重要となる。早川

(2014) は、訪問看護師のこのような判断を、療養者の幸福と権利を尊重し、自らの責任性と倫理性を意識した道徳的判断と述べている。高齢介護者なりに自立して生活と介護を継続していることを尊重しつつ、命に関わるリスクを予防するような本研究の訪問看護師の対応は、道徳的判断に基づく看護実践と考える。

## 2. [負担の軽減]

【医療処置に対応できる資源の調整】では、訪問看護師は、医療処置を担う高齢介護者の責任感と負担感の潜在を認識し、負担を察知して健康を見守る対応をしていた。家族介護意識の高さは鬱的感情にも影響するため(唐沢,2006)、訪問看護師には、潜在する負担感を察知して、早期に対応する看護実践が重要と言える。また、訪問看護師は、認知力の低下により医療処置が不確実になってきた介護者には、一緒に医療処置を行うことで継続可能性を推察し、医療処置の継続・介護者のレスパイトの両面から、ケアマネジャーや副介護者に主体的に連携していた。ケアマネジャーとの連携について、依田ら(2014)は、ケアマネジャーはもとの職種による個人差があるため、訪問看護師から共有する情報の意味を伝える必要があると報告している。訪問看護師には、ケアマネジャーに必要と考えられる医療情報を主体的に提供しながら、適切なサービス導入につなげられる看護実践が必要と言える。

【コミュニケーションを通じた癒し】では、共感的態度で喜怒哀楽を共にして、気持ちに寄り添う関わりをしていた。これらは、「共にいること・誰かのために行くこと(Swanson, 1995)」という、ケアリングを基盤にした看護実践と言え、介護負担軽減につながると考えられる。

## 3. [限界の見極め]

【在宅介護の限界の見極め】は、老々介護の介護継続に特徴的な看護実践であった。老々介護では高齢による身体的衰退に伴い、療養者の病状悪化と介護者の介護力低下や負担増大という問題と隣り合わせにある。本研究では、療養者の病状悪化には、早めに入院し解決に向ける形態をとっていた。その反面、介護者の医療処置に問題がある場合、訪問看護師が中心となって多職種連携により改善に向けていた。しかし、介護者の認知力低下や疲労の蓄積で療養者が入退院を繰り返すようになった場合や、介護負担軽減のためのサービスの追加で経済的負担が大

きくなった場合に、限界を予測するコードがあった。この限界は介護者から見極めることは難しいため、訪問看護師が多職種と連携して限界を見極めていると考える。高齢介護者は、先の見えない介護と自分の老いゆく身体に、見通しの不確かさをいदैており(沖中ら, 2015)、老々介護の支援においては、介護と生活の継続の可能性と限界を、訪問看護師が考えるとされている(須永ら, 2014)。最期まで介護を続けたい介護者の思いに配慮しながら、共倒れにならないよう限界を見極めて、限界の時を支える支援をすることも、訪問看護師の看護実践に含まれることが明らかになった。

## 4. [在宅における価値観の尊重]

【介護者の価値観を尊重した接近】には、訪問看護師が基本としている関わり方があった。介護者は療養者と共に長くその家で暮らし、地域の慣習に慣れ親しみ、独自の生活習慣や価値観を培ってきたと考える。正木(2004)は、高齢者には、日々の暮らしの中に「文化」があり、それが自己を支えるものとして存在していると述べている。長年の暮らしから介護者が培ってきた価値観は、家そのものに在る「文化」と言える。訪問看護師は、この「文化」を尊重しつつ、家に入ることを受け入れられるよう徐々に接近し、寄り添っていく関わり方をしている。

【在宅療養継続を支える訪問看護師の信条】では、訪問看護師も在宅療養の良さを認めており、介護者に在宅で看たいという思いがある限り、在宅療養を支えるという信条があった。介護者が介護の糧としている思いには、療養者への愛情や家族の絆(高原ら, 2004)、人間らしい生活をさせてあげられるという思い(北村ら, 2008)などが報告されている。訪問看護師は、介護者に寄り添った関わりを通して、介護者が継続の糧としている思いを受け止め、それが在宅療養の良さと認めていると考える。つまり、在宅療養をあきらめずに支えていくことは、介護者と訪問看護師の相互の信条を支える看護実践と言える。

## B. 医療処置を担う高齢介護者の介護継続を支える訪問看護師の看護実践の構造(図1)

介護に困難さが見え始めた医療処置を担う高齢介護者の問題には、療養者の病状悪化による医療処置の導入や変更、介護者の加齢による介護力の低下があった。いずれの場合も、状況の安定化とその後の

現状維持が継続に向けての目標となる。そのため、訪問看護師は、介護者が医療処置を生活に合わせて継続できるかどうか常に推察しながら、[安定した状況の維持]として医療処置習得やリスクマネジメントを、[負担の軽減]として医療処置継続への資源調整や介護者への癒しを行い、可能な限り在宅介護を継続できるように支援をしていた。

しかし、予備力の低下がある老々介護での現状維持は非常に危うく、医療処置が不確実になると、病状悪化と介護困難が度重なり始め、介護者の負担が増し共倒れになる可能性があることを予見していた。さらに、その限界の見極めがいつで、行き先がどこになるか、介護者自身では判断しにくい。そのため、病状悪化と介護困難が度重なる状況に至った時、訪問看護師は、介護継続のための支援を続けつつ、多職種に主体的に働きかけ、最期まで介護継続できるか・介護の限界かという検討を進めていた。したがって、[限界の見極め]は、介護の最終段階をどう迎えるかという統合的判断の、中核を成すと考えられる。

そして、訪問看護師は、その人が生きてきた歴史と共に自分らしい過ごし方ができるという在宅療養のよさを認め、介護者にそのよさを継続する力がある限り、あきらめずに支援をするという信条もっていた。この信条は、長い人生を共にしてきた夫婦の関係性を理解したうえで、訪問看護師が介護者に寄り添った援助をしながら培われていた。実践を重ねながら醸成された信条は、訪問看護師に特徴的な看護観と言える。この信条のもと、介護者の価値観を尊重し、望む距離を保ちながら接近する「在宅における価値観の尊重」が、すべての実践の基盤にあると考える。

### C. 臨床への示唆

対象である訪問看護師は、状況に合わせ継続に向けた実践力、限界の見極めを判断する統合力、実践を重ねながら醸成された看護観を獲得していた。本研究で明らかになった看護実践を、基礎教育・専門職業教育で活用することで、訪問看護における看護観の育成や実践能力の強化につながると考える。

### D. 本研究の限界と課題

本研究は、4施設のステーションの訪問看護師の語りから得られた結果であり、一般化には限界があ

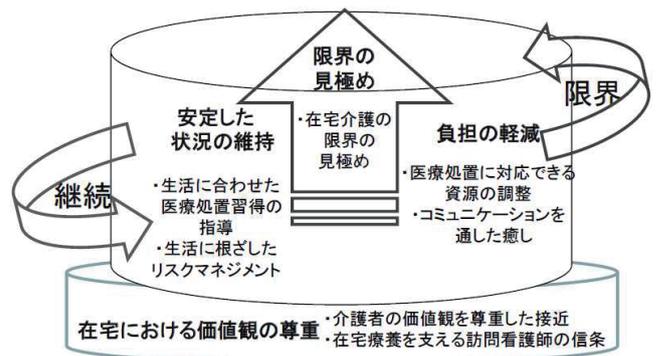


図1 医療処置を担う高齢介護者の在宅介護継続を支える訪問看護師の看護実践の構造

る。そして、4施設は地方の政令指定都市および中核市にある。山間部や島嶼部などには、都市部と異なる地域特性に応じた看護実践があることが考えられる。また、医療処置の内容ごとに特徴的な看護実践もあると考える。対象の特徴を捉えて探究し、医療処置を担う高齢介護者への訪問看護師の看護実践を構築していくことは、今後の課題である。

## V. 結論

医療処置を担う高齢介護者の在宅介護継続に関する訪問看護師の看護実践は、[在宅における価値観の尊重]を実践の基盤とし、医療処置の継続が可能か否か介護力を常に推察しながら、[安定した状況の維持]や[負担の軽減]を実践し、可能な限り在宅介護継続を支援する。その支援の中核で、介護の最終段階の「限界の見極め」を統合的に判断していくという構造であった。

## 付記

本研究を行うにあたり、インタビューに快く協力していただき、貴重な時間を割いてくださいました各訪問看護ステーションの管理者および訪問看護師の皆様にご心よりお礼を申し上げます。

本研究は、2015年度岡山県立大学大学院に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

## 文献

Benner, P. (2005/2015) / 井部俊子 (監訳). ベナー看護論 (新訳版) 初心者から達人へ. 第1版第9刷. 東京: 医学書院.

- 早川りか (2014). 訪問看護師の臨床判断のプロセスに関する研究—訪問看護師の実践と語りから—. 武庫川女子大学, 119.
- 樋口キエ子、丸井英二、田城孝雄 (2007). 重度要介護者の家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味. 家族看護学研究, 13(1)、29-36.
- 古瀬みどり (2005). 訪問看護師がとらえた医療依存度の高い療養者の在宅療養安定化のプロセス. 家族看護学研究, 10(3)、78-86.
- 片山圭子、藤川あや、諸橋理恵子 (2014). 医療ニーズのある利用者を介護する主介護者の介護負担および在宅介護継続の要因に関する研究. 日本看護学会論文集在宅看護, 45、3-6.
- 片山陽子、陶山啓子 (2005). 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護研究学会雑誌, 28(4)、43-52.
- 唐沢かおり (2006) 家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因. 社会心理学研究, 22(2)、172-179.
- 北村美波、西崎未和 (2008) 在宅介護を継続している家族介護者が介護継続意欲を持つ要因. 川崎市立看護短期大学紀要, 13(1)、1-10.
- 厚生労働省 (2017). 国民生活基礎調査.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>  
2018.6.23閲覧
- Krippendorff、K. (1989/2013). 三上俊二、椎野信雄、橋元良明 (訳)、メッセージの分析の技法「内容分析」への招待. 第1版第12刷、東京. 勁草書房. 78-85/151.
- 正木治恵 (2004). 老年看護における文化と家族看護. 家族看護学研究, 10(1)、57-61.
- 日本訪問看護振興財団 (2012). 医療的ケアを要する要介護高齢者の介護を担う家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業報告書. 東京: 日本訪問看護振興財団. 51-58.
- 沖中由美、西田真寿美 (2015). 配偶者を在宅で介護する高齢者の老いを生きる体験. 島根大学医学部紀要, 37、1-8.
- 小野若菜子、麻原きよみ (2007). 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観. 日本看護科学会誌, 27(2)、34-42.
- 大冢賀政昭、筒井孝子、東野定律 (2013). 在宅要介護高齢者における医療ニーズの状況とケア提供内容・時間の関連性に関する検討. 経営と情報, 26(1)、1-14.
- 斎藤真緒 (2010). 男性介護者調査研究から見えてきたこと—家族介護支援とのかかわりを中心に—. 認知症ケア最前線, 24、36-41.
- 須永恭子、田村須賀子、関根道和 (2014). 老老介護における介護者の生きがいへとつなげる訪問看護師の支援について. ホスピスケアと在宅ケア, 22(3)、318-324.
- Swanson. K (1995) / 小林康江・片田範子訳. ケアリングの中範囲理論の経験的な発展. 看護研究, 28(4)、301-311.
- 高原万友美、兵藤好美 (2004). 高齢者の在宅介護者における介護継続理由と介護による学び. 岡山大学医学部保健学科紀要, 14(2)、141-155.
- 山田智子 (2018). 女性中堅看護師の仕事意欲と看護実践能力および個人属性の関連性. 広島国際大学看護学ジャーナル, 15(1)、17-29.
- 依田純子、佐藤悦子、泉宗美恵、須田由紀、井出成美 (2014). 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造: 管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー. 日本地域看護学会誌, 16(3)、13-21.

## **Nursing practice of visiting nurses in supporting elderly caregivers dealing with medical treatment**

MAYUMI YAMAGATA\*, MEGUMI NAGOSHI\*, MINEKO NAMBA\*\*

*\*Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

*\*\*Kansai University of Social Welfare College of Nursing Department of Nursing*

**Abstract** Objectives: The nursing practice of visiting nurses in supporting elderly caregivers that are dealing with medical treatment for elderly patients during a difficult stage of caring was examined.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with visiting nurses (N=10) with over five years of nursing experience and three years of experience as a visiting nurse. content analysis was conducted with the interview data.

Results: Seven categories were extracted: “Teaching treatment skills based on his or her life,” “Risk management based on his or her life,” “Adjusting resources to deal with treatment,” “Healing through communication,” “Recognizing the limits of home care,” “Approach of respecting each caregiver’s values,” and “The principles of visiting nurses in supporting elderly caregivers to continue home care.”

Conclusions: The nursing practice of visiting nurses was based on respecting the values at home. They supported caregivers to continue home care as much as possible by maintaining stability and reducing the burden. Furthermore, they comprehensively judged the limits of home care during the final stages of care.

**Keywords** : medical treatment, elderly caregivers, continue home care, visiting nurses, nursing practice