都市部においてがんの妻との死別を
体験する高齢男性への訪問看護ケア方法の開発
―独居となる生活の再構築に焦点をあてて―

2020 年

千葉大学大学院看護学研究科

森實　詩乃

博 士 論 文 要 旨

教育研究分野 ・専門領域	地域創成看護学教育研究分野 訪問看護学領域	氏　　名　森實　詩乃
論 文 題 目	都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法の開発 ―独居となる生活の再構築に焦点をあてて―	

本研究の目的は、都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法の開発である。

研究は、以下の 3 段階で構成した。

研究 1：関東地域の都市圏に住むがんの妻と死別後 1 年以上経過した高齢男性 8 名に、半構造化面接を行った。M-ＧＴＡによる分析の結果、死別直後は〈がん闘病の末、予想とは違う臨終が訪れたような気がする〉が、［妻不在に途方に暮れながらも続く日々の営み］の中で、［仏事を行うことでの気持ちの切り替え］をしていた。死別後 3 か月頃から［自分の健康を意識する］［他者との交流］を再開し、［自分の意思を持って前に進む人生］を送りたいと思っていることが明らかになった。

研究 2 :研究 1 の対象者に訪問看護を行った看護師 10 名に、半構造化面接を行った。「夫婦の状況」と「訪問看護ケア内容」に注目し、質的内容分析した結果、「準備期」「開始期」「安定期」「終末・臨死期」「死亡時」「死別期」の 6 期に分類され、［夫を案じる妻が行う死別後の生活の予行演習に付き合う］［地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる］など［176 カテゴリー］が得られた。

研究 3：研究 1 ・2 で得られた結果を統合して、訪問看護ケア案を作成し、エキスパートによる合意形成を目指してグループインタビューとデルファイ法による調査を実施した。

Ⅰ期「高齢夫婦が、がんと共存の在宅療養生活について具体的にイメージすることが難しい時期」からⅧ期「妻不在に戸惑いつつ自分の意思により夫が独居生活を再構築していこうとする時期」に分類された訪問看護ケア内容は、「死別後の後悔とならないように夫から介護をとりあげない」「夫の社会参加に関するアセスメントをする」「妻の臨終に備えた夫への死への準備教育」を行う等、計 296 項目で構成された。

本研究で作成した訪問看護ケア方法により、妻への訪問看護を行う中で死別後の生活を想定したケアが、高齢男性の生活の再構築を促進すると考えられた。

PhD Dissertation Summary

Division of Community Life Innovation Nursing, Visiting Nursing	Student ID 11ND4252 Name Shino MORIZANE
Dissertation Title	The development of a method of home nursing in urban areas for elderly men bereaved of their wives by cancer - Focusing on reconstructing an independent life -

The purpose of this research is to develop a method for home-visit nursing care for older men in urban areas after they have lost a wife to cancer.

This study consisted of the following three stages:

Study 1: We conducted semi-structured interviews with eight older men in the Kanto metropolitan area whose wives had died of cancer more than one year ago. We analyzed the interviews using M-GTA (Modified Grounded Theory Approach). Immediately after bereavement, the themes that emerged in the data were <after the struggle against cancer, the end was not what I expected>, [continued daily activities despite feeling lost without my wife], and [changed state of mind by conducting a Buddhist memorial service]. Approximately three months after bereavement, the men resumed [consciousness of my own health] and [interaction with others], and it became clear that they wanted to live [a life driven forward by my own will].

Study 2: We conducted semi-structured interviews with ten nurses who provided home-visit nursing to the participants from Study 1. We performed qualitative content analysis of the interviews, focusing on “the situation of the married couple” and “the content of home-visit nursing care.” The analysis yielded 176 categories classified into six stages: “preparation period,” “start period,” “stabilization period,” “terminal/near-death period,” “death period,” and “bereavement period.” Examples of categories included “accompanying preparation exercises for life after bereavement performed by the wife concerned about her soon-to-be-widowed husband” and “becoming familiar as an intermediary for connecting to local services.”

Study 3: We combined the results obtained in Studies 1 and 2 to formulate a home-visit nursing care draft, and then conducted a survey by means of group interviews and the Delphi method with the goal of building consensus among experts.Home nursing care was classified from Stage I, "The stage where the elderly couple cannot concretely imagine their at-home treatment life coexisting with cancer" to Stage VIII, "The stage where the husband is trying to rebuild his life alone by his own will while still bewildered by the absence of his wife", and structured into a total of 296 items including "do not take away nursing care from the husband so that this does not become a source of regret following bereavement", "assess the husband's participation in society" and "provide preparatory education on death to the husband in preparation for his wife's death."

We hope the home-visit nursing care method developed in this study will help older men reconstruct their lives through care that takes into account their daily post-bereavement lives even during home nursing visits to the wife.

目次

Ⅰ．序論 1
１．研究の背景 1
２．死別体験をした中高年男性における身体的社会的精神的問題の所在 2
１）高齢期夫婦に関する社会的背景 2
２）死別に関する研究 2
３）中高年期の夫婦における配偶者との死別 3
４）男性介護者の特徴に関する研究 3
（１）男性介護者の介護の特徴 3
（２）配偶者を介護する男性介護者と母親を介護する男性介護者の違い 4
（３）男性介護者の介護と周囲のサポート 5
５）高齢男性の配偶者死別における問題の所在と支援の必要性 6
Ⅱ．先行研究 7
１．看取りの場所に関する研究 7
１）死を迎える場所 7
２）地域での看取りの現状 7
２.看取りとされる時期に関する研究 8
１）予後告知および看取りの時期に関する研究 8
（１）告知に関する研究 8
（２）がん患者家族への予後告知時の死別への受け止め方 9
（３）余命期間に関する研究 9
（４）看取りとされる期間 9
２）看取りまで家族が経験する心理的プロセス 10
（１） 在宅で看取りを行う家族の心情 10
① がん患者とその家族 10
② 非がん患者とその家族 12
３）死別後の「心のゆらぎ時期～悲嘆」からの立ち直り 13
４）予期悲嘆に関する研究と死の準備 14
（１）死別後悲嘆と予期悲嘆 14
（２）予期悲嘆の援助に関する研究 14
（３）予期悲嘆と死の準備に対する支援 15
（４）死の準備期に関する研究 16
５）臨死期以降に介護者が辿るプロセス - 死別後の遺族の生活の再構築 -

. 17
（1）生活の再構築に関する文献検討 18
3．2040 年に向けた地域包括ケアシステムと単身世帯のセーフティネット 19
1）都市部と農村部・過疎地域の男性介護者の介護負担の違い 20
2）地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」 21
3）単身世帯におけるセーフティネット 21
4．配偶者との死別後の高齢者に関する研究 22
1）配偶者喪失遺族の生活に関する研究 22
2）配偶者を喪失した高齢男性に関する研究 23
5.終末期における療養者と家族への援助を行う看護師の看護観 24
6．文献検討のまとめ 25
Ⅲ．研究目的 26
1．本研究における訪問看護ケア方法 26
Ⅳ．研究の意義 27
Ⅴ．研究の意義 27
Ⅳ．研究方法 28
1．研究の構成 28
2．用語の操作的定義 30
3．研究方法 32
1）研究 1：「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性が、独居後を見据え、生活を再構築していくプロセスを明らかにする」ことを目的とした調査 32
（1）目的 32
（2）研究デザイン 32
（3）対象者の選定基準 32
（4）データ収集方法 33
①インタビュー内容 33
（5）データ収集期間 34
（6）分析方法 34
2）研究 2：「都市部に住む在宅療養中のがんの妻と死別体験する高齢男性に妻への予後告知から臨死期において行われた訪問看護ケア及び死別後の独居生活の

再構築を見据えた訪問看護ケア内容の具体とそのプロセスを明らかにする」ことを目的とする調査 35
（１）目的 35
（２）研究デザイン 35
（３）対象者の選定基準 35
（４）データ収集方法 36
①インタビュー内容 36
（５）データ収集期間 37
（６）分析方法 37
（７）訪問看護ケア方法の構造化 37
３）研究３「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」の開発と精錬化 38
（１）目的..... 38
（２）研究デザイン 39
（３）対象者の選定基準 39
（４）研究３－ｉ・ⅱ 39
－ｉ．「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」の開発についてのフォーカスグループインタビュー 40
A. 対象者..... 40
B. 方法..... 40
C. データ収集期間..... 41
D. インタビュー内容..... 41
－ⅱ．デルファイ調査　（ｉを受け、精錬化） 41
A. 対象者..... 40
B. 方法..... 40
C. データ収集期間..... 41
D. 分析方法..... 41
Ⅵ. 倫理的配慮 43
１．研究許可・承認を得る手続きにおける任意性の保障..... 43
２．研究実施における安全性・負担の軽減の保障..... 43
３．データ収集から公表におけるプライバシー・匿名性・個人情報の保護..... 43
４．その他の倫理的配慮..... 43

Ⅶ. 研究結果 44
１．研究１　結果 44
１）対象の概要 45
２）分析結果 49
３）　都市部に住む高齢男性と がんの妻の余命告知から臨死期までの生活 50
（1）訪問看護準備期～開始期 50
（２）開始期～終末・臨死期 50
４）　都市部における高齢男性のがんの妻との死別後の生活 52
（１）死別直後～納骨 52
（２）死別から 3 か月以降 54
２．研究２　結果 56
1)対象の概要 56
２）分析結果 92
（１）準備期 92
（２）開始期 92
（３）開始期－安定期 93
（４）安定期 94
（５）安定期－終末期 95
（６）終末・臨死期 96
（７）死亡時 97
（８）死別期 97
（９）看護観 98
３．研究３　結果 114
１）研究１・２の構造化に至るプロセス 114
２）研究３－ｉの結果 115
（１）研究参加者の概要 115
(2)フォーカスグループインタビュー 115
(3)研究 3-ⅱ　デルファイ法による訪問看護ケア方法の重要性と実行可能性に関する合意形成 120
①デルファイ法の対象者の概要 120
A. 第１ラウンド..... 120
a.デルファイ法　第１ラウンド..... 133
【Ⅰ.準備期:訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期】
【Ⅱ.開始期:がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある時期】
【Ⅲ.開始-安定期:夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期 / 夫婦の生活をサポートする第三者が入り、妻が妻・主婦役割を果たせなくなる時期】

. 133
【Ⅳ.安定期:夫婦にとっての思い出作りの時期 / 妻自身の死の準備行動と夫の死別の準備行動時期】
【Ⅴ.安定-終末期:夫婦で過ごす時間を大切にする / 死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期】 134
【Ⅵ.終末期:妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う / 妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う】
【Ⅶ.死亡時:臨終直後から通夜】
【Ⅷ.死別期:妻不在で途方に暮れながらも日々の営みを続けていく時期からなんとか独居で生活していこうとする時期】 135
ｂ.デルファイ法　第１ラウンド自由記載内容 136
Ｂ.第２ラウンド. 139
【Ⅰ.準備期:訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期】
【Ⅱ.開始期:がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある時期】
【Ⅲ.開始-安定期:夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期】
【Ⅳ.安定期:妻自身が行う死の準備行動と夫が行う死別の準備行動時期】
【Ⅴ.安定-終末期:死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期】 146
【Ⅵ.終末期:妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う/妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う時期】
【Ⅶ.死亡時:臨終直後から通夜】
【Ⅷ.死別期:妻不在で途方に暮れながらも日々の営みを続け、独居で生活していこうとする時期】 147
修正しなおした各期の名称 149
● 都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法　パンフレット　Ver.3 150
Ⅷ. 考察 166
１.訪問看護ケア方法についての重要性や妥当性
１）準備期:高齢夫婦が、がんと共存の在宅療養生活について具体的にイメージすることが難しい時期 166
２)開始期:妻のがんの進行に伴う急激な変化に不安を感じつつ、がんと共存の在宅療養生活を始める時期 167
３)開始-安定期:妻の介護と任せっきりであった家事を妻の代わりに夫が担おうとする時期 169
４）安定期:妻自身が死の準備行動を行い、夫が行う死別後の生活に向けて準備を

始める時期 172
5）安定-終末期:妻の病状が悪化し介護できることが少なくなる中で、夫が納得いく形で介護と家事を行う時期 173
6）終末期・臨死期:夫が在宅での看取りを覚悟し、介護しながら妻の臨終に備え死の準備を行う時期 175
7）死亡時:妻の死について夫が素直な感情を表出する時期 177
8）死別期:妻不在に戸惑いつつ自分の意思により、独居生活を再構築していこうとする時期 178
2.妻と死別した高齢男性のグリーフワークを促進し、独居生活の再構築を目指す訪問看護師の看護観 181
3.高齢男性のがんの妻との死別体験後に生活の再構築に向かう転換点と助けとなるものの存在 182
4. 都に暮らす高齢男性の妻と死別後の生活再構築プロセス 183
5.都市部における地域包括ケアシステムの「自助」「互助」の機能の仕方 184
6.都市部に暮らす高齢男性の考える妻と死別後の生活への備え 186

Ⅸ.「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」の意義 187

Ⅹ. 研究の限界と今後の課題 188

Ⅺ. 研究の限界と今後の課題Ⅺ.結論 191
謝辞 192
引用文献 193
資料（目次） 208
資料１「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」Ver.1 209
資料２「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」Ver.2 234

Ⅰ．序論

１．研究の背景

日本の高齢化率は、26.0%（2015 年）[1]であり、団塊世代が 65 歳以上をむかえ、今後も更に高齢化は進む。加えて平均寿命[2]も 2016 年には男性 80.79 歳、女性 87.05 歳と前年比よりも高くなっており、今後も伸び続けることが予測されている。

高齢化率の増加とあわせて 2010 年の総務省国勢調査[3]では、独居高齢者は約 480 万人であり 65 歳以上の高齢者人口に占める男性の独居者数の割合は 11%であり、2030 年推計では 17.8%に増加することが指摘されている。

高齢の単独世帯や夫婦世帯の割合は増加(平成 27 年国民生活基礎調査)しており[4]、親族や地域ネットワークが弱体化し、配偶者などの「身近な者の死」が遺族に与えるリスクはますます大きくなることも指摘されている[5]。

老年期には、身体機能の衰退や社会的役割の喪失など、さまざまな変化に見舞われる。なかでも配偶者の死は、ストレスフル・ライフイベント[6,7]とされ、愛情対象や性役割、さらに自己観まで脅かすものとされている。Erikson[8]によると高齢期は、人生の統合の時期であり、自分の死に直面する生の最終段階である。死も老年期の一構成要素として統合されなければならないとされている。しかしながら、個人が尊重され、地域との交流が希薄になった現代社会では家で死ぬ、家から葬儀を出すことが少なくなり、死を日常的に見聞きすることが少なくなっており、日常から隔離され第三者的存在になっていることも指摘されている[9]。とくに、1970 年代から急増した病院死は、在宅で死を看取る機会を奪い、これにより死の非日常化が進み、「死生観の空洞化」といわれる事態が生じている。その結果、団塊の世代以降では、死が身近なものではなくなり、死生観を深める機会を逸してきたため、いざ自分自身や身近な人が死に直面した際に様々な苦悩を抱えることになったという指摘もある[10),11)]。小谷[12)]は、死の問題を考えるとき、一人称(自分)の死なのか、二人称(配偶者などの身近な者)の死なのか、立場に応じた視点や対応が求められているとしている。

配偶者との死別に関しては多くの研究が蓄積されている。それらの研究に共通するのはその衝撃と苦悩が大きいことであり、死別後の心身への影響についての報告もある。

特に高齢男性が妻に先立たれる場合、状況の変化に適応し、生活を再構築することは、残りの人生を生きていく上で重要な課題である。もとより高齢者は加齢による身体機能や認知機能の低下のため生活機能全般が困難化しやすい。妻に先立たれた高齢男性では、これまでの生活背景上、家事などを一人で遂行することがしばしば困難となり、自力で生活を営むための問題を抱えている場合も少なくない。

これまで日本は死をタブー視する普遍的な社会通念が根強くあったため、自らの死や配偶者の死について直視することが避けられてきた[13)]。しかし、わが国の社会構造や生活環境等に関する様々な変化を背景として、人々の価値観等も多様化し、意識や行動が

変化してきている。これらを受けて、経済産業省の平成 22 年の報告書の提言では、ライフエンドとその後に備えた「準備」への意識改革に向けた国民への広範な情報発信が必要としている。昨今はライフエンディング産業も増え、終活という言葉やエンディングノートなどの言葉を耳にするようにもなった。これらの背景には、平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災を受けて、誰しも突然の死に直面する恐れがあるということに気づかされたという経緯がある。遺言等といった形で自分の意思を残すだけでなく、葬儀や遺影写真という死別後に必要となるサポートを自分自身で事前準備しておくというニーズは高まり、情報サイトや遺言作成支援、葬儀など生前契約はある[14]ものの、それらの情報にアクセスすることにも疎い高齢者にとっては、自らの死についてはもちろんのこと配偶者の死についての準備を療養者の生前時期に進めるということはなかなか困難であることが推察される。

２．死別体験をした中高年男性における身体的社会的精神的問題の所在

本節では、死別に関する文献を検討した上で、男性介護者にとっての死別体験における問題ついて言及する。

１）高齢期夫婦に関する社会的背景

日本の平均寿命は年々延び、高齢期の夫婦が増大している。2016 年の報告では男性 80.79 歳，女性 87.05 歳[15]である。

戦前には、平均 5 人であった 1 世帯あたりの出生児数は、2 人を切るまでに減少している。戦前は、末の子どもが独立する前に、両親は他界し、父親役割・母親役割を終えることなく、生涯を終えていた。子どもが独立した後の「空の巣期」が長くなった高齢期夫婦世帯も増え、同居世帯は減少している。

1960 年以前は、高齢者の 8 割が子どもと同居し、1980 年では高齢者の全体の半数を三世代世帯が占めていた。この割合は年々減少し、2014 年では、高齢者夫婦世帯は単独世帯とあわせると半数以上を閉める[16]。

第 2 次世界大戦後の家制度の廃止による夫婦家族制度の廃止による夫婦家族制度の成立と自営業から被用者へという就業構造の変化も、夫婦世帯と未婚子からなる核家族が「あるべき家族像」という夫婦家族性の理念が定着し、老後は子に頼ることなく、夫婦で暮らすという夫婦家族性理念の定着が、高齢期夫婦の増加につながっている[17]。

加えて、高齢者の要介護者も年々増加傾向にあり、要介護者の介護にあたるものは、配偶者が 26.2%を占めている。団塊世代が定年を迎え、今後、高齢期世帯の老々介護の増加も起こりうる。

高齢期の夫婦に関する高橋らの研究では、高齢者夫婦単独世帯の介護では、『やりがい』『被介護者への愛着』『慈愛の気持ち』『献身的な思い』『被介護者への恩義』などが介護継続を支える要因とし、介護継続を妨げる要因としては、『いらだたしさ(外向きの怒り)』『閉塞感(内向きの怒り)』『不安感』『諦めの気持ち』『孤独感』『周囲へ

の気兼ね』 があるとしている[18]。

２）死別に関する研究

死別体験に関する研究を概観すると、欧米では精神分析の枠組みの中の悲嘆プロセスに関する Freud らの研究や 1960 年代の Parks の実証的研究がある。

日本においての配偶者との死別に関する研究は、1980 年代前半から老年社会学の分野が中心となり河合[19]・岡村[20]らによって行われ、以降の国内の死別体験に関する研究は、鈴木[21),22)]谷田[23)]・河村[24)]・加藤[25)]・宮林[26),27)]らの遺族が体験する悲嘆に着目した研究等が散見される。性別で見ると、配偶者を亡くした高齢女性に関する研究が多く、寺崎[28)]の高齢者女性の配偶者死別における悲嘆と影響要因の研究や梅崎の高齢女性の配偶者死別とライフスタイルに関する研究[29)]がある。

３）中高年期の夫婦における配偶者との死別

配偶者の死別体験は、人生で体験する数々のライフイベントのうち最もストレスフルな出来事とされ[30),31)]、遺された夫や妻には大きな衝撃をもたらす。

特に高齢者にとっての配偶者死別は、死別時の場面やそのときに抱いた感情は鮮明に記憶される。長い人生の中で培ってきた経験や知識に基づいて、このストレスフルな体験そのものや、それにまつわる自分の行動、態度を評価する。死別が想起される度に高齢者は評価を繰り返し、長期的な過程の中で様々な思いを抱く[32)]。

遺された家族の多くは、親族・友人・隣人より適切な援助を得て、困難な過程を乗り越えて新たな適応をしている[33)]。一方で、配偶者の死は中高年に経験する出来事であることが指摘されているにも関わらず、死をタブー視する社会通念のために、配偶者の死について考えたり、その死について準備する者は高齢者でさえ少ないことも指摘されている[34)]。

死亡率の性差からも男性の場合は、妻の死を予期している同性の仲間がほとんどいないが、対する女性の場合では、女友達も経験している病気の配偶者との経験に助けられて困難に対処しやすくなっているだろうと Margaret[35)]らは指摘している。本邦においても男性の死別体験後の心理社会的問題については、問題視されている。

４）男性介護者の特徴に関する研究

（１）男性介護者の介護の特徴

在宅介護の状況およびストレスに関する介護者の性差に関する杉浦らの 2004 年の研究[36)]では、男性介護者の方が女性介護者よりもホームヘルプを頻繁に利用しており、これは一般的に男性が介護役割を負うまでの家事経験が少ないためとしている。また男性介護者は、周囲に協力を頼むという私的支援を求める割合が女性よりも有意に低いことを明らかにしている。永井らの研究によると、男性介護者は心身の健康に対して主観的

な健康感が低く、睡眠やストレス知覚についても問題を抱えながら介護のある生活を送っていることや、回避型のコーピングをとらない傾向になると指摘している[37]。

石橋の研究[38]では、男性介護者の介護を振り返っての言動で、①被介護者や家族員への不満の言動はほとんどない②介護を継続する上で、介護者自身の健康に対する不安が強い③介護者の体力と介護量や介護内容に対し、出来ないことは無理をせずに専門のひとに任せるなど、介護サービスを効率的・効果的に利用していた④介護負担を緩和するための受託回収や福祉用具に対する知識や関心は高いとしている。その理由として、男性介護者の場合は、妻に介護が必要になった場合、男性の能力で可能な介護と、そうでない事に対して、客観的に判断して行動する傾向のためとしている。加えて、長年連れ添った妻へのいたわりや感謝の気持ちが非介護者への親密性につながり、自宅で介護したいという気持ちも強いと考えられるとしている。しかし、男性介護者は、被介護者の介護に関して家族員に相談することも少なく、専門職に対しても、相談というより事後報告という行動をとる傾向があることや、自分の考える介護方法で介護を行い、気分転換や介護を共有できる家族員の協力を積極的には望まない孤独な姿もあるとしている。

（２）配偶者を介護する男性介護者と母親を介護する男性介護者の違い

杉浦の 2010 年の配偶者介護の介護における介護経験と精神的健康状態との因果関係の性差に関する研究で、2 年間の介護経験において介護保険サービスの利用を増加させても精神的健康とは関係なく介護肯定感の低下がみられた妻介護者に対して、夫介護者は ADL 介護量・副介護者などの身近なサポートを増加させ、介護役割に適応する傾向があること、それゆえ ADL 介護量が増えない、あるいは身近なサポートが乏しい夫介護者は精神的健康の悪化を招く可能性があることが報告されている[39]。

彦・鈴木らは、高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態調査をしているが夫介護者は息子介護者に比べヘルパーサービス(家事)の利用が少なく、無理をして家事を抱え込んでいるとし、男性介護者は、弱音を訴えることがあまりなく、夫介護者は、加齢に伴ってできていたことが出来なくなる事態に対応が遅れ、生活の破綻をきたす可能性があることを示唆している。一方、息子介護者については介護の対象は、母親が多く、40～60 歳代の有職者が多く、介護と就業の両立が大きな課題であることを指摘している。日本の福祉制度下では、高齢者単独世帯や高齢者夫婦世帯より介護保険サービスの制限を受けるという側面や壮年期や前期高齢者である場合、民生委員や地域住民の見守り対象からも見逃されやすい側面がある。介護離職により引け目を感じ、自己崩壊の危機にさらされやすいが、自ら支援を求めてこない場合が多く、積極的介入も難しいとしている[40]。

（３）男性介護者の介護と周囲のサポート

杉浦らは、介護を肯定し、要介護者(妻)への愛着や介護に自信などが向上すれば、男性介護者も女性同様、情緒的支援活用と積極的受容対処方略は高まるとしている。介護肯定感を高められれば、ネットワークが狭く相談相手が限定される男性介護者でも、情緒的支援を求められるようになれば、閉鎖的介護環境がなくなり、介護負担は軽減するのではないかと述べている[41]。

中村の研究では、認知症高齢者の妻を介護する男性介護者のよりよく生きる力を育む要因として、気持ちを受け止めてくれる家族の存在・近隣の理解や善意・友人や仲間の理解や共感・いざというときに得られる専門職のサポートなどである≪精神的支援≫と日々の家族の協力・サポートしてくれる女性・近隣の見守り・知得の場としての家族会・介護保険制度などの≪実質的支援≫があり、これら２つの支援の提供者は共通しているものが多く、≪実質的支援≫を受け、それを≪精神的支援≫としているのではないかと推察している。私的支援を得意としない男性介護者は、自身で抱え込むことも多いので、≪実質的支援≫を受け入れやすくするため、介護に対する早期からの意識教育を含めた、社会的環境調整が必要であるとしている[42]。

前述の石橋らの報告[43]にもあるように、男性介護者は、介護を行っていく中で生じた悩みや相談を打ち明けることもない実情がある。また日本の現状として高齢の夫婦のみの世帯が増え、独立して家族員との関係が希薄な場合のような状況もある。男性介護者に対して個々の家庭や個人の特性を知った上で、実質的に、身近なサポートや心身の健康に関してのサポートが必要であり、介護肯定できるような関わりが求められる。しかしながら、年代の違いにも注目した場合、高齢介護者においては、中年期にある介護者よりもさらに、サポートについての情報デバイスの狭小化もある。株式会社インテージが実施したマルチデバイス利用調査の結果で示すように、10～40 歳代がパソコン、スマートフォンであるのに対し、高齢者は、テレビが主流である[44]。

前述のように田高らの研究からは、大都市の高齢男性の場合は、地域や近隣とのかかわりも乏しく、配偶者喪失による対人関係の縮小化で地域や近隣との交流の機会を失い、孤独感を抱く[45]ことは、明らかにされており、男性高齢介護者は、身近な悩みや相談を打ち明ける存在がない実情に加え、介護についての情報が十分に得られないで孤立化する可能性も十分に考えられる。社会的環境調整が周囲の人たちによって、早期に対処されればよいが、孤立化してしまう高齢男性で、マルチデバイスによるアクセス、自ら役所に行くなどの行動を起こす者であれば、社会的環境調整がされ、実質的支援を受けられる可能性は高くなるが、そうでない者もいるだろう。筆者らの調査においても、介護で困っていても、どこに相談すればよいかわからなかったなど[46]、サポートシステムについての理解が十分でなく、アクセスの仕方もわからない介護者は多い。

先行研究では、男性高齢介護者がどのように実質的支援を受けられるようにつながっていったかを明らかに示したものは見当たらない。

５）高齢男性の配偶者死別における問題の所在と支援の必要性

白川[47]の研究では、配偶者の死別について扱った研究の多くは、男女を対象としているか、女性であることを報告している。その背景には、女性の平均寿命が長く、死別する可能性は女性高齢者に多いことがあげられている。女性に比べ、男性は「立ち直れない」とする者が多いことや、孤独感が高いという指摘もある。白川の言うように日本においては、配偶者と死別した中高年の心理社会的影響に関する研究の多くは、女性を対象とした研究や男女比を研究とした研究であり、男性を対象とした研究は数少ない。この背景には、圧倒的に女性のほうが配偶者と死別する確率が高く、女性の寿命が長く、多くの夫婦は夫が先に逝くことを前提に生活設計を立てているためで、配偶者に先立たれた場合、残された男性配偶者の多くが身の回りの処理が自分でできない、生活の運営が難しくなることがあることが指摘されている[48),49)]。本田らの研究では、独居高齢者のなかでも、後期高齢者や家族と死別により独居となった高齢者はさまざまなリスクを抱えており、ソーシャルサポートの重要性を指摘している[50)]。

小林[51)]は、配偶者の終末期において、家族が病気と闘う経過を通して、死だけではなくしだいに失われていく身体機能や精神機能の喪失にも、遭遇していくとしており、さらにいままでどおりの生活ができなくなることや、経済的な不安や孤独感などを体験し、これは死後にも続いていくとしている。また田高らの研究では、一人暮らし高齢男性の弱みは「孤独感」であり、〈人とつながることができない〉〈人付き合いの志向性が弱い〉という報告もされている。とくに大都市の高齢男性の場合は、企業や組織に雇用される労働者であって、長距離通勤や長時間労働が常であったために地域や近隣とのかかわりも乏しく、配偶者喪失により、対人関係が縮小し、地域や近隣との交流する機会もなく、孤独感を抱く可能性があることを示唆している[52)]。

Javier[53)]によると、妻を亡くした男性は平均よりも早死にする可能性が、30％高いとしている。男性の場合、配偶者の死に対して準備ができていない場合が多く、物理的かつ精神的に世話をしてくれていた人を失うと、その喪失が健康に直接影響を与えるとした上で、同様のことが夫を亡くした女性に起こることは少ないと報告している。

以上のことから、配偶者との死別後、独居となる高齢男性に対して妻の死後、悲嘆や後悔によって心身の健康を損なうことなく生活できるように妻の介護と並行し、配偶者の死の準備とあわせて死別後の生活を見据えた生前からのグリーフケアに注目していく必要がある。

Ⅱ．先行研究

１．看取りの場所に関する研究

本節においては、看取りに関する文献を検討する。

１）死を迎える場所

厚生労働省の 2016 年「人口動態統計」によれば、在宅での死亡割合は 2000 年から 14%を下回り、2016 年の時点では 12.8%である [54]。希望する死亡場所に関しては多くのアンケート調査が実施され、訪問や選択肢によって結果は多少異なったものになっているが、概ね 6～8 割の人ができるなら自宅で最期を迎えたいと答えている [55]。また、最期は病院で死亡してもできる限り在宅で療養したいと願いを持つ人は多くいる。在宅で終末期を迎えるには本人の「家で最期を迎えたい」と思う強い意志と家族も同様の意思があること、医療チームの体制(往診・訪問診療・訪問看護)や介護力が整っていること、24 時間体制のケアができること、病院の形態などいくつかの条件が必要となってくる [56]。

現代は、人の死に直面する機会が少なく、家族は、自然に死にゆく息遣いの変化にさえ不安や恐怖を抱くことがある。そのままでは家族の看取りは成立しないが、在宅で看取りをすることは負担が大きく療養者を支えてきた家族の看取りを経験した後の喪失感も計り知れない [57]。

２）地域での看取りの現状

国民の 6 割は自宅での最期を望み、要介護状態となっても自宅や子ども・親族の家での介護を希望しているが、1970 年代に死亡場所が自宅から病院へ逆転して以降、介護老人福祉施設を含む在宅での看取り件数は、全体数の 15%未満と地域で看取りが行われていない現状があった。

記憶や認知機能障害のために自分の居場所がわからない、周囲の環境変化に対応できない不安・混乱から BPSD が悪化するなどの理由から地域で生活する認知症高齢者や医療依存度が高い高齢者にとって、既存の地域密着型サービスの利用だけでは、最期まで地域で生活を続けることは困難とされてきた。医療機関への入院が余儀なくされる要因は、介護職が医療依存度が高くなるにつれ困惑を感じ、死にゆく人のケアに恐怖・不安を抱くこと [58]や、誤嚥性肺炎・大腿骨頸部骨折の発症や急変の場合、看護師が常駐していないこと等であった。在宅においては家族が看取り経験がなく、介護継続の負担や看取りの不安を抱き [59]、看取りの覚悟と現実の狭間で常に揺れ、在宅療養高齢者の入院・入所を余儀なくしていた。訪問看護では高齢者の長い暮らしの終わりを家族と支え、安心した看取りができるような看取りに向けての家族支援と看取り後の家族にも注目した支援の必要性が指摘されてもいた [60]。

これらの課題を解決するために 2012 年 4 月の診療・介護報酬同時改定では、医療依存度の高い在宅療養者を最期まで支える場として従来の小規模多機能型居宅介護のしくみに看護師が常駐し、訪問看護・療養相談の機能を備え介護と看護が連携し多面的支援が可能な看護小規模多機能型居宅介護が創設された。2016 年 4 月時点では、全国に 294 施設存在するが、団塊世代の高齢化・多死時代の到来に備え、看護小規模多機能型居宅介護の増加は、今後も見込まれる。

本邦では、団塊世代 800 万人が後期高齢者になる 2025 年を前に、地域包括ケアの推進は、国を挙げて進めている。厚生労働省においては、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進している[61]。

地域包括ケアシステム構築においては、本人や家族の選択や意思決定したことに対して、最期のときまで彼らの生活を支えていく支援者として、訪問看護や看護小規模多機能型居宅介護事業所に期待される役割は大きい。

２.看取りとされる時期に関する研究

本節では、がんの在宅療養者にとっての看取りとされる時期について取り上げる。

１）予後告知および看取りの時期に関する研究

（１）告知に関する研究

松下らの終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査[62]では、がんの終末期は、だいたい死亡する前の 3～6 ヶ月とされるとしている。

高齢者は、終末期での病名告知について 60%の者が希望するが、予後告知は 53%に減少している。配偶者が終末期にある場合、配偶者に告知するかの設問では告知すると選択したものは 42%で、本人が終末期である場合の希望に比べ、低い。早期から告知し、治療を円滑に行うことが原則である根治の可能性があるがんの場合でも、高齢者は、必ずしも病名告知は受け入れないとしている。過去の毎日新聞の全世代対象とする世論調査では、昭和 56～60 年で 53～56%、平成 8 年 66%であり、また高齢・低学歴・地方在住になるにつれ、告知の希望は低下し、若年・高学歴・都会ほど告知の希望は増加していたという結果と比して、松下らの調査では、高齢者としては告知の希望は高いとしている。

また松下らは、余命日数の告知となると、告知されたくない気持ちがあるとし、生きる希望は人々の基本的な支えでもあること、脳血管障害や心臓病のように、余命日数が大きくばらつく不確定性のある病気よりは、がんのように余命日数が比較的一定で終末期を迎える確定的病気を恐れる所以としている。

告知については、家族自体が「余命を聞き驚いた」ときの動揺と衝撃があり、患者本人には、「本人に生きる希望を失ってほしくない」、「高齢だからいまさら追い打ちを

かけないように」という家族の思いや判断があり、生きる希望を失わせないための非告知の検討や残された時間のすごし方を話し合える場面設定が、告知を受け療養の場を決定する時期に、検討が必要であると細田ら[63]が指摘している。

（２）がん患者家族への予後告知時の死別への受け止め方

久松らの「がん患者家族の余命告知時における死別への受け止め方の性別的特徴」の研究[64]で、男性家族は、【先のことを考えられない混乱】と【後悔の念】を持つ特徴があり余命告知を受けたが、現実を受け止められず、今後どのように対処してよいか分からず混乱を生じていること、これまで患者へ苦労をかけてきた思い、患者の体調を気にかけてこなかった後悔があるとしている。女性家族の場合は、【先を予測しての不安】があるとし、患者の苦しむ姿を見るつらさや死別後取り残される自分の姿を想像して起こる動揺や看病・金銭的工面など現実的な問題へ対処していかなければならないことに対する不安であるとしている。

男性の場合、思いもかけない事実に混乱し、予期悲嘆の衝撃と無感覚の局面が大きいことや社会的役割を担うことに重点を置き、家事や金銭管理など家庭内のことを患者である妻に頼っていた依存性の高さが、死別への受け止め方に影響すると指摘している。

女性の場合、予後告知時に情緒的不安が増す背景には、患者である夫への親愛度および今後に対する見通しの有無が影響していると指摘している。

（３）余命期間に関する研究

「余命 6 ヶ月」を保険金支払い事由とするリビングニーズ特約保険金を取り扱う明治安田生命保険相互会社の行ったリビングニーズ特約保険金請求後の生存時間分析[65]によれば、主治医の余命診断日を生存時間起算日とした悪性新生物罹患者の 183 日間(6ヶ月)生存率では、40 歳代 42.9%、50 歳代 44.9%、60 歳代 22.7%、70 歳代 0.00%である。60 歳代になると、生存率は急激に下がっている。このことから高齢者の場合若年に比べて、予後告知を受けてから臨死期に至るまでの時間は短く、告知されてから半年以内で死亡している者が多い。

（４）看取りとされる期間

川越[66]は、在宅療養がん患者の自宅で過ごす期間について、在宅ホスピス期間とし、在宅療養移行期・安定期・回復期・臨終期・臨死期とに分けている。

若林ら[67]の研究によると、看取りとなるまでの期間は、平均 175.6(±380.6)日である。在宅療養者の看取り時期に関して在宅がん患者・非がん患者問わず、訪問看護利用期間は、対象者 121 名中、10 日未満 12.4%、10 日以上 30 日未満 28.1%、30 日以上 90 日以上 180 日未満 12.4%、180 日以上 365 日未満 8.3%、365 日以上 9.9%、無回答 9.1%であった。訪問看護期間利用の最小値は 3 日間、最大値は 2665 日間であり、利用者の

主疾患は、がんが 57.0%で半数を超える。がん患者の訪問利用期間は、平均 88.3 日間であるのに対し、非がん患者では、平均 304.3 日間である。

訪問看護提供時間には、がんと非がん患者では以下のような時間差が示されている。

死亡 7 日前から死亡日までの訪問看護提供実態は、がん看取りの事例では死亡 7 日前から死亡 2 日前までは平均 60 分前後、死亡 1 日前で 80.3（±71.6）分に増加し、死亡当日は平均 113.1（±93.7）分であり、最大値は 515 分のサービス提供がされている。訪問看護合計回数も、死亡日には平均 1.5 日（±1.1）回へ増加している。一方、非がん看取り事例では、死亡 5 日前が、他の日に比べ訪問看護の提供時間は短くなっていたが、死亡日には平均 79.1（±65.1）分へと増加し、最大 300 分のサービス提供となっていた。訪問看護合計回数は、死亡日に平均 1.3（±0.9）回である。

看取りを行う訪問看護師の経験年数は、臨床経験年数は、13.2±7.9 年、訪問看護経験年数は 5.4±4.0 年であった。

臨死期では、利用者に身体的変化が起き、介護する家族の不安も増大することから、看護職に相談、支援を求めることも多くなるため死亡前日からの訪問回数・訪問時間が長くなる。

在宅での看取りを行うため療養者への対応だけでなく、家族に対する日々の介護への支援も必要となるため訪問看護提供時間が長くなること、在宅医から「死に至るまで考えられるプロセス」を説明されていても「いざとなったときの不安感」が募り、訪問を依頼することもあり、「心のケア」を要するケースが多いと若林は述べている。

以上の文献検討から、がんの在宅療養者の自宅で過ごす期間は、臨死に至るまでのプロセスにおいて、療養者自身と介護者への訪問看護の内容は、様々な局面があり、ケアの内容も時間も変化がある。

２）看取りまで家族が経験する心理的プロセス

終末期患者の家族は、家族員との死別という人生で大きな危機を迎えることに加え、介護による身体的疲労や経済的負担、家族内の役割変化など多重の苦しみを抱えている。

次項では、在宅での看取りに焦点をあて、在宅療養者を看取る家族に焦点を当てた研究について、検討する。

（１）在宅で看取りを行う家族の心情

家族の心情については、葛西の研究では、以下のように示されている。末期がん療養者を在宅で看取る家族の心理状態には療養者の死を予期する中での不確かさや混乱、不安があり、これらは常に変化していることを明らかにしている。また療養者の死に対する予期的悲嘆や葛藤、介護に対する負担や心理的苦痛があることも指摘している[68]。小林の研究では臨死期での家族の心情の中で家族員の死に対する予期悲嘆については、在宅で看取りを行う介護者の情緒体験から、大切な人との別れからくる抑うつ反応と看取りへの不安をもち、泣く行為に現れる悲嘆からなる〈死別への先行不安〉が予期悲嘆の

主たる要素となっていることを明らかにしている[69]。

家族は看取りの過程でネガティブな心理的反応やさまざまな心理的葛藤を経験することが報告されてきており、家族は心を揺らぐという体験をしながら、在宅介護を行っていることが古瀬によって明らかにされている[70]。

そして、終末期療養者の家族は、大切な家族の意思を尊重し在宅介護に踏み切っても、死期が近づき療養者の状態悪化が進むにつれ、後悔や自責の念、無力を感じることも古瀬によって報告されているが、一方、谷口らは老年期で介護する家族の介護困難感について、介護期間が 3 か月から 6 か月を経過する内に介護疲れはピークに達し、精神的にも疲労、不安、責任などのストレスからバーンアウトする傾向があることを明らかにしている[71]。杉本らの研究でも 1 人の介護者が終始ケアにあたることで、自分の力以上に全力投球を行うことにより、介護者のバーンアウトの可能性とケアの断絶も考えられるとも述べられている[72]。

家族は、死別への予期悲嘆や介護する上での困難感や負担感を抱えながら、看取りに伴う困難な状況や葛藤を解決するために折り合いをつけるという対処行動を行ったり、在宅で療養者を介護しながら療養者の症状悪化やそれに伴い緊張を強いられる意思決定に苦悩したりしている状況もある。

① がん患者とその家族

大西の研究[73]では、がん患者を在宅で看取る家族が覚悟したあるいは覚悟を決めた（覚悟を強めた）時期は、在宅ケアに移行する以前あるいは、在宅ケア移行時、あるいは、在宅ケアに移行して周囲のサポートを受けているうちに覚悟ができていく家族がいると**覚悟する時期**として報告している。

がん患者の終末期において、患者・療養者およびその家族の心理的状況については、ゆらぎという言葉を用いて述べられることが多い。古瀬[74]は、終末期がん療養者の家族の看取りの過程は、ネガティブな心理的反応やさまざまな心理的葛藤に注目し、その過程を心が揺らぐ時期としている。終末期がん療養者が訪問看護を利用し最期を迎えるまでの期間は 1 ヶ月としている[75]。島田の「ゆらぎの概念分析」[76]では、能動的な機能を持つ日本特有な概念であるとし、【衝撃的な出来事】【意思決定すべき事柄】【周囲との不均衡な関係】が先行要件として生じ、【新たなる自己の生成へ向かう成長】【より高い秩序への移行】【危機】をもたらすものとしている。

富田・塚越ら[77]は、家族は生命に関わる選択肢を提示され、心が揺れ決定に難色を示し苦境におかれ、【意思決定する家族の精神的な苦しみ】があるとしている。また苦境な状況下で孤独感に陥り、苦悩し葛藤を伴うとしている。

終末期の患者や療養者を支える家族は、苦境を避けずに限られた時間に限られた選択肢から患者の生を断念し、死が近づくことを認めざるを得ない苦渋の決断を行っている家族に対し、意思決定は避けられないため、苦しみを吐露させ、苦しみの軽減をはかる

支援が必要であるとしている。

また中島は、がん患者の家族では,予後告知により死への準備がなされることで正常な悲嘆が進行しやすいと考えられてきたが、その中には、悲嘆が長期に持続し複雑性悲嘆と呼ばれる状態にある遺族も 10～30%存在することを明らかにしている [78]。

先行研究から、選択を迫られる場面での援助の必要性とがん患者を看取ることになる家族へは悲嘆が長期に持続しないように早期から援助が開始される必要性があると言える。

② 非がん患者とその家族

がん患者家族ではない認知症高齢者を介護する家族について、前述の島田 [79]が用いた「揺らぎ」という言葉で表現された介護期間に関する研究がある。

宮上の認知症の家族の介護期間中の認識変容に関する研究 [80]では、家族としての特徴や背景を持って認知症の介護は開始され、「揺らぎサイクル」を経て、新しい関係と体制づくりへと進む連続的な過程として捉えている。このプロセスの中で「揺らぎサイクル」とは、‘介護方法の選択と工夫”生活技術の積極的な応用”柔軟性のある対応”限界状態予防の代替者利用’しながら〈前向きな対応〉で介護し‘理性的な納得と感情の葛藤”生活の中での生理的・感覚的な違和感”目を離せない継続的拘束感’を感じ〈理性と感覚のせめぎ合い〉ながら‘つかず離れずの距離’で‘高齢者の不変なものへの気づき”相互作用の過程で最適な対応を見出す’など介護していくなかでの〈試行錯誤からの成果〉を感じ、介護経験の中で得られた「経験知」に基づいて認知症高齢者の有り様を受け入れ、認知症高齢者との新しい関係や介護の体制を築くプロセスがあるとしていている。

杉原らの認知症高齢者の家族の意思決定過程に関する研究 [81),82)]では、【いままでの生活の変更を余儀なくさせる危機的状況】【危機感の分かち合い(共有)】【決定のための情報収集】【本人の内面への歩み寄り】【介護役割とのせめぎ合い】【介護の意味づけ】【決定における迷い】【周囲との調整と支援】【経済的な状況】の 9 つのカテゴリーがあることが明らかにされており、危機に気づいた家族は、その認識を本人と共有できないことに苦慮しつつも必要な情報収集を行い、介護役割とせめぎ合いながらも「介護者」としての役割・主体性、また意思表明できにくくなる本人の意をくむ役割をも引き受けていることを明らかにしている。

これら 2 つの研究は、介護者は、認知症であることがわかって介護を開始してから、認知症者と日々向き合う中で沸き起こる感情や介護中の様々な困難やそのときどきの葛藤など、心の揺らぎやせめぎあいと言う日本的な表現である言葉で表している。

介護の先にある認知症者との死別体験に関する質的研究で諸岡は、介護体験を《介護を担う》《症状と向き合う介護》《介護のための協力者との関係づくり》《介護を支えるサービスの利用》の 4 つのカテゴリーを、死別体験では《介護の最期を看取る》《死別後のこころの変化》《体験を生かす取り組み》の 3 つのカテゴリーを得、各局面での心

理状態が明らかにされている。さらに、強い悲嘆を伴う介護体験であっても、成し遂げられた経験として介護と死別体験に価値や意味を見いだすことができ、社会に貢献するという考え方や生き方に影響を与えると報告している[83]。

認知症の人を介護する家族は、揺らぎサイクルをめぐりながら介護の先にある死別まで日々介護に向かいあっている。

３）死別後の「心のゆらぎ時期～悲嘆」からの立ち直り

がん・非がん問わず、介護者らは介護中の時期にも様々な困難な局面に出会い、心の揺らぎを体験し、配偶者との死別後の心の揺らぎの体験に関する報告もある。

加藤[84]は、配偶者と死別した高齢者は【心のゆらぎ】を体験し【心のゆらぎに対処しようと努力する】ことを通して【配偶者の死に区切りをつける】【解放される】【余生を自分らしく生きる方法を見出す】というプロセスを辿っていたことを明らかにしている。配偶者の死に【区切りをつけない生活を営む】ことにより心身反応を自覚していた高齢者や【介護や看取りの意思決定】【満足した看取り】【思いの表出】【重要な人からの承認】【儀式や行事による区切り】により影響を受けながら悲嘆のプロセスを辿っていることを明らかにしている。加えて、悲嘆への援助として介護者の思いを反映した意思決定を促し、満足した看取りができるように援助すること、介護者の本当の思いを表出させ承認し、配偶者と共に人生を歩んできたプロセスを高齢者自身が肯定できるように患者の生前時期の援助の必要性を示唆している。

認知症者の家族では、自らの生活の変更を余儀なくされ、介護の役割とのせめぎあいや本人の意思をくむ役割を引き受けることもあり、長く複雑な介護のプロセスを辿っていくことも多いが、前述の諸岡[85]の研究にもあるように、その介護や死別体験に価値や意味を見出し、死別後、遺族は悲嘆を乗り越えて自分の生活を取り戻し、社会貢献に至る家族もいる。

一方、がん患者の家族は、予後告知により、死への準備がなされることで正常な悲嘆が進行しやすいと考えられてはいるが、中には、悲嘆が長期に持続し、複雑性悲嘆と呼ばれる状態にある遺族も存在することから、予後告知のタイミングと合わせて、死の準備や予期悲嘆への援助を行っていくことは重要であるといえる。

４）予期悲嘆に関する研究と死の準備

本節では、前節を受け、予期悲嘆と死の準備について取り上げる。

（１）死別後悲嘆と予期悲嘆

予期悲嘆についての文献的考察をした小林 [86]は、死別後悲嘆と予期悲嘆を次のように整理している。

Aldrich と Gilliland の研究では、予期悲嘆は死別後の悲嘆に似てはいるが違っているものという結果をそれぞれの研究で示しているが、Costello と Duke によって、配偶者は死別前後で継続的で累積的な予期悲嘆の影響を受けている。予期悲嘆は、Freud と Bowlby による伝統的な精神分析的枠組みの中の悲嘆プロセスに提案されたモデルではじまり、その後 Evans、Cluckey らによって心理社会的、社会文化的な要因としての見方がされるようになっていった。Lindemann の定義の予期悲嘆は、「死別という不可逆で最終的な別れの前に、潜在的な死に対する悲嘆反応が現れ,悲嘆と同様の段階をたどること」と Rando の「家族は死という最終的な喪失ばかりでなく,過去と現在の喪失や,将来の夢,希望の喪失も経験している」を受けて、予期悲嘆を広義の概念に用いる必要性を示唆した。家族の予期悲嘆について「死が避けられないと認識したときから,死へのプロセスの間の身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルな変化であり,避けられない死に対する喪失だけでなく、過去、現在、未来にわたる広義の喪失反応」と定義づけ、在宅での看取りを行う家族への予期悲嘆への援助は重要としている。

次の節では、予期悲嘆に関する文献を検討する。

（２）予期悲嘆の援助に関する研究

白十字訪問看護ステーション緩和ケア認定看護師の堤も、グリーフケアは利用者が亡くなった後に始まるものではなく、家族が療養者を亡くすことを予感して生じる“予期悲嘆”を引き出しながら、大切な人が亡くなることを想定した生前の“緩和ケア”の中で始まっていると指摘する [87]。

遠山の研究では、グリーフケアは在宅ケア開始時に始められるのがよいとされ、グリーフケアにより予期悲嘆を適切に受け止めることができれば、そのあとに訪れる死後の悲しみもその人なりに順調な経過をたどり克服できるとしている [88]。

認知症者の介護者の予期悲嘆については、広瀬らの研究 [89]では、≪非死喪失≫・≪(狭義の)予期悲嘆≫≪適応≫というように、がん患者とはちがう定義がされている。身内が認知症になることで≪非死喪失≫が発生し、その反応として、【受けとめることができない】【怒らずにはいられない】【やりきれない思い】【自分に責任がある】【不安と寂しさ】の狭義の予期悲嘆が強まり、最終的に≪適応≫が進むとしており、認知症と診断をうけたところから予期悲嘆が始まっており、喪失の中から意味を見出す喪失への適応プロセスを広義の予期悲嘆とし、がん患者の家族の予期悲嘆とは異なる意味を持ち、≪適応≫への家族支援のありかたは、経過時期によっても異なるとしている。

（３）予期悲嘆と死の準備に対する支援

死の準備教育に関する研究は、がん患者とその家族のためや子どもの死を受容するための母親へのもの、あるいは中学生・高校生を対象に死の準備教育を行う研究などは、本邦でも国外においても数多く見られる。しかし死の準備と予期悲嘆のこれら２つの用語については、前述した廣瀬が認知症患者を介護する家族の予期悲嘆について言及した定義はあるものの、両者を明確に定義したうえでの看護に関する研究はなく、予期悲嘆と死の準備（教育）という言葉を取り扱うには不安定さがある。

また在宅療養者に限定された死の準備に関する研究論文は、本邦では数少ない。

前述の遠山が指摘するようにグリーフケアを患者の生前から行うと捉えている研究では、小野の研究があげられる。

看取り後の家族介護者に影響を及ぼす療養生活開始から終末期のグリーフケアで訪問看護師が行うグリーフケアとして「死の受容の促進および看取り体制の説明」「家族の意向を尊重した介護の継続の支援」「家族の思いへの共感」をあげ、そのアウトカムとして「ポジティブな感情の獲得および悲嘆の緩和」、「社会的役割の拡大」、「グリーフケアのネガティブな影響」、「死別の影響による病気や死の予防」をあげている。【療養生活開始から終末期のグリーフケア尺度】と【臨終時のグリーフケア尺度】【看取り後のグリーフケア尺度】では有意な中程度の相関が見られ、療養生活開始から終末期のグリーフケアを実施しているほど、臨終時・看取り後のグリーフケアをよく実施し、また、看取り後のグリーフケアをよく実施しているほど、療養生活開始から終末期・臨終時のグリーフケアをよく実施していたことが小野の研究によって、明らかにされている[90]。

本邦において、在宅における「死の準備教育」に関する研究は、澤田[91]・奥ら[92]・寺崎[93]の研究があり、海外においては、Kawagoe[94]らの報告にとどまっている。各々の研究について以下に取り上げる。

澤田の農村社会の高齢者を対象とした研究の中で、配偶者が長患いであるが故、心の準備ができており、その死に際が安らかだった場合は、悲嘆からの回復は早いという結果を示しており、生前からの心の準備が死別の情緒的な受容のために重要であると示唆している。悲嘆の要因分析では,健康状態が良く,告知がなされ,介護に携わることが悲嘆軽減に有効なことも明らかにしている。

また奥らは、看病に満足感を抱いている者は、死別後１週間で亡くなった配偶者の死を寿命や運命であると考えた者が多かったが、配偶者に依存していた者は、死別後の生活上の困難なことに不安や寂しさをあげ、夫婦の関係が自立していた者は、特に困ったことはなかったと答えた者が多く、生活の落ち着きを取り戻す時期は３年後からという者が多いと述べている。

寺崎は、悲嘆に対する感覚の麻痺は,予期的悲嘆が十分行われることにより介護への達成感がみられ、思慕の感情は,寂しさや孤独感として長期に続くことが明らかにしている。

Kawagoe らは、がん患者とその家族に対して最低 4 回在宅療養導入期・安定期・臨終期・死別期の各期において一回ずつ真実や今の状況を伝えていく必要性とそのプロセスを踏み、看取る家族が死を受け入れていくことが死の準備教育のゴールとしている。がん患者のための死の準備教育には、日本在宅ホスピスケア協会の実施基準[95]がある。これによると、患者および家族への死の準備教育は、以下のようなっている。(1)医療者に依存した受動的な“いのち”ではなく、死までの時を能動的に生き抜くことができるよう、患者と家族を支援する (2)家族に対して日常的なケアに関する教育をする (3)患者と家族が安心できるように病状の説明を充分行い、起こりうる病状変化に対処する方法を指導する (4)家族を対象として死のプロセスの理解、看取りの心得などの教育を行うである。

（４）死の準備期に関する研究

前節まで、予期悲嘆・死の準備教育について述べた。在宅においての終末期、死の準備を行う時期については、どのように考えられているのか本節では、取り上げたい。

前述の川越は、著書「がん患者の在宅ホスピスケア」[96]において、（在宅療養）準備期－開始期－安定期－終末・臨死期－死亡時－死別期としており、各期のがん患者とその家族に対し、看護師の仕事、医師の仕事、患者・家族への勧めというカテゴリーで、医師・看護師の関わりとケアについて言及している。経過が早いこともあるので、死の準備は開始時期から行うとし、安定期には家族へのねぎらいやレスパイトの重要性について述べている。同じように Kamei[97]は、がん在宅療養者のターミナル期のステージについて言及しており、3 段階(導入期、中間期、臨終期)の期間があり各段階で異なるケアニーズがあると述べている。

非がん在宅療養者に目を転じると、日本と在宅ケアや保険システムが類似している Kim[98]らの日本と韓国の非がんの在宅療養者と家族への終末期における研究がある。慢性疾患・認知症の療養者が死に近づくほど〈身体症状の管理〉の必要性は増加し、2 カ国ともに〈喪失と悲嘆のケア〉と〈ケアチーム・メンバーの間の調整〉は、療養開始時期と臨死期より安定した段階にその必要性は高まると指摘しているが、研究対象である介護者は、配偶者あるいは、娘か嫁である。

先行研究では死の準備期において、がん･非がんを問わず、死の準備と予期悲嘆に対するケア双方の言葉は、本邦においては、明確な区別をして使われていないまま今日に至っている。

在宅看護の分野において死の準備に関する研究は、前述の川越らのがん患者とその家族に対しての研究を中心に進んできてはいるものの、在宅療養中の配偶者を看取る高齢男性を対象にした研究や高齢男性介護者が妻を看取るための死別への準備を含む死の準備行動、予期悲嘆への具体的な看護の示唆を得られる研究は、本邦では見当たらない。

５）臨死期以降に介護者が辿るプロセス - 死別後の遺族の生活の再構築 -

前項までは、死の準備期を含み、死別までの看取り時期についての研究についてレビューしてきた。

看取りのがん・非がんを問わず、看取りまでの困難や苦悩は、いわゆる危機モデルやプロセス性のあるモデルで説明することができる。

小島は、危機に陥った人がたどるプロセスに焦点を当てており、その人にとって重大な喪失が引き金となって、危機に陥った人が、それを乗り越え、受け入れていくと述べている[99]。

プロセスを辿る研究として、Cobin&Strauss[100]の「病みの軌跡」があげられる。

Cobin&Straus の慢性疾患に直面した人が、自らの生活史を見通しながら、病気の管理や日常生活、人との関係性の再編成を行い、病気や慢性状況の行路(軌跡)を辿っているという「病みの軌跡」理論をもとに、池添は、家族もまた病みの軌跡を辿っているとし、状況に直面したとき、病気やそれに付随して生じる状況に対し、独自の意味づけを行い、方向性を吟味しながら、再構築を歩むことになるとしている。家族の生活の再構築（Life Reconstruction）は、家族が病気やそれに付随して生じる状況に意味づけを行い、その意味を共有しながら、行動の方向付けを行って取り組み、家族の生活を維持、再建していくプロセスがあるとしている[101]。

（１）生活の再構築に関する文献検討

生活の再構築に関する研究で、他の研究者らは、次のように論じている。

山岡[102]ら慢性疼痛患者の生活の再構築に関する研究では、病気に追い込まれていった生活過程を見つめなおし、健康状態の好転に向けて生活調整していこうと、生活の在り方を組みなおし築き上げることと定義している。山本[103]の中年期クローン病患者の生活の再構築に関する研究では、[調子良さを持続させる][体調を優先させて生きる強さを持つ][体調コントロールの軸は自分][体得した自分流の工夫を生活に組み入れる][加齢や合併症出現による将来の生活の不安][豊かに生きていく]カテゴリーが挙げられている。

回復期リハビリテーション病棟の脳血管疾患患者についての研究において、原田[104]は、患者･療養者自身の立場においては、脳血管障害患者の生活の再構築過程に関して、変化した身体機能との調整を図りながら、身体機能の回復とともに心理社会的にもその人なりの生活を営めるようになることと定義している。

慢性疾患をもつ人や回復期リハビリテーション期にある人にとっての生活の再構築とは、慢性疾患や疼痛、障害をもちながらも、変化した身体機能との調整を図ったり、少しでも調子の良い状態を維持し、健康状態の好転に向けて生活を維持していこうとしていくことである[105]。

介護する家族についての生活の再構築について言及した研究は、大島[106]と池添らの

研究が挙げられる。大島は、リハビリテーションの立場から回復期リハビリテーション退院後の患者家族について、自身を介護者と同時に生活者という両義的な存在として再認する。そして生活の持続可能性を考え、長期的な時間の中でのパートナーとしての歩みを取り戻すというプロセスであるとしている。池添[107]は、家族の生活の再構築(Life Reconstruction)は、時間とともに変化する慢性疾患の軌跡の中で、家族が病気やそれに付随して生じる状況に意味づけを行い、その意味に共有しながら、行動の方向付けを行って取り組み、家族の生活を維持、再建していくプロセスであるとしている。慢性疾患を持つ人や回復期過程にある人の家族にとっては、病いや障害を持ちながらの長期的な経過での状態変化とともに家族の生活も維持、再建していくことと言える。

終末期の家族の生活の再構築については、経済産業省の平成 23 年の報告書[108]で言及されている。この報告書の中で、終末期は、「ライフエンディング・ステージ」という考えから、人生の完成期というライフステージの最終章に位置づけられる領域を示す範囲としている。このことから、①人生の終末や死別後に備えた事前準備(生前からの準備)を行うことを〈行動〉、②ライフエンドとその後の遺族等による生活の再構築の時期〈時間〉の双方を合わせた領域を指すとしている。ライフステージの最期は、①本人がその後を託すことでその死別後に生前の意思や希望を叶えることや②本人の死別に伴って生じた悲嘆を癒し、様々な困難が生じた遺族等が日常生活を営むことができるようになることができるまでと表現されている。

前述した Cobin&Strauss[109]の「病みの軌跡」理論は、2001 年に Cobin がモデルの一部を修正し、「立ち直り期」を加え、前軌跡期から臨死期に至っては、全 9 つの局面をもつ。Cobin の言う「立ち直り期」は、身体的回復、制限の拡大、心理社会的適応を含む生活史の「編み直し」とされている。「生活史」とは、人生の行路を指し、慢性状況を抱え生きていくには、アイデンティの適応プロセスが必要であり、このことを「折合いをつける」と表現している[110),111)]。

死別し、遺族となってからの時間(遺族期)の生活をおくる家族介護者の場合、療養者との死までを家族として、病みの軌跡を辿る。死別時は、家族介護者にとってクライシス期である。加藤[112)]は、配偶者と死別した高齢者は、【心のゆらぎ】を体験し【心のゆらぎに対処しようと努力する】ことを通して【配偶者の死に区切りをつけ(る)】、【余生を自分らしく生きる方法を見出す】としている。死別後の時期は、加藤の研究からも、介護者は、配偶者の死に、一旦区切りをつけ自分自身の暮らしや生き方を立て直すために折り合いをつけ、立ち直っていく時期と言える。

配偶者と死別した高齢男性は、病いや障害をもつ人との生活を終え、介護者という枠からはずれるので、病気などの変化に伴う家族としての生活の維持・再建ではなくなる。死別者は故人なしの今後の生活や人生にも向き合っていかなければならない[113)]。

したがって、配偶者と死別した高齢男性にとっての生活の再構築とは、配偶者の死に区切りをつけ、自分の余生についての「編み直し」を図り、遺された者としての生活を

していくことである。配偶者と死別した高齢男性は、死別による悲嘆をもつばかりか、配偶者が病と向き合っているときとは違う困難が生じることが予測されるため、「編み直し」を進めていきやすいようにケアする側は、療養者である配偶者の生前から死別後の生活を見据えた関わりが必要であろう。

３．2040 年に向けた地域包括ケアシステムと単身世帯のセーフティネット

2016（平成 28）年 3 月の地域包括ケア研究会の「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」[114]によると、地域包括ケアシステムの定義は、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」としている。

2013（平成 25）年に示された地域包括ケアシステムの基本的要素は、地域を支える負担を誰が担うのかという視点から「自助・互助・共助・公助」としている。加えて、「地域包括ケアシステムの構成要素」を示すものとして、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の 3 枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、「すまいと住まい方」を基本に、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性が示された [115]。そして 2016（平成 28）年度に示された「地域包括ケアシステムの構成要素」は、「本人の選択と本人・家族の心構え」を受け皿に、「すまいと住まい方」を基本とした形は変わらないが、これまでの「葉」の中に位置づけられてきた軽度者向けの予防活動の多くは、自助や互助を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、生活支援と介護予防を一体のものとしている。また在宅生活に臨む本人や家族は、介護の負担や状態の急変など、様々な不安感を抱えているので、それらを払拭するために、ニーズに多様なサービスや支援が、複数の事業所・専門職から提供されていても、一つのチームから提供されていると感じられる「利用者からみた一体感」が重要であるとしている。

2025 年から 2040 年にかけては、団塊の世代が 75 歳から 85 歳以上に移行する過程で、疾病リスクが高まり、2039 年には、死亡者数はピークとなるなど、死亡者数の増加が予想されている。そうした意味でも人生の最終段階における考え方の整理や看取りの体制や方法について、具体的な検討を行い、実践できる体制整備が必要となると指摘されている。また、高齢者の分野にあたっては、身体的な自立に重点を置くばかりでなく、社会的孤立も含め、地域で生活課題を抱える人々の問題は身体的にとどまらず、心理的自立支援、社会的自立支援が欠かせない人々など、ニーズの幅はこれまで以上に広がっていくとしている。また 2040 年に向けた地域課題への対応として、地域包括ケアシステムに専門職が関わる分野として「保健・福祉」が改めて強調される意味も大きい

としている[116]。

１）都市部と農村部・過疎地域の男性介護者の介護負担の違い

前節の第 3 項の澤田の研究[117]は、配偶者が長患いだった為、心の準備ができる、死に際が安らかであれば、悲嘆からの回復は早いという結果を得、生前からの心の準備が死別の情緒的受容のために重要であるとしているが、農村社会の高齢者が対象であった。本項では、都市部と農村部・過疎地域について本項では取り上げ、以下に述べる。

倉澤ら[118]は、「訪問看護を利用する要介護高齢者における家族の介護負担感の地域差」に関して、過疎地域より、都市部において介護負担感が高いことを報告している。主な要因は、目が離せない時間が長いほど介護負担感が高い傾向にあり、介護負担感が重いほど外出しにくい、介護サービスを利用するのに近所の目が気になる、他の介護者がいないことなどが挙げられている。過疎地域では、介護を中断しやすく、都市部は高い介護負担があっても介護を継続している可能性もあることを指摘している。その理由として、農村部では必要なときに、必要なサービスが利用できないために要介護度の高い高齢者が長期ケア施設に入所してしまっている可能性もあるとしている。加えて、繁忙期においては、介護者不在となるので施設入所をすることも考えられる。また在宅での死亡割合が低い北海道は、北方ゆえの冬の厳しさと医療圏が広いと希望時にサービスが利用できないため入院や入所をしていると言う報告もある。

また倉澤は、都市部と過疎地域の介護期間の違いについては、都市部の方が過疎地域よりも長い傾向があることを報告している。都市部の介護者の方が、要介護高齢者に関して愛着が強いものだけが在宅で介護を継続している可能性があることも示唆している。都市部においては、要介護高齢者を施設に入所させるのに抵抗が少ないため、比較的介護度が低い要介護高齢者であっても愛着度の低い介護者は施設に入所させている可能性についても示唆している。石橋の研究[119]において、男性介護者の場合，インタビューでは，被介護者を施設や病院に入れるよりも自宅で介護したい気持が強く，そのために介護者自身の健康に対する意識が強かったこと、イギリスで行われた在宅介護に関する訪問調査[120]において「妻を介護するのは当然である。二人は結婚したときからどのような環境にあってもお互いを尊重し助け合うことを誓い合っており、いまでも妻を愛している」と男性介護者がインタビューに答えているのと同様、宗教観や文化の違いから表現の方法が、異なりはしても、わが国においても、同じように長年連れ添った妻への労わりや感謝の気持が被介護者への親密性に繋がっていると考えられるという報告があるように、男性介護者は、妻に対して愛着を示し、負担を感じながらも介護をつづけることが予測される。

農村社会は、家名を重視する伝統が残っており、世襲する同居者も多くいることが多い。また農村社会であれば、近隣との人々との交流が残っており、個人の危機に陥ったときに強力なサポートシステムとして機能する[121]が、田高らの研究の報告にもあるよ

うに、大都市の高齢男性の場合は、企業や組織に雇用される労働者であり、長距離通勤や長時間労働が常であったために地域や近隣とのかかわりも乏しく、地域や近隣との交流する機会もなく、孤独感を抱く可能性がある[122]。

２）地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」

2013（平成25）年3月の地域包括ケア研究会の報告では、地域包括ケアシステムは、それぞれの地域資源のバランスの中で構築される予測を示し、「自助・互助・共助・公助」の区分が提案された。自助は、自分で自らの生活を支えることであり、自らのくらしを自分で行うあり方以外にも、市場サービスの購入によって、自らの生活を支える方法も包含している。互助は、家族や地域の支え合いなど、市場とは異なる生活空間の中で支えあう地域の機能としている。

これを受けて、都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能であり、都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大きいという指摘もある[123]。

また 2016（平成 28）年 3 月の報告では、大都市でも、互助が強く残る地域もあれば、居住者の出入りが頻繁で近隣住民との交流が希薄な地域もあるという見方がされている。都市部や都市郊外では、「地域の支え合いなどほとんどみられない」と悲観的な声が聞かれることは、逆に自助や互助の潜在力を活用できる余地が残っている地域とも考えられるとしている。2040 年頃に都市部で想定される人口構造に近い状態にすでに直面している中山間地域や過疎地域があり、全国統一の標準的地域包括ケアシステムの姿は、規定できないとしている[124]。

また都市部においては、全国平均よりも高齢者人口は 20%多く、単独高齢男性人口は、全国平均よりも多い[125),126),127)]。

３）単身世帯におけるセーフティネット

みずほ情報総研の研究レポート[128)]では、以下のような指摘がされている。

日本の社会保障制度は、個人・家族による「自助」、職場や地域社会による「共助」を前提に、「公助」として構築されてきたと考えられ、家族内の助け合いによる「家族によるセーフティネット」と、長期の雇用保障や安定的な賃金など「企業によるセーフティネット」を前提に、「公的なセーフティネット」として社会保障制度が、設定されている。この 3 つのセーフティネットが機能するのは、夫婦の少なくとも一方が正規労働者であり、子どものいる世帯とされている。これに対して、単身世帯では、少なくとも同居家族は、いないので「家族によるセーフティネット」を期待できない。また「企業によるセーフティネット」は、正規労働者にしか基本的には働かない。「公的セーフティネット」である社会保障制度は、家族や企業によるセーフティネットを前提に制度設計されている面がある。このため、単身世帯では、公的なセーフティネットも不十分

になりがちである。単身世帯では、2 人以上の世帯に比べて、3 つのセーフティネットが十分に機能していかないことになるとしている。

以上のことから、子どもらと同居していない高齢者世帯では、配偶者を亡くすと、単身世帯となり、3 つのセーフティネットは機能しないこととなる。

都市部における配偶者を亡くした高齢男性介護者について支援については、地域包括ケアシステムの「葉」となる医療・看護の側面と合わせて、保健・福祉の側面から検討していく必要がある。

４．配偶者との死別後の高齢者に関する研究

配偶者を亡くした高齢者に関する研究は、死別による悲嘆の回復過程[129]や死別後のスピリチュアリティ[130),131)]についての先行研究はあるが、いずれも研究対象者は、男性女性を問うているものではなく、対象者の比率は圧倒的に女性が多い。

人見[132)]は、死別当時は、不安の有無と身体的影響間に有意差があったこと、死別後に苦しかったことは、葬儀や行事のこと以外に自分自身の身体的苦痛があったことを報告している。身体的影響とその状態の具体については、死別後は、不眠、寝込んでしまう、食欲不振、体重減少、疲労感、思考力・集中力の減多、1 日中ボーっとしている感じ、涙ぐむことが多いこと、気持ちの変動がおこりやすいこと、アルコール依存、などを挙げている。また死別後のソーシャルサポートとして、情緒的サポートを多くもつことによって介護中と死別後の苦痛が癒されること、また死別した高齢者の精神的健康を維持するためには、死別後に周囲の人たちから情緒的な社会支援を得られるかが重要であると述べている。これは、小野の死別後の適応[133)]に関する質的研究においても、死別した家族介護者は、人生に困難が訪れても、他者の支援を受けいれることで生きていくことができるという学びを得るという報告と同様である。しかしながら、女性の方が情緒的サポートを受けていることが多い傾向にあり、サポートの授受には性差･年齢差があることを人見は示した上で、男性の悲嘆の回復が遅れやすいことを指摘している。

１）配偶者喪失遺族の生活に関する研究

前述のように、高齢者を看取る家族に関する研究は小野[134)]・人見[135)]らの研究がある。両者とも、悲嘆からの回復過程や悲嘆の回復と共に、介護の経験を生かしたり、家族に支えられたり、情緒的サポートなどを受けて死別後の生活の営みをしようと今の生活に向かおうとする遺族について言及している。

寺崎らは、高齢女性に配偶者死別における悲嘆と影響要因[136)]について明らかにしている。同居のいない高齢女性は、死別後も思慕や抑うつ傾向が強いが、病名・予後を告知されている者については、悲嘆が軽い傾向にあることや介護を自分で行った者のほうが、悲嘆が軽いこと、また抑うつが強いほど悲嘆が強いという関連性を明らかにしている。

加えて蒔田らは、要介護高齢者を看取った後の配偶者の生活状況について[137]報告している。女性介護者は、要介護高齢者の死は負担の大きな介護からの開放ではあるが、【人間関係の変化】、【不安定な生活】、【精神的不安定】、【体調の変化】があっても、【家族のありがたさの確認】により、精神的安定につながり生活も安定していくということを明らかにしている。

配偶者喪失後の精神的健康に関して、故人の死への心の準備ができていると、遺族となってから精神状態が良好であるという坂口の報告[138]や療養生活開始から終末期までに家族への訪問看護によるグリーフケア[139),140)]の必要性や、療養生活開始時期からのグリーフケアは、悲嘆緩和や死別の影響による病気や死亡の予防に繋がるという小野の研究[141)]がある。

２）配偶者を喪失した高齢男性に関する研究

配偶者を喪失した男性に関する研究は、沼田の死別後１年間の夫の感情の変化に関する研究[142)]がある。緩和ケア病棟に入院していた妻と死別してからの１年は、【しんどい】、何をしてよいかわからない状態やぼおとするなど【考えられない】自分の身体に関心が向かない【無関心】や、【緊張】【無気力】などの状況から【一歩踏み出す】状況に変化していくことが報告されており、研究対象は58歳から72歳である。

高齢男性を対象とした研究では、鈴木・滝川[143),144)]の死別体験を有する男性の悲嘆や孤独感に関する研究と、東・永田の配偶者喪失後におけるアイデンティティの揺らぎと対処をケーススタディ[145)]として報告したものがある。また室屋らの配偶者と死別した高齢男性の心理過程と社会生活への再適応に関しての文献検討[146)]がされている他、桂・山田らの独居高齢男性の自立支援[147),148)]についての報告などが散見されるが、これら研究の多くは、不安、緊張、孤独感など心理的側面の変化に着目した研究である。

坂口は、死別後の対処には、２つの方向性があるとしており、その一つは、故人との絆に焦点を当てた喪失自体に対する対処（grief work model）であり、もう一つは、死の結果として生じる二次的問題に焦点を当てた対処であるとしている。死別の場合、対処すべき課題は、喪失そのものだけでなく、死別者は故人なしの今後の生活や人生にも向き合っていかなければならないとしている[149)]。

しかしながら、高齢男性が配偶者との死別後の、独居生活をどのように再構築していくかとそのための具体的な支援についての論文はない。

男性の独居高齢者のセルフケアの維持は女性より困難とされ、前述したように、特に都市部の高齢男性は企業に雇用され労働者として長距離通勤・長時間労働をしてきた為に、家族や地域との関わりは乏しく社会的孤立や孤独死を招きやすいとされている[150)]。以上のことから、本研究では都市部に住む高齢者夫婦に焦点をあて、死別後の男性高齢介護者の生活の再構築のプロセスを明らかにした上で、がんの妻への援助および、余命宣告を受けてから看取り時期における男性高齢介護者への訪問看護の具体的なケア内

容を明らかにする。とくに死別後の生活の再構築が促進されるような死別への準備に関する援助について本研究において明らかにしていきたい。

５.終末期における療養者と家族への援助を行う看護師の看護観

冒頭で、団塊の世代以降では、死が身近なものではなくなり、死生観を深める機会を逸してきたため、いざ自分自身や身近な人が死に直面した際に様々な苦悩を抱えることになったことが指摘されている [151]と述べた。在宅終末期ケアに携わる訪問看護師は、療養者本人および家族、多職種からの情報収集に加え、事実情報だけではどのようなケアをすべきか決めることが困難であるため、自らの倫理観に基づいて判断や決定を行う。また在宅終末期ケアの質は訪問看護師の倫理観に左右されるといっても過言でないとされている [152]。倫理観に加え、訪問看護師自身が、療養者と介護者への援助を行うのに彼ら自身の信念や看護に対する考え、つまり訪問看護師の看護観や死生観もケアの質を左右するものと考える。

吉田は「死」観という言葉を用いて、看護師の看護観や死生観はケアに反映していることを明らかにしている [153]。さらに野戸らの研究では、看護観は体験を経て意識化された終末期ケアに対する考えや姿勢であることや、看護観には《ケアに対する姿勢》《人間の見方》《QOL の向上》《終末期ケアの価値》の 4 カテゴリーがあることが見出されている。それだけでなく、看護観やケア行動は体験を意味づけることで再考し、再考された看護観やケア行動はフィードバックされ、次の体験に変化を及ぼすとしている [154]。

在宅療養者の終末期の看護に関するこれまでの研究では、訪問看護師が死別後のグリーフケアを行ってきたことに対して看護師の立場から評価した研究が多く、高齢者を対象とした研究では、仁科らの終末期にある独居高齢者を支える訪問看護師の看護 [155]や小野ら [156]の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についての研究がある。

また川上の研究では、グリーフケアには、訪問看護師と家族のビリーフ(信念)が影響されていると考えている。訪問看護師は家族のビリーフと苦悩を全て捉えることはできていたが、[在宅での看取りは理想の看取り][看取りの時期は家族の絆を深める時期]という訪問看護師自身のビリーフが存在し、そのビリーフを通して家族のビリーフと苦悩を捉えた見方をしていた。そのために、自身のビリーフと合わないものは[家族は他者が入り込めない看取りの拠り所がある]と捉え、家族への関わり方に影響を及ぼしていた。家族のビリーフに沿った関わりをするために、訪問看護師は家族のビリーフをありのままに捉え、家族のビリーフを保つ要となる「理想の看取りに近づけたい」に働きかけることが家族の苦悩を緩和する効果的な支援方法になるとしている [157]。

この報告から、在宅高齢者を看取る家族が、死や看取りについてどのように感じとっていたか訪問看護師が知ることは重要と考える。家族の苦悩を捉えることができていても、自身のビリーフに合わないものは踏み込まない姿勢があるので、家族のビリーフに

沿った関わりをするために訪問看護師は、グリーフケアの中で家族のビリーフを保ち、家族の理想の看取りに近づけるように働きかけることは、家族の苦悩を緩和する効果的な方法であると考えられ、妻を失う高齢男性を支えるための重要な要素と考える。

一方、訪問看護師の死生観に関する横尾の研究[158]では、内科系での臨床経験が長いほど、死を開放と考える傾向があり、それは看護職として死を間近に看るという特殊な状況や、看取りの体験、経験年数などが死生観に関与しているのではとしている。加えて、横尾は、「死からの回避」と訪問看護経験年数間に有意な関連があることを示し、訪問看護経験年数が、1～3 年の者が他の経験年数のものよりも高い傾向にあると報告している。訪問看護師の経験が 3 年超えると、最期まで療養者と家族が住みなれた地域での生活の中で、最期まで療養者と家族に寄り添ってケアを実践していく経験が多くあるので死は誰にも訪れる必然的なものとして死生観を育成させ、死を肯定的に受容できると述べている。

以上の文献検討から、看護師自身の看護観・死生観・信念は、本研究における余命宣告を受けて死別までの看取りの時期においての訪問看護ケアに影響を及ぼす重要な要素であると考える。加えて、横尾の報告にあるように、訪問看護師経験が 3 年未満の看護師では、「死からの回避」傾向が、経験を積んだ看護師よりも高いので、予後告知を受けてから死別するまでの看取りの時期にある高齢夫婦への訪問看護の具体を示すケア方法の提示は、経験年数の少ない訪問看護師にとっても必要と考える。

６．文献検討のまとめ

先行研究では、妻を失う高齢男性は看取りを終えるまでの時期の生活を営んでいく上での混乱、予期悲嘆にあった時期にどのような苦しみや悲嘆があったか、また死別後の高齢男性が一人で生活していく上での困難を踏まえ、介護と並行し、死別への準備行動としてどのようなケアを行っていったかについて具体的に論じた研究は散見されない。

前述のように老年期には、身体機能の衰退や社会的役割の喪失など、さまざまな変化に見舞われる。高齢期は、人生の統合の時期であり、自分の死に直面する生の最終段階であり、死は老年期の一構成要素として統合されなければならないとされている[159]。

生活を日々営みながら介護する中で、さまざまな困難や混乱を高齢者自身がもつ力と周囲のサポートによってどのように乗り越えていくのか、そのケアの内容やサービス内容、またどのようにサービス利用につなげられていくかそのケアプロセスは明らかにされてはいない。加えて、自己観まで脅かすものとされているストレスフル・ライフイベント[160]である配偶者の死をどのように受け止め、死別後の生活に高齢男性が日々どのように向き合い、暮らしていくのか、またそのために必要とされる支援についても、明らかにされてはいない。またこれらの援助を行う訪問看護師が男性高齢介護者に対してどのようなビリーフ、看護観をもってケアに臨んでいたかは明らかにされていない。

Ⅲ．研究目的

本研究の目的は、以下の 2 点について訪問看護師の支援プロセスを明らかにし、訪問看護ケア方法の開発をすることである。

① 訪問看護師が、看取り時期にあるがんである妻と高齢男性に対して、高齢者の人生観や価値観を尊重し、どのような看護ケアを提供しているのか

② 高齢男性介護者に対しての妻との死別への準備行動や死別後の独居生活の「再構築」を目指し、どのような援助を生前から行っているのか、その看護ケアの具体的な内容と訪問看護以外のサービスにどのようにつなげていくのか

なお、本研究では、高齢者単独世帯のがん疾患配偶者を介護する高齢男性が妻の予後告知を受け、介護する死別までの時期における訪問看護やその他必要とされるサービスに焦点をあてる。

１．本研究における訪問看護ケア方法

本研究で言う訪問看護ケア方法は、がんの妻と高齢男性介護者が妻の余命宣告を受けてからの生活を継続可能とするために、訪問看護師がどのように高齢夫婦の生活とビリーフ(信念)を受け止め、援助を行っていたか、またこれと並行して、どのように死別への準備行動の援助が行われていたか、妻との死別後の独居生活の再構築を目指し、生前から行われた具体的な援助を示した内容のことを言う。

この訪問看護ケア方法には、訪問看護師自身の看護観が反映されており、予後告知から死別期までというプロセス性を持つものである。

Ⅳ．研究の意義

高齢者が配偶者喪失の悲嘆から回復していくプロセスに関する研究は、国内でも数多く散見されるが、予期悲嘆のケアや死の準備行動に焦点を当てた研究は、多くは国内外において見られない。配偶者の死別について扱った研究の多くは、男女を対象としているか、女性の方が、平均寿命が長いため、高齢女性を対象にした報告が多い。

白川 [161]によると、死別による心理社会的影響は、女性より男性に強いとされ、先行研究でも女性に比べ、男性は「立ち直れない」とする者が多いことや孤独感が高いという指摘もある [162),163)]。

在宅療養するがんの妻の終末期において、高齢男性の介護や日常生活上でどのような体験や変化があったかを解釈されることと、また配偶者との死別後の生活においての体験やグリーフワークがどのように進み、独居生活がどのように再構築されていったのかそのプロセスを明らかにすることは、エンドオブライフ・ケアやグリーフケアにおいて新たな知見となる。また、高齢の男性介護者を支えるため、生前からのグリーフ･ケアとして高齢男性へ訪問看護師がどのように関わっているのかそのケア内容を明らかにすることで、訪問看護師は、がんである妻の療養中の看取りの時期に想定されるさまざまな局面において高齢夫婦の生活を整え支えていくことが可能となり、この訪問看護ケア方法が開発されることで、高齢男性の配偶者との死別後の生活まで想定した訪問看護の提供が可能になる。配偶者の予後告知を受けてから看取り時期までの生前グリーフケアを行うことで遺族となった後の独居の高齢男性の心身の健康を早期回復に導き、配偶者を亡くした後の生活の再構築が進むのではないかと考える。

また都市部に暮らす独居高齢男性の孤立化や孤独死予防にもつながり、高齢者のウエルネスを目指した支援の一助となりうる。経験年数の少ない訪問看護師や在宅での看取りの経験の少ない訪問看護師にとっても、療養者の死や家族介護者の不安や混乱に向き合い、高齢者夫婦の信念や価値観を受けとめたよりよい看取りケアの実践につながるモデルとなり、ターミナルケア･グリーフケアだけでなく、老年看護学、がん看護や家族看護学にも寄与する知見となりうる。

Ⅴ．研究方法

１．研究の構成

本研究では、がんの妻を亡くした高齢男性が、死別後の独居生活をどのように再構築していったかを明らかにした上で、訪問看護師は、在宅療養するがん患者である妻と妻の予後告知を受けたあとの高齢男性に対して、高齢夫婦の生活や価値観・ビリーフをどのように尊重し援助したか、また予期悲嘆にあった時期を高齢の男性介護者が乗り越え、介護を継続できるよう、どのような援助していったか、妻と死別する高齢男性へどのような死の準備をケアとして行っていたか、訪問看護やその他のサービスによって療養者と高齢男性の生活にどのような変化があったかそのプロセスを明らかにする。得られたデータから療養者である妻への訪問看護ケアの内容と高齢男性の介護期間中のケア内容、生活の再構築のためのケアに関する内容や提供されたサービスの具体的内容を抽出し、訪問看護ケア内容について構造化する。構造化した訪問看護ケア内容について重要性および実行可能性を問うエキスパートパネルよるフォーカスグループインタビューを実施し、訪問看護ケア内容について、合意形成をもって開発とする。その後、家族の会や遺族会を開催している訪問看護ステーションおよび看護小規模多機能型居宅介護事業所に勤務する訪問看護師、介護支援専門員らへの質問紙調査にて訪問看護ケア内容についての重要性および実行可能性について検証する。

研究は以下の三段階で行う。

研究 1 「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性が、独居後を見据え、どのように生活を再構築していったのかを明らかにする」調査
関東地域の都市圏；東京都・神奈川県・埼玉県の各都道府県に登録している訪問看護ステーションのうち HP 上で、所在地を挙げている訪問看護ステーションおよび看護小規模多機能居宅介護事業所で家族会や遺族会などで死別後のサポートを行っていると返信のあった訪問看護ステーションから推薦のあった死別後 3 ヶ月から 1 年経過している高齢男性に対し、配偶者との死別後の生活での困りごとと、どのようにその困りごとについて対処したのか、現在の生活までのプロセスについてインタビュー内容から明らかにする。
研究 2「都市部に住む在宅療養中のがんの妻と死別体験する高齢男性に妻への予後告知から臨死期において行われた訪問看護ケア及び死別後の独居生活の再構築を見据えた訪問看護ケア内容の具体とそのプロセスを明らかにする」ことを目的とする調査
都市部在住の高齢者単独世帯のがんの妻を看取る男性高齢介護者を支える訪問看護師の看護観や在宅療養開始期から臨死期までの訪問看護の具体について明らかにする。死別後の悲嘆緩和や生活の再構築のための準備として、予後告知時期から死別期までの訪問看護の具体と他のサービスとの連携協力の内容、家族会・遺族会での援助内容,その他の男性高齢介護者へのグリーフケアの具体について、またこれらの援助によって、看取りの時期の高齢者夫婦の生活と男性高齢介護者が介護はどのように支えられ、継続できていたか、妻と死別した高齢男性がどのように独居生活を再構築していったのか訪問看護師が捉えた看取りと生活の再構築のプロセスについて、訪問看護師へのインタビュー内容から明らかにする。
研究 3「都市部に住む高齢男性のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」の開発と精錬化
文献検討と研究 1・2 で得られた結果を整理・統合し、都市部に住むがんの妻を看取る高齢男性の妻の看取りと妻との死別後の生活までを視野に入れた看取り時期の訪問看護ケア方法について構造化を行う。精錬化をめざすため構造化した内容について、関東に在住する訪問看護師・介護支援専門員ら 6-8 名を対象にフォーカスグループインタビューを行い、内容について適切に表現されているか、また重要性・実行可能性について評価してもらい、結果に応じて修正を行う。合意形成をもって開発とし、修正版の運用可能について、研究 1・2 の調査依頼時に家族会や遺族会などで死別後のサポートを行っていると返信のあった訪問看護ステーションの管理者・訪問看護歴 3 年以上の看護師 100 名に郵送による 2 度のデルファイ調査を行い、更に精錬化し完成版とする。

２．用語の操作的定義

（１）高齢男性

厚生労働省の資料(健康日本 21 など)[164]、介護保険法、「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律(略称:高年齢者雇用安定法)」[165]においては、45 歳以上の者を「中高年齢者」、65 歳以上の者を「高年齢者」としている。

配偶者を亡くした未成年の子どもを育てる男性は、孤立無援であると感じる苦悩や相談相手がいないという苦悩を抱く点は、高齢男性と共通するが、子育て中の若年・壮年期者では家庭および,地域での役割は異なる[166]。顕著な違いは、「子育て」「就労」の 2 つの役割を一手に担っている点である。高齢者の場合、多くが 2 つの役割から退いている。加えて、女性と比較し男性の配偶者との死別は圧倒的に低いため、本研究における対象は、団塊世代を含む 65 歳以上の男性を、高齢男性とする。

（２）看護観

野戸[167]・小野[168]・川上[169]らの文献を参考に「経験などから築き上げたその人なりの看護における考え、信念、価値観」と定義する。

（３）訪問看護ケア

吉田[170]・野戸[171]・小野[172]の研究から、看護師の看護観や死生観はケアに反映しており、看護観は体験を経て意識化された終末期ケアに対する考えや姿勢であることや、看護観には《ケアに対する姿勢》《人間の見方》《QOL の向上》《終末期ケアの価値》があることが見出されている。またそれだけでなく、看護観やケア行動は体験を意味づけることで再考し、再考された看護観やケア行動はフィードバックされ、次の体験に変化を及ぼすとされ、看護観を明確にすることが、他者を尊重したよいケアにつながるとしている。ケアには、療養者本人と介護者の価値観・人生観・死生観を受けて訪問看護師自身の看護観などケアする者と受ける側の個別性が反映される。

したがって、本研究で言うケアとは、訪問看護師の看護観に基づいて提供されている援助行動とした上で、**訪問看護ケア**は、がんの妻の予後告知を受けてからの妻への日々の看護だけでなく、人生の終末・臨終・死別後に備えた事前準備(妻の生前から行う死別への準備行動)を行う男性高齢介護者への訪問看護師による看護実践についてを言う。また本研究では、医師から予後告知を受けてから死別期までを支えるための時間の経過に伴う訪問看護師の看護観と具体的な援助内容、死別した男性高齢介護者が遺族となってからの時期に、独居の生活を継続していくために死別後の生活も想定した関わりなど具体的なケア内容を示し、他のサービスにどのようにつなげているのかなどプロセス性を含むものである。

（４）死別への準備行動

木村らの研究によると、高齢者自身の老いや死に備える行動を「死の準備行動」としている[173]。

死別への準備行動を行う期間については、経済産業省の平成 23 年の報告書では、「ライフエンディング・ステージ」[174]という考えに基づき、人生の完成期というライフステージの最終章に位置づけられる領域を示す範囲としていることから、①人生の終末や死別後に備えた事前準備(生前からの準備)を行うことを〈行動〉、②ライフエンドとその後の遺族等による生活の再構築の時期〈時間〉の双方を合わせて領域を指すとしている。

本研究では、被介護者の死に備える介護者の行動を**「死別への準備行動」**と定義する。妻の生前時期から死別直後までの時期における終末期や死別後に備えた事前行動とする。

（５）生活の再構築

広辞苑によると生活は、「①生存して活動すること。生きながらえること。②世の中で暮らしてゆくこと。また、その手だて。くちすぎ。すぎわい。生計。」とされている。

本研究では山本[175]・原田[176]・山岡[177]らの文献や、「ライフエンディング・ステージ」の考えを参考に、生活の再構築を以下のように定義する。

配偶者と死別した男性高齢介護者(遺族)が、死別から立ち直ろう、自らの生計を立て直そうと配偶者の死に区切りをつけ、独居の余生を自分らしく生きるために生活のあり方を編み直し、暮らしていくこととする。

ときには悲嘆に暮れることがあっても、体調をコントロールしつつ、加齢や合併症出現など将来の不安や独居の日常生活上の困難・問題を自ら、あるいは何らかのサポートによって解決し、自分なりのこだわりや自分流の工夫を生活に取り入れたりしながら生活を営んでいくことを言う。

３．研究方法

１）研究１：「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性が、独居後を見据え、生活を再構築していくプロセスを明らかにする」ことを目的とした調査

（１）目的

がんの妻を亡くした高齢男性が、独居後の生活を見据え、どのように生活を再構築していったかを明らかにする。

（２）研究デザイン

本研究はデータに密着した分析より独自の説明概念を明らかにし、それらによって統合的に構成された説明力ある理論を導く研究という性質を持つ。

男性高齢介護者が、がんで在宅療養する妻を自宅で看取り、死別後、どのように独居生活を再構築していったのかのそのプロセスに着目する。高齢男性の体験を通して、独居となっての遺族期の生活について明らかにすることを目的としていることから、質的帰納的な性質を持つ。従って本研究のデザインは、質的帰納的記述研究とする。

（３）対象者の選定基準

関東地域の都市圏(東京都・神奈川県・埼玉県)の各都道府県に登録している訪問看護ステーションのうち HP 上で、所在地を挙げている人口 100 万人以上の都市；東京都特別区部・横浜市・川崎市・さいたま市[178]の訪問看護ステーションおよび看護小規模多機能居宅介護事業所で家族会や遺族会などで死別後のサポートを行っていると返信のあった事業所管理者から推薦があり、同意を得られた高齢男性とする。

なお、研究１における高齢男性の選定条件は、以下の内容を満たすものとする。

① 鈴木･滝川らの研究[179),180)]から死別後１年未満のものは、孤独感が強く、死別後年数経過ごとに孤独感は弱まっていること、死別後１年未満の者は、葬儀や納骨などの一連の葬送儀礼があり手続きが多いことで家族の支援を受ける機会が多いという報告[181)]や死別後の半年間は配偶者との死別の影響から死亡率が高いという報告がある[182)]。したがって、研究１の対象者は、死別後 3 ヶ月から 1 年経過している高齢男性遺族とする。

② 在宅での療養･看取りの期間は、谷口[183)]・杉原らの報告[184)]から、介護期間が 3 か月から 6 か月を経過するうちに、介護疲れや精神的疲労、不安、責任などのストレスでバーンアウトしたり、在宅介護期間が 6 ヶ月未満では、抑うつ傾向にあり、6 ヶ月から 1 年群では、やや改善していくという報告がある。また高齢者の場合、余命宣告から 6 ヶ月以内に死亡しているケースが多い。以上のことから、本研究では、がんで在宅療養する妻を看取るまで 3 ヶ月以上介護期間があった高齢男性とする。

（４）データ収集方法

研究１についてのデータ収集は、高齢男性が妻を看取り、死別に至るまでの経験を非言語的、深層的に知ることができる面接法とし、半構造化面接とする。時間は 60 分程度とする。

①インタビュー内容

・生前奥様がご自宅で療養されていた時期、奥様の介護やその他、介護以外のことで、家の中のこと(具体的には、炊事・洗濯・掃除など季節ごとに行う衣類や寝具などの家事や、お金の管理、仏事・神事など宗教的な行事など)について、ご主人が努めてしていたことは、ありましたか？
それは誰かの助言をもらってしていたことでしょうか？
あるいは、ご自分で必要と判断されて、なさっていらっしゃったのでしょうか？
またご自身で工夫されたり、こだわってしていたこと等は、あったでしょうか？
それらは、具体的にはどのようなことでしょうか。
そのなかで大変だったことはありましたか？それは、どのようなこと、どのようなときにそう思われましたか？

・生前奥様がご自宅で療養されていた時期に、ご近所の方々とのお付き合い(回覧板や町内の祭事を含む町内会のこと，団地自治会，・老人会など)で、ご主人がなさっていたことは、ありましたか？
それは、自ら進んで、なさっていらっしゃったのでしょうか？
あるいは、誰かの助言をもらってしなさっていたことでしょうか？
そのなかで大変だったことはありましたか？それは、どのようなことでしたか。
またどのようなときにそう思われましたか？

・生前奥様が、ご自宅で療養されていた時期に、辛かったことや大変だったことは、どのようなことでしたか？

・奥様がお亡くなりになってから、お辛かったことや大変なこともあったと思います。今の生活に落ち着くまでどのように過ごしてこられましたか？
　また、今のような生活になるまで、どのくらいの期間を要しましたか。なにかにきっかけがあって、い、まの生活に落ち着いたという事があれば、お話ください。

・奥様がお亡くなりになって、奥様の法要も含めて改めてご自分でするようになったとはありますか？また、自分なりの工夫やこだわりを持ってしていることがあれば、教えてください。

・奥様がお亡くなりになって介護保険によるサービスや、誰かの手助けを受けましたか。それは、具体的には、どのようなサービスや手助けでしょうか？

・一人暮らしになって、公的な(介護保険等の)サービスや、それ以外の手助けでどのようなものがあればよいと感じたことはありますか？具体的にお聞かせください。

面接では、高齢男性が遺族となってからの生活のプロセスについて話を丁寧に聞いていく。特に印象に残った場面での援助について、高齢男性の様子、訪問看護を受けていた当時の夫婦の生活状況や死別後の生活の状況については、詳しく語ってもらう必要がある。その場合、丁寧にインタビューを行うが、そのほか話が中断しない限り、細かい制限は行わず、自由に語ってもらう。質問内容以外にも高齢夫婦の生活や死別後の生活に関係があると思われる内容が語られたときには、対象が当時のことを思い出して気分や体調が優れない場合でない限り、研究者から質問するなど詳しく話を聴かせていただくようにする。

また言い足りないことや伝えたいことがないか、面接の終了前に確認する。

（５）データ収集期間

2017（平成 29）年 12 月～2018（平成 30）年 5 月

（６）分析方法

研究は、面接内容に基づいた理論開発を目指し、研究対象である訪問看護師と訪問看護の利用者(男性高齢介護者とその妻)、あるいは訪問看護師と多職種という個人だけでなく対象が関わる人たちとの社会的相互作用の過程も含めるという特徴を持つ。また、本研究自体がプロセス的特性を持っており、ヒューマン・サービスという実践的な領域での研究である。

木下による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach 以下 M-GTA とする)[185]は、オリジナル版で示されたグラウンデッド・セオリー・アプローチ(Grounded Theory Approach)の①理論生成への志向性、②grounded-on-data、③経験的実証性、④応用が検証の立場という基本特性を継承し、オリジナル版の課題であった①コーディング方法の明確化、②意味の深い解釈、③独自の認識論(インターラクティブ性)を克服した分析方法である。データが有している文脈製を破壊せず、意味の深い解釈を分析プロセスに組み込んでいる。また、M-GTA に適した研究として木下は、研究自体がプロセス的特性をもっている場合としており、看護や介護をはじめとするヒューマン・サービスは、このプロセス的特性を持っているとしている。したがって、研究１の分析には、M-GTA が適切であると考えた。

２）研究２：「都市部に住む在宅療養中のがんの妻と死別体験する高齢男性に妻への予後告知から臨死期において行われた訪問看護ケア及び死別後の独居生活の再構築を見据えた訪問看護ケア内容の具体とそのプロセスを明らかにする」ことを目的とする調査

（１）目的

都市部に住む在宅療養中のがんの妻と夫である高齢男性へ予後告知された時期から臨死期までに訪問看護師によって提供された訪問看護ケア内容の具体とそのプロセスを明らかにする。

（２）研究デザイン

本研究は研究１と同様、質的帰納的記述研究である。高齢男性が、がんで在宅療養する妻を自宅で看取る死別期までの看護やその他のサービスには、どのようにつながっていき、生活を支えられていたか、そのプロセスに着目する。訪問看護師の経験を通して、それらを明らかにすることを目的としていることから、質的帰納的な性質を持つ。

（３）対象者の選定基準

本研究の対象は、妻の予後告知を受けた時期から臨死期までがんの妻と夫（高齢男性）に対して看護した訪問看護師を対象とする。

関東地域の都市圏(東京都・神奈川県・埼玉県)の各都道府県に登録している訪問看護ステーションでＨＰ上、所在地を挙げている人口 100 万人以上の都市；東京都特別区部・横浜市・川崎市・さいたま市の訪問看護ステーションおよび看護小規模多機能居宅介護事業所管理者宛に郵送で協力を依頼する。研究協力の人選に関しては、研究１で返信のあった事業所管理者から候補者の紹介を受け、同意の得られた訪問看護師 15 名を対象とする。なおかつ研究１の対象者宅に訪問看護を提供していたと対応する看護師とする。

なお、研究２における訪問看護師の選定条件は、以下の内容を満たすものとする。

① 関東圏；東京都・神奈川県・埼玉県[186]にある東京都特別区部・横浜市・川崎市・さいたま市にある訪問看護ステーションおよび看護小規模多機能居宅介護事業所に勤務し、終末期ケア・在宅ホスピスケアを行う訪問看護師

② 訪問看護師経験については、東京訪問看護ステーション協議会の訪問看護師のキャリアラダー開発[187]と横尾の文献を参考に、訪問看護師歴３年以上とする。ただし訪問看護師経験の前の臨床経験年数については、吉田[188],小野[189]の文献を参考に、看護師としての臨床経験年数は５年以上、あるいはホスピスでの勤務経験が２年以上の看護師経験とする。

③ 高齢者夫婦単独世帯、被介護者ともに 65 歳以上,がんで療養していた妻を介護していた男性高齢介護者にかかわったことのある訪問看護師

④ 小野の研究[190]では、短期間の訪問看護では、家族との実質的な接触が少ない

と、家族への支援やその看護観について十分に語れないとし、高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の対象選定は、3 ヶ月以上の訪問看護の後の看取りと設定している。

また、訪問看護師が関わった高齢男性においては、以下の条件を満たす者とする。

① 介護者は高齢であり、なんらかの健康上の問題を抱えている場合も多い。したがって、介護者は、通院歴がある者、要支援までの認定を受けている、療養している妻とは別に訪問看護を受けている場合、あるいは受けていた男性高齢介護者も対象に含める。

② 予後告知については、本人に生きる希望を失わせないため家族にしかしないことも多いという細田らの先行研究[191]もある。

　少なくとも男性高齢介護者は、妻の予後告知を受け、余命期間を知っていることを条件とする。予後告知については、がんである妻が自分の余命を悟り、知っている上で、介護を受けている場合も含む。

③ 研究 1 の対象の選定条件と同様、谷口[192]・杉原ら[193]の報告を参考に、本研究では、がんで在宅療養する妻を看取るまで 3 ヶ月以上介護期間があった男性高齢介護者とする。

（4）データ収集方法

研究 2 についてのデータ収集は、高齢男性が妻を看取り死別に至るまでの訪問看護師の経験を非言語的、深層的に知ることができる面接法とし、半構造化面接とする。時間は 60～90 分程度とする。

①インタビュー内容

・在宅療養するがんの妻と介護者である夫の高齢夫婦の生活を支えるためにどのような援助を行ったか。その訪問看護の具体について、時間の経過に沿ってお聞かせください

・上記の訪問看護の提供について、当時どのような考えや判断のもとで、ケアを行っていましたか

・予後告知を受けてから死別期までの訪問看護の中でご夫婦の生活で印象に残っている場面はありますか。そのときの様子と当時、行っていた訪問看護内容についてお話ください

・男性高齢介護者に対して行った訪問看護の内容で特に印象に残っていることについて、またそれは、どのような時期で、どのような状況のときのことでしたか

・夫婦の生活を見ていて、他の専門職に連携し、関わっていったことがあればお話ください。それは、どのような状況であり、どのようなサービスにつなげていったのでしょうか

・（上記を受け）他のサービス提供が入ることになって療養者の様子や高齢男性の生活はどのように変化していったのでしょうか
・ご臨終後、なんらかの形で、介護を終えた男性高齢介護者の方から連絡があった、あるいはお会いすることなどがありましたか。ある場合はそのときの様子や、当時の生活の様子などについてご存知の範囲でお聞かせください。
・男性高齢介護者が奥様との死別後、なにか助言されたことなどあったら、お聞かせください。

面接では、訪問看護のプロセスについて話を丁寧に聞いていく。特に印象に残った場面での援助について、訪問看護を提供した時期とそのときの療養者と男性高齢介護者の様子、提供されていた訪問看護内容とそのときに利用していたサービスや夫婦の生活状況については、訪問看護師の語りに応じ、詳しく語ってもらう必要がある場合は、丁寧にインタビューを行うが、そのほか話が中断しない限り、細かい制限は行わず、自由に語ってもらう。質問内容以外にも訪問看護師自身の看護観に反映しそうである経験や高齢者夫婦の生活支援に関係があると思われる内容が語られたときには、研究者から質問し、詳しく聴くようにする。

また言い足りないことや伝えたいことがないか、面接の終了前に確認する。

（５）データ収集期間

2018(平成 30)年 1 月～8 月

（６）分析方法

研究 2 では、都市部に住む在宅療養中のがんの妻とその夫に提供された具体的な訪問看護ケア内容を導き出すため、内容分析の手法を用いる。

半構成面接が終了した研究対象者ごとに、順次質的帰納的に分析する。分析した内容については Lincoln&Guba[194]の質的研究を評価するための基準を参考に信頼性の確認を行う。分析結果は、訪問看護学分野の教員や大学院生から確認を受け、最終段階の結果については、メンバーチェックを実施する。分析および研究の全過程において 訪問看護に関する研究・指導に精通する研究者にスーパーバイズを受けた。

（７）訪問看護ケア方法の構造化

分析した結果は、訪問看護ケアとして、がんである妻 ; 療養者自身の状態の変化と状態や時期に応じた援助、またそれに伴う高齢男性の気持ちのゆらぎ、介護を期間中の日常生活上の困ることや戸惑いなど日々の様々な状況に応じ提供された訪問看護ケアと配偶者喪失後の高齢男性が、生活を再構築していくことができるように、個々の生活により適したサービス提供に向けて、訪問看護師の行うケアや多職種と連携していくプロ

セス性が分かるように整理する。

遺族となった高齢男性が、ときに悲嘆に暮れることがあっても、できるだけ体調をコントロールでき、自分流の工夫をしながら生活を営むことができるように、独居での日常生活上の困難や問題を解決できるようにし、導入されたサービス等についても整理統合し、構造化する。

３）研究３「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」の開発と精錬化

（１）目的

「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」の作成およびエキスパートパネルによる精錬化

（２）研究デザイン

研究 1･2 の結果および文献検討から「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」を構造化し、認定看護師・専門看護師、介護支援専門員資格をもつ看護職ら 6～8 名にフォーカスグループインタビューを行い、構造化された訪問看護ケアの内容が適切に表現されているか、重要な内容のものであるか評価する。また、経験が 3 年未満の訪問看護師でも理解でき、実行できるような内容のものであるか実行可能性を評価し、修正する。その後、修正版の運用可能について、家族会や遺族会など死別後のサポートを行っている訪問看護ステーション･看護小規模多機能型居宅介護事業所に勤務する看護師に郵送による 2 度のデルファイ調査を行い、更に精錬化し完成版とする。在宅での看取りに精通した訪問看護師・介護支援専門員らに合意を得ることで、実効性が高く、質の高いケアを提供できると考え、認定看護師・専門看護師・介護支援専門員資格をもつ看護職らのフォーカスグループインタビュー後に Nursing Competencies for palliative care in home care[195]で用いられたデルファイ法を参考に、4 件法で郵送式質問紙調査を 2 回行う。

デルファイ法は、1960 年代のアメリカで開発されたコンセンサスメソッドの一つであり、質的研究の結果の確証性をあげるためにデルファイ法による確認作業を繰り返し、研究者間での単純一致率を計算し、ディスカッションを重ねて、分析者の思い込みによる歪曲を防ぐこともできる [196]。

（３）対象者の選定基準

日本訪問看護認定協議会関東ブロックに登録している訪問看護認定看護師、日本看護協会に登録する関東に在住する在宅看護専門看護師、および一般社団法人 日本介護支援専門員協会に登録する関東在住の介護支援専門員で、看護小規模多機能居宅介護事業所に勤務する介護支援専門員･訪問看護ステーションと同じ事業所に併設された居宅介護事業所勤務している介護支援専門員とする。また、研究 1･2 のリクルートで、研究協力可能と同意のあった者に郵送で協力依頼を行い、研究協力に同意を得られた看護職とする。

加えて、関東近郊で各都道府県に登録している家族会や遺族会など死別後のサポートを行っており、HP 上にて所在が確認できる訪問看護ステーションに勤務する経験 5 年以上の看護師および管理者で合意の得られたものとする。

対象者に介護支援専門員の資格を持つ看護職を選定したのは、以下の理由である。

地域包括ケアで「自助」は、自分で自らの生活を支えることであり、自らのくらしを自分で行うあり方以外にも、市場サービスの購入によって、自らの生活を支える方法も包含している。互助は、家族や地域の支え合いなど、市場とは異なる生活空間の中で支えあう地域の機能としている。都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能である[197]と言われている。

都市部や都市郊外では、地域の支え合いなどないと言われている反面、自助･互助の潜在力を活用できる余地が残っていることも推測されてもいる。

研究 1･2 で高齢男性へは、どのようなサービスや手助けがあったかを、明らかにされることが予測されるが、がんの妻への訪問看護が終了した時点で、高齢男性が、妻と同じように訪問看護サービスを受けていない場合は、死別後の生活の再構築の具体的様子は、見えてこない部分もある。高齢男性が、遺族期になっても一人で生活していくことができるように、どのようなサービスが必要とされるのか、都市部に必要とされる支援については、実際、「自助」としての民間サービスを提供する立場であり、地域包括ケアにおける保健･福祉的側面をもつ立場にある介護支援専門員に、具体的な意見を聞くことができると考えます。また、看護職資格をもつ介護支援専門員であれば、より保健的側面の視点を持つと考えて、対象に選定した。

（４）研究３－ｉ・ii

-ｉ.「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」の開発についてのフォーカスグループインタビュー

A. 対象者

日本訪問看護認定協議会関東ブロックに登録している訪問看護認定看護師、日本看護協会に登録する関東に在住する在宅看護専門看護師、一般社団法人 日本介護支援専門員協会に登録する関東在住の介護支援専門員で、看護小規模多機能居宅介護事業所に勤務する介護支援専門員･訪問看護ステーションと同じ事業所に併設された居宅介護事業所勤務している介護支援専門員。なおかつ看護職の資格をもつ者。また、研究 1･2 のリクルートで、研究協力可能と同意のあった者に郵送で協力依頼を行い、研究協力に同意を得られた看護職とする。

B. 方法

フォーカスグループインタビューとする。時間は、90～120 分程度とする。

構造化した訪問看護ケアの内容について、表現は適切であるか、各内容の重要性と実行可能性について意見交換し、合意形成を得る。

C. データ収集期間

2019（令和元）年 8 月

D. インタビュー内容

●「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」について各内容について感想をお聞かせください。

-サービスの内容について詳しく表現されているか、わかりづらい表現は、ありますか

-わかりやすい分類・表現になっていますか

-経験の少ない訪問看護師にとって、わかりやすい分類・表現になっていますか

-訪問看護師の視点として適切な表現となっていますか

-各期においての訪問看護の特徴が表現されていますか

-終末期のケアに携わる専門家の立場から見て、時間の経過に伴う訪問看護ケアやサービスの内容について意味がわからない個所や修正が必要な個所はありますか

-訪問看護師が行うケア内容として重要である内容、実行可能かについて教えてください

●提示した訪問看護ケア内容に含まれていない内容で皆様の経験から補足した方が良い内容はありますか、がんの妻との死別後の高齢男性へのケアにおいて気づいた点はありますか

●全体の感想・その他、疑問点など教えてください。

－ⅱ. デルファイ調査　（ⅰを受け、精錬化）

A. 対象者

家族会や遺族会など死別後のサポートを行っている訪問看護ステーションに勤務する経験 3 年以上の実践経験のある看護師および管理者で合意の得られた訪問看護師,日本訪問看護認定協議会関東ブロックに登録している訪問看護認定看護師、日本看護協会に登録する関東在住の在宅看護専門看護師ら 100 名。

加えて、関東近郊で各都道府県に登録している家族会や遺族会など死別後のサポートを行っており、HP 上にて、所在が確認できる訪問看護ステーションに勤務する経験 3 年以上の看護師および管理者で合意の得られたものとする。

B. 方法

2 回の郵送式質問紙調査(4 件法)にて、重要性と実行可能性を問う。返送を持って同意を得られたものとする。第 1 ラウンドの結果をもとに修正を行い、第 2 ラウンドの調査の協力を得られたものに、第 1 ラウンドの調査結果を同封し、第 2 ラウンドの調査協力依頼書および調査票を発送する。

C. データ収集期間

2019（令和元）年 8 月～11 月

D. 分析方法

デルファイ法における合意レベルでは、推奨される範囲は、51～70%[198]であるとされる。本研究では、専門家を対象としたデルファイ法の場合で推奨される 70%以上の同意を得られたものについて、合意を得られたと判断し、これを参考に、最終版の内容とする。

Ⅵ．倫理的配慮

本研究の実施にあたり、千葉大学の倫理審査委員会の研究計画の倫理審査を受け、承認を得て行った。研究協力者には書面と口頭で研究の主旨を伝え、参加は自由であること、研究協力の同意の撤回とインタビューの中断の権利の保障、目的以外にデータは使用しないこと、匿名性の保持、研究終了時点で速やかに録音データやメモは破棄することを説明し、文書で同意を得る。また、得たデータは個人名を記号化し、個人の特定を避けるため話の筋は変えずにデータの一部に修正を行った。

１．研究許可・承認を得る手続きにおける任意性の保障

研究対象候補者に、研究の趣旨、参加の諾否は自由であり、いつでも中止・辞退できること、研究参加を拒否・途中辞退しても不利益を被らないことを口頭および書面で説明した上で、研究協力への諾否について確認を行い、協力を得られる場合は、書面にて同意を得る。

２．研究実施における安全性・負担の軽減の保障

研究依頼にあたり、研究対象候補者が辞退しにくい状況を感じることがないように、研究対象候補者には、研究者が直接説明を行い、研究協力の諾否を確認した。また、研究に協力してもらうことについて、十分検討できるように時間を設けた後に、返答を得るよう配慮した。

研究協力することで、本人の都合や訪問看護ステーション・看護小規模多機能居宅介護事業所での勤務への支障がないように配慮した。面接の日程・時間･場所については、研究対象者の希望を優先した。面接に要する時間は、あらかじめ研究対象者に伝え、同意を得てから行う。面接中に、本来の業務が生じた場合は、面接を中断し、本来の業務を優先してもらうことを保証した。

また面接内容について、IC レコーダーによる録音やメモの記載は、研究対象者の同意を得て、行った。研究対象者が、話したくないと思うこと(特に研究１において男性介護者が思い出して辛くなるような出来事など)は、研究者に話さなくても良いこと、個人のプライバシーに関する過剰な質問は行わないことを保証した。

研究対象者には、日中いつでも研究者に連絡が取れる連絡先を研究参加依頼時に口頭および書面で伝え、些細なことでも疑問や不明な点があればいつでも遠慮なく質問してもよいこと、研究協力の辞退や休憩を希望するときは、いつでも辞退･休憩可能である状況を確保した。

質問紙調査を行う際は、予測される所要時間を記載し、同意を得た上で、記入してもらうようにした。

３．データ収集から公表におけるプライバシー・匿名性・個人情報の保護

本研究で得られた情報は、研究以外の目的で使用しないこと、データは個人が特定できないよう記号化すること、情報は厳重に管理し、研究終了後破棄することを保証する。情報が入ったパソコンや書類は、施錠可能な場所に保管する。またデータを破棄する場合は、復元不可能な形状にして処理し、書類はシュレッダーにかける。

データは対象者と分かるような録音内容を逐語化する段階で記号・匿名化し、全ての研究プロセスにおいてプライバシーを厳守し、研究結果を学会などで公表する際にも、データは個人が特定できないように記号化することを保証する。

４．その他の倫理的配慮

研究者は、調査中に研究対象者の状態を観察し、万が一身体的・精神的負担が生じたと判断した場合、ただちに面接は中止し、状態に応じ休憩をとる。この場合、改めて面接を行うなど配慮することを保証した。

Ⅶ. 研究結果

1. 研究１　結果

１）対象の概要

対象者は、８名であった。年齢は、60 歳代後半から 80 歳代後半であった。通院、通所リハビリ、訪問看護を利用している者もいるが、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準では、８名全員「J」で自立していた。死別後の期間は、１年から７年であった。妻のがん種は、大腸がん・肺腺がん・乳がん・子宮がん・卵巣がん・下顎がん等であり、妻が亡くなるまでの訪問看護利用期間は、３ヶ月から２年であった。（表１-１）

表 1-1　　対象者の基本属性

n =8

年齢	60歳代	1名
	70歳代	5名
	80歳代	2名
日常生活自立度	J	8名
妻との死別後の期間（平均±標準偏差）	3.1±2.14年	
妻の闘病期間（平均±標準偏差）	5.8±5.4年	
訪問看護利用期間（平均±標準偏差）	9.1±7.08ヶ月	
妻のがん種	大腸がん	4名
	肺腺がん	1名
	乳がん	1名
	子宮がん	1名
	卵巣がん	1名

表1－2　　研究1　都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性の独居生活を再構築していくプロセス　カテゴリー表

生前

各期	カテゴリー	概念名	NO
準備期から開始期	がんの進行に伴う入院・通院治療 継続の不都合	病名や余命を告知しないことでの不都合がある	71
		がんの治療のための通院の送迎手助けが必要になる	80
	妻を看取る覚悟	在宅での看取りを覚悟する	21
		過去の介護経験を頼りに、在宅で看取ることを決心する	66
		余命長くないと知って、介護の環境を急遽整える	55
開始期から 終末期 ・臨死期	がんからの回復への期待	がんからの生還という奇跡を祈る	9
		良くなることを願ってこだわりを持って介護する	23
	がんとの共存	妻ががんと分かって思い出づくりをする	1
		がん罹患の事実を伝え、2人で向き合う	94
	妻へのこれまでの懺悔の思い	仕事を理由に妻の闘病前は家事をすべて任せていた	69
		これまでの罪滅ぼしと思って介護する	88
		通勤・仕事を理由に留守がちにしていた日々のことを後悔する	91
	がんの症状進行や転移による 介護上の困難	入浴や排泄の介助に困難を感じる	35
		そばで見ていても、どうしてやることもできず辛くなる	4
		介護が毎日続くことを思うときついと思う	20
	時間経過に伴う夫の家事の習得	したことのない家事に苦戦する	56
		共働きで分担していた家事は、苦にならない	19
		妻の療養中に家事を覚え、こなせるようになる	37
	無理のない介護と家事	がんの治療中は、できない家事と介護を無理して行わない	83
		夢中で介護していて辛さや苦労は感じてはいない	40
		宅配の食事を利用する	79
		これまでしていた仕事の経験上、得意としてきたことを活用し 介護や家事に生かす	38
	生前の妻の功績	妻の行き届いた管理で簡単に済む家事もある	85
		妻が死別後の夫のことを思い、敢えて家事をさせる	93
	妻の思いを尊重	妻の死生観を支える	45
		臨終時に、生前言っていた妻の希望を叶える	61
		家事援助以外の妻役割には踏み込んでほしくない	72
	死別後の生活への備え	死別後の生活を意識した生活をおくる	8
		生前から夫婦互いに死ぬときのことや死別後のことを考えて 準備をしておく	12
		妻の生前からマンション自治会や町内会など自ら近所付き合いを行	27
		妻の生前から妻の友人と親交がある	39
	サポートしてくれる第3者の存在	介護中の介護される側と介護する側のストレスを吐き出す 第３者の存在	53
		不在にするときの切れ目のないサービスをありがたく思う	52
		介護している自分をさりげなく気遣ってくれる看護師の存在	57
	自分の信念に基づく生活	生きてきた時代背景に影響を受けた死生観がある	14
		敢えて臨終のことを意識しないで生活する	22
		細かいことは気にせず、自分のペースを保つ	58
		自分の健康を意識する	63
		介護と両立できる仕事に就く	36

13カテゴリー　　39概念

死別直後～　納骨

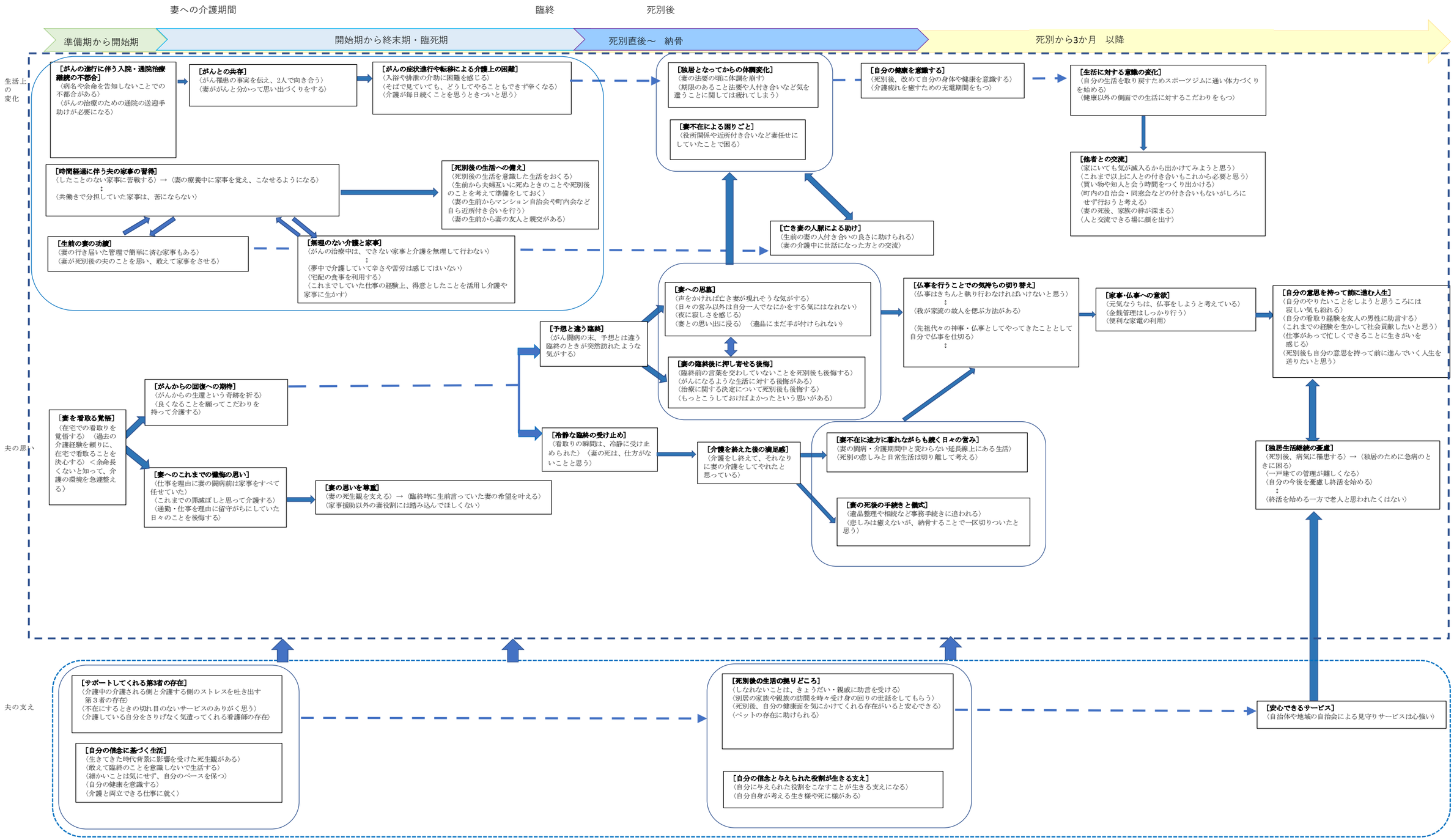
カテゴリー	概念名	NO
予想と違う臨終と思う	がん闘病の末、予想とは違う臨終のときが突然訪れたような気がする	17
妻の臨終後に押し寄せる後悔	臨終前の言葉を交わしていないことを死別後も後悔する	15
	がんになるような生活に対する後悔がある	18
	治療に関する決定について死別後も後悔する	16
	もっとこうしておけばよかったという思いがある	82
妻への思慕	声をかければ亡き妻が現れそうな気がする	3
	日々の営み以外は自分一人でなにかをする気にはなれない	13
	夜に寂しさを感じる	62
	妻との思い出に浸る	95
	遺品にまだ手が付けられない	77
独居となってからの体調変化	妻の法要の頃に体調を崩す	60
	期限のあること・法要・人付き合いなど気を遣うことに関しては疲れてしまう	46
妻の不在による困りごと	役所関係や近所付き合いなど妻任せにしていたことで困る	86
冷静な臨終の受け止め	看取りの瞬間は、冷静に受け止められた	54
	妻の死は、仕方がないことと思う	42
介護を終えた後の満足感	介護をし終えて、それなりに妻の介護をしてやれたと思っている	41
妻不在に途方に暮れながらも続く日々の営み	妻の闘病・介護期間中と変わらない延長線上にある生活	43
	死別の悲しみと日常生活は切り離して考える	10
	日々の目標を設定し、こなしながら一人の毎日を過ごす	30
	敢えて思い出さないようにして過ごす	32
妻の死後の手続きと儀式	遺品整理や相続など事務手続きに追われる	24
	悲しみは癒えないが、納骨することで一区切りついたと思う	31
自分の健康を意識する	死別後、改めて自分の身体や健康を意識する	67
	介護疲れを癒すための充電期間をもつ	29
亡き妻の人脈による助け	生前の妻の人付き合いの良さに助けられる	2
	妻の介護中に世話になった方との交流	48
死別後の生活の拠りどころ	しなれないことは、きょうだい・親戚に助言を受ける	92
	別居の家族や親族の訪問を時々受け、身の回りの世話をしてもらう	7
	死別後、自分の健康面を気にかけてくれる存在がいると安心できる	33
	ペットの存在に助けられる	26
仏事を行うことでの気持ちの切り替え	仏事はきちんと執り行わなければいけないと思う	44
	先祖代々の神事・仏事としてやってきたこととして自分で仏事を仕	59
	仏事を祀る役割を次世代へバトンタッチする	89
	我が家流の故人を偲ぶ方法がある	25
自分の信念と与えられた役割が生きる支え	自分に与えられた役割をこなすことが生きる支えになる	47
	自分自身が考える生き様や死に様がある	34

14カテゴリー　　36概念

死別から3か月　以降

カテゴリー	概念名	NO
生活に対する意識の変化	自分の生活を取り戻すためスポーツジムに通い体力づくりを始める	5
	健康以外の側面での生活に対するこだわりをもつ	6
他者との交流	家にいても気が滅入るから出かけてみようと思う	87
	これまで以上に人との付き合いもこれから必要と思う	75
	買い物や知人と会う時間をつくり出かける	28
	人と交流できる場に顔を出す	70
	町内の自治会・同窓会などの付き合いもないがしろにせず行おうと考える	90
	妻の死後、家族の絆が深まる	96
家事･仏事への意欲	金銭管理はしっかり行う	68
	元気なうちは、仏事をしようと考えている。	76
	便利な家電の利用	65
独居生活継続の憂慮	一戸建ての管理が難しくなる	78
	自分の今後を憂慮し終活を始める	73
	終活を始める一方で老人と思われたくはない	74
	死別後、病気に罹患する　（　3回忌のころ）	64
	独居のために急病のときに困る	97
安心できるサービス	自治体や地域の自治会による見守りサービスは心強い	81
自分の意思を持って前に進む人生	自分のやりたいことをしようと思うころには寂しい気も紛れる	84
	自分の看取り経験を友人の男性に助言する	51
	これまでの経験を生かして社会貢献したいと思う	49
	仕事があって忙しくできることに生きがいを感じる	50
	死別後も自分の意思を持って前に進んでいく人生を送りたいと思う	11

6カテゴリー　　22概念



研究１　図１

結果図「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性が独居後を見据え、生活を再構築していくプロセス」

→：矢印が向いている方向が時間の経過と時間の経過に伴う変化と影響を与えていることを示す

↔：相互に関係していることを示す

破線：「期」を跨った場合の変化を示す

２）分析結果

インタビュー内容は逐語録に起こし、M-GTA を用いて分析を行った。概念を分析の最小単位とし、厳密なコーディングと深い意味の解釈を同時成立させるために分析ワークシートを作成して分析を進める。 分析焦点者は、都市部に住むがんの妻を看取った高齢男性、分析テーマをがんの妻を看取った都市部に住む高齢男性の死別後見据えた生活の再構築プロセスとした。意味内容の類似性により分類し、データの解釈から定義を行い、その意味を適切に表現する概念を生成する。並行して概念の類似例や対極例の検討を行った。結果、都市部に住むがんの妻を亡くした高齢男性が、妻の介護を行っている時期から死別期に至るまでの生活のプロセスは、［33 のカテゴリー］と〈97 の概念〉で構成された。カテゴリーを表 1-2 に示した。

以下に、「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性の独居生活を再構築していくプロセス」についてのストーリーラインと結果図（図１）を示す。

研究１の結果:ストーリーライン

妻の余命告知を受けた高齢男性は、［妻を看取る覚悟］を決め、［がんとの共存］の在宅療養を開始するが、［がんの症状進行や転移による介護上の困難］に直面し、〈したことのない家事に苦戦(する)〉しながらも、［自ら死別後の生活へ(の)備え］ていた。妻の臨終から納骨までの時期には、［予想と違う臨終と思う］高齢男性は、［妻の臨終後に押し寄せる後悔］の中で、［妻への思慕］から、〈声をかければ亡き妻が現れそうな気がする〉、〈遺品にまだ手が付けられない〉状況で［独居となってからの体調変化］が起こる者と、［冷静な臨終の受け止め］ができた高齢男性は、［介護を終えた後の満足感］があり、［妻不在に途方に暮れながらも続く日々の営み］の中で、［妻の死後の手続きと儀式］を行い、［仏事を行うことでの気持ちの切り替え］をしていた。［独居生活継続での憂慮］もあるが、別居の家族は、［死別後の生活の拠りどころとなる存在］であり、［亡き妻の人脈による助け］もあり、［自分の健康を意識(する)］し、［自分の信念と与えられた役割を支えに生き(る)］ようとしていた。妻と死別後の自分の健康を意識し始めた後は、［生活に対する意識の変化］が起こり、日々の［家事・仏事への意欲］をもって行い、〈家にいても気が滅入るから出かけてみようと思(う)〉い、〈これまで以上に人との付き合いもこれから必要と思う〉ことで［他者との交流］をする。〈一戸建ての管理が難しくなる〉〈独居のために急病のときに困る〉など［独居生活継続での憂慮］はあるが、［安心できるサービス］を利用しながら、［自分の意思を持って前に進む人生］を送りたいと思っていた。

３） 都市部に住む高齢男性と がんの妻の余命告知から臨死期までの生活

妻への訪問看護準備から臨死期まで、〈39 の概念〉と［12 カテゴリー］で、形成された。以下に、［カテゴリー］〈概念名〉「具体例」を用いながら以下に示す。

(１)訪問看護準備期～開始期

訪問看護導入には、「本人が大丈夫だと言うからそれまでは、たまに付いていくだけで、一人で受診してもらったりしたけど、仕事で同行できず、一人で電車乗って病院へ行っていて、僕がいない間に転んで倒れ、救急車で大学病院まで運ばれたてことがあって」(Case1)のように〈がんの治療のための通院の送迎手助けが必要になる〉ことや「主治医が家内を避けて、私にだけ病名を告知したけど、その時に家内はピンと来たのでしょうね。それで、病気のことについての私の信用は無くなって…中略…それが後々まで尾を引いて、はっきり情報を流していないのではないかと家内は私を疑っていた」(Case3)など〈病名や余命を告知しないことでの不都合がある〉など［がんの進行に伴う入院・通院治療継続の不都合］が生じたことがきっかけになっていた。高齢男性は、「膠原病を長く患った母が左足を切断し 4 年程車椅子の生活で 2 週間に 1 回は、病院へ連れて行って、入浴の介助をやっていて…中略…当時、公費だけでなく私費を払って雇えばよかったのだけど、誰も教えてくれないし、派遣もしてくれなかった。介護保険が使えるまでは家族が面倒をみるしかなかった」(Case2)と自分の〈過去の介護経験を頼りに、在宅で看取ることを決心(する)〉し、〈在宅での看取りを覚悟する〉。「介護保険申請を出して認可まで結構、時間がかかると聞いていたから、在宅で看取るか、病院で看取るかという話で、 とにかく連れて帰りますと」なり「退院までには余計なものはガレージに放りこんで、清掃して部屋をこしらえて帰ってくるときは医療用ベッドが入っていた」(Case2)ように〈余命長くないと知って、介護の環境を急遽整える〉など［妻を看取る覚悟］を決めて、訪問看護の利用を開始していた。

（２）開始期～終末・臨死期

妻とは「病気になってから訪問看護を受け、病気のことは家の家内も私のことも互いに、全部オープンに話をし、先生から聞いたこと、家内も先生から聞いたことをお互いに共有(いた)」(Case8)するなど、〈がん罹患の事実を伝え、2 人で向き合(う)〉い、「夫婦 2 人で旅行するというのは、よくしていたけど、病気が分かってからのことになりますが、亡くなる半年前から娘が入っての旅行になった」(Case4)と〈妻ががんと分かって思い出づくりをする〉一方で、医師からの予後告知を受けて、なお、治療をあきらめず、［がんからの回復への期待］を持って、「家内が最期まで、いつかは治っていつかは二人で暮らせると頭の中に描いて」(Case4)〈がんからの生還という奇跡を祈(る)〉り、「三度三度の食事をできるだけ、食べやすく、本人の好みを尊重して食べたいものを用意するよう心がけて」(Case7)〈良くなることを願ってこだわりを持って介護(する)〉し

ていた。高齢男性は、「ゴミ出し以外は」(Case3)〈仕事を理由に妻の闘病前は家事をすべて任せていた〉り、「最近つくづく感じます。もう少し考えてやればよかったなと。ひとり寂しい思いさせていた」(Case6) と〈通勤・仕事を理由に留守がちにしていた日々のことを後悔する〉など［妻へのこれまでの懺悔の思い］があり、「結婚してこの介護期間の 3 年間が一番充実していたかなと思う。罪滅ぼしか、介護していても私は抵抗なくしていました」(Case6)と〈これまでの罪滅ぼしと思って介護(する)〉していた。

介護をしていると「浴室まで車椅子で行って、途中で降りてという、それが難事業」(Case1)であったり、「昼間は感じなかったけど、夜中のトイレの時間が結構近くて、毎晩 2－3 時間おきにトイレのたびに起きて」(Case5)など〈入浴や排泄の介助に困難を感じ(る)〉たり、「食べるものが食べられなくなるって、出すものも出せなくなって、かなり苦しんでいるのが見えたのでそれはそれで、辛かった」(Case4)や「口には出さなかったけど、よっぽど痛かったから、何もできなかったんだなって」(Case4)など〈そばで見ていても、どうしてやることもできず辛くなる〉こともあった。介護期間が長くなると、「何時間かおきに体位変換して、これが、毎日続くかと思うときつい」(Case7)など〈毎日介護が続くことを思うときついと思う〉［がんの症状進行や転移による介護上の困難］が生じていた。

家事においては、「もともとやっていたから、知らない人がやるよりは、延長線上で、やっていたから」(Case7)〈共働きで分担していた家事は、苦にならない〉高齢男性もいれば、「男の掃除と女の掃除の仕方はね、違いますからね、やっぱり気に食わないこともあって、最初のうちはどうのこうのと言われました」や「料理の経験なんて、それまではないですよ。だからもう、どれをどうやって作っていいかわからないし」(Case6)と〈したことのない家事に苦戦する〉高齢男性もいたが、「私が炊事・洗濯など、ほとんど家の中のことはできなかったから入院中などに全部自炊をやって覚えた」(Case1)「1 週間冷蔵庫にしまっておける宅配サービスは全然食べず、味が合わないのかと思ったけど、どこのもいまいちだったらしい。妻には作ってやらなきゃいけないから」(Case6)というような配食サービス利用ができそうにないなどのやむを得ない状態もあり、〈妻の療養中に家事を覚え、こなせるようになる〉など［時間経過に伴う家事の習得］がされていた。

〈これまでしていた仕事の経験上、得意としてきたことを活用し介護や家事に生か(す)〉したり、〈介護に夢中になって辛さや苦労は感じてはいない〉高齢男性もいるが、〈がんの治療中、できない家事と介護を無理して行わない〉と〈宅配の食事を利用(する)〉し、介護と家事の両立のために、自分に［無理のない介護と家事］を行っていた。一方、〈妻が死別後の夫のことを思い、敢えて家事をさせ(る)〉たり、〈妻の行き届いた管理で簡単に済む家事もあ(る)〉り、［生前の妻の功績］もあった。高齢男性自身も、［死別後の生活への備え］て、〈妻の生前から妻の友人と親交がある〉だけでなく、〈妻の生前からマンション自治会や町内会など自ら近所付き合いを行(う)〉い、〈夫婦互いに死ぬ

ときのことや死別後のことを考えて準備をして(おく)〉、〈死別後の生活を意識した生活をおく(る)〉っていた。〈妻の死生観を支え(る)〉、妻の行う「**死の準備行動**」を手伝い、〈臨終時に、生前言っていた妻の希望を叶え(る)〉、〈家事援助以外の妻役割には踏み込んでほしくない〉などの［妻の思いを尊重］していた。

妻を介護する高齢男性にとって〈介護中の介護される側と介護する側のストレスを吐き出す第３者の存在〉〈介護している自分をさりげなく気遣ってくれる看護師の存在〉〈不在にするときの切れ目のないサービスをありがたく思(う)〉い、［サポートしてくれる第３者の存在］が日々の介護と家事両立・自分の時間の確保の支えとなっていた。高齢男性自身は、〈細かいことは気にせず、自分のペースを保つ〉・〈介護と両立できる仕事に就く〉〈自分の健康を意識する〉〈敢えて臨終のことを意識しないで生活する〉など、［自分の信念に基づく生活］を送っていた。

４） 都市部における高齢男性のがんの妻との死別後の生活

（１）死別直後～納骨

死別直後～納骨の時期においては、〈36 の概念〉と［14 カテゴリー］で構成された。以下に、［カテゴリー］〈概念名〉「具体例」を用いながら以下に示す。

高齢男性は妻の臨終の受け止め方には、2 通りあり、その後の悲嘆の様子も違っていた。

［予想と違う臨終と思(う)］い、「妻にはありがとうって声をかけていない。最後の挨拶はしていない」(Case4)のように〈臨終前の言葉を交わしていないことを死別後も後悔(する)〉・〈がんになるような生活に対する後悔(がある)〉〈治療に関する決定について死別後も後悔(する)〉・「旅行にもっと行ったりしておけばよかった」(Case5)など〈もっとこうしておけばよかったという思いがあ(る)〉り、［妻の臨終後に押し寄せる後悔］と次々に湧きおこってくる。妻のいなくなった家の中で、「そんなことありえないと少し考えたらわかりきっているけど」(Case4)〈声をかければ亡き妻が現れそうな気がする〉し、「旅行はおろか、ちょっとした外出でさえ」(Case4)、〈日々の営み以外は自分一人でなにかをする気にはなれない〉生活を送っていた(Case4・5)。特に〈夜に寂しさを感じ(る)〉、〈妻との思い出に浸る〉(Case7・8)ような［妻への思慕］が強い日々の中では、妻の〈遺品にまだ手が付けられない〉状況でいた。

妻の死後は、法要や役所の手続きなど〈期限のあること・法要・人付き合いなど気を遣うことに関しては疲れてしまう〉(Case1)〈妻の法要の頃に体調を崩す〉(Case2)など［独居となってからの体調変化］を感じ(Case4)ながら、日常生活では、「サラリーマンだったから、朝出て行って夜遅くに帰ってきて」〈役所関係や近所付き合いなど妻任せにしていたことで困る〉(Case6)など［妻不在による困りごと］が、生じていた。

一方で妻の臨終について、「動転すると言うより、ゆっくりとだけど、来る時が来た

のかなと」〈看取りの瞬間は、冷静に受け止められた〉(Case1)「死に関しては、神の領域のことだと思うから、自分で考えても仕方ないってこと、そういうものに関しては考えないことにしてと、妻も言っていたので(Case8)と、〈妻の死は、仕方がないことと思う〉［冷静な臨終の受け止め］ができた高齢男性の中には、〈介護をし終えて、それなりにやれたと思っている〉(Case1・2・5・8)［介護を終えた後の満足感］を感じている者もいた。

妻の死後の生活を〈妻の闘病・介護期間中と変わらない延長線上にある生活〉(Case1)と捉えたり、「気持ちを入れ替えてやっています。食べること・部屋を片付けること…」(Case4)と〈死別の悲しみと日常生活は切り離して考える〉ようにしたり、「大きな目標とまではいかないまでも」(Case7)と、〈日々の目標を設定し、こなしながら一人の毎日を過ごす〉高齢男性や〈敢えて思い出さないようにして過ごす〉(Case7)などそれぞれの［妻不在に途方に暮れながらも続く日々の営み］の中で〈遺品整理や相続など事務手続きに追われ(る)〉(Case7)つつ、高齢男性もおり、［妻の死後の手続きと儀式］をこなし〈悲しみは癒えないが、納骨することで一区切りついたと思(う)〉(Case7・8)頃に、〈死別後、改めて自分の身体や健康を意識(する)〉(Case2・3・5)し、〈介護疲れを癒すための充電期間をもつ〉ことを考える者(Case7)もいた。妻亡き後は、〈妻の介護中に世話になった方との交流〉や〈生前の妻の人付き合いの良さに助けられる〉(Case3・4)など［亡き妻の人脈による助け］や、〈しなれないことは、きょうだい・親戚に助言を受ける〉(Case6)〈別居の家族や親族の訪問を時々受け、身の回りの世話をしてもらう〉(Case3・4・6・7)など助けを得たり、訪問看護師らの〈死別後、自分の健康面を気にかけてくれる存在がいると安心できる〉(Case7・8)したり〈ペットの存在に助けられ(る)〉(Case7)［死別後の生活の拠りどころとなる存在］に助けられながら、妻不在の日々を送っていた。

妻の〈仏事はきちんと執り行わなければいけないと思(う)〉い(Case1・2・3・6・8)、〈先祖代々の神事・仏事としてやってきたこととして自分で仏事を仕切(る)〉(Case2)ったり、今後のことも考えて〈仏事を祀る役割を次世代へバトンタッチする〉者(Case8)もいれば、〈我が家流の故人を偲ぶ方法がある〉(Case7)として、位牌や墓を持たない者もいたが、高齢男性者とっては［仏事を行うことでの気持ちの切り替え］ができ、妻の思慕に何も手につかない状況から独居となった現実認識する機会となり、写真や位牌など霊前に手を合わせ、お供えをすることが、食事の準備につながり、食事をとらなくなるような状況からの回避にもなっていた。

仏事に関する妻の見送り方や弔いの仕方にも〈自分自身が考える生き様や死に様がある〉(Case7)こと、仕事や家族の中での役割を持つものは〈自分に与えられた役割をこなすことが生きる支えになる〉(Case1・2)ため、［自分の信念と与えられた役割が生きる支え］にもなっていた。

（２）死別から 3 か月以降

妻の死別から 3 か月以降の高齢男性について、〈22 概念〉と［6 カテゴリー］から構成された。

妻の納骨も終わると、痩せて、筋肉の落ちた自分の体に気づき〈自分の生活を取り戻すためスポーツジムに通い体力づくりを始める〉高齢男性（Case4）や〈健康以外の側面での生活に対するこだわりをもつ〉高齢男性（Case4・7）もいてようやく自分自身の［生活に対する意識の変化］が起こる。〈家にいても気が滅入るから出かけてみようと思う〉（Case6）ようになり、〈これまで以上に人との付き合いもこれから必要と思(う)〉い始める（Case3・8）。〈買い物や知人と会う時間をつくり出かける〉者（Case2・5・7）や患者家族の会など〈人と交流できる場に顔を出(す)〉したり（Case3）、妻に任せていた〈町内の自治会・同窓会などの付き合いもないがしろにせず行おうと考える〉高齢男性（Case6・8）もいて、［他者との交流］が大切であることに気づく。家族内では、遠方にある他県の墓参りの為、子どもとその家族が「毎年、東京駅で待ち合わせし、2 泊 3 日で出かけたりしています」というように〈妻の死後､家族の絆が深まる〉(Case8)こともあった。

これまでしてこなかった妻任せの家事や遺産管理も含めて、〈金銭管理はしっかり行(う)〉い（Case2・3・5・8）、〈便利な家電の利用〉や〈元気なうちは、仏事をしようと考え(ている)〉（Case2・3）、［家事･仏事へ(の)意欲］をもって行っていた。

妻との死別後、3 回忌も済ませる頃には、加齢に伴う変化や持病の再発〈死別後、病気に罹患(する)〉し（Case2)、「高齢になって、独居老人になって一番嫌なことや不安なのは病気です。自分が動けなくなった場合、どうしようという心配がある」と〈独居のために急病のときに困る〉（Case3・8）ような経験をしたことで〈一戸建ての管理が難しくなる〉(Case3)と感じ、〈自分の今後を憂慮し終活を始める〉（Case3)。〈終活を始める一方で老人と思われたくはない〉（Case3）など［独居生活継続の憂慮］し始めたり、訪問看護師とのつながりや、〈自治体や地域の自治会による見守りサービスは心強い〉と思う［安心できるサービス］を活用（Case6・8）しながら妻不在の生活を継続していた。

妻を亡くした高齢男性は、〈自分のやりたいことをしようと思うころには寂しい気も紛れ(る)〉（Case5）、妻の介護をしている知人の高齢男性に〈自分の看取り経験を友人の男性に助言する〉者（Case1・3）や〈これまでの経験を生かして社会貢献したいと思う〉（Case1）者や、仕事や町内会など新たに役割を得た高齢男性は、〈仕事があって忙しくできることに生きがいを感じ(る)〉（Case1・3・7）、「なるようになれって思うこともあるけど、どうにでもなれと言うことではなくて、自分の意思を持って進みたいですね」（Case4）や「10 年スパンでライフプランを考えています」（Case7）や「食べるものにも気を付けようと思って。弁当を買ってきたりしないとか出来合いものカップラーメンも食べないよう努めています」（Case8）など、妻との〈死別後も自分の意

思を持って前に進んでいく人生を送りたいと思(う)〉（Case1・2・3・4・5・6・7・8）い、妻の喪失の悲嘆から［自分の意思を持って前に進む人生］を歩みだしていた。

２．研究２　結果

１)対象の概要

対象者は、10 名の訪問看護師で、女性 10 名であった。年齢は、30 歳代から 60 歳代であった。看護師資格以外の保有資格は、保健師 2 名、介護支援専門員 5 名、訪問看護認定看護師 2 名であった （表 2-1） 。

表 2-1　対象者の基本属性

n =10

性別	女性	10名
年齢	30歳代	2名
	40歳代	4名
	50歳代	3名
	60歳代	1名
保有資格	看護師	10名
（複数回答）	保健師	2名
	訪問看護認定看護師	2名
	介護支援専門員	5名
経験年数	看護師経験年数 (平均±標準偏差)	23.4±8.0年
	訪問看護師経験年数 (平均±標準偏差)	10.2±5.2年

表2-3　研究2　カテゴリー表　都市部においてがんの妻と死別を体験する高齢男性へ行われる訪問看護ケア

Ⅰ.準備期

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNO Ⅰ-)	サブカテゴリー	コードNO Ⅰ-()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅰ-1	余命を知り自宅へ帰りたいと思う妻	Ⅰ-1)	余命を知り、自宅へ帰りたいと妻本人が希望する	Ⅰ-(1)	余命を知り、自宅へ帰りたいと妻本人が希望する	B1-1	訪問看護が入るきっかけは、ご本人が、入院した先の主治医から、もう残り少ない時間であろうと予後の説明を受けてご本人が、直ぐにでも自宅に帰りたいと希望されたんです
		Ⅰ-2)	妻はがんであることを知り、家に居たいと思い退院する	Ⅰ-(2)	余命を知り、自宅で過ごすことと延命は望まないことを妻本人が希望する	B1-7	ご本人としては、1日でもはやく家に帰りたいって言う希望をされていて、ご家族もお母さんがそういう気持ちなら、早く返してあげたいっていうところに病院での継続的治療は望まないって言うご意思でした
Ⅰ-2	なす術がない状態で緩和ケアが導入される	Ⅰ-3)	なす術がない状態で緩和ケアを行うなうと決めた夫婦の訪問看護の依頼を受ける	Ⅰ-(3)	治療はできない状態で余命も長くないと告知を受け、緩和ケアを行うと家族で決めた夫婦の訪問看護を担当医から依頼をされる	D1-1	病棟医から手術も化学療法できず、完治しない。手遅れでステージ4なので（死期は）近い将来で余命長くないと言うところまでの話を本人、夫、一人娘さんの3人で聞いた
		Ⅰ-4)	妻本人へのがんと告知と夫・家族に治療は難しいと言われる	Ⅰ-(4)	妻本人ががんと告知され、夫・家族には進行しているのでこれ以上の治療は難しいと言われる	E1-1	ご本人は、大腸がんということは、漠然と知っているけど転移があるという細かいところまでは知らない状況で、ご家族の方には結構進んでいるので今後はこれ以上の治療は難しいんじゃないかと言われました
		Ⅰ-5)	余命長くないと知って家族で緩和ケアと決め、かかりつけ医から訪問看護の依頼を受ける	Ⅰ-(5)	余命長くないと知り、緩和ケアと決めてかかりつけ医師にもどされて、訪問看護の依頼を受ける	D1-2	余命長くないと知ったその場で何もしない、緩和ケアをすると、家族で決めてかかりつけの医師にもどされました。それでかかりつけ医の医師から依頼が来ました
Ⅰ-3	夫や家族の意見がまとまらず、退院後の方向性がすぐには決まらない	Ⅰ-6)	退院許可が出るが家族の意見がまとまらない	Ⅰ-(6)	疼痛コントロールも試験外泊もしていない状況で、妻本人が在宅療養ができるのなら退院許可が出るが家族の意見がまとまらない	E1-2	まだ疼痛コントロールもできていない状況なので試験外泊もしてないし、痛みの訴え方もあいまいな状況だったので、もし家で、過ごせている感じであったら退院してもいいという形で、家族の方も意見が分かれていたんです
		Ⅰ-7)	訪問診療医も決まっていない状況で退院する	Ⅰ-(7)	往診医も決まっていない状況で退院する	E1-4	往診医も決まってない状況からバタバタという感じでかえって来られた
Ⅰ-4	最期まで通院治療をあきらめたくない夫婦	Ⅰ-8)	通院であらゆる治療を試したいと思う夫	Ⅰ-(8)	状態が悪化しても、通院しあらゆる治療を試したいと思う夫	A1-9	段々歩行もできなくなってきて、痛みもひどくなってきたこともあり、それでもご主人が一所懸命見ていて、結構あらゆる治療をしたいご主人だったんです
		Ⅰ-9)		Ⅰ-(9)	最期まで諦めず治療継続できるようあらゆる治療をしたいと思う夫	A1-10	最期の最期まで、治療をして諦めたくないってご主人だったので、通院しながらできる治療や検査なども含めて全てやっていったんです
		Ⅰ-10)	可能な限り治療を受けたい気持ちは夫婦で一致している	Ⅰ-(10)	告知についての受容よりも可能な限り治療を受けたい気持ちは夫婦一致していることを知る	A1-31	告知されたから気持ちが追いつくわけではなくて2人が一緒だったのは、できる治療はしたいって言うのが一緒だった
Ⅰ-5	夫婦間における在宅療養のイメージの相違がある	Ⅰ-11)	訪問診療・訪問看護を利用する意味が妻にはわからない	Ⅰ-(11)	訪問看護を利用する意味が妻には分からない	A1-4	奥さんとしては、なぜ訪問看護が入るのかがわからなかったんです
		Ⅰ-12)		Ⅰ-(12)	訪問看護や訪問診療を利用する意味が妻には分からない	A1-6	奥さんとしては、家に看護師が来て、他人が入るなんてことや、救急車呼ばないで家に医師が来るとはどういうことなのか、そんなことまったく理解ができない中、夫婦の中で理解の進行具合が全く違ったんですね
		Ⅰ-13)	夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる	Ⅰ-(13)	訪問診療や訪問看護を利用する意味が妻に伝わらず、夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる	A1-5	ご主人がそういう行動〈訪問診療や訪問看護の利用）に出た理由がご主人としては奥さんに話された。説明はしたのだけど、ご主人はもう少し動けなくなったときのことも想定して、早め早めにそういったことを、救急車呼ばなくても先生が来てくれるんだとか、訪問看護がくるんだとか、ご主人はそういうことを思って入れたんです
		Ⅰ-14)	夫婦間での気持ちの相違がある	Ⅰ-(14)	夫の思いに、妻の気持ちがついていかない	A1-7	ご主人の思いと、気持ちが全然ついていかなかったんです。
Ⅰ-6	訪問看護導入のきっかけになる転倒や疼痛増強が起こる	Ⅰ-15)	訪問看護導入のきっかけになる疼痛の増強や転倒を起こすようになる	Ⅰ-(15)	疼痛増強や転倒で在宅療養に不安を感じ、訪問看護ステーションを頼りにし電話をしてくる	A1-11	痛みが強くなってきたので、ご主人が見ていく中で、転倒したり、痛みが強くなってどうしたらいいんだろうってことが起こってきて、ステーションに電話がかかってきました
		Ⅰ-16)	訪問看護導入のきっかけになる妻が納得いく状況が起こり、訪問看護ステーションを頼る	Ⅰ-(16)	訪問看護を利用するのに納得する状態になり、夫の勧めで妻も訪問看護導入を納得する	A1-12	それ（転倒や疼痛増強）がきっかけでもうお家に来て貰おうよとご主人から、奥さんに話をして、仕様がないかって奥さんも少し納得されて訪問が始まりました
Ⅰ-7	退院前カンファレスへ参加する	Ⅰ-17)	退院前カンファレンスの早期実施の必要性	Ⅰ-(17)	早期の退院前カンファレンスの必要性	B1-4	早期に退院前カンファレンスが必要だと感じる
		Ⅰ-18)	退院前カンファレンスへの参加し、多職種と顔合わせする	Ⅰ-(18)	病院の主治医と看護師、往診可能な在宅医と福祉用具担当と退院前カンファレンスを実施する	B1-5	病院へ訪問した数日後に病院の主治医と看護師、自宅にかえるにあたっては普通のベッドを使っていらしたのでたぶん福祉用具も必要かと思って、福祉用具の会社の人と、24時間対応のできる在宅医と退院前カンファレンスをしました
		Ⅰ-19)	退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する	Ⅰ-(19)	退院前カンファレンスでの病状・予後・生活状況について確認し、妻と夫・家族の意向を確認する	B1-6	退院前カンファレンスで、予後の部分、病状等の説明の部分は主治医からしていただいて、病院の生活状況については病院看護師にお話し頂いて、それを受けてご本人の希望と、ご家族の希望をお伺いしました
		Ⅰ-20)	退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する	Ⅰ-(20)	どのタイミングで帰るのか、どういう説明をすればよいか意識しながら介入する	B1-55	本人がご自宅に帰るのに当たって、ご本人がどのタイミングで帰るのかとか、どういう説明をしていくのかとか、そういうのは意識しながらやっていきました

Ⅰ-8	高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う	Ⅰ-21)	高齢夫婦世帯の為の退院調整ための訪問看護依頼後の退院前訪問を行う	Ⅰ-(21)	依頼を受けて状況把握のため、依頼者家族と本人への面会するため病院へ訪問する	B1-2	本人の希望をを受けご家族で話し合い、長女様から私の勤務するH訪問看護ステーションに依頼があり、主担当が私となり、まずはどういう状況なのか、状況把握するために翌日ご長女様とご本人に当時入院されていた病院に会いに行きました
		Ⅰ-22)		Ⅰ-(22)	高齢夫婦世帯と知り、退院調整が必要と認識する	B1-3	ご自宅で療養するのに当時70歳代で高齢ということもあって、隣に長男さんが住んでいるということでしたが、衣食住部分では奥さんがいない中で非常に高齢のご主人では厳しいだろうということだったので、家に帰るにあたっては、それなりに調整が必要だと認識しました
		Ⅰ-23)	退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする	Ⅰ-(23)	退院前に自宅の状況を知るためケアマネ・福祉用具担当者と訪問するための日程調整を行う	B1-8	私たちとしては、ご自宅に戻るための準備として、退院前にご自宅の状況を教えて頂きたいということで退院前にご自宅へ訪問することとそこにケアマネジャーと福祉用具の会社の者が一緒に訪問することについて了解を頂いて、そこで日程調整をしました
		Ⅰ-24)	夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始にむけて必要な具体的なアドバイスを行う	Ⅰ-(24)	夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始の為、必要な片付けについて具体的アドバイスを行う	B1-45	家事については、お二人ご本人もご主人もそんなに得意ではないような様子で、どちらかというと退院前訪問をしていたときは、物がいっぱいあって、この荷物を片付けないとベッドが入らないのでと言ってお願いするところから始まったと思います
Ⅰ-9	余命宣告後の妻の事前意思の確認を行う	Ⅰ-25)	余命を知って自宅で過ごすことと延命は望まないことを妻本人が希望していることを確認する	Ⅰ-(25)	妻本人はであることを知り疼痛コントロールできていないが勢いで退院をして在宅療養再開となる	E1-3	ご本人様も家に居たいという希望があり、家族も退院の手続きを済ませ勢いで何も決めてないままに帰ってきたという感じですね
Ⅰ-10	訪問看護導入前から夫婦の様子を観察し、それぞれの意思を確認する	Ⅰ-26)	訪問看護導入前に妻の心身の状態と夫婦の関係性や生活を観察する	Ⅰ-(26)	訪問看護導入前の外来通院時から、特例として心身の状態と併せて夫婦の関係性・生活の様子を観察する	A1-1	当初はがんもあり、鬱的傾向もあるので医師から訪問看護を導入しましょうと話をされていましたが、その時はまだ外来通院を、ご主人としていたこともあって、まず外来でお会いしていた異例なケースだったんです
		Ⅰ-27)	夫婦のそれぞれの思いについて他職種と共に話を聞く	Ⅰ-(27)	臨床心理士と共に面談を行う	A1-2	がんの方の臨床心理を研究していた臨床心理士さんが、外来に入っていたので、通院時殆ど2人で共に面談をしていく形で関わっていたのです
		Ⅰ-28)		Ⅰ-(28)	夫婦それぞれの思いについて心理面に注意しながら、第3者として話を聞く	A1-3	私は看護の方で外来に行っていましたが、同時に臨床心理士さんと私が一緒に入れるときもあり、入れないときは臨床心理士さんだけが、外来のあとにご家族だけに話を聞いて、私もその場にいれる時は話を一緒に聞いていました。その時からご夫婦の関係性が難しいというのがあって、がんの経過がとても長く体調が悪くなっていく中で、ご主人と奥さんの思いのすれ違いや、ご主人の言動とか行動とかに結構苛立ちがあって、奥さんの心理的面を知るために臨床心理士さんと私も入って詳しく話を聞いていくという感じでした
		Ⅰ-29)	面談は、夫婦2人での場合と個別の面談を行う	Ⅰ-(29)	夫婦両者と面談だけでなく個別面談を繰り返す	A1-8	夫婦面談だけでなく、個別面談したりしながら、しばらく夏からお正月明けまで半年近く外来でそういう面談を繰り返していました。
Ⅰ-12	夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する	Ⅰ-30)	今後の予測される症状対応のための医師へ処方を依頼する	Ⅰ-(30)	今後予測される症状についての処方を医師に依頼する	B1-9	今後予測されうる症状に対しての薬の処方については病院の主治医の先生にお願いをしました
		Ⅰ-31)	退院前処方や点滴交換のタイミング・回数検討を医師へ依頼する	Ⅰ-(31)	退院前に処方について、点滴交換のタイミングや交換回数の検討の依頼を主治医に依頼する	B1-10	退院前に処方して頂けるようにお願いしたことと当時、たぶん点滴をしていたと思うんですが、量や、それを変えるという交換のタイミングについて自宅に帰るために、回数を少なくするように検討してもらえるように、なるべく主治医の先生に検討して頂けるようにお願いしました
		Ⅰ-32)	急変時対応と家族の動揺の対応のためのバックベッドの準備を依頼する	Ⅰ-(32)	急変時の家族の動揺を考慮し、入院していた病院にバックベッドの準備について事前の約束を取り付ける	B1-11	強い気持ちで在宅に帰るという風にご本人様がおっしゃっていても、ご本人様が意識が亡くなりそうとか、急変が起こったときに、やっぱり病院へ戻りたいって言う風な希望をもたれる方だったり、ご家族が慌ててしまって病院へ戻したいって希望される方が多いので、もしそういう状況になった場合は、今入院している病院に戻れるかというバックベッドの準備があるか事前の約束も頂いていきました
Ⅰ-11	在宅療養に向けたサービス調整については看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える	Ⅰ-33)	サービスの調整がすぐ手配できるように夫と家族の介護力のアセスメントを行う	Ⅰ-(33)	夫と他の家族の生活状況を確認し、ヘルパー導入も考慮する	B1-13	モノだけではなくて、人の調整も必要だったので、あの退院日以降に、直ぐに入れるヘルパーさんの手配も旦那さんや息子さんがどこまでどうできるのかっていうところを当時の生活状況を確認し考えました
		Ⅰ-34)	退院にむけて必要な福祉用具や医療機器などの手配をする	Ⅰ-(34)	自宅訪問後、在宅医と福祉用具の会社に福祉用具や医療機器の調整など事前に必要な依頼をしておく	B1-12	後日お宅へ訪問し、ベッドの手配や在宅酸素や輸液もしていたから、点滴棒など福祉用具の部分や医療機器の調整とかも事前に在宅医と福祉用具の会社の方にしておきました
		Ⅰ-35)	訪問診療の前と休日前に訪問看護をスケジューリングする	Ⅰ-(35)	訪問診療の前と休日前に訪問看護が入リ、手配しやすいようにスケジューリングする	B1-17	訪問看護が先に入って、在宅医がそのあとに入るようにスケジューリングしました。それは、例えば薬を処方してもらいたいとか、医療機器の追加してもらいたいというときに、事前に訪問看護が入っていれば、あとで医師が入っていた時に、それを手配してくれ連携がしやすいので訪問看護がなるべく月曜日や金曜日は絶対入るような感じで、土日曜日前や土日明けた後の休みの時の状況がどうであったかの対応が早めにできるように、調整しました
		Ⅰ-36)	在宅療養開始時は、多目の人員配置でスタートする	Ⅰ-(36)	最初は多目の人員配置から状況を見て減らしていく	B1-14	最初厚めに、1日1回とか、1週間のうち3回とか、人を多めに入れておいて、もし必要がなければそぎ落としていくような感じで退院直後でまだ落ち着かないところは、人が多めに入るようにケアマネジャと話し合って調整しました
		Ⅰ-37)	退院に向けてサービス導入は、利用者が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする	Ⅰ-(37)	退院に向けてのサービスの導入の計画は、本人と家族の心理的な負担につながらないよう生活を確認し、慎重にスケジューリングする	B1-78	退院に向けては、慎重にスケジューリングします。サービス入れることは別の意味で費用も掛かることだから、考えなきゃいけなかったり、入りすぎてもご本人様とご家族の心理的な負担につながるので適度な時間というかご本人、ご家族の生活の方もやっぱり事前に確認します

Ⅱ. 開始期

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNOⅡ－	サブカテゴリー	コードNOⅡ－()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅱ－1	在宅で妻を看取るか決まらないまま在宅療養開始となる	Ⅱ－1）	繰り返し入退院の末、外泊のまま退院となる	Ⅱ－(1)	繰り返し入退院の末、鎮痛剤処方を受け外泊のまま退院となる	E1-8	入退院3ヶ月後のムンテラ翌日にはロキソニンとセレコックスの内服だけで外泊してそのまま帰ってきました
		Ⅱ－2）	在宅での看取るか決まっていない状態で退院する	Ⅱ－(2)	往診医も決まってないが在宅での看取りになるかも決まっていない状態で退院する	E1-20	痛みのコントロールとメンタル面でのフォローもありましたが、実は在宅で看取るのかどうするのかも決まっていなかったんですが、とりあえず、帰ってこられたんです
				Ⅱ－(3)	看取り経験のある長女に在宅での看取り希望があることを知る	E1-21	長女さんはご結婚なさっているんですが、少し前にご主人を胃がんで病院で亡くされていて、その看取りに疑問を持たれ、あっという間に病院で亡くなられ、そういうのはという後悔の念があったみたいで長女様はどちらかというと在宅希望でした
Ⅱ－2	高齢夫婦が在宅療養を続けることや妻の状態が急激に悪くなることへ不安が募る夫	Ⅱ－3）	24時間ヘルパー導入を希望する	Ⅱ－(4)	老夫婦2人にとって、医療依存度が高く負担なので24時間ヘルパー導入を希望する	B1-15	病院からご自宅まではすごく近かったのですが、退院した日は看護師が訪問してご本人が到着する時刻に合わせて訪問し、ご家族に在宅酸素・点滴についての方法であったり、トラブルがあったときの対処について指導しました
		Ⅱ－4）	夫から妻の具合が悪くなったら心配だから泊まってほしいと言う夫	Ⅱ－(5)	訪問看護開始してまだ関係性のできていないころに夫から具合が悪くなったら、泊まってほしいと言われる	H1-78	訪問看護開始してまだ関係性のできていないころご主人に本当に具合が悪くなったら、泊まってほしいと言われたんです
				Ⅱ－(6)	妻の具合が悪くなったら心配だから、泊まてもらえないかと言わる	H1-79	妻の具合が悪くなったら心配だから、泊まったりもしてもらえますかと言われたんです
		Ⅱ－5）	訪問開始時期、夫は表には出さないが、不安が沢山あり、今後どうなっていくのか心配な夫	Ⅱ－(7)	最初の頃は表には出さないが、不安なところがいっぱいあったのだろうと思う	H1-81	それくらい表には出さなくても、最初の頃は特に不安なところがいっぱいあるんだろうと思うところがありました
				Ⅱ－(8)	訪問開始時期は、妻が食べられなくなっていたので夫はこれからどうなっていくのか言う心配があったと思う	H1-82	奥さんが、食べられないっていうところから、ご主人は最初特にどうなっていくんだろうって言う心配もあったと思います
Ⅱ－3	がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごすようケアしていくことを伝える	Ⅱ－6）	訪問看護導入時、がんに罹患した妻の思いを傾聴する	Ⅱ－(9)	訪問看護導入時は、傾聴しいろいろ話をする	D1-6	最初は、がんになったことはいろいろ辛いんだけどというような話を度々していました
		Ⅱ－7）	がんであってもあきらめないでよい状態で過ごせるよう伝える	Ⅱ－(10)	がんでも難病でもあきらめずに、よい状態で過ごせるようにと伝える	C1-15	私は最初の出会いのときに、要するに原因がわからないから、長い年月だってがんだって共存できるようになった時代じゃないですか。だから、そういう薬も開発されるわけだから、とにかくあきらめずにいい状態でいましょうって言いました。回復に向かって、ご主人もそれを望んでいるし、それを信じているし、だから駄目よねという言葉は言いっこなしよって言いました
Ⅱ－4	退院直後の訪問で安心してもらう	Ⅱ－8）	退院当日の訪問は、退院時間に合わせる	Ⅱ－(11)	退院日は、妻の帰宅時間に合わせて訪問して、家族に医療機器の取り扱い方法やトラブル時の対処について指導する	B1-15	病院からご自宅まではすごく近かったのですが、退院した日は看護師が訪問してご本人が到着する時刻に合わせて訪問し、ご家族に在宅酸素・点滴についての方法であったり、トラブルがあったときの対処について指導しました
				Ⅱ－(12)	退院時の訪問に妻本人も家族も安心する	B1-16	訪問のときには、やっぱり、ご主人もご長女様もそこにいて、安心されている様子がありました。ご本人様お家に帰れてよかったなっていう印象を持たれていたと思います
Ⅱ－5	安心して任せてもらうために看護師の行うケアを見てもらう	Ⅱ－9）	訪問看護の時間中は、自分たちが何をしているのか見てもらうことが重要と考えている	Ⅱ－(13)	私たちがくると部屋を出て行かれる方も多いですが、逆にいてもらって見て頂いています。掃除をするなどして頂いていても、私達がなにをしているのか見て頂く。パフォーマンスを見て貰うというのも非常に重要だと思っています	B1-70	私たちがくると部屋を出て行かれる方も多いですが、逆にいてもらって見て頂いています。掃除をするなどして頂いていても、私達がなにをしているのか見て頂く。パフォーマンスを見て貰うというのも非常に重要だと思っています
		Ⅱ－10）	安心して任せてもらうために自分たちのケアを家族に見てもらう	Ⅱ－(14)	自分たちに安心してケアを任せられるのかと言うところを家族にも見てもらう	B1-71	自分たちに安心してケアを任せられるのかと言うところを家族にも見てもらう
Ⅱ－6	人に指示されることが嫌な状況が入院中あ	Ⅱ－11）	入院中の人に指示されることが嫌な状況があった	Ⅱ－(15)	人に指示されることが嫌な状況で入院中の夫の様子を知っているだけに、最初は受け入れてもらえるか不安がある	E1-80	ターミナルケアはとんとん拍子で行くってことはないわけです。数えるくらいだと思うのでその変化があったときにそのケアマネにヘルパーさんとかとの擦り合わせとか、介護士さんがどのタイミングで入るとかあります
Ⅱ－7	年齢や性格、独特な考えを持つ、感情の起	Ⅱ－12）	年齢や性格、独特な考えを持っている	Ⅱ－(16)	年齢や性格、独特な考えを持っているので関りを模索しながら、訪問看護介入していく	G1-1	年齢もお若く、性格的に頑固というかちょっと独特な考えをお持ちの方なので、なかなか私としては、関わりを模索しながらでした
		Ⅱ－13）	メンタル面でのサポートが必要である	Ⅱ－(17)	感情の起伏の激しい方の為、慎重に訪問する	G1-3	感情の起伏も激しい方だったので、行って今日どうだったとか、どきどきしながら訪問に行っていた覚えがあります
				Ⅱ－(18)	メンタル面のサポートの比重が大きいと、最初は受け入れて貰えるかどうか不安	E1-45	最初は、とりあえず、受け入れてもらえるというところからなので、拒否はなかったんですけど、メンタル面でのサポートが難しいのかなって不安はあります
Ⅱ－8	他者が入ることを望まない妻	Ⅱ－14）	他者が入ることを望まない	Ⅱ－(19)	他者が入ること望まないので、関係性をゆっくり構築する	A1-13	もともと人に家に他人が入ってこられるのを、ご本人があまり望んでいなかたこともあり、最初の頃は痛みもあったので、内服の調整とか、日常生活のアドバイスですとか訪問は週1回しかなかったので、そこでいろいろお話をしていく形でした
Ⅱ－9	訪問開始時は、一人の訪問看護師の担当	Ⅱ－15）	担当は一人の訪問看護師で行う	Ⅱ－(20)	(他者が入ることを望まない妻であるため)担当は一人の訪問看護師で行う	A1-102	（もともと人に家に他人が入ってこられるのを）ご本人があまり望んでいなかたこともあり、うちは基本複数制で担当するんですが、私だけがずっと関わっていくことになりました
Ⅱ－10	夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする	Ⅱ－16）	互いに慣れ、安全・安心な生活を送ることを第一目標にする	Ⅱ－(21)	日常生活の安全・安心を第一目標に互いに慣れることを目指した	C1-2	とにかく日常生活を安全に安心して過ごしてもらえることを第一目標にして、お互いが慣れなきゃいけないしと思っていました
		Ⅱ－17）	キーパーソンである夫の考えを把握する	Ⅱ－(22)	キーパーソンのご主人がどういう考えでいるか把握しないといけない	C1-3	要はCさんのキーパーソンのご主人がどういう考えでいるか把握しないといけないと思いました
		Ⅱ－18）	夫を介しての妻との信頼関係構築していく	Ⅱ－(23)	夫がいることで妻と訪問看護師との関係性が保つことができる	A1-91	ご主人が今週1週間は、こうでした、ああでしたって言うから、奥さんが、それをだまって聞きながら、ちょっと違うと、それは違うわよとか言ってみたりしていたので、だから間にお父さんがいい具合にいながら、関係性を保てたかなと思います
				Ⅱ－(24)	互いの理解や本音を知るのに半年から1年くらいかかる	C1-4	お互いをまず知る期間があって、本音で希望を伝えるのにそれで担当してから半年から1年くらいはかかったと思います
		Ⅱ－19）	夫婦2人に真実を全て伝え、相違がないようにする	Ⅱ－(25)	夫婦2人に真実を全て伝えるようにしている	A1-30	全部すべて伝えていました。肺メタについてもです。いつも一緒に必ず聞いてました

Ⅱ-11	開始時期は、週1回の訪問看護で生活を観察する	Ⅱ-20)	最初は週1回の訪問看護から開始する	Ⅱ-(26)	在宅での看取りは夫婦で決めていたので、最初は妻のADLは自立していたので週1回訪問看護に入っていた	H1-1	夫婦2人暮らしで治療しないで家で看取ることは2人で決めたことだったので、奥様もADLは開始時ほぼ自立していて最初は週1回訪問看護に入ってもらうと言う感じで行っていました
		Ⅱ-21)	開始時期は、週1回の訪問看護で生活を観察する	Ⅱ-(27)	週1回の訪問看護で様子を伺いながら、生活を見させていただく	H1-6	最初は週1回でという感じでの様子を伺いながら、生活を見させてほしいと言ってました
Ⅱ-12	関わり方を模索しながら、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	Ⅱ-22)	週1回の訪問で日常生活上の具体的なアドバイスを行う	Ⅱ-(28)	開始時期は、週1回の訪問の中で内服調整や日常生活について情報収集し具体的なアドバイスを行う	A1-14	最初の頃は、痛みも左程強くなかったので、内服の調整とか、日常生活のアドバイスとか週1回の訪問で、いろいろお話をしていく形でした
		Ⅱ-23)	今後を予測しながら訪問看護に入る	Ⅱ-(29)	今後を予測し、意識レベルが落ちてくる前提で訪問看護に入る	H1-3	予測される今後、（意識レベルが）落ちてくる前提で訪問看護に入りました
		Ⅱ-24)	開始時から、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	Ⅱ-(30)	週1回の訪問看護から、病状的なケアが必要になってくることを見据えて、元気なうちからできる限りターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	H1-5	訪問看護としては、最初は週1回で、ゆくゆくはたぶん動けなくなり、いろいろな病状的なケアが必要になってくることと、ステーションの方針として、できる限り元気なうちからターミナルケアを強化して入りたいと言う前提でした
Ⅱ-13	食べられる時期は一人での食事介助ができる夫	Ⅱ-25)	退院直後の食べられる時期は、夫一人で食事の介助も可能	Ⅱ-(31)	退院後は、入院前と同じとはいかないけど、ご主人だけで見ていられるかもという日があり今まで通りに、食べられたんです。好きだったお寿司を持てない、食べられない、飲み込めないで、介助をちょっと変わってみたりしながら食べていました	E1-59	退院後は、まだ少し動いていて、入院前と同じとはいかないんですけど、お父さんだけでも見てられるかもという数日があって今まで通りに、食べ物とかも並べて、何日か食べられたんですよ。お寿司とか好きだったので持てない、食べられない、飲み込めないで、介助をちょっと変わってみたりしながら食べてはいました
Ⅱ-14	妻のおむつ交換はできないと思う夫	Ⅱ-26)	最期に妻がおむつ使用となったときに夫は介護できないと言う	Ⅱ-(32)	最期ぎりぎりまでお父さんが関わっていて、最期おむつ使用となったとき、おとうさんが解除できないって言ったんです	E1-62	最期ぎりぎりまでお父さんが関わっていて、最期おむつ使用となったとき、おとうさんが解除できないって言ったんです
		Ⅱ-27)	自分には妻のおむつ交換はできないと思う夫	Ⅱ-(33)	排泄介助は、俺には無理、できないと夫は話はしていました	E1-63	そういうのは俺は無理、できないって言う話はしていました
Ⅱ-15	夫の家事能力と夫婦の生活について観察し、アセスメントする	Ⅱ-28)	夫の家事能力を観察する	Ⅱ-(34)	夫の片付け・洗濯など家事の実際を観察する	D1-16	訪問看護が入った頃、夫が台所の片づけをしたり、洗濯をしたり、くらいはしていたけども、基本の家事は、本人がまだしていましたね
		Ⅱ-29)	夫の家事能力をアセスメントと妻の様子と食生活について観察する	Ⅱ-(35)	夫の家事能力のアセスメントと、妻の家事の実際や夫婦の食生活の様子を観察する	D1-15	この病気になってから夫が台所に入るようになって、それでも本人が台所に立って、圧力なべで肉、魚は食べらなくなってきたからと、何日かおきにたんぱく質を取るための豆を大量に煮て食べていましたね
Ⅱ-16	夫婦の家事能力をアセスメントした上で、部分的家事援助から開始する	Ⅱ-30)	疼痛コントロールされ、夫婦で協力して家事が行えれば、生活援助全般のサービスではなく部分的家事援助から開始する	Ⅱ-(36)	旧肛門の違和感はあっても疼痛コントロールできていて、本人も夫も家事ができるので生活援助全般のサービスは必要がなく掃除だけヘルパーに依頼する	H1-2	旧肛門から分泌物が出る違和感を訴えていましたが、痛みのコントロールはできていてADL低下はなく家事もできていたし、ご主人も食事作ったり、掃除、洗濯など家事全般はできていたので、生活援助のサービスをいれる必要はなくヘルパーさんは、掃除だけしに来ていました
Ⅱ-17	高齢夫婦が不安なく生活できるように自分の裁量で生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導する	Ⅱ-31)	介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う	Ⅱ-(37)	介護職も不安がらないよう初回は一緒に確認しながらケアに入る	B1-18	介護士もターミナルのケースと聞いただけで、ちょっと萎縮してしまう部分があるため初回訪問介護の方が入るときは、一緒に時間を合わせて、こういったことをお願いしたいとか、一つ一つ確認しながら、ケアをします
				Ⅱ-(38)	介護職が不安なくケアを行うことが家族の安心にもつながる	B1-19	なるべく介護士さんも不安なく入れるように、そういう部分もご家族が見ると安心されている様子もあります
		Ⅱ-32)	自分の職種の立場・裁量でヘルパーや夫婦夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する	Ⅱ-(39)	サービス上、自分の職種の立場・裁量で夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する	C1-17	大腸がんが判明しストマ交換するようになり先に入っていた訪問看護が日曜日来れないって言うのでそれでうちが訪問看護に入るようになりました。ヘルパーさんたちに細かい部分を教えて行かなきゃいけないので、ご主人に細かい部分で教えるのには、ケアマネでは限界があるのでケアマネしながら看護師ながら今日は何の立場でだっけなんて言いながら、でも往診医の先生も本当によくやってもらいました
Ⅱ-18	夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認をする	Ⅱ-33)	夫がパウチ交換できるかの確認のため、訪問看護時に入浴介助とパウチ交換を行う	Ⅱ-(40)	夫はパウチ交換を習得しているが、訪問看護師が入浴介助とパウチ交換を行う	H1-4	ご自身で入るときもあったんですが、訪問し入浴介助して一緒にパウチ交換しましたが、ご主人もパウチ交換はできていたんです

Ⅲ. 開始－安定期

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNO Ⅲ-　）	サブカテゴリー	ｺｰﾄﾞNO Ⅲ-()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅲ-1	妻の何気ない会話やケアのときに語られる本音	Ⅲ-1）	何気ない会話やケアのときに見られる妻の素の部分や本音	Ⅲ-(1)	何気ない会話やケアの中で、妻の素の部分や本音を見出す	A1-88	お風呂は長く介助していたので、今日は私は入らないから、お父さんに入ればいいのよって言ったり、先にお父さん入ろうかって冗談を3人、4人で言いながら。それが素のA子さんだったのかなと思います
		Ⅲ-2）	妻の生きることへの希望	Ⅲ-(2)	妻は生きたいと思い、できるかぎりのことを望んでいる	C1-46	ヘルパーさんから聞いたんですが、本人は生きたい。だからできることはしたいと言っていたようです
		Ⅲ-3）	余命を知って苦しみながら永らえたくないが夫との余生を楽しみたかったと泣く妻	Ⅲ-(3)	1年と余命宣告されて苦しみながら長生きはしたくないが、夫との人生を楽しみたかったのにとなく妻	D1-95	余命宣告はたぶん1年くらいだろうと言われ、呼吸苦とか栄養が確保されていてあと腫瘍が増大し出血がなければ、どのくらいになるかわからない感じだった。本人は苦しんでまで長生きしたくはないから、楽にしてねって感じでした。そう言っていて、お父さんとこれからの人生をまだまだ楽しみたかったのに、こんなことになっちゃって、悲しいわって何度も私の前では泣いていました
		Ⅲ-4）	夫の社会参加を望む妻	Ⅲ-(4)	妻は患者の会など夫の社会参加を否定はしない	C1-63	全部（介護や外の役割を）できないんでね。結構役員になるとか、彼女はやってほしいというか肯定はしていたと思います
Ⅲ-3	自己流の栄養に関する確固たる思いがある妻	Ⅲ-5）	看護師が薦める食生活の内容について受け入れ難く自己流の栄養に関する確固たる思いがある妻	Ⅲ-(5)	がんになったのが食事によるものと考え自己流で学習した糖質制限や植物性たんぱくの摂取のみの為、痩せて体力が落ちるので動物性たんぱくや過食にならない程度の糖質の摂取を薦めるが、妻自身の確固たる気持ちがある	G1-5	食事内容が特有というか、ケトン食や糖質制限とか流行っていたので結構自己流で勉強されて、菜食主義もあり結構お痩せになっていたんです。自分が、がんになった原因は糖質をたくさん採ったのが原因と思い込まれていて、炭水化物系もカットされ、お肉とかもあまり召し上がってなかった。たんぱく質も植物性の豆や豆腐等を摂取されているような生活で、結構こちらからも体力が落ちてしまうので、もうちょっと動物性のものを採っていただくようにお話し、甘いものも元々お好きだったので、過剰にとらなければと良いですというお話もしたんですけど、訪問看護やリハビリを始めた当初はなかなか入っていかなくて、ご本人のこうだと言うお気持ちが強くありました
		Ⅲ-6）	まずい・おいしいとはっきりと言う妻	Ⅲ-(6)	妻は買ってきたものは、味が良くない、まずいなどはっきりと手厳しいことを言う	G1-17	やっぱり買ってきたものはお味が良くないとかおっしゃっていて、あれは不味いだのと厳しいことをおっしゃっていて、はっきりおっしゃる方なんで厳しい
				Ⅲ-(7)	夫の作るものにもまずい・おいしいとはっきり言う妻	G1-18	ご主人のつくるものにも、まずい、おいしいとか意外とはっきり言う方なんです
Ⅲ-4	人の目を気にして外出をためらう	Ⅲ-7）	外見を気にして出かけなくなる	Ⅲ-(8)	行きたいところや買い物には出かけたりしていたが、脱毛やバルンなど外見を気にして出かけなくなる	F1-10	亡くなる前では比較的お元気で、車でどこか行きたいって言ったら、買い物に行ったりとか、髪の毛のこととかもあって、高いカツラとかも買ったんですけど、外見をすごく気にされて、バルンのバックとかぶら下げて出たくないとかおっしゃって、あんまり出かけませんでしたけど、穏やかに過ごしていましたね
				Ⅲ-(9)	バルンカテーテルが留置されているのでて、「こんな体になって生きるのはね」、「どこにも外出できない」という妻	F1-48	バルンが入っていたから、こんな体になって生きるのはねと、一番最初の時に言っていたけど、それで長生きされている方もいる、でもバルン入っていたらどこにも行けないしとおっしゃってました
		Ⅲ-8）	ご近所の目を気にし外出をためらう	Ⅲ-(10)	骨強化のために日光下での屋外歩行を勧めるが、ご近所の目を気にして外にでることをためらわれる	G1-35	お家の中もリビングにいらしゃることが多く､割と暗くしてお日様が当たらない感じで、なるべく日に当たった方が気分転換図れるし、骨強化にもなるしって良いことづくめですよと話して、屋外も車いす借りていったりしたいなっと思ってたんですけど、ご近所の目を気にされていて、なかなか外に出るのをためらわれていて、2回くらいしかでませんでした
Ⅲ-5	夫に介護してもらいたいと思う妻	Ⅲ-9）	第3者に介護されるのでなく夫に介護してもらいたいと思う妻	Ⅲ-(11)	夫には第3者に妻のケアを全部委ねるのではなく、ケア参加してもらうよう促す	C1-61	奥さんのケアの方が第3者にお任せなんです。だから全部が、担ったら困るからとご主人とのそういう時間も持ってもらいたいからということでご主人にはやってくださいねって言ってたんです
				Ⅲ-(12)	妻は夫に介護してもらうことを望む	C1-62	奥さんは、他人に委ねられたら辛いと思う。ご主人とご主人にやってもらう時間を持とうと言うのもが彼女の希望だからね
Ⅲ-6	夫への不満がある	Ⅲ-10）	痛みに対して辛いという弱音でなく夫への不満を漏らす	Ⅲ-(13)	痛みに対して辛いという弱音を吐かないが夫への不満を話す	G1-32	痛みに対して辛いとか弱音を吐くことはなかったけど、不満の方が多かったですね。ご主人のこととかの不満なんですよ
		Ⅲ-11）	夫へ辛辣なことを言ってしまう	Ⅲ-(14)	退院してからは多くはないが、犬に話かける夫に対して、本人を前に辛辣なことも言ってしまう妻	G1-34	奥さんは、犬に話かけるご主人にあの人頭おおかしいんじゃないの？って言った覚えがあります。結構ご主人がいるときも辛辣なことも言っちゃうんだという話もされていたんで。退院してからはそんなになかったと思います
Ⅲ-7	妻が自分の言い分を押し通そうとするので、ほとんど言い返せないでいる夫	Ⅲ-12）	妻の言うことに夫は言い返すが妻に押し通される	Ⅲ-(15)	夫が言い返したりもするが、妻がわーっと言って押し切る	G1-20	ご主人から言い返したりというのもありましたが、奥様が一方的にわーって言う感じでした
				Ⅲ-(16)	８：２の割合で妻が言い切ることがある	G1-21	８：２の割合で奥様でした
		Ⅲ-13）	他者が見ると奴隷のように介護中も夫を使う様子に見える	Ⅲ-(17)	妻の家庭内での立場が強く、他者が見ると奴隷のように介護中も夫を使う様子に見えるが、夫は介護全般をよくしていた	F1-9	お口の達者な方で、家自体がSさんのご両親のもっていた土地で、そこに家を建てたんで、嫁いだのですが、立場的に半分婿みたいな感じのご主人で、ご自分（妻）の方が強いんだっていうのがあったんだと思います。もう奴隷のように（ご主人を）使っていた。お食事からストマをつけるのからすべてを本当におとうさんがよくしていました

Ⅲ-8	夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴する	Ⅲ-14)	夫婦から語られる夫婦の歴史を傾聴する	Ⅲ-(18)	出会いから今までの語られる夫婦の歴史について傾聴する	A1-93	がんに対する経過が長かったから、すごい奥さんを大事にしていたのだなとか、すごい昔の写真もあったりして、出会いのときの話とか、そういう今までの夫婦の歴史とか、話してくれていました
				Ⅲ-(19)	訪問看護の間に夫婦の歴史についての話をする	A1-94	（二人の家族の生活史を）訪問の間によく話してました
Ⅲ-9		Ⅲ-15)	妻が散歩の際にぽつりぽつりと話す家族の話や夫婦の話を聞く	Ⅲ-(20)	玄関のポーチまで出て歩行したときに気もちがいいと言って、庭にある植物を見て亡くなった父の話などをぽつりぽつりと話される	G1-36	屋外歩行して、1回は玄関で日なたぼっこを最後の頃にしたんですけど、外に出てすごく気もちがいいとおっしゃっていて、お庭の方にでられればいいんですけど、なぜか玄関のポーチで日向ぼっこしたんですけど、お庭の植物が亡くなられたG子さんのお父様が植えられたものみたいで、なんかそんな自分のご家族の話はされなかったんですけど、そんなことをぽつりぽつりとされて、そこが印象的でしたね
		Ⅲ-16)	結婚してからの夫婦の生活や仕事について話を聞く	Ⅲ-(21)	結婚してからの夫婦の生活や仕事についての話をしている場面に付き合う	H1-44	2人でよく結婚してどうだったとかご主人の仕事やそれを奥さんが手伝ってという話をよくされていましたね
		Ⅲ-17)	夫婦の住まい･年金など経済状況について生活に関連した話を傾聴する。	Ⅲ-(22)	夫婦の住まい・年金などの経済状況暮らしについて話を聞く	D1-11	B県湾岸エリアの高層マンションの上層7階に住んでいるんですよ。もともとは、内陸の一軒家に住んでいたけど、余生を過ごすのに海と船が見える所に住みたいというので今のマンションを買って住まわれた。H工業で、69迄働いて70歳まで一軒家に住み、そこそこお金があって、年金もそこそこあったので夫婦仲良い生活を細々と送ってらした
		Ⅲ-18)	夫婦の歴史や子どもの話をすることで夫婦の時間をより大切にして過ごしていただく	Ⅲ-(23)	淡々と夫婦の歴史と息子さんの話をされて、夫婦の時間を大切にされてきたんだろうと言う感じで過ごしている	H1-45	ご夫婦の歴史みたいな話を聞いて、息子さん2人を育てられて、すごく立派な息子さんなんですが、自慢するということでもなく、淡々と話をされて、どちらかというと夫婦の時間を大切にされてきたんだろうなって言う感じで話をされていました
Ⅲ-10	妻のはけ口となるよう傾聴に努める	Ⅲ-19)	周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解する	Ⅲ-(24)	夫と対等な立場で意見を率直に伝えるタイプで嫌なことは嫌と言うので、自分の感情をあらわにされたりとか、声を荒げる場面があっても病気がこういう風にさせているんだなと思う	G1-86	元々ご主人に対しては、ご主人と対等な立場で意見を率直に伝えるタイプの印象の奥様で嫌なことは嫌、犬が自分がやってほしくない行動をとると割と自分の感情をあらわにされたりとか、声を荒げる場面がありましたが、脳メタがあるのがわかっていたので、病気がこういう風にさせているんだなと思いました
		Ⅲ-20)	夫にきつい口調であたる妻のはけ口となるよう傾聴に努める	Ⅲ-(25)	夫と過ごす時間が長いため、夫に対する不満があり、夫に対してきつい口調で当たるため、はけ口が必要と判断し、妻の話を傾聴する	G1-4	ご主人と長い時間一緒にいらっしゃるので、結構ご主人に対する不満とかあって、目の前にご主人がいても結構きついことをおっしゃられている姿を見ていて、なかなか捌け口がないのだと思い、極力傾聴に努めて、うっぷんを晴らしていただこうとその辺に配慮して入らせていただいていました
Ⅲ-11	夫婦のやり取りは中立的立場で聞く	Ⅲ-21)	付き合いが長い夫婦なだけに、言い争いになるが夫婦を見守る	Ⅲ-(26)	学生時代から付き合いの夫婦で時には言い争いのようになるが、大抵、夫が受け入れる感じであった	G1-19	学生時代からのお付き合いだったので、時には言い争いみたいになっていたんですけど、でも受け入れるような感じになっていましたね
		Ⅲ-22)	夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いている	Ⅲ-(27)	夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いているがいたたまれない時もある	G1-22	どちらにも肩入れするわけにもいかないので、割と中立的な感じで聞いていましたがいたたまれない時もあったんです
Ⅲ-12	妻本人と残される夫や家族が、後悔がないようにしたいことができるようにする	Ⅲ-23)	妻本人と残される夫･家族が、後悔がないようにしたいことをできるよう支援する	Ⅲ-(28)	遺される家族と亡くなっていく療養者も後悔のないようにやりたいと思うことをできるようにと思っている	E1-54	死別については、遺されるご家族の方が後悔がないようにっていうのがあります。もちろん亡くなる方がやりたいことをやったり、自分が亡くなるってことが明確な場合ですけど、それがわかっているときは叶えてあげたいなと思っているんです
				Ⅲ-(29)	残された家族が、後悔がないような最期を迎えてほしいという思いがある	E1-55	病院であっても在宅であってもなんですが。残された家族は後悔がないようにという最期を出きれば迎えてほしいなという思いがあります
Ⅲ-13	妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良い内容を夫婦に伝えていく	Ⅲ-24)	看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続いても軟化するまで夫婦を見守る	Ⅲ-(30)	しばらく看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続くが、少しずつ魚を食べるようになるなど軟化していく	G1-6	少しずつ今日は魚食べたとかおっしゃって、少しずつは、軟化していきましたが、そういう（看護師が薦める食事内容について受け入れ難い）状況がしばらく続いていました
		Ⅲ-25)	妻本人が藁をもすがる思いや治したいという一心でしている民間療法を否定しない	Ⅲ-(31)	通院に1時間以上かかる温熱療法について、妻本人が話をしないが、藁をもすがる思いや治したいという一心でしていることと思い、否定せず、傾聴する	G1-7	温熱療法も試されていて、医療者としては、すごく高額なものですし、車で1時間以上かかる所へ通われていたとおっしゃって、結構体力なくても、行ったら体が温まるような治療だったんですが、帰宅時にはご主人の膝枕にぐったりで横になって帰ってこられたというお話で、たぶん私達に話してもあまり、いい反応はないだろうからと思ったのかご本人からお話はなくて、ご主人からぽろっとお話されたことがありました。でもご本んがやっぱり治したいって一心で藁をもすがる思いもあったかと思うので、否定的なことは言わず、こちらも傾聴するよう努めていました。
Ⅲ-14	余命について漠然ととらえている	Ⅲ-26)	医師からの余命宣告を漠然と捉えていて受容できない状態	Ⅲ-(32)	医師から年を越せないかもという余命宣告に、家族は在宅での看取りをすぐに決めなければという感じで受け止めていない	E1-26	時間がないと言うのもムンデラされてまだ時間も経っていない。亡くなると言われても、まだ年を越せないとざっくり言われているので、家族としては、たぶん年は越せるよねっていうような、今すぐ決めなきゃという受容が出来ていない状況だったと思います

Ⅲ-15	在宅での看取りの希望がある家族が一人でもいる	Ⅲ-27)	家族の中で一人でもの在宅での看取りの希望がある	Ⅲ-(33)	長女は在宅での看取りを希望するが、実際介護は他の家族になる	E1-22	ご長女のご主人が亡くなって半年だか1年も経っていなかったんですけど、結構長女さんはいろいろ忙しくて、来たいんだけど、なかなか来れない。他の人がメインで介護しているけど、自分は在宅の看取りを希望すると。
				Ⅲ-(34)	次女は長女が在宅での看取りを希望するなら頑張ると言う	E1-23	次女さんは中立的立場で、みんながこっちがいいって言うなら私はそれに則って頑張りますって言っていました
		Ⅲ-28)	在宅での看取りについて最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族に困惑する夫	Ⅲ-(35)	家に帰りたい妻の希望を知り、在宅での看取りを希望する長女と支えようとする二女に対して、在宅での看取りについて困惑する夫	E1-56	家に帰りたかった奥さんがいて、病院で看取るか家かというので、ご長女さんのご主人が病院で亡くなっていて、私は絶対自宅でと言っていたのでその思いを聞いていて、それで次女さんも気持ちを汲んでいてそういうのだったら協力するということだったけど、ご主人が一番傍にいて受け入れられていない状況でした
Ⅲ-16	夫は在宅での看取りを希望するが、家族内で意見がまとまらない	Ⅲ-29)	妻に出来る限り生きて欲しいと願う夫	Ⅲ-(36)	夫もできるだけ生きて欲しいと願っていることを知る	C1-47	ご主人もやはり、できるだけ、生きてほしいと思っていらしたとヘルパーさんから聞きました
		Ⅲ-30)	夫は病院での看取りを希望し、在宅での看取りをするか家族内で意見がまとまらない	Ⅲ-(37)	夫は妻の排泄の世話ができない為、病院での看取りを希望し、意見がまとまらない	E1-24	ご主人は、すごく奥さんのことが好きだし、頑張っていたんですけど、お下のこととなると、おむつの世話は俺は絶対できない、そうなったら病院に行ってほしいという感じだったんです
Ⅲ-17	夫以外の家族のサポート状況のアセスメントする	Ⅲ-31)	家族が妻をどのようにとらえているか観察する	Ⅲ-(38)	家族の妻への関りや家族の関係性を観察し、それぞれの家族が妻をどのようにとらえているかを知る	E1-46	家族の方がすごく受け入れていて、お母さん嫌いとかと言うのではなくて、割とうまく受け入れていらしてそういう感じでも元気でいてくれたらいいよ、頑張らなくていいよって言うスタンスのでいい形のご家族だったので割と入っていきやすいというか
		Ⅲ-32)	息子・娘たちのサポートについて観察する	Ⅲ-(39)	息子たちは、夫にとって心の支えとならなくても、すぐに実家に戻りサポートしてた	H1-49	息子さんなので心の支えと言うわけにはいかないかもしれないですが、離れてはいるけど何かのときは、すぐ集まってサポートしていた
		Ⅲ-33)	家族関係についてアセスメントする	Ⅲ-(40)	第一印象から息子と母親の関係性について遠慮やよそよそしさがあると思う	B1-73	第1印象として息子さんは、地方のギター制作の学校に行って一緒に過ごす時間がほとんどなかったので、少しよそよそしさというか、お母さんに遠慮しているような感じもありました
		Ⅲ-34)	きょうだいや親族が気持ちよく介護に協力しているかを知る	Ⅲ-(41)	きょうだいや親族が旅行の留守番や出向え、必要なティッシュを用意し、気持ちよく介護に協力する	C1-80	旅行に行って帰ってくるとだれか妹さんたちが必ず家にきてお茶出ししてくださったりして。あのCさんが、彼女たちのお母さんを面倒見てきてるわから、やっぱり自分たちもなんらかの世話をしなきゃいけないと思うんだけど、自分たちも生活がある。だからティッシュとか涎拭くのに必要と言うと、妹さんたちが街頭で配っているのを集めて持ってきてくれたりとかね。本当にね、皆さん気持ちよくって言う感じで、なんか他人じゃない気がするわけです
		Ⅲ-35)	家族のそれぞれの役割やキーパーソンとなる家族をアセスメントする	Ⅲ-(42)	家族と仲良くなって、その家族への入り方を決め、キーパーソンを見極める	E1-47	ご家族の方と仲良くなってお任せすることはお任せする、これがは誰に言えばよいか、確認すればよいのか決めているとすんなりいくので、割と家族ぐるみで連絡をとっていました
Ⅲ-18	夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報共有する	Ⅲ-36)	妻本人の介護は夫中心で別居の子どもが、時折来訪し、交代で行う	Ⅲ-(43)	妻の介護は夫が中心だが、他県に住む娘や息子が来訪して交代で介護する	E1-18	手術したけど、その病気についてみると言うよりは、間が1ヶ月あるかないかで次のケモの為の入院が決まっていたので、転倒や事故がなく、次の入院まで無事に家で過ごせるって言うのが目標でした
		Ⅲ-37)	家族のそれぞれの役割を知りキーパーソンとなる家族と情報共有する	Ⅲ-(44)	跡取りや将来同居するのは誰かによって、家族の立ち位置が違い、キーパーソンが違ってくる	E1-48	関わっていて、誰が家を継ぐのかと思っていたら、息子さんは一人だったのでこの息子さんが一緒に住まないという話でそれぞれの立ち位置が決まったことを知ったんです
				Ⅲ-(45)	長男であっても将来同居するのは長女の為、介護に関する家庭内の決定権は長女になる	E1-49	息子さんが住まないことになり、長女さんのご主人が亡くなって将来的には長女さんが一緒に住むというのが奥さんが亡くなる前に決まっていたので、息子さんは、手伝いはするけど、自分が一番下で、跡取りで男の子で頼りにしたいところはあるけど、将来同居はしないので部外者というか意見は弱い感じになっていたりしましたね
				Ⅲ-(46)	家族のそれぞれの役割、家庭内の事情について隠さず見せててもらっていると情報を共有しやすい	E1-50	家族の立ち場や役割などそういうところも隠しもせず見せてくれていたのででもお付き合いがしやすいというか、共有しやすい情報は3人に一斉メールしたりだとかしていいですかと聞いたりもできました
		Ⅲ-38)	夫婦2人の様子や介護状況を家族と情報共有をする	Ⅲ-(47)	妻本人の様子や夫の生活や介護の詳細についてメールのやりとりによって情報共有する	E1-19	お子さんたちと私は同世代だったんで、メールとかでやりとりをしながら、今日こんな感じですがどうですかとやりとりをしながら、細かいこととかもメールでやり取りをしていました
		Ⅲ-39)	夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため別居の家族と情報共有する	Ⅲ-(48)	夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため同居してない息子や娘と連絡をすることがある	E1-51	お父さんにはメールしてもわからなかったりするのと、お子さんたちと私とでお父さんの話をしなくてはいけないときもあったりいろいろな話をしなくてはいけないですから
		Ⅲ-40)	家族内で介護の分担が決められている場合は、その役割担当の家族に連絡するなど、家族それぞれと関わる	Ⅲ-(49)	介護の分担や担当が決められていて、誰に連絡をすればよいか家族からも要望がある	E1-52	家族側からも、これについては私がやっているのでと、例えば、病院の送迎は私がしているので、わたしに連絡をくださいとか、薬をどれをもらってきてほしいとか要望もちゃんとあり、割と役割分担がしっかりされていた感じです
				Ⅲ-(50)	家族それぞれと関わることで、それぞれの役割が上手く回っていってほしいと思う	E1-53	家族と関わりを持ちながら、家族自体が上手に回っていくようにというのはありますね
				Ⅲ-(51)	在宅での母の看取りを希望した長女は、生前から早々に遺影や臨終後の話をしていた	E1-69	あとで長女さんとは、看取りがどうだったかっていう話は具体的にはできてないんですけど、割と早い時期からお母さんの話とか写真とかもあったのと、そんな話とか、生前からされてはいましたしね
Ⅲ-19	在宅で看取るか主介護者の夫と他家族の合意を待つ	Ⅲ-41)	医療職側と家族側の在宅での看取りの決定についての温度差があるときは、看取りに向けて刺激しないように急変時の対応の準備は進めていく	Ⅲ-(52)	在宅での看取りの決定について焦る医療職側となぜ慌ててきめようとするのかと思う家族側との温度差があるため、水面下で看取りに向け刺激しないように進める	E1-27	こちら（医師や看護師）の早く決めなきゃという焦りとなんでそんなに慌てているんですかって言う(家族）感じで、あまり刺激してもいけないですけど、動いて行かなきゃというのでバタバタしていましたね
Ⅲ-20	夫が余命宣告を漠然と捉え在宅で看取る覚悟ができなくても最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く	Ⅲ-42)	最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族と在宅での看取りについて夫の意見が違っても看取る方向で動く	Ⅲ-(53)	最期は自宅でと強く希望する娘の為に、家庭内の意見が食い違っても家で最期を看取れるように往診医を探す	E1-57	ご主人は、自分がいる時にそう(臨終ということに）なったらどうすればいいんだというあたりで困惑し、それでもすごく長女さんの意志が、はっきりしていたので、状況として家に帰ってきていたから、最期の最期までここ過ごして、いざ救急車で病院へ行くのかと言うのがあり、みんながお

Ⅲ−21	妻に自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫をする	Ⅲ−43)	自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫として妻の希望に近い形でケアを提供する	Ⅲ−(54)	自宅で過ごす良さを実感してもらう為、温泉に行きたがっていた妻の希望に近い形で入浴剤を用い清潔ケアを行い	B1−23	家で過ごす良さを感じてもらう工夫として、本人の温泉に行きたいという願望をかなえ実際温泉に行くのは、状況的には難しかったので草津とか別府とかいろいろな地域の市販の入浴剤を本人に選んでもらって、本人の希望で手浴だったり、足浴だったりのときに使いながら、今日は○○温泉へ行ったねという感じで行いました
		Ⅲ−44)	息子のギターを心地よく聞いて過ごす妻	Ⅲ−(55)	長男の演奏するギターを聴きたいと願う妻の思いを息子に伝え、息子のギターを心地よく聞いて過ごす妻	B1−25	ご長男さんが、ギターの制作家でもあったので、ご本人さんはギターを聞きたいっていうご希望をされていました。息子さんにそれを伝えると、作ることは、得意だけど、弾くのは苦手だか言いながらも、ギターを練習するうちの中で練習する姿もあって、それを心地よく聞いているご本人様の姿があって、まさに在宅の良さがあったのかなっていうのがありました
Ⅲ−22	夫と個々の家族が妻の介護に参加しているという意識をもつための意図的な働きかけ	Ⅲ−45)	清潔ケアに参加できるようセッティングする	Ⅲ−(56)	清潔ケアに参加できるようセッティングする	B1−24	清潔ケアには長女さんや他のご家族が入れるようにしました
		Ⅲ−46)	家族一人一人が妻の介護に参加しているという意識をもってもらえるように意図的に働きかける	Ⅲ−(57)	夫にも介護に参加してもらう機会となるようできることを依頼し、意図的にケアに参加しているという意識を家族が持てるようにする	B1−26	ご主人は、大工さんて言う仕事をされていたので、点滴の話をしましたが、点滴のボトルをぶら下げる点滴のフックとかを即席で作ってくださったりとか、家族がそれぞれで出来る範囲で、やれることを、登場する機会を作ってあげられることで、自分もケアに参加しているという意識を持ってもらうことも、そういう機会を意図的に仕組んでいったということもこのケースのケアに入ったときの工夫したことです
		Ⅲ−47)	段階を踏み、徐々に夫や息子もケアに参加できるように働きかける	Ⅲ−(58)	男性家族は、直接触れる清潔ケアについては遠慮があるので、段階を踏み、徐々にケアに参加できるように働きかける	B1−27	気の強いお母さんだったというのもあって、男性ご家族はどちらかというと優しい感じなんですが、お母さんに触れるケアって言うところ、例えば足浴とか手浴とかは最初、長女さんが最初遠慮なく入れた感じはあるんですが、なんかご主人は日を追うにつれて、こういうところも家でできるんだって実感されてて、訪問看護師の方から、一緒にやってみませんかとお声かけしてお湯の準備からまずは始めてもらって次はお湯をかけてもらうのを手伝ってもらって、最終的には、一緒にやってみませんかと段階を追って最終的には長男さんもご主人も手浴をして、洗髪も一緒にやってもらっいました。
Ⅲ−23	夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる	Ⅲ−48)	段階を踏み、夫や家族に徐々にケアに参加してもらい、心理的ケアにつなげる	Ⅲ−(59)	準備から段階的にケアに参加してもらい、妻と家族の心理的な距離を近づける	B1−28	準備から段々そういう風にやっていくことで、物理的だけではなくて、心理的にもなんか近づいて行ってるように思います
Ⅲ−24	妻に任せっきりだった家事を最期に担おうとする夫	Ⅲ−49)	妻に任せっきりの30年間分の家事を最期に担おうとする夫	Ⅲ−(60)	30年間分の妻に家のことをしてもらってきて、最期に夫が家事をすると言う夫	F1−37	30年間家庭内別居だとおっしゃっていましたが、最期に俺がこんなにやるとは、思ってなかったよと笑っていました
		Ⅲ−50)	妻のこだわりが強くヘルパーを導入せず、夫が食事を作る	Ⅲ−(61)	食事は、妻のこだわりが強い為、ヘルパーの導入に同意しないので、夫自ら作ると言い、夫が食事を作る	G1−14	食事とかは、結構ご本人がこだわりが強いので、ずっとご主人が作っていらして、ヘルパーさんの導入の話もしたんですけど、奥様がうんと言わなかった、ご主人も私がやるからいいですよと言って導入しなかっんです
		Ⅲ−51)	妻の希望に応え夫が30品目調理したものを少しずつ食べる妻	Ⅲ−(62)	30品目食べたいと言う妻に30品目はと言いながらも妻の希望に応え夫が調理し、少量を少しずつ食べる妻	G1−16	G子さんが30品目食べたいとおっしゃっていて、さすがに30品目はとご主人も言っていたんですが、食べたいとおっしゃってはいても、そんなにたくさんは召し上がれなかたんですが、少しの量をちょこちょこと食べていたんですけど、おいしそうでした
		Ⅲ−52)	妻の食べたいとものを夫がこまめに準備する	Ⅲ−(63)	妻の食べたいというものを夫が欲求にこたえてこまめに準備する	H1−15	ご本人が食べるものも食べられなくなっていたんですが、30分でもこれがたべたい、あれがたべたいというのはご主人もその欲求に応えてこまめに準備されていました
		Ⅲ−53)	実際介護してみて大変さに気づく夫	Ⅲ−(64)	夫は薬や疼痛コントロールが大変とは思っていなかった	D1−31	薬品管理したり、疼痛コントロールしたりと、夫にしてみれば、こんなに大変になるとは思っていなかった

Ⅲ−25	夫婦2人の家事の様子や夫の家事能力をアセスメントし、具体的なアドバイスを行う	Ⅲ−54）	夫婦2人の家事の様子についてアセスメントする	Ⅲ−(65)	夫婦2人の食生活と家事についてアセスメントする	B1−47	積極的に料理をつくるという気はなかったような印象を受けるので、たぶんできあいのものを買ってくるというそういう感じで、もともとそういう感じのご夫婦だったと記憶しています
		Ⅲ−55）	夫婦の生活能力についてアセスメントする	Ⅲ−(66)	夫と2人の生活では大変と思いデイサービスを勧めるが、できるうちは自分でしたいという	D1−13	夫と2人の生活では困るから、デイにいこうかと言ってもなかなかうんと言わず、自分で、できることは、自分でやりたいと言っていました
				Ⅲ−(67)	夫婦間でどちらに生活上の主導権があるかアセスメントする	B1−44	ご主人と奥さんとでは、どちらかというと主導権は奥さんにあったようで言うとおりにご主人がされているような関係性だったようで
		Ⅲ−56）	夫の家事能力を観察しアセスメントする	Ⅲ−(68)	夫の家事能力をアセスメントする	D1−14	食べるものも咀嚼できないので、軟食なんかも作ってほしかったけど、夫が家事をやったことのない人だったんです
				Ⅲ−(69)	夫は、食事は作れないので朝はパン食で朝夕出来合いのものを買ってきいる	E1−61	食事は作れないんですけど買ってきていたんです。要するに出来合いで、朝はパンとヨーグルトとかバナナとという感じで、昼・夕はお父さんが買ってきて食べそうなのを並べたりしてという感じでした
				Ⅲ−(70)	夫は買い物・洗濯はできるが、掃除は娘が来た時に行っていた	E1−64	買い物はお父さんができて、洗濯は1週間に1回回しているとお父さんが言っていました。娘さんが時々来るので、それなりにフォローはしてくださる感じだったので洗濯はもともと干したりはしていて、掃除機をかけているお父さんはみたことがないから多分娘さんが来たときにしていた
				Ⅲ−(71)	夫が夜食事を作る	F1−34	1日の食事はご主人が夜に作っていました。
				Ⅲ−(72)	嫁が作ったものを食べるか、夫が作るか、妻が食べたいというものをスーパーで夫が買ってくる	F1−35	朝にお嫁さんが持ってきた食事をＦさんが食べられないので、夜に回すとかカレーとか作っていましたね。スーパーが近くに合って、食べられないですが、妻がチーズバーガーが食べたいと言えば、チーズバーガー買ってきたり、イチゴが食べたいと言えばイチゴを買ってきたりされていました
				Ⅲ−(73)	買い物も調理も夫が行う	F1−36	買い物はお手の物で、簡単なものは作って（調理して）いました。
				Ⅲ−(74)	割ともものが多くあるお宅で男の方だからそんなに目が行き届かなかったと思うが、床や洗面所とかはきれいにしている	G1−23	洗濯も掃除も、割ともものがごちゃごちゃある感じのお宅でしたが、床とかはその辺は清潔にされていたんですけど、男の方だからそんなに目が行き届かなかったと思いますが、洗面所とかはきれいにされていましたしね
				Ⅲ−(75)	夫が、洗濯も掃除もなんでも行う	G1−24	ご主人が、洗濯も掃除もなんでもされていました
		Ⅲ−57）	夫だけでは無理な家事は他の家族に依頼する	Ⅲ−(76)	夫だけでは無理な片付けは、他の家族に依頼する	B1−46	旦那さんがベッド入れる日までに片付けてもらったり、そこは長女さんや長男さんに手伝ってもらいながらだったと思います
Ⅲ−26	夫の社会参加に関するアセスメントをする	Ⅲ−58）	近所との関係やコミュニティ参加の様子についてのアセスメント	Ⅲ−(77)	近所との関係やコミュニティ参加の様子についてアセスメントする	B1−48	近所付き合いに関しては、ご主人は社交的な印象でご近所付き合いとか同じマンションの方に挨拶はしてました
		Ⅲ−59）	夫の町内会の参加状況について知っている	Ⅲ−(78)	夫の職歴と町内会など近所づきあいについて知っている	F1−39	お薬関係の仕事をしていたけど、今はお仕事はしてないと思う。70台後半で町内会のこととかは、やっていたと思います
		Ⅲ−60）	夫の人付き合いについてアセスメントする	Ⅲ−(79)	夫の人付き合いについてアセスメントする	C1−59	奥さんが生きているときに、認知症の予防のための会や旅行に行く企画があっていくように区の方から言われて、それで参加しているようです。だから人付き合いは上手な方です
		Ⅲ−61）	患者の会への参加する夫	Ⅲ−(80)	患者の会へ家族として妻の生前から参加している	C1−60	奥さんが生きている間もＳ区の城南支部の支部長みたいなのもやっていたので患者会の会合みたいなのでご主人は支部長として役割を持ってました
Ⅲ−27	妻の死後を想定した家事訓練と準備	Ⅲ−62）	妻の指示に従って洗濯物を干したり一緒に畳んだりする夫	Ⅲ−(81)	妻の指示に従って洗濯物は、妻の指示に従って干したり一緒に畳んだりする姿を観察する	F1−33	洗濯は奥さんと一緒に畳んだり、元気な時はサンルームとか別の物干し場に、ほとんど，ＦさんHさんのものだと思うんですけどＦさんのご指示のもと、布団干してと言えばご主人が干していました
		Ⅲ−63）	夫の生活能力や死別の準備について観察する	Ⅲ−(82)	夫はもともと生活していく能力があり、きれい好きで几帳面なので、介護しながら先々の準備をしていた	H1−48	もともとご主人自体も生活していく能力があり、きれい好きで几帳面なので、奥さん中心で大事に（介護）しながら、先々の準備をしていました
Ⅲ−28	介護する夫の大変さを考慮する	Ⅲ−64）	介護する夫の大変さを考慮する	Ⅲ−(83)	治療上必要性があることでも、介護する夫の大変さを考慮し、看過する	A1−28	コルセットをしないと骨折とか麻痺が出てきたりするからということで、コルセット着用していたのだけど、着用するとご主人が結構大変というのがあり、しなかったですね。
Ⅲ−29	夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことはしなくてもよい方向でケア内容を考える	Ⅲ−65）	妻のために介護したいと思う夫の意思は尊重する	Ⅲ−(84)	夫の家事・介護能力を見極めているが、妻のためにしてあげたいと思っている夫の状況を娘に相談する	D1−65	娘さんには、いろいろ相談したりしていたんだけど、夫が奥さんのために、してあげたいんですよ
		Ⅲ−66）	妻のペインコントロールと並行して夫の料理や食べることに関する家事・介護力をアセスメントし、夫にさせない方向でケアを考える	Ⅲ−(85)	痛みのコントロール中、食べるということと夫が調理することの負荷や夫がどれだけできるかを早い時期に判断し、夫に迷惑かけたくないと言う妻の言葉を受けて、夫にさせない方向で考える	D1−64	最初は、夫と2人暮らしで、そんなに夫に迷惑かけたくないと言っていたので、痛みをとる経過の中で、呼吸抑制が来て穏やかな死を迎えるのはスタンダードなケアであって、その中で食べるということと夫が調理するとかそういうことの負荷がどれだけ夫ができるかってことを結構早い時期にできないと判断がついていたので、なるべく夫にさせない方向で考えていたんです

Ⅲ−30	夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める	Ⅲ−67）	家事能力を見兼ね、夫の介護保険申請を勧める	Ⅲ−(86)	夫の家事能力を見兼ね、夫自身の介護保険申請によるヘルパー導入を勧めるが夫本人が拒否する	D1−89	家事ができないからお父さんに今の介護保険制度だと、D子さんができなくなっても同居家族がいるために家事援助はしてもらえない。D子さんで入れてもよかったんだけど、むしろそうなるとご主人の食事はしてもらえないから、ご主人は元気だけど、ちょっととんちんかんなところもあると考えて要支援１にと考えて、２人で３０分から１時間でヘルパーが入れるから、援助してもらえるという話を医師と看護師とケアマネといろいろ相談して、僕はそういうものではありませんと拒否をされました
		Ⅲ−68）	プライドから自分が家事をすれば済むことだと言う夫を否定しない	Ⅲ−(87)	プライドから自分がやれば済むことだと思ってヘルパーの必要性は感じない夫	D1−90	プライドがおありで、それは、僕がやればいいことですから、それは他者にやってもらう必要はありませんって断られました
Ⅲ−31	妻が安心して任せられていれば介護方法は否定しない	Ⅲ−69）	妻が安心する介助方法であれば否定しない	Ⅲ−(88)	介助の仕方は下手でも、妻が安心していれば、介助方法は否定せず認める	A1−27	移動の介助はご主人が一番上手で、奥さんの具合を見ながらやっていたんですけど、奥さんからみたら乱暴で嫌だと言ってましたが、下手に私たちが何かするより、他人に任せるよりご主人の方の介護をずっと安心されていました
Ⅲ−32	家事をしたことのない夫に家事・介護の完璧を求めず、2人の生活が成り立っていれば良しとする	Ⅲ−70）	他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらうことが大事と思う	Ⅲ−(89)	妻の介護をしたい夫は、娘が泊まり込んで介護することで、夫自身が介護に参加し、妻の介護をしている実感を持てなくなってしまった	D1−67	意外と一般的に家族負担の軽減ってなってしまうけど、この夫は多少負担でもよかったわけで、それが夫がやった感、自分が参加している感は、娘さんが泊り込んでからは、夫の出番がなかったわけなんです
		Ⅲ−71）	夫ができる方向や量を考慮し、これだけは介護をお願いする方法もある	Ⅲ−(90)	夫ができる方向や量を考慮し、これだけは介護をお願いしますというもっていき方があったと振り返る	D1−66	今思えば、逆に夫ができる方向、容量がなにか早めに考えて、ここだけは、この仕事だけは確実にやってねって持って行き方をしていれば、みんながわさわさとは困らなくて済んでたかなと思います
		Ⅲ−72）	家事をしたことのない夫に完璧を求めず2人の生活で成り立っていることなら良しとする	Ⅲ−(91)	2人の生活で成り立っていることなら家事をしたことのない夫に完璧を求めてはいけないと思う	D1−91	洗濯も終わってますよと言って見ていたら、洗剤が入っていてスイッチ押してないから終わってなことがあったり、でもそれは２人の生活なんだからいいやと思うしかないというか。ましてや家事をやったことのない人。だから完璧をこの人の場合（夫に）は、求めてはいけないと感じました
				Ⅲ−(92)	少しとんちんかんでおかしなことがあっても、本人の介護する気を阻害しないようにと考える	D1−70	少しとんちんかんだけど、目を瞑ちゃおうみたいな方が良いと思いました
		Ⅲ−73）	細かい事は受け流し、妻にはいてくれるだけで良いと思っている夫	Ⅲ−(93)	いろいろ細かいことは、気にはかけないで受け流し、妻にはいてくれるだけで良いからと思っている	E1−78	薬剤師さんにI看護師が、僕の仕事をあの取り上げていくって言って愚痴っていたりとかね。だからあなたは愚痴を聞いてあげて、ご主人の愚痴も娘の愚痴も聞いてあげて下さいねと言っていました
		Ⅲ−74）	夫の性格的なものが夫婦を支える	Ⅲ−(94)	夫の性格があっての今の夫婦が良い組み合わせだと思う	E1−79	薬もいろいろなコントロールがあるので、処方が出たあと、変更もあったりするわけですよ。そしたら、薬剤師さんが来た後で、なぜ違うんですかと食ってかかるわけです。ご主人には、先生と相談して、今こうなったのよっていうと、なんで今こうなったんだと、普段はすごく温厚な人なんだけど、薬剤師さんはこう教えて行ったのに電話口でなんでそうなるんだって言って
Ⅲ−33	介護保険の利用は、無理強いしない	Ⅲ−75）	妻本人や家族の意向を汲み、介護保険の利用は、無理強いしない	Ⅲ−(95)	介護申請に必要性を感じても無理強いせず、認定されても本人が必要と感じるサービスのみ利用する	A1−16	介護申請も本人はあんまり乗り気ではなかったけど、介護申請をすることになり、要支援くらいで入るようになり、（本人が納得したサービスで）ベッドだけをまず使用しました
Ⅲ−34	妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める	Ⅲ−76）	夫が背負いこまないように朝晩訪問看護に入る	Ⅲ−(96)	夫が妻の排泄介助を自分がやるべきことと思って背負わないように朝晩訪問看護に入る	H1−77	自分がやるべきことと思ってされていたかもしれないので、朝晩訪問看護に入っていたんです
		Ⅲ−77）	自分のベッドで寝たいという意思があるので介護保険サービスは申請しない	Ⅲ−(97)	介護保険サービスをなかなか申請しないため、介護ベッドが入れられない	D1−34	介護サービスは使ってなかったんですよ。介護保険もなかなか申請せず。末期がんの指示書だったので、医療保険で介護保険じゃないから、なかなか介護ベッドも入れなかったんです
				Ⅲ−(98)	本人の自分のベッドで寝たいという意思でぎりぎりまで介護保険サービスは申請しない	D1−35	自分の部屋の自分の床で寝たいといって、●月くらいまでは、介護保険を申請してなかったんです
		Ⅲ−78）	往診以外で介護保険サービスの導入は、妻の思いと夫の介護力を見て無理には勧めない	Ⅲ−(99)	介護ベッドと入浴サービスや福祉用具を最終的に利用する	D1−36	最後は、要介護４になったけど、ずっと要介護１で介護保険ほとんど使ってないんです。最終的に使ったのは、介護ベッド、亡くなる直前のサービスは、介護ベッドと入浴サービスとお風呂の椅子、車いす等の移動道具でヘルパーさんやデイは入れなかったです
				Ⅲ−(100)	往診以外の介護保険サービスの導入を勧めるが、妻本人が拒否したり、夫が一所懸命介護するため無理には勧めない	F1−61	往診以外にエアマット福祉用具、訪問入浴を入れたらと思ったんですけど、ご本人が拒まれたので入れなかったです。訪問介護は、ご主人一人でやっていると、くたびれちゃうから、ヘルパーさんをご主人どうですかと勧めましたが。ご本人自体があまり出入りしてほしくないって言うのと、ご主人がそれくらい一所懸命よくやってくれていたから、それもあまり使わなかったです
		Ⅲ−79）	状態変化に合わせサービスを導入し、必要な助言を夫に行う	Ⅲ−(101)	急な意識低下に合わせて、介護ベッド・ヘルパーの導入を行い、助言に基づき夫が介護する	E1−60	驚く速さで意識も落ちてきて、位置を変えて介護ベッド入れ、ヘルパーさんにもトイレに行けないからおむつを替えてもらおうと言って、介護ベッドやヘルパーの体制などの準備ができて1週間くらいの間は、ベッド上げてお父さん食べさせてと言って、ちょうど亡くなる前日にも、アイスとか食べていたので、お父さんが介助されていました
Ⅲ−35	夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様サービス提供の対象者であることを伝えていく	Ⅲ−80）	家族も自分が利用者であると意識していただくようにケアを行う	Ⅲ−(102)	療養者本人だけでなく家族もサービス提供者と意識してもらう必要があると思う	B1−72	ご本人さまだけでなく、家族も一緒に（サービス）提供者であることを意識していく必要はあるのかなと思って意識しながらケアをしています

Ⅲ-36	妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察する	Ⅲ-81)	いつも夫婦でいる姿や食事を作ってでかける夫の姿が印象に残る	Ⅲ-(103)	訪問したときに妻がいつもリビングにいて長テーブルの端に夫が座っていることや、仕事で外出の時も夫が食事を作っていくのが印象に残っている	G1-37	いつも伺うと奥様が必ずリビングに座っていて、ご主人が長テーブルの端の方に座って、本読んだりテレビを見たりされていたんですけど、ご主人は単発でお仕事を入れられ、外出があるときも必ずG子さんのお食事を準備して、G子さんは結構文句も言ってイライラした感じも受けましたけど、そういう姿が印象に残っている
		Ⅲ-82)	仲の良い夫婦なので妻を失った時の喪失感は大きいのではと死別後の夫を案じる	Ⅲ-(104)	仲が良い夫婦なので妻との死別後一人になったときに大丈夫かなと思う	H1-46	逆に奥さんが生きているときにこんなに仲がいいから、死別後は大丈夫かな、一人になったときに大丈夫かなと思いました。
				Ⅲ-(105)	妻を失った時の喪失感は、大きいのではないかと心配する	H1-47	こんなに淡々とはしているけど、奥さんをを失った時の喪失感は、大きいんじゃないかと心配でした
Ⅲ-37	夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける	Ⅲ-83)	表情が表に出ずいつも淡々としている夫に気遣う声かけをする	Ⅲ-(106)	夫が意外と淡々としていて表情を表に出ないので、ご本人がいらっしゃらないところで帰り際に夫には、疲れていないか、夜眠れているかと声かけする	G1-10	ご主人とかは意外と淡々とされているというかあまり表情が表に出ない方で、ご本人がいらっしゃる前であまりそんなにお話もあまりなんですけど、帰るときはいつも見送り下さっていたので疲れていらっしゃらないですかとか、夜眠れていますかとか声をおかけするんです
		Ⅲ-84)	いつも気丈に大丈夫だよ、面白い冗談を言って和ませるような感じで返答する夫	Ⅲ-(107)	看護師の声かけにいつも気丈に大丈夫だよ、面白い冗談を言って和ませるような感じで返答する夫	G1-11	声をおかけすると、いつも気丈に大丈夫だよと、結構面白い冗談じゃないですけど、ちょっと和ませるような感じでおっしゃるんです
		Ⅲ-85)	言いたいことを言う妻と淡々と受け止める夫	Ⅲ-(108)	妻は言いたいことを言い、夫は淡々と受け止める	G1-25	すごく言いたいことをおっしゃっている奥さんという感じで、主人は淡々と受け止めていらっしゃった
Ⅲ-38	妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う	Ⅲ-86)	家族内で在宅で看取るか決まらないまま時間が経過する	Ⅲ-(109)	家族内で意見がまとまらないまま、在宅で看取るかどうか決まらないまま、時間が経過する	E1-25	意見がまとまらないまま、時間がないんですと言いながらも、時間が過ぎていました
		Ⅲ-87)	妻への訪問時は、夫の状態観察と必要な生活指導を行う	Ⅲ-(110)	妻の闘病中の訪問時は、夫の状態は落ち着いていても食事や運動など生活の様子は観察しつつ必要な指導をしていく	E1-37	訪問は入っていると言えども、ご主人の身体状況は、落ち着いていて、糖尿病も内服に切り替わっていました。ただ眼を離すと暴食に走るというか、一応コントロールは自分なりには気を付けているようなのですが、どんどん、どんどん不思議と血糖値は上がっていくという少し運動も勧めることとかも踏まえて訪問していたんです
				Ⅲ-(111)	娘から注意を受けると夫は受け入れ難いため、看護師の立場から薬や生活に関する注意を行う	E1-38	内服薬も自分が都合のいいように血圧の薬は最近いいから1日おきにしてみたとかご自分で調整される方なので、そういうのを娘さんが言うと、喧嘩になったり、むくれたりするので娘さんも第3者が入ると仕事として言ってもらえるので言ってほしいというのがあって入っていたというのもありますね
		Ⅲ-88)	ケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変変に切り替えることもある	Ⅲ-(112)	訪問の目的対象が、妻か夫かの日は、その時の様子を見て、家族の希望とケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を切り替えることもあった	E1-41	ご主人の訪問看護にも入ってましたけど、奥さんは医療保険で行ってましたが、ご主人の訪問時に奥さんが今具合悪いところとかないか、調子が良くないか等聞くけども、そのときすごく調子が悪いとかはなくても、おむつが汚れていて、まだヘルパーさんの手配とかできていなくてという何日かは奥さんの時間にしてもいいですかって聞いて急遽、奥さんの訪問で入ったけど、ご主人の訪問に切り替えてと言うのもケアマネも同じだったので了承を得て、家族の依頼で、奥さんの訪問の時間に変えましたって言う日はありました
Ⅲ-39	ヘルパーに安心して任せられるケアは、積極的に依頼する	Ⅲ-89)	安心して任せられるヘルパーの導入	Ⅲ-(113)	信頼できる口腔ケアの得意なヘルパーの導入	A1-96	ヘルパーの入る回数の調整を週2くらいで入るよう考えました。定期で、1回は、元歯科衛生士で、口腔ケアがとても得意なヘルパーさんがいて、そのひとのことは、とてもご主人が信頼していて、早速口腔ケアのプロのヘルパーさんがケアしてくださっていたから、そこはとても信頼されていました
				Ⅲ-(114)	安心して任せられるヘルパーの導入	A1-97	（仕事が続けられたこともあって）安心して任せられるというのがあったと思います
		Ⅲ-90)	夫婦へのケアの要としてヘルパーへ教育的かかわりをすることもある	Ⅲ-(115)	ヘルパーが夫婦の生活の要と考え、教育的要素を含みつつコミュニケーションをとる	B1-84	情報を得るために、またヘルパーさん自身が不安になってないかなって言うのもそうだし、私たち看護職もどちらかというと、医療依存度が高いヘルパーさんたちに一緒にお仕事してもらえるように、今後もそうしていただきたいという教育的要素も含んでいると思うのでそこはコミュニケーションをしっかりとっていくよう意識はしていました
Ⅲ-40	ヘルパーから生活情報を得る	Ⅲ-91)	ヘルパーから生活情報が得られやすい	Ⅲ-(116)	訪問看護に入らない時間帯の状況はヘルパーから生活に関する情報を得る	B1-82	生活能力自体落ちてはいるのでヘルパーさんが入ってくれることで自分の入ってない時間の本人やご家族の様子はわかりました
				Ⅲ-(117)	本人・家族が構えないでいられるのでヘルパーさんから事実としての生活情報が得られやすい	B1-83	やっぱり医療職だと構えてしまうご家族とかもあるとは思うので、少し敷居を低くというか生活える最前線にいるのはヘルパーさんたちだから、そこはキャッチしやすい職業かなと思います
Ⅲ-41	主婦役割ができなくなり夫の何気ない言葉に傷つく妻	Ⅲ-92)	状態悪化に伴い主婦役割ができなくなることで夫の何気ない言葉に傷つく妻	Ⅲ-(118)	妻は状態悪化に伴い、主婦役割ができなくなり、何気ない夫の言葉に傷つく	A1-98	基本、元気な時は奥さんが主に担っていたんですが、料理は奥さんが台所に立てなくなってからご主人が台所に立つようになったりしていたので、その辺は普通の家族、夫婦というかご主人は仕事して、奥さんは仕事していないから、でもだんだん動けなくなって、寝ている時間が増えていく中でご主人の何気ない一言に傷ついてみたりだとかというところから少しずつ少しずつ積もっていたようです

Ⅲ-42	病床にある為に妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する	Ⅲ-93）	病床にあっても夫にとって妻の存在は大事	Ⅲ-(119)	他のスタッフや職種も夫にとっての妻の存在が大事と思っている	C1-37	最初の最初の開始の時から、（彼にとっては奥さんは）とても大事なみんなそういう感じで対応していましたね
				Ⅲ-(120)	病床にあっても夫にとって妻の存在は大事と思う	C1-36	（妻が病床にあって）そこに行って、そこに存在があるだけでも彼にとってはとても大事なことだと思ったんです
		Ⅲ-94）	病床にあっても夫の心配をする妻	Ⅲ-(121)	病床にあっても夫のことを心配する	C1-64	ご主人がどこどこに行くときは何時に帰るよってちゃんとそれは言ってほしいと。それでヘルパーさんたちも何時に帰ってくるんですかってちゃんと聞いて。やっぱり心配してましたね
		Ⅲ-95）	病床にあって妻役割を果たせずヘルパーに嫉妬する妻	Ⅲ-(122)	病床にいて妻役割を果たせないでいるため、ヘルパーに嫉妬する妻	C1-65	部屋の向こうに台所があるので音がよく聞こえるんです。ヘルパーさんが台所にいるでしょ。そこでご主人はなんの悪気もなのよね、それを親しそうに話をするでしょう？相槌をうったり、きゃあとか楽しい会話をするでしょう。そうするとすごいジェラシーが出るんですよ
		Ⅲ-96）	病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮	Ⅲ-(123)	病床にいて妻役割を果たせないでいるため、ヘルパーに嫉妬する妻の気持ちを察する	C1-67	あるヘルパーがご主人のことをCさんと呼ばずにC男さんと呼んだだけで、嫌がっていました。やはりり、それはいやでしょう
		Ⅲ-97）	妻本人が介護を受けることについての思いをアセスメントする	Ⅲ-(124)	妻本人がこれまで介護される人のお世話をボラティアでしてきた為、介護保険のお世話になりたくないという思いを知っている	D1-12	ご本人はボランティアが好きで、近くのケアプラザのボランティアに行ったりしていた。介護が必要になるという状況も外側から見ていた人なので、介護保険のこともなんとなくわかっている。ボランティア活動をしていた人なので、介護保険のお世話にはなりたくなかったわけです
		Ⅲ-98）	痩せても看護師が驚くくらい気丈に振舞う妻	Ⅲ-(125)	痩せていても看護師が驚くくらい元気に話し、気丈に振舞っていた妻	F1-49	細い体だけど、元気だなってこっちが思うくらい元気に話していたからね、あの時点でこんな体になってって言ったところでよく気が変にならなかったなというくらい気丈にやっていた感じだったね
		Ⅲ-99）	病床にいて妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する	Ⅲ-(126)	病床にいて妻役割を果たせないでいるため、ヘルパーに嫉妬する妻の気持ちを察する	C1-68	買い物も自分のものも夫のものも何を買うとか全て自分で決める。それを親切心で買ってきたヘルパーがいるんですよ。そしたら絶対着ない。彼女のパジャマとかそういうものを買ってきて横を出しやすいように親切に買ってきてくれたヘルパーさんもいたんだけど、それが嫌で嫌でたまらなかたみたいです
				Ⅲ-(127)	病床にいて妻役割を果たせないでいるため、ヘルパーに嫉妬する妻の気持ちを察する	C1-69	私的な買い物までしてもらったら、私たちも有難迷惑だからって言っても、彼女は癖なのか何なのか続けるんですよね
Ⅲ-43	援助者であっても妻役割まで踏み込まないようヘルパーへ依頼する	Ⅲ-100）	病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮	Ⅲ-(128)	ヘルパーとしての役割をしてもらうよう依頼する	C1-66	私はご主人とヘルパー2人で話してはいけないと、三角形で話してといってました
		Ⅲ-101）	援助者であっても踏み込んでいけないことがある	Ⅲ-(129)	援助者でもあっても行えるケアと夫婦のこととして捉え、しないほうが良いケアもある	C1-70	やはり、どこの家庭もだと思いますけどね。私たちは第3者で援助者ですからメインはお二人ですからね、そこを取り違えちゃうといけないんですよね
Ⅲ-44	夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える	Ⅲ-102）	サービス調整のための他職種へ早目の提案	Ⅲ-(130)	早目にサービス調整ができるように関係職種に、観察して気づいたことがあれば、提案をする	D1-116	歯科医・医師・薬剤師・ケアマネにも福祉用具の変更とか早めにちょっとお尻が赤くなったらエアマット入れようとか、提案していきました
		Ⅲ-103）	妻の状況に応じて介護保険から医療保険への変更する	Ⅲ-(131)	訪問の状況に合わせ、介護保険から医療保険に変更される	F1-6	最初介護保険で入っていたんですが、途中から医療保険に変わったんです
		Ⅲ-104）	必要なサービスをすぐ入れてもらう	Ⅲ-(132)	同じ事業所のケアマネだったので、必要な福祉用具は言えば、すぐに導入してくれた	H1-73	同じ事業所のケアマネだったので、ヘルパーさん入れるほどではなかったので必要な福祉用具はすぐに入れてもらいました
		Ⅲ-105）	妻の体動困難によるり苛立ちと夫の負担を軽減するためリハビリと訪問診療を導入する	Ⅲ-(133)	妻の体動困難による苛立ちを軽減し、夫の負担を軽減するためリハビリと訪問診療を導入する	G1-50	本人の動けないことでの苛立ちとかすごかったので、解消できればご主人の負担も解消できると考え、リハビリと訪問診療も退院後から始まりましたね
		Ⅲ-106）	疼痛コントロールと通院の大変さを考慮しての訪問診療開始	Ⅲ-(134)	痛みと通院の大変さを考慮し訪問診療を開始する	G1-51	痛みと退院されてからなかなか通院も大変というところだったと思います
		Ⅲ-107）	配食サービスやヘルパーを導入せず夫が食事を作る	Ⅲ-(135)	配食の弁当を薦められても契約せず、最初から最後まで夫が、頑張って食事を作る	G1-15	結局、初めから最後までご主人がされて、お弁当の話もしたかと思いますが、それも結局パンフレットをケアマネへ依頼して持って行って頂いただけで契約には至らず、ご主人が頑張られていましたね
		Ⅲ-108）	ADLの低下があり、複数の看護師の目で観察するため担当を複数にする	Ⅲ-(136)	週１回のペースの訪問だったが、徐々にADLの低下があり、一人の看護師から複数の看護師の目で見て行こうということになり、複数の看護師で担当する	G1-87	契約後、M看護師が週１回のペースでずっと関わっていたんですが、徐々にADLの低下がみられてからは一人の看護師よりも複数の看護師の目で見て行こうということになり、それで私も一緒に入るようになりました
		Ⅲ-109）	緩和ケアの開始に伴い複数の看護師の目で観察するため担当を複数にする	Ⅲ-(137)	ADL低下と緩和ケアが必要になったタイミングで複数の看護師が入っていこうということになりました	G1-88	ADL低下のタイミングとそろそろ緩和ケアもってことで受診につなげ、そこから複数の看護師が入っていこうということになりました
		Ⅲ-110）	ADLが落ちたタイミングでリハビリを始める	Ⅲ-(138)	ADLが落ちてきたタイミングで動作確認や起居動作の指導のためのリハビリを始める	G1-89	ADLが落ちてきたのでそのタイミングでリハビリで動作確認だとかその起き上がりとか指導してほしいというのでリハビリを入れたんだと思います
		Ⅲ-111）	夫が在宅での看取りを覚悟したタイミングで往診開始	Ⅲ-(139)	最終的に夫の家に帰って家で過ごさせてやろう」という覚悟から在宅での看取りを決め往診を開始した	G1-93	最終的にご主人の方から「ここまで来たら緩和ケアに連れて行っても、どうせまた騒ぐだろうし、緩和ケアに入っても家に帰りたいって騒ぐだろうから、ここはもう家に帰って、家で過ごさせてやろう」と覚悟を決め、それで在宅看取りですねってことになり、往診を入れました
		Ⅲ-112）	看護師が主導権を取り必要と判断したサービスをケアマネに伝える	Ⅲ-(140)	看護が主導権をとり、入浴サービスが必要な時期になり入れてほしいと言うとケアマネがすぐに動いてくれた	H1-74	同じ事業所なので看護が主導権をとり、入浴サービスが必要な時期になったら、今日入れてほしいとケアマネに伝えるとケアマネが動いてくれました

Ⅲ-44	夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える	Ⅲ-113）	妻から不満を言われ、ストレスで会話が減っていく夫	Ⅲ-（141）	妻からいろいろ不満を言われ続け、ストレスなのか愛犬にばかり話しかけ、妻との会話が減っていく夫	G1-33	ご主人もあまり言われると段々ストレスなのか、ご本人とあまり会話をしなくなったらしくて愛犬のPちゃんていうワンちゃんを飼っているんですが、私に話さないでPに話してばかりいると、怒っていらしゃるのか、寂しいのかそういう話をG子さんから聞いたんです
		Ⅲ-114）	体動困難となって訪問入浴のサービスを導入する	Ⅲ-（142）	妻の体動困難な状況を見て、連日の訪問サービス開始後、週2回訪問入浴を導入した	H1-75	同じ事業所のケアマネだったので、ヘルパーさん入れるほどではなかったので必要な福祉用具はすぐに入れてもらいました
		Ⅲ-115）	夜のトイレ介助をに介護負担を感じさせるそぶりは見せない夫	Ⅲ-（143）	夜もトイレに行く妻の介助をしていたと思うが、夫は妻の介護に対してきついとか負担を感じさせるそぶりは見せてなかった	H1-76	夜は隣で寝ていたのでトイレに行くと言ったら、起きて介助していたのんでしょうが、ご主人は、奥さんの介護に対してきついとか負担とかんじるとかあまり見せたりはしてなかった

Ⅳ. 安定期

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNOⅣ-）	サブカテゴリー	ｺｰﾄﾞNOⅣ-()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅳ-1	後悔しないための思い出作り	Ⅳ-1）	遺族が後悔しないための思い出つくりや本人の希望を叶える	Ⅳ-（1）	明日のことはわからないので遺族が後悔しないで済むように、死ぬまでに思い出作りやしたいと思っていることをできる時にした方が良いと思っている	D1-130	緩和ケアの講演で話をするんだけど、死を受け入れるなんて絶対ないけど、死ぬまでの間に何をしたいのか心置きなく死ねる人なんていないんだから、多少残された人がこんなこともやれたねとか、こんなところに行けてよかったねってそういう思い出づくりができる時間って絶対必要だと思う。だから多少痛かろう、苦しかろうが、やるべきことをやっちゃいなさい！！みたいな感じで伝えます。そんな明日はわからないんだからやれるときにやった方がいいわよって言っちゃうんですけどね
Ⅳ-2	看護・介護職・家族・親族が一つのチームとなって妻・夫婦の希望を叶える	Ⅳ-2）	サービス提供のチームに家族が入ることの困難	Ⅳ-（2）	サービス提供のチームに家族が入ることは困難もある	C1-75	普通、チームという中に家族が入り込むのって難しいんですよね。でもあのご主人はあの性格だから本当に協力的で、ご主人も前向きでネガティブじゃないですよね。だからできたんじゃないかなって思うんです
		Ⅳ-3）	夫とサービス提供者・家族・親族の協力で妻の希望をかなえる	Ⅳ-（3）	夫と家族・親族の協力があって妻の希望の旅行が可能になる	C1-76	●さんのお姉さんやご主人のごきょうだいすべてが、協力的でした。だって、旅行行くのに100万円位使うんですよ。飛行機代。全部ヘルパーさん、あそこでのケアのお金は制度を使うけど、飛行機代旅費は全部●さんもちで、ご主人もわかりましたって、そこのところは出し惜しみしなかったです
		Ⅳ-4）	妻の希望をかなえようときょうだいからの後押ししてくれる発言と可能にする経済力	Ⅳ-（4）	妻の希望をかなえようときょうだいからの後押ししてくれる発言と可能にする経済力	C1-77	●さんのお姉さんが1ヶ月か2ヶ月に1回〇子さんのところに来るんですが、年配のヘルパさーんと話をして、それを●さんがずーっと聞いているんです。その時に旅行でお金がかかっても残したってどうにもならないから子どももいないからCさん全部使い切りなさいって。だからこれ出来たのはね、ご主人がきちっとしていたからです
				Ⅳ-（5）	妻の希望をかなえようときょうだいからの後押ししてくれる発言	C1-78	自分が働いて貯めたお金なんだから残さず、全部使い切りなさいとお姉さんは言ってくれるわけです。ヘルパーさんがいてくれてるから、私たちは、こうやって自分たちの生活ができるんだって、生活もできるんだからいいんですって
		Ⅳ-5）	看護・介護職が親族とも顔なじみの関係	Ⅳ-（6）	看護・介護職が法要にも付き添いでいくなど親族とも顔なじみである	C1-81	●さんの方のお父さん、お母さんが亡くなったときのお葬式も、家まで私たちがお連れして、お墓参りも私たちが行くし、わたしたちもついていくので家族みたなもので親戚の人の顔みんなわかってているから
		Ⅳ-6）	夫婦の思い出の旅実現	Ⅳ-（7）	夫婦の船の旅を実現する	D1-24	●月末には、船の旅行にどうにか行っていましたね
Ⅳ-3	夫婦の希望にむけて多職種が準備から実現まで協力し合う	Ⅳ-7）	妻の花火を見たいという希望に向けて準備を始める	Ⅳ-（8）	妻から花火大会を見に行きたいという希望があり、花火大会目標にした	C1-5	7月下旬の隅田川のテレビを見ていてヘルパーさんの「きれいだね」「行きたいね」と言った言葉に本人も「行きたい」と希望したと電話があり、ご主人と相談したら、翌月に〇〇川の花火があった。でも現場に行くのは大変だから、近くで見れるところがあり、グッドタイミングだったんです
				Ⅳ-（9）	花火大会という目標に向けて準備を始める	C1-6	車椅子をまず借りましょうということで、花火大会に向けて着々と準備を始めるわけです。まず目標は花火大会へ外出としました
		Ⅳ-8）	サービス提供者みんなに声をかけ協力しあう	Ⅳ-（10）	サービス提供者みんなに声をかけ協力しあえるよう音頭をとる	C1-7	やはり折角行くのであれば、サービスのチームのひとにも声をかけてみんなで行こうよということでみんなで動きました
		Ⅳ-9）	目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力しあう	Ⅳ-（11）	外出の目標に向けてそれぞれの役割にあった職種に協力を依頼する	C1-8	車椅子のフィッティングをする。彼女に慣れてもらわなければいけないから、まずそれを誰にしてもらうかといったら、それは私の役割ではなくて、リハビリのメンバーがいるんです。PTにお願いして、あとはまずは一番良い車椅子を出してくれるよう福祉用具担当者にお願いしました
Ⅳ-4	妻の希望の外出の為の事前確認を慣れるまでは行う	Ⅳ-10）	妻の希望の旅行や外出の為の事前確認を行う	Ⅳ-（12）	安全に外出することを目標に、ご主人と事前確認し、妻の希望の旅行をする	C1-9	とにかく安全にでかけられることが目標ですから、そういうのを何回か繰り返して、伊豆高原に行ったりして、そうすると今度は北海道、石原裕次郎のところに行きたいってなり、今度は、どこにて行くかということは、ご主人が全部スケジュールを作り、事前にご主人と下見に出かけたりしました
		Ⅳ-11）	妻の希望の旅行や外出が定例化していく	Ⅳ-（13）	外出し慣れると事前の下見なしで外出可能になる	C1-10	外出の仕方がわかってくるとわざわざ北海道まではいけないから、電話でのやりとりで、外出は慣れしてくると、ちょっとくらい段差があろうがなかろうが平気だったのでね、電話のやりとりだけで大丈夫でした。だから、えっと言うことも多々ありましたけどそれはそれでなんとかなりました
				Ⅳ-（14）	外出・旅行が定例化してくる	C1-11	年2回大きな外出、お泊りがあって、それ以外にも、毎月、近場の公園など昔彼女が行っていたところとかに散歩、外出したりと患者会の集まりがあったりとかに度々出掛けていましたね
Ⅳ-5	外出を楽しむ	Ⅳ-12）	外出に関してケアの振り返りを行い、次回の外出のケアに生かす	Ⅳ-（15）	外出に関して振り返り、妻自身の要望を確認できるようになる	C1-12	外出は定期的にできるようになって、毎回外出したら今回の外出はどうだったと確認し、これが嫌だった、あれが嫌だったとこうしたかったという要望をケアした看護師が聞いてきてくれていました
		Ⅳ-13）	外出に合わせたおしゃれを楽しむことも妻の希望として尊重する	Ⅳ-（16）	外出に併せた洋服やお化粧などおしゃれに気を遣いたいと思えるようになった妻	C1-13	服装がね気に入らなかったと、おっしゃって、今度から外出するための服装を見にいきましょうとなりました。ファストファッションストアへ行くようになって、そこで我慢できなくなって、百貨店へ買いに行くようになって、それからお化粧もするようになって、変貌ですよね
				Ⅳ-（17）	積極的に外出できるようになった妻	C1-14	彼女もどんどん外出するようになって買い物にも行けるようになっていきました

Ⅳ-6	夫婦の希望実現に向けて、緊急事態に備えての打ち合わせを医師と行う	Ⅳ-14）	夫婦の希望を叶えるため、医師へ緊急事態に備えての情報提供書について進言する	Ⅳ-（18）	夫婦の船舶旅行の希望を叶えるため、医師と緊急事態に備えての情報提供書について打ち合わせする	D1-113	全部で船中泊で4泊5日船の旅行のとき既に胃癌を作っていたけど船は停泊せず上陸しないし、晩御飯も船の中だからドレスを持って行かないといけないってことで、医師にも、もしものときを考えて情報提供を書いておいた方がいいんではないですかと言ったんです
		Ⅳ-15）	夫婦の希望を叶えるため、医師と打ち合わせした上での情報提供やアドバイスを行う	Ⅳ-（19）	夫婦の船舶旅行の希望を叶えるため、医師と打ち合わせし、すべての真実を伝えなくても言い方を工夫すればよいなど知恵を授ける	D1-114	医師は、それを隠していくんだよ、そんな人だったら大変なんだから、なにかあったら病院へ搬送されるからと言うので、（そういう裏の打ち合わせとして）だから料理も特別なんとかではなくて、ちょっと歯が悪いので柔らかいものを用意してもらえますかって、（本人に）言うように言ってもらって。ディナーとかくるからね。だけどみんなと同じものでちょっと潰してあったと言っていました
				Ⅳ-（20）	希望の実現のために、全てをストレートに表現しなくてもよいと思っている	D1-115	ストレートな方向性で言ったらダメな方向もあったかもしれないですけどね
Ⅳ-7	周囲に気遣わせないように気を遣う妻	Ⅳ-16）	次男の結婚式自分が行くことで周囲が気を遣わせるので出席しないと言って気遣う妻	Ⅳ-（21）	次男の結婚式に希望があれば看護として付き添って行けると説明しても自分が行くことでみんなが気を遣うから後でビデオで見せてもらうから結婚式には出席しないと絶対譲らなかった妻	H1-69	次男さんの結婚式に●子さんが行きたいのであれば自費になるけど看護として付き添って行けますよと話たのですが、私が行くことでみんなが気を遣うから私はあとでみんなにビデオで見せてもらえばいいから、私は行かないと結構早い時期から決めていて、絶対譲らなかったんです
				Ⅳ-（22）	自分が行くことでお祝いの席で周囲が自身を気遣うことになるので行かないと言う妻	H1-70	私が行くことでせっかくのお祝いの席なのに、みんなが私に気を遣うから、私は行きませんとおしゃっていました
		Ⅳ-17）	周囲に気遣わせないように気を遣う妻	Ⅳ-（23）	妻は凄く気を遣うひとでできた人	H1-71	凄く気を遣うひとでできた人だったんです
Ⅳ-8	死別後の夫のことを案じる妻	Ⅳ-18）	死別後の夫のことを案じる妻	Ⅳ-（24）	死に対する恐怖はないが、死別後の夫を案じる妻	D1-102	死ぬことは怖くはないのって、そんなに不安は感じてはない感じ。わーーって感じではないけど、死んじゃったときに、お父さんはこまっちゃうなっとずっと言っていましたよ
		Ⅳ-19）	妻の気持ちを察し、介護保険申請を勧めるが拒否する夫	Ⅳ-（25）	妻自身は死に対する準備を行い、夫を案じるが、夫自身は死後の準備の必要性を感じていない	D1-103	妻は、死んでいくことに対しての困ることは、準備していく。それで死にゆく近くになって、夫に介護認定どう？って聞いたら、結構ですと返事が返ってきた
		Ⅳ-20）	生前の妻が死別後の夫の生活を案じてしてデイサービスを勧める	Ⅳ-（26）	夫がデイサービスに行くことを嫌がっていることを知っている	D1-129	たぶんボランティアをしていたから介護のひとはどういう人かって知っていて、デイに行くなら(妻が）行っていたところのデイに行けばいいねって言ったら、（妻も夫も）ヤダヤダだとは言ってましたけどね
Ⅳ-9	自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添う	Ⅳ-21）	2.5人称の視点を意識して関わる訪問看護師	Ⅳ-（27）	ターミナルケアはもちろん訪問看護師としての「2.5人称の死」の視点を大切にする	B1-49	ターミナルもそうですし、そうじゃない場合も、訪問看護師としての基本的な私の姿勢は、柳田邦男さんがおっしゃっていた2.5人称。1人称でも3人称でもないけど、間の2.5人称の視点は大切にしていきたいなと思っています
				Ⅳ-（28）	療養者・家族に寄り添える専門職でいたい	B1-50	専門職であっても、家族とまではいかないけど、それに近い形で、一番近い形で寄り添う専門職としてやっていきたいなと思っています
		Ⅳ-22）	葬儀に関することも含め、臨終に備えた準備を家族に伝えていくのもグリーフケアと考える	Ⅳ-（29）	死装束や葬儀に関して事前に準備をしておくように家族に伝えていくのもグリーフケアであり、臨終後の家族の困惑や喪失感のある中での準備するよりもよいと思う	G1-84	何を着るだとか、葬儀屋はどうするとかっていうのも伝えるのもグリーフケアという気もして、事前に準備をしてあげないと家族は慌てふためくだけで、家族は喪失感がすごく大きくなるから、あとではだめなのかなと思う
Ⅳ-10	自分の妻・母親役割が終わり、身辺整理について語る妻の話を傾聴する	Ⅳ-23）	夫に自分が死んだときの希望や形見分けの話をする妻	Ⅳ-（30）	夫に自分が死んだときの希望を伝えたり、金相場が高いので、形見分けに金歯を譲ると言う話をする妻	H1-30	ご主人にも私が死んだら、ああしてね、こうしてねという話をされていたし、笑い話になりますが、金相場が今高いので形見分けに金歯をあなたにあげるからという話をしていました
		Ⅳ-24）	大学まで出した息子さんたちへの役目は終わり、何も残すものはないからという妻	Ⅳ-（31）	息子さんたちには、大学まで出してあげたのだから、役目はそこで終わりで何も残すものはないからという妻	H1-31	基本的に息子さんたちには、大学まで出してあげたのだから私はもうそこで終わりなので何も残すものはないからとおっしゃっていました
Ⅳ-11	夫を案じる妻が行う死別後の生活の予行演習に付き合う	Ⅳ-25）	生前の妻が死別後の夫の生活を案じた予行演習に付き合う	Ⅳ-（32）	生前の妻と一緒にご近所やスーパーに行き、妻がしていたことを夫にも同じようにしてもらい死別後の夫の生活の予行演習に付き合う	D1-127	だからそういう（生前のお別れのあいさつ）こともしていたし、行ったらいなかったので、何しているの？と聞いたら、今〇〇棟の何階にいるからすぐ戻るって言って。何してたのって聞くと「お友達にお別れしてきた」って言っていましたよね
		Ⅳ-26）	死別後の夫の生活を案じた妻から普段の生活について伝えられた話を傾聴する	Ⅳ-（33）	生前の妻から普段の生活の様子を伝えられ、死別後の夫に向けてのメッセージを少しずつ委託される	D1-128	私に困らないようにちょっとずつちょこちょこと教えてくれてましたね。でも奥さんが全部やっていたかな？カートも押して持ってきてね。これ持って行っちゃっていいのと聞くと、紙に住所と名前を書いて、なにかあったときは、連絡くださいって書いておくからいいのと言ってました
Ⅳ-12	生前の妻が自分の死別後の夫の近所づきあいにつなげたい気持ちを察し、挨拶に付き添う	Ⅳ-27）	生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配し、周囲の方へ生前に挨拶をしておく	Ⅳ-（34）	夫と一緒に車いすで住人へお別れの挨拶をして生前の妻も近所づきあいを心配して、いたことを知っている	D1-125	意外とね、生前奥さんもご主人の（他人の）受け入れとか近所付き合いとか気にしていて、近所って言ってもマンションなので、何人かの仲の良いお友達がいたから、もうお会いできないかもしれませんのでって言ったりして会いにいったこともあるんですよ。（妻の亡くなる）3-4か月前にD子さんとご主人が車いすを押して行ってきました
				Ⅳ-（35）	生前の妻が、夫と一緒に車いすで住人へお別れの挨拶をしていたことを知っている	D1-126	そういう準備を全部していたし、だからお父さんがD子さんがやってきたことをコミュニティと、D子さんと一緒に、ご主人がしておくと、後でご主人が救われるじゃないですか。まだ歩けるときに近所のスーパーに私なんかも一緒に行ったの。散歩がてら一緒に行こうと言って、カートも借りてきてカゴをいれたままカートを押してくるといい感じに帰ってこれるんです。そうすると〇〇棟の●ですって名前書いてカゴに置いとくとみんな知っているの。あそこは●子さん家ってわかるんですよ

Ⅳ-13	妻本人が行っている死の準備行動を手伝う	Ⅳ-28）	生前から自分の遺影を選んでいた妻	Ⅳ-（36）	臨終直後は、元気に振舞って、妻が生前に遺影のことを話していたと語る	F1-47	お焼香に行ったときには、ご主人は割と元気というか奥さんは写真を自分で選んでいたんだって、これを使ってと言う話をしていました
		Ⅳ-29）	妻本人が行っている死後の準備	Ⅳ-（37）	妻本人が死後の準備をしていることを知る	D1-100	●子さんも、ご本人が、旅立ちセットというのを一式作っていて準備がされていました。葬儀屋さんも安置する場所もどこと、全部決めていたんです
		Ⅳ-30）	妻本人の死後の準備として旅立ち装束として着せてほしいものを指定される	Ⅳ-（38）	夫と決めた葬儀の手配以外に、旅立ち装束の場所を伝えられ、死装束として着せてほしいものを看護師に指定する妻	D1-101	病気になってからではなく病気になる前に、2人で葬儀屋さんに見に行って、遺体安置はここでしてもらって、火葬場はここでって、決めていたみたいです。それはお父さんもわかっていらして。ただ旅立ち装束はわからないから、まだ本人は元気だったので、●子さんを車いすに乗せてクローゼットに連れて行って、これこれって、こうして（着せて）ねって頼まれました
Ⅳ-14	夫の介護疲れ	Ⅳ-31）	妻の状態悪化に伴う夫の介護疲れ	Ⅳ-（39）	妻の状態悪化に伴い、夫も介護疲れで入院になる	E1-9	もともと担当で平成●年の●月のがんの発症でうつ病になり訪問を開始していてその時からずっと担当しています
		Ⅳ-32）	介護疲れによる主介護者のの夫の緊急入院	Ⅳ-（40）	介護者の夫が介護疲れにより、頭皮に細菌性感染があり、急遽受診し、そのまま入院手術をする	E1-10	同じ年の秋にその介護者だったご主人の方が介護疲れだったと思うんですけど、頭の中におできみたいなものが出来て、細菌性感染のようで急遽頭痛で△△病院を受診し、そのまま入院になってご主人さまも頭の方を手術されたんです
Ⅳ-15	夫の生活自体変わらないようにする	Ⅳ-33）	家族も訪問看護サービスの対象と伝える	Ⅳ-（41）	家族の生活を大切にと家族もケアの対象なであることを伝えている	B1-86	ご家族の生活を大切にしていってほしいと本人だけでなくご家族もケアの対象なんですよっていうところを伝えています
		Ⅳ-34）	夫の生活自体変わらないようにしたい	Ⅳ-（42）	夫の生活が変わらないであってほしいと思っている	C1-31	ご主人の生活が普段通り行ってもらえればなって思っていたんですよ
				Ⅳ-（43）	夫自身の生活がこれまでと変わらず、外出できるように夫不在時を看護師・ヘルパーで支援する	C1-32	ご主人は、ああいう人だから患者会の会合に行ったりだとか、友達と会ったりだとか、近所に行ったりだとか、同窓会に行ったりとか、彼女がそうであっても行ける、そこを支えるのが看護師がケアをして、ついているヘルパーさんたちがちゃんと留守番するものだと思うわけですよ
		Ⅳ-35）	夫が夫らしく生活してほしい	Ⅳ-（44）	ご主人はご主人らしく生活してほしいと願っている	C1-33	奥さんが病で伏せていても、Cさんらしく生活されるということです
Ⅳ-16	がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行う	Ⅳ-36）	がんの妻に目が行きがちで夫の健康状態が悪化するので日常生活の確認や指導が必要となる	Ⅳ-（45）	がんの妻に目が行きがちで夫の健康状態に注意が行き届かなくなることで夫の健康状態が悪化したことから日常生活の確認や指導の必要となる	E1-11	頭皮に何かできて入院し、入院中に脳梗塞を発症し後遺症は最終的に残らなかったんですけど、糖尿病もあったのがどうも奥さんの介護とかされて、どちらかというと家族みんな奥様の方に目が行っていたんです
		Ⅳ-37）	主介護者の夫の健康状態をみて、夫婦2人の生活を支えるには2人に対して訪問看護が必要と判断される	Ⅳ-（46）	夫の糖尿病のコントロールができず、入院中に脳梗塞を発症したため、夫婦2人の生活を支えるには2人に対して訪問看護が必要と判断される	E1-12	結構コントロールが悪かったらしくキャラクターもあい、糖尿病のコントロールができてない状況が結構長く、ご主人も入院し、退院のときにやっぱり看護師がいないとお父さんの方もケアというより、日常生活的な指導とかチェックを入れないと、2人の生活はちゃめちゃになりそうな感じで、その時から私が奥さんと一緒に訪問看護をしています
		Ⅳ-38）	夫婦2人の重症度から判断し、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える	Ⅳ-（47）	妻の状況によって重症度から判断し、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える	E1-42	まず落ち着いているときに便秘傾向が続いて、もともと便秘気味だったのでその延長かなと言う感じでしたが、あまりに出ないし、摘便とかもしても出ないだったりとかでこれはおかしいから、病院へ行きましょうってことになった
Ⅳ-17	夫が先に逝去した場合のことについて話をする	Ⅳ-39）	夫の既往歴を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについて話をする	Ⅳ-（48）	夫が先立った場合のことについて考えておいて欲しいと伝える	C1-48	ご主人の方が年上で持病が多かったので良い状態が続いたときにご主人と話をしたのは、ご主人が年上だから先に逝くよね。奥さんがもし残ってしまったら、この状態で家にいるのが可能かどうかどう思うって言う話をした覚えがあります

Ⅴ. 安定-終末・臨死期

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNO Ⅴ-　)	サブカテゴリー	ｺｰﾄﾞNOⅤ-()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅴ-1	夫婦2人の時間を設ける	Ⅴ-1)	ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	Ⅴ-(1)	2人きりの時間つくるため、ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	C1-42	私は、ご主人と●子さんの2人きりの時間を作ってあげないといけないねとヘルパーさんに言いました。だから夜の時間にヘルパーさんの入らない時間を作るんです。その間の3時間は、ご主人お願いねと言ってそばに座ってもらって過ごすようにしてもらっていました
			夫婦2人の時間を設ける	Ⅴ-(2)	夫婦2人の時間を過ごしてもらう	C1-43	2人の時間を作ると、テレビを見ながら話をしていたようですよ
		Ⅴ-2)	ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	Ⅴ-(3)	夫が介護しなくならないように意図的にヘルパー不在時間を設定する	C1-44	ヘルパーを入れない時間もつくるこようにして、ご主人にもやってもらわないと、なんかあったときに、手が動かなくなるのでね
			ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	Ⅴ-(4)	いざというとき夫が緊急時の対応をできるように意図的にヘルパー不在時間を設定する	C1-45	いざというときの対応ができるようにという意図もありました
		Ⅴ-3)	一緒に食卓を囲むだけでもいいかと思えるようになる夫	Ⅴ-(5)	段々食べられなくなった姿を見ながら、食べられなくても一緒に食べている食卓を囲むだけでもいいかと思えるようになる夫	A1-58	段々食べられなくなった姿を見ながら、食べられなくてもこう一緒に食卓を囲む、一緒に食べている食卓を囲むだけでもいいかと思うように途中からなってきました。
		Ⅴ-4)	会話になってなくとも夫婦にとっての楽しい時間	Ⅴ-(6)	他者から見て会話と思えない内容であっても、夫婦にとっての楽しい時間と分かる	A1-89	沢山喋る人ではなかったので、そういう嫌味も言いながら、笑ったりだとか、楽しい時間だったかなって思います
Ⅴ-2	夫が外出する場合は、所在不明にならないように注意する	Ⅴ-5)	夫の所在不明時はヘルパーが心配する	Ⅴ-(7)	夫の所在が不明であると他のスタッフが心配する	C1-38	ご主人がどこかに行っていないのよとヘルパーさんなりに心配だからいてほしいという気持ちから私のところへは度々電話がかかってきました
		Ⅴ-6)	帰宅の遅い夫をヘルパーが心配する	Ⅴ-(8)	夜遅くになっても帰ってっこないと他のスタッフが心配する	C1-39	わたしのところへは、夜にご主人が中々帰って来ないんだけど、どうしたらいいという電話がヘルパーからよくかかってきてました
		Ⅴ-7)	帰宅の遅い夫を心配をする妻	Ⅴ-(9)	帰宅が遅い夫の身体のことを妻が心配する	C1-40	電話がかかってくるのは、●子さんが心配してるんですよ。ご主人の体のこととかをね
		Ⅴ-8)	夫の心配をする妻の代弁者がヘルパーになる	Ⅴ-(10)	妻が夫の身体を心配していることをヘルパーが代弁する	C1-41	●さんが心配してることをヘルパーさんが代弁し、ご主人に伝えるんです
		Ⅴ-9)	夫不在時の緊急時の対応	Ⅴ-(11)	緊急時に備え、夫には外出時携帯電話を持参してもらう	C1-34	ヘルパーさんたちもご主人には安心して出かけて欲しいという気持ちでしたが、なにかあったときに備え、携帯を持って行ってねということにしていました
Ⅴ-3	トイレ・入浴介助は自分がすることにこだわる夫	Ⅴ-10)	トイレ・入浴介助にこだわる夫	Ⅴ-(12)	夫が、トイレ介助や入浴介助にこだわり自分で介助する	A1-38	ご主人がこだわったのはトイレとお風呂でトイレは本当にぎりぎり行ける範囲で、トイレまで介助して行っていました
		Ⅴ-11)	トイレ・入浴介助は、失禁が始まる前まで夫が介助する	Ⅴ-(13)	トイレ介助や入浴介助は、失禁が始まる前まで夫が抱えて介助する	A1-39	車椅子に乗せてトイレに行って抱えて、抱っこするような感じで抱えてそして戻して、失禁とか始まる前までしていました
Ⅴ-4	セルフケアが難しくなってきた部分は夫かヘルパーに管理を依頼する	Ⅴ-12)	体力が落ちてきて自分で行えなくなったストマやバルン管理はヘルパーや夫に管理してもらう	Ⅴ-(14)	歩行可能な時は、自分でストマの排便がトイレでできるが、体力が落ちてきたときは寝たまま破棄できるようにしてヘルパーや夫が管理する	F1-32	私も毎日訪問ではなく、ヘルパーさんにも入って貰っていたんですけど、ストマは一時、自分でトイレに行って便も破棄できるようになって、もうK病院から帰ってきたときには体力も落ちていたので、寝たままパウチの便を捨てられるようにしてヘルパーさんだったり、ご主人が破棄していたんですが、段々よくなって回復し髪の毛も生えてきたときは、歩けるようになって、ご主人の見守りの中、捨てられるようになっていましたね
Ⅴ-5	妻の介護をしたいが介護に参加できず、自分にはできることがないと思う夫	Ⅴ-13)	妻の介護に参加できす、仲間外れにされていると思い疎外感を感じる夫	Ⅴ-(15)	娘さんとのやりとりも夫にとっては阻害された感じを受ける	D1-71	娘さんが泊り込んでいたから、娘さんもなにもしていない父が疎外されている的な感じがすると言い出したと、逆に娘さんから私に夫の状態を言ってきていたんです
				Ⅴ-(16)	「僕は関係ありません」と言う態度で玄関から出てこなくなる夫	D1-72	自分も仲間外れにされている、僕は関係ありませんでとご本人が言うんです。玄関あけて最初に「ああ、いらっしゃい」って言っていたのが、全然玄関から出てこなくなって。だから多分疎外されているという感じになっちゃったのかなと思いました
		Ⅴ-14)	自分にはなにもすることがないと言って部屋に閉じこもるようになる夫	Ⅴ-(17)	最初は、経管栄養の手伝いもしてケアに参加してくれていたが、自分にはなにもすることがないと言って部屋に閉じこもるようになる夫	D1-68	最初は、はいはいと言って胃瘻チューブから水を入れますと言うとお手伝いもしてくれていましたが、クレンメ開いていて水が垂れてきていて、「僕はなにもすることがないですね」と部屋に閉じこもってしまった、
		Ⅴ-15)	自分の介護役割を取り上げられ看護師に詰め寄る夫	Ⅴ-(18)	自分の介護の役割を取り上げられたと思い、なぜ僕の仕事を取るんですかと詰め寄る夫	D1-81	そのころ疼痛コントロールと脱水と呼吸管理だったので、内服薬は摂食嚥下の薬と鎮静剤だった。胃瘻もあったので「なんで僕の仕事を取るんですか」と本人に言ってました
		Ⅴ-16)	自分の介護役割を取り上げられたと娘に訴える夫	Ⅴ-(19)	娘にも自分がないがしろにしていると言う夫	D1-82	娘に、ないがしろにしているとか、意外と何回かびしっと来ましたよ。
Ⅴ-6	夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する	Ⅴ-17)	夫がストレスなく妻の介護に参加するために他の家族の協力を得たり、事前の根回しの連絡をしておく	Ⅴ-(20)	夫がストレスなく妻の介護に参加するために娘と協力したり、事前の根回しの連絡をしておくなど娘さんに一役買ってもらう	D1-120	とくに娘さんがお父さんの性格を一番わかっていたし、こういう風なスタンスでいこうと話しておくと、すごく受け入れて下さっていたので、もう少ししたらお父さんが出かけるので電話しますねと連絡下さったりとかしてました
		Ⅴ-18)	現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする夫	Ⅴ-(21)	無理して同じものを準備してもらおうと思ってはいないが、訪問看護師が使うような物品を同じように揃えようとする夫	D1-85	胃瘻に当てるガーゼが1枚、屈曲部の折れるところに挿入していてYガーゼもコットン様のものを入れていて、私は近くの薬局で普通のちょっと良いシルクコットンを買って代わりにしていましたが、それが欲しいためにD市内中の薬局にご主人は買いに行っていたらしいんです
		Ⅴ-19)	言われたとおりに必要な物を準備しようとする夫	Ⅴ-(22)	いろいろ電話して、まったく同じものを準備しようという完璧さがある	D1-86	いろいろな薬局に電話したりして、そういうのはこれじゃなきゃいけないと思っている人にとっては、絶対それを用意しなきゃ、どこで買ったらいいんですかとか言わず、なくなったら用意しなきゃいけないとか結構完璧に準備される方だったんです
				Ⅴ-(23)	ポカリスエットと言われれば、ポカリスエットと思い、それを準備しなければと思う	D1-87	夏場にポカリスエットを胃瘻から入れましょうとなり、ご主人に訪問するまでにポカリ200㎖注入しといてくださいと言うと、すぐ薬局から電話が入り、ご主人がポカリがないからって言ってきていると。薬剤師さんもプラスアルファでポカリを持参してましたがなくなったなるから持って来てくれないかと言ってきたというんです

V-6	夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する	V-20)	夫は夫なりに、一所懸命であることを理解する	V-(24)	夫は夫なりの理解で言われたとおりにポカリスエットの準備しようとしていることを、一所懸命でしていることとして理解する	D1-88	処方がでていないからどうしようかということでサービスで持っていってあげてと３０本アクエリアスを持って行ってもらいました。ポカリスエットとアクエリアスの違いは分からなかったので、そういうのは、わからないんだと言う話になりましたが、わからないと行って一括りにするよりは、わからないけど、一所懸命なんだねって見てあげないといけなかったかなと思う
		V-21)	娘不在の時は、娘の代わりに様子を報告してくる夫	V-(25)	娘不在の時は、娘の代わりに妻の様子をメールで妻の様子を報告してくる夫	D1-73	そういう(疎外感）のがあって、土日も行っていたので、点滴が追加にならなければ、自分でこれでこういう風にやってと言っておくと、娘さんが帰った後にご主人が使えないはずのショートメールを私に送ってこられたことがありました。それを受けて私が返したらバイタルサインのメールも毎日来るようになったんです
V-7	年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるようにする	V-22)	家族として終末期には介護上の役割を持った方が良いと思う	V-(26)	ターミナルケアだからこそ家族に役割を持った方が良いと思うが、時間や状態変化についてアセスメントが難しいと思う	D1-111	ターミナルであればあるほど、やはり役割って言うものを持たせてあげた方がいいと思うけど、ただそれは時間の経過が読めたり、ずっと経過が読めたりしないといけないから難しいですね
		V-23)	本人と家族の希望する内容でケアできれば残されたご家族にとっては生きる活力になる	V-(27)	本人と家族が希望された内容に少しでも近づけたり、感動できることようにケアすることが残されたご家族にとっては生きる活力になっていただけると思う	B1-59	ご本人だけでなく、ご家族が希望された内容に少しでも近づけるもの、なにか感動出来たりそういうことがれば、亡くなったご本人様に関しては確認はできませんけど、残されたご家族にとっては生きる活力になっていただける気がするとグリーフケアでかかわっていく中で、感じました
		V-24)	大切な方との最期の時間にケアに参加できた方が、その後の人生が強く踏み出せるト思う	V-(28)	死別後の生活を考え、大切な方との最期の時間やケアに参加可能だった遺族の方が、その方の人生が強く踏み出せる	B1-60	どうしても大切な方を亡くした後約1ヶ月間くらいは、銀行の口座がとか、なんかお墓の手配だったりとか、バタバタして、なんとか気を張っているような感じがあるけれど、それが済んでしまうと、ポカンと穴が空いてしまうようなよく耳にするんで、なるべくその最期の大切な方との最期の時間に参加できたりとかそういうようなことが可能だったような方には、その方の人生が強く踏み出せるような印象を受けました
		V-25)	他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらう	V-(29)	夫のしたいと思う気持ちを汲み、無理に取り上げず見守ることや無理強いして介護保険サービスを導入しないことが夫の介護へ参加している実感につながると思う	D1-93	夫婦の間のことだし、本人のやりたいことは、やらせてあげようと無理に取り上げないで、ちょっと遠巻きに見守ることが大事だなと、それが結果論だったと思う
		V-26)	介護保険を使わず、夫にとっての苦労と思う介護でも、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につながる	V-(30)	介護保険サービスを使うより、介護保険を使わず、介護していた数か月が夫にとっての苦労でも、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につながっていくと信じたい	D1-94	ご主人に、介護にお手上げ状態で、サービスで賄えるよって言ったときに介護保険サービスを使うより、なにもしてこなかった（介護保険を使わなかった）っていう経過のその数か月の本人にとっての苦労も多分やってあげた感につながったかもしれないですし、何か参加していたという実感につながっていくんじゃないかって信じたいです
		V-27)	年齢的に難しく、できないと思って介護を取りあげることは、夫の介護参加の拒絶と死別後の夫の後悔につながる	V-(31)	年齢的に難しいと思うが、介護する中でお願いしてできなかったことを取りあげてしまうことは、夫の介護参加を拒絶したり、死別後の夫の後悔につながると思う	D1-69	90歳近い人に経管栄養を全て任すことは無理だなと、1つずつケアしているうちに無理とわかってきたんですが、それを取り上げることは、夫の介護参加を拒絶したり、夫の思いを考えたら、もし亡くなった後に、いろいろ奥さんにしてあげて、最期亡くなったんだと思えること、その方がいいのかなってモルヒネを入れた頃から思うようになりました
		V-28)	終末期のケアに家族が参加し役割を持つときには個人の年齢・性格・能力も考慮する	V-(32)	終末期のケアに家族が関わり、参加するには、個人の年齢・性格・能力も関係してくると考える	D1-112	キャラクターとか能力もすごく関係はあると思う。大卒の賢いお父様で、◆重工のエンジニアで船の設計をしていた人なんですって。だからその年で、パソコンとかいっぱい打ってできるんですから。90歳近くもなるとショートメールと言えど、打てないでしょう
V-8	妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう	V-29)	夫にできそうなことは、してもらう	V-(33)	夫にできることは、してもらうように考えていた	D1-84	やれることはやってもらいたかったけども、無理してまでって言うのはありました
		V-30)	妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考える	V-(34)	介護負担の軽減として夫の介護役割は取り上げるのではなく、妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考えればよいことと思う	D1-75	一般的に介護負担の軽減と考えますよね。だからそういうのが家族ケアだと思った。しかし危険と判断した時や、本当に夫の身体的変化があると言うときは、逆に（介護をしてもらわない方向に）戻せばいいと思っていました
		V-31)	介護を夫に任せる・任せないの相談を妻とアイコンタクトで行う	V-(35)	妻本人とは夫に見えないようにアイコンタクトで介護の任せる・任せないを相談する	D1-83	しっかりしていらっしゃるんです。あとD子さんはお父さんに私が話すとこうやってやるの。（アイコンタクトで）大丈夫、大丈夫ってやるの。じゃ、ご主人にやってもらおうって、そんなにしていましたね
V-9	多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する	V-32)	多職種が妻の治療やケアにかかわることでの情報整理に夫が混乱する	V-(36)	看護師以外の職種が複数関わることで情報量が増え、情報整理に夫が混乱する	D1-29	薬剤名などは、訪問看護ステーションから知らせるのは無理なので訪問薬剤師を入れたら、関わる人が多くなり、夫があちこちの人に会い、誰の部分の話か整理ができないから、いろんなところでの話をするために話が、混乱してということもありました
		V-33)	多職種発信の情報は夫が混乱しないよう訪問看護師が集約する	V-(37)	情報は訪問看護師が集約し、他職種へ伝える	D1-30	（夫がどの職種の誰と話したことなのか）そこをちゃんと整理してあげて、大体私のところに連絡があって、私からいろんな情報をみんなに話すことで、（夫は）安心するって言ってましたよ
V-10	夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	V-34)	夫の愚痴の聞き役を他の職種に依頼しておく	V-(38)	夫が自分の役割を奪うと愚痴をこぼしたときに聞き役になってほしいと薬剤師に依頼しておく	D1-78	薬剤師にI看護師が、僕の仕事をあの取り上げていくって言って愚痴っていたりとかね。だからあなたは愚痴を聞いてあげて、ご主人の愚痴も娘の愚痴も聞いてあげて下さいねと言っていました
		V-35)	普段はすごく温厚だが、急な薬剤の変更があると電話で食ってかかる夫	V-(39)	普段はすごく温厚だが、急な薬剤の変更があると「薬剤師さんが来た後で、なぜ違うのか」「なぜ、今こうなったんだ」「薬剤師さんはこう教えて行ったのになんでそうなるんだ」と電話で食ってかかる夫	D1-79	薬もいろいろなコントロールがあるので、処方が出たあと、変更もあったりするわけですよ。そしたら、薬剤師が来た後で、なぜ違うんですかと食ってかかるわけです。ご主人には、先生と相談して、今こうなったのよっていうと、なんで今こうなったんだと、普段はすごく温厚な人なんだけど、薬剤師さんはこう教えて行ったのに電話口でなんでそうなるんだって言って…
		V-36)	家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう	V-(40)	娘の役割、夫の役割と家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう	D1-76	その頃、娘の仕事、夫の仕事とそういうこと（役割）を皆にわかってもらうようにしました
		V-37)	夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	V-(41)	「えっ」と思う夫の行う介護方法に目をつぶろる	D1-77	「えっ」と思うことがあっても目をつぶろうみたいな感じにしたんです
				V-(42)	ちょっと間違えていても、多職種との連携し目をつぶろうとする	D1-80	薬剤師さんには、とりあえず全部処方通り薬剤指導してもらってセットにして、ご主人にお願いねと言ってくださいと、ちょっと間違えていても、ちょっと目をつぶろってくださいと言っていましたね
				V-(43)	夫に敢えて妻の介護を夫の役割としてお願いし、えっと思うことにも瞑るようにした	D1-74	臨時で痛いので、オプソ入れましたと報告もありました。だから(役割を）取り上げちゃうのもダメなのだと後で思いました

V-11	各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられる必要物品は持ち出すか買って持参する	V-38)	交通の便や嵩張る品物などに配慮し、訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出し提供する	V-(44)	交通の便の悪い住まいにいるため、嵩張るおむつの買い物や急に必要になるゴミ出しの袋、衛生材料などあるもので間に合わせられるときは、訪問時に訪問看護ステーションから持ち出し、提供する	G1-12	丘の上に住んでいるので交通の便が良くなくて、車も使っていないので、退院後急におむつを使われるようになって、結構かさばったりするし、買い物も大変じゃないですか。おむつのゴミの出し方とか無料の袋があることとか、ご存知ではなかったので、こちらで準備させていただいたり、あるもので間に合う時は持って行ったりとか、医療資源、ガーゼとか処置のときに必要だったらと持って行ったりはしました
		V-39)	交通の便が不便な為、看護師が衛生材料を買って持参する	V-(45)	褥瘡ができて医療処置が必要となると衛生材料の買い物も手伝う	G1-13	お尻に褥瘡ができてしまったので、その辺もこちらで買ってお手伝いするようなことはしていました
V-12	食事が採れなくなったら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度試供品を持参する	V-40)	食事が採れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤などをその都度持参する	V-(46)	メイアクト・ドリンク剤・とろみ食など訪問の度に必要なものを持っていく	F1-30	最期の方は毎日行っているから、メイアクトやドリンク剤とかとろみつけたり。一般的なものだけど、その都度その都度持っていきます
		V-41)	むせ込みようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする	V-(47)	むせ込みようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をし無理に食べたり飲んだりしなくてもいいと伝える	F1-31	お嫁さんが食事だけは、奥さんの分を作ってきてくれていましたが、だんだんむせ込みが出てきてて、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、むせ込むのだったら食事の形態はこういうのにしましょうと説明し、むせるならお薬にもお薬ゼリーを使ったり、無理に食べたり飲んだりしなくてもいいと言っていました

Ⅵ. 終末・臨死期

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNO Ⅵ-　)	サブカテゴリー	コードNOⅥ-()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅵ-1	介護と仕事の両立で介護負担を感じる夫	Ⅵ-1)	介護と仕事で手一杯で介護が負担になる夫	Ⅵ-(1)	少しずつ仕事が入り介護と仕事で手一杯な感じでイライラするような様子の夫	G1-54	退院後、介護されるようになって、一度退職されていたのにまたちょこちょこと仕事が入ってきて、また介護と仕事手一杯という感じがして、それでご主人もイライラするような様子もありました
Ⅵ-2	夫の介護疲れによるレスパイト入院	Ⅵ-2)	夫の介護疲れによるレスパイト入院	Ⅵ-(2)	夫が介護に疲れ、レスパイト入院する	A1-47	食事も段々こう食べる量が少なくなってきたりだとか夏までになんとなく安定していたんだけど、ご主人も疲れてしまって夏に1週間ほど、K診療所の病棟にレスパイト入院したんです
Ⅵ-3	夫の入院期間中の妻の入院	Ⅵ-3)	夫の入院期間中は、妻も入院をする	Ⅵ-(3)	夫の入院中は、妻にも社会的入院を勧める	C1-49	最期の頃にご主人の体調は良くなかったとき、蜂窩織炎でO病院へ入院したんです。O病院のケースワーカーにご主人も入院しなきゃいけないからって奥さん一人おいておけないから、奥さんも一緒に入院させてくれとお願いしたら、O病院も慣れ親しんだところだから、奥さんも入院させてもらえました
				Ⅵ-(4)	妻の状態に併せて夫も退院を早める	C1-50	退院のときは、ご主人を完治させてからでは間に合わないから、とにかく退院させてくださいと言って返しました。帰る最中にY子さんが亡くなるかもしれないって言われたくらいでした
		Ⅵ-4)	夫の健康状態に配慮し看取りは病院でとなる	Ⅵ-(5)	夫の状態が悪いのならば最期は病院で看取るのでも良いのではという話になる	C1-51	ご主人は病院で亡くなる方が安心でしょうと言う話もしたような気がします。ご主人の状態が最初歩けないくらいひどかったので、これ帰れないよねってみんな知っている看護師さんだし、ヘルパーさんいるわけだから、ご主人がいて在宅ができるわけだから、やっぱり病院でもいいんじゃないのとまで話もしました
		Ⅵ-5)	夫の回復を待ち、妻も自宅へ帰る	Ⅵ-(6)	夫の健康状態が回復した時点で妻も自宅へ戻る	C1-52	ご主人の体調が比較的良くなったので連れて帰るかという話になったんです
Ⅵ-4	妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配をする	Ⅵ-6)	妻が家にいられないと思うほど状態が悪い場合は、入院する	Ⅵ-(7)	がん専門病院を退院しても、具合が悪い状態では家にいられないと思い、病院へ入院する	F1-11	こんな状態悪いまま（がん専門病院から）帰ってきて家にいてもしようがないって言って、●病院に入院したんです
		Ⅵ-7)	妻本人と夫が入院を希望すれば、医師に連絡しに入院できるように手配する	Ⅵ-(8)	入院したいと本人が電話してくる	F1-62	入院もご本人が言って家から電話してきてすごいんです
		Ⅵ-8)		Ⅵ-(9)	入院して元気になった経験から本人が入院を希望し、夫も同意するのであれば、入院できるように手配する	F1-63	病院にいてもやることは同じだし、家でも対応できるけど、本人が不安だし、一回▲病院に行って元気になってきたのもあったので入院したいと強く言って、それでご主人も本人が言っているんだったら、入院させたいって言うのでそのまま医師に伝えたら、じゃあ今、連絡するからと言って次の日入院したことがありました
		Ⅵ-9)	本人や家族が後悔しないように入院の希望があれば、入院の手配を行う	Ⅵ-(10)	あのとき入院しなかったからという心残りにつながらないよう入院の希望を聞く	F1-64	あとでねあのとき入院させてくれなかったって心残りになるといけないから
		Ⅵ-10)	夫の健康を考えると入院も選択肢の一つとして考える	Ⅵ-(11)	夫は、毎日病院へ通うが、夜は眠れるようになるので入院も悪くはないと思う	F1-65	でも毎日病院へ行ってましたんね。個室対応で個室に泊まる日もあったかもしれませんが、ご主人は、夜は眠れたんじゃないかな
		Ⅵ-11)	主治医から許可を得てレスパイト入院の受け入れ先を探す	Ⅵ-(12)	レスパイト入院は、主治医に報告し、許可が取れたら、訪問看護ステーションで受け入れ先を探す	F1-25	レスパイト入院は、主治医にこういう連絡がありましたと報告して、こちらで探して良いか確認を必ずして、OKが取れたら受け入れ先を探します
		Ⅵ-12)	在宅での看取りが無理と思うときは、受け入れ先を探す準備があることを伝える	Ⅵ-(13)	在宅での看取りは夫の気持ち次第なので、夫が看取りを無理と思うときは、受け入れてくれる施設を探すということを伝える	F1-20	あとは（在宅での看取りは）ご主人の気持ち次第だから、ご主人がダメってことになったら、今回はH医師が探してくれたけど、ターミナルで受け入れてくれるところを探しますよという話をしました
		Ⅵ-13)	夫の介護負担を配慮し、在宅で看取るか、レスパイト入院するか訪問の度に確認する	Ⅵ-(14)	度々夫に話をし、在宅の療養が長くなると夫自身がきつくないかと訪問の都度確認し、在宅で看取るか、レスパイト入院するか訪問の度に確認していました	G1-92	在宅看取りをするかどうか、このまま在宅での看取りが行けるのかというのは度々、ご主人とお話をしながら、これ以上在宅の療養が長くなるとご主人がきつくないかと訪問の都度確認し、このまま在宅でいきますか、レスパイトされますかと訪問のたびに確認していました
Ⅵ-5	妻本人へ余命宣告がされ、妻本人が話をするときは傾聴する	Ⅵ-14)	直接医師から余命と看取りをどうするかという話をされる	Ⅵ-(15)	緩和ケア病棟入院時、直接医師から余命と看取りをどうするかという話をされる	G1-42	緩和病棟に入院した時、ご主人だけではなく、本人にも医師からダイレクトに余命と看取りのこと聞かされたと言っていました。でも本人がびっくりして、そんな（看取りの）ことを聞くのよって感じで。あんまり受け止めきれてなかったような印象でした
		Ⅵ-15)	余命や看取りについての話を受け止めきれていない妻	Ⅵ-(16)	希望を捨てていない為、余命や看取りについての話を受け止めきれずびっくりしている妻	G1-43	あんまり受け止めてなかったような印象です。そう口で言って、希望は捨ててはないので、そんなことを言われてびっくりしちゃってました
		Ⅵ-16)	医師から余命や看取りについての話をされた時には傾聴する	Ⅵ-(17)	医師から余命や看取りについての話をされた時もあれこれ質問せず、鎮痛剤のことにも触れず傾聴していた	G1-44	医師から余命や看取りについての話をされて、どうだったか、どんなことを言われたとか、その痛み止めのこととかこれっということは言わないでその時も傾聴していたと思います。特に話さないで。聞いていましたね
Ⅵ-6	治療できないのであれば家に帰りたいと思う妻	Ⅵ-17)	治療できないのであれば家に帰りたいと思う妻	Ⅵ-(18)	治療できないし、食事もおいしくないので、家に帰りたいと思う	F1-12	治療目的じゃないから、もうK病院への入院じゃないんですよ。行ったら行ったで、なにも（治療）することがないと言われ、本人も帰りたいという希望があり、ごはんも美味しくないし、入院していても変わらないから、帰りたい家に帰りたいって。、いっていましたね
		Ⅵ-18)	緩和ケア病棟に入院しても、妻本人が家に帰りたがる	Ⅵ-(19)	妻本人の病院嫌いがあり痛みのコントロールをすることが目的で緩和ケア病棟に入院したが、とにかく家に帰りたいと言う状況があった	G1-94	本人は病院が嫌いで、緩和ケアに入った目的は、痛みのコントロールをすることが目的で言う風に説明で,緩和ケアに入っていたのでとにかく家に帰りたいって言う状況でした
		Ⅵ-19)	入院して最期をどこで過ごすか改めて実感する妻	Ⅵ-(20)	食事が美味しいと思えないため退院し、最期は入院したくないと思う妻	F1-66	食事が美味しくなかったって、それでこんなところに居られないって、退院してからご本人は二度と入院したくないってしばらく言ってました

Ⅵ-7	在宅療養を心から望む妻	Ⅵ-20）	退院カンファレンスで在宅療養が決まり笑顔になる妻	Ⅵ-(21)	緩和ケア病棟での退院カンファレンス後ベッドサイドに訪問し、家に帰ることを告げた時に、入院中病棟の看護師にはみせたことのないような笑顔になり、余程家に帰りたかったとわかる	G1-95	緩和ケア病棟の退院カンファレンスで私が、病院に行った時にカンファレンスは私と病院側のスタッフ、看護師、あとはご主人、ご本人はベッドに横になっていたのでその時には退院カンファレンスでじゃあ家に戻ろうって話がまとまっりカンファレンスを終えてベッドサイドに行ったんです。●さんお家に帰る話がまとまったからお家に帰ろうと言った時に、すごく笑顔を見せてくださって病棟の看護師が入院中でこんな笑顔をみせてくれたことはなかったねって言葉が聞かれ、余程家に帰りたかったんだなって思いました
		Ⅵ-21）	在宅療養に切り変えて元気を取り戻す妻	Ⅵ-(22)	余命3ヶ月と言われ自宅に戻り、夫を罵倒するくらい元気になる妻	F1-8	年末がすごく具合が悪くて、危ないんじゃないかと言う状態で、余命3ヶ月って言われて帰ってきたんですが、ご主人を罵倒するくらい元気な方で、元気になられて、3ヶ月くらい経って本当に3ヶ月で、死ぬのかとご主人が疑問に思うくらい元気になったんです
Ⅵ-8	看取りに向けて夫や家族の負担や都合を踏まえたカンファレンスの実施	Ⅵ-22）	看取りに向けて家族の負担や都合を踏まえてカンファレンスする	Ⅵ-(23)	娘の仕事や休暇など都合も考慮し、看取りについてのカンファレンスを行う	D1-54	最初は、夫と2人暮らしで、そんなに夫に迷惑かけたくないと言っていたので、痛みをとる経過の中で、呼吸抑制が来て穏やかな死を迎えるのはスタンダードなケアであって、その中で食べるということと夫が調理するとかそういうことの負荷がどれだけ夫ができるかってことを結構早い時期にできないと判断がついていたので、なるべく夫にさせない方向で考えていたんです
				Ⅵ-(24)	娘や夫の負担を考慮した看取りが行えるよう試しでデイの利用を提案する	D1-55	娘さんには、いろいろ相談したりしていたんだけど、夫が奥さんのために、してあげたいんですよ
Ⅵ-9	退院カンファレンス後の早期に在宅療養への切り替え	Ⅵ-23）	退院カンファレンス後、早期に在宅療養へ切り替える	Ⅵ-(25)	受け入れいつでも可能という話をし、退院カンファレンス後早期に在宅療養へ切り替える	G1-96	こちらは受けいれはOKだからいつでもいいよと言う話をして、退院カンファレンス後、割とすぐに帰ってきたんですよ
Ⅵ-10	在宅での看取りを覚悟する夫	Ⅵ-24）	訪問看護ステーションに夫から在宅で介護することを覚悟したと連絡が入る	Ⅵ-(26)	訪問看護ステーションに、夫から電話で、本人が嫌だと言っているから退院させたい、介護する覚悟があると言われる	F1-13	何回かご主人が電話くれて、ご主人に大丈夫ですかって聞いたら、本人がもう嫌って言っていてしようがないから、もう面倒見るよって嫌がっているのは可哀そうだからと言う連絡で、1週間入院して帰ってきたんです
		Ⅵ-25）	在宅での看取りを覚悟したと言う夫	Ⅵ-(27)	在宅での看取りを決めるが、投げやりな感じで言う夫	F1-14	（在宅での看取りを）決めましたよって、本当に投げやりな感じ…？そんな言い方でした
		Ⅵ-26）	妻を最期まで受け止めきれるか看護師が心配しても頑張るという夫	Ⅵ-(28)	妻が我慢できないことを夫に訴えるので夫が最期まで受け止めきれるか心配し、緩和ケアを紹介するが、頑張ってみますと言う夫	F1-15	軽微な症状でも奥さんが我慢できなくてご主人に訴えるから、それをご主人が受け止められない。受け止めきれるかとか、家で最後まで受け止められるか心配だったので、無理なら緩和ケアの方に相談しましょうかと言ったんですが、本人が家に帰りたいと言っているので頑張ってみますと言っていました
		Ⅵ-27）	死に向かってはいくのにがんと戦う妻と妻の感情を受けとめる夫	Ⅵ-(29)	がんと知り、自分の体が今後どのように変わっていくのか、死に向かっていくのにがんと戦っている妻と感情の起伏があり激しい口調で話す妻の感情を受け止める夫	F1-26	ご本人が起伏の激しい方で訴えも多かったので、それを受け止めるのがご主人だったので、私が行けば、私に向けても言って下さっていましたが、ご本人はがんとわかっていて、どんなふうに体が変わっていくか本当に死に向かっていくのにすごく戦っていたと思うんです
		Ⅵ-28）	自分しかいないと最期まで看取る覚悟でいる夫	Ⅵ-(30)	自分しか介護する者はいないと思い最期まで看取る覚悟でいる夫	F1-40	最期は俺しか面倒見る人いないだろうと最期まで見る覚悟で頑張っていたかなと思います
		Ⅵ-29）	自分の余命を察知し、夫に面倒を見てと言う妻	Ⅵ-(31)	自分はもう死ぬからちゃんと面倒を見てよと夫に言う妻	F1-45	なんか、お母さん自身も、自分はもう死ぬんだから、ちゃんと面倒見てよとご主人に言っていたんです
				Ⅵ-(32)	わたしはもう死ぬから、ちゃんと面倒を見てよと夫に言う妻	F1-46	もう私は死ぬからちゃんと面倒見てよねって言うことみたいなことを言っていたってご主人が言っていましたね
		Ⅵ-30）	余命や看取りについての話を聞き看取ることを覚悟する夫	Ⅵ-(33)	余命3ヶ月と言われ在宅で看取ることを覚悟する夫	F1-55	あと3か月って言われたときに、覚悟を決めたって言ってましたもんね
				Ⅵ-(34)	医師から余命や看取りについての話をされた時の夫は、悲観的ではなく自分が面倒をみるしかないと言う	G1-45	ご主人にも訪問の帰り際のときにそのような半紙を聞いたとは思うんですけど、そんな悲観的でなく、やるしかないからていうそんなスタンスでした、そんなお話をされていたと思います。やるしかないって、面倒みるっておっしゃていました
		Ⅵ-31）	自分たちは排泄の介助されるのは嫌だと思っていたが介護することになったと笑い飛ばす夫	Ⅵ-(35)	退院後ベッド上の生活になり、おむつ交換をするようになって、自分たちの親を見て排泄の介助されるのは嫌だと言っていたが、やる羽目になったと笑っていたのを思い出す	G1-49	ご主人は、長テーブル端っこにいて、最初から最後まで割と一定じゃないですけど、退院してからベッド上の生活になっても、やっぱりおむつの交換とか初めてのことだから、たしかご本人かG子さんの親御さんかわからないけど、、一時床上排せつとかされていたようで、、自分たちはこんなの嫌だよなって言っていたんですけど、なんかすることになっちゃったねって、あははと笑っていらっしゃたのをふと思い出しましたね
Ⅵ-11	妻の夫に迷惑をかけたくないという思いを受け入れがたい夫	Ⅵ-32）	妻は状態が悪化しても、延命や救命をして夫に迷惑をかけたくないと思っている	Ⅵ-(36)	状態が悪くなっていく時に、今後どうしたいかの話合いでは、妻本人から夫に負担をかけたくないから延命しないで、迷惑かけないようにしたいという意思を確認する	D1-44	結構状態は悪くなり今後ののことを本人含め、みんなで話し合ったときに、もう医療の依存しないで、嘔吐した時は、点滴してほしいけど、それは長引けば長引くほど、夫の介護負担になるだろうし、決して治るものでもないし、救命でも延命をするのではなく、本人からはお父さんに迷惑かけたくないってことを主張していたのです
		Ⅵ-33）	迷惑をかけたくないという妻の思いを受け入れがたい夫	Ⅵ-(37)	夫に迷惑をかけたくない妻の思いを夫は受け入れがたいため、説得にあたる	D1-45	（妻の主張に）夫は不満だったんですよ。でもそれは、本人にとっての希望ではないからと、　少しずつ説得していきました
		Ⅵ-34）	最期は妻の介護をしたいという思いが強い夫	Ⅵ-(38)	これまでの家庭を顧みず働いて妻任せにしていた分、できる限り最期は妻の介護をしたいという思いが強い	D1-32	自分は企業戦士だったので、出張も多かったので家庭も顧みず、本当に終末期となるまでは、そんな経過で仕事をしてきたから、できる限り最後は自分で妻にやってあげたいという気持ちが強かったみたいでした

VI-12	妻と夫それぞれにいつでも相談してよいことを話す	VI-35）	夫がどうしたいのか話を聞き、妻の気持ちを察し代弁する	VI-(39)	夫が電話をしてきたときには、どうしたいか話を聞いて、生きていたいと思っている妻の気持ちを言葉にして伝える	F1-19	ご主人が電話をしてきたときに、どうしたいか聞いて、妻は本当に3か月で死ぬのかって言うくらい元気になったから、人の命は、いつって言うことは言えないから奥さんがまだ生きていきたいって気持ちがあるんでしょうねと言って、そういう言葉での奥さんをを見てあげましょうよと言う気持ちの誘導みたいなことをしましたね
		VI-36）	妻の不安の軽減に努め、妻の傍で受け止める夫と2人を観察し、対応する	VI-(40)	妻の性格を踏まえ不安緩和に努め、怒り口調で話す妻の傍で受け止める夫と2人を観察し対応する	F1-27	不安をなるべく軽減できるように努め、喋っていないと落ち着かないくらいで医師に報告していても、後ろでそんなんじゃ、ダメなのよって怒り口調でおっしゃる方でしたね。それをなるべく安心できるように、それを受け止めるご主人のことと2人を一緒に見ながら、対応してきたつもりです
		VI-37）	いつでも相談に乗ることを伝える	VI-(41)	夫のまた頑張りますよという言葉にも、いつでも相談に乗りますよと伝える	F1-24	でも頑張りますよって、投げ捨てみたいな感じでは、言ってはなかったので、戻ってきたら、また相談に乗りますよと伝えました
VI-13	レスパイト先から退院後のADL低下と状態悪化	VI-38）	退院後、徐々に寝たきりの状態になっていく	VI-(42)	緩和ケア病棟からの退院時には自力で立てず、徐々に寝たきりの状態になっていく	G1-97	でも緩和ケア病棟から退院してきた時には自分で立ってなにかするってことはきつい状況になっていたので、徐々に寝たきりの状態になっていきました
		VI-39）	バルンカテーテルを留置し退院する	VI-(43)	バルンカテーテルを留置し退院するが、入院から臨終期まで3ヶ月足らずで長くなかったと思う	G1-9	やはり下肢筋力が低下して、動けなくなられて、ちょっと尿の出なくなって、バルンを入れて帰宅されて、ずっと入れたままだったので、そこで制限もありました
		VI-40）	これまで可愛がっていたペットの世話ができなくなる妻と世話をする夫	VI-(44)	妻の体調が悪くなり、体がきつくなるともともとの性格や病気のために性格が変わったのかこれまで可愛がっていた犬に対しても愛情を抱けなくなったようで夫が一所懸命犬の世話をしている印象を受ける	G1-85	犬を可愛がっていたのに、奥様の方が自分の体調が悪くなってきて体がきつくなってきてから、もともとの奥様の性格、脳腫瘍の関係で性格が変わったのか犬に対しても愛情を抱けなくなってしまったのか、ご主人が一所懸命ワンちゃんのお世話をしているという印象がありました
VI-14	夫の排泄介助の負担を考え妻にバルンカテーテル留置を提案	VI-41）	排泄の感覚がなくなる	VI-(45)	認知機能が低下し、排泄の感覚がなくなる	A1-46	認知機能が落ちてきて、おむつで排尿していたりだとか、便が出ていたりだとか、わからなくなってきていました
		VI-42）	夫の排泄介助の負担を考え妻ににバルンカテーテル留置を提案する	VI-(46)	毎回の車椅子でのトイレ介助は夫が大変だろうと思い、妻にバルンカテーテル留置を提案する	H1-17	車椅子に乗せて連れてトイレに行くのが毎回になるとご主人も辛いからもう大変だろうと思い、●子さん、トイレ移動は大変だから、管を入れるのはどうとバルン挿入を提案しました
		VI-43）	妻の希望があった場合に備え、夫にバルンカテーテル抜去方法を伝えておく	VI-(47)	違和感があったり、嫌だと言った場合に備え、夫には、呼ばれてもすぐに訪問できない旨と本人がどうしても抜いて欲しいと希望がったら抜くように、抜去方法を伝えておく	H1-18	本人がバルンカテーテルを嫌だと言ったり、違和感あった時に備えご主人にもし違和感があって嫌だって言ったら、呼ばれても５分１０分で来れないから、本人がどうしても抜いて欲しいと言ったら抜くように、抜去方法だけは伝えておいたんです
		VI-44）	妻本人がルンカテーテルを嫌がり、夫は車椅子トイレ介助を再開する	VI-(48)	妻本人が嫌がり、バルンカテーテルを仕方なく抜去し、夫に再びトイレ介助を行ってもらうことになる	H1-20	本人が嫌だと言うから抜いた、仕方がないねということでお父さん頑張ってトイレの時には、一緒に行ってあげて下さいとなったんです
		VI-45）	バルンカテーテル一晩で抜去する	VI-(49)	バルンカテーテルの抜去方法を伝えていたら、一晩ももたず抜去された	H1-19	(バルンカテーテルを)抜くのは簡単なので、これで抜けるからと方法を伝えていたら、やはり一晩もたなかった
VI-15	妻のトイレに行きたいサインを察知する	VI-46）	妻のトイレに行きたいサインをよく理解していて、すぐに察知する夫	VI-(50)	妻が喋らなくなってからも、トイレに行きたくなると足が動き、トイレに行く態勢になるのをよく理解していて、夫がすぐに察知しトイレですかと言う	H1-42	ご主人もすごく気を遣う方なので、H子さんがあまり喋らなくなってからもトイレに行きたくなると寝ているのに足が動き、ベッドからトイレに行く態勢になるので、すぐにご主人がトイレですかと言って、よくわかっていらっしゃいました
				VI-(51)	敢えてトイレと夫に言わなくても妻の足の動きを見ていてトイレに行きたいのが分かる夫	H1-43	敢えてトイレとご主人を呼ぶわけでもないんですが、足がこう動いてるのを見て言わなくても分かるんだと言っていました
VI-16	食事状況や便の排泄状況を観察し、説明をすれば摘便処置を受け入れる	VI-47）	苦しくても、説明をすれば摘便処置を受け入れる	VI-(52)	苦しくても摘便は嫌がらず、摘便処置を抵抗なく受ける	G1-62	ちょっと苦しかったのか、嫌がらず、摘便はあまり抵抗はされなかったですね
				VI-(53)	敵便の説明をしたら、受け入れてくだる	G1-63	便が結構でてなかったのか、（敵便の）説明をしたら、受け入れてくださったと思うんですよ
		VI-48）	食事状況や便の排泄状況を観察し、説明をすれば摘便処置を受け入れる	VI-(54)	食欲低下と肛門から便が出かかっていて苦しそうなので摘便を行う	G1-64	あまり食べていらっしゃらなかったというか、お腹が張って苦しかったのと肛門から便が出かけていたのを摘便して出したという感じだったと思います
VI-17	妻本人が行っている死後の準備を手伝う	VI-49）	妻本人が行っている死後の準備	VI-(55)	妻本人が死後の準備をしていることを知る	D1-100	●子さんも、ご本人が、旅立ちセットというのを一式作っていて準備がされていました。葬儀屋さんも安置する場所もどこと、全部決めていたんです
		VI-50）	妻本人の死後の準備として旅立ち装束として着せてほしいものを指定される	VI-(56)	夫と決めた葬儀の手配以外に、旅立ち装束の場所を伝えられ、死装束として着せてほしいものを看護師に指定する妻	D1-101	病気になってからではなく病気になる前に、2人で葬儀屋さんに見に行って、遺体安置はここでしてもらって、火葬場はここでって、決めていたみたいです。それはお父さんもわかっていらして。ただ旅立ち装束はわからないから、まだ本人は元気だったので、●子さんを車いすに乗せてクローゼットに連れて行って、これこれって、こうして（着せて）ねって頼まれました
VI-18	妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する	VI-51）	息子達が自宅で看取ることを受け入れ、家族が集い暗い雰囲気にならずに過ごす	VI-(57)	息子達が自宅で看取ることを受け入れ、家族が集い、ベッドサイドで面白い話をしたり、妻が話に参加できなくなってもあまり暗くなく過ごす	H1-24	息子達は自宅で看取ることは受け入れができていたので帰ってこられ、ベッドサイドで面白い話をH子さんとご主人と息子さんと4人でして、そのうちH子さんはその話には入ってこられなくなるのですが、賑やかとは言わないですけどあんまり暗くなくという感じで過ごしていました
		VI-52）	本来生まれてこなかったはずの人生や自分の最期について妻本人が受け入れている	VI-(58)	妻本人が、8番目の末っ子で本来生まれてこなかったと自分の最期について受け入れている	H1-25	よく言っていたのが、私は8番目の末っ子なので本当なら生まれてこなかったと自分の最期についてすごく受け入れていました
		VI-53）	妻自身の死生観について感心し、同調する	VI-(59)	本来は生まれてくるはずではなかったので、生まれてきたこと自体で人生をもらっていると妻自身が思っている	H1-26	親も別に子どもを作る気はなくて、本来は生まれてこなかったはずだから、生まれてきたこと自体で人生をもうもらっているのよと言っていました
				VI-(60)	生まれてきた時点で、全てを与えてもらったのであとはもういいと言う感じですごい方だと思う	H1-27	そこ（生まれてきた時点）でもう全て与えてもらったから、あとはもういいのよと言う感じで、すごい方だと思いました

Ⅵ-18	妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する	Ⅵ-54)	仲の良かった世話になった友達に自分の死期を悟ったメッセージを伝える	Ⅵ-(61)	好きなシャインマスカットも食べられなくなり、仲の良かった世話になった友達に、もう終わりなのよ、貴女が代わりに食べてくださいと手紙と一緒に送る	H1-28	シャインマスカットが好きでご主人に買ってきてもらったのですが、食べられなくなってきて、仲のいいお友達に、とっても貴女にはお世話になったわね、わたしはもう食べられなくなったし、もう終わりなのよ、貴女が代わりに食べてくださいと手紙を書いて送ったりされていました
		Ⅵ-55)	決して辛いと口にせず看護師や医師に気を遣う妻	Ⅵ-(62)	手紙やブログを書くので、看護師や往診医にも感謝の言葉を残す	H1-29	手紙を書いたり、ブログも結構やっていたので、私や往診の先生にすごい感謝の言葉とかいうのを残す人でした
				Ⅵ-(63)	浮腫で体動も辛かったと思うが、看護師には、決して辛いと言わずかえって気を遣っている妻	H1-41	ケアしていても足も体も浮腫んで、体を動かすときに辛さはあったと思うのですが、絶対に私たちに辛いと言わないし、かえって気を遣ってくださっているなと思いました
Ⅵ-19	妻本人に苦痛をあたえないことを優先と考えたケアを行う	Ⅵ-56)	痛みを感じないようケア前に癌疼痛治療剤を使用し清潔ケアを行う	Ⅵ-(64)	左腋窩に大きなしこりの痛みを感じないよう事前にアブストラルを舌下し清潔ケアを行う	G1-58	左の腋窩に結構大きなしこりがあり痛みも強かったので、清潔ケアをするときは、本人に苦痛をあたえないようにすることが一番はですので、ケア前にアブストラルを舌下して頂いてケアをしましたね
		Ⅵ-57)	妻本人が楽にケアを受けられるよう癌疼痛治療剤を使用し清潔ケアを行う	Ⅵ-(65)	訪問問が1時間のため、訪問直後の血圧測定のあと、低めの値でも本人が楽にケアが受けられるように事前にフェントスと併用し、アブストラルを使用する	G1-59	フェントス併用ですが、訪問が1時間なので、訪問に入ってすぐ血圧測定して、低めの値でも、舌下してくださいってことで、その方が本人が楽にケアが受けられるということで毎回事前に使用しました
				Ⅵ-(66)	疼痛出現による入浴困難で、入浴介助・清拭などの保清とペインコントロール中心の訪問看護を行う	H1-8	痛みがあり、今まで自分で入れた浴槽にもご自分で入れなくなり、入浴介助したり、清拭などに切り替えたりしながら、保清に関してととペインコントロール中心の訪問看護だったんです
		Ⅵ-58)	痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける	Ⅵ-(67)	PCAスイッチを押して妻自身が疼痛コントロール出来て痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける	H1-23	痛みのケアを優先し、痛くなったらPCAスイッチを押してくださいと本人に伝えていたので、結構最期の方まで、ご自身で出来ていたので本人が楽に過ごせる環境づくりを心掛けました
Ⅵ-20	夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える	Ⅵ-59)	生活・家事全般自体は問題ないため、夫と訪問看護は妻の要望に応えるように努める	Ⅵ-(68)	生活・家事全般自体は問題ないので、夫も訪問看護も妻の要望に応えるように努めた	H1-21	生活・家事全般自体は大丈夫だったんですけど、私もご主人もご本人の要望に応えると言うことをしていた感じです
		Ⅵ-60)	夫一人で更衣・シーツ交換・清拭は負担が大きい	Ⅵ-(69)	妻の要望はあるが、夫一人での着替えやシーツ交換、清拭はできなかった	H1-22	臨終近くまでH子さんも、ああしたい、こうしたいって言っていたのですが、ご主人一人で着替えたり、シーツを変えたりとか、体を拭いたりは無理でしたね
Ⅵ-21	妻本人の意思を尊重し、夫婦2人が自然体でいられるよう疼痛緩和に配慮する	Ⅵ-61)	痛みがないように配慮し、妻本人と家族の意思を尊重し、夫が自然でいられるように心がける	Ⅵ-(70)	痛みがないように配慮し、妻本人の望む食べたいものは食べ、飲みたものを飲み、看護師の思いよりご本人と家族の意思を尊重し、ご主人が自然でいられるように心がける	G1-66	痛みが全くないようにというのと、潔い方だったし、結構食べていらした気がするんですが、ご本人の望むように食べたいものは食べて、飲みたいだけ飲めばいいし、自然のままでというか、こちらのこうしたい、ああしたい、ああした方がいいのになという思いはあるけれど、ご本人・ご家族の意思を尊重してご主人が自然でいられるように心がけていたと思います
		Ⅵ-62)	痛みで朦朧としている中でも、自分の意思を話し、看護師やヘルパーにも気遣いの言葉がある方と妻の人物像を捉える	Ⅵ-(71)	痛みがあり、朦朧としている中、しっかりと自分の意思を話し、ケアをしている看護師やヘルパーにも気遣いの言葉がある方と捉える	G1-60	凄く意思も強い方で結構痛みもあって朦朧としているんだけど、しっかりと自分の意思も話されていて、ケアをしている看護師やヘルパーにも気遣いの言葉があったりとかしました
		Ⅵ-63)	鮮やかな潔い人と妻の人物像を捉える	Ⅵ-(72)	最初から鮮やかな潔い人だという印象を受ける	G1-65	最初からそんな印象はあったんですけど鮮やかな潔い人だったなと思いました
		Ⅵ-64)	夫婦の時間が楽しく、夫も笑顔で介護できる状態が続けられるように看護師の思いを押し付けず夫婦の思いを尊重する	Ⅵ-(73)	ご主人が介護するのは大変だが、もう命が少しかないとわかっている中でも、笑顔で、夫婦の会話が楽しいものであったり、冗談や皮肉を言ったり、奥様がご主人の悪口を言うなどの状態が続けられるように看護師の思いを押し付けず夫の思いや妻本人を思いを尊重する	G1-67	ご主人，男性が見ているので、いろいろ大変な部分もあったのに、割とにこにこされていて、もう命が少しかないとわかっているなかでも、ご夫婦の会話が、割と楽しいものだったり、冗談を言ったり、ちょっと皮肉を言ったり、奥様がご主人の悪口を言ったりだとかされていたので、そういう状態を続けられるように、あまりこちらの思いを押し付けたりしないように、家族は家族の思いもあるし、でも第一はご本人の尊重ですかね
		Ⅵ-65)	本人の思うようにして差し上げたいと思う	Ⅵ-(74)	もうここまで来たら、本人の思うようにして差し上げたいと思う	G1-68	もうここまで来たら、本人の思うようにして差し上げたいと思っていたかな
		Ⅵ-66)	夫が仕事を継続しながら介護できるよう調整し、妻本人の望むことは、最大限かなえていこうとは思う	Ⅵ-(75)	夫が仕事をしながら介護し、数時間以上家を空けて妻が一人家で過ごすことに対して心配なため、夫に伝え調整が必要と考え、妻本人の整容を整えたり、望むことは、最大限かなえていこうとは思う	G1-90	当時ご主人が、フルタイムではないですが、仕事をしながら介護されていて、仕事で家を長く開ける時間があったりしたんです。今の奥さんの状況でご主人が長く家を空けられる、1日とかそういう単位ではないけど、やっぱり８時間とか数時間とか空ける状態で奥様が過ごすことに対しては ちょっと心配だったんです。そのことをご主人に伝えたんですけど、ご主人も仕事をセーブしながらも全くその仕事から手を引くことは役割上できないと言っていたので、そこを調整が必要かなって考えたりしていって、あとはまだ年齢的にもお若い方でご本人様もすごいおきれいな方なので、その整容を整えようとか、ご本人の望むことは、最大限かなえて行こうとは思いましたね
		Ⅵ-67)	これまで通りの夫婦の挨拶を意識低下しても続ける	Ⅵ-(76)	妻は意識レベルが低下していってもただいまと言って帰ってくる夫	C1-35	ヘルパーさんたちがちゃんとやっていてくれて、ご主人がただいま帰りましたと言って、ドアを開けて、奥さんに帰ったよって言って、でもそれって彼女は意識はなくても聞こえていたと思うんです
		Ⅵ-68)	意識レベルがある時は、妻の意向を確認し、妻の希望を叶えることを意識しケアする	Ⅵ-(77)	最後まで会話が成立し、意識レベルも保てていたので、妻の意向を確認し望みは叶えて行こうと意識しケアする	G1-91	わりと最後まで会話が成立していましたし、意識レベルの方はきちんと保てていたので、ご本人の意向を確認しながら望みは叶えて行こうと意識はしていました

Ⅵ-22	夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用	Ⅵ-69)	医療依存度が高く、娘不在時の自費訪問看護とヘルパーの利用	Ⅵ-(78)	医療依存度が高く、娘不在の時は自費での訪問看護とヘルパーのサービスを利用する	D1-61	最後の日に塩モヒ皮下注が始まった時は、1日3回、介護保険始まった当時は、自費でも訪問看護とヘルパーさんも入れていたので、介護申請しないで、ほんとに見守りでも訪問行いました。
		Ⅵ-70)	夫への負担と夫に頼みづらいことを自費のヘルパーに依頼する	Ⅵ-(79)	夫にできない介護と夫にさせられないと思う妻の思いを尊重し、陰部のケアは自費扱いでヘルパーにお願いする	D1-62	輸液ポンプもついていて、いろいろできないことがあったんです。例えばアラームが鳴ったら呼んでもらうとか、夫が不在のときや、アンペック座薬を奥さんは夫に入れてもらいたくない、お尻を見せたくないって言うから、だから下の処置は夫は全然していないです
				Ⅵ-(80)	娘不在の期間は、夫の行う座薬挿入の処置の見守りの為にヘルパーを自費で導入する	D1-63	それまでは自分で這ってでも行っていたけど、娘さんが泊りこんでから、トイレ誘導も一緒にいってましたが2日間だけ娘さんが帰らなきゃいけない時に、夫にお尻だけは見せたくないとおっしゃって、仕方なくアンペックを入れる時間に座薬を入れるのを夫の見守りでいいと言うことで時給のヘルパーさんを入れました
Ⅵ-23	夫一人の時に対応できるように死の準備教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化について説明や必要なものを準備する	Ⅵ-71)	死前教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の反応を見ながら事前に説明する	Ⅵ-(81)	先のことがわからないより、心構えや準備もできると考え終末期の家族には死前教育としてのパンフレットを用いて、反応を見ながら、体の変化についてを説明するので、状況に応じたケア方法を事前に夫に説明する	F1-28	ターミナルの方は家族に、死前教育でパンフレット渡して、特に体がこうやってかわっていきますと、家族の反応を見ながら、心構えじゃないですが、何もわからない、先のことがわからないでいるよりは、準備できると思うので、お母さんの症状と照らし合わせながら説明をして、こういう場合は、こうしましょうと、なるべく事前にわかるように説明してきました
		Ⅵ-72)	高齢の夫が一人のときでも対応できるようにパンフレットを作成し、レスキュー対応はセッティングしておく	Ⅵ-(82)	高齢の夫が一人でも対応できるように呼吸苦やせん妄時のレスキュー対応について見ればわかるようなパンフレットを作成しセットすれば対応できるようにしておく	F1-29	呼吸が苦しい時はオプソを使うとか、せん妄のときはジプレキサを使うとか、最期に点滴するような頃には、ご主人にもして頂いたんですけど、点滴をつなげるだけにして、その時は紙に書いて、この時はこれとわかるように、ご高齢の夫婦でもご主人が見てもわかるようにしていきました
Ⅵ-24	会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる妻	Ⅵ-73)	夫の難聴で夫婦間の意思疎通困難に苛立つ妻	Ⅵ-(83)	夫が難聴があり、妻の言っていることを聞き取れず、妻が苛立ち「紙に書かないと」と声を荒げる	F1-16	退院後は、ちょっと咳が出始めたのと食欲が段々落ちてきて怠さがあり、段々臥床になってきました。ご主人は、耳が悪くてFさんが要求することを全部聞き取れず、聞き取れない時があって、それで苛立つことがあって、紙に書かないとわからないんだからって感じでそういうやり取りはありましたね
		Ⅵ-74)	はっきりとした口調で話ができないことがストレスとなる妻	Ⅵ-(84)	退院後、ベッド上になり、介護ベッドとバルンも入った上に、嗄声が辛く、入院前のようにはっきりとした口調で話をできず、会話の量が減ってきたことが本人にとってもストレスとなる	G1-29	退院後、やはりベッド上になってしまって、完全に動けず介護ベッドとバルンも入ったので、もともとたぶん髄注とか脳照射もされていたので、それからくるものなのか、嗄声が辛いと言うお話をされていて、結構入院されてあまり発声されていなかったか、だいぶ会話の量が、減ったというか、入院前の方が、いくらかはっきり何とかなのよと話をされていたと思います。結構それが本人にとってのストレスだとおっしゃっていました
		Ⅵ-75)	会話の減少に伴い、性格的にも弱くなった印象を受ける	Ⅵ-(85)	性格的にも弱くなった感じで、聞くと返事はするが会話も少なくなる	G1-30	キャラクター的にも、ちょっ弱った感じで、聞けば、ぱっと話はされるんですが、意外と初めの方は何かこちらが喋れば良いのかなと思うくらい会話が少なくなっていましたね
		Ⅵ-76)	入院前より発声も会話量も減少する	Ⅵ-(86)	発声も会話量も入院前よりも落ちた印象がある	G1-31	発声も会話量も入院前よりも落ちたという印象がありました
Ⅵ-25	臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする	Ⅵ-77)	妻の状態や性格に配慮し、臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする	Ⅵ-(87)	妻本人の性格も配慮し、臨死期のコミュニケーションの方法はYES・NOで答えやすい質問にする	B1-22	ご本人はどちらかというと、積極的にコミュニケーションする方ではなかったと記憶しています。臨終近くなって言葉数も少なくなってきていたので、痛みがあるかという問いかけにYES・NOの質問には答えられるけど、それ以上になると苦しい感じだったのです

Ⅶ. 死亡時

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNOⅦ-　）	サブカテゴリー	コードNOⅦ-()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅶ-1	夫の手を煩わせないように思えると妻の鮮やかな死に際	Ⅶ-1）	鮮やかな死に際であったが、妻は夫のことを心配しながら逝ったと思う	Ⅶ-(1)	死に際が鮮やかな方と思う一方で夫のことを心配しながら逝ったと思う	G1-77	鮮やかな人だなと思います。でも奥様としては、ご主人のことも結構心配だったろうなって思います
				Ⅶ-(2)	子どもがいなくて、犬を飼って家族とか同士とかいう関係でいたと思うので夫を残して逝くのは心配だったと思う	G1-78	お子さんいなくて、ずっとお2人でやってこられて多分ワンちゃんをこどものように育ててきて仲がよかったんだろうなと、家族とか同士とかたぶんそんな関係だったんだろうから、やはり心配だったんだろうなと思います
		Ⅶ-2）	夫に対して夫より先立つのは心残りだが、介護期間が長引くほど妻は心苦しく思ったと思う	Ⅶ-(3)	家事分担や夫がどの程度家事を出来たかわからないが、置いていくのは心残りだったろうし、夫の手を煩わせる時間が長ければ長いほど妻は心苦しく思ったと思う	G1-79	お二人が家事分担とかどういう感じだったかわからないし、ご主人がどれだけ家事を出来たかわからないけど、生活面とか、置いていくのは心残りだったろうし、ご自分がご主人を手を煩わせる時間が長ければ長いほど、心苦しいと思います
				Ⅶ-(4)	潔くと死にたいという方や独居や90歳過ぎて、自分が思うように動けない、他人に迷惑かけるくらいなら死にたいという人も多いので妻は夫の手を煩わせているという思いはあったと推察する	G1-80	潔くと皆さんおっしゃって、早く死にたいって仰る方も多くて、90歳過ぎて、自分が思うようにうごけなかったりだとか、一人暮らしだとか、他人に迷惑かけるくらいなら、もう死にたいって、もう殺してって言われたこともあるからうそういういうG子さんもご主人の手を煩わせているという思いはあったんじゃないかなと思います
				Ⅶ-(5)	臨終までの期間が短かったので潔いというか鮮やかな最期にしようと妻は思っていたのかなと思う	G1-81	寝たきりになってから（臨終まで）、割と早かったので、そういう意味では潔いというか、鮮やかな最期にしようってG子さんは思ったのかなと思いました
		Ⅶ-3）	療養者の死に臨み、看護師自身の引き際を考える	Ⅶ-(6)	自分も人の手を煩わせてまで永らえたくないって思うので潔い、鮮やかだと思う	G1-82	自分も人の手を煩わせてまで永らえたくないって思うので勝手にそう思ってました。だから潔いと、鮮やかだなって思ったんですね
Ⅶ-2	思いも寄らない夫からの臨終の報せの電話	Ⅶ-4）	思いも寄らない夫からの臨終の報せの電話を受けて駆けつける	Ⅶ-(7)	思いも寄らない夫からの電話に驚き、亡くなったという知らせを受けて駆けつける	D1-56	最期は、娘さんからではなくて、ご主人から電話で、なんだろうと思って電話をとったら、どうやら死にましたと連絡がありました。娘さんは、リビングに寝ていたらしいんです。ご主人は、自分の部屋で寝ていて、本人の部屋へいったら、起こしてみなかったけど、●子って呼んでも反応がなかったから、もう硬かった、もう冷たいし死んだんだなと思って、私に電話してきたのです
		Ⅶ-5）	誰も気づかいないで妻は逝ったのだろうと思う	Ⅶ-(8)	心肺停止しても暗闇で誰も気づかないうちに亡くなったのだと思う	D1-57	私が呼ばれて、行ったんです。心肺停止していたんだけど、こうなっても、真っ暗闇だったんで誰も気づかなかったんだろうと思いました
		Ⅶ-6）	夫の予想より早い臨終の訪れ	Ⅶ-(9)	夫の中では、急に臨終の時訪れたような印象がある	A1-62	終末期は割と急になくなっちゃったていうイメージがある。ご主人の中ではあるんですけど、わたしも、え？もう逝っちゃったのって感じでした。年末になる前くらいに亡くなったんですが、慌てて午前中に電話が来て、そのままお看取りになっちゃいましたね
				Ⅶ-(10)	食事摂取できていたので、臨終はまだ先だと思っていたが、予想より早く臨終時が訪れる	A1-81	具合は悪かったけど、お食事をぎりぎりまで少しは食べたりできていたんですよ。だからもうちょっと先かという話をしていたんだけども、割ともう行っちゃったんだって言うイメージでしたので…
				Ⅶ-(11)	臨終直後「あっという間だった」と口にする夫	E1-72	ご主人の(臨終）直後の様子は、「あっという間だったな」って結構早い時期からおっしゃってましたね
		Ⅶ-7）	居なくなってしまったとしみじみと語る夫	Ⅶ-(12)	臨終後、夫はいなくなってしまったとしみじみと語る	E1-73	あっさりというか、「ああ、いなくなっちゃた」と、「あっという間にいっちゃうもんだなあ」ってしみじみ寂しいみたいな感じの言い方でした
Ⅶ-3	臨終直後は、亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子の夫	Ⅶ-8）	呼吸停止した妻を夫が呆然と見つめていた	Ⅶ-(13)	看護師2人が呼吸が止まっている話をしていた時に犬の綱を手に持ち夫が呆然と妻を見つめていた姿が印象的だった	G1-106	印象的だったのは、私ともう一人の看護師が「呼吸が止まっているね」とて言って、臨終後ご主人がワンちゃんの綱を手に持ち呆然とそれを見つめているという感じだったことです
		Ⅶ-9）	呼吸停止したのは自分が吸引したせいだと思う夫	Ⅶ-(14)	夫に最期は苦しそうだったか様子を伺うと、チョコレートを口にして詰まったので吸引したら呼吸がおかしくなったと気にしているのでそれはないと説明する	G1-101	本人は呼吸が止まている傍で、ご主人にどうだったのか様子を伺うと、最期は苦しそうでしたかと尋ねると大好きなチョコレートを口にして、それがどうも詰まったっぽい感じだったからそれを吸引した後から呼吸がおかしくなったんだって、話をされていました。それでチョコレートが悪かったんだろうかと気にされていたんで、それはないと思いますよと話をしました
		Ⅶ-10）	臨終前と比べて臨終後は気が抜けてしまったと感じる夫	Ⅶ-(15)	臨終前はせん妄があり、大変だったので臨終と共に気が抜けてしまったと感じる夫	F1-50	ご主人もぎりぎりまで、せん妄もあって大変だったから気が抜けちゃったって感じを受けましたね
		Ⅶ-11）	臨終直後は、亡くなったことが受け入れられてないような様子の夫	Ⅶ-(16)	妻が急に亡くなり、臨終直後の夫は、呆気にとられ、ぽかんという感じ亡くなったのが受け入れられてないような様子だった	G1-46	結構亡くなられたのが急で、直後のときのご主人は、呆気にとられたというか、ぽかんという感じで受け入れられないというか、亡くなったのが受け入れられてないようなご様子でした
				Ⅶ-(17)	テレビに映っていた芸人の名前を言ったのが最期の言葉となり、夫はなにをどう言って受け止ればよいのかわからない感じでいる	G1-47	しかも、冗談交じりに、最期テレビに映っていた芸人の名前をおっしゃったのが、それが最期だったらしくって。その遺言が、というかその最期の言葉が芸人の名前だったんですよと…そのね…なにをどう言えばよいかわからない感じでした
				Ⅶ-(18)	妻の最期の言葉に呆気にとられ、いつもの様子で落胆というような感じでもない夫	G1-48	呆気にとられて、結構いつものご様子で、著しく落胆というような感じは受けなかったですね

Ⅶ-4	これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫に違和感を覚える	Ⅶ-12)	これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫	Ⅶ-(19)	臨終時いつも通りの普通に対応	G1-69	(臨終時)なんか普通だったんですよね
				Ⅶ-(20)	これまでの訪問の時のように招き入れて下さり、いつもと変わらず普通に話をする夫	G1-70	まずどうぞどうぞ、こちらです、はいどうぞという感じでとお招き入れて下さるような感じで私はその場に行って、普通にご主人もお話しされていました
		Ⅶ-13)	妻の臨終直後は、これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫	Ⅶ-(21)	訪問時、意思表示はするが、話をあまりしない妻に夫が一方的に話しかけているような感じと臨終直後も変わらない様で普通に話す夫に臨終前と変わらない普通の光景に思える	G1-71	私が訪問に行った頃は、意思表示はされてはいましたが、もうお話はあまりされなくて、お二人が賑やかに会話をしているご様子はなくて、ご主人が一方的に奥さんに話しかけているような感じで、ああなんだよなとか、こうなんだよなとか、昨日あれ食べたんだよなとか話をされていて、奥さんが嫌そうな顔をしたり、うんうんという感じで聞いて話かけているというか、そんな感じでなんか普通に話しているんですよね。すべてが普通だったんですよね
		Ⅶ-14)	これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫に違和感を覚える	Ⅶ-(22)	いつもと変わらない空気が流れているようで夫がどう思っているのか、夫が元々そういう人なのか、看護師がいるからの振舞いなのか、現実感がないのか、呆然でもない様子で普通過ぎて違和感を覚える	G1-72	なんだろう、思い起こして話す感じでもないし、いつもの日常の空気がながれているような気がして、ご主人がどう思っていらっしゃるのかな、大丈夫かなと逆に普通過ぎて違和感もあったし、でもご主人はそういう方なのかなって思ったりもして、私たちがいるから、そう振舞っているのか、まだ現実感がないのか、呆然としている感じでもなかったんです
		Ⅶ-15)	思いも寄らない最期の言葉から夫婦仲を想像する	Ⅶ-(23)	最期の言葉が、芸人の名前だったことについては、大学の同級生で子どもがいないご夫婦が何でも言い合う夫婦仲で、楽しいことや面白いことを共有していた2人だと思った	G1-102	最期の言葉が、芸人の名前だったのは、ご主人とG子さんは、大学の同級生で子どもさんがいないご夫婦だったので、いつまでも恋人同士の感覚なのかわかりませんが、なんでも言い合えるご夫婦仲で、なんていうのか楽しいことや面白いことをお2人で共有していたのかなと思いました
		Ⅶ-16)	照れ隠しなのか妻を亡くしたという寂しさを夫が隠しているのかわからない	Ⅶ-(24)	妻が夫に甘え夫婦で寄り添い生活をしていたのが手に取るようにわかるが、照れ隠しなのか妻を亡くしたという寂しさを隠しているように思う	G1-103	奥様が、ご主人にすごく甘えているというのは凄く伝わってきたし、ご夫婦で寄り添いながらそういう生活をしていたのだと手に取るようにわかって、ご主人もまだお若い分、奥さんが亡くなられたこと、亡くなられたときの寂しさを私には、照れ隠しという感じがしたんです
		Ⅶ-17)	妻の最期の言葉に笑う夫	Ⅶ-(25)	最期に聞いた言葉が午前中までテレビで見ていたお気に入りの芸人の名前だと笑って話していた	G1-104	テレビ見ていて、お気に入りの芸人が出ていたので名前を一言つぶやいて、そういう話を午前中していたら、お昼になって亡くなった。最期に聞いた言葉が芸人の名前なんですよ、ははははとご主人は笑って話していたんです
		Ⅶ-18)	淡々としている夫に、泣いていいんですよと伝える	Ⅶ-(26)	淡々と話す夫に、今は悲しい場面で泣いていいんですよと言うが、今は最期の言葉を思い出しそこしか考えられないと言う感じで夫にとって泣くタイミングではなかった	G1-105	ご主人に、今淡々とそう話いるけど、泣いていいんですよと、今悲しい場面なのだから、泣いていいんですよと言ったんですけど、いや今は最期にいった言葉しか考えられないという感じでご主人の中では、今は泣くタイミングではなかったみたいです
Ⅶ-5	臨終後涙する夫	Ⅶ-19)	臨終後涙する夫	Ⅶ-(27)	本当にその日が来たと言って泣く夫	A1-83	「死んじゃった」とは言ってましたけどね、実際の本当に亡くなるとは思っていたけど、その日が本当に来ちゃったんだって泣いていらっしゃいました
		Ⅶ-20)	臨終後回想しながら涙する夫	Ⅶ-(28)	回想しながら、泣いたり笑ったりする夫	A1-84	（思い出を）語られたりしながら泣いてらっしゃいました。泣いたり、笑ったりされていまいした
Ⅶ-6	これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている夫	Ⅶ-21)	臨終直後の冷静な夫	Ⅶ-(29)	亡くなった後、病床周りを一気に整理する夫	C1-53	結構ドライな人なんですよ。あのCさんが亡くなったときも荷物を一気に整理して、要るものはありませんか？要りませんかとおっしゃって。まずは1階を整理しなきゃいけなから、そういうところまではちゃんちゃんとやっていたんですよ
		Ⅶ-22)	これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている夫	Ⅶ-(30)	これまでの説明と当日訪問の時に状況を伝え、臨終が近いかもしれないことを伝えていた為か、冷静に電話をした後も、他の家族や近所の方に連絡をし、死後の対応をしている夫	F1-44	これまでパンフレットでいろいろ説明もしたし、直前は、ご主人も、もう頑張らなくてもいいのになとこれがあと１週間続いたら参っちゃうよと思いましたが、一生懸命見てくれていて、その日の昼間行った時に血圧は低いし、この後、早いかもしれないっていう説明もしていたので、準備はできていたのかなと思うんですけど、冷静に電話されてきて息子さんたち2人とお嫁さんと近所の方たちとかが来ていろいろ決めて冷静に対応していました
				Ⅶ-(31)	夫が傍を離れていた時に亡くなるが、夫から冷静に電話が入る	F1-42	ご本人は、ちょっと夫が傍を離れた間に亡くなっていて、でもご主人からは冷静に、電話がありました
Ⅶ-7	悔いのない看取り	Ⅶ-23)	肯定的に妻の死を受け止めることができる家族	Ⅶ-(32)	肯定的に妻の死を受け止めることができる家族	B1-40	亡くなった瞬間はご長女さんは涙を流していらしたと思うんですけど、どちらかというと肯定的に捉えられる状況だったと思います
		Ⅶ-24)	悔いのない看取り	Ⅶ-(33)	良かったねと娘から手向けらえた言葉	B1-41	お母さん良かったねというような言葉で、長女様から発言が聞かれたような気がします
				Ⅶ-(34)	あっという間の臨終を迎えたように思うが、夫は在宅での看取りに後悔はない	E1-68	最初は、はいはいと言って胃瘻チューブから水を入れますと言うとお手伝いもしてくれていましたが、クレンメ開いていて水が垂れてきていて、「僕はなにもすることがないですね」と部屋に閉じこもってしまった
		Ⅶ-25)	やれるだけのことをしたと思える夫	Ⅶ-(35)	やれるだけのことをしたと思っている夫	C1-56	直後はそんなにめそめそはしてなかったですね。本当にやるだけのことはやっているもんねって言ったら、そうですとおっしゃってました
		Ⅶ-26)	妻の死を受容しているように見える夫	Ⅶ-(36)	妻の死をある程度受けいれていると思う	G1-73	ある程度受けいれているのかなとかいろいろ感じましたね
Ⅶ-8	臨終時に労いの言葉をかける	Ⅶ-27)	臨終時の声かけ	Ⅶ-(37)	臨終時、妻を見送れてよかったですねと声を掛ける	C1-55	亡くなったときにご主人に、見送ってあげられてよかったねって言ったら、そうですねって言ってましたね。家で看取れてよかったねって言ったら、そうですねとおっしゃっていました

Ⅶ-9	夫や家族と一緒に エンゼルケアを行う	Ⅶ-28)	夫と一緒にエンゼルケアを行う	Ⅶ-(38)		A1-82	私を指名してきたんです。エンゼルケアに●さんが来てくださいって。だから訪問を早めに、別の方のお宅は早めに切り上げて、Aさんの家に行って、一緒にエンゼルケアをしました。
				Ⅶ-(39)	夫と一緒にエンゼルケアを行う	A1-85	1時間くらいですか（ご主人も一緒に入られエンゼルケアを）2人だけで行いました。
		Ⅶ-29)	臨終後の妻に、夫と共に清拭を行う	Ⅶ-(40)	臨終後、夫と共に清拭を行う	F1-52	家族側からも、これについては私がやっているのでと、例えば、病院の送迎は私がしているので、わたしに連絡をくださいとか、薬をどれをもらってきてほしいとか要望もちゃんとあり、割と役割分担がしっかりされていた感じです
Ⅶ-10	夫に見せない方がよいと判断し、夫に見せないようにエンゼルケアを行う	Ⅶ-30)	夫には血まみれの妻の最期の姿見せないようにエンゼルケアを行う	Ⅶ-(41)	大量の出血による窒息死であるが、夫には血まみれの姿を見せられないと娘と二人で判断する	D1-58	大出血で、既にコアグラになっていて、拍動はしないけど、まだ体温は残っていて、吸引機で口の中のものを吸って、瓶の半分くらいが真っ赤になりました。それはご主人には見せられないからと娘さんへ話して、娘さんもこういう死に方だからですねとおっしゃていた
		Ⅶ-31)	夫には見せないために、本来は一緒に行ってもらうがエンゼルケアを看護師と娘だけで行う	Ⅶ-(42)	本来は家族にも一緒に行っていただくエンゼルケアも壮絶な感じがするため、夫には参加してもらわないようにする	D1-59	医師が来て、最期のケアをするときに、普通は家族やご夫婦にはしてもらうけど、あまりにも壮絶だったんで、無理だと思いました。側臥位にするとね、お顔がねちょっと変形して、がんがん出血しているから、この辺も変色して。エアマットにまで全部しみていました、1M半くらいは。これは、パパには見せられない、きれいになってからにするってことで、娘さんとエンゼルケアしていきました
Ⅶ-11	妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを行う	Ⅶ-32)	本人の事前意思の湯灌や死装束の更衣の前にエンゼルケアとしての吸引などの処置を行う	Ⅶ-(43)	葬儀屋の湯灌と本人の希望した寝間着では出ないという姿になる前に、大出血した後の吸引処置を夫には見せないように行う	D1-60	葬儀屋さんに湯灌をしてもらうとなっていたのですが、このマンションを出るときに寝間着では出たくないとそう言ったので、簡単にと思いましたが、大出血しているわけだから、鼻から、なにから全部出ていたのでわたしはきれいに掃除しました。絶対家族にはみせてはいけないというお姿での亡くなり方でしたね
Ⅶ-12	妻へのねぎらいの言葉を掛けるよう夫に促す	Ⅶ-33)	妻の痩せた体を見て、亡くなった妻に、人間の体はすごいなと言う夫	Ⅶ-(44)	清拭をしながら、妻の痩せた体を見て、夫が亡くなった妻に、人間の体ってすごいなと言う	F1-53	臨終前には、訪問入浴をご本人が拒まれたので、ご主人と一緒に、体を支えて向き変えてもしんどいからご主人に支えてもらいたいって言ってたんですけど、食べてない状態で、もともと細かったんですけど、痩せちゃった身体を見て「人間の体ってすごいな」と言ってました
		Ⅶ-34)	妻をねぎらう言葉を掛けるよう夫に促す	Ⅶ-(45)	人間の体ってすごいなと言った言葉を聞き、改めて妻に声を掛けるよう促す	F1-54	ご主人に聞こえてるよ、お母さん聞いてるよって言ったら亡くなった後も体を見て、こんなに痩せちゃってていう感じで人間の体ってすごいなって言ってました
Ⅶ-13	お通夜に伺い、夫の様子をうかがう	Ⅶ-35)	お通夜に伺い、夫の様子をうかがう	Ⅶ-(46)	お通夜に行き、息子さんたちと一緒なので大丈夫だろうと思う	H1-51	最初、お通夜に行かせていただいて、息子さんたちもいらっしゃるので多分大丈夫だろうなと思いました

Ⅷ. 死別期

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNO(Ⅷ-　)	サブカテゴリー	コードNO Ⅷ-()	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅷ-1	グリーフケアのための訪問時期を見図って 夫を訪問する	Ⅷ-1)	清算とう別の名目で死別後の夫へのグリーフケア訪問を行う	Ⅷ-(1)	最後の会計の領収書を持参し、お焼香に伺う	F1-57	領収書を持って訪問した時はお焼香しました
				Ⅷ-(2)	死別後は清算という名目を兼ねてグリーフケアの為の夫への訪問を行う	B1-64	私たちのステーションでは、グリーフケアと兼ねて利用料金の清算をかねて訪問するというもう一つの名目もありましたので訪問させてもらえたら、お線香をあげに行かせてもらうという形のグリーフケアとして伺っています
		Ⅷ-2)	グリーフケアは頃合いを見図って伺う	Ⅷ-(3)	儀式や手続きなど落ち着く1ヶ月後に夫の訪問を行う	B1-65	それ（落ち着いた時期を見計らっての時期）で1ヶ月後というのはあります
		Ⅷ-3)	一緒にケアに入ったスタッフが死別後の遺族への訪問を行う	Ⅷ-(4)	主担当の看護師だけでなく、一緒にケアに入ったスタッフが死別後の様子を伺いに訪問する	B1-66	担当の看護師だったり、いっしょにケアに入っていた看護師だったりします。チームの中で。居宅もあるのでケアマネが同席したりもありました
Ⅷ-2	2週間後の不要物品の片付けを兼ねて訪問する	Ⅷ-4)	2週間後に、貸出物品の片付けを兼ねて直接夫の様子を観察する	Ⅷ-(5)	2週間後に不要な貸出物品や衛生材料などの片付けと、妻の仏事と夫の様子をうかがうためにに訪問する	D1-106	1周忌までお骨は取っておいて納めるんだと言っていて2週間経ったとき、いろんな残った物品とかを使ってくださいって、言ってくださって全部私が頂いてきたりしました
		Ⅷ-5)	死別後2週間の夫に、ケアさせて頂いた謝意と困った時に電話をとお伝えする	Ⅷ-(6)	2週間後の訪問時に、妻の終末期が良い最期だったことを伝え、自分たちも学ばせて頂いたことや困ったことがあれば、いつでも電話下さいと夫に伝える	D1-122	2週間後家に伺ったときに、とにかくお父さん元気でいなきゃだめよって伝えました。でも時々娘さんが1週間か2週間に1回いらしゃってるって話だから、いい最期でしたと経過の中での最期はってことだと思うけど、私たちも十分ではなかたけど勉強になりましたってことをお伝えしたり、困ったことがあれば、電話くださいねって言っておきます
Ⅷ-3	臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って訪問する	Ⅷ-6)	死別後、時間経過しても淡々としている夫	Ⅷ-(7)	死別後、時間が経っていも夫は淡々としている	G1-107	時間が経ってご主人の中で感情の変化がありましたかと聞いた時、ご主人の様子は、やっぱり淡々としていました
		Ⅷ-7)	臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って直接訪問する	Ⅷ-(8)	臨終のときの夫の様子が気になり、電話し、ランチを一緒に食べると言う名目で訪問し、2人でお弁当を食べながら話をしました	G1-109	臨終のときの淡々とした様子が気になり、電話し話をした時に、お昼ご飯を一緒に食べることになり、訪問し買ったお弁当を持参し、2人でお弁当を食べながら話をしました
		Ⅷ-8)	妻亡き後の夫が悲しむことができているのか気になり、訪問する	Ⅷ-(9)	妻を亡くして悲しむ時期であるが、介護と看取りの自らの経験や訪問看護について世間に広めたいと考えている夫が、本音で語っているのか、自分の気持ちにふたをしていないか、感情をあらわにはされないのか、今後感情を出していくと良いと思って接訪問をする	G1-110	医療関係の仕事をしているご主人は、今まで在宅看護がわからなかったけど、自分が経験したことで、家で人が一人亡くなることが、どれだけ、凄いことかと訪問看護師のことをもっと他の人に知ってほしいから自分の経験を世間に広めたいとおっしゃっていて、自分の奥さんが亡くなってまだ悲しんでよい時期なんですが、なかなかスケールの大きなことを考えていらっしゃって、本当に今のご主人の本音なのか、自分の気持ちに蓋をしているのか、本音を話しているのか、もともと落ち着いた淡々とされた方なので、感情を露わにしないのか、今後もかかわっていく中でもうちょっと感情を出されると良いなと思っていました
Ⅷ-4	困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく	Ⅷ-9)	死別後もいつでも相談してもらってよいと伝える	Ⅷ-(10)	死別後も医療的なことや困りごとがあれば、遠慮なく相談してほしいとか声かけてほしいと伝える	B1-85	ご本人は亡くなっているので、そのあとかかわりは無くなりますが、もし、医療的なことであったりそういうことで困りごとがあれば、遠慮なく相談してほしいとか声かけてほしいとか伝えています
		Ⅷ-10)	妻の生前からいつでもメール・電話をしてよいですと伝えて妻の死別後も続くやり取り	Ⅷ-(11)	朝晩の訪問以外に、いつでも電話してよいですと伝えていたのでメール・電話でのやり取りが妻の死別後も続いている	H1-83	今も続くメール・電話でのやり取りは、朝晩で訪問している上に、いつでも電話してよいですと伝えていたかもしれないです
		Ⅷ-11)	健康面で困ったら連絡するように伝えておく	Ⅷ-(12)	妻のために食事を作っていた夫を料理ができるとアセスメントし、生活に関する助言というのはしないが、何か困ったことや健康面で困ったことがあったら連絡するように伝えておく	G1-112	奥様が乳がんになった理由は、動物性たんぱく質をとっていたせいだと思い、かなりストイックな食事療法をするための食事を作っていたのはご主人なので、生活に関しては、料理ができる方とわかっていましたし、あとは犬の世話があるとか、まだお仕事をもっていらっしゃるの知っていたので、生活に関する助言というのは大きなところではしていないですが、なにか困ったことがあったら、健康面でなんでも困ったことがあったら、ぜひ連絡をくださいとお伝えしてました
		Ⅷ-12)	これまでの経緯が分かっているので気軽にいつでも連絡して構わないと伝える	Ⅷ-(13)	すぐ返せないこともあるが、これまでの経緯が分かっているので気軽にいつでも電話やメールで良いので連絡して構わないと伝えている	H1-85	すぐ返せないこともあるけど、今までいろいろな話してきましたので、気軽にいつでも電話でもメールでも構わないので連絡してくださいと伝えています
Ⅷ-5	妻の死後3日から2週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする	Ⅷ-13)	妻の死後3日程度はスタッフが交互に弔問	Ⅷ-(14)	妻の死後3日程度はスタッフが交互に弔問する	D1-104	亡くなって、3日くらいは、うちのスタッフが交互に行ったりしてましたけど
		Ⅷ-14)	妻の死後3日から2週間は夫の様子をうかがう電話や訪問をし、夫の様子を見守る	Ⅷ-(15)	2週間までは訪問したり、電話の様子で夫の状況や葬儀などの行事が行われているかなど話を聞いたり、見守っている	D1-105	お礼のお電話を頂いたりして、別に憔悴はしてはいなかったふうでもなく、2週間くらい経ったくらいに訪問したら、仏壇は置かないとおっしゃっていましたね。それは、鼻から言っていて、それは生きている時から2人でお花と写真を置くだけで、戒名もなく無宗教でって言うので、葬儀は家族葬でということでした
		Ⅷ-15)	娘が滞在している間は、3食食べていることを確認する	Ⅷ-(16)	妻の死後1週間は娘が夫と共にいて3食の世話を受ける	D1-107	その時は結構元気で3食きちんと食べていていたし、ちょっとがっくりした感じはあるけど、でも娘さんは1週間くらいは泊まっていたみたいですけどね
Ⅷ-6	死別後1ヶ月半から2ヶ月経過した頃、電話で様子を伺う	Ⅷ-16)	死別後1ヶ月半から2ヶ月経過した頃、電話で、夫の様子を伺う	Ⅷ-(17)	1ヶ月半から2ヶ月経過した頃、電話で生活の様子を伺い、体操教室の参加や家事の失敗を知り、介護保険申請を促す	D1-108	そのあと1か月半あけて、電話をしたら、マンションの中で体操教室をやっているらしく、そこに1週間に2回通っているって。それで買い物はそのマンションの中に小さなスーパーがあってそこに買いに行ってるって聞きました。それで1回鍋こがしがあって、もう1回介護認定をお勧めしたんですが要介護者じゃないと。勿論、断られました
Ⅷ-7	死別後2ヶ月は、社会参加や精神面を観察する	Ⅷ-17)	通夜後1ヶ月-2ヶ月の夫を訪問し、精神面を観察する	Ⅷ-(18)	通夜後1ヶ月-2ヶ月くらいのご主人お一人の時に訪問し、納骨やまだすることがあったから、精神的にはそんなには、落ちていないなって感じは受けました	H1-52	お通夜が済んだ後1ヶ月-2ヶ月くらいのご主人お一人の時に訪問し、納骨やまだすることがあったから、精神的にはそんなには、落ちていないなって感じは受けました
		Ⅷ-18)	死別後2ヶ月で妻の介護中はできなかった趣味を再開されたという印象を受ける	Ⅷ-(19)	妻の介護中はできなかった趣味の社交ダンスに週2-3回通い始められ、趣味を再開されたという印象を受ける	H1-53	今まで奥さんの介護で行けなかったのですが、週2-3回社交ダンスに通い始められて、ご主人の趣味を再開されたという印象を受けました

Ⅷ-8	死別後の夫・家族からの独居生活について電話報告がある	Ⅷ-19）	独居となった生活についての近況報告を家族や本人から電話で報告を受ける	Ⅷ-(20)	料理の失敗はあっても一人で生活できていることや体操教室に通っているなどの近況報告を娘や本人から電話で報告を受ける	D1-109	だから台所をIHにするって言ってましたね。それでも一人でやっているし、あとちょうど、娘さんから孫が生まれたって話が来たの。それで話したら体操教室通っているって言ってて。だから意外に私にも電話くれたりしてますね
Ⅷ-9	死別後1年で夫から健康状態について知らせをもらう	Ⅷ-20）	死別後1年で夫からがんに罹患した知らせをもらう	Ⅷ-(21)	ラインやメールでのやりとりが続くが死別から1年後に夫から咽頭がんになったという連絡をもらう	H1-54	時々、メールで様子を知らせて下さっていましたが、ご主人から咽頭がんになったという連絡を1年後位に頂いたんです
		Ⅷ-21）	夫婦仲が良かったので妻が夫を迎えにきたのだと案じる	Ⅷ-(22)	夫婦仲が良かったので妻が夫を迎えに来るのだと心配する	H1-55	仲がいい夫婦は早くにお迎えが来ちゃうのだと心配になったんです
				Ⅷ-(23)	仲のいい夫婦は3年以内に迎えに来ると言うのでお迎えが来たのだと思った	H1-56	仲のいい夫婦は3年以内に迎えに来るってよく言うから、やっぱり迎えに来たんだと思ったんです
				Ⅷ-(24)	死別後1年くらいだったのでお迎えが来たのだと思った	H1-57	死別後1年くらいだから、やはりお迎えが来たのだとあの時は思いました
		Ⅷ-22）	近況の報告時期が1周忌だったので、お焼香に伺う	Ⅷ-(25)	ダンスのレッスン再開の連絡時期が1周忌だったのでお焼香に伺う	H1-61	亡くなった翌年の1周忌が終わってダンスのレッスン行ってきましたって連絡があり、そろそろ1周忌ですねとかいうことでお焼香に行きますという感じで伺っています
Ⅷ-10	妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける	Ⅷ-23）	妻の死後もメールでのやり取りで夫の近況を知りつつ気にかけている	Ⅷ-(26)	妻の死後も季節の挨拶などメールでのやり取りで、遠巻きに見守る感じで夫の様子気にかけている	G1-111	その後、時々メールのやり取りがあって、春の時期になったら、お庭の花がきれいに咲いているので、近くまで来たら立ち寄ってくださいとか季節の挨拶を頂いたりして、わたしも近いうちにお伺いしますと返信するなど、そういうやり取りはありますね
				Ⅷ-(27)	メールでドラマや息子さんの話を知らせて下さるときは元気なんだと思う	H1-58	その後1か月後には、当時流行していたドラマと息子さんたちの話をメールでくださったりしたので、そういう時は元気なんだ、大丈夫なんだなと思っていました
		Ⅷ-24）	死別後49日から1年後近況について夫からメールで連絡があり、その都度返信する	Ⅷ-(28)	49日まで忙しい様子や家族が来たことなど近況について夫からメールで連絡があり、その都度返信する	H1-59	なんだかんだ49日まで忙しくされていて、家族が遊びに来たなど、その1年間はご主人からメールで連絡を頂いたりして、その都度返信していました
		Ⅷ-25）	死別後1年は夫から度々メールで近況について連絡がある	Ⅷ-(29)	季節の挨拶やダンスの再開や近況について死別後1年は度々メールで報告がある	H1-60	紅葉がきれいですとか、ダンスを再開しましたとか季節の挨拶や近況について1年くらいはちょこちょこメールが来ていました
		Ⅷ-26）	メールや電話で夫の身体状況だけではなく、社会参加など近況について知る	Ⅷ-(30)	身体状況についてだけではなく夫がフォークダンスの講習会に誘われたことやそこでの出会いなど近況についてユーモアたっぷりのやり取りもする	H1-86	メールや電話では、体の具合が云々かんぬんだけではなく、「小学・中学生以来のフォークダンスの講習会に誘われました。出会いがあるかとときめいています」「いいなと思った女性がいたら、しっかり手を握ってご主人も元気ですかと聞いてくださいね」というような近況などユーモアたっぷりのやり取りもしています
		Ⅷ-27）	メールや電話のやり取りから夫の近況について知り、健康であると確認する	Ⅷ-(31)	70歳を過ぎていてもパソコンを使えるのでメールのやり取りから近況の報告を受け、友達と外出している様子などを知り、そのやりとりから元気でいることを知る	H1-87	70歳過ぎていても自営でパソコンも使えたので、メールのやり取りもできるんでしょう。「友達にキャバクラに誘われました」「悪い女の子に騙されないようにしてくださいね」とか、そういうことが言えるのはお元気でいられるということです
Ⅷ-11	死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う	Ⅷ-28）	死別後の夫を気にかけ、生活の様子を伺いに行く	Ⅷ-(32)	死別後の生活の様子を伺いに行くが、それなりに元気にしている様子を知る	B1-61	緊急時、状態が変化したときに、受け入れる受け皿の用意があるかないかでやっぱり全然違う気がしました
		Ⅷ-29）	死別後の夫の健康を気遣う	Ⅷ-(33)	妻の臨終後も、夫へは連絡したり、機会があるごとに声を掛けたりして様子を伺う	C1-71	●男さん元気にしてるのって時々連絡したり、あったときに声を掛けています。元気だよって。ただ体力は落ちてきてるから、でもそれをなんとか気力で乗り越えてるのかな。ご主人は、今みたいな、外とのかかわりなかったら、たぶんもう倒れちゃっていると思う
		Ⅷ-30）	妻の死後の食事や睡眠や生活の様子について観察する	Ⅷ-(34)	妻の死後の仏事や夫の食事や睡眠の状況や死後の手続きの様子について伺い、悲嘆にくれていないか観察する	F1-58	実際時間がなくていつもお願いしている往診医の先生を何か所かと、ネットで検索して訪問エリアに入っているというところで、1週間くらいで動いたと思います。他の利用者様がさておきみたいな感じでやらないといけないことでそのことに集中して探しました
		Ⅷ-31）	女性が夫より先に亡くならない方が男性にとっては良いと思っている夫	Ⅷ-(35)	女性が夫より先に亡くならない方が男性にとっては良いと思っている夫	F1-59	退院後は、まだ少し動いていて、入院前と同じとはいかないんですけど、お父さんだけでも見てられるかもという数日があって今まで通りに、食べ物とかも並べて、何日か食べられたんですよ。お寿司とか好きだったので持てない、食べられない、飲み込めないで、介助をちょっと変わってみたりしながら食べてはいました
		Ⅷ-32）	夫の担当ではないが、死別後の夫の健康や生活今も気遣い、連絡しあう存在死別後の夫の健康を気遣う	Ⅷ-(36)	妻の担当者であり、夫の担当ではないが、死別後の一人になった夫の健康や生活今も気遣い、連絡しあう存在としている	C1-73	私は奥さんのケアマネだから終了していて、ご主人は、それからは一人でやっていたんです。訪問看護からの勧めで認定受けましたよって、よかったねって。だからみんなが見張ってくれているんですよ。だからああやっていられるんです
Ⅷ-12	在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じている夫	Ⅷ-33）	死別後の夫が、訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと親族に勧める	Ⅷ-(37)	死別後の夫が、訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと自分の母親の介護中の妹に勧める	A1-77	お亡くなりになった後は、そんなに頻繁にご主人に会うことはなかったんですけど、、在宅医療を受けてから、良かったという思いはあったみたいで、ご主人は、妹さんが見ている認知症のお母さんがまだご存命で（訪問看護が）良かったから勧めるんだって言ってました
		Ⅷ-34）	死別後の夫の言動から在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じる	Ⅷ-(38)	訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと勧めている言葉から在宅介護や看取りに悔いがなかったと実感する	A1-78	だから悔いがなかったんだろうなって。寧ろ、やってよかったて思ったんだろうなって、だから自分の知っている人に訪問をすすめたり、なんで看護師さんが来た方が良いのかってことをご主人なりに思うところがあって勧めてくださったのかなって言うのがあります
		Ⅷ-35）	多少の悔いはあるもののやりきったという思いがあり、後悔はないと思う	Ⅷ-(39)	夫は、多少の悔いはあるもののやりきったという思いがあり、後悔はないと思う	A1-80	（悔いのないようにやりきったという思いがおあり）じゃないかなと思うんですけど。そのあとどうなったかとか、要所要所では、ああすればよかった、こうすれば良かったってあるかもしれないけど、（介護や看取ったことに）後悔はなかったんじゃないかなと感じてはいます
Ⅷ-13	3回忌にスタッフと交流の希望する夫	Ⅷ-36）	3回忌でケアしたスタッフへと交流の場を持ちたいと夫から提案がある	Ⅷ-(40)	3回忌に妹さんたちが、お世話になった人達を呼んで集まろうと提案があり、ケアしたスタッフも集まることになる	C1-79	だからこそ皆さんが、3回忌のときは妹さんたちが、お世話になった人達を呼びましょうと言って、お兄さんに言ったみたいで、3回忌に集まることになりました

Ⅷ-14	妻の生前と変わらず生活している様子の夫	Ⅷ-37)	妻の生前と死別後の夫の生活が変わっていないことを知る	Ⅷ-(41)	死別後、妻の生前と同じように仕事ができている様子を見て、生前の夫が自己実現ができていたのだと思う	A1-79	お仕事もずっと介護しながら続けて行ったので、そこは変わらず、本人の自己実現できながら、（介護）できていたの同じように仕事もできて良かったというのにつながっているのかなと思います
		Ⅷ-38)	死別後は、いつもどおりちゃんとやっていますという感じの夫	Ⅷ-(42)	死別後の時間が経過した夫に会った時には、いつもどおりちゃんとやっていますという感じだった	A1-99	ご主人はそこまでの悲嘆は抱えてなかったかなって思ったんで、エンゼルケアのときにお話しして、お母さんの訪問に入ったときもいつもどおりのご主人だったので、ちゃんとやっていますという感じだったから、なにかご主人に私たちから助言をするようなことはなかったんですよね。とても自立されている方だったので、浸る、悲しみに明け暮れるような方ではなかったんです
Ⅷ-15	家族の訪問や支えがあり、悲嘆に暮れないでいられる夫	Ⅷ-39)	高齢の為、子どもに心配される死別後の夫	Ⅷ-(43)	高齢の為、娘に心配される死別後の夫	B1-63	やっぱり医療職だと構えてしまうご家族とかもあるとは思うので、少し敷居を低くというか生活える最前線にいるのはヘルパーさんたちだから、そこはキャッチしやすい職業かなと思います
		Ⅷ-40)	家族の支えがあり、悲しみに暮れてはいない夫	Ⅷ-(44)	夫には、家族の支援があり、何かすることもあって悲しみに暮れ何も手につかない状況ではない	E1-74	たぶん、本当に家族のフォローがいいので、一人になって何もすることないのと言う感じではないので悲しみに暮れて何もできなって言う状況ではなかったです
		Ⅷ-41)	時々孫や娘の訪問がある	Ⅷ-(45)	孫や娘が時々顔を出してくれる	E1-76	亡くなってリフォームの話が出ていて、家族一緒ではないけど、お孫さんももう大きいので行き来して顔出してくれてそうですね。ご主人を亡くした長女さんと、支えあいながらじゃないですけどあまり寂しいこともなく過ごしています
		Ⅷ-42)	孫の世話をしている夫	Ⅷ-(46)	近所に住む孫の送り迎えなど孫の世話をしている夫	F1-60	近くに住む息子さんのお子さんが、中学生と高校生なんですけど、遅刻しそうだとたまに車で送ってあげたり、もう孫の世話とか。運転してますね
		Ⅷ-43)	臨直後家族がいる期間は、夫のすることはなく、孫の世話で気をまぎらわす	Ⅷ-(47)	臨終直後の長男・次男夫婦がいる間は、ご主人はすることはなく、お孫さんの世話をして気をまぎらわす	H1-72	長男・次男夫婦が臨終直後は何日間か居て、ご主人がすることはなく、お孫さんの世話をして気はまぎれていたんです
		Ⅷ-44)	家族が泊りがけで来るときに嫁にも気を遣い家事をする夫	Ⅷ-(48)	息子さん家族が来る時の話から寝具の準備や台所と仏壇、お風呂の掃除なども嫁にも気を遣う夫の暮らしぶりを知っている	H1-97	掃除が行き届いていて、息子さん家族が来る時もお孫さんの為のシーツの準備や台所と仏壇、お風呂もピカピカに磨いて、汚いと嫌だろうとお嫁さんたちにも気を遣うんです
Ⅷ-16	死別後遺品整理と住みやすい家にすることを考え始める夫	Ⅷ-45)	死別後遺品整理と住みやすい家にするための整理やリフォームを行う	Ⅷ-(49)	死別後、リフォームの話が出て、遺品整理と必要なもの・不要なものの仕分けをする	E1-75	もう少し長く生きていらっしゃると思っていたので、お母さんの存命中に本当はリフォームの話が出ていましたが、今、帰ってくるとごちゃごちゃごちゃするのでと、そこは察して、結構早い時期にそのリフォームの話を進めて、そのときに場所を移したり、お母さんの遺品整理も進めて、仕切り直しじゃないけど、思い出を全部捨てるわけではないけど、必要なものは取っておく、いらないものは捨てるという仕分けをしてました
		Ⅷ-46)	妻亡き後の家に住み続けるために妻の使っていたものの片付けを始める夫	Ⅷ-(50)	妻亡き後の家に住み続けるためにリフォームを考え、妻の使っていたものを片付けようとして忙しいと言う夫	G1-108	臨終のときの淡々とした様子が気になり、電話し話をした時に、お昼ご飯を一緒に食べることになり、訪問し買ったお弁当を持参し、2人でお弁当を食べながら話をしました
Ⅷ-17	死別後の方が落ち着きを見せる夫	Ⅷ-47)	娘に注意されるようなことを妻の死後しなくなる夫	Ⅷ-(51)	視力低下があり、車の運転をしないよう言娘から注意されていたが、妻の死後落ち着きをみせる夫	E1-43	ご主人は、手術をしてから左目があまり見なくなっていて。日常生活には支障がなく動けているんですけど、先生から車の運転とかはするなって言われているにもかかわらず、内緒で運転して娘さんに免許証を取り上げられてみたりとか、ここに至るまでいろいろあって、徐々に家族の協力となんだかんだあって、奥さんが亡くなってから逆に落ち着いたというか
		Ⅷ-48)	死別後の生活の方が落ち着きをみせる夫	Ⅷ-(52)	妻の介護期間中は、ストレスがあったのか、死別後生活は落ち着いてきている	E1-44	お母さんを見ていることでストレスがあったのか。それで娘さんが近くに引っ越されてきて、余計に食べたりはしますが生活自体は落ち着いてはいます
Ⅷ-18	社会参加している夫	Ⅷ-49)	死別後のお焼香の為の訪問で夫の老人会館に行っていることを知る	Ⅷ-(53)	死別後のお焼香の為の訪問で、老人会館での将棋に参加している夫の様子を知る	F1-51	最期お焼香に行った時には、将棋を指しに行ってるって言って老人会館みたいなところに行ったら、ダンスをしていて男一人でハーレムみたいだったって言ってました
		Ⅷ-50)	死別後自分なりのペースで生活し、地域と交流があるの夫	Ⅷ-(54)	自分なりのペースで生活し、地域と交流があることを知っている	C1-57	もう自分の生活を自分なりのペースでやっていらっしゃいますからね。地域の老人の集まりにもいかれる方だし、自立してると思いますよ
		Ⅷ-51)	地域の人の交流がある	Ⅷ-(55)	お寺の住職や地域の人との交流があることを知る	B1-62	生活能力自体落ちてはいるのでヘルパーさんが入ってくれることで自分の入ってない時間の本人やご家族の様子はわかりました
		Ⅷ-52)	患者会参加している夫	Ⅷ-(56)	患者の会へ参加するなどこれまでの生活と変わらない様子を知っている	C1-58	それから患者会の会合もちゃんと出て、やっておられるので、本当にかわらないんです
		Ⅷ-53)	夫の体操教室や囲碁などコミュニティ参加	Ⅷ-(57)	妻との死別後のがマンション内の体操教室や将棋倶楽部に通っていることを知り、夫のコミュニティ参加を気にかける	D1-124	娘さんが散々嫌だったのに体操教室に行き始めましたよと言っていました。将棋クラブとかもこのマンションの中にはあるので、そういうのに行くって言ってるらしいんです
Ⅷ-19	介護終了後の心の空洞や死別の喪失感は大きい	Ⅷ-54)	介護終了後、心の空洞ができると思う	Ⅷ-(58)	介護し終えたら、何しようかとぽっかり心に穴が空いてしまうのだと思う	H1-89	やることが全て終わったら、何しようかなとぽっかり心に穴が空いちゃうのだろうなと思います
		Ⅷ-55)	死別後の喪失感は極まりないと思う	Ⅷ-(59)	死別後は喪失感が極まりないと思う	H1-90	今回のケースではないですが、死別後は確かに喪失感が極まりないとは思う
Ⅷ-20	遺品をなかなか片付けられない夫	Ⅷ-56)	妻への思慕から遺品をなかなか片付けられない夫	Ⅷ-(60)	踏ん切りがつかず、妻の遺品をなかなか片付けられない	C1-54	ところが今もなお、2階の彼女のものはまだ片付けられないって言ってましたもんね。やはりそこらへんが踏ん切りがつかないのか。わたしこの前会った時、ご主人は、結構ウエットな部分もあるんだなって思いました
Ⅷ-21	いつでも連絡・相談してきてよいことを伝えておく	Ⅷ-57)	心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える	Ⅷ-(61)	心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える	F1-67	なにか心配なことがあったらいつでも電話してきてください。Tが対応しますからって言っています
		Ⅷ-58)	独居の為、緊急時に備えて家の中でもいつでも連絡してこれるように、常に携帯もち歩くように伝える	Ⅷ-(62)	いつでも連絡してこれるように、独居で家の中で倒れた時のことを考慮し常に携帯もち歩くように伝えている	H1-84	いつでも連絡してきていいですと言う助言が最初ですが、ご主人は独居だから、家の中で倒れることもあるので常に携帯もち歩いて下さいと伝えています

Ⅷ-22	日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝える	Ⅷ-59)	仏壇のお供えをすることが毎日の夫の食事につながるので続けるように伝える、	Ⅷ-(63)	夫に仏壇にお供えのご飯を毎日あげることで、自分の食事をとることにつながるから続けるように伝える	F1-68	ごはんを（仏様）にあげなきゃいけないからって、それをしていると自分のご飯は食べるから、それはずっと続けた方が良いですよって言いました
Ⅷ-23	コミュニティへの参加を促す	Ⅷ-60)	夫のコミュニティへの参加を望む	Ⅷ-(64)	夫のコミュニティへの参加を望んでいる	D1-123	地域の方とはちゃんと関わっていますよね。だけど、やはりどこかに関わってほしいと、どこかにコミュニティの中に参加してほしいと思います
		Ⅷ-61)	コミュニティへの参加を促し、外出するように伝える	Ⅷ-(65)	女性ばかりの場所でも極力外出することを続けるように伝える	F1-69	やっぱり、ぽっかり穴が空いたって言ってましたからね、外に出てるって言っていたから。それも続けてくださいって。ハーレムでもいいじゃないですかって言いました。そういうの聞いた方が安心です
		Ⅷ-62)	独居男性にとって自治会への参加を勧めてくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要	Ⅷ-(66)	独居男性に自治会への参加を勧めてくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要と思う	H1-64	一人暮らしの男性に、独居なんだから自治会に参加した方が良いよと誘いに来てくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要かなと思います
		Ⅷ-63)	夫自身の社交的性格もコミュニティ参加には必要な要素と思う	Ⅷ-(67)	夫自身の社交的な性格がコミュニティ参加を勧めてくれる	H1-65	もともと社交的なご主人だから誘いにも来てくれてみたいなところもあります
		Ⅷ-64)	自治会参加は地域のコミュニティ参加につながる	Ⅷ-(68)	自治会には参加しないという性格の人であれば地域のコミュニティの参加はない	H1-66	自治会には参加しないという性格の人だと、自治会だとか地域のコミュニティの参加はないと思います
		Ⅷ-65)	趣味や社会参加などでつながていた方が良い	Ⅷ-(69)	趣味や社会参加などでつながていた方が良いと思う	H1-67	趣味や社会参加などでつながていた方が良いと思います
Ⅷ-24	コミュニティでの役割・参加状況を観察し、助言する	Ⅷ-66)	なにかできることがあると思える役割を死別後の男性高齢者は持った方が良い	Ⅷ-(70)	死別後の男性高齢遺族であっても介護される人としての弱者でなく自分にも子守やなにかできることがあると思えるなんらかの役割や家族の理解があったほうがよいと思う	D1-131	昭和の一桁の人ってちゃんとしてなきゃだめなのよ。この世代の昭和の方は特にね。 私の父も母が25年前に他界して、突然死んでなにもわからないけど、父がいうのに自分が救われたのは、私が、故郷に帰っていたのね、子どもを連れてね。で、それまでまごまごしていたのが孫の子守や世話することで救われたといっていたのね。じいちゃん、じいちゃんって言われて役割とかその後の役割とかやっぱり必要じゃない。だから●さんもきっと自分で体操教室に通って、自分は要介護や要支援ではないって言うのが役割であり、鍋を焦がしたらIHに変えようという娘が心意気がこれから生きていく彼のサポートなんです
		Ⅷ-67)	自治会の仕事などコミュニティ参加の様子と心理的ストレスを観察し助言する	Ⅷ-(71)	自治会の書記の仕事は、動悸がする程ストレス感じるのならしなくても良いのではと助言するが、断れない様子の夫	H1-96	自治会の書記だから、自治会の仕事はいろいろ考えて動悸がするんだよとおしゃっていて、ストレス感じるならしなくていいのではと言ったんですが、断れないみたいなんですよね
Ⅷ-25	夫へ妻の介護と看取りまでのねぎらいの言葉をかける	Ⅷ-68)	一所懸命頑張って妻の介護をしたことを労う言葉を夫に伝える	Ⅷ-(72)	男が先に逝くべきだと言う夫に、妻の介護を一所懸命頑張って介護していたと労いの言葉をかける	F1-70	そこで男が先に逝くべきだなって言ってましたが、一所懸命がんばって、ご主人本当によく頑張りましたよって言ったら、「まあ夫婦だからな」と言ってましたよ
Ⅷ-25	訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話をする	Ⅷ-69)	訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話をする	Ⅷ-(73)	死別した妻の思い出話をしながら夫のケアを行う	E1-90	助言という助言はしてないですけど、最初にお父さんのところに訪問したときには、お焼香させてもらいつつ、思い出話したりしながらケアしていました
		Ⅷ-70)	1周忌のお花のお供えと、訪問看護の度に、亡き妻の話を夫とする	Ⅷ-(74)	忘れないようにするわけではないが、１周忌にお花をお供えし、お宅に訪問する度には、亡き妻の話を夫とする	E1-91	1年後とかにも命日にはお花を持って伺って、訪問看護かなんかで行きました。忘れないようにしているわけではないのですけど、ことあるごとに訪問では、奥さんの話はするようにしています。今日も行った時に話をしたんですけど、まだ夢に2回しか出てこないんですよって。じゃあ今日凄い考えたら出てくるんじゃないって話をしていました
Ⅷ-26	夫の健康状態の連絡を受けると様子を伺いに訪問する	Ⅷ-71)	夫の病気を知り、死別後1年後以降は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する	Ⅷ-(75)	夫ががんに罹患したのを知って、最初の1年後以降は、不定期で焼香を兼ねて様子を伺いに訪問する	H1-62	がんになったと言うのを聞いて大丈夫かと思い、最初は1年でしたが、次2年後とか飛び飛びですが伺かっています
		Ⅷ-72)	夫の健康状態や治療など近況についての連絡を受けると様子を伺いに訪問する	Ⅷ-(76)	夫のがん手術1年半後の心カテをしたと連絡を受け、様子を伺いに行ったんです	H1-63	ご主人が、喉頭がんの手術をして、丁度1年半後もともと不整脈もあって心カテをしたと連絡がはいったので様子を伺いに行ったんです
Ⅷ-27	死別後の訪問により医療的介入の必要性についてスクリーニングする	Ⅷ-73)	死別後の訪問により医療的介入の必要についてスクリーニングできる	Ⅷ-(77)	死別後の遺族への訪問でそのまま訪問開始や介護保険サービスの導入となることもある	B1-67	そのまま家族がステーションの利用者になったり、ケアマネがそのまま関わったり多々あります
				Ⅷ-(78)	死別後訪問から受療やカウンセリングにつなげる	B1-68	訪問から「まちの保健室」の方へ一緒にお連れするとかもありました。
Ⅷ-28	地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる	Ⅷ-74)	身近な存在としての訪問看護師	Ⅷ-(79)	身近な存在でいられるのが訪問看護の良いところと思う	B1-87	近くを通りかかったとき、声をかけたりとか、このケースはそういう身近な存在でいられるのが訪問看護のいいところです
		Ⅷ-75)	必要に応じて地域のサービスにつなげる	Ⅷ-(80)	必要があれば、地域のサービスにつなげる	B1-88	必要があれば、地域のサービスにつなげるとかできます
				Ⅷ-(81)	ケアマネや地域包括支援センターへつなげ、家族の健康も支援する	B1-89	同じ事業所のケアマネや包括とかに伝えたり、暮らしの保健室を紹介したりとか、そのままお客様になって頂くという、最後までご家族も健康にと最後までお手伝いさせてもらったりとかです
Ⅷ-29	介護保険申請は自分は不要と思う夫	Ⅷ-76)	介護保険申請は自分には不要と思っている	Ⅷ-(82)	一人で生活できているから要介護者ではないと思っている	D1-110	でも介護認定は要らないって、そんなもの（一人で生活できているから）は要介護者じゃないと断られました
Ⅷ-30	介護保険サービスを拒まず自分の意思で利用の有無を判断しようとする夫	Ⅷ-77)	死別後の夫の健康を気遣い介護認定審査を勧める	Ⅷ-(83)	死別後の夫の健康を気遣い介護認定審査を勧める	C1-72	奥さんが亡くなられて、本人も体調も良くなかったのです。ご自分で足の爪が切れなかったんです。それで、奥さんのところに入っていた訪問看護師んに入ってもらえるように、介護認定申請を出したんです
		Ⅷ-78)	夫の介護区分の変更に伴う訪問サービスの見直し・変更	Ⅷ-(84)	夫の日常生活の動きを見て、訪問リハビリは止め、訪問看護のサービスのみに変更する	E1-77	前は訪問看護とリハビリを利用していて、運動ではなく、違う意味もあっていいんじゃないかと思って入れてもらったんですけど、本当に動けてしまうので週2回も行かなくていいんじゃないかということで介護度も変わったというのがあって今は訪問看護だけ残して利用しています

Ⅷ-30	介護保険サービスを拒まず自分の意思で利用の有無を判断しようとする夫	Ⅷ-79）	介護保険サービスを拒まず、利用しようと考える夫	Ⅷ-(85)	介護保険サービスを拒まず、便利で使えるものならば利用しようと考える夫	E1-86	自分は全然大丈夫で介護保険は不要、普通の人って感じなんですが、便利なものは使ってやれて気持ちもあるので、どの程度でるかわからないんですが、更新しますかって言って区分変更は更新されてでもお元気なんですよ
		Ⅷ-80）	介護保険サービスを拒まず、利用を希望する夫	Ⅷ-(86)	長女は必要と思って希望するが、夫本人は介護保険を払っていて、もったいないから使いたいという希望がある	E1-87	長女さんが決まった予定がないと好きに過ごしちゃうからって言って希望されるんですが、お金はそんなに困っている家ではないので、俺介護保険払っているから、もったいないから使うっていう
		Ⅷ-81）	介護保険サービスの必要の有無を自分で判断している夫	Ⅷ-(87)	サービス内容によっては、必要・不要と自己判断し、他者と利用の線引きが違う	E1-88	ちょっと誰か来てくれるのは嫌いではないんですって言うこともあり、サービス内容によっては俺大丈夫、必要ないってこれは欲しいみたいな。ちょっと人とは線引きが違うかもしれません
		Ⅷ-82）	意思決定において理解不足なのか優柔不断なのか病気がさせているのか元々の性格なのかわからない	Ⅷ-(88)	夫の介護保険サービスの導入の意思決定において、理解できないのか優柔不断で決定できないのかわからない状況のことがある	E1-89	意思決定できるものとすごく優柔不断になってしまうものと急に理解できなくなってしまうのかわからないんですけど。これからサービスを受けるのに、今まで1時間は入っていたけど、もったいないから1時間の看護師1回にしますか、それとも30分でたとえば、看護師と理学療法士と２回にするか同じ値段だけどと話しても、それが延々理解されていかないってことはあるんですね、そこが病気なのかキャラクターなのか誰にもわからない
Ⅷ-31	妻へのサービス終了後の夫の状況によっては、訪問看護につなげる	Ⅷ-83）	訪問看護期間にアセスメントし、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る	Ⅷ-(89)	訪問看護の期間に、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、察して電話など連絡を取る	H1-94	訪問看護をしていて、将来健康を崩されそうなご家族だとある程度、察して電話など連絡します
		Ⅷ-84）	妻へのサービス終了後、夫の介護度を見て、訪問看護につながるケースもある	Ⅷ-(90)	死別後の男性で要介護の方は、訪問看護・介護が定期的に入るようにつながり、妻との死別後夫へ訪問看護提供はは多い	H1-91	死別後の別の70歳代の男性で、介護保険使っている要介護の方は、訪問看護が定期的に入っているので誰かとはつながっていて、介護職も入り、所長ともやり取りがある。死別後も別の家族へ訪問は多いです
		Ⅷ-85）	死別後の夫の体調管理は訪問看護が入ることでの安心	Ⅷ-(91)	死別後の夫の体調管理は訪問看護が入っているので、安心している	C1-82	一人になっても体調のことは、訪看がはいっているから安心かなと。ご主人には不安はないです
Ⅷ-32	夫の自尊心を傷つけないようなケアを考える	Ⅷ-86）	夫の自尊心を傷つけないような尿漏れ対策	Ⅷ-(92)	夫の尿漏れに対して、本人が嫌がらない方法で尿漏れ対策についての方法を伝える	E1-85	主人は尿漏れがあるんですよ、私とかが言うと嫌がるんですよね。結構尿漏れしているらしくて、最初尿漏れパンツみたいなのを勧めてくださいと娘さんへ言ったんですけど、買いますと、長女さんが言ったり、ポータブルトイレはお母さんが使っていたのがあって、お母さん用に気にいって、夜中はお父さんがずっと使っています
		Ⅷ-87）	夫の健康に関する意識が疾患によるものなのかキャラクターによるものかわからない	Ⅷ-(93)	夫の健康に関する意識が高次脳機能障害によるものなのかキャラクターによるものかわからない感じで受け止めている	E1-40	どこか少しわかりにくい感じでどこからどこまでがキャラクターかわかりにくい方です。入院中に、高次脳機能障害とまで1回診断つけられているので、そこまではひどくないけれど、どこまで病気？キャラ？みたいな娘さんは、あれはキャラクターだと思いますというくらいの方です
		Ⅷ-88）	血糖コントロールについて意識することができるので、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく	Ⅷ-(94)	誰か注意する者がいると、血糖コントロールについて意識することができるので、お酒を減らすなど夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく	E1-39	誰も言わないでいると、もっと（悪くなる）。どこかに意識は残っているというか。なんかいろいろ食べているんだけど、どんどん血糖値上昇して行っているわけではなくて、ぎりぎりのそこまで食べてはないけれど、それ以上食べたらギリギリのラインにいるというか。お酒とかは2日か3日に1回ねとか、せいぜい週に1本ねと医師に言われると言うと、普段は守れていて。なにか飲み会とかあると飲んじゃうけどみたいな。でも昔に比べると頑張っているんだろうなは思います
Ⅷ-33	妻の生前からの関係構築が死別後の夫とのつながりを作る	Ⅷ-89）	なんらかでつながっていれば、具合が悪いと連絡を受けると受診するよう助言できる	Ⅷ-(95)	つながっていて、具合が悪いと連絡頂けると早く病院へ行った方がいいんじゃないとか言えます	H1-68	つながっていると、具合が悪いと、連絡頂けると、それは早く病院へ行った方がいいんじゃないとか言えます
		Ⅷ-90）	妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へとつながっている	Ⅷ-(96)	妻の生前にいろいろな話をしていた関係から、妻との死別後の夫に何かあった時に連絡をくれる関係になれたのだと思う	H1-50	今考えれば、奥さんの生前から考えてしていたわけではないですが、今となっては、いろいろなことを話していた関係からH子さんがいなくなってもご主人がなんかあったら私になんらかの連絡が来るのかなという関係になれたのだと思っています
Ⅷ-34	高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを立たないでおく	Ⅷ-91）	他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所を希望する	Ⅷ-(97)	他人が家に入ることを嫌うお宅もあり、今まで利用していた事業所を希望されることも多い	H1-92	もともと他人が家に入ってほしくないお宅もあるから、今まで入っていた事業所を希望されることも多いんです
		Ⅷ-92）	新たな関係を築くことは労力がいるので、遺族の状況によっては、つながっておく	Ⅷ-(98)	具合が悪くなってから、新たな関係を築くことは労力がいるので、家族ともつながっていると同じ事業所を希望され、見ましょうということになる	H1-93	自分が具合が悪くなってから、新たな関係を築くのは結構労力がいるので、同じ事業所でということで家族ともつながっているからうちで見ましょうということになると思います
Ⅷ-35	家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる	Ⅷ-93）	緊急連絡先を訪問看護ステーションにしておく	Ⅷ-(99)	戸外で倒れた場合の緊急連絡先は、訪問看護ステーションでよいことを伝えておく	C1-84	去年（外出しているときに）倒れたときみたいに、◆区訪看の名前を出すように言ったんです
				Ⅷ-(100)	家族・親族に代わって、緊急時連絡先となることが可能であると伝えていますておく	C1-85	妹さんたち親族の名前だけでなく訪看の名前出していいことを伝えました。そしたら私がいけなくても誰かがいくから、緊急時はそれくらいのことはさせてよって言ったんです
Ⅷ-36	在宅での独居生活の限界と施設入所時期を考える	Ⅷ-94）	独居生活が難しくなった場合は、施設と考えている夫	Ⅷ-(101)	自分のことが自分でできなくなり、独居生活が難しくなった場合は、施設と考えている夫	C1-83	患者家族の会でお見掛けしたら、きちんとされている様子だったけど、自分のことが自分でできなくなったら一人の生活が難しくなったときに、施設と考えているとこの前話していたから、そうだねという話はしました

Ⅸ. 看護観

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNO	サブカテゴリー	コードNO	コード	ラベル番号	分析単位
Ⅸ-1	2.5人称の存在としての訪問看護師	Ⅸ-1)	2.5人称の存在としての訪問看護師	Ⅸ－(1)	2.5人称の存在としての訪問看護師	B1-49	ターミナルもそうですし、そうじゃない場合も、訪問看護師としての基本的な私の姿勢は、柳田邦男さんがおっしゃっていた2.5人称。1人称でも3人称でもないけど、間の2.5人称の視点は大切にしていきたいなと思っています
		Ⅸ-2)	療養者にも家族にも寄り添える専門職	Ⅸ－(2)	療養者にも家族にも寄り添える専門職	B1-50	専門職であっても、家族とまではいかないけど、それに近い形で、一番近い形で寄り添う専門職としてやっていきたいなと思っています。
		Ⅸ-3)	療養者が亡くなり、訪問しなくなったことによる看護師の喪失感	Ⅸ－(3)	亡くなった後の訪問はなくなるので、看護師自身にもしばらく喪失感がある	G1-57	亡くなった後、パタッと訪問亡くなるので、今まであんなに行ってたのになって思います。しばらく自分も喪失感があります
Ⅸ-2	看護には、想像力が問われると思う	Ⅸ-4)	看護はアート	Ⅸ－(4)	看護はアートだと思う	B1-51	重複しているかもしれないけど、看護はアートだなと思っています
		Ⅸ-5)	自分がどのようにコーディネートするかによって、看護が左右される。	Ⅸ－(5)	看護は、想像力が問われ、ゴールに向かって自分がどのようにコーディネートするかによって、左右されると思う	B1-52	凄く想像力が問われるなと思っていて、自分のコーディネートによって、どんな経過によって、ご本人様とご家族がどんな希望があって、そのゴールに向かってどうコーディネートするかによってケアはすごく左右されると思います
		Ⅸ-6)	コーディネートするための引き出し	Ⅸ－(6)	コーディネートするための引き出しが必要と思う	B1-53	コーディネートするための引き出しをしっかり持ってないといけないなと思っています
		Ⅸ-7)	在宅には自分に何ができるだろうという醍醐味	Ⅸ－(7)	在宅には自分に何ができるだろうという醍醐味がある	B1-54	在宅は人物金を病院ほどは持ってないので、何ができるのかだったり、醍醐味としてはあります
Ⅸ-3	臨終の場面は限られた回数しか立ち会えないからこそ、最善・最高のケアをするべきと考える	Ⅸ-8)	担当したからには、最善・最高のケアを提供するべきであると思う	Ⅸ－(8)	担当してもらえてよかった思っていただけるよう最善・最高のケアを提供するべきであろうと自分自身にも言い聞かせている	B1-58	貴重な機会に関わらせていただいているというところで、やっぱり一期一会ではないですけど、出会ったからには、担当したからには、最善・最高のケアを提供するべきであろうと自分自身そういう風に言い聞かせ、思っているので、私はかかわったケースに関しては、貴方に関わってもらえてよかったわと少しでも思えてもらったらいいなと思っています
		Ⅸ-9)	医療職でない限り人生の中での臨終場面は限られた回数しかない	Ⅸ－(9)	家族や療養者本人の人生の中では臨終場面は限られた回数しかない	B1-57	私たち看護師にとっては、ターミナルの場面だっや患者と接する機会が星の数ほどあるから、臨終場面に立ち会えるのは、ご依頼の関わったご家族やご本人様にとっては人生の中では数回あるかないかの存在と思うんです
Ⅸ-4	本人と家族の希望する内容でケアできれば遺族にとっては生きる活力になる	Ⅸ-10)	本人と家族の希望する内容でケアできれば残されたご家族にとっては生きる活力になる	Ⅸ－(10)	本人と家族が希望された内容に少しでも近づけたり、感動できることようにケアすることが残されたご家族にとっては生きる活力になっていただけると思う	B1-59	ご本人だけでなく、ご家族が希望された内容に少しでも近づけるもの、なにか感動出来たりそういうことがれば、亡くなったご本人様に関しては確認はできませんけど、残されたご家族にとっては生きる活力になっていただける気がするとグリーフケアでかかわっていく中で、感じました
		Ⅸ-11)	遺族が後悔しないためにも、思い出つくりやできるときに、本人の希望を叶えることが良いと思っている	Ⅸ－(11)	明日のことはわからないので遺族が後悔しないで済むように、死ぬまでに思い出作りやしたいと思っていることをできる時にした方が良いと思っている	D1-130	緩和ケアの講演とかでも話はしているんだけど、死を受け入れるなんて絶対ないんだけど、死ぬまでの間に何をしたいのか心置きなく死ねる人なんていないんだから、多少残された人がこんなこともやれたね、とかこんなところに行けてよかったねってそういう思い出づくりができる時間って絶対必要だと思う。だから多少痛かろう、苦しかろうが、やるべきことをやっちゃいなさい！！みたいな感じで伝えます。そんな明日はわからないんだからやれるときにやった方がいいわよって言っちゃうんですけどね
Ⅸ-5	大切な方の最期にケアに参加できた方が、遺族はその後の人生を強く踏み出せる	Ⅸ-12)	大切な方との最期の時間にケアに参加できた方が、その後の人生が強く踏み出せると思う	Ⅸ－(12)	死別後の生活を考え、大切な方との最期の時間やケアに参加可能だった遺族の方が、その方の人生が強く踏み出せる	B1-60	どうしても大切な方を亡くした後約1ヶ月間くらいは、銀行の口座がとか、なんかお墓の手配だったりとか、バタバタして、なんとか気を張っているような感じがあるけれど、それが済んでしまうと、ポカンと穴が空いてしまうようなよく耳にするんで、なるべくその最期の大切な方との最期の時間に参加できたりとかそういうようなことが可能だったような方には、その方の人生が強く踏み出せるような印象を受けました
Ⅸ-6	夫も訪問看護サービスの対象と伝える	Ⅸ-13)	家族も訪問看護サービスの対象と伝える	Ⅸ－(13)	家族の生活を大切にと家族もケアの対象なであることを伝えている	B1-86	ご家族の生活を大切にしていってほしいと本人だけでなくご家族もケアの対象なんですよっていうところを伝えています
Ⅸ-7	夫が夫らしく生活してほしい	Ⅸ-14)	夫の生活自体変わらないようにしたい	Ⅸ－(14)	夫の生活が変わらないであってほしいと思っている	C1-31	ご主人の生活が普段通り行ってもらえればなって思っていたんですよ
				Ⅸ－(15)	夫自身の生活がこれまでと変わらず、外出できるように夫不在時を看護師・ヘルパーで支援する	C1-32	ご主人は、ああいう人だから患者会の会合に行ったりだとか、友達と会ったりだとか、近所に行ったりだとか、同窓会に行ったりとか、彼女がそうであっても行ける、そこを支えるのが看護師がケアをして、ついているヘルパーさんたちがちゃんと留守番するものだと思うわけですよ
		Ⅸ-15)	夫が夫らしく生活してほしい	Ⅸ－(16)	ご主人はご主人らしく生活してほしいと願っている	C1-33	奥さんが病で伏せていても、Cさんらしく生活されるということです
		Ⅸ-17)	安心して出かけてもらうよう夫不在時の対応を取り決める	Ⅸ－(17)	緊急時に備え、夫には外出時携帯電話を持参してもらう	C1-34	ヘルパーさんたちもご主人には安心して出かけて欲しいという気持ちでしたが、なにかあったときに備え、携帯を持って行ってねということにしていました
Ⅸ-8	病床にあっても夫にとって妻の存在は大事	Ⅸ-18)	意識が低下してもこれまで通り挨拶を交わす夫婦	Ⅸ－(18)	妻は意識がなくても、ただいまといって帰ってくる夫	C1-35	ヘルパーさんたちがちゃんとやっていてくれて、ご主人がただいま帰りましたと言って、ドアを開けて、奥さんに帰ったよって言って、でもそれって彼女は意識はなくても聞こえていたと思うんだよね
		Ⅸ-19)	病床にあっても夫にとって妻の存在は大事	Ⅸ－(19)	病床にあっても夫にとって妻の存在は大事と思う	C1-36	（妻が病床にあって）そこに行って、そこに存在があるだけでも彼にとってはとても大事なことだと思ったんです
				Ⅸ－(20)	他のスタッフや職種も夫にとっての妻の存在が大事と思って対応している	C1-37	最初の最初の開始の時から、みんなそういう感じで対応していましたね

Ⅸ-9	妻に何かしてやれた、介護に参加したという実感につながる	Ⅸ-20)	男性介護者は介護をしたがると思う	Ⅸ－(21)	男性介護者は率先して介護をしたがってまめに介護する	D1-92	意外とそういう意味では、看護観を覆すような方は、他にも結構いて、男性の介護者はやっぱり似ているかな。自分のやりたいことは率先してやりたいし、まめなんです。男の介護している方たちは。女性よりも、注意深く見ている
		Ⅸ-21)	介護保険を使わず、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につながる	Ⅸ－(22)	夫のしたいと思う気持ちを汲み、無理に取り上げず見守ることや無理強いして介護保険サービスを導入しないことが夫の介護へ参加している実感につながると思う	D1-93	夫婦の間のことだし、本人のやりたいことは、やらせてあげようと無理に取り上げないで、ちょっと遠巻きに見守ることが大事だなと、それが結果論だったと思う
				Ⅸ－(23)	介護保険サービスを使うより、介護保険を使わず、介護していた数か月が夫にとっての苦労でも、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につながっていくと信じたい	D1-94	ご主人に、介護にお手上げ状態で、サービスで賄えるよって言ったときに介護保険サービスを使うより、なにもしてこなかった（介護保険を使わなかった）っていう経過のその数か月の本人にとっての苦労も多分やってあげた感につながったかもしれないですし、何か参加していたという実感につながっていくんじゃないかって信じたいです
Ⅸ-10	介護は生活の中にあることとして、難しく考えないことが大事と思う	Ⅸ-22)	介護は生活の中にあることとして、難しく考えないことが大事と思う	Ⅸ－(24)	介護も普通の生活と思えば難しいことはない	C1-86	普通どおりでいいんですよ。だって、昔のうちはそうじゃないですか。家族が畑仕事行ってごはん置いて置いたら、食べて。（介護は）なんの難しいこともない
Ⅸ-11	夫が終末期のケアに直接参加する場合夫の年齢・性格・能力を考慮する	Ⅸ-23)	家族は終末期には役割を持った方が良いが、時間や状態変化についてアセスメントの問題がある	Ⅸ－(25)	ターミナルケアだからこそ家族に役割を持った方が良いと思うが、時間や状態変化についてアセスメントが難しいと思う	D1-111	ターミナルであればあるほど、やはり役割って言うものを持たせてあげた方がいいと思うけど、ただそれは時間の経過が読めたり、ずっと経過が読めたりしないといけないから難しいですね
		Ⅸ-24)	終末期に家族がケアに参加する場合、個人の年齢・性格・能力も考慮する	Ⅸ－(26)	終末期のケアに家族が関わり、参加するには、個人の年齢・性格・能力も関係してくると考える	D1-112	キャラクターとか能力もすごく関係はあると思う。◆重工のエンジニアで船の設計をしていた人なんです。だからその年で、パソコンとかできるんですから。90歳近くもなるとショートメールと言えど、打てないでしょう
Ⅸ-12	葬儀に関することを含め臨終に備え、家族に死の準備を伝えていくのもグリーフケアと考える	Ⅸ-25)	本人の気持ちを確認し、最期のときに備えて家族に予後を伝える	Ⅸ－(27)	何も告知や説明をされず、退院する人もいるが、もっと早くから話をして、本人の気持ちを確認し、最期のときに備えて、はっきり家族に予後を伝えていくべきと思う	G1-83	利用者さんでも何も告知もされず、ICもされず、退院する人もいるから、もっと早くお話をして、本人の気持ちもあるだろうし、うすうす気づいているけど、本人は、（余命を）わかってない。そういう方に所長が、（最期のときが）いつくるかわからない、もう近々だろうなって、はっきり家族に伝えてと言ったんですよね
		Ⅸ-26)	葬儀に関することも含め、臨終に備え、家族に死の準備を伝えていくのもグリーフケアと考える	Ⅸ－(28)	死装束や葬儀に関して事前に準備をしておくように家族に伝えていくのもグリーフケアであり、臨終後の家族の困惑や喪失感のある中での準備するよりもよいと思う	G1-84	何を着るだとか、葬儀屋はどうするとかっていうのも伝えるのもグリーフケアという気もして、事前に準備をしてあげないと家族は慌てふためくだけで、家族は喪失感がすごく大きくなるから、あとではだめだと思う
Ⅸ-13	本人が良かったと思える最期を迎えられるかで、生きてきた全てが報われると考えている	Ⅸ-27)	本人が良かったと思える最期を迎えられるかで、生きてきた全てが報われると考えている	Ⅸ－(29)	一番にご本人が良かったと思える最期を迎えられるかで、今まで生きてきた全てが報われると考えている	H1-35	終末期の方へは、終わりよければすべてよしではないのですが、一番はご本人が良かったて思える最期を迎えられるかで、今まで生きてきた全てが報われるのか考えています
		Ⅸ-28)	本人が楽に過ごせることが一番と考える	Ⅸ－(30)	最期は本人が楽に過ごせることに尽きる	H1-36	最期は本人が楽に過ごせるに尽きると思う
		Ⅸ-29)	心配や不安があっても本人がいい人生だったと思えるように、できる限り痛みや苦しみがない形で最期を迎えられるようにしたい	Ⅸ－(31)	心配や不安があっても本人がいい人生だったと思えるように、できる限り痛みや苦しみがない形で最期を迎えられたらよいと思う	H1-37	いろいろな心配ごとや不安なことはあっても、本人がいい人生だったわと思えるように、できる限り痛みや苦しみがない形で最期を迎えられたらいいなと思う
Ⅸ-14	関わった療養者とご家族に学び、看護観や死生観を育ててもらっていると思う	Ⅸ-30)	療養者と家族に育ててもらっていると感じる	Ⅸ－(32)	今の自分はこの夫婦に育ててもらったと思う	C1-74	今ある私の看護観って言うのは、Cさんとご主人と関わりの中から生まれたようなもんだと思う。ですよ。それと育ててもらったということかな
		Ⅸ-31)	人の死は人生の集大成にかかわること	Ⅸ－(33)	人生の集大成にかかわることですので、人の死というのはすごいことと思う	G1-55	人生の集大成にかかわることですので、人の死というのはすごいことですね
		Ⅸ-32)	利用者への訪問看護を通して生き様・死に際・その人の人生や死に対しての考え方を学ばせてもらっている	Ⅸ－(34)	訪問看護をしていて利用者から人生についていろいろ学ばせてもらっている	H1-38	私自身はそういうお宅にケアに行かせてもらっている限り、人生に関してすごくいろいろなことを教えてもらえていると思っています
				Ⅸ－(35)	いろいろな生き様・死に際・人生があり、、死に対しての考え方や、辛くて苦しくて、不安という方からも今までこういう人生を送ってきてのこの人があるのだと勉強させてもらっている	H1-39	いろいろな生き様、いろいろな死に際があって、いろいろな人生があって、死に対しての考え方や、辛くて苦しくて、不安という方も今までいらっしゃったけど、それでも今までの人生振り返ってああだった、こうだったとおしゃっるので今までこういう人生を送ってきてこの人があるのだとすごく勉強させてもらえています
		Ⅸ-33)	最期に他人に対する配慮ができたり、家族へ優しい一言をかけるのを見ると、人間の最期は素敵だと思える	Ⅸ－(36)	自分の死に際がわかっても、他人に対する配慮ができることや最期に、家族へ優しい一言をかける人を見ると、人間の最期は素敵だと思える	H1-40	H子さんのように自分の死に際がわかって、他人に対する配慮だったりとか、人はそういう風にできるものだとわかったり、結構わがままな人でも、最期の瞬間的なものかもしれないけど、家族に優しい一言をかけたり、そういうのを見ていると、ああ人間のて最期は素敵だなとか、いいなと思えます
Ⅸ-15	高齢男性にとって社会参加となりうる昔ながらのコミュニティの存在は必要	Ⅸ-34)	独居男性にとって自治会への参加を勧めてくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要	Ⅸ－(37)	独居男性に自治会への参加を勧めてくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要と思う	H1-64	一人暮らしの男性に、独居なんだから自治会に参加した方が良いよと誘いに来てくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要かなと思います
		Ⅸ-35)	夫自身の社交的性格もコミュニティ参加には必要な要素と思う	Ⅸ－(38)	夫自身の社交的な性格がコミュニティ参加を勧めてくれる	H1-65	もともと社交的なご主人だから誘いにも来てくれてみたいなところもあります
				Ⅸ－(39)	自治会には参加しないという性格の人であれば地域のコミュニティの参加はない	H1-66	自治会には参加しないという性格の人だと、自治会だとか地域のコミュニティの参加はないと思います
Ⅸ-16	趣味で他者とつながる	Ⅸ-36)	趣味や社会参加などで他者とつながっていた方が良い	Ⅸ－(40)	趣味や社会参加などでつながっていた方が良いと思う	H1-67	趣味や社会参加などでつながていた方が良いと思います
Ⅸ-17	訪問看護ステーションのスタッフが、いつでも遺族に対応できるようにすることが大事と思う	Ⅸ-37)	訪問看護ステーションのスタッフが、いつでも遺族に対応できるようにすることが大事と思う	Ⅸ－(41)	亡くなったと言う連絡がいつどこであるかかわからないので、日々の中でも家族とのやりとりを大事にして、事務も死後の訪問に行き家族の方と会い、誰の家族かとわかれば、深々とお辞儀してますね	F1-71	亡くなったと言う電話がどこからかかってくるかわからないし、外で言われるかもしれないし、やっぱり家族を大事に、ここにあいさつにくる人も菓子折りもってくる人もいるけど気持ちを大事にして、私たちはいつ亡くなったって日々の中でやりとりして、事務も死後の訪問に行くから家族の方と会っているから誰の家族とわかれば、深々とお辞儀してますね
		Ⅸ-38)	訪問看護ステーションのスタッフ全員がご家族にも対応していたと評価されるよう努めている	Ⅸ－(42)	療養者本人が亡くなった後も、訪問看護ステーションのスタッフみんなで対応させていただいたと思ってもらえるような評価がされると良いと思っている	F1-72	家族には、良い看護してもらったんだって思ってもらえると良いけど、どこで評価されるかと言うとスタッフ全体で家族を見てきたんだっていう評価をされるのが大事かなって思います

Ⅸ-18	妻の生前の訪問看護での関係性が 死別後の夫に何か起きた時に 連絡をくれる関係へと繋がっている	Ⅸ-39)	これまで頻回に訪問していた為、 ふと気になり、遺族の訪問は事業所でした方がいいと考える	Ⅸ－(43)	これまで頻回に訪問していた為、ふとした時に遺族はどうされているかなと思うが、急な来訪は難しいと思うが、遺族の訪問はあった方がいいと思う	G1-56	亡くなる前は頻回に訪問もするし、亡くなられた後、その後ご家族がどうしているか気にはなるのですけど、でも実際葬儀とかいろいろご家庭でのこともはあるので自分自身も勤務も家庭もあるしなかなかどこまで踏み込んでいいのかまた時間もないですし、ふとした時に、どうしているのかなって、車でご自宅の通りかかったときにご主人どうされているかなって思います。ご主人もほっとしてらっしゃるだろうし、急な来訪って考えるとね、難しいですが、事業所からいく遺族の訪問はあった方がいいですね
		Ⅸ-40)	なんらかの手段でつながっていれば、 具合が悪いと連絡を受ければ、受診するよう助言できる	Ⅸ－(44)	つながっていて、具合が悪いと連絡頂けると早く病院へ行った方がいいんじゃないとか言えます	H1-68	つながっていると、具合が悪いと、連絡頂けると、それは早く病院へ行った方がいいんじゃないとか言えます
		Ⅸ-41)	妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へとつながっている	Ⅸ－(45)	妻の生前にいろいろな話をしていた関係から、妻との死別後の夫に何かあった時に連絡をくれる関係になれたのだと思う	H1-50	今考えれば、奥さんの生前から考えてしていたわけではないですが、今となっては、いろいろなことを話していた関係からH子さんがいなくなってもご主人がなんかあったら私になんらかの連絡が来るのかなという関係になれたのだと思っています
Ⅸ-19	Ⅸ-1Ⅸ	Ⅸ-42)	死別後の高齢男性が、なにかできることが あると思える役割や家族の理解が必要と思う	Ⅸ－(46)	死別後の男性高齢遺族であっても介護される人としての弱者でなく自分にも子守やなにかできることがあると思えるなんらかの役割や家族の理解があったほうがよいと思う	D1-131	昭和の一桁の人ってちゃんとしてなきゃだめなのよ。この世代の昭和の方は特にね。 私の父も母が25年前に他界して、突然死んでなにもわからないけど、父がいうのに自分が救われたのは、私が、故郷に帰っていたのね、子どもを連れてね。で、それまでまごまごしていたのが孫の子守や世話することで救われたといっていたのね。じいちゃん、じいちゃんって言われて役割とかその後の役割とかやっぱり必要じゃない。だから●さんもきっと自分で体操教室に通って、自分は要介護や要支援ではないって言うのが役割であり、鍋を焦がしたらIHに変えようという娘が心意気がこれから生きていく彼のサポートなんです

２）分析結果

インタビュー内容は逐語録に起こした。逐語録から、具体的な訪問看護ケアの内容を得るために、内容分析の手順に従い「夫婦の状況」と「訪問看護ケア内容」に注目し、分析を行った。その結果、「準備期」「開始期」「開始期－安定期」「安定期」「安定期－終末・臨死期」「終末・臨死期」「死亡時」「死別期」の 8 期の看護に分類された。

「準備期」は【11 カテゴリー】、「開始期」は【18 カテゴリー】、「開始期－安定期」は【44 カテゴリー】、「安定期」は【17 カテゴリー】、「安定期－終末・臨死期」は【12 カテゴリー】、「終末・臨死期」は【25 カテゴリー】、「死亡時」は【13 カテゴリー】、「死別期」は【36 カテゴリー】看護観については【20 カテゴリー】得られた。カテゴリーについては、表 2-2 に示した。

以下に、各期の夫婦の状況と夫婦へ行われている訪問看護ケア方法について【カテゴリー】を用いて説明する。

（１）準備期

【11 カテゴリー】・［37 サブカテゴリー］・〈37 コード〉にまとめられた。

訪問看護導入前は、【余命を知り自宅へ帰りたいと思う妻】、【最期まで通院治療をあきらめたくない夫婦】、【なす術がない状態で緩和ケアが導入される】、【夫や家族の意見がまとまらず、退院後の方向性がすぐには決まらない】、【夫婦間における在宅療養のイメージの相違がある】などの状況があるが、【訪問看護導入のきっかけになる転倒や疼痛増強が起こ(る)】り、訪問看護の利用を決めていた。

訪問看護師は、【退院前カンファレスへ参加(する)】し、【高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行(う)】い、【訪問看護導入前から夫婦の様子を観察し、それぞれの意思を確認する】や【予後告知後の妻の事前意思の確認を行う】。在宅療養開始以後の【夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携(する)】し、【在宅療養に向けたサービス調整については看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備え(る)】ていた。

（２）開始期

【18 カテゴリー】・［33 サブカテゴリー］・〈40 コード〉にまとめられた。

訪問看護開始期は、【在宅で妻を看取るか決まらないまま在宅療養開始となる】世帯もあれば、【高齢夫婦が在宅療養を続けることや妻の状態が急激に悪くなることへ不安が募る夫】もいた。訪問看護師は、【退院直後の訪問で安心してもら(う)】ったり、【安心して任せてもらうために看護師の行うケアを見てもらう】ことや【がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごすようケアしていくことを伝える】など配慮していた。【年齢や性格、独特な考えを持つ、感情の起伏が激しい妻】や【他者が入ることを望まない妻】もおり、【訪問開始時は、一人の訪問看護師の担当から始め(る)】たり、【開始

時期は、週１回の訪問看護で生活を観察する】など、少ない訪問回数で【夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする】や【関わり方を模索しながら、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行(う)】っていた。

【食べられる時期は一人での食事介助ができる夫】であっても、【妻のおむつ交換はできないと思う夫】もいて、訪問看護師は、妻への訪問看護に入りながら、【夫の家事能力と夫婦の生活について観察し、アセスメントする】【夫婦の家事能力をアセスメントした上で、部分的家事援助から開始する】ことをケアマネジャーへ進言したり、【高齢夫婦が不安なく生活できるように自分の裁量で生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導する】ことや【夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認する】などしていた。

（３）開始期－安定期

【44 カテゴリー】・［115 サブカテゴリー］・〈143 コード〉にまとめられた。

訪問看護が開始され、妻の状態が安定期である期間は、【自己流の栄養に関する確固たる思いがある(妻)】、【夫に介護してもらいたいと思う(妻)】【人の目を気にして外出をためらう】、【夫への不満がある】など【妻の何気ない会話やケアのときに語られる本音】を聞く一方で、【妻が自分の言い分を押し通そうとするので、ほとんど言い返せないでいる夫】を訪問看護師は、見てわかっているので【夫婦のやり取りは中立的立場で聞く】ようにしていた。【夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴(する)】し、【妻のはけ口となるよう傾聴に努め(る)】て、【妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良い内容を夫婦に伝えて(いく)】ていた。また夫婦から語られた話を受けて【妻本人と残される夫や家族が、後悔がないようにしたいことができるように(する)】していた。

【余命について漠然ととらえている】、【在宅での看取りの希望がある家族が一人でもいる】、【夫は在宅での看取りを希望するが、家族内で意見がまとまらない】状況がある場合は、【夫以外の家族のサポート状況のアセスメントする】、【夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報共有する】など夫以外の家族に関わりを持ちながら、【在宅で看取るか主介護者の夫と他家族の合意を待つ】か、【夫が予後告知を漠然と捉え在宅で看取る覚悟ができなくても最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く】こともあった。

訪問看護師は、【妻に自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫を(する)】行い、【夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる】ために、【夫と個々の家族が妻の介護に参加しているという意識をもつための意図的な働きかけ】も行っていた。また、これまで【妻に任せっきりだった家事を最期に担おうとする夫】に、【夫婦２人の家事の様子や夫の家事能力をアセスメントし、具体的なアドバイスを行(う)】いつつ、

夫の【妻の死後を想定した家事訓練と準備】と【夫の社会参加に関するアセスメントをする】ことも妻への訪問看護と並行して行っていた。家事をしながらの【介護する夫の大変さを考慮(する)】し、【夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことはしなくてもよい方向でケア内容を考える】【夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める】が、【介護保険の利用は、無理強いしない】ようにしていた。

夫が行う妻への介護には【妻が安心して任せられていれば介護方法は否定しない】で、【家事をしたことのない夫に家事・介護の完璧を求めず、2 人の生活が成り立っていれば良しと(する)】して、【妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める】ように配慮していた。訪問看護師は、夫には、常に、【夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様サービス提供の対象者であることを伝え(ていく)】ようにし、【妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察(する)】したり、【夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける】【妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う】などしていた。

訪問看護に入らない時間帯の夫婦の様子については、【ヘルパーから生活情報を得(る)】て、【ヘルパーに安心して任せられるケアは、積極的に依頼する】が、【主婦役割ができなくなり夫の何気ない言葉に傷つく妻】もおり、【病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察(する)】し、【援助者であっても妻役割まで踏み込まないようヘルパーへ依頼する】か、【夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える】などしていた。

（4）安定期

【17 カテゴリー】・[39 サブカテゴリー]・〈48 コード〉にまとめられた。

妻の状態が、落ち着いている安定期においては、夫婦にとって【後悔しないための思い出作り】ができるよう【看護・介護職・家族・親族が一つのチームとなって妻・夫婦の希望を叶え(る)】ようと【夫婦の希望にむけて多職種が準備から実現まで協力し合(う)】い、【夫婦の希望実現に向けて、緊急事態に備えての打ち合わせを医師と行(う)】っていた。【妻の希望の外出の為の事前確認を慣れるまでは行(う)】い、【外出を楽しむ】ことができるようにしていた。

【周囲に気遣わせないように気を遣う妻】や【死別後の夫のことを案じる妻】に訪問看護師は、【自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添(う)】い、【自分の妻・母親役割が終わり、身辺整理について語る妻の話を傾聴する】ことや【夫を案じる妻が行う死別後の生活の予行演習に付き合(う)】【生前の妻が自分の死別後の夫の近所づきあいにつなげたい気持ちを察し、挨拶に付き添(う)】ったり、【妻本人が行っている死の準備行動を手伝(う)】ったりしていた。

【夫の介護疲れ】を気遣い、【夫の生活自体変わらないようにする】ことや【がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行(う)】いつつ、

夫の既往歴や健康状態によっては、【夫が先に逝去した場合のことについて話をする】ケースもあった。

（５）安定期－終末期

【12 カテゴリー】・［41 サブカテゴリー］・〈47 コード〉にまとめられた。

安定期から終末期にかけては、【夫婦 2 人の時間を設け(る)】、がんの症状の進行に伴い、仕事等で【夫が外出する場合は、所在不明にならないように注意(する)】し、緊急時に備えていた。

自ら介護しようと【トイレ・入浴介助は自分がすることにこだわる夫】もいるが、がんの症状の進行や転移により妻自身の［体力が落ちてきて自分で行えなくなったストマやバルン管理はヘルパーや夫に管理してもら(う)］い【セルフケアが難しくなってきた部分は夫かヘルパーに管理を依頼する】ようになる。第 3 者に介護を委ねることが増えると【妻の介護をしたいが介護に参加できず、自分にはできることがないと思う夫】もいた。

訪問看護師は、【夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する】ことに努め、【年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるように(する)】し、【妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう】。また、薬剤の変更・処置など【多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する】役割も担い、【夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても目を瞑る】こともあった。高齢世帯であるので【各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられる必要物品は持ち出すか買って持参(する)】か、【食事が採れなくなったら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度試供品を持参する】こともしていた。

（６）終末・臨死期

【25 カテゴリー】・［77 サブカテゴリー］・〈87 コード〉にまとめられた。

妻の終末期においては、仕事を持っていると【介護と仕事の両立で介護負担を感じる夫】もおり、【妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配を(する)】行い、【夫の介護疲れによるレスパイト入院】や【夫の入院期間中の妻の入院】もあった。

終末期の入院で改めて、これまでもがんの闘病をしてきた【妻本人へ余命宣告がされ、妻本人が話をするときは傾聴する】こともあった。余命を知り、【治療できないのであれば家に帰りたいと思う妻】や【在宅療養を心から望む妻】の思いを知り、改めて【看取りに向けて夫や家族の負担や都合を踏まえたカンファレンスの実施】をし、【退院カンファレンス後の早期に在宅療養への切り替え】、終末期に改めて【在宅での看取りを

覚悟する夫】もいた。一方で【妻の夫に迷惑をかけたくないという思いを受け入れがたい夫】もおり、訪問看護師は、【妻と夫それぞれにいつでも相談してよいことを話(す)】していた。

【レスパイト先からの退院後、ＡＤＬ低下と状態悪化】し、【食事状況や便の排泄状況を観察し、説明をすれば摘便処置を受け入れる】妻に、【妻のトイレに行きたいサインを察知(する)】して排泄の介助を行っていたが、【夫の排泄介助の負担を考え妻にバルンカテーテル留置を提案】を行うこともあった。

在宅療養を再開し、訪問看護師は【妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、尊重(する)】しながら、妻本人に苦痛をあたえないことを優先と考えたケアを行う】ことと並行して、【妻本人が行っている死後の準備を手伝(う)】っていた。

また【夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考え(る)】、【妻本人の意思を尊重し、夫婦 2 人が自然体でいられるよう疼痛緩和に配慮(する)】していた。妻の状態悪化に伴い【夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用】でヘルパーを自費で導入することを検討し、妻の臨終に備え、【夫一人の時に対応できるように死の準備教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化について説明や必要なものを準備する】ことや【会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる妻】に、【臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする】などしていた。

（７）死亡時

【13 カテゴリー】・［35 サブカテゴリー］・〈46 コード〉にまとめられた。

妻の臨終は【思いも寄らない夫からの臨終の報せの電話】を受けて訪問し、【夫の手を煩わせないように思えると妻の鮮やかな死に際】と思う一方で、訪問看護師は【臨終直後は、亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子の夫】、【臨終後涙する夫】がいたが、【これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている夫】は、【悔いのない看取り】ができたと思っていた。また【これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫に違和感を覚える】こともあった。

夫へは【臨終時に労いの言葉をかけ(る)】、【夫や家族と一緒にエンゼルケアを行う】が、妻の臨終時の状況によっては、【夫に見せない方がよいと判断し、夫に見せないようにエンゼルケアを行う】こともあった。訪問看護師は、【妻へのねぎらいの言葉を掛けるよう夫に促(す)】し、【妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを行(う)】っていた。また【これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫に違和感を覚える】ような場合は、【お通夜に伺い、夫の様子をうかがう】こともあった。

（８）死別期

【36 カテゴリー】・［94 サブカテゴリー］・〈101 コード〉にまとめられた。

妻への訪問看護終了後は、清算と言う別の名目で【グリーフケアのための訪問時期を見図って夫を訪問する】か【2 週間後の不要物品の片付けを兼ねて訪問する】などで夫の様子を観察していた。臨終時の【臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って訪問する】こともあった。訪問時は、【困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく】など【妻の死後 3 日から 2 週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする】こともあった。

【死別後 1 ヶ月半から 2 ヶ月経過した頃、電話で様子を伺う】など 49 日法要の前後の期間は、妻への訪問看護が終了しても、【死別後 2 ヶ月は、社会参加や精神面を観察(する)】していた。【死別後の夫・家族からの独居生活について電話報告があ(る)】り、【死別後 1 年で夫から健康状態について知らせをもらう】場合もあり、【妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかけ(る)】ていた。電話やメールなどのやりとりの中で【死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺(う)】い、【在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じている夫】、【3 回忌にスタッフと交流の希望する夫】、【妻の生前と変わらず生活している様子の夫】、【家族の訪問や支えがあり、悲嘆に暮れないでいられる夫】もいる一方で、【死別後遺品整理と住みやすい家にすることを考え始める夫】、【社会参加している夫】もいた。【介護終了後の心の空洞や死別の喪失感は大きい】ため【遺品をなかなか片付けられない夫】もおり、妻の死後、1 年以上経過していても改めて【いつでも連絡・相談してきてよいことを伝えておく】看護師もいた。

また【日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝え(る)】たり、【コミュニティへの参加を促(す)】し、参加している夫に対しては、【コミュニティでの役割・参加状況を観察し、助言する】こともあった。

高齢男性にたまに会う機会があれば、【夫へ妻の介護と看取りまでのねぎらいの言葉をかけ(る)】、【訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話を(する)】し、故人を共に偲んでいた。

【夫の健康状態の連絡を受けると様子を伺いに訪問(する)】し、【(死別後の訪問により)医療的介入の必要性についてスクリーニングする】など【地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在にな(る)】っていた。独居となって【介護保険申請は自分は不要と思う夫】、【介護保険サービスを拒まず自分の意思で利用の有無を判断しようとする夫】か見極めつつ、【妻へのサービス終了後の夫の状況によっては、訪問看護につなげる】こともあった。訪問看護師は、【妻の生前からの関係構築が死別後の夫とのつながりを作る】ことと【高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを立たないでおく】ようにと考え、なおかつ【夫の自尊心を傷つけないようなケアを考える】こともしていた。緊急時は【家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる】ことや【在宅での独居生活の限界と施設入所時期を考える】夫には、相談にものっていた。

（９）看護観

【19 カテゴリー】・［42 サブカテゴリー］・〈46 コード〉にまとめられた。

「訪問看護師としての基本的な私の姿勢は、柳田邦男さんがおっしゃる 2.5 人称。1 人称でも 3 人称でもないけど、間の 2.5 人称の視点は大切にしていきたい」と語り、［療養者にも家族にも寄り添える専門職］である【2.5 人称の存在としての訪問看護師】でいたいと考えていた。また訪問【看護には、想像力が問われると思(う)】っていた。［自分がどのようにコーディネートするかによって、看護が左右される］ので、［コーディネートするための引き出し］が必要で、［在宅には自分に何ができるだろうという醍醐味］があるとも考え、【臨終の場面は限られた回数しか立ち会えないからこそ、最善・最高のケアをするべきと考え(る)】ていた（Case2）。

死別後の高齢男性の生活を思い、【本人と家族の希望する内容でケアできれば遺族にとっては生きる活力になる】（Case2・4）や【大切な方の最期にケアに参加できた方が、遺族はその後の人生を強く踏み出せる】（Case2）と考えていた。

訪問看護の対象は、療養者と家族であると考え、【夫も訪問看護サービスの対象と伝える】（Case2）、【夫が夫らしく生活してほしい】（Case3）と願って、高齢夫婦の訪問看護に入っていた。夫は、〈病床にあっても夫にとって妻の存在は大事〉と考えているので、【妻に何かしてやれた、介護に参加したという実感につながる】ように、看護師自身が、【介護は生活の中にあることとして、難しく考えないことが大事と思う】(Case3)ことで、高齢男性から妻の介護を取り上げないよう配慮していた。しかしながら、【夫が終末期のケアに直接参加する場合、夫の年齢・性格・能力を考慮(する)】(Case4）し、【葬儀に関することを含め臨終に備え、家族に死の準備を伝えていくのもグリーフケアと考え(る)】（Case7）て、夫へは死別の準備を促し、妻へは【本人が良かったと思える最期を迎えられるかで、生きてきた全てが報われると考えて(いる)】ケアしていた。

熟練した訪問看護管理者らは、〈利用者への訪問看護を通して人生についていろいろ学ばせてもらっている〉・〈利用者への訪問看護を通して生き様・死に際・その人の人生や死に対しての考え方を学ばせてもらっている〉と療養者 - 家族 - 看護師の相互関係の中で、自分たちは、【関わった療養者とご家族に学び、看護観や死生観を育ててもらっている】と考えていた（Case3・7・8）。

都市部に暮らす高齢男性には妻との死別後の【高齢男性にとって社会参加となりうる昔ながらのコミュニティ(の存在は必要)】と考え、【趣味で他者とつながる】（Case6）ことや【死別後の高齢男性が、なにかできることがあると思える役割が必要と思(う)】（Case4）い、社会参加を促していた。また、がんの妻へのサービス終了後も、【妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へと繋がってい(る)】て、【訪問看護ステーションのスタッフが、いつでも遺族に対応できるようにすることが大事と思(う)】っていた（Case7・8）。

表3-1　研究1・2を統合したカテゴリー表

Ⅰ. 準備期

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
訪問看護導入開始に至るまでの課題がある	余命を知り自宅へ帰りたいと思う妻	余命を知り、自宅へ帰りたいと妻本人が希望する	余命を知り、自宅へ帰りたいと妻本人が希望する	B1-1
		妻はがんであることを知り、家に居たいと思い退院する	余命を知り、自宅で過ごすことと延命は望まないことを妻本人が希望する	B1-7
	なす術がない状態で緩和ケアが導入される	なす術がない状態で緩和ケアを行うなうと決めた夫婦の訪問看護の依頼を受ける	治療はできない状態で余命も長くないと告知を受け、緩和ケアを行うと家族で決めた夫婦の訪問看護を担当医から依頼をされる	D1-1
		妻本人へのがんと告知と夫・家族に治療は難しいと言われる	妻本人ががんと告知され、夫・家族には進行しているのでこれ以上の治療は難しいと言われる	E1-1
		余命長くないと知って家族で緩和ケアと決め、かかりつけ医から訪問看護の依頼を受ける	余命長くないと知り、緩和ケアと決めてかかりつけ医師にもどされて、訪問看護の依頼を受ける	D1-2
	夫や家族の意見がまとまらず、退院後の方向性がすぐには決まらない	退院許可が出るが家族の意見がまとまらない	疼痛コントロールも試験外泊もしていない状況で、妻本人が在宅療養ができるのなら退院許可が出るが家族の意見がまとまらない	E1-2
		訪問診療医も決まっていない状況で退院する	往診医も決まっていない状況で退院する	E1-4
	最期まで通院治療をあきらめたくない夫婦	通院であらゆる治療を試したいと思う夫	状態が悪化しても、通院しあらゆる治療を試したいと思う夫	A1-9
			最期まで諦めず治療継続できるようあらゆる治療をしたいと思う夫	A1-10
		可能な限り治療を受けたい気持ちは夫婦で一致している	告知についての受容よりも可能な限り治療を受けたい気持ちは夫婦一致していることを知る	A1-31
	夫婦間における在宅療養のイメージの相違がある	訪問診療・訪問看護を利用する意味が妻にはわからない	訪問看護を利用する意味が妻には分からない	A1-4
			訪問看護や訪問診療を利用する意味が妻には分からない	A1-6
		夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる	訪問診療や訪問看護を利用する意味が妻に伝わらず、夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる	A1-5
		夫婦間での気持ちの相違がある	夫の思いに、妻の気持ちがついていかない	A1-7
	訪問看護導入のきっかけになる転倒や疼痛増強が起こる	訪問看護導入のきっかけになる疼痛の増強や転倒を起こすようになる	疼痛増強や転倒で在宅療養に不安を感じ、訪問看護ステーションを頼りにし電話をしてくる	A1-11
		訪問看護導入のきっかけになる妻が納得いく状況が起こり、訪問看護ステーションを頼る	訪問看護を利用するのに納得する状態になり、夫の勧めで妻も訪問看護導入を納得する	A1-12
余命宣告を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する	退院前カンファレスへ参加する	退院前カンファレンスの早期実施の必要性	早期の退院前カンファレンスの必要性	B1-4
		退院前カンファレンスへの参加し、多職種と顔合わせする	病院の主治医と看護師、往診可能な在宅医と福祉用具担当と退院前カンファレンスを実施する	B1-5
		退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する	退院前カンファレンスでの病状・予後・生活状況について確認し、妻と夫・家族の意向を確認する	B1-6
		退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する	どのタイミングで帰るのか、どういう説明をすればよいか意識しながら介入する	B1-55
	高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う	高齢夫婦世帯の為の退院調整ための訪問看護依頼後の退院前訪問を行う	依頼を受けて状況把握のため、依頼者家族と本人への面会するため病院へ訪問する	B1-2
			高齢夫婦世帯と知り、退院調整が必要と認識する	B1-3
		退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする	退院前に自宅の状況を知るためケアマネ・福祉用具担当者と訪問するための日程調整を行う	B1-8
		夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始にむけて必要な具体的なアドバイスを行う	夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始の為、必要な片付けについて具体的アドバイスを行う	B1-45
余命宣告後の妻の事前意思の確認と高齢夫婦それぞれへ意思確認を行う	余命宣告後の妻の事前意思の確認を行う	余命を知って自宅で過ごすことと延命は望まないことを妻本人が希望していることを確認する	妻本人はであることを知り疼痛コントロールできていないが勢いで退院をして在宅療養再開となる	E1-3
	訪問看護導入前から夫婦の様子を観察し、それぞれの意思を確認する	訪問看護導入前に妻の心身の状態と夫婦の関係性や生活を観察する	訪問看護導入前の外来通院時から、特例として心身の状態と併せて夫婦の関係性・生活の様子を観察する	A1-1
		夫婦のそれぞれの思いについて他職種と共に話を聞く	臨床心理士と共に面談を行う	A1-2
			夫婦それぞれの思いについて心理面に注意しながら、第3者として話を聞く	A1-3
		面談は、夫婦2人での場合と個別の面談を行う	夫婦両者と面談だけでなく個別面談を繰り返す	A1-8
在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利用を検討する	夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する	今後の予測される症状対応のための医師へ処方を依頼する	今後予測される症状についての処方を医師に依頼する	B1-9
		退院前処方や点滴交換のタイミング・回数検討を医師へ依頼する	退院前に処方について、点滴交換のタイミングや交換回数の検討の依頼を主治医に依頼する	B1-10
		急変時対応と家族の動揺の対応のためのバックベッドの準備を依頼する	急変時の家族の動揺を考慮し、入院していた病院にバックベッドの準備について事前の約束を取り付ける	B1-11
	在宅療養に向けたサービス調整については看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える	サービスの調整がすぐ手配できるように夫と家族の介護力のアセスメントを行う	夫と他の家族の生活状況を確認し、ヘルパー導入も考慮する	B1-13
		退院にむけて必要な福祉用具や医療機器などの手配をする	自宅訪問後、在宅医と福祉用具の会社に福祉用具や医療機器の調整など事前に必要な依頼をしておく	B1-12
		訪問診療の前と休日前に訪問看護をスケジューリングする	訪問診療の前と休日前に訪問看護が入リ、手配しやすいようにスケジューリングする	B1-17
		在宅療養開始時は、多目の人員配置でスタートする	最初は多目の人員配置から状況を見て減らしていく	B1-14
		退院に向けてサービス導入は、利用者が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする	退院に向けてのサービスの導入の計画は、本人と家族の心理的な負担につながらないよう生活を確認し、慎重にスケジューリングする	B1-78

Ⅱ. 開始期

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある	在宅で妻を看取るか決まらないまま在宅療養開始となる	繰り返し入退院の末、外泊のまま退院となる	繰り返し入退院の末、鎮痛剤処方を受け外泊のまま退院となる	E1-8
		在宅での看取るか決まっていない状態で退院する	往診医も決まってないが在宅での看取りになるかも決まっていない状態で退院する	E1-20
			看取り経験のある長女に在宅での看取り希望があることを知る	E1-21
	高齢夫婦が在宅療養を続けることや妻の状態が急激に悪くなることへ不安が募る夫	24時間ヘルパー導入を希望する	老夫婦2人にとって、医療依存度が高く負担なので24時間ヘルパー導入を希望する	B1-15
		夫から妻の具合が悪くなったら心配だから泊まってほしいと言う夫	訪問看護開始してまだ関係性のできていないころに夫から具合が悪くなったら、泊まってほしいと言われる	H1-78
			妻の具合が悪くなったら心配だから、泊まてもらえないかと言わる	H1-79
		訪問開始時期、夫は表には出さないが、不安なところが沢山ある夫	最初の頃は表には出さないが、不安なところがいっぱいあったのだろうと思う	H1-81
		訪問開始時期、食べられなくなった妻が今後どうなっていくの心配する夫	訪問開始時期は、妻が食べられなくなっていたので夫はこれからどうなっていくのか言う心配があったと思う	H1-82
余命宣告を受けたを妻の思いを傾聴し、生きる希望を支えるようケアする	がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごすようケアしていくことを伝える	訪問看護導入時、がんに罹患した妻の思いを傾聴する	訪問看護導入時は、傾聴しいろいろ話をする	A1-13
		がんであってもあきらめないでよい状態で過ごせるよう伝える	がんでも難病でもあきらめずに、よい状態で過ごせるようにと伝える	C1-15
がんと共存する在宅療養する高齢夫婦の不安の緩和に努める	退院直後の訪問で安心してもらう	退院当日の訪問は、退院時間に合わせる	退院日は、妻の帰宅時間に合わせて訪問して、家族に医療機器の取り扱い方法やトラブル時の対処について指導する	B1-15
		退院直後の訪問で安心してもらう	退院時の訪問に妻本人も家族も安心する	B1-16
	安心して任せてもらうために看護師の行うケアを見てもらう	訪問看護の時間中は、自分たちが何をしているのか見てもらうことが重要と考えている	私たちがくると部屋を出て行かれる方も多いですが、逆にいてもらって見て頂いています。掃除をするなどして頂いていても、私達がなにをしているのか見て頂く。パフォーマンスを見て貰うというのも非常に重要だと思っています	B1-70
		安心して任せてもらうために自分たちのケアを家族に見てもらう	自分たちに安心してケアを任せられるのかと言うところを家族にも見てもらう	B1-71
他者が自分の家に入ることに抵抗がある妻	人に指示されることが嫌な状況が入院中あった	入院中の人に指示されることが嫌な状況があった	人に指示されることが嫌な状況で入院中の夫の様子を知っているだけに、最初は受け入れてもらえるか不安がある	E1-80
	年齢や性格、独特な考えを持つ、感情の起伏が激しい	年齢や性格、独特な考えを持っている	年齢や性格、独特な考えを持っているので関りを模索しながら、訪問看護介入していく	H1-79
		感情の起伏が激しい	感情の起伏の激しい方の為、どきどきしながら訪問する	H1-81
		メンタル面でのサポートが必要である	メンタル面のサポートの比重が大きいと、最初は受け入れて貰えるかどうか不安	E1-45
	他者が入ることを望まない妻	他者が入ることを望まない	他者が入ることを望まない妻であるため、担当は一人の訪問看護師で行う	A1-13
夫を介した妻との関係性構築に務めながら、今後の見通しを立てた訪問看護を行う妻との関係性を構築する	訪問開始時は、一人の訪問看護師の担当から始める	担当は一人の訪問看護師で行う	(他者が入ることを望まない妻であるため)担当は一人の訪問看護師で行う	H1-102
	夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする	互いに慣れ、安全・安心な生活を送ることを第一目標にする	日常生活の安全・安心を第一目標に互いに慣れることを目指した	C1-2
		キーパーソンである夫の考えを把握する	キーパーソンのご主人がどういう考えでいるか把握しないといけない	C1-3
		夫を介しての妻との信頼関係構築していく	夫がいることで妻と訪問看護師との関係性が保つことができる	A1-91
			互いの理解や本音を知るのに半年から1年くらいかかる	C1-4
		夫婦2人に真実を全て伝え、相違がないようにする	夫婦2人に真実を全て伝えるようにしている	A1-30
	開始時期は、週1回の訪問看護で生活を観察する	最初は週1回の訪問看護から開始する	在宅での看取りは夫婦で決めていたが、ので、最初は妻のADLは自立していたので週1回訪問看護に入っていた	H1-1
		開始時期は、週1回の訪問看護で生活を観察する	週1回の訪問看護で様子を伺いながら、生活を見させていただく	H1-6
	関わり方を模索しながら、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	週1回の訪問で日常生活上の具体的なアドバイスを行う	開始時期は、週1回の訪問の中で内服調整や日常生活について情報収集し具体的なアドバイスを行う	A1-14
		今後を予測しながら訪問看護に入る	今後を予測し、意識レベルが落ちてくる前提で訪問看護に入る	H1-3
		開始時から、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	週1回の訪問看護から、病状的なケアが必要になってくることを見据えて、元気なうちからできる限りターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	H1-5
妻への介護でできることとできないと思うことがある夫	食べられる時期は一人での食事介助ができる夫	退院直後の食べられる時期は、夫一人で食事の介助も可能	退院後は、まだ少し動いていて、入院前と同じとはいかないんですけど、お父さんだけでも見てられるかもという数日があって今まで通りに、食べ物とかも並べて、何日か食べられたんですよ。お寿司とか好きだったので持てない、食べられない、飲み込めないで、介助をちょっと変わってみたりしながら食べてはいました	E1-59
	妻のおむつ交換はできないと思う夫	最期に妻がおむつ使用となったときに夫は介護できないと言う	最期ぎりぎりまでお父さんが関わっていて、最期おむつ使用となったとき、おとうさんが解除できないって言ったんです	E1-62
		自分には妻のおむつ交換はできないと思う夫	そういうのは俺は無理、できないって言う話はしていました	E1-63
夫の介護・家事のできる部分とできない部分のアセスメントと部分的な生活指導を行う	夫の家事能力と夫婦の生活について観察し、アセスメントする	夫の家事能力を観察する	夫の片付け・洗濯など家事の実際を観察する	D1-16
		夫の家事能力をアセスメントと妻の様子と食生活について観察する	夫の家事能力のアセスメントと、妻の家事の実際や夫婦の食生活の様子を観察する	D1-15
	夫婦の家事能力をアセスメントした上で、部分的家事援助から開始する	疼痛コントロールされ、夫婦で協力して家事が行えれば、生活援助全般のサービスではなく部分的家事援助から開始する	旧肛門の違和感はあっても疼痛コントロールできていて、本人も夫も家事ができるので生活援助全般のサービスは必要がなく掃除だけヘルパーに依頼する	H1-2
	高齢夫婦が不安なく生活できるように自分の裁量で生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導する	介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う	介護職も不安がらないよう初回は一緒に確認しながらケアに入る	B1-18
			介護職が不安なくケアを行うことが家族の安心にもつながる	B1-19
		自分の職種の立場・裁量でヘルパーや夫婦夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する	サービス上、自分の職種の立場・裁量で夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する	C1-17
	夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認をする	夫がパウチ交換できるかの確認のため、訪問看護時に入浴介助とパウチ交換を行う	夫はパウチ交換を習得しているが、訪問看護師が入浴介助とパウチ交換を行う	H1-4

Ⅲ. 開始－安定期

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
何気ない会話に妻の本音が語られる	妻の何気ない会話やケアのときに語られる本音	何気ない会話やケアのときに見られる妻の素の部分や本音	何気ない会話やケアの中で、妻の素の部分や本音を見出す	A1-88
		妻の生きることへの希望	妻は生きたいと思い、できるかぎりのことを望んでいる	C1-46
		余命を知って苦しみながら永らえたくないが夫との余生を楽しみたかったと泣く妻	1年と余命宣告されて苦しみながら長生きはしたくないが、夫との人生を楽しみたかったのにとなく妻	D1-95
		夫の社会参加を望む妻	妻は患者の会など夫の社会参加を否定はしない	C1-63
	自己流の栄養に関する確固たる思いがある妻	看護師が薦める食生活の内容について受け入れ難く自己流の栄養に関する確固たる思いがある妻	がんになったのが食事によるものと考え自己流で学習した糖質制限や植物性たんぱくの摂取のみの為、痩せて体力が落ちるので動物性たんぱくや過食にならない程度の糖質の摂取を薦めるが、妻自身の確固たる気持ちがある	G1-5
		買ってきたものはまずいなどはっきりと言う妻	妻は買ってきたものは、味が良くない、まずいなどはっきりと手厳しいことを言う	G1-17
		まずい・おいしいとはっきりと言う妻	夫の作るものにもまずい・おいしいとはっきり言う妻	G1-18
	人の目を気にして外出をためらう	外見を気にして出かけなくなる	行きたいところや買い物には出かけたりしていたが、脱毛やバルンなど外見を気にして出かけなくなる	F1-10
			バルンカテーテルが留置されているのでて、「こんな体になって生きるのはね」、「どこにも外出できない」という妻	F1-48
		ご近所の目を気にし外出をためらう	骨強化のために日光下での屋外歩行を勧めるが、ご近所の目を気にして外にでることをためらわれる	G1-35
	夫に介護してもらいたいと思う妻	第3者に介護されるのでなく夫に介護してもらいたいと思う妻	夫には第3者に妻のケアを全部委ねるのではなく、ケア参加してもらうよう促す	C1-61
		夫に介護してもらいたいと思う妻	妻は夫に介護してもらうことを望む	C1-62
	夫への不満がある	痛みに対して辛いという弱音でなく夫への不満を漏らす	痛みに対して辛いという弱音を吐かないが夫への不満を話す	G1-32
		夫へ辛辣なことを言ってしまう	退院してからは多くはないが、犬に話かける夫に対して、本人を前に辛辣なことも言ってしまう妻	G1-34
	妻が自分の言い分を押し通そうとするので、ほとんど言い返せないでいる夫	妻の言うことに夫は言い返すが妻に押し通される	夫が言い返したりもするが、妻がわーっと言って押し切る	G1-20
		8:2で妻の言い分が通る	８：２の割合で妻が言い切ることがある	G1-21
		他者が見ると奴隷のように介護中も夫を使う様子に見える	妻の家庭内での立場が強く、他者が見ると奴隷のように介護中も夫を使う様子に見えるが、夫は介護全般をよくしていた	F1-9
夫婦の歴史があることを理解する	夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴する	夫婦から語られる夫婦の歴史を傾聴する	出会いから今までの語られる夫婦の歴史について傾聴する	A1-93
			訪問看護の間に夫婦の歴史についての話をする	A1-94
		妻が散歩の際にぽつりぽつりと話す家族の話や夫婦の話を聞く	玄関のポーチまで出て歩行したときに気もちがいいと言って、庭にある植物を見て亡くなった父の話などをぽつりぽつりと話される	G1-36
		結婚してからの夫婦の生活や仕事について話を聞く	結婚してからの夫婦の生活や仕事についての話をしている場面に付き合う	H1-44
		夫婦の住まい・年金など経済状況について生活に関連した話を傾聴する。	夫婦の住まい・年金などの経済状況暮らしについて話を聞く	D1-11
		夫婦の歴史や子どもの話をすることで夫婦の時間をより大切にして過ごしていただく	淡々と夫婦の歴史と息子さんの話をされて、夫婦の時間を大切にされてきたんだろうと言う感じで過ごしている	H1-45
夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する	妻のはけ口となるよう傾聴に努める	周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解する	夫と対等な立場で意見を率直に伝えるタイプで嫌なことは嫌と言うので、自分の感情をあらわにされたりとか、声を荒げる場面があっても病気がこういう風にさせているんだなと思う	G1-86
		夫にきつい口調であたる妻のはけ口となるよう傾聴に努める	夫と過ごす時間が長いため、夫に対する不満があり、夫に対してきつい口調で当たるため、はけ口が必要と判断し、妻の話を傾聴する	G1-4
	夫婦のやり取りは中立的立場で聞く	付き合いが長い夫婦なだけに、言い争いになるが夫婦を見守る	学生時代から付き合いの夫婦で時には言い争いのようになるが、大抵、夫が受け入れる感じであった	G1-19
		夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いている	夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いているがいたたまれない時もある	G1-22
妻本人や夫の意思決定を尊重し、安心・納得いくケアを行う	妻本人と残される夫や家族が、後悔がないようにしたいことができるようにする	妻本人と残される夫・家族が、後悔がないようにしたいことをできるよう支援する	遺される家族と亡くなっていく療養者も後悔のないようにやりたいと思うことをできるようにと思っている	E1-54
			残された家族が、後悔がないような最期を迎えてほしいという思いがある	E1-55
	妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良い内容を夫婦に伝えていく	看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続いても軟化するまで夫婦を見守る	しばらく看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続くが、少しずつ魚を食べるようになるなど軟化していく	G1-6
		妻本人が藁をもすがる思いや治したいという一心でしている民間療法を否定しない	通院に1時間以上かかる温熱療法について、妻本人が話をしないが、藁をもすがる思いや治したいという一心でしていることと思い、否定せず、傾聴する	G1-7
在宅療養開始以降も在宅で夫が妻を看取るか決まらない	余命について漠然ととらえている	医師からの余命宣告を漠然と捉えていて受容できない状態	医師から年を越せないかもという余命宣告に、家族は在宅での看取りをすぐに決めなければという感じで受け止めていない	E1-26
	在宅での看取りの希望がある家族が一人でもいる	家族の中で一人でもの在宅での看取りの希望がある	長女は在宅での看取りを希望するが、実際介護は他の家族になる	E1-22
		在宅での看取りの希望がある家族に従おうとする別の家族がいる	次女は長女が在宅での看取りを希望するなら頑張ると言う	E1-23
		在宅での看取りについて最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族に困惑する夫	家に帰りたい妻の希望を知り、在宅での看取りを希望する長女と支えようとする二女に対して、在宅での看取りについて困惑する夫	E1-56
	夫は在宅での看取りを希望するが、家族内で意見がまとまらない	妻に出来る限り生きて欲しいと願う夫	夫もできるだけ生きて欲しいと願っていることを知る	C1-47
		夫は病院での看取りを希望し、在宅での看取りをするか家族内で意見がまとまらない	夫は妻の排泄の世話ができない為、病院での看取りを希望し、意見がまとまらない	E1-24

夫以外の家族成員のアセスメント	夫以外の家族のサポート状況のアセスメントする	家族が妻をどのようにとらえているか観察する	家族の妻への関りや家族の関係性を観察し、それぞれの家族が妻をどのようにとらえているかを知る	E1-46
		息子・娘のサポートについて観察する	息子たちは、夫にとって心の支えとならなくても、すぐに実家に戻りサポートしてた	H1-49
		家族関係についてアセスメントする	第一印象から息子と母親の関係性について遠慮やよそよそしさがあると思う	B1-73
		きょうだいや親族が気持ちよく介護に協力しているかを知る	きょうだいや親族が旅行の留守番や出向え、必要なティッシュを用意し、気持ちよく介護に協力する	C1-80
		家族のそれぞれの役割やキーパーソンとなる家族をアセスメントする	家族と仲良くなって、その家族への入り方を決め、キーパーソンを見極める	E1-47
	夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報共有する	妻本人の介護は夫中心で別居の子どもが、時折来訪し、交代で行う	妻の介護は夫が中心だが、他県に住む娘や息子が来訪して交代で介護する	E1-18
		家族のそれぞれの役割を知りキーパーソンとなる家族と情報共有する	跡取りや将来同居するのは誰かによって、家族の立ち位置が違い、キーパーソンが違ってくる	E1-48
			長男であっても将来同居するのは長女の為、介護に関する家庭内の決定権は長女になる	E1-49
			家族のそれぞれの役割、家庭内の事情について隠さず見せてもらっていると情報を共有しやすい	E1-50
		夫婦2人の様子や介護状況を家族と情報共有をする	妻本人の様子や夫の生活や介護の詳細についてメールのやりとりによって情報共有する	E1-19
		夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため別居の家族と情報共有する	夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため同居してない息子や娘と連絡をすることがある	E1-51
		家族内で介護の分担が決められている場合は、その役割担当の家族に連絡するなど、家族それぞれと関わる	介護の分担や担当が決められていて、誰に連絡をすればよいか家族からも要望がある	E1-52
			家族それぞれと関わることで、それぞれの役割が上手く回っていってほしいと思う	E1-53
			在宅での母の看取りを希望した長女は、生前から早々に遺影や臨終後の話をしていた	E1-69
最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く	在宅で看取るか主介護者の夫と他家族の合意を待つ	医療職側と家族側の在宅での看取りの決定についての温度差があるときは、看取りに向けて刺激しないように急変時の対応の準備は進めていく	在宅での看取りの決定について焦る医療職側となぜ慌ててきめようとするのかと思う家族側との温度差があるため、水面下で看取りに向け刺激しないように進める	E1-27
	夫が余命宣告を漠然と捉え在宅で看取る覚悟ができなくても最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く	最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族と在宅での看取りについて夫の意見が違っても看取る方向で動く	最期は自宅でと強く希望する娘の為に、家庭内の意見が食い違っても家で最期を看取れるように往診医を探す	E1-57
夫が介護参加の意識を持ち、夫婦が自宅で過ごす良さを実感できる意図的な働きかけを行う	妻に自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫をする	自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫として妻の希望に近い形でケアを提供する	自宅で過ごす良さを実感してもらう為、温泉に行きたがっていた妻の希望に近い形で入浴剤を用い清潔ケアを行う	B1-23
		息子のギターを心地よく聞いて過ごす妻	長男の演奏するギターを聴きたいと願う妻の思いを息子に伝え、息子のギターを心地よく聞いて過ごす妻	B1-25
	夫と個々の家族が妻の介護に参加しているという意識をもつための意図的な働きかけ	清潔ケアに参加できるようセッティングする	清潔ケアに参加できるようセッティングする	B1-24
		家族一人一人が妻の介護に参加しているという意識をもってもらえるように意図的に働きかける	夫にも介護に参加してもらう機会となるようできることを依頼し、意図的にケアに参加しているという意識を家族が持てるようにする	B1-26
		段階を踏み、徐々に夫や息子もケアに参加できるように働きかける	男性家族は、直接触れる清潔ケアについては遠慮があるので、段階を踏み、徐々にケアに参加できるように働きかける	B1-27
	夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる	段階を踏み、夫や家族に徐々にケアに参加してもらい、心理的ケアにつなげる	準備から段階的にケアに参加してもらい、妻と家族の心理的な距離を近づける	B1-28
妻の為に介護も家事も頑張ろうとする夫	妻に任せっきりだった家事を最期に担おうとする夫	妻に任せっきりの30年間分の家事を最期に担おうとする夫	30年間分の妻に家のことをしてもらってきて、最期に夫が家事をすると言う夫	F1-37
		妻のこだわりが強くヘルパーを導入せず、夫が食事を作る	食事は、妻のこだわりが強い為、ヘルパーの導入に同意しないので、夫自ら作ると言い、夫が食事を作る	G1-14
		妻の希望に応え夫が30品目調理したものを少しずつ食べる妻	30品目食べたいと言う妻に30品目はと言いながらも妻の希望に応え夫が調理し、少量を少しずつ食べる妻	G1-16
		妻の食べたいとものを夫がこまめに準備する	妻の食べたいというものを夫が欲求にこたえてこまめに準備する	H1-15
		実際介護してみて大変さに気づく夫	夫は薬や疼痛コントロールが大変とは思っていなかった	D1-31
夫の介護・家事能力をアセスメントする	夫婦2人の家事の様子や夫の家事能力をアセスメントし、具体的なアドバイスを行う	夫婦2人の家事の様子についてアセスメントする	夫婦2人の食生活と家事についてアセスメントする	B1-47
		夫婦の生活能力についてアセスメントする	夫と2人の生活では大変と思いデイサービスを勧めるが、できるうちは自分でしたいという	D1-13
		夫の家事能力をアセスメントする	夫の家事能力をアセスメントする	D1-14
		夫が食事の支度ができるかどうかを知る	夫は、食事は作れないので朝はパン食で朝夕出来合いのものを買ってきいる	E1-61
		買い物・洗濯はできるが、掃除・炊事はできない夫	夫は買い物・洗濯はできるが、掃除は娘が来た時に行っていた	E1-64
		夫が夕食の支度をする	夫が夜食事を作る	F1-34
		妻の食べたいものを夫が作る	嫁が作ったものを食べるか、夫が作るか、妻が食べたいというものをスーパーで夫が買ってくる	F1-35
		買い物から夫が食事の支度をする	買い物も調理も夫が行う	F1-36
		男性で目が行き届かないところもあるが掃除されているとアセスメントする	割とものが多くあるお宅で男の方だからそんなに目が行き届かなかったと思うが、床や洗面所とかはきれいにしている	G1-23
		夫が、洗濯も掃除もなんでも行う	夫が、洗濯も掃除もなんでも行う	G1-24
		夫だけでは無理な家事は他の家族に依頼する	夫だけでは無理な片付けは、他の家族に依頼する	B1-46
		夫婦の生活能力についてのアセスメントを行う	夫婦間でどちらに生活上の主導権があるかアセスメントする	B1-44
	夫の社会参加に関するアセスメントをする	近所との関係やコミュニティ参加の様子についてのアセスメント	近所との関係やコミュニティ参加の様子についてアセスメントする	B1-48
		夫の町内会の参加状況について知っている	夫の職歴と町内会など近所づきあいについて知っている	F1-39
		夫の人付き合いについてアセスメントする	夫の人付き合いについてアセスメントする	C1-59
		患者の会への参加する夫	患者の会へ家族として妻の生前から参加している	C1-60
死別後の夫の生活への備え	妻の死後を想定した家事訓練と準備	妻の指示に従って洗濯物を干したり一緒に畳んだりする夫	妻の指示に従って洗濯物は、妻の指示に従って干したり一緒に畳んだりする姿を観察する	F1-33
		夫の生活能力や死別の準備について観察する	夫はもともと生活していく能力があり、きれい好きで几帳面なので、介護しながら先々の準備をしていた	H1-48

夫の介護・家事能力を見極めた上での、対応策を考える	介護する夫の大変さを考慮する	介護する夫の大変さを考慮する	治療上必要性があることでも、介護する夫の大変さを考慮し、看過する	A1-28
	夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことはしなくてもよい方向でケア内容を考える	妻のために介護したいと思う夫の意思は尊重する	夫の家事・介護能力を見極めているが、妻のためにしてあげたいと思っている夫の状況を娘に相談する	D1-65
		妻のペインコントロールと並行して夫の料理や食べることに関する家事・介護力をアセスメントし、夫にさせない方向でケアを考える	痛みのコントロール中、食べるということと夫が調理することの負荷や夫がどれだけできるかを早い時期に判断し、夫に迷惑かけたくないと言う妻の言葉を受けて、夫にさせない方向で考える	D1-64
	夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める	家事能力を見兼ね、夫の介護保険申請を勧める	夫の家事能力を見兼ね、夫自身の介護保険申請によるヘルパー導入を勧めるが夫本人が拒否する	D1-89
		プライドから自分が家事をすれば済むことだと言う夫を否定しない	プライドから自分がやれば済むことだと思ってヘルパーの必要性は感じない夫	D1-90
	妻が安心して任せられていれば介護方法は否定しない	妻が安心する介助方法であれば否定しない	介助の仕方は下手でも、妻が安心していれば、介助方法は否定せず認める	A1-27
	家事をしたことのない夫に家事・介護の完璧を求めず、2人の生活が成り立っていれば良しとする	他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらうことが大事と思う	妻の介護をしたい夫は、娘が泊まり込んで介護することで、夫自身が介護に参加し、妻の介護をしている実感を持てなくなってしまった	D1-67
		夫ができる方向や量を考慮し、これだけは介護をお願いする方法もある	夫ができる方向や量を考慮し、これだけは介護をお願いしますというもっていき方があったと振り返る	D1-66
		家事をしたことのない夫に完璧を求めず2人の生活で成り立っていることなら良しとする	2人の生活で成り立っていることなら家事をしたことのない夫に完璧を求めてはいけないと思う	D1-91
		夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	少しとんちんかんでおかしなことがあっても、本人の介護する気を阻害しないようにと考える	D1-70
		細かい事は受け流し、妻にはいてくれるだけで良いと思っている夫	いろいろ細かいことは、気にはかけないで受け流し、妻にはいてくれるだけで良いからと思っている	E1-78
		夫の性格的なものが夫婦を支える	夫の性格があっての今の夫婦が良い組み合わせだと思う	E1-79
夫以外の家族のサポート状況や夫の健康状態や介護状況を見守る	介護保険の利用は、無理強いしない	妻本人や家族の意向を汲み、介護保険の利用は、無理強いしない	介護申請に必要性を感じても無理強いせず、認定されても本人が必要と感じるサービスのみ利用する	A1-16
	妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める	夫が背負いこまないように朝晩訪問看護に入る	夫が妻の排泄介助を自分がやるべきことと思って背負わないように朝晩訪問看護に入る	H1-77
		本人の意思で介護ベッドが入れられない	介護保険サービスをなかなか申請しないため、介護ベッドが入れられない	D1-34
		自分のベッドで寝たいという意思があるので介護保険サービスは申請しない	本人の自分のベッドで寝たいという意思でぎりぎりまで介護保険サービスは申請しない	D1-35
		必要に迫られるまで介護保険サービスは申請しない	介護ベッドと入浴サービスや福祉用具を最終的に利用する	D1-36
		往診以外の介護保険サービスの導入は、妻の思いと夫の介護力を見て無理には勧めない	往診以外の介護保険サービスの導入を勧めるが、妻本人が拒否したり、夫が一所懸命介護するため無理には勧めない	F1-61
		状態変化に合わせサービスを導入し、必要な助言を夫に行う	急な意識低下に合わせて、介護ベッド・ヘルパーの導入を行い、助言に基づきベッドを挙上し夫が食事介助する	E1-60
	夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様サービス提供の対象者であることを伝えていく	家族も自分が利用者であると意識していただくようにケアを行う	療養者本人だけでなく家族もサービス提供者と意識してもらう必要があると思う	B1-72
	妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察する	いつも夫婦でいる姿や食事を作ってでかける夫の姿が印象に残る	訪問したときに妻がいつもリビングにいて長テーブルの端に夫が座っていることや、仕事で外出の時も夫が食事を作っていくのが印象に残っている	G1-37
		仲が良い夫婦なので死別後の夫を案じる	仲が良い夫婦なので妻との死別後一人になったときに大丈夫かなと思う	H1-46
		妻を失った時の喪失感は大きいのではと死別後の夫を案じる	妻を失った時の喪失感は、大きいのではないかと心配する	H1-47
	夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける	表情が表に出ずいつも淡々としている夫に気遣う声かけをする	夫が意外と淡々としていて表情を表に出ないので、ご本人がいらっしゃらないところで帰り際に夫には、疲れていないか、夜眠れているかと声かけする	G1-10
		いつも気丈に大丈夫だよ、面白い冗談を言って和ませるような感じで返答する夫	看護師の声かけにいつも気丈に大丈夫だよ、面白い冗談を言って和ませるような感じで返答する夫	G1-11
		言いたいことを言う妻と淡々と受け止める夫	妻は言いたいことを言い、夫は淡々と受け止める	G1-25
	妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う	家族内で在宅で看取るか決まらないまま時間が経過する	家族内で意見がまとまらないまま、在宅で看取るかどうか決まらないまま、時間が経過する	E1-25
		妻への訪問時は、夫の状態観察と必要な生活指導を行う	妻の闘病中の訪問時は、夫の状態は落ち着いていても食事や運動など生活の様子は観察しつつ必要な指導をしていく	E1-37
		娘からの忠告は受け入れがたいので妻への訪問時に夫の状態観察と必要な生活指導を行う	娘から注意を受けると夫は受け入れ難いため、看護師の立場から薬や生活に関する注意を行う	E1-38
		ケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変変に切り替えることもある	訪問の目的対象が、妻か夫かの日は、その時の様子を見て、家族の希望とケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を切り替えることもあった	E1-41
夫婦にとって第3者的存在としてのヘルパーと連携し、夫婦の生活をサポートするする	ヘルパーに安心して任せられるケアは、積極的に依頼する	信頼できるヘルパーに行ってもらう口腔ケア	信頼できる口腔ケアの得意なヘルパーの導入	A1-96
		夫婦へのケアの要としてヘルパーへ教育的かかわりをすることもある	ヘルパーが夫婦の生活の要と考え、教育的要素を含みつつコミュニケーションをとる	B1-84
		安心して任せられるヘルパーの導入	安心して任せられるヘルパーの導入	A1-97
	ヘルパーから生活情報を得る	ヘルパーから生活情報が得られやすい	訪問看護に入らない時間帯の状況はヘルパーから生活に関する情報を得る	B1-82
		ヘルパーの方が生活情報を得やすい存在と思う	本人・家族が構えないでいられるのでヘルパーさんから事実としての生活情報が得られやすい	B1-83
妻・主婦役割を果たせなくなっていく妻	主婦役割ができなくなり夫の何気ない言葉に傷つく妻	状態悪化に伴い主婦役割ができなくなることで夫の何気ない言葉に傷つく妻	妻は状態悪化に伴い、主婦役割ができなくなり、何気ない夫の言葉に傷つく	A1-98
病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してのヘルパーへ進言する	病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する	夫にとっての妻の存在が大事	他のスタッフや職種も夫にとっての妻の存在が大事と思っている	C1-37
		病床にあっても夫にとって妻の存在は大事	病床にあっても夫にとって妻の存在は大事と思う	C1-36
		病床にあっても夫の心配をする妻	病床にあっても夫のことを心配する	C1-64
		病床にあって妻役割を果たせずヘルパーに嫉妬する妻	病床にいて妻役割を果たせないでいるため、ヘルパーに嫉妬する妻	C1-65
		病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮	病床にいて妻役割を果たせないでいるため、ヘルパーに嫉妬する妻の気持ちを察する	C1-67
		妻本人が介護を受けることについての思いをアセスメントする	妻本人がこれまで介護される人のお世話をボラティアをしていた為、介護保険の世話になりたくないという思いを知っている	D1-12
		痩せても看護師が驚くくらい気丈に振舞う妻	痩せていても看護師が驚く程元気に話し、気丈に振舞う妻	F1-49
		病床にいて妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する	病床にいて妻役割を果たせない妻の気持ちを察する	C1-68
			病床にいて妻役割を果たせないでいるため、ヘルパーに嫉妬する妻の気持ちを察する	C1-69

病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してのヘルパーへ進言する	援助者であっても妻役割まで踏み込まないようヘルパーへ依頼する	病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮	ヘルパーとしての役割をしてもらうよう依頼する	C1-66
		援助者であっても踏み込んでいけないことがある	援助者でもあっても行えるケアと夫婦のこととして捉え、しないほうが良いケアもある	C1-70
夫の介護負担を考慮した訪問看護内容とサービスの調整を提案する	夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネへ伝える	サービス調整のための他職種へ早目の提案	早目にサービス調整ができるように関係職種に、観察して気づいたことがあれば、提案をする	D1-116
		妻の状況に応じて介護保険から医療保険への変更する	訪問の状況に合わせ、介護保険から医療保険に変更される	F1-6
		必要なサービスをすぐ入れてもらう	同じ事業所のケアマネだったので、必要な福祉用具は言えば、すぐに導入してくれた	H1-73
		妻の体動困難によるり苛立ちと夫の負担を軽減するためリハビリと訪問診療を導入する	妻の体動困難による苛立ちを軽減し、夫の負担を軽減するためリハビリと訪問診療を導入する	G1-50
		疼痛コントロールと通院の大変さを考慮しての訪問診療開始	痛みと通院の大変さを考慮し訪問診療を開始する	G1-51
		配食サービスやヘルパーを導入せず夫が食事を作る	配食の弁当を薦められても契約せず、最初から最後まで夫が、頑張って食事を作る	G1-15
		ADLの低下があり、複数の看護師の目で観察するため担当を複数にする	週１回のペースの訪問だったが、徐々にADLの低下があり、一人の看護師から複数の看護師の目で見て行こうということになり、複数の看護師で担当する	G1-87
		緩和ケアの開始に伴い複数の看護師の目で観察するため担当を複数にする	ADL低下と緩和ケアが必要になったタイミングで複数の看護師が入っていこうということになりました	G1-88
		ADLが落ちたタイミングでリハビリを始める	ADLが落ちてきたタイミングで動作確認や起居動作の指導のためのリハビリを始める	G1-89
		夫が在宅での看取りを覚悟したタイミングで往診開始	最終的に夫の「ここまで来たら緩和ケアに入っても家に帰りたいって騒ぐだろうから、家に帰って家で過ごさせてやろう」という覚悟から在宅での看取りを決め往診を開始した	G1-93
		看護師が主導権を取り必要と判断したサービスをケアマネに伝える	看護が主導権をとり、入浴サービスが必要な時期になり入れてほしいと言うとケアマネがすぐに動いてくれた	H1-74
		妻から不満を言われ、ストレスで会話が減っていく夫	妻からいろいろ不満を言われ続け、ストレスなのか愛犬にばかり話しかけ、妻との会話が減っていく夫	G1-33
		体動困難となって訪問入浴のサービスを導入する	妻の体動困難な状況を見て、連日の訪問サービス開始後、週2回訪問入浴を導入した	H1-75
		夜のトイレ介助をに介護負担を感じさせるそぶりは見せない夫	夜もトイレに行く妻の介助をしていたと思うが、夫は妻の介護に対してきついとか負担を感じさせるそぶりは見せてなかった	H1-76

Ⅳ. 安定期

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
夫婦の思い出作りや希望を叶えるため、チーム一丸となり、協力しあう	後悔しないための思い出作り	遺族が後悔しないための思い出つくりや本人の希望を叶える	明日のことはわからないので遺族が後悔しないで済むように、死ぬまでに思い出作りやしたいと思っていることをできる時にした方が良いと思っている	D1-130
	看護・介護職・家族・親族が一つのチームとなって妻・夫婦の希望を叶える	サービス提供のチームに家族が入ることの困難	サービス提供のチームに家族が入ることは困難もある	C1-75
		夫とサービス提供者・家族・親族の協力で妻の希望をかなえる	夫と家族・親族の協力があって妻の希望の旅行が可能になる	C1-76
		妻の希望をかなえようときょうだいからの後押ししてくれる発言と可能にする経済力	妻の希望をかなえようときょうだいからの後押ししてくれる発言と可能にする経済力	C1-77
		妻の希望を後押しするきょうだいからの発言	妻の希望をかなえようときょうだいからの後押ししてくれる発言	C1-78
		看護・介護職が親族とも顔なじみの関係	看護・介護職が葬儀にも付き添いでいくなど親族とも顔なじみである	C1-81
		夫婦の船旅実現	夫婦の船の旅を実現する	D1-24
	夫婦の希望にむけて多職種が準備から実現まで協力し合う	妻の花火を見たいという希望に向けて準備を始める	妻から花火大会を見に行きたいという希望があり、花火大会目標にした	C1-5
		花火大会を外出の目標にし、準備する	花火大会という目標に向けて準備を始める	C1-6
		サービス提供者みんなに声をかけ協力しあう	サービス提供者みんなに声をかけ協力しあえるよう音頭をとる	C1-7
		目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力しあう	外出の目標に向けてそれぞれの役割にあった職種に協力を依頼する	C1-8
	妻の希望の外出の為の事前確認を慣れるまでは行う	妻の希望の旅行や外出の為の事前確認を行う	安全に外出することを目標に、ご主人と事前確認し、妻の希望の旅行をする	C1-9
		妻の希望の旅行や外出が下見なしで可能となる	外出し慣れると事前の下見なしで外出可能になる	C1-10
		妻の希望の旅行や外出ができるようになる	外出・旅行が定例化してくる	C1-11
	外出を楽しむ	外出に関してケアの振り返りを行い、次回の外出のケアに生かす	外出に関して振り返り、妻自身の要望を確認できるようになる	C1-12
		外出に合わせたおしゃれを楽しむことも妻の希望として尊重する	外出に併せた洋服やお化粧などおしゃれに気を遣いたいと思えるようになった妻	C1-13
		外出を楽しむ	積極的に外出できるようになった妻	C1-14
	夫婦の希望実現に向けて、緊急事態に備えての打ち合わせを医師と行う	夫婦の希望を叶えるため、医師へ緊急事態に備えての情報提供書について進言する	夫婦の船舶旅行の希望を叶えるため、医師と緊急事態に備えての情報提供書について打ち合わせする	D1-113
		夫婦の希望を叶えるため、医師と打ち合わせした上での知恵を授ける	夫婦の船舶旅行の希望を叶えるため、医師と打ち合わせし、すべての真実を伝えなくても言い方を工夫すればよいなど知恵を授ける	D1-114
		夫婦の希望の実現のため嘘も方便で、全て真実をストレートに伝える必要もない	希望の実現のために、全てをストレートに表現しなくてもよいと思っている	D1-115
	周囲に気遣わせないように気を遣う妻	次男の結婚式自分が行くことで周囲が気を遣わせるので出席しないと言って気遣う妻	次男の結婚式に希望があれば看護として付き添って行けると説明しても自分が行くことでみんなが気を遣うから後でビデオで見せてもらうから結婚式には出席しないと絶対譲らなかった妻	H1-69
		次男の結婚式自分が行くことで周囲が気を遣わせるので出席しないと言って気遣う妻	自分が行くことでお祝いの席で周囲が自身を気遣うことになるので行かないと言う妻	H1-70
		周囲に気遣わせないように気を遣う妻	妻は凄く気を遣うひとでできた人	H1-71
妻自身の死の準備行動と死別後の夫を案じた妻の死別の準備行動への支援	死別後の夫のことを案じる妻	死別後の夫のことを案じる妻	死に対する恐怖はないが、死別後の夫を案じる妻	D1-102
		妻の気持ちを察し、介護保険申請を勧めるが拒否する夫	妻自身は死に対する準備を行い、夫を案じるが、夫自身は死後の準備の必要性を感じていない	D1-103
		生前の妻が死別後の夫の生活を案じてしてデイサービスを勧める	夫がデイサービスに行くことを嫌がっていることを知っている	D1-129
	自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添う	2.5人称の視点を意識して関わる訪問看護師	ターミナルケアはもちろん訪問看護師としての「2.5人称の死」の視点を大切にする	B1-49
		妻と夫・家族にも寄り添える存在でいる	療養者・家族に寄り添える専門職でいたい	B1-50
		葬儀に関することも含め、臨終に備えた準備を家族に伝えていくのもグリーフケアと考える	死装束や葬儀に関して事前に準備をしておくように家族に伝えていくのもグリーフケアであり、臨終後の家族の困惑や喪失感のある中での準備するよりもよいと思う	G1-84
	自分の妻・母親役割が終わり、身辺整理についての妻の話を傾聴する	夫に自分が死んだときの希望や形見分けの話をする妻	夫に自分が死んだときの希望を伝えたり、金相場が高いので、形見分けに金歯を譲ると言う話をする妻	H1-30
		大学まで出した息子さんたちへの役目は終わり、何も残すものはないからという妻	息子さんたちには、大学まで出してあげたのだから、役目はそこで終わりで何も残すものはないからという妻	H1-31
	生前の妻の功績として夫を案じた死別後の生活の予行演習に付き合う	生前の妻が死別後の夫の生活を案じた予行演習に付き合う	生前の妻と一緒にご近所やスーパーに行き、妻がしていたことを夫にも同じようにしてもらい死別後の夫の生活の予行演習に付き合う	D1-127
		死別後の夫の生活を案じた妻から普段の生活について伝えられた話を傾聴する	生前の妻から普段の生活の様子を伝えられ、死別後の夫に向けてのメッセージを少しずつ委託される	D1-128
	生前の妻が自分の死別後の夫へつなげる近所づきあいの挨拶に付き添う	生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配し生前に挨拶をしておく	夫と一緒に車いすで住人へお別れの挨拶をして生前の妻も近所づきあいを心配して、いたことを知っている	D1-125
		生前の妻が近所づきあいをしていた方へ挨拶をしておく	生前の妻が、夫と一緒に車いすで住人へお別れの挨拶をしていたことを知っている	D1-126
	妻本人が行っている死の準備行動を手伝う	生前から自分の遺影を選んでいた妻	臨終直後は、元気に振舞って、妻が生前に遺影のことを話していたと語る	F1-47
		妻本人が行っている死後の準備	妻本人が死後の準備をしていることを知る	D1-100
		妻本人の死後の準備として旅立ち装束として着せてほしいものを指定される	夫と決めた葬儀の手配以外に、旅立ち装束の場所を伝えられ、死装束として着せてほしいものを看護師に指定する妻	D1-101
妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と万が一夫が先に逝ってしまう場合の検討	夫の介護疲れ	妻の状態悪化に伴う夫の介護疲れ	妻の状態悪化に伴い、夫も介護疲れで入院になる	E1-9
		介護疲れによる主介護者のの夫の緊急入院	介護者の夫が介護疲れにより、頭皮に細菌性感染があり、急遽受診し、そのまま入院手術をする	E1-10

妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と万が一夫が先に逝ってしまう場合の検討	夫の生活自体変わらないようにする	家族も訪問看護サービスの対象と伝える	家族の生活を大切にと家族もケアの対象なであることを伝えている	B1-86
		夫の生活自体変わらないようにしたい	夫の生活が変わらないであってほしいと思っている	C1-31
		夫の生活自体変わらないようにしたい	夫自身の生活がこれまでと変わらず、外出できるように夫不在時を看護師・ヘルパーで支援する	C1-32
		夫が夫らしく生活してほしい	ご主人はご主人らしく生活してほしいと願っている	C1-33
	がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行う	がんの妻に目が行きがちで夫の健康状態が悪化するので日常生活の確認や指導が必要となる	がんの妻に目が行きがちで夫の健康状態に注意が行き届かなくなることで夫の健康状態が悪化したことから日常生活の確認や指導の必要となる	E1-11
		主介護者の夫の健康状態をみて、夫婦2人の生活を支えるには2人に対して訪問看護が必要と判断される	夫の糖尿病のコントロールができず、入院中に脳梗塞を発症したため、夫婦2人の生活を支えるには2人に対して訪問看護が必要と判断される	E1-12
		夫婦2人の重症度から判断し、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える	妻の状況によって重症度から判断し、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える	E1-42
	夫が先に逝去した場合のことについて話をする	夫の既往歴を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについて話をする	夫が先立った場合のことについて考えておいて欲しいと伝える	C1-48

Ⅴ. 安定-終末・臨死期

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
夫婦で過ごす時間を大切にする	夫婦2人の時間を設ける	ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	2人きりの時間つくるため、ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	C1-42
		夫婦2人の時間を設ける	夫婦2人の時間を過ごしてもらう	C1-43
		ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	夫が介護しなくならないように意図的にヘルパー不在時間を設定する	C1-44
		ヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	いざというとき夫が緊急時の対応をできるように意図的にヘルパー不在時間を設定する	C1-45
		一緒に食卓を囲むだけでもいいかと思えるようになる夫	段々食べられなくなった姿を見ながら、食べられなくても一緒に食べている食卓を囲むだけでもいいかと思えるようになる夫	A1-58
		会話になってなくとも夫婦にとっての楽しい時間	他者から見て会話と思えない内容であっても、夫婦にとっての楽しい時間と分かる	A1-89
	夫が外出する場合は、所在不明にならないように注意する	夫の所在不明時はヘルパーが心配する	夫の所在が不明であると他のスタッフが心配する	C1-38
		帰宅の遅い夫をヘルパーが心配する	夜遅くになっても帰ってっこないと他のスタッフが心配する	C1-39
		帰宅の遅い夫を心配をする妻	帰宅が遅い夫の身体のことを妻が心配する	C1-40
		夫の心配をする妻の代弁者がヘルパーになる	妻が夫の身体を心配していることをヘルパーが代弁する	C1-41
		夫不在時の緊急時の対応	緊急時に備え、夫には外出時携帯電話を持参してもらう	C1-34
死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない	トイレ・入浴介助は自分がすることにこだわる夫	トイレ・入浴介助にこだわる夫	夫が、トイレ介助や入浴介助にこだわり自分で介助する	A1-38
		トイレ・入浴介助は、失禁が始まる前まで夫が介助する	トイレ介助や入浴介助は、失禁が始まる前まで夫が抱えて介助する	A1-39
	セルフケアが難しくなってきた部分は夫かヘルパーに管理を依頼する	体力が落ちてきて自分で行えなくなったストマやバルン管理はヘルパーや夫に管理してもらう	歩行可能な時は、自分でストマの排便がトイレでできるが、体力が落ちてきたときは寝たまま破棄できるようにしてヘルパーや夫が管理する	F1-32
	妻の介護をしたいが介護に参加できず、自分にはできることがないと思う夫	介護中の夫にとっての疎外感	娘さんとのやりとりも夫にとっては阻害された感じを受ける	D1-71
		妻の介護に参加できす、仲間外れにされていると思い疎外感を感じる夫	「僕は関係ありません」と言う態度で玄関から出てこなくなる夫	D1-72
		自分にはなにもすることがないと言って部屋に閉じこもるようになる夫	最初は、経管栄養の手伝いもしてケアに参加してくれていたが、自分にはなにもすることがないと言って部屋に閉じこもるようになる夫	D1-68
		自分の介護役割を取り上げられ看護師に詰め寄る夫	自分の介護の役割を取り上げられたと思い、なぜ僕の仕事を取るんですかと詰め寄る夫	D1-81
		自分の介護役割を取り上げられたと娘に訴える夫	娘にも自分がないがしろにしていると言う夫	D1-82
	夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する	夫がストレスなく妻の介護に参加するために他の家族の協力を得たり、事前の根回しの連絡をしておく	夫がストレスなく妻の介護に参加するために娘と協力したり、事前の根回しの連絡をしておくなど娘さんに一役買ってもらう	D1-120
		現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする夫	無理して同じものを準備してもらおうと思ってはいないが、訪問看護師が使うような物品を同じように揃えようとする夫	D1-85
		これでなくてはいけないと思い、現在使用している物品にこだわり、完璧に準備しようとする夫	いろいろ電話して、まったく同じものを準備しようという完璧さがある	D1-86
		言われたとおりに必要な物を準備しようとする夫	ポカリスエットと言われれば、ポカリスエットと思い、それを準備しなければと思う	D1-87
		夫は夫なりに、一所懸命であることを理解する	夫は夫なりの理解で言われたとおりにポカリスエットの準備しようとしていることを、一所懸命でしていることとして理解する	D1-88
		娘不在の時は、娘の代わりに様子を報告してくる夫	娘不在の時は、娘の代わりに妻の様子をメールで妻の様子を報告してくる夫	D1-73
	年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるようにする	家族として終末期には介護上の役割を持った方が良いと思う	ターミナルケアだからこそ家族に役割を持った方が良いと思うが、時間や状態変化についてアセスメントが難しいと思う	D1-111
		本人と家族の希望する内容でケアできれば残されたご家族にとっては生きる活力になる	本人と家族が希望された内容に少しでも近づけたり、感動できることようにケアすることが残されたご家族にとっては生きる活力になっていただけると思う	B1-59
		大切な方との最期の時間にケアに参加できた方が、その後の人生が強く踏み出せるト思う	死別後の生活を考え、大切な方との最期の時間やケアに参加可能だった遺族の方が、その方の人生が強く踏み出せる	B1-60
		他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらう	夫のしたいと思う気持ちを汲み、無理に取り上げず見守ることや無理強いして介護保険サービスを導入しないことが夫の介護へ参加している実感につながると思う	D1-93
		介護保険を使わず、夫にとっての苦労と思う介護でも、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につながる	介護保険サービスを使うより、介護保険を使わず、介護していた数か月が夫にとっての苦労でも、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につながっていくと信じたい	D1-94
		年齢的に難しく、できないと思って介護を取りあげることは、夫の介護参加の拒絶と死別後の夫の後悔につながる	年齢的に難しいと思うが、介護する中でお願いしてできなかったことを取りあげてしまうことは、夫の介護参加を拒絶したり、死別後の夫の後悔につながると思う	D1-69
		終末期のケアに家族が参加し役割を持つときには個人の年齢・性格・能力も考慮する	終末期のケアに家族が関わり、参加するには、個人の年齢・性格・能力も関係してくると考える	D1-112
	妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう	夫にできそうなことは、してもらう	夫にできることは、してもらうように考えていた	D1-84
		妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考える	介護負担の軽減として夫の介護役割は取り上げるのではなく、妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考えればよいことと思う	D1-75
		介護を夫に任せる・任せないの相談を妻とアイコンタクトで行う	妻本人とは夫に見えないようにアイコンタクトで介護の任せる・任せないを相談する	D1-83
	多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する	多職種が妻の治療やケアにかかわることでの情報整理に夫が混乱する	看護師以外の職種が複数関わることで情報量が増え、情報整理に夫が混乱する	D1-29
		多職種発信の情報は夫が混乱しないよう訪問看護師が集約する	情報は訪問看護師が集約し、他職種へ伝える	D1-30
	夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	夫の愚痴の聞き役を他の職種に依頼しておく	夫が自分の役割を奪うと愚痴をこぼしたときに聞き役になってほしいと薬剤師に依頼しておく	D1-78

死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない	夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	普段はすごく温厚だが、急な薬剤の変更があると電話で食ってかかる夫	普段はすごく温厚だが、急な薬剤の変更があると「薬剤師さんが来た後で、なぜ違うのか」「なぜ、今こうなったんだ」「薬剤師さんはこう教えて行ったのになんでそうなるんだ」と電話で食ってかかる夫	D1-79
		家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう	娘の役割、夫の役割と家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう	D1-76
		夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	「えっ」と思う夫の行う介護方法に目をつぶろる	D1-77
		夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	ちょっと間違えていても、多職種との連携し目をつぶろうとする	D1-80
		夫がしていることに疑問があっても目を瞑る	夫に敢えて妻の介護を夫の役割としてお願いし、えっと思うことにも瞑るようにした	D1-74
状況に応じて助け舟を出す	各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する	交通の便や嵩張る品物などに配慮し、訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出し提供する	交通の便の悪い住まいにいるため、嵩張るおむつの買い物や急に必要になるゴミ出しの袋、衛生材料などあるもので間に合わせられるときは、訪問時に訪問看護ステーションから持ち出し、提供する	G1-12
		交通の便が不便な為、看護師が衛生材料を買って持参する	褥瘡ができて医療処置が必要となると衛生材料の買い物も手伝う	G1-13
	食事が採れなくなったら、食事形態の検討や高エネルギー食･ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参する	食事が採れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤などをその都度持参する	メイアクト・ドリンク剤・とろみ食など訪問の度に必要なものを持っていく	F1-30
		むせ込みようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする	むせ込みようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をし無理に食べたり飲んだりしなくてもいいと伝える	F1-31

Ⅵ. 終末・臨死期

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
夫の仕事や健康状態を考慮し、レスパイト入院を勧める	介護と仕事の両立で介護負担を感じる夫	介護と仕事で手一杯で介護が負担になる夫	少しずつ仕事が入り介護と仕事で手一杯な感じでイライラするような様子の夫	G1-54
	夫の介護疲れによるレスパイト入院	夫の介護疲れによるレスパイト入院	夫が介護に疲れ、レスパイト入院する	A1-47
	夫の入院期間中の妻の入院	夫の入院期間中は、妻も入院をする	夫の入院中は、妻にも社会的入院を勧める	C1-49
		夫の入院期間中は、妻も入院をする	妻の状態に併せて夫も退院を早める	C1-50
		夫の健康状態に配慮し看取りは病院でとなる	夫の状態が悪いのならば最期は病院で看取るのでも良いのではという話になる	C1-51
		夫の回復を待ち、妻も自宅へ帰る	夫の健康状態が回復した時点で妻も自宅へ戻る	C1-52
	妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配をする	妻が家にいられないと思うほど状態が悪い場合は、入院する	がん専門病院を退院しても、具合が悪い状態では家にいられないと思い、病院へ入院する	F1-11
		本人が入院を希望する	入院したいと本人が電話してくる	F1-62
		妻本人と夫が入院を希望すれば、医師に連絡しに入院できるように手配する	入院して元気になった経験から本人が入院を希望し、夫も同意するのであれば、入院できるように手配する	F1-63
		本人や家族が後悔しないように入院の希望があれば、入院の手配を行う	あのとき入院しなかったからという心残りにつながらないよう入院の希望を聞く	F1-64
		夫の健康を考えると入院も選択肢の一つとして考える	夫は、毎日病院へ通うが、夜は眠れるようになるので入院も悪くはないと思う	F1-65
		主治医から許可を得てレスパイト入院の受け入れ先を探す	レスパイト入院は、主治医に報告し、許可が取れたら、訪問看護ステーションで受け入れ先を探す	F1-25
		在宅での看取りが無理と思うときは、受け入れ先を探す準備があることを伝える	在宅での看取りは夫の気持ち次第なので、夫が看取りを無理と思うときは、受け入れてくれる施設を探すということを伝える	F1-20
		夫の介護負担を配慮し、在宅で看取るか、レスパイト入院するか訪問の度に確認する	度々夫に話をし、在宅の療養が長くなると夫自身がきつくないかと訪問の都度確認し、在宅で看取るか、レスパイト入院するか訪問の度に確認していました	G1-92
在宅療養を心から望む妻	妻本人へ余命宣告がされ、妻本人が話をするときは傾聴する	直接医師から余命と看取りをどうするかという話をされる	緩和ケア病棟入院時、直接医師から余命と看取りをどうするかという話をされる	G1-42
		余命や看取りについての話を受け止めきれていない妻	希望を捨てていない為、余命や看取りについての話を受け止めきれずびっくりしている妻	G1-43
		医師から余命や看取りについての話をされた時には傾聴する	医師から余命や看取りについての話をされた時もあれこれ質問せず、鎮痛剤のことにも触れず傾聴していた	G1-44
	治療できないのであれば家に帰りたいと思う妻	治療できないのであれば家に帰りたいと思う妻	治療できないし、食事もおいしくないので、家に帰りたいと思う	F1-12
		緩和ケア病棟に入院しても、妻本人が家に帰りたがる	妻本人の病院嫌いがあり痛みのコントロールをすることが目的で緩和ケア病棟に入院したが、とにかく家に帰りたいと言う状況があった	G1-94
		入院して最期をどこで過ごすか改めて実感する妻	食事が美味しいと思えないため退院し、最期は入院したくないと思う妻	F1-66
	在宅療養を心から望む妻	退院カンファレンスで在宅療養が決まり笑顔になる妻	緩和ケア病棟での退院カンファレンス後ベッドサイドに訪問し、家に帰ることを告げた時に、入院中病棟の看護師にはみせたことのないような笑顔になり、余程家に帰りたかったとわかる	G1-95
		在宅療養に切り変えて元気を取り戻す妻	余命3ヶ月と言われ自宅に戻り、夫を罵倒するくらい元気になる妻	F1-8
看取りに向けて夫や家族の負担や都合を踏まえた退院時カンファレンスの実施	看取りに向けて夫や家族の負担や都合を踏まえたカンファレンスの実施	看取りに向けて家族の負担や都合を踏まえてカンファレンスする	娘の仕事や休暇など都合も考慮し、看取りについてのカンファレンスを行う	D1-54
		看取りができるよう家族の負担や都合を踏まえてカンファレンスする	娘や夫の負担を考慮した看取りが行えるよう試しでデイの利用を提案する	D1-55
	退院カンファレンス後の早期に在宅療養への切り替え	退院カンファレンス後、早期に在宅療養へ切り替える	受け入れいつでも可能という話をし、退院カンファレンス後早期に在宅療養へ切り替える	G1-96
在宅での看取りを覚悟する夫	在宅での看取りを覚悟する夫	訪問看護ステーションに夫から在宅で介護することを覚悟したと連絡が入る	訪問看護ステーションに、夫から電話で、本人が嫌だと言っているから退院させたい、介護する覚悟があると言われる	F1-13
		在宅での看取りを覚悟したと言う夫	在宅での看取りを決めるが、投げやりな感じで言う夫	F1-14
		妻を最期まで受け止めきれるか看護師が心配しても頑張るという夫	妻が我慢できないことを夫に訴えるので夫が最期まで受け止めきれるか心配し、緩和ケアを紹介するが、頑張ってみますと言う夫	F1-15
		死に向かってはいくのにがんと戦う妻と妻の感情を受けとめる夫	がんと知り、自分の体が今後どのように変わっていくのか、死に向かっていくのにがんと戦っている妻と感情の起伏があり激しい口調で話す妻の感情を受け止める夫	F1-26
		自分しかいないと最期まで看取る覚悟でいる夫	自分しか介護する者はいないと思い最期まで看取る覚悟でいる夫	F1-40
		自分の余命を察知し、夫に面倒を見てと言う妻	自分はもう死ぬからちゃんと面倒を見てよと夫に言う妻	F1-45
		自分の余命を察知し、夫に面倒を見てと言う妻	わたしはもう死ぬから、ちゃんと面倒を見てよと夫に言う妻	F1-46
		余命3ヶ月と言われ在宅で看取ることを覚悟する夫	余命3ヶ月と言われ在宅で看取ることを覚悟する夫	F1-55
		医師から余命や看取りについての話をされ自分が面倒をみるしかないと言う夫	医師から余命や看取りについての話をされた時の夫は、悲観的ではなく自分が面倒をみるしかないと言う	G1-45
		自分たちは排泄の介助されるのは嫌だと思っていたが介護する羽目になったと笑い飛ばせる夫	退院後ベッド上の生活になり、おむつ交換をするようになって、自分たちの親を見て排泄の介助されるのは嫌だと言っていたが、やる羽目になったと笑っていたのを思い出す	G1-49
	妻の夫に迷惑をかけたくないという思いを受け入れがたい夫	妻は状態が悪化しても、延命や救命をして夫に迷惑をかけたくないと思っている	状態が悪くなっていく時に、今後どうしたいかの話合いでは、妻本人から夫に負担をかけたくないから延命しないで、迷惑かけないようにしたいという意思を確認する	D1-44
		迷惑をかけたくないという妻の思いを受け入れがたい夫	夫に迷惑をかけたくない妻の思いを夫は受け入れがたいため、説得にあたる	D1-45
		最期は妻の介護をしたいという思いが強い夫	これまでの家庭を顧みず働いて妻任せにしていた分、できる限り最期は妻の介護をしたいという思いが強い	D1-32
	妻と夫それぞれにいつでも相談してよいことを話す	夫がどうしたいのか話を聞き、妻の気持ちを察し代弁する	夫が電話をしてきたときには、どうしたいか話を聞いて、生きていたいと思っている妻の気持ちを言葉にして伝える	F1-19
		妻の不安の軽減に努め、妻の傍で受け止める夫と2人を観察し、対応する	妻の性格を踏まえ不安緩和に努め、怒り口調で話す妻の傍で受け止める夫と2人を観察し対応する	F1-27
		いつでも相談に乗ることを伝える	夫のまた頑張りますよという言葉にも、いつでも相談に乗りますよと伝える	F1-24
夫婦2人の意思を尊重し、夫の看取りに対する覚悟を支える	レスパイト先から退院後のADL低下と状態悪化	退院後、徐々に寝たきりの状態になっていく	緩和ケア病棟からの退院時には自力で立てず、徐々に寝たきりの状態になっていく	G1-97
		バルンカテーテルを留置し退院する	バルンカテーテルを留置し退院するが、入院から臨終期まで3ヶ月足らずで長くなかったと思う	G1-9
		これまで可愛がっていた犬の世話を夫だけが犬の世話をする	妻の体調が悪くなり、体がきつくなるともともとの性格や病気のために性格が変わったのかこれまで可愛がっていた犬に対しても愛情を抱けなくなったようで夫が一所懸命犬の世話をしている印象を受ける	G1-85

夫婦2人の意思を尊重し、夫の看取りに対する覚悟を支える	夫の排泄介助の負担を考え妻にバルンカテーテル留置を提案	排泄の感覚がなくなる	認知機能が低下し、排泄の感覚がなくなる	A1-46
		夫の排泄介助の負担を考え妻ににバルンカテーテル留置を提案する	毎回の車椅子でのトイレ介助は夫が大変だろうと思い、妻にバルンカテーテル留置を提案する	H1-17
		妻の希望があった場合に備え、夫にバルンカテーテル抜去方法を伝えておく	違和感があったり、嫌だと言った場合に備え、夫には、呼ばれてもすぐに訪問できない旨と本人がどうしても抜いて欲しいと希望がったら抜くように、抜去方法を伝えておく	H1-18
		妻本人がルンカテーテルを嫌がり、夫は車椅子トイレ介助を再開する	妻本人が嫌がり、バルンカテーテルを仕方なく抜去し、夫に再びトイレ介助を行ってもらうことになる	H1-20
		バルンカテーテル一晩で抜去する	バルンカテーテルの抜去方法を伝えていたら、一晩ももたず抜去された	H1-19
	妻のトイレに行きたいサインを察知する	妻のトイレに行きたいサインをよく理解していて、すぐに察知する夫	妻が喋らなくなってからも、トイレに行きたくなると足が動き、トイレに行く態勢になるのをよく理解していて、夫がすぐに察知しトイレですかと言う	H1-42
		敢えてトイレと口にしなくても妻の足の動きで察知する夫	敢えてトイレと夫に言わなくても妻の足の動きを見ていてトイレに行きたいのが分かる夫	H1-43
	食事状況や便の排泄状況を観察し、説明をすれば摘便処置を受け入れる	苦しくても、説明をすれば摘便処置を受け入れる	苦しくても摘便は嫌がらず、摘便処置を抵抗なく受ける	G1-62
		苦しくても、説明をすれば摘便処置を受け入れる	敵便の説明をしたら、受け入れてくだる	G1-63
		食事状況や便の排泄状況を観察し、説明をすれば摘便処置を受け入れる	食欲低下と肛門から便が出かかっていて苦しそうなので摘便を行う	G1-64
妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う	妻本人が行っている死後の準備を手伝う	妻本人が行っている死後の準備	妻本人が死後の準備をしていることを知る	D1-100
		妻本人の死後の準備として旅立ち装束として着せてほしいものを指定される	夫と決めた葬儀の手配以外に、旅立ち装束の場所を伝えられ、死装束として着せてほしいものを看護師に指定する妻	D1-101
	妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する	息子達が自宅で看取ることを受け入れ、家族が集い暗い雰囲気にならずに過ごす	息子達が自宅で看取ることを受け入れ、家族が集い、ベッドサイドで面白い話をしたり、妻が話に参加できなくなってもあまり暗くなく過ごす	H1-24
		本来生まれてこなかったはずの人生や自分の最期について妻本人が受け入れている	妻本人が、8番目の末っ子で本来生まれてこなかったと自分の最期について受け入れている	H1-25
		妻自身が思っているた自分の人生について理解を示す	本来は生まれてくるはずではなかったので、生まれてきたこと自体で人生をもらっていると妻自身が思っている	H1-26
		妻自身の死生観について感心し、同調する	生まれてきた時点で、全てを与えてもらったのであとはもういいと言う感じですごい方だと思う	H1-27
		仲の良かった世話になった友達に自分の死期を悟ったメッセージを伝える	好きなシャインマスカットも食べられなくなり、仲の良かった世話になった友達に、もう終わりなのよ、貴女が代わりに食べてくださいと手紙と一緒に送る	H1-28
		看護師や往診医にも手紙やブログで感謝の言葉を残す妻	手紙やブログを書くので、看護師や往診医にも感謝の言葉を残す	H1-29
		決して辛いと口にせず看護師に気を遣う妻	浮腫で体動も辛かったと思うが、看護師には、決して辛いと言わずかえって気を遣っている妻	H1-41
高齢夫婦が自然体でいられるような配慮とケア	妻本人に苦痛をあたえないことを優先と考えたケアを行う	痛みを感じないようケア前に癌疼痛治療剤を使用し清潔ケアを行う	左腋窩に大きなしこりの痛みを感じないよう事前にアブストラルを舌下し清潔ケアを行う	G1-58
		妻本人が楽にケアを受けられるよう癌疼痛治療剤を使用し清潔ケアを行う	訪問問が1時間のため、訪問直後の血圧測定のあと、低めの値でも本人が楽にケアが受けられるように事前にフェントスと併用し、アブストラルを使用する	G1-59
		疼痛出現による入浴困難で保清とペインコントロール中心のケアを行う	疼痛出現による入浴困難で、入浴介助・清拭などの保清とペインコントロール中心の訪問看護を行う	H1-8
		痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける	PCAスイッチを押して妻自身が疼痛コントロール出来て痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける	H1-23
	夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える	生活・家事全般自体は問題ないため、夫と訪問看護は妻の要望に応えるように努めた	生活・家事全般自体は問題ないので、夫も訪問看護も妻の要望に応えるように努めた	H1-21
		夫一人で更衣・シーツ交換・清拭は負担が大きい	妻の要望はあるが、夫一人での着替えやシーツ交換、清拭はできなかった	H1-22
	妻本人の意思を尊重し、夫婦2人が自然体でいられるよう疼痛緩和に配慮する	痛みがないように配慮し、妻本人と家族の意思を尊重し、夫が自然でいられるように心がける	痛みがないように配慮し、妻本人の望む食べたいものは食べ、飲みたものを飲み、看護師の思いよりご本人と家族の意思を尊重し、ご主人が自然でいられるように心がける	G1-66
		痛みで朦朧としている中でも、自分の意思を話し、看護師やヘルパーにも気遣いの言葉がある方と妻の人物像を捉える	痛みがあり、朦朧としている中、しっかりと自分の意思を話し、ケアをしている看護師やヘルパーにも気遣いの言葉がある方と捉える	G1-60
		鮮やかな潔い人と妻の人物像を捉える	最初から鮮やかな潔い人だという印象を受ける	G1-65
		夫婦の時間が楽しく、夫も笑顔で介護できる状態が続けられるように看護師の思いを押し付けず夫婦の思いを尊重する	ご主人が介護するのは大変だが、もう命が少しかないとわかっている中でも、笑顔で、夫婦の会話が楽しいものであったり、冗談や皮肉を言ったり、奥様がご主人の悪口を言うなどの状態が続けられるように看護師の思いを押し付けず夫の思いや妻本人を思いを尊重する	G1-67
		本人の思うようにして差し上げたいと思う	もうここまで来たら、本人の思うようにして差し上げたいと思う	G1-68
		夫が仕事を継続しながら介護できるよう調整し、妻本人の望むことは、最大限かなえていこうとは思う	夫が仕事をしながら介護し、数時間以上家を空けて妻が一人家で過ごすことに対して心配なため、夫に伝え調整が必要と考え、妻本人の整容を整えたり、望むことは、最大限かなえていこうとは思う	G1-90
		これまで通りの夫婦の挨拶を意識低下しても続ける	妻は意識レベルが低下していってもただいまと言って帰ってくる夫	C1-35
		意識レベルがある時は、妻の意向を確認し、妻の希望を叶えることを意識しケアする	最後まで会話が成立し、意識レベルも保てていたので、妻の意向を確認し望みは叶えて行こうと意識しケアする	G1-91
	夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用	医療依存度が高く、娘不在時の自費訪問看護とヘルパーの利用	医療依存度が高く、娘不在の時は自費での訪問看護とヘルパーのサービスを利用する	D1-61
		夫への負担と夫に頼みづらいことを自費のヘルパーに依頼する	夫にできない介護と夫にさせられないと思う妻の思いを尊重し、陰部のケアは自費扱いでヘルパーにお願いする	D1-62
		娘不在時の夫の行う処置の為の自費のヘルパー利用	娘不在の期間は、夫の行う座薬挿入の処置の見守りの為にヘルパーを自費で導入する	D1-63
妻の臨終に備えた夫への死の準備教育	夫一人の時に対応できるように死の準備教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化について説明や必要なものを準備する	死前教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の反応を見ながら事前に説明する	先のことがわからないより、心構えや準備もできると考え終末期の家族には死前教育としてのパンフレットを用いて、反応を見ながら、体の変化についてを説明するので、状況に応じたケア方法を事前に夫に説明する	F1-28
		高齢の夫が一人のときでも対応できるようにパンフレットを作成し、レスキュー対応はセッティングしておく	高齢の夫が一人でも対応できるように呼吸苦やせん妄時のレスキュー対応について見ればわかるようなパンフレットを作成しセットすれば対応できるようにしておく	F1-29
妻に負担のないコミュニケーション方法	会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる妻	夫の難聴で夫婦間の意思疎通困難に苛立つ妻	夫が難聴があり、妻の言っていることを聞き取れず、妻が苛立ち「紙に書かないと」と声を荒げる	F1-16
		はっきりとした口調で話ができないことがストレスとなる妻	退院後、ベッド上になり、介護ベッドとバルンも入った上に、嗄声が辛く、入院前のようにはっきりとした口調で話をできず、会話の量が減ってきたことが本人にとってもストレスとなる	G1-29
		会話の減少に伴い、性格的にも弱くなった印象を受ける	性格的にも弱くなった感じで、聞くと返事はするが会話も少なくなる	G1-30
		入院前より発声も会話量も減少する	発声も会話量も入院前よりも落ちた印象がある	G1-31
	臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする	妻の状態や性格に配慮し、臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする	妻本人の性格も配慮し、臨死期のコミュニケーションの方法はYES・NOで答えやすい質問にする	B1-22

Ⅶ. 死亡時

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
妻の鮮やかな死に際	夫の手を煩わせないように思えると妻の鮮やかな死に際	死に際が鮮やかな方と思う一方で夫のことを心配しながら逝ったと思う	死に際が鮮やかな方と思う一方で夫のことを心配しながら逝ったと思う	G1-77
		夫のことを心配しながら逝ったと思う	子どもがいなくて、犬を飼って家族とか同士とかいう関係でいたと思うので夫を残して逝くのは心配だったと思う	G1-78
		夫に対して夫より先立つのは心残りだが、介護期間が長引くほど妻は心苦しく思ったと思う	家事分担や夫がどの程度家事を出来たかわからないが、置いていくのは心残りだったろうし、夫の手を煩わせる時間が長ければ長いほど妻は心苦しく思ったと思う	G1-79
		夫に対して、介護期間が長引くほど妻は心苦しく思ったと思う	潔くと死にたいという方や独居や90歳過ぎて、自分が思うように動けない、他人に迷惑かけるくらいなら死にたいという人も多いので妻は夫の手を煩わせているという思いはあったと推察する	G1-80
		夫の手を煩わせないようにと妻は考えて鮮やかな死に際だったのだと思う	臨終までの期間が短かったので潔いというか鮮やかな最期にしようと妻は思っていたのかなと思う	G1-81
		療養者の死に臨み、看護師自身の引き際を考える	自分も人の手を煩わせてまで永らえたくないって思うので潔い、鮮やかだと思う	G1-82
予想と違う臨終と思う夫	思いも寄らない夫からの臨終の報せの電話	思いも寄らない夫からの臨終の報せの電話を受けて駆けつける	思いも寄らない夫からの電話に驚き、亡くなったという知らせを受けて駆けつける	D1-56
		誰も気づかいないで妻は逝ったのだろうと思う	心肺停止しても暗闇で誰も気づかないうちに亡くなったのだと思う	D1-57
		急な臨終の訪れ	夫の中では、急に臨終の時訪れたような印象がある	A1-62
		夫の予想より早い臨終の訪れ	食事摂取できていたので、臨終はまだ先だと思っていたが、予想より早く臨終時が訪れる	A1-81
		あっという間だったと口にする夫	臨終直後「あっという間だった」と口にする夫	E1-72
		居なくなってしまったとしみじみと語る夫	臨終後、夫はいなくなってしまったとしみじみと語る	E1-73
	臨終直後は、亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子の夫	呼吸停止した妻を夫が呆然と見つめていた	看護師2人が呼吸が止まっている話をしていた時に犬の綱を手に持ち夫が呆然と妻を見つめていた姿が印象的だった	G1-106
		呼吸停止したのは自分が吸引したせいだと思う夫	夫に最期は苦しそうだったか様子を伺うと、チョコレートを口にして詰まったので吸引したら呼吸がおかしくなったと気にしているのでそれはないと説明する	G1-101
		臨終前と比べて臨終後は気が抜けてしまったと感じる夫	臨終前はせん妄があり、大変だったので臨終と共に気が抜けてしまったと感じる夫	F1-50
		臨終直後は、亡くなったことが受け入れられてないような様子の夫	妻が急に亡くなり、臨終直後の夫は、呆気にとられ、ぽかんという感じ亡くなったのが受け入れられてないような様子	G1-46
		臨終時の最期の言葉で、事態を受け止めきれず困惑する夫	テレビに映っていた芸人の名前を言ったのが最期の言葉となり、夫はなにをどう言って受け止ればよいのかわからない感じでいる	G1-47
		妻の最期の言葉に呆気にとられている夫	妻の最期の言葉に呆気にとられ、いつもの様子で落胆というような感じでもない夫	G1-48
	これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫に違和感を覚える	これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫	臨終時いつも通りの普通に対応	G1-69
		これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫	これまでの訪問の時のように招き入れて下さり、いつもと変わらず普通に話をする夫	G1-70
		妻の臨終直後は、これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫	訪問時、意思表示はするが、話をあまりしない妻に夫が一方的に話しかけているような感じと臨終直後も変わらない様で普通に話す夫に臨終前と変わらない普通の光景に思える	G1-71
		これまでの訪問の時と同じように変わらない様子の夫に違和感を覚える	いつもと変わらない空気が流れているようで夫がどう思っているのか、夫が元々そういう人なのか、看護師がいるからの振舞いなのか、現実感がないのか、呆然でもない様子で普通過ぎて違和感を覚える	G1-72
		思いも寄らない最期の言葉から夫婦仲を想像する	最期の言葉が、芸人の名前だったことについては、大学の同級生で子どもがいないご夫婦が何でも言い合う夫婦仲で、楽しいことや面白いことを共有していた2人だと思った	G1-102
		照れ隠しなのか妻を亡くしたという寂しさを夫が隠しているのかわからない	妻が夫に甘え夫婦で寄り添い生活をしていたのが手に取るようにわかるが、照れ隠しなのか妻を亡くしたという寂しさを隠しているように思う	G1-103
		妻の最期の言葉に笑う夫	最期に聞いた言葉が午前中までテレビで見ていたお気に入りの芸人の名前だと笑って話していた	G1-104
		淡々としている夫に、泣いていいんですよと伝える	淡々と話す夫に、今は悲しい場面で泣いていいんですよと言うが、今は最期の言葉を思い出しそこしか考えられないと言う感じで夫にとって泣くタイミングではなかった	G1-105
	臨終後涙する夫	臨終後涙する夫	本当にその日が来たと言って泣く夫	A1-83
		臨終後回想しながら涙する夫	回想しながら、泣いたり笑ったりする夫	A1-84
妻の死は仕方ないことと思う夫	これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている夫	臨終直後の冷静な夫	亡くなった後、病床周りを一気に整理する夫	C1-53
		これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている夫	これまでの説明と当日訪問の時に状況を伝え、臨終が近いかもしれないことを伝えていた為か、冷静に電話をした後も、他の家族や近所の方に連絡をし、死後の対応をしている夫	F1-44
		冷静に電話をする夫	夫が傍を離れていた時に亡くなるか、夫から冷静に電話が入る	F1-42
	悔いのない看取り	肯定的に妻の死を受け止めることができる家族	肯定的に妻の死を受け止めることができる家族	B1-40
		悔いのない看取り	良かったねと娘から手向けらえた言葉	B1-41
		やれるだけのことをしたと思える夫	やれるだけのことをしたと思っている夫	C1-56
		予想より早い臨終でも在宅での看取りに後悔はない夫	あっという間の臨終を迎えたように思うが、夫は在宅での看取りに後悔はない	E1-68
		妻の死を受容しているように見える夫	妻の死をある程度受けいれていると思う	G1-73
夫へ労いの言葉をかける	臨終時に労いの言葉をかける	臨終時の声かけ	臨終時、妻を見送れてよかったですねと声を掛ける	C1-55
夫に配慮しながら、妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアの実施	夫や家族と一緒にエンゼルケアを行う	夫と一緒にエンゼルケアを行う	夫から臨終時のケアに指名され、他の訪問時間を調整して一緒にエンゼルケアを行う	A1-82
		夫と一緒にエンゼルケアを行う	夫と一緒にエンゼルケアを行う	A1-85
		臨終後の妻に、夫と共に清拭を行う	臨終後、夫と共に清拭を行う	F1-52
	夫に見せない方がよいと判断し、夫に見せないようにエンゼルケアを行う	夫には血まみれの妻の最期の姿見せないようにエンゼルケアを行う	大量の出血による窒息死であるが、夫には血まみれの姿を見せられないと娘と二人で判断する	D1-58
		夫には見せないために、本来は一緒に行ってもらうがエンゼルケアを看護師と娘だけで行う	本来は家族にも一緒に行っていただくエンゼルケアも壮絶な感じがするため、夫には参加してもらわないようにする	D1-59
	妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを行う	本人の事前意思の湯灌や死装束の更衣の前にエンゼルケアとしての吸引などの処置を行う	葬儀屋の湯灌と本人の希望した寝間着では出ないという姿になる前に、大出血した後の吸引処置を夫には見せないように	D1-60
	妻へのねぎらいの言葉を掛けるよう夫に促す	妻の痩せた体を見て、亡くなった妻に、人間の体はすごいなと言う夫	清拭をしながら、妻の痩せた体を見て、夫が亡くなった妻に、人間の体ってすごいなと言う	F1-53
		妻をねぎらう言葉を掛けるよう夫に促す	人間の体ってすごいなと言った言葉を聞き、改めて妻に声を掛けるよう促す	F1-54
通夜に訪問し、夫の様子を観察する	お通夜に伺い、夫の様子をうかがう	お通夜に伺い、夫の様子をうかがう	お通夜に行き、息子さんたちと一緒なので大丈夫だろうと思う	H1-51

Ⅷ. 死別期

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	ラベル番号
頃合いを見図った訪問	頃合いを見図って夫を訪問する	最後の会計の清算を兼ねて、お焼香に伺う	最後の会計の領収書を持参し、お焼香に伺う	F1-57
		清算とう別の名目で死別後の夫へのグリーフケア訪問を行う	死別後は清算という名目を兼ねてグリーフケアの為の夫への訪問を行う	B1-64
		グリーフケアは頃合いを見図って伺う	儀式や手続きなど落ち着く1ヶ月後に夫の訪問を行う	B1-65
		一緒にケアに入ったスタッフが死別後の遺族への訪問を行う	主担当の看護師だけでなく、一緒にケアに入ったスタッフが死別後の様子を伺いに訪問する	B1-66
	2週間後の不要物品の片付けを兼ねた訪問	2週間後に、不要な物品の片付けを兼ねて直接夫の様子を観察する	2週間後に不要な物品の片付けと、妻の仏事と夫の様子をうかがうためにに訪問する	D1-106
		死別後2週間の夫に、ケアさせて頂いた謝意と困った時に電話をとお伝えする	2週間後の訪問時に、妻の終末期が良い最期だったことを伝え、自分たちも学ばせて頂いたことや困ったことがあれば、いつでも電話下さいと夫に伝える	D1-122
臨終時の夫の様子を気にした意図的な訪問	臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って訪問する	死別後、時間経過しても淡々としている夫	死別後、時間が経っていも夫は淡々としている	G1-107
		臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って直接訪問する	臨終のときの夫の様子が気になり、電話し、ランチを一緒に食べると言う名目で訪問し、2人でお弁当を食べながら話をしました	G1-109
		妻亡き後の夫が悲しむことができているのか気になり、訪問する	妻を亡くして悲しむ時期であるが、介護と看取りの自らの経験や訪問看護について世間に広めたいと考えている夫が、本音で語っているのか、自分の気持ちにふたをしていないか、感情をあらわにはされないのか、今後感情を出していくと良いと思って接訪問をする	G1-110
困ったことや健康面での相談に乗る	困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく	死別後もいつでも相談してもらってよいと伝える	死別後も医療的なことや困りごとがあれば、遠慮なく相談してほしいとか声かけてほしいと伝える	B1-85
		健康面で困ったら連絡するように伝えておく	妻のために食事を作っていた夫を料理ができるとアセスメントし、生活に関する助言というのはしないが、何か困ったことや健康面で困ったことがあったら連絡するように伝えてお	G1-112
		妻の生前からいつでもメール・電話をしてよいですと伝えて妻の死別後も続くやり取り	朝晩の訪問以外に、いつでも電話してよいですと伝えていたのでメール・電話でのやり取りが妻の死別後も続いている	H1-83
		これまでの経緯が分かっているので気軽にいつでも連絡して構わないと伝える	すぐ返せないこともあるが、これまでの経緯が分かっているので気軽にいつでも電話やメールで良いので連絡して構わないと伝えている	H1-85
妻の死後2ヶ月まで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする	妻の死後3日から2週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする	妻の死後3日程度はスタッフが交互に弔問	妻の死後3日程度はスタッフが交互に弔問する	D1-104
		妻の死後3日から2週間は夫の様子をうかがう電話や訪問をし、夫の様子を見守る	2週間までは訪問したり、電話の様子で夫の状況や葬儀などの行事が行われているかなど話を聞いたり、見守っている	D1-105
		娘が滞在している間は、3食食べていることを確認する	妻の死後1週間は娘が夫と共にいて3食の世話を受ける	D1-107
	死別後1ヶ月半から2ヶ月経過した頃、電話で様子を伺う	死別後1ヶ月半から2ヶ月経過した頃、電話で、夫の様子を伺う	1ヶ月半から2ヶ月経過した頃、電話で生活の様子を伺い、体操教室の参加や家事の失敗を知り、介護保険申請を促す	D1-108
	死別後2ヶ月は、社会参加や精神面を観察する	通夜後1ヶ月-2ヶ月の夫を訪問し、精神面を観察する	通夜後1ヶ月-2ヶ月くらいのご主人お一人の時に訪問し、納骨やまだすることがあったから、精神的にはそんなには、落ちていないなって感じは受けました	H1-52
		死別後2ヶ月で妻の介護中はできなかった趣味を再開されたという印象を受ける	妻の介護中はできなかった趣味の社交ダンスに週2-3回通い始められ、趣味を再開されたという印象を受ける	H1-53
死別後の夫からの独居生活について電話やメールで報告を受ける	死別後の夫・家族からの独居生活について電話報告がある	独居となった生活についての近況報告を家族や本人から電話で報告を受ける	料理の失敗はあっても一人で生活できていることや体操教室に通っているなどの近況報告を娘や本人から電話で報告を受	D1-109
	死別後1年で夫から健康状態について知らせをもらう	死別後1年で夫からがんに罹患した知らせをもらう	ラインやメールでのやりとりが続くが死別から1年後に夫から咽頭がんになったという連絡をもらう	H1-54
		夫婦仲が良かったので妻が夫を迎えにきたのだと案じる	夫婦仲が良かったので妻が夫を迎えに来るのだと心配する	H1-55
		夫婦仲が良かったので妻が夫を迎えにきたのだと案じる	仲のいい夫婦は3年以内に迎えに来ると言うのでお迎えが来たのだと思った	H1-56
		死別後1年だったのでお迎えがきたのだと案じていた	死別後1年くらいだったのでお迎えが来たのだと思った	H1-57
		近況の報告時期が1周忌だったので、お焼香に伺う	ダンスのレッスン再開の連絡時期が1周忌だったのでお焼香に伺う	H1-61
	妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける	妻の死後もメールでのやり取りで夫の近況を知りつつ気にかけている	妻の死後も季節の挨拶などメールでのやり取りで、遠巻きに見守る感じで夫の様子気にかけている	G1-111
		メールで夫の近況を知り元気で過ごしているのだと思う	メールでドラマや息子さんの話を知らせて下さるときは元気なんだと思う	H1-58
		死別後49日から1年後近況について夫からメールで連絡があり、その都度返信する	49日まで忙しい様子や家族が来たことなど近況について夫からメールで連絡があり、その都度返信する	H1-59
		死別後1年は夫から度々メールで近況について連絡がある	季節の挨拶やダンスの再開や近況について死別後1年は度々メールで報告がある	H1-60
		メールや電話で夫の身体状況だけではなく、社会参加など近況について知る	身体状況についてだけではなく夫がフォークダンスの講習会に誘われたことやそこでの出会いなど近況についてユーモアたっぷりのやり取りもする	H1-86
		メールや電話のやり取りから夫の近況について知り、健康であると確認する	70歳を過ぎていてもパソコンを使えるのでメールのやり取りから近況の報告を受け、友達と外出している様子などを知り、そのやりとりから元気でいることを知る	H1-87
	死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う	死別後の夫を気にかけ、生活の様子を伺いに行く	死別後の生活の様子を伺いに行くが、それなりに元気にしている様子を知る	B1-61
		死別後の夫の健康を気遣う	妻の臨終後も、夫へは連絡したり、機会があるごとに声を掛けたりして様子を伺う	C1-71
		妻の死後の食事や睡眠や生活の様子について観察する	妻の死後の仏事や夫の食事や睡眠の状況や死後の手続きの様子について伺い、悲嘆にくれていないか観察する	F1-58
		女性が夫より先に亡くならない方が男性にとっては良いと思っている夫	女性が夫より先に亡くならない方が男性にとっては良いと思っている夫	F1-59
		夫の担当ではないが、死別後の夫の健康や生活今も気遣い、連絡しあう存在死別後の夫の健康を気遣う	妻の担当者であり、夫の担当ではないが、死別後の一人になった夫の健康や生活今も気遣い、連絡しあう存在としてい	C1-73
介護を終えた後の満足感	在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じている夫	死別後の夫が、訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと親族に勧める	死別後の夫が、訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと自分の母親の介護中の妹に勧める	A1-77
		死別後の夫の言動から在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じる	訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと勧めている言葉から在宅介護や看取りに悔いがなかったと実感する	A1-78
		多少の悔いはあるもののやりきったという思いがあり、後悔はないと思う	夫は、多少の悔いはあるもののやりきったという思いがあり、後悔はないと思う	A1-80
	3回忌にスタッフと交流の希望する夫	3回忌でケアしたスタッフへと交流の場を持ちたいと夫から提案がある	3回忌に妹さんたちが、お世話になった人達を呼んで集まろうと提案があり、ケアしたスタッフも集まることになる	C1-79
妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく夫	妻の生前と変わらず生活している様子の夫	妻の生前と死別後の夫の生活が変わっていないことを知る	死別後、妻の生前と同じように仕事ができている様子を見て、生前の夫が自己実現ができていたのだと思う	A1-79
		死別後は、いつもどおりちゃんとやっていますという感じの夫	死別後の時間が経過した夫に会った時には、いつもどおりちゃんとやっていますという感じだった	A1-99
	家族の訪問や支えがあり、悲嘆に暮れないでいられる夫	高齢の為、娘に心配される死別後の夫	高齢の為、娘に心配される死別後の夫	B1-63
		家族の支えがあり、悲しみに暮れてはいない夫	夫には、家族の支援があり、何かすることもあって悲しみに暮れ何も手につかない状況ではない	E1-74
		時々孫や娘の訪問がある	孫や娘が時々顔を出してくれる	E1-76
		孫の世話をしている夫	近所に住む孫の送り迎えなど孫の世話をしている夫	F1-60
		臨直後家族がいる期間は、夫のすることはなく、孫の世話で気をまぎらわす	臨終直後の長男・次男夫婦がいる間は、ご主人はすることはなく、お孫さんの世話をして気をまぎらわす	H1-72
		家族が泊りがけで来るときに嫁にも気を遣い家事をする夫	息子さん家族が来る時の話から寝具の準備や台所と仏壇、お風呂の掃除なども嫁にも気を遣う夫の暮らしぶりを知ってい	H1-97
	死別後遺品整理と住みやすい家にすることを考え始める夫	死別後遺品整理と住みやすい家にするための整理やリフォームを行う	死別後、リフォームの話が出て、遺品整理と必要なもの・不要なものの仕分けをする	E1-75
		妻亡き後の家に住み続けるために妻の使っていたものの片付けを始める夫	妻亡き後の家に住み続けるためにリフォームを考え、妻の使っていたものを片付けようとして忙しいと言う夫	G1-108
	死別後の方が落ち着きを見せる夫	娘に注意されるようなことを妻の死後しなくなる夫	視力低下があり、車の運転をしないよう言娘から注意されていたが、妻の死後落ち着きをみせる夫	E1-43
		死別後の生活の方が落ち着きをみせる夫	妻の介護期間中は、ストレスがあったのか、死別後生活は落ち着いてきている	E1-44
	社会参加している夫	死別後のお焼香の為の訪問で夫の老人会館に行っていることを知る	死別後のお焼香の為の訪問で、老人会館での将棋に参加している夫の様子を知る	F1-51
		死別後自分なりのペースで生活し、地域と交流があるの夫	自分なりのペースで生活し、地域と交流があることを知っている	C1-57
		地域の人の交流がある	お寺の住職や地域の人との交流があることを知る	B1-62
		患者会参加している夫	患者の会へ参加するなどこれまでの生活と変わらない様子を知っている	C1-58
		夫の体操教室や囲碁などコミュニティ参加	妻との死別後のがマンション内の体操教室や将棋倶楽部に通っていることを知り、夫のコミュニティ参加を気にかける	D1-124

妻への思慕が強い夫	介護終了後の心の空洞や死別の喪失感は大きい	介護終了後、心の空洞ができると思う	介護し終えたら、何しようかとぽっかり心に穴が空いてしまうのだと思う	H1-89
		死別後の喪失感は極まりないと思う	死別後は喪失感が極まりないと思う	H1-90
	遺品をなかなか片付けられない夫	妻への思慕から遺品をなかなか片付けられない夫	踏ん切りがつかず、妻の遺品をなかなか片付けられない	C1-54
死別後の夫への具体的な助言	いつでも連絡・相談してきていることを伝えておく	心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える	心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える	F1-67
		独居の為、緊急時に備えて家の中でもいつでも連絡してこれるように、常に携帯もち歩くように伝える	いつでも連絡してこれるように、独居で家の中で倒れた時のことを考慮し常に携帯もち歩くように伝えている	H1-84
	日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝える	仏壇のお供えをすることが毎日の夫の食事につながるので続けるように伝える、	夫に仏壇にお供えのご飯を毎日あげることで、自分の食事をとることにつながるから続けるように伝える	F1-68
	コミュニティへの参加を促す	夫のコミュニティへの参加を望む	夫のコミュニティへの参加を望んでいる	D1-123
		コミュニティへの参加を促し、外出するように伝える	女性ばかりの場所でも極力外出することを続けるように伝える	F1-69
		独居男性にとって自治会への参加を勧めてくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要	独居男性に自治会への参加を勧めてくれる昔ながらのコミュニティの存在は必要と思う	H1-64
		夫自身の社交的性格もコミュニティ参加には必要な要素と思う	夫自身の社交的な性格がコミュニティ参加を勧めてくれる	H1-65
		自治会参加は地域のコミュニティ参加につながる	自治会には参加しないという性格の人であれば地域のコミュニティの参加はない	H1-66
		趣味や社会参加などでつながていた方が良い	趣味や社会参加などでつながていた方が良いと思う	H1-67
	コミュニティでの役割・参加状況を観察し、助言する	なにかできることがあると思える役割を死別後の男性高齢者は持った方が良い	死別後の男性高齢遺族であっても介護される人としての弱者でなく自分にも子守やなにかできることがあると思えるなんらかの役割や家族の理解があったほうがよいと思う	D1-131
		自治会の仕事などコミュニティ参加の様子と心理的ストレスを観察し助言する	自治会の書記の仕事は、動悸がする程ストレス感じるのならしなくても良いのではと助言するが、断れない様子の夫	H1-96
死別した妻を回顧し介護し終えた夫を労う	夫へ妻の介護と看取りまでのねぎらいの言葉をかける	一所懸命頑張って妻の介護をしたことを労う言葉を夫に伝える	男が先に逝くべきだと言う夫に、妻の介護を一所懸命頑張って介護していたと労いの言葉をかける	F1-70
	訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話をする	訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話をする	死別した妻の思い出話をしながら夫のケアを行う	E1-90
		1周忌のお花のお供えと、訪問看護の度に、亡き妻の話を夫とする	忘れないようにするわけではないが、１周忌にお花をお供えし、お宅に訪問する度には、亡き妻の話を夫とする	E1-91
死別後の訪問により医療的介入必要性についてのスクリーニング	夫の健康状態の連絡を受けると様子を伺いに訪問する	夫の病気を知り、死別後1年後以降は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する	夫ががんに罹患したのを知って、最初の1年後以降は、不定期で焼香を兼ねて様子を伺いに訪問する	H1-62
		夫の健康状態や治療など近況についての連絡を受けると様子を伺いに訪問する	夫のがん手術1年半後の心カテをしたと連絡を受け、様子を伺いに行ったんです	H1-63
	死別後の訪問により医療的介入の必要性についてスクリーニングする	死別後の訪問により医療的介入の必要についてスクリーニングできる	死別後の遺族への訪問でそのまま訪問開始や介護保険サービスの導入となることもある	B1-67
		死別後の訪問により医療的介入の必要についてスクリーニングできる	死別後訪問から受療やカウンセリングにつなげる	B1-68
夫の状況を見て必要なサービスにつなげる	地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる	身近な存在としての訪問看護師	身近な存在でいられるのが訪問看護の良いところと思う	B1-87
		必要に応じて地域のサービスにつなげる	必要があれば、地域のサービスにつなげる	B1-88
		必要に応じて地域のサービスにつなげる	ケアマネや地域包括支援センターへつなげ、家族の健康も支援する	B1-89
	介護保険申請は自分は不要と思う夫	介護保険申請は自分には不要と思っている	一人で生活できているから要介護者ではないと思っている	D1-110
	介護保険サービスを拒まず自分の意思で利用の有無を判断しようとする夫	死別後の夫の健康を気遣い介護認定審査を勧める	死別後の夫の健康を気遣い介護認定審査を勧める	C1-72
		夫の介護区分の変更に伴う訪問サービスの見直し・変更	夫の日常生活の動きを見て、訪問リハビリは止め、訪問看護のサービスのみに変更する	E1-77
		介護保険サービスを拒まず、利用しようと考える夫	介護保険サービスを拒まず、便利で使えるものならば利用しようと考える夫	E1-86
		介護保険サービスを拒まず、利用を希望する夫	長女は必要と思って希望するが、夫本人は介護保険を払っていて、もったいないから使いたいという希望がある	E1-87
		介護保険サービスの必要の有無を自分で判断している夫	サービス内容によっては、必要・不要と自己判断し、他者と利用の線引きが違う	E1-88
		意思決定において理解不足なのか優柔不断なのか病気がさせているのか元々の性格なのかわからない	夫の介護保険サービスの導入の意思決定において、理解できないのか優柔不断で決定できないのかわからない状況のことがある	E1-89
妻へのサービス終了後、夫の介護度を見て、訪問看護につながるケース	妻への訪問看護期間中に夫の健康状態・介護度を観察する	訪問看護期間にアセスメントし、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る	訪問看護の期間に、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、察して電話など連絡を取る	H1-94
	妻へのサービス終了後の夫の状況によって訪問看護につながるケース	妻へのサービス終了後、夫の介護度を見て、訪問看護につながるケースもある	死別後の男性で要介護の方は、訪問看護・介護が定期的に入るようにつながり、妻との死別後夫へ訪問看護提供はは多い	H1-91
		死別後の夫の体調管理は訪問看護が入ることでの安心	死別後の夫の体調管理は訪問看護が入っているので、安心している	C1-82
夫の自尊心を傷つけないケア	夫の自尊心を傷つけないようなケアを考える	夫の自尊心を傷つけないような尿漏れ対策	夫の尿漏れに対して、本人が嫌がらない方法で尿漏れ対策についての方法を伝える	E1-85
		夫の健康に関する意識が疾患によるものなのかキャラクターによるものかわからない	夫の健康に関する意識が高次脳機能障害によるものなのかキャラクターによるものかわからない感じで受け止めている	E1-40
		血糖コントロールについて意識することができるので、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく	誰か注意する者がいると、血糖コントロールについて意識することができるので、お酒を減らすなど夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく	E1-39
いざという時に死別後の夫が新たな労力を使わないようにするためつながりを持っておく	妻の生前からの関係構築が死別後の夫とのつながりを作る	なんらかでつながっていれば、具合が悪いと連絡を受けると受診するよう助言できる	つながっていて、具合が悪いと連絡頂けると早く病院へ行った方がいいんじゃないとか言えます	H1-68
		妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へとつながっている	妻の生前にいろいろな話をしていた関係から、妻との死別後の夫に何かあった時に連絡をくれる関係になれたのだと思う	H1-50
	高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを立たないでおく	他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所を希望する	他人が家に入ることを嫌うお宅もあり、今まで利用していた事業所を希望されることも多い	H1-92
		新たな関係を築くことは労力がいるので、遺族の状況によっては、つながっておく	具合が悪くなってから、新たな関係を築くことは労力がいるので、家族ともつながっていると同じ事業所を希望され、見ましょうということになる	H1-93
	家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる	緊急連絡先を訪問看護ステーションにしておく	戸外で倒れた場合の緊急連絡先は、訪問看護ステーションでよいことを伝えておく	C1-84
		家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる	家族・親族に代わって、緊急時連絡先となることが可能であると伝えていますておく	C1-85
独居生活の限界時期を見据えている	在宅での独居生活の限界と施設入所時期を考える	独居生活が難しくなった場合は、施設と考えている夫	自分のことが自分でできなくなり、独居生活が難しくなった場合は、施設と考えている夫	C1-83

３．研究３　　結果

１）研究１・２の構造化に至るプロセス

研究 1・2 でサブカテゴリー・カテゴリーとして得られた結果に注目しながら、統合した。研究 1・2 の統合は、妻・夫の状況と訪問看護師の行ったケア内容に注目し、抽象度を上げ、コアカテゴリーとした。結果は、プロセス性に注目し、川越のがん患者の「在宅ホスピス」のプロセス[199]を参考に配列した。（表 3-１）

次に、訪問看護のケア内容の構造化については、死別までの妻が在宅療養している時期は、夫婦にとってどういう時期であるかに着目し、コアカテゴリーとして分類されたもので、各期において夫婦の状況の特徴が命名されているコアカテゴリーを用いて各期について以下のように命名した。

Ⅰ.準備期:訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期
Ⅱ.開始期:がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある時期
Ⅲ.開始-安定期:夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期 / 夫婦の生活をサポートする第三者が入り、妻が妻・主婦役割を果たせなくなる時期
Ⅳ.安定期:夫婦にとっての思い出作りの時期/妻自身の死の準備行動と夫の死別の準備行動時期
Ⅴ.安定-終末期:夫婦で過ごす時間を大切にする/死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期
Ⅵ.終末期:妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う/妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う時期
Ⅶ.死亡時:臨終直後から通夜
Ⅷ.死別期:妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく時期からなんとか独居で生活していこうとする時期

次に妻と夫の状況と夫妻の状況に対応した訪問看護師の行ったケア内容を整理した。

コアカテゴリーで得られた各時期の妻と夫の状況は、カテゴリー・サブカテゴリーとして得られた内容で示した。状況によって、カテゴリー名・サブカテゴリー名を妻・夫を主語として置き換えて表現した。

訪問看護ケア方法の核となる内容で、各期で夫婦にどのようなケアを行っているか、コアカテゴリーとして分類されたものを　1.2.…のレベルで表現し、その詳細は、中項目は　カテゴリー1)・2)…と、小項目は　サブカテゴリー(1)(2)…のレベルか、項目が一つしかないものは、「・」で表現した。全 8 期で、大項目 51、中項目 116、小項目 253 計 420 の訪問看護ケア方法で形成された。（資料１:Ver.1　参照）

２）研究３－ｉの結果

（１）研究参加者の概要

研究 1・2 の結果から作成した「都市部においてがんの妻と死別を体験する高齢男性の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法(案)」（資料１:Ver.1）の内容の重要性・実行可能性の検証を行うために、専門家 7 名によるフォーカスグループインタビューを実施した。参加した専門家は、認定看護師・介護支援専門員の資格をもつ訪問看護師 7 名である。概要を以下の表に示す。（表 3-2 参照）

表 3-2　　グループインタビューの参加者の概要

		n=7
性別	女性	7名
年齢	30歳代	3名
	40歳代	2名
	50歳代	1名
	60歳代	1名
保有資格（複数回答）	看護師	7名
	保健師	2名
	訪問看護認定看護師	2名
	特定看護師	1名
	介護支援専門員	6名
経験年数	看護師経験年数（平均±標準偏差）	18.09±12.85年
	訪問看護師経験年数（平均±標準偏差）	10.93±4.86年

（2）フォーカスグループインタビュー

7 名の専門家に事前に「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法(案)」（資料 1:Ver.1）を送付した上で、フォーカスグループインタビューを行った。

フォーカスグループインタビューの結果、表 3-3 の修正点があげられた。
表 3-3 で得られた結果をもとに、Ver.1 を Ver.2 のように修正した。エキスパートパネルで得た結果から修正した項目は、Ver.2 の修正版に赤文字で示した。(資料 2:Ver.2 参照)

表3-3　研究3-ｉ　エキスパートパネルによる原案の修正内容

	ページ	指摘箇所	ディスカッションと修正内容
		Ⅰ．訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期（準備期）	
夫の状況	2	「訪問看護導入のきっかけになる妻が 納得のいく状況が起こり、訪問看護 ステーションを頼る」がわかりづらい。	医師から説明され、夫婦ともに治療をあきらめてなくても見ている先の者が両者で違う。 また妻に上手く伝えられない状況がある。 ➡「訪問診療・訪問看護を具体的にイメージができず、何をしてもらうかわからない妻に、わかるように説明できない」とし、 妻の状況にある「訪問診療・訪問看護を利用する意味が妻にはわからない」と並列にした。
訪問看護ケア内容	2	1-1)-(2)以下退院カンファレンスは、夫婦の状況によるが、専門職だけで先に行う場合もあれば、夫婦同席の上行う場合もある。夫婦に病状の説明をし、理解を確認する。また看護師がわかりにくい用語については、せつめい補足もしている	(2)以下、繰り下げ、以下の（2）・（3）を追加し、５項目とした。 ➡(2) 夫婦の状況によっては、専門職だけで先に話し合いを持ち、夫妻に病状の説明を行い、理解を確認する。場合により、病棟の看護師や訪問看護師がわかりやすい言葉を用いて説明補足を行う (3) 退院後の訪問看護をはじめとするサービスの利用について、今後の役割分担も含めて、合意形成を得ておく (4)退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する (5)退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する
	2	退院前訪問の際、今後の見通しも含め、 訪問看護サービスの説明をしながら夫婦の経済状況や介護保険申請の状況も確認している	2）－（3）以下、下記を追加し、番号を繰り下げた。 ➡2）－（3）今後の見通しも含めて、 訪問看護サービスについての説明を行い、夫婦の経済状況や介護保険申請状況等の確認を行うを追加する。元の（3）以下を繰り下げ、番号を振り直した
	2	余命宣告後の事前意思の確認はするが、 いつでもそれは変更できるとを伝え、 いつでも意思表明してよいと伝えておく	1）余命宣告後の妻の事前意思の確認を行う ・余命を知って自宅で過ごすことと延命は望まないことを妻本人が希望していることを確認する ➡「1）余命宣告後の妻の事前意思の確認を行うが、気持ちの変化があれば、いつでも意思表明をしてもよいことを妻と夫・その他の家族に伝えておく ・2.5人称の視点を意識して関わる（妻・夫・家族に寄り添いながら客観的視点をもった支援を行う）存在としての訪問看護」に修正・追加した。
	3	必ず、訪問診療の前と休日前に訪問看護が 入っているわけではない	3-1）－(1)訪問診療の前と休日前に訪問看護は入る ・訪問診療の前と休日前に訪問看護をスケジューリングする ➡1)医療的視点で訪問診療と訪問看護が入るようにスケジューリングする 2)夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する　と追加・修正した。
	3	3-3）-1在宅療養開始時は、多目の人員配置でスタートするの文尾の表現を変更した方がわかりやすい	「多目の人員配置でスタートする」 ➡3-3）－（3）「在宅療養開始時は、緊急時の対応に備え多目の人員配置も考慮する」へ変更した
		Ⅱ．がんと共存する在宅療養生活を開始するとへの不安がある時期　（開始期）	
訪問看護ケア内容	4	1)退院直後の訪問で安心してもらうために、緊急時や何か困ったときのために、連絡先を見やすいところに、貼っていく。そのことについて補足されていた方が良い	退院直後の訪問で安心してもらうは、2-1）と類似する2）は削除。代わりに、2-１）－（2）を追加　緊急時や何か困ったときのために、連絡先の一覧や訪問看護ステーションの電話番号を目に付くところに示しておく
	4	3-1）1)訪問開始時は、一人の訪問看護師の担当から始める ・担当は一人の訪問看護師で行う　は、主担当を決めてはおくが、ケアの保証の為に複数名体制を確保している	3-1）訪問開始時は、一人の訪問看護師の担当から始める ➡・「担当は一人の訪問看護師で行う」　は、「主担を決めてはおくが、ケアの保証の為に複数名体制を確保している」に修正した
	5	3-4）－（1））「週1回の訪問で日常生活上の具体的なアドバイスを行う」だけではないこともある	3-4）－（1）「週1回の訪問で日常生活上の具体的なアドバイスを行う」 「日常生活上の具体的なアドバイスを行う」と変更した
		Ⅲ．夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期 / 夫婦の生活をサポートする第三者が入り、妻が妻・主婦役割を果たせなくなる時期　（開始-安定期）	
訪問看護ケア内容	8	5-2)最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族と在宅での看取りについて夫の意見が違っても看取る方向で動く ・夫が在宅で看取る覚悟ができなくても最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く　について、まず夫や家族から話を聞くことが大切である	5-2)最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族と在宅での看取りについて夫の意見が違っても看取る方向で動く ・夫が在宅で看取る覚悟ができなくても最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く ➡「2)妻と夫と最期はどこで過ごすか話し合う機会を設ける ・妻と夫の互いの話を聞き、時には代弁者になり折り合いをつけるための話し合いの場のセッティングを行う」 と修正した。
	8	6-3)夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる ・段階を踏み、徐々に夫や息子もケアに参加できるように働きかける　について内容が重複している。は、3)だけでも良い	6-3)夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる ・段階を踏み、徐々に夫や息子もケアに参加できるように働きかける ➡6-3)「3)夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる」と修正した

	9	9-2)夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧めると (1)家事能力を見兼ね、夫の介護保険申請を勧める について内容が重複している。	9-2)夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める　を残し、(1)家事能力を見兼ね、夫の介護保険申請を勧めるを削除　(2)プライドから自分が家事をすれば済むことだと言う夫を否定しないを修正 ➡9-「2)夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める ・自分が家事をすれば済むことだと考える夫の自尊心を損なわないように言動を否定しない」と修正した
	9	10-1)妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める (1)妻本人や家族の意向を汲み、介護保険の利用は、無理強いしない (2)必要に迫られるまで介護保険サービスは申請しない について、状況に応じて先を見越し、サービスがいつでも使えるように申請だけはしておく。そのことが、後々の関係構築にもつながる	10-1)-(1)妻本人や家族の意向を汲み、介護保険の利用は、無理強いしない　➡削除 (2)必要に迫られるまで介護保険サービスは申請しない ➡削除 「1)妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める ・状況に応じて、先を見越し介護保険サービスがいつでも使えるように申請しておく」と修正した
	9	10-2)-(1)往診以外の介護保険サービスの導入は、妻の思いと夫の介護力を見て無理には勧めない について、往診は、臨終期が近くなり臨時の訪問診療のこと指すため、ここで用いない方が良い。 10-2) -(3)「夫が背負いこまないように妻の状況に合わせて朝晩訪問看護に入ることを検討する」の朝晩は、必ずしも朝晩ではないので、訪問看護の頻度とした方が良い	2)訪問診療と訪問看護以外のサービスは状態変化に合わせ導入を検討する (1)往診以外の介護保険サービスの導入は、妻の思いと夫の介護力を見て無理には勧めない　➡削除 ➡10-「2)訪問診療と訪問看護以外のサービスは状態変化に合わせ導入を検討する (1)状態変化に合わせ柔軟にサービスを導入し、必要な助言を夫に行う (2)夫が背負いこまないように妻の状況に合わせて訪問看護の頻度を検討する」と修正した
	10	13-1)夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える (1)妻の状況に応じて介護保険から医療保険への変更する (2)看護師が主導権を取り必要と判断したサービスをケアマネジャーに伝える (3)サービス調整のための他職種へ早目に提案する は、訪問看護サービスが介護保険の単位数に限界がある為、訪問看護師の判断で医療保険への切り替えができるかケアマネジャーに提案するが、訪問看護師の行うことではなく、医療職としての視点でアセスメントした上でのコーディネートとして、整理して記述した方が良い	13-1)-(1)・(2)・(3) の全体の内容を整理し直し ➡13. 「夫の介護負担を考慮した訪問看護内容とサービスの調整を提案する 1)夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える (1)妻の状態変化に応じて看護師がコーディネートし、必要と判断したサービス調整をケアマネジャーに伝える」 と修正した
		Ⅳ．夫婦にとっての思い出作りの時期/妻自身の死の準備行動と夫の死別の準備行動時期（安定期）	
訪問看護ケア内容	11	1-3)-(1)夫婦の希望を叶えるため、医師へ緊急事態に備えて外出先で使える情報提供書の準備について進言するの準備については、薬剤や医療材料もあるので追加した方が良い	1-3)-(1)夫婦の希望を叶えるため、医師へ緊急事態に備えて外出先で使える情報提供書の準備について進言する ➡「(1)夫婦の希望を叶えるため、医師へ緊急事態に備えて外出先で使える薬剤・医療材料・情報提供書などの準備について進言する」と加筆した
	12	4) 生前の妻が自分の死別後の夫へつなげる近所づきあいの挨拶に付き添う ・生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配した近所の方への生前の挨拶に付き合う の文章がわかりづらい	「4) 生前の妻が自分の死別後の夫の近所づきあいへつなげようとする挨拶に付き添う ・生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配し、近所の方への生前の挨拶に付き合う」と修正した
		Ⅴ．夫婦で過ごす時間を大切にする/死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期　（安定-終末期）	
訪問看護ケア内容	15	4-2)「食事が採れなくなったら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参する」　は摂取するのは、食事だけではないので内服も追加すると良い。 無理して食べなくて良いことを提案すると項目にあるのは良いと思う	4-2)「食事が採れなくなったら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参する」 ➡2)食事や内服が困難になってきたら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参すると修正した

		Ⅵ．妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う/　妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う　（終末期）	
夫の状況	16	●夫の介護疲れ ・夫の介護疲れによるレスパイト入院　であると主語が不明確である。	●夫の介護疲れ ・夫の介護疲れによるレスパイト入院➡「夫が介護に疲れ、レスパイト入院を選択する」と修正した
訪問看護ケア内容	18	5．夫の排泄介助の負担を考えたケアを夫婦の状況に合わせて考える 1)夫の排泄介助の負担を考え妻にバルンカテーテル留置を提案する (1)妻自身の排泄での移動の負担と夫の介助の負担を軽減するために妻へバルンカテーテル留置を提案する (2)妻の希望があった場合に備え、夫にバルンカテーテル抜去方法を伝えておく (3)妻本人がバルンカテーテルを嫌がり、夫は車椅子トイレ介助を再開する は、膀胱留置カテーテルの方が良い。また選択肢として膀胱留置カテーテルだけでなく、差し込み便器・ポータブルトイレもあるので福祉用具としておくと良いのではないか	「5．1）夫の排泄介助の負担を考え妻に福祉用具の利用や膀胱留置カテーテル留置を提案する (1)妻自身の排泄での移動の負担と夫の介助の負担を軽減するために妻へ福祉用具の利用を提案する (2)妻の希望があった場合に備え、夫に膀胱留置カテーテルの管理方法を伝えておく」と修正した
	18	2)食事状況や便の排泄状況を観察し、説明をし、摘便処置を行う ・食事状況と排泄状況を観察し、説明を行い合意のもと摘便処置を行う と重複している	「2)食事状況や便の排泄状況を観察し、説明し合意のもと摘便処置を行う」 のみとした
	18	7.妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う 1)妻本人が行っている死後の準備を手伝う (1)妻本人が行っている死後の準備を知る (2)妻本人の死後の準備として旅立ちの装束として着せてほしいものを指定された場合、一緒に確認し準備しておく 大項目と１）が重複している	「7.妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う 1)妻本人が行っている死後の準備として、旅立ちの装束として着せてほしいものを指定された場合、一緒に確認し準備しておく」のみとした
	19	9-1）夫一人の時に対応できるように死の準備教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化について説明や必要なものを準備する (1)死前教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の反応を見ながら事前に説明する (2）高齢の夫が一人のときでも対応できるようにパンフレットを 作成し、レスキュー対応はセッティングしておく は、必ずしもパンフレットを用いるとは限らないので、死のプロセスがイメージでき理解ができるように今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の理解や反応を見ながら事前に説明することかと思う。また信頼できる人や他のサービス提供者にも説明を一緒に聞いておいてもらう。緊急時、発熱・せん妄があるときに対応が難しいと考えられるので、対応方法についてもを伝えておくと良い	「9-1）夫一人の時に対応できるように死の準備教育として今後の体の変化について説明や必要なものを準備する (1)死のプロセスがイメージできるように今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の理解や反応を見ながら事前に説明する (2）夫の信頼できる人にも一緒に話を聞いてもらう (3）緊急時の対応やせん妄時、発熱時など高齢の夫が一人のときでも対応できるように対応方法を説明しておく (4)ヘルパーなど利用している他のサービス関係者にも対応方法を説明しておく」と修正した
		Ⅶ．臨終直後から通夜　（死亡時）	
妻の状況	20	●夫の手を煩わせないように思える鮮やかな死に際 （夫の予想より早い臨終） は、あまりないケースであると思う 夫の状況と照合できるように「笑いも起こるような穏やかな死」とした方が良い	「笑いも起こるような穏やかな死 ●思いも寄らない最期の言葉を残して亡くなる」とし、夫の状況「・臨終時の 最期の言葉で、事態を受け止めきれず困惑する・妻の最期の言葉に呆気にとられている」に並列とした
訪問看護ケア内容	21	1．夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える 1)労いの言葉をかける ・妻の臨終時に労いの言葉をかける 2)今が悲しむ場であることを伝える ・淡々としている夫に、悲しんでよい場面で、泣いて良い場で あることを伝える とあるが、涙したり、泣くことだけが妻を亡くした時の感情ではないかもしれないので、素直な感情の表出ができるよう声かけと、「奥さんはとても良い最期を迎えることができた」という言葉を伝えて、2人で最期まで自宅で過ごせたことや夫の介護を労う言葉があった方が良い	「1．夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える 1)労いの言葉をかける (1)妻の臨終時に労いの言葉をかける (2)「奥さんはとても良い最期を迎えることができた」という言葉を伝える 2)素直な感情を表出してよいことを伝える」と加筆修正した
	21	3．通夜に訪問し、夫の様子を観察する 1）お通夜に伺い、夫の様子をうかがう ・お通夜に伺い、家族と一緒の夫の様子をうかがう は、内容の重複と通夜には必ず参列するわけではないので夫の状況によると追記した方が良い	「3.夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する」とし、 1）以下は削除した

		Ⅷ．妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく時期からなんとか独居で生活していこうとする時期　（死別期）	
	25	10．夫の自尊心を傷つけないケアを行う 1)夫の自尊心を傷つけないようなケアを考える (1)夫の自尊心を傷つけないよう尿漏れ対策を行う (2)夫の健康に関する意識が疾患によるものなのかキャラクターによるものかアセスメントする (3) 血糖コントロールなど自己管理については、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく 尿漏れ対策だけであると、具体的に排泄や尿漏れだけになるのでケア全般についての文の方が良い。	「10．夫の自尊心を傷つけないケアを行う 1)夫の自尊心を傷つけないようなケアを考える 2)血糖コントロールなど自己管理については、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく」と修正した
	25	3)家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる (1)緊急連絡先を訪問看護ステーションにしておく (2)家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる は、8-2)と関連しており、地域のサービスにつながっていくと良いということと、取り方によっては成年後見制度のことと誤解されるので、この項目はなくても良い	11-3)は削除した

（3）研究 3-ⅱ　デルファイ法による訪問看護ケア方法の重要性と実行可能性に関する合意形成

①デルファイ法の対象者の概要

A.第1ラウンド

第1ラウンドの調査票を発送した100名のうち、不達が4通、有効発送数は96通であった。第1ラウンドの調査票について、25通の返送があった。そのうち、4通は調査票に協力しないと返答があり、有効回収数は21通であった。有効回答率は、21%であった。第1ラウンドの参加者の概要を、表4-1に示す。

表4-1　　デルファイ法　第1ラウンドの参加者の概要

			n=21
年齢	30歳代		3名
	40歳代		9名
	50歳代		6名
	60歳代		3名
性別	女性		21名
保有資格			
	看護師		19名
	准看護師		3名
	保健師		4名
	介護支援専門員		8名
	訪問看護認定看護師		2名
	認知症認定看護師		1名
	認知症ケア専門士		2名
	その他		2名
経験年数	看護師経験年数		22.0±11.4年
	訪問看護師経験年数		9.6±7.5年
訪問看護師としてターミナルケアに携わるようになった時期			3.3±4.6年
妻と死別した高齢男性へグリーフケアを行った経験		ある	12名
		ない	9名

表4-2　デルファイ１ラウンド　夫婦の状況

Ⅰ. 準備期			各期における夫婦の状況「ある」「たまにある」の割合（%）
妻	Ⅰ－1-1）	余命を知り自宅へ帰りたいと思う	90.5
	Ⅰ－1-2）	なす術がない状態で緩和ケアが導入される 例）妻本人へのがんの告知のみ行われる	71.4
	Ⅰ－1-3）	最期まで通院治療をあきらめたくない	76.2
	Ⅰ－1-4）	可能な限り治療を受けたい気持ちは夫婦で一致している	90.5
	Ⅰ－1-5）	疼痛の増強や転倒を起こすようになる	95.2
	Ⅰ－1-6）	夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる 例）訪問診療・訪問看護を利用する意味が妻にはわからない	76.2
夫	Ⅰ－2-1）	夫や家族の意見がまとまらず、退院後の方向性がすぐには決まらない	71.4
	Ⅰ－2-2）	なす術がない状態で緩和ケアが導入される 例）妻本人へは、がんと告知のみで夫・家族に治療は難しいと言われる/余命長くないと知って家族で緩和ケアと決め、かかりつけ医から訪問看護を依頼してもらう　など	76.2
	Ⅰ－2-3）	最期まで通院治療をあきらめたくない	81.0
	Ⅰ－2-4）	可能な限り治療を受けたい気持ちは夫婦で一致している	90.5
	Ⅰ－2-5）	夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる 例）訪問診療・訪問看護を具体的にイメージができず、何をしてもらうかわからない妻に、わかるように説明できない	81.0

Ⅱ.開始期			各期における夫婦の状況「ある」「たまにある」の割合（%）
妻	Ⅱ－1-1）	がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある	85.7
	Ⅱ－1-2）	他者が自分の家に入ることに抵抗がある 例）人に指示されることが嫌な状況が入院中あった/年齢や性格、独特な考えを持っているなど	85.7
夫	Ⅱ－2-1）	がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある 例）在宅で妻を看取るか決まらないまま在宅療養開始となる/高齢夫婦が在宅療養を続けることや妻の状態が急激に悪くなることへ不安が募る	90.5
	Ⅱ－2-2）	妻への介護で出来ることと出来ないと思うことがある夫 例）妻が自分で食べられる時期は夫一人で食事介助ができる/妻のおむつ交換はできないと思うなど	90.5

Ⅲ. 開始-安定期			各期における夫婦の状況「ある」「たまにある」の割合（%）
妻	Ⅲ－1-1）	夫婦が自分たちの歴史を語る	95.2
	Ⅲ－1-2）	何気ない会話の中で本音を語る 例）生きることへの希望/余命を知って苦しみながら永らえたくないが夫との余生を楽しみたかったと泣く/夫の社会参加を望む/人の目を気にして外出をためらうなど	95.2
	Ⅲ－1-3）	自己流の栄養に関する確固たる思いがある 例）看護師が薦める食生活の内容について受け入れ難く自己流の栄養に関する確固たる思いがある/買ってきたものはまずいなどはっきりと言う/まずい・おいしいとはっきりと言う	81.0
	Ⅲ－1-4）	夫に介護してもらいたいと思う妻 例）第3者に介護されるのでなく夫に介護してもらいたいと思う	81.0
	Ⅲ－1-5）	夫への不満がある 例）夫へ辛辣なことを言ってしまう/ 痛みに対して辛いという弱音でなく夫への不満を漏らす　　など	85.7
	Ⅲ－1-6）	妻・主婦役割を果たせなくなっていく	95.2
	Ⅲ－1-7）	主婦役割ができなくなり夫の何気ない言葉に傷つく	81.0

妻	Ⅲ－1-8）	病床にあって妻役割を果たせないでいる例）病床にあっても夫の心配をする/病床にあって妻役割を果たせずヘルパーに嫉妬する	71.4
夫	Ⅲ－2-1）	夫婦が自分たちの歴史を語る	85.7
	Ⅲ－2-2）	在宅療養開始以降も在宅で妻を看取るか決められない	85.7
	Ⅲ－2-3）	余命について漠然と捉えている	90.5
	Ⅲ－2-4）	在宅での看取りの希望がある家族が一人でもいる	90.5
	Ⅲ－2-5）	夫は在宅での看取りを希望するが、家族内で意見がまとまらない	76.2
	Ⅲ－2-6）	妻の為に介護も家事も頑張ろうとする	90.5
	Ⅲ－2-7）	妻に任せっきりだった家事を最期に担おうとする 例）妻のこだわりが強い為、ヘルパーを導入せず夫が食事を作る/妻の希望に応え夫が30品目調理する/妻の食べたいとものを夫がこまめに準備する/配食サービスやヘルパーを導入せず夫が食事を作る	90.5
	Ⅲ－2-8）	実際介護と家事の両立の大変さに気づく 例）買い物・洗濯はできるが、掃除・炊事はできない/実際介護してみて大変さに気づく　　など	95.2
	Ⅲ－2-9）	妻の言うこと（不平・不満）に反論せず感情を表に出さない	81.0
	Ⅲ－2-10）	妻が自分の言い分を押し通そうとするので、ほとんど言い返せないでいる 例）8：2で妻の言い分が通る　/　他者が見ると奴隷のように介護中も夫を使う様子に見える　　など	85.7
	Ⅲ－2-11）	感情を表情に出さずいつも淡々としている	85.7
	Ⅲ－2-12）	会話が減っていく	71.4
	Ⅲ－2-13）	介護負担やストレスを感じさせるそぶりを見せない	81.0
	Ⅲ－2-14）	細かい事は受け流し、妻にはいてくれるだけで良いと思っている	85.7
	Ⅲ－2-15）	排泄の介助にも介護負担を感じさせるそぶりは見せない	95.2

Ⅳ. 安定期			各期における 夫婦の状況 「ある」「たまにある」 の割合（%）
妻	Ⅳ－1－1）	後悔しないための思い出作りをしたい 例）夫婦の思い出を作りたい/夫婦の旅行の希望がある/後悔しないための思い出つくりや本人の希望を叶えておきたい　など	61.9
	Ⅳ－1－2）	周囲に気遣わせないよう気を遣う妻 例）　自分の外出で気を遣わせると思う　　など	90.5
	Ⅳ－1－3）	死別後の夫のことを案じる妻　　例）生前の妻が死別後の夫の生活を案じてデイサービスを勧める	76.2
夫	Ⅳ－2-1）	後悔しないための思い出作りをしたい　例）夫婦の思い出を作りたい/夫婦の旅行の希望がある/後悔しないための思い出つくりや本人の希望を叶えておきたい　　など	81.0
	Ⅳ－2-2）	夫の介護疲れや健康状態の悪化　例）夫に介護疲れが生じたり入院する事態が起こる/妻の状態悪化に伴う夫の介護疲れ　　など	85.7
	Ⅳ－2-3）	妻の死後の準備の必要性を感じていない	71.4

Ⅴ. 安定-終末期

			各期における夫婦の状況「ある」「たまにある」の割合（%）
妻	Ⅴ－①－1	夫婦で過ごす時間を大切にする 例）これまでのような日常生活ではないが夫婦水入らずの時間を楽しむ	81.0
	Ⅴ－①－2	帰宅しない夫を妻が心配する 例）帰宅時間や行先不明のまま外出してしまう夫を妻が心配する/帰宅の遅い夫を心配をする	57.1
	Ⅴ－①－3	セルフケアが難しくなっていく 例）セルフケアが難しくなってきた部分を他者に管理を依頼する（体力が落ちてきて自分で行えなくなったストマやバルン管理はヘルパーや夫に管理してもらう ） など	90.5
夫	Ⅴ－②－1	夫婦で過ごす時間を大切にする 例）これまでのような日常生活ではないが夫婦水入らずの時間を楽しむ	81.0
	Ⅴ－②－2	帰宅時間や行先不明のまま外出してしまう	42.9
	Ⅴ－②－3	セルフケアができなくなっていく妻の介護に自分は参加させてもらえないと感じる	47.6
	Ⅴ－②－4	トイレ・入浴介助は自分がすることにこだわる 例）トイレ・入浴介助は、失禁が始まる前まで夫が介助する	47.6
	Ⅴ－②－5	看護師やその他のサービス提供者に言われたとおりに物品準備をしたり、物や方法にこだわるために混乱する 例）普段はすごく温厚だが、急な変更があると電話で食ってかかる/多職種が妻の治療やケアにかかわることで情報整理に混乱する/言われたとおりに必要な物を準備しようとする/現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする など	57.1
	Ⅴ－②－6	妻の介護をしたいが介護に参加できず、自分にはできることがないと思う 例）妻の介護に参加できす、仲間外れにされていると思い疎外感を感じる/自分にはなにもすることがないと言って部屋に閉じこもるようになる/自分の介護役割を取り上げられ看護師に詰め寄る/自分の介護役割を看護師に取り上げられたと思い家族に訴える など	42.9

Ⅵ. 終末期

			各期における夫婦の状況「ある」「たまにある」の割合（%）
妻	Ⅵ－1－1）	夫の入院期間中は入院する 例）夫の入院に合わせて妻も入院する/妻が家にいられないと思うほど状態が悪い場合は、入院する/夫の回復を待ち、妻も自宅へ帰る など	81.0
	Ⅵ－1－2）	余命や看取りについての話を受け止めきれていない 例）直接医師から余命と看取りをどうするかという話をされる	71.4
	Ⅵ－1－3）	治療できないのであれば家に帰りたいと思う 例）入院して最期をどこで過ごすか改めて実感する/緩和ケア病棟に入院したものの、妻本人が家に帰りたがる など	95.2
	Ⅵ－1－4）	在宅療養を強く希望する 例）退院カンファレンスで在宅療養が決まり笑顔になる/在宅療養に切り変えた途端、元気を取り戻す など	95.2
	Ⅵ－1－5）	夫に介護され看取ってほしいと思う 例）最期まで夫に面倒を見てほしいと思う/・自分の余命を察知し、夫に面倒を見てと言う など	81.0
	Ⅵ－1－6）	夫に迷惑をかけたくないという思いがある 例）妻は状態が悪化しても、延命や救命をして夫に迷惑をかけたくないと思っている	95.2

妻	Ⅵ－1－7）	ADL低下に伴い排泄がままならなくなる妻 例）レスパイト先から退院後のＡＤＬ低下があり、自力での排泄がままならなくなる	95.2
	Ⅵ－1－8）	辛いと言わず、他者を気遣う妻 例）決して辛いと言わず他者を気遣い感謝の言葉を残そうとする/　仲の良かった世話になった友達に自分の死期を悟ったメッセージを伝える/看護師や往診医にも手紙やブログで感謝の言葉を残す/本来生まれてこなかったはずの人生や自分の最期について妻本人が受け入れている/朦朧としていても自分の意思を伝え看護師やヘルパーにも気遣いをみせる/決して辛いと口にしない　など	90.5
	Ⅵ－1－9）	意思疎通困難におけるストレスを感じる妻 例）夫との会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる/はっきりとした口調で話ができないことがストレスとなる/入院前より発声も会話量も減少する　など	95.2
	Ⅵ－1－10）	会話の減少に伴い、性格的にも弱くなった印象を受ける	85.7
夫	Ⅵ－2-1）	夫の介護疲れや健康状態が悪化する 例）介護と仕事の両立で介護負担を感じる/夫介護疲れによるレスパイト入院を利用することになる　など	76.2
	Ⅵ－2-2）	妻の要望であっても夫一人では無理なケアがある 例）妻の更衣・シーツ交換・清拭は夫にとって負担が大きい　など	76.2
	Ⅵ－2-3）	在宅での看取りを覚悟する 例）最期に妻を看取るのは自分しかいないと思う/妻を最期まで受け止めきれるか看護師が心配しても頑張るという/死に向かってはいくのにがんと戦う妻と妻の感情を受けとめようとする/医師から余命や看取りについての話をされ自分が面倒をみるしかないと言う/自分しかいないと最期まで看取る覚悟でいる/自分たちは排泄の介助されるのは嫌だと思っていたが介護することになったと内心思う　など	90.5
	Ⅵ－2-4）	妻の夫に迷惑をかけたくないという思いを受け入れがたい	57.1
	Ⅵ－2-5）	言葉にしなくとも妻のサインを察知する 例）妻のトイレに行きたいサインを理解していて察知できる	90.5
	Ⅵ－2-6）	難聴がある	71.4

Ⅶ.死亡時			各期における 夫婦の状況 「ある」「たまにある」 の割合（%）
妻	Ⅶ－①－1	思いも寄らない最期の言葉を残して亡くなる	38.1
夫	Ⅶ－②－1	予想と違う臨終と思う 例）思いも寄らない時期や時間に臨終を報せてくる/誰もきづかないで妻は逝ったのだろうと思う/あっという間だったと口にする　など	57.1
	Ⅶ－②－2	臨終後は涙を流したり、妻が亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子に見える 例）妻を失ったことへの悲しみで涙する/居なくなってしまったとしみじみと語る/臨終後回想しながら涙する　など	52.4
	Ⅶ－②－3	臨終直後は、亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子 例）呼吸停止した妻を夫が呆然と見つめている/呼吸停止したのは自分が吸引したせいだと思う/臨終前と比べて臨終後は気が抜けてしまったと感じる/臨終時の最期の言葉で、事態を受け止めきれず困惑する	38.1
	Ⅶ－②－4	違和感を覚えるほどこれまでの訪問の時と同じように変わらない様子 例）妻の最期の言葉に失笑する/照れ隠しなのか妻を亡くしたという寂しさを夫が隠しているのかわからない状況がある　など	66.7
	Ⅶ－②－5	妻の死は仕方ないことと思える 例）これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている/夫なりに悔いのない看取りができたと思える/家族から看取ることができて良かったと言われる/肯定的に妻の死を受け止める/やれるだけのことをしたと思える　など	90.5

Ⅷ. 死別期

			各期における夫婦の状況「ある」「たまにある」の割合（%）
夫	Ⅷ－2－1）	妻への思慕が強い 例）介護終了後の心の空洞や死別の喪失感は大きい/妻への思慕から遺品をなかなか片付けられない	66.7
	Ⅷ－2－2）	（妻の臨終時に）違和感を覚えるようないつもと変わらない様子があった 例）死別後、時間経過しても淡々と生活しており、妻を失ったことを十分に悲しんでいない様子がある	61.9
	Ⅷ－2－3）	介護を終えた後の満足感がある 例）在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じている/訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと親族に勧める/多少の悔いはあるもののやりきったという思いがあり、後悔はないと言う/3回忌など故人を偲ぶ会へケアしたスタッフにも来てほしいなどの提案がある　など	71.4
	Ⅷ－2－4）	妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく 例）妻の生前と変わらず生活している/死別後は、いつもどおりちゃんとやっていますという/家族の訪問や支えがあり、悲嘆に暮れないでいられる/時々孫や娘の訪問がある/家族が泊りがけで来るときに嫁にも気を遣い家事をする　　など	76.2
	Ⅷ－2－5）	死別後遺品整理と住みやすい家にすることを考え始める 例）妻亡き後の家に住み続けるために妻の使っていたものの片付けを始める	61.9
	Ⅷ－2－6）	死別後の方が落ち着きを見せる 例）息子・娘に注意されるようなことを妻の死後しなくなる	66.7
	Ⅷ－2－7）	社会参加している（死別後自分なりのペースで生活し、地域と交流がある） 例）老人会館に行っている/体操教室や囲碁などコミュニティ参加 など	57.1
	Ⅷ－2－8）	患者会・患者家族の会へ参加している	23.8
	Ⅷ－2－9）	介護保険申請は自分には不要と思っている	66.7
	Ⅷ－2－10）	介護保険の利用は自分で判断したい夫	76.2
	Ⅷ－2－11）	介護保険サービスを受けることに抵抗感を持たない	66.7
	Ⅷ－2－12）	独居生活の限界時期を見据えている 例）独居生活が難しくなった場合は、施設と考えている　など	52.4

表4-3　デルファイ1ラウンド　訪問看護ケア内容

	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）	訪問看護ケア内容として「重要である」「やや重要である」の割合（%）	訪問看護ケア内容として「実行可能」「どちらかと言えば可能」の割合（%）
Ⅰ－1	1．余命宣告を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する	95.2	81.0
Ⅰ－2	1）退院前カンファレスへ参加する	100.0	95.2
Ⅰ－3	(1)退院前カンファレンスの早期実施の必要性を認識し、退院前カンファレンスへの参加し、多職種と顔合わせする	95.2	90.5
Ⅰ－4	(2)夫婦の状況によっては、専門職だけで先に話し合いを持ち、夫妻に病状の説明を行い、理解を確認する。場合により、病棟の看護師や訪問看護師がわかりやすい言葉を用いて説明補足を行う	85.7	85.7
Ⅰ－5	(3)退院後の訪問看護をはじめとするサービスの利用について、今後の役割分担も含めて、合意形成を得ておく	90.5	81.0
Ⅰ－6	(4)退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する	100.0	100.0
Ⅰ－7	(5)退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する	90.5	71.4
Ⅰ－8	2）高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う	81.0	61.9
Ⅰ－9	(1)高齢夫婦世帯の為の退院調整ための訪問看護依頼後の退院前訪問を行う	85.7	52.4
Ⅰ－10	(2)退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする	85.7	47.6
Ⅰ－11	(3) 今後の見通しも含めて、 訪問看護サービスについての説明を行い、夫婦の経済状況や介護保険申請状況等の確認を行う	100.0	90.5
Ⅰ－12	(4)夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始にむけて必要な具体的なアドバイスを行う	90.5	81.0
Ⅰ－13	2．余命宣告後の妻の事前意思の確認と高齢夫婦それぞれへ意思確認を行う	100.0	90.5
Ⅰ－14	1）余命宣告後の妻の事前意思の確認を行うが、気持ちの変化があれば、いつでも意思表明をしてもよいことを妻と夫・その他の家族に伝えておく	100.0	100.0
Ⅰ－15	・2.5人称の視点を意識して関わる（妻・夫・家族に寄り添いながら客観的視点をもった支援を行う）存在としての訪問看護師でいる	95.2	90.5
Ⅰ－16	2）訪問看護導入前から夫婦の様子を観察し、それぞれの意思を確認する	71.4	57.1
Ⅰ－17	(1)訪問看護導入前に妻の心身の状態と夫婦の関係性や生活を観察する	66.7	52.4
Ⅰ－18	(2)夫婦のそれぞれの思いについて他職種と共に話を聞く	71.4	42.9
Ⅰ－19	(3)面談は、夫婦2人での場合と個別の面談を行う	76.2	66.7
Ⅰ－20	3．在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利用を検討する	95.2	85.7
Ⅰ－21	1)医療的視点で訪問診療と訪問看護が入るようにスケジューリングする	90.5	95.2
Ⅰ－22	2)夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する	100.0	95.2
Ⅰ－23	(1)今後の予測される症状対応のための医師へ処方の依頼する	100.0	100.0
Ⅰ－24	(2)退院前処方や点滴交換のタイミング・回数検討を医師へ依頼する	90.5	90.5
Ⅰ－25	(3)急変時対応と家族の動揺の対応のためのバックベッドの準備を依頼する	90.5	81.0
Ⅰ－26	3)在宅療養に向けたサービス調整については、看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える	95.2	90.5
Ⅰ－27	(1)サービスの調整がすぐ手配できるように夫と家族の介護力のアセスメントを行う	100.0	90.5
Ⅰ－28	(2)退院にむけて必要な福祉用具や医療機器などの手配をする	90.5	81.0
Ⅰ－29	(3)在宅療養開始時は、緊急時の対応に備え多目の人員配置も考慮する	66.7	52.4
Ⅰ－30	(4)退院に向けてサービス導入は、利用者が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする	95.2	100.0
Ⅱ－1	1．余命宣告を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望を支えるようケアする	95.2	95.2
Ⅱ－2	1)がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごすようケアしていくことを伝える	100.0	95.2
Ⅱ－3	(1)訪問看護導入時、がんに罹患した妻の思いを傾聴する	95.2	95.2
Ⅱ－4	(2)がんであってもあきらめないでよい状態で過ごせるよう伝える	71.4	71.4
Ⅱ－5	2．がんと共存する在宅療養する高齢夫婦の不安の緩和に努める	95.2	90.5
Ⅱ－6	1)退院直後の訪問で安心してもらう	90.5	90.5
Ⅱ－7	(1)退院当日の訪問は、退院時間に合わせる	71.4	71.4
Ⅱ－8	(2) 緊急時や何か困ったときのために、連絡先の一覧や訪問看護ステーションの電話番号を目に付くところに示しておく	100.0	100.0
Ⅱ－9	2）安心して任せてもらうために看護師の行うケアを見てもらう	95.2	100.0
Ⅱ－10	(1)訪問看護の時間中は、自分たちが何をしているのか見てもらうことが重要と考えている	71.4	90.5
Ⅱ－11	(2)安心して任せてもらうために自分たちのケアを家族に見てもらう	85.7	90.5
Ⅱ－12	3．夫を介した妻との関係性構築に務めながら、今後の見通しを立てた訪問看護を行う妻との関係性を構築する	90.5	95.2
Ⅱ－13	1）訪問開始時は、主担当の訪問看護師を決めておくがケアの保証をするために複数体制を確保しておく	95.2	95.2
Ⅱ－14	2)妻が訪問看護を受けることに抵抗がある場合は、夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする	90.5	90.5
Ⅱ－15	(1) 互いに慣れ、安全・安心な生活を送ることを第一目標にする	90.5	90.5
Ⅱ－16	(2) キーパーソンである夫の考えを把握する	95.2	90.5
Ⅱ－17	(3) 夫を介しての妻との信頼関係構築していく	81.0	85.7
Ⅱ－18	(4) 夫婦2人に真実を全て伝え、相違がないようにする	66.7	66.7
Ⅱ－19	3) 開始時期は、週1回の訪問看護で生活を観察する	33.3	61.9
Ⅱ－20	(1)最初は週1回の訪問看護から開始する	33.3	61.9
Ⅱ－21	(2) 開始時期は、週1回の訪問看護で生活を観察する	38.1	66.7
Ⅱ－22	(3)今後を予測し訪問看護に入る	95.2	95.2
Ⅱ－23	4)関わり方を模索しながら、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	100.0	95.2
Ⅱ－24	(1)日常生活上の具体的なアドバイスを行う	90.5	95.2
Ⅱ－25	(2) 今後を予測しながら訪問看護に入る	81.0	85.7
Ⅱ－26	(3) 訪問看護開始時から、ターミナルケアの強化を前提とした看護を行う	81.0	90.5
Ⅱ－27	4．夫の介護・家事のできる部分とできない部分のアセスメントと部分的な生活指導を行う	90.5	95.2

Ⅱ－28	1)夫の家事能力と夫婦の生活について観察し、アセスメントする夫の家事能力と夫婦の生活について観察する	85.7	90.5
Ⅱ－29	(1)夫の家事能力を観察する	85.7	85.7
Ⅱ－30	(2)夫の家事能力をアセスメントと妻の様子と食生活について観察する	95.2	95.2
Ⅱ－31	2)夫婦の家事能力をアセスメントした上で、部分的家事援助から開始する	71.4	66.7
Ⅱ－32	・疼痛がコントロールされ、夫婦で協力して家事が行えれば、生活援助全般のサービスではなく部分的家事援助から開始する	85.7	76.2
Ⅱ－33	3) 高齢夫婦が不安なく生活できるように自分の裁量で生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導する	71.4	71.4
Ⅱ－34	(1)介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う	47.6	52.4
Ⅱ－35	(2) 自分の職種の立場・裁量でヘルパーや夫婦夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する	71.4	61.9
Ⅱ－36	4)夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認をする例）夫がパウチ交換できるかの確認のため、訪問看護時に入浴介助とパウチ交換を行う　　など	95.2	95.2
Ⅲ－1	1. 夫婦の歴史があることを理解する	100.0	100.0
Ⅲ－2	1)夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴する	100.0	100.0
Ⅲ－3	(1)夫婦から語られる夫婦の歴史を傾聴する	95.2	95.2
Ⅲ－4	(2)妻が（清潔ケアや散歩の際など）にぽつりぽつりと話す家族の話や夫婦の話を聞く	100.0	100.0
Ⅲ－5	(3)結婚してからの夫婦の生活や仕事について話を聞く	95.2	95.2
Ⅲ－6	(4)夫婦の住まい・年金など経済状況について生活に関連した話を傾聴する	95.2	95.2
Ⅲ－7	(5)夫婦の歴史や子どもの話をすることで夫婦の時間をより大切にして過ごしていただく	100.0	100.0
Ⅲ－8	2)妻を失った時の夫の喪失感を慮りつつ、死別後の夫を想定し観察する	90.5	90.5
Ⅲ－9	(1)夫婦の様子や生活を知る	100.0	95.2
Ⅲ－10	(2)夫婦仲について観察する	95.2	95.2
Ⅲ－11	(3) 妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察する	100.0	90.5
Ⅲ－12	2. 妻本人や夫の意思決定を尊重し、安心・納得いくケアを行う	100.0	100.0
Ⅲ－13	1)妻本人と残される夫や家族が、後悔がないようにしたいことができるようにする	100.0	100.0
Ⅲ－14	2)妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良い内容を夫婦に伝えていく	100.0	100.0
Ⅲ－15	(1)看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続いても軟化するまで夫婦を見守る	90.5	95.2
Ⅲ－16	(2)妻本人が藁をもすがる思いや治したいという一心でしている民間療法を否定しない	100.0	100.0
Ⅲ－17	3. 夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する	95.2	90.5
Ⅲ－18	1)妻のはけ口となるよう傾聴に努める	95.2	95.2
Ⅲ－19	(1)周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解する	90.5	90.5
Ⅲ－20	(2)夫にきつい口調であたる妻のはけ口となるよう傾聴に努める	95.2	90.5
Ⅲ－21	2)夫婦のやり取りは中立的立場で聞く	95.2	85.7
Ⅲ－22	(1)付き合いが長い夫婦なだけに、言い争いになるが夫婦を見守る	95.2	95.2
Ⅲ－23	(2)夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いている	95.2	95.2
Ⅲ－24	4. 夫以外の家族成員のアセスメント	90.5	85.7
Ⅲ－25	1)夫以外の家族のサポート状況のアセスメントする	95.2	90.5
Ⅲ－26	(1) 家族が妻をどのようにとらえているか観察する	95.2	90.5
Ⅲ－27	(2) 息子・娘のサポートについて観察する	90.5	90.5
Ⅲ－28	(3)家族関係についてアセスメントする	95.2	95.2
Ⅲ－29	(4) きょうだいや親族が気持ちよく介護に協力しているかを知る	85.7	90.5
Ⅲ－30	(5) 家族のそれぞれの役割やキーパーソンとなる家族をアセスメントする	95.2	95.2
Ⅲ－31	2)夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報を共有する	90.5	90.5
Ⅲ－32	(1) 家族のそれぞれの役割を知りキーパーソンとなる家族と情報共有する	95.2	95.2
Ⅲ－33	(2)夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため別居の家族と情報共有する	85.7	85.7
Ⅲ－34	(3) 家族内で介護の分担が決められている場合は、その役割担当の家族に連絡するなど、家族それぞれと関わる	95.2	90.5
Ⅲ－35	5. 最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く	90.5	90.5
Ⅲ－36	1)在宅で妻を看取るか夫と他家族の合意を待ちつつ看取りや急変に備える	90.5	85.7
Ⅲ－37	・医療職側と家族側の在宅での看取りの決定についての温度差があるときは、看取りに向けて刺激しないように急変時の対応の準備は進めていく	90.5	85.7
Ⅲ－38	2)妻と夫と最期はどこで過ごすか話し合う機会を設ける	90.5	81.0
Ⅲ－39	・妻と夫の互いの話を聞き、時には代弁者になり折り合いをつけるための話し合いの場のセッティングを行う	95.2	76.2
Ⅲ－40	6. 夫が介護参加の意識を持ち、夫婦が自宅で過ごす良さを実感できる意図的な働きかけを行う	81.0	81.0
Ⅲ－41	1)妻に自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫をする	85.7	90.5
Ⅲ－42	・自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫として妻の希望に近い形でケアを提供する	95.2	90.5
Ⅲ－43	2)夫と個々の家族が妻の介護に参加しているという意識をもつための意図的に働きかける	85.7	85.7
Ⅲ－44	(1)家族一人一人が妻の介護に参加しているという意識をもってもらえるように意図的に働きかける	85.7	85.7
Ⅲ－45	(2)清潔ケアに参加できるようセッティングする	81.0	85.7
Ⅲ－46	3)夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる	85.7	81.0
Ⅲ－47	7. 夫の介護・家事能力をアセスメントする	95.2	90.5
Ⅲ－48	1)夫婦2人の家事の様子や夫の家事能力についてアセスメントをする	90.5	90.5
Ⅲ－49	(1)買い物から食事の支度まで行えるかを知る	90.5	90.5
Ⅲ－50	(2)男性で目が行き届かないところも含め、掃除されているか観察する	57.1	76.2
Ⅲ－51	(3)夫婦の生活能力についてのアセスメントを行う	95.2	90.5
Ⅲ－52	2)夫の社会参加に関するアセスメントをする	81.0	81.0
Ⅲ－53	(1)夫の人付き合いについて知る	85.7	85.7

Ⅲ－54	(2)近所との関係やコミュニティ参加の様子について知る	90.5	90.5
Ⅲ－55	(3) 患者の会への参加などしているか知る	85.7	90.5
Ⅲ－56	8. 夫が介護と家事を行う中で、死別後の生活へ備える行動ができているか観察する	90.5	85.7
Ⅲ－57	妻の死後を想定した家事訓練と準備について観察する	71.4	76.2
Ⅲ－58	1)妻の指示に従って夫が家事を行う姿を観察する	71.4	85.7
Ⅲ－59	2)夫の生活能力と死別の準備について観察する	95.2	90.5
Ⅲ－60	9. 夫の介護・家事能力を見極めた上での、対応策を考える	85.7	95.2
Ⅲ－61	1)夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことはしなくてもよい方向でケア内容を考える	100.0	100.0
Ⅲ－62	(1)介護する夫の大変さを考慮する	100.0	95.2
Ⅲ－63	(2)妻のために介護したいと思う夫の意思は尊重する	100.0	100.0
Ⅲ－64	(3)夫だけでは無理な家事は他の家族に依頼する	95.2	95.2
Ⅲ－65	2)夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める	95.2	95.2
Ⅲ－66	・自分が家事をすれば済むことだと考える夫の自尊心を損なわないように言動を否定しない	95.2	95.2
Ⅲ－67	3) 妻が安心して任せられていれば介護方法は否定しない	90.5	90.5
Ⅲ－68	(1)夫の性格的なものが夫婦の支えとなっていることを理解する	100.0	100.0
Ⅲ－69	(2) 妻が安心する介助方法であれば否定しない	100.0	95.2
Ⅲ－70	4) 家事をしたことのない夫に家事・介護の完璧を求めず、2人の生活が成り立っていれば良しとする	100.0	100.0
Ⅲ－71	(1) 他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらうことが大事と思う	95.2	100.0
Ⅲ－72	(2) 夫ができるケアや量を考慮し、これだけは介護をお願いするという部分は夫に任せる	100.0	100.0
Ⅲ－73	(3) 家事をしたことのない夫に完璧を求めず2人の生活で成り立っていることなら良しとする	100.0	100.0
Ⅲ－74	(4) 夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	85.7	85.7
Ⅲ－75	10. 夫以外の家族のサポート状況や夫の健康状態や介護状況を見守る	100.0	100.0
Ⅲ－76	1)妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める	100.0	100.0
Ⅲ－77	・状況に応じて、先を見越し介護保険サービスがいつでも使えるように申請しておく	95.2	95.2
Ⅲ－78	2)訪問診療と訪問看護以外のサービスは状態変化に合わせ導入を検討する	95.2	90.5
Ⅲ－79	(1)状態変化に合わせ柔軟にサービスを導入し、必要な助言を夫に行う	100.0	100.0
Ⅲ－80	(2)夫が背負いこまないように妻の状況に合わせて訪問看護の頻度を検討する	100.0	100.0
Ⅲ－81	3)夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様サービス提供の対象者であることを伝えていく	90.5	90.5
Ⅲ－82	・家族も自分が利用者であると意識していただくようにケアを行う	85.7	85.7
Ⅲ－83	4)夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける	90.5	90.5
Ⅲ－84	5)妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う	95.2	95.2
Ⅲ－85	(1)妻への訪問時は、夫の状態観察と必要な生活指導を行う	85.7	95.2
Ⅲ－86	(2) 娘・息子らからの忠告は受け入れがたいので妻への訪問時に夫の状態観察と必要な生活指導を行う	66.7	71.4
Ⅲ－87	(3) ケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変に切り替えることを検討する	61.9	66.7
Ⅲ－88	11. 高齢夫婦にとって生活を支える第3者的存在のヘルパーと連携し、夫婦の生活をサポートする	100.0	100.0
Ⅲ－89	1)ヘルパーから生活情報を得る	100.0	100.0
Ⅲ－90	(1)訪問看護に入らない時間帯の状況についてヘルパーか情報を得る	100.0	100.0
Ⅲ－91	(2)本人・家族が構えないでいられるのでヘルパーから生活情報を得る	85.7	90.5
Ⅲ－92	2)ヘルパーに安心して任せられるケアは依頼する	85.7	90.5
Ⅲ－93	(1) 妻が信頼し委ねることができるヘルパーにケアを協力し行ってもらう	95.2	100.0
Ⅲ－94	(2)夫婦へのケアの要としてのヘルパーへケア上必要な指導を行う	100.0	100.0
Ⅲ－95	12. 病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してのヘルパーへの進言	90.5	90.5
Ⅲ－96	1)病床にあって妻・主婦役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する	100.0	100.0
Ⅲ－97	(1)妻本人が介護を受けることについての思いを察する	100.0	100.0
Ⅲ－98	(2)夫にとって　病床にあっても妻の存在が大事と理解する	100.0	100.0
Ⅲ－99	2)援助者であっても妻役割まで踏み込まないよう意識して関わる	100.0	100.0
Ⅲ－100	・病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮するようヘルパーにも伝える	85.7	81.0
Ⅲ－101	13. 夫の介護負担を考慮した訪問看護内容とサービスの調整を提案する	100.0	95.2
Ⅲ－102	1）夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える	100.0	95.2
Ⅲ－103	(1)妻の状態変化に応じて看護師がコーディネートし、必要と判断したサービス調整をケアマネジャーに伝える	100.0	95.2
Ⅲ－104	(2)ADL低下や疼痛コントロールの為に複数の看護師の目で観察することが必要な状況の時は、担当看護師を複数にする	85.7	85.7
Ⅲ－105	(3)疼痛コントロールと通院の大変さを考慮して訪問診療開始する	100.0	95.2
Ⅳ－1	1. 夫婦の思い出作りや希望をかなえるため、チーム一丸となり、協力しあう	95.2	95.2
Ⅳ－2	1)妻・夫婦の希望を叶える為、看護・介護職・家族・親族が一つのチームとなる	100.0	100.0
Ⅳ－3	(1)サービス提供のチームに家族が協力できるか確認する	95.2	90.5
Ⅳ－4	(2) 妻の希望をかなえようときょうだいからの後押しや可能にする経済力があるか確認する	85.7	81.0
Ⅳ－5	(3) 夫とサービス提供者・家族・親族の協力で妻の希望をかなえることが可能か検討する	90.5	90.5
Ⅳ－6	(4)看護・介護職が親族とも顔なじみの関係作っておく	85.7	85.7
Ⅳ－7	2)夫婦の希望に向けて多職種が準備から実現まで協力し合う	100.0	100.0
Ⅳ－8	(1)妻の外出希望に向けて準備を始める	100.0	100.0
Ⅳ－9	(2) サービス提供者みんなに声をかけ協力しあう	100.0	100.0
Ⅳ－10	(3)目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力しあう	100.0	100.0
Ⅳ－11	3)夫婦の希望実現に向けて、緊急事態に備えての打ち合わせを医師と行う	100.0	100.0
Ⅳ－12	(1)夫婦の希望をかなえるため、医師へ緊急事態に備えて外出先で使える薬剤・医療材料・情報提供書などの準備について進言する	95.2	90.5
Ⅳ－13	(2) 夫婦の希望をかなえるため、医師とは、緊急・急変時の打ち合わせしておく	100.0	95.2
Ⅳ－14	4) 妻の希望の旅行や外出の為の事前確認を行う	100.0	95.2
Ⅳ－15	・安全を優先して、妻の希望の外出の為の事前確認を慣れるまでは行う	90.5	85.7

Ⅳ－16	5) 外出をためらわず、楽しめるように工夫する	100.0	90.5
Ⅳ－17	(1)外出に関してケアの振り返りを行い、次回の外出のケアに生かす	100.0	95.2
Ⅳ－18	(2) 外出に合わせたおしゃれを楽しむことも妻の希望として尊重する	100.0	90.5
Ⅳ－19	2. 妻の死への準備行動と夫の死別後生活を案じた妻の行動を支援する	100.0	95.2
Ⅳ－20	1)自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添う	95.2	95.2
Ⅳ－21	(1)2.5人称の視点を意識し関わる訪問看護師でいる	100.0	95.2
Ⅳ－22	(2) 妻と夫・家族にも寄り添える存在でいる	100.0	95.2
Ⅳ－23	(3) 葬儀に関することも含め、臨終に備えた準備を家族に伝えていくのもグリーフケアと考える	95.2	90.5
Ⅳ－24	2) 夫に自分が死んだときの希望や形見分けについての話を傾聴する	95.2	90.5
Ⅳ－25	・自分の妻・母親役割が終わり、身辺整理についての妻の話を傾聴する	95.2	95.2
Ⅳ－26	3) 生前の妻の功績として夫を案じた死別後の生活の予行演習に付き合う	61.9	52.4
Ⅳ－27	(1)生前の妻が死別後の夫の生活を案じた予行演習に付き合う	52.4	42.9
Ⅳ－28	(2)生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配した近所の方への生前の挨拶に付き合う	42.9	42.9
Ⅳ－29	4)生前の妻が自分の死別後の夫の近所づきあいへつなげようとする挨拶に付き添う	47.6	42.9
Ⅳ－30	・生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配し、近所の方への生前の挨拶に付き合う	52.4	42.9
Ⅳ－31	5)妻本人が行っている死の準備行動を手伝う	95.2	81.0
Ⅳ－32	(1) 生前から自分の遺影を選ぶ妻を手伝う	95.2	81.0
Ⅳ－33	(2) 妻本人の死後の準備として旅立ち装束として着せてほしいものを指定される場合は、一緒に衣装と置き場所など確認しておく	100.0	95.2
Ⅳ－34	3. 妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と夫が妻の介護ができなくなった場合についての検討を行う	95.2	95.2
Ⅳ－35	1)夫の生活自体変わらないようにする	71.4	71.4
Ⅳ－36	(1)家族も訪問看護サービスの対象と伝える	85.7	90.5
Ⅳ－37	(2)夫が夫らしく生活していけるよう夫の生活自体変わらないようにする	66.7	76.2
Ⅳ－38	2)がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行う	95.2	95.2
Ⅳ－39	(1)がんの妻に目が行きがちで夫の健康状態が悪化するので日常生活の確認や指導が必要となる	95.2	90.5
Ⅳ－40	(2)主介護者の夫の健康状態をみて、夫婦2人の生活を支えるための訪問看護内容の比重を検討する	100.0	95.2
Ⅳ－41	(3)夫婦2人の重症度をそれぞれアセスメントし、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える	81.0	71.4
Ⅳ－42	3)万が一に備え夫が先に逝去した場合についての検討もしておく	76.2	57.1
Ⅳ－43	・夫の既往歴を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについて話をする	66.7	57.1
Ⅴ－1	1. 夫婦2人で過ごす時間を意図的につくる	71.4	61.9
Ⅴ－2	1)夫婦2人の時間を設ける	71.4	57.1
Ⅴ－3	(1)2人きりの時間つくるためヘルパーの入らない時間を意図的に設ける	71.4	71.4
Ⅴ－4	(2) 夫婦2人の時間を過ごしていただく	76.2	71.4
Ⅴ－5	2) 夫が妻の介護をする時間を敢えて設ける	61.9	66.7
Ⅴ－6	(1) 夫が介護しなくならないようにヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	42.9	42.9
Ⅴ－7	(2) 緊急の対応に備えて意図的にヘルパーが入らない時間を設定する	38.1	38.1
Ⅴ－8	2. 夫の外出時は、行先・帰宅時間の確認と外出中も連絡がつくようにしておく	85.7	81.0
Ⅴ－9	1)妻が心配するので夫が外出する場合は、所在不明にならないように注意する	85.7	85.7
Ⅴ－10	(1)妻が夫の心配をしていることを訪問するスタッフからしてもらう	66.7	66.7
Ⅴ－11	(2) 緊急事態に備えて、夫の外出時は、携帯電話を所持してもらう	76.2	76.2
Ⅴ－12	3. 死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない	85.7	71.4
Ⅴ－13	1) 夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する	95.2	95.2
Ⅴ－14	(1) 夫がストレスなく妻の介護に参加するために他の家族の協力を得たり、事前の根回しの連絡をしておく	90.5	85.7
Ⅴ－15	(2) 現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする夫を否定しない	90.5	85.7
Ⅴ－16	2)年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるようにする	85.7	90.5
Ⅴ－17	(1)家族として介護上の役割を持っていただく	90.5	95.2
Ⅴ－18	(2)遺族にとっては生きる活力になっていくよう本人と家族の希望する内容や感動できるようなケアに近づけるよう努める	81.0	81.0
Ⅴ－19	(3)遺族にとって死別後の生活や人生があることを考え、大切な方との最期の時間にケアに参加できたという気持ちがもてるようなケアを考える	90.5	90.5
Ⅴ－20	(4)他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらう	81.0	81.0
Ⅴ－21	3)夫にとっての苦労と思う介護でも、介護保険を使わず、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につなげる	57.1	61.9
Ⅴ－22	(1)終末期のケアに家族が参加し役割を持つときには個人の年齢・性格・能力も考慮する	85.7	85.7
Ⅴ－23	(2)死別後の夫の後悔につながらないように、年齢的に難しく、できないと思っても介護を取りあげたりしない	90.5	90.5
Ⅴ－24	4)妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう	100.0	95.2
Ⅴ－25	(1)夫にできそうなことは、してもらう	100.0	95.2
Ⅴ－26	(2)妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考える	90.5	90.5
Ⅴ－27	(3)介護を夫に任せる・任せないの相談を妻とアイコンタクトで行う	57.1	52.4
Ⅴ－28	5)多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する	57.1	52.4
Ⅴ－29	・多職種発信の情報は夫が混乱しないよう訪問看護師が集約する	57.1	57.1
Ⅴ－30	6)夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	85.7	90.5
Ⅴ－31	(1)夫の愚痴の聞き役を他の職種に依頼しておく	61.9	61.9
Ⅴ－32	(2)家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう	85.7	85.7
Ⅴ－33	(3)夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	85.7	90.5
Ⅴ－34	(4)夫がしていることに疑問があっても目を瞑る	71.4	71.4
Ⅴ－35	4. 夫婦の状況に応じて訪問看護ステーションから診療報酬や介護保険枠外で臨機応変に対応を行う	90.5	90.5
Ⅴ－36	1)各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する	66.7	71.4

Ⅴ－37	(1)交通の便や嵩張る品物などに配慮し、訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出し提供する場合もある	61.9	66.7
Ⅴ－38	(2)交通の便が不便な場合、看護師が衛生材料を買って持参することがある	61.9	76.2
Ⅴ－39	2)食事や内服が困難になってきたら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参する	81.0	81.0
Ⅴ－40	(1)食事が採れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤・フォーミュラ食などをその都度持参する	52.4	52.4
Ⅴ－41	(2)むせ込むようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする	95.2	95.2
Ⅵ－1	1．夫の仕事や健康状態を考慮し、短期入所やレスパイト入院を勧める	90.5	85.7
Ⅵ－2	1)妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配をする	90.5	90.5
Ⅵ－3	(1)夫の健康を考え、入所・入院も選択肢の一つとして考える	90.5	90.5
Ⅵ－4	(2)夫の介護負担を配慮し、在宅で看取るか、レスパイト目的で入所・入院するか訪問の度に確認する	61.9	66.7
Ⅵ－5	(3)在宅での看取りが無理と思うときは、受け入れ先を探す準備があることを伝える	95.2	95.2
Ⅵ－6	(4)妻本人と夫が入院を希望すれば、後の心残りにならないよう医師に連絡しに入院できるように手配する	90.5	90.5
Ⅵ－7	(5)主治医から許可を得てレスパイト入院の受け入れ先を探す	76.2	76.2
Ⅵ－8	2．余命宣告がされた妻の思いを傾聴する	100.0	100.0
Ⅵ－9	1)妻本人へ余命宣告がされ、妻本人が話をするときは傾聴する	100.0	100.0
Ⅵ－10	・医師から余命や看取りについての話をされた時には傾聴する	100.0	100.0
Ⅵ－11	3．看取りに向けて夫や家族の負担・都合を踏まえた退院時カンファレンスへ参加する	100.0	100.0
Ⅵ－12	1)看取りに向けて夫や家族の負担や都合を踏まえカンファレンスで退院を検討する	95.2	95.2
Ⅵ－13	2) 退院カンファレンス後の早期に在宅療養へ切り替える	95.2	95.2
Ⅵ－14	・退院カンファレンス後、受け入れはいつでも可能と話し早期に在宅療養へ切り替える	95.2	95.2
Ⅵ－15	4．夫婦それぞれの思いを確認し、夫がストレスにならないよう観察する	100.0	100.0
Ⅵ－16	1)妻と夫それぞれに話を聞き、妻と妻を受けとめる夫の状態を観察する	100.0	100.0
Ⅵ－17	(1)夫がどうしたいのか話を聞き、妻の気持ちを察し代弁する	90.5	85.7
Ⅵ－18	(2)妻の不安の軽減に努め、精神的に不安定な妻の傍で受け止める夫と2人を観察し、対応する	100.0	95.2
Ⅵ－19	2) いつでも相談してよいことを話す	100.0	100.0
Ⅵ－20	・いつでも相談に乗ることを伝える	95.2	95.2
Ⅵ－21	5．夫の排泄介助の負担を考えたケアを夫婦の状況に合わせて考える	90.5	95.2
Ⅵ－22	1)夫の排泄介助の負担を考え妻に福祉用具の利用や膀胱留置カテーテル留置を提案する	85.7	81.0
Ⅵ－23	(1)夫の排泄介助の負担を考え妻に福祉用具の利用を提案する	90.5	90.5
Ⅵ－24	(2)妻自身の排泄での移動の負担と夫の介助の負担を軽減するために妻へ福祉用具の利用を提案する	90.5	95.2
Ⅵ－25	(3)妻の希望があった場合に備え、夫に膀胱留置カテーテルの管理方法を伝えておく	81.0	71.4
Ⅵ－26	2)食事状況や便の排泄状況を観察し、説明し合意のもと摘便処置を行う	100.0	100.0
Ⅵ－27	6.妻の持つ死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する	95.2	100.0
Ⅵ－28	1)妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、ケアにつなげる	95.2	100.0
Ⅵ－29	(1)妻自身が思っているた自分の人生について理解を示す	95.2	100.0
Ⅵ－30	(2)妻自身の死生観について感心し、同調する	90.5	95.2
Ⅵ－31	(3)家族が自宅で看取ることを受け入れ、暗い雰囲気にならないよう家族が集えるようにする	85.7	90.5
Ⅵ－32	7.妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う	95.2	85.7
Ⅵ－33	1)妻本人が行っている死後の準備として、旅立ちの装束として着せてほしいものを指定された場合、一緒に確認し準備しておく	90.5	90.5
Ⅵ－34	8.高齢夫婦だけで過ごす時間が負担にならず夫の生活がこれまでと変わらないように配慮したケアを行う	95.2	95.2
Ⅵ－35	1)妻本人に苦痛をあたえないことを優先と考えたケアを行う	95.2	95.2
Ⅵ－36	(1)痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける	100.0	100.0
Ⅵ－37	(2)妻本人が楽にケアを受けられるよう鎮痛剤を使用後、清潔ケアを行う	100.0	100.0
Ⅵ－38	(3) 疼痛出現による入浴困難時は、ペインコントロール中心の清潔ケアを行う	100.0	100.0
Ⅵ－39	2)夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える	100.0	100.0
Ⅵ－40	・生活・家事全般自体は問題ないので、夫も訪問看護も妻の要望に応えるように努めてもらう	90.5	90.5
Ⅵ－41	3)妻本人の意思の尊重と疼痛緩和に配慮し、夫婦2人の時間と夫の生活が変わらないように支援する	90.5	90.5
Ⅵ－42	(1)痛みがないように配慮し、妻本人と家族の意思を尊重し、夫が自然でいられるように心がける	95.2	95.2
Ⅵ－43	(2)夫婦の時間が楽しく、夫も笑顔で介護できる状態が続けられるように看護師の思いを押し付けず夫婦の思いを尊重する	100.0	100.0
Ⅵ－44	(3)本人の希望に沿うケアを提供するよう努める	100.0	100.0
Ⅵ－45	(4)夫が仕事を継続しながら介護できるよう調整し、妻本人の望むことは、最大限かなえていくよう努める	100.0	100.0
Ⅵ－46	(5)意識がある時は、妻の意向を確認し、妻の希望をかなえることを意識しケアする	100.0	100.0
Ⅵ－47	4) 夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用を検討する	71.4	81.0
Ⅵ－48	(1)医療依存度が高い場合で夫以外の家族のサポートがない時は、自費での訪問看護とヘルパーの利用も検討する	71.4	76.2
Ⅵ－49	(2) 夫への負担と夫に妻のケアをさせられない状況の時は、ヘルパーに依頼し、自費の利用も提案する	81.0	85.7
Ⅵ－50	9．妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う	95.2	95.2
Ⅵ－51	1) 夫一人の時に対応できるように死の準備教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化について説明や必要なものを準備する	90.5	90.5
Ⅵ－52	(1)死のプロセスがイメージできるように今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の理解や反応を見ながら事前に説明する	90.5	95.2
Ⅵ－53	(2) 夫の信頼できる人にも一緒に話を聞いてもらう	95.2	90.5
Ⅵ－54	(３) 緊急時の対応やせん妄時、発熱時など高齢の夫が一人のときでも対応できるように対応方法を説明しておく	100.0	95.2

Ⅵ－55	(4) ヘルパーなど利用している他のサービス関係者にも対応方法を説明しておく	100.0	95.2
Ⅵ－56	10.妻に負担のない方法でコミュニケーションを行う	100.0	95.2
Ⅵ－57	1）臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする	95.2	95.2
Ⅵ－58	(1) 妻の状態や性格に配慮し、臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする	95.2	95.2
Ⅵ－59	(2) これまで通り夫婦の挨拶は妻が意識低下しても続ける	90.5	90.5
Ⅶ－1	1. 夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える	85.7	85.7
Ⅶ－2	1)労いの言葉をかける	100.0	100.0
Ⅶ－3	(1)妻の臨終時に夫へ労いの言葉をかける	100.0	100.0
Ⅶ－4	(2)「奥さんはとても良い最期を迎えることができた」という言葉を伝える	85.7	95.2
Ⅶ－5	2)素直な感情を表出してよいことを伝える	95.2	95.2
Ⅶ－6	2. 夫に配慮しながら、妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを実施する	100.0	100.0
Ⅶ－7	1)夫や家族と一緒にエンゼルケアを行う	95.2	100.0
Ⅶ－8	(1)臨終後の妻に、夫と共に清拭を行う	95.2	100.0
Ⅶ－9	(2)夫と一緒に言葉を掛けながらご遺体のケアを行う	100.0	100.0
Ⅶ－10	2) 夫に妻の御遺体を見せない方がよいと判断した場合は、看護師だけか夫以外の家族とエンゼルケアを行う	71.4	81.0
Ⅶ－11	(1)夫には血液など付着した妻の最期の姿を見せないようにエンゼルケアを行う	81.0	85.7
Ⅶ－12	(2)本来は一緒に行うが、夫に見せないようエンゼルケアを看護師と夫以外の家族だけで行う	57.1	71.4
Ⅶ－13	(3)妻の事前意思である湯灌や死装束の更衣の前に、エンゼルケアとしての吸引などの処置を行う	76.2	90.5
Ⅶ－14	(4)妻へのねぎらいの言葉を掛ける	100.0	100.0
Ⅶ－15	3. 夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する	61.9	66.7
Ⅷ－1	1. 通夜以降は、2週間から49日を目途に訪問する	90.5	81.0
Ⅷ－2	1)妻の死後3日から2週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする	57.1	38.1
Ⅷ－3	(1)妻の死後3日程度はスタッフが交互に弔問する	38.1	23.8
Ⅷ－4	(2)妻の死後3日から2週間は夫の様子をうかがう電話や訪問をし、夫の様子を見守る	57.1	38.1
Ⅷ－5	2)訪問看護ステーションで設定して会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する	95.2	100.0
Ⅷ－6	(1)最後の会計の清算を兼ねて、お焼香に伺う	85.7	90.5
Ⅷ－7	(2)清算という別の名目で死別後の夫へのグリーフケア訪問を行う	81.0	76.2
Ⅷ－8	(3)グリーフケアは頃合いを見図って伺う	90.5	85.7
Ⅷ－9	(4)一緒にケアに入ったスタッフが死別後の遺族への訪問を行う	81.0	81.0
Ⅷ－10	3)医療器具など貸し出し物品の片付けを兼ねて訪問する	81.0	85.7
Ⅷ－11	(1)2週間後に、不要な物品の片付けを兼ねて直接夫の様子を観察する	61.9	57.1
Ⅷ－12	(2)死別後2週間の夫に、ケアさせて頂いた謝意と困った時に電話をとお伝えする	71.4	66.7
Ⅷ－13	2. 妻の死後2ヶ月まで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする	66.7	57.1
Ⅷ－14	1)通夜後から死別後1ヶ月から2ヶ月経過した頃、電話で様子を伺う	66.7	47.6
Ⅷ－15	・通夜後1ヶ月-2ヶ月では電話か夫を訪問し、精神面を観察する	76.2	52.4
Ⅷ－16	2)死別後1か月半から2ヶ月は、社会参加や生活について観察する	71.4	52.4
Ⅷ－17	(1)死別後1ヶ月半から2ヶ月の頃、電話で社会参加や家事の様子など夫の生活について伺い、状況によって介護保険申請を促す	71.4	61.9
Ⅷ－18	(2)妻の介護中はできなかった趣味などの再開について観察する	71.4	61.9
Ⅷ－19	3. 臨終時の夫の様子を気にして意図に訪問する	57.1	57.1
Ⅷ－20	1)臨終のときの夫の様子が気になった場合は、訪問し様子を伺う	66.7	61.9
Ⅷ－21	(1)臨終のときの夫の様子が気になったときは、近くへの訪問や用事に合わせて直接訪問する	66.7	66.7
Ⅷ－22	(2)妻亡き後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する	57.1	42.9
Ⅷ－23	4.困ったことや健康面での相談にのる	85.7	81.0
Ⅷ－24	1)困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく	81.0	71.4
Ⅷ－25	(1)死別後もいつでも相談してもらってよいと伝える	76.2	71.4
Ⅷ－26	(2)健康面で困ったら連絡するように伝えておく	66.7	66.7
Ⅷ－27	(3) 妻の生前からいつでもメール・電話をしてよいですと伝え妻の死別後もやり取りは続ける	38.1	38.1
Ⅷ－28	(4) これまでの経緯が分かっているので気軽にいつでも連絡して構わないと伝える	47.6	52.4
Ⅷ－29	5. 死別した妻を回顧し介護し終えた夫を労う	71.4	81.0
Ⅷ－30	1) 夫へ妻の介護と看取りまでの労いの言葉をかける	76.2	81.0
Ⅷ－31	・一所懸命頑張って妻の介護をしたことを労う言葉を夫に伝える	76.2	81.0
Ⅷ－32	2)訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話をする	47.6	52.4
Ⅷ－33	(1)訪問の機会がある時には、お宅へ伺い死別した妻の思い出話を夫とする時間を持つ	47.6	52.4
Ⅷ－34	(2)1周忌のお花のお供えや訪問看護の度に夫と共に故人をしのび、心身の観察を行う	38.1	38.1
Ⅷ－35	6. 死別後の夫からの独居生活について電話やメールで報告を受け、状況によっては訪問し夫の様子を知る	52.4	57.1
Ⅷ－36	1)死別後の夫・家族からの独居生活について電話などで知る	57.1	61.9
Ⅷ－37	・独居となった生活についての近況報告を家族や本人から電話で報告を受ける	57.1	57.1
Ⅷ－38	2)妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける	38.1	42.9
Ⅷ－39	(1)妻の死後もメールでのやり取りで夫の近況を知りつつ気にかけている	42.9	47.6
Ⅷ－40	(2)死別後49日から1年後近況について夫からメールで連絡があれば、その都度返信する	52.4	52.4
Ⅷ－41	(3)メールや電話の連絡であっても夫の身体状況だけではなく、社会参加など近況について知る	57.1	61.9
Ⅷ－42	(4)高齢であっても健康状態だけでなく社会参加も確認する	66.7	61.9
Ⅷ－43	3)死別後1年の夫の健康状態について確認する	42.9	42.9
Ⅷ－44	(1)死別後1年の夫の健康状態を確認する	38.1	38.1
Ⅷ－45	(2)夫婦仲が良かった夫婦は死別後1年は夫の健康状態を気にかける	42.9	42.9
Ⅷ－46	(3)近況の報告時期が1周忌であればお焼香に伺い、直接観察する	38.1	38.1
Ⅷ－47	4)死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う	47.6	33.3
Ⅷ－48	(1)死別後の夫を気にかけ、生活の様子を伺いに行く	47.6	33.3
Ⅷ－49	(2)妻の死後の食事や睡眠や仏事など生活の様子や悲嘆にくれていないか観察する	57.1	38.1

Ⅷ－50	7. 死別後の夫へ具体的な助言を行う	61.9	57.1
Ⅷ－51	1)いつでも連絡・相談してきていことを伝えておく	71.4	66.7
Ⅷ－52	(1)心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える	61.9	61.9
Ⅷ－53	(2)独居の為、緊急時に備えて家の中でもいつでも連絡してこれるように、常に携帯もち歩くように伝える	42.9	52.4
Ⅷ－54	2)日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝える	38.1	47.6
Ⅷ－55	・仏壇のお供えをすることが毎日の夫の食事につながるので続けるように伝える	38.1	38.1
Ⅷ－56	3)コミュニティへの参加を促す	76.2	61.9
Ⅷ－57	(1)夫のコミュニティへの参加を促す	71.4	61.9
Ⅷ－58	(2)コミュニティへの参加を促し、外出するように伝える	71.4	66.7
Ⅷ－59	(3)参加を勧めてくれる（昔ながらの町内会など）自治会へ参加することが独居男性にとっては社会参加になることを伝える	66.7	57.1
Ⅷ－60	(4)趣味や社会参加などでつながていた方が良い	71.4	57.1
Ⅷ－61	4)コミュニティでの役割・参加状況を観察し、助言する	57.1	47.6
Ⅷ－62	(1)なにかできることがあると思える役割を持った方が良いと伝える	52.4	42.9
Ⅷ－63	(2)自治会の仕事などコミュニティ参加の様子と心理的ストレスを観察し助言する	52.4	42.9
Ⅷ－64	8. 死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる	76.2	71.4
Ⅷ－65	1)夫の健康状態の連絡を受けた場合は、様子を伺いに訪問する	57.1	47.6
Ⅷ－66	(1)夫の健康状態や治療など近況についての連絡を受けると様子を伺いに訪問する	52.4	42.9
Ⅷ－67	(2)死別1年後以降になんらかの手段で夫の病気を知った場合は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する	52.4	28.6
Ⅷ－68	(3)死別後の訪問により介護保険の導入や医療的介入の必要性がないかアセスメントする	71.4	61.9
Ⅷ－69	(4) 死別後の夫の健康を気遣い介護認定審査を勧める	61.9	52.4
Ⅷ－70	(5)夫の介護区分の変更に伴う訪問サービスの見直し・変更をする	61.9	52.4
Ⅷ－71	(6) 死別後の訪問で医療的介入や介護保険導入の必要性がないか観察し、必要があれば各サービスにつなげる	71.4	61.9
Ⅷ－72	(7) 死別後の訪問で夫の状態によっては、受療行動を促す	61.9	52.4
Ⅷ－73	2)地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる	57.1	47.6
Ⅷ－74	(1)地域のサービスにつなげる身近な存在としての訪問看護師でいる	57.1	66.7
Ⅷ－75	(2)必要に応じて地域のサービスにつなげる	61.9	66.7
Ⅷ－76	9. 妻へのサービス終了後、夫の介護度・健康状態によって訪問看護に入る	57.1	57.1
Ⅷ－77	1)妻への訪問看護期間中に夫の健康状態・介護度を観察する	76.2	71.4
Ⅷ－78	・訪問看護期間にアセスメントし、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る	85.7	61.9
Ⅷ－79	2) 妻へのサービス終了後の夫の状況によって訪問看護を開始する	76.2	71.4
Ⅷ－80	(1)妻へのサービス終了後、夫の介護度を見て、訪問看護につながるケースもある	76.2	76.2
Ⅷ－81	(2)夫の体調管理は訪問看護が入る	57.1	52.4
Ⅷ－82	10. 夫の自尊心を傷つけないケアを行う	76.2	71.4
Ⅷ－83	1)夫の自尊心を傷つけず、生活を継続できるようなケアを考える	76.2	76.2
Ⅷ－84	2) 血糖コントロールなど自己管理については、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく	76.2	71.4
Ⅷ－85	11. いざという時に死別後の夫が新たな労力を使わないようにするためつながりを持っておく	61.9	61.9
Ⅷ－86	1)妻の生前からの関係構築が死別後の夫とのつながりを作る	61.9	66.7
Ⅷ－87	(1)なんらかでつながっていれば、具合が悪いと連絡を受けると受診するよう助言できる	52.4	61.9
Ⅷ－88	・妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へとつなげておく	61.9	66.7
Ⅷ－89	2)高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを断たないでおく	61.9	66.7
Ⅷ－90	(1) 新たな関係を築くことは労力がいるので、夫以外の遺族の状況によっては、つながっておく	61.9	57.1
Ⅷ－91	(2) 他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所に依頼する	71.4	71.4

作成した 88 項目の夫婦の状況については、「ある」「たまにある」「ほとんどない」「ない」の 4 件法で尋ねた。その割合は、表 4-2 に示した。

次に 420 項目からなる訪問看護ケア方法については、「重要性」「実行可能性」を 4 件法で尋ねた。そのうち「重要である」「やや重要である」「実行できる」「どちらかと言えば実行できる」の回答について『同意を得られた』とみなした。その割合は、表 4-3 に示した。以下に、表 4-3 の項目 No を示し、各期における訪問看護ケア方法の同意率について述べる。

a. デルファイ法　第 1 ラウンド

【Ⅰ. 準備期：訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期】

Ⅰ-17「訪問看護導入前に妻の心身の状態と夫婦の関係性や生活を観察する」とⅠ-29「在宅療養開始時は、緊急時の対応に備え多目の人員配置も考慮する」が重要性は 66.7%、実行可能性は 52.4%と同率で低いが、他はデルファイ法で推奨される範囲である 51-70%以上の同意を得られた。

【Ⅱ. 開始期：がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある時期】

Ⅱ-18「夫婦 2 人に真実を全て伝え、相違がないようにする」が重要性・実行可能性共に 66.7%、Ⅱ-19「開始時期は、週 1 回の訪問看護で生活を観察する」と以下の中項目共に重要性は、33.3～38.1%、実行可能性は 61.9～66.7%であった。

Ⅱ-34「介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う」は、重要性 47.6%、実行可能性共に 52.47%であった。「(2)自分の職種の立場・裁量でヘルパーや夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する」は、重要性は、71.4%であったが、実行可能性については 61.9%であった。

それ以外の項目については、70%以上の同意が得られた。

【Ⅲ. 開始−安定期：夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期 / 夫婦の生活をサポートする第三者が入り、妻が妻・主婦役割を果たせなくなる時期】

Ⅲ-50「男性で目が行き届かないところも含め、掃除されているか観察する」は重要性 57.1%に対し、実行可能性は 76.2%であった。Ⅲ-86「娘・息子らからの忠告は受け入れがたいので妻への訪問時に夫の状態観察と必要な生活指導を行う」は、重要性 66.7%に対し、実行可能性は 71.4%であった。

Ⅲ-87「ケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変に切り替えることを検討する」は、重要性 61.9%、実行可能性は 66.7%であった。

それ以外の項目については、70%以上の同意を得られた。

【Ⅳ. 安定期：夫婦にとっての思い出作りの時期 / 妻自身の死の準備行動と夫の死別の準備行動時期】

Ⅳ-26「生前の妻の功績として夫を案じた死別後の生活の予行演習に付き合う」～Ⅳ-30「生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配し、近所の方への生前の挨拶に付き合う」は、重要性 42.9～61.9%、実行可能性は 42.9～52.4%で低値であった。

Ⅳ-37「夫が夫らしく生活していけるよう夫の生活自体変わらないようにする」は、重要性は 66.7%であった。Ⅳ-42「万が一に備え夫が先に逝去した場合についての検討もしておく」は、重要性 76.2%、実行可能性は 57.1%で、下位項目のⅣ-43「夫の既往歴を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについて話をする」は、重要性 66.7%、実行可能性は 57.1%であり、いずれも 70%を下回った。

それ以外の項目については、70%以上の同意を得られた。

【Ⅴ. 安定−終末期：夫婦で過ごす時間を大切にする / 死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期】

Ⅴ-2「夫婦 2 人の時間を設ける」は、重要性 71.4%に対し、実行可能性は 57.1%であった。Ⅴ-5～Ⅴ-7 の「夫が妻の介護をする時間を敢えて設ける」に関する項目は、重要性は、38.1～61.9%、実行可能性は、38.1～66.7%で全項目 70%を下回った。

Ⅴ-10「妻が夫の心配をしていることを訪問するスタッフから連絡してもらう」は、重要性・実行可能性共に 66.7%であった。

Ⅴ-22「夫にとっての苦労と思う介護でも、介護保険を使わず、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につなげる」は、重要性 57.1%、実行可能性 61.9%であった。

Ⅴ-27「介護を夫に任せる・任せないの相談を妻とアイコンタクトで行う」は、重要性 57.1%、実行可能性 52.4%でいずれも低値であった。

Ⅴ-28「多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する」は、重要性 57.1%、実行可能性 52.4%であり、下位の項目Ⅴ-29「多職種発信の情報は夫が混乱しないよう訪問看護師が集約する」は、重要性・実行可能性共に 57.1%であった。

Ⅴ-31「夫の愚痴の聞き役を他の職種に依頼しておく」については、重要性・実行可能性共に 61.9%であった。

Ⅴ-36「各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する」の重要性は 66.7%、実行可能性は 71.4%であった。下位の項目であるⅤ-37「交通の便や嵩張る品物などに配慮し、訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出し提供する場合もある」・Ⅴ-38「交通の便が不便な場合、看護師が衛生材料を買って持参することがある」の重要性は共に 61.9%、Ⅴ-37 の実行可能性は、66.7%であった。

Ⅴ-41「食事が摂れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤・フォーミュラ食などをその都度持参する」の重要性・実行可能性共に 52.4%であった。

それ以外の項目については、70%以上の同意を得られた。

【Ⅵ. 終末期:妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う / 妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う】

Ⅵ-4「夫の介護負担を配慮し、在宅で看取るか、レスパイト目的で入所・入院するか訪問の度に確認する」の重要性 61.9%、実行可能性 66.7%であったが、それ以外の項目については、70%以上の同意を得られた。

【Ⅶ. 死亡時:臨終直後から通夜】

Ⅶ-12「本来は一緒に行うが、夫に見せないようエンゼルケアを看護師と夫以外の家族だけで行う」は、重要性 57.19%であった。

Ⅶ-15「夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する」は重要性 61.9%、実行可能性 66.7%であった。

それ以外の項目については、70%以上の同意を得られた。

【Ⅷ. 死別期:妻不在で途方に暮れながらも日々の営みを続けていく時期からなんとか独居で生活していこうとする時期】

Ⅷ-1「通夜以降は、2 週間から 49 日を目途に訪問する」、Ⅷ-5「訪問看護ステーションで設定して会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する」とその下位項目、Ⅷ-10「医療器具など貸し出し物品の片付けを兼ねて訪問する」、Ⅷ-23「困ったことや健康面での相談にのる」とその下位項目、Ⅷ-29「死別した妻を回顧し介護し終えた夫を労う」と下位項目Ⅷ-30「夫へ妻の介護と看取りまでの労いの言葉をかける」・Ⅷ-31「一所懸命頑張って妻の介護をしたことを労う言葉を夫に伝える」・Ⅷ-64「死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる」・Ⅷ-77「妻への訪問看護期間中に夫の健康状態・介護度を観察する」・Ⅷ-79「妻へのサービス終了後の夫の状況によって訪問看護を開始する」と下位項目Ⅷ-82「夫の自尊心を傷つけないケアを行う」とその下位項目Ⅷ-91「他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所に依頼する」の重要性・実行可能性は、70%以上で同意を得られた。

Ⅷ-12「死別後 2 週間の夫に、ケアさせて頂いた謝意と困った時に電話をとお伝えする」は、重要性の 71.4%に対し、実行可能性は 66.7%であった。

Ⅷ-15「通夜後 1 ヶ月-2 ヶ月では電話か夫を訪問し、精神面を観察する」は、重要性 76.2%に対して、実行可能性 52.4%で低値であった。

Ⅷ-16「死別後 1 か月半から 2 ヶ月は、社会参加や生活について観察する」の重要性 71.4%に対して、実行可能性は 52.4%であり、その下位項目の実行可能性も 61.9%と

70%を下回った。

Ⅷ-41「いつでも連絡・相談してきてよいことを伝えておく」の重要性は 71.4%であったが、実行可能性は、66.7%であった。

Ⅷ-56「コミュニティへの参加を促す」の重要性は 76.2%であったが、実行可能性は 61.9%でその下位項目Ⅷ-57・58 においても実行可能性は 61.9～66.7%であり、70%を下回った。

Ⅷ-68「死別後の訪問により介護保険の導入や医療的介入の必要性がないかアセスメントする」の重要性は 71.4%だが、実行可能性は 61.9%であった。

Ⅷ-78「訪問看護期間にアセスメントし、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る」の重要性は 85.7%で高値であったが、実行可能性は 61.9%であった。

前述した項目以外の 58 項目については、重要性・実行可能性共に 70%を下回り、同意を得られなかった。

ｂ.デルファイ法　第 1 ラウンド自由記載内容

調査票に関する自由記載は、以下のような記述があった。

●実行可能性についての問い

・訪問看護師が行うケアとしてどの程度『実行できる』（やってみようと思う）かどうかお答えくださいであると『実行できる』能力と『やってみよう』と思うことは別物と思うので答えづらい。

➡『実行できる』か どうかをお答えください　と修正した。

●質問内容・構成について

・大項目・中項目・小項目と類似した質問内容が多い。整理しても良いと思う。

➡大項目・中項目・小項目で類似した内容については、時間経過に伴って行われている訪問看護ケア方法や具体的なケア内容を損なわないように整理統合した。

●開始期

・1.予後告知を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望を支えるようケアするについて
生活していく希望もあると思う。

➡1.予後告知を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望や生活を支えるようケアする　と修正した。

・3-3)開始時期は、週 1 回の訪問看護で生活を観察する回数は週 1 回としなくてもよいのではと思う。

➡開始時期は、少ない訪問回数から開始し、夫婦の生活を観察する。

●安定期
・2-3)の項目に「生前の妻」と表現されているが、まだ亡くなっていない時期であるのでなくてもよい。死別後の生活の予行演習ならば、内容を統合整理してもよいのではないか。
➡妻が夫の生活を案じて行う死別後の生活の予行演習やご近所への挨拶に付き合う
と修正し項目は 3)の中項目のみとした。

●安定-終末期
・1.夫婦 2 人で過ごす時間を意図的につくる
夫婦 2 人になる時間を意図的につくることが結果として良くないケースもあった。
夫の介護力を見極めて介護に参加できる機会を設けるという表現の方が良いのではないかと思う。
➡1.夫婦の状況により 2 人で過ごす時間を意図的につくる
1) ヘルパーが入らない夫が妻の介護をする時間を敢えて設ける
(1)夫の介護力を見極め、夫が介護しなくならないようにヘルパーの入らない時間を敢えて設ける
(2)緊急の対応に備えて意図的にヘルパーが入らない時間を設定する
と修正整理した。
・4-1)各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する
は、中項目以下に、なにを持参するか記載はあるが、わかりにくい
➡1)各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じケアに必要な物品は訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する
と加筆し、中項目以下は削除した。
・4-2)食事や内服が困難になってきたら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参する　について
　＊買って持参するのか、サンプル品を持参するのかどうか不明
　＊内服薬の剤形や内服回数の変更の検討も必要と思う
➡4-2)食事や内服が困難になってきたら、食事形態・内服の剤形や回数の変更の検討やの検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度サンプル品を持参する
と修正した。

●終末期
・5-1)- (1)妻自身の排泄での移動の負担と夫の介助の負担を軽減するために妻へ福祉用具の利用を提案する

とあるが、負担軽減目的となり得るだろうか。膀胱留置カテーテル挿入による管理も負担となる場合もある
➡5-1) (1)夫の排泄介助時の身体的負担を考慮し、妻に福祉用具の利用を提案する
と修正した。

●死別期
・6-2)- (2)死別後 49 日から 1 年後近況について夫からメールで連絡があれば、その都度返信する
について、メールを連絡手段にできる高齢者はまだ少ないと思う
➡(2)死別後 49 日から 1 年後近況について夫から電話やメール等で連絡があれば、その都度返信する
と修正した。

B. 第２ラウンド

第 1 ラウンドの調査票の回答に 1 時間以上所要したという記載が 3 名いた。第 1 ラウンドにおける夫婦の状況で「ある」「たまにある」のが 51%を下回った回答は、4 回答あった。第 2 ラウンドでは、訪問看護ケア方法についてのみの確認とし、調査項目は 340 項目とした。

第 2 ラウンドへの協力を表明した 15 名へ調査票を発送した。第 2 ラウンドの調査票について、14 通の返送があった。回収率および有効回答率は、93.3%であった。第 2 ラウンドの参加者の概要を、表 4-4 に示した。第 2 ラウンドの結果は、以下に述べる。

表 4-4　デルファイ法　第 2 ラウンドの参加者の概要

n=13

性別	女性	13 名
年齢	30歳代	3 名
	40歳代	5 名
	50歳代	3 名
	60歳代	2 名
保有資格 （複数回答）	看護師	19 名
	保健師	3 名
	介護支援専門員	6 名
	訪問看護認定看護師	2 名
	認知症ケア専門士	2 名
	その他	2 名
経験年数 （平均　±　標準偏差）	看護師経験年数	24.0±11.2 年
	訪問看護師経験年数	9±6.5 年
訪問看護師としてターミナルケアに携わるようになった時期 （平均　±　標準偏差）		3.0±3.9 年
妻と死別した高齢男性へグリーフケアを行った経験	ある	8 名
	ない	3 名
	無回答	2 名

表4-5 デルファイ2ラウンド

	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）	訪問看護ケア内容として「重要である」「やや重要である」の割合（%）	訪問看護ケア内容として「実行可能」「どちらかと言えば可能」の割合（%）
Ⅰ-1	1．予後告知を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する	100.0	69.2
Ⅰ-2	1)退院前カンファレスへ参加する	100.0	100.0
Ⅰ-3	(1)退院前カンファレンスの早期実施の必要性を認識し、退院前カンファレンスに参加し、多職種と顔合わせする	100.0	100.0
Ⅰ-4	(2)夫婦の状況によっては、専門職だけで先に話し合いを持ち、夫婦に病状の説明を行い、理解を確認する。場合により、病棟の看護師や訪問看護師がわかりやすい言葉を用いて説明補足を行う	100.0	92.3
Ⅰ-5	(3)退院後の訪問看護をはじめとするサービスの利用について、今後の役割分担も含めて、合意形成を得ておく	100.0	92.3
Ⅰ-6	(4)退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する	100.0	92.3
Ⅰ-7	(5)退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する	76.9	84.6
Ⅰ-8	2) 高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う	46.2	53.8
Ⅰ-9	(1)退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする	38.5	23.1
Ⅰ-10	(2) 今後の見通しも含めて、 訪問看護サービスについての説明を行い、夫婦の経済状況や介護保険申請状況等の確認を行う	84.6	84.6
Ⅰ-11	(3) 夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始にむけて必要な具体的なアドバイスを行う	69.2	69.2
Ⅰ-12	2．予後告知後の妻の事前意思の確認と高齢夫婦それぞれへ意思確認を行う	100.0	92.3
Ⅰ-13	1) 予後告知後の妻の事前意思の確認を行うが、気持ちの変化があれば、いつでも意思表明をしてもよいことを妻と夫・その他の家族に伝えておく	100.0	100.0
Ⅰ-14	・2.5人称の視点を意識して関わる（妻・夫・家族に寄り添いながら客観的視点をもった支援を行う）存在としての訪問看護師でいる	100.0	100.0
Ⅰ-15	2) 訪問看護導入前から夫婦の様子を観察し、それぞれの意思を確認する	76.9	92.3
Ⅰ-16	(1)夫婦のそれぞれの思いについて他職種と共に話を聞く	84.6	84.6
Ⅰ-17	(2)面談は、夫婦2人での場合と個別の面談を行う	76.9	84.6
Ⅰ-18	3．在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利用を検討する	100.0	100.0
Ⅰ-19	1)医療的視点で訪問診療と訪問看護が入るようにスケジューリングする	100.0	100.0
Ⅰ-20	2)夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する	100.0	92.3
Ⅰ-21	(1)今後の予測される症状対応のための医師へ処方の依頼する	100.0	100.0
Ⅰ-22	(2)退院前処方や点滴交換のタイミング・回数検討を医師へ依頼する	100.0	92.3
Ⅰ-23	(3)急変時対応と家族の動揺の対応のためのバックベッドの準備を依頼する	100.0	84.6
Ⅰ-24	3)在宅療養に向けたサービス調整については、看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える	100.0	100.0
Ⅰ-25	(1)サービスの調整がすぐ手配できるように夫と家族の介護力のアセスメントを行う	100.0	100.0
Ⅰ-26	(2)退院にむけて必要な福祉用具や医療機器などの手配をする	100.0	84.6
Ⅰ-27	(3)在宅療養開始時は、緊急時の対応に備え多目の人員配置も考慮する	84.6	84.6
Ⅰ-28	(4)退院に向けてサービス導入は、利用者が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする	92.3	100.0
Ⅱ-1	1．余命宣告を受けたを妻の思いを傾聴し、生きる希望や生活を支えるようケアする	100.0	100.0
Ⅱ-2	1)がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごすようケアしていくことを伝える	100.0	100.0
Ⅱ-3	・がんであってもあきらめないでよい状態で過ごせるよう伝える	100.0	100.0
Ⅱ-4	2．がんと共存する在宅療養する高齢夫婦の不安の緩和に努める	100.0	100.0
Ⅱ-5	1)退院直後の訪問で安心してもらう	100.0	100.0
Ⅱ-6	(1)退院当日の訪問は、退院時間に合わせる	84.6	100.0
Ⅱ-7	(2) 緊急時や何か困ったときのために、連絡先の一覧や訪問看護ステーションの電話番号を目に付くところに示しておく	100.0	92.3
Ⅱ-8	2) 安心して任せてもらうために看護師の行うケアを見てもらう	100.0	100.0
Ⅱ-9	3．夫を介した妻との関係性構築に努めながら、今後の見通しを立てた訪問看護を行う妻との関係性を構築する	100.0	100.0
Ⅱ-10	1)訪問開始時は、主担当の訪問看護師を決めておくがケアの保証をするために複数体制を確保しておく	92.3	100.0
Ⅱ-11	2)妻が訪問看護を受けることに抵抗がある場合は、夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする	100.0	92.3
Ⅱ-12	(1) 互いに慣れ、安全・安心な生活を送ることを第一目標にする	92.3	100.0
Ⅱ-13	(2) キーパーソンである夫の考えを把握する	100.0	100.0
Ⅱ-14	(3) 夫を介しての妻との信頼関係を構築していく	100.0	100.0
Ⅱ-15	(4) 夫婦2人に真実を全て伝え、相違がないようにする	76.9	76.9
Ⅱ-16	3) 開始時期は、少ない訪問回数から開始し、夫婦の生活を観察する	53.8	69.2
Ⅱ-17	・今後を予測し訪問看護に入る	100.0	100.0
Ⅱ-18	4) 関わり方を模索しながら、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う	92.3	92.3
Ⅱ-19	(1)日常生活上の具体的なアドバイスを行う	100.0	100.0
Ⅱ-20	(2) 今後を予測しながら訪問看護に入る	100.0	100.0
Ⅱ-21	4．夫の介護・家事のできる部分とできない部分のアセスメントと部分的な生活指導を行う	100.0	92.3
Ⅱ-22	1)夫の家事能力と夫婦の生活について観察し、アセスメントする	92.3	92.3
Ⅱ-23	2)夫婦の家事能力をアセスメントした上で、部分的家事援助から開始する	84.6	84.6
Ⅱ-24	3) 訪問看護師の裁量で高齢夫婦が不安なく生活できるように生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導を行う	69.2	69.2
Ⅱ-25	(1)介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う	61.5	69.2

Ⅱ-26	(2) 自分の職種の立場・裁量でヘルパーや夫婦夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する	76.9	76.9
Ⅱ-27	4)夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認をする　例）夫がパウチ交換できるかの確認のため、訪問看護時に入浴介助とパウチ交換を行う　　など	100.0	100.0
Ⅲ-1	1．夫婦の歴史があることを理解する	100.0	100.0
Ⅲ-2	1)夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴する	100.0	100.0
Ⅲ-3	(1)結婚してからの夫婦の生活や仕事について話を聞く	100.0	100.0
Ⅲ-4	(2)夫婦の住まい・年金など経済状況について生活に関連した話を傾聴する	100.0	100.0
Ⅲ-5	(3)夫婦の歴史や子どもの話をすることで夫婦の時間をより大切にして過ごしていただく	100.0	100.0
Ⅲ-6	2)妻を失った時の夫の喪失感を慮りつつ、死別後の夫を想定し観察する	100.0	100.0
Ⅲ-7	(1)夫婦の様子や生活・夫婦仲について知る。	100.0	100.0
Ⅲ-8	(2) 妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察する	100.0	100.0
Ⅲ-9	2．妻本人や夫の意思決定を尊重し、安心・納得いくケアを行う	100.0	100.0
Ⅲ-10	1)妻本人と残される夫や家族が、後悔がないようにしたいことができるようにする	100.0	100.0
Ⅲ-11	2)妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良い内容を夫婦に伝えていく	100.0	100.0
Ⅲ-12	(1)看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続いても軟化するまで夫婦を見守る	92.3	100.0
Ⅲ-13	(2)妻本人が藁をもすがる思いや治したいという一心でしている民間療法を否定しない	100.0	100.0
Ⅲ-14	３．夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する	100.0	100.0
Ⅲ-15	1)妻のはけ口となるよう傾聴に努める	100.0	100.0
Ⅲ-16	・周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解する	100.0	100.0
Ⅲ-17	2)夫婦のやり取りは中立的立場で聞く	100.0	100.0
Ⅲ-18	(1)付き合いが長い夫婦なだけに、言い争いになっても夫婦を見守る姿勢でいる	100.0	100.0
Ⅲ-19	(2)夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いている	100.0	100.0
Ⅲ-20	4．夫以外の家族成員のアセスメントを行う	100.0	100.0
Ⅲ-21	1)夫以外の家族のサポート状況のアセスメントをする	100.0	100.0
Ⅲ-22	(1) 家族が妻をどのようにとらえているか観察する	100.0	100.0
Ⅲ-23	(2) 息子・娘たちのサポート状況について観察する	100.0	100.0
Ⅲ-24	(3)家族関係についてアセスメントをする	100.0	100.0
Ⅲ-25	(4) きょうだいや親族が気持ちよく介護に協力しているかを知る	100.0	100.0
Ⅲ-26	2) 夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報を共有する	92.3	92.3
Ⅲ-27	(1)家族のそれぞれの役割を知りキーパーソンとなる家族と情報共有する	100.0	100.0
Ⅲ-28	(2)夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため別居の家族と情報共有する	92.3	92.3
Ⅲ-29	(3) 家族内で介護の分担が決められている場合は、その役割担当の家族に連絡するなど、家族それぞれと関わる	84.6	84.6
Ⅲ-30	5．最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く	100.0	100.0
Ⅲ-31	1)在宅で妻を看取るか夫と他家族の合意を待ちつつ看取りや急変に備える	100.0	100.0
Ⅲ-32	・医療職側と家族側の在宅での看取りの決定についての温度差があるときは、看取りに向けて刺激しないように急変時の対応の準備は進めていく	100.0	100.0
Ⅲ-33	2)妻と夫と最期はどこで過ごすか話し合う機会を設ける	100.0	100.0
Ⅲ-34	・妻と夫の互いの話を聞き、時には代弁者になり折り合いをつけるための話し合いの場のセッティングを行う	100.0	76.9
Ⅲ-35	6．夫が介護参加の意識を持ち、夫婦が自宅で過ごす良さを実感できる意図的な働きかけを行う	84.6	84.6
Ⅲ-36	1)妻に自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫をする	84.6	84.6
Ⅲ-37	2)夫と個々の家族が妻の介護に参加しているという意識をもつための意図的に働きかける	84.6	84.6
Ⅲ-38	3)夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる	84.6	92.3
Ⅲ-39	7．夫の介護・家事能力をアセスメントをする	100.0	92.3
Ⅲ-40	1)夫婦2人の家事の様子や夫の家事能力についてアセスメントをする	100.0	92.3
Ⅲ-41	(1)買い物から食事の支度まで行えるかを知る	100.0	100.0
Ⅲ-42	(2)男性で目が行き届かないところも含め、掃除されているか観察する	69.2	92.3
Ⅲ-43	(3)夫婦の生活能力についてのアセスメントを行う	100.0	100.0
Ⅲ-44	2)夫の社会参加に関するアセスメントをする	92.3	84.6
Ⅲ-45	(1)夫の人付き合いについて知る	84.6	76.9
Ⅲ-46	(2)近所との関係やコミュニティ参加の様子について知る	76.9	76.9
Ⅲ-47	(3) 患者の会への参加などしているか知る	69.2	84.6
Ⅲ-48	8．夫が介護と家事を行う中で、死別後の生活へ備える行動ができているか観察する	100.0	100.0
Ⅲ-49	妻の死後を想定した家事訓練と準備について観察する	84.6	76.9
Ⅲ-50	1)妻の指示に従って夫が家事を行う姿を観察する	76.9	92.3
Ⅲ-51	2)夫の生活能力と死別の準備について観察する	76.9	92.3
Ⅲ-52	9．夫の介護・家事能力を見極めた上での、対応策を考える	100.0	76.9
Ⅲ-53	1)夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことはしなくてもよい方向でケア内容を考える	100.0	100.0
Ⅲ-54	(1)介護する夫の大変さを考慮する	100.0	100.0
Ⅲ-55	(2)妻のために介護したいと思う夫の意思は尊重する	100.0	100.0
Ⅲ-56	(3)夫だけでは無理な家事は他の家族に依頼する	84.6	100.0
Ⅲ-57	2)夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める	76.9	92.3
Ⅲ-58	・自分が家事をすれば済むことだと考える夫の自尊心を損なわないように言動を否定しない	100.0	100.0
Ⅲ-59	3) 妻が安心して任せられていれば介護方法は否定しない	100.0	100.0
Ⅲ-60	・夫の性格的なものが夫婦の支えとなっていることを理解する	92.3	92.3
Ⅲ-61	4) 家事をしたことのない夫に家事・介護の完璧を求めず、2人の生活が成り立っていれば良しとする	100.0	100.0
Ⅲ-62	(1) 他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらうことが大事と思う	100.0	100.0
Ⅲ-63	(2) 夫ができるケアや量を考慮し、これだけは介護をお願いするという部分は夫に任せる	100.0	100.0
Ⅲ-64	(3) 夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る	100.0	100.0

Ⅲ-65	10. 夫以外の家族のサポート状況や夫の健康状態や介護状況を見守る	100.0	100.0
Ⅲ-66	1)妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める	100.0	100.0
Ⅲ-67	・状況に応じて、先を見越し介護保険サービスがいつでも使えるように申請しておく	100.0	100.0
Ⅲ-68	2)訪問診療と訪問看護以外のサービスは状態変化に合わせ導入を検討する	100.0	100.0
Ⅲ-69	(1)状態変化に合わせ柔軟にサービスを導入し、必要な助言を夫に行う	100.0	100.0
Ⅲ-70	(2)夫が背負いこまないように妻の状況に合わせて訪問看護の頻度を検討する	100.0	100.0
Ⅲ-71	3)夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様サービス提供の対象者であることを伝えていく	100.0	100.0
Ⅲ-72	4)夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける	84.6	100.0
Ⅲ-73	5)妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う	100.0	100.0
Ⅲ-74	(1)妻への訪問時は、夫の状態観察と必要な生活指導を行う	100.0	100.0
Ⅲ-75	(2) 夫婦に訪問看護に入っている場合、ケアマネジャーに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変に切り替えることを検討する	76.9	76.9
Ⅲ-76	11.高齢夫婦にとって生活を支える第3者的存在のヘルパーと連携し、夫婦の生活をサポートする	100.0	100.0
Ⅲ-77	1)本人・家族が構えないでいられる存在であるヘルパーから生活情報を得る	100.0	100.0
Ⅲ-78	・訪問看護に入らない時間帯の状況についてヘルパーか情報を得る	100.0	100.0
Ⅲ-79	2)ヘルパーに安心して任せられるケアは依頼する	100.0	100.0
Ⅲ-80	(1)妻が信頼し委ねることができるヘルパーにケアを協力し行ってもらう	100.0	100.0
Ⅲ-81	(2)夫婦へのケアの要としてのヘルパーへケア上必要な指導を行う	100.0	100.0
Ⅲ-82	12. 病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してヘルパーに助言を行う	84.6	92.3
Ⅲ-83	1)病床にあって妻・主婦役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する	100.0	100.0
Ⅲ-84	(1)妻本人が介護を受けることについての思いを察する	100.0	100.0
Ⅲ-85	(2)夫にとっての病床にあっても妻の存在が大事と理解する	100.0	100.0
Ⅲ-86	2)援助者であっても妻役割まで踏み込まないよう意識して関わる	92.3	100.0
Ⅲ-87	(1) 援助者であっても踏み込んでいけないことがあることを理解し、看護師もヘルパーも意識して関わる	92.3	100.0
Ⅲ-88	(2) 病床にあって妻役割を果たせないでいる妻へ配慮をするようヘルパーにも伝える	92.3	100.0
Ⅲ-89	13. 夫の介護負担を考慮した訪問看護内容とサービスの調整を提案する	100.0	100.0
Ⅲ-90	1)夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える	100.0	100.0
Ⅲ-91	(1)妻の状態変化に応じて看護師がコーディネートし、必要と判断したサービス調整をケアマネジャーに伝える	100.0	100.0
Ⅲ-92	(2)ADL低下や疼痛コントロールの為に複数の看護師の目で観察することが必要な状況の時は、担当看護師を複数にする	84.6	100.0
Ⅲ-93	(3)疼痛コントロールと通院の大変さを考慮して訪問診療開始する	100.0	100.0
Ⅳ-1	1. 夫婦の思い出作りや希望を叶えるため、看護・介護職など関係する職種と家族・親族がチーム一丸となり、協力しあう	100.0	100.0
Ⅳ-2	1)妻・夫婦の希望をかなえる為、チームで実現可能か検討する	100.0	92.3
Ⅳ-3	(1)夫とサービス提供者・家族・親族の協力で妻の希望をかなえることが可能か検討する	100.0	100.0
Ⅳ-4	(2) 妻の希望をかなえようときょうだいからの後押しや可能にする経済力があるか確認する	76.9	92.3
Ⅳ-5	(3)看護・介護職が家族・親族と顔なじみの関係作っておく	100.0	100.0
Ⅳ-6	2)夫婦の外出や旅行などの希望や目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力しあう	84.6	84.6
Ⅳ-7	3)夫婦の希望実現に向けて、緊急事態に備えての打ち合わせを医師と行う	100.0	100.0
Ⅳ-8	(1)夫婦の希望をかなえるため、医師へ緊急事態に備えて外出先で使える薬剤・医療材料・情報提供書などの準備について依頼する	100.0	92.3
Ⅳ-9	(2) 医師とは、緊急・急変時の打ち合わせしておく	100.0	100.0
Ⅳ-10	4) 妻の希望の旅行や外出時は、事前確認を行う	92.3	92.3
Ⅳ-11	・安全を優先して、妻の希望の外出の為の事前確認を夫をまじえ、家族と関係者で慣れるまでは行う	100.0	76.9
Ⅳ-12	5) 外出をためらわず、楽しめるように工夫する	100.0	92.3
Ⅳ-13	(1)外出・旅行時などはケアの振り返りを行い、次回のケアに生かす	100.0	92.3
Ⅳ-14	(2) 外出に合わせたおしゃれを楽しむことも妻の希望として尊重する	92.3	92.3
Ⅳ-15	2. 妻の死への準備行動と夫の死別後生活を案じた妻の行動を支援する	100.0	100.0
Ⅳ-16	1)自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添う	100.0	100.0
Ⅳ-17	(1)2.5人称の視点を意識し関わる訪問看護師でいる	100.0	100.0
Ⅳ-18	(2)葬儀に関することも含め、臨終に備えた準備を家族に伝えていくのもグリーフケアと考える	100.0	100.0
Ⅳ-19	2) 自分の「妻・母親としての役割」が終わり、身辺整理について考えている妻の話を傾聴する	100.0	100.0
Ⅳ-20	3) 妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習やご近所への挨拶に付き合う	53.8	38.5
Ⅳ-21	4)妻本人が行っている死の準備行動を手伝う	100.0	92.3
Ⅳ-22	・妻本人の死後の準備として遺影や旅立ち装束として着せてほしいものを指定される場合は、一緒に置き場所などを確認しておく	100.0	100.0
Ⅳ-23	3. 妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と夫が妻の介護ができなくなった場合についての検討を行う	100.0	100.0
Ⅳ-24	1)夫が夫らしく生活していけるよう夫の生活自体変わらないようにする	84.6	92.3
Ⅳ-25	・夫・家族も訪問看護サービスの対象と伝える	100.0	92.3
Ⅳ-26	2)がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行う	92.3	100.0
Ⅳ-27	(1)主介護者の夫の健康状態をみて、夫婦2人の生活を支えるための訪問看護内容の比重を検討する	100.0	100.0
Ⅳ-28	(2)夫婦2人の重症度をそれぞれアセスメントし、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える	100.0	100.0
Ⅳ-29	3) 万が一に備え、夫が先に逝去した場合についての検討もしておく	100.0	92.3
Ⅳ-30	・夫の既往歴や健康状態を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについて話をする	100.0	92.3
Ⅴ-1	1. 夫婦の状況により2人で過ごす時間を意図的につくる	84.6	69.2
Ⅴ-2	1) ヘルパーが入らない夫が妻の介護をする時間を敢えて設ける	69.2	69.2
Ⅴ-3	(1) 夫の介護力を見極め、夫が介護をしなくならないようにヘルパーの入らない時間を敢えて設ける	30.8	38.5
Ⅴ-4	(2) 緊急の対応に備えて意図的にヘルパーが入らない時間を設定する	30.8	30.8
Ⅴ-5	2. 夫の外出時は、行先・帰宅時間の確認と外出中も連絡がつくようにしておく	84.6	84.6
Ⅴ-6	1)妻が心配するので夫が外出する場合は、所在不明にならないように注意する	100.0	100.0
Ⅴ-7	・緊急事態に備えて、夫の外出時は、携帯電話を所持してもらう	100.0	100.0

V-8	3. 死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない	100.0	100.0
V-9	1) 夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する	100.0	100.0
V-10	(1) 夫がストレスなく妻の介護に参加するために他の家族の協力を得たり、事前の根回しの連絡をしておく	84.6	100.0
V-11	(2) 現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする夫を否定しない	84.6	84.6
V-12	2)年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるようにする	84.6	84.6
V-13	(1)夫に介護上の役割を持っていただく	100.0	100.0
V-14	(2)遺族にとって死別後の生活や人生があることを考え、大切な方との最期の時間にケアに参加できたという気持ちを持って頂けるようなケアを考える	100.0	100.0
V-15	(3)他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらう	100.0	100.0
V-16	3)夫にとっての苦労と思う介護でも、「妻に何かしてやれた」「介護に参加できた」という実感につなげる	100.0	100.0
V-17	(1)終末期のケアに家族が参加し役割を持つときには個人の年齢・性格・能力も考慮する	100.0	100.0
V-18	(2)死別後の夫の後悔につながらないように、年齢的に難しく、できないと思っても介護を取りあげたりしない	100.0	100.0
V-19	4)妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう	100.0	100.0
V-20	(1)介護を夫に任せる・任せないについては、妻とアイコンタクトなどで本人が気にしないように打ち合わせを行う	76.9	69.2
V-21	(2)妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考える	100.0	100.0
V-22	(3)夫にできそうな介護と家事は してもらう	84.6	84.6
V-23	5)多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する	92.3	76.9
V-24	6)夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容を見守る	84.6	84.6
V-25	(1)夫の愚痴の聞き役を状況によっては他の職種に依頼しておく	69.2	69.2
V-26	(2)家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう	100.0	100.0
V-27	(3)夫がしている介護の内容が少し間違っていても見守る	100.0	100.0
V-28	4. 夫婦の状況に応じて、医療保険・介護保険外で臨機応変に訪問看護ステーションでの対応を行う	69.2	84.6
V-29	1)各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じケアに必要な物品は訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する	61.5	76.9
V-30	2)食事や内服が困難になってきたら、食事形態・内服の剤形や回数の変更の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度サンプル品を持参する	84.6	100.0
V-31	(1)食事が採れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤・フォーミュラ食などをその都度サンプル品を持参する	53.8	69.2
V-32	(2)むせ込むようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする	100.0	100.0
VI-1	1. 夫の仕事や健康状態を考慮し、短期入所やレスパイト入院を勧める	100.0	100.0
VI-2	1)妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配をする	100.0	100.0
VI-3	(1)夫の健康・介護負担を考え、入所・入院も選択肢の一つとして考え、希望の有無を確認する	100.0	100.0
VI-4	(2)在宅での看取りが無理と思うときは、受け入れ先を探す準備があることを伝える	100.0	100.0
VI-5	(3)妻本人と夫が入院を希望すれば、後の心残りにならないよう医師に連絡しに入院できるように手配する	100.0	100.0
VI-6	(4)主治医から許可を得てレスパイト入院の受け入れ先を探す	92.3	92.3
VI-7	2. 妻本人へ余命宣告がされ、妻本人が話をするときは傾聴する	100.0	100.0
VI-8	3. 看取りに向けて夫や家族の負担・都合を踏まえた退院時カンファレンスへ参加する	100.0	100.0
VI-9	4. 退院カンファレンス後は、極力早期に在宅療養へ切り替え訪問看護を再開する	100.0	100.0
VI-10	4. 夫婦それぞれの思いを確認し、夫がストレスにならないよう観察する	100.0	100.0
VI-11	1)妻と夫それぞれに話を聞き、妻と妻を受けとめる夫の状態を観察する	100.0	92.3
VI-12	・妻の不安の軽減に努め、精神的に不安定な妻の傍で受け止める夫と2人を観察し、対応する	100.0	92.3
VI-13	2)いつでも相談してよいことを話す	100.0	100.0
VI-14	5. 夫の排泄介助の負担を考えたケアを夫婦の状況に合わせて考える	84.6	84.6
VI-15	1)夫の排泄介助の負担を考え妻に福祉用具の利用や膀胱留置カテーテル挿入を提案する	84.6	84.6
VI-16	(1)夫の排泄介助時の身体的負担を考慮し、妻に福祉用具の利用を提案する	84.6	84.6
VI-17	(2)膀胱留置カテーテル挿入した場合、夫には膀胱留置カテーテルの管理方法を伝えておく	100.0	100.0
VI-18	2)食事状況や便の排泄状況を観察し、説明し合意のもと摘便処置を行う	100.0	100.0
VI-19	6.妻の持つ死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する	100.0	100.0
VI-20	1)妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、ケアにつなげる	100.0	100.0
VI-21	(1)妻自身の死生観について感心し、同調する	100.0	100.0
VI-22	(2)家族が自宅で看取ることを受け入れ、暗い雰囲気にならないよう家族が集えるようにする	100.0	100.0
VI-23	7.妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う	100.0	100.0
VI-24	・妻本人が行っている死後の準備として、旅立ちの装束として着せてほしいものを指定された場合、一緒に確認し準備しておく	100.0	100.0
VI-25	8.高齢夫婦だけで過ごす時間が負担にならず夫の生活がこれまでと変わらないように配慮したケアを行う	100.0	100.0
VI-26	1)妻本人に苦痛をあたえないことを優先と考えたケアを行う	100.0	100.0
VI-27	(1)痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける	100.0	100.0
VI-28	(2)妻本人が楽にケアを受けられるよう　がん疼痛治療剤を使用後に清潔ケアを行う	100.0	100.0
VI-29	2)夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える	100.0	100.0
VI-30	・生活・家事全般自体は問題ないので、夫も訪問看護も妻の要望に応えるように努めてもらう	92.3	92.3
VI-31	3)妻本人の意思の尊重と疼痛緩和に配慮し、夫婦2人の時間と夫の生活が変わらないように支援する	100.0	100.0
VI-32	(1)痛みがないように配慮し、妻本人と家族の意思を尊重し、夫が自然でいられるように心がける	100.0	100.0
VI-33	(2)夫婦の時間が楽しく、夫も笑顔で介護できる状態が続けられるように看護師の思いを押し付けず夫婦の思いを尊重する	100.0	100.0
VI-34	(3)本人の希望に沿うケアを提供するよう努める	100.0	100.0

Ⅵ-35	(4)夫が仕事を持つ場合は、仕事を継続しながら介護できるよう調整し、妻本人の望むことは、最大限かなえていくよう努める	100.0	92.3
Ⅵ-36	(5)意識がある時は、妻の意向を確認し、妻の希望をかなえることを意識しケアする	100.0	100.0
Ⅵ-37	4) 夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用を検討する	69.2	69.2
Ⅵ-38	(1)医療依存度が高い場合で夫以外の家族のサポートがない時は、自費での訪問看護とヘルパーの利用も検討する	53.8	69.2
Ⅵ-39	(2) 夫への介護負担が増えたり、夫に妻のケアをさせられない状況の時は、ヘルパーに依頼し、自費の利用も提案する	53.8	69.2
Ⅵ-40	9. 妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う	100.0	100.0
Ⅵ-41	1) 夫一人の時に対応できるように死の準備教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化について説明や必要なものを準備する	84.6	84.6
Ⅵ-42	(1)死のプロセスがイメージできるように今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の理解や反応を見ながら事前に説明する	84.6	84.6
Ⅵ-43	(2) 夫の信頼できる人にも一緒に話を聞いてもらう	84.6	84.6
Ⅵ-44	(3)緊急時の対応やせん妄時、発熱時など高齢の夫が一人の時でも対応できるように対応方法を説明しておく	100.0	100.0
Ⅵ-45	(4)ヘルパーなど利用している他のサービス関係者にも対応方法を説明しておく	100.0	100.0
Ⅵ-46	10.妻に負担のない方法でコミュニケーションを行う	100.0	100.0
Ⅵ-47	1)臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする	92.3	92.3
Ⅶ-1	1. 夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える	100.0	100.0
Ⅶ-2	1)妻の臨終時に夫へ労いの言葉をかける	100.0	100.0
Ⅶ-3	・「奥さんはとても良い最期を迎えることができた」という言葉を伝える	100.0	100.0
Ⅶ-4	2)素直な感情を表出してよいことを伝える	100.0	100.0
Ⅶ-5	2. 夫に配慮しながら、妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを実施する	100.0	100.0
Ⅶ-6	1)夫や家族と一緒にエンゼルケアを行う	100.0	100.0
Ⅶ-7	・夫と一緒に妻に言葉を掛けながら清拭などエンゼルケアを行う	100.0	100.0
Ⅶ-8	2) 夫に妻のご遺体を見せない方がよいと判断した場合は、看護師だけか夫以外の家族とエンゼルケアを行う	100.0	100.0
Ⅶ-9	(1)夫には血液など付着した妻の最期の姿を見せないようにエンゼルケアを行う	100.0	100.0
Ⅶ-10	(2)本来は一緒に行うが、夫に見せないようエンゼルケアを看護師と夫以外の家族だけで行う	100.0	100.0
Ⅶ-11	(3)妻の事前意思である湯灌や死装束の更衣の前に、エンゼルケアとしての吸引などの処置を行う	100.0	100.0
Ⅶ-12	(4)妻へのねぎらいの言葉を掛ける	100.0	100.0
Ⅶ-13	3. 夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する	84.6	76.9
Ⅷ-1	1. 通夜以降は、2週間から49日を目途に訪問する	61.5	61.5
Ⅷ-2	1)妻の死後3日から2週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする	53.8	46.2
Ⅷ-3	(1)妻の死後3日程度はスタッフが交互に弔問する	46.2	38.5
Ⅷ-4	(2)妻の死後3日から2週間は夫の様子をうかがう電話や訪問をし、夫の様子を見守る	38.5	38.5
Ⅷ-5	2)訪問看護ステーションで設定して会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する	76.9	76.9
Ⅷ-6	(1)最後の会計の清算という名目で死別後の夫へのグリーフケア訪問を行うことを兼ねて、お焼香に伺う	69.2	84.6
Ⅷ-7	(2)一緒にケアに入ったスタッフが死別後の遺族への訪問を行う	84.6	100.0
Ⅷ-8	3)医療器具など貸し出し物品の片付けを兼ねて訪問する	92.3	100.0
Ⅷ-9	(1)2週間後に、不要な物品の片付けを兼ねて直接夫の様子を観察する	92.3	84.6
Ⅷ-10	(2)死別後2週間の夫に、ケアさせて頂いた謝意と困った時には電話をしてよいです　とお伝えする	92.3	92.3
Ⅷ-11	2. 妻の死後2ヶ月まで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする	76.9	53.8
Ⅷ-12	1)通夜後から死別後1ヶ月から2ヶ月経過した頃、電話で様子を伺う	76.9	61.5
Ⅷ-13	・通夜後1ヶ月-2ヶ月では電話か夫を訪問し、精神面を観察する	76.9	61.5
Ⅷ-14	2)死別後1か月半から2ヶ月は、社会参加や生活について観察する	76.9	61.5
Ⅷ-15	(1)死別後1ヶ月半から2ヶ月の頃、電話で社会参加や家事の様子など夫の生活について伺い、状況によって介護保険申請を促す	76.9	61.5
Ⅷ-16	(2)妻の介護中はできなかった趣味などの再開について観察する	76.9	61.5
Ⅷ-17	3. 臨終時の夫の様子を気にして意図的に訪問する	84.6	53.8
Ⅷ-18	1)臨終のときの夫の様子が気になった場合は、訪問し様子を伺う	92.3	61.5
Ⅷ-19	・妻亡き後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する	76.9	53.8
Ⅷ-20	4.困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく	92.3	76.9
Ⅷ-21	5. 死別した妻を回顧し介護し終えた夫を労う	92.3	76.9
Ⅷ-22	1) 夫へ妻の介護と看取りまでの労いの言葉をかける	92.3	76.9
Ⅷ-23	2)訪問の機会には、夫と共に故人を偲びつつ、夫の健康状態を観察する	92.3	69.2
Ⅷ-24	6. 死別後の夫からの独居生活について電話やメールで報告を受け、状況によっては訪問し夫の様子を知る	84.6	84.6
Ⅷ-25	1)死別後の夫・家族からの独居生活について電話などで知る	84.6	69.2
Ⅷ-26	2)妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける	92.3	53.8
Ⅷ-27	(1)死別後49日から1年後に近況について夫から電話やメール等で連絡があれば、その都度返信する	92.3	92.3
Ⅷ-28	(2)メールや電話の連絡であっても夫の身体状況だけではなく、社会参加など近況について知る	100.0	92.3
Ⅷ-29	(3)高齢であっても健康状態だけでなく社会参加も確認する	100.0	92.3
Ⅷ-30	3)死別後1年の夫の健康状態について確認する	76.9	38.5
Ⅷ-31	(1)夫婦仲が良かった夫婦は死別後1年は夫の健康状態を気にかける	76.9	38.5
Ⅷ-32	(2)近況の報告時期が1周忌であればお焼香に伺い、直接観察する	61.5	38.5
Ⅷ-33	4)死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う	84.6	61.5
Ⅷ-34	・妻の死後の食事や睡眠や仏事など生活の様子や悲嘆にくれていないか観察する	92.3	69.2
Ⅷ-35	7. 死別後の夫へ具体的な助言を行う	100.0	76.9
Ⅷ-36	1)いつでも連絡・相談してきてよいことを伝えておく	100.0	76.9

Ⅷ-37	(1)心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える	100.0		76.9
Ⅷ-38	(2)独居の為、緊急時に備えて家の中でもいつでも連絡してこれるように、常に携帯電話を持ち歩くように伝える	92.3		76.9
Ⅷ-39	2)日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝える	92.3		76.9
Ⅷ-40	・仏壇のお供えをすることが毎日の夫の食事につながるので続けるように伝える	92.3		76.9
Ⅷ-41	3)コミュニティへの参加を促し、外出するように伝える	100.0		84.6
Ⅷ-42	(1)昔ながらの自治会への参加が独居男性にとっては社会参加になることを伝える	92.3		69.2
Ⅷ-43	(2)趣味や社会参加などで他者とつながていた方が良いと助言する	100.0		76.9
Ⅷ-44	4)コミュニティでの役割・参加状況を観察し、助言する	100.0		76.9
Ⅷ-45	(1)なにかできることがあると思える役割を持った方が良いと伝える	100.0		76.9
Ⅷ-46	(2)自治会の仕事などコミュニティ参加の様子と心理的ストレスを観察し助言する	100.0		76.9
Ⅷ-47	8．死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる	100.0		92.3
Ⅷ-48	1)夫の健康状態の連絡を受けた場合は、様子を伺いに訪問する	100.0		92.3
Ⅷ-49	(1)なんらかの手段で夫の病気を知った場合、死別1年後以降の場合は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する	84.6		61.5
Ⅷ-50	(2)死別後の訪問により介護保険の導入や医療的介入の必要性がないかアセスメントをする	92.3		84.6
Ⅷ-51	(3)夫の介護区分の変更に伴う訪問サービスの見直し・変更をする	92.3		84.6
Ⅷ-52	(4) 死別後の訪問で医療的介入や介護保険導入の必要性がないか観察し、必要があれば各サービスにつなげる	92.3		92.3
Ⅷ-53	(5) 死別後の訪問で夫の状態によっては、受療行動を促す	100.0		100.0
Ⅷ-54	2)地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる	92.3		69.2
Ⅷ-55	・必要に応じて地域のサービスにつなげる	100.0		92.3
Ⅷ-56	9．妻へのサービス終了後、夫の介護度・健康状態によって訪問看護に入る	100.0		100.0
Ⅷ-57	1)妻への訪問看護期間中に夫の健康状態・介護度を観察する	100.0		84.6
Ⅷ-58	・訪問看護期間にアセスメントを行い、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る	84.6		61.5
Ⅷ-59	2) 妻へのサービス終了後の夫の状況によって訪問看護を開始する	100.0		100.0
Ⅷ-60	・妻へのサービス終了後、夫の介護度を見て訪問看護につなげる	92.3		92.3
Ⅷ-61	10．夫の自尊心を傷つけないケアを行う	100.0		100.0
Ⅷ-62	1)夫の自尊心を傷つけず、生活を継続できるようなケアを考える	100.0		100.0
Ⅷ-63	2)血糖コントロールなど自己管理については、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく	100.0		100.0
Ⅷ-64	11．いざという時に死別後の夫が新たな労力を使わないようにするためつながりを持っておく	84.6		76.9
Ⅷ-65	1)妻の生前からの関係構築が死別後の夫とのつながりを作る	100.0		92.3
Ⅷ-66	(1)なんらかでつながっていれば、具合が悪いと連絡を受けると受診するよう助言できる	92.3		84.6
Ⅷ-67	・妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へとつなげておく	92.3		76.9
Ⅷ-68	2)高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを断たないでおく	84.6		69.2
Ⅷ-69	(1) 新たな関係を築くことは労力がいるので、夫以外の遺族の状況によっては、つながっておく	69.2		61.5
Ⅷ-70	(2) 他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所に依頼する	92.3		84.6

【Ⅰ.準備期:訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期】

Ⅰ-8「高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う」は、重要性 50%・実行可能性 57.1%であった。

Ⅰ-9「退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする」は重要性 35.7%・実行可能性 28.6%であった。

前述の 2 項目以外のⅠ-1「予後告知を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する」からⅠ-28「退院に向けてサービス導入は、利用者が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする」の各項目の重要性・実行可能性については、70%以上の同意を得た。

【Ⅱ.開始期:がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある時期】

Ⅱ-25「介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う」は、重要性 64.3%であった。

Ⅱ-16「開始時期は、少ない訪問回数から開始し、夫婦の生活を観察する」は、重要性 57.1%であった。

前述の 2 項目を除くⅡ-1「予後告知を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望や生活を支えるようケアする」～Ⅱ-27「夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認する」については、重要性・実行可能性共に 71.4-100%の同意を得た。

【Ⅲ.開始-安定期:夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期】

Ⅲ-1「夫婦の歴史があることを理解する」～Ⅲ-85「夫にとっての病床にあっても妻の存在が大事と理解する」までの全項目において、重要性 71.4-100%・実行可能性 78.6-100%の同意を得た。

【Ⅳ.安定期:妻自身が行う死の準備行動と夫が行う死別の準備行動時期】

Ⅳ-20「妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習やご近所への挨拶に付き合う」は、重要性 57.1%・実行可能性 42.9%であった。

上記項目を除くⅣ-1「夫婦の思い出作りや希望を叶えるため、看護・介護職など関係する職種と家族・親族がチーム一丸となり、協力しあう」～Ⅳ-30「夫の既往歴や健康状態を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについて話をする」の全項目において重要性・実行可能性共に 78.6-100%の同意を得た。

【Ⅴ.安定-終末期:死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期】

Ⅴ-3「夫の介護力を見極め、夫が介護をしなくならないようにヘルパーの入らない時間を敢えて設ける」は、重要性 35.7%・実行可能性 42.9%であった。

Ⅴ-4「緊急の対応に備えて意図的にヘルパーが入らない時間を設定する」は、重要性35.7%・実行可能性35.7%であった。

Ⅴ-29「各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じケアに必要な物品は訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する」は、重要性64.3%であった。

Ⅴ-31「食事が採れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤・フォーミュラ食などをその都度サンプル品を持参する」は、重要性57.1%であった。

前述した4項目以外のⅤ-1「夫婦の状況により2人で過ごす時間を意図的につくる」からⅤ-32「むせ込むようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする」の全項目の重要性・実行可能性については、71.4%-100%の同意を得た。

【Ⅵ.終末期:妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う/妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う時期】

Ⅵ-38「医療依存度が高い場合で夫以外の家族のサポートがない時は、自費での訪問看護とヘルパーの利用も検討する」・Ⅵ-39「夫への介護負担が増え、夫に妻のケアをさせられない状況の時は、ヘルパーに依頼し、自費の利用も提案する」の重要性は、57.1%であった。

上記以外の項目Ⅵ-1「夫の仕事や健康状態を考慮し、短期入所やレスパイト入院を勧める」～Ⅵ-46「妻に負担のない方法でコミュニケーションを行う」までの項目の重要性・実行可能性は、共に71.4-100%の同意を得た。

【Ⅶ.死亡時:臨終直後から通夜】

Ⅶ-1「夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える」～Ⅶ-13「夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する」までの全項目について重要性・実行可能性100%で同意を得た。

【Ⅷ.死別期:妻不在で途方に暮れながらも日々の営みを続け、独居で生活していこうとする時期】

Ⅷ-1「通夜以降は、2週間から49日を目途に訪問する」の重要性・実行可能性64.3であった。

Ⅷ-2「妻の死後3日から2週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする」は、重要性57.1%・実行可能性は50.0%であった。

Ⅷ-3「妻の死後3日程度はスタッフが交互に弔問する」は、重要性50.0%・実行可能性42.9%であった。

Ⅷ-11「妻の死後2ヶ月まで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする」

からⅧ-19「妻亡き後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する」の重要性は、78.6-92.9%であるが、実行可能性は 57.1-64.3%であった。

Ⅷ-26「妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける」は、実行可能性 57.1%であった。

Ⅷ-30「死別後 1 年の夫の健康状態について確認する」・Ⅷ-31「夫婦仲が良かった夫婦の場合、死別後 1 年は夫の健康状態を気にかける」は、重要性 64.3%・実行可能性 42.9%であった。

Ⅷ-33「死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う」の重要性 85.7%・実行可能性は 64.3%であった。

Ⅷ-49「なんらかの形で夫の病気を知った場合、死別 1 年後以降の場合は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する」は、重要性 85.7%・実行可能性 64.3%であった。

Ⅷ-58「訪問看護期間にアセスメントを行い、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る」は、重要性 85.7%に対して、実行可能性 64.3%であった。

Ⅷ-69「新たな関係を築くことは労力がいるので、夫以外の遺族の状況によっては、つながっておく」は、重要性 71.4%・実行可能性 64.3%であった。

前述した 21 項目以外のⅧ-5「訪問看護ステーションで設定して会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する」からⅧ-70「他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所に依頼する」の項目は、重要性・実行可能性 71.4-100%で同意を得た。

以上の結果を踏まえて修正した Ver.3 の「都市部において妻の死別を体験する高齢男性の独居生活を再構築する訪問看護ケア方法」は、Ⅷ期に整理された 296 項目となった。

修正しなおした各期の名称

各期の名称は、高齢夫婦・高齢男性にとってどのような時期であるかの視座で命名し直し、以下のⅧ期となった。

Ⅰ.準備期:高齢夫婦が、がんと共存の在宅療養生活について具体的にイメージすることが難しい時期
Ⅱ.開始期:妻のがんの進行に伴う急激な変化に不安を感じつつ、がんと共存の在宅療養生活を始める時期
Ⅲ.開始-安定期:妻の介護と任せっきりであった家事を妻の代わりに夫が担おうとする時期
Ⅳ.安定期:妻自身が死の準備行動を行い、夫が行う死別後の生活に向けて準備を始める時期
Ⅴ.安定-終末期:妻の病状が悪化し介護できることが少なくなる中で、夫が納得いく形で介護と家事を行う時期
Ⅵ.終末期・臨死期:夫が在宅での看取りを覚悟し、介護しながら妻の臨終に備え死の準備を行う時期
Ⅶ.死亡時:妻の死について夫が素直な感情を表出する時期
Ⅷ.死別期:妻不在に戸惑いつつ自分の意思により、独居生活を再構築していこうとする時期

以下の最終版の訪問看護ケア方法について、Ver.3 の項目とした理由・内容の妥当性については、次節の考察で述べる。

都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法

（Ver.3）

このパンフレットでお示しするのは、「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻の生前から死別後独居となって生活を再構築していくプロセス」に注目し、妻の生前から死別後も訪問看護師が行った訪問看護ケア内容をまとめたものです。

訪問看護師皆様にインタビューさせて頂いた内容を基に、川越厚や Cobin＆Straus のモデルを基に、在宅療養準備期-開始期-安定期-終末期・臨死期-死亡時-死別期（立ち直り期）の各期を参考にして訪問看護ケア内容を整理したものです。

●この訪問看護ケア方法は、以下を目指しています。

・男性高齢者の配偶者と死別後の生活まで想定した訪問看護の提供が可能になる

・配偶者の予後告知を受けてから看取りまでの時期に死別後を想定した生活の支援や生前グリーフケアを行うことで遺族となる独居男性高齢介護者の心身の健康を早期回復に導き、配偶者を亡くした後の生活の再構築を促進する

・訪問看護の経験が浅い訪問看護師の方にとっても、生前から行うグリーフケアの参考にできるように開発したものです。

〈　各期ごとのシートの見方　〉

＜例＞Ⅰ．**準備期**：**共存の在宅療養生活に　　しい時期**

看護目標：**高齢夫婦が　　療養生活についてイメージでき、訪問看護利用の目的について理解できる**

各期における看護目標況です

夫婦にとってどのような時期か。

妻の状況	夫の状況
訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある	
●余命を知り自宅へ帰りた　　ず、退院後の方向性がす ●なす術がない状態で緩和 ： ：	

各期における妻の状況です

各期における夫の状況です

夫婦に共通する状況は、境界線を越えて表示しています。
大項目：「□」（実線か破線）　中項目：「●」　小項目：「・」で示しています。夫婦の状況が対応している場合は、左右で並べて表示しています

期待される結果	看護ケア内容（介入）　　む）
がんの　　る急　　入れ、　　宅療養　　ト（ま　　できるよう高齢夫婦2人での在宅療養生活の訪問看護ケア内容について合意する	受け、**在宅療養を決め兼ねる高齢夫婦に対して退院前訪問を実施する** **ァレスへ参加する** 況と今後の急激な症状変化に備 ァレンスへ参加し、多職種と顔合わせする。 によっては、専門職だけで先に話し合いを 認する。場合により、在宅療養していくことについて、病棟の　　を用いて補足し具体的に説明する (3) 退院前カンファレンスでは、妻と夫(・その他家族の)意向を確認する。 (4)退院後の訪問看護をはじめとするサービスの利用について、夫以外の家族も含め、今後の役割分担について、合意形成を得ておく ・・・・・・・・・（以下　略）・・・・・・・・・・・・・・・

看護目標より具体的に表現した高齢夫婦・夫にとっての期待される結果です

各期の訪問看護ケア内容です
大項目：1.，2.・・・
中項目：1)，2)・・・
小項目：(1)，(2)・・・
1項目の場合は、「・」で表しています

Ⅰ．準備期：高齢夫婦が、がんと共存の在宅療養生活について具体的にイメージすることが難しい時期

看護目標：高齢夫婦が、がんと共存の在宅療養生活についてイメージでき、訪問看護利用の目的について理解できる

妻の状況	夫の状況
治療継続は難しいと言われても、可能な限り治療を受けたいと思う	
●なす術がない状態で緩和ケアが導入される	
●予後告知を受け、自宅での生活を望む	●夫や家族の意見がまとまらず、退院後の方向性がすぐには決まらない
夫婦間で在宅療養生活についてのイメージが異なる	
訪問診療・訪問看護を利用する意味が妻にはわからない	在宅療養のイメージができず、訪問看護で　何をしてもらうのかわからない妻に、わかるように説明できない

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
がんの進行による急変も視野に入れ、安心して在宅療養をスタート（または再開）できるよう高齢夫婦 2 人での在宅療養生活の訪問看護ケア内容について合意する	**1．予後告知を受け、在宅療養を決め兼ねる高齢夫婦に対して退院前訪問を早めに実施する** **1）退院前カンファレスへ参加する** (1)がんの進行状況と今後の急激な症状変化に備え、退院前カンファレンス早期実施の必要性を認識し、退院前カンファレンスへ参加し、多職種と顔合わせする。 (2) 夫婦の状況によっては、専門職だけで先に話し合いを持ち、夫妻に病状の説明を行い、理解を確認する。場合により、在宅療養していくことについて、病棟の看護師や訪問看護師がわかりやすい言葉を用いて補足し具体的に説明する (3) 退院前カンファレンスでは、妻と夫（・その他家族の）意向を確認する。 (4)退院後の訪問看護をはじめとするサービスの利用について、夫以外の家族も含め、今後の役割分担について、合意形成を得ておく (5)退院のタイミングと今後の見通しも含めて、 訪問看護サービスについての説明を行い、夫婦の経済状況や介護保険申請状況等の確認を行う **2．予後告知後の妻の事前意思の確認と高齢夫婦それぞれへ意思確認を行う** **1）予後告知後の妻の事前意思の確認を行うが、気持ちの変化があれば、いつでも意思表明をしてもよいことを妻と夫・その他の家族に伝えておく** ・2.5 人称の視点を意識して関わる（妻・夫に寄り添いながら客観的視点をもった支援を行う）存在としての訪問看護師でいる **2）訪問看護導入前から、夫婦それぞれの意思を確認し、夫婦間の様子を観察する** (1)訪問看護導入前に妻の心身の状態と夫婦の関係性や生活を観察する (2)夫婦それぞれが、在宅療養について思っていることやどのようにイメージしているのか他職種と共に情報共有する (3) 夫婦それぞれの思いと状況に応じ、夫婦 2 人の場合、あるいは個別に面談を行う
がんと共存した在宅療養生活について、高齢夫婦それぞれのイメージに相違が生じない	**3．在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利用を検討する** **1)医療的視点で訪問診療と訪問看護が入るようにスケジューリングする** **2)夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する** **3)在宅療養に向けたサービス調整については、看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える** (1)サービス調整は、必要に応じてすぐ手配できるように夫（とその他家族）の介護力についてアセスメントを行う (2)在宅療養開始時は、緊急時の対応に備え、多目の人員配置も考慮しておく (3)退院に向けてサービス導入は、高齢夫婦が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする

Ⅱ．開始期：妻のがんの進行に伴う急激な変化に不安を感じつつ、がんと共存の在宅療養生活を始める時期

看護目標：がんと共存する妻を支えながら、高齢夫婦だけの生活を再スタートさせることができる

妻の状況	夫の状況
がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある	
繰り返し入退院の末、退院する	●在宅で妻を看取るか決まらないまま在宅療養開始となる
	●高齢夫婦が在宅療養を続けることや妻の状態が急激に悪くなることへの不安が募る
夫婦間で在宅療養生活のイメージの相違が生じ、夫は訪問看護導入を希望している	
	妻への介護でできることとできないと思うことがある
他者が自分の家に入ることに抵抗がある	●妻の食事介助はできてもおむつ交換はできないと思う

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
高齢夫婦 2 人の在宅療養生活のケア内容についてがんの進行による急変に備えつつ、安心して在宅療養をスタート（または再開）できる 妻のがんの進行による症状が緩和され、夫婦 2 人の生活が維持できる	**1．予後告知を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望や生活を支えるようケアする** **1)がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごせるようにケアしていくことを伝える** (1)がんであってもあきらめないでよい状態で過ごせるよう伝える **2)妻の心身の状態をアセスメントし、必要なサービスにつなぐ** ・疼痛に関して、通常と違う痛みが出現した場合は、**状況に応じて受診か訪問診療を促す** **3)化学療法継続中の場合は、副作用や服薬管理ができているかを中心とした観察を行い、次回の治療まで安全で安心して過ごすことを目標にする** **2．がんと共存する高齢夫婦の不安の緩和に努める** **1)退院直後の訪問で安心してもらう** (1)退院当日の訪問は、退院時間に合わせる (2)緊急時や何か困ったときのために、連絡先の一覧や訪問看護ステーションの電話番号を目に付くところに示しておく **2)妻との関係性の構築に向けてと高齢夫婦の生活を視野に入れ、安心して任せてもらう為に看護師の行うケアを見てもらう** (1)訪問看護の時間は、自分たちが何をしているのか見てもらうことが重要と考え、夫にケアを見てもらう **3．夫を介した妻との関係性構築に務めながら、今後の見通しを立てた訪問看護を行う** **1)訪問開始時は主担当の訪問看護師を決めておくが、ケアの保証をするために複数体制を確保しておく** **2)妻が訪問看護を受けることに抵抗がある場合は、夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする** (1) 互いに慣れ、安全・安心な生活を送ることを第一目標にする (2) キーパーソンである夫の考えを把握し、夫を介しての妻との信頼関係を構築していく (3) 夫婦 2 人に真実を全て伝え、相違がないようにする **3) 妻への関わり方を模索しつつ、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う** (1) 妻の介護をしながらの日常生活上の具体的なアドバイスを行う (2) 急変を想定し、今後を予測しながら訪問看護に入る (3) 急変に備え、高齢夫婦の生活状況と今後について別世帯家族と情報共有する **4．高齢夫婦の生活について観察し、夫の介護・家事のできる部分とできない部分のアセスメントを行い部分的家事援助から開始する** **1)妻の疼痛がコントロールされ、高齢夫婦で協力して日常生活が維持できているか観察する** **2) 高齢夫婦が不安なく生活できるように、介護の仕方や生活の細かい部分の家事援助については、**

	訪問看護師の裁量で状況に応じてヘルパーと夫婦に生活に関する助言を行う。 3)妻のセルフケア状況と夫の妻への介護の状況をみながら、妻へのケアは夫と一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認する（入浴の介助やパウチ交換など）

Ⅲ. 開始-安定期：妻の介護と任せっきりであった家事を妻の代わりに夫が担おうとする時期

看護目標：(1)妻役割を果たせなくなる妻の気持ちを夫が察しながら、介護と家事を行うことができる

(2)夫が無理をしないで、自分たちの生活を維持することができる。

妻の状況	夫の状況
夫婦が自分たちの歴史を語る	
何気ない会話の中で本音を語る	在宅療養開始以降も在宅で妻を看取るか決められない
●何気ない会話やケアのときに妻の本音が語られる	●予後について漠然と捉えている
・生きることへの希望	●夫は在宅での看取りを希望するが、家族内で意見がまとまらない
・予後を知り苦しみながら永らえたくはないが、夫との余生を楽しみたかったと思う	・妻には出来る限り生きて欲しいと願う
・夫の社会参加を望む	
●ボディイメージの変容から人の目を気にして外出をためらう	
	介護負担やストレスを感じさせるそぶりを見せない
●夫に介護してもらいたいと思う	・細かい事は受け流し、妻にはいてくれるだけで良いと思っている
・第3者に介護されるのでなく夫に介護してもらいたいと思う	●排泄の介助にも介護負担を感じるそぶりを見せない
●民間療法や療養に関する確固たる自己流の考えがある	
・看護師が薦める食生活の内容について受け入れ難く、栄養に関する自己流の考えがある	
・買ってきたものはまずいなどはっきりと言う	
	妻の言うことに反論せず感情を表に出さない
●夫への不満がある	●妻が自分の言い分を押し通そうとしても、ど言い返さない
・痛みに対する弱音は吐かないが、夫への不満を漏らす	●感情を表に出さない
・夫へ辛辣なことを言ってしまう	
妻役割が果たせなくなっていく	**妻の為に介護も家事も頑張ろうとする**
●病床にあって妻役割を果たせないでいる	●妻に任せっきりだった家事を最期に担おうとする
	・妻のこだわりが強い為、ヘルパーを導入せず夫が食事を作る
	・配食サービスやヘルパーを導入せず夫が食事を作る
	・妻に任せっきりの30年間分の家事を担おうとする
●妻役割ができなくなり夫の何気ない言葉に傷つく妻	・自分自身の手で家事をしたいと思う
・がんの進行に伴い妻として役割を果たせず、夫の何気ない言葉に傷つく	●実際介護と家事の両立の大変さに気づく
	・買い物・洗濯はできるが、掃除・炊事はできない

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
自分たちの積み重ねてきた時間や歴史を大切にしながら、夫婦２人で意思決定した生活を継続できる	**1. 夫婦の歴史があることを理解する** **1)夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴する** (1)結婚してからの夫婦の生活や仕事についての話を傾聴する (2)夫婦の住まいの管理・収入・年金など経済状況について生活に関連した話を傾聴する (3)夫婦の歴史や子どもの話をすることで、夫婦の時間をより大切にして過ごしていただく **2)妻を失った時の夫の喪失感を慮りつつ、死別後の夫を想定し観察する** (1)夫婦の様子や生活・夫婦仲について知る (2)妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察する **2. 夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する** **1)妻のはけ口となるよう傾聴に努める** (1)周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解し、関わる (2)治療可能時期の妻が回復に向かおうとする気持ちに寄り添う **2)夫婦のやり取りは中立的立場で聞く** ・付き合いが長い夫婦なだけに、言い争いになるが夫婦を見守る姿勢でいる **3. 妻本人や夫の意思決定を尊重し、安心・納得いくケアを行う** **1)妻本人と残される夫や家族が、後悔がないように、したいことができるようにする** **2)妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良**

夫の先々の後悔とならないために妻の介護と家事に参加できる	**い内容を夫婦に伝えていく** ⑴看護師が薦める食事内容やケア等について受け入れ難い状況が続いた場合、考えが軟化するまで夫婦を見守る ⑵妻本人が藁をもすがる思いや治したいという一心で、行っている民間療法を否定しない **4. 夫が介護参加の意識を持つことができ、夫婦が自宅で過ごす良さを実感できる意図的な働きかけを行う** **1)妻および夫婦には、自宅で過ごす良さを実感してもらうようケアの工夫をする** **2) 死別後の後悔につながらないよう夫(や家族)に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる** **5. 夫以外の家族成員をアセスメントする** **1)夫以外の家族のサポート状況をアセスメントする** ⑴家族が妻をどのようにとらえているか観察する ⑵家族関係とそれぞれの役割・のサポート状況についてアセスメントする **2)夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報共有する** ⑴キーパーソンとなる家族と夫婦の様子に関する情報共有する ⑵夫からの妻の病状に関する話や夫には理解しづらく伝わりにくい病状の話の場合は、別居の家族と情報共有する ⑶家族内で介護の分担が決められている場合は、その役割担当の家族に連絡するなど、それぞれと関わる **6. 最期は自宅でと思う妻に同意する家族が一人でもいれば、在宅で看取る方向で動く** **1)在宅で妻を看取るか夫と他家族の合意を待ちつつ、看取りや急変に備える** ⑴ 状態の変化を捉え、急変に備えた必要な医療機器や物品の準備と夫や家族への状態説明を行う ⑵ 医療職側と家族側の在宅での看取りの決定についての温度差があるときは、看取りに向けて刺激しないように急変時の対応の準備は進めていく
夫が妻の介護と並行して、妻との死別後の生活に備えた家事を身に着けていくことができる	**2)最期はどこで過ごすのか夫婦と在宅での看取りについて共に話し合う機会を設ける** ・妻と夫の互いの話を聞き、時には代弁者になり、折り合いをつけるための話し合いの場のセッティングを行う **7. 夫の介護・家事能力をアセスメントする** **1)夫婦 2 人の生活の様子や夫の家事能力についてアセスメントをする** ⑴買い物や食事の支度まで行えているか確認する ⑵住まいや金銭管理ができているか確認する ⑶夫中心の家事で夫婦の生活が成り立っているかについてアセスメントを行う **2)夫が近所付き合いをしているかアセスメントをする** **8. 夫の介護・家事能力を見極めた上での、対応策を考える** **1)夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことは無理しなくてもよい方向でケア内容を考える** ⑴介護する夫の大変さを考慮する ⑵妻のために介護したいと思う夫の意思は尊重する ⑶夫だけでは無理な家事は別居の家族にも依頼することが可能か検討し、可能であれば依頼する **2)夫が行う家事の状況によっては、家事援助など妻の介護保険サービスの申請を勧める** ・自分が家事をすれば済むことだと考える夫の自尊心を損なわないように、慎重に介護保険サービスの利用について説明する。

妻の状態が悪化し、夫の家事負担が大きくなっても夫自身が健康を損なうことなく、妻の気持ちを察しながら、無理なく介護を継続することができる	**3)妻が安心して任せられていれば、夫の介護方法は否定しない** **4)家事をしたことのない夫には、家事・介護の完璧を求めず、2 人の生活が成り立っていれば見守る** (1)他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらう (2)夫ができるケアや量を考慮し、これだけは介護をお願いするという部分を夫に任せる (3)夫がしている介護の方法が間違っていても見守る **9. 夫が介護と家事を行う中で、死別後の生活へ備える行動ができているか観察する** **1)妻の死後を想定した家事訓練と準備について観察**する (1)夫が家事を行う姿を観察する (2)夫の生活能力と死別の準備について観察する **10. 夫の健康状態や介護の状況、夫への家族のサポート状況をアセスメントし、妻への介護保険サービス導入を検討する** **1)妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める** ・状況に応じて先を見越し、介護保険サービスがいつでも使えるように申請しておく **2)訪問診療と訪問看護以外のサービスは状態変化に合わせ導入を検討する** (1)状態変化に合わせ柔軟にサービスを導入し、必要な助言を夫に行う (2)夫が背負いこまないように妻の状況に合わせて訪問看護の頻度を検討する **3)夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様、サービス提供の対象者であることを伝えていく** **4)夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける** **5)妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う** ・高齢夫婦へ共に訪問看護に入っている場合、ケアマネジャーに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変に切り替えることを検討する **11. 高齢夫婦にとって生活を支えるヘルパーと連携し、夫婦の生活をサポートする** **1)訪問看護に入らない時間帯の状況についてヘルパーから情報を得る** ・本人・家族が構えないでいられる存在となっている場合もあるので、ヘルパーから生活情報を得る **2)ヘルパーに安心して任せられるケアは依頼する** (1)妻が信頼し委ねることができるヘルパーには、ケアを協力し行ってもらう (2)夫婦へのケアの要となるヘルパーへは、ケア上必要な指導を行う **12. 病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してのヘルパーへの進言を行う** **1) 妻自身が介護を受けることについての思いを察する** **2) 夫にとっても、病床にあっても妻の存在が大事と理解する** **3)援助者であっても妻役割まで踏み込まないよう意識して関わる** (1)援助者であっても踏み込んでいけないことがあることを理解し、看護師もヘルパーも意識して関わる (2)病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮し、ケアするようヘルパーに伝える **13. 夫の介護負担を考慮した訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスの調整を提案する** **1) ADL 低下や疼痛コントロールの為に複数の看護師の目で観察することが必要な状況の時は、担当看護師を複数にする** **2) 妻のがんの進行状況や状態変化に応じて、看護師がコーディネートし、必要と判断したサービス調整をケアマネジャーに伝える** **3) 疼痛コントロールと通院の大変さを考慮して訪問診療開始の提案をする**

Ⅳ. 安定期：妻自身が死の準備行動を行い、夫が行う死別後の生活に向けて準備を始める時期

看護目標：残された夫婦の時間を大切にしながら、妻は自身の死の準備行動ができ、夫は死別後の生活の準備を始めることができる

妻の状況	夫の状況
後悔しないための思い出作りをしたい	
●夫婦の思い出を作りたい ・後悔しないための思い出つくりや本人の希望を叶えておきたい	
●ボディイメージの変容から人の目を気にして外出をためらう	
●周囲に気遣わせないよう気を遣う	
死別後の夫のことを案じる	●妻の死後の準備の必要性を感じていない
・生前の妻が死別後の夫の生活を案じてデイサービスを勧める	**夫の介護疲れや健康状態の悪化**
	●夫に介護疲れが生じたり、入院する事態が起こる

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
夫の死別後の後悔とならないために限られた時間の中で、妻自身の願うことをすることができ、夫婦の思い出づくりができる	**1. 夫婦の思い出作りや希望を叶えるため、看護・介護職・家族・親族が一つのチームとなり、協力しあう** **1)夫とサービス提供者・家族・親族の協力で妻の希望を叶えることが可能か検討する** (1)妻の希望を叶えようと夫と夫以外の家族・親戚からの後押しや可能にする経済力があるか確認する (2)看護・介護職が親族とも顔なじみの関係作っておく **2)夫婦の外出や旅行などの希望や目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力し、緊急事態や急変に備えての打ち合わせを医師や多職種と行う** (1)緊急事態に備えて外出先で使える薬剤・医療材料・情報提供書などの準備について確認しておく (2)医師とは、緊急・急変時の打ち合わせをしておく (3)妻の希望の外出の時には夫をまじえ家族と関係者で慣れるまで安全を優先した事前確認を行う **3)外出をためらわず、楽しめるように工夫する** (1) 外出に合わせたおしゃれを楽しむことも妻の希望として尊重する (2)外出・旅行時などはケアの振り返りを行い、次回のケアに生かす
高齢夫婦が考える死の準備行動や死別後の生活に備えた準備をすることができる	**2. 妻自身の死の準備行動と夫の死別後の生活を案じた妻の行動を支援する** **1)自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添う** (1)2.5 人称の視点を意識して関わる訪問看護師でいる (2)葬儀に関することも含め、臨終に備えた準備を家族に伝えていくのもグリーフケアと考える **2)自分の「妻・母親としての役割」が終わり、身辺整理について考えている妻の話を傾聴する** **3)妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習に付き合う** **4)妻本人が行っている死の準備行動を手伝う** ・妻本人の死後の準備として遺影や旅立ち装束として着せてほしいものを指定される場合は、一緒に衣装と置き場所など確認しておく
夫自身の生活自体が激変しない	**3. 本人の「口から食べる」ことの尊重と夫の負担を減らすための経口摂取や人工的水分・栄養補給法について、早目に検討を始める** **4. 妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と夫が妻の介護ができなくなった場合についての検討を行う** **1) 夫が夫らしく生活していけるよう夫の生活自体変わらないようにする** ・ 夫も訪問看護サービスの対象と伝える
高齢夫婦共に急変する可能性について常に視野に入れた生活ができる	**2)がんの妻に目が行きがちだが、夫の健康状態と生活状況を確認し、必要に応じてケアを検討する** (1)介護による夫の健康状態の悪化はないか観察し、2 人の生活を支える為のケア内容の比重を検討する (2)夫婦共に訪問看護を利用しているケースの場合は、それぞれのケアの優先度をアセスメントし、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える **3) 夫の既往歴や健康状態を考慮し、万が一に備え夫が先に逝去した場合についての検討もしておく**

Ⅴ．安定-終末期：妻の病状が悪化し介護できることが少なくなる中で、夫が納得いく形で介護と家事を行う時期

看護目標:(1)夫婦で過ごす時間を大切にする

(2)妻の死別後の後悔とならないように夫が、納得のいくように介護に参加できる

妻の状況	夫の状況
夫婦で過ごす時間を大切にする	
●これまでのような日常生活ではないが夫婦水入らずの時間を楽しむ ・会話になってなくとも夫婦にとっての楽しい時間	
	・一緒に食卓を囲むだけでもいいと思う
帰宅しない夫を心配する	
●帰宅時間や行先不明のまま外出してしまう夫を妻が心配する ・帰宅の遅い夫を心配する	・帰宅時間や行先不明のまま外出してしまうことがある
セルフケアが難しくなっていく	**セルフケアができなくなっていく妻の介護に混乱し、自分にはできることがないと思う**
●セルフケアが難しくなってきた部分を他者に管理を依頼する ・体力が落ちてきて自分で行えなくなったストマや膀胱留置カテーテル管理はヘルパーや夫に管理してもらう	●トイレ・入浴介助は自分が介護することにこだわる
	●看護師やその他のサービス提供者に言われたとおりの物品を準備したり、物や方法にこだわるために混乱する
	・多職種が妻の治療やケアにかかわることでの情報整理に夫が混乱する
	●妻の介護をしたいが介護に参加できず、自分にはできることがないと思う ・妻の介護に参加できす、疎外感を感じる

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
夫婦２人で過ごす時間を持つことができる	**1．夫婦の状況により２人で過ごす時間を意図的につくる**
	1)ヘルパーが入らない、夫が妻の介護をする時間を敢えて設ける
	(1)夫の介護力を見極め、夫が介護をしなくならないようヘルパーの入らない時間を敢えて設ける
	(2)緊急の対応に備えて意図的にヘルパーが入らない時間を設定する
妻の急変に備えた準備ができる	**2.妻自身と夫（と他の家族）が納得いくように疼痛コントロールは慎重に行う**
	1)疼痛コントロールやケアは傍で見ている夫の考えも尊重しながら行う
	2)麻薬使用への抵抗感がある場合は、理解や納得が得られるまで説明し、使用時は痛みの程度を確認し、慎重に麻薬を使用する
	3.妻本人の意思とできる部分を尊重したサービスの調整とケアの検討を随時行う
妻の状態が悪化し、直接介護できることが少なくなっても、夫自身が納得いく形で妻の介護をすることができる	**1)がんの進行に伴う状態変化が認められサービスの導入・調整が必要とされる場合でも、本人の意思と出来る部分を尊重する**
	2)訪問看護の時間帯で確認できないことは、他職種と情報を交換し、共有する
	4．夫（と別世帯家族）への臨終までの説明と緊急時に備えた準備をする
	1)急変時に備え夫の外出時は、行先・帰宅時間の確認と外出中も連絡がつくようにしておく
	(1)夫自身の生活の尊重と妻の不安が助長しないように、また妻の急変時に備えて夫が外出する場合は、所在不明にならないようにする
	(2)緊急事態に備えて、夫の外出時は携帯電話を持っている場合は、必ず所持してもらう
	5．死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない
	1)夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する
	(1)夫がストレスなく妻の介護に参加するために、別居の他の家族の協力を得たり、他職種と情報共有や事前の根回しの連絡等をしておく
	(2)現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする夫を否定しない

妻への負担がなく、夫が混乱せず、無理のない方法で妻の介護と家事を行うことができる	**2)年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるように配慮する** (1) 死別後の夫の後悔につながらないように、年齢的に難しく、できないと思っても介護を取りあげたりしない (2)妻の状態悪化に伴い、妻へ直接ケアするようなことがなくても、夫には何か介護上の役割を持っていただく (3) ケアに関して役割を持つときには、夫個人の年齢・性格・能力も考慮する **3) 夫にとって負担となると思う介護でも、妻に何かしてやれたという実感につなげる** ・夫にとって死別後の生活や人生があることを考え、大切な方との最期の時間にケアに参加できたという気持ちを持って頂けるようなケアを考える **4)妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう** (1)介護を夫に任せる・任せないについては、妻とアイコンタクトなどで本人が気にしないように打ち合わせする (2)妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときには夫の介護負担の軽減を考える (3) 夫が無理なく行うことができそうな介護と家事は、行ってもらう **5)多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する** **6)夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても見守る** **6. 夫婦の状況に応じて臨機応変に医療保険・介護保険外での対応を行う** **1) 各世帯の介護事情・住宅・交通事情を踏まえ、妻の状態変化により急にケアに必要となった場合の物品は、訪問途中で買い物を代行したり、訪問看護ステーションにあるサンプル品等で間に合わせられるものを持参する。** (1) 食事や内服が困難になってきたら、食事形態・内服の剤形や回数の変更の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度サンプル品等を持参する (2)むせ込むようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする

Ⅵ. 終末・臨死期: :夫が在宅での看取りを覚悟し、介護しながら妻の臨終に備え死の準備を行う時期

看護目標：(1) 妻が自分の死生観に沿った死の準備を行うことが出来る

(2) 夫が妻の臨終に備えて死別への準備行動を行い、妻を看取ることができる

妻の状況	夫の状況
	夫の介護疲れや健康状態が悪化する
	●介護と仕事の両立で介護負担を感じる
●夫の入院に合わせて妻も入院する ・本人が入院を希望する ・自分自身が家にいられないと思うほど状態が悪くなり、入院する ・夫の入院中は入院し、夫の回復を待ち、退院する	●夫の介護疲れ ・夫が介護に疲れ、レスパイト入院を選択する
自分の余命について受け止めきれない	
●余命や看取りについての話を受け止めきれていない	
治療できないのであれば家に帰りたいと思う	
・緩和ケア病棟に入院してみて、やはり自宅の方が良いと思う ・入院して最期をどこで過ごすか改めて実感する	
●在宅療養を心から望む ・在宅療養に切り変えて元気を取り戻す	
夫に介護され看取ってほしいと思う	**在宅での看取りを覚悟する**
●最期まで夫に面倒を見てほしいと思う ・自分の余命を察知し、夫に面倒を見てほしいと言う	●最期に妻を看取るのは自分しかいないと思う ・医師から改めて予後告知され、在宅での看取りを覚悟する ・死に向かってはいくのにがんと戦う妻と妻の感情を受けとめようとする ・訪問看護師が、妻を最期まで受け止め介護することができるか心配しても頑張るという
(夫に迷惑をかけたくないという思いがある) ・妻は状態が悪化しても、延命や救命をして夫に迷惑をかけたくないと思っている	●妻の夫に迷惑をかけたくないという思いを受け入れがたい ・最期は妻の介護をしたいという強い思いがある
ADL低下に伴い排泄などセルフケアできないことが増えていく	●妻の要望であっても夫一人では無理なケアがある
レスパイト入院以後のADL低下があり、自力での排泄がままならなくなる	・妻のトイレに行きたいサインを理解し、察知できる
	・妻の要望でも更衣・シーツ交換・清拭は夫にとって負担が大きい
辛いと言わず、他者を気遣う	
●決して辛いと言わず他者を気遣い感謝の言葉を残そうとする	
・朦朧としていても自分の意思を伝え看護師やヘルパーを気遣う	
意思疎通困難におけるストレスを感じる	
●夫との会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる ・発声も会話量も減少する ・はっきりとした口調で話ができないことがストレスとなる	(難聴がある)

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
夫の介護による疲労や健康を損なった場合、健康が回復するまで、負負共に合意した上で、レスパイト入院や介護方法の変更により、夫の介護負担を軽減する	**1. 妻本人と夫・家族の納得のいく疼痛コントロールを行う** **1)医師から疼痛コントロールについて補足説明をしてもらえるよう依頼する** **2)身体の状況に合わせた鎮痛剤用途の変更やセデーションの導入を妻本人と夫の意思を確認した上で行う** **3) 麻薬使用に抵抗がある場合は、代替可能な薬剤についても検討する** **2. 夫の仕事や健康状態を考慮し、短期入所やレスパイト入院を勧める** **1)妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配をする** (1)夫の健康・介護負担を考え、入所・入院も選択肢の一つとして考え、希望の有無を確認する (2) 在宅での看取りが無理と思うときは、受け入れ先を探す準備があることを伝える (3) 妻本人と夫が入院を希望すれば、後悔とならないよう医師に連絡し、入院できるように手配する (4) 主治医から許可を得てレスパイト入院の受け入れ先を探す **3. 妻へ予後告知がされ、本人が予後についての話をするときは傾聴する** **4. 看取りに向けて夫や家族の負担・都合を踏まえ、退院時カンファレンスに参加する** **5.退院カンファレンス後は、極力早期に在宅療養へ切り替え訪問看護を再開する**

	6. 夫婦それぞれの思いを確認し、夫が精神的ストレスを抱えないよう観察する **1)妻の不安の軽減に努め、精神的に不安定な妻の傍で受け止める夫と 2 人を観察し、対応する** **2)いつでも相談してよいことを伝えておく** **7. 夫の排泄介助の負担を考えたケアを夫婦の状況に合わせて考える** **1)夫の排泄介助時の負担を考え妻に福祉用具の利用や膀胱留置カテーテル留置を提案する** (1) 夫の排泄介助時の身体的負担を考慮し、妻に福祉用具の利用を提案する (2) 膀胱留置カテーテル挿入した場合、夫には膀胱留置カテーテルの管理方法を伝えておく **2)食事状況や便の排泄状況を観察し、説明し合意のもと摘便処置等を行う** **8. 妻の持つ死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する** **1)妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、ケアにつなげる**
自身の死生観が尊重された死の準備行動を妻が行うことができる	(1) 妻自身の死生観について感心し、同調する (2) 夫(と別居の家族)が自宅で看取ることを受け入れ、暗い雰囲気にならないよう家族が集えるように配慮する **9. 妻の死生観を知り、死への準備を手伝う** **・妻本人が行っている死後の準備として、旅立ちの装束として着せてほしいものを指定された場合、一緒に確認し準備しておく**
妻の疼痛コントロールができ、夫婦の生活に大きな変化なく過ごすことができる	**10. .高齢夫婦だけで過ごす時間が負担にならず、夫の生活がこれまでと変わらないように配慮したケアを行う** **1)妻本人に苦痛を除去することを優先と考えたケアを行う** (1)痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける (2)妻本人が楽にケアを受けられるよう癌疼痛治療剤を使用後に清潔ケアを行う **2)夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える** ・生活や夫の行う家事全般に問題ない場合、夫と共に妻の要望に応えるように努める **3)妻の意思の尊重と疼痛緩和に配慮し、夫婦 2 人の時間と夫の生活が変わらないように支援する** (1)痛みがないように配慮し、妻本人と家族の意思を尊重し、夫が自然でいられるように心がける (2)夫婦の時間が楽しく夫も笑顔で介護できる状態が続けられるように、看護師の思いを押し付けず夫婦の思いを尊重する (3)本人の希望に沿うケアを提供するよう努める (4) 夫が仕事を持つ場合は、仕事を継続しながら介護できるよう調整し、妻本人の望むことは、最大限かなえていくよう努める (5) 意識がある時は、妻の意向を確認し、妻の希望を叶えることを意識しケアする **11. サービスの切り替えは常に視野に入れ、別世帯家族や多職種の協力を得る** **1)妻本人には終末期であることを意識させないような配慮と異常の早期発見に努める** ・ がんに打ち克とうとしている妻には終末期であることを意識させないように関わるが、夫(と別世帯家族)へは急変時の対応の確認をする **2)臨死期に向けたサービスのシフトチェンジも考慮する** (1)身体状況については、訪問診療医に密に連絡を取り合い、情報を共有する (2)特別訪問看護指示書による訪問看護回数の調整や、急変に備え、そのスタッフでも緊急対応可能にしておく **3)夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用を検討する** (1)医療依存度が高い場合、夫以外の家族のサポートがない時は、自費でのサービス利用も検討する (2)妻の状態悪化に伴い、夫への介護負担が増えたり、夫に妻のケアを直接させられない状況の時は、

夫が死のプロセスを理解し、妻の臨終にそなえ、死別への準備行動ができる	ヘルパーに依頼し、自費の利用も提案する **12. 妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う** **1)夫一人の時に対応できるように死の準備教育として、今後の体の変化について説明や必要なものを準備する** (1) 臨終に向かう状態の変化は医師からも説明してもらい、混乱を避ける (2)在宅で看取れるよう臨終が近いことを伝え、夫の理解や反応を見ながら、死のプロセスがイメージできるよう説明し、夫の信頼できる人にも一緒に話を聞いてもらう (3)緊急時の対応やせん妄時、発熱時など高齢の夫が一人のときでも対応できるように対応方法を説明しておく (4)ヘルパーなど利用している他のサービス関係者にも対応方法を説明しておく **2)穏やかな臨終に向かうことができるよう配慮する** (1)夫の理解や反応を見ながら今後の体の変化に合わせた具体的なケア方法を説明する (2)医師・ケアマネジャーの協力を得ながら、夫・家族等が見守る中で、本人の希望が実現できるようケアを行う (3)死別後の後悔にならないように、妻自身や夫に関わる人たちとの時間を共有できるようにする (4)妻にまつわる人たちに囲まれた最期の時を過ごせるよう、は別世帯家族へは泊まりこんで介護することの提案や変化していく過程を混乱なく見守り、夫を支えられることができるよう死のプロセスについての説明をする **13. .妻に負担のない方法でコミュニケーションを行う** ・臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にするよう夫に説明する

Ⅶ. 臨終直後から通夜：妻の死について夫が素直な感情を表出する時期

看護目標: 夫が妻の死についてありのままの自然な感情を表出し、妻へ労いの言葉をかけることができる

妻の状況	夫の状況
	予想と違う臨終と思う
（夫の予想より早い臨終）	・夫の予想より早く臨終が訪れたと思う
	臨終後は涙を流したり、妻が亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子
	・呼吸停止した妻を呆然と見つめる ・臨終時の最期の言葉に、事態を受け止めきれず困惑する ・臨終前と比べて臨終後は気が抜けてしまったと感じる ・居なくなってしまったとしみじみと語る ・臨終後回想しながら涙する
笑いも起こるような穏やかな死	**妻の死は仕方ないことと思える**
	●これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている ●夫なりに悔いのない看取りができたと思える ・肯定的に妻の死を受け止める ・やれるだけのことをしたと思える ・予想より早い臨終でも在宅での看取りに後悔はない
	違和感を覚える程、いつもと変わらない様子

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
妻を労いながら死後のケアに看護師や他の家族と共に、参加できる **妻の死に際し、素直な感情を表出することができる**	**1. 夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える** **1）妻の臨終時に労いの言葉をかける** ・「奥さんはとても良い最期を迎えることができた」という意味のメッセージを伝え労う **2)素直な感情を表出してよいことを伝える** **2. 夫に配慮しながら、妻の生前の意思に沿った死後の処置（エンゼルケア）を実施する** **1）死亡診断を受け、夫や家族と一緒に死後の処置を行う** (1)訪問診療医の到着が看護師より遅い場合は、脈が触れていない状況を伝え、共に医師の到着を待ちつつ、可能な範囲で死後の処置（エンゼルケア）を夫と行う (2) 夫と一緒に妻に言葉を掛けながら、清拭など死後の処置（エンゼルケア）を行う **2)夫に妻のご遺体を見せない方がよいと判断した場合は、看護師だけか夫以外の家族と死後の処置(エンゼルケア)を行う** (1)夫には血液など付着した妻の最期の姿を見せないように死後の処置(エンゼルケア)を行う (2)本来は一緒に行うが、夫に見せないよう死後の処置(エンゼルケア)を看護師と夫以外の家族だけで行う (3)妻の事前意思である湯灌や死装束の更衣の前に、死後の処置(エンゼルケア)としての吸引などの処置を行う (4)妻へのねぎらいの言葉を掛ける **3. 夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する**

Ⅷ. 死別期：妻不在に戸惑いつつ自分の意思により、独居生活を再構築していこうとする時期

看護目標：(1)自分の健康に関心を持って、日々の生活を送ることができる。

(2)自分なりのペースで生活し、他者と交流することができる

(3)体調不良や生活上の困りごとは、訪問看護師に知らせることができる

夫の状況
妻への思慕が強い
●介護終了後の心の空洞や死別の喪失感が大きい ●遺品をなかなか片付けられない ・妻への思慕から遺品をなかなか片付けられない
他者が違和感を覚えるような様子
・妻の生前と変わらず、臨終から時間が経過しても淡々と法要や相続などの手続きをこなしていて、他者は違和感を覚える
介護を終えた後の満足感がある
●在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じている
妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく
●妻の生前と変わらず生活していく ●死別後遺品整理と住みやすい家にすることを考え始める ・死別後遺品整理と住みやすい家にするための整理やリフォームを行う ・妻亡き後の家に住み続けるために妻の使っていたものの片付けを始める ●死別後の生活に落ち着きが見られる ●社会参加する ・老人会館に行っている　/　・体操教室や囲碁などコミュニティ参加している ・妻との死別後、自分なりのペースで生活し、地域と交流がある/　・檀家としてお寺とのつながりや地域の人の交流がある
自分の健康や介護度を意識し、自律した生活をしていこうとする
●介護保険申請は自分では不要と思っている ●介護保険の利用は自分で判断したい ●介護保険サービスを受けることに抵抗感を持たない ・介護保険サービスを拒まず、利用を希望する ・意思決定において、本人の希望がはっきりしないことがある
独居の限界時期を見据えている
●在宅での独居生活の限界と施設入所時期を自分なりに考えている

期待される結果	訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
妻との死別について素直な感情表出ができる	**1. 訪問看護ステーションで設定している会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する** **1)訪問看護サービス料の清算・物品返却という目的で訪問する** **2)一緒にケアに入ったスタッフで訪問を行う** **3)死別後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する** **4)社会参加や家事の様子など夫の生活について観察する** **5)困りごとや健康面の相談にいつでものると伝えておく** **6) 死別した妻を回顧し介護し終えた夫を労う** (1)夫へ妻の介護と看取りまでの労いの言葉をかける (2)訪問の機会がある場合は、死別した妻の思い出話をする **2. 死別後の夫からの独居生活について電話やメールで報告を受け、状況によっては訪問し夫の様子を知る** **1)死別後の夫・家族からの近況について夫からメールで連絡があれば、その都度返信する** ・高齢であっても健康状態だけでなく、社会参加も確認する **2)死別後の夫へ具体的な助言を行う** (1)いつでも連絡・相談してきてよいことを伝えておく (2)独居の為、緊急時に備えて家の中でもいつでも連絡できるように、常に携帯を持ち歩くように伝える **3)日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝える**

毎日自分の食事の準備ができ、食事を摂取できる コミュニティへの参加など他者との交流ができる 妻との死別後の生活における困りごとや健康不安などについて訪問看護師・ケアマネジャー等に相談することができる	・仏壇のお供えをすることが毎日の夫の食事につながるので続けるように伝える **4)コミュニティへの参加を促す** (1)夫のコミュニティへの参加を促す (2)趣味や自治会などの役割をもって社会参加し、外出するように伝える (3)健康状態やこれまでの職歴など個々に応じた方法で社会参加を勧める ただし、自治会などの役割が心理的ストレスとなることもあるため、無理しないよう助言する **3. 死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる** **1) 高齢男性の新たな関係性構築は労力が必要であるため、つながりを断たず、死別後の夫との関係を維持しておく** (1)夫の健康状態の連絡を受けた場合は、様子を伺いに訪問する **2)地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる** (1)介護保険導入の必要性がないか観察し、必要に応じて地域のサービスにつなげる (2)死別後の訪問で夫の状態によっては、受療行動を促し、自尊心を傷つけないような対応を考える (3)他人が家に入ることを嫌う場合は、今まで利用していた事業所へ依頼するか、夫の介護度・健康状態によって訪問看護に入る

Ⅷ.考察

本研究では、研究１・研究２・研究３の三段階を経て、「都市部においてがんの妻との死別を体験する高齢男性への訪問看護ケア方法」（以下、訪問看護ケア方法とする）を開発した。

本研究の結果から、訪問看護ケアのプロセスは、

「Ⅰ期:高齢夫婦が、がんと共存の在宅療養生活について具体的にイメージすることが難しい時期」から「Ⅷ期:妻不在に戸惑いつつ自分の意思により、独居生活を再構築していこうとする時期」まであることが明らかになった。

以下に、各期における訪問看護ケア方法内容について重要性や妥当性を考察する。

１.訪問看護ケア方法についての重要性や妥当性

１）準備期:高齢夫婦が、がんと共存の在宅療養生活について具体的にイメージすることが難しい時期

訪問看護導入を決めるまでの高齢夫婦には、妻が余命を知り自宅へ帰りたいと思っても、在宅での看取る覚悟ができず、夫や家族の意見がまとまらないことをはじめとする様々な困難がある。特に訪問看護を受ける対象である妻自身が訪問診療・訪問看護を受けることについてのイメージができず、訪問看護を利用する意味がわからないだけでなく、高齢の夫が妻にわかるように説明できないという現状や夫婦間に在宅療養のイメージの相違があった。

導入時期に在宅への移行がスムーズにいかないと、残された人生最期の時間を無駄にしてしまう[200]ことを訪問看護師が理解する必要があるとしている[201]。

本研究では、Ⅰ-1【予後告知を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する】からⅠ-6「退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する」までが、桜井・長内が主張する項目が含まれていると判断する。高齢の身体的特徴に加え内部障害疾患は疾患の特性から、症状の増悪や急変などをきたしやすい[202]。これに加えて、在宅療養することについて具体的にイメージできていない場合、退院のタイミングも含めて、訪問看護についての説明内容や説明するタイミングは慎重に行われる必要がある。

したがって【予後告知を受け、在宅療養を決めかねる高齢夫婦に対して退院前訪問を早めに実施する】と加筆修正したケア方法は妥当と考える。

長内らの研究では訪問看護師は、がんの終末期患者に対する訪問看護サービス導入時期に多くの困難感を抱えつつ努力重ねていたが、病名を隠され真実を知らされていない患者の対応時は、特に困難を感じていると報告している[203]。

本研究は、長内らの研究と違い病名や予後を知らされている高齢夫婦である。「予後を知り自宅へ帰りたいと思(う)」い、「最期まで通院治療をあきらめたくない」「可

能な限り治療を受けたい気持ちは夫婦で一致している」。訪問看護師はⅠ-12【予後告知後の妻の事前意思の確認と高齢夫婦それぞれへ意思確認を行う】ことができている。しかしながら、高齢夫婦の間では、在宅療養についてのイメージが異なる場合もあるため、下位項目として「夫婦それぞれが、在宅療養について思っていることやどのようにイメージしているのか他職種と共に情報共有する」と「 夫婦それぞれの思いと状況に応じ、夫婦 2 人の場合、あるいは個別に面談を行う」を加筆したが、これについても妥当な訪問看護ケア方法と考える。

また長内らは、患者と家族の関係性への介入についてどこまで踏み込んで良いか訪問看護師は疑問や戸惑いがあるとした上で、患者と家族から逃げることなくその姿勢を持ち続けることの重要性を示唆している。

本研究では、「2.5 人称の視点を意識して関わる(妻・夫・家族に寄り添いながら客観的視点をもった支援を行う)存在としての訪問看護師でいる」ことが挙げられた。このことは、長内らの言う患者と家族から逃げることなくその姿勢を持ち続けるということに類似していると判断する。訪問看護導入時期の具体的ケア方法と、訪問看護師が訪問看護導入時期から高齢夫婦とその家族へどのように向き合い関わればよいのか看護師としての立ち位置としての知見を得たと考える。

同じく長内らの研究で、告知の有無に拘わらず、訪問看護導入前に患者や家族の意向を確認した上での合意の必要性や主治医との取り決めをしておくこと、患者・家族を含むチームメンバーは、指示関係でなく協働関係であり、チームでの話し合いをもつ必要性について言及している。本研究でもⅠ-18【在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利用を検討する】・Ⅰ-20「夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する」やⅠ-24「在宅療養に向けたサービス調整については、看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える」など同様の項目が挙げられた。

Ⅰ-8「高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う」とⅠ-9「退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする」の重要性・実行可能性共に 60%を下回った。これは、訪問看護師は、情報共有できていれば他職種とサービス開始前の訪問は必要ないと考えているためであった。

Ⅰ-10「今後の見通しも含めて、 訪問看護サービスについての説明を行い、夫婦の経済状況や介護保険申請状況等の確認を行う」は、重要性・実行可能性共に 71.4%の低めの同意率であった。高齢介護者の経済状況把握の必要性について永井[204]が言及していることから年金受給だけで生活していく高齢者にとっては、経済状況や介護保険申請状況等の確認は重要であると考える。

したがって、Ⅰ-8・9 は、Ⅰ-18「在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利用を検討する」に統合・

整理し、削除した。

２)開始期:妻のがんの進行に伴う急激な変化に不安を感じつつ、がんと共存の在宅療養生活を始める時期

Ⅱ-1【予後告知を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望や生活を支えるようケアする】ことについて、100%の同意があった。清水は、がんとわかった時から緩和ケアは始まり、その支援として①がん患者の辛さに耳を傾ける②必要な情報を提供し、共に治療を考える③身体や心など様々な辛さを和らげるなど挙げている [205]。蘆野は、がん治療の開始時期から ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を始められれば、病状が安定しているうちに在宅医療に切り替えられるとする一方で、病院で行われる ACP が、患者の立場から「退院を強いる」「医療に見放される」説明とも受け取られかねないとも述べている [206]。これらの先行研究から、既に予後告知を受け、生きることへの期待は持てない状態であるがんの妻の話を傾聴することは、残された時間について、どのように生きたいのか、どのような夫との生活をしたいのか訪問看護師が傾聴することは、夫婦にとっての具体的な訪問看護ケアの提供につながる。伊美は、予後告知の有無に限らず、最期まで患者・家族の力を信じ、生きる勇気を失わせないよう近くで支えていくことが重要 [207]と述べており、黒田の研究では、終末期がん患者の選択する生き方として、〈どれだけ生きられるかわからないので時間を大切にする〉・〈限られた時間の中でやるべきことをすぐに始める〉などが挙げられている [208]。

訪問看護師の傾聴により、妻の希望に添った訪問看護ケアが提供されれば〈どれだけ生きられるかわからないので時間を大切にする〉ことを支援し、妻自身の生活の質の向上や遺される高齢の夫の死別後に訪れる後悔の緩和につながると考えられ、訪問看護ケア方法として妥当な内容と判断する。

予後告知され、限りある時間に向き合う高齢夫婦が「医療に見放される」感を抱かず、明日への希望をもって生活していくために訪問看護開始時期において「妻の心身の状態をアセスメントし、必要なサービスにつなぐ」「疼痛に関して、通常と違う痛みが出現した場合は、状況に応じて受診か訪問診療を促す」ことは重要と考え、下位項目として加筆した。また、退院後も化学療法を継続する場合もあることを鑑み、伊美の言う最期まで患者・家族の力を信じ、生きる勇気を失わせないよう「化学療法継続中の場合は、副作用や服薬管理ができているかを中心とした観察を行い、次回の治療まで安全で安心して過ごすことを目標にする」を追加した。

和田の研究では、看取りまでの介護者の思いとして「一人ではない安心感」として〈専門職間や家族との円滑なコミュニケーション〉〈支援は安心感につながる〉を挙げている [209]。本研究では、在宅で妻を看取るか決まらないまま、在宅療養を開始する高齢夫婦もおり、妻の状態が急激に悪くなることへの不安が募る高齢男性もいた。訪問看護師は、予後告知を受けた妻の様子について、介護者の夫から情報提供を受け、今後の訪問

看護ケアについては、夫へ相談や説明をし、妻との関係構築を行いつつ、高齢の夫の様子も観察している。Ⅱ-4【がんと共存する在宅療養する高齢夫婦の不安の緩和に努める】・Ⅱ-9【夫を介した妻との関係性構築に努めながら、今後の見通しを立てた訪問看護を行い妻との関係性を構築する】は、和田の言う円滑なコミュニケーションや安心感につながる支援であり、訪問看護ケア内容として妥当であると考える。

重要性・実行可能性共に同意の得られなかったⅡ-16「開始期は、少ない訪問回数から開始し、夫婦の生活を観察する」については、訪問回数は開始期に多く、それ以降に訪問回数が低下したという報告[210),211)]もある。本人や家族が開始期に不安が強く、その時期に集中的に対応している[212)]ためである。また、がんの症状悪化時は、2 日に 1 回は必要とする報告[213)]もあるため、必ずしも少ない訪問回数での利用開始とされるわけではない為、Ⅱ期の訪問看護ケア内容から削除した。

開始期の看護は、「療養生活を軌道にのせるために、介護力に関する判断」[214)]や〈患者・家族の心の揺れを支える〉〈患者の苦しみを和らげる〉〈急変に備える〉〈介護の主体となる家族を支える〉〈患者・家族との関係を築く〉〈患者・家族の在宅療養継続の意志を固める〉[215)]が挙げられているが、生活に細部にわたる指導について言及されていない。Ⅱ-24「訪問看護師の裁量で高齢夫婦が不安なく生活できるように生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導を行う」については、高齢夫婦が、安心して在宅療養できるための訪問看護ケアと考えられ、Ⅱ期における訪問看護ケアとして本研究で得た知見と言える。

訪問開始時期であっても、高齢がん患者であるが故、〈急変の備え〉[216)]の重要性は高く、加筆した「妻への関わり方を模索しつつ、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う」の下位項目として、「急変を想定し、今後を予測しながら訪問看護に入る」「急変に備え、高齢夫婦の生活状況と今後について別世帯家族と情報共有する」についても妥当な内容と考える。加えて、〈患者の苦しみを和らげる〉を受けて、「妻の疼痛がコントロールされ、高齢夫婦で協力して日常生活が維持できているか観察する」を追加し、がんの進行に伴う症状悪化や疼痛を鑑み、「妻のセルフケア状況と夫の妻への介護の状況をみながら、妻へのケアは夫と一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認する（入浴の介助やパウチ交換など）」のように加筆した。

3)開始-安定期:妻の介護と任せっきりであった家事を妻の代わりに夫が担おうとする時期

小笠原は、【過去の背景を理解する姿勢でいると互いに気持ちが共有できる】や【過去の背景とのつながりを推測することで，高齢者に近づくことができて看護が変わる】[217)]と述べているが、本研究のⅢ-1「夫婦の歴史があることを理解する」が、小笠原の述べるところと類似している。

葛西[218)]は、訪問看護開始期に看護師は「患者・家族との関りを深める / 訪問看護師

として患者・家族に歩み寄る」、「家族と介護に関わる人が話し合う機会を作る」ことを挙げ、小野は、【〈家族の看取り〉ができるように安心を提供する】[219]ことや、開始期から終末期までの期間を通して【家族の意向を尊重した介護の継続の支援】[220]の重要性を挙げている。本研究において、Ⅲ-９「妻本人や夫の意思決定を尊重し、安心・納得いくケアを行う」やⅢ-30「最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く」は、葛西・小野の述べるところに類似している。

Ⅲ-14「夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する」について、看護師の立場として言及された先行研究はなかった。長年積み上げてきた歴史のある高齢の夫婦であるがゆえに抑えてきた感情もあることが推測される。「患者と深く密に関わる」だけでなく、「患者・家族との関わりを深める」必要があるが[221]、予後告知された妻の心情を察しつつ、「夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する」ことは、前述した「2.5 人称の視点を意識して関わる(妻・夫・家族に寄り添いながら客観的視点をもった支援を行う)存在としての訪問看護師でいる」ことでもあり、Ⅲ期においての訪問看護ケア方法としても妥当な内容と判断する。

予期悲嘆を感じる夫に「妻を失った時の夫の喪失感を慮りつつ、死別後の夫を想定し観察する」だけではなく、下位項目には、「周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解し、夫にも説明しつつ関わる」を加筆したが、妻が夫への不満を感じたり、辛辣なことを言って夫へ八つ当たりするのは、がん患者の危機モデルでいう「衝撃」の段階を経た後に続く悲哀の仕事を遂行していく過程での様々な情緒体験である[222]ため、妥当な訪問看護ケア方法と考える。また、病気がさせているのだと夫が理解して、妻を支えていくことができるように、訪問看護師は、2.5 人称の視点を意識して関わる存在として「治療可能時期の妻が回復に向かおうとする気持ちに寄り添う」ことは重要と考える。

望月による家族のライフサイクルと発達課題では、老年期は、地域社会活動・奉仕活動・趣味・文化活動の維持、子どもの家族との協力関係の促進などが挙げられている[223]。

一方で、永井は、訪問看護師が認識する高齢介護者が孤立する可能性として、【不十分な介護支援体制による孤独な介護】・【社会参加の減少】・【社会関係を阻む生活環境】などがあり、2 人だけの環境のなかでコミュニケーションがとれず、孤独感があると報告している[224]。子どもの世帯と離れて都会に暮らす高齢夫婦において、妻の介護をする高齢男性の場合も同様、孤独感を抱くことが推測される。

本研究では、Ⅲ-20「夫以外の家族成員のアセスメントを行う」やⅢ-39「夫の介護・家事能力をアセスメントする」・Ⅲ-52「夫の介護・家事能力を見極めた上での、対応策を考える」・Ⅲ-65「夫以外の家族のサポート状況や夫の健康状態や介護状況を見守る」・Ⅲ-76「高齢夫婦にとって生活を支える第 3 者的存在のヘルパーと連携し、夫婦の生活をサポートする」・Ⅲ-89「夫の介護負担を考慮した訪問看護内容とサービスの調整を提案する」、Ⅲ-44「夫の社会参加に関するアセスメントをする」を包含しており、これら

は、高齢男性が【不十分な介護支援体制による孤独な介護】に陥らないためにⅢ期において必要な訪問看護ケア内容と考える。

したがって高齢夫婦 2 人で「孤独な介護」や療養生活に陥らないように、下位項目として高齢夫婦とは別世帯をもつ息子・娘らの協力を得ることが必要と考え、追加した「夫からの妻の病状に関する話や夫には理解しづらく伝わりにくい病状の話をする場合は、別居の家族と情報共有する」は、妥当な訪問看護ケア方法と考える。

Ⅲ-44「夫の社会参加に関するアセスメントをする」の下位項目Ⅲ-47「患者の会・家族の会への参加などしているか知る」は、重要性 71.4%と低値であった。これは、すべての患者・介護者が、必ずしも、患者会や家族会へ参加しているとは限らないことや、妻の状態によっては、介護のためにこれらの会への参加が困難な状況もあると考えられたため、Ⅲ-47 は、削除した。

次に、Ⅲ-82「病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してヘルパーに助言を行う」について述べる。前述の望月によれば、子の独立支持・子の離家後の夫婦関係の再調整・子の離家後の生活習慣の再調整という排出期を経て、老年期の役割の配分は、祖父母としての役割の取得や夫婦としての再確認が発達課題[225]として挙げられている。高齢の夫の家事・介護負担を軽減するために、妻への介護サービスとしてヘルパーが家事援助に入ることがあるが、ヘルパーによって夫の世話がされることは、妻の役割喪失を意味しており、妻の「生きる希望」を損なう[226]ことになり兼ねない。

加えて終末期がん患者は、自己の尊厳を守り、自分のことは自分でしたいと思う者もいることが黒田[227]によって明らかにされている。Ⅲ-82「病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してヘルパーに助言を行う」は、ヘルパーに高齢夫婦の家庭や妻役割に踏み込みすぎないようヘルパーに助言することは、間接的に妻の心理的ケアとなる。したがって、Ⅲ-82 は、Ⅲ期において得られた知見であり、訪問看護ケア内容であり、特に子ども世帯と離れ都市部に暮らす高齢夫婦にとって重要なケア内容と考える。

一方の妻を介護する高齢男性の「生きる希望」についてもここで一考したい。
前述の小野は、介護のあり方が看取り後の遺族の生活に影響を与える[228]ことを示唆し、沖中は、妻を介護する高齢男性は、不慣れな家事や介護と自身の生活のバランスを調整していると思えることが、達成感や自己効力感を高め「生きる希望」につながる[229]としている。本研究のⅢ-35「夫が介護参加の意識を持ち、夫婦が自宅で過ごす良さを実感できる意図的な働きかけを行う」とⅢ-38「夫が介護と家事を行う中で、死別後の生活へ備える行動ができているか観察する」は、たとえ不慣れな家事・介護であっても、妻の介護をしているという高齢男性の満足感や自己効力感を高め、「生きる希望」につながっていくものと考えられる。また高齢男性の死別に備えた心理的ケアにとどまらず、「看取り後の遺族生活」を見通した死別後の生活へ備える行動につながるものと考えられ、ひいては生活の再構築にも関わるケア内容と言えよう。

４）安定期:妻自身が死の準備行動を行い、夫が行う死別後の生活に向けて準備を始める時期

西浦は、安定期は療養者と家族の自己実現に向けて、病状に関する判断、自己実現に関する判断が行われる時期[230]としている。黒田は、終末期がん患者は、迫りくる死に身を委ね、〈限られた時間〉を大切にし、他者を気遣い、自分の死後家族が困らないように準備する・家族との時間を大切にするなど〈遺される家族のために尽力する〉ことや〈家族に負担をかけない〉生き方をしていると報告している[231]。

また小野は、看取りまでの家族への大切な支援内容として【家族の思いが叶うように日々の介護が続けられる状況に導く】[232]を挙げている。

本研究においては、Ⅳ-1「夫婦の思い出作りや希望を叶えるため、看護・介護職など関係する職種と家族・親族がチーム一丸となり、協力しあう」やⅣ-15「妻の死への準備行動と夫の死別後生活を案じた妻の行動を支援する」を包含している。これらは西浦・黒田・小野らの研究結果と類似していると考えられ、安定期において必要な訪問看護ケア内容と判断する。夫婦の思い出作りや希望を叶えることにおいても、夫婦の外出や旅行などの希望や目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力し、緊急事態や急変に備えての打ち合わせを医師や多職種と行う」を加筆した。また外出にあたっては、良い思い出となるために高齢夫婦が安心して外出できなくてはならない。そこで「妻の希望の外出の時には夫をまじえ家族と関係者で慣れるまで安全を優先した事前確認を行う」を加筆した。いずれも、Ⅰ期から述べているが、高齢がん患者であるが故に、急激に状態が悪化することもあるため、〈急変への備え〉[233]の重要性は高いと考え、妥当な訪問看護ケア方法と考える。

Ⅳ-20「妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習やご近所への挨拶に付き合う」については、限られた訪問看護の時間の中で、ご近所への挨拶に付き合うことには限界があるため削除しこの一節は削除した。しかしながら、生前からお互いが担っている事柄を実践しておくことが配偶者の死に備えての準備につながることは福武によって示唆されている[234]ことから、「妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習に付き合う」と修正した。妻の行おうとしていることを訪問看護師は、支援する。妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習は、妻から夫への生前の妻が担ってきた役割の引継ぎであるが、妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習は、間接的に高齢男性への支援である。Ⅳ-25「夫・家族も訪問看護サービスの対象と伝える」にあるように、訪問看護の対象は、療養者と家族であるとされてはいるものの、現行の我が国の社会システムでは、妻への訪問看護として、診療報酬の点数が算出される。「妻が夫を案じて行う死別後の生活の予行演習に付き合う」は、本研究で得られた知見と言える。

次に、Ⅳ-23「妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と夫が妻の介護ができなくなった場合についての検討を行う」について述べる。

和田の研究[235]では、看取りまでの介護者に〈無理のない介護〉・〈介護者の休息や自由

な時間の確保〉を挙げているが、男性介護者は、次のことが指摘されている。

介護を継続する上で、介護者自身の健康に対する不安が強いこと、長年連れ添った妻へのいたわりや感謝の気持ちが非介護者への親密性につながり、自宅で介護したいという気持ちが強い[236]こと、さらに高齢男性介護者では、無理をして家事を抱え込む傾向があり、弱音を吐くことが少ないこと、加齢に伴ってできなくなる事態に対応が遅れる[237]などの指摘がある。高齢夫婦であるが故の介護上の不安要素と考えられ、高齢男性の健康状態と介護負担を見通したケア内容と考えられ、本研究で得られた知見であると言える。介護に慣れ、妻の状態が安定している時期であるからこそ、高齢男性が自分の健康を過信し油断しないようにⅣ期の訪問看護ケア内容として必要なケアと考える。

『本人の「口から食べる」ことの尊重と夫が介助を続けることが可能か視野に入れ経口摂取継続や人工的水分・栄養補給法について、早目に検討を始める』を加筆し、「がんの妻に目が行きがちだが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行う」を「がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と生活状況を確認し、必要に応じてケアを検討する」に修正したが、食べることは、生命の維持だけでなく終末期にあるひとにとって、<深く味わい,心地よい思いに浸る><食べることで,生きている自分を支える><食を通して最期に向けて準備をする>などの意味をもつ[238]。経口摂取ができなくなることで、妻本人にとっての生きる意欲の喪失が考えられ、「口から食べる」ことの尊重は重要なケア方法である。しかしながら、食べることが難しくなった妻に対して、食事介助を行うことの難しさや、人工的水分・栄養補給法に切り替え管理することは高齢男性にとっても新たな介護方法の習得となり介護上の困難ともなり得る。そのため、加筆修正した上記の訪問看護ケア方法は妥当と考える。

５）安定-終末期:妻の病状が悪化し介護できることが少なくなる中で、夫が納得いく形で介護と家事を行う時期

前項で述べたように終末期がん患者は、〈限られた時間を大切にする〉[239]。小野は、療養開始から終末期のグリーフケアとして「家族が悔いを残さないケアができるよう、ケア方法を具体的にアドバイスする」[240]ことを挙げている。本研究では、Ⅴ-１「夫婦の状況により２人で過ごす時間を意図的につくる」とⅤ-8「死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない」を包含しており、高齢男性においても、黒田・小野の述べているところと同様であると考えられた。Ⅴ-1「夫婦の状況により２人で過ごす時間を意図的につくる」は、Ⅴ-8 同様、死別後の高齢男性の後悔が少しでも和らぐような配慮と考えられる。並行して終末期に向かっていくため開始期から述べてきている〈急変の備え〉[241]も引き継ぎ重要視される。これを受け、加筆修正した「妻自身と夫（と他の家族）が納得いくように疼痛コントロールは慎重に行う」「疼痛コントロールやケアは傍で見ている夫の考えも尊重しながら行う」「麻薬使用への抵抗感がある場合は、理解や納得が得られるまで説明し、使用時は痛みの程度を確認し、慎重に麻薬を使用する」

「夫（と別世帯家族）への臨終までの説明と緊急時に備えた準備をする」「急変時に備え夫の外出時は、行先・帰宅時間の確認と外出中も連絡がつくようにしておく」「夫自身の生活の尊重と妻の不安が助長しないように、また妻の急変時に備えて夫が外出する場合は、所在不明にならないようにする」は、安定-終末期においても重要な訪問看護ケア方法と考える。

また、がんの進行に伴って徐々に病状が悪化していく妻には、妻の「生きる希望」を支え、自分らしさの尊重[242]のため、加筆した「妻本人の意思とできる部分を尊重したサービスの調整とケアの検討を随時行う」は妥当な訪問看護ケア方法と考える。

Ⅳ期でも述べたが、高齢男性介護者では、無理をして家事を抱え込む傾向があり、弱音を吐くことが少ないこと、加齢に伴ってできなくなる事態に対応が遅れる[243]などの指摘がある。高齢男性であるがゆえに、介護負担の軽減がケアの目標として挙げられることが多い。しかし、本研究においては、訪問看護師らは「夫から介護を取り上げない」ように努めている。妻への介護と妻役割に引き継ぎはⅢ期でも述べた高齢男性の「生きる希望」でもあり、Ⅴ-8「死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない」は、Ⅴ期において重要な訪問看護ケア内容と考えられた。

重要性・実行可能性 71.4%であったⅤ-25「夫の愚痴の聞き役を状況によっては他の職種に依頼しておく」は、妻の状態を踏まえ夫へ配慮したケア内容ではあるが、個別の事情も背景にあると考えられ、削除した。

一方、介護の傍ら社会参加をし、自分の時間を持つ高齢男性も研究 1 の研究協力者 8 人中 6 名いた。都市部では、大企業に勤務していた高齢男性も多く、定年後も会社で役員を勤める男性や、これまでの経歴を生かし新たに役割を担う高齢男性もいた。仕事やこれまでの付き合いなどがある高齢男性もいた。

島内の研究では、小康状態であっても在宅高齢者における緊急ニーズとして、「症状の変化」の件数が最多である[244]と報告があるように、高齢であるが故に、病状がいつ急変するかわからない。高齢介護者の孤立予防のためにも社会参加の必要性は、永井[245]・山崎[246]らの研究でも指摘があるが、高齢男性が介護のために自宅にこもって孤独化しないためにも外出の機会は重要である。したがって、Ⅴ-5「夫の外出時は、行先・帰宅時間の確認と外出中も連絡がつくようにしておく」については、妻の急変に備え、Ⅴ期において重要な訪問看護ケア内容と言える。

Ⅴ-28「夫婦の状況に応じて、医療保険・介護保険外で臨機応変に訪問看護ステーションでの対応を行う」は、重要性は 71.4%であるが、下位項目Ⅴ-29「各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じケアに必要な物品は訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する」とⅤ-31「食事が採れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤・フォーミュラ食などをその都度サンプル品を持参する」の重要性は、共に 70%以下であった。

インタビュー内容からは、試供品などを持参するケースはあるが、保険外となるサー

ビスとして継続的行うことは、訪問看護ステーションでの人材や経営状態など管理面においても支障がでる。しかしながら、高齢者の買い物事情として、近くに食料品を買える店がなく、不便を感じている 65 歳以上の高齢者は、2015 年時点で 820 万人を超え、特に都市部での増加率が高いことがわかっている。交通網が発達した都市部でも、いわゆる「買い物難民」が増えている[247]ことが報告されている。また、昨今の高齢者ドライバーが招く交通事故から、運転免許証を返納する者も増え、大きな荷物となる買い物は加齢が進むにつれて困難ともなっている。

したがって、Ⅴ-29・Ⅴ-31 は削除し、Ⅴ-29 を「各世帯の介護事情・住宅・交通事情を踏まえ、妻の状態変化により急にケアに必要となった場合の物品は、訪問途中で買い物を代行したり、訪問看護ステーションにあるサンプル品等で間に合わせられるものを持参する」と一部加筆修正し、「食事や内服が困難になってきたら、食事形態・内服の剤形や回数の変更の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度サンプル品等を持参する」「むせ込むようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする」は、下位項目として残したが、都市部の買い物・交通事情を鑑みると必要な訪問看護ケア方法と判断する。

６）終末期・臨死期:夫が在宅での看取りを覚悟し、介護しながら妻の臨終に備え死の準備を行う時期

小野のグリーフケア尺度の【家族の意向を尊重した介護の継続の支援】の中には、〈家族が大切にしていること(仕事，趣味)が維持できるように，介護体制を整える〉因子と【死の受容の促進および看取りの体制の説明】では〈家族の心身の負担が増大しないように，介護負担の軽減を十分に行う〉という因子が包含されている[248]。本研究では、Ⅵ-1「夫の仕事や健康状態を考慮し、短期入所やレスパイト入院を勧める」・Ⅵ-8「看取りに向けて夫や家族の負担・都合を踏まえた退院時カンファレンスへ参加する」・Ⅵ-10「夫婦それぞれの思いを確認し、夫がストレスにならないよう観察する」・Ⅵ-14「夫の排泄介助の負担を考えたケアを夫婦の状況に合わせて考える」・Ⅵ-25「高齢夫婦だけで過ごす時間が負担にならず夫の生活がこれまでと変わらないように配慮したケアを行う」などが、これらに該当するものと考えられる。

僧侶へ語った「死にゆく過程」を生きる患者の語りには、人生の回顧・生活史再建と最期まで生きる目標設定など「日常性の回復による生活史再建の試み」や、生きること，生きてきたことの肯定・生きる意味，自己を失う不安と悲しみ・死に向かう思いなど「自己の終末認識」などがあるとする中原の研究では宗教的かかわりがなくとも、関係性がなくとも、初対面の１回限りの関りであっても患者は語り、この知見は臨床現場に転用可能と述べている[249]。

また黒田は、看護師は患者が死について語ることのできる環境を整え,患者が語りた

いときを逃さないよう患者に目を向け，必要に応じて表出を促すことの必要性について述べている。加えて、終末期がん患者は、余命が長くないことを知り，がんの進行による身体症状に苦しんでいても,生や回復への希望を持ち続け、それが残された生を生きる原動力になっているため、看護師は臨終のときまで、患者と希望について話す機会を持ち，患者が表出する希望に共感的態度で接する[250]ことが必要としている。

終末期のがんの高齢女性も同様、人生の回顧や自己の終末認識をしているものと考えられ、訪問看護師に語ることで生きることの，死に向かう自分が生きてきたことを肯定していると考えられる。中原・黒田の研究からⅥ-7「予後告知後、妻が話をしてきた場合は傾聴する」・Ⅵ-19「妻の持つ死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する」・Ⅵ-46「妻に負担のない方法でコミュニケーションを行う」は、Ⅵ期における訪問看護ケア方法として妥当な内容と考える。

西浦は、終末期は今後の予測、死の準備教育を行うために、フィジカルアセスメントによる病状に関する判断、看取りに関する判断をする時期[251]としている。前述の小野のグリーフケア尺度では【死の受容の促進および看取りの体制の説明】の因子として〈死が訪れたとき，どのように行動したらよいか具体的にわかりやすく説明する〉・〈死が近づいてきたことによって起こる，意識や呼吸などの身体的変化について，家族に詳細に説明する〉・〈死が近づいてきたら，家族に，死が訪れるであろう日時の目安をはっきりと伝える〉・〈会いたい人に会わせる.着物の準備などの看取りの準備について説明し，繰り返し確認する〉・〈家族に，病状の悪化を認識してもらうために，病状をこと細かに説明する〉[252]など具体的項目として挙げられている。また樋口らは、臨死期に向かうほど介護負担は大きくなるが死別への準備を進めることができているかという視点で介護者をサポートする重要性について言及している[253]。

本研究においては、Ⅵ-23「妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う」・Ⅵ-40「妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う」が、小野や西浦の述べるところに該当する訪問看護ケア方法と考えられ、Ⅵ期におけるケア方法として妥当であると判断する。

Ⅵ-37「夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用を検討する」は重要性・実行可能性共に 71.4%であったが、Ⅵ-38「医療依存度が高い場合で夫以外の家族のサポートがない時は、自費での訪問看護とヘルパーの利用も検討する」・Ⅵ-39「夫への介護負担が増え、夫に妻のケアをさせられない状況の時は、ヘルパーに依頼し、自費の利用も提案する」の重要性は、57.1%と同意率 70%を下回った。前述したように、高齢世帯の経済状況等も鑑み、自費でのサービスについては必ずしも必要なく、適切でないと判断されたものと考えられる。しかしながら、高齢男性介護者では、無理をして家事を抱え込む傾向があり、弱音を吐くことが少ないこと、加齢に伴ってできなくなる事態に対応が遅れることも指摘されている[254]。したがって、Ⅵ期の訪問看護ケア方法としてⅥ-38・39 は、残した。これまで同様〈急変の備え〉[255]と「臨死期に向けたサービスのシフトチェンジも考慮する」時期として、「サービスの切り替えは常に視野

に入れ、別世帯家族や多職種の協力を得る」「妻本人には終末期であることを意識させないような配慮と異常の早期発見に努める」「がんに打ち克とうとしている妻には終末期であることを意識させないように関わるが、夫（と別世帯家族）へは急変時の対応の確認をする」「身体状況については、訪問診療医に密に連絡を取り合い、情報を共有する」「特別訪問看護指示書による訪問看護回数の調整や、急変に備え、そのスタッフでも緊急対応可能にしておく」の内容は、妻には最期まで希望を捨てさせないよう本人に配慮しながら、関係者と急変時に備えることは、終末-臨死期において訪問看護ケア方法と考える。

また在宅療養生活を継続していくためには、安定した鎮痛効果が得らえらなくてはならないと行田は述べている。加えて、麻薬に対する受容は改善してきているが、いまだ根強い誤解についても指摘している [256]。本研究でインタビューした高齢男性から、妻本人が麻薬の使用を受容しがたいケースと夫が麻薬に対して受容しがたいケース両方あった。これを受けて、Ⅵ期の訪問看護ケアの冒頭に加筆した「妻本人と夫・家族の納得のいく疼痛コントロールを行う」「医師から疼痛コントロールについて補足説明をしてもらえるよう依頼する」「身体の状況に合わせた鎮痛剤用途の変更やセデーションの導入を妻本人と夫の意思を確認した上で行う」「 麻薬使用に抵抗がある場合は、代替可能な薬剤についても検討する」は、妥当な訪問看護ケア内容と考える。

７）死亡時:妻の死について夫が素直な感情を表出する時期

小野の研究では、臨終時のグリーフケア尺度の因子に「家族の喪失感や後悔は誰もが感じる気持ちであることを伝える」看取り後の家族のためになると考えて，「死後の処置(エンゼルケア)を家族と一緒に行う」[257]がある。また齋藤の研究でも〈家族との別れやグリーフケアとしていっしょにエンゼルケアを行う等そのときに必要なケアがある〉[258]としている。

本研究においては、Ⅶ-1「夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える」や、高齢の夫へは、ご遺体の様子によっては、夫の心的外傷体験 [259]となり死別後の悲嘆の遷延しうると想定した看護師の気遣いとして、Ⅶ-8「夫に妻のご遺体を見せない方がよいと判断した場合は、看護師だけか夫以外の家族とエンゼルケアを行う」など挙げられているが、Ⅶ-5「夫に配慮しながら、妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを実施する」が類似している内容と考える。訪問診療医の到着を待って「死亡診断を受け、夫や家族と一緒に死後の処置を行う」が、「訪問診療医の到着が看護師より遅い場合は、脈が触れていない状況を伝え、共に医師の到着を待ちつつ、可能な範囲で死後の処置（エンゼルケア）を夫と行う」とした。

次に、妻の臨終後の夫が、妻の死について悲しむことについて言及したい。清水は、喪の作業不全を抱えると、うつ病や複雑性悲嘆となるとし、死別の悲嘆を批判されることなく、遠慮することなく、誰かに受け止めてもらうことがうつ病などを未然に防ぐこ

とにつながる[260]としている。

Ⅶ-1「夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える」・Ⅶ-2「妻の臨終時に夫へ労いの言葉をかける」・Ⅶ-4「素直な感情を表出してよいことを伝える」は、妻の死をしっかりと悲しむことができるような言葉かけは、夫の喪の作業促進のケアと考えられ、Ⅶ期における訪問看護ケア方法として重要な内容と考える。

加えて、妻の臨終で死亡転帰となり、訪問看護サービス終了となる。Ⅶ-13「夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する」は、清水らの言う喪の作業不全を抱え込まないように、訪問看護サービス終了後、高齢男性が悲しむことができているか観察するタイミングでもあり、死別による悲嘆遷延を予防する精神的支援として重要な項目であると言える。Ⅶ-13「夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する」は、妻の臨終で死亡転帰となり、訪問看護サービス終了となっている時期においても訪問看護師は、高齢男性のグリーフワークが進むように行動していることが明らかにされた。

８）死別期:妻不在に戸惑いつつ自分の意思により、独居生活を再構築していこうとする時期

Ⅷ-1「通夜以降は、2 週間から 49 日を目途に訪問する」についての同意率は低かった。

研究 2 の結果では、グリーフケアを兼ねて四十九日法要が過ぎる頃を目安に、訪問看護サービス料金の清算目的や医療器具など貸し出し物品の片付け目的で担当したスタッフが伺うという訪問看護ステーションが多かった。岡本の報告によると終末期がんを看取る家族へのグリーフケアを実施するにあたり、訪問看護師は、時期や方法がわからず【死別後の家族の気持ちを聞く方法のとまどい】がある[261]としている。佐々木は、日本における仏教の葬儀、初七日から四十九日まで 1 週間ごとの中陰法要、百か日法要、一周忌法要は、心理的巧妙な構成であり、感情を心の中に閉じ込めず、悲しい時に思い切り悲しむ時間と場所の提供であり、1～2 ヶ月頃の精神的に不安定な時期にあたる四十九日・百か日は心を支える機会となると述べている[262]。

平賀は、死別後 1 ヶ月以内の遺族には、弔問客へのゆとりある対応が難しい忙しさ・追善法要に伴う忙しさ・悲しむ間もない忙しさがあるが、その中で訪問を受けると〈不用物品の返却・寄贈による安堵感〉・〈配慮ある訪問への感謝と喜び〉があると述べている。また四十九日頃の遺族においては、〈状況のひと段落〉・〈気持ちのゆるみ〉・〈体調不良の出現〉・〈悲嘆の深まり〉・〈生活習慣の変化〉が起こる時期であり、訪問を受けると〈感情の表出による癒し〉・〈人と接することによる癒し〉が得られると報告している[263]。

前節で述べた清水の言う喪の作業不全[264]に陥ることを避けるためにも、四十九日・百か日のような遺族にとっても節目となるような時期における訪問は、妻と死別した高

齢男性にとって感情表出するタイミングとして適切な時期の訪問であると言える。Ⅶ期の臨終直後に続き、他者に素直な感情を表出し、癒されるために、高齢男性のグリーフワーク促進においても訪問が望ましい時期と考えられる。以上のことを受けて、Ⅷ-1 の時期とⅧ-2 からⅧ-4 の内容については、「死後 3 日から 2 週間」という具体的な期間の明記を避け、「訪問看護ステーションで設定している会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する」とした。

Ⅷ-11「妻の死後 2 ヶ月まで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする」からⅧ-19「妻亡き後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する」については、重要性 78.6-92.9%の同意があったのに対し、実行可能性 70%以下であった。小野は、看取り後のグリーフケア尺度の因子として、【社会活動の再開状況の把握】[265]を挙げている。本研究において、Ⅷ-11「妻の死後 2 ヶ月まで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする」が、該当する項目と考えられる。なかでも、Ⅷ-17「臨終時の夫の様子を気にして意図的に訪問する」は、Ⅶ期からの継続的ケアを示している。

また佐々木 [266]や平賀 [267]らの研究で指摘される時期と合致する「妻の死後 2 ヶ月までの時期」に、電話で様子を伺うことは、岡本の言う【死別後の家族の気持ちを聞く方法のとまどい】[268]もあると考えられ、修正したⅧ-1「訪問看護ステーションで設定している会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する」の下位項目として、「死別後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する」「社会参加や家事の様子など夫の生活について観察する」と修正した。

前述の小野の研究では、【生活の再構築のための心理社会的側面の支援】として、〈これからも家族の相談先として、訪問看護師にすぐに連絡してよいと伝える〉・〈困ったときには周囲に心を開いて，助けを求めることが大切だと伝える〉・〈ボランティアや家族会など，家族の力を生かせる場を紹介する〉・〈必要に応じて，利用できる支援先(支援グループ，専門家など)を紹介する〉・〈死別によって生じた生活上の問題，家事の負担など〉に助言する〉・〈死別前後を通して，継続的に関わり，家族をサポートする〉が挙げられている [269]。本研究においては、Ⅷ-20「困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく」・Ⅷ-35「死別後の夫へ具体的な助言を行う」・Ⅷ-47「死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる」・Ⅷ-64「いざという時に死別後の夫が新たな労力を使わないようにするためつながりを持っておく」が、該当するものと考えられる。

Ⅷ-42「昔ながらの自治会への参加が独居男性にとっては社会参加になることを伝える」は、重要性 92.3%・実行可能性 71.4%の同意を得た。近隣とのあいさつや世間話程度である都市部に暮らし高齢者の近隣との関わり方 [270]や昨今の町内会・自治会事情や、町内会・自治会活動に参加すれば、1-2 年という期間設定での活動が独居の高齢男性にとって研究 1 の Case8 の高齢男性にように負担ともなることが考えられた。した

がって、「夫の健康状態やこれまでの職歴など個々に応じた方法で、町内会・自治会へ参加を勧める」と修正した。

Ⅷ-26「妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける」・Ⅷ-30「死別後 1 年の夫の健康状態について確認する」からⅧ-34「死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う」まで実行可能性は 70%以下で同意を得られなかった。夫が訪問看護を利用している以外は、保険外サービスとなるため実行可能性は低い。Ⅷ-49「なんらかで夫の病気を知った場合、死別 1 年後以降の場合は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する」は、訪問時期が不定期であり、既に死別 1 年後経過している時期の訪問の機会もⅧ-32「近況の報告時期が 1 周忌であればお焼香に伺い、直接観察する」と同様、焼香と設定しがたい内容であったためと考える。これらについては、Ⅷ-24「死別後の夫からの独居生活について電話やメールで報告を受け、状況によっては訪問し夫の様子を知る」と併せてⅧ-47「死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる」・Ⅷ-56「妻へのサービス終了後、夫の介護度・健康状態によって訪問看護に入る」に統合整理し、削除した。

Ⅷ-58「訪問看護期間にアセスメントを行い、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る」についても、公的保険外サービスとなるため実行可能性が 70%以下と推察する。前述と同様Ⅷ-47・Ⅷ-56 に統合整理し、削除した。

Ⅷ-64「いざという時に死別後の夫が新たな労力を使わないようにするためつながりを持っておく」は 70%以上の同意を得ているが、Ⅷ-68「高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを断たないでおく」の重要性・実行可能性とⅧ-69「新たな関係を築くことは労力がいるので、夫以外の遺族の状況によっては、つながっておく」の実行可能性は 70%以下の同意率であった。小野の研究の〈死別前後を通して，継続的に関わり，家族をサポートする〉という生活の再構築のための心理社会的側面の支援[271]にあたる項目と考えるが、Ⅷ-47「死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる」の中項目Ⅷ-54「地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる」と類似する内容と考え、統合し、削除した。

Ⅷ-61「夫の自尊心を傷つけないケアを行う」については、Ⅷ-47「死別後の訪問時の夫の状態によっては、必要なサービスにつなげる」・Ⅷ-56「妻へのサービス終了後、夫の介護度・健康状態によって訪問看護に入る」を行う上での看護観として捉えられるため、Ⅷ-47・56 の中項目として統合整理した。

２.妻と死別した高齢男性のグリーフワークを促進し、独居生活の再構築を目指す訪問看護師の看護観

本研究の結果から、訪問看護師は、Ⅰ期からⅧ期まで終始「2.5 人称の視点を意識して関わる」という看護観をもち、療養者である妻と高齢の夫やその家族に寄り添える看護師として関わっていることが明らかになった。

中村は、柳田の「2.5 人称の臨床の視点」は、古いプロ意識の 3 人称的視点,乾いた,温かさと柔らかさのない視点からの脱却と解釈し、訪問看護のあり方として重要な視点と位置付けている[272]。

「専門職であっても、家族とはいかないけど、それに近い形で寄り添う専門職として看護していきたい」(研究 2- Case2)は、専門職であっても、中村の言うように人として寄り添うことを重要視している。

また「死別後高齢男性が、なにかできることがあると思える役割や家族の理解が必要と思う」,「他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護に参加している実感を持ってもらうことが大事と思う」(研究 2- Case1)や「本人と家族の希望する内容でケアできればご遺族にとって生きる活力になる」,「大切な方との最期の時間にケアに参加できた方が、その後に人生が強く踏み出せる」(研究 2- Case2)「夫の生活自体変わらないようにしたい　夫は夫らしく生活してほしい」(研究 2 -Case2・10)、妻への訪問看護が終了しても「訪問看護ステーションのスタッフがいつでも遺族に対応ができるようにすることが大事と思う」（研究 2-Case6）のように、人として寄り添うことの重要性を認識した立場でケアするだけではなく、「昭和の一桁の人ってちゃんとしてなきゃだめ」（研究 1- Case4）と［夫婦の歴史があることを理解(する)］し、「物語としての対象」として理解[273]した上でケアする訪問看護師は、家族と共に体験する存在[274]であり、都市部に暮らす高齢男性にとって、［死別後の生活の拠りどころ］となり続ける。

また「私の父も母が 25 年前に他界して、突然死んでなにもわからないけど、父がいうのに自分が救われたのは、私が、のね、子どもを連れて故郷に帰っていた。それまでまごまごしていたのが孫の子守や世話することで救われたといっていた」（研究 1- Case4）という語りのように看護師の経験から高齢男性が役割を持つことの重要性を認識している。これは、野戸の言う「体験を経て意識化された終末期ケアに対する考えや姿勢」[275]であり、「2.5 人称の視点を意識して関わる」という看護観に影響している。管理者ら熟練した訪問看護師であれば一層、〈利用者への訪問看護を通して人生についていろいろ学ばせてもらっている〉・〈利用者への訪問看護を通して生き様・死に際・その人の人生や死に対しての考え方を学ばせてもらっている〉と療養者 - 家族 - 看護師の相互関係の中で、自分たちは、【関わった療養者とご家族に学び、看護観や死生観を育ててもらっている】と考え、（研究 2－Case3・7・8）、療養者 - 家族 - 看護師間の相互関係の中で、看護観が進化し、さらにその後のケアへ反映されることとなっていた。

加えて、「妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれ

る関係へとつながっている」(研究 2 -Case2・6・8)「なんらかの方法でつながっていれば、具合が悪いと連絡を受けて受診するよう助言ができる」(研究 2 –Case9・10)のように、専門職としての判断や支援の方法を忘れてもいない。
「私は看護師、あなたは患者」という古く乾いたプロ意識の 3 人称的視点から脱却した立ち位置[276]たった看護を提供していると考える。

３.高齢男性のがんの妻との死別体験後に生活の再構築に向かう転換点と助けとなるものの存在

妻との死別後の高齢男性は、［亡き妻の人脈による助け］を借りたり、［仏事を行うことで気持ちの切り替え］ができ、［生活に対する意識の変化］が起こり、［他者と交流］するようになる。

死別後の高齢男性が、［亡き妻の人脈による助け］を借りることは、死別後の手段的サポートとして別居家族からの情緒的サポートの他、親族や近所の人、友人からのサポートを受けているという宮島らの研究[277]と同様であった。加えて、楽しみのための外出頻度は、独居者 33 名中、月 3 回以下の外出は 16 名、週 1-3 回の外出は 10 名、ほぼ毎日の外出は 7 名で、生活のための外出頻度については、月 3 回以下の外出は 3 名、週 1-3 回の外出は 7 名、ほぼ毎日の外出は 23 名と報告している。都市部の高齢者であれば、徒歩約 30 分圏での生活のための買い物やかかりつけ医等への医療機関受診での外出が想定され、少なくとも店員や医療従事者など顔なじみの者との交流をしていることが考えられ、本研究の結果の［亡き妻の人脈による助け］・［他者との交流］を行うは、宮島らの研究に共通している。これらは、高齢男性の死別後の生活の支え[278]であり、［他者との交流］は、死別後の高齢男性の生活において［自分の意思を持って前に進む人生］へ一歩踏み出す[279]ための支えとなっていた。

また生天目[280]は、配偶者と死別した高齢男性は死別悲嘆や家事など新たな生活への【立て直しの難しさ】を体験し、身近な人からの食を通した交流への参加の【誘いに乗ってみる】ことを通じ、【迷いと納得の繰り返し】のなか参加を続けることで、【食と人の温もりによるいやし】により、悲嘆からの回復や生活を整えるための【ひとり暮らしを支える助け】を得ていたと報告している。人との交流が拡大することは独居の生活を支える一助となり、地域住民との交流支援の必要性を示唆している。都市部に暮らす高齢男性は、現役時代の仕事・生活背景からも定年後は孤独化するため、[他者との交流]だけでなく、食事の機会を得ることは必要なケアと考える。訪問看護師は、仏壇へ温かいお茶やご飯のお供えをするなど妻の供養のための行為は、食事を摂ることにつながると、高齢男性の独居生活での具体的な助言として伝えているが、生天目の言う「食」に共通すると考える。

また別の視座で仏事をこなすことについて視ていくと、欧米では、葬儀後、日本のように家族・親類が集まり法事を行うようなことはない。ニューヨーク・フィラデルフィ

ア・ピッツバーグ地域の高齢者においても配偶者との死別後 2 ヶ月から 8 ヶ月までの期間にうつ病の診断を受ける可能性が高いことや、うつ病の治療に死別が深く独自の影響を及ぼすことが報告されている [281]。取り分け、下流階級においてはうつ症状と経済的負担の両方大きいことが報告され、そのことがうつ症状の寛解を遅らせている [282]。またニューヨーク・フィラデルフィア・ピッツバーグ地域でうつ病と診断された高齢遺族の場合、プライマリケア診療でガイドラインに沿って治療を受けても、4 か月で治療効果を得られたり、寛解する可能性が低いことも報告されている [283]。

日本の仏教における一週ごとの中陰法要は、遺族にとって感情を心の中に閉じ込めることなく思い切り悲しみ、亡くなった現実をあるがままに受け止めることができる時間と場の提供とされている。特に精神的に不安定である 1 ～2 ヶ月頃とされる。四十九日や百か日法要は心を支える機会となり、ほぼ 1 年たつと身体的・精神的にも立ち直り、一周忌は、故人への愛着から抜け出し、新たな出発の場となりうると仏教のもつグルーフケアの可能性について佐々木 [284]は言及している。本研究で得られた日々の［仏事を行うことで気持ちの切り替え］により、高齢男性のグリーフワークは進み、[生活に対する意識の変化]を起こすことや、[家事・仏事への意欲]へつながり、[自分の意思を持って前に進む人生]を意識させるものであると考えられ、独居生活の再構築への転換点と考えられた。

４.都市部に暮らす高齢男性の妻と死別後の生活再構築プロセス

U.S.Department of Health & Human Service は、National Institution Aging の HP 上の「Mourning the Death of a spouse」[285]の中で、①「悲嘆しながら自分の世話をする」②「死後、誰もが同じように感じますか？」③「計画を立ててアクティブに」④「法的および財務書類の整理」⑤「配偶者の死後の外出」という項目で死別後のグリーフワークを支援している。また「可能であれば、主要な決定を待つ」「自分を大事にしてください」と述べている。

ニューヨークの在宅高齢者は、家事と掃除、洗濯、食事の準備と調理、薬物の自己管理、買い物、電話、交通機関の使用、ADL の支援ニーズには、入浴、着替え、食事、一般的な移動、個人衛生、トイレ、および異なる場所間の移動などの支援ニーズをもっている他、個人のビジネスまたは財政を処理する能力サポートのニーズもある [286]。

喪には時間がかかり、ジェットコースターのような感情の起伏がしばらく続くとしており、その中で主要な決定をせず、人生の主要な決定を遅らせるようにとしている。気分が良くなってから家を売ることや離職など仕事に関する決定をするよう述べている。「悲嘆しながら自分の世話をする」は、死別後、しばらくは忙しく、家族や友人が助けてくれるが人生の変化に直面するとし、家の中で一人で食べる食事は静か過ぎたり、料理や食事に興味を失うとある。そのような中、食事中にラジオやテレビの電源を入れる。

思いやりのある友人と話し、配偶者について話したいときは、家族や友人に知らせたりすることや、思い出を共有することなど具体的なセルフケアが示されている。

高齢者はもちろんのこと遺族は、その人の日常的および人間関係の慣行は中断される。そして身近な世界の崩壊は、困難な毎日の時間と機会・時間を埋めるという課題、予期せぬ混乱に対処し、孤独感と感情的な混乱の中で生きるとし、日常生活活動やルーチンの混乱が、高齢者の死別体験の重要な側面であるとされている[287]。

本研究における都市部に暮らす高齢男性においても、［妻への思慕］［妻不在に途方に暮れながらも続く日々の営み］の中にいる間は、予期せぬ混乱に対処し、孤独感と感情的な混乱の中で生きている。また日常生活活動やルーチンの混乱の中で［妻の死後の手続きと儀式］を行い、［仏事を行うことでの気持ちの切り替え］をしていた。これらは前述の「悲嘆しながら自分の世話をする」「法的および財務書類の整理」と同様と言える。

［独居となってからの体調変化］が起こったり、［独居生活継続での憂慮］もあるが、別世帯の家族や友人訪問看護師は、［死別後の生活の拠りどころとなる存在］や［亡き妻の人脈による助け］もあり、［自分の健康を意識(する)］し、［自分の信念と与えられた役割を支えに生き(る)］ようとしていた。また、妻と死別後の自分の健康を意識し始めた後は、［生活に対する意識の変化］が起こり、日々の［家事・仏事への意欲］をもって行い、［他者との交流］を始めていた。このような状態の高齢男性に、町内会や老人会のスポーツなど都市部なりのご近所付き合いなど外出や参加をするよう促していたが、これらは、「Mourning the Death of a spouse」[288]の具体的なセルフケアとして紹介されている「計画を立ててアクティブに」や「配偶者の死後の外出」の項目と同様と考えられ、高齢男性が生活を再構築していくプロセスと言える。

５.都市部における地域包括ケアシステムの「自助」「互助」の機能の仕方

2013（平成 25）年に示された地域包括ケアシステムの基本的要素は、「自助・互助・共助・公助」とされている[289]。2016（平成 28）年度に改めて提示された地域包括ケアシステムの構成要素では、自助や互助を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能を発揮していくように、生活支援と介護予防を一体化させている。国外においても死別に関する社会的経済的研究において、死亡率と入院期間延長に関連していることが報告されており、日本における地域包括ケアシステムに類似するコミュニティの自己管理戦略と回復力を改善するための大規模事前計画の必要性が示唆されている[290]。

田高らの研究によると、都市部に暮らす高齢男性は地域や近隣とのかかわりも乏しく、配偶者喪失による対人関係の縮小化で地域や近隣との交流の機会を失い、孤独感を抱く[291]とされていた。また、平川は、独居の高齢男性は、セキュリティ対策がなされたマンションは、防犯上安心だが、支援者にとって訪問や介入しづらく近隣住民や民生委員ら

の目が届きにくく、地域からの働きかけを困難化していると述べている[292]。

しかしながら、本研究においては、研究 1-Case4 のように、マンション住まいであっても、近所づきあいやマンションの中で開催されている体操教室への参加や、マンション内のスーパーへ買い物に行き、レジの店員やご近所の方と顔見知りになるなど都会なりの近所づきあいがあった。また研究 1-Case4 のケースでは、生前の妻が、マンション内にある保育園でボランティアをしていたことで、死別後の高齢男性を気にかけ、総菜のお裾分けを受けたりしていた。

保育園では、週に 1 回子どもと母親の集まる会の開催だけでなく、母親が子育てで孤立しないようにマンション住民らの交流も兼ね、子育て支援を子育て経験のある高齢女性など民意によりサポートするなどの独自のシステムがあり、AYA 世代も高齢者も、孤立化しないよう世代間交流とも言えるそのマンションならでは取り組みが実施されていた。これらは、都市部における自助・互助の機能であり、日常生活の中で生活支援や介護予防の機能を発揮しているケースと言える。

また一戸建てに暮らす高齢男性においても、妻が亡くなった後、すぐに「独居老人は知り合いがいないと、だれにも知られず亡くなった場合、困るでしょうって自治会にはいっていれば、しょっちゅう連絡するから絶対その方がいいって、地域の方と顔見知りになるから、その方がいいからって勧められ」町内会の役員にならないか、地域の長寿会に参加しないかと誘われたり(研究 1-Case8)、ゲートボールやグランドゴルフに参加しないかと声を掛けられたりしている(研究 1-Case6)。また、生前の妻が行っていた地域での活動のおかげで、近所の女性が、、スーパーで顔を合わせたりすると、「この頃来ないけど、どうしたのって言われる。向こうから声をかけてくれる」(研究 1-Case6) 少しお節介な存在[293]もあり、都市部の高齢男性の死別を支えようとする地域住民の活動が伺えた。

セキュリティの壁[294]があるマンションや一戸建てであってもこのように都市部においても高齢男性の妻との死別を支えようとするコミュニティ独自の仕掛け[295]が必要と考える。

６.都市部に暮らす高齢男性の考える妻と死別後の生活への備え

人生の終末や死別後に備えた行動について、筆者の先行研究から個々の《生きてきた時代背景に影響を受けた死生観がある》[296]ことが影響を与えていることが明らかになっている。

都市部に暮らす高齢夫婦は、〈生前から夫婦互いに死ぬときのことや死別後のことを考えて準備をしておく〉。死に装束や遺影など葬儀や墓について用意しているものもいた。一方で、妻の生への希望の尊重や夫自身の希望という背景がある夫婦は、臨終後の葬儀・墓については意思確認を一切していなかった。年齢が高い夫婦の方が、夫婦間で死について話題にし「死が近づくことを実感した対処行動」を取っていた。しかし、これは高齢になるほど死を意識しやすくなることではない。2011（平成 23）年 3 月に発生した東日本大震災を受けて、誰しも突然の死に直面する恐れがあるということに気づかされたという経緯から、昨今では、終活という言葉やエンディングノートなどの言葉を耳にするようにもなった。遺言等といった形で自分の意思を残すだけでなく、葬儀や遺影写真という死別後に必要となるサポートを自分自身で事前準備しておくというニーズが高まり、事前意思の表明が大切であるという認識の浸透とも考えられた。

都市部に暮らす高齢男性は、療養中の〈妻が死別後の夫のことを思い、家事をさせる〉ことで、〈したことのない家事に苦戦(する)〉しつつも、〈妻の療養中に家事を覚え、こなせるようになる〉。

〈妻の生前からマンション自治会や町内会など自ら近所付き合いを行う〉など自ら役割を買って出、生前の妻が担ってきた役割を引き継ごうとしていた。 訪問看護師もまた、〈死別後の生活を意識した生活をおく(る)〉ろうとしている高齢夫婦へ死別後の生活の予行演習を支援しており、本研究で新たに得られた知見となった。

前述の「Mourning the Death of a spouse」[297]の中の「死後、誰もが同じように感じますか？」では、配偶者が亡くなったとき、男性も女性も同じ感情の多くを共有するが、多くの夫婦が家事を分けおり、どちらかが請求書に対して支払いをし、車の修理をするかもしれない。一人は食事を作り、もう一人は芝生を刈る。役割を分割することは、すべてを実行する必要のある人が 1 人になるまで上手く機能することがよくある。家事から家事の修理、財務まで、新しいタスクを管理するための学習には時間がかかるとしている[298]。本研究における〈死別後の生活を意識した生活をおくる〉は、時間のかかる新しいタスクの習得であるが故、妻の生前から役割の受け渡しをされ、死別後の独居生活を想定し、取り組みをすることが生活の再構築促進につながると考える。

Ⅸ.「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」の意義

訪問看護師らは、「2.5 人称の視点を意識して関わる」という看護観をもち、妻の訪問看護導入からも妻の死後も高齢男性へケアを行っていることが明らかになった。

また、妻の死別後も高齢男性と何らかの手段で連絡をとれる形でつながりを断たず、状況に応じて、訪問看護をはじめとする地域のサービスやつなぐことや、受療行動を勧めるなど、専門職としての支援を続けていることが明らかになった。

今後、団塊世代が 65 歳以上を向かえ更に高齢化は進む。戦後生まれの団塊世代は、社会学の視座では、1970 年代当時「ニューファミリー」とされた世代である[299]。戦前の世代とは違う価値観を持つ世代である。「2.5 人称の視点を意識して関わる」という看護観を持ち、歴史ある生活者「物語としての対象」として理解した上でケアしていく[300]ことは、さらに重要視されることとなる。

本研究で開発した「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」は、訪問看護経験の浅い看護師や若手世代の看護師にとって、訪問看護ケアの受け手の思いや希求に添って適切なケアを行い、対象者との関係性を構築することに資すると考える。

前述したが、熟練した訪問看護師は【関わった療養者とご家族に学び、看護観や死生観を育ててもらっている】と考え、療養者 - 家族 - 看護師間の相互関係の中で、看護観を進化させ、フィードバックし、その後のケアにつなげている。Audrey らは、予期悲嘆や死の準備のケアは、適切なレベルの情報を提供するための効果的な対人関係スキルと家族への関わりに自信をもつスタッフに基づいて行われていれば、家族は喪失後の生活がどのようなものか検討することができると述べている[301]ことから、死の準備教育や死別後の生活を見据えたケアには、高度な対人関係スキルが必要と言える。そのスキルアップを図るためには、熟練した訪問看護師たちのように、療養者 - 家族 - 看護師間の相互関係の中で、看護観を進化させ、フィードバックし、ケアにつなげることを繰り返していかなくてはならない。

この「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」を用いることは、人生経験が浅いことや訪問看護経験の少ない看護師が、「死からの回避」をせず、がんの妻と介護する高齢男性と共に最期まで死に向き合うことを支援する。さらにそこで得た経験を意味付けし、自身の看護観・死生観を育み、次のケアに変化を及ぼす[302]ことが期待できる。また経験が浅くても自信をもってケアすることにつながると考える。

X. 研究の限界と今後の課題

研究 3-ⅱで実施した調査票は、質問項目も多く、回答数も十分に得られていない。また研究 1・2 で協力頂いたグループワークを行っていると返答のあった訪問看護ステーションを中心に都市部の一部の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師・介護支援専門員の資格をもつ訪問看護師からの意見であり、在宅看護専門看護師・訪問看護認定看護師をはじめとする関東ブロックに勤務する多くの訪問看護師の意見を反映したものではないため、一般的な特性を代表するものとは言えない。また都市部でも関西ブロックをはじめとし日本において人口 100 万以上の都市は、関東ブロック以外にもあるため日本の都市部における訪問看護ケア方法としての一般化には、至っていない。

また研究 1 の研究協力者は、60 歳代から 80 歳代であり、筆者の先行研究から、戦前生まれの苦難を生き抜いた過去の経験を背にし、口外することをはばかる世代と、戦後生まれの団塊世代らと違う価値観や死生観を持っている [303]ことが明らかになっている。加えて、後期高齢者と前期高齢者では、余生の時間軸幅が違うため、独居生活の再構築をするにあたり、年齢が高くなればなるほど生きる意味を見出しにくいものもあらわれることが推測される。

2018 年に報告された 65 歳以上の独居高齢者は、22.9%（4 人に 1 人の割合）となるという [304]。日本だけでなくアメリカも同様であり、自宅で暮らす独居高齢者は、全人口 10.3%、ニューヨークも同様で、独居高齢者割合は 40%を超えている。

配偶者や子どもがいない天涯孤独な高齢者は、『Elder Orphan（高齢者の孤児）』と呼ばれ、アメリカの高齢者の約 20%は、既に『Elder Orphan（高齢者の孤児）』であるか『Elder Orphan（高齢者の孤児）』になる可能性がある人たちである。在宅医療・訪問診療が進んでいるニューヨーク・マンハッタンで在宅医療に携わる医師は、HHA（Home Health Aid）/ ホームヘルパーと子どもが交互に介護される者もいれば、HHA を拒否し、遠方に住む甥・姪が月に数回訪問、老老介護で夫が妻のおむつを交換するケースもあるという [305]。また自身の independence を大切にすると述べられている。

海外の先行研究では、成人した子供は重要なサポート源に見えるが、以前から困難だった関係がさらに緊張する可能性があり、一部の高齢者は、自分でやることを好むタスクを伴う場合もあり、サポートが不要な場合や役に立たない場合があるとも報告されている [306]。

前節で述べたように日本においても、「ニューファミリー」[307]と呼ばれ、戦前の世代とは違う価値観を持つ団塊世代が後期高齢化する今後は、また彼らなりの独自の価値観で、独自の信念を持って生活していくことが予測される。またその後の世代にも有用であるのかなど、すべての世代に適用できる訪問看護ケア方法となりうるかの検証も今後は必要と考える。

本研究では、研究 3-ⅱまでの結果を得て、作成された最終版「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」は、296 項目からなるが、研究 3-ⅱの参加者は 14 名にとどまっている。これについては、重要性・実行可能性について、改めて調査を実施したい。

また死別後のグリーフケアは、現行の公的保険では、算定されない。死別後のグリーフケアが必要であることは、国内・国外の先行研究からも明らかにされている。本邦においては、個人情報保護により支援しにくいことや、施策としての方針がないことや、関係機関の統一した見解がないことなどグリーフケアシステムに関する課題について工藤らも述べている[308]。

2019（令和元）年の財政制度等審議会「令和時代の財政の在り方に関する建議」によると、国民医療費は診療報酬の総額であることから、仮に診療報酬を▲１％を適正化すると約▲4600 億円医療費が抑制されると述べられている[309]。仮に、高齢男性が妻の死別後、うつ症状やうつ病を発症した場合の試算をすると、医療機関の受診をすると仮定し、初診・再診料・医学管理費・処方箋料などの医療費と、調剤薬局では、調剤技術料・薬学管理料・薬剤料が発生する。薬剤は、SSRI が処方された場合、先発医薬品からジェネリック医薬品では、単価も違い、294.1 円から 80.6 円までの差がありはするが、これらを被保険者の高齢者の多くは、1 割～2 割負担する。診療費は、500-2000 円、薬剤費は 1000 円程度自己負担し、支払うことになる。残り保険者負担の金額は、9～8 割負担となるので、8000-10000 円となる。

悲嘆遷延予防のためや、安否確認を兼ね健康管理目的で死別後の遺族訪問とした 60-90 分の単発の訪問看護を 49 日の頃を目途に行うとした場合、丸メで看護項目を含むケアであれば、6500 円（1 割負担の場合:本人 650 円）・自費で自己負担であれば、8000 円である。全体的・長期的に見れば、医療費抑制になると考える。国外においても死別に関する経済的コストの研究では、死亡率と入院期間延長に関連していることが報告されている[310]。

公的保険外で行わるグリーフケアについて、今後も研究を積み重ね、公表していくことで、訪問看護師による死別後の遺族へのグリーフケアが評価され、訪問看護管理療養費として算定されるような提言として発信していきたい。

加えて、武の研究において、訪問看護の利用者本人や利用者家族から受ける身体的暴力・言葉の暴力・セクシャルハラスメントが問題視されている[311]。2019（令和元）年 12 月には、独居高齢男性宅へ訪問した看護師が、出された睡眠薬を混入したスープを飲み、心身喪失状態になった事件も発生している。このような事態が発生しても利用者のニーズを重視して訪問看護を継続している[312]。訪問看護師の半数以上が、暴力を体験した直後から心身のダメージから日常生活に支障をきたし、仕事を止めたくなるなど報告もある。訪問看護師の多くは、事業所の対策や対応に対して「訪問看護の仕事が安全である」とは感じていないと林の報告がある[313]。

対策として川上は、管理者やケアマネジャーに報告することや地域包括支援センターに相談することなど挙げている[314]。

利用者のニーズ優先し独居高齢男性への訪問看護サービスや保険外のサービスで継続的に関わる期間が長くなれば、このようなリスクも生じる可能性もある。したがって、継続的に関わることでのリスクマネジメントも、現時点では公的保険外サービスとして行われているグリーフケアとしての訪問などは、経営事情も鑑み、複数人数での訪問を行うという対応だけではなく、訪問事業所としての取り組みだけでなく地域連携し、取り組んでいくべき課題と言える。

XI. 結論

本研究では、「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」を開発した。都市部において訪問看護師らは、がんの妻を介護している高齢男性に対し、生前の［夫を案じる妻が行う死別後の生活の予行演習に付き合う］ことや、死別後の高齢男性にとっては、「2.5 人称の視点を意識して関わる」という看護観をもって、［地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在であ（る）］り続けていることが明らかになった。

本研究には、申告すべき利益相反状態はない。

謝辞

本研究の趣旨に賛同し、研究協力を快く承諾頂きました訪問看護ステーションの管理者ならびに訪問看護師、高齢男性の皆様に心より感謝申し上げます。皆様から大変多くを学ばせて頂き、改めてこれまでの自らの看護について振り返る機会を得ました。温かい励ましのお言葉も頂戴致しました。深謝致します。

指導教員である千葉大学大学院看護学研究科　生活創成看護学講座　地域創成看護学教育研究分野　訪問看護学専門領域　諏訪さゆり教授には、研究計画作成から、論文執筆まで、温かいご指導と励まし、時には叱咤激励を賜りました。そして研究遂行過程で迷い、自らの看護と対峙し辛くなってしまった時にも、適切に導いて下さいました。かけがえのない時間でした。深謝申し上げます。

学位論文作成においては、看護システム管理学講座　地域看護システム管理学　吉本照子教授、看護システム管理学講座　ケアシステム管理学　酒井郁子教授、先端実践看護学講座　高度実践看護学教育研究分野　成人看護学専門領域　増島麻里子准教授には、多くのご助言や示唆に富んだご指導を頂きました。ここに深く敬意を表し、感謝申し上げます。

さらに、訪問看護学専門領域の辻村真由子准教授、湯本晶代助教、訪問看護学領域の大学院生の皆様、修了生の皆様には、いつも温かく支えて頂きました。また元勤務先の教職員の皆様からも多くの励ましを頂戴しました。心より感謝申し上げます。

そして、学生生活を支え応援してくれた家族に深く感謝致します。

なお、本研究は、公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成金の助成を受けて行ったことを合わせて記し、深くお礼申し上げます。

引用文献

1)平成 27 年度高齢社会白書, http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html [1] 平成 27 年度高齢社会白書, http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html(2016.11.21)

2)平成 28 年簡易生命表の概況, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life15/dl/life15-14.pdf(2016.11.21)

3) 2010 年 総務省国勢調査(2016.11.21)

4) 平成 27 年国民生活基礎調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa15/index.html(2016.11.21)

5) 小谷みどり(2007)：中高年の「大切な人の死」観.ホスピスケアと在宅ケア 15(3):241-246

6) Evans JG(1984):Prevention of age-associated loss of autonomy ; Epidemiological approaches. Jounal of Chronic Diseases, 37(5):353-363,

7) 下中順子・中里克治他(1996):中高年期に体験するストレスフル・ライフイベントと精神的健康.老年精神医学雑誌 7 (11):1221-1230

8) Erikson,EH,Erikson,JM&Kivnick, E.H.(1990）:朝長正徳・朝長梨枝子(共訳)：老年期生き生きしたかかわりあい,みすず書房

9)谷田恵美子・大元雅代(2011):高齢者の悲嘆ケアを考える　前期・後期高齢者の認識比較-死別から四十九日までの回想-　インターナショナル Nursing Care Research10(4):1-11

10) 竹之内裕文(2009):「死すべきものとして生きる」岡部健,竹之内裕文編,『どう生きどう死ぬか 現場から考える死生学』弓箭書院:95-116

11）中村昭美(2014):病を抱えながら生きる高齢者の思い - 滋賀県高島市の一高齢者の事例から - .グリーフケア No.3,グリーフケア研究会:117-134

12) 5 再掲

13）鈴木はるみ(2005):配偶者との死別体験を有する男性の孤独感と間連要因,ホスピスケアと在宅ケア,13(3):238-243,

14）経済産業省(2012):安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けた調査研究事業報告書, http://www.meti.go.jp/meti_lib/report/2012fy/E002295.pdf(2016.11.21)

15）厚生労働省　平成 27 年簡易生命表 http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life15/dl/life15-02.pdf(2016.12.26)

16）内閣府　高齢化の状況　http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w2016/html/-zenbun/s1_2_1.html(2016.12.26)

17) 袖井 孝子(2006)高齢者の生と死を考える　高齢期の夫婦 配偶者との別れ.老年医学学会誌,44(1):21-25

18）高橋(松鵜）甲枝・井上範江他(2006):高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素 - 介護する配偶者の内的心情を中心に - .日本看護科学学会,26(3):58-66

19）河合 千恵子(1997):配偶者と死別した中高年者への連続講座による介入とその効果 心理臨床学研究15(5)461-472
20）岡村 清子(1992)：高齢期における配偶者の死別と孤独感：死別後経過年数別にみた関連要因. 老年社会学,14：73-81
21）鈴木 はるみ，滝川 節子(2005):配偶者との死別体験を有する男性の孤独感と関連要因ホスピスケアと在宅ケア,13(3)238-243
22）鈴木 はるみ，滝川 節子(2005):配偶者との死別体験を有する男性の悲嘆と関連要因に関する研究 死の臨床28(1)094-100
23）9 再掲
24）河村 諒，中里 和弘(2016):近親者と死別した高齢者の悲嘆に関連する死生観についての検討 ホスピスケアと在宅ケア24(1):24-37
25）加藤和子・百瀬由美子(2010):配偶者と死別した高齢者の悲嘆のプロセスと悲嘆への援助,日本看護福祉学会誌,15(2):55-68
26）宮林幸江(2016):遺族期に起こる"スピリチュアルペイン"配偶者喪失遺族の生きる意味・生活の張り(生活充実感)の喪失ホスピスケアと在宅ケア24(2):56-65
27）宮林 幸江，安田 仁(2008):死因の相違が遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応に及ぼす影響日本公衆衛生雑誌55(3),139-146
28）寺崎 明美，小原 泉(1999) 高齢女性の配偶者死別における悲嘆と影響要因 老年精神医学雑誌 10(2):167-180
29）梅崎 薫,笹島 茂他(2003) ：高齢女性の配偶者死別とライフスタイルに関する研究,日本公衆衛生学会誌 50(4):293-302
30） 7 再掲
31) 17 再掲
32) 杉本知子・Kishi Keiko Imai(2004)配偶者と死別した在宅高齢者の思いの分析.香川医科大学看護学雑誌，8(1):37-44
33）児玉 寛子(2015):家族介護者における介護終了後の生活適応プロセスの検討－介護期間中から介護終了後までの期間に注目して．日本在宅ケア学会，19(1):35-42
34）7 再掲
35）マーガレット・S・シュトレーベ 他/ 森 茂起他訳(2014)：死別体験 研究と介入の最前線.誠信書房:p200
36）杉浦圭子・伊藤美樹子 他(2004):在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討.日本公衆衛生学会誌，51(4):240-251
37）永井邦芳・堀容子(2011)：男性家族介護者の心身の主観的健康特性.日本公衆衛生学会誌，58(8):606-616
38）石橋文枝(2002)：在宅看護における家族介護者の対人認知に関する研究 - 男性介護者の対人認知の実態 - .藍野学院紀要,16:73-78
39）杉浦圭子・伊藤美樹子 他(2010)：在宅介護継続配偶者介護者における介護経験と精

神的健康状態との因果関係の性差の検討. 日本公衆衛生学会誌, 57(1):3-16
40）彦 聖美・鈴木祐恵(2013)：高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態調査-石川県における介護支援専門員に対する質問紙調査 - .石川看護雑誌,10:37-46
41）36 再掲
42）中村もとゑ・永井眞由美 他(2011)：認知症高齢者を在宅で介護する向老期・老年期にある男性介護者のよりよく生きる力とそれを育む要因.日本老年看護学会誌,16(1),104-110
43）38 再掲
44）株式会社インテージ(2016):マルチデバイス利用調査によるデバイス利用動向, http://www.intage.co.jp/library/20160601/(2017.1.30）
45）田高悦子・河野あゆみ(2013)：大都市の一人暮らし高齢男性の社会的孤立にかかわる課題の質的記述的研究.日本地域看護学会誌,15(3):4-11
46）荒川博美･森實詩乃　他(2018)：介護家族の会による認知症カフェ開設一年間の運営とカフェスタッフの学びのプロセス.日本認知症ケア学会誌,17(1):190
47）白川 あゆみ(2015):わが国における配偶者と死別した男性の心理社会的影響に関する文献検討,日本地域看護学会誌,18(1):102-109
48）岡村 清子(1992):高齢期における配偶者の死別と孤独感：死別後経過年数別にみた関連要因. 老年社会学,14:73-81.
49）39 再掲
50）本田亜起子・斉藤恵美子 他(2003):一人暮らし高齢者の特性.日本地域看護学会誌, 5(2):85-89.
51）小林 裕美(2008):ターミナルケアにおける予期悲嘆(Anticipatory grief)の定義に関する文献的考察.日本在宅ケア学会誌,12(1):62-68
52）45 再掲
53) Javier Espinosa(2008): Heightened mortality after the death of a spouse: Marriage protection or marriage selectionJournal of health economics27(5):1326-1342
54）厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/ (2016.10.9)
55）内閣府　平成 24 年度版高齢社会白書 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/s1_2_3.html (2016.10.9)
56）河野由美(2014):病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因,日本看護科学会誌,34:123-130
57）山本純子･島内節 他(2015):在宅終末期の療養開始期における高齢者を介護した家族による満足度・介護継続意思に関連する訪問看護サービス調整の要因.日本保健福祉学会誌,22(1):13-22
58）平木尚美・百瀬由美子 (2011)：認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける看護活動と介護職が看護師に期待する役割.日本看護福祉学会誌,16(2):85-96
59）坂口千鶴(2010):終末期にある老年患者を看取るに至った家族の葛藤.日本赤十字看護学会誌,10(2):19-26
60）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.日本看護科学学会誌,27(2):34-42
61）厚生労働省,地域包括ケアシステム,1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/(2016.12.6)
62）松下 哲・稲松 孝思(1998):終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査.日本老年医学会,36(1),45-51
63）細田 舞・今若 陽子他(2012):保健所が取り組むがん患者への在宅緩和ケアへの課題.保健師ジャーナル,68(4):330-336
64）久松美佐子・荒井春夫(2011):がん患者家族の余命告知時における死別への受け止め方の性別的特徴.死の臨床,34(1):116-120
65）明治安田生命保険相互会社/ 西村 直子 他(2006):リビングニーズ特約保険金請求後の生存時間分析.日本保険医学会誌,104(1):99-112
66）川越 厚(2013):がん患者の在宅ホスピスケア.医学書院:96-99
67）若林 和枝・湯浅八江(2011):在宅がん患者と非がん患者の看取り時に行われた訪問看護の提供実態.日本在宅ケア学会,15(1):63
68）葛西好美(2007):終末期がん患者を家で看取る家族の心理状態:過去 10 年間の文献レビュー.順天堂大学医療看護学部医療看護研究,3(1):109-113
69）小林裕美　森山美知子(2010):在宅で親や配偶者の看取りを行う介護者の情緒体験と予期悲観.日本看護科学会誌,30(4):6-16
70）古瀬みどり(2014):終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア.家族看護学研究,19(2):90-99
71）谷口友理・松浦和代(2005)：がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究.日本看護研究学会誌,28(4),27-42
72）杉本正子・河原加代子他(2005)：在宅ホスピスケアを受ける患者と家族のニーズ-在宅ホスピスを選択した遺族への調査-,日保学誌,8(1),38-45
73）大西 奈保子(2015):がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因. 日本看護科学学会誌,35:225-234
74）70 再掲
75）古瀬みどり・松浪容子(2013):訪問看護ステーションにおける終末期がん療養者の受け入れに対する訪問看護師の認識の関連北日本看護学会誌, 15(2):29-35
76）島田美鈴(2010):ゆらぎの概念分析 - がんサバイバーへの適用にむけて - .高知女子大学紀要(看護学部編)59:57-72
77）富田 俊・塚越 徳子他(2016):終末期患者の家族の意思決定に関する研究の動向と課題群馬保健学紀要3661-71
78）中島聡美(2012):がん患者・家族のストレスケア　がんの遺族における複雑性悲嘆とその治療.ストレス科学 27(1),33-42
79）76 再掲

80）宮上 多加子(2005)：家族の介護実践力に関する研究 痴呆介護実践力の構成要素と変化プロセスの特徴．高知女子大学紀要(社会福祉学部編)，54:1-12
81）杉原百合子・山田裕子 他(2010):認知症高齢者の家族が行う意思決定過程と影響要因に関する研究.日本認知症ケア学会誌,9(1):44-55
82）杉原百合子・山田裕子 他(2012）:認知症高齢者家族の意思形成過程の経時的変化に関する研究,日本認知症ケア学会誌,11(2):516-528
83）諸岡明美(2012)：在宅における認知症高齢者の介護および死別体験のプロセスと心理.日本認知症ケア学会誌,10(4):462-475
84）加藤 和子・百瀬由美子(2010):配偶者と死別した高齢者の悲嘆のプロセスと悲嘆への援助．日本看護福祉学会誌，15(2):55-68
85）83 再掲
86）51 再掲
87）堤 裕子(2008):訪問看護師だからできる遺族へのグリーフケア事例③予期悲嘆へのケア　看取り後に後悔を残さない生前からのかかわり，コミュニティケア,7:26-29
88）遠山寛子・島内節(2010):在宅高齢者を看取った家族の悲嘆に関するケアの内容の検討.家族看護学研究 15(3):18-29
89）廣瀬春次・生田奈美可(2010):在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究.日本看護研究学会,33(1):45-56
90）小野 若菜子(2007):家族介護者に対して訪問看護師が行うグリーフケアとアウトカムの構成概念の検討.日本看護科学会誌31(1):25-35
91）澤田愛子(1997):農村社会における死別高齢者の悲嘆と回復.死の臨床,20(1):43-47
92）奥　祥子(2000):看病の程度が高齢者の配偶者死別後の心理変化に及ぼす影響.鹿児島大学医学部保健学科紀要,11(1):69-74
93）寺崎明美(1998):配偶者喪失による高齢者の悲嘆とそれを左右する要因.日本公衆衛生学会誌,45(6):512-525
94）Kawagoe, H.(2000):Death education in home hospice care in Japan. Journal of palliative care,16(3):37-45
95）日本在宅ホスピス協会　http://n-hha.com/guidance_ja/standard_ja/(2016.11.14)
96）川越　厚(2013):がん患者の在宅ホスピスケア: p 96-99
97）Kamei T,Shimanouchi S(1999)：Preliminary study of change in the terminal care needs of cancer paitients at home.International Medical Journal 6. 101-107
98）Kim SL; Lee JE;Shimanouchi S(2014):Needs for end-of-life care by home care nurses among non-cancer patients in Korea and Japan. International journal of nursing practice, 20(4):339-345
99）小島操子・佐藤禮子(2011):危機状況にある患者・家族の危機の分析と介入 - フィンク/コーン/アグイレラ/ムース/家族の危機モデルより.金芳堂:p1-5
100）Juliet Cobin,Anselm Strauss et.al(1992)/黒江ゆり子他　訳:慢性疾患の病みの軌跡コービンコーとストラウスによる看護モデル,医学書院,東京

101）池添志乃(2002):脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵.日本看護科学会誌,22(4):44-54
102）山岡深雪(2016):慢性疼痛患者の生活再構築を支える看護師の自己評価基準.宮崎県立看護大学研究紀要,16(1):1-18
103）山本孝治・中村光江(2016)：青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築.日本何秒看護学会誌,21(1):67
104）原田めぐみ・奥村美奈子(2016)：回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える　援助方針と援助体制の検討.岐阜県立看護大学紀要要,16(1):39-49
105）102 再掲
103）大島埴生・友野里枝(2016):家族介護者の生活・介護に対する認識の変遷 - 回復期リハビリテーション病棟退院後患者の家族 1 例へのインタビューを通して.地域リハビリテーション,11(9):615-619
104）池添 志乃・野嶋 佐由美(2009)： 生活の再構築に取り組む家族の介護キャリアの形成困難における悪循環.家族看護学研究,14(3)：20-29
105）三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2012)：安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けた調査研究事業報告書,
http://www.meti.go.jp/meti_lib/report/2012fy/E002295.pdf(2017.6.7)
106）　100 再掲
107）中村光江・下山節子(2006): 慢性疾患の病みの軌跡」モデルに関する文献検討 その 1. 日本赤十字九州国際看護大学 IRR(5):71-78
108）中村光江・下山節子(2009): 慢性疾患の病みの軌跡」モデルに関する文献検討 その 2.　日本赤十字九州国際看護大学 IRR(5):57-65
109）25 再掲
110）坂口幸弘・柏木哲夫　他(2001):配偶者喪失の対処パターンと精神健康との関連.心身医学,41(6):439-445
111）地域包括ケア研究会(2017)：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書　地域包括ケア研究会報告書-2040 年に向けた挑戦-.https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf,（2017.2.6）
112）地域包括ケア研究会(2013)：地域包括ケアシステム構築における【今後の検討のための論点整理】.
http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_gaiyou.pdf,(2017.6.6)
113）111 再掲
114）倉澤茂樹・吉益光一他(2007):訪問看護を利用する要介護高齢者における家族の介護負担感の地域差.老年精神医学雑誌,　18(7):771-780
115）112 再掲
116）Ungerson,　C.（1987)/ 平岡公一・平岡佐智子訳(1999):Sex gender and informal

care, ジェンダーと家族介護, 光生館.
117）91 再掲
118）114 再掲
119）38 再掲
120） 119 再掲
121）91 再掲
122）45 再掲
123）地域包括ケア研究会(2016)：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書,
http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf,(2017.6.6)
124）総務省統計局(2011)平成 22 年 国勢調査, http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/users-g/wakatta.htm(2017.6.6)
125）総務省統計局(2016)平成 27 年 国勢調査, http://www. stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon1/pdf/youyaku.pdf(2017.6.6)
126）国立社会保障・人口問題研究所(2012):日本の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計人口) - 平成 23(2011)年～平成 72(2060)年 -
http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/kaisetsu.pdf(2017.6.1)
127）河野あゆみ･田高悦子(2009):大都市に住む一人暮らし高齢男性のセルフケアを確立するための課題 高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析, 日本公衆衛生学会誌.56(9):662-673
128）みずほ総合情報研究所(2008):単身世帯の増加と求められるセーフティネットの再構築-「ひとりでも生きられる社会」に向けて - ,
https://www.mizuho-irir.co.jp/publication/report/2008/pdf/saftynet0812.pdf (2017.6.6)
129）人見裕江(2000):高齢者との死別による悲嘆の回復過程 - 高齢者を看取る家族員の悲嘆 - .教育保健研究,中国・四国学校保健学会(編),11:180-188
130）宮林幸江(2016):遺族期に起こる“スピリチュアルペイン”(1)－配偶者喪失遺族の生きる意味・生活の張り(生活充実感)の喪失 - .ホスピスケアと在宅ケア24(2):56-65
131）生田美奈可(2011):配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関する質的研究.日本看護研究学会雑誌,34(2):97-107
132）129 再掲
133）小野若菜子(2013):高齢者を自宅で看取った家族介護者の死別後の適応.聖路加看護大学紀要,39:28-35
134）133 再掲
135）129 再掲
136）寺崎明美・小泉泉 他(1999):高齢女性の配偶者死別における悲嘆と影響要因.老年精神医学雑誌,10(2):167-180
137）蒔田寛子・飯田澄美子(2008):要介護高齢者の介護者であった配偶者の看取り後の生活状況.家族看護学研究,14(1):41-47

138）坂口 幸弘・柏木 哲夫　他(2001):配偶者喪失後の精神的健康に関する死別前要因に関する予備的研究.死の臨床，24(1):52-57
139）小野 若菜子(2008):〈事例①熱心に介護に取り組んだ家族へのグリーフケア>療養生活からの継続した家族ケアが重要.コミュティケア，10(8):20-22
140）小野 若菜子(2017):グリーフケアを考える 地域に根差した看護職が行うグリーフケア「死別を考える」思いやりのあるまちづくりをめざして.訪問看護と介護,22(1):14-19
141）90 再掲
142）沼田靖子・吉谷優子(2009):死別後 1 年間の夫の感情の変化に関する研究．ホスピスケアと在宅ケア,17(3):245-253
143）21 再掲
144）22 再掲
145）東清己・永田千鶴(2005):高齢男性の配偶者喪失後におけるアイデンティティの揺らぎと対処.熊本大学医学部保健学科紀要,1:47-56
146）室屋和子・田島司(2013):配偶者と死別した高齢男性の心理過程と社会生活への再適応.産業医科大学雑誌,35(3):241-246
147）桂 晶子･佐々木 明子　他(2007):配偶者を亡くした独居高齢者の自立支援.山形県公衆衛生学会講演集 33 回:107-108
148）山田 晧子・佐々木 明子　他(2009):配偶者と死別した独居高齢者の悲嘆と生活の再構築.日本公衆衛生学会総会抄録集第 68 回:464
149）138 再掲
150）52 再掲
151）10 再掲
152）平山恵美子・上條 育代他(2015):在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理観,日本医学教育学会誌,24(1)：56-62
153）吉田みつ子(1999)：ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究-“良い看取り”をめぐって-．日本看護科学会誌，19(1)：49-59
154）野戸結花・三上れつ・小松万喜子　他(2002)：終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究．日本がん看護学会誌，16(1):28-37
155）仁科聖子・湯浅美千代　他(2008)独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助.医療看護研究 4(1):50-56
156）60 再掲
157）川上千春(2012):終末期がん患者を在宅で看取る家族介護者の心の拠り所となるビリーフと苦悩の構造および訪問看護師の捉え方,お茶の水看護学雑誌,6(1),36-53
158）横尾誠一・大町いづみ(2014)：訪問看護師の死生観 個人背景との関連.日本在宅ケア学会誌,17(2),29-36
159）8 再掲
160）7 再掲

161）47 再掲
162）25 再掲
163）7 再掲
164）厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会健康日本２１（第二次）推進専門委員会(2014)：健康日本 21(第 2 次)推進. https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8247(2017.7.6)
165）e-Gov の法令データ提供システム(1997)：介護保険法（平成 9 年 12 月 17 日法律第 123 号）http://earthresources.sakura.ne.jp/er/Etc_CH_KHH.html(2017.7.6)
166）42 再掲
167）154 再掲
168）60 再掲
169）157 再掲
170）153 再掲
171）154 再掲
172）60 再掲
173）木村由香・安藤孝敏(2015):エンディングノート作成にみる高齢者の「死の準備行動」.
174）三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2012)：安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けた調査研究事業報告書.
http://www.meti.go.jp/meti_lib/report/2012fy/E002295.pdf(2017.6.7)
175）山本孝治・中村光江(2016)：青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築.日本何秒看護学会誌,21(1):67
176）原田めぐみ・奥村美奈子(2016)：回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助方針と援助体制の検討.岐阜県立看護大学紀要要,16(1):39-49
177）102 再掲
178）総務省 自治行政局住民制度課「住民基本台帳人口要覧」資料,都市別人口(平成 27 年人口 100 万人以上),http://www.stat.go.jp/naruhodo/c1data/02_22_stt.htm
179）21 再掲
180）22 再掲
181）21 再掲
182) Parks CM(1964)：The effect of bereavement on physical and mental health:A study the medical record of widows.*British Medical Journal*:274-279
183）71 再掲　谷口友理・松浦和代(2005)：がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究.日本看護研究学会誌,28(4): 27-42
184）81 再掲　杉原百合子・山田裕子 他(2010):認知症高齢者の家族が行う意思決定過程と影響要因に関する研究.日本認知症ケア学会誌,9(1):44-55

185）木下康仁(2007):ライブ講義 M-GTA　実践的研究法　修正版グラウンデッド・セオリー･アプローチのすべて,弘文堂
186）178 再掲
187）遠藤貴栄・長川清子(2016)：ただいま訪問看護師のキャリアラダー開発中！.訪問看護と介護,21(12):984-988
188）147 再掲
189）150再掲
190）60 再掲
191）63 再掲
192）71 再掲
193）81 再掲
194）Lincoln Y.S.,Guba E.G(1985)：Naturistic Inquiry,289-331,Sage Publications,CA
195）Meirelles Sousa,Janaina(2015)：Nursing Competencies for palliative care in home care,Acta Paulista de Enfermagem28(3):264-269
196）片山 はるみ(2016):いろいろな研究デザイン(3)質的記述的研究に取り組む.産業ストレス研究(Job Stress Res.)23(2):173-177
197）112 再掲
198）D.F ポーリット,C.T ベック,近藤潤子監訳(2010):看護研究　原理と方法.第 2 版,医学書院,243
199）96 再掲
200）桜井　隆(2001)がんの終末期患者を在宅で支える住み慣れた家で死ぬということ―死の日常化に向けて―.ターミナルケア，11(4):279-284
201）長内 さゆり・清水 準一 他(2011)：がん終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感.日本保健科学学会誌，14(1):5-12
202）平野 康之(2016):訪問理学療法士からみる内部障害リハビリテーションの実際.MEDICAL REHABILITATION,200:23-28
203）201 再掲
204）永井 眞由美・東 清己(2016): 在宅高齢者を介護する高齢介護者の孤独感とその関連要　因.日本地域看護学会,19(1):24-30
205）清水　あさみ(2017):がん診療連携拠点病院における認定看護師の気付きと今後の展望.　東邦看護学会誌，14(2):27-33
206）蘆野 吉和(2018):がん治療の開始時からＡＣＰを始める勇気を.
医療と介護,(2):16(112)-19(115)
207）伊美 美有紀・有永 信哉(2014): 家族の希望で告知をせずに終末期を過ごした 1 事例-生きる希望に寄り添って-.死の臨床,37(2)278
208）黒田　寿美恵・佐藤　禮子(2008):終末期がん患者の選択する生き方とその本質.人間と科学　県立広島大学保健福祉学部誌，8(1):89-100

209）和田 幸子・谷口 里江(2016): 看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援.人間看護学研究,14:1-8
210）西浦 郁絵・能川 ケイ 他(2005):在宅終末期ケアに関する研究(その 3)-在宅終末期ケアの諸相における看護判断と実践-.神戸市看護大学短期大学部紀要, 24:17-25
211）佐藤 泉・山本 則子 他(2011):終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻度の違い - がんとがん以外の事例の比較 - .日本看護科学学会,31(1):68-76
212）209 再掲
213）川越 厚(1996):家庭で看取るがん患者.在宅ホスピス入門, メジカルフレンド社 東京:30-36,125-127
214）209 再掲
215）葛西 好美(2006): 末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断,日本がん看護学会,20(2):39-50
216）215 再掲
217）小笠原 真理・谷本 真理子 他:高齢者の過去の背景を生かした看護を通して得た実践的知識.千葉看護学会誌, 16(1):53-60
218）215 再掲
219）60 再掲
220）90 再掲
221）215 再掲
222）保坂 隆(2002):がん患者の家族をめぐる問題① がん患者の家族のサポート.緩和医療学, 4(1):58-61
223）望月 崇(2019):わが国の家族発達の理論.系統看護学講座 別巻 家族看護学, 医学書院 東京:87-91
224）永井 真由美・宗正 みゆき(2017):訪問看護師が孤立の可能性を認識した高齢介護者の特徴.老年看護学,22(1):89-97
225）223 再掲
226）沖中 由美(2017):ひとりで暮らす虚弱高齢者の生きる希望に関連する要因.日本看護科学会誌,37:76-85
227）208 再掲
228）小野 若菜子(2008):〈事例①熱心に介護に取り組んだ家族へのグリーフケア>療養生活からの継続した家族ケアが重要.コミュティケア, 10(8):20-22
229）沖中 由美・西田 真寿美(2014):在宅介護における高齢者夫婦の「生きる希望」に関連する要因 - 妻が夫を介護する夫婦と夫が妻を介護する夫婦における分析 - .日本看護研究学会誌,37(4):45-53
230）210 再掲
231）208 再掲
232）60 再掲

233）215 再掲
234）福武 まゆみ・島村 美沙子 他(2017):配偶者との死別後の生活への適応～性別からみた生活への自信と役割の関係～.岡山県立大学保健福祉学部紀要,24(1):25-32
235）209 再掲
236）195 再掲
236）38 再掲
237）40 再掲
238）大塚 有希子・尾岸 恵三子(2011): 終末期の患者が食べることの意味.日本看護研究学会誌, 34(4):111-120
239）207 再掲
240）90 再掲
241）202 再掲
242）208 再掲
243）40 再掲
244）島内 節・鈴木 琴江(2008) :在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時期別にみた緊急ニーズ.日本看護科学会誌,28(3):24-33
245）224 再掲
246）山崎　幸子・藺牟田 洋美 他(2008):都市部在住高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴.日本保健科学学会誌, 11(1):20-27
247）宮下 公美子(2018):東京、高齢「買い物難民」増加が深刻化…栄養摂取に支障, 健康被害の懸念.Business Journal, https：//chiebukuro.oasisnavi.jp/kaigonews/78501 (2020.01.20)
248）90 再掲
249）中原 登世子・山本 成樹 他(2017):急性期病院緩和ケア病棟における患者への宗教的かかわりの意義 - 患者と僧侶の「並ぶ関係」 - .死の臨床, 40(1):168-174
250）208 再掲
251）210 再掲
252）90 再掲
253）樋口 京子・久世 淳子(2004):高齢者の終末期ケアにおける「介護者の満足度」の構造-全国訪問看護ステーション調査から - .日本在宅ケア学会誌,7(2):91-99
254）40 再掲
255）202 再掲
256）行田 泰明(2018)： 高齢化社会における癌診療　在宅緩和ケア.成人病と生活習慣病, 48(5)：507-513
257）90 再掲
258）齋藤 美華・村崎　志保 他(2019):高齢者の「予想される死」の援助場面における訪問看護師による「呼吸停止確認」の現状.日本老年看護学会誌,24(1):59-68

259）白井　明美・木村　弓子(2005):外傷的死別におけるＰＴＳＤ.トラウマティック・ストレス,3(2):181-188
260）清水　加奈子・安田　学(2016):喪の作業不全を抱える患者に対して精神科臨床はなにができるか.日本社会精神医学会誌,25(2):106-113
261）岡本 双美子・平松　瑞子(2018):在宅終末期がん患者を看取る家族へのグリーフケアに関する訪問看護師の困難.日本在宅ケア学会誌,22(1):92-98
262）佐々木　恵雲(2005):グリーフケア-仏教のもつ可能性-.心身医学,45:232-233
263）平賀 睦(2017):遺族の心の整理を促すための訪問看護師による効果的な遺族訪問方法の検討.日本赤十字広島看護大学紀要,17:29-35
264）260 再掲
265）90 再掲
265）262 再掲
266）263 再掲
267）237 再掲
268）261 再掲
269）90 再掲
270) 澤岡 詩野・渡邉 大輔 他(2015):都市高齢者の近隣との関わり方と支え合いへの意識 - 非常時と日常時における近隣への意識に着目して - 老年社会科学, 37(3):306-315
271）90 再掲
272）中村 順子(2013): 熟練の訪問看護ステーション管理者が期待する訪問看護のありよう-人材活用と育成の関りから-.日本看護科学学会,33(4):33-42
273）272 再掲
274）60 再掲
275）154 再掲
276）272 再掲
277）宮島 ひとみ・北山 三津子(2011):配偶者と死別した高齢男性の成長感に影響を与える要因.岐阜県立看護大学紀要, 11(1):37-44
278）佐野 知美・草島 悦子 他(2014): 在宅終末期がん患者家族介護者の死別の成長感と看取りに関する体験との関連.Palliative　Care Research,9(3):140-150
279）142 再掲
280）生天目 禎子・水野 敏子　他(2018）:配偶者と死別したひとり暮らしの高齢男性が食を通した交流へ参加したきっかけと継続していくプロセス.日本在宅ケア学会誌, 22(1):74-81
281）Katherine Ornstein　Melissa M.Garrio et al.(2019): An Examination of Downstream Effects of Bereavement on Healthcare Utilization for Surviving Spouses in a National Sample of Older Adults. Pharmacoeconomics, 37(4)：585-596
282）281 再掲
283)Angela R. Ghesquiere・Hillary R. Bogner　et.al(2013): The Effect of Recent

Bereavement on　Outcomes in a Primary Care Depression　Intervention Study. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22(12):1-10
284）263 再掲
285）U.S.Department of Health & Human Service National Institut on Aging「Mourning the　Death of a spouse」https://www.nia.nih.gov/health/mourning-death-spouse#what（2019.12.26）
287）Rahel Naef,Richard Ward et. al(2013):Charracteristics of bereavement experience of older persons after spusal loss:An integrative review.International Journal of Nursing Studies50:1108-1121
287）Audrey I. Stephen and Colin Macduff　et. al(2015): The Economic Cost of Bereavement in Scotland. Death Studies, 39: 151–157
288）285 再掲
289）113 再掲
290）111 再掲
291）45 再掲
292）平川 仁尚(2017):一人暮らしの高齢男性のエンド・オブ・ライフにおけるスピリチュアリティに関する質的研究:ケアマネジャーの視点から.日本農村医学会誌,(4):455-461
293）田中 博子・森實 詩乃(2016):団地自治会による高齢者の孤独死予防の取り組みに関する一考察.日本地域看護学会誌,19(1):48-54
294）292 再掲
295）小野 若菜子・永井 智子(2017):死別を体験する家族を支えた地域の人々の関わり.日本地域看護学会誌,21(2):40-47
296）森實 詩乃・諏訪 さゆり(2019):都市部においてがんの妻を看取った高齢男性が生活を再構築するプロセス - 2 事例の分析から - .千葉大学大学院看護学研究科紀要,41:101-108
297）285 再掲
298）285 再掲
299）落合 恵美子(2004)：21 世紀家族へ　家族の戦後体制のみかた・超えかた［第 3 版］.ゆうひかく選書
300）272 再掲
301） 287 再掲
302）150 再掲
303）国立社会保障・人口問題研究所(2018):日本の世帯数の将来推計(全国推計)2018 年（平成 30 年).http://www.ipss. go. jp/pp-ajsetai/j/HPPRS2018/t-page.asp(2020.01.22)
304）US.Census(2018): The population 65 Years and Older in the United States:2016 https://www.census.gov/library/publications/2018/acs/acs-38.html(2020.01.22)
305）Joi-in-ny(2018):日米の独居老人.
http://ameblo.jp/joy-in-ny/entry-12376255685(2019.12.26)

306）305 再掲
307) 299 再掲
308）工藤 朋子・古瀬みどり(2016):訪問看護師が捉えた利用者遺族を地域で支える上での課題.Paliative Care Reseach,11(2):201-208
309）財務省　財政制度等審議会「令和時代の財政の在り方に関する建議」令和元年 6 月 19 日.https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20190619/index.html（2019.12.21）
310）287 再掲
311）武 ユカリ(2018):サービス利用者による訪問看護師への暴力と訪問看護ステーションの地域連携との関連.日本看護科学学会誌, 38:346-355
312）武　ユカリ(2008):在宅におけるモンスターペイシエントに関する調査.
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20091002032834.pdf(2020.01.20)
313）林　千冬(2017):訪問看護師が経験する「暴力」調査報告　訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力の実態と対策　兵庫県下における実態調査の結果から.訪問看護と介護, 22(11):847-857
314）川上　加奈子(2018):訪問看護での暴言・暴力・パワハラ事例とその対策.
http: //cucare. net/article/viol1）（2020.01.20）

資料目次

資料１.「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」Ver.1 209

資料２.「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」Ver.２ 234

都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法

(Ver. 1)

次のページからお示しするのは、「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻の生前から死別後独居となって生活を再構築していくプロセス」に注目し、妻の生前から死別後も訪問看護師が行った訪問看護ケア内容をまとめたものです。

川越厚やCobin＆Straus のモデルを基に、在宅療養準備期-開始期-安定期-終末期・臨死期-死亡時-死別期（立ち直り期）の各期を参考に訪問看護ケア内容を整理しました。

今後皆様からのご意見を基に、

「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」を修正し、アンケート調査用紙を作成したいと考えています。本案について、皆様から忌憚のないご意見を頂戴できると幸いです。

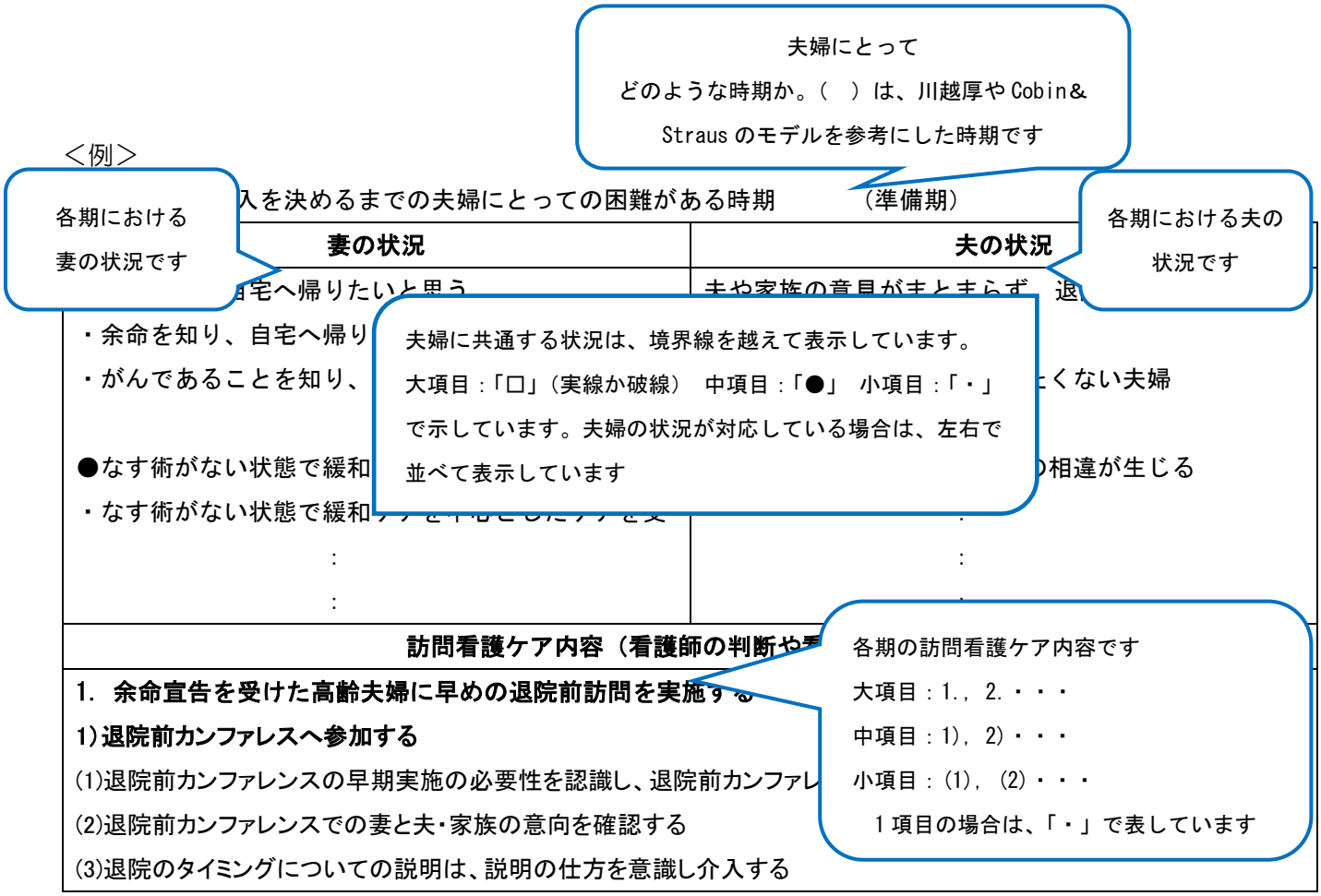
●この訪問看護ケア方法の開発は、以下を目指しています。

・男性高齢者の配偶者と死別後の生活まで想定した訪問看護の提供が可能になること

・配偶者の余命宣告を受けてから看取りまでの時期に死別後を想定した生活の支援や生前グリーフケアを行うことで遺族となる独居男性高齢介護者の心身の健康を早期回復に導き、配偶者を亡くした後の生活の再構築を促進すること

です。

〈　各期ごとのシートの見方　〉



＜例＞

入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期　（準備期）

妻の状況	夫の状況
自宅へ帰りたいと思う	夫や家族の意見がまとまらず、退
・余命を知り、自宅へ帰り	
・がんであることを知り、	くない夫婦
●なす術がない状態で緩和	の相違が生じる
・なす術がない状態で緩和ケアを中心としたケアを受	
：	：
：	：
訪問看護ケア内容（看護師の判断や	
1. 余命宣告を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する	
1)退院前カンファレスへ参加する	
(1)退院前カンファレンスの早期実施の必要性を認識し、退院前カンファレ	
(2)退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する	
(3)退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する	

Ⅰ．訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期　　（準備期）

妻の状況	夫の状況
訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある	
●余命を知り自宅へ帰りたいと思う ・余命を知り、自宅へ帰りたいと本人が希望する ・がんであることを知り、家に居たいと思う ●なす術がない状態で緩和ケアが導入される ・なす術がない状態で緩和ケアを中心としたケアを受けることになる ・妻本人へがんの告知（と夫・家族に治療は難しいと言われる）	●夫や家族の意見がまとまらず、退院後の方向性がすぐには決まらない ・（妻本人へがんの告知と）夫・家族に治療は難しいと言われる
●最期まで通院治療をあきらめたくない ・可能な限り治療を受けたい気持ちは一致している	
●疼痛の増強や転倒を起こす	・通院であらゆる治療を試したいと思う ・訪問看護導入のきっかけになる妻が納得のいく状況が起こり、訪問看護ステーションを頼る
●夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる	
・訪問診療・訪問看護を利用する意味が妻にはわからない	

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1．余命宣告を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する

1）退院前カンファレスへ参加する

⑴退院前カンファレンスの早期実施の必要性を認識し、退院前カンファレンスへの参加し、多職種と顔合わせする

⑵退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する

⑶退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する

2）高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う

⑴高齢夫婦世帯の為の退院調整ための訪問看護依頼後の退院前訪問を行う

⑵退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする

⑶夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始にむけて必要な具体的なアドバイスを行う

2．余命宣告後の妻の事前意思の確認と高齢夫婦それぞれへ意思確認を行う

1）余命宣告後の妻の事前意思の確認を行う

・余命を知って自宅で過ごすことと延命は望まないことを妻本人が希望していることを確認する

2）訪問看護導入前から夫婦の様子を観察し、それぞれの意思を確認する

⑴訪問看護導入前に妻の心身の状態と夫婦の関係性や生活を観察する

⑵夫婦のそれぞれの思いについて他職種と共に話を聞く

⑶面談は、夫婦 2 人での場合と個別の面談を行う

3．在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利

用を検討する

1)訪問診療の前と休日前に訪問看護は入る

・訪問診療の前と休日前に訪問看護をスケジューリングする

2)夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する

⑴今後の予測される症状対応のための医師へ処方の依頼する

⑵退院前処方や点滴交換のタイミング・回数検討を医師へ依頼する

⑶急変時対応と家族の動揺の対応のためのバックベッドの準備を依頼する

3)在宅療養に向けたサービス調整については、看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える

⑴サービスの調整がすぐ手配できるように夫と家族の介護力のアセスメントを行う

⑵退院にむけて必要な福祉用具や医療機器などの手配をする

⑶訪問診療の前と休日前に訪問看護をスケジューリングする

⑷在宅療養開始時は、多目の人員配置でスタートする

⑸退院に向けてサービス導入は、利用者が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする

Ⅱ．がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある時期　（開始期）

妻の状況	夫の状況
がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある	
・繰り返し入退院の末、外泊のまま妻が退院する	●在宅で妻を看取るか決まらないまま在宅療養開始となる ・在宅で看取るか決まっていない状態で妻が退院してくる ●高齢夫婦が在宅療養を続けることや妻の状態が急激に悪くなることへ不安が募る
他者が自分の家に入ることに抵抗がある ●他者に指示されることが嫌な状況があった ・入院中の人に指示されることが嫌な状況があった ●他者が入ることを望まない ●年齢や性格、独特な考えを持つ感情の起伏が激しい	**妻への介護でできることとできないと思うことがある** （・夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じ、夫は訪問看護導入を希望している） ●食べられる時期なら妻の食事介助はできる ●妻のおむつ交換はできないと思う

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1．余命宣告を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望を支えるようケアする

1)がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごすようケアしていくことを伝える

(1)訪問看護導入時、がんに罹患した妻の思いを傾聴する

(2)がんであってもあきらめないでよい状態で過ごせるよう伝える

2．がんと共存する在宅療養する高齢夫婦の不安の緩和に努める

1)退院直後の訪問で安心してもらう

(1)退院当日の訪問は、退院時間に合わせる

(2) 退院直後の訪問で安心してもらう

2)安心して任せてもらうために看護師の行うケアを見てもらう

(1)訪問看護の時間中は、自分たちが何をしているのか見てもらうことが重要と考えている

(2)安心して任せてもらうために自分たちのケアを家族に見てもらう

３．夫を介した妻との関係性構築に務めながら、今後の見通しを立てた訪問看護を行う妻との関係性を構築する

1)訪問開始時は、一人の訪問看護師の担当から始める

・担当は一人の訪問看護師で行う

2)（妻が訪問看護を受けることに抵抗がある場合は）に夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする

(1) 互いに慣れ、安全・安心な生活を送ることを第一目標にする

(2) キーパーソンである夫の考えを把握する

(3) 夫を介しての妻との信頼関係構築していく

(4) 夫婦 2 人に真実を全て伝え、相違がないようにする

3)開始時期は、週 1 回の訪問看護で生活を観察する

(1)最初は週 1 回の訪問看護から開始する

(2) 開始時期は、週 1 回の訪問看護で生活を観察する

(3)今後を予測し訪問看護に入る

4)関わり方を模索しながら、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う

(1) 週1回の訪問で日常生活上の具体的なアドバイスを行う

(2) 今後を予測しながら訪問看護に入る

(3) 訪問看護開始時から、ターミナルケアの強化を前提とした看護を行う

4. 夫の介護・家事のできる部分とできない部分のアセスメントと部分的な生活指導を行う

1)夫の家事能力と夫婦の生活について観察し、アセスメントする夫の家事能力と夫婦の生活について観察する

(1)夫の家事能力を観察する

(2)夫の家事能力をアセスメントと妻の様子と食生活について観察する

2)夫婦の家事能力をアセスメントした上で、部分的家事援助から開始する

・疼痛コントロールされ、夫婦で協力して家事が行えれば、生活援助全般のサービスではなく部分的家事援助から開始する

3)高齢夫婦が不安なく生活できるように自分の裁量で生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導する

(1)介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う

(2) 自分の職種の立場・裁量でヘルパーや夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する

4)夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認する

・夫がパウチ交換できるかの確認のため、訪問看護時に入浴介助とパウチ交換を行う　　など

Ⅲ．夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期 / 夫婦の生活をサポートする第三者が入り、妻が妻・主婦役割を果たせなくなる時期　　（開始-安定期）

妻の状況	夫の状況
夫婦が自分たちの歴史を語る	
何気ない会話の中で本音を語る	在宅療養開始以降も在宅で妻を看取るか決められない
●何気ない会話やケアのときに妻の本音が語られる ・生きることへの希望	●余命について漠然と捉えている ・医師からの余命宣告を漠然と捉えていて受容できない ●在宅での看取りの希望がある家族が一人でもいる ・家族内で在宅で看取るか決まらないまま時間が経過する ・家族の中で一人でも在宅での看取りの希望がある ・在宅での看取りの希望がある家族に従おうとする別の家族がいる ・在宅での看取りについて最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族に困惑する ・夫は病院での看取りを希望し、在宅での看取りをするか家族内で意見がまとまらない
	●夫は在宅での看取りを希望するが、家族内で意見がまとまらない
・余命を知って苦しみながら永らえたくないが夫との余生を楽しみたかったと泣く	・妻に出来る限り生きて欲しいと願う
・夫の社会参加を望む ●人の目を気にして外出をためらう ・外見を気にして出かけなくなる ・ご近所の目を気にして外出をためらう	
	妻の為に介護も家事も頑張ろうとする
●自己流の栄養に関する確固たる思いがある ・看護師が薦める食生活の内容について受け入れ難く自己流の栄養に関する確固たる思いがある ・買ってきたものはまずいなどはっきりと言う ・まずい・おいしいとはっきりと言う	●妻に任せっきりだった家事を最期に担おうとする ・妻のこだわりが強い為、ヘルパーを導入せず夫が食事を作る ・妻の希望に応え夫が 30 品目調理する ・妻の食べたいものを夫がこまめに準備する ・配食サービスやヘルパーを導入せず夫が食事を作る ・洗濯も掃除もなんでも行おうとする ・自分で家事をしたいと思う ・妻に任せっきりの 30 年間分の家事を最期に担おうとする
●夫に介護してもらいたいと思う ・第 3 者に介護されるのでなく夫に介護してもらいたいと思う	

	●実際介護と家事の両立の大変さに気づく ・買い物・洗濯はできるが、掃除・炊事はできない ・実際介護してみて大変さに気づく
	妻の言うことに反論せず感情を表に出さない
●夫への不満がある ・痛みに対して辛いという弱音でなく夫への不満を漏らす ・夫へ辛辣なことを言ってしまう	●妻が自分の言い分を押し通そうとするのでほとんど言い返せないでいる ・妻の言うことに夫は言い返すが妻に押し通される ・8：2で妻の言い分が通る ・他者が見ると奴隷のように介護中も夫を使う様子に見える ●感情を表に出さずいつも淡々としている ・言いたいことを言う妻と淡々と受け止める ・表情に出ずいつも淡々としている ・いつも気丈に大丈夫だよ、面白い冗談を言って和ませるような感じで返答する ●会話が減っていく夫 ・妻から不満を言われ、ストレスで会話が減っていく
妻・主婦役割が果たせなくなっていく	
●主婦役割ができなくなり夫の何気ない言葉に傷つく妻 ・状態悪化に伴い主婦役割ができなくなることで夫の何気ない言葉に傷つく妻 ●病床にあって妻役割を果たせないでいる妻 ・痩せても看護師が驚くくらい気丈に振舞う ・病床にあっても夫の心配をする ・病床にあって妻役割を果たせずヘルパーに嫉妬する	介護負担やストレスを感じさせるそぶりを見せない ・細かい事は受け流し、妻にはいてくれるだけで良いと思っている ●排泄の介助にも介護負担を感じるそぶりを見せない ・夜のトイレ介助をに介護負担を感じさせるそぶりは見せない

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 夫婦の歴史があることを理解する

1)夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴する

(1)夫婦から語られる夫婦の歴史を傾聴する

(2)妻が(清潔ケアや)散歩の際(など)にぽつりぽつりと話す家族の話や夫婦の話を聞く

(3)結婚してからの夫婦の生活や仕事について話を聞く

(4)夫婦の住まい・年金など経済状況について生活に関連した話を傾聴する

(5)夫婦の歴史や子どもの話をすることで夫婦の時間をより大切にして過ごしていただく

2)妻を失った時の夫の喪失感を慮りつつ、死別後の夫を想定し観察する

(1)夫婦の様子や生活を知る

(2)夫婦仲について観察する

(3)妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察する

2. 妻本人や夫の意思決定を尊重し、安心・納得いくケアを行う

1)妻本人と残される夫や家族が、後悔がないようにしたいことができるようにする

・妻本人と残される夫・家族が、後悔がないようにしたいことをできるよう支援する

2)妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良い内容を夫婦に伝えていく

⑴看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続いても軟化するまで夫婦を見守る

⑵妻本人が藁をもすがる思いや治したいという一心でしている民間療法を否定しない

3. 夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する

1)妻のはけ口となるよう傾聴に努める

⑴周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解する

⑵夫にきつい口調であたる妻のはけ口となるよう傾聴に努める

2)夫婦のやり取りは中立的立場で聞く

⑴付き合いが長い夫婦なだけに、言い争いになるが夫婦を見守る

⑵夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いている

4. 夫以外の家族成員をアセスメントする

1)夫以外の家族のサポート状況のアセスメントする

⑴家族が妻をどのようにとらえているか観察する

⑵息子・娘のサポートについて観察する

⑶家族関係についてアセスメントする

⑷きょうだいや親族が気持ちよく介護に協力しているかを知る

⑸家族のそれぞれの役割やキーパーソンとなる家族をアセスメントする

2)夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報共有する

⑴家族のそれぞれの役割を知りキーパーソンとなる家族と情報共有する

⑵夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため別居の家族と情報共有する

⑶家族内で介護の分担が決められている場合は、その役割担当の家族に連絡するなど、家族それぞれと関わる

5. 最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く

1)在宅で妻を看取るか夫と他家族の合意を待ちつつ看取りや急変に備える

・医療職側と家族側の在宅での看取りの決定についての温度差があるときは、看取りに向けて刺激しないように急変時の対応の準備は進めていく

2)最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族と在宅での看取りについて夫の意見が違っても看取る方向で動く

・夫が在宅で看取る覚悟ができなくても最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く

6. 夫が介護参加の意識を持ち、夫婦が自宅で過ごす良さを実感できる意図的な働きかけを行う

1)妻に自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫をする

・自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫として妻の希望に近い形でケアを提供する

2)夫と個々の家族が妻の介護に参加しているという意識をもつための意図的に働きかける

⑴家族一人一人が妻の介護に参加しているという意識をもってもらえるように意図的に働きかける

⑵清潔ケアに参加できるようセッティングする

3)夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる

・段階を踏み、徐々に夫や息子もケアに参加できるように働きかける

7. 夫の介護・家事能力をアセスメントする

1)夫婦 2 人の家事の様子や夫の家事能力についてアセスメントをする

⑴買い物から食事の支度まで行えるか知る

⑵男性で目が行き届かないところも含め、掃除されているか観察する

⑶夫婦の生活能力についてのアセスメントを行う

2)夫の社会参加に関するアセスメントをする

⑴夫の人付き合いについて知る

⑵近所との関係やコミュニティ参加の様子について知る

⑶患者の会への参加などしているか知る

8. 夫が介護と家事を行う中で、死別後の生活へ備える行動ができているか観察する

1)妻の死後を想定した家事訓練と準備について観察する

⑴妻の指示に従って夫が家事を行う姿を観察する

⑵ 夫の生活能力と死別の準備について観察する

9. 夫の介護・家事能力を見極めた上での、対応策を考える

1)夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことはしなくてもよい方向でケア内容を考える

⑴介護する夫の大変さを考慮する

⑵妻のために介護したいと思う夫の意思は尊重する

⑶夫だけでは無理な家事は他の家族に依頼する

2)夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める

⑴家事能力を見兼ね、夫の介護保険申請を勧める

⑵プライドから自分が家事をすれば済むことだと言う夫を否定しない

3)妻が安心して任せられていれば介護方法は否定しない

⑴夫の性格的なものが夫婦の支えとなっていることを理解する

⑵妻が安心する介助方法であれば否定しない

4)家事をしたことのない夫に家事・介護の完璧を求めず、2 人の生活が成り立っていれば良しとする

⑴他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらうことが大事と思う

⑵夫ができるケアや量を考慮し、これだけは介護をお願いするという部分は夫に任せる

⑶家事をしたことのない夫に完璧を求めず 2 人の生活で成り立っていることなら良しとする

⑷夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る

10. 夫以外の家族のサポート状況や夫の健康状態や介護状況を見守る

1)妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める

⑴妻本人や家族の意向を汲み、介護保険の利用は、無理強いしない

⑵必要に迫られるまで介護保険サービスは申請しない

2)訪問診療と訪問看護以外のサービスは状態変化に合わせ導入を検討する

⑴往診以外の介護保険サービスの導入は、妻の思いと夫の介護力を見て無理には勧めない

⑵状態変化に合わせサービスを導入し、必要な助言を夫に行う

⑶夫が背負いこまないように妻の状況に合わせて朝晩訪問看護に入ることを検討する

3)夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様サービス提供の対象者であることを伝えていく

・家族も自分が利用者であると意識していただくようにケアを行う

4)夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける

・表情が表に出ずいつも淡々としている夫に気遣う声かけをする

5)妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う

⑴妻への訪問時は、夫の状態観察と必要な生活指導を行う

⑵娘・息子らからの忠告は受け入れがたいので妻への訪問時に夫の状態観察と必要な生活指導を行う

⑶ケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変変に切り替えることを検討する

11. 高齢夫婦にとって生活を支える第 3 者的存在のヘルパーと連携し、夫婦の生活をサポートする

1)ヘルパーから生活情報を得る

⑴訪問看護に入らない時間帯の状況についてヘルパーか情報を得る

⑵本人・家族が構えないでいられるのでヘルパーから生活情報を得る

2)ヘルパーに安心して任せられるケアは依頼する

⑴妻が信頼し委ねることができるヘルパーにケアを協力し行ってもらう

⑵夫婦へのケアの要としてのヘルパーへケア上必要な指導を行う

12. 病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してのヘルパーへの進言する

1)病床にあって妻・主婦役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する

⑴病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する

⑵妻本人が介護を受けることについての思いを察する

⑶夫にとっての病床にあっても妻の存在が大事と理解する

2)援助者であっても妻役割まで踏み込まないよう意識して関わる

⑴援助者であっても踏み込んでいけないことがあることを理解し、看護師もヘルパーも意識して関わる

⑵病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮するようヘルパーにも伝える

13. 夫の介護負担を考慮した訪問看護内容とサービスの調整を提案する

1)夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える

⑴妻の状況に応じて介護保険から医療保険への変更する

⑵看護師が主導権を取り必要と判断したサービスをケアマネジャーに伝える

⑶サービス調整のための他職種へ早目に提案する

⑷ADL 低下や疼痛コントロールの為に複数の看護師の目で観察することが必要な状況の時は、担当看護師を複数にする

⑸疼痛コントロールと通院の大変さを考慮して訪問診療開始する

Ⅳ．夫婦にとっての思い出作りの時期/妻自身の死の準備行動と夫の死別の準備行動時期（安定期）

妻の状況	夫の状況
後悔しないための思い出作りをしたい	
●夫婦の思い出を作りたい ・夫婦で旅行の希望がある ・後悔しないための思い出つくりや本人の希望を叶えておきたい	
●周囲に気遣わせないよう気を遣う ・自分の外出で気を遣わせると思う妻 ・周囲に気遣わせないように気を遣う	
死別後の夫のことを案じる	
・生前の妻が死別後の夫の生活を案じてデイサービスを勧める	●妻の死後の準備の必要性を感じていない ・夫自身は死後の準備の必要性を感じていない
	夫の介護疲れや健康状態の悪化
	●夫に介護疲れが生じたり入院する事態が起こる ・妻の状態悪化に伴う夫の介護疲れ ・介護疲れによる主介護者の夫の緊急入院

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1．夫婦の思い出作りや希望を叶えるため、チーム一丸となり、協力しあう

1)妻・夫婦の希望を叶える為、看護・介護職・家族・親族が一つのチームとなる

⑴サービス提供のチームに家族が協力できるか確認する

⑵妻の希望をかなえようときょうだいからの後押しや可能にする経済力があるか確認する

⑶夫とサービス提供者・家族・親族の協力で妻の希望をかなえることが可能か検討する

⑷看護・介護職が親族とも顔なじみの関係作っておく

2)夫婦の希望にむけて多職種が準備から実現まで協力し合う

⑴妻の外出希望に向けて準備を始める

⑵サービス提供者みんなに声をかけ協力しあう

⑶目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力しあう

3)夫婦の希望実現に向けて、緊急事態に備えての打ち合わせを医師と行う

⑴夫婦の希望を叶えるため、医師へ緊急事態に備えて外出先で使える情報提供書の準備について進言する

⑵夫婦の希望を叶えるため、医師とは、緊急・急変時の打ち合わせしておく

4)妻の希望の旅行や外出の為の事前確認を行う

・安全を優先して、妻の希望の外出の為の事前確認を慣れるまでは行う

5)外出をためらわず、楽しめるように工夫する

⑴外出に関してケアの振り返りを行い、次回の外出のケアに生かす

⑵外出に合わせたおしゃれを楽しむことも妻の希望として尊重する

2. 妻の死への準備行動と夫の死別後生活を案じた妻の行動を支援する

1)自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添う

⑴2.5 人称の視点を意識して関わる訪問看護師でいる

⑵妻と夫・家族にも寄り添える存在でいる

⑶葬儀に関することも含め、臨終に備えた準備を家族に伝えていくのもグリーフケアと考える

2)夫に自分が死んだときの希望や形見分けについての話を傾聴する

・自分の妻・母親役割が終わり、身辺整理についての妻の話を傾聴する

3)生前の妻の功績として夫を案じた死別後の生活の予行演習に付き合う

⑴生前の妻が死別後の夫の生活を案じた予行演習に付き合う

⑵ 死別後の夫の生活を案じた妻から普段の生活について伝えられた話を傾聴する

4)生前の妻が自分の死別後の夫へつなげる近所づきあいの挨拶に付き添う

・生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配した近所の方への生前の挨拶に付き合う

5)妻本人が行っている死の準備行動を手伝う

⑴生前から自分の遺影を選ぶ妻を手伝う

⑵妻本人の死後の準備として旅立ち装束として着せてほしいものを指定される場合は、一緒に衣装と置き場所など確認しておく

3. 妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と夫が妻の介護ができなくなった場合についての検討を行う

1)夫の生活自体変わらないようにする

⑴家族も訪問看護サービスの対象であることを伝える

⑵ 夫が夫らしく生活していけるよう夫の生活自体変わらないようにする

2)がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行う

⑴がんの妻に目が行きがちで夫の健康状態が悪化するので日常生活の確認や指導が必要となる

⑵主介護者の夫の健康状態をみて、夫婦 2 人の生活を支えるための訪問看護内容の比重を検討する

⑶夫婦 2 人の重症度をそれぞれアセスメントし、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える

3)万が一に備え夫が先に逝去した場合についての検討もしておく

・夫の既往歴を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについての確認をしておく

Ⅴ．夫婦で過ごす時間を大切にする/死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期

（安定-終末期）

妻の状況	夫の状況
夫婦で過ごす時間を大切にする	
●これまでのような日常生活ではないが夫婦水入らずの時間を楽しむ ・会話になってなくとも夫婦にとっての楽しい時間	
	・一緒に食卓を囲むだけでもいいと思う
帰宅しない夫を心配する	
●帰宅時間や行先不明のまま外出してしまう夫を妻が心配する ・帰宅の遅い夫を心配する	・帰宅時間や行先不明のまま外出してしまう ・帰宅が遅いのでヘルパーに心配される ・所在不明時でヘルパーに心配される
セルフケアが難しくなっていく	セルフケアができなくなっていく妻の介護に自分は参加させてもらえないと感じる
●セルフケアが難しくなってきた部分を他者に管理を依頼する ・体力が落ちてきて自分で行えなくなったストマやバルン管理はヘルパーや夫に管理してもらう	●トイレ・入浴介助は自分がすることにこだわる ・トイレ・入浴介助にこだわる ・トイレ・入浴介助は、失禁が始まる前まで介助する ●看護師やその他のサービス提供者に言われたとおりに物品準備をしたり、物や方法にこだわるために混乱する ・多職種が妻の治療やケアにかかわることでの情報整理に夫が混乱する ・現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする ・普段はすごく温厚だが、急な薬剤の変更があると電話で食ってかかる ・これでなくてはいけないと思い、現在使用している物にこだわり、完璧に準備しようとする ・言われたとおりに必要な物を準備しようとする ・手伝いに来ている家族不在の時は、代わりに様子を報告してくる ●妻の介護をしたいが介護に参加できず、自分にはできることがないと思う ・妻の介護に参加できす、仲間外れにされていると思い疎外感を感じる ・自分にはなにもすることがないと言って部屋に閉じこもるようになる ・自分の介護役割を取り上げられ看護師に詰め寄る ・自分の介護役割を看護師に取り上げられたと思い家族に訴える

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
1. 夫婦 2 人で過ごす時間を意図的につくる
1)夫婦 2 人の時間を設ける
(1)2 人きりの時間つくるためヘルパーの入らない時間を意図的に設ける
(2)夫婦 2 人の時間を過ごしていただく
2)ヘルパーが入らず夫が妻の介護をする時間を敢えて設ける
(1)夫が介護しなくならないようにヘルパーの入らない時間を敢えて設ける
(2)緊急の対応に備えて意図的にヘルパーが入らない時間を設定する
2. 夫の外出時は、行先・帰宅時間の確認と外出中も連絡がつくようにしておく
1)妻が心配するので夫が外出する場合は、所在不明にならないように注意する
(1)妻が夫の心配をしていることを訪問するスタッフからしてもらう
(2) 緊急事態に備えて、夫の外出時は、携帯電話を所持してもらう
3. 死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない
1) 夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する
(1) 夫がストレスなく妻の介護に参加するために他の家族の協力を得たり、事前の根回しの連絡をしておく
(2)夫は夫なりに、一所懸命であることを理解する
2)年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるようにする
(1)家族として介護上の役割を持っていただく
(2)遺族にとっては生きる活力になっていくよう本人と家族の希望する内容や感動できるようなケアに近づけるよう努める
(3)遺族にとって死別後の生活や人生があることを考え、大切な方との最期の時間にケアに参加できたという気持ちがもてるようなケアを考える
(4)他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらう
(5)夫にとっての苦労と思う介護でも、介護保険を使わず、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につなげる
(6)死別後の夫の後悔につながらないように、年齢的に難しく、できないと思っても介護を取りあげたりしない
(7)終末期のケアに家族が参加し役割を持つときには個人の年齢・性格・能力も考慮する
3)妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう
(1)夫にできそうなことは、してもらう
(2)妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考える
(3)介護を夫に任せる・任せないの相談を妻とアイコンタクトで行う
5)多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する
・多職種発信の情報は夫が混乱しないよう訪問看護師が集約する
6)夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても目を瞑る
(1)夫の愚痴の聞き役を他の職種に依頼しておく
(2)家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう
(3)夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る
(4)夫がしていることに疑問があっても目を瞑る
4. 夫婦の状況に応じて訪問看護ステーションから診療報酬や介護保険枠外で臨機応変に対応を行う
1)各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する
(1)交通の便や嵩張る品物などに配慮し、訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出し提供する場合

もある

⑵交通の便が不便な場合、看護師が衛生材料を買って持参することがある

2)食事が採れなくなったら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参する

⑴食事が採れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤・フォーミュラ食などをその都度持参する

⑵むせ込むようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする

Ⅵ. 妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う/　妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う　（終末期）

妻の状況	夫の状況
夫の入院期間中は入院する	夫の介護疲れや健康状態が悪化する
●夫の入院に合わせて妻も入院する ・本人が入院を希望する ・自分自身が家にいられないと思うほど状態が悪い場合は、入院する ・夫の入院期間中は、妻も入院をする ・夫の健康状態に配慮し看取りは病院でとなる ・夫の回復を待ち、妻も自宅へ帰る	●介護と仕事の両立で介護負担を感じる夫 ●夫の介護疲れ ・夫の介護疲れによるレスパイト入院
自分の余命について受け止めきれない	
●余命や看取りについての話を受け止めきれていない ・直接医師から余命と看取りをどうするかという話をされる ・余命や看取りについての話を受け止めきれていない	
治療できないのであれば家に帰りたいと思う	
●治療できないのであれば家に帰りたい ・緩和ケア病棟に入院して、妻本人が家が良いと思う ・入院して最期をどこで過ごすか改めて実感する ●在宅療養を心から望む ・退院カンファレンスで在宅療養が決まり笑顔になる ・在宅療養に切り変えて元気を取り戻す	
夫に介護され看取ってほしいと思う	
●最期まで夫に面倒を見てほしいと思う妻 ・自分の余命を察知し、夫に面倒を見てと言う	●妻の要望であっても夫一人では無理なケアがある ・妻の要望でも更衣・シーツ交換・清拭は夫にとって負担が大きい
	在宅での看取りを覚悟する
	●最期に妻を看取るのは自分しかいないと思う ・訪問看護ステーションに夫が在宅で介護することを覚悟したと連絡する ・妻を最期まで受け止めきれるか看護師が心配しても頑張るという ・死に向かってはいくのにがんと戦う妻と妻の感情を受けとめようとする ・自分しかいないと最期まで看取る覚悟でいる ・余命 3 ヶ月と言われ在宅で看取ることを覚悟する ・医師から余命や看取りについての話をされ自分が面倒

（夫に迷惑をかけたくないという思いがある） ・妻は状態が悪化しても、延命や救命をして夫に迷惑をかけたくないと思っている ADL 低下に伴い排泄がままならなくなる ●レスパイト先から退院後のＡＤＬ低下があり、自力での排泄がままならなくなる 辛いと言わず、他者を気遣う ●決して辛いと言わず他者を気遣い感謝の言葉を残そうとする ・仲の良かった世話になった友達に自分の死期を悟ったメッセージを伝える ・看護師や往診医にも手紙やブログで感謝の言葉を残す ・本来生まれてこなかったはずの人生や自分の最期について妻本人が受け入れている ・朦朧としていても自分の意思を伝え看護師やヘルパーにも気遣いのある ・鮮やかで潔い生きざまと思わせるようなところがある ・決して辛いと口にせず看護師に気を遣う 意思疎通困難におけるストレスを感じる ●夫との会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる ・会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる ・はっきりとした口調で話ができないことがストレスとなる ・会話の減少に伴い、性格的にも弱くなった印象を受ける ・入院前より発声も会話量も減少する	をみるしかないと思う ・自分たちは排泄の介助されるのは嫌だと思っていたが介護する羽目になったと笑い飛ばす ●妻の夫に迷惑をかけたくないという思いを受け入れがたい ・迷惑をかけたくないという妻の思いを受け入れがたい ・最期は妻の介護をしたいという思いが強い 言葉にしなくとも妻のサインを察知する ●妻のトイレに行きたいサインを理解していて察知できる ・敢えてトイレと口にしなくても妻の足の動きで察知する （難聴がある）

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 夫の仕事や健康状態を考慮し、短期入所やレスパイト入院を勧める

1)妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配をする

⑴夫の健康を考えると入所・入院も選択肢の一つとして考える

⑵夫の介護負担を配慮し、在宅で看取るか、レスパイト目的で入所・入院するか訪問の度に確認する

⑶在宅での看取りが無理と思うときは、受け入れ先を探す準備があることを伝える

⑷妻本人と夫が入院を希望すれば、後の心残りにならないよう医師に連絡しに入院できるように手配する

⑸主治医から許可を得てレスパイト入院の受け入れ先を探す

2. 余命宣告がされた妻の思いを傾聴する

1)妻本人へ余命宣告がされ、妻本人が話をするときは傾聴する

・医師から余命や看取りについての話をされた時には傾聴する

3. 看取りに向けて夫や家族の負担・都合を踏まえた退院時カンファレンスへ参加する

1)看取りに向けて夫や家族の負担や都合を踏まえカンファレンスで退院を検討する

・看取りに向けて家族の負担や都合を踏まえてカンファレンスする

2)退院カンファレンス後の早期に在宅療養へ切り替える

・退院カンファレンス後、受け入れは自分いつでも可能と話し早期に在宅療養へ切り替える

4. 夫婦それぞれの思いを確認し、夫がストレスにならないよう観察する

1)妻と夫それぞれに話を聞き、妻と妻を受けとめる夫の状態を観察する

⑴夫がどうしたいのか話を聞き、妻の気持ちを察し代弁する

⑵妻の不安の軽減に努め、精神的に不安定な妻の傍で受け止める夫と 2 人を観察し、対応する

2)いつでも相談してよいことを伝えておく

・いつでも相談に乗ることを訪問の度に話しておく

5. 夫の排泄介助の負担を考えたケアを夫婦の状況に合わせて考える

1)夫の排泄介助の負担を考え妻にバルンカテーテル留置を提案する

⑴妻自身の排泄での移動の負担と夫の介助の負担を軽減するために妻へバルンカテーテル留置を提案する

⑵妻の希望があった場合に備え、夫にバルンカテーテル抜去方法を伝えておく

⑶妻本人がルンカテーテルを嫌がり、夫は車椅子トイレ介助を再開する

2)食事状況や便の排泄状況を観察し、説明をし、摘便処置を行う

・食事状況と排泄状況を観察し、説明を行い合意のもと摘便処置を行う

6.妻の持つ死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する

1)妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、ケアにつなげる

⑴妻自身が思っている自分の人生について理解を示す

⑵妻自身の死生観について感心し、同調する

⑶家族が自宅で看取ることを受け入れ、暗い雰囲気にならないよう家族が集えるようにする

7.妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う

1)妻本人が行っている死後の準備を手伝う

⑴妻本人が行っている死後の準備を知る

⑵妻本人の死後の準備として旅立ちの装束として着せてほしいものを指定された場合、一緒に確認し準備しておく

8.高齢夫婦だけで過ごす時間が負担にならず夫の生活がこれまでと変わらないように配慮したケアを行う

1)妻本人に苦痛を除去することを優先と考えたケアを行う

⑴痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける

⑵妻本人が楽にケアを受けられるよう癌疼痛治療剤を使用後清潔ケアを行う

⑶疼痛出現による入浴困難時は、ペインコントロールを中心に考えた清潔ケアを行う

⑷夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える

2)夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える

・生活・家事全般自体は問題ないので、夫も訪問看護も妻の要望に応えるように努めてもらう

3)妻本人の意思の尊重と疼痛緩和に配慮しる、夫婦 2 人の時間と夫の生活が変わらないように支援する

⑴痛みがないように配慮し、妻本人と家族の意思を尊重し、夫が自然でいられるように心がける

⑵夫婦の時間が楽しく、夫も笑顔で介護できる状態が続けられるように看護師の思いを押し付けず夫婦の思いを尊重する

⑶本人の希望に沿うケアを提供するよう努める

⑷夫が仕事を継続しながら介護できるよう調整し、妻本人の望むことは、最大限かなえていくよう努める

⑸意識レベルがある時は、妻の意向を確認し、妻の希望を叶えることを意識しケアする

4)夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用を検討する

⑴医療依存度が高い場合は、夫以外の家族のサポートがない時は自費での訪問看護とヘルパーの利用も検討する

⑵夫への負担と夫に妻のケアをさせられない状況の時は、ヘルパーに依頼し、自費の利用も提案する

9. 妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う

1)夫一人の時に対応できるように死の準備教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化について説明や必要なものを準備する

⑴死前教育としてパンフレットを用いて今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の反応を見ながら事前に説明する

⑵高齢の夫が一人のときでも対応できるようにパンフレットを作成し、レスキュー対応はセッティングしておく

10.妻に負担のない方法でコミュニケーションを行う

1)臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする

⑴妻の状態や性格に配慮し、臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする

⑵これまで通り夫婦の挨拶は妻が意識低下しても続ける

Ⅶ. 臨終直後から通夜　（死亡時）

妻の状況	夫の状況
鮮やかな死に際と思わせる最期	予想と違う臨終と思う夫
●夫の手を煩わせないように思える鮮やかな死に際 （夫の予想より早い臨終）	●思いも寄らない時期や時間に臨終を報せてくる ・夫の予想より早く臨終が訪れたと思う ・誰も気づかいないで妻は逝ったのだろうと思う ・あっという間だったと口にする
	臨終後は涙を流したり、妻が亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子に見える
	●妻を失ったことへの悲しみで涙する ・臨終後涙する ・居なくなってしまったとしみじみと語る ・臨終後回想しながら涙する ●臨終直後は、亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子 ・呼吸停止した妻を呆然と見つめていた ・呼吸停止したのは自分が吸引したせいだと思う ・臨終前と比べて臨終後は気が抜けてしまったと感じる ・臨終直後は、亡くなったことが受け入れられてないような様子 ・臨終時の最期の言葉で、事態を受け止めきれず困惑する ・妻の最期の言葉に呆気にとられている
	違和感を覚えるようないつもと変わらない様子
●思いも寄らない最期の言葉を残して亡くなる	●違和感を覚えるほどこれまでの訪問の時と同じように変わらない様子 ・妻の臨終直後は、これまでの訪問の時と同じように変わらない様子 ・妻の最期の言葉に失笑する ・照れ隠しなのか妻を亡くしたという寂しさを夫が隠しているのかわからない
	妻の死は仕方ないことと思える
	●これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている ・臨終直後の冷静である ・冷静に電話をする ・これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている ●夫なりに悔いのない看取りができたと思える ・肯定的に妻の死を受け止める

	・家族から看取ることができて良かったと言われる ・やれるだけのことをしたと思える ・予想より早い臨終でも在宅での看取りに後悔はない ・妻の死を受容しているように見える

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える

1)労いの言葉をかける

・妻の臨終時に労いの言葉をかける

2)今が悲しむ場であることを伝える

・淡々としている夫に、悲しんでよい場面で、泣いて良い場であることを伝える

2. 夫に配慮しながら、妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを実施する

1) 夫や家族と一緒にエンゼルケアを行う

⑴夫と一緒にエンゼルケアを行う

⑵臨終後の妻に、夫と共に清拭を行う

⑶夫と一緒に言葉を掛けながらご遺体のケアを行う

2)夫に見せない方がよいと判断した場合は、看護師だけか夫以外の家族とエンゼルケアを行う

⑴夫には血液など付着した妻の最期の姿見せないようにエンゼルケアを行う

⑵本来は一緒に行うが、夫に見せないようエンゼルケアを看護師と夫以外の家族だけで行う

3)妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを行う

・本人の事前意思の湯灌や死装束の更衣の前にエンゼルケアとしての吸引などの処置を行う

4)妻へのねぎらいの言葉を掛ける

・エンゼルケアをしながら、妻をねぎらう言葉を掛けるよう夫に促す

3. 通夜に訪問し、夫の様子を観察する

1) お通夜に伺い、夫の様子をうかがう

・お通夜に伺い、家族と一緒の夫の様子をうかがう

Ⅷ. 妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく時期からなんとか独居で生活していこうとする時期　（死別期）

夫の状況
妻への思慕が強い ●介護終了後の心の空洞や死別の喪失感は大きい ・介護終了後、心の空洞ができると思う ・死別後の喪失感は極まりない ●遺品をなかなか片付けられない ・妻への思慕から遺品をなかなか片付けられない
（妻の臨終時に）違和感を覚えるようないつもと変わらない様子 ・死別後、時間経過しても淡々としている夫
介護を終えた後の満足感がある ●在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じている夫 ・訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと親族に勧める ・言動から在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じる ・多少の悔いはあるもののやりきったという思いがあり、後悔はないと思う ・3 回忌の故人を偲ぶ会でケアしたスタッフにも来てほしいと提案がある
妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく ●妻の生前と変わらず生活している様子 ・妻の生前と死別後の夫の生活が変わっていない ・死別後は、いつもどおりちゃんとやっていますという感じである ・家族の訪問や支えがあり、悲嘆に暮れないでいられる ・高齢の為、娘・息子に心配される ・家族の支えがあり、悲しみに暮れてはいない ・時々孫や娘の訪問がある ・孫の世話をしている ・家族が泊りがけで来るときに嫁にも気を遣い家事をする ●死別後遺品整理と住みやすい家にすることを考え始める ・死別後遺品整理と住みやすい家にするための整理やリフォームを行う ・妻亡き後の家に住み続けるために妻の使っていたものの片付けを始める ●死別後の方が落ち着きを見せる ・娘・息子に注意されるようなことを妻の死後しなくなる ・死別後の生活の方が落ち着きをみせる ●社会参加している ・老人会館に行っている ・死別後自分なりのペースで生活し、地域と交流がある ・檀家としてお寺とのつながりや地域の人の交流がある ・患者会に参加している

・体操教室や囲碁などコミュニティ参加している

なんとか独居で生活していこうとする夫

●介護保険申請は自分は不要と思う

・介護保険申請は自分には不要と思っている

●介護保険の利用は自分で判断したい

・介護保険サービスの必要の有無を自分で判断している

●介護保険サービスを受けることに抵抗感を持たない

・介護保険サービスを拒まず、利用を希望する

・意思決定において理解不足なのか優柔不断なのか病気がさせているのか元々の性格なのかわからない

独居の限界時期を見据えている

●在宅での独居生活の限界と施設入所時期を考える

独居生活が難しくなった場合は、施設と考えている

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 通夜以降は、2 週間から 49 日を目途に訪問する

1) 妻の死後 3 日から 2 週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする

⑴妻の死後 3 日程度はスタッフが交互に弔問する

⑵妻の死後 3 日から 2 週間は夫の様子をうかがう電話や訪問をし、夫の様子を見守る

2) 訪問看護ステーションで設定して会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する

⑴最後の会計の清算を兼ねて、お焼香に伺う

⑵清算という別の名目で死別後の夫へのグリーフケア訪問を行う

⑶グリーフケアは儀式的なことが落ち着く頃を見図って伺う

⑷一緒にケアに入ったスタッフで死別後の遺族への訪問を行う

3)医療器具など貸し出し物品の片付けを兼ねて訪問する

⑴2 週間後頃に、不要な物品の片付けを兼ねて直接夫の様子を観察する

⑵死別後 2 週間の夫に、ケアさせて頂いた謝意と困った時に電話をとお伝えする

2. 妻の死後 2 ヶ月くらいまで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする

1)通夜後から死別後 1 ヶ月から 2 ヶ月経過した頃、電話で様子を伺う

・通夜後 1 ヶ月-2 ヶ月では電話か夫を訪問し、精神面を観察する

2)死別後 1 か月半から 2 ヶ月は、社会参加や生活について観察する

⑴死別後 1 ヶ月半から 2 ヶ月の頃、電話で社会参加や家事の様子など夫の生活について伺い、状況によって介護保険申請を促す

⑵妻の介護中はできなかった趣味などの再開について観察する

3. 臨終時の夫の様子を気にして意図に訪問する

1)臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って訪問する

⑴臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って直接訪問する

⑵妻亡き後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する

4.困ったことや健康面での相談にのる

1)困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく

⑴妻の死後もいつでも相談してもらってよいと伝える

⑵健康面で困ったら連絡するように伝えておく

⑶妻の生前からいつでもメール・電話をしてよいですと伝え妻の死別後もやり取りは続ける

⑷これまでの経緯が分かっているので気軽にいつでも連絡して構わないと伝える

5. 死別した妻を回顧し介護し終えた夫を労う

1）夫へ妻の介護と看取りまでのねぎらいの言葉をかける

・一所懸命頑張って妻の介護をしたことを労う言葉を夫に伝える

2)訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話をする

⑴死別した妻の思い出話をしながら夫へのケアを行う

⑵1 周忌のお花のお供えや訪問看護の度に亡き妻の話を傾聴し故人をしのぶ

6. 死別後の夫からの独居生活について電話やメールで報告を受け、状況によっては訪問し夫の様子を知る

1）死別後の夫・家族からの独居生活について電話などで知る

・独居となった生活についての近況報告を家族や本人から電話で報告を受ける

2）妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける

⑴）妻の死後もメールでのやり取りで夫の近況を知りつつ気にかけている

⑵）死別後 49 日から 1 年後近況について夫からメールで連絡があれば、その都度返信する

⑶ メールや電話の連絡であっても夫の身体状況だけではなく、社会参加など近況について知る

⑷ 高齢であっても健康状態だけでなく社会参加も確認する

3)死別後 1 年の夫の健康状態について確認する

⑴ 死別後 1 年の夫の健康状態を確認する

⑵）夫婦仲が良かった夫婦は死別後 1 年は夫の健康状態を気にかける

⑶）近況の報告時期が 1 周忌であればお焼香に伺い、直接観察する

4)死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う

⑴死別後の夫を気にかけ、生活の様子を伺いに行く

⑵妻の死後の食事や睡眠や仏事など生活の様子や悲嘆にくれていないか観察する

7. 死別後の夫へ具体的な助言を行う

1)いつでも連絡・相談してきてよいことを伝えておく

⑴）心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える

⑵)独居の為、緊急時に備えて家の中でもいつでも連絡できるように、常に携帯を持ち歩くように伝える

2)日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝える

・仏壇のお供えをすることが毎日の夫の食事につながるので続けるように伝える

3）コミュニティへの参加を促す

⑴)夫のコミュニティへの参加を促す

⑵)コミュニティへの参加を促し、外出するように伝える

⑶)自治会への参加を勧めてくれる昔ながらの自治会へ参加が独居男性にとっては社会参加になることを伝える

⑷)趣味や社会参加などでつながっていた方が良いことを伝える

4）コミュニティでの役割・参加状況を観察し、助言する

⑴)なにかできることがあると思える役割を持った方が良いと伝える

⑵)自治会の仕事などコミュニティ参加の様子と心理的ストレスを観察し助言する

8. 死別後の訪問により夫の状態によっては必要なサービスにつなげる

1)夫の健康状態の連絡を受けると様子を伺いに訪問する

⑴）夫の健康状態や治療など近況についての連絡を受けると様子を伺いに訪問する

⑵)夫の病気を知った場合、死別 1 年後以降は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する

⑶)死別後の訪問により介護保険の導入や医療的介入の必要性がないかアセスメントする

⑷死別後の夫の健康を気遣い介護認定審査を勧める

⑸夫の介護区分の変更に伴う訪問サービスの見直し・変更をする

⑹死別後の訪問で医療的介入や介護保険導入の必要性がないか観察し、必要があれば各サービスにつなげる

⑺死別後の訪問で夫の状態によっては、受療行動を促す

2）地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる

⑴地域のサービスにつなげる身近な存在としての訪問看護師でいる

⑵必要に応じて地域のサービスにつなげる

9.妻へのサービス終了後、夫の介護度・健康状態によって訪問看護に入る

1)妻への訪問看護期間中に夫の健康状態・介護度を観察する

・訪問看護期間にアセスメントし、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る

2）妻へのサービス終了後の夫の状況によって訪問看護を開始する

⑴妻へのサービス終了後、夫の介護度を見て、訪問看護につながるケースもある

⑵夫の体調管理は訪問看護が入る

10. 夫の自尊心を傷つけないケアを行う

1)夫の自尊心を傷つけないようなケアを考える

⑴夫の自尊心を傷つけないよう尿漏れ対策を行う

⑵夫の健康に関する意識が疾患によるものなのかキャラクターによるものかアセスメントする

⑶血糖コントロールなど自己管理については、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく

11. いざという時に死別後の夫が新たな労力を使わないようにするためつながりを持っておく

1)妻の生前からの関係構築が死別後の夫とのつながりを作る

⑴ なんらかでつながっていれば、具合が悪いと連絡を受けると受診するよう助言できる

⑵ 妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へとつながっている

2)高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを断たないでおく

⑴他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所を希望する

⑵ 新たな関係を築くことは労力がいるので、夫以外の遺族の状況によっては、つながっておく

3)家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる

⑴緊急連絡先を訪問看護ステーションにしておく

⑵家族・親族に代わって、緊急時連絡先となる

都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法

（Ver.2）

次のページからお示しするのは、「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻の生前から死別後独居となって生活を再構築していくプロセス」に注目し、妻の生前から死別後も訪問看護師が行った訪問看護ケア内容をまとめたものです。

川越厚や Cobin＆Straus のモデルを基に、在宅療養準備期-開始期-安定期-終末期・臨死期-死亡時-死別期（立ち直り期）の各期を参考に訪問看護ケア内容を整理しました。

今後皆様からのご意見を基に、

「都市部に住む男性高齢介護者のがんの妻との死別後の独居生活の再構築を目指した訪問看護ケア方法」を修正し、アンケート調査用紙を作成したいと考えています。本案について、皆様から忌憚のないご意見を頂戴できると幸いです。

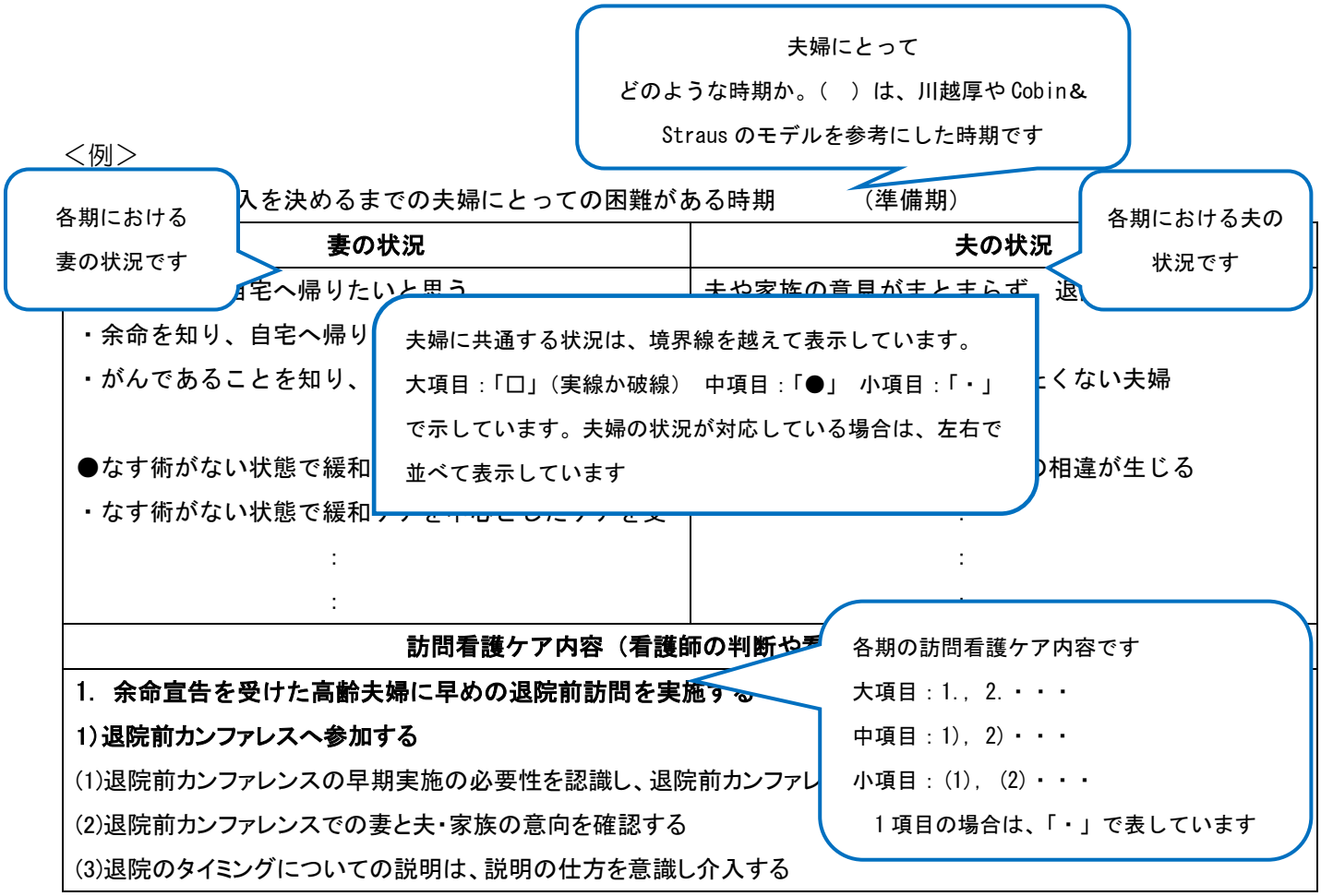
●この訪問看護ケア方法の開発は、以下を目指しています。

・男性高齢者の配偶者と死別後の生活まで想定した訪問看護の提供が可能になること

・配偶者の余命宣告を受けてから看取りまでの時期に死別後を想定した生活の支援や生前グリーフケアを行うことで遺族となる独居男性高齢介護者の心身の健康を早期回復に導き、配偶者を亡くした後の生活の再構築を促進すること

です。

〈　各期ごとのシートの見方　〉



＜例＞

入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期　（準備期）

妻の状況	夫の状況
自宅へ帰りたいと思う	夫や家族の意見がまとまらず、退
・余命を知り、自宅へ帰り	
・がんであることを知り、	くない夫婦
●なす術がない状態で緩和	の相違が生じる
・なす術がない状態で緩和	
：	：
：	：
訪問看護ケア内容（看護師の判断や	
1. 余命宣告を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する	
1)退院前カンファレスへ参加する	
(1)退院前カンファレンスの早期実施の必要性を認識し、退院前カンファレ	
(2)退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する	
(3)退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する	

Ⅰ．訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある時期　　（準備期）

妻の状況	夫の状況
訪問看護導入を決めるまでの夫婦にとっての困難がある	
●余命を知り自宅へ帰りたいと思う ・余命を知り、自宅へ帰りたいと本人が希望する ・がんであることを知り、家に居たいと思う ●なす術がない状態で緩和ケアが導入される ・なす術がない状態で緩和ケアを中心としたケアを受けることになる ・妻本人へがんの告知（と夫・家族に治療は難しいと言われる）	●夫や家族の意見がまとまらず、退院後の方向性がすぐには決まらない ・（妻本人へがんの告知と）夫・家族に治療は難しいと言われる
●最期まで通院治療をあきらめたくない ・可能な限り治療を受けたい気持ちは一致している	
●疼痛の増強や転倒を起こす	・通院であらゆる治療を試したいと思う
●夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じる	
・訪問診療・訪問看護を利用する意味が妻にはわからない	・訪問診療・訪問看護を具体的にイメージができず、何をしてもらうかわからない妻に、わかるように説明できない

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1．余命宣告を受けた高齢夫婦に早めの退院前訪問を実施する

1）退院前カンファレスへ参加する

⑴退院前カンファレンスの早期実施の必要性を認識し、退院前カンファレンスへの参加し、多職種と顔合わせする

⑵ 夫婦の状況によっては、専門職だけで先に話し合いを持ち、夫妻に病状の説明を行い、理解を確認する。場合により、病棟の看護師や訪問看護師がわかりやすい言葉を用いて説明補足を行う

⑶ 退院後の訪問看護をはじめとするサービスの利用について、今後の役割分担も含めて、合意形成を得ておく

⑷退院前カンファレンスでの妻と夫・家族の意向を確認する

⑸退院のタイミングについての説明は、説明の仕方を意識し介入する

2）高齢夫婦世帯の為、在宅療養に向けて退院前訪問を行う

⑴高齢夫婦世帯の為の退院調整ための訪問看護依頼後の退院前訪問を行う

⑵退院前に他職種と共に自宅状況把握のための訪問をする

⑶ 今後の見通しも含めて、 訪問看護サービスについての説明を行い、夫婦の経済状況や介護保険申請状況等の確認を行う

⑷ 夫婦の家事能力について退院前訪問時にアセスメントし、在宅療養開始にむけて必要な具体的なアドバイスを行う

2．余命宣告後の妻の事前意思の確認と高齢夫婦それぞれへ意思確認を行う

1）余命宣告後の妻の事前意思の確認を行うが、気持ちの変化があれば、いつでも意思表明をしてもよいことを妻と夫・その他の家族に伝えておく

・2.5 人称の視点を意識して関わる（妻・夫・家族に寄り添いながら客観的視点をもった支援を行う）存在としての訪問看護

師でいる

2)訪問看護導入前から夫婦の様子を観察し、それぞれの意思を確認する

(1)訪問看護導入前に妻の心身の状態と夫婦の関係性や生活を観察する

(2)夫婦のそれぞれの思いについて他職種と共に話を聞く

(3)面談は、夫婦 2 人での場合と個別の面談を行う

3. 在宅療養移行時期の妻の状態と高齢夫婦の生活状況をアセスメントした上での訪問看護内容とその他サービスの利用を検討する

1)医療的視点で訪問診療と訪問看護が入るようにスケジューリングする

2)夫の介護負担と今後起こりうることと急変時に備え、病院と訪問診療医と連携する

(1)今後の予測される症状対応のための医師へ処方の依頼する

(2)退院前処方や点滴交換のタイミング・回数検討を医師へ依頼する

(3)急変時対応と家族の動揺の対応のためのバックベッドの準備を依頼する

3)在宅療養に向けたサービス調整については、看護の視点からの意見をケアマネジャーに伝え、急な手配に備える

(1)サービスの調整がすぐ手配できるように夫と家族の介護力のアセスメントを行う

(2)退院にむけて必要な福祉用具や医療機器などの手配をする

(3)在宅療養開始時は、緊急時の対応に備え多目の人員配置も考慮する

(4)退院に向けてサービス導入は、利用者が負担に感じないよう慎重にスケジューリングする

Ⅱ．がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある時期　（開始期）

妻の状況	夫の状況
がんと共存する在宅療養生活を開始することへの不安がある	
・繰り返し入退院の末、外泊のまま妻が退院する	●在宅で妻を看取るか決まらないまま在宅療養開始となる ・在宅で看取るか決まっていない状態で妻が退院してくる ●高齢夫婦が在宅療養を続けることや妻の状態が急激に悪くなることへ不安が募る
他者が自分の家に入ることに抵抗がある ●他者に指示されることが嫌な状況があった ・入院中の人に指示されることが嫌な状況があった ●他者が入ることを望まない ●年齢や性格、独特な考えを持つ感情の起伏が激しい	**妻への介護でできることとできないと思うことがある** （・夫婦間に在宅療養のイメージの相違が生じ、夫は訪問看護導入を希望している） ●食べられる時期なら妻の食事介助はできる ●妻のおむつ交換はできないと思う

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1．余命宣告を受けた妻の思いを傾聴し、生きる希望を支えるようケアする

1)がんに罹患した妻の思いを傾聴し、良い状態で過ごすようケアしていくことを伝える

(1)訪問看護導入時、がんに罹患した妻の思いを傾聴する

(2)がんであってもあきらめないでよい状態で過ごせるよう伝える

2．がんと共存する在宅療養する高齢夫婦の不安の緩和に努める

1)退院直後の訪問で安心してもらう

(1)退院当日の訪問は、退院時間に合わせる

(2)緊急時や何か困ったときのために、連絡先の一覧や訪問看護ステーションの電話番号を目に付くところに示しておく

2)安心して任せてもらうために看護師の行うケアを見てもらう

(1)訪問看護の時間中は、自分たちが何をしているのか見てもらうことが重要と考えている

(2)安心して任せてもらうために自分たちのケアを家族に見てもらう

３．夫を介した妻との関係性構築に務めながら、今後の見通しを立てた訪問看護を行う妻との関係性を構築する

1)訪問開始時は主担当の訪問看護師を決めておくが、ケアの保証をするために複数体制を確保しておく

2)妻が訪問看護を受けることに抵抗がある場合は、夫を介して妻との関係性を構築し、安全・安心な生活を送ることを目標にする

(1) 互いに慣れ、安全・安心な生活を送ることを第一目標にする

(2) キーパーソンである夫の考えを把握する

(3) 夫を介しての妻との信頼関係構築していく

(4) 夫婦 2 人に真実を全て伝え、相違がないようにする

3)開始時期は、週 1 回の訪問看護で生活を観察する

(1) 開始時期は、週 1 回の訪問看護で生活を観察する

(2) 今後を予測し訪問看護に入る

4)関わり方を模索しながら、ターミナルケアの強化を前提とした訪問看護を行う

(1) 日常生活上の具体的なアドバイスを行う

(2) 今後を予測しながら訪問看護に入る

(3) 訪問看護開始時から、ターミナルケアの強化を前提とした看護を行う

4. 夫の介護・家事のできる部分とできない部分のアセスメントと部分的な生活指導を行う

1)夫の家事能力と夫婦の生活について観察し、アセスメントする夫の家事能力と夫婦の生活について観察する

(1)夫の家事能力を観察する

(2)夫の家事能力をアセスメントと妻の様子と食生活について観察する

2)夫婦の家事能力をアセスメントした上で、部分的家事援助から開始する

・疼痛コントロールされ、夫婦で協力して家事が行えれば、生活援助全般のサービスではなく部分的家事援助から開始する

3)高齢夫婦が不安なく生活できるように自分の裁量で生活の細かい部分についてヘルパーと夫婦に指導する

(1)介護職の不安の軽減は家族の不安軽減につながるため初回は同日訪問を行う

(2) 自分の職種の立場・裁量でヘルパーや夫婦の生活の細かい部分についてヘルパーや夫婦に指導する

4)夫の妻への介護の状況をみながら一緒に行うか、看護師がケアを見せながら方法を確認する

・夫がパウチ交換できるかの確認のため、訪問看護時に入浴介助とパウチ交換を行う　　など

Ⅲ．夫が妻の為に介護も家事も頑張ろうとする時期 / 夫婦の生活をサポートする第三者が入り、妻が妻・主婦役割を果たせなくなる時期　　（開始-安定期）

妻の状況	夫の状況
夫婦が自分たちの歴史を語る	
何気ない会話の中で本音を語る	在宅療養開始以降も在宅で妻を看取るか決められない
●何気ない会話やケアのときに妻の本音が語られる ・生きることへの希望	●余命について漠然と捉えている ・医師からの余命宣告を漠然と捉えていて受容できない ●在宅での看取りの希望がある家族が一人でもいる ・家族内で在宅で看取るか決まらないまま時間が経過する ・家族の中で一人でも在宅での看取りの希望がある ・在宅での看取りの希望がある家族に従おうとする別の家族がいる ・在宅での看取りについて最期は自宅でと思う妻に同意する他の家族に困惑する ・夫は病院での看取りを希望し、在宅での看取りをするか家族内で意見がまとまらない
	●夫は在宅での看取りを希望するが、家族内で意見がまとまらない
・余命を知って苦しみながら永らえたくないが夫との余生を楽しみたかったと泣く	・妻に出来る限り生きて欲しいと願う
・夫の社会参加を望む ●人の目を気にして外出をためらう ・外見を気にして出かけなくなる ・ご近所の目を気にして外出をためらう	
	妻の為に介護も家事も頑張ろうとする
	●妻に任せっきりだった家事を最期に担おうとする ・妻のこだわりが強い為、ヘルパーを導入せず夫が食事を作る ・妻の希望に応え夫が 30 品目調理する ・妻の食べたいものを夫がこまめに準備する ・配食サービスやヘルパーを導入せず夫が食事を作る ・洗濯も掃除もなんでも行おうとする ・自分で家事をしたいと思う ・妻に任せっきりの 30 年間分の家事を最期に担おうとする
●自己流の栄養に関する確固たる思いがある ・看護師が薦める食生活の内容について受け入れ難く自己流の栄養に関する確固たる思いがある ・買ってきたものはまずいなどはっきりと言う ・まずい・おいしいとはっきりと言う	
●夫に介護してもらいたいと思う ・第 3 者に介護されるのでなく夫に介護してもらいたいと思う	

	●実際介護と家事の両立の大変さに気づく ・買い物・洗濯はできるが、掃除・炊事はできない ・実際介護してみて大変さに気づく 妻の言うことに反論せず感情を表に出さない
●夫への不満がある ・痛みに対して辛いという弱音でなく夫への不満を漏らす ・夫へ辛辣なことを言ってしまう	●妻が自分の言い分を押し通そうとするのでほとんど言い返せないでいる ・妻の言うことに夫は言い返すが妻に押し通される ・8：2 で妻の言い分が通る ・他者が見ると奴隷のように介護中も夫を使う様子に見える ●感情を表に出さずいつも淡々としている ・言いたいことを言う妻と淡々と受け止める ・表情に出ずいつも淡々としている ・いつも気丈に大丈夫だよ、面白い冗談を言って和ませるような感じで返答する ●会話が減っていく夫 ・妻から不満を言われ、ストレスで会話が減っていく
妻・主婦役割が果たせなくなっていく ●主婦役割ができなくなり夫の何気ない言葉に傷つく妻 ・状態悪化に伴い主婦役割ができなくなることで夫の何気ない言葉に傷つく妻 ●病床にあって妻役割を果たせないでいる妻 ・痩せても看護師が驚くくらい気丈に振舞う ・病床にあっても夫の心配をする ・病床にあって妻役割を果たせずヘルパーに嫉妬する	介護負担やストレスを感じさせるそぶりを見せない ・細かい事は受け流し、妻にはいてくれるだけで良いと思っている ●排泄の介助にも介護負担を感じるそぶりを見せない ・夜のトイレ介助をに介護負担を感じさせるそぶりは見せない

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 夫婦の歴史があることを理解する

1)夫婦が語る夫婦の歴史を傾聴する

(1)夫婦から語られる夫婦の歴史を傾聴する

(2)妻が(清潔ケアや)散歩の際(など)にぽつりぽつりと話す家族の話や夫婦の話を聞く

(3)結婚してからの夫婦の生活や仕事について話を聞く

(4)夫婦の住まい・年金など経済状況について生活に関連した話を傾聴する

(5)夫婦の歴史や子どもの話をすることで夫婦の時間をより大切にして過ごしていただく

2)妻を失った時の夫の喪失感を慮りつつ、死別後の夫を想定し観察する

(1)夫婦の様子や生活を知る

(2)夫婦仲について観察する

(3)妻を失った時の夫の喪失感を慮りながら観察する

2. 妻本人や夫の意思決定を尊重し、安心・納得いくケアを行う

1)妻本人と残される夫や家族が、後悔がないようにしたいことができるようにする

・妻本人と残される夫・家族が、後悔がないようにしたいことをできるよう支援する

2)妻自身の希望で行う民間療法や自己流の食事療法などは否定せず、考えの変化に合わせて徐々に良い内容を夫婦に伝えていく

⑴看護師が薦める食事内容について受け入れ難い状況が続いても軟化するまで夫婦を見守る

⑵妻本人が藁をもすがる思いや治したいという一心でしている民間療法を否定しない

3. 夫婦のやりとりと妻の不満は中立的立場で傾聴する

1)妻のはけ口となるよう傾聴に努める

⑴周囲への態度や感情をあらわにすることは病気がさせているのだと理解する

⑵夫にきつい口調であたる妻のはけ口となるよう傾聴に努める

2)夫婦のやり取りは中立的立場で聞く

⑴付き合いが長い夫婦なだけに、言い争いになるが夫婦を見守る

⑵夫婦で言い争いの場となった時は、中立的な立場で話を聞いている

4. 夫以外の家族成員をアセスメントする

1)夫以外の家族のサポート状況のアセスメントする

⑴家族が妻をどのようにとらえているか観察する

⑵息子・娘のサポートについて観察する

⑶家族関係についてアセスメントする

⑷きょうだいや親族が気持ちよく介護に協力しているかを知る

⑸家族のそれぞれの役割やキーパーソンとなる家族をアセスメントする

2)夫以外の家族が妻の介護についてどのように考えているか、家庭内でのそれぞれの役割を知った上で家族と高齢夫婦の情報共有する

⑴家族のそれぞれの役割を知りキーパーソンとなる家族と情報共有する

⑵夫自身の話や夫には伝わりにくいこともあるため別居の家族と情報共有する

⑶家族内で介護の分担が決められている場合は、その役割担当の家族に連絡するなど、家族それぞれと関わる

5. 最期は自宅でと思う妻に同意する家族があれば在宅で看取る方向で動く

1)在宅で妻を看取るか夫と他家族の合意を待ちつつ看取りや急変に備える

・医療職側と家族側の在宅での看取りの決定についての温度差があるときは、看取りに向けて刺激しないように急変時の対応の準備は進めていく

2)妻と夫と最期はどこで過ごすか話し合う機会を設ける

・妻と夫の互いの話を聞き、時には代弁者になり折り合いをつけるための話し合いの場のセッティングを行う

6. 夫が介護参加の意識を持ち、夫婦が自宅で過ごす良さを実感できる意図的な働きかけを行う

1)妻に自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫をする

・自宅で過ごす良さを実感してもらう工夫として妻の希望に近い形でケアを提供する

2) 夫と個々の家族が妻の介護に参加しているという意識をもつための意図的に働きかける

⑴家族一人一人が妻の介護に参加しているという意識をもってもらえるように意図的に働きかける

⑵清潔ケアに参加できるようセッティングする

3)夫や家族に徐々にケアへの参加を促し、心理的ケアにつなげる

7. 夫の介護・家事能力をアセスメントする

1)夫婦 2 人の家事の様子や夫の家事能力についてアセスメントをする

⑴買い物から食事の支度まで行えるか知る

(2)男性で目が行き届かないところも含め、掃除されているか観察する

(3)夫婦の生活能力についてのアセスメントを行う

2)夫の社会参加に関するアセスメントをする

(1)夫の人付き合いについて知る

(2)近所との関係やコミュニティ参加の様子について知る

(3)患者の会への参加などしているか知る

8. 夫が介護と家事を行う中で、死別後の生活へ備える行動ができているか観察する

1)妻の死後を想定した家事訓練と準備について観察する

(1)妻の指示に従って夫が家事を行う姿を観察する

(2) 夫の生活能力と死別の準備について観察する

9. 夫の介護・家事能力を見極めた上での、対応策を考える

1)夫の家事・介護力をアセスメントした上で、夫ができないことはしなくてもよい方向でケア内容を考える

(1)介護する夫の大変さを考慮する

(2)妻のために介護したいと思う夫の意思は尊重する

(3)夫だけでは無理な家事は他の家族に依頼する

2)夫の家事能力を見兼ね、介護保険申請を勧める

・自分が家事をすれば済むことだと考える夫の自尊心を損なわないように言動を否定しない

3)妻が安心して任せられていれば介護方法は否定しない

(1)夫の性格的なものが夫婦の支えとなっていることを理解する

(2)妻が安心する介助方法であれば否定しない

4)家事をしたことのない夫に家事・介護の完璧を求めず、2 人の生活が成り立っていれば良しとする

(1)他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらうことが大事と思う

(2)夫ができるケアや量を考慮し、これだけは介護をお願いするという部分は夫に任せる

(3)家事をしたことのない夫に完璧を求めず 2 人の生活で成り立っていることなら良しとする

(4)夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る

10. 夫以外の家族のサポート状況や夫の健康状態や介護状況を見守る

1)妻本人の意思と夫と家族の意思を尊重し、サービス導入は慎重に勧める

・状況に応じて、先を見越し介護保険サービスがいつでも使えるように申請しておく

2)訪問診療と訪問看護以外のサービスは状態変化に合わせ導入を検討する

(1)状態変化に合わせ柔軟にサービスを導入し、必要な助言を夫に行う

(2)夫が背負いこまないように妻の状況に合わせて訪問看護の頻度を検討する

3)夫や家族は介護する人だけではなく、妻と同様サービス提供の対象者であることを伝えていく

・家族も自分が利用者であると意識していただくようにケアを行う

4)夫の様子を観察し、妻の見えないところで気遣う声をかける

5)妻への訪問看護と並行して夫の状態観察と必要な生活指導を行う

(1)妻への訪問時は、夫の状態観察と必要な生活指導を行う

(2)娘・息子らからの忠告は受け入れがたいので妻への訪問時に夫の状態観察と必要な生活指導を行う

(3)ケアマネに報告・了承を得て訪問看護の対象を夫から妻に臨機応変に切り替えることを検討する

11. 高齢夫婦にとって生活を支える第 3 者的存在のヘルパーと連携し、夫婦の生活をサポートする

1)ヘルパーから生活情報を得る

(1)訪問看護に入らない時間帯の状況についてヘルパーから情報を得る

(2)本人・家族が構えないでいられるのでヘルパーから生活情報を得る

2)ヘルパーに安心して任せられるケアは依頼する

(1)妻が信頼し委ねることができるヘルパーにケアを協力し行ってもらう

(2)夫婦へのケアの要としてのヘルパーへケア上必要な指導を行う

12. 病床にあって妻役割を果たせないでいる妻の気持ちを察してのヘルパーへの進言する

1)病床にあって妻・主婦役割を果たせないでいる妻の気持ちを察する

(1) 妻本人が介護を受けることについての思いを察する

(2) 夫にとっての病床にあっても妻の存在が大事と理解する

2)援助者であっても妻役割まで踏み込まないよう意識して関わる

(1)援助者であっても踏み込んでいけないことがあることを理解し、看護師もヘルパーも意識して関わる

(2)病床にあって妻役割を果たせないでいる妻への配慮するようヘルパーにも伝える

13. 夫の介護負担を考慮した訪問看護内容とサービスの調整を提案する

1)夫の介護負担を考慮し、訪問看護内容の調整と必要と判断したサービスについてケアマネジャーへ伝える

(1)妻の状態変化に応じて看護師がコーディネートし、必要と判断したサービス調整をケアマネジャーに伝える

(2) ADL 低下や疼痛コントロールの為に複数の看護師の目で観察することが必要な状況の時は、担当看護師を複数にする

(3) 疼痛コントロールと通院の大変さを考慮して訪問診療を開始する

Ⅳ. 夫婦にとっての思い出作りの時期/妻自身の死の準備行動と夫の死別の準備行動時期（安定期）

妻の状況	夫の状況
後悔しないための思い出作りをしたい	
●夫婦の思い出を作りたい ・夫婦で旅行の希望がある ・後悔しないための思い出つくりや本人の希望を叶えておきたい	
●周囲に気遣わせないよう気を遣う ・自分の外出で気を遣わせると思う妻 ・周囲に気遣わせないように気を遣う	
死別後の夫のことを案じる	
・生前の妻が死別後の夫の生活を案じてデイサービスを勧める	●妻の死後の準備の必要性を感じていない ・夫自身は死後の準備の必要性を感じていない
	夫の介護疲れや健康状態の悪化
	●夫に介護疲れが生じたり入院する事態が起こる ・妻の状態悪化に伴う夫の介護疲れ ・介護疲れによる主介護者の夫の緊急入院

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 夫婦の思い出作りや希望を叶えるため、チーム一丸となり、協力しあう

1)妻・夫婦の希望を叶える為、看護・介護職・家族・親族が一つのチームとなる

(1)サービス提供のチームに家族が協力できるか確認する

(2)妻の希望をかなえようときょうだいからの後押しや可能にする経済力があるか確認する

(3)夫とサービス提供者・家族・親族の協力で妻の希望をかなえることが可能か検討する

(4)看護・介護職が親族とも顔なじみの関係作っておく

2)夫婦の希望にむけて多職種が準備から実現まで協力し合う

(1)妻の外出希望に向けて準備を始める

(2)サービス提供者みんなに声をかけ協力しあう

(3)目標に向けてそれぞれの役割にあった職種で協力しあう

3)夫婦の希望実現に向けて、緊急事態に備えての打ち合わせを医師と行う

(1)夫婦の希望を叶えるため、医師へ緊急事態に備えて外出先で使える薬剤・医療材料・情報提供書などの準備について進言する

(2)夫婦の希望を叶えるため、医師とは、緊急・急変時の打ち合わせしておく

4)妻の希望の旅行や外出の為の事前確認を行う

・安全を優先して、妻の希望の外出の為の事前確認を慣れるまでは行う

5)外出をためらわず、楽しめるように工夫する

(1)外出に関してケアの振り返りを行い、次回の外出のケアに生かす

(2)外出に合わせたおしゃれを楽しむことも妻の希望として尊重する

2. 妻の死への準備行動と夫の死別後生活を案じた妻の行動を支援する

1)自分の死の準備行動をし、死別後の夫を案じる妻の思いに寄り添う

(1)2.5 人称の視点を意識して関わる訪問看護師でいる

(2)妻と夫・家族にも寄り添える存在でいる

(3)葬儀に関することも含め、臨終に備えた準備を家族に伝えていくのもグリーフケアと考える

2)夫に自分が死んだときの希望や形見分けについての話を傾聴する

・自分の妻・母親役割が終わり、身辺整理についての妻の話を傾聴する

3)生前の妻の功績として夫を案じた死別後の生活の予行演習に付き合う

(1)生前の妻が死別後の夫の生活を案じた予行演習に付き合う

(2) 死別後の夫の生活を案じた妻から普段の生活について伝えられた話を傾聴する

4)生前の妻が自分の死別後の夫の近所づきあいへつなげようとする挨拶に付き添う

・生前の妻が自分の死後の夫の近所づきあいを心配し、近所の方への生前の挨拶に付き合う

5)妻本人が行っている死の準備行動を手伝う

(1)生前から自分の遺影を選ぶ妻を手伝う

(2)妻本人の死後の準備として旅立ち装束として着せてほしいものを指定される場合は、一緒に衣装と置き場所など確認しておく

3. 妻だけでなく夫の健康・日常生活の確認と夫が妻の介護ができなくなった場合についての検討を行う

1)夫の生活自体変わらないようにする

(1)家族も訪問看護サービスの対象と伝える

(2) 夫が夫らしく生活していけるよう夫の生活自体変わらないようにする

2)がんの妻に目が行きがちになるが、夫の健康状態と日常生活の確認や指導を行う

(1)がんの妻に目が行きがちで夫の健康状態が悪化するので日常生活の確認や指導が必要となる

(2)主介護者の夫の健康状態をみて、夫婦 2 人の生活を支えるための訪問看護内容の比重を検討する

(3)夫婦 2 人の重症度をそれぞれアセスメントし、サービス対象を夫の訪問日でも妻に切り替える

3)万が一に備え夫が先に逝去した場合についての検討もしておく

・夫の既往歴を考慮し、夫が先に逝去した場合のことについての確認をしておく

Ⅴ．夫婦で過ごす時間を大切にする/死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない時期

（安定-終末期）

妻の状況	夫の状況
夫婦で過ごす時間を大切にする	
●これまでのような日常生活ではないが夫婦水入らずの時間を楽しむ ・会話になってなくとも夫婦にとっての楽しい時間	・一緒に食卓を囲むだけでもいいと思う
帰宅しない夫を心配する	
●帰宅時間や行先不明のまま外出してしまう夫を妻が心配する ・帰宅の遅い夫を心配する	・帰宅時間や行先不明のまま外出してしまう ・帰宅が遅いのでヘルパーに心配される ・所在不明時でヘルパーに心配される
セルフケアが難しくなっていく	セルフケアができなくなっていく妻の介護に自分は参加させてもらえないと感じる
●セルフケアが難しくなってきた部分を他者に管理を依頼する ・体力が落ちてきて自分で行えなくなったストマやバルン管理はヘルパーや夫に管理してもらう	●トイレ・入浴介助は自分がすることにこだわる ・トイレ・入浴介助にこだわる ・トイレ・入浴介助は、失禁が始まる前まで介助する ●看護師やその他のサービス提供者に言われたとおりに物品準備をしたり、物や方法にこだわるために混乱する ・多職種が妻の治療やケアにかかわることでの情報整理に夫が混乱する ・現在使用しているものにこだわって介護に必要な物品を看護師と同じように揃えようとする ・普段はすごく温厚だが、急な薬剤の変更があると電話で食ってかかる ・これでなくてはいけないと思い、現在使用している物にこだわり、完璧に準備しようとする ・言われたとおりに必要な物を準備しようとする ・手伝いに来ている家族不在の時は、代わりに様子を報告してくる ●妻の介護をしたいが介護に参加できず、自分にはできることがないと思う ・妻の介護に参加できす、仲間外れにされていると思い疎外感を感じる ・自分にはなにもすることがないと言って部屋に閉じこもるようになる ・自分の介護役割を取り上げられ看護師に詰め寄る ・自分の介護役割を看護師に取り上げられたと思い家族に訴える

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）
1. 夫婦 2 人で過ごす時間を意図的につくる
1)夫婦 2 人の時間を設ける
(1)2 人きりの時間つくるためヘルパーの入らない時間を意図的に設ける
(2)夫婦 2 人の時間を過ごしていただく
2)ヘルパーが入らず夫が妻の介護をする時間を敢えて設ける
(1)夫が介護しなくならないようにヘルパーの入らない時間を敢えて設ける
(2)緊急の対応に備えて意図的にヘルパーが入らない時間を設定する
2. 夫の外出時は、行先・帰宅時間の確認と外出中も連絡がつくようにしておく
1)妻が心配するので夫が外出する場合は、所在不明にならないように注意する
(1)妻が夫の心配をしていることを訪問するスタッフからしてもらう
(2) 緊急事態に備えて、夫の外出時は、携帯電話を所持してもらう
3. 死別後の後悔とならないように夫から介護を取り上げない
1) 夫は夫なりの介護中の暮らしの工夫や、一所懸命介護していることを理解する
(1) 夫がストレスなく妻の介護に参加するために他の家族の協力を得たり、事前の根回しの連絡をしておく
(2)夫は夫なりに、一所懸命であることを理解する
2)年齢的に難しいと思っても、死別後の後悔につながらないよう夫がケアに参加できるようにする
(1)家族として介護上の役割を持っていただく
(2)遺族にとっては生きる活力になっていくよう本人と家族の希望する内容や感動できるようなケアに近づけるよう努める
(3)遺族にとって死別後の生活や人生があることを考え、大切な方との最期の時間にケアに参加できたという気持ちがもてるようなケアを考える
(4)他者が考える介護負担よりも、夫自身が妻の介護へ参加している実感を持ってもらう
(5)夫にとっての苦労と思う介護でも、介護保険を使わず、妻に何かしてやれた、介護に参加していたという実感につなげる
(6)死別後の夫の後悔につながらないように、年齢的に難しく、できないと思っても介護を取りあげたりしない
(7)終末期のケアに家族が参加し役割を持つときには個人の年齢・性格・能力も考慮する
3)妻の身体状況や夫の健康状態を見ながら、夫に無理のない介護と家事をしてもらう
(1)夫にできそうなことは、してもらう
(2)妻の身体状況や夫の健康状態を観察して、危険と判断したときに介護負担の軽減を考える
(3)介護を夫に任せる・任せないの相談を妻とアイコンタクトで行う
5)多職種間から発信する情報は夫を混乱させないように訪問看護師が集約する
・多職種発信の情報は夫が混乱しないよう訪問看護師が集約する
6)夫の介護役割を他職種に知ってもらい、夫の行う介護の内容が少し間違っていても目を瞑る
(1)夫の愚痴の聞き役を他の職種に依頼しておく
(2)家族内で介護役割があることを他職種に知ってもらう
(3)夫がしている介護の内容が少し間違っていても目を瞑る
(4)夫がしていることに疑問があっても目を瞑る
4. 夫婦の状況に応じて訪問看護ステーションから診療報酬や介護保険枠外で臨機応変に対応を行う
1)各家庭の住宅事情や交通事情を踏まえ、必要に応じ訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出すか買って持参する
(1)交通の便や嵩張る品物などに配慮し、訪問看護ステーションで間に合わせられるものは持ち出し提供する場合

もある
⑵交通の便が不便な場合、看護師が衛生材料を買って持参することがある
2)食事や内服が困難になってきたら、食事形態の検討や高エネルギー食・ドリンク剤、お薬ゼリーの使用の提案やその都度持参する
⑴食事が摂れなくなったら、高エネルギー食やドリンク剤・フォーミュラ食などをその都度持参する
⑵むせ込むようになり、食べられなくなってきたときに、無理して食べなくてもいいと医師の指示を受けて、食事の形態の変更やお薬ゼリーの使用の提案をする

Ⅵ. 妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う/　妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う　（終末期）

妻の状況	夫の状況
夫の入院期間中は入院する	夫の介護疲れや健康状態が悪化する
●夫の入院に合わせて妻も入院する ・本人が入院を希望する ・自分自身が家にいられないと思うほど状態が悪い場合は、入院する ・夫の入院期間中は、妻も入院をする ・夫の健康状態に配慮し看取りは病院でとなる ・夫の回復を待ち、妻も自宅へ帰る	●介護と仕事の両立で介護負担を感じる夫 ●夫の介護疲れ ・夫が介護に疲れ、レスパイト入院を選択する
自分の余命について受け止めきれない	
●余命や看取りについての話を受け止めきれていない ・直接医師から余命と看取りをどうするかという話をされる ・余命や看取りについての話を受け止めきれていない	
治療できないのであれば家に帰りたいと思う	
●治療できないのであれば家に帰りたい ・緩和ケア病棟に入院して、妻本人が家が良いと思う ・入院して最期をどこで過ごすか改めて実感する ●在宅療養を心から望む ・退院カンファレンスで在宅療養が決まり笑顔になる ・在宅療養に切り変えて元気を取り戻す	
夫に介護され看取ってほしいと思う	
●最期まで夫に面倒を見てほしいと思う妻 ・自分の余命を察知し、夫に面倒を見てと言う	●妻の要望であっても夫一人では無理なケアがある ・妻の要望でも更衣・シーツ交換・清拭は夫にとって負担が大きい
	在宅での看取りを覚悟する
	●最期に妻を看取るのは自分しかいないと思う ・訪問看護ステーションに夫が在宅で介護することを覚悟したと連絡する ・妻を最期まで受け止めきれるか看護師が心配しても頑張るという ・死に向かってはいくのにがんと戦う妻と妻の感情を受けとめようとする ・自分しかいないと最期まで看取る覚悟でいる ・余命 3 ヶ月と言われ在宅で看取ることを覚悟する ・医師から余命や看取りについての話をされ自分が面倒

（夫に迷惑をかけたくないという思いがある） ・妻は状態が悪化しても、延命や救命をして夫に迷惑をかけたくないと思っている ADL 低下に伴い排泄がままならなくなる ●レスパイト先から退院後のＡＤＬ低下があり、自力での排泄がままならなくなる 辛いと言わず、他者を気遣う ●決して辛いと言わず他者を気遣い感謝の言葉を残そうとする ・仲の良かった世話になった友達に自分の死期を悟ったメッセージを伝える ・看護師や往診医にも手紙やブログで感謝の言葉を残す ・本来生まれてこなかったはずの人生や自分の最期について妻本人が受け入れている ・朦朧としていても自分の意思を伝え看護師やヘルパーを気遣う ・鮮やかで潔い生きざまと思わせるようなところがある ・決して辛いと口にせず看護師を気を遣う 意思疎通困難におけるストレスを感じる ●夫との会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる ・会話や意思疎通困難におけるストレスを感じる ・はっきりとした口調で話ができないことがストレスとなる ・会話の減少に伴い、性格的にも弱くなった印象を受ける ・入院前より発声も会話量も減少する	をみるしかないと思う ・自分たちは排泄の介助されるのは嫌だと思っていたが介護する羽目になったと笑い飛ばす ●妻の夫に迷惑をかけたくないという思いを受け入れがたい ・迷惑をかけたくないという妻の思いを受け入れがたい ・最期は妻の介護をしたいという思いが強い 言葉にしなくとも妻のサインを察知する ●妻のトイレに行きたいサインを理解していて察知できる ・敢えてトイレと口にしなくても妻の足の動きで察知する （難聴がある）
訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）	
1. 夫の仕事や健康状態を考慮し、短期入所やレスパイト入院を勧める **1)妻の状況や夫の健康状態を見ながら、希望があれば入院の手配をする** (1)夫の健康を考え、入所・入院も選択肢の一つとして考える	

⑵夫の介護負担を配慮し、在宅で看取るか、レスパイト目的で入所・入院するか訪問の度に確認する

⑶在宅での看取りが無理と思うときは、受け入れ先を探す準備があることを伝える

⑷妻本人と夫が入院を希望すれば、後の心残りにならないよう医師に連絡しに入院できるように手配する

⑸主治医から許可を得てレスパイト入院の受け入れ先を探す

2. 余命宣告がされた妻の思いを傾聴する

1)妻本人へ余命宣告がされ、妻本人が話をするときは傾聴する

・医師から余命や看取りについての話をされた時には傾聴する

3. 看取りに向けて夫や家族の負担・都合を踏まえた退院時カンファレンスへ参加する

1)看取りに向けて夫や家族の負担や都合を踏まえカンファレンスで退院を検討する

2)退院カンファレンス後の早期に在宅療養へ切り替える

・退院カンファレンス後、受け入れは、いつでも可能と話し早期に在宅療養へ切り替える

4. 夫婦それぞれの思いを確認し、夫がストレスにならないよう観察する

1)妻と夫それぞれに話を聞き、妻と妻を受けとめる夫の状態を観察する

⑴夫がどうしたいのか話を聞き、妻の気持ちを察し代弁する

⑵妻の不安の軽減に努め、精神的に不安定な妻の傍で受け止める夫と 2 人を観察し、対応する

2)いつでも相談してよいことを伝えておく

・いつでも相談に乗ることを訪問の度に話しておく

5. 夫の排泄介助の負担を考えたケアを夫婦の状況に合わせて考える

1)夫の排泄介助の負担を考え妻に福祉用具の利用や膀胱留置カテーテル留置を提案する

⑴妻自身の排泄での移動の負担と夫の介助の負担を軽減するために妻へ福祉用具の利用を提案する

⑵妻の希望があった場合に備え、夫に膀胱留置カテーテルの管理方法を伝えておく

2)食事状況や便の排泄状況を観察し、説明し合意のもと摘便処置を行う

6.妻の持つ死生観や人生について考えを傾聴し、尊重する

1)妻の人柄に触れ、死生観や人生について考えを傾聴し、ケアにつなげる

⑴妻自身が思っている自分の人生について理解を示す

⑵妻自身の死生観について感心し、同調する

⑶家族が自宅で看取ることを受け入れ、暗い雰囲気にならないよう家族が集えるようにする

7.妻の死生観を知り、死後の準備を手伝う

1)妻本人が行っている死後の準備として、旅立ちの装束として着せてほしいものを指定された場合、一緒に確認し準備しておく

8.高齢夫婦だけで過ごす時間が負担にならず夫の生活がこれまでと変わらないように配慮したケアを行う

1)妻本人に苦痛を除去することを優先と考えたケアを行う

⑴痛みのケアを優先し、楽に過ごせる環境づくりを心掛ける

⑵妻本人が楽にケアを受けられるよう癌疼痛治療剤を使用後清潔ケアを行う

⑶疼痛出現による入浴困難時は、ペインコントロールを中心に考えた清潔ケアを行う

2)夫婦の生活と夫の介護状況をアセスメントし、何に比重をおいたケアをするか考える

3)妻本人の意思の尊重と疼痛緩和に配慮し、夫婦 2 人の時間と夫の生活が変わらないように支援する

⑴痛みがないように配慮し、妻本人と家族の意思を尊重し、夫が自然でいられるように心がける

⑵夫婦の時間が楽しく、夫も笑顔で介護できる状態が続けられるように、看護師の思いを押し付けず夫婦の思いを　尊重する

⑶本人の希望に沿うケアを提供するよう努める

⑷夫が仕事を継続しながら介護できるよう調整し、妻本人の望むことは、最大限かなえていくよう努める

(5)意識レベルがある時は、妻の意向を確認し、妻の希望をかなえることを意識しケアする

4)夫への負担の考慮と妻本人の意思による自費でのサービス利用を検討する

(1)医療依存度が高い場合で夫以外の家族のサポートがない時は、自費での訪問看護とヘルパーの利用も検討する

(2)夫への負担と夫に妻のケアをさせられない状況の時は、ヘルパーに依頼し、自費の利用も提案する

9. 妻の臨終に備えた夫への死の準備教育を行う

1)夫一人の時に対応できるように死の準備教育として今後の体の変化について説明や必要なものを準備する

(1)死のプロセスがイメージできるように今後の体の変化についてと具体的なケア方法を夫の理解や反応を見ながら事前に説明する

(2)夫の信頼できる人にも一緒に話を聞いてもらう

(3)緊急時の対応やせん妄時、発熱時など高齢の夫が一人のときでも対応できるように対応方法を説明しておく

(4)ヘルパーなど利用している他のサービス関係者にも対応方法を説明しておく

10.妻に負担のない方法でコミュニケーションを行う

1)臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする

(1)妻の状態や性格に配慮し、臨死期のコミュニケーション方法は答えやすい質問にする

(2)これまで通り夫婦の挨拶は妻が意識低下しても続ける

Ⅶ. 臨終直後から通夜　（死亡時）

妻の状況	夫の状況
	予想と違う臨終と思う夫
（夫の予想より早い臨終）	●思いも寄らない時期や時間に臨終を報せてくる ・夫の予想より早く臨終が訪れたと思う ・誰も気づかいないで妻は逝ったのだろうと思う ・あっという間だったと口にする
	臨終後は涙を流したり、妻が亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子に見える
	●妻を失ったことへの悲しみで涙する ・臨終後涙する ・居なくなってしまったとしみじみと語る ・臨終後回想しながら涙する ●臨終直後は、亡くなったことが受け入れられず、事態を受けとめきれていないような様子 ・呼吸停止した妻を呆然と見つめていた ・呼吸停止したのは自分が吸引したせいだと思う ・臨終前と比べて臨終後は気が抜けてしまったと感じる ・臨終直後は、亡くなったことが受け入れられてないような様子 ・臨終時の最期の言葉で、事態を受け止めきれず困惑する ・妻の最期の言葉に呆気にとられている
笑いも起こるような穏やかな死 ●思いも寄らない最期の言葉を残して亡くなる	違和感を覚えるようないつもと変わらない様子 ●違和感を覚えるほどこれまでの訪問の時と同じように変わらない様子 ・妻の臨終直後は、これまでの訪問の時と同じように変わらない様子 ・妻の最期の言葉に失笑する ・照れ隠しなのか妻を亡くしたという寂しさを夫が隠しているのかわからない
	妻の死は仕方ないことと思える ●これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている ・臨終直後の冷静である ・冷静に電話をする ・これまでの説明を受けて、死後の対応を冷静にできている ●夫なりに悔いのない看取りができたと思える ・肯定的に妻の死を受け止める

	・家族から看取ることができて良かったと言われる ・やれるだけのことをしたと思える ・予想より早い臨終でも在宅での看取りに後悔はない ・妻の死を受容しているように見える

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 夫への労いと今は妻の死を悲しむ場であることを伝える

1)労いの言葉をかける

(1)妻の臨終時に労いの言葉をかける

(2)「奥さんはとても良い最期を迎えることができた」という言葉を伝える

2)素直な感情を表出してよいことを伝える

2. 夫に配慮しながら、妻の生前の意思に沿ったエンゼルケアを実施する

1) 夫や家族と一緒にエンゼルケアを行う

(1)臨終後の妻に、夫と共に清拭を行う

(2) 夫と一緒に言葉を掛けながらご遺体のケアを行う

2)夫に見せない方がよいと判断した場合は、看護師だけか夫以外の家族とエンゼルケアを行う

(1)夫には血液など付着した妻の最期の姿見せないようにエンゼルケアを行う

(2)本来は一緒に行うが、夫に見せないようエンゼルケアを看護師と夫以外の家族だけで行う

(3)妻の事前意思の湯灌や死装束の更衣の前にエンゼルケアとしての吸引などの処置を行う

(4)妻への労いの言葉を掛ける

3. 夫の状況によって通夜前か通夜に訪問し、夫の様子を観察する

Ⅷ. 妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく時期からなんとか独居で生活していこうとする時期　（死別期）

夫の状況
妻への思慕が強い ●介護終了後の心の空洞や死別の喪失感は大きい ・介護終了後、心の空洞ができると思う ・死別後の喪失感は極まりない ●遺品をなかなか片付けられない ・妻への思慕から遺品をなかなか片付けられない
（妻の臨終時に）違和感を覚えるようないつもと変わらない様子 ・死別後、時間経過しても淡々としている夫
介護を終えた後の満足感がある ●在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じている夫 ・訪問診療や訪問看護・介護を受けて良かったと親族に勧める ・言動から在宅介護や看取りに悔いがなかったと感じる ・多少の悔いはあるもののやりきったという思いがあり、後悔はないと思う ・3 回忌の故人を偲ぶ会でケアしたスタッフにも来てほしいと提案がある
妻不在で途方に暮ながらも日々の営みを続けていく ●妻の生前と変わらず生活している様子 ・妻の生前と死別後の夫の生活が変わっていない ・死別後は、いつもどおりちゃんとやっていますという感じである ・家族の訪問や支えがあり、悲嘆に暮れないでいられる ・高齢の為、娘・息子に心配される ・家族の支えがあり、悲しみに暮れてはいない ・時々孫や娘の訪問がある ・孫の世話をしている ・家族が泊りがけで来るときに嫁にも気を遣い家事をする ●死別後遺品整理と住みやすい家にすることを考え始める ・死別後遺品整理と住みやすい家にするための整理やリフォームを行う ・妻亡き後の家に住み続けるために妻の使っていたものの片付けを始める ●死別後の方が落ち着きを見せる ・娘・息子に注意されるようなことを妻の死後しなくなる ・死別後の生活の方が落ち着きをみせる ●社会参加している ・老人会館に行っている ・死別後自分なりのペースで生活し、地域と交流がある ・檀家としてお寺とのつながりや地域の人の交流がある ・患者会に参加している

・体操教室や囲碁などコミュニティ参加している

なんとか独居で生活していこうとする夫

●介護保険申請は自分は不要と思う

・介護保険申請は自分には不要と思っている

●介護保険の利用は自分で判断したい

・介護保険サービスの必要の有無を自分で判断している

●介護保険サービスを受けることに抵抗感を持たない

・介護保険サービスを拒まず、利用を希望する

・意思決定において理解不足なのか優柔不断なのか病気がさせているのか元々の性格なのかわからない

独居の限界時期を見据えている

●在宅での独居生活の限界と施設入所時期を考える

独居生活が難しくなった場合は、施設と考えている

訪問看護ケア内容（看護師の判断や看護観を含む）

1. 通夜以降は、2 週間から 49 日を目途に訪問する

1) 妻の死後 3 日から 2 週間は夫の様子を伺う電話や訪問をする

⑴妻の死後 3 日程度はスタッフが交互に弔問する

⑵妻の死後 3 日から 2 週間は夫の様子をうかがう電話や訪問をし、夫の様子を見守る

2) 訪問看護ステーションで設定して会計時期か儀式的な行事がひと段落する時期に夫を訪問する

⑴最後の会計の清算を兼ねて、お焼香に伺う

⑵清算という別の名目で死別後の夫へのグリーフケア訪問を行う

⑶グリーフケアは儀式的なことが落ち着く頃を見図って伺う

⑷一緒にケアに入ったスタッフで死別後の遺族への訪問を行う

3)医療器具など貸し出し物品の片付けを兼ねて訪問する

⑴2 週間後頃に、不要な物品の片付けを兼ねて直接夫の様子を観察する

⑵死別後 2 週間の夫に、ケアさせて頂いた謝意と困った時に電話をとお伝えする

2. 妻の死後 2 ヶ月くらいまで電話で状況を確認し、社会参加や精神面の観察をする

1)通夜後から死別後 1 ヶ月から 2 ヶ月経過した頃、電話で様子を伺う

・通夜後 1 ヶ月-2 ヶ月では電話か夫を訪問し、精神面を観察する

2)死別後 1 か月半から 2 ヶ月は、社会参加や生活について観察する

⑴死別後 1 ヶ月半から 2 ヶ月の頃、電話で社会参加や家事の様子など夫の生活について伺い、状況によって介護保険申請を促す

⑵妻の介護中はできなかった趣味などの再開について観察する

3. 臨終時の夫の様子を気にして意図に訪問する

1)臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って訪問する

⑴臨終のときの夫の様子が気になり用事を作って直接訪問する

⑵妻亡き後の夫が悲しむことができているのか訪問し観察する

4.困ったことや健康面での相談にのる

1)困ったことや健康面の相談にいつでものると伝えておく

⑴妻の死後もいつでも相談してもらってよいと伝える

⑵健康面で困ったら連絡するように伝えておく

⑶妻の生前からいつでもメール・電話をしてよいですと伝え妻の死別後もやり取りは続ける

⑷これまでの経緯が分かっているので気軽にいつでも連絡して構わないと伝える

5. 死別した妻を回顧し介護し終えた夫を労う

1）夫へ妻の介護と看取りまでの労いの言葉をかける

・一所懸命頑張って妻の介護をしたことを労う言葉を夫に伝える

2)訪問の機会があるたびに、死別した妻の思い出話をする

⑴死別した妻の思い出話をしながら夫へのケアを行う

⑵1 周忌のお花のお供えや訪問看護の度に亡き妻の話を傾聴し故人をしのぶ

6. 死別後の夫からの独居生活について電話やメールで報告を受け、状況によっては訪問し夫の様子を知る

1）死別後の夫・家族からの独居生活について電話などで知る

・独居となった生活についての近況報告を家族や本人から電話で報告を受ける

2）妻の死後もやり取りをして夫の近況を気にかける

⑴）妻の死後もメールでのやり取りで夫の近況を知りつつ気にかけている

⑵）死別後 49 日から 1 年後近況について夫からメールで連絡があれば、その都度返信する

⑶ メールや電話の連絡であっても夫の身体状況だけではなく、社会参加など近況について知る

⑷ 高齢であっても健康状態だけでなく社会参加も確認する

3)死別後 1 年の夫の健康状態について確認する

⑴ 死別後 1 年の夫の健康状態を確認する

⑵）夫婦仲が良かった夫婦は死別後 1 年は夫の健康状態を気にかける

⑶）近況の報告時期が 1 周忌であればお焼香に伺い、直接観察する

4)死別後の夫の健康を気遣い、生活の様子を伺う

⑴死別後の夫を気にかけ、生活の様子を伺いに行く

⑵妻の死後の食事や睡眠や仏事など生活の様子や悲嘆にくれていないか観察する

7. 死別後の夫へ具体的な助言を行う

1)いつでも連絡・相談してきてよいことを伝えておく

⑴心配なことがあればいつでも電話してもよいことを伝える

⑵独居の為、緊急時に備えて家の中でもいつでも連絡できるように、常に携帯を持ち歩くように伝える

2)日々の仏事が夫の毎日の食事につながると伝える

・仏壇のお供えをすることが毎日の夫の食事につながるので続けるように伝える

3）コミュニティへの参加を促す

⑴夫のコミュニティへの参加を促す

⑵コミュニティへの参加を促し、外出するように伝える

⑶自治会への参加を勧めてくれる昔ながらの自治会へ参加が独居男性にとっては社会参加になることを伝える

⑷趣味や社会参加などでつながっていた方が良いことを伝える

4）コミュニティでの役割・参加状況を観察し、助言する

⑴なにかできることがあると思える役割を持った方が良いと伝える

⑵自治会の仕事などコミュニティ参加の様子と心理的ストレスを観察し助言する

8. 死別後の訪問により夫の状態によっては必要なサービスにつなげる

1)夫の健康状態の連絡を受けると様子を伺いに訪問する

⑴）夫の健康状態や治療など近況についての連絡を受けると様子を伺いに訪問する

⑵夫の病気を知った場合、死別 1 年後以降は、不定期で焼香を兼ね様子を伺いに訪問する

⑶死別後の訪問により介護保険の導入や医療的介入の必要性がないかアセスメントする

⑷死別後の夫の健康を気遣い介護認定審査を勧める

⑸夫の介護区分の変更に伴う訪問サービスの見直し・変更をする

⑹死別後の訪問で医療的介入や介護保険導入の必要性がないか観察し、必要があれば各サービスにつなげる

⑺死別後の訪問で夫の状態によっては、受療行動を促す

2）地域のサービスにつなげる媒介者としての身近な存在になる

⑴地域のサービスにつなげる身近な存在としての訪問看護師でいる

⑵必要に応じて地域のサービスにつなげる

9.妻へのサービス終了後、夫の介護度・健康状態によって訪問看護に入る

1)妻への訪問看護期間中に夫の健康状態・介護度を観察する

・訪問看護期間にアセスメントし、将来健康を崩されそうなご家族であれば、死別後、連絡を取る

2）妻へのサービス終了後の夫の状況によって訪問看護を開始する

⑴妻へのサービス終了後、夫の介護度を見て、訪問看護につながるケースもある

⑵夫の体調管理は訪問看護が入る

10. 夫の自尊心を傷つけないケアを行う

1)夫の自尊心を傷つけないようなケアを考える

2)血糖コントロールなど自己管理については、夫ができる範囲で注意喚起し、時には認めていく

11. いざという時に死別後の夫が新たな労力を使わないようにするためつながりを持っておく

1)妻の生前からの関係構築が死別後の夫とのつながりを作る

⑴ なんらかでつながっていれば、具合が悪いと連絡を受けると受診するよう助言できる

⑵ 妻の生前の訪問看護での関係性が死別後の夫に何か起きた時に連絡をくれる関係へとつながっている

2)高齢男性の新たな関係性構築は、労力が必要であるためつながりを断たないでおく

⑴他人が家に入ることを嫌うお宅は、今まで利用していた事業所を希望する

⑵ 新たな関係を築くことは労力がいるので、夫以外の遺族の状況によっては、つながっておく