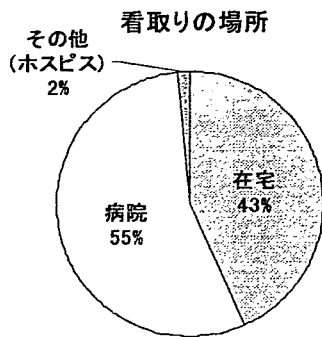
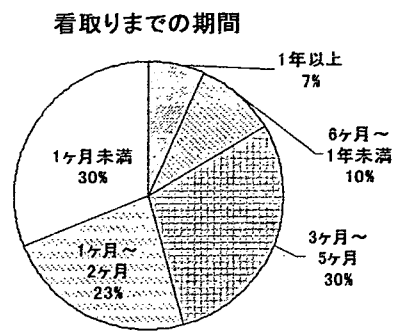


がん末期患者の看取りについて



n=60ケース

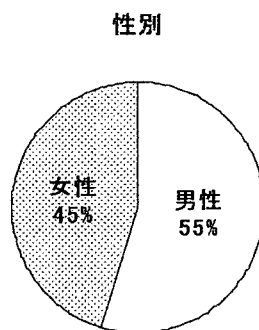
(図4-1)



n=61ケース

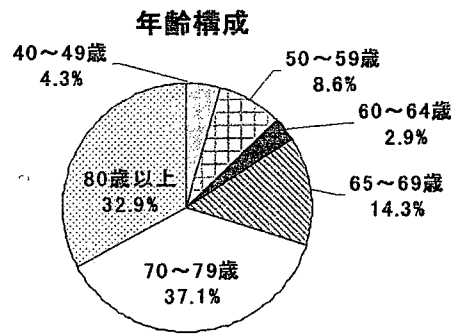
(図4-2)

がん末期の利用者の状況



n=73ケース

(図7-1)

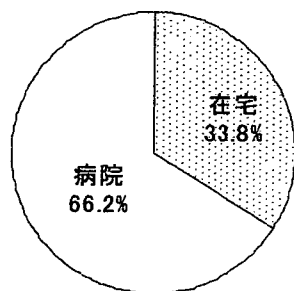


n=70ケース

(図7-2)

がん末期患者の看取りについて

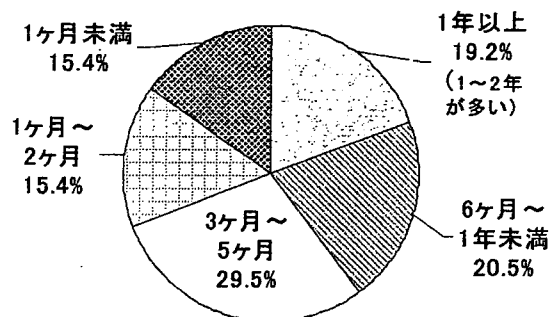
看取りの場所



n=68ケース

(図8-1)

契約から看取りまでの期間



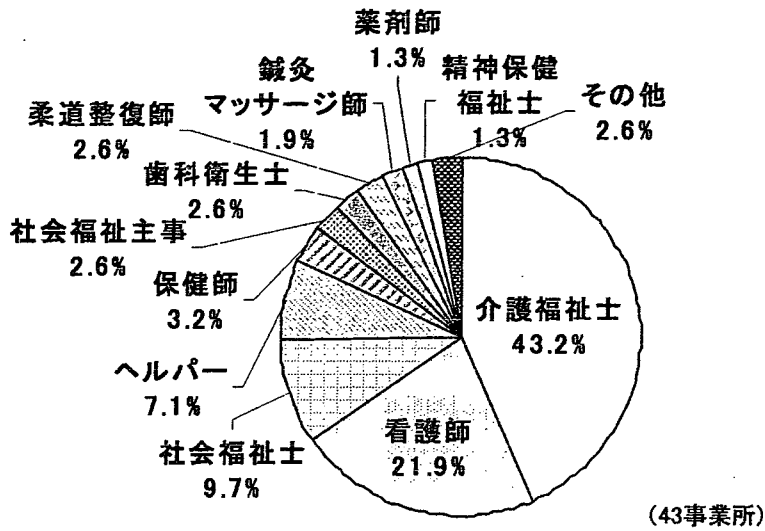
n=78ケース

(図8-2)

居宅介護支援事業所へのアンケート (H19.10実施)

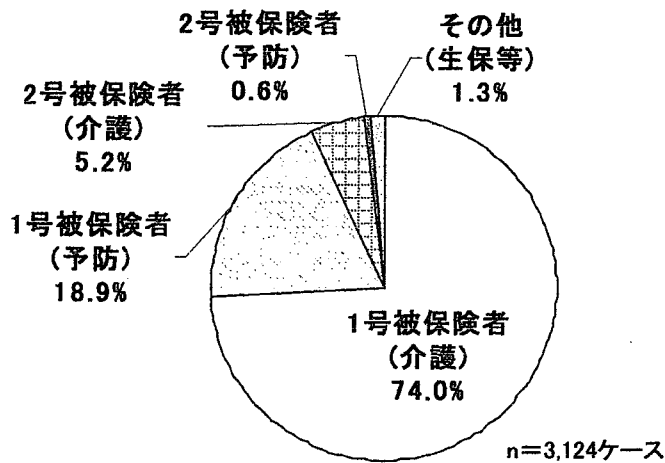
アンケート送付事業所	100事業所
アンケート回答事業所	43事業所(回答率:43%)

介護支援専門員の職種



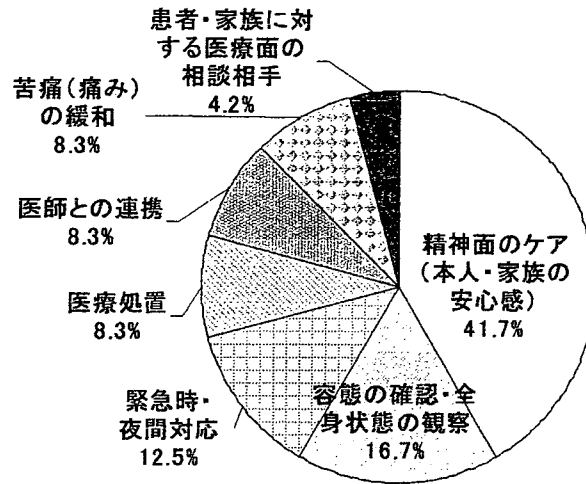
(図5)

契約している利用者の状況



(図6)

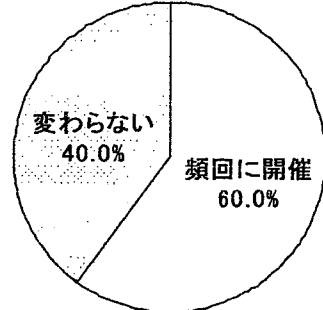
介護支援専門員が訪問看護に求める内容について



(図9)

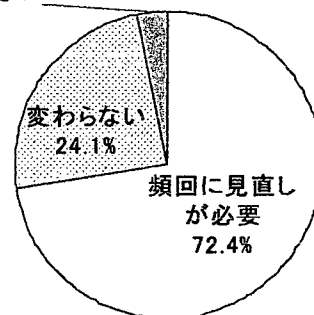
がん末期利用者にかかる労力

がん末期の利用者の
サービス担当者会議の開催頻度
(30事業所)



(図10-1)

がん末期利用者の
ケアプランの見直しについて
頻度は少ない
(29事業所)



(図10-2)

がん患者の在宅化学療法に関する研究

分担研究者 奈良林 至 埼玉医科大学国際医療センター緩和医療科

研究要旨 がんの在宅化学療法は、そもそも病院への通院が困難な患者が対象となり、その施行場所は患者の自宅になること、在宅医や在宅看護を担う看護師（訪問看護師等）が必ずしもがんの化学療法を安全かつ適切に管理できる能力があるとは限らないこと等より、その目的をどこに置くかにもよるが、本質的にリスクの大きい治療と考えなければならない。それにもかかわらず在宅化学療法が検討される現状で、その問題点と化学療法に対しての在宅医のかかわり方を考察する。

A. 研究目的

在宅化学療法が安全かつ適切に計画され、実施することが、現在の医療環境の中で可能なかどうか、またそれを推進することが真に患者のためになるのかどうか等について、現在のがん薬物療法の考え方を通して考察する。その上で、在宅医が化学療法にかかわるとしたら、どのような形が現実的なのかについても考察する。

B. 研究方法

文献的検討、および必要に応じて前年度の研究対象者の追跡調査をカルテにて行った。

(倫理面への配慮)

カルテ調査に当たっては、個人情報の管理・保護に十分配慮した。

C. 研究結果

1) 在宅化学療法が検討される背景

がんの化学療法は程度の差こそあれ種々の副作用を伴うため、安全かつ適切に施行することを考えた場合、化学療法に熟練した医師（可能であれば、日本臨床腫瘍学会等により認定された専門医、あるいは暫定指導医）とその看護に精通した看護師（がん看護専門看護師、あるいはがん化学療法看護認定看護師）の下で行うことが望ましい。しかし、がん診療連携拠点病院ですら十分に上記スタッフが揃っているわけではない現状で、がん化学療法を専門に行う医師が積極的に在宅化学療法を推進する可能性は、極めて少ないと考えられる。

それでもなお在宅化学療法が検討されるのは、ひとえに、患者（あるいは家族）の強

い希望があるからであろう。

ここで問題となるのは、患者の全身状態である。すなわち、特に安全面を考えた場合、化学療法は外来、入院を問わず病院で行うことが望ましいにもかかわらず在宅でということは、外来通院あるいは入院が困難だから、ということになる。

実際に前年度の検討では、化学療法を専門に行う診療科に入院した患者の4割がそれ以上の化学療法の継続は困難と判断されているが、在宅化学療法については医療者側からはもちろん、患者・家族からの希望も出なかった。

2) 化学療法の適応、目的と限界

がん化学療法を行うかどうかの最低限の基準は、

①化学療法がその腫瘍に対して標準的治療、またはそれに準ずる治療として確率していること

②患者の performance status、栄養状態が良好なこと

③十分な諸臓器（骨髄、腎、肝、心、肺等）の機能を有すること

④インフォームドコンセントが得られていること

が挙げられている。
また、癌腫により化学療法に対する感受性はまちまちであり、感受性があるとされる腫瘍であっても、その有効性は一定の基準に基づいて計画的に薬剤が投与されてはじめて得られるものであり、それが遵守できない状況下では、その有効性—大多数の臨床試験は延命ないし腫瘍縮小効果を評価目的としたものであるが、それが標準的治療となってい

るものは少ない—が期待できる癌腫は限られている。まして、症状緩和あるいはQOL向上を目的としてそれを検証できた臨床試験はさらに少数である。

したがって、日常臨床において、治療者が恣意的に変更した治療計画で行われた治療によって正当な効果が得られる保証は全くないことを理解しなければならない。そして、注意すべき点は、化学療法による効果と副作用のバランスに常に配慮していないと、がんをよくするための治療でかえって体力を落とし、ひいては寿命を縮めることになりかねないことである。

D. 考察

在宅化学療法の現状は、がん化学療法を入院あるいは外来通院で行う適応のない患者で、患者自身あるいはその家族の強い希望があった場合に、必ずしもがん化学療法に慣れていない在宅医と訪問看護師によって行われている。

これは、がん化学療法の安全面から極めてリスクが大きい。また、そのような全身状態の悪い患者に対して抗がん剤を投与する場合、がん化学療法に慣れていない在宅医であっても投与量は減量しているようであるが、そのような投与方法で一定の効果が期待できるとは考えられない。

もし継続して原法を意図的に修正した治療を行うのであれば、やはり、臨床試験によってきちんと評価すべきであるし、その結果がなければ治療開始前のインフォームドコンセント自体成立しない。

がん診療連携拠点病院にすら十分なスタッフが配置されているとは言えない状況において、薬物療法そのものの専門医制度化が始まっている現状では、全身状態の悪い在宅患者に目的のはっきりしない化学療法を行うことは慎重になるべきであろう。

以上、化学療法の原則論から言及したが、在宅化学療法に意義を認めるとしたら、「患者の希望を失わせない」ことが挙げられるかもしれない。しかし、副作用のある薬剤を、全身状態に応じて減量したとしても、患者の希望のために使うことが医学的、倫理的に許容されることなのか。

上記の如く、化学療法には限界があり時にはそれによって致命的結果を招くことすらある。インフォームドコンセントにおいてはそのような内容についても説明するように厚生労働省の指針には示されており、在宅治療についてもそれは適応されるべきものである。

在宅化学療法を行うことが患者の希望を失わせない、というのは議論のすり替えであり、医師は‘化学療法ありき’の姿勢を改めていく必要があるだろう。

では、在宅医はどのような形で化学療法に関わるかが望ましいと考えられるか。これまでの考察から、化学療法の専門家ではない多くの在宅医は、自分の判断で直接化学療法を施行するのではなく、例えば、役割を明示された地域連携クリティカルパスにしたがって、医療連携の中で役割を分担していくことが考えられる。それは在宅医のみが努力しても達成できることではなく、がん診療連携拠点病院が中心となって地域の医療連携体制を構築していくことが必要である。

E. 結論

在宅化学療法は、在宅医が安易に行うべき治療ではない。しかしながら、医療連携が有機的に構築されているという前提において、在宅医も参加して作成されたクリティカルパスに明示される役割を担うことは重要と考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

・奈良林至：緩和的化学療法とは何か。緩和ケア17:6-12, 2007

・奈良林至：代替療法。藤原康弘、野村和弘編著。「がん患者看護のキーポイントガイド」vol.8 乳がん。メディカルフレンド社、東京、2007

・Ohnishi H, Narabayashi M, et al.: Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants: case reports and review of literature. Palliat Support Care 5(4):411-4, 2007

・Fujita K, Narabayashi M, et al.: Genetic linkage of UGT1A7 and UGT1A9 polymorphisms to UGT1A1*6 is associated with reduced activity for SN-38 in Japanese patients with cancer. Cancer Chemother Pharmacol 60(4):515-22, 2007

2. 学会発表

・奈良林至他：大学病院における緩和ケアチームの現状と診療上の問題点、第12回日本緩和医療学会総会、平成19年6月22～23日、岡山

・奈良林至他：緩和ケアチームにおける精神腫瘍医の重要性、第20回日本サイコロジ学会総会、平成19年11月29～30日、札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

なし

平成19年度分担研究報告書

「北海道西胆振地区における在宅ホスピスケアの取り組み」

分担研究者 柴田 岳三 日鋼記念病院 緩和ケア科科长

研究要旨 地域において在宅医の早期参加による在宅緩和ケアを進めてきたが、ネットワークとしての関わりの進展が遅いという問題点があった。我々は昨年度の報告で紹介した西胆振在宅ホスピス・ネットワーク¹⁾の例会においてアンケート調査を行い、がんの在宅ケアの進まない原因とそれに対する対策を検討しようと試みた。アンケートの結果「介護負担の大変さ」「在宅での疼痛緩和の困難さ」「急変時の対応の困難さ」「情報不足」などが浮き彫りとなり、それぞれの問題点について解決を試みようとした。

A. 研究目的

西胆振在宅ホスピス・ネットワークが立ち上がりはしたが、ネットワーク機能がなかなか進展しない意味もあり、平成19年10月11日第11回例会にて参加者に対して、アンケートを行い、その結果を踏まえ、今後のネットワーク機能を強化するための対応を検討することを目的とした。

B. 研究方法

第11回西胆振在宅ホスピス・ネットワークへの参加者は、医師、ホスピス病棟看護師、一般病棟看護師、訪問看護ステーション看護師、MSWなど69名であった。アンケートの質問内容は「なぜ帰れない」「それ(帰れないこと)に対する対応」を筆記式で回答するものであった。

このアンケートを踏まえ、2回にわたる臨時幹事会を開催し、対応を検討した。

C. 研究結果

アンケートの回答を問題別に分類した。その結

果、①介護負担の大変さ、②自宅での疼痛緩和の困難さ、③急変時の対応の困難さ、④情報不足、⑤その他(施設の不備、システム・ネットワークの不備、患者の不安など)、に分類された。

この結果を基に、臨時幹事会を招集し、その対策を検討している。①に対しては、室蘭保健所の保健所長に参考意見をいただき、その対応を検討すること、②に対しては今後継続的に検討すること、③に対しては地域の全総合病院がバックアップを保証し、明文化すること、④に対してはワーキンググループ(WG)を立ち上げ、パンフレットを作成する、などの対応が決まった。

D. 考察

アンケート結果の①～③は昨年度本臨床研究事業で大岩孝司分担研究者が研究した1)介護負担の大変さ、2)支度での疼痛緩和の困難さ、3)急変時の対応の困難さ、に一致したものであった。さらに、④情報不足を挙げた回答も多くを占めた。⑤その他は、回答数は多いものではなかったが、

「在宅診療をしてくれる開業医が少ない」「24 時間対応の訪問看護ステーションがない」「基幹病院と在宅医との連携が不十分」「患者の不安」など重要なものが含まれていた。

それぞれの問題点にて対して対策を試みた。

- ①「介護負担の大変さ」に対しては室蘭市がすでに行っているいくつかの福祉対策の中で対応ができないかということで、今後検討することとした。
- ②「自宅での緩和ケアの困難さ」は医療者の教育の問題でもあり、さらに検討が必要であること。
- ③「急変時の対応の困難さ」に対しては西胆振在宅ホスピス・ネットワークに参加している全ての総合病院が、対応可能であるとの保証をすることで地域住民にも訪問診療医・訪問看護師など医療福祉関係者にも安心感を与えるであろうと意見が一致した。
- ④「情報不足」に対してはワーキンググループ(WG)を立ち上げ、市民・医療者への教育・啓蒙の意味も含め、西胆振共通のパンフレットを作成することとし、作業に取りかかっている。

E. 結論

地域において在宅医の早期参加による在宅緩和ケアを進めるために、西胆振在宅ホスピス・ネットワーク例会においてアンケートを施行し、在宅ホスピスのネットワーク機能を妨げている問題点と、それに対する対応を検討した。その結果、①行政福祉関係者との協力の検討、②医療者のスキルアップ対策、③地域の全ての総合病院の急変時における対応の保証とその明文化、④WGを立ち上げ、地域住民・医療者に対する教育・啓蒙用のパンフレットを作成する、などを推進することとした。

F. 文献

- 1) 柴田 岳三. 北海道西胆振地区における在宅医療の取り組みー西胆振在宅ホスピス・ネットワークー。ホスピスケアと在宅ケア(Hospice &

Homecare) 2006;14(3):220~223

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

分担研究報告書

在宅権和ケア推進におけるがん治療担当側の取り組み

分担研究者 木村 秀幸 岡山済生会総合病院副院長・ホスピス長

研究要旨：終末期にあるがん患者が住み慣れた地域で過ごすことができるように、在宅ケアにつなげるためには、まず、症状コントロールができていることが重要である。各々のがん治療の主治医が症状コントロールも十分するには限界があることもわかり、緩和ケア外来との併診をすすめることも重要であることがわかった。そして、抗がん治療中の時期からの緩和ケア外来との併診を効率的に行う方策のがん治療施設ごとの対応の確立が課題であることが明らかになった。

A.研究目的

がん治療後再発し、最終的には死に至る患者に対する入院緩和ケアは最近かなり行われるようになってきた。しかし、残された大切な時を住み慣れた家で過ごすという在宅ホスピスケアはまだ拮かりを見せていない。本研究では、主に終末期にあるがん患者とその家族が安心して家で過ごせるようなシステムの構築を緩和ケア病棟の側からの視点で調査を行い、支援方法の開発と確立を目的とする。

この研究により、終末期にある患者とその家族が残された大切な時を住み慣れた自宅で平穏に過ごすことができ、患者の死後も家族の心の平安につながり、医療者の満足度も高まることが期待される。

B.研究方法

がん終末期における症状コントロールの方法を病院内の医療者並びに地域の医療者に対して「がん疼痛セミナー」を開催し、調査した。また、在宅ホスピスケアをすすめるためにという講演会を開いて、その時にも調査した。そして、緩和ケア外来、緩和ケア病棟へ紹介のあった患者並びに家族と紹介医などから緩和ケア病棟の役割やイメージについて聴き取り調査した。

（倫理面の配慮）

患者・家族へはインフォームドコンセントを得て行った。

C.研究結果

「がん疼痛セミナー」は、年3回の実施で、定着してきた。H19年度の院内の参加者は、1回目62人、2回目27人、3回目24人、合計113人（医師28人、看護師67人、薬剤師11人、その他2人）であった。また、この院内セミナーに、院外医師の参加が4人あった。

一方、院内で開催した「在宅ホスピスケアをすすめるために」という地域医療施設への公開セミナーへの院外の参加者は、医師4人、看護師19人、その他4人であった。その中で在宅ホスピスケアに協力してもいいというのは医師2人、看護師13人、その他1人であった。その中で、在宅緩和ケアをすすめていく上で困難を感じていることはどの質問に、病院と地域の医師と訪問看護ステーションの連携が問題7、往診医の不足6、家族間の意思の不統一3、訪問看護師の不足2、在宅ケアを想定した準備不足2、その他7であった。

D.考察

介護保険の導入に続き、在宅療養支援診療所の指定などにより、在宅ケアへの期待が高まってきている。診療所の医師の対応にも変化の兆しが見られだした。しかし、がん患者の終末期の在宅医療を引き受ける医師はまだ少なく、症状コントロール（特に疼痛コントロール）の普及・習得が大切であることが分かり、昨年度から、院外へ

の出前セミナーを開始した。昨年度 1 回行い、今年度も 1 回行った。今後も地域の中小病院に出前セミナーを継続していくことも大切であると考えます。

一方、院内でのセミナーも H17 年より 1 年に 3 回行うことを定着させて継続しているので、疼痛コントロールは病院内ではかなり行き渡ったと考えていた。しかし、オピオイドの使い方には慣れてきたが、まだオピオイドを使っていない人の疼痛コントロールに少し工夫がいることもわかった。そこで、がんの再発などで入院中の患者全てにかかわっていくための方策を検討する必要がある。

在宅ホスピスケアに向けて、当院の緩和ケア病棟が関与し始めて数年経過しているが、地域で訪問診療を引き受けてくれる医師も年々少しずつではあるが増えてきている。しかし、病院と地域の医師と訪問看護ステーションの間の連携が今一つ十分でないことが上げられた。往診医の不足から、今までのように在宅医療に熱心な地域の医師ばかりでなく、依頼先を拡げた結果、連携がスムーズでないという問題が浮上してきた。そして、家族間の意思の不統一の点でも、以前は二の足を踏む家族がいる場合には在宅ケアをあえて勧めなかったが、最近では背中を押す方向にあることの結果かもしれない。在宅ケアを想定した準備の不足という点では、院内の医師の意識がまだ、在宅緩和ケアに向いていないことを反映している。

今までの緩和ケア病棟は、病院の中で看取りを最大限良くしていこうという方向性にあった。しかし、これは、医療者の視点に立ったところが多く、患者・家族の視点に立って構築されてきたとは言いがたい点がある。患者・家族の視点で見ると、病院は（緩和ケア病棟といえども）家族が居ることを前提にしてない点が少ないと思われる。当院の医療相談窓口の中のがん相談のうち、療養場所を含めた在宅療養相談と緩和ケアに関する相談が 18.0% あった。医療者（医師や看護師）は自分たちができることを中心にケアを組み立てようとする。しかし、できることだけでなく、そうしてほしいことに焦点

を当てたケアが大切であることがわかったので、相談支援センターからもフィードバックをもらい、視点を変えてみると課題と解決策が湧き出てくるものと期待している。

E. 結論

がん終末期患者の在宅ケアを推進するためには、症状がコントロールされていることが必須条件であるので、医療者への症状コントロールの実際の普及が大切であり、病院の医師をはじめとする医療者に終末期に至る前からの緩和ケア科との並行した診療の実施が重要であることが明らかになった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 学会発表

○嶋尚子、槌田洋子、大塚千秋、金田美佐緒、石原辰彦、木村秀幸：「ぜってえ帰る」を皆で支援した事例。第 8 回日本死の臨床研究会・中国四国支部研究会、平 19.6 月、香川。

○槌田洋子、岡田美登里、石原辰彦、木村秀幸、金田美佐緒：がん診療連携拠点病院としてのがん相談の現状と課題。第 31 回日本死の臨床研究会年次大会、平 19.11 月、熊本。

2. 論文発表

○木村秀幸：当院の緩和ケアの現状と課題—その人らしさを支える安全対策について—。緩和医療学,9:305 - 307,2007.

○木村秀幸：がんの痛みをやわらげる—緩和ケアと疼痛コントロール—BIOPHILIA SPECIAL「がん」制圧の最前線 5—症状、原因、治療。そして未来—。ピオフィリア,3:30 - 34,2007.

H. 知的財産権の出現・登録状況（予定含）

なし

分担研究報告

在宅終末期を支える訪問看護師の役割に関する一考察
～終末期介護を経験した遺族へのアンケート調査から～

分担研究者 国保 匝瑳市民病院 地域ケア部 大木信子
大木千恵子 穂田倫子 英香代子 内匠勝子 武井順子
糸日陽子 土屋藤野

key word : 終末期看護、家族介護、訪問看護、在宅療養

研究要旨 終末期を住み慣れ親しんだ我が家で、家族と有意義な時間を持ち、自分らしい最期を迎えたいと大半の人は望む。しかし、介護する立場に立つ家族が抱える思いは複雑であり、それは、その家族、取り巻く環境によって異なっている。在宅緩和医療を推進していくためには、その課題にどれだけ寄り添え介入ができるかに関わっているのだろうと思う。そこで、今回終末期の介護体験者にアンケート調査を行い、それぞれの課題と終末期看護としての介入のあり方を分析してみた。

A 研究目的

近年、医学の進歩や核家族化等の社会状況の変化に伴い、病院で亡くなる人の割合は8割を超えると報告されている。一方で「国民の2人に1人は終末期を自宅で過ごしたい」という希望を持っているが、実際に自宅で死を迎えることが出来ている人の割合は1割強に過ぎない。末期医療に関する意識調査報告書によると、自宅での療養が困難な理由の一つとして、「病院での死が当たり前となり、死を忌み嫌うものと感じるようになったため、死の自然なプロセスがわからず不安が大きい」¹⁾と挙げられている。

当ステーションでは、昨年55名の終末期患者の看護に携わった。私達の関わる終末期患者とその家族の中には、死の自然なプロセスがわからず介護に対する不安を抱え、自宅での看取りまで至らないケースもあると感じている。在宅療養を希望する終末期患者とその家族が安心して自宅で過ごすために、これまでの私たちの看護を振り返

り、在宅介護を困難にする要因を明らかにする必要性を感じた。

今回、終末期介護を経験した家族を対象にアンケート調査を行った。そこから、終末期介護の不安要因を明確にし、終末期を支える訪問看護師の役割について再考する国が目指している、住み慣れた地域で安心して生活していくための基盤づくりだが、現実には空回りしている部分が多い。利用者とサービス提供者間の6年間の介護支援専門員としての立場からまた、訪問看護を提供する事業者としての関わりを通して見えてきた医療機関等より在宅移行時の現状と課題を整理し、在宅緩和医療推進に繋がる糸口を探る。

用語の定義

- ・終末期＝人生の最期に近づいていく過程をたどる時期。
- ・臨死期＝(終末期の中期以降)病状変化が月～

週単位で変化すると考えられる時期。患者の精神的苦痛や家族の予期悲嘆が増す時期。

- ・死別期＝病状が時間単位に変化し、死がおとずれる、別れの時期。死別後の家族の悲嘆を含む。
- ・エンゼルケア＝死亡診断後の清拭、衣服、化粧、つめものなどのケア。
- ・グリーフケア＝愛する家族との死別後、遺族が経験する喪失体験（喪の作業）から新しい出発が出来るように支援すること。
- ・死のプロセス＝生体が死へ向かうときの生理的変化（食事量の低下、呼吸・意識の変化）などが起きる経過。

B. 研究方法

1、対象者 24 名

当ステーションで平成 18 年 6 月～平成 19 年 6 月に死亡した患者の遺族 55 名と、平成 18 年 6 月以前に死亡した患者で介護歴の長かった遺族 17 名に、死別後の様子をうかがう目的でお悔やみの葉書を郵送した。そのうち返信のあった 40 名に、本研究のアンケートを送付し、返信のあった遺族 24 名を対象とした。

2、方法

郵送による自記式質問紙調査。

アンケート内容については参考資料 1 参照

3、調査期間

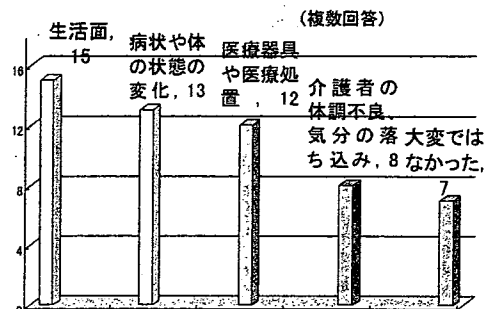
平成 19 年 9 月～平成 19 年 12 月。

4、倫理的配慮

対象者には書面にて本研究の趣旨を説明し、本研究以外には使用しないこと、回答は自由意志であり、無記名でも可能であることを明記し了解を得た。

C. 結果

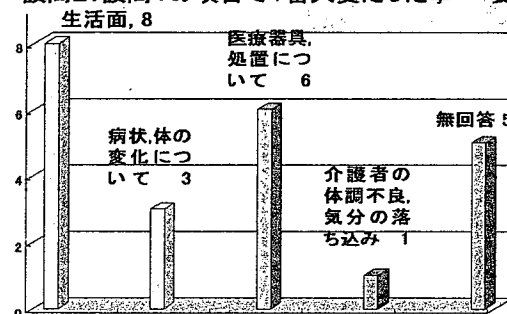
設問 1: 自宅介護で大変だった事 表 1



大変ではなかった理由

- ・よくみて頂いた
- ・介護するのは当たり前
- ・患者がしっかりしていた
- ・介護する期間が短かった
- ・患者が前向きだった

設問 2: 設問 1 の項目で 1 番大変だった事 表 2



大変だった事を看護師に相談できたか

はい：19

いいえ：1

無回答：4

相談したときの看護師の対応や説明について

満足：20

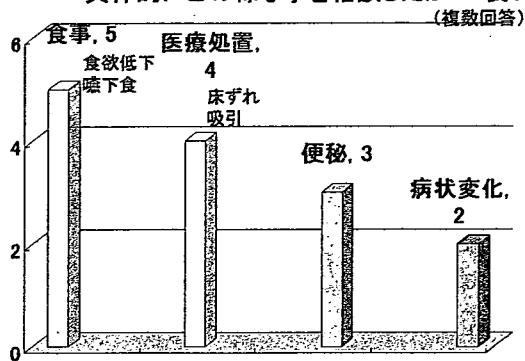
普通：1

まあまあ：0

不満足：0

無回答：3

具体的にどの様な事を相談したか 表3



相談したときの看護師の対応について

- ・食事はむらがありなかなか思うように食べてくれなかったが看護師さんの言うことは良く聞いてくれた (介助で摂取することが出来た)
- ・食べ物、水分についてはトロメリンや寒天を使うなど色々と教えてくれた
- ・食事について親切に教えてくれた
- ・医療処置や器具について介護者が慣れるまで教えてくれた
- ・褥瘡の進行状況に応じて教えてくれた
- ・病人を苦しませず手早く手当てしてくれた
- ・適切な処置でした
- ・親切に教えて下さいました
- ・何から何まで教えてくれたので、故人も大喜びだったと思います
- ・一つの事例に対し、色々な方法を教えて頂いたので助かった

設問3: 介護して良かったうれしかったと思うこと

患者自身の喜びや姿が介護者の喜びに繋がった: 11名

- ・亡くなる前にありがとうといってくれた
- ・亡くなる前に大好きな甘酒を飲んでうまいなあと言ってくれた
- ・食事がおいしいと言ってくれた
- ・亡くなる前に笑顔があった事。最期に自分の褒美になった

- ・思い出を一緒につくる事ができた。患者が一生懸命戦ってくれたこと

看護師や介護士などの専門職の訪問があり安心できた: 5名

- ・看護師が来るのを楽しみにしていた
- ・介護の大変さや携わって下さる方々の親切にはとても救われた
- ・ヘルパーさんが毎日来てくれた事
- ・親切にしてくれて安心出来ました

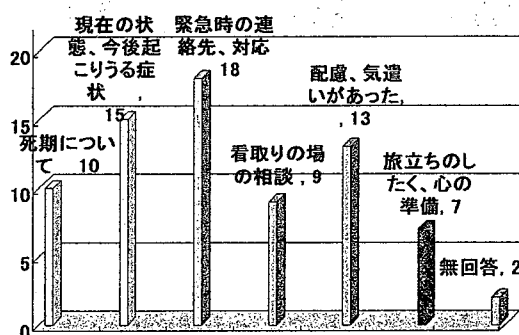
患者や家族の希望通りの看取りが出来た: 3名

- ・自宅で看取りが出来た事
- ・家族全員で最期を迎える事が出来た事
- ・自宅で最期をという患者の思いを受け入れる事が出来た事
- ・自宅で最期を迎えたかった

自分なりの介護が出来た満足感がある: 3名

- ・介護しても悔いが残る事もありますが、しないで悔やむより良かった
- ・介護者が健康で患者に心配かけずにすんだ事
- ・自分なりに出来るだけのことが出来た事
- ・一生懸命介護したけれど、本人がどれだけ満足したかわからない。自分自身は最期まで介護できたことは良かったと思っている

設問4: 臨死期の訪問看護師の対応について表4



- ・常に指導して頂いたので特に心配事や相談することも無かった。

設問5: 設問4の項目で、看護師の対応・説明の仕方について

満足: 18

普通：4

まあまあ：0

不満足：0

無回答：2

- ・病院に入院してからも顔を出してくれて、気遣ってくれた。元気を出して頑張るように励ましてくれた
- ・家族に対して不安をなくしてくれるような力強い看護をして頂いた
- ・家族のことを考え最期まで最善を尽くしてくれた

設問6：亡くなる前の関わりで看護師に対して気づいた事

- ・亡くなる前に教えてくれたので覚悟ができた
- ・急変で驚いたが、顔見知りの看護師の顔がみられて安心した
- ・旅立ちの準備を前もって教えて欲しかった

設問7：死亡場所

自宅：10

病院：13

施設：1

設問8：死後の処置について

- ・大変親切にして頂いた
- ・きれいにしてくれた
- ・生前と同じように関わってくれた
- ・ほほをふっくりしてもらえたこと助かりました
- ・体を介護しているようにふれ、近所の人（亡くなっているのを知らず）に体を拭いてもらって気持ちよさそうだと行ってもらえたこと

設問9：亡くなられてから気持ちを整理する場について

必要7名

- ・亡くなった事が納得できるように
- ・介護してきた事を認めてもらいたい
- ・本人も満足して旅立っていったと納得してもらいたい

- ・医療者に話を聞いてもらうことが出来、介護して良かったと思えた

どちらでもない7名

- ・自分自身でやるべきことをやったと思うので満足、気持ちの整理はついている
- ・自分自身が気持ちを切り替えなければならないと思う
- ・日が経つにつれ、自分自身でだんだんと気持ちの整理かつてきた

必要ない4名

- ・高齢であり、覚悟ができていた
- ・よくやって頂いたから
- ・親を介護するのは当然だから

無回答6

必要と答えた方へどのような対応が必要か家族や親族：4

友人：2

訪問看護師や介護士：2

無回答：1

自由記載

- ・家族が介護の仕方では迷っている時、訪問看護をして頂き、心にゆとりと安心を持つことが出来た。心より感謝しています
- ・自宅介護している時は毎日に追われ、気持ちの余裕もなく相手の立場になれなかった。そんな時、限られた時間ではありますが、色々と相談する事が出来た事は心強かった
- ・現在利用者が、一番希望していることに対して、やさしく対応してあげる事が、一番望ましいと思います
- ・年を取って訪問看護を利用して家で最期。それが最高だと思います
- ・月1回の訪問を楽しみにしていた。本人の楽しい話や世間話を笑顔でしゃべり、笑顔で答えてくれる看護師さん。看護師さんは笑顔がとても大切だと思う。笑顔は、病人・私にとって元気

をもらえた

D. 考察

設問1、2より、自宅介護で大変だった事は「生活面」で半数以上と多く、8名が一番大変だったと回答している。相談内容は、食事に関する項目が多く挙げられた。訪問看護師は食欲不振の要因をアセスメントし、食形態の工夫、食欲増進を目的とした口腔ケア、排便コントロールなどの看護を行ってきた。家族より「食事をおいしく食べてもらいうれしかった」「好物の甘酒を飲んで最期にありがとうと言ってくれた」などの回答があった。裏山は「病状の進行に伴って経口摂取することが困難になってくる。しかし、少量であっても口から摂取できるということは患者にとって喜びであり、生きているという充実感や生きる意欲を高め、精神的な支えとなりうる」²⁾と述べている。経口摂取が出来ることは患者の喜びとなり、同時に、患者が少しでも食べられる事は家族の喜びに繋がっていた事がわかった。終末期患者が『口から食べたい』という思いがあれば、最後まであきらめず支援していくことが重要と考える。一方、食べられない事は身体的状態の変化、命の終焉を意味し、家族は困惑する。患者の状態を的確に判断し、食べられない事が死の自然のプロセスであると家族が理解できるように説明する事も重要な役割であると考えます。

相談内容で次に多かったのは、床ずれ処置、吸引についてであった。訪問看護師は、一人ひとりの家族にあった手技の指導を行った。家族から「(家族が)慣れるまでケアを教えてくれた」「(褥瘡の)進行状況に応じた処置の仕方を教えてくれた」など回答があった。家族にとって医療処置は、専門的な知識や技術が必要となるため、困難感を伴うが、少しでも長く生きて欲しいという思いから医療処置を実施していると考えます。これは家族の“患者の為に何かをしてあげたい”というニーズに繋がっており、家族が主体的となって処置を行

えるように支える看護が必要となってくると考えます。また、家族から「病人を苦しませないように手早く手当てした」と回答があった。苦痛を伴う処置は、最大限辛くないよう丁寧に実施する事、処置の際は家族の心情を察し、親身になって関わる事で安心感に繋がる。在宅療養を継続するためには、家族が安心して医療処置を実施できるように関わる必要がある。しかし、処置に限界がくることを家族が認めていけるように投げかけていくことも、穏やかな死を迎えるためには必要と考えます。

設問4の臨死期の対応で、「死期が近いこと」「看取りの場の相談」「旅立ちの支度や心の準備」の項目は回答数が他より少なく、看護師の援助が不足していたと考えられる。これは、家族背景や介護状況から、自宅で看取れないという看護師の先入観や、死を話題とすることで、家族に余計な不安を与えかねないという配慮から、死について伝える適切な時期を逃していたと考える。病態や患者、家族の思いにより異なるが、臨死期での身体的変化が生じた時は、死の心構えをする時期のひとつと考える。設問3より、死について話題を持ち、患者の希望を知り、その人らしい最期を迎えることが出来た家族は、介護に対する満足感を感じていたことがわかった。患者の希望に沿い、その人らしい最期を迎えるための支援は、同時に家族を支える看護に繋がっていると考える。設問8より家族から「大変親切にして頂いた」「きれいにしてくれた」などの回答があった。上田は「患者にとってよき終章は、残された者にとっては悲嘆から立ち直る道程のよきプロローグを提供することにつながる」³⁾と述べている。生前と同じように接し、心を込めたエンゼルケアを行うことは、死別後、遺族の心に深く残っている事がわかった。設問3より家族から「自宅で最期をという患者の思いを受け入れることが出来た」「自分自身でやるべき事はやったと思うので、気持ちの整理はついている」との回答より、家族にとって患

者が最後までどのように生きていかを知り、出来るだけ患者の思いを叶えられるよう介護したことが、後に満足感に繋がり、死別後の気持ちを整理しやすくなっていると考えられる。訪問看護師は、介護者が自分なりの介護が出来た満足感を持てるような支援が必要と考える。

設問9は、今後のグリーフケアに役立てるための手段としての設問であった。私達は、悲嘆ケアを必要とし、その対象として看護師が多く求められると予測してアンケートを実施したが、予想する結果には至らなかった。理由として、死別後から長期経過していたアンケート調査であった事、地域的に、家族や親族が身近にいる事、死によって訪問看護師との関係が終了したと捉えられやすく、死別後、遺族の心情を語る相手としては認識されていない事などが考えられる。今後はそれらを考慮し、グリーフレターやデスクカンファレンスなどで悲嘆ケアへの意識を高め、取り組んでいきたい。

藤田は「人生最期の時の看取りは大きな仕事であり、その時だけのケアでよいはずがない。終末期を看取る家族へのケアとは、いわゆる終末期といわれる時からの積み重ねの結果の一部でもあり、その後、遺族となってからの乗り越え体験にも波及するだろう⁴⁾」と述べている。今回の研究から、患者の希望に沿いその人らしい最期を迎えることが出来ることは、家族介護に密接に結びついている事がわかった。悔いのない療養生活を過ごせるように支えることは、遺族のその後の悲嘆の軽減に繋がっていくと考える。

E. 結論

患者が食べられなくなる時、医療処置があり、苦痛が増大する時に、家族は自宅介護を続けていくことが困難であると感じていた。患者の『生きる』事を最期まであきらめず支援することと、死の自然なプロセスについて、時期を逃さず、家族が十分に理解できるように伝えることは、訪問看護師

の役割である。

F. 終わりに

終末期介護を困難にしている不安要因は、今回の結果だけではない。返信のなかった遺族の思いは明確に出来なかったが、今後も継続することで、家族の思いを汲み取れるような関わりが必要であると考えられる。

家族が、最期の看取りの時はもちろんのこと、遺族となってからでも、良い余韻が残るような支援を意識し、支えていきたい。

引用文献

- 1) 宮崎和加子：在宅での看取りのケア、日本看護協会出版会、p100、2006
- 2) 裏山八重子：臨床看護、へるす出版、25(10)、P1475-1478、1999
- 3) 上田公生：ターミナルケア、三輪書店、vol.11、No.1、P52、Jan.2001
- 4) 藤田冬子：緩和ケア、青海社、Vol.17、No2、P108、2007

参考文献

- 1) 渡辺裕子：看取りにおける家族ケア、医学書院、2005
- 2) 川越博美他：緩和ケア、日本看護協会出版会、2005
- 3) 渡辺裕子：家族看護、日本看護協会出版会、Aug.2006、Vol04、No02

参考資料 1

様

日増しに秋の深まりを感じる頃となりましたが、お変わりなくお過ごしでしょうか？なかなかお会いする機会がありませんが、私たちは、皆様のご自宅の近くを通ったときなど元気でいらっしゃるかな？と訪問させて頂いた当時のことを思い出し、私たちの看護はどうだったかな？と振り返っています。

私たちは、この地域で訪問看護を利用してくださる方々のより良い生活を支えるために、皆様の介護体験に関する思いを知り、今後の看護に役立てたいと考えています。そのため今回、皆様に当時の介護を振り返っていただき、訪問看護に対するご意見・ご要望等をお聞かせ願いたくアンケートを実施させて頂くこととなりました。ご協力頂いた回答の内容に関しては、上記の目的以外には使用致しません。また、プライバシーの保護には充分配慮させていただきます。

ご多忙のところお手数ですが、皆様の率直なご意見をお聞かせ下さい。

末筆ながら、皆様のご健康を心からお祈り申し上げます。

訪問看護ステーションつばきの里スタッフ一同

<問い合わせ先>

匝瑳市訪問看護ステーションつばきの里

〇〇 △△

電話：0479-××-××××

アンケート内容

1、ご自宅での介護で大変だった事に全てに○をつけて下さい。

- ①生活面（清潔、排泄、食事など）
- ②病状や体の状態の変化について
- ③医療器具や医療処置について（例えば吸引、床ずれ、傷の処置など）
- ④介護者の体調不良、気分の落ち込みなど
- ⑤大変ではなかった

（理由 _____ ）

⑥その他

（ _____ ）

2、上記（1）の項目の中で一番大変だった事は何番ですか？（ _____ ）

それを訪問看護師に相談しましたか？

- はい
- いいえ

「はい」と答えた方にお聞きします。

・具体的にどの様な事を相談しましたか？それに対し看護師はどの様に対応しましたか？

・相談したときの看護師の対応や説明の仕方についてどの様に感じましたか？

（○をつけて下さい）

- 満足
- 普通
- まあまあ
- 不満足

理由（ _____ ）

「いいえ」と答えた方にお聞きします。

・その理由は何ですか？

3、介護して良かった、うれしかったと思われる事があれば教えて下さい。

4、亡くなる前は色々と大変だったこととお察し致します。その時、訪問看護師はどの様に接しましたか？あてはまる項目全てに○をつけて下さい。

- 死期が近いことを体の変化に合わせて具体的に説明してくれた。
- 現在の状態、今後起こりうる症状について説明してくれた。
- 緊急時の連絡先、対応の仕方について説明をしてくれた。
- 状態の変化に合わせて、看取りの場（自宅、入院、施設など）を相談することができた。
- 本人、家族の気持ちを伝えやすい配慮や気使いがあった。
- 旅立ちの支度や心の準備について説明してくれた。
- 特にない。
- その他
- ()

5、上記（4）の項目で看護師の対応、説明等についてどの様に感じましたか？（○をつけて下さい）

- 満足
- 普通
- まあまあ
- 不満足

理由

()

6、亡くなる前のかかわりで、看護師に対し気づいた点、具体的な要望等があれば教えてください。

7、亡くなられた場所はどこですか？

- 自宅
- 病院
- 施設

8、死後の処置について気づいた点があればお聞かせ下さい。

9、大切なご家族を亡くされた後、気持ちを整理する為に語れる場もしくは手段が必要と思いますか？

必要

(理由 ()

必要ない

(理由 ()

どちらでもない

(理由 ()

「必要」と答えた方にお聞きします

・どのような対応が必要だと思いますか？当てはまる項目、全てに○をつけて下さい。

- 家族、身内、親戚に話を聞いてもらう
- 友達に話を聞いてもらう
- 訪問看護師やヘルパーと話をする
- 同じ体験をした人達との集まりに参加する
- 手紙や日記、手記などを書く
- その他
-)

・選んだ理由を教えてください。

10、今現在のお気持ちや、これから訪問看護を利用する方達の為にも、訪問看護に対するご意見・ご要望をお聞かせ下さい。

氏名

住所

*無記名でも構いません

ご協力ありがとうございました。同封の封筒にてご返信下さい。