

訪問看護ステーションにおけるがん死亡患者の看護記録分析

～「在宅死」・「病院死」の特徴と患者及び家族の

療養の場所・最期の場所決定の『揺らぎ』について～

研究分担者 鈴木珠水（群馬パース大学保健科学部）
研究協力者 清田恵美乃、馬醫世志子、萩原英子
（群馬パース大学保健科学部）
山路聡子（群馬県看護協会）
棚橋さつき（東京福祉大学社会福祉学部）

研究要旨

平成19年度内に「がん」で死亡した14例の訪問看護記録を対象に、在宅死群・病院死群の特徴と、患者及び家族の「療養の場所」「最期を迎える場所」決定の気持ちの『揺らぎ』について検討し、以下の知見を得た。1)本人に対する告知は全体で35.7%（在宅死群37.5%、病院死群で33.3%）であった。2)『揺らぎ』は、在宅死群62.5%、病院死群66.7%にみられた。3)精神的支援は、介護者の疲労に対する支援、予期悲嘆の支援、気力や気兼ねに対するケアなど両群に提供されていた。4)意思決定支援は在宅死『揺らぎ』有り群では1人当6.0回、無し群は3.8回で約1.6倍多かった。5)薬物利用の疼痛管理は、在宅死群で25%、病院死群で50%みられた。6)提供ケアの中カテゴリ「教育支援」では、在宅死群は病院死群の1人1人当5倍、「医療管理支援」「皮膚創傷処置支援」では各々3倍、小カテゴリの「教育」は1人当8.0倍、小カテゴリの「説明」は1人当6.1倍で、在宅死群の方が説明・教育の「教育支援」提供が多かった。7)在宅死群では最低2人、最高で4人の介護者協力者がおり、1親等以内が多かった。病院死群は2人体制であった。8)提供看護の大カテゴリである「療養上の世話」では、在宅死群は病院死群の3.8倍、「診療の補助」では2.5倍、「連携調整」では4.8倍のケア提供数であった。9)在宅死群は病院死群に比べ1.3倍の緊急訪問利用であった。10)看取りまたは療養場所の初回意思で病院死群は本人と家族の意思一致率が60%、在宅死群は100%であった。11)看取りの場所または療養場所決定の『揺らぎ』は、病院死群及び在宅死群で生じており、継続的な意思決定支援が重要であった。

A. 研究目的

がん対策推進基本計画（平成17年）に掲げられた10年以内の全体目標は「がんによる死亡者の減少」、「すべてのがん患者及び家族の苦痛軽減ならびに療養生活の質の向上」である。またこの計画の中心に据えられているのは「治療の早期からの緩和ケアの推進」である。

平成19年のデータでは悪性新生物による死亡は336,468人；死因順位の第一位で、年間死亡者数の約30%を占め¹⁾依然増加している。

平成15年の調査では約6割が、自分の住み慣れた家で療養し、家族に看取られ

ながら最期の時を迎えたい²⁾と希望しているが、現状はどうか。

平成11年度の訪問看護統計では在宅でのターミナルケアは全体の1.5%程度であり³⁾、平成17年度日本訪問看護振興財団訪問看護・家庭訪問基礎調査では在宅がん患者に対する訪問看護提供は、訪問看護利用者全体の約8%であった。また、平成17年の終末期医療に関する調査等検討会の調査によると、がんによる死亡者の94%が病院・診療所などの施設で死亡し、在宅死は約6%である。

医療費抑制、在院日数短縮等の社会的

状況と、療養者の「自宅で最期を迎えたい」というニーズから、末期がん患者への訪問看護の提供は増加しつつある。しかし、「できるだけ長く、家で療養したい」という希望がある一方、「最期は病院でもやむを得ない」という認識がある。

患者や家族は「自宅で最期を迎えたい」と希望しながらも、不安や葛藤の中で「療養の場」「最期を迎える場」に対して気持ちが揺らいでいるのではないだろうか。患者や家族の「療養の場」「最期を迎える場」の希望に応えるには何が必要なのか。

そこで、本研究では訪問看護ステーションのがん患者の利用者に着目し、「どのような条件が在宅療養を可能にするのか」について検討した。訪問看護を利用していたが病院で看取られた事例群（以下、「病院死群」と略す）と、そのまま在宅で看取られた事例群（以下、「在宅死群」と略す）を対象にし、「在宅死」・「病院死」の特徴と、患者及び家族の「療養の場」「最期を迎える場」に対する気持ちの『揺らぎ』についてレトロスペクティブな解析を行い、在宅療養支援の課題について検討した。

B. 研究方法

1. 研究対象

X県A訪問看護ステーションの平成19年度の利用者で、平成19年度内に「がん」で死亡した14例*（在宅死群；8例、病院死群；6例）の訪問看護記録（資料4参照）。

* A訪問看護ステーションの平成19年の病院でのがん死と在宅でのがん死はそれぞれ7例、9例であるが、訪問看護記録が閲覧できない状況のため、8例、6例の計14例となった。

2. データ収集期間

平成20年4月～9月

3. 調査項目

井上らの「在宅療養移行の為の着眼点10項目⁴⁾」に、複数の文献から在宅療養を可能にする視点を追加・修正した12項目（表1）に沿い、データ収集を行った。

4. 分析方法

訪問看護記録から、調査項目である12項目に基づき看護記録毎に転記を行い、

事例毎に戸票の作成、整理をし、分析を行った。

「提供されていた看護」については、全訪問看護記録の中から看護行為全てを書き出し、カテゴリー化、分類、数量化を行った。訪問看護記録に記載されていないデータは、可能な限り担当看護師に聴き取りを行った。

表1 データ収集および分析項目

◇	(1) 患者・家族に対してのインフォームドコンセント
◇	(2) 患者・家族に対しての在宅療養の意志及び在宅で最期まで生きること・支えることの想像的受容
	(3) 症状コントロール・疼痛管理
	(4) 社会資源・公的介護サービスに対しての介護者の知識
	(5) 介護者の有無と在宅ケアを継続する介護能力
	(6) 病状悪化や急変時の対応の周知状況
	(7) 在宅ケアのサポート体制
	(8) チームアプローチ
◇	(9) 経済力
◇	(10) 提供されていた看護
◇	(11) 本人・介護者に対する精神的支援
◇	(12) 24時間体制の医療スタッフのサポート
◇	追加・修正項目

5. 用語の定義

「在宅死」：訪問看護ステーションを利用しながら、在宅で看取られた対象

「病院死」：訪問看護ステーションを利用しながら、何らかの理由で入院し、病院で看取られた対象

『揺らぎ』：患者本人及び家族の心理・意思が揺れ動く状態を指す。具体的には「病名告知されている」のであれば「在宅で最期を迎える」のか「病院で最期を迎える」のか、「病名告知されていない」のであれば「どこで療養したいのか」悩むことを指す

（倫理面への配慮）

訪問看護ステーションにおいて訪問看護記録を閲覧し、情報収集を行う際には、個人情報転記することなくコード番号で対応させた。また看護記録は訪問看護ステーションのみで閲覧し、個人を特定できる情報はデータ収集段階で全て除外した。

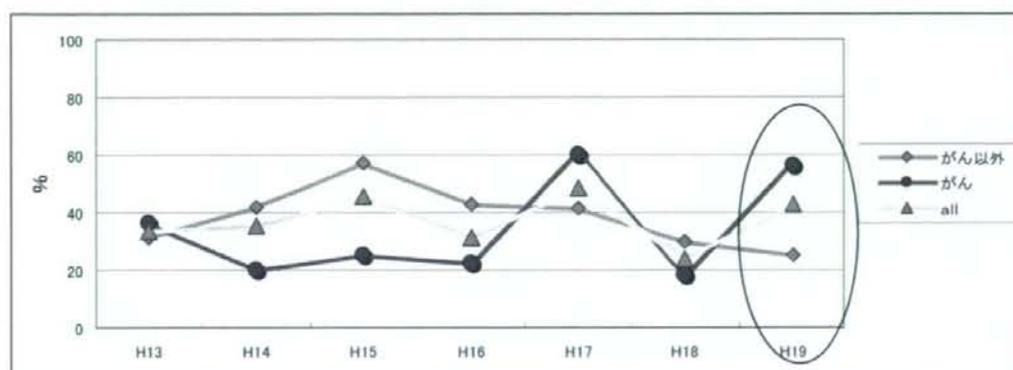
【訪問看護ステーションについて】

全国におよそ5,924カ所⁵⁾（2006年4月1日現在）の訪問看護ステーションがあり、様々な運営スタイル（独立型、系列病院あり型、系列病院隣接型、診療所併設型など⁶⁾）がある。A訪問看護ステーションは、独立採算で運営されており、医療依存度の高い療養者に対する看護ケア提供も積極的に行っていた。

表2 A訪問看護ステーション利用者の病院死数、在宅死数（H13-H19）

	のべ利用者数			病院死群							在宅死群						
	利用	中止	合計	全ての疾患(がん含む)			がん				全ての疾患(がん含む)			がん			
				M	F	All	M	F	All	がん死%	M	F	All	M	F	All	がん死%
H13	60	52	112	12	6	18	5	2	7	38.9	4	5	9	2	2	4	44.4
H14	66	43	109	0	11	11	0	4	4	36.4	3	3	6	0	1	1	16.7
H15	70	45	115	2	4	6	1	2	3	50.0	2	3	5	0	1	1	20.0
H16	75	60	135	6	5	11	4	3	7	63.6	2	3	5	1	1	2	40.0
H17	71	64	135	5	9	14	1	3	4	28.6	5	8	13	4	2	6	46.2
H18	68	41	109	6	10	16	5	4	9	56.3	4	1	5	2	0	2	40.0
H19	81	58	139	11	5	16	6	1	7	43.8	6	6	12	4	5	9	75.0
計	491	363	854	42	50	92	22	19	41	44.6	26	29	55	13	12	25	45.5

表3 A訪問看護ステーション利用者の在宅死率（がん,がん以外）（H13-H19）



C. 研究結果

1. A訪問看護ステーション利用者の7年間の病院死数、在宅死数

A訪問看護ステーション利用者の病院死数及び在宅死数（H13-H19）は表2に示した。対象とした平成19年度は、全死数28名(100%)に対し、病院死は16名(57.1%)、在宅死は12名(42.9%)、病院死の「がん以外」は9名(32.14%)、「がん」では7名(25%)、在宅死の「がん以外」は3名(10.7%)、「がん」では9名(32.14%)であった。

在宅死群に着目すると、がんを含む全ての疾患で死亡した人は12名、がんで死亡した人は9名で、75%を占めていた。平成19年の在宅死率(=在宅死数/(病院死数+在宅死数)×100)はがん以外では25.0%、がんでは56.3%(表3)で、

在宅死>病院死であった。また、表2のグラフより、「がん以外の疾患」の在宅死が平成15年をピークに減少傾向であった。

2. 対象者の背景

表4に対象者の概要、表5に対象の訪問回数と日数、表6に主病名を示した。

平成19年度の利用者で、平成19年度内に「がん」で死亡した14名は、病院死群(n=6)は男性5名、女性1名で、平均年齢83.5歳(SD4.97,78-92歳)であった。在宅死群(n=8)は男性4名、女性4名で、平均年齢73.6歳(SD15.79,42-88歳)であった。

訪問回数と日数(表5)から計数した結果、病院死群の1日あたりの訪問回数1.09回に比し、在宅死群は1.23回であった。

表4 対象の概要

No.	性別	年齢	追加 本人家族	病歴 氏名	ベン コン ロール	保険	介護度	介護者	主介護者	協力者	訪問看護以外の社会資源		回数	担当者 所属 支数	精神的サポート	24時間体制 (緊急訪問回 数)		
											内容	教育・説明						
2	76	M	○	○	○	○	○	妻	要介5	妻	人工耳鳴り	人工耳鳴り	4	4	0	3	本人の介護量増大、介護疲れ 均等な負担	2
① 4	79	F	×	○	○	○	○	妻+長男	要介1	妻+長男	訪問介護、訪問看護、地域包括センター介護予 め申請、通所介護訪問、家庭訪問、ヘルパー	介護量増大、呼吸器疾患、不安な 体質、看取りの準備	12	19	5	7	呼吸器の不具合、看取りに対する不安 感への対応、介護疲れ	0
5	87	M	×	○	○	○	○	妻	要介1	妻	訪問介護、福祉用具貸与	吸引、終末期に現れる症状、体位調整、点 滴投与、尿、排便	4	4	0	2	急に入院したため	3
(+) 6	70	F	×	○	○	○	○	夫	不介	夫	在宅介護、在宅介護、介護サービス	吸引、今更だる症状、緊急時の対応、食 事困難、嚥下困難、尿漏	50	47	3	10	看取りに対する不安、介護疲れ 家族介護負担増	8
8	41	F	○	○	○	○	○	妻	要介1	妻	訪問介護、福祉用具貸与	安眠薬	1	4	0	1	生きる気力、介護負担 軽減への気遣い	0
11	86	M	×	○	○	○	○	妻	要介3	妻	訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、ショートス tay	1.①: 計 71 78 8 23 1.②: 一人当たり平均 14 16 1.6 4.6	71	78	8	23		13
3	61	M	○	○	○	○	○	妻	不介	妻	訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、ショートス tay	1.①: 計 14 16 1.6 4.6 1.②: 一人当たり平均 9 7 0 6	14	16	1.6	4.6	在宅で看取ることへの不安	2.6
7	88	F	×	○	○	○	○	妻	要介4	妻	訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、通所介護 センター、訪問入浴	全体の呼吸状態、全身状態の変化の可 視化	2	3	0	3	精神的不安定	0
(-) 9	78	M	○	○	○	○	○	妻	要介5	妻	訪問介護、福祉用具貸与	1.①: 計 13 18 2 14 1.②: 一人当たり平均 4 6 0.7 4.7 1.③: 合計 84 96 10 37 1.④: 一人当たり平均 11 12 1.3 4.6	13	18	2	14	介護疲れ	4
① 10	80	M	○	○	○	○	○	妻	不介	妻	訪問介護、福祉用具貸与	1.①: 計 0 6 1 2 1.②: 一人当たり平均 3 0 0 2	0	6	1	2	看取り、お悔やみ訪問	3
2 12	91	F	×	○	○	○	○	妻+長男	要介1	妻	訪問介護、福祉用具貸与	呼吸の好発部位、状態変化、排便活動 IVH管理について、トラブル対応について	3	0	0	2		1
(+) 13	82	M	不介	不介	不介	不介	不介	妻	要介2	妻	訪問介護、福祉用具貸与、訪問入浴	呼吸器疾患、訪問介護、福祉用具貸与、訪問入浴	4	2	0	2		0
(-) 14	82	M	不介	不介	不介	不介	不介	妻	要介2	妻	訪問介護、福祉用具貸与、訪問入浴	呼吸器疾患、訪問介護、福祉用具貸与、訪問入浴	0	1	0	2		0
6 15	88	M	×	○	○	○	○	妻	要介1	ヘルパー	訪問介護、地域介護連携有料老人ホーム入居 中、ヘルパー	現在の状態、状態変化	7	9	1	8		4
(-) 14	82	M	不介	不介	不介	不介	不介	妻	要介2	妻	訪問介護、福祉用具貸与	1.①: 計 2 6 0 2 1.②: 一人当たり平均 2 2.7 0.2 1.8	2	6	0	2	介護疲れ、お悔やみ訪問	2
2 16	82	M	不介	不介	不介	不介	不介	妻	要介2	妻	訪問介護、福祉用具貸与	1.①: 計 2 7 0 3 1.②: 合計 9 16 1 11 1.③: 一人当たり平均 2 2.7 0.2 1.8	2	7	0	3		2
6 17	82	M	不介	不介	不介	不介	不介	妻	要介2	妻	訪問介護、福祉用具貸与	2.①: 計 9 16 1 11 2.②: 一人当たり平均 2 2.7 0.2 1.8	9	16	1	11		6
1 18	82	M	不介	不介	不介	不介	不介	妻	要介2	妻	訪問介護、福祉用具貸与	2.①: 計 2 2.7 0.2 1.8	2	2.7	0.2	1.8		1

表5 訪問回数と日数

病院死群(n=6)			在宅死群(n=8)		
no.	訪問回数	日数	no.	訪問回数	日数
1	42	42	1	46	20
2	14	12	2	51	47
3	54	50	3	8	6
4	17	13	4	58	40
5	3	3	5	22	14
6	9	7	6	198	177
			7	49	41
			8	31	31
計	139	127	計	463	376
1日あたりの訪問回数		1.09	1日あたりの訪問回数		1.23

表6 主病名

病院死群 n=6	在宅死群 n=8
前立腺がん 3	胃がん 2
肝細胞がん 1	子宮がん 2
胃がん 1	肺がん 1
肺がん 1	直腸がん 1
	肝がん 1
	悪性リンパ腫 1

3. 在宅療養 12 の視点

(1) 患者・家族に対する告知

本人に対する告知内容は、余命を含む詳細な告知ではなく、病名または病状のみであった。家族に対しては全例において余命を含む詳細な告知であった。

全数 (n=14) では、本人告知は 5 名 (35.7%) で、64.3% が未告知であった。

病院死群 (n=6) では、本人告知が 2 名 (33.3%)、未告知 2 名 (33.3%)、精神的疾患等により不明が 2 名 (33.3%) であった。家族への告知は 6 名全例にされていた。在宅死群 (n=8) では、本人告知が 3 名 (37.5%)、未告知が 5 名 (62.5%) であった。家族への告知は 8 名全例にされていた。

本人に対する告知については、両群とも 3-4 割の告知であった。

(2) 患者・家族に対する在宅療養の意思及び在宅で最期まで生きること・支えることの想像的受容 (表 4, 表 7)

訪問看護開始時の本人と家族の在宅療養に対するの意思や希望と、実際に最期を迎えた場所が一致していたかを検討した。訪問看護開始時と最期を迎えた場所が一致していても、その間に病院での看取りを考慮した場合は「意思の揺らぎあり」とした。また、本人・家族のどちらか一方でも看取りの場所の再考があれば

「揺らぎあり」とした。

分析の結果、在宅死群で 62.5%、病院死群で 66.7% が最期の看取りの場所をどこにするかで『揺らぎ』を経験していた (表 7)。

在宅死群 (n=8) では、訪問看護開始時の意思 (以後、「初回意思」と略す) が在宅希望だったが一時的に病院での看取りを考えた対象が 5 名 (no.2,4,5,6,8) であった。病院死群 (n=6) では、本人と家族で初回意思が一致し、在宅を希望した対象は 1 名 (no.13) であった。本人が在宅希望、家族は病院希望の相反する対象は 2 名 (no.10,14) であった。その他、本人・家族共に初回意思が病院希望の対象が 1 名 (no.9)、本人未告知で家族の初回意思が在宅希望の対象が 1 名 (no.12)、本人に未告知ながら本人も家族も初回意思が在宅希望の対象が 1 名 (no.11) であった。

表 7 「療養場所」の『揺らぎ』

事例	訪問回数 (回)	緊急訪問 (回)	在宅死群(n=8) 揺らぎ(+)=62.5%		意思決定支援 (本人・家族) (回)	意思決定支援 (合計) (回)	看取り場所希望	
			告知	意思の揺らぎ				
				有○ 無×				1無 2有
1	46	5	本人 家族	○ ○	1 1	— 6	6 1	1 1
2	51	2	本人 家族	○ ○	1 2	1 2	3	1 1-2-1
3	8	0	本人 家族	○ ○	1 1	1 2	3	1 1
4	58	0	本人 家族	○ ○	2 2	3 4	7	1-2-1-1 1-2-1-1
5	22	3	本人 家族	○ ○	1 2	— 2	2	1 1-2-1
6	198	8	本人 家族	○ ○	2 2	10 —	10	1-1-2-1-2-1 1-2-1-2-1-1
7	49	4	本人 家族	○ ○	1 1	1 4	5	1 1
8	31	0	本人 家族	○ ○	2 —	1 —	1	1-2-1
	463		計				37	
病院死群(n=6) 揺らぎ(+)=66.7%								
9	42	3	本人 家族	○ ○	1 2	1 1	2	2-2 2-2-1-1-2
10	14	1	本人 家族	○ ○	2 1	1 1	2	1-1-2 2-2-2
11	54	2	本人 家族	○ ○	1 1	— 1	2	1 1
12	17	0	本人 家族	○ ○	2 2	2 2	2	1-2 1
13	3	0	本人 家族	不明 不明	1 2	1 1	2	1-2-1-2 1
14	9	0	本人 家族	不明 不明	1 1	— 1	1	1 2
	139		計				11	

本人・家族がどちらか一方でも揺らぎがあった事例とした。

本人告知がされていない場合は最期の看取りの場所としての意思決定支援自体は困難だが、療養の場としての意思決定支援である事が看護記録から明らかになった。そこで、本人告知の有無と意思決定支援回数を分析したところ、在宅死の

本人告知有り群では1人あたり2.0回、告知無し群では6.0回で、告知無し群の方が1人あたり4.0回多く意思決定支援されていた。病院死群では、告知有り群で2.0回、告知無し群で1.8回と変わらなかった(表8)。

また、本人の『揺らぎ』の有無と意思決定支援については、在宅死の本人の『揺らぎ』有り群は、1人あたり6.0回、無し群は3.8回で、約1.6倍多く意思決定支援が行われていた(表9)。病院死群では、本人の『揺らぎ』有り群は、1人あたり2.0回、無し群は1.8回で、変わらなかった。

表8 告知の有無と意思決定支援

	本人告知	n	%	意思決定支援			1人あたり平均(回)
				本人(回)	家族(回)	合計(回)	
在宅死群(n=8)	(+)	3	38	3	4	7	2.0
	(-)	5	63	14	16	30	6.0
病院死群(n=6)	(+)	2	33	2	2	4	2.0
	(-)	4	67	1	6	7	1.8
在宅死群+病院死群合計(n=14)	(+)	5	36	5	6	11	2.2
	(-)	9	64	15	22	37	4.1

*2人不明は告知なしとした

表9 本人『揺らぎ』有無と意思決定支援

	本人揺らぎ	n	%	意思決定支援			1人あたり平均(回)
				本人(回)	家族(回)	合計(回)	
在宅死群(n=8)	(+)	3	38	14	4	18	6.0
	(-)	5	63	3	16	19	3.8
病院死群(n=5*)	(+)	1	20	1	1	2	2.0
	(-)	4	80	3	4	7	1.8
在宅死群+病院死群合計(n=13)	(+)	4	31	15	5	20	5.0
	(-)	9	69	6	20	26	2.9

*1人不明

一方、家族の『揺らぎ』の有無と意思決定支援では、家族の『揺らぎ』有り群では、無し群に比し、いずれも支援回数が多かった(表10)。

表10

家族『揺らぎ』有無と意思決定支援

	家族揺らぎ	n	%	意思決定支援			1人あたり平均(回)
				本人(回)	家族(回)	合計(回)	
在宅死群(n=7*)	(+)	4	57	14	8	22	5.5
	(-)	3	43	2	12	14	4.7
病院死群(n=6)	(+)	3	50	2	4	6	2.0
	(-)	3	50	2	3	5	1.7
在宅死群+病院死群合計(n=13)	(+)	7	54	16	12	28	4.0
	(-)	6	46	4	15	19	3.2

*1人不明

(3) 症状コントロール・疼痛管理

薬物を使用した疼痛管理が実施されていたのは、病院死群で50%(3/6名)、在宅死群で25%(2/8名)であり、全数でも36%(5例/14名)と少なかった。薬物

疼痛管理が不要、もしくは疼痛管理が調整されていることが在宅療養では重要である。

(4) 社会資源・公的介護サービスに対するの介護者の知識

保険の種類では、病院死群では介護保険;3名、医療保険;3名であった。在宅死群では介護保険;2名、医療保険;6名であった。また、要介護認定に沿って振り分けると、在宅死群(n=8)の内訳は、要支援;1名、介護度1;1名、介護度3;1名、介護度4;1名、介護度5;1名、不明;3名であった。病院死群(n=6)の内訳は、要支援;1名、介護度2;2名、介護度5;1名、不明;2名であった。

訪問看護ステーションによるサービス以外の社会資源活用内容は、訪問診療、訪問介護、ベッドやエアーマットなどの福祉用具貸与、訪問入浴などであった。その他、在宅死群では通所介護やショートステイ、地域包括支援センターによる介護予防事業、高齢者介護総合センターによる入浴サービスが利用されていた。

在宅死群では緊急時に病院の医師と近くの開業医やクリニックが連携し、対応していた。

(5) 介護者の有無と在宅ケアを継続する介護能力

全対象において介護者が存在した。その介護者の介護能力の引き出し・維持向上には専門家からの指導が関与していると考え、看護師の提供したケアのうち、「教育」に着目した。在宅死群では、吸引方法、観察、ケア必要時の判断、点滴の抜去方法、安楽な体位、ベッド使用方法、体温調節、体重管理、喫煙と飲酒、食事指導等で計45回、1人あたり5.6回の教育が行われていた。病院死群では、IVH管理、トラブル対応等で計4回、1人あたり0.7回であった。

(6) 病状悪化や急変時の対応の周知状況

病状悪化や急変時の対応の周知状況については、介護者が現状を正確に把握し、今後起こり得る事を予測できることが必要と考え、看護師の提供したケアから、「説明」に着目した。在宅死群では、今後の病状変化、観察ポイント、死の徴候、今後の呼吸状態、全身状態の変化の可能性、看取り方法等について計39回、1人

あたり 4.9 回の説明が行われていた。病院死群では、状態変化、現在の状態、トラブル対応等について計 5 回、1 人あたり 0.8 回の説明が行われていた。

⑤教育⑥説明をあわせて分析すると、在宅死・『揺らぎ』有り群では、1 人あたりの教育・説明回数は 14 回、在宅死・『揺らぎ』無し群では 4 回、在宅死群全体では、計 84 回 1 人あたり 11 回であった。病院死群全体では計 9 回 1 人あたり 2 回であり、在宅死群の方が約 5 倍多く教育・説明が行われていた。

(7) 在宅ケアのサポート体制

在宅ケアは、療養者を常に支える主介護者と主介護者を支援する協力者がいて成り立っている。療養者と主介護者、または協力者との関係は一概に述べることができないが、今回は親等によって分け、表 11 にまとめた。

在宅死群は、主介護者・協力者ともに 1 親等以内の人が多かった。病院死群は、主介護者と協力者のほぼ 2 人体制であった。一方、在宅死群では最低 2 人、最高で 4 人の平均 3 人体制であり、病院死群に比しサポート人数は多かった。

表 11 主介護者と協力者

	主介護者		協力者	
	病院死 (n=6)	在宅死 (n=8)	病院死 (n=6)	在宅死 (n=8)
1親等以内	4	7	3	6
1親等以降の家族	1	0	2	2
その他	1	1	0	0

(8) チームアプローチ

訪問看護ステーションの看護師を含め、かかりつけ医などの医師、家族、ケアマネージャー、ヘルパーなど多職種の人が同心円状に患者を囲み、支援することで在宅ケアは進んで行く。これらのメンバーは、患者の病状及びケアニーズ、ADL 状況、適応される保険によって編成は異なってくる。在宅ケアの開始時や、状態・状況の変化時に在宅ケアに関わる人が集まり、ケアの方針や利用サービスの見直しを行う「担当者会議の回数」と、訪問看護師の他職種との情報交換・調整、相談をした回数を「連携回数」として表 4 に示す。病院死群では、「担当者会議」が計 1 回、「連携回数」は計 16 回であった。在宅死群では、「担当者会議」が計 10 回、

「連携回数」が計 96 回であった。この回数は、訪問期間の長さにも影響を受けるが、在宅死群・病院死群をのべ回数で比較すると、他職種との連携は在宅死群の方が 6.2 倍多く行われていた。

(9) 経済力

特記として経済的問題をあげていた看護記録は、在宅死群のうち「働けず、収入がないため非課税世帯」と「無職で、母子家庭であり生活保護を受けている」の 2 例で、病院死群では 0 例であった。

(10) 提供されていた看護 (表 12)

看護記録から全ての看護ケア項目を抽出し、カテゴリー分析を行い、下位・中位・上位カテゴリーとした。「清潔支援」、「排泄支援」、「生活支援」、「食事摂取支援」の中位カテゴリーは『A 療養上の世話』の上位カテゴリーを構成していた。

「医療処置支援」、「皮膚創傷処置支援」、「医療管理支援」、「治療支援」、「教育支援」、「その他」の中位カテゴリーは『B 診療の補助』を構成していた。

このどちらにも入らず、訪問看護ステーション提供看護の独自性を表している「連携」、「担当者会議」の中位カテゴリーは『C 連携調整』を構成していた。

『A 療養上の世話』のカテゴリー内で提供されていた看護を 1 人あたりの平均回数別にみると、在宅死群、病院死群それぞれ「清潔支援」・「排泄支援」が主に行われており、在宅死群では各々 714 回・274 回 (1 人あたり 89.3 回・34.3 回) であり、病院死群の約 4 倍であった。

また、『B 診療の補助』についてみると在宅死群では、「医療管理支援」、「皮膚創傷処置支援」、「教育支援」、「医療処置支援」の順に多く、病院死群では「医療管理支援」、「治療支援」、「皮膚創傷処置支援」、の順に多かった。在宅死群では「教育支援」は、病院死群に比べ 1 人あたり回数での比較で 5 倍、「医療管理支援」と「皮膚創傷処置支援」では、各々 3 倍、であった。

『A 療養上の世話』全体で見ると、病院死群は 1 人あたり平均 33.7 回、在宅死群は 128.9 回で病院死群の 3.8 倍、『B 診療の補助』全体で見ると、病院死群は 1 人あたり 40.7 回、在宅死群は 103.4 回で、病院死群の 2.5 倍であった。『C 連携調

整』では在宅死群は病院死群の4.8倍であった。

(11) 本人・介護者に対する精神的支援

訪問看護サービスは、精神的支援を包含しているため、看護記録からそれを抽出することは困難であった。また看護師間で精神的支援を意図的に行い、重要視している看護師は記録を残すが、そうでない場合、もしくは行っても記載時点で時間短縮のために記載しないことも考えられた。よって、表12の提供されていた看護の中カテゴリー「教育支援」の小カテゴリー「教育」「説明」「意思決定支援」に含まれる精神的支援を別に計数すると重複が考えられ、また看護師間の記入のばらつきも考慮し、精神的支援は提供されていた看護に含めなかった。

主として本人及び介護者に対し精神的支援を提供していた記録内容を抽出した。病院死群及び在宅死群共に抽出内容に差異は見られず、「介護者の疲労に対する支援」、「予期悲嘆に対する支援」、「生きる気力や不安、家族への気兼ねなどに対するケア」、「症状に対する不安（呼吸苦など）に対する支援」、「看取りの不安に対するケア」、「看取り後のねぎらい（お悔やみ訪問）」などであった。

(12) 24時間体制の医療スタッフのサポート（資料1,2）

医療依存度の高い利用者にとって、24時間の訪問看護、訪問医療体制は不可欠である。訪問看護ステーションでは、2台の携帯を使用し、当番制で24時間対応をしている。緊急訪問の利用は、病院死群で50%の利用（3人、延べ6回、1人あたり平均1回）、在宅死群で63%の利用（5人、延べ22回、1人あたり平均2.8回）で、在宅死群は病院死群に比し1.3倍の緊急訪問利用であった。

4. 「在宅死」・「病院死」の特徴 ～看取り・療養の場所の一致率と『揺らぎ』

病院死群は、痛みや苦痛、緊急時への対応について介護者が不安を持っており、いざという時は病院に入院させたいという希望で病院に入院し、死亡している対象が多かった。

看取りの場所、または療養場所の検討

は本人の希望だけでなく、家族の意思も重要である。このことは「在宅死」、「病院死」を分けていた（表7）。看取りまたは療養場所の初回意思で、病院死群は本人と家族の意思一致率は60%（本人の意思不明例1例を除いた5例中、3例が一致、2例は不一致）であるのに対し、在宅死群では本人と家族の意思一致率は100%（家族の意思不明例1例を除いた7例中、7例全てが一致）であった。つまり、在宅死群では途中『揺らぎ』があったとしてもサービス開始時点で、看取りの場所または療養場所が一致しており、『揺らぎ』の最終の意思一致率も100%であった。

在宅死群は、患者及び家族が症状の対応、予測経過や死の徴候、看取りの体制に対し不安を持ち、訪問看護師は急変時の対応指導（資料3）や多職種との連携、社会資源整備を行っていた。

病院死群に対しても同様の提供内容であったが、在宅死群の方が「連携」に関しては1人あたり約6倍、「教育・説明」に関しては1人あたり約5倍多く看護が提供されていた。在宅死群では意思決定支援や確認などを含む精神的支援、予測徴候と対処などの教育支援がより多く行われ、特色が見られた。

D. 考察

1. 患者・家族の意思決定支援

がんの告知の場合、余命を含めた詳細な説明から、病名だけなど多様な段階があり、本人の理解度や家族の希望など含めて医師が調整している。今回の研究の対象では、在宅死群62.5%、病院死群66.7%が未告知であった。杉本らの研究報告⁷⁾によると未告知は病院患者で77.1%（平均73.1歳）だが、在宅患者では未告知は23.8%（平均66.0歳）であったことから、年齢と告知状況、告知状況と療養場所決定には関係があると推察される。本研究の対象は在宅死群と病院死群の平均年齢はそれぞれ、83.5歳、73.6歳であり、高齢者の告知に家族が賛成していない背景と、周囲が査定した本人の理解力の2点が影響していると考えられた。告知に関しては、嶋田ら⁸⁾によると、

家族の強い申し入れで説明できない場合もよく経験されるが、最終的に説明できなかった対象において良好な患者家族関係を継続し、終末期を迎えた患者は少数である、と述べている。告知のあり方については、今後わが国の文化的側面も考慮して検討していく必要があるが告知の有無に関わらず療養場所の希望を確認することは本人及び家族の QOL の点とニーズにあったケア提供の点で重要である。

また、平川ら⁹⁾の研究によれば、老衰、認知症、がんなどの疾患によって希望する最期の場所は変わり、また、希望する終末期ケアの場所として「そのときにならないとわからない」が「自宅」を上回ったと報告されていた。患者ニーズとしては、そのときの状況において最善の療養場所を考慮したいということだが、高齢や理解力の点で告知内容が変わり、家族がそれを代行することになる¹⁰⁾現状がある。

鈴木ら¹¹⁾は、本人の希望や家族の容認が在宅死にとって最も大きな影響を持ったことは、在宅ターミナルケアの本質が、患者、家族にとっての「満足」や「納得」を目指すものであると述べている。

本研究では、本人への告知未告知に関わらず、また病院死、在宅死に関わらず本人、家族に最期の場所、療養の場所決定の『揺らぎ』が生じていた。その本人、家族の『揺らぎ』に対し、意思決定支援が行われていたことは、在宅療養を推進していく上で重要であり、特に余命6ヶ月以下の「末期がん」では、病状変化が大きく急変もあるため、決め細やかに継続的な意思決定支援が重要である。

2. 教育支援と精神的サポート

在宅死群では教育支援がより多く行われおり、「B 診療の補助」中 14.6% (病院死群は 8.2%) であった。具体的にはペインコントロール、がん末期の症状緩和、呼吸苦や痰の吸引指導、ストーマケアのパウチ交換等のケア方法の指導であり、起こりうる危険性に善処できるように準備性を高める指導が大切である。特に、終末期では、今後予想される経過や症状、死の徴候などに対する、より具体的な看取りの指導を行い、安心して看取りに向

えるよう支援することが重要である。この教育支援が行き届かないと、緊急訪問や緊急入院となり、希望ではない看取りの場所で最期を迎えることに直結する。

「ターミナルケア」という言葉は、終末期の医療(看取り、世話)を指し、日本では余命6ヶ月程度が合意として使用されている。これに対し、「ホスピス」「緩和ケア」は、シシリー・ソングラスが礎を築いた全人的な苦痛を緩和することを指し、人間らしい快適な最期を支援すると同時に、その家族=遺族の悲嘆もケアする(グリーフケア)という、その行為自体を指す言葉となっている。今回の研究結果では、在宅死群で 62.5%、病院死群で 66.7%が最期の看取りの場所をどこにするかで『揺らぎ』を経験していた。

『揺らぎ』は本人が揺らがなくとも、家族が揺らげば本人にもその余波が伝わり、またその逆も起こり得るので、本人、家族の双方向に精神的支援及び全人的緩和ケアを行っていくことが重要である。A 訪問看護ステーションでは「お悔やみ訪問」の実施が、残された家族のグリーフケアに効果的で、家族は頑張って看取ることができてよかったと振り返ることができていたことは、評価すべきアウトカムと考える。

3. 社会資源の活用と他職種の連携

病院死群に比べ在宅死群の方が他職種との連携、担当者会議が 6.2 倍多く行われていた。在宅療養中には、介護者に不安と疲れがみられ、家族の中でも介護に対する意見の食い違いが生じる家族介護緊張状態に陥り易く、訪問看護師と話すことによって自信を回復し、自己決定できるようになる対象が見受けられた。加藤ら¹²⁾が述べるように家族のサポート力を把握し、特定の家族員への負担がかからないように家族へのサポート体制構築を支援することが必要である。病院死群では介護者の疲労感や睡眠不足などの介護負担が大きいため入院していた対象がおり、介護負担の軽減が重要であると考えられる。

4. 在宅での看取りを可能にするもの

鈴木¹¹⁾らの報告では、末期がん 74 人

の症例を対象に在宅での看取りを可能にする要因検討したところ、オッズ比順に、「家族の在宅死容認」、「本人の在宅死希望」、「家族介護者の有無」、「訪問看護の導入」、「身体的苦痛の解決」があげられた。また病院看護師を対象として、末期がん患者の在宅療養移行実現の要因を検討した福井¹³⁾¹⁴⁾によると、オッズ比順に「家族の在宅療養希望」、「副介護者あり」、「放射線療法あり」、「呼吸困難がなく、点滴管理がない」との報告であった。関口ら¹⁵⁾は在宅死群と病院死群の症例対照研究として比較を行ったところ、在宅死群では「死の半日前まで意識保持」、「死亡2日前まで経口摂取可能」で有意差を認め、「一日あたりの補液量」、「マイナートランキライザー使用率」は在宅死群で有意に少ないという結果であった。

本研究では、「本人が在宅死を希望していること」、「家族が在宅死を希望し、本人の意思を尊重したいという思いがあること」、「主介護者以外に協力者が得られること」、「在宅で看取る経過の中で『揺らぎ』が生じた場合、多職種と連携し、社会資源や介護サービスの活用の援助を受けられること」、「症状に対応できるケアの指導、死の徴候の指導を含めた死への準備教育が行われること」、「死後の処置参加やお悔やみ訪問などを通して在宅で看取ったことの意味を共有できる場が持てること」が抽出され、「本人、家族の最期の場所の意思」や「介護者の有無」など前述の知見を裏付ける結果となった。

しかし、『揺らぎ』は両群で生じている点、在宅死群では最期まで看取るための教育支援が多く提供されていた点で新しい知見となった。

5. 研究の限界

訪問看護ステーションの記録から、データを抽出したが、看護行為として認識されているケアは明確な記載が見られたが、精神的支援は目に見えにくく行為として認知されにくいため、投入数が看護記録に記入されているのか不確かであり、記入する看護師によりばらつきが見られた。また、対象数が少ないため統計的検討や有意差を見るに至らなかった。

E. 結論

X県A訪問看護ステーションの平成19年度の利用者で、平成19年度内に「がん」で死亡した14例(在宅死群;8例、病院死群;6例)の訪問看護記録を対象にし、12項目にそって「在宅死」・「病院死」の特徴と、患者及び家族の「療養の場」「最期を迎える場」に対する気持ちの『揺らぎ』についてレトロスペクティブな解析を行い、以下の知見を得た。

1. 本人に対する告知は在宅死群で37.5%、病院死群で33.3%、合わせて35.7%であった。
2. 患者及び家族の「療養の場」「最期を迎える場」に対する気持ちの『揺らぎ』は、在宅死群で62.5%、病院死群で66.7%であった。
3. 精神的支援は、両群に提供されており、その内容は、「介護者の疲労に対する支援」、「予期悲嘆に対する支援」、「気力や気兼ねに対するケア」、「症状に対する支援」、「看取り不安のケア」、「お悔やみ訪問」などであった。
4. 在宅死の『揺らぎ』有り群では1人あたり6.0回、無し群は3.8回で約1.6倍多い意思決定支援であった。
5. 薬物利用の疼痛管理は、在宅死群で25%、病院死群で50%であった。
6. 在宅死群の提供ケア中カテゴリーである「教育支援」は、病院死群に比し、1人あたり5倍、同じく中カテゴリーの「医療管理支援」と「皮膚創傷処置支援」では各々3倍、小カテゴリーの「教育」は1人あたり8.0倍、小カテゴリーの「説明」は、1人あたり6.1倍で、在宅死群の方が説明、教育の「教育支援」提供が多かった。
7. 在宅死群では最低2人最高で4人の介護協力者がおり、1親等以内が多かったが、病院死群は2人体制であった。
8. 提供看護の大カテゴリーである「療養上の世話」では、在宅死群は病院死群の3.8倍、「診療の補助」では2.5倍、「連携調整」では4.8倍のケア提供数であった。
9. 在宅死群は病院死群に比べ1.3倍の緊急訪問利用であった。
10. 看取りの場所または療養場所の初回

意思で病院死群は本人と家族の意思一致率が60%、在宅死群は100%であった。

11. 看取りの場所または療養場所決定の『揺らぎ』は、病院死群及び在宅死群で生じており、継続的な意思決定支援が重要であった。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

H. 文献

- 1) 人口動態統計の年次推移。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei08/index.html>
- 2) 終末期医療に関する調査等研究会(2005). 今後の終末期医療の在り方. 中央法規出版, 東京.
- 3) 川村佐和子, 島内節(2002). 訪問看護管理マニュアル. 日本看護協会出版会, 東京.
- 4) 井上美由希. ターミナル患者の在宅医療への移行時期を逃さないために - 在宅医療以降のための着眼点 10 項目目の効果 -, 成人看護 II .34, 2003, 99-101.
- 5) 日本訪問看護事業財団ホームページ
<http://www.jvnf.or.jp/index.htm>
- 6) 訪問看護ステーションの業務基準に関する検討 平成 18 年度報告書(2007). 社団法人全国訪問看護事業会, 東京.
- 7) 杉本正子ら. 病院と在宅におけるがん終末期患者の QOL—看護記録の分析を通して—, 東保学誌.6,1,2003,26-37.
- 8) 嶋田顕ら. 緩和的化学療法をどのように伝えるか, 緩和ケア.17,1,2007,19-22.
- 9) 平川仁尚ら. 終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高年の希望に関する調査. ホスピスと在宅ケア.38,3,2006,201-205.
- 10) 今井亜樹ら. 終末期患者に付添う家族の葛藤—家族の面接を通して—. 成人看護 II .34.2003,99-101
- 11) 鈴木央ら. 何が在宅での看取りを可能にするのか—当院における末期がん在宅ターミナル・ケア 74 例の検討—. プライマリ・ケア.4,28,2005,251-259.
- 12) 加藤小百合ら. 終末期がん患者をもつ家族への看護—在宅療養における家族の支援体制に関する検討—. 成人看護 II .34,2003,96-98.
- 13) 福井小紀子. 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討—在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果—. 日本看護科学会誌.27,3,2007,48-56.
- 14) 福井小紀子. 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討—全国調査の実施—. 病院管理.43,4,2006,299-309.
- 15) 関口聡子ら. 病院と在宅における終末期医療の現状の比較. プライマリケア.29,3,2006,164-167.

表 12 提供されていた看護

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	在宅死群 n=8		病院死群 n=6	
			提供数	1人あたり平均	提供数	1人あたり平均
A 療養上の世話	清潔支援	清拭	96	12.0	40	6.7
		更衣	194	24.3	37	6.2
		洗髪	121	15.1	22	3.7
		足浴	30	3.8	7	1.2
		口唇ケア	41	5.1	5	0.8
		手浴	18	2.3	2	0.3
		部分清拭	34	4.3	2	0.3
		入浴	123	15.4	5	0.8
		洗顔	2	0.3	0	0.0
		耳掃除	0	0.0	1	0.2
		シャワー浴	6	0.8	0	0.0
		散髪	4	0.5	1	0.2
		髭剃り	16	2.0	7	1.2
		爪きり	29	3.6	6	1.0
		髭剃り介助	0	0.0	2	0.3
		歯みがき介助	0	0.0	1	0.2
		計	714	89.3	138	23.0
	排泄支援	陰洗	153	19.1	41	6.8
		オムツ交換	70	8.8	1	0.2
排泄物はき		18	2.3	0	0.0	
簡便		21	2.6	8	1.3	
トイレ介助		12	1.5	1	0.2	
計	274	34.3	51	8.5		
生活支援	シーツ交換	19	2.4	9	1.5	
	寝具交換	2	0.3	0	0.0	
	移乗	0	0.0	3	0.5	
	体位交換	3	0.4	0	0.0	
	散歩	1	0.1	0	0.0	
計	25	3.1	12	2.0		
食事摂取支援	飲水介助	12	1.5	1	0.2	
	経口摂取介助	6	0.8	0	0.0	
計	18	2.3	1	0.2		
A 合計			1031	128.9	202	33.7
訪問回数			463		139	
1回あたりの訪問時のA提供数			2.23		1.45	
B 診療の補助	医療処置支援	胃チューブ交換	0	0.0	1	0.2
		消毒	4	0.5	6	1.0
		弾性スリーブ交換	2	0.3	0	0.0
		白癬処置	0	0.0	4	0.7
		膀胱洗浄	0	0.0	3	0.5
		採血	1	0.1	1	0.2
		吸引	75	9.4	0	0.0
	計	82	10.3	15	2.5	
	皮膚創傷処置支援	褥瘡処置	69	8.6	5	0.8
		包交	48	6.0	17	2.8
		パウチ交換	21	2.6	0	0.0
		薬液貼付・塗布	67	8.4	27	4.5
	計	205	25.6	49	8.2	
	医療管理支援	在宅管理	136	17.0	47	7.8
		疼痛管理	18	2.3	19	3.2
		胃瘻管理	3	0.4	0	0.0
		IVH管理	27	3.4	3	0.5
		HOT管理	22	2.8	0	0.0
		内服薬管理	12	1.5	0	0.0
		輸液管理	123	15.4	11	1.8
		尿カテーテル管理	0	0.0	5	0.8
	計	341	42.6	85	14.2	
	治療支援	薬療法	1	0.1	0	0.0
		リハビリテーション	54	6.8	41	6.8
		マッサージ	11	1.4	29	4.8
		クーリング	9	1.1	0	0.0
	計	75	9.4	70	11.7	
	教育支援	教育	45	5.6	4	0.7
		説明	39	4.9	5	0.8
		意思決定支援	37	4.6	11	1.8
	計	121	15.1	20	3.3	
	その他	面会	1	0.1	0	0.0
		入院	2	0.3	4	0.7
不在		0	0.0	1	0.2	
計	3	0.4	5	0.8		
B 合計			827	103.4	244	40.7
訪問回数			463		139	
1回あたりの訪問時のB提供数			1.79		1.76	
C 連携調整	連携	96	12.0	16	2.7	
	担当者会議	10	1.3	1	0.2	
C 合計			106	13.3	17	2.8
訪問回数			463		139	
1回あたりの訪問時のC提供数			0.23		0.12	
A 療養上の世話 + B 診療の補助 + C 連携調整 総合計			1964	245.6	463	77.2
1回あたりの訪問時のA+B+C 提供数			4.24		3.33	

資料 1

24 時間連絡体制の同意書

24時間連絡体制の同意書

看護協会訪問看護ステーションでは、利用者の方やご家族の方々が安心して在宅療養・介護ができるよう、電話等にて連絡及び相談ができる体制を整備いたしました。

緊急時等には休日・時間外に関わらず24時間常時対応しております。

なお、連絡先電話番号は別紙にて通知いたします。

A訪問看護ステーション

上記の内容についての説明を受けました。
これに同意します。

平成〇年〇月〇日

住所
利用者氏名
介護者氏名
続柄

資料 3

在宅でよりよい終末を迎えるために

死が差し迫っている場合の病状

- 呼吸
肩をあげ、あごを突き出した大変そうな呼吸
少し息をするのを休みするような呼吸
 - 体温が下がって皮膚が冷たくなる
 - 手・足の爪や唇が青紫または黒っぽくなる
 - 呼んでも返事をしなくなる（意識がなくなる）
 - 尿量が少なくなる（出なくなる）
- * 人によって多少違いがありますが以上のような病状が現れたときには、訪問看護担当者に連絡してください。

この時家族としてできることは？

患者さんの意識があるなしにかかわらず、

- ・ 手を握ったり
- ・ 触ったり
- ・ 宗教を持っている場合は祈ったり
- ・ さよならを言ったり
- ・ 今までの思い出を話したり

* 患者さんを安心させることが必要です

資料 2

家庭内の電話設置場所に近いところに貼るよう患者及び家族に指導時に手渡される緊急連作先表

24時間対応体制のお知らせ

安心して在宅療養が送れますように、休日・時間外及び緊急時いつでも連絡・相談及び訪問対応が出切る24時間対応体制を実施しますのでご利用ください。

■連絡番号

1 ○〇〇-△△△-〇〇〇〇

A訪問看護ステーションの電話番号です。休日・時間外は2.の携帯電話に転送され、待機の看護師が受けます。

2 090-〇〇〇-〇〇〇〇

*24時間待機の看護師が出ます。

3 090-△△△-△△△△

*24時間待機の看護師が出ます。

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所
A訪問看護ステーション
管理者 B

資料4 A訪問看護ステーション 訪問看護記録綴り

I 医療保険

訪問看護記録ファイル表紙 保険証控え	氏名・生年月日・住所・電話番号・主治医・ケアマネ・訪問開始日・訪問終了日 保険の種類・公費負担医療の種類(老人保健・特定疾患・福祉医療・更正医療・育成医療) 介護保険(保険者番号・有効期限・要介護度など) 傷病名, 感染症, アレルギー, 原病歴, 家族構成, 介護の状況(介護不要・キーパーソン・介護者の身体状況) 本人及び家族の希望・要望 , 病名・病状・予後などについての説明・理解, 生活歴, 職歴, 宗教など, 診療状況・頻度(通院・行診) ADLの状況(自立・一部介助・全面解除)
訪問看護記録書 I-1 訪問看護記録書 I-2	身体状況(身長体重, 視力・聴力・言語障害・痴呆・麻痺・抗剤の有無睡眠・褥瘡・医療器具装着状況・排泄の状態) 福祉サービス利用状況(1.身体障害者手帳○級 2.デイサービス 3.入浴サービス 4.ホームヘルプサービス 5.老人短期入所 6.ベッド(給付・レンタル) 7.車椅子(給付・レンタル) 8.エアーマットレス 9.その他⇒生活保護, 母子家庭など
病院退院サマリ 訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書 訪問看護計画書○月分 訪問看護報告書(医師へ) 訪問看護の状況提供書(市町村へ) 訪問看護記録Ⅱ オプション用紙 訪問看護サマリ(入院・施設へ) ストーマケアアクセスメント用紙	看護目標, ケアプラン 訪問日, バイタル, 状態, 経過, 看護内容 訪問日, 時間, バイタルサイン, 観察事項 (s, o), 看護内容, その他 氏名, 基礎疾患, ストーマ造瘻日, ストーマの種類, 造瘻部位, 試用器具・アクセサリー, 身障者手帳の有無, 内服薬の有無, 疼痛・痒痒感の有無, ストーマ(色・形・つや・浮腫・出血・腐敗・粘膜・粘着のうろおい・粘膜の弾力・ストーマ口の位置) 皮膚(ストーマ粘貼皮膚接合部・ストーマ近接部・皮膚保護剤貼付部・皮膚保護剤貼付周囲部・腹壁) 排泄物の性状; 量, 皮膚保護剤の溶解状況, 困っていること・感じたこと, 器具取り扱い, 代理店名, アセスメント, ケアプラン
DESIGN(清書評価スケール) 経過表	

II 介護保険

訪問看護記録ファイル表紙 保険証控え 訪問看護記録書 I-1 訪問看護記録書 I-2 訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書 訪問看護計画書○月分 訪問看護報告書(医師へ) 情報提供書*	利用者氏名・生年月日・住所・緊急連絡先・介護保険被保険者番号・要介護区分, 身体状況 コミュニケーション能力・認知・寝返り起き上がり, ベッドからの移乗, 排泄動作, 排泄コントロール, 着衣動作, 入浴, 麻痺の状態, 拘縮, 皮膚の状態, 褥瘡の有無, 疼痛の有無, 疼痛の部位・程度, 食事動作, 趣味, その他(臨終, 家族状況, キーパーソンなど記載) 要介護状態区分, 利用者及び家族の生活に対する意向, 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定, 総合的援助の方針, 生活援助型新規の算定理由(1.一人暮らし 2.家族などが障害, 疾病等 3.その他) 生活全般の解決すべき課題(ニーズ), 目標・長期目標・短期目標, 援助内容, サービスの内容・サービスの種類・頻度・期間 会議出席者, 検討した項目, 検討内容, 結論, 残された課題
居宅サービス計画書(1)* 居宅サービス計画書(2)* サービス担当者会議の要請* 訪問看護の状況提供書(市町村へ) 利用者責計画書 訪問看護記録Ⅱ オプション用紙 訪問看護サマリ(入院・施設へ) ストーマケアアクセスメント用紙 週間サービス計画書 ターミナルケアアクセスメント用紙	

*介護支援専門員が記載

高齢者介護施設におけるがん疾患高齢者の入所の現状と課題

研究分担者 中村亜紀（京都女子大学家政学部）

研究要旨

がんは高齢者死亡総数の約 29%を占めている。今後の高齢者人口の増加に伴い、高齢による障害を持ちながら、がんの障害を併せ持つ高齢者の数は更に増加すると予想される。現在、高齢者の生活の場は、在宅のみならず、高齢者介護施設にも拡大している。しかし、高齢者介護施設におけるがんケアに関する資料は乏しく、本研究では、高齢者介護施設における高齢者の緩和ケアを考える基礎データとして、介護老人福祉施設におけるがん疾患を持つ高齢者受け入れ状況に関する調査を行い、現状の把握と課題について考察を行った。結果から調査施設 75%にがん疾患高齢者が入所しており、46%の施設で末期がん高齢者の受け入れが行われていた。しかし、それは非常に医療との連携が薄い中でケアが行われている可能性があった。高齢者介護施設内の医療需要のある高齢者の分布は今後変化することが見込まれる。老人介護福祉施設の機能は生活援助であるが、医療需要の高い高齢者の入所が増加することが予想され、そこに生活するものであっても、必要な医療が受けられる体制作りは急務であると考えられた。

A. 研究目的

わが国の死亡原因として昭和 51 年以降一貫して悪性新生物が第一位であり、当疾患による死亡率は年々増加している。高齢者のみをとってみても、90 歳までは死亡原因の一位となっており、平成 18 年には高齢者死亡総数の約 29%を占めている。今後の高齢者人口の増加に伴い、高齢による障害を持ちながら、がんの障害を併せ持つ高齢者の数は更に増加すると予想される。

高齢者の終末期医療およびケアに関しては、患者個々の価値観や思想等を十分に尊重して行わなければならないとされ、高齢者の自己決定を実現させるための研究は途上である。しかしすでに本人の意思により決定された場合も含めて、積極的な治療を受けないケースも増加しているように思われる。高齢者のがんの障害は急性で進むのではなく、生活を営む中で徐々に進行していく特徴がある。その

ため生活援助と切り離してがん支援はなりたない。また、末期には疼痛を始めとした特有の症状があるが、緩和ケアを行うことにより、患者の終末期における QOL を向上させることが可能となってきた。つまり、生活支援と緩和ケアの融合ががん疾患高齢者のターミナルケアに求められているものと考えられる。

現在、高齢者の生活の場は、在宅のみならず、高齢者介護施設にも拡大している。在宅では、保険の支給額の上限はあるものの医療ケアの量と介護の量は必要に応じて自由にコーディネートできるシステムになっている。しかし本来生活援助の場としている高齢者介護施設では、医療ケアの提供力は高くない。そのため施設としては生活支援を十分に必要としていながら、医療需要のある高齢者を入所の対象としないとするか、非がんも含めたターミナルケアへの取り組みの中で、がん疾患高齢者への支援も含むものとするのか、という選択となっていると考え

られた。後者の場合、高齢者介護施設は「終の棲み家」としての完成度を高めつつ、従来の施設から機能変化をしていく過程にあるといえる。

しかし、高齢者介護施設におけるがんケアに関する資料は乏しく、本研究では、高齢者介護施設における高齢者の緩和ケアを考える基礎データとして、介護老人福祉施設におけるがん疾患を持つ高齢者受け入れ状況に関する調査を行い、現状の把握と課題について考察を行った。

B. 研究方法

1. 対象者と調査方法

2009年1月時点で大阪市老人福祉連盟に加入している介護老人福祉施設81ヵ所及び大阪市内を除いた大阪府下介護老人福祉施設251ヵ所、計332施設の施設長を対象に郵送法によるアンケート調査を実施した。

2. 調査期間

2009年2月1日～14日

3. 調査項目

対象施設の基本情報として、ベッド数、同一法人内の医療機関の有無、看取り加算の有無、重度化対応加算体制の有無、施設開設10年未満であるか否かを質問した。

施設での看取りを行うターミナルケアの実施状況を問う項目として、平成19年度の施設での死亡退所者数（死亡退所者数から病院移送後の死亡を省いた数）、介護者による医療処置の実施状況を質問した。

がんの高齢者の受け入れ状況を問うものとして、現在までのがん患者の受け入れ経験の有無、現在の入所者中のがん患者数、各施設において入所可能とするがん疾患高齢者の最も悪い病状について質問した。また、がん疾患高齢者の入所にあたり、施設での体制整備について質問した。

その他自由記載項目として、がん疾患高齢者のターミナルケアを行うにあたって、現在の体制で最も不備であると思う

ことについて記述を求めた。

(倫理面への配慮)

回収されるアンケートは、全体での統計処理を行うため、個々の回答が明らかになることがないこと、調査以外の目的には使用しないことを書面にて説明を行い、同意を得られた施設代表者から回答をいただいた。

また、本調査は大阪市老人福祉施設連盟及び大阪府社会福祉協議会老人施設部会特養分科会の了解とご協力をいただき実施した。

C. 研究結果

回答数は90施設、有効回答数は89施設（27%）であった。

1. 基本属性（図1）

施設規模として、ベッド数では、30床未満1施設、30床以上100床未満69施設（78%）、100床以上19施設（21.3%）であった。同一法人内に医療機関を持つ施設は41施設（46.1%）であった。看取り加算体制をとっているのは42施設（47.2%）、重度化対応加算をとっているのは51施設（57.3%）であった。施設の開設は10年未満が30施設（34%）であった。

重度化対応加算とは、入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、常勤看護師1名以上の配置と夜間における24時間連絡体制の確保、看取りに関する指針の策定、研修の実施、看取りのための個室を確保している等の一定の要件を満たす場合に介護報酬上の加算が行われるものである。また、看取り加算とは、重度化対応加算を算定している施設において、基準に該当する入所者について死亡日以前の30日を上限として1日につき所定単位数を加算するものである。この時の基準とは、その入所者が医師から医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された者であり、本人及びその家族の同意を得た介護に係る計画が作成されていること、医師、看護師、介護職員等が共同して1週につき1

回以上、本人又はその家族への説明を行う、同意の上で介護が行われていることをいう。

2. ターミナルケアの実施状況 (図2)

終末を医療機関へ移送せず、施設内で迎えたとする死亡退所者数は0人 23施設(25.8%)、1~10人 47施設(52.8%)、11~20人 13施設(14.6%)、21~30人 2施設(2.3%)、未記入4施設(4.5%)であった。

ターミナル期には医療処置が必要となることがある。施設内介護者が行うことがある医療処置では、口腔内吸引 65施設(73%)、点滴の抜針 3施設(3.37%)、ガーゼ交換 27施設(30.3%)、鼻腔経管栄養注入 6施設(6.74%)、胃ろう栄養注入 35施設(39.3%)であり、これらの処置を介護者がひとつも行わないとしている施設が 15施設(16.9%)であった。

3. がん疾患高齢者の受け入れ状況 (図3)

がん疾患高齢者の受け入れ経験の有無については、「ある」80施設(90%)、「ない」7施設(7.9%)、無記入2施設(2.2%)で、ほとんどの施設でがん疾患高齢者の受け入れ経験があった。

現在、各施設におけるがん疾患高齢者の入所は0~10名であり、入所者中に占めるがん疾患高齢者割合は、0%が21施設(23.6%)、1~5%が42施設(47.2%)、6~10%が20施設(22.5%)、不明6施設(6.7%)であった。各施設において入所可能とするがん疾患患者の最も悪い状況では、「がんではあるが、がん特有の症状がない」41施設(46.1%)、「疼痛コントロールや栄養管理が必要な状態であるが、ADLの自立がある」11施設(12.4%)、「がんの末期症状があり、全面的に介護を要し、施設での終末を望んでいる」30施設(33.7%)であり、約半数の施設ががんの末期症状がある高齢者の受け入れを行っている。「がんであると判明している利用者は受け入れない」としたのは2施設(2.2%)、無記入5施設(5.6%)であった。

また、がんであると判明している利用者は受け入れないとした2施設の理由としては、両施設がケアワーカーにがんの利用者に対するケアの知識が不十分であること、最終の看取りまでのターミナルケアを行っていないことを挙げ、うち1施設は加えて医療との連携体制が不十分であることを挙げていた。

がんの利用者の受け入れを行っている87施設のうち、がんの利用者受け入れのため整備している体制としては、「がん及びターミナルケアについての研修の実施」36施設(41.4%)、「緊急時に対応できる看護師の勤務体制」57施設(66%)、「緊急時移送医療機関の確保」52施設(59.8%)、「往診医の確保」19施設(21.8%)、「特別に行っていることはない」10施設(11.5%)であった。その他としては、訪問看護ステーションとの連携を挙げている施設が1カ所あった。

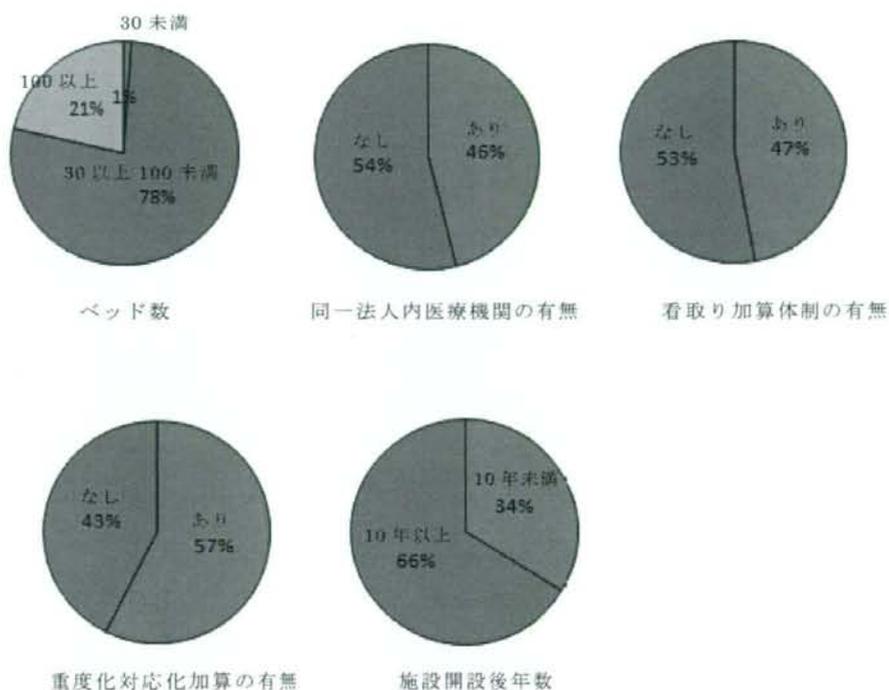


図 1. 回答施設の基本属性 n=89

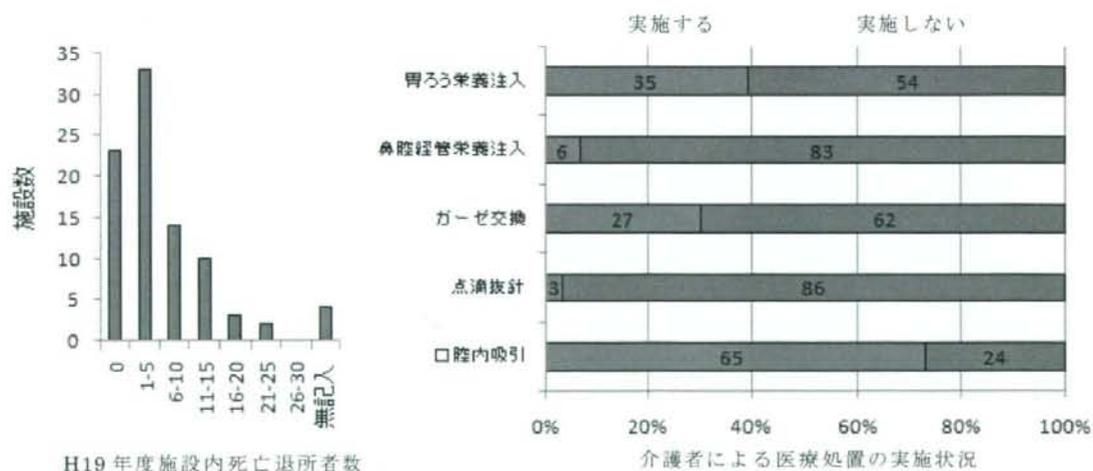
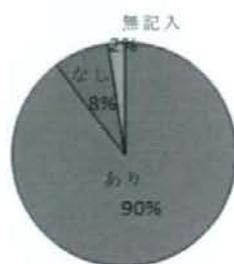
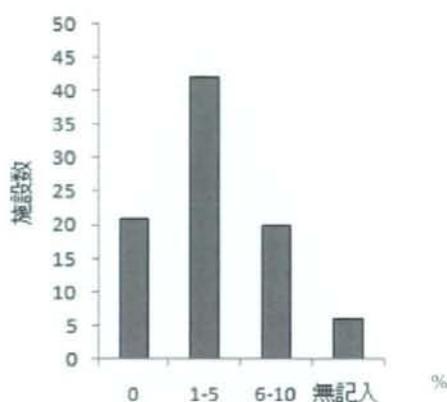


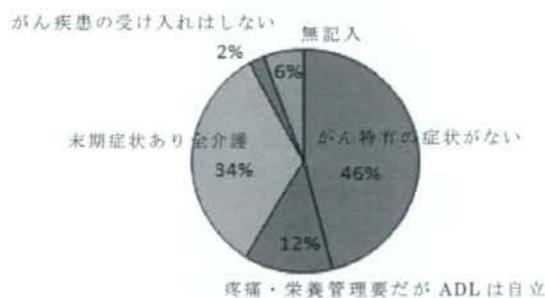
図 2. ターミナルケアの実施状況



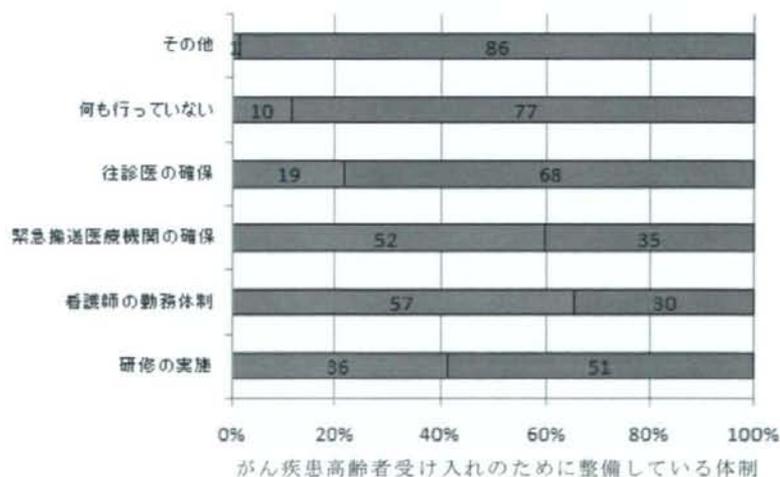
がん疾患高齢者入所受け入れ経験の有無



入所者に占めるがん疾患高齢者割合



入所可能とするがん疾患高齢者の最も悪い状態



がん疾患高齢者受け入れのために整備している体制

図3. がん疾患高齢者の受け入れ状況

D. 考察

調査結果より、重度化対応加算の算定施設となっているのが57%であり、その施設においては常勤看護師の配置が確保されていることが確認されるが、その他の施設では、常勤看護師が配置されているとは限らず、老人介護福祉施設では看護提供の手薄さがあると思われる。また、重度化対応加算の算定施設のうち、看取り加算の算定施設となっているのは8割であり、看護師に加え、医師の確保を行うことの困難さがあると考えられた。

介護報酬の改定においても施設内での看取りは推進されていることが明確であるが、施設内死亡が1名もない施設が23施設あり、看取りケアへの取り組みに施設間の差があることが分かった。医療処置の実施に関しては、口腔内吸引とガーゼ交換以外は医師法第17条、歯科医師法第17条、及び保健師助産師看護師法第31条の解釈において介護者にはその実施が認められていないものを質問した。しかしながら先行の調査や看取りに関する研究において、看取りケアの実施には介護者による実施が欠かせないとされた項目であり、医師や看護師のみが実施できる医療行為からははずすことが検討されるべきとされている。結果からは法的に認められていない医療行為を行っているところがあり、安全性がどのような方法で担保されているのか確認が必要であるとともに、医療行為の実施により看取りケアの実施が進んでいるのかどうか、その関連を今後分析していく必要がある。また、介護者に認められた医療行為も含めて介護者が医療行為を一切行わない施設についても医療行為を過敏に区別する傾向があるのではないかと危惧される。

がん疾患高齢者の受け入れは、90%の施設で経験していた。受け入れられるがん疾患高齢者の状態像としては、がんの症状を呈するものでも可能としているところが46%あり、施設内で末期がんケアがすでに行われていると思われた。末期がんに対応している施設をがんケアへの取り組みに関連させて分析していく必要

があるが、アンケートの自由記述欄にも施設内で疼痛コントロールをする際の麻薬使用の難しさや夜間緊急時の医療機関との連携の難しさなどが記されており、非常に医療との連携が薄い中で今現在ケアが行われている可能性があると思われた。がん特有の症状がないことをがん疾患高齢者の入所条件としている施設やがんが判明している者は受け入れないとしている施設にとっても、入所後に病状の進行がある又は入所後に疾患が判明することは予想され、慢性に進行する病状に応ずる準備の必要性は潜在していると思われる。高齢者が一般の成人と異なる点としては、人間関係も含めた急な生活環境の変化が心身機能の低下を引き起こすことが挙げられ、病状の変化があった場合でも、療養の場が従前の生活の場に近い環境に設定されるか、生活の場で療養が可能となるかのどちらかが望ましい。具体的には患者が療養のために場所移動し、以前からの介護が受けられるよう緩和ケア病棟に介護力が付加されるか、患者は生活の場から移動せず高齢者介護施設で専門的緩和ケアが受けられるようになるということが考えられる。

2012年には介護医療型医療施設の廃止が決まっており、高齢者介護施設内の医療需要のある高齢者の分布は今後変化することが見込まれる。老人介護福祉施設の機能は生活援助であるが、医療需要の高い高齢者の入所が増加することが予想され、そこに生活するものであっても、必要な医療が受けられる体制作りは急務であると考ええる。

E. 結論

回答された施設の8割に現在がん疾患高齢者が入所しており、9割の施設ががん疾患高齢者の入所受け入れの経験があった。現在高齢者介護施設で末期がんケアが行われており、それは医療介入が少ない中で行われている可能性があった。高齢者介護施設における緩和ケアの実施の具体策が必要である。