

分担研究報告書

がん患者のターミナルケア促進/阻害要因に関する訪問看護ステーションを対象とした  
全国調査：定性・定量融合法アプローチ

研究分担者	福井 小紀子	日本赤十字看護大学大学院地域看護学分野教授
研究協力者	石川 善樹	株式会社キャンサーキャン
	大園 康文	順天堂大学
	川野 英子	日本赤十字看護大学
	齋藤 聡弥	株式会社キャンサーキャン
	藤田 淳子	日本赤十字看護大学
	森田 達也	社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷三方原病院

研究要旨

終末期がん患者の在宅療養生活の継続および在宅看取りの実現に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

まず、本研究の概念枠組みを構築するにあたり、訪問看護師を対象として、在宅あるいは病院で亡くなった34事例のインタビュー調査を行った（調査1、調査2）。調査1では、在宅療養していく中で継続を促進する出来事と阻害する出来事を明らかにし、その対応について示唆を得ることを目的とした。調査2では、がん終末期の在宅療養者あるいは、家族が死亡場所を決定する過程をパターン化することを目的とした。さらに、このパターン化を通して、在宅療養者や家族の希望しない入院を回避する方法を検討した。次に、調査1および調査2により構築された概念枠組みを検証するために、全国から無作為抽出された2000の訪問看護ステーションを研究対象とし、自記式質問紙による郵送調査を行った（調査3）。

調査1の結果、在宅死に至った事例では、1)導入期から在宅療養の継続あるいは在宅死を望み、そのまま在宅死に至ることができた事例、2)在宅療養継続を促進する出来事と阻害する出来事を経験しながらも、最期まで継続できた事例、3)継続が難しいと思われたが家族の強い希望で在宅死に至った事例、に分けられた。病院死に至った事例では、1)臨死期に症状が増強したことがきっかけで入院を決めた事例、2)導入期から最期は入院だと考えていて、在宅療養中も継続を促進するような出来事がないため入院をした事例、3)在宅療養中の症状コントロール不良や医師の意向により入院を決めた事例、に分けられた。在宅死と病院死に至った事例を経時的に分析することで、経過内容によって医療者がすべき支援について示唆が得られた。

調査2の結果、以下の3点が明らかとなった。1)退院前の予後説明の実施率が低い、2)医師と訪問看護師が連絡・相談できる体制がなければ、症状管理の点から、医師が入院を勧める、3)介護者の排泄介助と不安がない場合は、在宅死となる。この結果から、在宅療養者や家族の希望しない入院を回避する方法は、在宅療養中に死亡場所を決めるための予後説明が必要である。この説明にあたっては、医師と訪問看護師が常に相談できる体制があることが重要で、変化する症状に対処しながら、病状を説明していくことが必要不可欠である。また、排泄介助や不安の軽減を図ることが必要であることが示唆された。

調査3の結果、在宅療養の継続および在宅看取りの実現には、1)訪問看護師が

患者や家族の看取り場所の確認をすること、2)訪問看護師が患者家族に対して積極的に余命の説明をすること、3)家族の心理的介護負担を軽減すること、4)患者の疼痛の変化に対応することが重要である可能性が示唆された。すなわち、出現する患者の症状や家族の介護負担そのものが再入院を決定づけるのではなく、訪問看護師が医師との連携のもと、これらの問題に適切なタイミングで対応しつつ、看取りまでの先を見通した確認や説明を含むケアを行っていくことが在宅死を可能にするために重要な要因となることが定量的に示された。

今後は遺族や医師、ケアマネジャーなどを対象とする研究を通じて、さらなる実態の把握を行うことにより、在宅療養生活の継続および在宅看取りの実現において、保健医療介護従事者が果たすべき役割が明らかになるものと考えられた。

## A．研究目的

在宅死を希望しながらも、さまざまな理由によりあきらめる現状があることが指摘されている。一般的にこのような在宅死を断念させる2大要因には「急変時の対応に不安がある」「介護負担」が挙げられる。しかしながら、どのような介護負担が在宅療養を断念させるのか、あるいはどのような症状の急変が起こった時に在宅療養が難しくなるのかなど、詳細な検討は不十分であり、対策立案のための基礎資料が求められている。

本研究では、訪問看護ステーションに勤務する、がんで亡くなった患者を担当した看護師を対象にし、終末期がん患者の在宅療養生活の継続、あるいは入院するきっかけとなった急変および介護負担に関連する要因を明らかにし、要因発生の前後の医療者の対応を検討することを目的とした。

## B．研究方法

### B-1. 調査1

#### 1) 調査方法

対象者は、関東・中部地方の終末期に対応する訪問看護ステーションに勤務する、1年以上経験のある訪問看護師17名とした。予め文書で研究趣旨を説明したうえで、事前に1)亡くなった利用者について2)主介護者について3)医師について4)担当の訪問看護師についてアンケート用紙を郵送した。それぞれについて、病院死の事例と在宅死の事例に関する情報を記入しておいて頂いた。

在宅看護・終末期がん患者の研究者と訪問看護経験者による有識者により、インタビューガイドを作成した。予め郵送した調査票の内容を

確認した後、病院死の事例で「入院のきっかけとなったできごと」と在宅死の事例で「患者や家族に入院を考えさせたできごと」について、1)起きた時期2)それまでの経緯、患者家族の在宅ケアに関する態度の変化3)急変時対応の不安や介護負担など4)医師や訪問看護師が患者家族の不安の増大などに対してとった行動5)患者や家族からの相談・話し合いの参加者と内容・入院の最終意思決定者について半構造的面接調査を行った。

#### 2) 調査期間

2012年9月上旬から10月下旬

#### 3) 解析方法

面接時間は約60分とし、面接内容をICレコーダーに録音するとともに記述記録した。

在宅療養準備期及び開始期を[導入期]とし、各事例の経過を[導入期]から[臨死期]に分け<sup>1)</sup>、その中で在宅療養継続を促進する出来事(在宅死の促進要因)と継続を阻害する出来事(在宅死の阻害要因)を抜き出し経時的にその内容を分析した。

在宅療養継続を促進・阻害する出来事について点数化を行い、図示した。

(1)導入期において在宅療養および在宅死の両方をはっきりと目標としていた場合は2点、在宅療養を希望していたが死亡場所の希望は不明であった場合は1点、在宅療養および死亡場所の希望についていずれも明確ではない場合は0点とした。

(2)在宅療養していく中で、在宅療養を継続す

ることに関して促進となる出来事があれば1点加算、在宅療養を継続することに関して阻害になる出来事（すなわち入院を希望することに促進となる出来事）があった場合には1点減点とした。

(3)最終的に、在宅死に至った事例ではプラス点、病院死に至った事例はマイナス点となる結果となった。

## B-2. 調査2

### 1) 研究対象者

訪問看護ステーションに所属し、在宅看取りの経験がある看護師で、訪問看護が1年以上の者をインタビューの対象者とした。研究目的を達成するための情報を持つ人を選定するため、質的記述的研究に適切とされる便宜的サンプリングを用いた。まず、研究者の中で広域的な情報を持つ看護系大学教員や病院医師から適任者を推薦してもらった。次に、本研究で焦点を当てている、がん終末期を自宅で迎える看護の実践経験の有無を尋ねながら、関東近郊の訪問看護ステーションの管理者に電話で研究協力が可能かを確認した。最後に、地域の特徴や訪問看護経験年数に多様性を持たせるため、これら2つの情報を総合し、研究協力を依頼する訪問看護ステーションを決定し、実際にインタビューする看護師については、訪問看護ステーションの管理者に適任者を推薦してもらった。

### 2) データ収集

インタビューガイドを用い、約60分の半構造面接を2012年9月から10月にかけて行った。面接は1人1回とし、同意が得られればICレコーダーに録音した。なお、録音の同意が得られなかった場合は、その場でインタビュアーがメモを取る了承を得た。

インタビューするケースの条件は、主疾患ががんであり、終末期ケアのために訪問看護がサービス提供したケースである。そして、在宅療養の結果、療養者が自宅で死亡した事例と病院で死亡した事例をそれぞれ1ケース、合計2ケース挙げてもらった。面接時、リコールバイアスを最小限にするため、看護師には利用者の看護記録なども参照して話してもらった。インタビューガイドを用いて、はじめにケースの概要を聞き、次に「入院を考えたことがあったか」の有無を聞き、あった場合は、入院を考えたきっかけとなった出来事を詳しく話してもらった。加えて、その時の訪問看護師自身のアセスメントおよび看護介入の内容について聞いた。

### 3) 分析方法

(1)各ケースの入院の希望から決定までの経過のまとめ

ケースごとに、入院を希望してから入院の取りやめ、あるいは入院することに決めるまでの経過を抽出し、記述した。記述にあたっては、入院の希望に対して訪問看護師がどのように関与したのかについて、看護師の介入手法（説明、社会資源の導入、介護役割の再配分）や誰と協力したのか（医師、ケアマネジャーなど）を研究者が読みとり記述した。

(2)各ケースの経過の分類手順

分類にあたっては、まず、退院前の「予後の説明」について説明の有無と不明の3群に分けた。その後、「退院後在宅チームによる予後説明」、「医師と訪問看護師の連絡相談」、「症状管理」、「排泄介助」の4点から分類を試みた。具体的な分類方法は以下である。まず、退院前の予後の説明について、説明の有無と不明の3群

に分け、さらに、予後の説明がなかった、あるいは不明だったケースでは、在宅療養開始後に予後が説明されているのか否か、またその説明の内容と時期、および精神的なフォローなどの準備に関する情報を、経過を踏まえて把握した。また、退院前に予後を説明されていたケースでも在宅療養開始後にさらに説明されているのかについても経過を追った。

次に、「医師と訪問看護師間で連絡・相談ができる」かについてもケースごとに確認した。なお、連絡・相談ができる状態は次の2点を兼ね備えている場合とした。24時間連絡が取れる状態であったか、医師-訪問看護師間が相談しやすい関係であったか。そして、「医師と訪問看護師間で連絡・相談ができる」の有無で「退院後在宅チームによる予後説明」の有無を分類した。

最後に「症状管理」の状況および「排泄介助の有無」を分類した。

先行研究で指摘されている「症状管理」についても「管理良好」「管理するが不良」あるいは「治療の拒否」などに分けた。さらに、「介護負担」が在宅療養を断念させる要因として挙げられていることから、「介護負担」についても検討した。ケースごとにどのような介護負担があったのかを抽出したところ、「排泄の介護」が多かった。よって、「排泄介助の有無」で死亡場所が変わるのかを検討した。

なお、分析をすすめるにあたっては、質的研究の実施経験がある研究者を交え、研究者間で

分類の妥当性を検討し、整合性を深めた。

### B-3. 調査3

#### 1) 概念枠組み

本研究の概念枠組みを構築するにあたり、34事例のインタビュー調査を行った。その結果、在宅療養の継続に影響を与える要因として、患者および家族の死亡場所に関する希望、家族の介護負担、患者の症状、在宅ケアにおける訪問看護師のアクション、の4要因があることが仮定された。

#### 2) 研究対象

無作為抽出された全国約2000の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師を本研究の対象とし、平成24年12月の間に、自記式質問紙による郵送調査を行った。回答を依頼した訪問看護師は、がんで亡くなった患者を担当した看護師とした。回答期間はアンケート発送から3週間とし、発送から2週間後に、お礼をかねたりマインダーはがきを送った。

#### 3) 測定項目

各訪問看護ステーションから、1週間以上訪問看護を利用して亡くなったがん患者の事例を2例収集した。1例は自宅で亡くなった利用者、もう1例は、自宅以外の場所で亡くなった利用者(病院搬送後24時間以内の死亡含む)とした。なお、看護記録や指示書などの書類をもとに回答いただくことを原則とした(質問項目の詳細は、添付資料1を参照のこと)。

4) データ解析  
まず、測定された各変数について、頻度と割合を記述した。次に、患者および家族の死亡場所に関する希望、家族の介護負担、患者の症状、在宅ケアにおける訪問看護師のアクションのそれぞれについて、在宅死と関連がみられるか解析を行った。解析には、在宅死の有無をアウトカムとした多重ロジスティック回帰分析を行った。

また、在宅療養の継続/中断に影響を与えた要因について、自由記載を質的に分析した。

(倫理面への配慮)

#### 1) 同意の必要性

訪問看護ステーションに対して、書面にて、研究に参加するか否かは自由意志によるものであること、研究への参加は途中でいつでもやめることができること、参加に同意しなくても、不利益の発生することはないことなどを説明し、アンケートへの回答をもって同意とみなした。また、プライバシーを遵守し、研究成果の

公表時にも、訪問看護師を通して得られた、患者・家族・主治医の個人が特定されるような情報は公表しない。

#### 2) 個人情報の使用・管理について

資料として個人情報を含まない情報のみを用いた。個人情報の管理方法については、回収したアンケートはIDナンバーで管理し、回答した訪問看護ステーション名がわからないようにした。また、回答の内容は研究メンバー以外が目にすることがないようにし、アンケート用紙は鍵のかかる戸棚に保管した。研究終了後、一定期間ののち、アンケート用紙はシュレッダー処理後焼却し、電子媒体データも消去する。

#### 3) 研究計画の承認について

本研究計画は、日本赤十字看護大学倫理委員会の許可を得て実施した(審査番号: 2012-80)。

### C. 研究結果

#### C-1. 研究結果1

##### 1) 基本属性

訪問看護師から語られた訪問看護利用者の基本的属性を表1に示す。療養者の年齢は30代1名、40代1名、50代1名、60代11名、70代9名、80代9名、90代2名、主介護者の療養者との続柄は、妻15名、夫7名、娘10名、息子1名、嫁1名であった。病院死と在宅死はそれぞれ17名ずつであった。

##### 2) 在宅療養継続を阻害・促進する出来事

療養者とその家族が在宅療養をする中で経験した、在宅療養継続を促進・阻害する出来事を、在宅死に至った事例では表2に、病院死に至った事例では表3に示す。

##### (1)在宅死に至った事例

導入期では、在宅療養継続を促進する出来事として「もともと本人が家に帰りたと言っていた」「本人は退院時、在宅療養を希望していた」「主介護者である娘は、家で看取ろうと思っていた」など療養者と家族の積極的な在宅療養への姿勢がみられた。

安定期では、阻害する出来事として「退院一週間後には歩けなくなった」「本人は、痛みの増強や食事について不安を抱えていた」などがあるものの、「症状は安定していて痛みはコントロールできていた」や「在宅看取りのために、往診医を探した」など症状の安定や医療者の支

援の充実を図りながら生活を続けていた。

臨死期では、「発熱・呼吸困難感・血圧低下・悪寒が出現」「息苦しいと訴えていた」などの終末期の症状が出ているものの、「医師から、病院でやる処置は自宅でもできると説明があった」「呼吸が止まった場合、救急車ではなく、医師か訪問看護師に電話するように伝えていた」など、症状緩和とともに今後の予測と対応方法について説明することで最期まで在宅療養を続けることができていた。

## (2) 病院死に至った事例

導入期では、「本人は、入院中から強く在宅療養を希望していた」や「急変するまでは訪問看護の必要がほとんどなく、安定していた」など、在宅療養を前向きに開始できていた事例はあるものの、「家族は最期は入院と考えていた」「本人も家族にも告知をしていなかった」ので、最期を自宅で迎えるという考えはなかったなど、最期まで在宅療養を続けるという意向の事例はなかった。

安定期では、「訪問看護師とは24時間連絡が取れる体制を取っていた」など支援体制を整えているが、「娘が近所に住んでいるが体が弱く介護はできない」といった介護力の問題や、「医師は、外来に来られなくなったら入院と考えていた」のような、医師が在宅死に積極的ではない事例がみられた。

臨死期では、「高熱が出てから、毎日点滴のために往診していた」など症状緩和に努めたとしても、「本人が入院を希望した」「医師と相談した結果、入院が決まった」など療養者や医師が入院を決めた時点で在宅療養は終了となり病院死に至っていた。

## 3) 在宅療養継続を阻害・促進する出来事の経時的な分析

導入期における在宅療養および死亡場所に関する意向、その後の経過の中での在宅か入院かの揺れの度合い、そして、最終的な死亡場所の3つに関して事例ごとに経過を図式化した場合、在宅死に関しても病院死に関しても3パターンに類型化できることが明らかになり、図1・2に示す。

すなわち、在宅死に至った事例では、

(1) 導入期において在宅療養を希望してあるいは在宅死を望んでいて、安定期では在宅療養継続を促進する出来事が続いた場合、在宅死に至っている事例

(2) 導入期に在宅療養を希望していて、安定期には継続を阻害する出来事と促進する出来事を経験し揺れ動きながら過ごし、臨死期を迎えそのまま在宅死に至ることができていた事例

(3) 導入期から在宅療養継続を阻害するような出来事が重なり継続が難しいと思われたが、家族の強い希望でそのまま在宅死に至った事例、があった。

また、病院死に至った事例では、

(1) 在宅療養を希望し、安定期には阻害する出来事と促進する出来事を経験し揺れ動きながら過ごしていたが、臨死期に症状が増強しそれがきっかけで入院を決めた事例

(2) 導入期において療養者や家族が在宅療養を望まず最期は入院だと決めている場合、安定期に在宅療養継続を促進するような出来事はあまりないまま経過していた事例

(3) 導入期に在宅療養を希望していても、時間が経つにつれて在宅療養を阻害する出来事が増えていき、最終的には入院となった事例、があった。

## C-2. 研究結果2

訪問看護師から語られた、34事例すべてを分析対象とした。

1) 死亡した療養者と介護者の概要  
表4に、ケースの概要を示した。

### 2) 各ケースの概要

No.1: 何かあれば緩和ケア病棟へ行くつもりで退院した。介護者は患者の希望に沿うつもりでいた。下血・貧血があり、往診医から「治療も可能だが、今入院すると帰ってこられない可能性がある」と説明がある。患者はその時、意識が低下していたが、「入院は嫌だ」と言っていたため、介護者は「先生にお願いします」と在宅看取りを決意した。

No.2: 退院時家族は、トイレなどの介護をどうするか不安があったので、ホームヘルパーや福祉用具を導入した。退院後2週間ほどで通院困難になったことをきっかけに

往診医を立て、訪問看護師が急変の対応を説明した折、妻より「病院で看取るのが普通ではないの」との発言あり。「自宅でも病院と同じ水準のケアを受けられる」と説明すると家での療養を続けることになった。その後、死亡まで妻の不安に対し看護師が話を聞き、妻は在宅看取りの覚悟を決めた。

- No.3: 息子は何かあれば入院させる予定だった。しかし、ホスピスに空きがこないことと症状が安定していたために、在宅療養を続けていた。在宅開始から9ヶ月後、死期が近い状態になった。息子から連絡を受けた訪問看護師は、往診ができない主治医ではなく、開業医に死亡確認の可能性を調整した。結果、開業医が死亡確認できるので、在宅で看取することを家族に提案し、同意が得られた。
- No.4: 療養者本人は「たとえしんどくなくても病院には行かない」と、在宅での最期を希望していた。病院側は、外来通院が可能と予測したが、ほどなく通院できず往診医を立てた。一方、本人はせん妄がひどくなり、トイレ介助で、夜間の睡眠時間が短くなるなどの妻の身体的な介護負担は重くなっていった。しかし、副介護者の娘はじめ他の家族員は、在宅での看取りを強く希望した。
- No.5: 本人は在宅療養を希望して退院したが、その時の主治医は病院勤務のため、医師-看護師間の連絡に時間がかかり、症状の変化に素早い対応ができなかった。家族も在宅看取りを希望していたため、2度目の退院時に往診医を立てた。それ以降は、症状管理が良好になり、自宅で過ごすことができた。
- No.6: 歯肉がんであったが、実は歯肉がんだった経験から、強い医療不信と嫌悪感を抱えており、病院に戻るつもりは全くなかった。そのため、入院を考えたことはなかったのだが、往診医や訪問看護師は、本人との関係を築くことに努めた。また、主介護者の妻は高齢なため、近所に住む娘が医療的な処置を担当するなどして自宅で看取ることができた。
- No.7: 主介護者は夫をがんで亡くしていたが、病院で看取ったことに強い心残りがあり、在宅療養最初から在宅看取りを希望していた。医師は「ダメな時は入院させたらいいよ」と言っていた。主介護者は疲労により一時入院したこともあったが、介護負担を訴えるようなことはなく、入院を希望する

こともなかった。本人の死後、長女は在宅見取りができて満足した様子だった。

- No.8: 患者は信頼していた病院の先生と離れるのがつらそうだったが、「病院には戻りたくない」「家族やペットと一緒に過ごしたい」と在宅見取りを希望していた。ポートからの輸液を拒否してどんどん痩せていったが、症状は安定しており痛みもコントロールできていた。
- No.9: 療養者本人は在宅死を希望しており、主介護者も入院中から家で看取る覚悟があった。そのため訪問看護師は、「呼吸が止まっても救急車は呼ばないで」という説明をしていた。在宅療養の方針は本人・家族・往診医などを含めみんなで話あった。なお、在宅療養中に医師や訪問看護師が特に配慮したのは疼痛コントロールであった。
- No.10: 主治医が「俺も見るから」と説明され在宅療養が開始された。ADL低下が著明になり訪問看護が導入され、本人と妻・娘とも「家で見ると意見が一致した。その後、呼吸苦・意識低下で入院を考えたが、訪問看護を24時間対応にし、主治医も「医者と看護師はいるけど本人にとっては逆につらいこともある。」と説明され、入院を思いとどまった。
- No.11: 疼痛・ストマ・IVHの「管理ができたので帰ってみては。」と言われ自宅療養開始。介護者の夫は「排泄ケアだけはできない、看取りは無理」、妻は「誰かにお世話になるようなら入院する」と言っていたが、トイレ歩行ができなくなった。訪問看護師はホームヘルパーやポータブルトイレを勧めたが、本人・夫ともに拒否。往診医が「あと1日か2日だよ」との説明に、たまたま家に来ていた次女が「泊まり込みで介護する」と言い、家族を説得した。
- No.12: 本人・家族とも施設での看取りを希望していた。施設側も看取りするということで、訪問看護師がホームヘルパーに対して、看取りに特有な介護指導を行い、施設の看護師と医師とは麻薬について話しあった。死亡2週間前に呼吸苦、発熱などがあつたが、抗生剤で症状改善し、往診医から「この血液データなら入院の必要はない」と説明され、「じゃ入院しない。ここで死ぬ」と在宅看取りを決意した。
- No.13: 転移が見つかるたびに放射線治療のため入退院を繰り返していた。本人は自宅療養を希望していたため、夫自身が訪問看護ステーションに依頼した。親族会議も開

き、看取りをどうするか相談する。往診医からも「病院でもやる処置は家でもできるから。夜間も訪問できる」と説明。夫は往診医には胸水への対処、訪問看護には本人の精神的ケアを希望し、「そうすれば家族としてはこのままでいい」と述べた。

- No.14: 退院する病院のMSWから訪問看護の依頼あり。家族は家で看取りを迷っているという情報を得て、訪問看護師が念のために往診医を準備した。退院日に訪問し、発熱・呼吸苦あり、死期が近いと予測されたため訪問看護も往診も連日とした。同時に今後の方針を聞き、在宅看取りの方向となった。往診医は在宅看取りにかなり積極的で、往診時には本人・家族に在宅看取りを勧めていた。
- No.15: 入院先で医師から「もう帰れないかもしれない」など余命告知されており、本人・家族も在宅看取りを決めて退院してきた。疼痛と呼吸苦は薬物で管理良好で、訪問看護も往診も連日とし、往診医から「今日かもしれない」との説明を受け、介護者2人から4人体制に介護役割を再分担した。2日間は症状が変わらず、疲れが見え始めるが家族は「頑張る」と言い、家で看取れた。
- No.16: 本人は「家に帰りたいが、娘の言うとおりにする」と言っていた。訪問看護訪問初日に、今後の方針を相談し、化学療法は中止、本人・娘とも在宅看取りの意思があることを確認した。そこで、訪問看護師は往診医を立てることを勧めるが、娘は「まだ必要じゃない」と拒否。看護師は、娘の家族を亡くすという受容過程を考慮し、娘の介護休暇終了をきっかけに、往診医を立て介護体制を整えた。
- No.17: 娘は「食べられなくなったら入院かな」と言っていた。本人は脳腫瘍のため意思疎通は難しい。主治医は「いつでも入院させる」つもりであった。退院後1か月ほどたって脳圧亢進症状あり。主治医の説明に「入院してもよくなるのなら家にいる」という娘の希望で往診医を立てた。訪問看護師は娘に在宅看取りの説明を開始した。嚥下時にむせ込んでSAT80台になると娘が訪問看護に電話をかけてくるが、話しているうちに娘が落ち着いてくる。その繰り返しで在宅看取りに至る。
- No.18: 主介護者の娘、副介護者の夫とも働いていたため、患者は日中独居であり、家族は何かあれば入院させる予定であった。

退院後4か月を過ぎたころ発熱がつづき、往診医は本人や家族の意志・選択肢を提示することなく、また、主治医とも連絡を取らないまま、往診医と訪問看護師が交代で毎日点滴をしにいくようになった。解熱しないまま7日間が過ぎ、採血の値が悪く肺炎の疑いもあったため往診医が入院を決めた。

- No.19: 患者は家に帰ることを強く希望し、胃がんのため食道ステントをして退院。約2ヶ月後、訪問看護師から妻へ「痰によって亡くなることもある」と説明を始めていた。本人も妻も家で看取る気持ちになってきていた様子だった。しかし、本人がつかえを訴えると、往診医は、退院時に「ステントの入れ替えはこれで最後」とムンテラされていたにも関わらず、拡張処置のための入院を決定した。
- No.20: 療養者本人は療養場所として自宅を希望していたが、看取り場所について特に話し合いはなかった。治療などの主治医との連絡は、退院した外来の看護師を介して行われており、特に処方変更などは時間がかかっていた。療養開始から1ヶ月後、患者が夜間に熱発及び肩と腰の痛みを訴え、奥さんが訪問看護師に連絡するが、結局療養者本人が病院に行くと言って救急車が呼ばれた。
- No.21: 患者は「とにかく家にいたい」、家族も「なるべく家にいさせてあげたい」と言っていた。訪問看護師は、訪問開始前に呼吸苦に対するレスキューを出すよう医師に頼んだが「セデーションを使うくらい症状があるなら病院に来なさい」と断られた。退院直後から呼吸苦があり、HOTとセレネースの皮下注では症状が改善せず、最後は呼吸苦のため本人が入院を希望した。
- No.22: 本人は、他の入院患者が食事するのを見ているのが辛いので、入院はこりこりと言っていた。一方で妻の面倒を見なければという思いから、死の覚悟ができずにいた。そのため、本人が主治医への外来通院をあきらめて往診医を導入することを嫌がっていた。往診医につながらないまま在宅開始から1ヶ月半後、呼吸苦などの症状が出現、本人の意思でもあったが、主治医が救急車を呼ぶよう話し、入院した。
- No.23: 往診医が主治医であったが、本人は病院の医師から「いつでも入院してもいいよ」と言われており、必要になったら入院

- するつもりでいた。介護者は本人がつらそうにしているのを見て看護師に相談していたが、介護への不安を訴えることはなかった。死亡5ヶ月前に倦怠感、痛み、嘔吐などの症状を訴え本人の意志で入院し、介護者は疲労のため倒れた。
- N o .24：主治医と訪問看護師は、外来通院が困難になったら入院するようすすめていた。本人はうつ症状が強く在宅療養の希望は不明だが、家族はなるべく家にいて欲しいと願っていた。入院の直前には咳が増える、トイレに行けなくなるなどあったが、それらがきっかけというよりも自然に家族から入院の話が出てきて、本人も拒否しなかったために、入院が決まった。
- N o .25：本人は在宅ケアを強く希望し、娘はご主人を病院で亡くした経験から「できるだけ在宅で看病したい」思いと「一線を越えたら入院させる」思いが混在していた。主治医と訪問看護師は、「何かあればいつでも病院に戻ってきていいよ」と言っていた。利用開始から半月後に、患者が「身体がこんなにだるいと家にいても何もできない」と言い緩和ケア病棟への入院を希望し入院した。
- N o .26：本人が「家族と一緒に過ごしたい」という思いで退院してきて、往診医にもつなげられていた。家族は褥瘡処置をしていたが、一時的な退院と考えていたためか負担を訴えることはなかった。往診医や家族とカンファレンスを開いた時、本人・家族は「生きていたい」「治療をしたい」「治りたい」という望みがあり、在宅看取りについては考えていなかった。翌日、本人が徐々に増す呼吸苦を軽減するために救急車が呼ばれた。
- N o .27：かかりつけ医に頼りながら在宅療養をしていた。ある時、採血結果で肝機能が悪く「入院しなさい」と言われ、一旦は入院する。だが、妻と娘は在宅療養の希望があり、かかりつけ医に「家で見てくれませんか」と聞いたところ「僕にも家族がいますから」と言われ、在宅療養を断念する。この話を聞いた訪問看護師は、ケアマネジャーとともに医師の変更を提案したが、医師とのいままでの関係を理由に断られた。
- N o .28：「今が一番いい状態だからお家に帰ってみては」と病院の医師に言われ退院する。退院時、本人・妻ともに予後は未告知であったことを往診医・訪問看護師ともに知らなかった。本人と妻に看取りの考えは
- なく、妻が代替療法に熱意があった。退院7日後ごろに出現した腹水貯留をきっかけに、往診医と看護師は病状を説明していたが、代替療法の影響で急性腎不全になった。本人は透析不要・妻は希望し、最終的には、本人が妻の希望を聞き入れたのと息子の帰国を待つ意味で透析目的の入院となった。
- N o .29：夫と親族は本人の意思に任せるという立場だったが、本心は「やる意味がない免疫療法をいつまで続けるか」、本人は幼い子供のために「治療して生きていたい」気持ちが強くと、腹痛・呼吸苦などの症状があっても、泣くばかりで入院は希望しなかった。その後も腹痛・呼吸苦は続いた。夫は仕事と介護と育児があり、看取りはできないだろうと往診医・訪問看護師は考えていた。往診医は「入院してもいいんだよ、もう十分頑張ったから」と本人に話す。次の日、本人が腹痛・呼吸苦あるから入院したいと電話があり入院となる。
- N o .30：本人は在宅死希望したため、長男夫婦と同居することになるが、嫁姑関係が悪く、親族・担当者会議でヘルパーを入れて仲介役になってもらうことにした。死亡2か月前ごろから脱水・腹水・吐気あり、これらの症状に対する病院と往診医の処方が重複する様になり、看護師は薬の管理をしていたが、本人も医師間の情報共有不足への不安が高まり「病院の先生に診てもらいたい」と入院となる。
- N o .31：緩和ケア科に入院していたが、夫が治療を強く希望し退院してきた。疼痛は薬を変更し、コントロール良好となった。退院8日後に定期受診のため病院に行くが、医師から腹水と浮腫があるからと入院を勧められ、そのまま入院となる。看護師曰く、本人は治療を望まなかったが、夫が妻の死を受容できておらず、治療を望んだから入院になったのではないかと話された。
- N o .32：退院時、娘は「私には見れない、どうしよう」と訪問看護師に泣いて訴えるほど不安だった。本人は未告知のため、自分が重傷だと思わず退院してきた。退院2か月後、せん妄が出現し、薬物療法するも、振戦・下痢あり、その結果、体力が低下した。看護師は娘に「もう時間はない」と話をしたところ「短い期間なら家で見れるかもしれない」と言ったが、本人がトイレ歩行の介助の大変さを考えて入院することにした。



No.33 本人と妻は家で看取りを希望するが、娘は自分の仕事と介護の両立は難しいと思っている中、退院してきた。退院直後から痰・呼吸苦・夜間頻尿あり。看護師は妻の身体的介護負担を考え本人におむつの使用を勧めるが、本人は拒否。妻は夜間頻尿のため不眠で、妻が夫に入院を提案し、2日後に夫が同意し入院となる。

No.34：退院後の外来受診で、複水・黄疸が強くなったことを心配した医師が訪問看護に依頼した。退院7日後に看護師が初回訪問し、夫・娘・看護師で今後の方針を相談し、在宅看取りすることになった。そのため、訪問看護師が往診医を探していた。症状は安定していたかのように見えたが、突然、黒色嘔吐・呼吸苦が出現し、娘と夫が相談し救急車を呼んだ。

### 3) 退院前の予後説明の有無・不明を起点とした死亡場所を決定するプロセスのパターン

退院前に、患者もしくは家族には病名と病状はすべてのケースで説明されていたが、予後については差があった。退院前の予後説明について、「A群：告知あり」(No.5,9,15,19,23,24,26,32,34)、「B群：告知なし」(No.1,2,3,7,10,13,14,16,18,28)、「C群：告知しているか不明」(No.4,6,8,11,12,17,20,21,22,25,27,29,30,31,33)の3群別に「退院後在宅チームによる予後説明」、「症状管理」、「医師と訪問看護師間で連絡・相談ができる」、「排泄介助の有無」の状況を把握した。

「退院後在宅チームによる予後説明」について、退院前に予後説明がない場合でも、在宅療養中に説明が行われていたケースがあった。退院時に予後告知のなかったB群では、10ケース中7ケース、告知していたか不明のC群では4ケースで予後説明が行われた。

「症状管理」において医師から入院を勧めたケース(A群のNo.19,B群のNo.18,C群のNo.22,27,31)は、医師と訪問看護師間で連絡・相談ができない状態であった。医師が病院勤務のために連絡が取りにくいことや、往診医であっても看護師とは情報共有しない場合があった。また、連絡・相談ができない状態であったNo.30は医師への不信感から入院希望があった。

「排泄介助」があると、病院死となる傾向があった。(No.4,24,32,33は排泄介助あり)No.4では、ほかの家族員が強く在宅死を希望しており、介護者が押し切られていた。また、「排

泄介助がない」場合は在宅死となるケースが多かったが、家族が症状に対処できるか不安(No.19,20,21,23,25,26,29,34)がある場合は、本人または家族が入院を希望し病院死となっていた。

## C-3. 研究結果3

### 1) 基本属性

表5に、調査対象となった終末期がん患者の基本属性を示した。在宅死は466人、病院死は478人であった。

### 2) 患者・家族の死亡場所に関する希望

表6に患者・家族の死亡場所に関する希望を示した。死亡3日前/入院直前の訪問日における患者および家族の死亡場所の希望と実際の死亡場所の一致度をみると、カッパ係数にしてそれぞれ0.70、0.82と、高い一致率がみられた。

表7に患者・家族の死亡場所の希望と在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、患者あるいは家族の死亡場所の希望が病院であると、病院死しやすい傾向がみられた。また、訪問看護師による患者や家族の死亡場所の希望を確認できていないと、病院死しやすい傾向がみられた。

### 3) 患者の症状

表8に患者の症状の変化を示した。初回訪問日～訪問3回目における患者の症状の程度は、在宅死を迎えた患者と病院死を迎えた患者とで、差がみられなかった。

表9に患者の症状と在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられた死亡3日前/入院直前の訪問日における患者の症状は、疼痛(オッズ比:0.56、95%CI:0.33-0.95)、せん妄(オッズ比:2.23、95%CI:1.23-4.04)であった。一方、患者の全身倦怠感、呼吸困難、嘔気、腹満、食欲不振、発熱の程度は、在宅看取りとの関連がみられなかった。

### 4) 主介護者の介護負担

表10に主介護者の介護負担を示し、表11に主介護者の介護負担と在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられたのは、「介護できないという無力感や憂鬱、緊張(オッズ比:0.29、95%CI:0.14-0.63)」、「先が見えない不安など漠然としたもの(オッズ比:0.39、95%CI:

0.19-0.84)」、「夜間も介護が続くことに起因する不眠・疲労(オッズ比:2.59、95% CI:1.24-5.43)」、「介護休暇を取る等の理由による収入の減少(オッズ比:3.27、95% CI:1.23-8.72)」であった。

#### 5) 在宅ケア中の訪問看護師のアクション

表 12 に在宅ケア中の訪問看護師のアクションを示し、表 13 に在宅ケア中の訪問看護師のアクションと在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられたのは、訪問看護師と主治医との 24 時間連絡可能な体制(オッズ比:4.66、95% CI:2.87-7.57)と訪問看護師から患者家族への積極的な余命説明(オッズ比:2.35、95% CI:1.67-3.29)であった。

#### 6) 在宅療養の継続/中断に影響を与える要因に関する質的分析

在宅看取りの継続/中断に重要と考えられる要因について、質的な分析を行った(添付資料 2 参照)。

### D. 考察

多職種が関わる終末期ケアにおいて、中心的な役割を担っていると考えられる訪問看護師の視点から、在宅看取りの実現と関連する要因について経時的変化に着目し明らかにすることを、本研究の目的とした。特に本研究は訪問看護師に焦点を当てた数少ない研究の 1 つであり、得られた知見は、今後の終末期ケアにおける訪問看護師が果たすべき機能について、新たな示唆を与えるものとして重要と考えられる。以下、それぞれの調査から得られた知見について考察を行う。

#### 調査 1

在宅療養継続を促進する出来事(在宅死の促進要因)と継続を阻害する出来事(在宅死の阻害要因)を抜き出し、事例ごとに経時的にその内容を分析した。これにより、患者と家族の在宅療養中の体験を理解でき、そこに医療者としてどのように支援すべきか示唆が得られるものとする。

#### 1) 在宅死に至った事例の在宅療養継続を促進・阻害する出来事

導入期で療養者と家族の積極的な在宅療養への姿勢がみられ、安定期では症状の安定や医療者の支援の充実を図りながら生活を続ける

こと、臨死期で今後の予測と対応方法について説明することで、最期まで在宅療養を続けることができていた。

療養者と家族の在宅療養あるいは在宅死の希望を導入期から明確にすること、症状の安定をはかること、臨死期の予測と対処方法について療養者と家族に丁寧に説明することで、在宅死を遂げることができると考えられる。

#### 2) 病院死に至った事例の在宅療養継続を促進・阻害する出来事

導入期で在宅療養を前向きに開始できたとしても、最期まで在宅療養を続けるという意向の事例は少なく、家族の介護力の問題や医師が在宅死に積極的ではない場合、臨死期になり症状緩和に努めたとしても、療養者や医師が入院を決め在宅療養は終了となっていた。

在宅療養していく中で、家族の介護負担を軽減し在宅死を支援して頂ける医師を探し、最期まで在宅療養が継続できると思えるような支援をする必要がある。また、療養者の意思や医師の方針に強く影響されるのではなく、家族を含めた関係者が納得した最期を迎えられるように調整するのも重要な支援であると考えられる。

#### 3) 在宅療養継続を阻害・促進する出来事の経時的な分析：在宅死に至った事例

(1) 在宅療養開始時から在宅死を目標に過ごしていた(安定型)

療養者もしくは家族、あるいは療養者と家族の両方が在宅死を目標として在宅療養を開始した場合、在宅死を遂げることが多いと考えられる。そのため、在宅死の目標を掲げる時期は入院中でもあるため、在宅療養開始前に療養者・家族の意思決定を支援する重要性が示された。

(2) 療養者と家族の気持ちが揺れ動きながらも在宅死に至ることができた(揺れ動き型)

在宅療養中は、療養者の身体症状や不安あるいは家族の介護負担や不安がみられる。逆に、家族同士の励まし合いや、医師、訪問看護師、福祉職の支援を得て症状緩和や不安が軽減することもある。療養者と家族は、在宅療養中に揺れ動きながら生活していることを認識しながら、その揺れがなるべく小さくなるように症状コントロール、精神安定を図ることで在宅療養が継続でき結果として在宅死に至ることができると考える。

(3) 在宅療養継続が難しいと思われたが家族の

強い希望により在宅死に至ることができた（家族主導型）

療養者が、死亡場所の希望について明確に伝えていなかったり、症状悪化や精神的に不安定になってしまった場合、入院を希望する場合が多い。しかし、家族が強く在宅死を希望し、症状緩和や精神的な支えになることで在宅死に至ることも明らかになった。医療者は療養者の症状緩和等の支援だけでなく、家族に対する支援も重要であることが示された。

4)在宅療養継続を阻害・促進する出来事の経時的な分析：病院死に至った事例

(1)療養者と家族の気持ちが揺れ動きながら過ごし、症状増悪をきっかけに入院を決めていた（症状増悪時入院型）

導入期や安定期には、揺れ動きながらも比較的安定して在宅療養を継続できていると思われるけれども、症状の出現・増悪によりすぐに入院を決めてしまうことがある。医療者は、今後起こりうる症状とその対策を療養者や家族に伝え、在宅療養しながら医療的な知識と技術が得られるように支援する必要がある。症状が増悪しても、予め予測できていて対応することができれば、すぐに入院を決めてしまうことは減るのではないかと考える。

(2)在宅療養する中で継続を阻害する出来事が重なり入院を決めていた（阻害要因蓄積型）

症状コントロールがうまくいかない、あるいは家族や医師が入院を強く勧めた場合、入院を決めてしまうことがある。在宅療養を阻害する出来事を減らし、療養者と家族の希望を尊重しながら意思決定ができるように関わる必要性がある。

(3)在宅療養開始時から療養者も家族も最期は入院だと決めていた（入院希望型）

導入期から在宅療養継続の意思がほとんどなく、再入院を決めている場合、在宅死に至るにはかなり難しいことが明らかになった。在宅療養開始前、すなわち入院期間中から在宅療養のメリット・デメリットを示し、療養者と家族が自分たちで療養場所を決めるといった感覚を得ることが重要だと考える。

## 調査 2

1) 医師 - 看護師関係と死亡場所

がん終末期に関するアンケートは、一般市民や遺族などを対象とした研究が数多く行われ

ており、自宅を死亡場所と希望する割合は平成10年の9.0%から平成20年の10.9%微増<sup>2)</sup>している。一方、死を迎える場所については、家族が本人の希望を確認しているか、本人の希望がかなえられているかは明らかでない<sup>3)</sup>とも言われている。本研究の対象者も、一度は自宅での療養を希望したケースである。しかし、退院前に予後説明がされたのは、9ケースであった。さらに予後の説明がされたといっても、No.32のように介護者だけに説明されている場合もあり、在宅療養開始時に死亡場所を希望することは難しいと思われた。在宅療養開始後は16ケースで退院後在宅チームによる予後説明があり、主に医師と訪問看護師が予後説明に当たっていた。特に、往診医がいないケースでは、在宅での看取りをまよっていたり、外来通院が困難になったりするなどの状況時に、訪問看護師からの働き掛けで往診医を立てていた。このような対策は医師会などにおいて在宅医による副主治医制を設けて、より有機的な在宅緩和ケアを進めている報告<sup>4,5)</sup>と共通点がある。また、イギリスの報告によれば、死亡場所の希望そのものが不確かなものであるため、医療者との対話が重要<sup>6)</sup>であると述べている。本結果でも、医師と訪問看護師間の24時間連絡体制があるだけでなく、相談したいときに相談できる関係がないケースにおいて、医師からの入院が勧められていた。

これらのことから、入院中の予後説明の実施率を高めるとともに、現状では、死亡場所を決めるのは在宅療養が開始されてからであることが多いので、在宅療養中も、医師と訪問看護師が常に相談できる体制をとり、患者の変化する状況に合わせて病状を説明し患者・家族の意思決定を支援していくことが必要である。

症状管理においては、医師が病院勤務のために連絡が取りにくいことや、看護師とは情報共有しない医師、医療者に不信を抱くなどのケースで再入院する傾向が確認された。よって、症状を理由とした再入院を防ぐためには、在宅チーム内で症状変化に対して即座に対応する努力が求められている。

2) 排泄介護の有無と死亡場所

家族介護者の90%が排泄介護を行っており<sup>7)</sup>、睡眠不足や外出が困難になる<sup>8)</sup>などの介護負担の要因となっている。No.11のケースのように排泄介護はできないというケースのほか、せん妄のため排泄介助の頻度が増加していたケースがあった。せん妄はがん終末期の85~90%に出現し、50~70%は回復しないまま死を迎える<sup>9)</sup>

と報告されている。本結果では、訪問看護師がおむつやポータブルトイレの利用などを勧めていたが、尊厳を守ることを理由に療養者本人や介護者に拒否されていた。排泄介護は時間が決められないため、巡回型ホームヘルプサービスを積極的に活用し、家族の負担を軽減することに努めることが望ましい。

### 3) 今後の課題

本結果は、訪問看護師からのインタビューに基づくものである。今後は医師や遺族からのインタビューも加え、様々な立場から死亡場所の決定に向けた支援方法を検討していきたい。

### 調査 3

本研究の第一の意義は、訪問看護師が患者や家族の死亡場所に関する希望を確認していないと病院死になりやすい傾向があることを明らかにした点である。特に看取り場所に関する家族の希望を未確認であると、オッズ比にして 0.06 倍、在宅死を迎えにくい傾向があった。一方、希望場所が病院であれ自宅であれ、患者や家族の希望を訪問看護師が確認できていると、希望がかなえられやすい傾向があった。今後は、何が原因で、看取り場所に関する希望を確認できないのか、さらなる研究が求められる。

本研究の第二の意義は、患者の症状の程度によって、在宅看取りと関連がみられるか、明らかにした点である。まず興味深かったのは、初回訪問日～訪問3回目における患者の症状の程度は、在宅死を迎えた患者と病院死を迎えた患者とで、差がみられなかった点である。一方で、死亡3日前/入院直前の訪問日における患者の症状の程度と在宅看取りとの関連を分析すると、患者の疼痛の程度が強いと、統計的有意に病院死を迎える傾向がみられた。また、せん妄がみられた患者は、統計的有意に在宅死を迎える傾向がみられたが、これは死亡直前の症状によるものだと考えられる。一方、死亡3日前/入院直前の訪問日における患者の全身倦怠感、呼吸困難、嘔気、腹満、食欲不振、発熱の程度は、在宅看取りとの関連がみられなかった。従って、終末期がん患者においては、特に疼痛の変化に対応していくことが、在宅看取りを実現する上で重要であると示唆された。

本研究の第三の意義は、どのような家族の介護負担が、在宅看取りと関連がみられるか、明らかにした点である。これまでわが国では、

在宅死を断念させる2大要因の一つとして、介護負担があると指摘されてきた。しかしながら、具体的にどのような介護負担が問題であるのか、知見は限定的であった。そこで本研究では、介護負担を心理的、身体的、社会的、経済的な側面から包括的に捉え、在宅看取りとの関連をみた。分析の結果、在宅看取りの阻害要因関連として、「介護できないという無力感や憂鬱、緊張」や「先が見えない不安など漠然としたもの」という心理的な介護負担が抽出された。また、「夜間も介護が続くことに起因する不眠・疲労」や「介護休暇を取る等の理由による収入の減少」については、在宅死を迎えやすい傾向がみられたが、これは実際に介護を死亡直前まで続けているための負担であると考えられる。そこで今後は、心理的な介護負担を緩和することが、在宅看取りの実現を推進するか、さらなる研究が求められる。

本研究の第四の意義は、在宅看取りの実現と関連する訪問看護師のアクションを明らかにした点である。具体的には、多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられたのは、訪問看護師と主治医との24時間連絡可能な体制および訪問看護師から患者家族への積極的な余命説明であった。医師と十分に連携が取れていること、その上で訪問看護師が、患者・家族の状況を見ながら、状況に応じた余命の説明を適切に行っていくことが、在宅死の実現のために重要であることが示された。特に、訪問看護師から患者家族に対して積極的に余命の説明をすることは、オッズ比にして 2.51 倍在宅看取りを実現するという知見は、筆者の知る限り先行研究で報告されたことはなく、在宅看取りの実現に向けて新たな示唆を与えるものであると考えられる。今後さらなる研究を通じて、なぜ訪問看護師による積極的な余命説明が在宅看取りを促すのか、メカニズムの解明を行っていくことが重要と考えられる。

本研究の第五の意義は、在宅療養の継続/中断に影響を与える要因について、質的な分析を行った点である。特に、(1)入院することを考えたきっかけ、(2)入院を考えた患者本人や介護家族に対する説明、(3)入院を左右した要因について、以下のことが明らかになった。

#### (1)入院することを考えたきっかけについて

入院することを考えたきっかけの2/3を占めたのは、病院死・在宅死を問わず、症状管理と介護負担に関連することであった。疼痛や呼

吸困難などの症状への対処方法の1つに薬物があるが、経口摂取ができなくなることが重なると、内服できない状況となる。そのため、坐薬や経皮吸収タイプなど経口以外の投薬管理ができるガイドラインが必要である。さらに、強い疼痛や呼吸困難は、家族が「見ていられない」心理を生み、不安を増強させている可能性がある。この不安の増強は精神的介護負担につながると考えられる。

次に、トイレ歩行ができなくなることやおむつ交換という排泄の介護では、せん妄と同様、夜間にも介護が必要となる。排泄介助は介護負担の大きな要因である<sup>10)</sup>と示唆されているが、本結果でも、昼夜問わずの排泄介助による介護者の睡眠時間の短縮や休息が不十分となり、身体的な介護負担になっていた。特に排泄の介護は患者が介護家族に気兼ねするきっかけになっているケースもあり、重点的に支援が必要である。さらに、歩行困難はADLの低下とも関連している。一般的にADLの低下は、在宅療養の継続要因に挙げられているが、本結果からは、介護者が高齢の場合はADLの低下が入院を考えさせていた。先行研究と違う結果については、介護者が高齢の場合、持病を持っているという記述もあり、加齢による基礎体力の低下に加え疾病による体力の低下があると推察される。

最後に、社会的介護負担では、ホスピスの空き待ちや家族がグループホームに迷惑はかけられないと思うなど、社会資源が不足していることに関連する記述がみられた。現状では、グループホームやショートステイが、終末期の在宅療養者を受け入れる事例は少ない。今後はホスピスの充実とともに、このような介護施設でも終末期である人を受け入れられるよう啓発が必要ではないかと考える。加えて、社会的介護負担では日中独居も含む独居のために入院を考えたという記述があった。2010年の高齢者の単身と夫婦のみ世帯は1,000万世帯で、2020年には1,245万世帯となるとする報告<sup>11)</sup>もあり、サービス付き高齢者向け住宅の供給促進施策が推進されることを期待したい。

残り、1/3は、治療・処置に関することと死を受容できないこと、患者や家族が最期は病院で死ぬことを決めていた場合、医療側の問題があった。自由記載では、医学的に治療もしくは処置が必要だと思われるものより、終末期における対症療法の意味合いが強い傾向であった。加えて、「治療をしないと死んでしまう」などにあらわされる、死を受容できていないと思われる記述があった。よって、病状や予後の説明

の際には、どこまで治療するかを受容の状態と合わせて話し合う必要がある。さらに、親族に若年者がいる場合は、「(具合が悪いのに)なぜ家にいるんだろう」「トラウマ(になることを避けたい)」と考える家族の心情に配慮する必要が示唆される。

また、医療システムの問題として、少数ではあるが、山間地域のため死亡確認の訪問ができないので入院を勧められていたり、定期的な外来受診時に入院を指示されたりするケースがあった。地域によっては看護師の死亡確認も認めるなどの法整備の検討が必要と考えられる。

## (2)入院を考えた患者本人や介護家族に対する説明について

病院死・在宅死ともに、患者や家族が入院を考えた時、医師または訪問看護師は何らかの説明を行っていた。しかし、自由記載の内容を見ると、説明された患者本人や家族が“今入院したら家に戻れなくなる可能性がある”と認知できる説明内容と必ずしもそうでない説明内容に分けられた。

“今入院したら家に戻れなくなる可能性がある”と認知できる説明は、在宅死20%程度、病院死35%程度で、病院死のほうが明快に説明していた。その他の説明としては「終末期になっている」「治療の限界」などと説明されている。一方、説明していない理由には、たぶん理解していたと思うから、定期外来受診後即入院などのため説明する時間がなかった、「死の受容が困難」なためあえて言わなかった、最期は入院すると決めていたからといった記述があった。

好ましくない情報をどう伝えるかは、情報の伝え手である医師や訪問看護師側の要因と受け手である患者や介護家族の要因がある。一般的には、好ましくない情報は言い控えたり、先延ばしにされたりする傾向があるといわれる。医師・訪問看護師・患者・家族関係における道徳上のトポグラフィ<sup>12)</sup>は今後の課題である。

## (3)入院を左右した要因

病院死では、症状管理のためと介護負担軽減のための入院がほとんどであった。一部、「家で死ぬなんてとんでもない」「家で毎日看護師さんに来てもらいます」と言っているにも関わらず「奥さん一人じゃ家で看るのは無理です」と言った医師など、価値観に関する記述があり、在宅医療の啓蒙が必要であることをうかがわせる。一方、在宅死では、苦痛に感じる症状がないことと、増強する介護負担に対し、社会資源を導入したり他の家族員が主介護者である

家族員を支えたりする介入で介護負担を軽減させていた。また、患者や家族の“家にいたい”気持ちを強化する方法、「病院への往復が大変で、タクシー代もかかる」といった在宅のメリットを強調するプラスの要因を強調する方法と、「受け入れ先が見つからない」や「病院での医療に不満を持っていた」などにあらわされるようにマイナスの要因を強調する方法があった。

本研究にはその調査設計上、いくつかの限界がある。第1に、本研究はケースコントロール研究であるため、原因と結果の因果に関する知見は限定的である。今後は、縦断研究などのデザインを用いて検証を行う必要がある。

第2に、本研究で分析に用いた事例に関するデータは、看護記録などを用いて訪問看護師がレトロスペクティブに収集したものであるため、データの信頼性に限界がある。今後は遺族などを対象とした調査を行うことにより、本研究で得られた知見の再現性を検証する必要があると考えられる。

第3に、セレクションバイアスの可能性を否定できない点である。今後の研究では、傾向スコアなどを用いて、調査への回答に影響を与える共変量の調整を行っていく必要があると考えられる。

第4に、本研究では先行研究や事例インタビュー調査に基づいて、在宅看取りの実現に影響すると考えられる説明変数を設定したが、在宅看取りと関連の強い未知の説明変数が存在する可能性は否定できない。そのため、最も適当と考えられる説明変数について、今後更なる調査を行う必要がある。

## E．結論

調査1で、在宅死と病院死に至った事例を経時的に分析することで、それぞれの経過を3つに分けることができた。在宅死に至るために、導入期・安定期・臨死期における医療者の支援について示唆を得ることができたと考えられる。

調査2では、がん終末期の在宅療養者および、家族の死亡場所決定までのパターンを整理した結果、下のことが明らかになった。退院前の予後説明の実施率が低い、医師と訪問看護師が連絡・相談できる体制がなければ、症状管理の点から、医師が入院を勧める、介護者の排泄介助と不安がない場合は、在宅死となる。在宅療養者や家族が希望しない入院を回避する方法には下の2点の必要性が示唆された。

在宅療養中に死亡場所を決めるための予後説明を行うこと、排泄介助や不安の軽減を図ること。

調査3では、終末期がん患者の在宅看取りの実現と関連する要因を、訪問看護師の視点から多角的に検討した。その結果、在宅療養の継続および在宅看取りの実現には、1)訪問看護師が患者や家族の看取り場所の確認をすること、2)訪問看護師が患者家族に対して積極的に余命の説明をすること、3)家族の心理的介護負担を軽減すること、4)患者の疼痛の変化に対応することが重要である可能性が示唆された。これらの結果から、出現する患者の症状や家族の介護負担そのものが再入院および入院死を決定づけるのではなく、訪問看護師が医師との連携のもと、これらの問題に適切なタイミングで対処しつつ、看取りまでの先を見通した確認や説明を含むケアを行っていくことが在宅死を可能にするために重要な要因となることが定量的に示されたと言える。

## F．健康危険情報

特記すべきことなし

### (参考文献)

- 1)川越厚：家庭で看取る癌患者 -在宅ホスピス入門- メディカルフレンド社、
- 2)終末期医療のあり方に関する懇談会。「終末期医療に関する調査」結果について。2010：89  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/07.pdf> 2013.2.25 アクセス可能
- 3)城内景子，池田清子，中澤仁美，ほか．在宅終末期の看取りに関する家族の満足度について - 「看取りの場所」「意志の尊重」「苦痛の緩和」「一緒に過ごした時間」に焦点をあてて - ．神戸市看護大学紀要 2008；12:37-43．
- 4)片山壽．地域緩和ネットワークと在宅緩和ケア．5．[尾道市]在宅緩和ケアチームと患者本位の地域医療連携．ホスピス緩和ケア白．東京2008：68 - 72 ．
- 5)白髭豊．地域緩和ネットワークと在宅緩和ケア．7．[長崎市]在宅緩和ケアネットワーク構築の試み．ホスピス緩和ケア白書．東京2008：78 - 82 ．
- 6)Munday,D.,Petrova,M.,Dale,J. Exploring preference for place on death with terminally ill patients qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. BMJ

2009;339:b2391.

7) 齊藤恵美子, 國崎ちはる, 金川克子. 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討. 日本公衆衛生雑誌 2001; 48: 180 - 189.

8) 伴真由美. 排便に援助を必要とする在宅要介護者とその家族の状況. 千葉看護学学会誌 2004; 10: 49 - 55.

9) Miki, N., Tatsuya, M., Chizuru, I. et al. Terminal delirium families' experience. Palliative Medicine 2007; 21: 587-594.

10) 菊池有紀, 葉袋淳子, 島内節: 在宅重度介護高齢者の排泄介護における家族介護者の負担に関連する要因、国際医療福祉大学紀要、Vol.15 No.2、PP13 - 23、2010.

11) 深澤典宏: サービス付き高齢者向け住宅の意義と展望、地域ケアリング、Vol.14 No.14、PP10 - 36、2012.

12) D.メイナード著、櫻田美雄、岡田光弘訳: 医療現場の会話分析 悪いニュースをどう伝えるか、勁草書房、2004.

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Fukui S, Fujita J, Yoshiuchi K. The associations with the Japanese people's preference for place of end-of-life care and their self-perceived burden/concern to family members. J Palliat Care. 2013;29(1):22-28.
- 2) Fukui S, Yoshiuchi K. Associations with the Japanese population's preferences for the place of end-of-life care and their need for receiving healthcare services. Journal of Palliative Medicine. J Palliat Med. 2012;15(10):1106-12.
- 3) 福井小紀子: 在宅看取りを支える全国訪問看護事業所の実態とその選定指標の提案～在宅看取りを支える要因分析の結果をエビデンスとして～. 社会保険旬報. 2488: 16-23: 2012
- 4) 福井小紀子. 介護報酬・診療報酬の同時改定が示す訪問看護のこれから(連載第2回): 訪問看護ステーションの調査結果は報酬改定にどう活用されたか. コミュニティケア. 2012-9.68-71.2012.
- 5) 福井小紀子. 介護報酬・診療報酬の同時改定が示す訪問看護のこれから(連載第1回): 報酬改定に役立った全国訪問看護ステーションの調査結果. コミュニティケア.

2012-8.66-70.2012.

- 6) 福井小紀子. 緩和ケア最前線: 緩和ケアにおける医療保険と介護保険. モダンフィジシャン. 32(9).1077-1082.2012.
- 7) 福井小紀子. 緩和ケアに関連した2012年度診療報酬と介護報酬の同時改定について: 診療報酬改定の具体的内容と介護報酬改定. 緩和ケア. 22(3).278-281.2012
- 8) 福井小紀子. 緩和ケアに関連した2012年度診療報酬と介護報酬の同時改定について: 診療報酬改定で示された方向性. 緩和ケア. 22(2). 161-165. 2012

## 2. 学会発表

- 石川善樹, 福井小紀子, 藤田淳子. 終末期ケアにおける訪問看護師と他職種との連携に関する尺度の開発(第1報). 第16回日本在宅ケア学会学術集会在宅ケア学会. 2013.
- 津野陽子, 清水準一, 藤田淳子, 福井小紀子. 在宅看取りの実現と関連する訪問看護師と医師の連携要因に関する症例対照研究(第2報). 第16回日本在宅ケア学会学術集会在宅ケア学会. 2013.
- 福井小紀子, 石川善樹, 藤田淳子. 在宅看取り率と訪問看護師が在宅看取りに必要と考える条件の関連(第3報). 第16回日本在宅ケア学会学術集会在宅ケア学会. 2013.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得:  
なし
2. 実用新案登録:  
なし
3. その他:  
特記すべきことなし





