

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

終末期のがん患者における在宅療養促進/阻害要因の経時的変化に関する調査

| | | | | |
|-------|--------|----------------|---------|---------------------------------------|
| 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 | 教授 |
| 研究協力者 | 岡本 有子 | 日本赤十字看護大学 | 地域看護学 | 講師 |
| | 藤田 淳子 | 日本赤十字看護大学 | 地域看護学 | 講師 |
| | 石川 孝子 | 日本赤十字看護大学 | 地域看護学 | |
| | 川野 英子 | 日本赤十字看護大学 | 地域看護学 | |
| | 大園 康文 | 順天堂大学 | 医療看護学部 | 在宅看護学 助教 |
| | 齋藤 聡弥 | 株式会社キャンサースキャン | | |
| | 三澤 大太郎 | 株式会社キャンサースキャン | | |
| | 吉内 一浩 | 東京大学大学院 | 医学系研究科 | 内科学専攻 ストレス防御・心身医学分野/医学部付属病院心療内科准教授 |
| | 森田 達也 | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 | 聖隷三方原病院 | 緩和支援診療科 部長 |

研究要旨

本研究では、終末期のがん患者における在宅療養促進を目的に、2つの課題に取り組んだ。

第一に、在宅看取りの実現にむけた予測モデルの開発を目的とした。無作為抽出された全国 2000 カ所の訪問看護ステーションを対象として実施された郵送調査の結果を用いた。調査は、担当訪問看護師を対象に、最近 1 年以内に自宅及び自宅以外の場所で亡くなった、訪問看護利用期間が 1 週間以上であるがん患者に関して、訪問看護記録等をもとに回答を得る形で実施した。統計解析の結果、在宅看取りを予測する要因とその効果量は、患者と介護者の希望する療養場所として、患者と介護者の双方が在宅死を希望していること（10 点）、介護者が在宅死を希望していること（9 点）、および患者が在宅死を希望していても介護者が在宅死を希望していないもしくは決め兼ねていること（-6 点）、患者の予後理解ができていないこと（2 点）、介護者の在宅看取り経験があること（3 点）、主治医が往診可能であること（8 点）、医師と看護師の 24 時間の連携連絡体制があること（5 点）が抽出された。これらの合計点のカットオフ値は 16 点であり、16 点を超える場合に在宅看取りが可能となることが導かれた。

第二に、患者症状及び介護負担等の経時的変化が、在宅療養中止（すなわち入院）に与える影響について、時間依存変数を投入した Cox 回帰分析を用いて検証した。対象は在宅ターミナルケアを利用した主疾患ががんである患者症例（計 123 症例）であり、担当訪問看護師に対して構造化面接法によるインタビュー調査を行った。その結果、入院と有意な関連がみられたものは、在宅療養期間中の疼痛および呼吸困難の症状

の程度が強くなったこと、 家族が希望する看取りの場所が病院/ホスピス/その他を希望していることであった。今後の課題として、疼痛および呼吸困難の症状管理方法のよりよいあり方の探索、および家族に在宅療養を継続していくことへの理解を示してもらう取り組みを行っていくことが、入院を回避して在宅療養継続を可能にするための要素となることが明らかにされた。

A. 研究目的

在宅ターミナルケアの継続を阻害する要因として、「症状急変時の対応」「家族の介護負担」が挙げられている。そこで、平成 24 年度の調査では、在宅死と関連する医療従事者の対応等を明らかにした。しかしながら、既存研究では次の 2 点について十分に検討されていない。

第一に、在宅療養継続や在宅死の関連要因について、多くの先行研究では、患者家族の症状や介護状況等の要因やその支援等の医療サービス要因について、変数個々の平均的な効果が調べられてきた。これら変数の影響の強さを加味した要因に関するエビデンスの蓄積はなされていない。

第二に、在宅ターミナルケアの期間を通して移り変わる「患者の症状」、「家族の介護負担」、「予後の理解」、「看取り場所」等について、患者個々の経時的変化を考慮した上で、在宅療養継続に与える影響に関する検証はされていない。

そこで本研究では、1) 在宅看取りの実現を予測するモデルを開発すること 2) 在宅ターミナルケア期間中の患者症状及び介護負担等の経時的変化が在宅療養中止に与える影響について検証することを目的とした。

B-1. 研究方法

1) 調査方法

無作為抽出された全国 2000 カ所の訪問看護ステーション宛てに、自記式質問紙による郵送調査を行った。対象とする症例は、最近 1 年以内に自宅及び自宅以外

の場所で亡くなった、訪問看護利用期間が 1 週間以上であるがん患者とした。該当する症例が複数ある場合は、直近で亡くなった患者について、回答を依頼した。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。

2) 調査項目

調査項目は、「患者の性別」、「患者の年齢」、「がんの種類」、「主介護者の有無及び続柄」、「副介護者の有無及び続柄」、「介護者の看取り経験の有無」、「往診医の有無」、「ケアマネージャーの有無」、「ホームヘルパーの有無」、「医師と看護師の 24 時間連絡体制」、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」、「患者にみられる症状」、「患者の予後理解」、「患者が抱える不安」、「家族の予後理解」、「家族が抱える不安」、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」などである。「患者にみられる症状」、「患者の予後理解」に関しては、訪問看護開始時点における状態を測定した。

3) 調査期間

2011 年 11 月下旬 ~ 2011 年 12 月上旬

4) データ解析

まず、測定された各項目について、死亡場所別に回答頻度と割合を記述し、単変量で死亡場所との関連をみた。次に、予測モデル構築のため、単変量で有意となった項目を投入し、変数減少法によるロジスティック回帰分析を実施した。また、予測モデルの妥当性を検証するため、ブートストラップ法にもとづいて 100 回の再標本化を行い、調整した c 統計量を

算出した。最後に、予測モデルの活用に向けて、在宅死を予測する各変数の得点を算出し、その合計点のカットオフ値を定めた。なお、欠損値への対応のため、多重代入法を利用した。

(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思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す旨を調査依頼状に明記して協力を要請した。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ことを約束して調査協力を依頼した。

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こととした。

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-1. 研究結果

1) 記述統計と単変量解析

在宅死は466人、病院死は478人であった。まずtable1に、調査対象となった

終末期がん患者、介護者、医療従事者の基本属性の記述統計及びその死亡場所との関連を示した。またTable2に、在宅ターミナルケア開始時点における、患者や家族の症状等のアセスメントの結果の記述統計及びその死亡場所との関連を示した。単変量の解析の結果、有意な関連がみられた変数は、「年齢」($p=0.018$)、「介護者の在宅看取り経験の有無」($p<0.001$)、「往診医の有無」($p<0.001$)、「医師と看護師の24時間連絡体制」($p<0.001$)、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」($p<0.001$)、「せん妄の有無」($p<0.001$)、「患者の予後理解」($p<0.001$)、「家族の予後理解」($p<0.001$)であった。

2) 予測モデルと妥当性の検証

Table3に、在宅死の予測モデルを示した。予測モデルに選択された変数は、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」、「患者の予後理解」、「介護者の看取り経験の有無」、「往診医の有無」、「医師と看護師の24時間連絡体制」であった。効果量の点推定値及び95%信頼区間は以下の通りである。「死亡場所に関する患者と介護者の希望」では、患者家族が共に在宅死を希望しない場合と比較して、家族のみが在宅死を希望しているとオッズ比は2.35(1.55-3.54)倍、患者のみが希望していると0.53(0.36-0.76)倍、患者と家族の両方が希望していると2.66(1.99-3.55)倍となった。「患者の予後理解」について、患者が予後を十分に理解していない場合と比べると、理解している場合のオッズ比は1.23(1.02-1.50)倍となった。「家族の看取り経験の有無」では、経験がない場合に比べて、経験があるとオッズ比は1.41(1.13-1.75)倍となった。「往診医の有無」について、往診医が利用可能であると、オッズ比は2.13(1.67-2.70)倍となった。「医師と看護師の24時間連絡体制」について、連絡体制が構築されていると、オッズ比は1.68(1.30-2.18)倍となった。

予測モデルの妥当性について、ブートストラップ法により調整したc統計量は、

0.838 となった。

また、在宅死の予測モデルの活用に向けて、各変数別に得点を算出した。患者と介護者の希望する療養場所として、患者と介護者の双方が在宅死を希望していること(10点) 介護者が在宅死を希望していること(9点) および患者が在宅死を希望しているもしくは決め兼ねていること(-6点) 患者の予後理解ができていないこと(2点) 介護者の在宅看取り経験があること(3点) 主治医が往診可能であること(8点) 医師と看護師の24時間の連携連絡体制があること(5点)であった。この合計点のカットオフ値は16点であり、この時の感度は0.72、特異度は0.81(偽陽性率0.19)であった。

D-1. 考察

これまでの終末期のがん患者の死亡場所に関する先行研究は、患者家族関連要因やサービス提供体制要因等の多岐にわたる要因について、回帰分析等によりこれら個々の変数ごとに、療養場所や死亡場所との関連性を明らかにしたものがほとんどであった。しかし、これらの関連要因について、時間的経過を考慮して、例えば、退院時における個々の要因が、その後の死亡場所にどの程度影響を与えるかといった時間的経過を考慮した療養場所や死亡場所への関連要因を検討したものは見当たらなかった。本研究では、在宅看取りの関連要因について、既存の研究にて明らかにされてきた要因の枠組みを用いて、これら要因の時間的経過を加味した上で、関連性を明らかにできたと考える。

さらに、わが国では、2000年の介護保険制度の開始や、2006年のがん対策基本法の施行により、在宅看取りの推進が国策として進められてきているが、在宅看取りの推進は未だ画期的には進められていない状況である。なかでも、がんに関しては、依然として9割以上が病院死している状況であり、この大きな理由の一

つは、病院を退院して、在宅に一端療養場所を移しても、再入院して、最期を病院で迎える人が多いことと言える。本研究では、退院時に在宅看取りが可能となる要因を明らかにするとともに、それぞれの要素の強さを明らかに出来たことから、今後、本研究で示された要因は、病院の医療従事者にとって、どの観点から支援の強化を測ればいいのか、具体的な示唆を示すことができたと考える。

B-2. 研究方法

1) 調査方法

訪問看護ステーションに所属している訪問看護師に、2013年4月~9月の間に在宅ターミナルケアの利用を開始した、主疾患ががんである患者症例(合計123症例)を対象とする構造化面接を行った。インタビュー対象の訪問看護ステーションの総数は15か所、訪問看護師の総数44名であった。

調査対象のリクルーティングは、共同研究者が在宅看取りの実績がある訪問看護ステーションに協力依頼し、各訪問看護ステーションにおいて対象となる全症例を収集した。

2) 調査項目

調査項目は、訪問看護ステーションの特性、訪問看護師の看護職経験年数等、在宅ターミナルケアを利用された症例について「死亡場所(在宅死、入院、あるいは在宅療養継続中)」、「患者の属性」、「主介護者の有無」、「在宅医の有無」、「患者の症状およびその程度」、「主介護者の介護負担の程度」、「患者・家族の予後の理解の程度」、「患者・家族が希望する看取り場所」、「担当看護師の印象に残っている、療養中のエピソード」などである。「患者症状」、「主介護者の介護負担」、「患者・家族の予後の理解」、「患者・家族が希望する看取り場所」に関しては、在宅ターミナルケア中の訪問回ごとに状態を測定した。

3) 調査期間

2013年10月下旬~2014年1月下旬

4) データ解析

まず、測定された各変数について、記述統計または頻度と割合を確認した。

次に、在宅療養中止との関連を解析するために、入院をイベントとし、患者症状、主介護者の介護負担、患者・家族の予後の理解、患者・家族が希望する看取り場所の経時的変化の個々の変数について時間依存変数 (time-dependent variable) とし、単変量のCox回帰分析を行った。さらに、
、
、
について、「患者の属性」、「主介護者の有無」、「副介護者の有無」、「在宅医の有無」、「在宅ターミナルケア開始までの療養場所」を調整変数とし、多変量のCox回帰分析を行った。有意水準は0.05とし、欠損値の処理に関しては、単一代入法を用いた。

多変量のCox回帰分析にて有意な差がみられた症状について、入院症例・在宅死症例・在宅療養継続症例ごとに最終訪問回を起点とした症状の推移をグラフ化した。また、初回訪問日を起点とし、症状の各程度における入院率 (入院した症例数 ÷ 全症例数) を算出し、これを図示した。さらに、生存曲線も図示した。

(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思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が発生することはないこと、プライバシーを遵守することを説明した。

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つく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。研究成果の公表時には、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こととした。研究終了後には、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こととした。

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: 2013 - 72)

C-2. 研究結果

1) 訪問看護ステーションの特性

2013年9月時点における訪問看護ステーションの全利用者数の平均 (標準偏差) は155.5人 (123.5人) であり、医療保険利用者数では38.2人 (43.5人) であった。在宅ターミナルケア利用者が1名以上いたのは調査協力の得られた15訪問看護ステーションのうち14ステーションであり、うち在宅死した利用者が1名以上いたのは13ステーションであった。

職員の特性では、常勤換算看護従事者数の平均値 (標準偏差) は7.4人 (3.0人) であり、訪問看護ステーション管理者の管理職経験年数の平均値 (標準偏差) は6.2年 (5.1年) であった。

2) 基本属性等

インタビュー調査により収集した症例は123症例であったが、そのうち2症例は初回訪問日に亡くなったため、解析対象からは除外した。

死亡場所は、在宅死が52症例、在宅療養を中止し入院した症例が53症例であり、在宅療養を継続中は16症例であった。

在宅ターミナルを利用した在宅療養期間について平均値 (標準偏差) は、全症例では48.2日 (41.6日)、入院の症例では40.8日 (31.3日)、在宅死の症例では36.4日 (34.9日) であった (表2)。

終末期がん患者の属性等について、表 3 に示した。全症例では、男性が 63 名 (52.1%)、年齢は 80 歳代が 45 名 (37.2%) と最も多く、次に 70 歳代が 33 名 (27.3%) であった。がんの原発部位は食道/大腸/胃/直腸は 32 名 (26.4%) と最も多く、次に肺が 27 名 (22.3%) であった。主介護者は 112 名 (92.6%) がおり、副介護者は 97 名 (80.2%) がいた。在宅医は 86 名 (71.1%) がいた。在宅ターミナル開始までの療養場所は、入院/その他が 91 名 (75.2%)、外来または訪問診療を受けて自宅療養が 30 名 (24.8%) であった。

初回訪問時の患者の症状、予後理解、希望する看取り場所および介護負担について表 4 に示した。疼痛がみられたのは 51 名 (42.2%)、せん妄がみられたのは 6 名 (5.0%)、抑うつがみられたのは 12 名 (9.9%)、呼吸困難がみられたのは 35 名 (28.9%) であった。その他の症状として、嘔吐・嘔気、腹部膨満、食欲不振、倦怠感、浮腫、発熱などであった。

予後に対する理解では、患者が十分認識していたのは 40 名 (33.1%)、家族が十分認識していたのは 69 名 (57.0%) にとどまった。

希望する看取りの場所として病院/ホスピス/その他としていたのは、患者で 17 名 (14.0%)、家族では 34 名 (28.1%) であった。患者・家族ともに、未確認や決めかねていたものも相当数いた。

主介護者の介護負担について、身体的に多少なりとも疲労しているのは 70 名 (55.8%)、精神的に多少なりとも疲労しているのは 83 名 (68.6%) であったのに対し、経済的負担が多少なりとも疲労しているのは 16 名 (13.2%) にとどまった。

3) time-dependent variable をモデルに組み込んだ Cox 回帰分析の結果

(1) 患者症状

表 5 に、患者症状の変化と入院との関連を示した。本報告書では、患者の症状として疼痛、せん妄、抑うつ、呼吸困難の 4 つについて分析を行った。単変量解析にて入院と有意な関連が見られた患者

の症状は、疼痛における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 2.04、95%信頼区間: 1.07-3.85)、呼吸困難における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 3.82、95%信頼区間: 1.98-7.32) であった。調整変数を投入した多変量解析の結果、入院と関連が見られた症状は、疼痛における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 2.25、95%信頼区間: 1.08-4.66)、呼吸困難における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 5.97、95%信頼区間: 2.63-13.53) であった。一方、せん妄、抑うつは、入院との関連が見られなかった。

疼痛の程度の推移について図 1~図 3 に示した。在宅死症例と在宅療養継続中の症例に比べて、入院症例は疼痛の程度の変動が多くみられた。入院率の推移では疼痛の程度が高いと、入院率も高値であった。(図 4)

呼吸困難の程度の推移について図 4~図 7 に示した。入院症例も在宅死症例も変動が多くみられていた。入院率の推移について中等度以上がやや高めであったが、時折断続的とそれ以外と接近していた(図 8)

(2) 予後に対する理解

表 6 に、予後に対する理解の変化と入院との関連を示した。単変量解析と多変量解析ともに有意な関連が見られた項目はなかった。

(3) 希望する看取り場所に対する理解

表 7、希望する看取り場所に対する変化と入院との関連を示した。単変量解析では有意な関連がみられた項目はなかったが、調整変数を投入した多変量解析では家族が希望する看取り場所における「病院/ホスピス/その他」(ハザード比: 2.71、95%信頼区間: 1.11-6.56) で有意な関連がみられた。一方、患者が希望する看取り場所は、入院との関連が見られなかった。

(4) 主介護者の介護負担

表 8 に、主介護者の介護負担の変化と入院との関連を示した。単変量解析と多変量解析ともに有意な関連が見られた項目はなかった。

4) 生存曲線

入院をイベントとした生存曲線を図 9 に示した。横軸は在宅療養期間開始時点からの日数、縦軸は在宅ターミナルケア利用者が入院せず在宅療養を継続している割合である。点線は信頼区間を示している。在宅療養開始から 50 日を過ぎると、在宅療養継続者の割合が 60%を下回る事が分かる。

D-2. 考察

本研究は、患者症状及び介護負担等の経時的変化が、在宅療養中止に与える影響について、検証することを目的とした。特に本研究は、在宅ターミナルケア開始から在宅療養終了までの全ての訪問日における患者症状、主介護者の介護負担、予後に対する理解および希望する看取り場所を測定した数少ない研究の 1 つであり、統計学的に在宅療養中の経過を加味して得られた貴重な知見であるといえる。以下、本研究から得られた知見についての考察を行う。

本研究の第 1 の知見は、疼痛および呼吸困難の症状変化と入院との関連が明らかにされたことである。これまでの先行研究では、患者症状の変化と入院との関連があきらかにされていなかった。しかし、本研究で、在宅療養期間における疼痛の程度が強いと、統計学的有意に患者が入院する傾向がみられた。また、在宅療養期間における呼吸困難の程度が強いと、統計的有意に患者が入院する傾向がみられた。

グラフより、疼痛の程度の推移について入院症例では変動が多くみられていたが、呼吸困難については疼痛ほど明らか

な傾向はつかめなかった。症状の程度の変化について、さらに詳細に検討していく必要がある。

一方、せん妄および抑うつの変化と入院との関連はみられなかった。従って、在宅ターミナルケアの患者においては、疼痛および呼吸困難の症状管理方法のよりよいあり方を探索していく必要性が示唆された。

本研究の第 2 の知見は、希望する看取り場所の変化と入院との関連が明らかにされたことである。特に、在宅療養期間中に、家族が患者の看取り場所として、病院/ホスピス/その他を希望していると、統計学的に有意に患者が入院する傾向がみられた。一方、家族が希望する看取り場所として、自宅を選んだとき、もしくは看取り場所を決めかねていたときは入院との関連はみられなかった。また、患者が希望する看取り場所として、病院/ホスピス/その他、自宅および看取り場所を決めかねていたときは、入院との関連が見られなかった。

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、在宅看取りの実績がある訪問看護ステーションに調査協力を依頼したため、データに偏りがみられる可能性がある。平成 23 年介護サービス施設・事業所調査結果では訪問看護ステーションにおける従事者数(常勤換算)の平均は、看護職が 4.7 人、PT/OT/ST が 0.9 人であり、一月あたりの利用者数の平均は 61.4 人であった。これらと比較してみると、今回の対象はやや規模の大きいステーションであるといえる。今後の研究では、対象とする訪問看護ステーション数を増やしたり、ランダムサンプリングを行ったりする必要があると考えられる。

第 2 に、患者の症状等について訪問看護師による訪問日ごとに測定したため、最終訪問から入院までに若干の期間が空いている症例があり、入院直前の状況が測定できておらず、十分な変化が捉えら

れていない可能性がある。

第3に、本研究では、先行研究に基づいて、在宅療養継続に影響を与えると考えられる共変量を設定したが、在宅看取りと関連が強い未知の共変量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共変量について、今後更なる探索していく必要がある。

E. 結論

在宅看取り実現の予測モデルを開発するため、変数減少法によるロジスティック回帰分析を行った。その結果、予測モデルに選択された変数は、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」、「患者の予後理解」、「介護者の看取り経験の有無」、「往診医の有無」、「医師と看護師の24時間連絡体制」であった。

本年度調査では、患者症状及び介護負担等の経時的変化が、在宅療養中止に与える影響について、time-dependent variable をモデルに組み込んだCox回帰分析にて検証を行った。その結果、在宅ターミナルケアにおける在宅療養中止に関連した要因は、1) 在宅療養期間中の疼痛および呼吸困難の症状の程度が強くなったこと、2) 家族が希望する看取りの場所が病院/ホスピス/その他を希望していることが明らかにされた。

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

- 1) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Ikezaki S. Determinants of financial performance of home-visit nursing agencies in Japan. *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/1472-6963-14-11, 2014.
- 2) 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.

- 3) Ishikawa Y, Fukui S, Saito T, et al. Family preference for place of death mediates the relationship between patient preference and actual place of death: A nationwide retrospective cross-sectional study. *PLOS ONE*. 8 e56848. 2013
- 4) 福井小紀子、乙黒千鶴、石川孝子、藤田淳子、秋山正子. 都市部公営団地に在住する健康相談未利用者における健康相談の必要性に関する認識とその関連要因の検討. *日本公衆衛生学会誌*. 60(12). 745-753. 2013.
- 5) 福井小紀子. 訪問看護事業所の黒字化のための経営指標の提案. *社会保険旬報*. 2545. 22-29. 2013.
- 6) 藤田淳子、渡辺美奈子、福井小紀子. 介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因-死亡前1か月の高齢者終末期ケアに関して-. *日本地域看護学会誌*. 16(1). 40-47. 2013.
- 7) 藤田淳子、福井小紀子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子. 訪問看護事業所の質管理の取り組みと関連要因の検討. *コミュニティケア* 15(11). 67-71. 2013.
- 8) 福井小紀子、藤田淳子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子. 平成24年度の介護報酬・診療報酬の改定内容が訪問看護事業所の経営へ与えた影響. *コミュニティケア* 15(10). 67-74. 2013.
- 9) 福井小紀子、藤田淳子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子. 訪問看護事業所が黒字化するサービス提供の要素 全国訪問看護事業所のサービス提供実態調査の分析結果を基に. *コミュニティケア* 15(9). 60-66. 2013.

10) 福井小紀子 . がん対策推進基本計画
見直しと診療報酬・介護報酬改定の全
体像 . 緩和ケア . 23(2) . 104-107 . 2013 .

2 . 学会発表

H . 知的財産権の出願・登録状況

1 . 特許の取得

なし

2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

なし

Table 1. Characteristics of Patient, Caregivers and Health-care Professionals and Associations with Death at Home

| | Place of Death | | Univariate Analysis | |
|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------|
| | Home (n=466) | Other (n=478) | Odds ratio (95% CI) | P value |
| | No. of patient (%) | No. of patient (%) | | |
| Patient's sex | | | | |
| Female | 209 (44.9) | 198 (41.4) | reference | |
| Male | 249 (53.4) | 275 (57.5) | 0.93 (0.81 to 1.05) | 0.243 |
| Missing | 8 (1.7) | 5 (1.1) | | |
| Patient's age | | | | |
| under 65 years old | 60 (12.9) | 77 (16.1) | reference | |
| 65-69 years old | 58 (12.5) | 58 (12.1) | 1.14 (0.84 to 1.54) | 0.391 |
| 70-74 years old | 53 (11.4) | 79 (16.5) | 0.77 (0.58 to 1.03) | 0.084 |
| over 75 years old | 282 (60.5) | 254 (53.1) | 1.27 (1.04 to 1.55) | 0.018 |
| Missing | 13 (2.8) | 10 (2.1) | | |
| Primary cancer | | | | |
| Lung | 84 (18) | 95 (19.9) | 0.91 (0.68 to 1.21) | 0.505 |
| Stomach, colon, rectum and esophageal | 123 (26.4) | 143 (29.9) | 0.89 (0.70 to 1.14) | 0.351 |
| Liver, gallbladder and pancreas | 95 (20.4) | 77 (16.1) | 1.25 (0.94 to 1.67) | 0.127 |
| Breast, uterus and ovary | 28 (6) | 35 (7.3) | 0.81 (0.53 to 1.25) | 0.337 |
| Prostate, bladder and kidney | 37 (7.9) | 51 (10.7) | 0.73 (0.50 to 1.07) | 0.103 |
| Others | 56 (12) | 33 (6.9) | reference | |
| Missing | 43 (9.2) | 44 (9.2) | | |
| Primary Caregiver's relationship with patient | | | | |
| No primary caregiver | 22 (4.7) | 43 (9) | reference | |
| Spouse | 240 (51.5) | 274 (57.3) | 1.01 (0.80 to 1.29) | 0.913 |
| Children / Children's spouse | 170 (36.5) | 120 (25.1) | 1.62 (1.24 to 2.11) | <0.001 |
| Others | 22 (4.7) | 25 (5.2) | 1.03 (0.66 to 1.63) | 0.889 |
| Missing | 12 (2.6) | 16 (3.4) | | |
| Secondary Caregiver's relationship with patient | | | | |
| No secondary caregiver | 104 (22.3) | 156 (32.6) | reference | |
| Spouse | 29 (6.2) | 21 (4.4) | 1.34 (0.87 to 2.07) | 0.187 |
| Children / Children's spouse | 271 (58.2) | 241 (50.4) | 1.08 (0.86 to 1.36) | 0.484 |
| Others | 46 (9.9) | 41 (8.6) | 1.07 (0.75 to 1.53) | 0.692 |
| Missing | 16 (3.4) | 19 (4) | | |
| Caregiver's experience of deathwatch at home | | | | |
| Not experienced | 340 (73) | 380 (79.5) | reference | |
| Experienced | 104 (22.3) | 57 (11.9) | 1.40 (1.17 to 1.67) | <0.001 |
| Missing | 22 (4.7) | 41 (8.6) | | |
| Visiting physician | | | | |
| Unavailable | 31 (6.7) | 192 (40.2) | reference | |
| Available | 425 (91.2) | 278 (58.2) | 3.04 (2.48 to 3.72) | <0.001 |
| Missing | 10 (2.2) | 8 (1.7) | | |
| Care manager | | | | |
| Unavailable | 55 (11.8) | 78 (16.3) | reference | |
| Available | 401 (86.1) | 392 (82) | 1.20 (1.00 to 1.45) | 0.052 |
| Missing | 10 (2.2) | 8 (1.7) | | |
| Home helper | | | | |
| Unavailable | 290 (62.2) | 316 (66.1) | reference | |
| Available | 166 (35.6) | 154 (32.2) | 1.08 (0.94 to 1.23) | 0.282 |
| Missing | 10 (2.2) | 8 (1.7) | | |
| 24-hour contact between physicians and nurses | | | | |
| Unavailable | 29 (6.2) | 145 (30.3) | reference | |
| Available | 423 (90.8) | 322 (67.4) | 2.51 (2.03 to 3.09) | <0.001 |
| Missing | 14 (3) | 11 (2.3) | | |

Table 2. Assessment of Patient's & Caregiver's Status at the Beginning of Terminal Care and Associations with Death at Home

| | Place of Death | | Univariate Analysis | |
|-----------------------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------|
| | Home (n=466) | Other (n=478) | Odds ratio (95% CI) | P value |
| | No. of patient (%) | No. of patient (%) | | |
| Patient's & Caregiver's preference for home death * | | | | |
| undecided or no (P) / undecided or no (C) | 96 (20.6) | 304 (63.6) | reference | |
| undecided or no (P) / yes (C) | 79 (17) | 24 (5) | 2.64 (1.80 to 3.86) | <0.001 |
| yes (P) / undecided or no (C) | 34 (7.3) | 62 (13) | 0.47 (0.34 to 0.66) | <0.001 |
| yes (P) / yes (C) | 218 (46.8) | 56 (11.7) | 3.13 (2.39 to 4.11) | <0.001 |
| Patient anxiety | | | | |
| Not present | 39 (8.4) | 32 (6.7) | reference | |
| Present | 60 (12.9) | 66 (13.8) | 0.87 (0.75 to 1.01) | 0.073 |
| Missing | 317 (68) | 342 (71.6) | | |
| Patient insight | | | | |
| Good enough | 89 (19.1) | 70 (14.6) | reference | |
| Not good | 142 (30.5) | 104 (21.8) | 0.76 (0.66 to 0.87) | <0.001 |
| Missing | 176 (37.8) | 238 (49.8) | | |
| Pain | | | | |
| Not present | 148 (31.8) | 136 (28.5) | reference | |
| Present | 131 (28.1) | 152 (31.8) | 1.04 (0.91 to 1.20) | 0.540 |
| Missing | 304 (65.2) | 308 (64.4) | | |
| Fatigue | | | | |
| Not present | 31 (6.7) | 18 (3.8) | reference | |
| Present | 57 (12.2) | 68 (14.2) | 0.93 (0.78 to 1.10) | 0.395 |
| Missing | 365 (78.3) | 389 (81.4) | | |
| Dyspnoea | | | | |
| Not present | 44 (9.4) | 21 (4.4) | reference | |
| Present | 253 (54.3) | 265 (55.4) | 0.99 (0.87 to 1.13) | 0.932 |
| Missing | 191 (41) | 199 (41.6) | | |
| Vomiting | | | | |
| Not present | 22 (4.7) | 14 (2.9) | reference | |
| Present | 264 (56.7) | 263 (55) | 0.95 (0.83 to 1.09) | 0.465 |
| Missing | 182 (39.1) | 200 (41.8) | | |
| Appetite loss | | | | |
| Not present | 20 (4.3) | 15 (3.1) | reference | |
| Present | 86 (18.5) | 108 (22.6) | 1.08 (0.93 to 1.25) | 0.319 |
| Missing | 340 (73) | 341 (71.3) | | |
| Fever | | | | |
| Not present | 40 (8.6) | 29 (6.1) | reference | |
| Present | 285 (61.2) | 283 (59.2) | 0.94 (0.82 to 1.07) | 0.357 |
| Missing | 163 (35) | 180 (37.7) | | |
| Delirium | | | | |
| Not present | 18 (3.9) | 15 (3.1) | reference | |
| Present | 292 (62.7) | 348 (72.8) | 1.23 (1.06 to 1.43) | 0.005 |
| Missing | 141 (30.3) | 109 (22.8) | | |
| Caregiver's anxiety | | | | |
| Not present | 33 (7.1) | 21 (4.4) | reference | |
| Present | 46 (9.9) | 46 (9.6) | 1.12 (0.93 to 1.35) | 0.231 |
| Missing | 380 (81.6) | 369 (77.2) | | |
| Caregiver's insight | | | | |
| Good enough | 40 (8.6) | 63 (13.2) | reference | |
| Not good | 291 (62.5) | 223 (46.7) | 0.77 (0.67 to 0.89) | <0.001 |
| Missing | 134 (28.8) | 185 (38.7) | | |
| | 41 (8.8) | 70 (14.6) | | |

* (P): Patient, (C): Caregiver

Table3 Logistic Regression Model Predicting Death at home

| | Beta coefficient | Odds ratio (95% CI) | P value | Points |
|-----------------------------------------------------|------------------|---------------------|---------|--------|
| Patient's & Caregiver's preference for home death * | | | | |
| undecided or no (P) / undecided or no (C) | reference | reference | | |
| undecided or no (P) / yes (C) | 0.86 | 2.35 (1.56 to 3.54) | <0.001 | 9 |
| yes (P) / undecided or no (C) | -0.64 | 0.53 (0.36 to 0.76) | <0.001 | -6 |
| yes (P) / yes (C) | 0.98 | 2.66 (1.99 to 3.55) | <0.001 | 10 |
| Patient insight | | | | |
| Not Good | reference | reference | | |
| Good enough | 0.21 | 1.23 (1.02 to 1.50) | 0.034 | 2 |
| Caregiver's experience of deathwatch at home | | | | |
| Not experienced | reference | reference | | |
| Experienced | 0.34 | 1.41 (1.13 to 1.75) | 0.002 | 3 |
| Visiting physician | | | | |
| Unavailable | reference | reference | | |
| Available | 0.75 | 2.13 (1.67 to 2.70) | <0.001 | 8 |
| 24-hour contact between physicians and nurses | | | | |
| Unavailable | reference | reference | | |
| Available | 0.52 | 1.68 (1.30 to 2.18) | <0.001 | 5 |

* (P): Patient, (C): Caregiver

表1 ステーションの特性に関する記述統計（2013年9月時点）

(n=15)

| | ステーション数 (n=15) | 構成割合 (%) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|------------------|-------------------|-------------|-------|-------|-----|-----|------|
| 利用者の特性 | | | | | | | |
| 全利用者数 | | | 155.5 | 123.5 | 125 | 32 | 562 |
| 医療保険利用者数 | | | 38.2 | 43.5 | 26 | 12 | 161 |
| 在宅ターミナルケア利用者数 | | | | | | | |
| 0人 | 1.0 | 7% | | | | | |
| 1-5人 | 11 | 73% | | | | | |
| 6人以上 | 3 | 20% | | | | | |
| 在宅死された利用者数 | | | | | | | |
| 0人 | 2 | 13% | | | | | |
| 1-5人 | 12 | 80% | | | | | |
| 6人以上 | 1 | 7% | | | | | |
| 在宅死されたがん患者数 | | | | | | | |
| 0人 | 5 | 33% | | | | | |
| 1人 | 8 | 53% | | | | | |
| 2人 | 2 | 13% | | | | | |
| 職員の特性 | | | | | | | |
| 常勤換算看護従事者数 | | | 7.4 | 3.0 | 6.8 | 3.5 | 14.2 |
| 常勤換算PT・OT・ST従事者数 | | | 1.2 | 1.1 | 1.0 | 0.0 | 3.5 |
| 管理者経験年数 | | | 6.2 | 5.1 | 6.0 | 0.3 | 15.0 |

表2 在宅療養期間に関する記述統計

| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|-------------------|-------|------|-----|-----|-----|
| 全症例 (n=121) | 48.2 | 41.6 | 36 | 1 | 167 |
| 入院死の症例 (n=53) | 40.8 | 31.3 | 33 | 1 | 121 |
| 在宅死の症例 (n=52) | 36.4 | 34.9 | 31 | 1 | 153 |
| 在宅療養期間中の症例 (n=16) | 111.3 | 37.8 | 107 | 16 | 167 |

表3 患者属性、介護者および在宅医の有無等

| | 全症例 | | 入院の症例 | | 在宅死の症例 | | 在宅療養継続中の症例 | |
|--------------------------|---------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | 度数 (n=121) | 構成割合 (%) | 度数 (n=53) | 構成割合 (%) | 度数 (n=52) | 構成割合 (%) | 度数 (n=16) | 構成割合 (%) |
| 性別 | | | | | | | | |
| 男性 | 63 | (52.1%) | 32 | (60.4%) | 25 | (48.1%) | 6 | (37.5%) |
| 女性 | 58 | (47.9%) | 21 | (39.6%) | 27 | (51.9%) | 10 | (62.5%) |
| 年齢 | | | | | | | | |
| 60歳未満 | 11 | (9.1%) | 3 | (5.7%) | 5 | (9.6%) | 3 | (18.8%) |
| 60-69歳 | 21 | (17.4%) | 11 | (20.8%) | 7 | (13.5%) | 3 | (18.8%) |
| 70-79歳 | 33 | (27.3%) | 19 | (35.8%) | 10 | (19.2%) | 4 | (25.0%) |
| 80-89歳 | 45 | (37.2%) | 17 | (32.1%) | 22 | (42.3%) | 6 | (37.5%) |
| 90歳以上 | 11 | (9.1%) | 3 | (5.7%) | 8 | (15.4%) | 0 | (0.0%) |
| 死亡場所 | | | | | | | | |
| 在宅死 | 52 | (43.0%) | | | 52 | (100.0%) | | |
| 入院 | 53 | (43.8%) | 53 | (100.0%) | | | | |
| 在宅療養継続中 | 16 | (13.2%) | | | | | 16 | (100.0%) |
| がんの原発部位 | | | | | | | | |
| 食道/大腸/胃/直腸 | 32 | (26.4%) | 12 | (22.6%) | 14 | (26.9%) | 6 | (37.5%) |
| 肺 | 27 | (22.3%) | 13 | (24.5%) | 13 | (25.0%) | 1 | (6.3%) |
| 肝臓/胆管・胆のう/すい臓 | 24 | (19.8%) | 14 | (26.4%) | 9 | (17.3%) | 1 | (6.3%) |
| 乳/子宮/卵巣 | 7 | (5.8%) | 3 | (5.7%) | 0 | (0.0%) | 4 | (25.0%) |
| 前立腺/膀胱/腎臓 | 11 | (9.1%) | 5 | (9.4%) | 4 | (7.7%) | 2 | (12.5%) |
| 血液系/頭頸部/その他 | 20 | (16.5%) | 6 | (11.3%) | 12 | (23.1%) | 2 | (12.5%) |
| 主介護者 | | | | | | | | |
| あり | 112 | (92.6%) | 49 | (92.5%) | 50 | (96.2%) | 13 | (81.3%) |
| なし | 9 | (7.4%) | 4 | (7.5%) | 2 | (3.8%) | 3 | (18.8%) |
| 副介護者 | | | | | | | | |
| あり | 97 | (80.2%) | 42 | (79.2%) | 45 | (86.5%) | 10 | (62.5%) |
| なし | 24 | (19.8%) | 11 | (20.8%) | 7 | (13.5%) | 6 | (37.5%) |
| 在宅医 | | | | | | | | |
| あり | 86 | (71.1%) | 30 | (56.6%) | 51 | (98.1%) | 5 | (31.3%) |
| なし | 35 | (28.9%) | 23 | (43.4%) | 1 | (1.9%) | 11 | (68.8%) |
| 在宅ターミナルケア開始までの療養場所 | | | | | | | | |
| 入院/その他 | 91 | (75.2%) | 37 | (69.8%) | 40 | (76.9%) | 14 | (87.5%) |
| 外来に通い自宅で療養/訪問診療を受けて自宅で療養 | 30 | (24.8%) | 16 | (30.2%) | 12 | (23.1%) | 2 | (12.5%) |

表5 症状の程度の変化と入院(在宅療養中止)との関連

| | 粗・ハザード比* (95%信頼区間) | 調整済み・ハザード比** (95%信頼区間) |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 疼痛 | | |
| なかった/評価できない | 1.00 | 1.00 |
| 時折、断続的 | 1.80 (0.91 to 3.51) | 1.99 (0.91 to 4.35) |
| 中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的 | 2.04 (1.07 to 3.85) | 2.25 (1.08 to 4.66) |
| せん妄 | | |
| なかった/評価できない | 1.00 | 1.00 |
| 時折、断続的 | 1.48 (0.35 to 6.18) | 2.25 (0.38 to 13.17) |
| 中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的 | 2.78 (0.66 to 11.68) | 3.16 (0.53 to 18.46) |
| 抑うつ | | |
| なかった/評価できない | 1.00 | 1.00 |
| 時折、断続的 | 1.14 (0.4 to 3.19) | 0.60 (0.155 to 2.3) |
| 中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的 | 1.53 (0.47 to 4.94) | 0.38 (0.07 to 2.03) |
| 呼吸困難 | | |
| なかった/評価できない | 1.00 | 1.00 |
| 時折、断続的 | 0.81 (0.33 to 1.94) | 0.81 (0.287 to 2.3) |
| 中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的 | 3.82 (1.98 to 7.32) | 5.97 (2.63 to 13.53) |

*単変量解析結果

**モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

表6 予後に対する理解の変化と入院(在宅療養中止)との関連

| | 粗・ハザード比* (95%信頼区間) | 調整済み・ハザード比** (95%信頼区間) |
|-----------------|-----------------------|---------------------------|
| 予後に対する理解(患者) | | |
| 予後について認識が不十分だった | 1.00 | 1.00 |
| 予後について十分認識していた | 1.01 (0.56 to 1.8) | 1.18 (0.46 to 3) |
| 予後に対する理解(家族) | | |
| 予後について認識が不十分だった | 1.00 | 1.00 |
| 予後について十分認識していた | 0.99 (0.57 to 1.7) | 0.88 (0.429 to 1.79) |

*単変量解析結果

**モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

表7 希望する看取り場所と入院(在宅療養中止)との関連

| | 粗・ハザード比* (95%信頼区間) | 調整済み・ハザード比** (95%信頼区間) |
|--------------|-----------------------|---------------------------|
| 患者が希望する看取り場所 | | |
| 未確認 | 1.00 | 1.00 |
| 自宅 | 0.98 (0.49 to 1.94) | 0.71 (0.29 to 1.73) |
| 病院/ホスピス/その他 | 1.32 (0.64 to 2.73) | 0.62 (0.25 to 1.53) |
| 決めかねていた | 0.85 (0.33 to 2.13) | 0.58 (0.2 to 1.66) |
| 家族が希望する看取り場所 | | |
| 未確認 | 1.00 | 1.00 |
| 自宅 | 0.72 (0.29 to 1.72) | 1.19 (0.39 to 3.6) |
| 病院/ホスピス/その他 | 1.74 (0.86 to 3.49) | 2.71 (1.11 to 6.56) |
| 決めかねていた | 1.32 (0.53 to 3.24) | 1.74 (0.56 to 5.33) |

*単変量解析結果

**モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

表8 主介護者の介護負担の変化と入院(在宅療養中止)との関連

| | 粗・ハザード比* (95%信頼区間) | 調整済み・ハザード比** (95%信頼区間) |
|------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 主介護者の身体的介護負担 | | |
| 疲労無く問題なし/評価できない | 1.00 | 1.00 |
| 少し疲労がみられる | 1.34 (0.65 to 2.71) | 1.07 (0.39 to 2.89) |
| 中程度の負担/かなりの負担があり疲労している | 1.47 (0.78 to 2.74) | 1.05 (0.38 to 2.9) |
| 主介護者の精神的介護負担 | | |
| 疲労無く問題なし/評価できない | 1.00 | 1.00 |
| 少し疲労がみられる | 1.04 (0.49 to 2.18) | 0.97 (0.33 to 2.83) |
| 中程度の負担/かなりの負担があり疲労している | 1.77 (0.91 to 3.4) | 1.43 (0.41 to 4.94) |
| 主介護者の経済的介護負担 | | |
| 疲労無く問題なし/評価できない | 1.00 | 1.00 |
| 少し疲労がみられる | 0.62 (0.14 to 2.54) | 0.39 (0.07 to 1.96) |
| 中程度の負担/かなりの負担があり疲労している | 1.22 (0.51 to 2.87) | 0.72 (0.22 to 2.26) |

*単変量解析結果

**モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

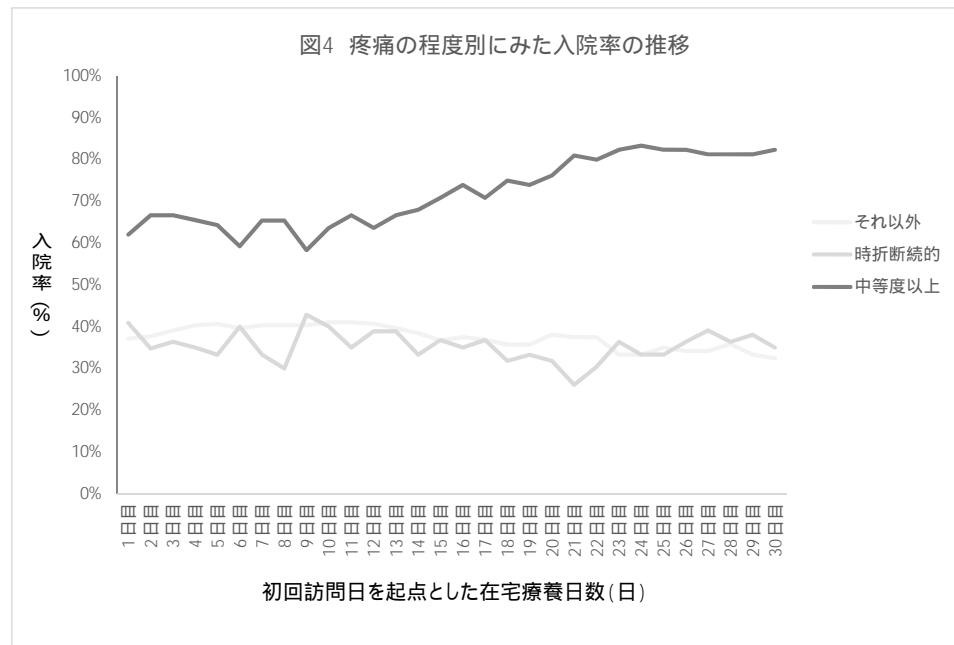
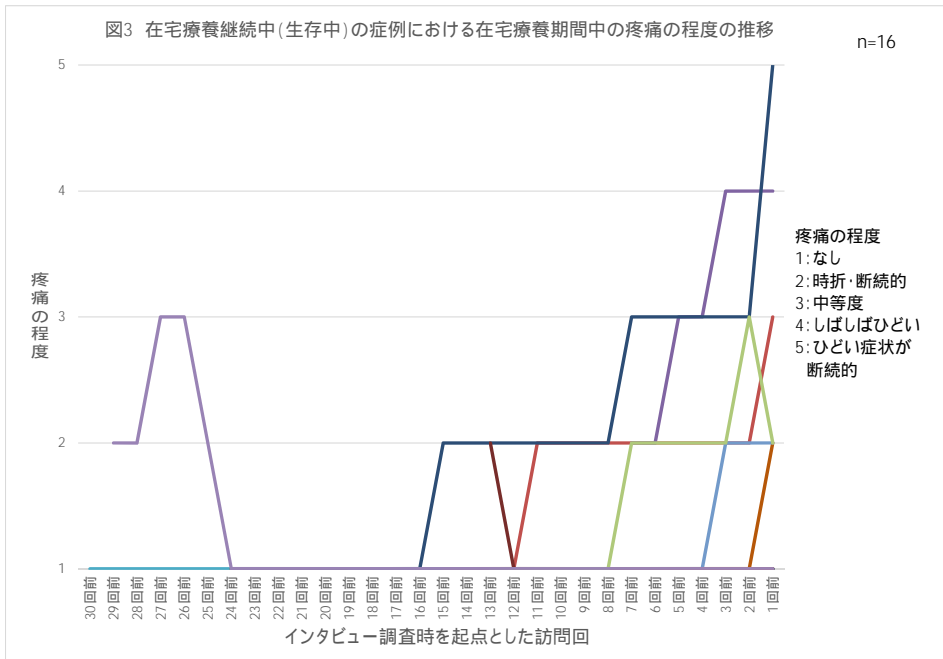
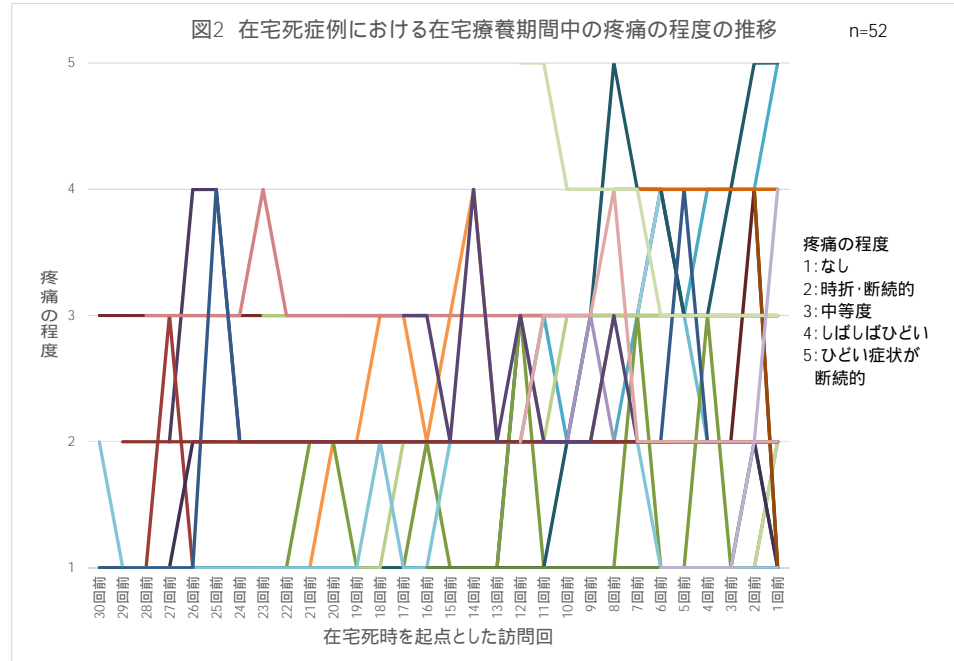
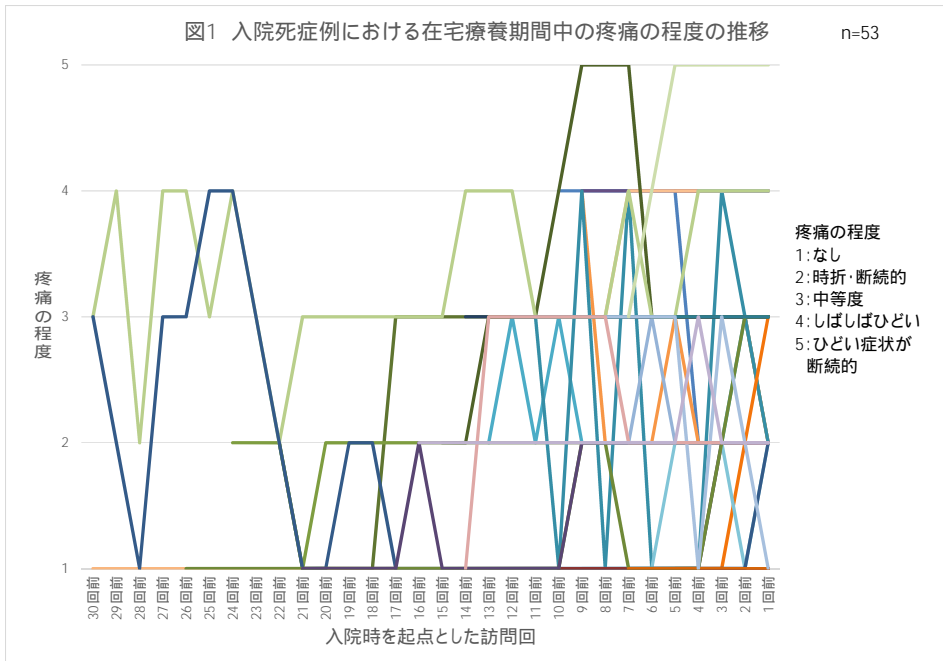


図5 入院死症例における在宅療養期間中の呼吸困難の程度の推移 n=53

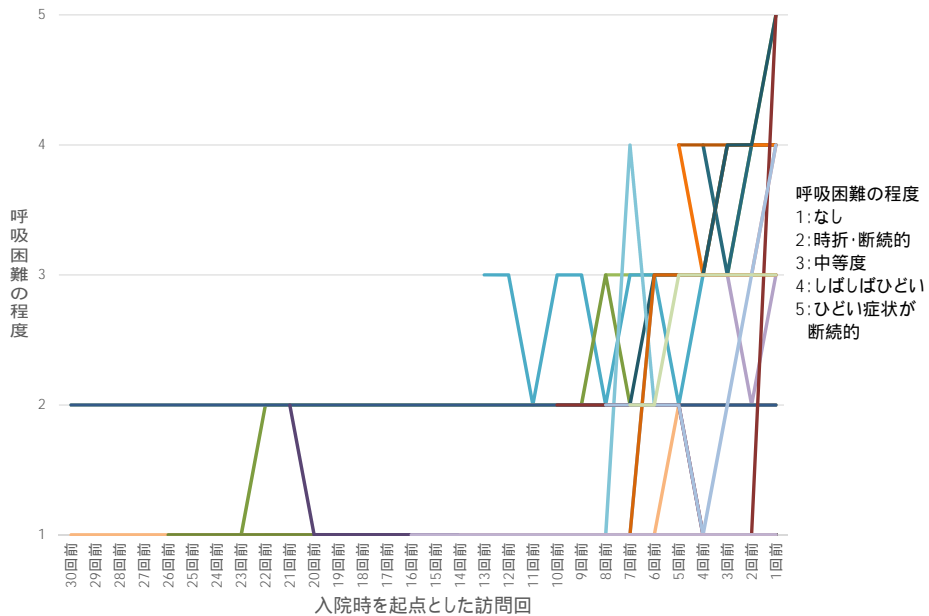


図6 在宅死症例における在宅療養期間中の呼吸困難の程度の推移 n=52

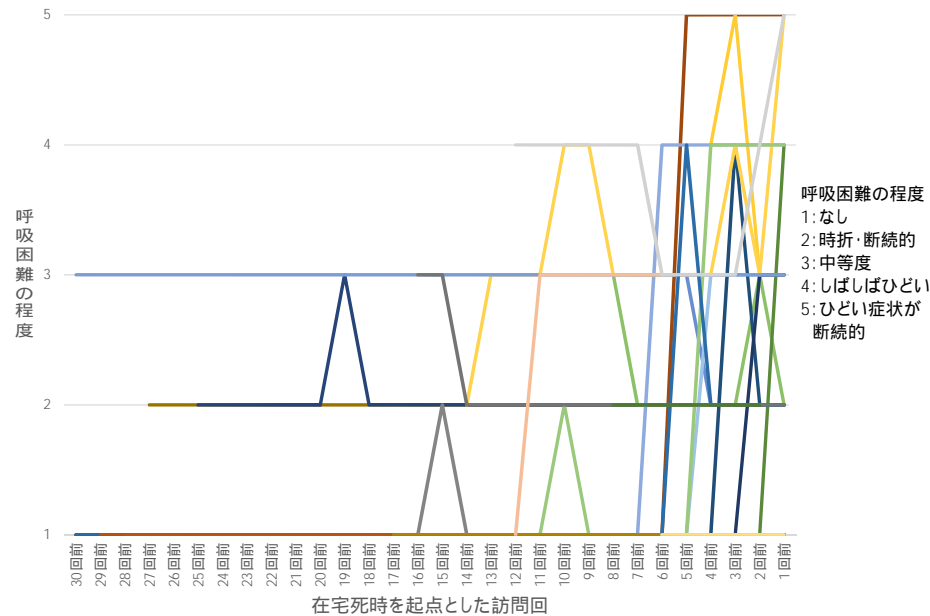


図7 在宅療養継続中(生存中)の症例における在宅療養期間中の呼吸困難の程度の推移 n=16

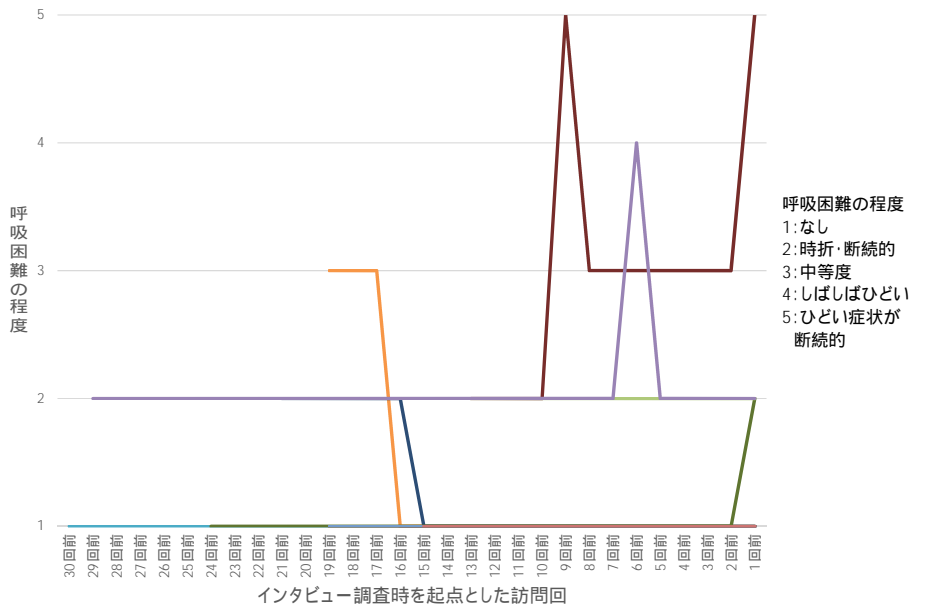


図8 呼吸困難の程度別にみた入院率の推移

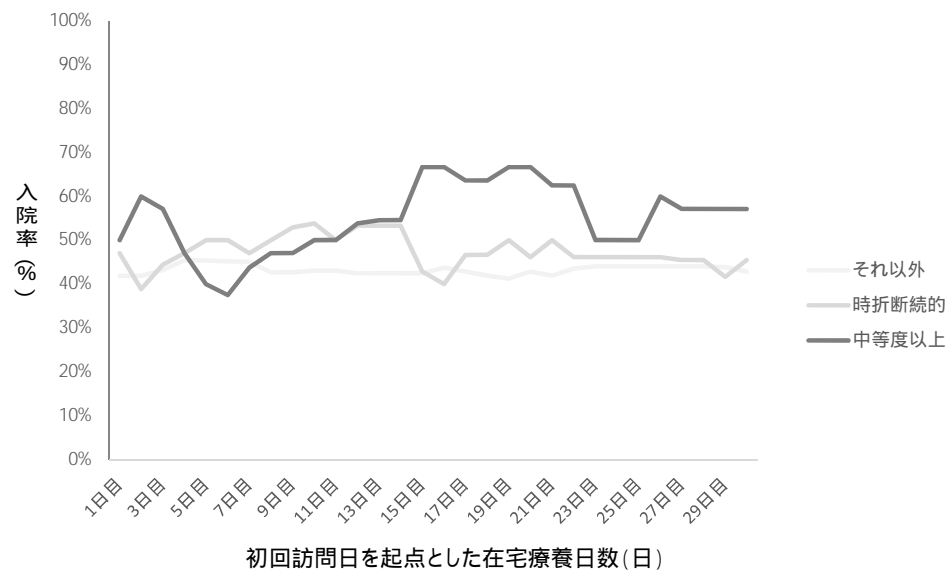
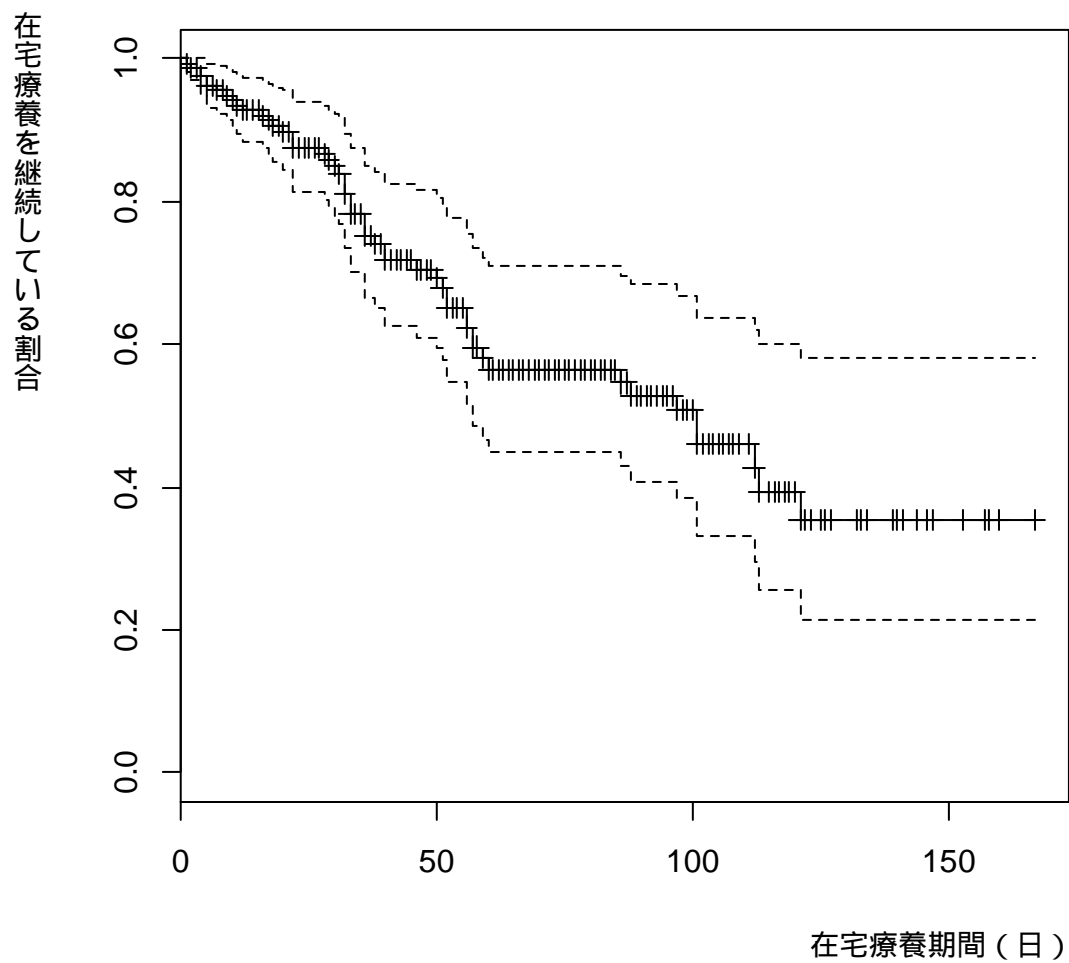


図9 生存曲線



<アンケート用紙> インタビュアー名:()

*本研究は、2013年4月1日~8月31日に、在宅ターミナルケアの利用を開始したがん患者を対象としています。

1 : 在宅ターミナルケア利用者とそれに関わる人たちについてお聞きします。

【問1】患者の年齢と性別

1. 男性 2. 女性 ⇨ 在宅ターミナルケアの依頼があった時の年齢()歳

【問2】在宅ターミナルケアを継続して在宅死を迎えられたのか、中止し入院されたのかお答え下さい。

1. 在宅死 2. 入院(現在も入院加療中を含む) 3. 現在も在宅療養を継続中

【問3】訪問看護ステーションへ患者の紹介・相談があった日をお答え下さい。*準備に必要な期間。

()月 ()日

退院時の退院の目的は何でしたか。

1. 最期は自宅という方針(患者・家族に周知済み) 2. 最期は病院という方針(あいまいな状況含む)
3. その他()

【問4】在宅死の場合は亡くなられた日時を、入院の場合は入院した日・入院から何日後に亡くなったかをお答え下さい。

()月 ()日 ⇨ (入院してから何日後に亡くなったか:)日
入院の場合

【問5】がんの原発部位はどこですか。

1.肺 2.胃 3.食道 4.肝臓 5.胆管・胆のう 6.すい臓 7.大腸 8.直腸 9.乳
10.腎臓 11.前立腺 12.膀胱 13.子宮 14.卵巣 15.血液系 16.頭頸部 17.その他

【問6】在宅ターミナルケア開始までの療養場所についてお答え下さい。

1.入院で療養していた 2.外来診療に通い、自宅で療養していた
3.訪問診療を受け、自宅で療養していた 4.その他

【問7】訪問看護期間中に入院(検査入院は除く)をしましたか?入院した場合はその期間・目的もお答え下さい。

1.入院をした(期間:) ⇨ 目的: a. 検査入院 b. 療養場所の変更
2.入院しなかった c. その他()

【問8】訪問看護期間中の主介護者の有無

1.いた(いた期間:) 2.いなかった

【問9】訪問看護期間中の副介護者の有無(主介護者の愚痴を聞き、介護を手伝っていた介護者)

1.いた ⇨ { a. ヘルパーなどのフォーマル (いた期間:)
b. 家族員や近所の人などのインフォーマル(いた期間:)
c. その他 (いた期間:)
2.いなかった

| | 症状 | 介護負担 | 予後に対する理解 (患者/家族) | 希望していた看取り場所 (患者/家族) |
|---|---------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 | なかった | 疲労なく問題なし | 予後について十分に認識していた | 未確認だった |
| 2 | 時折、断続的 患者は今以上の治療を必要としなかった。 (現在の治療に満足している、介入不要) | 少し疲労がみられる | 予後を2倍まで長く、または短く見積もっていた 例えば、1-3ヶ月であろう予後を6ヶ月と考えていた。 | 自宅を希望していた |
| 3 | 中等度 時に悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがあった。 (薬の調整や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない) | 中程度負担があり疲労がみられる | 回復すること、または長生きすることに自信が持てていなかった 例えば、「この病気で死ぬ人もいるので、私/本人も近々そうなるかもしれない」と思っていた。 | 病院/ホスピス/その他を希望していた |
| 4 | しばしばひどい症状があった 日常生活動作や集中力に著しく支障をきたした。(重症、しばしば) | かなりの負担があり疲労している | 非現実的に思っていた 例えば、予後が3ヶ月しかない時に、「年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待していた。 | 決めかねていた |
| 5 | ひどい症状が持続的にあった (重症、持続的) | | 完全に回復すると期待していた | |
| 9 | 評価できない | 評価できない | 評価できない | |