

アサーティブのこつ

対等

- ・人朋として相手も自分も対等

自己責任

- ・相手が理解してくれるとは限らない

誠実

- ・相手を打ち負かすわけではない

率直

- ・遠回しにいうのではなく理解できるように

アクティブリスニング (積極的な傾聴)

1. 承認

- ▶ 相手の言っていることをそのまま受け止める
- ▶ 「なるほど」「そうですか」「わかります」

2. 言い換え

- ▶ 言い換え、ようやくをして理解を確認する方法
- ▶ 的を得た言い換えであれば相手はポジティブな感情
- ▶ 「おっしゃったことをまとめると〇〇ですね」

3. 質問

- ▶ 関連する質問で話題を掘り下げる。相手に話す機会を与え満足感につながる 「〇〇はどういうことですか？」
- ▶ オープンエンドクエスチョン 「いつ？だれが？何を？どこで？」

コンフリクト（衝突や対立） がおきたときには

- ▶ 患者・家族の問題に焦点を当てる。
- ▶ 問題や事態から、一歩離れてみる。
- ▶ 自分の感情をそのまま表出せず説明する。
- ▶ 何についての不一致・衝突なのか明確にする。

アクティブリスニング (積極的な傾聴)

- ▶ 相手に聞いてもらうには、まずは聞く耳を持つ必要がある
- ▶ 相手に「話を聞いてもらった」という満足感
⇒ 話し手が尊重されていると感じ信頼感が生まれる、高ぶった感情もおさまる（カタルシス効果）
⇒ 聞き手は話し手の本当に言いたいことをつかむ

非言語的コミュニケーション のスキル

1. 視線

- ▶ 話し手の目を見る、しっとではなく落ち着ける目の位置

2. 姿勢、体の向き、しぐさ

- ▶ 腕組みや貧乏ゆすり、側にあるものをいじることは避ける
- ▶ ゆったりくつろいだ状態で話を聞く
- ▶ 少し身を乗り出す

3. 声の質、トーン

- ▶ 声の高低や言葉の抑揚

4. 表情

- ▶ やわらかく微笑む、自然な表情

5. スキンシップ

- ▶ 握手や肩を支える、軽くたたくなど

自分のコミュニケーションを知る

MBTI (Myers-Briggs Type Indicator) 自己理解メソッド

内向型 (I) Introversion

- 落ち着いた家族的な雰囲気でのんびりすることが好き、初対面の人が多いところは一番苦手、話をするより聞く側が得意。
- プラス印象：特定に分野に深い知識を持っている、独特な感性を持っている興味深い性格
- マイナス印象：周囲に興味が無くコミュニケーション不足気味

外向型 (E) Extraversion

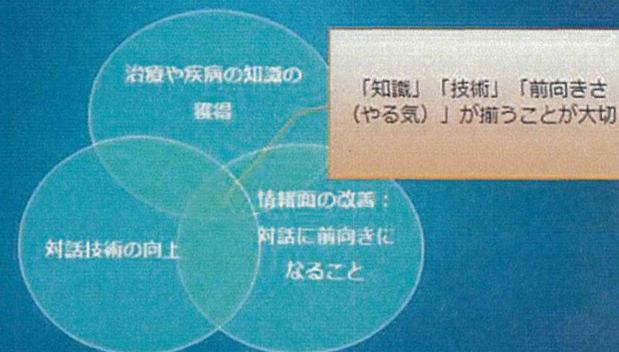
- 人と話したり外へ出かけることが好き。初対面の人とあうことは苦でなく、何より一日中のんびり家にいることが苦痛。人の話は聞くより話す側のほうが得意。
- プラス印象：誰とも気軽に話せて会話上手で楽しい空間を作るエンターティナー
- マイナス印象：おしゃべりで常にだれかとかかわろうと落ち着きがない

<http://www.sekaku-aisyu.com/pe/より>

コーディネーターの特徴

- ▶ 相互理解
 - ▶ チームメンバーの理解者、チームメンバーの理解が不足している状況で橋渡しとなる
- ▶ 患者中心で全体をみる
 - ▶ どこにどのような問題が発生しているか把握するため広い視野と鋭い感性が必要
- ▶ 衝突のマネジメント
 - ▶ 調整することで、統合されたチームになる
- ▶ 時間のマネジメント
 - ▶ 適切な時間の使い方ができることが大切

専門性を持つために必要なこと



安藤寛明 コンコーディネーション 2012より

コーディネーションの目指すもの

- ▶ 患者のメリットに焦点を当てる。
 - ▶ ケアの過不足や職種間の衝突が起こらず、うまくつりあい和合し全体として整った機能を目指す。
- ～コーディネーションの内容～
- ▶ 時間、人、物・・・

チームメンバーを調整が大変なのはそこに衝突が起こるから。

衝突：「その人のもつ専門性」「役割」「意見」「気持ち」

終末期・臨死期における死の教育

クリニック川越・院長 川越 厚

1. 終末・臨死期の定義、特徴

終末期とは死亡前1週間から患者が亡くなるまで、臨死期とは死亡前の24時間と定義される。注意すべきは、この終末・臨死期は後から起きる死から逆算するので、在宅ホスピスケアを提供しているときには、ここから終末期だ、と決めることは不可能なことだ。この点は、開始期と異なる。

確かにケアを行っているときには厳密にここから終末期だ、と決めつけるわけにはいかないが、それまで比較的安定していた状態が大きく変動し亡くなる約2週間前から患者のADLは徐々に低下し、特に亡くなる1週間前からはそれが顕著となる。ケースによっては吐血、創部出血等の症状の急変が起きたり、意識障害(昏睡状態への移行、混乱状態など)が出現したり、無尿、尿閉等の症状が現れたりする。

ケアに携わる医療者は患者の急激なADLの低下に注意しなければならないが、実は患者や家族が最もそのことを自覚しているので(これが繰り返し指摘してきた、患者が体で死を自覚することである)、普通のケアをしていれば、死が間近に迫った終末期に入ったことを見逃すことは少ない。

2. 終末・臨死期のケアプログラム

身体の変化、ADLの低下などが起こり、死が近いと判断したときには、家族の不安に対応すべく、緊密な連絡を取り、不安が強いようであれば医療者は積極的に訪問する。

看取りに向けた準備を整える。

3. 終末・臨死期に行うこと

安定期には落ち着いていた家族も例外なく不安に陥るときであり、「これでよいのか、どうしたらよいのか」「苦しいのではないか、何かしてやれないのだろうか」と慌てる時でもある。患者の状態変化は死がいよいよ間近に迫った証拠であり、そのことを家族に伝えるとともに、死までの過程とその対処方法を十分に説明し、具体的なケアの仕方(口腔ケアの方法、患者に負担をかけない寝衣交換や清拭の方法など)を一緒に行いながら家族に教えていくことが重要である。

家族には、「心臓が動いている限り、血液は脳を還流しているので、たとえ昏睡になっても患者の耳は聞こえていること、特に耳慣れた家族の声が一番よく伝わること」を伝え、決して看護師自身が慌てたそぶりを見せることなく、口を綿棒でしめらせたり、身体の向きを変えたりするケアを家族と一緒にやる。家族は患者のために何かを行いたいという潜在的な欲求を皆持っており、特に死が近づいてきたときにはその思いは強くなる。自分達になすべき何かが残されていることが分かれば、家族は喜ぶとともに安堵し、死の瞬間まで落ちついてケアをしながら看取ることができる。家族が直接的なケアに参加できることは、患者にとっても家族にとっても喜ばしいことである。

亡くなる直前にみられる呼吸の変化(下顎呼吸、チェインストーク呼吸など)やゼーゼーゴロゴロという呼吸音(いわゆる死前喘鳴)は、介護する家族にとっては、とても苦しんでいるかのように映るために、十分に説明しておく必要がある。臨死期に入った時に、亡くなった時に着せる衣服を選んでおくことや、遺影の準備などについても話しておくことよい。逆にこの話しをすることで、家族もいよいよその時が来たという気持ちを持つことができる。

医師は終末・臨死期になると、家族のなかのキーパーソンに死が近いことをまず伝え、死までの具体的なプロセスを説明し、起こりうる変化を詳しく教え、対処の方法を説明する。必要ならば酸素吸入器、吸引器を用意するが、実際に使用することは少ない。

また、患者の死が近づくと、いままで介護に関わらなかった身内の者が集まって、在宅ケアに口を挟み、家族の気持ちを混乱させることがある。このようなときは、医師が出て行かないと現場の混乱を収めることのできない場合が多く、患者と家族の意志を代弁し、納得してもらえるように説明しなければならない。

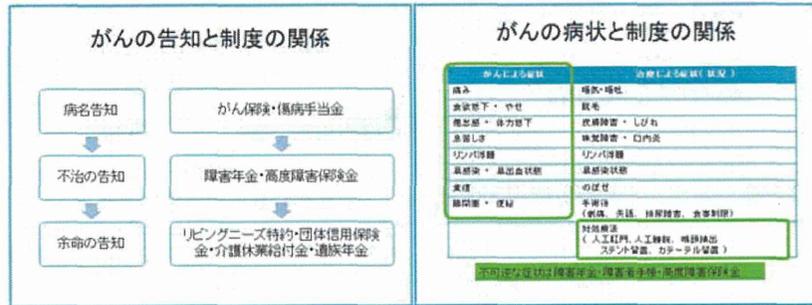
看取りの時は、最後の瞬間まで家族がそばで控えていることが大切である。医師がいなくても、最後の別れのときに患者と家族水入らずで過ごせるように、死亡の確認の方法、死後の処置の心得などを十分教えておく。終末・臨死期における具体的な看取りの心得、死の最終的受け入れのための支援をまとめて示した。

(川越厚著：がん患者の在宅ホスピスケア。医学書院2013年より)

がん患者が利用できる制度にはどのようなものがあるかを上記のように整理した。そもそも、利用できる社会資源は「公的な備え」「民間の備え」「個人の備え」この3つの視点から分類していくと、「公的な備え」には健康保険や公的年金、雇用保険などの制度があり、「民間の備え」には生命保険やがん保険、住宅ローンの団体信用保険などがある。「個人の備え」としては貯蓄や不動産などがそれにあたる。

その中でもがん末期においては、体力の低下によって退職する時期の社会的苦痛と経済的な不安、また働き世代の患者であれば、長期的な治療の期間に収入が減少し費用負担が重くのしかかることもある。さらに仕事や財産を引き継ぐ相続や事業承継に関してエネルギーと時間を必要とする患者も多い。そして自らの死後に家族が困らないようにと生前の医療費を制限しようとする患者もいる。

少なくとも現役世代・働き世代と言われる、60代までの患者においてはこのような経済的な問題を含まない社会的苦痛が存在する可能性が高い。



では、看護師として制度とどのように向き合えば良いのだろうか。実は看護師が看ている状況と利用できる制度は深く関連している。利用できる制度は、がんの告知の状況によって変わるからである。治らないという明確な情報がないと利用できないのが障害年金である。これは公的年金の機能の1つであるため多くのがん患者が利用できる可能性がある。脳腫瘍や脊椎転移による麻痺が生じた場合は、高度障害保険金という生命保険金を受け取ることも可能である。余命6ヶ月の診断によって死亡保険金を生前給付できるリビングニーズ特約も利用できがんの告知状況、患者や家族の希望に合わせて制度の利用は可能である。また病状の進行や人工肛門や人工膀胱、喉頭摘出などで声を失った場合など不可逆な状況においては障害年金や高度障害保険金の対象となりうる。つまり看護師として看ている告知状況や症状も制度を利用する上での重要なトリガーとなる。

制度というくりからは看護師の業務としての優先順位は低いかもしれない。しかし身体的苦痛の緩和と精神的苦痛が関連するように、症状や家族の状況を看ている看護師が様々な制度をアレンジすることができれば、社会的苦痛の緩和が精神的苦痛へも良い影響を及ぼすことができる。



ただ看護師が制度に関する学習に専念する深めることは難しいため、がん患者の様々な状況における制度を簡単に検索できるツールを作った。経済的な問題に取り組む際の看護師のツールとして利用していただきたい。

II-8 倫理的問題と対応

参考資料

鶴若麻理、倉岡有美子編著(2014):「臨床のジレンマ30事例を解決に導く看護管理と倫理の考え方」学研メディカル秀潤社 より

日常の看護実践のなかにある倫理

看護実践において「倫理」を考える

倫理とはなんだろうか。読者の皆さんは、倫理についてどのようなイメージを抱いているのだろうか。臨床で働く看護師の皆さんから、「むずかしい」「どうやって考えたらよいかわからない」「こたえがない」などとよくいわれることがある。また、「倫理」という言葉の響きは、「……するべき」「……するべきではない」など、人の行動を規制するような印象を与え、なんだか煙たいもの、そんなふうに使われているかもしれない。そういう皆さんには、本書を読んでいただければ、そのようなイメージが払しょくされるのではないかと考えている。「倫理」を考えるということは、何も特別なことではない。そういうことを本書では皆さんにお伝えしたい。なぜならば、皆さんが日々、患者や家族と向きあっているその日常の看護実践のなかにこそ倫理は存在しているのだから。

皆さんには日々の看護実践について思い浮かべてほしい。患者や家族へケアを提供する際の看護師の決定や選択の1つに、倫理はかかわりをもつものなのである¹⁾。もしかしら、皆さんは普段、倫理について考えているとは気づいていないかもしれない。看護師の決定や選択の1つひとつ、すなわち患者にとって本当によいことなのか、患者の意思を尊重しているだろうか、そういったことを考えるのが看護実践の倫理を考えるということなのである。

リードら²⁾は、その著書『考える看護』のなかで、興味深い考えを私たちに示している。

「ドラマチックな倫理」と「持続する倫理」を挙げ、看護はまさに「持続する倫理」であるという。「ドラマチックな倫理」というのは、たとえば生命維持装置を中止するか否かという決定に代表されるような問題に板挟みになる状況を示しており、このような類の問題は、1回限りの決定で、日常の看護行為にはわずしかかかわりをもたない。一方、「持続する倫理」とは、このような「ドラマチックな倫理」の根底に脈々と存在し続けている問題である。看護師は治療を継続すべきかどうかについての議論に参加できたとしても、看護師はこうした決定や権限が与えられていない。このような場合に、患者が人格をそなえた個人として尊重され、どのように扱われるべきか、そういうことを看護師は考え、もつとも関心をよせる。つまり「持続する倫理」には、人格の尊重、自主性や自由をめぐる問題、人権などといった問題がかかわってくる。

患者と看護師の関係

今まで述べてきたように、看護師が看護実践で直面する倫理的問題は、まさに患者や家族がかかわりあうなかで生じる日常的問題である。きっと本書を手にとっているみなさんも、いつも患者や家族とよりよい関係を築くよう努力しているのではないだろうか。看護倫理学者のサラ・フライは21世紀においても、看護倫理の分野において2つのこと、「倫理的な看護実践とは何か」「よい看護師とは何か」を

考え続けることになる」と述べており、そのなかで、倫理にかなうような看護実践とは何かを考える時、それは患者や家族との関係性に焦点があてられる³⁾という。

どういふかわりをするのが、患者を人として尊重することになるのか、信頼関係を築くにはどうしたらいいのか、誠意あるかわりとはどのような関係か、そういうことを看護師は日常実践のなかで常に考えているのである。

次章の30事例を読んでみると、いかに看護師が患者と良好な関係を築こうとしているのか、またそのことに大きな重きを置いているのかが浮き彫りになってくるだろう。そもそも患者と良好な関係というが、「良好」とは何なのか、事例を通して皆さんには改めて考えるきっかけになるのではないかと思っている。

看護管理と倫理の接点

倫理とは、道徳とは

倫理と道徳は、私たちの行為や行動がよいのか、悪いのかを考える時の基準として用いられ、同じような意味で使われることが多いが、語源やその違いについても簡単に説明しておこう。

倫理をあらわす英語の「ethics」の語源は、ギリシャ語のエチカ (ethika) であり、風習、習慣、しきたりなどの意味をもつ。道徳をあらわす英語の「moral」はラテン語のモレス (mores) あるいはモラリス (moralis) で、習慣、風習、習俗などの意味である。このように「ethics」と「moral」の語源をみていくと、どちらも習慣や風習の意味をもっていることがわかる。

日本語の「倫理」の「倫」は、人々の間、間柄、仲間を意味しており、「理」はことわり、すじ道、道理を意味している。「倫理」といえば、人々の間で成り立つことわり、すじ道、道理、つまり人々の間柄の道であり、秩序と言えらる⁴⁾。

一方、「道徳」は、「道」は人の道、人が守る行うべき義理を意味している。「徳」は、修養によって身についた善行、道義など、人間のよい行いのもととなるものという意味がある。修養とは、知識を高め品性を磨き、自己の人格形成に努めることをいう。これらをふまえると、「道徳」というのは、人々が善悪をわきまえて正しい行為をするために、個人が守るべき行為や判断の基準といえる。

このようにみていくと、倫理も道徳も人として踏み行うべき正しい道を示している。道徳という言葉が示す意味内容は、その「徳」にも示されているように、いわゆるすぐれた人格や品性、そういう意味合いが強くなる。道徳は、基本的に1人ひとりの人となりのなかにあり、個々の信念や価値観に基づき、人々に受け入れられてきた習慣や慣習に関連するものであり、普遍的な人としての心のあり方や良心に近い⁵⁾。そういう意味では、個人道徳に近い。倫理は、個人から社会、国際社会へいたるまで広義であり、社会のしくみなども視野に入れた社会集団での個人が守るべき行為や判断の規範であり、社会倫理に近いといえよう。たとえば、「看護者の倫理綱領」のなどで使用される「倫理」という言葉の場、特定の社会集団が守るべきものを示している。

倫理的ジレンマとは

先に看護師が葛藤する倫理的ジレンマについて、なぜ倫理的ジレンマに焦点をあてるかを述べたが、改めてこの倫理的ジレンマについて考えてみたい。

本書では、事例ごとに主人公の「私」がどのような倫理的ジレンマをもっているかを明らかにしている。

ジレンマとは、相反する複数の事柄の間で板挟みになることである。「ジレンマに陥る」という表現は、皆さんも日常的に使うのではない

だろうか。あつちをたてればこっちがたつち、そういう苦しい状況である。ジレンマを引き起こすような心の葛藤には、幾つかのバターンがある。たとえば、どちらの選択肢も自分にとって望ましい、しかしながらその1つを選ばなくてはならない。また、どちらの選択肢も望ましくない、しかしながらその1つを選ばなくてはならないなどである。

倫理的ジレンマとは、まさに倫理に関わるジレンマのことをいう。倫理にかかわるジレンマとは、人が社会生活において秩序や道理を成り立たせようと、自発的にふさわしい行為をしようとするなかで、自らの内面で相反する2つ以上の複数の要求に板挟みになって行動ができない状態である。本書では、看護師が守るべき秩序や道理を成り立たせ、自発的にふさわしい行為をしようとする内面的な要求のことを道徳的要求と表現し、それら複数の事柄の間で板挟みになっていることを倫理的ジレンマと表現する。

たとえば、集中治療室 (ICU) は現在のところ満床であるが、ICUに入るべき患者が救急車で搬送されてきた。この患者をICUに入室させるには、ICUの治療がなされるべき患者の誰かを一般病棟に送り出さなければならぬ。これも倫理的ジレンマの1つであろう。

本書では必ずしもこのようなどちらかを選ばなければならない、究極的なケースばかりを扱っているわけではないが、臨床の実践において看護師が感じる倫理的ジレンマの一端を取り上げている。それぞれのケースを細かくみていけば、それぞれの道徳的要求の比重がまったく同じではないことに気づくのではないだろうか。主人公の看護師は、そのジレンマに苛まれて、どうしていいかわからないと思っているが、皆さんは客観的にその主人公を眺めてほしい。もしかしたら、それほど葛藤するような問題ではないかもしれないし、どちらを選択すれ

ばよいかおのずとわかる状況もあるかもしれない。本書では、主人公の「私」の視点にたつて、「私」が何を考え、何に悩み、何に葛藤しているのか、それをわかりやすく提示するために、この倫理的ジレンマに注目している。

この倫理的ジレンマを考える時、看護師の皆さんがどのような立場なのか、いわゆるアイデンティティが関連してくる。先に述べたような1人の看護師は、「個人として」「看護師として」「組織のメンバーとして」という3つの立場があると、筆者らは考えた。

1人の人間として、つまり個人として自分の信念に従って倫理にかなうふさわしい行為をしようとする、専門職として看護師として倫理にかなうふさわしい行為をしようとする、病院や病棟など組織のメンバーとして倫理にかなうふさわしい行為をしようとする、1人の看護師の内面において、このような3つの立場からこうありたい、こうすべきだという複数の要求があり、そのなかでどちらの行為がより正しいのか、最善なのか、どう行動すべきか悩み、板挟みになる状態が出てくる。本書では、まさにこの倫理的ジレンマに焦点をあてている。

看護管理とは

先に述べたように、看護管理はすべての看護師が考えるべきものである。

今一度、看護管理の定義をいくつか紹介しつつ、看護管理とは何かについて考えてみたい。

WHO 西太平洋地区看護管理セミナーが採択した定義 (1961) によると、「看護管理とは、看護婦の潜在能力や関連分野の職員及び補助的職員、あるいは設備や環境、社会の活動等を用いて、人間の健康向上のためにこれらを系統的に適用する過程である」⁶⁾。ジリーズ DA の定義 (1982) では、「管理とは、他の人びとによって仕事をしてもらう過程として定義されてきた。したがって、看護管理とは、患

者にケア、治療、そして安楽を与えるための看護スタッフメンバーによる仕事の過程である。看護管理者の仕事は、もっとも有効で可能なケアを患者およびその家族の人びとに与えるために計画し、組織化し、指示を与え、そして入手できる財政的、物質的、人的資源を統制することである⁷⁾。日本看護協会看護婦職能委員会による定義(1995)では、「臨床における看護管理とは、患者や家族に、看護ケア、治療への助力、安楽を与えるために看護職員が行う仕事の過程である。看護管理者は最良の看護を患者や家族に提供するために、計画し、組織化し、指示し、調整し、統制を行うことである」⁸⁾。

くり返しになるが、看護管理とは、看護職が対象者に、よりよい看護の提供を目指して行う一連の活動の過程である。看護が提供される場を考えれば、看護職どうしの協働、他職種との連携などチームでのケアが必要になるのはいうまでもない。対象者にとってふさわしい、最善の看護を提供するためには、人的資源、物的資源、財政的資源を維持し、有効に活用していくしくみを考える必要がある。たとえば、看護師が病院という組織で働く時、対象者に対して、よりよい看護を提供するためには、現存するさまざまな資源を活用し、どのようにしたらもっと効果的か、そのしくみを考える必要がある。よって、看護管理というのは、看護管理者だけではなく、すべての看護職がかかわりをもつものといえる。病院、病棟などその組織のなかで、看護師1人ひとりが、自分の働きや仕事はどのように機能し、またどのような効果をうみだしているのかは、まさに看護管理を考えることにつながっている。

看護管理と倫理の接点を探る

本章の1でも簡単に述べてきたことだが、本書が注目した看護管理と倫理の接点についてさらに説明を加えたいと思う。なぜその接点に

注目したのか。

本章の冒頭でも述べたように、日常の看護実践のなかに倫理がある。個々の看護師が患者や家族へのケアを提供する際に、この判断がよりよいものであるかどうか考えながら行っている。そしてその判断には、必ずしも看護師の価値観や信念、看護師個々の能力だけではなく、本人が望むと望まざるとにかかわらず、看護師をとりまく同僚や他職種との人間関係などが影響を及ぼすのである。看護師は皆、そしておそらく一般の人々も、看護師が悪い行いをしようとしているとは思っていない。よりよい行為かは別としても、少なくとも看護は一般的によりよい行為であると考えられているといえないだろうか。看護師1人ひとりとは患者や家族に対してよいケアを提供したいと思っても、その思いだけでは十分ではないのである。なぜなら以下に述べるようなさまざまな問題が大きくかかわりをもち影響を与えるからである。

たとえば、同僚の能力や道徳意識の低さ、人手が足りないという状況、乏しい医療資源、医師と看護師、あるいは管理者とスタッフナース、先輩と後輩の間でのパワーバランス、組織の風土などの要因が、看護師をよりよいことをなそうとしても、それを阻んでしまうこともあるのだ。

アメリカ看護師協会に所属するスタッフナースと米国看護管理職協会に所属する管理職の双方を対象として倫理的問題に関する調査がなされている⁹⁾。この調査では、スタッフナースと管理職のどちらも組織の経済的状況によって質の高いケアが提供できないこと、また看護専門職の基準に一致した質の高いサービスが提供できないこと等、看護管理上の問題を含むような倫理的問題を感じているという結果が出ている。両者の違いとしては、スタッフナースのほうが、アメリカ看護師協会の倫理綱領に合致した質の高いサービスが提供できて

いないと感じる傾向があり、一方、看護管理職は、ヘルスケア組織の一員としての見地から、ヘルスケア組織にかかわる倫理的問題を指摘する傾向があった。いずれにしても、管理者だけが管理上の問題を含む倫理的問題を感じているわけではないことがわかるだろう。

このように、看護師が倫理的問題を感じる、あるいは倫理的ジレンマを感じる場面には、看護師の個人的問題に起因するものもあるが、むしろ組織的、制度的・社会的問題や人間関係から生じる問題等が横たわっていることが多い。こういったものが複合的にかかわり合いながら、実際の臨床現場では倫理的問題が生じ、看護師はどう行動すべきなのかと倫理的ジレンマに葛藤するのである。人手が足りない状況で働く、これは、看護が提供される場の人的資源にかかわる看護管理上の問題でもあるが、スタッフが少ないことによって、適切で十分なケアを患者に提供できないことにつながり、これは倫理的問題ともいえるのである。このように、本書では、看護師が感じる倫理的問題を含む場面には、今まで述べてきたように看護管理上の問題が関連しているのとらえ、まさにその接点について取り上げた。

倫理的な環境の重要性

倫理的な環境とは

倫理的な環境とは英語“ethical climate”“ethical environment”などと表現されることが多い。看護実践の場では、患者や家族をはじめとして、さまざまな専門職がかかわりをもちつつケアが提供されている。そういうなかで、看護師が直面する倫理的ジレンマには、看護実践の場の環境がいろいろな影響を与えることになる。組織の社会的・倫理的な環境は、個人の意思決定に重大な影響を及ぼす。

看護管理というのは、よりよい看護を提供するために、人的・物的・財政的資源を維持し、

いかに有効に活用していくかというしくみを考えることである。そのしくみを考えていくプロセスのなかで、さまざまな資源の活用のしかたやヘルスケアの提供のしかた、しくみのあり方を検討するということは、まさに倫理的な環境とは何かを考えることにつながっていくといえる。

倫理的な環境という概念は、病院などのヘルスケアを提供する施設で組織における環境を考える時に、重要な側面であるといわれてきた^{10)~11)}。倫理的環境を検討する質問紙なども活用しながら、研究も進められてきている^{10)、12)~14)}。

看護師が倫理的問題に悩むとき、それは看護師が身をおく環境そのものが、倫理的かどうかに関連しているという¹⁵⁾。カナダ・トロントの13のヘルスケア組織と18名の臨床倫理の専門家への質的調査¹⁶⁾のなかで、組織内で倫理的問題となっているのは、「医療資源の配分」「組織の倫理的環境に関連する倫理的問題への悩み」「利益の対立」の3点が挙げられている。「組織の倫理的環境に関連する倫理的問題への悩み」は、医療チーム内での専門家間の葛藤、スタッフの不公平な扱われ方などが含まれている。「利益の対立」に関しては、たとえば医師が患者から金銭や贈り物を受け取るなどが挙げられている。また、450名の看護師を対象に倫理的環境に関する質問紙調査をしたところ、倫理的環境を実現していくためには、「看護師自身の倫理的な話し合いの場に加わる能力」「管理者のサポート」「組織内での方針や手続きが存在すること」、それら3つが重要であるとの結果が出ている¹⁷⁾。

さらに、500床を有する急性期病院で働く主として看護師を対象として、どのような職場環境がチームワークに影響を及ぼしているのかという、病院の倫理的環境に関する質問紙調査が行われ、306の有効回答を得ている。利己主

義が重視されるのではなく博愛に満ちた倫理的環境というものがチームワークに影響を及ぼすことが明らかになっている¹⁰⁾。

では、看護実践の場における倫理的な環境について、具体的に考えてみよう。本書の30事例のなかで随所に取り上げられている問題でもある。ここでは、主として看護が提供される対象である患者からみたものと、看護を実践する場で働いている働き手からみたものと、2つに大きく分けて考えてみたい。

患者・家族の立場からみた倫理的環境

患者や家族の立場から、倫理的な環境とはどのようなものなのかを考えてみよう。患者や家族が身をおく病院、診療所、施設などの空間や場所の環境を思い浮かべてほしい。たとえば、隣の診察室で話されている内容が聞こえてくるような診察室は、患者にとって倫理的な環境といえないであろう。このような状況は、プライバシーを保護するような環境とはいえない。

さらに、ある医師は患者に対して権威的な態度で患者は自分の望むことを話すことができない。看護師はいつもこういった状況が気になっている。これも、患者が望むことや自分の思いを話せるような環境が整えられていないという意味において、倫理的な環境が整っていないとはいえないだろう。医師個人の問題としてとらえることもできるが、これらがほかの医師も含めて繰り返し生じているのであれば、そのような医師の振る舞いや行動を容認してしまっている組織にも問題があるととらえることができるだろう。ある病棟では、昏睡状態の患者へのケアの際、声をかけることもせず患者とは関係のない話をしながらケアが進められていく状況をよくみかける。これも同様であろう。

このように、患者と看護師の関係性、あるいは患者と医師の関係性など、さまざまな専門職とのかかわりそのものが倫理的であるかどうか

も関係してくる事柄である。つまり外的な環境の状況だけでなく、その環境をつくり出している人々、さらには人々が属している病棟、病院などの組織のあり方が関係してくるのである。これらは、単に1人の医師や看護師のケアのあり方だけが問題なのではなく、こういった環境をつくり出してしまっている病棟、ひいては組織の要因に目をむける必要がある。

働き手の立場からみた倫理的環境

看護実践の場の環境として、働き手の立場から倫理的な環境とは何かを考えてみよう。看護実践の場には、患者、家族を中心としながら看護師、医師、ソーシャルワーカー、介護福祉士、栄養士、薬剤師などのさまざまな専門職がかかわりあっている。たとえば、人手が足りないなかで働かなければならない、業務が終わらず残業をするが残業代が支払われない、これは働き手から職場の環境を考えた場合、倫理的な環境といえるだろうか。いや、いえないだろう。また、権限のある管理職の意見が重視され、看護師が患者の最善を考えて意見を述べても相手にされない、それぞれの専門職が患者の治療ケアについて専門職としての意見を話し合う場がない、先輩看護師に自分の考えをいうことができないなど、看護師1人ひとりの意思が尊重されなかったり、議論したり話し合える環境がなかったり、こういった状況は、看護師と看護師、ないしは看護師と他職種との関係性が倫理的とはいえない状況であり、人と人のかかわりのなかで倫理的な環境がつくられていないと考えることができる。

このように、看護師は日々、さまざまな倫理的問題に悩んでいるが、それは看護が提供される場の環境に大きな影響を受けている。そのような意味においては、倫理的問題が何かを考えることはもちろんのこと、倫理的な環境を創出するためにはどうしたらいいのかを考えてい

く視点も重要である。

倫理関連コラム

生命医学倫理の4原則

米国のトム・L・ビーチャムとジェイムズ・F・チルドレスが、1979年に『Principle of Biomedical Ethics』を執筆し、生命医学倫理の原則に基づくアプローチ(原則論)を世に提示しました¹⁾。生命医学・医療における倫理的問題を考える時に、4つの原則「自律尊重(respect for autonomy)」「無危害(nonmaleficence)」「善行(beneficence)」「正義(justice)」をより所とする考え方で、これは患者側からではなく、医療提供者側からみた原則です。

4つの原則を見ていくと²⁾、自律尊重の原則とは、その人が自己の価値観や信念に基づいて、考えをもったり、選択したり、行為する権利を認めることです。真実を語る、他者のプライバシーを尊重する、機密情報を保護する、介入の必要があれば同意を得てから行う、求めに応じて他者の重要な決断を支援するなどが、この原則によって支持されます。

無危害の原則は他者に対して危害を引き起こすような行動を避けなさいというものです。これには、危害を加えないことはもちろんのこと、危害のリスクを負わせないことも含まれています。殺さない、痛みや苦しみを与えない、能力を奪わない、幸福な生活を奪わないなどが、この原則によって支持されます。

善行の原則は他者の利益のために行為しなさいというものです。他者の権利を保護し擁護する、他者に危害が及ばないよう予防するなどがこの原則によって支持されます。無危害は他

者に害を加えないことで、一方善行は害が及ばないようにするだけではなくさらに予防したり、害を取り除いたり、善を促進するなど他者を助けるという内容を含んでいます。

正義の原則は、人々を平等・公平に扱うことを意味しています。この原則は形式的正義と実質的正義を含んでいます。等しいものは等しく取り扱うのが形式的正義ですが、いかなる基準によるのかが明確ではありません。実質的正義は、2人以上の人が等しい扱いであるといえるためには、どのような基準が必要かを特定するものです。たとえば限りある資源をどのような基準で分けられるべきかという場合、各人へ平等な配分、各人のニーズ、努力、貢献の大きさに応じた配分などが考えられます。

この4原則に「誠実(veracity)」「忠誠心(fidelity)」の原則を加える提案をしている看護倫理学者もいます³⁾。4原則は難解な倫理理論と異なり、シンプルで共有しやすいと考えられてきました。一方、原則だけではジレンマの解消、優先度の決定には不十分であるとの考えもあります⁴⁾。当該状況において、患者さんに利益をもたらす行為とは何か、危害とは何かをさらに応用し考えていくが必要になってきます。

参考文献

- 1) Beacham TL, et al: Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, 1979.

- 2) トム・L・ビーチャムほか：生命医学倫理、第5版(立木教夫ほか監)、麗澤大学出版会、2009.
- 3) Fly ST et al: Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making, 3th, P22-26, Blackwell Publishing, 2008.
- 4) Clouser K et al: A critique of principlism, Journal of Medicine and Philosophy 15: 219-236, 1990.

III 実習について

1. 実習目的

末期がん患者とその家族を全人的に理解し、チームで質の高い在宅緩和ケアを提供することができるよう、実践能力を高める。

2. 実習目標

- 1) 末期がん患者のトータルペインをアセスメントし、患者の居宅において緩和ケアを提供することができる。
- 2) 家族に必要なケアを理解し、必要な家族支援を提供できる。
- 3) 末期がん患者・家族に必要なサービスを調整すると共に、チームをマネジメントし、在宅緩和ケアのチームの一員としてサービスを提供できる。
- 4) 在宅緩和ケアへの移行期にある末期がん患者およびその家族への支援を通じて、病院との連携、退院支援のあり方について考えることができる。
- 5) 自己が持つ価値観に気づき、末期がん患者とその家族の価値観を尊重したケアができる。

3. 実習日程

日時：平成27年2月2日(月)～6日(金)の5日間 9時～17時

但し、小平市のみ1月19日(月)～23日(金)

場所：北海道札幌市、宮城県仙台市、東京都小平市、東京都墨田区、愛媛県松山市の緩和ケア訪問看護ステーション

4. 実習方法

- 1) 末期がん患者を1名以上受け持ち、基本情報、訪問看護記録、週間サービス経過表を作成し、事例に即した訪問看護を提供する。また、受け持ち以外の患者にもチームの一員として積極的に関わる。
- 2) 実習施設での勉強会、カンファレンスに積極的に参加する。
- 3) 患者宅への移動手段は、担当の看護師に確認する。自転車、車、バスや電車などがある。バスや電車等移動に必要な運賃は、各自負担とする。
- 4) 昼食は、訪問予定をみながら実習担当者と相談して調整する。各自負担とする。

5. 事前準備

1) 実習目標の明確化

日々の実践の目標を立案して、訪問看護を提供すること。
在宅緩和ケアにおける自己の課題を明らかにしておくこと。

2) 事前学習

事前学習で示した参考図書を活用し、以下の項目を中心に事前学習を行う。

- ・ ホスピス緩和ケアの歴史
- ・ 訪問看護の基礎知識
- ・ 医療/介護保険制度
- ・ チームケア

このテキストは厚生労働科学研究費補助金（堀田班分担研究）で作成しました。

2014年12月

厚労科研「在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムの開発と教育」

実習要項



平成26年度厚労科研 堀田班 分担研究班

緩和ケア訪問看護ステーション連絡会

I. 実習目的

末期がん患者とその家族を全人的に理解し、チームで質の高い在宅緩和ケアを提供することができるよう、実践能力を高める。

II. 実習目標

1. 末期がん患者のトータルペインをアセスメントし、患者の居宅において緩和ケアを提供することができる。
2. 家族に必要なケアを理解し、必要な家族支援を提供できる。
3. 末期がん患者・家族に必要なサービスを調整すると共に、チームをマネジメントし、在宅緩和ケアのチームの一員としてサービスを提供できる。
4. 在宅緩和ケアへの移行期にある末期がん患者およびその家族への支援を通じて、病院との連携、退院支援のあり方について考えることができる。
5. 自己が持つ価値観に気づき、末期がん患者とその家族の価値観を尊重したケアができる。

III. 実習日程

1. 実習

日時：平成27年2月2日（月）～6日（金）の5日間

9時～17時（予定）

* 実習時間はあくまでも予定です。詳細は各施設の担当者にご確認ください。

場所：①北海道：ホームケアクリニック札幌

②宮城：岡部医院訪問看護ステーション

③東京：ケアタウン小平訪問看護ステーション

④東京：訪問看護パリアン

④愛媛：ペテル訪問看護ステーション

服装：訪問看護にふさわしい服装

（例：実習担当者にご相談ください ※ジーパンはご遠慮ください。）

持ち物：ステートなど

1

IV. 実習方法

1. 末期がん患者を1名以上受け持ち、基本情報、訪問看護記録、週間サービス経過表を作成し、事例に即した訪問看護を提供する。また、受け持ち以外の患者にもチームの一員として積極的に関わる。
2. 実習施設での勉強会、カンファレンスに積極的に参加する。
3. 患者宅への移動手段は、担当の看護師に確認する。自転車、車、バスや電車などがある。バスや電車等移動に必要な運賃は、各自負担とする。
6. 昼食は、訪問予定をみながら実習担当者と相談して調整する。各自負担とする。

V. 実習記録

所定の記録用紙を用い、記録を行う。

1. 基本情報（様式1）
2. 訪問看護記録（様式2）
3. 振り返りシート（様式3 様式4）
4. 週間サービス計画表（様式5）

VI. 振り返り

1. 振り返り

受講生は、実習を通じて気づいた自己課題、強みを振り返り、今後、自施設においてどのような学習や経験を積んでいくべきかなどを明らかにする。

2. 修了書の発行

講義・実習双方を修了した受講生に修了書を発行する。（全日程）

VII. 実習にあたっての留意点

1. 訪問している患者、家族に迷惑をかけないよう、また、訪問看護ステーションの日常業務を妨げないようご注意ください。
2. 特に患者宅においては、訪問の基本的マナーを忘れないようにしてください。
3. 実習施設、患者宅で知れた個人情報などについては、看護師として守秘してください。（SNS、ブログなどにおいて、決して実習状況などを記載してはならない）
4. やむを得ず実習を休む場合には、速やかに実習担当者に電話連絡をしてください。

2

VII. 事前準備

1. 実習目標の明確化

- ・ 日々の実践の目標を立案して、訪問看護を提供すること。
- ・ 在宅緩和ケアにおける自己の課題を明らかにしておくこと。

2. 事前学習

参考図書を活用し、以下の項目を中心に事前学習を行う。

- ・ ホスピス緩和ケアの歴史
- ・ 訪問看護の基礎知識
- ・ 医療/介護保険制度
- ・ チームケア

IX. その他

本実習は、厚生労働省科学研究費による助成を得て行っている研究の一部です。お手数ですが、講義前、講義終了後、実習終了後に簡単なアンケートを行いたいと考えています。アンケート内容は統計的に処理し、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

参考文献

1. 川越 厚：がん患者の在宅ホスピスケア 医学書院、2013。
2. 林直子：痛みのアセスメントツール、EBNURSING、156-165、中山書店、2005。
3. 川越博美：在宅ターミナルケアのすすめ、日本看護協会出版会、2002。
4. 川越博美・水田哲明：「在宅ホスピスケアの基準」についての解説、臨床看護、24(7)
5. ターミナルケア編集委員会編集：ナースのためのホスピス緩和ケア入門 援助の視点と実際、三輪書店、2002。
6. 山崎あけみ：看護学テキスト NICE 家族看護学 19の臨床場面と8つの実践例から考える、南江堂、2008。

3

実習指導の手引き（実習施設用）

1. 実習時間

- 各施設のスタッフの勤務時間内を実習時間としてください（たとえば9時～18時）（24時間ケアの担当で緊急訪問をする場合はこの限りではありません）
- チームカンファレンスや実習の振り返りはできるだけ実習時間内に行ってください。（時間外に行われる施設内の勉強会や地域の行事などに参加するときはこの限りではありません。）
- 5日間の実習を理由なく欠席した場合は、修了書は出せません。

2. 実習内容

【受け持ち患者と経験項目】

- 最低1名のがん患者を受け持ち、基本情報・訪問看護記録・振り返りシート・週間サービス計画表を作成し、指導者はそれを確認し指導をしてください。
- 同行訪問・医師との同行訪問を交えながら実習をすすめてください。受け持ち患者については、実習生が主体的に看護できるよう、実習生の看護を見守りながら指導をお願いします。
- 受け持ち以外でも構いませんが、看取りのケア（死後のケアを含む）は経験できるようご配慮をお願いします。（医師の死亡確認と看護師の死後のケアの関係）
- 疼痛コントロールについては裁量権をもって自分で考えられるよう指導をお願いします（オピオイドローテーション・麻薬の処方と管理・できれば持続皮下注射・医師への報告など）

【日々の実習の振り返り】

- 1日の実習の終わりには、短時間でもよいので振り返りの時間をもち、明日の訪問につなぐことができるようしてください。

【医師とのチームケア】

- チームカンファレンスで受け持ち患者のことについて発言できるよう指導してください
- 医師とのチームの組み方がこのプログラムでのキーポイントとなりますので、どのように医師とチームを組むか実習の中に盛り込んでください（事前約束のようなもので医師とチームを組んで裁量権をもって看護する・相談、報告の方法など）

【多職種とのチームケア】

- 退院する患者の病院との連携についてそれぞれの施設の方法を指導してください。
- 相談外来がある施設は、相談外来を見学できるようお願いします。
- 退院前訪問があれば同行できるようお願いします

講義で身につけられる知識もありますが、実際の現場で、末期がん患者家族のケアを通じてしか学べない項目もあります。上記の項目を踏まえ、下記に教えていただきたい内容をあげました。

① 先を予測し、できるケアを考えること

末期がん患者・家族のアセスメントの視点、末期がん患者の病状を予測的にアセスメントし、できるケアを考えることを指導してください。例）家族の介護負担や家族関係を予測し家族調整をする。内服困難になった時のオピオイドローテーションの時期を見通す。経口摂取困難になった時の対応

② 家族ケア

家族を一つの単位でみることを、家族もケアを受ける対象であるが、ケアの担い手であることを伝えてください。アセスメントをする際に、家族の視点でみられているか指導してください。

③ マネジメント、調整

患者、家族の状況に合わせたケアを考え調整すること、ケア提供者のケア内容と評価、サービスの調整の実際を指導してください。

④ 訪問看護の特徴

訪問する際のマナー（態度、言葉遣い等）など、実際の訪問を通じて、指導してください。プロの訪問看護師として家族に入りこむときのスタンディングポジションを伝えてください。

⑤ 24時間ケア

末期がん患者は、病状が変化しやすく、それに伴って家族もいます。だから、患者家族が、いつでも相談できること、対応してくれる24時間対応システムは必須です。末期がん患者をケアする上で、24時間ケアの必要性と実際を伝えてください。

⑥ 倫理的なこと

本人、家族の生き方を支えることはどうということか。訪問看護師として意思決定にどのように関わっているか、緩和ケアの倫理的ジレンマなどを私見を伝えてください。

⑦ 看取りができる地域づくり

超高齢化に伴う多死時代を迎えるにあたり、緩和ケアを実践するだけでなく、看取れる地域を創っていくことが重要です。特に、PCNSメンバーが所属する施設は取り組まれていることと思います。勉強会や講演会など参加できる機会があればお願いします。機会がなければ、貴施設が考える地域づくりをお話ください。

- 介護保険サービス、とくにケアマネジャーとの連携について、実際に受け持ち患者をとおして経験できるよう指導してください。

【倫理的配慮】

- 患者さん家族の権利を守るとは具体的にどうということか、実践を通じて考えることができるよう機会を作ってください。

【地域との連携】

- 地域向けの講演やカンファレンス、勉強会などがあれば、参加できるように調整をお願いします。

3 記録物

【実習に関する記録物】

- 基本情報(様式1)
- 訪問看護記録(様式2)
- 振り返りシート(様式3 様式4)
- 週間サービス計画表 (様式5)

【研究に関する記録】

- アンケート (知識・態度・困難感測定の尺度と本プログラムの感想)
- 振り返りシート
- 実習記録

4 実習中でみにつけてほしい内容

今回のインタビュー調査から、在宅緩和ケアの訪問看護師の実践力を身につけるための教育項目として、下記のものがありました。

- 「在宅緩和ケアの理念」「がんに関する知識と症状緩和の理解」
- 「患者、家族の状況に応じたケアマネジメント」「説明する力」「対象理解とアセスメント」「予測的なケア」「生活を見る視点と支援方法」「家族ケア」
- 「円滑なコミュニケーション」
- 「24時間ケア」「看取りができる地域づくり」「病院との連携」
- 「チームづくり」「医師とのチームケア」
- 「訪問看護の特徴の理解」「訪問時のマナーと一般常識」「訪問看護師のスタンディングポジション」「訪問看護師としての役割認識」
- 「意思決定の支援」「生き方、価値観の尊重」「死生観を深めること」「自分自身を知る」
- 「柔軟な思考と対応」「謙虚な姿勢」です。

分担研究報告書

がん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する研究／高齢過疎化の進む A 村における在宅看取りを支えるための 24 時間医療介護体制構築のプロセスと効果

研究分担者	福井小紀子	日本赤十字看護大学	教授
研究協力者	岡本 有子	日本赤十字看護大学	講師
	大園 康文	順天堂大学	助教
	清水 準一	首都大学東京	准教授
	戸村ひかり	首都大学東京	助教
	吉内 一浩	東京大学	准教授

研究要旨

本年度の本分担研究班では、①がん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する研究と②高齢過疎化の進む A 村における在宅看取りを支えるための 24 時間医療介護体制構築のプロセスと効果の 2 つに関して研究調査を実施した。

背景と目的として、①過去 2 年間の本班の成果から、患者が退院し在宅死に至るまでの病院の対応が在宅死に大きく影響を及ぼしていることが導かれた。また、近年、退院支援の重要性は増し、特にがん終末期患者に対しては意思決定支援の重要性が謳われているが、そのプロセスを詳細に捉えたものは見当たらない。そこで、病院の退院調整部門を対象に、入院中のがん終末期患者の在宅移行時の意思決定支援の実態と在宅療養期間・在宅死との関連を検討することを目的とした。また、がん終末期患者の在宅移行時の意思決定支援・退院支援のマニュアル化を目指し、本研究にて導かれた支援内容（コンテンツ）の医療従事者向けのプログラム開発を行った。②2025 年の地域包括ケア体制構築に向けた全国的対応が強力に展開されている。高齢過疎化が進み、土日夜間は医師不在である A 村において、在宅看取りを支えるための 24 時間医療介護体制の構築は喫緊の課題である。そこで、村の看護職を中心とした 24 時間医療介護体制の構築の 15 年間のプロセスとその効果について検討する。

方法と対象は、①2013 年 10 月～2014 年 9 月に A 病院(450 床)に入院し、退院支援室の看護師 2 名が関わり退院した全がん終末期患者 103 名を対象に、基本属性、転帰先、意思決定支援・退院支援状況（内容、時期、連携職種）、死亡場所、退院支援期間、在宅療養期間を尋ねる質問紙調査を実施し、意思決定支援・退院支援の内容と死亡場所、退院支援期間、在宅療養期間との関連を分析した。また、本研究で示されたがん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する支援内容（コンテンツ）をモバイル端末上でチェック入力や検索・閲覧が行えるプログラムを開発した。なお、本研究の実施に当たり所属大学の倫理承認を得た。②人口 4000 人で高齢化率 28%、今後の過疎化高齢化が進み、土日

夜間は医師不在となる A 村を対象地域として、過去 15 年間の看護職員を中心とした 24 時間医療介護体制の構築の組織的取り組みを経時的にまとめた。また、この体制構築の効果として、在宅看取り率、医師の緊急時訪問回数、訪問看護利用回数、介護給付費・医療費の推移等との関連を検討した。

結果は、①退院時の意思決定支援・退院支援の実態として、症状、医療処置、退院後の治療方針、病状理解、家族の介護上の問題、患者の生活上の支障の 6 分類 57 項目が導かれ、その有無と支援方法、支援時期、支援対象、退院時の解決状況、連携職種の状態を明らかにした。また、これら支援内容と死亡場所および在宅療養期間との関連について分析した結果、退院支援看護師が、退院前に患者・家族に対して、退院後の病状変化の説明・急変に関する不安への対応を行っていることが在宅死と在宅療養期間に関連することが示された。②1998 年の同建物内に医療介護サービス組織の一元化、1999 年に 24 時間訪問看護体制の開始、2000 年に在宅チーム（診療所職員、訪問看護師、デイサービス職員、地域包括ケア職員）の毎夕の情報交換会議の開始、2006 年に村内 8 名の看護師の各組織間の 1 年間のローテーションの開始を行った。村の 24 時間医療介護体制構築の要素として、首長の理解、役所による拠点構築(モノ)、看護職(ヒト)が主体となった多職種連携の実現が挙げられた。効果としては、15 年間に、訪問看護の利用回数の増加、特に医療依存度の高い医療保険による訪問看護回数が増加した。一方、医師の時間外緊急訪問は激減し、医師の負担軽減となった。在宅看取り率も増加傾向となった。さらに、村の高齢化率や後期高齢者数が漸増する中、居宅系サービスおよび医療費における訪問看護費は増加したが、介護給付費および医療費の総額は横ばい状態であり、今後の医療費(カネ)削減への示唆が得られた。

A. 研究目的

①がん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する研究

我が国の主な死因別死亡率は昭和 56 年以降、がんが第 1 位であり、年々増加を続け、平成 24 年には、286.6 (人口 10 万対) となっている。また、総務省統計局の「人口推計(平成 24 年 10 月 1 日現在)」によれば、65 歳以上の人口割合は全体の 24.1%と年々増加している¹⁾。総人口が減少する中で、2025 年には超高齢化社会に突入する。そのような現状で、今年度の診療報酬改定の中でも、在宅復帰率の維持や在院日数短縮が政策誘導されており、病院から在宅へ医療の移行の必要性が示されている²⁾。

本班では、平成 24-25 年度の本研究助成金により、病院から在宅移行した在宅療養中のがん終末期患者を対象に、在宅療養継続および在宅看取り促進・阻害要因について把握する調査研究を実施した。その結果、①症状(痛みおよび呼吸困難)がないこと、②介護負担が低く保た

れること、③在宅療養中に希望する療養場所の確認がなされていること、および④退院前と在宅療養中に予後説明がなされ、患者と家族がその理解ができていること、の 4 点が在宅看取りを促進する要因となることを明らかにし、報告書にまとめた³⁻⁴⁾。さらに、これらの 4 つの条件を整えることを阻む要因の一つとして、在宅移行前の病院の対応、すなわち退院支援が挙げられ、次なる課題として導かれた³⁻⁴⁾。

上記の 3 つ目と 4 つ目の要因として挙げられた項目は、近年、その重要性が注目されている終末期患者の意思決定支援およびアドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning; 以下 ACP) の一環の支援となるといえる。ACP とは、National Health Service のガイドラインによると、意思決定能力がなくなった時に備えて、あらかじめ自分が大切にしていること、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族とあらかじめ話し合うプロセスのことと定義されている⁵⁾。

3つ目の要因として挙げられた、ACPの一側面である“在宅療養中に希望する療養場所の確認が医療者によりなされていること”は、病院スタッフによる在宅移行前の対応可能な意思決定支援の一つとなるといえる。先行知見では、死亡したホスピス患者969人の550(57.0%)人はACPを実践し、ACPの実践が自宅死亡とコスト削減に関連したとの報告⁶⁾、イギリスの一般診療医2096名(回収率60.0%)の8.4%が患者にACPを実施し、ACPの実施はがん患者の自宅死亡の割合が増加するという報告⁷⁾、ACPによりリビングウィルを持った高齢者の方が自宅死亡を実現したという報告⁸⁾などに見られるように、医療者による在宅移行前の患者の希望する療養場所の確認を行うことの患者への効果が実証されている。一方、日本では、まだ、在宅療養中に希望する療養場所の確認が十分に行われていない現状があるといえる。

次に、4つ目の要因として示された意思決定支援の一つとなる“退院前と在宅療養中に予後説明がなされ、患者と家族がその理解ができていること”に関する先行知見では、患者が自らの死亡リスクを認めることは、希望死亡場所の意思決定のために重要であることを示したレビュー論文⁹⁾、正確なターミナル診断は入院を減少させ、自宅死亡の可能性を増加したという報告¹⁰⁾、がん患者が予後を知っていると自宅死亡の希望を表明するという報告¹¹⁾、余命告知は、患者・家族の希望死亡場所の一致を促進し、家族介護者の介護負担が軽減すると報告¹²⁾に見られるように、予後説明と理解促進による在宅看取り実現への効果が実証されている。

一方、告知は担当医によって行われるべきであると多くの看護師が認識しているという報告¹³⁾、予後に関連する情報を伝えるために最適なのは医師と看護チームであると多くの看護師が認識しているという報告¹⁴⁾、余命告知を含み真実を告げることは医師の役割であると顔料域で働く看護師のほとんどが認識しているという報告¹⁵⁾、医師の86.9%がACPは効果的な方法であると答えたにもかかわらず、約50%はACPを実践していないという報告¹⁶⁾に見られるように、予後説明に関する医師と看護師の役割認識の相違に加えて、医療者による予後説明と患者家族の理解促進は、十分に行われていない現状があることも文献レビューにより明らかである。

以上の平成24-25年度の本分担研究班の研究成果と国内外の文献レビューの結果、平成26年度の本分担研究班の研究目的を、以下とすることとした。

すなわち、病院の退院調整部門を対象に、

1. 入院中のがん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援の実態を明らかにする
2. これら支援と在宅療養継続および死亡場所(在宅看取り実現)との関連を明らかにする
3. がん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援のプログラム開発を目指し、患者個別の在宅移行時の在宅看取りの実現可能性(得点化)のモバイル端末上のコンテンツ化、およびがん終末期患者の意思決定支援・退院支援を行う際の看護師向けマニュアルのモバイル端末上のコンテンツ化を行い、その運用の試行を行うこととした。

②高齢過疎化の進むA村における在宅看取りを支えるための24時間医療介護体制構築のプロセスと効果

日本において、団塊の世代が後期高齢者を迎える2025年に向けて、地域包括ケア体制構築に向けた全国的対応が強力に展開されている。また、今後我が国の看取りや終末期の在宅医療介護提供体制を考えていく上で、高齢化と人口減少がますます進む町村などの高齢過疎地において、限られた人材や医療介護資源を最大限活用して地域包括ケア体制の構築を整えていくことは、日本全体にとって喫緊の課題である。

A村は、高齢過疎化が進み土日夜間は医師不在であるが、在宅看取りを支えるための24時間医療介護体制の構築をこの15年間で図ってきた自治体である。この一自治体の取り組みを丁寧に記述し、まとめて行くことは、今後、全国的に高齢過疎化を迎える他の地域にとって有用と考える。

そこで、本研究では、A村の役場(医療福祉課)、村立訪問看護ステーションの看護職員、地域包括支援センターの看護職の協力を得て、村の看護職員を中心とした24時間医療介護体制の構築の15年間のプロセスとその効果について検討することとした。

B. 研究方法

①がん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する研究

対象機関は、関東圏内にある約450床の医療機関（A大学病院）の看護相談室とし、調査対象者は、平成25年10月～平成26年9月に入院中で看護相談室が関わったがん終末期患者（100例程度）を担当した看護相談室の師長と主任の看護師2名とした。2014年9月～10月にデータ収集を行った。

データ収集方法として、調査期間に該当する全患者に関して、質問紙調査を行うとともに、このうち意思決定支援・退院支援に関して特徴的なケースを研究協力看護師との相談の上選出し、これらの対象にたいして、インタビュー調査を併せて実施した。

調査依頼手順は、調査協力を依頼する医療機関の看護部長へ研究の趣旨・方法を文書と口頭で説明した上で、看護相談室の師長へ文書と口頭で研究の趣旨・方法について説明し、上記の対象者となる看護相談室の看護師2名（師長と主任）に調査協力依頼書と質問紙（資料1）を配布した。そして、対象者となる看護相談室の看護師から研究協力同意書への署名を得た上で、調査を開始した。

なお、看護相談室の看護師には、質問紙の内容（患者情報、意思決定支援、退院支援等）の記載およびインタビューの実施においては、患者の電子カルテや看護相談室のデータベースを参照しながら質問紙に回答を記載していただくよう依頼した。

データの分析方法は、質問紙調査については、記述統計を用いてプロセスを丁寧にまとめるとともに、「希望した死亡場所」を従属変数としたロジスティック回帰分析と、「在宅療養期間」および「退院支援期間」を従属変数とした重回帰分析を実施した。分析には、統計解析ソフト SAS (Ver. 9.2) を用いた。インタビュー調査については、意思決定支援・退院支援のプロセスを重視した内容の聞き取りを行い、内容分析を行って共通項目を抽出した。

在宅移行前のがん終末期患者に対する意思決定支援・退院支援のプログラム開発については、その支援内容のマニュアル化を目指し、モバイル端末上で、がん終末期患者の在宅移行時の在宅看取りの実現可能性を数値で測るチェック入力機能（平成24-25年度に本研究班で開

発した内容）のプログラム開発と、本研究で示されたがん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する支援内容（コンテンツ）を検索・閲覧が行える電子書籍形式のプログラムの開発を行い、内容のチェック・伝達に関する運用の試行を確認した。

倫理的配慮として、本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けて研究を実施した（承認番号：2014-95）。調査協力に当たっては、研究協力を頂く医療機関の看護部長および看護相談室師長に、文章と口頭で研究の目的および方法を説明し、承諾を得た。また、研究参加者となる看護相談室の看護師には、研究目的と方法、倫理的配慮を口頭および文書で説明し、同意書の署名をもって承諾を得た。研究参加は自由意志であり、いつでも途中辞退が可能であること、辞退しても不利益を被ることはないこと、途中の辞退はいつでも可能であることを研究参加説明書の同意書を用いて口頭説明を行った。なお、対象の医療機関では、その医療機関を受療する患者に対して、その医療機関で行われる医学研究全般に対する包括同意をとっており、そのような形で研究協力を取られることに同意しない患者は、病院長にその旨を申し出ることとなっている。本研究についても、研究者の所属大学の倫理審査の承認が得られれば、病院の倫理委員会よりこの包括同意を用いて実施可能という確認を行ったうえで調査を実施した。

②高齢過疎化の進む A 村における在宅看取りを支えるための24時間医療介護体制構築のプロセスと効果

対象地域 A 村の特徴は、高齢過疎化の進む、全国有数の農業のさかんな地域である。人口4200人、高齢化率27.1%、福祉を担う事業所は社会福祉協議会のみ村である、村の医療資源は、村の医療の中核を担っている国保診療所が平成1年に開所し、無償診療所で、入院施設のある同県内の総合病院までは車で1時間、同総合病院の分院までは車で30分かかる地域である。医療体制については、医師は1～2年交代でこの総合病院から派遣され土日祝日と夜間は医師不在となる。在宅医療は派遣される医師が変わるたびに方針が大きく変わり、その方針に村の医療福祉職と村民は左右される状況が平成10年（1998年）ころまで続いていた。

このため、1998年以降、村の24時間医療介護体制を構築する取り組みを開始した。

1998年以降の村の24時間医療介護体制を構築した効果については、川上村訪問看護ステーションの訪問看護利用者統計より、1999～2013年度までの年間訪問看護利用者人数・延べ訪問看護延べ回数、介護保険・医療保険別延べ訪問看護回数、村内死亡者数、訪問看護利用中における在宅看取り数、医師と訪問看護の時間外緊急における訪問回数の推移をみた。次に、高齢者人口千人当りの訪問看護利用人数、在宅看取り率を算出し、全国平均値と比較した。

医療費と介護費への効果については、川上村における2003～2012年度の介護給付費および医療費の推移をみた。医療費は、国民健康保険給付費に2008年度以降に制度化された後期高齢者医療給付費を加えたものとした。国民健康保険および後期高齢者医療における訪問看護への給付分の推移もみた。次に、2012年度の長野県後期高齢者医療広域連合による後期高齢者医療事業年報において、長野県内の77市町村の一人当りの医療費のデータと比較した。また、第1報の24時間医療介護体制構築のプロセスと照らし合わせた。

倫理的配慮としては、村の行政職員との共同研究という位置づけで本研究を実施したため、本研究は、疫学研究の倫理指針に沿って、行政が主体的に行う研究という位置づけとすることを研究者と行政で合意し、倫理申請の必要はないと判断し、研究を実施した。なお、研究実施に当たり、研究者と行政との間で誓約書を交わした上で、研究を進めた。

C. 研究結果

①がん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する研究

対象の特徴（患者・家族の属性）と意思決定支援・退院支援の状況（表1, 2, 3）

本研究で対象となった患者・家族の特徴を表1に示した。また、これらの対象に対する意思決定支援・退院支援の状況を表2と3に示した。**死亡場所との関連要因（表4）**

分析の結果、関連性が見られた項目を表○に示した。まず単変量解析では、入院目的が食思不振や体動困難であった場合や「入院形態」が予定入院ではなく緊急入院であった場合のオ

ッズ比が高く、自宅で死亡している傾向にあった。「入院形態」と「入院目的：食思不振」（ $\chi^2=4.35, p=.037$ ）、「入院目的：体動困難」（ $\chi^2=10.9, p=.001$ ）にはそれぞれ関連がみられた。

また同居家族や介護者の面では、主介護者が女性である場合や同居している場合において、オッズ比が高くなっていった。また回答した退院支援看護師が介入を始めた時点に比べ、退院時に家族が患者の予後について理解度が2段階以上上がったと評価している場合には、理解度に変化がなかったり1段階程度の変化しか見られなかったりした場合に比べオッズ比が高くなった。家族の予後についての理解度が2段階以上上がったケースは、主介護者が女性である傾向にあり（ $\chi^2=9.02, p=.003$ ）、患者や家族を対象に「退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応や説明」が特に必要と判断され、支援を行っている傾向にあった。（ $\chi^2=7.08, p=.008$ ）

次に患者や家族が退院の時点で自宅を死亡場所として明確に希望していた場合には、不明確であったり、気持ちがゆらいでいたりした場合に比べ、オッズ比が高くなっていった。

退院支援看護師により退院支援が必要とアセスメントされた項目との関連では、患者や家族を対象に「退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応や説明」を要する場合、退院後の患者の生活上の困難として清潔の保持が考えられる場合において、オッズ比が高くなっていった。その中でも「特に支援が必要と判断し、支援を行った」項目との関連では、患者の症状として「不安・抑うつ」がある場合にはオッズ比が低く、自宅での死亡を困難にしており、「退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応や説明」を要する場合にはオッズ比が高くなっていった。

これらの結果を踏まえて多変量解析を行った結果、後期高齢者である場合、入院形態が緊急である場合、主介護者の性別が女性である場合、また同居している場合にオッズ比が高くなり、退院支援看護師が退院時に特に支援が必要と判断した項目として、「病状による退院後の身体（ADL）への支障の説明やイメージ化」や「退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明」を行った場合にオッズ比が高くなり、自宅での看取りにつながりやすいことが明らかになった。

退院支援期間との関連要因 (表 5, 6)

平均退院支援期間は 18.38(±36.24)日、最頻値は 5 日であった。まず退院支援期間を従属変数とした単回帰分析を行い、単回帰分析にて有意に差が認められた変数を用いて (表 5 参照)、重回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。その結果、MSW との連携 (β : 86.33257、 p 値: 0.0001)、介護者の続柄が嫁 (β : 82.333257、 p 値: 0.0002)、合同カンファレンスに家族が参加 (β : -81.33257、 p 値: 0.0003)、家族の療養場所の希望が自宅: (β : -32.13119、 p 値: 0.0093) の 4 変数となり、決定係数は 0.7663、調整済み決定係数は 0.7483 であった (表 6 参照)。

在宅療養期間との関連要因 (表 7, 8)

退院してから死亡するまで自宅で療養した事例を対象に、在宅療養期間に関連する患者および家族の要因を検討した。しかし対象の在宅療養期間が 6 ヶ月という幅があり、ケースによるばらつきが大きかったことから、退院支援開始時に予後が 1 か月以内と予測された群 (以下、予後予測 1 か月以内の群) と予後が 1 か月以上 6 か月以内と予測された群 (以下、予後予測 6 か月以内の群) の 2 群に分けたうえで、分析を行った。

平均在宅療養期間は、予後予測 1 か月以内の群では、自宅療養期間は平均 60.2(±76.9)日、最頻値は 14 日であった。また、予後予測 1 ヶ月以上 6 か月以内の群では平均 66.5(±81.4)日、最頻値は 14 日であった。

在宅療養期間に関連する患者および家族の要因については、重回帰分析の結果、予後予測 1 か月以内の群では、家族の退院時の死亡場所の希望: 明確 (β : -109.82895、 p 値: 0.0104)、退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応: あり (β : -168.6、 p 値: 0.0355) の 2 変数となり、決定係数は 0.4448、調整済み決定係数は 0.3831 であった。また、予後予測 1 ヶ月以上 6 か月以内の群では、退院後に訪問看護を利用 (β : -120.56897、 p 値: <.0001)、家族への予後告知: あり (β : -129.41026、 p 値: 0.0238)、家族の退院時の予後告知の理解度 (β : -39.20089、 p 値: 0.0461)、高次機能障害への支援 (β : 69.38636、 p 値: 0.0260)、退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応: あり (β : -81.63547、 p 値: 0.0065) の 5 変数となり、決定係数は 0.7730、調整済み決

定係数は 0.7310 であった (表 7, 8)。

在宅移行前のがん終末期患者に対する意思決定支援・退院支援のプログラム開発

本研究のインタビュー調査結果の内容分析により抽出した意思決定支援・退院支援内容のマニュアル化を目指し、モバイル端末上で、がん終末期患者の在宅移行時の在宅看取りの実現可能性を数値で測るチェック入力機能 (平成 24-25 年度に本研究班で開発した内容) のプログラム開発 (図 1) と、本研究で示されたがん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する支援内容 (コンテンツ) を検索・閲覧が行える電子書籍形式のプログラムの開発 (図 2) を行い、内容のチェック・伝達に関する運用の試行を確認した。

②高齢過疎化の進む A 村における在宅看取りを支えるための 24 時間医療介護体制構築のプロセスと効果

1998 年に訪問看護サービスが開始し、同敷地内に点在していた各施設 (診療所・訪問看護・介護・保健福祉課) は渡り廊下でつながれた。これは 1993 年に村長が提唱した保健・医療・福祉・介護の一元化構想によるものである。村内の看護職 8 名は、診療所 3 名、訪問看護ステーション 3 名、デイサービス 2 名と 3 ヶ所に配置された。

診療所看護師が村の医療を支える中心に据えられたが、村民が入院したくない・家で最期を迎えたいと願っていても入院せざるを得ないケースに何度も遭遇したことで、看護職は村民のための包括的な医療介護体制の構築を目指し、以下の具体策を考案した: ③組織に所属する看護職の協働による①24 時間訪問看護の提供体制 (2000 年～)、②毎日夕方の利用者に関する情報交換 (2000 年～)、③村内の全看護師のスキル向上のための 3 組織のローテーション (2006-2010 年) ④グリーフケアと在宅看取り事例のカンファレンスの開催 (2012 年～)。これらは、診療所看護師が中心となり村内の看護師で行った 1~2 回/月の会議で発案され、行政・サービス事業所に提案し、協議を重ねて実現された。

訪問看護利用者人数は 2007 年度以前では 63~92 名で変動していたが、2008 年度以降は 87~100 名となった。延べ訪問看護回数は 1999~2007 年度は 1300~2300 回程度であったが、

2008年度以降は2000回から徐々に増え2500回前後となった。延べ訪問看護回数に対する医療保険による延べ訪問看護回数の割合では2007年度以前は2~17%であったが、2008年度以降は20%を超え、2012年度以降は30%を超えた。高齢者人口千人当りの訪問看護利用者数の全国平均値は2000~2009年度にかけて10名前後だったが、川上村は2000~2001年度40名前後、2007~2012年度は50名前後と増加した。

在宅看取り率について、川上村では2006年度のみ7%だったが、それ以外では20%を超え、最大は40.6%(2013年度)であった。1999~2010年度の全国平均は15%前後であり、これを上回っていた。訪問看護利用中における在宅看取りした事例の割合は1999~2007年度は変動していた(15~76.9%)が、2008年度以降は60%前後が続いていた。

時間外緊急における訪問回数について、医師は2001年度に60回であったが、2009年度以降は20回前後と激減した。一方、訪問看護では2000~2001年度は100回未満であったが、2008年度以降は123~180回と増加した。

川上村における高齢化率は2000年度の23.7%から2012年度は28.3%、後期高齢者人口も2006年度の658名から2012年度の718名へと漸増した。

介護給付費の推移は、総額で、2003~2012年度の間では多少の増減はあるが3億円前後であった。居宅介護サービスと地域密着型サービス(制度施行2006年度以降)の合計は、2003年度に1.3億円であり、その後微増し、2010年度以降は約1.6億円であった。施設介護サービスについては、2003~2005年度は1.5億円を超えていたが、2006年度以降は1.5億円未満であった。

医療費の推移は、2003~2007年度の間国民保険費は3.6億円から4.5億円と増加し、2008年度以降の後期高齢者医療給付費を加えた医療費は8.9億円から9.9億円の間を増減していた。うち訪問看護への給付分は、2008~2012年度に423万円から869万円に増加した。

2012年度において長野県内の各市町村の一人当りの後期高齢者医療費のデータと比較すると、各市町村の平均値は78.7万円に対し川上村は68.0万円であり、77市町村中の順位は63番目であった。医療保険における一人当り

の訪問看護費の実額は、各市町村の平均は2.4千円に対し川上村は11.7千円であり、77市町村中の順位は1位であった。

D. 考察

①がん終末期患者の在宅移行における意思決定支援・退院支援に関する研究 死亡場所との関連要因(表4)

今回の多変量解析の結果、退院支援を行った患者の死亡場所の関連要因として、がんによる病状が進行し症状の悪化により緊急入院となった場合や後期高齢者であるといった患者の状況と、主介護者が女性で同居しているという家族の状況が自宅での看取りにおけるいわば前提条件となっている状況と共に、患者・家族の死を意識せざるを得ない状況の中で退院支援看護師による「病状による退院後の身体(ADL)への支障の説明やイメージ化」や「退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明」といった退院後の生活に対する不安の軽減に向けた介入が自宅での看取りを促す要因となっていることが明らかになった。

また変数間の関連性を考慮した結果、今回の多変量解析のモデルでは有意にはならなかったが、家族の予後の理解度の上昇や患者や家族の退院時の自宅での死亡の希望があることが、その後の実際の自宅での看取りと強く関連していたことから、退院支援看護師が退院までの間に死亡場所について本人や家族の意思決定の支援を行い、意向を確認していくことの重要性が示唆された。

退院支援期間との関連要因(表5, 6)

退院支援を行うにあたりMSWと連携した場合、在院日数が有意に長くなることが明らかになった。住環境の整備や社会資源・社会制度の活用が必要である場合、MSWとの連携が必要となる。退院後の生活においてどのようなことが課題になるのかを把握し、必要な社会資源の導入と制度を活用するための手続きを早期から行うことで、在院日数を短くすることができる。と考える。

主介護者の続柄が嫁の場合、在院日数が有意に長くなることが明らかになった。これは、主介護者が配偶者あるいは実子よりも義理の関係の場合には退院に慎重になる、とも考えられる。終末期患者の退院支援においては、主介護

者の続柄を確認し、特に主介護者が嫁の場合には十分に関係性を築くことで在院日数が長くないようにできると考える。

合同カンファレンスに家族が参加した場合、在院日数が有意に短くなることが明らかになった。今後の治療方針の決定や退院日の設定においては、患者本人の意向だけでなく家族の意向も重要となる。退院前に、訪問診療医や訪問看護師あるいはケアマネジャーと顔を合わせて、家族が在宅療養を前向きにとらえ退院後も患者を支えることができると思えるためにも、合同カンファレンスに参加して頂けるよう呼びかけることが重要であると考ええる。

家族の療養場所の希望が自宅の場合、在院日数が有意に短くなることが明らかになった。療養場所について家族がどのように考えているのかを確認することが必要であると同時に、療養場所の意向が明確ではない場合、その意思決定を支援することの重要性を認識しなければならない。自宅に戻ってからどのような医療的・社会的支援があるのかを説明し、自宅に帰ってあげたいという意向に至れば、在院日数はより短くなると考える。

在宅療養期間との関連要因 (表 7, 8)

予後が1か月以内で、自宅療養に移行してもその期間は短いと予測されていたとしても、退院時に家族の死亡場所の希望が明確であれば自宅に移行できることが明らかになった。死亡場所の希望を明確にしていた家族の中で、最期を自宅で過ごさせてあげたいと話していた事例は63.2%であった。患者の死を受け入れることができない、あるいは最後まであきらめたくないと思う気持ちがあれば、最期をどこで迎えさせてあげたいか意思表示をすることは難しいと思われる。しかし、患者の死に対して向かい合うことができれば、予後が短いと予測されたとしても自宅療養への移行はできると考える。家族が患者の死を受け入れることができるよう、症状の出現をなるべく少なくしながら、精神的・スピリチュアルな支援をすることが重要だと考える。

予後が1か月以内で、自宅療養に移行してもその期間は短いと予測されていたとしても、退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応や説明を行えば、自宅に移行できることが明らかになった。予後が短いと予測されている場合、患者のADLも低下しつつある時期だと予想さ

れる。全身状態が低下していると感じている中で自宅に戻るには、不安が大きい。たとえ症状が悪化したとしても対処方法を理解できていること、あるいは急変時に医療者による支援が約束されていれば、残された時間を自宅で過ごすという選択をすることができるのではないかと考える。

予後が1か月以上6か月以内と予測される場合の在宅療養期間に関する要因については、まず、家族への予後告知を行い、家族の退院前の理解度は高く、退院後病状が悪化するといった不安への対応をした上で、退院後に訪問看護を利用する場合、自宅療養期間が有意に短くなることが明らかになった。また、高次機能障害がある場合、その支援を行うことで自宅療養期間が有意に長くなることが明らかになった。これは、終末期だと診断されてはいても1か月以上6か月以内と予後予測期間に差があり、症状の程度やADLについて一定ではないことが、自宅療養期間との関連要因について解釈を難しくしている結果になっていると考える。

身体的な症状を緩和するだけでなく、精神心理的なケアの重要性を理解し、終末期であっても予後予測の長さや身体的精神的状況がそれぞれ違うことに留意しながら支援することが必要であると考ええる。

本研究の限界として、本研究のデータは、一施設の退院支援の対象がん患者に関してカルテの内容を参考に後ろ向きに収集したもので、回答者である退院支援看護師の主観や記憶違いなどのバイアスを否定できない限界がある。今後は今回重要性が示唆された退院支援看護師の具体的な介入に着目し、介入内容とそのアウトカムについての患者・家族からの回答も得られるようなデザインでの他施設での検討が期待される。

②高齢過疎化の進む A 村における在宅看取りを支えるための 24 時間医療介護体制構築のプロセスと効果

裁量を持つ診療所医師の在宅医療に対する方針や考え方で、在宅医療介護サービスの利用状況が変動していたが、役所に拠点(モノ)が整い、その中で看護職(ヒト)が主体となって24時間医療介護体制を構築したことで、多職種連携が進み、在宅ケアの普及や医療費(カネ)削減への足がかりとなった。