

2000年の24時間訪問看護体制と村内全看護職の毎日の情報交換が始まって以降、訪問看護の利用は数値的に増加した。医療依存度の高い医療保険による訪問看護が増加しているにもかかわらず、医師の時間外緊急訪問は激減し、医師の負担軽減にもつながったことから、第1報における一連のプロセスはある一定の効果があつたと考えられる。

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多少の増減はあるものの横ばい状態であった。第1報の取組みにより看取りも含めた在宅サービスが向上したことから、村民の施設への入所や入院の回避につながった可能性が考えられた。

E. 結論

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

平成24-25年度の本班の研究成果から、がん終末期患者在宅看取りの実現や在宅療養継続には、医療者により、在宅療養中に患者・家族の希望する療養場所の確認がなされていること、および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を導いた。このため、本班では、平成26年度には、がん終末期患者の在宅移行前の病院の医療者による意思決定支援(Advanced Care Planning: ACP)・退院支援の実際とこれらと在宅看取りおよび在宅療養期間との関連を調べ、在宅看取り及び在宅療養継続にはACPが影響すること導いた。加えて、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った。

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年以降に取り組みを始めた24時間医療介護体制の構築の後、訪問看護の利用は数値的に増加した。そして、医療依存度の高い医療保

険による訪問看護が増加したにもかかわらず、医師の時間外緊急訪問は激減した。この結果、医師は負担軽減となり、在宅看取り率も増加した。さらに、高齢化率や後期高齢者数が増加する中、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(経済的にも一定程度有効)であった。このことから、24時間医療介護体制のは、首長(村長)の理解があり、役所が拠点(モノ)を準備し、看護職(ヒト)が主体となり、住民のニーズに沿うサービス体制の構築(多機関・多職種連携の促進と在宅ケアの普及を実施した。この結果、川上村における医療福祉のなかで、訪問看護がなくてはならないもの(文化)として受け入れられたと考える。

F. 健康危険情報

なし

(引用文献)

- 1) 平成23年度版高齢社会白書. 内閣府
- 2) 凶説 国民衛生の動向 2013/2014. 厚生労働統計協会
- 3) 平成24年度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「被災地に展開可能ながん在宅緩和医療システムの構築に関する研究」総括・分担研究報告書. 分担研究報告「在宅医療における急変事及び24時間体制構築に向けた課題抽出のための実態調査」.
- 4) 平成25年度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「被災地に展開可能ながん在宅緩和医療システムの構築に関する研究」総括・分担研究報告書. 分担研究報告「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」.
- 5) Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. National Health Service. <http://www.npc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>, 2006
- 6) Abel, J., Pring, A., Rich, A., Malik, T., & Verne, J. (2013). The impact of advance care planning of place of death, a

- hospice retrospective cohort study. *BMJ Support Palliative Care*, 3(2), 168-173.
- 7) Hughes, PM., Bath, PA., Ahmed, N., & Noble, B. (2010). What progress has been made towards implementing national guidance on end of life care? A national survey of UK general practices. *Palliative Medicine*, 24(1), 68-78.
- 8) Degenholtz HB, Rhee Y, Arnold RM. (2004). Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place. *Ann Intern Med*. 20;141(2):113-7.
- 9) Lorenz, KA., Lynn, J., Dy, SM., Shugarman, LR., Wilkinson, A., Mularski, RA., Morton, SC., Hughes, RG., Hilton, LK., Maglione, M., Rhodes, SL., Rolon, C., Sun, VC., & Shekelle, PG. (2008). *Annals of Internal Medicine*.
- 10) Aabom, B., Kragstrup, J., Vondeling, H., Bakketeig, LS., & Stovring, H. (2005). Defining cancer patients as being in the terminal phase: who receives a formal diagnosis, and what are the effects? *Journal Of Clinical Oncology*, 23 (30), 7411-7416.
- 11) Chen, CH., Lin, YC., Liu, LN., & Tang, ST. (2014). Determinants of preference for home death among terminally ill patients with cancer in Taiwan: a cross-sectional survey study. *The Journal Of Nursing Research*, 22 (1), 37-44.
- 12) Tang, ST., Liu, TW., Tsai, CM., & Wang, CH. (2008). Patient awareness of prognosis, patient-family caregiver congruence on the preferred place of death, and caregiving burden of families contribute to the quality of life for terminally ill cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1202-1209.
- 13) Li, JY., Liu, C., Zou, LQ., Huang, MJ., Yu, CH., You, GY., Jiang, YD., Li, H., & Jiang, Y (2008). To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(18), 2463-2470.
- 14) McLennon, SM., Uhrich, M., Lasiter, S., Chamness, AR., & Helft, PR. (2013). Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. *Cancer Nursing*, 36(2), 114-121.
- 15) Huang, SH., Tang, FI., Liu, CY., Chen, MB., Liang, TH., & Sheu, SJ. (2014). Truth-telling to patients' terminal illness: What makes oncology nurses act individually? *The Official Journal Of European Oncology Nursing Society* 2014 Jun 3.
- 16) Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, Takayashiki A, Abe Y, Hamano J, Maeno T (2013). Palliative Care Physicians' Practices and Attitudes Regarding Advance Care Planning in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey. *American Journal of Hospital Palliative Care*.

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Fukui S, Otoguro C, Ishikawa T, Fujita J. Survey on the use of health consultation services provided in a Japanese urban public housing area with high elderly population. *Geriatrics & Gerontology International*. 2015 Jan 17. doi: 10.1111/ggi.12439. [Epub ahead of print]
2. Fukui S, Yamamoto-Mitani N, Fujita J. Five types of home-visit nursing agencies in Japan based on characteristics of service delivery: cluster analysis of three nationwide surveys. *BMC Health Services Research*. 14:644, 2014, doi:10.1186/s12913-014-0644-8
3. Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Ikezaki S. Determinants of financial performance of home-visit nursing agencies in Japan. *BMC Health Services Research*. 2014 Jan 9;14:11. DOI:

10. 1186/1472-6963-14-11.
4. 福井小紀子. 在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度の適切性の検討. 日本在宅医学会誌. 16(1). 5-11. 2014.
 5. 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.
 6. 石川孝子, 福井小紀子, 澤井美奈子. 武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因. 日本公衆衛生雑誌. 61(9), 545-555, 2014.
 7. 大園康文, 福井小紀子, 川野英子. 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響. Palliative Care Research, 9(1), 121-128, 2014
 8. 大園康文, 福井小紀子. 終末期を得意とする訪問看護事業所の特徴: 経営状況、医療機関との連携、および利用者の特性との関連. 日本地域看護学会誌. 17(1). 4-11. 2014.
 9. 福井小紀子. エンド・オブ・ライフケアを地域で効果的に進めるための多職種連携のあり方. 日本在宅ケア学会誌. 18(1). 1-6. 2014.
 10. 福井小紀子. 退院支援における意思決定支援の重要性. ナーシング・トゥデイ. 29(3). 15-20. 2014.
 11. 福井小紀子. 「在宅医療連携拠点事業」の成果と展望～2025年に向けた「連携力」とは～. 訪問看護と介護. 19(1). 16-23. 2014.
2. 学会発表
 1. 福井小紀子 第19回日本心療内科学会総会 シンポジウム2『サイコオンコロジー』シンポジスト「在宅看取りの促進要因に関する研究～訪問看護師への調査結果から～」東京2014年11月29～30日
 2. 福井小紀子. 基調講演「地域包括ケアシステムと看護」日本看護管理学会 例会運営助成事業 平成26年度例会 in 武蔵野東京2014. 10. 18
 3. 由井千富美, 岡本有子, 福井小紀子. 長野県川上村における24時間医療介護体制構築のプロセスと効果(第1報) 第73回日本公衆衛生学会総会公衆衛生学会. 栃木. 2014. 11. 5-7
 4. 岡本有子, 由井千富美, 福井小紀子. 長野県川上村における24時間医療介護体制構築のプロセスと効果(第2報) 第73回日本公衆衛生学会総会公衆衛生学会. 栃木. 2014. 11. 5-7
 5. 小林仁史, 由井千富美, 岡本有子, 福井小紀子. 長野県川上村における24時間医療介護体制構築のプロセスと効果(第3報) 第73回日本公衆衛生学会総会公衆衛生学会. 栃木. 2014. 11. 5-7
 6. 石川孝子, 福井小紀子, 岡本有子, 藤田淳子, 川野英子. 終末期がん患者の死亡場所を決定する要因 第1報: 患者の希望、予後理解、介護負担に関して 第73回日本公衆衛生学会総会 栃木. 2014. 11. 5-7
 7. 福井小紀子, 岡本有子, 石川孝子, 藤田淳子, 川野英子. 終末期がん患者の死亡場所を決定する要因 第2報: 在宅療養開始から終了までの症状の経時的変化に関して 第73回日本公衆衛生学会総会 栃木. 2014. 11. 5-7
 8. 池崎澄江, 藤田淳子, 乙黒千鶴, 福井小紀子. 在宅終末期ケアにおける多職種連携の効果の検証 第1報 在宅ケアチームの連携行動と遺族満足度との関連 第73回日本公衆衛生学会総会 栃木. 2014. 11. 5-7
 9. 乙黒千鶴, 藤田淳子, 辻村真由子, 池崎澄江, 福井小紀子. 在宅終末期ケアにおける多職種連携の実態と効果の検証 第2報 在宅ケアチームの連携行動力に影響する要因を探る 第73回日本公衆衛生学会総会 栃木. 2014. 11. 5-7
 10. 池崎澄江, 藤田淳子, 乙黒千鶴, 福井小紀子. 在宅終末期ケアにおける多職種連携の効果の検証第3報 連携の相互関係の可視化の試み 第73回日本公衆衛生学会総会 栃木. 2014. 11. 5-7
 11. 福井小紀子 27回日本サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム10「せん妄や認知症を抱えるがん終末期患者の退院支援・地域連携」シンポジスト「地域包括ケア推進策とがん対策からみた退院支援・地

- 域連携のあり方～看護師への役割期待」東京。2014.10.4
12. 池崎澄江、福井小紀子. 在宅終末期ケアを受けた遺族による在宅ケアチームへの評価. 日本医療・病院学会. 2014.9.14
 13. 福井小紀子. 公開講座. エンド・オブ・ライブケアを地域で効果的に進めるための他職種連携のあり方. 第18回日本在宅ケア学会学術集会. 東京. 2014.3.15-16.
 14. 福井小紀子. シンポジウム：がん在宅の未来～地域で支えるためにできること. 第16回日本在宅医学会大会. 浜松. 2014.3.1-2.
 15. 河野潤子、石川孝子、小林麻奈、福井小紀子. 看護的負荷の高い訪問看護利用者の特徴第1報：看護的負荷11項目の有用性の検証. 第18回日本在宅ケア学会学術集会. 東京. 2014.3.15-16.
 16. 小林麻奈、石川孝子、河野潤子、福井小紀子. 看護的負荷の高い訪問看護利用者の特徴第2報：同一法人5事業所の訪問看護利用者における看護的負荷レベルと報酬との関連. 第18回日本在宅ケア学会学術集会. 東京. 2014.3.15-16.
 17. 石川孝子、小林麻奈、河野潤子、福井小紀子. 看護的負荷の高い訪問看護利用者の特徴第3報：利用保険別時間当たり報酬額の関連要因. 第18回日本在宅ケア学会学術集会. 東京. 2014.3.15-16.
 18. 川野英子、福井小紀子、大園康文、藤田淳子. がん終末期の在宅療養者が在宅死となる要因の抽出：決定木分析から. 第18回日本在宅ケア学会学術集会. 東京. 2014.3.15-16.
 19. 福井小紀子、後藤友美、後藤友子、井上多鶴子. 医療と介護の連携促進に向けた政策的動向と各地域の取り組み. 第18回日本在宅ケア学会学術集会. 交流集会. 東京. 2014.3.15-16

3. その他

特記すべきことなし

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

表1 患者・家族の属性

	全体 (n=103) mean±SD or n (%)
<患者の属性>	
年齢	
65歳未満	17 (16.5)
65-69歳	13 (12.6)
70-74歳	25 (24.3)
75歳以上	48 (46.6)
性別	
男性	58 (56.3)
女性	45 (43.7)
職業	
あり	17 (16.5)
なし	86 (83.5)
退院時の要介護度	
要支援1・2	8 (7.8)
要介護1	7 (6.8)
要介護2	10 (9.7)
要介護3	6 (5.8)
要介護4	2 (1.9)
要介護5	4 (3.9)
申請不要	7 (6.8)
申請中・申請予定	59 (57.4)
入院時の日常生活自立度	
J	49 (47.6)
A	38 (36.9)
B	15 (14.6)
C	1 (1.0)
退院時の日常生活自立度	
J	3 (2.9)
A	31 (30.1)
B	51 (49.5)
C	18 (17.5)
退院時の認知機能の問題	
なし	58 (56.3)
あり	45 (43.7)
I	14 (13.6)
II	13 (12.6)
III	13 (12.6)
IV	4 (3.9)
M	1 (1.0)
退院時の利用サービス (複数回答可)	
訪問介護	59 (57.3)
訪問リハビリ	6 (5.8)

訪問入浴	22 (21.4)
通所サービス	11 (10.7)
ショートステイ	5 (4.9)
住宅改修	3 (2.9)
福祉用具	85 (82.5)
訪問診療	62 (60.2)
訪問看護	68 (66.0)
訪問薬剤	1 (1.0)
がんの発症部位	
肺	38 (36.9)
胃	11 (10.7)
食道	3 (2.9)
腸	10 (9.7)
肝・膵・胆	13 (12.6)
腎・膀胱	4 (3.9)
前立腺	5 (4.9)
乳房	7 (6.8)
子宮・卵巣	3 (2.9)
脳	4 (3.9)
血液/リンパ節	1 (1.0)
その他	4 (3.9)
転移	
なし	49 (55.1)
あり (複数回答可)	74 (71.8)
肺	11 (14.9)
脳	18 (24.3)
骨	19 (25.7)
他	18 (24.3)
在院日数	29.0 ± 37.0
主な入院目的 (複数回答可)	
精査・診断	15 (14.6)
抗がん治療	5 (4.9)
緩和ケア	31 (30.1)
感染症の治療	6 (5.8)
食思不振	31 (30.1)
体動困難	27 (26.2)
その他	18 (17.4)
入院形態	
予定	23 (22.3)
緊急	72 (69.9)
欠損値	8 (7.8)
予後 (医療者間での認識)	
6ヶ月以内	70 (68.0)
1ヶ月以内	23 (22.3)
1週間以内	2 (1.9)
欠損値	8 (7.8)

入院前の療養場所	
自宅	98 (95.1)
当院外来受診	88 (89.8)
他院外来受診	7 (7.1)
訪問診療利用(併用含む)	5 (5.1)
入所	2 (1.9)
公的施設	1 (50.0)
民間施設	1 (50.0)
その他	3 (2.9)
退院後の療養・治療場所	
自宅	93 (90.3)
当院外来受診	30 (57.3)
他院外来受診	5 (5.4)
訪問診療利用(併用含む)	58 (62.4)
転院	6 (5.8)
一般病床	0 (0.0)
療養病床	0 (0.0)
緩和ケア病床	6 (100.0)
入所	4 (3.9)
公的施設	1 (25.0)
民間施設	3 (75.0)
その他	0 (0.0)
現在(調査時)の状況	
生存	8 (7.8)
死亡	93 (90.3)
自宅	46 (49.5)
病院	43 (46.2)
一般病床	24 (55.8)
療養病床	15 (34.9)
緩和ケア病床	4 (9.3)
施設	2 (2.2)
その他・不明	2 (2.2)
不明	2 (1.9)
退院から死亡までの日数	56.0 ± 74.3
不明	17 (16.5)
把握している	77 (74.8)
欠損値	9 (8.7)
<家族の属性>	
同居家族の有無	
なし	16 (15.5)
あり	87 (84.5)
人数	2.1 ± 1.3
主介護者	
あり	84 (81.6)
年齢	58.8 ± 14.7
性別	

男	23 (27.4)
女	61 (72.6)
続柄	
配偶者	56 (66.7)
娘	13 (15.5)
嫁	2 (2.4)
息子	9 (10.7)
その他	0 (0.0)
欠損値	4 (4.8)
就労	
あり	26 (31.0)

表2 がん終末期患者への意思決定支援・退院支援の状況

全体(n=103)	
mean ± SD or n (%)	
<DPNの関わりと評価>	
院内CFの開催	
なし	0 (0.0)
あり	101 (98.1)
患者参加あり	78 (78.2)
家族参加あり	99 (98.0)
欠損値	2 (1.9)
院外CFの開催	
なし	32 (31.1)
あり	66 (64.1)
患者参加あり	36 (54.5)
家族参加あり	64 (97.0)
欠損値	5 (4.9)
退院支援の総合評価	7.2 ± 1.9
<意思決定支援：病名・予後告知の有無>	
病名告知の有無：患者	
なし	4 (3.9)
あり	99 (96.1)
DPN介入時の理解度	2.5 ± 0.9
退院時の理解度	3.1 ± 1.0
病名告知の有無：家族	
なし	0 (0.0)
あり	101 (98.1)
DPN介入時の理解度	2.9 ± 0.8
退院時の理解度	3.9 ± 0.7
欠損値	2 (1.9)
予後告知の有無：患者	
なし	72 (69.9)

あり	31 (30.1)
DPN 介入時の理解度	2.3 ± 1.0
退院時の理解度	3.9 ± 0.7
予後告知の有無：家族	
なし	2 (1.9)
あり	99 (96.1)
DPN 介入時の理解度	2.2 ± 1.0
退院時の理解度	4.0 ± 0.7
欠損値	2 (1.9)
<意思決定支援：療養・死亡場所の希望>	
退院後の療養場所の希望：患者	
DPN 介入前の希望	
未確認	44 (42.7)
不明確	30 (29.1)
ゆらぎあり	10 (9.7)
明確	19 (18.4)
自宅	17 (89.5)
院内の病棟	1 (5.3)
他院の療養型病床	0 (0.0)
他院の緩和ケア病床	0 (0.0)
施設	1 (5.3)
その他	0 (0.0)
退院時の希望	
未確認	1 (1.0)
不明確	10 (9.7)
ゆらぎあり	7 (6.8)
明確	84 (81.6)
自宅	79 (94.0)
院内の病棟	0 (0.0)
他院の療養型病床	0 (0.0)
他院の緩和ケア病床	3 (3.6)
施設	2 (2.4)
その他	0 (0.0)
欠損値	1 (1.0)
退院後の療養場所の希望：家族	
DPN 介入前の希望	
未確認	35 (34.0)
不明確	28 (27.2)
ゆらぎあり	24 (23.3)
明確	14 (13.6)
自宅	10 (71.4)
院内の病棟	0 (0.0)
他院の療養型病床	2 (14.3)
他院の緩和ケア病床	1 (7.1)
施設	1 (7.1)
その他	0 (0.0)

欠損値	2 (1.9)
退院時の希望	
未確認	0 (0.0)
不明確	1 (1.0)
ゆらぎあり	9 (8.7)
明確	91 (88.3)
自宅	82 (90.1)
院内の病棟	1 (1.1)
他院の療養型病床	2 (2.2)
他院の緩和ケア病床	3 (3.3)
施設	3 (3.3)
その他	0 (0.0)
欠損値	2 (1.9)
退院後の死亡場所の希望：患者	
DPN 介入前の希望	
未確認	57 (55.3)
不明確	34 (33.0)
ゆらぎあり	6 (5.8)
明確	6 (5.8)
自宅	3 (50.0)
院内の病棟	2 (33.3)
他院の療養型病床	0 (0.0)
他院の緩和ケア病床	0 (0.0)
施設	1 (16.7)
その他	0 (0.0)
退院時の希望	
未確認	3 (2.9)
不明確	37 (35.9)
ゆらぎあり	22 (21.4)
明確	39 (37.9)
自宅	26 (66.7)
院内の病棟	2 (5.1)
他院の療養型病床	2 (5.1)
他院の緩和ケア病床	6 (15.4)
施設	3 (7.7)
その他	0 (0.0)
欠損値	2 (1.9)
退院後の死亡場所の希望：家族	
DPN 介入前の希望	
未確認	47 (45.6)
不明確	26 (25.2)
ゆらぎあり	20 (19.4)
明確	7 (6.8)
自宅	3 (42.9)
院内の病棟	1 (14.3)
他院の療養型病床	1 (14.3)

他院の緩和ケア病床	1 (14.3)
施設	1 (14.3)
その他	0 (0.0)
欠損値	3 (2.9)
退院時の希望	
未確認	0 (0.0)
不明確	1 (1.0)
ゆらぎあり	39 (37.9)
明確	61 (59.2)
自宅	39 (63.9)
院内の病棟	6 (9.8)
他院の療養型病床	5 (8.2)
他院の緩和ケア病床	7 (11.5)
施設	4 (6.6)
その他	0 (0.0)
欠損値	2 (1.9)

表3 退院支援看護師による意思決定支援に関して支援の必要性のあった内容 (n=103)

A. 症状	必要性あり		特に必要性があり実施	
	該当	%	該当	%
疼痛	53	51.5%	10	9.71%
呼吸困難	32	31.1%	2	1.94%
全身倦怠感	43	41.7%	2	1.94%
悪心・嘔吐	6	5.8%	0	0.00%
便秘・下痢	9	8.7%	3	2.91%
排尿障害	5	4.9%	0	0.00%
浮腫	11	10.7%	0	0.00%
貧血・出血	4	3.9%	0	0.00%
意識レベル低下	7	6.8%	1	0.97%
高次機能障害	11	10.7%	7	6.80%
不眠	5	4.9%	0	0.00%
不安・抑うつ	23	22.3%	12	11.65%
せん妄	12	11.7%	3	2.91%
他	52	50.5%	13	12.62%
食欲・食事量低下	17	16.5%		
腹満・腹水	3	2.9%		
認知症	4	3.9%		
B. 新たに加わった医療処置				
麻薬管理	35	34.0%	11	10.68%
創傷・褥瘡処置	7	6.8%	4	3.88%
導尿・膀胱留置カテ等	8	7.8%	2	1.94%
人工肛門	2	1.9%	1	0.97%

IVH管理	9	8.7%	2	1.94%
点滴(末梢)	1	1.0%	1	0.97%
経管栄養・胃瘻等	3	2.9%	1	0.97%
吸引	3	2.9%	2	1.94%
気切ケア	0	0.0%	0	0.00%
他	16	15.5%	4	3.88%
在宅酸素療法	15	14.6%		
非該当	47	45.6%		
C. 退院後の治療方針				
患者と家族間の希望の不一致	9	8.7%	9	8.74%
患者家族と主治医との希望の不一致	21	20.4%	19	18.45%
他	16	15.5%	16	15.53%
非該当	63	61.2%		
D. 病状・現状の理解				
病状が及ぼす身体(ADL)への支障の説明・イメージ化	48	46.6%	28	27.18%
病状が及ぼす心理(うつ・せん妄、死の受容)への支障の説明	24	23.3%	11	10.68%
病状が及ぼす社会的役割(仕事、患者の家族役割、家族の社会的役割)への支障の説明	17	16.5%	8	7.77%
病状が及ぼす実存的痛み(存在意義、残される家族への心配)への対応・説明	15	14.6%	7	6.80%
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明	73	70.9%	57	55.34%
非該当	15	14.6%		0.00%
E. 家族の介護上の問題				0.00%
身体的問題(持病等)	13	12.6%	5	4.85%
精神的問題	13	12.6%	6	5.83%
経済的問題	12	11.7%	2	1.94%
理解力の低さ	20	19.4%	10	9.71%
介護負担感の高さ	32	31.1%	14	13.59%
家族員間調整	15	14.6%	9	8.74%
他	22	21.4%	20	19.42%
非該当	38	36.9%		
F. 患者の生活上の支障				
食事	35	34.0%	2	1.94%
排泄	35	34.0%	2	1.94%
清潔	30	29.1%	0	0.00%
移動	50	48.5%	2	1.94%
他	6	5.8%	5	4.85%
非該当	38	36.9%		

表4 在宅死亡に関連する退院支援内容 (ロジスティック回帰分析の結果)

	単変量解析				オッズ比	95%CI	p
	オッズ比	95%CI	p				
後期高齢者	75歳以上	1.75	0.61 - 5.01	.297	10.26	2.24 - 47.07	.003
医療保険サービスの利用	有	0.44	0.17 - 1.14	.091			
入院目的：食思不振	有	4.76	1.72 - 13.20	.003			
入院目的：体動困難	有	3.54	1.28 - 9.84	.015			
入院形態	緊急	5.28	1.58 - 17.67	.007	7.43	1.04 - 52.95	.045
主介護者の性別	女性	2.59	0.94 - 7.15	.067	8.64	1.30 - 57.24	.025
主介護者が同居	同居	6.36	0.71 - 57.14	.098	28.10	2.04 - 286.25	.013
家族の予後の理解度の変化	2以上	2.63	1.06 - 6.53	.037	0.44	0.08 - 2.36	.338
患者の退院時の自宅死亡の希望	明確	10.09	2.72 - 37.36	.001			
家族の退院時の自宅死亡の希望	明確	45.47	9.70 - 213.22	.001			
要支援内容：不安・抑うつ(症状)	必要	0.37	0.14 - 1.02	.055			
要支援内容：退院後の病状の悪化不安への対応・説明	必要	5.60	1.99 - 15.78	.001			
要支援内容：介護者の身体的問題(介護上の問題)	必要	3.49	0.88 - 13.84	.076			
要支援内容：介護者の理解力不足(介護上の問題)	必要	2.58	0.82 - 8.13	.106			
要支援内容：清潔の保持が困難(生活上の支障)	必要	2.78	0.04 - 7.34	.038			
要支援内容：移動が困難(生活上の支障)	必要	2.02	0.88 - 4.63	.097			
特別支援内容：不安・抑うつ(症状)	必要	0.16	0.03 - 0.80	.025			
特別支援内容：病状による身体(ADL)への支障の説明・イメージ化	必要	2.20	0.85 - 5.66	.105	8.68	1.52 - 49.51	.015
特別支援内容：退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明	不必要	4.83	1.99 - 11.77	.001	6.52	1.46 - 29.14	.014
特別支援内容：介護者の理解力不足(介護上の問題)	必要	8.08	0.95 - 68.56	.056			

注：従属変数の死亡場所を自宅=1、自宅以外=0とし、(多重)ロジスティック回帰分析を行った

表5 退院支援期間との関連 (単回帰分析の結果)

n=103

変数	平均・n数(SD・割合)	β	P値
患者の年齢	73.1(±9.95)	-1.00078	0.0050
患者の退院時の介護度	3.8(±1.73)	0.25399	0.7498
予後予測：一か月以内	n=25(25.3%)	-5.31143	0.0224
退院後の同居家族：あり	n=87(84.5%)	0.60776	0.9512
主介護者の年齢	58.4(±14.9%)	-0.48378	0.0817
介護者の続柄：嫁	n=16(18.8%)	177.68072	<.0001
患者の合同カンファレンスの参加：あり	n=36(54.5%)	-10.51667	0.3441
家族の合同カンファレンスの参加：あり	n=64(96.9%)	-175.28125	<.0001
患者の病名の理解度	3.12(±0.97)	8.86346	0.0203
家族の病名の理解度	3.9(±0.69)	8.77304	0.0130
退院時の患者の療養場所の希望：明確	n=84(82.4%)	-18.61111	0.0486
退院時の家族の療養場所の希望：明確	n=91(90.1%)	-39.16044	0.0011
DPN 介入時の患者の死亡場所の希望：明確	n=6(5.8%)	57.10481	0.0001
DPN 介入時の家族の死亡場所の希望：明確	n=7(6.7%)	18.77389	0.1283
病状が及ぼす身体への支障の説明：あり	n=24(27.3%)	10.72917	0.2015
病状が及ぼす社会的役割への支障の説明：あり	n=17(19.3%)	22.64789	0.0310
病状が及ぼす実存的痛みへの対応・説明：あり	n=15(17.0%)	22.42922	0.0422
家族の介護上の身体的問題：あり	n=33(32.0%)	-1.67692	0.8770
家族の介護上の精神的問題：あり	n=13(12.6%)	28.16667	0.0082
家族の介護上の経済的問題：あり	n=32(31.1%)	2.95604	0.7920
病院主治医との連携	n=100(97.1%)	2.74017	0.4484
リハスタッフとの連携	n=10(9.7%)	-0.76237	0.9500
MSW との連携	n=4(3.8%)	90.89141	<.0001
往診医との連携	n=57(55.3%)	-7.15484	0.3216
訪問看護師との連携	n=72(69.9%)	-1.62800	0.4794
ケアマネジャーとの連携	n=83(80.6%)	-16.45723	0.0681

表6 退院支援期間との関連要因 (重回帰分析の結果)

n=103

変数	β	P値
MSW との連携	86.33257	0.0001
介護者の続柄：嫁	82.33257	0.0002
家族の合同カンファレンスの参加：あり	-81.33257	0.0003
家族の療養場所の希望：自宅	-32.13119	0.0093

R2乗 : 0.7663 調整済R2乗 : 0.7483

表7 退院から死亡日までの在宅療養期間との関連 (単回帰分析の結果)

予後予測 1 か月以内			
変数	平均・n 数 (SD・割合)	β	n=23 P 値
DPN 介入時の予後告知に関する家族の理解度	1.83 (±0.78)	62.99346	0.0024
家族の退院時の死亡場所の希望：明確	n=19 (82.6%)	-109.82895	0.0104
病状が及ぼす身体への支障の説明：あり	n=12 (52.2%)	81.44444	0.0163
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応：あり	n=20 (86.9%)	-168.60000	0.0355
予後予測 6 か月以内			
変数	平均・n 数 (SD・割合)	β	n=41 P 値
退院時の要介護度 要支援 1:1 ~ 要介護 5:7	2.67 (±1.32)	18.75847	0.0202
退院時の認知機能の問題：あり	n=17 (42.5%)	51.73913	0.0443
退院後に通所サービスを利用	n=3 (8.1%)	170.65686	0.0002
退院後にショートを利用	n=2 (5.4%)	131.60000	0.0264
退院後に訪問看護を利用	n=27 (93.1%)	-120.56897	<.0001
病院内カンファに患者が参加	n=33 (82.5%)	-77.07792	0.0197
患者への病名告知：あり	n=39 (95.1%)	-232.77500	0.0029
家族への予後告知：あり	n=38 (92.7%)	-129.41026	0.0238
家族の退院時の予後告知の理解度 低い：1 ~ 高い：5	4.12 (±0.64)	-39.20089	0.0461
意識レベル低下への支援	n=5 (12.2%)	85.07222	0.0241
高次機能障害への支援	n=8 (19.5%)	69.38636	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	n=29 (80.6%)	-81.63547	0.0065

表8 退院から死亡日までの在宅療養期間との関連要因 (重回帰分析の結果)

予後予測 1 か月以内			
変数	β	n=23 P 値	
家族の退院時の死亡場所の希望：明確	-109.82895	0.0104	
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明：あり	-168.60000	0.0355	
R2 乗：0.4448 調整済 R2 乗：0.3831			
予後予測 6 か月以内			
変数	β	n=41 P 値	
退院後に訪問看護を利用	-120.56897	<.0001	
家族への予後告知：あり	-129.41026	0.0238	
家族の退院時の予後告知の理解度 低い：1~高い：5	-39.20089	0.0461	
高次機能障害への支援	69.38636	0.0260	
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明あり	-81.63547	0.0065	
R2 乗：0.7730 調整済 R2 乗：0.7310			

表9：A村の24時間医療介護体制構築のプロセス①

結果：24時間医療介護体制の構築プロセス①

ヘルシーパーク中央棟完成(H10年)

村長の提唱・保健・医療・福祉・介護の一元化

訪問看護・診療所・介護・保健福祉課が一本の廊下でつながれる

サービス拠点の整備・連携の強化



表10：A村の24時間医療介護体制構築のプロセス②

結果：24時間医療介護体制の構築プロセス②

訪問看護サービスの開始(H10年～)

現場のニーズ・「住民は入院したくない・家で最後を迎えたい」

⇒支える体制・サービスの不足⇒入院してしまう

看護師の問題意識に

- ・自分達が中心となり在宅を支える
- ・医師に依存するだけでなく自律的に動く

具体策①

- ・3組織(診療所・訪問看護ST・デイサービス)の所属看護師が協議
- ・看護師会議(1～2/月)で具体策を立案⇒行政・社協に提案
- ⇒協議を重ね実現へ

表11：A村の24時間医療介護体制構築のプロセス③

結果：24時間医療介護体制の構築プロセス③

具体策②：24時間訪問看護の提供(H11年～)

〈きっかけ〉24時間のサービスがなかったため、訪問看護がセーフティネットにならざるを得なかった

- ・24時間365日いつでも訪問することを基本
- ・夜間、休日当番は訪問看護3名では負担が大きく、診療所看護師が応援体制をとり、当番を3名から6名に増員

具体策③：毎日夕方の多職種間での利用者の情報交換(H12～)

〈きっかけ〉所属の違う看護師間で24時間体制を維持するためには、利用者の情報共有が必要不可欠、その後多職種にも参加の呼び掛け

- ・多職種が参加(診療所、訪問看護、デイサービスヘルパー、居宅支援、包括、宅老所)
- ・毎夕20～30分
- ・利用者さんの当日の報告
- ・在宅支援の方向性の検討
- ・ターミナルケアに向けて統一したサービス方針の確認



表12：A村の24時間医療介護体制構築のプロセス④

結果：24時間医療介護体制の構築プロセス④

具体策④：看護師ローテーション(H18～22年)

〈きっかけ〉情報交換で連携は強まったが、まだ在宅サービスは医師の意向で左右される傾向にあり、看護師の資質向上とより一層の多職種間の相互理解が必要と考えた。そこで、看護師8名が診療所、訪問看護、デイサービスを数カ月～1年単位でローテーションを実施

- ・看護師のスキル向上
- ・利用者さんを多角度から把握、より一層の情報共有
- ・他職種の業務内容の理解と交流を深め連携を強化
- ・看護師の休暇、急な休み、多忙な部署への応援体制
- 臨時職員を頼まない、人件費の節約

具体策⑤：グリーンケアと自宅看取り事例カンファレンス(H24年～)

〈きっかけ〉地域の自宅看取り技術向上のために多職種間での振り返りが重要

- ・遺族訪問、グリーンケア
- ・統一したアンケート用紙で聞き取り調査
- ・看取りに関わった関係職種と全症例を対象に事例検討

表 13 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果①

結果:24時間医療介護体制構築の効果①



表 15 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果③

結果:24時間医療介護体制構築の効果③

高齢者人口1千人当たりの訪問看護利用
実人数



表 14 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果②

結果:24時間医療介護体制構築の効果②

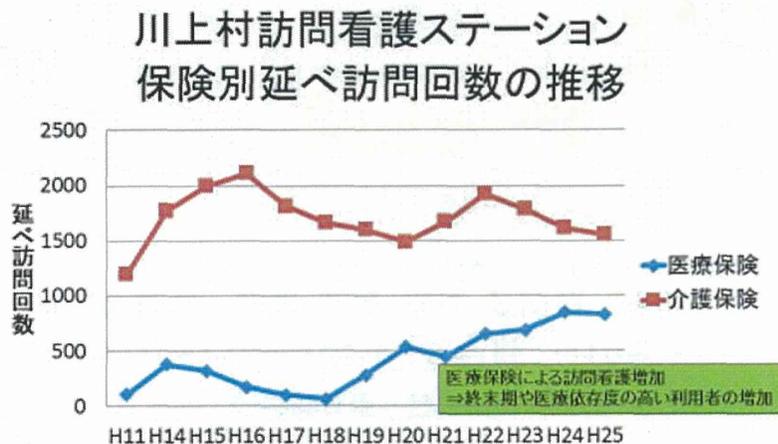


表 16 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果④

結果:24時間医療介護体制構築の効果④

自宅死亡率の推移

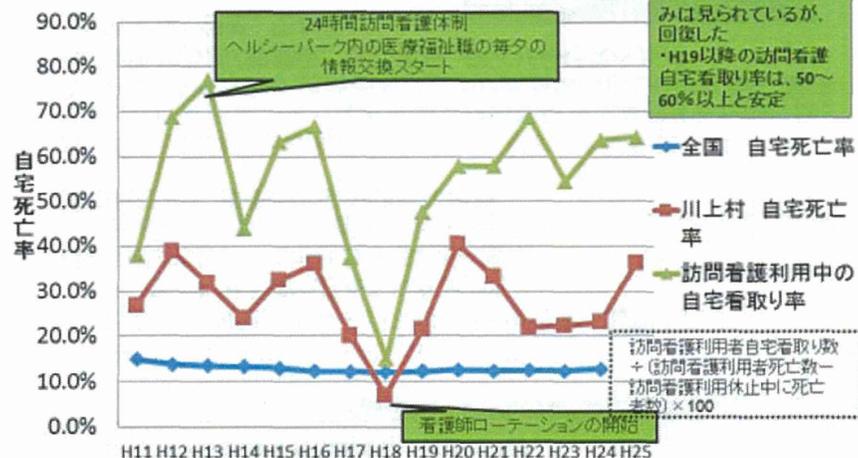


表 17 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果⑤

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑤

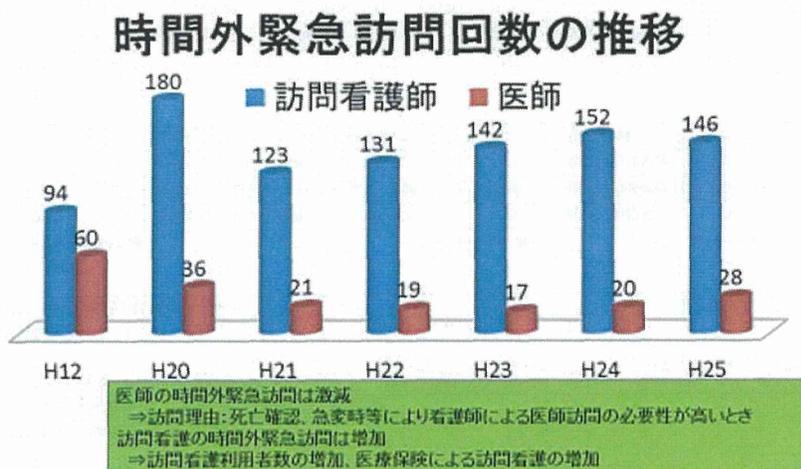


表 18 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果⑥

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑥

介護給付費総額の推移

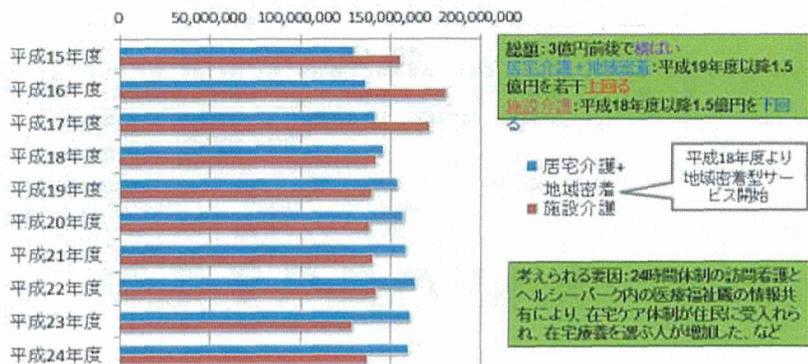


表 19 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果⑦

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑦

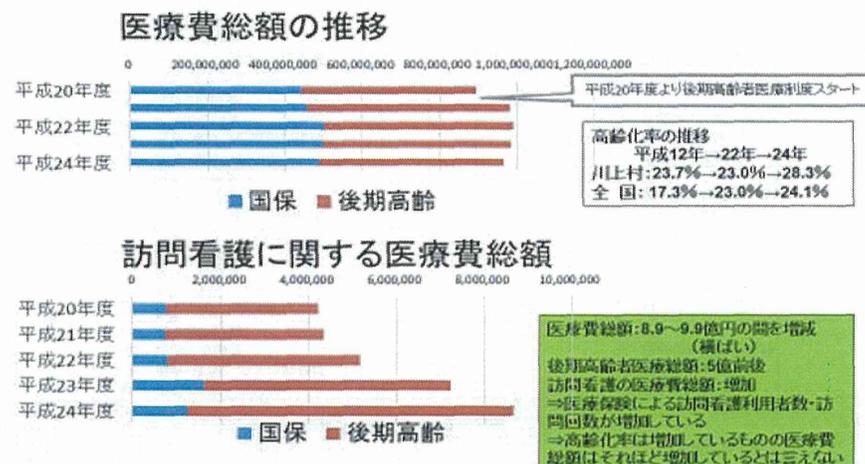


表 20 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果⑧

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑧

結果 平成24年度1人当たり後期高齢者医療費の内訳

	医療費実額	訪問看護実額
全国平均	919,452	2,707
長野県平均	787,242	2,410
川上村	679,912 (県内63位 (77市町村中))	11,769 (県内1位 (77市町村中))

医療費は長野県内でも低い、訪問看護費は最も高い(訪問看護の利用が多い)

質問紙（本質問紙への記載・提出を持って本事例の調査協力の同意を得られたとみなします。）

患者調査ID

A. 患者の属性

年齢	()歳	性別	男 女	職業	あり なし 不明
診療科	呼内 糖内代 循内 消内 総内 神内 漢方 外科 消外 産婦人 眼科 小児 脳外 整形 耳鼻科 泌尿器 形成 皮膚 メンタル				
退院時の要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請不要 申請中 今後申請予定				
患者の日常生活自立度(J+A+B+C)	入院時() 退院時()				
退院時の認知機能の問題	なし あり 一程度[I II III IV M]				
退院後の 利用サービス	介護保険 ()訪問介護 ()訪問リハ ()訪問入浴 ()通所サービス ()ショート ()住宅改修 ()福祉用具 その他()				
	医療保険 ()訪問診療 ()訪問看護 ()訪問薬剤 その他()				
がんの発症部位 (下記番号を記入)	転移 なし あり 一部位[・肺・脳・骨・他]				
【選】	1肺 2胃 3食道 4膵 5肝 6膵 7胆 9腎・膀胱 10前立腺 11乳房 12子宮・卵巣 13脳 14骨 15血液リンパ節 16他				
入院日	西暦()年()月()日	退院日	西暦()年()月()日		
主な入院目的	精査・診断 抗がん治療 緩和ケア 感染症の治療 食思不振 体動困難 他()				
入院形態	予定 緊急 予後(医療者間での認識)	6か月以内 1か月以内 1週間以内			
入院前の療養場所	自宅(当院外来受診 他院外来受診 訪問診療利用) 入所(公的施設 民間施設) その他				
退院後の療養・治療場所	自宅(当院外来受診 他院外来受診 訪問診療利用) 転院(一般病床 療養病床 緩和ケア病床) 入所(公的施設 民間施設) その他()				
現在(調査時)の状況	生存 死亡 一場所[自宅 病院(一般病床 緩和ケア病床 療養病床) 施設(公的施設 民間施設) その他()] 不明				
死亡時期	・不明 ・把握している→西暦()年()月()日頃 または 自宅療養()日間の後				

B. 家族の属性

同居家族の有無	なし あり →()名 うち 主介護者(あり、なし) 副介護者(あり、なし)
主介護者	年齢 ()歳代 性別 男 女 続柄 配偶者 娘 嫁 息子 他()
同居状況	同居 別居 一近隣の居住(ありなし) 就労 なし あり

C. 退院支援看護師(DPN)の関わりと評価

退院支援開始日	西暦()年()月()日	
病院内カンファの開催	なし あり → ・患者参加(なしあり) 合同(院外)カンファの開催	なし あり → ・患者参加(なしあり) ・家族参加(なしあり)
実施した退院支援の総合評価	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 全くうまくいかなかった とてもうまくいった	

D. 意思決定支援

1. 病名・予後告知の有無

		低 ← 高	低 ← 高
病名告知の有無と病気の理解度	患者 告知なし あり → DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5) 退院時の理解度 (1 2 3 4 5)	家族 告知なし あり → DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5) 退院時の理解度 (1 2 3 4 5)	
予後告知の有無と予後の理解度	患者 告知なし あり → DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5) 退院時の理解度 (1 2 3 4 5)	家族 告知なし あり → DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5) 退院時の理解度 (1 2 3 4 5)	

2. 療養・死亡場所の希望

退院後の療養場所の希望	患者 DPN 介入時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → () 退院時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → ()	家族 DPN 介入時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → () 退院時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → ()
希望療養場所の番号	1. 自宅 2. 院内の病棟 3. 他院の療養型病床 4. 他院の緩和ケア病床 5. 公的施設 6. 民間施設 7. その他	
退院後の死亡場所の希望	患者 DPN 介入時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → () 退院時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → ()	家族 DPN 介入時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → () 退院時・未確認・不明確・ゆらぎあり・明確 → ()
希望死亡場所の番号	1. 自宅 2. 院内の病棟 3. 他院の療養型病床 4. 他院の緩和ケア病床 5. 公的施設 6. 民間施設 7. その他	

3. 退院支援看護師(DPN)による意思決定支援に関する支援の必要性のあった内容・時期・連携職種

●支援の必要性のあった内容 (01~57までに○:複数回答可)

【医療上の課題】	
A 症状	01 疼痛 02 呼吸困難 03 全身倦怠感 04 悪心・嘔吐 05 便秘・下痢 06 排尿障害 07 浮腫 08 貧血・出血 09 意識レベル低下 10 高次機能障害 11 不眠 12 不安・抑うつ 13 せん妄 14 他()
B 今回の入院で加わった医療処置	21 麻薬管理 22 創傷・褥瘡処置 23 導尿・膀胱留置カテーテル等 24 人工肛門 25 IVH 管理 26 点滴(末梢) 27 経管栄養・胃瘻等 28 吸引 29 気切ケア 30 他()
C 退院後の治療方針	31 患者と家族間の希望の不一致 一患者の希望[下記該当か?]: [], 家族の希望[下記該当か?]: [] 32 患者家族と主治医との希望の不一致 一患者家族の希望[下記該当か?]: [], 主治医の希望[下記該当か?]: [] 33 他() (7. 積極的ながん治療 イ. 効果が弱い身体負担が少ないがん治療 ウ. 緩和ケア・症状コントロール エ. 治療は何もしない)
D 病状・現状の理解	41 病状が及ぼす身体(ADL)への支障の説明・イメージ化 42 病状が及ぼす心理(うつ・せん妄・死の受容)への支障の説明 43 病状が及ぼす社会的役割(仕事・患者の家族役割・家族の社会的役割)への支障の説明 44 病状が及ぼす潜在的痛み(存在意義・預される家族への心配)への対応・説明 45 退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明
【介護上の課題】	
E 家族の介護上の問題	46 身体的問題(持病等) 47 精神的問題 48 経済的問題 49 理解力の低さ 50 介護負担の高さ 51 家族員間調整 52 他()
F 患者の生活上の支障	53 食事 54 排泄 55 清潔 56 移動 57 他()

●退院に向け特に支援が必要と判断し支援した項目についての対応状況 (最大5つ)

支援項目 (01~57の番号を記入) Cは7~10も記入	主な支援方法	支援時期			支援の対象 患者 家族	退院時の解決の状況	連携した職種の記号 (下表より複数選択)
		入院直後	入院中	退院直前			
1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整					1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討		
1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整					1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討		
1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整					1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討		
1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整					1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討		

退院支援に関与したスタッフ 病院: A. 病院の主治医 B. 病棟看護師 C. 外来看護師 D. MSW E. リハスタッフ F. 薬剤師 G. 他()
地域: H. 在宅医 I. 訪問看護師 J. ケアマネ K. 介護職 L. 訪問薬剤師 M. 業者(用具等) N. 他()

※ インタビュー調査対象として: 適 不適

以上です。ご協力ありがとうございました。

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

「介護職員に対するがん患者の看取りに関する教育プログラムの開発」
に関する研究

研究分担者 川越 正平 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所

研究協力者 友松 郁子 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
佐々木友明 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
柳原美奈子 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
山口 朱見 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
山崎 浩二 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所

研究要旨

本研究では、居宅におけるがん患者の看取りを見据え、終末期のケアに関する知識と理解を促す教育プログラムを開発することとした。それに際して、受講者の要望を反映させる形で、より普及性の高い教育プログラムの開発を目指すこととした。

その実現のために、これまで本院が実施してきた研修会におけるグループワークや全体共有を通じて寄せられた意見、研修会時に実施したアンケート結果を精査した。そこから、施設での看取り体制を充実させるには、施設の方針や管理者の考えが重要であるということが浮き彫りとなった。この点を具現化した研修プログラムを開発するためには、受講者の要望や意見をさらに集約することが必要と考え、松戸市の居住系施設の方々を対象にインタビュー並びにアンケート調査を実施した。

そうして寄せられた要望や意見をまとめ、二つの課題達成を目指すこととした。①「入居から看取りまでを支える基礎知識を習得する」、②「看取りを支えるチームづくりについて、施設という枠を超えて受講者が相互に学び合う」。研修会を二部構成とし、各テーマについて「講義、グループワーク/ワールドカフェ、全体共有」という流れで研修プログラムを構成した。

研修会終了後に研修会に関するアンケートを実施し、回答内容を分析した結果、本研修会は各受講者に主として以下二つの機会を提供できたとの結論を得た。他施設の職員と議論や情報交換をすることで、「自施設の体制や、自身の介護について見直す機会となった」、「医療と介護の連携について考える機会となった」。

尚、本研究は、平成 27 年度からの「在宅医療・介護連携推進事業」の一環として展開する在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の業

務のうち、必須となる「在宅医療・介護関係者の研修」のモデルプログラムへと発展していくことが期待される。特に「在宅医療・介護関係者の研修」においては、看取りも見据えた研修プログラムを実施することで、人生の最終段階においても個人の希望にそったケアを提供できる人材育成と地域づくりを支える一助となることが期待される。

A. 研究目的

1981年以降、日本人の死亡原因の第1位を占めているがんは、人口の高齢化に伴い、その罹患者数は今後も増加することが想定されている。¹看取りの場所として、がん患者の約8割が自宅を希望しているにも関わらず、その希望がかなえられているのは2割に満たない。²この状況に対応するために厚生労働省は、医療機関の病床数を増やすのではなく、在宅や介護施設等での看取りを増やすことで対応していく方針を打ち出している。よって、今後の高齢多死社会においては、在宅や介護施設といった生活の場において看取られる人の数がさらに増加していくことが想定される。³

しかし、看取り実績のない施設や、看取りを実施しない方針をとっている施設も依然として多い。その背景要因として、終末期の入所者に対して必要な医療を提供する体制が整えられていないことや、現行の職員配置では看取りに必要なケアを十分に行うことが難しいことが挙げられる。⁴

こうした状況下において、医療依存度や介護依存度の高いがん患者が地域に暮らしながらケアから看取りまでを受けられる体制を充実させることは喫緊の課題である。

当院ではこれまで、介護職員等を対象に、がん患者の看取りを見据え、終末期のケアに関する知識と理解を促す教育プログラムを計6回

施行（松戸市において2回実施、他市での研修開催支援を4回）^{*1}してきた。

本年は、その教育プログラムの施行をとおして得られた知見を反映させる形で、より普及性の高い教育プログラムを開発することを目的とした。具体的には、以下の二つの課題達成を目指した。

- ① 入居から看取りまでを支える基礎知識を習得する
- ② 看取りを支えるチームづくりについて、施設という枠を超えて、受講者が相互に学び合う

*1. 研修マニュアルを作成（スライドやアンケート等必要な資料一式を含む）し、同じ内容の研修会を他地域でも開催できるようにした。

B. 研究方法

i. 研修会の詳細決定プロセス

当院が実施してきた研修会のうち、介護職員を対象として実施した下記研修会を総括し、本年度の研修プログラムを決めることとした。

- 平成24年度「医療と介護の連携を深めるための基礎知識をテーマとした一日講習会」
 - 対象：ケアマネジャー、介護職
 - 受講者数：92名
- 平成25年度：看取りに関する知識と理解を促すための2回連続型の研修会
 - 対象：居住系施設の介護職
 - 受講者数：41名

¹ 厚生労働省「がん対策推進基本計画」平成24年6月

² 辻 彼南雄「理想の看取りと死に関する国際比較研究」平成24年6月

³ 平成25年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」

⁴ 平成25年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」

上記研修会におけるグループワークや全体共有を通じて寄せられた意見や、研修会時に実施したアンケート結果から、施設での看取り体制を充実させるには、施設の方針や管理者の考えが重要であるということが浮き彫りとなった。

この点をより具体的なかたちで研修プログラムに反映させるために、以下の流れに従い、居住系施設の方々にインタビュー並びにアンケート調査を実施した。

■ 平成 25 年 12 月

(平成 25 年 看取りに関する知識と理解を促すための研修会 第 2 回開催時)
研修会プログラムの詳細についてインタビュー協力いただける方を募集

■ 平成 26 年 2 月

松戸市内にある居住系施設管理者 8 名にインタビュー

■ 平成 26 年 5 月

研修会の内容に関するアンケートを実施するための質問紙票を作成

■ 平成 26 年 6 月

インタビュー協力者 8 名の協力を得て、パイロット調査を実施

■ 平成 26 年 6 月

質問紙の修正

■ 平成 26 年 7 月

松戸市内の居住系施設 (133 箇所) の管理者を対象に、質問紙票を郵送しアンケート調査を実施 (アンケート回収率 31.4%)

ii. 研修会の内容

テーマを「居住系施設管理者や職員を対象とした終末期ケア研修会～入居から看取りまでを支えるケア～」とし、下記のとおり 2 部構成とした。

第 1 部

- ・講義：入居から看取りまでを支える基礎知識
 - 老い、衰えのプロセス
 - 看取りのプロセスとケア

- ・グループワーク：現状把握と課題抽出
- ・全体共有

第 2 部

- ・講義：看取りを支えるチーム作り
 - 高齢多死社会における居住系施設の役割
 - 施設や各職種に向けた論点提示
- ・ワールドカフェ
 - 他の施設ではどんな悩みをもっているのだろう？
 - 他の施設ではどのような工夫をしているのだろう？
- ・全体共有

本プログラムの特徴

受講者が、施設の枠や役職 (立場) の違いを超えて、限られた時間の中で、できるだけ多くの受講者と議論や情報交換できるようにするために、以下の工夫を行った。

- ・ワールドカフェ形式を採用した。
- ・各講義の最後に、講師がグループで話し合う際の論点を複数提示することで、グループで話し合う際の焦点を絞りやすくした。

第1部 グループワークでの論点

- ・自施設の看取り介護への取り組み状況共有
- ・医療介護連携体制は現状どうなっているか
- ・看取りに取り組むにあたり存在する“壁”とは
- ・居住系施設が“終の棲家”を目指す意義とは

第2部 ワールドカフェでの論点

- ・前半のグループワークで討論した内容の共有
- ・スタッフの不安や負担感等はどう対処するか
- ・他施設の“悩み”や“工夫”から学ぶ
- ・密室化を避け地域に溶け込む施設のあり方

iii. 対象者 (表 1・表 2・表 3・表 4・表 5)

松戸市内の居住系施設 133 箇所にあいせつを送付し受講者を募った。

尚、研修会受講の効果をより高めるために、案内に際しては施設の管理者・管理的立場にある方と、現場で経験や研鑽を積みつつある介護職や看護職の方が複数名で申込みことを推奨した。

受講者の所属施設 (表 1)、職種 (表 2)、経験年数 (表 3)、仕事上での看取り経験の有無 (表 4)、看取り件数 (表 5) は下記に示すとおりである。

表 1. 受講者の所属施設

	n	%
特別養護老人ホーム	8	18.6
グループホーム	26	60.5
小規模多機能型居宅介護施設	2	4.7
有料老人ホーム	1	2.3
サービス付き高齢者向け住宅	1	2.3
宅老所	2	4.7
介護老人保健施設	1	2.3
無回答	2	4.7
合計	43	100.0

表 2. 受講者の職種 (複数回答)

	n	%
看護師	4	9.3
ケアマネジャー	15	34.9
ヘルパー	11	25.6
介護福祉士	24	55.8
社会福祉士	3	7.0
その他	2	4.7
無回答	2	4.7
合計	43	100.0

表 3. 経験年数

	n	%
1 年未満	3	7.0
1 年～5 年未満	12	27.9
5 年～10 年未満	18	41.9
10 年～15 年未満	7	16.3
15 年～20 年未満	1	2.3
20 年以上	0	0.0
無回答	2	4.6
合計	43	100.0

表 4. 仕事上での看取り経験の有無

	n	%
ある	31	72.1
ない	11	25.6
無回答	1	2.3
合計	43	100.0

表 5. 看取り件数

件数	n	%
1	5	11.6
2	2	4.7
3	1	2.3
4	2	4.7
5	1	2.3
6	5	11.6
7	4	9.3
8	1	2.3
10	1	2.3
12	1	2.3
20	2	4.7
30	5	11.6
無回答	13	30.2
合計	43	100.0

iv. 研修会の様子

以下、当日のプログラムの内容順に、研修会の様子を写真で報告する。

第1部

講義

【入居から看取りまでを支える基礎知識】



【職員のグループ】



グループワーク

【管理者のグループ】



全体共有



*休憩時間に席移動し、管理者と他施設の職員が一緒となるメンバー構成とした

第2部

講義

【看取りを支えるチーム作り】



【管理者のグループ】



ワールドカフェ

【管理者と職員が一緒のグループ】①



【職員のグループ】



【管理者と職員が一緒のグループ】②



全体共有



*ワールドカフェの中盤に席替えをし、最初のグループ編成に戻った