

財団法人 名古屋市高齢者療養サービス事業団

平成 24 年度 公益助成事業成果報告書

がん患者の在宅緩和支援における 訪問看護師の役割に関する研究

平成 25 年 3 月

研究代表者：中島大地（名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻）

共同研究者：宮武美智代（愛知県がんセンター 中央病院）

内田一貴（名古屋大学医学部保健学科）

尾前美友貴（名古屋大学医学部保健学科）

石井晴奈（名古屋大学医学部保健学科）

北村言（名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻）

大川明子（名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻）

I. 研究の背景

がんは 1981 年から 2012 年までわが国における死亡原因の第 1 位を占め、今後も死亡数の増加が予想されている。そして、外来がん治療技術の進歩や在院日数の短縮化に伴い、がん治療や緩和ケアを継続しながら在宅で療養する事が可能になってきている。しかし、2009 年の統計では、死亡場所の 78.4%が病院であり、自宅はわずか 12.4%にとどまっている。一方、死期が迫っていると告げられた患者の 63.3%は自宅で療養したいという希望があり¹⁾、今後ますますがん患者およびその家族への在宅療養支援を充実させることが求められる。がん患者は医療依存度や介護度が高く、在宅で医療処置を継続する事や症状により在宅療養移行を困難にしている事が示唆されている²⁾。在宅療養する際は、治療中心の生活から QOL の向上を目指す支援が中心となり、医学モデルから生活モデルへの転換が必要であると言われており³⁾。この役割は訪問看護師が中心的に担っており、在宅療養者のニーズを把握し、トータルにケアをコーディネートしていると考えられる。がん患者の在宅移行支援における病院看護師や訪問看護師の役割⁴⁾や、他職種連携²⁾⁵⁾に関する先行研究は散見されるが、がん患者の在宅療養安定化や看取りに対する訪問看護師の具体的な支援内容を明らかにした先行研究はほとんどない。また、退院から看取りという経過の中でがん患者および家族への必要な支援内容は変化していく事が予測される。退院から看取りという経過における訪問看護師の具体的な支援内容を明らかにする事は、訪問看護体制の基盤整備や病院から地域への円滑な退院支援を行なう上で重要と思われる。

II. 目的

本研究の目的は、訪問看護師が在宅療養を行うがん患者に対して、退院前から看取りまでの期間に医療管理上および生活・介護上⁶⁾の面からどのような緩和支援を行なっているか、その役割を明らかにする事である。

III. 用語の操作的定義

本研究で取り扱う用語は以下の様に定義する。

在宅がん患者の緩和支援：がん患者の居宅において医師や訪問看護師が症状コントロールなどを中心にして、安全・安楽に療養できるための関わり

在宅療養導入期⁷⁾：退院するまでの 1 週間程度の期間

在宅療養開始期⁷⁾：退院後から 1 週間程度の期間

在宅療養維持期：病状の変化はあるも、支援を受けながら在宅療養を継続している退院後 1 週間から看取り前 1 週間程度の期間

看取り期：死亡される前 1 週間程度の期間

IV. 対象と方法

1. 対象

1)第 1 研究（質問紙郵送法）

(1)対象機関

①愛知県訪問看護ステーション連絡協議会のホームページに登録されている訪問看護事業所のうち、愛知県内においてがんのターミナル対応のサービスを提供している

すべての訪問看護事業所 142 施設

②広島県のホームページに登録されているすべての訪問看護事業所 152 施設

(2)対象者：病院から自宅へ退院し訪問看護による看取りのケアを受けたがん患者を受け持った訪問看護師とした。事例数は各事業所 3 事例とする。

2)第 2 研究 (半構成面接法)

対象者：第 1 研究の質問紙調査の協力者のうち、第 2 研究の面接調査への承諾を得られた者とした。

2. 調査方法

研究は第 1 研究 (質問紙郵送法) と第 2 研究 (半構成面接法) で構成した。

1)質問紙郵送法

(1)方法

独自に作成した無記名・自記式質問紙を用いて調査を行なった。

調査票は、1 期「在宅療養導入期 (退院前 1 週間)」、2 期「在宅療養開始期 (退院後 1 週間)」、3 期「在宅療養維持期 (退院後 1 週間以降)」、4 期「看取り期 (看取りまでの 1 週間)」の 4 時期に区分し、それぞれの時期に病院から自宅退院し看取りを行なったがん患者に対して訪問看護師が行なった支援により構成した。

調査項目は協力者である訪問看護師と事例の対象者であるがん患者の属性、医療管理内容および社会福祉資源の利用により構成した。看取り後に患者および家族に対し行った支援では、自由記載欄を設けて回答を求めた。

2)半構成面接法によるインタビュー

面接場所は、他者から面接内容が分からない様に配慮し、調査協力者の指定した場所で実施した。面接時間は 30 分～60 分程度とした。同意を得た上で面接内容は IC レコーダーに録音し、内容から逐語録を作成し、質的に分析した。

面接内容は、1 期「在宅療養導入期」から 4 期「看取り期」までの 4 時期に患者やその家族に行った医療管理上および生活・介護上の面から行なった支援とし、インタビューガイドに沿って行なった。

3. 倫理的配慮

名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理委員会の承認 (承認番号 12-115) を得た後に対象者に対して以下の 3 点の説明を行った。

1)本研究の目的と方法

2)個人情報の保護: 研究協力者および利用者、事業所名などは特定できない様に記号化し、第三者には分からないように配慮する。データは全て鍵のかかる保管庫で管理し、個人情報が漏れないようにする。データは研究目的以外に使用せず、研究終了後、紙データである調査票、逐語録、研究参加承諾書、第 2 研究の回答書はシュレッダーにかけた後に焼却処分を行い、IC レコーダーの音声記録は抹消する。研究発表は、個人が特定できないように配慮し公開することとする。

3)自由意思の尊重: 研究への協力は自由意思であり、研究参加しなくても不利益を被らな

い事。いつでも研究参加への同意の撤回が可能である事。研究への協力が所属する施設長や他のスタッフに分からない様に配慮する事。

調査票送付時に上記を記載した研究説明書を送付した。面接調査の対象者には上記について直接書面を用いて説明し、同意を得た上で実施した。

V. 結果

対象機関 294 施設のうち、研究の協力が得られたのは 63 施設 (21.4%) であった。それらの施設に対し調査票を 3 部ずつ計 189 部送付し、103 部の回収を得た (回収率 54.5%) そのうち在宅にて看取りを行っていない 10 事例を除外し、93 事例について分析を行った (有効回答率 90.3%)

1. 対象者及び事例における患者の属性

対象者である訪問看護師の総数は 93 (男性 5、女性 88) 名で、平均年齢は 46.9 (SD 8.1、28~69) であった。看護師経験の平均年数は 21.5 (SD 8.4、1~42) 年であり、訪問看護師経験の平均年数は 9.4 (SD 5.1、1~26) 年であった。勤務している県は愛知県：68 名、広島県：25 名であった。(表 1)

事例におけるがん患者は男性：53 名、女性：40 名であった。年代別では、70 代以上の患者が 7 割以上を占めていた。がんの種類は、肺がん (18 名)、大腸がん (18 名) が最も多く、胃がん (14 名)、肝臓がん (8 名) などであった。介護者の有無では「あり」が 86 名、「なし」が 4 名、退院病院の種類では公立病院 52 名、私立病院 36 名、その他が 1 名であった。保険種別では医療保険 80 名、介護保険 9 名、医療保険と介護保険の両方は 3 名、その他が 1 名であった。訪問看護提供期間の平均は 14.7 (SD 25.2、1~144) 週間であった。退院時のパフォーマンスステータス (PS) は、グレード 3 以上の患者が 6 割以上を占めていた。

退院前カンファレンスの有無では、「あり」が 54 名、「なし」が 36 名であり、カンファレンス参加者の平均人数は 4.9 (SD 1.5、2~10) 人であった。参加者の内訳は、訪問看護師 51 名、病院看護師 49 名、ケアマネジャー 38 名、病院主治医 38 名、在宅医 19 名、ソーシャルワーカーおよびケースワーカー 11 名、などであった。(表 2)

2. 医療管理項目

1) 医療管理項目数の経時的変化

各時期における医療管理項目数の平均は在宅療養導入期：2.02 (SD 1.52)、在宅療養開始期：2.20 (SD 1.56)、在宅療養維持期：2.61 (SD 1.87)、看取り期：2.99 (SD 1.87) であった。時期毎に対応のある t 検定による解析を行った。在宅療養導入期と在宅療養開始期における医療項目数に有意差はなかった。在宅療養開始期から在宅療養維持期および在宅療養維持期から看取り期における医療管理項目数は有意に上昇した。(表 3)

医療管理項目の内訳は 4 期を通してがん性疼痛管理が最も多く、点滴管理、ポート管理、在宅酸素療法が多かった。経口による疼痛管理は看取り期において有意に減少した。

(図 1)

3. 福祉資源利用項目

1)福祉資源利用項目数の経時的変化

各時期における福祉資源利用項目数の平均(表 4)は、在宅療養導入期:2.88(SD 1.23)、在宅療養開始期:3.16 (SD 1.09)、在宅療養維持期:3.28 (SD 1.12)、看取り期:2.89 (SD 0.87)であった。時期毎に対応のある t 検定による解析を行った。各時期における福祉資源利用項目数の比較では、在宅療養維持期から看取り期において有意に少なくなっていた。(図 2)

訪問看護師による 1 週間の訪問回数平均(表 5)は、在宅療養導入期:3.38 回(SD 2.13)、在宅療養開始期:3.67 回(SD 2.23)、在宅療養維持期:3.83 回(SD 2.43)、看取り期:5.01 回(SD 2.52)であった。時期毎に対応のある t 検定による解析を行なった。在宅療養維持期から看取り期においては有意差がみられた。

往診の利用は看取り期において有意な上昇がみられた。

4. 看取り期における症状(表 6)

看取り期における症状の項目数は平均 2.99 (SD 1.87、0~7)であった。6 割以上の患者において「食欲不振」「末梢の浮腫」「倦怠感」「尿量減少/無尿」「生気/活気のなさ」の症状を呈していた。

がん種別毎に看取り期の症状について χ^2 検定を行ない比較した結果、「末梢の浮腫」は肺がん、「口内乾燥」は胃がん、「腹水貯留」は肝臓がん有意に高かった。一方、「生気/活気のなさ」は大腸がん、「腹水貯留」は肺がんにおいて有意に低かった。

6. インタビューに基づく内容分析

6 名の訪問看護師から第 2 研究回答書の返送があった。インタビューを行うにあたり、研究の意図を説明し、6 名全員から承諾を得て半構造化面接を行なった。訪問看護師の勤務する県は愛知県が 5 名、広島県が 1 名であった。

抽出したコード数は 329 コードであった。在宅療養開始期から看取り期に行なっている援助を時期毎に分け、患者および家族介護者に対して行っている援助及び他職種間の連携に関係する内容について 3 最終的に 289 コードを分析対象とした。以下、カテゴリを

【 】、サブカテゴリを「 」で記述する。

在宅療養導入期の 3 項目のカテゴリは【退院前カンファレンスで情報収集し、共有する】、【退院後の環境を整える】、【患者家族から情報収集し、共有する】であった。在宅療養開始期の 4 項目のカテゴリは【医療行為を確認し、指導する】、【ケアの実践をする】、【療養安定化に向けた援助を行なう】、【家族支援を行なう】であった。在宅療養維持期の 3 項目のカテゴリは【患者の希望を尊重し、支援する】、【身体状況の維持をする】、【家族支援を行なう】であった。看取り期の 4 項目のカテゴリは【患者と家族介護者の希望を確認し、最期を迎える場所を調整する】、【家族支援を行なう】、【関係職種と連絡・調整する】であった。

VI. 考察

1. 患者の属性

1)基本属性について

対象となるがん患者 93 名の男女比は 5 : 4 であり、在宅での看取りにおいて性別における格差はみられなかった。年代別では 70 代以上が 7 割を占める結果であった。厚生労働省 (2011 年) ⁸⁾による人口 10 万人に対する年齢階級別死亡率では、ほぼ同等の分布となっており、やはり 70 代以上が 7 割を超えている。また、国立がん研究センターがん対策情報センターの公表(2011)⁹⁾による部位別にみた人口 10 万人に対する死亡率では、本調査において大腸がんと乳がんの患者が若干多いものの、ほぼ同等の分布となっている。これらのことから、性別や年齢、がんの部位などによる在宅での看取りにおける特徴はみられなかった。つまり、全がん死亡者と同様に、在宅においても看取りが行なわれていると考えられ、基本属性により在宅で看取りを困難にする要因はないと考えられる。保険種別をみると、86.0%の患者が医療保険を利用している。「がん末期」という診断名がつく場合は 40 歳以上であれば介護保険の利用が可能となるが、この場合訪問看護は医療保険が優先となり、ベッドなどの福祉用具の利用は介護保険を使って行なうことになる。このことから多くの患者は医療保険で訪問看護を利用していると考えられる。退院時の PS (パフォーマンス・ステータス) はグレード 0 の患者は 0 人であり、グレード 3 以上の患者が 6 割以上を占めていることから、退院の時点でがん患者は活動性を大きく制限されている事が伺える。

2)退院前カンファレンスについて

退院前カンファレンスについては、4 割の患者において実施されていなかった。末期がん患者は医療依存度が高く、また病状の変化が激しい為、特に退院前カンファレンスによる病院と訪問看護との連携が重要である。増淵 ¹⁰⁾らは、退院前カンファレンスを開催する事は、家族、主治医、病棟看護師、訪問看護師間のずれを無くし、医療依存度が高い患者の在宅療養を可能にする為の支援であると述べている。しかし、病院から訪問看護に対する依頼の多くは退院間近もしくは退院直後であり、退院前カンファレンスを開くことができない状態が報告されている ¹¹⁾。がん患者の在宅療養を可能にする為、入院中から計画的な退院支援を行ない、病院と訪問看護における密な連携が必要であると考えられる。

退院前カンファレンスを実施した事例におけるカンファレンス参加者においては、訪問看護師、病棟看護師、ケアマネジャー、主治医、退院調整看護師を中心に多職種が関わっている事が分かる。現在の患者の状況や今後の目標を多職種間で共有する事で、退院に向けて各専門職が必要な情報や支援を明らかにする事ができる為、がん患者に関わる多くのスタッフが退院前カンファレンスに参加する必要があると考える。石口 ¹²⁾も、退院支援・退院調整に対して「訪問看護師と病棟看護師や地域連携室スタッフの早期からの協働」を提言している。また、退院調整加算においては、入院中の病院のスタッフだけでなく、在宅医や訪問看護師を含む 3 機関以上で共同支援を行なう場合は加算がつく事もあり、多職種における退院支援の連携を行なう事が望ましい。

2. 医療管理項目の経時的変化

医療管理項目は在宅療養導入期から在宅療養開始期においては統計的な差はみられなかったものの、在宅療養開始期から在宅療養維持期、看取り期にかけてわずかながら増えている結果が示された。退院前から退院後1週間にかけては、病院で行なわれていた医療処置を訪問看護師の管理のもとで継続されている事が分かる。しかし、積極的治療を行わず在宅療養されているがん患者は、病状の悪化に伴い新たな変化が起こる為、医療処置数が増加していくものと推察される。退院してから1週間が経過し在宅療養としては安定しても、病状としては緩徐に、あるいは急激に悪化の様相を辿る。看取り期に入ると、さらに状態の変化を伴い、医療処置項目の増加がみられる。具体的な医療処置項目をみると、がん性疼痛管理が最も多く、次いで点滴やポート管理など在宅における輸液管理、在宅酸素療法など、医療管理技術を要する多様な医療処置を行なっている事が分かる。在宅療養を行なうがん患者は、これらの様々な医療管理を要する為、家族介護者だけでは管理が困難であり、在宅医療を継続する為に訪問看護師などの支援が必要となる事が多い。また、これらの医療処置の継続が在宅移行を困難にしている要因でもある。

福井²⁾が全国の病棟看護師865人を対象に行なった在宅療養移行に関する大規模調査では、在宅療養移行時に酸素を受けていない患者およびモルヒネの投与方法が経口である患者ほど病棟看護師により在宅療養移行が検討されていた。しかし本調査の結果では、在宅移行時に17%のがん患者は在宅酸素療法が必要であった。また、がん性疼痛管理を行なっている患者のうち経口による投与が最も多いが、経口以外の方法により管理をしている患者もあった。さらに看取り期に入ると在宅酸素療法を行なう患者の割合は有意に増加し、経口による疼痛管理方法は有意に減少している。酸素投与を行なっていない事と経口による疼痛管理は、病棟看護師が在宅移行を検討する要因であるが、本調査によれば実際には在宅移行を行なえており、在宅での看取りまでも行なっている。この結果が異なっている要因は、病棟看護師が在宅では医療管理が難しいと感じており、在宅移行に対し消極的になっている事が考えられる。これは病棟看護師の在宅療養に対する認識の1つであり、がん患者の在宅移行を阻害している要因となっていると考える。

3. 福祉資源利用項目の経時的変化

がん患者が利用している福祉資源項目数は、看取り期において減少し、統計的に有意な差がみられた。具体的な内容をみると、どの時期も訪問看護、往診、福祉用具、などの医療・介護サービスの利用が多く、6割を超える患者が利用している。経時的な変化をみると、訪問看護の利用が在宅療養導入期から在宅療養開始期において有意に増えていた。これは、突然の退院などにより入院中に訪問看護として関わる事ができず、在宅療養が開始してから支援を開始している事によるものと考えられる。福井¹³⁾が行ったがん患者の在宅移行における全国的な調査では、急な退院が85%とほとんどを占め、訪問看護師の53%は、退院依頼日が遅いと判断していた。がん患者の在宅移行では、入院中早期から退院計画を行い、退院前から訪問看護師が在宅移行に関わる事がスムーズな在宅移行の為に必要であると考えられる。

また、往診においては在宅療養維持期から看取り期にかけて有意に増えていた。往診を利用する患者の割合はどの時期も8割を超えているが、在宅療養維持期が最も低く、看取り期が最も多い。この事から、どの時期においても患者の状態観察や医療管理の為に訪問看護を利用する患者が多いが、病状として安定していれば往診を利用されず、看取り期において往診を利用されている事が伺える。

訪問看護師の訪問回数をみると、在宅療養維持期は平均3.88回/週の訪問であるのに対し、看取り期においては平均5.03回/週と有意に上昇し、ほぼ連日のように訪問している様子が伺える。青木ら¹⁴⁾の訪問看護件数の調査では、定期訪問に対して計画外訪問が全体の34%に及んでおり、中でも患者の要請による緊急訪問が21%に達している事から24時間体制による訪問看護の必要性を指摘している。さらに要請の98%は、点滴の管理、喀痰吸引、疼痛のコントロール、カテーテルの管理など医療処置に関わるものがほとんどを占めている事が示されている。本調査によるがん患者においても、在宅療養維持期から看取り期にかけて病状の変化があり、緊急訪問も含めて集中的に訪問看護を利用されている様子が伺える。

4. 各時期における訪問看護師の役割

以下では、本調査の目的でもある各時期における医療管理上および生活介護上の面における訪問看護師の役割について、調査票の分析結果およびインタビュー分析結果をもとに考察を行なっていく。

1)在宅療養導入期

在宅療養導入期において訪問看護師は、【退院前カンファレンスで情報収集し、共有】を行っていた。急な退院などにより、退院前カンファレンスに参加できない場合は病院のMSWや地域連携室のスタッフや、がん相談員などと連絡を取り「病院から直接情報を得て」いた。在宅でも継続する医療処置については「指導内容を確認する」為に、退院前に病院を訪問し、家族介護者と共に病棟看護師から医療処置の指導を受け、家族介護者の理解度や習熟度の確認を行っていた。退院後も継続して医療処置をサポートできる体制を整える為に、退院前に訪問看護師が指導内容や習熟度の確認を行なう事が必要である。

また、訪問看護師は、退院前カンファレンスにおいて、生活・介護面からは「主介護者、協力者の情報を得る」、「不安なところを確認する」、「急変時の対応」などの情報収集を行なうと共に、「家族に退院後のイメージを持ってもらう」事を支援していた。退院後の生活については具体的に、「患者・家族と顔を合わせ顔を覚えてもらう事や」、「訪問看護についての説明」、「介護状況や住宅環境の確認」を行っていた。

経済的な不安に対しては「費用について伝える」ことを行なっており、パンフレットを用いて概算を知らせている事業所もあった。

退院後の環境整備としては、「福祉用具を準備する」ことや、家族介護者と相談しながら「介護サービスの活用を検討」していた。安心・安楽な在宅移行を可能にする為には生活・介護面での在宅環境を整える必要があり、その為には計画的に退院計画を行ない、退院前カンファレンスにて必要なサービスや福祉用具を検討する事が必要である。

2)在宅療養開始期

実際に在宅療養が開始されてから、訪問看護師は【医療行為を確認し、指導】を行っていた。樋口ら¹⁵⁾も、「医療の専門家ではない家族が処置を担う場合、大変なのは退院直後である」と述べている通り、訪問看護師は退院直後であるこの時期に、必要であれば連日訪問し、再指導を行っていた。吉田¹⁶⁾は、「家庭で療養を行なう際には、治療・処置の管理や療養者の身の回りの世話が家庭生活のなかに融合されるよう生活を再構築する必要がある」と述べており、また、「病院での複雑な医療処置が可能なかぎり単純化されるように」していく事が必要であると提言している。つまり、病院で行なわれている医療管理をそのまま在宅へ適用させるのではなく、患者・家族介護者の生活に沿う形でのアレンジが必要な事もある。本調査においても、在宅用にケアをアレンジする際、手技の変更は根拠についても説明しながら指導していた。医療処置を在宅で継続する為に、訪問看護師は特に退院直後において医療行為の確認、指導を十分に行ない、在宅療養を支援している事が分かった。

また、訪問看護師は在宅療養開始期において、【療養安定化に向けた援助】を行っていた。退院前に計画されていた物品やサービス、訪問看護の訪問回数や時間などが、実際に在宅療養を開始されてからそれらが患者に合っているかを確認し、必要時変更などを行なっている状況が明らかになった。調整においては「ケアマネジャーと連絡・調整」しており、生活状況についての情報を共有しながら支援を行っていた。

病院から退院して、療養生活が安定するまでは、家族介護者にとって肉体的にも精神的にも負担の大きな時期である。患者および家族介護者が安全・安楽に在宅療養を継続する為にも、退院早期から【療養安定化に向けた援助】や【家族支援】を行なう事が重要であると考ええる。

3)在宅療養維持期

訪問看護師は日々状態が変化していく患者に対し、【身体状況の維持】という関わりを行っていた。疼痛などの症状について観察し、「状態の確認をする」とともに、「状態の変化に対応」していた。「医師との連絡・調整」を行ない、患者の病状や症状の報告を行っていた。緊急性に応じて電話連絡や直接医師を訪問し、往診日は一緒に訪問し情報共有するなど医師と連携を行なっている。24時間切れ目なく医療を提供し、患者の状態変化に対応する為には訪問看護と医師との連携が求められる。在宅療養維持期は往診を利用している患者が最も少なく、患者の身体状況の維持の為には医師との連絡・調整を欠かす事はできない。いつでも医師と連絡を取れるように、日々の業務の中で関係性を構築する事が必要である。

また、在宅療養維持期において特徴的な役割は【利用者の希望を尊重し、支援する】ことである。入訪問看護師は患者や家族介護者の「希望を確認」し、それが叶うよう「希望を支援する」役割を担っていた。在宅療養を継続しながら1つでも多く希望を叶える為、訪問看護師は患者と家族介護者の希望を確認し、必要時医師などと連携しながら支援していく事が必要であると考ええる。

4)看取り期

看取り期においてがん患者は急激な状態の変化があり、様々な症状を呈する。医療処置項目数は上昇し、特に在宅酸素療法および吸引にて有意に増えている事が示された。看取り期において訪問看護師は【症状の緩和に努め】ており、苦痛が最小限となるよう支援を行っていた。看取り期は往診の利用が最も多く、在宅療養維持期に比べて有意に上昇している。訪問看護師は往診時同行して、医師から家族介護者に対する説明内容を把握し、最期をどの様に迎えるか家族介護者の希望と医師の考えを調整するなどの役割も担っていた。患者や家族介護者が望む時は主治医から病院を紹介してもらい、家族介護者の状況に応じて入院を検討するなど、入院する場合はできるだけ計画的に行なえるよう支援している状況が明らかになった。看取り期においては揺れ動く患者や家族介護者の思いに寄り添いながら、在宅での看取りや病院への入院などの体制を整え、支援していく事が必要であると考ええる。

訪問看護師は看取り期においても多様な【家族支援】を行っていた。また、「家族介護者への死の準備性を高める支援」を行っており、やがて迎える家族の死を落ち着いて迎えらるよう関わっていた。家族に悔いが残らないよう、患者と家族が触れ合える時間を提供することや、看取りのパンフレット渡してどのように最期を迎えるかについて話をする事、葬儀に関する事など看取り後に必要な準備について助言をするなど、予測される状況についてタイミングをみながら少しずつ何度も情報提供を行なっている様子が伺える。小野¹⁷⁾は「療養生活開始から終末期までのグリーフケアをよく実施しているほど、臨終期のグリーフケア、看取り後のグリーフケアをよく実施」している事を示しており、看取り前からの継続的な家族支援が重要であると考ええる。看取り期においては患者の変化していく病状を、家族介護者が受け入れられるよう説明しながら、死別の受け入れや死後の準備を少しずつ行なえるよう支援する事が必要であると考ええる。

看取り期に入り死期が近づいてきている時点では、訪問入浴など患者の負担になるサービスは不要である。看取り期において福祉資源項目は有意に低くなっている事からも、サービスの調整が行なわれている事が分かる。訪問看護師は「ケアマネジャーと連絡・調整」しながら看取り期におけるサービスの調整を行なっている事が明らかになった。

謝辞

ご多忙の中、本研究にご協力いただいた訪問看護師の皆様、広島県の訪問看護ステーションを紹介して下さった名古屋大学医学系研究科の阿部まゆみ先生に厚く御礼申し上げます。

また、本研究におきまして財団法人名古屋市高齢者サービス事業団の公益助成事業により実施できましたことを深謝いたします。

文献

- 1)終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査結果」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>
- 2)福井小紀子. 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査. 日本看護科学会誌. 27(2), 92-100(2007)
- 3)篠田道子. 退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割. 看護. 60(11), 44-47(2008)
- 4)北川恵ら. 急性期病院の退院調整に携わる病院看護師の在宅移行連携の実態と認識. 看護展望. 34(13), 2009
- 5)樋口キエ子ら. 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状-連携上の困難・役立った支援より. 看護実践の科学. 34(10), 61-68(2009)
- 6)宇都宮宏子. 退院調整看護師の活動の実際(1). 保健の科学. 52(8), 551-561(2010)
- 7)木下由美子ら編. 在宅看護論. 医歯薬出版株式会社, 2009
- 8)厚生労働省. 死因簡単分類別にみた性別死亡数・死亡率(人口10万対).
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei11/dl/11_h7.pdf
(参照 2012.12.26)
- 9)国立がん研究センターがん対策情報センター. 人口動態統計によるがん死亡データ.
<http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html> (参照 2012.12.26)
- 10)増渕京子ら. 医療依存度が高い患者の在宅療養支援-訪問看護師による連携についての検討-. 第37回訪問看護. 2006
- 11)高橋洋子. 退院調整看護師と訪問看護の地域における協働. 保健の科学. 52(11), (2010)
- 12)石口房子. 退院支援・退院調整における訪問看護師の役割.
COMMUNITY CARE. 11(3), 12-18(2009)
- 13)福井小紀子. 地域を単位とした緩和ケア推進のための看護師の役割～筆者らの行った全国調査の結果から見えてくること～. がん看護. 16(3), 413-419(2011)
- 14)青木万由美ら. 在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割.
Hospice and Home Care. 16(3), 218-224(2008)
- 15)樋口キエ子ら. ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動.
順天堂大学医療看護学部医療看護研究. 5(1), 69-74(2009)
- 16)吉田千文. 退院にかかわる看護技術. 看護実践の科学. 28(10), 10-15(2003)
- 17)小野若菜子. 家族介護者に対して訪問看護師が行なうグリーフケアとアウトカムの構成概念の検討. 日本看護科学会誌. 31(1), 25-35(2011)

表 1 . 訪問看護師属性項目

項目	区分	n(%) or mean±SD	n=93 範囲
県	愛知県	68(73.1)	
	広島県	25(26.9)	
性別	男性	5(5.4)	
	女性	88(94.6)	
年齢		46.86±8.13歳	28-69
看護師経験年数		21.54±8.41年	1-42
訪問看護師経験年数		9.37±5.05年	1-26

表2. 患者属性項目

項目	区分	n(%) or mean±SD	n=93 範囲
性別	男性	53(57.0)	
	女性	40(43.0)	
年齢	40歳未満	1(1.1)	
	40代	6(6.5)	
	50代	8(8.6)	
	60代	11(11.8)	
	70代	37(39.8)	
	80歳以上	29(31.2)	
	未記入	1(1.1)	
がん部位	肺	18(19.4)	
	大腸	18(19.4)	
	胃	14(15.1)	
	肝臓	8(8.6)	
	乳	7(7.5)	
	膵臓	5(5.4)	
	前立腺	4(4.3)	
	膀胱	4(4.3)	
	卵巣	3(3.2)	
	食道	2(2.2)	
	胆のう	2(2.2)	
	脳	2(2.2)	
	原発不明	2(2.2)	
	その他	2(2.2)	
	未記入	2(2.2)	
介護者	あり	86(92.5)	
	なし	4(4.3)	
	未記入	3(3.2)	
退院病院	公立病院	52(55.9)	
	私立病院	36(38.7)	
	その他	1(1.1)	
	未記入	4(4.3)	
保険種別	医療保険	80(86.0)	
	介護保険	9(9.7)	
	医療+介護	3(3.2)	
	その他	1(1.1)	
訪問期間		14.68±25.19週間	1-144
退院前 カンファレンス	あり	54(58.1)	
	なし	36(38.7)	
	未記入	3(3.2)	
カンファレンス参加人数		4.85±1.49人	2-10
カンファレンス 参加者 (N=54)	訪問看護師	51(94.4)	
	病棟看護師	49(90.7)	
	ケアマネジャー	38(70.4)	
	主治医	38(70.4)	
	退院調整看護師	37(68.5)	
	在宅医	19(35.2)	
	SW,CW	11(20.4)	
	薬剤師	6(11.2)	
	福祉用具業者	5(9.3)	
	ヘルパー	4(7.4)	
	医療機器業者	3(5.6)	
	その他	9(16.8)	
医療処置の継続	あり	58(62.4)	
	なし	29(31.2)	
	未記入	6(6.5)	
退院時のPS	グレード0	0(0)	
	グレード1	6(6.5)	
	グレード2	16(17.2)	
	グレード3	18(19.4)	
	グレード4	19(20.4)	
	未記入	34(36.6)	

表 4. 福祉資源項目の経時的変化

	mean	SD	range	各期の比較	
在宅療養導入期 (n=90)	2.88	1.23	0-6	* *	* *
在宅療養開始期 (n=85)	3.16	1.09	1-7		
在宅療養維持期 (n=72)	3.28	1.12	1-6	* *	* *
看取り期 (n=92)	2.89	0.87	0-5		

Studentのt検定 *:P<0.05 **:P<0.01

表 5. 訪問看護の訪問回数

	mean	SD	range	各期の比較		
在宅療養導入期 (n=79)	3.38	2.13	1-7	* *	* *	* *
在宅療養開始期 (n=80)	3.67	2.23	1-7			
在宅療養維持期 (n=69)	3.83	2.43	1-14	* *	* *	* *
看取り期 (n=89)	5.01	2.52	0-15			

Studentのt検定 *:P<0.01

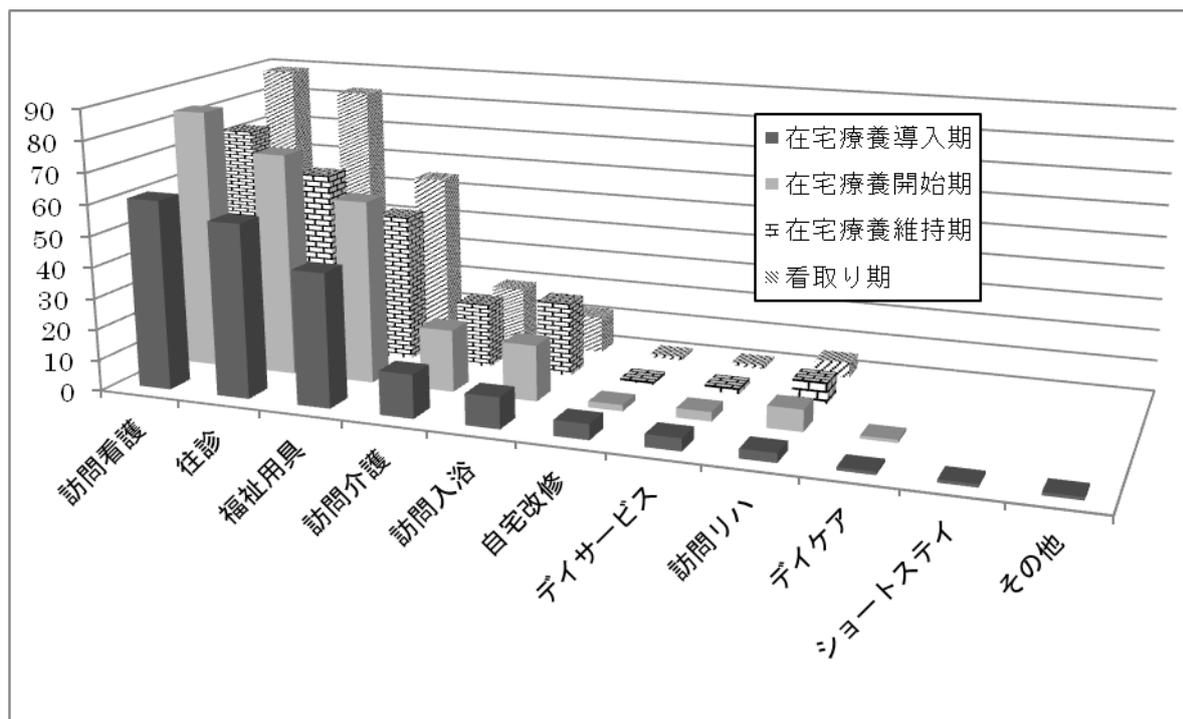


図2. 各時期における福祉資源項目内容

表6. 看取り期における症状

項目	n	割合(%)	がん種別との比較(p値)			
			肺がん	胃がん	大腸癌	肝臓
食欲不振	67	72.0				
抹消の浮腫	64	68.8	*(0.048)			
倦怠感	63	67.7				
尿量減少/無尿	62	66.7				
生気/活気のなさ	57	61.3			*(0.035)	
口内乾燥	45	48.4		*(0.026)		
肩呼吸/下顎呼吸	40	43.0				
腹水貯留	35	37.6	** (0.001)			*(0.034)
安静時の呼吸困難	32	34.4				
顕著な骨突出	30	32.3				
喘鳴	24	25.8				
嘔気/嘔吐	23	24.7				
口臭	17	18.3				

χ²検定 *: $P < 0.05$ **: $P < 0.01$

表7. 在宅療養導入期におけるインタビュー分析

「在宅療養導入期においてがん患者に行っている支援はなんですか？」

カテゴリ	サブカテゴリ
退院後の環境を整える 52(66.7%)	往診をすすめる(3)
	医療機器や衛生材料を準備する(3)
	医療処置の指導内容を確認する(10)
	退院後の受診や入院について確認する(7)
	病院から直接情報を得る(4)
	福祉用具を準備する(8)
	介護サービスの活用を検討する(11)
	介護状況や住宅環境の確認をする(3)
	試験外泊を提案する(2)
外泊時に訪問する(1)	
退院前カンファレンスで 情報収集し、共有する 14(17.9%)	利用者の身体状況について確認する(4)
	疾患の理解や告知の内容を把握する(1)
	主介護者、協力者の情報を得る(3)
	不安なところを確認する(2)
	急変時の対応を確認する
	カンファレンス参加者と情報を共有する(2)
家族に退院後のイメージを持ってもらう(1)	
患者・家族から 情報収集し、共有する 12(15.4%)	患者・家族と顔を合わせる(2)
	訪問看護について説明する(3)
	看取り場所の確認をする(3)
	費用について伝える(4)

表8. 在宅療養開始期におけるインタビュー分析

「在宅療養開始期においてがん患者に行っている支援はなんですか？」

カテゴリ	サブカテゴリ
療養安定化に向けた 援助を行なう 38(43.7%)	生活の確認をする(3)
	身体状況の確認をする(2)
	医療面の確認をする(3)
	物品の確認をする(1)
	物品の準備をする(5)
	サービスの確認をする(2)
	サービスの調整をする(6)
	福祉用具の確認をする(2)
	福祉用具の調整(1)
	ケアマネジャーと連携する(2)
	医師と連絡・調整する(6)
	[訪問看護の調整をする(5)]
家族支援を行なう 25(28.7%)	介護指導を行なう(6)
	緊急時の対応を確認する(8)
	費用について情報提供する(2)
	精神的な支援を行なう(9)
医療行為を確認し、 指導する 15(17.2%)	医療行為の手技を確認をする(7)
	医療行為の手技の指導をする(8)
ケアの実践をする 9(10.3%)	ケアの実践を行なう(9)

表9. 在宅療養維持期におけるインタビュー分析

「在宅療養維持期においてがん患者に行っている支援はなんですか？」

カテゴリ	サブカテゴリ
身体状況の 維持をする 23(41.1%)	状態の確認をする(5)
	状態の変化に対応する(7)
	医師との連絡・調整(11)
家族支援を行なう 22(39.3%)	介護負担を確認し、 軽減する為の提案をする(7)
	サービスの評価をする(1)
	サービスの調整をする(6)
	ケアマネジャーと連絡・調整をする(2)
	福祉用具の変更を検討する(3)
	費用工面について合意形成(3)
患者の希望を尊重し、 支援する 11(19.6%)	希望を確認する(6)
	希望を支援する(5)

表 10. 看取り期におけるインタビュー分析

「看取り期においてがん患者に行っている支援はなんですか？」

カテゴリ	サブカテゴリ
家族支援を行なう 29(42.6%)	状態の変化を伝える(9)
	家族介護者への死の準備性を 高める支援を行なう(20)
本人と家族の希望を確認し 最期を迎える場所を調整する 16(23.6%)	最期をどこで迎えるか確認する(9)
	希望が叶えられるよう調整する(7)
関係職種と連携する 15(22.1%)	医師と連絡・調整する(12)
	ケアマネジャーと連絡・調整する(3)
症状の緩和に努める(8) 8(11.8%)	症状緩和援助を行なう(8)