

## 岩手県の訪問看護師の行うがん患者の在宅ターミナルケア

菊池和子

### End-of-life care of cancer patients at home by visiting nurses in Iwate prefecture

Kazuko Kikuchi

#### 要 旨

岩手県の訪問看護師によるがん患者の在宅ターミナルケアの現状と課題を明らかにすることを目的とした。研究対象は県内の全ての訪問看護ステーション74箇所まで質問紙を一括配布し、郵送で回収を行い36箇所（回収率48.6%）から回答を得た。

結果から以下の結論を得た。

1. がん患者を受け持ったことのある訪問看護ステーションは34箇所と約9割以上を占めていた。本調査では2006年の調査に比べて看護職員が3名以下の訪問看護ステーションが増えており、少ない人数の看護職員でがん患者の在宅ターミナルケアを行っている現状が考えられる。
2. 在宅ターミナルケアで工夫していることでは、訪問看護師が患者や家族の希望に添い、実現できるように支援している。
3. 在宅ターミナルケアの課題では、[医師や医療機関との連携不足] [病院の医師や看護師の在宅医療の知識不足] [看護師不足] [看護師の能力の限界] [限られた時間内での看護の限界] [ケアマネジャーの力量の差] [制度上のサービス利用の限界] 等があげられた。今後、訪問看護ステーション同士の連携や多職種合同の成功事例の検討等のケース検討会の機会を設けることが必要である。

キーワード：在宅ターミナルケア，がん患者，訪問看護師，岩手県

#### I. はじめに

1994年健康保険法の改正により、訪問看護制度が創設され、さらに1996年には24時間連絡体制加算が認められ、24時間ケアが制度的に認められた。また、末期がんの利用者（本論文では患者とする）については訪問回数の制限がなくなり、ターミナルケア療養費加算が認められ、在宅ターミナルケアの実施基盤が整ってきた。在宅ターミナルケアにおいて、死にゆく人と家族の生活を支援する訪問看護の担うべき役割は大きい。

2014年の診療報酬改定<sup>1)</sup>では、2025年の地域包括ケアシステムの構築に向け、病院から早

期に退院し「家に帰る」の理念のもと在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進が打ち出されている。今後、在宅で過ごす療養者の増加が見込まれ、在宅医療の充実が必須の課題となっている。また、最期を住み慣れた家で過ごしたいと考える人が増えてきており、在宅ターミナルケアへのニーズが高くなってきている。厚生労働省の調査<sup>2)</sup>によると60%以上の国民が自宅で療養して、必要ならば医療機関等を利用したいと回答している。

本論文では、我が国の死亡原因の1位が悪性新生物であることを踏まえ、がん患者の在宅ターミナルケアに焦点を当てる。筆者らは岩手

県の訪問看護師の行う在宅ターミナルケアについてこれまで、2003年にその現状について調査<sup>3)</sup>した。その結果、がん患者の在宅ターミナルケアを経験している訪問看護ステーションと全く経験のない訪問看護ステーションがあり、在宅ターミナルケアの実践知にばらつきがありその実践知を共有する必要があると考え、事例検討を中心とする在宅ターミナルケア学習会を5年間行い、2006年には2003年に行った同じ内容で調査<sup>4)</sup>を行った。今回、前回の調査結果との検討から2013年現在の岩手県における在宅ターミナルケアの現状と課題を見出すために前回と同様の調査を行った。

本研究は、岩手県内の在宅ターミナルケアの充実のための示唆を得るための研究である。

## II. 研究目的

岩手県の訪問看護師によるがん患者の在宅ターミナルケアの現状と課題を明らかにする。

### 用語の定義

#### ①ターミナルケア

柏木哲夫が述べている<sup>5)</sup>以下の定義とする。

ターミナルケアとは、この世との別れである死が迫っている人々を、できるだけ苦痛少なく新しい世界へ移す援助をすること。

ターミナルステージとは、あらゆる集学的治療をしても治癒に導くことができない状態で、むしろ積極的な治療が患者にとって不適切と考えられる状態をさす。通常生命予後が6か月以内と考えられる状態。

#### ②在宅ターミナルケア

通常生命予後が6か月以内と考えられる人々をできるだけ苦痛を少なく死を迎えることができるよう在宅で行われる援助を在宅ターミナルケアと定義する。

筆者は、1998年に米国アラバマ大学バーミンハム校ホスピス（在宅ホスピス）で2日間の実習を経験した<sup>6)</sup>。ホスピスケアを受ける患者や家族は、ホスピスは痛みや症状コントロールを強調し、生命の長さではなく生活の質に焦点をあてた人生を支持するという在宅ホスピスの基準<sup>7)</sup>にある内容が書かれたパンフレットを渡され説明を受けて在宅ホスピスケアを受けていた。我が国では、ホスピスケアの考え方は医療従事者に浸透されているが、患者や家族に十分に浸透されていないものと考えられる。

2006年にはがん対策基本法が施行され、在宅緩和ケアという用語が認知されたことにより近年は、在宅ホスピスケアから在宅緩和ケアの用語が使われているが、本論文では、ターミナル期にあるがん患者の在宅ケアという広い意味で、在宅ターミナルケアとして考えていくこととする。

## III. 研究方法

対象：岩手県内のすべての訪問看護ステーション2013年現在74箇所。

方法：上記対象に自記式質問紙を一括配布し、郵送による回収を行った。

調査項目：職員数や24時間体制か等の訪問看護ステーションの体制について、がん患者の受け持ち状況について記述を求め、がん患者の症状緩和への治療援助技術については選択肢を設けた。自由記述として、「がんのターミナル期にある患者や家族の看護にあたって、身体的な苦痛や、精神的な苦痛、生きることの意味についての苦痛などに対して、日頃行っていることや工夫していること」「在宅ターミナルケアについて悩んでいること、困難に思っていること、日頃考えていること」について記述を求めた。分析方法：単純集計。自由記述に関しては類似した内容を集めてカテゴリー化した。尚、結果の分析、解釈にあたり、県内のエキスパート訪問看護師1人から助言を得て、妥当性、信頼性の確保を図った。

調査の時期：2013年2月

倫理的配慮：調査の趣旨を書面で説明。自由意思による回答とし、郵送をもって同意を得た、とした。本研究は岩手県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## IV. 結 果

岩手県内74箇所の訪問看護ステーションのうち、36箇所（回収率48.6%）から回答を得た。

### 1) 訪問看護ステーションの体制

訪問看護ステーションの体制については表1に示した。看護職員の平均人数は4.9(SD=2.30)人で、最大12人、最小2.5人で3人以下の訪問看護ステーションは12箇所(33.3%)であった。そのうち、常勤看護師平均3.0人、非常勤看護師平均1.0人、常勤准看護師平均0.5人、非常勤准看護師0.3人、常勤保健師0.2人、非常勤保健師0.2人であった。

他職種とボランティアの有無については、表2に示した。理学療法士は11箇所（30.6%）、作業療法士10箇所（27.8%）、言語聴覚士は1箇所（2.8%）、専従ケアマネジャー1箇所（2.8%）、補助者1箇所（2.8%）、事務員9箇所（25.0%）、ボランティア1箇所（2.8%）が有していた。

深夜0時（24時）に訪問看護ステーションのスタッフに連絡がとれる体制にある訪問看護ステーションは33箇所（91.7%）、残りの3箇所は、関連の病院の看護部に連絡をする、が2箇所、残りの1箇所は救急受診をしてもらう、であった。

## 2) がん患者の受け持ち状況

訪問看護ステーションでのがん患者受け持ち状況については表3に示した。

過去1年間にがん患者を受け持ったことのある訪問看護ステーションは34箇所であり、これは全体の88.9%である。またこの1年間に受け持ったがん患者数の平均は7.6人である。調査を実施した2013年2月時点でがん患者を受け持っていた訪問看護ステーションは25箇所（69.4%）あった。その時点で受け持っていたがん患者数の平均は4.2人であった。過去1年間にがん患者を受け持ったことがあるまたは現在受け持っているに回答のあった訪問看護ステーションは、34箇所であり、看護職員数でみると3人以下が11箇所含まれていた。また、がん患者を受け持ったことのない訪問看護ステーションは、2箇所（5.5%）であり、看護職員数でみると3人以下が1箇所含まれていた。がん患者を受け持った経験を有している訪問看護ステーションがほとんどであることが示された。

表1 訪問看護ステーションの体制 看護職員数平均

n=36

職種	看護職員	常勤 看護師	非常勤 看護師	常勤 准看護師	非常勤 准看護師	常勤 保健師	非常勤 保健師
人数	4.9	3.0	1.0	0.5	0.3	0.2	0.2

表2 他職種とボランティアの有無

n=36

職種	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	専従ケア マネジャー	補助者	事務員	ボランティア
有施設 (%)	11 (30.6%)	10 (27.8%)	1 (2.8%)	1 (2.8%)	1 (2.8%)	9 (25.0%)	1 (2.8%)

表3 がん患者の受け持ち状況

n=36

現在または過去にがん患者がいた	過去1年間のがん患者数(平均)	現在(2月)時点でがん患者がいた	現在(2月)時点のがん患者数(平均)
34箇所 (88.9%)	7.6人	25箇所 (69.4%)	4.2人

表4 がん患者に対して行っていること

n=34

モルヒネ (経口)	モルヒネ (座薬)	モルヒネ (皮下・皮内 注射)	フェンタニー ル等疼痛緩和 パッチ	非ステロイ ド剤	酸素吸入 (濃縮酸素)	酸素吸入 (液体酸素)	ネブライザー	I V H
19箇所 55.9%	9箇所 26.5%	7箇所 20.6%	21箇所 61.8%	13箇所 38.2%	21箇所 61.8%	1箇所 2.9%	9箇所 26.5%	11箇所 32.4%



## 3) 訪問看護師が行っている治療援助技術

がん患者を受け持ったことのある34箇所、がん患者への症状緩和として行われている治療援助技術の実施状況は表4のとおりである。

モルヒネに関して、経口薬は19箇所 (55.9%) と座薬は9箇所 (26.5%) で実施されていた。疼痛緩和パッチの使用は21箇所 (61.8%)、非ステロイド剤の使用は13箇所 (38.2%) で実施されている。

酸素吸入の使用については21箇所 (61.8%) で行われていた。液体酸素の使用は1箇所 (2.9%) であった。

## 4) 自由記述について

(1) 「がんのターミナル期にある患者や家族の看護にあたって、身体的な苦痛や、精神的な苦痛などに対して、日頃行っていることや工夫していること」

26箇所 (72.2%) からの記述があった。がん患者の在宅ターミナルケアで工夫していることを表5に示した。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを[ ]、コードを<>として述べていく。9カテゴリー、20のサブカテゴリーが抽出された。9カテゴリーは、【ケアの姿勢】【症状の緩和】【連携】【希望実現支援】【看取りに対する意思決定支援】【患者家族の関係調整】【家族の負担軽減】【家族の予期悲嘆への支援】【自己研鑽の場】である。

【ケアの姿勢】は「傾聴・話し相手・ケアしながらのコミュニケーション」[その人らしい生活の支援] [患者・家族の気持ちへの寄り添い] である。[傾聴・話し相手・ケアしながらのコミュニケーション] は<話し相手となる><ゆっくり話しを聴く><訴えの本質を見極める><患者・家族の訴えの傾聴><共感><今までの仕事や家族のこと、思い出を聴く><タクテルケアを実施しながらコミュニケーションをはかる>の内容であった。

【症状の緩和】は、[疼痛コントロール] [薬害の不安軽減] [マッサージ] [タッチング] [温罨法] [リラクゼーション] [排便コントロール] である。

[疼痛コントロール] では、<痛みをがまんさせない><疼痛コントロール><痛みのない日常生活を送れるようにする><内服調整依頼>であった。

[薬害の不安軽減] では<レスキューを使用す

ることで薬害があると思っている人もいるので主治医と連携をとり本人に納得してもらい不安のないようにしている>であった。

【連携】は、[主治医との連携] [病院との連携] である。[主治医との連携] では、<身体的苦痛には主治医との連絡を密にすること、そのことを患者や家族に伝える><苦痛緩和できるよう医師への報告・治療相談>、[病院との連携] では<入院の受け入れをしてもらえるよう病院の関係者とコミュニケーションを図る>である。

【希望実現支援】は、[患者・家族の希望に添い実現への支援] であり、<患者・家族の希望に沿って実現するお手伝い><「死んでもいいからお風呂に入りたい」に必要時訪問看護師の人数を調整し対応><残された時間で何をしたいのか><やり残したことを聞く>である。

【看取りに対する意思決定支援】は、[看取りに対する患者・家族の意思決定支援] であり、<病院・在宅のメリット・デメリットを説明し、在宅の看取りでいいのか家族の意思を確認><家族の思いを大切に><納得した上での治療か、要望を医師に伝えることができていくか確認し医師と連携>である。

【患者家族の関係調整】は、<うそのない会話のできる関係>の「患者家族の関係調整」である。

【家族の負担軽減】は、<24時間体制ではないので日中いかに夜間を不安なく過ごせるかかわること><介護者の不安に対して配慮><医師も看護師もタイムリーな対応><主治医と連携がうまくいっているというイメージをもってもらう>の「在宅療養の不安の軽減」、[介護者の介護負担の苦痛軽減] である。

【家族の予期悲嘆への支援】は、<死を迎える準備への援助・指導など><看取りの指導><今後起こりうる身体の変化をパンフレットを用いて説明>の「家族への死の準備教育」、<家族がやるだけやっと思えるようにできることは共に行い笑顔になれることをする>の「家族にやれるだけやっと思えるように支援」である。

【自己研鑽の場】は<患者から教育の場を与えられており、日々自己研鑽>の「訪問が自己研鑽の場」である。

表5 がん患者の在宅ターミナルケアで工夫していること

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
ケアの姿勢	傾聴・話し相手・ケアしながらコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・話し相手となる</li> <li>・ゆっくり話を聴く</li> <li>・訴えの本質を見極める</li> <li>・患者・家族の訴えの傾聴</li> <li>・共感</li> <li>・今までの仕事や家族のこと、思い出を聴く</li> <li>・タクテールケアを実施しながらコミュニケーションをはかる</li> </ul>
	その人らしい生活の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その人らしい生活ができるよう支援</li> </ul>
	患者・家族の気持ちへの寄り添い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族の気持ちに寄り添うこと</li> <li>・家族と共に患者の思いに寄り添う</li> </ul>
症状の緩和	疼痛コントロール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みをがまんさせない</li> <li>・疼痛コントロール</li> <li>・痛みのない日常生活を送れるようにする</li> <li>・内服調整依頼</li> </ul>
	薬害の不安軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レスキューを使用することで薬害があると思っている人もいるので主治医と連携をとり本人に納得してもらい不安のないようにしている</li> </ul>
	マッサージ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リンパマッサージ</li> <li>・マッサージ</li> </ul>
	タッチング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タッチング</li> <li>・スキンシップ</li> </ul>
	温電法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・温電法</li> </ul>
	リラクゼーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リラクゼーション</li> </ul>
	排便コントロール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便コントロールを確実にすること</li> </ul>
連携	主治医との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的苦痛には主治医との連絡を密にすること、そのことを患者や家族に伝える</li> <li>・苦痛緩和できるよう医師への報告・治療相談</li> </ul>
	病院との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院の受け入れをしてもらえるよう病院の関係者とコミュニケーションを図る</li> </ul>
希望実現支援	患者・家族の希望に添い実現への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族の希望に沿って実現するお手伝い</li> <li>・「死んでもいいからお風呂に入りたい」に必要時訪問看護師の人数を調整し対応</li> <li>・残された時間で何をしたいのか</li> <li>・やり残したことを聞く</li> </ul>
看取りに対する意思決定支援	看取りに対する患者・家族の意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・在宅のメリット・デメリットを説明し、在宅の看取りでいいのか家族の意思を確認</li> <li>・家族の思いを大切に</li> <li>・納得した上での治療か、要望を医師に伝えることができているか確認し医師と連携</li> </ul>
患者家族の関係調整	患者家族の関係調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・うそのない会話のできる関係</li> </ul>
家族の負担軽減	在宅療養の不安の軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制ではないので日中いかに夜間を不安なく過ごせるかかわること</li> <li>・介護者の不安に対して配慮</li> <li>・医師も看護師もタイムリーな対応</li> <li>・主治医と連携がうまくいっているというイメージをもってもらう</li> </ul>
	介護者の介護負担の苦痛軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者の健康状態や不安に対して配慮し、介護負担の苦痛を軽減</li> </ul>
家族の予期悲嘆への支援	家族への死の準備教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死を迎える準備への援助・指導など</li> <li>・看取りの指導</li> <li>・今後起こりうる身体の変化をパンフレットを用いて説明</li> </ul>
	家族にやれるだけやっと思えるように支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族がやれるだけやっと思えるようにできることは共に笑い顔になれることをする</li> </ul>
自己研鑽の場	訪問が自己研鑽の場	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者から教育の場を与えられており、日々自己研鑽</li> </ul>

(2)「在宅ターミナルケアについて、悩んでいること、困難に思っていること、日頃考えていること」の自由記述で課題に関する記述

記述があったのは20箇所（55.6%）である。がん患者の在宅ターミナルケアの課題として4カテゴリー、12のサブカテゴリーが抽出された（表6）。4カテゴリーは、【連携不足】【人材の質・量の不足】【制度体制が不十分】【家族の課題】である。

【連携不足】は「医師や医療機関との連携不足」「病院の医師や看護師の在宅医療の知識不足」であった。「医師や医療機関との連携不足」は、＜主治医が開業医の場合連携をとりやすいが、病院の場合とれないことが多い＞＜連携にも壁がありぶち当たると看護師のモチベーションも下がる＞＜家族・主治医と話し合う時間が十分にとれない＞＜退院の準備期間から訪問看護師が関わればよい＞である。「病院の医師や看護師の在宅医療の知識不足」では＜病院の医師や看護師がまだまだ在宅医療・看護を知らない＞＜病院の医師や看護師は在宅の事情を理解していないのに簡単に在宅を勧める＞＜病院での疼痛コントロールが十分でず在宅に戻り、臨床での説明が不十分のため患者・家族の心構えができていない、在宅での生活や看取りの過程が十分わかっていない＞である。

【人材の質・量の不足】は「在宅で看取る医師の不足」「看護師不足」「医師・看護師不足で患者の思いに十分に寄り添えないという葛藤」「看護師の能力の限界」「ケアマネジャーの力量の差」である。

「在宅で看取る医師の不足」では、＜開業医の医師だけでは負担が大きい＞＜夜間の医師の往診体制が整っていないためどうしても入院となる＞＜病院から医師や看護師が外に出る制度を作りもっと在宅に協力してくれる医師が増えたらいい＞である。＜看護師不足で受け入れに限界がある＞＜看護師一人辞めるとケア提供できない＞の「看護師不足」、【医師・看護師不足で患者の思いに十分に寄り添えないという葛藤】では、＜往診してくれる医師もいなく、看護師不足も深刻で最期の時に説得して病院を受診してもらっている、思いに十分寄り添っていないという看護師の葛藤がある＞である。

「看護師の能力の限界」では、＜病状の悪化のたびに家族の心の揺らぎがあり精神面での安定を図ることにエネルギーを使っている＞

が現状＞＜自分の人生観、生き方、死生観をもっていないとターミナルケアのかかわり、利用者とのコミュニケーションは難しい＞＜家族への言葉掛けの仕方など対応困難な例がある＞＜ケース検討会等をする時、場所、機会が少ない＞である。

【ケアマネジャーの力量の差】では＜主治医と患者・家族をつなぐケアマネジャーの力量に差がある＞＜本人の状態から訪問看護がふさわしいケースでもヘルパーを利用していることが多い、金額が安いからといってヘルパーを勧めるようだ＞＜介護保険から医療保険に切り替わった時のケアマネジャーの対応がまちまち＞である。

【制度体制が不十分】は、「制度上のサービス利用の限界」「在宅医療分野の体制が不十分」「限られた時間内での看護の限界」である。

「制度上のサービス利用の限界」では、＜難病は至れり尽くせりの介護ができるのに、若いがん末期の方は3割負担でかなりの負担がありサービス利用にも限度が出てくる＞である。「在宅医療分野の体制が不十分」では、＜ケアマネジャーや訪問看護ステーションによってはターミナルを受け入れないところもあり、積極的に受け入れてほしい＞＜病院と在宅の考え方に温度差がある、在宅医療を充実しないと在宅看取りは増えていかない＞＜介護力の有無で在宅看取りが決定＞である。

「限られた時間内での看護の限界」では、＜限られた時間の中で、患者、家族の思い、訴えを引き出さなければならずゆっくりとした関わりをもてたとしても時間に区切りをつけなければならず困難＞＜傾聴からヘルスカウンセリングまで移行できるタイミングや時間をみつけたらいい＞である。

【家族の課題】は、「老老介護」「患者と家族の方針の違い」である。

＜老老介護でお互いが認知症＞の「老老介護」がある。「患者と家族の方針の違い」では、＜急変時に遠方の家族や親戚が入院を希望＞＜患者は在宅、家族は病院を希望＞＜独居で、家族の連絡不足や方針の違いがあるとケアが困難＞である。

表6 がん患者の在宅ターミナルケアの課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
連携不足	医師や医療機関との連携不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医が開業医の場合連携をとりやすいが、病院の場合とれないことが多い</li> <li>・連携にも壁がありぶち当たると看護師のモチベーションも下がる</li> <li>・家族・主治医と話し合う時間が十分にとれない</li> <li>・退院の準備期間から訪問看護師が関わればよい</li> </ul>
	病院の医師や看護師の在宅医療の知識不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の医師や看護師がまだまだ在宅医療・看護を知らない</li> <li>・病院の医師や看護師は在宅の事情を理解していないのに簡単に在宅を勧める</li> <li>・病院での疼痛コントロールが十分でず在宅に戻り、臨床での説明が不十分のため患者・家族の心構えができていない、在宅での生活や看取りの過程が十分わかっていない</li> </ul>
人材の質・量の不足	在宅で看取る医師の不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開業医の医師だけでは負担が大きい</li> <li>・夜間の医師の往診体制が整っていないためどうしても入院となる</li> <li>・病院から医師や看護師が外に出る制度を作りもっと在宅に協力してくれる医師が増えたらいい</li> </ul>
	看護師不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師不足で受け入れに限界がある・看護師一人辞めるとケア提供できない</li> </ul>
	医師・看護師不足で患者の思いに十分に寄り添えないという葛藤	<ul style="list-style-type: none"> <li>・往診してくれる医師もいなく、看護師不足も深刻で最期の時に説得して病院を受診してもらっている、思いに十分寄り添っていないという看護師の葛藤がある</li> </ul>
	看護師の能力の限界	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の悪化のたびに家族の心の揺らぎがあり精神面での安定を図ることにエネルギーを使っているいろいろな知識を身につけなければならないのが現状</li> <li>・自分の人生観、生き方、死生観をもっていないとターミナルケアのかかわり、利用者とのコミュニケーションは難しい・家族への言葉掛けの仕方など対応困難な例がある・ケース検討会等をする時、場所、機会が少ない</li> </ul>
	ケアマネジャーの力量の差	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医と患者・家族をつなぐケアマネジャーの力量に差がある</li> <li>・本人の状態から訪問看護がふさわしいケースでもヘルパーを利用していることが多い、金額が安いからといってヘルパーを勧めるようだ</li> <li>・介護保険から医療保険に切り替わった時のケアマネジャーの対応がまちまち</li> </ul>
制度体制が不十分	制度上のサービス利用の限界	<ul style="list-style-type: none"> <li>・難病は至れり尽くせりの介護ができるのに、若いがん末期の方は3割負担でかなりの負担がありサービス利用にも限度が出てくる</li> </ul>
	在宅医療分野の体制が不十分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーや訪問看護ステーションによってはターミナルを受け入れないところもあり、積極的に受け入れてほしい・病院と在宅の考え方に温度差がある、在宅医療を充実しないと在宅看取りは増えていかない・介護力の有無で在宅看取りが決定</li> </ul>
	限られた時間内での看護の限界	<ul style="list-style-type: none"> <li>・限られた時間の中で、患者、家族の思い、訴えを引き出さなければならずゆっくuriとした関わりをもてたとしても時間に区切りをつけないと困る</li> <li>・傾聴からヘルスカウンセリングまで移行できるタイミングや時間をみつけたらいい</li> </ul>
家族の課題	老老介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老老介護でお互いが認知症</li> </ul>
	患者と家族の方針の違い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急変時に遠方の家族や親戚が入院を希望</li> <li>・患者は在宅、家族は病院を希望</li> <li>・独居で、家族の連絡不足や方針の違いがあるとケアが困難</li> </ul>



## V. 考 察

岩手県の訪問看護ステーションの体制として、今回の回答結果からみると、深夜0時（24時）に訪問看護ステーションのスタッフに連絡がとれる体制にある訪問看護ステーションは全体の約9割である。岩手県にある訪問看護ステーションの多くは利用者の状況に対応できる体制にあることが示されている。

看護職員数でみると、2006年の調査<sup>8)</sup>では、看護職員の配置人数は平均で6.2(SD=3.40)人、3人以下の訪問看護ステーションは2割であったのが今回の調査では前者は4.9(SD=2.30)人で、3人以下の訪問看護ステーションが3割と、少ない人数の訪問看護ステーションが増えている。

ボランティアの配置は、前回調査時は配置している訪問看護ステーションはなかったが、今回の調査では配置しているのが1箇所のみであった。在宅療養には社会の風を吹き込むボランティアの存在は必要不可欠である。緩和ケアにボランティアが必要な理由について、山崎<sup>9)</sup>は緩和ケアの本来のあり方を考えれば、制度に基づいた専門家だけのチームで、緩和ケアを必要としている人々を支えることは難しいため、患者の日常を支えるボランティアなど地域社会の人々がともに手を携えあって、心身の困難に直面している人々を支えることが必要とされる、と述べている。筆者が訪問した米国のホスピスでは、ボランティア登録者が80人で、庭の草刈りや料理を届けるなどの役割を担っているボランティアがいた。日本との文化の違いがあり、患者や家族が希望しないということも考えられるが、今後独居の在宅療養者が増えていく中で患者のQOLを高めるよう在宅でのボランティアの導入が望まれる。ボランティアの導入に当たっては、コーディネーターが必要であり、少ない人数の訪問看護ステーションではその役割を担うことが困難と思われる。今後、地区でコーディネーターの役割を担う人がいて、訪問看護ステーションと連携をとりながらボランティアが活用されることが望まれる。

今回の調査から現在または過去にがん患者を受け持っていた訪問看護ステーションは34箇所と回答の約9割を占めていたが、2003年の調査<sup>10)</sup>では約8割であったことからがん患者を受け持っている訪問看護ステーションが増えていると考えられる。割合は減っているもののがん患

者を受け持ったことのない訪問看護ステーションがあることから、がん患者の在宅ターミナルケアに対する情報や実践知にバラツキがみられるものと推測される。

がん患者を受け持ったことのある訪問看護ステーションは、2006年で25箇所であり看護職員数3人以下が5箇所含まれていた。今回の調査ではがん患者を受け持ったことのある訪問看護ステーションは34箇所であり看護職員数3人以下が11箇所であったことから少ない人数の看護職員でがん患者の在宅ターミナルケアを行っている事業所が増えていることが明らかとなった。＜看護師一人辞めるとケア提供できない＞現状があり、今後、必要に応じて少ない人数の訪問看護ステーションへの支援が求められると推察される。

がん患者への症状緩和として行われている治療援助技術は、モルヒネ経口薬や疼痛緩和パッチの使用が約6割であった。

在宅ターミナルケアで工夫していることの自由記述では、[ケアの姿勢]や[症状の緩和][連携][希望実現支援]や家族に対する援助などがあげられた。その中で2003年の調査<sup>11)</sup>ではあげられなかった[患者・家族の希望に添い実現への支援]の【希望実現支援】が抽出された。今回の調査が約10年経過していることから、当時の調査では苦痛緩和に苦慮している状況があったが今回の調査では、おむね疼痛コントロールがなされている状況が推察され、患者や家族の希望を実現させるように、より在宅ターミナルケアの質が向上したものと考えられる。古瀬の調査<sup>12)</sup>によると訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難として終末期の希望を尊重したケア実施の困難が出されている。本調査結果から困難を感じながらも希望を実現するように工夫していることが推察される。

在宅ターミナルケアの課題では、【連携不足】【人材の質・量の不足】【制度体制が不十分】【家族の課題】があげられた。

【連携不足】では、[医師や医療機関との連携][病院の医師や看護師の在宅医療の知識不足]があるため今後在宅医療や訪問看護について理解が得られるような機会が望まれる。

【看護師不足】の現状から[患者の思いに十分に寄り添えないという葛藤]が出された。訪問看護に従事している看護職員の離職率は2007年度で15.0%であり、同じ年の病院看護職員の



離職率は12.6%と比較しても高い<sup>13)</sup>ことから訪問看護師の離職防止対策や訪問看護師の待遇の改善をはかり訪問看護の魅力を伝え、なり手を増やしていくことが必要である。また、[看護師の能力の限界]が課題である。施設内看護ではその領域に関する看護の知識・技術を深めることで患者の看護に携われるが、訪問看護では対象者の病状が多様であることから訪問看護ステーション内で専門領域の役割分担を行うなどの工夫が必要とされる。しかし、少人数の訪問看護ステーションでは限界もあることから訪問看護ステーション間で事業所の強みを活かし連携し協働することが必要と考える。今後の訪問看護ステーションのあり方として、小野は<sup>14)</sup>、在宅緩和ケアを推し進めるためには、制度改革を活用し、ステーション同士が連携して在宅緩和ケアの実現にチームを組むことも視野に入りたい、と述べていることから、在宅医療を進めるためにそのような取り組みがなされることが期待される。

＜自分の人生観、生き方、死生観をもっていないとターミナルケアのかかわり、利用者とのコミュニケーションは難しい＞があげられた。患者からスピリチュアルペインに関する発言があった時にどのように対応していいのか戸惑っている様子が伺える。在宅で終末期を過ごした高齢者のうち、訪問看護師に身体的苦痛以外の苦痛を表出したのは、62事例中22事例であった、という報告<sup>15)</sup>がある。今回の工夫点として訪問看護することで＜患者から教育の場を与えられており日々自己研鑽＞の場としていることから、実践知の共有や自分の感情を表現できるような場としてのケース検討会等の機会を設けることは、訪問看護師の能力の向上やストレスマネジメントとしての機能を果たし、人生観や死生観を育む機会となるものと考えられ、訪問看護師の離職防止対策としても活用できると考える。

＜家族への言葉掛けの仕方など対応困難な例がある＞があげられた。患者の状態が悪化していくターミナルケアにおいて家族もともに揺らぎがある<sup>16)</sup>ことからその感情を訪問看護師にぶつけ、訪問看護に対して批判的にみていることもあると推測される。家族の心情を理解しながら訪問看護の意図を伝える等のアサーティブなコミュニケーション技術能力を身につけることも必要とされると考える。

また、若いがん末期患者についての制度上の問題について、今後改善されることが望まれる。

他県の在宅ターミナルケアに関する調査は、山梨県の調査<sup>17)</sup>や大阪府、京都府、兵庫県の調査<sup>18)</sup>がみられ、山梨県の調査では在宅ターミナルケアの課題として、①在宅の医師と病院の医師の連携②病院の看護師との連携③家族間での意思の不統一④疼痛コントロール、スピリチュアルケア等での看護師の力量不足や医療従事者との連携の難しさをあげており、約10年前の調査ではあるが、今回の調査とほぼ同様の課題が抽出されている。

高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査研究事業報告書<sup>19)</sup>の提言の一つとして、職種間連携の技術に関する蓄積があげられており、在宅ターミナルケアに関わる多職種間の連携の中でも、看護師との関わりの深い職種である医師とケアマネジャーの連携のあり方には課題が多く残り、お互いの強みを活かした連携を促進するために、成功事例の蓄積などが必要と思われる、と述べられている。課題として[ケアマネジャーの力量の差]が抽出されたが、堂園ら<sup>20)</sup>は、在宅ターミナルケアの経験のある介護支援専門員を対象としたインタビュー調査から、ターミナルケアにおけるケアマネジメントには、介護支援専門員を含む環境と、利用者・家族の相互作用に目を向けた直接的な介入が求められている、と述べている。岩手県で多職種での勉強会や研修会への取り組み<sup>21)</sup>がなされているが、その内容としてケアマネジャーに期待される力量が身につくような多職種合同の成功事例の検討会を行う等の支援が重要と考える。

以上のことから、訪問看護師間や病院の看護師、多職種との連携を促進していくために、お互いの知見を共有し、職種の理解を深めるなどの情報交換の場や研修会等がより一層求められている。

今後、岩手県で取り組んでいる事業や2025年の地域包括ケアシステムの構築への動向を踏まえ、在宅医療を推進するために今回出された課題に取り組んでいくことが岩手県の在宅ターミナルケアの充実につながるものと考ええる。

## VI. 研究の限界

今回の調査では、訪問看護ステーションの事業所としての特徴について調査していなかった

め、事業所の特徴と結果の関連について言及できない点が課題である。今後事業所の特徴についても調査する必要がある。また、質問紙の回収率が48.6%であったことから岩手県の訪問看護師の行う在宅ターミナルケアの現状と課題は、本調査結果からのものである点で限界がある。

## Ⅶ. 結 論

1. 現在または過去にがん患者がいた訪問看護ステーションは34箇所と回答の約9割以上を占めていた。2006年の調査ではがん患者を受け持ったことのある訪問看護ステーション25箇所中看護職員数3人以下の訪問看護ステーションは5箇所であったが、本調査では34箇所中11箇所が3人以下であり少ない人数の看護職員でがん患者の在宅ターミナルケアを行っている訪問看護ステーションの割合が増えている現状が明らかとなった。
2. 在宅ターミナルケアで工夫していることでは、[患者・家族の希望に添い実現への支援]が抽出され、訪問看護師が患者や家族の希望に添い、実現できるように支援している。
3. 在宅ターミナルケアの課題では、[医師や医療機関との連携不足] [病院の医師や看護師の在宅医療の知識不足] があるため今後在宅医療や訪問看護について理解が得られるような機会が望まれる。また、[看護師不足] の現状から訪問看護師の離職防止対策や訪問看護師を増やしていくことが必要である。そして、[看護師の能力の限界] [ケアマネジャーの力量の差] の対策として、訪問看護ステーション同士の連携やケース検討会等の機会を設けること、在宅ターミナルケアの充実のために多職種合同の成功事例等のケース検討会が望まれる。

## 謝 辞

本調査にご協力をいただきました訪問看護ステーションの訪問看護師の方々、調査結果の分析、解釈にあたりご助言いただきました訪問看護ステーションありがとう代表取締役高橋栄子様深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 平成26年度診療報酬改定について：厚生労働省

[www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html) (2014. 10. 1)

- 2) 在宅医療について－厚生労働省  
[www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001typa.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001typa.pdf) (2014. 10. 1)
- 3) 菊池和子, 安保寛明：岩手県の在宅ターミナルケアにおける訪問看護師の行う苦痛緩和のコツ, 岩手県立大学看護学部紀要, 7, 81-90, 2005.
- 4) 菊池和子, 安保寛明：岩手県の訪問看護ステーションにおけるがん患者の在宅ターミナルケアの現状, 日本がん看護学会誌 第21回日本がん看護学会学術集会講演集, 157, 2007.
- 5) 柏木哲夫, 藤腹明子編集：系統看護学講座別巻10, 30-31, 医学書院, 2000.
- 6) 菊池和子：アラバマ大学看護学部における研修報告, 岩手県立大学看護学部紀要, 1, 85-90, 1999.
- 7) 在宅ホスピス協会：<http://Sky.geocities.jp/nihonnzaitakuhospice/> (2014.10.1)
- 8) 前掲4)
- 9) 山崎章郎：なぜ、緩和ケアにボランティアは必要なのか、緩和ケア, 18 (5), 378-381, 2008.
- 10) 前掲3)
- 11) 前掲3)
- 12) 古瀬みどり：訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難, 日本がん看護学会誌, 27 (1), 61-66, 2013.
- 13) 日本看護協会編：看護白書 平成23年度版, 20, 日本看護協会出版会, 2011.
- 14) 小野朱美：在宅ターミナルケアにおける医療/介護保険制度の有効活用, 訪問看護と介護, 16 (2), 120-126, 2011.
- 15) 水島ゆかり, 浅見洋：在宅で終末期をすごした高齢者の苦痛 訪問看護師に表出された苦痛についての調査から, 日本在宅ケア学会誌, 11 (2), 57-64, 2008.
- 16) 鈴木志津枝：グリーンケアとしての終末期ケア, 家族看護, 10 (2), 37-45, 2012.
- 17) 山梨県におけるターミナルケアの看護の課題, 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 8 (1), 37-49, 2003.
- 18) 大野かおり, 能川ケイ他：在宅ターミナルケアに関する研究 (その2) - 訪問看護ス

- テーションにおける取り組みの現状と課題ー, 神戸市看護大学短期大学部紀要, 22, 55-61, 2003.
- 19) 全国訪問看護事業協会：平成19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分）高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査研究事業報告書, 122, 2008.
- 20) 堂園裕美, 岡田進一他：高齢者を対象とした在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員の役割, 生活科学研究誌, 6, 163-173, 2008.
- 21) 在宅医療推進に向けた有識者懇話会：在宅医療推進に向けた有識者懇話会報告書, 2012.



# Abstract

The purpose of this study was to find the issues of at-home end-of-life care of cancer patients by visiting nurses in Iwate prefecture. Methodology: 74 home nursing stations were contacted in Iwate in 2013. Investigation analysis was in writing using a two-part questionnaire : simple tabulations and free writing. Free writing with similar contents were categorized accordingly. I received a reply from 36 stations (harvest 48.6%). Most stations had cancer patients at home. Nurses assisted with patients' last requests.

Issues were cooperation with medical institutions and doctors, lack of visiting nurses, need for improvement of the nurses' abilities, lack of knowledge of home-care techniques on the part of hospital doctors and nurses, limited time availability for visiting nurses, varying quality of abilities among care managers, and discrepancies between quality of care for patients of different ages.

This study suggests that some challenges of home terminal care are : cooperation among the visiting nurses, hospital doctors and nurses, and care managers, and lack of a forum for sharing practical knowledge of case studies among visiting nurses.

Keyword : end-of-life care at home, cancer patients, visiting nurses, Iwate prefecture