

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2017A-015

(西暦) 2018 年 2 月 16 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜 多 悦 子 殿

2017 年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

中山間地域訪問看護ステーションにおける在宅ターミナルケア・看取りの
サービス提供実態に関する研究―但馬地域を対象として―

所属機関・職名 兵庫県立大学看護学部・准教授

氏名 李 錦純

I 研究の目的

超高齢社会の到来により、多死社会を迎えている現状において、医療は病院完結型から地域完結型へとシフトしている。可能な限り住み慣れた地域で、最期までその人らしく暮らし続けるには、地域の実情に沿った効果的な地域包括ケアシステムの構築、とりわけ激増している高齢者の在宅看取りの体制構築が急務の課題となっている。特に、高齢化の進展に伴う、要支援者・要介護者が増加し、在宅医療を望む国民のニーズが高まっている中で、訪問看護ステーションには、地域において医療・介護サービスと連携し、在宅療養の支援サービスの提供において中心的役割を担うことが求められている。

本研究対象地域の但馬地域は、兵庫県北部に位置し、合併を経て現在 3 市 2 町（豊岡市・養父市・朝来市・香美町・新温泉町）で構成されており、推計人口は約 16 万 8000 人、面積では県土の 4 分の 1 を占めている。人口減少と高齢化が同時に進行しており、高齢化率は 33.5%におよび、都市部と比較しても顕著である。在宅医療および在宅看取りのニーズの大幅な増大が見込まれているものの、医師・看護師等医療人材不足が深刻化しており、継続的かつ安定的に地域医療を確保する体制づくりが大きな課題となっている。

このような現状の中、2016 年 7 月に新聞紙上で公表された厚生労働省の集計結果によると、全市区町村別の在宅看取り率において、人口 5 万～20 万人の中規模自治体（428 市区町）の中では、但馬地域の中心都市である豊岡市が 25.6%で最も高い結果であった。在宅看取り率が高い地域であることが明白になったものの、その背景要因や、在宅看取りを支えている在宅療養体制については、明らかになっていない。

人口減少・高齢化が深刻な中山間地域において、訪問看護ステーションによる在宅ターミナルケア・看取りケアのサービス提供実態について調査した先行研究は少ない。本研究は、在宅ターミナル・看取りプロセスにおいて、中心的役割を担っている訪問看護に焦点をあてて、在宅看取り率が高い中山間地域の在宅療養体制や訪問看護のサービス提供実態および訪問看護師の認識、そしてケア内容について明らかにし、医療資源が限られた地域で在宅看取りを可能にする地域包括ケアシステムの構築への有効な示唆を得る基礎資料とすることを目的とした。

II 研究の内容・実施経過

1. 質問紙調査

本研究は、但馬地域所在の訪問看護ステーション 14 施設の管理者を対象とした、在宅ターミナル・看取りケアのサービス提供実態に関する質問紙調査（管理者用質問紙調査）と、管理者および訪問看護師を対象とした、在宅ターミナル・看取りケアに対する態度や認識に関する質問紙調査（管理者・訪問看護師用質問紙調査）の 2 通りの質問紙調査票を作成し実施した。管理者は 2 通りの質問紙に回答していただいた。

1) 研究協力者

兵庫県但馬地域 5 市町 14 施設の訪問看護ステーション管理者 14 名および各施設に所属している訪問看護師約 120 名を対象に、無記名自記式質問紙調査を行った。

2) 研究協力者の選定方法およびデータ収集方法

但馬地域訪問看護ステーション管理者会議（以下、管理者会議）の会長に、本研究の主旨・目的・方法を文書と口頭にて説明の上で、管理者会議の場で 15 分ほど時間を頂戴し、集まった各訪問看護ステーション管理者を対象に、口頭および文書で研究の主旨・目的・方法を説明の上、研究協力を依頼した。管理者会議の場で、各訪問看護ステーション管理者を対象に、口頭および文書で研究の主旨・目的・方法を説明し、以下の研究協力依頼を行った。

- ・無記名自記式質問紙調査にご回答いただきたいこと
- ・各訪問看護ステーションの管理者を通して、所属の訪問看護師に管理者・訪問看護師用質問紙調査票の配布していただきたいこと
- ・各訪問看護ステーションにおける配布部数の確認と配布をさせていただきたいこと
- ・管理者の方は、管理者用と管理者・訪問看護師用の 2 通りの質問紙に回答の上、それぞれ別々の返信用封筒で、回答済みの質問紙調査票を返送していただきたいこと。
- ・回答済みの質問紙調査票は、同封した返信用封筒で個別に返送していただき、返送をもって、調査への同意を得たものとさせていただきたいこと

3) 主な質問紙調査票項目

①管理者用

- ・事業所（訪問看護ステーション）の概要、利用者の概要、過去 1 年間における在宅ターミナル・看取りの実施件数、原因となる疾患・状態像、主な連携先、ターミナルケア加算算定状況等

②管理者・訪問看護師用

- ・基本属性、臨床経験年数、在宅ターミナル・看取りケアの実施経験と件数、「Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版（FATCOD-B-J）短縮版」、「地域在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」（以下、顔の見える関係評価連携尺度）等

※FATCOD-B-J は、死にゆく患者に対する、医療者のケア態度を測定する尺度で、当初は、看護師用として開発されたが、医師やコメディカルでも用いることができるように、Form B という形で改訂された。日本語版はこの Form B をもとにしており、死にゆく患者のケアに関わる全ての医療者で使用することが可能な尺度である。本尺度に関しては、ホームページ

<http://plaza.umin.ac.jp/~fatcod/frame.html> に使用マニュアルが公開されており、文章の改変をしないこと、引用論文を明記することを条件に、特に許可を得る必要はないとされている。本尺度の信頼性・妥当性は確認されている。

※「顔の見える関係評価尺度」は、医療・介護職からみた地域における他職種との顔の見える関係構築の良さを測定するものであり、全 21 項目、7 下位尺度で構成されている。本尺度の信頼性・妥当性は確認されており、作成者には使用許諾を得ている。

※引用文献

- ・中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子. **Frommelt** のターミナルケア態度尺度日本語版(FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討— 尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで—. **がん看護** 11(6), 723-729, 2006.
- ・福井小夜子, 「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, **日本在宅医学会雑誌**, 16 (1), 5-11, 2014.

4) データ分析方法

得られた回答は、数値化して量的データ分析を行った。各項目の単純集計および記述統計による実態把握、FATCOD-B-J および顔の見える関係評価尺度得点と各項目間の単変量・多変量解析により、関連を検討した。統計解析には市販の統計ソフト IBM SPSS Statistics 22 を用いた。

5) データ収集・分析期間

平成 29 年 7 月～平成 29 年 12 月

6) 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究協力は自由意思であること、質問紙は無記名であり個人が特定されないこと、回答済みの質問紙の返送をもって同意とみなすこと、研究の公表においては数値化し統計処理を行うため個人や所属が特定されないこと等について口頭と文書で説明を行い実施した。

2. インタビュー調査

1) 研究協力者

兵庫県但馬地域 5 市町 14 施設の訪問看護ステーション管理者 14 名の内、同意が得られた管理者 8～10 名を対象に、個別にインタビュー調査を依頼し実施した。

2) インタビュー内容・データ収集方法

インタビューガイドに基づく半構成的面接を個別に 60 分程度実施した。訪問看護師である管理者が、過去 1 年間に関わった在宅ターミナル・看取りケアを行った事例（1 名につき 1 事例）を想起していただき、在宅看取りの 5 ステージ [導入期・安定期・終末期前期・終末期後期・看取り期] で実践した看護ケア内容について、①意思決定支援、②症状マネジメント、③日常生活援助、④療養者と家族に対する全人的ケア、⑤グリーフケアという観点からインタビュー調査を行った。事例の疾患は問わないが、訪問看護導入から看取りまでの期間が 3 週間以上の事例を選定していただくこととした。

3) データ分析方法

インタビューデータを逐語録に起こし、各ステージにおける、上記①～⑤のケア実践に関わる

語り内容を切片化しコード化を進めた。意味内容を丹念に読み込みながら、抽象度を上げつつ類型化した。データ分析過程においては、適宜研究協力者間で討議を重ね、信頼性と妥当性を高めていった。

4) データ収集・分析期間

平成 29 年 9 月～平成 30 年 1 月

5) 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究概要、研究協力は自由意思であること、プライバシーの保護、研究の公表について文書と口頭で説明を行い、同意書に署名を得てインタビューを実施した。

Ⅲ 研究の成果

1. 質問紙調査

1) 管理者用質問紙調査

訪問看護ステーション管理者用の質問紙調査票は、14 施設の管理者 14 名へ配布し 10 施設 10 名より回答があった（回収率 71.4%）。単純集計結果を表 1～表 4 に示した。

表1 訪問看護ステーションの概要について (n=10)

質問項目	回答項目	数(%)	備考
市・町	豊岡市	4	
	養父市	1	* サテライト事業所が別途2か所あり
	朝来市	1	
	香美町	2	
	新温泉町	1	
開設主体	市区町村	2	
	広域連合・一部事務組合	2	
	看護協会	1	
	社会福祉法人	1	
	営利法人	3	
加算等の届出 (介護保険)	その他の法人	1	
	機能強化型訪問看護ステーションの届出あり	1(10%)	
	緊急時訪問看護加算の届出あり	10(100%)	
	特別管理加算の届出あり	10(101%)	
	算定件数	161	n=8, 平均値
	特別管理加算(Ⅰ)	83.1	n=8, 平均値
	特別管理加算(Ⅱ)	46.7	n=8, 平均値
	看護体制強化加算の届出あり	4(40%)	
	サービス提出体制強化加算の届出あり	5(50%)	
加算等の届出 (医療保険)	中山間地域等の加算あり	0(0%)	
	緊急訪問看護加算あり	9(90%)	
	算定件数	34.2	n=5, 平均値
	24時間対応体制加算あり	9(90%)	
	24時間連絡体制加算あり	3(30%)	
	特別管理加算あり	9(90%)	
	5000円件数	23.9	n=8, 平均値
	2500円件数	16.8	n=8, 平均値
	在宅がん医療総合診療料	0	
在宅療養支援診療所との 連携	特別訪問看護指示書交付あり	7(77.8%)	n=9
	交付件数	11	n=8, 平均値
	あり	7(87.5%)	n=8
	対象者	208.7	n=7, 平均値
ターミナルケア加算・ 療養費	介護保険のターミナルケア加算算定あり	9(100%)	n=9
	件数	5.4	n=9, 平均値
	医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費算定あり	8(88.9%)	n=9
在宅看取り体制	件数	4.1	n=9, 平均値
	ターミナルケア・看取りに関するマニュアル・ガイドライン有り	9(90%)	

表2 訪問看護ステーションの平均従業者数 (n=10)

職種	常勤者		非常勤者	
	実人数	換算数	実人数	換算数
保健師	0	0	0.1	0.05
助産師	0	0	0	0
看護師	4.7	5.1*	2.4	2.2
准看護師	0.1	0	1.1	0.05
理学療法士	1.2	0.9	0.2	0.3
作業療法士	0.4	0.4	0.2	0.1
言語聴覚士	0	0	0.1	0.1
* 常勤看護師換算数のみn=8				

表3 利用者の概要について (n=10)

質問項目	回答項目	総数	平均
利用者数(実数)【月】	介護保険	929	92.9
	医療保険	178	17.8
	13日／月以上の訪問	26	2.6
延訪問回数【月】	介護保険	4541	454.1
	緊急訪問回数	83	8.3
	医療保険	1223	122.3
	緊急訪問回数	13	1.3
新規利用者数【月】	介護保険		
	医療機関からの退院	16	1.6
	施設からの退所	0	0
	退院・退所以外	29	2.9
	医療保険		0
	医療機関からの退院	6	0.6
	施設からの退所	0	0
	退院・退所以外	5	0.5
死亡者数【年間】	介護保険		
	自宅で利用1か月内の死亡数	30	3
	自宅で1か月以上の死亡数	81	8.1
	自宅以外で1か月内の死亡数	9	0.9
	自宅以外で1か月以上の死亡数	97	9.7
	医療保険		
	自宅で利用1か月内の死亡数	18	1.8
	自宅で1か月以上の死亡数	38	3.8
	自宅以外で1か月内の死亡数	5	0.5
	自宅以外で1か月以上の死亡数	54	5.4
利用者の要介護度【月】	要支援1	85	8.5
	要支援2	81	8.1
	要介護1	196	19.6
	要介護2	149	14.9
	要介護3	112	11.2
	要介護4	183	18.3
	要介護5	176	17.6

表4 在宅ターミナル・看取りケアの原因となった状態・状態像 (n=10)

質問項目	総数	平均
感染症及び寄生虫症	7	0.7
新生物	3	0.3
悪性新生物	75	7.5
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1	0.1
内分泌、栄養及び代謝疾患	5	0.5
糖尿病	1	0.1
精神障害及び行動の障害	0	0
認知症	9	0.9
統合失調症	0	0
神経系の疾患	1	0.1
パーキンソン病	2	0.2
アルツハイマー	3	0.3
眼及び付属器の疾患	0	0
耳及び乳様突起の疾患	0	0
循環器系の疾患	5	0.5
高血圧	0	0
心疾患	27	2.7
脳血管疾患	11	1.1
呼吸器疾患	18	1.8
消化器疾患	8	0.8
皮膚及び皮下組織の疾患	0	0
筋骨格系及び結合組織の疾患	0	0
骨粗鬆症	0	0
尿路性器系の疾患	3	0.3
妊娠、分娩及び産褥	0	0
周産期に発生した病態	0	0
先天奇形、変形、および染色体異常	0	0
症状、症候及び異常臨床所見、異常検査所見で他に分類されないもの	2	0.2
損傷、中毒及びその他の外因の影響	1	0.1
健康状態に及ぼす要因および保険サービスの利用	0	0
その他	33	3.3
老衰	7	0.7
食事摂取不良	1	0.1

2) 管理者・訪問看護師用質問紙調査

管理者および訪問看護師用の質問紙調査票は 93 名に配布し 67 名より回答があった（回収率 72.0%）。結果を表 5～表 12 および図 1～図 3 に示した。在宅ターミナル・看取りケアについては、86.6%の訪問看護師が経験しており、1 人当たりの実施件数は平均 16.2 件であった。また、在宅看取りを担当する自信については、「ある」「少しある」を合わせると 76.2%が肯定的な回答を示した。一方で、「自信がない」「自信があまりない」と回答した理由としては、「知識・技術に不安がある」が最も多かった。回答者自身の最期の療養場所の希望については、「自宅で最期まで療養したい」は 23.9%にとどまり、現制度下で自身が自宅で最期まで療養できるかについては、44.8%が「実現困難」と回答した。その理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」との回答が 86.7%と最も多かった。

ターミナルケア態度尺度について、大項目「死にゆく患者（療養者）に対するケアの前向きさ」に関する 3 つの項目のうち 2 つは逆転項目となっており、点数が低いほど前向きであることを示す。これを従属変数とし、「看護師経験年数」、「訪問看護師経験年数」、「看取り件数」を独立変数として重回帰分析を行ったところ、「看護師経験年数」に有意な関連が認められた（ $R^2=0.142$ 、調整済み $R^2=0.097$ 、 $p=0.020$ ）。「患者（療養者）・家族を中心とするケアの認識」を従属変数とし独立変数は上記同様とした分析では、いずれも有意な関連は認められなかった。顔の見える関係評価尺度の下位尺度項目「他の職種の役割がわかる」および「関係者の名前と顔・考え方がわかる」と併設施設の有無において、有意な関連が認められた（いずれも $p=0.01$ ）。

表 5 開設主体について (n=67)

質問項目	人数 (%)
都道府県	2 (3.0%)
市区町村	17 (25.4%)
広域連合・一部事務組合	2 (3.0%)
日本赤十字社・社会保険関係団体	0 (0%)
医療法人	1 (1.5%)
医師会	0 (0%)
看護協会	5 (7.5%)
社団・財団法人（医師会・看護協会以外）	5 (7.5%)
社会福祉協議会	1 (1.5%)
社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	4 (6%)
農業協同組合及び連合会	1 (1.5%)
消費生活協同組合及び連合会	3 (4.5%)
営利法人（株式・合名・合資・有限会社）	20 (29.9%)
特定非営利活動法人（NPO）	0 (0%)
その他	4 (6.0%)
無回答	2 (3.0%)

表 6 同一法人内の施設・事業所（複数回答）（n=67）

質問項目	人数（%）
居宅介護支援事業所	27 (40.3%)
訪問介護事業所	9 (13.4%)
病院	18 (26.9%)
有床診療所	0 (0%)
無床診療所	6 (9.0%)
介護老人保健施設	14 (20.9%)
特別養護老人ホーム	3 (4.5%)
通所介護事業所	6 (9.0%)
その他	14 (20.9%)
該当なし	16 (23.9%)
無回答	7 (10.4%)

表 7 併設施設・事業所（複数回答）（n=67）

質問項目	人数（%）
居宅介護支援事業所	24 (35.8%)
訪問介護事業所	10 (14.9%)
病院	15 (22.4%)
有床診療所	1 (1.5%)
無床診療所	2 (3.0%)
介護老人保健施設	10 (14.9%)
特別養護老人ホーム	0 (0%)
通所介護事業所	5 (7.5%)
その他	14 (20.9%)
該当なし	26 (38.8%)
無回答	8 (11.9%)

表 8 回答者の概要 (n=67)

質問項目	回答項目	数(%)
年齢(年齢+SD)		50.6±12.9歳
性別	男	3 (4.5%)
	女	64 (95.5%)
看護師経験年数		26.3±13.0年
訪問看護経験年数		9.7±16.7年
在宅ターミナル・看取りケアの実施経験	あり	58 (86.6%)
	なし	7 (10.4%)
	無回答	2 (3.0%)
在宅ターミナル・看取りケアの実施件数		16.2±28.2件

図 1 利用者が在宅看取りを希望した場合、最期まで担当する自信があるか (n=67)

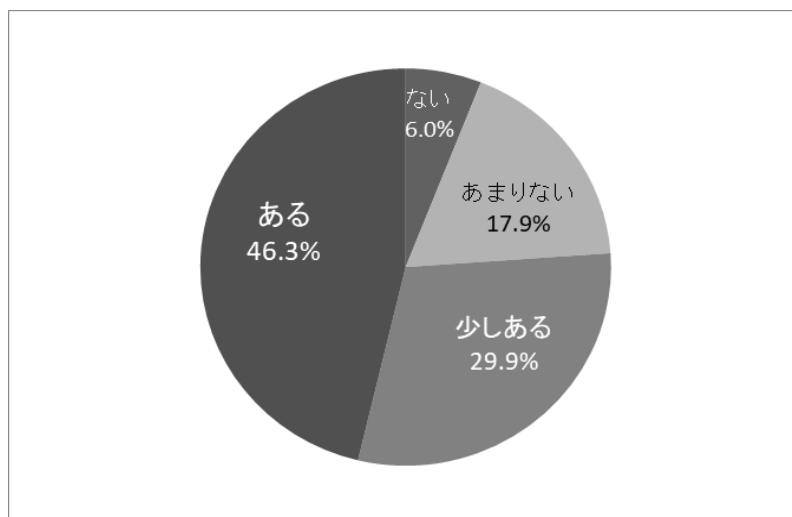


図 2 「自信がない」「自信があまりない」と回答した理由 (複数回答) (n=16)

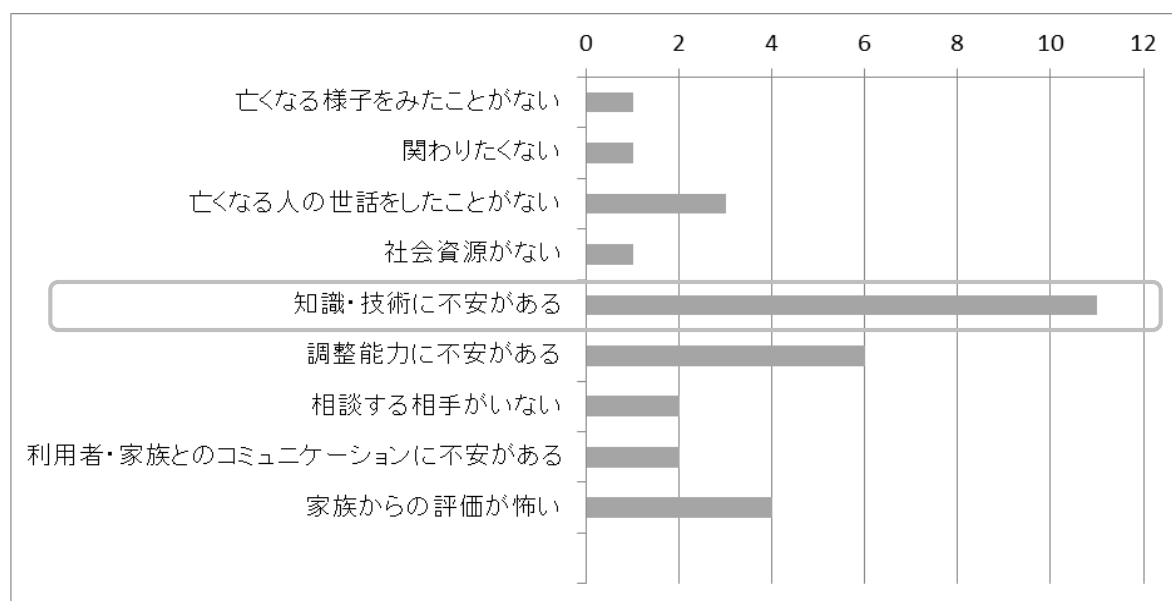


表 9 ターミナルケア態度尺度日本語版短縮版 (n=61)
(各項目 1～5 点、大項目 3～15 点、総合得点 6～30 点)

大項目(分類)	質問項目	項目別 平均得点	大項目 (分類)別 平均得点	総合 平均得点
死にゆく患者(療養者)への ケアの前向きさ	死にゆく患者(療養者)をケアすることは、私にとって価値 のあることであるへのケアは価値がある	4.3	8.7	20.7
	死にゆく患者(療養者)と差し迫った死について話をすること は気まずく感じる	2.5		
	私は死にゆく患者(療養者)と親しくなることが怖い	1.8		
患者(療養者)・家族を中心とする ケアの認識	死にゆく患者(療養者)の身体的ケアには、家族にもかか わってもらふべきだ	3.9	12.0	
	家族は死にゆく患者(療養者)が残された人生を最良に 過ごせるようにかかわるべきである	4.1		
	死にゆく患者(療養者)とその家族は意思決定者としての 役割を担うべきである	4.1		

表 10 顔の見える関係評価尺度得点と併設施設・病院の有無との関連 (n=61)

項目	下位尺度1	p値	下位尺度2	p値	下位尺度3	p値		
	他施設の 関係者と やり取りが できる		他の職種 の役割が わかる		関係者の 名前と顔・ 考え方が わかる			
全体	10.9±1.9		10.2±1.7		9.1±2.2			
併設施設あり	10.5±2.0	0.06 [†]	9.6±1.9	0.01 *	8.2±2.3	0.01 *		
なし	11.4±1.5		10.8±1.1		9.7±1.6			
病院併設あり	11.1±1.6	0.66	10.0±1.9	0.7	8.1±2.3	0.13		
なし	10.8±2.0		10.2±1.6		9.1±2.0			
項目	下位尺度4	p値	下位尺度5	p値	下位尺度6	p値	下位尺度7	p値
	地域の多 職種で 会ったり話 し合う機会 がある		地域の相 談できる ネットワー クがある		地域の資 源が具体 的にわか る		退院前カ ンファレン スなど病 院と地域 の連携が 良い	
全体	10.3±2.4		11.5±1.5		11.1±1.8		11.5±1.8	
併設施設あり	10.4±2.4	0.51	11.4±1.6	0.22	10.6±2.2	0.08 [†]	11.3±2.1	0.74
なし	10.0±2.4		11.8±0.9		11.4±1.0		11.5±1.3	
病院併設あり	10.9±2.2	0.19	11.7±1.2	0.61	10.9±1.9	0.90	12.1±1.4	0.06 [†]
なし	10.0±2.4		11.5±1.5		11.0±1.7		11.1±1.9	
					Student's t-test, [†] p<0.1, * p<0.05			

表 11 あなた自身が痛みを伴い、治る見込みがなく死期が迫っている場合、最期までの療養生活をどこで送りたいか (n=67)

質問項目	人数 (%)
なるべく早く今まで利用した医療機関に入院したい	1 (1.5%)
なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい	5 (7.5%)
自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい	2 (3.0%)
自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい	33 (49.3%)
自宅で最期まで療養したい	16 (23.9%)
専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい	0 (0%)
老人ホームに入所したい	0 (0%)
わからない	9 (13.4%)
その他	1 (1.5%)

図 3 現在の制度のもとではあなたは自宅で最期まで療養できると考えるか

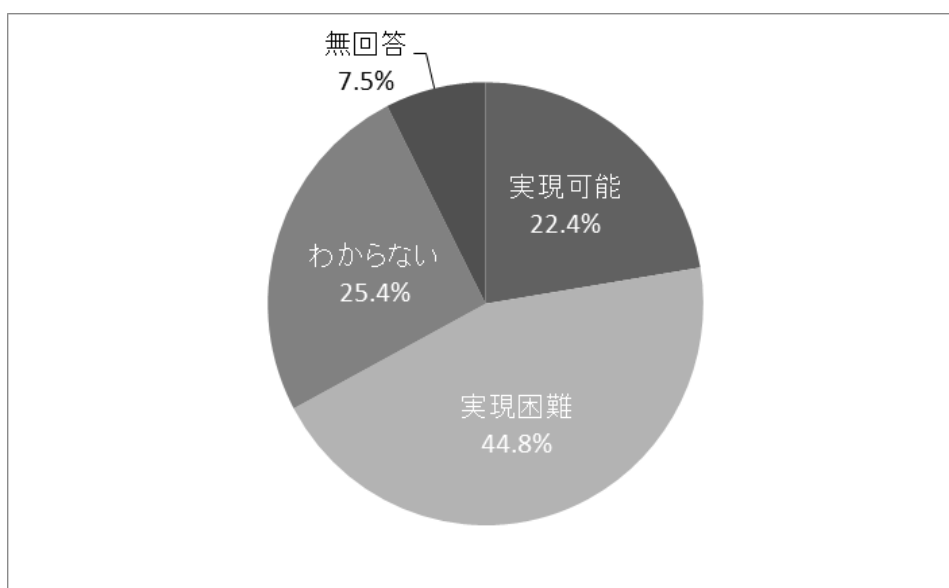


表 12 「実現困難」と回答した理由（複数回答）（n=30）

質問項目	人数 (%)
往診・訪問診療をしてくれる医師がいない	8 (26.7%)
訪問看護体制が整っていない	2 (6.7%)
訪問介護体制が整っていない	1 (3.3%)
24 時間相談にのってくれるところがない	2 (6.7%)
介護してくれる家族がいない	11 (36.7%)
介護してくれる家族に負担がかかる	26 (86.7%)
症状が急変した時の対応に不安	8 (26.7%)
症状急変時すぐに入院できるか不安	11 (36.7%)
居住環境が整っていない	4 (13.3%)
経済的負担が大きい	10 (33.3%)
その他	2 (6.7%)

2. インタビュー調査

研究協力者は、但馬地域所在の 14 か所の訪問看護ステーションのうち、研究協力の同意が得られた 8 か所の管理者 8 名であった。インタビューに要した時間は、1 名あたり約 60 分～90 分であった。訪問看護師である管理者が、過去 1 年間に関わった在宅ターミナル・看取りケアを行った事例（1 名につき 1 事例）を想起していただき、在宅看取りの 5 ステージ〔導入期・安定期・終末期前期・終末期後期・看取り期〕で実践した看護ケア内容について、語っていただいた。研究協力者 8 名の基本属性等の概要は表 13 に、想起していただいた事例の概要については表 14 に概要を示した。在宅看取りの 5 ステージ各期におけるケア実践内容については、表 15-1～15-5 に対応するコード一覧を示した。さらに、在宅ターミナル・看取りケアについて感じたこと、考えたことについては表 16 に示した。

全体的な傾向として、導入期は、在宅での看取り体制を整えるべく、訪問看護の回数やサービス内容の調整、療養者と家族の不安への対応、呼吸苦や疼痛、倦怠感等の苦痛緩和に配慮した生活援助を主に実践していた。安定期は、家族の介護疲れや不安が増大しやすい時期であり、話を傾聴したり様々な相談に応じていた。また、状態悪化を見越して主治医との連携を強化したり、緊急時訪問体制や電話対応が随時可能であることを伝えて、療養者と家族の安心感につながる対応をしていた。同時に、療養者と家族の看取りを見据えた意思確認も行っていた。次の段階である終末期前期は、食欲低下や ADL の低下が著しくなり、誤嚥性肺炎や血圧低下、尿量低下、浮腫等の全身状態の悪化が顕著に現れてきている。療養者の状態と家族の意向にあわせて、主治医と相談しつつ、点滴量の調整や酸素量の調整、吸引等の医療的ケアへの対応を行うと同時に、療養者の状態を見極め家族へ看取りへの心の準備ができるような配慮と説明を行っていた。終末期後期は、特に家族ケアに重きを置いてケアが実践されている。療養者の身体的変化が著しくなり、死期が迫っていることを家族に伝えることや、居間に療養者のベッドを移す手配をする等、家族

の目が行き届くように環境調整も行っていた。また、最期のケア（エンゼルケア等）をどのようにするか具体的な確認も行っていた。療養者ご本人に対しては、苦痛緩和と意向・希望の尊重は引き続き優先的に行いつつ、清潔ケアにより身なりを整えたり、穏やかに返答できる声掛けを行ったり、終始受容的態度を心掛けて接していた。最期の看取り期では、死の瞬間を家族が看取れるように呼吸停止を予見して家族に伝える、訪問看護師に 24 時間連絡できることを伝える、遠方の親族へ会いに来るよう助言するといった対応をしていた。いよいよ最期を見送った後には、主治医の死亡診断に付き添いエンゼルケアを実施していた。家族へのグリーフケア一環として、落ち着いたタイミングで遺族訪問（お悔やみ訪問）を行っていた。

表 13 研究協力者の概要

	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
年代	50歳代	40歳代	40歳代	50歳代	40歳代	50歳代	50歳代	40歳代
性別	女	女	女	女	女	女	女	女
看護師 経験年数	33年	12年	20年	—	20年	38年	25年	23年
訪問看護 経験年数	8年	7年	7年	—	13年	18年	5年	4.5年
在宅ターミナル・ 看取りケアの 実施件数	約100件	30件	30件	100件以上	100件	100件	40件	10件
その他保有資格	呼吸療法認定士	なし	なし	なし	介護支援専門員	介護支援専門員	訪問看護認定看護師	なし

表 14 事例の概要

	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
年代	100歳代	80歳代	81歳代	80歳代	70歳代	90歳代	80歳代	80歳代
性別	男	男	女	女	女	女	男	女
疾患	肺がん	慢性心不全	脳出血 脳梗塞後高血圧 心筋梗塞 糖尿病	老衰 心不全	黒色腫 全身転移	老衰	多発性脳梗塞 原発不明の癌 多発性脳転移	大腿骨骨折 廃用症候群 老衰
家族構成	認知症の妻とサービス付き高齢者住宅で二人暮らし、近隣に長男・次男・長女家族在住	妻と二人暮らし	息子と二人暮らし	娘と二人暮らし	夫と二人暮らし	夫と夫と先妻の間の次男夫婦の三人暮らし	妻、長男夫婦の四人暮らし 自営業	夫と長男夫婦の四人暮らし 自営業
制度・在宅サービス利用状況	訪問看護 ホームヘルパー 往診 サービス付き 高齢者住宅職員	訪問看護 デイサービス	訪問看護 ホームヘルパー	訪問看護 訪問診療 デイサービス ショートステイ	訪問看護	訪問看護 往診 ホームヘルパー デイサービス	訪問看護 往診 デイサービス	訪問看護 ホームヘルパー
訪問看護導入～ 看取りまでの期間	約4か月	約1年	約1か月	1年9か月	約11か月	16日	約2年 (終末期は2か月程度)	約6か月

表 15-1 在宅看取り 5 ステージにおける訪問看護によるケア実践内容（導入期）

	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
導入期	・要支援を区分変更し要介護3へ、がん末期の診断名へ ・症状と生活の状況を見て必要な処置を検討 ・指導というより何か困ったことがあれば一緒に考えましよう提案 ・看護が24時間関われないため、周囲の人たちのコーピング能力を上げる ・本人にとってそれぞれの家族員がどのような存在か探っていく ・家族の関係性とキーパーソンを探る ・在宅酸素療法導入を機に毎日訪問を提案 ・HOT装着を強制するような指摘や言い方をしない ・きっちりしている本人の性格をふまえ、本人の意向に合わせ就寝と衣食の居居を別々の部屋にする ・病状に応じて心負担がかからずトイレ移動できるかを調整	・不安から入院繰り返し、退院前カンファレンスに参加 ・呼吸苦への対応に不安が強い妻の相談役で訪問看護が入る ・呼吸苦の手立てについてHOTも導入を提案 ・SpO290%以下にならないことからHOT導入指示がでないため、医療機器業者と相談しASVを導入してみる ・呼吸苦の軽減により楽しみとしてデイサービス利用が可能になる ・妻でもできることがあるというのは不安軽減につながるのを、それを支える ・心臓への負担がかからないように排泄のコントロールをする ・訪問Nsが入浴介助、状態みながら保清 ・妻と相談して食事内容を検討、妻の不安がないように、訪問Nsが状態を見ながら安全に清潔ケアを提供 ・訪問が入る時に妻が出かけられるよう配慮 ・認定調査の時に同席し状況を詳しく説明し介護が必要なことを強調する ・内服のセットと妻への指導 ・診療所のDrとつなぐ ・いつ命取りになってもおかしくない状況であることを認識し、血液検査結果でNa、Kバランスを見て調整 ・何回も診療所Drにも足を運んでもらいながら、娘や妻にいつ呼吸停止するかわからない状況であること、どうするかを話し合う	・在宅看取りの予定で退院、退院後初回訪問でもう一度息子の思いを確認 ・延命治療や点滴等どうされるかというところも確認 ・息子より点滴の希望があったため主治医に伝えて毎日施行・毎日訪問となる ・仕事で不在の息子と連絡ノートでやり取り ・変わったことがあれば息子の帰宅時間を見計らって夜に電話で伝えた ・バルンカテーテルを抜く方向だったが尿量の目安になるのでしばらくは入れておく ・別れた息子の嫁や近所の方が様子を見に来るような、見守り体制がある ・毎日点滴とバルーンの管理とバイタルのチェックをし、ちょっと変化があったら主治医へ報告する ・ヘルパーがモーニングケア等で朝晩1日2回入り、訪問Nsが全身清拭や洗髪を実施 ・食事はほとんどされないでアイスクリームやボカリスエットを息子介助で摂取、最期まで経口摂取 ・排便はおムツ、出なければ排便処置をする	・介護の不安への対応等、家族の支援をするために訪問看護を導入する ・本人の身体機能低下による家族の不安を軽減するため訪問回数を増やす ・介護の方法が分からない家族のために介護指導を行う ・便秘のため週2回の訪問で排便コントロールを行う ・本人に対して家族が感情を抑えられず辛く当たることを軽減するため、介護指導を行う ・緊急対応の契約は行っていないが、家族が必要な時にはいつでも電話相談に応じる ・今後本人に起こり得る事態への対応に対して家族の揺れ動く気持ちを絶対に否定せず傾聴する ・家族の在宅看取りに対する思いを聞き、医師や他のサービスに繋ぐ	・入浴時のストーマ管理のため訪問看護導入となる ・退院直後は家族が入浴介助等可能であったため、週1回の訪問で疼痛管理を行う	・導入時のサービス担当者会議で介護者が高齢であることを考慮して、訪問介護を利用することを本人と家族に勧める ・本人と家族に訪問看護と訪問介護のケアの違いを説明する ・他のサービスが入らない日を家族が不安に感じているため、日曜日に訪問日を設置する ・家族が高齢で全てのケアを訪問看護だけで行うことには限界があるため、訪問介護の利用を提案する ・本人の倦怠感が強くADLが急激に低下していることを踏まえ、今後の見通しを本人と家族に説明する ・食事摂取が今後困難になることを説明する ・褥瘡予防の説明や福祉用具の調整をアドバイスする ・本人が変化していく様子に家族が不安を持っていたため、24時間いつでも電話相談できることを伝える ・訪問の最後にもいつでも連絡できることを伝え、家族に安心してもらう	・在宅酸素療養やバルンカテーテル管理、廃用性の拘縮予防のための日常生活動作や食事内容の指導を行う ・歩行状態に合わせてポータブルトイレやトイレを選び排泄の介助を行う ・本人と家族の在宅療養の希望を聞き、ケア目標を決定する	・保清と健康チェック、排便コントロールを中心に行う ・入浴介助時に皮膚状態や血圧低下がないかを観察する ・認知症により入浴介助時に不穩になるため、ヘルパーと協力して支援する ・本人と関係性がすでに形成されているヘルパーから情報を提供してもらい、ケアの導入をスムーズにする

表 15-2 在宅看取り 5 ステージにおける訪問看護によるケア実践内容（安定期）

事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
・心不全の悪化を恐れ入浴拒否の際に、熱もなく血圧も良いので酸素を持参し訪問Nsと一緒に入るのでお風呂に入りませんかと促す ・本人のこれまでの人生における価値観、多く語られる戦時中の話を傾聴 ・症状の出力によってケアのやり方と場所を変え、その際は説明の仕方を工夫 ・本人が話したいことを一生懸命話している時は聞くことを大事にする ・組まれているケアを無理に進めない ・戦争体験により苦痛に強く体調に鈍感になっていることをふまえて本人の言動から自覚症状を察していく ・食事摂取量、血圧、酸素の値、便が出たかということと共に把握し確認し合う	・デいに週1回、訪問週3回 ・皮膚トラブルの予防 ・訪問Ns皆で妻を支えようという目標の下、妻のフォローに気をつける ・妻を支えることで本人の願いを叶えられると理解 ・本人のケア後に妻のマッサージや話の傾聴をルーティンに入れる ・窓口を作ってチームで対応	・在宅看取りを見越して退院したが日にちが経つにつれて息子の疲れが蓄積、毎晩訪問STへいつまでもつか電話があり、その都度「今の状況で血圧も安定してるし尿も出てるし、そんなね、今日明日とかって話じゃないですよ」と伝え対応する ・想定以上に長引く介護生活に疲れた息子へ毎日点滴を減らすか提案するが毎日の希望は変わらず、そのまま毎日続行する ・何もしないことは息子にとって見殺しのような罪悪感がある、せめて点滴はということとどのくらい持つのかを訪問Nsへ聞くので今日明日ではなく2週間くらいは頑張れるのではと話すが、訪問は受持ち制をとっていたがチームで関わっている ・息子の疲れと思い、家で看取することは揺るぎないという確認をチームで共有 ・息子の希望で栄養剤注入を退院を機に中止、中止するとそんなにもたないと説明されていた状況 ・案に逝かせるには点滴の量を減らす選択肢もあると訪問も主治医も伝えるが、そこはしてあげたいという息子の強い思いがあったことから継続	・誤嚥のリスクはあるが少しでも食べさせたいという家族の思いを汲み、嚥下機能の評価を行う ・家族に本人の嚥下機能について説明し、食事介助方法を具体的に説明する ・本人の状態チェックと家族の話聞き、疲労や介護の不安がないかを確認する ・家族の介護力が高くデイサービスで清潔援助が可能であったため、状態変化のある場合のみ訪問回数を増やす	・週3回の訪問で保清と状態観察を行う ・家族のレスパイトを主な目的として訪問する ・いつでも電話対応や訪問を行うことを伝え、本人と家族に安心感をもってもらう ・介護力の高い家族ではあるが介護量が増加するにつれ、できない部分を訪問Nsが補う ・家族ができることは家族の仕事としてしてもらう ・本人の介護量や医療的処置が増えるにつれ、家族ができなくなってきた介護を補う ・家族の入院させたいという希望もあり、緩和ケア病棟の見学を勧める ・緩和ケア病棟に入院した場合に起こり得ることを家族と相談し、在宅看取りを決定する ・訪問Nsが精一杯サポートすることを家族に伝え、在宅看取りの決断を支援する ・家族の介護力を評価し、在宅看取りが可能であることを見極め、家族にできることをできると伝える ・訪問日以外も様子を確認しに行くことで信頼関係を築く ・点滴のために毎日訪問を行う	・本人の状態変化による家族からの緊急訪問の要請に答え、適切に対応し家族に安心を与える ・体の置き場がないしんどさを軽減するため、マッサージをしながら本人と話を ・マッサージをすることで苦痛の緩和や不安の軽減を行う ・水分補給と排泄ケアを行う ・ポータブルトイレやベッド上での陰部洗浄など、本人の希望の排泄場所に合わせた排泄ケアを行う ・家族にストローやスプーンなど本人の状態に合わせた水分補給の方法をアドバイスする ・褥瘡悪化予防のために体位変換のタイミングを家族とヘルパーにアドバイスする ・家族から室温など環境調整に関する相談を受ける ・皮膚状態についてヘルパーからの情報を得、すぐに対応する	・便秘に対し下剤のコントロールや洗腸、排便を行う ・水分摂取を促すために一日の摂取量を決め、家族にとろみをつける方法をアドバイスする ・何ccに何グラムというように具体的にとろみのつけ方を家族と一緒にしながら指導する ・膀胱留置カテーテルを留置しており、尿混濁や紫色バツク症候群、尿路感染を繰り返すため、バルーンの種類や管理を行う ・バルーン交換を痛みなく行えるように事業所内で勉強会を行う ・本人の苦痛を最小限にするため、感染を起こしにくい性質のバルーンをステーション内で検討し選定する ・家族に介護の知識や技術を伝え自信をもって介護を行ってもらうことで、家族自身の生活を安心して送れるようにする ・本人に変わったことがある場合のみ連絡ノートに記述すればよいと家族に伝えることで、家族自身の時間を持てるようにする ・少しでも動きたいという希望を踏まえ、立位、歩行のリハビリを行う ・風邪などの感染症予防のため口腔ケアや咳嗽の指導を行う ・食事や飲み物の内容を確認し、バランスのよい食事をアドバイスする ・食事摂取時のギャッジアップの角度や食後しばらくは仰臥位にならないことなどを本人に伝える ・主介護者以外の家族とも定期的に困っていることはないか話を聞く ・家族からの要望で家族が本人に言いにくいことを代わりに理由と共に伝える ・人とのコミュニケーションを持つ機会が少ないため、できる限り訪問Nsがコミュニケーションを取るようにする ・歩きたいという希望を汲んで立位訓練を行う ・在宅看取りについて本人と家族の意思を確認する	・栄養改善のため、好きな食品や補助食品の提案を行い、食事量を増やす ・訪問Nsやヘルパーに対する本人の暴言を気にする家族に対し、気にしていないので大丈夫だということを伝える ・血圧変動を家族が心配するため、主治医と連携して薬剤の調整を行い対応することで不安を軽減する ・エアマットやドレッシング材を工夫し、褥瘡を予防する ・インフルエンザの予防接種を行う ・訪問看護が医師と連携することで通院の回数を減らし、家族の負担を軽減する ・口腔内清拭により痰を除去することを家族に指導する ・好きな物を食べてもらい食べる喜びを味わってもらう

安定期

表 15-3 在宅看取り 5 ステージにおける訪問看護によるケア実践内容（終末期前期）

	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
終末期前期	・食欲低下がでてくるので用意してもらった量を最初から減らしてもらい、エンシュアゼリーを作り捕食とする ・今のうちにしか解決できそうにない本人の心残りがないうかを確かめる ・一時でも家に帰りたい希望を叶えるための諸手配を本人と共に段取りしていく ・死期が近いことを現実として理解していない家族へ現状を再度説明の上本人の希望をかなえられるよう調整 ・本人の思いを代弁し家族を説得 ・タイミングを見極めて今しかできないことや本人の夢をかなえるべく援助する ・病状の予測 ・排泄等尊厳を傷つけない関わり	・ASVで呼吸苦が強くなることはなく、食欲が落ち眠る時間が増えてきた ・家族に、食べられないから死ぬんじゃないかと、少しずつ体が死の準備の段階に入っているというところを理解してもらえようように話をする ・娘が在宅看取りの知識と理解があり「何もしないでほしい」と言われていたため尊重する ・妻が一番そばにいたいことから心配になられるため、特別訪問看護指示書を発行してもらい毎日訪問とし、必要時1日2回訪問した ・妻から不安の電話があると訪問し、この状態で大丈夫、本人は楽であると伝えていた ・血圧低下によりデイをやめた方が良くケアマネより連絡あり、本人が希望したためDrにも確認し呼吸停止があった時の看取りをデイにお願いし了解を得て、体制を整えて行ってもらった ・一度デイへ訪問Nsが臨時訪問した ・妻の不安に対して日々変化していく体の状態を繰り返し説明、Drからも説明してもらったよう配慮 ・妻は一つ一つが不安、本人がやりたい部分を叶えてあげられるようあまり抑制しないよう対応	・在宅看取りを見越して退院したが日にちが経つにつれて息子の疲れが蓄積、毎晩訪問STへいつまでもつか電話あり、その都度「今の状況で血圧も安定してるし尿も出てるし、そんなね、今日明日と頑張って話さないですよ」と伝え対応する ・想定以上に長引く介護生活に疲れた息子へ毎日点滴を減らすか提案するが毎日の希望は変わらず、そのまま毎日続行する ・何もしないことは息子にとって見殺しのような罪悪感がある、せめて点滴はということとどのくらい持つのかを訪問Nsへ聞くので今日明日はなく2週間くらいは頑張れるのではと話す ・訪問は受持ち制をとっていたがチームで関わっている ・息子の疲れと思い、家で看取することは揺るがないという確認をチームで共有 ・息子の希望で栄養剤注入を退院を機に中止、中止するとそんなにもたないと説明されていた状況 ・楽に逝かせるには点滴の量を減らす選択肢もあると訪問も主治医も伝えるが、してあげたいという息子の強い思いを尊重し継続 ・尿量の減少、むくみ、痰がゴロゴロするようになる ・排痰のため吸引を導入 ・息子の頻繁な電話はなくなる、むくみも出ているしちょっと状態が落ちてきているというのは伝える ・ルームエアですづいて、体調の大きな変動はない	・状態悪化に伴い点滴を継続するか中止するのか、本人の意思を確認する ・食事量や心機能が低下してきており、今後も回復は望めないことを家族にはっきり伝える ・家族が死を受け入れる準備ができる時間を作るためにも、点滴による脱水補正を提案する ・主治医の代わりにまず訪問Nsがケアの方針について家族と相談する ・家族と相談したケアの方針を家族の了承のもと主治医に伝える ・主治医と連携し本人の感染症状をその都度ケアすることで、生きていくという希望を家族がもてるようにする ・本人の状態を見極め点滴の量を調整する ・主治医にお伺いを立てて指示を得る ・本人の身体状態に合わせて点滴回数を調整する ・摂食状態悪化に伴う家族の不安増強のため訪問回数を増やす ・家族が無理にでも食べさせなければならぬという思いが強いため、少しでも食べられるよう食事形態のアドバイスを行う ・寝たきりに近い状態になると、スキントラブルに対する指導を家族に行う ・訪問Nsが主治医と連携しながら裁量をもって症状コントロールを行う ・循環動態に合わせ酸素量を医師と連携しながら主体的に調整する ・SpO2の低下や廃雑音、チアノーゼの出現を把握し主治医と連携して酸素導入を決定する ・本人、家族、ケアマネジャー等とチームになってケアを行う ・主治医と連携を取りタイムリーに支援をすることで家族の安心につなげる ・訪問Nsの立場からの要望や調整したいことを諦めずに主治医に伝える ・元美容師の家族に洗髪を行ってもらったことで本人の安楽を促す ・家族の介護手技をほめる ・家族の長所を理解し、それを活かして本人に関わってもらった	・本人の家にいたいという気持ちや代弁し家族に在宅看取りについて説明する ・経口摂取不可で傾眠状態になったため、点滴を行う ・本人の状態を見極め、家族に余命について伝える ・遠方の家族にも本人に何かあるごとに連絡し、看取りの準備を進める ・疼痛コントロールを行い、家族に本人が苦しんでいないことを確認し安心感を与え、在宅療養を継続する意思をもってもらった ・呼吸の確認以外の介護は訪問Nsができる限り行い、介護負担を軽減する ・在宅医と病院の医師と双方と連携を取る	・固形物摂取が困難になってくると、無理に食べさせるのではなく水分だけでも本人の希望に合わせて進めるように家族にアドバイスする ・本人に触れながら声掛けすることで安心感を与えられることを家族にアドバイスする ・家族に無理に水分を勧めなくてもよいことをアドバイスする	・ADLが低下し自分で動くことができなくなってきたため、体位変換や全身マッサージを行う ・自分で口腔ケアを行いにくくなってきたため、口腔ケアを行う ・全身清拭や陰部洗浄、足湯など保清を行う ・訪問を毎日行う中で曜日ごとにケアを組み立てる ・嚥下機能の低下に合わせ食事介助の指導を家族に行う ・拘縮が強くなるにつれ、着替えるのは難しいため、訪問Nsが来るまで無理をしなくてよいと伝える ・長男の嫁がストレスをためないよう意図的に話や愚痴を聞く ・本人のニーズを予測し、言われる前に先回りして支援を行う ・家族の身体的負担を軽減するため体位変換による痛みを最小限にする ・本人が話をするのが好きなので、積極的に話しかける ・清潔を保つよう留意する ・浮腫が出現すると特に褥瘡を作らないように留意する ・食事形態について栄養士と連携して誤嚥を起こさないよう留意する ・終末期について説明したパンフレットを渡し、終末期に起こり得ることについて説明する	・看取りに関するパンフレットを用いて終末期に予測される状態の変化を説明する ・パンフレットを用いて食事量の減少、呼吸状態の変化、全身状態の変化について家族に説明し、心の準備ができるようにする ・食事量の減少、誤嚥性肺炎様の症状、浮腫の出現や尿量の減少が現れた頃、看取りに関する説明を行う ・終末期に予測される状態の変化について、家族からの質問にその都度答える。

表 15-4 在宅看取り 5 ステージにおける訪問看護によるケア実践内容（終末期後期）

	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
終末期後期	・動けなくなることを予測し、本人の意向を確認しながら環境調整をする ・最期までトイレに行きたい思いを尊重しどのように工夫すれば行けるか手段を講じる ・身体が動かないことを自覚しオムツに排尿してしまったことには過剰に反応しない ・脱水症状が出てきた頃から単発、連日、週3など本人と相談しながら点滴開始 ・経口摂取量が極端に減り誤嚥がみられたので、ゼリーを食べてもらう ・ステロイド内服を点滴に変更（脳浮腫と全身倦怠感を軽減するため） ・経口摂取できなくなる本人の落ち込みを理解 ・もう駄目だという発言には受容的な態度で接し、どこかしんどいからそのように思うだろうから、何とかしよう先生に相談できると伝える ・何もできなくてごめんなさいと手を握ることしかできない。ご飯を一粒でもたくさん食べられたら私は嬉しいと伝える ・身体介入ができるのは看護、洗髪とか提案し身綺麗に整える ・身なりをきちんとしていた人だったが髭剃りが持てなくなってきたので、介助する ・身なりや見た目はその人の尊厳を一番表すため、終末期でも髭剃りや髪の毛、口腔内は清潔に整え、襟元も整える	・特別訪問看護指示書を使って朝夕毎日訪問 ・症状は安定しながらいけたが4、5日前からしんどさと食欲低下がみられた ・眼瞼、腰部、下腿から足背にかけて浮腫軽度あり、24日の往診で血液検査を実施 ・最期数日は極力妻の目が行き届くようベッドを居間に移すことにし了解を得た ・福祉業者を呼んでベッドを移動して環境調整 ・意識朦朧、水分が取れなくなる状態になったが、娘の強い希望を尊重し点滴はしない ・最期までトイレに、時々ポータブル使用、このため居間にベッドを置く ・少しずつ血圧低下、飲水もできなくなりDrに往診に来てもらって説明をする	・血圧が下がってきていることを伝える、いよいよ（死に）近くなってきたことを伝える ・訪看は1日1回、毎日 ・最期はパレン抜去したいと考えたがそのままにすることとする（意識レベルも低下し経口摂取が無理な状況だったので） ・点滴200ml入れても尿量が200ml出ず濃縮尿になりその分むくんでくるが、希望に沿って点滴はそのまま行う ・最初の時点で何かあったらいつでも行く伝えていた、途中で最期とエンゼルケアをどのようにするか話をする ・心変わりされる家族もいるので最後のケアを葬儀屋か訪看が確認、訪看を希望されたので要るものの説明を具体的に（服装、写真の用意など）、割と早い段階から ・葬儀はどのように考えているかも聞く ・在宅看取りの覚悟を決めて家に帰ってきたので、心づもりとして最期の時のことや準備など早めに伝える ・ケアマネジャーや連絡ノートによりヘルパーと情報共有 ・ヘルパーと直接話せていないが、ノートに色々書いていただきよく関わってくれている ・主治医は週1回往診 ・在宅に理解がある主治医でいつも連絡をして連携をとる	・死が迫ってきていることを家族に伝える ・終末期後期には特に、本人が寝てしまいたい家族が触れることを怖がっても、家族に可能な限り体に触れてもらう ・家族がケアを行いながら本人との思い出を話せるようにする ・本人と家族の思い出話はしみみりしないよう冗談を交えて話す ・家族が笑ってくれるようユーモアをもって家族に接する ・終末期後期は特に家族と話す機会をもつことに重きを置く ・家族が本人との絆を再確認し、共に生きた人生の振り返りができるよう生活歴を語ってもらう ・家族がケアを通して今までのことを振り返り整理できるよう支援する ・家族が自分のエゴで本人の生を引き延ばしてしまったのではないかという揺れ動く気持ちや辛い思いを絶対に否定しない ・家族が本人にとって最も良い選択をしたのか迷う時、自分を責めないように伝える ・余命1週間前頃を見極め、家族に覚悟をもってもらうことを伝える ・本人も家族も共に安らかに過ごし、別れについて考えることができるよう、本人の身体的苦痛を取り除く ・家族の希望に配慮し、最後まで点滴を継続する	・尿量の減少が見られることからいつ死が来てもおかしくないことを家族に伝える ・尿量や血圧低下から死が迫ってきていることを家族に伝える ・血圧低下や舌根沈下などがみられることから死が間近であることを家族に伝える	—	・家族の顔色や表情の観察、血圧測定を行い、疲労が蓄積していないかを確認する ・苦痛を最小限に抑えるために誤嚥や感染、褥瘡の予防、清潔に留意する ・家族に困っていることや不安について話を聞く ・家族が負担に感じていることを聞き、そこを重点的にケアする ・訪問する度に本人の状態を主治医に報告する ・本人の状態を逐一主治医に報告することで、家族の安心につなげる ・臨死期に現れる症状についてパンプレットを用いて家族に説明する ・急変しても慌てて救急車を呼ばずに、訪看Nsに連絡してもらうように家族に伝える	・本人が穏やかに返答できるような声掛けを行う

表 15-5 在宅看取り 5 ステージにおける訪問看護によるケア実践内容（看取り期）

	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
看 取 り 期	・ほとんど話せず話しても聞き取れない状況 ・お米に対して執着があるので、重湯を一口でも食べてもらって、それで食べられた実感をもってもらう ・点滴・注射しても楽にならないと言われたら同意の上、私たちがどうすれば楽になれるかと言いながら、黙ってそばにいる時間が増えてくる時期 ・褥瘡予防に最初からエアマットを導入 ・認知症の妻への対応を本人の代わりに担う ・血圧低下が著明になりいよいよの時に何か心残りはないかと聞く、1時間くらいかけて聞き取り、できることはすると答える ・最期の望みである子供が全員そろろうことを汲み取り連絡手配 ・訪問時口腔ケアをして氷片を小さい欠片にして口の中に入れ潤す ・妻に手を握るよう促しともに最期を見送る ・エンゼルケア ・早期（死亡2週間くらい前）に死後の処置で着用するものについて家族へ伝えて用意しておいてもらう	・家族の不安が結構あるが繰り返し説明、1日2回訪問、最期は夜中で妻が一人でしっかりと看取られた ・朝方に呼吸停止、6時過ぎに訪看へ連絡あり、Drには7時に電話、最期は妻の覚悟ができていた ・ずっと左側臥位だったが呼吸停止直前に背伸びをしてパタッとまっすぐ上を向いた。きちんと姿勢を整えて逝かれた ・看取り後訪看Nsがエンゼルケアを実施 ・生涯で一番輝いていたころの服装と格好にして見送る ・お悔み訪問に行く	・血圧がさらに低下、息子も状態悪化を察知し仕事を休む、その日のうちに息子が見守る中で亡くなられた ・息子から訪看へすぐに連絡がいき、エンゼルケアも訪看が行った ・遺族訪問には行けなかったが息子からお世話になったとメールをいただき担当Nsから返信させていただいた ・遺族訪問のタイミングが難しい、目安はひと月過ぎてから	・家族の予期悲嘆や不安を取り除くため、思いや希望の顕在化を図るためのコミュニケーションを取る	・死の瞬間を家族が看取れるように呼吸停止を予見して家族に伝える	・呼吸困難が見られるようになると、安楽な姿勢を家族にアドバイスする ・不快感がないように陰部洗浄や排泄ケアを行う ・努力呼吸や無呼吸が出現する可能性があるなど呼吸状態の変化を見通し家族に説明する ・家族に目を離さず介護する必要はなく、普通の生活の中で時々様子を見る程度でよいとアドバイスする ・目を離れた隙に息を引き取っていても大丈夫であることを家族に伝える ・呼吸しているのかどうかわからない状況に気づいた時に、訪看Nsに連絡をするように家族に伝える ・そろそろ死が近いと予測した段階で、遠方に住む家族に会いに来るようアドバイスをする ・本人の死亡後に主治医の死亡診断に付き添い、エンゼルケアを行う	・本人に必ず話しかける ・カテーテル類の管理や排便コントロールを行う ・タール便がみられることを家族に予め説明し、驚かないように配慮する ・家族が不安にならないよう24時間電話連絡できることを伝える ・咽頭部の吸引を家族が行いにくい場合は、連絡すれば訪看Nsが訪問することを伝える ・タッピングを行い喀痰を可能な限り自力で行えるよう援助する ・酸素やステロイド抗生剤を使用し、呼吸苦を軽減する ・亡くなられた日は訪看Nsがずっとそばについていた ・家族のグリーフケアとしてお盆にお参りをしたり、近くを通った際に訪問するようにしている ・四十九日が過ぎると家族を訪問し、話をする	・家族が死をどのように受け止めているのかを確認する ・家族を傾聴する ・本人の死後に家族を訪問し話を

表 16 在宅ターミナル・看取りケアについて感じたこと・考えたこと

	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E	事例F	事例G	事例H
在宅ターミナル・看取りケアについて感じたこと・考えたこと	・私のモットーは、気持ちがいいとかうれしい、楽しいというような感覚を一瞬でも持つてもらって、それを積み重ねていって、1日のうちそれが5分であってほしいと思う ・最後まで自分には人の役に立てている、少なくとも訪問看護は役に立っている（療養者と家族に）お礼を言っているようにしている	・在宅は症状マネジメントをきちんとするのが基本 ・在宅緩和ケアに理解があるDrがいるかどうかで変わってくる ・がん以外の緩和ケアへの理解がない、終末期という理解がなく麻薬の使用に抵抗を示す ・但馬地域では特にDrの比率が少ないからそうなる ・但馬地域で在宅緩和ケアのチーム作りが必要 ・苦痛緩和、便秘予防、感染予防の上でこの人にとってのQOLを考える、訪看がこの人の残りの時間をよりよくしてあげようと関わっても多職種とかみ合わないと感じる ・心不全、呼吸不全の終末期それぞれの症状マネジメントが基本、まず薬剤投与、どのタイミングで抗不安薬を入れていくか、痛みをどのように軽減していくか、そのペースをチームで理解する必要がある ・薬剤使用に対して次の手、先手を考えておく ・何を整えたら不安がないか考える、環境設定や仕組みを整えれば、どんな状況でも、家にいられると思う ・グリーフケアとは家族がどこに不安や恐怖をもっているかをアセスメントしてケアしていくこと、それを行うのが訪看Ns ・1日の中で本人に話せることがこれだということを、訪看Nsが意識付けて提供することで、しっかり看取れる。看取った後も、その物語を誰かに伝えることができる	・シビアナ問いもあつが息子なりに母を思っている一生懸命関わっていることがわかり、満足できる看取りができるよう支援することが大事と実感 ・タイミングを逃さず必要な情報を伝える ・気になったことは直接会えなかったら電話するようにしている	・訪看Nsが調整役となつて、本人や家族の思いを確認し、ケアチーム内で共有する ・本人や家族の話を否定せず、理解しようとする姿勢をもつ	・介護力がない場合でも本人が望めば在宅看取りが可能になるようなサービスマネジメントがあればよい ・看取りができる在宅医が必要である ・家族は在宅看取りを行って良かったという意見が多く、訪看Nsが力になりたいと思う ・本人の家族でいたいという思いを尊重し、サービスや家族の介護力を見極め看取りを可能にする	・訪問看護の利用開始を家族からの相談後すぐにタイミングを逃さず導入することで見取りの可能性を高める ・家族が主治医との関係性を構築できるように主治医との間を調整する ・家族が介護負担を抱え込まないよう、ケアマネジャーと共に訪問介護の導入を勧める等、サービスの調整を行う	—	・家族が介護を頑張りすぎないように訪看Nsができることは任せてもらい、介護負担を軽減する ・家族にケアに参加してもらうことで、家族が親子愛を感じられるようにする ・家族が介護を一生懸命しすぎて疲弊しないように毎回声掛けを行う ・余裕をもって看取りができるように家族支援が重要である

IV 今後の課題

質問紙調査結果について、本報告書執筆段階においては記述統計および一部の単変量・多変量解析による検証結果で全体の概要を示すにとどまっているため、ターミナルケアへの態度・認識と各項目間との関連をさらに多角的に検証の上、成果をまとめて発信していく必要がある。次の段階として、対象地域・対象者数を拡大し他中山間地域や都市部との比較検討を行うことで、当該地域の特性をより明らかにしていくことも重要である。インタビュー調査について、5 ステージ各期のケア実践に関する全容は明示できたが、訪問看護師それぞれの実践内容を各期別に意味内容に応じて統合・分析し、抽象度を高めながらカテゴリー化を進めていくなど、質的研究としての確かな研究成果とするにはより分析を重ねるなど精練の余地がある。引き続き、研究者間で討議を重ね、信頼性と妥当性を高めつつ、量的・質的両研究成果を統合した考察を深めていき、研究成果につなげていくことが課題である。

V 研究成果等の公表予定（学会、雑誌）

本研究成果の内、質問紙調査結果については、今年7月に大阪で開催される第23回日本在宅ケア学会学術集会にて演題発表予定である。また、インタビュー調査結果については、同年12月に開催される第38回日本看護科学学会学術集会にて発表を検討している。並行して、日本在宅ケア学会誌等の学術誌への論文投稿を視野に、執筆計画を進めていく予定である。