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

平成 20（2008）年 3 月

社団法人　全国訪問看護事業協会

はじめに

高齢化に伴い、30 年後には年間死亡者数が１７０万人に上ると推測されている。現在の死亡者数の約 1.５倍に上る死亡者をどこで、どのように支えていくことが今後の医療提供体制に求められてくるのかについて、具体的な解決策を整えておくことが早晩必要となってくるものと考えられ、医療機関だけでなく、自宅や施設等にいても看取りができる体制を整えることが医療提供体制の改革の中で強く謳われている。

ことに在宅医療については、自宅での死亡を希望する利用者に対して、適切なターミナルケアを提供できるシステムを 24 時間体制で整備することの重要性が指摘されている。そのため 2006 年度の診療報酬改定においては、在宅療養支援診療所が新設され、在宅医療に 24 時間体制を持って関わることのできる地域の医師を意識的に増やし、その機能を従事させていくといった政策がとられている。一方、在宅における看取りは医師のみの努力で可能になるわけではなく、そこに関わる訪問看護の機能を十分に活用していくことが不可欠であると考えられている。

現在も訪問看護ステーションは在宅ケアの場におけるターミナルケアに関わっており、介護報酬、診療報酬においても若干の評価がされているところであるが、評価される要件としては、在宅で死亡し、その死亡日前 14 日以内に 2 回以上の訪問看護を行い、死亡前概ね 24 時間以内にターミナルケアを行った場合とされているだけであり、提供されたターミナルケアの内容については定義されておらず、あいまいな状態とされているのが現状である。

本研究においては、今後増えてくると思われるターミナルケアを必要とする在宅療養者に対して、ターミナルケアを一般的なものとしていくために、その実態について整理し、その内容を構造化する試みを行った。

調査はアンケート調査とインタビュー調査の 2 つを行った。アンケート調査では、現在訪問看護ステーションにおいて、どのくらいの看取りがなされているのか、事業所ごとの看取りの件数を中心に調査を行った。インタビュー調査においては、積極的に在宅での看取りを支援している現役の訪問看護ステーションの訪問看護師 30 名から、ターミナルケアでどのような看護を提供しているのかを語ってもらい、その逐語録を訪問看護を専門として活躍している地域看護専門看護師と、看護系大学大学院（修士課程以上）修了者または就学中の訪問看護経験者、在宅看護の教鞭をとっている看護系大学の教員の手によって分析する方法をとり、訪問看護師が行っているターミナルケアの内容について構造化を試みた。構造化のプロセスにおいては、検討委員会のほかに、専門看護師として在宅看護の現場で働くもの、看護系大学で在宅看護論の教鞭をとっている者で組織したワーキンググループを立ち上げ、データ収集、分析、記述と手順を追ってとりまとめを行った。

ターミナルケアはこれまで、がん末期患者に対するサービスに限定してさまざま語られてきているが、がんで死亡するのは、死亡者のうちの 3 分の 1 にすぎなく、そのほかの疾患での死亡についても、どのように看護師がかかわっているのかについても併せて明らかにしていくことが、今後の政策を考えていく上で極めて重要な情報になると考え、今回行った調査は、がんだけでなく、その他の疾患での死亡についても取り上げ、考察を行った。本研究の成果は、今後、終末期ケアのあり方に関する制度に対して新たな提案につながれば幸いである。

平成 20 年 3 月

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
委員長　山田雅子
（聖路加看護大学看護実践開発研究センター　教授・センター長）

目次

はじめに
要旨…… 1
第１章　アンケート調査…… 7
Ⅰ．調査の概要…… 7
Ⅱ．調査結果…… 8
1. 訪問看護ステーションの概要…… 8
2. 加算の届出や在宅療養支援診療所との連携の有無…… 9
3. ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況…… 10
4. 死亡者…… 10
5. 死亡者数別の事業所数…… 11
6. ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定率…… 11
7. 年間死亡者数別にみた職員数・利用者数…… 13
8. 年間死亡者数別にみた利用者数に占める死亡者数の割合…… 13
9. 年間死亡者数別にみた加算の届出・在宅療養支援診療所との連携の有無…… 14
10. 年間死亡者数別にみた在宅死の割合…… 14
Ⅲ．結果のまとめ及び考察…… 15
1. 死亡者数と死亡者数に影響を与える要因…… 15
2. 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費…… 15
3. 在宅看取り件数等の推計と試算…… 15
Ⅳ．提言…… 16
第２章　インタビュー調査…… 17
Ⅰ．緒言…… 17
Ⅱ．方法…… 18
Ⅲ．結果…… 20
1. 対象および事例の概要…… 20
1) インタビュー対象者・ステーションの概要…… 20
2) 事例の概要…… 21
2. 訪問看護師の行うターミナルケア：概要…… 25
3. ターミナル期の時間的な経過と訪問頻度の変化…… 29
1) ターミナルケアの開始とその期間…… 29
2) 訪問看護への依頼と訪問頻度…… 32
3) 時期を判断する指標と予後の推定…… 34
4. 訪問看護師の行うターミナルケアの内容…… 39
1) 大分類１　日常生活の支援…… 39
2) 大分類２　症状の緩和…… 46
3) 大分類３　看取りに関する意思決定と技術支援…… 56
4) 大分類４　利用者への死の準備支援…… 68
5) 大分類５　家族への死別の支援…… 73
6) 大分類６　死亡時の支援…… 79
7) 大分類７ 在宅ケア体制の形成と他機関との連携…… 85

5. 訪問看護師が認識していた高齢者へのターミナルケアの特徴 ……100
1) 症状の変化 ……100
2) ターミナル期の訪問形態 ……100
3) 電話対応 ……103
4) 衛生材料および福祉・医療機器の確保 ……104
5) 訪問看護師ならではの役割 ……104
6) ターミナルケアを行う上で大切にしていること ……105
7) 訪問看護師の心理的な負担の大きさと対処 ……106
8) 通常の訪問看護とターミナルで違いがない点 ……106
9) ステーションの経営 ……106
10) 訪問看護師自身の学習 ……107
Ⅳ. 考察 ……108
1. 看護師の行うターミナルケアの特徴:看護師だからこそ行えるケア ……108
1) ターミナルのプロセスに関する判断・予測 ……108
2) ターミナル期における訪問看護師による日常生活支援の意義 ……109
3) 訪問看護師だからできる症状緩和のためのケア ……110
4) 看取りに関する意思決定と介護技術の支援および利用者への死の準備支援 ……110
5) 家族への死別の支援 ……111
2. 在宅ケア体制の形成と連携上の課題 ……112
1) 早期から在宅療養体制を形成、管理の重要性 ……112
2) お互いの強みを最大限に活用した連携関係構築方法の模索 ……113
3. 診療・介護報酬上の評価への示唆 ……113
1) 訪問看護師によるターミナルケア開始期の見極めと在宅ケア体制の形成・管理に対する評価 ……113
2) 悪化期に対する報酬上の評価の必要性 ……114
3) ターミナル期における患者の重症度等を反映した訪問看護の評価 ……115
4) 数日から24時間以内の死が予測される場合の看護師の判断と調整に対する評価の必要性 ……116
5) 死別後の介護者支援も含めた体制評価の必要性 ……117
4. 訪問看護師が行なう高齢者ターミナルケアの基準作成への示唆 ……118
1) 一覧表をターミナルケアの基準に ……118
2) 一覧表に基づくターミナルケアの流れ ……118
3) 訪問看護師が高齢者のターミナルケアに関わる意義 ……120
Ⅴ. 提言 ……122

実施体制 ……123
資料 ……125

要旨

要旨

本研究においては、今後増えてくると思われるターミナルケアを必要とする在宅療養者に対して、ターミナルケアを一般的なものとしていくために、その実態について整理し、その内容を構造化する試みを行った。

調査はアンケート調査とインタビュー調査の2つを行った。

1. 全国調査の概要

訪問看護ステーションにおける在宅死およびターミナルケアのサービス提供実態を把握するために、全国訪問看護事業協会会員の訪問看護ステーション3358事業所に対してFAX調査を行った。有効回答票は1414票（有効回収率42.1%）であった。発送日時は平成19年11月12日、回収期限は平成19年11月30日であった。

調査内容は、訪問看護ステーション利用者の年間死亡者数、ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況、加算の届出や在宅療養支援診療所との連携の有無についてたずねるものとした。

結果、1事業所の死亡者数の平均は年間13.0人（0人～85人）であり、介護保険利用者の死亡者数は平均8.4人、医療保険利用者の死亡者数は平均4.6人であった。そのうち、在宅で亡くなった利用者の割合は平均41.4%であった。一方それに対して、ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数は低く、介護保険のターミナルケア加算の年間の算定件数の平均は1.5件であり、医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費の年間の算定件数の平均は1.6件であった。それを算定率にすると、介護保険の場合は18%で、医療保険の場合が35%にとどまっていることが分かった。

これらの結果より、訪問看護ステーション利用者の死亡状況については、年間0件から85件とばらつきがあり、一月平均3件の死亡者がいる訪問看護ステーションは全体の6%に過ぎなかった。年間死亡者数が多い事業所ほど、全利用者数に占める死亡者数の割合が高く、ターミナルケア加算の届出や在宅療養支援診療所との連携が進んでおり、さらに、事業所規模（職員数・利用者数）が大きいことが明らかとなった。

また、ターミナルケア加算と訪問看護ターミナルケア療養費の算定率が低いことも明らかとなり、その要因について分析を進める必要が指摘された。

現状において在宅死に訪問看護が関わった場合、訪問看護事業所あたりの在宅看取りは年間約32件と試算された。

2．インタビュー調査の概要

訪問看護師がターミナル期の高齢者にどのようなケアを提供し在宅での看取りを支えているかは、特にがん以外の疾患による死亡について明らかにされているとは言いがたい。そこで、本研究では、訪問看護師がターミナル期を迎えた高齢者とその家族に対して実施する看護実践の内容を概念化して記述した。特に、時間の経過に沿った支援内容の変化を、がんと非がん事例の対比をしつつ記述した。

全国の訪問看護ステーションから、在宅ターミナルケアに力を入れていると思われる看護師30名を抽出し、がん、がん以外の疾患による死亡の具体事例1例ずつを選んでもらい、ターミナルケアの実施経過についてインタビュー調査を実施した。データは質的、帰納的に分析し、訪問看護師が行うターミナルケアを、いくつかの分類に分けて整理した。

31名の看護師から、がん事例28例、非がん事例29名に関するお話を聞くことができた。ステーション、看護師とも背景となる属性はさまざまであった。非がんの事例(平均86.8歳)はがんの事例(同

77.8歳)よりも年齢が高い傾向があった。

分析の結果、訪問看護師は、【ターミナル開始前】【ターミナル開始期】【維持期】【悪化期】【臨死期】【死別後】の6つの期間にわたって、【日常生活の支援】【症状の緩和】【看取りに関する意思決定と技術支援】【利用者への死の準備支援】【家族への死別の支援】という利用者・家族への直接的な支援と、【在宅ケア体制の形成と他機関との連携】という間接的な支援を行っていた。また、利用者の死亡時には、死亡の確認を含む各種の【死亡時の支援】を実施していた。6つの期間別の支援内容の一覧は、図表22にまとめた。これらは、看護師の専門的な状況の予測に基づき、高度に統合された形で提供されていた。

期間別の訪問看護の特徴

ターミナルの時期に関する見極め

①身体機能の低下が著しく死に向かっていることが意識される時期（ターミナル開始期のはじまり）、②予後が数週間程度と判断される時期（悪化期の始まり）、③予後が数日から24時間以内と判断される時期（臨死期の始まり）がある。①は訪問看護開始時に医師等から伝えられることが多いが、特に非がんの場合看護師も食事摂取量や日常生活機能の低下からゆるやかに判断し、医師と見解が異なる場合もある。②はケアを工夫しても食事摂取量が回復しないなどが手がかりになる。日常生活の支援や症状緩和のための医療処置等が増すほか、看護師は家族に看取り場所の意思決定を促すなどを始める。③はチアノーゼ・浮腫など循環状態の悪化、無尿、死前喘鳴などの兆候が手がかりとなる。看護師は医師と家族に死が近いことを伝え、死亡時の身体的な変化などを家族へ具体的に教育する。いずれの見極めも複数の身体的な兆候の総合的な判断である。非がんはがんよりもターミナルの期間が全般に長く、時期の見極めは困難で、突然呼吸停止する場合、予想外に回復する場合が少なくない。悪化期周辺から訪問頻度は漸増し、特にがんの場合は臨時訪問の増加が著しい。

大分類1　日常生活の支援

訪問看護師は、利用者の病状と家族の介護力を判断した上で、危険と苦痛を最小限にとどめる方法で、好きなものを食べること、身体の清潔を保つこと、好きに移動すること、心地よく排泄することなどの日常生活を支援する。利用者の状態が悪化してゆくなか、最後の日まで利用者ができるかぎり心地よく過ごせるように、あらゆる物的人的資源と看護技術を駆使している。基本的な日常生活を快適に送れることで利用者に笑顔が、家族に安心が保たれ、在宅療養が継続できる。

大分類2　症状の緩和

ターミナル期に対応の必要な苦痛症状は、疼痛、嘔気･嘔吐、呼吸苦、褥瘡などが典型的であるが、原疾患により内容は多岐にわたる。看護師は、的確に状態を見極めたうえで、薬剤の調整や各種の医療的処置と、マッサージや罨法などの非薬物的な方法を駆使して苦痛を緩和する。非がんの場合には、身体機能の維持のためのリハビリテーションや誤嚥・肺炎予防、褥瘡予防などの予防的なケアも重要である。ターミナルの時期によりケア方法は変化するが、最期の時まで可能な限り苦痛を軽減するために全力を尽くす。効果的な症状緩和は在宅療養継続の決定的要素である。

大分類3　看取りに関する意思決定と介護技術支援

訪問看護師は、看取りに関するさまざまな意思決定を支え、看取り介護に必要な技術を家族に教える。はじめは家族と信頼関係を作りつつ今後の意向を把握し、それに基づいて病状と今後の事態について段階的に説明しながら、看取りの方法について家族と共に検討する。病状の悪化につれて動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を最終判断して支援体制を形成する。最終の段階では、迫る

死亡時期を予測し、具体的な介護方法を説明しともに介護にあたって、家族にとって納得のゆく看取りを実現させている。看取りに際し、多様な意思決定と死の床にある身内の世話に迫られ途方に暮れる家族を、全期間に渡って強力に導く役割である。

大分類 4　利用者への死の準備支援

訪問看護師は、訪問開始から死が訪れる瞬間まで、利用者の意向に沿った死の過程を実現するように活動する。病気や症状緩和のための処置に自由な活動を阻まれ、やりたいことを諦めてしまいがちな利用者から、残された時間をどのように使いたいかという希望を聞き取り、病状が許すうちに希望に沿った生活をできるだけ実現するよう支援する。旅立つ辛さを傾聴しながら、どのような最期を迎えたいかを把握し、最期の時には家族等と別れを交わすことのできる場面を可能な限り作る。このような活動は、利用者ができるかぎり心安らかに旅立ち、残された家族の悲嘆を最小限にするために不可欠である。

大分類 5　家族への死別の支援

訪問看護師は、家族による利用者の死の受け止め方を、ターミナル開始期から死別後に渡って継続的に判断している。身内との別れを家族がどのように迎えたらよいのかを家族とともに考え、可能な限り実現することによって、介護の最中も看取りの後にも、家族を過度な悲嘆から守るためである。このような家族への死別の支援は、利用者が心安らかに旅立つためにも、家族が在宅介護を中断せず悔いなく在宅での看取りを実現するためにも、行われている。

大分類 6　死亡時の支援

利用者が旅立つ際の看護師の活動は多岐にわたる。死亡の確認から死亡診断までが円滑に進むようにあらかじめ調整すること、家族からの緊急連絡に即応して訪問すること、窒息や出血など緊急事態に対処すること、医師に連絡し実際の死亡診断を完了すること、死亡を家族に伝えること、家族とともに死後のケアを行うこと、死亡後の手続きについて家族に説明すること、看取った家族と看取りの経過を振り返りねぎらうこと、家族の悲嘆の様子を確認することなどである。利用者と家族がこの決定的な時期を進んでゆくための、いわば総合プロデューサーともいうべき内容である。

大分類 7 在宅ケア体制の形成と他機関との連携

訪問看護師は、訪問看護の開始前から看取りまで、利用者と家族を支える個別の在宅ケアチームの形成と調整を行っている。すなわち、訪問看護体制を調整するだけでなく、ターミナル期にある利用者・家族のニーズに合わせ、多様な在宅ケア制度のタイムリーな活用を働きかける。利用者の苦痛症状を最小限にするための在宅医療体制を形成・管理する。さらに、在宅ケア体制を最善の状態で機能させるために、在宅ケアチーム内の情報共有と方向のすり合わせや、他職種への情報提供と説明などという連携を行っている。

看護師だからこそ行えるターミナルケアの要点

①ターミナルのプロセスに関する判断・予測

ターミナル各期に関する時期の認識で、ケアの方向性はそれまでとは異なるものになる。適切に時期を判断するためには、症状の的確な観察、ケアを実施しながらのアセスメントの工夫、医師との連携が大切である。ターミナル各期に応じて、タイムリーに必要な援助を行っていくことが重要である。ターミナルケアの過程では、訪問頻度や体制の調整、臨時訪問などといった対応が多く、訪問看護師

や事業所の負担は大きいものである。

②ターミナル期における訪問看護師による日常生活支援の意義

食事、排泄、入浴、移動といった、日頃人間が意識しないで行っている基本的日常生活をつつがなく実現することは、さまざまな症状と身体上の制限に苦しむターミナル期の人々にとってスピリチュアリティの維持やケアにつながる意味を持つ。ターミナル時期が進みヘルパーにとって日常生活の支援が困難になる一方で、看護師は最期の時まで、身体的負担や生命の危険の少ない方法を判断し、必要物品や援助者等をすばやく準備して日常生活の支援を実施できる。

③訪問看護師だからできる症状緩和のためのケア

訪問看護師は、様々な症状の出現に対して、自らも効果的なケアを提供する一方でケアを提供するサービスを調整することもできる。これは、地域で高齢者を支えている多くの職種の中でも看護職ならではのものである。訪問看護師が支援することによって、病状・症状の変化を生活環境の中で捉え、医療・看護·福祉からの手段を統合・駆使した症状緩和を行うことができる。

④看取りに関する意思決定と介護技術の支援および利用者への死の準備支援

訪問看護師は、看取りに関する意思決定と介護技術への支援を行う上で、常に病状の変化を観察して把握し、先を予測して判断している。家族と利用者の意向を引き出して最大限に尊重しながら、その時期ごとにできること・したいことをタイミングを逃さないように支援している。さらに、家族と利用者が悔いのない納得・満足のいく在宅での看取りを実現あるいは死を迎えることができるように支援している。

⑤家族への死別の支援

訪問看護師が行う家族への死別の支援は、家族の死の受け止め方に関する判断をもとに、別れをどのように迎えるかを家族と共に考えてその実現に努め、家族が過度な悲嘆に陥ることを防ぐ。このような家族の死別への支援はターミナルケアの経過を通じた具体的な支援の経過のもとに初めて実現でき、看護師でなければできない。

在宅ケア体制の形成と連携上の課題

訪問看護師は、早期から医療体制や生活環境を整え、緊急時の訪問体制を柔軟に組み変え、時には在宅ケアチーム全体を牽引する。このような医療色の濃いケアマネジメントを、早期から死亡後まで密に行なう重要性を再考すべきである。在宅ケアに関わる多職種が、それぞれが持つ知識と技術を最大限に活用できるような連携関係の育成が必要であり、連携に関する成功事例の蓄積が必要であろう。

診療·介護報酬上の評価への示唆

訪問看護師が提供するターミナルケアに対しての診療·介護報酬上の評価は、全般に十分とは言いがたい。現行の評価は訪問時間のみに対応しており、報酬のつく時間に実態としては遵守しきれない制限がある一方、ターミナルケア加算には期間的内容的な制限が多い。より適切な評価が求められる内容には、ターミナルの見極めとターミナル期に必要な在宅ケア体制の形成·整備、単なる医療処置管理にとどまらず必要とされる濃厚なケア、死亡の前後に提供される高度に統合化されたケア調整、看取り後の遺族ケアなどがある。これらを適切に評価することにより、訪問看護ステーションから提供する在宅ターミナルケアの財政的基盤を整備することが求められる。

訪問看護師が行なう高齢者ターミナルケアの基準作成への示唆

今回の研究結果から作成した「高齢者のターミナルケアにおいて訪問看護師が行なう支援の一覧表（図表 22)」を、訪問看護師が行なう高齢者へのターミナルケアの基準とすることを提案する。一覧表が示すように、訪問看護師は看護師としての専門的知識と判断に基づいてケアを行なうタイミングと内容を選択し、実践している。看護師の特性、専門性を活かしたターミナルケアの質を確保し、さらに向上させていくために、この一覧表の活用を提案したい。

第1章

アンケート調査

第1章　アンケート調査

I.　調査の概要

1.　調査目的

訪問看護ステーションにおける在宅死およびターミナルケアのサービス提供実態を把握し、今後、訪問看護ステーションが在宅死およびターミナル期を支えるために必要かつ適正な資源の投入量・事業体制やその規模･人員とその職種、財源の試算を検討する基礎資料とすることを目的として実施した。

2.　調査対象

全国訪問看護事業協会会員の訪問看護ステーション（3358 事業所）とした。

3.　調査方法

自己式調査票を FAX で送付し、FAX で回収した。

4.　調査実施時期

発送日時　平成 19 年 11 月 12 日
回収期限　平成 19 年 11 月 30 日

5.　回収状況

有効回答票は 1414 票（有効回収率 42.1%）であった。

6.　調査内容

調査票は巻末参照。主な調査項目は、以下の通りである。
○訪問看護ステーション利用者の年間死亡者数について
○ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況について
○加算の届出や在宅療養支援診療所との連携の有無について

7.　データ分析方法

全て数値化されたデータを用いて統計的処理（単純集計・クロス集計）を行った。

8.　倫理的配慮

調査実施に際しては、調査の趣旨・目的・内容・データ取り扱いを文書で説明し、自由意志に基づいて調査への参加を決定してもらい、回答により同意とした。

II. 調査結果

1. 訪問看護ステーションの概要

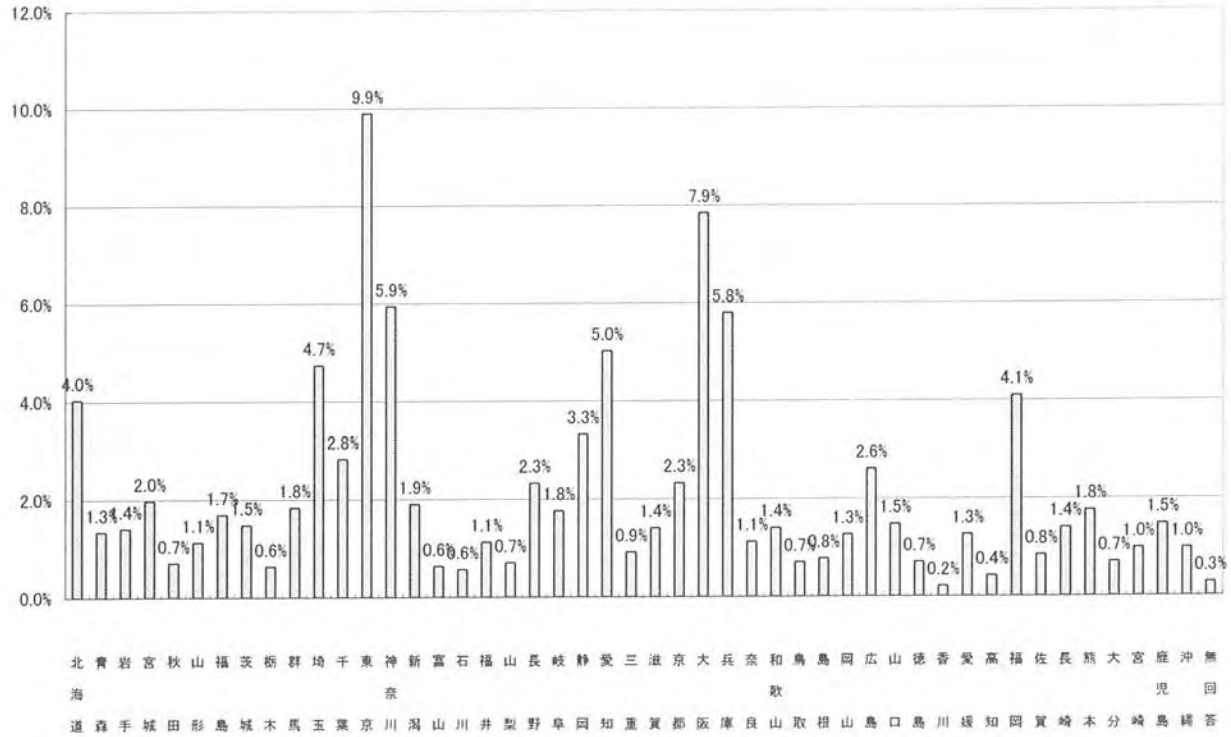
調査票を回収した訪問看護ステーションの所在は、東京都（140 票）、大阪府（111 票）、神奈川県（84 票）となっており、首都圏にある訪問看護ステーションの占める割合が高い（図表１）。

看護職員の常勤換算数は平均 4.8 人であり、「介護保険サービス施設・事業所調査」における平成 17 年 10 月の全国平均（１事業所あたり常勤換算看護・介護職員数 4.2 人）に比べて、若干職員数が多い事業所からの回答が多いと考えられる（図表２）。

10 月中の利用者数は平均が 61.9 人であり、全国平均（同調査）の 53.1 人に比べると、利用者数の規模が大きなステーションからの回答が多いと考えられる。また、10 月中の延訪問件数は平均 377.4 件であった（図表２）。

図表1 調査対象となった訪問看護ステーションの所在

N-1,414



図表2 職員数、利用者数、訪問回数

（平成 19 年 10 月中、N=1414 事業所）

		平均	SD
1 事業所あたり職員数（人）	全職員数（常勤換算）	6.3	3.5
	全看護職員数（常勤換算）	4.8	2.4
1 事業所あたり利用者数（人）	全利用者数	61.9	39.3
	介護保険利用者数	48.3	32.6
	医療保険利用者数	13.7	13.1
1 事業所あたり訪問回数（回）	全延訪問回数	377.4	264.4
	介護保険延訪問回数	268.7	183.8
	医療保険延訪問回数	108.7	95.9

2. 加算の届出や在宅療養支援診療所との連携の有無

加算の届出について、緊急時訪問看護加算の「届出あり」86.4%、特別管理加算の「届出あり」94.6%、２４時間連絡体制の「届出あり」86.0%、重傷者管理加算の「届出あり」82.2%であり、平成17年10月の「介護保険サービス施設・事業所調査」における全国平均に比べて、若干「届出あり」の割合が高い事業所からの回答が多いと考えられる（図表３，４，５，６）。

在宅療養支援診療所との連携について、「連携あり」46.3%、「連携なし」50.6%であり、連携なしの割合のほうが若干高い（図表７）。

図表3 介護保険:緊急時訪問看護加算の届出割合
（平成18年11月～平成19年10月、N=1414事業所）

	届出あり	届出なし	無回答	総計
集計	1222	190	2	1414
割合	86.4%	13.4%	0.1%	

図表4 介護保険:特別管理加算の届出割合
（平成18年11月～平成19年10月、N=1414事業所）

	届出あり	届出なし	無回答	総計
集計	1337	75	2	1414
割合	94.6%	5.3%	0.1%	

図表5 医療保険:24時間連絡体制の届出割合
（平成18年11月～平成19年10月、N=1414事業所）

	届出あり	届出なし	無回答	総計
集計	1216	190	8	1414
割合	86.0%	13.4%	0.6%	

図表6 医療保険:重傷者管理加算の届出割合
（平成18年11月～平成19年10月、N=1414事業所）

	届出あり	届出なし	無回答	総計
集計	1163	226	25	1414
割合	82.2%	16.0%	1.8%	

図表7 在宅療養支援診療所との連携割合
（平成18年11月～平成19年10月、N=1414事業所）

	連携あり	連携なし	無回答	総計
集計	655	716	43	1414
割合	46.3%	50.6%	3.0%	

3. ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況

介護保険のターミナルケア加算の年間の算定件数の平均は 1.5 件であり、医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費の年間の算定件数の平均は 1.6 件である（図表８，９，１０）。

図表8 ターミナルケア加算の算定件数別事業者数
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）

	なし	1 件	2 件	3 件	4 件	5 件以上 10 件未満	10 件 以上	総計	平均
集計	761	215	151	93	66	98	30	1414	1.5
割合	53.8%	15.2%	10.7%	6.6%	4.7%	6.9%	2.1%		

図表9 訪問看護ターミナルケア療養費（Ⅰ）の算定件数別事業者数
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）

	なし	1 件	2 件	3 件	4 件	5 件以上 10 件未満	10 件 以上	総計	平均
集計	971	205	81	47	35	49	26	1414	0.6
割合	68.7%	14.5%	5.7%	3.3%	2.5%	3.5%	1.8%		

図表10 訪問看護ターミナルケア療養費（Ⅱ）の算定件数別事業者数
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）

	なし	1 件	2 件	3 件	4 件	5 件以上 10 件未満	10 件 以上	総計	平均
集計	1064	177	71	44	17	33	8	1414	1.0
割合	75.2%	12.5%	5.0%	3.1%	1.2%	2.3%	0.6%		

4. 死亡者

１事業所の死亡者数の平均は 13.0 人、介護保険利用者の死亡者数の平均は 8.4 人、医療保険利用者の死亡者数の平均は 4.6 人であった。在宅死の割合の平均は 41.4%であった。（図表１１）

図表11 死亡者数
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）

	平均	SD
１事業所あたり全死亡者数（人）	13.0	12.9
１事業所あたり介護保険死亡者数（人）	8.4	8.5
１事業所あたり医療保険死亡者数（人）	4.6	6.9
１事業所あたり在宅死の割合	41.4%	—
１事業所あたり在宅死者数（人）	5.4	6.6

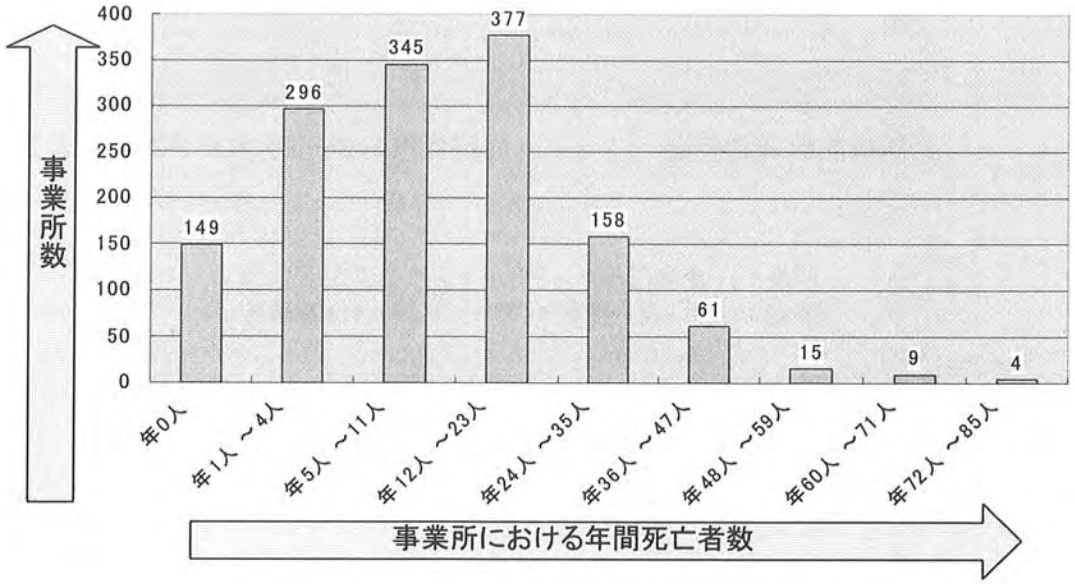
5. 死亡者数別の事業所数

年間死亡者数について分類してみると、年間死亡者数が「1人～4人」「5人～11人」「12人～23人」の事業所が約70%を占める（図表１２－１，１２－２）。

図表12－1 年間死亡者数別の事業所数(1)
（平成18年11月～平成19年10月、N=1414事業所）

	年間死亡者数による事業所の分類									
	0人	年1人～4人	年5人～11人	年12人～23人	年24人～35人	年36人～47人	年48人～59人	年60人～71人	年72人～85人	総計
集計	149	296	345	377	158	61	15	9	4	1414
割合	10.5%	20.9%	24.4%	26.7%	11.2%	4.3%	1.1%	0.6%	0.3%	100.0%

図表12－2 年間死亡者数別の事業所数(2)
（平成18年11月～平成19年10月、N=1414事業所）

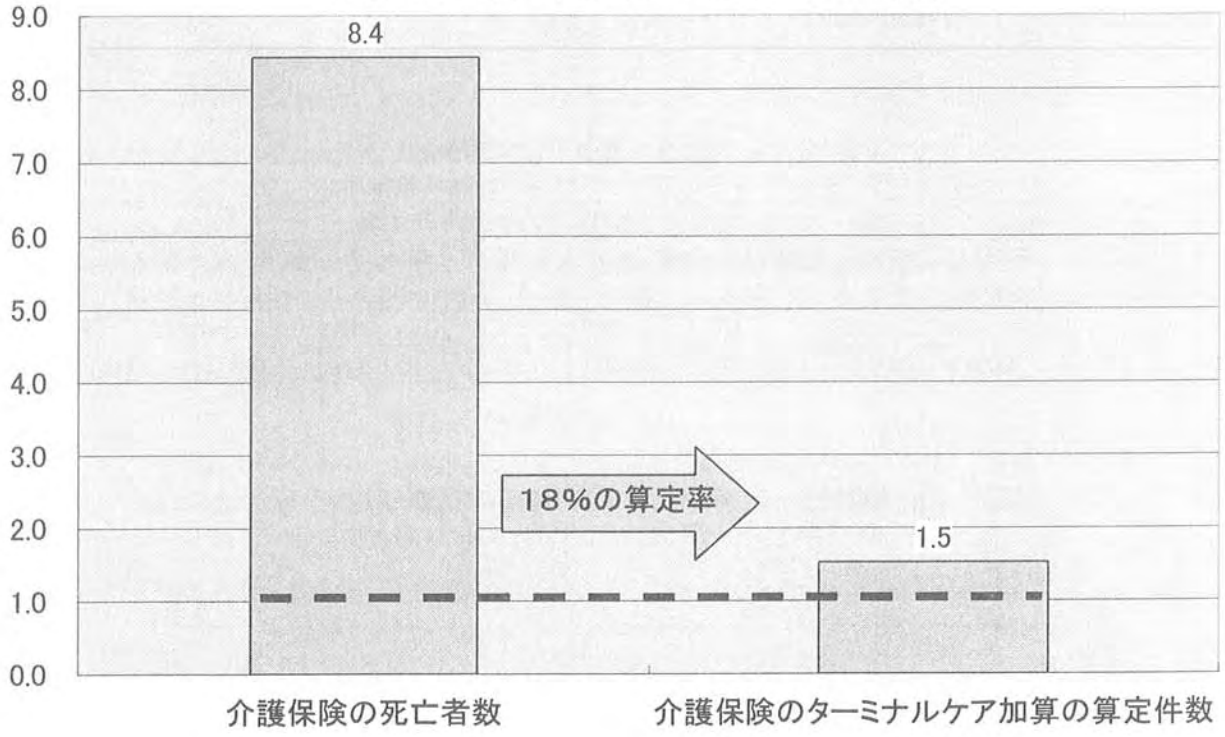


6. ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定率

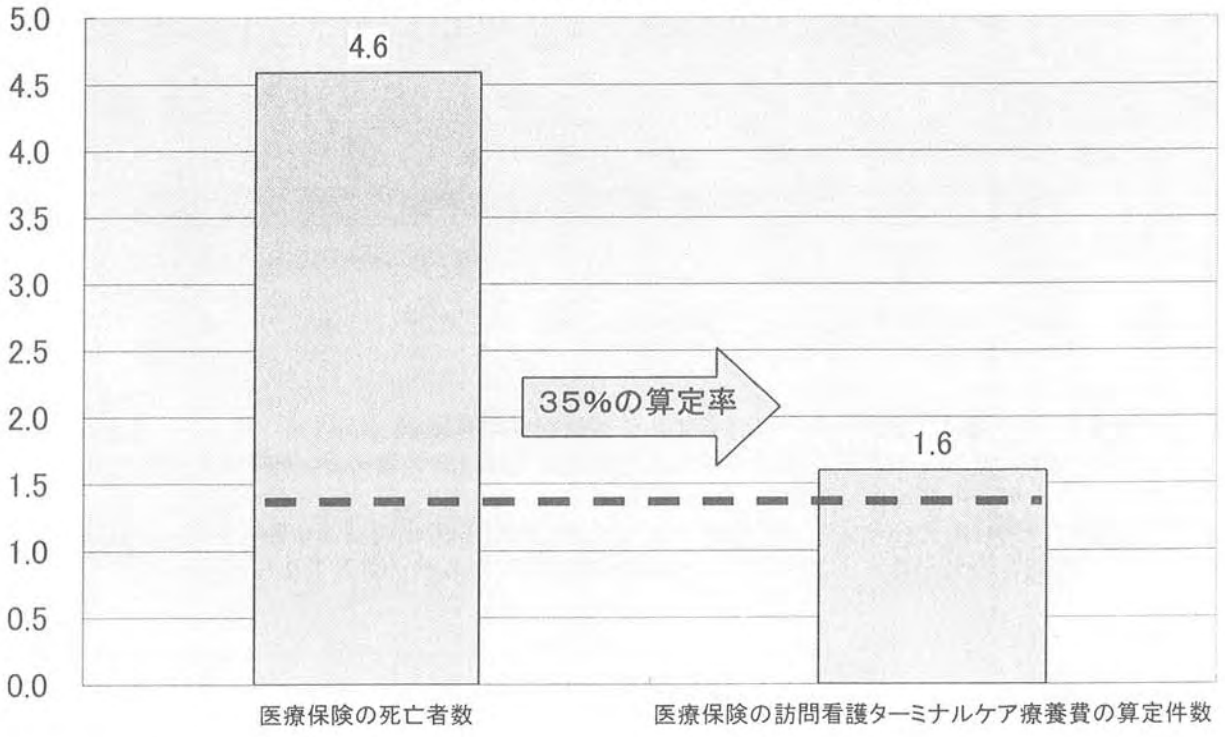
介護保険のターミナルケア加算の年間の算定件数の平均は1.5件であり、介護保険の死亡者に対するターミナルケア加算の算定率は18%である（図表１３）。

医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費の年間の算定件数の平均は1.6件であり、医療保険の死亡者に対する訪問看護ターミナルケア療養費の算定率は35%である（図表１４）。

図表13　ターミナルケア加算の算定率
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月中、N=1414 事業所）



図表14　訪問看護ターミナルケア療養費の算定率
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）



7. 年間死亡者数別にみた職員数・利用者数

年間死亡者数が「72 人～85 人」の事業所では、常勤換算の全職員数は平均 14.0、利用者数は平均 149.5 と最も多かった（図表１５）。

図表15 年間死亡者数別にみた職員数・利用者数

（単位：人、平成 19 年 10 月中、N=1414 事業所）

	年間死亡者数による事業所の分類									
	年 0 人	年 1 人～4 人	年 5 人～11 人	年 12 人～23 人	年 24 人～35 人	年 36 人～47 人	年 48 人～59 人	年 60 人～71 人	年 72 人～85 人	総計
職員数（常勤換算）	5.0	5.5	5.4	6.2	8.4	10.1	11.9	12.4	14.0	6.3
利用者数	43.5	51.1	49.8	62.3	87.6	120.0	138.8	143.8	149.5	61.9
回答事業所数	149	296	345	377	158	61	15	9	4	1414

8. 年間死亡者数別にみた利用者数に占める死亡者数の割合

利用者数に占める死亡者数の割合は平均 1.8%である。年間死亡者数別に、利用者数に占める死亡者数の割合を見ると年間死亡者数が「年 72 人～85 人」の事業所では 4.4%と利用者数に占める死亡者数の割合が最も高い（図表１６－１，１６－２）。

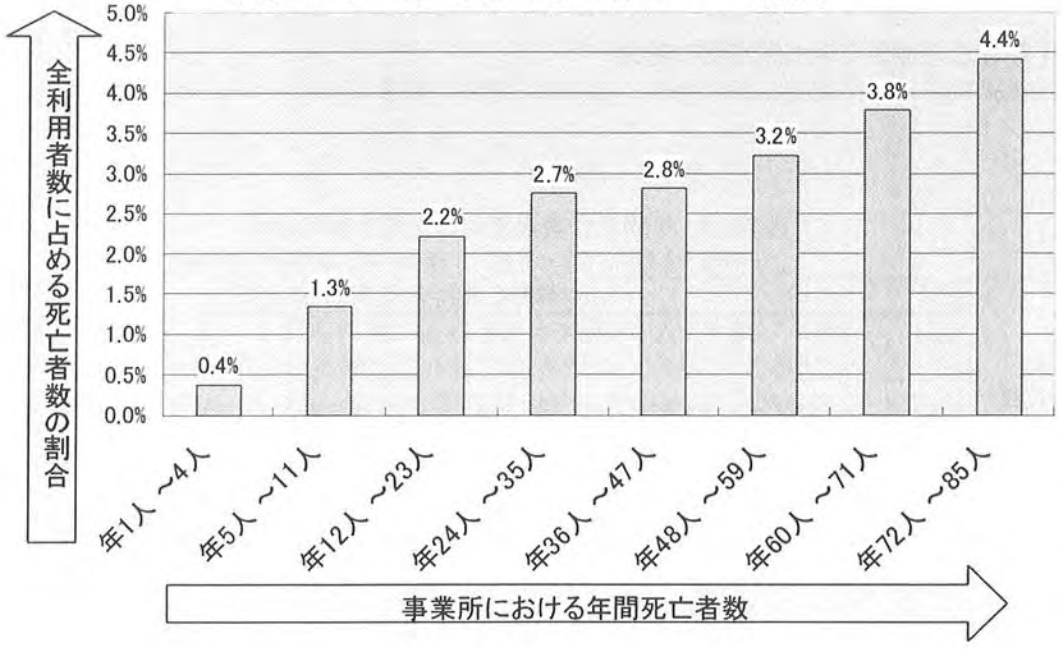
図表16－1 年間死亡者数別にみた利用者数に占める死亡者数の割合（1）

（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）

	年間死亡者数による事業所の分類									
	0 人	年 1 人～4 人	年 5 人～11 人	年 12 人～23 人	年 24 人～35 人	年 36 人～47 人	年 48 人～59 人	年 60 人～71 人	年 72 人～85 人	総計
利用者数に占める死亡者数の割合	0.0%	0.4%	1.3%	2.2%	2.7%	2.8%	3.2%	3.8%	4.4%	1.8%
回答事業所数	149	296	345	377	158	61	15	9	4	1,414

図表16－2 利用者数に占める死亡者数の割合（2）

（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）



9. 年間死亡者数別にみた加算の届出・在宅療養支援診療所との連携の有無

年間死亡者数が「72 人～85 人」の事業所では、加算の届出や在宅療養支援診療所との連携を行っている訪問看護ステーション手が 100%であり、常勤換算の全職員数は平均 14.0、利用者数は平均 149.5 と最も多かった（図表１７）。

図表17 年間死亡者数別にみた加算の届出・在宅療養支援診療所との連携の有無
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）

	年間死亡者数による事業所の分類									
	年 0 人	年 1 人～4 人	年 5 人～11 人	年 12 人～23 人	年 24 人～35 人	年 36 人～47 人	年 48 人～59 人	年 60 人～71 人	年 72 人～85 人	総計
介護保険：緊急時訪問看護加算の届出割合	73%	83%	81%	93%	97%	95%	100%	100%	100%	87%
介護保険：特別管理加算の届出割合	82%	92%	94%	98%	100%	98%	100%	100%	100%	95%
医療保険：24 時間連絡体制加算の届出割合	72%	84%	81%	93%	97%	95%	100%	100%	100%	86%
医療保険：重傷者管理加算の届出割合	68%	79%	77%	91%	97%	95%	100%	100%	100%	84%
在宅療養支援診療所との連携割合	29%	46%	39%	52%	64%	66%	86%	75%	100%	48%
（参考：回答事業所数）	149	296	345	377	158	61	15	9	4	1414

10. 年間死亡者数別にみた在宅死の割合

在宅死の割合は、平均 41.4%である。年間死亡者数別にみると約 40%～50%に分布している（図表１８）。

図表18 年間死亡者数別にみた在宅死の割合
（平成 18 年 11 月～平成 19 年 10 月、N=1414 事業所）

	年間死亡者数による事業所の分類									
	年 0 人	年 1 人～4 人	年 5 人～11 人	年 12 人～23 人	年 24 人～35 人	年 36 人～47 人	年 48 人～59 人	年 60 人～71 人	年 72 人～85 人	総計
在宅死の割合	—	47.7%	38.4%	39.3%	43.8%	39.7%	48.3%	48.0%	43.2%	41.4%
在宅死者数	0.0	1.1	3.1	6.5	12.7	16.1	25.9	31.3	34.3	5.4
全死亡者数	0.0	2.3	8.0	16.6	28.9	40.5	53.6	65.2	79.3	13.0
（参考：回答事業所数）	149	296	345	377	158	61	15	9	4	1414

III. 結果のまとめ及び考察

1. 死亡者数と死亡者数に影響を与える要因

① 1事業所あたりの年間死亡者数の平均は13.0人、介護保険利用者の死亡者数の平均は8.4人、医療保険利用者の死亡者数の平均は4.6人である。しかし、年間死亡者数は事業所によって大きな差があり、「年1人～4人」「年5人～11人」「年12人～23人」の事業所が全体の約72.0%と多くを占めており、死亡者数が年間36人以上の事業所は全体の約6%であった。

② 年間死亡者数が多い事業所ほど、全利用者数に占める死亡者数の割合が高く、ターミナルケア加算の届出や在宅療養支援診療所との連携が進んでおり、さらに、事業所規模（職員数・利用者数）が大きいことが明らかとなった。

2. 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費

① 1事業所あたりの介護保険のターミナルケア加算の年間算定件数は平均1.5件(算定率18%)、1事業所あたりの医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費の年間算定件数の平均は1.6件（算定率35%）であり、この数字に留まっている要因について分析を進める必要がある。

② 訪問看護を利用して死亡した者のうち最期に在宅で看取られた割合は、平均41.4%であり、ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費の算定率が低い原因として在宅以外での看取りにおける算定率が低いことが推察される。最期まで在宅で看取ることができる体制を整備することと同時に、最期を在宅で看取ることができなくてもターミナルケアを提供した場合にも、ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費を算定できることが望まれる。

3. 在宅看取り件数等の推計と試算

① 本調査から訪問看護利用者の在宅死亡者数は訪問看護ステーション1事業所あたり5.4人であった。全国の訪問看護ステーション5480事業所（平成18年厚生労働省「介護サービス・事業所調査」）であることから、推計では、全国で年間約3万人が訪問看護を利用して在宅で亡くなっている（図表19）。

② 一方で、本調査から訪問看護利用者の在宅以外の死亡者数は訪問看護ステーション1事業所あたり7.6人であったことから、推計では、全国で年間約4万人は訪問看護を利用したとしても死亡場所が在宅以外である（図表19）。

③ また、全国の在宅死亡者数132702人（平成17年厚生労働省「人口動態統計」）に対して、①の推計より訪問看護を利用した在宅死亡者数が年間約3万人であることから、全国で年間約10万人は訪問看護を利用せずに在宅で死亡したと推計される（図表19）。

④ もし、①の約3万人に加えて、②の約4万人、③の約10万人の全てが訪問看護によって在宅で看取られた場合、訪問看護の在宅看取り件数は全国で年間約17万件、訪問看護事業所あたりの在宅看取りは年間約32件と試算される（図表19）。

図表19　訪問看護利用状況・死亡場所別にみた死亡者数の推計と試算

			訪問看護利用状況	死亡場所	備考	現在の推計値		試算値
						実数（単位：人）	割合	実数（単位：人）（前提：(c)(d)を(a)に全て移行）
死亡者数	合計	(a)	—	—	年間死亡者数（平成 18 年厚生労働省「人口動態統計」）	1084450	100.0%	1084450
	内訳	(b)	訪問看護利用	在宅	訪問看護利用者の在宅死亡数 5.4 人（本調査）×5480 事業所（平成 18 年厚生労働省「介護サービス・事業所調査」）	29592	2.7%	174350
		(c)	訪問看護利用	在宅以外	訪問看護利用者の在宅以外の死亡数 7.6 人（本調査）×5480 事業所（平成 18 年厚生労働省「介護サービス・事業所調査」）	41648	3.8%	0
		(d)	訪問看護利用せず	在宅	在宅死亡者数 132702 人（平成 17 年厚生労働省「人口動態統計」）－(b)	103110	9.5%	0
		(e)	訪問看護利用せず	在宅以外	(a)-{(b)+(c)+(d)}	910100	83.9%	910100
訪問看護事業所あたり在宅看取り数					(b)÷5480 事業所	5.4	—	31.8

IV.　提言

①訪問看護ステーションが在宅死およびターミナル期を支えるためのサービスを提供するために事業所規模（職員数・利用者数）を拡大していく必要がある。

②多くを看取っている事業所が行っているターミナルケアの実際の内容について記述し、ターミナルケアとは通常のケアと何が異なっているのかを明らかにすることで、経験の少ない訪問看護ステーションでもそれが可能になるよう検討することが必要である。

③在宅における終末期医療の質を担保していくために、ターミナルケア加算の考え方を、利用者が亡くなったら算定するということではなく、ターミナルケアを実践したことの努力に対する評価として検討していくことが重要である。

第2章

インタビュー調査

第2章　インタビュー調査

Ⅰ. 緒　言

訪問看護師がターミナル期の高齢者にどのようなケアを提供し在宅での看取りを支えているかは、特にがん以外の疾患による死亡について明らかにされているとは言いがたい。そこで、本研究では、訪問看護師がターミナル期を迎えた高齢者とその家族に対して実施する看護実践の内容を概念化して記述した。特に、時間の経過に沿った支援内容の変化を、がんと非がん事例の対比をしつつ記述した。

人口の高齢化とともに、どこで最後を迎えるかは、国民の大きな関心事のひとつとなった。在宅ケア重視の要望は、政府の支援と共に高まってきている。

在宅の看取りを実現する上ではさまざまな職種が地域でサービスを提供している。そのひとつが訪問看護である。訪問看護は地域で生活する高齢者を支える長い歴史を持つサービスであるが、1992 年に老人訪問看護ステーションが創設され、1994 年には年齢制限がなくなり、2000 年には介護保険制度にも含まれ、その存在を広く知られるようになった。

訪問看護は当初から在宅で死を迎える人々を支えてきたサービスであるが、訪問看護師が具体的にどのような看護を実践しているかは、それほど知られていないようである。一般市民には勿論のこと、在宅ケアに関わる医師や、患者の退院を支援し地域に送り返す役割の病棟の看護師ですら、その役割に関する認識の低いことがしばしば指摘されている。

一方、文献を検索すると、訪問看護師の行うターミナルケアに関する研究はかなりの数が検索され、さまざまな概念化が行われていることがわかる。活発に研究されている訪問看護師の行うターミナルケアであるが、一方、その検討はがんの事例に対する支援に関するものが中心であり、高齢者に特化し、非がんの事例を含めての検討はそれほど見あたらない。また、訪問看護師の行うターミナルケアは、訪問開始から看取りに至るまで、ある程度のサービス提供期間を持ったプロセスであるが、これまでの概念化はターミナルケアの内容を列挙するにとどまり、時間の経過に沿った検討は十分ではないように思われる。

以上の現状に鑑み、本研究の目的は、訪問看護師が終末期を迎えた高齢者とその家族に対して実施する看護実践の内容を概念化して記述することである。特に、時間の経過に沿った支援内容の変化を、がんと非がん事例の対比をしつつ記述する。

訪問看護師が終末期を迎えた高齢者とその家族に対して実施する看護実践の内容に関しては既に多くの研究の蓄積があり、大まかな内容分類は出尽くした観がある。本研究では、既に報告されている訪問看護実践の内容が、時間の経過に沿ってどのように展開されてゆくのか、またその経過について、がんとがんでない疾患による終末期の間に違いがあるのかを主に検討することにした。

なお、本研究では、訪問看護ステーションに勤務して訪問看護に従事する看護師を「訪問看護師」と称する。

Ⅱ. 方 法

全国の訪問看護ステーションから、在宅ターミナルケアに力を入れていると思われる看護師 30 名を選んで、がん、がん以外の疾患による死亡の具体事例 1 例ずつを選んでいただき、ターミナルケアの実施経過についてインタビュー調査を実施した。データは質的、帰納的に分析し、訪問看護師が行うターミナルケアを、いくつかの分類に分けて整理した。

1. 調査対象

全国の訪問看護ステーションで、高齢者に対してターミナルケアを実践している訪問看護ステーションの看護師30 名を対象とした。対象の選択にあたっては、訪問看護でのターミナルケアについての論文等を文献検索して著者を探す、緩和ケア認定看護師の届出者のうち、所属が訪問看護ステーションである方、訪問看護のターミナルケアに関する有識者等に尋ねるなどして、ターミナルケアに力を入れて実践していると思われる方々を探した。最低要件として、看護経験年数 5 年以上、訪問看護経験年数 2 年以上で、在宅での看取りの経験が 3 ないし 5 件以上の方とした。

2. データ収集方法

インタビューは、調査対象者の訪問看護ステーションに調査員が出向いて行った。インタビューでは、あらかじめ作成されたインタビューガイド(別添参照)に沿って、最近在宅での看取りを終えた二つの事例について時間の経過に沿ってお話しいただいた。2 事例はがんによる終末期とがんでない終末期を 1 事例ずつ話してもらった。訪問看護ステーションに事例に関する依頼がどこからどのように入ったのか、を皮切りに、訪問開始前から死亡後までの訪問看護師のかかわりについて、順を追って聞いていった。この際、看護師が行った判断と行動について、利用者自身と家族への支援だけではなく、利用者への訪問看護実施上の関係職種との関わりなども含めてたずねた。2 事例について語られた後に、終末期の訪問看護と終末期を前提としない一般的な高齢者への訪問看護の違いについて、事例に関わらず経験に基づく意見を求めた。インタビュー時間は 2 時間を越えないようにしたが、多少延長される場合もあった。

3. データ分析方法

インタビュー内容は逐語で文字に起こし、以下のような質的分析を行った。まず、インタビュー内容を意味のまとまりごとに切片化し、内容を損なわないように短縮化したコードをつけた。分析の時間が限られていたため、コーディングに際しては、内容を表すコードとともに、あらかじめ作成した訪問看護実践の大分類に関するコードと、時期に関するコードをつけておおまかな分類を行った。すなわち、ひとつのデータ切片に対し 3 つのコードをつけた。大分類に関するコードは、過去の終末期の利用者に対する訪問看護実践に関する文献をレビューして言及のあった内容について、「病状・症状コントロール」「緊急時・24 時間対応」「日常生活の援助」「介護指導・教育」「介護力調整」「死の準備支援」「自己決定支援」「信頼関係の構築」「家族内関係調整」「精神的支援」「医療者と本人・家族の意向のすり合わせ」「他職種と連携・情報共有」の 12 カテゴリーを用いることにした。時期の分類は、1 件めのインタビューの分析から、「最初のコンタクト」「退院前」「在宅療養開始期」「維持期」「病状悪化期」「臨終期」「死亡時の状況」という7カテゴリーを用いることにした。

10 件分のデータが集まったところで、大分類の時期ごとにコードを集め、それぞれの時期にどのような内容の実践が行われているかを整理したカテゴリーリストを作成した。カテゴリーリストを作成する際には、これらの大分類が適切か、他のまとめ方はできないか、時期の分類は適当かを合わせて検討しつつ行い、時期と大分類の修正・洗練を行った。こうして出来上がったカテゴリーリストを、訪問看護に造詣の深いメンバーの集まった親委員会に検討を依頼した。その際のフィードバックをもとにカテゴリーリストを調整し、大分類を組みなおした枠組みを作り、残りのインタビューもコード化を行った。残りのインタビューでは、大分類は時期と組み合わせて 40 カテゴリーを作成して、上記のように内容を示すコードとともに、ひとつの切片について 2 つのコードをつけて整理した。訪問看護の内容に関する大分類が「時期の見極め」「訪問内容の調整」「利用者・家族との信頼関係の形成」「情報収集」「在宅療養の体制作り」「希望する在宅生活の実現」「日常生活支援」「症状緩和」「家族支援」「看取りの準備支援」「利用者への死の

準備支援」「連携」「スタッフ間の精神的支援」「死亡後の訪問」の 14 分類とし、時期は「ターミナル開始前」「ターミナル開始時」「維持期」「病状悪化期」「臨死期」の 5 分類とした。時期により現れる訪問看護内容の大分類に違いがあった

これらのコーディングを行ったところで、大分類ごとに、各時期に行われた看護の内容を整理・構造化した。すなわち、訪問看護実践内容に関するコーディングを、似たものごとにあつめ、それらを総称する名前を命名する、という分析を繰り返し、概念化とその整理を行った。内容を整理する際には、それらの大分類を修正・精錬し、他のまとめ方はできないか、時期の分類も修正が必要か、検討を重ねつつ行った。再度作成されたカテゴリーリストでは、訪問看護の内容ごとに「ターミナル開始前」「ターミナル開始期」「維持期」「悪化期」「臨死期」「死別後」の 6 期に分けてその内容を整理した。このようなカテゴリーリストを作成する過程で、もとのインタビューデータに可能な限り戻り、このような分類で語られた内容が説明できるかを確認し、足りない内容を補うよう努めた。カテゴリーリストを下に、それに添って、大分類ごとに各カテゴリーを説明した。

以上のような分析は、文章のデータからコードを起こし、過去の文献をもとにそれらをまとめて概念を形成し、追加されるデータをもとに概念とその内部構造を修正精錬してゆく、という繰り返しであり、グラウンデッドセオリー法の基本的な分析プロセスを踏襲し、その分析技術を活用して行った。

このほかに、各事例の流れを失わないように、事例ごとに状況を流れ図にまとめた。この際、ターミナル開始前、開始期、維持期、悪化期、臨死期など、あらかじめ想定された時期の区分にそって、その時期の始まった時期を、死亡時期から逆算して記載し、さらに訪問頻度の変化についても、記載するようにした。調査対象者とステーション、語られたターミナル事例の属性は別に一覧表にし、年齢や看護師経験年数等については、平均と範囲などをまとめた。

4. 倫理的配慮

調査実施に際しては、調査の趣旨・目的と調査内容などを文書及び口頭で説明し、自由な意志に基づいて調査への参加を決定してもらった。インタビュー実施に先立って、インタビューで語る事例を選定していただき、その遺族に対してインタビューで経過を話すことに関する許可を口頭で得てもらった。インタビュー実施の際には、再度調査の概要を説明し、調査参加への同意を文書で得た。

調査は全て、全国訪問看護事業協会倫理委員会の内容の検討と承認を得て行った。

Ⅲ. 結　果

31 名の看護師から、がん事例 28 例、非がん事例 29 名に関するお話を聞くことができた。ステーション、看護師とも背景となる属性はさまざまであった。非がんの事例(平均 86.8 歳)はがんの事例(同 77.8 歳)よりも年齢が高い傾向があった。

1. 対象および事例の概要

35 件に依頼して 30 件より調査協力を得た(図表 20、図表 21)。がんの事例は 30 件、非がんの事例は 29 件分を得た。がんの事例 30 件のうち 2 事例は利用者の年齢が 65 歳未満であったため、分析の参考程度に用いることにした。

図表 20　対象者の属性

	平均	SD	中央値	範囲		
看護師及びステーション属性						
年齢(歳)	44.8	11.1		31-67		
性別					男性1名・女性30名	
役職の有無					役職あり22名	
看護経験年数(年)	19.7	8.2		7-46		
訪問看護経験年数(年)	8.2	4.2		3.5-19		
これまでに看取ったおおよその件数: が			20.0	2-100		
非がん			10.0	0-50		
(母体法人が医療機関を持つ場合)						
医療機関敷地内のステーションか					医療機関あり8件	
併設施設の有無					併設施設あり24件	居宅介護支援事業所19件
がん専門看護師や認定看護師の有無					あり4件	
ステーション設置年(平成)				平成4-19年	2000年～: 13箇所; 1996～7年: 7箇所; ～1995年: 6箇所	
利用者数(人)	100.8	73.5		30-305		
医療保険による利用者数の全利用者数に占める割合	0.31	0.2		0.09-0.70		
1ヶ月訪問件数(件)	588	352.3		200-1550		
1ヶ月夜間訪問件数(件)	8.9	9.7		0-50		
昨年1年間の看取り件数(件)	18.5	13.1		4-48		
がん事例属性						
年齢(歳)	77.8	8.9		65-95		
性別					男性18名/女性12名	
訪問開始から死亡までの期間(日)			43.5	4-3650		
非がん事例属性						
年齢(歳)	86.8	9.5		65-102		
性別					男性8名・女性22名	
訪問開始から死亡までの期間(日)			395.0	7-3650		

1) インタビュー対象者・ステーションの概要

インタビューを実施したステーションは 30 件であり、このうち 1 件ではがん事例と非がん事例を別個の看護師に行ったため、インタビュー対象者は 31 名になった。対象者の平均年齢は 44.8 歳、1 名を除き全員が女性であり、なんらかの役職についている人が 22 名あった。看護の経験年数は平均 19.7 年、うち訪問看護経験年数は 8.2 年、看取りの経験件数の中央値はがんが 16 件、非がんで 10 件で、件数の範囲は、がん、非がんを合わせて 3 件から 400 件までと大きなばらつきがあった。

ステーションの母体法人は医療法人、医師会立、厚生連、有限会社、株式会社など多様であり、株式会社にも単独型と企業型があった。医療機関と同一敷地内(病院付設型)のステーションは 4 割弱、19 ステーションは居宅介護支援事業所を併設し、その他にも多様な施設を併設していた。専門看護師、認定看護師など高度実践看護師を擁するステーションは 4 件のみであった。インタビュー時点での利用者数は 30 名から 305 名とステーションの規模にはばらつきがあり、利用者全体に占める医療保険利用者の割合は、約 20%が中心であったが、10%未満から 75%とステーションによる違いが大きかった。1 か月訪問件数は 200 件のステーションから 1550 件のところまであった。1 か月の夜間訪問件数にも 0 件から 50 件とばらつきがあり、訪問件数とは必ずしも対応していなかった。1 年間の看取り件数は 4 件から 48 件まであり、平均して 18.5 件であった。

2) 事例の概要

がん事例は 28 例であり、平均年齢が 77.8 (65-95)歳、男性が 18 名を占めた。訪問開始から死亡までの日数は 4 日から 3650 日(10 年)まであり、中央値は 43.5 日であった。主疾患は消化器系のがんが多かった。

非がん事例は 29 例あり、平均年齢が 86.8(65-102)歳とがん事例より 9 年高く、男性が 8 名と少なかった。訪問開始から死亡までの日数は 11 日から 3650 日(10 年)まであり、中央値は 395 日と長い経過をたどる例ががんよりも多かった。主疾患は脳血管疾患が多く、認知症の診断名も 9 名に見られた。

図表21 対象者・ステーション属性詳細

ステーションNO.	1	2	3	4	5	6	7	8	8(2)	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1)看護師属性																															
1. 年齢	43	57	31	55	54	48	48	不明	45	46	67	46	46	38	37	47	33	39	43	33	56	39	43	43	49	47	39	39	39	49	45
2. 性別(男性:1 女性:0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. 役職(役職あり:1 役職なし:0)	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
4. 看護経験年数	21	33	11	31	21	21	25	15	16	28	46	24	13	15	13	24	7	14	12	10	32	10	20	14	22	19	18	16	18	17	24
5. 病棟での主な科目	脳外・外・眼・リハビリ・内	産婦人	手術室	内(呼吸器、循環器、消化器)	内、小児、外、外来	小児、外、整形	小児、ICU、内	脳外	整形、耳鼻、救命ICU	整形、内	特になし	内、消化器内	消化器内	NICU、産	泌尿器、外、脳外、内分泌、透析	内、外、脳外、整形、小児、産婦人、泌尿器	内科混合	呼吸器内	消化器外、混合病棟、産	循環器	OP.整形・内(消化器・腎臓・老年)	老人・内	内・外・泌尿器・耳鼻	外科	外・内・産婦人	整形外	循環器・内・外・血液内・消化器外	循環器・消化器・呼吸器	消化器内・循環器(CCU)	放射線・婦人・内・小児・整形外	内科・循環器・整形・重心身
6. 訪問看護経験年数	6	16	4	8	8	12	17	10	6	19	4	15	9	7	6	10	5	4	4	7	5	5	3.5	9	11	13	5	7	5	8	7
7. これまでに看取ったおおよその件数: がん	15	100	20	15	15	80	30	5	3	25	14	40	5	16	30	15	20	20	13	30	20	10	15	35	200	70	20	40	2	6	20
非がん	5	50	20	20	6	20	30	5	3	4	0	30	10	4		35	20	20	4	10	28	5	50	7	200	30	不明	10	1	6	30
2)ステーション属性																															
1. 母体法人のタイプ	医師会立	株式会社	医療法人	厚生連	厚生連	社団法人	厚生連	財団法人		財団法人	株式会社	医療法人	医師会立	医療法人	有限会社	医療法人	医療法人	社会福祉事業団	医療法人	医療法人	社団法人	医療法人	有限会社	社会福祉法人	社団法人	医療法人	株式会社	株式会社	株式会社	社会福祉法人	株式会社
2. (母体法人が医療機関を持つ場合)医療機関数地内のステーションか有:1 無:0	0	0	0	1	1	0	1	0		1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. 併設施設 有:1 無:0	1	1	0	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
併設施設の種類 地域包括:地域包括支援センター ヘルパー:訪問介護事業所	居宅介護支援事業所	ヘルパー、NPOボランティア		院内薬局、居宅介護支援事業所、地域包括	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	病院、デイサービス、老人保健施設、居宅介護支援事業所、地域包括	地域包括、居宅介護支援事業所、ヘルパー		地域医療センター、問介護事業所、居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、障害者居宅介護事業所	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所、ヘルパー	居宅介護支援事業所、ヘルパー、デイサービス、老人福祉施設、地域包括		居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、デイサービス	居宅介護支援事業所・病院		居宅介護支援事業所・ヘルパー・在宅支援センター・診療所	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所・ヘルパー・特別養護老人ホーム・診療所	居宅介護支援事業所・ヘルパー・病院・老健・クリニック・デイケア	居宅介護支援事業所・ヘルパー	ヘルパー		診療所・療養通所介護	居宅支援事業者		居宅支援事業所	居宅支援事業所	居宅支援事業所
4. がん専門看護師や認定看護師 有:1 無:0	1	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	緩和ケア認定1	緩和ケア認定2					併設施設の病院内にはいる																			がん認定					
5. ステーション内のナースたちの経歴(がん看護の経験者、老人看護の経験者などの特徴)	小児、リハビリ、老人、難病、がん	緩和、内科、外科、産婦人など	外、内、婦人、老人	内科系、外科系に病棟や外来を2年以上経験	全員看護協会のターミナル研修修了	精神、小児、難病含め幅広い、元保健師・看護学校教員も	老人看護、精神看護、内科看護の経験者	臨床経験4年以上:小児、がん、高齢者など18名が常勤		精神科、難病、ICU、呼吸器科、整形外科等で、特殊な疾患や高度医療に知識があり、リハビリテーションが幅が広い	10年前後:4~5名、20年:1名	10年以上3名、5年以上2名、修士課程修了(がん看護の研究)の常勤スタッフ	看護経験にブランクのある者が多い	外、内、小児、神経内科、	特になし	不明	不明	不明	一般病棟	老人保健施設	開業医10年以上(准看・公立病院10年以上)	ほぼ全員看護協会の研修終了済み	老健・精神科、OT資格あり	総合病院・開業医5~15年程度のキャリア	総合病院、5~10年程度のキャリア	10年以上1名、ホスピスケアを希望している	外科・内科・ICU	整形外・血液内・内	内科・消化器・循環器・ICU/外科	がん看護・看護教員・老人看護・病院移動	がん看護・呼吸器疾患
6. ステーションの活動エリア(片道車で何分以内または半径何キロ以内)	区内全域	自転車や公共交通機関で片道30分以内	片道車で10分程度	片道車で30分程度、20キロ	サテライト3件(5町2村)車で30分以内	車で30分以内、ターミナルは15分が望ましいとしている。旧市内を目安としているが、近ければ他見でも訪問有り。	半径20Km以内、車で片道30分以内	横須賀市全域で、片道車で30分以内		車で片道30分以内	車で30分程度	片道車で30分	5キロ	片道10分くらい	不明	片道30分くらい	車で15分	半径6キロ	10Km以内	自転車で15分	旧5村全域	車で30~40分市内・近隣	車移動時間30分以内	旧B市以外 全域の市内	車で30分	車で30分	区全域・近隣区	4Km	3Km	横須賀、葉東市、草津市、葉東市、守山市、野洲市、湖南市を3ヶ所の系列ステーション(うちサテライトステーション1ヶ所を含む)	片道30分
7. 活動エリアの特徴(高齢化率・往診医や在宅療養支援診療所の多さ、医師会のターミナルケアへのとりくみなど)	高齢化率23.2%、在宅医多く熱心、在宅での看取りは多い	65歳以上人口19.8%、高度医療気管が多い、往診医や在支36箇所、医師会のターミナルケア取り組みのPCネットあり	1地域を3つの連携ステーションで	高齢化率31.5%、在支1箇・往診有り、当ステーションでは併設病院の医師が利用者宅へ往診	会議を通じ、地域の他のサービス機関との関係は良い。母体病院の医師が主治医となり、主治医探しには苦労しない。他の医院の往診も行うことがある。	大学病院と救命センターを持つ総合病院あり。医師数が全国で2番目の多い(開業医が多い)。在支も多い。	高齢化率:市全体では11.1%　活動エリアでは13.7%(H17年資料)　医師は土日に輪番制で診療体制、往診体制をとっている。過疎地として県の診療所がある。	高齢化率:20.95%(H17年10月1日)在宅療養支援診療所はしないで9か所と少ない			A市25.93%B町25.03%医師会往診医32人、内11人が在宅療養支援診療所。H6、4月~「かかりつけ医推進モデル事業」を行い、担当医の不在時対応可能なようにチーム体制が取れており、看取り可能な医師がいる	在宅医療、麻薬を取り扱える開業医がほとんどいない(1施設に限定される)。高齢化率12.1%で県や近隣市町村に比べ低く、転入世帯が中心。比較的社会的地位の高かった方が多い。	在宅医療を行っている医療機関(在支)が多い。在宅医療専門のクリニックもある。市内の総合病院はすべて訪問看護ステーションを併設している。研究者が多い。地域での緩和ケアの取り組みをはじめたところ。	医師会は4つの町に各々訪問看護ステーションあり、統括管理者を置き連携。活動エリアは若い世代、核家族が多く、高齢化率は低い。開業医数多い。医師会あげてターミナルケアには積極的。医師会内で年2回遺族会を開催。	市の高齢化率17.4%連携している往診医23　在宅支援診療所5	高齢化率17.4%人口73,352人在宅療養支援診療所と5の連携	高齢化率:A市19.6%IB市内往診医:13　在宅療養支援診療所:12　2年前まではグループで輪番制で24時間体制有り、	不明	人口81万、高齢化率17.4%	ターミナルケア専門のクリニックがA市にあり(遠携多い)	高齢率高い。在宅療養支援診療所や病院・診療所あり、以前から訪問看護をしてきた地域。在宅療養支援診療所があり、往診していたため、在宅での看取りはめずらしくない地域。	旧5村人口7412人高齢化率30%強。隣接に在宅療養支援診療所がある。	併設の在宅支援診療所と連携。癌の依頼が多い	高齢者が多い地域・4市町村が対象	不明	県内での自宅内看取り率は14.2%。平成16年度から在宅医療推進モデル事業を進めてきた。当ステーションは24時間訪問看護を提供している。	少子化高齢化・在宅支援診療所は少ない	A市は看取りの土壌がある	高齢化率18.3%、昔から住んでいる人は多いが若い人も多い	在支は多くない	A市は在宅医療充実、B市は中規模病院が多く在宅での医療にそれほど積極的ではない	県内での自宅内看取り率は14.2%。平成16年度から在宅医療推進モデル事業を進めてきた。当ステーションは24時間訪問看護を提供している。	市の高齢化率21%、市民病院・隣接総合病院からの依頼・連携あり。
8. ステーション設置年(平成)	8	4	14	8	11	7	14	6		6	15	12	9	9	15	9	8	5	10	6	16	16	14	6	8	18	13	13	17	6	19
9. 利用者数	107	138	100	59	100	110	40	271		135	33	100	115	100	43	64	51	126	94	100	不明	100	40	282	112	41	43	30	40	305	45
医療保険と介護保険利用の比率(%)	0.20	0.20	0.25	0.30	0.20	0.70	0.20	0.22		0.22	0.50	0.20	0.17	0.20	0.25	0.14	不明	0.25	0.40	0.09	0.10	0.40	0.30	0.20	0.20	0.75	0.20	0.50	0.75	不明	0.30
年齢分布	82	81	65歳以上9割以上	74	50代15%、60代15%、70代35%、80以上45%	50%以上が80歳以上	70~80代が7割	0~64歳2割、65歳以上8割		40~100代	60歳以上8~9割。小児も対応	80	高齢者が多い。20歳以下は7名	小児3人、30~50代16人、60~100代81人	19~96歳	不明	不明	~100	小児~90	70~90	60-100	70~90	50~90	89~90	不明	不明	20~100(50~90多)	小児~90	80~90	小児~100	20~100代
疾患の特徴		難病、がん、脳血管、肝臓疾患	脳血管疾患	がん、老衰	難病、精神、がん	がん、精神	脳梗塞後遺症	脳血管疾患、循環器疾患、難病、糖尿病		ターミナルケア、難病	悪性腫瘍が3割、脳血管疾患が2割	医療依存度の高い人・がん末期の人が多い	脳血管疾患、呼吸器疾患、難病、小児	がん、脳血管疾患	脳血管疾患、	脳血管障害	不明	脳梗塞、癌、難病、腎疾患、	小児、難病、癌、脳梗塞	脳血管・心疾患・認知症	脳血管・がん・認知症	がん、脳梗塞	癌、難病、呼吸器、脳梗塞	癌、脳梗塞、難病、呼吸器	不明	不明	癌、脳梗塞、難病	難病、脳血管疾患、認知症	がん、難病、脳血管疾患、	不明	呼吸器・癌・難病・精神
10. 1ヶ月訪問件数	515	780	500	200	505	754	200	1331		705	247	550	790	648	401	450	235	826	596	800	240	440	350	1550	916	300	400	300	326	1196	240
1ヶ月の夜間緊急時訪問回数	3	8	12	3	0	10	5	2		17	3	13	3	10	不明	1	不明	13	15	50	不明	13	5	6	不明	7	不明	2	4	不明	3
11. 年間の看取り数	12	36	17	10	5	32	10	14		36	20	不明	4	9	11	9	8	15	43	13	12	48	18	45	17	35	12	8	13	19	4
主病名	がん、老衰	がん	がん、老衰	悪性腫瘍、老衰、肺気腫	がん	がん	がん末期	がん		がん、老衰	がん	不明	慢性疾患・がん	がん	がん	がん	不明	がん、心不全	がん	がん	がん	がん	がん	がん	がん	不明	がん	癌・肺気腫	がん・老衰	老衰・がん	老衰・がん	がん
年齢(代)	60~80	70	60~80	40~90	60~70	30~90	50~70	40~90		60~80	50~80	不明	70~90	60~90	70~100	60~90	不明	30~100	60~90	70~90	68~98	60~80	60~90	70~80	不明	不明	80~100	60~80	70~90	70~90	60~100
12. 年間のターミナルケア加算申請数	8	10	7	8	3	17	4	11		26	12	9	2	4	10	9	不明	6	25	13	10	1	17	105	10	18	8	6	13	4	3
13. 24時間加算 有:1 無:0	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
加算を取り始めた年(平成)	10	7	14	9	11	19	14	4		12	15	18	10	9	15	9	不明	8	10	12	17	16	14	6	8	18	13	13	17	6	19
14. 重症管理加算の対象者数	7	40	17	10	2	9	17	22		20	8	24	18	36	5	15	13	12	8	4	10	11	8	37	23	30	21	4	16	13	20

2. 訪問看護師の行うターミナルケア：概要

訪問看護師は、【ターミナル開始前】【ターミナル開始期】【維持期】【悪化期】【臨死期】【死別後】の 6 つの期間にわたって、【日常生活の支援】【症状の緩和】【看取りに関する意思決定と技術支援】【利用者への死の準備支援】【家族への死別の支援】という利用者・家族への直接的な支援と、【在宅ケア体制の形成と他機関との連携】という間接的な支援を行っていた。また、利用者の死亡時には、死亡の確認を含む各種の【死亡時の支援】を実施していた。それらは看護師の専門的な状況の予測に基づき、高度に統合された形で提供されていた。

本研究では、訪問看護師の行うターミナルケアの内容とその流れを、ターミナル期の経過に沿って図表 22 のように整理して報告する。まず、ターミナル期は、6 つの【ターミナル開始前】【ターミナル開始期】【維持期】【悪化期】【臨死期】【死別後】に分けて整理することにした。この時期区分は、インタビュー内容の整理をもとにして、看護師のアプローチや具体的支援の内容が比較的大きく変化する時があることに着目し、その転換点の時をもとに作成したものである。

ターミナル開始前は、利用者がターミナルであると認識される以前の時期であり、がんの場合には入院中であることがあることが多い。入院中も時期としてはターミナルと認識されている事例も多いが、ここでは訪問看護開始前はターミナル開始前に区分することにした。ターミナルが開始されてから状況がほぼ落ち着くまでの時期をターミナル開始期とし、それに続く状態の比較的安定した時期を維持期と呼ぶことにした。その後、図表 20 に示すように、食事摂取量が低下するなどのいくつかの徴候をもとに、看護師が在宅看取りの可能性を判断して看取りの準備教育等を開始する時があり、この時点からを悪化期、と称した。その後、血圧の低下やチアノーゼ、尿の排出停止などの徴候をもとに、看護師が死亡時に際しての具体的な対応方法を説明等し始める時があり、この時点から死亡までを臨死期、その後を死別期と称することにした。次章で時期の長さや移行の状況、その間の訪問頻度の変化に関する詳細な検討を行う。

このような時期区分に沿って、訪問看護師が提供するターミナルケアの内容を、ここでは 7 つの大分類に分けて説明することにした。すなわち、まずは【日常生活支援と症状の緩和】という利用者への身体的支援、【看取りに関する意思決定と技術支援】という家族の介護に対する支援、【利用者への死の準備支援】という利用者への精神的支援、【家族への死別の支援】という家族への精神的支援が挙げられた。【死亡時の支援】に関しては、その重要性から別途大分類を立ててまとめた。以上は当事者自身に対する支援である。これらの支援を最善のかたちで実施するために、訪問看護師は、訪問開始以前から綿密な【在宅ケア体制の形成と他機関との連携】を実施している。それぞれの実践内容は、ターミナルの経過に沿ってその内容が徐々に変化してゆく。

日常生活支援とは、加齢と疾患の進行により低下してゆく利用者の状況に合わせ、食事・移動および外出・排泄・清潔に関するケアを提供することである。訪問看護師によるターミナルケアでは、できるかぎり自分の口で食べ、自然に排泄すること、自分が望む方法で動き、好きなところに行くこと、そして自分の望むやりかたで身体の清潔を保ち、心地よく過ごすこと、という人間としての基本的な生活を、できるかぎり最後まで保つことが、まず重視される。症状の緩和は、病状の進行と共に次々に発生し変化する、疼痛をはじめとする多様な苦痛症状に対して、薬物の調整など治療を最適な形で実施し、看護師として可能な非薬物的な技術を駆使して、最後まで苦痛を取り除き、安楽をもたらすケアを提供することである。利用者自身に対しては、このような身体的な支援のほかに、看護師は利用者への死の準備支援という精神的なケアも行っている。利用者への死の準備支援とは、利用者が死を迎えるまで、望む生活を共に考えてその実現に導くこと、愛する家族と別れこの世を去らなければならない辛さを共有し緩和に努めることである。

看護師の行うターミナルケアは、家族への支援を抜きにして語ることはできない。看取りに関する意思決定と技術支援とは、利用者と家族が望む最期を迎えるため、ターミナル期に家族に課されるさまざまな意思決定を支援し、看取りの介護に立ち向かう家族にその方法を具体的に示し、家族と共に看取りを行うことである。さらに家族は、看取り

の介護という行為とは別に、愛する身内との別れという困難に立ち向かっている。看護師の行う家族への死別の支援とは、最期のときまでどのように過ごしたら良いか、最期が近づいた際にどのように別れを告げ、最後の時を過ごすかについて家族と共に考え、その実現に向けて支援することである。このような支援を通じて、看護師は家族にとって後悔の残らない看取りを可能にしている。

死が訪れたときにも、看護師は利用者と家族に手を差し伸べている。死亡時の支援とは、死亡の確認と家族への説明を医師とともに看護師が実施し、死後のケアを家族とともに行うこと、利用者が死亡し訪問看護の契約が終了したのちにも家族を訪れ、悲嘆へのケアを行うことである。

以上のような直接的な利用者・家族へのケアを提供するための在宅ケアの環境作りも、看護師は行っている。在宅ケア体制の形成と他機関との連携には、訪問看護師側の体制を整備すること、在宅ケアに関わる制度を最大限に活用する支援をすること、在宅医療を最適な状況で提供するための人的物的整備をすること、在宅ケア体制を機能させてゆくために、さまざまな他機関・他職種と情報を共有し、方針をすり合わせること、他職種に必要な情報提供と説明をしてゆくことを含む。

訪問看護師の行うターミナルケアには、二つの大きな特徴がある。ひとつは、看護師の提供するケアが利用者の体調に関する理解と判断のもとにおこなわれている点である。利用者に話を聞き、肺の音を聞く、腹部を押さえるなどのフィジカルアセスメント技術を駆使して体調を判断し、それに基づいて今日は入浴できますよ、外出できますよ、などという決定ができる。

> *そうですね。「身体的な面での、アセスメントに基づくケアの組み立て」っていうのは(看護師だからできるターミナルケアではないか)。医師は身体面でアセスメントしますよね。でもそれで、医療処置とか薬とか出すけれど、ケアそのものには関与しませんよね。それからヘルパーさんも身体的なケアをしてくれるんでけど、そこでの判断をする材料が、判断の元がやはりちょっと、看護職とは違う面があると思うんです。だから、やはり基本的に身体で起こっていることをきちんと。まあ、身体だけではないんですけど。でも、やっぱり症状は出てきますので、それをきちんと押さえた上でのケアの組み立てっていうのはやっぱり、看護職でないとできないんじゃないかなと思います。*

もう一つの特徴は、利用者の体調に関する理解と判断、家族の置かれた状況の理解と判断、それらに基づく今後の予測を元に、これらの７つの実践を統合して行っている点である。それらは同時に存在するからこそ満足のゆく看取りが可能になる。このうちのどれかだけを取り上げて実践することは不可能で、一部が欠けることによって他の部分も影響を受ける。たとえば、利用者の苦痛を看護師とともに緩和し、どのような時間を過ごしたらよいかとことん看護師と話し合った経験があるからこそ、納得のゆく別れが可能になり、死別後の看護師による訪問が悲嘆の緩和としての意味を持つようになる。利用者への徹底した傾聴と共感や、利用者の体調に関する理解とケアがあるからこそ、家族も安心して自分の不安を看護師と共有し、ケアを受けることができる。

> *なんかこうバラバラに、一個ずつ因子分解したようにして、(看護師の行っているそれぞれの援助が)語られることが多いけれど、やっぱり看護ケアは、手や目を本当に使って、ある意味身体も使って、ケアする中からすべてが絡んで(看護ケアとして)出てくるものではないかなと。「じゃあスピリチュアルの面をどう(ケア)したか」っていうのを、単独では語れないっていうのか、そういう思いがちょっとあって。それはやってないんじゃなくって、併せてっていうか、本当に包括的にというか、トータルにやっぱり(ケアを)やってきているんじゃないかなと。*

次の項では、まずターミナル期の時間的な経過と、その中での訪問頻度の変化について検討し、そののちに、訪問看護師の行うターミナルケアの内容についての検討を進める。

図表22　高齢者のターミナルケアにおいて訪問看護師が行なう支援の一覧表

	利用者の状態	ADL支援				症状の緩和				看取りに関する意思決定と介護技術の支援	利用者への死の準備支援	家族への死別の準備支援	死亡時の支援	在宅ケア体制の形成・他機関との連携
		食事	移動・外出	排泄	清潔	疼痛緩和	新たに出現する症状への対応	医療的ケアの実施と調整	非薬物的ケアの実施					
ターミナル開始前														個別の状況に合わせた在宅ケアチームと物品を整え、協働して対象者受け入れを準備する
ターミナル開始期	・ターミナル期にあるとの紹介で訪問開始（がん） ・摂食・嚥下上の問題（非がん） ・ADLの低下（非がん） ・基礎疾患の進行（非がん）	低下している経口摂取能力を把握し、対処方法を考える	移動能力と危険を把握し、維持回復のためにリハビリや機器を駆使する	スムーズな排便と排泄に伴う苦痛の緩和のため、看護師の技術を駆使する	本人の症状に合わせて保清方法を選択肢実施する	積極的に薬物を調整し、在宅での疼痛緩和体制を確立する	・嘔気等副作用への薬物投与や褥創予防・ケア等で身体機能低下を予防 ・全身状態と苦痛の状況について情報収集	使用中の薬物を把握し必要に応じ再開・調整する	非薬物的なケアで利用者の安楽をもたらし関係づくりにつなげる	家族と関係を作り、今後の意向等を情報収集する	希望に沿った在宅生活を実現できるよう働きかける	家族の思いを傾聴し別れの迎え方をともに考える		実際に始まったターミナルの在宅療養状況に基づき、ケア体制を調整する
維持期	・（ケアにより一時的な状態安定・特にがんでは存在しない場合もある）	技術と工夫を凝らして経口摂取を維持する	リハビリに努めて移動能力の維持回復をめざす	自然排便を促す		・苦痛のない生活を目指す ・主治医や介護力の状況に鑑みて薬剤の投与方法を工夫する	・経口摂取の継続と誤嚥や便秘の予防に努める ・転倒予防と褥創の予防・ケアを継続する	医療処置のトラブルを予防解決する	非薬物的ケアと介護保険サービスの調整により生活スタイルを変更し安楽を図る	病状と今後の事態について段階的に説明しながら看取る方法について共同で検討する	希望に沿った在宅での日常生活を援助する	医療処置があってもやりたいことができるように支援する		急変時の対応を含め、状況の変化に対応しつつ協調して必要なサービスが提供できる体制を確立する
悪化期	・食思低下で食べられず ・経口摂取低下による乏尿（非がん） （・胸水・腹水） ・血圧低下（非がん） ・タンがらみ漸増 ・酸素飽和度低下 ・倦怠感（がん） ・傾眠（例外多し）	食べたいものを食べられるだけ摂取不能になるまで援助を続ける	低下する移動能力を把握し必要な介助をする	苦痛を最小限にするとともに本人の希望を尊重する	可能な限り利用者の望む保清方法を実行する	・疼痛緩和と意識レベル低下のバランス調整	・痰がらみ・呼吸苦等新たな症状に対し、酸素療法や吸引の必要性を見極め提供 ・悪化する褥創をケア	補液・輸血を実施する	非薬物的ケアと福祉用具の活用により療養環境を整え安楽を図る	動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を判断して訪問体制を形成する	旅立つ辛さを傾聴し、最期の迎え方の意向を聞きだす	家族としての時間が持てるように提案する		悪化してゆく利用者と家族へのケアをチームで提供し続けられるよう調整する
臨死期	・意識低下で食べられず ・循環状態の悪化による無尿 ・血圧低下 ・チアノーゼ ・浮腫の急激な像悪（がん） ・死前喘鳴 ・呼吸状態の悪化 ・昏睡（例外多し）	可能な経口摂取を支援する	安楽な体位など、最後まで希望をとらえて安楽を図る		最後まで清潔ケアを行うことでQOLを高く保つ	・増強する疼痛を予測し積極的に薬剤を調整する	・全身状態の変化から呼吸停止への徴候を見極める ・最期まで苦痛緩和に努める	医療的ケアを駆使して苦痛緩和を図る	医療的ケアをしなくなっても非薬物的ケアを駆使して安楽を図る	予後を判断し具体的な対応方法を説明して納得のいく看取りを支える	家族と別れを交わす場を設定しながら意向に沿った死の実現を支える	家族が共に過ごしお別れができるよう、意向に沿って方法を提案する	・家族からの連絡で緊急訪問 ・主治医に連絡 ・死の徴候を観察し、死亡を確認	死亡時期を推定し、タイムリーに必要なケアが提供できるよう他職種を巻き込んでおく
死別後												看取りのプロセスを家族とともに振り返り、家族が本人の死を受容できるよう促す	・死亡を家族に伝える ・死後のケアを（家族とともに）行う	

3. ターミナル期の時間的な経過と訪問頻度の変化

ターミナルの時期に関する見極めには、①身体機能の低下が著しく死に向かっていることが意識される時期(ターミナル開始期のはじまり)、②予後が数週間程度と判断される時期(悪化期の始まり)、③予後が数日から24時間以内と判断される時期(臨死期の始まり)がある。①は訪問看護開始時に医師等から伝えられることが多いが、特に非がんの場合看護師も食事摂取量や日常生活機能の低下からゆるやかに判断し、医師と見解が異なる場合もある。②はケアを工夫しても食事摂取量が回復しないなどが手がかりになる。日常生活の支援や症状緩和のための医療処置等が増すほか、看護師は家族に看取り場所の意思決定を促すなどを始める。③はチアノーゼ・浮腫など循環状態の悪化、無尿、死前喘鳴などの兆候が手がかりとなる。看護師は医師と家族に死が近いことを伝え、死亡時の身体的な変化などを家族へ具体的に教育する。いずれの見極めも複数の身体的な兆候の総合的な判断である。非がんはがんよりもターミナルの期間が全般に長く、時期の見極めは困難で、突然呼吸停止する場合、予想外に回復する場合が少なくない。悪化期周辺から訪問頻度は漸増し、特にがんの場合は臨時訪問の増加が著しい。

訪問看護師によるターミナルケアは、ターミナルの経過に関する看護師の綿密な理解とその後の展開に関する詳細な予測に基づいて提供されている。このため、まず訪問看護師の行うターミナルケアの時間的な経過を、先に紹介した枠組みで整理し、その経過と共に実際の訪問頻度がどのように変化しているか、看護師はターミナル期の経過(兆候)をどのように把握しているかをまとめる。

1) ターミナルケアの開始とその期間

利用者の状態がターミナル期であるかどうかを訪問看護師が認識することでその後の看護の方向性は安定している状態の時とは異なるものになってくる。今回の事例は訪問看護の開始と同時にターミナルケアを開始しているものが多い。中には訪問看護を継続中にターミナル期に入るものや、医師や訪問看護師、家族との間にターミナル期の認識時期が異なっているものもある。ここでは、ターミナル期であるとどのように認識しターミナルケアを開始したのか、そして、開始し永眠するまでの期間にどのような特徴があるかを説明する。

①ターミナル期の認識と開始

ターミナル期であると認識するきっかけとなるものは、まず、医師からターミナルの時期であると説明を受けることからである。そして、訪問看護師が実際に観察しそのことを認識する。中には医師よりまだターミナル期ではなく治療の段階であると説明されたとしても、訪問を開始し観察したところすでに治療には耐えられない状態であるところからターミナル期であると認識することがある。

がんの場合にはターミナル期であることを受容できない家族はいるが、医療者と同じ認識をされていることが多い。

非がんの場合には医師からの説明に加え、それまでにもあった病気が悪化することや食事摂取量の低下、日常生活の低下などからターミナル期であると認識することが多い。そこで医療者や家族との間でターミナル期の認識がずれてくることがある。悪化や低下が見られてもまた改善することを繰り返している場合にはターミナル期と認識してもよいかの判断が難しい。また、重度の認知症や褥創からターミナル期であると医療者は認識し説明されていても家族は認識されておらず、血圧が不安定になってきたことでターミナル期と認識されることがある。訪問看護師はその都度、病状の説明をしているが家族によってその認識の仕方が違う。

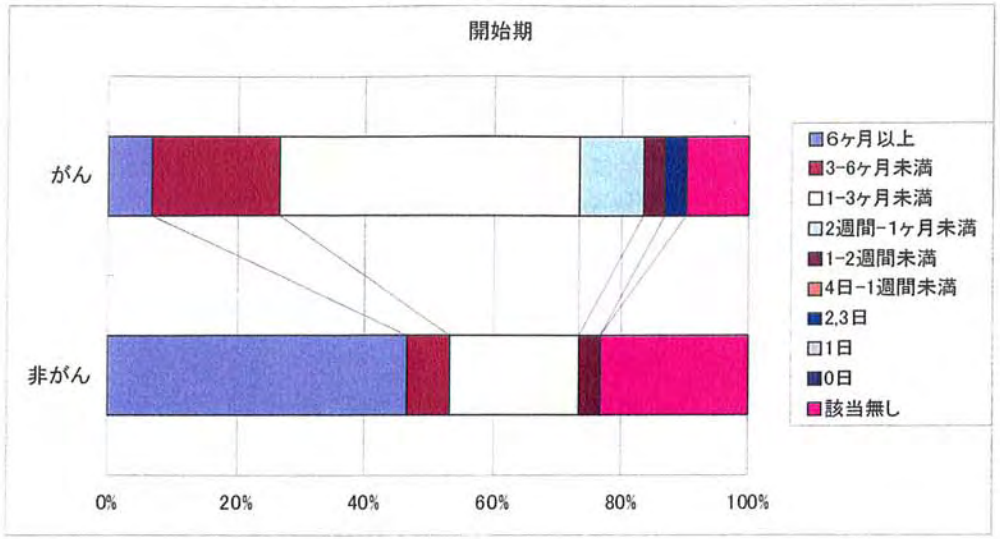
②ターミナルケアの期間(図表 23)

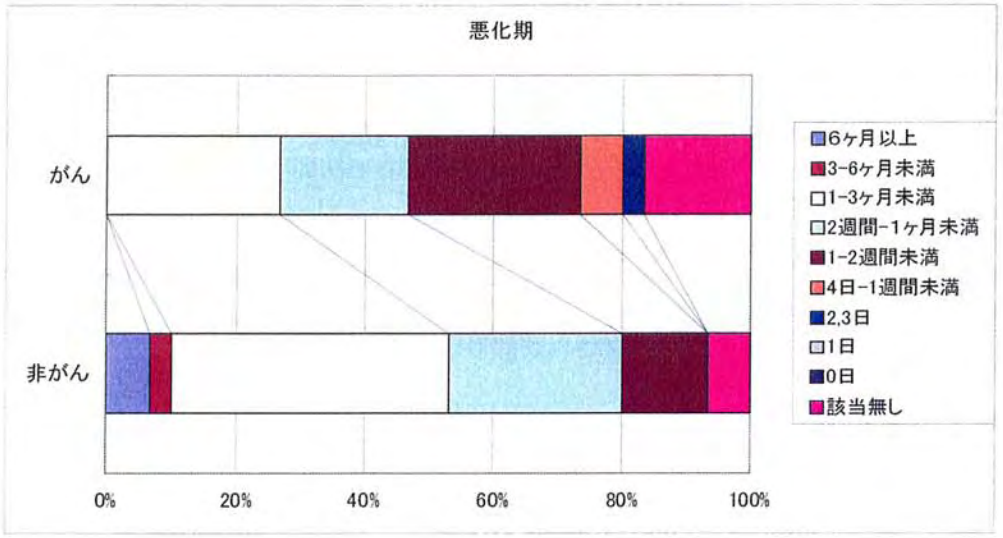
がん、非がんのどちらの場合にも退院時にターミナル期であることから訪問看護が開始されることが多い。また、非がんの場合はがんに比べ、在宅のまま診療所医師よりターミナル期であるからと訪問看護の依頼を受けたり、数年前から訪問看護を開始しており途中からターミナルケアに切り替えたりしている事例が多い。

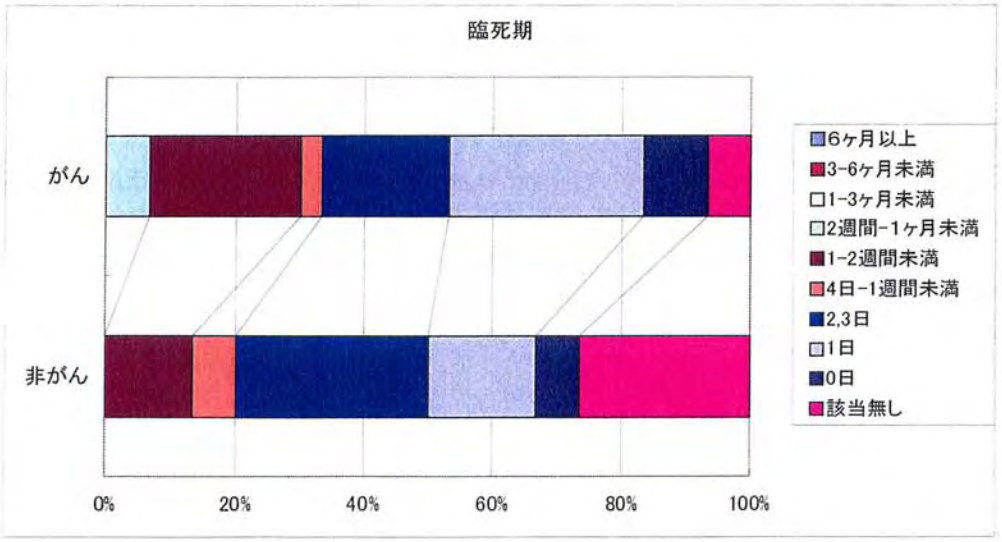
ターミナル期であると認識してからケアを開始し永眠するまでの期間は、がんの場合に1から3ヶ月未満が多く全体の約半数である。その次に多い期間は3から6ヶ月未満である。1ヶ月未満の事例も約15%見られ、2, 3日という極端に短い例もある。非がんに比べ期間が短い。2, 3日という例は、亡くなる3日前に訪問看護への依頼があり、急いで情報収集し、訪問看護の体制を整え訪問を開始している。家族は短い期間で大切な家族の死を覚悟し在宅で

の看取りに入る。訪問看護師も家族も戸惑う状況であろう。
非がんの場合では6ヶ月以上が多く全体の約半数である。がんの場合に比べ、とても長い期間ターミナル期の状態であり、家族はその期間、不安を抱えながらの介護となっている。

図表 23　ターミナル各時期の期間







医師により予後告知がされた場合と実際のターミナル期間はほぼ一致している。しかし、中には実際の方が大幅に長かったり、短かったりする例がある。実際より長く告知された場合にはどんどん悪化していく状態を見て不安を感じている家族に訪問看護師は精神的ケアを行いながら、その予後の修正を行っている。病院より退院し住み慣れた場所で家族と過ごすことにより予後が長くなることもよくある。そのような時は家族が介護に心身ともに疲れることにより、訪問看護師から見て何らかの治療をすれば回復するだろうと思える状態でもそれを拒否したことで悪化の一途をたどる場合もあり、訪問看護師としては戸惑い状況である。特に非がんの場合には「いつどうなるかわかりません」という告知の仕方が多く、実際にもその後の期間を推測することは難しい。また、ターミナル期が長く続きがちであるため、長期にわたる家族の不安や疲労感に対するターミナルケアの継続が必要となる。

2) 訪問看護への依頼と訪問頻度

訪問看護はまず初めに様々なところより依頼を受け、その目的や内容、頻度を利用者やその家族、サービス関係者と検討し開始される。その時の依頼元にはがんと非がんにおいて違いがみられる。

①訪問看護への依頼

訪問看護の依頼元は病院医師や看護師やソーシャルワーカー、診療所医師や看護師、ケアマネジャー、家族などがある。

がんの場合には病院や診療所関係者からの依頼が多くその数はほぼ同数である。中には病院から診療所への連携がされずに訪問看護師が往診医探しから始めることもある。ケアマネジャーからの依頼は少ないが、それは、がんを発症するまでは介護を要する状態ではなくケアマネジャーが存在しないためである。そして、家族からの直接の依頼もある。家族が大切な家族の一員ががんと診断され、家族自身が訪問看護を見つけて駆け込み、相談に乗ってもらい訪問看護が開始されている。

非がんではケアマネジャーからの依頼が多い。訪問看護を依頼する以前より介護保険サービスを使用しており、状態が悪化したことで訪問看護を依頼している。また、病院からの依頼は少なく、診療所からの依頼が多い。それまでの期間に往診医に診てもらっており、悪化しても入院せずにそのまま在宅を継続し訪問看護への依頼がある。入院したとしても退院後からすぐにその往診医へ連携され訪問看護への依頼となっている。

②訪問頻度の変化(図表 24)

訪問頻度は利用者本人や家族の状況、医療処置に合わせて調整される。「開始期」から「維持期」、「悪化期」、「臨死期」と経過する中で訪問頻度は増え緊急訪問も増える傾向にある。

がんにおいては「開始期」から週 2 から 3 回の訪問が多く、連日訪問も多い。「開始期」に連日訪問の場合には、「維持期」にその頻度は減少する傾向がみられる。それは、開始時に本人の状態把握や家族の不安へのケアを行うためであり、その後は訪問看護の内容が明確になり本人や家族が比較的安心して在宅を継続できるようになる。訪問頻度を減らすにあたって重要なことは緊急時対応の保証であり、「いつでも困ったこと、不安なことがあれば連絡ください」ということを伝えている。

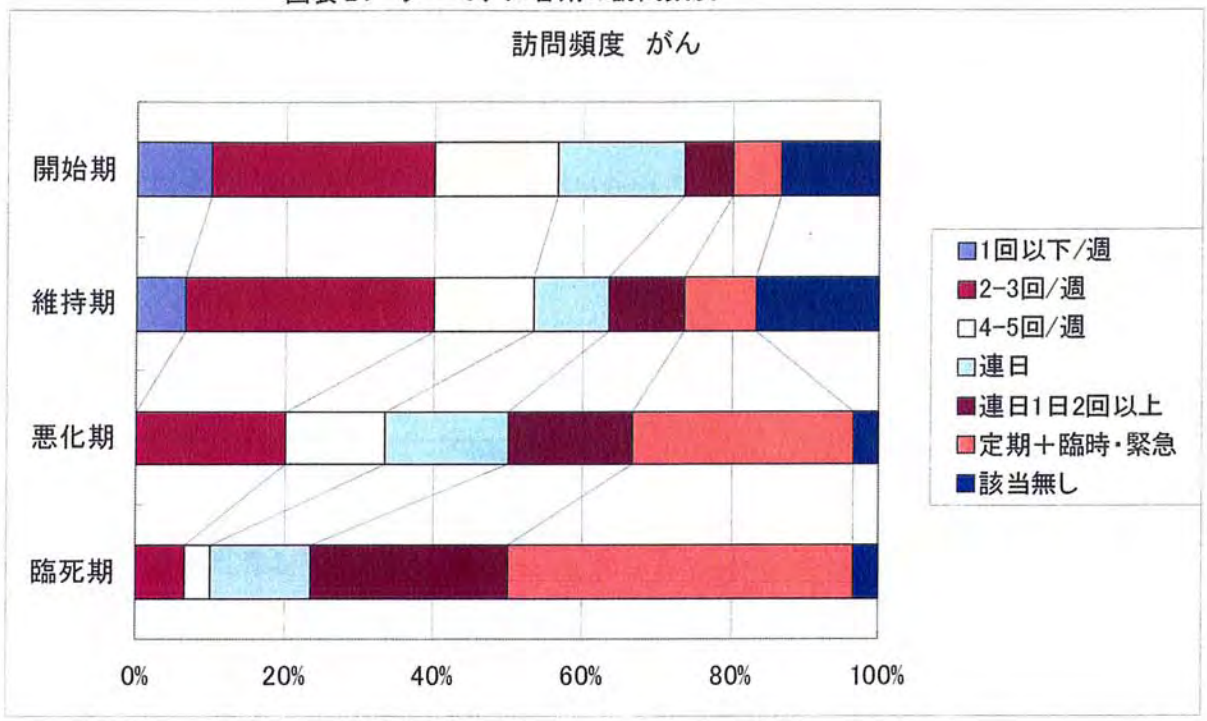
「悪化期」には週 2 から 3 回が継続される場合も多いが、「悪化期」に入るまでに頻度がそれよりも低かった場合には訪問頻度が増えて、週 1 回の訪問は無くなる。緊急訪問も増える。そして、「臨死期」にはさらに訪問頻度を増やしている事例が多く、連日や連日 2 回や 3 回訪問、緊急訪問が多くなる。本人へのケア時の負担により生命に危険をもたらす可能性がある場合や、ヘルパーではなく訪問看護師にしか出来ないケアの量が増えた場合に、その心身の負担を軽減するために一度に 2 人での訪問を行うこともある。

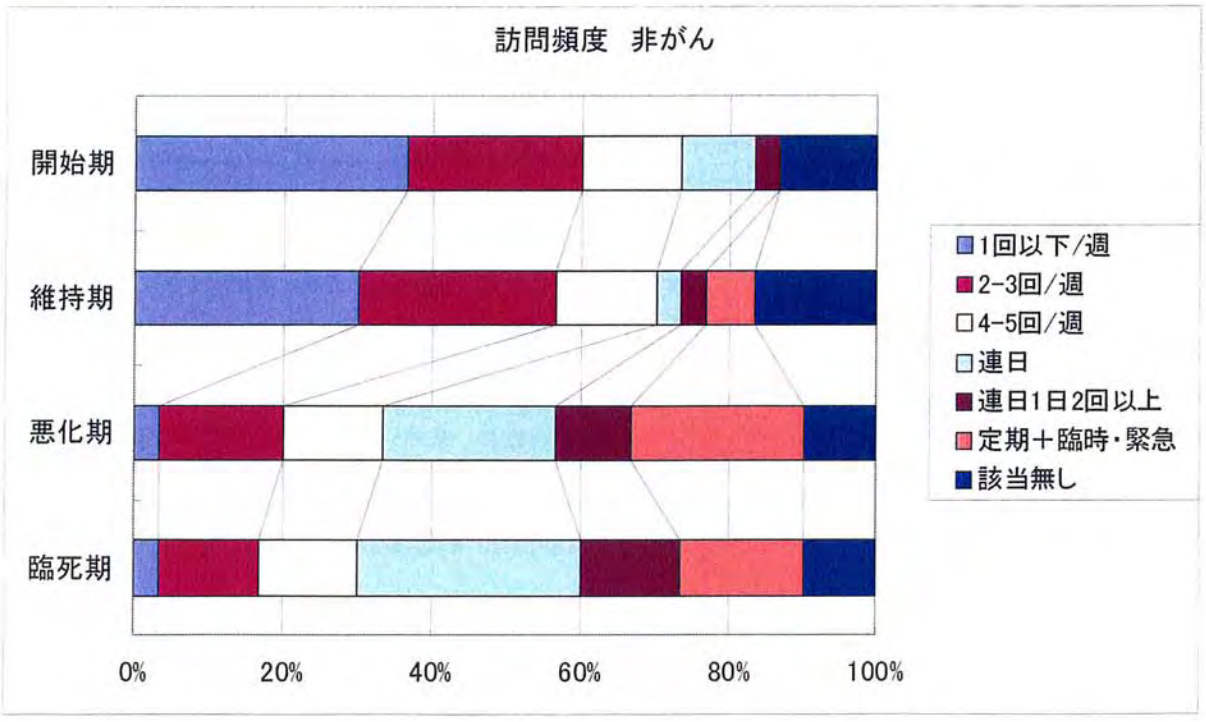
非がんの場合は「開始期」において週 1 回と週 2 から 3 回の訪問がほぼ同数で、全体に頻度はがんの場合に比べて低い。悪化期に入っても週 1 回訪問という場合があるが、全体には訪問頻度は増え、緊急訪問が増える。「臨死期」には逆に緊急訪問が減少することもある。がんの場合に訪問頻度を増やしても緊急訪問に対応しなければならない状況にあるのとは対照的であった。

また、訪問頻度を増やすにあたっては、訪問看護師は利用者負担にも配慮する。特に非がんの場合には、訪問頻度を増やすことで介護保険の利用限度額を超えてしまうことがある。この場合は家族に了承を得て訪問頻度を増やしたり、看護師のほうから特別指示書の発行を依頼して医療保険による訪問看護に移行したりして、介護保険の利用限度額を超えて利用者の負担を増やすことのないように配慮している。利用者が経済的に料金を払えないことを心配したり、訪問看護師のほうで利用者と家族を案じたからという理由から、無償での訪問を行うことも少なくない。

無償の訪問だけでなく、1日に何度か看護師のほうから電話して状態を尋ね、確認することも多い。医療依存度が高くなった時に、訪問頻度は変えないものの、ヘルパーが行っていたケアが看護師にしかできなくなって、訪問時間が60分から90分に増やされることもある。また、訪問を行う時間帯の調整も行っており、本人の症状や家族の不安が増強する夜間にわざわざ訪問したり、万一点滴が漏れても対応しやすいように午前中に訪問したりなどの調整が行われていた。

図表24　ターミナル各期の訪問頻度





一般に訪問頻度は臨死期に向かって増加し、緊急訪問も増えるが、中には「悪化期」や「臨死期」に緊急訪問はある以外は一貫して「開始期」から「臨死期」まで週 2 から 3 回という一定の訪問頻度で対応できている場合もあった。定期訪問時に今後の変化や対処方法が把握され、家族が症状への対応が出来ている場合と考えられる。

3) 時期を判断する指標と予後の推定

今回の訪問看護師のインタビューでは、ターミナルケアの過程の中でそれまでの時期とは異なる症状が現れ、訪問看護師もそれまでとは異なる看護ケアを提供するようになる時期が 2 回みられた。ここではそれらの時期で挟まれる期間を「悪化期」、2 回目の時期から死までを「臨死期」と命名した。「悪化期」と「臨死期」の始まりと思われた時の症状について、それがどのようなものであるか、また現れた症状にはがんと非がんでどのような特徴があるかについて検討する。

①「悪化期」の指標とその期間(図表 25)

訪問看護師は、利用者にそれまでとは異なる以下のような症状が現れた時にケアの方向性を転換する。指標となる症状は、食事、呼吸状態、意識レベルの変化において見られることが多く、それはがんや非がんの両方に共通している。

図表 25　悪化期の指標

がん事例	事例数
食事:低下　不可	10
嘔気　嘔吐:出現　増加	3
意識状態:低下　傾眠　発語なし	8
譫妄　　不穏	4
呼吸状態:呼吸苦　酸素導入　SPO2低下	6
痰がらみ　喘鳴:出現　増加	3
浮腫:出現　増加	5
腹水	2
活動:低下　歩行困難　寝たきり　急激	5
褥創:出現　悪化	4
倦怠感	4
痛み:出現　増強	4
黄疸:出現　増加	3
尿量:減少	1
発熱:繰り返し	1
顔色不良	1
生活の過ごし方の変化	1
下痢:原因不明	1
衰弱	1
るいそう	1
急激な状態悪化:3から4日で悪化 月単位の予想が9日	2
(意識レベルは指標にならない)	

非がん事例	事例数
食事:低下　不可　嚥下機能低下	9
経管栄養:逆流	1
嘔吐:増加	1
意識状態:低下　発語減少	8
呼吸状態:呼吸苦　SPO2低下　酸素導入 CO2の増加(間質性肺炎)　リズム変化　パターン変	6
痰がらみ:出現　増加　喘鳴	5
循環:不整脈　心房細動(頻脈)　血圧低下・上昇　心不全状	6
褥創:出現　悪化	5
発熱:出現	5
痛み:増強　　苦痛	3
尿量:減少　自尿でず	3
浮腫:出現	2
腹水	1
活動:座位保持不可　寝たきり	2
悪化、改善の繰り返し	2
表情の変化:笑わなくなる	1
全体の循環が悪い	1
皮膚乾燥	1
不正出血:出現(子宮がん疑い)	1
突然亡くなった	1
なんか弱ってきた	1
腎機能の悪化	1
状態変化(食事量低下)が可逆的か不可逆か判断付かず	1
意識レベル変化なし	1
バイタルサイン変化なし	1

食事に関しては、極端な食欲低下や嘔気や嘔吐の増強、時には嚥下機能が低下することにより摂取量が低下し、食べられなくなる。看護師は、食べられる物や食べたい物の摂取を勧め、点滴も検討するようになる。経管栄養の場合には注入物が逆流してくることでそれ以上の注入が出来なくなることもある。呼吸状態では、呼吸困難が出現または増強し、酸素飽和度が低下してくることから、在宅酸素療法の導入が検討される。また、痰がらみの出現があり吸引せざるを得ない状況になる。非がんの場合には基礎疾患により CO2 の増加がみられたり、発語が減って徐々に傾眠になったりする。

次に多くみられる指標は、活動性の低下、痛みの増強、褥創の出現や悪化、浮腫の出現や増加である。歩行や座位保持が困難となり寝たきりとなる。下肢や全身に浮腫が出現し、増加する。腹水や胸水が見られることもある。また、癌性疼痛や、非がんの場合動脈閉塞による下肢の壊疽創などからの痛みが増強する場合もある。

がんに特徴的な指標は倦怠感の増強である。また、肝細胞がんや肝転移のある場合には黄疸の出現や増強が見られる。

非がんでは全身的に体力がかなり低下していることが多いため誤嚥がよく見られ、それにより発熱を繰り返すようになる。また、循環器系疾患や廃用性の問題から不整脈や血圧低下が出現または増強し、がんの場合に比べ早い時期に現れる。食事量の低下によると思われる尿量の減少がこの時期から現れやすい。

以上のような変化は、がんの場合に急激に起こることが多い。非がんの場合には、悪化と改善との繰り返しやその変化が可逆性のものか不可逆なものなのかの判断が難しいことがある。経管栄養中に嘔吐をして発熱する場合にその注入量や速度を変更することにより嘔吐しなくなり発熱もなくなる。それらの調整をしていても、いつ改善しなくなるのかという予測はつきにくい。また、摂取量が低下したときに一時的にも点滴を行えば回復するものなのかどうかを迷うが、今回の調査ではそれを老衰の自然な流れと受け止め、利用者・家族の希望によるが、敢えては点滴は勧めない対応が多かった。

悪化期に入り死亡するまでの期間は、がんの場合、1週間から2週間未満が約20%である。それより長いものが約40%、長くて 2 ヶ月であるが、長い場合の指標となっているものは食事摂取量や活動性の低下、褥創、浮腫、倦怠感の増強、発熱などであり、呼吸状態や血圧低下はあまり見られない。非がんの場合は、がんの場合より長く1週間から2週間未満が約 10%である。それよりも長いものが 80%も占め一番長いものは 6, 7 か月であり、長い期間になっている事例の悪化期を伺わせる指標の中には、呼吸困難の出現や血圧低下などがあり、がんの場合より早い時期にこのような変化が起こってきている。悪化期はがんより非がんが圧倒的に長い期間となっている。

②「臨死期」の指標とその期間(図表 26)

状態悪化が続いて死が間近に迫り、いよいよ看取りを覚悟しなければいけない時期である「臨死期」が来る。訪問看護師がその時期の指標としていたものは、がんと非がん両方とも呼吸状態の変化、意識レベルの低下、血圧低下などの循環器系の問題である。

図表 26　臨死期の指標

がん事例	事例数
呼吸:リズム変化　パターン変化　酸素導入　SPO2低下	18
痰がらみ:出現　血痰　喘鳴	4
意識レベル:低下　傾眠　発語なし　昏睡	14
譫妄	2
循環:血圧変動　脈拍変動	3
食事:不可　嚥下障害	3
嘔気　嘔吐:出現	1
浮腫:出現　リンパ浮腫	1
腹水:出現	2
胸水:出現	2
尿量:減少　失禁	2
活動:移動困難　動けない	1
黄疸:出現　増強	1
倦怠感:出現	1
発熱:出現　下がらない	1
褥創	1
口渇	1
顔色不良	1
生気が抜ける　穏やかになる	1
顔の様相変化	1
便秘	1

非がん事例	事例数
意識レベル:低下　傾眠　昏睡　不穏　幻覚	9
呼吸:SPO2低下　パターン変化	8
痰がらみ 喘鳴	5
循環:チアノーゼ出現　血圧低下　脈拍上昇	4
尿量:減少　出なくなる	3
食事:不可	1
嘔気　嘔吐:出現	2
経管栄養:入りにくい	2
浮腫:増加	1
データの悪化	1
不正出血:増加	1
突然亡くなる	1
急変した	1
発熱:繰り返し	1
呼吸機能維持していた	1
状態が落ちたというほどでもなかった	1
意識保たれていた	1
バイタルサイン変化なし	1
亡くなるとは思えない状態	1

時期ははっきりとは決められない	1

呼吸の変化では、下顎呼吸や無呼吸が出現し、リズムが不規則になる。また、痰がらみの増強とは別に、死前喘鳴が増加する。意識状態では傾眠や譫妄が出現し、昏睡に陥る。そして血圧の低下、脈拍の変動が起こり、尿量が減少する。

がんでは非がんに比べこの時期に疾患に起因する腹水、胸水の出現や増強が見られる。また、活動性の低下がこの臨死期に見られることもあり、時に急激な悪化を示す。

非がんには、尿量の減少や腹水の出現などの変化があっても最後まで意識状態や呼吸機能が保たれ、突然死を迎える例もあり、時期の見極めが難しい。著明な変化が見られず、亡くなるとは思えない状態で突然、死を迎えることも少なくない。特に非がんの場合には、実際の死のかなり以前からターミナル期であるという認識が家族にあり、訪問看護師も看取りの準備支援をしていることが多い。このような事前の支援により、大切な家族の突然の死も受け止めることが出来る。

臨死期から死亡までの期間は、がんの場合「1 日」が約 25%と一番多かった一方で、1 週間から 2 週間未満が約20%あった。非がんの場合には、2, 3 日が一番多く約 30%あった。臨死期となる指標がなく突然亡くなる場合も少なくない。臨死期は非がんよりがんの方が長い期間の事例が多い。早い時期に臨死期の指標が現れ、いつ死が訪れるかわからない時期が長くなっている。

③予後を推定する指標となる症状とその期間(図表 27)

今回のインタビューの中では、事例を問わず、一般的に予後を推定する指標となる症状と、それが出現した場合の予後の推定期間について尋ねた。指標となる症状としては、経口摂取量の低下、呼吸器や循環器系の変化、発熱、尿量の減少や排便の変化、活動性の低下、浮腫の出現や増強、褥創の出現や悪化、意識レベルの低下などが挙げられた。これらの指標は予後を 1 週間前後としているものが多かったが、活動性の低下は死亡 1 から 2 ヶ月前、食事量の低下は 1 ヶ月前と推測する看護師もいた。無呼吸や下顎呼吸の出現、不整脈や脈拍の緊張がある場合は予後を時間単位、多量の便失禁の発生は予後 2 から 3 日と考えられていた。一方、尿量の減少は予後 10 日から時間単位まで、意識レベルの変化の出現は 1 ヶ月から時間単位とその期間にばらつきが見られる症状もあった。尿量の減少は、経口摂取量の減少による場合と循環機能の低下によるものによる違いが考えられる。意識レベルは様々であるため指標にはなりにくいとの意見もあった。

図表 27　ターミナルの経過を示すと考える心身の兆候と、その兆候が示された場合の死亡までの推定期間

心身の兆候		死亡までの推定期間(期間の長いものから列挙)						
摂食状態	経口摂取減少	1ヶ月	週単位	10日	1週間			
	嚥下困難	1週間						
意識状態	意識レベル	予後さまざま						
	傾眠	1ヶ月	2～3週間	1週間	1週間～数日	3日	48時間	近い
	応答なし	1日半						
	原因の特定しにくい意識障害	1週間						
	譫妄	1ヶ月	1～2週間					
	発語が減る	1週間						
	尿量減少・無尿	10日	1週間～数日	2～3日	24時間	近い	時間単位	
排泄状態	多量の便失禁	2～3日						
	便秘が自然排便になる							
呼吸状態	無呼吸	半日						
	呼吸リズム変化	1週間～数日	3日	48時間	時間単位			
	肩呼吸・下顎呼吸	近い						
	喘鳴	1週間前後	1週間～数日					
	痰がらみ							
	皮膚の色の変化							
循環状態	不整脈	1週間～数日	半日					
	脈の緊張	時間単位						
	循環	10日	1週間					
	体温異常	1週間～数日						
	血圧低下	1週間	1週間～数日	日単位				
	全身浮腫	1週間						
	下肢浮腫	1週間						
	浮腫の減少	近づいている						
皮膚など	褥創	数日						
	口臭・乾燥	1週間～数日	数日					
ADL	ADL低下・活動性の低下	1週間						
	トイレに行けない	1～2か月						
全身状態	悪液質(TP低下・ALB低下)	近い	近づいている					
	鼻がとがる(痩せる)							
	体重減少							
	バイタルサインの変動	1週間	48時間					
活気・会話・感覚的なもの	生気がない　活気がない	1週間	1週間～数日	2～3日				
	元気に復活	数日						
	感謝の言葉	数日						
	いつもと様子が違う	1週間～数日						
	いつもと違うことを言う							
	直感的に引っ掛かる							
	見かけが急に弱く	1週間						
	昨日と違うという感覚	10日						
	眼の勢いがなくなる	10日						

その他に、褥創の出現、体重減少、口臭や口内乾燥が見られることや、悪液質であるなど血液データを指標にしている例も見られた。中には、いつもと違う、昨日と違う、直感的に引っ掛かるなど訪問看護師のそれまで経験から感覚的にとらえ指標としている場合もあった。また、様々な機能の低下が指標となることが多い中、数日前に元気が出る、感謝の言葉が聞かれるというような指標もあった。

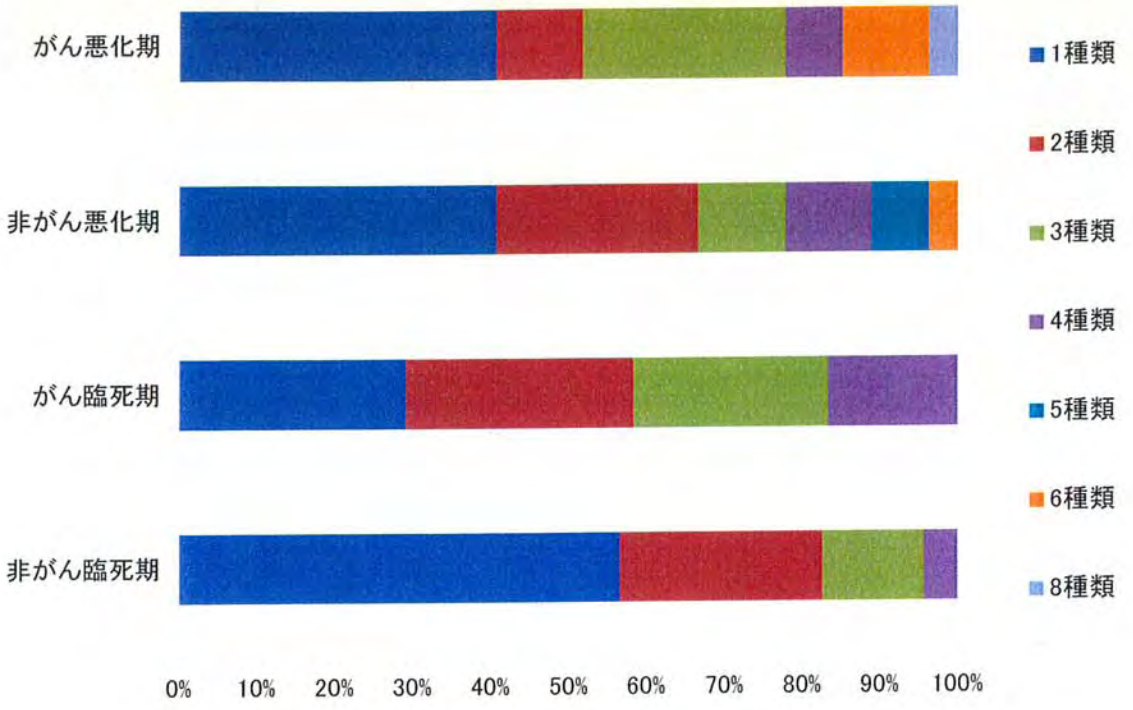
この一般的に語られた指標は、事例で見られた指標とほぼ一致しており、予後の推定もがんの場合には悪化期のものとほぼ一致していた。しかし、非がんの場合には今回の事例の方が予後が長く、例えば実際の事例において呼吸困難や血圧低下などが見られてから死亡までは、一般論として推測された予後1週間よりも長い1ヶ月以上という事例などがあった。非がんの場合は、訪問看護師がイメージとして持つ予後の期間よりも、実際には長くなる傾向があるようだった。

④看護師が確認する兆候の数(図表 28)

図表 3 に、がん、非がんそれぞれの悪化期、臨死期の始まりとして看護師が把握していた兆候の数を集計して示

した。図表に示すように、非がんの臨死期以外のそれぞれの時期では、半数以上の事例で看護師が複数の兆候を観察し、それらを統合して時期の判断をしていることがわかった。がんの悪化期には、8 種類もの兆候をみ極めている例もあった。判断の決め手となった兆候が 1 種類の場合にも、兆候の内容は多岐に渡っており、看護師による時期の判断が、その専門的知識を基盤とした高度なものであることが窺われた。

図表 28　看護師が把握した兆候の数



図表 28　看護師が把握した兆候の数

以上、ターミナル期の時間的な経過と訪問頻度の変化について述べてきた。このようなターミナルの経過の中で看護師が実践しているターミナルケアについて、以下に説明してゆく。

4. 訪問看護師の行うターミナルケアの内容

1) 大分類 1　日常生活の支援

> 訪問看護師は、利用者の病状と家族の介護力を判断した上で、危険と苦痛を最小限にとどめる方法で、好きなものを食べること、身体の清潔を保つこと、好きに移動すること、心地よく排泄することなどの日常生活を支援する。利用者の状態が悪化してゆくなか、最後の日まで利用者ができるかぎり心地よく過ごせるように、あらゆる物的人的資源と看護技術を駆使している。基本的な日常生活を快適に送れることで利用者に笑顔が、家族に安心が保たれ、在宅療養が継続できる。

ここで言う「日常生活」とは、食事、排泄、清潔、移動といった、人間が生きてゆくために必要な基本的活動をさす。ここでは、訪問看護師が行なう専門的な日常生活の支援について説明する(図表 29)。

食事の世話や入浴の介助といった日常生活の支援は、自力でそのような活動をすることが困難な人に対し、家族やヘルパー等周囲の誰もが実施している。看護師が行う日常生活の支援は、家族のそれとは異なり、看護師としての基礎教育とその後多様な患者に対して実施した臨床経験により培われた専門的技術である。また、ヘルパー等の行う日常生活支援とは異なり、心身の健康状態に関する看護師としての情報収集と状況判断に基づき、利用者の危険と苦痛を最小限にとどめながら提供される。日常生活の支援こそターミナルケアの重要な核という意見もあり、日常生活を支援しながら身体状態を把握して、苦痛を除去し、症状の安定を図ることが、悔いのない在宅ターミナルケアに繋がっている。

ターミナル期にある利用者へ訪問看護師が提供する日常生活の支援には、以下のような特徴が見られた。

1.利用者の日常生活上の能力と介護力を適確に見極め、方向性を決定して援助する。
2.利用者と家族が希望する日常生活を維持するように人的・物的資源を最大限に活用する。
3.最期まで、日常生活の維持・低下防止に努め、個別性と尊厳を維持する。

ここでは、訪問看護師がターミナル期の利用者に対して実施している日常生活の支援を、【意識や全身状態の観察】【日常生活支援の基本的姿勢】【食事の支援】【移動・外出の支援】【排泄の支援】【清潔を保つための支援】に区分して説明する。

①日常生活動作に関連する全身状態の観察と支援方針の決定

訪問看護は、利用者の食事、清潔の保持といった日常生活動作の低下が開始の理由であることも多い。特に非がんの事例では、口から食べること(経口摂取)が困難になったことや、骨折による寝たきり状態に伴う褥瘡の発生といった日常生活動作の低下が訪問看護を利用するきっかけとなっていることが特徴的であった。

開始期の訪問看護では、まず、利用者がどのくらい動けるのか、症状による影響はあるのか、食事摂取状況や栄養状態はどうか、排泄状況はどうかなど、日常生活全般についてまず詳細に観察する。経口摂取が困難になった経過など、これまでの経緯も把握する。そのような情報から、現在の日常生活がどのような状況にあるのかを総合的に判断していた。

同時に、介護者の介護力に関する情報収集と判断も行い、本人の日常生活状況と介護者の介護状況に関する情報を統合して、必要とされている看護ニーズを判断している。さらに、家族の介護への関わり方の意向もふまえ、看護師がどのように支援してゆくかを、家族との役割分担を含めて、家族と相談してゆく。このような家族と協働した意思決定が、ターミナル開始期の重要な仕事である。訪問看護師が何をしてくれる存在か十分に把握していない家族は多く、家族と日常生活支援に関する相談をする際には、看護師ができることを家族に説明することも、重要な役割であった。

開始期の日常生活支援では、低下傾向にある日常生活を可能な限り維持・回復することと、低下した日常生活に対する介護力の強化が主な目的となる。訪問看護師は、介護力に応じて、初回訪問日を決めたり、本人の日常生活によって訪問回数を変更したり、訪問時期や頻度の判断に日常生活状態は影響している。

在宅療養者の日常生活上において、点でかかわることしか出来ない訪問看護サービスが介護力不足を補えるようにするために、介護者に日常生活支援方法を指導したり、訪問回数を状況に応じて変更したりしていた。また、介護力に応じて、初回訪問日を設定したり、家族の介護の力量から在宅での看取りの可否を判断していることもあった。

図表29　ADL支援

時期	全身状態の観察と支援方針の決定			食事			移動・外出			排泄			清潔		
	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん
B. 開始期	利用者のADLを観察し、必要な指導を行う	日常生活動作に合わせて本人、家族が調節できるよう、医師の指示を受け、観察、指導を行う		落ちてゆく経口摂取能力を把握し、対処方法を考える	栄養状態、食事摂取状況を把握する	経口摂取の可能性を説明し、口腔ケアの実施を介護者に説明	移動能力と危険を把握し、維持回復のためにリハビリや機器を駆使する	本人がどのくらい動けるかを把握	退院直後から夜間覚醒し動き始める	スムーズな排便と排泄に伴う苦痛の緩和のため、看護師の技術を駆使する		週1回の座薬と、適宜の摘便実施により排便コントロール	本人の症状に合わせて保清方法を選択肢実施する	清潔の保持に努める	訪問看護内容として、清拭を介護者に説明
	家族のADL支援を支援する	家族が介護できるように、食事、移動、清潔等のケア方法、留意点を説明する 介護力に応じて、初回訪問日を決める 栄養と排便をサポートしていこうと考えた	ターミナルケアの一つは身体的ケア			痛みによる鎮痛剤投与で衰弱し、飲食が不可能になり点滴実施 急激に経口摂取不可能になり訪問開始		移動時の負担軽減のために福祉用具活用やリハビリを実施する	車いす移乗し散歩援助 ADLの経過に伴い訪問回数を増加 ベッドから転落し骨折して動けず褥創発生 退院後むせなく食べられるようになり、寝たきりから動けるようになる					本人の症状と働きに適した保清方法の選択	口腔ケア施行
C. 維持期	全身状態を見極めつつ、自然な生活の維持を目指す		バイタルが安定している際には、より安全で自然な状態（生活）に近付ける 往診の際は寝ていて訪問看護の際には覚醒している等の差異が見られ、医師に情報提供する 覚醒時には、笑顔になったり反応がある	技術と工夫を凝らして経口摂取を維持する	食事摂取量を判断する 本人の好みと摂取状況に合わせて食事にあ要を工夫する 嚥下困難になった利用者に対し、食事のカロリー。形状の工夫をする	経口摂取を続け、口腔ケアや食事内容の工夫をしていた 点滴でなく経口摂取できるよう、口腔ケアを徹底した 点滴以外の方法での水分摂取方法の工夫を検討	リハビリに努めて移動能力の維持回復に努める	状態が安定していれば外出、移動ができる	家族が移動できるように、立位保持のためのリハビリをし、嫁が一人で移乗できるようになった	自然排便を促す	表情や腹部状況を観察し、排便促進のためのケアをする	排便促すための腹部動作の工夫			
	安心できるADL支援を心がける	ADL支援の困難さ 処置や精神的ケアがあると90分の訪問では時間が足りない 看護師のかかわりによって家族は安心する	ケアの際、本人に必ず声掛けする			経口摂取のために口腔ケアと胸鎖乳突筋のマッサージと氷を口に含ませて覚醒を促す できるだけ覚醒させて経口摂取を促す 看護ケアにより少しずつ水分摂取可能となる 点滴が減り経口摂取が進に、反応が良くな点滴を減らすと反応が良くなり、家族と交流食事の工夫、飲ませ方について介護者に説水分摂取方法を介護者に見てもらい、実施してもらう アイスクリームやシャーベットは食べられることを確認								
D. 悪化期	利用者の笑顔を大切にする	訪問看護中に覚醒し、気持ちが良い笑顔を見せる		食べたいものを食べられるだけ摂取不能になるまで援助を続ける	本人の食事の自律の願望を尊重する	食べられるときに食べさせる	低下する移動能力を把握し必要な介助をする	体力低下に合わせて臨機応変に移動を介助する 身の回りのことをどこまでできているのか把握する	発熱と神経痛で衰弱し、介護者では起こすことができなかった	苦痛を最小限にするよう本人の希望を尊重する	苦痛軽減のための排泄方法の変更と本人の希望の尊重	排尿減少、腹部膨満から、点滴実施はつらいと判断	可能な限り利用者の望む保清方法を実行する	どのような状態でも本人が希望すれば入浴する機会を提供し、入浴困難な場合でも入浴や清潔ケアを提供する 清潔と同時に心地よさを提供する	本人の好きな入浴が体調悪化により実施できず、葛藤があった
	症状変化に応じた介護方法を家族やヘルパーに伝える	症状変化に応じた介護方法を家族やヘルパーに伝える 看護師が行っているケア方法や状態を家族に説明する	ターミナルケアの一つは身体的ケア			吸引による口腔ケア実施 生命維持するだけの食事量確保 点滴するほど食事量は落ちない 食事量が落ちても点滴したくない家族もある 浮腫が改善し、好きなものを食べた 食べられないと主治医から点滴を実施 経口摂取不能 錠剤内服不可能となり薬剤の形態を変更して調剤する									
E. 臨死期	利用者の反応を見極める	投薬後の呼吸状態を確認する 手を握ると握り返したり、よい顔をしていた		可能な経口摂取を支援する	死の前日は水しか飲めない		最期まで望む体位をとる	本人の動きがなくなり傾眠がち 病状が悪くても、本人の望む体位を取らせることができる					最後まで清潔ケアを行うことでQOLを高く保つ	入浴不可ではなく、本人の快適さを尊重する 最期まで清潔ケアを行うことでQOLを高く保持する	清潔ケア、陰部洗浄、褥創処置を実施
	利用者の希望に沿って、家族とともに最後までケアを提供する	家族が最後までケアできるように一緒にケアする 本人の苦痛がないと、家族も落ち着いている 本人がサービス利用を受け入れないこともある 本人がケアの担い手を選ぶ	ターミナルケアの一つは身体的ケア												

がんの場合には、本人の移動能力や症状に応じた保清の仕方を工夫したり、介護負担を軽減するために、福祉用具を導入したりしていた。

維持期には全身の状態は比較的安定しており、日常生活を維持し、低下を防止したりより向上させたりする姿勢が見られた。できる限り利用者が望む在宅生活を送ることができ、また介護者の介護力を落とさないためにも、利用者本人の日常生活動作の維持に努力している事例もあった。

悪化期では、利用者本人の日常生活動作は病状の悪化と共に低下する。訪問看護師は、病状が悪化し日常生活が低下していても、自然な日常生活の継続や少しでも苦痛のない生活を目指して支援していた。日常生活の低下に伴って適切な介護方法もしばしば急速に変化する。看護師は、本人や家族の希望を尊重しながら、日常生活の支援を続けるが、変化する病状とそれに合わせた介護方法について、家族やヘルパーにそのつど提案・助言することも、この時期に重要な支援であった。

臨死期ではさらに全身状態の悪化が進み、日常生活が低下する。この時期においても、訪問看護師は呼吸や意識状態、飲水の程度や身体の動きなどを綿密に調べ、死の近づいていることを予測した上で、本人の意思やQOLを尊重した日常生活支援を継続する。本人に苦痛がみられないようにすることが家族の安心につながることを踏まえ、本人の苦痛を最小限にする日常生活の支援方法を工夫する。

臨死期の日常生活支援では、がんの事例に対する話の方が、非がん事例に比べて明らかに多かった。がんの利用者は、動きや会話もほとんどなくなり傾眠がちになる。非がんの場合は清潔の保持のための支援が継続される。看護師は、死期が近いことを家族に説明し、家族が最期まで日常生活を支援できるように援助していた。死の近い人をケアする家族の不安を推し量り、家族とともに日常生活支援を行うよう努めている。

「死に水を取る」「湯灌につける」などの言葉があることからも、日本では古くから亡くなる(った)人への日常生活支援が自然になされてきている。在宅での看取りの場合には、旅立つ人の口に最期の水を含ませ、ままならない呼吸状態の中で最期のお別れを言い合い、手を握り、握り返して、永久の別れを惜しむというシーンが珍しくなく展開されている。残された家族の悲嘆を最小限にするために、訪問看護師は最期の時を質の高いものにするよう努める。

②食事への支援

食事の支援では、利用者ができるかぎり最後のときまで口から食べられる(経口摂取)ように、看護師が時間をかけて支援をしている様子が窺われた。特に非がんの事例では、経口摂取への援助がターミナル開始期から見られる傾向があった。食べやすいような食物の形状を提案したり、本人の好みに合った食事内容にしたりと、工夫をしていた。非がん事例で多かった支援内容としては、経口摂取の継続を目標に、身体状況に合わせた口腔ケアを実施したり、しっかり覚醒させたりして、誤嚥しない工夫をしていた。食べやすいもの(アイスクリームなど)を少量でも口から食べる工夫をし、誤嚥させない水分摂取方法を介護者に指導したりもした。訪問看護師は、胃ろうなどからの経管栄養や点滴による栄養摂取よりも、口から食べる、飲むという自然な形の食事摂取方法を最期まで大切にし、そのために積極的に支援していることがわかる。また、点滴量を減少させることで、利用者の反応が良くなり、家族との交流が再開できるなどの効果を得た事例もあった。

維持期においても、食事や水分の経口摂取を継続し、点滴を回避するためのケアを重視しており、がん・非がん事例ともに積極的に援助を行っている様子がうかがわれた

悪化期はがん事例、非がん事例ともに経口摂取が徐々により困難になってゆく。訪問看護師は、食事の時間に関わらず食べられるときに食べられる量を提供することや好きなものを提供することを提案し、生命を維持できるだけの食事量を確保できるようにしていた。また、自分で食べたいという本人の思いを尊重したり口腔ケアを行なったりすることで、経口で食べることを支援していた。特に非がんでは、経口摂取が困難になっても、点滴を拒む家族や食べたい本人の意向を尊重して、生命維持できる食事量を確保したり、好きなものを食べられるように工夫をしていた。また、必要に応じて点滴による補給も実施するが、その際にも、尿量の減少や腹部膨満といった身体状態の変化を捉え、点滴の継続が本人に苦痛を与えていないかの判断を行なうのは看護師であった。

臨死期になると、利用者はわずかな水を飲む程度しかできなくなる。その際にも、可能な範囲での水分補給の仕方を提案するなどの支援を提供していた。

③移動・外出への支援

ターミナル開始期には、看護師は、残された能力を最大限に活用するように働きかける。できるかぎり覚醒して笑顔で過ごす時間が増えるように、全身状態が安定していることを見極めたうえで、車椅子に移動して散歩の援助をすることもある。この結果、一時的に低下した日常生活が回復したり寝たきりであった利用者が動けるようになるとい

う改善が見られたりする。

維持期には、介護負担の増加を回避するために、利用者本人に立位保持のリハビリを実施して、介護者が一人でも移乗できるようになった例もあった。このように、ターミナル期であっても、日常生活を向上させたり、やがて来る日常生活低下の時期を少しでも先延ばしにしようと意図したりして、支援している訪問看護師の姿勢は、低下する日常生活を補うというものではなく、専門職として先を見越した上での予防的な関わりであることがわかる。

> *立ち上がりの訓練とか足関節の ROM とかやりながら、とにかく移動ができるようにして、介護負担を減らそうって思ったので、本人にも立てるようになろうといった。末期だったから歩けとはいわなかったけどとにかく立ち上がるということが介助でちょっとでもできれば家人が楽になるので。家人が楽になるためのリハビリ。本人は歩いてほしいとかは思わなかったけど、家人が楽になれば在宅で看れる。で、だんだんと家人も慣れ、移乗もお嫁さんが一人でできるようになった。*

悪化期になると移動や外出が不可能になり、介護者の移動介助も困難となる。がんの場合には病状悪化に応じて特に、どの程度動けるのか、どのように介護するべきかをアセスメントし、本人の体力に応じた移動の介助方法を選択する。また、援助方法を判断して、家族やヘルパーに指導していた。

臨死期においても、利用者ができるだけ安楽でいられるようにと、体を動かして本人が望む体位を取ったりなどの工夫を最後まで続けていた。

④排泄への支援

排泄の介助は、家族の介護内容の中でも最も負担が大きいとされており、排泄の支援は、利用者の不快感と家族の負担を最小限にするうえで重要な支援である。ターミナル開始期には、必要に応じた座薬の投与と摘便の実施により、可能な限り自然な排便を促し、それができない場合には、介護力に応じて、看護師がいる間に排便を済ませられるように工夫していた。維持期にも、看護師は腹部の状態を観察・判断したうえで排便を促すケアや工夫を行って自然排便を促し、より健康的な日常生活の維持を図ろうとしていた。

悪化期になると全身状態の低下とともに、排泄に苦痛が伴うことが多くなる。看護師は、苦痛を伴わず、あるいは少しでも軽減するように排泄方法を工夫したり、全身状態の低下に合わせて苦痛の原因となる水分補給をしないなど、苦痛緩和に配慮していた。自立した排泄が困難になっても、本人の希望を尊重した排泄方法を最期まで提供していた。

> *(高齢の妻が介護者なので)とにかくトイレに一人で行ってくれないことが大変なのでトイレにいけるだけの日常生活を維持しようって、それを目標にやってました。*

⑤清潔の保持への支援

身体を清潔に保つことは、人間にとって最低限度の尊厳と心地よさを守る意味を持つ。看護師は、ターミナル開始期から利用者がどの程度動けるかを踏まえて清潔ケアの方法を選択し、清潔の保持に努めていた。ターミナルケアの重要な核は保清などの身体ケアという意見もあった。

特にがんの事例ではターミナル開始期から清潔ケアへの援助がやや多かった。訪問看護師は、入浴介助を行なう前後でバイタルサインを測定して安全を確保したり、全身状態の観察を行なってスキントラブルへの対処を行なったりしていた。

> *(当初の話は)ヘルパーさんが清潔援助して、看護師がリハビリとか、呼吸リハビリとか、あのー、をして、バルーンの管理とか(が看護職と)言うてんたんですけど、まあ現実的には、あのー、清潔援助を看護師がして、ヘルパーさんは家事だけで体には触らせてもらえなくて。・・・・。この方は、昔の紳士というか、なかなかこのプライベートな部分にヘルパーさんは触るのは駄目な人で、看護師にやってほしいと。で、こうリハビリとかいうのも、看護師。看護師のイメージが清潔なんですね。それはオッケーだったわけですね。やってほしいと。うん。陰部もやってほしいということでオッケーで。*

身体状況の悪化する悪化期・臨死期になっても、がん事例、非がん事例を問わず本人の希望する入浴を実現するように努めていた。病状が許さない時には葛藤を感じながらも、少しでも心地よさを味わえるように工夫していた。

臨死期には、家族やヘルパーは利用者の身体に触れて直接ケアを提供することを躊躇するが、その中でも利用者の体に触れて保清の援助を行ない続けていた。そのようなケアを通して本人の身体状態を把握したり苦痛を緩和したりしていた。非がんの場合の日常生活支援には清潔、褥瘡処置、陰部洗浄の実施が挙がっていた。がんの場合でも入浴を諦めず、本人の快適さを尊重して最期まで清潔ケアを行なうことでQOLを高く保持できるようにしていた。

家族は不安が強い一方、死に行く身内の世話をすることには死別のプロセスという意義もある。看護師はそれらを踏まえ、家族と最期まで一緒にケアを行なうよう努めていた。

そうするとお世話として、その日常生活のケア支援という形のケアはほとんどもう最後の最後になってから。最後の1週間っていう感じですね。もうこのころはもう体もだいぶしんどそう。落ちてはきているので、積極的に奇麗にしましょう、動きましょうっていうような状況ではなかったですね。・・・・。本人が体調良ければ、で、まあ腰がもともと痛いのもあるので、もしタオルだったら、・・・・気持ちいいっていうところが得られれば(やる)っていう程度で。

もうあと、(亡くなるまでに)残された時間が2日ぐらいになるわけですね。2日ぐらいになってから、バイタルが落ちてきたので、訪問入浴を勧めましたね。訪問入浴なら家にお風呂を持ってきて、もう自宅の風呂に入れないということのような状態になってしまったので、もう最後まで、この人の尊厳を保つためには、お風呂入れないとっていうことを言うて、かなり、譫妄の(せいで)汗もかいて、体も汚れてきたいうこともあって、お風呂入りましょう、最後まで奇麗にしましょうっていう話の中からもいよいよっていうのが、息子さん、娘さんたちが分かってくれて。『お風呂に入っても大丈夫ですか』って聞かれたんで、『大丈夫じゃないです』と。『お風呂に入っても大丈夫じゃないし、入らなくても大丈夫じゃないし、この今の状況はね。どっちにしろ、大丈夫じゃないよ』って言ったら、「そしたら、入ります」っておっしゃったので。・・・・。もうとっても満足されて気持ちいいっていう言葉が出て、それより何よりもまあ家族が気持ちよがっているっていうのがあって、家族が満足して。うちは、もう亡くなるときにいっつも入れるんです。訪問入浴と連携取っているので、湯灌よりも生きているうちに入れないとって。入浴中に亡くなった方もいます。お湯の中で亡くなった方もいました。『良かったね。で、気持ちよく逝きはったよ』って言うて喜ばれます。満足がすごく高い。もう治療はできないから、看護をできるだけ尽くす、やり尽くすことでQOL を高く保つ。

2) 大分類 2 症状の緩和

> ターミナル期に対応の必要な苦痛症状は、疼痛、嘔気・嘔吐、呼吸苦、褥瘡などが典型的であるが、原疾患により内容は多岐にわたる。看護師は、的確に状態を見極めたうえで、薬剤の調整や各種の医療的処置と、マッサージや罨法などの非薬物的な方法を駆使して苦痛を緩和する。非がんの場合には、身体機能の維持のためのリハビリテーションや誤嚥・肺炎予防、褥瘡予防などの予防的なケアも重要である。ターミナルの時期によりケア方法は変化するが、最期の時まで可能な限り苦痛を軽減するために全力を尽くす。効果的な症状緩和は在宅療養継続の決定的要素である。

ターミナル期には疼痛や呼吸苦など様々な身体的な症状が出現する。せん妄や傾眠傾向などの意識レベルの変化も起こり、それまでと異なる利用者の状態に家族は戸惑いや不安を感じる。訪問看護師は最期まで安心して自宅で過ごせるように、利用者の苦痛を最小限にするためのケアや環境整備を行う。また、状態の変化時には臨時訪問をしたり、訪問頻度の調整を行い、症状緩和に努める。それが、利用者の苦痛の軽減と家族の安心感にもつながる。以下に、訪問看護師が行うターミナル期の症状緩和の内容を説明する(図表 30)。

①訪問頻度等の調整

ターミナル期の症状は急激に変化する場合もあれば、悪化と改善を繰り返しながら、徐々に全身状態が低下し死を迎える場合もある。訪問看護師は、利用者の状態の変化に応じて、臨時訪問をしたり、訪問頻度を増やしたりしながら、利用者の苦痛の緩和を図る。また、利用者の状態の変化に伴う介護内容の変更が必要となったとき、家族の介護力を推し量りながら、家族の希望に沿ったり訪問看護師ができることを提案したりする。

ターミナル開始期には、実際に始まった在宅療養の様子をもとに、訪問頻度の調整が必要となる。訪問回数を増やしたり、利用者宅から電話を受けたときにはすぐに訪問したりすることで、症状の変化に対応する。

維持期になると、訪問看護師にできることを家族に伝え、再度訪問回数を調整することが必要になる。外来で医師の介助を主に行っている看護師だけを見慣れていて、看護師にどのようなことが依頼できるかを知らない利用者や家族は非常に多い。たとえば、訪問看護師には疼痛緩和と排便コントロールだけを期待し、それ以外は自分たちで介護する、と思い込んでいる家族がある。陰部の洗浄なども、家族が行わなければならないものだと思い込んでいる場合もある。訪問看護師は、家族が行っている介護を承認・支持する一方で、看護師ができることを伝え、看護師が支援することと、家族が自分たちでやることという役割分担を相談しながら療養環境や介護条件を整えてゆく。

ターミナル悪化期には、利用者の状態の悪化により、家族の介護内容の変更が必要となってゆく。そのため訪問看護師は、利用者の状態だけでなく、家族の状況も考慮して訪問頻度を決定する。家族自身は介護できていると思っていても、利用者の症状緩和にとって不十分な場合は、家族の介護を認めながらも、それに加えて訪問看護師もケアを行うことの必要性を説明し、利用者へのケアを補うこともある。家族が吸引などの医療処置を十分に行えない場合は、介護保険の限度額を超え、無償の訪問になるとしても、臨時訪問しケアを行うこともある。

> *頻度、時間で、そうですね、あの、んー、状況にあわせてタイムリーに、それが、まあ減らすことはないんですけれども、ただ、あの、状況が悪かったり、症状コントロールで落ち着く場合はありますよね。そういうときは、頻度減らしたりはしますけれども、大体こう、増やすことが多いんですけども。そこら辺はもうタイムリーに増やしたりとか、時間を延ばしたりとかっていうのはありますから。そこら辺が、あの、うん、ターミナル以外の方とはちょっと違うかなと思いますね。*

②情報収集と判断

訪問看護師は、ターミナル開始期に全身状態と苦痛の状況について情報収集し、症状緩和の方法を考える。特に訪問看護導入時にターミナル期である場合には、全身状態や疼痛をはじめとする苦痛の有無について情報収集し、アセスメントを行う。ターミナル期の訪問では、定期的なケアを行うだけでなく、症状の日々の変化や訪問時の状態によって、その都度症状コントロールの必要性を判断し、実施している。

③疼痛緩和

ターミナル期の症状緩和の中でも行われる頻度が高いのは、疼痛緩和である。がんの場合だけでなく、出血傾向のある利用者の口腔内の出血や下肢の壊疽による疼痛の緩和などもある。利用者の疼痛を的確にアセスメントし、医師と連携し、薬剤の用量や投与方法について調整していく。

ターミナル開始期には、積極的に薬物を調整し、在宅での疼痛緩和体制の確立に努める。本人や家族の訴えを聞き、在宅療養の状況に合わせて、鎮痛剤や医療用麻薬の導入や切り替えを医師に提案していく。医師との連携により、硬膜外注射の管理を行うこともある。在宅でも疼痛緩和を図れることを本人・家族がこの時期に実感することは、自宅療養を継続する意思を支え、訪問看護師との信頼関係の構築にもつながる。本人が認知症のため疼痛を的確に訴えられない場合もある。訪問看護師は訪問時の状況だけでなく、家族や介護職からの情報を得て、疼痛・苦痛の有無や程度を判断し、鎮痛剤等の調整を行う。

維持期には、疼痛緩和により苦痛なく生活できるように援助する。訪問看護師は鎮痛薬の量や投与方法を調整し、疼痛の緩和を図るが、かかりつけ医の意向や家族の介護力に合わせ、日常生活の中で効果的に薬剤を用いるために投与方法を工夫する。本人・家族自身が鎮痛剤や医療用麻薬を適切に使えるように説明したり、本人の苦痛や危険がない状態で生活できるように環境を整備したりする。また、疼痛を我慢して医療者へ訴えない場合や、認知症などにより訴えられない場合もあるため、訪問時の態度や日常生活動作の観察を通して、本人の疼痛やその他の苦痛の程度、日常生活への影響などの状況を把握する。

悪化期には、疼痛増強に伴い薬剤の増量や投与方法の変更を医師とともに検討するが、この時期には疼痛緩和と薬剤使用による意識レベル低下のバランスの調整が必要となる。すなわちこの時期には、疼痛で眠れないという苦痛をなくすために鎮痛剤を増量するか、コミュニケーションをとれる可能性を少しでも長くするかという選択に直面する。訪問看護師は、本人にとってどうするのが良いのかを家族とともに考えていく過程を踏む。

> *かなり激痛がきて、取り敢えず寝かせようということになったんですけども、もうその前ぐらいから、かなり話はされていたんですよ。で、こういうふうな状況になったときはこういうふうな方法もあるってことも常々説明していたので、もうご主人もなったとき(そうしようということになった)。*

臨死期には、疼痛の増強を予測し、レスキュードーズ(定期的に使用する鎮痛剤ではとりきれない痛みがある場合に追加する薬剤)の使用を控える必要がないことを家族に説明したり、積極的に薬剤の増量などの調整を医師と相談したりして、本人の疼痛による苦痛を最小限に抑える。

図表30-1 症状緩和

時期	訪問頻度の調整 大カテゴリー	がん	非がん	情報収集と判断 大カテゴリー	がん	非がん
開始期	訪問頻度を調整して対応する	頻回に訪問したり、電話時はすぐに訪問できるよう対応した		全身状態と苦痛の状況について情報収集し、症状緩和法を考える	症状の悪化や訪問の状況によって、症状コントロールをする必要がある 訪問導入時は、全身症状、疼痛アセスメントを行う 疼痛、苦痛についてアセスメントを行う	
維持期	訪問看護師にできることを家族に伝え、訪問回数を調整する	VNには排便のケアや疼痛の除去を望む	VNができることを家族に提案する 状態の変化に合わせて訪問回数を調整する			

時期	疼痛緩和 大カテゴリー	がん	非がん	消化器症状 大カテゴリー	がん	非がん
開始期	積極的に薬物を調整し、在宅での疼痛緩和体制を確立する	疼痛コントロールには、麻薬や鎮痛剤の導入や変更を行う 硬膜外注射の管理を行った 認知症のため疼痛の訴えがない 疼痛が増強し、意識レベルが低下する経過が見られる 薬の副作用でレベルが低下する	痛み（口腔内出血・下肢の壊疽）の緩和のために鎮痛剤を使用する	嘔気・嘔吐・食欲低下に対し、主に薬物で対処する	吐き気・嘔吐の出現があり、臨時訪問で対応する 吐き気、脱水に対して毎日訪問する 吐き気、嘔吐に対し、制吐薬、座薬を使用し、薬の調整を行う 食欲低下が出現 IVHは食事が摂取できないときに行うが、挿入しないという選択もする 毎日又は週4回点滴を行う 下痢に対し、下剤を中止した	排便コントロール（温罨法・マッサージ・浣腸・摘便）の実施
維持期	疼痛緩和により苦痛のない生活を目指す かかりつけ医・介護力によって薬剤の投与方法を工夫する	疼痛コントロールの量の調整や方法で管理を行う 疼痛・苦痛について、態度なども含めて観察し、状況を把握する 麻薬の取り扱いについて本人に方法を説明、指導を行う 利用者への負担や苦痛のない生活が行えるよう努める		嘔気・嘔吐・排便ケアに薬物と非薬物を駆使して対処する 経口摂取を保つ	吐き気が落ち着くように制吐薬の調整を行う 腹部を観察し、温め、マッサージをしながら、必要時、浣腸、座薬などの処置をおこなった 腹部の疼痛や身体的苦痛の状況を把握し、緩和に努める IVHの併用をしながら経口摂取を続けることで食べる楽しみを保つ	安全で自然な方法を選択しようと考える

時期	呼吸器症状 大カテゴリー	がん	非がん	意識レベル 大カテゴリー	がん	非がん	褥瘡 大カテゴリー	がん	非がん
開始期				譫妄の発現を把握する	譫妄が出現		褥瘡の予防・ケアを行う	褥創ができたまま退院し、処置を行う	褥創の悪化・再発予防 入浴前、中、後バイタル測定、状態観察しながら皮膚の表皮剥離のケアを実施
維持期	肺炎予防に努める		痰がらみ、発熱などの症状に対し、抗生剤投与・吸引・口腔ケアを行う	転倒を予防する	不穏時の転倒予防を行う 不穏や譫妄が起こった		褥瘡の予防・ケアを継続する		褥創の処置と予防のためのケアの実施

時期	その他 大カテゴリー	がん	非がん	身体機能の低下・悪化予防 大カテゴリー	がん	非がん
開始期				身体機能の低下予防のためのケアを行う		骨折後の筋力低下、廃用症候群によるADL低下に対し、拘縮予防などのリハビリを行う 傾向摂取を促すための口腔ケア
維持期	新たな症状の出現と対応	皮膚の発赤に保護剤の塗布や傷口のガーゼ交換を行う 疼痛、腹水、浮腫、注射、褥創、使用している医療器材などターミナル時期は処置が多く、時間がかかるとVNは感じている		便秘予防・肺炎予防に努める		便秘予防の排便コントロール、肺炎予防の口腔ケアを行う

時期	医療的ケアの実施と調整 大カテゴリー	がん	非がん	非薬物的ケア 大カテゴリー	がん	非がん
開始期	症状緩和に限らず使用中の薬物を把握し必要に応じ再開・調整する	抗うつ薬を再開することで会話がみられた 酸素管理、服薬管理、ケア方法なども含めて支援を行う 抗癌剤や鎮痛剤の使用について家族の相談にのり、希望に沿う	連日点滴を実施する	非薬物的なケアで利用者の安楽をもたらす	倦怠感、腰痛時などマッサージを行う マッサージを関係づくりのきっかけにする	傾聴・さするなどのゆったりした関わりをすることで、本人が安心感を持てるようにする
維持期	医療処置を実施しトラブルを予防解決する	ポートの感染処置や予防を行う 点滴ラインの管理と持続的な注入を行う	胃管がつまったときに臨時訪問する	非薬物的ケアと介護保険サービスの調整により安楽を図る	状態観察を行いながら、マッサージを行い、本人の思いなどをを話してもらう 足のマッサージや足浴を行う 本人に在宅継続の意思や楽になる方法などを聞く 予後告知のない場合も出来る範囲で希望を把握する	本人の意思は確認できないことが多い デイなどの外出による負荷を判断し、サービスの変更を行う

表30-2 症状緩和

時期	訪問頻度等の調整			情報収集と判断			疼痛緩和			消化器症状			呼吸器症状			意識レベル			創傷			その他			身体機能の低下・悪化予防			医療的ケアの実施と調整			非薬物的ケア		
	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん	大カテゴリー	がん	非がん
悪化期	本人・家族の状態に合わせて訪問頻度を決める	ケアをできていると家族が考えていても実施に不十分なときは、否定しないように説明し、VNも行うことで補うようにする					疼痛緩和と意識レベル低下のバランス調整に努める	痛み増強に応じて、医師と麻薬の投与方法の変更を検討する		嘔気・誤嚥に薬物・非薬物療法を駆使して対処する	吐き気に対して薬の調整を行う	嘔吐・誤嚥予防のため、経管栄養の量や形態を調整する	吸引・HOTなどを使用して苦痛緩和に努める	痰の増加に伴い吸引器導入の必要性を検討し導入する	痰がらみによる呼吸苦で臨時訪問し、吸引を行う	譫妄に訪問時間を増やして対処する	肝性脳症の行動異常に1時間半訪問を1日3回、を3週間続けた		悪化する褥瘡に対処する	褥創の処置を行う								補液・輸血を実施する	経口摂取量の減少に伴い、補液を行う(IVH、末梢)		非薬物的ケアと福祉用具の活用により安楽を図る	浮腫の出現がありマッサージなどで対応する	安楽のためのケアを続ける
		本人・家族の状態に合わせて訪問頻度を決める	介護力足りず吸引が必要になったら限度額を超えてボランティア訪問				眠れるように鎮痛剤を増量するか、コミュニケーションの可能性を温存するか	麻薬の副作用出現への対応をする				意識レベル低下・嘔吐などの症状出現で臨時対応をする	吸引をするか、しないか	腹水穿刺、HOT導入を医師が行う	苦痛除去のため、HOTを導入する	変化する意識レベルを把握する		意識レベルや全身状態が悪化・安定を繰り返すため、その時々に対応する	いつまで、どこまで褥創処置/リハビリするか	本人を説得してマットレスを変更することで褥創が悪化しないように努める									貧血に対し自宅で輸血を実施した(2度目以降はVNが実施)			足浴やマッサージなど気持ちよいと思うケアを行う	
																														発熱・出血に対し、抗生剤・止血剤の投与、点滴を行う		安楽に過ごすための福祉用具導入を提案する	
臨死期							増強する疼痛を予測し積極的に薬剤を調整する	苦痛の増強を判断・予測し、麻薬量の調整・投与方法の変更を行う					最後まで苦痛緩和に努めつつ呼吸停止への徴候を見極める	死亡2～3日前に呼吸困難や喘鳴が悪化したときは、医師と相談しHOTや薬剤を使用し苦痛を緩和する	急に下顎呼吸になり呼吸停止した	変化する意識レベルを把握する	傾眠傾向や肝性脳症、せん妄などの意識障害が起こる	呼びかけへの反応なしなどの状態となった				次々に発現する症状に対処してゆく		発熱・浮腫などに対する対症療法(抗生剤・HOT・利尿剤・吸引)を行う				医療的ケアを駆使して苦痛緩和を図る	少しでも楽になるようにケアをする(排便コントロール・マッサージ・温罨法・点滴・HOTなど)		非薬物的ケアを駆使して安楽を図る	少しでも楽になるようにケアをする(排便コントロール・マッサージ・温罨法・点滴・HOTなど)	
													在宅酸素の検討	無呼吸、浅い呼吸等の変化が出る									発熱に対して薬剤投与を行う	血尿(子宮がん疑い)や無尿が発						安楽な体位		

④消化器症状

高齢者のターミナル期に起こりやすい消化器症状には、薬剤の副作用としての嘔気・嘔吐がある。また、薬物の副作用に加え、加齢による消化機能や日常生活が低下することによる便秘、全身状態の悪化や嚥下機能の低下による経口摂取量の減少がよく見られる症状である。訪問看護師は、消化器症状による苦痛・不快感を抑え、栄養の摂取だけでなく、楽しみとしての経口摂取を少しでも続けられるように努める。

ターミナル開始期には、麻薬の副作用としての嘔気・嘔吐、食欲低下が出現することが多い。訪問看護師は、症状出現時に臨時訪問をしたり、連日訪問したりして、苦痛の緩和に努める。この時期は、主に制吐剤などの薬剤を用い、投与方法の変更などの調整を行う。また、便秘に対しては、下剤の量の調整や温罨法・マッサージを行い、自然排便が困難な場合には浣腸や摘便を実施し、まずは本人の不快感の軽減を目指す。維持期には、開始期と同様に薬剤やケアを用いて嘔気などの症状を緩和し、便秘の予防に努める。経口摂取を保つことを重要視し、嚥下機能が低下してきている場合にも、すぐに経管栄養や中心静脈栄養(IVH)の導入に頼るのではなく、安全で自然に栄養を摂取する方法を考える。一方で、がんの末期など全身状態の悪化による食欲不振の場合には、栄養を補うためにIVHを併用しながら経口摂取を続けることで、食べる楽しみを保つ工夫も行われる。

悪化期になっても、嘔気などの症状に対する薬物使用やケアは継続して行う。同時に、誤嚥や嘔吐などの症状が出現しやすくなっているため、食べられる量だけ食べるように本人・家族に説明したり、経管栄養を行っている場合には1回量を減らしたり注入物の形態を変更するなどの調整をして、消化器への負担を減らすようにする。嘔吐や意識レベルの低下などが見られたときには、臨時訪問して対応することもある。

⑤呼吸器症状

高齢者のターミナルケアでは、がんなどの疾患に伴う呼吸困難だけでなく、誤嚥による痰がらみや肺炎への対応が重要となる。訪問看護師は誤嚥を予防するためのケアや口腔ケアなどの感染予防のケアを行うが、実際に痰がらみや発熱などの症状が出現した際には、それらの症状に対するケアを実施する。

維持期には、嚥下機能の低下による誤嚥が起こり、痰がらみ、発熱などの症状が出現する場合が多い。訪問看護師は、苦痛を除去し体力の低下を防ぐため、発熱に対して抗生剤など適切な薬剤が処方されるよう連携したり、吸引や口腔ケアを行ったりすることで、肺炎の重症化を防ぎ、再発を予防する。悪化期には痰がらみが増える場合が多いため、点滴の減量や吸引器の必要性を検討したり、臨時訪問をして吸引を行ったりしている。また、呼吸を軽減するために在宅酸素療法の導入を検討する。吸引や在宅酸素療法の導入にあたっては、ケアによる苦痛を考慮しながら、あくまでも苦痛緩和の観点から必要性を検討する。

臨死期には、喘鳴や呼吸困難などの症状が出現することがある。それまで在宅で介護をしてきた家族にとっても、呼吸困難などの出現は不安なものである。訪問看護師は医師と相談し、在宅酸素療法や鎮静剤などの薬剤を使用し、最期まで苦痛緩和に努める。また、全身状態の変化から、呼吸停止への徴候を見極め、医師への連絡や家族への説明のタイミングを計っている。訪問看護師自身が、無呼吸や浅い呼吸、努力呼吸などの変化を観察し、家族に予測を伝えられることもあるが、前日の訪問時までは通常と変わりなく過ごしていても、翌日急に下顎呼吸になり呼吸停止するなど予測できない状況も起こる。ターミナル期には家族の動揺や不安を少なくするために、訪問看護師は、呼吸停止が起こったときの連絡方法を繰り返し家族と確認している。

> *そうですね。それで、7月2日にSPO2(酸素飽和度)が60台になったんですね。で、もちろん痰ももうすごく多くって、で、ずっと高カロリー輸液がいってたんですね。で、わたしもずっとその高カロリー輸液をいつまで続けるかっていうのに、すごく、ちょっと疑問がありまして、途中、何回か家族さんに、やっぱりこう状態が悪くなってきてて、いつまでも高カロリー輸液を入れるということは、本人さんの負担になるということを少しお話させてもらって。カロリーとか。その、肺炎になって痰が多いのも、やっぱりその、それがね、多過ぎて本人の負担になっていることもあるので、輸液の変更ということもね、していかないといけないと思うということは、家族さんにも話をしてたんですね。でもやっぱり、なかなか家族もまだまだ頑張ってほしいという気持ちがあって、なかなかそれに承諾されなくてですね。で、やっと7月の2日に、もうほんとにサチュレーション(酸素飽和度)がそこまで下がって。で、家族さんに、ほんとに高カロリー輸液を入れるのはかわいそうだというかたちでね。それで、点滴のほうを普通の輸液に変更したんですけども。結局、翌日もう亡くなられてしまったんですけれども。*

⑥意識レベル

ターミナル期には、身体的な変化や薬剤の影響によるせん妄や認知症症状が出現するなど、意識レベルに変化をきたしやすい。慢性疾患の高齢者では、睡眠パターンや意識レベルが不規則になり、バイタルサインなどの変化はないが目が覚めない、食事を食べないなどの状態となることがある。訪問看護師は、意識レベルを詳細に観察し、安全の確保と医療処置の必要性を判断する。

せん妄や不穏は、ターミナル開始期や維持期からすでに出現することがある。この時期は日常生活が比較的保たれていることが多いため、訪問看護師は症状の把握をしたり、転倒予防のための環境を整えたりする。症状の把握には、訪問時の状態だけでなく家族からの情報を重視し、対応を検討する。悪化期には、肝性脳症による不穏状態に対応するために、訪問時間や回数を増やして転倒などのリスクを減らし、家族を支援することもある。

慢性疾患を持つ高齢者の場合には、食事量が減って反応も少なくなり、このまま臨死期に移行すると思われるような状態が起きた後にもまた回復し食事もできるようになるなど、状態の悪化・安定を繰り返すことがあり、時期の移行に関する見極めが難しいことが多いようだった。訪問看護師は、変化する意識レベルを把握し、その時々に点滴等の医療処置の必要性を判断し、対応する。

> *あと、点滴打つ前はほとんど喋らなかったのに点滴打ってから一時家族と少し喋った。改善されたことで少しお話して、痛くないよとかお前はもう寝ていいよとか大丈夫だよとかそういった会話ができていたので、それはすごくよかったかなと家族は言っていた。*

臨死期には、傾眠傾向となり呼びかけに反応しなくなる。または、その直前までせん妄などの意識障害が起こる。訪問看護師は変化する意識レベルを把握し、安全の確保と苦痛の軽減に努める。

⑦褥創

日常生活や栄養状態の低下が起こるターミナル期には、褥創の予防と悪化防止のためのケアは訪問看護師の大きな役割となる。日々変化する状態に応じて、処置の実施とケアの工夫をしながら、必要に応じて利用者本人や家族が状態の変化を受け入れられるように支援していく。

訪問看護導入時の目的が褥創処置であることも多く、褥創が治癒しないまま退院となる場合には、その処置を継続することから訪問看護が始まる。また、ターミナル開始期では、入浴前後に皮膚の表皮剥離のケアを実施したり、悪化・再発予防として移動の方法やマットレスの変更などを検討したりする。悪化・再発予防は、全身状態や日常生活の変化に伴い、臨死期まで継続して行う。悪化期には、全身状態の悪化に伴い、褥創の悪化・多発も起こりやすくなる。訪問看護師は、褥創の程度・状態の悪化に合わせて、処置の変更などの対処をする。また、本人・家族は、長年過ごし慣れたベッドなどの環境を変更することへの抵抗を訴えることがある。在宅では、本人・家族の了解がなければ、どんな処置や環境整備も行うことができない。そのため訪問看護師は、ターミナル期において、いつ・どこまで褥創の処置を行うべきかを、本人の苦痛緩和の観点から検討する。必要な場合は、褥創の悪化を防ぐために、マットレスを変更するよう本人を説得する。

⑧その他の症状

ターミナル期には、次々と新たな症状が出現する。訪問看護師は、それらの症状を緩和するために、医師と相談し、薬剤投与や処置を提供する。

ターミナル期では、維持期であっても、疼痛・腹水・浮腫・褥創など様々な症状が出現する。訪問看護師は、症状緩和のための医療機器やルート類の管理、点滴・注射などの処置が多いため、訪問調整し長時間滞在して必要なケアを実施することも多い。皮膚の発赤や傷などは訪問看護師の観察により発見されることも多く、保護剤の塗布やガーゼ交換などの処置が行われる。臨死期になるとさらに次々に症状が発現し、訪問看護師はそれらに対応して利用者の利用軽減に努める。発熱・浮腫に対しては抗生剤・利尿剤等の投与や在宅酸素・吸引の導入をタイムリーに行い、この時期の新たな症状による苦痛を最小限に抑えるように努めていた。原疾患に伴う血尿などの特異な症状にも早期に対応していく。

⑨身体機能の低下・悪化予防

がん以外のターミナルでは、悪化期に至るまでの経過が長い。訪問看護師は、身体機能の低下を予防するためのケアや便秘予防・肺炎予防のケアに努める。

ターミナル開始期には、骨折後の筋力低下・廃用症候群による日常生活低下に対し、拘縮予防・筋力増強のためのリハビリテーションが訪問看護の主な役割になることも多い。また、経口摂取を促し、維持するために口腔ケアを行う。維持期になると、消化機能や嚥下機能の低下がみられ、便秘や誤嚥のリスクが高くなる。訪問看護師は、下剤の調整や浣腸・摘便などの排便コントロール、口腔ケアを行い、便秘予防と肺炎予防に努める。

⑩医療的ケアの実施と調整

ターミナル期には医療依存度が高くなり、症状緩和目的以外にも薬物療法が継続され、ポートや胃管などのルート管理が必要となる。訪問看護師は、安楽な状態をめざし、使用中の薬物の把握やルートの管理を行い、必要に応じて調整を行う。また、前述したように様々な医療的ケアを実施し、苦痛緩和に努める。

ターミナル開始期には、訪問看護師は、本人の状態が起こる原因を疾患や環境など様々な点からアセスメントし、症状緩和に限らず使用中の薬物を把握し、必要に応じて再開・調整を行う。入院をきっかけに服用が忘れられてしまった抗うつ剤について、看護師の観察と問いかけからその存在がわかり、再開することにより家族と会話ができるようになった事例があった。在宅酸素療法や内服が適切にできるように、本人・家族に合わせた管理方法を検討したり、抗がん剤や鎮痛剤の使用について家族の相談にのり、希望に沿って支援したりという支援が見られた。

維持期には、医療処置を実施すると同時に、トラブルの予防・解決を図る。ポートや末梢血管からの点滴ラインの管理と持続注入を行ったり、感染予防・対応を行ったりという支援が見られた。胃管がつまったときには、臨時訪問するなど、家族が対処しきれない状況に医療専門職として対応している。悪化期には、経口摂取量の減少や貧血に対して、輸液や輸血などを検討・実施する。また、発熱や出血などの症状に対して、抗生剤や止血剤の投与を行い、苦痛を緩和する。臨死期まで、医療的ケアを駆使して苦痛緩和を図る。

⑪非薬物的ケア

訪問看護師は、利用者の状態の日々変化するターミナル期において、薬剤や点滴、酸素療法などの医療的処置にとどまらず、非薬物的な看護師としての専門的技術を駆使して本人・家族の希望と苦痛緩和のバランスを図っていた。

ターミナル開始期には、倦怠感や腰痛に対してマッサージをしたり、話を傾聴したりするなど、意識的にゆったりした関わりをすることで利用者が安心感を持てるようにしている。ただ話を聞くのではなく、さする・マッサージするなどの苦痛緩和のためのケアは、本人との関係作りにも役立つものとなる。維持期では、足浴やマッサージを行いながら、本人の現在の思いや在宅療養継続の意思を話してもらったり、楽になる方法を意識的に聞き、実施する。認知症や意識レベルの低下により、本人の意思を確認できないこともあるが、予後告知がない場合でもできる範囲で本人の希望を把握するように努める。また、それまでデイサービスなどを利用していた場合は、本人の体力や苦痛を考慮し外出による負荷を判断し、サービスの変更を検討していく。

悪化期には、足浴・マッサージなどの安楽のためのケアや、ベッドやマットレス、手すりなど、利用者が安楽に生活するうえで役立つ福祉用具の導入を検討し、促している。臨死期には再び活用できる福祉用具は限られるようになり、看護師の判断と技術を使った体位の工夫や温罨法、マッサージなどが利用者の安楽を高めていた。

手浴足浴はできるだけやってました。これは本当に気持ちがいいので。

本人のだるさが強かったので、なるべくだるさを解消できるようなお薬で、やっぱりあんまり無いじゃないですか。なので、なるべくマッサージしたりとか、はちょっと努めてやるようにはしてましたけど。足浴ぐらいしたりとかはしてましたね。あとはご家族にそうやってなるべく奥さんにも状態を伝えていったりってしてた方法ですかね。

3) 大分類 3 看取りに関する意思決定と介護技術支援

> 訪問看護師は、看取りに関するさまざまな意思決定を支え、看取り介護に必要な技術を家族に教える。はじめは家族と信頼関係を作りつつ今後の意向を把握し、それに基づいて病状と今後の事態について段階的に説明しながら、看取りの方法について家族と共に検討する。病状の悪化につれて動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を最終判断して支援体制を形成する。最終の段階では、迫る死亡時期を予測し、具体的な介護方法を説明しともに介護にあたって、家族にとって納得のゆく看取りを実現させている。看取りに際し、多様な意思決定と死の床にある身内の世話に迫られ途方に暮れる家族を、全期間に渡って強力に導く役割である。

長年付き添ったかけがえのない身内を失う過程にある家族がただ悲しみに暮れるばかりではなく、気持ちを整理して意向を最大限表出しながら後悔せずに満足のいく看取りを実現することができるように、訪問看護師は看取りに関する意思決定および技術支援について時期を逃さず確実に行っていく。

時期ごとの特徴的な支援内容は、ターミナル開始期は「家族と関係を作り、今後の意向等を情報収集する」、病状の維持期は「病状と今後の事態について段階的に説明しながら看取る方法について共同で検討する」、悪化期は「動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を判断して訪問体制を形成する」、臨死期は「予後を判断し具体的な対応方法を説明して納得のいく看取りを支える」とまとめられた。具体的には、それぞれの時期において同時進行的および組み合わせながら、【情報収集と利用者の予後・在宅看取りの可能性に関する判断】【病状と今後の事態に関する説明】【看取る方法に関する提案と話し合い】【家族内の意向の取りまとめ】【介護の代替・家族内役割調整】【看取るための精神的支援】が実施されていく。

以下、それぞれの時期ごとに、支援の具体的内容を記していく(図表 31)。

①ターミナル開始期:家族と関係を作り、今後の意向等を情報収集する

ターミナルの開始の際に必要とされていたことは、(ターミナルから訪問看護が開始された場合には)訪問看護師が家族と関係を作り、今後の意向等を情報収集することであった。支援内容は以下のとおりである。

【情報収集と、利用者の予後・在宅看取りの可能性に関する判断】

看取りの準備への支援をいつどのように行えばよいかについて、情報収集して判断している時期である。利用者の病状に関する家族の認識を把握し、看取る場所や方法など、看取りの準備に関する話を始めるタイミングを見計らうといった支援が、がんのケースで早期から行われている。その他、がんと非がんのケースともに、家族が判断する理由とともに看取る方法や場所の意思決定を確認し、家族の介護力などに関する情報を集め、判断し、本当に最期まで家で看取ることができるかという在宅での看取りの可能性を見極めたりする。

【病状と今後の事態に関する説明】

情報収集とともに、これから死を迎えていく方法について、個別性を考えながら説明し始める。がんのケースでは点滴、服薬など医療処置の方法について、非がんのケースではリハビリ、嚥下方法など日常生活支援の方法について説明するなど、在宅ケアに必要とされる情報を提供して医療処置・ケア方法を説明する。また、それぞれの家族の生き方や経験を把握して、死や看取りへの思いやイメージを引き出した上で、パンフレットなどを用いてこの利用者と家族に合った看取りの方法について段階的に説明していく。また非がんのケースでは、ターミナル期開始のこの時期から、いつ亡くなってもおかしくないことを話し、利用者の予後について説明して心積もりを促し、死亡時の対応や連絡方法などについてあらかじめ説明することもあった。

> *お孫さん(精神障害あり)がすごくおばあちゃんっ子で、おばあちゃんが絶対死なないでほしいというのがすごくありましてね、もうおばあちゃんが悪くなったらすごく動揺して、精神状態がすごく悪化するんですね。なのでお孫さんがどうやって最後、納得した最後を迎えられるかというのはとても気を遣いましたね。もし急にそうやっておばあちゃんが亡くなったときに、お孫さんが冷静に、冷静とまではいかくても、ある程度落ち着いてそれを受容することができるようにということで、それはもう最初っからすごく配慮しましたね。だから「そ*

図表31-1　看取りに関する意思決定と介護技術支援

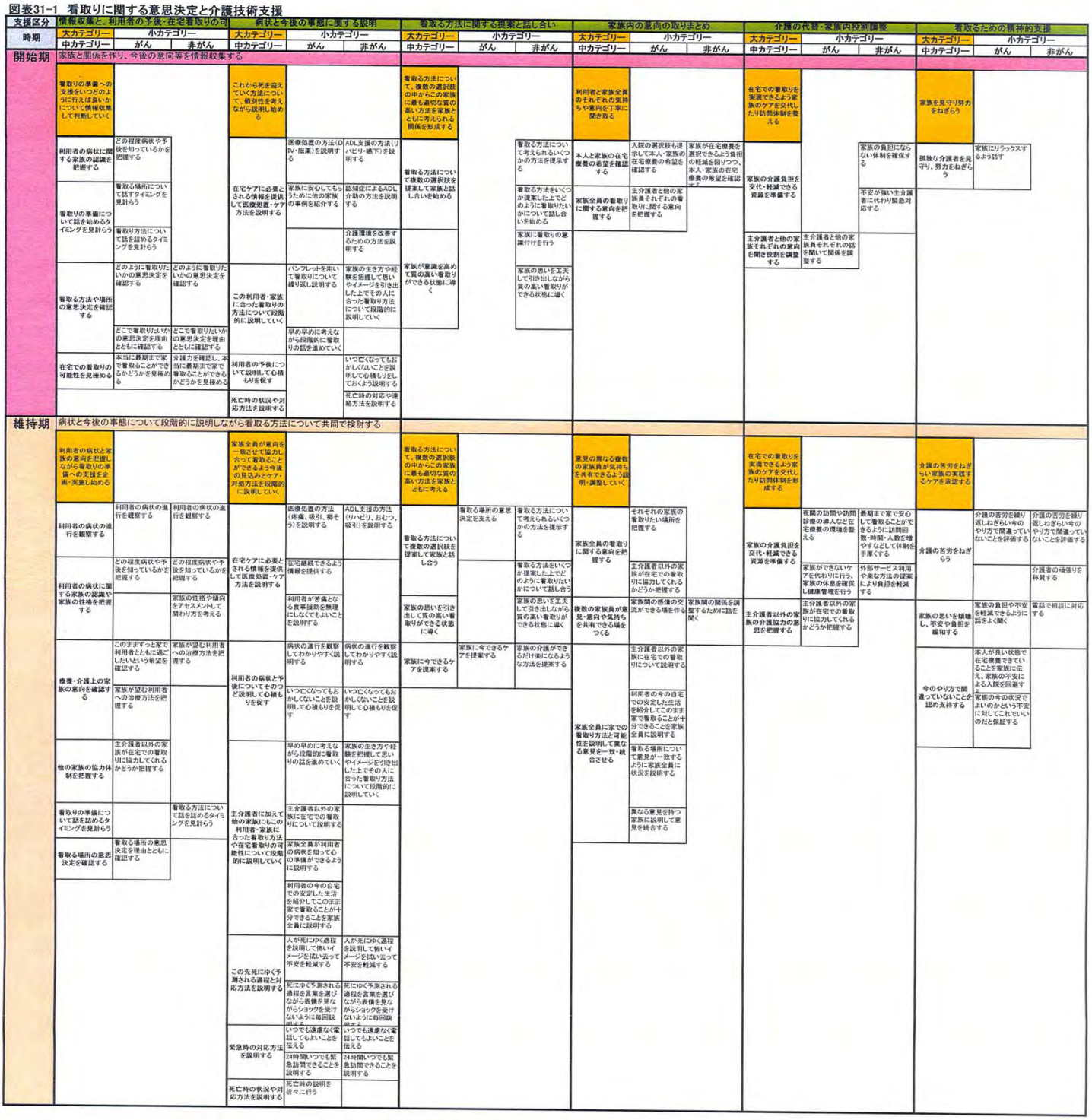


表31-2　看取りに関する意思決定と介護技術支援

時期：**悪化期**　動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を判断して訪問体制を形成する
時期：**臨死期**　予後を判断し具体的な対応方法を説明して納得のいく看取りを支える

支援区分：情報収集と、利用者の予後・在宅看取りの可

時期	大カテゴリー／中カテゴリー	小カテゴリー：がん	小カテゴリー：非がん
悪化期	【大】利用者の日々進む病状と家族の不安や負担を鑑みながら看取る場所と方法について見極め判断していく		
	家族からの情報も得ながら利用者の日々の病状変化を観察して経過を予測する	利用者の病状の進行を観察する	前回訪問以降の病状の変化を家族に確認する
		利用者の今後の経過を想定する	病状悪化の指標を示す
	利用者の病状や予後についての家族の認識を把握する		どの程度病状や予後を知っているかを把握する
			医師から家族への病状説明の内容を確認する
	看取りに向けた家族の不安や介護負担をアセスメントする	利用者の病状悪化にともなう身体の変化や症状出現に対する家族の不安状況をアセスメントする	
		意識レベルの低下に伴う家族の不安をアセスメントする	
		主介護者の心身の介護の負担を把握する	
	在宅療養の体制に関する家族の意向を把握する		在宅療養の体制について家族の希望や気持ちを把握す
	看取りの準備について段階的に話していくそれぞれのタイミングを見計らう	看取る場所について話すタイミングを見計らう	看取る場所について話すタイミングを見計らう
		看取り方法について話を詰めるタイミングを見計らう	看取り方法について話を詰めるタイミングを見計らう
		症状を見極めて死亡直前の具体的説明を始めるタイミングを見計らう	
	家族構成と家族間関係を把握する	主介護者以外の家族の存在と家族間関係を把握する	
	看取る場所の家族全員の意思決定を確認する	どこで看取りたいかの意思決定を理由とともに確認する	どこで看取りたいかの意思決定を理由とともに確認する
		家での看取りを家族全員が賛成していることを再確認する	
	在宅での看取りの可能性を見極める	家族の不安が強いため最期まで本当に家で看取ることができるかどうかを見極める	
		病状悪化のために最期まで本当に家で看取ることができるかどうかを見極める	
		看取りができるかどうか家族の介護力を確認する	
臨死期	【大】利用者の予後を具体的に判断して看取る場所と方法について家族全員に最終確認する		
	利用者の病状の進行をアセスメントして死亡時刻を推定する	利用者の病状の進行を観察する	利用者の病状の進行を観察する
		病状をアセスメントして死亡時刻を推定する	病状をアセスメントして死亡時刻を推定する
	延命治療に関する家族の意向を把握する	延命治療はしないで自然に任せる方針を確認する	延命治療はしないで自然に任せる方針を確認する
		看取りのときに医療処置をどこまで行うかについて話を聞き意思を確認する	
	家族構成と家族間関係を把握する	主介護者以外の家族の存在と家族間関係を把握する	主介護者以外の家族の存在と家族間関係を把握する
	在宅での看取りについて家族全員の意思決定を最終確認する	家での看取りを家族全員が賛成していることを再確認する	家での看取りを家族全員が賛成していることを再確認する
		どこで看取りたいかの意思決定を理由とともに確認する	

支援区分：病状と今後の事態に関する説明

時期	大カテゴリー／中カテゴリー	小カテゴリー：がん	小カテゴリー：非がん
悪化期	【大】予後が厳しいことを伝えつつ、死亡直前の状況と看取りの方法を具体的に繰り返し説明していく		
	在宅ケアに必要とされる情報を提供して医療処置・ケア方法を説明する	医療処置の方法(輸液、吸引、尿カテ)を説明する	ADL支援の方法(褥そう、口腔ケア、吸引)を説明する
		症状緩和のための医療機器の使用法を指導する	治療内容を確認する
	利用者の病状と予後が厳しいことをそのつど説明して心積もりを促す	病状の進行を観察して日に日に悪くなっていることを説明する	
		利用者の予後が厳しいことを訪問のたびに説明して現実を知ってもらう	
		いつ亡くなってもおかしくないことを説明して心積もりを促す	
	利用者の病状悪化への対応方法を助言する	病状悪化に伴う身体の変化や症状出現する利用者への関わり方を一緒に行いながら助言して安心感を与える	
		看取りの意向が明確でない家族に入院のタイミングを説明する	看取りの意向が明確でない家族に入院のタイミングを説明する
	この利用者・家族に合った看取りの方法について段階的に説明していく	パンフレットを用いて看取りについて繰り返し説明する	パンフレットを用いて看取りについて繰り返し説明する
		早め早めに考えながら段階的に看取りの話を進めていく	早め早めに考えながら段階的に看取りの話を進めていく
		家族の生き方や経験を把握して思いやイメージを引き出した上でその人に合った看取り方法について段階的に説明していく	家族の生き方や経験を把握して思いやイメージを引き出した上でその人に合った看取り方法について段階的に説明していく
	この先死にゆく予測される過程や死亡直前の体の状態および対応方法を説明する	兆しを逃さず死にゆく予測される過程と対応方法を説明して慌てなくてよいことを伝える	兆しを逃さず死にゆく予測される過程と対応方法を説明して慌てなくてよいことを伝える
		死亡数日前にパンフレットを渡して死亡直前の体の具体的状態と対応方法を説明する	
	緊急時の対応方法を説明する	いつでも遠慮なく電話してもよいことを伝える	
		緊急時の対応方法を説明する	
		緊急訪問の体制と料金について説明する	
	死亡時の状況や対応方法を説明する	死亡時の連絡方法を説明する	死亡時の連絡方法を説明する
		死亡時に予測される利用者の体の状態と対応法を説明	死亡時に予測される利用者の体の状態と対応法を説明
		死後処置の内容について今のうちに決めておくように説明する	死後処置の内容について今のうちに決めておくように説明する
		医師と看護師に連絡するタイミングと連絡方法を説明す	医師と看護師に連絡するタイミングと連絡方法を説明す
臨死期	【大】医師からの病状説明の補助も含め、日に日に近づく死に関する状況と対応方法を具体的に説明する		
	看取りに必要とされる情報を提供して医療処置・ケア方法を説明する	医療処置の方法(吸引)を説明する	ADL支援の方法(体位変換、口腔ケア、吸引)を説明する
		医療処置の使用におけるメリット・デメリットを説明する	医療処置の方法(吸引)を説明する
	利用者の病状悪化と死が間近に迫っていることについて説明して心積もりを促す	病状の進行を観察して日に日に悪くなっていることを説明する	病状の進行を観察して日に日に悪くなっていることを説明する
		利用者の予後が厳しいことを訪問のたびに説明して現実を知ってもらう	利用者の予後が厳しいことを訪問のたびに説明して現実を知ってもらう
		死が近いことを説明する	死が近いことを説明する
		いつ亡くなってもおかしくないことを説明して心積もりを促す	いつ亡くなってもおかしくないことを説明して心積もりを促す
	医師からの病状説明を家族に解説・補足して共有する	医師からの病状悪化の説明を家族と共有する	医師からの病状悪化の説明を家族と共有する
		医師からの病状悪化の説明を家族に解説・補足する	医師からの病状悪化の説明を家族に解説・補足する
	死亡直前の体の状態と対応方法を説明する	死亡直前の体の具体的状態と対応方法を説明する	死亡直前の体の具体的状態と対応方法を説明する
		死亡間際を見極める利用者の体の状態を説明する	死亡間際を見極める利用者の体の状態を説明する
		症状が悪化しても利用者は苦しくないことを家族に説明す	症状が悪化しても利用者は苦しくないことを家族に説明す
	緊急時の対応方法を説明する	いつでも遠慮なく電話してもよいことを伝える	いつでも遠慮なく電話してもよいことを伝える
	死亡時の状況や対応方法を説明する	死亡時に予測される利用者の体の状態と対応法を説明	死亡時に予測される利用者の体の状態と対応法を説明
		医師と看護師に連絡するタイミングと連絡方法を説明す	医師と看護師に連絡するタイミングと連絡方法を説明す

支援区分：看取る方法に関する提案と話し合い

時期	大カテゴリー／中カテゴリー	小カテゴリー：がん	小カテゴリー：非がん
悪化期	【大】変化しうる看取りの意思の変化を受け入れ看取りの方向性について家族と話し合いを重ねる		
	看取る方法や治療について複数の選択肢を提案して家族と話し合う	看取る方法について考えられるいくつかの方法を提示する	看取る方法について考えられるいくつかの方法を提示する
		看取る方法をいくつか提案した上でどのように看取りたいかについて話し合う	看取る方法をいくつか提案した上でどのように看取りたいかについて話し合う
		利用者の病状悪化を予測して対症療法を提案する	
		看取る場所の意思決定を支える	看取る場所の意思決定を支える
	家での看取りを勧める	病院と家での看取り方法を対比させた上で家での看取りを勧める	
	家族に今できるケアを提案する	家族に今できるケアを提案する	家族が看取ることができるように協力を得る
臨死期	【大】家での看取りを最終的に決定する		
	看取る方法や治療について複数の選択肢を提案して家族と話を詰める	看取る方法をいくつか提案した上でどのように看取りたいかについて話し合う	医療的な対応について家族自身が選択できるようアドバイスする
		在宅で看取るかどうかについて医師・家族・看護師で話を詰める	
	家での看取りを勧める	これまでの介護をねぎらいこのまま家で看取ることを提案する	
		病院と家での看取り方法を対比させた上で家での看取りを勧める	
	家族に今できるケアを提案する	家族に今できるケアを提案する	

支援区分：家族内の意向の取りまとめ

時期	大カテゴリー／中カテゴリー	小カテゴリー：がん	小カテゴリー：非がん
悪化期	【大】家族全員の意見を取りまとめる		
	本人と家族が気持ちを共有できる場をつくる	本人と介護者の関係が改善するように話をする場をつくる	
	家族全員の意見を取りまとめる	病状悪化への対応方法について説明して家族間の意見をまとめる	
	看取る場所に関する家族全員の意向の一致を確認する	家での看取りを家族全員が賛成していることを確認する	
		看取りの意思の変化や家族間のずれがないかを確認する	
臨死期	【大】家族全員の意向を統合して最終的に一致させる		
	家族全員の気持ちを傾聴・共有して意向を取りまとめる	主介護者以外の家族の気持ちを傾聴する	主介護者以外の家族の気持ちを傾聴する
		意向が異なる家族間の調整を行うために話をよく聞いて介護力をアセスメントする	主介護者と他の家族員の話を聞き、介護に対する思いをアセスメントして声かけを行う
		家族の気持ちの共有を促し、意向をとりまとめる	
	在宅での看取りに関する家族全員の意向の一致を確認する	家での看取りを家族全員が賛成していることを確認する	家での看取りを家族全員が賛成していることを確認する

支援区分：介護の代替・家族内役割調整

時期	大カテゴリー／中カテゴリー	小カテゴリー：がん	小カテゴリー：非がん
悪化期	【大】入院の可能性を最後まで否定せず、在宅での看取りの体制を形成していく		
	家でも病院でも看取ることができる体制を作る	看取りの意向が明確でない気持ちを支えつつ家でも病院でも看取ることができる体制を作る	看取りの意向が明確でない気持ちを支えつつ家でも病院でも看取ることができる体制を作る
		何かの時は病院に戻れるルートを確保する	
	家族の介護負担を交代・軽減できる資源を準備する	状態悪化時にはすぐに訪問する体制を整える、介護サービス利用等により介護者の疲労を緩和する	最期まで家で安心して看取ることができるように訪問回数・時間・人数を増やすなどして体制を手厚くする
			介護者の負担や不安の増強、利用者の状態悪化に合わせて夜間訪問など訪問頻度を上げる
	主介護者以外の家族に介護協力を求める	主介護者の心身の介護負担を減らすために他の家族に協力を呼びかける	
臨死期	【大】訪問頻度を増やすなどして、家族全員が安心して納得・満足のいく在宅での看取りを実現できる体制を調整・形成する		
	家族全員が看取りの満足感が得られるよう調整する	家族全員が看取りの満足感を得るためにケアに参加できるように調整する	家族全員が看取りの満足感を得るためにケアに参加できるように調整する
		家族全員が納得して家で看取ることができるように調整する	家族全員が納得して家で看取ることができるように調整する
	家族の介護負担を交代・軽減できる資源を準備する	最期まで家で安心して看取ることができるように訪問回数・時間・人数を増やすなどして体制を手厚くする	最期まで家で安心して看取ることができるように訪問回数・時間・人数を増やすなどして体制を手厚くする
		状態悪化時にはすぐに訪問したり相談を受ける	家族の不安軽減のため訪問時間の延長や訪問頻度の増加
		家族の介護負担が軽減されるように介護を手伝う	家族の介護負担が軽減されるように介護を手伝う
	主介護者以外の家族に介護協力を求める	主介護者の心身の介護負担を減らすために他の家族に協力を呼びかける	主介護者の心身の介護負担を減らすために他の家族に協力を呼びかける

支援区分：看取るための精神的支援

時期	大カテゴリー／中カテゴリー	小カテゴリー：がん	小カテゴリー：非がん
悪化期	【大】悪化する利用者の状況に動揺する家族の気持ちを傾聴・共有しながら、在宅看取りへの意欲をバックアップする		
	不安な気持ちを傾聴・共有して支える	看取りに対する一つ一つの不安を実際に話してもらい同じ気持ちになって落ち着くように気持ちの支えになる	
		利用者の思いを家族と一緒に共有しながら関わる	
		病状悪化に伴う家族の恐怖を受け止め、関わり方の方法を見せ安心感を与える	
		緊急時に訪問して安心感を与えるような言葉かけを行う	
	今のやり方で間違っていないことを認め支持する	普段通りの生活、利用者との関わり方でよいことを伝える	今やってくれていることで十分であるということを伝える
			今のやり方で間違っていないことを評価する
	在宅看取りへの意欲をバックアップする	家で過ごしたいという本人の強い意思を支えたいという家族の気持ちをバックアップする	
臨死期	【大】家族の気持ちを傾聴・共有しながら悔いのない在宅での看取りを実行できるよう支える		
	これまでの介護のプロセスを振り返り苦労をねぎらう	これまでの介護をねぎらいこのまま家で看取ることを提案する	
	看取りに向けた家族全員の不安や思いを傾聴・共有して支える	利用者の思いを家族と一緒に共有しながら関わる	利用者の思いを家族と一緒に共有しながら関わる
		悔いのない看取りができるように一緒に頑張ろうと声かけを行う	死に対する理解度や気持ちを確認して受け止める
		看取りに向けた家族全員の不安をいつでも気が済むまで傾聴して和らげる	看取りに向けた家族全員の不安をいつでも気が済むまで傾聴して和らげる
			不安があるときはいつでも連絡するよう伝える
	今のやり方で間違っていないことを認め支持する		利用者の今の状況は自然な状態であることを説明して家族の自責の念を取
			利用者の死に意味づけをして家族を肯定的に評価する

ういうときはびっくりしないで、そういうことはね、病院に居てもあることだから、最後、病院に居ても窒息して亡くなることはよくあること、私も病院のときも経験してるから、驚かないで、慌てて救急車を呼ばないで、先に訪問看護ステーションに連絡してね」っていうかたちで、そういうふうなかかわりをね、そういうことは再三言ってましたね。

【看取る方法に関する提案と話し合い】
まずは、看取る方法に関する複数の選択肢の中からこの家族に最も適切な質の高い方法を、家族とともに考えられる関係を形成する。内容としては、看取る方法について複数の選択肢を提案して家族と話し合いを始め、家族の思いを工夫して引き出しながら、家族が意識を高めて質の高い看取りができる状態に導く。比較的時間に余裕のある非がんのケースでは、この時期から時間をかけて看取りに関する話し合いができる関係作りが行われていた。

【家族内の意向の取りまとめ】
ターミナルケアを開始するにあたっては、訪問看護師は、利用者と家族全員のそれぞれの気持ちや意向を丁寧に聞き取る。具体的には、本人と家族の在宅療養の希望を確認し、家族全員の看取りに関する意向を把握するなど、利用者と主介護者およびそれ以外の家族全員の意向を把握するとともに、それらが一致しているかあるいはずれが生じていないかについて把握するよう努める。

【介護の代替・家族内役割調整】
この時期から、在宅での看取りを実現できるよう家族のケアを交代したり、訪問体制を整える。具体的には、家族の介護負担を交代・軽減できる資源を準備したり、主介護者と他の家族それぞれの意向を聞き役割を調整するなど訪問体制をまず整える。

【看取るための精神的支援】
家族を見守り努力をねぎらう。具体的には、家族にリラックスしてもらうなどして孤独な介護者を見守り、努力をねぎらう。

②病状の維持期：病状と今後の事態について段階的に説明しながら看取る方法について共同で検討する
病状の維持期に入ると、訪問看護師は病状と今後の事態について段階的に説明しながら看取る方法について共同で検討する。

【情報収集と、利用者の予後・在宅看取りの可能性に関する判断】
利用者の病状と家族の意向を把握しながら看取りの準備への支援を企画・実施し始める時期である。利用者の病状の進行を観察しながら、利用者の病状に関する家族の認識や家族の性格を把握したり、このままずっと家で利用者とともに過ごしたいという希望や家族が望む利用者への治療方法など療養・介護上の家族の意向を確認したり、他の家族の協力体制を把握するなどして、利用者、主介護者、それ以外の家族の置かれている状況について幅広く情報収集していく。また、このころには看取りの準備について話を詰めるタイミングを見計らい、看取る場所の意思決定を確認することも早め早めに行っていく。

【病状と今後の事態に関する説明】
上記の情報収集と判断のもとに、家族全員が意向を一致させて協力し合って看取ることができるよう今後の見込みとケア・対処方法を段階的に説明していく。がんのケースでは疼痛、吸引、褥瘡など医療処置の方法について、非がんのケースではリハビリ、おむつ交換など日常生活支援の方法について説明するなど、がんと非がんともに病状の維持期に特徴的な在宅ケアに必要とされる情報を提供して医療処置・ケア方法を説明する。利用者の病状と予後についてはそのつど説明して心積もりを促す。また、家族全員が状況を理解して心の準備をした上で看取りを協力し合えるように、主介護者に加えて他の家族にも、看取りの方法や在宅看取りの可能性について段階的に説明していく。これらの支援は、病状の進行が比較的速いがんのケースでより詳細に行われていた。家族の表情を見ながら言葉を選び、ショックを最小限にしながら、この先予測される過程と対応方法を説明する。これは、看取りに関

する怖いイメージを拭い去り、不安を軽減するためである。また、24 時間いつでも訪問看護師に連絡できて訪問可能であることや、緊急時の対応方法を説明する。死亡時の状況や対応方法をこの時期に説明する場合もある。

(デスエジュケーションの具体的な方法について)例えば、こちらから単純に「こうなってこうなりますよ」という教え方ではなく、教えるっていうか伝え方ではなくて、例えば「ご主人のときはどうされたんですか？」とか、「お父さんのときはどうされたんですか？」っていうことで、その人の持っている死に方のイメージっていうのをまず引き出した上で、話をしていくっていうのがひとつ。その人に合った説明の仕方になるかなっていうふうに思うんですね。だからよく話を聞いたと、その傾聴の中身は、どういう今まで生き方をしてきた、この人自身、利用者さんご本人はほとんど、長い文章はもう続かない状態でしたから、どういう人だったかということと、その看ている娘さん自身が、どういう思いで介護をしてきたかっていうようなことをまず聞いた上で、話をしたことがあるかなと思います。

耳が遠い奥さん、が、いっつもいるんですけど。なので、耳が遠い分、やっぱりあんまり普通にコミュニケーションが取れなかったので、ご本人がどういう状態かっていうのを、やっぱりあんまり把握できていない感じがしたんですよね。えーっと、今日はよく寝てるけど何で寝てるのかねとか、今日はあんまりご飯食べないけど、っていうのは話しかけてくるんです、よく。なのでなるべきこう、筆談じゃないとやっぱり分かんない感じだったので、書いて、こういう状態っていうのをなるべく伝えるようにはしてましたけど。

【看取る方法に関する提案と話し合い】

この時期に行われていたもうひとつの大きな支援は、看取る方法について、複数の選択肢の中からこの家族に最も適切な質の高い方法を家族とともに考える、というものであった。例えば、看取る方法について複数の選択肢を提案して家族と話し合う、家族の思いを引き出して質の高い看取りができる状態に導く、家族の介護ができるだけ楽になる方法など家族に今できるケアを提案する、などである。

(一番看護師が工夫した点は)けっこう介護者が、ある意味信念を持った人なので、その信念が。最初の時点で「娘として冷たいかもしれないけど、もういい加減にしてほしいと思う」って言ったその言葉に対して、本当にこれでいいんだろうかって思いながら、このままでももちろん、この思いで行ってももちろんいいけれども、それではお互いの関係性の中で、悔いが残るんじゃないかと思ったあたりで、折につれて娘さんの思いを引き出しながら、こういう状態。なんて言うのかしら。本当に天寿を全うした自分の親を見送れる状態にしていくっていうあたりが。

【家族内の意向の取りまとめ】

また、意見の異なる複数の家族員が気持ちを共有できるよう説明・調整していくことも行われていた。具体的には、それぞれの家族の看取りたい場所や主介護者以外の家族が在宅での看取りに協力してくれるかどうかなど家族全員の看取りに関する意向を把握した上で、家族間の意見が一致していない場合は、家族間の感情の交流ができるように複数の家族員が意見・意向や気持ちを共有できる場をつくる、あるいは家族全員に家での看取り方法と可能性を説明して異なる意見を一致・統合させる支援を行っている。これらの支援は、病状の進行が速く家族がゆっくり考えるまたは他の家族に相談する時間がほとんど残されていないがんのケースで主に行われていた。そのような場合は、こうして訪問看護師が介在して家族間の意見の取りまとめを行う。

【介護の代替・家族内役割調整】

在宅での看取りを実現できるよう家族のケアを交代したり訪問体制を形成していく。具体的には、夜間の訪問や外的資源・サービスを取り入れるなどして家族の介護負担を交代・軽減できる資源を準備したり、主介護者以外の家族の介護協力の意思を把握するなどして確実に訪問体制を作っていく。

息子さんに対しては、息子さんの意志をやっぱり尊重したいなという部分はあったので、なるべく「できてないよ」ということは言わず、ただ、「ちょっと確認させてね」という柔らかい言葉かけにしたりとか、ご本人がそれでもケアをしないと具合が悪くなったり熱発したりということが出てしまうので、その辺をうまく説明しながら、

私たちにもさせてねということで必ず1回は入らせてもらって、本当は1日何回も入ったほうがそのご本人の生命を維持するという意味ではかかわれたんですけども、お金のこともあるし。なるべく息子さんの意志を尊重しながら、手技を確認しながら、でもちょっとやることはさせてもらいながらというところで。

【看取るための精神的支援】

介護の苦労をねぎらい家族の実践するケアを承認する。具体的には、これまでの介護の苦労をねぎらったり、電話での相談も含めて家族の思いを傾聴して不安や負担を緩和したり、家族が不安になって利用者を入院させることがないように戦略的に、利用者が良い状態で在宅療養できていることを伝えたり、今の状況で本当によいのだろうかという家族の不安に対してこれでよいのだと保証するなどして今のやり方で間違っていないことを認め支持する。

本人は介護されていることの意識もほぼなく感謝の言葉もなく、娘さんが介護する喜びが少なくなったときに、まあ、私(看護師)としては、私だけわかってますよ、って常に声かけて、床ズレがないこと、誤嚥性肺炎を起こしてないこと、毎日ミキサー食を作り上手に食べさせていることを、誉め続けました。

③病状の悪化期:動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を判断して訪問体制を形成する

病状が悪化し始めると、訪問看護師は動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を判断して訪問体制を形成する。具体的な支援は以下のとおりである。

【情報収集と、利用者の予後・在宅看取りの可能性に関する判断】

利用者の日々進む病状と家族の不安や負担を鑑みながら看取る場所と方法について見極め判断していく時期である。まず、家族からの情報も得ながら利用者の日々の病状変化を観察して経過を予測したり、利用者の病状や予後についての家族の認識を把握したり、看取りに向けた家族の不安や介護負担をアセスメントしたり、在宅療養の体制に関する家族の意向を把握するなどして情報収集する。そして、看取る場所や方法について話を始めるタイミング、話を詰めるタイミング、症状を見極めて死亡直前の具体的説明を始めるタイミングなど看取りの準備について段階的に話していくそれぞれのタイミングを見計らう。また、この時期になると、主介護者のみでは心身の負担が重いため、他の家族の存在を把握して必要に応じて理解と協力を得ることが欠かせない。そこで、訪問看護師は家族構成と家族間関係を把握した上で、看取る場所の家族全員の意思決定を確認し、主介護者以外の家族の協力体制をアセスメントして介護力を総合的に判断しながら在宅での看取りの可能性を見極めていく。

(看取りの準備教育を始めるタイミングは)「今キャッチしなければいけない」って思う、看護師のアンテナの張り方みたいのが、ターミナルの場合はあるから。ざっと頭で計算をして、ちょっと遅れるけど次は。次はちょっと遅れても、今ここで踏みとどまって聞かなければいけないとか。きっかけを捕まえて。「それってすごく大事な話だから、今度改めて聞きたいけれどもいいかしら?」っていうような形が。

【病状と今後の事態に関する説明】

上記の情報収集と判断のもとに、予後が厳しいことを伝えつつ、死亡直前の状況と看取りの方法を具体的に繰り返し説明していく。症状緩和のための医療機器や治療に関する情報、がんのケースでは輸液、吸引、尿道カテーテルなどの医療処置の方法、非がんのケースでは褥瘡や口腔ケアなど日常生活支援の方法について説明するなど、在宅ケアに必要とされる情報を提供して医療処置・ケア方法を説明する。また、日に日に状態が悪くなっていていつ亡くなってもおかしくないことを説明して、利用者の病状と予後が厳しいことをそのつど説明して心積もりを促す。病状悪化に伴う身体の変化や病状が出現する利用者への関わり方を一緒に行いながら助言して安心感を与えるなどして、利用者の病状悪化への対応方法を助言する。また、パンフレットを用いるなどしてその利用者と家族に最適な看取りの方法について段階的に説明していく。兆しを逃さないようにこの先死にゆく予測される過程や死亡直前の体の状態および対応方法を説明する。さらに、この時期になると、緊急時の対応方法や、死亡時に予測される利用者の体の状態と対応方法、医師と看護師に連絡するタイミングと方法、死後処置の内容についての希望など死亡時の状況や対応方法も説明する。病状が不安定なこの時期には、いずれの支援もがんと非がん両方のケースで行われていたが、利用者の病状と予後が厳しいことをそのつど説明して心積もりを促す支援と緊急時の対応方法を説明する支援は、比較的病状の進行の速いがんのケースで主に行われていた。

まだその頃は介護のお疲れは見えなかったです。必死についてきてくれてるご様子はありました。頑張るというお気持ちも見えていましたし、ご本人の様子がだんだん衰弱してきていますので、毎回訪問のときは、この前来たときよりも良いね、悪いねとか、これが大変になったねという話はその都度させていただいて、そのときそのときの状況に、ご家族も付いてきてもらいたいという気持ちがあるものですから、この後元気になるという可能性がどれくらいあるか、ほとんど無いだろうなという状況の中で、言葉を選びながら、衰弱していって、こうやって人が亡くなっていくんですよっていうのを、本当に言葉を選びながら、選びながら、表情を見ながら、ショックを受けないように説明は毎回させていただいています。

【看取る方法に関する提案と話し合い】

利用者の病状が悪化するにつれて変化しうる家族の看取りの意思の変化を受け入れ、看取りの方向性について家族と話し合いを重ねる。具体的には、看取る方法や治療について複数の選択肢を提案して家族と話し合う。看取りの場所を迷っているがんのケースでは、訪問看護師が病院と家での看取り方法を対比して説明した上で家での看取りを勧めることもあった。その他、家族に今できるケアを提案したりする。

【家族内の意向の取りまとめ】

この時期には、家族全員の意見を取りまとめる。利用者と家族の関係がよくない場合は関係が改善するように利用者と家族が気持ちを共有できる場をつくる。また、看取りや病状悪化への対応方法について家族全員の意見を取りまとめ、家での看取りを家族全員が賛成しているかどうか、看取りの意思の変化や家族間の意思のずれがないかどうかについて家族全員の意向の一致を確認する。これらの支援は、がんのケースで行われていた。

【介護の代替・家族内役割調整】

入院の可能性を最後まで否定せず、在宅での看取りの体制を形成していく。看取りの場所の意向が明確でない場合は、家族の気持ちを支えながら何かあったときにはすぐに病院に戻れるルートを確保して家でも病院でも看取ることができる体制を作る。つまり、訪問看護師による訪問回数、時間、人数を増やすなどして家族の介護負担を交代・軽減できる資源を準備したり、主介護者の心身の負担を減らすために外的資源・サービスの導入に加えて主介護者以外の家族にも介護協力を求めたりする。

在宅での看取り準備について不安や恐怖感や迷いが残っていたので、家族でもよく話し合って、場合によっては(入院に)変更も可能ですよ、っていうことをこのときまた言ってます。なんとしても不安だったら病院に入院できますよ、っていうことは、これはもう最期までいっつもそうなんですけれど、それも言います。で、わからないこととか病状の変化があればすぐ連絡するように、って説明して。そのとき娘さん、笑顔で「わかりました。すみません。長い時間話しちゃって」っていう感じで理解された様子(でした)。

【看取るための精神的支援】

悪化する利用者の状況に動揺する家族の気持ちを傾聴・共有しながら、在宅看取りへの意欲をバックアップする。具体的には、普段どおりの生活や関わり方でよいこと、今やっていることで十分よいことなど今のやり方で間違っていないことを認め支持し、家で過ごしたいという利用者の強い意思を支えたいという家族の気持ちなど在宅看取りへの意欲をバックアップする。その他、短期間で病状変化・悪化の著しいがんのケースでは、不安な気持ちを傾聴・共有して支えていた。例えば、看取りに対する一つ一つの不安を実際に話してもらい同じ気持ちになって落ち着くように気持ちの支えになる、利用者の思いを家族と一緒に共有しながら関わる、病状悪化に伴う家族の恐怖を受け止めて関わり方の方法を見せ安心感を与える、緊急時に訪問して安心感を与えるような言葉かけを行う、などを行っている。

自分のことが精一杯なので、お母さんの様子なんか分からなかったわ」と。「慌てることじゃないし、大丈夫よって」本当に一つ一つの不安を実際に話をして、同じ気持ちになって。何ができるってことはないんだけれども、気持ちの支えになってあげたということで、落ち着いていかれたと思います。緊急のときは電話でも対応してくれるし、来てって言えば来てあげれるし。実際に行って、「何ともないね、大丈夫だね。またいつもと変わらないように見ていけるね」っていう安心感を与えるような言葉かけをしてきている。

もう十分に、これ以上はできないこともやっていただいているっていうの伝えるのがとても大事だと思うんですよね。

④臨死期：予後を判断し具体的な対応方法を説明して納得のいく看取りを支える

臨死期に入ると、訪問看護師は、予後を判断して具体的な対応方法を説明し、納得のいく看取りを支える。具体的な支援内容は以下のとおりである。

【情報収集と、利用者の予後・在宅看取りの可能性に関する判断】

利用者の予後を具体的に判断して、看取る場所と方法について家族全員に最終確認する。具体的には、利用者の病状の進行をアセスメントして死亡時刻を推定し、看取りのときに医療処置をどこまで行うかなど延命治療に関する家族の意向を把握する。複数の家族員がいるケースでは、主介護者を含む家族構成と家族間関係を把握した上で、家での看取りを家族全員が賛成しているかどうかについて家族全員の意思決定を最終確認する。

【病状と今後の事態に関する説明】

以上の情報収集と判断をもとに、医師からの病状説明の補助も行いながら、日に日に近づく死に関する状況と対応方法を具体的に説明していく。具体的には、がんと非がんのケースともに吸引など医療処置の方法について、非がんのケースでは体位変換や口腔ケアなど日常生活支援の方法について説明するなど看取りに必要とされる情報を提供して医療処置・ケア方法を説明する。同時に、利用者の病状悪化と死が間近に迫っていることについて説明して心積もりを促す。状況が厳しいという医師からの病状説明がある時は、家族に解説・補足して共有する。また、死が目前に迫ったこの時期には、次回の訪問までに亡くなる可能性を考え、死亡直前の体の状態と対応方法、緊急時の対応方法、死亡時の状況や対応方法について具体的に説明する。これらの支援は、がんおよび非がんのケースともに行われていた。

夕方、呼吸状態がおかしいということでしたので、夕方の6時ごろ一度訪問してます。バイタルも何とか計れるような状況でしたけども、血圧が40で触診でしたね。下顎呼吸でしたし、プルスも80、サチレーションは計れなくって、四肢の冷感も始まって、チアノーゼもあったので、もしかすると今夜中かもしれないねという。看護師の予測の中で話はしてあります。先生にもその様子を報告しておりましたので、先生が診療が終わった夜の7時頃診に来てくださってます。それで、そういう心積もりではいて欲しいというのを、ご家族の方にはお話をして、じゃあ呼吸が止まりそうになったとき、もしもこれ以上の変化があったときに、落ち着かないとか不安なことがあったら、いつでも緊急の電話のほうに電話をくれたらいいよと。ご家族がたくさんいて、みんなで看取れるような状況でしたら、呼吸が止まってから電話をくださってもかまいませんと。とにかく何か困ったとか、何か心配だということがあれば、夜間でもいいからと。ちょうどそのとき、わたしが24時間の携帯当番をしてたので、わたしが持ってるから、いつでも電話くれたらいいよというのは、夜訪問したときに、言って帰りました。

【看取る方法に関する提案と話し合い】

この時期に欠かせない支援は、家での看取りを最終的に決定することである。がんのケースでは病状の進行が速いために家族が看取る場所を迷い悩みいまだ決めることができないでいることも多く、その場合に行われていた。医師も交えて、看取る方法や治療について複数の選択肢を提案しながら家族と話を詰める。在宅での看取りが可能であると判断した場合には、これまでの住み慣れた自宅での介護の苦労をねぎらいこのまま家で看取ることを訪問看護師が家族に勧めることもある。最終的には、家族に今できるケアを提案することを通して、家での看取りを決定する。

徐々にというよりか、その話を詰めたときに腹をくくったという私は印象だったんですけども。その直前まで「最期は無理」と言ってたんですけど、じゃ、救急車を呼んでどこかの病院に行くという方法もあるし、でも、施設というのは今からは無理だし、この状態は受け入れてもらえない。ただ、救急車を呼んでどこかの病院へ行くと、知らない人たちの中で亡くなることがあるという話をして、であれば、この十何年も看てきたんだか

ら、本人は息子さんと一緒に最期を過ごしたいんじゃないだろうかと提案をして、「分かった」と。

その10月の2日に、夜中にそうして呼ばれたときに、「吐いてるんです」ということで行って、あのまますね、入院で、たぶん1回入院して、やっぱりここ(病院)じゃないって思われたら、帰って来られるだろうというのがあって。させずに看取りをするということも一瞬考えたんです。でもたぶん、この娘さんはたぶん後悔されるだろう。(調査者:その娘さんが自分で意思を決定するように仕向けたという感じ?)じゃないと、たぶん絶対後悔されるだろう。納得自分でされていないと後悔されるだろう、と。

【家族内の意向の取りまとめ】

がんおよび非がんのケースともに、看取る方法と場所について最終決定するために、家族全員の意向を統合して最終的に一致させる。主介護者とそれ以外の家族の意向が異なる場合、家族全員の気持ちを傾聴・共有して意向を取りまとめ、在宅での看取りに関する家族全員の意向の一致を確認した上で、最終的に在宅での看取りの実行に踏み切る。

【介護の代替・家族内役割調整】

訪問頻度を増やすなどして、家族全員が安心して納得・満足のいく在宅での看取りを実現できる体制を調整・形成する。具体的には、時間を見つけて家族全員に一人ずつケアに参加してもらうなどして家族全員が看取りの満足感が得られるよう調整したり、最期まで安心して家で看取ることができるように訪問看護師の訪問回数や時間を増やすなどして家族の介護負担を交代・軽減できる資源を準備したり、主介護者の心身の負担を減らすために主介護者以外の家族に介護協力を求めるなどして調整して、家族が確実に在宅で看取ることができる体制を形成して看取りの実行の時期を向かえる。

【看取るための精神的支援】

家族の気持ちを傾聴・共有しながら悔いのない在宅での看取りを実行できるよう支える。まずは、長く継続したこれまでの介護のプロセスを振り返り苦労をねぎらう。この時期にはがんと非がんのケースともに、利用者の思いを家族と一緒に共有しながら関わり、悔いのない看取りができるよう一緒に頑張ろうと声かけを行い、不安があるときはいつでも家族が気の済むまで思いを聞くなどして、看取りに向けた家族全員の不安や思いを傾聴・共有して支える。また、利用者の今の状況は自然な状態であることを説明して家族の自責の念を拭い去り、利用者の死に意味づけをして家族を肯定的に評価するなどして、この時期にはより具体的に今のやり方で間違っていないことを認め支持する。

自然な流れで。やっぱり分かっていただける努力をしました。悔いのない看取りを在宅で看取るっておっしゃったときに、じゃあみんなで頑張ろうねというお気持ちを、看護師も含め、ご家族も踏まえ。ケアマネジャー、ヘルパーも入ってましたので、みんなでの協力体制はこういうふうにあとやっていくけども、何か心配なことある?とか、訪問しない日は電話で「今日はどうだった?」とか、そういうコンタクトは取ってましたので、そこでやっと安心感が出てきたのかな。在宅で看取るということは、こういう流れになりますよっていうお話もさせてもらってます。

⑤パンフレットの活用(図表32)

ステーションの中には、在宅での看取りについて家族に向けたパンフレットを作成し、看取りの支援の一助としているところもあった。そのうちの6例についてまとめ、図表32に示した。

内容は、①死が近づいてきたときの身体の特徴とそれに対して家族が出来ること、②死亡時の身体の状況、③死亡時の家族の行動内容、の大きく3点に分類された。①は意識状態の低下や呼吸状態の変化について等死が近づいた時に多くの者に見られる身体状態が15項目挙げられ、うち10項目に4カ所以上の共通性があった。②では呼吸・心拍の停止と、揺り動かしても反応がなくなるという3点で共通性が高かった。③は詳細内容にばらつきがあったが、慌てずに本人との時間を過ごすこと、警察や救急車は呼ばないということで共通性が高かった。

こうした共通性のある項目に加えてそれぞれのステーションの特色が見受けられ、導入部で「何より大事なことは本人に触れ、話しかけること」と謳うもの、家族によるケアの効果を伝えやすらかな看取りにつなげようとするもの、海外ホスピスのパンフレットを利用して霊的なケアも重視したものなどがあった。

図表 32　パンフレットの活用

	1	2	3	4	5	6
メッセージ性・特色	何よりも大事なことはご本人に触れ話しかけ、ご本人の孤独感や不安感を救うこと、と導入部分で謳っている	家族の気持ちに沿った言い回しで記載。 家族に出来ること・本人はどう感じるか等、家族によるケアの効果も。	海外のホスピスのパンフレットを自分たちで和訳したもの。 「逝くことを受け入れる」「さようならを言う」等の項目もあり、霊的なケアを重視。	家族の「不安と悲しみ」に理解を示しいつでも相談に乗ることを強調。 流れや症状等別に作成しており、利用者の状況に応じて選定して渡している	導入部分で、本人と家族の希望に看護師は精一杯支援すること、症状は自然の経過として見守ってあげることを伝えている	身体特徴や死亡時の事は概要程度。 看取りの準備心得として、思い出話しやスキンシップの奨励、"みまもる"ことの大事さ、を伝えている。
形式	A4 1枚	A4 2枚	A4 7枚冊子 花や鳥の挿絵	A4計4枚	A3 1枚	A3 1枚
身体の特徴と家族が出来ること						
呼吸の変化	*	*	*	*	*	*
咽頭に痰貯留	*	*	*	*	*	*
蒼白・チアノーゼ	*	*	*	*	*	*
意識低下も耳は聞こえる	*	*	*	*	*	*
経口摂取の更なる低下	*	*	*	*	*	
尿量低下	*	*	*	*	*	
うめき声	*	*	*		*	*
失禁	*		*	*		
失見当識	*		*	*	*	
寝ている時間の延長		*	*	*	*	
活動低下しベッドから動けない	*				*	
体温の変動			*		*	
不穏				*	*	
口唇の乾燥				*		*
身の置き所なく落ち着かない				*	*	
死亡時の状況						
呼吸停止	*	*	*	*	*	*
脈拍停止	*	*	*	*	*	
揺り動かし、大声で呼んでも反応がなくなる	*	*	*	*		
眼球固定、まぶた開いている可能性	*		*	*		
失禁の可能性	*		*	*		
あごのゆるみ、開口の可能性			*			
末梢からチアノーゼ				*		
瞳孔散大					*	
死亡時の家族の行動内容						
警察・救急車は呼ばない	*	*	*	*		
患者との時を過ごす	*	*		*	*	
医師・看護師への連絡		*		*	*	
時間をみておく	*				*	*
死後着る服を用意しておく		*			*	
体動かす必要はない		*		*		
死亡確認は医師か看護師がする				*		
その他の資料		ホスピス・デイホスピスの案内パンフレット(見開きA4)		在宅ホスピス(A4/8枚)、臨終葬儀の準備(A4/2枚)		看護師向けの指針。在宅ターミナルにおける「死の教育」(A4/1枚)

4) 大分類 4 利用者への死の準備支援

訪問看護師は、訪問開始から死が訪れる瞬間まで、利用者の意向に沿った死の過程を実現するように活動する。病気や症状緩和のための処置に自由な活動を阻まれ、やりたいことを諦めてしまいがちな利用者から、残された時間をどのように使いたいかという希望を聞き取り、病状が許すうちに希望に沿った生活をできるだけ実現するよう支援する。旅立つ辛さを傾聴しながら、どのような最期を迎えたいかを把握し、最期の時には家族等と別れを交わすことのできる場面を可能な限り作る。このような活動は、利用者ができるかぎり心安らかに旅立ち、残された家族の悲嘆を最小限にするために不可欠である。

この先治る見込みがない利用者が悔いのない人生を全うするために、訪問看護師は利用者の病状の進行に合わせてさまざまな死の準備支援を行う。

時期ごとの特徴的な支援内容は、ターミナル開始期は「希望に沿った在宅生活を実現できるよう働きかける」、病状の維持期は「希望に沿った在宅での日常生活を援助する」、悪化期は「旅立つ辛さを傾聴し、最期の迎え方の意向を聞きだす」、臨死期は「家族と別れを交わす場を設定しながら意向に沿った死の実現を支える」である。具体的には、それぞれの時期において同時進行的あるいは組み合わせながら、【利用者・家族の希望に沿った在宅での過ごし方の実現】【お別れを告げる場の設定】【旅立つ辛さの軽減を目指す】【人生の最期を迎える場所の決定】を行う。また、ケースによっては【予後告知のない終末期】を支える。

以下、それぞれの時期ごとに、支援の具体的内容を記していく(図表 33)。

①ターミナル開始期:希望に沿った在宅生活を実現できるよう働きかける

ターミナル期に入るとまず、訪問看護師は利用者の希望に沿った在宅生活を実現できるよう働きかける。具体的支援は以下のとおりである。

【利用者・家族の希望に沿った在宅での過ごし方の実現】

まずは、利用者と家族の希望に沿った「在宅での過ごし方」を実現するために看護師と家族の役割を決める。

②病状の維持期:希望に沿った在宅での日常生活を援助する

病状の維持期に入ると、訪問看護師は利用者の希望に沿った在宅での日常生活を援助する。

【利用者・家族の希望に沿った在宅での過ごし方の実現】

利用者と家族の希望に沿った「在宅での過ごし方」を実現するための日常生活を援助する。例えば、利用者らしい「在宅での過ごし方」を聞き出してそれを尊重し、点滴や治療に頼ることなくできるだけ人間らしい自然な流れで過ごすことができるよう経口摂取などの日常生活を援助する。これはがんおよび非がんのケースともに行われていた。

【お別れを告げる場の設定】

死がいつでも起こりうることを予測して、訪問看護師はお別れを告げる場の設定を行う。維持期には知人や友人にお別れを告げる機会や場を設定するよう努める。知人や友人とは、本人が会いたい人やお世話になった人、その他なじみのある人などを指す。そのような人と会う機会や場を設定することは容易ではないが、病状が比較的安定しているこの時期にできるだけそのような機会を設けることができるよう訪問看護師は努力する。方法は、利用者の状態が安定している日や時間帯を見計らって、利用者を車椅子やストレッチャーに乗せて訪問看護師が同行して知人や友人に会いに行ったり、逆に家族から電話で依頼してもらって知人や友人に自宅に会いに来てもらうなど工夫している。

③ 病状の悪化期:旅立つ辛さを傾聴し、最期の迎え方の意向を聞きだす

病状の悪化期に入ると、訪問看護師は旅立つ辛さを傾聴し、最期の迎え方の意向を聞きだす。具体的支援は以下のとおりである。

図表33　利用者への死の準備支援

支援区分	利用者・家族の希望に沿った在宅での過ごし方の実現			お別れを告げる場の設定			旅立つ辛さの軽減を目指す			人生の最期を迎える場所の決定			予後告知のない終末期		
時期	大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー	
	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん
開始期	希望に沿った在宅生活を実現できるよう働きかける														
	利用者・家族の希望に沿った「在宅での過ごし方」を実現するために看護師と家族の役割を決める														
	本人・家族の希望に沿って日常生活援助の内容を調整し、看護師と家族の役割を決める	本人や家族の希望に沿って日常生活援助の内容を調整し、看護師と家族の役割を分担する	本人の希望が確認できないため、家族の希望に沿って日常生活援助の内容を調整し、看護師と家族の役割を分担する												
維持期	希望に沿った在宅での日常生活を援助する														
	利用者・家族の希望に添った「在宅での過ごし方」を実現するための日常生活を援助する			知人や友人にお別れを告げる場を設定するよう努める											
	本人らしい「在宅での過ごし方」を尊重し、できるだけ自然な流れで過ごせるよう日常生活を援助する	本人らしい「在宅での過ごし方」を尊重し、できるだけ自然な流れで過ごせるよう経口摂取の援助を行う	本人らしい「在宅での過ごし方」を尊重し、できるだけ自然な流れで過ごせるよう経口摂取の援助を行う	知人や友人にお別れを告げる機会や場を設定するよう努める	会いたい人と会える機会や場を設定するよう努める	お世話になった人にお別れを告げる場を設定するよう努める									
						馴染みのある人とお別れの言葉を交わす機会を設ける									
悪化期	旅立つ辛さを傾聴し、最期の迎え方の意向を聞きだす														
				親しい人にお別れを告げる場を設定する			旅立つ辛さを緩和できるよう思いを確認しながら傾聴・共有するよう努める			人生の最期を迎える場所を利用者が決めることができるよう意向を聞きだす			予後告知のない終末期を支える		
				親しい人にお別れを告げる機会や場を設定する	会いたい人と会える機会や場を設定するよう努める		利用者からの思いやつらさの表出を待つ	利用者からの思いの表出を待つ		死ぬ場所を決めることができるように導く	死ぬ場所は家か病院かを決めることができるように導く		利用者に予後の告知をしないまま最期まで支える	利用者に予後の告知をしない方が得策と考える	
								利用者からのつらさの表出を待つ		最期を迎える場所を確認する	家で最期を迎えたいという意思を確認する	最期まで家で過ごしたいという意思を尊重して関わる			
							本当の思いやつらさを日々の関わりの中から把握する	症状の悪化に対する不安状況をアセスメントする			どこで最期を迎えたいかを再度確認する	最期まで家で過ごしたいという希望を支える			
								その都度利用者の思いを確認しながら話を進める							
							死への思いやつらさを傾聴する	予後についての思いを傾聴する							
								死への思いを聞いてつらい気持ちに寄り添う							
								死後のあり方についての意向を受け止める							
臨死期	家族と別れを交わす場を設定しながら意向に沿った死の実現を支える														
				家族との絆を再確認してお別れができるように場を設定する			旅立つ辛さや不安を緩和できる方策を練りながら思いを確認して傾聴・共有する			人生の最期を迎える場所についての利用者の意向を確認して実現に努める					
				家族との絆を再確認しあう場を設定する	最期の苦しい状況のなかで家族とふれあい家族と温かい言葉を交わせるよう仕向ける	最期の苦しい状況のなかで家族とふれあい家族と温かい言葉を交わせるよう仕向ける	本当の思いやつらさを日々の関わりの中から把握する	その都度利用者の思いを確認しながら話を進める		最期の迎え方の希望を探る	どのように最期を迎えたいかを探る				
				家族にお別れを告げる場を設定する		家族にお別れを告げる場を設定する		予後についての思いを探る		死ぬ場所を決めることができるように導く	死ぬ場所は家か病院かを決めることができるように導く				
						家族への思いを伝える場を設定する	死への思いやつらさを傾聴する	病状を説明するだけではなく本当の思いを聞くことを心がける		最期を迎える場所を確認する	家で最期を迎えるかどうか尋ねる				
							いろいろな不安に答えることができるように思考を凝らす	少しでも気持ちが楽になる方策を考える		最期まで家で過ごしたいという意思を尊重して関わる		最期まで家で過ごしたいという意思を尊重して関わる			
								いろいろな不安に答えるように努める				最期まで家で過ごしたいという希望を支える			

【お別れを告げる場の設定】
病状が悪化し始めると、今度はより身近な親しい人にお別れを告げる場を設定する。

【旅立つ辛さの軽減を目指す】
自分の病状悪化に直面して旅立つ辛さを日々感じ始める悪化期には、旅立つ辛さを緩和できるよう思いを確認しながら傾聴・共有するよう努める。訪問看護師は、利用者からの思いやつらさの表出を待つ、本当の思いやつらさを日々の関わりの中から把握する、死への思いやつらさを傾聴するなど、まずは利用者の思いを探ることから始める。

【人生の最期を迎える場所の決定】
人生の最期を迎える場所を利用者が決めることができるよう意向を聞きだす。人生の最期を迎える場所は病院か家かについて利用者の希望を聞いて、利用者が自分で考え決めることができるように導く。

【予後告知のない終末期】
がんのケースにおいて、利用者の性格と家族の意向に応じて、利用者に予後の告知をしない方が得策と考えて予後告知のない終末期を支える、つまり利用者に予後の告知をしないまま最期まで支える支援が一部で行われていた。

④ 臨死期：家族と別れを交わす場を設定しながら意向に沿った死の実現を支える
臨死期には、訪問看護師は家族と別れを交わす場を設定しながら意向に沿った死の実現を支える。具体的な支援は以下のとおりである。

【お別れを告げる場の設定】
この時期には最も身近な家族との絆を再確認してお別れができるように場を設定する。最期の苦しい状況のなかで家族とふれあい家族と温かい言葉を交わすことができるよう家族との絆を再確認しあう場や家族にお別れを告げる場を設定する。これらはがんおよび非がんのケースともに行われていた。

【旅立つ辛さの軽減を目指す】
旅立つ辛さや不安を緩和できるよう方策を練りながら思いを確認して傾聴・共有する。このころになると、利用者の辛さは極度に達し、ただ傾聴するだけではなかなか効果は得られない。そのため、利用者の気持ちが少しでも楽になる方策を考えたり、いろいろな不安に答えることができるように努めるなど、いろいろな不安に答えることができるように趣向を凝らす。以上の支援もがんと非がんのケースともに行われていた。

【人生の最期を迎える場所の決定】
人生の最期を迎える場所についての利用者の意向を確認して実現に努める。最期を迎える場所を引き続き決めることができるように導き、最終的に利用者が決めた意思を最期まで尊重して関わる。これらの支援はがんおよび非がんのケース両方で行われていたが、非がんで見られた支援として最期まで自宅で過ごしたいという意思を尊重して関わっていたことが挙げられる。非がんのケースはがんのケースと比べて比較的長期療養している場合が多い。そのためなのか、比較的早い時期から、最期まで自宅で過ごしたいという固い意思をもつ利用者は少なくはなく、その意思を最大限に尊重して最期まで支える訪問看護師の姿が見られた。

> *この事例で、やっぱり一番大きかったのは、本人の意思が、家にいたいってい意思が強かったのと、奥さんもこれを支えたいっていう気持ちが強かったので、いくら途中、ちょっと精神的に不安定になったとしても、家でみれたんですよね。だからやっぱり、それをただ周りでちょっとバックアップしてたっていうで、本人たちとご家族がやっぱり頑張った結果、家で過ごせたというか、という感じはするんですよね。結果的には良かったんじゃないかなと思いますけど。*
>
> *結果的には、ご本人もご家族も望むように過ごせたんじゃないかなと思いますけど、ここもやっぱりお嫁さんがしっかりしていたのと、本人の意思がしっかり決まってたというのが、大きいんじゃないかなと思います。そ*

れにわたしたちはついていったっていう話で。やっぱご家族とか本人の意思がしっかりしてる人っていうのは、はたから見たら、ちょっと頑固だな、わがままだなと思えるぐらいの意思がしっかりしてる人っていうのは、家で過ごせますね。いつも思います、それは。

5) 大分類 5　家族への死別の支援

訪問看護師は、家族による利用者の死の受け止め方を、ターミナル開始期から死別後に渡って継続的に判断している。身内との別れを家族がどのように迎えたらよいのかを家族とともに考え、可能な限り実現することによって、介護の最中も看取りの後にも、家族を過度な悲嘆から守るためである。このような家族への死別の支援は、利用者が心安らかに旅立つためにも、家族が在宅介護を中断せず悔いなく在宅での看取りを実現するためにも、行われている。

かけがえのない身内を失う過程にある家族は介護や医療処置に追われ、身内との死別を迎えようとしていることを忘れ、置き去りがちになる。看護師はそのような家族に、身内との死別のプロセスを踏み、後悔が残らないように支援している。

看護師はターミナル事例を支援するにあたり、主介護者とその他の家族が、利用者の死をどのように受け止めているか、予期悲嘆と死の受容という観点から判断してゆく。この吟味はターミナル開始期から始まり、利用者の永眠後に渡って継続される。この判断のもとに、看護師は、身内との別れを家族がどのように迎えるかを家族とともに考え、その実現に努める。それとともに看護師は、家族の悲嘆の緩和に向けて支援する。

このような訪問看護師の家族に対する「家族への死別の支援」は、その他の支援と独立して行われるわけではなく、利用者自身への支援のためにも、また家族が看取りを進めてゆくという目的のためにも、この部分への支援が必要とされる。

以下に、訪問看護師が行うターミナルケアにおける「家族への死別の支援」の内容を説明する(図表 34)。

① 身内との死別の受容の程度を推し量る

身内との死別に直面した家族がどのようにその事実を受け止めているか、訪問看護師は家族からじっくりと話を聞きながら吟味する。ターミナルと考えられる早期には特に、家族の思いを聞き取ることに重点が置かれるが、このような判断は短時間にできるものではなく、訪問を重ねていく間に家族との関係を形成しながら、徐々に、看護師は家族がどのような思いでいるかを推し量っていく。この理解は、身内との別れを家族がどのように迎えたらよいか看護師が家族とともに考え、その実現に努める上での基盤となる。

ターミナル開始時には、看護師はまず家族からこれまでの経過と現在の思いをじっくりと聞き取る。日々の看護には直接関係のない、利用者と家族のこれまでの過ごし方や利用者の人となりなども会話の内容になる。傾聴という姿勢自体が、家族の悲嘆を緩和する役割も持つ。予期悲嘆の過程は徐々に進むが、利用者の状態が悪化して食事が取れないなどの変化を来たすようになると、看護師は家族に対し、看取りの準備のための説明をする。しかし、下顎呼吸や死前喘鳴などのような利用者の死に関する具体的な説明を含むために、看護師は、利用者の死に関して家族がある程度予期・覚悟できるのを待って説明をしようとタイミングを図る。その際に考慮するのも、ここで述べている家族の死の受容の程度である。

看護師は、利用者が永眠した後にも家族の死の受容と悲嘆の程度を確認しようと努める。病的な悲嘆や抑うつがある場合には、医療機関への受診などの対処を勧めるためである。家族から呼吸停止の連絡を受け、緊急訪問した際には、動揺が見られないかなど看取った家族の様子を観察する。死の三徴候を看護師がひとつひとつ確認しながら、家族に伝え、死亡したことの実際を説明している。

また、訪問看護が終了したあとに何度か訪問し、家族の状況を確認するという看護師も複数いた。

② 身内との別れをどのように迎えるかをともに考え、実現に努める

看護師は、家族が看取りの後で後悔しないよう、残された期間をどのように過ごし、別れをむかえるかについて、家族と共に考える。時間をかけて家族から聞き取ったこれまでの利用者との生活や家族の思いを基にして、どのように過ごして行きたいか家族の意向を聞きだし、その方向性に沿って、残された時間に何ができるか、どのようにできるかを提案してゆく。

この際の「提案」は、単なる選択肢の列挙と説明や情報の提供よりも更に一歩踏み込んだ、看護師の生活背景や価値観に基づいた方向性の開示である。看護師の支援には、家族に淡々と情報を提供し状況を説明するという態度ではすまないことが多々ある。家族のほとんどは在宅看取りに関する経験がない。深刻な症状に苦しみ、さまざまな医療機器に囲まれている場合などは特に、自分たちに何ができるのか想像もできない家族も多い。看護師は、そ

図表34　家族への死別の支援

時期	愛する家族の死が受容できているか判断する 大カテゴリー	がん	非がん	身内との別れをどのように迎えるかをともに考え、実現に努める 大カテゴリー	がん	非がん	家族の悲嘆の緩和に努める 大カテゴリー	がん	非がん
開始期	家族の思いを傾聴し別れの迎え方をともに考える								
				家族の思いをじっくりと聞きとり、身内との別れをどのように支援したら良いかを考える					
				家族の思いをじっくりと聞きとり、身内との別れをどのように支援した良いかを考える	・家族の話をよく聞く	・これまでの介護の過程についてや家族の思いを聞く			
維持期	医療処置があってもやりたいことができるように支援する								
	愛する家族の死の受容の程度をアセスメントする			**医療処置によりやりたいことができないと言うことがない様に援助する**			**利用者の思い出を共有したり状況を説明したりして、悲嘆を和らげるよう努める**		
	愛する家族の死の受容の程度をアセスメントする	・愛する家族の死が近いことをどのように受けとめているかをアセスメントする 利用者の病状悪化にともないどの程度死を受けとめつつあるかをアセスメントする		今しか家族としてできないことを提案する	本人・家族に外出の機会を提案し、点滴があっても外出できるよう工夫する		**利用者の死は自然であることを説明する** 家族の思いを傾聴する	利用者の死は自然な流れであることを説明して家族の悲嘆を和らげる	利用者の死は自然な流れであることを説明して家族の悲嘆を和らげる ・電話で相談に対応する ・利用者との思い出話など傾聴し、家族の気持ちを落ち着かせる（非癌では介護に関すること以外でも家族の話を聞き、信頼関係をつくる）
悪化期	家族としての時間が持てるように提案する								
	愛する家族の死の受容の程度をアセスメントする			**家族としての時間が持てるように提案する**			**家族の思いを傾聴する**		
	愛する家族の死の受容の程度をアセスメントする	愛する家族の死が近いことをどのように受けとめているかをアセスメントする 利用者の病状悪化にともないどの程度死を受けとめつつあるかをアセスメントする		家族で過ごす場を設定する	家族だけで過ごす時間がもてるように場を設定する ・介護者ではなく家族として時間を過ごせるように提案		**利用者の死は自然であることを説明する** 家族の思いを傾聴する	・家族の話をよく聞き、気持ちを確認する	利用者の死は自然な流れであることを説明して家族の悲嘆を和らげる
臨死期	家族が共に過ごしお別れができるよう、意向に沿って方法を提案する								
	愛する家族の死の受容の程度をアセスメントする			**残された時間に家族がともに過ごし、お別れができるように提案する**			**看取りについて家族と話すことで気持ちをやわらげる**		
	愛する家族の死の受容の程度をアセスメントする	愛する家族の死が近いことをどのように受けとめているかをアセスメントする 利用者の病状悪化にともないどの程度死を受けとめつつあるかをアセスメントする		家族で過ごす場を設定する	家族だけで過ごす時間がもてるように場を設定する	家族だけで過ごす時間がもてるように場を設定する	看取りについて家族と話すことで気持ちをやわらげる		・看取りについて家族と話をし、気持ちを和ませる
				家族が利用者とお別れの言葉を交わす場を設定する	家族が利用者とお別れの言葉を交わす場を設定する	家族が利用者とお別れの言葉を交わす場を設定する			
				間もなく死を迎えることを見極めて家族を全員集めて寄り添うように促す	間もなく死を迎えることを見極めて遠方の家族や同居していない家族を呼んだ方がよいことを説明する 間もなく死を迎えることを推定して利用者にずっと寄り添うよう促す	間もなく死を迎えることを見極めて遠方の家族や同居していない家族を呼んだ方がよいことを説明する 間もなく死を迎えることを推定して利用者にずっと寄り添うよう促す			
				利用者が残された日々を大切に過ごすために家族が今できることを提案する	利用者が安らかに死を迎えるために家族が今できるケアを提案する	利用者が安らかに死を迎えるために家族が今できるケアを提案する			
死亡後	看取りのプロセスを家族とともに振り返り死が受容できるよう促す								
	家族の死の受け止め方を確認する						**家族が在宅看取りに満足し、死を受容できるように、看取りのプロセスを振り返ってねぎらう**		
	家族の死の受け止め方を確認する	死の三徴候を看護師がひとつずつ確認しながら、家族に伝える	死亡の連絡を受け緊急訪問したときに家族の様子を確認する				看取りのプロセスや不安を家族とともに振りかえる	看取りのプロセスを家族と一緒に振り返りながら、亡くなったことの意味づけを支援する	意図的に家族を引き入れ、家族とともにいつものやり方（療養中と同じやり方）で死後のケアを行う ・エンゼルケアを家族と共に行う ・在宅での看取りを振り返り、ねぎらって充実感を持てるようにする
								家族だけで最期を看取ることができたことをねぎらう	
								一緒に自宅で看取ることができてよかったと声をかける	
							家族をねぎらい、在宅で看取ることができた満足感を持ってもらう	家族とともに選んでおいた服を着せる	
								孫も看取りの満足感がもてるよう、布団をかけるなどできることを促す声かけを行う	
								看取りのプロセスや不安を振り返りながら、家族をねぎらう	
							悲しみを表出する場を作り、悲嘆状況を確認する		
							家族が死別の悲しみを自然に表出できる場をつくる	家族が自然に泣ける場をつくる	献体となるため、家族に頼まれ葬儀のためにひげを切り、本人の身体の一部を残す 献体・葬儀の準備や客の接待で忙しそうな家族を意図的に死後のケアにさそう
							死亡後、遺族を訪問する	看取った家族を訪問し、看取りに対する家族の思いを語ってもらい、悲嘆状況を確認する	数日後、遺族を訪問し、看取りに対する家族の思いを確認する

のような家族の深く隠された意向や希望を聞き出し、それをもとに具体的な時間の過ごし方を提案することが必要とされることも多い。このような提案は、利用者の身体的な状態の現状と予期される今後の状態に関する正確な判断の元に初めて可能となるものである。

> *やっぱり家族がいろんな家族がやっぱりかかわるっていうことがターミナルにおいては、ご本人さんの勇気付けにもなるし、いいんじゃないかなあと思いますね。うん。ここは1人さみしく、在宅についても1人さみしく、あのー、ねえ、あの、部屋で寝ているよりは、やっぱりいろんな人が普段どおりにいろんな人がかかわって、で、あの、していくと、やっぱり本人もやっぱり気持ちの上で落ち込むこともないし、励ましになるんじゃないかなと思います。*

利用者の状態がまだ比較的安定している時期に、看護師は家族と「今しかできないことは何か」を話し合い、その実行を勧める。その際、点滴などの医療機器をどのように処理すればよいのかを具体的に考え、対処を説明することも重要な役割である。

利用者の状態が悪化してくると、目の前の介護に追われて身内との別れという家族としての自らの位置づけを忘れてしまいがちな家族も多い。介護する者としてではなく、ともに人生を歩んだ家族として利用者と接する時間を作るように、看護師は家族に思い出させ、提案する。

また、看護師の提案の対象は、主介護者である家族員だけにとどまらない。他の家族員もケアに巻き込んで、利用者との時間が過ごせるように提案したりすることもある。死を迎える身内に対しては、どのように接したらよいのかわからずに足が遠のいてしまう家族は多い。しかしそれでは、身内がなくなった後に後悔を残すのではないか。死にゆく身内のケアにどれだけ関わるかは、家族員一人ひとりが決めるべきことではあるが、看護師は、それまでの経験を基に、あるいは看護師自身の信念に基づいて、家族にできることを提案し続ける。家族が利用者の永眠後に後悔しないような看取りを実現するためである。

利用者の状況がいよいよ切迫したものになる時期には、家族が利用者の周囲に集まり、共に水入らずの時間を過ごすことができるように勧める。別居している家族や親しい親族を呼ぶことも勧める。呼吸苦や疼痛などの症状を前にして手をこまねいてしまう家族には、マッサージや言葉をかけることなどが利用者にも伝わり、また心地よいものであることを伝えて、最後まで家族にできるケアを提示してゆく。少しでも看取りのプロセスに参加した経験を持つことが、死別後に満足感として残ると考えるためである。死が近づくにつれ訪問の頻度と時間は増加するが、看護師は、家族が水入らずの時間を過ごすことができるように配慮する。

家族が疲弊した事例の場合には、家族の負担を軽減するためにできることを提案する場合もある。これは特に介護が長期にわたる非がんにおいてみられるようだった。

③ 家族の悲嘆の緩和に努める

身内との死別は、家族にとって究極の情緒的なストレスの連続といえる。このプロセスを家庭で迎えるということは、大切な人を失うということの思いに対峙すると同時に、身内の身体が死を迎えることへの具体的なケアも自分たちで担うという、二重のストレスにさらされることになる。このような家族に対し、看護師は、その思いを傾聴したり、共感を示したりするために多くの時間を費やして、家族が死別の悲嘆を少しでも緩和し、身内の死に立ち向かう姿勢を持つことのできるように支援している。

> *やっぱり家族も追いついてこれてないですね。進行の早さには追いついてこれてない方もいらっしゃいますし。あと、先のことを考えられないとか、今のことだけに必死とか。そういうご家族のお声も聞いてますので、その助言をするにしても、まずお話を聞かなきゃいけない。ご家族がどういうお考えでいらっしゃって、どういう思いであって、どういうことに不満を持ってて、どういう考え方の方々かなというのを。本当に 10 人いれば、10 人違いますので、それに合った援助方法、支援、助言、あの手この手を考えながらしていかなきゃいけないですね。*

傾聴の姿勢や共感の提示は、ターミナルケアの全期に渡って行われるが、特にターミナル開始期に言及されていた。この際の傾聴には、家族の置かれた状況を気持ちの側面を含めて理解し、今後の支援の枠組みを形成する上での情報源にもなる。また、「看護師は自分たち家族や自分たちの抱えている困難を理解して、支援してくれる存在である」という認識を家族に持ってもらい、この後に続く看取りのプロセスをともに歩むための信頼関係を形成する

役割を持っているようでもある。看護師は、訪問時間の制限の中でも、それまでの介護の過程やそれに伴う家族の気持ち、考えを十分な時間をかけて聞き取る。高齢者の場合には特に、病状の悪化は自然のながれであることを説明し、家族が不必要な罪悪感に苦しむことがないようにする。

在宅療養生活の安定する維持期には、訪問時だけではなく電話による相談にも応じる。今後を見据えてさまざまな不安を持つ家族と共にあることを示し、家族の負担や不安を軽減するためである。また、家族の利用者との思い出話に耳を傾けて、家族が利用者との死別に折り合いをつける支援をすることもある。病状が悪化するにつれ家族の不安は高まり、パニック状態になることもある。看護師はしばしば興奮状態にある家族の話を十分に聞き、恐怖の中にある家族の気持ちを落ちつかせる。

臨死期にあたっては、看取りの具体的な話をすることが、家族の気持ちを和ませることもある。

> *看取りの準備教育で最も重要なキーワードはユーモアとコミュニケーションなんです。死に向かう深刻な話をかしこまって堅い感じで家族にお話しするのではなくて、普段の日常ケアや会話のなかから、自然とそれに結び付けてユーモアを交えながら病状のプロセスや看取りのプロセスをお話しして、家族の意向や気持ちの刷り合わせをしていくことが重要なんです。自然な流れの中で。これは経験がなすわざとも思います。*

がんと非がんの事例を比較すると、非がんの場合には、介護がしばしば長期にわたっているために、家族との対話は介護のことに限らず、利用者と家族の生活全般にわたるようであった。がんの場合には、相対的に、利用者の疾患にともなう会話が中心を占めているようであった。

利用者が死を迎えた後には、看取りを終えた家族とともに看取りのプロセスや不安だったときのことを振りかえり、最期まで看取れた家族の努力をねぎらう言葉がけを行っている。また、呼吸停止後に連絡があった場合には、そのときの思いを表出してもらい、家族だけで最期を看取ることができたことに対するねぎらい、在宅で看取ることができた満足感をもってもらうような働きかけを行っている。

また、孫など直接介護に当たっていなかった家族に対しても、布団をかけるなどできることを促す声かけを行い、共に看取ったことの満足感が得られるような働きかけを行っている。

悲しみの表出の仕方は人によってそれぞれ異なる。泣いている家族がいた場合、家族はそっと見守っている。また、献体を行うための手続き、葬儀の準備、外から来た客の接待などで忙しそうにしている家族を意図的に死後のケアに誘うなど声かけを行い、共に過ごしてきた家族とお別れができるように配慮している。

献体を行う場合には、家族からの依頼を受け、葬儀のために利用者のひげを切るといった支援もおこなっている。

6) 大分類 6 死亡時の支援

利用者が旅立つ際の看護師の活動は多岐にわたる。死亡の確認から死亡診断までが円滑に進むようにあらかじめ調整すること、家族からの緊急連絡に即応して訪問すること、窒息や出血など緊急事態に対処すること、医師に連絡し実際の死亡診断を完了すること、死亡を家族に伝えること、家族とともに死後のケアを行うこと、死亡後の手続きについて家族に説明すること、看取った家族と看取りの経過を振り返りねぎらうこと、家族の悲嘆の様子を確認することなどである。利用者と家族がこの決定的な時期を進んでゆくための、いわば総合プロデューサーともいうべき内容である。

以下に、死を迎える支援、死亡確認、看取り後の訪問として看護師が実践している内容について説明する(図表35)。

①家族からの緊急連絡に対する支援体制の整備

在宅におけるターミナルケアでは、多くの場合は、家族だけで最期を看取り、その場に看護師や医師が立ち会うことは稀である。いつ最期の瞬間が訪れてもよいように緊急時の連絡体制および緊急訪問体制を整備する必要がある。

看護師は、呼吸停止や急な状態変化などがあったときに、その場にいる家族が慌てず速やかに看護師や医師に連絡できるようできるよう、緊急時に連絡する看護師の連絡先を再度確認している。そして、家族から連絡があった場合、すぐに利用者宅に緊急訪問し対応できる看護体制を整えている。利用者の死を目の前にするとあわてて、119 番に連絡をしてしまったり、入院していた病院に電話してしまう家族もいるからである。

特に、営業時間外の連絡においては、連絡を受けた看護師がすぐに次の行動がとれるよう、常に訪問看護ステーション内で情報を共有し、緊急訪問を行う看護師を手配できるように準備している。

血圧が40 で触診でしたね。下顎呼吸でしたし、プルス(脈拍)も80、サチュレーション(酸素飽和度)は計れなくって、四肢の冷感も始まって、チアノーゼもあったので、もしかすると今夜中かもしれないねという看護師の予測の中で話はしてあります。先生にもその様子を報告しておりましたので、先生の診療が終わった夜の7時頃診に来てくださっています。それで、「そういう心積もりではいて欲しい」というのを、ご家族の方にはお話をして、「じゃあ呼吸が止まりそうになったとき、もしもこれ以上の変化があったときに、落ち着かないとか不安なことがあったら、いつでも緊急の電話のほうに電話をくれたらいいよ」と。「ご家族がたくさんいて、みんなで看取れるような状況でしたら、呼吸が止まってから電話をくださってもかまいませんと。とにかく何か困ったとか、何か心配だということがあれば、夜間でもいいからと。ちょうどそのとき、わたしが 24 時間の携帯当番をしていたので、わたしが持っているから、いつでも電話くれたらいいよ」というのは、夜訪問したときに、言って帰りました。

②家族からの死亡連絡時の医療チーム間の調整

看護師が家族から呼吸停止の連絡を受け、緊急訪問を行う場合の医療チーム間の調整方法のやり方、つまり主治医への連絡のタイミングは、家族、主治医と訪問看護ステーションとの事前の取り決めによって異なるようであるが、看護師は家族から呼吸停止の連絡を受けたら、関係者、特に主治医に連絡がいくよう配慮し、まずは自らが利用者宅を緊急訪問するという点は共通している。

その後のプロセスは大きく 2 つに分類される。看護師と主治医が一緒に、もしくは同時に緊急訪問する場合と、先に看護師が訪問して死亡を確認し主治医に死亡確認のための往診を依頼する場合である。前者の場合は、家族から連絡を受けた看護師は、主治医など関係者への連絡状況を家族に確認し、まずは主治医に連絡する。その後、主治医と一緒に訪問、もしくは同時間に利用者宅に向かっている。

お昼すぎぐらいに様子を診に行ったときにかなりのレベル低下と血圧がダウンして、もうかなり急激な変化、急というか、その日のうちに起こるであろうということを話を家族にしてあったんで、「そのときは必ず連絡をください」というふうに言って帰ってきて、すぐにドクターに話をして、「もうこういう状態だったので、もうすぐに

図表35 死亡時の支援

	看護師の実践	具体的支援	死亡確認の方法	がん	非がん
臨死期（家族から呼吸停止の連絡をうけてから）	①家族からの緊急連絡に対する支援	・呼吸停止の可能性の見極め、家族からの緊急連絡に常時対応可能な体制をとる		・家族から呼吸停止や呼吸が異常であるとの連絡を受け	・苦痛、状態が急に悪化したと家族から連絡を受ける ・家族から呼吸停止の連絡を受ける
		・家族から呼吸停止の連絡を受け、利用者宅を緊急訪問する		・家族からの連絡を受け、すぐに看護師が緊急訪問する	・家族からの連絡を受け、すぐに看護師が緊急訪問する
	②家族からの死亡連絡時の医療チーム間の調整	・家族から呼吸停止の連絡を受けたとき、主治医への連絡状況を確認する ・家族からの死亡の連絡を受け、主治医に電話連絡する ・主治医に連絡をし、同時期もしくは一緒に緊急訪問する ・主治医に状態を報告し、往診を依頼する	看護師および医師が緊急訪問し、死亡確認を行う場合	・看護師と主治医が同時に利用者宅に緊急訪問する ・主治医に連絡をし、一緒に緊急訪問する	・家族に主治医への連絡状況を確認する ・主治医に連絡し、一緒に緊急訪問する ・死亡確認のために主治医に連絡し、往診を依頼する
			先に看護師が緊急訪問し、死亡を確認後、医師が往診し、死亡確認を行う場合	・家族から呼吸停止の連絡を受けて主治医または担当の医師に連絡をする	・家族から呼吸停止の連絡を受けて主治医または担当の医師に連絡をする
			主治医の往診体制が整わず、医療機関に搬送して死亡確認を行う場合	・家族から呼吸停止の連絡を受けて主治医または担当の医師に連絡をする	・家族から呼吸停止の連絡を受けて主治医または担当の医師に連絡をする ・主治医または担当の医師にこれから緊急搬送することを確認をする ・救急車の手配・病院搬送の調整を行う
	③予期せぬ病状急変時の支援	予測できない急な状態変化に対する緊急対応を行う（窒息による呼吸停止を避けるための支援）			・訪問中に状態が急に悪化し、痰・胃液による誤嚥にて呼吸停止。吸引をする
	④死亡の確認および死亡診断までの医療チーム間の調整	死の徴候を観察し、死亡したことを確認する	看護師および医師が緊急訪問し、死亡確認を行う場合	・訪問中に死の三徴候を確認もしくは看護師が先に到着した場合、死の三徴候を確認し、主治医に報告する	
			先に看護師が緊急訪問し、死亡を確認後、医師が往診し、死亡確認を行う場合	・死の三徴候を確認し、死亡を主治医に報告し、往診を依頼する	・死の三徴候を確認し、死亡を主治医に報告し、往診を依頼する
			主治医の往診体制が整わず、医療機関に搬送して死亡確認を行う場合		・死の三徴候を確認し、死亡を主治医もしくは担当の医師に報告し、往診が可能かを確認する ・死亡を確認するために医療機関への搬送が可能か医師に確認する ・救急車の手配を行う（消防署とは事前に調整済み）
死亡確認後に行うこと	⑤死亡したことを家族に伝達する	死亡したことを家族に伝える	看護師および医師が緊急訪問し、死亡確認を行う場合	・医師による死亡の診断に看護師も同席する ・看護師が先に到着した場合は死の三徴候を確認して家族に説明する ・医師だけでなく、看護師も死の三徴候を確認し、ひとつずつ家族に説明する	・医師による死亡の診断に看護師も同席する ・訪問中でその場に医師がいない場合、死の三徴候を確認して家族に説明する
			先に看護師が緊急訪問し、死亡を確認後、医師が往診し、死亡確認を行う場合	・死の三徴候を確認して家族に説明する ・主治医に連絡をし、死亡診断を行う	・死の三徴候を確認して家族に説明する ・主治医に連絡をし、死亡診断を行う
			主治医の往診体制が整わず、医療機関に搬送して死亡確認を行う場合		・死亡の確認を行い、医師による死亡の確認のための医療機関への緊急搬送を行うことについて家族に説明する（事前に説明し、了解は得ている）
	⑥死後のケア	死亡後のケアを看護師が行う、もしくは家族とともに死亡後のケアを行う	医師による死亡確認がされた後、もしくは看護師による死亡確認後、医師より了解が得られた場合	・家族が見守るなか、看護師が死後のケアを行う ・家族とともに選んでおいた服を着せる ・布団をかけるなど孫にもできることを促す声かけを行い、家族にも参加してもらう ・主治医と家族とともに死後のケアを行う	・意図的に家族を引き入れ、家族がいつも行うやり方で一緒に死後のケアを行う ・死後のケアは特別なものでなく、これまでどおりのケアでよいことを家族に伝える ・献体を行うため、家族に頼まれて看護師が葬儀用にひげを切る
	⑦死亡後の手続きに対する支援	死亡後の手続きなどについて説明する		・葬儀の段取りについて説明する ・後日、訪問するついて伝えておく	・利用者宅にとどまり、献体のための手続きを手伝う ・訪問看護の料金の精算方法について説明する ・後日、訪問するついて伝えておく
	⑧看護師による看取りの評	看取を終えた家族からの言葉などから自分たちの看護を振り返る		・ありがとうといわれる ・自宅で最期を看取ってよかったといわれる	・家族からあなたでよかったといわれる ・家族から窒息による呼吸停止ではなかったので、大往生と思えたといわれる ・予期せぬ状態悪化による死亡だったため、罪悪感が残る。
	⑨死別の悲嘆に対する支援（看取り後の訪問）	看取った家族を訪問し、看取り後の悲嘆状況を確認する			
		4～5ヶ月後、遺族を訪問し、看取りの思い出を語ってもらい、努力をねぎらう		・看取った家族を訪問し、看取りに対する家族の思いを語ってもらい、悲嘆状況を確認する	・数日後、遺族を訪問し、看取りに対する家族の思いを確認する

この日のうちになるかもしれない」っていうことをしていたら、先生が、「じゃあ、その日の夕方、仕事が終わる、ある程度めどが付いた段階で、往診に行こうか」っていう話をしてくださったので・・・(中略)夕方にこちらが出る前に連絡が入ったんです。「呼吸状態がちょっとおかしくなったので、すぐに来てもらえますか」っていうときだったので、じゃあ、先生も、「じゃあ、一緒に行きます」って言って・・・先生は診療中ですぐに出れないからっていうことで訪問看護に緊急の連絡が入って、ちょっと様子がおかしいって息子さんから連絡があったんで、ちょっと自分がすぐには行けないから行ってくれないかっていうところで。(中略)訪問看護に先生から、まず連絡が入って、「まず診に行ってくれ」って、「その状況を確認して連絡をくれ」ということで・・。

看護師が先に到着した場合は、状況を主治医に報告し、到着までの対応方法を電話で調整しており、本プロセスをとる場合が多いようである。後者の場合は、まず看護師が緊急訪問をし、死亡の徴候を確認した後、主治医に往診を依頼する。看護師が訪問中に利用者の死亡が確認された場合も後者の対応となる。

一方、訪問診療のみで往診を行わない医師や、主治医が不在時に別の医師が対応できる体制のない医療機関に所属する医師との連携により看護師が在宅での看取りを支援する場合、看護師は、医師による死亡確認のために搬送する病院や搬送を行う救急隊(消防署)との間を調整して、主治医の不在時にも対応できるように準備している。死亡してから時間がたっていたり、明らかに死亡している場合、救急車では搬送してくれないこともある。このような場合は、警察に連絡をして検死となることがあるからである。そのため、看護師は、往診が可能な医師を主治医とするよう調整を行ったり、このような調整を事前に行っている。

また、以下のケースでは、家族の在宅で看取りたいという気持ちを最後まで支えるため、死亡確認のための医療機関への搬送に関わる調整だけでなく、その説明も看護師が行っていた。また、搬送時に、訪問看護ステーションの車両を提供することの提案も行っていた。

「もう、ちょっとぼちぼちというような状況になってきたけれども、看取りのほうは先生いいんですよね」という話をしたら、なんと不在の時期があると。2、3日ちょっと自分の家の家族の用事でいなくなるという話があって……受け入れする病院でたまにそういうことがあるんですよね。もともと導入のときにも家族に話はしてあるとは言っているのだけれども、そういった場合に看取りに行くドクターがいないので。(中略)・・・・家族はやっと(家で)看取るつもりになって、入院はもういいですという話になっていたのに、その話をやはり伝えないといけないので伝えることになって、やはり、揺れ出しちゃったんです。そんなだったら、運ばなきゃいけないと言われると家族の都合もあるので、「自分の夫が家にいる日がいついつといついつで」というような感じでバタバタしだしてしまって、最悪、運ぶのに人手がいるのだったらステーションの車をお出ししますとか、そこまでの話をしていたのですけれども、・・・・(中略)・・・いざというときには、こちらも本当に必要なら手伝うからという話をして、じゃあ自宅でそのまま、早めに入院させるということはしないで看ていきますという話になっていたんです。・・・・ 娘さんから、あごで呼吸をしていて様子が変わってきましたという電話が入ったので、主治医に連絡をしたら、やはり、今日はもう出られないというお話で、先生のほうから外来に「救急搬送してもらいます」という連絡を入れてもらって、私たちのほうも先生から病院に連絡を取ってもらったので救急で搬送してくださいということになって、結局もう、救急隊が来るまでに家で呼吸停止してしまって、死亡の確認だけを……救急隊も渋々運んでくれたみたいなのですけれども・・・。

③予期せぬ病状急変時の支援

在宅での看取りにおいて特に問題となるのは、利用者の症状や状態が急変したときである。特に非がんの利用者で長期に在宅療養を行っており、死が近いことが予測されていない場合、痰や胃液などの誤嚥による窒息が出現した場合、緊急対処が必要となる。このような症状が看護師の訪問中に出現した場合、看護師は症状が落ち着くまで主治医と連絡調整し、緊急対応を行っている。

④死亡の確認および死亡診断までの医療チーム間の調整

主治医がその場にいない場合だけでなく、主治医が「死の三徴候」を確認する場合においても、看護師は、呼吸停止、心停止(血圧が測定できなくなり、脈が触知不能となる)、瞳孔散大・対光反射の消失、の「死の三徴候」を観察し、利用者の死亡を自ら確認している。

看護師は、死亡の確認の方法にあわせて調整を行っている。看護師および医師が緊急訪問を行い、死亡の確認を行う場合においては、訪問中に死の三徴候を確認もしくは看護師が先に到着した場合、死の三徴候を確認し、主

治医に報告している。また、先に看護師が緊急訪問し、死亡を確認後、医師が往診し、死亡確認を行う場合は、死の三徴候を確認し、死亡を主治医に報告し、往診を依頼していた。さらに、主治医の往診体制が整わず、医療機関に搬送して死亡確認を行う場合は、死の三徴候を確認し、死亡を主治医もしくは担当の医師に報告し、往診が可能かを確認していた。そして、往診体制が整わない場合は、死亡を確認するために医療機関への搬送が可能か医師に確認するとともに、医療機関に搬送するための救急車の手配を行っていた。緊急搬送に際しては、看護師が消防署と事前に調整を行い、搬送についての依頼がなされていた。

⑤死の三徴候(死亡したこと)を家族に伝達する

看護師により死の三徴候が確認され、その場に主治医がいない場合、死の三徴候が確認されたことを家族に伝達している。この伝達は、看取りを行った家族をねぎらい、その気持ちを支えるという意味を持つ。また、医師による死亡診断の前に死後のケアを行うことについて主治医に了解をとった上で、家族とともに死後のケアを行う際にも、必要なプロセスとなるようである。

死亡した場合にどのような方法で死亡確認するかについては、事前に医師、看護師間で調整がされており(翌朝往診など)、こうした場合にも速やかに主治医が死亡確認・死亡診断を行い、家族に説明できるよう、看護師は連絡調整を行っている。

⑥死後のケア

死後のケアをだれが行うのかは、そのケースによって異なるようである。看護師が行う場合と家族と一緒に行う場合があり、死後のケアを始める前にケアを一緒に行うかの確認を行っていた。また、別れを行えていない家族に対し、看護師は意識的にケアへの参加を促していた。

そして、家族と一緒に行う場合は、死後のケアは特別なものではなく、これまでどおりのケアでよいことを伝え、利用者が生きていたときと同じようなやり方で一緒にケア(体をきれいに拭き、家族とともに選んでおいた衣服を身につけてもらう)を行っている。

> *この娘さんも普通にみんなにこう、ああして、こうしてとか言いながら、お客さんの接待とかしてもう忙しいんですけど。そしたら、一緒にちょっと、手貸してもらえますかって、わざと言ったんですよ。そしたらあの、1人貸して、ちょうどここ横向けたりっていうのを、ちょっと手が足りないのでお願いしていいですかって言ったら、「あー、はい、はい、はい」とかって言って。ガーゼを当てるときに、「いつものように」って言って、「私じゃなくても、いつもやっているとおりにしてもらってもいいですか」って言ったら、初めてそのときやりながら、手が震えて泣いてましたね。(中略)それまではもう淡々と。もう最期の処置になりますねって言ったら、もう何かツーンとなって。*

⑦死亡後の手続きに対する支援

死亡後に行わなければならない手続き等について、確認をふくめて説明を行っている。

葬儀に関しては、亡くなる前から段取りについて説明したり、家族が準備している場合もあるが、利用者が亡くなった後に説明を行っている。また、献体を行う場合、医師への連絡調整を行うなど、手続きを手伝うこともあるようである。

また、訪問看護の料金の支払に関しては、引き落としの手続きがされていない場合、どのように支払っていただくかを説明している。後日、請求書と領収書をもって利用者宅を訪問することについても説明をする。

⑧看護師による看取りの評価

介護中の状態や家族の言葉などから、自分たちの看護を振り返り、評価を行っている。

⑨死別の悲嘆に対する支援(看取り後の訪問)

利用者が亡くなった後、数ヶ月が経過した頃、看取った家族を訪問し、家族の悲嘆状況を確認している。また、家族に看取りの思い出を語ってもらい、看護師は家族の努力をねぎらうなど、家族の悲嘆に対するケアにつながる言葉がけを行っている。

7) 大分類 7 在宅ケア体制の形成と他機関との連携

> 訪問看護師は、訪問看護の開始前から看取りまで、利用者と家族を支える個別の在宅ケアチームの形成と調整を行っている。すなわち、訪問看護体制を調整するだけでなく、ターミナル期にある利用者・家族のニーズに合わせ、多様な在宅ケア制度のタイムリーな活用を働きかける。利用者の苦痛症状を最小限にするための在宅医療体制を形成・管理する。さらに、在宅ケア体制を最善の状態で機能させるために、在宅ケアチーム内の情報共有と方向のすり合わせや、他職種への情報提供と説明などという連携を行っている。

訪問看護師は、利用者とその家族が在宅での生活に満足でき、悔いのない死を迎えられるよう支援している。利用者とその家族が共に最期の日を迎えるまで、自分たちの持っている力を最大限に発揮できるように、在宅ケアの物的・人的な体制を整備することも、訪問看護師の実践するターミナルケアの大切な一部である。ここでは、そのような在宅ケア体制の形成のために看護師が行っていることや、その最善の活用のために看護師が実践している他機関との連携の内容を説明する。

ターミナルの時期には、利用者の死に向かって状況が刻々と変化する上に、利用者や家族は心身ともに不安定な状態にある。この時期には、彼らの変化に応じて細かく体制を調整していく手腕が、訪問看護師に必要とされる。このような活動は、実際の訪問時間内に行なわれることは少なく、訪問時間以外の時間に、利用者や家族には直接見えないところで行なわれていることが多い。

また、在宅ケア体制の整備は、在宅療養生活を開始して初めて体制の不備に気付いた訪問看護師が慌てて整備に奔走する場合も現状ではまだ多いものの、基本的には、在宅療養生活が始まる以前、すなわち制度的に報酬が開始する以前に多くのことが行われている。在宅ターミナルケアの経験を重ねる中で、訪問看護師は体制の整備が後手にならぬよう、訪問開始前からこのような体制整備の視点をもって準備を進める必要性を痛感し、現行制度上の報酬とは関係なく実践している。

> *今後往診になるだろうS クリニックに、まだその人を見たこともない状況の時からクリニックの看護師と物品の調整とか訪問頻度のこととか最終的なわかる範囲の打ち合わせはもう始めちゃった。若いからきっと早いだろうってことで。で、退院までの一週間の間に全ての調整は終えて、で帰ってきてもらった。で本人は週末に帰ってきたかったんだけど、週末にもし異常なことがあったらいけないということで、日曜日の夜帰ってきてもらって月曜の朝(訪問看護に)入った。*

ここでは、在宅ケア体制の形成と他機関との連携に関して、大きく【訪問看護体制の形成と管理】【在宅ケア制度活用の調整】【在宅医療体制の形成と管理】【在宅ケアチーム内の情報共有と方向のすり合わせ】【他職種への情報提供と説明】に分けて説明する(図表 36)。

① 訪問看護体制の形成と管理

訪問看護師による訪問サービス提供体制の形成は、訪問看護利用の打診が入り、家族との相談が始まった時点から開始される。把握できる情報の限りと、家族の在宅ケアに対する姿勢や介護力などを基に、家族と看護師がどのように役割分担をしてゆくか、また、どのような体制でサービスを提供するかの計画を立てる。ターミナルの事例は一般に訪問頻度が高く、緊急訪問の可能性も高いため、前もって体制を考慮しておくことが特に重要となる。非がんの事例では、担当看護師を 2 名に増やしたり、どの看護師も対応できる体制にしたり、褥瘡の状態に応じて訪問回数を変更するなど、訪問回数や担当看護師の人数を状態に応じて調整していた。

> *ちょっとその右足の状態がかなり悪かったので、それを見て何かもうだめなんだろうなという思いは持ってはいたんだと思います。私たちももう安楽が第一ということで、体もきれいにしたりしていましたけど、足の処置も二人で訪問して。(それはいつぐらいのときですか。)二人で行っていたのは、いつからだったのかな。7月に入った頃からだったと思うんですけど、行けるときは二人で行くという形で。そうですね、7月か6月終わりぐらいからかな。週末とか以外は二人いるときは二人で行くという形で、痛みがなくて良いだろうという形になっていました。*

図表36-1　在宅ケア体制の形成と他機関との連携

支援の分類	訪問看護体制の形成と管理			在宅ケア制度の活用の調整			在宅医療体制の形成と管理			在宅ケアチームの形成と多職種との連携			他職種への情報提供と説明		
時期	大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー	
	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん
開始前	個別の状況に合わせた在宅ケアチームと物品を整え、共同で対象者受け入れを準備する														
	訪問看護を含めた在宅療養体制を形成する			訪問前から在宅ケア関連制度の活用について検討し在宅療養環境を整える			訪問前から家族、医師、他職種と関わり在宅医療体制を形成する			在宅療養支援チームの各メンバーと円滑な関係を作り、ともに事前の準備を行う			在宅療養に必要な知識を他職種と共有する		
	訪問回数、人数を状態に合わせて決める	家族と看護師の役割分担を明確化する	どの看護師が訪問しても対応できるようにした 状態に応じて、担当看護師を2名の体制とする 褥瘡の状態に応じて訪問回数を増やす	保険制度の切り替え	ターミナル時はすぐに医療制度に切り替える		往診医を紹介する	家族・本人に往診医を紹介する		退院前に病棟に訪れ、カンファレンスなどを行い調整する	退院時の搬送方法決定のため病棟訪問し相談	退院前に、ケアマネージャー、看護師、医師、娘も含めて、2、3度調整を行った	医師に在宅医療について説明	医師に在宅医療の診療報酬について説明する	緊急時や悪化時に往診の主治医の必要性を、説明、提案する
				他事業所からの提供サービス内容を把握し、調整する	これまでに導入されている介護事業所からの提供サービスの内容を把握する 介護負担軽減のため、デイサービスやショートステイの導入を進め、実施した		医師・家族の意向を確認	医師の説明に関して、医師・家族に確認する			訪問開始前に、医師、看護師、ケアマネ、家族、本人を含め、カンファレンスを行い、認識を一致させる 退院カンファレンス時連絡先を確認する		(医療職でない)ケアマネジャーに説明	(医療職ではない)ケアマネジャーに病態の理解を得るよう説明する	
							退院に向けての病院スタッフと協働での事前準備	病院のケースワーカーに会い、情報収集する	病棟看護師に吸引の指導を依頼する 病棟看護師とともに退院指導を行う				家政婦やヘルパーに指導	家政婦やヘルパーにリハビリ方法や医療機器の取り扱い、緊急時の対応について指導する	
	自己研鑽	ホスピスやターミナルケアについて勉強する								医師に報告	医師に病院の調整した内容を報告する		ケアマネージャーに報告	ケアマネージャーに助言や問い合わせに対応す	
							往診医に退院後の説明や対処方法を依頼する	丸山ワクチンのフォローを往診医に依頼する 在宅移項時、予後などの説明を在宅医に依頼する		医師との相談と準備	事前に医師と看護師で話し合い、準備していた				
							医師との関係作り	医師を尊重し、関係を大切にするよう心がける 家族・患者と医師との橋渡し	ケアマネジャーから、在宅医の紹介時、すぐに挨拶と調整を行う 医師から医療処置の判断を委ねられる						
							医療機器・衛生材料の確保	輸液ポンプの貸し出しを病院に依頼	在宅酸素を導入するために病院を変更した 入院時から吸引機の貸し出しを病院に依頼 衛生材料は診療所が用意し、自宅で必要な物は購入してもらうよう持参する						
ターミナル開始期	実際に始まったターミナルの在宅療養状況に基づき、ケア体制を調整する														
	介護体制と利用者の状況に合わせて訪問方法を調整する			介護体制と利用者の状況に合わせて制度を最大活用する			往診できる医師を勤め、在宅医療体制を形成する			連携に基づき在宅医療を開始する			在宅療養に必要な知識を他職種と共有する		
	訪問回数、人数を状態に合わせて決める	週に1度訪問する	家族と看護師の役割を明確化し、体制を整える	保険制度の切り替え	保険を切り替えて、訪問時間や回数を増やすようにする		往診できる医師にかかりつけ医を変更するよう提案	往診医について家族・本人に確認する	主治医を往診医に変更するようケアマネージャーも含め調整する	医師との情報共有	・医師と食事摂取量や呼吸状態の報告や情報共有をする		ケアマネ・ヘルパーに医療機器の取り扱いや患者の留意点を説明する	ケアマネ・ヘルパー単独訪問時、一緒に同行し留意点を説明する	医療機器の取り扱いについてヘルパーに指導した
		コスト削減のため、医師の代わりに看護師が訪問する	緊急時や不安時は24時間の連携・訪問体制をとる	家族の介護力に応じて体制を決める	患者・本人の気持ち・介護力に合わせて方針を決める　家族が仕事を継続し、負担が少ない支援体制を作る		往診医を紹介する	家族・本人に往診医を紹介する	往診医を、利用者、家族に紹介する	医師と同行訪問する	初回訪問時往診医と訪問する		医師に医療機器や診療報酬について説明する	在宅医療の経験のない医師に状況を説明する 医師に医療機器や点数の取り方を説明する	
				OTを導入する	作業療法士を導入してもらう		衛生材料の調達	衛生材料は訪問看護師が持参したり、不足部分は医師に出してもらうよう依頼する		医師からの指示を遂行	・薬などの指示が出され開始				
				福祉用具を利用する	ケアマネに福祉用具の利用を依頼する		医師と緊急時の体制を作る	入院先の医師に緊急時の受け入れを確認する	緊急・急変時の対応を医師と相談し、体制を作る	医師への依頼	主治医に指示書を責任もって依頼し、受け取る		薬局に処方方法や点数を説明する	薬局に処方方法や点数を説明する	
										ケアマネージャーとの情報共有	担当者会議に参加する ケアマネと一緒に訪問する ケアマネージャーと患者との関係性が悪いことで調整に困難が生じた				
維持期	急変時の対応を含め、状況の変化に対応しつつ協調して必要なサービスが提供できる体制を確立する														
	必要な訪問看護を確実に提供する			利用者の変化に合わせタイムリーに各種サービスを導入する			必要な医療が提供できる体制を確保する			情報とケアの方向性を関係者が共有する			家族や他職種が緊急時にも対応できるよう助言説明する		
	訪問回数、人数を状態に合わせて決める	訪問回数は、週1、点適時など入れ替え時は3回訪問する	医師の指示処置、患者の状況によって、訪問回数が定まる	介護サービスを導入する	介護保険を導入し、福祉用具を導入できるよう調整する　入浴の危険度を考慮し、入浴サービスを進め導入した		急変時の対応について医師と相談し決めておく	急変時の対応の相談		医師との情報共有	・薬の効果や状態の変化について電話やFAXで相談 ・医師が訪問看護師のみでは会ってくれない ・医師との頻繁なコミュニケーション(FAX、電話、面談、医師に意見を述べる、患部の写真を送る) ・医師の往診時と看護師の訪問時で、患者の状態が異なり、方針にズレを感じた ・ステーションと診療所で連絡を取り合わないと情報共有がうまくいかない可能性		ヘルパーに吸引器の対応や使用方法、緊急時の対応について指導した		
		昼夜逆転に夜間訪問を導入		・褥創予防のためにエアマットを導入したかったが、業者はコストの都合ですぐには動いてくれなかった。	・ショートステイ、有料家政婦などのサービス利用		医師との円滑な協働体制を育てる		・経験の浅い医師が良い経験を積めるよう配慮 ・訪問看護に対する医師の理解がない ・医師のことを知るように努める	医師との同行訪問	・診察・往診は看護師と医師で一緒に行く		患者に緊急時の対応を説明する	患者に訪問時間、緊急時の対応について説明し実践する。	
		ケアの内容によって、1回につき60－90分訪問し、1日3回訪問することもある 看護師5人体制で関わった					医療機関と自宅間のスムーズな移動を実現する	必要時は入院できるようにした 一時入院中に帰れないと考えている医師、家族に退院の調整を行った		医師からの指示の遂行	・医師に連絡するとすぐに往診・指示があった	・医師から点滴の指示を受ける			
		医師と調整して訪問回数を決める					医師とのスムーズなコミュニケーションを維持する	利用者宅に電話がないため医師への連絡を行った		ケアマネとの情報共有		・ターミナル期であることを受け入れられない気持ちをケアマネが聞き、その情報を共有する			
	採算は度外視して訪問する	診療報酬の請求が出来ないとわかっていても、必要に応じて訪問する					必要な医療機器や薬物を確保する	薬の副作用なども考慮し、前処方、指示をしてもらう　医師に酸素を設置したままで置くよう依頼する							

表36-2 在宅ケア体制の形成と他機関との連携

支援の分類	訪問看護体制の形成と管理		在宅ケア制度活用の調整			在宅医療体制の形成と管理			在宅ケアチーム内の情報共有・方針の[illegible]			他職種への情報提供と説明		
時期	大カテゴリー	小カテゴリー	大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー		大カテゴリー	小カテゴリー	
	中カテゴリー	がん / 非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん	中カテゴリー	がん	非がん
悪化期	悪化してゆく利用者と家族へのケアをチームで提供し続けられるよう調整する													
			ケアマネジャーとの連携で必要な社会資源を確保する			悪化してゆく状態に対応した医療の提供に努める			死亡時期の推定と家族の在宅看取りの意思も含めチームで情報共有してケアを遂行する			悪化する利用者の状況への対応に苦慮するヘルパーを支える		
			ケアマネ等との連携による効果的な社会資源の導入		・ケアマネと協同して社会資源を導入する	複数の医師との連携	・病院の医師と在宅の医師の間で板挟み		医師との情報共有	・あとどのくらいもつか、どうすれば家で看取ることができるかについて医師に相談 ・医師への状態報告 ・家族の意思の変化にも対応できるよう医師へ報告 ・投薬のミスを防ぐため、医師と看護師でダブルチェック ・病院からの指示書から医師の方針がわからず情報[illegible]	・fax、面談、メールなどで医師と情報交換 ・症状・状態を医師に報告	悪化する利用者の状況への対応に苦慮するヘルパーを支える		・看護師はヘルパーに医療処置の指導はするが、終末期の患者をヘルパーが独立してケアするのは難しい場合が多いようだ ・錠剤が内服できなくなったため、薬剤の形態変更の調整
						医師との連携関係を育てる		・ターミナル経験の浅い医師が良い経験を積めるよう配慮	医師との方向性のすり合わせ		・医師の往診時と看護師訪問時の利用者の状態の違いにより、医師と看護師の考えに差が出た ・家族への病状説明に関し医師と相談			
						急激な状態悪化への対応	・急激な症状の変化に対応できず	・死の予測ができず、受診が間に合わないまま死亡した ・症状悪化時に医師が往診できず、困った	医師からの指示の遂行	・報告の後、医師が往診して点滴開始	・医師からの指示で訪問・処置・準備などの調整			
									ケアマネ・ヘルパーとの情報共有		・ケアマネやヘルパーとfaxや電話で情報共有			
臨死期	死亡時期を推定し、タイムリーに必要なケアが提供できるよう他職種を巻き込んでおく													
	必要に応じた頻度で訪問看護を提供する					医師との連携関係を育てる			死亡時期を推定しタイムリーに医師にケアに参加して貰えるように連携する			ヘルパーとともにケアを実施する		
	必要に応じた頻度で訪問看護を提供する	亡くなった週は、連日訪問した				医師との連携関係を育てる		・ターミナル経験の浅い医師が良い経験を積めるよう配慮	死亡時期の推定と適時の医師への連絡	・患者の死の時期を見極め、医師に状態を報告 ・看護師の連絡で医師が迅速に対応 ・医師への働きかけがもっと必要だった	・家族から連絡があり、死亡確認のため医師を呼ぶ ・夜間、医師に連絡がつかなかった	ヘルパーとともにケアを実施する		・痰の取り方・吸引方法を家族に教え、日常ケアをヘルパーと共に行う
									医師との情報共有		・頻回なfax、面談、医師を迎えに行くなど密に連絡 ・症状・状態の医師への報告			
									医師と協働し症状緩和に努める	・症状緩和のための処置（呼吸困難・喘鳴） 看護師・医師がともに家族に説明	・医師と看護師が時間に関係なく一緒に行動 ・処置の調整をする ・家族からの連絡に医師が対応できず、訪問看護師が対応			
									医師との方向性のすり合わせ	・医師の方針と看護師の考えのすり合わせが出来なかった	・処置を継続しようとした医師に処置をしないよう意見することが困難だった			

また、事例によっては事前にターミナルケアの勉強をするなどの自己研鑽に努めるという回答もあった。

訪問看護活動が開始されると、訪問を重ねるうちに、利用者本人の状況が変化したり、家族のもつ介護力が正確に把握できるようになる。家族も、実際に在宅療養を始めて日々の生活を実感し、訪問看護師に何をどのように依頼できるのかに関する理解もすすむ。このためターミナル開始期には、開始前に計画していた体制を一部調整する必要が生じる。

> *まあ男手だけれども若いっていうことと、それから何となく奥様を思いやる気持ちっていうのがとてもあって、結果的にはお小水の管も自分で替えれるようになって。いやいやそんなとこまで看護婦さんに悪いよっていうんですよね。普通女の人なので、男の人は嫌がるし。それなのにね、そこが何か夫婦の絆というか奥さんが旦那さんを頼ってるっていう素振りがあるせいか。次回お小水の管を替えますって言っていた矢先に訪問したら、看護婦さん、ちょっと詰まり気味だったからやってみたら大丈夫だったよって言うんですよ。で、それからお小水の管は旦那さんがやることに。見よう見まねで覚えちゃったって感じですね。*

状況の一段落した維持期にも、利用者の病状は基本的に悪化してゆくため、訪問回数、人数の調整は不可欠のようである。利用者が昼夜逆転した生活パターンになってしまった場合には夜間訪問を導入したり、ケアの必要性に応じて訪問頻度を適宜変更したり、1日に複数回訪問したり、看護師の体制も5人体制で関わったりと、利用者の病状や介護者の状況、ケアや処置の必要性に応じて柔軟に体制を変化させ、対応していた。時に診療報酬請求ができない訪問だとわかっていても、採算を度外視して訪問していた。看護の提供に際しては看護計画をしっかり立てることで統一した看護の提供を図っていた。

このような訪問看護体制の調整は、病状が進むにつれて頻繁に必要になる。多様な症状に不安の募る家族からの緊急連絡や、実際の訪問も頻度を増す。特に臨死期には、家族のニーズに応えて訪問を実施すると制度の制限範囲内ですまないことが多く、多くのステーションで無報酬の訪問が実施されていた。

② 在宅ケア制度活用の調整

在宅療養をサービスを活用しながら実施するうえでは、訪問看護制度や介護保険制度の活用が必要であるが、すべての利用者や家族が各種の制度やサービスを詳細に渡って理解し自分たちだけで活用できるわけではない。ケアマネジャーが存在しない医療保険による訪問看護の利用の場合のみならず、介護保険による利用による場合にも、適切な制度活用の支援に訪問看護師が果たしている役割がある。

まず、在宅高齢者のターミナルケアにおいては、がんか否かによって、訪問看護を利用する際に活用する保険制度は異なり、がんの末期(ターミナル)となった時点で、訪問看護サービスは医療保険制度の利用となるのが原則である。それによって、訪問看護サービスは介護保険のケアプランからはずされ、医療保険制度による訪問看護サービスに切り替えられる。訪問日数に制限がなくなり、1回の訪問で最大90分程度までの訪問看護サービスを受けることができる。このような制度の変更は、介護保険による訪問看護利用者ががんによりターミナル期を迎えた場合に、まず最初の訪問看護師の仕事となる。

高齢者の在宅ケアは、介護保険制度下でさまざまなサービスを利用して実現しているが、この介護保険によるサービスの必要性を見極め、導入を進める役割を訪問看護師が担うことも多い。福祉用具の利用やOTの導入など、看護師が判断してケアマネジャーに依頼する例が見られた。訪問看護の回数が重なるうちに、利用者本人の状況が変化したり、家族のもつ介護力が正確に把握できるようになり、新たな社会資源の利用が必要となると、訪問看護師は社会資源を紹介し利用を進めていた。その中では、介護者の仕事が継続できるような支援体制の工夫が重要とされていた。福祉用具の利用では、特にがんの場合には経過が速いために購入しても利用期間が短い場合が予測され、ステーションの備品を貸し出す例も複数見られた。

> *あまり長くなりそうになかったので車椅子とかいろんな備品はステーションから貸し出しにした。(医療保険のみの人)こういう人は貸してといえない。だから逆にこっちが貸しましょうか?と言って持って行ったんですね。*

利用者の身体状況が徐々に悪化していく中では、がんの場合には、これまで導入していなかった介護保険サービスを新たに導入して福祉用具等を利用する必要が出てくる。その時点ではケアマネジャーもかかわっていないため、介護保険サービスに関する紹介や導入は訪問看護師が担当することが多い。非がんの例でも、それまで自立して

いた入浴に支援が必要になったなどを判断し、入浴サービス利用に切り替える判断とその実施には、訪問看護師が関わっていた。このような、在宅ケア制度の円滑な活用への訪問看護師による支援は、利用者が死を迎える寸前まで実施されていた。

③ 在宅医療体制の形成と管理

ターミナル期にある利用者を在宅で支えようとすると多くの場合、療養の場が家庭であっても各種の医療処置を提供するための環境を整備しなければならない。それは例えば、在宅酸素療法のための機器の設置であったり、点滴療法のための輸液ポンプを確保することであったり、定期的あるいは毎日必要とされる衛生材料の調達ルートの整備であったりする。このような在宅医療体制の形成と管理は、看護師だからこそ可能な調整と思われる。他の体制整備と同様に、在宅医療体制の形成は、訪問看護が実際に利用され始める以前から多くが実践される。

主治医の選択は看護師に任されていない場合も多いが、往診医の確保が困難な場合には、適当な医師をみつけることも看護師の重要な役割になっていた。開業医も臨床的な背景はさまざまであり、在宅でのターミナルケアの経験を豊富に持つ場合とそうでない場合がある。看護師が医師を探す場合のポイントは、往診が可能か、麻薬を含む疼痛管理が可能か、という点であり、多くの訪問看護師は、ターミナルケアに協働できる地域の医師を多く知っており、紹介していた。

> *元々入院してた頃はH センターだったんですよ。で、血管の問題で度々入院されていて最終的に手術しなければ無理って言ったんだけど(利用者は)手術をギリギリで拒否されて、それならうちは見ませんといわれ、でその方は一番近いところがSっていう開業の先生で、ここも在宅療養支援診療所に名乗り上げてくれてるんです。で、やってくれるはずだったんだけども本人たちは往診してくれる先生が必要だったのに、往診を始める前に一回病院に来て検査をしてくださいと言われ、その一言が気に入らなかった。それで昔お世話になったK 病院に行くことになった。そこは一回往診してくれた。往診医が見たときに、やっぱり壊死に段々なっていく、緊急時に呼ばれて自分が来れればいいけどこれない場合もあるので、一回病院に帰って院内で話し合わせてくれって本人たちの了承を得て帰っていった。で話し合いの結果駄目になった。原因は頻繁な往診ができない。それから壊死になったときのことが予想されるから。途方にくれてどうすればいいかってなったときに、訪問看護に相談されて、(訪問看護師は)M 病院の往診医が血管外科のドクターってことを知ってるわけですよ。その先生とは日ごろからやり取りしてる。その先生とのやり取りで先生に相談してみた。こういう患者がいるっていうことを。医療者から拒否されてるんだけどもどうでしょうか？って。それでついに家族と調整した結果見てくれることになったの。やっぱり長年の関係がよかった。その医師が見てくれることになって、一週間に一回先生が往診に来てくれることになった。*

円滑に在宅医療を開始するためには、退院前からの調整が重要とされていた。入院中に病院のケースワーカーに会い、利用者の状況に関する情報収集を行う場合もある。また、退院前に病棟看護師に吸引の指導を依頼したり、退院指導を一緒に行ったりと、退院前の事前準備を他機関の看護師と共に行っていた。医療機関から在宅に退院する利用者の場合には、入院中に医師から病状についてどんな説明がなされていたのかを確認することも、在宅医療体制を考える上で重要とされていた。

また、訪問看護師は、訪問看護開始前にまず、これから協働することになる在宅ケアチームの各メンバーと円滑な関係を作り、一緒に事前の準備を行っていた。訪問看護師は、新たに関係を結ぶ往診医を尊重し、医師との関係性を大切にするよう心がけていた。非がんの場合には、ケアマネジャーから紹介されるとすぐに主治医に挨拶をし、役割調整を図っていた。がんの場合にも、入院中に調整した内容を往診医に報告したり、情報をもとに事前に医師と話し合いをもったりしている。必要な医療処置については、例えばがんの場合には丸山ワクチンの注射や予後の説明を往診医に依頼するなども、訪問看護の開始以前に実施されていた。また、医師と利用者・家族との橋渡しをする等、医師との関係作りを中心に、在宅ケアチームが円滑に機能するように努力していた。

> *もう一つのことは、いつでも介護者が気兼ねなく主治医と連絡とれるよう、また、信頼関係が保てるよう、看護師から医師への情報の提供の…、私からですね。といったような情報の提供のタイミングを意識し、報告書やファックスで経過報告を流した。で、往診してくれる地域の医師であったため、その関、(医師と家族介護者の)信頼関係を支える形の支援をしたいんですね。*

また身体的な変化に即対応できるよう、主治医に在宅酸素の設置を継続してもらえるように依頼したり、前もって副作用発生時の処方や指示を受けておく、衛生材料の調達方法を確認するなど、利用者の先の病状を見越してより望ましい医療体制を事前に整備していた。これは看護師の視点をもった体制整備活動の特徴である。このように先手となる体制の整備があってこそ、悪化時や臨死期になっても利用者や家族が安心でき、何よりも訪問看護師自身が慌てずに適切な対処ができており、それがまた利用者や家族の安定に繋がるという円環的な状況を生んでいる。

実際に訪問が開始されると、始まった在宅医療の状況により、医療体制にも調整が必要になる。往診ができる医師でない主治医の場合には往診医を主治医にするように提案したり、実際に往診医を紹介したりすることもある。保険制度を切り替えたり衛生材料の調達体制を整備したりすることは、訪問開始前からも行なっていたことであるが、訪問開始時になってからも行なわれていた。体制の整備は利用者自身に関してだけではなく、家族に関する調整を利用者のために行うことが必要になる場合もあった。

> *なれた頃は実は奥さんに凄い病気があることがわかって、奥さんは食道痙攣をもっている。痙攣の時にモルヒネ薬を飲まないと効かない。それも効かない場合にはソセゴンの注射を打たないと効かない。H 病院にN 大のドクターが時々来る。そういう関係でH 病院にカルテを作っている。いつ何時発作が起こるかわからないので、そのときはタクシーに乗って注射しに行かなきゃいけない。そのとき(利用者である)旦那さんの方が独りぼっちになってしまう。奥さんもポンプの使い方とかペットボトルの抜き差しとか慣れてきたし、介護も慣れてきたんだけど、奥さんがそういう状況にあるってことがわかったので、私たちは奥さんの不在の間が長いとか短いとかじゃなくて(利用者さんが)一人という危険な状況にあるということで、このS クリニックに奥さんの方も(主治医を)変えてみたらどうかって。奥さんが患者になって来てもらったらどう？ってことで。奥さんにも主治医を変えてもらった。なるべく奥さんには家にいてもらうようにした。薬はナースでも大丈夫なものを見つけてもらった。(その後)奥さんも安心してご主人をみれるようになった。*

開始時に行われるもう一つの事柄は、緊急時の対応方法の確認と体制作りであり、訪問開始の比較的早い時期に医師と緊急時に関する相談がなされていた。高齢の利用者の場合、非がんであっても急変する可能性は高く、緊急時に慌てないために、早期から体制整備のために医師との相談、確認は欠かせないことだと訪問看護師は認識しているようだった。入院していた病院の医師に緊急時の受入先としての対応を確認することもあった。

在宅医療体制を組んでゆく上では、医師との円滑な協働体制を育てることも、在宅医療体制を管理するうえで重視されていた。多くの看護師が、医師と効果的に協働するために、医師のこれまでの臨床的背景や利用者とのこれまでの関係を知ることを重視していた。また、事例を通したかかわりの中で、在宅ターミナルケアのできる医師を育てて行こうとする姿勢も見られた。

> *ターミナルということでは初めて組む状態のこの先生が、どういうふうに思っているんだろうかっていうの、あたしたちは知らないわけですから、ここでやっぱりある意味、先生のほうにも「成功した」という思いを、うまくいったというケース。見送れたっていう、そういう有用感っていうのか、それは体験していただきたいんですよね。・・・・。そういう意味では、もうひとつの方策として、前に(その医師と)よく組んでいた人(訪問看護師)に「ちょっと教えて」って言って聞いたわけですよ。・・・・。あとは、そこの診療所の師長さんが、やっぱりドクターから言われて(利用者宅に行ったらもう全然(利用者は)起きてないし、やっぱり(点滴を)やらなければって言ってどっさり、点滴の液が届いたりする(というエピソードがあった)わけですよね(笑い)。でもこっちはやらないって言うって。(そのように)師長さんからも情報得たり、逆にフィードバックしたりっていうあたりですよね。その時に、(医師と看護師の)対立の図式にならないように、できるだけ頻回にこちらからファックスを入れたり。*

在宅ターミナルケアはまだそれほど一般的ではなく、経験の浅い医師も多い。ターミナルケアを長年手がけた訪問看護師は、新たな医師との協働を通じて、医師にターミナルケアについて知ってもらうことを心がける場合もあった。これは、医師の側にもおそらく言えることであり、地域のケアシステムの一員として、相互に育てあう関係が求められているということだろう。

> *ですからうちの課長もこの先生を育てましょうっ、て。まだ在宅に関しては素人だから私たちが育てましょうと(笑)。*

利用者の身体状況は徐々に悪化していく中では、身体状況の急変時に入院できる後方体制を整備しておくような準備をしたりもしていた。一方、訪問看護の途中で利用者が一時的に入院となった場合には、もう家には二度と帰れないと考えている利用者や家族の気持ちを察し、医師に相談して退院調整を行うような働きかけをも行っていた。このように、必要な医療を必要なだけ供給できる体制を作ることは、看護師だからできる調整と言えるだろう。

また、自分自身が働いている地域の中で、在宅ターミナルケアがより円滑に実施されるように、長期的な視野での地域への働きかけに努めていた。

> *長年ステーション始まってからずっと困って、サイズがないとかこれから取り寄せるよとか、どこどこでもらってきてよとか私たちが走り回らなければいけないことが多くって、医師会と一年間綿密に話し合って。医師会の事務局で購入してもらって。必要物品を全部。それをステーションの倉庫に管理してる。で使ったものは先生に報告して先生が医師会から自費なりレセプト内で調整してもらうことにした。だから走り回るってことがなくなった。*

④在宅ケアチームの情報共有と方針のすり合わせ

在宅療養体制を整備するためには、当然のことながら訪問看護師以外のターミナルケアに係る他職種等との連携も同時に必要となる。訪問看護師は、在宅ケアの参加メンバーがチームとして有機的に協働することを重視して、情報共有と方針のすり合わせによる連携に努めていた。

> *訪問看護がターミナルをっていうんじゃなくて、やっぱりみんなと手を取って、そこはお願いねっていって感じでやっていくことが、で、自分もそういう知識をちゃんと持って、利用、うまい具合に利用していくっちゅうのが大切かなって。分野、分野の関わりをしていくことが大切かなと。*

ターミナルケアにおいては、他職種の中でも特に医師とケアマネジャーとの関係性について多く話されていた。

a. 医療機関との情報共有と方針のすり合わせ

医療機関から在宅へ退院する場合には、訪問看護開始以前に医療機関との情報共有と方針をすりあわせがおこなわれていた。退院前に訪問看護師が病棟を訪ねてカンファレンスを行い、詳細の調整をすることが一般的であるが、特にがんの場合には、退院時の搬送についての調整やお互いの連絡先の確認を行ったり、利用者本人、家族、医師、ケアマネジャーなどと共に在宅療養への認識を一致させたりしていた。退院時協同指導加算は、原則 2 回まで算定可能であるが、非がんの例でも、退院前に 2-3 度病棟を訪れて調整している場合もあった。

b. 医師との情報共有と方針のすり合わせ

在宅ターミナルケア事例への医師と看護師の関わりの開始は多様である。病院からの退院の場合には、先に地域の主治医が病院の主治医とは別に決まり、そこから訪問看護の依頼がある場合、病院から直接訪問看護ステーションに連絡があり、そこでステーションが主治医を探したり紹介したりする場合、病院の医師がそのまま主治医になる場合、退院後に地域の主治医からステーションに依頼が入る場合などである。非がんの場合には、ターミナル開始期以前から家庭医として医師が利用者・家族と関係を持っている場合も多く、この場合利用者・家族と医師との連携が既に成立している場に看護師が参入するという関わりの開始となる。このような医師・看護師・利用者の関係の成立過程は、その後の看護師と医師との連携に影響を与えるようだった。また、医師のターミナル事例への関わりも多様である。週 1 回など頻繁な往診を訪問看護と別途実施して、積極的に自分から関わる場合、往診の頻度がもっと低いが定期的に実施する場合、看護師と医師が同行する場合などがあった。病院勤務医などでは、往診のない事例もあった。このような医師の関わり方の違いも、連携の方法や内容に違いを生むようだった。

医師との連携がどのように始まるかにも多様性があり、看護師が医師に連絡を始める場合、医師が看護師に連絡を始める場合、家族が始める場合が見られた。しかし、看護師の訪問頻度は一般に医師よりも高いので、看護師から医師への状況報告と医師からの指示、というパターンが、特にがんでは中心であるようだった。看護師から利用者や家族の状況を逐次報告し、医師はその報告をもとに往診したり、薬剤や処置の変更を考慮したりしていた。医師が往診等で収集する情報と看護師の得る情報にずれのある場合もあり、相互に意見を述べながら、利用者や家族に提案すべきケアの方向性を相談している事例も複数見られた。初回訪問を主治医の往診と合わせて同行すること

で判断のすり合わせをする例もあった。逆に、すり合わせの時間がなく方針が揃えられない場合もあった。

> *苦しまないですよ。こういう老衰っていうかね。だからよく慌てて色々するじゃないですか。私あれがいけないんだと思うんですよ。だって病院に行けば絶対酸素しなきゃならないし、点滴しなきゃならないし。だからそうじゃないんですよ。そうすると回復するじゃないですか。そうすると本人はそれだけでまた苦しみが続くっていうことになるから。酸素などして楽になっても･･･別に苦しがってるわけじゃないんですよね CO2 が溜まってるんだから本人としてはとろとろしてるような状態。だから苦しんで喘いでる状態ではない。で、最後に 2 回くらい大きな呼吸して亡くなるってパターンだからそれでいいんです。こういう死生観みたいなのを何度も言って励ましました。でも普段はこういう風にできない。先生が関わっちゃって。先生が最後に、何でだろ？っていうようなことをしちゃう。だから N 先生は何もしなかったことがいいことだと思う。私もあなたも頑張ったからそれでいいんだ。何もしないで最後を看取ろうっていう N 先生の考えが私と合った。私だけが一生懸命言っても先生が点滴･酸素しましょうって言っちゃったら絶対死は長くなるし、結局治るわけじゃなくて、家族がその分看取り終えるまでが長くなればなるだけ疲れが出てしまう。そんな風な思いをすることはしないで、お父さん静かに逝ったね･･･みたいな看取りをするにはやはり先生がいろんなことをしちゃいけないわけじゃないけども、治したいっていうか元気にはもうなれないわけだから。だからN 先生でよかった。私たちは先生に何もしないでなんて言えませんからね。*

定期的な報告の頻度は、利用者の状況と看護師と医師との関係等によりさまざまであったが、状況が進行するにつれ頻度は高くなることが一般的である。連絡方法の中心は FAX や電話、面会であったが、訪問看護指示書と訪問看護報告書が、医師･看護師が考えるケアの方向性についてのまとまった情報交換の手段になっている場合もあった。医師の勤務する場がステーションか利用者の自宅に近い場合には、直接面談で話し合う場合も多かったが、いずれの場合にも報告は短く 5 分程度であった。医師とのコミュニケーションの難しい事例の中には、病院の外来に利用者または家族と同行しないと医師に面会できない場合、看護師が病院に出向いて外来で患者と同じ順番で医師との面会を待つ場合などもあった。

看護師が医師に報告する情報の内容は、医師が状態を判断し治療方法の継続や修正の決定に役立つような、利用者の状況や各種の薬効、看取りの場に関する家族の意向やその変化の様子などである。ターミナル開始期には薬剤の調整などに関する報告が多く、死が間近になるにつれ、在宅看取りの決定に必要な家族の意向や状態とその変化なども含まれる。さらに、予測される死までの時間が頻繁に報告されるようになる。

そのような定期的な報告相談のほかに、病状が急激に悪化したときなどには、看護師から医師に相談したり緊急の往診や対応を求める場合がある。今回の事例の多くでは、医師は緊急の往診等の対応が可能であったが、事例に限らず意見を求めた時には、緊急の場合の連絡や往診等の対応ができない医師の場合に困難を感じるという意見が複数見られた。

病状が悪化して死が間近になると、看護師が利用者の状態から死の時期を見極め、家族への説明を医師に求めることが多いようだった。その後は死が数時間後と目される状況で、看護師から医師への連絡がなされ、医師がその時点で往診し、残された時間がわずかであることを伝え、会わせたい親族への連絡を促すなどの説明を家族に実施する。がんの事例では病状の進行が急速で連携に基づく対応が後手になる場合があり、非がんでは死亡時期の見極めがしばしば困難である場合があった。

このように在宅ターミナルケアでの医師と看護師の連携では、①看護師から医師へのほぼ定期的な報告と医療的ケアの調整の相談、②病状変化時など緊急時に看護師が医師に対応を求める、③死亡までの時期を看護師が見計らって医師に往診や対応を求め、医師が登場して家族に説明、という 3 種類の連携関係が多くにみられるようで、③の死が間近になったときの医師の登場は、食事が食べられなくなるなどをきっかけに病状悪化が本格的になったときと、死が数時間後に迫ったとき、そして死亡時の 3 つのポイントがしばしば語られた。

このようなターミナル期の医師との連携において、看護師が自分の役割と考えていることは、まず、医師と足並みを揃えて効果的にケアを提供できることであり、そのために、医師と看護師の必要十分なコミュニケーションは、在宅ターミナルケアには不可欠なようだった。語られた事例の多くでは、医師とのコミュニケーションはスムーズであったが、中には主治医に看護師だけでは面接できず、指示書の内容からもコミュニケーションが不十分と看護師が感じる場合もあった。疼痛管理が不十分であることを報告書に書いて利用者や家族に託しても薬剤に変更がなく説明もない例などがあり、症状コントロールに支障をきたしていた。ターミナルケアにおいて、治療や医療処置をどのように

行うべきかはしばしば定石がなく、医師と看護師の間には、時に収集した情報のずれにもよる考え方の相違が生じることもある。医師の考えやその背景までを理解し、意見を述べあいながら、利用者・家族にとって最善のケアを実現するためには、医師・看護師間の情報交換を含むコミュニケーションが十分にあることが大切なようだった。

結構、症状が、痛みとか吐き気とかやっぱり出てくる人が多いですよね。なので、やっぱり先生との連携というのが、やっぱりかなり重要になってきて。また先生によってコントロールの仕方が違ったりとかするので、やっぱり本当に意向のすり合わせっていうのは、かなりやらないと。先生がどこまでやってくださる先生なのかというのも、ちょっと分かんなかったりするので。近い先生の場合は、もう直接行っちゃって、じかにこうやって話をしたほうが早いので、外来が、その先生の外来が終わる頃に電話をして行くことが多いですね。あとは先生はやっぱり、電話とかFAXですかね、やっぱりね、普通は。

また、看護師は、治療や医療処置に関する医師と利用者・家族間の意向のすりあわせに留意していた。利用者や家族は医師との関係を損ないたくないがゆえに、自分たちの考えや意向を十分に述べることがしばしば難しい存在であり、一方、医師には医師のターミナルケアに関する考え方や方向性がある。その意向のすり合わせに看護師は時間を費やし、迷いながらも利用者や家族が望む終末期が安心して過ごせるように配慮していた。

もちろん私もすごくいろいろとありましたけども、私絶対けんかするのはいやなので、必ず最後はそういうふうにしたいので、こっちも言いますけども、やっぱりもう先生がガーンと思ってるところは。それで一つすいません、これ言っていいかどうか分かんないんですが、漢方をとてもね、研究されてる先生で、とても漢方にこだわってたんですね。そういうふうに状態が悪化したときに、「漢方で調整します」ということで、強い漢方をまた出されたんですね。そこから下痢が止まらなくなって、そういうときとかも家族さんも、これは先生が漢方を強くしてから下痢が始まったいうことで、家族も漢方のせいだって分かってるんですよ、病院では下痢してなかったんですね。それで私たちも分かってるんですね。それで私も先生に、言いにくいんですけども、「先生、漢方ね、ちょっと強いんじゃないですか」って申し上げたんですね、家族がやっぱり言えないから、私たちが代弁しないといけないんですね。それで先生がもちろん「この人のために自分がちゃんと薬を合わせてるんやから」、すごいかなり「口出しするな」みたいな感じで言われたんですけれども、もうそれで2回ぐらい先生のところへ漢方のご相談に上がったんですけども、まったくそれは漢方のことに関しては先生は引かないんですよ。でもちょっと申し訳ないんですけども、内証でちょっと下痢がひどいとき、ちょっとやめさせてもらったんです。それで下痢が完全にやっぱり止まるんですよ、やめたら。それで止まった時点で、半分だけ、量を半分にして、でも家族は、もちろん家族の希望なんですね、原因がそこにしかないから家族はそうしてほしいということで、先生には言わないでほしいということで、やっぱり言っていいんですかね。

医師と対立せず、利用者・家族のために良い関係を形成し維持することは、「(訪問看護師の)腕の見せどころ」と語る看護師もいた。

もともと、あのー、つながりのあった先生…利用者さんがあった先生もあるし、また、あの、新しく病院のほうから紹介された、私たちが入って、その先生とまたつながってというようなときに、うん、もうこれは、その先生がどんな先生なのか、どうつながっていけるのかっていうところは、うん、ここが腕の見せどころじゃないですけど、うまくは付き合っていきたいので、できるだけ、うん、いい形にお互いがなるとか、どんな先生が特徴があるのかっていうのをつかんで、うん、どうお願いしてっていうふうなところを、本当に見極めて、でも、やっぱりそれを知らずに付き合ってしまったところなんか、そうやってやっぱり安易に治療をするというようなところもあるので、それだけ、先生ができるようにこちらからお願いしよう、しようって。

ターミナルケアにおける医師と看護師の連携で最も重要な仕事は、利用者の症状を可能な限り緩和し、心地よい生活を実現することである。そのため看護師は、医師が麻薬の処方をはじめ疼痛コントロールの技術等症状緩和の知識や経験・技術を持つことを強く期待していた。症状緩和のでき具合は、在宅見取りが実現できるか、入院による看取りかの決定を大きく左右するようだった。

私たちは、患者さんがどうしたいかっていうのを、強くみんなが思うんですけれども、個人の(開業医の)先

生が、症状コントロールがうまくいかなくなった場合に、入院ていうかたちにすぐ移行しやすいっていうのはよく感じますねえ。多いわけではないんですけども。もう少し症状コントロールをうまくすれば、お家でもう少し、まあ最終的に入院するのはするんで構わないんだけれども、もう少しこう、1日でも長くお家で家族と一緒に療養することができただろうなっていうのは、あるんです。やっぱりどうしても、自分たちの法人の中の先生ではないので、あまりこう強くは、そこまでは言えないなって。どうしてもこう、「もうちょっと、先生、どうなんですかね、薬で。どうなんですかね」っていう話をしても、「いやー、ちょっともう、これは在宅で限界でしょう」って言われてしまうと。(入院に)切り替わってしまいますね。

医師・看護師間の連携のあり方については、今後の課題と看護師が考えていることが多くあるようだった。まず、十分な連携関係を確立することが困難な場合もしばしばあるようだった。特に、緊急の場合の連携体制について、医師との連絡がスムーズにいかず、対応に苦慮している様子がうかがわれた。また、前述のように、ターミナルケアに関する医師と看護師間の考え方にずれが生じ、そのすり合わせに関する工夫が課題とされているようだった。数は多くないものの病院の医師と地域の開業医の複数体制で医療が提供されている場合もあり、その際のすり合わせも課題である。最後に、ターミナルケアに関してどの程度看護師がさまざまな側面での裁量を持つべきかの検討が必要とされているようだった。看護師の中には、在宅看取りの経験豊富な看護師であれば、症状緩和も含め看護師にもう少し任せて欲しいという希望を述べる者もいた。医師のターミナル事例への関わり方はさまざまであり、自分も頻繁に往診しながら看護師と並走し、ケアを行っていく場合もあれば、通常は看護師に管理を任せている医師もいる。基本的に看護師に対応を任せ、「思うようにやってみてください」「死亡診断書を書くためだけに来ますよ」というスタンスをとる医師もいた。

先生に行く途中で先生に連絡して。あと、その先生との関係も、とっても、あのー、まあ特殊なんですけども、看護師を全面にさせる先生なんですね。だから、もうあえて、こう診断書だけ持ってきたっていう形で、あのー、その死期のケアとか、家族ケアとかも全部看護師に任せる先生ですので、もうあえて、先生はこう持ったら、事務的に持ってきましたって、「今、宣告します」いうあれだけで帰られましたね。

予後1ヶ月ぐらいの…くらいと先生から話されて、本人は最期は家の仏壇の前でみんなに見守られて逝きたいと退院された、肝臓がんの80歳代の女性のかたで、往診2回目のときに、本人から「先生は、あと最期のときでいいですから」と、にっこり先生に言われたんですね。で、病院に帰ってから、先生は、「最期はあなた(訪問看護師)たちで、しっかり家族と看取りの準備をして下さい。相談には乗るから。僕はあとは、最期の確認だけしに行きますから」と、非常に責任を感じると共に、任された看護職として使命感を感じた事例だったと。で、痛みのコントロールも、ま、そのかたは良かったんですね。で、本当に静かに、最期、一人一人の家族とゆっくり話して、お嫁さんには家のことをしっかり頼んで、孫を含め15人の家族に見守られて、し、息を引き取られて。で、ステーションに連絡があって、まあ、先生と一緒に夜中に家に向かって。で、最期の身支度を女性の家族みんなで行なって。で、悲しいはずのお別れが…、ま、それをやってる間、先生、待ってたんですけれど。男性がたと話して。で、お別れのはずが、充分な時をみんなに与えて下さった本人の優しさと、偉大さを共有して、共感し、で、同席した先生も私も、本当に感謝の気持ちで一杯になって、帰りの車の中で、医師と二人で自分たちも、○○さんのような最期にしたいね、っていうようなことを、こう、一緒に話しながら帰って来たんです。この先生のときが、すごく、5人ぐらいターミナル経験できて、非常にこの先生は、あの、役割分担って言うんですか?非常に意識してた先生で、

このような医師のスタンスが可能になるには、医師と看護師がお互いの考え方や技術を十分に知って、看護師の裁量で大丈夫という信頼感が相互に成立していることが大前提であり、一朝一夕に形成できる連携体制とは考えにくい。

c. 介護支援専門員との情報共有と方針のすり合わせ

介護保険で訪問看護が実施される場合にはかならず介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携が必要であり、非がんの場合には必ず存在する関係である。医療保険での訪問の場合には、ケアマネジャーのような調整役がないという不便がある一方で、訪問看護に関しては独自の判断が可能であり、自由にできるということを長所に感じているようだった。

非がんの事例では、必要に応じてケアマネジャーへの報告も行い、関係性を大切にしている様子がうかがわれた。また非がんの場合は、ケアプラン作成がケアマネジャーによることも多く、ケアマネジャーによってが状況の変化に応じて関係者会議を開いてくれる場合もあるが、逆に利用者とケアマネジャーの関係がうまくいっていない場合に、ケア体制の調整が困難になった例もあり、様々な背景をもつケアマネジャーとの円滑な関係作りは、訪問看護師にとっても今後の課題であるかもしれない。

ケアマネジャーの背景職種の違いによる連携の違いという設問に対する意見は多様であった。基本的には、職種の違いよりも個別のケアマネジャーの仕事の仕方によって連携のしやすさに違いが出るという回答であったが、看護職がケアマネジャーであれば、身体状況も含めたコミュニケーションが可能であり、連携関係がスムーズであるという見方が多かった。一方、福祉職であっても経験や理解力があればそれは関係ないという意見、看護職であると逆に看護職として意見の違いが発生することもあり困難を来たす、という意見も複数見られた。

> *看護師で特に勢いのあるケアマネジャーさんだと、私たちはほとんど毎日訪問して、日々の変化とかを流れの中で見ているのですけれども、ケアマネジャーさんが訪問したその場の情報とか状況で判断をして、いろいろ(家族に)吹き込むことがあるので、ちょっと困ることがあり得ます。本当に家族に言わなければ、私たちに言ってくるだけであれば、それはそれで、こうなんだ、ああなんだという形でお互いの情報を合わせて関わっていけばいいんですけども、その場の反射的な考えで医療的な判断を家族に言ってしまうと、本当に実はそれはずれていたりするわけじゃないですか。医者と連絡を取っているわけでもないし、日々全身の観察をしているわけでもないし。それを後で説明し直すことになってしまうし、家族もやっぱりケアマネジャーさんも看護師と思っていると動揺してしまうので、そこはお互いに役割分担、ちゃんと情報交換をして、お互いに統一、医者の見立ても含めて統一した説明をしていかないと、必要以上に本人とか家族が動揺してしまうことがあります。でも人によると思う。お互いに逆に、お互いの動きがすごく見えていて、特別なことはあまりしないけれども、すごくよくいく場合があるので、人によります看護職の場合は。*

ターミナル事例ではケアマネジャーがケアマネジャージメントを訪問看護師に実質上任せることが多く、それが困ると言う意見と、任せてもらったほうがやりやすい、という意見があった。全体に、訪問看護師の役割を知らないケアマネジャーが多いため、理解を得るよう努めたいという発言は多かった。

> *本当に私たちの役割が分かってくださっているケアマネジャーさんっていうのは、まだまだ少ないなあっていう印象です。・・・・。(例えばどんな場面でって、何かを思い出されることはありますか。)まあ、例えば本当に、あの一、寝たきりで、あの、だんだん落ちて、状態が落ちてきて、でも、褥瘡ができたから看護婦さん来てくださいとか、でも、それは状態が落ちてくることに問題があって、その時点で訪問看護じゃないかとは思うけれど、で、傷が治ったからもういいですとか。その傷を治しにだけ、私たちは行くのではないというようなところだとか。は、あまり、うん。うん。まあそこまでが見極められるんだったら、きっと褥瘡なんかできないんだろうなとも思うんですけど(笑)。やっぱり医療処置とか、その医療的な何かっていうところで看護婦って思われるときが一番私たちは動きにくかったり、ちょっと病名が難しかったりとか。*

⑤ 多職種への情報提供と説明

訪問看護師は、訪問開始と同時にスムーズな支援が提供できるよう、在宅療養に必要な知識を他職種と共有できるよう情報提供したり説明したりという働きかけを行っている。在宅医療に不慣れな医師や薬剤師に対して、診療報酬の仕組みや処方方法について理解してもらえるように説明している。がんの場合では、医療職でないケアマネジャーに利用者本人の病態についてわかりやすく説明したりするなどの例もみられた。非がんの例では、家政婦やヘルパーに、リハビリの方法や医療機器の取り扱い、緊急時の対応について訪問開始前から指導を行っていた。

また、非がんの場合には、訪問開始前からすでに利用者に関わっている家政婦やヘルパーなどの他職種に対しても、リハビリの方法や医療機器の取り扱い、緊急時の対応方法について説明、指導を行っていた。そして、訪問が始まってからは、ケアマネジャーやヘルパーと敢えて同行訪問し、医療機器の取り扱いの留意点や具体的な取り扱い方法について指導、助言していた。関係する職種と人間が増えるほど、意見のすり合わせやケア方法の統制に時間がかかるようになり、採算などを考えない奉仕的な多職種への支援となる。

> *やっぱり状態が、あの一、ターミナルの方って変わりやすいって、変わっていきますよね、絶対。進んでいく*

っていうところで、あのー、そうなるとやっぱりかかわっているサービスの方たちが、みんな変わるたびに慌てるので、うん、そのあたりの足並みをそろえる指導をするとか。あの、安心させる。うん。慌てなくていいんだっていうところをこう伝えていくっていうところはかなり労力を使った。で、緊急コールもほとんど何かちょっと熱が7度台の熱がずっと続いていても、たまに入った人が7度5分であったら、やっぱり慌てるとか、うん、代わりに入った人が大騒ぎしちゃったとかってことで緊急コールが何度かあったので、ご家族からのコールっていうのはなかったんですけど、さすがに。うん。ところで、で、何度か担当者会議みたいな感じで、あのー、話をする機会を設けたり、入るたびにやっぱり相談されるので、ここはこうでいいじゃないですかとか。

日中留守の人だから、ヘルパー指導したんです。急に。今 ALS の人だけじゃなくて障害を持った人もちゃんとした指導の下で、個人契約ですよね、ヘルパー事業所の契約ではないので、そこに関わっている6人くらいのヘルパーさんに2回に渡って先生の許可を得て訪問看護ステーションで指導した。やはりヘルパーは一回では不安だというので。それは夜ですよね。お互いに勤務が終わってからで。6時から9時とかで。

特に、ヘルパーは利用者の日常生活を支援する貴重な協働相手であり、非がんで嚥下障害がある事例では、ターミナル開始期に食事の援助方法をヘルパーと相談したり教育したりして何とか経口摂取を続けようとするなどのエピソードがあった。しかし、病状が悪化してくると、病態やケア方法に関する説明を看護師が重ねても、ヘルパー自身が懸念して実施できなかったり、利用者または家族が看護師によるケアを希望したりして、ヘルパーが独立してケアすることは難しい場合も多いようだった。

（病状の変化に）すごく驚かれたりとか、ちょっと私が直接かかわってないケースで、息が止まっているのを気付かずにケアに入られたということってあるので、こういう変化があるということを伝えていきたい。

（当初の）話はヘルパーさんが清潔援助して、看護師がリハビリとか、呼吸リハビリとか、あのー、をして、バルーンの管理とか（が看護職と）言うてんたんですけど、まあ現実的には、あのー、清潔援助を看護師がして、ヘルパーさんは家事だけで体には触らせてもらえなくて。・・・・。この方は、昔の紳士というか、なかなかこのプライベートな部分にヘルパーさんは触るのは駄目な人で、看護師にやってほしいと。で、こうリハビリとかいうのも、看護師。看護師のイメージが清潔なんですね。それはオッケーだったわけですね。やってほしいと。うん。陰部もやってほしいということでオッケーで・・・・。

5. 訪問看護師自身が認識していた高齢者へのターミナルケアの特徴

本研究に参加した訪問看護師たちは、ターミナルケアを行った事例について語る中で、訪問看護における高齢者へのターミナルケアの特徴についての自らの認識や考えを語っていた。これらの語りは、ターミナルケア全般に関するものであり、個別の事例に関して語られたものではなかったため、これまでの内容とは、別個にまとめることとした(図表 37)。

1) 症状の変化

高齢者へのターミナルケアにおける症状の変化の特徴として、症状の「悪化のしやすさ」があげられていた。悪化・変化しやすいものとして、利用者の意識状態や意向、ADL などが語られていた。また、より詳しい記述としては褥瘡の危険性や、「(点滴のため)血管がぼろぼろになりやすい」ことも語られていた。

これらの「悪化しやすさ」に加えて、ターミナルケアにおける症状の変化の特徴として「予測の難しさ」があげられた。ターミナル期の高齢者の場合、ケアの最中でも呼吸状態が急激に悪化したり、時には死に至ることもあるとのことであった。この、症状の変化の予測の難しさにより、「いつどうなるかわからない」という不安を感じていると述べた訪問看護師もいた。

そうですね、ターミナルを持っていると 24 時間いつ連絡が来るかというのがドキドキですよね。

2) ターミナル期の訪問形態

上記のような症状の変化の特徴から、高齢者のターミナルケアにおいては訪問看護師の訪問のあり方にも特徴があり、各ステーションでそれぞれ調整や工夫を行っていた。今回の調査では、ターミナル期の訪問の特徴として語られた内容は、「訪問頻度が多くなる」「訪問時間が長くなる」「訪問時間の延長がある」「緊急・夜間の訪問が必要になる」の 4 つにまとめられた。患者の状態が悪化していくにつれ、訪問看護の頻度や時間は増加するとともに、訪問時間の延長も頻繁に生じるようになり、夜間や土日の緊急訪問へのニーズも出てくる、という理解を訪問看護師はしているようであった。

やはり(ターミナル期の訪問は)状態に応じて頻度は頻回に来ます。

訪問頻度の調整に関しては、時期の経過とともに増加する傾向はあるものの、単純に時期が経過すれば頻度を増やす、といったものではなく、個々のケースの特性(患者の症状や家族の状況・意向)に応じて、主治医と連携をとりつつ、訪問看護師が訪問頻度を調整していることが語られていた。この調整は、訪問看護師の、症状や死にいたるプロセスへの理解を基盤として行われていると考えられた。

この状態だったらまた来なくてはいけないのじゃないかとかあったり、訪問してその時に判断して、本当は来週だったけどまたあさって来ますねとか、そういうのは家族と相談したり、ドクターに報告して「やって」と言われれば行ったりというような感じで、予定外の訪問がありますね。あと訪問時間に関しては、24 時間体制を取っていますのでいつでも訪問できますということは伝えます。

頻度、時間で、そうですね、あの、んー、状況にあわせてタイムリーに、それが、まあ減らすことはないんですけれども、ただ、あの、状況が悪かったり、症状コントロールで落ち着く場合はありますよね。そういうときは、頻度減らしたりはしますけれども、大体こう、増やすことが多いんですけども。そこら辺はもうタイムリーに増やしたりとか、時間を延ばしたりとかっていうのはありますから。そこら辺が、あの、うん、ターミナル以外の方とはちょっと違うかなと思いますね。(電話の相談とか待機とかっていうところは、いかがでしょう。)えーと、そうですね、家族の不安な部分を取る意味で、電話訪問ていう、電話による対応っていうのは、行かない日には多く、多いですね。例えば週末のときとか、ま、例えばその、内服薬が、痛み止めが変わっただとか、これはこの方じゃなくて、ほかの方でもそうですね。あの、週末に、え、平日に、あー、週末に薬が変更になって、あのー、週末訪問に行かないときに、その病状が動いてないかどうかっていうのを、こう電話連絡で聞いたりだとか。

図表37 訪問看護師自身が認識していた高齢者へのターミナルケアの特徴

大カテゴリー	中カテゴリー	具体的内容
症状の変化	悪化しやすさ	ADLが日々変化していく
		利用者の意向や意識状態が変化する
		じょくそう予防に注意が必要である
		血管がぼろぼろになりやすい
	予測の難しさ	いつどうなるかわからないという不安がある
		ケアの最中でも呼吸状態が突然悪化したり亡くなることがある
訪問	ターミナル期の訪問の特徴	訪問頻度が多くなる
		訪問時間が長くなる
		訪問時間の延長がある
		緊急・夜間の訪問が必要になる
	訪問頻度の調整	症状の変化に応じて訪問頻度を調整する
		家族の状況・意向に応じて訪問頻度を調整する
	訪問上の工夫	緊急訪問で他の訪問とバッティングしてこまることがないように、あらかじめ電話して様子を尋ねる
		先に電話をして利用者・家族の負担感を軽減する
		日勤帯に必要な対応を行い、緊急対応を予防する
		情報の統一を図り関わる全スタッフが対応できるように体制を整える
		ターミナル期は特定の訪問看護師が担当するようにしている
		2人以上の訪問看護師が訪問することもある
		インフォームドコンセントの状況に応じ支援の仕方を変える
電話対応	ターミナル期の電話対応の特徴	電話対応が多くなる
		電話対応は予測可能なことが多い
	電話対応上の工夫	電話だけでの対応は行わず直ぐに訪問して対応する
		誰が電話を受けても同じ対応ができる体制を作る
衛生材料および福祉・医療機器の確保	衛生材料の確保	主治医に処方してもらう
		家族に薬局等で購入してもらう
		地域に衛生材料供給のシステムがない
		主治医に処方を頼みにくいことがある
		衛生材料を調達しやすい業者への変更をケアマネに依頼する
	福祉・医療機器の確保	短期間であればステーションから無料で貸し出すことがある
		懇意の業者を作っておき無理がきくようにしておく
		福祉機器レンタルのため介護保険申請を勧める
訪問看護師ならではの役割	利用者の体調に関する理解と判断のもとにケアを行う	フィジカルアセスメントを行う
		死にいたるプロセスに基づき予測をしながら状況判断を行う
		病状・症状にあわせたケアを行う
		利用者に関わる瞬間瞬間の判断(アセスメント)に基づきケアを組み立てる
		利用者・家族をトータルに捉える
	家族を含めた支援を行う	病状を踏まえて家族へ説明を行う
		家族に安心感を与える
		利用者と家族が過ごす時間を大切にする
		家族が後悔しないように支援する
	他職種との連携を行う	医師への情報提供を行う
		医師と療養方針について相談する
		医師と家族の橋渡しをする
		介護職との連携調整
		ケアマネとの連携調整
	医療的処置を行う	麻薬の管理・疼痛コントロールを行う
		吸引・吸引指導を行う
ターミナルケアを行う上で大切にしていること	看護ができることを意識する	看護ができることを利用者・家族と一緒に考える
		医療処置を少なくし家でできる内容を工夫する
		最期までできるだけ清潔を保つ
		クッションや温罨法などにより疼痛緩和を図る
		腹水の対応のため体位を工夫する
		看取りは個別的なものであるため過去の経験にとらわれすぎないようにする
	コミュニケーション	基本的なケアをトータルに行いながら緊密なコミュニケーションを図る
		利用者・家族が自らの思いを話すタイミングをキャッチする様に努める
		最期まで本人・家族の意思を尊重する
	疼痛コントロール	利用者の苦痛を最小限にできるように努める
		疼痛が緩和されるように精神面でもフォローを行う
心理的な負担の大きさと対処	心理的負担	電話当番のときなど束縛感がある
		精神的な疲労が大きい
		短期間のターミナルの場合は特に心理的負担が大きい
		病状回復に対する期待が大きいときに負担を感じる
	心理的負担への対処	チームでケアを行い一人で背負わないようにする
		休みを取れるようにする
		スタッフの不安を所長が整理する
通常の訪問看護とターミナルで違いがない点	医療処置・ADLケア	医療処置・ADLケアは特に変わらない
	衛生材料・福祉機器	衛生材料・福祉機器が極端に増えるわけではない
ステーション経営	収入	医療保険と介護保険の収入がほとんどを占める
		無償で時間の延長や緊急時の電話対応などを行っている
		訪問時間延長で実費を徴収しているサービスなどがある
		死後の処置をオプションとして提供している
	利用者確保	新規利用者は医療機関との連携などにより、獲得している
		ターミナル期は状態変動があり、急変によって入院すると収入がなくなる
	保険制度	介護保険は割に合うが、医療保険は割に合わない
		介護保険を併用することを勧めることがある
		医療保険では夜間訪問に報酬がつかない
		介護保険では時間制限と持ち出しが生じてしまう
	新しいサービス・制度	ターミナル加算は早い段階から適用して欲しい
		夜間緊急訪問には加算がつかない
		療養通所介護はターミナルでは活用しにくい
		約束指示を導入して欲しい
訪問看護師自身の学習	学習の必要性を感じる理由	薬剤や医療器具が日進月歩している
		約束指示を行うには学習が必要と思う
		認定等の資格を持っていない
	学習の方法	研修や学会等へ参加する
		医師や認定看護師へ相談する
		経験の中から学んでいく

(訪問頻度や訪問時間は、ターミナルのケースだとかなり増えると思ったほうがいいでしょうか)個別ごとで、考え方によったら、セルフケアを重視、自分たちで看取るようにする看護師が黒子になる場合もあると思うんですね。看護師は日中だけ、9時、5時だけで、夜は家族ができるように、日中にちゃんと(看護)してたら、夜が(家族だけで)できるというスタイルを取るステーションもあります。私もそれはそれでそういう人もいると思います。だけどやっぱりもう無理なところは無理で。で、無理なところは、あの、全部任せてって言える形態でないと。点滴退院指導で教えてもらって帰ってきたり、これがないと帰れないよと言われて、一生懸命覚えて帰ってくる人がいたりするんだけれども、もうそんな時間もったいないから、それはもう教えんといて帰ってきてって言(い)ます(笑)。時間がないし、もう80歳の人に、それリザーバー(医療機器の一種)とか、それはもう無理なものは無理、もう全部看護師がする。最期、そんなに期間長くないんだから、もう全部看護師がして亡くなる、家族にさせないでいこう。医療的なことはさせないで終わることもよくあります。もうケース・バイ・ケースです。

高齢者のターミナルケアにおける訪問は、緊急・夜間訪問のニーズが高いため、訪問時間がばらついており、状況の変化に応じて頻度も変化するという特徴がある。このため、訪問看護師にとっては他患者への訪問との兼ね合いが難しい面があり、スケジュールの調整が困難であるようであった。スケジュールの調整は、夜勤を当番制にしたり、緊急訪問を行うスタッフは携帯電話を所持していたりするなど、ステーションごとに工夫して行っていた。緊急訪問に備えて、ターミナルのケースに関しては担当以外の看護師でも情報を共有しておくようにしていることも語られていた。

また、緊急訪問の必要が生じる可能性があるケースについては、訪問看護師側から電話で連絡をとり、様子を確認して訪問の必要性があれば訪問のスケジュールを調整したり、日勤帯のうちに必要と思われる対応を行うことで緊急事態を予防するといった工夫を行っている例もあった。

うちは一応 24 時間の待機っていうのをしてまして、いつでもご相談いただける体制を取ってるので毎日、情報交換をもちろんするんですけど、今朝の状態とか。朝お宅へ電話するわけです、「きょうはどんな状態ですか」っていって。向こうから電話をいただくのを待っていると、計画訪問の中に突然入ってくると難しいこともあるので。できるだけ朝とかお電話で状態を聞かせていただいて。「じゃ、昼からちょっと診察に行きましょうか」とか、「一度訪問して、状態を見せていただきますね」とかいうふうに。少し計画的にはできたですけども。(調査者:計画訪問の中で難しいというのは、定時に行っているときに相談されても?)突然、「来て」といわれると、なかなか難しいところがあるんですね。みんな出てしまってるので。

ターミナル期の訪問では、利用者や家族の状態に応じて、必要性があれば複数の訪問看護師が訪問することもあるようであった。また、利用者へのインフォームドコンセントのあり方により、支援の方法が変わってくる場合があることも特徴として挙げられていた。

ちょっとその右足の状態がかなり悪かったので、それを見て何かもうだめなんだろうなという思いは持ってはいたんだと思います。私たちももう安楽が第一ということで、体もきれいにしたりしていましたけど、足の処置も二人で訪問して。(それはいつぐらいのときですか。)二人で行っていたのは、いつからだったのかな。7月に入った頃からだったと思うんですけど、行けるときは二人で行くという形で。そうですね、7月か6月終わりぐらいからかな。週末とか以外は二人いるときは二人で行くという形で、痛みがなくて良いだろうという形になっていました。

(ターミナル期には)二人体制で入れたらよい。

3) 電話対応

ターミナルケアにおいては、患者宅からの、もしくは患者宅への電話対応が必要になる場合が多いことが語られていた。しかし同時に、一部の看護師はターミナル期においては訪問頻度が高いため、患者・家族の状況が把握できており、まったくの予想外の電話を受けることは少ないことも述べていた。電話対応における工夫としては、電話対応についても「電話だけでの対応は行わず直ぐに訪問して対応する」ようにしていたり、「誰が電話を受けても同じ対応ができる体制を作る」など、ステーション毎に工夫されている様子が伺えた。

4) 衛生材料および福祉・医療機器の確保

衛生材料の確保の状況については、地域やケースの特性に応じてさまざまであり、確保する上で「地域に衛生材料供給のシステムがない」「主治医に処方を頼みにくいことがある」といった困難について述べた訪問看護師もいれば、特に困難はないと述べた訪問看護師もいた。確保の手段としては、「主治医に処方してもらう」「家族に薬局等で購入してもらう」のいずれかが多く、訪問看護師が行っていた活動として、「衛生材料を調達しやすい業者の変更をケアマネに依頼」ということが語られていた。

福祉・医療機器については、短期間であれば訪問看護ステーションから無償で貸し出しを行っているケースが多く語られており、突然の入院決定など急に福祉・医療機器が必要となる場合にも対処していることが伺えた。訪問看護ステーションで行っている工夫としては、「懇意の業者を作って無理きくようにしておく」「福祉機器レンタルのため介護保険申請を勧める」が挙げられていた。

> *長年ステーション始まってからずっと困って、サイズがないとかこれから取り寄せるよとかどこどこでもらってきてよとか私たちが走り回らなければいけないことが多くって、医師会と一年間綿密に話し合って。医師会の事務局で購入してもらって。必要物品を全部。それをステーションの倉庫に管理してる。で使ったものは先生に報告して先生が医師会から自費なりレセプト内で調整してもらうことにした。だから走り回るってことがなくなった。*

> *(看護職でなければ)ステージがわからない。たとえば、月単位、週単位、日単位になって時間単位になる。その単位って私たちがその都度アセスメントしてきちっと医療的な目で観察をした項目によると思う。これはヘルパーじゃわからないかな。で、ドクターがどういったところかって言うとやはりデータ的に押していくんだけど、やはりドクター以外に私たちの方の観察力ってもの凄いものがあると思う。それは高い評価じゃないかと思う(ID15)。*

5) 訪問看護師ならではの役割

今回の対象者がターミナルケアにおける訪問看護師ならではの役割として語った内容は、大きく「利用者の体調に関する理解と判断のもとにケアを行う」「家族を含めた支援を行う」「他職種との連携を行う」「医療的処置を行う」の 4 つにまとめられた。

「利用者の体調に関する理解と判断のもとにケアを行う」では、基本的なフィジカルアセスメントの技術などを活用して得られた情報に基づき、死にいたるプロセスのどの段階に利用者がいるのかを判断し、将来的に起こることを予測しながらケアを行っている様子が伺えた。

> *やはり次に予測されることを伝えてあげるとか。「なぜそうするのか」というのも必要かもしれないけど、看取りに関してはあまりそれはないかな。やはり不安で不安でしょうがない、初めての経験の方たちばかりじゃないですか。その部分での不安を取り除いてあげたい。これから起こることが、何がどうなるのかわからないという方たちばかりで、その辺のアプローチがやはり看護職特有なのではないかなと思います。ヘルパーさんでも経験していればわかるんでしょうけど、やはりその辺では看護職かな。*

またこの理解と判断を行うときには、利用者に接するときの一瞬一瞬の状況を、トータルに判断してケアを組み立てていくことが重要であることが強調されていた。

「家族を含めた支援を行う」ことも訪問看護師ならではの役割として認識されていた。ここでも、病状をきちんと把握した上(急変時の対応も含め)で家族と接することができることが介護職などと比較したときに、家族に安心感を与えることができる看護師の強みとして認識されているようであった。

また、看取りにあたって利用者と家族が過ごす時間を大切にし、家族が後悔することがないように働きかけることが出来る点も、病状を把握し将来の変化を予測しながらケアを組み立てている看護師ならではの役割であると認識されているようであった。

> *死ぬまでの、死ぬまでのってあれですね、看取りに至るまでのイメージをつくるというか。多分怖いイメージを持ってらっしゃる方々、すごく痛い、苦しい、苦しむんじゃないか、その苦しむ姿を見られないとかというふ*

うに見るケースが多い。そんな苦しんだりするのをおうちでなんて見れないという反応をされるケースが多いので、その辺が、どこまで医療的な面でその苦しさをフォローできるかという。こういうふうに変化していく、その部分を私たちが介入するのでというイメージを、良いイメージと言っていいんですかね、何か怖いというイメージをぬぐい去れるような部分の、本人に対しても、ご家族に対してもその辺のフォローができるのは多分医療職で、主治医は多分そこまでできないので、それを看護職かなというのが1点と、あとは主治医と本人、家族の間に立っている位置にいると思うので、なかなか医者がどこまで、病状は説明してくれるし、痛み止めも出してくれるけれども、その後の家族とのその間のフォロー、必要であればコンタクトを取っていくというプロセスの間を取り持つ役割。

進行の早さには追いついてこれてない方もいらっしゃいますし。あと、先のことを考えられないとか、今のことだけに必死とか。そういうご家族のお声も聞いてますので、その助言をするにしても、まずお話を聞かなきゃいけない。ご家族がどういうお考えでいらっしゃって、どういう思いであって、どういうことに不満を持ってて、どういう考え方の方々かなというのを。本当に 10 人いれば、10 人違いますので、それに合った援助方法、支援、助言、あの手この手を考えながらしていかなきゃいけないですね。

また、多くの職種が利用者宅という場で協働する在宅でのターミナルにおいて、「他職種との連携を行う」ことは、訪問看護師の役割として強く認識されているようだった。

6) ターミナルケアを行う上で大切にしていること

訪問看護師がターミナルケアを行う中で、特に気をつけていることとして語ったのは、「看護ができることを意識する」「コミュニケーション」「疼痛コントロール」であった。

「看護ができることを忘れていないか意識して」、「利用者や家族と一緒に考えていく」ことを大切にしていることを述べた対象者がいた。「看護ができること」の例としては、「医療処置を少なくし家でできる内容を工夫すること」が挙げられており、具体的には「最後までできるだけ清潔を保つ」「クッションや温罨法などにより疼痛緩和を図る」「腹水の対応のため体位を工夫する」などが語られていた。また、経験の豊かな訪問看護師で、「看取りは個別的なものであるため過去の経験にとらわれすぎないようにすること」に気をつけていると語っていた人もいた。

コミュニケーションは単独で行うのではなく基本的なケアを行いながら行うことで緊密なものとなることが語られていた。 また、コミュニケーションをとるときには、利用者が自らの思いを話すタイミングを図り、どのように引き出していくかが重要であり難しい点であることも語られていた。

その人らしく、らしくっていうと、ターミナルは短いんですよ、期間が。ですので、その人らしくっていうののアセスメントがしにくいというか、すごく初対面でも突っ込んだ話を聞かなければいけない場合があります。そこのところの聞き出し方とか、言葉の使い方とかはすごく気を使います。どういうふうに聞き出せば、次の私の知りたいことをしゃべってくれるかしらとかね(ID24)。

状態の変化に伴うことが多いと思うんですけど、そのときに、そのタイミングを図るとか、その日に話さなければいけないときもあると思うんですよね。その判断を、判断とか、問いかけとか、そういうのを逃さないのが難しいことのような感じなんですけど。人によってはこちらが聞かないと話し始めないご家族ももちろんいると思うし、言わずに終わって帰ってくる看護師もいるけども、やはりそれではだめなんだと思います。こちらから声を掛けて、それで家族が話したいと思えば話してくれるだろうし、話したくないと思えば話さないだけだろうけど、でもこちらからちょっと問い掛けてみたりとか、そういう働きかけをしないと、家族もそんな不安な思いを看護師に言っていいのかしらと、忙しそうなのにと思っているかもしれないので、やっぱりこちらから話を聞く必要をちゃんと、図るのが難しいというか、大切なことかなと思います。

訪問看護師は、コミュニケーションにより把握された利用者・家族の意思を、最期まで尊重されるべきものとして認識していた。

それは確かに、さっきもいったようにそのケースによって違うんですが、看取りができる条件みたいなのがやっぱりありますよね。いろんな本にもいろいろうたってあるんですけど、やっぱり、まずは本人がみとりをした

い、家に居たいってこととか、家族も家で最後までみられるよっていう勇気とか思いがなきゃ駄目ですよね。

7) 訪問看護師の心理的な負担の大きさと対処

訪問看護師は、ターミナルケアを行う中で、心理的な負担が大きいことがあることを述べていた。心理的負担として語られていたのは疲労や束縛感であり、訪問頻度の高さや、緊急対応・電話対応の多さがその原因の一つであるように見受けられた。また、特に負担が大きいケースとして、ターミナル期の期間が短く状態の変化が大きい場合や、病状回復に対する利用者・家族の期待が過度に高い場合などが挙げられていた。

この心理的負担に対しては、複数の担当者でケアにあたったり、休みを確保するなどの対処が行われていた。また、スタッフの不安を整理することは所長の役割として認識されていた。

8) 通常の訪問看護とターミナルで違いがない点

通常の訪問看護とターミナルにおける訪問看護で違いがない点について語っていた対象者もいた。語られていた内容は、「医療処置・ADL ケアに違いはない」、「衛生材料・福祉機器が極端に増えるわけではない」の 2 点に大きく分類された。

9) ステーション経営

対象者は、高齢者のターミナル期の訪問看護を行っているステーションの経営に関わることについても述べていた。その内容を大きく「収入」「利用者確保」「保険制度」「新しいサービス・制度」の 4 つに分類した。

ターミナル期の特徴としては、無償で時間の延長や緊急時の電話対応、調整のための訪問などを行っているケースが多いことがあげられる。訪問時間が延長された場合や死後の処置を行う際に実費を取る例も少数ながらあった。

長女さんとの信頼関係を築くのを大切にしていて、初めの2回訪問したときは水曜日に合わせて行った。初回は契約のこともあり、2回目も今後のリハビリのこともあるので、それ以外はどうせだったら娘さんがいないときに来てもらった方が安心だしという形で行っていたので、点滴をしたときとか、一番最後の亡くなる数日前のとき以外はほとんど直接は会うことがなかったんです。時々、介護の説明に行く以外は。ノートとか電話で連絡とか相談だったので、ちょっと気も使ったという…。でも最後の方は意思確認のときは、直接会った方がいいので夕方遅めにもう1回娘さんが帰ってきている時間に、お話だけしに行って、本人の聞いていないところで話をして帰ってきたりという形を取ってはいたんです。(それは訪問としてではなく無償で？。)(費用の請求できる)訪問ではないですね。(調整として)本人に会ってないので。

利用者の確保の工夫として、地域の医療機関と連携して、新規利用者を獲得していることが述べられていた。また、ターミナル期の特徴として状態の変化が大きいため急変によって利用者が入院されると収入がなくなってしまうことが挙げられていた。

保険制度については、介護保険は割に合うが、医療保険は割に合わないという意見が聞かれた。訪問看護ステーション側から介護保険を併用することを利用者・家族に勧めることもあるようであった。その他の意見として、医療保険については夜間訪問に報酬がつかない点、介護保険では時間制限がある点と持ち出しが生じてしまう点について不満の声が聞かれた。

新しいサービス・制度については、ターミナル加算はできるだけ早く加算して欲しいことや、夜間緊急訪問(定期訪問ではなく)に加算がつかないことへの不満が述べられていた。その他、療養通所介護はターミナル期では導入しにくいことや事前約束指示の制度を導入してほしいといった希望も聞かれた。

毎日行くからじゃあこの日は 30 分で切り上げられませんかって言うけど、待ったりすると 90 分なんてあっという間です。だけどレセプト上は 30 分だろうと 90 分だろうと料金は一緒。かさまない。大概越える。そして 24 時間対応の電話。頻度が高い。

ターミナルって亡くなってからじゃなくて永遠に続くターミナルだってあるんですよ。毎月毎月大変だったりするわけ。で、なくなった月にターミナル加算なんてそこの主治医が既にターミナル期としたところからターミナルケアが始まってるから、国としては早めに加算つけてほしいの。

夜間の定期訪問には25%増しってなるが、夜間緊急訪問には加算はない。

10) 訪問看護師自身の学習

ターミナルケアに従事する訪問看護師の中には、“ターミナルケアに関する薬や医療機器の日進月歩”に対応するために学習の必要性を強く感じている人もいた。特に、認定看護師などの高い技術を持つ看護職がステーション内にいない場合や、訪問看護師自身が医療現場から離れた経験を持っている場合、不安を感じることが多いようだった。また、約束指示が導入された場合には、訪問看護師により高い能力が求められることを予想している人もいた。学習は、「研修や学会等へ参加する」「医師や認定看護師へ相談する」「経験の中から学んでいく」などの方法で行われていた。

Ⅳ. 考 察

本研究では、訪問看護師の行う高齢者へのターミナルケアを構造化することを目的として調査を行った。訪問看護師の行うターミナルケアは、多様な内容が時期に応じて実施されていた。この検討から得られた示唆について、以下に【看護師の行うターミナルケアの特徴】【在宅ケア体制および連携上の課題】【診療・介護報酬上の評価への示唆】【訪問看護師が行うターミナルケアの基準作成への示唆】の4項目に整理して考察する。

1. 看護師の行うターミナルケアの特徴：看護師だからこそ行えるケア

1) ターミナルのプロセスに関する判断・予測

ターミナル各期に関する時期の認識で、ケアの方向性はそれまでとは異なるものになる。適切に時期を判断するためには、症状の的確な観察、ケアを実施しながらのアセスメントの工夫、医師との連携が大切である。ターミナル各期に応じて、タイムリーに必要な援助を行っていくことが重要である。ターミナルケアの過程では、訪問頻度や体制の調整、臨時訪問などといった対応が多く、訪問看護師や事業所の負担は大きいものである。

ターミナルケアを実施するにあたり、どの時期からをターミナル期と認識するかはそれからの看護の方向性の転換に重要な一つの手がかりとなる。今回の研究において、ターミナル期の認識は医師からの病状説明に加え訪問看護師の判断からであった。がんの場合には比較的認識しやすいし家族との認識も一致しやすい。しかし、非がんの場合にはその認識が難しく、医療者や家族との認識の一致も難しい。今回、ターミナルケアを開始するタイミングとして、食事摂取量や日常生活活動能力の低下などが挙げられている。それらの症状を見逃さずに医師と連携を取り、ターミナル開始期から看取りの意向の確認などのターミナルケアを始めることが大切である。

ターミナルケア期間はがんの場合に約半数は1から3ヶ月未満であるが、約15%は1ヶ月未満である。その1ヶ月未満の間に訪問看護の依頼があり体制を整え、利用者や家族との信頼関係を形成し、症状緩和や看取りの準備支援を行っている。中には数日という例もあるが、ターミナルケアを適切に行うためには数ヶ月単位の期間が必要だと考える。病状や利用者や家族の状況もあるが、もう少し早い時期から最期の時のことも見据えて訪問看護や往診医体制を検討し適切なターミナルケアになればと考える。逆に非がんの場合にはターミナル期間が長く続くことが多く、いつ終わりが来るのかわからない不安の強い介護生活に疲労が募ることになるため介護方法の検討や精神的支援が大切となる。

訪問看護の頻度は悪化する状態や医療処置に合わせてタイムリーに調整しているが、がんの場合には定期訪問の上に緊急訪問が多く、定期訪問では賄いきれないことが多い。緊急時対応の保証がターミナル期では重要でありそのための体制作りが必要だが、定期訪問時には今後の変化や対処方法を伝えることも重要であると言える。状態確認のための電話連絡や経済的に料金の支払いが難しい利用者の無償訪問、利用者へのケアの負担を減らし生命を守る目的において訪問看護師2人でのケアが実施されている。2人訪問は訪問看護師自身の精神的、身体的負担を軽減する目的にもなっている。このような訪問体制は訪問看護師の心身の負担や事業所の経済的負担が大きくなっていると言える。

非がんの場合には訪問頻度を増やすことで介護保険利用限度額内では介護サービスがおさまらない場合がある。がん末期の場合には医療保険で訪問回数制限なしが認められているが、非がんの場合にはそれが認められていないため、特別指示書の発行や有償訪問となることがある。その手続きのために訪問看護師は時間を割いていることになる。

今回、「悪化期」「臨死期」の指標となるものがいくつか挙げられたが、それを目安に悪化期や臨死期などの時期のおおよその判断ができ、看取りの準備教育などの適切なターミナルケアを実施できることが期待される。しかし、基礎疾患やその治療により出現する指標が異なる。今回、インタビュー中に一般的に挙げられた予後を推定する指標とその時期は実際とは違う部分があり、非がんの場合に呼吸状態や循環状態の悪化などが実際には予想より早い時期に現れている。意識レベルの変化は様々な時期に現れている。また、一つの事例から複数の指標が挙げられていることが多く、いくつものことを視点として観察している。そこで、どのような病状、身体的状況などからそれらの

症状が現れているのか、他のどのような症状が関連しているのかをアセスメントし判断している。いつもと違う、直感的に引っ掛かるなど、看護師の感覚を指標していることもあり、それはそれまでの看護師の経験から得られる感覚である。このような感覚は、経験を積んだ看護師だからこそ活用できるものであろう。

2) ターミナル期における訪問看護師による日常生活支援の意義

> **食事、排泄、入浴、移動といった、日頃人間が意識しないで行っている基本的日常生活をつつがなく実現することは、さまざまな症状と身体上の制限に苦しむターミナル期の人々にとってスピリチュアリティの維持やケアにつながる意味を持つ。ターミナル時期が進みヘルパーにとって日常生活の支援が困難になる一方で、看護師は最期の時まで、身体的負担や生命の危険の少ない方法を判断し、必要物品や援助者等をすばやく準備して日常生活の支援を実施できる。**

病に倒れ、無意識に行なっていた日常生活を自力で行うことができなくなって初めて、人は日常生活を維持する基本的な活動がいかに人間にとって大切なことであったかを思い知る。「動けなくなった」「食べられなくなった」「尿がでなくなった」ということは、疾患名や障害の状態に関わらず、誰にとっても重大事である。それは本人のみならず、周囲の家族にとっても同様である。看護師が行なっている日常生活支援は、人間が当然なすべき基本的な行為を援助するということであり、それは人が死に至る瞬間まで必要とされている。

介護職者が福祉現場や医療現場で看護師同様に活躍するようになった今日、在宅では福祉サービスとして療養者への日常生活支援がなされ、それを担うのは看護師だけではなく介護職もその中心である。それは訪問介護サービスや訪問入浴サービスとして、広く利用されている。しかし、状態の悪化したターミナル期の利用者に対して、身体的負担と危険の少ない方法を判断しつつ日常生活を支援できるのは、看護師だけになっていることも多い現状が明らかになった。

看護師の受ける人体の解剖・生理・病理学を基盤とした援助方法に関する教育は、ターミナル期の利用者を目の前にして、今の状況下ではどうやれば入浴できるのか、どうすれば安全に排泄できるのかなど、実施できるいくつかの支援方法に関する判断を可能にしている。看護師は日常生活の支援方法に関する多くの選択肢を学習している。清潔動作の支援一つにしても、入浴か、シャワー浴か、部分浴か、洗浄か、あるいは清拭か、などの選択肢があり、利用者の状況によりどれがベストかは異なる。ケアの場所は浴室か、ベッド上か、室内の車椅子か、おもな使用物品は簡易浴槽か、シャワーチェアか、たらいかバケツか、場合によってはビニール袋か手作り洗髪器か、洗浄ボトルか、タオルか、お湯を使うのかアルコールかそれとも入浴剤を利用するのか、お湯の温度はどのくらいか、体位はどんな体位で、所要時間は何分程度、他に必要物品や人手が必要か、など、判断の必要な側面は多様である。利用者の身体的な状況について情報収集・判断したうえで、利用者の心身にリスクが少ないこと、人としての尊厳を維持できること、爽快感が高いことを重視して、最良と判断される援助方法を決めてゆく。ターミナル期では、自力で日常生活が不能になった利用者の状態を不憫に感じている周囲の家族が、利用者にどうしてあげたいと思っているのか、ということも重要な判断要件として加わる。選択した支援方法を、看護師は自らがもつ最大限の知識と技術を駆使して実施する。ケアの終了時には、再度利用者の心身の安全を確認する。このことにより期待される結果は、「嬉しい」「気持ちよい」などの爽快感を、利用者本人に得てもらうことであり、同時にその様子を目にした家族が「良かった」と思えることである。これは一つの例であったが、支援の基本は食事でも、排泄でも、移動でも同様である。

健康なときには気にもとめない食事・排泄・清潔・移動などの行動を恙無く実施できるということがどれだけ人間が生きていくうえで大切なことであるかを、看護師は基礎教育において叩き込まれ、臨床実践の中で実感している。さまざまな病態を持つ人々に日常生活を支援する技術の選択肢を多く身につけている。だからこそ、看護師には死にゆく人への日常生活の援助が可能なのである。

ターミナルケアにおいて日常生活支援は、個々の行為そのものを支援すること以上の意味を持つことが多い。食事は栄養補給や楽しみだけでなく、生きている証しとしての行為であることもある。不快感、羞恥心を最小限にした排泄の援助は、利用者の尊厳を重んじることにつながる。移動の援助も同様で、リハビリとしての回復を求めるよりも、人としての尊厳を保つためにトイレだけには歩くための場合がある。体をきれいにしたり、すっきり排泄をしたり、好きなものを口にすることによって、ターミナルにある人は、今生きていることを快く実感することができる。このように日常生活の支援は、利用者が生きていることの確認や尊厳を維持という、いわゆるスピリチュアリティの維持やケアにつな

がる意味を持つ。

ターミナルケアにおける日常生活支援で、最も特徴的だったのは、清潔ケアである。最近の日本人は、ほぼ毎日入浴したり、朝にシャンプーをしたり、トイレもウォッシュレットを用いるなど、かなり清潔意識の高い国民である。また、日本は火山が多い島国でもあり、各地に温泉が湧き、誰もが温泉を訪ねて旅をすることを好む民族性もある。特に高齢者にはお風呂好きが多く、終末期であっても、むしろ終末期であるからこそ、最期にお湯に浸かってからとか、せめて身体をきれいにして満足してもらって、と言う家族も多い。訪問看護師は、たとえ施す治療はなくなった後でも、最期の瞬間まで、心地よさとその人らしさを追及したケアを提供しようとしていた。

3) 訪問看護師だからできる症状緩和のためのケア

訪問看護師は、様々な症状の出現に対して、自らも効果的なケアを提供する一方でケアを提供するサービスを調整することもできる。これは、地域で高齢者を支えている多くの職種の中でも看護職ならではのものである。訪問看護師が支援することによって、病状・症状の変化を生活環境の中で捉え、医療・看護・福祉からの手段を統合・駆使した症状緩和を行うことができる。

訪問看護師はターミナル開始期から臨死期に至るまで、起こりうる症状を予測し緩和するための医療的・非薬物的ケアを行っていた。苦痛の出現や増強を防ぎ、自宅での自然で静かな最期を迎えられるように、積極的な医療的な介入を試みるだけでなく、医療的な介入によって苦痛を与える可能性についても考慮し、本人や家族の希望と訪問看護師自身の判断をすり合わせ、訪問頻度や時間などの調整も同時に行い臨機応変に対応をしていた。また、医師が判断するための情報を的確に伝え、家族や他職種にも症状緩和のためのケア方法を説明することで、利用者の苦痛を軽減していた。これらの関わりが利用者の在宅療養と自宅での看取りを支える大きな力であることは明らかであり、訪問看護師がターミナル期の利用者の生活を支える要となっていることが示された。

ターミナル期の様々な症状の出現に対して、医療職である訪問看護師は積極的に介入し、自らも効果的なケアを提供し、またサービスを調整することができる。これは、地域で高齢者を支えている多くの職種の中でも看護職ならではのものであり、医師とも介護職とも異なる役割を担っていると言える。訪問看護師は、病状・症状の変化を生活環境の中で捉えることができ、医療的な介入のみでなく、介護サービスの調整や福祉用具の活用をすすめるといった生活環境を整えることを通して、症状緩和を行うことができるのである。これらの活動がなければ、在宅療養を継続することや在宅死は、本人・家族にとって安心で快適なものとはならないだろう。

また、適切な時期に効果的な症状緩和を行うために、医師との連携が重要であることは言うまでもないが、夜間や休日の早急な対応がどこまでできるかは、医師の体制や地域の状況によっても異なる現状がある。今後、ターミナル期の在宅療養者の増加に伴い、医療用麻薬やその他の薬物の使用に関して、訪問看護師が事前にある程度の範囲で医師からの指示を受けることが可能となれば、医師の往診がすぐにできない場合や主治医が病院の医師の場合にも、利用者の症状緩和が早期にできるのではないだろうか。

訪問看護師がターミナルケアに関わることで、本人の苦痛を軽減し、多職種間の連携を強化でき、結果として希望に沿って自宅での看取りが可能となるということを、利用者や他職種が理解できるように実践を提示していくことが、今後も訪問看護師に求められていると言えるだろう。

4) 看取りに関する意思決定と介護技術の支援および利用者への死の準備支援

訪問看護師は、看取りに関する意思決定と介護技術への支援を行う上で、常に病状の変化を観察して把握し、先を予測して判断している。家族と利用者の意向を引き出して最大限に尊重しながら、その時期ごとにできること・したいことをタイミングを逃さないように支援している。さらに、家族と利用者が悔いのない納得・満足のいく在宅での看取りを実現あるいは死を迎えることができるように支援している。

本調査結果より、訪問看護師は、家族への看取りに関する意思決定と看取りに向けた介護技術の支援、および利用者への死の準備支援として、ターミナル開始期には家族と関係を作り今後の意向等を情報収集するとともに、利用者の希望に沿った在宅生活を実現できるよう働きかけ、病状の維持期には利用者の病状と今後の事態について家族に段階的に説明しながら看取る方法について家族と共同で検討するとともに、利用者の希望に沿った在宅での日常生活を援助し、病状の悪化期には動揺する家族を支えつつ在宅看取りの可能性を判断して訪問体制を形成するとともに、利用者に対しては旅立つ辛さを傾聴し最期の迎え方の意向を聞き出し、臨死期には利用者の予後を判断し具体的な対応方法を説明して納得のいく看取りを支えるとともに、利用者に対しては家族と別れを交わす場を設定しながら意向に沿った死の実現を支えるなど、ターミナル開始期から臨死期それぞれの時期に適した家族と利用者双方への支援を同時に継続的に行っていた。このように、看取りまたは最期を迎える準備支援における訪問看護師が果たす役割は大きいことが明らかとなった。

看取りまたは死の準備支援に関する先行研究によると、これらの支援は医師や介護職など他の職種も行っている。しかし、内田らは、末期がん患者の在宅生活を支援する上で、看護職と比べて介護職として困っている点として、「末期癌患者の在宅生活の必要性は理解できるが戸惑いがある」、「看護職に比べターミナルケアの知識・技術不足があり、看取り経験も少ないため消極的である」、「介護職のターミナルケア参画は困難が大きい」ことを取りあげ、現段階では看護師と連携し関与可能な領域（病状観察・精神的ケア・日常生活支援など）に参加することが望ましいと述べている [1]。したがって、特に癌のケースなどでは病状の進行が速く、かつ病状の変化が著しいターミナル期における看取りおよび死の準備支援は、訪問看護師に期待される専門性の高い支援方法と言えるだろう。

以上より、訪問看護師だからこそできる看取りおよび死の準備支援の特徴を整理すると、家族と利用者の意向を引き出して最大限に尊重しながら支援していく点と、病状の変化を常に観察・把握して段階的に、また先を予測・判断しながらタイミングよく支援していく点が挙げられる。これらを基盤として、家族に対しては、看取りの方法や場所に関して複数の選択肢を提案したり話し合いを重ね、最終的に意思決定を行うことができるように支援し、日々の病状や日に日に近づく死に関する状況と対応方法を具体的に説明し、訪問体制を形成し、家族の気持ちを傾聴・共有していく。これは、介護している家族のみではなくて、同居の有無にかかわらず家族全員を対象とするところにも特徴がある。家族全員のそれぞれの気持ちや意向を丁寧に聞き取った上で、意見の異なる複数の家族員が気持ちを共有できるよう説明・調整して、家族全員の意見を取りまとめる支援も訪問看護師だからこそできる支援である。一方、利用者に対しても、同じように、日常生活を援助し、知人・友人や家族とのお別れができる場を設定し、旅立つ辛さを傾聴・共有し、死を迎える場所の意思決定を行うことができるように支援する。このように、その時期ごとにできること・したいことを把握してタイミングを逃さないように支援して、家族と利用者が悔いのない納得・満足のいく在宅での看取りを実現あるいは死を迎えることができるように支援していくやり方は訪問看護師としての専門性の高い支援方法である。

5) 家族への死別の支援

訪問看護師が行う家族への死別の支援は、家族の死の受け止め方に関する判断をもとに、別れをどのように迎えるかを家族と共に考えてその実現に努め、家族が過度な悲嘆に陥ることを防ぐ。このような家族の死別への支援はターミナルケアの経過を通じた具体的な支援の経過のもとに初めて実現でき、看護師でなければできない。

家族への死別の支援は、利用者への死の準備支援が一部「スピリチュアルケア」などと概念化されているのとは対照的に、これまでは「看取りの準備支援」などに含まれたり単に「精神的支援」などと総称されて別個の扱いを受けていなかったのではないかと思われる。ここでは、その支援を「愛する家族の死が受容できているか判断する」「身内との別れをどのように迎えるかをともに考え、実現に努める」「家族の悲嘆の緩和に努める」の3つに分けて概念化した。このような支援は、看取りの実情や具体的な困難を知らない人が来て提供できるものではなく、看取りのプロセスを家族とともに歩み、その困難のひとつひとつを具体的に知って、必要に応じた説明や具体的な対処法の提案も共にできる看護師にこそ提供できるものである。

2. 在宅ケア体制の形成と連携上の課題

訪問看護師は、早期から医療体制や生活環境を整え、緊急時の訪問体制を柔軟に組み変え、時には在宅ケアチーム全体を牽引する。このような医療色の濃いケアマネジメントを、早期から死亡後まで密に行なう重要性を再考すべきである。在宅ケアに関わる多職種が、それぞれが持つ知識と技術を最大限に活用できるような連携関係の育成が必要であり、連携に関する成功事例の蓄積が必要であろう。

1) 早期からの在宅療養体制を形成、管理の重要性

在宅ケア体制の形成と他機関との連携は、日ごろ注射や点滴の補助、清拭や移動の補助など直接的なケアに取り組む看護師の姿を見慣れている人には、看護師の役割としてイメージがつきにくいかもしれない。しかし、上記に示したように、特に在宅ターミナルケアに関しては、在宅ケアの体制を形成し、看取りの瞬間まで在宅ケアのチームメンバーを統合しまとめて牽引してゆくのは看護師と言っても過言ではない。ターミナルの開始前から悪化期前の時点で、個別の状況に対応し「その人」と家族に適した体制を早期から整える。悪化期から臨死期にかけては、時に急展開する病状の進行に対し、その展開を専門的な観察と判断技術で予測し、タイムリーに訪問看護体制を柔軟に組替え、医師を呼び込む。深刻な病状に対し支援に二の足を踏みがちなヘルパーに病態を含む情報と具体的な支援技術に関するトレーニングを提供し、彼らによるケアの実現を図る。病状とその進行に関する判断に基づき、必要な介護保健サービスの利用に関し、利用者・家族およびケアマネジャーに提案する。このような実践は、日常的にターミナルケアを在宅で実施している訪問看護師以外の職種には、なかなか簡単に実践できないし、ともすれば人々の眼にも触れにくいものになりがちでもある。しかし、このような統合的な役割を誰かが担っているからこそ、利用者と家族が「家で看取ってよかった」と心底実感できる、悔いの残らない在宅ターミナルケアの実践例を、全国のあちこちで耳にすることが出来ると思われる。

ターミナル期はやり直しがきかない。そのため訪問看護師は、利用者と家族がより良い最期を迎えられるようにベストを尽くす。先手を打って医療体制や生活環境を積極的に整えたり、ステーション側の訪問体制を柔軟に組み変えたり、時には他職種に対してさまざまな情報提供や説明を行なって緊急時に備え、最善のチームケア体制が組めるように努力していた。ヘルパーへの吸引指導などの事例からも、勤務時間外に熱心に訓練した訪問看護師とヘルパーのターミナルケアへの意気込みが感じられる。このように、在宅ターミナルを悔いなく実践するための資源がまだ全国的にも不足している中で、利用者と家族に関わる現場の専門職が、お互いの専門領域を越えた熱意によって、今日のターミナルケアを支えられているという現状が見え隠れしている。

訪問看護師が実践していた多くの他職種への働きかけは、在宅ケアチームメンバーの認識が一致しチームがより円滑に機能することを意図して行なわれている。ケアチームの円滑な機能を図る役割は、本来介護保険制度によるケアマネジャーの役割と重なるところではあるが、ターミナルケアにおいては、医療職でないケアマネジャーにターミナル期の利用者の身体状況や医師との連絡調整、家族の不安やゆれへの対応等全てを委ねることは難しく、医療職として関わる訪問看護師が、実質的なケアチームのマネジメントを担ってしまっている現状は、利用者や家族が安心するためにやむを得ない状況であると言える。実際ターミナル期になると、ケアマネジャーを看護職に変更依頼してくる居宅支援事業所も珍しくない。

地域によっては、往診医が少ない、ヘルパーやケアマネジャー、開業医のターミナル経験が浅いなどの課題を持つところもあった。活動エリアとなっている地域の在宅ケア体制の特徴、長所、短所を知り、不足している体制を補うように訪問看護師が要となって調整し、工夫しながら関わっていくことで、利用者や家族に不安のないターミナルを提供することができている。また、個別事例に対する工夫にとどまらず、地域で誰もがそれと同じサービスを享受できる仕組みやシステムとなるように、都道府県や市町村、医師会等などの組織への働きかけも実践されていた。

このようなことから、現在訪問看護師が実践している在宅療養体制の形成のための活動は、在宅ターミナルケアの実現にとって、なくてはならない役割と考えられるが、この活動は、利用者宅に訪問して対象となる利用者に看護ケアを提供するという直接的な看護ケアではない。そのため利用者の目にも「訪問看護活動」としては映らず、ほとんど報酬に繋がっていない現状である。このような機能は、訪問看護制度以前には、地域住民の在宅療養をコーディネートする保健師と医療機関のソーシャルワーカーやMSWが協同して担ってきた役割に似ており、療養上の世話業務を主たる役割とする看護師の役割としては、医師や看護師であっても即座に役割として出てくるものではないと思われる。訪問看護制度が、地域住民の療療養生活を支える要のサービスとして市民権を得ている今日において

は、誰もが訪問看護師の行なっている地域におけるコーディネート機能をより広く認識してもらう必要性がある。特に在宅ターミナルケアの場合には、多数の職種が担っている介護保険制度下のケアマネジャージメントとは異なり、医療色の濃いコーディネート機能を早期から死亡後にいたるまで要しており、それを多くの訪問看護師や看護職ケアマネジャーが担っている現状がある。このようなことから、在宅ターミナルケアにおける在宅療養の開始前から終了後までのケアマネジメントのあり方について、介護保険制度下のケアマネジメントとは別にして、再考する必要性があることが示唆される。

2) お互いの強みを最大限に活用した連携関係構築方法の模索

他機関との連携においては、今後に向けた課題が多くあることが語られた。特にターミナルケアに関しては医師とケアマネジャーとの連携が鍵となるようだった。

医師との連携の場合、主治医のターミナルケアに関する知識と技術、緊急時や夜間の連絡体制と往診の可否が、良好な連携とサービス提供ができるかどうかを左右しており、スムーズな連携ができない実態も少なからず見られた。また、ターミナルケアに関するケア技術、特に疼痛コントロールの知識と技術には、医師による違いが大きい様子が浮かんだ。このような現状から、医師と訪問看護師が相互に持つ知識と技術を最大限に活用できるような連携関係の育成が、医師との連携においては今後の課題といえる。今回複数の訪問看護師から、医師との上手な連携の取り方として実践している内容を聞くことができた。このような有効な実践例をモデルとして、医師に限らず医療職同士の良好な連携の実現に向けてのノウハウを蓄積し、体系化してくことが今後の課題となるだろう。

また、ケアマネジャーとの良好な連携関係の構築も、ターミナルケアにおいては重要であったが、具体的な連携の方法はさまざまで意見も多様であり、個々の状況に合わせて試行錯誤しているようであった。特に各種介護保険サービスの活用は、ターミナルの場合には迅速な対応が必要な場合が多い。ケアマネジャーと訪問看護師が、利用者の病状を同じように理解し対応していることが必要であり、やり直しの効かないターミナルケアにおいては、マネジメントの迅速さがより高く要求される。病状に即したケアマネジャージメントがなされないことで、利用者や家族の不安や苦痛が増大することに繋がってはならないからである。

今後高齢化に拍車がかかり、医療機関での在院日数が減り、療養型病床数が激減する。さらに医療費の自己負担が増大しており、高齢者が在宅で終末期を過ごす可能性はますます増大していくだろう。高齢者夫婦世帯や独居高齢者の増加に伴い、日常生活を支える介護職へのニーズもますます増えて、ヘルパーや介護福祉士と呼ばれる介護職との連携もまた、訪問看護師にとっては大きな課題となる。ターミナルケアにおいて、医療知識をもたず医療用語の通じない介護職との密な連携方法について、今後もっと検討していかなければならないだろう。平成 20 年 4 月からの診療報酬改定では、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算などが、在宅ケアチーム内の連携に関して新たに創設されており、その有効な活用が期待される。

3. 診療・介護報酬上の評価への示唆

訪問看護師が提供するターミナルケアに対しての診療・介護報酬上の評価は、全般に十分とは言いがたい。現行の評価は訪問時間のみに対応しており、報酬のつく時間に実態としては遵守しきれない制限がある一方、ターミナルケア加算には期間的内容的な制限が多い。より適切な評価が求められる内容には、ターミナルの見極めとターミナル期に必要な在宅ケア体制の形成・整備、単なる医療処置管理にとどまらず必要とされる濃厚なケア、死亡の前後に提供される高度に統合化されたケア調整、看取り後の遺族ケアなどがある。これらを適切に評価することにより、訪問看護ステーションから提供する在宅ターミナルケアの財政的基盤を整備することが求められる。

1) 訪問看護師によるターミナルケア開始期の見極めと在宅ケア体制の形成・管理に対する評価

高齢者のターミナルケアにおいては、がんか否かによって、訪問看護を利用する際に活用する保険制度が異なる。

がんの末期(ターミナル期)となった場合、訪問看護サービスは医療保険からの利用となるのが原則である。それによって、訪問看護サービスは、介護保険のケアプランからはずされ、医療保険制度による訪問看護サービスに切り替えられる。訪問日数に制限がなくなり、1回の訪問で最大 90 分程度までの訪問看護サービスを受けることができる。インタビューの事例においても、介護保険による訪問看護の利用者が「がん」によりターミナル期の状態にあると訪問看護師が判断した場合、看取りに向け、訪問看護師が中心となりケアマネジメントを行っていた。福祉用具については、利用期間が短いと判断された場合や緊急時の場合、公的サービスではなく、訪問看護ステーションの備品を貸し出していた例が複数みられた。

また、「非がん」の事例で介護保険による訪問看護を受けていた場合においては、病状の進行状態や死亡時期を見極め、それぞれのニーズに合わせて訪問看護や訪問介護の回数・人数を変更したり、医師との連絡調整を行うなど在宅看取り体制を訪問看護師が中心となり行われていた。福祉用具の利用についても同様であった。さらに、医療系のサービスが入っておらず、ケアマネジャーから状態が低下しているようなので訪問にいってほしいという依頼により看護師が訪問したときには既に臨死期の状態であり、看護師がそのまま長時間滞在し、本人・家族の希望に応じて病院に搬送したり、在宅で看取るための緊急対応を行ったという事例がいくつかみられた。さらに、特に、非がんの場合、ターミナル期の状態であるにも関わらず、本人・家族はそのことを認識しておらず治療を求め、訪問看護が入る前に外来で受診中の病院に入院してしまうことが多いという話もきかれた。

このように、本インタビューの結果から、ターミナルケアの事例では、がん、非がんに関わらずターミナルケアの開始期の見極めが重要であり、この見極めは以降、在宅ケアの継続にも大きく関係していることが明らかになった。症状出現や状態が低下した場合、それがターミナルの状態であるのか、入院や積極的治療を行うことにより改善や回復が期待できる状態であるのかなどの判断や即時の対応は、経験を積んだ訪問看護師や医師であるからこそできるものであると考える。また、開始期は、特に利用者や家族が様々不安や迷いに陥りやすい時期でもある。そのため、頻繁な訪問や電話連絡などが行えるよう、訪問看護師や主治医を中心とした看取りのための体制を整え、利用者が安心してターミナルケアをスタートすることができるよう支援しなければならない [1)]。この時期は、主治医は往診や訪問診療を行わない医師である場合も多く、訪問看護師がこうした役割を担っていることが多い。つまり、ターミナルケア開始時期からケアマネジャーがケアマネジメントを訪問看護師に任せるという事例が多かったのは、ターミナルケア開始期の見極めと在宅看取り体制づくりという専門性を訪問看護師に求めているからであろう。

以上のことから、高齢者の在宅での看取りを推進するためには、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携をとり、訪問看護師が早期からケアに関わることが出来る仕組みをつくる必要がある。加えて、在宅看取りのための体制づくりや頻繁な訪問や電話連絡など、この時期に行われている訪問看護師の重点的な活動を保障するための報酬上の評価が必要であろう。

2) 悪化期に対する報酬上の評価の必要性

在宅での看取りを可能にする大きな条件は、家族の意思や介護力である。家族自身も介護する以外に、仕事や家事などの役割を担いながら、利用者の在宅療養を支えている。訪問看護師が家族と話をしようと考えても、訪問する時間に家族が不在のこともあり、また利用者本人を目の前にして話しにくいこともある。そのため、訪問看護師は、訪問時間とは別に家族と話すためだけに再度自宅を訪れる。そこで、家族の不安を聞いたり、看取りの準備のための説明をすることが家族の不安を減らし、在宅での看取りに向けて勇気付けているのである。この活動は、死期が近いときだけでなく、全身の機能の低下がみられる悪化期から開始される。早期から家族の死の受け入れや看取りの準備を支援することが、在宅での看取りにつながっていくのである。しかし、これらの活動は利用者本人へのケアを提供しないため、現在は報酬にはつながらない。

また、ケアによる利用者の苦痛を最小限にするためや、効率よくケアを行うために、訪問看護師は 2 人で訪問をすることがある。これは単なる同行訪問という位置づけではなく、利用者へのより良いケア提供のために意図的に前後の訪問を調整し行っている。ターミナル期における 2 人体制での訪問への報酬上の評価が必要である。

高齢者のターミナル期は、維持期・悪化期が長く、その間に訪問看護師が様々なケアや介護指導を行うことで、利用者の病状悪化を食い止め改善につながったり、家族の介護力の強化につなげている。一時的に悪化すると、臨死期と同じように、症状緩和や調整のための臨時訪問や電話対応などがしばしば必要となる。ケア内容や家族への説明は臨死期とは異なるが、訪問看護師が予定外の早急な動きを求められるという点では、臨死期にも劣らないと言えるだろう。そして、維持期・悪化期の状態の変化に対応することが、結果として在宅での看取りにつながっていく

のである。ターミナルケアに対する報酬は、臨死期のみに認められるが、それ以前の訪問看護師の活動があってこそ、臨死期に在宅にいられるのだという点では、悪化期からの訪問看護がもっと評価されても良いのではないだろうか。

一方、ターミナルの利用者が病院から退院してくる前には、病状の把握や医療機器の整備、医師やケアマネジャーとの連絡など、訪問看護師が中心となり、在宅療養を支えるチームを調整している。それは、退院前カンファレンスに参加するという単発の出来事で解決できることではなく、日常の訪問の合い間を見て、継続的に細かな調整をしながら行っていくものである。それらの調整をしたにも関わらず、利用者の体調悪化のため退院できず、訪問看護が開始されなかった場合には、報酬につながることはない。このような労力が評価されない現状が続けば、調整のための時間を確保することの意欲が低下してしまうだろう。スムーズな在宅療養への移行を可能にするために、退院前の調整業務に対しての報酬上の評価が必要であると考える。

3) ターミナル期における患者の重症度等を反映した訪問看護の評価

訪問看護師は利用者にそれまでとは異なる症状が現れたときにケアの方向性を転換する。その指標となるものは、食事、呼吸状態、尿量などの変化であることが多く、これはがん・非がんに共通する。こうした状況を見極め、看護師は人が生きていくために必要な日常生活に対する支援を行っていた。

例えば、食事に関しては、極端な食欲低下や嘔気や嘔吐の増強、嚥下機能が低下することにより摂取量が低下し、食べられなくなる。こうしたなか、訪問看護師は、利用者ができる限り最期のときまで口から食べられるように(経口摂取できるように)、時間をかけて支援していた。特に、非がんの事例では、経口摂取の援助はターミナル開始期からみられる傾向になった。食べやすいような食物の形状を提案したり、本人の好みにあった食事内容にしたりと工夫していた。さらに、経口摂取の継続を目標に、身体状態に合わせた口腔ケアを実施したり、しっかり覚醒させたりして、誤嚥しない工夫をしていた。また、食べやすいものを少量でも口から食べる工夫をし、誤嚥させない水分摂取方法を介護者に指導したりしていた。

このように訪問看護師は、胃ろうなどからの経管栄養や点滴による栄養摂取よりも、口から食べる、飲むという自然な形の食事摂取方法を最期まで大切にし、そのために積極的に支援を行っている。維持期、悪化期においても、こうした自然な形での食事や経口摂取を継続し、本人にとって苦痛となるような点滴を回避するためのケアを重視し、積極的に支援していることが明らかになった。特に、非がんでは、経口摂取が困難になっても、点滴を拒む家族や食べたい本人の意向を尊重して、生命維持できる食事量を確保したり、好きなものを食べるように工夫していた。また、必要に応じて点滴による補給を行った場合には、尿量の減少や腹部膨満といった身体状態の変化を捉え、点滴の継続が本人に苦痛を与えていないかの判断を行っている。しかし、現在、こうした重い症状や状態にある利用者のケアに対する評価の対象となるのは、以下の図表に示すとおり、点滴や経管栄養など、多くの場合、医療処置を行っている者である。一方で、ターミナル期の状態にある利用者の場合、安易な医療処置は、むしろ症状コントロールや状態をかえって悪くするというようなことがあり[2)]、最期の瞬間まで、心地よさとその人らしさを追及したケアを提供する。しかし、こうしたケアは報酬上の評価につながらないという矛盾がある。

したがって、ターミナル期における患者の重症度等を反映した訪問看護の評価については、医療処置を行っていることを前提にするのではなく、こうした現状を踏まえた評価を行う必要がある。

図表 38 診療報酬:重症者管理加算

（保医第 035003, 平成 20 年 3 月 5 日）
指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方社会保険事務局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、かつ月4日以上の指定訪問看護を行った場合に、所定額に1月につき加算すること。

【指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者】
ア 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある利用者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある利用者
イ 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理若しくは在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある利用者
ウ ドレーンチューブを使用している状態にある利用者
エ 人工肛門若しくは人工膀胱を設置している状態にある利用者
オ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者
ただし、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、アに掲げるものをいうこと。

図表 39 介護報酬:特別管理加算

指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、指定訪問看護事業所が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、特別管理加算として、1 月につき 250 単位を所定単位に加算する。

【厚生労働大臣が定める状態】
次のいずれかに該当する状態
イ 在宅自己腹膜灌流指導管理, 在宅血液透析指導管理, 在宅酸素療養指導管理, 在宅酸素療法指導管理, 在宅酸素療法指導管理, 在宅中心静脈栄養法指導管理, 在宅自己導尿指導管理, 在宅成分栄養経管栄養指導管理, 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理, 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理, 在宅悪性腫瘍患者指導管理, 在宅自己疼痛管理指導管理, 在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態
ロ 気管カニューレ, ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

4) 数日から 24 時間以内の死が予測される場合の看護師の判断と調整に対する評価の必要性

看護師は、訪問時に状態を観察し、数日から 24 時間以内の死が予測されたとき、そのときの状態を家族に伝え、主治医に連絡し、「その時」の連絡方法・往診・訪問の対応について、主治医、家族に確認し、その調整を図っていた。さらに、呼吸状態が悪化もしくは呼吸が停止し、家族から連絡により死が予測された時には、あらかじめ主治医および家族に確認していた方法に即して、医師が死亡確認を行えるように働きかけを行い、自らが直ぐに緊急訪問を行っていた。

現在の診療報酬上の在宅ターミナルケアの評価は、以下の図表に示すとおりである。平成 20 年度の診療報酬改定において、在宅ターミナルケア加算の点数が上がったものの、在宅療養支援診療所の場合（10,000 点）と訪問看護ステーションの場合（2,000 点）では、8,000 点の開きがある。ターミナルケアは看護師や医師等との連携で行われていることを鑑みると、この 8,000 点は在宅療養支援診療所による死亡診断に対する評価であることがうかがわれる。

一方、診療継続中の患者で、死亡前 24 時間以内に医師が診察している場合、死亡の原因が診療に関わる傷病と関連したものであれば、あらためて診療をしなくても死亡診断書を交付することが認められている（医師法第 20 条に関する厚生労働省の通知:昭和 24 年 4 月 14 日医発第 385 号）。本研究では、看護師が先に訪問して死亡を確認し、主治医や担当の医師に死亡確認（死亡診断）を促すパターン、家族からの連絡をうけ看護師が主治

医や担当の医師を迎えに行き緊急訪問するパターン、看護師と主治医が同時に訪問するパターンがあり、いずれのパターンにおいても 24 時間以内の死が予測された場合、看護師は主治医と家族に事態を伝え、死亡確認のための調整を行っていた。また、主治医が出張などで留守の場合や電話がつながらない場合は、連携している他の医師や当直医への連絡や、死亡診断のために病院に搬送するための調整や手続きを行っていた。さらに、厚生労働省の「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書において、「他の患者の診察中であるなどやむを得ず医師が直ちに現場に駆けつけることができないが、患者の死亡前 24 時間以内に医師が診察し、患者の死が近づいているとの判断がなされていたときは、事前に確認されていた連絡方法や対応に即して、患者の死に立ち会った看護師等が、医師に連絡をとって状況を報告し、医師の判断、指示に沿って、患者の尊厳や家族の気持ちに十分に配慮し、点滴の抜去、身体の清拭等の適切な対応を行うことも考慮する必要がある。」ことが明示されたことから、看護師が死亡を確認し、医師に報告した後、死後のケアを行った事例もあった。

現在、わが国で法律上、「死亡」を診断・証明できるのは、医師または歯科医師のみである。しかし数日から 24 時間以内の死が予測される場合、看護師は家族からの連絡を受けたら直ぐに訪問できるよう訪問看護ステーション内の業務を調整して待機体制をとっている。また、緊急訪問の結果、死の兆候に直面した場合、直ぐに家族や主治医と事態を共有し、往診のための働きかけを行っていた。

このように、最終的に死亡診断を行うのは医師であるが、数日から 24 時間以内の死亡が予測されてから死亡診断に至るまでの時間は看護師中心にケアがなされていることが少なくないことが本研究の結果から明らかになった。しかし、このような看護師の活動は診療報酬および介護報酬上評価されていない。したがって、数日から 24 時間以内の死亡が予測されてから死に至るまで評価については、その判断と死亡診断に至るまでの対応(待機・緊急訪問等)、死亡(死の兆候)の確認、死亡診断を行う医師への働きかけの実態を踏まえ、看護師に対しての評価が必要であると考える。

図表 40 在宅ターミナルケアの評価(平成 20 年 4 月)

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
訪問診療に係る ターミナルケア加算	10,000 点	1,200 点
訪問看護に係る ターミナルケア加算	2,000 点	

[訪問診療に係るターミナルケア加算の取扱い]
- ○ 死亡日前 14 日以内に 2 回以上往診又は訪問看護を行った患者が、在宅で死亡した場合に算定
- ○ 在宅療養支援診療所の場合の点数は、これに加え、在宅療養支援診療所又は連携保険医療機関の保険医が、死亡日に往診又は訪問看護を行い、当該患者の死亡診断を行った場合に算定

[訪問看護に係るターミナルケア加算の取扱い]
- ○ 死亡日前 14 日以内に 2 回以上往診又は訪問看護を行い、かつ、その死亡前おおむね 24 時間内にターミナルケアを行った場合に算定

5) 死別後の介護者支援も含めた体制評価の必要性

死後の支援は看取りのなかで死別後の重要なケアであるにも関わらず、医療施設における死が日常的な出来事になった現在、多くの病院や高齢者施設においては、ターミナルケアから切り離されている。しかし、在宅においては、家族を含めて療養生活を支援しているという特徴から、訪問看護師は、死別後もターミナルケアの1つとして、家族の支援を行っている。本研究では、その方法として、死後のケア、死別後の訪問、遺族会が行われていた。

家族にとって、配偶者や大切な家族の一員を喪失することは最もストレスフルな出来事である[3]。特に在宅要介護高齢者との死別については、長期間の介護を行った介護者の介護終了後の抑うつ感の改善には2年近くかかり、介護による慢性疲労の回復には 1 年以上の期間が必要であることを報告している[5]。さらに、死別前の生活時間の大半を配偶者の介護等に費やし、死別後の生活適応には困難が伴うという報告もある[6]。

死後のケアは、処置ではなく、介護してきた家族にとって別れのプロセスの1つである。看護師は家族の希望を聞きながら、時には、葬儀の準備や来訪者の接待で別れが十分に出来ていない家族に声をかけ、一緒にケアを進めていた。また、49 日を過ぎた頃から数ヵ月後の間に訪問し、看取った家族、つまり遺族の悲嘆や身体状況を確認していた。

しかし、診療報酬は、病院などの保険医療機関等が、行った医療サービスに対する対価として受け取る報酬であり、診察や治療(医療行為)ごとに決められた点数にもとづき計算されることから、残された遺族に対する医療サービス評価はなされていない。死後のケア(死後の処置)に要した費用については、家族の了解を得て実費を徴収することが可能であるが、その後の訪問や遺族会は、無報酬で行われているのが現状である。

家族との死別による抑うつ等により病院受診の事例もいくつか報告[3), 5-7)]されている現状を考えると、死別後の訪問は、遺族の悲嘆状況をアセスメントし、状況に応じて各専門家による支援につなげていくことが期待できる。また、在宅でターミナルケアを共に行った看護師に思いを語ることにより、そのことがグリーフケアにつながることも期待できる。

在宅での看取りを推進するためには、死亡までの関わりだけでなく、それまでの介護と死の看取りに対する達成感・満足感を高めるとともに、死別による空虚感を軽減するために死別前から死別後における継続した支援が必要である[8)]。したがって、看取りの体制の終了を「死亡」とするのではなく、死別後の訪問までの期間における支援体制までを評価することについても検討が必要であると考える。

4. 訪問看護師が行なう高齢者ターミナルケアの基準作成への示唆

今回の研究結果から作成した「高齢者のターミナルケアにおいて訪問看護師が行なう支援の一覧表」を、訪問看護師が行なう高齢者へのターミナルケアの基準とすることを提案する。一覧表が示すように、訪問看護師は看護師としての専門的知識と判断に基づいてケアを行なうタイミングと内容を選択し、実践している。看護師の特性、専門性を活かしたターミナルケアの質を確保し、さらに向上させていくために、この一覧表の活用を提案したい。

1) 一覧表をターミナルケアの基準に

今後、高齢者を含む年間の死亡者数は 120 万人にものぼると言われている。高齢者の在宅療養を支える訪問看護師にとって、最期の時間を在宅で過ごすという選択肢を確立し、質の高いターミナルケアを提供することはますます重要となっている。既に多くの訪問看護ステーションが在宅での看取りを含めた高齢者の在宅ターミナルケアを行なっているが、具体的な内容については個々のステーションや看護師の考え方や経験に依拠しているのが現状である。

そこで、私たちは今回の研究結果から作成した「高齢者のターミナルケアにおいて訪問看護師が行なう支援の一覧表」を、訪問看護師が行なう高齢者へのターミナルケアの基準とすることを提案する。この一覧表は、在宅で複数の高齢者を看取った経験のある訪問看護師が、実際にどの時期にどのようなケアを行なっているのかを分析し、まとめたものである。既に高齢者のターミナルケアを実践している訪問看護師だけでなく、これから実践していこうとする訪問看護師にもこの一覧表をケアの基準として活用してもらうことで、質の高いターミナルケアが広く提供されていくことを期待したい。

2) 一覧表に基づくターミナルケアの流れ

まず、訪問看護師が行なう高齢者のターミナルケアの一覧表の構造について説明する。表の縦軸は高齢者の状態にもとづくターミナルケアの時期を表わしており、ターミナルケア開始前、開始期、維持期、悪化期、臨死期に分かれている。横軸は高齢者の状態と、訪問看護師が行なう支援を表わしている。訪問看護師が行なう支援には、日常生活支援、症状の緩和、看取りに関する意思決定と介護技術の支援、利用者への死の準備支援、家族への死別の支援、死の支援、在宅ケア体制の形成・管理がある。縦軸と横軸が交わるマスには、各時期に各支援項目について行なわれている訪問看護師の実践が示してある。

この一覧表に沿って、訪問看護師が高齢者の在宅療養に関わり始めた頃から、ターミナルケアを開始し維持期・悪化期を経て臨死期までの支援を行なう過程にどのような支援を行なっているのか、各時期の支援を説明していく。

① ターミナル開始前

訪問看護師は訪問の依頼に対して、個別の状況に合わせた在宅チームと物品を整え、協働して対象者を受け入れる準備を行なう。

② ターミナル開始期

がんのケースは、ターミナル期にあるという紹介で訪問が開始されることが多い。非がんの場合は、摂食や嚥下に関わる問題で開始されることが多い。そのため、訪問看護師は症状の緩和や食事を含めた日常生活の支援を提供することが求められる。ケア体制の調整にあたっては、実際の在宅療養の状況に基づいて行なうことが大切である。

食事の支援を行なう際は、低下している経口摂取能力を把握し、食物の形状や回数の工夫や口腔リハビリの実施といった対処方法を考える必要がある。移動や排泄、清潔といった日常生活についてもアセスメントを行ない、機能の維持や回復のためにリハビリを行なったり、福祉機器などを利用したりして対応する。こうした支援に加え、内服の調整、摘便などの看護技術を用いた排泄の援助や、本人の症状に合わせて保清の方法を選択し実施することは、看護師だからできる日常生活支援と言える。

症状の緩和については、積極的に薬物の調整に関わり、在宅での疼痛緩和体制を確立することが重要である。同時に、全身状態と苦痛の状況について情報収集を行ない、嘔気など副作用に対する薬物投与や、褥瘡予防・ケアなどにより身体機能の低下を予防することで、新たに出現する症状を予防する必要がある。使用している様々な薬物を把握し、必要に応じて調整するだけでなく、非薬物的なケアで利用者に安楽をもたらすことも看護師ならではのケアと言える。

ターミナルケアの開始期は、家族と関係を作り、今後の意向などの情報を収集する時期でもある。希望に沿った在宅生活を実現できるよう本人に働きかけるとともに、家族の思いを傾聴してどのように本人との別れを迎えるかをともに考えることが必要である。

③ 維持期

維持期はケアにより一時的に状態が安定する時期を指すが、がんのケースでは存在しない場合もある。訪問看護師は、急変時の対応を含め、状況の変化に対応しつつ他職種と協調して必要なサービスを提供できるようにケア体制を確立することが求められる。

この時期は、技術や工夫をこらして経口摂取を維持するとともに、できるだけ自然排便を促し、リハビリにより移動能力の維持回復をめざしていく時期でもある。こうしたケアを進める一方で、訪問看護師としては誤嚥や便秘、転倒や褥瘡の発生リスクをとらえ、これらの予防に努める必要がある。

症状については苦痛のない生活をめざし、主治医や介護力の状況に鑑みて薬剤の投与方法を工夫する。医療処置についてはトラブルの予防に努め、トラブル発生時には速やかに解決することが求められる。

維持期には、現在の病状と今後の変化について段階的に説明し、どのように看取るかについて一緒に検討していくことが訪問看護師の重要な役割である。本人の希望に沿った在宅での日常生活を援助するだけでなく、医療処置があっても外出や旅行が可能であることを伝え、やりたいことができるように支援することが死別の準備となる。

④ 悪化期

悪化期の判断は、食思や機能の低下などによる経口摂取量の減少を兆しとすることが多い。その他には経口摂取量に伴う乏尿や、胸水・腹水の貯留、痰がらみが増えてくること等が上げられる。例外も多いが、傾眠がちになることも悪化期の兆しのひとつである。

食事については形状や回数を工夫し、食べたいものを食べられるだけ提供することを支援し、摂取不能になるまで継続することが重要である。また、この時期には移動能力も低下してくるため、状況に合わせて必要な介助を行なう。排泄については苦痛を最小限にするとともに、本人の希望を尊重した援助が求められる。保清についても可能な限り利用者の望む保清潔方法を実施する。そのために主治医などの他職種と連携することも訪問看護師の役割として重要である。

この時期には痰がらみや呼吸苦など新たな症状が生じることが多いため、酸素療法や吸引の必要性を見極めて提供することが求められる。症状の緩和については、疼痛の緩和と意識レベル低下のバランスを調整が必要となる。

状況によっては補液や輸血を実施することもあり、非薬物的ケアや福祉用具の活用により安楽を図る。褥瘡が悪化してくることもこの時期の特徴のひとつであるため、対応が必要である。

看取りを準備するうえで訪問看護師が担う重要な役割は、悪化していく利用者と家族へのケアをチームで提供し続けられるよう調整することである。病状の悪化に対して動揺する家族を支えつつ、在宅看取りの可能性を判断して訪問体制を形成する。旅立つ本人の辛さを傾聴し、最期の迎え方の意向を聞きだすとともに、家族には本人と家族としての時間がもてるように提案する。

⑤ 臨死期

意識の低下により食物や水分を摂取することができなくなり、チアノーゼや循環状態の悪化による無尿が起こることが兆しである。また、血圧や酸素飽和度が低下し、急激な浮腫の憎悪や死前喘鳴が起こる。昏睡が起こることもあるが、意識状態は人によりかなり異なるようである。訪問看護師は死亡時期を推定し、タイムリーに必要なケアが提供できるよう他職種を巻き込んでおくことも必要である。

経口摂取がほぼ不可となるが、口腔内を湿らせるなど可能な経口摂取を支援する。この時期には体動も困難となるが、本人にとって安楽な体位を援助するなど、最期まで本人の希望を捉えて安楽を図ることが重要である。保清においても、最期まで清潔ケアを行なうことでQOLを保つ。臨死期の本人は家族やヘルパーにとって手を出し難い状態であるため、訪問看護師が家族やヘルパーと一緒にケアを行なったり、方法を伝えたりすることが必要である。

症状が増強することがあるため、予測的に関わり、積極的に薬剤を調整することが求められる。全身状態の変化を捉えて呼吸停止への徴候を見極めつつ、医療的ケア・非薬物的ケアを駆使して、最期まで苦痛の緩和と安楽を図る支援が欠かせない。

訪問看護師は予後を判断し、看取りに際しての具体的な対応方法を説明し、本人・家族の納得のいく看取りを支えることが重要である。本人には家族と別れを交わす場を設定し、本人の意向に沿った死の実現を支えることが求められる。家族にも、本人と共に過ごしお別れができるようにし、家族の意向に沿った看取りの方法を提案する。

事前の相談にもよるが、死に際しては家族から連絡をもらい、緊急訪問を行なうとともに、死亡確認を行なう主治医に連絡する。訪問時は死の徴候を観察し、死亡を確認する。

⑥ 死別後

死亡を家族に伝え、死後のケアを家族とともに行なう。永眠後の訪問では、看取りのプロセスを家族とともに振り返り、家族が本人の死を受容できるよう促す。

3) 訪問看護師が高齢者のターミナルケアに関わる意義

今回の研究結果や、そのまとめである「高齢者のターミナルケアにおいて訪問看護師が行なう支援の一覧表」が示すように、訪問看護師は看護師としての専門的知識と判断に基づいてケアを行なうタイミングと内容を選択し、実践している。身体状況と生活状況の双方を捉え、医療的ケアや家族を含めた心身のケアを直接提供できるのは、看護師ならではの支援と言える。そうした看護師の特性、専門性を活かしたターミナルケアの質を確保し、さらに向上させていくために、この一覧表が基準として活用されれば幸いである。

引用文献

1) 内田富美江、田中久美子、守屋真季：末期ガン患者の在宅生活を介護職はどこまでサポートできるか 介護職関与の可能性と課題. ホスピスケアと在宅ケア 15(1):28-33、2007
2) 川越厚(編集). 在宅ホスピスケアを始める人のために. 医学書院. 1999
3) Nakao M, Kashiwagi M, Yano E. Alexithymia and grief reactions in bereaved Japanese women. Death Stud. 2005, 29(5):423-33.
4) 山田紀代美, 佐藤和佳子, 鈴木みずえ, 野村千文. 介護を終了した介護者の死別期間と疲労感の変化に関する研究. 日本看護研究会雑誌. 24(4):21-31, 2001.
5) 岡村清子, 河合千恵子. 高齢女性における配偶者喪失後の役割移行と適応. 老年社会学. 9:53-70, 1987.

6) 岡田文子.「対象喪失をめぐる未解決な葛藤」の取り扱いが困難になった事例の心理療法過程. 精神分析研究. 47(2):184-190, 2003.
7) 佐藤則行, 松木智彦, 長谷川涼子, 堀越立. 家族の自殺が続いた遺族に対するグループ・グリーフワークの実践. 心療内科. 11(6):466-471, 2007.
8) 桂晶子, 佐々木明子. 在宅介護終了後の家族介護者の達成感・満足感および空虚感と死別前の要因との関連. 宮城大学看護学部紀要. 9(1):1-9, 2006

Ⅴ. 提　言

1) ターミナルケア加算の期間の拡大

高齢者のターミナル期は、特にがん以外の疾患による場合、食べられないなど症状が悪化してから死亡までの時期が長いが、この間に訪問頻度・臨時訪問ともに増すなど看護師が強力に利用者と家族を支えている。この時期は現行での在宅ターミナルケア加算の範囲を超える場合があるが、この時期の適切な対応が(再)入院を防止し在宅での看取りにつながるとも考えられ、この時期の訪問看護に対する適切な評価が必要である。

2) 在宅ケア体制の形成･整備機能への評価

ターミナル期の利用者には、訪問看護師が医療の専門的知識を基盤とし、継続的で細やかな調整技術を駆使して在宅ケア体制を形成・整備している。スムーズな在宅療養への移行を可能にするためには、訪問看護師による在宅ケア体制の形成・整備業務への適切な評価が必要である。在宅のままターミナル期に移行した場合にも、ターミナル期には在宅医療環境の整備を中心にそれまでよりも濃厚な体制の調整が必要とされており、その評価も必要である。

3) 臨死期のケア機能への評価

死が数日から 24 時間以内と予測されてから死亡までの期間には、待機、家族からの頻繁な連絡と訪問、連絡を受けての緊急訪問、死亡の確認、医師への連絡などを含め、看護師が中心になってケアが行われている場合が多い。この間の訪問看護師の活動に対して、より適正な評価が必要である。

4) 遺族ケアへの評価

死亡後の遺族に対する支援は、報酬上の評価はないものの、多くの訪問看護師により必要性が認識され実施されていた。遺族が在宅での看取りを肯定的に捉え、社会に在宅での看取りを根付かせてゆくためには、在宅ターミナルケアの重要な一部分としてより広く認知される必要があろう。

5) 包括指示、事前約束指示の活用

在宅ターミナルケアでは、医師との頻繁な連絡が困難で、症状緩和に必要な薬剤の調整が迅速に行われにくい場合がある。また、死亡確認を医師が行うために、臨死あるいは死亡直後の患者を搬送せざるを得ない事例もみられる。これらより、より適切な在宅ターミナルケアの実施のために、症状緩和に関わる薬剤の調整や死亡確認などに関し、一定の包括的な事前約束指示をもとに看護師が活動できる環境を整えることを検討する余地がある。

6) 職種間連携の技術に関する蓄積

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には医師とケアマネジャーがあるが、連携のあり方には課題が多く残る。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。

7) 訪問看護師が行う在宅ターミナルケア基準の作成とケアの標準化

現在までのところ、高齢者の在宅ターミナルケアにおける訪問看護の実践についての枠組みや基準は標準化されていない。本調査でも、それぞれのステーションが自分たちで試行錯誤しつつ実践を展開していた。今後、高齢化、病院から在宅へという流れのなかで在宅での看取りを推進するためには、在宅ターミナルケアを支える訪問看護師の育成、在宅ターミナルケアにおける訪問看護の標準化が急務である。また、死に近い位置にいる高齢者への看護について教育する上で、ターミナルケアを含めた枠組みを前提とすることを考慮する必要もあろう。

実施体制

＜検討委員会委員長＞
山田　雅子　　聖路加看護大学・看護実践開発研究センター　教授・センター長

＜検討委員会委員＞
井伊　久美子　日本看護協会　常任理事
上野　桂子　　全国訪問看護事業協会　常務理事
川越　博美　　訪問看護パリアン　看護師
野中　博　　野中医院　院長

＜ワーキンググループ委員会委員長＞
山本　則子　　東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　　教授（※）

＜ワーキンググループ委員＞
上野　まり　　神奈川県立保健福祉大学看護学科　講師（※）
柏木　聖代　　筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系地域看護学　講師（※）
木全　真理　　全国訪問看護事業協会
佐藤　泉　　訪問看護ステーション住吉
竹森　志穂　　千住新橋訪問看護ステーション　主任
平野　優子　　聖路加看護大学地域看護学　助教
深堀　浩樹　　三重県立看護大学　助教
宮田　乃有　　府中医王訪問看護ステーション

＜調査協力＞
青山　美紀子　首都大学東京大学院人間健康科学研究科　博士前期課程
橋植　斉実　　東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　博士前期課程
黒澤　泰子　　首都大学東京大学院人間健康科学研究科　博士前期課程
高　　紋子　　東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　博士前期課程
宮本　千恵美　聖路加看護大学大学院看護学研究科　修士課程

＜事務局＞
川添　高志　　全国訪問看護事業協会
木全　真理　　全国訪問看護事業協会

（※は検討委員会委員兼務）
（五十音順・敬称略）

資　料

資料1

平成１９年１１月１２日

（社）全国訪問看護事業協会　会員　各　位
（訪問看護ステーション　管理者）

（社）全国訪問看護事業協会
会　長　　相　川　宗　一

FAX 調査への協力のご依頼

拝啓

錦秋の候、時下ますますのご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、今後、高齢者のターミナルケア・看取りをするための訪問看護サービスが益々必要になると考えており、平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金「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」の一環として、現在、貴事業所でサービス提供されている高齢者のターミナルケア・看取りの実態を把握し、今後の訪問看護制度の検討及び報酬改定の基礎資料に資するよう、発展させていきたいと考えております。そこで、別紙の調査へのご協力をお願いしたくご連絡致しました。

ご多用のところ大変恐縮に存じますが、別紙調査票にご記入の上、FAX にて **11 月 21 日（水）**までに、全国訪問看護事業協会事務局（Fax:03－3351－5938）にご返送いただきますようお願い申し上げます。

ご回答いただいた内容は統計的に処理され、貴事業所が特定される形で公表されることはございません。また、上記目的あるいは訪問看護の提供体制を整備する目的で学会等に成果を公表することを予定しています。また都合によりご協力いただけない場合、貴事業所がそのことにより不利益を被ることは一切ございません。

以上の主旨をお汲み取りいただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。あわせて、引き続き倍旧のご厚情を賜りたく、切にお願い申し上げます。

敬具

【照会先】
●事務局
（社）全国訪問看護事業協会　担当：川添（かわぞえ）、木全（きまた）
〒160-0022
東京都新宿区新宿 1－13－12 壱丁目参番館 302
Tel　03-3351-5898　Fax 03-3351-5938
●主任研究者
聖路加看護大学　看護実践センター　センター長　山田　雅子
〒104-0045
東京都中央区築地 3-8-5
Tel　03-6226-6387　Fax　03-6226-6387

資料2 高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査（平成19年11月1日の状況）

【返送先ＦＡＸ番号：０３－３３５１－５９３８】　返送期限：11／21（水）

(1) 事業開始年月	平成 □□年 □□		(2)都道府県名	（　　）都道府県
(3)開設主体	1 都道府県 2 市区町村 3 広域連合・一部事務組合 4 日本赤十字社・社会保険関係団体 5 医療法人 6 医師会 7 看護協会 8 社団・財団法人(医師会・看護協会以外)		9 社会福祉協議会 10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 14 特定非営利活動法人(NPO) 15 その他法人	
(4)加算等の届出	介護保険法	緊急時訪問看護加算の届出	1 あり　2 なし	
		特別管理加算の届出	1 あり　2 なし	
	医療保険法等	24時間連絡体制加算の届出	1 あり　2 なし	
		重症者管理加算の届出	1 あり　2 なし →5000円（　件）2500円（　件）	
(5)在宅療養支援診療所との連携（10月中）	1．連携あり　→対象者（　）人 →緊急訪問看護加算算定回数（　）回		2．連携なし	
(6)ターミナルケア加算・療養費（平成18年11月～平成19年10月）	介護保険ターミナルケア加算の算定状況 1．算定あり（　件） 2．算定なし		医療保険ターミナル療養費の算定状況 1　算定あり →ターミナルケア療養費(Ⅰ)（　件） →ターミナルケア療養費(Ⅱ)（　件） 2　算定なし	

(7)従事者数	常勤者		非常勤者	
	実人数	換算数	実人数	換算数
1 保健師	人	人	人	人
2 助産師	人	人	人	人
3 看護師	人	人	人	人
4 准看護師	人	人	人	人
5 その他職員（　）	人	人	人	人
（　）	人	人	人	人

(8)利用者数*1	介護保険		医療保険	
1 利用者数（10月中）	人		人	
			うち13日/月以上訪問	人
2 延訪問回数（10月中）	回		回	
	うち　緊急訪問回数	回	うち　緊急訪問回数	回
3 新規利用者数（10月中）	医療機関からの退院	人	医療機関からの退院	人
	施設からの退所	人	施設からの退所	人
	退院・退所以外	人	退院・退所以外	人

4 死亡者数（平成18年11月～平成19年10月）		利用1ヶ月以内の死亡	利用1ヶ月以上の死亡		利用1ヶ月以内の死亡	利用1ヶ月以上の死亡
	自宅	人	人	自宅	人	人
	自宅以外	人	人	自宅以外	人	人

*1利用者数:10月中の実利用者数および訪問回数の合計を「介護保険法によるもの」、「医療保険によるもの」に分けてください。介護保険法対象者で急性憎悪等により医療保険に移った利用者の訪問回数は「介護保険」に含めて計上してください。

以上、ご協力ありがとうございました。

資料３

インタビュー対象者・ステーション属性等整理用紙

1)看護師属性	1．年齢	
	2．性別	
	3．役職	
	4．看護経験年数	
	5．病棟での主な科目	
	6．訪問看護経験年数	
	7．これまでに看取ったおおよその件数（がん○件、非がん○件）	
2)ステーション属性	1．母体法人のタイプ（医療法人・・・など）	
	2．（母体法人が医療機関を持つ場合）医療機関敷地内のステーションか	
	3．併設施設の有無と種類（連携できる薬局がある、居宅介護支援事業所併設など、特徴があるか）	
	4．がん専門看護師や認定看護師の有無	
	5．ステーション内のナースたちの経歴 （がん看護の経験者、老人看護の経験者などの特徴）	
	6．ステーションの活動エリア （片道車で何分以内または半径何キロ以内）	
	7．活動エリアの特徴（高齢化率・往診医や在宅療養支援診療所の多さ、医師会のターミナルケアへのとりくみなど）	
	8．ステーション設置年	
	9．利用者数（医療保険と介護保険利用の比率、年齢分布、疾患の特徴）	
	10．1ヶ月訪問件数と1ヶ月の夜間緊急時訪問回数	
	11．年間の看取り数（＋主病名と年齢）	
	12．年間のターミナルケア加算申請数	
	13．24時間加算の有無と、加算を取り始めた年	
	14．重症管理加算の対象者数	
3)がん事例属性	1．年齢	
	2．性別	
	3．疾患名	
	4．かかりつけ医の所属（母体法人系列病院？）	
	5．訪問開始から死亡までの期間	
	6．病状悪化期から死亡までの期間	
4)非がん事例属性	1．年齢	
	2．性別	
	3．疾患名	
	4．かかりつけ医の所属（母体法人系列病院？）	
	5．訪問開始から死亡までの期間	
	6．病状悪化期から死亡までの期間	
5)終末期に関する指標	1．予後推定の手がかりとしている心身の兆候	
	2．この際、予後がどの程度と見積もるか	

平成19年度　厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）

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

平成20年3月
発行・編集　社団法人　全国訪問看護事業協会
〒160-0022　東京都新宿区新宿1－3－12 壱丁目参番館302
TEL. 03-3351-5898　FAX. 03-3351-5938

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。