

在宅医療における訪問看護形態の一考察

倉戸 みどり
開業ナーシング
看護師
新宿区百人町1 - 17-10
03 - 3362 - 3193
平成14年10月31日

(問題の背景)

わが国の高齢化も年々進み、総人口に占める65歳以上の割合の推移をみると、第1回国勢調査が行われた大正9年(1920年)以降、昭和25年(1950年)頃までは5%程度で推移していたが、その後は年を追って上昇し、昭和60年(1985年)には総人口の10.3%と10%を超えて。総人口の10人に1人を占めるようになった。この割合は近年では毎年0.5ポイント程度上昇し、平成14年には18.5%と、総人口の

5.4人に1人の割合となっている。国立社会保障・人口問題研究所の推計(平成14年1月推計)によると、65歳以上人口は今後も増加傾向が続き、平成26年(2014年)には3199万人(総人口に占める割合25.3%)となり、4人に1人が65歳以上になると見込まれている。

また、死亡率の推移を死因別に見ると、明治から昭和初期まで多かった肺炎、結核、胃腸炎などの感染性疾患は戦後急速に減少し、かわっていわゆる生活習慣病(癌、心臓病、脳血管疾患など)による死亡が上位を占めるようになった。癌は昭和56年から死因の第1位を占め、平成12年には死亡数295,399人、人口10万対死亡率235.2、総死亡の30.7%となっている。国立がんセンターの推計によると、平成27年(2015年)には1年間に89万人が癌にかかると言われている。

高齢化社会は、自らの人生を考え、選択できる時間を与えることになったが実情はどうであろうか。

もっとも死亡率が高い、癌患者に対してどのような場所での過ごし方があるだろうか。

多くの方は、その病状や苦痛に対応しきれないために病院、ホスピスという選択をしている。

「これからの医療は、それぞれの患者や家族のニーズに合わせたオーダーメイドでなくてはならない。特に終末期にはそれが一層重要になる」と金沢医科大学病院の松本教授は語る。

厚生労働省の人口動態調査による<在宅死と病院死(診療所などを含む)>の比率は、1951年は在宅死が82.5%、病院死が17.5%で圧倒的に自宅で亡くなる人が多かったが、1977年には病院死が在宅死を上回って病院死が急増。1998年には在宅死が15.9%、病院死が84.1%となっている。また痛みや突然の出血などコントロールが難しい癌の場合、97%以上が病院死となっている。

高齢化に加え、癌の罹患率が上昇している中、高度医療は延命医療や濃厚治療につながる側面もあり、終末医療のあるべき姿が問われてもいる。

癌患者・家族が個々のニーズに合わせ、自らが望む医療、療養環境をオーダーメイドできるように、長時間付添、緊急訪問看護など様々な状況や容態変化に合わせた訪問看護形態が今の時代に必要になっている。

（問題の所在）

1992年、65歳以上の老人を対象とし開始された老人訪問看護事業及び訪問看護事業が10年を迎える。そこで、提供される看護業務は社会情勢や法の改正など変化してきている。

2002年9月30日付けで、次のとおり厚生労働省から通達が出された。

1. 医師または歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師、および准看護師（以下「看護師等」という）が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第5条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする。という看護師等による静脈注射の実施についての通達である。医療技術の進歩により、複数の医療器材を装着して退院してくる患者が年々増加している。在宅での終末期を迎える癌患者も例外ではない。多いと5～6本という管につながれ、家族が退院指導を受け、その対処の方法、医療行為においてなど指導を受け、退院という形になる。退院まで本人、家族の意思が明確にされ実現できるケースはまだ現状ではごく少数である。国民の半数以上が「家で死にたい」という希望を抱いていても、その意に反して実情は全く違う。ことに癌患者であれば97%の人が病院で最期を迎えている。なぜ、このような現状にあるのであろうか。

介護保険制度の開始と同時に、訪問看護の存在が世間一般にも周知されるようになった。しかし、介護保険制度のもとで行われる訪問看護では容態の安定した介護が中心となることが多く、医療行為や医療依存度の高い人の対応が不足しているのが現状である。1回の訪問時間の制限、訪問看護の回数の制約などもあり、「在宅死」を十分に支えるには多くの課題がある。

IT時代になり、情報の収集が容易になってきている。現在、インターネットで在宅死の情報収集を行うと、「末期がんの方の在宅ケアデータ・ベース」といったものは検索することができる。その情報は細やかな情報が日本全国網羅されているが、残念なことにそれは医療機関のリスト（往診医）の情報であり、訪問看護の同様な内容については現在の所、存在しないものと思われる。全国の訪問看護ステーションの存在については、多くの情報を得ることができるが、長時間付添など訪問看護形態を変化させ対応する組織の情報については、数少ない。また、その存在も少ないものと思われる。

在宅ホスピス協会の在宅ホスピスケア基準には、（基本理念）

1. 患者や家族の生命・生活の質（いわゆるクオリティ・オブ・ライフ）を最優先し、患者と家族が安心して家で過ごせるケアを実施する。
4. 患者の自己決定、家族の意思を最大限尊重する。

（一部抜粋）と掲げられている。

サービスが多様化し、自らの最期のある場所を選択できるようになりつつある現在、家族、医師や他の関係職種と連携を図りながら、必要な時に、必要な看護を提供できるような体制作りが求められている。このような要望に答えるために、訪問看護形態の検討が必要である。

（本研究の目的）

本研究の目的は、在宅で終末期を過ごす癌患者がどのような訪問看護の形態を受け、在宅での看取りを迎えたか、ケースの在宅療養の経過を追い、その特徴、容態や医療器材の装着など共通項目を抽出し、訪問看護形態がどのような時期に変化していたか記録から、その因子を分析し、実際に関わった場面を振り返り検討することによって、終末期看護における訪問看護形態のあり方を明確にすることにあつた。

（用語の定義）

終末期

「全身の機能が低下し、自分自身ではもちろんのこと、どのような積極的治療によってもコントロールできず、確実に死に向かっている死の直前の短い時期のこと」をいう。

付添看護

「看護師である個人または民間組織の看護師が実施するもので、特定人の雇用により、契約関係において特定の人のみを対象に付き添うか、医師の指示により、重篤な患者に付き添うか、いずれかの方法で、ある期間在宅で看護することを目的としている」

- * 1) 定期専門付添訪問看護 ~ 1回 2~5時間
- 2) 特例長時間付添看護 ~ 1回 6~20時間
- 3) 特例24時間付添看護 ~ 1回 24時間

緊急訪問看護

「容態変化等の理由で予定外の訪問が必要になった患者に対して訪問を実施。この際、状況により主治医との連携により主治医の指示のもと、処置・治療の医療行為などを代行する」

（研究の方法）

1994年4月1日~2001年3月31日の間に在宅で死亡したケース89名の中で本研究者自らが、最期の看取り、容態変化時、初回訪問時などで関わった癌患者のケース3名を研究の対象とした。

上記の期間において訪問看護形態の変化し、在宅死したケースの抽出

看護記録より訪問看護形態が変化する時期の分析

訪問看護形態の変化を要望された理由の抽出

訪問看護形態の妥当性の検討

を進めていった。

(事例紹介)

ケース 1 .

患者： S・O氏 88歳 男性
病名 直腸癌 糖尿病 高度 AV ブロック 高血圧
訪問期間 1994年5月18日～1994年7月8日
訪問形態 定期専門付添看護(2～5時間) 緊急訪問看護、緊急一時専門付添看護
特例長時間付添看護(8～12時間) 特例24時間付添看護、
24時間電話相談
医療器材 バルーンカテーテル、人工肛門
医療行為 バルーンカテーテルの交換、膀胱洗浄、人工肛門の管理
介護者 妻、娘(妻の連れ子)
家族介護者以外の介護者 なし
同居家族 妻、娘家族(夫、長男)、妻の弟

初回訪問までの経過

1989年、人間ドックで「直腸癌」と診断され手術を勧められたが拒否し、そのまま放置。1992年前、便秘、血便出現し、腹部CTの結果「進行癌」による肛門上6cmの狭窄及び肝臓への多発性の転移が認められた。1994年4月「尿路感染症」のために6日間入院。バルーンカテーテルを挿入したまま退院。定期的に通院していたが、倦怠感と脱力感が強くなり本人が通院を拒否。必要以上の医療は受けたくないという本人と家族の希望もあり、内服薬は睡眠剤以外は全て中止となっていた。主治医から余命1～3ヶ月と宣告された中で可能な限り、本人の思いを叶えてあげたいと在宅療養に踏み切った。

訪問依頼の理由

2週間に一度のバルーンカテーテルの交換

紹介経路 病院主治医からの紹介

主治医 病院医師

転帰 在宅死

< 実際の訪問看護形態の変化 >

(月日)	(訪問時間)	(訪問形態)	(緊急・延長など)
1) 5月18日	1時間	専門訪問看護、24時間電話相談加入	
2) 5月20日	2時間	定期専門付添看護	
3) 5月25日	2時間	定期専門付添看護	
4) 5月25日	1時間	専門訪問看護	*
5) 5月27日	2時間	定期専門付添看護	
6) 6月1日	3時間	定期専門付添看護	

(月日)	(訪問時間)	(訪問形態)	(緊急・延長など)
7) 6月 2日	12 時間	緊急一時付添看護	*
8) 6月 3日	24 時間	特例 24 時間付添看護	
9) 6月 4日	24 時間	特例 24 時間付添看護	
10) 6月 5日	24 時間	特例 24 時間付添看護	
11) 6月 6日	12 時間	特例 24 時間付添看護	
12) 6月 7日	8 時間	特例長時間付添看護	
13) 6月 8日	9 時間	特例長時間付添看護、延長 1 時間	*
14) 6月 9日	12 時間	特例長時間付添看護、延長 4 時間	*
15) 6月 10日	12 時間	特例長時間付添看護、延長 4 時間	*
16) 6月 11日	12 時間	特例長時間付添看護	
17) 6月 12日	12 時間	特例長時間付添看護	
18) 6月 13日	12 時間	特例長時間付添看護	
19) 6月 14日	12 時間	特例長時間付添看護	
20) 6月 15日	12 時間	特例長時間付添看護	
21) 6月 16日	12 時間	特例長時間付添看護	
22) 6月 17日	12 時間	特例長時間付添看護	
23) 6月 18日	12 時間	特例長時間付添看護	
24) 6月 19日	3 時間	専門付添看護	
25) 6月 20日	12 時間	特例長時間付添看護	
26) 6月 21日	12 時間	特例長時間付添看護	
27) 6月 22日	12 時間	特例長時間付添看護	
28) 6月 23日	12 時間	特例長時間付添看護	
29) 6月 24日	12 時間	特例長時間付添看護	
30) 6月 25日	12 時間	特例長時間付添看護	
31) 6月 26日	5 時間	定期専門付添看護、延長 2 時間	*
32) 6月 27日	12 時間	特例長時間付添看護	
33) 6月 28日	12 時間	特例長時間付添看護	
34) 6月 29日	12 時間	特例長時間付添看護	
35) 6月 30日	12 時間	特例長時間付添看護	
36) 7月 1日	14 時間	特例長時間付添看護、延長 2 時間	*
37) 7月 2日	12 時間	特例長時間付添看護	
38) 7月 3日	3 時間	定期専門付添看護	
39) 7月 4日	12 時間	特例長時間付添看護	
40) 7月 5日	24 時間	特例 24 時間付添看護	*
41) 7月 6日	24 時間	特例 24 時間付添看護	

(月日)	(訪問時間)	(訪問形態)	(緊急・延長など)
42) 7月 7日	24 時間	特例 24 時間付添看護	
43) 7月 8日	24 時間	特例 24 時間付添看護	永眠

* アンダーラインは訪問形態が変化した時

訪問回数 43 回

緊急訪問 2 回

延長 5 回

在宅療養の日数 1994 年 4 月 10 日～7 月 8 日 (89 日間)

< 訪問看護形態を変化した時、定期以外の訪問を実施した時の状況 >

1. 緊急訪問

1) 「痛みを訴えている」と妻からの電話相談が入る、訪問し容態を観察、座薬を使用し、本人・妻の安心を確認。

2. 緊急訪問

2) 6月2日 妻から電話相談が入る。「ベットから降りて訳のわからないことを言っている。すぐ来て欲しい」と緊急訪問の依頼の電話。内服薬は一切本人の希望から中止し、夜間の睡眠剤だけを内服し、肝臓への転移もあった本人の容態から不穏症状の出現が見られていた。訪問時、妻は本人の状態を見て「こんなきちがいをもう見ていくことできない」と言い、その表情は険しさが見られていた。妻は不眠と疲労から、在宅療養が継続できないことを話す。同居している娘は、今後の不安、在宅での対応が可能なのか、不安を持っている。前妻の息子は、「本人がどうしたいのか、確認してお父さんのいいようにしよう」と言う。

3. 毎日 2 時間の訪問 から 特例 2 4 時間付添

3) 6月2日 四国へ学会出張中の医師との連携のもと、医師の帰京後往診の6月6日まで容態が不安定であることから特例 2 4 時間付添と訪問形態を变化する。

4. 毎日 1 2 時間の訪問 から 特例 2 4 時間付添

4) 前日まで9時から21時までの12時間の付添であったが、それまでの容態変化に加え、更なる変化として人工肛門からの出血が見られた。妻は穏やかに本人と接し、言葉の端々から別れが近いことを感じていることが伺えた。

< 訪問形態の変更を要望された理由の抽出 >

1. 緊急訪問

痛みの出現

家族での対応が困難

痛みの出現による本人、家族の不安

2.緊急訪問

急激な容態変化

今後の病状変化による不安

3.毎日2時間の訪問 から 特例24時間付添

在宅療養の継続、入院への迷い

今後の病状への不安

4.毎日12時間の訪問 から 特例24時間付添

容態変化に対しての不安

死を間近にしての不安

<訪問形態変更の妥当性>

1.緊急訪問

痛みに対しての、正確な判断と対応が望まれた。本人の痛みに対しての表現が家族もその状況を見て危機状況に陥り、正確な対応が困難と思われたために訪問の必要性があったと判断される。

2.緊急訪問

これまでの本人の毅然とした生き方、人格などから、その変化に戸惑う家族の心情から、その対応に困難さを感じ、対応不可能と感じられるような電話相談での妻の言葉があったために、まず訪問した上で起きている容態変化に対して、正しく判断し説明する必要性があったために訪問の必要性があったと判断される。

3.毎日2時間の訪問 から 特例24時間付添

容態変化に対しての看護的対応、今後の療養の場を決定していくための話し合いなど、家族に対しての説明と同意を得、医師との連携を図り、家族の希望である本人の意思を尊重した上での今後の療養の場を決定するための調整が必要。そのためには、医師の往診までの期間、本人の容態に注意しながら、家族の精神面への関わりも必要と判断。ナースが長時間付添をすることで、それまでの妻の介護負担、慢性睡眠不足などが解消されることになるため、必要な訪問と判断。

4.毎日12時間の訪問 から 特例24時間付添

これまでの関わりから、容態変化に対しては家族も受け入れ、死を間近にしていることは納得はしていたが、「最期の時が近づいた時には、また看護婦さんに24時間居てもらいたい。家族だけでは不安でどうしたらよいかわからないから。お願いします」と話していたことから、死が間近なことが予測されたこの時点からの特例24時間付添は、この家族には必要であったと考えられる。

(事例紹介)

ケース 2

患者： T・H氏 78歳 女性
病名 直腸癌術後、慢性腎不全、腎性貧血
訪問期間 2000年3月15日～2000年4月7日
訪問形態 特例長時間付添看護（8～12時間）、特例24時間付添看護、
24時間電話相談
医療器材 中心静脈栄養、硬膜外カテーテル、バルーンカテーテル、酸素、人工肛門
医療行為 バルーンカテーテルの交換、膀胱洗浄、人工肛門の管理、IVHの管理、側管
注射、褥創処置
介護者 長男夫婦、ヘルパー
家族介護者以外の介護者 知人のナース（看護学校教師）が可能な日は支援
夜間、ナースの特例24時間付添からヘルパーへ移行
同居家族 夫（パーキンソン症）、同じ敷地内に長男一家（家族5人）
初回訪問までの経過

容態の悪化と疼痛出現により、入院。入院後、全身状態の改善目的のために各種カテーテルが挿入され、全身管理が行われた。予後の短いことを本人も察知し、自宅に帰ることを本人が望み、一人息子である長男も本人の望みを叶えたいと退院への体制を整える。

訪問依頼の理由

入院後にできた巨大褥創と複数の医療器材が装着されたままの退院となり、本人・家族の不安が大きいため退院直後の体制、環境調整の目的から特例24時間付添の希望があり、当社への訪問が希望される。

紹介経路 病院のソーシャルワーカーからの紹介

主治医 往診医（退院前に調整）

転帰 在宅死

< 実際の訪問看護形態の変化 >

(月日)	(訪問時間)	(訪問形態)	(緊急・延長など)
1) 3月15日	24時間	特例24時間付添	
2) 3月16日	16時間	特例長時間付添	* 知人のナースが付添
3) 3月17日	16時間	特例長時間付添	* 知人のナースが付添
4) 3月18日	24時間	特例24時間付添	
5) 3月19日	24時間	特例24時間付添	
6) 3月20日	24時間	特例24時間付添	

(月日)	(訪問時間)	(訪問形態)	(緊急・延長など)
7) 3月21日	16時間	特例長時間付添	
8) 3月22日	16時間	特例長時間付添	
9) 3月23日	9時間	特例長時間付添	
10) 3月24日	9時間	特例長時間付添	
11) 3月25日	24時間	特例24時間付添	
12) 3月26日	8時間	特例長時間付添	
13) 3月27日	8時間	特例長時間付添	
14) 3月28日	24時間	特例24時間付添	
15) 3月29日	8時間	特例長時間付添	
16) 3月30日	8時間	特例長時間付添	
17) 3月31日	8時間	特例長時間付添	
18) 4月1日	8時間	特例長時間付添	
19) 4月2日	8時間	特例長時間付添	
20) 4月3日	8時間	特例長時間付添	
21) 4月4日	8時間	特例長時間付添	
22) 4月5日	24時間	特例24時間付添	* 当日変更
23) 4月6日	24時間	特例24時間付添	
24) 4月7日	24時間	特例24時間付添	永眠

* アンダーラインは訪問形態が変化した時

訪問回数 21回

緊急訪問 0回

延長 1回

在宅療養の日数 2000年3月15日～4月7日(23日間)

< 訪問看護形態を変化した時、定期以外の訪問を実施した時の状況 >

毎日8時間の訪問 から 特例24時間付添

1) 4月5日 尿量の減少、意識レベルの低下に加え、血圧の低下が見られ、最期の時が近づいてきている身体状況の変化が見られる。

< 訪問形態の変更を要望された理由の抽出 >

1. 毎日の8時間の付添 ~ 特例24時間付添

今後の病状変化に対する不安

間近な死に対する病状変化への不安

< 訪問形態変更の妥当性 >

1. 毎日の8時間の付添 ~ 特例24時間付添

それまで、夜間ヘルパーの付き添いを実施していたが、家族から容態変化に対しての不安が聞かれ、「死が近づいているならば、安心して看守りたいので、看護婦さんに付添ってもらいたい」という言葉が聞かれており、死を迎える家族の不安が少しでも軽減し、最期の時が本人、家族が納得のいくものとなるように必要な訪問形態の変更であったと思われる。

(事例紹介)

ケース3

患者 Y・S氏 63歳 男性

病名 下咽頭癌、リンパ節、肺転移

訪問期間 2001年2月7日~2001年2月15日

訪問形態 特例長時間付添看護(8~12時間)、特例24時間付添看護、
24時間電話相談

医療器材 気管切開(ポーテックス・ポーカレイド)、胃瘻、末梢点滴、在宅酸素

医療行為 気管内吸引、経管栄養、点滴管理、側管注射、

介護者 妻、次女、ヘルパー

家族介護者以外の介護者

退院後、特例24時間付添から長時間付添へと変更と同時に24時間ヘルパーの導入

同居家族 妻、長男、次女、1階住居に本人の両親、長女は独立し近隣に住む

初回訪問までの経過

平成12年2月、頸部に腫瘤が見られ受診。下咽頭癌を診断。3月入院。化学療法、放射線療法を受ける。一時退院するが4月再入院。4月17日両頸部リンパ郭清、下咽頭腫瘍摘出、その後再度化学療法。積極的に治療を行っていたが、症状改善されず苦痛症状が増強する。平成12年12月緩和治療科を紹介され、本人の温熱療法と免疫療法にかけたいという強い希望により、転院する。そこで、温熱療法、免疫療法を実施するが予後が短いことの説明を家族がされ、本人の希望である両親と正月を過ごしたいという望みを叶えてあげたいと体制を整えていた。

訪問依頼の理由

本人の両親と一緒に年末年始を過ごしたいという希望があり、主治医から一度病院に来て、本人・家族と面談をして欲しいと依頼がある。このときに、肝機能の上昇から全身状態の悪化が見られ、病院訪問を2度行うが、年末年始の外泊は中止。以降、在宅療養、在宅での看取りを検討し体制を調整する。容態が悪化傾向にあり、今後の容態に対する不安も大きいことから訪問希望となる。

紹介経路 病院の主治医から年末年始の外泊時の訪問に際して、体制調整から介入をして欲しいと紹介

主治医 退院後も引き続き、病院主治医が主治医となる

転帰 在宅死

< 実際の訪問看護形態の変化 >

(月日)	(訪問時間)	(訪問形態)	(緊急・延長など)
1) 2月 7日	11 時間	特例 24 時間付添看護	退院日当日
2) 2月 8日	24 時間	特例 24 時間付添看護	
3) 2月 9日	24 時間	特例 24 時間付添看護	
4) 2月 10日	24 時間	特例 24 時間付添看護	
5) 2月 11日	17 時間	特例長時間付添	*
6) 11日	2 時間	専門付添看護	
7) 2月 12日	3 時間	専門付添看護	
8) 12日	2 時間	専門付添看護	
9) 12日	2 時間	専門付添看護	
10) 2月 13日	10 時間	特例長時間付添	*
11) 13日	3 時間	専門付添看護	
12) 2月 14日	3 時間	専門付添看護	
13) 14日	9 時間	特例長時間付添	*
14) 15日	5 時間	特例長時間付添 (14日から連続)	* 永眠

* アンダーラインは訪問形態が変化した時

訪問回数 14回

緊急訪問 0回

延長 2回

在宅療養日数 2001年2月7日～15日 (8日間)

< 訪問看護形態を変化した時、定期以外の訪問を実施した時の状況 >

2時間の複数回訪問(1日3回の訪問) から 長時間(9時間)の訪問

1) 気切孔出血あり、口腔からも血性の唾液見られる。末梢の冷感が見られ、顔色が白っぽく変化する。意識レベルは、「排尿」「お茶を飲む」などの意思表示は見られる。

1日3回の訪問 ~ 特例長時間付添

1) 血圧の低下、下血が見られ、意識レベルの更なる低下が見られる。最期の時が近いことが予測されるような、身体状況の変化が見られる。

2) 呼吸状態の変化が見られる。間近な死が感じられる。

< 訪問形態の変更を要望された理由の抽出 >

2時間の複数回訪問（1日3回の訪問） から 長時間（9時間）の訪問

容態変化に対しての不安

病状に対しての対応不安

1日3回の訪問 ~ 特例長時間付添

今後の病状変化に対しての不安

間近な死に対しての病状変化への不安

< 訪問形態変更の妥当性 >

2時間の複数回訪問（1日3回の訪問） から 長時間（9時間）の訪問

連続した時間の訪問に変更することを妻に提案すると、「お願いします。何がなんだかかわからないので」と本人の容態変化に対しての不安、気持ちの揺れを表現する言葉が聞かれている。妻の不安をひとつでも軽減した上で、本人に接することは妻にとって大切なことであり、訪問形態の変更は必要であったと思われる。

1日3回の訪問 ~ 特例長時間付添

前日の容態変化に加え、更なる下血が見られ最期の時が近いと判断される状況にあった。特例長時間付添から1日3回の訪問に切り替える際に妻から次のような言葉が聞かれている。「長く居て頂ければ、居ていただけるだけお願いします。もう主人は長くはないと思うんです。また長い時間お願いするようになると思います」という言葉が聞かれている。

看取りの場を妻、3人の子供が本人に語りかけ、触れ合いできるような環境にし、場面設定をすることが看護支援として求められていたため、必要な訪問形態の変更であったと思われる。

（結果と考察）

愛する家族を失うこと、それは人間という感情を持ち合わせた生き物にとってその悲しみはほかの何よりも比較にならないものである。その悲しみや苦しみ、不安の表現の仕方はさまざまである。家族によって、現実を受け入れて問題を解決しようとするタイプや、絶望感にのみとられるタイプ、あらゆる情報を集めることによって不安を解消しようとするタイプ、現実を否定して病気や死を前提とした話はしたくないというタイプなど家族それぞれの生活歴、その人の生育歴などにより違いがある。そして、その家族がこれまでにどのような問題解決の仕方をしてきたかによって支援の方法は異なると思われる。

この点を踏まえ、事例における支援の方法と訪問看護形態の変更の時期などは考慮する点が必要と判断される。ケース1～3の中で、家族構成とその役割、キーパーソンなどを考え、変更時に誰にどのように説明し、意思確認を行い、決定していくか、その説明においても

個々のケースによってその違いがあると思われる。斎藤 6)は末期患者とその家族 悲嘆についての中で、次のように話している。「ナースや医師たちにとって、わかりきった質問をするかもしれませんが、患者や家族の人たちにとって、死は一度も体験したことのないことのほうが多いのです。患者や家族の不安の源を知ることが大切ですし、その不安に対して正直に答えることが彼らの抱く余分な不安を多少なりとも軽減させることになるのだと思います。死という未知のものに対する不安にさいなまれているのです。ことに家族の人たちは患者の痛みや苦しむことに対して常に不安をもっています。ですから、このことについてたびたび、ナースや医師に質問することと思いますが、単なる気休めや、「大丈夫ですよ」と言うだけでは信じることはできませんし、したがってこの不安から解放されることはありません。それよりも、苦しい時、痛みにおそわれた時にはいつでもナースや医師がそばにいますよ、という信頼関係を築き上げることだと思います」と言う。戦前、日本人の多くは自宅で亡くなり、多くの人がある最期の場面に立会い、その状況に対応することを経験してきた。しかし昭和 30 年以降、医療技術の進歩に伴う、病院数や病床数の増加がみられ、家族構成の変化とともに自宅で亡くなるのが少なくなり、それは経験したことのない、わからないことばかりの不安であると考えられる。ケース 1 ~ 3 のいずれのケースも容態変化、目の当たりにした死への不安という時期に訪問形態を要望され、変更している。柿川 27)らが遺族を対象に行った調査結果(多重回答)によると、自宅で実際に患者をみてあげられなかった理由として、「症状が悪化していて無理があった」と答えた者が 88%、「苦痛の緩和ができない」と答えた者が 52%、「悪化した時、困る」と答えた者が 46%、「素人では看護できない」と答えた者が 39%であった。という結果がある。

ケース 1 ~ 3 のいずれも看取りの前に長時間の付添いを実施するように変更しているが、宮崎 22)らは家族・一般の人の漠然不安としたとして

死亡する時に苦痛や変化など何かが起きるのではないかと不安

死亡した時に何をどうしてよいかわからないこと

死亡した身体をどう扱ってよいかわからない

などである。そのことを家族がきちんと理解し、24 時間対応してくれる医療機関などがあれば、場合によっては静かに大往生できるのである。と言っている。死が一般的に身近なものでない現在、その過程は多くの人々が未知なものであり、そこに伴う不安は当然のものであると思われる。その目に見えない不安に対してどのように対応し、解決していくか、在宅終末期癌看護におけるナースの大きな役割と言える。村松 21)は、「死の時期を伝えることによって、本人と家族もまた、死がまもなくやってくることを悟り、お互いの心の絆をより強くしようとします。ナースにはそのような場を提供するという大役が課せられているのです」と最期の場面でのナースの役割について提言している。ケース 1 では、亡くなる 2 日前から意識の低下が見られた本人の容態変化、死の直前、呼吸状態の変化が見られたときに娘から「悲しいね。お別れだね」という言葉が聞かれたが、この言葉に対して妻から、「悲しくなんかないよ。一生懸命やったものね。お父さん」とその言葉は在宅で

の療養に満足しているようなはっきりとした口調で、本人の手を握りながら発するものであった。ケース2では、呼吸状態の変化が前日のそれとは違うことを説明し、一人息子である長男に最期の時が近いことを説明し、耳はしっかりと聞こえており声は届くことを説明すると、「お父さんのことはしっかりと見るからね。皆で仲良く暮らしていくよ」と母親に対しての別れの言葉をかけている。ケース3では、亡くなる6時間前の下血により更なる容態変化による全身状態の変化から、最期の時が近いことを説明すると、長男、長女に連絡をとり、1時間後には妻と3人の子供、愛犬と本人の望む家族が揃い、皆で声をかけ身体をさすり、手を握っていた。そして、ナースとヘルパーが別室で待機することを提案すると、家族で相談し、家族だけの時間をやはり持ちたいと希望し、その間にアルバムを広げ、本人を囲み一家団欒と別れの時を過ごした。岡堂 23) は、『家族は迫りつつある患者の死を予期したとき、あるいは医師より死が近いことを宣告されたとき、衝撃を受け不安は増大し緊張状態におかれ、さらに日々悪化していく患者の状態や苦痛の訴えなどが家族の心理に大きく影響し、緊張を高める』と言っている。長時間ナースが付添い、いつ、どのような言葉を誰にかけ、説明するのか、それまでの関係性や家族らしさが維持できるように、単に不安や緊張を高めるだけのものではない。

個々、家族のそれまでの生活スタイル、生き方などにより、その人の家庭にはその人の家族との生活がある。これらを理解した上で付添看護としての長時間看護を提供することも大切なことであると思われる。岡堂ら 23) は、『家族は、医師より患者の死が近いと宣告されたとき、いつごろか教えてほしいと医師に尋ねてくることがよくある。これは、

今後の心構えのため、今後の準備のため（葬儀や仕事の整理）死に目にあいたいため、また他の家族メンバーや親戚の者も死に目にあわせたいために知りたいと考えている』と言う。この点において、在宅では医師が常時付添うことは不可能であり、看取りの経過とその変化も含め、ナースの判断と予測に期待されると考えられる。ケース1では、呼吸停止3時間前に上肢のチアノーゼが出現し、医師に報告。その時に別居していた次男、三男、五男に連絡し、来宅している。病院とは異なり、心電図モニターや機械器具がない中で何をどのように観察し、医師との連携を図り、家族に説明をしていくか、ナースとして役割を担う部分である。

また、ケース1~3の患者はいずれも複数の医療器材を装着し、医療行為の実施を伴っていた。静脈注射の実施については厚生労働省からの通知が出されたが、現行法ではナースが独自の判断で医療行為を実施することは認められていない。常時医師のいることのない在宅では多くの場面でその判断が求められる。即時に医師と連絡がとれなかったり、医師の対応が難しい場合もある。このような場合に事前にどのような容態変化が起こりうるか予測、判断された上での対応は必要不可欠なものとなってくる。家族も医療行為の指導等を受けて対応するが、死を目の当たりにした中で不安を感じ、更なる医療行為の実施による緊張が加わるならば、2度とない最期の場面が意味のないものになってしまうことが考えられる。この点からも本人、家族にとって穏やかに安らかなる最期の場面を心静か

に迎えるように支援するために、医療行為の代行も含め、看護介入が必要になると思われる。

今回、3例のケースのいずれも訪問形態を変更した理由はこの調査結果に共通するものがあり、死を目の当たりにしていく癌患者の病状、容態変化がその大きな要素を示すことが明確となったと思われる。

この時期に訪問形態を変更することにより、最期の看取りまでの流れができたと判断される。

（今後の課題）

現在、長時間の付添い看護を提供しているのは保険対応の訪問看護ステーションではほとんど無いような現状である。30分～90分での訪問看護の中では、状況によりその対応には限界があると思われる。複数訪問看護ステーションからの訪問看護が可能になっているが、24時間連絡体制加算、ターミナルケア療養費についてはどちらかいずれかの訪問看護ステーションのみ加算という現状がある。経営や採算性のうえでは保険での訪問看護の限界がある。このような制度上の制約がある中では訪問看護が必要なときに受けられるといったものには遠い現実がある。在宅における終末期の看護を提供するときに、必要な時間をどのように判断し、伝えていくか、現在の保険枠での対応に提言していくためには多くの困難な面があるがこれまでにいった実績から、その必要性を実感し、今後も考えていきたい。

また、在宅において癌患者の終末期を介護する家族には多くの場面で危機的状況に遭遇する。また患者自身も近づく死に対しての不安、出現する症状に危機的状況に陥ることも少なくない。そのようなときに、その場の状況判断と適切な対応、今後の予測などを含めた専門家としての適切な対応が望まれる。しかし、現状ではナースの教育としての終末期看護の育成は不足していると考えられる。今回の研究から終末期看護におけるナースの役割を検討していきたいと思う。

今回、海外施設を見学し、日本の独自の在宅死を客観的に考えてみることを試みたが、海外での在宅死という点までは、学ぶことができず、今後の課題となった。

<引用・参考文献>

- 1) 日野原重明：末期患者のクオリティ・オブ・ライフ、中央法規、1988
- 2) 平賀一陽：終末期医療、最新医学社、1991
- 3) ピーター・ケイ：緩和ケア百科。春秋社、1994
- 4) 川越 厚：家庭で看取る癌患者、メジカルフレンド社、1991
- 5) 日本死の臨床研究会：これからの終末期医療、人間と歴史社、1995
- 6) 日野原重明：患者家族へのケア、中央法規、1988
- 7) 若林一美：死を学ぶ、日本看護協会出版会、1989
- 8) 藤腹明子：看取りの心得と作法、医学書院、1994
- 9) 川越 厚：在宅ホスピスケアを始める人のために、医学書院、1996
- 10) 厚生省・日本医師会：末期医療のケア、中央法規、1998
- 11) 吉田哲：ターミナルケアの場面、メディカ出版、1989
- 12) 宮尾茂子：終末期医療への願い、ミネルヴァ書房、1995
- 13) 額田勲：終末期医療はいま、ちくま新書、1995
- 14) 福地総逸：訪問看護実践マニュアル、医薬ジャーナル社、1999
- 15) 西村周三：在宅ケアを知るーその現状と利用者の思いー、メディカ出版、1989
- 16) 村松静子：開業ナース、バオバブ社、1993
- 17) 西村文夫：安らかな死を考える、日本プランニングセンター、1991
- 18) 村松静子：臨床看護婦の自立、日本看護協会出版会、1994
- 19) 村松静子：私たちの在宅看護論、エスアンドアールプロジェクト
- 20) 山崎麻耶：訪問看護ハンドブック、日本看護協会出版会、1990
- 21) 村松静子：その時は家で、日本看護協会出版会、2002
- 22) 宮崎和加子：訪問看護ステーション、医学書院、1993
- 23) 岡堂哲雄：危機的患者の心理と看護、中央法規出版、1987
- 24) 村松静子：訪問看護の将来予測に即応した教育システムの開発研究、
1997
- 25) 村松静子：訪問看護事業を運営する上でのガイドライン作成、1999
- 26) 西村文夫：「家で死ぬ」ということ、三天書房、1998
- 27) 柿川房子：国立がんセンター病院におけるケアの現状 遺族の調査から、1988