

在宅医療助成 勇美記念財団

2003 年度在宅医療助成 報告書

「がん終末期患者の在宅移行時から終末までの病院看護師と訪問
看護師との連携システムのあり方に関する」研究

長井 浜江

東京女子医科大学病院 在宅医療支援・推進部 看護師

東京都新宿区河田町 8-1

TEL : 03-3353-8111

平成 16 年 8 月 31 日提出

はじめに

研究の背景と目的

わが国の病人の死亡場所は、病院死(施設内死)がその大半を占める。平成7年(1995年)の厚生白書では1993年の在宅死は23%であったと報告している。疾患別にみると、心疾患、脳血管障害は30%であったが、悪性腫瘍の在宅死は7%にとどまっている。これは、がん終末期患者は不快な症状、特に疼痛は80%以上の患者に起こっているが、在宅医療下ではこれらの症状緩和が次第に難しくなってしまうこと、進行性疾患であるため終始医療者の観察下にある施設内ケアに対し、在宅下では専門化の観察と適切なケアが遅れてしまう可能性が高く、医療者や患者家族の不安が増強してしまうことが、在宅療養の中断に至る理由として推測される。がん終末期患者が人生最後をどこで過ごすか自己決定を行う場合、その選択肢に自分の生活圏での療養が挙げられることは重要である。そのために、がん終末期患者の病院治療から在宅医療の継続における阻害因子を明らかにすることは意義深い。

日本看護協会は看護政策立案を目的とし「わが国におけるターミナルケアのあり方に関する基礎調査/平成14年」をおこない、看護職の在宅と病院におけるターミナルケアについての意識や取り組み状況について調査した。その結果、訪問看護師はターミナルケアに対し関心が高く、24時間体制、地域訪問診療医と相談しながら症状コントロールの実施や家族ケアに積極的に取り組んでいた。病院看護師が困難と感じる項目は、精神的なケア、家族ケア、看取りの場所の意思確認で、在宅移行が困難な理由に訪問看護体制が不十分であると答えていた。訪問看護師、病院看護師の9割が末期医療の普及には「治療、ケアの方針に関する、患者・家族との十分な話し合い」「痛みや症状緩和方法の徹底と普及」が必要と考えていた。がん終末期患者に訪問看護師と病院看護師が共に困難と感じる項目は、①精神的なケア、②身体症状緩和、そして③家族ケアの順であった。これら結果から、終末期患者の看護に携わる病院・訪問双方の看護師には、それぞれの困難感があり、その困難感には治療やケアの方針の共有など、医療者間の連携が関連していることが示唆されている。

我々は、平成13年度に在宅中心静脈栄養法を導入したがん終末期患者20名とその家族を対象に在宅療養生活に対する患者満足度と介護負担度について調査した。在宅医療を受けながらの生活に患者の満足度は高かった。満足度と同様に、家族の介護負担感も大きな位置を占めていた。全症例に訪問看護と在宅訪問診療医の利用があり、看護師の支援は家族の介護負担感を軽減と在宅療養生活の満足感に繋がっていることが明らかであることが示唆された。

研究目的

本研究の目的では、対象はがん終末期患者で、病院での在宅移行時から終末までの、病院看護師と訪問看護師の連携のあり方を明らかにすることである。従って、がん終末期患者を支援する訪問看護師の視点から病院看護師との連携システムを作成する。調査内容は情報の種類と情報交換の時期、困った時の対応(援助の方法)などで、在宅移行時、患者の病

状態悪化時、家族の介護負担増強時、見取りの時期を経時的に分析を行う。

期待される効果

がん終末期患者・家族が退院後の病状の変化や介護不安などの課題を乗り越えられるよう病院と在宅の医療職の継続的な支援方法の実践的・具体的資料が得られる。

包括医療の導入により在院日数が短縮され、訪問看護を利用する患者も増加すると思われる。病診連携はもとより連携による看護の継続はより重要である。医療依存度の高く医療的ケアを必要とするがん終末期患者を在宅看護する看護職と病院看護師の連携のシステムとして捉え、困りの現状が明らかになり、対策に関連づけができて有効な援助方法が得られる。

この研究はひとつの医療機関に限定されない連続性をもった医療の向上の足がかりとなるものであり、ターミナルケアの充実に貢献できる。

ここで得られた結果は、病院看護師と訪問看護師等の十分な連携と信頼関係の下で、患者に起こりうる病態の変化にも対応可能な医師の指示に基づき、適切な観察と看護判断を行い、患者に対して適切な看護を行うことが望ましいと考えられる。この点も踏まえつつ、療養生活の支援については、看護師等が、病院・在宅を問わず知識・技能を高め、医師等との適切な連携のもと、その専門性、自律性を発揮し、患者の生活の質の向上に資する的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められる。この研究から訪問看護師から求められる連携する上での情報提供のあり方、組織としてのサポートシステムにズレが無いかを病院看護師は再確認する機会になる。

がん終末期患者の看護の質の向上を考える際の参考資料を提供できる。

本研究で得られた結果から、看護職としての連携のあり方が具体化されることで患者・家族が望む在宅療養についてお互いの立場から意見交換をすることで症状コントロール、医療処置などの知識・技術の向上にもつながる。介護や福祉職者とのかかわりなど個別に即した対応ができ、その積み重ねが医療全体にも反映される。

・用語の定義:

がん終末期患者：癌疾患で予後3～4ヶ月と診断されたものとした

在宅移行前：退院前とした

在宅導入期：在宅療養開始から約1週間前後とした

安定期：在宅導入期と臨死期の間で症状・疼痛管理が比較的安定している時とした

臨死期：いよいよ死が近づいてきた時期をいい、臨終の10日から1週間前とした

・研究方法

本研究は、がん終末期患者の在宅移行時から終末までの病院看護師と訪問看護師との看護の連携の在り方を明らかにすることを目的とする。対象を訪問看護ステーションの看護師にアンケートによる実態調査研究をとる。

1. 調査対象

東京都23区と都下の訪問看護ステーション事業所をワムネットで検索、375箇所（2003

年 11 月) の訪問看護ステーションが検索された。この 375 箇所訪問看護ステーションの所属長にアンケート調査の趣意書を送付し協力を依頼した。調査対象者は所属する訪問看護師全員に記入を依頼した。

2. 調査項目と調査期間

調査票は訪問看護師が病院看護師に望むがん終末期患者の連携のあり方、後方支援を中心に退院時共同指導の実施状況、在宅移行後の基幹病院と訪問看護ステーションの看護師との情報交換や支援方法の現状について、対象者の属性（所属機関、年齢、経験年数）在宅移行前、在宅移行直後、安定期、臨末期、その他（連携に際しての病院看護師に望むこと、今後の連携のあり方）5つのカテゴリーで12の質問項目とした。質問票の作成は疫学・生物統計学の専門家と行い、さらに調査項目は看護師の負担にならない質問数に絞り込んだ。また、調査票を作成する段階で探索的統計解析を可能とするために都内S区の訪問看護ステーション5箇所の訪問看護師にプレテストを行い質問項目の妥当性、言葉の定義、記入方法について意見を求めた。

調査期間：平成15年11月20日～12月25日、平成16年1月20日～2月28日

3. 分析方法

459名の方々から得た回答結果を、疫学・生物統計学の専門家と研究チームで分析を行った。今回は単純集計のみで分析結果をだした。

4. 倫理的配慮

調査への依頼は、施設長と各訪問看護師あてに依頼文書を作成し、調査票に添付し郵送した。依頼文書には、研究以外に使用しないこと、質問紙は個人や所属ステーション名が特定できないように配慮することを明記し同意を得た。また、調査結果の報告書の希望者には、返信用封筒に住所・施設名を記入してもらった。

IV. 「末期悪性腫瘍患者の在宅療養支援における病院看護師と訪問看護師との連携のあり方」に関するアンケート調査結果

回収結果は139機関、459名からの回答を得られた。回収率は37.1%であった。

(1) 対象者の属性

所属する施設訪問看護ステーションの母体

医療法人の192名(41%)が最も多く、次いでで社団法人95名(21%)、社会福祉法人49名(11%)であった。

医療法人	192	41%
社会福祉法人	49	11%
社団法人	95	21%
財団法人	15	3%
企業	44	10%
その他	64	14%
合計	459	100%

所属する施設の所在地

所在地は東京都 23 区内の 102 箇所の訪問看護を実施している施設の看護師 328 名と都下 37 箇所の看護師 131 名であった。尚、東京都全区域の機関であった。

性別

女性 99%を占め、男性の看護師は 1%であった。

訪問看護師の年齢別内訳 (n:452 名)

平均年齢は 39.9 歳(25-73 歳)であった。年代別では 40 歳から 44 歳の方が 24%を占め、次いで 45 歳から 49 歳の方が 19%、35 歳から 39 歳が 18%であった。

20-25 歳	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
7 名	56 名	82 名	107 名	85 名	67 名	30 名	11 名	5 名	1 名	1 名
2 %	12 %	18 %	24 %	19 %	15 %	7 %	2 %	1 %	0 %	0 %

資格 (n:459 名)

訪問看護をされている方の資格では看護師の方が全体の 93%を占め、保健師の方が 1.5%、助産師 0.9%であった。

資格	人数	割合 (%)
保健師	7 名	1.5
助産師	4 名	0.9
看護師	427 名	93
准看護師	21 名	4.6
合計	459 名	100%

訪問看護師の看護師としての経験年数 (n:452 名)

看護職としての経験年数 11 年から 15 年目が 29%と最も多く、次いで 6 年から 10 年目 27%、16 年目から 20 年目が 20%となっていた。25 年以上の方は 18%であった。

1-5 年	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40
27 名	121 名	136 名	90 名	43 名	26 名	4 名	5 名
6 %	27 %	29 %	20 %	10 %	6 %	1 %	1 %

訪問看護師としての経験年数

訪問看護経験年数では 3 年から 5 年が 38%、また、5 年以上の方が全体の 28%を占めていた。1 年目未満の方は 21%であった。

1 年目	2 年目	3-5 年目	6-10 年目	11-1 年目	16-2 年目	21-2 年目	26-3 年目
93 名	59 名	171 名	108 名	20 名	5 名	0 名	1 名
21 %	13 %	38 %	23 %	4 %	1 %	0 %	0 %

過去 1 年間で末期悪性腫瘍を受けもった経験

89%の訪問看護師は末期悪性腫瘍患者を受け持った経験があった。

はい	409名	89%
いいえ	50名	11%
合計	459名	100%

過去1年間で末期悪性腫瘍を受けもった人数(n:378名)

過去1年間で2人から5人の末期悪性腫瘍患者を受けもったことがある方が最も多く全体の61%であった。1人未満の方が28%であり、反面10人以上の末期悪性腫瘍患者を受けもったことがある方は3%であった。一番多い方では60人の末期悪性腫瘍患者を受けもっていた。

0-1人	2-5人	6-10人	11-15人	16-20人	21-25人	24-30人	31-40人	40-60人
98名	227名	39名	7名	3名	1名	1名	1名	1名
26%	61%	10%	2%	1%	0%	0%	0%	0%

(2)在宅移行前の連携

依頼を受ける施設

末期悪性腫瘍患者の依頼はどのような施設からのあるかでは459名の看護師から回答が得られた。依頼のあった施設を複数回答とした。大学病院からの依頼があると回答した看護師は276名(60.1%)で最も多かった。次いでクリニック・診療所が247名(53.8%)、100床以上一般病院からが235名(51.2%)、国・公立病院225名(49.1%)であり、ホスピスからは15名(3.3%)であった。

大学病院	276	60.1%
国公立病院	225	49.1%
一般病院(100床以上)	235	51.2%
一般病院(100床未満)	113	24.6%
ホスピス	15	3.3%
有床診療所	5	1.89%
クリニック・診療所	247	53.81%
なし	18	3.92%

②依頼は誰から

末期悪性腫瘍患者を受けもったことのある409名の訪問看護師より回答が得られた。但し1)、2)とも複数回答とした。病院からの依頼は、退院調整看護師(看護相談室や在宅医療部)からが239名で回答者の58.4%と最も多かった。次いで社会福祉相談員(MSW)で46.2%、患者・家族からの直接の依頼が35.2%であった。担当医師からは32.3%、担当看護師からと病棟師長あるいは主任からの依頼は10%前後で

あった。(比率は 409 名を母数にして計上)

担当看護師	43 名	10.5%
担当医師	132 名	32.3%
退院調整看護師	239 名	58.4%
病棟師長・主任	40 名	9.8%
社会福祉相談員 (MSW)	189 名	46.2%
患者・家族	144 名	35.2%
その他	50 名	12.2%

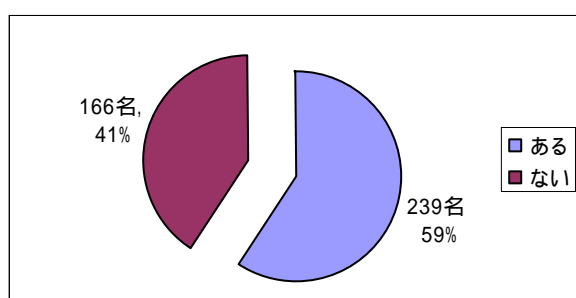
③依頼の連絡方法

電話連絡が最も多く 331 名で 82.9%であった。次いで文書（依頼状・紹介状）での連絡が 37.9%、家族を介しての連絡は 25.7%あった。その他としてはケアマネージャーなどがあった。(比率は 409 名を母数にして計上)

電話連絡	331 名	82.9%
文書 (依頼状・紹介状)	155 名	37.9%
家族を介して	105 名	25.7%
その他	21 名	5.1%

④末期悪性腫瘍患者の対応に躊躇する医療処置があるか、あるとすればどのような処置かについて質問した結果では、

ア) 対応に躊躇する処置が「ある」と回答された方は 59%、「ない」と回答された方は 41%であった。



n : 405 名

イ)「ある」場合の処置

239 名の方が躊躇する処置で最も多かったのは、麻薬の 40.5%であった。次いで人工呼吸器 33.8%、中心静脈栄養 32.6%、褥そうを含む創傷処置 16.3%の順であった。但し、複数回答可とした。

吸引	人工呼吸器	留置カテーテル	経管栄養	人工肛門	ドレーン	中心静脈栄養	褥そう	在宅酸素	麻薬	自己導尿	その他
30 名	81 名	23 名	17 名	13 名	33 名	78 名	39 名	19 名	97 名	9 名	28 名
12%	33.8%	9.6%	7.1%	5.4%	13.8%	32.6%	16.3%	4%	40.5%	3.7%	11.7%

ウ) 躊躇する理由

躊躇すると回答された看護師 239 名の躊躇する理由は、技術の経験がない 30.5%、対応する医師がいない 34.7%、医療器材の調達法がない 13.8%、マンパワーの不足 36%、その他 33.5%であった。但し、複数回答可とした。

技術の経験がない	対応する医師がいない	医療器材の調達法がない	マンパワーの不足	その他
73名	83名	33名	86名	80名
30.5%	34.7%	13.8%	36%	33.5%

(3) 相談依頼から在宅移行するまでの連携について

①訪問看護の依頼があってから在宅移行されるまでの平均日数では、1週間以内が43.4%と一番多かった。ついで2週間以内が35%であった。1ヶ月以上が3%であった。

2～3日以内	1週間以内	2週間以内	1ヶ月以内	1ヶ月以上
21名	177名	143名	49名	3名
5.1%	43.4%	35%	12%	3%

n : 408名

②訪問看護師が理想とする依頼から在宅移行する日数では、2週間以内が44.6%と最も多かった。

2～3日以内	1週間以内	2週間以内	1ヶ月以内	1ヶ月以上
30名	99名	182名	73名	3名
7.4%	24.3%	44.6%	17.9%	0.4%

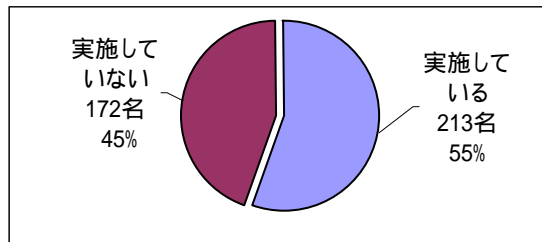
n : 408名

③依頼された患者の情報を在宅移行前にどのような方法で得られるかでは、看護サマリーが94.1%と最も多かった。病院訪問は47.2%であった。これに関連した意見のなかには、退院時の情報の少なく、退院指導の不十分さを指摘する意見が多かった。

電話連絡	訪問看護指示書	看護サマリー	患者・家族への指導パンフレット	検査データ	処方内容	患者への説明書	病院訪問	家族面接
275名	354名	385名	70名	115名	138名	51名	193名	230名
67.2%	86.6%	94.2%	17.1%	28.1%	33.7%	12.5%	47.2%	56.2%

(4) 退院時共同指導について

①退院時共同指導を実施しているかの質問では回答者 407 名のうち、55%が実施されていた。



実施していないと答えた 172 名の理由としては、時間がない 57.6%、マンパワーの問題 36%が主な理由であった。(複数回答可)

実施しても、しなくても看護介入には差がない	8名	4.7%
マンパワーの問題	67名	36%
診療報酬料金に見合わない	12名	7%
病院が遠い	48名	27.9%
時間がない	99名	57.6%
交通費がかかる	10名	5.8%
その他	43名	25%

n : 172名

2) 退院時共同指導を実施していると回答されている 213 名は、退院時共同指導を実施した場合に得られる効果として「患者・家族との信頼関係が築きやすい」が 83.1%、「看護や治療方針の共有がしやすい」74.17%、「医療者間の連携が図りやすい」67.6%であった。但し、質問項目から 2 項目を選択とした。

患者・家族との信頼関係が築きやすい	177名	83.1%
訪問計画が立てやすい	66名	31%
看護や治療方針の共有がしやすい	158名	74.2%
医療者間の連携が図りやすい	144名	67.6%

n : 213名

在宅導入期

(5) 在宅移行直後の、患者・家族に困りや問題として、多いと感じる項目は「患者・家族の不安が強い」79.6%と最も多く、次いで「介護力に問題がある」が 68.05%、「家族が病状を理解していない」48.9%、「患者が病状を理解していない」43.5%の順であった。但し、質問項目より 5 項目選択とした。

患者が病状を理解していない	177名	43.48%
家族が病状を理解していない	199名	48.9%
患者・家族の不安が強い	324名	79.6%
病院から見捨てられたとの思いでいる	39名	9.6%
病院に対して不信を持っている	82名	20.1%

介護力に問題がある	277名	68.1%
経済的に問題がある	89名	21.9%
キーパーソンが不明確	53名	13%
医療処置の手技ができない	148名	36.4%
症状緩和の対処がされていない	142名	34.9%
疼痛コントロールが不良	144名	35.4%
緊急時の受け入れ体制が不明確	127名	31.2%
その他	22名	5.4%

n : 407名

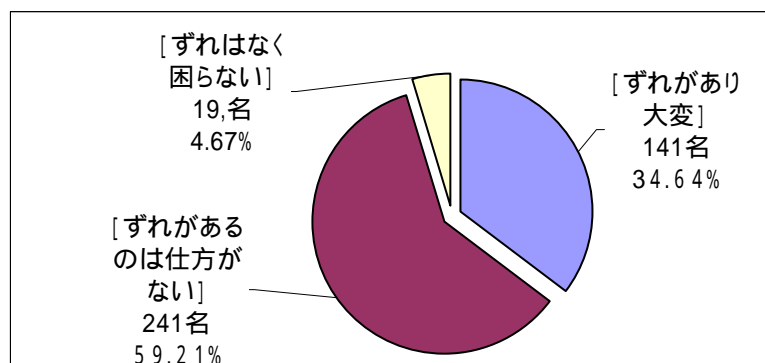
(6) 療養生活が困難と感じられた時の相談する相手は、「患者・家族の意思確認」83.33%と最も多く、次いで「往診医」が64.7%、「ステーションの責任者」53.9%、「ケアマネジャー」49.8%の順に多かった。「退院調整看護師」12.7%、「病院看護師」は2.7%であった。但し、複数回答とした。

患者・家族の意思確認	340名	83.3%
在宅療養に関わる人々とカンファレンス	195名	47.8%
ステーションの責任者	220名	53.9%
往診医に相談	264名	64.7%
病院主治医に相談	116名	28.4%
病院看護師	11名	2.7%
退院調整看護師	52名	12.7%
病院MSWに相談	68名	16.7%
ケアマネジャー	203名	49.8%

n : 408名

(7) 在宅移行時に病院の医療者と患者・家族の病状の受け止め方について

1)



2) ずれがあると感じた場合の対処として、80.1%の訪問看護師は「今の患者・家族の思いを受け止め、対処できる範囲で補足修正する」と答えていた。また、重複回答で

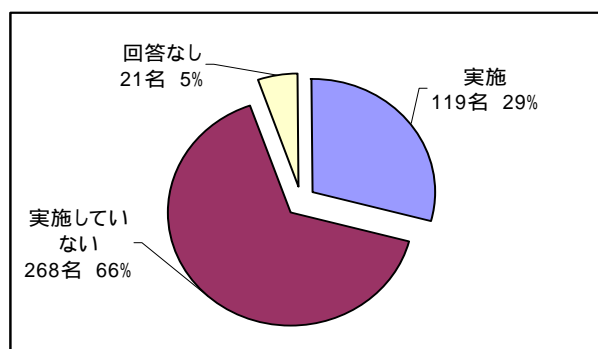
あるが「担当医師や関わる人々と情報共有し調整する」も 63.1%となっていた。「病院看護師に連絡し、いきさつを確認する」は 19.2%と 20%にも満たない数値であった。

病院看護師に連絡し、いきさつを確認する	78	19.2%
担当医師や関わる人々と情報共有し調整する	257	63.1%
今の患者・家族の思いを受け止める	86	21.1%
今の患者・家族の思いを受け止め、対処できる範囲で補足修正する	326	80.1%
その他	7	1.7%

n : 407 名

安定期

(8) 病院看護師と情報交換を実施しているは、29%、実施していないが 66%であった。



n : 408 名

1) 実施していない理由としては「必要性を感じない」が 23.1%あった。

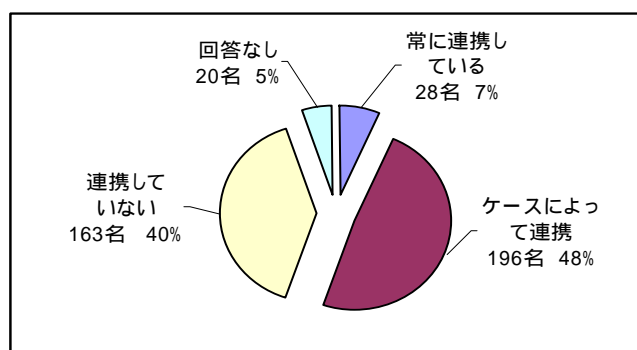
必要性を感じない	報告書を出している	時間がない	その他
62 名	85 名	58 名	80 名
23.1%	31.7%	21.6%	29.9%

n : 248 名

名

臨死期

(9) 臨死期に病院看護師との連携では「ケースによって連携している」が 48%、「常に連携している」は 7%であり、これらを合計すると 55%となっていた。また、「連携していない」が 40%であった。



n : 408 名

- 1) **連携している**と回答された 224 名の方は、「患者自身が入院を希望されたとき」73.21%、「看取りは病院でと決めているとき」75%、「急激な病状変化にともない、家族が対応できないと判断したとき」72.76%が連携している理由と回答されていた。但し 2 項目選択とした。

急激な病状変化にともない、家族が対応できないと判断したとき	163 名	72.8%
家族が延命治療を希望するとき	57 名	25.4%
看取りは病院でと決めているとき	168 名	75%
かかりつけ医との調整がとれないとき（看取りをしない、連携が取れない）	29 名	12.9%
患者自身が入院を希望されたとき	164 名	73.2%
24 時間体制をステーションがとっていないため	18 名	8%

n : 224 名

- 2) **連携していない**と回答された 163 名の方は、「かかりつけ医と連携ができている」が 88.3%、「家族が患者の状態を受け入れて介護されている」57.7%、「患者自身が病状を理解し、在宅死を希望している」55.2%を理由として回答されていた。

家族が患者の状態を受け入れて介護されている	94 名	57.7%
患者自身が病状を理解し、在宅死を希望している	90 名	55.2%
かかりつけ医と連携ができている	144 名	88.3%
病院の担当医師と連携している	28 名	17.2%

n : 163 名

その他

- (10) 末期悪性腫瘍患者の在宅療養支援において訪問看護師の立場から、病院の看護師と連携するときに望むこととして、「患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施」84.5%、「より良い在宅療養をすすするための退院前のインフォームドコンセントの充実」77.9%と病院看護師の退院指導内容の充実や実施について、「病院看護師と連携をとる方法の提示」45.2%、「後方支援」41.25%の連携システムについて望まれていた。但し重複回答とした。

病院看護師と連携をとる方法の提示	207名	45.2%
より良い在宅療養をすすがための退院前のインフォームドコンセントの充実	357名	77.9%
最近の医療処置、機器の資料提供	181名	39.5%
患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施	387名	84.5%
後方支援	189名	41.3%
その他	19名	4.1%

(11) 末期悪性腫瘍患者の在宅療養支援でお互いの看護の向上のため病院の看護師と一緒に取り組むとしたら「在宅で行うための処置内容の検討会」が65.3%と最も多く、次いで「病院看護師の訪問看護研修」51.3%、「症状コントロールの勉強会」46.1%と回答の中では多かった。但し、複数回答とした。

事例終了後に病院の担当者同士での振り返り	144名	31.4%
ケアの勉強会	165名	36%
最近の医療機器の取り扱いの説明会	168名	36.7%
症状コントロールの勉強会	211名	46.1%
在宅で行うための処置内容の検討会	299名	65.3%
看護に活用できる看護サマリーの検討会	164名	35.8%
病院看護師の訪問看護研修	235名	51.3%
訪問看護師の病院研修	125名	27.3%
その他	14名	3.1%

VI 考察

1. (1) 対象者の属性

東京都は我が国において人口が最も多く、中枢的な役割を担っている地域で、在宅医療を実施している医療機関が629箇所（ワムネットで病院・診療所・在宅医療で検索）存在する。訪問看護や在宅医療においても積極的に取り組みが行われている地域でもある。今回、ワムネットで訪問看護を検索し、375箇所の訪問看護ステーションにアンケート調査を依頼した。回答のあった139箇所（回収率37.8%）の看護師459名の訪問看護ステーションのうち、58施設（看護師192名、41%）の母体が医療法人であり、全体の41.27%であった。このことは、医療依存度の高い患者の訪問看護を行っていることが推測される。看護師の平均年齢は39.9歳（25-73歳）であった。年代別では40歳から44歳の方が24%を占め、看護職としての経験年数も11年から15年目が29%と最も多く、次いで6年から10年目が27%、さらに、訪問看護経験年数では3年から5年が38%、また、5年以上の方が全体の28%を占めていた。これらは、経験豊富な看護技術や知識、在宅での看護に熟知された方々の意見が今回の調査結果の中では反映されていると考えられた。考察では、それぞれの時期の看護師の連携と、

訪問看護師の医療処置への対応について述べる。

1) 末期悪性腫瘍患者についての受け入れ態勢

①89%の訪問看護師は過去1年間で末期悪性腫瘍患者を受け持った経験があった。また、この1年間で末期悪性腫瘍患者を2人から5人受け持ったと答えた方が最も多く全体の61%であった。1人未満の方が28%であり、反面10人以上の末期悪性腫瘍患者を受けもったことがある方は3%であった。一番多い方では60人の末期悪性腫瘍患者を受けもっていた。これらのことから、訪問看護師自身が積極的に取り組んでいる結果といえる

②在宅移行前に末期悪性腫瘍患者の訪問看護を依頼してくる施設の状況

大学病院からの依頼があると回答した看護師は276名(60.1%)で最も多く、100床以上一般病院からが235名(51.2%)、国・公立病院225名(49.1%)であり、これらのことは、包括医療による在院日数短縮に伴う病院としての在宅医療に対する取り組みが反映している結果と考える。

依頼は誰からの質問では、退院調整看護師(看護相談室や在宅医療部)からが239名で回答者の58.4%と最も多かった。退院調整看護師が病院と訪問看護師の窓口となって電話連絡(331名、82.9%)や文書(依頼状・紹介状37.9%)をとおして、コーディネートされていることがわかった。2003年度に日本看護協会が病院における看護実態調査で「退院調整を行う部門の有無についてありと回答されている病院が34%あり、専任あるいは兼務で担当看護師を設置している病院が32.4%あった」と報告されている。支援内容や質的評価の研究調査はこれからの課題と考える。

③訪問看護師の医療処置への対応

躊躇する医療処置が「ある」と回答された方は59%であり、「ある」場合の医療処置として最も多かったのは、麻薬の40.5%、次いで人工呼吸器33.8%、中心静脈栄養32.6%が多かった。躊躇する理由では、技術の経験がない30.5%、対応する医師がない34.72%、マンパワーの不足24%、などであった。この結果は、病院においてもリスクを伴う医療処置であり、躊躇する理由に挙げられている項目が十分に完備されていなければ不可能なことであり、当然といえば当然の回答であった。このため、訪問看護を依頼する時にこれらの医療処置に関する十分な情報提供や調整が必要であり、退院時共同指導の場が果たす役割は大きいと考えられる。

④在宅移行するまでの連携について

依頼があってから在宅移行されるまでの平均日数では、1週間以内が43.4%と一番多かった。ついで2週間以内が35%であった。訪問看護師が理想とする日数では、2週間以内が44.6%と最も多かった。この、在宅移行準備期間の依頼する側と受ける側の1週間の相違は、在宅移行直後の、患者・家族に困りや問題として挙げられている「患者・家族の不安が強い79.6%」「介護力に問題がある68.1%」「家族が病状を理解していない48.9%」「患者が病状を理解していない43.5%」などに繋がっていると思わ

れる。医療政策から生じている在院日数の短縮化も関係しているが、病院看護師は入院時から治療方針や、患者・家族の受け止め方をアセスメントしてケア方針を立てていくことを求められる。早期から、訪問看護師と連携し患者・家族へのインフォームドコンセント、退院指導などに関して在宅ケアの専門的な知識や技術の支援を受けることがより効果的と考える。

在宅療養支援において訪問看護師の立場から、病院の看護師と連携するときに望むこととして、458名の訪問看護師（重複回答ではあるが）は「患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施 84.5%」、「より良い在宅療養をすすめるための退院前のインフォームドコンセントの充実 77.9%」と病院看護師の退院指導内容の充実や実施について、「病院看護師と連携をとる方法の提示 45.2%」、「後方支援 41.3%」の連携システムなどが課題であることが明らかになった。桜井³⁾は『在院日数を短縮する病院経営方針のもとで、地域の特性を理解して、在宅移行に伴う準備を進めることが病院看護師に求められる。病院看護師が各種の在宅ケアサービスの必要性の判断や調整など入院中の早期の段階から行うことによって在宅移行に伴い直面する問題を解決でき、在宅へのスムーズな移行が実現すると考えると述べている。

患者の情報は看護サマリーでの情報提供が 94.1%であったことは病院から在宅へ看護が継続するための『看護サマリー』は必要不可欠の条件と病院看護師が認識されていることが明らかになった。但し、訪問看護の現場で求められている情報が病院ではどれだけ記録に掲載されているかは明らかに出来なかった。

有機的な連携が図れるために、訪問看護指示書、電話連絡、家族面接、病院訪問、患者・家族への指導パンフレット、や患者への説明書など双方が工夫をしている。

⑤退院時共同指導について

退院時共同指導を 52.33%が実施されていた。実施していないと答えた 172名の理由としては、時間がない 57.6%、マンパワーの問題 36.04%が主な理由であった。退院時共同指導を実施した場合に得られる効果として「患者・家族との信頼関係が築きやすい 83.1%」、「看護や治療方針の共有がしやすい 74.2%」、「医療者間の連携が図りやすい 67.6%」であった。意見のなかでは、病院訪問した際の病院看護師の訪問看護師に対しての受け入れの悪さや、退院時共同指導についての重要性を認識していない退院調整看護師や病棟看護師への不満の声が多数あった。また、訪問看護師は在宅移行時の「医療者と患者家族のずれがあり大変 34.6%」と答えていることから、患者・家族を支えるために医療チームを組み看護を展開するには双方が同じテーブルで話し合うことはずれを幾らかでもなくす方策と考える。病院看護師が看護計画に計上する看護行為である。

⑥在宅導入期 〈定義：在宅ホスピス開始から約1週間前後〉

在宅移行直後の、患者・家族に困りや問題として、多いと感じる項目は「患者・家族の不安が強い」79.6%と最も多く、次いで「介護力に問題がある」が 68%、「家族が病

状を理解していない」48.9%、「患者が病状を理解していない」43.5%の順であった。訪問看護師が患者の療養生活が困難と感じられた時の対処として「患者・家族の意思確認 83.3%」と最も多く、「往診医が 64.7%」「ステーションの責任者 53.9%」「ケアマネージャー49.8%」と相談をして問題解決を図っていた。「退院調整看護師 12.7%」「病院看護師 2.7%」であった。在宅移行時に病院の医療者と患者・家族の病状の受け止め方について「ずれはなく困らない 4.7%」「ずれがあり大変 35%」「ずれがあるのは仕方がない 59%」であり、ずれがあると感じた場合の対処として、80%の訪問看護師は「今の患者・家族の思いを受け止め、対処できる範囲で補足修正する」と答えていた。また、「担当医師や関わる人々と情報共有し調整する 63%」となっていた。「病院看護師に連絡し、いきさつを確認する 19.2%」と 20%にも満たない数値であった。アンケートの意見でも、退院時の情報の少なさ、退院指導の不十分さを指摘する意見が多かった。この不十分な情報で患者・家族が病院に対しての信頼関係を補足するような行動をとっていた。これらの訪問看護師個々の努力によって患者・家族の思いを受け止めながら支援していた。

川越⁴⁾は訪問看護師の在宅導入期の支援として「家族の考え方を知る」、「家族の考え方に添う」、「今後の見通しを立て、ケアの方向性を見出す」「今までの生活が維持できるように働きかける」の4つのカテゴリを見え出している。

⑦安定期

病院看護師と情報交換を実施していないが 66%であった。実施していない理由としては「訪問看護報告書を出している」が 31.7%、「必要性を感じない」が 23.1%であった。

⑧臨死期

55%の訪問看護師は患者自身が入院を希望されたとき、看取りは病院でと決めているとき、急激な病状変化にともない家族が対応できないと判断したときに病院看護師と連携していた。「かかりつけ医と連携ができて」「家族が患者の状態を受け入れて介護されている」「患者自身が病状を理解し、在宅死を希望している」などの理由から連携していないが 40%であった。訪問看護師は在宅で看取ることを選択した家族に、死の過程で出現する具体的な症状を自然の経過のなかで支援し、家族一人一人の思いと関係性を調整し、看取る力を支え、支援していることが推測される。

⑨末期悪性腫瘍患者の在宅療養支援でお互いの看護の向上のため病院の看護師と一緒に取り組むとしたら「在宅で行うための処置内容の検討会」(65%)が最も多く、次いで「病院看護師の訪問看護研修」(51.3%)、「症状コントロールの勉強会」(46.1%)と回答の中では多かった。

まとめ

本研究の目的である、がん終末期患者の病院から在宅移行し終末までの、病院看護師と

訪問看護師の連携のあり方を明らかになったこと。

1. 訪問看護の依頼者には、退院調整の役割を担う看護師の存在があった。
2. 訪問看護師の退院時共同指導への参加は、所属するステーションの人的・経済性が影響していた。
3. 訪問看護師が躊躇する医療処置として、「麻薬の扱い」「人工呼吸器」「中心静脈栄養法」などで、理由としては、「マンパワーの問題」や「対応する医師がいない」などであった。
4. 訪問看護師は、病院の情報と患者・家族の思いにズレがあると感じていたが、患者・家族の意思を確認するなどの看護行為を通して、対処していた。
5. 在宅療養中の病院医療者との連携は、自宅での看取りを患者・家族が決めていない場合の臨死期において、多く図られていた。
6. 訪問看護師は病院の看護師に患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施、より良い在宅療養をすすめるための退院前のインフォームドコンセントの充実をすることを望んでいた。
7. 訪問看護師は病院看護師と共に在宅で行うための処置内容の検討会、症状コントロールの勉強会などを実施することが看護の質の向上につながると考えていた。

今後の課題

我々は、平成13年度に在宅中心静脈栄養法を導入したがん終末期患者20名とその家族を対象に患者満足度と介護負担度について調査した。全症例に訪問看護と在宅訪問診療医の利用があり、在宅医療を受けながらの生活に患者の満足度は高かった。家族の介護負担感に影響していたことに、介護協力者の数、年齢、患者の病態変化などの背景因子があったが、患者が在宅で過ごすことに対する家族の満足度は高かった。全症例とも在宅移行前から訪問看護師とは介入内容や必要な医療処置の指導内容、提供する器材や衛生材料の供給方法、患者の病状の変化、家族の介護力、病状説明に対する受け止め方などについて随時電話連絡をし、退院時共同指導で更に情報の追加や共有を行っていた。また、在宅移行後は、退院日、退院翌日、外来受診前日、受診後、病状変化時に連絡を行っていた。患者家族は訪問看護師と連絡を取り合い、訪問看護師とは在宅医療部の専任の看護師が連絡をし合いながら、診療科の医師との窓口になって調整をしていた。これらの連携が患者・家族の介護負担の軽減と患者の満足度の高さの背景因子にもなっていることがアンケート調査の家族の意見から伺いことが出来た。この時点で訪問看護師へのインタビュー調査などは実施しておらずあくまでもわれわれの推測ではあり、訪問看護師との連携のあり方を研究調査することの要因になっていた。

今回の調査結果では、末期悪性腫瘍患者の在宅療養支援において訪問看護師の立場から、病院の看護師と連携するときに望むこととして、「患者・家族の生活スタイルに即した退院指導の実施 84.49%」、「より良い在宅療養をすすめるための退院前のインフォームドコンセントの充実 77.9%」と病院看護師の退院指導内容の充実や実施についてと、「病院

看護師と連携をとる方法の提示 45.2%」、「後方支援 41.3%」の連携システムなどについて望まれていた。病院看護師は、これら意見の一つひとつを視野に入れて調整をしていく必要がある。さらに、医療政策から生じている在院日数の短縮化も視野に入れ、病院看護師には入院時から治療方針や、患者・家族の受け止め方をアセスメントしてケア方針を立てていくことが出来る看護能力が求められていると言える。

実際の連携においては、複数の医療処置を有する患者や、患者・家族の関係性の複雑化が在宅療養に及ぼす影響もあり、退院時共同指導の病院・在宅の医療者が直接話し合える場の設定は必須なことと言える。しかし、病院側の急な退院設定があることは歪められない事実としてある。このため、病院側の対応として、退院支援部門や訪問看護師と協同した退院指導などを波及していくことが、今後、必要なことと考える。

今回は単純集計からの調査報告としたが、課題を達成するために得られた結果を統計学的な多変量解析と訪問看護を実施されている方々からいただいた多くの貴重な意見を分析について検討をしていく予定である。

謝 辞

本研究に助成いただいた勇美記念財団に心よりお礼申し上げます。また、アンケート調査にご協力いただいた訪問看護ステーションの管理者の方・訪問看護師の方々に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本看護協会. わが国におけるターミナルケアのあり方に関する基礎調査.
- 2) 目黒衣留舞・桜井久美子・小池智子. 都内の特定機能病院および一般病院における退院計画実施状況に関する実態調査. 日看管会誌. Vol.4 No.1. 5~12. 2000
- 3) 杉本正子. 医療における在宅ホスピスケアシステムの構想—訪問看護ステーションの位置づけと役割—. 順天堂医学. 44 (3). 271~285. 1998
- 4) 川越博美・長江弘子・酒井昌子・松村ちづか. 訪問看護の効果—在宅ターミナルケア—. 看護研究. Vol.35 No.1 45~55. 2002