

在宅ホスピス推進上欠けている6つの観点
～在宅死182例の実証分析から、その解決策を探る～

報 告 書

(財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による)

平成15年 7月 1日 提出

〒169-0075 東京都新宿区高田馬場4 - 9 - 11 - 403

03 - 5386 - 6058

在宅看護研究センター

代表(看護師・臨床心理士) 村松 静子

目 次

はじめに	1
A．問題の背景	
B．問題の所在	
C．本研究の目的	
D．用語の定義	
過去の関連研究の紹介	4
研究の方法	13
A．研究の対象	
B．研究期間	
C．手続き	14
1．看護記録に基づく分析	
2．内部資料に基づく分析	
3．家族介護者及び看護師に対する聞き取り調査の分析	
4．「心」のサポートプログラムの考案	
結果と考察	15
A．看護記録に基づく分析結果	
1．介護環境からみる家族の負担感の実態	
2．人的環境づくりの実態	
3．医療機器導入の実態	
4．死亡確認プロセスの実態	
B．関連する内部資料に基づく分析結果	
C．家族介護者及び看護師に対する聞き取り調査の結果分析	
D．看護師の「心」のサポートプログラムの考案	
1．カナダにおける関連情報の収集結果	
2．ナースのための健康推進プログラム	
結論	32

図 表 一 覧

表 1	介護環境からみる家族の負担感	16
表 2	在宅死を支える主たる介護者	17
表 3	在宅死を可能にした人的環境	18
表 4	医療処置等の実態に関する年次比較	19
表 5	死亡時に医療機器が導入されていなかったケース	19
表 6	2001 年度における在宅死ケースの医療機器導入状況	20
表 7	死亡確認プロセスの実態	21
表 8	訪問・付添看護時間数の月別状況	23
表 9	家族介護者及び訪問看護師の思い	25
表 10	在宅/訪問看護に携わる一人暮らしのナースのための健康促進プログラム	30

はじめに

A. 問題の背景

21世紀に入り、『ターミナルケア』『緩和ケア』『ホスピス』とともに『在宅ホスピス』に対する関心がより強く向けられ、わが国の政策としてもそれらの普及・推進のための制度やシステムが検討されているところである。ホスピス・緩和ケア病床についてはすでに健康保険診療報酬が当てられ、施設基準を設けた上で既存の病院内を中心に整備されつつあるが、その数はまだまだ少ない。緩和医療では、「患者の尊厳を守るために、ひたすら患者の意思・希望に沿い、たとえそれが患者に不利益になると思われてもその意思・希望に従うべき」とし、そのためにも「家族の意向を強く意識した医療を行う」としている。施設基準の中には、「看護師数は1.5対1以上、夜間は複数配置」とし、「手厚い看護体制と適切な療養環境」とすることも盛り込まれている。一方、最期の療養生活の場としてわが家を希望する人は国民の半数以上と言われているにもかかわらず、現実には9割以上の人々が病院で最期を迎えている。それはなぜか。在宅ホスピスには、緩和ケア・ホスピスの施設基準に匹敵するような事項は皆無に等しいのである。

Singer PA は、ターミナル患者の意向調査の結果から、家族にかかる介護の負担・死を看取る負担・自分に代わって治療を決定する負担・経済的な負担など各種の負担を軽減することの必要性を示唆している。今後は、在宅ホスピスを安易に勧めるのではなく、いろいろな角度から事実を見据え、是正しつつ価値ある方法を編み出していくことに意義があるだろう。実際、介護保険の制度化などにより、在宅死をさらに増加させようとしている国の方針を鑑みると、問題視せずにはいられない。2001年度版の医療白書の中には、「数年前までは「これ以上できません」と言っていたことが「治療することはありませんが、あなたをできるだけ快適にする緩和ケアはいくらでもあります」という時代になっている」と記述されているが、理想を掲げる以上安易に勧めるのではなく、療養者・家族の立場に立って、現実起こっている問題をどのように解決するのかをまず見据える必要があるだろう。その上で具体的な計画を立案し、是正しながら確実に進めていくべきであろう。

看護はその時代の社会情勢によって変化する。在宅での医療と看護が高度で複雑化してきていると同時に、家族構成やそれぞれの家族の役割機能の変容により家族の有り様も多様化している問題も重なり、在宅での家族介護はすでに限界に近づいていることも見逃せない事実である。

B. 問題の所在

高騰を続ける医療費の問題はますます深刻化している。高齢者の社会的入院が問題視され、住み慣れたわが家での生活が推進される一方において、医療の質の向上に取り組むとして医療保険制度も改正を繰り返している。病院では、付添看護が廃止され、在宅医療の推進に伴って新看護体系が導入されて久しい。在宅では、寝たきりなどで通院困難な状態にある高齢者を始めとし、難病患者や末期ガン患者等への訪問看護サービスがその支援策として勧められた。そして一方で、入院期間がさらに短縮されてきている。入院期間の短縮や早期退院は、患者・家族だけではなく、在宅における看護機能についても、さまざまな影響を与え始めている。アメリカでは、1970年代後半から医療費の増大が顕著に現れ、医療費抑制策としてDRG (Diagnosis Related Groups) という方式が導入された。それらは明らかに入院期間の短縮や早期退院を引き起こす結果となった。入院が長引けば病院の損失になるということから、多くの治療・処置、濃厚な看護ケアを要する患者が退院させられたことがアメリカの在宅医療・看護を発展させる一大要因となり、医療の中心が病院から地域へと移行していったのである。高齢化対策を前提として始まった日本の在宅看護と、増大する医療費の問題を前提として始まったアメリカの在宅看護のその出発点は確かに異なっていた。しかし、行き着くところは皆、財政危機である。医業とともに医療の中心に位置しているはずの看護にとって、医療費の問題だけはどうしても避けて通るわけにはいかない。今後のさまざまな情勢のゆくえを見極めた上で、日本により適した在宅看護の姿を浮き彫りにする必要がある。

医療はますます高度化し、退院後も、医療器材を装着されたままでの生活が強いられる等、これまでにはなかったさまざまな問題が出現している。多くの国民は、病後も自分が生活してきた在宅で療養することを望んでいるが、苦痛を伴っていたり、器材・器具を装着されていたり、あるいは終末期の状態にある患者が在宅で療養を続けるのは、現状においてはかなり困難なことである。そのため、実際には80%以上の患者が施設内で死亡しており、その割合は年々増加傾向をたどっている。特に、死因順位第1位を占める癌患者の場合には、約95%が自分の思いとは裏腹に、その最期を病院で迎えているのが実情である。患者も家族も、そして医療従事者ですら、最期を在宅で迎えることの不安と怖れを感じるからである。病院からの往診には限界があり、病院での治療を在宅でそのまま継続するにはいくつかの条件が必要となる。病院・診療所間の連携が不十分な中で、痛みなどの症状コントロールも十分とはいえず、また、夜間のケアはすべて家族に委ねられることになるため、在宅においての症状コントロールはかなり困難なケースも多い。患者自身の苦痛が強くなるにつれ、直接介護する家族の心労は増し、おたがいに心身共にゆとりがなくなることによって、それまでの生活がスムーズに流れなくなる。そして患者の死が近づくと、痛みや呼吸困難だけではなく、肉体的・精神上にさまざまな変化が生ずる終末期の患者のそれらの不快・苦痛は、そのたびに患者を直接介護する家族の気持ちを動揺させることになる。柿川らが遺族を対象に行った調査結果(多重解答)によると、自宅で実際に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であった』と答えた者が88%、『苦

痛の緩和ができない』と答えた者が 52%、『悪化したとき困る』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。一方聖ヨハネ会がホスピス講演会の参加者に対して行った調査結果によると、「もし不治の病だとわかったら、最後はどこで過ごしたいか」という質問に対し、『ホスピス』と答えた者が 53%、次いで『自宅』と答えた者が 41%であった。しかし、『医師の往診や訪問看護があれば自宅で過ごしたい』と答えた者はもっと多く、74%に上った。末期医療への関心が高まる中で、厚生省は、住み慣れた家で安らかな最後を迎えたいという末期癌患者のための『在宅ホスピスケア』の検討に乗り出し、平成 3 年 7 月には、末期医療に取り組む医師らによる研究委員会を発足させた。研究委員会では、痛みのコントロールや中心静脈栄養法などが自宅で行えるような医師や訪問看護の体制作り、家族を支援するためのボランティア活動や在宅福祉サービスの活用などについても調査・分析している。今の時代は、個の存在を尊重しつつ家族・関係職種と十分な連携を図りながらも、看護師独自の機能を発揮する在宅ホスピスが求められているのは明らかである。

『ホスピスケアの基本は在宅ケアである』とするアメリカのホスピス基準の中には、「患者と家族とを一体なるものとしてケアすること」と謳われ、さらには「患者の死後適当な期間、遺族は必要なときに死別の援助を利用できる」とある。しかし、実態は、高齢化・核家族化・生活の多忙化に加え、高度医療化の絡みからくる患者の身体状況の変化等が目立ち、家族だけで終末期の介護を不安なく実施することは、ほぼ不可能になってきているといえる。村松は、在宅死を可能にする条件の一つに「家族が自分たちの思いや苦しみを素直に言葉で表現できる援助者がいること」をあげている。

在宅看護研究センターは、1983年2月日本赤十字社医療センターに勤務する看護師たちによって位置づけられた訪問看護ボランティアグループをその前身とし、1986年3月、「訪問看護を研究的に実践する中から在宅ケア実施上の問題を正しくとらえ、在宅での看護を無理なく実施する上に必要な事柄を模索し続けること」をそのねらいとして誕生した。訪問看護の実践と看護・介護教育の実施を柱にした小さな組織のその活動は、介護福祉士・介護支援センター・老人訪問看護ステーションの制度化にも少なからず影響を与えてきている。その約20年間にわたる看護師の自立追究の結果から生み出される成果は、今後の在宅医療や在宅ホスピスを推進する上に役立つものと考えられる。これまですでに発表されている研究の結果を受け、さらにケースを加えた上で改めて実証しながら観点を絞って分析・検討し、それらの解決策を模索することは、在宅ホスピスを推進していく上に大いに役立つと考えた。

C. 研究目的

本研究の目的は、在宅ホスピスを推進できるようになることをそのねらいとし、 介護

環境からみる家族負担 看護総時間数と看護師の稼働状況の関連 介護者と看護師の「心」とサポートの関連 人的環境づくりにかかわる問題 医療機器導入にかかわる問題 死亡確認プロセスに潜在する問題という6つの観点について分析・検討し、現状における問題を明らかにするとともに、解決策を見出すことにある。

D．用語の定義

在宅ホスピス

ターミナル状態にある療養者が選んだ“住家”など、療養者と家族それぞれがごく自然に振舞える場において、自分たちの意思を尊重された適切な医療とケアが受けられ、心身の苦痛から解放されて、それまでの生活観を味わえるような環境をいう。在宅ホスピスケアとは、最後まで自分らしく過ごしたいと願う療養者とその家族が選んだ生活の場において、希望を叶えることに向かって取り組むサポートを含んだ継続的なケアをいう。

看護的危機介入

療養もしくは介護生活の危機に直面し、当人のみの力ではそこから脱出できないような状況にあるのに対し、迅速で即効的な直接的・間接的対応をして、危機を回避させると同時に、その後の適応をはかる看護的支援をいう。

過去の関連研究の紹介

A．在宅看護研究センターで実施した過去の主要研究

1．家族介護者に対する看護的危機介入に関する実証的研究 1991年3月

在宅における終末期看護の場合

(筑波大学大学院教育研究科 修士論文)

本研究の目的は、在宅での終末期の患者を自ら介護している家族介護者の危機を回避するのに看護的危機介入がどのような効果があったかを見出すために、1986年4月1日から1991年12月末までにすでに死亡した31名の患者の看護記録とその患者を直接介護した家族に対する質問紙調査を用いて、種々の角度から分析後、さらに相互の結果を合わせて分析・検討することによって、終末期看護のあり方をより明確化することであった。

2．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 1994年3月

その1 看護の独自性の抽出と訪問看護の将来予測

(財団法人 長寿社会開発センター委託事業による)

本研究の目的は、社会の要請に適応した訪問看護を実現するための基盤となる教育システムを開発するために、訪問看護の独自機能を抽出するとともに看護婦の苦手領域を明確化し、それらを種々の角度から分析後、さらに相互の結果を合わせて分析・検討することにより、教育方法の検討事項・課題を抽出し、将来予測に即応した訪問看護の方法論をより明確化することにあった。

3．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 1995年3月

その2 日本における在宅看護の理想像と教育システムの構想

(財団法人 長寿社会開発センター委託事業による)

本研究の目的は、社会の要請に適応した訪問看護を実現するための基盤となる模範的な教育システムを開発するために、研究その1「看護の独自性の抽出と訪問看護の将来予測」で得られた成果に、日本とアメリカの実情比較等、さらに種々の角度からの分析・検討を加え、日本における在宅看護の特性を見出すとともに日本に適した在宅看護のあり方を再予測し、そこに必要となる教育システムを編み出すことにあった。

4．訪問看護事業を運営する上でのガイドライン作成 1999年3月

(全国訪問看護事業協会 主任研究者：村松静子)

本研究の目的は、わが国における訪問看護事業が民間企業の参入及び公的介護保険導入後もさらに発展していくことをそのねらいとして、現状における指定訪問看護事業に関連する事柄を種々の方法を用いて多角的に分析・検討し、潜在問題及び要検討事項を明らかにした上で、訪問看護事業の価値ある方向性を予測し、その継続性、安定性及びサービスの質の確保という側面から、競争原理の働く時代に即した標準的な訪問看護事業を維持するための運営上のガイドラインを作成することであった。

B．過去の研究結果

過去の研究結果から、本研究を進める上で必要となった事項及びデータを次に抜粋して紹介する。

1．訪問看護活動の実態把握

在宅看護研究センターでは、1986年から1996年までの過去10年間の訪問看護活動のなかから、訪問看護件数及び看護形態、対象者の傷病等の変遷、さらにはそこに求められる看護機能について整理・分析している。

1986年から1991年度にかけては、定期訪問に加え、緊急訪問の件数が増え続けている。

1989年には、全体の1.4%という少数ではあるが付添看護が導入され、その後1991年までは、定期訪問とともに確実に増え続けている。

1992年からは、定期訪問が減少し付添看護の件数が全体の49%を超え、さらに緊急訪問に引き続いて行われる付添看護件数が、日中、夜間ともに55%以上に増加している。

1993年からは、訪問看護の形態が明らかに付添看護に偏って増加し続け、緊急訪問についても引き続き付き添うという形態が確実に増加している。

特に緊急訪問の場合は、日中、夜間とも付き添う件数が増え、その時の平均付き添い時間は、日中3.0時間、夜間3.9時間である。

退院後のフォロー目的のための病院訪問件数は、1993年から実施しているが、徐々に伸び続けている。

24時間電話相談の加入件数はそれほど増えてはいないが、夜間の相談件数は確実に増えてきている。

対象の死亡脱会が年々増えており、それにつれて、在宅で死を迎える人の数も1986年から1991年までは全死亡者の44%であったが、1992年から1996年までをみると、58.8%と確実に増加している。

全対象の医療行為必要率は毎年60%を超え全体的に高いが、特に1993年度からは毎年80%以上を超えている。

1996年度分は2月までのデータのみであるが、在宅死数64%、緊急一時付添看護数2166件で全体訪問の76.2%、医療行為必要率83%と高い数値には目を見張るものがある。夜間休日緊急訪問については、安心・安全に関連した医療行為等の直接技能を求めている。

年度別対象者の主な傷病傾向をみると、1986年度は全体の33%で脳血管障害がその第1位を占め、続いて老衰が13%で第2位である。1987年から1989年まではガンが第1位を占め、1990年にも脳血管障害と並んで1位。その後は、脳血管障害とともに1位、2位のいずれかを占め、1996年は、2月まででも36.6%とかなり高い確率で第1位を占めている。

以上の結果から、次のような事柄が予測された。

- 1) 訪問看護の対象が容態不安定や悪化傾向にある等、病院内での対象の状態と変わらなくなってきた。
- 2) 容態によっては、緊急訪問看護、一時的な付添看護も必要となり、時間外対応はもちろんのこと、24時間対応が必要となってきた。
- 3) これまで入院していたような状態の患者が早期に退院させられ、退院後の計画的なフォローが必要になってきている。
- 4) リハビリや介護とは異なった意味をもつ形での看護の専門性が問われてくることが考えられる。

- 5) 在宅ケアにかかわる関係者や関連機関の調整役が求められてくることが考えられる。
- 6) 個を尊重した形での機能が今後さらに求められ、看護機能のきめ細かな充実が急がれる。

2. 日米看護師の考え方の比較

日本とアメリカにおける看護事情、看護実践、看護教育等に関して両国の看護師に対する質問紙調査の結果を統計処理し、特徴的なデータの出ている事項に視点をあてて実情を対比した中に次のような事項が含まれている。

「在宅看護で看護師が長時間付き添った方がよい状況に出会ったことの有無さらに、容態が変化しやすい患者や死にゆく患者の看護で困ったことの有無について」

在宅看護で、看護師が長時間付き添った方がよいと思った状況に出会ったことの有無に関しては、日米間に有意差が認められた。また、在宅看護経験者の方が経験していない者より長時間付き添った方がよい状況に多く出会っているという結果も出ている。ここで興味深いのは、在宅経験有りの60.3%の中で、看護師による長時間付き添いを必要と答えているのが日本35.3%、アメリカ48.7%（カリフォルニア42.7%、テキサス59.1%）存在し、アメリカの方が割合が高いということであった。アメリカでの長時間の付き添いは、実際にはパラプロフェSSIONナルによって実施されている。そのなかでも必要性を感じる状況があることは、看護機能の将来を予測する上で見逃せない点といえる。アメリカでの回答は、大きく2つのカテゴリーに分けられた。それは、患者の状態の一般的な特徴とその患者に必要なとされる特別なケアや治療・処置である。日本のそれと比較すると、特別なケアや治療・処置についてはあまりあげられていないが、患者の状態では終末期という点、そこでの患者・家族の不安という点で一致していることがわかった。長時間の付き添いは介護に任せ、看護は短時間かかわればという考えは一概にはいえないことがここで明らかになった。以上の結果から、看護師による長時間付き添いは、患者・家族の置かれた状況により、今後、増加する可能性があるかと予測された。

長時間付添看護の必要性（アメリカの看護師の意見）

a. 患者の状態

患者が重篤な状態である

患者の状態が不安定である

患者が緊急状態にある（救急外来に連れていくまで、救急車が到着するまでの間）

患者が急性期にある

複雑な手術で、患者が衰弱している時、合併症を併発している時

患者が終末期で、死の床にある場合

患者が子どもで、終末期にある

患者や家族が多くのサポートを必要としている

高齢である患者が多くの薬を使っている場合

b. 特別なケア，治療や処置

患者がハイテクを使用しなければならない時、例えば、人工呼吸器使用中である

ガンの患者で、在宅で化学療法を受けている場合

点滴注射の開始時やある種の点滴療法を受けている時

複雑な処置のある患者の場合

患者が継続的な痛みの治療を受けている時，気管切開のケア，気管カニューレのケア，経管

栄養，ウインドケア，包帯交換，呼吸器に関する問題，人工肛門のケア，血糖値のモニター

患者の状態のモニターを集中して行わなければならない時や密接モニターを続けなければ

ならない時，継続した、または、複雑なアセスメントが必要な時

臨床的判断が要求される時～心疾患，呼吸器の問題，患者の身体状態が不安定で変化している時

看護助手のレベルを越えての技術やサポートが必要となる場合

3. 在宅看護の推進を妨げる要因

在宅看護研究センターにおける実践活動を通して得られた情報のなかから、家族介護者に対して行き詰まりを感じさせたと思われる要因及び看護の推進が困難となる要因について整理した結果、次のようになった。

家族介護者が行き詰まる要因	看護師の看護活動が困難になる要因
<p>医師に、自分たちの思いを汲んでもらえない。</p> <p>在宅死を望みつつも死亡確認の体制が整わない。</p> <p>関係者間で意見が一致しなかったり連携がスムーズに行かない。</p> <p>医療器材・機器の新たな導入が必要になる。</p> <p>患者の容態が急変又は悪化していくのを目の当たりにする。</p> <p>家族介護者自身が体調不良になる。</p> <p>自分たちと関係者との間で思いのズレがある。</p> <p>医療者の対応が遅かったり、スムー</p>	<p>看護師と医師との連携がスムーズに為されない。</p> <p>家族が病院の主治医を頼りその都度電話で相談し、往診医を信頼しようとしめない。</p> <p>退院先の医師が家族に対し、往診医の指示内容を否定的に発言する。</p> <p>在宅死の確認を約束していた医師が、患者の容態悪化で考えが変わり入院を勧める。</p> <p>患者と家族介護者との間に思いと行動のズレがある。</p> <p>家族間や関係者間の思い・考えがそれぞれ異なる。</p> <p>家族が患者の容態変化をすべて以前起こった看護過誤のせいにする。</p>

<p>ズに行かない。 医療関係者間で、発言内容や実施内容・方法・手順が異なる。 退院後、患者の心身状態が思うように回復していかない。</p>	<p>家族が看護師の言葉をすべて否定する。 家族が医師と相談せずに種々の民間療法を次々に取り入れる。 家族の感情反応の変化が強く、時に攻撃的発言も聞かれ、自分の感情がコントロールできなくなる。 家族が患者の容態が悪化していることを受け入れられない。 家族の発する言葉と実際の気持ちとが一致していない。 (複数回答)</p>
--	---

看護実践上では、次の事柄を重視しなければならない。

- 1) 患者・家族の真意を伝えられなければ、関係者の考えのみが優先される可能性がある。つまり、患者・家族の考えを正しく把握し、その真意を関係者へ代理で伝える役割を担う人が不可欠である。
- 2) 検死にならずに在宅で死を看とることのできる体制づくりが必要である。
- 3) 医療者は自分の考えを押しつけている状況がある。
- 4) 看護過誤は安易な考え、注意力の散漫、知識の統合不足から起こっている。
- 5) 家族心理を理解した上での行動が重要である。
- 6) 看護師にとっては、専門職としての自覚が不可欠である。
- 7) 組織や機関の調整役が不可欠であり、その役割は看護師に求められている。
- 8) 退院時の指導や退院後の心身フォローが不十分であり、かつ不可欠であり、その役割は看護師に求められている。

4. 看護的危機介入行動と介護環境との関連

看護的危機介入行動が介護環境において、どのような意味をもっているのかについて分析した結果は次のとおりであった。

看護的危機介入行動「救いを求めたいと思っている時、看護婦はすぐ助けてくれた」は、介護環境において「在宅療養を可能な限り続けさせたいと思っていた」という項目と有意な関連を示した。

看護的危機介入行動「救いを求めたいと思っていることを、看護師はその場で取りあげてくれた」は、介護環境において「本人が在宅療養を続けることを望んでいた」「在宅療養を可能な限り続けさせたいと思っていた」「最後まで介護し続ける体力があった」という項目と有意な関連を示した。

看護的危機介入「救いを求めたいと思っていることを、看護師は本人が解決できるように手助けしてくれた」は、介護環境において「在宅療養を可能な限り続けさせたいと思っていた」という項目と有意な関連を示した。

看護的危機介入「救いを求めたいと思っている時、看護師は本人の考えや行動を認めてくれた」は、介護環境において、「代替りの介護要員が確保されていた」という項目と有意な関連を示した。

看護的危機介入「救いを求めたいと思っている時、看護師は必要な処置や助言を手際よく、わかりやすく行ってくれた」は、介護環境において「代替りの介護要員が確保されていた」という項目と有意な関連を示した。

5. 看護的危機介入の効果と介護環境との関連

看護的危機介入の効果と考えられる3つの変数「満足」「役立った」と介護環境との関連について分析した結果は次のとおりであった。

介入効果と最も関係深いと思われる「満足」は、介護環境において「本人が在宅療養を続けることを望んでいる」「往診医が最後まで在宅療養することを賛成している」「最後まで介護し続けるだけの体力がある」という項目と有意な関連を示した。これは、患者の思いを支えたいという家族介護者のひたむきさを感じさせ、一方では、介護力及び医療者の存在の必要性を思わせ、さらに、介護上起こる問題の解決の必要性を問われたものと受け取れる。「役立った」は、介護環境において「在宅療養を可能な限り続けさせたいと思った」「死を受け止める覚悟をしていた」という項目と有意な関連を示した。

6. カナダにおけるヘルスケアの将来に向けての検討

カナダでは、1998年の時点でも理想的なヘルスケアシステムを構築し推進していた。しかし、経済危機が押し寄せる将来を見据え、最も重要とされる骨組みのいくつかを維持しようとさらなる検討を積み重ねている。そのような中で、コミュニティヘルスワーカーとしての役割を担う看護師への期待が高まっていた。

次に掲げたプログラムは、直接看護師とは関係なく進められたもので、海外で寮生活を送る留学生一人ひとりが、将来的に自分達自身で健康管理をしていけるように独自に構成されたプログラムである。本研究の共同研究者が学生時代に構成したもので、実際の活用までには至っていない。そこで、在宅ホスピスに携わる看護師のサポートプログラムを作成する上に活用できる資料となると判断し、ここに紹介する。

キャンパスに住む国際学生・留学生の健康促進プログラム

このプログラムは生徒の健康促進のために開発されたものである。なぜならば、寮生活で起こる幾つかの出来事は生徒の健康にネガティブに影響し、落ち込みや不眠、摂食障害などの原因となりうるからである。生徒がホームシックにかかった場合で考えると、(単に帰国ができない場合、)学習の妨げになったり、退学したくなったり、自殺したくなったり、と様々な悪影響が考えられる。このプログラムはそういった事態を未然に防ぐべくして生まれたものである。(Hiroko Muramatsu: Promoting Wellness Among International Students Living On-Campus, University of British Columbia, Counselling Psychology, April, 2001;)

プログラムの前段階(週一回 60分から70分のセッション): スクール・カウンセラーがひとりひとりの生徒と面談

目的: 健康状態のチェック・生徒のカナダでの寮生活に於いて補充が必要と思われるところを分析(例; リラクゼーション技術の向上・時間管理・集中力・睡眠や栄養管理など)・悩みなどが似ている生徒のグループをつくる

セッション1: イントロダクション

講義; 最初の30分でネガティブなストレスと落ち込みについてレクチャー(生徒の知識向上が目的) 次の30分でグループのメンバー又はクラスメートと感情や意見交換の場をつくる(グループ・サポートと共感を促進、自己開示)

セッション2: 栄養とエクササイズ(運動)について

講義; 最初の40分で栄養についてのレクチャー(生徒の健康食についての知識向上が目的・幾つかの健康食のレシピ紹介・何を食べたか記録する食事ノートの宿題を出す) 次の30分は定期的エクササイズの必要性についてレクチャー(体重管理・ベスト体重に保つと新陳代謝が高まり脂肪に働きかけることになるなどについて説明・自己の自信にもつながることにも触れる)

セッション3: 健康促進のため必要、又は助けとなるアクティビティーの推薦

講義; 最初の30分で幾つかのお勧めアクティビティーが紹介される(なぜそれが健康に良いのかを説明; 例: 冬など季節的にうつ症状のある人は心理学の研究からも分かっているように毎日日の出前と日没後1時間ほど光(ライト)にあたる事が効果的である/暖かい地域の人々の気候に似せた環境作り) リラクゼーション(ガーデニング/庭いじり・唄うこと/カラオケなどが気持ちを落ち着かせる効果があることなどを説明) 次の30分でコミュニティーではどんなリラクゼーション・ワークショップが受講可能か生徒に紹介する、次回のセッションはリラクゼーションが中心であることを伝えておく(天気予報通り天気がよければ、集合はキャンパス内の噴水前で)

セッション4: リラクゼーション: リラクゼーション音楽を流しながら

最初の30分は前回の復習から(噴水の前で太陽の光を浴びる...落ち込みを防ぐ実践練習として皆で体験してみる/カナダは紫外線が強いので日焼け止めを忘れずに) 10分から15分の短いレクチャー(瞑想・アロマセラピー・リラクゼーション音楽・はりと指圧・

マッサージの効用について)、定期的リラクゼーションの重要性(ストレスが及ぼす悪影響について説明) 次の 15 分で教室に入りグループで意見交換(今までにやったことがあるリラクゼーションでメンバーに薦められるものなどについて。自分の経験が他の人に役立つと感じることから生まれる生徒へのポジティブな影響を促進) 次の 30 分でコミュニティでどんなアクティビティーがあるかを探して分析、クラスの最後にはカウンセラーの個人的なコレクションからリラクゼーション音楽のCDを生徒達に貸し出す(今日かかっていたものもある・生徒はサイン・アップしないと借りることはできない)

セッション5：笑い、又はユーモアの重要性

講義；最初の 30 分でなぜ笑いが健康に関連しているかを説明(笑いを伴うユーモアが身体と心に良い訳について・筋肉の動き・呼吸の変化・ストレスの緩和) 次の 30 分のレクチャーで笑いに代わるものを紹介(TV・偽の笑いの有効性など) 前回の復習も交えて健康的な食事は笑い同様落ち込んだ精神状態を緩和することを説明

セッション6：安眠

講義；はじめの 40 分で生徒は自分がどのくらい寝ているか・身体と心の状態について意見交換(10分) なぜ安眠が大事かをレクチャー(30分) なぜREM睡眠が毎回の睡眠に必要なかなど(心理のテキストを用いて説明) 不眠の原因として考えられる要素(騒音・心配事・薬・適切でない気温・慣れない環境・適切でない就寝時刻など) 次の 20 分で睡眠を促すアクティビティーを紹介(ヨガやハーブ・ティーの薦め) 寝る前の勉強法をおまけとして伝授

セッション7：良い友や家族のサポート

講義；最初の 30 分でソーシャル(社会的)サポートの重要性について学ぶ、次の 30 分でどのようにサポートを得ることができるかを紹介(手紙やメールをまめに書くなど) 健康な人の方が家族の絆が強いという事項についても説明

セッション8：自尊心；このセッションは自尊心を高めてゆく一歩になる

講義；なぜ自尊心が必要なのかについて(その重要性についても説明) 次の 30 分でこのプログラムのまとめをする、毎日の必要栄養素とアクティビティーの実践をチェックシートでチェックしていく、セッションの最後に個人カウンセリングはいつでも可能ということアピール

セッション9：健康保持のために；ゲスト・スピーカーを迎えて

短時間の講義；この大学の(寮生活を経験した)卒業生をゲストに迎え話をしてもらう(健康保持のために重要な事柄として、友達や家族との絆やコミュニティへの積極的参加などを中心に話してもらう) 生徒はそこからそれぞれ学びとる、最後にカウンセラーが健康保持の秘訣についてレクチャー(中心となるのは自分ができるんだ、と思うことの必要性について)

追加：

このプログラム期間中、プログラムに関わるスクール・カウンセラーと寮(レジデンス)のフロアー・リーダーが毎週ミーティングの場を設ける。フロアー・リーダーは、寮内で生徒達がどんな問題に直面したか、どんな変化があったかをカウンセラーに伝える。セッション終了の地点で、このプログラムの評価を生徒にしてもらう。生徒は日記をつけることをカウンセラーから薦められる。(これは提出不要)毎週のレポートは自分の健康状態を記載して提出する。プログラム終了後2~3ヶ月続けることになるが、これは生徒の健康を支援するためとプログラムの効果を知るための試みである。最後に、カウンセラーがプログラムを受ける前と後とで生徒のヘルス・コンディションをチェックする。

.研究の方法

A. 研究の対象

在宅看護研究センターの活動としてかかわった在宅死182例中、すでに分析を終えている1986年~1991年までの23例については、その分析結果を活用する。この研究期間と訪問活動が重なっている2002年4月以降については、在宅死件数の集計のみとする。ここで詳細に分析するケースは182例中の138例である。

訪 問 時 期	有料	保険適用	併用
1986年4月1日~1991年3月31日	30例		
1992年4月1日~1999年3月31日	69		
1999年4月1日~2002年3月31日	38	12例	12例
2002年4月1日~2003年3月31日	14	7	
合 計	151例	19例	12例
総 計	182例		

B. 研究期間

2002年7月1日~2003年6月30日

C．手続き

1．看護記録に基づく分析

過去の研究結果を基に、看護記録から、次の点について抽出し、整理・分析した。

a) 介護環境からみる家族の負担感の実態

本人が在宅療養を続けていることを望んでいたか

家族介護者が在宅療養を可能な限り続けさせたいと思っていたか

往診医が最期まで在宅で療養することを賛成していたか

家族介護者が最後まで介護し続けるだけの体力があったか

家族介護者が死を受け止める覚悟をしていたか

急変時入院できる病室が確保できていたか

b) 人的環境づくりの実態

家族介護者の代わりに介護してくれる人が確保できていたか

家族介護者の周辺の人たちが在宅療養させることを賛成していたか

主な介護者は誰か

c) 医療機器導入の実態

医療機器が導入されていたか

年齢・病名

どのような医療機器が導入されていたか

d) 死亡確認プロセスの実態

死亡前後の看護師・医師のかかわりはどうであったか

在宅死と看護形態の関連はあるか

a)～d)についてはそれぞれの状況の記載が明らかなケースを抽出し、一覧表を作成した。さらにa)の全項目とb)の2項目については、各項目に関連した回答率を割り出すために、単純計算を行った。

2．内部資料に基づく分析

1992年4月から2002年3月までの有料ケース107件と保険適用ケース12件、有料と保険適用の併用ケース12件、全131件に関し、次の事項について一覧表を作成し、整理・分析した。

a) 1998年度～2001年度に実施した訪問・付添看護時間数

b) 看護師の稼働状況の特性

3．家族介護者及び看護師に対する聞き取り調査の結果分析

家族介護者及び看護師の思いとしてそれぞれの立場上共通している事項を抽出する。

4. 「心」のサポートプログラムの考案

a) 「ヘルスケア」及び「心」に視点を当てた関連情報を収集する。ヘルスケアシステムをいかに存続させるか、また、その質を確保しながらどのように改善していくか、ヘルスケアの将来に向けて着々と検討を進めているカナダの動きに関する情報を得、特にサービスプログラムに着目する。

b) 視察研修の実施

他国と日本の高齢者施設の運営方法の違いや「死に場所」のとらえ方を見出すための短期滞在視察研修を実施する。

c) 看護者の「心」のサポートプログラムの作成

3. 及び4. の a) ~ b) の結果を活かし、看護者の「心」のサポートプログラムを考案する。

. 結果と考察

A. 看護記録に基づく分析結果

1. 介護環境からみる家族の負担感の実態

過去の研究に基づき、138例の記録の中から抽出した結果を表1、表2に示す。

以下、分析された介護環境について考察を進めていくことにする。まず、本人が在宅療養を続けることを望んでいたかどうかについてみると、明らかに望んでいたのは111例で、全体の81%にあたる。また、家族介護者が在宅療養を可能な限り続けさせたいと明らかに思っていたのも111例で、全体の81%であった。療養者自身と家族の在宅療養への強い思いは、家族の負担感を支えているとも受け取れる。

また、往診医が最期まで在宅で療養することを明らかに賛成していたのは113例であった。これは全体の85%にあたる。しかし、あまり賛成していなかったケースも6例あった。この結果は医師のサポートは在宅死をより可能にすることを現わしていると受け取れる一方、在宅死については、医師の考えだけではなく、療養者自身と家族の思いが影響を与えることも伺える。また、家族介護者が死を受け止めるという覚悟ができていたケースについては106例で全体の80%であった。在宅死には家族介護者の死に対する覚悟の程度も影響することが伺える。これらの点については、過去の研究では明らかにされていなかった。

次に、家族介護者が最後まで介護し続ける体力があったとしているのは37例で、全体の28%に止まった。この結果から、体力より思いの強さが在宅死を支えるとも受け取れ

る。また、急変時入院できる病室が確保できていたのは79例で全体の60%にあたる。これらの結果は過去の研究結果と一致した。家族の負担感、病室の確保や家族の体力の有無だけでは解決されず、関係者の「心」が影響を与えるといえるのかもしれない。

表 1 介護環境からみる家族の負担感

記録上からの抽出事項	全 体 割 合
* 本人が在宅療養を続けることを望んでいたか	
大いに望んでいた(28) やや望んでいた(83) どちらとも言えない(24) あまり望んでいなかった(1) まったく望んでいなかった(1) 不明 1	81%
* 家族介護者が在宅療養を可能な限り続けさせたいと思っていたか	
大いに思っていた(23) やや思っていた(88) どちらとも言えない(22) あまり思わなかった(1) まったく思わなかった(0) 不明 1 独居 1	81%
* 往診医が最期まで在宅で療養することに賛成していたか	
大いに賛成していた(25) やや賛成していた(88) どちらとも言えない(14) あまり賛成していなかった(6) まったく賛成していなかった(0) 不明 5	85%
* 家族介護者が最後まで介護し続けるだけの体力があったか	
大いにあった(2) ややあった(35) どちらとも言えない(53) あまりなかった(43) まったくなかった(0) 不明 4 独居 1	28%
* 家族介護者が死を受け止める覚悟をしていたか	

大いに覚悟していた(9) やや覚悟していた(97) どちらとも言えない(16) あまり覚悟していなかった(10) まったく覚悟していなかった(1) 不明5 独居1	80%
* 急変時入院できる病室が確保できていたか	
常に確保できた(21) ほぼ確保できた(58) どちらとも言えない(34) あまり確保できなかった(16) まったく確保できなかった(3) 不明6	60%

次に、138ケースの主な介護者について分析した結果である。全体で最も多かったのが妻で、45例であった。有料ケースだけをみると、妻と娘が同件数であった。全体でそれらを合わせてみると84例で、これは全体の6割を超えている。その他、特に目を引かれるのが夫の数で17件あり、嫁11件を抜いている。これは、有料で看護を導入してでも自分で看たいという思いの現われとも受けとれる。

表 2 在宅死を支える主たる介護者

(有料のケース)		(保険適用のケース)	
妻	36件	妻	9件
娘	36	娘	3
夫	17	息子	1
嫁	11		
息子	7		
姉	4		
ヘルパー	2		
母	3		
父母	1		
父	1		
妹	1		
付き人	1		
不明	5		

2. 人的環境づくりの実態

在宅死を可能にするといわれる人的環境について、過去の研究に基づき、138例についてもその状況を抽出・分析した。その結果を表-3に示す。

以下、分析された介護環境について考察を進めていくことにする。家族介護者の代わりに介護してくれる人が確保されていたのは84例で、これは全体の63%にあたる。しかし、常に確保できていたのは16例で、あまり確保できなかったケースも30例あった。つまり、人的には余裕のある環境とはいえない状況の中で介護が続けられているといえる。また、家族介護者の周辺の人たちが最後まで在宅療養を続けることを賛成していたかについても、大いに賛成していたのは11例のみで、ほぼ賛成していたのを含めても80件で、全体の60%であった。どちらとも言えないケースが43件で、あまり望んでいなかったケースも12件あった。これらの結果から、家族介護者の強い思いが在宅死を可能にしていることが伺える。

表 3 在宅死を可能にした人的環境

看護介入と優位な関連のある項目	全 体 割 合
家族介護者の代わりに介護してくれる人が確保されていたか	
常に確保できた(16) ほぼ確保できた(68) どちらとも言えない(19) あまりあまり確保できなかった(30) まったく確保できなかった(0) 不明4 独居1	63%
家族介護者の周辺の人たちが在宅療養させることを賛成していたか	
大いに賛成していた(11) やや賛成していた(69) どちらとも言えない(43) あまり望んでいなかった(12) まったく望んでいなかった(0) 不明3	60%

3. 医療機器導入の実態

在宅看護研究センターでは1986年の開設当初から看護師に依頼される医療行為が目立った。在宅看護の依頼があった全ケースの医療処置等の必要性に関する年次比較をみると、明らかに医療行為の必要率が増加してきていることがわかる。1986年度の必要率は63%で、その後も多少の変動はあるものの増加傾向をたどっている。1999年に保険適用部門が設置されたが、有料部門と保険適用部門ではその必要率に大きな差があることがわかった。その状況を表4に示す。

表 4 医療処置等の実態に関する年次比較

	有料部門	保険適用部門
1986年度	63%	
1999年度	89%	58%
2000年度	95%	61%
2001年度	91%	65%

有料部門における医療行為は、保険適用部門に比べ、明らかにその必要率が高いことがわかる。これは、在宅で家族だけでは対応できないことをも示しているといえる。

ここでは、在宅死にしほり、死直前の状況が明らかであった136件について医療機器導入の有無を調べた。その結果、何らかの医療機器を導入していたケースは115件で、全体の84%にあたる。このうち、最後まで一般的に服用する薬剤以外の医療行為を必要としなかったケースは16件で、その中には、1992年以前の7件中の3件と保険適用13件中の4件が含まれている。つまり、医療機器は導入されていなくても、麻薬の内服など、薬剤の調整等の判断を要しなかったケースは皆無であった。

また、有料のケースにおいては、1999年6月以降医療機器を要しないケースは存在しない。保険適用のケースについてみても、2000年7月以降、医療機器を要しないケースは見当たらない。このように、医療機器の導入ケースが明らかに増えていることがわかった。

表 5は、医療機器を導入していなかったケースの一覧である。

表 5 死亡時医療機器を導入されていなかったケース

女	81歳	パーキンソン病、糖尿病	
女	72歳	脳性麻痺、腹膜炎後の癒着、老人性天疱瘡	* 治療拒否
男	98歳	盲腸付近のがん	* 点滴拒否
男	94歳	糖尿病、腰痛	
女	92歳	子宮がん	* 治療拒否
男	94歳	前立腺がん	
女	61歳	肝硬変、腹水	
女	51歳	うつ病	
女	54歳	全盲	
男	52歳	肝細胞がん再発、門脈閉鎖	
男	90歳	不整脈、狭心症、心不全	
女	93歳	陣旧性心筋梗塞、尿路感染、肋間神経痛	

男 93歳 転移性肝腫瘍
 男 76歳 肝硬変、脱水
 男 90歳 老衰
 男 68歳 心不全、陣旧性心筋梗塞、慢性腎不全

表 6は、2001年度における医療機器の導入状況の一覧である。

表 6 2001年度・死亡ケースの医療機器導入状況

女 68歳	肺がん、リンパ節・副腎転移、肺炎	吸引
男 73歳	胃がん	吸引
男 88歳	パーキンソン病、類天疱瘡	IVH（ポート）、気管カニューレ、尿管留置、吸引
男 72歳	直腸がん、ストマ造設、癌性腹膜炎、	IVH（ポート）、酸素、麻薬内服 肝臓・肺転移
男 67歳	肺小細胞がん、心臓・脳・肝臓・腎臓転移	点滴、酸素、胃瘻
男 75歳	急性骨髄性白血病	酸素、輸血
男 85歳	不明	酸素、点滴、尿管留置
男 80歳	大腸がん	尿管留置
女 72歳	大腸がん、肺転移	酸素、点滴
女 68歳	胃がん	IVH（ポート）、胃瘻
男 84歳	多発性脳梗塞、前立腺がん、胃・肺転移	吸引、吸入、胃管
女 53歳	胃がん	IVH、ストマ、PTCD、持続皮下注射
女 78歳	肝細胞がん	点滴（ヘパロック）
男 53歳	急性白血病、カリニ肺炎	IVH、酸素療法、吸引
男 79歳	胃がん、腹膜転移	IVH、内服薬
女 95歳	乳がん	点滴
女 88歳	多発性脳梗塞、心房細動 胃瘻	創処置、内服薬
男 74歳	肺がん、糖尿病	点滴、吸入・吸引、インシュリン注射、麻薬内服

4. 死亡確認プロセスの実態

研究対象138件について、死亡確認がどのように行われたかを抽出した結果を表7に示す。そこから明らかになったことは、～では、すべて看護師が「死後のケア」を実施し、それは全体の93%を占めていることである。つまり、在宅で死を迎えるにあたり、医師が現場に駆けつけられないことが多くあり、「死後のケア」は、看護師の一大役務となっているということが明らかになった。

表 7 死亡確認プロセスの実態

死亡直前、家族から医師・看護師へ連絡があった	58名
死亡前後、看護師が付き添っているか、緊急訪問し、医師へ報告した	55名
医師の死亡確認後、看護師へ報告があった	5名
医師の往診時に死亡。その後、看護師へ連絡があった	4名
近くの訪問看護ステーションが対応	7名
看護師の方から電話を入れて死亡を知った	1名
不明	8名

実際に、死亡前3時間～24時間の長時間付添看護を望んだケースが136例中58例あった。そのうち、24時間付き添ったケースは23件で、8時間以上付き添ったケースは18件であった。看護師による長時間の付添看護が在宅死を支える1つの糧になっているといえる。デンマークではターミナル期になると、訪問ナースが24時間体制で滞在する制度があり、「看とり寄り添い休暇法」も成立されている。親しい人とのかけがいのない時間をともにするための有給休暇で、ターミナル期におかれた人の85%が自宅で過ごすという地域もあるといわれている。わが国においても、在宅ホスピスを推進しようというのであれば、長時間の付添看護体制などを構築していく必要があるであろう。

B. 関連する内部資料に基づく分析結果

2001年度実施の「在宅ホスピスの推進に関する調査・研究」の結果では、死亡に至るまでの期間は平均21.7日、看護総時間数は180.3時間、看護に関わった延べ人数は26.5名であった。つまり、一日平均では5.9時間の看護を受けていたことがわかっている。また、看護介入時間を2週間前の1週間ごとにみると、死亡に至る最終の1週間には41.7時間、2週間前の1週間は36.1時間、3週間前の1週間は34.6時間、4週間前の1週間は19.5時間だった。ただし、4週間前の週の看護介入は平均3.8日で、1日平均時間でみるとその後の2週の1日平均と変わりがなかった。つまり、在宅死支援のための看護は死亡に至るまでの約3週間で、1日平均6時間の看護を受けていた。

そこで今回は、看護師の稼働状況を明らかにすることをねらいとして、看護に保険が適用さ

れる前年の1998年度、医療保険に加え介護保険も適用されて1年を経過した2001年度についての訪問・付添看護時間数の月別状況を一覧表とした。その結果を表 8 に示す。

さらに具体的な状況を分析した結果、看護ケアの時間は死亡にいたる最終週が最も長く、それ以前も一日1時間程度短縮するのみで大差はなかった。これは訪問開始の時期に治療・処置や痛み・不安対応のためやや長い時間を要し、その後、家族がケアを学んだり、説明を受けることで処置が可能になったり、不安が解消され、看護師による看護時間が減るものと考えられる。しかし、死亡が切迫することにより、再度緻密な看護ケアが必要となり、長時間付添看護が求められるためと解される。一方、訪問看護師のスケジュール作成上で検討を要する事柄を抽出した結果、考慮しなければならないこととして次の事柄があげられた。

- ・代休処理(週1回の休みの有無)
- ・休暇希望
- ・夜間勤務
- ・緊急訪問対応(日中勤務との兼ね合い)
- ・突然の長時間付添勤務への対応
- ・24時間の電話対応
- ・利用者の定期訪問に対する希望日時
- ・スタッフの一日の訪問の流れ

ナースだけによる少人数制の組織で看護の理想を追求するためには、所属するスタッフのスケジュール一つとってみても、毎日のように変更が必要となり、一人ひとりにかかる心身の負担がかかっているといえる。そのような中での在宅ホスピスの推進には明らかに限界があるといえるだろう。

表-9 1998年度 訪問・付添看護時間数の月別状況

	相談	病訪	巡回	1H	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	その他			介護	付添時間
																												25H	26H	29H		
4月	(回)	1	4	72	32	22	20	20	1										12		1		1	3	2	9	2	1	1	14	141	
	(H)			64	66	80	100	6										192		18		21	66	46	216	50	26	29	50	1030		
5月	(回)	2	4	4	85	37	20	14	20	3	1					1								2		28	2		2	130		
	(H)			74	60	56	100	18	8							13								44		672	52		6	1103		
6月	(回)	1	1	4	90	70	26	10	25	2	1															26				160		
	(H)			140	78	40	125	12	8																	624				1027		
7月	(回)	1	6	5	66	57	18	2	48	1	3	2	1						2										7	141		
	(H)			114	54	8	240	6	21	16	10							32										14	515			
8月	(回)	2	4	43	24	17	5	47		1	2	1	2						2							1	1		9	112		
	(H)			48	51	20	235		7	16	9	20						32								24	15		18	495		
9月	(回)	1	1	24	20	13		49											1							2			9	94		
	(H)			40	39		245											16								48			18	406		
10月	(回)			34	24	19	8	46	5	1	3								1		1				1	1		8	118			
	(H)			48	57	32	230	30	7	24								16		18					23	24		16	525			
11月	(回)		2	50	26	15	2	23	2										2										8	78		
	(H)			52	45	8	115	12										32											16	280		
12月	(回)	3	4	61	25	13	6	19	3	2	6	1		1					2										7	85		
	(H)			50	39	24	95	18	14	48	9		11					32											14	354		
1月	(回)	3		56	24	14	3	16	3		7	1							1										7	76		
	(H)			48	42	12	80	18		56	9							16											14	295		
2月	(回)	1	1	31	20	10	1	18	1				1						1										8	60		
	(H)			40	30	4	90	6				10						16											16	212		
3月	(回)			37	36	7	1	21	3		4	1							5				1						9	90		
	(H)			72	21	4	105	18		32	9					26		80					20						18	405		
合計	(回)	7	21	27	649	395	194	72	352	24	7	26	4	4	1	0	3	0	0	29	0	2	0	1	1	5	3	67	7	88	1285	
	(H)			790	582	288	1760	144	49	208	36	40	11	0	39	0	0	464	0	36	0	20	21	110	69	1608	117	26	29	200	6647	

表-8 2001年度 訪問・付添看護時間数の月別状況

月	ステーション						システム																				システム															
	医療保険			介護保険			訪問看護事業部門																				2時間以上		付添時間計													
	相談	病訪	30'	60'	90'	30'	60'	90'	相談	病訪	巡回	1H	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		18	19	20	21	22	23	24	その他	介護				
4月	(回)	2	1	34	47	30	59	64	21	1	0	14	6	28	17	6	9																				8	68				
	(H)											6	56	51	24	45																				32	208					
5月	(回)	1	2	24	56	31	64	77	30	1	2	9	6	13	12	5	8																			8	46					
	(H)											26	36	20	40																					28	150					
6月	(回)			16	41	45	59	86	24			3	4	21	34	15	3	1	1																	9	84					
	(H)											42	102	60	15	6	7																			38	270					
7月	(回)	1		18	32	25	50	74	35		1	5	3	19	15	6	3	1																		6	50					
	(H)											38	45	24	15	6																				16	144					
8月	(回)	3	3	19	24	66	64	102	34		1	3	10	14	20	5	4																			5	48					
	(H)											28	60	20	20																					14	142					
9月	(回)	1	1	16	7	30	62	84	30		1	4	5	19	23	7	1	2									2								5	59						
	(H)											38	69	28	5	12											32								14	198						
10月	(回)			14	9	39	78	92	42			5	14	30	18	8	4																			5	65					
	(H)											60	54	32	20																					10	176					
11月	(回)		2	13	12	48	53	112	44		1	2	6	37	45	27	12	5	1	3																4	97					
	(H)											90	81	48	25	6	21																			8	279					
12月	(回)		3	18	27	62	45	95	40		1	1	22	74	55	14	6	6	1																1	4	87					
	(H)											110	42	24	30	6																			24	8	244					
1月	(回)			13	18	49	47	93	44		1	2	6	36	27	17	6	4																	1	4	59					
	(H)											54	51	24	20																				24	8	181					
2月	(回)			16		28	52	92	46		2		5	13	32	8	6	2																		4	52					
	(H)											64	24	24	10																					8	130					
3月	(回)		1	15	32	31	57	97	50			5	17	14	9	6	5	1																	1	3	40					
	(H)											28	27	24	25	6																				18	6	158				
合計	(回)	8	13	216	305	484	690	1068	440		7	10	87	225	317	214	88	54	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	65	755
	(H)			108	305	726.0	345	1068	660		0	0	0	634	642	352	270	42	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	190	2280

C. 家族介護者及び看護師に対する聞き取り調査の結果分析

当主任研究者が講師として出席した機関による調査結果の中から、家族介護者及び看護師の思いとしてそれぞれの立場上共通している事項を抽出した結果を表 9 に示す。

表 9 家族介護者及び看護師の思い

1) 家族介護者の訪問看護に対する不満

夜間に連絡がとれない

状態が悪いとき、訪問もなく、救急車を呼ぶように言われる

休祭日の訪問をしてもらえない

時間が短く、なかなか話を聴いてもらえない

訪問介護と同じような内容なのに費用が高い

療養者の意見を医師に伝えてもらえない

看護師によってケアの内容が違うので統一してほしい

できれば同じ人に来てもらいたい

家族に対しての説明が少ない

訪問時間が予定より遅れるときなど、連絡が入らない

緊急加算をとっていながら連絡がとれないことがある

看護師の教育が十分されていないように思う

緊急の場合はまず相談できるようにしてほしい

訪問看護は医療のみにかかわるといった風潮が見受けられる

分かりやすい言葉で説明をしてほしい

もう少し相談しやすい雰囲気であつたらいいと思う

2) 訪問看護ステーションの管理者及びスタッフに共通する悩み

・看護の質について

スタッフと同行訪問をする余裕がない

体制的に一人にかかる負担が大きい

常勤採用が少なく、スタッフの定着も悪く、安定したサービスが提供できない

カンファレンスの時間がとれない

スタッフに仕事に追われているという思いがある

・経営管理について

人件費が大部分なためスタッフを増員できず、利益につながらない

利用者数が不安定で、常に一定の収入を保つことが難しい

厳しいノルマにスタッフがついていけない

利用者によっては二人訪問が必要な場合があるが、二人分は請求できない

P Rの費用・場がない

介護保険が導入されてから、ケアプランの中に訪問看護が組み込みにくくなった
緊急時のための体制づくりや拘束費用の捻出が難しい

・人事管理

収支を考えると非常勤の雇用にとどまらざるを得ない
利用者数・訪問回数等の変動があり、計画的な配置が難しい
スタッフを増やしたいが増員が困難である
スタッフの「心」のケアが必要である

・記録物

計画書や報告書等の書類が多すぎる

・連携

ケア会議が必要と思っても時間と人の調整がつかない
死の場面や死亡診断書を書いてもらえない
最終的に病院で亡くなり、後悔している家族を何人もみてきた

・教育

必要性を感じるが、時間に追われて難しい
自分を見つめ直し、感性を高めていけるよう努力したい
一人で対応することなど様々な苦悩や困難がある

・その他

ストレスの解消が必要である
業務が煩雑で、ミスを起こすのではないかと不安になる

看護師は、組織間の連携を図れるような体制を整え、家族介護者が抱く不満の解消をはかると共に、看護師として何を提供するのかを明らかにし、社会へ向けて提示し、それらを確実に行動化できるようにしなければならないだろう。また一方において、一人で行動している看護師の研修のあり方を検討すると共に、「心」のサポート体制も整えていかなければならないと考える。

D．看護師の「心」のサポートプログラムの考案

1．カナダにおける関連情報の収集結果

Louis Brier Home、Central Park Manor の双方に共通していた点は、職員教育が計画的に実施されていること、また、在宅死が不可能な場合は、在宅同様に施設で死を迎えられることを職員が当然として受け止め、実施しているということであった。わが国においては、その必要性を感じていてもなかなか行動化できない、あるいは、その必要性すら感じない職員が未だに多いのが実情といえる。早急な整備が待たれるところである。

次に、なぜナースにコミュニティー・ヘルスワーカーの役割を期待するのかを探った。カナ

ダのナースが自立している(個人的にアクセスしやすくしてきている)ととらえる理由として、ヘルスケアに於けるカットバック(縮小)とリフォーム(改良)があげられている。それが刺激となっているようである。カナダでは、家族にもっと関わってもらえるように、看護師と家族のつながりをもっと強いものにするために、多くのナース達が知識や技術や(家族を援助するための)サポートがもっと必要だと言っている現状がある。ファミリー・ナーシング・プログラムに参加したナース達からは知識や技術面で、又、家族や同僚達からのポジティブな反応から、仕事に於ける満足度が増したという意見が出されている。今日、ファミリー・センタード・アプローチ(家族を中心と考えるアプローチ法)が全ての看護の場に於いてゴールと見なされている。以前は医師と看護師が家族にとってベストな事柄や家族がどのように対応(ケア)されるべきかを決定すべきエキスパートだとされてきたが、現在は看護師と家族の両者がお互いのパートナーとするパートナーシップ・アプローチに代わった。家族は専門家との交流の中で、健康や病気に関する知識の増加や自分達の健康に関してこれまでよりもコントロールできるようになってきている。意味ある家族と看護師との関係は、ナースの臨床に於ける自信や自尊心や仕事に於ける満足度にポジティブな影響を与えるだけでなく、家族がどう病気を管理してゆくかにも良い影響を与えることになる。ファミリー・ナーシングに於ける、ナースの役割は、家族のために問題を解決することではなく、家族が自分達自身で問題を見つけ出し、解決してゆける環境づくりができる関係をつくり出すことである。看護師は、家族の精神的原動力が彼らの健康・不健康に物凄い影響力を持っていて、健康に関する事項は、家族間の関係や機能に強い影響を及ぼすと言うことを認識している必要がある。家族の看護をする上で必要となってくる知識と技術とは、家族が変わっていきたいように支援するために必要なのである。加えて、一人ひとりのクライアントが家族の一員であると理解していることは家族と関わる機会がなかった時でさえ重要である。ナースは、クライアントとその家族が現在どのような観点を持っているのかを明確にし、解決を見出していく上で援助をしていくことになる。

さらに、次に掲げた情報は、サポートプログラムの作成及び今後のサポート活動を実施していく上に役立つと思われた。

1) Access Health Services Inc. ; アクセス・ヘルス・サービス

ホーム・ヘルスケアの専門家、電話一本で訪問サービススタート可能、24時間365日体制で明日からでもOKで、理念はクライアントの威厳・ユニークさ・自主性を尊重する、クライアントと看護スタッフの充実した生活の重要性を促進、可能性を最大限にそしてスタッフの専門的成長を後援する、利用可能な資源を創造的に責任を持って利用する、一貫性・オープンなコミュニケーション・積極的関わり・職人気質・全てのケア・ギバーに対する尊敬心を要する活動的なプロセスとして管理体制を築く、プロフェッショナル連合とオンタリオ州の看護学校によって設立された基準に見合い、それを上回る、適切なケアを提供するため看護スタッフが定期的に患者のレビューをする(必要な事項に変化はないか、など)1時間から24時間の訪問、慢性ケア(長期ケア)、フットケア、緩和ケア、ホームメイキング・サービス(排泄ケアと身体セラピー、買い物や子供の世話、(ケアに携わる家族などの一時的な代行)リスパイ

ト・ケア / 休息ケア、クライアントや家族の付き添いなど

2) Integra Care ; インテグラ・ケア (トロント・カナダ)

プライベート・ナーシングの提供 (個人の家で、又は寮で)、24時間365日、全てのレベルに於ける看護の提供、援助機器のレンタルやセール、簡単な家事、付き添い、栄養カウンセリング、マッサージ、理学療法、ケア・ギバーの定期的な技術向上のための監視を行っている。

3) KFL&A コミュニティー・ケア・アクセス・センター ;

壁のない病院のように、必要な時にいつでも看護が提供される。家で、学校で、コミュニティーのその他の場所で、医師によるケアは提供されない、サービスはオンタリオ州厚生省&ロングタム・ケアによって成り立ち、オンタリオ州の人には無料でサービスが提供される。一般看護、緩和ケア・腫瘍看護、小児看護、セラピー・サービス、個人的家庭でのサポート、家のクリーニング (カーペット・ケア)、医療機器と供給、NPO、ヘルスケアに関心のあるローカル (地元の) 人たち / ボランティアで運営されている。これは、オンタリオ州のガイドライン・方針・手順に従って運営され、ケア・マネージャーが指揮をとるが、ケアマネジャーは他の専門家やサポート・スタッフによって後援されている。

4) 家庭的高齢者共同住宅 ; バンクーバー・アビーフィールド・ハウス ~ 記事からの抜粋

英国が発祥の地 (1956年から増え続け、現在は全国に千軒以上ある。通常75歳以上を対象とし、身の回りのことはできるが一人暮らしは嫌だという高齢者が集まる、1軒あたり8人から12人で家庭的雰囲気とライフスタイルを重視した住宅である。施設入所ではなく新しく家族の一員になるような気持ちで入居できるのが利点とされている。1987年BC州シドニーに誕生したのがカナダでの第一号、現在はソサエティーが28、運営中又は建設中のものが19ほどある。バンクーバー市内には2軒のアビーハウスが隣接しており、1軒は歴史的建築物の指定を受けた邸宅を改造したもので、他の1軒はそれに合わせて建設された。定員は各9名、それぞれにコーディネーターが住み込みで働いており、食事付きでヶ月日本円で10万円前後で、スタッフのほとんどがボランティアである。施設と違って自分の家のようにふるまえる。洗濯は自分で行き、または外部の人に依頼したりする。外出は自由で、家族や友人が気兼ねなく訪問可能。家具は自分で持ち込み、各階にバスルームが有り、午前中はリビングのスペースがコーヒーハウスになる。ハウスコーディネーターになるには資格は不要である。大家族の母又は父的存在を置いている。非常呼び出しベルが有り、1日8時間勤務で土・日などには代替のコーディネーターが来る。食事のメニューはあるもので、デザートは毎日手作り、残ったデザートは夜中に入居者のつまみ食いできれいになくなっているらしい。

5) バンクーバーの日系総合施設「日系プレース」 - 「新さくら荘」 ;

中低所得の日系シニア向け住宅で、木造3階建て34戸のアパートメントタイプ、日系人建築家が設計担当、日本的要素が多く取り入れられている。台所のカウンターは通常のものより低く、風呂場には手すり、カラオケルームがある。入居資格者は、55歳以上か夫婦どちらかが55歳以上であること、1年以上BC州に在住しているカナダ市民又は移住者で、年収3万

7千140ドル以下であることで、資料請求や申し込み時期とは関係なく公平に審査される。(審査は助成金付与を受けているBC州政府住宅管理局の規定による) ペット禁止、近くのヘルスケア・ホームは生活サポートが受けられる住宅施設で、「エイジング・イン・ブレース」という元気なうちに入居した日系高齢者が体が不自由になった際にも他へ移ることなくサポートが受けられるというコンセプト、医師や看護師の定期的巡回訪問、あたたかい家庭的環境での介護を目指している。日系文化センターとは渡り廊下で結ばれており(センター内には日系博物館・資料館・図書館・催事ホールがある) 地下には日本食レストランや日本食料品店なども入っている。日系文化センター横の日系ガーデンはカナダと日本の風景や樹木をあしらっていて訪問者にとって憩いの庭園になっている。

6) 日系ホーム;

日本文化を取り入れた環境の中で必要とされる介護サービスを提供するシニアのためのケア付き住宅、介護サービスである。一見アパートに住んでいるようで、食事・家事・介護サービスを必要に応じて受けることが可能、風呂場の手すり、低めの流し台、4階建てで住居は59室、56室がワンベッドルーム(うち9室は車椅子専用デザイン) 3室がスタジオタイプ(ひと部屋/ワンルーム) ダイニングルーム、談話室、ティールーム、アクティビティー・ルーム、美容室、フェイシャルルーム、手工芸室、地下駐車場、館内の壁の色が階ごとに違い、自分が何階にいたかが分かるように工夫されている。790ドルから2000ドルの家賃にはライフ・ライン(緊急時に身につけたボタンを押して知らせるシステム)や介護サービスも含まれていて、個人負担は電話とテレビのケーブル代のみ。ダイニングはレストラン形式で一般の人でも利用可能で禁煙。ペット禁止、スタッフ30人、24時間3シフト制、昼間で4人から6人夜間でも2人体制。多くのバイリンガル入居者担当アシスタントがいる。また、必ず一人は日本語を話すアシスタントもいる。ライセンス・プラクティカル・ナースが1シフトに一人いる。日系人以外のカナダ人も入居可(ただし、日本文化に配慮したサービスである)で、夫婦で入居する場合はひとりが必要条件に当てはまっていれば良い(ただし、同居人が55歳以下で介護を必要としていない場合は不可)。つながっている日系文化センターで行われるコミュニティー行事にも気軽に参加できるという楽しみがある。

7) もし事故や病気のために自分の意思を自ら伝えられない状況にあったら?

新制定について(2002年4月にバンクーバーで行われた弁護士による講演から);

死亡した時に有効なのが遺言状である。生存中で意思伝達能力がなくなった際に有効な文書でもあり、委任状と看護判断決定委任契約書がある。今までは遺言状に記載しておくことはできたがあくまでも希望であったため、本人の意に反した決定が下されることもあり得た。看護や医療の場において決定権を持っているのは唯一本人だけである。代理人については(法廷で任命された代理人・委任契約書による代理人。一時的代理人は配偶者や家族・親戚になるが、その代理人がいない場合のこと) 一時的代理人は医師や看護師などの医療関係者2名が患者の近親者から決め、19歳以上の成人で依頼者を良く知る人物でなくてはならない。自分が直接伝えられない意思を文面や代理人を通して伝える手段ではあるが、これらの文書を作成して

いない場合には手続きに時間がかかるうえ、家族や周囲の混乱を招くことになりかねない。

2. ナースのための健康推進プログラム

今回カナダ内の施設に加え、韓国の地で、「ケアを受けながら最期まで生活できるように」との願いを抱きながら3箇所のナーシングホームを経営している看護師やその周辺の看護師たちと出会い、語り合った。それらの新たに収集した種々の情報から、家族介護者の「心」をサポートするにはナースのかかわりが重要であることを再認識させられるとともに、看護師の「心」のサポートが不可欠であると感じた。そこで今回は、ナースの「心」のサポートプログラムの1つとして、次のようなプログラムを考案するに至った。

表 10 在宅/訪問看護に携わる一人暮らしのナースのための健康促進プログラム

このプログラムは、ナースの健康促進のために開発したものである。ナース達が仕事上直面する出来事の数々は、時にナースの健康に悪影響を及ぼすことがあり、落ち込みや不眠、集中力の低下、摂食障害などの原因となり得る。特に一人暮らしのナースをターゲットにしているのは、問題に直面して帰宅した際、問題を乗り越えて行く過程で頼れるのは本人だけだからである。一人暮らしのナースには、他者と同居しているナースよりも更に自分の健康管理に注意を向ける必要がある。このプログラムは、一人暮らしのナース達の健康への悪影響を未然に防ぐことで、個々のナースが本来の力を発揮できるよう、又、クライアントに最高の看護が提供できるよう支援するために構成されたプログラムである。

- ・ プログラムは全部で9セッションから成り立つ
- ・ 臨床心理士/カウンセラーがクラスを担当する
- ・ 週一回60分から70分のセッション
- ・ プログラムの前段階で臨床心理士/カウンセラーが受講希望している個々のナースと面談(目的;健康状態のチェック、生活状況をチェック、補充が必要とされる分野を分析、悩みなどなどが似ていると思われるナースのグループを幾つかつくる)

セッション1:イントロダクション(はじめに)

教授 学習;最初の30分でネガティブなストレス(ポジティブなものもあるため)と落ち込みについて説明する。(目的;知識向上)次の30分でグループのメンバーと感情や意見交換の場を設ける。(目的;グループ・サポートとグループ間での共感を生みだすため、自己開示の場でもある)

セッション2:栄養とエクササイズ(定期的な運動)について

教授 学習;最初の40分で栄養についての説明をする。(目的;栄養面での知識向上、幾つかの健康促進レシピの紹介、何を食べたかを記録する食事日記の宿題を出す)次の30分は定期的エクササイズの必要性について説明(体重管理について、ベスト体重に保つ上での良い点、新陳代謝を高めるには、脂肪に働きかけるには、などについて説明、体重管理は自信にもつながることにも触れる)

セッション3：健康促進のため必要、又は助けとなるアクティビティーの薦め

教授 学習；最初の30分で、幾つかのアクティビティー紹介をする。(なぜそれが健康に良いとされるのかを説明；例：軽いうつ症状のある人は研究結果からも分かっているように光(ライト)にあたる習慣を身につけるようにするなど、有効とされるリラクゼーションについて：ガーデニング/庭いじり、唄う事/カラオケ、ウォーキング/散歩など)次の30分でコミュニティではどのようなリラクゼーション・ワークショップが受講可能かをナース達に紹介する。最後に次回のセッションの予告をし(天気予報どおり天気が良ければ、屋外で青空教室) 前回の宿題である食事日記を簡単に自己チェックしてもらう。

セッション4：リラクゼーション効果(ラジオから流れるリラクゼーション音楽を聴きながら)

教授 学習；最初の30分は前回の復習から。(目的：屋外で実際に太陽の光を浴びながら落ち込みを防ぐための実践練習として皆で体験してみる。前回の健康促進アクティビティーへと話をつなげる。)その後、10分から15分のショート・レクチャーをする。(瞑想、アロマセラピー、リラクゼーション音楽、はり指圧、マッサージの効用について、定期的リラクゼーションの重要性(ストレスが及ぼす悪影響について)次の15分は屋内へ移動し、グループ内での意見交換の時間を設ける。その際、今まで経験したことのあるリラクゼーション法や他のメンバーに薦められるものなどについて触れる。(目的：自分の経験が他の人に役立つと感じることから生まれる個々のナース達へのポジティブな影響力を得るため)クラスの最後に、リラクゼーション・ミュージックのCDをナース達に貸し出す。

セッション5：笑い、又はユーモアの重要性

教授 学習；最初の30分でなぜ笑いが健康に関連しているかについて説明する。(笑いを伴うユーモアが身体と心に良い理由について、筋肉の動き呼吸の変化、ストレスの緩和などについて)次の30分間に実際の笑いに変わるものを紹介。(偽の笑いの有効性などについて)今までの復習も交えて健康的な食事は笑い同様、落ち込んだ精神状態を緩和する力があることにも触れる。

セッション6：安眠

教授 学習；はじめの40分でナース達がどのくらい寝ているのか、身体と心の状態についてクラス内で意見交換 10分、なぜ安眠が大事であるかを説明(30分) なぜREM睡眠が毎回の睡眠に必要とされるか、不眠の原因として考えられる要素(騒音、心配事、薬、適切でない気温や就寝時刻、慣れない環境 etc.)などについても触れておく。次の20分で睡眠を促す方法(例：ヨガ、ハーブ・ティーなどについて)や、就寝前の(スキル・アップのための)勉強法をおまけとして伝授する。

セッション7：良い友や家族のサポート

教授 学習；最初の30分でソーシャル(社会的)・サポートの重要性について学ぶ。次の30分でどのようにそのサポートを得ることができるかを紹介する。(目的：一人暮らしのナース達にとって自分は独りではないという事を知り、いつも必要なタイミングにソーシャル・

サポートを得るのは不可欠であるため、その方法を学ぶ)例として、メール、又は手紙をママに書くなどが挙げられる。家族や、又は友達との絆が強い人の方が健康な人の割合が多く長生きである、という研究結果についても話し合う。

セッション8：自尊心(ナース達の自尊心を高めてゆく一歩となるように)

教授 学習；なぜ適度な自尊心は必要なのかについて(その重要性についても)説明する。次の30分で今までのクラスのまとめをする。毎日の必要栄養素やその他のアクティビティー(行動)の実践ができているかをチェックシートをつかって分析してみる。最後にマン・ツー・マンのカウンセリング、又は相談などは、今後2~3ヶ月間いつでも歓迎ということをアピール。(毎週の個人面接はそれ以外で実行)

セッション9：健康保持のために(ゲスト・スピーカーを迎えて)

(短めの教授 学習)；このプログラムの受講者、又は自己管理できていると思われるナース(カウンセラー知人など)をゲストに迎え、話をしてもらう。スピーカーには、特に健康保持のために重要な事柄として、友達や家族との繋がりについて、又、コミュニティーへの積極的参加などを中心に話してもらう。ナース達は、そこからそれぞれ学び取る。質疑応答の時間を設け、クラス全体で話し合いの場とする。(カウンセラーが司会をする)最後にカウンセラーが健康を保持する上で必要となってくるスピリット(自分の気の持ち方など)について話す。

追加：

- ・ このプログラムの期間中、プログラムに関わるカウンセラーは一人一人のナース達とメールを通して健康状態をチェック。(個々の状態によって個人面談へ繋がる場合もありうる)
- ・ カウンセラーはナース達にどのような変化があったのかを見(聞き)逃さない。
- ・ ナース達は、週の終わりに健康状態を自己分析した簡単なレポートを提出する。(自己を振り返る上で重要であり、プログラム終了後も2~3ヶ月続ける)
- ・ 全てのプログラム期間が終了した地点で、カウンセラーは個々のナースの健康状態(プログラム前と後との)をチェックする。

このプログラムは、独り暮らしをしながら訪問/在宅看護に携わるナース達が、最終的に自分達自身の力で心身の健康管理がしてゆけるように構成された特別プログラムである。

結論

本研究では、在宅ホスピスを推進できるようになることをそのねらいとして、介護環境からみる家族負担 求められる看護形態と看護師の稼働状況の関連 介護者と看護師の「心」とサポートの関連 人的環境づくりにかかわる問題 医療機器導入にかかわる問題 死亡確認プロセスに潜在する問題という6つの観点から分析・検討し、現状における問題を明らかにし

つつ、さらに考察を加え、解決策を見出していった。

それによって次のことが判明した。すなわち、家族の負担感、病室の確保や家族の体力の有無だけで解決されるわけではなく、そこにかかわる医療従事者等、関係者の関わり方やその時々心の状況が家族介護者に負担をかけることもあり得ることを示していた。関係者自身の関わり方や心のコントロールの必要性が望まれている。

在宅死を支えている主な介護者として最も多かったのは妻であったが、有料ケースでは夫が嫁を抜いていた。これは、有料で看護を導入してでも自分で看たいという思いの現われであり、家族介護者の強い思いは在宅死を可能にすることが伺えた。有料部門においての医療行為は、保険適用部門に比べ、明らかにその必要率が高く、これは、在宅で家族だけでは対応できないことをも示している。その状況を見ると、何らかの医療機器を導入していたケースが全体の8割を占め、有料のケースにおいては、1999年6月以降医療機器を要しないケースが存在しなかったことから、今後も医療機器の導入ケースが増えていくことが予測される。

さらに、在宅で死を迎えるにあたっては、看護師の活動が重要であり、わが国においても、死亡が切迫することにより長時間付添看護が求められている。在宅ホスピスを推進しようというのであれば、他国同様に、長時間の付添看護体制などを構築していくことが望まれる。一方、訪問看護ステーション等の少人数制の組織による在宅ホスピスでは、看護師一人ひとりにかかる心身の負担が多く、限界があることがわかった。そのような中でも看護師は、家族介護者が抱く不満の解消をはかるために、組織間の連携を図れるような体制を整える必要がある。

また、家族介護者の心をサポートするには看護師のかかわりが必要なことから、一人で行動している看護師の質向上のための研修のあり方を検討すると共に、看護師の心のサポート体制を整えていくことが望まれる。