

がん患者への終末期在宅ケアに関して訪問看護師が感じている問題点と必要だと思う問題解決への取り組みの実態調査

大園 康文
Yasufumi Oosono

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 緩和ケア看護学分野
Department of Palliative Care Nursing, Division of Health Sciences and
Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

2006（平成 18）年 6 月にがん対策基本法が成立し、がん対策基本推進計画が策定された。取り組むべき課題として、「住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある」と示されている。そこでより長く在宅療養を続けるために、終末期がん患者の在宅療養継続の障害の内容とその頻度を明らかにすることを目的とした研究を行った。まず、先行文献とインタビュー調査より終末期がん患者の在宅療養継続の障害を明らかにした。次に、関東に設置され 24 時間対応している訪問看護ステーションに常勤として所属する訪問看護師を対象に、90 項目から成る質問紙調査を実施した。調査の結果から、終末期がん患者の在宅療養継続の障害を 12 ドメインに分けられた。終末期がん患者の在宅療養継続の障害となることが多い内容として、家族の介護負担、経済的負担、ケアマネジャー・訪問看護師・医師の終末期がん患者の在宅療養への理解が不十分、24 時間対応できる訪問看護師の不足、が示された。本研究の結果から、終末期がん患者の在宅療養を継続するためには、家族の介護負担・経済的負担を軽減すること、ケアマネジャー・訪問看護師・医師が終末期がん患者の在宅療養の特徴を理解し症状緩和の知識・技術を高めること、訪問看護師が特に医師とケアマネジャーとの連携に留意することが重要であるという示唆を得た。

Key Words: home care, end-of-life, cancer patient, barrier, visiting nurse

緒言

がんは日本人の死亡原因の一位になってからすでに四半世紀が過ぎている¹。我が国のがん対策として、2006（平成 18）年 6 月にがん対策基本法が成立し、がん対策基本推進計画が策定された²。がん対策基本推進計画では重点的に取り組むべき課題として、「住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある」と明示されている。具体的な施策としては、がん拠点病院を中心として緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟と在宅療養支援診療所等による地域連携の推進等が進められている。このような現状において、日本人がん患者の多くが最期の時間を自宅で過ごしたいあるいは在宅死を望んでいることが明らかになっている³。しかし国が政策を立て、がん患者が最期の時を自宅で過ごしたいと望んでいるにも関わらず、2009（平成 21）年現在、がん患者の約 90%は施設で死亡し、わずか 7.4%程度しか在宅死を遂げられていない⁴。

厚生労働省が、在宅での終末期医療の現状や医療福祉従事者・一般国民の意識を把握する目的で、昭和 62 年から 5 年ごとに「終末期医療のあり方に関する調査」を実施している⁵。この調査で、医

療福祉従事者と一般国民の終末期医療への関心の高さと、終末期はなるべく自宅で療養したいという意向が明らかにされている。一方で、「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が急変したときの対応に不安がある」などの理由から、自宅で最期まで療養することの難しさや、一般国民の緩和ケアに対する知識不足や誤解⁶が在宅療養継続の障害となっていることが示されている。

在宅療養において訪問看護師の役割は大きく、その支援内容は医療的支援・介護支援・家族への支援に分類される⁷。訪問看護師は、医師とともに医療的支援を行うだけでなく、福祉サービス関係者や親族との調整役といった福祉・社会的な支援者でもある⁸。これらから、訪問看護師は終末期在宅ケアの担い手として、患者・家族にとってもっとも身近な専門家であると同時に、在宅ケアシステムに関する知識も有しており、在宅療養継続の障害を包括的に把握できる存在と考えられる。

そこで本研究では、訪問看護ステーションに所属する訪問看護師を対象として、1)終末期がん患者の在宅療養継続の障害の内容とその頻度、2)終末期がん患者の在宅療養継続の障害に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

方法

1. 訪問看護師へのインタビュー調査

1) 対象

関東（千葉・群馬・茨城・神奈川・埼玉・東京）の訪問看護ステーションに常勤勤務する訪問看護師 25 名を機縁法にて選定した。

2) 終末期がん患者の在宅療養継続の障害となる項目の作成

先行文献のレビューより⁹⁻¹⁴、終末期がん患者の在宅療養継続の障害に関するインタビューガイドを作成し、半構造化面接を行った。インタビューから得られたデータを内容分析の手法を用いて分析し、終末期がん患者の在宅療養継続の障害として 132 項目を抽出した。

3) 質問紙の作成

インタビューで得られた 132 項目を用いて質問紙（案）を作成し、関東に勤務する訪問看護師 5 名を対象にプレテストを実施した。プレテストに参加した対象者の意見をもとに項目数を 90 項目に洗練し、これを質問紙とした。

2. 自記式質問紙調査

1) 対象

関東（千葉・群馬・茨城・神奈川・埼玉・栃木・東京）に設置された 24 時間対応の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師のうち、過去一年間に終末期がん患者に 3 件以上関わった常勤の訪問看護師を対象とした。

訪問看護ステーションは、WAMNET（独立行政法人福祉医療機構運用）¹⁵より選択した。

2) 方法

(1) 該当する訪問看護ステーションの管理者に、調査概要・調査目的・訪問看護師の適格基準を郵送し、協力を依頼した。

(2) 調査に協力する場合、協力可能な訪問看護師の人数と、管理者が署名した調査協力承諾書を返送してもらった。

(3) 返送の得られた訪問看護ステーションに働く訪問看護師に対して、調査趣意書と無記名自記式質問紙を郵送した。

(4) 質問紙は訪問看護ステーション毎にまとめて返送してもらい、調査票の返送をもって訪問看護師個人の調査への同意とみなした。

3) 調査項目

(1) 終末期がん患者の在宅療養継続の障害

インタビュー調査とプレテストで得られた 90 項目について、それぞれの項目が在宅療養継続の障害となる頻度について「1. 全く障害にはならない」「2. 障害になることは少ない」「3. どちらかと言うと障害になることは少ない」「4. どちらかと言うと障害になることが多い」「5. 障害になることが多い」「6. 障害になることが非常に多い」の 6 件法を用いて尋ねた。

(2) 対象者背景

所属する訪問看護ステーションの設置場所・性別・年齢・訪問看護経験年数・職位・取得資格・

過去一年間の終末期患者に関わった人数・終末期の講習会の参加回数・訪問看護ステーションの設置形態・常勤換算などを尋ねた。

4) 分析方法

終末期がん患者終末期がん患者の在宅療養継続の障害となる項目の8割以上に回答のある者を有効回答とし、分析の対象とした。対象者背景については記述統計量を算出した。終末期がん患者の在宅療養継続の障害については、項目ごとに、「4. どちらかという障害になることが多い」から「6. 障害になることが非常に多い」を在宅療養継続の障害となることが多い（以下、障害となるが多い）とし、その割合を算出した。

また、終末期がん患者の在宅療養継続の障害を12ドメインに分け、各ドメイン内の内的整合性を検討するためにCronbach α 係数を算出した。さらに、関連要因の検討を目的にドメイン内に含まれる項目の平均点を算出し、これをドメインの得点とした。

終末期がん患者の在宅療養継続の障害の各ドメインの得点と対象者の背景因子との関連を探索するために、単変量解析を実施した。分析に際し、2値変数にはt検定、3値以上の変数にはTukey-Kramer法、順序変数については回帰分析を行った。

さらに、各ドメインの得点を目的変数、関連要因を説明変数とする重回帰分析を行った、その際、変数減少法による変数選択を行った ($P < 0.1$)。有意水準は両側0.05とし、分析には、統計パッケージSAS Ver9.1を使用した。

3. 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科医学部倫理委員会の承諾を得て実施した。

結果

1. 調査の応諾状況

1035の訪問看護ステーションの管理者宛てに、調査協力依頼書・調査承諾書を郵送し、239施設より承諾書の返送を得た（応諾率23.1%）。承諾書が得られた239施設に所属する682名の訪問看護師に対して質問紙を郵送し、196施設531名より返送を得た（回収率77.8%）。終末期がん患者の在宅療養継続の障害となる項目について回答に2割以上欠損があった10名を除いた、521名を分析対象とした（有効回答率76.4%）。

2. 対象者背景

対象者背景を表1に示す。対象者の約半数が東京都内の訪問看護ステーションに所属し、年齢は約半数が40歳以上49歳未満であった。訪問看護経験は10年未満が6割以上、過去一年間に終末期がん患者に関わった人数は10名未満が6割であった。取得資格は、約半数がケアマネージャーの資格を有していた。

3. 終末期がん患者の在宅療養継続の障害

終末期がん患者の在宅療養継続の障害の各項目について（障害となると回答した割合）、表2に示す。終末期がん患者の在宅療養継続の障害を12ドメインに分けられた。以下、ドメイン名を【】で、項目名を「」にて示す。

【患者に関すること】のうち「患者が独居である」において78%が障害となることが多いと回答した。

【家族に関すること】のうち「介護者が病気を抱えている」「家族への身体的・精神的負担が大きい」「家族が在宅療養を望んでいない」において80%以上が障害となるが多いと回答した。

【意思決定に関すること】のうち「親族に、入院でなければ十分なケアを提供していないから入院させるべきだと言われる」において73%が障害となるが多いと回答した。

【他職種に関すること】のうち「ケアマネージャーが終末期がん患者の在宅療養に関心がなくどのようなものか知らない」「ケアマネージャーが終末期がん患者の在宅療養に関心がなくどのようなものか知らない」において80%以上が障害となるが多いと回答した。

表1 対象者背景

N=521

		%
訪問看護ステーションの設置場所	千葉	12
	群馬	7
	茨城	2
	神奈川県	16
	埼玉	15
	栃木 東京	2 47
性別	男	2
	女	97
年齢	20~29 歳	2
	30~39 歳	27
	40~49 歳	46
	50~59 歳	21
	60 歳以上	3
看護師経験年数	5 年未満	2
	5~9 年	12
	10~14 年	19
	15~19 年	28
	20 年以上	37
訪問看護経験年数	5 年未満	36
	5~9 年	30
	10~14 年	27
	15~19 年	5
	20 年以上	1
職位	管理者	33
	スタッフ	66
取得している資格（複数回答）	保健師	7
	ケアマネージャー	48
	訪問看護認定看護師	9
	緩和ケア認定看護師	1
過去一年間に終末期がん患者に関わった人数	5 名未満	28
	5~9 名	32
	10~14 名	18
	15~19 名	6
	20 名以上	12
看護師として終末期がん患者に関わった人数	5 名未満	5
	5~9 名	8
	10~20 名	10
	21~30 名	9
	30 名以上	64
訪問看護師になってから終末期ケアに関する講習会などに参加した回数	0 回	12
	1 回	10
	2~4 回	37
	5~9 回	24
	10 回以上	17
訪問看護ステーションの設置形態	独立型	55
	病院・診療所併設型	32
	その他	11
訪問看護ステーションの常勤換算	2.5~4 名	40
	4.1~5 名	18
	5.1~6 名	11
	6.1~7 名	9
	7.1 名以上	17

【連携に関すること】のうち「連絡が取りにくい往診医がいて緊急対応が遅れてしまう」「連絡が取りにくい病院医がいて緊急対応が遅れてしまう」「訪問看護への依頼が遅い」において 80%以上が障害となることが多いと回答した。

【訪問看護師に関すること】のうち「訪問看護師が疼痛の緩和に関するケアの知識や経験がない」「訪問看護師がせん妄・抑うつなどの精神症状の緩和に関するケアの知識や経験がない」「訪問看護師が吸困難感・嘔気などの身体症状の緩和に関するケアの知識や経験がない」「訪問看護師がスピリチュアルな苦痛（たとえば人生の意味を考えること）のケアに理解や経験がない」において 80%以上が障害となることが多いと回答した。

【往診医に関すること】のうち「往診医がすぐに鎮静（セデーション）をしようとする」の 71%以外、全ての項目において 80%以上が障害となることが多いと回答した。

【病院医に関すること】では、すべての項目において 80%以上が障害となることが多いと回答した。

【在宅医療処置に関すること】の全ての項目において、障害となることが多いとの回答は 40%以下であった。

【訪問看護に関すること】のうち「24 時間対応している訪問看護師が足りない」「24 時間対応している訪問ステーションが足りない」「訪問看護師の数が地域全体として足りない」において 80%以上が障害となることが多いと回答した。

【患者・家族の経済的負担に関すること】のうち「40 歳未満のがん終末期では医療保険のみとなり若い患者は経済的負担が大きい」「必要時訪問看護の回数を増やしケアを充実させるとその分自己負担額が増えてしまう」において 90%以上が障害となることが多いと回答した。

【療養環境に関すること】のうち「急変時の入院先の保証ができない」において 80%が障害となることが多いと回答した。

4. 在宅療養継続の障害に関連する要因

単変量解析にて各ドメインの得点と関連がみられた対象者背景を表 3 に示す。

【患者に関すること】【意思決定に関すること】【往診医に関すること】【病院医に関すること】【訪問看護に関すること】については、有意な関連がみられる項目はなかった。【家族に関すること】【連携に関すること】では、過去一年間の終末期がん患者に関わった人数が少ないほど、障害となることが多いと回答した。【他職種に関すること】では、職位が管理者であること、過去一年間の終末期がん患者に関わった人数が少ないほど、障害となることが多いと回答した。

【訪問看護師に関すること】では、年齢が低く、看護師経験が短いほど、障害となることが多いと回答した。【患者・家族の経済的負担に関すること】では、職位が管理者の場合、障害となることが多いと回答した。【療養環境に関すること】では、性別が女性であること、過去一年間の終末期がん患者に関わった人数が少ないほど、障害となることが多いと回答した。

表2 終末期がん患者の在宅療養継続の障害

N=521

障害となること
が多いと回
答した割合 (%) ドメインの平均 Cronbach α 係数

【患者に関すること】		3.92	0.70
患者が独居である	78		
患者が在宅療養では家族に迷惑をかけていると思入院を望む	62		
患者が自宅で看取られることに強く不安を感じている	61		
患者が医療用麻薬に対して誤解していて、使用を拒否する	58		
患者が「入院しなければ症状緩和ができない」と思っている	51		
【家族に関すること】		4.18	0.87
介護者が病気を抱えている	90		
家族の身体的・精神的負担が大きい	88		
家族が在宅療養を望んでいない	87		
主介護者以外の介護者がいなく、一人で介護している	75		
家族が自宅で看取することに強く不安を感じている	75		
家族が患者の看取りや死の話をしたがない	71		
家族が医療用麻薬に対して誤解していて、使用を拒否する	69		
家族が在宅療養について親族や知人に相談できる相手がいない	60		
家族が在宅療養についてフォーマルな支援者に相談できる相手がいない	59		
家族が「入院しなければ症状緩和ができない」と思っている	51		
家族が自宅で看取れることを知らない	50		
【意思決定に関すること】		3.99	0.81
親族に「入院でなければ十分なケアを提供していないから入院させるべきだ」と言われる	73		
患者に病名の告知がされていない	69		
家族が延命処置（人工呼吸器の装着など）を望んでいる	68		
家族が最期を迎える場所について入院を望んでいる	64		
患者に予後の告知がされていない	62		
患者が最期を迎える場所について入院を望んでいる	58		
家族が抗がん剤治療を望んでいる	51		
【他職種に関すること】		4.38	0.87
ケアマネジャーが訪問看護をケアプランに入れようとしていない	85		
ケアマネジャーが終末期がん患者の在宅療養に関心がなく、どのようなものか知らない	82		
病院の地域連携室の看護師が終末期がん患者の在宅療養に関心がなく、どのようなものか知らない	79		
病院の外来看護師が終末期がん患者の在宅療養に関心がなく、どのようなものか知らない	75		
ヘルパーが終末期がん患者の在宅療養に関心がなく、どのようなものか知らないこと	67		
保険薬局薬剤師が終末期がん患者の在宅療養に関心がなく、どのようなものか知らない	59		
【連携に関すること】		4.37	0.88
連絡が取りにくい病院医がいて、緊急対応が遅れてしまう	91		
連絡が取りにくい往診医がいて、緊急対応が遅れてしまう	89		
訪問看護への依頼が遅い	85		
往診医と患者・家族との話し合いに、訪問看護師が参加できない時がある	74		
病院医と患者・家族との話し合いに、訪問看護師が参加できない時がある	73		
患者・家族の情報を、通院先の外来看護師と共有する機会がない	69		
市区町村の行政担当者が変わる頻度が多い	38		
【訪問看護師に関すること】		4.36	0.98
訪問看護師が疼痛の緩和に関するケアの知識や経験がない	82		
訪問看護師がせん妄・抑うつなどの精神症状の緩和に関するケアの知識や経験がない	81		
訪問看護師が吸困難感・嘔気などの身体症状の緩和に関するケアの知識や経験がない	81		
訪問看護師がスピリチュアルな苦痛（たとえば人生の意味を考えること）のケアに理解や経験がない	80		
訪問看護師が社会的苦痛（たとえば家族や職場の人間関係の悩み）のケアに理解や経験がない	79		
訪問看護師が経済的問題（たとえば、医療費の負担）に関する理解やケアの経験がない	78		
訪問看護師が終末期がん患者の在宅療養に関心がなく	78		
訪問看護師が家族へのケアに理解や経験がない	78		
訪問看護師が医療保険制度について理解していない	67		
訪問看護師が介護保険制度について理解していない	67		
訪問看護師が高額療養費制度について理解していない	61		
【往診医に関すること】		4.91	0.95
往診医が疼痛の緩和に関する治療の知識がない	90		
往診医が呼吸困難感・嘔気などの身体症状の緩和に関する治療の知識がない	89		
往診医がせん妄・抑うつなどの精神症状の緩和に関する治療の知識がない	89		
終末期がん患者を訪問診療する医師が少ない	89		
終末期がん患者を往診する医師が少ない	89		
往診医が患者・家族との話し合いを十分に行わずに治療方針を決めてしまう	86		
往診医が終末期がん患者の在宅療養に関心がなく	85		
往診医が在宅での輸液に関して適切な処方ができない	84		
往診医がすぐに鎮静（セデーション）をしようとする	71		
【病院医に関すること】		4.99	0.96
病院医が終末期がん患者の在宅療養に関心がなく	90		
病院医が患者・家族との話し合いを十分に行わず治療方針を決めてしまう	90		
病院医が疼痛の緩和に関する治療の知識がない	88		
病院医がせん妄・抑うつなどの精神症状の緩和に関する治療の知識がない	88		
病院医が呼吸困難感・嘔気などの身体症状の緩和に関する治療の知識がない	87		
病院医が在宅での輸液に関して適切な処方ができない	87		
【在宅医療処置に関すること】		3.29	0.93
在宅では必要時に中心静脈カテーテルの留置処置ができない	41		
在宅では必要時に腹水穿刺ができない	41		
在宅では必要時に輸血ができない	37		

表 2 終末期がん患者の在宅療養継続の障害 続き	N=521	障害となるこ とが多いと回 答した割合 (%)	ドメインの平均	Cronbach α 係数
【訪問看護に関すること】			4.55	0.88
24時間対応している訪問看護師が足りない		87		
24時間対応している訪問看護ステーションが足りない		85		
訪問看護師の数が地域全体として足りない		84		
24時間対応しても、ステーション経営上採算が合わない		79		
退院前の連絡調整に多くの時間をかけても、直接の収益にはならない		73		
退院前カンファレンスに参加しても、退院して訪問ができなければ収益にならない		73		
終末期のがん患者を受け持つ頻度がスタッフによって異なり、受け持つ訪問看護師の負担が高くなる		66		
【患者・家族の経済的負担に関すること】			4.54	0.89
40歳未満の末期がんでは医療保険のみとなり、若い患者は経済的負担が大きい				
必要時、訪問看護の回数を増やしケアを充実させると、その分自己負担額が増えてしまう		92		
介護保険の区分支給限度額を超えた介護サービスが必要になることがある		90		
必要な衛生材料（ガーゼ等）を提供しない医師がいて、患者・家族の自費購入になっている		78		
必要な保険医療材料（在宅中心静脈栄養法用輸液セット等）を提供しない医師がいて、患者・家族の自費購入になっている		72		
高額療養費の払い戻しまでの期間が長い		72		
任意保険は、在宅療養では保険金が出ない		67		
【療養環境に関すること】			4.29	0.91
急変時の入院先の保証ができない		80		
終末期がん患者を受け入れてくれるショートステイがない		79		
年末や連休は、医療サービスが休業となる		79		
在宅療養支援診療所が少ない		77		
介護保険の申請をしてから認定されるまでの期間が長い		74		
終末期がん患者を受け入れてくれるデイサービスがない		73		
年末や連休は、福祉サービスが休業となる		71		
主治医が、介護保険の意見書をうまく書けない		67		
医療用麻薬を常備していない保険薬局がある		67		
一般の方が、がん患者の終末期在宅ケアに関する知識を得る機会（たとえば市民公開講座）がない		64		
疼痛コントロールなどのための微量注入ポンプが用意できない		58		

表 3 終末期がん患者の在宅療養継続の障害の関連要因 (単変量解析)	N=521	P
関連要因	在宅療養継続の障害のドメイン名	
性別 a		
男		
女	療養環境に関すること	0.02
年齢 c	訪問看護師に関すること	0.02
職位 a		
管理職	他職種に関すること	0.04
スタッフ	患者・家族の経済的負担に関すること	0.01
看護師経験年数 c	訪問看護師に関すること	0.01
訪問看護ステーションの設置形態 b		
独立型		
病院・診療所併設型	在宅医療処置に関すること	
その他		0.01
過去一年間に終末期がん患者に関わった人数 c	家族に関すること	0.01
	他職種に関すること	0.02
	連携に関すること	0.01
	在宅医療処置に関すること	0.01
	療養環境に関すること	0.05
看護師として終末期がん患者に関わった人数 c	在宅医療処置に関すること	0.04
訪問看護師になって終末期ケアに関する講習会に参加した回数 c	在宅医療処置に関すること	0.03

a t検定, b Tukey-Kramer法, c 単回帰分析 (P<0.05)

全12ドメインのうち、複数の対象者背景が関連していた【在宅医療処置に関すること】について、多変量解析を行った結果を表4に示す。単変量解析で関連のあった変数を用いて重回帰分析を行ったところ、過去一年間の終末期がん患者に関わった人数が少ないほど、障害となることが多いと回答する傾向がみられた。

表 4 終末期がん患者の在宅療養継続の障害の関連要因 (多変量解析) N=521

終末期がん患者の 在宅療養継続の 障害のドメイン名	関連要因	β	SE	P
在宅医療処置に 関すること	過去一年間に関わった人数	-0.13	0.04	0.01
	看護師として関わった人数	-0.05	0.05	
	講習会参加回数	-0.04	0.05	

重回帰分析 (P<0.05)

単変量解析でP<0.10となった項目でモデルを作成し、変数減少法 (P<0.10) により変数選択を行った。

考察

本研究では、終末期がん患者に24時間対応している関東の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師を対象に行い、終末期がん患者の在宅療養継続の障害について検討した。以下、障害となることが多いと回答した割合が80%以上の項目があるドメインについて考察する。

1. 終末期がん患者の在宅療養継続の障害

【家族に関すること】では、家族の介護負担に関することが、障害になることが多いと明らかになった。終末期ケアにおける家族に関する研究の必要性は国際的に認識されていて、家族への支援・介護負担感の評価などが研究されている¹⁶が、終末期がん患者を持つ家族の介護負担軽減を目的とした介入研究は少ない。今後は家族の介護負担に関する評価を行いながら、介護負担を軽減する支援をエビデンスに基づき確立させる必要がある。

【他職種に関すること】については、終末期がん患者の在宅療養に関するケアマネージャーの理解不足が、障害となることが多いと明らかになった。介護保険法施行に伴い平成11年から約50万人がケアマネージャーの資格を取得している¹⁷。終末期ケアにおいてもケアマネージャーは生活支援の調整役として重要な役割を果たしているが¹⁸、ケアマネージャーに対する調査では終末期ケアは困難だと感じていることが明らかになっており¹⁹、積極的に終末期ケアに関わることができていないと考えられる。在宅療養継続のためには、医師・看護師だけでなく、ケアマネージャーに対して終末期がん患者と家族への支援に関する教育を充実させる必要がある。

【連携に関すること】については、病状変化時の医師との連絡体制の不備と訪問看護への依頼が遅いことが、障害となることが多いと明らかになった。終末期であるということは、容態の急変のリスクを伴う。しかし病院とは異なり在宅では医療者がすぐに駆けつけられる環境ではない。医師が在宅療養の特徴について理解できるように促し、緊急時に確実に連絡が取れるように取り決めておく必要がある。また、訪問看護への依頼が早ければ、それだけ在宅療養環境を整える時間ができる。ケアマネージャーと十分に連携を取りながら介護支援サービスを整える、患者・家族の気持ちの整理を促すなど、在宅療養生活が早く安定するような支援をすることが大切だと考える。

【訪問看護師に関すること】については、訪問看護師の症状緩和に関する知識や経験がないことが、障害となることが多いと明らかになった。終末期がん患者の在宅療養において、訪問看護師は日常生活の支援・家族への死別の支援だけでなく、他機関との連携においても重要な役割を有する²⁰⁻²¹。効果的に終末期ケアを提供するためには、訪問看護師が症状緩和の知識・技術を持つことが必要不可欠であり、訪問看護師に対する終末期ケアの教育体制を十分に整えなければならない。

【往診医に関すること】については、往診医の終末期がん患者への理解の低さが、障害になることが多いと明らかになった。日本医師会が行った全国の医師を対象とした調査では²²、医師達は緩和ケアに関わりたい意向を示しているものの、知識に差があることが明らかになっている。また多くの往診医は、開業以来長期にわたり医療用麻薬の処方経験がない、精神的サポートの実施率が低い、呼吸困難の緩和ケア経験が少ない、といったことが明らかになっている²³。往診医は、終末期がん患者の在宅医療に関心がないわけではなく、日々の業務や緩和ケアの知識・技術を得る機会がないため積極的に関われないと考えられる。全国的に在宅緩和ケア・在宅ホスピスのモデル事業などの取り組みが行われており²⁴⁻²⁵、今後も適切な緩和ケアの知識と技術の普及、緩和ケア専門家へのアクセス簡便化などを広めていく必要がある。

【病院医に関すること】については、病院医の終末期在宅療養への理解と症状緩和の知識の低さが、障害になることが多いと明らかになった。がんの診療を行う病院医の約70%が在宅医療の経験が全くなく²²、症状緩和の理解が低いなど医師の緩和ケアに関する知識の不足・コミュニケーションスキルの不足が明らかになっており⁶、医師・医学部生への緩和ケア教育を充実させていく必要がある。

【訪問看護に関すること】については、終末期がん患者に関わっている訪問看護師の人数が少ないことが、障害となることが多いと明らかになった。終末期がん患者に関わる訪問看護師が少ない理由として、時間的な負担と精神的ストレスがある²⁶。訪問看護師は地域住民にとって有益な支援資源であるが、訪問看護師の役割が世間一般的に評価されているとは感じ難いこと、訪問看護師の精神面に関する研究はほとんど行われていないことが²⁷積極的に終末期がん患者に関わろうとする方向に向かず、結果として在宅療養継続に影響する。今後は訪問看護師の業務実態を評価し²⁸、時間的な負担や精神的ストレスを明らかにしていきながら訪問看護師の就業環境を整えていく必要がある。

【患者・家族の経済的負担に関すること】については、特に若い患者・家族の経済的負担が、障害となることが多いと明らかになった。在宅療養は入院に比べ医療費は比較的安いとされているものの²⁹⁻³⁰、40歳未満の終末期がん患者では介護保険は使えないため、訪問看護や福祉サービスが必要な場合でも利用できないあるいは自費で利用することになる。終末期には頻回の訪問看護が必要な場合もあるが、医療費の3割負担は大きな経済的負担となる。また、医療福祉従事者が必要だと判断したケアは提供されるべきであるが、それに伴い負担額も増えるため、在宅療養における十分なサービス提供ができていない可能性がある。在宅療養における医療費の実態調査を行うと同時に、介護保険の終末期がん患者の年齢制限を設けない、あるいは医療保険の負担割合の減少といった、経済的負担の軽減を講じる働きかけが必要がある。

【療養環境に関すること】については、急変時の入院先の保証ができないことが、障害となることが多いと明らかになった。急変時の連絡体制や受け入れ体制の保証の必要性が先行研究より明らかにされている³¹⁻³²が、入院先の保証がないことは患者・家族にとって不安であり、在宅療養継続の障害となってしまう。病院側の緊急入院ベッドの確保と、どのような状態になったら入院するのかを医師と患者・家族が十分に話し合えるようにコーディネートすることが重要である。

2. 在宅療養継続の障害に関連する要因

分析の結果、5つのドメインに対して、過去一年間に終末期がん患者に関わった人数に関連が認められた。これは、終末期がん患者に関わる機会が少なければそれだけ対応にも不慣れであり、在宅療養を継続できるような支援が難しいためだと考えられる。【他職種に関すること】【患者・家族の経済的負担に関すること】において、職位に関連が認められた。管理者は訪問看護師以外の職種とも連携連絡をとること、患者・家族の経済面にまで目を向ける視点があることで、在宅療養が障害されている原因をより把握しやすいためだと考えられる。【訪問看護師に関すること】では、年齢と看護師経験年数に関連が認められた。重回帰分析では有意な関連は示めされなかったが、経験多い人ほど客観的に評価することができるからではないかと思われる。

3. 限界と課題

本研究は、関東に設置された訪問看護ステーションに所属する訪問看護師を対象とした。このため、関東以外の地域に本研究の結果が適応できるかは不明である。したがって、今回の結果を全国的な視点で考察するには注意を要する。また、終末期がん患者の在宅療養継続の障害について、訪問看護師だけでなく患者・家族・医師・ケアマネージャー等に尋ね、多角的に評価することが必要である。

4. 今後の展開

今回、終末期がん患者の在宅療養継続の障害について多寡を明らかにしたことで、優先すべき研究の指標となると考える。障害となることについて一つ一つ解決し、より良い在宅療養を実現させていかなければならない。

結論

終末期がん患者の在宅療養継続の障害として、家族の介護負担、若い患者の場合の経済的負担、終末期がん患者の在宅療養に関するケアマネージャー・訪問看護師・医師の理解不足、24時間対応できる訪問看護師の不足が明らかになった。また、終末期がん患者に関わりが少ないほど、障害となることが多

いと回答する傾向にあった。家族の介護負担を軽くし経済的負担を軽減すること、ケアマネージャー・訪問看護師・医師が終末期ケアの特徴を理解し症状緩和の知識・技術を高めること、24時間対応できる訪問看護師を増やし医師とケアマネージャーとの連携に特に留意することで、終末期がん患者の在宅療養を継続することができると示唆された。

助成

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受け実施した。

文献

- 1.厚生統計協会. 国民衛生の動向. 中央法規出版.東京 : 2010/2011;48-9.
- 2.厚生労働省. がん対策推進基本計画. 2007 ; <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>
- 3.Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Annals of Oncology*. 2007;18(9):1539-47.
- 4.独立行政法人 統計センター e-Stat. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001066473>
- 5.終末期医療に関する調査等検討会. 今後の終末期医療の在り方. 中央法規出版.東京 : 2005;
- 6.Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *Journal of Palliative Medicine*. 2007;10(2):390-9.
- 7.蘆野吉和. 在宅ホスピスケアの現状と近未来-何がかわり、何がかかわらないのか、そしてどのようにかわってほしいのか-. *緩和医療学*. 2006;8(3):219-26.
- 8.Griffiths J, Ewing G, Rogers M, et al. Supporting cancer patients with palliative care needs: district nurses' role perceptions. *Cancer Nursing*. 2007;30(2):156-62.
- 9.樋口京子. 【高齢者の終末期をめぐる諸問題】 高齢者の終末期におけるケアマネジメント. *Geriatric Medicine* 2009;471-5.
- 10.加藤恒夫, 池上直己, 長谷方人. がん患者の終末期ケアにおける通所リハビリテーションの役割 介護保険によるがん終末期ケアの可能性. *死の臨床*.2006;89-94.
- 11.Friedman BT, Harwood MK, Shields M, Friedman BT, Harwood MK, Shields M. Barriers and enablers to hospice referrals: an expert overview. *Journal of Palliative Medicine*. 2002;5(1):73-84.
- 12.Akiyama A, Numata K, Mikami H. Factors enabling home death of the elderly in an institution specializing in home medical care: analysis of apprehension of the bereaved family. *Geriatrics & gerontology international*. 2008;8(2):73-9.
- 13.Jacobsen R, Moldrup C, Christrup L, et al. Patient-related barriers to cancer pain management:a systematic exploratory review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(1):190-208.
- 14.全国訪問看護事業協会 社. 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 2008;
- 15.WAMNET;独立行政法人福祉医療機構運営情報サイト <http://www.wam.go.jp/>
- 16.Hagen NA, Addington-Hall J, Sharpe M, et al. The Birmingham International Workshop on Supportive, Palliative, and End-of-Life Care Research. *Cancer*. 2006;107(4):874-81.
- 17.厚生統計協会. 国民の福祉の動向. 厚生指針. 2010/2011:210-1.
- 18.山田雅子, 廣岡佳代. 【がん緩和医療 終末期に限らない早期からの適切な実施】 多職種によるチーム医療看護師の役割. *治療学*. 2009;428-30.

- 19.内田陽子, 中谷久恵, 島内節. エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践. *Kitakanto Medicine* 2009;337-44.
- 20.Husband J, Husband J. The evolving role of the community nurse specialist in palliative care. *British Journal of Community Nursing*. 2008;13(1):26-30.
- 21.Burt J, Shipman C, Addington-Hall J, et al. Nursing the dying within a generalist caseload: A focus group study of district nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(10):1470-8.
- 22.日本医師会. がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査報告書. 2008;
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903_3.pdf
- 23.秋山美紀, 的場元弘, 武林亨, 中目千之, 松原要一. 地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. *Palliative Care Research* 2009;112-22.
- 24.白髭豊. 【がん在宅医療と緩和医療】在宅医療と緩和ケアネットワーク 長崎での地域医療連携の試み. *緩和医療学* 2009;201-7.
- 25.近藤太郎. 【地域医療連携実践ガイドブック 医療連携の地域モデルを疾患別に厳選して収載!】地域医療計画に対する東京都医師会の取り組み. *治療*. 2008;701-6.
- 26.Rose J, Glass N, Rose J, Glass N. Nurses and palliation in the community: the current discourse. *International Journal of Palliative Nursing*. 2006;12(12):588-94.
- 27.Dunne K, Sullivan K, Kernohan G, Dunne K, Sullivan K, Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(4):372-80.
- 28.Wessel EMMSRN, Rutledge DNPRN. Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for the Dying: Effects of Palliative Care Education. *SO - Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2005;7(4):212-218.
- 29.Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. *Annals of Oncology*. 2002;13 Suppl 4:257-64.
- 30.蘆野吉和. がん末期における在宅ホスピス・外来・入院医療費の比較分析と評価 報告書. 福島労災病院. 2004;
- 31.吉野和穂, 西海昇, 櫛野宣久. 大学病院緩和ケアチームの終末期がん患者の在宅医療移行への取り組み. *癌と化学療法*. 2009;75-7.
- 32.福井小紀子. 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果. *日本看護科学会誌*. 2007;27(3):48-56.