

在宅での看取りに関わる訪問看護師の  
死亡診断時におけるケアの現状

石川 美智

熊本学園大学大学院社会福祉学研究科  
社会福祉学専攻 博士後期課程

〒862-8680 熊本県熊本市大江 2-5-1

2011年8月30日提出

## 1 次調査

「在宅での看取りに関わる訪問看護師の臨終時の現状」

## 緒 言

現在わが国では、約 8 割の患者が病院で亡くなっている。この状況を踏まえ、2005 年厚生労働省は「患者の意思を尊重した適切な終末期医療の提供によって、自宅等での死亡割合を 4 割に引き上げる」<sup>1)</sup>と数値目標を挙げ、在宅医療を推進している。しかし、医師と看護師とが常時身近に存在することを前提とし、整備されてきた制度において、結果的にサービスを受ける患者が不利益を被り、携わる医療者に過度の負担がかかることになった。その最たるものとして、川越は<sup>2)</sup>「死亡診断」を挙げている。

死亡診断は、医学的な死の診断だけでなく、患者の人権すべてと関係する重要な医行為であり、わが国では、医師法第 20 条(無診察治療等の禁止)・第 21 条(異常死体等の届出義務)に基づき、唯一医師が行っている(歯科医師も含む)<sup>3)</sup>。病院に入院中であれば、臨終に医師に立ち会ってもらうことは比較的容易といえる。しかし、在宅療養の場合、医師が臨終に立ち会えないことは往々にしてありうる。そのことにより、死ぬ間際の死亡場所の変更や、かかりつけ医以外の医師が臨終に立ち会ったことによる検死などおこりうる。どんなに長い期間死にゆく人が穏やかに過ごしても、最後の臨終が安寧でないなら、死にゆく人や看取り手は悔いを残すことになる。

坂口ら<sup>4)</sup>は、ホスピスで家族を亡くした遺族の「心残り」の共通した内容に、「臨終」に関する内容があることを明らかにしている。そして、遺族の「心残り」は、死別後の罪責感や自己非難に関係し、死別後の適応過程を阻害する一要因になる可能性があることも指摘している。一方、ケア提供者側については、臨終前後の病棟看護師の援助行動の実態と「看取りケア」に関与する要因が明らかにされ<sup>5)</sup>、終末期がん患者とその家族に対する看護師のケアを評価するための看取りケア尺度も開発された<sup>6)</sup>。Smith ら<sup>7)</sup>は、community nurses の在宅での臨終患者のケアに対する思いや、その思いに影響する関連要因を明らかにしている。看取りにおいて臨終のあり方を重要としながらも、国内では看取りの中でも臨終に焦点を当て実態を論じた研究は殆どみられない。

そこで今回、訪問看護師を対象に、質問紙調査を用いて、在宅での看取りの臨終の実態を明らかにする。本研究では、「臨終」を人が死ぬ間際のこととし、宮田ら<sup>8)</sup>の期間区分を参考に、「死亡診断時間を含め 72 時間前頃までの期間」と定義した。

## 方 法

### 1. 対象者

K 県在宅緩和ケアハンドブック<sup>9)</sup>と K 県訪問看護ステーション(以下、ステーション)website に掲載され、尚且つ看取りの看護を実施しているステーション 106 施設のうち、管理者の同意が得られた 19 施設の訪問看護師 107 名とした。

### 2. 調査期間

平成 22 年 8 月～10 月。

### 3. 調査方法

#### 1)自記式質問紙調査

まず対象施設の管理者宛てに研究依頼文書，調査票，調査協力同意書を郵送した．同意される場合には施設名と調査協力可能な人数を記載してもらった．施設に必要な部数の調査票を郵送し，管理者から訪問看護師に配布してもらった．回答後は各自返信用封筒で返信してもらい，調査票の返信により同意が得られたと判断した．

#### 2)調査項目

①対象や所属施設の概要に関する設問群が 14 項目，②ステーションの看取りのケアシステムに関する設問群が 8 項目，③臨終間際や死亡確認時の状況に関する設問群が 12 項目，④臨終時の医師との連携の状況に関する設問群が 8 項目，⑤死亡診断に関する法律や死亡診断書の取り扱いに関する設問群が 7 項目，⑥臨終や死亡診断に対する思いや意向に関する設問群が 10 項目，⑦死亡診断にまつわる問題や課題に関する設問が 1 項目の計 60 項目とした．回答形式は，2 から 11 肢の選択肢の中から単一ないし複数を選択する形式，または自由記載とした．

設問は，平成 17 年度野末ら<sup>10)</sup>の訪問看護師を対象とした面接調査の論文を参考に，研究者が臨終や死亡診断時の状況を詳細に把握するための設問項目を設定した．

#### 3)分析方法

統計解析ソフトは，PASW Statistics18 を用い各項目記述統計を行った．「看取りのケアシステム」，「臨終間際や死亡確認時の状況」，「死亡診断に関する法律や死亡診断書の取り扱いに関する知識」，「臨終や死亡診断に対する思いや意向」間の関連については $\chi^2$ 検定(またはフィッシャーの正確確立検定)を行った．欠損値については置き換えずそのまま処理した．

#### 4)倫理的配慮

すべての依頼文書に研究概要，回答は無記名で，任意であること，調査結果は統計的に処理し施設名や個人名が特定されないことなどを記載した．本研究は，熊本学園大学大学院社会福祉学研究科倫理委員会の承認を得た．

## 結 果

回収数は 79 名(回収率 73.8%)で，有効回答数は 75 名だった．項目の信頼性については，Cronbach's  $\alpha$  は 0.48 だった．

### 1. 対象の概要

回答者全員が女性で，年齢は 50 代が最も多かった．看護師の経験年数は 21～30 年未満

が 28 名(37.4%)，訪問看護師としての経験年数は 10 年未満が 23 名(30.7%)で最も多かった。資格は，看護師が 65 名(69.1%)で最も多く，次に介護支援専門員が 12 名(13%)と多かった。1 か月の訪問件数は，61～70 件が 15 名(20%)で最も多かった(表 1)。

属性	項目	人数(%)
年代	30代	7(9.3)
	40代	33(44.0)
	50代	35(46.7)
看護師経験	5年未満	1(1.3)
	10年未満	4(5.3)
	20年未満	26(34.7)
	30年未満	28(37.4)
	40年未満	14(18.7)
	無回答	2(2.7)
訪問看護師経験	1年未満	4(5.3)
	5年未満	20(26.7)
	10年未満	23(30.7)
	15年未満	19(25.3)
	20年未満	6(8.0)
	25年未満	3(4.0)
資格 (複数回答)	看護師	65(69.1)
	准看護師	10(11.7)
	介護支援専門員	12(13.0)
	保健師	3(3.1)
	認定看護師	1(1.0)
	養護教諭	1(1.0)
	救急救命士	1(1.0)
	介護福祉士	1(1.0)
ここ1ヶ月の訪問件数	10件以内	3(4.0)
	30件以内	8(10.6)
	50件以内	16(21.3)
	70件以内	26(34.7)
	90件以内	19(25.3)
	100件以上	1(1.3)
	無回答	2(2.7)

## 2. 対象所属施設の概要

ステーションの経営主体は，医療法人が 44 名(58.7%)で最も多かった。ステーションの併設施設は，病院が 49 名(33.1%)で最も多かった(表 2)。ステーションの看取りのケアシステムについては，臨終前の看取り場所の合意では，家族とは 70 名(93.3%)，患者とは 66 名(88.0%)が，ありとしていた。臨終時の後方施設のバックアップ体制(24 時間対応や入院病床確保)は 50 名(66.7%)，ステーション所属の看護職員(以下，スタッフ)のバックアップ体制(訪問人員の追加)は 61 名(81.3%)が，ありとしていた。マニュアルは，臨終時の報告や指示については 31 名(41.3%)，看取りに関しては 34 名(45.3%)が，ありとしていた(表 3)。

経営主体	医療法人	44(58.7)
	医師会	10(13.3)
	自治体	9(12.0)
	社会福祉協議会	3(4.0)
	社団・財団法人	2(2.7)
	連合及び組合系	1(1.3)
	無回答	6(8.0)
	併設施設（複数回答）	病院
居宅介護支援事業所		44(29.7)
介護老人保健施設		20(13.5)
介護療養型医療施設		16(10.8)
介護老人福祉施設		2(1.4)
診療所		8(5.4)
その他		9(6.1)
無回答		4(5.3)

質問項目	あり	なし	無回答
24時間サービス	74(98.7)	1(1.3)	
臨終前（訪問ケア開始時を除く）、本人との看取り場所の合意	66(88.0)	5(6.7)	4(5.3)
臨終前（訪問ケア開始時を除く）、家族との看取り場所の合意	70(93.3)	2(2.7)	3(4.0)
臨終前、患者・家族とスタッフとの今後の意向についての話し合い	71(94.7)	2(2.7)	2(2.7)
臨終時、後方施設のバックアップ体制	50(66.7)	16(21.3)	9(12.0)
臨終時、スタッフのバックアップ体制	61(81.3)	11(14.7)	3(4.0)
臨終時の報告や指示についてのマニュアル	31(41.3)	41(54.7)	3(4.0)
看取りに関するマニュアル	34(45.3)	39(52.0)	2(2.7)

### 3. 訪問までの所要時間

訪問看護師が臨終間際に、患者や家族から連絡を受けた経験があったのは 56 名(74.7%)、その際患者宅への訪問平均所要時間は 26.42±15.2 分、最大は 90 分、最小は 3 分だった。訪問看護師が臨終間際に、医師に報告した経験があったのは 51 名(68.0%)、その際医師が訪問するのを待った平均時間は 69.53±81.1 分、最大は 480 分、最小は 0 分だった。死の三徴候がみられた後、医師に報告した経験があったのは 45 名(60.0%)、その際医師が訪問するのを待った平均時間は 81.46±89.0 分、最大は 480 分、最小は 15 分だった。

### 4. 臨終間際や死亡確認時の状況

訪問看護師が患者や家族との連携や意思疎通が図れなかったことで、患者や家族が臨終間際に在宅死を断念された経験があったのは 27 名(36.0%)、医師とでは 17 名(22.7%)、スタッフとの連携や意思疎通が図れなかったことで、患者や家族が在宅死を断念された経験

はなかった(表 4).

訪問看護師が、臨終間際になり患者や家族の要望で救急車の要請をした経験があったのは 32 名(42.7%), 連絡や相談がなく救急車を要請された経験があったのは 17 名(22.7%), 連絡や相談がなく入院された経験があったのは 16 名(21.3%)だった(表 5).

訪問看護師が医師の立ち会いがない時に死亡確認を行った経験があったのは 20 名(26.7%), 死の三徴候がみられた後、医師の死亡確認を待つために患者に触れずに医師を待った経験があったのは 36 名(48.0%), 医師の死亡確認を待たずに死後の処置を行った経験があったのは 13 名(17.3%)だった(図 1). 患者や家族からの連絡がなく、たまたま訪問した際に臨終に立ち会った経験があったのは 13 名(17.3%)だった.

## 5. 臨終時の医師との連携の状況

臨終間際に医師に報告した経験がある訪問看護師は 51 名(68.0%), その際「医師との連携が上手く図れたか」の回答で最も多かったのは「そうである」の 30 名(40.0%)だった.(図 2). 死の三大徴候出現後に医師に報告した経験がある訪問看護師は 45 名(60.0%), その際「医師との連携が上手く図れたか」の回答で最も多かったのは「そうである」の 31 名(41.3%)だった(図 3).

## 6. 死亡診断に関する法律や死亡診断書に関する知識

「よくわかっている」、「だいたいわかっている」の総計割合でみると、死の三徴候や死亡数日前の徴候については 90%以上、医師法や保健師助産師看護師法、検死についての法律、死亡診断書の取り扱いに関することについては 80%以上だった. 日本での訪問看護師の役割拡大への提言に関することでは 46.7%, 海外での死亡診断に関する看護師の役割責任に関することについては 8.0%だった(図 4).

## 7. 臨終や死亡診断に対する思いや意向

### 1) 臨終時の不安

「そうである」、「かなりそうである」の総計割合でみると、訪問看護師が臨終時医師の立ち会いがなくても不安ではないとしたのは 27 名(36.0%), スタッフの立ち会いがなくても不安ではないとしたのは 35 名(46.7%), 家族や身内の立ち会いがなくても不安ではないとしたのは 10 名(13.4%)だった. つまり、訪問看護師は、医師やスタッフと比較し家族や身内の立ち会いがないことをより不安に思っていた. 訪問看護師が医師の立ち会いがなくてもよい看取りができるとしたのは 35 名(46.7%), スタッフの場合では 40 名(53.3%)だった(図 5).

質問項目	あり	なし	無回答
臨終間際になり患者や家族との連携や意思疎通が図れなかったことで在宅死を断念された経験	27(36.0)	46(61.3)	2(2.7)
臨終間際になり医師との連携や意思疎通が図れなかったことで在宅死を断念された経験	17(22.7)	56(74.7)	2(2.7)
臨終間際になりスタッフとの連携や意思疎通が図れなかったことで在宅死を断念された経験	0(0)	73(97.3)	2(2.7)

質問項目	あり	なし	無回答
臨終間際になり、訪問Nsが患者や家族の要望で救急車を要請した経験	32(42.7)	42(56.0)	1(1.3)
患者や家族から訪問Nsに連絡や相談がなく、臨終間際になり救急車を要請された経験	17(22.7)	55(73.3)	3(4.0)
患者や家族から訪問Nsに連絡や相談がなく、臨終間際になり入院された経験	16(21.3)	57(76.0)	2(2.7)

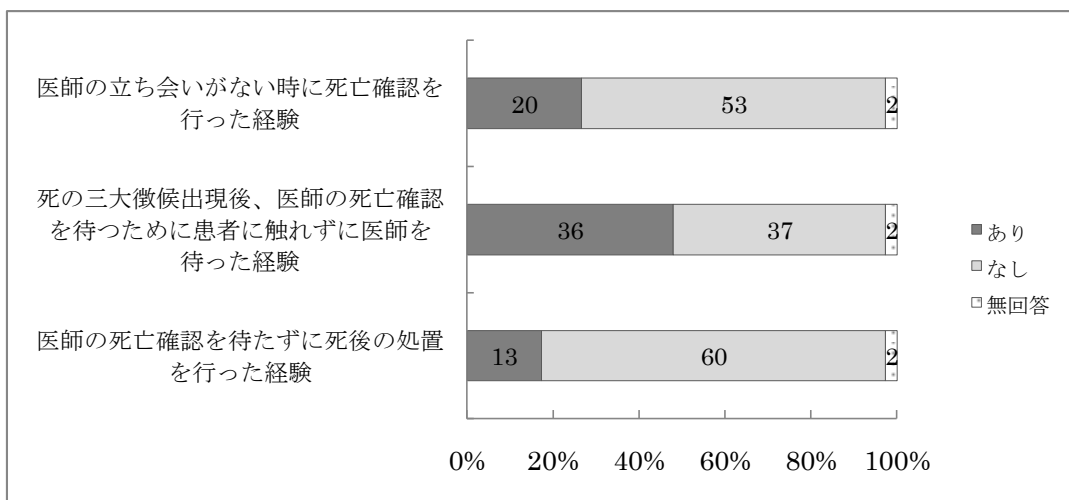


図1 死亡確認や死後の処置の経験の状況 (n = 75)

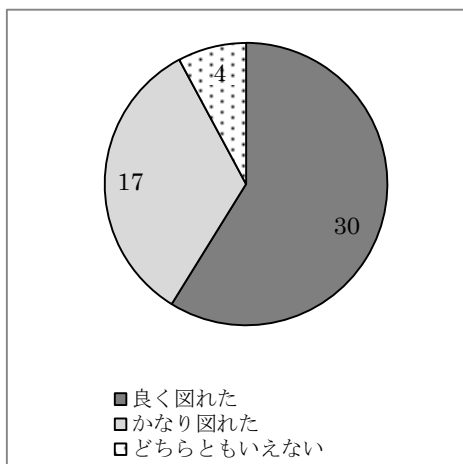


図2 臨終間際の医師との連携に対する認識 (n=51)

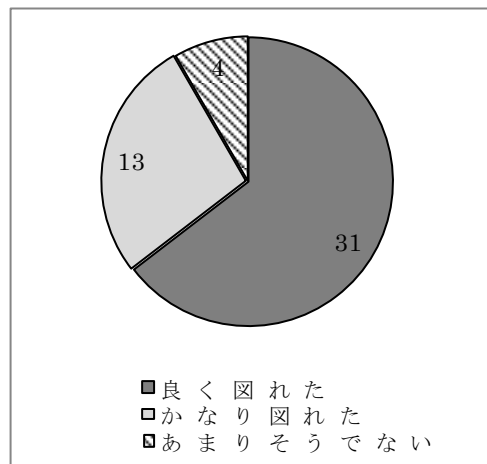


図3 死の徴候出現後、医師との連携に対する認識 (n=45)



## 2)看護師による死亡診断実施に対する訪問看護師の受け止め方

「そうである」、「かなりそうである」を肯定的あるいは積極的な受け止め、「そうでない」、「あまりそうでない」を否定的あるいは消極的な受け止めとすると、看護師が死亡診断を行うことを可能であるとしたのは14名(18.7%)（「そうである」3名(4.0%)、「かなりそうである」11名(14.7%)）、不可能であるとしたのは33名(44.0%)（「そうでない」29名(38.7%)、「あまりそうでない」4名(5.3%)）だった。自分が死亡診断を行うことは可能であるとしたのは14名(18.7%)（「そうである」4名(5.3%)、「かなりそうである」10名(13.3%)）、不可能であるとしたのは39名(52.0%)（「そうでない」33名(44.0%)、「あまりそうでない」6名(8.0%)）だった。看護師が死亡診断を行うことを医師が望んでいるとしたのは2名(2.6%)（「そうである」1名(1.3%)、「かなりそうである」1名(1.3%)）、望んでいないとしたのは40名(53.4%)（「そうでない」32名(42.7%)、「あまりそうでない」8名(10.7%)）だった。患者や家族が望んでいるとしたのは3名(4%)（「そうである」1名(1.3%)、「かなりそうである」2名(2.7%)）、望んでいないとしたのは46名(61.3%)（「そうでない」37名(49.3%)、「あまりそうでない」9名(12.0%)）だった。看護師が死亡診断を行う必要があるとしたのは10名(13.3%)（「そうである」3名(4.0%)、「かなりそうである」7名(9.3%)）、必要がないとしたのは37名(49.3%)（「そうでない」27名(36.0%)、「あまりそうでない」10名(13.3%)）だった。つまり、訪問看護師は看護師による死亡診断の実施について、否定的あるいは消極的に受け止めている傾向があった(図6)。

## 8. 臨終時の経験と思いや意向との関連：単変量解析の結果

臨終間際に、訪問看護師が患者や家族の要望で救急車を要請した経験には、臨終時他のスタッフの立ち会いがないことによる不安や看取りを行うことへの自信と有意差があった。患者や家族から連絡相談がなく臨終間際に救急車を要請された経験には、臨終時の報告指示や看取りに関するマニュアル、死の三徴候や死亡数日前の徴候に関する知識、臨終時医師の立ち会いがないなかで看取りを行うことへの自信と有意差があった。患者や家族から連絡相談がなく臨終間際に入院された経験には、看取りに関するマニュアル、死の三徴候に関する知識、臨終時医師の立ち会いがないなかで看取りを行うことへの自信と有意差があった。医師の立ち会いがない時に訪問看護師が死亡確認を行った経験には、自分が死亡診断を行うことへの自信や、看護師が死亡診断を行うことに対する患者や家族の認識の捉え方、看護師が死亡診断を行うことへの必要性と有意差があった。死の三徴候がみられた後、医師の死亡確認を待つために訪問看護師が患者に触れずに医師を待った経験には、検死についての知識と関連があった。医師の死亡確認を待たずに訪問看護師が死後の処置を行った経験には、看護師や自分が死亡確認を行うことへの自信、看護師が死亡診断を行うことに対する患者や家族の認識の捉え方と有意差があった(表6)。

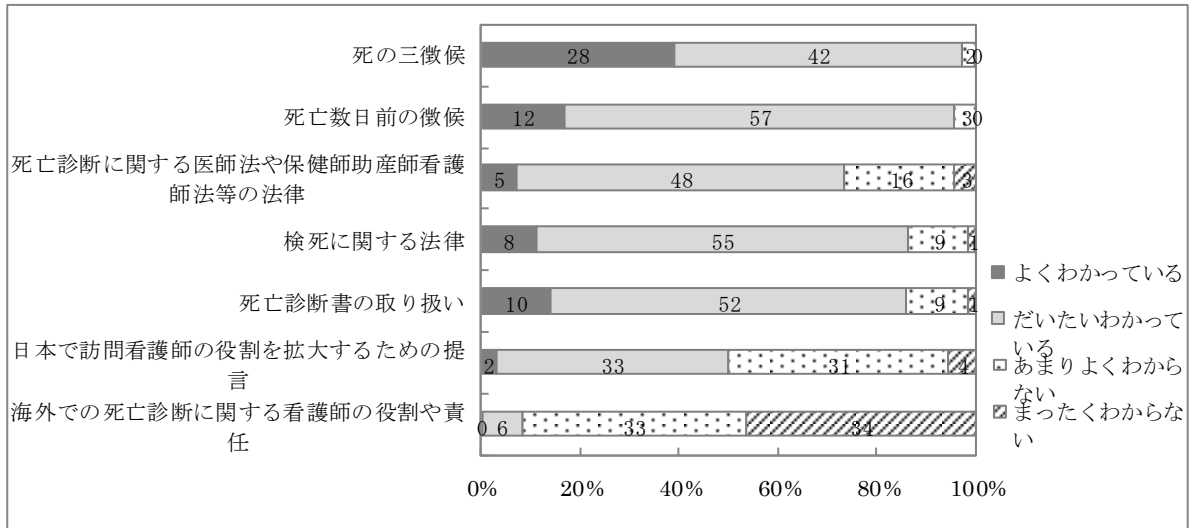


図 4 死亡診断に関する知識 (n = 75)

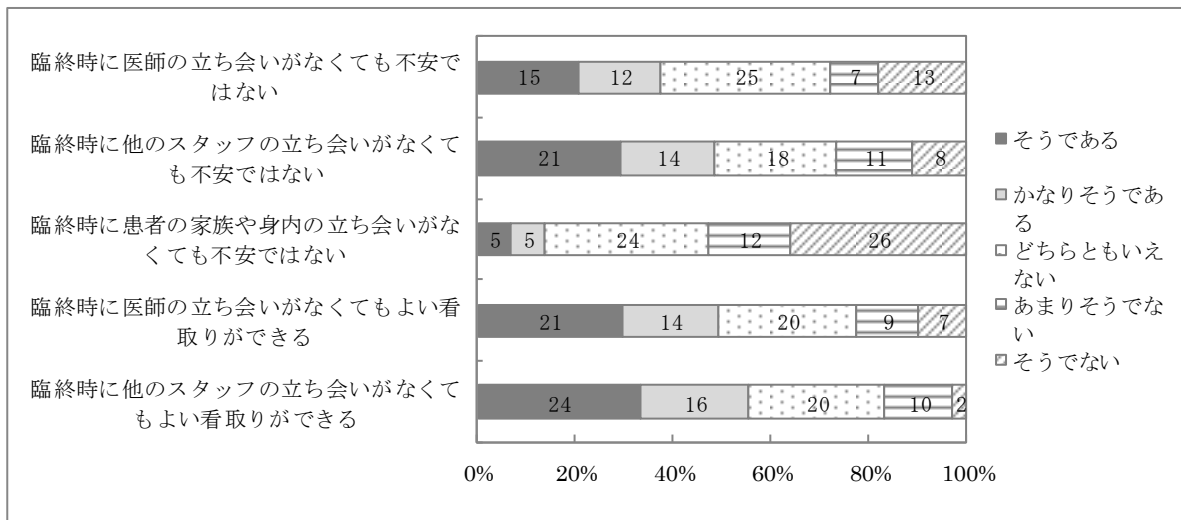


図 5 訪問看護師の臨終時の不安 (n = 75)

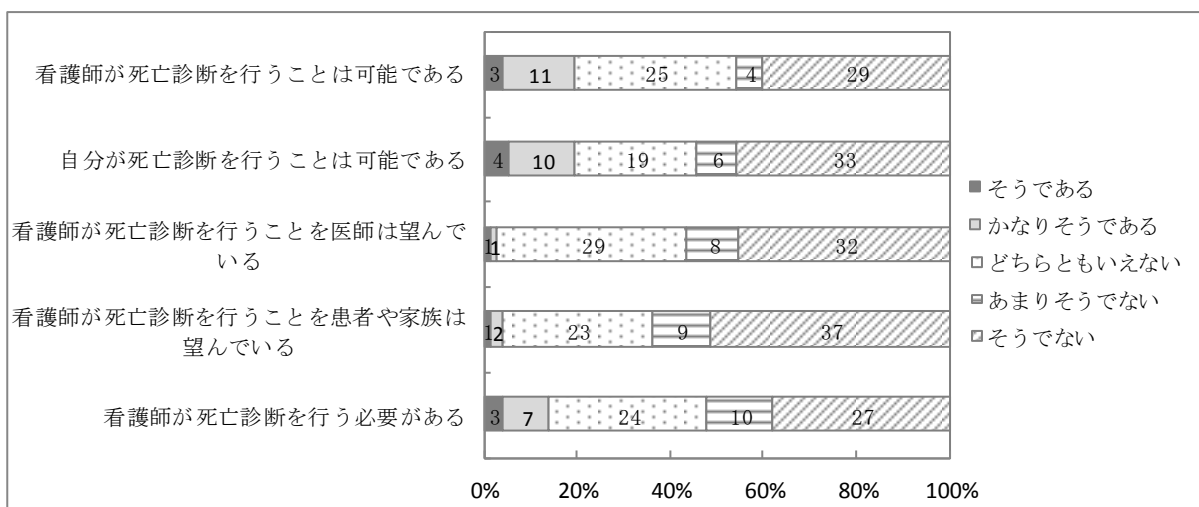


図 6 看護師が死亡診断を行うことに対する認識 (n = 75)

表6 臨終間際や死亡確認時状況の単変量解析の結果

(n = 75)

項目番号	項目内容	p <sup>注1)</sup> (検定項目番号)
15	24時間サービス	ns
16	看取りのケアシステム	ns
17	臨終前(訪問ケア開始時を除く)、本人との看取り場所の合意	ns
18	臨終前(訪問ケア開始時を除く)、家族との看取り場所の合意	ns
19	臨終前、患者・家族とスタッフとの今後の意向についての話し合い	* (33)
20	臨終時、後方施設のバックアップ体制	ns
21	臨終時、スタッフのバックアップ体制	ns
22	臨終時の報告や指示についてのマニュアル	** (27)
23	看取りに関するマニュアル	* (27・28)
24	臨終間際になり患者や家族との連携や意思疎通が図れなかったことで在宅死を断念された経験	* (52) ** (59)
25	臨終間際になり医師との連携や意思疎通が図れなかったことで在宅死を断念された経験	* (43・49)
26	臨終間際になりスタッフ(医師を除く)との連携や意思疎通が図れなかったことで在宅死を断念された経験	ns
27	臨終間際になり、患者や家族の要望で救急車を要請した経験	* (49・51・54)
28	患者や家族からの連絡や相談がなく、臨終間際になり救急車を要請された経験	* (22・44・53) ** (21・43)
29	患者や家族からの連絡や相談がなく、臨終間際になり入院された経験	* (22・53) ** (43)
30	医師の立ち会いがない時に死亡確認を行った経験	* (56・58) ** (59)
31	心停止・呼吸停止・瞳孔散大がみられたあと、医師の死亡確認を待つために患者に触れずに医師を待った経験	* (46)
32	医師の死亡確認を待たずに死後の処置を行った経験	** (55) *** (56)
33	患者や家族からの連絡がなく、たまたま訪問した際に臨終に立ち会った経験	* (49・56・58・59)
43	臨終の際に患者や家族から連絡を受けた経験	* (18・53・55・56・59) ** (51・54)
44	死亡診断書の取り扱いは	* (24・51・53) ** (27・28・54)
45	死の三徴候についてわかっている	** (27・53・54)
46	死亡数日前の徴候についてわかっている	* (51・54・56・59) ** (50)
47	死亡診断に関する医師法や保健師助産師看護師法等の法律についてわかっている	* (30・50・53・59) ** (56) *** (54)
48	どのようなときに検死になるのか法律についてわかっている	** (50・55・56・59)
49	日本で訪問看護師の役割を拡大するための提言がだされていることについてわかっている	* (55)
50	海外での死亡診断に関する看護師の役割や責任についてわかっている	* (24・26・32・55・56・57・58・59)
51	臨終時に医師の立ち会いがなくても不安ではない	* (46) ** (45・47)
52	臨終時に他のスタッフの立ち会いがなくても不安ではない	* (26・43・45) ** (33)
53	臨終時に患者の家族や身内の立ち会いがなくても不安ではない	* (23)
54	臨終時に医師の立ち会いがなくてもよい看取りができる	* (27・28・33・43・46) ** (44)
55	臨終時に他のスタッフの立ち会いがなくてもよい看取りができる	* (26・45) ** (33・43・44) *** (46)
56	看護師が死亡診断を行うことは可能である	* (33・48・49) ** (31・47)
57	自分が死亡診断を行うことは可能である	* (29・32・33・45・47・49) ** (46) *** (31)
58	看護師が死亡診断を行うことを医師は望んでいる	* (49)
59	看護師が死亡診断を行うことを患者や家族は望んでいる	* (29・32・49)
59	看護師が死亡診断を行う必要がある	* (32・33・45・46・49) ** (23・29・47)

注1)  $\chi^2$ 検定による有意水準、\* p < .05、\*\* p < .01、\*\*\* p < .001

## 考 察

### 1. 臨終時の状況と訪問所要時間

臨終間際に患者や家族から連絡を受け患者宅に訪問するまでの平均所要時間は、医師に比較し訪問看護師の方が短時間だった。これは、連絡を受けた時点での業務が中断できるのかといった業務内容による。又、業務を中断した場合、代用者がいるか否かで訪問にかかる時間も医師と看護師の場合では異なり、人員数の面からも看護師の方が迅速に訪問できやすい状況にあるといえる。研究協力施設 19 施設(5 市 4 町)地域の在宅療養支援の整備状況をみると、在宅療養支援診療所数<sup>1)</sup>は 0~84 件、ステーション数<sup>2)</sup>は 1~38 件と地域差があった(表 7)。本調査は、同一施設の調査ではないことから、在宅療養支援の整備状況が訪問時間に影響した可能性も考えられる。又、後ろ向き調査で訪問看護師の経験の想起による時間調査であり正確な結果とはいえない。しかし、最大 8 時間も死の三徴候がみられたあと医師が到着するのを患者に触れずに何時間も待ち続けなければならない現状が明らかになっている。今回の調査では、約半数が患者に触れずに医師を待つとしており、このことは検死に関する知識と唯一関連がみられた。現行法の下では、死亡したと考えられる患者の身体には、医師が死亡診断を行うまで、人工的な操作を加えることが禁止されており、現状の保存が義務付けられている<sup>3)</sup>。しかし、死後硬直や腐敗現象は死後 2~3 時間後よりはじまる<sup>4)</sup>。死に顔は残された家族にとって、その後の亡くなった人の思い出に大きく影響する。患者に触れることが果たしてどこまで人工的な操作といえるのか、ひいては検死につながるのか問題といえる。

	在宅療養支援診療所数 <sup>1)</sup>	在宅療養支援病院数 <sup>1)</sup>	訪問看護ステーション数 <sup>2)</sup>	在宅療養支援 <sup>1)</sup> 歯科診療所数	在宅患者訪問薬剤管理 <sup>1)</sup> 指導を行う調剤薬局数
K市	84	4	38	13	195
A市	13	0	2	1	12
A市	4	0	4	1	7
O町	2	0	1	0	6
T市	1	0	5	1	17
K市	1	0	3	1	13
N町	1	0	1	0	1
M町	1	0	1 <sup>3)</sup>	0	2
Y町	0	0	1	0	3

(出所) 1) 在宅療養支援MAP (<http://www.tcs-cc.co.jp/maps/shienmap/index.html>) , 2) K県訪問看護ステーションwebsite (<http://www.kuma-houkan.com>) , 3) WAMNET( (<http://www.wam.go.jp>)を もとに作成。全て、2011.3.16閲覧。

### 2. 臨終時の訪問看護師の経験

死の三徴候出現後、約半数が患者に触れずに医師が到着するのを待ち続けている現状がある一方、26.7%が医師の立ち会いがない時に死亡確認を行った経験があり、17.3%が医師の死亡診断を待たずに死後の処置を行った経験があった。本調査では、病院死ではあり

えないこれらの経験を、あえて尋ねた。2004年、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<sup>15)</sup>では、一定の条件を満たしている場合に限り「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」という表現で、医師の死亡診断前に看護師が患者の身体に処置を施すことを認めている。これは、あくまでも「やむを得ない場合」に家族などへの配慮として行われるべきものとしている。しかし、「一定の条件」や「やむを得ない場合」については明確に定義されていない。

本調査では、訪問看護師が、死亡確認や医師の死亡診断前に死後の処置をどのような理由で実施したのか明らかにされていない。実施理由には、家族の要望、看護師の判断、医師の指示等推測されるが、死亡確認や死後の処置を行った理由やその時の状況を明らかにすることで、これまで医師のみが行ってきた死亡診断の制度上の問題も明らかにすることができる。

### 3. 臨終間際の患者や家族の死亡場所の変更

訪問看護師の約4割が、臨終間際に患者や家族の要望で救急車を要請した経験があった。この経験の割合は、決して少ない割合ではない。在宅死を希望し在宅療養を継続していた患者や家族が、臨終間際に死亡場所を変更する事は、患者や家族の心の動揺の現れといえる。宮田ら<sup>16)</sup>の研究でも、デスエデュケーションを実施し説明通りの経過であっても、安定期から臨死期への移行期に約60%の家族が動揺していたとある。今回、研究協力施設地域の在宅療養支援診療所数やステーション数にかなり差がみられたことから、在宅療養支援の整備状況が患者や家族の心の動揺に関連している可能性もある。岸田ら<sup>17)</sup>は、高齢者当たり在宅療養支援診療所数が多いことと人口密度が高いことが、在宅看取り率が高いことと関連している事を明らかにしている。他にも、患者や家族の心理状態に影響する要因として、患者の年齢や疾患、家族の介護状況等考えられる。臨終間際に死亡場所を変更した患者や家族の背景や傾向が明らかになると、臨終時の患者や家族への心理的な動揺に対する具体的な看護のあり方の示唆を得ることができる。

患者や家族から連絡相談がなく、臨終間際に救急車を要請された経験や入院された経験には、臨終時の報告指示や看取りに関するマニュアルの存在と関連があった。今回、臨終時の報告指示や看取りに関するマニュアルが、ありとしていたのは半数以下だった。患者や家族の死を迎えるための対処能力を高めるために、又、訪問看護師の知識や経験によりケアに差が生じないように、デスエデュケーションはマニュアルなどを用いて、臨終間際ではなく訪問開始期から段階的に統一した方法で行う必要がある。マニュアルの存在は、1人で判断することの多い訪問看護師にとって不安の軽減にも繋がる。

### 4. 訪問看護師の死亡診断に関する知識

ステーションの教育体制は、黒字経営が約3割にとどまり経営が厳しいこと、常勤換算従業員は平均5.0人と小規模であることより十分ではないと言われている<sup>18)</sup>。更に、患者

や家族が安心して臨終まで在宅療養を継続できない要因のひとつに、看護師等の死亡診断書等の手続きが十分に周知されていないことが指摘されている<sup>19)</sup>。本研究では、訪問看護師は死亡診断書の取り扱いや死亡に関する法律について8割以上がわかっているという認識であった。これは、今回調査対象者が訪問看護師の経験は10年未満が多かったものの、看護師の経験は20年以上、年齢も50代が多く職務上あるいは個人的にも看取りの経験があると推測される。しかし、年齢や看護師経験が少ない場合には、今回のような結果には至らなかった可能性もある。

## 研究の限界

対象地域が1県であり結果に地域特性が反映されること、調査協力の得られたステーションが10.7%と少数であり研究対象に偏りがあったこと、質問項目の内的整合性が低く、訪問看護師の臨終時の状況を十分に明らかにできていないことから結果を一般化するには限界がある。今後は、質問項目の内的整合性を高め、調査地域を拡大する必要がある。又、タイムリーに臨終時の現状を明らかにするには、十分な倫理的配慮のもと、前向きな調査を行うことが望まれる。

## 結 語

本研究では、訪問看護師を対象に在宅での看取りの臨終時の状況を調査した。臨終間際の救急車要請の状況や連絡後患者宅に訪問するまでの平均所要時間が明らかになった。又、死の三徴候がみられた後、長時間患者に触れずに医師を待つ実態、一方では医師の死亡確認を待たずに死後の処置を行っている実態等が明らかになった。

患者の死は、死亡診断を境にして生物学的な個の側面だけでなく、社会的な他の側面へも大きく影響を与える。そのため、今後も臨終時の状況について実態を詳細に把握し、死にゆく人、看取り手双方が安寧な状態になるようなケアのありかたについて検討をすすめていく必要がある。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました訪問看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成22年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団より助成を受けて実施した研究です。ここに深謝いたします。

## 文献

- 1)厚生労働省. 第17回社会保障審議会医療保険部会: 資料1「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」: [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>](2011年2月アクセス)
- 2)川越厚: 在宅末期がん患者に対する医療行為. 訪問看護と介護 2008; 13(3): 222-226

- 3)医療法制研究会．医療六法－平成 21 年版－．東京：中央法規出版；2009：1101-1103
- 4) 坂口幸弘，池永昌之，田村恵子，他：ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討．死の臨床 2008；31(1)：74-81
- 5) 吉岡さおり，池内香織，山田苗代，他：看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因．大阪大学看護学雑誌 2006；12(1)：1-10
- 6) 吉岡さおり，小笠原知枝，中橋苗代，他：終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発．日本看護科学会誌 2009；29(2)：11-20
- 7) Smith R , Porock D. : Caring for people dying at home : a research study into the needs of community nurses. International Journal of Palliative Nursing 2009；15(12)：601-608
- 8) 宮田和明，近藤克則，樋口京子．在宅高齢者の終末期ケア～全国訪問看護ステーション調査に学ぶ～．初版．東京：中央法規出版；2005：29
- 9)熊本県健康福祉部健康づくり推進課．熊本県在宅緩和ケアハンドブック．熊本；2010：104-155
- 10)野末聖香，金子仁子，上野まり，他：訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究．平成 17 年度社団法人日本看護協会看護政策研究事業報告書．[<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/seisaku/pdf/2005/17kangokenkyu-2.pdf>](2010 年 5 月アクセス)
- 11)在宅療養支援 MAP：[<http://www.tcs-cc.co.jp/maps/shienmap/index.html>] (2011 年 3 月アクセス)
- 12)熊本県訪問看護ステーション連絡協議会．熊本県訪問看護ステーション website：[<http://www.kuma-houkan.com>] (2011 年 3 月アクセス)
- 13)前掲 2)：223
- 14)佐藤善宣．さまざまな死体現象とその対処法．小林光恵．ケアとしての死化粧．初版．東京：日本看護協会出版会；2004：46-53
- 15)看護問題研究会．厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書．初版．東京：日本看護協会出版会；2004：30
- 16) 前掲 8)：212
- 17)岸田研作，谷垣静子：在宅療養支援診療所による看取り数に影響する地域特性．厚生指標 2011；58(2)：27-30
- 18) 小松妙子，滝内隆子，前田修子：訪問看護師の在宅ターミナルケアに関する知識・技術の習得状況．日本在宅ケア学会誌．2009(2)：93-100
- 19)前掲 15)：30

## 2次調査

「在宅看取りに携わる訪問看護師が臨終時に困難と捉えた  
経験の社会制度上の考察」



## 緒 言

現在わが国では、超高齢社会、多死時代を迎え、財政支出削減策の目的で、早期退院や療養病床の削減、「病院死」から「在宅死」へと政策的誘導が行われている。1992年、医療法の改正により「居宅」が医療提供の場として位置づけられ、人々のニーズが多様化したことも相まって、在宅ケアの重要性が増し、在宅看取りに携わる訪問看護師への期待は高まる一方となっている。

看取りに携わる訪問看護師の観念や感情に関する先行研究では、在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観<sup>1)</sup>や訪問看護師が良いとする価値観<sup>2)</sup>や良いと捉えた最期像<sup>3)</sup>が明らかにされている。在宅看取りにおける訪問看護師の肯定的な観念が明らかにされる一方、看取りに携わる訪問看護師の6割以上が悩みや困難を抱え<sup>4)</sup>、一人で判断し実践する困難さがあり<sup>5)</sup>、死に直面する療養者や家族に関わる精神的負担の大きさや困難さが課題<sup>6)</sup>としてあげられている。在宅看取りのプロセスにおいて臨終時は、医療者が身近にいるとは限らず、患者の病状急変と、それに伴う家族の動揺がおこる。訪問看護師は患者や家族の支援だけでなく、短時間での連絡調整といった他の業務も増し、臨終時には困難感や負担感が増加するのではないかと推測される。わが国では、在宅療養支援体制として欠かせない在宅療養支援診療所の地域偏在がみられ、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションは在宅看取りのための連携が取りにくい状況であるとの指摘もされている<sup>7)</sup>。Smithら<sup>8)</sup>は、英国における約40%のcommunity nursesが在宅での臨終患者のケアに対し消極的な思いを持ち、この消極的な捉え方にはサポートの程度や仕事量、拘束時間等が影響していることを明らかにしている。国内では、在宅に限らず「臨終」の状況について、これまでほとんど論じられていない現状にあり、社会制度の視点から述べられた研究はほとんど見当たらない。そこで、今回訪問看護師が、困難や後悔が残る経験として捉えた語りを通して、看取りにおける臨終時の状況について明らかにする。なお、本研究では、「臨終」を人が死ぬ間際のこととし、宮田ら<sup>10)</sup>の期間区分を参考に、「死亡診断時間を含め72時間前頃までの期間」と定義した。

## 方 法

### 1. 研究デザイン

在宅看取りに携わる訪問看護師の、臨終時の経験における主観的な捉え方の記述を目的とする質的記述的デザインとした。

### 2. 調査対象者

K県在宅緩和ケアハンドブック<sup>11)</sup>とK県訪問看護ステーションwebsiteに掲載され、尚且つ看取りの看護を実施しているステーション106施設のうち、管理者の同意が得られた19施設の訪問看護師107名に、1次調査として自記式質問調査を行った。1次調査の際、本調査の目的と趣旨を記載した文書も同封した。研究に同意される場合には、住所、氏名、

連絡先を記載してもらい、1次調査の調査票と同時に返信してもらった。

### 3. 調査期間

2010年12月～2011年3月。

### 4. データ収集方法

調査は半構成的面接を行い、臨終時に最も困難に思った経験あるいは後悔が残っている経験とその時の思いについて語ってもらった。面接場所は、研究協力者（以下、協力者）の所属施設の個室で実施し、1施設のみスクリーンで区切った場所で実施した。面接回数は1人1回とし、協力者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

### 5. データ分析方法

臨終時に最も困難に思った経験あるいは後悔が残っている経験とその時の思いについて、まず個々に述べているデータを分析した。分析する際には、経験の語りを活かすために、コード化はせず、動的な過程に注目し、臨終時の状況に焦点を当てた。分析の視点は、臨終時の困難で後悔の残る経験は、①どのような対象とどのような状況で生じたのか、②経験に影響したことは何なのか、③共通することは何なのかの3点とした。分析の信頼性と妥当性の確保には、分析が終了した時点で協力者に内容を提示し、解釈が妥当であるか不明確な点がないか確認を行った。全過程を通して、質的研究の専門家にスーパーバイズを受けた。

### 6. 倫理的配慮

協力者には文書と口頭で研究概要、個人情報保護、参加の自由、研究結果の公表について説明した。また協力者や語りに登場する患者や家族、医師等が特定されないよう匿名性の遵守に努めた。本研究は、熊本学園大学大学院社会福祉学研究科倫理委員会の承認を得た。

## 結 果

### 1. 研究協力者の概要

協力者は6名だった。そのうち1名はこれまで困難で後悔の残る経験がないと語ったため、最終的に分析対象者は5名とした。5名とも女性で50代、看護師経験年数は20年以上が1名それ以外は20年以上、訪問看護師経験は5年未満が1名それ以外は6年以上、3名が看護師以外で介護支援専門員の資格があり、3名が管理者だった（表1）。

表1 研究協力者の概要

	A	B	C	D	E
年齢	50代	50代	50代	50代	50代
性別	女性	女性	女性	女性	女性
看護師経験年数	31～35年	21～25年	31～35年	16～20年	26～30年
訪問看護師経験年数	6～10年	16～20年	6～10年	1～5年	6～10年
資格	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師
	介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員		
職位	管理者		管理者	管理者	
面接時間	43分	57分	76分	35分	20分

## 2. 臨終時の訪問看護師の経験

協力者5名から語られた内容は、心肺停止状態の患者を医師の指示で救急搬送した経験、老介護者からの訪問看護要請が増加し医療事故を起こした経験、認知症患者の急変に家族が気がつかず家族の要望で救急搬送した経験、在宅診療を行っていない医師が他の在宅医との連携を図ろうとしなかった経験、患者の症状緩和が図れないまま在宅死を迎えさせた経験だった（表2）。

### ■Aさん 「心肺停止状態の患者を医師の指示で救急搬送した経験」

#### ●「かかりつけ医」探し

病院を退院し在宅での看取りを希望する患者のために、早急にかかりつけ医を見つけようとしたAさん。かかりつけ医と連携を図り、早急に患者宅への往診を依頼した。1度医師の往診を済ませたことで、Aさんは在宅での看取りを行うことに一定の目処をつけた。「先生もう早急に自宅に往診を1回して下さい。いつでも来れる準備をして下さい」という事でかかりつけ医の先生に来て頂いたんですね。で、私としては、まあ固まったと。これでもし何かあってもこの先生がいるから大丈夫という風に私は判断していたんですね。

#### ●かかりつけ医への臨終時報告と医師の最期の方針

医師の往診があってから数日後、突然患者の家族から「呼吸が止まったみたい」と連絡を受けた。Aさんはすぐに駆け付けたが、訪問した時には患者は心肺停止の状態だった。Aさんは、すぐにかかりつけ医に連絡した。しかし、かかりつけ医は、自分の病院ではなく他の病院で手術中であったため、手術をしている病院に運ぶ事を指示した。

突然、娘さんから「呼吸が止まったみたい」という電話を受けて。それは昼間だったので、すぐ行って。そしたら、やっぱり心肺停止している状況でしたので、すぐ先生に連絡したんですね。今、そしたらOP中と言われて。それも〇〇病院に来て。（中略）先生（かかりつけ医）が〇〇病院でOP中って。（中略）だから、〇〇病院のここに運んでくれてって言われたんですね。それだと、最初の自宅で亡くなりたくないという（患者や家族の）意思

とは違うので。けど先生は来れない、じゃあ、どうしようと思って。もう救急車で行くしかないからという事で救急車に連絡して。すぐ蘇生を始めながら待っていたんですよ。すぐ搬送して頂いたんですけど。

「往診行きますよ」って言っててくれた先生が、「行けない」って突然言われて。じゃあ、「どうするの」と言って。もう(病院に)来るしか。もう何で急に(かかりつけ医の方針が)変わるのって思ってますね。腹が立つしですね。

Aさんは、最期場で急に方針を変更した医師に腹を立てながらも、最期は医師がいないとどうすることもできない現状を受け入れるしかなかった。

やっぱり、なんといっても、最後の所は主治医。ドクターがいないと駄目っていうのがですね。亡くなった後でもいいです。とにかく、まあ数時間後でも「来ます」と言ってくれば。その医者がいない事には。

### ●搬送先での死亡診断

結局、搬送先の病院では、かかりつけ医は手術中で診察ができず、搬送先の病院のかかりつけ医以外の別の医師が診察し、検死となった。

まあ、もうですね、(心肺)停止した状態から既にですね、数十分たった状態ですよ、もう死亡診断が出た時にはですよ。(かかりつけ医は)OP中だったもんだからですね。ちゃんと(かかりつけ医に)連絡はしてあったんですけど、来た時点で(病院に運ばれた時点で)「もう心肺停止の状態だから検死になります」という事で。もう警察の人が、ドドドーと来てという感じですね。もう、私もショックですね。ちゃんと準備をしたつもりだったので、もうそれショックですね。

### ●在宅看取りを支援できなかった事に対する後悔

かかりつけ医が病院で手術中のため往診できず、手術を行っている病院に救急搬送するよう指示が出されたことに対し、家族はかかりつけ医の指示に納得している様子に見えた。しかし、Aさんには患者や家族が在宅看取りを希望していた事を自分が支援できなかったことに対する後悔が残った。

(家族は)自宅だという思いはあったんですけども、まあ娘さんとしては「もう少し、自宅でもう少し一緒にいられるかな」という気持ちがあったので。病院に運んで、「もしなんとかなるものなら」という気持ちもですね。蘇生できればという気持ちもどこかにはですね。(家族は)そんなに「何で一」という感じではなくて。とにかくもう、私は何のためにかかりつけ医にあんなに急いで来てもらったんだろうって思ってますね。なんかそっちの悔しさの方が強くてですね。(患者や家族の)思いが叶えられなかったという。もう本当に(患者や家族は)「自宅で亡くなりたい」と言って帰られたのに。

## ■Bさん 「老介護者からの訪問看護要請が増加し医療事故を起こした経験」

### ●連日の夜間訪問要請

Bさんは、家族から深夜帯の訪問看護要請を受けた。訪問を終え帰宅後もBさんは、なかなか直ぐに眠る事ができなかった。

肝がんの末期の方で、最後まで吐血されてですね。(中略)1時に呼び出されて、2時30分位に家に帰りついて、2時30分に帰ってからもすぐに眠れないんですよ、精神が興奮状態で。(中略)吐血の状態がずっと頭の中で浮かんで、私の処置に間違いなかったよねとか、ドクターに今3時30分の時点で1回報告しとった方がいいかしらとか、グルグルグルグルこれでよかったのかって不安が頭をよぎって。

眠れずにいたBさんは、また直ぐに家族から2回目の訪問要請を受けた。その後一睡もせずにBさんは、通常通り朝から勤務を行った。その患者に対しては、連日昼間3回の訪問を行っていたが、次の日の深夜帯にも前日と同様に2回の訪問要請があった。訪問要請の増加は、高齢であり1人で介護している家族の不安増加によるものだった。Bさんは、特に夜間帯に強くなる家族の不安の軽減に努めた。

その方は特別に(訪問回数)が多かったんですけどね。(中略)家族がたくさんで見てらっしゃるところはいいですよ。(中略)老老介護のところなんかですね。介護者の不安が強くなって、「夜中に気づいて見たら、息ばしよらんだったら怖い」って言って、何度も何度も起きて見られたりするの。介護者も、もうクタクタになられてますので。(自分に)「寝る前に1回見に来て」って、22時・23時に見に行って、「大丈夫、血圧もこうだから」って、寝る前にですね、介護者が寝る前に、「今血圧こうで安定しているから大丈夫ですよ。今夜は大丈夫ですよ」とか言って帰ると、だいぶ安心されますね。

### ●ボランティア訪問

Bさんは、高齢であり1人で介護している家族のために、自分の時間を使って勤務時間外以外にも援助を行っていた。

1日3回以上(の訪問は)ボランティアです。(中略)訪問看護は、しょうがないですもんね。ボランティア訪問多いです。やっぱり若い家族がいらっしゃるところはいいですけど、もう老老介護のところはですね。お薬を、先生が往診にみえて、診察して「ああ抗生物質が必要だな、取りに来て下さい」とか言われても、おばあちゃんじゃ取りに行けなかったりするんですよ。そういう時は、こっちが取りに行き、時間外にですね。(薬局に)行って帰って来て、おばあちゃんにも、御本人にも説明して、薬の1週間のカレンダーに入れたり、1服目は介助して飲ませたり。やっぱりまた30分位の訪問をして帰りますもんね。そういうのはボランティアになりますものでね。

### ●看取った後の医療事故

夜間訪問の要請があってから3日目の朝、患者は亡くなられた。結局Bさんは、丸2日

間殆ど睡眠も取らず仕事を行った。患者が亡くなられた日、Bさんは倦怠感もあり仕事の調整を行って早目に帰宅しようと考えていた。しかし、亡くなった患者に使用した針を片づける際、自分の手に針を刺してしまった。

3 日目の午前中は、私だからフラフラして仕事に出て。ここ（職場）には出てきましたけど、あんまりきつくってですね。「すみません、仕事やりくりして、なんとか今日もう帰って寝ます」って。でも点滴した針とかを全部持って帰ってたんで。針を捨てる時に、針刺し事故をしちゃったんです。ポーとしてたんでしょね。その方C型肝炎だったもんで。翼状針をパット捨てたつもりが、この指（人差し指）にポッと抜かってしまって。あー、C型肝炎だったと思ってですね。それからじゃんじゃん出血させて、洗って洗って。ドクターに診察しに行ったけど、注射がなくて（中略）。だから、半年間ずっと検査を受けましたけど。発症はしなかったみたい。あんまり疲れてるといかなーとは思いますが。

## ■Cさん 「認知症患者の急変に家族が気がつかず家族の要望で救急搬送した経験」

### ●家族の意思で在宅療養

入院中医療者への対応に不満のあった家族が、入院を勧められるなか患者を自宅に退院させた。患者は高齢で入院前から認知症があり独居生活を送っていたが、退院を機に遠方に住んでいた息子と娘が同居し介護を開始する事になった。退院する時点での患者の状態は、心不全で要介護5、意思疎通も殆ど図れない状態だった。入院中、家族の面会は少なく、退院指導も受けていなかった。Cさんの目には、家族が認知症である患者のことや在宅介護について何もわからない状況で介護を開始されているように映った。

認知症の方で、独居だったんですね。（中略）（患者が）「触らんでよか」「いやー、痛かー」と言うことで、（家族は）そのまんま、そういう風にですね（聞き入れられていた）。認知症の方っていうのは、こういう風にあるんだとか、どういうことでこういう風なことを言っているんだとか、やっぱり波があるんだということが、（家族は）いろんな事をなかなか御存知なかったりとか。入院中の様子もあんまり御存知ないけど、たまたま何回か面会に行くと、その時の状況が、お母さんにとって合わないという風な（家族の）思い込みの様に私達は受け取ってですね。先生は「もうちょっと入院しとった方がいいと思います」と言われたけど、「退院を」と。息子さんと娘さんですけどね。子供さんの意思で退院されたわけですね。全部（子供さんの）意思で（患者は）在宅で過ごされたわけですね。

### ●患者の急変に気がつかない家族

Cさんは患者の状態が気になり、休日に入る前に電話で患者の状態を把握しようと思っていたところ、介護員から患者が普段と比べ様子が違うと電話があった。Cさんは、直ぐに患者宅を訪問した。既に患者は意識レベルも低下し、血圧触知不能、呼吸微弱な状態だった。しかし、家族は患者の急変に気がつかず、普段通りゼリーを経口から食べさせようと準備をしていた。

即（患者宅に）行ったら、そういう状況（患者は血圧触知不能，呼吸微弱な状態）だったんですね。行った時は家族は、（患者の）意識レベルが落ちている，反応が鈍いということに全然感じられずに，ゼリーを食べさせようかと準備をされていたような事態なんですよ。

### ●緊迫した状況の中で行われる家族への意向確認

患者は病院を退院後，初めての往診が2日前にあったばかりだった。その際医師から家族へは，患者の急変の可能性があることについて説明が行われていた。患者の容体が悪化していくなか，Cさんは家族に救急車要請について確認したところ，家族は救急車要請を希望した。そこで，Cさんは，2日前に往診した医師の病院に搬送するようすすめてみたが，家族は往診の際医師から言われた通り救急病院への搬送を希望した。Cさんが患者宅に訪問し，患者の状態把握，家族への救急車要請の意向確認，救急車連絡・到着といった一連の過程が僅か10分以内で行われた。

先生からも（家族に）「急変の可能性はありますよ」という事は言われてました。「どうされますか？」とその時点で（家族に）聞きましたら「ああ，じゃあ救急車呼びます」ということで。（中略）「救急病院じゃなくてですね，先生も来られたし，（かかりつけ医の）病院にされませんか」と言ったら，（家族は）「いや，でも，先生（から）は『何かあったら救急病院に』と言われてるから」ということで。救急病院じゃないところの先生の往診だったからですね。「あーそうですね」ということで。「じゃあ救急車で，救急病院の方に行きます」ということで。

### ●家族へのわだかまり

救急搬送中患者の呼吸は停止していたが，搬送先で家族は延命処置を希望された。患者は救急病院へ搬送後約1時間後に亡くなられ，検死となった。Cさんの中には，認知症である患者の拒否的な言葉のみを聞き入れ家族が最低限のサービスしか取り入れようとしなかったこと，家族が患者の急変にも気がつかなかったこと，家族が臨終時に救急病院への搬送を希望したことがわだかまりとしてあった。

いろんなサービスをすすめたんですけど。（家族からは）「認知症があるから」，「拒否があるから」，「もうできるだけ静かにさせときたい」とか。「本人の言うとおりにさせときたい」という希望がなにかにつけて。そういうふうに言われるもんだからですね。（中略）（在宅サービスは）最低限度ということですね。（家族が）「（訪問看護を）週1回でいい」とかですね。「その時（状態が悪化した時）になったら考えます」とか。

家族が，（中略）こういう変化（急変の状態）を熟知してらっしゃったら，何か「おかしいです」ともうちょっと早く，いろんなもので情報をもらえたんだろうし。（中略）ヘルパーさんもその時点である程度そういった経験がえられる方だったから，すぐ情報がもらえたんですけどね。万が一もらえてなかったら，（家族は急変と気がつかずに）ゼリーを食

べさせてようとされてた状況だからですね。そのまんま、食べさせられてたんじゃなかろうかとかですね。いつもの調子というふうを考えられてたんじゃなかなと思うしですね。

延命という形を家族は希望されていなかったもので、救急車で運ぶという事はされなくても良かったんじゃないかなーと思うんですよね。

#### ●ケア提供者側に対するわだかまり

Cさんは、在宅介護や認知症について十分に理解されていないと思っていた家族に対し、看取りに関する話を十分にできなかった看護師や、患者の異常の徴候に早く気づき、家族に対する注意を促したり、訪問看護の依頼ができなかった介護員に対してもわだかまりがあった。

それまでの家で、看取り、こういう風な死、こういう風な臨終の時間、死亡診断の方法まで、話がいつてなかった事への後悔とかですね。とても会話に時間をとる家族だったもので。十分な説明とか、ゆっくり、「こういった看取りがあるんですよ」。(中略)「こういう事がありますよ。こんな体制を整えた方がいいですよ」と、いろんな事を話す事はいっぱいあるんですけど。(中略)ちょっと理解力が不足されているような娘さんでしたので。いろいろ全部指導しなきゃいけない家族でしたので。

もうちょっとヘルパーさんが、すぐ訪問看護(の依頼をしてくれたり)とか、(中略)(家族に対して)「用心されてみておられた方がいいですよ」とか、「何かいつもとちょっと様子とか違うんじゃないんですか」とか、ヘルパーさんの方からももうちょっとこう(あったら良かった)。(そういうことが)全くなかったということだったので。(中略)なんか必要な所があるんじゃないかと。まあ、訪問看護には、すぐ情報頂けましたけど。家族の方に、もうちょっと注意を促すような、何かなかったのかなというのが。

#### ■Dさん 「在宅診療を行っていない医師が他の在宅医との連携を図ろうとしなかった経験」

##### ●在宅診療を行っていない「かかりつけ医」の最期の方針

終末期の患者が在宅での看取りを強く希望して病院を退院した。患者のかかりつけ医は、在宅診療を行っていなかった。かかりつけ医の最期の方針は、亡くなる時には病院搬送をするか、臨終になる前に入院させるということだった。

ターミナルの方が自宅に帰りたということで、退院されたんですけど。かかりつけの先生が、自宅での往診をされなかったんですよ。「できません」ということで。亡くなる時は、死亡診断のために病院に搬送してほしいというお話があって。(かかりつけ医は)外来とか病棟もみられるので。自分がその病院を開けて、例えば、昼間亡くなったとしても、外来の患者を待たせて、自分が死亡診断には、行けないということだったんですよ。(中略)病院だったら他の先生達がいるので、夜でもなんでも連れて来て、その時だったら死亡診断はできると。だから、(病院に)連れて来て欲しいというのが(かかりつけ医の)思



이었다。まあ、そういう段階（臨終期）になる前に、入院をさせましょうという方針だったので。

### ●患者の意思を叶えるための提案

Dさんは、在宅で亡くなりたいという患者の意思をなんとか叶えたいと思い、かかりつけ医に代替案を提案した。

地域を回っていらっしゃる、ターミナルの（専門の）先生がいらっしゃるのですね。主治医をそちらの方に変えて頂くとか。うちの病院の医師も、どうしても時には看取りというか死亡診断のために出向くということはやった事があるので、そういうやりかたも方法としては、うちはとった事がありますと。それで、できたらですね、家での看取りは無理なのかとその先生（かかりつけ医）にお話ししました。最終段階でやっぱり、（患者や家族が）家での看取りを希望されるということであれば、もうその意思に添って動いてあげたいという思いもあったんですけど。

### ●医師に対するわだかまり

Dさんの提案に対し、かかりつけ医からは臨終時には病院への搬送をするよう求められた。Dさんは、かかりつけ医の状況から臨終時の病院搬送は止むを得ないと思いながらも、他の医師との連携を図ろうとしない医師に対するわだかまりがあった。

（かかりつけ医は）「その場面（死亡診断の時）だけを他の先生にお願いするというのは、自分の気持ちとしては、ちょっとできない」と。それで、「状態が悪くなって、そういう状態になった時（臨終時になった時）は、病院に搬送して欲しい」というお話があつてですね。（中略）先生の都合、外来もあるし、いろんな条件があつて、自分（かかりつけ医）が往診の形を取ることができないから、死亡診断を自宅でできないという話があつた時がですね。「うーん、そういうものかな」という思いがしたのがあります。でも、その先生（かかりつけ医）が、こういう状況（ターミナルの臨終）になってから、急に（他の医師に）バトンタッチていうのは、「自分の気持ちの中で、それはどうかと思う」と言われる気持ちわかるのですね。

在宅の現場にそういう往診をされる（看取りを積極的に行い、臨終時に立ち会い死亡診断を行う）先生というのは、もういらっしゃるからですね。本当はそちらの先生の方に、退院時は移行して頂いて往診をされたりとかいう形で、看取りの形に入って行くのが、本当はいいのかなという思いがあるんですよ。先生の外来の時間に抜けれないというのもわかるんですけどね。だけど、そこで、ずっと一人で抱えとかなくてもいいんじゃないのかなと思って。

家族の疲労も強くなり、麻薬が投与され幻覚が出現した患者は、結局入院することになった。患者は入院して数日後に亡くなった。Dさんが看取った事例の中で、この患者への関わりは消化不良として感じられた。医師に対しては、もっと在宅医療について理解して

もらいたいという思いもあった。

今までの中では、自分の中ではちょっと納得いかないケースがその方ですよ。こちらの都合とか、先生の都合とかで上手く動けないというのは、ちょっと消化不良かなと思う時もあります。

もうちょっと、在宅のターミナルのそういう所（の情報）を先生達も知って頂きたいと思うのと、そういう先生達が頑張ってるんだというところもわかって頂けたらいいんだけど。

## ■Eさん 「患者の症状緩和が図れないまま在宅死を迎えさせた経験」

### ●治療内容に対する不満

3歳の子供のために、苦痛な化学療法にも耐えている女性が、最終的に在宅死を選択した。遠方に住む患者の両親も、患者の意思を叶えさせたいと思い、自宅での看取りに参加するようになった。患者は状態が悪化するにつれ、疼痛を強く訴えるようになった。患者の疼痛コントロールは上手くいかず、医師は、患者に入院するよう促した。しかし、Eさんは患者の疼痛コントロールのために、入院を促す医師には納得がなかった。

医者は「どうしても病院に入院しませんか」と入院を勧めて、本人（患者）は「早く楽に死なせてくれ」と言っているにも関わらず、疼痛コントロールができなくて、疼痛コントロールが取れないのは、本来は、在宅では恥ずかしい事なんですね。今は、もう、在宅でできる。ありとあらゆる薬、内服、貼り薬、注射、点滴、いろんな事が在宅でできるように、今なっているので、それをわざわざ敢えて入院させて、コントロールしなければいけないというのは、よっぽど（症状コントロールが）下手。（中略）本来は疼痛コントロール目的で、入院させるという事はありません。あつてはいけません。本当に決められた期間しかない人を、敢えて1週間でも、病院に又戻すということは、それだけ家族との時間がなくなる。だから、本来は、きちんと医者が、この人（患者）の症状を、こんな風にコントロールしていくと、きちんとコントロールする能力がないと、在宅死は無理かなというのは思っています。

### ●症状コントロールができない状態で在宅死を迎えさせたことに対する後悔

医師からの入院の勧めはあったものの、患者は在宅療養を望み在宅での看取りが行われた。患者は疼痛に加え、呼吸困難も訴えるようになった。患者が呼吸困難を訴えてから1日が経過したのちセデーションが行われ、その次の日に患者は亡くなられた。Eさんには、看取り時の家族は、症状を訴える患者に対し落ち着いた対応をされているように見えた。しかし、患者が亡くなった後家族の言葉を聞いて、Eさんは後悔が残った。

とても辛かった。症状コントロールができなくて、とても辛い思いをさせて亡くならせた。家族は、その時には（看取りの時は）落ち着いておられたけど、「やっぱり周りで何もできない自分達がとても悔しかった」という言葉を聞いた時にね。こんなに辛い思いをさ

せて、在宅死を持っていかせるべきだったのかなと。もっと早くセデーションをかけて、  
楽にして「スヤスヤと逝ったんですよ」というような感じにね、死が迎えられなかったの  
かなと。ちょっと良かったですね。

表2 研究協力が者が語った経験（状況と内在する問題）

協力者 登場人物	A	B	C	D	E
医師	<p>・心肺停止状態の患者を病院に救急搬送するよう指示を出した。</p> <p>○ 患者の意思とは異なる最期の方針</p>			<p>・在宅死を希望する患者に最期は入院するよう勧めた。</p> <p>・他の在宅医と連携を図ろうとしなかった。</p> <p>○ 患者の意思とは異なる最期の方針・他の医師との連携不足</p>	<p>・患者の症状緩和が図れなかった。</p> <p>・在宅死を希望する患者に入院するよう勧めた。</p> <p>○ 患者の意思とは異なる最期の方針・症状緩和が図れない治療内容</p>
家族		<p>・不安が強く訪問要請が増加した。</p> <p>○ 介護力不足・高齢者夫婦世帯の増加（社会構造）</p>	<p>・入院を勧められたが在宅療養を選択した。</p> <p>・患者の状態を十分に理解していない。</p> <p>・患者に必要なサービスについて受けようとしなかった。</p> <p>・患者の異常に気が付かなかった。</p> <p>・在宅死を希望しながら、臨終時に救急病院への搬送を希望した。</p> <p>○ 介護力不足・認知症患者の増加（疾病構造）</p>		<p>・家族から看取った後、後悔の言葉が聞かれた。</p> <p>○ 不十分なグリーフケア</p>
看護師		<p>・連日の夜間訪問要請があり、疲れて医療事故を起こした。</p> <p>・ボランティア訪問を行った。</p> <p>○ ステーション体制・訪問看護師の人材不足</p>	<p>・家族の理解力が不足していると思いながらも十分な指導ができなかった。</p> <p>○ 不十分な家族ケア</p>		<p>・患者の症状緩和が図れなかった。</p> <p>○ 不十分な対症看護・他職種との連携</p>
介護員			<p>・家族に指導ができなかった。</p> <p>・患者の異常に気がつかず、看護師への連絡がなかった。</p> <p>○ 不十分な家族ケア・不適切な患者の状態アセスメント・他職種との連携</p>		
患者の亡くなり方	病院死 病院へ搬送後、かかりつけ医以外の医師による診療。その後検死。	在宅死	病院死 救急搬送中、呼吸停止。家族の延命治療の希望あり実施。その後検死。	病院死	在宅死

○ 内在する問題

## 考 察

### 1. 訪問看護師の臨終時の経験に共通した特徴

5人の訪問看護師から語られた内容は、それぞれが全く異なる多様な内容だった。しかし、それぞれの経験の中には、不満や心残りや経験を終えた現在でもスッキリしない思いが残り、共通して「わだかまり」を感じていると思われる内容が語られていた。「わだかまり」とは、大辞泉<sup>12)</sup>によると「心の中にこだわりとなっている重苦しくいやな気分。特に、不満・不信・疑惑などの感情」とある。訪問看護師が持つ「わだかまり」を理解し解消するよう努めることが、看取りに携わる訪問看護師の困難感や負担感の軽減に繋がるのではないかと思われる。

### 2. 最期の方針決定者である医師

医師に対する「わだかまり」があったのは、AさんとDさんとEさんであった。医師に対する「わだかまり」には、「患者や家族の意思」と関連があった。最期の死亡診断ができないという、いわば医療者側の都合による最期の死亡場所の変更で、患者や家族の意思が達成できない時に訪問看護師は「わだかまり」を感じていた。これは、加藤が<sup>5)</sup>「自分が不足したところをまざまざと見る」ことで、「自分の存在価値の揺らぎ」を感じると述べているように、在宅で亡くなりたいたいという患者や家族の意思を支える事を支援する訪問看護師にとって、それが達成できない時に、訪問看護師としての存在の揺らぎを感じ「わだかまり」を生じさせているのではないだろうか。しかし、患者や家族にすれば、医師との信頼関係で診療していたプロセスに、最期の場面で警察や他の医師が介入するというこのの方が死亡場所の変更より問題となる場合もある。東ら<sup>13)</sup>は、在宅末期がん患者の自己決定、家族の意思決定の内容に、療養場所に関する事、看取りに関する事、麻薬使用に関する事、延命治療に関する事、苦痛の緩和に関する事、症状悪化時の対応に関する事、家族による医療行為実践に関する事、家族によるケア実践に関する事、治療内容の変更に関する事、ケアに関する事の10項目を挙げている。これは、患者や家族には多くの意思決定を行う機会と内容があることを意味している。訪問看護師は、最期の死亡場所だけではなく、死亡場所を含めた「最期の亡くなり方」について患者や家族の意思を確認していく必要がある。

わが国の死亡診断は、医師法第20条(無診察治療等の禁止)・第21条(異常死体等の届出義務)に基づき<sup>14)</sup>、唯一医師のみが行っている(歯科医師も含む)。20条は対面診療の原則、すなわち医師が患者に直接対面して診療を行うという原則を定めたものとされており、対面診療なしでは各種の証明書を出すことが禁じられている<sup>15)</sup>。しかし、20条の但書には「診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない」とあり、直接死亡を確認しなくても、死亡診断書の記載が許可されている。岡嶋は<sup>16)</sup>、この但書の文章が不明瞭な表現であるために、①24時間以内に死亡した場合は死亡診断書でよいが、24時間を超えた場合には死亡診断書ではなく死体検

案書になるという誤解と、②24時間を超えた場合には、従来のかかりつけ医では死亡診断書を書けないという大きな誤解が生じているとしている。20条の但書の最も新しい行政解釈は、昭和24年厚生省の、各都道府県知事あての医務局長通知「医師法二十条但書に関する件」(昭和24年4月14日医発385号)<sup>17)</sup>に遡る。この通知には、最後の診察後24時間以上経過した場合の死亡について、死亡診断書ではなく死体検案書になるということは記載されていない。これを受けて岡嶋は<sup>16)</sup>、24時間以上を経過した場合であっても、医師は死体を確認し、それまでの病状の延長としての死亡であれば、死亡診断書の記載ができると結論づけている。しかし、この20条の但書のことは意外に知られておらず<sup>18)</sup>、今回Aさんの経験のように、医師が在宅での臨終の場に立ち会えない事で、患者を救急搬送するよう指示を出すというような状況が起こってしまった。医師の方針による死亡場所の変更は、20条の誤った法解釈だけによって起こったのではなく、医師法第19条医師の応召(応招)・診療義務も関係しているのではないかと思われる。19条は、罰則規定はなく医師の義務を定めたものであり、医師の義務は医療倫理に基づくものとされている<sup>19)</sup>。患者と医師とは診療が開始された時点で信頼関係が成立しており、自分の患者の最期を見届けたいと思うのは医師の良心であると思われる。しかし、全国の診療所・クリニックのうち、在宅療養支援診療所に登録されている診療所は僅か1割であり、そのなかで、稼働していない診療所が4分の1、在宅での看取りを行っていない診療所が3分の1も存在する<sup>20)</sup>。また、在宅療養支援診療所の約7割が、在宅担当医師1人医師体制であり、待機については医師1人で週7日の対応を実施しており、約7割が24時間体制について負担としている<sup>21)</sup>。医師は、患者や家族の意思を尊重し最期を見届けたくても、そのようにできない現状にあるといえる。制度と実情の狭間で今回「わだかまり」の対象となった医師もまた「わだかまり」を抱えている可能性がある。現在わが国では、医師の地域偏在がおこっており、限られた医療資源のなかで在宅看取りを推進しても、いずれ破綻を来すと思われる。疲弊した医療のイノベーションとして、何よりも医療者の都合により「患者や家族の最期の意思」の変更を強いることがないよう、一定条件下での看護師による「死亡確認」といった制度上の改善が求められる。

### 3. 在宅看取りを支援する訪問看護の現状

訪問看護の現状に対する「わだかまり」があったのは、Bさんであった。訪問看護の置かれている現状に対する「わだかまり」には、訪問看護師の「ボランティア訪問」と関連があった。訪問看護ステーションの多くが人材不足という大きな課題を抱えている。野村ら<sup>8)</sup>は、73.0%の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算の届出をおこなっているが、24時間体制や緊急時の加算の届け出を行っている事業所の74.7%が、体制構築に至っては増員ではなくローテーション等の勤務体制によるものであると報告している。また規模の小さな訪問看護ステーションが全体の5割を超え、経営効率が悪く、一人の看護師にかかる負担が大きく、勤務を継続する事ができないとの報告もある<sup>23) 24)</sup>。このような訪問看護

ステーションの状況に対し、2009年国民生活基礎調査によると、65歳以上の者のいる世帯数は全世帯数の約4割であり、高齢者世帯の世帯構造では、夫婦のみの世帯が48.6%、単独世帯が48.1%である<sup>25)</sup>。今後、高齢者世帯が増加すると、在宅看取りを行う中で療養者や家族の身体的・精神的負担は増加し、ケアに携わる看護師の負担も増加すると思われる。2008年4月の診療報酬改定では後期高齢者医療制度に関連した改定となり、訪問看護サービスでもいくつか報酬の引き上げが行われた<sup>26) 27)</sup>。しかし、高齢者の看取りの中での精神的負担を支援するケア内容についてはまだ評価されておらず、Bさんのようにボランティア訪問を行わざるを得ない状況にある。ボランティア訪問ということは、訪問者によって行われるケアの内容や質が異なる可能性がある。適切なケアを提供するために、十分に評価されていない精神的ケアに関する診療行為や活動について診療点数の新設が望まれる。また、介護員との連携も重要であり、ボランティア訪問の内容を明らかにし、ケア内容の役割明確化を行う必要がある。

#### 4. 介護者であり患者の代弁者としての家族

家族に対する「わだかまり」があったのは、CさんとEさんであった。家族に対する「わだかまり」には、Cさんは「明確な意思表示ができない患者の存在」と、Eさんは「緩和されない患者の身体的症状」と関連があった。

Cさんには、家族が高齢で認知症がある患者の意思を十分に汲み取っていないように映った。そこには、園田ら<sup>27)</sup>が「高齢者の死に対する論理的な考え方や経験的な見方をする医療者と、高齢者を思いやる感情から物事を考えて行動している家族とでは、高齢者の死に対する考え方が異なる」と述べているように、医療者と家族とでは患者の状態の捉え方が異なっていたと考えられる。処置を拒否する患者の言動は、医療者からは認知症の症状として捉えられても、家族には患者の思いとして言葉通りそのまま受け止めていた可能性もある。また医療者には患者にとって必要と思われるサービスでも、家族にとっては必要性が感じられなかった可能性もある。経済的に最低限のサービスしか受給できない可能性もある。病院死が約8割で看取り経験の少ない現代においては、園田ら<sup>27)</sup>が述べているように、患者の状態や看取りの方針を家族と「確かめ合う」ことが、訪問看護師にとって重要な支援といえる。高齢者の終末期では、明確に意思表示ができないことから、家族の意向が優先される傾向にある。高齢者の意思を押し量りそれを代弁すること、よいと考えられることを家族に伝える事は、園田ら<sup>27)</sup>は「高齢者を人として尊重する行為」にあたり、「倫理的な行為」としている。野村ら<sup>21)</sup>の調査では、在宅療養支援診療所の患者は、脳血管疾患と認知症で4割を占めるとある。今後、明確な意思表示ができない患者が増加することを踏まえると、患者の意思を把握して表面化し、患者に関わる皆のなかで共通認識していく事が重要な支援になってくるとと思われる。

Eさんは、死ぬ間際まで身体的苦痛を訴える患者の苦痛の緩和が図れなかったことで、患者だけでなく、家族も苦痛であったことを知り、在宅死を迎えさせて良かったのかどう

か「わだかまり」があった。Eさんは、呼吸苦しさを訴えている患者に対して行われたセデーションが遅いと認識していた。Eさんが実際どのように医師や患者や家族に働きかけたのか、ケアマネジメントやコーディネート機能が十分に果たせていたのか、今回の研究では確認できなかった。

## 5. 介護員との連携

介護員に対する「わだかまり」があったのは、Cさんであった。介護員に対する「わだかまり」には、「患者の状態アセスメント」と関連があった。介護員の機能は生活支援であり、医療の視点からの患者の状態アセスメントは困難と言える。しかし、入院日数の短縮や療養病床数の削減などにより、今後在宅で看取りを行う人は、医療依存度の高い人が増加すると推測され、介護員との連携はより重要になってくると思われる。今後は、介護員と同行訪問し、緊急対応時の技術的な指導、観察のポイントの指導などができる連携体制を取っていく必要がある。

## 研究の限界

本研究は、研究対象が5人と少数で、臨終時の状況のなかでも否定的な側面の語りに注目して分析したため、訪問看護師の臨終時の経験を十分に言い表せていない。また、今回研究協力者の所属する地域は、全国と比較し在宅看取り率が低い地域であり、地域特性が結果に反映している可能性がある。そして、今回社会制度の視点から分析を行っていったが、訪問看護師の困難や後悔が残った経験には、社会制度の問題からのみもたらされるのではなく、患者や家族等との相互関係からも生じる可能性がある。今後更に新たな語りを追加し、在宅看取りに携わる訪問看護師の臨終時の状況について様々な視点から分析する必要がある。

## 結 語

在宅看取りに携わる5人の訪問看護師の、臨終時の経験における主観的な捉え方の記述を目的とする研究を行った。それぞれの中には共通して「わだかまり」を感じていると思われる経験が語られていた。訪問看護師には、患者や家族の「在宅で亡くなりたくない」という意思をなんとか叶えさせたいという強い思いがあり、医師や家族や訪問看護の置かれている現状に「わだかまり」を感じていた。一定条件下での看護師による「死亡確認」といった制度上の改善、十分に評価されていない診療行為や活動について診療点数の新設、介護員との連携を図る為の同行訪問の体制作り、ボランティア訪問内容の明確化、訪問看護師と介護員とのケア内容の役割明確化が制度上の課題として明らかになった。在宅医療の推進に伴い、期待と共に責務も拡大した訪問看護師の臨終時の「わだかまり」を理解し解消することが、訪問看護師の負担感や困難感の軽減に繋がるのではないかとと思われる。



## 謝 辞

本研究にご協力いただきました訪問看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成 22 年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団より助成を受けて実施した研究です。ここに深謝いたします。

## 文献

- 1)小野若菜子, 麻原きよみ: 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観. 日本看護科学会誌 2007; 27(2): 34 - 42
- 2)松村ちづか, 筑後幸恵: 訪問看護師の在宅での看取りに関する価値観. 埼玉県立大学紀要 2005; 7: 35 - 41
- 3)桶河佳世: 訪問看護師が捉えるよい最期像に関する質的研究ー在宅における看取り経験からー. 公益財団法人在宅医療助成優美記念財団 2009: 1 - 73
- 4) 荒尾春恵: 終末期を支えるナースに必要な条件. 訪問看護と介護 2003; 8(6): 469 - 474
- 5) 加藤英子: 在宅ターミナルケアにおける訪問看護師の困難感. 日本看護学会論文集 地域看護 2007; 112 - 114
- 6) 松村ちづか: 在宅ターミナルケアで看護師に必要な実践能力ー必要な看護実践能力の内容と課題. 埼玉県立大学紀要 2004; 6: 61 - 66
- 7) 藤川あや, 小林恵子, 平澤則子他: 在宅での看取りを可能にする訪問看護ステーションの医療連携体制に関する研究. 日本在宅ケア学会誌 2011; 14(2): 76 - 86
- 8) 野村真美, 出口真弓: 日医総研 WP188 「在宅医療の提供と連携に関する実態調査『訪問看護ステーション調査』」. 日本医師会総合政策研究機構 2009 ; 1 - 45
- 9) Smith R , Porock D. : Caring for people dying at home : a research study into the needs of community nurses. International Journal of Palliative Nursing 2009 ; 15(12) : 601-608
- 10) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子. 在宅高齢者の終末期ケア～全国訪問看護ステーション調査に学ぶ～. 初版. 東京: 中央法規出版; 2005: 29
- 11)熊本県健康福祉部健康づくり推進課. 熊本県在宅緩和ケアハンドブック. 熊本; 2010: 104-155
- 12)松村明. 大辞泉 増補・新装版. 第 1 版. 東京: 小学館; 1998: 2852
- 13)東清己, 永木由美子, 吉本美浦子他: 在宅癌末期患者の自己決定, 家族の意思決定の内容と意味ー在宅死の転帰をとった 7 事例の分析からー, 熊本大学教育学部紀要 1997; 46: 127 - 138
- 14)医療法制研究会. 医療六法ー平成 21 年版ー. 東京: 中央法規出版; 2009: 1101-1103
- 15)樋口範雄. 医療と法を考えるー救急車と正義. 初版. 東京: 有斐閣; 2007: 87
- 16)岡嶋道夫: 医療法第 20 条と在宅医療: <http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m411.htm> (2011.2.18 アクセス)
- 17)厚生労働省法令等データベースシステム: [http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei\(2011.2.8](http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei(2011.2.8)

アクセス)

- 18) 畔柳達雄(編). 医療の法律相談. 初版. 東京: 有斐閣; 2008: 55
- 19) 前掲書 15): 68-85
- 20) 川島幸一郎: 在宅療養支援診療所の必要性. 日本在宅ケア学会誌 2009; 12(2): 13 - 17
- 21) 野村真美, 出口真弓: 日医総研 WP183 「在宅医療の提供と連携に関する実態調査『在宅療養支援診療所調査』」. 日本医師会総合政策研究機構 2009; 1 - 51
- 22) 山田雅子: 平成 20 年度 厚生労働省老人保健健康増進等補助金事業 (老人保健健康増進等事業) 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査研究事業報告書. 社団法人全国訪問看護事業協会 2009
- 23) 関田ひとみ, 帖佐千恵美, 横山利恵: 訪問看護ステーションの人的資源管理の課題. 日本看護学会論文集 地域看護 2009; 195 - 197
- 24) 厚生労働大臣官房統計情報部: 平成 21 年国民生活基礎調査:  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/bukyoku/toukei.html>(2011.8.23 アクセス)
- 25) 佐藤美穂子: 訪問看護ステーションに報酬改定は追い風となるか. 日本在宅ケア学会誌 2009; 12(2): 3 - 8
- 26) 大道千秋: 2008 年度診療報酬改定の解説とポイント. 訪問看護と介護 2008; 13(6): 460 - 465
- 27) 園田芳美, 石垣和子: 明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルケアにおける意思決定に関する訪問看護支援. 老年看護学 2009; 13(2): 72 - 79