

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2015年 (後期) 一般公募 「在宅医療研究への助成」完了報告書

「がん事例の病院から在宅への移行における
準備不足による問題発生への改善方策」

申請者 : 武田 智美

所属機関 : 人間環境大学大学院 看護学研究科

提出年月日 : 平成 29 年 3 月 26 日

共同研究者 : 福田由紀子 島内節

横井 ゆかり 鈴木 憲枝

中陣 伊付可 天木 美穂

I. 緒言

2016年4月における65歳以上の高齢者人口は、3434万3千人であり4人に1人となっている（総務省統計局，2016）。2042年には3,878万人となりピークを迎え、特に75歳以上の人口割合は、現在の11%から21%に増加する。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約半数が、独居又は夫婦のみの世帯である（国立社会保障・人口問題研究所，2014）。2025年（平成37年）以降は、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となり、国民の医療や介護の需要はさらに増加する。このため、国は医療費の削減のため、全国で20万病床の削減を打ち出している。厚生労働省においては、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。そのため、病院から在宅移行の流れは加速している。

わが国の死因1位はがんであり、年間35万人以上ががんで死亡している。3人に1人が、がんを含む悪性新生物で死亡する時代となった。がんは、国民の生命および健康にとって重大な問題となっていることを踏まえ、「がん対策基本法」が2007年4月から施行された。がん対策の総合的かつ計画的な推進を図る目標には、「がん患者を含む国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」を目指すとしている。がん患者の在宅移行は、社会全体から求められるケアである（厚生労働省，2012）。最新のがん5年生存率（2006～2008年診断症例）は62.1%となり、男女とも5年生存率は上昇し、がんと共に生きる時間は長くなってきている（国立がん研究センターがん対策情報センター，2016）。

医療処置が多いがん患者の在宅での死亡率は8.3%であり（厚生労働省，2011）、自宅でも最期を迎えたいと希望する者は多いが、実際には病院で最期を迎えている状況であり、わが国の人生最期の迎えかたは「希望と現実のギャップは世界一大きい」と述べている

（辻，2012）。住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること、終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築する必要がある。しかし、在院日数の短縮や包括医療の推進などにより、入院中に患者の生活を捉えた在宅移行の準備は整っていない状態であり、がん末期患者の退院支援は計画的ではなく急な退院が多い（福井，2011）にもかかわらず退院前の在宅へ移行するための条件や体制・情報共有が不十分である。病院での退院時の方針、在宅看取りに向けた退院準備は、患者・家族の希望する在宅

療養生活とではギャップがあると述べている（福井，2007）。また、がん患者の退院時の Performance Status : PS は、グレード3以上の患者は6割以上を占め、がん患者は退院時の活動性を大きく制限されている（中島，2012）。医療機関からの在宅移行体制は不十分であり、移行を計画的に積極的に選択できる確立した体制も少ない。

がん患者・家族は住み慣れた自宅で療養したいと希望するが、医療機関からの移行における在宅ケア開始期（在宅ケア開始から14日目まで）は、身体的・精神的に不安定になりやすく、療養生活上において多くのさまざまな問題に直面しやすい。このため、在宅ケア開始期には在宅療養を支える訪問看護をはじめ、さまざまな重要な公的サービスが整えられつつある。特に訪問看護は、医療処置の継続や終末期において全人的なケア提供を行うため、制度上「特別訪問看護指示書」が主治医より発行されると医師の診療を受けた日から14日以内は、訪問の回数は制限なく訪問看護を提供できる。がん患者および家族にとって、療養生活を築く在宅ケア開始期は、訪問看護師と共にケア体制をつくる重要な時期であり、在宅ケア開始期の安定は、療養生活の継続の可能性が高まると考える。

そこで、在宅ケア開始期に問題となっている事項をがん患者および家族・訪問看護師に調査し、在宅移行準備期に必要とする体制を明らかにすることで、がん患者において在宅移行準備期に医療機関での円滑な移行支援を行い、在宅ケア開始期の問題発生を予防するための提案が可能になると考える。

終末期医療に関する「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」からも、「人生の最終段階で過ごしたい場所」として、末期がんの場合でも自宅で過ごしたいと71.7%が回答している（厚生労働省，2012）。がん患者は、自宅で過ごしたいと希望しているが、病院での死亡することが多く、希望と現実のギャップは大きい。また、在院日数の短縮や包括医療の推進などにより、入院中患者の生活を捉えた在宅移行への準備は十分に整っておらず、在宅移行が進む中、移行に関わる制度やガイドラインもない。

がん患者の在宅移行に関する先行研究では、患者検討、対象者を患者及び家族に対する調査、看護師や医療機関に対する調査した研究は報告されている。本研究では、病院からの移行における在宅ケア開始期の移行における問題発生事項をがん患者および家族・訪問看護師から同時に調査したものである。このような調査研究は見当たらない。

本研究では、新しいデータが得られ在宅ケア開始期に発生した問題発生事項に基づいて具体的な予防と改善の提案ができ、また、病院から在宅移行の改善につなげることによっ

て、患者家族にとって最後の時間を希望する場で自身の生活習慣を継続しながら過ごすことができるケアの機会がより多くなると考える。

1. 研究目的

在宅がん患者において病院から在宅への移行期発生した問題事項をがん患者と家族および受持訪問看護師の調査から明らかにする。さらに、問題事項に基づいて必要なケア内容とその方法について提言をする。

2. 用語の定義

1) 在宅移行準備期は、退院が決定してから退院までの期間とする。

2) 在宅ケア開始期は、在宅ケア開始（退院翌日より）から 14 日目までである。

3) Performance Status (PS)（日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG), 1999）: Eastern Cooperative Oncology Group（米国の腫瘍学の団体の 1 つである米国東海岸がん臨床試験グループ）が決めた、全身状態の指標の一つであり、患者の日常生活の制限の程度を示すものである。

II. 研究方法

1. 調査対象者

在宅ケア開始期の 40 歳以上のがん患者およびの家族とその患者の受け持ち訪問看護師である。

2. 調査期間

1 事例の調査期間は、在宅ケア開始期とし、在宅ケア開始（退院翌日より）から 14 日までとし、研究期間は、平成 28 年 7 月 1 日より 11 月 31 日である。

3. 調査収集方法

収集の場所は、愛知県・岐阜県・兵庫県の訪問看護ステーション 12 か所である。訪問看護ステーションの選定方法は、愛知県・岐阜県訪問看護ステーションと在宅看取り率高い兵庫県の訪問看護ステーションに依頼した。

がん患者・家族を対象に在宅移行準備期の入院中に受けた教育・支援内容と理解度、受け持ち看護師（以下、看護師とする）を対象に在宅ケア開始期の問題発生事項関連する事項についての質問紙調査である。患者・家族には入院中の在宅移行準備期について、看護師

には在宅ケア開始期と対象により調査する。時期が違う2時点とすることで、病院から在宅への移行におけるケア不足によって発生した問題事項を把握する。

4. 調査内容

調査内容は、在宅移行準備期は、問題発生した事項とその教育・支援体制、在宅ケア開始期では、病院からの在宅移行において生じたと考える問題事項である。

1) 患者・家族への調査内容

患者への調査内容は、年齢、在宅移行の目的、退院日決定日、退院前の試験外泊の有無、医療機関の看護師・訪問看護師の外泊中の自宅訪問の有無、退院時合カンファレンスの参加の有無を調査した。退院から在宅ケア開始期までに困った12症状として、「疼痛」、「呼吸困難感」、「倦怠感」、「発熱」、「便秘」、「下痢」、「嘔気」、「嚥下障害」、「抑うつ」、「不眠」、「皮膚障害」、「その他」とした（以後、12症状とする）。

現在の全身状態・活動状態は、Performance Status (PS)（日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)，1999)を使用した。PSランクと日常生活の制限の程度は、表1に示す。

入院中に患者に行われた教育の内容は、「現在の症状」、「今後出現する症状」、「食生活」、「内服薬管理」、「レスキュードーズ使用方法」、「社会資源・介護保険制度」の6項目とした。この6項目は、福島県北地域 在宅緩和ケア地域連携パス 活用マニュアル(2009)を参照に、調査項目を選定した。

入院中に行われた患者教育(7項目)の理解度は、「わかった」、「ある程度わかった」、「あまりわからなかった」、「わからない」、「説明なし」とした。

表1 Performance Status (PS) ランクと日常生活制限の程度

ランク	日常生活の制限の程度
0	まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。
2	歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

Performance Status (PS) : 日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG) (1999) . Performance Statu (PS) : Common Toxicity Criteria, Version2.0 , http://www.jcog.jp/doctor/tool/C_150_0050.pdf/

介護者への調査内容は、年齢、続柄、家族介護者1日の介護時間、介護負担とした。

介護負担は、Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮（以下、JZBI_8 とする）を使用した。JZBI_8 は、介護の介護負担を客観的に測定するため、2003 年に荒井らより開発された（荒井，2003）。J-ZBI_8 は、下位尺度である Personal strain(5 項目) と Role strain (3 項目) で構成されている。8 項目で介護負担を正確に測定できることから、現在、在宅の現場等で使用されている尺度である。得点レンジは 0-32 点の値であり、13 点以上であった場合には、抑うつ症状がある可能性が高いとする。内的整合性 (Cronbach の α 係数) は、J-ZBI_8 の全体 $\alpha = 0.88$ ，下位尺度である Personal strain(5 項目) $\alpha = 0.87$ と Role strain (3 項目) $\alpha = 0.84$ である（熊本，2004）。

2) 看護師への調査内容

患者の背景として、年齢、性別、病名、医療機関の入院日、退院日、訪問看護開始日、保険の種類、認知機能障害、社会資源の利用状況である。認知機能障害は、認知症老人の日常生活自立度判定基準（厚生労働省，2003）を使用した。

現在の全身状態・活動状態は、PS、病名告知、予後告知は「あり」「なし」とした。

在宅開始期の問題発生は、「現在の症状」、「今後出現する症状」、「食生活」、「内服薬管理」、「レスキュードーズ使用方法」、「社会資源・介護保険制度」の 6 項目について調査した。さらに、実施したケアとして、「指導」「医師に連絡」「指導後に医師に連絡」「その他」である。そのケアの結果は、「解決」、「未解決」である。

看護師の年齢、性別、患者の病名、訪問看護経験年数、外泊中の訪問看護師の自宅訪問の有無を調査した。

5. 分析方法

患者と訪問看護師間で連結可能な 30 組の患者の背景、訪問看護ステーションの概要は記述統計を行った。

病院から在宅への移行における発生した問題とケア内容は、入院中に行われた教育内容（現在の症状、今後出現する症状、食生活、内服薬管理、レスキュードーズ使用方法、社会資源・介護保険制度）の問題発生有無と患者の理解度、さらに、在宅ケア開始期の問題の発生時に看護師が行ったケア内容・方法・結果について記述統計を行った。

分析には、統計解析パッケージ SPSS ver23.0 for Windows (IBM) を使用し、有意水準は 5%とした。

6. 倫理的配慮

本研究は人間環境大学大学院 倫理委員会（承認番号UHE-2016003号）承認を得て実施した。研究参加・不参加への自由意思を尊重する方法として、自由意思による研究参加と参加撤回、研究への参加を断っても何ら不利益は受けないこと、個人情報の保護について文書で説明する。調査協力の同意書・同意取消書を施設へ持参、説明し同意書を得た。

がん患者で終末期のため、がん患者家族へ精神的負担が予測されたため、がん患者家族に調査が精神的な負担にならないよう、予後告知等の調査内容は、死を迎えることを予測するためがん患者家族へは質問しない。受け持ち訪問看護師から情報を得た。

Ⅲ. 結果

1. 回答状況

愛知県・岐阜県・兵庫県の訪問看護ステーション16施設に調査を依頼し、12施設の訪問看護ステーション管理者調査協力の承諾が得られた（承諾率75.0%であった）。調査票は、患者と看護師ともに74名に配布した。患者家族の調査参加への同意を確認後に調査を開始したが、患者の同意が得られても、がん終末期の状態がPS3以上が多く、調査票を回収できた患者家族は30名であった（回収率40.5%）。看護師の調査票の回収は、47名であり（回収率63.5%）、看護師のみの調査票は17名であった。

患者家族30名（有効回答率100%）と看護師（有効回答率63.8%）で連結可能な30組を対象者とした。認知機能障害がある11名36.5%、Ⅲ以上は3名（9.9%）であり、回答はすべて家族によるものであった。

2. 対象者の背景

患者の平均年齢は、74.0±12.0であり、70歳代のがん患者は12名（40.0%）占めた。

がん疾患は、胃がん6名（15.4%）、膵臓がん5名（12.8%）、大腸がん4名（10.3%）、肝臓がん4名（10.3%）等であり、消化器のがんの割合は全体の64%占めた。肺がん5名（12.8%）、膀胱がん2名（5.1%）、子宮がん、乳がん1名（2.6%）であった（複数回答）。がん転移部位は、平均1.3箇所認め、多臓器の転移は、全患者に認めた。

認知症高齢者の生活自立度の評価は、認知機能障害あり11名（36.5%）であった。

保険の種類は、医療保険が23名（76.6%）、介護保険は6名（20.0%）であった。

介護度は、要介護1から要介護5で56.7%であった。介護保険申請なし6名（20.0%）、申請中7名（23.3%）であった。患者・家族の背景を表2に示した。

表2 患者の背景

n = 30

項目	人数	%
年代	40代	1 3.3
	50代	3 10
	60代	4 13.3
	70代	12 40
	80代	9 30
	90代	1 3.3
平均年齢	74.0 ± 12.0	
性別	男性	17 56.7
	女性	13 43.3
病名 (複数回答)		
消化器系	胃がん	6 15.4
	膵臓がん	5 12.8
	大腸がん	4 10.3
	肝臓がん	4 10.3
	胆のうがん	3 7.7
	直腸がん	2 5.1
	咽頭がん	2 5.1
	食道がん	1 2.6
呼吸器系		5 12.8
泌尿器系		2 5.1
婦人科系		1 2.6
	乳がん	1 2.6
多臓器への転移 (平均箇所)	1.3 ± 0.7	
認知症		19 63.3
	I	7 23.3
	II	1 3.3
	III	2 6.6
	IIIa	1 3.3
保険の種類		
医療保険		23 76.6
介護保険		6 20
医療・介護		1 3.3
介護認定状		
	申請なし	6 20
	申請中	7 23.3
	要介護1	4 13.3
	要介護2	5 16.6
	要介護3	4 13.3
	要介護4	1 3.3
	要介護5	3 10

病名告知は 27 名、告知率は 90.0%と高かった。予後告知は 11 名、予後告知率は 37.9%であった。在宅移行目的は「主治医より退院指示」16 名 (41.0%)、「本人の希望にて在

宅移行」14名（35.9%）であった。在宅移行準備期は「退院日3～4日前」9名（30.0%）、
「退院日5～6日前」10名（33.3%）を占めた。

在宅移行後の生活を事前に体験できる試験外泊を行ったのは9名（30.0%）であった。
試験外泊した9名に対して病院看護師・訪問看護師の自宅訪問はなかった。外泊後に「外
泊中の困難に感じた事」について、病院看護師による情報収集の実施は5名（55.5%）で
あった。患者の病状・予後告知、在宅移行理由と準備期間、試験外泊について表3に示し
た。

表3 患者の病状・予後告知、在宅移行理由と準備期間入院中試験外泊

		n = 30	
項目		人数	%
病名告知	あり	27	90
	なし	3	10
予後告知 (n = 29)	あり	11	37.9
	なし	18	62
	無回答	1	
在宅移行目的 (複数回答)	退院指示	16	41
	本人の希望	14	35.9
	サービスが	4	10.3
	家族の希望	3	7.7
	家族が通院	2	3.3
その他	経済的な理	0	0
在宅移行	退院日当日	2	6.6
準備期間	退院日2日前	1	3.3
	退院日3～4日前	9	30
	退院日5～6日前	10	33.3
	退院日7日以上前	8	26.6
入院中試験あり		9	30
外泊	なし	21	70
病院看護師の自宅訪問あり		0	0
訪問看護師の自宅訪問あり		0	0
外泊後に自宅生活での困難につい て病院看護師による情報収集あり		5	55.5

在宅開始期の利用社会資源は、訪問看護30名（100%）、訪問看護の平均利用回数は5.6
回±3.7/2週間であった。生活支援6名（20.0%）、身体支援、通所介護4名（13.3%）、
訪問入浴、通所リハビリ、配食サービス2名（6.7%）であった。福祉用具は21名（70.0%）
が利用していた。利用社会資源の利用状況について表4に示した。

表4 利用社会資源の利用状況

n=30				
社会資源内容	利用人数	利用率	平均利用回数	標準偏差
訪問看護	30	100	5.6	3.7
生活支援	6	20	11	5.9
身体支援	4	13.3	12.8	5.7
訪問入浴	2	6.7	2	0.4
通所リハビリ	2	6.7	1.5	1
通所介護	4	13.3	2.8	2.6
短期入所	1	3.3	14	3.6
配食	2	6.7	10	3.7
福祉用具	21	70	—	—
その他 訪問リハビリ	1	3.3	2	0.4

家族の主介護者は26名(86.7%)、独居者は3名(10.0%)であった。主介護者の平均年齢は64.8±16.3歳、65歳以上の介護者は18名(60.0%)あり、配偶者が10名(33.0%)であった。介護者の平均J-ZBI_8は、全体では、17.1±3.4点で抑うつ傾向があった。PS別では、PSランク1は12.3±7.2点、PSランク2は19.0±8.6点、PSランク3は17.9±11点、PSランク4は18.9±6.9点であり、がん患者の介護者はPSランク2よりうつ傾向の状態であった。家族介護者の背景について表5、介護者のPS別のZarit介護尺度(J-ZBI_8)を表6に示す。

表5 家族介護者の背景

n=30			
項目	人数	%	
主介護者あり	26	86.7	
独居	3	10	
無回答	1	3.3	
主介護者 平均年齢	64.8±16.3		
65歳以上の介護者	18名	60.0	
主介護者の 続柄	妻	10	33
	夫	0	0
	実母	3	10
	実父	0	0
	義母	0	0
	義父	0	0
	娘	5	16.6
	息子	2	6
	嫁	0	0
	姪	0	0
	姉妹	1	3.3
	兄弟	0	0
	孫	0	0
	友人	0	0
	その他	1	3.3

表6 介護者のPS別のZarit介護尺度 (J-ZBI_8)

n=30		
ランク	平均値	標準偏差
全体	17.1	±3.4
PS 1	12.3	±7.2
PS 2	19	±8.6
PS 3	17.9	±11.0
PS 4	18.9	±6.9

訪問看護師の背景として、平均年齢は44.0±6.9歳、40代が15名(50.0%)で最も多かった。性別は、女性29名(6.7%)であった。訪問看護経験年数は5.45±5.3年であった。訪問看護施設設置形態は独立型が9施設、病院・診療所併設型が3施設であった。がん患者に対して訪問看護ステーション対策は、主治医との連絡支援方法への対策があるステーションは10施設(88.3%)、24時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算施設は12施設すべて加算をとっていた。24時間連絡体制加算、緊急時訪問看護加算とは、訪問看護ステーション患者または、その家族等からの電話等に常時対応でき、緊急時訪問看護を必要に応じ行える体制である。後方ベッドの確立は、8施設(66.7%)であった。訪問看護師については、表7に示した。

表7 看護師の背景・訪問看護ステーション背景

n=30		
項目	人数	%
看護師平均年齢(歳)	44.0±6.9	
看護師の年		
30代	8	26.7
40代	15	50
50代	6	20
60代	1	3.3
看護師性別		
男性	1	3.3
女性	29	96.7
訪問看護経験年数(年)	5.5±5.3	

3. 患者家族の入院中の在宅移行支援状況と問題発生

在宅ケア開始期に患者30名中、6名(20.0%)に問題発生は認められず、24名(86.0%)に問題発生を認めた。

1) 退院時合同カンファレンスの開催と在宅開始期の問題発生

退院時合同カンファレンスの開催は5名（16.7%）に開催がなかった。在宅ケア開始期の退院時合同カンファレンス開催ありとなしでは問題発生率は80.0%で問題発生の出現に差はなかった。退院時合同カンファレンスの開催の有無と在宅開始期の問題発生は、表8に示す。

表8 退院時合同カンファレンスの開催の有無と在宅開始期の問題発生

項目	開催	人数	%	在宅開始期問題発生	
				人数	出現率(%)
カンファレンス	あり	25	83.3	20	80
	なし	5	16.7	4	80

2) 患者に入院中に行われた患者教育（説明）の理解と在宅ケア開始期における問題発生とケア内容とその結果

入院中に行われた「現在病状・症状」の患者教育の理解は、「わかった」14名（46.7%）、そのうち問題発生率は28.6%であった。問題発生へのケア内容は、指導3名（75.0%）、経過観察1名（25.0%）であった。その結果として、解決3名（75.0%）、未解決1名（25.0%）であった。「ある程度わかった」14名（46.7%）、そのうち問題発生率は28.6%であった。ケアの内容は、指導4名（100%）、その結果として、解決は4名（100%）であった。「説明なし」1名（3.3%）であり、訪問看護師のケア内容は、指導1名（100%）、指導後主治医へ連絡は1名（100%）であった。結果として未解決は1名（100%）あった。入院中の「病状・症状説明」理解度と問題発生とケア内容とその効果を表9に示す。

表9 入院中の「病状・症状説明」理解度と問題発生とケア内容とその効果

n = 30

患者の理解の程度	人数	%	在宅開始期問題出現		訪問看護師のケアの内容(複数回答)							結果				
			人数	出現率(%)	指導		主治医連絡		指導後に主治医連絡		その他		解決		未解決	
					人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
わかった	14	46.7	4	28.6	3	75.0	0	0.0	0	0.0	1 ¹ (経過観察)	25.0	3	75.0	1	25.0
ある程度わかった	14	46.7	4	28.6	4	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0	4	100.0	0	0.0
あまりわからなかった	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
わからない	1	3.3	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
説明なし	1	3.3	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0	0	0.0	1	100.0

備考「説明なし」とは、患者家族へ入院中に説明がなかった人数

入院中に行われた「今後起こりうる病状・症状」の患者教育の理解度と問題発生は、「わかった」12名（40.0%）、そのうち問題発生率は50.0%であった。ケアの内容は、指導6名（100%）、指導後主治医へ連絡2名（33.3%）、経過観察1名（16.7%）であった。ケア内容の結果は、解決5名（83.3%）、未解決1名（16.7%）あった。

「ある程度分かった」8名(26.7%)、そのうち問題発生率は50.0%であった。ケアの内容は、指導3名(75.0%)であった。ケアの結果は、解決2名(50.0%)、未解決2名(50.0%)であった。「説明なし」7名(23.3%)であり、問題発生率は42.9%であった。ケアの内容は、指導2名(66.7%)、主治医へ連絡1名(33.3%)、指導後主治医に連絡は1名(33.3%)であった。ケア内容の結果は解決1名(33.3%)、未解決2名(66.7%)であった。「今後起こりうる病状・症状説明」の理解と問題発生とケア内容とその効果は表10に示す。

表10「今後起こりうる病状・症状説明」の理解と問題発生とケア内容とその効果

n = 30

患者の理解の程度	人数	%	在宅開始期問題		訪問看護師のケアの内容(複数回答)						結果					
			出現		指導		主治医連絡		指導後に主治医連絡		その他		解決		未解決	
			人数	出現率(%)	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
わかった	12	40.0	6	50.0	6	100.0	0	0.0	2	33.3	1 ¹ (経過観察)	16.7	5	83.3	1	16.7
ある程度わかった	8	26.7	4	50.0	3	75	0	0	1	25	3	3	2	50.0	2	50.0
あまりわからなかった	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
わからない	2	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
説明なし	7	23.3	3	42.9	2	66.7	1	33.3	1	33.3	0	0.0	1	33.3	2	66.7

備考「説明なし」とは、患者家族へ入院中に説明がなかった人数

入院中に行われた「食生活指導」の理解度は、「わかった」13名(43.3%)、そのうち問題発生は4名(30.8%)であった。ケアの内容は、指導4名(100%)、主治医へ連絡1名(25.0%)であった。ケアの結果は、解決4名(100.%)であった。「ある程度わかった」6名(20.0%)であり、問題発生率は33.3%であった。ケアの内容は、指導2名(100.0%)であった。ケアの結果は、解決2名(100.0%)であった。「説明なし」9名(30.0%)であり、問題発生率は22.2%であった。看護師のケアとして、指導2名 主治医へ連絡は2名 指導後主治医へ連絡1名であった。ケアの結果は、解決1名(50.0%)、未解決1名(50.0%)であった。「食生活の説明についての理解度と問題発生とケア内容とその効果」を表11に示す

表 11 「食生活の説明についての理解度と問題発生とケア内容とその効果

n = 30

患者の理解度	人数	%	在宅開始期		訪問看護師のケア内容(複数回答)								結果			
			出現		指導		主治医連絡		指導後主治医連絡		その他		解決		未解決	
			人数	出現率(%)	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
わかった	13	43.3	4	30.8	4	100	1	25.0	0	0	0	0	4	100	2	28.6
ある程度わかった	6	20.0	2	33.3	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
あまりわからなかった	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
わからない	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
説明なし	9	30.0	2	22.2	2	100	2	100	1	50.0	0	0	1	50.0	1	50.0

備考「説明なし」とは、患者家族へ入院中に説明がなかった人数

入院中に行われた「内服薬について」の患者教育の理解度と問題発生は、「わかった」18名(60.0%)であり、問題発生率は22.2%であった。ケアの内容は、指導4名、指導後主治医へ連絡は2名、ケアの結果は、解決4名であった。「ある程度わかった」5名(16.7%)であり、問題発生率は60.0%であった。看護師のケアは、指導3名、訪問薬剤師介入1名(3.3%)、ケアの結果は、解決3名であった。「あまりわからなかった」3名であり、問題発生率3名(10.0%)であった。看護師のケアは、指導1名、主治医へ連絡は1名、ケアの結果は、解決2名(6.7%)であった。「説明なし」3名(10.0%)であり、問題発生率は2名(6.7%)であった。看護師のケアは、指導2名、指導後主治医へ連絡1名であり、ケアの結果は、解決、未解決ともに1名(3.3%)であった。「説明なし」3名(10.0%)であり、問題は2名に発生し、問題発生率は66.7%であった。看護師のケアは、指導2名、指導後主治医へ連絡1名であった。ケアの結果は、解決、未解決ともに1名(3.3%)であった。「内服薬について」の理解度と問題発生とケア内容とその効果を表12に示す。

表 12 「内服薬について」の理解度と問題発生とケア内容とその効果

n = 30

患者の理解度	人数	%	在宅開始期		訪問看護師のケア内容(複数回答)								結果			
			出現		指導		主治医連絡		指導後主治医連絡		その他		解決		未解決	
			人数	出現率(%)	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
わかった	18	60.0	4	22.2	4	100	0	0.0	2	50	0	0	4	100	2	28.6
ある程度わかった	5	16.7	3	60.0	3	100	0	0	0	0	1 (訪問薬剤師 介入)	0	3	100	0	0
あまりわからなかった	3	10.0	3	100	1	33.3	1	3.3	0	0	0	0	2	66.6	1	33.3
わからない	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
説明なし	3	10.0	2	6.67	2	100	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	1	50.0

備考「説明なし」とは、患者家族へ入院中に説明がなかった人数

レスキュードーズ使用者は、9名(27.0%)であった。入院中に行われた「レスキュードーズ使用方法の説明」の患者教育の理解度は、「わかった」7名/9名であり、問題発生は

7名、問題発生率は100%であった。看護師のケアは、指導6名(85.7%)、指導後主治医へ連絡は1名(14.3%)であった。その他、レスキュードーズを未使用にしたが1名であった。ケア内容の結果より、解決5名(71.4%)、未解決2名(28.6%)であった。「ある程度わかった」2名/9名あり、問題発生2名、問題発生率は100%であった。そのうち訪問看護師のケアの内容は、指導・主治医に連絡がともに1名(50.0%)、ケア内容の結果は解決2名(100%)であった。「レスキュードーズ使用方法」の説明の理解度と問題発生とケア内容とその効果を表13に示す。

表13 「レスキュードーズ使用方法」の説明の理解度と問題発生とケア内容とその効果

n = 30

患者の理解度	人数	%	在宅開始期		訪問看護師のケア内容(複数回答)								結果			
			出現		指導		主治医連絡		指導後主治医連絡		その他		解決		未解決	
			人数	出現率(%)	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
わかった	7	23.0	7	100	6	85.7	0	0.0	1	14.3	1	14.3	5	71.4	2	28.6
ある程度わかった	2	6.7	2	100.0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	2	100	0	0
あまりわからなかった	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
わからない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
説明なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

備考「説明なし」とは、患者家族へ入院中に説明がなかった人数

入院中に行われた「社会資源・介護保険制度」の説明について、「わかった」9名であり、問題発生1名、問題発生率は14.3%であった。看護師のケアは、指導、指導後主治医へ連絡ともに1名(11.1%)であり、ケア内容の結果は、解決1名(11.1%)であった。

「ある程度分かった」9名であり、問題発生率は22.2%であった。看護師のケア内容は、指導2名(100%)であった。ケア内容の結果は、解決、未解決ともに1名(11.1%)であった。「説明なし」11名(36.7%)であり、問題発生は4名(36.4%)であった。看護師のケアは、指導3名(75.0%)、主治医へ連絡は1名(25.0%)、ケアマネージャー連絡1名(25.0%)であった。ケア容の結果は、解決4名(100%)であった。「社会資源・介護保険制度」の説明についての理解度と問題発生とケア内容とその効果を表14に示す。

表14 社会資源・介護保険制度の説明についての理解度と問題発生とケア内容とその効果

n = 30

患者の理解度	人数	%	在宅開始期		訪問看護師のケア内容(複数回答)								結果			
			出現		指導		主治医連絡		指導後主治医連絡		その他		解決		未解決	
			人数	出現率(%)	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
わかった	9	30.0	1	11.1	1	100	0	0.0	1	100	0	0	1	100	0	0
ある程度わかった	9	30.0	2	22.2	2	100	0	0.0	0	0	0	0	1	50.0	1	50.0
あまりわからなかった	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
わからない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
説明なし	11	36.7	4	36.4	3	75.0	1	25	0	0	1	25.0	4	100	0	0

備考「説明なし」とは、患者家族へ入院中に説明がなかった人数

IV. 考察

1. 在宅ケア開始期に問題発生しやすい患者の条件

患者の平均年齢 74 ± 12.0 歳、性別は男性 17 名 (56.7%)、消化器系がん 27 名 (64.0%)、次いで、呼吸器系がん 5 名 (12.8%) であった。国民のがんは、がん死亡の部位内訳を年齢階級別に見ると、男性では、40 歳以上で胃、大腸、肝臓など消化器系のがんが 5~6 割を占め、高齢になるほど消化器系と肺がんの割合が大きくなる (がんの統計, 2015)。本研究でも消化器のがん患者が 27 名 (64.0%) と多く占め国のがん近似していた。また、調査対象者は、多臓器への転移を認め、在宅ケア開始期の PS グレード 3 以上は 19 名であり、63.3% を占め、活動性を大きく制限されている状態で在宅移行に至っていた。

介護者の背景は、主介護者の平均年齢は 64.8 歳であり、65 歳以上の介護者は 18 名 (60.0%) を占め介護力が弱い状態であった。また、独居は 3 名 (10.0%) を占めていた。

在宅ケア開始期の 30 名の患者のうち、6 名 (20.0%) 問題発生はなく、24 名 80.0% に問題発生を認めた。在宅ケア開始期には問題発生しやすい条件にあった。

2. 病院から在宅 (自宅退院) に向けた移行時の問題発生と必要なケア内容

在宅移行準備期間は、「退院 3~4 日以上」が約 90% であり、「当日に退院決定した」という急な退院は 2 名 (6.6%) であった。宇都宮 (2009) は、「退院支援とは、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援であり入院直後から始まるケアである」。また、「退院調整とは、患者の自己決定を支えながら、患者・家族の意向を踏まえて生活環境準備と社会資源サービスがスムーズに受けられるように整えることである」と述べている。患者家族にとって病状を理解し、病と共にどこでどのように過ごしたいのか、入院直後から多職種で連携し、安定した生活を目標にして丁寧な在宅移行支援が重要であると考えられる。

厚生労働省 (2012) は、入院患者に対して、入院 7 日目以内に在宅移行 (退院) を進めており、早期退院が困難な患者に対しては、適切な退院先と適切な授時期に退院できるように退院支援計画を立案し、退院できた場合には、退院調整加算を算定するように医療機関に退院支援・退院調整の指針が出されている。さらに、入院期間の短縮化と団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい

暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの推進を目指している。

医療機関にとって在宅移行は重要な責務になっており、医療機関スタッフは非常に短時間で退院調整をしなければならないことを、常に意識して適切な支援を進めて行かなければならないと考える。調査より、「退院時合同カンファレンス」の開催については、病院が退院時に合同カンファレンスを開催した患者は30名中、25名(83.3%)であった。5名(16.7%)は開催していなかった。開始期において退院時合同カンファレンス開催した25名と開催していない5名の問題発生出現率はともに80.0%と高かった。退院時合同カンファレンスは、短い時間の中、患者・家族・病院側スタッフと在宅側スタッフ多職種で患者家族の背景を理解し、情報の共有と在宅療養における目標や課題、具体的なケアの方法について確認できる場である。このため、退院時合同カンファレンス開催前までに、患者家族に生活に合った十分な準備と問題点の抽出し、情報を共有することは重要と考える。今回の調査では、退院時合同カンファレンス前の病院対在宅側の情報共有できた内容や対策、退院時合同カンファレンス時に確認した事項など具体的な内容については調査できていない。在宅療養生活の安定化を目指すため、問題発生を起こさなかった事例のカンファレンスの内容に注目し、今後さらなる調査の継続が必要であると考えます。

患者家族への在宅移行準備期の教育は、病院側から患者家族へ病名や病状、予後、治療や検査に伴って生じる生活上の変化、利用可能な社会資源や社会資源利用に対する費用など正確な情報を得ることが重要である。現状を理解し、正確な情報から病気と向き合い、生き方や暮らし方を医療者の支えのもとに選択して行けるものと考えます。調査より、がん告知率は27名(90.0%)、予後予測告知率は11名(37.9%)であり、予後予測告知率は半数であり、予後告知は積極的に行われていない状況にあった。中島(2006)は、がん告知の内容が「未告知」→「病名告知」→「病状告知」→「予後告知」と進むほど、患者の病状認識度が良好となり、患者・家族-医療者間の良好なコミュニケーションにつながると報告がある。がん患者の予後告知は、精神的な衝撃や苦痛の憂慮のため浸透しきれていない(小野寺, 2008)。「告知」がないということは病識がないことにつながり、体調の変化を受け入れられない。残された時間をどこでどのように過ごすかを考えにくい状態である。「病名告知」「予後告知」について行わない場合は行わない理由や、告知しないことによるデメリットについて支える家族と医療者とで話し合う必要があると考えます。調査より、患者の退院の理由は、14名(35.9%)は「本人の希望にて在宅移行」していた。16名

(41.0%)は、「医師からの退院指示にて退院した」であった。状態を納得した上で、医師の指示により退院していくことはよいが、患者家族が退院を望んでいない場合は、見放されたのではないかという喪失感が出現しやすく精神的に落ち込みやすいと予測する。入院当初から退院の時期や目安と目標とする体調についてわかりやすく説明が必要であり、病状の変化を理解することで、患者家族は病気の状態を受け入れ、在宅移行のための具体的な生活を考えて行けるようになるのではないかと考える。

在宅緩和ケアや在宅医療に関して病院の医療従事者が理解すべきこととして、患者・家族に対し、今後起こり得る病状の変化と対応に関することなどについて、十分な説明を行う必要がある（厚生労働省，2012）。患者自身が自分の病状を十分理解し、在宅療養を選択していることが在宅ターミナルケアを成功させる要件としている（藤井，2003）。以上のことから、病状の理解、予後、生活の変化、在宅療養費等について説明を行う。理解を確認し、支援していくことにより在宅移行への心身の準備も整っていくと考える。調査より「病状・症状説明」については、「わからなかった」「説明を受けていない」と回答した患者に問題は発生していた。主治医へ連絡・指導を行っても理解できず未解決に至っていた事例もあった。「今後起こりうる病状・症状説明」は、「わかった」「ある程度分かった」と理解をしいても問題発生率は50%であった。「今後起こりうる病状・症状説明」については、「説明を受けてない」と回答した患者は、問題発生率は42.9%であった。患者の在宅移行時のPSグレードは3以上が全体の63.3%を占め活動性を大きく制限され、主介護者も多くが65歳以上であり、高齢者世帯であるため教育支援内容は高齢者にも理解できる内容でなければならないと考える。さらに仕事をしながらがん治療や通院している人は32.5万人に上る。2012年より「がん対策推進基本計画」の重点的取り組むべき課題」とし「働く世代のがん対策の充実」が盛り込まれているが、がんと診断され勤務者の34%が依願退職または解雇されており、自営業者においても13%が廃業している実態もある（厚生労働省，2014）。患者家族のそれぞれの葛藤を共有し、看護師が家庭内の橋渡しの役割を担うこと（森，2008）。安定した在宅移行を進めるにあたっては、がんと診断された時から患者・家族の気持ちや身体の葛藤を理解しつつ、就労状態や経済・生活問題について細やかに相談できる体制が必要になっていると考える。

PSグレード3以上の患者が多く占めるが、開始期の訪問看護平均回数は5.6回であり、訪問回数は週の2～3回である。在宅ケア開始期には多くの問題が発生しており安定した在宅療養に必要な訪問回数・社会資源内容について患者家族のニーズと照らし合わせて社会

資源の導入と内容や費用・経済状況などを明示することが必要と考える。費用対効果に影響を与える条件については、「ケアの工夫や継続性」、「適切な社会資源の利用」としてアウトカムを高めるための訪問回数の検討が必要である（内田，2001）としている。十分な医療と看護の提供、生活の確保ができれば、患者・家族が在宅療養を希望しやすいと予測する。誰しもが終末期安心して療養生活を送れる、在宅終末期に必要なケアが確保された包括的な医療体制はできるには、さらなる調査が必要である。

宮崎（2004）は、がん患者が終末期を自宅で迎えられる条件として、緊急時の体制が整っていることとしている。在宅移行後後方ベッドの準備は、在宅療養が限界になった時や体調不良時などの不安の軽減となると考え、患者家族は、安心して在宅療養を望めると考える。退院後も在宅移行した病院側が後方ベッドであることは、患者を支える続ける大切な連携であると考え。後方ベッドの確認について、退院時合同カンファレンス時や在宅移行時に確認していく内容であると考え。

3. 家族支援の必要性

介護者の介護時間においては、患者のPS1の介護者の介護時間は2～3時間以内であったが、PS2以上になると10時間以上おおよと回答があった。厚生労働省「国民生活基礎調査の概況」（2015）では、要介護度が高くなるにつれ、「ほとんど終日」「半日程度」の割合が高くなり、介護度が最も重い「要介護5」の場合は「ほとんど終日」が56.1%となり、介護する人の負担はかなり重くなっている。また家族・介護者に対して介護負担尺度J-ZBI_8調査を施行した結果 13点以上（32点満点）には、抑うつ症状の可能性があるを検証されており、PS1の介護者平均値12.3 PS2以上の介護者にはすべて抑うつの可能性が認められた。がん患者に精神症状が認められることは稀ではなく、中でも高頻度に抑うつがみられる（明智, 2015）。患者の抑うつについて問題視されているが支える家族にも抑うつ症状を認めた。家族は、患者中心の療養生活の中で、自身のニーズを表現せず、自身の心身のケアができていない状況で抑うつ傾向になってしまっているのではないかと予測し、家族は高齢であり次の要介護者となりやすい状況があると考え。家族は患者にがんを告知された時から、さまざまな感情と戦いつている。患者が判断できない状態になれば、家族に意思決定の責任が委ねられることも多く、家族の心身の負担や不安が強まるばかりである。家族の生活状況・背景や健康度や日常生活自立度、家族内での役割、介護力経済力など適切に評価を行い、患者の病名告知の段階から患者の負担・家族負担を軽減できる支援が必要であるのではないかと考える。医療者が家族へ関心

を寄せ、適時介護負担尺度J-ZBI_8調査を行いレスパイトの時期も明らかにしていくことにより、本人をはじめ家族に負担にならない療養生活を継続して行えるのではないかと考える。

在宅ケア開始期は精神的身体的に不安定な時期であり、調査からも患者家族が直面している問題と病院と在宅側の連携の現状は一部明らかになった。問題発生には原因があり、その原因を追究し解決していかなければ予防策の確立はできないと考える。病院側と在宅側でスクリーニングやアセスメント回数を増やし、入院中から患者家族の体調管理や生活支援される視点を中心にし、在宅への移行を行うことが大切であると考え。連続的に退院後も切れ間のない支援より病院側と在宅側で安定した療養生活を目指して行けると考える。

4. 研究の限界

本研究は、調査期間が短く、対象患者数が少ない。調査地域の限定されており今後調査地域の拡大が必要である。病院からの在宅移行は医療機関によりさまざまであり、移行システムは未確立である。本研究では、調査よりがん患者において在宅移行への患者（患者）家族の在宅ニーズを把握し、問題発生予防できるケア体制を検討できたが、在宅ケアの患者の必要なケアを維持するためにコスト計算など調査できていない。

今後、最後の時まで含めた在宅療養生活が続けられるケア方法や具体策、コスト面を明らかにして在宅移行体制を確立すべきである。また、現在の在宅移行では患者から、病院から在宅移行に対しての満足度や在宅移行時の評価はできていない。このため、患者ニーズや問題発生事項を、医療機関へ反映されない状況である。療養生活の安定には退院時の状況と準備条件の評価が必要である。これらを調査して安定した在宅療養のシステムについて提案できるようなさらに調査が必要であると考え。

V. 結論

1. 退院時の患者の状態は、PSは3以上であり全患者に多臓器への転移を認め開始期には問題発生しやすい状態である。
2. 退院前合同カンファレンスを開催していても、開始期の問題発生は80.0%であった。
カンファレンスの内容充実と退院前支援教育の充実が求められる。
3. 家族は、うつ傾向にあり家族ケアが必要である。

助成金

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。

謝辞

本研究に際して、貴重な時間を割いて調査にご協力していただいた訪問看護施設管理者様 訪問看護師様 患者ご家族様のおかげです。皆様へ心から感謝の気持ちと御礼を申し上げたく、謝辞にかえさせていただきます。

引用文献

- 明智龍男 (2015) . がん患者の抑うつの評価と治療 : NagoyaMed. J 5 3, 51 -55.
- 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 (2003) . Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8) の作成 : その信頼性と妥当性に関する検討 : 日本老年医学会誌, 40(5) , 497-503.
- 荒井由美子 (2005) . 家族介護者の介護負担 : 日本内科学会雑誌, 94 (8) , 1548-1554.
- Arai, Y, (2011) . Zarit SH. Exploring strategies to Alleviate Caregiver Burden: The Effects of the National Long-term Care Insurance Scheme in Japan : Psychogeriatrics, 11(3), 183-189.
- 荒井由美子 (2011) . Zarit 介護負担尺度日本語版の (J-ZBI) : 日本臨床, 69 (8) , 459-463.
- 福井小紀子 (2007) . 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査 : 日本看護科学会誌. 27(2) , 92-100.
- 福井小紀子 : (2011) . 地域全体をとらえた緩和ケア提供体制のあり方 : 第 52 回日本心身医学会. 631-637 .
- 福島県東北地域 在宅緩和ケア地域連携パス 活用マニュアル (2009)
http://www.pref.fukushima.lg.jp/download/1/kenpokuhofuku_tebikimanual.pdf
(閲覧日. 2015 年 12 月 5 日)
- 藤井勇一 (2003) , 在宅ターミナルケアの現状と今後の展望 日本医師会雑誌 129 , 1727-1732.
- 公益財団法人 がん研究振興財団 (2015) . がんの統計 '15
http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2015/cancer_statistics_2015_fig_J.pdf (閲覧日. 2016 年 10 月 30 日)
- 熊本 圭吾, 荒井 由美子, 上田 照子, 鷲尾 昌一 (2004) , 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版 (J-ZBI_8) の交差妥当性の検討: 日本老年医学会雑誌 Vol. 41(2) , 204-210.

- 厚生労働省（2014）．人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書，31
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf/>（閲覧日．2017年1月5日）．
- 厚生労働省（2003）痴呆性老人の日常生活自立度判定基準
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou4.html>（閲覧日．2016年1月5日）
- 厚生労働省（2012）地域包括ケアシステムの実現へ向けて
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/./．（閲覧日．2016年10月1日）
- 厚生労働省（2012）がん対策推進基本計画 - 厚生労働省，34
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf（閲覧日．2016年10月1日）
- 厚生労働省（2012）病院の医療従事者に対する緩和ケアに関する教育・意識啓発
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/research/taisaku/taisaku_kyougikai/bukai/kanwa_arikatabukai_3.files/03shiryuu2.pdf
（閲覧日．2016年10月1日）
- 厚生労働省（2015）国民生活基礎調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf> 38（閲覧日．2015年11月1日）
- 厚生労働省（2011）人口動態調査
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vx-att/2r9852000001012k.pdf>
（閲覧日．2015年11月1日）
- 国立がん研究センターがん対策情報センター（2016）
http://www.ipss.go.jp/ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html（閲覧日2016年11月10日）
- 国立社会保障・人口問題研究所（2014）．日本の将来推計人口（1月推計），
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf>（閲覧日2016年10月12日）
- 森京子（2008）．インフォームドコンセントにおける看護師の役割—ギアチェンジのICにおける関わり．日本看護学会論集 成人看Ⅱ 172-174.

- 宮崎歌代子 (2004) 在宅で療養する終末期を迎えた人々へのケア：医歯薬出版, 146
- 中島信久 (2006) . がん告知の内容から見た終末期ケアの質の検証－STAS 日本語版による
クリニカル・オーディット－：緩和医療学, 8(1), 55-62.
- 中島大地 (2012) : がん患者の在宅緩和支援における訪問看護師の役割に関する研究：財
団法人名古屋市高齢者療養サービス事業団 公益助成事業成果報告書.
- 小野寺孝江 (2008) . 終末期に向かう患者に今後予測される経過を伝える意味－患者との
面談を通して－：日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 39 号, 346-348.
- PS (Performance Status) の日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG) (1999) . Performance Status
(PS) : Common Toxicity Criteria, Version2.0 ,
http://www.jcog.jp/doctor/tool/C_150_0050.pdf/ (閲覧日. 2017年1月5日) .
- 総務省統計局 (2016) . 人口推計－平成 28 年 9 月報－,
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm> (閲覧日 2016 年 10 月 12 日)
- 辻彼南雄 (2012) . 理想の看取りと死に関する国際比較調査 ILC Japan,
http://www.ilc-japan.org/study/doc/committeeAnnounce_0612.pdf/
(閲覧日. 2017 年 1 月 5 日) .
- 内田陽子, 島内節, 河野あゆみ (2001) . 訪問看護のアウトカム評価と費用対効果に関す
る研究：日本看護科学会誌, 21 (1) , 9-17.
- 宇都宮宏子 (2009) . 退院支援・退院調整の実践事例：日本看護協会出版社, 5-9.