

在宅での看取りを実現するための課題 ～訪問看護師へのインタビュー結果～

田中ひな、宇田優子
新潟医療福祉大学 看護学科

【背景・目的】終末期の療養場所について、一般国民では71.7%の者が居宅で過ごすことを希望¹⁾しているが、2014年の自宅での死亡割合は12.8%と低い。しかし、訪問看護ステーションの関わった事例の在宅死亡率は56.3%という報告²⁾もあり、在宅での看取りにおいて訪問看護師の果たす役割は大きい。

本研究では、在宅看取りが上手くいったと考える事例と上手くいかなかったと考える事例についてインタビュー調査を行い、在宅での看取りを実現するための課題について考察したので報告する。

【方法】ターミナルケア加算を得ている訪問看護ステーションに3年以上勤務し、病院勤務を含めて10年以上の経験を有し、専門および認定の資格を得ていない看護師1名を対象に、インタビューガイドを用いて2018年7月に行った。同意を得てレコーダーに録音、逐語録を作成した。得られたデータを繰り返し読み、全体を捉えるとともに、2つの事例の特徴を抽出した。

【結果】研究対象者は看護師経験通算26年の女性、インタビュー時間は48分、内容は表1のとおりである。

【考察】1. 事例の比較

2事例間では患者の症状、家族（関係性・介護者の負担）、連携（医師との連携・情報共有）、ケア（症状緩和）において違いがみられた。症状はケア内容に影響するが、在宅看取りの実現に直接関わる要因としては介護者の存在が大きい。療養者の症状やそれに伴う苦痛を緩和できないと、頻回なサービス介入や介護内容の増加につながり、最終的には介護者の負担となる。介護による身体的負担、「苦しそうな様子を見るのが辛い」などの精神的負担が大きい。在宅看取りの決心ができていないままの介護者では終末期に移行するにつれ、それらの負担が大きくなることで在宅での看取りの諦めにつながっていることが考えられた。

上手くいったと感じる事例では医師や多職種との連携がとれ、情報共有のためのツール（メールリスト）が確立されており、全員が患者の現在の状態を把握できていた。そのうえで、終末期では今後の方向性について、家族と医療者で何度も話し合う機会があり、家族の自宅で看取するという意思がはっきりしていた。

2. 在宅看取り実現のために

介護者の様々な負担を増大させないことが大きな課題となる。訪問看護師は、家族介護者がどのようなことに負

担感を抱いているのかを把握し軽減に努めること、患者の苦痛緩和に迅速に対応することなどが求められている。更に、ステーション内での情報共有のみならず、主治医やケア関係者、主介護者以外との情報共有と看取りの方向性の共有が重要と考える。

【結論】1. 介護者が在宅看取りを諦めてしまう要因としては、「介護者の負担の増大」「曖昧な在宅看取りの決断」があげられた。

2. 在宅看取りの実現には、主治医、主介護者以外の家族との情報共有、見取りの方向性の共有と、その機会の確保が重要である。

【文献】

- 1) 終末期医療に関する意識調査等検討会：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, <http://www.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>, 2018年6月13日.
- 2) 宮崎和加子, 竹森志穂, 伊藤智恵子ら：在宅・施設ケアでの看取りのケア, 日本看護協会出版会, 東京, 2016.

表1. インタビュー結果

項目	結果	
事例	上手いこと事例	上手いことなかった事例
なぜそう思うのか	最期まで家で過ごせた。	最期は救急で総合病院に行き、1～2日後に病院で亡くなった。 本人は病院で家に帰りたいと話していた。
	多職種がすぐ連携を固めた。	医師との連携をなかなか上手く取れなかった。
	ステーションでは看護師内で情報の共有ができた。	人づてにしか情報が伝わって来なかった。
	医師も一生懸命な方だった。	家族と医療者で方向性について話せなかった。
	状態が変わった頃、今後の方向性についての会議が医師やケアマネの方から何度もあり、みんなで話せた。	かかりつけ医（訪問看護師指示書の医師）と総合病院の2か所に遠隔していた。
	開業医の方からの訪問看護もあり、医師が情報把握しやすい。	輸血や状態の悪化があるたびに総合病院に通っていた。
	疼痛があったが薬でコントロールできていた。	疼痛を緩和してあげることが難しかった。
	訪問看護師と家族の関係性ができており、訪問者とすぐコミュニケーションを取れた。	痛みではなく、難儀感や食べられないことが苦痛だった。
	今後の方向性について家族を含めて話をする機会が何度もあった。	判断については、娘さんは自分が看るわけではないため、強くは言えない、主介護者も自分の親でないから、なんとなく決定しづらい。
患者	80代、男性。寝たきり。前立腺がん、脳腫瘍、骨転移あり。最期は疼痛強く、麻薬を使用。	80代、女性。トイレ自立。入浴は要介助。受診・外出時は付き添い必要。大腸がん、胃がん。胃の違和感あり、食欲がない。倦怠感あり。
家族	奥さんと二人暮らし。近くに息子・娘家族が住む。	息子の妻・孫と3人暮らし。息子は亡くなっており、市内に娘が住んでいる。
主介護者	妻	息子の妻（60～70歳代）
療養者様の意向	入院したくない。お家で最後までいたい。でも、奥さんにも迷惑はかけたくない。	家で、最期までいたい。
家族の意向	本人が望むなら、できる限り、家で見ていきたい。	主介護者は療養者の意向を叶えたいという反面、在宅看取りに対する不安の訴えあり。娘さんも同様の考え。
ケア	フォールケータール管理・排便調整。 清潔ケア 胃薬の管理 疼痛コントロール 妻の話を聞く（10～15分程）	入浴介助とストーマのバウチ交換。 介護者の話を聞いたり、相談、何かあった時の電話対応。
家族との関わり	一緒にケアしながら相談を受け、適宜指導する。 メールリストでの情報共有。	訪問時に主介護者の本音を聞く。
連携	多職種介入あり。息子や娘も来ていた。	サービスは訪問看護のみ（週に2回）。娘さんからの手伝う頻度は少ない。 娘さん、息子の妻と一緒に話をするっていう機会がなかった。
	家族も閲覧可能なメールリストを作成し情報共有。 内容：医師の性診結果、リハビリの様子、訪問看護の記録など	医師との連携をなかなか上手く取れなかった。 みんなで話し合えなかった。
	看護師同士の情報共有ができていた。	状態によって、かかりつけ医と総合病院で行き来していた。 かかりつけ医ではない総合病院とは連携が取れなかった。