

科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)報告書

平成 25～27 年度

課題研究番号 25463593

## 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期看護モデルの構築

研究代表者 水野 敏子  
(東京女子医科大学 看護学部 教授)



## 研究組織

|       |                             |    |       |                |
|-------|-----------------------------|----|-------|----------------|
| 研究代表者 | 東京女子医科大学看護学部                | 教授 | 水野敏子  |                |
| 研究分担者 | 聖路加国際大学                     | 教授 | 山田雅子  |                |
|       | 新潟大学医学部保健学科                 | 教授 | 小山千加代 | (～平成 26 年 3 月) |
|       | 東京女子医科大学看護学部                | 講師 | 坂井志麻  |                |
|       | 東京女子医科大学看護学部                | 講師 | 原沢のぞみ |                |
|       | 東京女子医科大学看護学部                | 助教 | 成澤明   | (平成 25 年 4 月～) |
|       | 東京女子医科大学看護学部                | 助教 | 渡邊賢治  | (平成 26 年 4 月～) |
|       | 神奈川県立衛生看護専門学校               |    | 井澤玲奈  | (～平成 25 年 3 月) |
| 研究協力者 | 東京女子医科大学大学院<br>看護学研究科博士後期課程 |    | 鈴木麻美  | (～平成 27 年 3 月) |

## 研究経費

|          |       |    |
|----------|-------|----|
| 平成 25 年度 | 2,100 | 千円 |
| 平成 26 年度 | 700   | 千円 |
| 平成 27 年度 | 1,000 | 千円 |
| 計        | 3,800 | 千円 |

## 研究発表

Mizuno T, Harasawa N, Sakai S, Koyama T, Izawa R, Yamada M: End-of-life home care for elderly people living alone. ICN, 2013.

Mizuno T, Sakai S, Harasawa N, Koyama T, Izawa R, Yamada M: Relationship between characteristics of visiting nursing stations and end-of-life home care for the elderly living alone. ICN, 2013.

小山千加代, 水野敏子, 成澤明, 坂井志麻, 原沢のぞみ, 山田雅子, 鈴木麻美, 井澤玲奈: 訪問看護師が行っている「独り暮らし」高齢者を看取る際の工夫や援助. 第 34 回日本看護科学学会学術集会, 2014.

成澤明, 小山千加代, 水野敏子, 坂井志麻, 原沢のぞみ, 山田雅子, 鈴木麻美, 井澤玲奈: 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための訪問看護師の認識. 第 34 回日本看護科学学会学術集会, 2014.

渡邊賢治, 水野敏子, 坂井志麻, 原沢のぞみ, 成澤明, 山田雅子: 生活保護を受ける「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする訪問看護師の援助の特徴. 第 35 回日本看護科学学会学術集会, 2015.

## 目次

|      |       |    |
|------|-------|----|
|      | 要旨    | 4  |
| I    | はじめに  | 5  |
| II   | 研究目的  | 6  |
| III  | 研究意義  | 6  |
| IV   | 研究枠組み | 7  |
| V    | 倫理的配慮 | 8  |
| VI   | 第一次調査 | 9  |
| VII  | 第二次調査 | 42 |
| VIII | 第三次調査 | 49 |
| IX   | 考察    | 69 |
| X    | 結論    | 73 |
| XI   | 文献    | 74 |
| XII  | おわりに  | 75 |
|      | 資料    | 76 |

## 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期看護モデルの構築

### 要旨

日本では、高齢者の増加に伴い、30年後には年間死亡者数が現在の1.5倍に上ると予測されている。また、高齢者の単独世帯が増加しており、在宅終末期看護への期待は一層高まっている。しかし、「独り暮らし」高齢者の在宅での看取りについては、支援体制も支援方法も未だ確立されていないのが現状である。在宅での看取りに関する従来の研究は、介護者のいる高齢者が中心で、「独り暮らし」は属性のひとつとして扱われ、「独り暮らし」高齢者の終末期看護に特化した研究は少ない。このことから、「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための終末期訪問看護モデルを構築するために3段階で研究を実施した。

第一次調査では、全国訪問看護ステーションを対象に郵送調査を実施し、訪問看護ステーションの特性と、終末期看護の概要の把握を行い、「独り暮らし」高齢者の在宅での終末期看護の実態を明らかにした。訪問看護ステーションを利用している「独り暮らし」高齢者の最期は、家族がサポートしていることや重度の認知症であっても自宅で亡くなっている現状が明らかになった。また、在宅で最期を迎えた「独り暮らし」高齢者は悪性腫瘍を有し、介護度は高いが、認知機能が比較的保たれている傾向にあることが明らかとなった。がん疾患を有している高齢者は年齢が若く、終末期における意思表示が明確であることから、「独り暮らし」高齢者における在宅死を可能にする要因のひとつとして、終末期の意思表示が重要になる可能性が示唆された。支援体制においては、独り暮らしであっても、最期は家族が付き添っている状況や、医療依存度が高いほど、家族やボランティアが導入され、安らかな最期を迎えられるような支援体制を築いていることが示唆された。

第二次調査では、「独り暮らし」高齢者への在宅終末期支援体制、支援方法について訪問看護師に面接調査を実施し、訪問看護師の援助の特徴を記述した。第三次調査では、第二次調査で得られた訪問看護師の援助から、終末期訪問看護モデル試案を作成した。そして、エキスパートによる事例検討会を実施し、内容の精選を行った。「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするために訪問看護師が行っている援助は、生活を整える援助である【本人が今のままで過ごせるよう工夫しながらケアする】、生活援助と並行して訪問看護師が実践している症状コントロールの【生活状況から苦痛の程度を判断し緩和する】ことを柱として、訪問看護師はこれらの援助を行っていくうえで、【誰もが納得した最期を迎えられるように専門職/非専門職を含めたチームケアを推進する】ことを基盤として活動していた。

以上の結果を踏まえて、「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期訪問看護モデルを構築した。今後は、作成した看護モデルを実際の現場で活用した効果を検証していく予定である。

## I はじめに

我が国では、すでに高齢者の 4～5 人に 1 人が単独世帯という社会を迎えている。特に 75 歳以上の後期高齢者の単独世帯の増加は顕著であり、2030 年には倍増することが推計されている<sup>1)</sup>。また、高齢者の増加に伴い、年間死亡者数も 30 年後には現在の 1.5 倍、170 万人に上ると予測されており<sup>1)</sup>、今後、在宅終末期看護への期待は一層高まってくるものと思われる。

2010 年に実施された「終末期における国民の意識調査」<sup>2)</sup>では、約 6 割の国民が在宅での最期を希望している。しかし、現状では、在宅死は 1 割強であり、病院死が 8 割近くを占めている。実際、家族の介護負担や患者の急変時の対応の困難さから、家族がいても在宅死を可能にするのは容易ではなく、介護者のいない「独り暮らし」高齢者の場合は、当然のことながら、在宅療養が継続困難となり、医療施設に入院して病院で死亡するという転帰をたどる人が多い。また、このような在宅療養の困難さは医療施設へ的高齢者の入院増加の一因にもなっているという指摘もある<sup>3)</sup>。

一方、社会制度上は在宅療養支援診療所の新設をはじめとして、訪問看護の 24 時間対応加算やターミナルケア療養費、緊急訪問看護加算、長時間訪問看護加算などが認められ、在宅ケアに向けての基盤整備が進められている。高齢者の在宅終末期看護として樋口<sup>4)</sup>は、マネジメントが重要として余命予測や死への準備、状態の変化やモニタリング、急変時の対応などの必要性を報告している。島内ら<sup>5)</sup>は、終末期がん患者と非がん患者の事例検討を行い、標準的な終末期看護のプログラム作成に必要なアセスメント項目を導き出している。全国訪問看護事業団による訪問看護師の終末期援助に関する調査<sup>6)</sup>では、訪問看護師が 6 つの期間にわたって「日常生活の支援」「症状の緩和」「看取りに関する意思決定と技術支援」「利用者への死の準備支援」「家族への死別の支援」という利用者・家族への直接的な支援と、「在宅ケア体制の形成と他機関との連携」という間接的な支援を行っていたことが報告されている。これらの文献には、共通してスタッフの教育とチームの振り返りの重要性が指摘されていた。しかし、従来からの研究は、介護者のいる高齢者が中心で、「独り暮らし」は属性のひとつとして扱われ、「独り暮らし」高齢者の終末期看護に特化した研究は少ないのが現状である。

## Ⅱ 研究目的

本研究の目的は、「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期訪問看護モデルを構築することである。

具体的な研究目的は、下記の通りである。

1. 「独り暮らし」高齢者の看取りの実態について明らかにする。
2. 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための訪問看護師の援助を明らかにする。
3. 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための終末期訪問看護モデルを構築する。

### 用語の定義

「独り暮らし」高齢者: 24 時間、独りで生活している 65 歳以上の高齢者

終末期: これ以上治療しても回復の見込みがないと考えられ、むしろ積極的に治療することを患者が負担と感じる状態、もしくは徐々に心身の機能が低下し、食事摂取困難となり、衰弱が進行してくる時期で、訪問看護師が看取りを意識し、医師に相談する段階

## Ⅲ 研究意義

「独り暮らし」高齢者は、地域から孤立しがちで、抑うつ的になったり<sup>7)</sup>、他人に負担を負わせることへの不安も強いという指摘があり<sup>3)</sup>、我が国でも、閉じこもり傾向にある「独り暮らし」高齢者に対する支援は少しずつ実践され始めている。また、在宅終末期看護についても、在宅療養支援診療所の新設をはじめとして、訪問看護の 24 時間対応加算やターミナルケア療養費、緊急訪問看護加算、長時間訪問看護加算等、在宅医療に向けて整備が進められつつある。そのような中で、訪問看護の援助内容や評価指標の開発、ケアマネジメントの研究などの蓄積は徐々になされてきた。しかし、それらは、いずれも家族の協力と家族を支えるケアに力点が置かれた研究である。したがって、繰り返になるが、「独り暮らし」高齢者が最期の療養場所決定に際して、医療施設のみならず自宅を選択のひとつと考えられるように、「独り暮らし」高齢者の在宅終末期支援体制や支援方法を構築することは、喫緊の課題と思われる。その課題に取り組み、実現可能な新しい終末期訪問看護モデルを提示し、社会に問うところに、本研究の独自性があると言える。

本研究によって、在宅で穏やかな最期を迎えるための終末期訪問看護モデルの構築と、「独り暮らし」高齢者への質の高い終末期看護提供の可能性を示すことは、政策的にも意義深いことであろう。それは、「独り暮らし」高齢者のみならず、将来人口が 40% を超えるであろう高齢者全体への安心にもつながるからである。世界に先駆けて長寿社会を迎えた我が国であるからこそ、人としての尊厳をもちながら死を迎えられる社会を志向することには意味がある。

本研究の成果は、高齢者の在宅終末期看護に貢献するのみならず、独り暮らしであっても住み慣れた自宅で最期を迎えるための療養の場として選択の可能性を拡げるとともに、そのために必要な政策・制度上の体制づくりにも貢献すると考える。

## Ⅳ 研究枠組み

本研究は、「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期訪問看護モデルを構築するために、3つの段階で実施した(図1)。

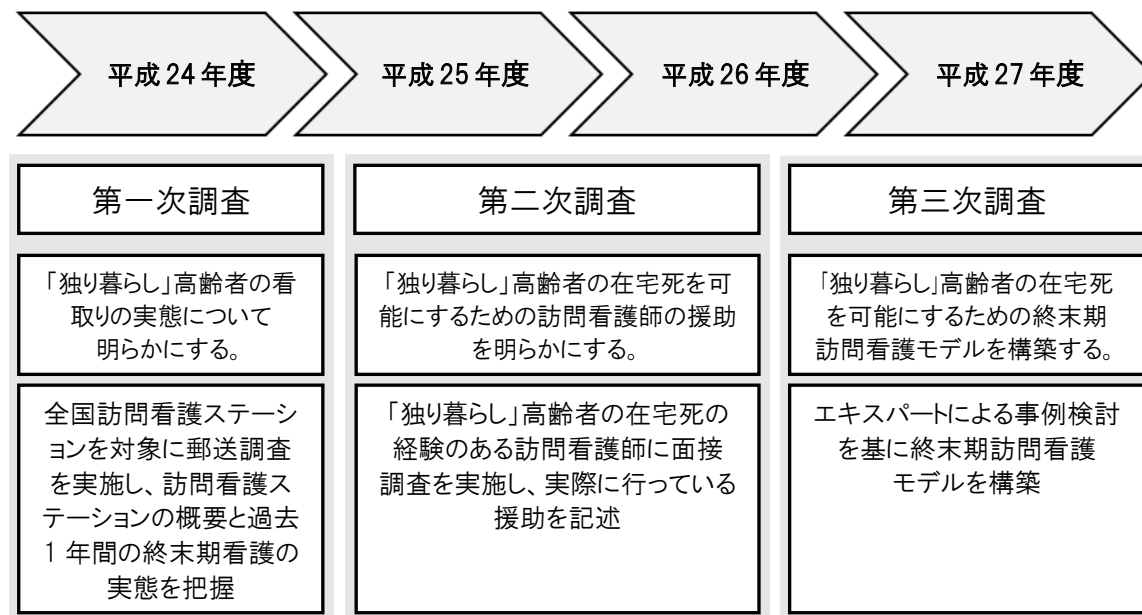


図1 研究枠組み

### 第一次調査

目的:「独り暮らし」高齢者の看取りの実態について明らかにする。

平成 24 年度に全国訪問看護ステーションを対象に郵送調査を実施し、訪問看護ステーションの特性と、過去 1 年間の終末期看護の概要の把握を行い、「独り暮らし」高齢者の在宅終末期看護の実態を明らかにした。

### 第二次調査

目的:「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための訪問看護師の援助を明らかにする。

平成 25～26 年度にかけて、訪問看護ステーションの特性に応じて 20 施設を選び、「独り暮らし」高齢者への在宅終末期支援体制、支援方法について面接調査を実施し、訪問看護師の援助の特徴を記述した。

### 第三次調査

目的:「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための終末期訪問看護モデルを構築する。

平成 26～27 年度にかけて、エキスパートによる事例検討会を実施し、「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期訪問看護モデルを構築した。

## V 倫理的配慮

本調査は、東京女子医科大学倫理委員会による承認(承認番号 2524、2836、3356)を得て実施した。

第一次調査では、対象者に研究の目的と趣旨を書面で説明し、研究への参加は自由意思であり、調査票は無記名とし、回答をもって研究協力への同意を得たものとする旨を説明書に明記した。また、対象者に研究の目的と趣旨、研究参加への任意性を口頭と書面で説明し、研究協力を辞退しても不利益は生じないこと、研究結果は、学会または論文等で公表することがあること、またその場合も個人が特定されないことを説明書に記した。さらに、匿名性を保持するため、研究対象者個人および施設名が特定できないように施設票と利用者票は関連付けを行わず、調査を実施した。データの取り扱いについては、調査票および調査に関する全てのデータは研究責任者および研究分担者の研究室の鍵のかかる場所に厳重に保管し、研究終了後にすべてのデータを裁断破棄した。

第二次調査から第三次調査では、対象者に研究の目的と趣旨、研究参加への任意性と中断の自由、不利益の回避、匿名性の確保、データの保管と破棄、結果の公表について口頭ならびに文書を用いて説明し、署名により同意を得た。



## Ⅵ 第一次調査

### 1. 研究目的

第一次調査の目的は、「独り暮らし」高齢者の看取りの実態について明らかにすることである。

### 2. 調査対象者

調査対象者は、全国訪問看護事業協会に加盟している訪問看護事業所 3734 施設の所長および訪問看護師を対象とし、本研究への参加にあたり、郵送した説明書によって十分理解した上、本人の自由意思に基づいて同意が得られた者とした。

### 3. 研究方法

#### 1)研究デザイン

量的記述的研究デザイン

#### 2)調査期間

平成24年7月～平成24年8月

#### 3)調査方法:郵送調査

- ①2012年7月に各訪問看護事業所の所長宛に説明書と調査票を郵送し、質問紙への記入を依頼した。
- ②訪問看護ステーションの概要(資料1:施設票)については、所長もしくは当該ステーションの概要を知る訪問看護師に記入を依頼した。
- ③高齢者の終末期ケア(資料1:利用者票)については、主に担当した訪問看護師に、過去1年間に亡くなった「独り暮らし」高齢者全数分について記入を依頼した。

#### 4)調査項目

調査項目は、以下の項目について調査を実施し、そのデータを本研究に利用した。なお、調査内容については、高齢者の在宅終末期看護に関する先行研究を参考にするとともに、従来の内容に「独り暮らし」高齢者の状況を加え作成した。

調査内容の概要は、「医師との協力関係」、「ステーションの特性」、「利用者の状況」、「支援体制」、「支援への満足度」であり、詳細を図に示した(図2)。

| 医師との協力関係  | ステーションの特性   | 支援体制   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関の所在地との関係性</li> <li>・深夜・休日、急変時における緊急連絡体制</li> <li>・在宅終末期ケアへの積極的な医師の存在</li> <li>・苦痛のコントロールの有無</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・設置主体</li> <li>・診療報酬加算の種類</li> <li>・職種と職員数</li> <li>・在宅終末期ケアへの積極性</li> <li>・24 時間対応の体制</li> <li>・緊急時の対応体制</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・関わった職種と機能</li> <li>・終末期の方針の話し合いの時期と回数</li> <li>・実際の主たるマネジメント実施者</li> </ul> |
| <b>独り暮らし高齢者の安らかな終末期</b>   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去 1 年間の独り暮らしの終末期ケア対象者数と疾患、基本属性、期間</li> <li>・独り暮らし高齢者のうち終末期に入院し亡くなった人数</li> <li>・独り暮らし高齢者が 24 時間介護者を導入した時期と理由</li> <li>・独り暮らし高齢者がフォーマルサポートのみで最期を迎えた人数と理由</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・意思の確認や疼痛・苦痛からの解放の有無</li> <li>・安らかな最期を迎えられたと思うか</li> <li>・終末期に望んだ希望が実現したと思うか</li> </ul>                              |  |
| <b>利用者の状況</b>   | <b>支援への満足度</b>  |  |

図 2 本調査の概念図

#### 施設票

##### ①訪問看護ステーションの基本概要

開設者、開設年月、医療機関の併設の有無、居宅介護支援、事業所併設の有無、居宅療養支援診療所連携の有無

##### ②加算取得状況

介護保険法、健康保険法による加算、ターミナルケアに関する加算

##### ③各機関との連携の程度

##### ④従業員数と利用者数、緊急時の対応体制

##### ⑤過去 1 年間の利用者死亡数(自宅・自宅以外)、過去 1 年間利用者死亡数中の「独り暮らし」高齢者数

#### 利用者票

##### ①「独り暮らし」高齢者の基本属性

年齢、性別、疾患名、訪問期間、要介護度、認知度、経済力、医療処置

##### ②「独り暮らし」高齢者の意思表示

##### ③「独り暮らし」高齢者を支える支援体制

フォーマルサポート・インフォーマルサポートの死亡直前の訪問状況

##### ④支援への満足度

身体苦痛、孤独、周囲からの支え、希望の達成、利用者との話し合い、不安

#### その他

以上の調査票の他に、本調査の結果返送の可否および、「独り暮らし」高齢者の看取りを経験した事業所においては、第二次調査への協力の可否について問う葉書きを同封し、回答を得た。

#### 4. 分析方法

- ①「独り暮らし」高齢者の在宅終末期における支援体制を記述統計によって、その特性を分析した。
- ②「独り暮らし」高齢者の在宅看取りの有無を従属変数、施設概要（支援体制を含む）を独立変数として、差の検定および多変量解析により、「独り暮らし」高齢者の在宅看取りに対する影響因子を検討した。
- ③支援への満足度の有無と利用者の疾患、特徴による検定を実施した。
- ④悪性腫瘍の有無と利用者の特徴との関連を分析した。
- ⑤家族親類の有無と利用者の特徴との関連を分析した。

#### 5. 結果

##### 1) 訪問看護事業所について

全国の訪問看護ステーション 3734 施設へ郵送し、540 施設より回答を得た（回収率 14.4%）。返送された調査票に大幅な欠損値があった場合は、分析対象から除外した。

##### (1) 訪問看護ステーションの概要

回答の得られた訪問看護ステーションは、関東地方が最も多く 151 施設（27.9%）、次いで関西地方 102 施設（18.9%）であった。開設主体は、医療法人が 199 施設（36.8%）を占め、次いで営利法人 90 施設（16.8%）、医師会（8.7%）であった。約半数の訪問看護ステーションが医療機関を併設しており、6 割以上が、居宅介護支援事業所を併設していた（表 1）。事業所の開設年度は、平成 8 年度が 54 施設（10.0%）で最も多く、平成 8 年度～平成 12 年度の 5 年間で介護保険創設以前からの訪問看護ステーションが、約半数を占めていた（図 3）。

##### (2) 事業所の従業員数

看護職員数は 3 人以上 5 人未満が最も多く、212 施設（39.2%）、次いで 5 人以上 10 人未満が 204 施設（37.8%）であった（表 1）。平均看護職員数は、 $5.6 \pm 3.7$  人、平均リハビリ職員数  $0.9 \pm 1.9$  人、平均事務職員数  $0.5 \pm 0.6$  人で、平均全職員数は  $7.3 \pm 5.2$  人であった（表 2）。

表 1 訪問看護ステーションの概要

N=540

|             |                 |     |        |
|-------------|-----------------|-----|--------|
| 地域          | 北海道             | 31  | (5.7)  |
|             | 東北地方            | 45  | (8.4)  |
|             | 関東地方            | 151 | (27.9) |
|             | 中部地方            | 83  | (15.3) |
|             | 関西地方            | 102 | (18.9) |
|             | 中国地方            | 30  | (5.6)  |
|             | 四国地方            | 14  | (2.6)  |
|             | 九州沖縄地方          | 56  | (10.4) |
|             | 無回答             | 28  | (5.2)  |
|             | 開設主体            | 199 | (36.8) |
| 開設主体        | 医療法人            | 90  | (16.8) |
|             | 営利法人            | 47  | (8.7)  |
|             | 医師会             | 46  | (8.5)  |
|             | 社団・財団法人         | 43  | (7.9)  |
|             | 社会福祉法人          | 33  | (6.1)  |
|             | 看護協会            | 22  | (4.1)  |
|             | 都道府県・市町村        | 11  | (2.0)  |
|             | 消費生活協同組合及び連合会   | 9   | (1.7)  |
|             | 農業協同組合及び連合会     | 8   | (1.5)  |
|             | 特定非営利活動法人       | 4   | (0.7)  |
|             | 社会福祉協議会         | 4   | (0.7)  |
|             | 日本赤十字社・社会保険関係団体 | 2   | (0.4)  |
|             | 広域連合・一部事務組合     | 4   | (0.7)  |
|             | 不明              | 18  | (11.1) |
|             | その他             | 245 | (45.4) |
| 医療機関併設      | あり              | 295 | (54.6) |
|             | なし              | 356 | (65.9) |
| 居宅介護支援事業所併設 | あり              | 184 | (34.1) |
|             | なし              | 63  | (11.7) |
| 看護職員数(常勤換算) | 3 人未満           | 212 | (39.2) |
|             | 3 人以上 5 人未満     | 204 | (37.8) |
|             | 5 人以上 10 人未満    | 35  | (6.5)  |
|             | 10 人以上 15 人未満   | 11  | (2.1)  |
|             | 15 人以上          | 15  | (2.7)  |
|             | 無回答             |     |        |

N=540

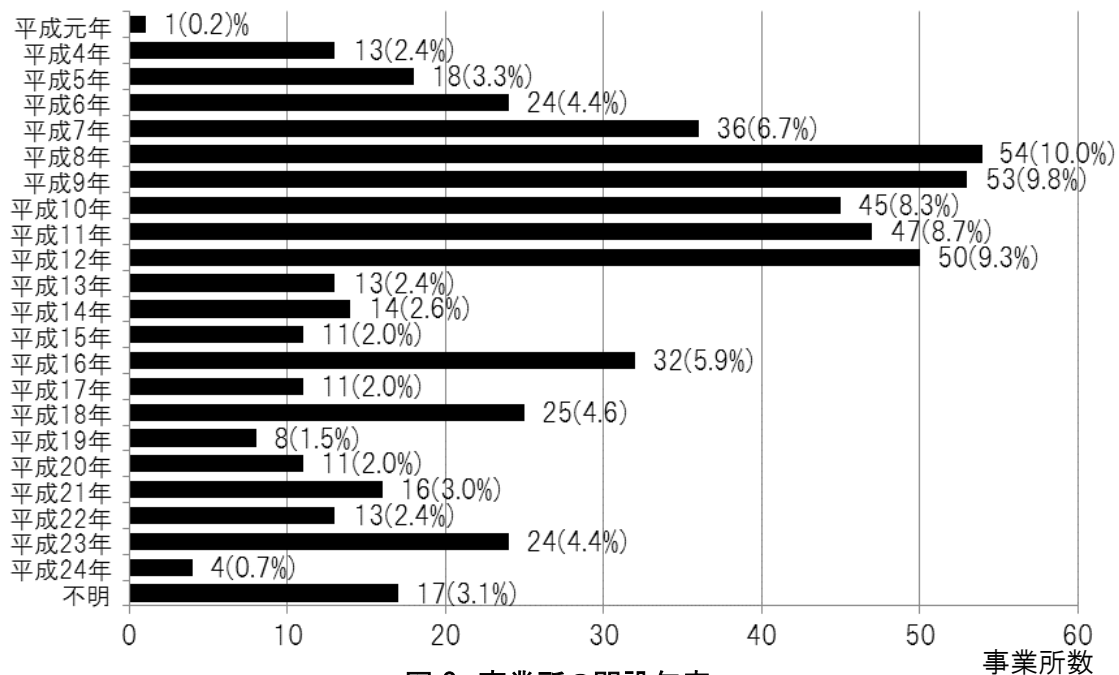


図3 事業所の開設年度

表2 事業所の従業員数

N=540

| 従業員       |       | Mean±SD |       | 最小値 | 最大値 |
|-----------|-------|---------|-------|-----|-----|
| 平均看護職員数   |       | 5.6     | ± 3.7 | 2   | 74  |
| 平均リハビリ職員数 |       | 0.9     | ± 1.9 | 0   | 18  |
| 平均事務職員数   |       | 0.5     | ± 0.6 | 0   | 5   |
| 平均全職員数    |       | 7.3     | ± 5.2 | 2   | 78  |
| 看護職員      | 常勤専従  | 3.4     | ± 2.2 | 0   | 18  |
|           | 常勤兼務  | 1.9     | ± 1.9 | 0   | 15  |
|           | 常勤換算  | 2.9     | ± 4.5 | 0   | 64  |
|           | 非常勤   | 3.5     | ± 3.0 | 0   | 22  |
|           | 非常勤加算 | 1.9     | ± 1.8 | 0   | 12  |
| PT・OT・ST  | 常勤専従  | 1.4     | ± 2.1 | 0   | 11  |
|           | 常勤兼務  | 1.4     | ± 2.1 | 0   | 13  |
|           | 常勤換算  | 0.8     | ± 1.3 | 0   | 9   |
|           | 非常勤   | 1.8     | ± 2.3 | 0   | 13  |
|           | 非常勤加算 | 0.5     | ± 0.7 | 0   | 4   |
| 事務職員      | 常勤専従  | 0.7     | ± 0.6 | 0   | 3   |
|           | 常勤兼務  | 0.6     | ± 0.7 | 0   | 3   |
|           | 常勤換算  | 0.4     | ± 0.5 | 0   | 2   |
|           | 非常勤   | 0.8     | ± 0.6 | 0   | 3   |
|           | 非常勤加算 | 0.5     | ± 0.4 | 0   | 2   |
| その他       | 常勤専従  | 0.3     | ± 1.2 | 0   | 11  |
|           | 常勤兼務  | 0.3     | ± 1.2 | 0   | 9   |
|           | 常勤換算  | 0.1     | ± 0.4 | 0   | 3   |
|           | 非常勤   | 0.4     | ± 0.9 | 0   | 6   |
|           | 非常勤加算 | 0.3     | ± 1.2 | 0   | 10  |

### (3)事業所の1か月間の利用者数と延訪問回数

1 か月間の平均利用者数は、介護保険による利用者が  $55.6 \pm 39.6$  人、健康保険による利用者が  $18.4 \pm 16.0$  人であった。平均新規利用者数は介護保険による利用者が  $3.3 \pm 7.4$  人、健康保険による利用者が  $1.6 \pm 1.8$  人であった。平均終了利用者数は介護保険による利用者が  $2.7 \pm 2.7$  人、健康保険による利用者が  $1.6 \pm 1.8$  人であった。1 か月間の延べ訪問回数は介護保険による利用者が  $269.3 \pm 190.6$  件、健康保険による利用者が  $131.3 \pm 108.1$  件であった(表 3)。

**表 3 事業所の1か月間の利用者数と延訪問回数** N=540

| 利用者数・訪問回数 |             | Mean±SD |         | 最小値 | 最大値  |
|-----------|-------------|---------|---------|-----|------|
| 利用者数      | 介護保険法       | 55.6    | ± 39.7  | 0   | 377  |
|           | 健康保険法       | 18.4    | ± 16.0  | 0   | 106  |
|           | その他         | 1.3     | ± 7.9   | 0   | 94   |
|           | 新規 介護保険法    | 3.3     | ± 7.4   | 0   | 150  |
|           | 健康保険法       | 1.6     | ± 1.8   | 0   | 12   |
|           | その他         | 0.2     | ± 0.9   | 0   | 8    |
|           | 中断・終了 介護保険法 | 2.7     | ± 2.7   | 0   | 18   |
|           | 健康保険法       | 1.6     | ± 1.8   | 0   | 9    |
|           | その他         | 0.2     | ± 1.4   | 0   | 13   |
| 訪問回数      | 介護保険法       | 269.3   | ± 190.6 | 0   | 1261 |
|           | 健康保険法       | 131.3   | ± 108.1 | 0   | 717  |
|           | その他         | 17.3    | ± 88.6  | 0   | 843  |
|           | 緊急訪問 介護保険法  | 7.0     | ± 30.0  | 0   | 583  |
|           | 健康保険法       | 4.4     | ± 24.6  | 0   | 472  |
|           | その他         | 0.4     | ± 2.1   | 0   | 16   |
| 緊急連絡回数    |             | 12.2    | ± 18.7  | 0   | 171  |
| 夜間早朝緊急連絡  |             | 5.2     | ± 8.0   | 0   | 60   |

#### (4)居宅介護支援事業所併設における介護支援専門員兼務の有無と人数

併設介護支援事業所における介護支援専門員の兼務ありは 26.1%であった(図 4)。また、兼務ありの併設介護支援事業所における介護支援専門員の人数は、1 人が最も多かった(図 5)。

N=540

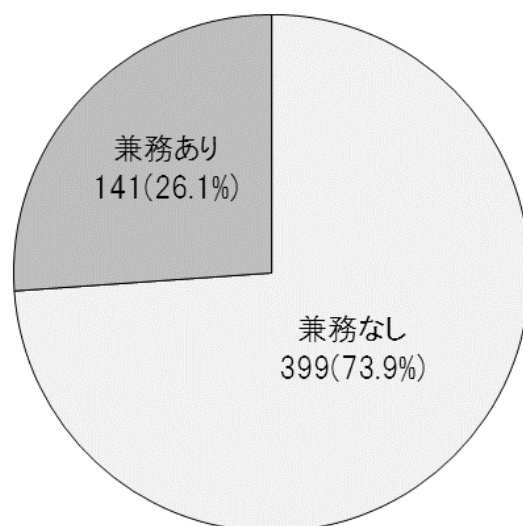


図 4 居宅介護支援事業所併設における介護支援専門員兼務の有無

N=540

事業所数

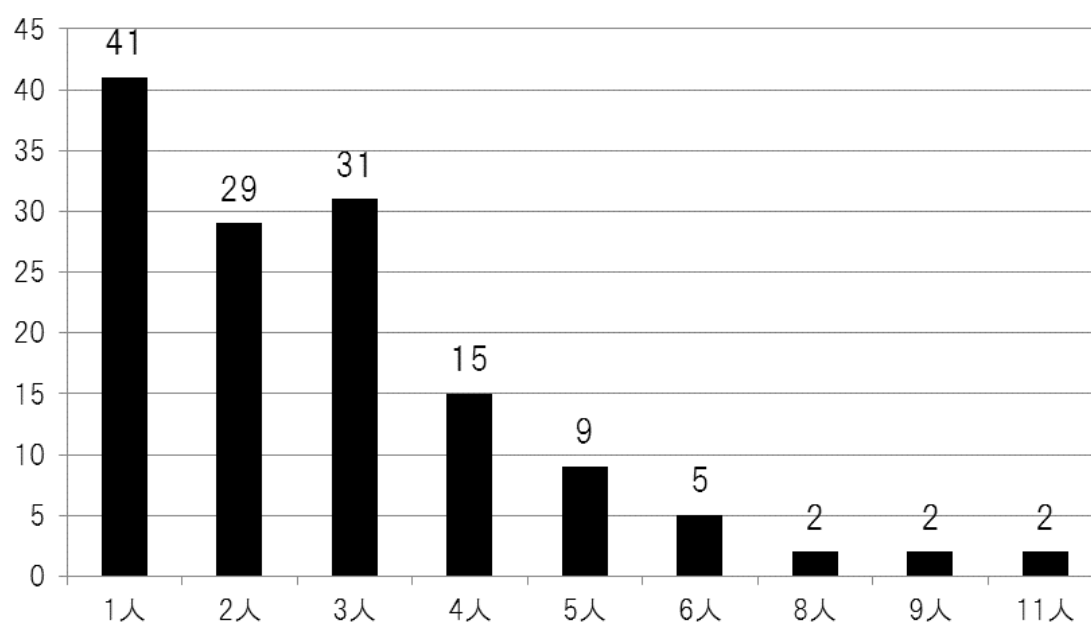


図 5 介護支援専門員兼務ありの事業所あたりの人数

### (5)事業所の加算取得状況

1 か月の加算取得状況は、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、重症者管理加算は、8 割以上の事業所が取得していたが、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算は、3 割以下の取得率であった(図 6)。半数以上の事業所がターミナルケアへの加算を取得していた(図 7)。

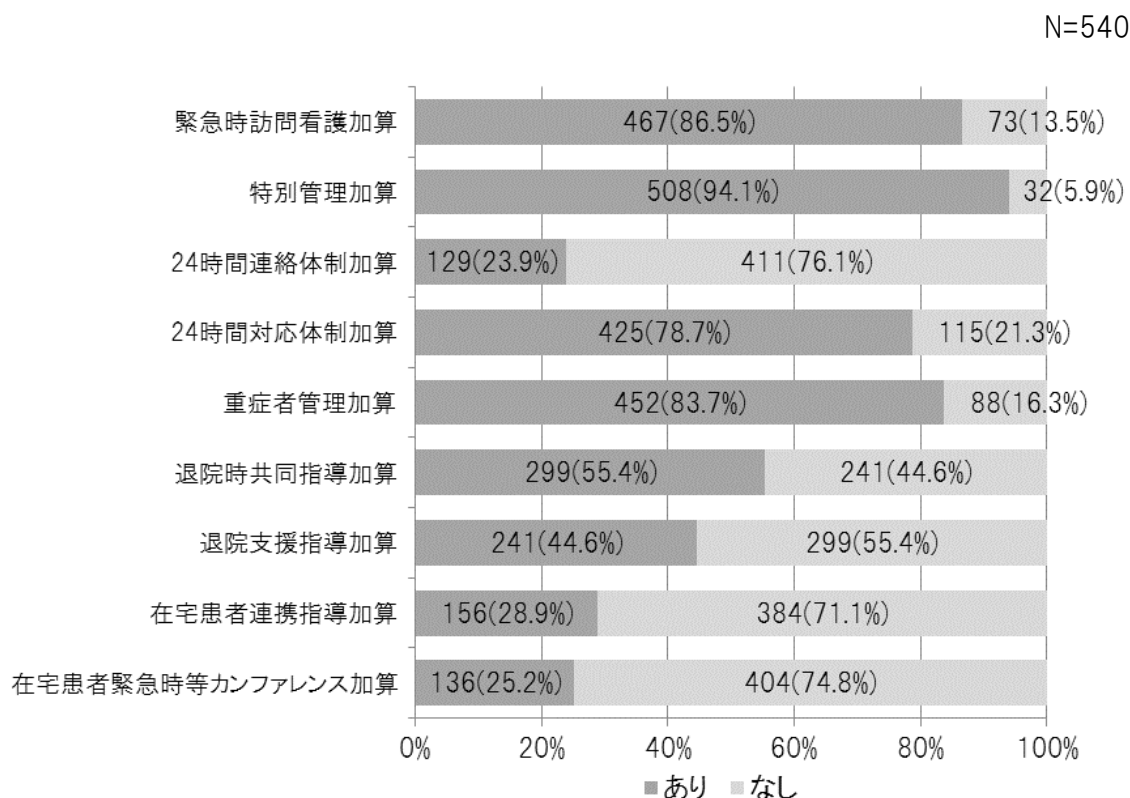


図 6 1 か月間の加算取得状況(介護保険法・健康保険法等)

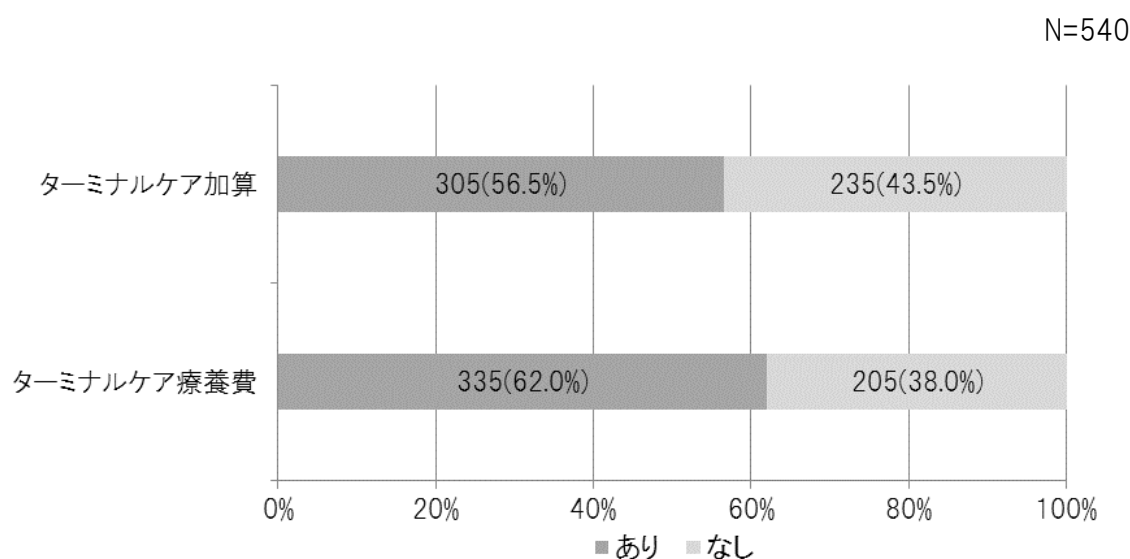


図 7 ターミナルケアへの対応(介護保険・医療保険)



## (6)ターミナルケア加算年間取得件数

ターミナルケア加算は1件が74事業所と最も多く、次いで2件が37事業所あった(図8)。ターミナルケア療養費は、2件が48事業所、次いで1件が40事業所であった(図9)。

N=540

事業所数

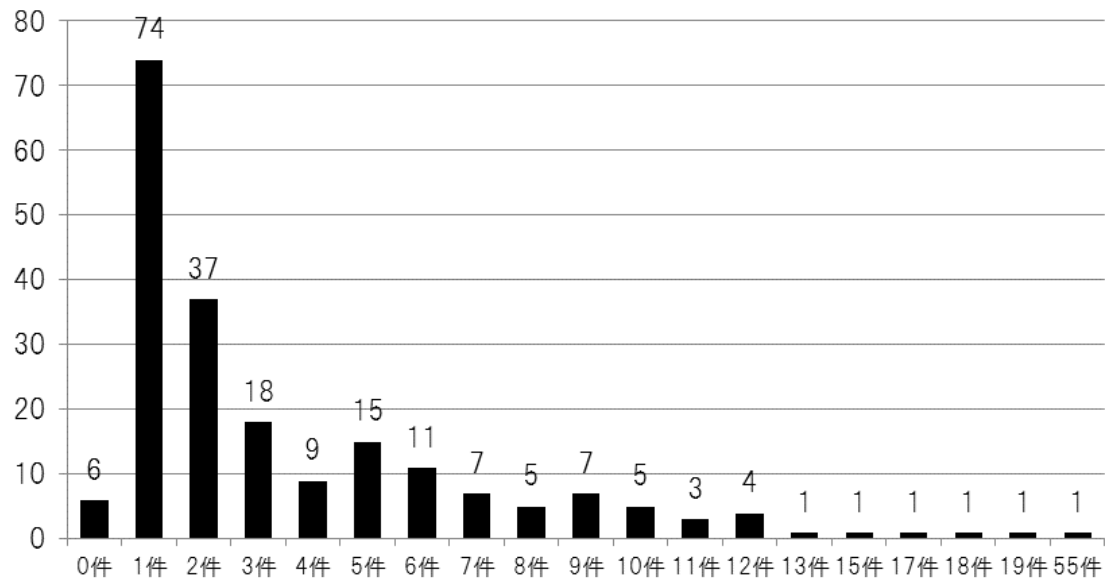


図8 ターミナルケア加算年間取得件数

N=540

事業所数

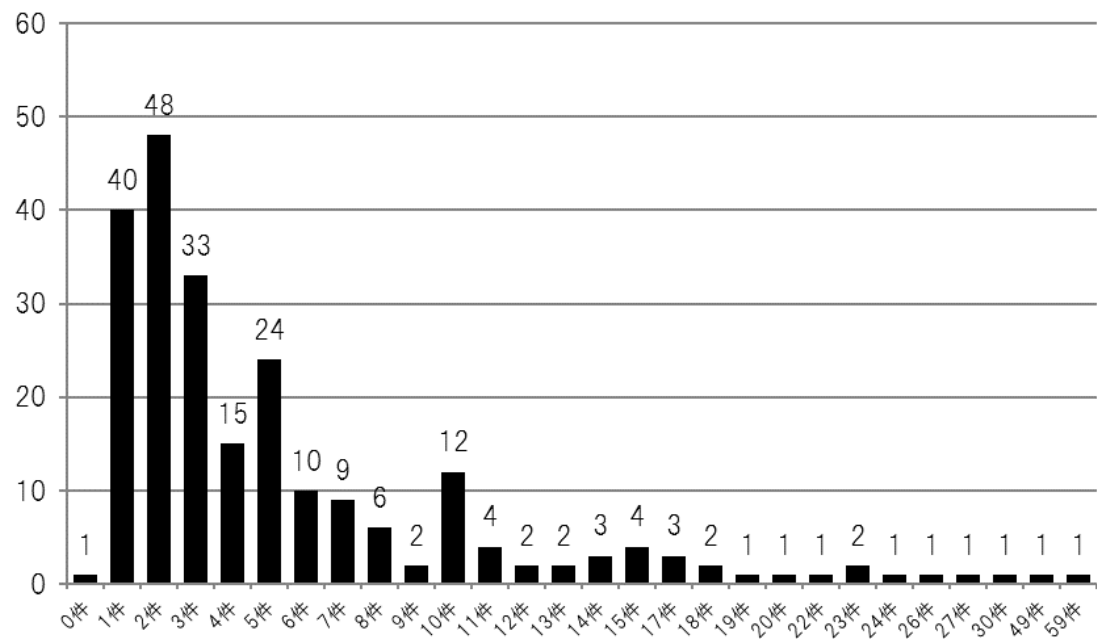


図9 ターミナルケア療養費年間取得件数

#### (7)居宅療養管理指導の算定の有無と算定件数

居宅療養管理指導を算定していると回答した事業所は 14 件で、算定件数は、2 件から 41 件と回答件数に幅がみられた(図 10)。

N=540

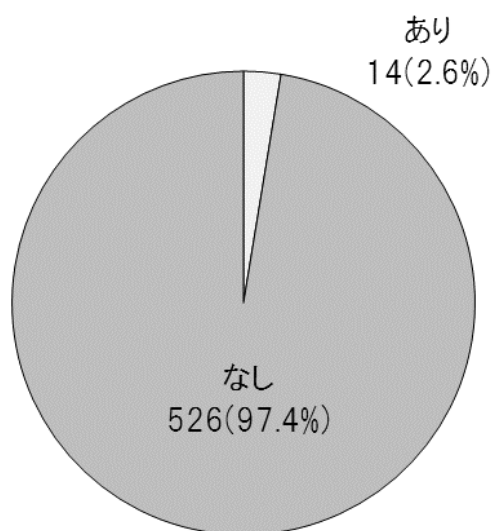


図 10 居宅療養管理指導の算定の有無

#### (8) 看取りの医師との連携

在宅療養診療所との連携については半数以上が「はい」と回答しており(図 11)、7 割以上の事業所が、看取りに積極的姿勢の医師について「あり」と回答した(図 12)。

N=540

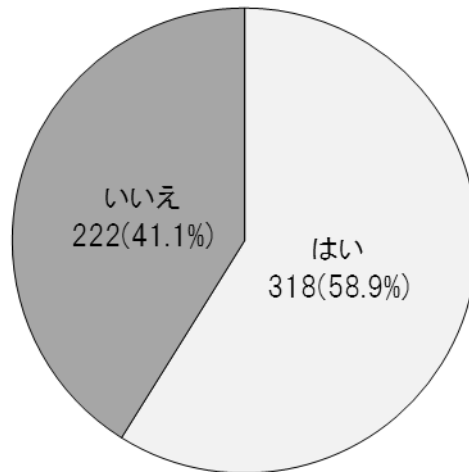


図 11 在宅療養診療所との連携ステーションであるか

N=540

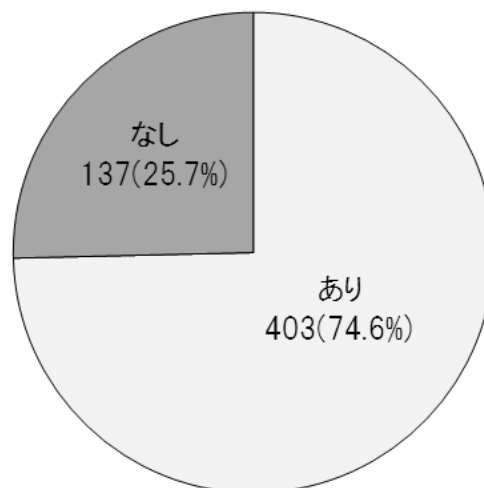


図 12 看取りに積極的姿勢の医師の有無

### (9)無理をお願いできる関係機関について

無理をお願いできる関係機関について 8 割以上の事業所が「あり」と回答しており(図 13)、主な連携機関として居宅介護事業所、在宅医療支援診療所、病院があげられた(図 14)。

N=540

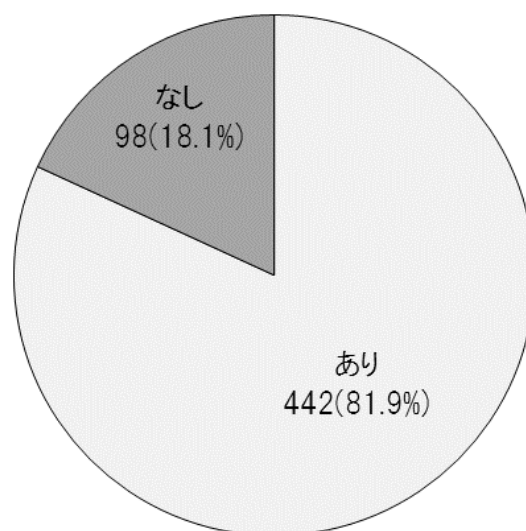


図 13 無理をお願いできる関係機関の有無

N=540

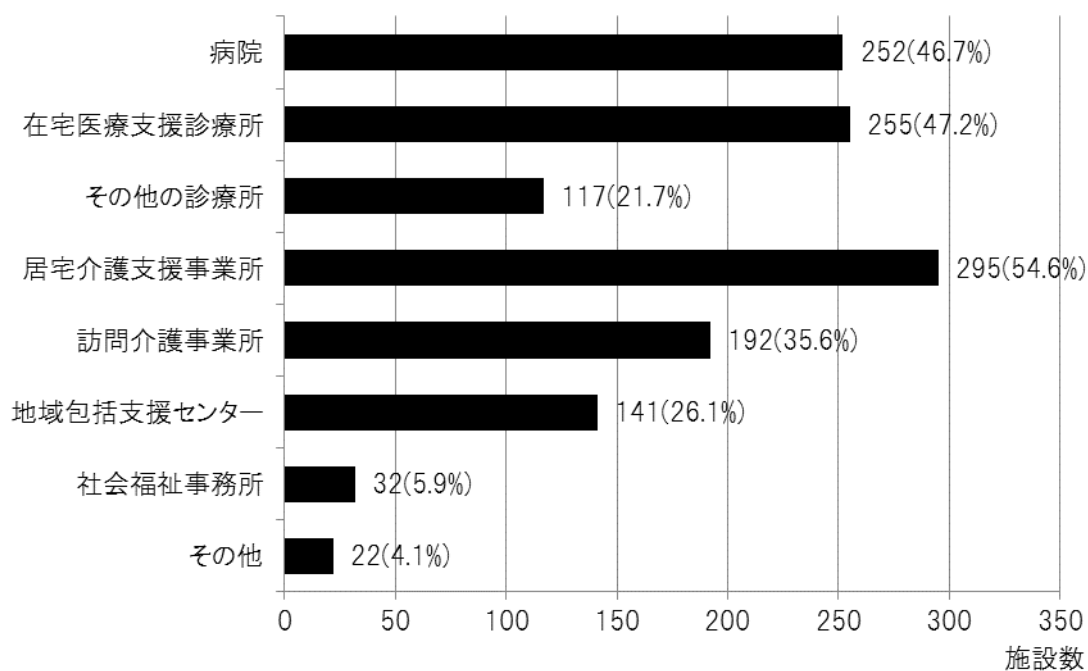


図 14 無理をお願いできる連携機関(複数回答)

### (10)緊急時の対応について

営業時間外の連絡体制では、9 割の事業所が「訪問看護師が自宅に対応」と回答した(図 15)。利用者の急変に備えての対応では、6 割の事業所が「事態を予測して事前に指示を受けられる」、半数が「同行訪問や往診を頼める」と回答していた(図 16)。

N=540

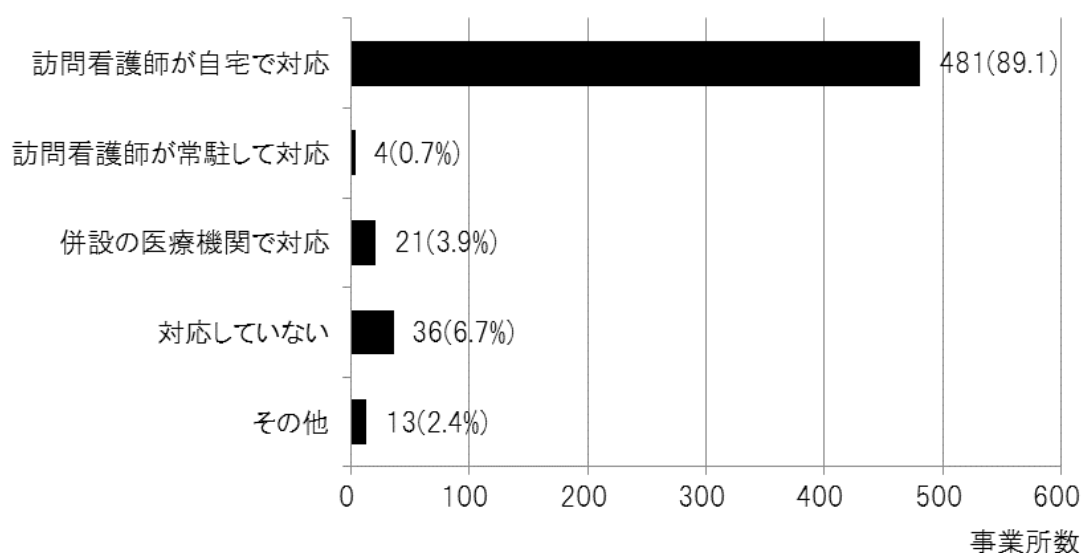


図 15 営業時間外の連絡体制(複数回答)

N=540

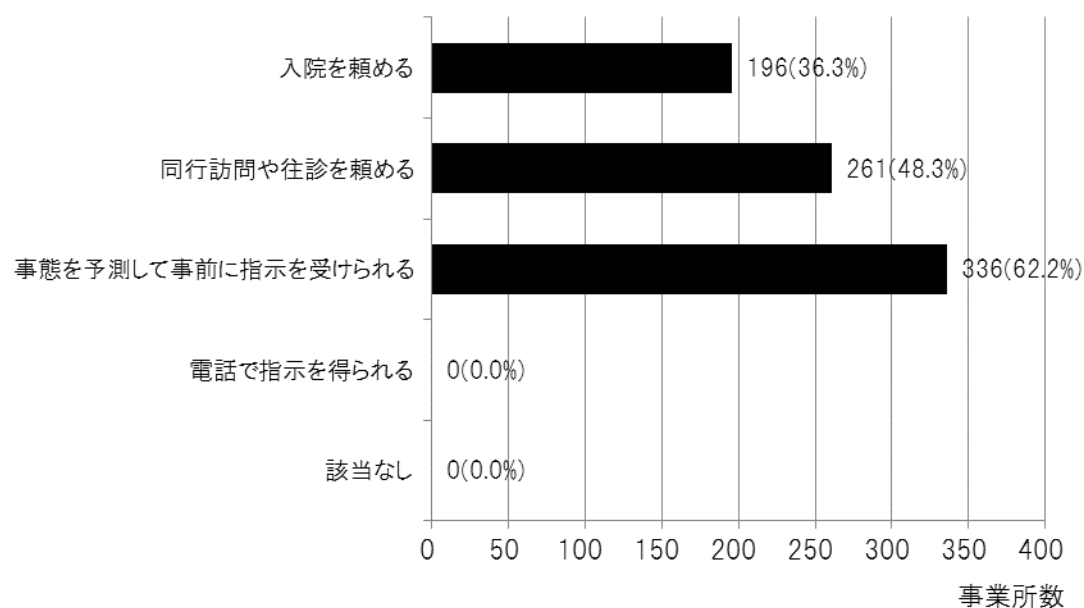


図 16 利用者の急変に備えた対応の内容

### (11)独居高齢者の在宅看取り有無別の訪問看護ステーションの特徴

平成 23 年度の 1 年間に自宅での看取りを経験した訪問看護ステーションは 443 施設(82.0%)で、平均  $10.5 \pm 9.5$  人の利用者の看取りを経験していた。1 年間に独居高齢者の自宅での看取りを経験した訪問看護ステーションは、136 施設(25.2%)で、平均  $1.6 \pm 0.9$  人の利用者の看取りを経験していた(図 17)。

自宅での看取りを経験した訪問看護ステーション 443 施設のうち、独居高齢者の在宅看取りの有無別に分析した。1 か月間の加算取得状況の比較では、退院時の連携に関する項目、在宅患者のカンファレンスなど連携に関する項目、ターミナルケアへの対応に関する項目において、独居高齢者の在宅看取り群が有意に加算取得している傾向にあった(表 4)。

N=540

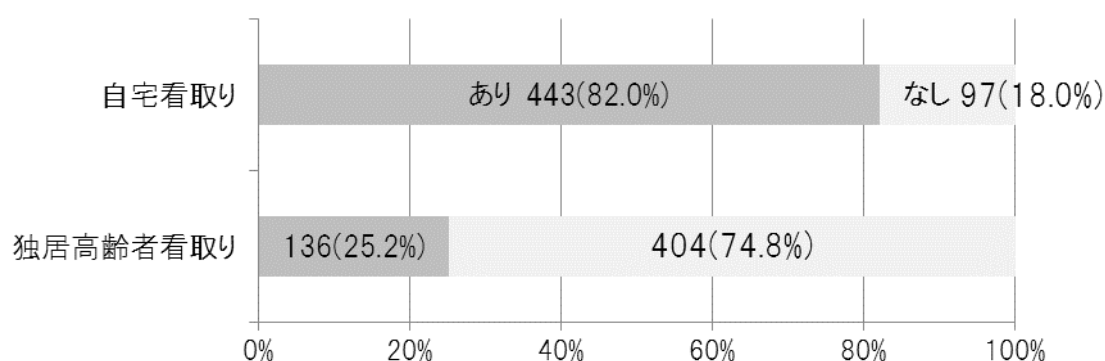


図 17 自宅看取り、独居高齢者看取りの有無

表 4 独居高齢者の在宅看取り有無別にみた加算取得状況

| 加算項目              | 看取りあり<br>(n=136) | 看取りなし<br>(n=307) | p 値      |
|-------------------|------------------|------------------|----------|
|                   | n (%)            | n (%)            |          |
| 緊急時訪問看護加算         | 127 (93.4)       | 272 (88.6)       | 0.167    |
| 特別管理加算            | 133 (97.8)       | 297 (96.7)       | 0.762    |
| 24 時間連絡体制加算       | 31 (22.8)        | 69 (22.5)        | 1.000    |
| 24 時間対応体制加算       | 118 (86.8)       | 252 (82.1)       | 0.267    |
| 重症者管理加算           | 125 (91.9)       | 269 (87.6)       | 0.250    |
| 退院時共同指導加算         | 93 (68.4)        | 156 (50.8)       | 0.001 ** |
| 退院支援指導加算          | 76 (55.9)        | 125 (40.7)       | 0.004 ** |
| 在宅患者連携指導加算        | 54 (39.7)        | 73 (23.8)        | 0.001 ** |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 | 46 (33.8)        | 68 (22.1)        | 0.013 *  |
| ターミナルケア加算         | 97 (71.3)        | 183 (59.6)       | 0.019 *  |
| ターミナルケア療養費        | 103 (75.7)       | 201 (65.5)       | 0.035 *  |

$\chi^2$  検定

加算取得ありのみ掲載

ターミナルケア加算、ターミナル療養費加算は 1 年間の加算有無

関係機関との連携状況の比較では、独居高齢者の在宅看取り群が、困難ケースの場合に無理をお願いできる関係機関をもっていた。関係機関の中でも、在宅医療支援診療所やその他の診療所、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所に有意な差が見られた(表 5)。

**表 5 独居高齢者の在宅看取り有無別にみた困難ケースの場合に無理をお願いできる関係機関の有無**

| 加算項目                   | 看取りあり<br>(n=136) | 看取りなし<br>(n=307) | p 値   |    |
|------------------------|------------------|------------------|-------|----|
|                        | n (%)            | n (%)            |       |    |
| 在宅療養支援診療所との連携有無        | 102 (75.0)       | 190 (61.9)       | 0.009 | ** |
| 看取りに積極的な医師の有無          | 118 (86.8)       | 245 (79.8)       | 0.083 |    |
| 無理をお願いできる関係機関の有無       | 123 (90.4)       | 253 (82.4)       | 0.031 | *  |
| 無理をお願いできる病院の有無         | 70 (51.5)        | 140 (45.6)       | 0.259 |    |
| 無理をお願いできる在宅医療支援診療所の有無  | 88 (64.7)        | 147 (47.9)       | 0.001 | ** |
| 無理をお願いできるその他の診療所の有無    | 43 (31.6)        | 59 (19.2)        | 0.005 | ** |
| 無理をお願いできる居宅介護支援事業所の有無  | 90 (66.2)        | 169 (55.0)       | 0.029 | *  |
| 無理をお願いできる訪問介護事業所の有無    | 69 (50.7)        | 102 (33.2)       | 0.001 | ** |
| 無理をお願いできる地域包括支援センターの有無 | 43 (31.6)        | 82 (26.7)        | 0.304 |    |
| 無理をお願いできる社会福祉事務所の有無    | 4 ( 2.9)         | 21 ( 6.8)        | 0.120 |    |

$\chi^2$  検定

連携機関ありのみ掲載

訪問看護ステーションの職員数や利用者数では、独居高齢者の在宅看取り群が、有意に看護職員数と事務職員数が多く、1 か月間の利用者数と訪問回数が多い傾向にあった(表 6)。

**表 6 独居高齢者の在宅看取り有無別にみた訪問看護ステーションの職員数、利用者数、訪問回数**

| 加算項目           | 看取りあり(n=136) |         | 看取りなし(n=307) |         | p 値    |     |
|----------------|--------------|---------|--------------|---------|--------|-----|
|                | 平均値          | (SD)    | 平均値          | (SD)    |        |     |
| 看護職員数          | 6.4          | ( 4.1)  | 5.6          | ( 3.3)  | 0.028  | *   |
| リハビリスタッフ職員数    | 0.9          | ( 1.6)  | 0.8          | ( 1.9)  | 0.693  |     |
| 事務職員数          | 0.7          | ( 0.8)  | 0.5          | ( 0.6)  | 0.002  | **  |
| 1 か月間の合計利用者数   | 92.9         | ( 53.1) | 71.0         | ( 46.4) | <0.001 | *** |
| 1 か月間の合計新規利用者数 | 5.7          | ( 4.7)  | 3.9          | ( 3.1)  | <0.001 | *** |
| 1 か月間の合計終了利用者数 | 5.2          | ( 4.2)  | 3.9          | ( 3.5)  | 0.003  | **  |
| 1 か月間の合計延べ訪問回数 | 513.7        | (317.7) | 378.2        | (231.3) | <0.001 | *** |
| 1 か月間の合計緊急訪問回数 | 19.8         | (100.6) | 8.3          | ( 11.1) | 0.235  |     |

t 検定

独居高齢者の在宅看取りに関連する要因について多重ロジスティック回帰分析を行った。事前に変数の散布図を観察し、著しく直線関係を示すような変数は存在しなかったことを確認した。モデルの説明変数として、「退院時共同指導加算」「無理をお願いできる在宅医療診療所」「無理をお願いできる訪問介護事業所」「1 か月間の合計利用者数」「1 か月間の合計新規利用者数」の 5 変数を尤度比による変数増加法によるロジスティック回帰分析を実施した。その結果、「退院時共同指導加算」「無理をお願いできる訪問介護事業所」「1 か月間の合計新規利用者数」の 3 項目が、独居高齢者の在宅看取りに関連することが示唆された(表 7)。モデル  $\chi^2$  検定の結果は  $p < 0.001$  で有意であり、各変数も有意( $p < 0.05$ )であった。Hosmer-Lemeshow 検定の結果は  $p = 0.232$  と良好であり、判別的中率も 71.8 %と許容範囲の値であった(表 7)。

表 7 独居高齢者の在宅看取り有無を目的変数とした各項目のオッズ比 N=433

| 項目                      | $\beta$ | オッズ比  | 95%信頼区間       | p 値    |     |
|-------------------------|---------|-------|---------------|--------|-----|
| 退院時共同指導加算               | 0.541   | 1.717 | (1.086-2.716) | 0.021  | *   |
| 無理をお願いできる訪問介護事業所        | 0.517   | 1.677 | (1.074-2.618) | 0.023  | *   |
| 1 か月間の合計新規利用者数          | 0.108   | 1.114 | (1.052-1.181) | <0.001 | *** |
| モデル $\chi^2$ 値          |         |       | 31.073        | <0.001 | *** |
| Hosmer-Lemeshow 検定の有意確率 |         |       | 0.232         |        |     |
| 判別の的中率                  |         |       | 71.8          |        |     |

多重ロジスティック回帰分析(変数増加法:尤度比)

## 2)利用者について

### (1)全体の特徴

返送された調査票は 389 票であった。そのうち 65 歳未満を除く 341 名の在宅死独居高齢者の特徴は以下であった。男女比は、男性 158 名(46%)、女性 183 名(54%)と若干女性が多かった(図 18)。

N=341

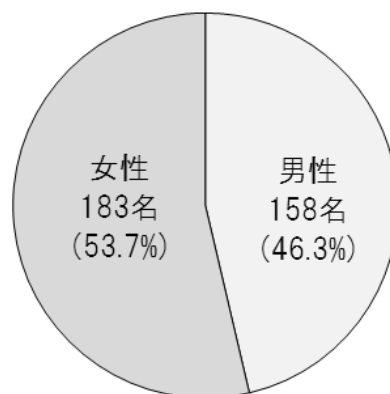


図 18 利用者の性別における割合



平均年齢は  $82.5 \pm 9.1$  歳(範囲:65-102 歳)であり、各年代別の度数としては、80 歳代が最も多く 121 名、次いで 70 歳代が 106 名、90 歳代が 78 名であった(図 19)。

N=341

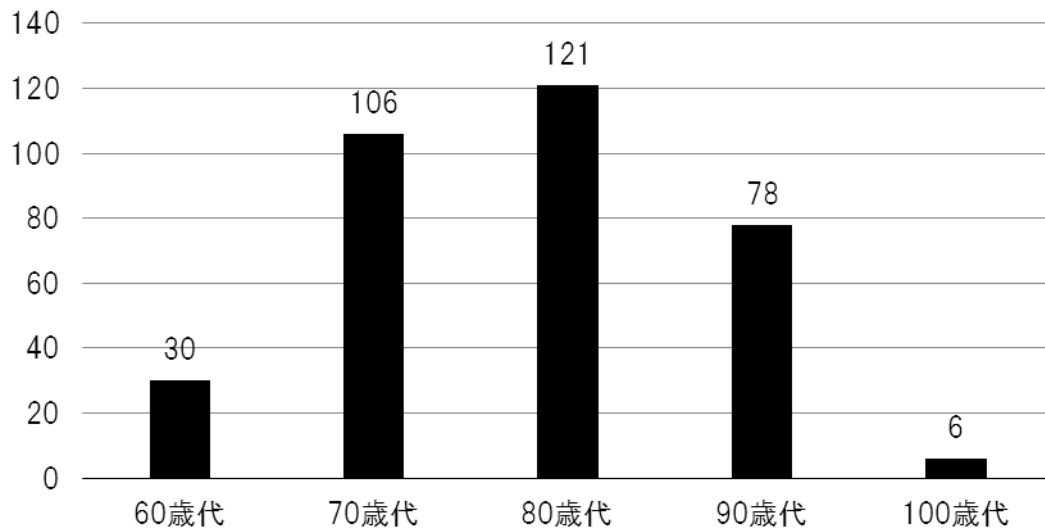


図 19 利用者の年齢

訪問期間の平均日数は  $407.5 \pm 741.5$  日で、範囲は 0 日～4884 日(約 13 年 4 ヶ月)であった。最も多かったのは、1 ヶ月以内が 90 名(29%)であり、次いで 3 ヶ月以内が 59 名(19%)であった。6 ヶ月以内では 63%、1 年以内の場合では 75%を占めており、比較的短期間の訪問期間であった(図 20)。

N=313

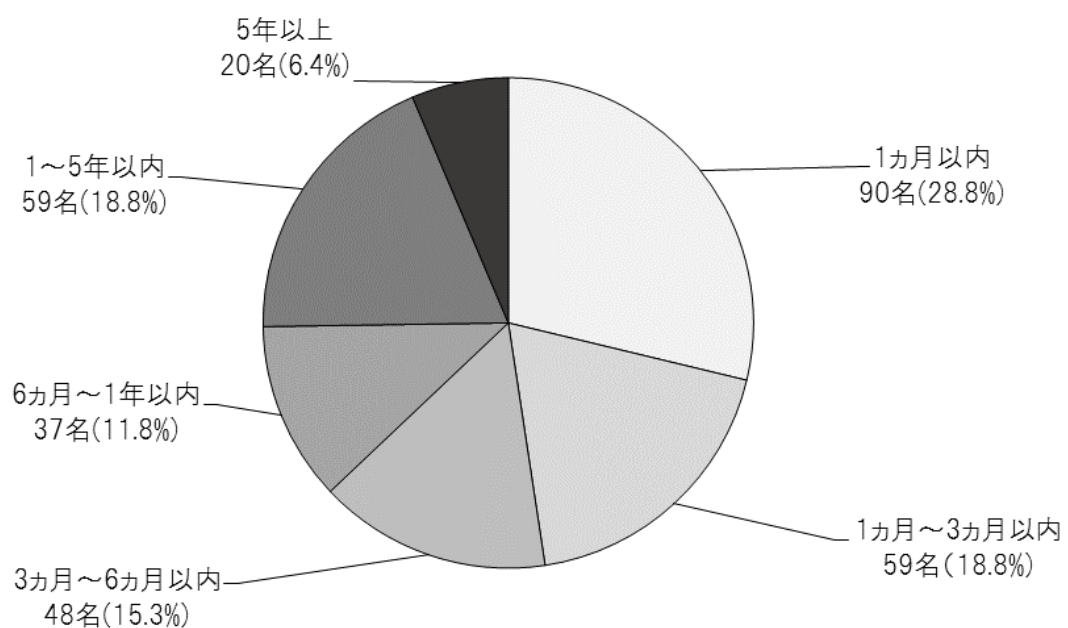


図 20 訪問期間

利用者の経済状況においては、80%以上が普通もしくは余裕ありと答えたが、20%弱の人は、厳しい経済状態であると回答した(図 21)。

N=337

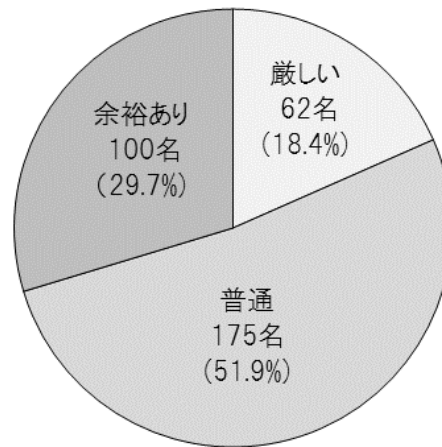


図 21 利用者の経済状況

生活保護の受給状態については、314 名中 41 名(13%)が受給しており(図 22)、経済状態との関連を確認したところ、310 名中経済状態が厳しいと回答した 56 名のうち、31 名(55%)が生活保護を受給していた(図 23)。

N=314

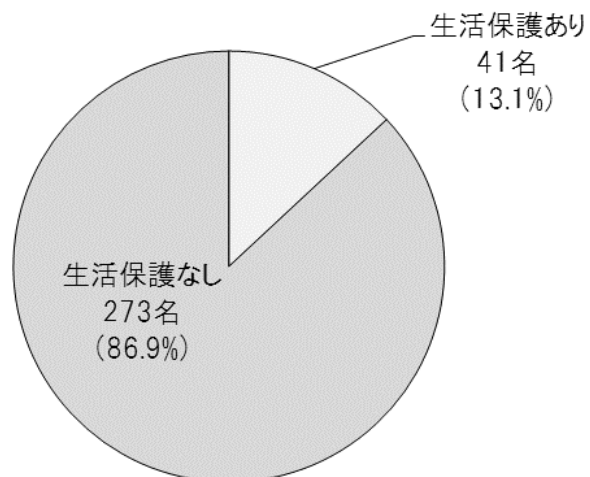


図 22 生活保護の受給状況

N=310

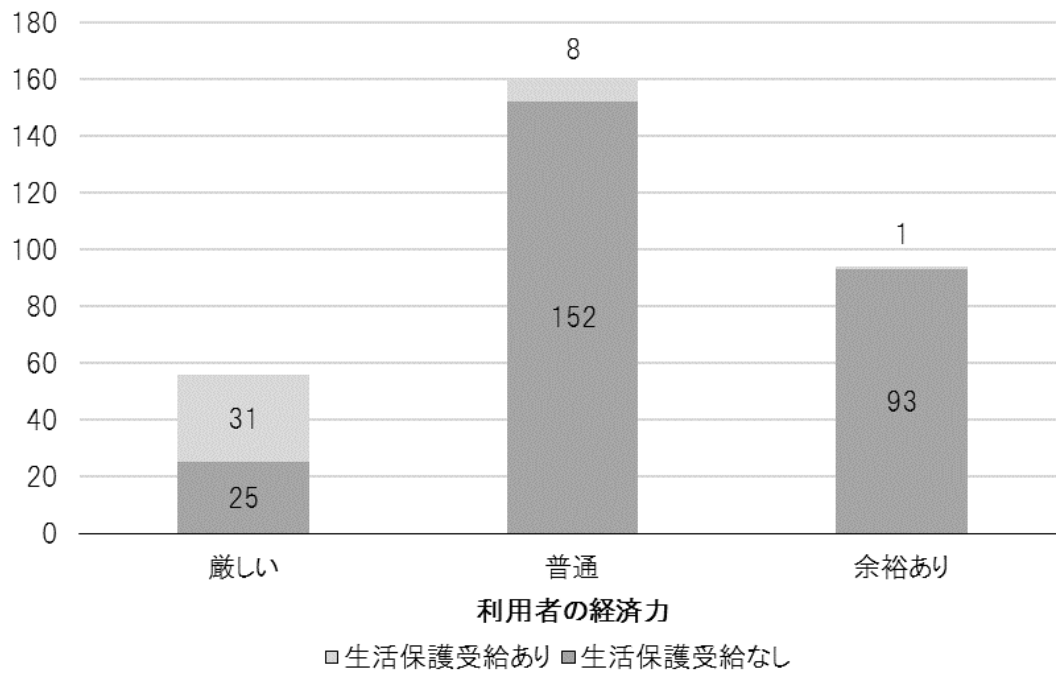


図 23 利用者の経済力と生活保護受給の有無との関連

## (2)疾患について

主疾患は、3つまで選択可能とした複数回答において、190 名が悪性腫瘍と最も多く、次いで脳血管疾患、認知症がそれぞれ 68 名であった(図 24)。

N=341

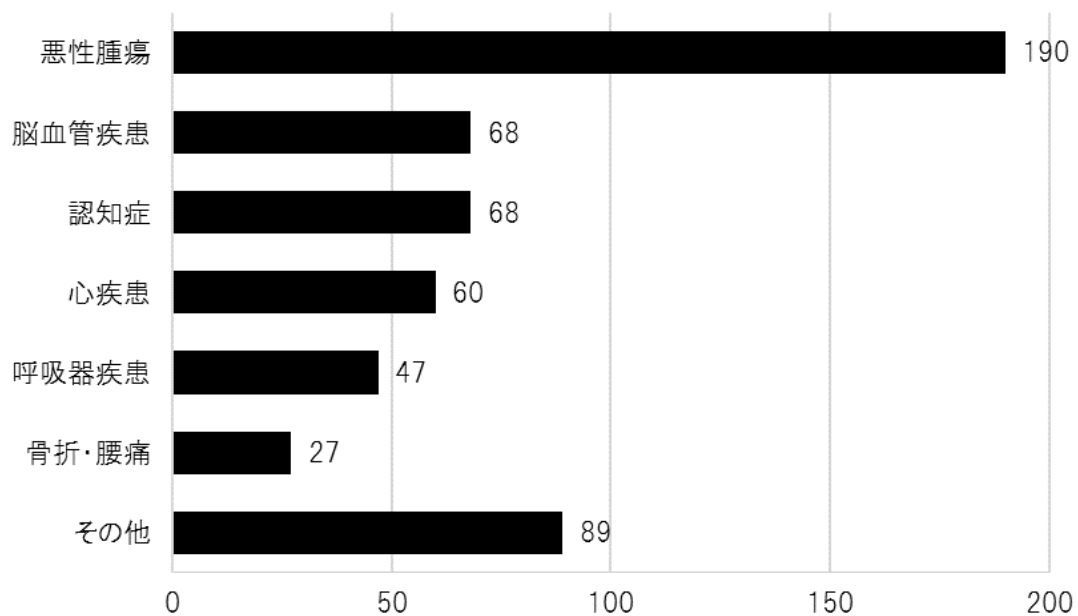


図 24 主疾患の分布(複数回答)

介護度は、要介護5が 123 名(37.6%)と最も多く、次いで要介護度4が 58 名(17.7%)であり、介護度の高い高齢者が約半数を占めた(図 25)。

N=327

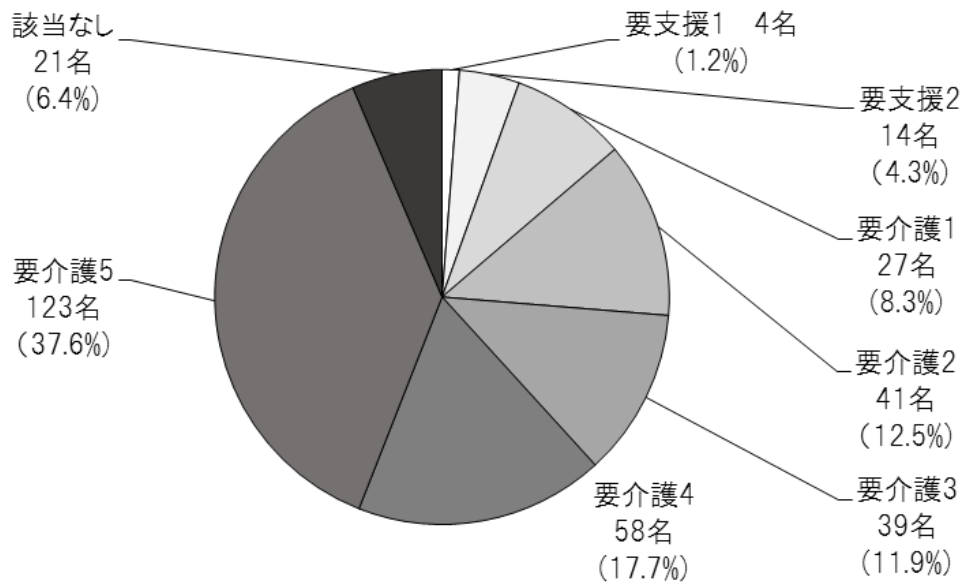


図 25 要介護度の割合

認知症自立度においては、Ⅰが 122 名(41.6%)、Ⅱが 67 名(22.9%)と認知症においては軽度である割合が高かった。しかし、一方で、認知症が中程度であるⅢが 42 名(14.3%)、重度であるⅣが 38 名(13.0%)と 30%弱のケースで認知症が中～重度であっても自宅で独りで生活し、最期を迎えていた(図 26)。

N=293

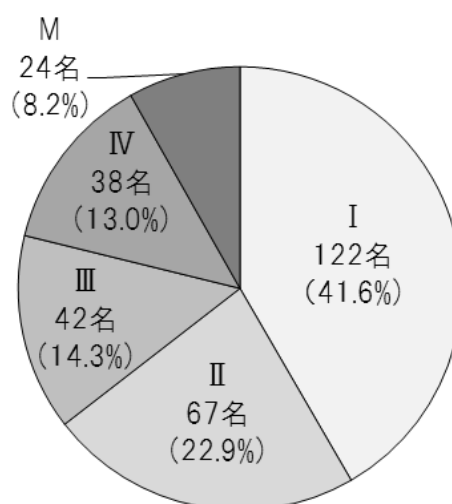


図 26 認知症自立度の割合

意思表示に関しては、在宅療養を希望した利用者は 80.8%であり、在宅療養の希望がないものも 9.7%あった(図 27)。

N=339

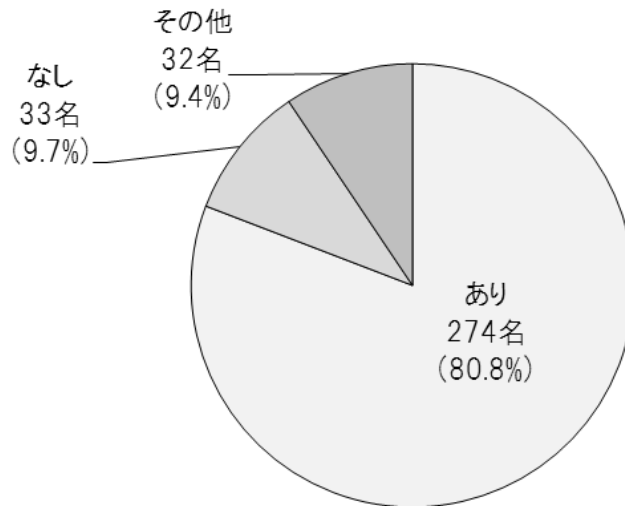


図 27 在宅療養の希望

また、終末期の意思表示においては、文書で意思表示をしたのは 14 名(4%)、口頭での意思表示が 176 名(52%)と 6 割弱を占めた。一方、意思表示がなかった 85 名(25%)、意思表示不可 19 名(6%)、不明 45 名(13%)と回答したものを合わせると 5 割弱であり、終末期の意思表示が明確でないケースも半数程度あることが明らかとなった(図 28)。

N=339

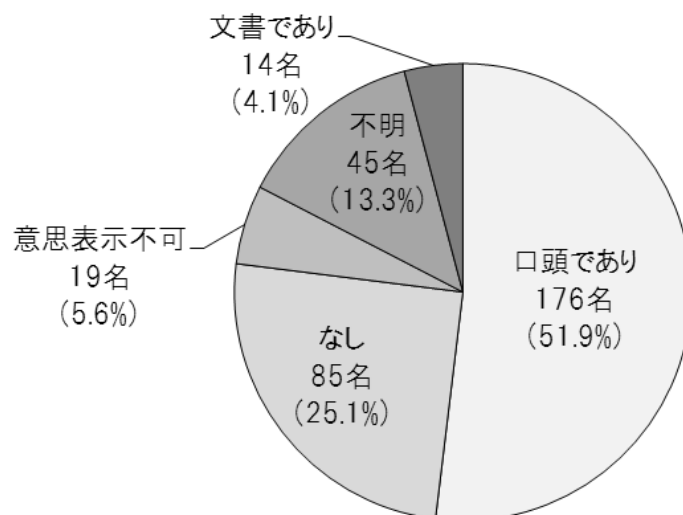


図 28 終末期における意思表示の割合

### (3)医療処置について

実施されていた医療処置数は $2.1 \pm 1.3$ (範囲:0-6)であった。死亡1週間前の平均処置数は $2.2 \pm 1.4$ であり、処置内容においては多い順に、褥瘡処置が129件、末梢静脈点滴が115件、酸素療法109件、麻薬使用が101件、吸引が94件であった1(図29)。

N=341

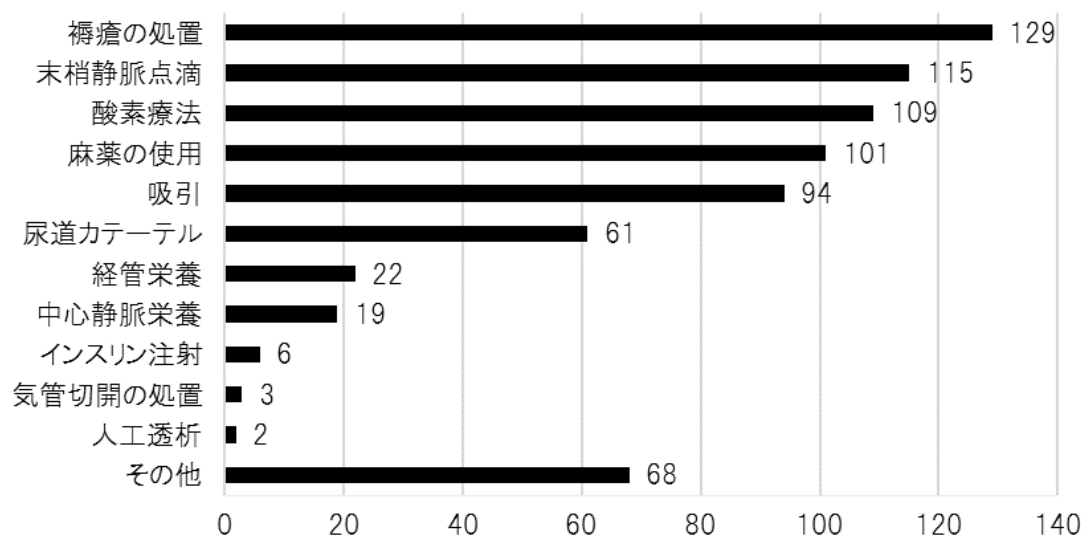


図29 死亡1週間前に実施された医療処置の件数(複数回答)

その他の処置の内容としては、点滴関連、排便コントロール、創部等の処置、ストーマ管理、処置なし、清潔ケア、疼痛・苦痛緩和、薬剤調整、食事指導・介助の自由記載による回答が得られた(図30)。

N=68

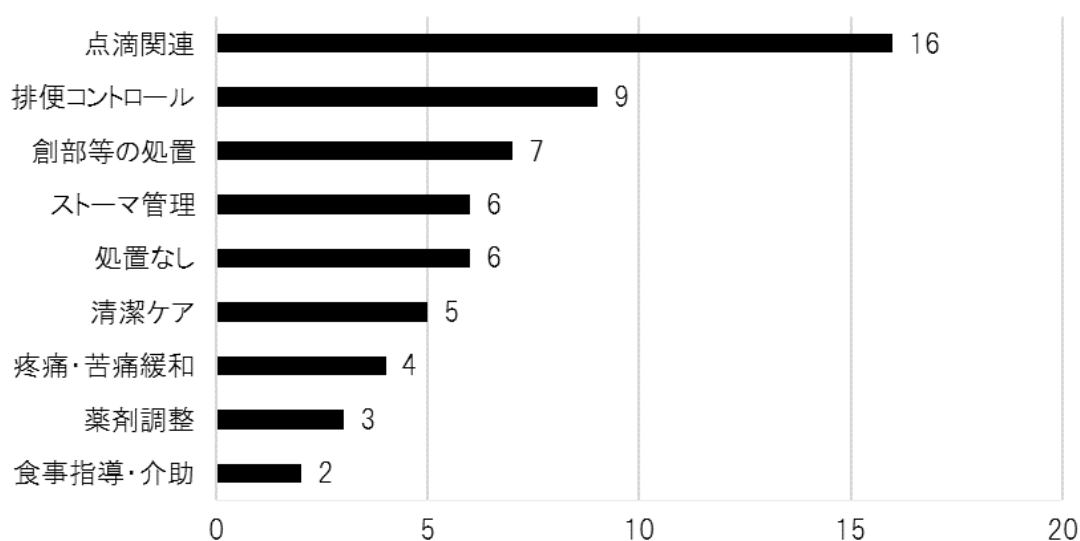


図30 その他の処置の内容

#### (4) サポート状況について

死亡 1 週間前のサポート状況について表にまとめた。フォーマルサポートにおいては、死亡 1 週間前の総訪問回数が最も多かったのは、訪問介護員の  $5.9 \pm 7.6$  回/週で、次いで看護師の  $5.4 \pm 4.0$  回/週、医師は  $2.1 \pm 1.3$  回/週であった(表 8)。また、少数ではあったが、その他として自由記載における回答が得られた職種としては、訪問入浴、自費のヘルパー、デイサービス、家政婦、訪問マッサージ、役場職員、地域包括支援センターであった(図 31)。

表 8 死亡 1 週間前のフォーマルサポートの状況 (単位 回/週)

|         | n   | 平均値 | 標準偏差 | 範囲   |
|---------|-----|-----|------|------|
| 看護師     | 339 | 5.4 | 4.0  | 0-30 |
| 医師      | 313 | 2.1 | 1.3  | 0-15 |
| 薬剤師     | 244 | 0.2 | 0.6  | 0- 7 |
| 介護支援専門員 | 253 | 1.5 | 2.0  | 0-21 |
| 訪問介護員   | 266 | 5.9 | 7.6  | 0-35 |

N=24

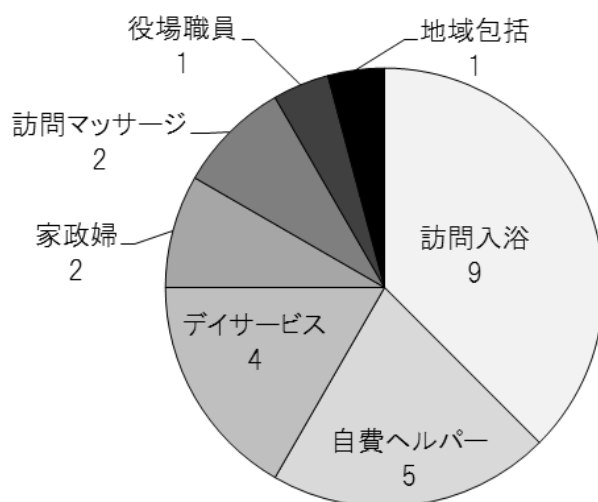


図 31 フォーマルサポートにおける「その他」の内訳

インフォーマルサポートにおいては、死亡前 1 週間の総滞在時間を 1 日平均で算出した。その結果、家族が  $15.2 \pm 10.4$  時間/日と最も多く、次いで親類の  $4.4 \pm 7.7$  時間/日、ボランティアは  $0.2 \pm 1.2$  時間/日であった(表 9)。また、その他の関係性において自由記載で得られた回答の内訳においては、知人・友人、近所の方、家政婦、内縁の妻・離婚した妻であった(図 32)。

表 9 死亡 1 週間前のインフォーマルサポートの状況(単位 時間/日)

|        | n   | 平均値  | 標準偏差 | 範囲   |
|--------|-----|------|------|------|
| 家族     | 257 | 15.2 | 10.4 | 0-24 |
| 親類時間   | 142 | 4.4  | 7.7  | 0-24 |
| ボランティア | 150 | 0.2  | 1.2  | 0-10 |
| その他時間  | 103 | 1.6  | 4.7  | 0-24 |

N=24

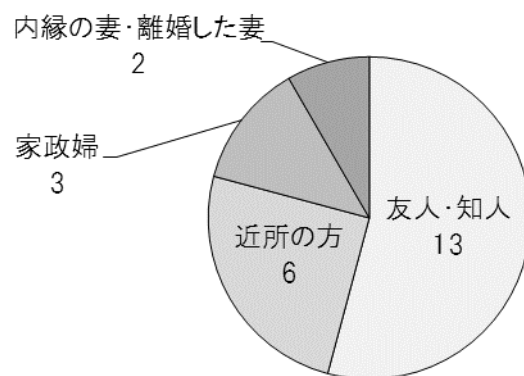


図 32 インフォーマルサポートにおける「その他」の内訳

看取り前 1 週間の家族介護時間は、24 時間の泊まり込みをしていた家族が 109 名(37%)であり、独りで最期を迎えた高齢者は 41 名(14%)であった(図 33)。

N=298

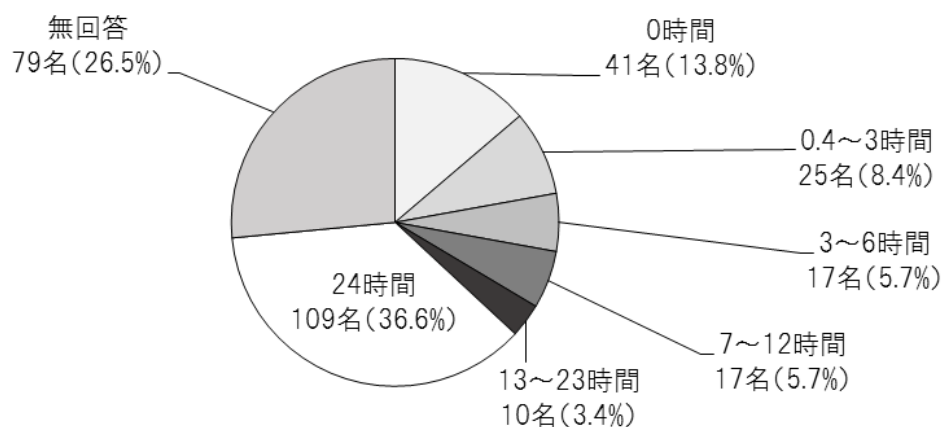


図 33 看取り前 1 週間の家族介護時間



### (5) 支援に対する満足度について

訪問看護師が利用者に対し、「苦痛の軽減」、「孤独を感じず最期を迎えたか」、「支えられていたか」、「希望の達成」、「本人との話し合い」、「不安の軽減」の 6 項目について、終末期の全過程を通じてどの程度行うことができたと思うかを 4 段階で質問をしたところ、以下の結果が得られた(図 34)。「本人との話し合い」が唯一「できた」と答えた割合が「できなかった」と答えた割合よりも少なかった。その他は、概ね 80%程度が出来たと答えていた。

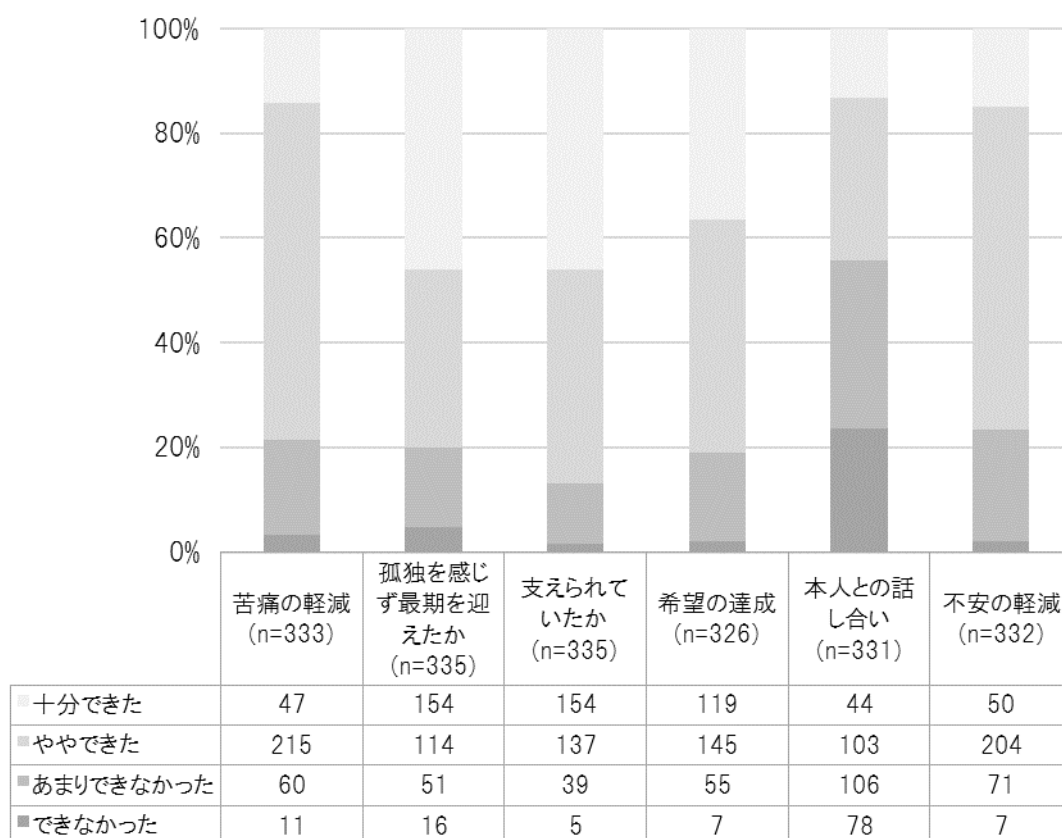


図 34 自宅で死亡した利用者の満足度

## (6)満足度が高かった利用者の特徴

満足度において、6項目全てを「十分できた」「ややできた」と回答した利用者の特徴を明らかにするため、満足度において、「十分できた」「ややできた」を「できた」、「できなかった」「あまりできなかった」を「できなかった」の2値データとし、6項目全てに「できた」と答えた群を満足度あり群、6項目のうち1つでも「できなかった」と答えた群を満足度なし群に分け、各項目間で $\chi^2$ 検定およびt検定を行った。

その結果、利用者の特性においては、認知症が重度である割合は満足度なし群で高く、経済力が厳しいと回答した割合は満足度なし群で高く、有意差を認めた(表10)。

表10 満足度の有無と利用者の特徴における差の検定

|         |         |                  | 満足度              |                  | $\chi^2/t$ | p 値        |
|---------|---------|------------------|------------------|------------------|------------|------------|
|         |         |                  | あり               | なし               |            |            |
|         |         |                  | n(%)/<br>mean±SD | n(%)/<br>mean±SD |            |            |
| 性別      | (n=316) | 男性               | 48(47.5%)        | 98(45.6%)        | 0.104      | 0.809      |
| 死亡時年齢   | (n=316) |                  | 81.2±9.5 歳       | 83.5±8.9 歳       | 1.702      | 0.090      |
| 訪問期間    | (n=288) |                  | 359.0±707.0 日    | 439.4±778.2 日    | 0.844      | 0.399      |
| 介護度     | (n=283) | 重度 <sup>1)</sup> | 50(54.3%)        | 120(62.8%)       | 1.861      | 0.196      |
| 認知症自立度  | (n=271) | 重度 <sup>2)</sup> | 16(19.8%)        | 80(42.1%)        | 12.403     | <0.001 *** |
| 生活保護受給  | (n=283) | 有                | 11(11.3%)        | 29(14.9%)        | 0.683      | 0.473      |
| 利用者の経済力 | (n=312) | 厳しい              | 13(13.0%)        | 48(22.6%)        | 4.016      | 0.048      |

$\chi^2$ 検定, t 検定

1)介護度重度とは要介護4もしくは5の場合、2)認知症重度は、認知症自立度ⅣもしくはⅤの場合

終末期の意向に関する項目においては、在宅療養の希望ありと回答した場合は満足度なし群の割合が多く、終末期の意思表示ありと回答したのは、満足度あり群の割合が高く、有意差を認めた(表11)。

表11 満足度の有無と終末期の意向に関する差の検定

N=314

|         |   | 満足度        |            | $\chi^2$ | p 値    |     |
|---------|---|------------|------------|----------|--------|-----|
|         |   | あり<br>n(%) | なし<br>n(%) |          |        |     |
| 在宅療養希望  | 有 | 163(76.5%) | 94(93.1%)  | 12.621   | <0.001 | *** |
| 終末期意思表示 | 有 | 86(86.0%)  | 92(43.0%)  | 51.346   | <0.001 | *** |

$\chi^2$ 検定

疾患においては、悪性腫瘍ありの場合に満足度あり群の割合が高く、認知症ありの場合では満足度なし群の割合が高く、有意差を認めた(表 12)。

表 12 満足度の有無と疾患における差の検定

N=316

|             | 満足度       |            | $\chi^2$ | p 値   |    |
|-------------|-----------|------------|----------|-------|----|
|             | あり        | なし         |          |       |    |
|             | n(%)      | n(%)       |          |       |    |
| 脳血管障害       | 17(16.8%) | 45(20.9%)  | 0.732    | 0.449 |    |
| 悪性腫瘍        | 70(69.3%) | 107(49.8%) | 10.658   | 0.002 | ** |
| 心疾患         | 13(12.9%) | 43(20.0%)  | 2.395    | 0.155 |    |
| 呼吸器疾患       | 11(10.9%) | 32(14.9%)  | 0.932    | 0.383 |    |
| 骨折・腰痛       | 5( 5.0%)  | 19( 8.8%)  | 1.479    | 0.262 |    |
| 認知症         | 11(10.9%) | 52(24.2%)  | 7.610    | 0.006 | ** |
| その他         | 26(25.7%) | 55(25.7%)  | 0.000    | 1.000 |    |
| $\chi^2$ 検定 |           |            |          |       |    |

医療処置においては、満足度あり群で医療処置数が多く、麻薬の使用がある場合は、満足度あり群の割合が多く、有意差を認めた。サポート体制では、訪問看護師訪問回数において有意差を認めた(表 13)。

表 13 満足度の有無と医療処置における差の検定

N=316

|                   | 満足度        |           | $\chi^2/t$ | p 値    |     |
|-------------------|------------|-----------|------------|--------|-----|
|                   | あり         | なし        |            |        |     |
|                   | n(%)       | n(%)      |            |        |     |
| 医療処置数             | 2.36±1.3 個 | 2.0±1.4 個 | -2.371     | 0.018  | *   |
| 末梢静脈点滴            | 36(35.6%)  | 67(31.2%) | 0.628      | 0.442  |     |
| 中心静脈栄養            | 9( 8.9%)   | 9( 4.2%)  | 2.856      | 0.117  |     |
| 酸素療法              | 36(35.6%)  | 66(30.7%) | 0.769      | 0.439  |     |
| 吸引                | 33(10.9%)  | 51(24.5%) | 2.822      | 0.102  |     |
| 経管栄養              | 3( 3.0%)   | 18( 8.4%) | 3.232      | 0.090  |     |
| 尿道カテーテル           | 15(14.9%)  | 40(18.6%) | 0.673      | 0.525  |     |
| 褥瘡の処置             | 38(37.6%)  | 84(39.1%) | 0.061      | 0.901  |     |
| 麻薬の使用             | 46(45.5%)  | 46(21.4%) | 19.419     | <0.001 | *** |
| 気管切開の処置           | 0( 0.0%)   | 3( 1.4%)  | 1.423      | 0.554  |     |
| インスリン注射           | 3( 3.0%)   | 3( 1.4%)  | 0.915      | 0.389  |     |
| 人工透析              | 0( 0.0%)   | 2( 0.9%)  | 0.946      | 1.000  |     |
| $\chi^2$ 検定, t 検定 |            |           |            |        |     |

以上の結果から、満足度あり群の特徴は、認知症が重度ではない、経済力がある程度ある、終末期の意思表示がある、悪性腫瘍であり、医療処置は比較的多く、麻薬の使用もあり、訪問看護師が多く訪問しているという特徴が示された。

### (7) 悪性腫瘍の有無による分析

全体の特徴や、満足度の有無により差の検定を行った際に、悪性腫瘍（以下がん）とその他の疾患との間に異なる特徴が考えられたため、がんの有無による利用者の特徴の相違を確認した。

その結果、がんあり群は、非がん群と比較すると、男性、死亡時年齢が若い、訪問日数が短い、介護度が軽度、認知症が軽度、利用者の経済状況が厳しいと回答した割合が多い状況であった（表 14）。

表 14 がんの有無と利用者の特徴における関連

|         |         |                  | 悪性腫瘍             |                  | $\chi^2 / t$ | p 値    |     |
|---------|---------|------------------|------------------|------------------|--------------|--------|-----|
|         |         |                  | あり               | なし               |              |        |     |
|         |         |                  | n(%) / mean ± SD | n(%) / mean ± SD |              |        |     |
| 性別      | (n=341) | 男性               | 101(53.2%)       | 57(37.7%)        | 8.034        | 0.006  | **  |
| 死亡時年齢   | (n=341) |                  | 79.9 ± 8.1 歳     | 85.8 ± 9.2 歳     | 6.325        | <0.001 | *** |
| 訪問期間    | (n=313) |                  | 204.4 ± 492.5 日  | 661.7 ± 906.7 日  | 5.349        | <0.001 | *** |
| 介護度     | (n=306) | 重度 <sup>1)</sup> | 83(51.6%)        | 98(67.6%)        | 8.117        | 0.005  | **  |
| 認知症自立度  | (n=293) | 重度 <sup>2)</sup> | 38(24.7%)        | 66(47.5%)        | 16.597       | <0.001 | *** |
| 生活保護受給  | (n=314) | 有                | 28(15.8%)        | 13( 9.5%)        | 2.726        | 0.128  |     |
| 利用者の経済力 | (n=337) | 厳しい              | 42(22.1%)        | 20(13.6%)        | 3.988        | 0.048  | *   |

$\chi^2$ 検定, t 検定

1) 介護度重度とは要介護4もしくは5の場合, 2) 認知症重度は、認知症自立度ⅣもしくはⅤの場合

また、終末期の意向においては、がんあり群は、在宅療養希望、終末期の意思表示が非がん群に比べて意向が明らかであった。特に、終末期の意思表示においては、がんの有無で差が大きく、意思表示があったのは、がんあり群では 71.3%、非がん群では、37.1%であった（表 15）。

表 15 がんの有無における終末期への意向との関連

N=339

|         |   | 悪性腫瘍       |            | $\chi^2$ | p 値    |     |
|---------|---|------------|------------|----------|--------|-----|
|         |   | あり         | なし         |          |        |     |
|         |   | n(%)       | n(%)       |          |        |     |
| 在宅療養希望  | 有 | 168(88.9%) | 106(70.7%) | 17.918   | <0.001 | *** |
| 終末期意思表示 | 有 | 134(71.3%) | 56(37.1%)  | 39.738   | <0.001 | *** |

$\chi^2$ 検定

疾患においては、全ての疾患で有意差を認めた(表 16)。

表 16 がんの有無における他疾患との関連

N=341

|       | 悪性腫瘍       |            | $\chi^2$ | p 値    |     |
|-------|------------|------------|----------|--------|-----|
|       | あり<br>n(%) | なし<br>n(%) |          |        |     |
| 脳血管障害 | 15( 7.9%)  | 53(35.1%)  | 39.003   | <0.001 | *** |
| 心疾患   | 13( 6.8%)  | 47(31.1%)  | 34.218   | <0.001 | *** |
| 呼吸器疾患 | 16( 8.4%)  | 31(20.5%)  | 10.381   | 0.001  | **  |
| 骨折・腰痛 | 6( 3.2%)   | 21(13.9%)  | 13.334   | <0.001 | *** |
| 認知症   | 24(12.6%)  | 44(29.1%)  | 14.316   | <0.001 | *** |
| その他   | 22(11.6%)  | 67(44.7%)  | 47.489   | <0.001 | *** |

$\chi^2$ 検定

医療処置では、がんあり群は非がん群に比べて、医療処置数が多く、中心静脈栄養、酸素療法の実施、および麻薬の使用の割合が多く、経管栄養は少ないという特徴であった。特に、麻薬の使用においては、がんあり群では約半数が使用し、一方の非がん群では、3.3%と少なく、疾患の特徴が反映された結果となった(表 17)。

表 17 がんの有無における医療処置との関連

N=341

|         | 悪性腫瘍                       |                            | $\chi^2 / t$ | p 値    |     |
|---------|----------------------------|----------------------------|--------------|--------|-----|
|         | あり<br>n(%) / mean $\pm$ SD | なし<br>n(%) / mean $\pm$ SD |              |        |     |
| 医療処置数   | 2.32 $\pm$ 1.4 個           | 1.86 $\pm$ 1.3 個           | -3.174       | 0.002  | **  |
| 末梢静脈点滴  | 61(32.1%)                  | 54(35.8%)                  | 0.503        | 0.491  |     |
| 中心静脈栄養  | 18( 9.5%)                  | 1( 0.7%)                   | 12.416       | <0.001 | *** |
| 酸素療法    | 70(36.8%)                  | 39(25.8%)                  | 4.693        | 0.035  | *   |
| 吸引      | 49(25.8%)                  | 45(29.8%)                  | 0.678        | 0.464  |     |
| 経管栄養    | 5( 2.6%)                   | 17(11.3%)                  | 10.374       | 0.002  | **  |
| 尿道カテーテル | 35(18.4%)                  | 26(17.2%)                  | 0.083        | 0.887  |     |
| 褥瘡の処置   | 66(34.7%)                  | 63(41.7%)                  | 1.745        | 0.216  |     |
| 麻薬の使用   | 96(50.5%)                  | 5( 3.3%)                   | 89.973       | <0.001 | *** |
| 気管切開の処置 | 1( 0.5%)                   | 2( 1.3%)                   | 0.615        | 0.586  |     |
| インスリン注射 | 4( 2.1%)                   | 2( 1.3%)                   | 0.297        | 0.697  |     |
| 人工透析    | 1( 0.5%)                   | 1( 0.7%)                   | 0.027        | 1.000  |     |

$\chi^2$ 検定, t 検定

サポート体制においては、フォーマルサポートとしては、がんあり群が非がん群に比べて、訪問看護師、医師、薬剤師の訪問回数が多かった(表 18)。

**表 18 がんの有無におけるフォーマルサポートとの関連**

|         |         | 悪性腫瘍      |           | t      | p 値    |     |
|---------|---------|-----------|-----------|--------|--------|-----|
|         |         | あり        | なし        |        |        |     |
|         |         | mean±SD   | mean±SD   |        |        |     |
| 訪問看護師   | (n=339) | 6.0±4.1 回 | 4.6±3.6 回 | -3.198 | 0.002  | **  |
| 医師      | (n=313) | 2.4±2.2   | 1.6±1.1   | -4.370 | <0.001 | *** |
| 薬剤師     | (n=244) | 0.3±0.8   | 0.1±0.2   | -3.166 | 0.002  | **  |
| 介護支援専門員 | (n=253) | 1.5±1.6   | 1.6±2.4   | 0.313  | 0.755  |     |
| 訪問介護員   | (n=266) | 6.0±7.7   | 5.9±7.5   | -0.061 | 0.952  |     |

t検定 ※死亡前 1 週間の総訪問回数

インフォーマルサポートにおいては、がんの有無における差は認めなかった(表 19)。

**表 19 がんの有無におけるインフォーマルサポートとの関連**

|        |         | 悪性腫瘍         |              | t      | p 値   |  |
|--------|---------|--------------|--------------|--------|-------|--|
|        |         | あり           | なし           |        |       |  |
|        |         | mean±SD      | mean±SD      |        |       |  |
| 家族     | (n=257) | 15.9±10.2 時間 | 14.5±10.6 時間 | -1.097 | 0.274 |  |
| 親類     | (n=142) | 4.7±8.1      | 4.0±7.1      | -0.478 | 0.634 |  |
| ボランティア | (n=150) | 0.1±0.5      | 0.4±1.8      | 1.234  | 0.222 |  |
| その他    | (n=103) | 1.8±4.9      | 1.2±4.3      | -0.566 | 0.573 |  |

t 検定 ※死亡 1 週間前の訪問時間を 1 日における訪問時間に換算した

以上の結果より、がんあり群の特徴としては、死亡時の年齢が非がん群に比べて若く、訪問期間も短いこと、さらに介護度および認知症自立度は非がん群に比べると重度の割合が少なく、意思表示においては非がん群よりも多いことが分かる。医療処置数は非がん群に比べて多く、中心静脈栄養や酸素療法、麻薬の使用において多く、疾患による特徴を示していた。また、サポート体制においては、医療処置が多いという結果を反映しており、医療者の訪問回数が非がん群に比べて多いという特徴が示されたが、インフォーマルサポートにおける差は認めなかった。

また、がんの有無と満足度との関連について分析を行ったところ、「支えられていたか」の回答以外の項目において、がんの有無で回答の割合に差を認め、がんあり群において満足度が高い傾向にあった(表 20)。

**表 20 がんの有無と満足度の割合**

N=341

|                    | 悪性腫瘍 |        |     |        | p 値    |     |
|--------------------|------|--------|-----|--------|--------|-----|
|                    | あり   |        | なし  |        |        |     |
|                    | n    | (%)    | n   | (%)    |        |     |
| 支えられていた            | 169  | (90.4) | 122 | (82.4) | 0.033  | *   |
| 孤独を感じず最期を迎えることができた | 156  | (83.9) | 112 | (75.2) | 0.048  | *   |
| 希望が達成された           | 149  | (82.3) | 115 | (79.3) | 0.491  |     |
| 苦痛の軽減ができた          | 151  | (82.1) | 111 | (74.5) | 0.094  |     |
| 不安を軽減できた           | 151  | (81.2) | 103 | (70.5) | 0.023  | *   |
| 本人との話し合いがあった       | 100  | (53.5) | 47  | (32.6) | <0.001 | *** |

$\chi^2$ 検定

## (8) 家族親類の有無別による分析

これまでの結果で、独り暮らしであっても、亡くなる直前には家族が滞在している状況が明らかとなった。本研究の本来の目的は、家族と生活をしていても、独り暮らしであっても、最期まで自宅で過ごすための看護モデルを構築するために実施したものであることから、家族もしくは親類の死亡前 1 週間の訪問時間が 1 日平均 1 時間以上の場合に、訪問あり群(以下、家族親類あり群)と、家族もしくは親類の死亡 1 週間前の訪問時間が 1 時間未満の群および訪問時間の記載が無かったケースを訪問なし群(家族親類なし群)に分けて分析を行い、家族支援を受けずに最期を自宅で迎えた利用者の特徴を明らかにした。

家族親類の有無における利用者の特徴としては、死亡時年齢が家族親類なし群ではあり群に比べて若い傾向にあり、認知症自立度が軽度、生活保護の受給あり、利用者の経済力が厳しいと回答した割合が高かった(表 21)。

表 21 家族親類の有無における利用者の特徴との関連

|         |         | 家族親類             |                  | $\chi^2 / t$    | p 値    |            |
|---------|---------|------------------|------------------|-----------------|--------|------------|
|         |         | あり               | なし               |                 |        |            |
|         |         | n(%) / mean ± SD | n(%) / mean ± SD |                 |        |            |
| 性別      | (n=341) | 男性               | 101(43.2%)       | 57(53.3%)       | 3.017  | 0.053      |
| 死亡時年齢   | (n=341) |                  | 83.6 ± 9.1 歳     | 80.1 ± 8.7 歳    | -3.302 | 0.001 **   |
| 訪問期間    | (n=313) |                  | 386.5 ± 662.3 日  | 453.5 ± 893.2 日 | 0.740  | 0.460      |
| 介護度     | (n=306) | 重度 <sup>1)</sup> | 130(61.6%)       | 51(53.7%)       | 1.704  | 0.119      |
| 認知症自立度  | (n=293) | 重度 <sup>2)</sup> | 82(40.8%)        | 22(23.9%)       | 7.857  | 0.003 **   |
| 生活保護受給  | (n=314) | 有                | 13( 6.0%)        | 28(28.2%)       | 29.524 | <0.001 *** |
| 利用者の経済力 | (n=337) | 厳しい              | 27(11.6%)        | 35(33.7%)       | 23.381 | <0.001 *** |

$\chi^2$  検定, t 検定

1) 介護度重度とは要介護4もしくは5の場合, 2) 認知症重度は、認知症自立度ⅣもしくはⅤの場合

次に、終末期に関する意向との関連においては、家族親類の有無で差は認めなかった(表 22)。

表 22 家族親類の有無における終末期に関する意向との関連

N=341

|         |   | 家族親類       |           | $\chi^2$ | p 値   |   |
|---------|---|------------|-----------|----------|-------|---|
|         |   | あり         | なし        |          |       |   |
|         |   | n(%)       | n(%)      |          |       |   |
| 在宅療養希望  | 有 | 186(79.8%) | 88(83.0%) | 0.850    | 0.654 |   |
| 終末期意思表示 | 有 | 140(59.8%) | 50(47.6%) | 4.386    | 0.044 | * |

$\chi^2$  検定

疾患との関連においては、家族親類あり群で、脳血管疾患を有する割合が多かった(表 23)。

表 23 家族親類の有無における疾患との関連

N=341

|       | 家族親類       |            | $\chi^2$ | p 値   |   |
|-------|------------|------------|----------|-------|---|
|       | あり<br>n(%) | なし<br>n(%) |          |       |   |
| 脳血管障害 | 54(23.7%)  | 14(13.1%)  | 4.593    | 0.040 | * |
| 悪性腫瘍  | 132(56.4%) | 58(54.2%)  | 0.145    | 0.726 |   |
| 心疾患   | 44(18.8%)  | 16(15.0%)  | 0.751    | 0.445 |   |
| 呼吸器疾患 | 31(13.2%)  | 16(15.0%)  | 0.180    | 0.735 |   |
| 骨折・腰痛 | 20( 8.5%)  | 7( 6.5%)   | 0.405    | 0.667 |   |
| 認知症   | 47(20.1%)  | 21(19.6%)  | 0.010    | 1.000 |   |
| その他   | 59(25.3%)  | 30(28.0%)  | 0.280    | 0.598 |   |

$\chi^2$ 検定

処置との関連においては、家族親類あり群で医療処置数が多く、処置内容では、酸素療法に関して差を認めた(表 24)。

表 24 家族親類の有無における処置との関連

N=341

|         | 家族親類                       |                            | $\chi^2$ | p 値    |     |
|---------|----------------------------|----------------------------|----------|--------|-----|
|         | あり<br>n(%) / mean $\pm$ SD | なし<br>n(%) / mean $\pm$ SD |          |        |     |
| 医療処置数   | 2.4 $\pm$ 1.4 個            | 1.6 $\pm$ 1.2 個            | -5.255   | <0.001 | *** |
| 末梢静脈点滴  | 86(36.8%)                  | 29(27.1%)                  | 3.059    | 0.085  |     |
| 中心静脈栄養  | 16( 6.8%)                  | 3( 2.8%)                   | 3.249    | 0.080  |     |
| 酸素療法    | 82(35.0%)                  | 27(25.2%)                  | 9.014    | 0.003  | **  |
| 吸引      | 76(32.5%)                  | 18(16.8%)                  | 3.438    | 0.094  |     |
| 経管栄養    | 19( 8.1%)                  | 3( 2.8%)                   | 1.590    | 0.207  |     |
| 尿道カテーテル | 46(19.7%)                  | 15(14.0%)                  | 1.738    | 0.187  |     |
| 褥瘡の処置   | 94(40.2%)                  | 35(32.7%)                  | 2.926    | 0.087  |     |
| 麻薬の使用   | 76(32.5%)                  | 25(23.4%)                  | 1.384    | 0.555  |     |
| 気管切開の処置 | 3( 0.5%)                   | 0( 0.0%)                   | 0.011    | 1.000  |     |
| インスリン注射 | 4( 1.7%)                   | 2( 1.9%)                   | 0.324    | 0.530  |     |
| 人工透析    | 1( 0.4%)                   | 1( 0.9%)                   | 0.466    | 0.495  |     |

$\chi^2$ 検定



フォーマルサポートとの関連においては、家族親類なし群で、訪問介護員の訪問回数が他の職種に比べて顕著に多く、有意差を認めた(表 25)。

表 25 家族親類の有無におけるフォーマルサポートとの関連

|         |         | 家族親類      |           | t      | p 値        |
|---------|---------|-----------|-----------|--------|------------|
|         |         | あり        | なし        |        |            |
|         |         | mean±SD   | mean±SD   |        |            |
| 訪問看護師   | (n=339) | 5.6±3.7 回 | 5.0±4.5 回 | -1.222 | 0.223      |
| 医師      | (n=313) | 2.1±1.8   | 1.8±2.0   | -1.451 | 0.148      |
| 薬剤師     | (n=244) | 0.2±0.7   | 0.1±0.3   | -0.957 | 0.339      |
| 介護支援専門員 | (n=253) | 1.5±2.0   | 1.6±1.8   | 0.529  | 0.598      |
| 訪問介護員   | (n=266) | 4.7±6.4   | 8.8±9.2   | 3.664  | <0.001 *** |

t検定 ※死亡前 1 週間の総訪問回数

インフォーマルサポートとの関連においては、差を認めなかった(表 26)。

表 26 家族親類の有無におけるインフォーマルサポートとの関連

|        |         | 家族親類       |            | t      | p 値   |
|--------|---------|------------|------------|--------|-------|
|        |         | あり         | なし         |        |       |
|        |         | mean±SD    | mean±SD    |        |       |
| ボランティア | (n=150) | 0.1±0.5 時間 | 0.5±2.0 時間 | 1.460  | 0.150 |
| その他    | (n=103) | 2.1±5.9    | 0.9±1.8    | -1.460 | 0.148 |

t検定 ※死亡 1 週間前の訪問時間を 1 日における訪問時間に換算した

家族親類の有無と満足度との関連について分析した結果、「本人との話し合い」の項目以外で回答の割合に差を認めた。家族親類あり群の方が、なし群に比べて、「支えられていた」「孤独を感じず最期を迎えた」「希望の達成」「苦痛の軽減」「不安の軽減」において「できた」と回答する傾向にあった(表 27)。

表 27 家族親類の有無と満足度の割合

N=341

|                    | 家族親類       |           | p 値        |
|--------------------|------------|-----------|------------|
|                    | あり         | なし        |            |
|                    | n (%)      | n (%)     |            |
| 支えられていた            | 217 (93.9) | 74 (71.2) | <0.001 *** |
| 孤独を感じず最期を迎えることができた | 206 (88.8) | 62 (60.2) | <0.001 *** |
| 希望が達成された           | 193 (87.3) | 71 (67.6) | <0.001 *** |
| 苦痛の軽減ができた          | 194 (85.1) | 68 (64.8) | <0.001 *** |
| 不安を軽減できた           | 189 (82.9) | 65 (62.5) | <0.001 *** |
| 本人との話し合いがあった       | 102 (45.3) | 45 (42.5) | 0.318      |

$\chi^2$ 検定

## Ⅶ 第二次調査

### 1. 研究目的

「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための訪問看護師の援助を明らかにする。

### 2. 調査対象者

#### 1)対象施設の選択

- ①第一次調査の際に、第二次調査の面接に協力する旨の回答を得た 64 事業所について、厚生労働省のホームページの介護サービス情報公表システム、および各介護事業所のホームページより、「設置母体・事業開始年度・職員数・看護師経験年数 5 年以上の割合・在宅での看取りの有無」について調べ、一覧表を作成した。
- ②一覧表と第一次調査で回答された各事業所の特性とを照合して、独居高齢者自宅死亡者数と高齢者自宅全死亡者数を明らかにして、独居高齢者自宅死亡者数が 0 件以外の事業所を第一候補として 21 事業所を選択した。
- ③対象が 20 事業所に満たない場合には、第一次調査時点で独居高齢者の看取りは無いが高齢者の在宅での看取りありと回答した 13 事業所を第二候補として挙げた。第一次調査後から第二次調査時点までに独居高齢者の自宅死亡例を経験している可能性があるかと推測されたからである。なお、看取りの経験を過去に遡る場合、3 年以内の看取りの事例が望ましいとした。
- ④電話および電子メールにより、独居高齢者の在宅での看取りの経験の有無と看取り数を再度確認して、独居高齢者の看取りの経験有の 20 事業所を選択した。

#### 2)調査対象者の選定

- ①訪問看護師としての経験が 3 年以上あること。
- ②独居高齢者の終末期ケアを経験している訪問看護師であること。
- ③事業所の所長より紹介を受けた訪問看護師であること（看護師の中でも利用者と最も深く関わり、利用者の状況の把握が出来る人、自らの体験を語ることのできる人）

#### 3)調査対象者の選定方法

調査対象者に、口頭及び文書での研究調査の説明を行い、調査協力への承諾を得た。また、面接の際に録音とメモをとることの了解と、面接対象者の属性と事例の特徴表(別表)についての記入を依頼して了解を得た。

インタビューガイドは、利用者の状況と訪問看護師の援助の内容が明らかになるように、質問内容について予め訪問看護事業所の所長に助言を求めて作成した。

なお、面接担当者は 6 名で実施したため、面接目的、内容、面接方法、倫理的配慮などについて事前準備を行って臨み、データの扱い方についても統一し、個々のデータを個人的に使用しない約束をした。

### 3. 研究方法

#### 1) 研究デザイン

質的帰納的研究

#### 2) 調査期間

平成 25 年 6 月～平成 26 年 3 月

#### 3) 調査方法

半構成的面接法

#### 4) 調査内容

##### (1) 調査対象者の属性

- ① 訪問看護師の属性：年齢・性別・保有資格・経験年数（看護師・訪問看護師）・独居高齢者看取り件数
- ② 利用者の属性：性別・年齢・主疾患・認知症の有無と程度

##### (2) インタビューガイド

###### A. 独り暮らし高齢者の訪問開始から看取りまでの看護についての問い

- ① 訪問看護を開始したきっかけはなんですか？また、受け持ち時の利用者はどのような様子でしたか？その時どのような看護をしましたか？
- ② 終末期と判断された頃の利用者はどのような様子でしたか？その時どのような看護をしましたか？
- ③ 終末期と判断された後の利用者はどのような様子でしたか？その時どのような看護をしましたか？
- ④ 病状が悪化してきた時の利用者はどのような様子でしたか？どの時どのような看護をしましたか？
- ⑤ 利用者が亡くなった時および亡くなった後どのような看護をしましたか？

###### B. 利用者が望んでいた自宅での生活に関する問い

- ① 利用者は毎日をどのように過ごしたいと希望していましたか？
- ② 利用者の希望をどのように叶えましたか？

###### C. 独り暮らし高齢者が自宅で最期を迎えるための看護についての問い

- ① 「独り暮らし」であるがゆえにどのような工夫をしましたか？
- ② 「独り暮らし」であるがゆえにどのようなことが難しかったですか？その時どのような看護をしましたか？
- ③ 受け持ちの利用者はどのような支援によって自宅で亡くなることができたと思いますか？











### 4. 分析方法

#### 1) 個々の事例分析

- ① 逐語録を熟読し、利用者の状態と看護師の工夫や援助について語られている文章を意味のまとまりごとに抽出した。
- ② 抽出された文章を原文の意味をくずさないように要約して、短文化した。

- ③最初の 2 ケースについては、短文化の時点で、会議にかけて共同研究者の間で、事例の共有および抽出箇所の確認、要約の適否について意見を出し合い、個々に指摘された箇所を修正するようにした。
- ④「アセスメントがあつて看護実践がなされる」ことを考慮して、条件(利用者の状態)・看護(実施された援助や工夫)・結果という 3 分類表を作成して、最初のコード(解釈の極力少ない要約) a b c を分類・記入していった。
- ⑤作成された分類表の中で意味内容の似たものを集め、「ここでの看護は何か」の問いに答えるような「まとめり」(解釈の少ない要約) d を作った。

分類表

| a 条 件   | b 看 護  | c 結 果  | d まとめり(要約)  |
|---|--|--|---|
|  |   |  |  |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |   |  |  |
|   |  |  |   |

- ⑥分類表の d まとめり(要約)でコードにした。なお、分類表を記入し、似たものを集める過程で、「訪問のきっかけ」、「意思確認」、「訪問後」、「看取りの時期」という大まかな時間の流れにそつたまとめりが現れてきたため、概ね、この 4 つの流れに沿って分類した。
- ⑦d まとめり(要約)の挙げ方を統一するために、質的分析の経験のある研究者 1 名が 1 事例ずつ確認し、修正を加えて、さらに修正したコード表を再度、個々の事例分析担当者に返して、コードの挙げ方についての確認をとった。

## 2) 全体の分析

- ①d まとめり(要約)の部分(コード)を事例ごとに 1 枚ごとのカードにして、「訪問のきっかけ」、「意思確認」、「訪問後」、「看取りの時期」に分けて、模造紙に貼りつけていった。
- ②その際、それぞれの時期において同じような援助が行われているコードを集めながら、20 事例のコードの援助のまとめりを作っていた。いずれの作業も、質的分析の経験のある研究者からの助言を受けながら進めていった。
- ③訪問の始まりから看取りの時期までの流れの中で、②のコードから小カテゴリーを導き、さらに、逐語録に戻りながら、中カテゴリー、大カテゴリーを作成した。

なお、「独り暮らし」を支える看護師の工夫や援助について抽象化していく際には、あまり解釈を加えない方法で、訪問看護師によって語られた言葉そのものを使うことを重要視した。看護師の感情のこもった言葉のほうが、より在宅の現場の実際を表現するのに相応しいと考えたからである。

分析のテーマは、「出来るだけ長くひとりの時間を過ごせるような工夫」とした。

「独り暮らし」の「独り」については、研究前には「身寄りのない」あるいは「遠方に居る家族で行き来が少ない」と想定していたが、実際には、親族が近くに住み、家族の協力を得て看取りを行う事例も含まれた。

## 5. 結果

### 1) 調査対象者

調査対象者は 20 施設 23 名の訪問看護師であった(表 28)。面接時間は、45～120 分であり、平均面接時間は 71.2 分であった。

表 28 調査対象者の属性

N=23

|            |          |                |
|------------|----------|----------------|
| 年齢         | 30-70 歳代 |                |
| 訪問看護師以外の資格 | 保健師      | 1 (0.4%)       |
|            | 介護支援専門員  | 11 (47.8%)     |
| 看護師経験年数    |          | 23.8 (16-50 年) |
| 訪問看護師経験年数  |          | 11.4 (3-19 年)  |

### 2) インタビュー分析結果

独り暮らしゆえの訪問看護師の援助は、概ね「訪問看護開始の契機」から「在宅死への意思の確認」「訪問の始まり」「訪問後」「看取り」という大きな流れの中で捉えられ、13 のカテゴリーが見出された(表 29)。

独り暮らしゆえの訪問看護師の援助は、＜病状管理を含めた生活支援の必要から訪問を開始する＞＜ここに居ても大丈夫と思う気持ちを伝える＞という看護師自身の覚悟と姿勢をもって、訪問開始時には＜本人の生活パターンを崩さないように配慮し、必要なサービスを調整する＞＜劣悪な居住環境を出来る限り療養できる場に整える＞ことから始めていた。訪問後には＜医師が適切な判断ができるようにさまざまな情報源から症状アセスメントし効果的に医師に伝える＞＜医療処置に頼らない方法の工夫や調整を行う＞＜ケアの方法を伝え、細やかに情報交換しながらヘルパーが安心してケアできるようにする＞＜生活全体を見据えた体制づくりや支援計画を「ケアマネ」とともに話し合う＞ことを通して、日常生活においては、独居であることの不自由さはもちろん、利用者の生きられる時間、療養環境、経済的状況に制限のある中で＜独りの時間を、少ない動作で気持ちよく過ごせるような工夫をする＞看護師としてのマネジメント力を活かしながら支援していた。＜本人が望むように対応し、心身の安寧をはかる＞＜身体的な不調を予防するためにモノ、サービスを調整する＞看護をしていた。そして、＜皆がその時を落ち着いて対応できるようにやるべきことを確認しあう＞＜できる範囲で本人らしい姿での見送りをする＞という、訪問看護師ならではの別れの営みを行っていた。

表 29 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする訪問看護師の援助

**訪問の契機 病状管理を含めた生活支援の必要から訪問を開始する**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| ヘルパーだけでは対応困難となり訪問を開始する        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体機能の低下、医療処置の必要性から、ヘルパーでは対応困難となり訪問を開始する</li> <li>・本人が入院を拒否したため、在宅療養を支援するため、訪問を開始する</li> </ul> |
| 訪問拒否に対しては、必要性を説明して本人からの申し出を待つ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護導入を拒否する患者には、看護の必要性の説明をして、本人からの申し出を待つ</li> </ul>   |

**意思確認 ここにいても大丈夫と思う気持ちを伝える**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| ここにいても大丈夫と思う気持ちを伝える           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回訪問時、訪問後に治療や在宅死についての希望を聞く</li> <li>・医師から親族に、本人の希望を伝えてもらう</li> <li>・親族と患者の思いに添いながら、最期の迎え方への意思決定を支える</li> <li>・援助することへの努力を惜しまない看護師の姿勢を伝える</li> <li>・家族の気持ちのゆらぎに対して、話し合いを持つ</li> </ul> |
| 困った時には援けてもらえるという安心をもってもらう     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・困った時には援けてもらえるという安心をもってもらう</li> <li>・迷惑をかけることを気にして在宅療養に迷っている時には「家で過ごそう」と、看護師の覚悟を伝える</li> <li>・家で過ごしたい本人の気持ちを受け止めて、皆でみまもることを目標とする</li> </ul>   |
| 治療を受けない選択に迷いを感じつつ、本人の決定を受け入れる | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護で死亡した場合の諸手続きの困難さを考え、入院を勧める</li> <li>・看護師として治療を受けない選択に迷いを感じつつ、本人の決定を受け入れ、援助する</li> </ul>  |

**訪問開始①(始まり) 本人の生活パターンを崩さないように配慮し、必要なサービスを調整する**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 往診を依頼し、他職種と重ならないように訪問調整する | <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅ケアの往診を依頼する</li> <li>・初回往診に同行し、内服薬の確認をする</li> <li>・他職種と重ならないように調整し、訪問回数を決める</li> </ul>  |
| 今のままの過ごし方を尊重する            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・今のままで在宅で過ごせるように支援する</li> <li>・本人のストレスを少なくする</li> <li>・経済的配慮をする</li> <li>・看護師全員が情報共有する</li> <li>・患者の性格に配慮し、担当を決めて訪問する</li> <li>・人生の先輩に教わる姿勢で関わる</li> <li>・徘徊への対処として、玄関の開閉について考える</li> </ul> |
| 観察、排泄、清潔への援助から始める         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・観察、排泄、清潔への援助から始める</li> <li>・トイレ誘導など排便管理を行う</li> <li>・褥そう予防と褥そう処置を行う</li> </ul>   |
| 後見人や市区町村との連携大切もつくる        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅診療・訪問介護・後見人・市区町村との連携体制をつくる</li> </ul>  |

**訪問後②(療養環境) 劣悪な居室環境をできる限り療養できる場に整える**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 生活の場を療養できる場に整える                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・室内・病床を衛生にする</li> <li>・清掃をし、ベッドの配置を変えて、ケアするための空間を作る</li> <li>・寒暖をしのぐ工夫をする</li> </ul>   |
| 「ライフライン」が整わない中での、ケアを工夫し、人間らしい生活を模索する | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族にも生活に必要な最低限の準備を頼んでみる</li> <li>・電気しか使えず、ポットを寄付して清拭の湯を沸かす</li> <li>・区に相談し、多くの見守りを得ることを考える</li> <li>・生活上の雑多な援助も行う</li> </ul> |

**訪問後③(往診) 医師が適切な判断ができるように様々な情報源から症状アセスメントし効果的に医師に伝える**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 往診の際には付き添い、患者の苦痛や訴えを伝える | <ul style="list-style-type: none"> <li>・往診に同行して、患者の苦痛や訴えを伝える</li> <li>・往診の1時間前に訪問して状態を把握しておく</li> <li>・食事摂取量の低下には注意し、必要時医師に相談する</li> <li>・点滴だけに頼らず、経口摂取のための援助も続ける</li> </ul> |
|-------------------------|--|

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | ・病状にあわせた苦痛緩和を医師に提案する                              |
| 医師の説明を患者が理解できるように気遣う                  | ・医師の説明を患者が理解できるように気遣う<br>・病状によって往診の回数を増やしてもらう     |
| 患者の痛みをくみ取り、内服の自己管理の工夫とともに緩和方法を医師に相談する | ・患者の痛みの有無・程度を汲み取り、苦痛緩和を図る<br>・内服薬を本人が管理できるように配慮する |

#### 訪問後④(医療処置) 医療処置に頼らない方法の工夫や調整を行う

|  |   |
|--|---|
| 本人の状態や過ごし方に合わせて訪問し、医療処置に頼らない方法や調整を工夫する | ・医療処置のための訪問は、本人の状態や過ごし方に合わせて訪問することを検討する<br>・病状をみて、通院から往診医への変更を患者と話し合う<br>・食事摂取や内服の状況によって訪問介護の回数増加を提案する<br>・患者への説明とともに、安全への配慮をする |
|--|---|

#### 訪問後⑤(ヘルパー) ケアの方法を伝え、細やかに情報交換しながらヘルパーが安心してケアできるようにする

|                            |   |
|----------------------------|---|
| ケアの方法を伝える                  | ・ケアの方法を写真に撮って伝える<br>・ヘルパーと共に訪問し、ケアの方法を指導する<br>・状態の変化に応じて、ケアの方法を伝える<br>・患者の状態がどんな時に、連絡の必要があるかを伝える<br>・注意点を伝え、ケアを引き継ぐ |
| ケアの方法を共に考える                | ・ケアの方法をヘルパーと共に考える   |
| ヘルパーの努力を労うとともに看取りへの不安を和らげる | ・精一杯努力しているヘルパーの気持ちを理解する<br>・限られた時間でケアが出来る為の配慮をする<br>・ヘルパーの看取りへの不安を和らげる  |
| チームとしての連携を深める              | ・連絡ノートへの記入により連携を図る<br>・細やかに情報交換し、チームとしての連携を深める<br>・一覧表やノートで患者の状態と援助の必要性を共有する  |

#### 訪問後⑥(ケアマネ) 生活全体を見据えた体制づくりや支援計画を「ケアマネ」と共に話し合う

|                         |  |
|-------------------------|--|
| ケアマネと情報交換し、困りごとを話し合う    | ・ケアマネ、医師、ヘルパーと互いに情報交換する<br>・会議で困りごとを話し合い、ケアを統一する<br>・会議の進行のために、予め患者の情報を提供する<br>・医師の不在時は、患者の状態を伝え、ケアの方向性を提示する |
| 介護の体制づくりはケアマネに相談しながら進める | ・金銭的な諸手続き、介護制度の利用、年末年始の体制づくりは、「ケアマネ」に相談しながら進める<br>・支援のための制度の利用を提案してもらう<br>・家族との連絡の窓口を担ってもらう                  |
| 生活全体を見据えた支援計画をケアマネと調整する | ・病状の進行および生活全体を見据えた支援計画をケアマネと調整する   |

#### 訪問後⑦(不足物) 独りの時間を少ない動作で気持ちよく過ごせるような工夫をする

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 自分で準備し、後始末できるように工夫する               | ・出来るだけ自分でできるような工夫をする<br>・病床から届く範囲に物品を設置する<br>・病床で本人が自分で食事できるように準備する              |
| あるモノ、提供されたモノ、介護用品で気持ちよく過ごせるように工夫する | ・家にある物、サンプル品、ボランティアによる提供物でケアする<br>・尿が溢れ出ないように尿器の固定を工夫する<br>・オムツの当て方を検討し、尿漏れを防止する |

#### 訪問後⑧(精神) 本人が望むように対応し、心身の安寧を図る

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 本人が安堵することやモノを見逃さないで患者の安寧を図る | ・今しかできないことを考える<br>・腹を割って本音で話す<br>・次の日につながる声かけをする<br>・人がいることで安心なのだろうと考える<br>・たとえボロでも本人にとっての大切なモノは大事にする<br>・調子の悪さを理解する<br>・本人が望むように対応する |
|-----------------------------|---|

|                    |   |
|--------------------|---|
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・細かな要望に応える</li> <li>・生きようとしている患者を見守る</li> </ul>                    |
| 家族がケアに参加できるように配慮する | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に協力が可能か査定し、看取りへの参加を働きかける</li> <li>・ケアに参加できるよう家族へ配慮する</li> </ul> |

### 訪問後⑨(身体) 身体的な不調を予防するために、モノ・サービスを調整する

|          |  |
|----------|--|
| 患者の安楽を図る | <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態に合わせて支援体制の調整をする</li> <li>・病状の進行にあわせて介護用品の導入をする</li> <li>・エアマットの導入の必要性をケアマネに訴え続ける</li> <li>・ヘルパーによる身体介護も導入し、ぎりぎりのところで褥そう予防と悪化防止の援助を行う</li> <li>・安楽な体位を工夫する</li> <li>・ヘルパーとともにスキンシップをはかる</li> <li>・特別指示書・緊急訪問によって病状悪化に伴うケアを行う</li> <li>・苦しみを和らげる</li> </ul> |
|----------|--|

### 訪問後⑩(間近な死) 皆がその時を落ち着いて対応できるようにやるべきことを確認し合う

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 死期が近いことを見極め対応を考える           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・死期が近いと感じ、隣人、ヘルパーと共に訪問回数を増やす</li> <li>・緊急対応できるように、毎日カンファレンスを開く</li> </ul>  |
| チームメンバーがやるべきことを確認し合う        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当看護師が最期まで看られるように支える</li> <li>・ヘルパー・ケアマネに死期が近いことを伝える</li> <li>・緊急時の連絡を確認する</li> <li>・救急車を呼ばないことをヘルパーに確認する</li> </ul>                                    |
| 離れて暮らしていても、家族が後悔しないような援助をする | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に説明すると共に、家族が後悔しないことを心がける</li> <li>・家族とケアをし、看取りへの参加を促す</li> <li>・臨終が近いと判断した時に家族に伝える</li> <li>・死亡後の手続きについて確認する</li> <li>・医師への死亡診断書の作成依頼をしておく</li> </ul> |

### 看取り できる範囲で本人らしい姿での見送りをする

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 医師に伝え、夜間でもそばに駆けつけ死亡確認する | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師に伝え、夜間でも、患者のそばに駆けつけ、死亡確認する</li> <li>・往診医が留守の場合、病院に搬送して死亡診断書の作成を依頼する</li> <li>・ケアマネ・市職員に御遺体を引きわたす</li> </ul> |
| できる範囲で本人らしい姿でのお見送りをする   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師の出来る範囲で、本人らしい姿での見送りのケアをする</li> <li>・検視になった場合にも、死後の処置を行い、お別れをする</li> </ul>                                  |
| 家族と共にお別れをする             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族と共にお別れをする</li> </ul>  |



## **Ⅷ 第三次調査**

### **1. 研究目的**

「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための看護モデルを構築する。

### **2. 調査対象者**

#### **1)研究協力者の基準**

研究協力者は、下記の選択基準を満たす訪問看護事業所に勤務する訪問看護師、訪問看護師以外の有資格者(医師・介護支援専門員・介護福祉士)とした。

#### **(1)訪問看護師**

- ①訪問看護に精通した研究者・実践者より推薦を受けている訪問看護師、および訪問看護事業所所長より紹介を受けている訪問看護師であること。
- ②「独り暮らし」高齢者の終末期ケアを経験している訪問看護師であること。
- ③訪問看護師としての経験年数 5 年以上、在宅での看取り経験が 3～5 件以上あること。
- ④ひとつの訪問看護事業所に複数の該当者がいる場合は、認定看護師または管理者を優先する。
- ⑤本研究への参加にあたり、説明を受けた後、十分な理解の上、文書による承諾が得られた訪問看護師であること。

#### **(2)訪問看護師以外の有資格者**

- ①医師、介護支援専門員、介護福祉士の資格を有する者であること。
- ②「独り暮らし」高齢者の在宅での看取りを経験していること。
- ③当該資格としての経験年数 5 年以上であること。
- ④研究協力者である訪問看護師と協働していること。
- ⑤本研究への参加にあたり、説明を受けた後、十分な理解の上、文書による承諾が得られた者であること。

### **2)研究協力者の選定方法**

#### **(1)訪問看護師**

- ①訪問看護に精通した研究者・実践者より、「独り暮らし」高齢者の看取りに詳しい選定基準に基づく訪問看護事業所もしくは訪問看護師個人の推薦を受けた。
- ②訪問看護事業所の所長または訪問看護師に電話、もしくは電子メールで調査協力を依頼した。
- ③訪問看護事業所の所長に調査の目的、研究協力者として選択された理由、グループインタビューの方法、倫理的配慮等について文書と口頭で説明し、同意書への署名を得て、研究協力者の選定基準に基づき訪問看護師の紹介を受けた。
- ④訪問看護事業所所長から紹介された訪問看護師、または訪問看護に精通した研究者・実践者より推薦を受けた訪問看護師に、電話で調査の目的、研究協力者として選択された理由、グループインタビューの方法、倫理的配慮等について説明し承諾を得た後、グループインタビュー日を調整

する。また、事例の提示について可能かどうか確認し、可能であれば事例の提示を依頼した。

- ⑤グループインタビューを開始する前には再度目的、内容、倫理的配慮等について文書と口頭で説明し、調査への同意を得た。

## (2) 訪問看護師以外の有資格者

- ①研究協力者の選択基準に基づき、訪問看護師より、同一事例を担当した者の紹介を受けた。
- ②訪問看護師より紹介を受けた有資格者に、電話で調査の目的、グループインタビューの方法、倫理的配慮等について説明し承諾を得た後、グループインタビュー日を調整した。
- ③グループインタビューを開始する前には再度目的、内容、倫理的配慮等について文書と口頭で説明し、調査への同意を得た。

## 3. 研究方法

### 1) 研究デザイン

グループインタビューによる質的帰納的研究デザイン

### 2) 調査期間

平成 27 年 6 月～平成 27 年 10 月

### 3) 調査方法

第二次調査で導き出された援助の概念の関係性を整理し、終末期訪問看護モデル試案を作成した。そのモデル試案の相違性と適合性について事例を基にグループインタビューを実施し、確認を行った。なお、グループインタビューは下記の手順で実施し、訪問看護師と訪問看護師以外の有資格者混合グループ(以下混合グループ)のグループインタビューでは、第二次調査で導き出された概念の相違性と適合性を整理し、概念を修正した。訪問看護師グループのグループインタビューでは、修正した概念の相違性と適合性について、訪問看護師グループに対してグループインタビューを実施し、修正版概念の妥当性検討と最終モデル確認を行った。

インタビューの時間は 2 時間 30 分(目的・方法の説明:5 分、事例紹介:30 分、事例検討:90 分、休憩:10 分、まとめ:15 分)とした。

#### (1) 混合グループのグループインタビュー

- ①事前準備:訪問看護師に対して、参加にあたり「独り暮らし」高齢者の在宅での看取りについて、事例の提示を依頼した。また、事例提示の参考としてもらうために、事前に第二次調査で導き出された概念と事例の提示方法の説明を郵送した。
- ②研究協力者の人数:1 グループ訪問看護師 4 名、訪問看護師以外の有資格者 3 名とし、2 グループ実施した。
- ③グループインタビューの回数:各グループ 1 回のグループインタビューを実施した。
- ④インタビュアー:インタビュアー、筆記記録者、観察担当者各 1 名の 3 名とした。

⑤進行方法：インタビュアーは、下記の a～d の手順で進行し、研究協力者は「番号札」を名前の代わりに使用し、名前が出ないように配慮した。

- a. グループインタビューの目的と方法を説明する。
- b. 提示した事例について、研究協力者に概要や事例の紹介理由について説明を促す。
- c. インタビューガイドに従い進行し、グループダイナミクスが起こりやすいように進行する。
- d. 次回への発展につながるように要約し、課題を明確化する。

## (2)訪問看護師のグループインタビュー

①事前準備：混合グループのグループインタビュー結果から、第二次調査で導き出された概念の相違性と適合性を整理し、概念を修正した資料を準備した。

②研究協力者の人数：1 グループ 8 名で 1 グループ実施した。

③グループインタビューの回数：修正版概念の妥当性検討と最終モデル確認のためにグループインタビューを 1 回実施した。

④インタビュアー：インタビュアー、筆記記録者、観察担当者各 1 名の 3 名とした。

⑤進行方法：インタビュアーは、下記の a～d の手順で進行し、研究協力者は「番号札」を名前の代わりに使用し、名前が出ないように配慮した。

- a. グループインタビューの目的と方法を説明する。
- b. 概念を修正した資料について説明し、妥当性の検討と最終モデルについて確認する。
- c. インタビューガイドに従い進行し、グループダイナミクスが起こりやすいように進行する。

## 4)調査項目

### (1)調査対象者の属性

①訪問看護師の基本属性(年齢、性別、資格の種類、活動地域、看護師・訪問看護師経験年数、在宅での看取り件数、「独り暮らし」高齢者の在宅での看取り件数)

②訪問看護師以外の有資格者の基本属性(年齢、性別、資格の種類、活動地域、当該資格での経験年数、在宅での看取り件数、「独り暮らし」高齢者の在宅での看取り件数)

### (2)インタビューガイド

**インタビューガイド I**：概念の相違性と適合性の洗い出しに向けたグループインタビュー

- ①第二次調査で導き出された枠組みの表現は適切ですか。また、理解が可能なものですか。
- ②第二次調査で導き出された枠組みは、自身の過去の経験上から考えて、終末期の看護援助を反映していますか。また、不足しているものはありますか。
- ③「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするための課題や期待はどのようなものがありますか。
- ④各時期(訪問看護開始前、訪問看護開始期、小康期、悪化期、臨死期、死別後の時期)における看護援助について、第二次調査で導き出された枠組みと比較して適合性はどうですか。
- ⑤各時期(訪問看護開始前、訪問看護開始期、小康期、悪化期、臨死期、死別後の時期)における看護援助について、第二次調査で導き出された枠組みと比較して相違性はどうですか。

- ①前回のグループインタビューで意見があり修正した枠組みの表現は適切ですか。また、理解が可能なものですか。
- ②前回のグループインタビューで意見があり修正した枠組みは、実際の臨床における看護援助において適用可能なものですか。
- ③修正版概念から作成した最終の終末期訪問看護モデルについて、前回のグループインタビューより追加となる意見はありますか。

- ①インタビューのグループ毎に、逐語録、観察記録を作成した。
- ②観察記録から、発言の発言者にとっての意味を確認し、発言者の口調の強さ、しぐさ、表情の情報からその内容の発言者の思い入れの大きさなどを把握した。
- ③混合グループ 2 グループ各々のグループインタビューの逐語録から、第二次調査で導き出された概念の共通性と相違性を検討する。また、訪問看護師グループのグループインタビューの逐語録から、修正版概念の妥当性検討と最終モデルを確認した。
- ④全過程において、質的研究の研究者のスーパービジョンを受けながら再検討し、終末期訪問看護モデルを作成した。

研究協力者は、訪問看護師 8 名、訪問看護師以外の有資格者 6 名(医師 1 名、介護支援専門員 3 名、介護福祉士 1 名、訪問介護員 1 名)であった。

「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にするために訪問看護師が行っている援助について、中核カテゴリー【 Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ Ⅶ Ⅷ Ⅸ Ⅹ Ⅺ Ⅻ Ⅼ Ⅽ Ⅾ Ⅿ ⅰ ⅱ ⅲ ⅴ ⅵ ⅶ ⅷ ⅸ ⅹ ⅺ ⅻ ⅼ ⅽ ⅾ ⅿ ⅿⅰ ⅿⅱ ⅿⅲ ⅿⅴ ⅿⅵ ⅿⅶ ⅿⅷ ⅿⅸ ⅿⅹ ⅿⅺ ⅿⅻ ⅿⅼ ⅿⅽ ⅿⅾ ⅿⅿ ⅿⅿⅰ ⅿⅿⅱ ⅿⅿⅲ ⅿⅿⅴ ⅿⅿⅵ ⅿⅿⅶ ⅿⅿⅷ ⅿⅿⅸ ⅿⅿⅹ ⅿⅿⅺ ⅿⅿⅻ ⅿⅿⅼ ⅿⅿⅽ ⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿ ⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿ ⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿ ⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅸ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅹ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅺ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅻ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅼ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅽ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅾ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅰ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅱ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅲ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅴ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅵ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅶ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅷ ⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿⅿ

生活を整える援助である【本人が今のままで過ごせるよう工夫しながらケアする】では、訪問看護師は、＜生活環境をできる限りひとりで療養できる場に整える＞ことから「独り暮らし」高齢者の生活の場に入り込み、＜今のままの過ごし方が続けられるように、必要なサービスを調整する＞ことや＜本人が納得するように対応し、心身の安定を図る＞、＜できる範囲で尊厳をもった本人らしい姿での見

送りをする＞などこれまでの本人の暮らしや考え方を尊重した援助を行っていた。症状が変化する中でも終始一貫して＜本人がどのような場を療養の場として選択しても寄り添ってケアし続ける姿勢で関わる＞ことにより、本人の意思決定を支えたとともに＜その時本人がいたい場にいられるように家族を支える＞援助も行っていた。

生活援助と並行して訪問看護師が実践している症状コントロールの【生活状況から苦痛の程度を判断し緩和する】では、＜病状の進行に伴う生活上の変化に応じて、適切な医療を受けられるようにする＞、＜医療処置の安全に配慮して、タイミングよく安楽を図る＞などの症状変化を的確に捉えて苦痛緩和に向けた医療導入を調整することや、＜本人の持っている力を最大限に活かして苦痛を緩和する＞医療処置だけでなく本人のもてる力をいかした苦痛緩和を工夫していた。

訪問看護師はこれらの援助を行っていくうえで、【誰もが納得した最期を迎えられるように専門職/非専門職を含めたチームケアを推進する】ことを基盤として活動していた。＜本人が必要としている最善のケアが提供できるように図る＞ために、＜介護職がその人に関わり続けられるように多面的に支援する＞ことや＜無理のない範囲で、家族や付き合いの深い隣人に生活に密着したサポートをお願いする＞など、「独り暮らし」高齢者を身近で支えている看取りの場に慣れていないフォーマル・インフォーマルなケア提供者を支援していた。そして＜皆が最期の時を落ち着いて対応できるようにやるべきことを確認し合う＞ことにより、＜死亡後のケアを皆で協力して行う＞援助に繋げていた。

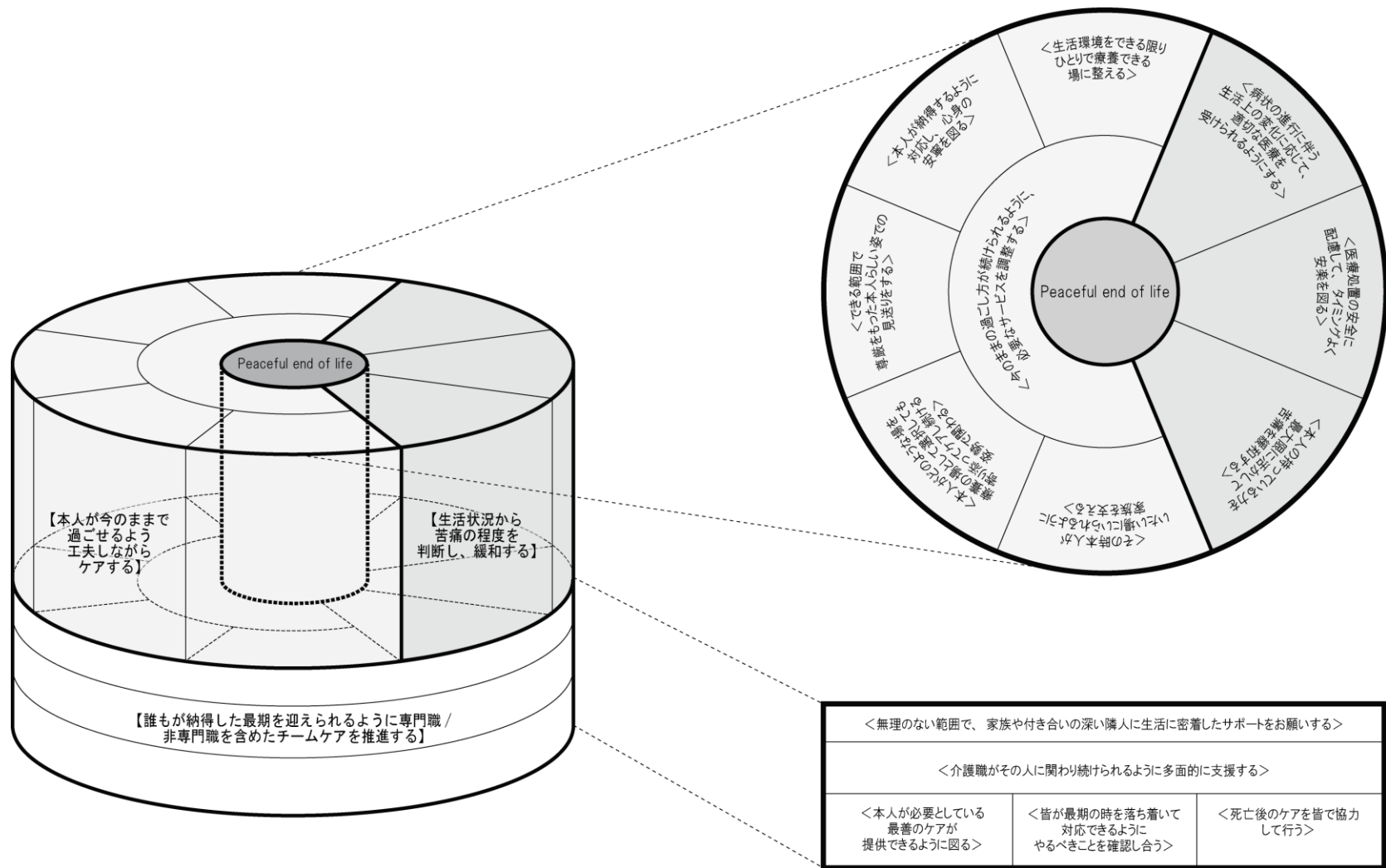


図35 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期看護モデル

## 1.【本人が今のままで過ごせるよう工夫しながらケアする】

本人のこれまでの暮らしを尊重しながら生活を整える援助として 6 つのカテゴリーが抽出された。

### 1)＜本人がどのような場を療養の場として選択しても寄り添ってケアし続ける姿勢で関わる＞

このカテゴリーは「独り暮らし」高齢者の意思決定を支える援助として、訪問開始から看取りまで継続的に行われる援助を示す。

初回訪問時から、治療や最期まで過ごす場所について本人の思いや意向を確認しており、それは本人の病状が変化する度に行われていた。時には在宅死だけでなく入院などの選択肢も説明し、考える機会を提供していた。本人の揺れる気持ちに寄り添い〔本人の意思を汲み取り、ここにも大丈夫と思う気持ちを本人に伝え〕在宅療養を後押ししていた。また家で過ごしたいという患者の思いを尊重し、〔治療をしないで自宅にいるという本人の選択に迷いを感じつつも、その決定を受け入れる〕ように担当者どうして意思疎通を図り、チームで目標を共有していた。

#### 具体的な援助内容

- ・自己決定とはいえ、治療を受けない選択に、ケアをしながら迷いを感じた(2n)
- ・人に迷惑をかけたくないといって家で過ごすことに迷うこともあったが、援助する側も家で過ごしているとうと本人に語りかけるようにした(7n)
- ・入院という選択肢についても伝えたが、本人が在宅を希望したとともに、点滴などの医療処置も嫌がった。
- ・最期に会いたい人がいないか尋ねたが誰にも連絡してほしくないと希望され、医師と緊急時の対応について申し合わせを行った(9n)
- ・患者は心細さを感じていたため、自宅で死ぬという気持ちに変化が起こることも考え、繰り返し、今の選択が最良なのか考える機会を提供した(12n)
- ・本人の苦痛な様子から入院も考えられたが、本人が自宅を希望したため本人の意思にそって在宅療養を支えた(18n)
- ・本人からは入院は絶対に嫌で、できることは自分で行うので余計なことはしてほしくないと要望があった(23n)
- ・認知症のため本人の意思は確認できなかったけれども、家にいたいことを感じ取って、家族とも話し合い自然な形で看取ろうと思った(26n)

### 2)＜生活環境をできる限りひとりで療養できる場に整える＞

このカテゴリーは症状の進行に伴い ADL が低下していく中でも、「独り暮らし」高齢者が、ひとりでいる時間をできるだけ心地よく療養できる環境に整える援助を示す。

訪問開始当初はごみ屋敷で室内・病床をきれいにすることやベッド周囲を整理して、ケアするための空間を確保するなど〔生活の場を療養できる場として整える〕ことから始めていた。さらにゴミ出しの方法を考え継続的に衛生環境を整えることや、緊急時の対応を考慮してチームで鍵を管理するように調整していた。そして経済的に制約のある状況で、寒暖をしのぐ工夫やサンプル品などのあるもので必要なケアを提供するなど、〔「ライフライン」が整わない中での、ケアを工夫し、人間らしい生活を模

索する]に象徴される生活の中で生じる必要な援助に臨機応変に対応する援助を行っていた。また、訪問看護師は療養環境を整える際にケアを提供するだけでなく、本人のセルフケアを引き出す働きかけを大事にしていた。ひとりで排泄できるように用具を工夫することや飲食できるように配置を整えるなど[自分でやれることは自分でできるように身近な生活空間を整える]援助を行っていた。

#### 具体的な援助内容

- ・予め了解を得て、本人の不在の時に不衛生な自宅の清掃と整頓を行った(11n)
- ・寝たきりの人を看護しやすいようにベッドの配置を変えて、療養を支える環境を整えた(1n)
- ・鍵の管理をヘルパーの会社にあずけ、引き渡しを行うようにした(11n)
- ・ゴミの処理や室温調整をヘルパーと協力しながら方法を考え実施した(12n)
- ・冷暖房もなくカビの生えた湿気の多い建物の中で、ある物で最低限の対応をし、寒暖をしのいだ(18n)
- ・エアコンを嫌ったため、窓の開閉、掛物に注意を払った(23n)
- ・ガスは止められていたが電気の使用ができたので、電気ポットを寄付して湯を準備し清拭した(27n)
- ・オムツの支給開始まではサンプル品や寄付されたオムツでしのいだ(9n)
- ・褥そう処置にはパットを医師・ヘルパーと共に作ったり、学会参加時のサンプル品で対応した(9n)
- ・介護保険以外の訪問サービスを区に相談し、多くの見守りを公費で整えた(11n)
- ・介護保険で不足するサービスを市の福祉事業で補った(26n)
- ・紙パンツがマンホールにつまり、家族に連絡後、下水道屋を呼び、解決した(11n)
- ・元妻は買い物や洗濯も行ったが出来ない時はヘルパーや看護師も代行した(12n)
- ・日常の煩雑な事も看護師が中心になって多職種連携の下で対処し、細かな要望にも応えるようにした(7n)
- ・ゴミ箱に本人が好きな写真を貼って、紙パンツをトイレに流さない工夫をした(11n)
- ・訪問を終える時には食べ物・飲み物もセットして本人が困らないようにした(7n)
- ・ご飯は一口大のおにぎりにして自分で食べられるようにした(5n)
- ・オムツを拒否し、尿器を使用していたが、こぼすこともあり逆流防止の弁つきの尿器に変更した(5n)
- ・夜間の尿漏れ防止のために皆でおむつの当て方を検討した(11n)

### 3) <今のままの過ごし方が続けられるように、必要なサービスを調整する>

このカテゴリーは、「独り暮らし」高齢者が好きなように過ごせるように本人のペースに合わせて、生活を整えるためのサービス調整をすることをあらわす。

〔今のままの過ごし方が続けられるよう支援する〕こととして、経済面へ配慮した訪問回数や本人の受け入れの難しさに配慮し顔なじみの看護師で訪問体制を組むこと、〔往診を依頼し、他職種と重ならないように訪問調整する〕ことを行っていた。訪問看護師は「独り暮らし」高齢者の生活の場に入り込むきっかけとして、〔本人が快いとする援助から始め、信頼関係をつくる〕工夫をしていた。そして、今後の本人の症状変化に伴う生活上の影響を見据え、地域の支援ネットワークづくりとして〔後見人や市区町村との連携体制もつくる〕調整も行っていた。



#### 具体的な援助内容

- ・普段から連携している医師に往診を依頼した(27n)
- ・初回訪問診療に同行し、内服方法について医師と情報共有した(21n)
- ・医師・看護師・ヘルパーの訪問頻度を医療費も考慮し、本人と話し合って決めた(10n)
- ・退院当日、患者に係る人たちが集まり、それぞれの役割を話し合い、重ならないよう訪問するように調整した(13n)
- ・従来からの生活の仕方を尊重して、本人のペースに合わせるように訪問看護を開始した(18n)
- ・呼吸状態には注意を払ったが好きなたばこをやめるようには言わなかった(4n)
- ・本人が大事にしている日課のが継続できるように援助した(GI)
- ・経済的配慮をして訪問時間を切り詰め短時間でケアするようにした(26n)
- ・気難しく担当者の配置に気を使ったが人生の先輩から教わる姿勢で関わるようにした(5n)
- ・人慣れしない方だったので、基本的に同じ看護師が訪問するようにした(9n)
- ・患者の希望である喫煙を安全に行うことができるよう吸殻の始末の方法を考えた(13n)
- ・身体状況の観察から日常生活の援助、薬物による疼痛・排便コントロールを行った(12n)
- ・排便コントロールとともに、少しでも快となるように保清を行い、一度は看護師の介助で入浴も実現した(14n)
- ・最初、訪問看護の導入を拒否したため、医療処置の必要性の説明後、本人に考えてもらうようにした(23n)
- ・説得ではなくいつでも応じられる準備が来ていることを伝え、本人からの申し出を待った(23n)
- ・大家がキーパーソンとなっており、何かの時には生活福祉課への連絡が必要と承知していた(18n)
- ・介護保険で不足するサービスを市の福祉事業で補った(26n)
- ・医師、福祉協議会の後見人も加えて担当者会議を開いた(27n)

#### 4)＜本人が納得するように対応し、心身の安定を図る＞

このカテゴリーは、「独り暮らし」高齢者が住み慣れた家でこれまでの暮らしと同様の生活を安心して継続できるようにする援助を示す。

本人の不安や寂しさを汲み取り一緒に過ごす時間をもつことや、本人にとって大切なものやこれまでの生活習慣を大事にして、本人の望みに配慮して納得できるように対応することにより、〔本人が安堵することやモノを見逃さないで患者の安定を図る〕援助を行っていた。親しくしていた後輩たちに誕生祝を企画してもらうことや次の日につながるような声かけを心がけるなど、死が間近でも〔生きようとしている本人を支える〕姿勢でかかわっていた。

#### 具体的な援助内容

- ・動けなくなる前に今しかできないことを行おうと考えた(7n)
- ・寡黙で希望を訴えない患者に孤独感や寂しいのではないかと推測しながら、患者の最期と一緒に過ごそうと一所懸命関わった(13n)
- ・心細さに対して担当以外のスタッフも訪問の帰りに自主的に様子をみにいくようにした(12n)
- ・望んで身に着けていた亡妻の下着やネックチーフは、古くてボロだったが、そのまま着てもらうように

した(4n)

- ・元妻に最期を見てほしいという本人の願いに、何ができるか考えた(12n)
- ・妄想や幻覚は不安からくるものであろうと考え、その場その場で対応した(12n)
- ・ケアさせてもらえることは少なかったが、本人の望むように関わった(23n)
- ・夜間不安による精神症状が出たため、ヘルパーに夜間入ってもらうよう調整した(GI)
- ・カーテンの開閉にこだわりがあったため、カーテンの開閉を代わりに行った。(GI)
- ・死が間近でも生きようとしている患者を見守りたいと思った(4n)
- ・最期の頃は「ごめんね」という発言が多くなったため、昔ばなしや自慢話など話題を変えるなど気遣った(1n)
- ・次の日につながるような声かけを心がけた(7nn)
- ・飲みにくい栄養剤にはインスタントコーヒーを混ぜ、摂取が進むように工夫した(14n)
- ・ヘルパーと協力し、1回の水分量の目安を共有し、水分摂取量を記入して 脱水予防した(12n)
- ・ヘルパーと情報交換しながら食事と排泄に注目して体調管理を行った(26n)

#### 5) <できる範囲で尊厳をもった本人らしい姿での見送りをする>

このカテゴリーは、最期のお見送りの時まで「独り暮らし」高齢者の尊厳を大切にして、生前の本人らしさを尊重した旅服の準備や可能な範囲でエンゼルケアを行い〔できる範囲で本人らしい姿でのお見送りをする〕ように努める援助をあらわす。

##### 具体的な援助内容

- ・汚れた衣ではかわいそうなので、事務所にあった新しいパジャマを着てもらった(4n)
- ・医師、ケアマネに連絡し、旅服を用意し、医師と共にエンゼルケアを行った(9n)
- ・会社の社長だったので、アイロンのかかったワイシャツとスーツを着てもらった(10n)

#### 6) <その時本人がいたい場にいられるように家族を支える>

このカテゴリーは、「独り暮らし」高齢者が暮らしたい場所にいられるように本人への支援と同様に離れて暮らす家族や親族へも継続的にかかわっていく援助を示す。

訪問看護師は自宅にいたいと希望する本人の意向を尊重して支援するとともに、離れて暮らす家族へも本人の意向を伝え、長生きしてほしいと願う親族の気持ちを受け止めながら、中立の立場で最期の迎え方を調整するなど両者が納得できる方法を模索するかかわりを行っていた。症状が悪化するたびに現在の状況や予後、苦痛緩和に向けた対応について説明し、本人が自宅で最期を迎えられるように揺らぐ家族の気持ちを後押しし、家族の覚悟を促す支援をするなど、〔死にゆく本人の状況を何度も家族に説明し、意思決定を支える〕援助を行っていた。家族の意思決定を支える過程において、家族の話や語りに耳を傾けることにより、〔病状が悪化する中で家族から不安を打ち明けられるような関係をつくる〕よう家族に向き合う姿勢が抽出された。また、離れて暮らしていたが、看取りの時期になりケアに参加するようになった家族に対して、家族がケアに参加できるように一緒にケアに入り、家族の介護導入を支援していた。そして介護負担軽減に配慮したサービス調整や、いよいよの時に間に合うように家族へ連絡をして、よりよいお別れができるよう〔死亡後の対応までを含め説明し、

家族が納得してケアに関われるようにする]援助を行っていた。一方で、[ケアに参加しない/できない家族が後悔しないように、努めて本人の悪化していく状態を伝える]ように配慮し、残された家族が後悔しないように、本人の意向と家族の意向のバランスを大事にしながら支援していた。

#### 具体的な援助内容

- ・絶対に入院したくないという希望が強く、医師から親族にも確認をして、家での看取りとなった(10n)
- ・主介護者ではない次女が、本人の病状悪化に驚いて施設入所を勧めた際に、本人を交えて家族会議を開き、最期の療養場所について調整した(14n)
- ・親族の長生きしてほしいと願う気持ちを受け止め傾聴した(14nn)
- ・緊急時の治療介入については、本人と親族両者の異なる気持ちを大切にして、バランスをとりながら支援した(14nn)
- ・悪化する本人の状況をみて、これから起こる本人の状態の変化や、病院と在宅でも行うことは変わらないことを、家族と会うたびに説明した(21n)
- ・亡くなった本人が数時間経過して発見される可能性があることについて、それを防ぐ方法も聞いた上で納得できるか、親族で話し合ってもらうように伝える(12n)
- ・看取りの方針について別居家族が主治医と確認しあうことができるよう段取りをつけた(2n)
- ・家族からの悩み事の相談にも乗った(11n)
- ・家族は落ち着かない様子であり、休日訪問を希望したので、それに応えた(1n)
- ・家族にも酸素の値や発熱など、いつもと違うときにはすぐに連絡するように伝えた(1n)
- ・家族の身体的介護負担軽減のために、ヘルパーの援助に合わせてケアを行うよう指導した(21n)
- ・状態が悪いことを家族に連絡し、医師に説明を依頼した(11n)
- ・下顎呼吸になり死期が近いと予測し、息子に連絡した(3n)
- ・家族が介護休暇を取って最期の看取りを希望する場合に時期をみて連絡した(GI)
- ・家族へは死亡後の葬儀屋の手配のことも考えておくよう話をしていた(12n)
- ・エンゼルケアと一緒に娘さんとさせてもらった(14n)
- ・精神疾患をもつ姪が介護できないことをストレスだと感じていたことを気遣い、最期の別れの場面を見守った(7n)
- ・離れて暮らす家族に、本人の状態を伝えるように心がけた(1n)
- ・状態の変化と対処については、必ず家族に報告した(11n)
- ・患者が息子の見舞いにも取り合わないときには、息子の話を聞き、父親の病状を伝えた(3n)
- ・最期は兄弟に連絡をしたのみであったが、家族も満足していた(10n)

## 2. 【生活状況から苦痛の程度を判断し緩和する】

生活状況から本人の変化を捉え、タイムリーに症状コントロールする援助として 3 つのカテゴリーが抽出された。訪問看護師は、本人の変化を捉えるために介護職との連携を密にとりながら、症状コントロールを図っていた。

## 1)＜病状の進行に伴う生活上の変化に応じて、適切な医療を受けられるようにする＞

このカテゴリーは、自らが得た情報とともに介護職から得た情報をもとに、生活上の変化と病状を結びつけてアセスメントし、苦痛緩和のための医療を受けられるように医師と調整する援助を示す。

訪問看護師は、食事摂取量の低下を注意深く観察し、経口摂取が困難になることから生じる栄養状態の低下や脱水のリスク、内服困難による疼痛コントロールへの影響など、本人の生活上の変化から身体に起こっていることや今後起こり得ることを予測していた。そして、本人の状態変化をタイムリーにとらえるために〔介護職から情報を得て病状の変化を察知する〕よう努めて、症状にあわせた苦痛の緩和方法を医師に提案し、使用薬剤の変更を図る働きかけを行っていた。本人が辛くても遠慮して訴えられないことがあるため、往診時に本人の代わりに状況を伝えることや、時には往診 1 時間前に訪問し本人の状況を詳細に把握したうえで、本人が苦痛なく過ごすことが出来るよう医師の医療マネジメントに必要な情報を提供するなど、〔本人の生活や病状の変化を正確に捉え、適切な医療を受けられるように医師に伝える〕調整を行っていた。

### 具体的な援助内容

- ・介護職との連絡ノート、食べ残し、るい瘦の程度から摂取量と食欲低下を判断し、医師に報告した(2n)
- ・週 1 回の往診では、1 時間前に訪問し状態を把握、報告して、薬やケアを検討した(11n)
- ・辛くても遠慮して訴えられないことがあるので、往診の際にも同行し、本人の苦痛や訴えを聞くようにした(14n)
- ・患者の状況や気持ちをヘルパーから情報を得て、かかりつけ医に伝えた(14nn)
- ・経口摂取が困難になると、服薬は、パッチや座薬など他の手段を提案した(21n)
- ・最期の頃は状態を主治医に報告し自宅での点滴を提案することもあった(30n)

## 2)＜医療処置の安全に配慮して、タイミングよく安楽を図る＞

このカテゴリーは、本人が一人で過ごす時間が多い「独り暮らし」高齢者の特性をふまえ、暮らしに医療を導入していく際に安全に提供できるよう配慮しながら、援助者がいない時間帯の本人の病状変化をタイムリーに捉え、苦痛緩和に向けた対応を迅速に行うことをあらわす。

訪問看護師は、呼吸状態の悪化や ADL 低下などの病状をみて、外来診療から訪問診療への変更を本人と話し合うことや IVH を洋服にピンで固定しテープで覆い、医療処置を安全に継続できるように配慮するなど〔安全に医療処置をするために訪問体制を工夫する〕援助を行っていた。また訪問時にケアを提供しながら、本人の苦痛や調子の悪さを表情や話が续かなくなるなどの細かな変化から捉えて、本人の負担とならないよう対応していた。さらに、呼吸状態の変化や痛みなどの症状の変化を見逃さないようヘルパーと協働してモニタリングを行い、苦痛が強いときや症状の増悪時には緊急時訪問などの制度を活用して、〔介護職からの情報を含め病状の変化を察知し、本人が安楽を得られるようタイミングよく援助する〕よう症状マネジメントに努めていた。

### 具体的な援助内容

- ・呼吸状態の悪化、ADL の低下で通院できなくなり、主治医から往診医への変更を話し合った(5n)
- ・在宅酸素療法の導入にあたっては本人に使用方法を説明した(18n)

- ・腎ろうカテーテル挿入部の消毒洗浄のため、医療保険を使い、毎日訪問した(23n)
- ・本人の苦痛を表情や質問をすることで理解した(1n)
- ・側臥位になるのも苦痛を伴うため、排泄ケアでは仰臥位のまま常に声をかけながら行った(1n)
- ・医師に特別指示書を依頼し、頻回の排痰ケアを行った(11n)
- ・食事がとれず、めまい、嘔吐の出現で、往診医に報告、点滴の指示を得て緊急訪問で対処した(14n)
- ・入浴を拒否するのは辛いためと考えて無理には勧めなかった(18n)
- ・苦痛や痛みが緩和できているか、ヘルパーと協働しながらモニタリングした(21n)
- ・動けなくなってからは看護師が麻薬管理して本人の希望に合わせて使用した(23n)

### 3)＜本人の持っている力を最大限に活かして苦痛を緩和する＞

このカテゴリーは、医療処置による苦痛緩和と並行して、本人が持っているセルフケア能力を引き出すことや、置かれている経済状況・資源を駆使して合併症予防や苦痛緩和に努め、「独り暮らし」高齢者がその場に暮らし続けられるようにする援助をあらわす。

訪問看護師は、表情やバイタルサインの変動から本人の苦痛を推察し、本人が鎮痛薬で症状コントロールをできるようにすることや呼吸リラクゼーションによる安楽を図り、〔本人の苦痛を汲みとり、医療処置に頼らず、セルフケア能力を活用して援助する〕ことを行っていた。病気の苦痛に伴い生じるADL低下に対して、訪問看護の回数を増やして苦痛緩和や保清に努めることや本人が最期まで口から食べられるようにするなど生活の支障に対応して訪問回数を増やし、本人が生活を続けられるように苦痛緩和を図っていた。さらにADL低下や栄養状態の低下から起こりうる合併症や皮膚トラブルに対して、今あるモノや資源を活用してこれ以上悪化させないように〔滞在時間、経済面、回復力に制限がある中で現実的な目標をたて、合併症の予防や安楽に努める〕ことを行っていた。

#### 具体的な援助内容

- ・呼吸をできるだけ楽にするための呼吸法の指導やストレッチ・リラクゼーションを行った(5n)
- ・自ら訴える人ではなかったので、血圧の変動などを客観的に判断し、本人に鎮痛薬をすすめた(9n)
- ・疼痛緩和に消極的であった患者に対し、看護師の疼痛を軽減したい気持ちを伝え、本人の様子から疼痛の程度を汲み取りながら疼痛コントロール方法を考えた(12n)
- ・内服が確実に行えるように、薬に日付を記載し、ベッド柵に貼りつけた(18n)
- ・貼布用麻薬を使用し、頓用の座薬は本人が使えるようにしていた(23n)
- ・食事摂取状況や残薬から訪問介護回数の増加を検討し、ケアマネに提案した(2n)
- ・ADL低下で入浴も不可となり、訪問看護の回数を増やした(5n)
- ・栄養低下、皮膚の乾燥、全身の浮腫による褥そう悪化の懸念について伝え、巡回入浴を提案した(7nn)
- ・褥そうは処置し前に座薬を使用して痛みを緩和した(9n)
- ・訪問介護に身体的ケアを行ってもらい、ギリギリの体制を組んだ(11n)
- ・ヘルパーが毎日訪問し、保清と家事援助、排尿介助などを行い、患者の状態によって訪問看護の回数を増やすなど支援体制の調整を図った(14n)
- ・支出が限られた中で褥そう処置を行うと共にベッドとエアマットを導入した(27n)

### 3.【誰もが納得した最期を迎えられるように専門職/非専門職を含めたチームケアを推進する】

「独り暮らし」高齢者が自宅で最期を迎えることができるように専門職/非専門職を含めたチームケアを推進する援助として6つのカテゴリーが抽出された。

#### 1)＜本人が必要としている最善のケアが提供できるように図る＞

このカテゴリーは、病状の進行に伴い援助の必要性が増加する中で、なるべく一人でいる時間が少なくなるようケアマネジャーと連携を図ることや、ケア提供者が次の訪問をするまでのケアとケアの隙間を繋いで、「独り暮らし」高齢者の変化を逃さずキャッチするために、チームで情報共有してケアの方向性を共有していくことをあらわす。

訪問看護師は、看取りの時期と意識して年末年始の体制についての相談や1人になる時間が少なくなるよう〔病状の進行および生活全体を見据えた支援計画をケアマネジャーと調整する〕ことにより、病状の変化や予後予測から必要と考えられる生活上のケアについてケアマネジャーと調整していた。状態の変化に伴い、多様な手段を用いて医師、ケアマネジャー、介護職との情報交換の機会を増やし、チームとしての関係を深めるとともに、その時に本人が必要とするケアニーズを共有していた。複数の事業所や職種がかかわることから頻回にチーム会議を開き、変化する本人の状況に合わせたケアの方向性を確認し合うことにより〔本人の些細な変化を逃さず対応できるように、チームとして情報を共有し、ケアを統一する〕よう他職種の繋ぎ役となるようなかわりを行っていた。

#### 具体的な援助内容

- ・食事摂取量がさらに低下し、看取りの時期と意識して年末年始の体制をケアマネに相談した(2n)
- ・担当者できめ細やかにアセスメントし、ケアマネと打ち合わせをしながらケアした(10n)
- ・会議で困りごとを出し合いケアを統一した(11n)
- ・苦痛を与えないようにチームでケアを統一するようにした(14nn)
- ・援助者が交代しても患者の状況が把握できるように連絡ノートを活用した(1n)
- ・バイタルサイン記入表を作成し、全員で共有した(1n)
- ・ヘルパーとは連絡ノート、電話連絡、訪問時に声を掛け合うなどして連携をとりあった(5n)
- ・状態の変化に伴い、ケアマネ、ヘルパーとの情報交換の機会を増やし、チームとしての関係を深めていった(14nn)
- ・ヘルパー、医師、ケアマネが同じ敷地内にいて、自然に情報交換している(26n)
- ・本人が連絡できないので、何かのときには、ヘルパーに連絡するよう伝えていた(1n)
- ・緊急ペンダントによる連絡は、救急車でなく、訪問看護事業所につないでもらうように自治体に働きかけた(5n)
- ・何かのときにはすぐに駆けつけることを本人に説明し連絡があれば夜中でも対応した(30n)

#### 2)＜介護職がその人に関わり続けられるように多面的に支援する＞

このカテゴリーは、「独り暮らし」高齢者の身近で日々の生活援助を行う介護職が、これまでに経験の少ない臨終を迎えていく利用者への援助を不安なく継続することができるよう技術的にも精神的にも支援していく訪問看護師の援助を示す。

訪問看護師は、一覧表や連絡ノート・写真の利用など様々な媒体を活用して、誰もがわかる方法で介護職にケアの方法を伝えていた。必要時には、介護職と一緒に同行訪問し、誤嚥防止のため食事介助方法やとろみの付け方をアドバイスすることや清潔ケアの方法や留意点を伝えるなど介護職が実施できるように日常生活援助、観察ポイントを指導して〔本人の状態変化に合わせてタイムリーに対応方法を介護職に伝える〕ように支援していた。介護職が抱く看取りへの思いを大事にして、看取りへの不安を和らげるため定期的に会議を持つなど、欠かせない存在である介護職がケアを続けていけるように随時相談に応じていた。本人の状態が悪い時には介護職に任せていた清潔ケアを訪問看護師が行い、過度な負担を強いないように介護職業務の量と質をマネジメントすることや介護職が実施しているケアを保証する声かけを行い、〔介護職の不安を和らげ前向きにケアを続けられるように支える〕かかわりを行っていた。そして本人の最期には、共働した介護職とともにお別れのケアをして後悔のない看取りとなるよう努めていた。

#### **具体的な援助内容**

- ・介護職もターミナルケアができるように連絡ノートの利用や訪問時間を合わせてケアの方法を伝えた(2n)
- ・ヘルパーに誤嚥のリスクを伝え、とろみの付け方を説明し、実施してもらうようにした(7nn)
- ・麻薬による認知機能低下があるため、ヘルパーにも注意点をつたえ、連携した(10n)
- ・体動によって痛みを訴えるので、ゆっくり時間をかけて体位変換するようにヘルパーに伝えた(27n)
- ・相手を尊重した関わりをモデルとなって伝える(GI)
- ・患者の状態に応じてケアの方法の変更をヘルパーに指導する(GI)
- ・ヘルパーの不安を和らげるため、その都度患者の状態を伝えた(5n)
- ・限られた時間で精一杯努力しているヘルパーの気持ちを理解するようにした(7nn)
- ・ヘルパーの訪問時間内に食事摂取が間に合わないことがあるので、補助食品を補っていくことにした(7nn)
- ・ヘルパーの介護時間は限度があるため、洗濯物を減らすように工夫した(27n)
- ・ヘルパーのやってきた方法をそのまま認め、本人の生活への意味づけをして伝えた(GI)
- ・一番傍にいるヘルパーに状態変化の際に説明をし、大丈夫ということを伝えた(GI)

### **3)＜無理のない範囲で、家族や付き合いの深い隣人に生活に密着したサポートをお願いする＞**

このカテゴリーは、「独り暮らし」高齢者が住み慣れた自宅で最期を迎えることができるように、別居の家族や付き合いの深い隣人をインフォーマルサポーターとして、可能な範囲でかかわってもらえるように意図的に働きかける援助を示す。

訪問看護師は、疎遠だった家族らが、本人と関わるができるよう本人の状況や頃合いをみてきつかけを作り、本人の病状や意向についての家族の受け止め方を確認しつつ無理のない範囲で〔本人が住み慣れた家で最期を迎えられるよう、家族の意向を確認しながら看取りへの参加を促す〕よう働きかけていた。頻回な訪問が難しい家族には必要物品の手配や金銭管理、付き添っている家族には室温の調整や鎮痛薬のレスキューの調整、臨死期への付き添いなど〔ケアに参加してもらえる家族には、本人の生活に密着したサポートを担ってもらえるようお願いする〕ように、家族の無理のな

い範囲で個々に援助可能なサポートを依頼していた。さらにインフォーマルサポーターとして家族だけでなく、本人との付き合いの深い隣人へも働きかけを行っていた。ゴミ出しや戸締りといった屋外のサポートを依頼することや臨死期には付き合いの深い隣人にも声をかけ安否確認をお願いするなど〔本人との付き合いの深い隣人だからこそ頼めるサポートをお願いする〕働きかけを行っていた。

#### 具体的な援助内容

- ・元妻に患者が一人で亡くなる可能性や、そのために出来ることを情報提供した(12n)
- ・別居で離れていた時は会うことがなかったので、頃合いをみて、本人の状況を見ながら私のほうが先生と(娘さんが)お話すきっかけを作った(14n)
- ・本人の病状についての家族の受け止め方を確認し、看取りへの参加を促す(21n)
- ・月一度訪問する家族に必要な物品の買い出しを頼んだ(1n)
- ・生活費は、ケアマネを通じて親族に連絡し、銀行で引き出してもらった(10n)
- ・家族にエアコンを整備してもらい、ヘルパーに温度調整の管理を頼んだ(1n)
- ・ヘルパーや医師だけでなく家族にも、レスキューの判断を含めた本人の疼痛管理を担ってもらうようはたらきかける(21n)
- ・生活面では、別居家族の協力が可能か査定し、働きかけを行った(21n)
- ・入院をすすめ、家族にも連絡し、本人への説得を頼んだ(11n)
- ・別居家族に本人の病状を伝え、頻回に安否をみるよう依頼した(2n)
- ・本人の呼吸困難と不安が強く、頻回に緊急コールがあるため、従兄弟に泊まってもらった(5n)
- ・隣人、ケアマネ、ヘルパーとともに訪問回数を増やし、見守ることを検討した(30n)
- ・状態が悪くなってきた時には、呼吸が止まっていることもあることを隣人に説明し、連絡するように伝えた(45n)
- ・ゴミ出し、戸締りをしてくれる隣人と、民生委員を介して関わった(23n)

#### 4)＜皆が最期の時を落ち着いて対応できるようにやるべきことを確認し合う＞

このカテゴリーは、「独り暮らし」高齢者が最期を自宅で迎えることができるように、近づいてくる臨死期の徴候について看取りに慣れないチームメンバーと共有することや最期の時をどのように支援していくのか本人にかかわるすべてのチームメンバーと方向性を共有し、その時への対応に備える援助を示す。

訪問看護師は、呼吸状態や意識レベルの変化など臨死期の具体的な兆候をあげて、亡くなるまでの経過と対応を説明することにより、看取りの経験の少ないチームメンバーが最期の時を落ち着いて対応できるようサポートしていた。また、緊急度に合わせて医師に報告し、ケアマネ、ヘルパーには状態が変化した際には看護師に連絡するようにチームメンバーと最期に向けた対応を確認するとともに、血圧低下や訪問時の衰弱の様子から死期が近いと予測して、訪問回数を増加して〔死期が近いことをチームで共有し、最期の時に備える〕援助を行っていた。さらに担当看護師が最期まで看られるように精神面で支えることやクリニックの看護師との連携、訪問看護ステーションの看護師全員で情報共有するなど〔24 時間緊急対応できるように看護師間で支えあう〕ことにより、「独り暮らし」高齢者の看取りを支援していた。



#### 具体的な援助内容

- ・ヘルパーが看護師に連絡する際に体温などの判断基準について張り紙やケアマネを通して伝えた(5n)
- ・患者の死亡を発見した時には、救急車を呼ばないことを徹底してヘルパーに伝えた(5n)
- ・状態の悪化や看取りの時の患者の意識、呼吸、手足・足先の色の変化についてヘルパーに説明した(27n)
- ・ケアマネを通してヘルパーに予後予測と急変時の対応について共有した(21n)
- ・隣人とヘルパーには訪問した時に呼吸が止まっていることもあることを説明した(30n)
- ・病状進行に伴い訪問看護と訪問診療の回数を増やし区のワーカーに報告した(9n)
- ・訪問時の衰弱の様子から死期が近いことを感じ、毎日訪問した(12n)
- ・病状が悪化してからは医療保険で訪問回数を増やした(21n)
- ・日常生活上の変化から死期が近いと考えられる情報を医師に伝える(6l)
- ・状態が悪いときには、往診医・ケアマネ・ヘルパーに連絡するとともに(往診医の)クリニックの看護師とも連携をとった(1n)
- ・ターミナルの人を週末1人で訪問することを考えて、看護師全員で担当し、情報共有するようにした(1n)
- ・本人の強い言葉に看護師も辛い気持ちになるので本人が喜んでいたことを伝え、皆で本人を支えたいと思えるように配慮した(23n)

#### 5)＜死亡後のケアを皆で協力して行う＞

このカテゴリーは、「独り暮らし」高齢者が自宅で最期を迎えた際に本人にかかわるすべての支援者と連絡調整を行い本人を見送るとともに、チームで看取りを振り返り今後のケアにいかす活動をあらかず。

訪問看護師は、「死亡後のケアをチームメンバーがそれぞれの役割を果たす」ことができるように、介護職や家族から連絡を受けて本人のもとへかけつけ、死亡の兆候を確認した後に医師に死亡診断を依頼することや、ケアマネジャーや市職員に御遺体を引き継ぐなど見送りに向けての連絡調整を行っていた。さらに、地域の多職種のチーム力を高めるために死亡事例を取り上げたチームカンファレンスや勉強会の立ち上げをするなど「今後のケアに活かせるように看取り後カンファレンスを開く」ことを行っていた。

#### 具体的な援助内容

- ・亡くなっているとヘルパーから連絡を受け、看護師も医師もそばにかけ付け、お別れをした(7n)
- ・ヘルパーから死亡の連絡を受け、往診医の死亡確認後に、エンゼルケアを行った(10n)
- ・ヘルパーからの連絡で駆け付けたが、往診医がいなかったため、霊柩車でかかりつけの病院に運び、死亡診断書を作成してもらった(13n)
- ・隣人からの電話で駆け付け、医師に連絡し、死亡確認をもらった(23n)
- ・ケアマネと市役所に連絡して、死亡診断書を渡した後に遺体が引き取られた(27n)
- ・地域の多職種のチーム力を高めるために死亡事例を取り上げたチームカンファレンスを行った(2n)
- ・地域の専門職チーム力を育成するためにホスピスケアを学びあう会を立ち上げた(3n)

表 30 「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする訪問看護師の援助

| 中核カテゴリー                  | 大カテゴリー                                  | 中カテゴリー                                   | 小カテゴリー  |
|--------------------------|---|--|---|
| 本人が今のままで過ごせるよう工夫しながらケアする | 生活環境をできる限りひとりで療養できる場に整える                | 生活の場を療養できる場として整える                        | 室内・病床をきれいにする<br>ベッド周囲を整理して、ケアするための空間を作る<br>本人の危険や緊急時の対応を考慮して、チームで鍵を管理する<br>ゴミ出しの方法を考え、衛生環境を整える<br>寒暖をしのぐ工夫をする   |
|                          |   | 「ライフライン」が整わない中での、ケアを工夫し、人間らしい生活を模索する     | 経済的なやりくりをしてケアに必要な物品を揃える<br>行政に相談し、多くの見守りを得ることを考える<br>生活が滞らないように代償する   |
|                          |   | 自分でやれることは自分でできるように身近な生活空間を整える            | 身の回りのことができるだけ自分でできるように工夫する<br>尿の汚染なくひとりでいられるように工夫する   |
|                          | 今のままの過ごし方が続けられるように、必要なサービスを調整する         | 今のままの過ごし方が続けられるよう支援する                    | 好きなように自宅ですごせるよう支援する<br>経済的配慮をして訪問回数をやりくりする<br>本人の訪問看護の受け入れの難しさに配慮し、担当を決めて訪問する   |
|                          |   | 往診を依頼し、他職種と重ならないように訪問調整する                | つながりのある在宅医へ往診を依頼する<br>初回往診に同行し、医療管理の方向性について共有する<br>本人のペースに合わせて、他職種と重ならないように調整し、訪問回数を決める<br>行動制限することなく事故を予防する  |
|                          |   | 本人が快いとする援助から始め、信頼関係をつくる                  | 排泄、清潔援助から病状をアセスメントする<br>本人の「快」への働きかけをきっかけにケアを受け入れてもらう<br>訪問看護導入を拒否する患者には、看護の必要性の説明をして、本人からの申し出を待つ   |
|                          |   | 後見人や市区町村との連携体制もつくる                       | 後見人や市区町村との連携体制もつくる  |
|                          | 本人が納得するように対応し、心身の安定を図る                  | 本人が安堵することやモノを見逃さないで患者の安定を図る              | 動けなくなる前に今しかできないことを考える<br>人がいることで安心なのだろうと考え、一緒に過ごす時間をもつ<br>どのようなものであっても本人にとって大切なものは大事にする<br>本人が納得できるように対応する<br>本人の不安が強いときに訪問するよう調整する<br>日課が継続できるよう代行する |
|                          |   | 生きようとしている本人を支える                          | 生きようとしている本人を支える<br>点滴だけに頼らず、経口摂取がすすむように介護職とともに工夫・調整する   |
|                          | できる範囲で尊厳をもった本人らしい姿での見送りをする              | できる範囲で本人らしい姿でのお見送りをする                    | 看護師のできる範囲で、本人らしい姿での見送りのケアをする  |
|                          | 本人がどのような場を療養の場として選択しても寄り添ってケアし続ける姿勢で関わる | 本人の意思を汲みとり、ここにいても大丈夫と思う気持ちを本人に伝える        | 初回訪問時から、治療や最期まで過ごす場所について思いを汲み取って確認する<br>在宅死だけでなく入院・入所する選択肢も説明し、考える機会を提供する<br>本人の思いに添えるよう、チームで目標を共有する<br>在宅療養継続を後押しする                                  |
|                          |   | 治療をしないで自宅にいるという本人の選択に迷いを感じつつも、その決定を受け入れる | 生活保護で死亡した場合の諸手続きの困難さを考え、入院を勧める<br>看護師として治療を受けない選択に迷いを感じつつ、本人の決定を受け入れ、援助する   |
|                          | その時本人がいたい場にいられるように家族                    | 死にゆく本人の状況を何度も家族に説明し、意思決定を支える             | 両者が納得できる方法を当事者と一緒に考えて決める<br>本人が自宅で最期を迎えられることを説明し、家族を後押しする<br>一人で亡くなることがあることを伝え、家族の覚悟を促す   |
|                          |   | 病状が悪化する中で家族から不安を打ち明けられるような関              | 家族の話や語りに耳を傾ける   |

|  |                          |   |  |
|--|--------------------------|---|--|
|  | を支える                     | 係をつくる                                       | 病状が悪化する中で付き添う家族の不安を和らげる<br>いよいよの時に備えて対応を伝える  |
|  | その時本人がいたい場にいられるように家族を支える | 死亡後の対応までを含め説明し、家族が納得してケアに関われるようにする          | 家族の疲労に配慮しつつ、家族がうまくケアできるようにサービス調整する<br>状態の変化があったときに、タイミングをみはからって医師からも家族へ話してもらう<br>いよいよの時に間に合うように家族を呼ぶ<br>死亡後の段取りについて話し合う<br>エンゼルケアを、遺族がよりよいお別れができるよう、配慮して行う<br>ケアに責任を持つ者として、離れて暮らす家族に本人の状態を報告する |
|  |                          | ケアに参加しない/できない家族が後悔しないように、努めて本人の悪化していく状態を伝える | 本人に面会を拒否された家族に本人の病状の悪化を伝える<br>本人が亡くなったことを離れて暮らす家族に知らせる   |

| 中核カテゴリー              | 大カテゴリー                              | 中カテゴリー                                       | 小カテゴリー   |
|----------------------|-------------------------------------|--|--|
| 生活状況から苦痛の程度を判断し、緩和する | 病状の進行に伴う生活上の変化に応じて、適切な医療を受けられるようにする | 介護職から情報を得て病状の変化を察知する                         | 食事摂取量の低下を注意深く観察し、必要時医師に相談する<br>生活状況の情報を介護職から得て症状をアセスメントする                                    |
|                      |                                     | 本人の生活や病状の変化を正確に捉え、適切な医療が受けられるように医師に伝える       | 往診時に本人の代わりに状況を伝え、適切な医療につなげる<br>症状にあわせた苦痛の緩和を医師に提案し、使用薬剤の変更を図る                                |
|                      | 医療処置の安全に配慮して、タイミングよく安楽を図る           | 安全に医療処置をするために訪問体制を工夫する                       | 医療処置のための訪問は、本人の状態や過ごし方に合わせて行うことを検討する<br>病状をみて、外来診療から訪問診療への変更を患者と話し合う<br>医療処置を安全に継続できるように配慮する |
|                      |                                     | 介護職からの情報を含め病状の変化を察知し、本人が安楽を得られるようタイミングよく援助する | 症状の変化を見逃さず、迅速な苦痛緩和に向けた調整をする<br>緊急時訪問などの制度を活用してタイミングよく訪問する<br>ケアをしながら調子の悪さや不安を捉え対応する          |
|                      |                                     | 本人の苦痛を汲みとり、医療処置に頼らず、セルフケア能力を活用して援助する         | 訴えない本人の痛みを汲み取り、苦痛緩和を図る<br>内服薬を本人が管理できるように配慮する  |
|                      | 本人の持っている力を最大限に活かして苦痛を緩和する           | 滞在時間、経済面、回復力に制限がある中で現実的な目標をたて、合併症の予防や安楽に努める  | 生活の支障に対応して訪問回数を増やし、苦痛を緩和する援助をする<br>病状の進行にあわせて介護用品の導入をする<br>介護職による身体介護も導入し、褥そう予防と悪化防止の援助を行う   |
|                      |                                     |  |  |
|                      |                                     |  |  |

| 中核カテゴリー                                      | 大カテゴリー                                  | 中カテゴリー  | 小カテゴリー   |
|--|---|---|--|
| 誰もが納得した最期を迎えられるように<br>専門職/非専門職を含めたチームケアを推進する | 本人が必要としている最善のケアが提供できるように図る              | 病状の進行および生活全体を見据えた支援計画をケアマネと調整する               | 病状の進行および生活全体を見据えた支援計画をケアマネと調整する  |
|  |   | 本人の些細な変化を逃さず対応できるように、チームとして情報を共有し、ケアを統一する     | 頻回に会議を開きケアの方向性を確認し合う<br>本人の状態をチームメンバーと多様な手段を用いて、その時のケアニーズを共有する<br>介護職がいつもと感じた時に知らせてもらい対応する   |
|  | 介護職がその人に関わり続けられるように<br>多面的に支援する         | 本人の状態変化に合わせてタイムリーに対応方法を介護職に伝える                | 誰もがわかる方法で介護職にケアの方法を伝える<br>介護職が実施できるように共に訪問し注意点を伝え、日常生活援助、観察ポイントを指導する<br>欠かせない存在である介護職がケアを続けていけるように随時相談に応じる<br>過度な負担を強いないように介護職業務の量と質をマネジメントする<br>共働した介護職とともにお別れのケアをする<br>介護職が実施しているケアを保証する |
|  |   | 介護職の不安を和らげ前向きにケアを続けられるように支える                  |  |
|  | 無理のない範囲で、家族や付き合いの深い隣人に生活に密着したサポートをお願いする | 本人が住み慣れた家で最期を迎えられるよう、家族の意向を確認しながら看取りへの参加を促す   | 疎遠だった家族らが、本人と関わることができるようきっかけを作る<br>家族の意向を確認しながら無理のない範囲での取りへの参加を促す  |
|  |   | ケアに参加してもらえる家族には、本人の生活に密着したサポートを担ってもらえるようお願いする | 必要物品の手配や金銭管理については、親族に依頼する<br>付き添っている家族には、室温の調整やレスキューの調整をお願いする<br>症状改善目的の入院を拒否する本人の説得を家族に頼む<br>臨死期は家族に本人のそばに付き添ってもらう<br>臨死期には本人と付き合いの深い隣人にも声をかけ本人を見守ってもらう<br>ゴミ出しや戸締りといった屋外のサポートを隣人にお願いする   |
|  | 皆が最期の時を落ち着いて対応できるように<br>やるべきことを確認し合う    | 死期が近いことをチームで共有し、最期の時に備える                      | 看取りの経験の少ないメンバーに、亡くなるまでの経過と対応を説明する<br>チームメンバーと最期に向けた対応を確認する<br>死期が近いと感じ、チームで最期の時に備える  |
|  |   | 24 時間緊急対応できるように看護師間で支えあう                      | 24 時間緊急対応できるように、看護師間で連携する<br>担当看護師が最期まで看られるように精神面で支える  |
|  | 死亡後のケアを皆で協力して行う                         | 死亡後のケアをチームメンバーがそれぞれの役割を果たす                    | 介護職や家族から連絡を受け、最期のお別れのために駆けつける<br>死亡の兆候を確認し、医師に死亡診断を依頼する<br>ケアマネ・市職員に御遺体を引き継ぐ   |
|  |   | 今後のケアに活かせるように看取り後カンファレンスを開く                   | 今後のケアに活かせるように看取り後カンファレンスを開く  |

## IX 考察

### 1. 「独り暮らし」高齢者の看取りの実態について

本調査の結果、回答のあった 540 の事業所のうち、在宅で最期を迎えた「独り暮らし」高齢者の看取りを行っているのは 136 事業所あり、341 事例があったことを示すことができた。このことは、独り暮らしであっても在宅で亡くなることが可能であることを示しており、貴重なデータを示すことができたと考ええる。

訪問看護事業所については、規模の大きい訪問看護事業所が、「独り暮らし」高齢者の在宅看取りに積極的であることが示唆された。「独り暮らし」高齢者の在宅看取りに関連する要因について多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、「退院時共同指導加算」「無理をお願いできる訪問介護事業所」、「1 か月間の合計新規利用者数」の 3 項目が、独居高齢者の在宅看取りに関連することが示唆された。「退院時共同指導加算」や「1 か月間の合計新規利用者数」が「独り暮らし」高齢者の在宅看取りに関連していた理由として、がん患者は非がん患者に比べ、訪問期間が短いことが示されていたことから、がん患者が訪問開始後比較的短期間で亡くなるために新規の利用者が多くなったとも推測される。また、退院時に訪問看護が開始されることが多いという報告もあることから、「独り暮らし」高齢者では在宅関連のサービスを必要とするため、「退院時共同指導加算」の関連が認められたと考える。「無理をお願いできる訪問介護事業所」は、「独り暮らし」の生活を主に支えるのは介護職であることから介護職の機能の有り様によって「独り暮らし」高齢者の在宅死が可能になるか否かが大きく影響するためなどの理由によって、上記 3 項目に関連が認められたと考える。事業所の組織と体制が整備されることにより、「独り暮らし」高齢者の在宅看取りケアに向けた緊急時の対応や他機関との連携が円滑に促進されたと考える。

利用者については、独り暮らしであっても、最期は家族の 24 時間サポートが 4 割に認められた。この結果は、日本の文化的背景とサポート体制の不備によって、最期は家族が支援をせざるをえない状況に至っているとも考えられる。しかしながら、注目すべきことは重度の認知症であっても家で亡くなることができていたことである。今後モデル作成の際には、「独り暮らし」の認知症高齢者への看護の特徴についても示していきたいと考える。

訪問看護師の看護への満足度は 6 項目から構成されているが、6 項目中 5 項目で満足度があり 8 割を超えていた。「独り暮らし」に限らないが、在宅での良い看取りができたと評価する看護師は約 9 割認められた結果<sup>8)</sup>と類似している。入院患者が「穏やかな最期」だったと評価した看護師が 4 割であった結果<sup>9)</sup>と比べ、独り暮らしであっても、介護者がいる看取りと同様に満足する看取りが行えることを示すことができた。しかしながら、看護師の評価と介護職の評価が異なる等も報告されている<sup>6)</sup>。

疾患では、悪性腫瘍が約半数であった。これらは独り暮らしに限らない在宅看取りにおける利用者の疾患と同様の傾向を示していた<sup>6, 8)</sup>。悪性腫瘍の高齢者の看取りの満足度はそれ以外の疾患の高齢者に比べ満足度が高いという結果であった。悪性腫瘍の高齢者は終末期における意思表示が明確であるため、最期まで話しができるために満足度が高くなっていると考えられる。また家族や親類の訪問がない場合において満足度が低い傾向があることを示していた。このことは看護師に対する質問調査であったことが影響しているとも考えられる。

本来は高齢者自身による評価を示すことが必要であると考え、**「独り暮らし」**では本人はもとより、家族からの評価さえ得ることができない人たちである。それ故、今回は看護師からの評価としたが、本調査の限界と考える。今後は**「独り暮らし」**高齢者の在宅終末期看護の評価指標を構築する必要性が示唆される。

## 2. 終末期訪問看護モデルについて

**「独り暮らし」**高齢者の在宅死を可能にするために訪問看護師が行っている援助は、【本人が今のままで過ごせるよう工夫しながらケアする】、【生活状況から苦痛の程度を判断し緩和する】ことを柱として、【誰もが納得した最期を迎えられるように専門職/非専門職を含めたチームケアを推進する】3つの中核カテゴリーに集約された。3つの中核カテゴリーを基に、**「独り暮らし」**高齢者の在宅における**“Peaceful end of life”**を目指す看護実践をしていた。

モデルは、高齢者の尊厳を保ち、本人を生活の主体者ととらえ、本人の望む生活が継続できるようにすることを基本に据えた看護モデルである。**“Good death”**とは「死ぬ時期が適切であり、死の過程をコントロールでき、死の状況が基本的に道徳的な原理に基づいていること、そして人の死として論理的であること」<sup>10)</sup>であり、**“Peaceful end of life”**とは、看護者の立場からスタンダードケアの基盤として Emanuel,E,G.&Emanuel,L,L.<sup>11)</sup>が提言した「苦痛がないこと、安楽であること、尊重されていること、穏やかであること、自分にとって大切な人が近くにいると感じられること」であると定義されていることから、本モデルでは**“Peaceful end of life”**を目指して援助することにした。

以下に、**「独り暮らし」**であるが故のモデルの特徴として強調すべき看護について説明する。

### 1) 訪問看護開始期から維持期、悪化期までの看護の特徴

長年独り暮らしをしてこられて、他人が家の中に入ることを嫌う傾向が強いため、訪問看護師は本人に受け入れてもらいやすい心地よさを感じるケアを駆使して訪問看護を開始する。また訪問する看護師や介護職は2-3人が常に同じ人が訪問する体制づくりを行う。中には、ライフラインが整わない環境の中で生活している人もおり、療養環境を整える援助も重要であることや、独り暮らしが継続できるように最後までセルフケアを目指して物の置き場所や処置方を工夫することが特徴である。

独り暮らしで強く自宅にいたいと思っている人、本人からの希望は語られなくても、これまでの看護の中で、本人の意思を推測したり、苦痛がないので今まで通りが最も自然と考えられるためと、必ずしも語られているわけではないがチームで意思を汲みとりながら進める。一方本人が不安を感じながらも自宅を希望される方もいたため、状態に変化があるたびに本人の意思を確認することも必要なことである。

独りで好きなように暮らしてこられた方であることを配慮して本人の今までの通りの生活ができるように生活リズムを壊さないようにチームの訪問体制を組むことや、亡くなった時には最後の準備ができていないことが多い中で、ステーションの衣服で身なりを整えて旅立ちのお手伝いをすることも特徴とする援助である。

## 2) 家族への支援

離れている家族ではあるが、本人の意向を伝え、揺るぐ家族の気持ちを後押しし、変化が少しでもある時にはイメージできない家族にその都度丁寧に伝えるなどして、家族の覚悟をも促していた。本人の決めたことに反対というよりは本人の意向を尊重したいが不安との家族が多かったことから、このように全身状態が低下していく過程に応じた説明がより重要と考えられる。そして残された家族が後悔しないように、臨死期になって介護を希望されるときには、一つ一つ丁寧に介護方法を伝え一緒に介護をしたり、家族間の相談に応じるなど、独り暮らしであっても、家族へ手厚い看護を行う。また看取りに家族が間に合うようにタイミングを見計らい連絡することも大きな支援である。タイミングを見計らい家族に連絡することは施設における看護職の役割としても同様に大きなものであった<sup>12)</sup>。介護への参加を望まない家族には無理強いはいしないが、後悔しないようにご本人の変化をこまめに伝えるようにするなど、あまり訪問しない家族に対しても援助する。また訪問が少ないだけに状態がわかり難いため、独りで亡くなることがあるが、できるだけの援助をすることなどについて話をすることも重要な援助である。

## 3) 苦痛の緩和

苦痛の緩和においては、訴えない本人に代わって、変化に応じて適切な医療が受けられるように、介護職からの情報や、自分で状況を把握するために往診の前に訪問して、医師の治療変更をもたらしていた。介護者がいる場合には医師が介護者から状態を聞き取ることが可能であるが、介護者がいない独り暮らしの場合には、認知症もあり、本人も苦痛を説明しないという状況から、看護師の積極的な生活や身体の変化を察知する方法や力量が本人の苦痛緩和にとって大きく影響する。そして苦痛緩和を図りながら訪問回数を増やし、ADL の低下や栄養状態の低下から起こる合併症を予防し、保清につとめ、口から食べられるように支援することによって、本人の望む最期を叶えることを実現できる。このような最期の迎え方は、家族と同居していても同じ目標となるが、介護職や訪問看護師の訪問回数が頻回に必要となり、家族の肩代わりをしながら望みを叶える部分もある。また訪問回数を増やすために市の社会福祉部から支援システムの間をぬって支援を作り出す技量が生活保護を受けやすい独り暮らしの生活を支えるために求められている。

## 4) チームでの終末期看護

病状の進行に伴い、援助の必要性が増加する中で、看取りに慣れていないケアマネジャーを動かし、独りで過ごす時間が少なくなるようにケアをつないでいる。訪問回数が多くなるにつれ、多くの事業所が関わるようになるため、ケア会議や勉強会、同行訪問、写真による情報交換など、多様な手段を用いて医師、ケアマネジャー、介護職との情報交換の機会を独り暮らしであるが故に綿密に持つ必要がある。

特に介護職については、介護職が欠かせない存在と考え、看取りに慣れない介護職が訪問を継続できるように全面的に支える重要性が強調されている。亡くなっていることを一番に発見しやすい介護職が不安に感じないように、発見時の心の準備と対応について具体的に説明することによって、介護職は発見時に看護師に伝えることができるようになり、体験から学び、今後のケアにもつながるよ

うになり、信頼関係が醸成される。またケアの仕方など具体的に理解できるように学習会を持つことや、不安に応じてわかりやすい説明に努めることも重要である。そして負担を感じているケアは共に行ったり、肩代わりするなどを通して、積極的に介護職がケアに関わり続けられるようにする。看護師間でも同様に、独り暮らしの臨終に立ち会う可能性を考え看護師間で情報共有し、支え合う必要性がある。介護職を主体として看護職は黒子として介護職の間を埋めるようにケアする施設ケアにおいても介護職を支える重要性が示されていた<sup>12)</sup>。

亡くなった後については、独り暮らしであるために、不審死として扱われる可能性もあり、そのような場合には検視から遺体が戻るまで待ちその後に旅立ちの準備をして、尊厳のあるお別れをすることや、市役所に埋葬等について委譲するための連絡についてもマスターが必要である。

以上述べてきたように、本研究により「独り暮らし」高齢者が自宅で最期を迎えることができることが実証された。実際の「独り暮らし」高齢者への援助を明らかにし、その結果から「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期訪問看護モデルを構築できた。今後は本モデルの検証をしていく予定である。



## X 結論

以下の考えに基づいて「独り暮らし」高齢者の終末期訪問看護モデルを構築した。

- ・本人の意思決定を中心にして、それが実現するように家族や専門職のチームがケアを実施する。
- ・これまでの暮らし方を崩さないように入り込む。
- ・緩和医療を適切に行うために、対応可能な医師につなげ、医師を動かす。
- ・かけがいのない存在として介護職を支援し、教育を通して継続して訪問できるように、徹底して支える。
- ・独り暮らしであるが故にチーム間の情報交換を密にして、変化に応じてチームを動かし、ケア方針の一致を図る。
- ・独り暮らしであっても、家族が高齢者の変化する状況をイメージ出来るように連絡を密に行い、後悔しないようにする。
- ・支援者として家族を巻き込めるところは依頼する。
- ・独り暮らしでも地域の人々の少しの助力により可能性が広がるため地域の力を醸成していく。

## XI 文献

- 1) 総務省. 平成 22 年国勢調査 抽出速報集計結果 結果の概要. 2011;  
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/sokuhou/pdf/gaiyou1.pdf>. Accessed 10/5, 2011.
- 2) 厚生労働省. 平成 22 年人口動態統計(確定数)の概況. 2011;  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei10/>. Accessed 10/5, 2011.
- 3) Aoun S, Kristjanson LJ, Oldham L, Currow D. A qualitative investigation of the palliative care needs of terminally ill people who live alone. *Collegian*. 2008; 15(1): 3-9.
- 4) 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 近藤克則. 高齢者の終末期ケア : ケアの質を高める 4 条件とケアマネジメント・ツール. 東京: 中央法規出版; 2010.
- 5) 島内節, 鈴木琴江. 在宅高齢者の終末期ケアにおける 経過時期別にみた緊急ニーズ. *日本看護科学会誌*. 2008; 28(3): 24-33.
- 6) 全国訪問看護事業協会. 高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関連する調査研究報告書. 2008; <https://www.zenhokan.or.jp/surveillance/index.html>. Accessed 4/8, 2013.
- 7) 小林江里香, 藤原佳典, 深谷太郎, 西真理子, 斉藤雅茂, 新開省二. 孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康 同居者の有無と性別による差異. *日本公衆衛生雑誌*. 2011; 58(6): 446-456.
- 8) 日本訪問看護振興財団. 在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働のありかたに関する調査研究事業. 2014; <http://www.jvnf.or.jp/2kenkyu/#b>. Accessed 3/1, 2016.
- 9) 水野敏子, 坂井志麻, 小長谷百絵, 會田信子: 高齢者高度医療専門病院における死亡 1 ヶ月間における高齢者の苦痛. *東京女子医科大学看護学会誌*. 4(1), 37-44, 2009.
- 10) Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet*. 1998; 351 Suppl 2:Sii21-29.
- 11) Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook*. 1998; 46(4): 169-175.
- 12) 井澤玲奈, 水野敏子. 特別養護老人ホームにおいて最期を迎える利用者への援助. *東京女子医科大学看護学会誌*. 2009;4(1):29-36.

## **XII おわりに**

平成 25 から平成 27 年度にかけて、「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期訪問看護モデルを構築した。今後は、看護モデルを実践の場で活用し、効果を検証していく予定である。

本研究にご協力いただいた訪問看護師をはじめ、介護職、介護支援専門員、医師の皆様に感謝いたします。

平成 25 年度～27 年度 科学研究費補助金 基盤研究(C)研究成果報告書  
「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期看護モデルの構築  
(課題番号:25463593)

---

2016年3月発行

|        |  |
|--------|--|
| 発行     | 研究代表者<br>東京女子医科大学看護学部 老年看護学<br>水野 敏子(Mizuno Toshiko)<br>〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1 |
| TEL    | 03-3353-8111(代表)   |
| FAX    | 03-3357-4866   |
| E-mail | mizuno.toshiko@twmu.ac.jp  |
| 印刷     | 株式会社 アド・プリント   |

---