

〔研究報告〕

A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題

奥村 美奈子

Issues of Home Care Support System for Terminal Cancer Patients in A Prefecture

Minako Okumura

要旨

本研究の目的は、A県の終末期がん患者の在宅療養支援において看護職が捉えている課題を明らかにし、終末期がん患者の在宅療養支援体制整備に向けた対策のあり方を検討することである。まず、A県の訪問看護ステーションに対する質問紙調査を実施し、終末期がん患者の在宅療養および在宅での看取りに関わる訪問看護ステーションの現状と支援上の課題を明らかにした。次いで、病棟・外来・退院支援部門に所属する看護職に面接調査を実施し、終末期がん患者の在宅移行の課題を明らかにした。

訪問看護ステーションの調査では、79事業所に質問紙を郵送し、27事業所より回答が得られ、回答率は34.2%であった。分析の結果、がん患者の支援における課題は【在宅介護に伴う家族の心身の負担や経済的負担】【在宅緩和ケアや看取りを担う診療所の不足】【訪問看護における支援上の困難さ】【訪問看護の導入時期の遅れ】を含む11項目が、整備すべき社会資源としては【がん患者の在宅療養を支援できる診療所の増加】【麻薬を取り扱う薬局の増加と情報提供】【経済的負担軽減を目的とした手続きの迅速化や助成制度の充実】を含む8項目が見出された。医療機関の看護職への調査は9名に対して面接調査を実施した。分析の結果、【在宅療養に伴う患者・家族の不安やストレス】【終末期における積極的治療の実施・選択】を含む8項目が見出された。

今回の調査結果から、A県において終末期がん患者の在宅療養支援体制を整備していく上で、在宅療養への移行や継続に伴う患者や家族の不安や負担への支援、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの充実、医療機関における円滑な在宅移行に向けた取り組み、がん特有の症状を捉えた支援の充実、地域住民に向けた在宅療養に関する啓発、といった5つの視点が重要であると考えられる。

キーワード：終末期がん患者、在宅療養、支援体制整備

I. はじめに

わが国では、従来のがん政策を強化する目的で2007年4月から「がん対策基本法」が施行され、この法律に基づく基本計画において、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域で療養を選択できるよう在宅医療の充実を図ることが明記された。一方、在宅支援体制の整備については、高齢者や脳血管疾患患者をはじめ、症状の変化や進行が比較的緩慢な経過を迎える人々を対象に進め

られて来たため、病状の進行が早く多様な身体症状を呈する終末期がん患者に十分対応できる体制とは言えない。2004年に実施された終末期ケアに関する全国調査において66%の国民が自宅で最期まで療養することを困難と回答している結果は¹⁾、終末期がん患者の在宅療養体制に多くの課題があることを示唆している。

こうした社会状況を背景に、各地域において終末期がん患者の在宅支援体制整備が求められており、先駆的な

取り組み事例が報告されつつある^{2~3)}。しかし、地域の社会資源の整備状況等、体制整備をする上で基盤となる諸条件は地域によって異なるため、各地域では実状に応じた方策を模索している段階にある。A県においても「がん対策基本法」の施行を受け、2008年にがん対策推進計画を策定し、終末期がん患者の在宅療養支援体制整備に向け着手したところである。一方、がん患者の在宅療養支援体制整備を推進する為には、がん患者の支援上の課題を明らかにすることは重要であり、とりわけ患者や家族への支援に従事している看護職が捉えている課題の明確化は不可欠であると考ええる。しかし、A県においてはこうした視点からの報告はなされていない。

本研究の目的は、A県の終末期がん患者の在宅療養支援において看護職が捉えている課題を明らかにし、終末期がん患者の在宅療養支援体制整備に向けた対策の在り方を検討することである。

II. 方法

1. 調査方法

1) 訪問看護師が捉えた終末期がん患者の在宅療養上の困難や問題・課題と整備すべき社会資源

(1) 調査対象

A県介護サービス情報公開システムに掲載されている訪問看護ステーション80事業所のうち調査依頼時点で営業している79事業所。

(2) 調査方法および調査期間

郵送法による質問紙調査とする。各訪問看護ステーション所長宛てに調査依頼文とともにA4判2枚の質問紙を郵送し、同封した返信用封筒で研究者に返信を求める。調査期間は2008年8月から10月とする。

主な調査項目は、①訪問看護ステーションの概要、②がん患者の看取りの状況、③がん患者の訪問看護を通じて、終末期がん患者の在宅療養上の困難や問題・課題と感じていること、④終末期がん患者の在宅療養支援において整備すべき社会資源、である。

2) 病院看護職が捉えた終末期がん患者の在宅移行を困難とさせる要因

(1) 調査対象

A県下にあるがん診療連携拠点病院のうち3施設で、①がん患者が多く入院する病棟、②がん患者が多く通院す

る外来、③地域との連携部門に所属する看護職、各施設・各部門1名の計9名。職位については研究者から提示せず、施設からの推薦に応じる。

(2) 調査方法

半構成質問紙を用いた自由回答法による面接法。面接は基本属性の確認とともに、主な内容として、終末期がん患者に対する在宅移行支援の状況、支援を通じて感じたこと、困難・問題・課題等である。調査期間は2008年9月から2009年2月である。

2. 分析方法

「訪問看護師が捉えた終末期がん患者の在宅療養上の困難や問題・課題と整備すべき社会資源」の調査項目①②については質問項目毎の件数を集計する。「病院看護職が捉えた終末期がん患者の在宅移行を困難とさせる要因」調査の基本属性については項目に沿って整理する。「訪問看護師が捉えた終末期がん患者の在宅療養上の困難や問題・課題と整備すべき社会資源」の自由記述については、意味内容を損ねないように整理し、内容の類似性に基づいて分類しサブカテゴリー、更にまとめられるものをカテゴリーとする。「病院看護職が捉えた終末期がん患者の在宅移行を困難とさせる要因」調査の自由回答については、逐語録から終末期がん患者の在宅移行を困難とさせる要因について語られている部分を抜き出し、内容が損なわれないように整理した後、内容の類似性に基づいて分類しカテゴリーとする。また、分析過程は、質的研究の経験豊富な研究者にスーパーバイズを受けながら進める。

なお、本文ではカテゴリーを【 】で示す。

3. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学大学院研究科論文倫理審査部会の承認を得て実施した（承認番号20-A-012-2）。訪問看護師に対しては、研究の趣旨、匿名性確保、情報管理の厳守、研究協力に関する自由意思の保障を明示した文書を質問紙とともに郵送し、回答の返送をもって研究協力の同意とする。病院看護職に対しては、病院管理者に研究の趣旨および匿名性確保、情報管理の厳守、研究協力に関する自由意思の保障に関する文書を郵送し、研究協力者の推薦を得る。推薦された看護職への面接に際し、文書を用いて研究の趣旨、匿名性確保、情報管理の厳守、研究協力に関する自由意思の保障を説明し、同意

を得られた場合は同意文書に署名を得る。

Ⅲ. 結果

1. 訪問看護師が捉えた終末期がん患者の在宅療養上の困難や問題・課題と整備すべき社会資源

79事業所の内27事業所から回答が得られ、回答率は34.2%であった。

1) ステーションの概要

1事業所に勤務している看護師数は、3から5名が17か所、6から10名が9か所、11名以上が1か所であった。また、24時間訪問看護加算の登録をしているのは20か所、登録していないのは6か所、未記入は1か所であった。

2005年から2007年の3年間におけるがん患者の看取り件数については、3年間を通じて1から5件と回答した事業所が最も多かった。また、看取りを行わなかった事業所がある一方、年間20件以上の看取りを行っている施設も2か所あった(表1)。

表1 がん患者の看取り件数別訪問看護ステーション数

がん患者の看取り件数	年度		
	2005年	2006年	2007年
0	6	4	4
1～5	13	14	17
6～10	2	2	3
11～15	0	3	1
16～20	0	0	0
20以上	2	2	2
未記入	4	2	0
合 計	27	27	27

2) 終末期がん患者の訪問看護を通じて困難や問題・課題と感じていること

記述数は72記述で回答施設数は26施設、記述は【在宅介護に伴う家族の心身の負担や経済的負担】【在宅療養の継続に関わる問題】【在宅療養の開始の意思決定に関わる問題】【訪問看護における支援上の困難さ】【診療所医師の体制や連携の困難さ】【在宅緩和ケアや看取りを担う診療所の不足】【訪問看護制度の不備や訪問看護ステーションのスタッフ数や質の不足】【訪問看護の導入時期の遅れ】【利用者に対するヘルパーの対応能力不足】【緊急時の病院との連携体制の未整備】【医療材料の確保の困難さ】の11のカテゴリーに分類された(表2)。

3) 終末期がん患者の在宅療養支援において整備すべき社会資源

記述数は40記述で回答施設数は26施設であった。記述は【経済的負担軽減を目的とした手続きの迅速化や助成制度の充実】【患者の病状に適したケアを可能とする制度や施設の充実】【訪問看護制度の改善と24時間対応の訪問看護ステーションの充実】【がん患者が利用できる短期入院・入所施設・デイサービスの増加】【麻薬を取り扱う薬局の増加と情報提供】【がん患者の在宅療養を支援できる診療所の増加】【在宅療養支援をコーディネートする人材の育成と充実】【がん患者の在宅療養支援を目的とした地域啓発やボランティアの育成】の8つのカテゴリーに分類された(表3)。

2. 病院看護職が捉えた終末期がん患者の在宅移行を困難とさせる要因

面接対象者が所属する医療機関はいずれもがん診療連携拠点病院で、病床数は600床前後であった。

1) 面接対象者の基本属性

看護職としての経験年数は11年から45年、所属部署の経験年数は1年半から11年であった。職位はスタッフ看護師3名、副師長・主査・主任4名、師長2名であった(表4)。

2) 終末期がん患者の在宅療養移行を困難にしている要因

記述数は45記述で、【在宅療養に伴う患者・家族の不安やストレス】【終末期における積極的治療の実施・選択】【主治医が病状や今後の見通しを適切な時期に説明しない】【がん患者の在宅療養に対する主治医の意識の低さ】【患者がかかりつけ医をもたない】【終末期がん患者の在宅療養に対応できる診療所医師の不足】【青壮年世代への支援制度の不足】【終末期がん患者の在宅療養に対する住民意識の未成熟】の8つのカテゴリーに分類された(表5)。

Ⅳ. 考察

調査結果から、終末期がん患者の在宅療養支援上の困難や問題は、患者や家族の不安や負担、在宅支援診療所や訪問看護ステーション等の地域での支援体制、がんの特徴を捉えた支援、がん患者の治療を担う医療機関側の問題、地域住民の意識、といった5つの視点で捉えられと考えた。また、整備すべき社会支援についても、5

表2 終末期がん患者の訪問看護を通じて困難や問題・課題と感じていること (記述数72 回答施設数26)

カテゴリー	サブカテゴリー	主な記述内容例
在宅介護に伴う家族の心身の負担や経済的負担(23)×16>	がんの進行に伴う諸症状に対して家族が心身ともに対応しきれなくなる	「最期は在宅で」と思っている、呼吸苦など出現すると介護に自信がなくなり、入院希望されるケースも多い。
	家族のマンパワー不足により在宅介護が困難となる	患者が「最期を自宅で」と考えても、核家族化・共働き・看る人がいないなどで家庭環境が対応できず、その体制整備が伴わない。
	在宅介護に対する家族の心身の負担が大きい	長い間悪くなれば病院という傾向が強かったため、在宅での看取り介護に対して家族の不安が大きく、介護が大変との思いが強い。
	家族の休息を目的としたサービスが少ない	家族のレスパイト目的で使えるサービスが少ない。
在宅療養に伴い利用者の経済的負担がある	在宅療養に伴い利用者の経済的負担がある	在宅よりも病院に入院しているほうがコストが安いといった、経済面での問題がある。
在宅療養の継続に関わる問題(3)×3>	本人が療養生活の長期化と処置に対して負担やいら立ちを感じる	余命3ヶ月と言われて退院。在宅で1年半が経過しほぼ毎日点滴をしなければいけない状況となる。利用者も状況が好転していないことに苛立ちを感じ、不満を表す。
	家族が病状の進行や死について正しい理解やイメージができていない	家族が死ぬときの受け入れ、家族はテレビドラマのように「ありがとう」と言って、パタッと死んで行くと思っている人が多い。
在宅療養の開始の意思決定に関わる問題(2)×2>	在宅療養に対する本人と家族の意向が異なる	在宅療養に対して本人と家族の意向が違った時に問題を感じる。
	本人・家族が退院を納得ができず不安や不満を抱えたまま在宅移行となる	在宅での生活が理想でない状態で退院し「病院からもう治療ができないと言われた」と不安と不満で一杯の人から突然訪問依頼されることも少なくない。
訪問看護における支援上の困難さ(15)×12>	呼吸困難やがん性疼痛等の身体的苦痛への対応に困難を感じる	肺がん等で呼吸困難の対応に困ることがある。
	病状の進行が予測し難く、支援のタイミングを逃す	症状の変化のスピードの予測困難で、前もって指導ができない。
	患者・家族への精神的支援に困難を感じる	精神的な支援となると時間を要する為、訪問看護のみでは対応しきれないこともある。そうした支援が在宅では十分とは言えない。
	二次的合併症の予防が課題	褥瘡等の二次的な合併症の予防が課題。
	看護師の心身の負担が大きい	担当看護師への身体的・精神的負担が大きい。
	本人への病名未告知の事例は対応に困難を感じる	本人に告知されていないと看護し辛い。
診療所医師の体制や連携の困難さ(11)×8>	かかりつけ医が訪問診療をしないため、急変時・死亡時は救急搬送となる	死亡の確認について、訪問診療ができないため、在宅で死亡診断ができず、受診していただくことになってしまう。
	急変時や臨終に際して診療所医師との連携がとれない	患者様が急変した時に主治医と連絡が取れなかったとき。
	日常においてかかりつけ医と上手く連携ができない	在宅医の対応一すぐに連絡がつかない、すぐに対応ができない、精神面でのフォローが少ない。
在宅緩和ケアや看取りを担う診療所の不足(7)×7>	在宅療養・看取りに対して診療所医師が消極的である	在宅での看取りをサポートしてくれる医師不足。
	緩和ケアに精通した医師が不足している	疼痛のコントロールをかかりつけ医がしっかり把握していない。
	緩和ケアに精通した医師に関する情報不足	緩和ケアを十分理解し、適切に実施できる医師が誰であるか地域に情報として無いこと。
訪問看護制度の不備や訪問看護ステーションのスタッフ数や質の不足(3)×3>	緊急時の訪問が難しい	緊急時の訪問が難しい。
	訪問回数に見合った請求ができない	訪問回数が3回以上の時があるが、請求できない。
	支援スタッフの充実が課題	支援スタッフの充実をはかる必要がある。
訪問看護の導入時期の遅れ(4)×4>	訪問看護の導入が遅く、信頼関係の形成やケア提供が十分にできない	訪問看護導入の時期が遅い、早い段階から関わりたい。
利用者に対するヘルパーの対応能力不足(1)×1>	ヘルパーが利用者に十分対応できない	症状への不安のためヘルパーが利用者と距離を置いているためだと思うが、介護者とヘルパーとの連携の不備や介護の内容において看護師に丸投げされてしまうこと。
緊急時の病院との連携体制の不整備(1)×1>	緊急時や入院希望時に対応できる病院側の体制整備が必要	最期まで自宅でと考えていても、途中で気持ちが変わったり、もう駄目だと思うことも多い。そんな時病院で家族に看取られるような受け入れ体制をしっかりとっておく必要があると思う。
医療材料の確保の困難さ(2)×2>	医療依存度の高い患者への医療材料の確保や対応が困難である	医療依存度の高い人が多く、状態が月・週・日単位で変化していくため、処置や薬剤がすぐに用意できず、すぐに対応できないこと。

()内は記述数を、>は回答事業所数を示す

表3 終末期がん患者の在宅療養支援において整備すべき社会資源

(記述数40 回答施設数26)

カテゴリー	サブカテゴリー	主な記述内容例
経済的負担軽減を目的とした手続きの迅速化や助成制度の充実(3)〈3〉	介護保険申請に関する医師の協力	末期と医師が認めなければ介護保険も申請できない。訪問看護がどちらの扱いになるか医師の判断にかかっている。厳しい判断をする医師は末期病名を書いてもらえない。末期の基準を緩めると3割負担が発生し、訪問看護を利用しにくくなる。
	早期に身体障がい者の手続きの実施	身体障害の書類、6ヶ月経過前でも記入できるようにすれば、金銭的に助かるのではないかな。
	介護用品等に対する助成の充実	オムツ等の負担金も大きいので、行政が定額負担をしてくれると良い。
患者の病状に適したケアを可能とする制度や施設の充実(6)〈6〉	病状の進行を予測した介護機器の貸し出し制度	がん患者が介護保険申請をした場合、要介護度が最初は高く出ないため、ベットのレンタル等で不都合を感じるときがある。
	特殊な医療材料・少量の薬品の供給システムの整備	特殊な医療材料やクリニックでは使用しない医薬品を1個単位で適切に提供できるシステムがあること。
	介護保険申請者が使用できる施設の拡大	介護保険利用者で使える施設の幅をもっと増やして欲しい。
	症状緩和のために短期に入院できる施設の整備	入院できるバックグラウンドの病院の整備及び連携。 苦痛が激しいとき1〜2週間、緩和病棟でのショートステイができると良い。
訪問看護制度の改善と24時間対応の訪問看護ステーションの充実(4)〈4〉	訪問看護の制限の緩和	がん末期患者の訪問制限をもう少し緩めて欲しいと思う。
	必要な訪問回数に応じた報酬の保障	頻回に訪問しても点数が加算されるシステムにして欲しい。
	24時間対応の訪問看護ステーションや看護職の増加	24時間対応の訪問看護ステーションが多くなって1人に負担が少ないこと。
がん患者が利用できる短期入院・入所施設・デイサービスの増加(6)〈6〉	介護者の休養を目的とする短期入院・入所施設の増加	家族のレスパイト目的で利用できるサービス。 介護者の休養のための短期入院(入所)できる施設の充実。
	終末期がん患者を受け入れるショートステイ・デイサービスの増加	ターミナル期で医療行為が多くても受け入れてくれるショートステイやデイサービスの数が不足している。
	麻薬を取り扱う薬局の増加	麻薬を扱っている薬局も少ない。
麻薬を取り扱う薬局の増加と情報提供(3)〈3〉	麻薬を取り扱う薬局の情報提供	麻薬がある薬局が増えること。薬局名の開示。
	在宅緩和ケアを担う医師の増加	麻薬を処方できる在宅医が少ない。
	在宅療養をチーム支援できる人材の育成	チームで関わることができる在宅医が必要。往診専門医、それに代わる医療スタッフの育成が必要。
がん患者の在宅療養を支援できる診療所の増加(8)〈8〉	在宅療養を支援する診療所の増加	在宅診療所がもっと増えることが望ましい。
	在宅での看取りを支援する診療所の増加	末期がん患者の最期、看取りまでの在宅で行ってくれる医師が少ない。
	ケアマネージャーががん患者の特徴を捉え支援できるような教育の実施	状態が悪くなってから訪問看護が入ることが多い。いずれ状態が進行することを考え、ケアマネージャーにも早めに訪問看護が入ることの理解が必要。
在宅療養支援をコーディネートする人材の育成と充実(4)〈4〉	社会資源の活用について相談できる人材の充実	コーディネートする人材、地域で使える社会資源を相談できる人。
	がん患者の在宅療養に関する地域住民への啓発活動	地域教育(在宅療養への認識を高め、知識の向上に努めて欲しい)、誰でも簡単に手に取って触れられる小冊子を作るなど。
がん患者の在宅療養支援を目的とした地域啓発やボランティアの育成(6)〈6〉	がん患者・家族を支援するボランティアの育成・活用	ボランティアや精神的ケアが行なえるサービスが増えたら良いと思う。

()内は記述数をく >は回答事業所数を示す

表4 面接対象者の概要

所属部署	地域連携部門			病棟			外来		
対象者No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
看護職歴	25年	15年	45年	29年	27年	30年	11年	20年	20年
所属部署の経験	6年	3年	3年半	2年10ヶ月	2年	11年	2年	8年	1年半
職位	b	c	c	a	b	a	c	d	b

(職位) a:師長 b:副師長・主査・主任 c:スタッフ看護師

表5 終末期がん患者の在宅療養移行を困難にしている要因

(記述数45)

カテゴリー	内容の要約	主な記述内容例
在宅療養に伴う患者・家族の不安やストレス(11)	家族にも仕事や生活があり、家族が出勤や所用で不在時、患者が一人で過ごすことに家族が不安を感じる	がん患者が在宅移行した場合、家族員が仕事に出かけ昼間誰もいない環境で過ごすことになるため、在宅移行の選択が狭くなる。
	家族が医療依存度の高い患者の苦痛・急変時の対応に不安をもつ	家族の介護が絶えず必要な場合やIVH・人工肛門などがある人は難しい。
	病状が進行した状態での在宅移行は、患者や家族にとって地域の医療者と新たな人間関係づくりがストレスとなる	病状が進み身体的に辛い状況で新しい人間関係を作っていくことは、患者・家族にとってもストレスであり、在宅や地域に戻すことの障害にもなってくる。
終末期における積極的治療の実施・選択(13)	患者が最期まで拠点病院での治療を望む現状から、地域病院への移行が難しい	多くの終末期がん患者が最期まで治療を受けたいと希望する現状で、化学療法や主たる治療法が地域病院で可能であることが必要。
	終末期にあってもギリギリまで治療するため、在宅移行や患者が今後について考えるための期間がもてない	以前であれば在宅に帰った段階でも、今は過渡期がなくギリギリまで治療をしているので、結果的に退院できなくなってしまう。
	患者に治療以外の選択肢が提示されていない	進行がん患者の場合でも医師は治療法の説明だけで、それ以外の選択肢を提示しないため、患者は最後まで治療を選択することになる。
	患者は治療辞退が病院・主治医との関係の終了につながると考え治療を継続していると推測される	患者と医師との話も治療前提でなされるため、患者は治療を辞退すると本院で診てもらえないという思いもあり、治療しないといわれにくい。
	多くの患者は治療に期待をし、最後まで治療を続けたいと思っている	本院の患者はギリギリまで治療を受けるという姿勢できている。外来治療を続け、状態が悪くなった場合に入院し体調を整え、退院し治療を継続するという状況である。
主治医が病状や今後の見通しを適切な時期に説明しない(9)	医師から患者に対して病状や今後の見通しについて、適切な時期に十分な説明がされていない	がん患者は治療と緩和が重なっているためその段階をうまく説明しないと、患者の状況認識にずれが生じてくる。しかし、医師は説明したというが、患者が全然納得していないケースが多い。
	医師から患者・家族に対して適切な時期に退院・転院の説明がされていない	退院が予定されていても医師が直前にならないと患者・家族に説明しない状況があるため、地域連携室の介入が遅れる。
がん患者の在宅療養に対する主治医の意識の低さ(5)	終末期がん患者がかかりつけ医をもつ必要性について病院医師の意識が低い	かかりつけ医の必要性について意識していない医者もいるので、医師にも必要性を説明し、関係が切れないようにしている。
	病院主治医がホスピスや他の医療機関への転院を選択するため、在宅への移行が選択肢になり難い	在宅療養の受け入れにはこれまでの家族関係が影響することと、かかりつけ医が終末期がん患者の在宅療養に精通していれば別だが、多くは在宅では何かあれば当院に入院できることが前提となる。
患者がかかりつけ医をもたない(2)	がん治療を開始とともにかかりつけ医をもたない患者が多い	かかりつけ医との関係を切って当院へ来る患者が多いため、かかりつけ医との関係を継続するように関わっている。
終末期がん患者の在宅療養に対応できる診療所医師の不足(3)	診療所医師の終末期がん患者への対応能力や受け入れ状況に差があり、かかりつけ医を依頼できる診療所医師が限定される	診療所医師に医療依存度が高い状況でかかりつけ医を依頼した場合、対応ができないと難色を示す。
青壮年世代への支援制度の不足(1)	若い世代(青壮年)のがん患者を支援する制度が不十分である	特に若い世代のがん患者にとって、介護保険の縛りがあり活用できる社会資源が少なく、在宅療養する上で困難がある。
終末期がん患者の在宅療養に対する住民意識の未成熟(1)	終末期がん患者の在宅療養に関する地域住民の意識が育っていない	がん患者の在宅療養に関する住民や地域の意識が育っていない。

()の数字は記述数を示す

つの視点に関連した意見であった。そこで、考察ではこれらの視点毎に終末期がん患者の在宅療養支援体制を整備する上でのあり方を述べる。

1. 患者・家族の不安や負担への対応

訪問看護師が感じている終末期がん患者への支援上の困難や問題として【在宅介護に伴う家族の心身の負担や経済的負担】が23記述と最も多く、病院看護職も【在宅

療養に伴う患者・家族の不安やストレス】が在宅移行を困難にしている要因として語っていた。

患者や家族が抱える不安や負担としては、患者の苦痛を伴う身体症状に家族が対応していくことへの困難さや急変時への不安、マンパワーが不足する中で介護を続けることの負担といった内容であった。

病状の進行に伴って日々衰弱し、時には苦痛を呈する患者を介護することは、家族にとって大きなストレスとなる。さらに、家族が看ていない時、不在の時に急変し、十分対応できずに最期を迎えるのではないかと不安から、家族が十分に休養を取れない状況も推察され、心身の負担は大きいと考える。

また、今回の結果から、患者や家族が抱える経済的な負担も明らかになった。がん患者は発症から長い治療経過を経て終末期を迎えているため、これまでの治療費の負担に加え、病状の進行とともに十分な収入が得られなくなる状況もあり、経済的な問題は大きいとの指摘がある⁴⁾。訪問看護師より【経済的負担軽減を目的とした手続きの迅速化や助成制度の充実】を要望する内容が認められているのも、日々の支援を通じてがん患者が抱える経済的な問題を感じ取っているからと考える。また【青壮年世代への支援制度の不足】とあるように、特にこの年代の患者は主たる生計者であることが多く、患者や家族への影響も多大である。

このように、がん患者や家族は在宅移行や在宅療養継続において様々な不安や負担を感じていることから、その内容を十分に捉えて対応していくことが、在宅支援体制整備を進める上で重要であると考えられる。

一方、訪問看護師の結果より【がん患者が利用できる短期入院・入所施設・デイサービスの増加】の必要性が確認できた。介護負担への対策として訪問看護や訪問介護等の活用は普及されつつあるが、今後充実が求められるものとして、レスパイト施設やデイケアサービスが挙げられる。わが国では、進行がん患者を対象としたレスパイト専用施設は少なく、活動報告も少数であるが、デイホスピスを利用した患者・家族の調査では満足度が高く家族の疲労や介護負担の軽減につながっているとの報告がある^{5~6)}。このような結果から、A県においても、終末期がん患者の特徴を捉えたケア技術や支援環境を備えたレスパイト施設の整備を進めることが、在宅療養を希

望する終末期がん患者や家族の希望を叶えることにつながるかと考える。

2. 終末期がん患者に対応する在宅支援診療所の整備と訪問看護ステーションの充実

終末期がん患者の在宅療養を支える上で在宅支援診療所と訪問看護ステーションは不可欠であるが、この二つについて課題があることが確認された。

まず、在宅支援診療所に関しては、訪問看護師と病院看護職より【在宅緩和ケアや看取りを担う診療所の不足】や【終末期がん患者の在宅療養に対応できる診療所医師の不足】が指摘され、同時に【がん患者の在宅療養を支援できる診療所の増加】の必要性も確認された。これらの結果から、終末期がん患者の在宅支援を担う診療所の絶対的不足が課題であると考えられる。また、訪問看護師は日々患者を支援している立場から【診療所医師の体制や連携の困難さ】を挙げており、診療所医師と効果的な連携が図り難い状況が伺えた。

短期間で病状進行や看取りが予測される終末期がん患者にとって、24時間対応できる在宅支援診療所は欠かすことのできない存在である。しかし、多くの診療所は1名の医師で運営されているため、24時間の支援体制が医師の負担となることが在宅支援診療所の増加を阻む要因となっているとの指摘があり⁷⁾、A県においても同様の状況があると推察される。一方、このような現状を改善するために、診療所医師間で共同（協同）診療ネットワークをつくり診療にあたることの必要性が提言されており⁸⁾、現在活動中の診療所の負担を軽減するだけでなく、新たに取り組もうとする診療所を増やす効果が期待されている。今後、A県においてもこうした活動の拡大が求められると考える。

また、【在宅緩和ケアや看取りを担う診療所の不足】といった指摘から、終末期がん患者を受け入れる診療所数の増加だけでなく、診療所医師の在宅緩和ケアの知識・技術の向上も重要である。がん対策基本法に基づき、がん診療連携拠点病院を中心に緩和ケアに関する研修会が開催され、診療所医師の受講も進められている。しかし、1回の講義で在宅緩和ケアに関する知識・技術を習得するには困難があるため、各地域で診療所医師を対象とした在宅緩和ケア充実に向けた取り組みを推進していくことが必要であると考えられる。

次に訪問看護ステーションに関しては、訪問看護師より【訪問看護制度の不備や訪問看護ステーションのスタッフ数や質の不足】の指摘とともに、【訪問看護制度の改善と24時間対応の訪問看護ステーションの充実】の必要性が確認できた。終末期がん患者の在宅療養支援において、訪問看護師の支援は不可欠であり、訪問看護ステーションの増加とスタッフの質の確保は必須である。さらに、日々病状が進行していく終末期がん患者の特徴を捉え、患者や家族のニーズに応じて必要な時に適切に訪問することを可能とするためにも、診療報酬をはじめとする制度整備を行っていくことが重要であると考えられる。

3. がん特有の症状を捉えた支援の充実

終末期にあるがん患者は、週・日単位で病状が急速に進行することや、がん性疼痛をはじめとする様々な身体症状を呈するといった特徴がある。今回、訪問看護師より【訪問看護における支援上の困難さ】が得られ、がん特有の病状を呈する患者に対応することの困難さを感じていることが確認された。終末期がん患者の在宅療養に携わる訪問看護師には、限られた時間の中で患者や家族と関係を形成し、病状進行に伴う全人的苦痛へのケア、家族へのケア、看取りのケアの提供が求められ、高い看護実践能力が必要となる。そのため、研修会等を通じた訪問看護師の在宅緩和ケアに関するスキルアップは急務である。同時に、現在実施している終末期がん患者のケアをスタッフ間で評価することを定式化し、ケアの共有と評価を繰り返す中で質の向上が図られることも重要であろう⁹⁾。

次に【利用者に対するヘルパーの対応能力不足】との意見があるが、これは【在宅療養支援をコーディネートする人材の育成と充実】への要望とともに、看護職以外で患者に関わる支援者ががん患者の特徴を理解し、適切に支援できるよう教育の充実を図ることや、対応が困難な場合の支援体制を整える必要性を示唆していると考えられる。

こうした人材面とともに【麻薬を取り扱う薬局の増加と情報提供】によって、終末期がん患者の多くが医療用麻薬を簡便に取り扱えるように整備し、在宅緩和ケアが適切に提供される必要がある。また、患者・家族に対して在宅移行に際して緊急の連絡体制や受け入れ体制を保障することが在宅療養移行に大きく影響するとの報告が

あるように¹⁰⁾、患者や家族は急変時や介護に苦慮している時に対応できる病院が保障されることで、安定して在宅療養を継続できると考える。そのため、後方支援病院との連携体制整備を推進することにより【緊急時の病院との連携体制の未整備】に対応する必要がある。

さらに、月・週・日単位で変化する病状を見据え、予測的に福祉用具が貸与される制度の整備や医療用品の供給体制を整えるなど、【患者の病状に適したケアを可能とする制度や施設の充実】を図る必要があると考える。

4. 医療機関における円滑な在宅移行に向けた取り組み

在宅療養を進めていく上で、病院から在宅への移行が円滑に行なわれることが重要となるが、病院看護職の結果から【終末期における積極的治療の実施・選択】【主治医が病状や今後の見通しを適切な時期に説明しない】【がん患者の在宅療養に対する主治医の意識の低さ】【患者がかかりつけ医をもたない】といった現状が確認され、終末期がん患者に対する主治医の関わりが在宅移行に影響していることが推測された。

医療機関の主治医は長い治療過程の中で患者と強い関係を形成するため、患者をかかりつけ医に委譲していくという意識が低い場合がある。また、終末期がん患者の在宅移行への支援経験が少ない医師は在宅療養をイメージし難いため、結果的に退院後の選択肢として他の医療機関を勧めていることも影響していると推察される。さらに、治療法の進歩に伴い病状が進行しても治療を継続する傾向があり、医師が患者に良好とは言えない予後について伝えることができず、今後の見通しや退院・転院の説明が遅れるという状況がある。こうした状況は、終末期がん患者の在宅移行を困難にさせるだけでなく、訪問看護師が【在宅療養の開始の意思決定に関わる問題】と捉えているように、在宅移行後、本人と家族との意向が異なり対応に苦慮する状況や、納得できない状況での在宅移行となり患者・家族が不安や不満を抱えるという事態を招く場合もある。さらに、適切な移行時期を逃すことで【訪問看護の導入時期の遅れ】が生じ、患者の病状が進行する中で、訪問看護師が十分に関係形成できないまま苦慮しながら対応しなければならないこともある。

終末期がん患者や家族にとって在宅移行の選択は、人生最期の場所の選択であり、家族にとっては病状が進行していく患者の介護を担うことの選択である。そのため、

患者や家族は迷い、葛藤や不安の中で意思決定することとなる。こうした状況下で両者がより良い決断をするために、病院の看護職は十分時間をかけ支援することが重要である。また、がんが進行性の疾患であることから、説明の時期を逸することは適切な支援の提供に支障をきたすこととなる。看護職には、患者や家族にとって必要な情報が適時、適切に医師から提示されるよう積極的に医師との連携を図ることが求められる。

5. 地域住民に向けた終末期がん患者の在宅療養に関する啓発

病院看護職より【終末期がん患者の在宅療養に対する住民意識の未成熟】が在宅移行を困難としていることとして確認できた。終末期医療に関する調査において、「痛みを伴う末期状態となった場合、自宅で最期まで療養することについて」の質問に対して、66%が実現困難と回答しており¹¹⁾、多くの人ががん終末期での在宅療養が困難であると感じていることが伺える。

一方、近年マスメディア等を通じて終末期がん患者の在宅療養の現状について報告される機会も多くなり、在宅療養の可能性についての理解も広がりつつある。また、地域住民に向けた終末期がん患者の在宅療養に関する情報提供やがん患者・家族への支援者養成のプログラムの実施を展開している地域もみられるようになって来ている¹²⁾。終末期がん患者の在宅療養には困難も多いが、一方で在宅療養を可能としている現状があることを踏まえ、様々な機会を利用して地域住民にがんの終末期であっても在宅での療養を実現することが可能であることを伝えていくことが重要である。

V. 結語

本研究の結果、訪問看護師が捉えた困難や問題として【在宅介護に伴う家族の心身の負担や経済的負担】を含む11項目が、整備すべき社会資源は【がん患者の在宅療養を支援できる診療所の増加】を含む8項目が、また病院看護職が捉えた在宅移行を困難としている理由としては【在宅療養に伴う患者・家族のストレス】を含む8項目が明らかになった。

今回、これらの結果に基づいて、患者・家族の不安や負担への対応、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの充実、医療機関における円滑な在宅移行に向け

た取り組み、地域住民に向けた在宅療養に関する啓発、といった5つの視点で終末期がん患者の在宅療養支援体制整備の課題と方策について検討したが、今後は、今回見出された結果を基に、がん患者への支援充実に向けてさらに具体的な対策を検討する必要がある。

謝辞

ご多忙の中、本研究にご理解とご協力を賜りました、訪問看護師の皆様と医療機関の看護職の皆様に深く感謝申し上げます。

なお本論文は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科における平成21年度博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

文献

- 1) 厚生労働省：終末期に関する調査報告書 今後の終末期医療の在り方について，2006，2008-10-23，<http://www.go.jp/singi/200612/dl/s1212-6d.pdf.jp>
- 2) 加藤恒夫，横山幸生：治療期から終末期にいたる地域連携在宅緩和ケアー緩和ケア岡山モデル88：日本緩和医療学会総会講演抄録集，12，2007.
- 3) 山崎章朗：コミュニティケアの経緯と実践活動ーケアタウン小平（仮称）が目指すものー，ターミナルケア，14(1)；16-24，2004.
- 4) 「がんの社会学」に関する合同研究班：がんと向き合った7,885人の声 がん体験者の悩みや負担に関する実態調査報告書 概要版，2004.
- 5) 加藤恒夫：通所リハビリテーションを利用したがん末期患者の家族に対する面接調査，がん末期患者の終末期ケアにおける通所リハビリテーションの役割ー介護保険による終末期ケアの可能性，平成15年度日本公衆衛生協会助成 調査研究報告書；27-33，2003.
- 6) 清水恵：日本における、在宅療養中の進行がん患者・家族のQOL、デイホスピスのニーズと満足度について，日本緩和医療学会ニューズレター第44号，2009，2009-11-16，<http://www.Jspm.ne.jp/newsletter/nl44/nl440904.html>
- 7) (財) 福岡県医師会：日本総研ワーキングペーパー 在宅療養支援診療所実態調査，2007.
- 8) 合田文則，白川和豊，河野武章，他：在宅緩和における

ネットワークの重要性 かかりつけ医に対する質問紙調査
から, 緩和ケア, 15(4); 351-355, 2005.

- 9) 福井小夜子, 宮下光令, 清水準一, 他: 平成18年度厚生労働省老人保健健康推進事業「訪問看護ステーションの事業基準に関する検討」がん緩和ケア小委員会報告書 がん緩和ケア基準作成とその経緯, Community care, 9(9); 24-33, 2007.
- 10) 福井小紀子: 入院中末期がん患者の在宅療養移行に関する要因を明らかにした全国調査, 日本看護科学会誌, 27(2); 92-100, 2007.
- 11) 前掲1) .
- 12) 飯野矢住代, 佐藤祐佳, 山中富, 他: がん患者とその家族の支援Care Help Net (CHN) ボランティアの育成, がん看護, 12(4); 480-483, 2007.

(受稿日 平成24年 9月20日)

(採用日 平成25年 1月30日)

Issues of Home Care Support System for Terminal Cancer Patients in A Prefecture

Minako Okumura

Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to clarify the issues that nursing staff in Prefecture A were facing in their home nursing care support for terminal cancer patients, so as to come up with measures for improving the home nursing care support system for such patients. First of all, I conducted a questionnaire survey on the visiting nursing station in Prefecture A in order to clarify the current situation and issues of the visiting nursing station that provides home nursing care for terminal cancer patients. Next, I interviewed nursing staff members who belong to departments related to hospital ward, outpatient and supporting discharge from hospital in order to clarify the issues involving the transference of terminal cancer patients to home nursing care.

For the survey on the visiting nursing station, I mailed the questionnaire to 79 institutions and received a reply from 27 of them; the response rate was 34.2%. The analysis results clarified 11 items for the issues involving support for cancer patients including “physical, emotional and economic burden on the family giving home nursing care,” “shortage of clinics that can provide services for palliative care or the burden of home care,” “difficulty in providing support for home visiting nursing care” and “delay in the timing for introducing home nursing care” as well as eight items for social resources to be improved including “setting up more clinics that can give support to home nursing care of cancer patients,” “setting up more pharmacies that can prescribe medical narcotics to cancer patients and providing the information,” and “speeding up the related procedures for reducing the economic burdens as well as improving the subsidy programs.” The survey on the nursing staff working in medical institutions was conducted by interviewing nine nursing professionals. The analysis of interview results presented eight items including “anxiety and stress of patients and their family that result from the home nursing care” and “implementation and selection of active treatment for terminal cancer patients.”

The above survey results indicate that, for the improvement in the home nursing care support system for terminal cancer patients in Prefecture A, it is important to carry out the improvement measures with a view to the following five factors; alleviation of the anxiety and burden on patients and their families as they begin or continue home nursing care, upgrading and setting up more clinics that support home nursing care and home visiting nursing stations, initiatives taken by medical institutions for smooth transference to home nursing care, upgrading of supportive measures specializing in symptoms peculiar to cancer, and enlightenment of local communities on home nursing care.

Keywords: Terminal cancer patients, home nursing care, improvement in support system