

広島文化学園大学大学院看護学部研究科博士後期課程

博士（看護学）学位論文

在宅療養終末期高齢者を支える訪問看護

サービス開始期支援に関する研究

The Visiting Nurse Support in the Initial Stage of End of Life
Care for the Elderly

平成 28 年 9 月

(平成 24 年度入学)

看護学専攻・広域看護学分野・在宅・地域看護学領域

学生番号：n2120004u 氏名：山本 純子

凡例

本研究では年号を下記の通りに示す

1. 年号： 西暦（和暦）
2. 図表の番号

図 1-1：第 1 章の第 1 図

表 1-1：第 1 章の第 1 表

目 次

第1章 緒言.....	1
第1節 研究背景.....	1
第2節 先行研究レビュー.....	4
1. 訪問看護の開始期支援について.....	4
2. 終末期ケアを介護した家族満足度及び継続意思を高めるケアについて.....	6
引用文献.....	9
第2章 研究の構成・枠組み.....	13
第1節 研究構成.....	13
第2節 研究枠組み.....	14
第3節 研究目的.....	15
第4節 本研究プロセス手順.....	15
第5節 本研究の意義.....	16
第6節 用語の操作的定義.....	17
引用文献.....	19
第3章 倫理的配慮.....	20
第4章 第1研究 在宅療養終末期開始期支援に必要な内容及び項目の検討.....	22
第1節 研究目的.....	22
第2節 研究方法.....	22
1. 在宅終末期開始期支援に必要な内容と項目の検討.....	22
2. 調査項目及び調査票の作成.....	24
3. 調査項目の妥当性の検討.....	25
第3節 結果.....	26
1. 在宅療養終末期における開始期支援調査票の項目検討.....	26
2. 訪問看護 ST 管理者へ調査する訪問看護ケア体制と機能の調査票.....	28
3. 受持ち訪問看護師へ調査するケア内容と訪問看護サービス調整の項目.....	30
4. 在宅療養終末期の高齢者を介護した家族への調査票.....	33
5. 抽出された必要な開始期支援調査項目.....	35
第4節 考察.....	35
第5節 まとめ.....	37

引用文献	39
第5章 第2研究 在宅療養終末期に必要な開始期支援とケア成果指標の作成	40
第1節 研究目的	40
第2節 研究方法	40
1. 対象者	40
2. 研究デザイン	40
3. 調査期間	40
4. 調査方法	40
5. 訪問看護 ST 管理者、訪問看護師、家族介護者の調査票	41
6. 分析方法	41
第3節 結果	41
1. 在宅療養終末期の支援を受けた利用者と家族介護者及び訪問看護師の概要	41
2. 訪問看護 ST の形態別訪問看護ケア体制と機能の概要	44
3. 訪問看護サービス調整項目の内的整合性と信頼及び妥当性	45
4. 在宅療養終末期開始期におけるケア内容	48
5. 訪問看護を利用した家族介護者の満足度及び介護継続意思	52
6. 訪問看護師が実施した開始期支援の家族満足度及び介護継続意思の要因	53
7. 抽出できた必要な開始期支援項目	56
8. 終末期開始期支援におけるケア成果指標の作成	58
第4節 考察	60
1. 在宅療養終末期に必要な開始期支援	60
2. 家族介護者の満足度と介護継続意思及び訪問看護ケア体制と機能	61
3. 家族介護者の満足度と介護継続意思を高めたケア内容	62
4. 家族介護者の満足度と介護継続意思に関連した訪問看護サービス調整	63
第5節 まとめ	65
引用文献	67
第6章 第3研究 在宅療養終末期の開始期におけるケア成果指標の有用性の検討	69
第1節 研究目的	69
第2節 研究方法	69
1. 調査対象	69
2. 調査期間	69
3. 研究デザイン	69
4. 調査方法	69

5. 在宅療養開始期 14 日間のケア成果指標調査と開始期支援後の状況確認	70
6. 分析方法	70
第 3 節 結果	71
1. 受持ち訪問看護師の属性と退院前、情報共有会議、緊急時、医師との連携困難	71
2. 在宅療養終末期の開始期における 7 日目と 14 日目のケア成果	71
3. 緊急時、医師との連携困難からみた開始期 7 日目と 14 日目のケア成果	74
4. 退院前、情報共有会議の開催からみた開始期 7 日目と 14 日目のケア成果	77
5. ケア成果指標の使用後評価と利用者・家族の 3 ヶ月後の状況確認	79
第 4 節 考察	80
1. 終末期開始期 14 日間におけるケア成果指標によるケア成果	80
2. ケア成果と緊急時、医師との連携困難に関係した要因	82
3. ケア成果による退院前、情報共有会議開催に関係した要因	84
4. ケア成果指標の有用性の確認及び利用者の 3 ヶ月後の状況	85
第 5 節 まとめ	85
引用文献	87
第 7 章 全体考察	89
第 1 節 必要な開始期支援に基づいたケア成果指標の訪問看護への活用	89
第 2 節 在宅療養終末期の開始期に求められる訪問看護の質の保証	91
第 3 節 在宅療養終末期の開始期導入を円滑にするための取り組み	93
第 4 節 本研究の限界と課題	94
引用文献	96
第 8 章 最終結論	97
第 1 節 在宅療養終末期高齢者に必要な開始期支援内容	97
第 2 節 在宅療養終末期高齢者の開始期を支援するケア成果指標の有用性	99
利益相反	100
謝辞	101
資料	
資料 1 調査についての説明および手順	
資料 2 研究依頼書	
資料 3 研究同意書	
資料 4 研究取消書	
資料 5-1・2 終末期の開始から 14 日間のがん・非がん高齢者に関する事例調査	
資料 6 訪問看護師への調査へのお願い	
資料 7 開始期（14 日間）のケア成果調査票	
資料 8 訪問看護 ST 管理者及び訪問看護師への聞き取り内容	

第1章 緒言

第1節 研究背景

わが国では、「団塊世代」が75歳以上になる2025年には高齢化率が30.3%と約3人に1人が高齢者になると推計され、多死社会を迎えるといわれている(厚生労働省,2014a)。今後、急速に進む超高齢社会とそれに伴い増えていく終末期を迎える高齢者に対し、どこで生をどう終えるかなどの終末期ケアの質の保証が重要な課題となってきた(Miyasita et al.,2007 ; fukui et al.,2011)。このような背景から、国は2012年に国民生活の生涯を支える社会保障制度と少子高齢社会においても継続できる「社会保障・税一体化改革」の提言をした。これを受け、2013年には「社会保障制度国民介護報告」の閣議決定による終末期のあり方が報告された。それによると死生観・価値観の多様化が進む中での死する人間の尊厳ある死を視野に入れたQOD(quality of death : 死の質)と人生の最終段階における医療の在り方及び国民的な合意形成の必要性を提言している。その提言により、終末期の在り方が注目され、治す医療から支える医療へと変化し、緩和ケアを中心とした在宅医療が求められている。そのため、在宅を希望する高齢者が住みなれた地域で、できる限り療養できるための整備や在宅医療と福祉などの多職種が連携した包括的な在宅療養終末期の対策はわが国の喫緊の課題となっている(厚生労働省,2014b ; 日本在宅ケア学会 編,2015)。

わが国の在宅死亡率は12.4%(厚生労働省,2009)となっており、スウェーデン、オランダなどの諸外国と比較して低いと報告にある(医療経済研究機構,2002)。在宅死を希望しても高齢者は家族への介護負担の気兼ねや在宅療養の不安があり、躊躇する傾向にあると言われている(厚生労働省,2009)。また、在宅療養を開始しても介護負担や不安は開始10日ごろから家族の困り事として緊急時の対応、病状が悪くなったときの入院先の場所の不安が出現するとの報告がある(広瀬,2015)。つまり、在宅死を希望し、療養生活をしていても高齢者が予測していたように在宅療養において緊急時の不安や家族の介護負担は改善されていない実態があると考えられる。これらの困り事を改善するには、訪問看護現場での在宅療養開始期における看護支援の具体的な方策を検討し、医師や多職種間の連携によるシステムづくりを早急に進めることが重要である。しかし、高齢者が在宅で終末期を迎えるには在宅医療体制などの法的整備はまだ十分とは言えない現状がある。

在宅医療の整備が進まない要因の一つとして、2013(平成15)年には3697件であった病院又は診療所の訪問診療が2014(平成26)年には1948件まで減少している実態がある(厚生労働省,2014c)。そのことに関して泉田(2010)は、多様化する終末期に対応できるだけの医療・介護サービス提供体制が整備されれば、在宅療養の希望が増加し、国民の選択も変わり得る可能性があるとしている。それは終末期ケアの機能を持つ診療所の少なさではなく、医師が往診、在宅での看取りに積極的か否かに影響があり、医師の在宅医療への意識改革の必要性を言及している。このように在宅医療に対する医師の理解が認識されていない現実が伺える。

在宅医療を支える訪問看護ステーション(以下、訪問看護ST)に関しては、訪問看護利用者数は、医療保険制度では2001(平成13)年に4万9千人であったのが2011(平成23)年に

は9万9千人と2.01倍に増加した。介護保険制度利用者では2001(平成13)年には18万8千人が2011(平成23)年には28万6千5百人と1.52倍に増加した(日本看護協会,2014)。しかし、訪問看護ST数の増加では2003(平成15)年で5115事業者数から2011(平成23)年度は5815事業者数と微増加である(厚生労働省,2011)。そのため、病院及び在宅訪問診療医の不足と訪問看護師の大幅な増加が見込めない現状が伺える。さらに終末期を受持つ訪問看護師は看護師としての揺らぎと訪問看護を引き受ける苦悩(長内他,2011)の報告にあるようにストレスが高いことを挙げている。こうした現状から在宅診療訪問医及び訪問看護師の負担増(日本看護協会,2014)による緩和ケアや緊急ニーズに対する在宅終末期に必要な医療・看護支援の困難さが懸念される。

筆者も訪問看護師として終末期の対応の困難さや夜間の緊急時の呼び出しなどの多忙な勤務状態を体験した。終末期の利用者を介護している家族は、訪問すると日々死を意識しながら弱っていく状態を不安そうに眺め、介護している状況にあった。また、緊急で呼び出しを受けた際には、家族は療養者の少しの変化に戸惑い、「咳をしているがどうもないか」、「便が1日でないが大丈夫か」などの不安や点滴管理やチューブ類のトラブルなどから動揺し、入院に至ることや再三呼び出しを受けることがあった。これらの緊急ニーズは、概ね在宅療養初期の夜間の時間外に多く、訪問時に予測される状況や対処方法の説明不足時に発生していた。つまり、ゆっくり説明したいと思いつつも1日の訪問件数が4～5件の場合が多く十分に対応できなかった。ゆえに在宅療養開始期で具体的な方策を検討し、在宅継続が可能になるための対策が必要と考えた。一方、終末期の高齢者を介護している家族は、療養者の思いを医師や訪問看護師に伝える役割を行い、満足感に満ちた表情で療養者に寄り添いながら介護している光景もみられた。このように訪問時では家族間の絆の深さを身近で感じ、感慨深く在宅で看取ることの尊さを学ぶ機会も得た。このことから、在宅療養生活を円滑に進めるには、在宅療養の開始期に着目し、利用者・家族とともに、同じ目標達成に向け、信頼関係を早急に築く必要があると考えた。つまり、在宅療養終末期の開始期に利用者と家族との相互的な信頼関係を築くことができるような質の保証を兼ねた具体的な看護支援の提供が必要である。この相互間の目標達成についてキング(1985)は、目標達成理論の中で看護師は患者が自身のもつ健康問題を正確に知覚できるように支援することとしている。さらに、それを通して共同目標を設定、確認し、強化し、常に患者の意向を尊重しながら目標達成の手段を探求する必要性を言及している。その共同目標は両者が同意し実施し、結果として達成する目標であると述べている。在宅療養終末期の開始期に着目した場合、利用者や家族に対し、訪問看護サービス支援についての契約を交わすことから始まる。そして、家族の意向に沿いながら緊急時を予測し、医師との連携及び家族への看護支援も含めた多様なニーズに対応し、関係性を構築することになる。このように、キング(1985)の言う患者が自身のもつ健康問題を正確に知覚できるように支援するケアを提供し、常に患者の意向を尊重しながら目標達成の手段を探求することが開始期支援に重要と考える。つまり、在宅療養開始期では常に利用者・家族がどのような支援を求めているかを洞察し、短期間に満足度を高め、安心して療養生活をを進める必要があるからである。利用者・家族が訪問看護師に求める支援として24時間対応してくれること、病

状が重くなった場合頻回に対応してくれることとされている(日本看護協会 編,2014)。しかし、このような看護支援は訪問看護師の負担が大きく、特に夜間の緊急ニーズと言われている(藤谷他,2008)。一方、夜間の緊急ニーズの対応で訪問看護師に対し、利用者・家族は「とても満足」と感じている割合は 69.9%、「やや満足」の 23.7%を合わせると 93.6%と高い評価を受けている実態がある(厚生労働省,2013)。つまり、これらのニーズに満足度が高いことから適切に対応する 24 時間対応は在宅療養生活を支える根幹と言える。こうした状況を改善するには、在宅療養終末期の開始期で訪問看護ケア体制とその機能を円滑に行い、訪問看護師はケア内容を適切に提供することが重要と考える。さらに安心して療養生活が継続できるように訪問看護サービス調整を行う開始期支援は必然と考える。

これまでの在宅療養終末期に関する訪問看護ケア体制と機能の報告では、24 時間対応による緊急ニーズが発生する訪問時間に関するもの(藤谷他,1998；永田他,2013)や終末期における症状の特徴(新田,2007)と改善への課題(島内他,2008；Mary,1995；Gabriella et al.,1999)が明らかにされていた。これらの改善には利用者・家族へ医師と相談の場を設けること、病気、治療及び症状コントロールに関する情報提供が必要とされていた(Wiggers et al.,1990；福井,2002；葛西他,2008；Mary, 1995)。

終末期のニーズには精神的支援、様々な思い、死への場所(成他,2014；福井,2002；Gabriella et al.,1999)がある言われている。これらは症状の悪化時や変化により終末期ケアに対する気持ちの揺らぎに繋がるため、その支援の必要性が報告されている。そして利用者や家族の意向を予め確認し、合意を得ておくことや主治医との取り決めを明確にすることが重要視されていた(長内他,2011；島内他,2008；古瀬,2014)。また、円滑に終末期を迎えるには、利用者とサービス提供者がケア会議やケアプランを確認し、ケア提供者の態度、在宅マネジメントの説明をする重要性を指摘していた(中谷他,2000)。そのほかには症状などの状況の変化時の対処方法の説明、利用者・家族の心配や悩みを聞くこと、利用者への対応マニュアルを使用すること、医療器具の使い方の説明とスタッフ間のケアの統一が課題として明らかにされていた(難波,2005；Westra et al.,1995)。以上から終末期のケア内容及び在宅訪問看護サービス調整などは多く報告されている。しかし、これらの報告はいずれもがん事例に集中し、在宅療養終末期高齢者に関する報告は少なかった。また、開始期に焦点をあてた在宅療養終末期の訪問看護 ST のケア体制と機能、訪問看護師が実施するニーズに基づいたケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整の 3 つの組み合わせによる報告は明らかにされていなかった。そのため、安心して療養生活を円滑にするための在宅療養終末期の開始期に特化した在宅療養終末期高齢者の開始期支援は必然である。したがって、安心して療養生活を可能にする在宅療養終末期に着目した訪問看護ケア体制と機能、ニーズに基づく心身ケアと成果、訪問看護サービス調整を合わせた開始期支援の実践は必要と考える。その指標として実用的な標準化された開始期ケア成果指標(以下、ケア成果指標)があれば、在宅療養開始期での専門性の高い訪問看護サービス提供が可能になると考え、検討する必要がある。

第2節 先行研究レビュー

本研究では、オンライン書誌データベースとして MEDLINE(1980～2013)、CINAHL(1980～2013)、医中誌(2000～2014)とした。キーワードの検索は「End-of-life care」で、トータル 13960 件であった。その後、「Palliative care」「Elderly」「Home care nursing」「Family satisfaction」のキーワードを組み合わせによるオンライン書誌データベースで検索した。オンライン書誌データ以外の先行研究は看護学雑誌、看護系大学紀要などから検索した。その結果、終末期ケアに関する先行研究は2つに分けられた。

1. 訪問看護の開始期支援について

訪問看護開始期における訪問看護体制と機能、訪問看護師が提供する心身ケアニーズの内容及びケア成果、訪問看護サービス調整に関する研究である。

わが国の訪問看護ケア体制では訪問看護 24 時間体制の必要性とその内容、満足度の高い訪問看護 ST の特徴などが挙げられていた。藤谷他(1998)の報告では、緊急ニーズが発生する訪問時間は夜間・休日・早朝の訪問時と報告していた。また、緊急ニーズでは病状観察、医療的処置、家事援助・自立援助、身辺援助などを挙げ、これらの課題として訪問時間帯でのケア体制の工夫と看護と介護の協働体制の必要性を明らかにしていた。また、24 時間体制の対応について島内他(2008)は、がん・非がん事例の緊急ニーズの特徴を捉え、その内容を明らかにしていた。それによると、がん事例では、「本人の症状と変化」「服薬管理相談」「チューブ類・医療機器トラブル」「サービス調整・連携」「疼痛のコントロール不良」の症状の特徴を示した。非がん事例では「本人の症状の変化」「介護技術」「介護者の精神的問題」に緊急ニーズが多いとの報告である。このような利用者の緊急ニーズを叶えるには開始期に十分な痛みのコントロールに努めることが重要な課題となっていた。一方緊急ニーズの改善がなければ在宅療養への継続の難しさがあることを指摘し、訪問看護 24 時間体制の重要性と緊急ニーズの改善は在宅療養継続に繋がる可能性を示唆していた。永田他(2013)の報告では、訪問看護の実践時におけるタイムスタディーでターミナルの場合、訪問中に本人・家族の意思決定の話し合いに時間が費やしていた。在宅ケアができない場合には頻回の訪問が必要と指摘していた。また、利用者宅が事業所から離れた場所にある居住ケースでは移動時間の負担があるため柔軟な対応に困難があるとしていた。つまり、訪問看護体制は距離により質の保証ができない場合が起こり、臨機応変に対応できない物理的な要因も含まれ、こうした不備による訪問看護師の負担を重視していた。そのため、訪問看護 ST 管理者は、訪問看護師の移動距離を勘案して訪問経路などの再構成する努力を行い、効果的、効率的、生産的な健康な労働条件を生み出す必要と提言していた(永田他,2013 ; Naruse et al.,2012)。具体的には在宅終末期における訪問看護 24 時間体制と緊急ニーズに対応した訪問看護ケア体制が開始期支援では不可欠であり、そのために円滑な機能をすることが重要としていた。また、24 時間対応の保証によって安心して在宅療養生活の継続できることは明らかにされていた(藤川他,2010)。しかし、これらは、看護師の適性に合わせて受持ちを決め、必要に応じて主治医と同行訪問し、看護実践では臨機応変に対応できるケア体制の調整を開始直後から取り組む必要があると報告していた。

在宅療養終末期ケアに関するケア内容の先行研究では、緩和ケア、エンド・オブ・ライフケア、ターミナルケア、終末期ケアなどの題目で報告されていた。その多くは、がん疾患の緩和ケアの心身ケアに集約されていた。本研究では在宅療養終末期にある開始期支援における高齢者を対象としている。したがって、がん・非がん事例を区別しないで在宅療養終末期高齢者の開始期に必要な心身ケアの文献を検討した。その結果、終末期の身体ケアの報告では諸症状に対する緩和ケアの報告が多かった。がん事例では、痛みや症状コントロールの緩和ケアの軽減の重要性と(Mary,1995)、痛みは全人的痛みとして捉えられ、これらは心理的影響をもたらすことが指摘されていた(Gabriella et al.,1999)。終末期ケアでは、痛みのコントロールが十分に行われないと家族の介護負担に繋がり、終末期ケアにおける、痛みの緩和ケアの重要性が明らかになっている(島内他,2008 ; Mary,1995)。非がん事例では、Christoph et al(2011)によるドイツの2002年から2005年までに蓄積された国勢調査のデータによる報告から非がん患者4182事例の検討をしている。その内容は、終末期で苦しむのは呼吸困難が多く、日常生活の援助の必要があると報告している。その他には、服薬による見当識障害・錯乱や認知症などのケアの困難さを明らかにしていた。さらに、終末期における高齢者の疾病の特徴には単一な疾病ではなく老年症候群によるものが多いと報告していた。その内容では、心身の老化や心不全や呼吸不全、あるいは認知症などの合併症を伴うことが多く、終末期にある高齢者の75~90%で問題を発生することが明らかにされていた(新田,2008 ; Douglas, et al.,2001)。加えて、終末期の疼痛以外に疲労、食欲不振、悪液質の吐き気、嘔吐、便秘、せん妄、壊疽、咳、褥瘡、全身浮腫などの症状(Douglas et a.,2001 ; Betty et al.,1991 ; Christoph et al.,2011 ; 川越,1999)なども多く発生していた。これらの諸症状の緩和を行うことは困難なケアとして課題に挙げていた(Douglas et a.,2001 ; Betty et al.,1995 ; Christoph et al.,2011 ; 川越,1999)。

在宅療養終末期では、心理・精神的支援が重視の観点から、在宅で死を迎えるための身体的な緩和ケアのほか、死を受け入れる支援の必要性が明らかにされていた(Miyasita et al.,2007)。死を受け入れるケアにはその他に、本人の精神的負担へのケア、生きることへの目標へのサポート、ケアマネジメントのケアであり、開始期支援の課題として報告があった(成他,2014)。このように、終末期におけるケア内容は、利用者・家族のニーズによって多岐に渡っていた。その数は質・量ともに多くの要因があった。これらの要因は終末期特有の症状として挙げられ、在宅療養終末期高齢者の開始期支援に有用な要因に含まれる。

在宅療養終末期高齢者の開始期支援に焦点をあてた報告は、がん・非がん事例の高齢者を対象とした山本他(2015)が報告以外に見当たらなかった。また、終末期ケアの課題には利用者の満たされない基本的なニーズがあると報告していた(福井,2002)。その要因にはペインマネジメント、身体症状の快適さ、栄養、清潔と排泄、歩行、リハビリテーションやpositioning、医療機器装置、看護技術支援及び看護ケア、緊急時の対応がまだ不十分であると報告があった(Penny et al.,2008)。これらの改善がなければ、時間外での緊急ニーズの頻度が増加し(島内他,2008)、そのニーズが満たされないと介護負担が生じることが明らかにされていた(Christine et al.,2004 ; 福井,2002)。

在宅療養終末期ケアにおける訪問看護サービス調整では、医療処置などの衛生材料の準

備の必要性が明らかにされていた(Douglas et al.,2001 ; Betty et al.,1995 ; 川越,1999/2006 ; 難波, 2005)。訪問看護師の調整の役割には在宅療養終末期に必要な介護技術の家族指導の重要性と負担軽減(Mary et al.,1981)、医師と利用者・家族との相談の場の設定、適切な情報の共有などの会議の開催の重要性(Rob et al.,2000 ; Jenkins et al.,2000)を指摘していた。さらに、家族へ医療専門職からの必要な情報の提供などの訪問看護サービス提供への要因が明らかにされていた(福井,2002)。一方、終末期開始期では利用者・家族・医療従事者との人間関係の構築が十分でなく(長内他,2011)、看護は自宅で実施されるため、見えにくい傾向にあり(葛西他,2008)、サービスが多様で評価が難しい(島内他,2008)と言われている。そのため、在宅療養終末期ケアでは、訪問看護師の60.2%がコーディネーターの役割を果たしていた(近藤他,2002)。特に在宅療養終末期の開始時には、訪問看護師によるサービス調整の必要性を挙げていた(川越,2013)。このように、在宅療養終末期ケアにおける訪問看護ケア体制と機能、ケア内容、訪問看護サービス調整をそれぞれの課題に基づいた報告であり、がん事例で多く報告されていた。しかし、その内容は、24時間対応による緊急ニーズが発生する訪問時間に関するもの、(藤谷他,1998)終末期における症状の特徴(新田,2007)と改善への課題(島内他,2008 ; Mary,1995 ; Gabriella et al.,1999)の報告が多かった。一方で開始期支援における利用者・家族の不安への具体的な改善方法は質・量の研究ともに見当たらなかった。しかし、これらの課題から在宅療養終末期高齢者の特徴を捉えたケア内容として開始期支援で抽出できる有効な要因に含まれる。

2. 終末期ケアを介護した家族満足度及び継続意思を高めるケアについて

家族満足度の先行研究では、在宅サービスの質を評価する成果として位置づけられ、医療・福祉などで検討されていた。終末期ケアではケア成果として質・量的研究が行われていた。また、先行研究では利用者の満足度として利用者だけでなく家族も中心に支援することが重要とされ(Linda et al.,1996)、ケアの質評価として家族満足度の報告は多く検討されていた。

利用者サービスによる質評価の考え方として、神戸(2007)は客観的な評価よりも利用者の主観的な認識を評価することを優先するべきとしている。しかし、判断能力が十分でない認知症や知的障害などが満足度評価(評価主体)することの困難さを鑑み、家族介護者による満足度のあり方を検討する必要性を報告している。そのうえで家族介護者による満足度のケア評価や満足度調査は、利用者の代弁者として家族の満足度調査を実施されてきていることを明らかにしていた。

利用者・家族の満足度を高める訪問看護ケア体制では訪問看護 ST の管理体制が円滑に機能しているかに影響があった。特に緊急時マニュアル、連絡網の作成、医師との円滑な連携が必要であると報告していた(島内他,2008 ; 難波,2005)。このように訪問看護ケア体制と機能が円滑な支援によって終末期を看取った家族の満足度が高く(難波,2005 ; 葛西他,2008)、満足度が高いと入院をすることなく在宅で終末期を迎えるケアに繋がると報告していた(難波,2005)。さらに、内田他(2000)は、利用者満足度の高いと評価された訪問看護 ST のケア体制の特徴について、訪問看護師の訪問時の対応がよく、利用者・家族への

ニーズ解決をすることを挙げていた。そして、基本理念を職員へ徹底した教育指導を行い、利用者・家族へ臨機応変に対処ができる体制をとっていることや訪問看護 ST の質を高める工夫は職場の風土に繋がるとしていた。

終末期ケアにおける満足度に繋がる支援では、がん事例を対象にした報告が多かった。在宅療養終末期にある利用者・家族は、医師による今後予測される病状、疾患、治療などの情報ニーズを求め、それが十分に伝えられていないことへの不満があることを報告していた(Wiggers et al.,1990)。そのニーズが得られないことは、利用者・家族の精神的な不安と家族の不満に繋がることが報告されていた(福井,2002)。家族の不満は、医療専門職による情報提供が不足すると満足度が低くなることを明らかにしていた。葛西他(2008)は、利用者・家族が医師と相談の場を設けることが満足度に影響し、病気、治療及び症状のコントロールに関する情報提供の必要性を提言していた。加えて終末期を看取った家族の満足度は高く(葛西他,2008)、満足度が高いと入院をすることなく在宅で終末期を迎えるケアに繋がると明らかにしていた(難波,2005)。また、中谷他(2000)は、訪問看護サービスの満足度を高める要因として利用者とサービス提供者がケア会議やケアプランの確認をしながら進めることを明らかにした。Westra et al(1995)は、ケア提供者の態度、在宅マネジメントの説明、状況の変化時の対処方法の説明が満足度を高めることを報告している。さらに、ケア評価に影響する要因では心配や悩みを聞くこと、利用者への対応マニュアルを使用すること、医療器具のマニュアルを用いた方法の説明とスタッフのケアの統一が必要であると報告している(難波,2005)。このように家族の満足度を高めるには、訪問看護ケア体制と機能、ケア内容、訪問看護サービス調整の3つの看護支援が必要である。

終末期ケアに関する家族の介護継続意思の先行研究では、利用者・家族介護者の属性によって異なることや介護負担の程度、公的サービスの不信感による報告が多かった。綾部(2007)によると年齢が若いほど継続意思が持続し、女性介護者が利用者の性別と一致している場合は介護継続意思が強いことを明らかにしていた。また、介護負担の性別では、男性介護者は、介護の適応性はあるが介護を継続することでうつ状態などの精神的健康の悪化傾向があるとしていた(杉浦他,2010)。一方、女性介護者では精神的健康に関連なく介護肯定感の低下の報告があり、男性より介護継続意思が弱まる傾向を報告していた。そのため、介護継続意思を維持する支援では、性別の特徴を把握しながら介護負担の状況及び健康レベルの観察も重要な役割が訪問看護師にあると報告していた(杉浦他,2010)。訪問看護支援に対して、渡部他(2006)は、認知能力や IADL の能力、褥瘡を悪化させないケアニーズに対し、適切に対応ができることは継続意思を持続させる要因と述べていた。これらの対応は、家族の介護をすることへの満足と家族の就労状況に関係があるとし、介護者の年齢、続柄、副介護者の有無、介護内容の関連がなかったと報告していた(渡部他,2006)。また、家族が介護継続意思を持つには、食事や清拭などの介護に自信をもっていること(荒瀬他,2012)や愛情、家族の絆が強く働いていることの報告があった。しかし、公的サービスの不信感がネガティブな意味で介護の継続をさせている場合もあるとしていた(高原他,2004)。介護継続意思の継続には、症状の悪化や変化に伴い(島他,2008)、終末期ケアに対する気持ちの揺らぎがあると報告していた(古瀬,2014)。そうした視点から訪問看護開始

期には患者や家族の意向を確認し、合意をしておくこと、主治医と取り決めておくことを明確にできるように(長内他,2011)することを要因に挙げていた。このように、在宅療養終末期高齢者に対し、開始期から家族の満足度を高める看護支援は、介護継続意思に繋がる可能性が高い報告であった。これらの課題は、開始期支援に限定された報告ではなかった。しかし、利用者・家族介護者が在宅で終末期を迎えるために必要な家族満足度、介護継続意思の項目に繋がると推察され、調査項目として含まれる。

引用文献

- 荒瀬 靖子, 笠原 久美, 小畑 有理子, 河村 美幸, 堤 雅恵(2012) : 在宅における主介護者の介護継続意志に関わる要因-介護技術に対する主介護者の自信と訪問看護師からみた適切さ-, 訪問看護と介護, 17(12), p1064-1068.
- 綾部 明江(2007) : 要介護者の在宅生活継続に関する影響要因とケア視点, 日本看護科学学会誌, 27(2), p43-52.
- Betty R. Ferrell, Michelle Rhiner, Marlene Zichi, Cohen, Marcia Grant(1991) : pain as a Metaphor for illness part1 : Impact of Cancer pain on Family Caregivers, 18(8), p1303-1308.
- Christoph ostgathe, Bernd Alt-apping, Heidrun golla, jan Gabriele linden, Raymond volts(2011) : Non-cancer patients in Specialized palliative care in Germany, what are the problems? palliative Medlain, 25(2), p148-52.
- Christine J, Julia M, (2004) : Evvaluatiog palliative care : Bereaved Familymembers'Evaluations of patient's pain, Anxiety and De p ression, Journal of pain and symptom management, 28 (2), p104-114.
- Dougl, Ross, Carla S Alexander (2001) : Management of Common Symptoms in Terminally ill patients : part 1, American Family physician, p807-814.
- 泉田 信行(2010) : 死亡場所の差異と医療・介護サービス供給の関係の分析, 季刊・社会保障研究, 46(3), p204-216.
- 医療経済研究機構(2002) : 在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究の視点, www.ilc-japan.org/symposium/doc/1111_02.pdf, (2016. 6.7).
- 福井 小紀子(2002) : がん患者の家族の情報ニーズ及び情報伝達に関する認識とその関連要因 : 初期と末期の比較-, 日本看護科学学会誌, 22(3), p1-9.
- 藤川 あや, 小林 恵子, 平澤 則子, 飯吉令枝(2011) : 在宅での看取りを可能にする訪問看護の医療連携体制に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 14(2), p76-86.
- 藤原 和成, 高橋 賢史, 藤原 悠子, 原 祥子(2014) : 出雲地域の訪問看護師における医師との情報共有の困難さに関する調査, 島根大学医学部紀要, 37, p61-66.
- Fukuis, Yoshiuchi K, Fujita j (2011) : Japanese people's preference for Place of End-of-life Care and Death : A population-based nationwide survey, journal of pain and symptom management, 42(6), p882-892.
- 古瀬 みどり(2014) : 終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア, 家族看護学研究, 19(2), p 90-99.
- 藤谷 久美子, 島内 節, 佐藤 恵美子(1998) : 全国の訪問看護ステーションにおける 24 時間ケア必要者のニーズの種類と構造, 日本在宅ケア学会誌, 1, p36-45.
- Gabriella Morasso, Marco Capelli, Paola Viterbori, Silvia Di Leo, Alessandra Alberisio, Massimo Costantini, Margherita Fiore, Denis Sacconi, Gabriele Zeitler, Nilla Verzolatto, Walter Tirelli, Laura Lazzari, Manuela Partinico Gianpiero Borzoni, Catia Savian, Enrico Obertino, Paola Zotti, Gian Paolo Ivaldi,

- and Franco Henriquet(1999) : Psychological and Symptom Distress In Terminal Cancer Patients with Met and Unmet Needs, *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6), p402-409.
- 広瀬 輝夫監修(2015) : 介護・看護サービス統計データ集, p318, 三冬社, 東京.
- 樋口 京子, 久世 淳子, 森 扶由彦, 島田 千穂, 篠田 道子(2008) : 高齢者の終末期ケアにおける「介護者の満足度」の構造, *日本在宅ケア学会誌*, 17(2), p91-99.
- Jenkins, v L Fallowfield and j saul(2001) : Informaiton needs of patients with cancer, results from a large studyin UK cancer centres, *British journal of cancer*, 84(1), p48-51.
- 川越 博美(1999) : 高齢者のターミナルケア, *保健の科学*, 41(5), p354-358.
- 川越 博美(2006) : 在宅ケアのすすめ, 1(3), p33, 日本看護協会出版会, 東京.
- 厚生労働省(2014a) : 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告,
www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf(2015.9.29).
- 厚生労働省(2014b) : 平成 25 年版 高齢社会白書(概要版), 内閣府
www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/gaiyou/index.html,(2016. 6.3).
- 厚生労働省(2014c) : 医療法改正について,
www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/189-36.pdf(2015.10.5).
- 川越厚(2013) : がん患者の在宅ホスピスケア, p95, 医学書院, 東京.
- 葛西好美, 四ツ屋真由美(2008) : 訪問看護ステーションにおける利用者と訪問看護師の訪問看護サービス満足度の比較. *日本在宅ケア学会誌*, 12, p53-61.
- 厚生労働省(2009 年度) : 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html(2016. 6.3).
- 厚生労働省(2011) : 訪問看護について
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001uo71.pdf, (2016. 6.7).
- 厚生労働省(2013) : 訪問看護について,
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001uo71.pdf(2016.6.10).
- 近藤 克則, 宮田和明(2002) : 高齢者のターミナル(終末期)ケアの質を高めるために, *社会保障旬報*, p24-28.
- キング, アイモジン(1985)/杉森 みど里 訳(1985) : キング看護論, 第 1 版, p185—186, 医学書院, 東京.
- 神戸 智司(2007) : 高齢者福祉サービスの利用者満足度評価に関する実証的研究の動向・領域別満足度と総合的満足度の関連に焦点を当てて-, *生活科学研究誌*, 6, p1-12.
- 小林 裕美, 乗越 千枝(2005) : 訪問看護師のストレスに関する研究 訪問看護に伴う負担と精神健康状態(GHQ)及び首尾一環感覚(SOC)との関連について, *日本赤十字九州国際看護大学*, 4, p128-140.
- Linda J, Kristjanson, Jeff A .Sloan.Deborah Dudgeon, Eleanor Adaskin (1996) : Family Members' Parceptions of palliative cancer care : predictors of family functioning and family members' health *Journal of palliative care*, 12, p10-20.

- Mary L.S.Vachon(1995) : Psychosocial Issues in Palliative Care : The patient, the family and the process and outcome of care, *Journal of pain and symptom Management*, 10(2), p142- 150.
- Mary Ellen grobe, Duane M Ilstrup, david L Ahmann (1981) : Skills needs by family members to maintain the care of an aduanced cancer patient, p371-375.
- Myashita, M Sanjo, T morita, k hirai&Y uchitomi(2007) : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study, *European society for medical oncology*, 18(6), p1090-1097.
- 難波 貴代(2005) : 利用者満足度を高めるための在宅ケア内容に関する研究, *日本保健福祉学会誌*, 12, p13-20.
- 日本看護協会 編(2014) : 看護白書, 地域包括ケアシステムと看護, p38, 日本看護協会 出版会, 東京.
- 新田 國男 編者(2007) : 家で死ぬための医療とケア.在宅看取り学の実践, 第1版, 7, p73-79, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 永田 智子, 桑原 雄樹, 田口 敦子, 成瀬 昂, 村嶋 幸代(2013) : 利用者の状態像別に見た訪問看護業務の内容と時間, *日本在宅ケア学会誌*, 16(2), p61-67.
- 中谷 久恵, 島内 節(2000) : 利用者満足度による在宅ケアマネジメントの評価に関する研究, *日本在宅ケア学会誌*, 4(2), p39-46.
- 日本看護協会(2012) : 診療報酬・介護報酬改定概要, Q&A, p52-53, 日本看護協会出版会, 東京.
- 日本在宅ケア学会 編(2015) : エンド・オブ・ライフと在宅ケア, 6巻, p5-8, 株式会社ワールドプライニング, 東京.
- 長内 さゆり, 清水 準一, 川原 加代子(2011) : 終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感, *日保学誌*, 1(1), p5-11.
- Naruse T, Taguchi A, Kuwahara Y, Nagata S, Watai I, Murashima S(2012) : relationship between perceived time pressure during visits and burnot among home visiting nurses in japan, *japan Journal of nursing scirnce*, 9, p185-194.
- 大野 かおり, 能川 ケイ, 西浦 郁絵, 森田 愛子, 藤原 智恵子, 松浦 由紀子, 服部 素子(2003) : 在宅ターミナルケアに関する研究-訪問看護ステーションにおける取り組みの現状と課題-, *神戸市看護大学短期大学紀要*, 22, p55-61.
- Penny E Bee, pamela Barnes and Karen A Luker(2008) : A systematic review of informal caregivers'needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer, *Journal of Clinical nursing*, p1379- 1393.
- Rob Sanson-Fisher, Afaf girgis, Billie Bonevski, louise burton, peter cook(2000) : The unmet supportive care needs of patients with cancer, *American Cancer Society*, p226 -237.
- 島内 節, 鈴木 琴江(2008) : 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.日本看護科学誌, 28, p24-33.
- 島内 節, 小野 恵子(2009): .遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価, 日本在宅ケア学会誌, 12, p36-49.
- 佐藤 泉, 山本 則子, 竹森 志穂, 平野 優子, 宮田 乃有, 深堀 浩樹, 上野 まり, 柏木 聖代, 木全 真理, 山田 雅子(2011): 終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻度の違いーがんとがん以外の事例の比較-, 日本看護科学学会誌, 31(1), p68-76.
- 佐藤 恵美, 山下 美根子(2013): ターミナルケア医関わる訪問看護師が抱えるストレスと支援方法について, 臨床看護, 39(13), p1993-1937.
- 成 順月, 島内 節, 葉袋 淳子, 内田 陽子(2014): 受け持ち看護師の評価によるがん患者の終末期在宅ケアにおける経過時期別ケアニーズの出現率, インターナショナル Nursing Research 研究会, 12(2), p15-24.
- 柴田 滋子(2014): 管理職を除くスタッフ訪問看護師におけるバーンアウトの関連要因, 看護教育研究学会誌, 6(2), p12-17.
- 杉浦 圭子, 伊藤 美樹子, 九津見 雅美(2010): 在宅介護継続配偶者における介護経験と健康的な精神状態との因果関係の性差の検討, 日本公衛誌, 57(1), p3-15.
- 田口(袴田)理恵, 渡辺 美香, 田高 悦子, 河原 智江, 臺 有桂, 糸井 和佳, 今松 友紀(2012): 訪問看護師の職業性ストレスとストレスサーの検討, yokohama journal of nursing , 5(1), p39-46.
- 高原 万友美, 兵藤 好美(2004): 高齢者の在宅介護者における介護継続理由と介護による学び, 岡山大学医学部保健学科紀要, 14, p141-155.
- 内田 陽子, 山崎 京子(2000): 利用者満足度の高い訪問看護ステーションのケア体制の特徴に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 14(1), p94-101.
- 梅原 麻美子, 古瀬 みどり, 松浪 容子(2007): A 県内の訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連, 北日本看護学会誌, 9(2), p27-33.
- Wiggers JH, Dunovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW(1990): Cancer patient satisfaction with care, National Institutes of Health, 66(3), p610-616.
- Westra B.L, Cullen L, Brody D, Jump P, Geanon L, Milad E(1995): Development of the Home Care Client Satisfaction Instrument, Public Health Nursing, 12, p393-399.
- 若松 弘之, 今中 雄一, 前澤 政次, 岩崎 栄(1996): 利用者による在宅ケアの評価, 一利用者満足度を中心に -, Bull.Natl.Inst.public Health, 45(2), p150- 258.
- 渡部 洋子, 加藤 文子, 熊本 さとみ, 渡辺 久美子(2006): 要介護老人介護者の介護継続意思に影響する要因, 日本看護学会論文集, 老年看護, 36, p189-191.
- 山本 純子, 島内 節, 安藤 純子, 金澤 寛(2015): 在宅終末期の療養開始期における高齢者を介護した家族による満足度・介護継続意思に関連する訪問看護サービス調整の要因, 日本保健福祉学会誌, 22(1), p13-22.

第2章 研究の構成・枠組み

第1節 研究構成

本研究構成は、在宅療養終末期の開始期において利用者と家族介護者が安心、安全に在宅療養が継続できるように必要な訪問看護開始期支援を提供する構成である。

患者の治療、療養の目標達成における看護の考え方においてキング(1985)は、看護師と患者の人間的な相互行為のプロセスと述べている。そのなかで常にフィードバックを繰り返しながら、共同目標を設定し、同意を得て目標を達成(相互浸透行為)するとしている。さらに患者だけでなく、看護師自身も成長、発達していく看護展開が治療、療養の重要な目標設定であると示している。また、野嶋(2012)は、キング(1985)の看護展開を次のように述べている。看護展開では相互行為を通して看護師は情報を収集し、患者を観察し、測定し、情報を与え、目標設定に参加できるよう関わる。そして、患者の価値観、ニーズを踏まえた目標設定を行い、目標設定がされれば、その目標達成のため、手段を探求する。評価については看護問題が解決したかどうかを着目するのではなく、目標が達成されたかどうかについて検討するとしている。この看護展開を在宅療養終末期の高齢者の看護支援で考えると、在宅療養終末期の開始期において訪問看護師は、利用者・家族と相互行為によって必要な開始期支援を実践し、利用者・家族への説明と同意の基に一緒に共同目標に沿って看護支援を行う。そうした介入によって在宅で安心して安全に生活が継続できる目標達成のプロセスとして考えることができる。目標を達成するには、利用者だけでなく、家族と共に訪問看護師は、相互行為によってお互いに穏やかな終末期を迎えられる関係性を持つことが必要である。つまり、在宅療養終末期開始期では利用者・家族・訪問看護師がお互いをよく知らないで関わるが多く、様々な行き違いやトラブルを未然に防ぐための看護支援は不可欠である。したがって、終末期の開始時期では丁寧な説明と同意を行い、お互いの理解と確認を繰り返し行い、利用者・家族との人間関係を形成する過程と考える。こうした過程を繰り返すことで早期に利用者・家族に信頼を得られるものとする。例えば、在宅療養終末期の開始期では訪問看護師が利用者・家族を常に気遣い、やさしく声をかけ、話しやすい雰囲気を作る努力をすることで利用者・家族の緊張が和み、訪問看護師の対応について良い印象として受け止められると推測できる。このような行為は、安心感に繋がると考え、療養生活に影響すると考える。そこで、本研究構成は訪問看護ケア体制の24時間対応とその機能が円滑に活用できる準備を行う。そして受持ち訪問看護師が実施するニーズに基づくケア内容の心身ケアニーズ及びそのケア成果と訪問看護サービス調整を組み合わせることを開始期支援とした。この組み合わせによって終末期にある利用者・家族の開始期支援は訪問看護 ST のケア体制が円滑に機能し、訪問看護師は医師との連絡方法や緊急時の連携が困ることなくスムーズに流れ、利用者・家族への24時間対応が実施されるようになると思う。つまり、訪問看護師は介護保険制度において介護支援専門員によるケアプランに基づき医師の指示の下に看護が実施されるが終末期支援は医療的な処置や緩和ケアが重視される。そのため、終末期に必要な開始期支援を適切に実施するために開始期に必要な契約時の説明や社会資源、福祉用具の準備、衛生材料、医療機器の準備、説

明や使用方法などの支援以外の訪問看護サービス調整を実施する。この構成によって療養生活の継続と利用者・家族が開始直後から満足できる訪問看護師による開始期支援を受けることができるとした。

第2節 研究枠組み

研究構成に従って、本研究の枠組みは、図 2-1 に示すように、訪問看護 ST 管理者と訪問看護師は必要な開始期支援を実践する。そして管理者は訪問看護 ST のケア体制と機能の整備を行う。訪問看護師は利用者・家族のニーズに基づく心身ケアニーズの対応と緊急ニーズの対応に対するケアニーズへの介入を行う。医師などの他職種連携と適切な情報提供と共有、社会資源の利用による訪問看護サービス調整の実施と家族への介護するための介護力支援として社会資源の補完を行う。専門性の高いケアを提供するため、開始期ケア成果指標の活用を評価するとした。こうした実践は訪問看護師と利用者・家族の相互行為によって利用者の心身ケアニーズが適切に対応できることになり利用者・家族の満足度と家族の介護継続意思が高まる目標を達成しようとするものである。このようなケア成果指標の活用により終末期にある利用者と介護する家族が安心して安全な在宅終末期療養生活の継続に繋がると考えた。

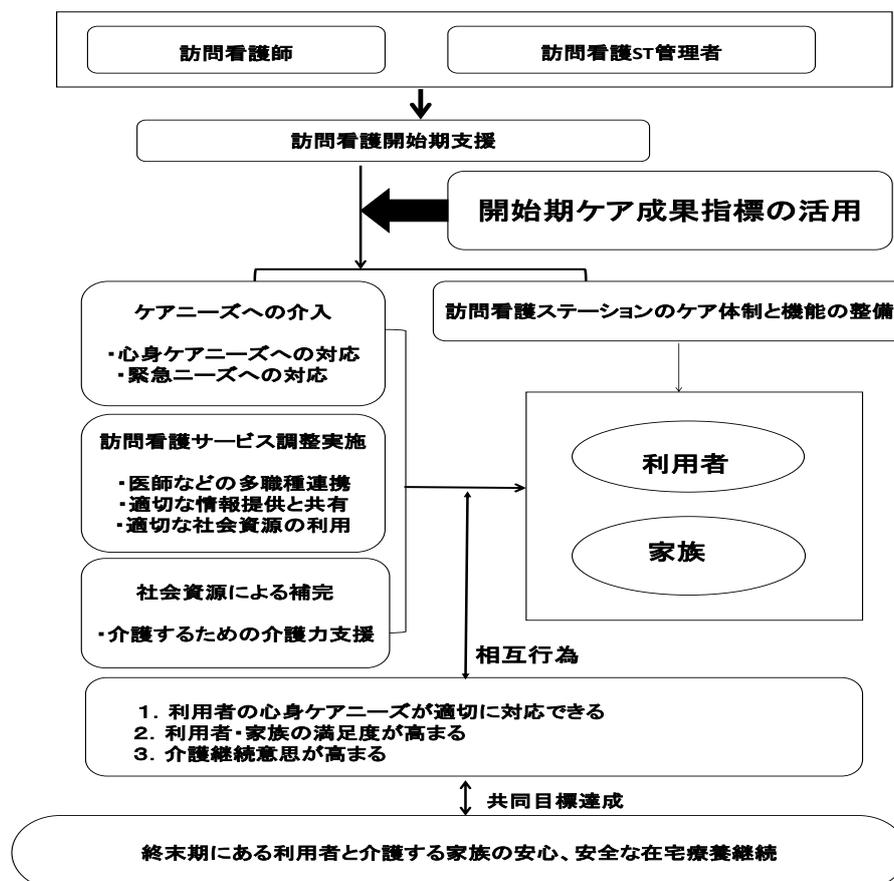


図 2-1 本研究の枠組み

第3節 研究目的

在宅で終末期を迎えたいと希望する高齢者とその家族の願いを叶えるためには、在宅療養の開始直後から安心して安全に療養生活が継続できる開始期支援は重要である。在宅療養終末期の開始期では利用者・家族の不安があり、緊急ニーズの頻度が高いと言われてい(藤谷他,1998)。ゆえに利用者・家族に対し、満足度の高い看護支援の実践は在宅で終末期を迎えるケアに繋がり(難波,2005)、利用者・家族の療養生活及び介護生活の質に影響すると考える。このことから在宅療養終末期にある利用者とその家族と共に相互関係を持ち、同じ目標達成を目指すために開始期に着目した専門性の高い標準的な訪問看護サービス支援は必要である。

これまでの研究では、訪問看護ケア体制において 24 時間対応による緊急ニーズが発生する訪問時間に関するもの(佐藤他,2011 ; 藤谷他, 1998)、終末期における症状の特徴(新田, 2007)と症状の要因及び改善への課題(成他,2014 ; 島内他, 2008 ; Mary, 1995 ; Gabriella et al.,1999)などが報告されていた。しかし、訪問看護ケア体制と機能、ケア内容と訪問看護サービス調整を合わせた在宅療養終末期高齢者の開始期支援に関する報告は明らかにされていない。

そこで、本研究では在宅療養終末期高齢者を支える訪問看護 ST の管理者に訪問看護ケア体制と機能、訪問看護師には開始期におけるケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)と訪問看護サービス調整を合わせた調査を実施する。家族介護者には訪問看護師が提供したケア評価の調査を実施し、必要な開始期支援項目を明らかにする。明らかにした開始期支援項目から在宅療養終末期の開始期に使用するケア成果指標を作成し、実践し、その有用性を検討することである。第1研究では、開始期支援に必要な内容を検討し、調査項目の作成をする。第2研究では、作成した調査項目から開始期支援に必要な項目の抽出とケア成果指標の作成をする。第3研究では作成したケア成果指標を用いて開始期7日目と14日目に訪問看護師によるケア成果を明らかにし、開始期ケア成果指標の有用性を確認する。

第4節 本研究プロセス手順

本研究のプロセス手順は、図2-2に示すように研究枠組みに沿って在宅療養終末期にある利用者と介護している家族が必要な訪問看護の開始期支援の提供を受け、できる限り安心して安全に在宅療養生活を継続するための共同目標の達成を目指したケア成果指標を作成する手順を示した。

第1研究では、開始期支援に必要な内容と項目を作成する。方法として内外の先行文献から在宅終末期開始期支援内容から調査票の項目構成の選択を行い、訪問看護 ST 管理者と訪問看護師によるプレテストを実施後、選択された調査項目の妥当性の検討から必要な終末期開始期支援の調査票を作成する。

第2研究では第1研究で作成した調査票を用いて、訪問看護 ST 管理者にはケア体制と機能の調査項目、受持ち訪問看護師用はケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)と訪問看護サービス調整の調査項目、終末期を介護した家族の調査項目を作成し、調査をする。これらの調査から開始期支援における必要な項目を抽出し、開始期支援のケア成果指標を作成

する。

第3研究では、ケア成果指標を用いた開始期支援の有用性の検討をする。その方法として在宅療養終末期にある利用者に対し、開始期支援実践後にケア成果指標を用いて7日目と14日目の開始期支援のケア成果をチェックする。その結果から有用性の確認を行う。開始期ケア成果指標の有用性を確認するため、訪問看護師より聞き取りを、また家族介護者へは在宅療養生活の状況を把握し、その評価からケア成果指標の有用性を補完的に検討する手順とした。

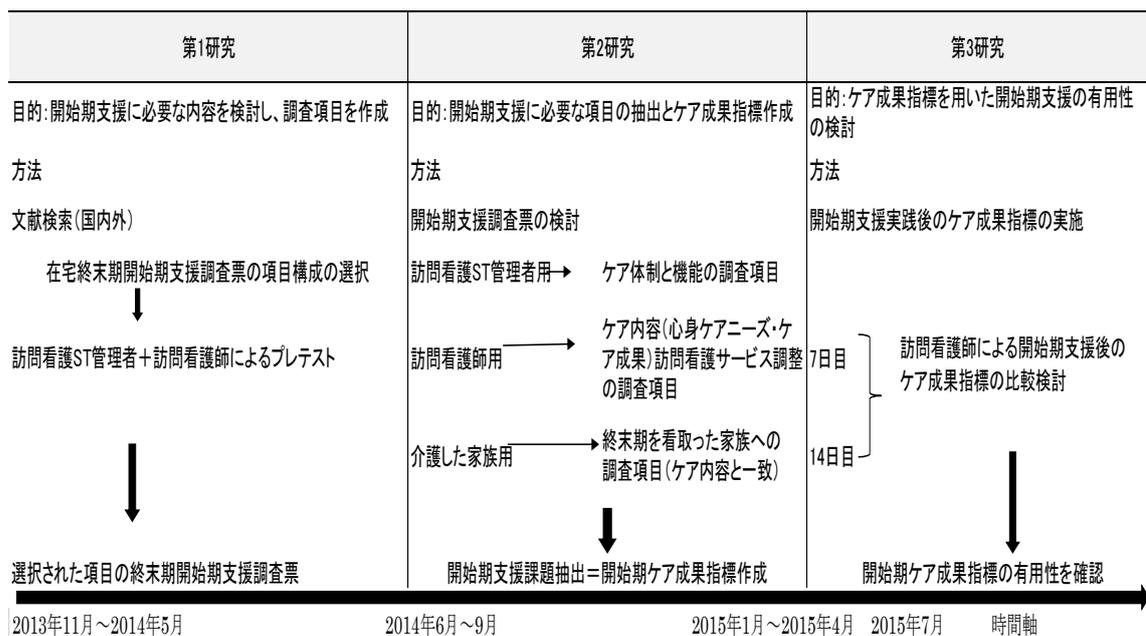


図 2-2 本研究プロセス手順

第5節 本研究の意義

在宅療養で終末期を迎えたいと希望する高齢者とその家族に対し、受持ち訪問看護師は開始期に必要な支援を提供し、在宅療養生活が安心して安全に継続できるように支援することは必然である。

本研究で検討する在宅療養終末期を支える開始期支援は、訪問看護 ST 管理者と受持ち訪問看護師は、緊急時の対応方法及び主治医との調整及び連携、並びに病院への緊急連絡方法のマニュアルなどを活用し、終末期ケア体制と機能を整える役割がある。そのことは利用者・家族が安心して療養生活を送る整備が可能になる。また、受持ち訪問看護師が実施する心身ケアニーズの介入は終末期の特徴である痛みのコントロール、デスマネジメントなどの必要性が的確に示され、より症状改善が早期に実現できる。さらに、受持ち訪問看護師によって療養生活に必要な経済的な説明、医療処置の準備及び社会資源の活用などの訪問看護サービス調整の準備が円滑にできる。それによって家族の介護負担軽減及び社会資源の補完による介護力支援の提供と緊急時対応の対策方法や悪化時の緊急連絡対応等を含む多様なニーズが改善されると考えられる。このような在宅療養終末期の開始期支援

は、在宅療養の開始直後から実施されるため、利用者・家族の終末期ケアの満足度や家族の介護継続意思に繋がるケア成果が期待されると考えられる。そのため、国民が在宅で終末期を迎えることを躊躇する理由である緊急時の対応の不安、家族の介護負担の改善(厚生労働統計協会, 2012)に寄与できると考える。さらに、また、開始期支援のケア成果を検討することによって、訪問看護 ST 及び訪問看護師がより高度な専門性の高い標準化された開始期支援が提供されることから、意義がある。

第6節 用語の操作的定義

終末期ケア

終末期とは、医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えることなどの広義の定義で最善を尽くしても病状が進行性に悪化することを食い止められず死期を迎えると判断される時期(終末期医療に関するガイドライン策定検討会,2009)であり、その期間は、生命予後が6ヶ月以内の状態としている。日本学術会議は「終末期を急性型(救急医療対応)、亜急性型(がんなど)、慢性型(高齢者、認知症など)に分けて考える必要がある」とされ、それぞれを区別して定義している。終末期ケアは診断名、健康状態、年齢にかかわらず差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考えることを生が終わる時まで最善の生が生きることができるよう支援するとしている(日本在宅ケア学会,2015)。

終末期に関する定義は様々である。そのため、本研究では、余命6か月以内と本人及び家族が医師より告知を受け、終末期に近いと判断した医師の指示書があった高齢者の訪問看護支援とその指示に従ったケア提供を終末期ケアとする。

開始期支援

終末期開始期とは、川越は1週間を定義し、初回往診日の前1週間を準備期、後1週間を開始期として両者を合わせて2週間をホスピスケアの導入期にとしている。また、島内他(2008)や佐藤他(2011)も在宅で生活の不安や症状の不安定な時期が、おおよそ1週間から2週間とし、2週間で訪問頻度がさがり、症状が安定したように感じられる時期としている。以上により、本研究では訪問看護が適用時の医師による特別訪問看護指示の提示書が2週間であることから療養開始した日から14日間とした。また、開始期支援を在宅療養開始から14日間を通して訪問看護師が実践したケアのこととする。したがって、本研究における開始期支援は訪問看護ケア体制と機能、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整を合わせて指す。

訪問看護ケア体制と機能

訪問看護ケア体制と機能は操作的に定義した。本研究で示す訪問看護 ST のケア体制

と機能は設置形態、勤務体制、24時間ケア体制加算の有無、時間外対応、終末期対応をケア体制とし、ケア体制を円滑にするための機能として緊急時対応、看護師の連携、医師との連携とする。

心身ケアニーズ

ニーズの概念をヴァージニア・ヘンダーソン(2016)は、人間が人間らしい生活を営むために必要なものとして捉え、患者のニーズに関心を持ち、基本的ニーズに対する欲求を持つものであると捉えている。そして人間とは自分の欲求を満たすための体力、意思力と知識を持っている自立した存在としているとし、基本的看護は人間の欲求の分析から引きだされるとしている。このように人間の基本となるニーズは重要な意味を持つ。

在宅ケアでは、訪問回数及び時間が決められ、効率よく効果的な看護支援が求められる。そのため、訪問看護師は利用者のニーズに関心を持ち、そのニーズを迅速にかつ適切に対応する心身のケア支援の実践が必要である。また、島内他(2008)は、心身ケアニーズとは生理的欲求をより広い範囲を指すとしている。そのため、本研究における心身ケアニーズとは訪問看護師が受持つ利用者及び家族に対応した際に起こり得る多様な症状、例えば、疼痛以外の苦悩の症状、心理・精神的負担、スピリチュアルの援助、デスマネジメント、家族、親族との関係調整、喪失・悲嘆・死別サポート、基本的ニーズの援助、ケア体制の確立、ペインマネジメントなどの包括的なニーズを心身ケアニーズと定義した。

訪問看護サービス調整

介護保険制度における訪問看護師が提供する訪問看護サービスは、訪問看護を要すると主治医が認めた要介護者について病院、診療所または訪問看護 ST の訪問看護師などが居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助としている(厚生労働統計協会, 2012)。

在宅療養終末期の開始期で支援する訪問看護サービスはそれだけでなく利用者・家族支援も含まれるため(川越, 2006)、包括的なケアを必要し、訪問看護師は利用者だけでなく家族も含めてサービス調整の役割を担うことになる。そのため、本研究における訪問看護サービス調整とは、受持ち訪問看護師が開始期に行う、終末期ケアをする際の開始直後から必要なサービス、ニーズに対応するための利用者・家族への調整とした。さらに、終末期ケア開始の特定の期間における受持ち訪問看護が実施するサービスのことを示し、利用者・家族支援と医療機関の調整、家族の介護疲れの調整、医師などの多職種間の連携、緊急時対応の調整、社会資源の活用と定義した。

引用文献

- 広瀬 輝夫監修(2015) : 介護・看護サービス統計データ集, p318, 三冬社, 東京.
- 樋口 京子, 久世 淳子, 森扶 由彦, 島田 穂, 篠田 道子(2004) : 高齢者の終末期ケアにおける「介護者の満足度」の構造-全国訪問看護ステーション調査から-, 日本在宅ケア学会誌, 17(2), p91-99.
- Harding, Higginso(2003), What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care ?, A ystematic literature review of interventions and their effectiveness, Palliative Medicine, 17, p63-74.
- キング アイモジン, (1985)/杉森 みど里 訳(1985) : キング看護論, 第1版, p 185—186, 医学書院, 東京.
- 厚生労働統計協会(2012) : 国民の福祉と介護の動向 2012, p142, 東京.
- 川越 博美(2006) : 在宅ケアのすすめ, 1(3), p33, 日本看護協会出版会, 東京.
- 葛西 好美, 四ツ屋 真由美(2008) : 訪問看護ステーションにおける利用者と訪問看護師の訪問看護サービス満足度の比較, 日本在宅ケア学会誌, 12(1), p53-61.
- 野嶋 佐由美(2012) : 看護学の概念の理論的基盤, p70, 日本看護協会出版会, 東京.
- 難波 貴代(2005) : 利用者満足度を高めるための在宅ケア内容に関する研究, 日本保健福祉学会誌, 12, p13-20.
- 日本在宅ケア学会(2015) : エンド・オブ・ライフと在宅ケア, 6 巻, p5-8, 株式会社 ワールドプライニング, 東京.
- 終末期医療に関するガイドライン策定検討会(2009) : 終末期医療に関するガイドライン, ~よりよい終末期を迎えるために~, 社団法人 全日本病院協会, www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf(2016. 6.20).
- 島内 節, 葉袋 淳子(2008) : 在宅エンド・オブ・ライフケア(終末期ケア), 第1版, p108 - 114, 株式会社イニシア, 東京.
- 佐藤 泉, 山本 則子, 竹森 志穂, 平野 優子, 宮田 乃有, 深堀 浩樹, 上野 まり, 柏木聖代, 木全 真理, 山田 雅子(2011) : 終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻度の違いーがんとがん以外の事例の比較-, 日本看護科学学会誌, 31, (1), p68-76.
- ヴァージニア・ヘンダーソン, 湯楨 ます, 小玉 香津子訳(2016) : 看護の基本となるもの, 第12版, p12-19, 日本看護協会出版会, 東京.
- Wiggers JH , Dunovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW(1990) : Cancer patient satisfaction with care, National Institutes of Health, 66(3), p610-616.
- 若松 弘之, 今中 雄一, 前澤 政次, 岩崎 栄(1996) : 利用者による在宅ケアの評価, 一利用者満足度を中心に -, Bull.Natl.Inst.public Health, 45(2), p150- 258.

第3章 倫理的配慮

本研究は、広島文化学園大学研究倫理審査委員会の承認を得た(承認番号 12013)後に、研究協力依頼を訪問看護 ST 管理者に研究の趣旨、目的、方法を文書及び口頭にて説明した。その後、訪問看護 ST を利用している終末期高齢者を介護した家族及び受持ち訪問看護師にも同様に説明を依頼した。その際、共通事項として以下の内容を入れた。

- ①研究協力は自由意思であること、研究期間中、研究同意以後においても、いつでも同意を取り消すことが可能である。
- ②調査票は無記名とし、データ分析は集団で行い施設及び個人が特定できないようにする。
- ③データの管理方法は、研究者以外は質問紙回答を見ること、持ち出すことがないように保管庫に管理を行い、USB に保存し、データ入力はインターネット通信を接続していないパソコンを使用、終了後は USB を壊し、調査票はシュレッターで廃棄する。
- ④作成した論文は、博士論文や関連する学会誌及び学会へ公表することを明記した。

訪問看護 ST 管理者

訪問看護 ST 管理者へ直接、電話による研究の趣旨、目的を説明し、協力を依頼した。訪問による研究内容の説明を希望する訪問看護 ST 管理者には訪問して、口頭と書面にて研究の趣旨、目的を説明したうえで研究の同意を得た。いずれも、調査についての説明及び手順(資料1)は、訪問看護 ST 管理者用の研究依頼書(資料2)、研究同意書(資料3)、同意取消し書(資料4)の説明及び調査内容の説明を行った。また、訪問看護師へは利用者宅へ訪問中のため確約ができない場合、当事者の希望により訪問看護 ST 管理者から依頼をすることにした。

訪問看護 ST 管理者への調査は、質問紙記入後、研究同意書と合わせて研究者へ直接郵送してもらい、回収した。同意取り消しの場合は研究者へ直接郵送にて回収した。

第3研究の受持ち訪問看護師への調査票では、訪問看護 ST 管理者と訪問看護師へ再度調査票を依頼し、同意を得た。

受持ち訪問看護師

受持ち看護師には、研究の趣旨と目的説明及び質問紙調査を依頼した研究依頼書(資料2-1)、研究同意書(資料3-1)を郵送し、研究協力の研究同意書は郵送にて回収した。質問紙用紙の配布は訪問看護 ST の管理者に依頼したが、研究協力有無と業務評価との峻別を保持するために、回収は訪問看護師が直接研究者に郵送にて送付することを依頼した。いずれも調査票の返信にて同意を確認した。

第1回目の受持ち訪問看護師の質問紙調査票は、無記名自記式質問紙として個人が特定できないように配慮し、訪問看護 ST 管理者から調査票の記入を依頼した。研究同意書には研究同意の有無を、郵送は個別にて回収した。

第2回目の調査は、訪問看護 ST 管理者へ電話で研究の趣旨、目的を口頭と書面にて説明し、研究同意を得た。訪問看護 ST の管理者から受持ち訪問看護師へ調査票によるケア

成果指標記載を依頼し、記入後に研究者に郵送を依頼した。調査は2回実施する旨の同意を受けていたため、調査票の返信にて研究同意とした。

終末期高齢者を介護した家族

訪問 ST 管理者から家族へ研究の同意を依頼し、同意が得られた家族に訪問看護 ST の管理者、又は受持ち訪問看護師から研究依頼書(資料 2・2)を用いて研究の趣旨、目的説明及び質問紙調査票を依頼し、配布した。

家族の質問紙は、訪問看護 ST 管理者宛に家族用として明記し、開封不可とした。家族へは書面にて説明文書に研究の趣旨、目的を明記した。調査は自由意思であり研究に同意をしても自由意思で取り消すことができるように研究同意書(資料 3・2)には研究の同意の有無を設け、意思を記載し、郵送は個別にて回収した。

第4章 第1研究 在宅療養終末期開始期支援に必要な内容及び項目の検討

第1節 研究目的

本研究目的は、在宅療養終末期高齢者における開始期支援に必要な内容を文献検討し、その内容を項目として作成し、調査票を作成することである。そのため、在宅療養終末期の開始期に着目し、必要な看護支援内容及び項目を国内外の先行研究から検討する。検討後に訪問看護 ST 管理者及び訪問看護師によるプレテストを行い、項目の精選をする。精選した項目は、訪問看護 ST 管理者が実施する訪問看護ケア体制と機能、受持ち訪問看護師が実施するケア内容（心身ケアニーズ、ケア成果）と訪問看護サービス調整に区分した調査票を作成する。また家族介護者への調査票は、家族満足度と介護継続意思を評価することから、訪問看護師が実施するケア内容と訪問看護サービス調整の項目から抽出する。

第2節 研究方法

1. 在宅終末期開始期支援に必要な内容と項目の検討

在宅療養終末期高齢者における開始期支援に必要な内容と項目を作成するため、訪問看護 ST の 24 時間体制による緊急時の対応と利用者・家族介護者の心身ケアに着目し、文献を検討した。また、社会資源や医療的処理の管理、他職種との連携、情報共有などの調整を含む項目を検討した。しかし、先行研究では、訪問看護ケア体制と機能、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護調整を組み合わせた報告がないため、それぞれの特徴を捉えた項目の選定を実施した。

訪問看護 ST のケア体制と機能に関する項目では、藤川他(2011)の在宅での看取りを可能にする医療連携体制に関する報告を参考にした。これらのケア体制項目は標準的な項目であり、訪問看護 ST の調査研究では多く使用されている項目である。しかし、本研究では開始期に特化した調査とするためと管理者の多忙業務を考慮した点から考えた。そのため、介護保険・医療保険による 24 時間の看護の提供体制、24 時間対応体制の有無、医療機関との連携及び設置主体、常勤・非常勤換算を選択した。ケア体制を円滑にする機能項目については在宅療養を必要である機能に焦点を当てた。その機能には緊急時マニュアル、緊急時連絡網の作成、医師との円滑な連携要因を明らかにした先行研究報告の項目を選択し、参考にした(島内他,2008; 難波,2005)。この項目は訪問看護ケア体制と機能が円滑な支援によって終末期を看取った家族の満足度が高め(難波, 2005; 葛西他, 2008)、満足度が高いと入院することなく、在宅で終末期を迎えることに繋がる要因として着目し、参考にした。

利用者・家族介護者のニーズに基づくケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)の項目は、在宅療養終末期高齢者の開始期 14 日間の短期間で多様なニーズに適切に対応するためための項目である。その視点から考え、島内他(2008)の開発したエンド・オブ・ライフケアプログラムは、経過時期別(開始期・小康期・安定期)に分け、その時期でどのようなケアをするのかが分かりやすく、区分されている。さらに、具体的に心身ケアニーズ支援の展開が

できるようにケア項目を抽出している点で本研究のケア内容に使用しても可能と考えた。そのケアツールは終末期にある利用者をごん・非ごん事例に区分し、それぞれの疾患の特性に準じてツールとして作成している。その対象は高齢者であるため終末期の諸症状の項目が本研究の開始期支援に必要なケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)と一致している点が多いと判断した。そのため、本研究は在宅療養終末期の開始期に特化した研究であることから、島内他(2008)の開発した終末期ケアツールにあるケア内容項目で十分に必要な開始期支援項目に反映されると考えた。したがって、開始期支援ツールの項目を島内他(2008)の終末期ケアツールを参考に調査票を作成する。また、在宅療養終末期では高齢者の死因は原疾患で死亡するケースより、併発症の原因で死を迎えることが多く最終的には避けがたい誤嚥性肺炎や心不全などで概ね死亡する(新田,2007)と言われている。そのため、本研究では、ごん・非ごん事例を疾患別の特性項目のみを区別し、その他の項目作成では区別しないで検討する。

訪問看護サービス調整の項目は、終末期開始期で訪問看護師が実施する主な訪問看護サービス調整の項目を検討した。項目作成では中谷他(2000)が開発した利用者満足度尺度の一部と島内他(2008)が開発したエンド・オブ・ライフケアのケアプログラムの評価ツール調査票を参考にした。中谷他(2000)の尺度は、プライマリケアの理念から選択している。その内容は、利用者中心(client focus)で利用者の立場を尊重し、権利の擁護や意思を尊重すること、近接性(accessibility)で利用者と専門職や専門職同士が物理的・心理的に身近であること、ケアの継続されること、サービス調整(coordination of service)で関わる機関や職種が相互に理解し利用者のケアが同じ方向に動いていくこと、サービスの統合(integration of service)機関の枠を越えて異なる職種間同士を組織し統制がとれていること、効果的効率性(effectiveness and efficiency)の良質なケアが効果的、効率的になされる6つの概念である。それに基づいた行動評価を配列し、受け手である利用者の視点で作成している。また、項目の信頼性、妥当性の検証がされている。その調査票は利用者が満足度を得られる項目を挙げていた。その項目を参考にすれば効果的な訪問看護サービス調整項目が選択できると考えた。そのため、ケア継続性とサービスの調整、効果効率性の項目を参考にした。中谷他(2000)が開発した介護支援専門員のマネジメントの調査票と本研究の趣旨は異なるが項目内容については類似している点が多く、在宅療養の開始期時期の概ね一致しているため項目内容を参考にする。その理由として、本研究の訪問看護サービス調整の項目は、在宅療養終末期の開始期で訪問看護師が実施する具体的な訪問看護サービス調整を提供するための項目である。そのため、在宅療養終末期を介護した家族による調査票は、訪問看護サービスのケア評価と提供されるケアが利用者の問題解決やニーズの充足に繋がったかどうかという達成状況を評価することが重要と考えた。つまり、利用者満足度は、「成果」に使用される具体的な一つの指標とされ、その評価は利用者中心が望ましい(神戸,2007)とされていることから参考になると判断をした。

家族介護者への調査項目は、看取った家族を対象とした調査による満足度と介護継続意思及びケア評価による成果を抽出したいと考えた。家族からの成果について神戸(2007)は、利用者のサービスの質「評価」で客観的な評価よりも利用者の主観的な認識を評価するこ

とを優先するべきとしている。その判断能力が十分でない認知症や知的障害などの利用者を満足度評価(評価主体)することの困難さを鑑み、家族介護者による満足度のあり方を検討する必要があると述べている。以上により、本研究の対象は在宅で終末期を迎える高齢者であることから認知能力の低下及び体力的な衰退などの多くのリスクを抱えると考えられる。そのため家族介護者への成果項目は看取った家族の満足度とケア評価を検討することにした。したがって家族介護者への項目は、訪問看護師が実施したケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整の評価及び満足度、介護継続意思の有無、開始期におけるケア評価とし、訪問看護師が実施する調査項目と一致させることにした。これらの文献検討では島内他(2008)のエンド・オブ・ライフケアのケアプログラムの評価ツール調査票と Westra et al(1995)の在宅満足度調査スケール票(Home care client satisfaction Instrument-Revised(HCCSI-R))から家族満足度の項目を参考にする。また訪問看護サービス調整の項目は、訪問看護師が利用者・家族介護者に提供した看護支援の項目を聞き取り、その後、項目選定を行い、作成することにした。

2. 調査項目及び調査票の作成

在宅療養終末期開始支援に関する調査票は次の3種類を作成した。①訪問看護 ST 管理者用として終末期ケアに関する訪問看護ケア体制と機能に関する項目の入った調査票である。②受持ち訪問看護師の調査票として基本属性、終末期の開始から14日間のがん・非がん高齢者に関する事例調査票、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)と訪問看護サービス調整の調査票とした。③在宅療養終末期の高齢者を介護した家族への調査票として、訪問看護師の調査項目と一致させたケア内容、訪問看護サービス調整、全体ケア評価と家族の満足度、介護継続意思に関する調査票である。

2-1 訪問看護 ST 管理者、訪問看護師に調査する開始期支援調査項目の作成

①訪問看護 ST 管理者へ調査するための訪問看護ケア体制と機能の項目は、訪問看護 ST の設置形態、訪問看護従事者数、訪問看護従事者の職種、診療保険区分とした。訪問看護 ST の機能は、先行研究から、緊急時の整備、時間外対応、医師の連携、緊急時対応などの項目を作成した。

②受持ち訪問看護師へ調査するためケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)及び訪問看護サービス調整に関する調査項目は、島内他(2008)が開発したエンド・オブ・ライフケアの調査票を参考に作成した。訪問看護サービス調整の調査項目は、在宅療養終末期の開始期における訪問看護師が提供する主な訪問看護サービス調整の内容項目を検討した。項目作成では、中谷他(2000)が開発した利用者満足度尺度の一部と島内他(2008)が開発したエンド・オブ・ライフケアのケアプログラムの評価ツール調査票である。訪問看護サービス調整票は、在宅療養終末期の開始期である14日間で提供するであろうと考えられる項目を選定した。これらの項目は利用者・家族の満足度調査の項目と一致させ、効果的な訪問看護サービス調整票のケア成果が抽出できるようにした。したがって、家族へのケア評価調査票は必要な開始期支援の調査項目の作成に反映できると判断し、選定した。

2-2 家族介護者に調査する開始期支援調査項目の作成

家族への調査項目は、Westra et al(1995)の在宅満足度調査スケール票(Home care client satisfaction Instrument-Revised(HCCSI-R))から、在宅サービス利用者に関してサービス提供者の技術能力やケアの継続性を図り、利用者との人間関係を中心とした考えを基に尺度構成をしている点で参考にした。また、調査票の項目はケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、家族満足度の有無、介護継続意思の有無、訪問看護サービス調整と開始期総合評価とした。これら調査票の項目選定の一部は、訪問看護サービス調整票(島内他, 2008; Westra et al.,1995)と同様にケア評価とサービス調整項目を選定し作成した。

3. 調査項目の妥当性の検討

3-1 対象

訪問看護 ST 管理者 3 名と在宅療養終末期高齢者の開始期に受持った訪問看護師 8 名である。

3-2 方法

選定された項目の妥当性を検討するため、調査票は、協力が得られた 3 か所の訪問看護 ST の管理者に先行文献で作成した訪問看護管理体制項目と家族介護者への調査項目内容を説明した。調査票は、その場で記載してもらい回収し、本調査項目の参考にすることを伝え、協力を得た。協力を得た訪問看護 ST の管理者に訪問看護ケア体制と機能については在宅療養終末期の開始期でどのような訪問ケア体制で実践しているか、また、機能項目を作成しているか、あるいは現在活用しているかなどについて聞き取りをした。管理者への聞き取りは、訪問看護 ST 管理者調査票の調査項目に沿って回答を得た。その後、調査票に対する意見を求めた。さらに、家族介護者調査票の調査項目については、項目ごとにその場で目を通してもらい、家族介護者が回答できる項目であるかについて意見を求めた。その内容は家族介護者による満足度とケア評価の調査項目は、質問項目が測定しようとしている下位項目の内容に偏りなく反映し、かつ適切に網羅しているかである。その後、意見を求め、質問項目の修正を行った。さらに、①文章のわかりにくさ、②文言の適切さ、③必要なケア項目の追加・削除の有無、④書きやすさ及び質問の量と適切さを訪ね、口頭にて回答を得た(資料 8)。

訪問看護師の調査項目は、ケア内容(心身ニーズ、ケア成果)の調査項目と訪問看護サービス調整項目、基本属性の 3 枚のため時間外に調査記載を依頼し、調査項目の記載とその後聞き取りをした。聞き取りの内容は、訪問看護師が実施するニーズに基づいた心身ケアニーズとケア成果の項目が妥当であるか、また、開始期支援で実際に実践しているかについて質問し、回答を得た。さらに、調査項目回答のしづらさや表現のわかりにくさの聞き取り調査と調査票の記載を依頼した。ケア内容(心身ニーズ、ケア成果)の調査項目と訪問看護サービス調整票の項目については、訪問看護 ST 管理者と同様に①文章のわかりにくさ、②文言の適切さ、③必要なケア項目の追加・削除の有無、④書きやすさ及び質問量とした(資料 8)。

3-3 聞き取り期間

2013年11月である。

第3節 結果

1. 在宅療養終末期における開始期支援調査票の項目検討

本研究で使用する実態調査は次の3種類を調査票とした。①訪問看護 ST 管理者の調査票のケア体制と機能、②受持ち訪問看護師用の調査票は基本属性として終末期の開始から14日間のがん・非がん高齢者に関する事例調査票である。また、利用者のニーズに基づくケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)と訪問看護サービス調整の調査票とした。③家族介護者への調査票はケア内容の評価、訪問看護サービス調整の評価、開始期ケア評価、家族の満足度及び介護継続意思の有無の調査であった。

調査項目の原案を作成後、本調査において使用可能かどうかを検討するため、聞き取り調査の協力を得た受持ち訪問看護師8名と訪問看護 ST 管理者3名に調査票の記載を依頼した結果は表4-1に示した。

訪問看護 ST の管理者へのケア体制と機能の調査票は、訪問看護 ST 管理者から直接意見を得た。(1)マネジメントなどや連携などの項目が足りないが開始期に焦点を当てているのであれば妥当である。(2)調査票はなるべく簡潔に仕事の空き時間でできるように工夫している点でよい。(3)ケアマニュアルを作成しても機能しているかどうかは疑問である。(4)調査をすることで機能の活用が明らかになってよいであった。検討では開始期においては、どのようなケア体制の中で管理を行い、その機能が活用されているかについて尋ねるため、質問項目を絞った方がよいのではと多様な判断が求められた。そのため、訪問看護 ST 管理者と再度相談し、承認を得て項目変更をしないで調査することに決定した。

受持ち訪問看護師への調査票は、利用者、訪問看護師の属性と背景、心身ケア内容、訪問看護サービス調整である。基本属性の調査票は受持ち訪問看護師の多忙な業務から記入するわずらわしさを省くため、がん・非がん事例に区分した。訪問看護師によるプレテストの結果、ケア内容については(1)ケア内容の心身ケアニーズ項目が54項目、ケア成果の項目が50項目は多すぎる。(2)時間外で調査記入をするため、なるべく簡潔がいい。賛成意見として(3)ケア内容の項目は多いが、どの項目も日常的に行っている行為から必要な項目のため、いらぬ項目の提案が難しい。(4)終末期ケアの自己の振り返りやケアプランに活かせると思うなどの回答を得た。本研究におけるケア項目のがん事例は、ペインマネジメントを入れて54項目と非がん事例は46項目であるが量的負担から考えると調査票の記載が不十分になる可能性も鑑み、調査票の工夫が必要とされた。しかし、開始期の心身ケアニーズを網羅し、効果的なケア成果を抽出には重要な項目と捉え、開始期ケアのニーズとケア成果を分析するには必要な項目であると回答を得た。そのため総合的な判断により調査票の変更はしないことにした。

訪問看護サービス調整の調査票の試行結果は、(1)介護支援専門員が社会資源を調整している場合もある。(2)非がんの終末期では訪問看護 ST 管理者がマネジメントを行って

いる。(3)サービス内容の決定や必要時の衛生材料などは訪問看護 ST 管理者も行っている、(4)災害時の避難場所、持ち物などや独居の家族の連絡先、災害時の居場所が必要ではないか。(5)ケアプランを主として介護サービス連絡調整役の介護支援専門員との連携項目が必要などであった。しかし、終末期開始では訪問頻度の高い受持ち訪問看護師が迅速に整備する必要から 19 項目で調査票を作成した。これらの意見から、項目の変更、修正はせず、訪問看護 ST 管理者や介護支援専門員と連携するサービス調整については非該当欄を設け、その他の欄に記載を依頼してもらうことにした。

家族介護者の満足度とケア評価調査票は、訪問看護 ST 管理者へ次の質問内容を聞き取り調査にて確認した。①文章のわかりにくさ、②文言の適切さ、③必要なケアの追加の有無、④書きやすさや量を適切さである。また、家族への調査票は活字を大きく記入しやすいように工夫し、回答をやすく丸印の記載とした。その結果、訪問看護 ST 管理者からの見解は、全て記載するとしても時間的にかからないこと、また、A3 サイズ 1 枚であるため書きやすいこと、「はい」「いいえ」で答えやすく個人が特定できない工夫があるからよい。また、プライバシーが守られていると回答を得た。以上により、調査項目の妥当性を確認ができた。

表 4-1 訪問看護 ST 管理者・受持ち訪問看護師による聞き取りの概要

調査票	管理者・訪問看護師からの聞き取り調査意見	結果
訪問看護ST体制と機能の調査票 (管理者用)	(3) マネジメントなどや連携などの項目が足りないが開始期に 焦点を当てているのであれば、妥当である	専門家による検討を行い、開始期においては、どのような体制で訪問看護師が機能しているかを調査できる項目が重要であるため、概ね修正はなしとした。
	(4)調査票はなるべく簡潔に仕事の空き時間でできるように工夫している点でよい。	
	(3)ケアマニュアルを作成しても機能しているかどうかは疑問である	
	(2)調査をすることで機能をどのように活用しているかは明らかになる。	
基本属性と利用者背景調査票 (訪問看護師用)	(1)(2)(3)(4)の意見はなかった。	そのまま使用する。
ケア内容の調査票 (訪問看護師用)	(4)ケア内容の項目が54項目、アウトカムの項目が50項目と多すぎる傾向がある。	心身ケアニーズは、「あり」「なし」で尺度構成をしており、記入しやすくしている。ケアアウトカムは項目ごとに数字の記入のみとした。がん事例はベインマネジメントを入れて54項目、非がん事例は46項目で回答を得た。
	(4)時間外で調査記入のため、なるべく簡潔にすることがいい。	
	(3)ケア内容の項目は多いがどの項目を日常的に行っており、必要な項目のため、具体的な削除する提案が難しい	
訪問看護サービス調整調査票	(1)ケアマネジャーが社会資源は調整している場合もあるので間違えて回答しやすい	終末期ケアの開始期における訪問看護師が実施するサービス調整であることを調査時に説明と確認を入れる。 終末期開始においては訪問頻度が多い受け持ち訪問看護師が迅速に対処や整備する必要から、項目の大幅な修正せず、最初の19項目で調査票とした。 管理者やケアマネジャーと連携するサービス調整については、非該当欄を設け、その他の欄に記載してもらうことにした。また災害時の対応整備については、開始期に特化したケアではなく、常に認識しながら確認する必要と考えるため、今回は削除で了解を得た。
	(2)非がんの終末期では管理者がマネジメントを行っている。	
	(3)サービス内容の決定や必要時の衛生材料などは、管理者も行っている。	
	(3)災害時の避難場所、持ち物などや独居の家族の連絡先、災害時の居場所が必要ではないか、	
	(3)ケアプランを主として介護サービス連絡調整役のケアマネジャーとの連携の項目が必要ではないか。	
家族のケア評価表と家族満足度調査票	(4)調査項目はカテゴリー別に18項目で分かれているため、負担に感じられないと思う。	管理者より記入しやすい、また、個人情報に触れない項目とであると了解を得た。
	(2)「はい」「いいえ」で答えやすい。	
	(2)個人が特定できない工夫があり、プライバシーが守られている。	

①文章のわかりにくさ ②文言の適切さ ③必要なケア項目の追加・削除の有無 ④書きやすさや量の適切さ

2. 訪問看護 ST 管理者へ調査する訪問看護ケア体制と機能の調査票

①訪問看護 ST 管理者調査票の訪問看護ケア体制と機能は、表 4-2 に示したように、1. 訪問看護 ST の設置形態、2. 訪問看護従事者数、3. 終末期に関する訪問看護の 24 時間対応体制加算及び 24 時間連絡体制加算の有無とした。訪問看護 ST の現時点におけるケア体制の機能は、緊急時対応と医師・訪問看護師の連携のそれぞれ 3 項目を合わせて 9 項目とした。

表4-2 訪問看護ST管理者調査票

この調査は、在宅で終末期ケアをご希望した、ご本人・家族に対し、訪問看護ステーションの開始期から14日間を目安にした訪問看護体制について、ご回答をいただくことを目的です。

*該当する番号に○印や数字及び語句のご記入をお願いいたします。

訪問看護ステーション名【 】

項 目		管 理 体 制		
訪問看護ステーション管理体制	1 実施形態	1 単独型 2 医師会併設型 3 医療法人併設型 4 福祉法人併設型 5 その他 ()		
	2 訪問看護従事者数 (管理者を含む)	1 常勤 () 人 2 非常勤 () 人		
	3 訪問看護従事者の 職種(複数可)	1 保健師 2 助産師 3 看護師 4 准看護師 5 理学療法士 6 作業療法士 7 その他()		
	4 医療・介護保険による 加算(複数可)	1 24時間対応体制加算 2 24時間連絡体制加算		
	5 訪問看護職員の終末期 対応(6か月以内)	1 常勤 () 人 2 非常勤 () 人		
	6 時間外対応	1 管理者のみ 2 受け持ちのみ 3 受け持ちとその他の 看護師交代制 4 その他 ()		
	*下記の該当する項目、「あり」は○、「なし」は×をつけてください			
	項 目		あり	なし
	7 緊急時 対応	1 緊急時連絡網作成		
		2 緊急時対応マニュアルの作成		
3 情報共有ミーティング開催				
8 看護師連携	4 共同計画を立てている			
	5 終末期開始の事例情報交換の開催			
	6 医師・看護師などへの連携			
9 医師の連携	7 緊急時の協力要請			
	8 医療の通常指示方法の連携			
	9 医師の緊急時指示方法の確認			

3. 受持ち訪問看護師へ調査するケア内容と訪問看護サービス調整の項目

受持ち訪問看護師へのケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)は、調査票の記載例を示し、心身ケアニーズ、ありで回答した者は、そのケア成果の項目を記し、評価を記入する調査票にした。また、小項目は「 」で示した。

調査票の心身ケアニーズ項目では、がん事例は9カテゴリーで54項目、非がん事例は8カテゴリーで46項目とした(表4-3)。心身ケア成果の到達度の項目は、がん事例は50項目とし、非がん事例は45項目とした(表4-3)。調査票は、最後の項目にがん事例のみと明記し、ペインマネジメントを追加した。カテゴリーの内容は、がん事例で疼痛以外の苦痛症状のマネジメント、心理・精神的援助、スピリチュアルの援助、デスマネジメント、家族・親族との関係調整、喪失・悲嘆・死別サポート、基本的ニーズの援助、ケア体制の確立の9カテゴリーで区分した。また、非がん事例では、ペインマネジメントを外した8カテゴリーとした。評価は、心身ケアニーズでは、あり、なしの2件法とした。ケア成果の評価は、十分到達できたが4点、到達できたは3点、あまり到達できなかったが2点、到達できなかったは1点の4件法で得点化した。

訪問看護サービス調整の調査項目は、表4-4に示したように「1. サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認」「2. 必要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認」「3. 介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明」「4. 家族・親族間における介護力の役割分担の確認」「5. 主介護者の休息時間の確保・休憩・確認」「6. 病院その他の情報共有、継続したケア提供」「7. 受持ちに問題あれば解決策を施設内で共有する事例検討」「8. 受持ち看護師の代理の対応、事例共有の打ち合わせ」「9. 緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導」「10 緊急時、受け入れ先の事前確認」「11.主治医による指示変更に対する記録物記入の依頼」「12.治療方針と緊急対応方法の相談」「13.主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認」「14.主治医との情報共有の打ち合わせ」「15.身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせ」「16.兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」「17.福祉用具の安全・利便性の確認」「18.衛生材料についての提供と点検」「19.必要時、医療機器・機材についての費用の確認」の19項目であった。評価は、十分実施できたが4点、実施できたは3点、あまりできていないが2点、できなかったは1点の4件法とした。また、いずれの項目にも該当しない項目について別の欄に設け、その理由を7項目で設定した。

表 4-4 訪問看護サービス調整調査票

調査票		訪問看護サービス調整質問紙			
<p>調査票 4 この調査は、訪問看護師が、終末期高齢者を受け持った日から14日間にケアシステム機能についてご記入を頂くことを目的としております。あなたの受け持った事例についてお答えください。</p>		<p>1 本人、家族の経済的理由でできなかった 2 本人、家族の都合でできなかった 3 受け持ち看護師が多忙のため実施できなかった 4 主治医との連携上に問題があり、できなかった 5 病状の悪化により、理解が不十分でできなかった 6 社会資源が利用しにくかった、または不足していた 7 その他の理由で実施できなかった (直様、ご記入)</p>			
<p>* 下記の項目内容について、回答を4~1の中から該当するものに○を記入して下さい。また、該当しない場合は非該当へ○をつけてください。 なお、2、1に回答した項目の理由について、右の7項目から当てはまる番号を選択し、その番号に○をつけてください</p>		<p>2・1に回答した理由の番号に○、7に○をつけた方はその理由を記入</p>			
項目	4十分実施できた	3実施できた	2あまりできていない	1できなかった	非該当
1 サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認					1 2 3 4 5 6 7()
2 必要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認					1 2 3 4 5 6 7()
3 介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明					1 2 3 4 5 6 7()
4 家族・親族間における介護力の役割分担の確認					1 2 3 4 5 6 7()
5 主介護者の休息時間の確保・休憩・確認					1 2 3 4 5 6 7()
6 病院、その他の情報共有、継続したケア提供					1 2 3 4 5 6 7()
7 受持ちに問題あれば解決策を施設内で共有する事例検討					1 2 3 4 5 6 7()
8 受持ち看護師の代理の対応、事例共有の打ち合わせ					1 2 3 4 5 6 7()
9 緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導					1 2 3 4 5 6 7()
10 緊急時、受け入れ先の事前確認					1 2 3 4 5 6 7()
11 主治医による指示変更に対する記録物記入の依頼					1 2 3 4 5 6 7()
12 治療方針と緊急対応方法の相談					1 2 3 4 5 6 7()
13 主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認					1 2 3 4 5 6 7()
14 主治医との情報共有の打ち合わせ					1 2 3 4 5 6 7()
15 身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせ					1 2 3 4 5 6 7()
16 兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整					1 2 3 4 5 6 7()
17 福祉用具の安全・利便性の確認					1 2 3 4 5 6 7()
18 衛生材料についての提供と点検					1 2 3 4 5 6 7()
19 必要時、医療機器・機材についての費用の確認					1 2 3 4 5 6 7()

4. 在宅療養終末期の高齢者を介護した家族への調査票

在宅療養終末期高齢者を介護した家族への調査票は、訪問看護師が実施したケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整の評価から家族介護者の開始期支援のケア評価調査をしたケア内容と訪問看護サービス調整、全体ケア評価及び家族満足と家族の介護継続意思の質問とした。

受持ち訪問看護師が回答したケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)の調査票と家族へのケア評価に一致するように項目選定を考えた。そのため、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)は、島内他(2008)のケア評価票を参考に 18 項目を作成した。項目内容は痛みが 3 項目、疼痛以外の苦痛が 7 項目、心理・精神で 1 項目、生きる意味、価値観で 2 項目、死への準備が 1 項目、家族・親族の関係は 1 項目、悲嘆が 2 項目、基本的ニーズは 1 項目とした。調査票の問 2 には開始期支援の全体を通して満足度を設問し、問 8 で開始期 14 日間の介護を継続する意思の有無の設問とした(表 4-5)。

家族への訪問看護サービス調整のケア評価は、筆者が作成した訪問看護サービス調査票の 19 項目から、家族の目に見えるケアを選定し、評価しやすい 9 項目を選択した。したがって、訪問看護サービスのケア評価は、訪問看護師から受けた開始期支援とそのケア成果を一致する項目を選定した。総合的な開始期における家族のケア評価は、ケア内容の評価と同様に島内他(2008)と Westra et al.,(1995)の項目を参考に選択し、9 項目とした。これらを検討した結果、家族によるケア評価票はケア内容の評価で 18 項目、訪問看護サービス調整では 9 項目と全体ケア評価で 9 項目の計 36 項目とした。家族へケア評価票の妥当性については、訪問看護 ST 管理者 3 名に調査票の聞き取りを行い、項目が妥当であると確認を得た。

家族への心身ケアニーズの評価は、あり、なしの 2 件法とした。また、ケア成果は、心身ケアニーズのありと連動するように作成した。訪問看護サービス調整とケア評価の評価は、はい、いいえの 2 件法とした。

家族への満足度の評価は、十分満足できたは 4 点、だいたい満足できたが 3 点、あまり満足できなかったは 2 点、全く満足できなかったが 1 点の 4 件法とし、得点が高いほど満足度が高いと評価した。介護継続意思の回答を、はい、いいえの 2 件法とした。

調査票

患者様のご家族(主な介護者)様へ

* ご自宅で介護を始めた日から2週間目についてお答えをお願いします。

問1 介護を受けられたご本人の経歴について○で回答ください。 1. 夫 2. 妻 3. 娘 4. 娘 5. 息子 6. その他()

問2 全体を通して、この時期のケアにどのくらい満足されましたか? 当てはまるところに○をつけてください
 4. 十分満足できた 3. だいたい満足できた 2. あまり満足できなかった 1. 全く満足できなかった

下記の項目について、開始から2週間目について「ありは○」「なしは×」を記入してください。○の場合は至ってお読みください

問3	在宅開始して2週間の間に以下のことがありましたか?	あり○ なし×	結果はいかがでしたか?	はい○ いいえ×
痛み	1. 痛みがある		痛みが消失したまたは軽減した	はい いいえ
	2. 麻薬などの痛み止めを使う不安		薬に対する不安や問題が少なくなり、正しく飲めた	はい いいえ
	3. 麻薬による副作用(吐き気、便秘、意識障害)		副作用の症状が消失または軽減した	はい いいえ
	4. 息苦しさ		息苦しさが消失、または軽減した	はい いいえ
	5. 飲み込みにくいむせ		飲み込みが少しでの薬になった。飲み込みが悪いことによる肺炎が予防できた	はい いいえ
疼痛以外の苦痛	6. 栄養や水分が足りなかった		栄養・水分不足にならなかった	はい いいえ
	7. 排泄に関する苦痛(下痢、便秘を含む)		排泄に関する苦痛・ストレスがない	はい いいえ
	8. 発熱		熱が下がった	はい いいえ
	9. 皮膚の問題(かゆみ・床ずれ・湿疹)		皮膚の問題がない、または改善した	はい いいえ
	10. 体がたれない		体のたるさが楽になった	はい いいえ
心算・精神状態	11. 本人の初うつ・不安・いらだち・否定的行動		不安、いらだちが軽減、または消失した	はい いいえ
生きる意欲	12. やり残していることがある		やり残していることを整理したり、取り組みができた	はい いいえ
睡眠状態	13. 「寝にたない」というような苦痛		自分ができることに取り組めると思った	はい いいえ
死への準備	14. 本人と家族が相互に思いを伝えられぬ		互いに伝えたいことが伝えられた	はい いいえ
家族・親族の問題	15. 本人・家族の意思統一が不十分		本人と家族の意思統一ができた	はい いいえ
悲嘆	16. 家族と専門職間で情報が不十分		家族の思いを反映したケアを提供してくれそうだと感じた	はい いいえ
	17. 家族の不安・悲しみがとても大きい		家族の不安や感情を素直に表出できた	はい いいえ
基本的ニーズ	18. 本人が夜間、十分な睡眠が取れない		夜間の睡眠がとれた、または不眠が改善した	はい いいえ

()内にあてはまる番号に○印を入れてください。

問5 1日の介護にかかる時間は、だいたい何時間ぐらいますか? ()時間

問6 在宅での継続ができると思われるのは、だいたい何曜日ぐらいますか?
 1. 在宅開始前 2. 1曜日 3. 2曜日 4. 3曜日 5. 4曜日 6. 5曜日 7. 6曜日 8. 7曜日

問7 在宅の継続についてどのようになっていますか? (複数回答可)
 1. 緊急サービスが充実すれば継続 2. 症状が安定すれば継続 3. 負担が大きくなければ継続 4. わからぬ

問8 14日間の状況で継続する意思はありましたか? 1. はい 2. いいえ
 その理由をお書きください()

()内にあてはまる番号に○印を入れてください。

問9 在宅ケアを始める決意された方はどなたですか? (複数回答可)
 1. 本人・家族の意向 2. 本人の希望 3. 家族の希望 4. 主治医の勧め

問10 ご家族が在宅ケアを決めた理由は何ですか? (複数回答可)
 1. 本人の望み強いから 2. 家で暮らしたいと思ったから 3. 主治医のすすめ
 4. 家庭生活の都合 5. その他

表4-5 家族介護者への開始期支援のケア評価調査票

5. 抽出された必要な開始期支援調査項目

開始期支援に関する調査票の質問項目は、表4-2に示した訪問看護管理体制と円滑に機能する項目9項目、表4-3に示した受持ち訪問看護師のがん事例のケア内容の心身ケアニーズ54項目、訪問看護サービス調整の19項目で計73項目とした。非がん事例は心身ケアニーズ46項目、訪問看護サービス調整の19項目で計65項目であった。ケア成果は心身ケアニーズ項目と照らしてがん事例で50項目、非がん事例で45項目とした。これらの項目は訪問看護サービス開始期支援に必要な項目を抽出するための調査票とした。(図4-1)。

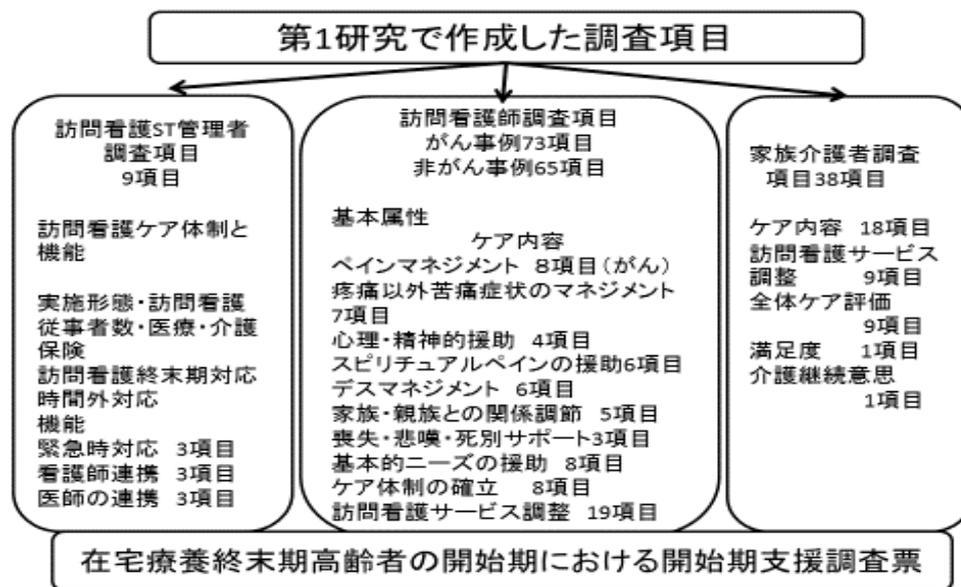


図4-1 抽出された在宅療養終末期開始期支援調査項目

第4節 考察

本研究では、高齢者の在宅療養終末期の開始期における訪問看護 ST のケア体制と機能、受持ち訪問看護師によるケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整の調査票の項目作成を行い、項目内容の妥当性については訪問看護 ST 管理者及び受持ち訪問看護師と検討した。

訪問看護ケア体制と機能の調査項目は藤川他(2011)の医療連携体制に関する報告の概要項目を参考にした。管理者へのケア体制と機能の調査票は表4-2に示すようにA4サイズで調査に必要な項目のみを選定した。訪問看護 ST 管理者は、開始期に焦点を当てているなら妥当であると意見を得た。ケア体制の機能ではケアマニュアルを作成してもそれが機能するかどうかは疑問であるとの意見とどのように活用されているかが明らかになるのではなどの意見に分かれた。検討の結果、在宅療養終末期の開始期では、訪問契約の関連や療養生活環境の整えるための医療処置の用具、衛生材料の準備、多職種間との連携を含め、訪問看護 ST の管理体制や 24 時間対応による影響が大きくそれらの機能を果たすことが優先される。さらに、在宅療養終末期の開始期では、24 時間体制で緊急ニーズに対応して

いる実態から(藤谷他,2008;佐藤他,2011)、ケアマニュアルをどの程度使用しているか把握する必要があったと考えた。したがって訪問看護ケア体制と機能の調査票については修正しないで作成することにした。

ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)の調査票は表4-3に示すように訪問看護師が実施するケア内容と家族へのケア評価調査票の表4-5との一致を優先して考えた。終末期ケアの質評価に関しては、在宅看護の質評価尺度、Self-Evaluation Scale on Home health care nursing (三浦他,2005)や在宅ケアの質評価法 Home care Quality Assessment Index(HCQAI)(熊本他,2006)などの尺度がある。しかし、これらは、在宅終末期ではなく、在宅サービスの全体に対する評価であり、在宅開始期のケア内容に特化していないため、本研究に反映される可能性が低いと考え、選択しなかった。一方、先行研究及び訪問看護を実践者である訪問看護 ST 管理者及び訪問看護師の協力を得て調査項目を作成したため、調査が一定の体験に偏る傾向は否めない。しかし、在宅療養終末期の開始期という14日間の短期間で実践される看護支援であること、終末期ケアは病状の安定が見込めない状態であることなどを勘案し、在宅の現場で使用できるものでなければならないとの考えから、訪問看護師の意見を優先した。

ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)の項目は、表4-3に示すように調査を依頼する訪問看護 ST 管理者、受持ち訪問看護師、家族へは項目の内容がわかりやすいように記述ではなく、丸で囲むか、チェックでの質問回答を考えた。しかも簡単に記載できるようにし、時間外の調査記載の負担をなるべく少なくする工夫を行った。そのため、項目数を最小限度にする必要から心身ケアニーズとケア成果の調査票は、島内他(2008)の開発した開始期ツール尺度を使用した。その尺度は終末期の開始期支援が把握しやすいこと、また、それぞれの終末期のプロセスに沿ったケア内容の項目が提示されている点で効果的な課題抽出が可能と判断した。このツールは欧米5か国と韓国で協働調査の他、妥当性、信頼性を確認している。したがって、本研究の開始期の受持ち訪問看護師が実践しているケア内容の調査に合致すると考えた。しかし、がん事例で54項目、非がん事例で46項目あり、多すぎる、時間内に終わらないなどの意見も聞かれた。また、必要な項目で開始期にはどの項目も重要なため回答の工夫をすることで合意を得た。

訪問看護サービス調整票は表4-4に示した。調査票は、先行研究による文献、訪問看護実践者である訪問看護 ST 管理者及び訪問看護師による検討を重ね、構成概念を測定するものとして、舟島(2011)による尺度開発の要件を参考にしながら構成した。検討した内容項目は質問項目の妥当性(質問内容の妥当性)の確認ができること、具体的な現象を想起できない質問項目、実際に実践されない質問項目、意味内容を理解できない質問項目の有無とその理由(質問表現の適切性)などをである。その結果、訪問看護サービス調整の具体的な項目が抽出できたと考える。さらに、訪問看護サービス調整項目作成にあたり、受持ち訪問看護師の質問項目数に対する負担感あるいは抵抗感の有無(質問項目数の適切性)などを見極めるため、訪問看護 ST 管理者と訪問看護師のディスカッションによる意見交換を行いお互いに納得して作成した。そのため、当初訪問看護サービス項目内容に、災害時の避難場所、持ち物などや独居の家族の連絡先、災害時の居場所が必要ではないか、ケアプ

ランを主として介護サービス連絡調整の実施者である介護支援専門員との連携項目が必要と思うなどの意見があった。しかし、災害時については開始期だけでなく在宅療養を通じて行う必要があり、しかも終末期ケアに限られていないこと、介護支援専門員は多職種から認定されていた。そのため、職種のばらつきによる終末期の開始期における専門的なサービス調整の困難が予測されるなどの意見もあった。これらの検討により、本研究では終末期ケアに焦点を絞り、開始期に特化した項目選定の必要性から 19 項目で実施することが望ましいと考えた。いずれにしても訪問看護サービス調整の調査票を作成では、受持ち訪問看護師の終末期ケア開始期における利用者・家族のニーズに対応ができるためのサービス調整をすべき事項が必要である。したがって、本研究の目的に沿って開始期支援のケア成果指標を作成するための課題抽出が可能な調査票と考えた。

家族への調査票は表 4-5 に示した。調査票は訪問看護 ST 管理者に家族へ調査の良否を訪ねたが家族の心情や家族関係、年齢的に記載の可能性から考えて十分に記載できるものであるかについては、訪ねてみないと明確には答えられないという意見であった。調査項目は、訪問看護師が実施するケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整と連動させていることからより高い要因を得ることができると判断した、その点については特に意見はなかった。しかし、調査項目の検討は、家族ではなく訪問看護 ST 管理者及び訪問看護師の意見を参考にしたため、本調査票の項目が十分に家族のニーズとして反映されるかについては課題があると考えた。また、訪問看護管理者から調査の段階において在宅療養終末期を看取った家族への調査の難しさが伺えた。しかし、本研究の目的を達成するには家族による評価は重要な意味を持つため、そのまま使用することにした。とりわけ家族への間接的に依頼は回収が困難な側面もあるが可能な限り訪問看護 ST 管理者へ手渡しを依頼し、回収による結果の状況を見極めることで調査の実施を考えた。このように、本研究で実施する調査項目については開始期で行われる訪問看護ケア体制と機能、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整の調査項目は訪問看護の実践者である訪問看護 ST 管理者と訪問看護師の協力を得て作成した。そのため、開始期で行われる訪問看護支援の特徴を盛り込んだ調査票の作成ができたと考える。

第5節 まとめ

本研究で用いる開始期支援調査票は訪問看護サービス開始期支援に必要な項目を抽出するための調査票として以下の通りに作成できた。

1. 訪問看護 ST 管理者への調査項目は、訪問看護ケア体制で医療保険・介護保険の加算による 24 時間体制の対応体制加算、24 時間連絡体制加算と終末期ケアの有無、訪問看護時間外対応とした。機能では、「緊急時連絡網作成」「緊急時対応マニュアルの作成」「情報共有ミーティング開催」「共同計画を立てている」「終末期開始期の事例情報交換」「医師・看護師などへの連携」「緊急時の協力要請」「医療の通常指示方法の連携」「医師の緊急時指示方法の確認」の 9 項目を訪問看護ケア体制と機能の開始期支援調査票として作成できた(表 4-2)。
2. 受持ち訪問看護師への調査項目は、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サ

ービス調整であった。ケア内容ではがん事例9カテゴリー、非がん事例8カテゴリーとした。がん事例のカテゴリーは疼痛以外の苦痛症状のマネジメント7項目、心理・精神的援助4項目、スピリチュアルの援助5項目、デスマネジメント6項目、家族・親族との関係調整5項目、喪失・悲嘆・死別サポート3項目、基本的ニーズの援助8項目、ケア体制の確立8項目、ペインマネジメント8項目の計54項目であった。また、非がん事例は、ペインマネジメントを除く計46項目で開始期支援調査票として作成できた(表4-3)。訪問看護サービス調整の項目は、「1. サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認」「2. 必要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認」「3. 介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明」「4. 家族・親族間における介護力の役割分担の確認」「5. 主介護者の休息時間の確保・休憩・確認」「6. 病院、その他の情報共有、継続したケア提供」「7. 受持ちに問題あれば解決策を施設内で共有する事例検討」「8. 受持ち看護師の代理の対応、事例共有の打ち合わせ」「9. 緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導」「10. 緊急時、受け入れ先の事前確認」「11. 主治医による指示変更に対する記録物記入の依頼」「12. 治療方針と緊急対応方法の相談」「13. 主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認」「14. 主治医との情報共有の打ち合わせ」「15. 身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせ」「16. 兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」「17. 福祉用具の安全・利便性の確認」「18. 衛生材料についての提供と点検」「19. 必要時、医療機器・機材についての費用の確認」の19項目を作成した(表4-4)。

3. 終末期を介護した家族への調査項目は、ケア内容では8カテゴリーとした。そのカテゴリーは痛み3項目、疼痛以外の苦痛7項目、心理・精神1項目、生きる意味・価値観2項目、死への準備1項目、家族・親族の関係1項目、悲嘆2項目、基本的ニーズ1項目の18項目とした。また、訪問看護サービス調整は9項目とした。全体ケア評価は9項目で作成できた(図4-1)。これらの項目の精度を高めるため、在宅療養終末期の開始期で実践される訪問看護師のケア内容項目と一致させ、家族介護者への調査票として作成できた(表4-5)。

引用文献

- 舟島 なおみ 監修(2011) : 看護実践・教育のための測定用具ファイル, -開発過程から活用
に実際まで-, 第2版, p54-55, 医学書院, 東京.
- 藤川 あや, 小林 恵子, 平澤 則子, 飯吉令枝(2011) : 在宅での看取りを可能にする訪問看護
の医療連携体制に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 14(2), p76-86.
- 藤谷 久美子, 島内 節, 佐藤 恵美子(1998) : 全国の訪問看護ステーションにおける 24 時
間ケア必要者のニーズの種類と構造, 日本在宅ケア学会誌, 1, p36-45.
- 福井 小紀子(2007) : 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況及び
看護支援・他職種連携との関連性の検討, 看護科学学会誌, 27(3), p48-56.
- 神戸 智司(2007) : 高齢者福祉サービスの利用者満足度評価に関する実証的研究の動向-領
域別満足度と総合的満足度の関連に焦点を当てて-, 生活科学研究誌, 6, p1-12.
- 葛西 好美, 四ツ屋 真由美(2008) : 訪問看護における利用者との訪問看護師の訪問看護サー
ビス満足度の比較, 日本在宅ケア学会誌, 12(1), p53-61.
- 熊本 圭吾, 荒井 由美子(2006) : 在宅ケアの質評価法(Home care Quality Assessment
Index : HCQAI) の妥当性の検証, 日本老年医学会雑誌, 43(4), p518-524.
- 三浦 博恵, 舟嶋 なをみ, 鈴木 恵子(2005) : 在宅における看護実践自己評価尺度の開発,
千葉看護学会誌, 11(1), p31-37.
- 新田 國男 編者(2007) : 家で死ぬための医療とケア, p 71, 医歯薬出版会社, 東京.
- 中谷 久恵, 島内 節(2000) : 利用者満足度による在宅ケアマネジメントの評価に関する研
究, 日本在宅ケア学会誌, 4(2), p39-46.
- 難波 貴代(2005) : 利用者満足度を高めるための在宅ケア内容に関する研究. 日本保健福祉
学会誌, 12, p13-20.
- 佐藤 泉, 山本 則子, 竹森 志穂, 平野 優子, 宮田 乃有, 深堀 浩樹, 上野 まり, 柏木
聖代, 木全 真理, 山田 雅子(2011) : 終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻
度の違い-がんとがん以外の事例の比較-, 日本看護科学学会誌, 31(1), p68-76.
- 島内 節, 薬袋 淳子(2008) : 在宅エンド・オブ・ライフケア(終末期ケア), 第1版, p 108 -
114, 株式会社イニシア, 東京.
- Westra B.L, Cullen L, Brody D, Jump P, Geanon L, Milad E(1995) : Develo p
ment of the Home Care Client Satisfaction Instrument, Public Health Nursing,
12, p393-399.
- 山本 純子, 島内 節, 安藤 純子, 金澤 寛(2015) : 在宅終末期の療養開始期における高
齢者を介護した家族による満足度・介護継続意思に関連する訪問看護サービス調整の
要因, 日本保健福祉学会誌, 22(1), p13-22.

第5章 第2研究 在宅療養終末期に必要な開始期支援とケア成果指標の作成

第1節 研究目的

本研究では第1研究で作成した開始期支援の調査項目を用いて実態調査を行い、在宅療養終末期開始期支援に必要な項目の抽出と開始期ケア成果指標を作成する。実態調査で使用する調査票は訪問看護 ST 管理者用として訪問看護ケア体制と機能の調査項目、訪問看護師用としてケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)訪問看護サービス調整の調査項目、家族介護者用は、終末期を看取った家族への調査項目である。その組み合わせによる分析にて開始期支援内容項目を抽出し、開始期ケア成果指標を作成する。

第2節 研究方法

1. 対象者

対象は A 地域の 23 施設の訪問看護 ST の管理者 23 名とその受持ち訪問看護師 50 名、訪問看護利用者の家族介護者 91 名である。訪問看護利用者は医師より余命 6 か月以内と診断され、在宅で終末期療養を行った高齢者とその高齢者を看取った家族介護者であり、看護師は、その訪問看護利用者の在宅開始期 14 日間における訪問看護を実施した受持ち訪問看護師と訪問看護 ST である。

2. 研究デザイン

自記式無記名質問紙による横断的な記述的調査である。

3. 調査期間

平成 25 年 6 月～9 月である。

4. 調査方法

本調査は、訪問看護 ST 管理者へ直接連絡を行い、同意を得た後、訪問看護 ST 管理者へ訪問看護 ST 管理者用の調査票と受持ち訪問看護師及び介護した家族への調査票を郵送した。調査票について詳細な説明を希望した訪問看護 ST 管理者には、直接面接を行い、研究の趣旨、目的、調査内容を説明し、同意を得て調査票を郵送した。調査票は、あらかじめ訪問看護 ST 管理者から聞き取った受持ち訪問看護師数と家族介護者の調査人数分を封筒に入れて郵送した。

調査票は、訪問看護 ST 管理者から受持ち訪問看護師へ配布を依頼し、調査票の回収は研究者へ直接郵送とした。高齢者を介護した家族へは、訪問看護 ST 管理者から受持ち訪問看護師による家族へ郵送、または面接による配布を依頼した。調査票の回収は直接研究者へ郵送とし、回収した。

5. 訪問看護 ST 管理者、訪問看護師、家族介護者の調査票

第1研究で作成した訪問看護 ST 管理者、訪問看護師、家族介護者の3種類の調査票は、在宅療養終末期の開始期で使用するケア成果指標を作成するための開始期支援調査票として実態調査に用いる。

訪問看護 ST 管理者への調査票は、表4-2に示したように訪問看護ケア体制6項目と機能の9項目である。また、受持ち訪問看護師への調査票は、表4-3で示したように、がん事例で9カテゴリー、非がん事例で8カテゴリーである。訪問看護サービス調整は表4-4で示した19項目の調査票である。加えて、在宅療養終末期の開始期から14日間のがん・非がんの高齢者に関する事例調査票とし、利用者、訪問看護師自身の基本属性などの基本調査票とした(資料5-1, 5-2)。

家族介護者は表4-5で示したケア内容の評価18項目、訪問看護サービス調整で9項目、全体ケア評価の9項目の調査票とした。

6. 分析方法

利用者、家族介護者、訪問看護師の属性及び概要は単純集計した。また、訪問看護ケア体制の機能調査項目については単純集計を行い、その後訪問看護 ST のケア体制は、実施形態による、勤務形態、終末期ケア対応の施設間比較は一元配置分散分析をした。

開始期のケア内容の心身ケアニーズの出現率とケア成果の到達率の比較は χ^2 検定を行った。家族による家族の心身ケアニーズの成果、全体ケア評価の比較は、t検定による比較を行った。家族満足度は、満足が「あり」群と「なし」群の2群に分類し、 χ^2 検定による分析をした。訪問看護サービス調整の項目に関する内的整合性は、その質問紙が実際にはどのような構造であるのかを分析するために因子分析(主因子法; Kaiser の正規化を伴うオブリミン法)を行った。また各項目の信頼性にはクロンバック α 係数にて測定した。尺度の安定性は、Pearson の相関係数で算出した。訪問看護サービス調整に関連する家族の満足度と介護継続意思を目的変数、訪問看護サービス調整のカテゴリーを説明変数として重回帰分析を行った。さらに項目ごとの訪問看護サービス調整と家族満足度、介護継続意思の関連には、t検定、Mann-Whitney(U)検定で分析した。統計解析はSPSS 23バージョンを用いて、有意水準は5%未満とした。

第3節 結果

1. 在宅療養終末期の支援を受けた利用者と家族介護者及び訪問看護師の概要

1-1 在宅療養終末期の開始期支援を受けた利用者属性

利用者のがん事例は31名、非がん事例は23名の計54事例であった。性別では表5-2に示すように、男性55.6%、女性44.4%であった。平均年齢は80.2歳(±10.0)であった。がん事例で多かった主疾患は、肺がん29.0%、胃がん16.1%であった。非がん事例では、呼吸器疾患34.8%、脳血管疾患17.4%であった。家族と同居の「有無」は、同居が「あり」

で 85.2%と在宅で終末期を迎えるには家族の存在が必要であるが、「なし」も 14.8%であった。介護保険制度における要介護認定では、認定「あり」が、87.0%で 8 割以上の高齢者が要介護認定を受けていた。要介護度の昇順は、要介護度 5 が 44.7%、要介護度 4 は 21.3%で 6 割以上の利用者はほとんど日常的に介護が必要な高齢者であった。緊急時の電話連絡対応では、「あり」が 48.1%で 4 割以上が 14 日間で緊急対応をしていた。緊急入院は、「あり」が 16.7%であった(表 5-1)。

表 5-1 在宅療養終末期開始期支援を受けた利用者属性 n=54

項 目		n	%
性別	男性	30	55.6
	女性	24	44.4
平均年齢(±標準偏差値)	80.2(±10.0)		
主疾患			
がん事例(n=31)	肺がん	9	29.0
	胃がん	5	16.1
	肝臓がん	3	9.7
	直腸がん	3	9.7
	膵臓がん	2	6.5
	その他の疾患	9	29.0
非がん事例(n=23)	呼吸器系疾患	8	34.8
	脳血管系疾患	4	17.4
	認知症	3	13.1
	心疾患	2	8.7
	その他の疾患	6	26.0
同居の有無	あり	46	85.2
	なし	8	14.8
要介護認定	あり	47	87.0
	なし	7	13.0
介護度	要支援2	2	4.3
	要介護度1	5	10.6
	要介護度2	5	10.6
	要介護度3	4	8.5
	要介護度4	10	21.3
	要介護度5	21	44.7
緊急時の電話対応	あり	25	48.1
	なし	27	51.9
緊急入院	あり	9	16.7
	なし	45	83.3
平均年齢(±標準偏差値)			

1-2 家族介護者の属性と満足度及び介護継続意思

介護した家族による回答は、91 名の利用者の家族のうち 54 名からの回答があり回収率 59.3%であった。

介護者の性別は表 5-2 に示すように男性介護者は 12.9%、女性介護者は 87.1%で女性の介護者が 8 割以上を占めていた。介護している家族の平均年齢は、62.8 歳(±12.1)、家族満足度の平均値は 3.3(±0.7)であった。

家族と利用者の関係では、妻が 33.3%、娘が 33.3%の順に多く、妻と娘で 6 割を占めていた。家族の介護体制は、主介護者のみで介護している家族は 48.4%、副介護者がいる家族は 45.2%で約半分は一人で介護していた。

家族満足度は、「十分満足」が 42.6%、「だいたい満足」42.6%、「あまり満足できなかった」は 4.8%で「十分満足」と「だいたい満足」を合わせると 85.2%が開始期の訪問看護に満足していた。家族の介護継続意思が「あり」の家族は 85.2%を示していた。

表 5-2 家族介護者の属性と家族満足度及び介護継続意思 n=54

項目		n	%
性別	男性	7	12.9
	女性	47	87.1
平均年齢(±SD)		62.8(±12.1)	
満足度の平均値(±SD)		3.3(±0.7)	
		n	%
続柄	妻	18	33.3
	娘	18	33.3
	嫁	9	16.7
	夫	5	9.3
	息子	1	1.8
	親族	3	5.6
介護体制	主介護者のみ	28	48.4
	副介護者	22	45.2
	その他	4	6.4
満足度	十分満足できた	23	42.6
	だいたい満足できた	23	42.6
	あまり満足できなかった	8	14.8
	全く満足できなかった	0	0
介護継続意思	あり	46	85.2
	なし	8	14.8

平均年齢(±標準偏差値)

1-3 受持ち訪問看護師の属性

在宅療養終末期の高齢者の受持ち訪問看護師 50 名全員から回答を得た。

終末期高齢者を受持った訪問看護師の特性は表 5-3 に示したように、平均年齢は 41.5 歳(±8.3)であった。また訪問経験年数は 6.7 年(±5.5)の経験年数であった。性別では、女性の訪問看護師が 94.0%を占めていた。在宅療養終末期の高齢者の受持ち訪問看護師の役職はスタッフ 82.0%であった。勤務形態は、常勤看護師の 90.0%が終末期の利用者を受け持ち、看取り経験「あり」は 84.0%であった(表 5-3)。

表 5-3 受持ち訪問看護師の属性 n=50

項 目		平均年齢(±SD)
年齢		41.5(±8.3)
訪問看護経験年数		6.7(±5.5)
項 目		n(%)
性別	男性	3 (6.0)
	女性	47(94.0)
役職	管理者	5(10.0)
	主任	4 (6.0)
	スタッフ	41(82.0)
勤務形態	常勤	45(90.0)
	非常勤	5(10.0)
看取り経験	あり	42(84.0)
	なし	8(16.0)
平均値(±標準偏差値)		

2. 訪問看護 ST の形態別訪問看護ケア体制と機能の概要

同意を得た訪問看護 ST の 23 施設に郵送した結果、19 施設から回答があり回収率 86.0% であった。訪問看護 ST のケア体制は、表 5-4 に示す通り、単独の訪問看護 ST(以下、単独型)は 10 施設、医師会併設訪問看護 ST(以下、医師会型)は 2 施設、医療法人併設訪問看護 ST(以下、医療機関型)は 4 施設、福祉法人併設訪問看護 ST(以下、福祉機関型)は 3 施設であった。

常勤看護師が多い訪問看護 ST は、医療機関型で平均 8.8 名、非常勤看護職員は単独型で平均 6.1 名であったが訪問看護 ST 間の有意な関連はなかった。

訪問看護の 24 時間対応体制加算をしていた訪問看護 ST は 17 施設、連絡対応加算は 1 施設、24 時間対応しているが加算なしが 1 施設であった。常勤看護師の 24 時間対応体制が多い訪問看護 ST は医療機関型で平均 8.3 名、 $F=8.86(p<0.01)$ で有意に多かった。時間外対応では受持ち看護師とその他の看護師は単独型 7 施設で最も多かったが他の型でも 1-2 施設あった。受持ち看護師のみが福祉機関型 2 施設、単独型と医師会型がそれぞれ 1 施設あった。また、訪問看護の交代制では単独型、医療機関型の施設でそれぞれ 2 施設であった。

表 5-4 の下段に示した訪問看護 ST の機能に関する 9 項目は形態間での有意差がないため、単純集計の有無を比率で求めた。その結果、比率の高い施設は緊急時連絡網作成がありで医師会型が 75% であった。緊急時対応マニュアルの作成がありで福祉機関型 100%、情報共有ミーティング開催がありで医師会型と福祉機関型で 100%、共同計画を立てるは、ありで医師会型が 75% であった。また、終末期開始の事例情報交換の開催と医師・看護師などの連携がありで医師会型 100%、緊急時の協力要請がありで福祉機関型 100%、医師などの通常指示方法の連携がありで医師会型と福祉機関型 100%、医師の緊急時指示方法の確認がありで単独型と福祉型及び医師会型 100% であった。

表 5-4 訪問看護 ST の形態別訪問看護ケア体制と機能

項 目		単独型n=10		医師会型n=2		医療機関型n=4		福祉機関型n=3		F検定
		n	平均値	n	平均値	n	平均値	n	平均値	
看護職	常勤	67	6.7	10	5.0	35	8.8	10	3.3	1.21
	非常勤	61	6.1	2	1.0	9	2.3	4	1.3	
加算	24時間対応体制加算	9	-	2	-	4	-	2	-	
	24時間連絡体制加算	1	-	0	-	0	-	0	-	
	なし	0	-	0	-	0	-	1	-	
終末期ケア対応看護師	常勤	37	3.7	10	5.0	33	8.3	7	2.3	8.86**
	非常勤	28	2.8	1	1.0	6	1.5	1	0.3	
時間外対応	管理者のみ	0	-	0	-	0	-	0	-	
	受け持ちのみ	1	-	1	-	0	-	2	-	
	受け持ちとその他の看護師	7	-	1	-	2	-	1	-	
	交代制	2	-	0	-	2	-	0	-	
	その他	0	-	0	-	0	-	0	-	
訪問看護STの機能の項目		単独型		医師会型		医療機関型		福祉機関型		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
緊急時連絡網作成	あり	6	60.0	1	50	3	75.0	2	66.7	
	なし	4	40.0	1	50	1	25.0	1	33.3	
緊急時対応マニュアルの作成	あり	6	60.0	0	0.0	3	75.0	3	100	
	なし	4	40.0	2	100	1	25.0	0	0.0	
情報共有ミーティング開催	あり	7	70.0	2	100	3	75.0	3	100	
	なし	3	30.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	
共同計画を立ててる	あり	5	50.0	0	0.0	3	75.0	2	66.7	
	なし	5	50.0	2	100	1	25.0	1	33.3	
終末期開始の事例情報交換の開催	あり	5	50.0	2	100	3	75.0	2	66.7	
	なし	5	50.0	0	0.0	1	25.0	1	33.3	
医師・看護師などの連携	あり	6	60.0	2	100	2	50.0	2	66.7	
	なし	4	40.0	0	0.0	2	50.0	1	33.3	
緊急時の協力要請	あり	8	80.0	1	50	2	50.0	3	100	
	なし	2	20.0	1	50	2	50.0	0	0.0	
医療などの通常指示方法の連携	あり	9	90.0	2	100	2	50.0	3	100	
	なし	1	10.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0	
医師の緊急時の指示方法の確認	あり	10	100	2	100	3	75.0	3	100	
	なし	0	0.0	0	0	1	25.0	0	0.0	

訪問看護ST体制の看護職 終末期ケア対応看護師は一元配置分散分析 F検定 **P<0.01

3. 訪問看護サービス調整項目の内的整合性と信頼及び妥当性

小項目は「 」で示す。

3-1 訪問看護サービス調整項目の内的整合性及び信頼性

訪問看護サービス調整の 19 項目について利用者 54 名の回答を因子分析し、内的整合性の分析結果を表 5-5 に示した。因子負荷量 0.4 以上を基準とし、項目選定を行った。

訪問看護サービス調整票の 19 項目のうち、「19.必要時、医療機器、機材についての費用の確認」は因子負荷量 0.337 のため基準に満たないことから削除した。また、「11.主治医による指示変更に対する記録物記入の依頼」については、因子間負荷量 0.4 以上であるが「14.主治医との情報共有の打ち合わせ」において指示記録、医療処置についての打ち合わせなどの記録物の確認も含むため、重複因子と考えられることから検討後、削除した。その結果、17 項目からなる 3 つの因子が抽出された。

抽出された項目の第 1 因子は、「10. 緊急時、受け入れ先の事前確認」「12. 治療方針と緊急対応方法の相談」「9. 緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導」「2. 必

要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認」「13. 主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族意向の確認」「14. 主治医との情報共有の打ち合わせ」「15. 身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせ」「1. サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などの確認」の8項目で構成された。これらの項目は、緊急時における準備及び説明や療養生活の心身状況と療養生活に必要な資源である物品などの準備や確認であることから第1因子カテゴリーとして緊急・療養支援とした。

第2因子は、「3. 介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明」「4. 家族・親族間における介護負担の確認」「17. 福祉用具の安全・利便性の確認」、「16. 兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」「5. 主介護者の休息時間の確保・休憩・確認」「18. 衛生材料についての提供と点検」の6項目で負の因子で構成された。その内容は家族の関係性、介護力を重視している項目と判断し、第2因子のカテゴリーは利用者・家族支援とした。

第3因子は、「7. 受け持ちに問題あれば解決策を施設内で共有する事例検討」「8. 受け持ち看護師の代理の対応、事例共有の打ち合わせ」「6. 病院、その他の情報共有、継続したケア提供」の3項目から構成された。これらの項目については医師、看護師、病院の連携及び調整といった医療者側の連携に関わると考え、第3因子カテゴリーとして連携・調整とした。

信頼性の検討(内的一貫性)は Cronbach's α 係数で確認し、抽出された17項目の全体の α 係数値は $\alpha=0.948$ で高い信頼性を得た。カテゴリー別では、①緊急・療養支援は $\alpha=0.897$ 、②利用者・家族支援は $\alpha=0.866$ 、③連携・調整は $\alpha=0.874$ の高い信頼性を確認した。以上により、訪問看護サービス調整の信頼性検証の結果、17項目を選定した。

3-2 訪問看護サービス調整の妥当性

訪問看護サービス調整の各カテゴリーの安定性は、表5-6に示したように Pearson の相関係数で算出し、項目間による関係の妥当性を確認した。その結果、緊急・療養支援は利用者・家族支援に $\gamma=0.642(p=0.01)$ 、連携・調整では $\gamma=0.678(p=0.01)$ の高い正の相関が認められた。また、利用者・家族支援は、連携・調整で $\gamma=0.477(p=0.01)$ の正の相関が認められた。

表 5-5 訪問看護サービス調整項目の因子分析

項 目		17項目の α 係数=.948		
第1因子	緊急・療養支援	α 係数=.897		
		第1因子	第2因子	第3因子
10	緊急時、受け入れ先の事前確認	.893	.060	-.162
12	治療方針と緊急対応方法の相談	.848	-.072	.066
9	緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導	.641	.099	.265
2	必要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検の確認	.617	-.294	.098
13	主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認	.546	-.302	-.011
14	主治医との情報共有の打ち合わせ	.481	-.283	.181
15	身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせ	.448	-.086	.185
1	サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認	.411	-.340	.017
第2因子	利用者・家族支援	α 係数=.866		
3	介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明	-.100	-.918	-.023
4	家族・親族間における介護力の役割分担の確認	-.039	-.895	-.038
17	福祉用具の安全・利便性の確認	.101	-.847	-.065
16	兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整	.096	-.779	-.022
5	主介護者の休息時間の確保・休憩・確認	.095	-.625	.129
18	衛生材料についての提供と点検	.025	-.565	.396
第3因子	連携・調整	α 係数=.874		
7	受け持ちに問題あれば解決策を施設内で共有する事例検討	-.193	-.041	.921
8	受け持ち看護師の代理の対応、事例共有の打ち合わせ	.313	.125	.775
6	病院、その他の情報共有、継続したケア提供	.201	-.072	.751
因子負荷量平方和		7.291	7.342	5.575
因子相関 第1因子		1.000	-.541	.468
			1.000	-.405
				1.000

因子抽出法：主因子法、回転法：Kaiser の正規化を伴うオブリミン法

表 5-6 訪問看護サービス調整の各カテゴリー間の相関

	緊急・療養支援	家族支援	連携・調整
緊急・療養支援	1		
利用者・家族支援	.642**	1	
連携・調整	.678**	.477**	1
Pearson の相関係数			**p<0.01

4. 在宅療養終末期開始期におけるケア内容

小項目は「 」で示す。

4-1 訪問看護師からみた利用者の心身ケアニーズの出現状況

利用者の心身ケアニーズの出現率の結果は、表5-7に示した。

カテゴリーの項目内容別にみると疼痛以外の苦痛症状では「呼吸困難の原因」あり群より、なし群で有意に高かった($P=0.014$)。また「水分・出納バランス・栄養状態」と「倦怠感、その他の苦痛症状の原因」あり群は、なし群より出現率が有意に高かった($p=0.029\sim 0.001$)。

心理・精神的負担は、「家族の生活の仕方・治療やケアに対する希望」「家族の抑うつ・不安・いらだち・否定的言動」であり群がなし群よりニーズ出現率が有意に高かった($p=0.029\sim 0.003$)。

スピリチュアルの援助は、「遺書・遺言の希望」「他者との関係を失うことによる本人の孤独感」「役に立たないといった自己の存在価値が失われることによる苦痛」であり群より、なし群で有意に高かった($p=0.001$)。

家族・親族との関係調整は、「ケアの参加の状況と意欲」「主介護者・決定権者の家族間の役割分担」「介護者の知識・技術力」「介護者の心身の健康状態」であり群が、なし群より有意に高かった($p=0.006\sim 0.001$)。

喪失・悲嘆・死別サポートでは、「判断や意思決定に関する情報の共有」「不安や心理状態の把握(不安内容などを含む)」「家族の自分の時間の確保」であり群が、なし群より有意に高かった($p=0.004\sim 0.001$)。

基本的ニーズの援助は、「1日の生活リズム・日常生活における嗜好」「セルフケア能力」「ADL、IADLの状態」本来的ニーズの援助「清潔の状態」「排泄に関する苦痛」、「排便コントロール状況」であり群が、なし群より有意に高かった($p=0.029\sim 0.001$)。しかし、「認知症状、問題行動(自傷他害・徘徊)の有無」は、なし群で有意に高かった($p=0.014$)。

ケア体制の確立では、「受診体制、本人・家族とケア提供者の認識」「家族の介護力、緊急時の連絡方法」「担当者会議(カンファレンス)の開催の必要性」であり群は、なし群より有意に高かった($p=0.003\sim 0.001$)。

デスマネジメントの有意差はなかった。

がん事例のみではペインマネジメントで、「薬物使用に対する抵抗感(服薬コンプライアンス・麻薬に関する誤認識)」は、なし群のほうがあり群より有意に高かった($p=0.002$)。

表5-7 受持ち訪問看護師からみた利用者心身ケアニーズの出現状況 n=54

項目	ニーズ				p値	
	あり		なし			
	n	%	n	%		
疼痛以外の苦痛症状	1呼吸困難の原因	18	33.3	36	66.7	0.014
	2消化器症状の訴え	25	46.3	29	53.7	0.586
	3嚥下状況の訴え	24	44.4	30	55.6	0.414
	4発熱、または感染症の訴え	28	51.9	26	48.1	0.785
	5水分・出納バランス・栄養状態	35	64.8	19	35.2	0.029
	6皮膚の状態	34	63.0	20	37.0	0.057
	7倦怠感その他の苦痛症状の原因	40	75.5	13	24.5	0.001
心理・精神的負担	8本人の生活の仕方・治療やケアに対する希望や意思の確認	34	63.0	20	37.0	0.057
	9本人の抑うつ・不安・いらだち・否定的言動	26	48.1	28	51.9	0.785
	10家族の生活の仕方・治療やケアに対する希望	38	70.4	16	29.6	0.003
	11家族の抑うつ・不安・いらだち・否定的言動	35	64.8	19	35.2	0.029
スピリチュアルの援助	12本人のやりたこと(ニーズ)、気になること、やり残したことの有無	30	55.6	24	44.4	0.414
	13心のよりどころになるもの	21	38.9	33	61.1	0.102
	14遺書・遺言の希望	8	14.8	46	85.2	0.001
	15他者との関係を失うことによる本人の孤独感	11	20.4	43	79.6	0.001
	16役に立たないといった自己の存在価値が失われることによる苦痛	13	24.1	41	75.9	0.001
デスマネジメント	17今後の症状悪化や経過の理解	30	55.6	24	44.4	0.414
	18在宅での最期を迎える本人の意思	32	59.3	22	40.7	0.174
	19病状悪化や死に対する恐怖や不安	29	54.7	24	45.3	0.492
	20病名告知/延命処置の希望	31	57.4	23	42.6	1.000
	21看取りの場所の確認	31	57.4	23	42.6	0.276
	22本人・家族のメッセージ	23	42.6	31	57.4	0.276
家族・親族との関係調整	23本人・家族意思統一・調整力	31	57.4	23	42.6	0.276
	24ケアの参加の状況と意欲	37	68.5	17	31.5	0.006
	25主介護者・決定権者の家族間の役割分担	41	75.9	13	24.1	0.001
	26介護者の知識・技術力	42	77.8	12	22.2	0.001
	27介護者の心身の健康状態	38	71.7	15	28.3	0.002
喪失・悲嘆・死別サポート	28判断や意思決定に関する情報の共有	40	74.1	14	25.9	0.001
	29不安や心理状態の把握(不安内容などを含む)	40	74.1	14	25.9	0.001
	30家族の自分の時間の確保	37	69.8	16	30.2	0.004
基本的ニーズの援助	311日の生活リズム・日常生活における嗜好	39	72.2	15	27.8	0.001
	32セルフケア能力、ADL、IADLの状態	35	64.8	19	35.2	0.029
	33転倒・転落などのリスク	32	59.3	22	40.7	0.174
	34清潔の状態	45	83.3	9	16.7	0.001
	35認知症状、問題行動(自傷他害・徘徊)の有無	18	33.3	36	66.7	0.014
	36排泄に関する苦痛	35	64.8	19	35.2	0.029
	37排便コントロール状況	42	77.8	12	22.2	0.001
	38睡眠の状況(リズム・せん妄の有無)、薬剤の使用状況	33	61.1	21	38.9	0.102
ケア体制の確立	39受診体制	42	77.8	12	22.2	0.001
	40本人・家族とケア提供者の認識	41	77.4	12	22.6	0.001
	41家族の介護力	42	77.8	12	22.2	0.001
	42緊急時の連絡方法	46	85.2	8	14.8	0.001
	43在宅療養に関する経済的負担	28	51.9	26	48.1	0.785
	44担当者会議(カンファレンス)の開催の必要性	38	70.4	16	29.6	0.003
	45医療処置の方法・トラブル対処法の理解度	34	63.0	20	37.0	0.057
	46医療機器の方法・トラブル対処法の理解度	26	48.1	28	51.9	0.785
がん事例 (n=31名)						
ペインマネジメント	47疼痛の原因/種類/程度(スケール使用)部位/増強・緩和因子/日内変動	19	61.3	12	38.7	0.209
	48レスキュードーズの量・頻度	17	54.8	14	45.2	0.590
	49疼痛増強時に関する理解(レスキュードーズの使用方法・連絡ノートの確立)	20	64.5	11	35.5	0.106
	50疼痛の表現方法(疼痛の性質・原因などを特定できる表現)	19	61.3	12	38.7	0.209
	51副作用症状:意識レベル低下	11	35.5	20	64.5	0.106
	52副作用症状:便秘傾向	14	45.2	17	54.8	0.590
	53副作用症状:嘔気・嘔吐	11	35.5	20	64.5	0.106
	54薬物使用に対する抵抗感(服薬コンプライアンス・麻薬に関する誤認識)	7	22.6	24	77.4	0.002

※心身ケアニーズの「あり」「なし」の比較は χ^2 検定

※がん事例のみ「ペインマネジメント」8項目、n=31名

※網掛けは有意差を示す。

4-2 受持ち訪問看護師からみたケア成果の到達度

利用者の心身ケアニーズの現状の表 5-8 に示したように、ニーズがありで回答した受持ち訪問看護師が開始期支援において達成できたと認識したケア成果の到達度を表 5-8 に示した。

カテゴリー別の項目内容からみると、疼痛以外の苦痛症状のマネジメントと心理・精神的援助の項目には有意な差はなかった。

スピリチュアルの援助では、「本人が重要なメッセージまたは文章が残せた」で、到達できたは、到達できなかった群より有意に高かった($p=0.021$)。

デスマネジメントでは6項目すべてに到達できたは、到達できなかった群より有意に高かった($p=0.023\sim 0.001$)。

親族・家族との関係調整は、「本人・家族の意思と統一および調整ができた」「それぞれの役割を遂行できた」「家族関係が破綻せず、適切なケアができた」「介護方法を理解し、実施できた」「介護者の身体疲労感と精神的負担が軽減、または増強しなかった」で、到達できたは、到達できなかった群より有意に高かった($p=0.045\sim 0.001$)。

喪失・悲嘆・死別サポートは3項目の全て到達できた群は、到達できなかった群より有意に高かった($p=0.001$)。

基本的ニーズの援助では、「嗜好にあった規則正しい生活を送ることができた」「ADL・IADLに合わせた、自立度を最大限に維持した生活ができる」「転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった」「問題行動はなかった、もしくは緩和した」「排便コントロールができた」で、到達できたは、到達できなかった群より有意に高かった($p=0.009\sim 0.001$)。

ケア体制の確立では、6項目すべてに到達できたは、到達できなかった群より有意に高かった($p=0.001$)。

がん事例のみのペインマネジメントでは、5項目すべてに到達できたは、できなかった群より有意に高かった($p=0.011\sim 0.001$)。

表5-8 受持ち訪問看護師からみたケア成果到達度

項目		N	到達度				p値	
			できた		できなかった			
			n	%	n	%		
疼痛以外の苦痛症状のマネジメント	1呼吸困難が消失した、または軽減した	18	12	66.7	6	33.3	0.157	
	2消化器症状が消失した、または軽減した	19	8	42.1	11	57.9	0.491	
	3誤嚥性肺炎をおこさなかった	21	11	52.4	10	47.6	0.827	
	4嚥下状況の改善、または消失した	20	9	45.0	11	55.0	0.655	
	5感染症が消失し、新たな感染症が出現しない	23	11	47.8	12	52.2	0.835	
	6本人・家族の意向を踏まえた水分出納管理ができた	28	12	42.9	16	57.1	0.450	
	7皮膚トラブルがない、または改善した	29	17	58.6	12	41.4	0.353	
	8倦怠感・苦痛が増強がない	33	11	33.3	22	66.7	0.056	
的心理援助・精神	9本人が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活できた	35	21	60.0	14	40.0	0.237	
	10本人の不安やいらだちが軽減された	30	20	66.7	10	33.3	0.068	
	11家族が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活できた	30	19	63.3	11	36.7	0.144	
	12家族の不安やいらだちが軽減された	32	21	65.6	11	34.4	0.077	
援助ピリチュアの	13本人・家族の気になること、やり残したことが実現できた	31	17	54.8	14	45.2	0.590	
	14本人・家族の信じる者を尊重されていることを実感できた	22	13	59.1	9	40.9	0.394	
	15本人が重要なメッセージまたは文章が残せた	12	10	83.3	2	16.7	0.021	
	16自分の存在の意味、価値を見出すことができた	10	6	60.0	4	40.0	0.527	
	17本人が家族や他者とのつながりやいたわりを実感できた	15	11	73.3	4	26.7	0.071	
	デスマネジメント	18本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できた	23	18	78.3	5	21.7	0.007
		19今後どのように生きたいかを表現できた	32	25	78.1	7	21.9	0.001
20本人・家族が病状悪化や死に対する不安や恐怖を表出し軽減できた		28	20	71.4	8	28.6	0.023	
21必要な医療は受けられたと納得できた		33	28	84.8	5	15.2	0.002	
22最期はどこで死を迎えたいか本人または家族が自己決定できた		27	25	92.6	2	7.4	0.001	
23本人から家族へメッセージがのこせた、または準備ができた		25	21	84.0	4	16.0	0.001	
係家族調整・親族との関		24本人・家族の意思と統一および調整ができた	34	30	88.2	4	11.8	0.001
	25それぞれの役割を遂行できた	25	21	84.0	4	16.0	0.001	
	26家族関係が破綻せず、適切なケアができた	41	35	85.4	6	14.6	0.001	
	27介護方法を理解し、実施できた	41	36	87.8	5	12.2	0.001	
	28介護者の身体疲労感と精神的負担が軽減、または増強しなかった	38	25	65.8	13	34.2	0.045	
	29無力感をもたず、充実した気持ちで介護できた	39	25	64.1	14	35.9	0.078	
	ポ一喪失・別サ悲	30家族の意向を反映したケアが提供できた	40	33	82.5	7	17.5	0.001
31家族の不安や感情が表出できた		36	30	83.3	6	16.7	0.001	
32家族が自分の時間を持てた		37	31	83.8	6	16.2	0.001	
基本的ニーズの援助	33嗜好にあった規則正しい生活を送ることができた	39	32	82.1	7	17.9	0.001	
	34ADL・IADLに合わせた、自立度を最大限に維持した生活ができる	37	33	89.2	4	10.8	0.001	
	35転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった	33	25	75.8	8	24.2	0.003	
	36清潔が保てる	38	24	63.2	14	36.8	0.105	
	37問題行動はなかった、もしくは緩和した	27	24	88.9	3	11.1	0.001	
	38排泄に関する苦痛・ストレスがない	25	14	56.0	11	44.0	0.549	
	39排便コントロールができた	33	24	72.7	9	27.3	0.009	
40睡眠が保てた	30	20	66.7	10	33.3	0.068		
ケア体制の確立	41主治医との連絡、受診体制が整った	37	29	78.4	8	21.6	0.001	
	42適切なサービスが利用できた	41	35	85.4	6	14.6	0.001	
	43緊急時に的確に連絡取する方法が理解できた	34	30	88.2	4	11.8	0.001	
	44必要なサービスが理解でき、利用の相談ができた	28	26	92.9	2	7.1	0.001	
	45目標を共有し、ケアプランが立てられた	28	24	85.7	4	14.3	0.001	
	46医療処置・医療機器の方法が理解でき、対応できた	33	28	84.8	5	15.2	0.001	
がん事例のみ								
ンペインマネジメント	47疼痛が軽減した、または消失した	20	16	80.0	4	20.0	0.001	
	48疼痛増強時は、我慢せず医療職に援助を求めることができた	18	15	83.3	3	16.7	0.001	
	49適切に痛みの表現ができた	18	15	83.3	3	16.7	0.001	
	50副作用が消失した。または軽減した	14	9	64.3	5	35.7	0.002	
	51薬物療法に関する不安トラブルがない	8	6	75.0	2	25.0	0.011	

※心身ケア成果の「できた」「できなかった」の比較は χ^2 検定 ※がん事例のみの「ペインマネジメント」5項目 ※網掛けは有意差を示す。

※Nは心身ケアニーズの「あり」で回答した受持ち看護師によるケア成果の到達度「できた」「できなかった」の回答数。

5. 訪問看護を利用した家族介護者の満足度及び介護継続意思

項目は「 」で示す。

5-1 訪問看護サービス調整に関連する家族満足度及び介護継続意思

訪問看護サービス調整に関連する家族満足度及び介護継続意思は表5-9で示した。

家族の満足度については第1因子の緊急・療養支援では「必要時、介護用品の購入、医療機器、機材についての点検と確認」で満足度があり群の平均値 3.15(±0.37)よりなし群の平均値 3.39(±0.50)の方が有意に高く($p=0.050$)、「サービス、契約内容の決定、重要事項などの決定などを確認」でもあり群の平均値 3.00(±0.65)より、なし群の平均値 3.57(±0.50)の方が有意に高かった($p=0.004$)。また第2因子の利用者・家族支援では、「兄弟、親戚、近隣・友人からの支援状況の把握と確認」で満足度があり群の平均値 2.14(±0.99)より、なし群の平均値 2.68(±0.94)の方が有意に高かった($p=0.050$)。第3因子の連携・調整については家族満足度の有意な差はなかった。

介護継続意思については第1因子の緊急、療養支援は、「衛生材料、介護用品の購入、医療機器、機材についての点検と確認」であり群の平均値 3.34(±0.48)の方がなし群の 3.00(±0.50)より有意に高く($p=0.039$)、「主治医との情報共有の打ち合わせ」では、あり群の平均値 3.31(±0.68)は、なし群の平均値 2.78(±0.83)より有意に高かった($p=0.046$)。また、第2因子の利用者・家族支援では「福祉用具の安全・利便性の点検」で介護継続意思があり群の平均値 2.77(±0.92)の方がなし群の平均値 2.11(±0.58)より有意に高かった($p=0.032$)。第3因子の連携・調整の介護継続意思の有意な差はなかった。

表5-9 受持ち訪問看護サービス調整に関連する家族満足度及び介護継続意思 n=54

項目	満足度							介護継続意思							
	あり		なし		p値	あり		なし		p値					
n	平均	SD	n	平均		SD	n	平均	SD		n	平均	SD		
緊急・療養支援	10緊急時、受け入れ先の事前確認	23	3.13	0.92	28	2.96	1.04	0.552	41	3.07	0.93	9	2.78	1.20	0.418
	12治療方針と緊急対応方法の相談	26	3.23	0.76	28	3.29	0.66	0.778	44	3.25	0.75	9	3.22	0.44	0.915
	9緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導	26	3.38	0.70	28	3.57	0.50	0.262	44	3.48	0.63	9	3.56	0.53	0.729
	2必要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認	26	3.15	0.37	28	3.39	0.50	0.050	44	3.34	0.48	9	3.00	0.50	0.039
	13今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認	25	3.00	0.87	28	3.21	0.74	0.335	43	3.12	0.82	9	3.11	0.78	0.986
	14主治医との情報共有の打ち合わせ	23	3.22	0.80	28	3.21	0.69	0.988	42	3.31	0.68	9	2.78	0.83	0.046
	15身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせ	25	2.92	1.00	28	3.00	0.61	0.723	43	2.98	0.89	9	2.89	0.33	0.772
1サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認	26	3.00	0.85	28	3.57	0.50	0.004	44	3.30	0.79	9	3.22	0.44	0.791	
利用者・家族支援	3介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明	26	2.69	0.88	28	3.07	0.77	0.098	44	2.95	0.86	9	2.56	0.73	0.201
	4家族・親族間における介護の役割分担の確認	25	2.60	1.00	28	3.04	0.74	0.076	43	2.86	0.94	9	2.67	0.71	0.563
	17福祉用具の安全・利便性の点検	25	2.60	0.82	28	4.00	5.75	0.234	43	2.77	0.92	9	2.11	0.58	0.032
	16兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整	22	2.14	0.99	28	2.68	0.94	0.050	41	2.49	1.03	9	2.22	0.83	0.473
	5主介護者の休息時間の確保・休憩確認	24	2.25	1.07	28	2.61	0.92	0.201	43	2.49	1.01	9	2.22	0.97	0.472
18衛生材料についての提供と点検	25	2.76	0.97	28	2.96	0.84	0.414	43	2.86	0.94	9	2.89	0.78	0.933	
連携・調整	7受け持ちに問題あれば解決策を施設内で共有する事例検討	26	3.08	0.80	28	3.00	0.94	0.748	44	3.00	0.86	9	3.11	0.93	0.729
	8受け持ち看護師の代理の対応、事例共有の打ち合わせ	26	3.42	0.50	28	3.39	0.57	0.837	44	3.39	0.54	9	3.44	0.53	0.768
	6病院、その他の情報共有、継続したケア提供	25	3.16	0.94	28	3.43	0.50	0.195	43	3.26	0.79	9	3.44	0.53	0.498

網掛けは有意差を示す。 得点比較はt検定 有意差はMann-Whitney U検定

5-2 訪問看護サービス調整と家族満足度及び介護継続意思に影響する要因

訪問看護サービス調整のカテゴリー別による家族満足度及び介護継続意思に影響を与える要因を検討するため、家族満足度、介護継続意思を目的変数とし、訪問看護サービス調整の緊急・療養支援、利用者・家族支援、連携・調整の3つのカテゴリーを説明変数として重回帰分析を行った。その結果、表 5-10 に示したように、家族満足度の緊急・療養支援、利用者・家族支援、連携・調整の有意な差はなかった。

介護継続意思では、利用者・家族支援で、 $\beta(-0.612)$ の負の値で有意に影響していた($p=0.025$)。

表 5-10 訪問看護サービス調整と家族満足度及び介護継続意思の重回帰分析

独立変数	満足度			介護継続意思		
	R ²	β	p値	R ²	β	p値
緊急・療養支援		-.431	.199	.071		.807
利用者・家族支援	.101	.312	.284	.301	-.612	.025
連携・調整		.136	.629	.309		.222

ステップワイズ変数増加法によるR² 多重決定係数

訪問看護サービス調整のカテゴリーデータの回帰分析

6. 訪問看護師が実施した開始期支援の家族満足度及び介護継続意思の要因

項目は「 」で示す。

6-1 看護ケア体制と機能の家族満足度及び介護継続意思

訪問看護 ST の訪問看護ケア体制と機能と家族満足度は、表 5-11 に示した。「緊急時連絡網作成」で家族満足度が、あり群は 11 名(36.7%)より、なし群 19 名(63.3%)の方が有意に高く($p=0.004$)、「緊急時の協力要請」も、あり群 12 名(40.0%)より、なし群 18 名(60.0%)の方が有意に高かった($p=0.020$)。

「医療の緊急時指示方法の確認」では、満足度があり群 15 名(38.5%)より、なし群 24 名(61.5%)の方が有意に高く($p=0.027$)、「共同計画を立てている」は、満足度があり群 24 名(66.7%)は、なし群 12 名(33.3%)より有意に高かった($p=0.016$)。

介護継続意思では、訪問看護 ST のケア体制と機能の有意な差はなかった。

6-2 心身ケアニーズ、ケア成果と家族満足度、介護継続意思

心身ケアニーズに関連する家族満足度・介護継続意思の有無別比較では、表 5-12 に示した。心身ケアニーズと家族満足度の有意な差はなかった。介護継続意思では、悲嘆で「家族と専門職との情報が不十分」のあり群 7 名(14.9%)より、なし群 40 名(85.1%)の方が有意に高かった($p=0.05$)。

家族からみたケア成果と家族満足度及び介護継続意思の有無別比較では表 5-13 に示した。心身ケア成果については、家族満足度の有意な差はなかった。介護継続意思では、痛みで「痛みが消失した、または軽減した」のあり群 17 名(81.0%)は、なし群 4 名(19.0%)

より有意に高かった($p=0.017$)。

疼痛以外の苦痛では、「熱が下がった」であり群の16名(88.9%)は、なし群2名(11.1%)より有意に高かった($p=0.008$)。

心理・精神では、「不安、いらだちが軽減、または消失した」で、あり群16名(66.7%)はなし群6名(33.3%)より有意に高かった($p=0.050$)。

悲嘆では、「家族の思いを反映したケアの提供をしてくれそうだと感じた」で、あり群7名(87.5%)は、なし群1名(12.5%)より有意に高かった($p=0.050$)。

6-3 訪問看護サービス調整、開始期のケア評価と家族満足度及び介護継続意思

訪問看護サービス調整、開始期ケア評価と家族満足度及び介護継続意思は、表5-14で示し、項目は「 」で示す。

訪問看護サービス調整の評価と家族満足度との有意な差はなかった。

訪問看護サービス調整のケア評価と介護継続意思では、「契約内容について丁寧な説明を受け、納得できるまで対応してくれた」で、家族の介護継続意思があり群46名(90.2%)は、なし群5名(9.8%)より有意に高く($p=0.041$)、「必要な介護方法について丁寧な説明を受け、事前準備ができた」では、あり群44名(91.7%)は、なし群4名(8.3%)より有意に高かった($p=0.023$)。また「緊急時の対応方法について説明を受け、安心した」では、あり群46名(92.0%)は、なし群4名(8.0%)より有意に高かった($p=0.005$)。「入院や入所の相談及び主治医との話し合いの場を設けてくれ、不安が軽減した」で、あり群44名(93.6%)は、なし群3名(6.4%)より有意に高かった($p=0.003$)。また、「情報が不十分なときは、主治医との話し合いの場を設けてくれ、不安が軽減した」では、あり群38名(92.7%)がなし群3名(7.3%)より有意に高かった($p=0.049$)。

開始期のケア評価の介護継続意思では「在宅開始からのサービスで満足のいく介護ができた」は、あり群42名(93.3%)はなし群3名(6.7%)より有意に高かった($p=0.011$)。

表5-11 訪問看護ケア体制と機能の家族満足度及び介護継続意思

項目		家族満足度				介護継続意思				
		あり		なし		あり		なし		
		n	%	n	%	n	%	n	%	p値
緊急時連絡網作成	あり	11	36.7	19	63.3	20	57.1	15	42.9	0.376
	なし	15	62.5	9	37.3	2	33.3	4	66.7	
緊急時対応マニュアルの作成	あり	10	41.7	14	58.3	20	58.8	14	41.2	0.704
	なし	16	45.7	19	54.3	4	66.7	2	33.3	
緊急時の協力要請	あり	12	40.0	18	60.0	14	53.8	12	46.2	0.442
	なし	14	58.4	10	41.6	4	66.6	2	33.3	
共同計画を立てている	あり	24	66.7	12	33.3	11	57.9	8	42.1	0.705
	なし	5	27.8	13	72.2	5	71.4	2	28.6	
終末期開始の事例情報交換の開催	あり	16	45.7	19	54.3	11	44.0	14	56.0	0.705
	なし	10	52.6	9	47.4	6	33.3	3	66.7	
情報共有ミーティングの開催	あり	19	45.3	23	54.7	12	42.8	16	57.1	0.470
	なし	7	63.7	4	36.3	3	60.0	2	40.0	
医師、看護師などへの連携	あり	18	45.0	22	55.0	11	53.8	14	46.2	0.376
	なし	8	39.2	6	42.8	7	70.0	3	30.0	
医療の通常指示方法の連携	あり	22	45.8	26	54.2	14	56.0	11	44.0	0.702
	なし	4	66.7	2	33.3	3	60.0	2	40.0	
医療の緊急時指示方法の確認	あり	15	38.5	24	61.5	15	45.5	18	54.5	0.842
	なし	11	73.3	4	26.7	6	60.0	4	40.0	

χ^2 検定によるFisherの直接法

表 5-12 利用者の心身ケアニーズと家族満足度、介護継続意思の有無別比較

項目		家族満足度				p値	介護継続意思				p値	
		あり		なし			あり		なし			
		n	%	n	%		n	%	n	%		
痛み	1痛みがある	あり	11	47.8	12	52.2	0.438	20	42.6	27	57.4	0.647
		なし	13	41.9	18	58.1		3	42.9	4	57.1	
	2麻薬などの痛み止めを使う不安	あり	4	50.0	4	50.0	0.513	7	14.9	40	87.0	0.725
		なし	20	43.5	26	56.5		1	14.3	6	85.7	
	3麻薬による副作用（吐き気・便秘・意識障害）	あり	3	30.0	7	70.0	0.255	8	17.0	39	83.0	0.385
		なし	21	47.7	23	52.3		2	28.6	5	71.4	
疼痛以外の苦痛	4息苦しさ	あり	6	50.0	6	50.0	0.132	17	36.2	30	63.8	0.526
		なし	18	51.4	17	48.6		2	28.6	5	71.4	
	5飲み込みにくい・むせ	あり	10	38.5	16	61.5	0.282	24	51.1	23	48.9	0.242
		なし	14	50.0	14	50.0		2	28.6	5	71.4	
	6栄養や水分が足りなかった	あり	10	47.1	14	58.3	0.519	20	42.6	27	57.4	0.247
		なし	13	44.8	16	55.2		4	66.7	2	33.3	
	7排泄に関する苦痛（下痢・便秘を含む）	あり	16	47.1	18	52.9	0.414	30	63.8	17	36.2	0.519
		なし	8	40.0	12	60.0		4	57.1	3	42.9	
	8発熱	あり	12	50.0	12	50.0	0.323	19	40.4	28	59.6	0.129
		なし	12	40.0	18	60.0		5	71.4	2	28.6	
	9皮膚の問題（かゆみ・床ずれ・湿疹）	あり	13	43.3	17	56.7	0.536	26	55.3	21	44.7	0.627
		なし	11	45.8	13	54.2		4	57.1	3	42.9	
	10身体がだるい	あり	12	42.9	16	57.1	0.512	25	53.2	22	46.8	0.457
		なし	12	46.2	14	53.8		3	42.9	4	57.1	
心理・精神	11本人の抑うつ・不安・いらだち・否定的言動	あり	7	35.0	13	65.0	0.251	17	36.2	30	63.8	0.406
		なし	16	48.5	17	51.5		3	50.0	3	50.0	
生きる意味・価値観	12遣り残していることがある	あり	8	42.1	11	57.9	0.514	15	31.9	32	68.1	0.188
		なし	16	45.7	19	54.3		4	57.1	3	42.9	
	13「役に立たない」というような苦痛	あり	3	27.3	8	72.7	0.173	8	17.0	39	83.0	0.140
	なし	21	48.8	22	51.2		3	42.9	4	57.1		
死への準備	14本人と家族が相互に思いを伝えられない	あり	10	50.0	10	50.0	0.319	17	36.2	30	63.8	0.406
	なし	13	39.4	20	60.6		3	50.0	3	50.0		
家族・親族の関係	15本人・家族の意見統一が不十分	あり	5	45.5	6	54.5	0.570	9	19.1	38	80.9	0.364
	なし	18	42.9	24	57.1		2	33.3	4	66.7		
悲嘆	16家族と専門職間で情報が不十分	あり	6	60.0	4	40.0	0.205	7	14.9	40	85.1	0.05
		なし	17	39.5	26	60.5		3	50.0	3	50.0	
	17家族の不安・悲しみがとても大きい	あり	10	38.5	16	61.5	0.282	22	46.8	25	53.2	0.457
	なし	14	50.0	14	50.0		4	57.1	3	42.9		
基本的ニーズ	18本人が夜間、十分な睡眠がとれない	あり	10	38.5	16	61.5	0.332	21	45.7	25	54.3	0.194
		なし	13	48.1	14	51.9		5	71.4	2	28.6	

※χ²検定によるFisherの直接法 ※ 網掛けは有意差を示す n=54

表 5-13 家族による利用者のケア成果と家族満足度、介護継続意思の有無別比較

項目		家族満足度				p値	介護継続意思				p値	
		あり		なし			あり		なし			
		n	%	n	%		n	%	n	%		
痛み	1痛みが消失した、または軽減した	あり	7	41.2	10	56.8	0.185	17	81.0	4	19.0	0.017
		なし	5	71.4	2	28.6		0	0.0	3	100.0	
	2薬に対する不安や問題が少なくなり、正しく飲めた	あり	2	40.0	3	60.0	—	5	50.0	5	50.0	—
		なし	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
	3副作用の症状が消失または軽減した	あり	2	28.6	5	71.4	0.583	6	75.0	2	25.0	0.778
		なし	1	50.0	1	50.0		1	100.0	0	0.0	
	4息苦しさが消失、または軽減した	あり	3	42.9	4	57.1	0.314	7	46.7	8	53.3	0.331
		なし	2	20.0	8	80.0		2	100.0	0	0.0	
疼痛以外の苦痛	5飲み込みが少し楽になった、飲み込みが悪いことによる肺炎の予防ができた	あり	7	41.2	10	58.8	0.637	16	66.7	8	33.3	0.303
		なし	4	40.0	6	60.0		1	66.7	2	33.3	
	6栄養・水分不足にならなかった	あり	5	62.5	3	37.5	0.199	7	33.3	14	66.7	0.618
		なし	6	35.3	11	64.7		3	75.0	1	25.0	
	7排泄に関する苦痛・ストレスがない	あり	5	45.5	6	54.5	0.602	10	35.7	18	64.3	0.573
		なし	10	47.6	11	52.4		1	25.0	3	75.0	
	8熱が下がった	あり	8	47.1	9	52.9	0.635	16	88.9	2	11.1	0.008
		なし	3	50.0	3	50.0		1	20.0	4	80.0	
	9皮膚の問題がない、または改善した	あり	9	45.0	11	55.0	0.636	18	66.7	9	33.3	0.411
		なし	5	45.5	6	54.5		2	50.0	2	50.0	
	10身体のだるさが楽になった	あり	4	57.1	3	42.9	0.374	6	23.1	20	76.9	0.579
		なし	9	40.9	13	59.1		1	33.3	2	66.7	
心理・精神	11不安、いらだちが軽減、または消失した	あり	4	33.3	8	66.7	0.681	12	66.7	6	33.3	0.050
		なし	3	33.3	6	66.7		0	0.0	3	100.0	
生きる意味・価値観	12遣り残していることを表現したり、取り組みができた	あり	4	66.7	2	33.3	0.145	5	38.5	8	61.5	0.555
		なし	3	27.3	8	72.7		1	25.0	3	75.0	
	13自分ができていることに取り組み始めた	あり	3	37.5	5	62.5	0.721	5	71.4	2	28.6	0.721
	なし	1	33.3	2	66.7		3	75.0	1	25.0		
死への準備	14互いに伝えたいことが伝えることができた	あり	5	71.4	2	28.6	0.175	6	35.3	11	64.7	0.730
	なし	5	38.5	8	61.5		1	33.3	2	66.7		
家族・親族の関係	15本人・家族の意思統一ができた	あり	3	60.0	2	40.0	0.392	4	44.4	5	55.6	0.727
	なし	2	33.3	4	66.7		1	50.0	1	50.0		
悲嘆	16家族の思いを反映したケアを提供してくれそうだと感じた	あり	5	62.5	3	37.5	0.667	7	100.0	0	0.0	0.050
		なし	1	50.0	1	50.0		1	33.0	2	66.7	
	17家族の不安や感情を素直に表出できた	あり	9	45.0	11	55.0	0.225	17	77.3	5	22.7	0.676
	なし	1	16.7	5	83.3		3	75.0	1	25.0		
基本的ニーズ	18夜間の睡眠がとれた、または不眠が改善した	あり	4	44.4	5	55.6	0.551	7	31.8	15	68.2	0.553
		なし	7	38.9	11	61.1		2	40.0	3	60.0	

※χ²検定によるFisherの直接法 ※ 網掛けは有意差を示す。 ※ nは家族による心身ケアニーズの評価でニーズ「あり」に運動したケア成果を「あり」「なし」で示す数字を表す。

表 5-14 訪問看護サービス調整と開始期のケア評価と家族満足度及び介護継続意思の有無別比較

項目	家族満足度					介護継続意思					
	あり		なし		p値	あり		なし		p値	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
訪問看護サービス調整	1契約内容について丁寧な説明を受け、納得できるまで対応してくれた	あり 22	43.1	なし 29	56.9	0.415	46	90.2	5	9.8	0.041
	2必要な介護方法について丁寧な説明を受け、事前準備ができた	あり 20	41.7	なし 28	58.3	0.234	44	91.7	4	8.3	
	3緊急時の対応方法について説明を受け、安心した	あり 22	44.0	なし 28	56.0	0.605	46	92.0	4	8.0	
	4今後の症状や病気の悪化を予測した説明を受け、心の準備ができた	あり 17	42.5	なし 23	57.5	0.429	36	90.0	4	10.0	
	5入院や入所の相談及び主治医との話し合いの場を設けてくれ、不安が軽減した	あり 20	42.6	なし 27	57.4	0.373	44	93.6	3	6.4	
	6情報が不十分などは、主治医との話し合いの場を設けてくれ、不安が軽減した	あり 17	41.5	なし 24	58.5	0.321	38	92.7	3	7.3	
	7医師・ケアマネジャー・訪問看護師のケア方針に違いがなく、信頼が持てた	あり 19	41.3	なし 27	58.7	0.233	41	89.1	5	10.9	
	8介護疲れがあるときは、休息が持てるように調整し、対応してくれた	あり 19	47.5	なし 21	52.5	0.328	34	85.0	6	15.0	
	9サービスの利用などを迅速に対応してくれた	あり 22	44.4	なし 28	55.6	0.605	43	86.0	7	14.0	
	10症状が安定した	あり 17	44.7	なし 21	55.3	0.594	34	89.5	4	10.5	
11生活が安定した	あり 21	43.8	なし 22	51.2	0.173	38	88.4	5	11.6		
12家族の精神的安定が得られた	あり 22	47.8	なし 24	52.2	0.210	41	89.1	5	10.9		
13家族の生活全般が安定した	あり 18	47.4	なし 20	52.6	0.359	35	92.1	3	7.9		
14緊急時は適切に対応してくれた	あり 22	44.9	なし 27	55.1	0.607	44	89.8	5	10.2		
15緊急時の連絡はいつでも快く対応してくれて、安心した	あり 24	44.0	なし 30	56.0	0.605	45	90.0	5	10.0		
16介護力が向上した	あり 18	40.9	なし 26	59.1	0.228	40	90.9	4	9.1		
17在宅開始からのサービスで介護負担がなくなった、または軽減した	あり 20	45.5	なし 24	54.5	0.519	38	86.4	6	13.6		
18在宅開始からのサービスで満足度の高い介護ができた	あり 18	40.0	なし 27	60.0	0.135	42	93.3	3	6.7		
	なし 6	66.7	なし 3	33.3		5	55.6	4	44.4	0.011	

※χ²検定によるFisherの直接法 ※網掛けは有意差を示す

n=54

7. 抽出できた必要な開始期支援項目

抽出された必要な開始期支援項目は表 5-15 に示し、項目は「 」で示す。

訪問看護ケア体制と機能では家族満足度及び介護継続意思において「緊急時連絡網作成」、「緊急時の協力要請」「医師の緊急時指示方法の確認」「共同計画を立てている」の4項目が抽出された。その中で「緊急時に連絡網作成」と「緊急時の協力要請」は、ケア成果の判断が同じ意味を持つことから混同しやすく正確さに欠ける可能性を考え、検討し、「緊急時の協力要請」を削除し、3項目を訪問看護ケア体制と機能項目とした。

受持ち訪問看護師によるケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)では、抽出したカテゴリー一別の項目では、ペインマネジメントのケア成果到達度で有意に高かった5項目とした。疼痛以外の苦痛症状は、ケア成果では有意差はなかったが、心身ケアニーズのニーズの出現率が高い傾向にあり、心身の緩和ケアを重視する必要から終末期症状の重要なケアと考え、8項目とした。心理・精神的援助も同様にケア成果で有意な改善みられなかったが心身ケアニーズではニーズの出現が多かった。ケア成果では改善はみられないが終末期特有の心理的症状として改善しにくい観点から重要であると考え、心身ケアニーズの高い4項目とした。スピリチュアルの援助でもケア成果の有意差はなかった。しかし、心身ケアニーズの出現率が高い傾向から終末期開始期におけるケアの重要性を考え、ニーズの高い5項目とした。デスマネジメントでは、全ての項目に有意な関連があった6項目とした。喪

失・悲嘆・死別サポートでは、すべての項目に有意に高かった3項目と基本的ニーズでもすべての項目に有意差があった8項目を選択した。また、家族・親族との関係調整については、在宅療養終末期の開始期14日間では、他職種間や他の家族関係の信頼関係の構築やシステムづくりが必要なるため時間的に受持ち訪問看護師による調整が困難と考え、削除した。さらにケア体制の確立に関しては、訪問看護サービス調整と重複する項目が多く、削除しても開始期支援に影響がないと考え、7カテゴリーの計39項目を在宅療養終末期に必要な開始期支援として選定した。

訪問看護サービス調整では、訪問看護師が実施した開始期支援と家族満足度に有意に関係した項目は、緊急・療養支援で「サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認」「必要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認」2項目、利用者・家族支援で「兄弟、親族・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」1項目であった。

介護継続意思では、緊急・療養支援で「必要時、介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認」「主治医との情報共有の打ち合わせ」2項目、利用者・家族支援では「福祉用具の安全・利便性の点検」1項目であった。また、カテゴリー別の重回帰分析では利用者・家族支援は、介護継続意思に影響していたため、6項目全てを加えた。緊急・療養支援は有意差があった4項目と合わせて開始期支援において4項目の重要性を考え、8項目とした。したがって、在宅療養開始期支援に必要な訪問看護に関する項目は、訪問看護ケア体制と機能は3項目、ケア内容は39項目、訪問看護サービス調整14項目を合わせて56項目とした。

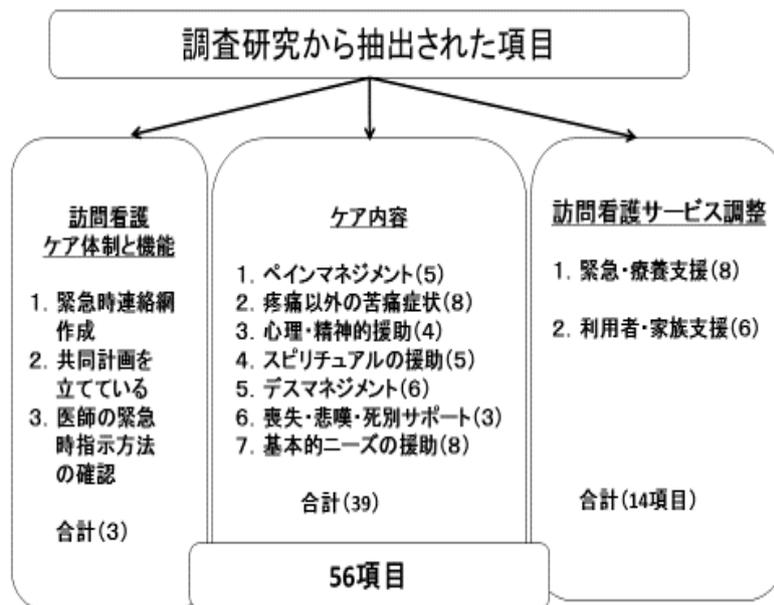


図5-1 開始期に必要な開始期支援項目

8. 終末期開始期支援におけるケア成果指標の作成

終末期開始期支援の調査結果に基づき、訪問看護ケア体制と機能、ケア内容（心身ケアニーズ、ケア成果）、訪問看護サービス調整の項目を合わせて在宅療養終末期開始期におけるケア成果指標を作成した。また、項目を具体的にわかりやすくするため文言を加筆・修正し、7日目と14日目に評価しやすいように区分して得点できるように作成した。作成したケア成果指標は表 5-15 に示した。本研究で開始期支援として訪問看護ケア体制と機能、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整の調査から抽出した 56 項目(図 5-1)は、心身ケアニーズに対応し、ケア成果が得られた項目と改善が得にくい在宅療養終末期において重要な看護支援と考え、選定した項目及び、重複項目を削除した 56 項目である。

ケア成果指標によるケア成果の尺度は、できる 4 点、まあまあできる 3 点、あまりできない 2 点、できない 1 点とし、4 件法で得点化した。尺度と一致しない場合を非該当の項目で回答を得ることとした。

表 5-15 在宅療養終末期開始期におけるケア成果指標

	番号	項目	7日間で改善				14日間で改善				非該当		
			できる	まあまあできる	あまりできない	できない	できる	まあまあできる	あまりできない	できない			
ケアと機能と機能	1	緊急時連絡網の作成し使用する	4	3	2	1	4	3	2	1			
	2	一致したケア提供を行うため、共同計画を立て、実施する	4	3	2	1	4	3	2	1			
	3	医師の緊急時指示方法の連携の確認する	4	3	2	1	4	3	2	1			
ケア内容	バイメンマネ	4	疼痛が軽減した、または消失する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		5	疼痛増強時は、我慢せず医療職に援助を求めることができる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		6	適切に痛み表現ができる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		7	副作用が消失した。または軽減する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		8	薬物療法に関する不安トラブルがない	4	3	2	1	4	3	2	1		
		疼痛以外の苦痛症状	9	呼吸困難が消失した、または軽減する	4	3	2	1	4	3	2	1	
			10	消化器症状が消失した、または軽減する	4	3	2	1	4	3	2	1	
			11	誤嚥性肺炎をおこさない	4	3	2	1	4	3	2	1	
	12		嚥下状況の改善、または消失する	4	3	2	1	4	3	2	1		
	13		感染症が消失し、新たな感染症が出現しない	4	3	2	1	4	3	2	1		
	14		本人・家族の意向を踏まえた水分出納管理ができる	4	3	2	1	4	3	2	1		
	15		皮膚トラブルがない、または改善する	4	3	2	1	4	3	2	1		
	16		倦怠感・苦痛が増強しない	4	3	2	1	4	3	2	1		
	心理的援助	17	本人が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		18	本人に不安やいらだちが軽減される	4	3	2	1	4	3	2	1		
		19	家族が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		20	家族の不安やいらだちが軽減される	4	3	2	1	4	3	2	1		
		アスピリチ援助	21	本人・家族の気になること、やり残したことが実現できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
			22	本人・家族の信じる者を尊重されていることを実感できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
			23	本人が重要なメッセージまたは文章が残せる	4	3	2	1	4	3	2	1	
			24	自分の存在の意味、価値を見出すことができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
	25		本人が家族や他者とのつながりやいたわりを実感できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
	デスマネジメント	26	本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		27	今後どのように生きていこうかを表現できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		28	本人・家族が病状悪化や死に対する不安や恐怖を表現し軽減できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		29	必要な医療は受けられたと納得できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		30	最期はどこで死を迎えたいか本人または家族が自己決定できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		31	本人から家族へメッセージがのこせた、または準備ができる	4	3	2	1	4	3	2	1		
	個別喪失・死	32	家族の意向を反映したケアが提供できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		33	家族の不安や感情が表出できる	4	3	2	1	4	3	2	1		
		34	家族が自分の時間を持つ	4	3	2	1	4	3	2	1		
	基本的ニーズの援助	35	嗜好にあった規則正しい生活を送ることができる	4	3	2	1	4	3	2	1		
36		ADL・IADLに合わせた、自立度を最大限に維持した生活ができる	4	3	2	1	4	3	2	1			
37		転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった	4	3	2	1	4	3	2	1			
38		清潔が保てる	4	3	2	1	4	3	2	1			
39		問題行動はなかった、もしくは緩和する	4	3	2	1	4	3	2	1			
40		排泄に関する苦痛・ストレスがない	4	3	2	1	4	3	2	1			
41		排便コントロールができる	4	3	2	1	4	3	2	1			
42		睡眠が保てる	4	3	2	1	4	3	2	1			
訪問看護サービス調整	緊急・療養支援	43	緊急時、受け入れ先の事前確認する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		44	治療方針と緊急対応方法の相談する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		45	緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		46	必要時、衛生材料・介護用品の購入・費用などの事前準備の確認する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		47	主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		48	主治医との情報共有の打ち合わせする	4	3	2	1	4	3	2	1		
		49	身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせをする	4	3	2	1	4	3	2	1		
		50	サービス内容の決定、重要事項の決定などを相談する	4	3	2	1	4	3	2	1		
	利用者・家族支援	51	介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		52	家族・親族間における介護の役割分担の可能性を確認する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		53	福祉用具の安全・利便性の点検する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		54	兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		55	主介護者の休息時間の確保・休憩確認する	4	3	2	1	4	3	2	1		
		56	衛生材料についての提供と点検する	4	3	2	1	4	3	2	1		

第4節 考察

本研究における第2研究の調査対象は、終末期にある高齢者の6ヶ月前までを遡り、開始期14日間と限定による調査とした。そのため、受持ち訪問看護師、看取った家族の記憶に頼る調査であった。また、看取った家族はその後、引越しによる住所不明者や介護休暇で一時的に帰宅していただけたり調査の同意を得られなかった家族などが多く、調査対象者の利用者91名のうち54組の回収に留まった。その実態調査の結果から考察を述べる。

1. 在宅療養終末期に必要な開始期支援

在宅療養終末期の開始期に必要な支援は、訪問看護ケア体制と機能で各訪問看護ST間の有意な関連はなかった。しかし、緊急時連絡網作成をしていない施設や緊急時マニュアルを活用していない施設が19施設のうち7施設であり、統一した緊急時の対応が不十分な体制で開始期支援をしている施設の状況が伺える。また、本研究では常勤看護師だけで24時間対応をしている訪問看護STがなく、終末期ケアを実践するための緊急時の機能が効率的に提供されていない状況も考えられる。そのため、萩原(2012)が言うように、質の高い訪問看護を提供するには看護従事者に対し、訪問看護師として必要な教育の実施と組織としての目標を達成するための円滑に機能する仕組みが必要と考える。したがって、訪問看護ST管理者は、訪問看護の基準を統一化し、研修会の参加と勉強会の増加、最新の治療法、看護技術などの新しい知見を得る教育などを確保する努力が求められる。

受持ち看護師によるケア内容では、心身ケアニーズの出現状況で表5-7に示したようにデスマネジメントを除くカテゴリー項目で利用者・家族のニーズがあると認識していた。特にスピリチュアルの援助、家族・親族との関係調整、喪失・悲嘆・死別サポート、基本的ニーズの援助、ケア体制の確立では出現率が高い傾向にあった。これらは、成他(2013)の利用者・家族介護者の開始期のニーズ出現の報告でも喪失・悲嘆・死別サポートや本人・家族介護者の精神的援助が重要としている報告と一致していた。このことから、これらの項目が重点に在宅療養開始期支援が求められていたと考える。また、本研究において在宅療養終末期の開始期では、デスマネジメントでニーズ出現状況に改善がなかった。しかし、ケア成果では、全ての項目で到達できたと認識していた。このことから利用者・家族介護者が訪問看護師はニーズがなくても開始期に必要な支援として実践していたと考えられる。さらに、死への準備や在宅で生活することを納得、本人・家族介護者に対し、病状悪化や死の不安や恐怖を表出し、家族へメッセージの準備などの開始期支援は重要と考え、実践していたと考える。また、疼痛以外の苦痛症状では消化器症状と嚥下状況、発熱、感染の状態、皮膚の状態でニーズの出現を少なく捉えていた。ケア成果では全ての項目で到達できないと捉えており、開始期14日間では改善困難であったと考える。しかし、この症状は終末期特有の症状であり、心身の負担が大きいため、改善がなければ信頼関係の構築や在宅療養を断念する可能性も考えられ、医師との連携のもと、早期対応が求められる。ケア内容のケア成果は表5-8で示したように、心理・精神とスピリチュアルの援助でニーズはあるがケア成果では有意差を示さなかった。これらの項目については、開始期14日間では改善できない看護支援であることが示唆される。川越(2013)は、終末期にあるがんの利

用者は、様々な苦悩を乗り越えて苦悩を抱えて生きていくが遣り残したことや心残り(Social suffering)、あるいは身体が急激に弱っていくことに対する心理的な痛みや不安での落ち込み(Psychological suffering)、人の役に立たない自分の苦しみ(Spiritual suffering)を経験すると述べ、全人的痛みに着目したケアの必要性を重視したケアの必要性を示している。このように、終末期では開始期から十分な心理的ケアを支援することが介護継続意思に繋がることを示すと考える。そのため、開始期では利用者・家族との信頼関係が未熟であるが積極的に利用者・家族が思いを表出しやすいように配慮し、家族の時間を増やす調整や死に対する不安への看護支援を行っていたことが推測され、このような看護支援が重要であることが示唆された。また、開始期のケア成果では 51 項目中、31 項目のが開始期で実施し到達していたことから訪問看護師は必要な看護支援として活用できると考える。

2. 家族介護者の満足度と介護継続意思及び訪問看護ケア体制と機能

家族による家族満足度を高めた訪問看護ケア体制と機能では表 5-11 に示したように、「緊急時連絡網作成」をすること、「緊急時の協力要請」を行うこと、「共同計画を立てている」こと、「医師の緊急時指示方法の確認」をとっていることは重要な開始期ケア体制の支援と言える。堀井他(2008)は、安心が保証される支援として本人、家族の双方がいつでも対処してくれること、いつでも相談できること、また家族の健康管理や行き届いたケアを確実に提供できる体制と報告している。訪問看護の 24 時間体制の柔軟に対応をするためには、堀井他(2008)が報告しているように安心が保証されるケアの実践は必然であり、この体制を維持するための方策は管理者に求められる。これらの開始期ケア体制が円滑に機能すれば、在宅療養を躊躇することなく利用者・家族が在宅療養終末期を選択肢の一つとして繋がると思う。

家族に対する緊急時連絡や対応方法の指導が家族の介護継続意思に関連では、藤川他(2011)の報告と同様、在宅医師と常に連絡が取れるケア体制のあることが介護継続意思に繋がっていた。このケア体制によって緊急時の対応が適切に行われ、安心して在宅の継続ができていたと考える。しかし、家族のニーズを満たすには医療従事者の技術的能力とケア内容、医療、非医療ケア、家族ケア、経済的側面が影響する(R Harding et al.,2003)と言われている。そのため、治療、症状のコントロールや家族支援のケアでは、開始期での緊急時の訪問看護師の対応の良否によって医療従事者への不信感に関連(川越,2013 ; Wiggers et al.,1990)することから十分に利用者・家族へ配慮しながら終末期ケアの実施が行われていたと考える。在宅療養終末期の開始期は、利用者・家族、医療従事者との人間関係の構築が十分でなく、訪問看護は自宅で実施されるため見えにくい傾向であり、サービスが多様で評価が難しい(島内他 2,008 ; 葛西他,2008)と言われている。しかし、緊急時における適切な体制によって在宅の医療従事者から提供される医療・家族支援の安全性の保証の確保により、家族の介護継続意思に繋がる可能性は高いと考える。

3. 家族介護者の満足度と介護継続意思を高めたケア内容

家族介護者によるケア内容の心身ケアニーズに有意に高かった介護継続意思は表 5-12 に示したように、家族と専門職間で情報が十分な話し合いの場面があると介護継続意思に繋がっていた。がん患者を対象にした福井(2002)の報告では、家族は在宅初期の段階で疾患に関する情報取得のニーズを持ち、終末期初期と臨死期において十分な情報伝達の必要性を指摘し、情報提供の重要性を明らかにしている。本研究においても受持ち訪問看護師は、家族に対し、情報が十分に提供できるように話し合いの場を希望していると認識し、そのニーズに対応していたことが介護継続意思に繋がっていたと考える。在宅サービスなどの情報不足は、利用者・家族への不確実性、不安、苦悩と不満を増やす要因となることから(Catherine et al.,2004)、開始期では適切に情報を把握し、対応することが必要と考える。また、家族は、医師に対し、利用者の疾病の状況や症状の変化がどのようになるのか、あるいはどの期間まで現状でいられるかなどの情報提供を求めていると推測され、受持ち訪問看護師は、このような家族の心情を主治医に伝え、正しい情報の提供を主治医と利用者・家族間の調整を行うことが望まれる。さらに、受持ち訪問看護師は、死が避けられない現実であることを認識し、家族には不安感、負担感、不足感、疲労感、葛藤といった思いを抱く(堀井他,2008)ことがないように精神的ストレスの軽減に注目した開始期支援をする必要があり、家族のニーズに応えるよう支援していくことが在宅療養を継続するためには必要と考える。

家族の介護継続意思を高めたケア成果は表 5-13 に示したように、痛みのコントロールと熱が下がったことが有意差を示していた。在宅療養終末期では、利用者の満たされない基本的なニーズとして、ペインマネジメント、身体症状の快適さ、(Penny et al.,2008)とあるようにこれらのニーズを満たすことが家族の介護継続意思を高め、利用者への心身ケアニーズに沿った開始期支援に繋がる支援と考える。また、身体的な症状の苦痛は、利用者が痛みで苦しんでいる様子を近くで看ている家族にとって利用者と同様に不安の増強(島内他,2008)に繋がると言われ、その積み重ねが続くと在宅療養の限界を感じる可能性も考えられ、開始期支援ではこのような苦痛症状の緩和を最優先することが必要である。一方、介護継続意思では、家族は心理・精神で、「抑うつ、不安・苛立ちの軽減、否定的言動」の開始期支援の実践が介護継続意思に繋がっていた。家族は開始期より介護負担を感じていることが考えられ、これらの要因をアセスメントしながら、十分に話を聞くことが求められていると考える。在宅で介護している家族は、不安感、負担感、不足感、疲労感、葛藤といった思いを抱き、介護を継続するかについて揺らぎがあると言われている(堀井他,2008 ; 古瀬,2014 ; 小野他,2007)。本研究においても家族は、上記の先行研究と同様に開始期から慣れない介護に多くの時間を費やすことへの心身の負担が伺えた。そのため、終末期ケアでは早期から利用者だけでなく家族も中心にケアすることが重要(Linda et al.,1996)と考える。加えて受持ち訪問看護師は利用者、家族に療養生活に必要な内容を丁寧に説明し、いつでも遠慮なく連絡できるように伝え、どんな時でも気持ち良く対応することが重要である(難波,2005)。さらに、在宅療養終末期では開始直後から利用者・家族からの話を受け止め、家族とともに話し合い、家族の思いを表出させる看護支援をしていく

必要があると考える(古瀬,2014)。

4. 家族介護者の満足度と介護継続意思に関連した訪問看護サービス調整

家族介護者の満足度・介護継続意思と訪問看護サービス調整の関連した項目は表5・9に示したように、緊急・療養支援で、「必要時、介護用品の購入・医療機器・機材の点検と確認」「サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認」の支援が家族の満足度を高めていた。このように在宅療養終末期の開始期では利用者の疾病や症状の程度により医療処置が異なることから、必要物品の準備を早期に把握し、円滑に進めることが満足度に繋がっていることが示された。そのため、受持ち訪問看護師は、多様な訪問看護サービスが求められていると推測される。したがって、在宅での療養環境を整えるためのコーディネーターの役割を果たすことも利用者・家族が安心して安全に暮らせる基盤づくりに繋がり、このような看護支援は満足度を高め、在宅における療養生活が続けられる目安となり得ると考える。加えて、終末期ケアでは、医療処置などのケアの他に(Betty et al.,1995 ; 川越,2013)、終末期に必要な介護技術(Mary et al.,1981)、衛生材料、医療機器の準備(難波,2005)医師と利用者・家族との相談の場の設定、適切な情報の共有(Rob et al.,2000 ; Jenkins et al.,2001)などのケア強化につながる看護支援を図ることも必要とされている。このような開始期支援に焦点を当て、看護介入することが重要であり、在宅療養生活を継続するためには不可欠な支援と考える。本研究では介護継続意思で上述した支援の関連が明らかにされた。今後は、在院日数の短縮化による退院決定の準備期間がないまま、在宅療養を余儀なくされる事例も増加すると見込まれる。そのため、本研究で作成したケア成果指標を用いて開始期支援を実践することで家族の介護継続意思に繋げが一つの方法として有用と考える。

利用者・家族支援では、「兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」で家族満足度に有意に関係していた。在宅療養終末期では、療養者、家族の双方の在宅死の希望が影響する(秋山他,2007)ことや家族介護者が自宅で看取りのイメージがよければ看取りたいと思う希望が増加する(荒木他,2008)と報告があるように、今まで関わってきた人々を断ち切るのではなく、誰とどのように過ごしたいかの意思確認を行い、利用者・家族の思いを尊重した対応が訪問看護師に求められていた。古瀬(2014)は、在宅移行期の支援として、訪問看護師が介護のパートナーとして共にいるという感覚を家族に持ってもらうことが終末期の在宅療養を促進するうえで必要な要素とし、家族を一つにまとめると言う支援を行い、これだったら最期まで家で見られるという状況判断を引き出す土台作りの時期と捉えている。本研究においても古瀬(2014)の言う、家族を一つにまとめる看護支援の重要性を訪問看護師は認識し、実践していたと考えれ、報告と一致していた。

訪問看護サービス調整に関連した介護継続意思では、「緊急・療養支援」で「衛生材料・介護用品の購入・医療機器・機材についての点検と確認」が家族満足度と同様に介護継続意思に関連していた。このような間接的なケアは家族の満足度を高め、介護継続意思に繋がることが明らかにされた。また、「主治医との情報共有の打ち合わせ」が介護継続意思に関連していたことから、在宅療養終末期の開始期では、利用者・家族へ明確な情報の提供

(Catherine et al.,1996)は、退院直後の在宅療養生活の介護環境への適応を早期に円滑にする支援(古瀬,2012)と報告があるように、本研究でも同様に在宅への開始には、事前に情報共有が図られていたと考えられる。これらの支援は介護支援専門員の6割近くは実践しているとしながらも終末期の場合は、在宅療養が早期決定する場合があります、すぐに関わることが比較的容易な訪問看護師が開始期のマネジメントしていることがあり、療養状況が落ち着いたころで関わっていることを受け(内田他,2000)、訪問看護師が在宅サービス調整を担っていると推察される。利用者・家族支援では、「福祉用具の安全・利便性の点検」を行うことが家族の介護継続意思を高めていた。開始前の医療物品の準備や福祉用具の使い方、指導などは介護を続ける上で効果的な方法(難波,2005)と考え、家族の介護技術の自信に繋がることを推測される。そのため、家族の介護力の向上は必須であり、重要な受持ち訪問看護師の役割として求められる。つまり、利用者・家族が納得するまで十分に説明が行われていない可能性が推測される。したがって、開始期では契約内容や必要な備品の準備と主治医による情報の提供を納得するまで説明と確認を行い、これらのニーズに適切に対応ができる訪問看護サービス調整の実施は家族の介護継続意思に繋がることが明らかにされた。

家族による訪問看護サービス調整の先行研究では、家族満足度及び介護継続意思の関連をがん・非がん事例の違いで訪問看護サービス調整の家族満足度の要因を報告している(山本他,2015)。その報告では、がん事例で「介護休息の調整」、非がん事例は「情報不十分な時の医師との相談」であった。介護継続意思については、がん事例で「入院、入所を医師と相談」、非がん事例は「契約内容の丁寧な説明」「必要な介護方法指導」「緊急時の対応方法」「情報が不十分な時の医師との相談」であった。つまり、がん事例では家族の十分な休息がとれる配慮と非がん事例は必要時、家族が医師との相談できる調整が家族の満足度を高め、介護継続意思ではがん事例は必要時に入院などの相談を医師と調整し、非がん事例では、契約内容を丁寧の説明し、必要な情報提供と緊急時の対応を適切に行い、必要な看護・介護方法を指導することが介護継続意思に繋がっていた。しかし、本研究では、在宅療養終末期高齢者を対象としたため、家族による訪問看護サービス調整に有意に関係した家族満足度はなかったが、上記の家族満足度、介護継続意思に着目した開始期支援は重要と考える。

介護継続意思に関連した訪問看護サービス調整の要因は表 5-14 に示したように、「契約内容について丁寧に説明を受け、納得できるまで対応」することや「必要な介護方法について丁寧な説明を受け、事前準備ができた」こと、「緊急時の対応方法について説明を受け安心した」こと、「入院や入所の相談及び話し合いの場を設けてくれ、不安を軽減した」、また「情報が不十分なときは、主治医との話し合いの場を設けてくれ、不安が軽減した」ことが明らかにされた。これは、先行研究のがん・非がん事例で報告した山本他(2015)と一致した。また、家族による開始期のケア評価では、「在宅開始からのサービスで満足はいく介護ができた」と感じられる開始期支援は介護継続意思に繋がることが明らかにされた。

本研究では入院前の準備期間で行われていた指導や対応内容までの検討ではないため、具体的な病院との情報共有内容は不明であり言及できない。しかし、福井(2007)の報告に

よると入院中の患者を退院が可能になるには病院の退院支援部署を活用し、地域の連携とカンファレンスが実施され、緊急時の連絡体制、受け入れ体制の保証が説明された場合は在宅療養が実現されていたと述べている。いずれにせよ、本調査では訪問看護師は利用者・家族の満足度が高まる看護・医療のサービス提供を退院直後から受け継ぎ、患者や家族が困ることがないように病院、医師や看護師と情報共有を行い、ニーズに沿った訪問看護サービス調整を行っていたと推測される。このような開始期支援によって開始期における家族の介護継続意思が高まったと考える。

第5節 まとめ

本研究で得られた在宅療養終末期に必要な開始期支援 56 項目の表 5-15 は、訪問看護 ST 管理者、受持ち訪問看護師と終末期の高齢者を介護した家族による実態調査に基づき、抽出のうえで項目を選定した。開始期支援の 56 項目は訪問看護 ST のケア体制と機能、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整にから導き出されたものである。

1. 開始期のケア体制は全ての訪問看護 ST で 24 時間対応をしていた。訪問看護 ST の看護職の雇用形態の有意な差はなかった。しかし、終末期ケア対応の訪問看護師の常勤と非常勤の看護師間で施設によりばらつきがみられた。機能項目では、緊急時の指示方法の確認はすべての訪問看護 ST で実施されていたが終末期の事例交換や緊急時の連絡網作成などの機能は十分ではなかった(表 5-1)。
2. 在宅療養終末期における開始期のケア内容では、心身ケアニーズの出現状況において 9 カテゴリーのうち、デスマネジメントで心身ケアニーズの出現はなかった。心身ケアニーズの出現率があった項目は、疼痛以外の 7 項目のうち 3 項目、心理・精神的負担は 4 項目のうち 2 項目、スピリチュアルの援助では 5 項目のうち 3 項目、家族・親族との関係調整では 5 項目のうち 4 項目で心身ケアニーズがあった。また、喪失・悲嘆・死別サポートでは 3 項目の全てに、基本的ニーズの援助では 8 項目のうち 5 項目、ペインマネジメントでは 8 項目のうち 1 項目で心身ケアニーズの出現があった(表 5-7)。以上から、開始期で訪問看護師が捉えた心身ケアニーズは身体的ニーズと心理的・精神的ニーズ及び家族との関係調整の心身ケアニーズを捉えていた。

ケア成果では、9 カテゴリーで成果があったと認識していた。カテゴリー別でみるとデスマネジメントで 7 項目のうち 6 項目、家族・親族との関係調整では 6 項目のうち 5 項目、喪失・悲嘆死別サポートで 3 項目全てに到達できたと捉えていた。基本的ニーズは 8 項目のうち 6 項目、ケア体制の確立では 6 項目全て、ペインマネジメントでも 5 項目全てに達成したと認識していた。疼痛以外の苦痛症状と心理・精神的援助はケア成果の達成はなかった。訪問看護師はニーズがなくてもデスマネジメントやペインマネジメントの看護支援を実践していた(表 5-8)。
3. 訪問看護サービス調整による家族満足度を高めた開始期支援は、緊急・療養支援の「必要時、介護用品の購入、医療機器機材についての点検と確認」「サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認」であった。利用者・家族支援は「兄弟・親族・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」であった。連携・調整は満足度及び介護継続意思の

有意な差はなかった。家族の介護継続意思に繋がった項目は、緊急・療養支援では「必要時、介護用品の購入、医療機器機材についての点検と確認」「主治医との情報の打ち合わせ」であった。利用者・家族支援では「福祉用具の安全・利便性の点検」で介護継続意思を高めていた(表 5-9)。また、訪問看護サービス調整と家族満足度及び介護継続意思のカテゴリー別では、利用者・家族支援は介護継続意思に影響を与えていた(表 5-10)。

4. 訪問看護サービス調整、開始期のケア評価と家族満足度及び介護継続意思では、訪問ケア体制と機能で「緊急時連絡網作成」「緊急時の協力要請」「共同計画を立てている」「医療の緊急時指示方法の確認」の機能は、家族満足度を高めていた。

心身ケアニーズの有無別比較では、8カテゴリーで家族満足度との有意な差はなかった。介護継続意思は、悲嘆で家族と専門職間で情報が不十分でないことが介護継続意思に繋がった。ケア成果では、家族満足度の有意な差はみられなかった(表 5-11)。

介護継続意思では痛みの看護支援による改善や、発熱などの症状の改善に対する看護支援は介護継続意思に繋がっていた。また、心理・精神で不安、苛立ちのケア、悲嘆では家族の思いを反映した支援をすることで介護継続意思に繋がっていた(表 5-12、5-13)。

5. 訪問看護師、家族介護者による調査項目の課題から情報の不十分なとき、主治医と話し合いの場を持つための調整をすることは、利用者・家族が安心し、医療職種間の情報共有の打ち合わせが行われることは開始期支援に影響していた。また、緊急時、医師との連携やニーズに適切に対応が必要とされた。これらの項目は必要な開始期支援として明らかにされた。したがって選定した項目はケア成果指標として開始期で使用できると考え、具体的な開始期支援の実用化できる検討ができた。その結果、必要な開始期支援は 56 項目が挙げられ、開始期ケア成果指標として作成した(表 5-15)。

引用文献

- 荒木 晴美, 新鞍 真理子, 炭谷 靖子, (2008): 介護者が自宅での看取りを希望することに
関連する要因の検討, 7(2), p51-60.
- 秋山 明子, 沼田 久美子, 三上 洋(2007): 在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看
取り実現する要因に関する研究, -療養者の遺族を対象とした調査による検討-, 日本
老年学会誌, 44(6), p740-746.
- Betty R. Ferrell, Michelle Rhiner, Marlene Zichi, Cohen, Marcia Grant(1991):
Pain as a Metaphor for illness part1: Impact of Cancer Pain on Family
Caregivers, 18(8), p 1303-1308.
- Christine J, Julia, M(2004): Evaluating palliative care: Bereaved Family
members' Evaluations of patient's pain, Anxiety and Depression, Journal of pain
and symptom management, 28 (2), p104-114.
- Catherine M, Paul S, Lorraine W, Douglas L, Elspeth P, Charles R, Lesley F (1996):
Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of
patients' views, BMJ Journal, 21, p 724-726.
- 藤川 あや, 小林 恵子, 平澤 則子, 飯吉令枝(2011): 在宅での看取りを可能にする訪問看
護の医療連携体制に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 14(2), p 76-86.
- 福井 小紀子(2002): がん患者の家族の情報ニーズ及び情報伝達に関する認識とその関連要
因, 初期と末期の比較, 22(3), p 1-9.
- 古瀬 みどり(2014): 終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア,
家族看護学研究, 19(2), p 90-99.
- 福井 小紀子(2007): 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況及び
看護支援・他職種連携との関連性の検討, 看護科学学会誌, 27(3), p 48-56.
- 堀井 たづ子, 光本 幸子, 蔦田 理佳, 大西 早百合(2008): 在宅療養中の終末期がん患者を看
病する家族の心情と療養支援に関する質的研究, 京府医大看護紀要, 17, p41-48.,
- Jenkins v, L Fallowfield and j saul(2001): Information needs of patients with cancer,
results from a large study in UK cancer centres, British journal of cancer, 84(1), p
48-51.
- 葛西 好美, 四ツ屋 真由美(2008): 訪問看護における利用者と訪問看護師の訪問看護サー
ビス満足度の比較, 日本在宅ケア学会誌, 12(1), p 53-61.
- 川越 厚(2013): がん患者の在宅ホスピスケア 46-47, 11, 医学書院, 東京.
- Linda J, Kristjanson, Jeff A, Sloan. Deborah Dudgeon, Eleanor Adaskin(1995):
Family Members' perceptions of palliative cancer care, predictors of family
functioning and family members' health. Journal of palliative care, 12, p 10-20.
- Mary L, Linda Kristjanson, Irene Higginson(1995): Psychosocial Issues in Palliative
Care, The patient, the family, and the process and outcome of care, Journal pain
and symptom management, 10(2), p 142-150.
- 難波 貴代(2005): 利用者満足度を高めるための在宅ケア内容に関する研究, 日本保健福祉

- 学会誌 12, p13-20.
- 日本看護協会 編(2015) : 看護白書, p35, 日本看護協会出版社, 東京.
- 荻原 正子(2012) : 訪問看護サービスの評価 1 質の良い訪問看護とは-訪問看護の質評価を考える-, 日本訪問看護振興財団 編, 新刷訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル, 2 版, p331, 日本看護協会出版会, 東京.
- 小野 若菜子, 麻原 きよみ(2007) : 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観, 日本看護科学学会誌, 27(29), p34-42.
- Penny E Bee, Pamela barnes, Karen A Luker(2008) : A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer, journal of Clinical nursing, 18, p 1379-1393.
- R Harding L, J. Higginson (2003) : What is the best way to help caregivers in cancer and Palliative Care?, A systematic literatyr review of interventin and their effectiveness, 17, p 63-74.
- Rob Sanson-Fisher, Afaf girgis, Billie Bonevski, louise burton, peter cook(2000) : The unmet supportive care needs of patients with cancer, American Cancer Society, p 226 -237.
- 島内 節, 鈴木 琴江(2008) : 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, 日本看護科学学会誌, 28(3), p24-33.
- 成 順月, 島内 節, 薬袋 淳子その他 1 名(2013) : 受け持ち看護師の評価によるがん患者の終末期在宅ケアにおける経過時期別ケアニーズの出現率, インターナショナル Nursing Research 研究会, 12(2), p15-24.
- 内田 陽子, 山崎 京子(2000) : 利用者満足度の高い訪問看護のケア体制の特徴に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 14(1), p94-101.
- Wiggers JH, Donovan KO, Redman S,sanson-Fisher, (1990) : Cancer psatisfaction, withcare, U.S.Nationary of Meicine, National Institutes of Health, 66(3), p610-166.
- 山本 純子, 島内 節, 安藤 純子, 金澤 寛(2015) : 在宅終末期の療養開始期における高齢者を介護した家族による満足度・介護継続意思に関連する訪問看護サービス調整の要因, 日本保健福祉学会誌, 22(1), p13-22.

第6章 第3研究 在宅療養終末期の開始期におけるケア成果指標の有用性の検討

第1節 研究目的

本研究では、第2研究で作成した在宅療養終末期高齢者の開始期支援に関するケア成果指標を用いて訪問看護を導入し、高齢者の在宅療養終末期開始期7日目と14日目について在宅療養状況を評価し、訪問看護におけるケア成果指標の有用性を検討することである。

第2節 研究方法

1. 調査対象

対象は訪問看護 ST の13施設において在宅で終末期を迎える高齢者及び家族とその受持ち訪問看護師79組である。

2. 調査期間

2015年12月～2016年2月～5月と2016年8月である。

3. 研究デザイン

自記式無記名による横断的記述的調査(前向き調査)

4. 調査方法

4-1 訪問看護 ST 管理者及び訪問看護師への調査依頼

第2研究で協力を得た19施設の訪問看護 ST 管理者に、口頭と書面にて本研究の目的と趣旨を伝えた。その結果、13か所の訪問看護 ST から研究協力の研究同意を得た。研究同意を得た訪問看護 ST 管理者へ在宅で終末期ケアを希望し、かつ在宅療養生活を開始する利用者の14日間を通し、ケア成果指標を用いたケア評価の記載を訪問看護 ST 管理者から受持ち訪問看護師に調査依頼した。

調査票は、訪問看護 ST 管理者へ封筒を個別に入れて郵送し、訪問看護 ST 管理者から受持ち看護師へ調査票を配布することを依頼した。依頼内容説明は同封したが不明であれば直接研究者へ連絡する旨を明記した。また、調査票は在宅療養終末期の開始期支援の開始日から7日目と14日目に記載する欄を設け、調査票と合わせてケア成果指標の記述と返送を依頼した。調査票の返信をもって同意とした。

4-2 ケア成果指標を使用後の聞き取りによる検討と必要な開始期支援の確認

調査協力を得た訪問看護 ST 管理者と訪問看護師からケア成果指標を用いた事について聞き取りを休憩時間に行った。また、訪問看護 ST 管理者と受持ち看護師から療養中の利用者・家族へ個人に特定することがないことを配慮する旨を説明し、3ヶ月後の様子

についても聞き取りを依頼した。

5. 在宅療養開始期 14 日間のケア成果指標調査と開始期支援後の状況確認

5-1 ケア成果指標の調査内容

調査内容は、研究 2 で作成した開始期におけるケア成果指標の項目は、病院及び施設から退院、退所した終末期にある高齢者の在宅療養開始に着目して、療養開始 7 日目と 14 日目に第 2 研究で抽出した 56 項目を開始期ケア成果指標とした。それに追加して受持ち看護師の基本属性のほかに、連携の困難な職種の有無、家族支援の有無、開始期に必要と思うケア体制、訪問看護サービス調整の自由記載欄を設けた。その他に調査票には退院前、情報共有会議の開催の有無と緊急時、医師との連携が困難な場合の有無とした(資料 7)。

具体的な項目は、訪問看護ケア体制と機能と 3 項目である。

ケア内容として、ペインマネジメント 5 項目、疼痛以外の苦痛症状 8 項目、心理・精神的援助 4 項目、スピリチュアルの援助 5 項目、デスマネジメント 6 項目、悲嘆・死別サポート 3 項目、基本的ニーズ 8 項目の計 39 項目である。訪問看護サービス調整は、緊急・療養支援 8 項目、利用者・家族支援 6 項目の計 14 項目である。これらの項目をケア成果指標として協力を得た訪問看護師にチェックを依頼した。質問紙による調査票は、終末期ケアを迎える高齢者の療養開始から 7 日目と 14 日目で受持ち訪問看護師が提供した訪問看護サービスのケア成果を記載する方法とした。

ケア成果指標の評価は、できる 4 点、まあまあできる 3 点、あまりできない 2 点、できない 1 点の 4 件法で得点化した。退院前、情報共有会議の評価は、毎回している 4 点、必要時している 3 点、あまりしていない 2 点、していない 1 点の 4 件法で得点化した。緊急時、医師との連携に困難の評価は、ある 4 点、ときどきある 3 点、たまにある 2 点、全くない 1 点の 4 件法で得点化した。

5-2 ケア成果指標使用後の 3 ヶ月後の状況確認

在宅療養終末期においてケア成果指標を用いて訪問看護サービス支援を行った 3 ヶ月後の様子は、次の 4 点について管理者、受け持ち訪問看護師に聞き取りを行った。その内容は(1)現在の居場所(病院入院、在宅、施設入所)、(2)在宅死亡、(3)居場所の理由と利用者・家族の状況、(4)入院理由、(5)開始期支援成果指標の使用後の評価とした。

6. 分析方法

受持ち訪問看護師が実施したケア内容の成果、訪問看護サービス調整、訪問看護ケア体制と機能は、開始期から 7 日目と 14 日目の比較をするため対応のある t 検定で分析した。また、訪問看護ケア体制と機能、ケア内容の成果、訪問看護サービス調整と退院前、情報共有会議の毎回開催の有無、緊急時、医師の連携の困難についての分析には 7 日目と 14 日目の関連を t 検定、Mann-WhitneyU 検定で分析した。また、退院前、情報共有会議の毎回開催のあり、なし群の比較は、毎回ありを毎回あり群とし、必要時している、あまりし

ていない、していないを毎回なし群の2件法とした。

緊急時、医師の連携に困難のあり、なし群の比較は、ある、ときどきあるをあり群とし、ほとんどない、ないをなし群の2件法とした。解析分析には、SPSS 23バージョンを使用し、有意水準は5%未満とした。

第3節 結果

1. 受持ち訪問看護師の属性と退院前、情報共有会議、緊急時、医師との連携困難

調査票は、13箇所の訪問看護STの訪問看護師79名に調査を依頼した。その内、60名75.9%の訪問看護師から回収を得た。

受持ち訪問看護師の属性、退院前、情報共有会議、緊急時、医師との連携の有無については表6-1に示した。受持ち看護師の性別は、男性5名(8.3%)、女性55名(91.7%)であった。平均年齢は40.1歳(±6.7)、平均経験年数は7.1年(±6.01)であった。また、終末期ケアの経験数は22.7事例(±27.0)であった。在宅移行時に開催する退院前、情報共有会議では「毎回あり」と回答した者は45.0%、緊急時、医師との連携困難な場合が「ある」と回答した者は10.0%、「ときどきある」は43.3%であり、「ある」と「ときどきある」であった。

表6-1 受持ち訪問看護師の属性と退院前、情報共有会議・緊急時の医師との連携 n=60

項 目		n	%
性別	男性	5	8.3
	女性	55	91.7
年齢	平均年齢(±SD)	40.1(±6.7)	
訪問看護経験年数	平均年数(±SD)	7.1(±6.01)	
終末期の経験者数	平均数(±SD)	22.7(±27.0)	
退院前、情報共有会議	毎回している	25	45.0
	必要時にしている	29	48.3
	あまりしていない	3	5.0
	していない	1	1.7
緊急時、医師との連携困難	ある	6	10.0
	ときどきある	26	43.3
	ほとんどない	17	28.3
	ない	10	16.7
平均値(±標準偏差値)			

2. 在宅療養終末期の開始期における7日目と14日目のケア成果

在宅療養終末期の開始期における7日目と14日目のケア成果は、表6-2で示したように対応のあるt検定で検討した。「」は、項目を示した。

訪問看護ケア体制と機能では、「緊急時連絡網を作成し使用する」「一致したケア提供を行うため、共同計画を立てて実施する」「医師の緊急時指示方法の連携を確認する」の3項目で7日目より14日目の方が有意に高かった($p=0.004\sim 0.001$)。

ケア内容についてカテゴリー別にみるとペインマネジメント5項目で7日目より14日

目の方が有意に高かった($p=0.023\sim0.001$)。

疼痛以外の苦痛では、「本人・家族の意向を踏まえた水分・出納管理ができる」で7日目より14日目の方が有意に高かった($p=0.021$)。

心理・精神的援助は、「本人の不安や苛立ちが軽減される」「家族が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活ができる」「家族の不安や苛立ちが軽減される」の3項目で7日目より14日目の方が有意に高かった($p=0.001$)。

スピリチュアルの援助では、「本人・家族の信じる者を尊重されていることを実感できる」「自分の存在の意味、価値を見出すことができる」「本人が家族や他者へのつながりやいたわりを実感できる」で有意に高かった($p=0.018$)。

デスマネジメントは、「本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できる」「今後どのように生きたいか表現できる」「必要は医療が受けられたと納得できる」「最後はどこで死を迎えたいか、本人・または家族が自己決定できる」「本人から家族へメッセージを残せた、または準備ができた」でも7日目より14日目の方が有意に高かった($p=0.021\sim0.001$)。

喪失、悲嘆、死別サポートでは、「家族の意向を反映したケアが提供できる」「家族の不安や感情が表出できる」「家族が自分に時間を持てる」の3項目で有意に高かった($p=0.018\sim0.001$)。

基本的ニーズの援助では、「清潔が保てる」「排泄に関する苦痛、ストレスがない」「睡眠が保てる」で有意に高かった($p=0.032\sim0.006$)。

訪問看護サービス調整については、緊急・療養支援で「身体介護、生活支援の情報共有、継続したケア提供をする」「緊急時に備えた、家族への連絡先対応方法の指導をする」

「緊急時、受け入れ先の事前確認する」「治療方針と緊急時対応方法の相談する」「契約内容について丁寧な説明と確認をする」「必要時、介護用品の購入、医療機器・機材についての点検と確認をする」「今後予測される症状、変化、対処方法の説明、家族意向を確認」「情報が不十分なときは主治医との話し合いの場を設け、情報提供をする」の全8項目で7日目より14日目で有意に高かった($p=0.019\sim0.001$)

利用者・家族支援では、「介護の知識・技術方法を理解するまで確認し、説明する」「家族、親族間における介護負担の確認」「福祉用具の安全・利便性の確認をする」「主介護者の休息時間の確保・休憩の有無を確認する」「衛生材料についての提供と補足の点検をする」「兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整をする」全6項目で14日目の方が有意に高かった($p=0.009\sim0.001$)。

表6-2 在宅療養終末期の開始期における7日目と14日目のケア成果 n=60

項目		7日目		14日目		7・14日目の平均値の差			
		MD	SD	MD	SD	t値	p値		
機 能 と ア ク チ ビ ティ 	緊急時連絡網を作成し使用する	3.55	0.67	3.68	0.62	-.133	-3.013	0.004	
	一致したケア提供を行うため、共同計画を立て実施する	3.18	0.79	3.43	0.72	-.250	-4.435	0.001	
	医師の緊急時指示方法の連携を確認する	3.43	0.67	3.60	0.59	-.167	-3.435	0.001	
ケ ア 内 容	ペ イ ン ト	疼痛が軽減した、または消失した	2.75	0.86	3.22	0.83	-467	-4.992	0.001
	疼痛増強時は我慢せず医療職に援助を求めることができる	2.87	0.75	3.27	0.78	-400	-3.841	0.001	
	適切に痛み表現ができる	2.72	0.74	3.08	0.85	-367	-3.452	0.001	
	副作用が消失した、または軽減する	2.58	0.79	2.92	0.94	-333	-3.543	0.001	
	薬物療法に関する不安トラブルがない	2.57	0.79	3.03	0.84	-467	-4.838	0.001	
	疼 痛 以 外 の 苦 痛	呼吸困難が消失した、または軽減する	2.80	1.04	2.98	1.03	-183	0.833	0.094
	消化器症状が消失した、または軽減する	2.75	0.86	2.87	0.93	-117	0.691	0.196	
	嚥下性肺炎をおこさない	3.05	0.85	2.98	0.87	.067	0.634	0.419	
	嚥下状況の改善、または消失する	2.78	0.92	2.83	1.01	-.050	0.699	0.582	
	感染症が消失し、新たな感染症が出現しない	3.13	0.96	3.20	0.97	-.067	0.482	0.289	
	本人・家族の意向を踏まえた水分出納管理ができる	2.72	0.64	2.97	0.66	-.250	0.816	0.021	
	皮膚トラブルがない、または改善する	2.85	0.86	3.07	0.86	-.217	0.865	0.057	
倦怠感・苦痛が増強しない	2.52	0.70	2.63	0.78	-.117	0.666	0.180		
神 心 的 理 解 ・ 助 手 精 神	本人が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活ができる	2.60	0.67	2.78	0.72	-183	-1.899	0.062	
本人の不安や苛立ちが軽減される	2.58	0.70	2.90	0.68	-317	-4.324	0.001		
家族が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活ができる	2.50	0.68	2.95	0.79	-.450	-4.296	0.001		
家族の不安や苛立ちが軽減される	2.58	0.65	2.97	0.74	-.383	-3.356	0.001		
ア ス ル ビ の リ ア ン ス	本人・家族の気になること、遺り残したことが実現できる	2.50	0.83	2.67	0.97	-.167	-1.863	0.067	
本人・家族の信じるものを尊重されていることを実感できる	2.90	0.90	3.05	0.89	-.150	-2.256	0.028		
本人が重要なメッセージ、または文章が残せる	2.37	1.12	2.53	1.16	-.167	-1.800	0.077		
自分の存在の意味、価値を見出すことができる	2.48	1.05	2.73	1.04	-.250	-2.750	0.008		
本人が家族や他者とのつながりやいたわりを実感できる	2.83	0.78	3.03	0.80	-.200	-2.427	0.018		
デ ス マ シ ア 	本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できる	3.02	0.72	3.28	0.69	-.267	-2.688	0.009	
今後、どのように生きたいかを表現できる	2.67	0.82	2.83	0.87	-.167	-3.013	0.004		
本人・家族が病状悪化や死に対する不安や恐怖を表現し、軽減できる	2.53	0.77	2.83	0.87	-.300	-1.692	0.096		
必要な医療は受けられたと納得できる	2.68	0.75	3.05	0.79	-.367	-2.373	0.021		
最後はどこで死を迎えたいか、本人または家族が自己決定できる	2.97	0.76	3.30	0.74	-.333	-4.886	0.001		
本人から家族へメッセージが残せた、または準備ができる	2.53	1.05	2.77	1.11	-.233	-4.294	0.001		
ポ ー ト サ ー 	家族の意向を反映したケアが提供できる	2.95	0.72	3.32	0.65	-.367	-2.427	0.018	
家族の不安や感情が表出できる	2.85	0.78	3.27	0.71	-.417	-4.637	0.001		
家族が自分に時間を持つ	2.50	0.79	2.83	0.89	-.333	-4.294	0.001		
基 本 的 の 二 次 的 の 援 助	嗜好にあった規則正しい生活を送ることができる	2.60	0.81	2.75	0.84	-.150	-1.697	0.095	
ADL・IADLにあわせた、自立度を最大限に維持し生活ができる	2.82	0.77	2.95	0.83	-.133	-1.342	0.185		
転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった	3.50	0.98	3.55	1.00	-.050	-1.000	0.321		
清潔が保てる	3.12	0.69	3.28	0.74	-.167	-2.199	0.032		
問題行動はなかった、もしくは緩和する	3.32	1.03	3.35	1.01	-.033	-.468	0.641		
排泄に関する苦痛、ストレスがない	2.62	0.76	2.83	0.78	-.217	-2.869	0.006		
排便コントロールができる	2.80	0.71	2.97	0.76	-.167	-1.744	0.086		
睡眠が保てる	2.72	0.69	2.88	0.74	-.167	-2.199	0.032		
訪 問 看 護 サ ー ビ ス 調 整	緊急・療養支援	身体介護、生活支援の情報共有、継続したケア提供をする	3.17	0.72	3.32	0.75	-.150	-2.416	0.019
	緊急時に備えた、家族への連絡先対応方法の指導をする	3.45	0.57	3.57	0.62	-.117	-2.427	0.018	
	緊急時、受け入れ先の事前確認する	3.42	0.67	3.58	0.70	-.167	-3.435	0.001	
	治療方針と緊急時対応方法の相談する	3.07	0.90	3.33	0.88	-.267	-3.572	0.001	
	契約内容について丁寧な説明と確認をする	3.25	0.84	3.48	0.77	-.233	-4.238	0.001	
	必要時、介護用品の購入、医療機器・機材についての点検と確認をする	3.45	0.77	3.62	0.69	-.167	-3.435	0.001	
	今後予測される症状、変化、対処方法の説明、家族意向を確認	3.07	0.90	3.33	0.88	-.267	-3.572	0.001	
	情報が不十分なときは主治医との話し合いの場を設け、情報提供をする	2.98	0.85	3.25	0.82	-.267	-3.768	0.001	
	利用者支援・家族	介護の知識・技術方法を理解するまで確認し、説明する	3.18	0.79	3.53	0.70	-.350	-4.957	0.001
	家族、親族間における介護負担の確認	3.12	0.78	3.35	0.63	-.233	-2.685	0.009	
福祉用具の安全・利便性の確認をする	3.28	0.67	3.45	0.65	-.167	-3.085	0.003		
主介護者の休息時間の確保・休憩の有無を確認する	2.92	0.81	3.20	0.90	-.283	-3.428	0.001		
衛生材料についての提供と補足の点検をする	3.45	0.72	3.62	0.67	-.167	-2.824	0.006		
兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整をする	2.93	0.86	3.28	0.80	-.350	-3.960	0.001		

※対応のあるt検定 ※ 網掛け部分は統計的に有意な関連を示した要因項目を指す

3. 緊急時、医師との連携困難からみた開始期 7 日目と 14 日目のケア成果

ケア成果指標による緊急時、医師と連携に困難があり群となし群のケア成果は表 6・3 に示した。項目は「 」で示す。

緊急時、医師との連携に困難さによる訪問看護のケア体制と機能に関しては 7 日目、14 日目ともにケア成果の有意な差はなかった。

7 日目のケア内容では、ペインマネジメントが「薬物療法に関する不安・トラブルがない」で連携に困難があり群の平均値 2.30(±0.73)より、なし群の平均値 2.59(±0.89)の方が有意に高かった($p=0.003$)。「疼痛が軽減した、または消失した」では、7 日目で連携に困難があり群の平均値 3.00(±0.92)の方が、なし群の平均値 2.55(±0.75)より有意に高かった($p=0.040$)。

スピリチュアルの援助では、「本人・家族の気になること、遣り残したことが実現できる」で連携に困難があり群の平均値 2.74(±1.06)は、なし群の平均値 2.30(±0.53)より有意に高かった($p=0.042$)。

デスマネジメンでは、「必要な医療は受けられたと納得できる」で連携に困難があり群の平均値 2.96(±0.65)は、なし群の平均値 2.45(±0.75)より有意に高く($p=0.008$)、「最期はどこで死を迎えたいか、本人または家族が自己決定できる」で連携に困難があり群の平均値 3.30(±0.67)は、なし群の平均値 2.70(±0.73)より有意に高かった($p=0.002$)。

喪失・悲嘆・死別サポートでは、「家族は自分の時間を持てる」で連携に困難があり群の平均値 2.78(±0.89)で、なし群の平均値 2.27(±0.63)より有意に高かった($p=0.013$)。

訪問看護サービス調整については、緊急・療養支援で「必要時、介護用品の購入、医療器具、機材についての点検と確認をする」は、連携に困難があり群の平均値 3.70(±0.78)で、なし群の平均値 3.2(±0.71)より有意に高かった($p=0.019$)。

利用者・家族支援では、「介護の知識・技術方法を理解するまで確認する」で連携に困難があり群の平均値 3.33(±0.68)は、なし群の平均値 2.9(±0.83)より有意に高かった($p=0.050$)。「福祉用具の安全と利便性の確認する」でも連携に困難があり群の平均値 3.48(±0.58)は、なし群の平均値 3.1(±0.70)より有意に高かった($p=0.036$)。「衛生材料についての提供と補足の点検をする」では、連携に困難があり群の平均値 3.70(±0.67)は、なし群の平均値 3.2(±0.71)より有意に高かった($p=0.013$)。

開始期 14 日目のケア内容では、緊急時、医師との連携に困難があり群となし群を比較すると、ペインマネジメントで「薬物療法に関する不安・トラブルがない」で、連携に困難があり群の平均値 3.33(±0.83)は、なし群の平均値 2.79(±0.78)より有意に高かった($p=0.011$)。

疼痛以外の苦痛症状は、「嚥下状況の改善、または消失する」で連携に困難があり群の平均値 3.11(±1.22)で、なし群の平均値 2.61(±0.75)より有意に高かった($p=0.050$)。

スピリチュアルの援助では、「本人・家族の気になること、遣り残したことが実現できる」で連携に困難があり群の平均値 3.00(±1.11)より、なし群の平均値 2.39(±0.75)の方が有意に高かった($p=0.015$)。

デスマネジメンでは、「必要な医療は受けられたと納得できる」で連携に困難があり群

の平均値 $3.37(\pm 0.79)$ は、なし群の平均値 $2.79(\pm 0.70)$ より有意に高かった ($p=0.004$)。「最後はどこで死を迎えたいか、本人または家族が自己決定できる」は連携に困難があり群の平均値 $3.52(\pm 0.75)$ は、なし群の平均値 $3.12(\pm 0.70)$ より有意に高かった ($p=0.038$)。「本人から家族へメッセージが残せた、または準備ができる」では、連携に困難があり群の平均値 $3.11(\pm 1.34)$ は、なし群の平均値 $2.48(\pm 0.80)$ より有意に高かった ($p=0.028$)。

基本的ニーズの援助の「ADL・IADL に合わせた、自立度を最大限に維持し、生活ができる」は、連携に困難があり群の平均値 $3.70(\pm 1.03)$ は、なし群の平均値 $3.42(\pm 0.97)$ より有意に高かった ($p=0.050$)。

訪問看護サービス調整の緊急・療養支援では、7日目と同じく14日目でも必要時、介護用品の購入、医療機器・機材についての点検と確認をするが緊急時、医師との連携に困難があり群の平均値 $3.89(\pm 0.64)$ は、なし群の平均値 $3.39(\pm 0.66)$ より有意に高かった ($p=0.005$)。

利用者・家族支援では、7日目と同じく14日目でも福祉用具の安全・利便性の確認するで医師との連携に困難があり群の平均値 $3.7(\pm 0.55)$ は、なし群の平均値 $3.27(\pm 0.67)$ より有意に高かった ($p=0.018$)。

表6-3 緊急時、医師との連携困難からみた開始期7日目と14日目のケア成果

項目	7日目(緊急時、連携に困難)					14日目(緊急時、連携に困難)						
	あり(n=27)		なし(n=33)		p値	あり(n=27)		なし(n=33)		p値		
	MD	SD	MD	SD		MD	SD	MD	SD			
機能 体護訪問 制ケアと ア看護	緊急時連絡網を作成し使用する	3.52	0.70	3.58	0.66	0.747	3.67	0.68	3.70	0.59	0.853	
	一致したケア提供を行うため、共同計画を立て実施する	3.15	0.82	3.21	0.78	0.758	3.41	0.75	3.45	0.71	0.804	
	医師の緊急時指示方法の連携を確認する	3.52	0.64	3.36	0.70	0.380	3.45	0.71	3.52	0.67	0.219	
ケア内容	メイン メン ト ネ ジ	疼痛が軽減した、または消失した	3.00	0.92	2.55	0.75	0.040	3.33	1.00	3.12	0.65	0.326
		疼痛増強時は我慢せず医療職に援助を求めることができる	2.93	0.73	2.82	0.77	0.583	3.37	0.84	3.18	0.73	0.355
		適切に痛み表現ができる	2.81	0.74	2.64	0.74	0.356	3.19	0.92	3.00	0.79	0.406
		副作用が消失した、または軽減する	2.59	0.89	2.58	0.71	0.935	3.00	1.07	2.85	0.83	0.541
		薬物療法に関する不安トラブルがない	2.30	0.73	2.59	0.89	0.003	3.33	0.83	2.79	0.78	0.011
	疼 痛 以 外 の 苦 痛 症 状	呼吸困難が消失した、または軽減する	2.96	0.98	2.67	1.08	0.275	3.22	1.01	2.79	1.02	0.106
		消化器症状が消失した、または軽減する	2.93	0.96	2.61	0.75	0.152	3.04	1.09	2.73	0.76	0.201
		嚥下性肺炎をおこさない	3.04	0.71	3.06	0.97	0.916	3.07	0.87	2.91	0.88	0.471
		嚥下状況の改善、または消失する	2.93	1.07	2.67	0.78	0.282	3.11	1.22	2.61	0.75	0.050
		感染症が消失し、新たな感染症が出現しない	3.33	1.04	2.97	0.88	0.148	3.37	1.11	3.06	0.83	0.222
	心 理 的 援 助 精 神	本人が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活ができる	2.78	0.70	2.45	0.62	0.062	2.81	0.74	2.76	0.71	0.761
		本人の不安や苛立ちが軽減される	2.70	0.67	2.48	0.71	0.229	3.00	0.68	2.82	0.68	0.308
		家族が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活ができる	2.52	0.75	2.48	0.62	0.850	2.96	0.85	2.94	0.75	0.910
		家族の不安や苛立ちが軽減される	2.63	0.74	2.55	0.56	0.619	3.04	0.81	2.91	0.68	0.507
		ス ル ビ の 援 助 チ ュ ウ	本人・家族の気になること、遺り残したことが実現できる	2.74	1.06	2.30	0.53	0.042	3.00	1.11	2.39	0.75
訪 問 看 護 サ ー ビ ス 調 整	本人・家族の信じるものを尊重されていることを実感できる	3.11	1.05	2.73	0.72	0.099	3.26	1.10	2.88	0.65	0.100	
	本人が重要なメッセージ、または文章が残せる	2.44	1.28	2.30	0.98	0.630	2.74	1.35	2.36	0.96	0.212	
	自分の存在の意味、価値を見出すことができる	2.48	1.12	2.48	1.00	0.990	2.78	1.15	2.70	0.95	0.767	
	本人が家族や他者とのつながりやいたわりを実感できる	2.85	0.86	2.82	0.73	0.870	3.00	1.00	3.06	0.61	0.774	
	テ ス マ ネ ジ メ ン ト	本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できる	3.19	0.68	2.88	0.74	0.104	3.37	0.79	3.21	0.60	0.382
	今後、どのように生きたいかを表現できる	2.70	0.91	2.64	0.74	0.754	2.96	1.02	2.73	0.72	0.299	
	本人・家族が病状悪化や死に対する不安や恐怖を表現し、軽減できる	2.59	0.84	2.48	0.71	0.594	3.00	0.88	2.76	0.61	0.214	
	必要な医療は受けられたと納得できる	2.96	0.65	2.45	0.75	0.008	3.37	0.79	2.79	0.70	0.004	
	最後はどこで死を迎えたいか、本人または家族が自己決定できる	3.30	0.67	2.70	0.73	0.002	3.52	0.75	3.12	0.70	0.038	
	本人から家族へメッセージが残せた、または準備ができる	2.78	1.25	2.33	0.82	0.103	3.11	1.34	2.48	0.80	0.028	
訪 問 看 護 サ ー ビ ス 調 整	死 悲 喪 別 喪 失 サ ー ビ ス	家族の意向を反映したケアが提供できる	3.11	0.75	2.82	0.68	0.119	3.44	0.64	3.21	0.65	0.171
	家族の不安や感情が表出できる	2.81	0.92	2.88	0.65	0.754	3.26	0.86	3.27	0.57	0.942	
	家族は自分の時間を持つ	2.78	0.89	2.27	0.63	0.013	2.76	0.79	2.67	0.85	0.108	
	基 本 的 ニ ー ズ の 援 助	嗜好にあった規則正しい生活を送ることができる	2.59	0.89	2.61	0.75	0.949	2.96	0.98	2.94	0.70	0.939
	ADL・IADLにあわせた、自立度を最大限に維持し生活ができる	2.81	0.88	2.82	0.68	0.987	3.70	1.03	3.42	0.97	0.050	
	転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった	3.59	1.05	3.42	0.94	0.514	3.30	0.87	3.27	0.63	0.285	
	清潔が保てる	3.07	0.87	3.15	0.51	0.670	3.63	1.11	3.12	0.86	0.903	
	問題行動はなかった、もしくは緩和する	3.56	1.12	3.12	0.93	0.106	3.00	0.92	2.70	0.64	0.973	
	排泄に関する苦痛、ストレスがない	2.74	0.94	2.52	0.57	0.257	2.963	0.90	2.97	0.64	0.973	
	排便コントロールができる	2.74	0.86	2.85	0.57	0.562	2.85	0.91	2.91	0.58	0.768	
訪 問 看 護 サ ー ビ ス 調 整	緊 急 ・ 療 養 支 援	睡眠が保てる	2.70	0.82	2.73	0.57	0.897	3.41	.75	3.36	0.55	0.795
	身体介護、生活支援の情報共有、継続したケア提供をする	3.19	0.79	3.15	0.67	0.858	3.30	0.78	3.33	0.74	0.851	
	緊急時に備えた、家族への連絡先対応方法の指導する	3.52	0.51	3.39	0.61	0.400	3.63	0.56	3.52	0.67	0.482	
	緊急時、受け入れ先の事前確認する	3.19	0.79	3.15	0.67	0.858	3.30	0.78	3.33	0.74	0.851	
	治療方針と緊急時対応方法の相談する	3.48	0.58	3.36	0.74	0.503	3.63	0.63	3.55	0.75	0.645	
	契約について丁寧な説明と確認をする	3.30	0.78	3.21	0.89	0.702	3.56	0.75	3.42	0.79	0.516	
	必要時、介護用品の購入、医療機器・機材についての点検と確認をする	3.70	0.78	3.24	0.71	0.019	3.89	0.64	3.39	0.66	0.005	
	今後予測される症状、変化、対処方法の説明、家族意向を確認	3.26	0.90	2.91	0.88	0.135	3.48	0.89	3.21	0.86	0.240	
	情報が不十分なときは主治医との情報提供の打ち合わせ	3.07	0.96	2.91	0.77	0.461	3.30	0.95	3.21	0.70	0.694	
	利 用 者 ・ 家 族 支 援	介護の知識・技術方法を理解するまで確認し、説明する	3.33	0.68	2.94	0.83	0.050	3.48	0.89	3.21	0.86	0.147
家族、親族間における介護負担の確認	2.89	0.85	2.91	0.80	0.925	3.26	0.76	3.24	0.75	0.932		
福祉用具の安全・利便性の確認する	3.48	0.58	3.12	0.70	0.036	3.67	0.55	3.27	0.67	0.018		
主介護者の休息時間の確保・休憩の有無を確認する	2.93	0.87	2.91	0.77	0.937	3.26	0.98	3.15	0.83	0.648		
衛生材料についての提供と補足の点検をする	3.70	0.67	3.24	0.71	0.013	3.78	0.64	3.48	0.67	0.090		
兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整する	3.04	0.85	2.85	0.87	0.403	3.41	0.80	3.41	0.80	0.284		

※平均値は、検定

※p値はMann-WhitneyのU検定

※網掛け部分は統計的に有意な関連を示した要因項目を指す

4. 退院前、情報共有会議の開催からみた開始期7日目と14日目のケア成果

ケア成果指標による退院前、情報共有会議が毎回あると回答した場合は、あり群、ない場合は、なし群として開始期のケア成果の比較を t 検定で平均値を求め、表 6・4 で示した。項目は「 」で示す。

7日目では、退院前、情報共有会議に有無でみた訪問看護ケア体制と機能は「緊急時連絡網を作成し、使用する」で、情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.75(±0.44)は、なし群の平均値 3.38(±0.79)より有意に高かった($p=0.030$)。

ケア内容ではデスマネジメントで「本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できる」の7日目で情報共有会議が毎回あり群の平均値 2.88(±0.79)は、なし群の平均値 2.84(±0.72)より有意に高かった($p=0.047$)。

喪失・悲嘆・死別サポートでは「家族の意向を反映したケアが提供できる」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.14(±0.71)は、なし群の平均値 2.78(±0.71)より有意に高かった($p=0.050$)。

訪問看護サービス調整については、緊急・療養支援の「主治医との情報提供の打ち合わせをする」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.25(±0.84)は、なし群の平均値 2.75(±0.80)より有意に高かった($p=0.022$)。

利用者・家族支援は、「家族・親戚間の介護力の役割負担の確認」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.16(±0.88)は、なし群の平均値 2.94(±0.80)より有意に高かった($p=0.009$)。

「介護の知識・技術方法を理解するまで確認し、丁寧に説明する」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.39(±0.74)は、なし群の平均値 2.83(±0.75)より有意に高かった($p=0.009$)。

「福祉用具の安全、利便性の確認をする」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.54(±0.756)は、なし群の平均値 3.06(±0.67)より有意に高かった($p=0.005$)。「衛生材料についての提供と補足の点検をする」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.64(±0.56)は、

なし群の平均値 3.28(±0.81)で有意に高かった($p=0.005$)。

14日間の訪問看護ケア体制と機能では有意な関連はなかった。

ケア内容については、デスマネジメントの「本人・家族が在宅で生活できることを納得して選択できる」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.54(±0.58)は、なし群の平均値 3.09(±0.82)より有意に高かった($p=0.020$)。

訪問看護サービス調整では、利用者・家族支援の「家族・親族間の介護力の役割負担の確認」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.71(±0.53)は、なし群 3.38(±0.79)より有意に高かった($p=0.005$)。「福祉用具の安全、利便性の確認をする」で情報共有会議が毎回あり群の平均値 3.64(±0.56)は、なし群の平均値 3.28(±0.68)より有意に高かった($p=0.030$)。

表6-4 退院前、情報共有会議の開催からみた開始期7日目と14日目のケア成果

項目	7日目 毎回					14日目 毎回					
	あり		なし		p値	あり		なし		p値	
	MD	SD	MD	SD		MD	SD	MD	SD		
機 能 体 護 訪 刺 ケ 問 と ア 看	緊急時連絡網を作成し使用する	3.75	0.44	3.38	0.79	0.030	3.82	0.39	3.56	0.76	0.110
	一致したケア提供を行うため、共同計画を立て実施する	3.32	0.67	3.06	0.88	0.209	3.50	0.58	3.38	0.83	0.508
	医師の緊急時指示方法の連携を確認する	3.61	0.57	3.28	0.73	0.061	3.71	0.46	3.50	0.67	0.161
ベ イ メ ン ト ネ	疼痛が軽減した、または消失した	2.71	0.85	2.78	0.87	0.765	3.11	0.79	3.31	0.86	0.341
	疼痛増強時は我慢せず医療職に援助を求めることができる	2.86	0.80	2.88	0.71	0.927	3.11	0.83	3.41	0.71	0.139
	適切に痛みの表現ができる	2.68	0.72	2.75	0.76	0.712	3.00	0.82	3.16	0.88	0.482
	副作用が消失した、または軽減する	2.54	0.79	2.63	0.79	0.665	2.79	0.96	3.03	0.93	0.319
	薬物療法に関する不安トラブルがない	2.54	0.74	2.59	0.84	0.779	3.04	0.74	3.03	0.93	0.984
疼 痛 以 外 の 苦 痛 症 状	呼吸困難が消失した、または軽減する	2.68	0.98	2.91	1.09	0.401	2.82	0.86	3.13	1.16	0.260
	消化器症状が消失した、または軽減する	2.71	0.81	2.78	0.91	0.765	2.68	0.90	3.03	0.93	0.144
	嚥下性肺炎をおこさない	2.93	0.81	3.16	0.88	0.306	2.75	0.75	3.19	0.93	0.052
	嚥下状況の改善、または消失する	2.82	0.86	2.75	0.98	0.768	2.79	0.96	2.88	1.07	0.736
	感染症が消失し、新たな感染症が出現しない	3.00	0.94	3.25	0.98	0.321	3.11	0.96	3.28	0.99	0.493
	本人・家族の意向を踏まえた水分出納管理ができる	2.75	0.75	2.69	0.54	0.709	2.89	0.63	3.03	0.69	0.425
	皮膚トラブルがない、または改善する	2.82	0.86	2.88	0.87	0.812	2.93	0.90	3.19	0.82	0.248
倦怠感・苦痛が増強しない	2.57	0.74	2.47	0.67	0.576	2.61	0.79	2.66	0.79	0.810	
神 心 的 理 理 援 ・ 助 精	本人が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活ができる	2.64	0.73	2.56	0.62	0.646	2.57	0.79	2.75	1.11	0.481
	本人の不安や苛立ちが軽減される	2.50	0.69	2.66	0.70	0.390	2.89	0.88	3.19	0.90	0.204
	家族が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活ができる	2.64	0.73	2.53	0.57	0.449	2.57	1.20	2.50	1.14	0.814
	家族の不安や苛立ちが軽減される	2.39	0.69	2.59	0.95	0.509	2.82	1.02	2.66	1.07	0.544
ア ス ル ビ の リ 援 手 助 ユ	本人・家族の気になること、遺り残したことが実現できる	2.39	0.69	2.59	0.95	0.356	2.93	0.86	3.13	0.75	0.348
	本人・家族の信じるものを尊重されていることを実感できる	2.79	0.88	3.00	0.92	0.360	3.32	0.67	3.25	0.72	0.693
	本人が重要なメッセージ、または文章が残せる	2.43	1.20	2.31	1.06	0.692	2.82	0.86	2.84	0.88	0.922
	自分の存在の意味、価値を見出すことができる	2.61	1.10	2.38	1.01	0.397	2.82	0.61	2.91	0.86	0.665
	本人が家族や他者とのつながりやいたわりを実感できる	2.79	0.79	2.88	0.79	0.664	3.18	0.67	2.94	0.88	0.242
デ ス ン マ ト ネ ジ メ	本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できる	2.88	0.79	2.84	0.72	0.047	3.54	0.58	3.09	0.82	0.020
	今後、どのように生きたいかを表現できる	2.75	0.80	2.59	0.84	0.464	2.82	1.16	2.72	1.08	0.724
	本人・家族が病状悪化や死に対する不安や恐怖を表出し、軽減できる	2.50	0.75	2.56	0.80	0.757	3.36	0.62	3.28	0.68	0.656
	必要な医療は受けられたと納得できる	2.82	0.77	2.56	0.72	0.183	3.25	0.70	3.28	0.73	0.867
	最後はどこと死を迎えたいか、本人または家族が自己決定できる	3.14	0.80	2.81	0.69	0.092	2.96	0.88	2.72	0.89	0.288
本人から家族へメッセージが残せた、または準備ができる	2.68	1.09	2.41	1.01	0.320	2.71	0.81	2.78	0.87	0.760	
ポ 死 悲 喪 別 嘆 失 ト サ . .	家族の意向を反映したケアが提供できる	3.14	0.71	2.78	0.71	0.050	3.04	0.92	2.88	0.75	0.460
	家族の不安や感情が表出できる	2.89	0.83	2.81	0.74	0.693	3.46	0.92	3.63	1.07	0.539
	家族は自分の時間を持つ	2.64	0.91	2.38	0.66	0.194	3.25	0.75	3.31	0.74	0.747
基 本 的 ニ ー ズ の 援 助	嗜好にあった規則正しい生活を送ることができる	2.679	0.86	2.53	0.76	0.485	3.21	0.92	3.47	1.08	0.332
	ADL・IADLにあわせて、自立度を最大限に維持し生活ができる	2.86	0.85	2.78	0.71	0.707	2.68	0.72	2.97	0.82	0.155
	転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった	3.36	0.95	3.36	0.95	0.296	2.82	0.82	3.09	0.69	0.167
	清潔が保てる	3.11	0.79	3.13	0.61	0.921	2.79	0.79	2.97	0.69	0.343
	問題行動はなかった、もしくは緩和する	3.11	0.96	3.50	1.08	0.143	2.86	0.65	2.72	0.77	0.459
	排泄に関する苦痛、ストレスがない	2.43	0.74	2.78	0.75	0.073	2.86	0.65	2.94	0.72	0.653
	排便コントロールができる	2.82	0.77	2.82	0.77	0.829	3.00	0.82	2.91	0.78	0.651
睡眠が保てる	2.61	0.79	2.81	0.59	0.254	2.93	0.77	3.00	0.72	0.711	
緊 急 ・ 療 養 支 援	身体介護、生活支援の情報共有、継続したケア提供をする	3.29	0.66	3.06	0.76	0.232	3.43	0.63	3.22	0.83	0.282
	緊急時に備えた、家族への連絡先対応方法の指導する	3.50	0.51	3.41	0.61	0.526	3.61	0.57	3.53	0.67	0.641
	緊急時、受け入れ先の事前確認をする	3.50	0.64	3.34	0.70	0.373	3.68	0.67	3.50	0.72	0.326
	治療方針と緊急時対応方法の相談をする	3.48	0.58	3.4	0.74	0.503	3.6	0.63	3.55	0.75	0.645
	契約内容について丁寧な説明と確認	3.36	0.78	3.16	0.88	0.358	3.64	0.56	3.34	0.90	0.135
	必要時、介護用品の購入、医療機器・機材についての点検と確認をする	3.64	0.62	3.28	0.85	0.069	3.75	0.52	3.50	0.80	0.164
	今後予測される症状、変化、対処方法の説明、家族意向の確認をする	3.21	0.83	2.94	0.95	0.238	3.43	0.69	3.25	1.02	0.436
主治医との情報共有の打ち合わせをする	3.25	0.84	2.75	0.80	0.022	3.46	0.69	3.06	0.88	0.056	
利 用 者 ・ 家 族 支 援	家族、親族間の介護力の役割負担の確認	3.16	0.88	2.94	0.80	0.009	3.71	0.53	3.38	0.79	0.050
	介護の知識・技術方法を理解するまで確認し、丁寧に説明する	3.39	0.74	2.88	0.75	0.009	3.46	0.51	3.25	0.72	0.193
	福祉用具の安全・利便性の確認をする	3.54	0.58	3.06	0.67	0.005	3.64	0.56	3.28	0.68	0.030
	主介護者の休息時間の確保・休憩の有無を確認	3.07	0.77	2.78	0.83	0.167	3.29	0.71	3.13	1.04	0.494
	衛生材料についての提供と補足の点検をする	3.64	0.56	3.28	0.81	0.050	3.75	0.52	3.50	0.76	0.149
兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整をする	2.94	0.80	2.75	0.84	0.078	3.43	0.69	3.16	0.88	0.193	

※得点比較はt検定 ※有意差は Mann-WhitneyのU検定 ※網掛け部分は統計的に有意な関連を示した要因項目を指す

5. ケア成果指標の使用後評価と利用者・家族の3ヶ月後の状況確認

5-1 ケア成果指標の使用後評価

ケア成果指標を使用後の聞き取りは、調査協力を得た13施設のうち7施設からケア成果指標使用後の聞き取りの協力を得た。その結果、ケア成果指標の56項目は、「在宅初期の必要なケアの確認やまとめるときに使える」ことや「終末期の開始期だけでなく高齢者が在宅療養する場合にも使えると思う」、「訪問時に何をしたのか、看護支援の継続性などアセスメントや振り返りができるので初めて訪問看護をする際には役立つと思う」などの意見を得た。一方で「この指標で全てのケアが網羅されているわけではないので利用者全体には使えない」、「終末期の開始期だけでなく高齢者が在宅療養する場合にも使えるといい」等の修正を含めた意見も得た。また、療養生活が継続している利用者に対し、訪問看護師は療養中の利用者に入浴サービスやレスパイトケア、デイサービスなどの社会資源を活用していた。さらに、介護支援専門員、医師と情報提供や共有が必要と判断したときには頻りに連絡や話し合いを持つように心がけ、利用者・家族の思いを伝えていた。また、利用者と家族に対し、終末期の療養生活について確認しあい、お互いに情報共有をし、高齢者の場合、自己の表出が乏しいため情報を得る工夫をしていると話していた。

5-2 利用者・家族の3ヶ月後の状況確認

利用者・家族の3ヶ月後の状況確認の結果、利用者の居場所(病院入院、在宅、施設入所)については、病院へ入院した利用者12名29.3%、在宅療養中17名41.4%、死亡者12名29.3%の41名であった。病院への入院理由は、①利用者の状態悪化、②家族の入院希望、③本人の入院希望であった。開始期支援を受けてどのようなケアがよかったかについて療養中の3名の利用者・家族へ訪問看護ST管理者と受持ち訪問看護師を通して聞き取りを聞くことができた。その利用者・家族から次のような意見が出された。「最初はどうか迷ったけど、看護師さんが話を聞いてくれた。何よりも父が喜んでいるので家で看ることにした」、「在宅を始めるときは心配だったがいつでも看護師さんが来てくれて処置をしてもらい安心できた」、「早めに医者に連絡して昼間のうちに診察してもらい助かった」などであった。

表 6-5 ケア成果指標を使用後の聞き取り結果及び利用者・家族の3ヶ月後の状況確認

項目		(3)居場所の理由と利用者・家族の状況
(1)現在の居場所	n(%)	訪問看護ST管理者・訪問看護師による聞き取り内容(在宅療養中の利用者/家族(3名))
在宅療養中	17(41.4)	1 最初はどうかと迷ったけど最初から看護師さんが親切に話を聞いてくれた。 2 父も喜んでいるので家で看ることにした。 3 在宅で看るのは心配だったけどいつでも呼べば看護師さんが来てくれて処置をしてくれ安心した。 4 早めに医者に連絡してくれ、昼間のうちに診察してもらい助かった。 5 兄弟も近くにいるし、病院よりはいいと思っている。
(2)在宅死亡	12(29.3)	
入所	0(0.0)	
(4)入院理由		
入院	12(29.3)	①利用者の状態悪化 ②家族の入院希望 ③本人の入院希望
管理者+受持ち訪問看護師		
(5)開始期支援成果指標の使用後評価		1 在宅初期の必要なケアの確認やまとめるときに使える 2 すべてのケアが網羅されているとはいえないので利用者全体には使えない 3 何をしたのかの振り返りができるので、初めて訪問看護をするには役立つと思う 4 終末期の開始期だけでなく、高齢者が在宅療養する場合にも使えると思う

調査協力を得た訪問看護ステーションの聞き取りに協力した利用者総数 41名

第4節 考察

1. 終末期開始期14日間におけるケア成果指標によるケア成果

終末期開始期におけるケア成果指標によるケア成果は、7日目より14日目の方がケアの改善が行われていた(表6-2)。

訪問看護ケア体制と機能を円滑にするには、訪問看護ST管理者は、積極的に24時間体制の対応工夫を行い、緊急時の連絡体制と医師との連携の調整を行うことが必要とされた。また、その機能は14日間で改善されていた。在宅療養の開始期では、初回時に契約内容の説明や医師の指示に従ってケアを実践することに多くの時間を費やし、現状把握と確認に終始することがある。このような現状を推測すると訪問看護ケア体制が機能するには14日間の期間を要することになる。この期間は川越(2013)、佐藤他(2011)の報告と一致しており、在宅開始期の期間として14日間の集中した看護支援の必要性を示していた。現在、訪問看護報酬では、医師の指示に基づき、14日間連日で訪問できるようになった(日本看護協会,2012)。しかし、訪問看護の介入は医師の指示書によって可能になる。つまり、その指示書がなければ看護介入は難しく、さらに個々の状況によって訪問回数が異なる。しかし、終末期を迎える利用者・家族は不安や心身の負担(厚生労働省,2009)が高いことを考えると7日目で機能が円滑にできるように工夫する必要がある。在宅療養終末期を実現するにはすべての利用者に開始期では指示書と合わせて集中して看護支援できるシステムが必要と考える。また、訪問看護師に対して標準化した訪問看護師の技術提供のためのケア計画を早急に実践できるようにすることが在宅継続に繋がる可能性が明らかにされた。そのため、訪問看護STの管理者は訪問看護師と連携を取りながら利用者の終末期の経過を

想定してアセスメントによる共同計画を早期に立案するための工夫する必要が示唆された。

ケア内容では、ペインマネジメント、喪失・悲嘆・死別サポート、心理・精神援助などが14日目でほぼ全てにケアの改善がされていた(表6-2)。このことから、訪問看護師は、症状の緩和支援と心理的な支援の両面から14日間でケア成果を認識していた。ペインマネジメントの支援に関しては、第2研究で心身ケアニーズの出現が少なかった。しかし、ケア達成度ではすべての項目で高かったことから痛みのコントロールに着目した看護支援をしていたと推測される。また、喪失・悲嘆・死別サポート、心理・精神的援助のカテゴリーは在宅療養終末期を利用者・家族が穏やかな療養生活を迎えるための精神的支援である。そこでの訪問看護師の役割として死への準備、覚悟、家族へメッセージ、利用者・家族の不安表出の援助などを重点的に介入していたことが示唆された。これらの看護支援は、痛みのコントロールと同様に重要な支援であり、ケア成果として挙げていた。そのため、在宅療養終末期の開始期では、これらの症状に対し看護介入を行い、利用者・家族のニーズに対応した看護支援していたと考える。

本研究の訪問看護師の終末期体験数は、表6-1に示すように平均で22.7名であった。その体験数からみると在宅療養終末期の7日目より14日目で平均値が高いことはケア改善がスムーズにすべての項目で進められていたと考える。一方で、疼痛以外の苦痛症状で呼吸困難や消化器症状、倦怠感などの身体的苦痛にかかわる症状が7日目と14日目の差がみられなかった(表6-2)。これらの症状は終末期特有の症状である。特にがんの終末期特有症状である呼吸困難、嘔吐・嘔気、便秘、浮腫、倦怠感(川越,2013)は、改善困難な症状として挙げられている(Douglas et al.,2001 ; Betty et al.,1995 ; Christoph et al.,2011)。利用者・家族にとって心身の苦痛を伴うため、改善が見られにくくても、ニーズに適切に対応する必要から開始期に必要な支援として挙げられる。また、終末期では上述した症状に付随し、ADL低下による日常生活が不自由になり、在宅で終末期を迎える高齢者は日常生活のすべてに介助が必要となるため、利用者の家族に対する気兼ねが増加する。そこでこの基本的ニーズに対する対応は訪問看護師の重要な役割である。本研究における基本的ニーズのケア成果では、訪問看護師は利用者の清潔を保ち、排泄の支援を行い、睡眠不足にならないように対処していた。しかし、規則正しい生活ができないことやADL、IADLの維持の困難さ、問題行動の改善及び排泄のコントロールの困難が7日目と14日目で成果として繋がらなかった。そのため、これらのニーズが改善しなければ家族の介護負担が増加する可能性も推測される。このことから、開始期支援として重要な項目であると考えられる。つまり、これらのケア内容は症状の悪化、変化に伴う緊急ニーズを発生する要因になる可能性が推測されるからである。また家族の介護負担に繋がりがやすく、在宅療養の継続を断念することが考えられる。したがって、ケア成果指標を用いて利用者の状況を把握し、対応すべき看護支援を実践する目安として本研究で作成したケア成果指標の効果が期待できる。

訪問看護サービス調整では、全ての項目で有意な改善を示していた。つまり、訪問看護師は、必要な医療的なケアをしながら、利用者・家族に対して連絡先や受け入れ先の確認、医師による治療方針、病状説明と情報提供の調整、契約内容の説明、医療機器、介護用品

の準備などの緊急時の対応と療養支援を行っていたと考える。また、家族に対し、介護方法の指導、介護負担の軽減につながる支援、休息の確保などの利用者と家族の調整をしていくことが明らかにされた。Karen(1999)は、終末期では個別に全ての家族に対し、病気と予後予測に関しての情報ニーズをケアの前後に発見し、誰がどんな情報を所有しているかを判断し、間違った情報でケアを受けることがないように検討することが重要と述べている。このことから、本研究では、14日間で訪問看護師は、利用者・家族が困らないように個別に全ての家族に対し、ニーズに適切に対応するための訪問看護サービス調整をしていたと考える。

訪問看護サービス調整では、間接的なケアが多く、利用者や家族はケアプランの確認(中谷他,2000)及びケア提供者の態度、在宅マネジメントの説明、状況変化の説明については必要不可欠と考える(Westra et al.,1995)。開始期における症状の緩和を図るための看護介入と同様に、訪問看護サービス調整の支援は、家族が安心して在宅療養を継続する可能性が高い重要な訪問看護の役割と考える。本研究では高齢者の終末期を対象にしていることから、訪問看護サービス調整の支援の多くは介護支援専門員によるサービス提供と位置付けられているが実際には受持ち看護師がその役割を担っていた。このことから、終末期における開始期は身近にいる訪問看護師がサービス調整をすることが多い(近藤他,2002)と言われているように、医療ニーズの高い在宅療養終末期では、早期に看護介入できる訪問看護師が訪問看護サービス調整の調整をする方が効果的かもしれないと考える。

2. ケア成果と緊急時、医師との連携困難に関係した要因

ケア成果指標によるケア成果は、表6-3に示したように、7日目で明らかにされた項目は、ペインマネジメントでは、疼痛の軽減に関するニーズと薬物療法に関する不安トラブルで緊急時の判断での医師との相談で連携困難を感じ、薬物不安の関しては14日目も改善されていなかった。がんの痛みは、病態の説明の不備、隠れた痛みや家族の恐れと苦しみと死に対して圧倒的に耐えられない(Christin et al.,2004)などと言われている。そのため、介護している家族はこうした痛みに対して無力を感じ、精神的な対処、死の受容に対する支援を訪問看護師に求めていると報告がある。痛みを緩和に対応するには、医師と連携が必然であるが「痛みのコントロール」の支援が医師との連携に困難に感じていたことが示唆された。このことから、「痛みのコントロール」に対する緊急に対して適切な対応を早期にしなければ、痛みは利用者だけでなく、家族へ相当な影響を及ぼす(Betty et al.,1991)ことが考えられ、受持ち看護師は情報を共有し、予測される症状を想定し、医師との関係調整や痛みのコントロールに対する薬剤の指示は予め、調整しておくなどの工夫が必要である。また、訪問看護 ST 管理者は、受持ち看護師が困らないように情報を受け止め、医師とのコミュニケーションを深める対応が求められる。

スピリチュアルの援助で7日目と14日目で明らかにされた項目は、本人・家族の遣り残したことが実現できる支援で緊急時の対応で医師との連携に困難を感じていた。この支援は生命に直接かかわる支援ではないが、自分のやり残したいことが実現可能かどうかを判断する際に、医師の病状の説明と同意が必要であり判断がしにくいことが考えられる。

また、デスマネジメントでは、必要な医療は受けられる支援や死に場所の決定、家族へのメッセージなどの相談が困難を感じていた。新田他(2007)は、終末期ケアではたとえ死への恐れがあるとしてもケアをする人と分かち合うことができる援助が重要としている。そのうえで医学教育課程の中であまり重要視されていないと指摘し、在宅療養の医師の役割は利用者に対して信頼関係を築く対応を担う役割の必要性を述べている。このように、在宅医療に理解のある在宅医であれば、緊急時の心理的対応への困難が減少する可能性も考えられ、医師への在宅医療の必要性の認識を高める検討が求められる。

在宅で終末期を迎える利用者・家族は、痛みのほかに精神的な不安や多く介護負担の増強につながりやすく(Christin et al.,2004)、緊急ニーズが高いといわれている。そのため、いつでも対処できるように 24 時間対応体制は必然ではあるが、不安や死に対する恐怖を受け止める支援(堀井他,2008)は、医師との協力体制が重要であり、医師との連携で苦慮していることが示唆された。医師との連携で苦慮している理由には、在宅医は日中から夜間の診察時間までを一人でこなし、日々多忙なことを知っている訪問看護師の気遣いが情報収集や意見交換のしにくさを困難として捉えている(藤原他,2014)と言われている。つまり、医師に対してこのような苦手意識が強いことも考えられ、緊急時、連携による困難さを感じる要因の一つとして推察される。したがって、訪問看護師はこのような現実を見極め、利用者・家族は医師と話しやすいように調整し、医師へ利用者・家族の話を十分に聞くことの必要性を伝える役割が示唆された。

喪失・悲嘆・死別サポートでは、「家族は自分の時間が持てる」で緊急時、医師との連携に困難を感じていた。家族の介護負担の増強は、在宅で看取りを考えても介護負担によって躊躇するかも知れない重要な要因(泉田,2010)であることから、早急に改善する必要がある場合、緊急入院への指示が受けにくい状況が考えられる。そのため、受持ち訪問看護師だけでなく、訪問看護 ST 管理者も利用者・家族が不安に陥らないように開始時期から緊急時に予測される対応方法の工夫が求められる。

開始期 14 日目では表 6-3 に示したように、「嚥下状態の改善、又は消失」に対する支援と「ADL・IADL に合わせた自立度を最大限に維持し、生活できること」への支援で緊急時、医師との連携困難の有無が影響していた。病院から退院する場合には、ある程度病状が安定した状態が考えられる。しかし、在宅療養終末期の開始から 14 日間で日々状態の変化に戸惑い(古瀬,2014; 葛西他,2006)、特に嘔吐やむせなどの嚥下障害がある場合には、在宅医と連絡がつかなければ急を要する状況判断が必要のため救急車で搬送する可能性もあるが訪問看護師は緊急時に医師の指示を受ける際の連携の難しさを感じていると考える。

訪問看護サービス調整では 7 日目で、「福祉用具の安全性、利便性、医療機器、機材についての確認」と「衛生材料の提供と補足」などの緊急時における医療機器などの取り扱いや故障、管理などのニーズと緊急時対応が困難と感じていた。人工呼吸器装着やペースメーカーの埋め込み等の高度医療を必要とする利用者・家族に対して十分な説明や操作方法を理解してもらう支援は必然である。しかし、開始期では利用者・家族は医療機器に慣れていないことも予測され、緊急時のニーズが高くなる(島内他,2008)と考える。このことを難波(2005)は、訪問看護師が単独で行動するのではなく、医療器具や指導、予防的処置、

福祉用具の準備及び感染予防などのケアを効果的に行うことの必要性を指摘している。しかしながら訪問看護師は開始期において、緊急時に医師との連携が円滑に進みにくいと感じている現状から開始期にケアを効果的に実施することが不十分であることが示唆される。そのため、人口呼吸器などの高度医療や医療的処置が多い利用者は、事前に医師の指示を受け、看護判断で必要時訪問できるように方策を考える必要がある。また、いつでも要請があれば24時間体制で緊急時の対応を医師だけでなく、取扱い業者などの医療機器専門者の調整を図る仕組みづくりが必要と考える。これらの緊急ニーズが改善されなければ在宅療養の不安の増強が減少しない可能性があるとして予測され、在宅療養で終末期の継続を断念しないための連携方法の改善は不可欠と考える。

3. ケア成果による退院前、情報共有会議開催に関係した要因

退院前、情報共有会議が毎回開催することで訪問看護体制と機能で緊急時の連絡網の作成は、開始期の緊急時に備えることが可能になることが明らかにされた(表6-4)。

利用者・家族の情報を早期に得ることは訪問看護ケア体制の整備が早期に遂行される可能性が推測された。このことにより緊急時の不安が改善に繋がれば安心して療養生活が継続できると考える。開始期では緊急時の不安が利用者・家族にあるため(広瀬,2015)、緊急時連絡網の作成はこのような心理的な支えにも繋がると考える。

ケア内容では、7日目で退院前、情報共有会議を毎回開催することで本人・家族が在宅で生活することを納得し、選択できるように看護支援が行われ、家族の意向に反映した開始期支援の提供を受持ち看護師は実践していたと考える。このことから、退院前、病院の医療専門職と開催する情報共有会議は重要であり、多忙で開催日程が困難な場合においても必要な情報を得る手段を工夫しながら開催することが利用者・家族の心身の不安の改善に繋がると考える。古瀬(2014)は、終末期がん療養者の家族の心を揺らぎについて「これだったら最期まで家で看られる」という状況判断を引き出し、家族を一つにまとめる合意形成が重要と述べている。つまり、家族は一旦、納得して帰っても、差し迫った死を受け止められるまでには相当なストレスや周囲のサポートが必要であり、意思決定が自由に表出できる環境づくりや合意形成の支援が開始期には必要と考える。そのためには退院前の家族の意思確認と気持ちの揺らぎを理解し、開始直後から家族の相談や心配事を聞く準備は必要と考える。

訪問看護サービス調整では、退院前、情報共有会議が毎回あることで必要な介護方法を丁寧に説明し、医療機器、介護用具、衛生材料などの事前準備や点検、及び補足と家族への必要な介護知識・技術方法の指導を理解できるように説明を行っていた。さらに、病気、症状、今後についての情報が不十分なときには主治医との話し合いの場を設け、利用者・家族への情報提供を適切に調整していたことが示唆された。これらの看護支援は在宅療養移行時の利用者・家族のニーズを満たすことに繋がり、終末期の急速な変化や利用者の体調と主体的な活動等に参加する能力が制限されないように家族に対する社会資源の対応を(Jill,et al,2002)的確に介入することで在宅療養終末期を迎える療養生活の質及び死の質に影響すると思われ重要な支援として挙げられる(Alexi,et al,2008)。

4. ケア成果指標の有用性の確認及び利用者の3ヶ月後の状況

在宅療養終末期の開始期にある高齢者にケア成果指標の使用後に訪問看護 ST 管理者と訪問看護師に開始期での有用性の確認をした。その結果「在宅初期の必要なケアの確認とまとめるのに使用できた」こと、「振り返りができるし、初めてであれば役立つと思う」「終末期だけでなく高齢者の在宅療養に使用できると思う」などの意見が得られた。このことから、本研究で作成したケア成果指標は開始期支援として活用できると考える。しかし、「すべてが網羅されているのではないため、利用者全体では使用できないのではないか」の意見もあり、ケア成果指標はさらなる検討が必要と示唆された。本研究では、第2研究で必要な調査項目を抽出し、その抽出した項目を必要な開始期支援とし、ケア成果指標を作成した。在宅終末期にケア成果指標を用いることで訪問看護ケア体制が整えられ、機能し、ケアが適切に実践される確認ができた。そのため、抽出した56項目(表5-15)は、必要な開始期支援であると考え、ケア成果指標として有用であったことが示唆された。また、利用者の3か月後の状況確認では、在宅療養継続をしている利用者は41.4%、在宅での看取りは29.8%であった(表6-5)。このことから、高齢者の在宅療養終末期では、長期に渡り、介護する可能性を示唆しており、訪問看護師は、利用者と家族と相互関係を持ちながら、看護支援を実践することが必要とされる。

在宅療養を継続している利用者・家族は、受持ち訪問看護師による訪問看護サービス調整による積極的に入浴サービスやレスパイトケア、デイサービスなどの社会資源を利用し、在宅療養を続けていた。在宅療養を継続している利用者は、介護支援専門員、医師などが必要と判断したときには頻繁に情報共有をしていると報告していた。このことから、開始期より、利用者・家族の意向を踏まえた適切な社会資源の活用と在宅での多職種間の協働をしている受持ち訪問看護師の開始期支援の対応に影響していたことが考えられる。

在宅療養中の利用者・家族への聞き取りの確認では、「看護師が最初から親切に話を聞いてくれた」「在宅で見るのは心配だったがいつでも来てくれて安心した」「早めに医師に診てもらえる」「兄弟も近くにいるので病院よりいい」などの意見を得ていた。そのため受持ち看護師は、在宅療養直後の7日間と14日間において利用者・家族を安心させるために話をよく聞き、高齢者の希望を叶えようと家族とともに考え、いつでも対応できるケア体制を整備し、家族の精神的な支えになっていた。このように受持ち訪問看護師は、ケア成果指標を用いて看護を振り返り、利用者・家族との相互行為の中でお互いにより関係を築けていたと考える。

第5節 まとめ

第3研究では在宅終末期ケアの開始期にある利用者に対し、開始期支援の7日目と14日目にケア成果指標を用いてその有用性を検討した。在宅療養終末期の高齢者に対し、開始期から安心して安全な訪問看護を導入し、開始期より円滑に療養生活が実践され、早期に在宅療養の安定を図る必要がある。そのために開始期支援として受持ち訪問看護師が利用したケア成果指標の活用と共に、退院前、情報共有会議の開催、緊急時、医師との連携の課題が抽出できた。

1. 在宅療養終末期開始期における開始期支援は7日目より14日目の方で受持ち看護師は改善したと認識していた。カテゴリー別でみるとペインマネジメント、喪失・悲嘆・死別サポート、心理・精神的援助では、心理面において改善ができたと認識し、心理面を重視した支援を評価していた。開始期では、痛みのコントロールを優先し、改善することや利用者・家族への精神的サポートが必要である(表6-2)。また、疼痛以外の苦痛及び基本的ニーズの改善が少なく、14日目でも改善困難が伺えた。
2. 受持ち看護師が緊急時、医師との連携に困難を感じていたのは7日目で「疼痛コントロール」「家族の介護負担への支援」「家族の介護方法、技術の不安」への緊急ニーズの指示であった。さらに、7日目から14日目までは「利用者の気になること、遣り残したことへの支援」「受けられる医療の不満」「最後の死に場所の選定」「ADLの低下」「介護用品、医療機器に関するトラブルの改善」「福祉用具の利便性、安全性の改善」「衛生材料の不足の調整の緊急ニーズ」で緊急時に医師との連携が取りにくいと感じ、訪問看護師の緊急時の負担が高いことが推測された(表6-3)。
3. 退院前、情報共有会議を毎回開催すると、在宅療養終末期の7日目で「緊急時の連絡網作成」が可能になること、「本人・家族が在宅で生活することを納得し、選択」できる支援を開始期にできたこと及び「家族の意向を反映したケア提供」が実践されていたことが示唆された(表6-4)。
4. 開始期の療養生活を円滑に行うためには、主治医との情報共有の打ち合わせを早期から行うこと、家族・親族間の介護力や役割負担の確認及び調整を行い、双方の話し合いの場を持つこと、介護の知識・技術方法を理解するまで丁寧に説明し、自信に繋げるようにすることであった。また、利用者・家族が困らないように福祉用具の安全・利便性を確認と衛生材料についての提供と補足の点検を開始期7日目までに行う準備と確認が利用者・家族へ提供されていた(表6-5)。
5. 在宅療養終末期の開始期におけるケア成果指標を用いた検討では、受持ち看護師による在宅開始期における情報共有や医療処置などに使用する衛生材料や医療機器の確認が実施され、ケアの見落としがないかどうかの開始期支援の振り返りができた。これらは、利用者・家族への在宅療養終末期における質の保証に繋がると考える。したがって、本研究で作成したケア成果指標の56項目は初回訪問時の看護介入の目安として確認できた(表5-15)。

引用文献

- Alexi A wright, Baohui Zhang, Alaka Ray, Jennifer w.mack, Elizabeth trice, tracy balboni,susan L.mitchell,vicks A Jackson, suan D.block, paul K.maciejewski,holly G.prigerson(2008) : Association between end-of-life discussion, patient mental health, medical care near death and caregiver bereavement adiustment, JAMA, 200(14), p1665-1673.
- Betty R. Ferrell, Michelle Rhiner, MarleneZichi, Cohen, MarciaGrant(1991) : Pain as a Meta p hor for illness Part1: Impact of Cancer Pain on Family Caregivers, 18(8), p1303-1308.
- Christoph ostgathe, Bernd Alt-apping, Heidrun golla,jan Gabriele linden,Raymond volts(2011) : Non-cancer patients in Specialized palliative care in Germany, what are the problems? palliative Medlain, 25(2), p148-52.
- Christine J, Julia M, (2004) : Evvaluatiog palliative care: Bereaved Familymembers'Evaluations of patient'spain, Anxiety and Depression, Journal of pain and symptom management, 28 (2), p104-114.
- Dougl, Ross, Carla S Alexander (2001) : Management of Common Symptoms in Terminally ill patients : part 1, American Family physician, p807-814.
- 泉田 信行(2010) : 死亡場所の差異と医療・介護サービス供給の関係の分析, 季刊・社会保障研究, 46(3), p204-216.
- 藤原 和成, 高橋 賢史, 藤原 悠子, 原 祥子(2014) : 出雲地域の訪問看護師における医師との情報共有の困難さに関する調査,島根大学医学部紀要, 37, p61-66.
- 広瀬 輝夫監修(2015) : 介護・看護サービス統計データ集, p318, 三冬社, 東京.
- 古瀬 みどり(2014) : 終末期がん療養者の家族の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア, 家族看護学研究, 19(2), p90-99.
- 堀井 たづ子,光本 幸子,葛田 理佳,大西 早百合(2008) : 在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究, 京府医大看護紀要,17, p41-48.
- Jill I.Cameron, Rene-Louise Franche, Angela M.cheung,Donna E.stewart(2002):Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients, American cancer society , p521-527,Doi 10.1, 1002/cncr.10212.
- Karen E,rose mA(1999) : A qualitative analysis of the information needs of informal cares of terminally ill cancer patients, Journal of clitnical nursing, p81-88.
- 近藤 克則,宮田 和明(2002) : 高齢者のターミナル(終末期)ケアの質を高めるために, 社会保障旬報, p24-28.
- 葛西 好美(2006) : 末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断, 日本がん看護学会誌, 20(2), p39-50.
- 川越 厚(2013) : がん患者の在宅ホスピスケア, p95, 医学書院, 東京.
- 厚生労働省(2013) : 訪問看護について, (平成 23 年 1 月 21 日中医協資料),

- www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f.../2r9852000001uo71.p(2015.10.30)
厚生労働省(2009年度)：死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html(2016. 6.3).
- 川越 博美(2006)：在宅ケアのすすめ, 1(3), p33, 日本看護協会出版会, 東京.
- 難波 貴代(2005)：利用者満足度を高めるための在宅ケア内容に関する研究,日本保健福祉学会誌, 12, p13-20.
- 中谷 久恵,島内 節(2000)：利用者満足度による在宅ケアマネジメントの評価に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 4(2), p39-46.
- 日本看護協会(2012)：診療報酬・介護報酬改定概要, Q&A, p52-53, 日本看護協会出版会, 東京.
- 新田 國男 編者(2007)：家で死ぬための医療とケア.在宅看取り学の実践, 第1版, 7, p13, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 島内 節, 鈴木 琴江(2008)：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, 日本看護科学誌, 28(3), p24-33.
- 佐藤 泉, 山本 則子, 竹森 志穂, 平野 優子, 宮田 乃有, 深堀 浩樹, 上野 まり, 柏木 聖代, 木全 真理, 山田 雅子(2011)：終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻度の違いーがんとがん以外の事例の比較ー, 日本看護科学学会誌, 31(1), p68-76.
- Westra B.L, Cullen L, Brody D, Jump P, Geanon L, Milad E(1995)： Development of the Home Care Client Satisfaction Instrument, Public Health Nursing, 12, p393-399.

第7章 全体考察

第1節 必要な開始期支援に基づいたケア成果指標の訪問看護への活用

訪問看護師が行う在宅療養終末期の高齢者の開始期支援の調査票は、第1研究では訪問看護ケア体制と機能を9項目とした。受持ち訪問看護師のケア内容では、がん事例の9カテゴリーで54項目、非がん事例は8項目の46項目、訪問看護サービス調整は19項目であった。がん事例は計73項目、非がん事例は65項目を選定した。家族介護者には、ケア内容18項目、訪問看護サービス調整9項目、開始期のケア評価9項目と家族満足度及び介護継続意思の各1項目の38項目で開始期支援の実態調査票が作成できた。第2研究ではこれらの調査票を用いて訪問看護ST管理者、受持ち訪問看護師、在宅療養終末期の高齢者を看取った家族介護者への調査に使用した。調査で得られた在宅療養終末期に必要な開始期支援として56項目(表5-15)が抽出できケア成果指標を作成した。終末期高齢者の在宅療養開始期にこのケア成果指標による成果を概観すると開始7日目と14日目で比較した結果ではケア体制と機能、ケア内容のペインマネジメント、喪失・悲嘆・死別サポート及び訪問看護サービス調整はすべての項目で改善していた。改善が少なかったのは、疼痛以外の苦痛と基本的ニーズの援助で7日目と14日目の改善の差がなかった。しかし、これらの項目は終末期特有の症状と考え、改善がなくても介護負担や不安が増加する可能性が高いという判断から重要な看護支援であると考えた。このことから、本研究で作成したケア成果指標は開始期支援に必要な56項目で有用であった。

本研究では在宅で終末期を迎えたいと願う希望を叶えるための必要な開始期支援を明らかにしたケア成果指標の有用性を検討することが課題であった。このような視点から本研究のケア成果指標は、開始期での在宅医療・介護サービスの確保と在宅死を選択しようとする高齢者・家族の選択の自由を確保するための指標として重要と考える。一方、こうした状況を含め、在宅療養終末期を利用者・家族が穏やかに迎えられるように終の棲家は在宅だけでなく、高齢者・家族が希望すれば介護老人福祉施設(特別老人ホーム)や特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム)、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)などの選択肢(渡辺他,2015)を広げられるように支援し、それぞれの家族関係性や周囲の環境、経済的な面から終末期の場所の選択を随時、高齢者・家族の意向を重視しながら変更し、想定することは訪問看護師の役割として重要である。

2011(平成23)年の「社会保障と税の一体化」により、医療と介護をつなげ、それぞれの地域に適した「地域包括ケアシステム」を進めていくことが示され、病院の在院日数の短縮化が図られている。そのため、病院から早期に退院の準備が進められている現状で在宅への足がかりとして訪問看護STへの期待は益々増大している。その反面、在宅へ移行する際、がんの患者は最期まで化学療法などを行い、治療がなくなった段階で在宅移行をするケースや予後数日の最期のチャンスとして在宅移行するケースも増加し、急に退院が決定するため、訪問看護では情報提供を十分に共有化する時間が持てないことが指摘されている(福井,2007)。さらに、高度医療を必要とする小児や難病の利用者の在宅療養の拡大は(日本看護協会,2015)十分に在宅医療環境が整備されていない現状から訪問看護師数が少

ない訪問看護 ST ではこれらの対応できない実態も考えられ、多忙な日々の中で在宅療養終末期の訪問看護師の負担が推測される。こうした状況を改善するために、本研究で作成したケア成果指標の開始期支援の 56 項目は開始期の看護支援を円滑に遂行できる指標となり得ると考え、訪問看護師の負担を軽減する一つの方策として活用できると考える。

本研究で用いたケア成果指標は、7 日目と 14 日目の 2 回に分け、第 2 研究から抽出した開始期支援の 56 項目のうち 42 項目 75%で改善がみられた(表 6-2)。このことから、利用者・家族が在宅で終末期を迎えたい意思の継続が維持できるための開始期支援 56 項目は、3つの構成として訪問看護ケア体制と機能、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整を取り入れ、包括的な必要度に合わせて活用することでケア成果につなげることができたと考え。しかし、その中で改善がみられなかったケア内容は「疼痛以外の苦痛」の呼吸困難、嚥下障がい、倦怠感などの症状や「基本的ニーズ」の嗜好にあった規則正しい生活や ADL、IADL に合わせた自立支援の援助などであった。本研究の利用者は、平均年齢が 80.歳(±10.0)であり、要介護度では、要介護度 5 が 44.7%、要介護度 4 は 21.3%で 6 割以上の利用者はほとんど日常的に介護が必要な高齢者であった(表 5-1)。また、利用者を介護している家族の平均年齢 62.8 歳で女性が多く、さらに 48.4%が一人で介護している状況にあり、家族介護者の介護負担が懸念される。このことから、在宅療養終末期における開始期に必要な項目として重要と考える。

このようなケア内容に対し、受持ち訪問看護師は利用者・家族からのニーズが高いと認識しているものの改善が困難であると感じていた。つまり、これらのケア内容は、開始期の 14 日間では十分に対応しきれないと推測される。そのため臨死期に至るまで継続してケア提供をする必要があった。2015(平成 27)年度の在宅での看取りを重視した診療報酬改定では機能強化型訪問看護管理療養費が設立され、常勤看護師が 7 人以上、訪問看護ターミナル加算数が年に 20 件以上で評価により、訪問看護診療費が手厚くなっている(日本看護協会, 2016)。しかし、現状の診療報酬の改定では小規模の訪問看護 ST は経営上厳しい状況も予測される。また、本研究では、明確ではないが退院前、情報共有会議の開催が毎回開催は 45.0%の割合の結果と利用者の 3 ヶ月後の様子において、入院している高齢者が 29.3%であったことから、退院時に十分に説明がされないで在宅療養が決定された可能性も伺える(表 6-1、表 6-5)。このように、終末期における制度や訪問看護の看護報酬の改定への影響は、在宅療養終末期の高齢者・家族への多様なニーズの対応を困難にし、訪問看護 ST の規模による質の確保に関連する可能性を示していると考え。このことから、今後は制度の見直しや終末期ケアの病院看護師と訪問看護師の綿密な情報共有のシステム作りや調整力を高める能力が求められる。

2015(平成 27)年度の診療報酬・介護報酬の改正では公的サービスとして、看取り加算の充実が図られ、看取りに関する理解の促進、施設にも死亡以前 4 日以上における 30 日以上の手厚い見取りの介護の実施と病院から在宅へ移行する場合、退院前の情報共有会議が実現された(日本看護協会,2016)。今後は、在宅で希望をしない高齢者でも病院から在宅、あるいは施設へと終末期の場所が変化していくと考えられる。そのため、在宅医療を推進するため、24 時間対応、終末期ケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所

の設置などの機能の高い訪問看護 ST への期待がされている。その期待に応えるためには在宅療養終末期を支える訪問看護師は高齢者・家族の QOL を高める質の保証が求められる。本研究で抽出した 56 項目のケア成果指標は、開始期支援の全てのカテゴリでケア成果を挙げていたことから(表 6-2)、訪問看護師が開始期支援で利用者・家族の期待に添える満足度や介護継続意思は高まる支援として対応できるものとする。

第 2 節 在宅療養終末期の開始期に求められる訪問看護の質の保証

本研究では、在宅療養終末期の開始期に求められる訪問看護の質の保証とは利用者・家族の満足度、介護継続意思に繋がる開始期支援と考えている。その成果として開始期支援の満足度を結果は、「十分満足」42.6%であった(表 5-3)。質の保証に繋がる開始期支援を実現するには、訪問看護の 24 時間体制の対応、緊急時に対する適切な対応、利用者のケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)訪問看護サービス調整を合わせた 56 項目(表 5-15)の活用を広げ、今後は十分に満足してもらうためのケア成果指標による成果として期待されると考える。つまり、在宅療養終末期の開始期支援においては、家族からの開始時期に十分な満足度を得ていないことが期待された開始期支援につながらなかったと言える。

家族からみた訪問看護ケア体制と機能に関連した家族満足度は、具体的には表 5-11 に示すように「緊急時連絡網作成」「緊急時の協力要請」「共同計画を立てている」「医療の緊急時指示方法の確認」などであった。これらは緊急時に関して訪問看護 ST として迅速に 24 時間 365 日対応する体制作りが求められ、利用者・家族が安心して療養生活が継続できる方法として訪問看護サービスの質の保証に繋がる重要な支援であった。

訪問看護サービス調整については、受持ち訪問看護師からみた訪問看護サービス調整に関連した家族満足度は表 5-9 に示すように、緊急、療養支援では「必要時、介護用品の購入、医療機器・機材についての点検」を行い、「サービス契約内容について丁寧な説明と確認決定」と利用者・家族支援では、「兄弟・親族・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」を受持ち看護師は満足度を高めていた。満足度を高める開始期支援は、緊急時の体制を整え、家族が困らないように必要な医療機器や衛生材料などの準備、購入をサポートすることで療養生活の質に繋がっていた。一方で、訪問看護師による介護継続意思は、「主治医との情報の打ち合わせ」や満足度と同様に「必要時、介護用品の購入、医療機器・機材についての点検」をすることで家族の継続意思を高めていた。このことから、開始期においては、これから始まる在宅療養での状況に日々追われると予測されるため、このような支援は満足度と同様に療養生活を続けたい気持ちを維持する支援であったと考える。

家族からみた介護継続意思に繋がる訪問看護サービス調整は、表 5-11 に示すように、ケア内容における心身ケアニーズは、「家族と専門職で情報が不十分」と感じ(表 5-12)、ケア成果の痛みでは、「痛みが消失した、又は軽減した」と疼痛以外の苦痛では「熱が下がった」ことが家族の介護継続意思を高めていた。これらの症状は受持ち看護師が適切に医師の指示のもとで対処するため、症状が改善すれば家族も安心に繋がり、介護継続意思の維持に影響したと考える。また、心理・精神では「不安、苛立ちが軽減、又は消失した」するように支援すること、悲嘆では「家族の思いを反映したケアを提供してくれそうだと感じた」

ことによる開始期支援をすることによって介護継続意思に繋がっていた(表 5-13)。

家族からみた訪問看護サービス調整では、「契約内容について丁寧な説明を受け、納得できるまで対応してくれた」ことや「必要な介護方法について丁寧な説明を受け、事前準備ができた」ことや「緊急時の対応方法について説明を受け、安心した」ことは介護の継続意思に繋がっていた。さらに「入院や入所の相談」及び「情報が不十分なときは、主治医との話し合いの場を設けてくれ、不安が軽減した」は家族が介護継続意思に繋がっていた。全体ケア評価では、「在宅開始からのサービスで満足のいく介護ができた」と感じる支援は介護継続意思に繋がっていた。このように、家族の介護継続意思は早期に看護介入をすることによって維持されることが明らかになった。これらの開始期支援は心身のケアを適切に対応し、医師との調整や家族の意向に沿った開始期支援の実践によって在宅療養終末期が円滑に遂行され、安心して安全に療養生活の継続を支える訪問看護サービスの質の保証として不可欠な支援と考える。

長江(2014)は、エンド・オブ・ライフケアにおいて、「その人が最後まで最善の生を生きる」を支えるケアとし、終末期における看護職に求められる支援には判断のための客観的情報の共有と判断とそれに基づく病状の軌跡を描きながら、その人の人生の豊かさをも含めた尊厳あるケアに向けた個別化した最善の医療とケアのための合意形成と述べている(日本在宅ケア学会 編,2015)。終末期ケアの開始期では利用者・家族の不安や心身の介護負担の軽減を早期に払拭しなければ在宅で療養する意欲が揺らぐ可能性も推測される。そのため、常に訪問看護師は利用者・家族の意思確認をしながら、希望が叶うように目標達成をしていく必要があると考える。

在宅開始期の看護支援はそれだけでなく、利用者を取り巻く環境も含まれることから、利用者・家族が安心して療養生活を営むことができるように、見守ることも必要である。こうした看護支援への目標達成には、キング(1985)の言う患者の価値観、ニーズを踏まえた目標設定を行い、目標達成のため手段を探求し、その目標が達成されたかどうかの成果を評価するプロセスを踏みながら個別化した最善の医療とケアのための合意形成によって質の保証が可能になると考えられた。本研究でも訪問看護 ST 管理者は自ら医師との連携を円滑にするコミュニケーション力を持ち、介護職、介護支援専門員などの多職種との関係調整などを積極的に行い、訪問看護師が関係性を持ちやすいように訪問看護ケア体制と機能を整備していたと考えられ、キングの考え方に一致していた。すなわち、ケア成果指標によって訪問看護師が実施した開始期支援は終末期ケアの質の保証に影響を与えていたと考える。

本研究では在宅終末期高齢者に焦点を当て、家族の満足度を高めると家族介護者が在宅での介護継続意思が維持できると考えた。第1研究では、必要な開始期ケアの項目を作成し、作成した項目の実践調査を行い、その調査から抽出した課題をケア成果指標として開始期にある利用者へ活用した。その結果は、3ヶ月後の聞き取りによって開始期支援の質が保証できるものであった。

今後、訪問看護 ST も利用者・家族のニーズにより多様化に対応できるように変化する時代となってきた。国民が自由に好きな場所で終末期を迎えられる政策を進める一方で、

本研究で明らかになった開始期支援の看護介入に用いる標準化されたケア成果指標のさらなる研究を重ねていくことも在宅療養で終末期を迎える利用者・家族の開始期支援には重要と考える。

第3節 在宅療養終末期の開始期導入を円滑にするための取り組み

在宅療養終末期における開始期支援を遂行するためのケア成果指標を用いた実践結果から、緊急時、医師との連携に困難を感じていることと、退院前、情報共有会議の開催の必要性が在宅療養終末期の訪問看護師の看護介入に影響を与えていた。

本研究では、医師と緊急時、連携に困難を感じていたのは「ペインマネジメント」の痛みのコントロール不良や嚥下障がいなどの緊急ニーズに受持ち訪問看護師は困っており、十分に対応しきれていない現状があった。さらに、デスマネジメントやスピリチュアルの援助、心理・精神的援助、喪失・悲嘆・死別サポートなどの不安による緊急時にも、医師との連携に困難を感じ、相談がしにくい状態にある実態が示唆された。杉本他(2003)は、医師が在宅での看取りに対する積極姿勢が自宅死亡割合を高める要因であること、医師が緊急時に往診するか否かによって影響があると指摘している。本研究でも、緊急時に発生する利用者・家族のニーズに対し、同様の影響があると考えられる。

在宅療養終末期では、緊急ニーズが発生する訪問時間は夜間・休日・早朝の訪問時であり、そのニーズは病状観察、医療的処置、家事援助・自立援助、身辺援助などを挙げ、訪問時間帯でのケア体制の工夫と看護と介護の協働体制の必要性を課題として報告があるように(藤谷他,1998)、本研究でも緊急時、医師との連携に困難なニーズは多岐にわたっていた。そのため、受持ち看護師の負担やストレスの要因になる可能性が推測されることから訪問看護 ST 管理者は職場の勤務状況やワークバランスを考慮するとともに医師との連携をサポートする体制を前もって築くことも必要があると考えられる。さらに、訪問看護サービス調整では「必要時、介護用品の購入、医療機器、機材の点検」や「福祉用具の利便性の確認」及び「衛生材料の補足と点検」に不備のため、緊急時の医師の指示が必要としたとき、連携に困難と感じていた。在宅療養終末期における利用者・家族の緊急ニーズでは、症状の変化と悪化や服薬相談、チューブ類や医療機器トラブル、転倒などの事故(島内他,2008)が多いと報告がある。本研究においても医師への指示が必然ではあるが事前に医療処置に必要な衛生材料、医療器具のメンテナンスを行う業者や専門職間の連携体制を作ること緊急時、医師との連携に困難を回避できる方法を検討する必要がある。加えて、在宅療養終末期の開始期導入を円滑に継続するためには、退院時、情報共有会議が毎回開催し、共通認識を持つことも重要と考える。

国は介護保険法の改正に伴い、2025(平成37)年度までに在宅医療を担う、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師及び介護支援専門員などの他職種の従事者がチームとなって患者とその家族サポートする体制整備が進行している(日本看護協会,2015)。住み慣れた地域で尊厳のある在宅療養終末期を支えるには、医師の在宅医療に関する認識を深めることが重視される。医師の指示の下で看護介入をしている訪問看護師にとって利用者が終末期を在宅で迎えたいという希望を叶えるには、医師との連携は必然である。在宅医療をする際に

は、医師との関係性によって在宅療養終末期の継続が不可能にならないように、積極的に関係性を構築することも重要と考える。

本研究では、退院時の情報共有会議の開催によってケア成果に影響を与えていた。その内容は、開始期支援のケア体制として「緊急時の連絡網作成」やケア内容では「本人・家族が在宅で生活することが納得して選択できる」支援と「家族の意向を反映したケア提供ができる」支援が評価されていた。また、訪問看護サービス調整の「緊急・療養支援」で「主治医との情報共有の打ち合わせができる」こと、「利用者・家族支援」では「家族・親族間の介護力の役割分担の確認」や「介護の知識、技術方法を理解するまで確認し、丁寧に説明する」こと、「福祉用具の安全、利便性の確認」や衛生材料についての提供と補足の点検をする」などの開始期支援ができることが挙げられた。つまり、病院の医療職と在宅の医療職との情報共有会議の開催によって利用者・家族への必要な看護支援が適切に対応できるようになると考えられる。このように在宅の医療職と病院の医療職、多職種間の連携は利用者・家族の満足度や介護継続意思を高めると考えられる。

高齢社会であるわが国は、看取りが課題とされ、病院と地域の連携によるシステム作りが課題となっている。どのような仕組みが必要なのかを考え、具体的に実践する道筋を立てることが必要である。その具体的な方策として、退院前、情報共有会議の開催は必要な情報を個々の専門職間で適切な役割を分担し、在宅での症状悪化や介護負担のニーズがあればいつでも入院を受け入れる体制を整える役割を決め、利用者・家族が望めば入退院を繰り返しながら在宅療養の継続がつづけられるように経済的な負担も考えた個々に対応した情報共有会議の充実を図る必要があると考える。この取り組みにより終末期の開始期導入が円滑に進み、在宅療養を希望する利用者・家族の終末期の QOL の向上に繋がると考える。

第4節 本研究の限界と課題

本研究における家族介護者への調査は、研究者の面識がないため訪問看護 ST の管理者を通して間接的に調査を依頼していることや開始期での訪問看護サービスの家族満足度やケア評価は、本来利用者に直接調査することが望ましいことから利用者と家族の誤差は否めず本研究の限界があった。そのため、データは少ないが家族による調査データは困難であることから貴重なデータであると考えられる。

第3研究で検討した必要な開始期支援によるケア成果指標の7日間と14日間の評価は在宅終末期にある高齢者の在宅支援方法に一定の評価を得たがケア成果指標の有用性の検証までは至らなかった。そのため、終末期開始期において必要な開始期支援として明らかにされた項目は、開始期支援に限定された項目だけではなく、臨末期まで引き続く項目も混在しており、家族環境や終末期の状態により意思決定が変化するため開始期に特化した項目とは限らない。

在宅療養終末期の開始期において訪問看護師が開始初期にどのようなケアを優先にするべきか、またニーズに対応するための目安として活用できるケア成果指標に繋がった貴重な研究ではあるが終末期の看護支援だけでなくすべての在宅療養開始期の利用者への介

入も検討すべきであった。

今後は、終末期に限らず開始期に特化した検討を進め利用者・家族の満足度、ケア評価について数量的にデータの増加を行い、さらなる研究成果に繋げていく。また、限られた資源の中で、在宅終末期ケアの質の保証するための多職種との連携、終末期ケア支援のプログラム開発など、幅広いに知見による更なる実証的な在宅移行期からの終末期ケア開始期支援が重要であり、家族の介護負担の軽減に繋がる社会資源の開発も課題である。

引用文献

- 福井 小紀子(2007): 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況及び看護支援・他職種連携との関連性の検討, 看護科学学会誌, 27(3), p48-56.
- 藤谷 久美子, 島内 節, 佐藤 恵美子(1998): 全国の訪問看護ステーションにおける24時間ケア必要者のニーズの種類と構造, 日本在宅ケア学会誌, 1, p36-45.
- キング アイモジン, 杉森 みど里訳(1985): キング看護論, 第1版, 185—186, 医学書院, 東京.
- 日本看護協会編(2015): 看護白書, 地域包括ケアシステムと看護, p38, 日本看護協会出版社, 東京.
- 日本看護協会(2016): 診療報酬・介護報酬改定概要+Q&A, p58, 日本看護協会出版会, 東京.
- 長江 弘子(2014): 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, p10, 日本看護協会出版会, 東京.
- 日本在宅ケア学会 編(2015): 在宅ケア学, エンド・オブ・ライフと在宅ケア, 第6巻, 第1部, 第2章, p22, 株式会社 ワールドプライニング, 東京.
- 難波 貴代(2005): 利用者満足度を高めるための在宅ケア内容に関する研究, 日本保健福祉学会誌 12, p13-20
- 島内 節, 鈴木 琴江(2008): 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, 日本看護科学誌, 28., p24-33.
- 杉本 浩章, 近藤 克則, 樋口 京子, 久世 淳子, 牧野 忠康, 宮田 和明(2003): 在宅死亡患者割合に関連する因子の研究, ー全国訪問看護ステーション調査ー, 老年社会科学, p 25(1), p37-47.
- 渡辺 裕子(監修), 上野 まり, 中村 順子, 本田 彰子, 炭谷 靖子, 編者(2015): 在宅看護論 I 概要, p4-11, 日本看護協会出版会, 東京.

第8章 最終結論

本研究は、訪問看護師が行う必要な開始期支援を明らかにし、在宅療養で終末期を希望する高齢者や介護する家族に対し、ケア成果指標を用いて実践調査したケア成果の有用性を検討したので述べる。

第1節 在宅療養終末期高齢者に必要な開始期支援内容

1. 訪問看護 ST 管理者への質問項目は、訪問看護ケア体制では 24 時間体制の対応体制加算、24 時間連絡体制加算と終末期ケアの有無、訪問看護時間外対応とした。機能では、「緊急時連絡網作成」「緊急時対応マニュアルの作成」「情報共有ミーティング開催」「共同計画を立てている」「終末期開始期の事例情報交換」「医師・看護師などへの連携」「緊急時の協力要請」「医療の通常指示方法の連携」「医師の緊急時指示方法の確認」の 9 項目であった(表 4-2)。その中で、必要な開始期支援として抽出された項目は、開始期のケア体制では、訪問看護 ST による 24 時間対応の訪問看護が実施されていた。家族からみた満足度に関連した訪問看護 ST の機能は、緊急時の連絡網作成を行い、緊急時の呼び出し方法や対処方法、共同計画を立て、看護の統一がされ、看護計画の一致が機能的に支援されれば家族の満足度を高めていたことが明らかにされた(表 5-11)。

2. 受持ち訪問看護師による調査の質問項目は、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)では、がん事例は 9 カテゴリー、非がん事例は 8 カテゴリーとした。がん事例のカテゴリー別では、疼痛以外の苦痛症状のマネジメント 7 項目、心理・精神的援助 4 項目、スピリチュアルの援助 5 項目、デスマネジメント 6 項目、家族・親族との関係調整 5 項目、喪失・悲嘆・死別サポート 3 項目、基本的ニーズの援助 8 項目、ケア体制の確立 8 項目、ペインマネジメント 8 項目の 54 項目であった。また、非がん事例はペインマネジメントを除く 8 カテゴリーの 45 項目であった(表 4-3)。

訪問看護サービス調整の項目は、「1. サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などを確認」「2. 必要時、衛生材料、介護用品の購入・費用などの事前準備の確認」「3. 介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明」「4. 家族・親族間における介護力の役割分担の確認」「5. 主介護者の休息時間の確保・休憩・確認」「6. 病院、その他の情報共有、継続したケア提供」「7. 受持ちに問題あれば解決策を施設内で共有する事例検討」「8. 受持ち看護師の代理の対応、事例共有の打ち合わせ」「9. 緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導」「10. 緊急時、受け入れ先の事前確認」「11. 主治医による指示変更に対する記録物記入の依頼」「12. 治療方針と緊急対応方法の相談」「13. 主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認」「14. 主治医との情報共有の打ち合わせ」「15. 身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせ」「16. 兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」「17. 福祉用具の安全・利便性の確認」「18. 衛生材料についての提供と点検」「19. 必要時、医療機器・機材についての費用の確認」の 19 項目を作成した(表 4-4)。

受持ち看護師の調査から抽出された項目は、ケア内容で 9 カテゴリーのうち、疼痛以外の苦痛症状と心理・精神的援助の 2 カテゴリー以外でケア成果がみられた(表 5-8)。

スピリチュアルの援助は、「本人が重要なメッセージまたは文章が残せた」で到達できていた。デスマネジメントは6項目すべてに到達できており、がん事例のみのペインマネジメントでは、5項目すべてとケア体制の確立で6項目もすべてにケア成果があったを示唆していた。また、喪失・悲嘆・死別サポートも3項目の全て到達できていた。親族・家族との関係調整は、「本人・家族の意思と統一および調整ができた」「それぞれの役割を遂行できた」「家族関係が破綻せず、適切なケアができた」「介護方法を理解し、実施できた」「介護者の身体疲労感と精神的負担が軽減、または増強しなかった」で、基本的ニーズの援助では、「嗜好にあった規則正しい生活を送ることができた」「ADL・IADLに合わせた、自立度を最大限に維持した生活ができる」「転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった」「問題行動はなかった、もしくは緩和した」「排便コントロールができた」で、到達できたが明らかになった。

家族の満足度や介護継続意思を高める訪問看護サービス調整の開始期支援は「必要時、介護用品の購入、医療機器機材についての点検と確認」し、「サービス、契約内容の決定、重要事項の決定などの確認」を行い、「兄弟、親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整」で家族満足度を高めていた。介護継続意思は「主治医との情報共有の打ち合わせ」の場を調整し、「福祉用具の安全・利便性の点検」と「必要時、介護用品の購入、医療機器機材についての点検と確認」が挙げられた。また、カテゴリー別では「利用者・家族支援」で介護継続意思に影響していたことから以上の支援に受持ち訪問看護師は着目して看護介入が求められた(表5-9)。

3. 終末期にある高齢者を介護した家族への質問項目は、ケア内容で8カテゴリーとしたカテゴリー別では痛み3項目、疼痛以外の苦痛7項目、心理・精神1項目、生きる意味・価値観2項目、死への準備1項目、家族・親族の関係1項目、悲嘆2項目、基本的ニーズ1項目の18項目とした。

全体の開始期ケア評価は9項目、訪問看護サービス調整の評価は9項目の36項目であった(表4-5)。

家族による受持ち看護師が実施した開始期支援の評価に関連した家族満足度と介護継続意思に繋がる開始期支援は、ケア内容では家族満足度の有意な関連はなかったが介護継続意思では、「家族と専門職間で情報が不足」でないこと、「熱が下がった」こと、「不安、苛立ちが軽減、又は消失」したこと、「家族の思いを反映したケアを提供してくれそうだと感じた」ことができる支援であった。また、訪問看護サービス調整では、「契約内容の丁寧に説明を受け、納得できるまで対応してくれた」こと、「必要な介護方法の丁寧に説明を受け、事前準備ができた」支援をしてくれたこと、「緊急時の対応方法の説明」「入院・入所の相談及び主治医との話し合いの場を設けてくれ、不安の軽減」の支援、「情報が不十分なとき、主治医との話し合いの場を調整し、不安の軽減」を開始期で実践したことが在宅で家族が終末期まで看取る意思を継続し、看取りに繋がる可能性が示唆された。

第2節 在宅療養終末期高齢者の開始期を支援するケア成果指標の有用性

1. 本研究で開始期に実施されたケア成果指標は、開始期の訪問看護体制と機能で3項目、ケア内容で39項目、訪問看護サービス調整の14項目の56項目で作成した(表5-15)。そのケア成果指標を用いて、終末期にある高齢者の開始期に焦点を当て、7日目と14日目でケア成果の評価を行った。

受持ち訪問看護師は、7日目と14日目についてケア成果指標に基づくケア成果の評価した(表6-2)。カテゴリー別にみると訪問看護ケア体制・機能3項目でケア成果があった。ケア内容では、ペインマネジメント5項目、疼痛以外の苦痛1項目、心理・精神的援助3項目、スピリチュアルの援助3項目、デスマネジメント5項目、喪失・悲嘆・死別サポート3項目、基本的ニーズの援助3項目の23項目が14日目でケア成果を感じていた。訪問看護サービス調整では、緊急・療養支援で8項目、利用者・家族支援6項目で有意差に高かった。これらの結果によりケア成果指標は開始期支援で有用と考える。

開始期支援を実施する際、緊急時、医師との連携に困難な支援との関連では、7日目で、「疼痛コントロール」「家族の介護負担への支援」「家族の介護方法、技術の不安の改善」の緊急ニーズに対する医師との連携に困難を感じていた。7日目から14日目にかけては、「薬物療法に関する不安トラブルがない」が14日目からトラブルの発生があることへの医師との連携に困難を感じていた。また、「利用者の気になること、やり残したことへの支援」や「必要な医療が受けられたと納得できない」こと「最後の死に場所の選定」「ADLの低下」「介護用品、医療機器に関するトラブルの改善」「福祉用具の利便性、安全性の改善」「衛生材料の不足の調整」が緊急時に発生した場合、医師との連携の困難を感じていた。これらの緊急ニーズに対応するための医師との連携方法や対策が今後の課題である(表6-3)。

退院前、情報共有会議が毎回開催することで、在宅療養終末期の開始期支援が効果的に提供できたと評価した開始期ケア成果は、在宅療養の7日目で「緊急時連絡網作成」が行えたこと、「本人・家族が在宅で生活することを納得し選択し、支援ができた」こと、「家族の意向を反映したケア提供」と「主治医との情報共有の打ち合わせ」をすること「家族・親族間の介護力の役割負担の確認」「介護の知識・技術方法の指導」「福祉用具の安全・利便性の確認」をすること「衛生材料の提供と補足の点検」ができたことであった。このことから、退院前の病院との情報共有会議は、利用者・家族の療養生活に密接に繋がるということが明らかにされた。また、病院と在宅の専門職間の連携を高めるために必然的な会議であることが示唆された(表6-4)。

2. 訪問看護 ST 管理者と受持ち看護師にケア成果指標の評価の検討では、ケアの情報の共有や確認が可能になること、利用者・家族への必要な開始期支援の振り返りができたことに繋がっていた。その結果、初回訪問時の開始期支援の目安として使用できることが明らかになった(表5-15)。
3. ケア成果指標を用いて3か月後の結果、受持ち訪問看護師が話をよく聞いてくれたこと、利用者・家族の希望を叶えようとしてくれること、いつでも対応してくれたことで在宅療養の不安が軽減していた。そのことが在宅療養の継続を維持し、家族の精神面を

支える支援に繋がっていた。これらはケア成果指標のケア成果として訪問看護師の標準化された専門性のある支援に有用と考えるが、開始期における終末期高齢者を介護している利用者・家族の満足度や介護継続意思を高めるかについては明確ではなく引き続き検討する必要がある(表 6-5)。

以上から、本研究で作成した高齢者の終末期におけるケア成果指標 56 項目は、在宅療養終末期の開始期支援に必要な訪問看護ケア体制と機能、ケア内容(心身ケアニーズ、ケア成果)、訪問看護サービス調整が含まれている。これは訪問看護師が高齢者の在宅療養終末期の開始期支援において、有効に活用することによって訪問看護の専門性と標準化の推進に寄与できると考える。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

謝辞

本研究論文は、快く調査にご協力いただきましたご家族様、訪問看護 ST 管理者様、訪問看護師様に深く感謝とお礼を申し上げます。ご家族様には、調査回答の封筒に励ましのお手紙を頂き、感激した日々を懐かしく思い出されます。皆様の心温まるご協力をいただきまして完成することができました。また、訪問看護ステーションの管理者をはじめ、訪問看護師の皆様には2回の調査のご無理をご承諾いただきまして重ねてお礼を申し上げます。本当にありがとうございました。

本研究テーマは、修士課程の継続ではなく、長年課題としてきたテーマの研究だったため、訪問看護への情熱と研究意欲はありましたが学業と仕事の両立で研究の文献レビューや資料の検索、調査などに追われ、4年と半年を費やすことになりました。また、島内節先生、安藤純子先生のご指導の下、1年次から3年次まで研究計画、データ分析までを丁寧にご指導いただきました。さらに成順月先生には2年次まで研究計画のご指導を受けました。3年次には金澤寛先生にご指導をいただきました。ありがとうございました。

研究計画では在宅療養終末期のがん・非がん事例に分けて研究を進めてきましたが研究をまとめる段階では、高齢者の終末期ケアに修正し、その後自分の主張を論理的にまとめることができず、戸惑い、迷いながら研究気力がなくなることもありました。それでも少しずつ前に進むことができたのは4年次ご指導を賜りました主指導教員の小西美智子先生の丁寧なご指導のほかに先生の研究に対するご熱心さ、論理的な発想などの教育的視点で多くのことをわかりやすく学ばせていただきました。心より深く感謝を申し上げます。ありがとうございました。

本論文の主査をしていただきました本学副学長であります佐々木秀美先生には、ご丁寧に論文の示唆をいただき、先生の研究に対する熱い思いが伝わり、多くのことを学ばせていただきました。また、研究の奥深さを改めて感じました。心より感謝を申し上げます。ありがとうございました。研究科長であり、副査であります河野保子先生には、データの読み方について多くの指導をいただき、ありがとうございました。

忙しい中、本研究にご協力いただきました広島文化学園大学教員の皆様、図書館、事務室の方々、博士前期課程、後期課程の同期の皆様、いつも心配していただきました故津村智恵子先生、同僚の郷良淳子先生をはじめ、友人の高橋弘枝様、福山智子様など多くの仲間から励ましのお言葉をかけていただきました。皆様の励ましがなければ研究を遂行することはできませんでした。ありがとうございました。

最期に大阪府と愛知県から通った4年半、私を支えてくれた夫、息子、娘に感謝をいたします。学業を優先してくれて黙って見守ってくれました。ありがとうございました。これから、まだまだ未熟ではありますが日々成長できるように研鑽いたします。

2016年 8月 1日 山本 純子

資 料

- 資料1 調査についての説明および手順
- 資料2・2-1・2-2 研究依頼書
- 資料3・3-1・3-2 研究同意書
- 資料4 研究取消書
- 資料5-1 終末期の開始から14日間のがん高齢者に関する事例調査
- 資料5-2 終末期の開始から14日間の非がん高齢者に関する事例調査
- 資料6 訪問看護師への調査へのお願い
- 資料7 開始期（14日間）のケア成果調査票
- 資料8 訪問看護ST管理者及び訪問看護師への聞き取り内容

訪問看護ステーション 管理者様・受け持ち看護師様

調査についての説明及び手順

研究課題

終末期高齢者の在宅ケア継続につながる開始期ケアとシステム要因に基づく
ケアツールの検討

この度は、私()の研究にご協力をいただきまして誠にありがとうございます。
本研究にあたり、直接、ご説明に伺いますが、ご多忙中と存じますので、文書にてご説明
させていただきます。なお、直接のご説明の有無につきましては、調査開始前に、電話に
てご連絡をさせていただきますので、よろしくお願い致します。

手順 1

調査にご協力いただくための同意書のご記入のお願いをいたします

1. 訪問看護ステーション 管理者様
2. 終末期を受け持った訪問看護師様
3. 貴ステーションで利用されたご家族様

なお、ご家族様への調査につきましては、**手順 3**にてご説明いたします。

手順 2

調査 I：調査をしていただく方の各調査対象者および用紙は下記の通りです。

1. 管理者様用

内容

在宅終末期の方を受けられるときに、訪問看護ステーションの管理体制についてお答
えいただく調査項目になっております。

調査用紙

訪問看護ケア体制と機能の質問紙（オレンジ）：A4 サイズ 1 枚です。

2. 受け持ち看護師用

内容

対象事例は、平成 年 月～平成 年 月までに在宅で終末期を迎えたいと希望
された**高齢者のがん・非がんの方の在宅開始された日から 2 週間**における事例です。
在宅で看取られた方および途中で入院し亡くなられた方をお願い致します。

調査用紙

がん事例：基本属性と緊急(時間外)ニーズを合わせた B4 サイズ 1 枚(緑の用紙)、シス
テム機能（オレンジ）A4 サイズ 1 枚、心身ニーズケアは、B4 サイズ 1 枚(緑の用紙)で
合計 3 枚です。

非がん事例：(青) の用紙で調査票は同じです。

3. ご家族様用

利用者本人さまを在宅で介護された時の 2 週間の間の満足度調査となっております。

B4 サイズ (緑の用紙) 1 枚です

事例件数

がん・非がん事例いずれかの事例があれば**全て**、また都合上、ご無理の場合は**2～4**事例までお願いいたします。

調査票の回収

同封した質問紙に記入していただきます。用紙が届いて、1か月以内に返信用の封筒に入れて郵送をお願いいたします。調査の締め切りは、月 日までをお願い致します。

手順3

1. 在宅終末期を利用者されたご家族様用調査について

- 1) 受け持ち看護師様が、調査を記入した事例の方に在宅ケアの満足度調査の依頼と同意をしていただきますように利用者様のご家族へご連絡をお願いいたします。
- 2) 同意を得られたご家族様用に調査票の入った封筒を郵送いたします。申し訳ありませんが住所を書くことができませんので、住所、氏名のご記入後、郵送、または、直接お渡しをお願い致します。
- 3) 対応のために受け持ちの利用者様と一致しているか番号のご確認をお願い致します。
- 4) また、ご家族様に調査票のご記入をいただいた後は、調査票を封筒に入れてご投稿していただくようにご説明をお願い致します。
同意を頂けなかったご家族様は、訪問看護師様用の調査票に入れて返送していただきますようお願いいたします。
- 5) 締め切りは、月 日までにご投稿いただきますようにご説明をお願いいたします。

手順4

1. 調査Ⅱの調査票

受け持ち看護師様に、本調査Ⅰで調査し、修正した、緊急ニーズ、システム機能、心身ニーズケアの調査票を合わせて作成したツールを郵送いたします。

在宅終末期ケアの開始期（14日間）に合わせてご使用していただき、その感想やご意見を伺いたいと思います。

*ツールの使用は、訪問看護ステーションで1事例をお願いさせていただきます。

この場合は、現在ターミナルケアをされているがん・非がんを問わず1例です。締め切り時点でいっしょらなければそのまま郵送を頂くようお願い致します。

9月下旬に調査票をお届け致しますので、月 日までにご投稿お願いいたします。



*お礼は、ご家族様は、 とさせていただきます。

*管理者様、訪問看護師様には1例につき、 を調査報告書と合わせて 月ごろに郵送いたします。

*その他、ご不明な点がございましたら、下記へご連絡お願い申し上げます。

広島文化学園大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

申請者

連絡先：携帯電話：

Eメール：

広島文化学園大学 看護学研究学科 在宅・地域看護学教授

主指導教員：

研究依頼書

訪問看護ステーション 管理者 殿

終末期高齢者の在宅終末期開始から 14 日間の調査に関するお願い

拝啓

陽春の候、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。貴訪問看護ステーションにおかれましては、訪問看護の活動にご多忙のことと存じます。

私（XXXXXXXXXX）は、広島文化学園大学大学院研究科の博士後期課程にて、博士論文として提出すべく研究を進めております。その研究は、在宅で終末期を迎えたいと願う高齢者とその家族の思いを叶えるために、終末期の開始時から早期に安心していただくための緊急ニーズの予防や本人・家族の諸問題を解決するケア内容とシステムに基づいてケアツールの検討することを目的としております。是非、研究の趣旨をご理解いただきまして、ご協力の程、心から、よろしくお願い申し上げます。

なお、管理者様につきましては、終末期高齢者のケア管理などのシステム構造について調査をお願いいたします。

敬具

記

研究目的

終末期高齢者における在宅ケアの継続につながりやすい、開始期のケア内容とシステム要因を明らかにし、それらに基づいてケアツールを作成し、その実用性を検討することです。なお、この調査は、本調査Ⅰ・本調査Ⅱの2回に分けて行います。

研究期間

本調査Ⅰ：平成 年●月●日～●月●日まで

本調査Ⅱ：平成 年●月●日～●月●日まで

調査内容

本調査Ⅰでは、ケア内容およびシステムの構造と機能を合わせたケアツールの作成をするための調査のために、システム構造の調査票 1 枚をお願いいたします。

本調査Ⅱでは、本調査Ⅰで回収いたしました管理体制に変更がございましたら、ご記入いただけますが、変更なければそのままお返しく下さい。

調査票は、訪問看護ステーションの管理者様に、電話で調査を依頼のご連絡をいたしまして、同意を承ります。その後、管理者様へ、直接説明および書面にて同意を承り、郵送にて回収をさせていただくことに致します。

この研究は、訪問看護師様が、緊急事態の回避と同時に、入退院を繰り返さないための対処方法や本人・家族の在宅生活・在宅死亡のニーズを実質的に支える効果として、終末期在宅ケアの継続に貢献ができると考えております

なお、倫理的配慮は、本学の倫理委員の承認を得て実施しております。本研究の目的、概要、意義、研究協力と中断の自由、プライバシー保護のために対策、データの取扱と断裁による廃棄、研究成果の学会での報告、研究者の連絡先、問い合わせ先などの記載し、不利益がないように配慮致しますのでご安心ください。

研究にあたっては、誠に多忙とは存じますが、調査のご理解を賜り、ぜひともご協力の程、よろしくお願い申し上げます。また、貴施設のますますの発展とご活躍をお祈り申し上げます。

*お礼は、利用者様のご家族、管理者様、受け持ち看護師様 1 事例につき、XXXXXXXXXXとさせていただきます。

広島文化学園大学大学院 看護学研究科 博士後期課程
申請者 XXXXXXXXXX連絡先：携帯電話：XXXXXXXXXXEメール：XXXXXXXXXX広島文化学園大学大学院 看護学研究科研究教育担当教員
教授 XXXXXXXXXX

平成 年 月 日

研究依頼書

終末期高齢者の受け持ち訪問看護師 殿

終末期高齢者の在宅終末期開始から 14 日間の調査に関するお願い
拝啓

陽春の候、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。貴訪問看護ステーションにおかれましては、訪問看護の活動にご多忙のことと存じます。

私（XXXXXXXXXX）は、広島文化学園大学大学院研究科の博士後期課程にて、博士論文として提出すべく研究を進めております。その研究は、在宅で終末期を迎えたいと願う高齢者とその家族の思いが叶えられるようにするため、開始期を早期に安心していただくための緊急ニーズの予防や本人・家族の諸問題を解決するケア内容とシステムを合わせたケアツールの検討する目的としております。是非、調査の趣旨をご理解いただきましてご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

調査対象者は、終末期高齢者の在宅終末期開始から（14 日間）のがん・非がん事例（各 2 名）を考えております。調査期間は、本調査Ⅰが平成●年●月～●月●日ごろ、本調査Ⅱは、平成●年●月～●月 ごろに予定しております。本調査Ⅰは、質問紙（1 事例で B4 サイズ、2 枚と A4 サイズ 1 枚の質問紙にご回答を頂きます。また、本調査Ⅱは、本調査Ⅰに基づいて分析した質問紙を用いて回答していただくこととなります。調査票の説明は、訪問看護ステーションの管理者様に、電話で調査を依頼のご連絡をいたしまして、同意を承ります。その後、高齢者の終末期を受け持った訪問看護師様に、それぞれの質問紙に基づいて、直接、説明と書面にて同意を得て、郵送にて回収をさせていただきます。この研究は、訪問看護師が、緊急事態の回避と同時に、入退院を繰り返さないための対処方法や本人・家族の在宅と生活・在宅死亡のニーズを実質的に支える効果として、終末期在宅ケアの継続に貢献と終末期ケアの要である訪問看護師が開始期に何をすべきか明確化され、簡潔にケアの方向性が示されることによる質の評価に繋がると考えております。なお、倫理的配慮は、本学の倫理委員の承認を得て実施しております。本研究の目的、概要、意義、研究協力と中断の自由、プラバシー保護のために対策、データの取扱と断裁による廃棄、研究成果の学会での報告、研究者の連絡先、問い合わせ先などの記載し、不利益がないように配慮致しますのでご安心ください。

研究にあたっては、誠にご多忙とは存じますが、調査のご理解を賜り、ぜひともご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

貴施設のますますの発展とご活躍をお祈り申し上げます。

敬具

広島文化学園大学大学院 看護学研究科 博士後期課程
申請者 XXXXXXXXXX

連絡先：携帯電話：XXXXXXXXXXE-メール：XXXXXXXXXX

広島文化学園大学大学院 看護学研究科研究教育担当教員
教授 XXXXXXXXXX

平成 年 月 日

研究依頼書

ご家族 殿

調査のご協力をお願い

拝啓

このたび、本調査にご協力を頂きまして謹んで心から感謝申し上げます。

私()は広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程におきまして、なるべく多くの方々が、ご希望すれば住み慣れた家で安心して療養できるような在宅サービスの充実を目指すことを目的にこの研究を進めております。

そのため、ご家族の方(主介護者)に在宅サービスを利用されながら、在宅で看取りをされたご感想やご意見を賜り、今後の在宅サービスの発展につながるよう、検討いたしまして、これからの訪問看護サービスに役立てたいと考えております。

なお、ご家族様(主介護者)の方から頂いた貴重なご意見は、統計的に取りまとめますので、個人の回答がそのまま公表されることや個人が特定されることがございません。ご安心ください。

本研究は、本学の倫理委員会の承認を得て実施いたしております。また、研究内容について書面での同意を得ます。研究への参加は、自由意思であり、辞退により不利益にはなりません。ですから、研究の途中でも拒否する権利がありますのでご遠慮なくご意志をお伝えください。本研究の目的、意義、プライバシーの保護の保証、データの取り扱いと終了後の断裁による廃棄、研究以外には使用はいたしませんのでご安心ください。連絡先・問い合わせ先の明記をさせていただきます。また、どうぞ率直なご意見を聞かせください。ご多忙中のところ誠に申し訳ありませんが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

記入上のご注意

1. 調査票は、B4用紙1枚です。
2. ご記入は主に直接介護をなさった方、あるいは、身近な存在の方がご記入いただきますようお願いいたします。
3. 調査票が届きましてから、10日以内に、返信用封筒に入れて返送をお願いいたします。

お礼に を入れさせていただきます。

この調査の内容や記入方法の問い合わせ先は下記をお願いいたします。

平成 年 月 日

広島文化学園大学大学院 看護学研究科 博士後期課程
申請者

連絡先：携帯電話：

広島文化学園大学大学院 看護学研究科 教育担当教員
教授

資料 3

平成 年 月 日

研 究 同 意 書

訪問看護ステーション 管理 殿

研究テーマ

終末期高齢者の在宅ケア継続につながる開始期ケアとシステム要因に基づく
ケアツールの検討

このたび、研究テーマである、終末期高齢者の在宅ケア継続につながる開始期のケアとシステム要因に基づくケアツールの検討における研究調査依頼を受け、施設において、調査依頼の趣旨を理解し、十分な説明を受けました。また、この調査によって得られたデータが終末期ケアの開始期から小康期へとスムーズにつながり、本人・家族が安心して在宅で終末期を迎えることが可能になるような研究であることを踏まえ、今後のご利用者様、訪問看護ステーションの発展に役に立つことも理解いたしました。

当施設は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、当施設における調査の承諾をいたします。

平成 ●年●月●日

施設名 ()

訪問看護ステーション 管理者署名 ()

研 究 同 意 書

終末期高齢者の受け持ち訪問看護師 殿

このたび、研究テーマである、終末期高齢者の在宅ケア継続につながる開始期のケアとシステム要因に基づくケアツールの検討における研究調査依頼を受け、施設において、調査依頼の趣旨を理解し、十分な説明を受けました。また、この調査によって得られたデータが終末期ケアの開始から小康期へスムーズにつながり、本人・家族が安心して在宅で終末期を迎えることが可能になるような研究であることを踏まえ、今後のご利用者様、訪問看護ステーションの発展に役に立つことも理解いたしました。

当施設は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、当施設における調査の承諾をいたします。

平成 ●年●月●日

受け持ち訪問看護師様

同意します

同意しません

研 究 同 意 書

ご家族 殿

このたび、研究テーマである、終末期高齢者の在宅ケア継続につながる開始期のケア・システム要因に基づくケアツール検討の研究調査依頼を受け、その調査について趣旨を理解し、十分な説明を受けました。また、この調査によって得られたデータが、在宅で安心して療養できるための終末期ケアの発展につながる研究であることを踏まえ、今後の訪問看護を利用される方々のために、役に立つことを理解いたしました。

私は、上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、調査を承諾します。

平成 ●年●月●日

ご家族様 同意します 同意しません

資料 4

平成 年 月 日

同 意 取 消 書

研究依頼者へ

このたび、終末期高齢者の在宅ケアの継続につながる開始期ケア・システム要因に基づくケアツールの検討による研究の調査について、十分な説明を受けて、当施設では上記研究の協力を同意いたしました。が、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ご連絡申し上げます。

平成 ●年●月●日

施設名 ()

訪問看護ステーション管理者 氏名 ()

15. 緊急で入院	<p>開始期 $\left\{ \begin{array}{l} 1\sim7日 \\ 8\sim14日 \end{array} \right. \begin{array}{ll} 1. あり & 2. なし \\ 1. あり & 2. なし \end{array}$</p> <p>どちらかに、ありと答えた方にお聞きします。入院の理由（複数可）</p> <p>1. 痛みのコントロールのため 2. がん以外の痛み 3. 本人の不安 4. 家族の不安 5. 介護負担感の増強 6. 肺炎 7. 病状の悪化 8. 転倒などの事故 9. 感染症 10. 本人の希望 11. 家族の希望 12. その他 []</p>
16. 医師（病院）の緊急時対応	<p>1. あり 2. なし</p> <p>ありで答えた方にお聞きします。</p> <p>1. かかりつけ医 2. 入院時の担当医師 3. 救急病院（当直の医師） 4. その他 []</p>
17. 本人への告知の有無	<p>病名・告知の有無 1 あり 2 なし</p> <p>1. 医師 2. 家族 7. その他 []</p> <p>本人へ予後・告知の有無 1. あり 2. なし</p> <p>予後・告知をした人 1・医師 2. 家族 3. その他 []</p>
主介護者の背景	
18. 主介護者の年齢	<p>1. 10歳代 2. 20歳代 3. 30歳代 4. 40歳代</p> <p>5. 50歳代 6. 60歳代 7. 70歳代 8. 80歳代</p>
19. 本人との関係	<p>1. 配偶者（妻・夫） 2. 息子 3. 嫁 4. 娘 5. 兄弟</p> <p>6. 孫 7. その他 []</p>
20. 介護状況	<p>1. 主介護者1人 2. 家族と交代 3. ホームヘルパーの介護サービス利用</p> <p>4. 定期的にデイサービス・ショートステイの利用</p>
21. 健康管理	<p>1. 健康 2. 不眠傾向 3. 持病の治療中（内服薬服用） 4. 抑うつ・不安感 5. 腰痛 6. その他（ ）</p>

*受け持ちの訪問看護師の背景と看護体制について該当する語句・数字及び番号に○の記入をお願いします。

看護職の背景			
1. 年齢	[] 歳		
2. 性別	0. 男性 1. 女性		
3. 役職	1. 管理者 2. 主任等 3. スタッフ		
4. 勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤	5. 実務経験年数	約 [] 年
6. 在宅の終末期経験	0. あり 1. なし ありの方のみ記入 [] 人	7. 訪問看護職経験年数	約 [] 年
7. 終末期の利用者を受け持ったときの心身負担感	<p>1. あり 2. なし 3. どちらともいえない</p> <p>ありと答えた方、その理由（複数可）。</p> <p>1. 緊急対応が多い 2. ターミナルケアの受けもつ責任 3. 本人・家族の情報ニーズ不足 4. 本人・家族の信頼関係の構築 5. 医師との指示のやりとり 6. 在宅ケアチームの連携 7. その他 []</p>		

15. 緊急で入院	<p>開始期 { 1～7日 1. あり 2. なし 8～14日 1. あり 2. なし</p> <p><u>どちらかに、ありと答えた方</u>にお聞きします。</p> <p>開始期から何日目ですか [日目]</p> <p>1. 症状の悪化 2. 本人の不安 3. 家族の不安 4. 介護負担感の増強 5. 肺炎 6. 転倒などの事故 7. 感染症 8. その他 []</p>
16. 医師（病院）の緊急時の対応	<p>開始期 1. あり 2. なし</p> <p><u>ありで答えた方</u>にお聞きします。</p> <p>1. かかりつけ医 2. 入院時の担当医師 3. 救急病院（当直の医師） 4. その他 []</p>
17. 本人への告知の有無	<p>病名・告知の有無 1 あり 2 なし</p> <p>1. 医師 2. 家族 7. その他 []</p> <p>本人へ予後・告知の有無 1. あり 2. なし</p> <p>予後・告知をした人 1・医師 2. 家族 3その他 []</p>
主介護者の背景	
18. 主介護者の年齢	<p>1. 10歳代 2. 20歳代 3. 30歳代 4. 40歳代 5. 50歳代 6. 60歳代 7. 70歳代 8. 80歳代</p>
19. 本人との関係	<p>1. 配偶者（妻・夫） 2. 息子 3. 嫁 4. 娘 5. 兄弟 6. 孫 7. その他 []</p>
20. 介護体制	<p>1. 主介護者1人 2. 家族と交代 3. ホームヘルパーの介護サービス利用 4. 定期的にデイサービス・ショートステイのサービス利用</p>
21. 健康状況	<p>1. 健康 2. 不眠傾向 3. 持病の治療（内服薬服用） 4. 抑うつ・不安感 5. 腰痛 6. その他（ ）</p>

*受け持ちの訪問看護師の背景で該当する語句・数字及び番号に○の記入をお願いします。

看 護 職 の 背 景			
1.年齢	[] 歳		
2. 性別	0. 男性 1. 女性		
3. 役職	1. 管理者 2. 主任等 3. スタッフ		
4. 勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤	5. 実務経験年数	約 [] 年
6. 在宅の終末期経験	0. あり 1. なし <u>ありの方のみ記入</u> [] 人	7. 訪問看護職経験年数	約 [] 年
8. 終末期の利用者を 受け持ったときの 心身負担感	<p>1. あり 2. なし 3. どちらともいえない</p> <p><u>ありと答えた方のみ</u>お答えください。</p> <p>1. 緊急対応が多い 2. ターミナルケアの受けもつ責任 3. 本人・家族の情報不足 4. 本人・家族の信頼関係の構築 5. 医師と指示のやりとり 6. 在宅ケアチームの連携 7. その他 []</p>		

資料 6

平成 年 月 日

管理者様
訪問看護師様

終末期ケア開始期（14日間）についての 訪問看護師様への調査のお願い

新春の候、貴訪問看護ステーションにおきましては、ますますのご発展のこととお慶び申し上げます。

この度、私[]の2回目の調査にご協力を賜りましてありがとうございます。心より厚く御礼を申し上げます。

当初は、終末期ケアに関わる他職種、終末期ケアの体験がない訪問看護師の調査を予定しておりましたが、目的変更のため、今回は、終末期ケアの経験のある訪問看護師様に限定させていただくことになりました。誠に勝手ながらよろしくお願い致します。

今回の調査の目的は、在宅で終末期を迎える利用者・家族様が安心して在宅療養ができるための**在宅終末期の開始期におけるケア内容、システムとサービス調整のケア要件の検討**でございます。そのため、在宅終末期の開始（14日間）の**終末期ケアを経験された訪問看護師様**に1週目と2週目でどの程度の改善ができるか、についてご回答を頂き、開始期ケアとして有用性を検証することに致します。なお、倫理的配慮は、本研究の目的、概要、意義、研究協力と中断の自由、プラバシー保護のために対策、データの取扱と断裁による廃棄、研究者の連絡先、問い合わせ先などの記載し、不利益がないように配慮致しますのでご安心ください。研究にあたっては、本学の倫理委員の承認を得ております。よろしくお願い致します。

調査内容と方法は、次の通りでございます。

1. ケア内容：9項目、訪問看護体制：3項目、サービス調整：14項目の56項目とそれぞれの質問事項が10問ございます。各項目の選択肢の中から該当する数字に○、または記述をお願い致します。
2. 調査票は、A3用紙1枚です。
3. 同意書は、最初に記入していただきましたので、回収にて同意をさせていただきますようお願い致します。ご記入後、集計の都合上、勝手ながら平成 ●年●月●日ごろまでにご返送を頂きますようお願い申し上げます。*お礼に[]を入れさせていただきます。
*ご不明な点がございましたら、下記へご連絡いただきますようお願いいたします。

連絡先

広島文化学園大学大学院 看護研究科

博士後期課程 []

携帯番号 []

Eメール []

資料 7

開始期(14日間)のケア成果調査票

この調査は、終末期ケアの在宅開始(14日間)で実施されたケア体制と機能、ケア内容、サービス調整の成果を示しています。あなたが実施する開始期の終末期ケアを通して、改善がされたかどうかについて7、14日間に分けて回答を頂くことを目的としています。また、開始期において他職種との連携、ケア体制について解答をお願いいたします。

*該当する項目に○、または、ご記入ください。

1. 性別 ① 男性 ② 女性 2. 訪問看護経験年数(約)年 3. 終末期ケアの経験(約)名

*開始期ケアの下記の項目の7、14日間での改善の程度について、該当する項目の数字に「○」をつけてください。また、該当がない場合は非該当へ○をつけてください。

開始期ケア			7日間で改善				14日間で改善				非該当	
項目	番号	項目	できる	まあまあできる	あまりできない	できない	できる	まあまあできる	あまりできない	できない		
ケア内容	ペインマネジメント	1	疼痛が軽減した、または消失する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		2	疼痛増強時は、我慢せず医療職に援助を求めることができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		3	適切に痛み表現ができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		4	副作用が消失した。または軽減する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		5	薬物療法に関する不安トラブルがない	4	3	2	1	4	3	2	1	
	疼痛以外の苦痛症状	6	呼吸困難が消失した、または軽減する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		7	消化器症状が消失した、または軽減する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		8	誤嚥性肺炎をおこさない	4	3	2	1	4	3	2	1	
		9	嚥下状況の改善、または消失する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		10	感染症が消失し、新たな感染症が出現しない	4	3	2	1	4	3	2	1	
		11	本人・家族の意向を踏まえた水分出納管理ができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		12	皮膚トラブルがない、または改善する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		13	倦怠感・苦痛が増強しない	4	3	2	1	4	3	2	1	
	心理・助精神的援助	14	本人が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		15	本人に不安やいらだちが軽減される	4	3	2	1	4	3	2	1	
		16	家族が治療やケアに不安がなく、安心、安楽に生活できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		17	家族の不安やいらだちが軽減される	4	3	2	1	4	3	2	1	
	スピリチュアルの援助	18	本人・家族の気になること、やり残したことが実現できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		19	本人・家族の信じる者を尊重されていることを実感できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		20	本人が重要なメッセージまたは文章が残せる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		21	自分の存在の意味、価値を見出すことができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		22	本人が家族や他者とのつながりやいたわりを実感できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
	デスマネジメント	23	本人・家族が在宅で生活することを納得して選択できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		24	今後どのように生きたいかを表現できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		25	本人・家族が病状悪化や死に対する不安や恐怖を表出し軽減できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		26	必要な医療は受けられたと納得できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		27	最期はどこで死を迎えたいか本人または家族が自己決定できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		28	本人から家族へメッセージがのこせた、または準備ができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
	ト 喪失・悲嘆サポート	29	家族の意向を反映したケアが提供できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		30	家族の不安や感情が表出できる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		31	家族が自分の時間を持つ	4	3	2	1	4	3	2	1	
	基本的ニーズの援助	32	嗜好にあった規則正しい生活を送ることができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		33	ADL・IADLに合わせた、自立度を最大限に維持した生活ができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		34	転倒しなかった、転倒したが打撲程度であった	4	3	2	1	4	3	2	1	
		35	清潔が保てる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		36	問題行動はなかった、もしくは緩和する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		37	排泄に関する苦痛・ストレスがない	4	3	2	1	4	3	2	1	
		38	排便コントロールができる	4	3	2	1	4	3	2	1	
		39	睡眠が保てる	4	3	2	1	4	3	2	1	

下記の該当する質問項目に「○」及び「語句」をご記入ください。

4. 終末期の利用者が移行するとき、利用者について退院前、情報共有会議などを多職種間で行っている
 ① 毎回している ② 必要時にしている ③ あまりしていない ④ してしない
 ④のしていない方にお尋ね致します。その理由を教えてください。()

5. 終末期の開始期において、下記の職種あるいは業種との連携が困難と感じたことがありますか。
 ① 医師 ② 病院の看護師 ③ ケアマネジャー ④ 介護職 ⑤ 理学療法士 ⑥ 作業療 ⑦ 病院の看護管理者
 ⑧その他() ⑨ 全くない

5-2 ①～⑧のはいと回答された方にお尋ねします。その理由をご記入ください
 ()

*開始期におけるケア体制についてお尋ねします。

6. 在宅開始は、利用者だけでなく、家族のケアを同時に対応している。 ① はい ② いいえ

7. 終末期の開始期では、利用者と家族のケアを同時行うケア体制は必要と考えますか？
 ① 当然必要である ② 状況によって必要である ③ あまり必要でない ④ 必要でない

8. 緊急時、医師の連携で困難な場合がありますか？ ① ある ② ときどきある ③ たまにある ④ 全くない
 ①、②、③を答えた方にお尋ねします。その理由を教えてください
 ① 医師と連絡が取れない ② 緊急時の指示があいまい ③ 医師から本人・家族に治療方針、緊急時に対する説明不足
 ⑤ その他()

*開始期ケア体制で、下記の項目の7・14日間に該当する数字に「○」をつけてください。また、該当がない場合は非該当へ○をつけてください。

開始期のケア体制機能			7日目				14日目				非該当
項目	項目		できる	まあまあできる	あまりできない	できない	できる	まあまあできる	あまりできない	できない	
訪問看護ケア体制機能	40	緊急時連絡網の作成し使用する	4	3	2	1	4	3	2	1	
	41	一致したケア提供を行うため、共同計画を立て、実施する	4	3	2	1	4	3	2	1	
	42	医師の緊急時指示方法の連携の確認する	4	3	2	1	4	3	2	1	

① 訪問看護師 ② ケアマネジャー ③ 管理者 ④ その他()

*開始期サービス調整で、下記の項目の7、14日間に該当する数字に「○」をつけてください。また、該当がない場合は非該当へ○をつけてください。

開始期のサービス調整			7日目				14日目				非該当	
項目	項目		できる	まあまあできる	あまりできない	できない	できる	まあまあできる	あまりできない	できない		
訪問看護サービス調整	緊急・療養支援	43	緊急時、受け入れ先の事前確認する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		44	治療方針と緊急対応方法の相談する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		45	緊急時に備えた、家族への連絡先、対応方法の指導する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		46	必要時、衛生材料・介護用品の購入・費用などの事前準備の確認する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		47	主治医からの今後予測される症状・変化と対処方法の説明と家族理解の確認する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		48	主治医との情報共有の打ち合わせする	4	3	2	1	4	3	2	1	
		49	身体介護・生活支援との情報共有の打ち合わせをする	4	3	2	1	4	3	2	1	
	利用者・家族支援	50	サービス内容の決定、重要事項の決定などを相談する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		51	介護の知識・技術方法の説明を理解するまで確認し、説明する	4	3	2	1	4	3	2	1	
		52	家族・親族間における介護の役割分担の可能性を確認する	4	3	2	1	4	3	2	1	
53		福祉用具の安全・利便性の点検する	4	3	2	1	4	3	2	1		
54		兄弟・親戚・近隣・友人からの支援状況の把握と調整する	4	3	2	1	4	3	2	1		
55		主介護者の休息時間の確保・休憩確認する	4	3	2	1	4	3	2	1		
56	衛生材料についての提供と点検する	4	3	2	1	4	3	2	1			

10. ケア体制、サービス調整の項目で開始期に必要なと思うケアがありましたら、ご記入下さい。

1. ケア体制

2. サービス調整

資料 8

訪問看護 S T 管理者及び訪問看護師への聞き取り内容

訪問看護管理者への調査票について

1. 在宅療養終末期の開始期において、どのような体制で訪問看護師が機能しているか、
2. 機能の項目は活用しているか、又は作成しているか

家族への調査票

1. 調査項目ごとにその場で目を通してもらい、家族が回答できる項目であるか
2. 家族による満足度とケア評価の調査項目は、質問項目が測定しようとしている
下位項目の内容を偏りなく反映し、かつ適切に網羅しているかについて
3. 調査項目の回答しづらさや表現のわかりにくさ
 - ①文章のわかりにくさ
 - ②文言の適切さ
 - ③必要なケア項目の追加・削除の有無
 - ④書きやすさ及び質問の量

訪問看護師の調査票について

1. 心身ケアニーズとケア成果の項目が妥当であるか
2. ケア内容は開始期支援で実際に実践しているか
3. 調査項目の回答しづらさや表現のわかりにくさ
 - ①文章のわかりにくさ
 - ②文言の適切さ
 - ③必要なケア項目の追加・削除の有無
 - ④書きやすさ及び質問の量