

[研究ノート]

高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

—福井県の訪問看護事業所調査から—

安岡 文子・春見 静子

要 旨

高齢者の在宅ターミナルケアは、高齢者がその人らしい主体的な、終末期を迎える為に重要であるが、現状は高齢者がそれを望んだ場合、自由に選択できる状況ではない。一般的に高齢者のターミナルは、経過が長期化しやすいなどの特色があり、介護などさまざまな問題を抱えている。その為、介護保険サービスやケアマネジメントの活用が必要になっている。今回、福井県の訪問看護サービスにおける在宅ターミナルケアへの取り組みを調査し、その推進を妨げている要因と訪問看護サービス体制の分析を行った。その結果、在宅ターミナルケアについて、次の4つのことが明らかになった。

1. 現在実施している事業所は、30%に過ぎず進展していないが、病院等と訪問看護ステーションに事業所を分類した場合は、その86%を訪問看護ステーションが実施していた。2. 訪問看護の管理者は、医師の場合より看護職の場合の方が積極的に取り組んでいる。3. 訪問看護の規模が小さい（従事者3人未満）場合は、積極的に実施することが難しい。4. 訪問看護は、実施上の困難として①意思決定困難な高齢者の増加とその自己決定の支援、②ケアの報酬の問題、③家族の介護力不足、ホスピスなど社会的支援体制の不足、④移動など物理的な問題を抱えている。さらに、訪問看護ステーションでは、⑤福祉関係者の技術不足、⑥往診する医師の不足という問題が加わり、在宅ターミナルケアの実施が困難になっている。つまり、訪問看護サービスは事業所の体制改善に加えて、訪問看護と共に高齢者や家族を支援する社会サービスが、整備されなければその機能を発揮できない。

はじめに

高齢者の在宅ターミナルケアは、高齢者にとって住み慣れた生活の場で最期の時を過ごすことによって、より人間らしい主体的な終末期を迎えやすく、ケアを通して家族や関係者に人間

受付日 2005.11. 1

受理日 2005.12. 9

所 属 安岡文子、社会福祉法人 藤島園

春見静子、福井県立大学大学院看護福祉学研究科

としてのさまざまな学びをもたらす場合が多い。しかし、高齢者の多くは医療機関などでその終末を迎えている。

高齢者の在宅ターミナルケアについての研究は、ケアマネジメントを適用することで高齢者のターミナルケアの質をたかめるという報告（近藤：2002）¹⁾ やターミナル期にある高齢者を介護する家族は負担が大きく不安が強いという報告（2005：長尾）²⁾ があるが、その研究は緒についたばかりである。

福井県に関しては、類似の研究はまだ行われておらず、唯一細谷たき子らが実施した訪問看護の効果に関する研究が、平成16年度福井県介護給付適正化調査研究として報告されている³⁾。福井県は、3世代同居率や持ち家率が高く、比較的在宅療養が可能な環境にあることが推測され、高齢者の在宅ターミナルケアにとって有利な条件を備えている場合が多い。しかし、その取り組みの歴史は浅く、現体制ではその実施において、さまざまな困難が予想される。

本研究では、県内の訪問看護事業所が、在宅ターミナルケアに対してどのように取り組んでいるのか、アンケート調査により明らかにし、高齢者の在宅ターミナルケアの制度づくりや、実践の向上に役立てることを目的とする。

1. 高齢者の在宅ターミナルケアの特色

ターミナルケアという用語は、末期がん患者に対するケアとして社会的に議論されるようになり、ホスピスなどの医療現場の対応として検討され発展してきた。ホスピスには、3つのタイプがあり、その第1は1967年に始まるイギリスのセントクリストファーホスピスのような完全独立型、第2はアメリカで発展した在宅ホスピス型、第3は緩和ケア病棟と言われる病院をベースにした病院付属型である。この3つのホスピスは、その創始者であるCicely Saundersの考え方に基づいて、看取りの哲学を最も重視し、人がその人らしく最期まで生きることを援助する為に、医療だけではない総合的、全人的なケアを行う。

わが国のホスピスは、2002年において完全独立型3施設、病院付属型92施設で、病院付属型が中心となっている⁴⁾。病院を利用できる対象者は、進行がんとAIDSの末期患者と規定されており、高齢者はがん以外の臓器不全や老衰などで終末期を迎えることが多く、その対象にならない場合が多い。在宅ホスピスは、病名を特定していないことや生活の場でケアが受けられる等、3つのホスピスのタイプでは、最も高齢者の終末期ケアに適応しやすい。しかし、それはごく一部の先駆的な取り組みであることや、家族の負担などの問題を抱えている。つまり、全ての高齢者がその人生の終末を、その人らしく生きることを援助する為には、高齢者のターミナルケアへの対応を検討しなければならない。高齢者がその人らしさを、最も発揮しやすい生活の場を中心とする在宅ターミナルケアの充実が必要となっている。

一般的に高齢者は、自らの死を身近に感じて、その終末をどう迎えるかに強い関心を持って

高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

おり、長年住み慣れた自宅で療養しながら、安らかな終末を迎えたいと希望する人が多い。1995年人口動態社会経済面調査報告では、高齢者の89.1%は死亡場所として自宅を希望しているが、33.1%の人しかその希望が実現できていない⁵⁾。高齢者が自宅を希望する理由は、長年住み慣れた地域や思い出が残っている家に対する愛着、家族や馴染みの人間関係の中で最期まで生活したい等の思いが考えられる。しかし、実際には介護する家族への遠慮や経済的な問題などから、その思いが伝えられない場合が多いのではないかと。その理由は、高齢者の在宅ターミナルには、他のターミナルとは異なる特色があることに起因するのではないかと。

高齢者は、疾病を複合して抱えている場合が多く加齢による臓器の変化などもあり、その経過を予測するのが難しく、個別性が強いためケアを画一化できない。さらに、本人の意思決定能力の低下や意思の確認が困難な場合が多く、人工栄養の問題などその判断が難しい問題を抱えている。その状況は、脳血管障害や認知症などによって日常生活が困難で治癒する見込みのない状態になりやすく、長期間にわたる介護の末に終末期がある場合が多い。その終末期について池上は、病名などよりも死に至る経過を重視し、終末期への対応については、経過のパターンから次の3つに分類している⁶⁾。

・第1のパターン（がん等の場合）

一般に死亡の数週間前までは日常生活は自立しているが、ある時期を境に急速に衰弱する。「終末期」は一般に2ヶ月以内の短期であると予測でき、意識や認知能力は最期まで通常保たれるので、本人の終末期ケアに関する希望を確認することも一般に可能である。この場合は、ホスピスケアという独自のケア体系が考案され、その効果も認められる。

・第2のパターン（心、肺、肝臓などの臓器不全の場合）

機能が2～5年の経過でしだいに低下するなかで何回か急に悪化し、小康を得るが元のレベルまでは一般に回復しない。治療しても改善するかどうかは事前にはわからず、患者は積極的な治療を望むとは限らない。この場合は、医療や介護の良し悪しによって、増悪する頻度や程度が異なる為、高齢者と家族に対して悪化の予防方法や兆候を察知する方法などを習熟させる。また、早い段階から本人のリビング・ウィルなどにより本人の意向を確認する必要がある。

・第3のパターン（老衰や認知症などの場合）

第2の場合よりもいっそう長く、一般には5年以上の経過をたどって機能は徐々に低下して死にいたる。終末期を予測することが難しく、末期には食事を摂取することができず、どこまで人工栄養をおこなうかなどが課題となる。本人の意思を確認することも一般に難しい。この場合は、医療よりも介護が中心であり、家族に対する正しい介護方法の指導と介護負担の軽減が大きな課題である。

高齢者のターミナルは、第3や第2のパターンが多く経過が長期化しやすく、第1のパターンの場合でも、加齢に伴ってがん等の進行が遅くなり、一般的にその経過は長くなる。さらに、

第3の場合は、介護負担やケア内容に対する意思決定をどのようにするか等の問題が生じてくる。つまり、高齢者のターミナルケアの考え方は、短期的な対応だけでなく、終末期に至る経過に応じて、その人らしい人生の終末期が送れるように、介護サービスや家族の介護支援を含めた総合的、長期的な取り組みが必要となっている。高齢者の在宅ターミナルケアは、第1に、家族の介護負担の軽減や介護方法の指導、第2に、多様な資源の活用とチームアプローチ、第3には、高齢者が望む自己決定への支援が必要となる。

2. 在宅ターミナルケアと訪問看護事業

わが国の訪問看護事業は、高齢者の地域ケアが社会問題となった1965年頃から、病院によって始められた。その後、1983年老人保健法の制定に伴い老人の訪問看護に診療報酬が新設され、病院の訪問看護が急速に増加していった。1999年訪問看護を実施している3,863ヶ所の病院が訪問看護で実施している内訳は、精神科訪問看護709ヶ所、在宅患者末期訪問看護411ヶ所、寝たきり老人末期訪問看護448ヶ所となっており、病院の訪問看護が多様化していることや末期へも対応していることが示されている⁷⁾。

訪問看護ステーションは、1992年の老人訪問看護制度の創設によって、病院とは独立した組織として訪問看護事業所を開設できるようになった。制度創設の経緯は、在宅で療養する高齢者に対し在宅ケアを総合的に推進していくために、1988年「訪問看護など在宅ケア総合推進モデル事業」として開始され、介護に重点をおいた看護として位置づけられた。訪問看護ステーションにおける訪問看護終了後の在宅死は、1993年27.5%、1995年22.6%、1996年25.2%で、全体の4分の1の在宅死を支えおり、その対象者の年齢は80歳代43.5%、90歳代25.1%、70歳代20.7%で、高齢者の在宅ターミナルケアが圧倒的に多いことが報告されている⁸⁾。

さらに、1994年在宅ターミナルケアの推進を目的にして、在宅末期医療総合診療科が新設され、在宅患者末期訪問看護・指導料が認められるようになる。その業務は、痛みや苦痛の緩和や医療処置、家族を含めた精神的な支援、医師や介護スタッフなどとの連携、緊急時の対応などとなっている。しかし、その利用件数は非常に少ないことが報告されており、上述の在宅死の年間推移からみても、制度の創設前よりその件数が減少している。

医療保険が規定する訪問看護は、訪問看護ステーションの従事者としては、保健師、看護師及び准看護師、理学療法士又は作業療法士となっており、病院などの従事者としては、保健師、助産師、看護師及び准看護師となっている。その報酬（2005年現在）は、週3日まで5,300円、週4日目以降6,300円で准看護師の場合は減額となる。訪問回数は、月に5回を限度とするが、がんの末期及び疾病の急性増悪期と医師が認めた場合は、14日を限度に必要な応じた訪問看護が認められている。医療保険からの訪問看護サービスは、ホームヘルプサービスなどの介護保険サービスとの併用は原則的に認めていない。

高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

介護保険が規定する訪問看護は、要介護度に基づいて1ヶ月の支給限度額に応じた訪問回数を設定する仕組みになっている。そのサービスの提供は、訪問看護ステーションと病院などの訪問看護事業所の2種類があり、前者は介護保険の指定を受ける介護サービス事業所に分類され、看護職を専任の管理者とし、2.5人以上の常勤者をおき施設などについての規定がある。後者は、介護保険みなし指定事業に分類され、管理者、人員、設備など制度的には規定を設けていない。つまり、訪問看護事業所には在宅ターミナルケア推進の役割が期待され、その制度化が進められているが、在宅ターミナルケアに対する利用が進んでいない。サービスの利用方法については、医療保険と介護保険があり、サービス提供事業所は、その形態や従事者が、病院などの訪問看護と訪問看護ステーションによって異なり、費用負担も異なる仕組みになっている。その為、終末期にある高齢者にとっては、サービスの選択が難しくその役割も理解しづらい。今後、それぞれの機能分担や地域の社会資源としての活用方法などの検討が求められる。

3. 在宅ターミナルケアと介護保険

(1) 介護保険サービス

介護保険サービスは、在宅ケアの資源を増加させ、その選択の幅を広め高齢者が、在宅ターミナルケアを受けやすい環境を整えた。介護保険による公的介護は、多様なサービスを提供し、家族が全て担っていた介護負担を軽減した。家族員の減少や高齢者世帯の著しい増加が認められる高齢社会において公的介護は、今後益々重要となり高齢者の在宅ターミナルケアにおいても、介護保険サービスを活用しなければならない。しかし、介護保険は、ターミナルケアのために創設されたものではなく、その目的は高齢者の自立支援にあり、最近の見直しでは介護予防や重度化防止が強調されるようになった。人間には必ず訪れる終末期が、それぞれの人生にとって重要な意味を持つものであることから考えると、高齢者が終末期をどう過ごすのかは、介護予防と同じぐらい重要な問題である。つまり、介護保険サービスは、在宅ターミナルケアを実現することができるが、現体制では終末期を迎え医療依存度が高くなった高齢者をケアすることは難しい。

在宅ターミナルケアを支える介護保険サービスは、次の3つのサービスに大別され、それぞれのサービスを多様に組み合わせることによって、高齢者や家族の望むケアを受けやすくする。

1) 訪問サービス

①訪問看護

介護保険が認める報酬(2005年現在)は、1時間につき訪問看護ステーションは8,300円、病院などの訪問看護は5,500円で准看護師の場合は減額となっており、1回のサービスは1.5時間が限度になっている。急変時にいつでも対応する緊急時訪問看護加算は、1ヶ月につき病院などの訪問看護は8,400円、訪問看護ステーションは13,700円で、ターミナルケア加算について

は12,000円が規定され、高齢者や家族に対して直接的なサービスを行い、その療養生活が支えられるようになっている。しかし、介護が中心となる高齢者の在宅ターミナルケアについては、訪問看護以外の家族の介護を支えるサービス体制や、介護サービスを支える医療体制が整備されなければ、その機能が充分発揮できない。ターミナルケア加算についても、死亡月の前月以前の月に訪問看護を開始し、その死亡の24時間以内にターミナルケアを行った場合につき、死亡月のみ「ターミナルケア療養費加算」を認めている。しかし、この規定は、終末期が長期化しやすく経過の予測が難しい高齢者ターミナルケアに即していない。加算を認める要件は、その期間の延長や最期の看取りの場所が、病院や短期入所施設の場合も含めるなど、高齢者のターミナルの特色に応じた改善が求められる。

②訪問介護

介護保険が認める訪問介護は、ホームヘルパー若しくは介護福祉士による生活援助と身体介護があり、その報酬は（2005年現在）、1時間につき前者が2,080円、後者が4,020円であるが、ホームヘルパーの場合は、1～3級に分類され級によって保険料金が異なる仕組みになっている。訪問介護は、家族の負担の軽減やそのサポートを行えるが、ターミナルケアに関する規定は何もなされておらず、専門職としての背景も訪問看護と大きく異なる。両職種は、専門職種としての歴史が浅く、看護師と比較するとターミナルケアに関する教育や研修が不足しており、心理的ストレスを抱えやすい状況にある。しかし、現実にはターミナルケアに直面し、日常的にも利用者に関わる時間が長く、施設や病院での対応に比べて個人に掛かる負担が大きい。その為、訪問介護についても保険上の改善やターミナルケアを担うための教育や、その養成のあり方の改善が求められる。

2) 通所サービス

通所サービスは、社会との関わりが減少しやすく、孤独感を抱きやすい状況にある終末期高齢者の社会的交流を促進し、高齢者の気分転換や社会参加に繋がり、家族の介護負担の軽減も図れて高齢者の在宅ターミナルケアには、なくてはならないサービスである。しかし、現実には急変時の対応を含めて高度の介護を要し、医療依存度の高いターミナル期の高齢者を、受け入れる事業所は少ない。

通所サービスには、通所介護と通所リハビリが規定され、その従事者は、通所介護が生活相談員、看護職（兼任を認めている）、介護職員（利用者10につき1）とされている。通所リハビリは、医師（専任常勤で利用者40につき1）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（利用者10につき1）とされ、理学療法士などのリハビリに関する職員については必置となっている。つまり、終末期の高齢者が利用する場合、通所介護では医師の不在や看護職員の不足による対応困難が予測され、通所リハビリでは介護職や看護職員の不足が予測され、介護などケアへの対応が困難となる。その為、通所サービスに

高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

については、在宅ターミナルケアに対応した人員の配置が必要になっている。

3) 短期入所サービス

短期入所サービスは、家族が介護から離れて心身の疲れを癒す時間を持つことができることや、一時的に介護できない状況になった時の代替となり、その介護負担や心理的な負担感を軽減させて、家族が在宅ターミナルケアを安心して継続するために必要である。しかし、現実には短期入所できる施設の定数不足や対応困難から、高齢者や家族の希望に応じた選択ができる状況ではない。

短期入所サービスは、特別養護老人ホームに設置される短期入所生活介護、老人保健施設や療養型病床に設置される短期入所療養介護の2種類がある。短期入所生活介護の従事者は、医師(併設の特別養護老人ホームとの兼務を認め専任・常勤の規定はない)、生活相談員、介護職員又は看護師若しくは准看護師(利用者3につき1)などが規定されている。短期入所療養介護の従事者は、医師、看護職、介護職などが利用者を入所者とみなした場合において、法に規定する老人保健施設や療養型病床として必要とされる数を確保することを規定している。その報酬は、要介護度や施設の種類に応じた1日あたりの料金として設定されている。つまり、短期入所サービスは、その報酬体制から利用者の都合に合わせて定数を確保しておくのは難しく、短期入所生活介護では、医師不在時の対応困難や、看護職員の不足などが予測される。今後は、特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討を含めて、短期入所生活介護の職員配置や報酬体制の改善など、ターミナルに対応した利用しやすいサービスにしなければならない。

介護保険サービスに在宅ターミナルケアという目的を加え、それを充実させることによって、現在施設や病院でのターミナルケアを受けている高齢者が、在宅ターミナルケアを選択することができるようになる。介護保険は、高齢者の在宅ターミナルケアに対応したサービス体制を整備しなければならない。

(2) ケアマネジャーの役割

ケアマネジャーの役割は、介護保険の要となって要介護者が自立した生活が営めるようにすることが強調されている。しかし、長期間にわたる高齢者との関わりの中で、初期の段階では自立可能であってもその経過とともに自立から終末期に移行し、ターミナルケアの問題が生じてくる。ケアマネジャーは、高齢者が在宅ターミナルケアを希望する場合には、困難を抱えながらも社会資源を最大限に活用して、本人の思いを実現する姿勢が必要となる。ケアマネジャーの仕事の到達点であり最も重要な役割は、住み慣れた地域や生活の場で高齢者や家族、関係者が満足できるターミナルケアを行うことにある。

役割を果たすために重要なことは第1に、利用者との人間関係を築きながら、その意思を確かめ、利用者の側からサービスの選択や利用ができるように、その意思決定を支援することに

ある。意思決定困難な場合はその自己決定を支え、意思の確認ができない場合は、その権利を擁護する。嵯峨は、自己決定できなくなった老人患者の利益を中心にした関係者の「協議—同意」の上に立つ「チーム—決定」の有効性を指摘している⁹⁾。つまり、ケアマネジメントによるサービス担当者会議は、高齢者の抱える難しい問題を、時間をかけて考え、チームとしての共同決定を導くことを可能にする。これは、意思の確認が困難で判断が難しい問題を抱えた高齢者の利益を守り、その権利を擁護する方法となる。

第2は、多様な社会資源を活用したケアプランによって、介護する家族の負担を軽減しながら家族を支援することにある。家族が、安心して在宅ターミナルケアを継続できるように、その環境を整え高齢者の思いが家族の中で受け入れられるように働きかける。

第3は、ケアプランを中心にして関係者のチームワークを構築し、チームアプローチを実現することにある。川越は、在宅ターミナルケアはチームで考え、チームで情報を共有し、チームで実践してこそ、死にゆく人の身体的・精神的・社会的・霊的苦悩に対処できると言っている¹⁰⁾。つまり、介護が療養生活の中心となり、多職種の専門家や機関の関わりを必要とする高齢者の在宅ターミナルケアにおいては、従来の在宅ターミナルケア以上にチームで情報を共有し、考え、実践することの重要性が増してくる。ケアマネジャーは、関係者に対して迅速な連絡を行いながら情報の共有化を図ると共に、ケアカンファレンスによって、チームによる決定を導きチームとしての意識を高める。

第4は、地域社会への問題提起を行い、在宅ターミナルケアが地域社会の中で受け入れられるように働きかける。現代社会は、人間の死をその日常生活から遠ざけて、それを身近に感じたり考えたりする機会を減少させ、ターミナルケアに対する強い不安や必要以上の負担感を抱かせるようになった。その為、人間の死やその看取りは、それに関わる人々に多くの学びを得る機会となることや、生と死は連続したものであり、ターミナルケアは地域社会における生活問題であることを提起する。しかし、ケアマネジャーはその資質が均一化しておらず、その役割を充分果たせていない。今後は、資質の向上がはかれる教育、研修体制の整備が求められる。

4. 福井県の訪問看護事業所調査

(1) 調査の意義と目的

在宅ターミナルケアに対する先行研究は、次の3つがある。その第1は全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査（日本訪問看護振興財団：2003）があり、ターミナルケアの実施は、1ヶ月につき病院が8.4回、訪問看護ステーションが11.1回の訪問回数となっていた¹¹⁾。第2は全国300ヶ所の訪問看護ステーションの無作為抽出による在宅死の看取り看護の実態調査（川越：1998）があり、看取り経験は78.5%のステーションにあり、死亡原因の第1位は悪性腫瘍であった¹²⁾。第3は大阪、京都、兵庫県内の訪問看護ステーションを対象にした

高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

在宅ターミナルケアへの取り組みの現状と課題の調査（大野：2003）があり、看取りは75%のステーションが経験し、その実施にはチームケアが行われていないことや、医師との連携困難などの問題を抱えていた¹³⁾。

福井県は、都道府県別の統計で見ると、訪問看護ステーションの従事者は高齢者人口に対する比率が全国で3番目に多く、従事者1人あたり1ヶ月訪問回数は全国平均49.7回のところ52.3回、全国的にみて在宅ケアに対して積極的に取り組んでいる¹⁴⁾。

従来の調査では、訪問看護ステーションに対する調査が中心となっていたが、今回の調査では訪問看護ステーションだけでなく病院などの訪問看護を対象とし、福井県の訪問看護サービスがどの程度、在宅ターミナルケアを実施しているのかを調査する。事業所の属性や規模と在宅ターミナルケアへの取り組みの状況、その実践を困難にしている内容を分析し、在宅ターミナルケアの推進を妨げている要因ならびに、訪問看護サービスを選択する場合の基礎資料を作成し高齢者の在宅ターミナルケアの推進を図る。

（2）調査の概要

1）調査の目的

福井県の訪問看護事業所における在宅ターミナルケアへの取り組み状況を明らかにする。

2）調査対象

ワムネット（独立行政法人福祉医療機構）に掲載されている福井県の訪問看護ステーションと病院などの訪問看護（介護保険みなし事業所）245を対象とし、管理者に対して調査を実施した。

3）調査期間 2005年6月～7月

4）調査の方法

① 調査票の作成

調査の実施に先立ち、高齢者の在宅ターミナルケアの経験豊富な訪問看護ステーションの管理者2人にプレ調査を実施し、調査票に対する意見を求めて調査内容の見直しを行う。

*用語の説明

調査票上のターミナルとは、余命を予測する期間や疾病の種類を問わず「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」¹⁵⁾を言う。

在宅ターミナルケアとは、原則として在宅でのターミナルケアを意味するが、最期の短期間を病院や施設でケアを受けた場合も含む。

② 調査の実施（郵送法）

5) 調査内容

- ① 事業所及び病院の地域
- ② 事業所及び病院の属性（併設施設、運営年数、管理者の職種、従事者数など）
- ③ 在宅ターミナルケアの実施状況と実施する予定がない場合にはその理由
- ④ 事業所及び病院の過去1年間の在宅ターミナルケアの実施状況
- ⑤ 在宅ターミナルケアを実施する職員
- ⑥ 在宅ターミナルケアの取り組みにおける困難
- ⑦ 在宅ターミナルケアに対する考え方

6) 調査結果の概要

調査票配布数は、245（訪問看護ステーション49、病院及などの訪問看護196）であり、有効回収数76（訪問看護ステーション40、病院などの訪問看護36）である。有効回収率は、約30%（訪問看護ステーションの約80%、病院などの訪問看護の約20%）であった。

(3) 調査の結果及び考察

1) 病院などの訪問看護と訪問看護ステーションの在宅ターミナルケアの取り組み

訪問看護サービス全体の在宅ターミナルケアに対する取り組みの状況は、図1-1で示すように、現在実施しているのは全体の30%に留まっていた。

次に、図1-2に示すようにそれぞれの実施状況を病院などの訪問看護と訪問看護ステーションに分類してみると、在宅ターミナルケアを現在実施しているのは、その86%（19カ所）が、訪問看護ステーションで、病院などの訪問看護は14%（3カ所）に過ぎず、訪問看護ステーションの方が圧倒的に多い。

図1-3は、ターミナルケアの実施状況を訪問看護ステーションと病院などの訪問看護を比較したものである。現在実施していないが将来実施したいと答えたものは、訪問看護ステーション2カ所（9.5%）、病院などの訪問看護1カ所（3%）であり、いずれも少なかった。それに対して、現在実施していないが将来も実施する予定がないと答えたものは、訪問看護ステーション2カ所（9.5%）に対して病院などの訪問看護は13カ所（39.3%）と、病院

図1-1 在宅ターミナルケア実施状況

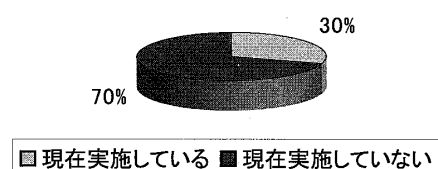
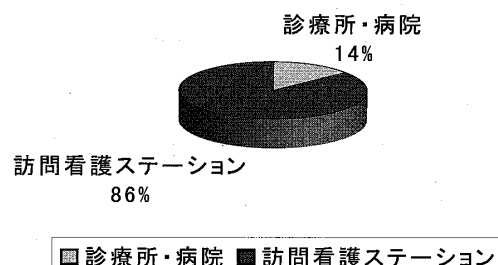
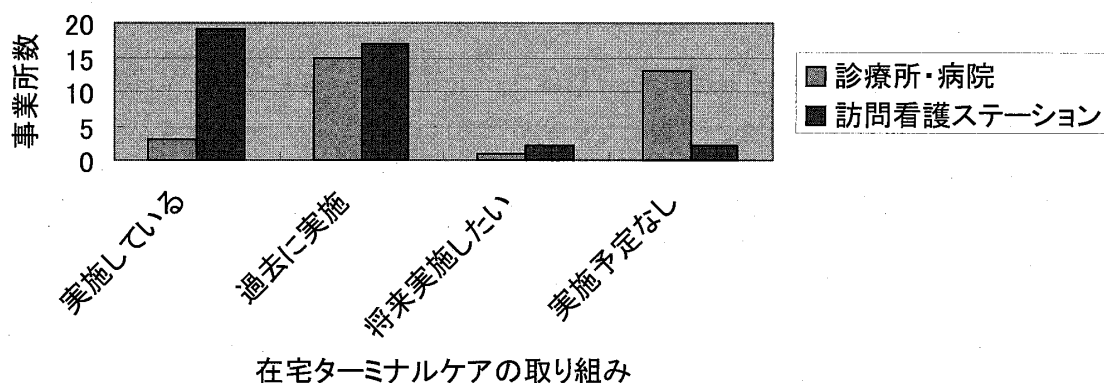


図1-2 在宅ターミナルケアを現在実施している事業所の内訳



高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

図 1-3 病院などの訪問看護と訪問看護ステーションの在宅ターミナルケア実施状況の違い

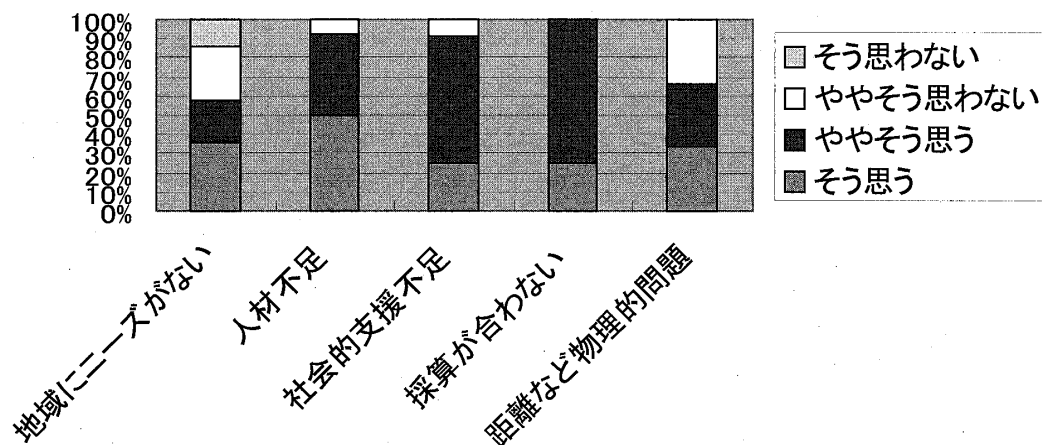


などの方が多くなっている。

全国の訪問看護ステーションの在宅死の看取り経験は、78.5%である¹⁰⁾のに対して、今回の調査では、訪問看護ステーションだけをみると、現在実施しているものが19カ所（47.5%）、過去に実施したものが17カ所（42.5%）で両者を加えると36カ所で全体の90%となり全国平均より多い。しかし、病院などの訪問看護については実施率が低い。福井県の訪問看護ステーションが全国より在宅ターミナルケアの実施数が多くなったのは、今回の調査では、短期入所サービス利用時に亡くなる場合や、最期の短期間を病院や施設でケアを受けた場合も含めたことがその要因として考えられる。

次に実施予定のない理由は、図 1-4 に示すとおりである。人材不足と社会的支援不足の項目は、そう思うとややそう思うを合計すると80%以上となり、採算が合わないについては、

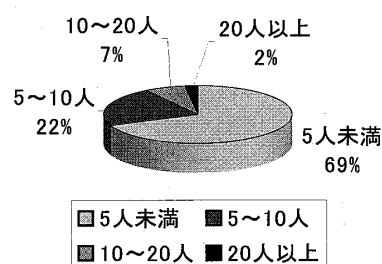
図 1-4 在宅ターミナルケアを実施しない理由



そう思うとややそう思で100%になる。将来実施予定がない理由の自由記述は、4件寄せられているが、在宅ターミナルケアの必要性や家族の問題には言及がなく、病院や看護体制の問題から現状では不可能であるとされている。記述例としては、「病院の併設ではないため、主治医をさがすことや、緊急時に指示をうけてケアしていくことが難しい。看護師の勤務体制が休みなく24時間対応することも難しい。」があり、在宅ターミナルケアの実施は、サービス提供者の都合からできない状況にあることが推測される。

さらに、1年間に実施した在宅ターミナルケアのおよその人数については、図1-5に示すように訪問看護全体として、在宅ターミナルケアを実施した人数は、5人未満という回答が69%と最も多く、次いで5～10人未満22%、10～20未満7%、20人以上2%であった。

図1-5 年間の在宅ターミナルケア実施人数

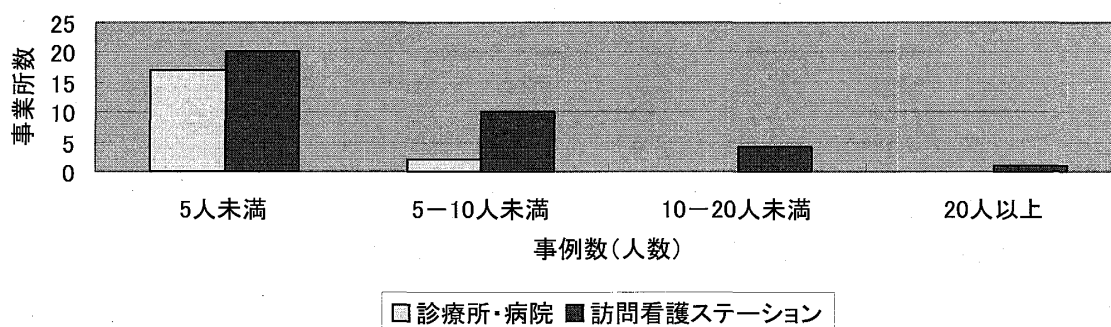


次に、在宅ターミナルケアの実施人数を訪問看護ステーションと病院などの訪問看護に

分類してみると、図1-6に示すとおりである。どちらも5人未満の実施が多いが、5人以上実施しているのは、訪問看護ステーションが圧倒的に多く、20人以上実施しているステーションもある。これらのことから、訪問看護ステーションの方が在宅ターミナルケアへの取り組みが積極的であると結論できる。

全国の訪問看護ステーションの実態調査では、1ステーションあたり年間6.5人の在宅死を看取っている¹⁷⁾。今回の調査では、訪問看護ステーションが過去1年間に実施した在宅ターミナルケアの人数は、5人未満が50% (20カ所)、5～10人未満が25% (10カ所) で両者を

図1-6 訪問看護ステーションと病院などの訪問看護が、1年間に実施した在宅ターミナルケア実施事例数



高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

加えると75%となる。両者を単純に比較することはできないが、福井県においても全国と同じ程度あるいはやや多く、在宅での看取りがおこなわれることが推測される。

2) 管理者の職種と在宅ターミナルケア実施状況の関係

訪問看護全体として管理者の職種を見た場合は、図1-7に示すように看護師が56%と最も多く、次に医師39%、保健師1%であり、病院などの訪問看護の管理者は90%が医師となっていた。

次に、管理者が医師の場合と看護師の場合に分類して、在宅ターミナルケア実施人数の違いをみると図1-8に示すように、いずれの場合も年間5人未満が圧倒的に多いが、医師の場合は5人以上実施が2カ所(12%)に過ぎず、看護師の場合は、5~10人未満が9カ所(24%)、10~20人未満4カ所(11%)、20人以上1カ所(3%)となっている。これらのことから看護職を専任とする管理者の方が、在宅ターミナルケアへの取り組みが積極的であると結論できる。

図1-7 訪問看護事業所の管理者の職種

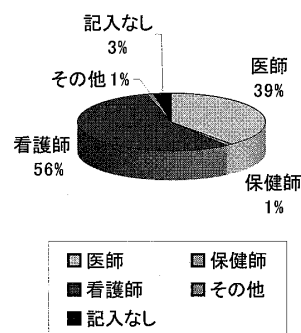
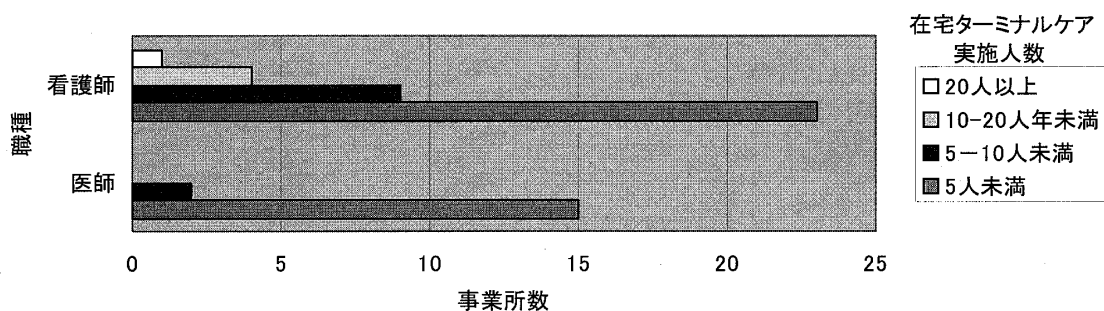


図1-8 事業所管理者の職種と在宅ターミナル実施人数の違い



3) 訪問看護の規模と在宅ターミナルケアの関係

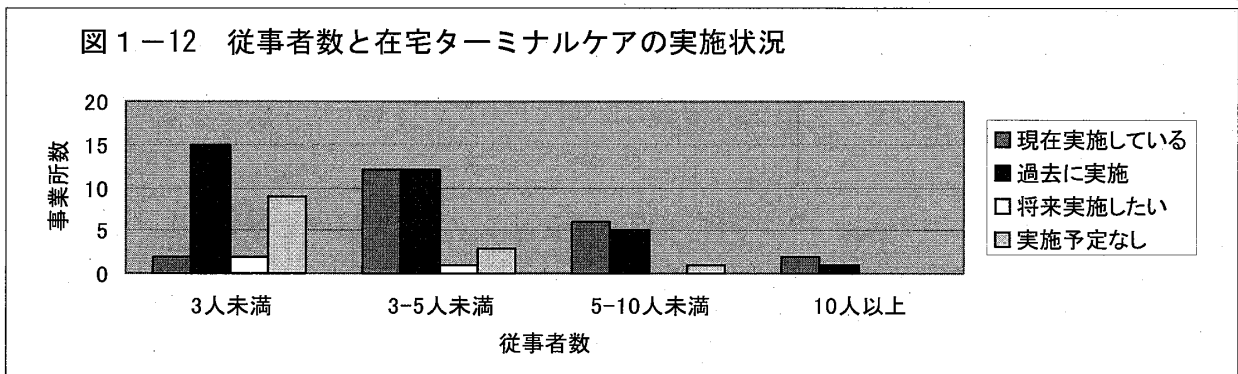
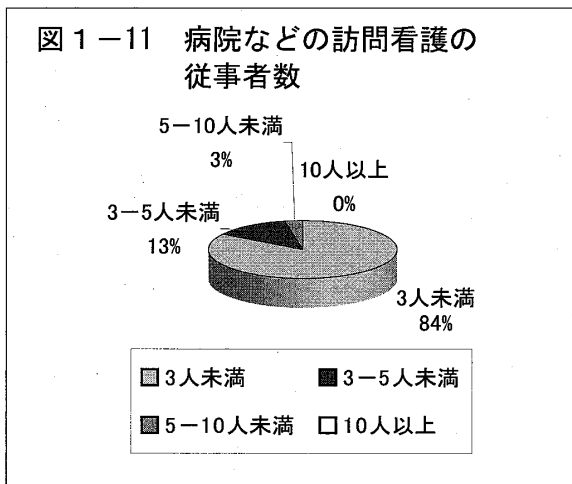
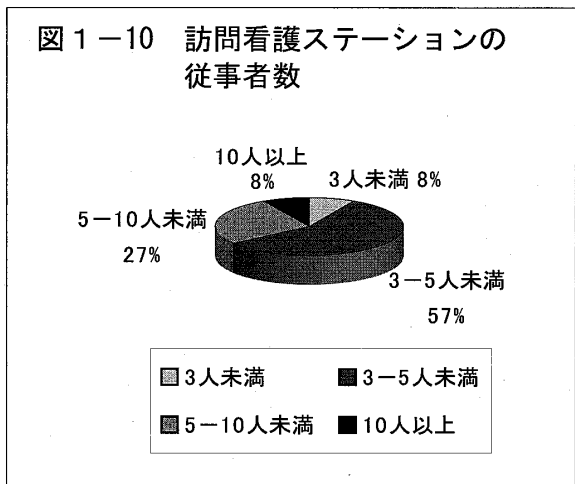
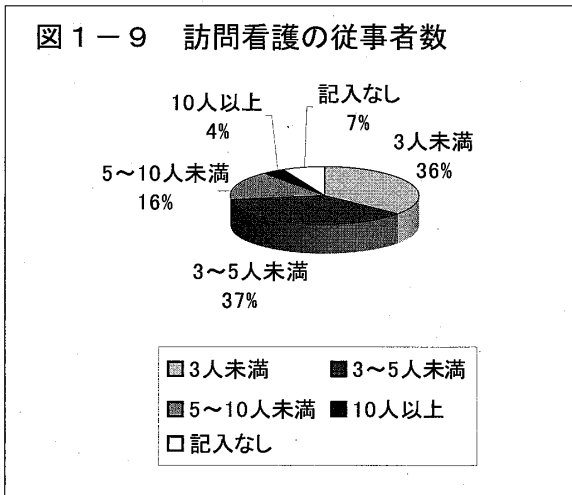
訪問看護の規模は、図1-9に示すように訪問看護全体としては、3~5人未満の事業所が37%と最も多く、次いで3人未満が36%、5~10人未満が16%、10人以上が4%となっていた。

次に、訪問看護ステーションと病院などの訪問看護に分けて従事者数をみると、訪問看護ステーションの従事者は、図1-10に示すように3~5人未満が57%と最も多く、次いで5~10人未満が27%、10人以上と3人未満が8%である。一方病院などの訪問看護の従事者数は、図1-11に示すように3人未満が最も多く84%、次いで3~5人未満が13%、5~10人未満

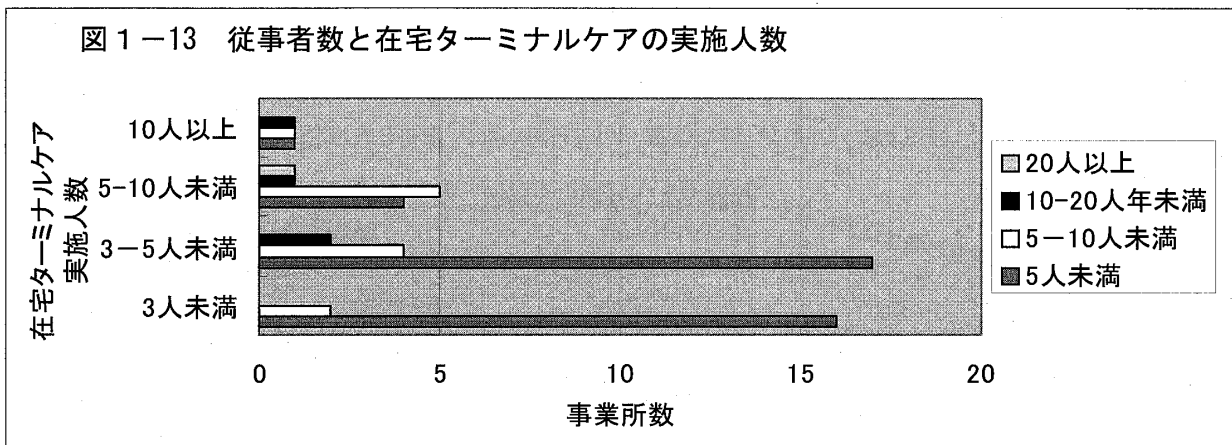
が3%、10人以上のところは無かった。つまり、訪問看護ステーションに比べて病院などの訪問看護は、従事者数が少なく規模の小さいものが多い。

さらに、従事する職員の数と在宅ターミナルケア実施状況の関係をみると、図1-12に示すとおりである。従事者3人未満は、過去には在宅ターミナルケアを実施していたが、その継続が難しく、現在実施している事業所は2カ所に留まり、実施予定なしも最も多く将来的にも実施されないことが予測される。

次に、従事者数と1年間の在宅ターミナルケアの実施人数を見ると図1-13に示すとおりである。従事者3人未満と3～5人未満の事業所が、5人未満の在宅ターミナルケアを実施している場合が多いが、従事者3人未満の場合は5人以上の在宅ターミナルケアの実施が最も少ない。これらのことから、規模の小さい3人未満の事業所は在宅ターミナルケアを継続的、積極的に取り組むことは難しいと結論できる。



高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状



4) 在宅ターミナルケアを困難にしている要因

在宅ターミナルケアを困難にしている要因は、図1-14に示すとおりである。そう思うとややそう思うの合計が、50%以上で最も多いのは、意思決定困難な高齢者の増加とその自己決定支援が約90%、次いでケアの報酬の問題が約70%、家族の介護力不足とホスピなど社会的支援体制の不足、移動など物理的な問題が約60%である。

次に、在宅ターミナルケアを困難にしている要因を病院などの訪問看護と訪問看護ステーションに分類した。その結果は、図1-15と図1-16に示すとおりであり、訪問看護ステーションと病院の訪問看護では、在宅ターミナルケアを困難にしている要因に対する意見が異なることがわかった。

著しく意見が異なる要因は、ホスピスの利用など社会的な支援体制の不足と福祉など関係

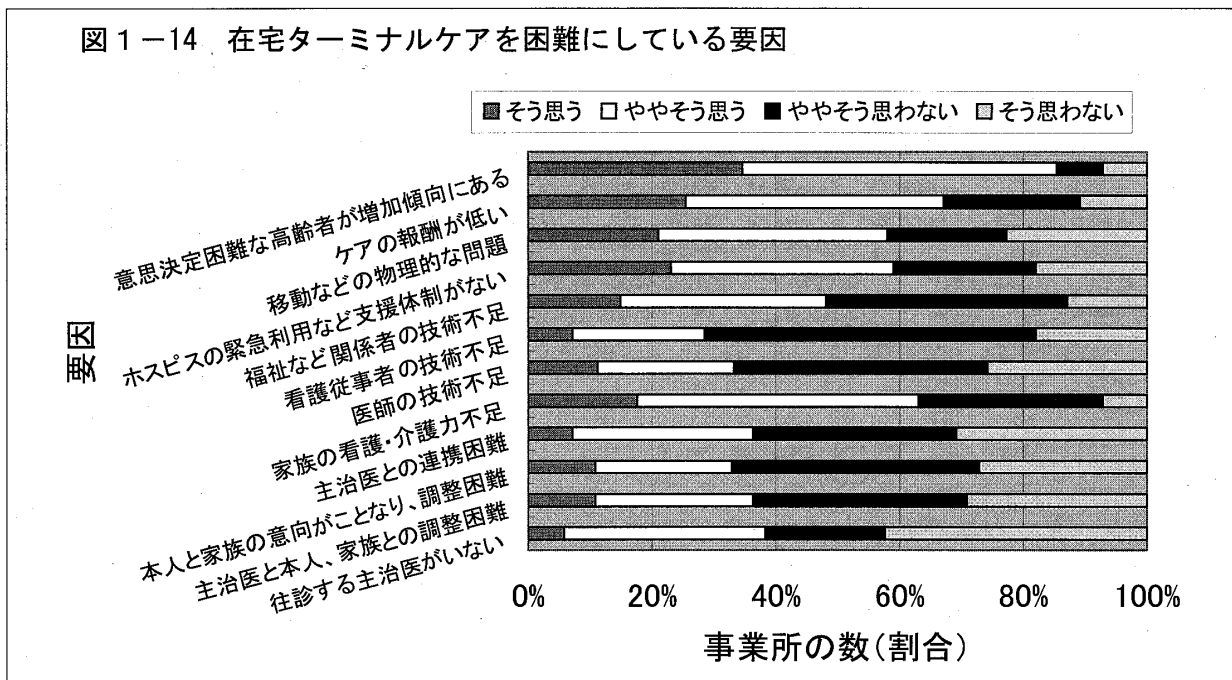


図1-15 病院などの訪問看護の在宅ターミナルケアを困難にしている要因

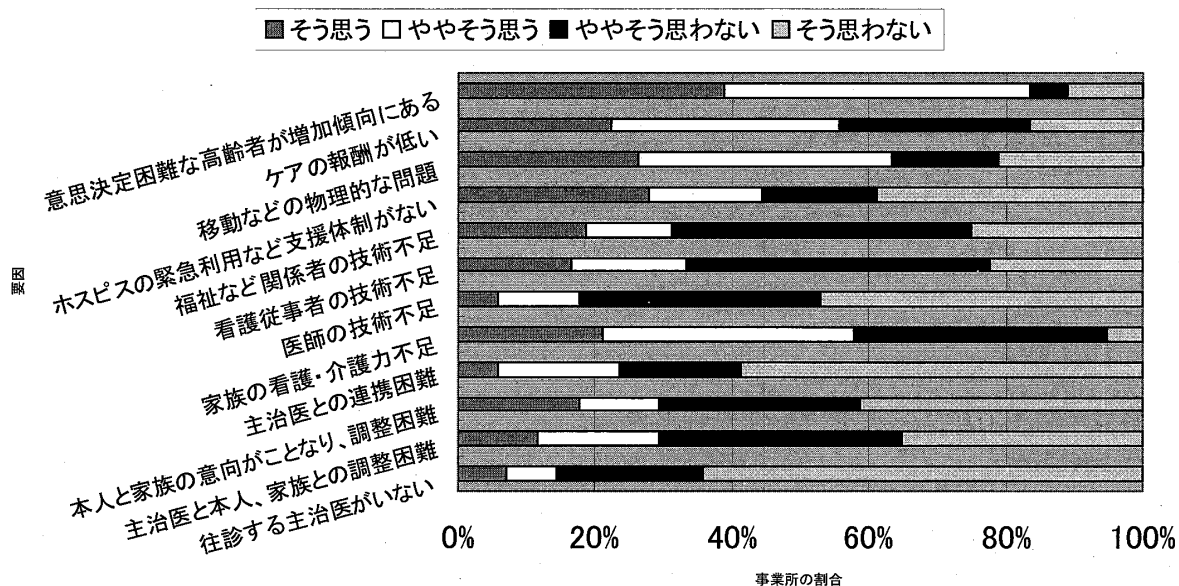
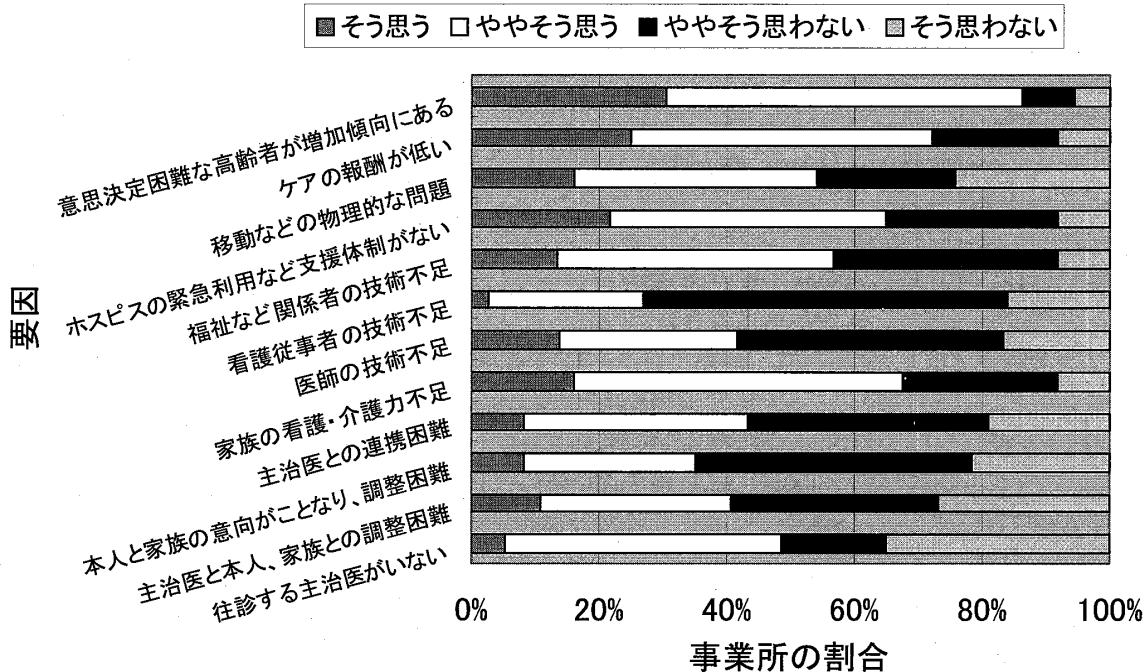


図1-16 訪問看護ステーションの在宅ターミナルケアを困難にしている要因



者の技術不足、往診する主治医がいないの項目である。この3項目について、訪問看護ステーションは、そう思うとややそう思うの合計が5割を超えるが、病院などの訪問看護は、そう思わないとややそう思わないが5割を超えている。その理由の第1には、訪問看護ステーションの方が在宅ターミナルケアを積極的に実施し、その実施件数が多いことがあげられる。第

高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

2に病院などの訪問看護は、併設病院や関連病院などへの入院に結びつきやすく、在宅ターミナルケアを継続するための社会資源の不足を、困難に感じないことが多いと推測される。第3は、訪問看護ステーションは、その37%がホームヘルプステーションなどの福祉系事業所や施設と併設しており、病院などの訪問看護よりも福祉関係者と連携協力して、在宅ターミナルケアの継続に努めていることが推測される。第4は、医師の在宅ターミナルケアに対する考え方には、ばらつきがあることから主治医の理解が得られにくいということが考えられる。調査からは、2006年3月に閉鎖予定の診療所が、大飯町に2ヶ所あり今後医療機関そのものが減少し、往診する医師の不足が予測される。医師の往診については、僻地などの医療機関の不足や診療体制などの問題も考えられる。

困難の要因に対する自由記述は、14件の回答が得られ家族を含めた患者側の要因としているのが1件、患者側と医療の両方の要因としているのが3件、残り10件は、医療側のさまざまな問題が要因であると言っている。記述例には、「少人数スタッフ構成で24時間を支えるのは、システムの無理、他の訪問看護ステーションと協同することも推奨されているが、ターミナル期の人は大体において少人数の関わりを要望することが多く、悩むところである。」や「現在のところ訪問看護は、診療所医療との両立で、時間や人員不足、力量などから、積極的な取り組みが難しい。」などがある。

5) 在宅ターミナルケアに対する考え方

在宅ターミナルケアに対する考え方を、自由記述で尋ねたところ58件の回答が得られた。その内訳は、第1に在宅患者であってもターミナルケアは、病院やホスピスに入院してやるほうが望ましいが9件、第2にターミナルケアは、訪問看護の中で積極的に取り入れるのが望ましいが19件、第3には、どちらとも言えないが30件で最も多かった。

病院やホスピスが望ましいと回答した人の記述例は、「訪問看護で全部をケアしていくのは難しい、家庭内へ入る、介護者とともにケアしていくのも限界を感じる時がある。」や「積極的に取り入れたいが一人の看護婦では対応できずスタッフの協力が必要、現実的には管理者が一人で夜の対応を実施した現実があった。」などがある。

訪問看護の中で積極的に取り入れるのが望ましいと回答した人の記述例は、「在宅で過ごす環境が整っており、家族の支援、介護体制がととのっていて、本人の自宅で過ごしたいという希望があれば、家で訪問看護を利用しながら最期の時を過ごさせてあげたい。」や「自分自身がターミナルは『在宅で』と考えている為、家族の受け入れ態勢が整っていれば、訪問看護を積極的におこなっていききたい。」「自宅で最後を迎えたいという本人の希望が叶えられるなら（介護力があるのなら）それに協力するのが努めと思うから」などがある。

どちらとも言えないと回答した人は、本人や家族の意向によるという意見が多いが、その記述例としては、「患者、家族それぞれの考え方や介護体制の状況によって、思いはいろいろ

ろであり、十分な訪問看護、医療機関の体制が整っていないのに受け入れても患者、家族に苦痛を与えるだけになってしまう。」や「在宅であろうが病院であろうが、本人と家族の希望に沿うのが基本姿勢、家族関係も様々、死に対する考え方もさまざま、病名告知の問題もあり難しい。いずれにしても支援できる体制を整える事は必要。」「自院の医師による往診システムがないので開業医との連携が今より強化されるべきである。ホスピスがいつでも利用できる支援体制を確立する必要がある。」などがある。

最期に高齢者の在宅ターミナルケアについての自由な意見を求め、33件の自由記述が得られた。その内容は、在宅ターミナルケアは重要であるという事や、実施時に必要な事や、抱えている問題とその苦悩を記述したものが最も多かった。記述例には、「医学の発達に伴い医療や介護が長期にわたっていく事例が増加している。家族構成の変化もあり、高齢者の在宅ターミナルケアを支えていく要素が複雑となってきた。居住地域の特色も考えていく必要もあると思う。」「高齢者は、『家の者』に面倒かけたくない。だけど生まれ育った家で最期を迎えたいとの希望が多い。この希望に家族や医療従事者がこたえていける環境整備が必要。特にコスト面で補助が必要だと思う。」「在宅への思いとは裏腹に地域の支援体制の充実が不十分、本人や家族の思いに添えない現状が在宅であり、毎日ジレンマに感じている。」「大野市は、開業医しかない。在宅でターミナルをむかえようとしても休日や夜間、外来中の往診はたやすすくない。介護者の不安も大きく入院、入所傾向が強く、かかわる医師側の負担も大きいと感じる。また、共働き家庭の多い地域性もあり、入院、入所傾向が強く在宅での看取りはもっとたくさんのサポートを必要としているように感じる。」「在宅でのターミナルに対する理解が得られる事が少なく『何で家にいるの』などという言葉も聞かれる。家族の負担など考えるとどちらが良いかわからない時もあるが、又在宅でターミナルを迎えられる人はとても幸せだとも感じる。往診する医師、相談が出来る訪問看護婦、受け入れる家族、本人などまだまだ全部がスムーズに整い開始することは難しいが、これが可能になればと希望する。」などがある。つまり、現代における在宅ターミナルケアには、訪問看護や医療の問題もあるが、それらの取り組みだけではその実施が難しいことがわかる。

5. 結 論

調査からは、次の4つのことがわかった。

- (1) 訪問看護サービスにおける在宅ターミナルケアへの取り組みは、現在実施している事業所は30%に留まり、進展していないことが分かった。しかし、事業所を病院などの訪問看護と訪問看護ステーションに分類した場合は、現在実施している事業所は訪問看護ステーションの方が圧倒的に多く、その実施人数も多かった。つまり、病院などの訪問看護と比較して訪問看護ステーションの方が、在宅ターミナルケアに対して積極的に取り

高齢者の在宅ターミナルケアと訪問看護サービスの現状

組んでいる。

- (2) 訪問看護の管理者は、看護職である方が在宅ターミナルケアに対して、積極的に取り組んでいる。
- (3) 訪問看護の規模が小さい（従事者3人未満）場合は、在宅ターミナルケアを積極的に実施することが難しい。
- (4) 訪問看護サービスは、在宅ターミナルケア実施上の困難として、意思決定困難な高齢者の増加とその自己決定の支援、ケアの報酬の問題、家族の介護力不足、ホスピなど社会的支援体制の不足、移動など物理的な問題を抱えている。これらの要因に加えて、訪問看護ステーションは、福祉関係者の技術不足、往診する医師の不足という問題から在宅ターミナルケアの実施が困難になっていた。

これらのことから、今後より多くの高齢者が在宅ターミナルケアを受ける為には、病院などの訪問看護の体制改善など、事業所のあり方の検討が求められる。

さらに、訪問看護サービスはさまざまな問題を抱えて、高齢者の在宅ターミナルケアを推進できなくなっている。その推進を図る為には、介護を中心とした総合的、長期的な取り組みとその環境整備が必要になっている。高齢者のターミナルの特色を踏まえた、問題への対応によってその環境を整え、訪問看護と共に家族を支援し、介護負担の軽減や、難しい問題を抱えた高齢者の自己決定を支援できるサービスが必要になっている。つまり、高齢者の在宅ターミナルケアにおいては、介護保険サービスやケアマネジメントの活用が重要となり、これらのサービスと協働しなければ、訪問看護の機能は十分に発揮できない。

6. おわりに

今回は、高齢者の在宅ターミナルケアを検討するために、訪問看護ステーションの管理者の意見を聞いた。その為、サービスを管理する提供者側からの検討となり、高齢者と密接に関わる訪問看護ステーションのケア担当者や、実際にケアを受けている高齢者や家族の意見が反映されたものになっていない。今後は、高齢者が満足できる在宅ターミナルケアの推進をはかる為、高齢者本人やその家族、ケアの担当者から意見を聞いていきたい。

引用文献

- 1) 近藤勝則 (2002) 「第11章 高齢者のターミナル（終末期）ケアの質を高めるために－在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査の結果から－」法政大学大原社会問題研究所叢書『高齢者の在宅ターミナルケア－その人らしく生きることを支える－』, 245-256.
- 2) 長尾匡子 (2005) 「在宅での高齢者の看取りを達成させる訪問看護師の家族に対する看護援助の特徴と構造

- についての研究」『第10回 訪問看護・在宅ケア研究助成事業報告書』, 40-49.
- 3) 細谷たき子ほか (2005) 「介護給付適正化調査研究」『平成16年度福井県介護給付適正化調査研究事業報告書』, 92.
 - 4) 日本看護協会編 (2002) 『平成14年版 看護白書 第2部 看取りの看護の実践—在宅での見取りを進める体制づくりに向けて—』日本看護協会出版会, 117.
 - 5) 前掲『平成14年版 看護白書 第2部 看取りの看護の実践—在宅での見取りを勧める体制づくりに向けて—』, 102.
 - 6) 池上直己 (2005) 「第2部 検討会委員寄稿 「終末期医療等に関する意識調査の課題と今後の在り方」『終末期医療に関する調査等検討会編 今後の終末期医療の在り方』中央法規, 129-142.
 - 7) 村嶋幸代ほか (2002) 「訪問看護—病院から訪問看護ステーションへ」『看護研究』Vol.35 No.1,15-19.
 - 8) 川越博美ほか (2002) 「訪問看護の効果—在宅ターミナルケア」『看護研究』Vol.35 No.1,45-55.
 - 9) 嵯峨 忠 (2001) 「第6章 高齢社会とケア その倫理的側面」中山 漿・高橋隆雄編『熊本大学生命倫理研究会論集 ケア論の射程』九州大学出版会, 197-247.
 - 10) 川越博美 (2002) 「コミュニティケア双書5 在宅ターミナルケアのすすめ」日本看護協会出版会, 111.
 - 11) 日本看護協会・日本訪問看護振興財団 調査報告書 (2002) 「第7回 全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査」, 139.
 - 12) 川越博美 (1998) 「看取りの看護—全国訪問看護ステーションの実態調査」『訪問看護と介護』3 (5), 327-332.
 - 13) 大野かおりほか (2003) 「在宅ターミナルケアに関する研究 (その2)—訪問看護ステーションにおける取り組みの現状と課題—」『神戸市立大学短期大学部紀要』第22号,55-61.
 - 14) 石井やよ江 (2002) 「データにみる介護保険施行後の実態」『看護研究』Vol35 No.1,25-35.
 - 15) 社団法人日本老年医学会 (2001) 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」嶺 学・時田純・季羽倭文子編『高齢者の在宅ターミナルケア—その人らしく生きることをささえる—』御茶の水書房, 51-55.
 - 16) 前掲「看取りの看護—全国訪問看護ステーションの実態調査」『訪問看護と介護』3 (5), 327-332.
 - 17) 前掲「看取りの看護—全国訪問看護ステーションの実態調査」『訪問看護と介護』3 (5), 327-332.