



神奈川県

保健福祉局保健医療部保健人材課

平成25年度 在宅医療（訪問看護）推進支援事業

訪問看護ステーションにおける  
独居者の看取りについての  
実態調査報告書

神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課

平成26年3月

## はじめに

本県では、平成 17 年度から、厚生労働省「訪問看護推進事業実施要領」に基づき在宅医療（訪問看護）推進支援事業を開始し、神奈川県訪問看護推進協議会を設置して、訪問看護サービスの充実と質の向上に取り組んでまいりました。

近年、単身世帯の増加や高齢化に伴う一人暮らし高齢者の増加、また、これらに対応した在宅医療・福祉サービスの充実、さらには看取り先確保等が地域における課題として挙げられております。本調査は、在宅医療（訪問看護）推進支援事業の一環として、訪問看護ステーションの管理者の皆様から、訪問看護ステーションが関わる「看取り」についての実情をお聞きし、その現状及び課題を明らかにすることを目的として実施いたしました。

本調査結果を、在宅医療・福祉サービスの充実に努力される多くの関係団体、市町村の皆様にも参考としていただければ幸いです。

県においても、本調査の結果を踏まえ、より効果的な在宅医療（訪問看護）推進支援事業に取り組んでまいりたいと思います。

最後に、今回の調査に御協力いただきました訪問看護ステーションの皆様、神奈川県訪問看護推進協議会委員の皆様に、心より感謝申し上げます。

平成 26 年 3 月

神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課長 青木 良夫

# 目 次

調査概要	1
調査結果	2
分析および考察	24
まとめ	28
資料 1 調査依頼文書	30
資料 2 調査用紙	31
平成 25 年度 神奈川県訪問看護推進協議会 構成委員一覧	36

## 調査概要

- 1 調査名 訪問看護ステーションにおける独居者の看取りについての実態調査  
～ターミナル期を独居で過ごした利用者への関わりを振り返る～
- 2 調査目的 ターミナル期を独居で過ごした利用者との関わりの情報を分析し、今後地域生活を支えていくために訪問看護が果たす役割や課題を明らかにする。
- 3 調査対象 県内の訪問看護ステーション管理者 403 施設  
(公益社団法人神奈川県看護協会発行 かながわ訪問看護ステーション  
一覧平成 25 年度より)
- 4 調査方法 自作質問紙によるアンケート調査(無記名)。各施設に調査票を郵送にて調査依頼、郵送式回収。
- 5 調査期間 平成 25 年 9 月 1 日～30 日
- 6 倫理的配慮 1) 調査依頼文書に調査目的・方法及び倫理的配慮について明記。  
2) 結果は他目的には使用しないこと、また統計的に処理し、個人情報等が流出しないよう配慮することを保障した。
- 7 分析方法 1) 各調査項目について Excel による単純集計  
集計については、小数点第一位までとし四捨五入した。したがって回答結果によっては合計が 100%にならない場合がある。  
2) 質問項目によっては、回答内容をカテゴリー化し整理した。
- 8 語句の定義 ターミナル期：もはやいかなる治療を施しても治癒の見込みがなくなった状態で、概ね 6 か月以内に死を迎えることが予想される一期間。  
独居者：終日独りで生活している者。また、同居者はいるが、同居者が不在となる時間があり、一定時間独りで生活する者を含む。

# 調査結果

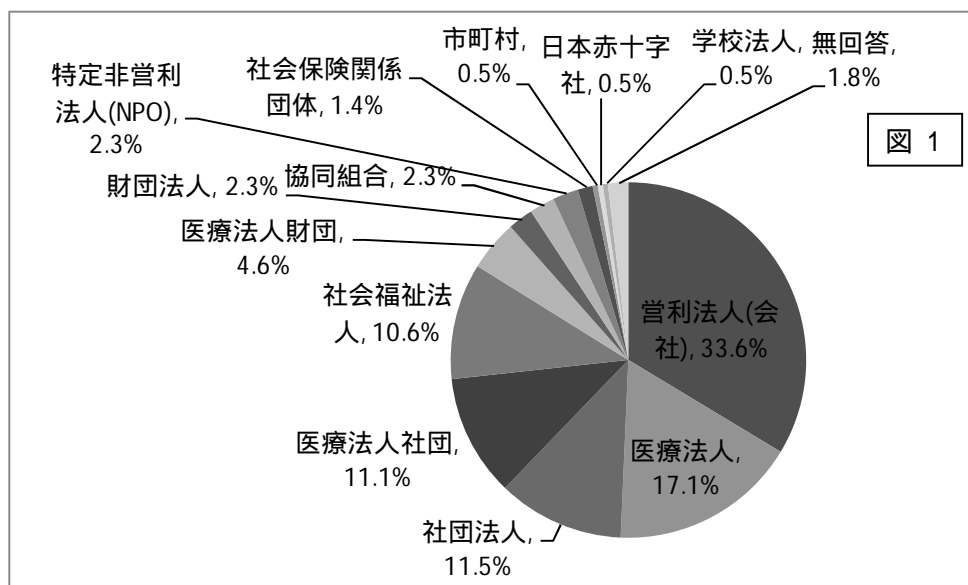
## 1 回収状況[表 1]

項目	結果
配布数	403
回収数	217
回収率	53.9%

## 2 訪問看護ステーション概要

### 1) 設置主体 (n = 217) [表 2]

項目	回答数	構成比
営利法人(会社)	73	33.6%
医療法人	37	17.1%
社団法人	25	11.5%
医療法人社団	24	11.1%
社会福祉法人	23	10.6%
医療法人財団	10	4.6%
財団法人	5	2.3%
協同組合	5	2.3%
特定非営利法人(NPO)	5	2.3%
社会保険関係団体	3	1.4%
市町村	1	0.5%
日本赤十字社	1	0.5%
学校法人	1	0.5%
無回答	4	1.8%



2) 同一法人で併設している施設・サービス(複数回答)[表3]

項目	回答数	項目	回答数
居宅介護支援	124	在宅介護支援センター	12
訪問介護	62	認知症対応型共同生活介護	11
病院	49	介護老人福祉施設	7
通所介護	29	小規模多機能型居宅介護	7
診療所	26	訪問入浴介護	7
介護老人保健施設	25	福祉用具貸与	6
通所リハビリテーション	23	療養通所介護	5
地域包括支援センター	19	特定施設入居者生活介護	4
訪問リハビリテーション	15	その他	10
福祉用具貸与	14	なし	12

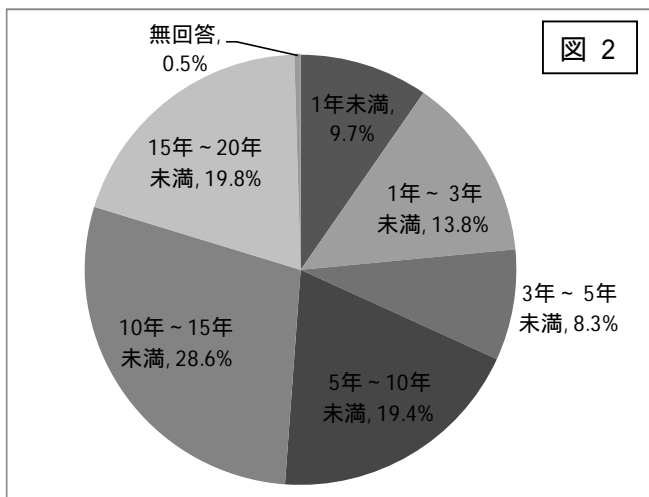
その他：複合型サービス、援護寮、重症心身障害者施設、障害福祉サービス、障害児通所サービス、介護療養型医療施設、高齢者専用住宅、訪問マッサージ、特定福祉用具販売、民間救急、介護タクシー

3) 二次保健医療圏別の回答数(n=217)[表4]

項目	施設数(a)	回答数(b)	地域毎回答割合(b/a)	構成比
横浜北部(鶴見区・神奈川区・港北区・緑区・青葉区・都筑区)	74	35	47.3%	16.1%
横浜西部(西区・保土ヶ谷区・旭区・戸塚区・泉区・瀬谷区)	63	37	58.7%	17.1%
横浜南部(中区・南区・港南区・磯子区・金沢区・栄区)	58	30	51.7%	13.8%
川崎北部(高津区・宮前区・多摩区・麻生区)	29	17	58.6%	7.8%
川崎南部(川崎区・幸区・中原区)	16	12	75.0%	5.5%
相模原(中央区・南区・緑区)	22	12	54.5%	5.5%
横須賀・三浦(横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町)	31	18	58.1%	8.3%
湘南東部(藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町)	30	13	43.3%	6.0%
湘南西部(平塚市・秦野市・伊勢原市・大磯町・二宮町)	29	12	41.4%	5.5%
県央(厚木市・大和市・海老名市・座間市・綾瀬市・愛川町・清川村)	33	18	54.5%	8.3%
県西(小田原市・南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町・箱根町・真鶴町・湯河原町)	18	9	50.0%	4.1%
地域不明の回答		4		1.8%

4) 開設してからの年数 (n = 217) [表 5]

項目	回答数	構成比
1年未満	21	9.7%
1年～3年未満	30	13.8%
3年～5年未満	18	8.3%
5年～10年未満	42	19.4%
10年～15年未満	62	28.6%
15年～20年未満	43	19.8%
無回答	1	0.5%

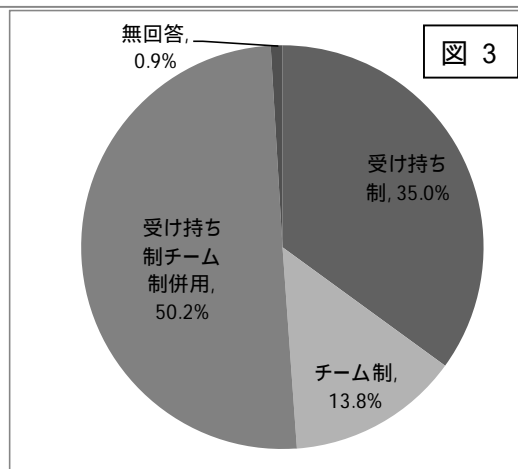


5) 訪問看護ステーションの体制

(平成 25 年 8 月 1 日現在)

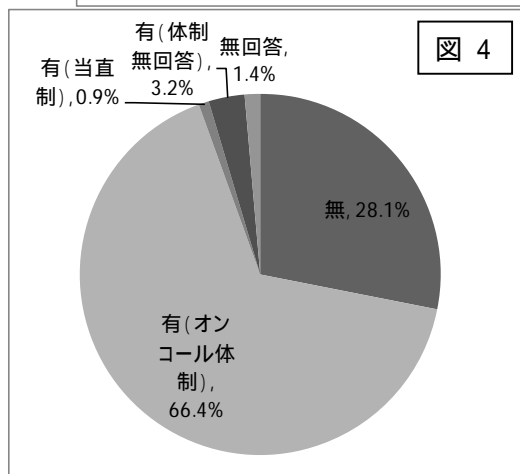
(1) 訪問看護体制について (n = 217) [表 6]

項目	回答数	構成比
受け持ち制	76	35.0%
チーム制	30	13.8%
受け持ち制チーム制併用	109	50.2%
無回答	2	0.9%



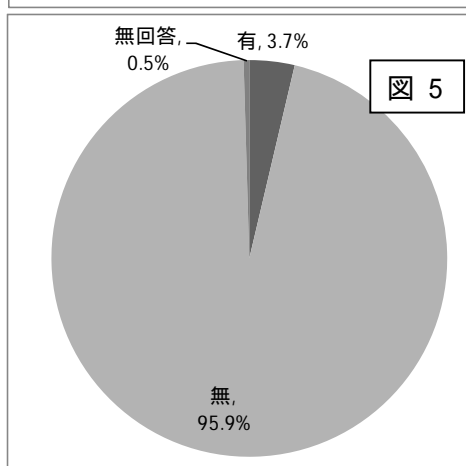
(2) 夜間訪問体制 (n = 217) [表 7]

項目	回答数	構成比
無	61	28.1%
有 (オンコール体制)	144	66.4%
有 (当直制)	2	0.9%
有 (体制無回答)	7	3.2%
無回答	3	1.4%



(3) 夜間・早朝・深夜定期訪問 (n = 217)

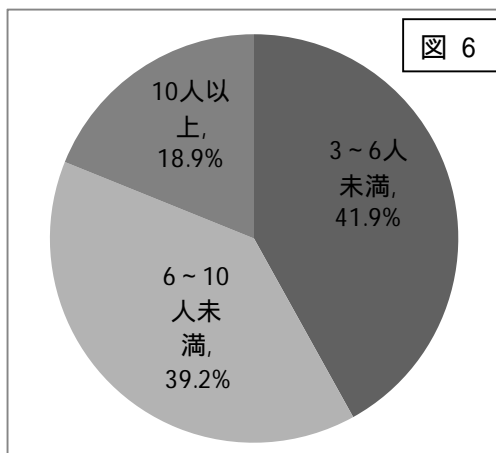
項目	回答数	構成比
有	8	3.7%
無	208	95.9%
無回答	1	0.5%



(4) 看護職員従事者数別事業所数

看護職員実人数 (n = 217) [表 9]

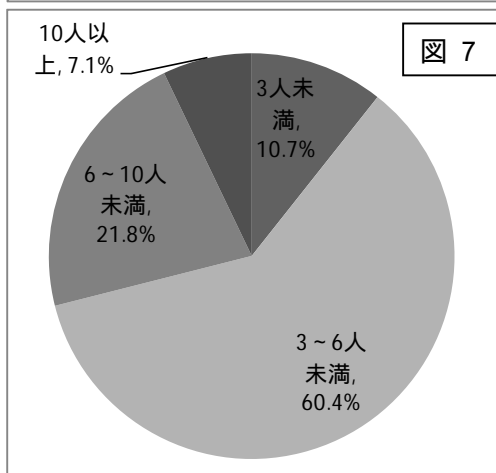
項目	回答数	構成比
3~6人未満	91	41.9%
6~10人未満	85	39.2%
10人以上	41	18.9%



看護職員常勤換算数

(n = 197、回答率 90.8%) [表 10]

項目	回答数	構成比
3人未満	21	10.7%
3~6人未満	119	60.4%
6~10人未満	43	21.8%
10人以上	14	7.1%



1 訪問看護ステーションあたり平均看護職員常勤換算数

看護職員常勤換算数総数 (1059.1 人) / 常勤換算回答施設数 (197 施設) 5.4

(5) その他職員従事者数

配置及び実人員 [表 11]

職種	配置事業所数	配置割合	実人員数(人)	平均実人員数(人)
理学療法士	84	38.7%	224	2.7
作業療法士	44	20.3%	93	2.1
言語聴覚士	14	6.5%	14	1.0
事務職員	112	51.6%	116	1.0
その他	7	3.2%	11	1.6

常勤換算数 [表 12]

職種	回答事業所数	回答割合	常勤換算数(人)	平均常勤換算数(人)
理学療法士	71	84.5%	50.8	0.7
作業療法士	34	77.3%	31.1	0.9
言語聴覚士	11	78.6%	8.3	0.8
事務職員	100	89.3%	107.2	1.1
その他	5	71.4%	6.6	1.3



6) 平成 25 年 8 月 (1 か月間) の訪問看護利用状況について

(1) 利用者数 (n = 209、回答率 96.3%) (2) 訪問延件数 (n = 177、回答数 81.6%)

[表 13]

項目	数(人)
利用者実数	16,938

[表 14]

項目	数(件)
訪問延件数	72,312

1 訪問看護ステーションあたり月間平均利用者数

利用者数 (16,938 人) / 利用者数回答施設数 (209 施設) 81.0

1 訪問看護ステーションあたり月間平均訪問延件数

訪問延件数 (72,312 件) / 訪問延件数回答施設数 (177 施設) 408.5

(3) 利用者の保険によるうちわけ (n = 207、回答率 95.4%) [表 15]

項目	数(人)
介護保険	13,022
医療保険	4,044

介護保険利用者 : 医療保険利用者 = 7.6 : 2.4

3 ターミナル期にある独居者(日中独居者を含む)の受入れ状況

1) 受け入れ依頼の有無 (n = 217) [表 16]

項目	回答施設数	人数	構成比
無	118		54.4%
有	1人	33	
	2人	17	
	3人	12	
	4人	7	
	5人	5	
	6人	5	
	7人	1	
	8人	2	
	9人	1	
	10人	5	
	13人	1	
	15人	2	
	20人	2	
	32人	1	
	36人	1	
無回答	4		
計	99	419	45.6%

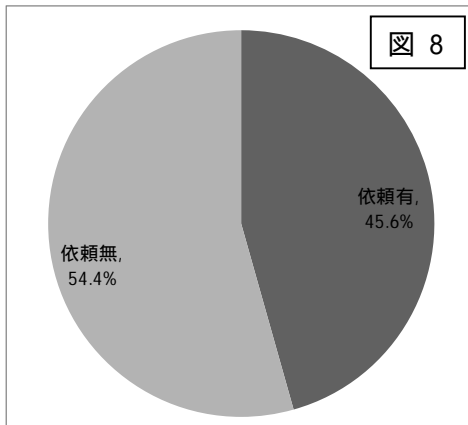
2) 1) で受け入れ依頼有のうち、受け入れられなかった依頼の有無 (n = 99) [表 17]

項目	回答施設数	人数	構成比
無	84		84.8%
有	1人	5	
	2人	2	
	3人	2	
	4人	2	
	5人	1	
	6人	0	
	7人	1	
	8人	0	
	9人	0	
	10人	1	
	無回答	1	
計	15	45	15.2%

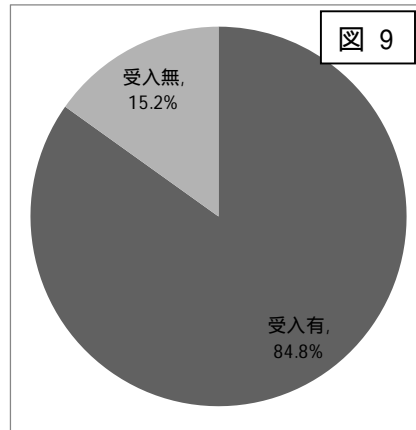
受け入れ依頼有のうち、6ST が「一人も受け入れられず」と回答

上記回答の 6ST では、12 人が受け入れを断られている

受入れ依頼有無[図 8]



受入れ有無[図 9]



3) 依頼受入れ不可の理由[表 18]

人的・時間的に受入れる余裕がなかった。	人材不足のため、受入れ困難だった。
	連日訪問の依頼だが、時間調整が困難だった。
	同様の依頼が重なり、受入れに限界があった。
在宅生活へ移行できなかった。	急変・在宅生活困難のため依頼キャンセルとなった。
	ホスピスのある病院に転院した。
	依頼後、急変のため退院できなくなった。
24時間対応をしていない。	24時間対応していないため、24時間対応の訪問看護ステーションを紹介した。
	24時間訪問看護の体制不可能にて、利用者に迷惑がかかるため。
依頼者宅が訪問看護ステーションより遠方である。	依頼者宅が遠方のため、受入れ調整が難しかった。
	依頼者宅が遠方で、緊急訪問の意味がないと判断した。
相談できる在宅医がいない。	在宅医が見つからず、訪問看護ステーション側が対応に不安があった。
受入れ事務手続きが複雑である。	2か所の訪問看護ステーションの介入依頼だったが、医療保険請求が複雑で対応困難だった。

4) 2) で受入れられなかった訪問看護ステーションが、今後依頼を受入れていくために必要であると考えていること。[表 19]

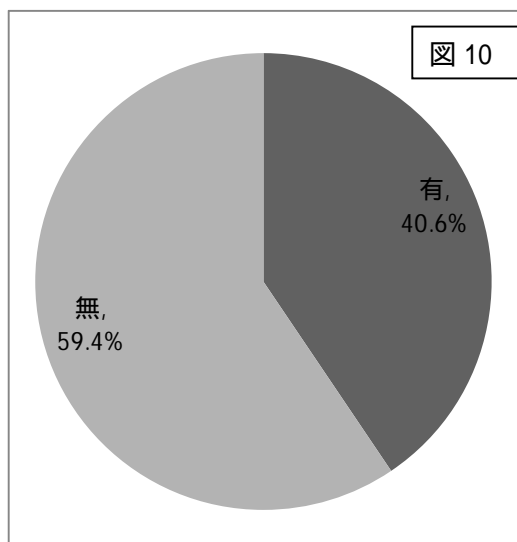
訪問看護師のケア能力を高める。	疼痛コントロールのため服薬支援を行う。
	本人への精神的支援体制が整っている。
	職員がターミナルケアに関する研修を受講する。
訪問看護ステーションの看護職員を確保・増員する。	職員を確保する。
	職員を増員する。
在宅医を確保し、協力を得る。	在宅医との連携が充分機能している。
	在宅医を確保する。
介護分野と連携し、在宅生活の基盤を整える。	本人を介護する体制が整っている。
	介護分野と連携する。

訪問看護ステーションの体制整備を行う。	訪問看護を 24 時間提供する。
その他	本人・家族が病状について理解している。
	状態観察のため、誰かしらによる複数回訪問を実施する。
	地域の訪問看護ステーションとともに、地域で利用者を受入れる体制を作る。
	受入れ体制を整えるために、保険算定制度について知る。

#### 4 ターミナルケア・看取りを行った利用者について（利用者数：212人）

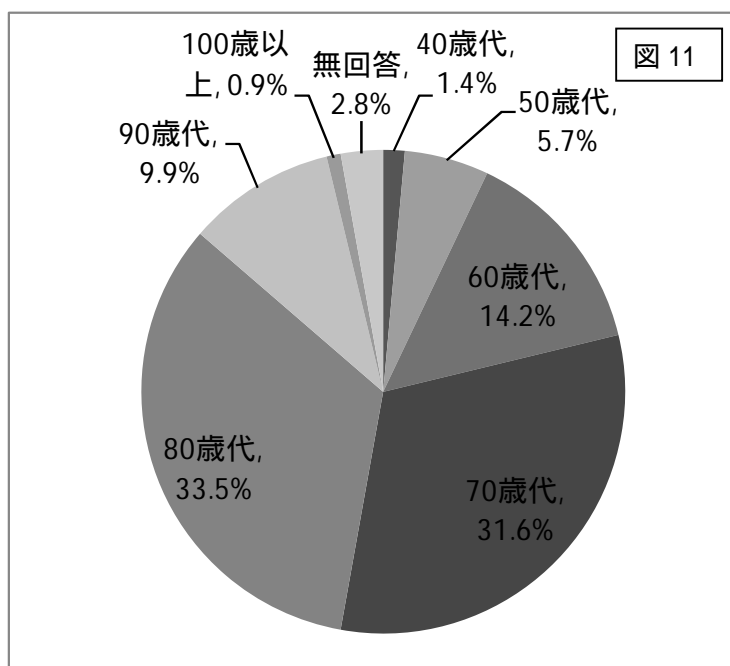
訪問看護ステーションの看取り経験状況（n = 217）[表 20]

項目	事業所数	構成比
有	88	40.6%
無	129	59.4%



1) 年齢構成（n = 212）[表 21]

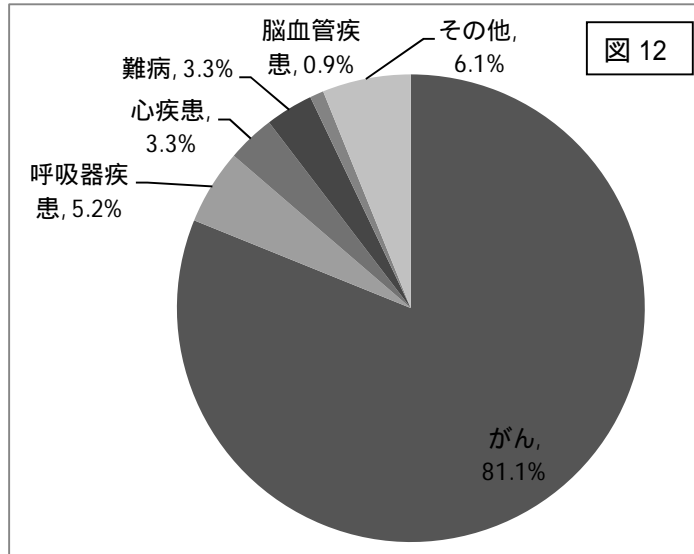
項目	回答数	構成比
40 歳代	3	1.4%
50 歳代	12	5.7%
60 歳代	30	14.2%
70 歳代	67	31.6%
80 歳代	71	33.5%
90 歳代	21	9.9%
100 歳以上	2	0.9%
無回答	6	2.8%



2) ターミナル期の起因となった主傷病

(n = 212) [表 22]

項目	回答数	構成比(%)
がん	172	81.1%
呼吸器疾患	11	5.2%
心疾患	7	3.3%
難病	7	3.3%
脳血管疾患	2	0.9%
その他	13	6.1%



その他：老衰、下肢動脈閉塞、白血病、アルコール性肝炎、肝硬変、脱水

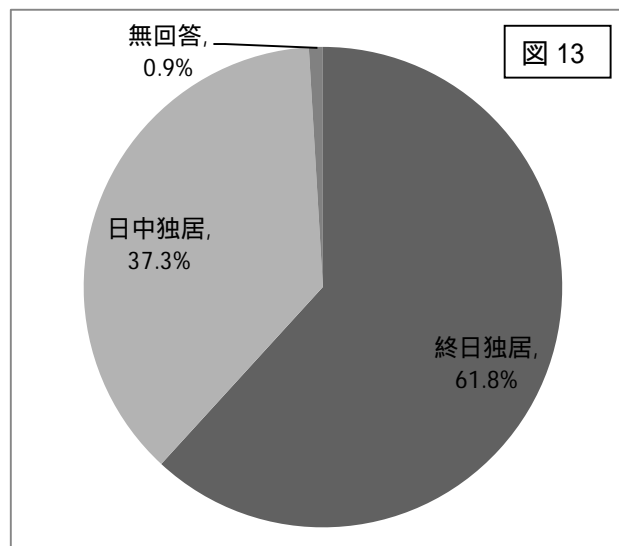
3) 必要とする医療（複数回答）[表 23]

項目	回答数	項目	回答数
麻薬を用いた疼痛管理	94	人工肛門	15
在宅酸素療法(HOT)	52	腎ろう・膀胱ろう	9
点滴・静脈注射	31	人工呼吸器・持続陽圧呼吸	5
吸引	21	経管栄養法(経鼻)	2
褥瘡	21	気管カニューレ	2
膀胱留置カテーテル・自己導尿	20	その他	12
経管栄養法(胃ろう・腸ろう)	16	無回答	38
中心静脈栄養法(IVH)	15		

その他：経皮経肝胆嚢ドレナージ、自壊創処置、腹水穿刺、インスリン、乳がん皮膚跡処置、食事管理、保清

4) 家族背景 (n = 212) [表 24]

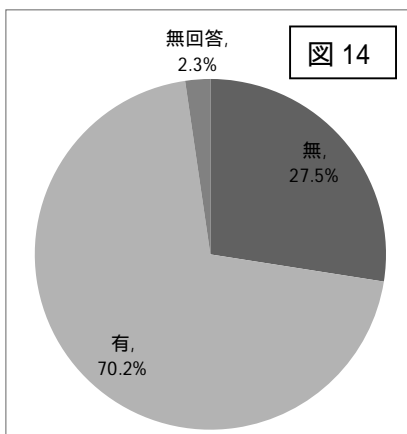
項目	回答数	構成比
終日独居	131	61.8%
日中独居	79	37.3%
無回答	2	0.9%



(1) 終日独居者 (n = 131)

家族有無 (複数回答) [表 25]

項目	回答数
無	36
配偶者	1
子ども	66
親	1
兄弟姉妹	21
親族	12
無回答	3

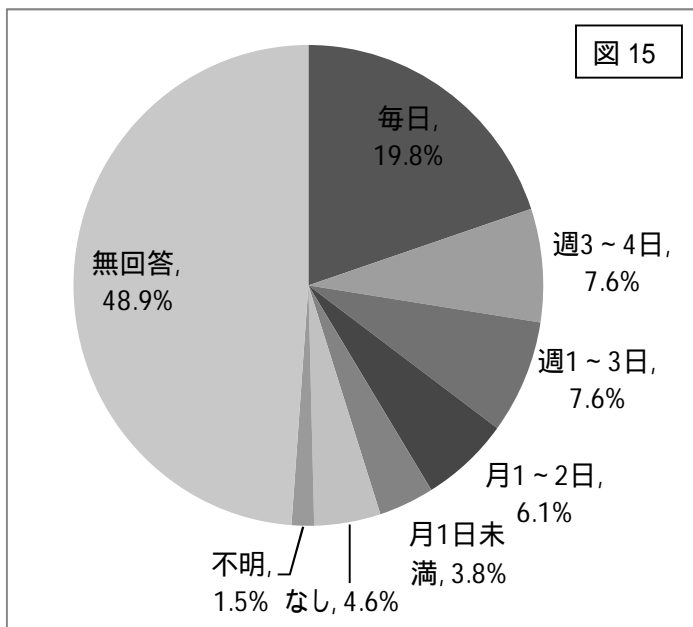


家族居住地域 (複数回答) [表 26]

項目	回答数
町内	16
市内	19
県内	13
県外	22
国外	1
無回答	24

家族との交流頻度 (方法: 面会、電話) [表 27]

項目	回答数	構成比
毎日	26	19.8%
週3~4日	10	7.6%
週1~3日	10	7.6%
月1~2日	8	6.1%
2~3か月に1日	1	0.8%
半年に1日	1	0.8%
必要時	1	0.8%
元気な時は交流無	2	1.5%
なし	6	4.6%
不明	2	1.5%
無回答	64	48.9%



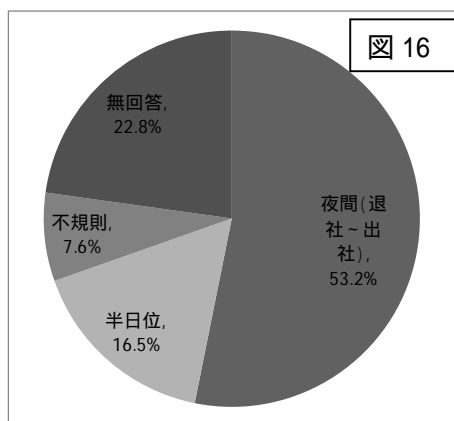
(2) 日中のみ独居者 (n = 79)

同居者 (複数回答) [表 28]

項目	回答数
配偶者	34
子ども	55
親	0
兄弟姉妹	1
親族	4
無回答	1

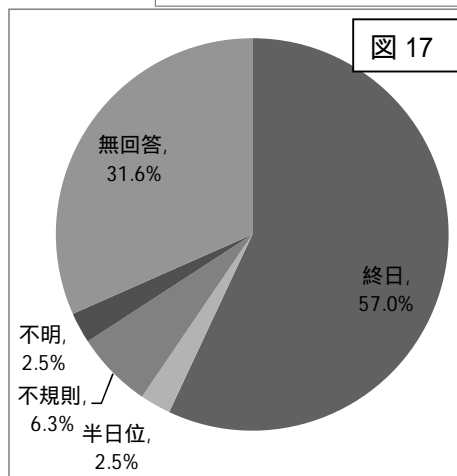
平日在宅時間[表 29]

項目	回答数	構成比
夜間（退社～出社）	42	53.2%
半日位	13	16.5%
不規則	6	7.6%
無回答	18	22.8%



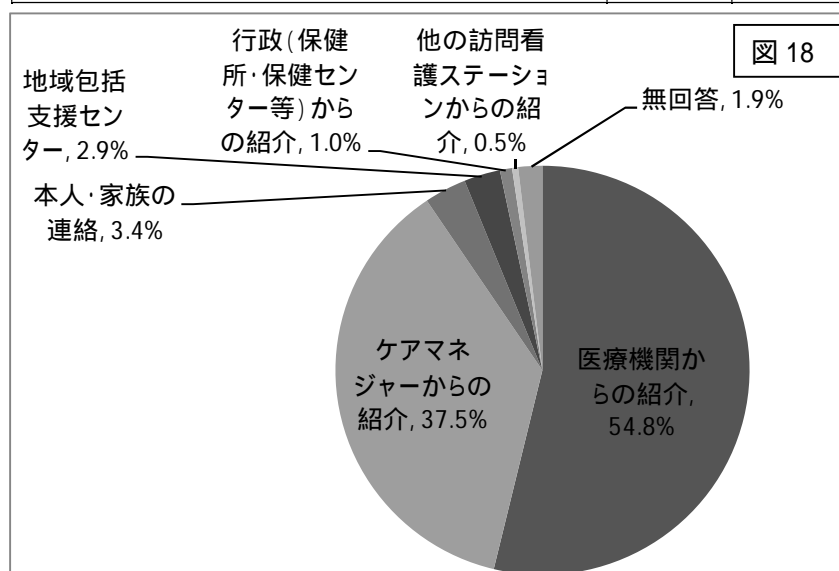
休日在宅時間[表 30]

項目	回答数	構成比
終日	45	57.0%
半日位	2	2.5%
不規則	5	6.3%
不明	2	2.5%
無回答	25	31.6%



5) 訪問看護ステーション把握経路 (n = 212) [表 31]

項目	回答数	構成比
医療機関からの紹介	114	54.8%
ケアマネジャーからの紹介	78	37.5%
本人・家族の連絡	7	3.4%
地域包括支援センター	6	2.9%
行政（保健所・保健センター等）からの紹介	2	1.0%
他の訪問看護ステーションからの紹介	1	0.5%
無回答	4	1.9%

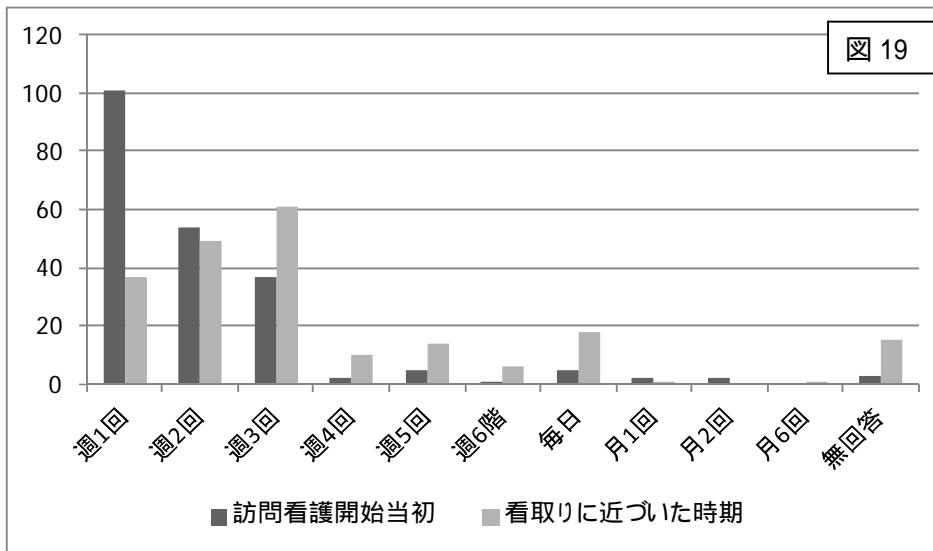


6) 訪問看護ステーション利用頻度 (n = 212)

(1) 訪問看護開始当初の時期 [表 32] (2) 看取り(あるいは、入院・入所)に近づいた時期[表 33]

項目	回答数	構成比
週1回	101	47.6%
週2回	54	25.5%
週3回	37	17.5%
週4回	2	0.9%
週5回	5	2.4%
週6回	1	0.5%
毎日	5	2.4%
月1回	2	0.9%
月2回	2	0.9%
無回答	3	1.4%

項目	回答数	構成比
週1回	37	17.5%
週2回	49	23.1%
週3回	61	28.8%
週4回	10	4.7%
週5回	14	6.6%
週6回	6	2.8%
毎日	18	8.5%
月1回	1	0.5%
月6回	1	0.5%
無回答	15	7.1%

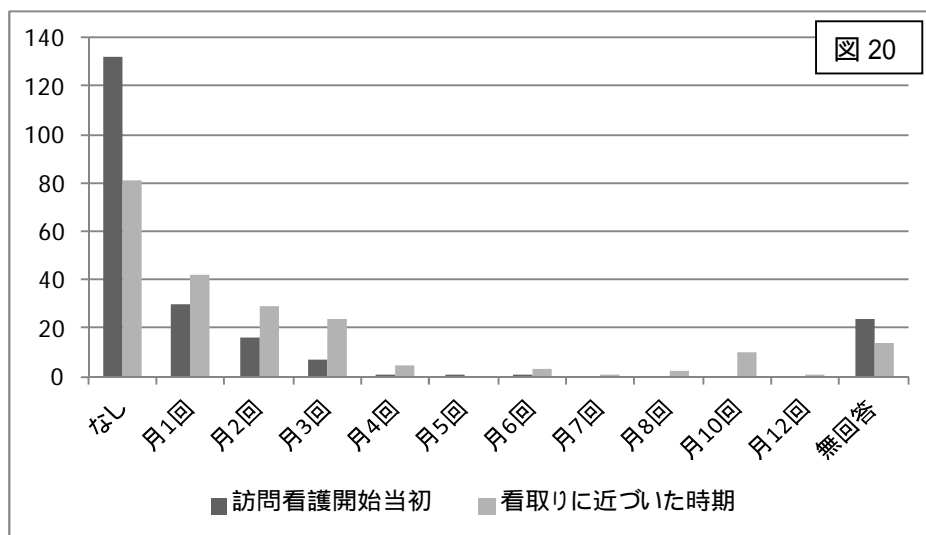


(3) 訪問看護開始当初の時期の時間外訪問(夜間・休日)実施[表 34]

項目	回答数	構成比
なし	132	62.3%
月1回	30	14.2%
月2回	16	7.5%
月3回	7	3.3%
月4回	1	0.5%
月5回	1	0.5%
月6回	1	0.5%
無回答	24	11.3%

(4) 看取り(あるいは、入院・入所)に近づいた時期の時間外訪問(夜間・休日)の実施[表 35]

項目	回答数	構成比
なし	81	38.2%
月1回	42	19.8%
月2回	29	13.7%
月3回	24	11.3%
月4回	5	2.4%
月6回	3	1.4%
月7回	1	0.5%
月8回	2	0.9%
月10回	10	4.7%
月12回	1	0.5%
無回答	14	6.6%



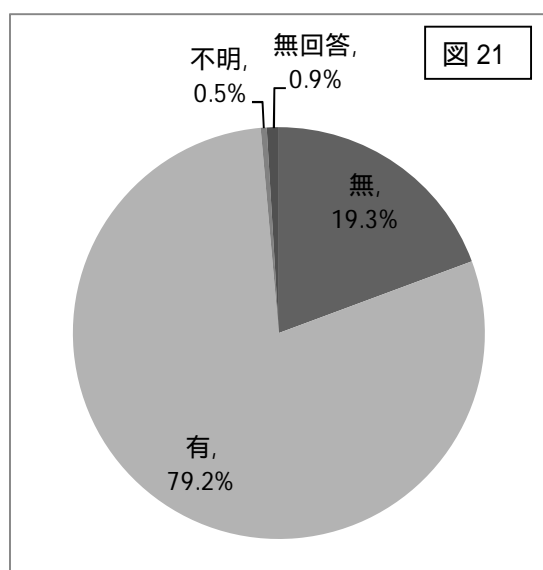
7) 在宅生活を支えるために連携した人(複数回答) [表 36]

項目	回答数	項目	回答数
ケアマネジャー	185	友人	9
在宅(往診)医	146	理学療法士	7
介護福祉士(又はヘルパー)	123	他訪問看護ステーション看護師	5
病院医師	84	民生委員	5
病院看護職	80	行政保健師	4
別居の家族・親族	78	作業療法士	3
薬剤師	22	歯科医師	0
行政福祉職(ケースワーカー)	16	栄養士	0
近隣者	9	無回答	3

その他：訪問入浴、医療ソーシャルワーカー、包括支援センター、老人保健施設、老人福祉施設、訪問マッサージ、宅配弁当屋

8) 余命告知状況(複数回答) [表 37]

項目	回答数
無	41
有(本人)	95
有(配偶者)	36
有(子ども)	100
有(親)	5
有(兄弟姉妹)	26
親族	9
近隣者	1
友人	1
不明	1
無回答	2





9) 利用者が最期を迎えたいと希望していた  
場所 (n = 212) [表 38]

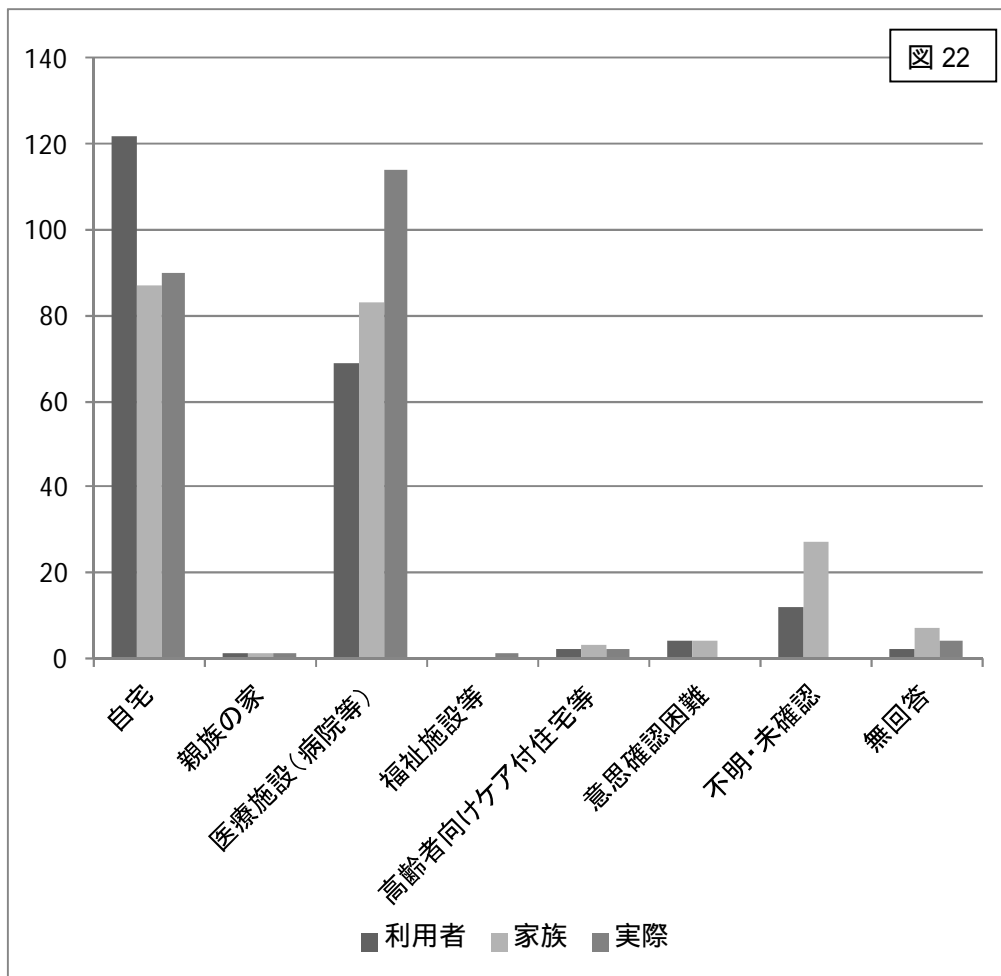
項目	回答数	構成比
自宅	122	57.5%
親族の家	1	0.5%
医療施設 (病院等)	69	32.5%
高齢者向けケア付住宅等	2	0.9%
意思確認困難	4	1.9%
不明・未確認	12	5.7%
無回答	2	0.9%

10) 利用者家族 (主連絡者) が利用者の看取り  
場所に希望していた場所 (n = 212) [表 39]

項目	回答数	構成比
自宅	87	41.0%
親族の家	1	0.5%
医療施設 (病院等)	83	39.2%
高齢者向けケア付住宅等	3	1.4%
不明・未確認	4	1.9%
家族なし	27	12.7%
無回答	7	3.3%

11) 実際の看取り場所 (n = 212) [表 40]

項目	回答数	構成比
自宅	90	42.5%
親族の家	1	0.5%
医療施設 (病院等)	114	53.8%
福祉施設等	1	0.5%
高齢者向けケア付住宅等	2	0.9%
無回答	4	1.9%



12) ターミナルケア・看取り対応で苦慮した点[表 41]

大項目	カテゴリー	自由記載要約
生活面 ・ 社会面	在宅生活開始・継続のための基盤作りが大変で、社会資源導入・活用に骨を折った	本人の病状・ADL が変化していく中で、社会資源の導入や、家族・社会資源の役割分担を考えることが難しかった。
		活用する社会資源が導入される時間調整に苦慮した。
		関係者に、急変時対応方法やその際の連絡方法等指導し、お互いに不安なくサービス提供できる体制作りが大変だった。
		本人の病状・状況より社会資源の導入を必要と判断するが、経済的理由で受入れられず、必要なケアが提供できないことがあった。
		活用できる社会資源には限界があり、他支援の有無について相談することに骨を折り、必要と考えるケアと提供できるケアを一致できなかった。
		医療面への対応よりも、基本的な生活基盤を整える対応が大変で、関係者との連携が欠かせなかった。
		生活支援のための社会資源導入を本人が望まず、別居家族が対応したが、どこまで何を誰に相談すればいいか悩んだ。
	関係作りが難しかった	関わり開始が看取り準備期間途中からと短く、本人との関係作りや本人・病状理解を深めることが難しかった。
		コミュニケーションは筆談のため、文章で思いや現状を伝えることが難しかった。
		医療不信が強く、関係性を築けないまま病状悪化し入院・永眠となった。
		思い通りに進まないと言いが聞かれる本人・家族対応に苦慮し、関係者のストレスが多かった。
		本人が人生を投げ出しており、人との交流を拒み、生活する意欲を欠き、ケアがうまく運ばないことが多く、最期まで心を開くことなく関わり終了となった。
		看取り対応というよりは、身体に触れることさえ拒否されるため、通常の医療・看護ケア提供が難しかった。
	本人・家族の意向・要望が強く、助言が聞き入れられなかった	本人がケアや支援に対して抵抗がある場合、在宅生活継続のために必要であることを繰り返し時間をかけて説明しなければならない。
		家族は介護に一生懸命であったが、本人を思っている周りからの助言が聞き入れられなかった。
		外国人のため宗教的な問題もあり、必要な医療・看護に対する理解が得られなかった。
		本人が症状に反して活動的で、説明も受入れられず、安全確保に苦慮した。
		支援者が必要と判断しても、本人の在宅生活へのこだわりが強く、社会資源の導入を拒否することが多かった。
医療面・	「独居」が在宅生活の	在宅看取りを希望するが、本人は家族もいない独居・借家暮らしのため、周囲への死後処理負担がかかるため、その理解を得づらい。

身体面	支障となることについて、本人の理解を得づらかった	独居時に病状悪化していないか心配であり、急変時対応に不安があった。
		独居時の急変の場合、連絡体制を整えていても本人が連絡できるとは限らず、対応が難しい。
		終日独居であり、オートロックマンション住まいのため、訪問時の鍵の開閉や緊急時に解錠可能か心配だった。
	病状変化の把握や、病状変化の中での関係者との連携やケア提供・統一に苦慮した	色々な関係者が関わるため、病状が進行する中で、関係者・家族にタイムリーに連絡し、統一したケアを提供するための調整が大変だった。
		関係者と連絡が取りづらく、本人が受診時に病状詳細を聞いてこないため、病状変化に関する情報が得づらく、訪問看護提供時に急遽調整せざるを得ない状況であった。
		関係者に、本人が必要とする介護方法を指導することに骨を折った。
		病状悪化・ADL低下時に、介護介入のタイミングを図ることや、在宅医導入時期を見極めることが難しかった。
		経済的理由で、必要性を感じても訪問回数を増やせず、病状変化の把握・変化に合わせたケア提供に苦慮した。
		主治医が遠方だと、苦痛時受診を訴えられても本人の体力的に受診できず、即応ができない。
		病状変化が早く、訪問看護や他ケアのさらなる必要性を感じ提案するが、本人は生活スタイルを変える気がなく、理解が得られず、急変時対応に苦慮した。
病状・状況により訪問以外で現状確認ができず、訪問調整に苦慮した。		
看護・医療的ケアに不安・疑問を持ちながら関わった	医療依存度が高く、医療的ケア提供に苦慮した。	
	医療機器管理を心配しながらのケア開始で、本人自己管理によりトラブル対応が多く苦慮した。	
	医療処置開始が在宅からとなり、訪問看護も指導通りケア実施できているか心配な中で、本人への指導も行わなければならず、限られた訪問時間の中での対応が難しく、不安が大きかった。	
苦痛となる症状を和らげることが難しかった	医師と連絡調整し疼痛コントロールに早め対応できればよかったが難しく、疼痛・苦痛軽減が在宅生活の中で十分に図れなかった。	
	在宅生活では疼痛コントロールのための麻薬の微調整が難しい。	
	家族の疼痛コントロールへの理解・対応が不十分であったため、再三に渡り指導が必要であった。	
	疼痛コントロールのため使用した麻薬によりせん妄が出現し、独居生活が困難となった。	
精神面	最期を迎える本人・家族をいかに支えるか悩	本人はもちろん、家族も看取りに対して不安があり、いかに安定を保って療養生活を送ることができるよう支えるか悩んだ。
		本人も家族も後悔のない最期の場を作りたいと思うと、どこまでやってもケア不足を感じる。

んだ	看取りに対して関係者も苦慮しており、そこをどう支えるか悩んだ。	
	病状悪化とともに在宅でできることが限られていく中で家族が不安になり、「見守っていく苦痛」を軽減することが難しかった。	
	看取り時期が近づくとつれ、これまで関わりのなかった家族からの相談が増え、この対応にも奔走した。	
	終日独居で不安が強く、訪問の他に電話・メールによる支援にも時間を割き、看取り時期が近づくとつれますます多くなつたが、事業所の収益には結びつかなかった。	
	訪問看護側としては精神的支援を行っていたつもりだが、訪問時は医療処置に多くの時間が割かれ、十分に表出できていなかったのではないかという思いが残っている。	
	家族が介護に疲れ、本人に暴言を吐くようになったため、家族をいかに支えるか悩んだ。	
	病状の急激な悪化のため家族が自宅看取りを受け止められず、その部分を支えきれなかった。	
本人が告知を受けていないため、対応により配慮が必要であった	本人が告知を受けていないため、訪問時のコミュニケーションや病気に対する質問対応に配慮を要し、言葉かけが難しかった。	
	本人に告知されていないため、治療・在宅生活について判断が家族に託された。	
	余命告知がなく、本人は積極的な治療を希望しており、現実と本人の意向の間で支援側が揺れた。	
情報共有・調整	本人・家族との連絡調整や意志確認、その意志を受け止めた上での調整に苦慮した。	本人と家族との関係が悪く、ケア提供の同意を得づらかった。
		本人の思いが強く、本人の希望をどこまで優先し見守るか悩み、思いを叶えるために関係者との話し合いに時間を割き、意向に沿いながら事故なく在宅生活を継続できるよう支援することに力を注いだ。
		家族が遠方のため、訪問開始時に直接関わらず、意向・考えが分からないままケアを提供していた。
		家族間の看取りに向けた意見のすり合わせに苦慮した。
		家族の病状理解が十分でなく、回復期待が大きく、現状理解への対応に苦慮した。
		自宅看取りを希望する本人と、家族の介護力の乏しさを埋めることができなかった。
		日中独居時の訪問看護提供のため、家族とタイムリーに調整できず判断に苦慮した上に、ケア等の提案を別途連絡する一手間が必要であった。
		急変時等同居家族と連絡が取りづらく、別居家族が対応してくれたが、それでよかったのか、という思いがある。
		本人・別居家族とも自宅看取り希望であったが、大概独居のため、本当に自宅看取りが可能か判断が難しく、支援は難しいと感じた。

		最期は病院で、との本人の意向に沿うため、受診タイミングを図ることが難しかった。
		病状進行によりセルフケア能力の低下がみられるが、全て自分でやりたい気持ちがあり、訪問時間内で必要なケア提供が難しかった。
家族の生活時間に合わせた対応が大変だった		家族の在宅時間を確認しながらの訪問看護提供や訪問看護実施報告となり、時間調整が難しく、時間外対応となることも多かった。
		経済的理由で訪問看護回数を増やせず、ケアの空白がないように、家族の介護時間・休暇と訪問日時の調整に苦慮した。
		家族の介護休暇時期の判断に、家族と一緒に悩んだ。
		日中独居のため、情報交換はノートで実施する等工夫はしたが、詳細聞き取りやタイムリーな対応が難しく、ケア検討に苦慮した。
独居者看取りについて、関係者の協力を得づらかった		「独居」「看取り時期」にて、関係者の精神的負担が大きく、サービス提供を断られることが続いた。
		終日独居のため、親戚を探して自宅看取りの合意を取ったり、主治医の協力を得たり、有事の対応や連絡方法を関係者で確認・共有する等、看取り体制整備に多くの時間を費やした。
本人・家族と関係者間の意向・対応調整に苦慮した		本人や家族の今後についての意向と医師の治療方針の食い違いを調整することが難しく、急変時対応を統一できなかった。
		関係者と家族の信頼関係が築けておらず、関係者からの情報収集が困難で、全体像把握に苦慮した。
		退院後、在宅医をみつけるまで空白期間があり、その間に病状変化しないか心配であった。
		ADL 低下のため環境調整をしたかったが、即応可能な事業所がみつけれなかった。
看取りについて、関係者間の考えを統一して関われなかった		グループホームにおいて初めて癌患者看取りとなり、スタッフの不安が大きく、自宅看取りでいいのか、関係者の意向がまとまらない中で最期を迎えた。
		本人は施設入所にて、訪問看護への要望は夜間急変時対応のみであり、点でしか状況をみられない中での対応は難しい。
		看取りに対して関係者も苦慮しており、そこをどう支えるか悩んだ。
		疼痛・苦痛緩和に対して本人入所施設の考えと訪問看護の考えが異なったが、対応せざるを得なかった。
看取り後の対応に苦慮した		看取り後の対応があいまいであり、関係者と体制整備しておく必要があった。
		看取った後、関係者への連絡に手間がかかった。

13) ターミナルケア・看取り対応でうまくいった点[表 42]

大項目	カテゴリー	自由記載要約
生活面 ・ 社会面	社会資源を活用しながら支援ができた	社会資源を活用することで、家族の介護負担軽減・本人の不安緩和しながら、本人希望の最期を支えられた。
		家族役割を代行し、必要な社会資源活用がスムーズに導入できた。
		本人が安心して在宅生活を過ごすため、親戚縁者の協力や社会資源活用により独居時間短縮を図った。
		本人・家族の希望通り最期まで自宅で過ごすことができるよう、環境・体制整備、ケア検討ができた。
		近隣者等インフォーマルな社会資源を活用しながら在宅生活支援ができた。
医療面 ・ 身体面	病状変化に合わせ、タイムリーに、統一したケアを提供できた	家族・関係者と病状変化報告を密に行い、変化により相談・助言ができる体制と整え、その時に必要なケアをタイムリーに提供できた。
		関係者との情報交換がうまくいき、病状変化がわかりやすい中で自宅看取りに向けて準備できたため、急変時にスムーズに対応できた。
		本人・家族の看取りへ向けた方針が一貫しており、関係者もその方針に則り、統一した考え・ケア方法で支援できた。
		病状・ADLの変化に合わせて、本人の自尊心を傷つけないように在宅生活方法を変化させていく働きかけの工夫ができた。
		本人の病状・介護力等総合して、在宅生活継続の判断をきちんとできた。
		関係者の理解が得られ、本人の病状に合わせて支援が得られた。
	関係者と相談しながら、関係者が安心してケアを提供できた	医療機関関係者や在宅医に相談しながらケアを提供できた。
		看取りに向けて本人の意思が揺らがなかったため、関係者が振り回されずに支援できた。
		自宅看取りに前向きに対応してくれる在宅医師導入により、在宅での医療的管理がしやすくなった。
		病院関係者と連携したことで、病院看取りを希望する本人の意向を実現できるよう、病院内で調整をお願いできた。
		家族や関係者と対応方法の統一・確認がなされており、安心して訪問看護を提供できた。
	苦痛緩和が上手くでき、安楽な看取り支援ができた	疼痛管理のための麻薬使用調整を行い、自立した在宅生活を送りたいという本人の希望を叶えられた。
疼痛コントロール不良に対し、医師の即応があり、本人は安楽な最期を迎えられ、訪問看護も心強かった。		
精神面	本人・家族へ安心を提供できた	訪問看護が家族と一緒に本人の医療ケアに関わることで、家族が不安なく看取りに向かえ、その様子を感じて本人の安心にもつながった。
		日中独居では生活が難しくなった時、病院が受入れが調整でき、本人・家族・関係者が安心した環境で最期を迎えられた。

		<p>本人・家族からの頻回な電話相談に対応し、安心して在宅生活を継続する支援ができた。</p> <p>家族との関係が作れ、思いを共有し、家族も心残りがいないような看取りに関わることができた。</p> <p>再入院中、訪問看護が提供できない間も家族と連絡を取ることが精神的支援となり、在宅生活を安心して再開でき、自宅看取りを支えられた。</p> <p>在宅医が本人・家族に丁寧に説明・助言してくれたため、本人・家族だけでなく、関係者も落ち着いて在宅生活を支援できた。</p> <p>訪問看護を提供しながら本人の話を聴くことで本人の気持ちが整理され、また、信頼関係作りとなり、意思決定支援へつながった。</p>
	本人・家族の意向に沿った看取りとなった	<p>本人と家族の看取り意向を調整し、関係者に働きかけ、本人の希望通り最期を過ごせ、安心を提供できた。</p> <p>本人の意思確認は困難だったが、家族の希望通りの最期を迎える支援ができた。</p> <p>治療継続を希望する本人を受入れる医療機関があり、そこで最期まで対応してもらえた。</p> <p>本人が在宅生活でやりたいことをする時間を作ることができた。</p>
	看取りについて家族の理解・覚悟・準備ができた	<p>看取りについて家族指導を行っていたため、慌てずに看取れた。</p> <p>別居家族の協力も得られ、関係者と協力・支え合いながら見守り・看取りに向けて一緒に頑張れた。</p> <p>予測される経過を家族に伝えながら準備したことで、家族に看取りに向けて心の準備・覚悟ができた。</p> <p>本人・家族の関係が良好で、家族が、本人の覚悟を支えることができた。</p>
	時期予測ができ、家族が最期を看取ることができた	<p>家族・関係者と連絡を密に行い、最期を一緒に落ち着いて過ごし、その後の対応までスムーズにできた。</p> <p>病状変化観察により看取り時期予測ができ、家族が見守る中で永眠できた。</p>
	家族の仲を取り持つことができた	<p>音信不通であった家族との仲を取り持ち、家族に見守られた最期となるよう調整できた。</p> <p>家族だからこそわがままを言ってしまう、関係が一時悪化したが、訪問看護が間を取り持ち、家族関係改善できた。</p>
	看取り後の家族を支えられた	<p>家族との信頼関係が築け、本人看取り後の家族支援もできた。</p> <p>家族と十分話をする時間を取った上で自宅看取りをしたことで、家族の達成感が大きかった。</p>
情報共有	本人・家族・関係者が看取りに	<p>自宅看取りに向けて本人・家族の気持ちが定まったことで、支援者が準備でき、本人・家族の安心につながった。</p> <p>準備を進める中で、関係者が、家族不在時の看取りとなることへの覚悟が</p>

調整	向けて同じ方向に向かえた	少しずつできた。
		看取り直前になり本人・家族が治療継続有無に迷いが出たが、関係者が本人・家族とよく話すよう調整することで、皆で受容できた。
		家族と関係者の関係がまだ未熟であったが、お互いの話を聞きながら、必要なことを助言し合って対応できた。
		家族や関係者と対応方法の統一・確認がなされており、安心して訪問看護を提供できた。
		関係者と在宅生活や緊急時支援体制を整えることで、退院から看取りまでスムーズにケア提供できた。
		本人の負担が最小限となるようケアを工夫し、本人の希望が叶えられるよう、関係者へ働きかけた。
		本人が思いを訴えられる関係を作り、家族や関係者各々の考え・意向も確認し、実現可能な看取り調整ができた。
家族・関係者と必要時連絡が取れ、状態変化に即応できた	家族との連絡体制ができており、病状悪化時より訪問したが、家族へ説明・医師連絡等スムーズに看取りができた。	
	終日独居であったが、別居家族等縁者が看取りについて理解・協力があり、緊急対応がスムーズにできた。	
	関係者と連携することで、病状変化を逐次把握でき、その都度支援内容を調整・必要時家族と連絡が取れた。	
関係者各々の役割を果たし、チームで対応できた	関係者が各自の役割を果たしたことで、お互いに信頼しつつ関わられた。	
	生活基盤・在宅療養支援のための関係者との役割分担・連携がスムーズにいき、ケア提供で困ることがなかった。	
	ケアマネジャーが積極的に看取り体制の整備に協力してくれ、関係者を1つにまとめてくれた。	



14) ターミナルケア・看取り実現のために果たした訪問看護ステーションの役割[表 43]

大項目	カテゴリー	自由記載要約	
生活面 ・ 社会面	生活支援を行う。	本人の病状や ADL に合わせて、在宅生活を継続できるよう、生活基盤を整える。	
		本人・家族が頑張り過ぎず、安心・安全に、意向に沿った在宅生活が送れるために必要なことを見極める。	
		病状確認により、できる範囲で日常生活が送れるよう、関係者と連携して環境・ケア調整を行い、QOL を高める。	
		家族の介護力・生活状況を見極め、家族が安心して介護を続けながら在宅療養を継続するための助言を行う。	
	必要なケア・支援を検討し、提供する。	日常生活援助を行う。	
		在宅生活に必要な医療・看護ケアを提供する。	
		本人の意向・要望に沿い、より長く在宅生活が送れるよう、ケアを検討・工夫・調整する。	
		セルフケアを充実させるために支援する。	
		本人ができなくなったセルフケアを代行する。	
		病状観察し、急変時にいち早くかけつけ、対応する。	
	医療面 ・ 身体面	病状変化を確認し、本人・家族・関係者へ伝える。	関係者と情報交換を行うことで、病状変化の早期発見をする。
			本人・家族に代わり医師へ体調説明や、病状悪化時連絡することで、より詳細に変化を伝える。
病状変化を確認し、変化を本人・家族にフィードバックする。			
家族・関係者と連携し、受診時期の見極めポイントを統一する。			
本人が希望する自宅看取り実現のため、調整する。		退院調整を行う。	
		把握した情報を医療機関・在宅医へ報告、対応助言を受け、ケア方針へ反映させて、事故なく看取りができるよう調整する。	
		在宅看取りに向け、在宅医導入等環境を整える。	
		医療機関とともに 24 時間体制で、自宅看取りのために環境を整える。	
		日中独居時の病状把握・安否確認・対応し、より長く在宅生活をおくるために支援する。	
		医療的ケアを簡易化し、家族・介護者の不安・負担を軽減する。	
医療の必要性を見極める。		病状・生活状況を観察し、在宅生活継続の限界・受診のタイミング・入院時期を見極める。	
		病状悪化時に医療機関に連絡・対応する。	
苦痛となる症状を和らげる		病状観察し、疼痛コントロールの評価を行い、医師に報告し、コントロール良好に在宅生活を過ごせるよう支援する。	
		痛みに対して、精神面から支える。	
		本人の不安や苦痛を軽減するために必要なケアを検討・提供する。	
		在宅生活継続のため、疼痛コントロールにあたり、本人へ服薬指導を行う。	

精神面	本人・家族の意向や要望を把握し、意思決定支援を行う。	在宅生活継続のため、本人の意思を代弁する。
		治療に関する本人の疑問・希望を確認し、医師・薬剤師へ伝える。
		本人の意志決定のため、情報提供し、相談役となる。
		家族間のターミナルケアに対する考え・対応の調整を図り、今後の対応について選択できるよう整える。
		本人・家族に、今後の過ごし方について方向性を決める時期がきていることを伝え、家族間で今後について相談するよう促す。
		本人と家族がお互いに在宅生活への思いを確認できる機会を作る。
	本人・家族の予後や看取りに対する不安への対応をする。	家族の相談相手となり、看取りの心得を伝え、心の整理・準備を手伝い、本人永眠後の家族の悲観が最小限になるように、精神的に支える。
		本人の死への恐怖や不安・痛みによる苦痛に対し、本人の意向に沿いながら、疾患・治療についての助言や、予後についての不安の除去を試み、精神的にも支える。
		在宅生活においても、病状について理解している医療職が関わることで、医療・看護が継続される安心を、本人や家族に提供できる。
		本人・家族の困りごとを整理し、不安解消のため即応できるよう準備する。
情報共有・調整	本人・家族・関係者が在宅生活に必要なことを理解し実施できるよう支える。	本人・家族・関係者が簡便に情報共有できる方法を考える。
		訪問・受診時の情報を共有し、本人や家族・関係者が現状・今後の見通しを理解する手助けをする。
		病状確認ポイントや病状変化時に家族を呼ぶ基準等を統一・関係者に周知する。
		対応方法を統一し、関係者が同じ対応ができることで、本人が安心して在宅生活を送れるよう支援する。
		家族や関係者へ、ケア実施時の留意事項を説明し、手技指導や工夫について情報提供を行う。
	関係者を支え、調整役となる。	在宅生活を支える関係者の調整・リーダー役となる。
		関係者が安心してケアを提供できるよう、情報共有や相談に応じる等により、関係者を支える。
		訪問看護自身が、本人の急変に揺れず、在宅生活支援を貫き、継続のために関係者と協力する。
		医療職が関わることにより、関係者に安心を与える。
		在宅療養支援のため関係者へ声をかけ、連絡体制整備・病状急変時対応等、今後について一緒に考える。
		グループホームスタッフが初めて看取りをするための支援を行う。

## 分析および考察

### 1 訪問看護ステーション概要より

#### 1) 看護職員数について (P5 表 10、図 7)

6人未満の訪問看護ステーション(以下、STとする)が71.1%であった。1STあたりの平均数は5.4人であり、昨年度本事業で実施した調査<sup>\*1</sup>(以下、昨年度調査)と比較すると、1STあたり0.3人減少している。ST規模については、2年の比較で言及することは難しく、今後経年的にみていく必要がある。なお、調査時期が異なるため単純に比較はできないが、介護サービス施設・事業所調査(平成24年10月1日現在)では1STあたりの全国平均数は4.6人であった。

#### 2) 事務職員の配置について (P5 表 11・12)

その他職員従事者数をみると、事務職員を配置するSTは半数を超えており、STあたりの平均常勤換算数は1.1人であった。事務職員を配置しているSTの看護職員は周辺事務が整理され、訪問看護に集中できていると思われるが、全てのSTが事務職員を配置できている状況にない。また、福井らの調査<sup>\*2</sup>では、看護職員の常勤換算数別にST収支率を比較し、看護職員常勤換算数が多いほど黒字の割合が高くなっているという結果が出ている。本調査だけでは県内STの規模について言及は難しいが、全国的にSTの小規模化が進んでいる中で、事務職員の配置はなかなか進まないことが予測される。

#### 3) 利用者数・訪問数について (P6 表 13・14)

月間利用者平均数は昨年度調査<sup>\*1</sup>より1STあたり1.4人減少している。月間平均訪問延件数は昨年度調査より1STあたり76.4件増加している。平成24年4月の診療報酬改定により、理学療法士等による訪問看護については、20分以上を1回として、一度の訪問で複数回の実施が可能となった。本調査ではこの点について聞き取っていないため精査できないが、月間平均訪問延件数の増加の一要因と推測される。あわせて、利用者の医療必要度や要介護度が進み、1利用者が必要とする訪問看護回数が増えている状況が推測される。

### 2 ターミナル期にある独居者(日中独居者含む)の受入れ状況より

#### 1) 受入れ依頼について (P6 表 16・17、P7 図 8・9)

回答STの45.6%が受入れ依頼有という結果である。無回答を除くとその数は、受入れ依頼有95STで419人、受入れられなかった依頼有14STで45人(うち、一人も受入れられなかったのは6STで12人)、89STで374人の受入となっている。1STあたり4.2人の受入れとなる。福井らの調査<sup>\*2</sup>では半年間で1STあたり5.1人の受入れという結果が出ているが、本調査と同様に1年間の受入れ数・率についての調査研究は見当たらず、この数について多いか少ないかは言及が難しい。

#### 2) 受入れ不可理由について (P7 表 18)

大別すると、ST体制(余裕がない・24H)・STの考え(在宅医・事務手続き)・患者の体調・地域体制となっている。特に、地域体制については、受入れていくために整備が必要であるとの意見が挙がっており、訪問看護師自身がその必要性について認識していることがうかがえる。

### 3) 今後受入れを拡充していくために必要なことについて (P7~8 表 19)

受入れ体制を整えるためには保険算定制度を理解し活用することが必要であると ST は考えている。一方で、制度利用が複雑で対応困難であったという意見も聞かれた。度々行われる制度改正に対応していくために、看護技術と平行して、制度活用についてもスキルアップしていくことが利用者のために必要と考えられる。

## 3 ターミナルケア・看取りを行った利用者より

### 1) 利用者背景より

#### (1) 利用者数について (P8 表 20、図 10)

本調査に協力のあった 217ST 中、88ST (40.6%) で 212 人を看取っており、1 年間総看取り数 (在宅看取りを希望し、調整するが、病状悪化により在宅外での看取りとなった数含む) は 1ST あたり 2.4 人であった。また、129ST (59.4%) は 1 年間総看取り数 0 人であった。さらに、1 年間在宅看取り数は 1ST あたり 1.0 人であった。福井らの調査<sup>\*2</sup>では半年間で、総看取り数は 1ST あたり 4.0 人、総看取り数 0 人の ST 割合は 30.3%、在宅看取り数は 1ST あたり 2.2 人と結果が出ている。ターミナル期にある独居者の受入れ数と同様、1 年間の総看取り数及び総看取り数 0 人の ST 割合・在宅看取り数についての調査研究は見当たらず、この数値についての言及は難しいが、県内の現状を把握することはできたと考える。

#### (2) 利用者年代について (P8 表 21、図 11)

本調査ではターミナルケア・看取りを行った利用者の保険種別は聞いていないが、約 7% が 60 歳未満であった。今後看取りについては場所だけでなく年代も多岐に渡る対応が求められることが推測される。

#### (3) 家族の状況について (P10~11 表 25・27・28・29、図 14・15・16)

終日独居者で、親類縁者がいない利用者は 3 割弱との結果であった。親類縁者がいる場合、その交流方法は直接会う以外に電話・メールとの回答も聞かれ、安否確認はしていても、直接状況が確認できていないことも多いことが見受けられた。

日中のみ独居者は、同居者がいても就業等のため平日は 7 割が半日以上独居である状況であった。

#### (4) ST 利用頻度について (P12~13 表 32・33・34・35、図 19・20)

訪問看護利用頻度は、当初は月 1 回から週 1~2 回が 7 割強であるが、看取り時期が近づくと半数以上が週 3 回以上の利用となっている。また、時間外訪問状況をみると、当初は利用していない利用者が 6 割強であるが、看取り時期が近づくと半数以上の利用者が利用し、ST としては利用者実数は変わらなくても、訪問件数が増加し業務が増加する傾向があり、更に ST の体制強化が必要となる。

#### (5) 在宅生活を支えるために連携した人について (P13 表 36)

在宅 (往診) 医・ケアマネジャー・介護福祉士 (又はヘルパー) は、看取り利用者以外でもよく

連携していると想定される。民生委員・近隣者・友人は、「独居」「看取り」の特徴と考えられる。

(6) 余命告知について (P13 表 37、図 21)

本調査において、余命告知は約 8 割であった。訪問看護は、最期を迎える本人・家族をいかに支えるか悩み、本人も家族も後悔のない最期の場を作りたいと思うとどこまでやってもケア不足を感じながら看護を提供している。死を見越して生きるための支援は、直接的なケア提供だけでは支えきれぬものではないという声が聞かれた。

(7) 最期を迎える場所について (P14 表 38・39・40、図 22)

本調査では、利用者の 6 割弱が自宅看取りを希望していたが、実際の看取り場所は半数以上が医療機関であった。在宅看取りが可能かどうかは関係者の支援体制だけでなく、家族の看取りへの理解や心構えにも左右されるものと考えられる。

2) 対応で苦慮した点・うまくいった点・訪問看護ステーションの役割より (P15~23 表 41・42・43) 得られた意見を、4 つの視点から分析・考察した。

(1) 生活面・社会面について

ST の役割として、「生活支援を行う」との意見があるように、「ターミナルケア・看取りだから」と、特殊な看護能力・技術を求められている訳ではない。だが、病状変化が早いため、より即応性が求められ、素早い対応が必要となる。

利用者が体調を整えるためには、まずは基本的な生活基盤が整っている必要がある。独居者の場合は家族の手が借りられない分、社会資源で担わざるを得ない。だが、社会資源導入は関係者の増加につながり、対応の統一・連絡の工夫がより必要となる。

訪問看護では、その利用者の生活全体を看る技術が必要となる。看護者のペースで生活するのであれば医療機関と変わらない。看護者の視点だけになっていないか、生活者の視点を忘れていないかを常に念頭に置いて、利用者へ接することが必要である。

(2) 医療面・身体面について

看取りを考えると、その場面では医療が必ず必要になる。看取りはもちろん医師の役割でもあるが、従事者全体数を考慮すると医師が全てを担うことは難しい。また、医療機関以外での看取り数も増加が予測される中では、看取りは訪問看護の役割としても今後さらに欠かせないものになることが考えられる。

どんなに支援体制が整っても、「独居」だと有事の不安・負担は常に付きまとう。「できること」「できないこと」を一緒に考え、「できること」の限界を見極め、希望をできる限り実現する方策を本人・関係者と協力してみつけていく必要がある。

ターミナルケア・看取りではペインコントロールが鍵となる。そのため、経過観察・見極めが他ケース以上に必要である。その際、医療（医師）がキーパーソンとなるが、訪問看護は医療（医師）との連携に苦慮している現状が垣間見えた。必要時に連絡が取れる手段の確保や、そのために日頃からの関係作りが必要である。また、一人の利用者を通して作られた関係者との連携は、今後新たな利用者支援の際に活用できるよう大切にしていこう。

### (3) 精神面について

家族支援は、ペインコントロールと併せて、他ケースよりも力を入れる必要があると考えられる。

「今」はもちろん、「これから」「その後」のため、何が必要かはその利用者によるが、疾病だけでなく生活全体を支援する看護職員として感度を上げて関わる必要がある。

看取りについてどんなに覚悟をして体制を整えていても、病状変化と比例し本人・家族・関係者ともに気持ちの揺れは生じる。その揺れに巻き込まれ過ぎずに沿う覚悟も訪問看護は必要となる。

### (4) 情報共有・調整について

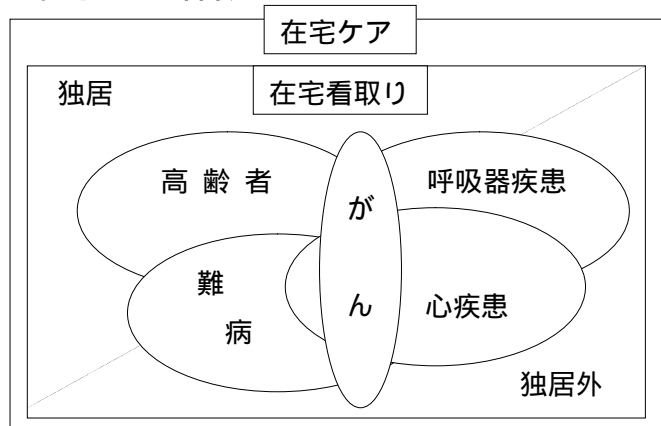
これから多死時代を迎え、医療機関や自宅以外に、本調査でも事例が挙げられたように、福祉施設や高齢者向けケア付住宅等における看取りが増加することが予測される。STが多様化する地域のニーズに対応するために、色々な場の看取りについて検討を重ね、経験をしていく必要がある。介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況をみると、福祉系ケアマネジャーが増加している（平成25年10月実施介護支援専門員実務研修受講試験合格者：福祉職92.8%、看護職8.6%）。永野ら<sup>3</sup>は、福祉系ケアマネジャーはリスクについて予測し手を打つという意識づけが弱いのではないかと言及している。一方、本調査においてSTの役割に「予後予測・調整」と意見が聞かれているように、病状把握をし、そこからアセスメントを行い、先を見通した看護計画の中で少しずつ準備をしていけるところが訪問看護の強みであると考えられる。

訪問看護がケアマネジメントを行うためには、訪問看護に情報が入らないと難しい。この点は本調査の中でもかなり苦戦している現状が明らかになった。

介護保険利用者はケアマネジャーがいるが、医療保険利用者の場合には、訪問看護師が本人だけでなく家族も見て、体調変化を観察・変化を予測しながら対応・調整しており、訪問看護の役割は看護技術の提供だけではないことが本調査で改めて明らかになった。しかし一方で、現制度では訪問看護の調整業務に係る評価は高くなく、利用者の在宅生活充実と安定したST運営の両立が難しい。

STの役割として、「関係者支援」が挙げられている。関係者も労力は限られている上、それぞれ専門職であってもターミナルケア・看取りとなると対応に不安は出てくる。訪問看護も関係者支援は「何を」「どこまで」「どうやって」行っていけばよいのかという課題・悩み・不安はある。しかし、この課題が解決できれば、関係者が自信を持って利用者に関わることができるため、利用者の生活の質向上に寄与できると考える。

### 在宅ケア・看取りのイメージ



\* 独居者の在宅看取りは在宅ケアの一部である。よって、在宅ケア全体に関する事、在宅での看取りに関する事、独居者の在宅での看取りに関する事は混在する。

\* 本調査において施設は在宅と定義している。

## まとめ

今後、在宅で看取りを支えていくための ST の役割、求められる姿勢及び能力、課題及び方策は以下のように考える。

### 1 ST の役割

ターミナルケア・看取り対応が必要な利用者は、病状・状態変化が早い。そのため、先を見越して即応できる ST 体制および本人・家族・関係者との体制を整える。

訪問看護師は、利用者や家族の心配・不安だけでなく、関係者の心配・不安も察知し、関係者が安心して利用者へ関わられるよう支える。

### 2 求められる姿勢及び能力

利用者のニーズは多岐に渡る。そのため、訪問看護師各々は看護技術だけでなく、調整力を磨く努力が必要である。また、ST 管理者は ST 運営能力も身に付け、受入れ体制整備に目を向ける。

### 3 今後の課題及び方策

平成 24 年診療報酬改定により、ST はもちろん、医療機関においても退院支援を推進してきているが、まだ手探り状態である。医療機関では、地域・在宅関係者が何をしているのか分からず、どこまで依頼して良いのか迷いがある。退院支援制度を活用することで、訪問看護・地域の活動を医療機関に知ってもらい、連携の機会とする。

「訪問看護利用希望者の自宅近くの ST」が受入れてくれることで、利用者負担（経済・物理面）は減少する。全ての ST が受入れられるような協力・連携体制を作る。当県では、県内 ST 管理者で構成されている県訪問看護ステーション連絡協議会において、スキルアップに向けて地区ブロック活動や委員会活動等を行っている。この場を活用し、地域の ST 同士や関係者が交流できる機会を作る。

在宅での看取り実現可否は、利用者の意思はもちろんであるが、更に、家族や支援者の看取りへの認識・理解にも左右される。そのため、利用者への対応と平行し、家族・支援者支援及び教育は重要である。

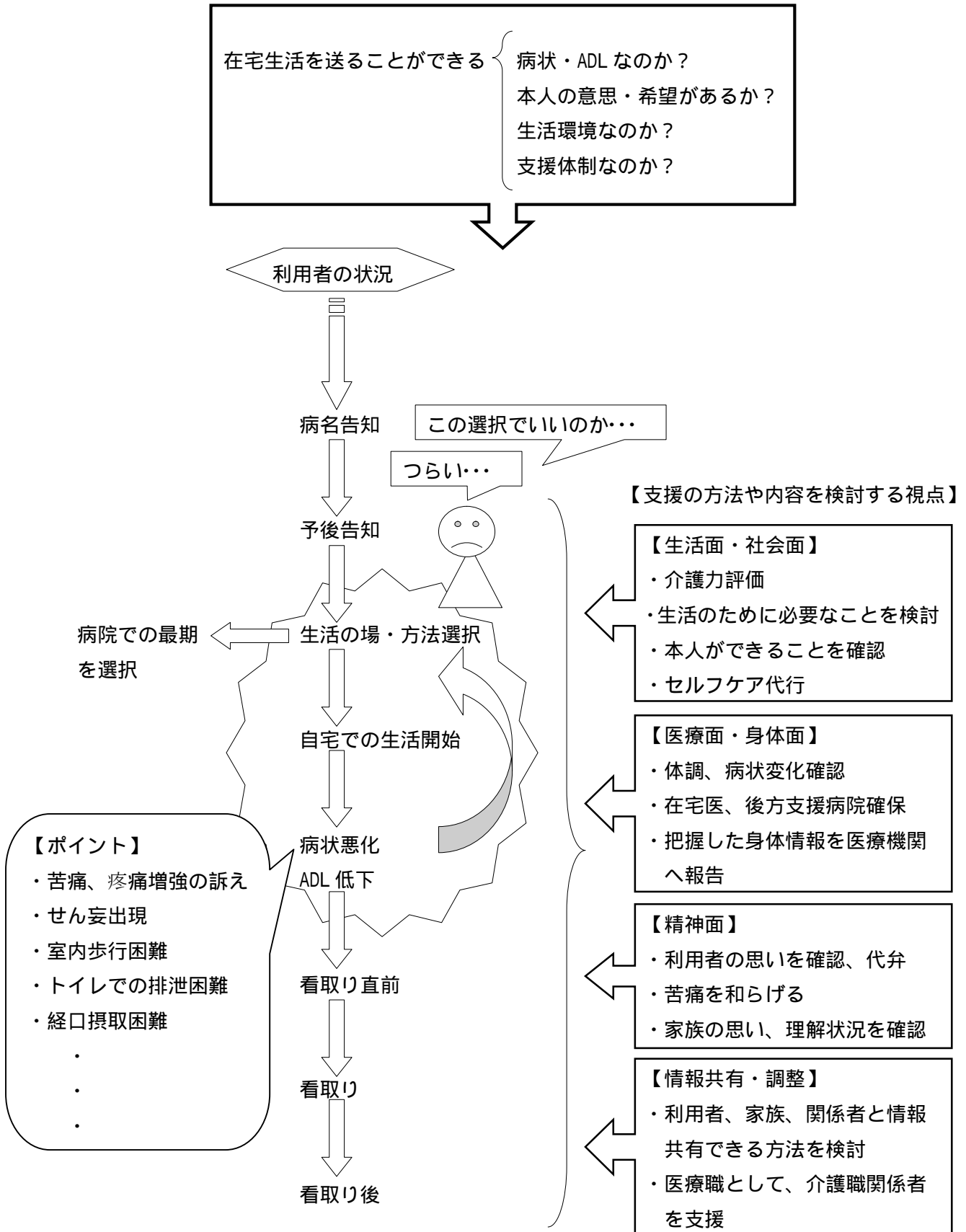
利用者が望む在宅生活実現のために、不足する部分は全て制度で賄えることが理想であるが、必ずしもできるとは限らない。現状は制度化されていないことも含め、使える資源がないか・協力者はいないか、探す力・掘り出す力を身に付ける。そのためにも、日々の利用者支援を通して、関係者との顔の見える関係作りをしていく。

### 【参考文献】

- 1 神奈川県保健福祉局地域保健福祉部保健福祉人材課（2013）：平成 24 年度 在宅医療（訪問看護）推進支援事業 訪問看護ステーションにおける退院支援についての実態調査報告書
- 2 社団法人全国訪問看護事業協会（2012）：平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業） 訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業 ～訪問看護事業所の基盤強化促進に関する実態調査～ 報告書
- 3 永野淳子, 弓狩幸生, 中川はゆみ（2009）：福祉系介護支援専門員の医療ニーズの把握状況と研修に関する研究, 公益財団法人大同生命厚生事業団地域保健福祉研究助成, pp48-52

# 独居者の在宅での看取りを支えるための訪問看護の役割

\* 利用者の状況・状態変化に合わせ、支援の方法や内容の検討は繰り返す





平成 25 年 8 月 20 日

訪問看護ステーション管理者 様

神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課長

&lt; 公 印 省 略 &gt;

## 平成 25 年度在宅医療（訪問看護）推進支援事業

「訪問看護ステーションにおける独居者の看取りについての実態調査」の実施について（依頼）

時下ますます御清栄のことと御喜び申し上げます。

本県の保健福祉行政の推進につきましては、日ごろ格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

本県では、訪問看護サービスの質の向上・充実を目指して、平成 17 年度から訪問看護推進協議会を設置し、在宅医療（訪問看護）推進支援事業に取り組んでいるところです。

近年、単身者世帯の増加や高齢化に伴う高齢独居者の増加、看取り先確保困難等が地域の課題として挙げられております。そこで今回の調査は、訪問看護ステーションの管理者の皆様から実態をお聞きし、現状及び課題を明らかにすることを目的としております。

ついては、お忙しいところ誠に申し訳ございませんが、本調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願いいたします。皆様の御回答が貴重な資料となります。どうぞよろしくお願いいたします。

- 1 調査名 訪問看護ステーションにおける独居者の看取りについての実態調査  
～ターミナル期を独居で過ごした利用者への関わりを振り返る～
- 2 調査対象 県内の訪問看護ステーション管理者
- 3 調査方法 別紙調査用紙にご記入のうえ、同封の返信用封筒でお送りください。
- 4 提出期日 平成 25 年 9 月 30 日（月）まで
- 5 返送先 神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課看護指導グループ 宛
- 6 その他
  - 1) 調査結果は、他の目的には使用しません。また、施設や個人が特定できないように統計的に処理し、個人情報等が流失しないよう細心の注意を払います。
  - 2) 調査結果は各訪問看護ステーションにお知らせするとともに、学会及び紙上等で発表させていただきます場合があります。

問い合わせ先

看護指導グループ

電話 045-210-1111（内線 4744）

ファクシミリ 045-210-8858

平成 25 年度 在宅医療(訪問看護) 推進支援事業

## 訪問看護ステーションにおける独居者の看取りについての実態調査

### 訪問看護ステーション管理者の皆様へ

近年、単身者世帯の増加や高齢化に伴う高齢独居者の増加、看取り先確保困難等が、地域における課題として挙げられております。

このような状況の中、今後一層訪問看護ステーションに求められる役割が重要ではないかと考え、本調査は、訪問看護ステーションの管理者の皆様を対象とし、実態をお聞きするものです。

ご回答頂いた結果は訪問看護推進以外の目的には使用することはありません。また、たいかなる場合でも事業所が特定されることは、一切ございません。皆様のご回答が貴重な基礎資料となります。お忙しいところを申し訳ありませんが、趣旨をご理解いただき、ぜひご協力くださいますようお願いいたします。なお、回答の返送をもって、協力への同意が得られたものとさせていただきます。

**大変恐縮ですが、平成 25 年 9 月 30 日(月)までに返信用封筒でお送りください。**

次ページからの調査用紙 2 枚 (4 ページ) をお送りください。

問い合わせ先  
神奈川県保健福祉局  
保健医療部保健人材課  
看護指導グループ  
電話 045-210-1111 (内線 4744)  
ファクシミリ 045-210-8858



4) 職員数について、数字をご記入ください。

職種	保健師	助産師	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職	その他
常勤職員									
非常勤職員 (実人員)									
非常勤職員 (常勤換算数)									

常勤換算 = 非常勤の方の1週間分の勤務時間の合計 ÷ 事業所が定めている常勤職員1週間分の勤務時間  
(小数点以下第1位まで計算してください。)

6. 平成25年8月1日～末日まで(1か月間)の貴訪問看護ステーションの利用者について伺います。

1) 利用者 実数 人 (延べ数 人)

2) 利用者の保険によるうちわけ 介護保険 実数 人 医療保険 実数 人

問2 貴訪問看護ステーションにおける、ターミナル期にある独居者(日中独居者を含む)の受入れ状況について教えてください。(ターミナル期:もはやいかなる治療を施しても治癒の見込みがなくなった状態で、概ね6か月以内に死を迎えることが予想される一期間)

1. 平成24年4月～平成25年3月の期間に、ターミナル期にある独居者(日中独居者を含む)の受入れ依頼がありましたか。

1 無 本調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。 2 有: 約 人

2. 1. で受入れ依頼有のうち、受入れられなかった依頼はありましたか。

1 無 2 有: 約 人

受入れられなかった理由を教えてください。

3. 2. 受入れられなかった依頼有の場合、今後依頼があった時に、受入れていくために必要であると考えられることを教えてください。

\* 次ページからは、受入れ実績のある訪問看護ステーションが対象となります

問3 貴訪問看護ステーションにて平成24年4月～平成25年3月の期間に受入れた、ターミナル期に独居(日中独居者を含む)である利用者のうち、平成25年8月末現在亡くなられている利用者(在宅死に限らず)の状況についてお聞きします。

利用者数 \_\_\_\_\_ 人 (うち、日中独居者数 \_\_\_\_\_ 人 )

\*以下は、上記で回答いただいた利用者の一人ひとりの状況について当てはまるものにつけてください。  
 \* 複数人いる場合には、お手数ですが本ページ及び次ページをコピーの上、利用者1人につき、1部の回答をお願いいたします。

1. お亡くなりになった歳 \_\_\_\_\_ 歳代
2. ターミナル期の起因となった主傷病名  
 1 がん 2 脳血管疾患 3 心疾患 4 難病 5 呼吸器疾患 6 その他(傷病名: \_\_\_\_\_ )
3. 医療管理実施状況(複数回答)  
 1 経管栄養法(胃ろう・腸ろう) 2 経管栄養法(経鼻) 3 中心静脈栄養法(IVH) 4 吸引  
 5 点滴・静脈注射 6 人工肛門 7 膀胱留置カテーテル・自己導尿 8 腎ろう・膀胱ろう  
 9 人工呼吸器・持続陽圧呼吸 10 在宅酸素療法(HOT) 11 褥瘡 12 気管カニューレ  
 13 在宅自己腹膜灌流(CAPD) 14 麻薬を用いた疼痛管理 15 その他(内容 \_\_\_\_\_ )
4. 家族背景(3親等以内について)  
 1 終日独居 家族: 無  
     有 1)配偶者 2)子ども 3)親 4)兄弟姉妹 その他( \_\_\_\_\_ )  
     └─▶ 家族との交流頻度( \_\_\_\_\_ )、家族居住地域: 町内・市内・県内・県外  
 2 日中のみ独居 同居者 : 1)配偶者 2)子ども 3)親 4)兄弟姉妹 その他( \_\_\_\_\_ )  
     └─▶ 同居者の在宅時間(平日: \_\_\_\_\_ 、休日: \_\_\_\_\_ )
5. 貴訪問看護ステーションを利用することに至ったルート  
 1 医療機関からの紹介 2 他の訪問看護ステーションからの紹介 3 ケアマネジャーからの紹介  
 4 本人・家族の連絡 5 行政(保健所・保健センター等)からの紹介 6 その他( \_\_\_\_\_ )
6. 貴訪問看護ステーション利用頻度  
 1)訪問看護開始当初の時期 \_\_\_\_\_ 回/ 週・月  
 2)看取り(あるいは、入院・入所)に近づいた時期 \_\_\_\_\_ 回/ 週・月  
 3)訪問看護開始当初の時期の時間外訪問(夜間・休日)実施回数 \_\_\_\_\_ 回/ 月  
 4)看取り(あるいは、入院・入所)に近づいた時期の時間外訪問(夜間・休日)の実施回数 \_\_\_\_\_ 回/ 月

7. 在宅生活を支えるにあたり、連携した人（複数回答）

- 1 病院医師 2 病院看護職 3 在宅(往診)医 4 ケアマネジャー 5 他訪問看護ステーション看護師  
6 介護福祉士（またはヘルパー） 7 歯科医師 8 薬剤師 9 作業療法士 10 理学療法士  
11 栄養士 12 行政保健師 13 行政福祉職（ケースワーカー） 14 民生委員 15 別居の家族・親族  
16 近隣者 17 友人 18 その他（ ）

8. 余命告知状況（複数回答）

- 1 無 2 有 1)本人 2)配偶者 3)子ども 4)親 5)兄弟姉妹 6)その他（ ）

9. この利用者が最期を迎えたいと希望されていた場所

- 1 自宅 2 親族の家 3 医療施設（病院等） 4 福祉施設等  
5 高齢者向けケア付住宅等 6 その他（ ）

10. 利用者家族（主連絡者）が希望されていた利用者の看取り場所は9.の設問のうち、どちらでしたか。（ ）

11. 実際の看取り場所は、9.の設問のうち、どちらでしたか。（ ）

12. この利用者のターミナルケア・看取りを実現するために、訪問看護ステーションが果たした役割はどのようなことでしたか。

( )

13. この利用者のターミナルケア・看取りへの対応を進める上で、苦慮した点としてはどのようなことがありましたか。

( )

14. この利用者のターミナルケア・看取りへの対応を進める上で、うまくいった点としてはどのようなことがありましたか。

( )

ご協力、ありがとうございました

平成 25 年度 神奈川県訪問看護推進協議会 構成委員 一覧

1. 訪問看護推進協議会委員

H25.7 現在

	所属	職	氏名
有識者	財団法人ライフ・プランニング・センター ピースハウスホスピス教育研究所	所長	松島 たつ子
	東海大学健康科学部看護学科	准教授	岡部 明子
職能 団体	公益社団法人神奈川県医師会	理事	古井 民一郎
	公益社団法人神奈川県病院協会	常任理事	高原 和享
	公益社団法人神奈川県看護協会	常務理事	渡辺 二治子
	神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	乙坂 佳代
保健所 政令市	横浜市健康福祉局高齢在宅支援課	課長	堀内 俊幸
	川崎市健康福祉局医療政策推進室	担当課長	高岸 堅司
	相模原市健康福祉局保健所地域保健課	副主幹（医師）	吉田 綾
	横須賀市健康部保健所健康づくり課	課長	高木 英俊
	藤沢市保健所地域保健課	課長	阿諏訪 一美
県	三崎保健福祉事務所 保健福祉課	課長	津島 志津子
	医療課	課長	仲谷 政二郎
	がん対策課	課長	中澤 よう子
	高齢社会課	課長	小島 誉寿
	障害福祉課	課長	竹内 幸夫
	保健人材課	課長	青木 良夫

2. 作業部会委員

所属	職	氏名
公益社団法人神奈川県看護協会 地域看護課	課長	草場 美千子
神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	乙坂 佳代
公益社団法人神奈川県看護協会かがやき訪問看護ステーション	所長	望月 洋子
一般社団法人相模原市医師会訪問看護ステーション	管理者	白倉 すみ江
公益財団法人横須賀市健康福祉財団よこすか訪問看護ステーション	課長	桐ヶ谷 明子
東海大学健康科学部看護学科	准教授	岡部 明子
小田原保健福祉事務所 保健福祉課	副技幹	小林 典子
保健人材課	副課長	吉岡 幸

3. 事務局

所属	職	氏名
保健人材課	グループリーダー	加藤 健太
	技師	工藤 美香
		伊集院 知子



保健福祉局 保健医療部 保健人材課 看護指導グループ  
〒231-8588 横浜市中区日本大通1 電話 045-210-1111 (代表)