

日本における独居がん終末期患者の訪問看護に関する文献考察

田 山 友 子

Key Words: 訪問看護, がん, 終末期 独居

【要旨】 本稿は日本における独居がん終末期患者の訪問看護に関する看護文献にどのようなものがあるのか, その中でも原著論文5編について文献検討することにより, 訪問看護の実際を明らかにすることを目的としている。そこで, 医中誌 Web で遡及可能な1983年以降から2014年までを検索期間として, 「訪問看護」「がん」「終末期」「独居」を検索語とした看護文献, 原著論文である7題のうち, 訪問看護に関する内容でないもの2編を除き5編の文献検討を行った。

その結果, 患者支援, 家族や友人・隣人の支援, 在宅緩和ケアチームについていくつかの示唆を得ることが出来た。患者支援については, 意思決定支援, 早めの疼痛緩和を中心とした症状緩和, 生活支援, 死の恐怖や不安に対する支援, 緊急時の対応についてきめ細かな支援の必要性が明らかになった。また, 家族, 友人隣人への支援については, 家族(血縁者)の有無と支援の有無を確認しながら, 家族, 友人隣人の介護負担の軽減と最後の時間を良いものとする支援の重要性が明らかになった。そして, 在宅緩和ケアチームについては, チームメンバーの構成, チームアプローチのきめ細やかな連携・協働・調整と意思の統一, ヘルパーの支援, 看護チーム間の連携についての実際が明らかになった。

I. はじめに

2006年がん対策基本法が成立し「がん対策推進基本計画」が策定¹⁾された。また, 同年介護保険制度の改正²⁾に伴いがん末期患者が介護保険サービスを利用可能になったこと, 診療報酬制度上の在宅療養支援診療所が新設³⁾されるなど終末期を支える支援体制の整備がすすめられた。そして, 2012年にはがん対策推進基本計画の見直し⁴⁾により, 重点目標の一つにがんと診断された時からの緩和ケアの推進があり, 早い時期からの在宅支援がすすめられるようになった。

そして, 平成25年国民生活基礎調査によると, 全世帯数の44.7%は65歳以上の高齢者のいる世帯である。その世帯の内訳は, 夫婦のみが31.1%と最も多く, 次いで単独世帯が26.6%となり, 両者合わせて5割を超えている。また, 平成37年以降は全ての都道府県で単独世帯が最大の割合を占めるようになる見込まれている⁵⁾。このような少子化, 超高齢社会の中, 独居でがん終末期を迎える患者が増

えていくことが予測される。

本稿では, 筆者が行なった看護文献検索と文献検討の内容から得られた示唆を報告する。

II. 研究方法

1. 文献収集と文献対象の選択

文献検索の方法は, 国内医学文献情報データベースである医学中央雑誌の Web 版(医中誌 Web)を用いた。検索期間は, 医中誌 Web で遡及可能な1983年以降から2014年までとして, 検索語は「がん」「訪問看護」「終末期」「独居」として看護文献を検索したところ該当した文献は34件だった。その後, 原著論文を選定条件に加え検索したところ7編が検索された。

III. 結 果

独居がん終末期患者の訪問看護について年代別, 論文の種類別に推移を確認したところ, 最初の論文の公表は2002年であった。そして, 5年ごとにその数は増えている。論文の種類では原著論文7編,

表1 日本における独居終末期患者の訪問看護に関する年代別文献数の推移

	原著	解説	会議録	合計
1983 - 1999	0	0	0	0
2000 - 2005	1	1	4	6
2006 - 2010	3	2	6	11
2011 - 2014	3	7	7	17
合計	7	10	17	34

総説/解説17編, 会議録が10編であった(表1)

看護研究の原著論文を年代別に追っていくと2000-2005年では事例研究が1編, 2006-2010年では事例研究2編, 看護記録・訪問看護サマリーの振り返り1編, 2011-2014では, 事例研究1編, 訪問看護師を対象とした半構成的面接による質的帰納的研究が2編で, 7編すべてが質的研究であった。

原著論文の研究目的は, 訪問看護師の支援, 訪問看護実践, 訪問看護の果たす役割, 他4件は看護援助過程を明らかにしたものであった。原著論文のうち訪問看護に関する内容でないもの2編を除き, 5編を文献検討の対象とした(表2)。

1. 事例研究2編

堀内ら⁶⁾は, 他者との交流が苦手な患者に対して訪問看護導入を試み, 支援について報告している。患者の困っていることに焦点をあて対処し寄り添いながら, 関わりを継続したいという姿勢で向き合った。また, 新しくサービス導入する時には体制を整え情報共有し, 同行訪問を繰り返すなど患者の負担に配慮した。そして, ボランティアシステムを利用したことは患者の充足感を高めQOL向上につながったと述べている。この事例の転帰は, 24時間の家族支援やサポート体制が難しいことから, 自ら病院の入院を選択している。そして, 病状変化や急変を見通した準備, 家族との連携等が課題として残っていると報告している。

小野原ら⁷⁾は, 4事例の独居がん終末期の患者への在宅支援について, 多職種連携と意思決定支援について報告している。多職種連携では, 訪問看護師が医療の専門職としてヘルパーやケアマネージャーへの教育的関わり, また, 在宅カンファレンスや退院時共同指導の要請によって, 認識の統一を図ることなどを行ない, ケアの統一を図るように調整することが重要であると述べている。また, 意思決定支援では, 患者の意思を尊重するかかわりの中で他職

種のメンバー間での死生観のずれがジレンマになるが, その都度カンファレンスを行ない互いのずれの調整に努めている。そして, 独居の場合, 財産の整理やサービスへの支払い, 葬儀準備など家族役割を補完するために, 多くの時間と労力を費やしたことも報告されている。4事例のうち3事例は在宅で看取り, 1事例は本人の要請で救急搬送され入院した。

2. 看護記録・訪問看護サマリーの振り返り1編

伊藤ら⁸⁾は在宅死を迎えたひとり暮らしの末期がん患者18名のケア内容を振り返り, 訪問看護の役割について, 訪問期間, 訪問回数, 緊急訪問などデータに基づいて振り返り報告している。緊急対応は, 予測して計画的に訪問することが重要と述べている。ケアチーム構成メンバーについては, 医師・看護師は18名全員で, その他にケアマネージャー, ヘルパーのパターンが13名と多かった。その他ボランティア, 友人隣人, 心のケア, 在宅酸素業者, 福祉担当者, 薬剤師, 訪問歯科医, 宅配弁当・飲水業者である。あらゆるつながりがチームメンバーとなりうる。別居の家族からの支援は11名あり, 支援内容は頻回な訪問から, 宿泊して身の回りの世話, 退院時や亡くなる前の限定した関わりなどだった。別居家族からの支援がない場合, 身の回りはヘルパーが担う。ボランティアは, ADLの低下していく時期に一時的に生活支援や不安軽減, 家族負担軽減のため, 何時間か滞在する時に有用だったと報告している。患者の安定した時期からボランティアと出会いがあると導入がスムーズである。チームメンバーの中で看護師が患者の病状変化を最も把握していることから, チームメンバーへの連絡・調整は看護師が患者と相談しながら行った。患者が一人で過ごす時間をできるだけ少なくするように, 訪問時間が重ならないようにケアプランがたてられ, 全員で連絡ノートを活用する。訪問当日の朝に患者家族の心身の状況確認のため電話を入れて, 訪問前に医

表2 「訪問看護」「がん」「終末期」「独居」を検索語とした文献一覧

報告者 (出版年)	テーマ/ 研究デザイン	目的/ データ収集方法	研究対象者	結果
堀内 睦美, 鈴木 恵, 本郷 幸子, (2006)	他者との交流が苦 手な(高齢)独居 がん患者への訪問 看護導入の試み/質 的研究 事例研究	他者との交流が苦手な 独居がん高齢患者の訪 問看護導入の試みの振 り返り/記載なし	患者と看護師	今回できる限り自宅で過ごしたいと願う独居のがん患者 を担当した。患者は長年の独居生活もあり他者との交流に 消極的であった。そのような中で訪問看護導入を試み少し ずつ受け入れの言動に変化していく姿が見られた。
伊藤 美緒子, 小林 友美, 大金 ひろみ (2007)	自宅で最期を迎え たい 在宅ホスピ ス緩和ケアでひと り暮らしの18名の がん患者を看取っ て/質的研究	末期癌患者への在宅ホ スピス緩和ケアを行う 都内のA訪問看護ス テーションを利用して 在宅死を迎えたひとり 暮らしの末期癌患者18 名(平均年齢70.2歳) へのケアから訪問看護 師の役割について検討 した/看護記録・訪問 看護サマリーをもとに 振り返り	都内のA訪問 看護ステーショ ンを利用して在 宅死を迎えたひ と暮らしの末 期癌患者18名 と訪問看護師	ひとり暮らしのパターンと支援として、別居している家 族からの支援の有無によって訪問看護師の果たす役割が違 う。別居家族の支援がある場合は、別居している家族が負 担にならない適度な距離を保つために社会資源を活用し、 また訪問看護師からの患者の状態変化を連絡すること等 によって、在宅療養が継続できるように支援をする。一方家 族支援がない場合には、病院等の担当者を通して情報交換 するなど、患者の負担を軽減しスムーズに在宅ホスピス移 行する。 ひとり暮らしの患者に必要とされる配慮として、定期訪 問と緊急訪問のデータから質の高い計画的な訪問である。 また、患者とケアチームの間で、患者の希望やケアチーム の役割など共有する機会や細やかな連携の配慮が必要とな る。 そして、ホームヘルパーとの連携のありようが在宅療養 を左右するため連携が大切である。特に患者のADLが低 下していく時は、変化に対して支援内容も柔軟に変える必 要があるため、事例ごとにデスエデュケーションを行ない 対応ができる必要がある。
小野原 智香子 前田 静子, 石橋 一代 (2014)	独居の末期がん患 者への在宅支援 事例を通して学ん だこと/質的研究 事例研究	独居の末期癌患者4事 例(事例1:80代女性. 肺癌, 認知症. 事例2:80 代女性. 肺癌, 腎不全. 事例3:60代女性. 乳癌, 転移性肝腫瘍・骨腫瘍. 事例4:80代女性. 胃癌, 腹壁浸潤)への在宅支 援について振り返り/訪 問看護記録, 担当看護 師への聞き取り	患者と看護師	独居がん終末期の患者への在宅支援について、多職種連 携と意思決定支援について報告。多職種連携では、訪問看 護師が医療の専門職としてヘルパーやケアマネージャーへ の教育的関わり、また、在宅カンファレンスや退院時共同 指導の要請によって認識の統一を図ることなど行ない、ケ アの統一を図るように調整することが重要である。 また、意思決定支援では患者の意思を尊重するかわり の中では他職種のメンバー間での死生観のずれがジレンマ になるが、その都度カンファレンスを行ない互いのずれの 調整に努めている。4事例のうち3事例は在宅で看取り、1 事例は本人の要請で救急搬送され入院した。
米澤 純子 杉本 正子, 新井 優紀他 (2014)	独居がん終末期患 者の在宅緩和ケア における訪問看護 師の支援と連携/質 的研究 質的帰納 的分析	独居がん終末期患者の 在宅緩和ケアにおける 訪問看護師の看護実践 を明らかにすること/半 構成的面接調査	在宅で独居がん 終末期患者を看 取った訪問看護 師5名	独居がん終末期患者の在宅ケアにおける訪問看護師の看護 実践に6つのカテゴリーが抽出。安定した療養生活の維持 のために【独りの時間を安楽に過ごすための予防的な症 状コントロール】は重要な支援であり、訪問看護師の高い アセスメントと調整能力が発揮。【独りの寂しさや死の恐 怖への対応】では、思いを受け止め人的資源の導入の調整。 【患者の意思を尊重した療養生活支援】は、患者のADLが 低下する過程でできるだけ患者の意思を尊重した方法で生 活できるように配慮する。そして、【最期の過ごし方の意向 を引き出し寄り添う支援】では、医療者が焦るのではなく、 基本的には本人たちが迷いながら決めていくのに付き合う。 【家族による在宅での看取りのための支援】では、家族を患 者の最後の時間をより良いものとするための存在にとらえ、 患者が在宅療養を選択したことや死の受容するための支援 を家族に行う。【在宅緩和ケアチームメンバーの専門性を引 き出すための情報提供と調整】では、医師への報告と調整 はもちろんのこと、医療依存度が高く急速に状態化する 患者の見取りに対するホームヘルパーの不安や緩和ケア実 践を支える教育支援。訪問看護師は、必要な緩和ケアが実 践されるようにチームメンバーに対してタイムリーに情報 共有し、それぞれの専門性を引き出す調整をしていた。

<p>仁科 聖子 湯浅 美千代, 工藤 綾子 (2014)</p>	<p>独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の支援 がん高齢者と非がん高齢者の共通点および相違点 / 質的研究</p>	<p>独居高齢者が在宅で最期を迎えることを可能にするための訪問看護師の支援を明らかにした。 がん高齢者と非がん高齢者の共通点および相違点 / 半構造化面接調査</p>	<p>在宅独居高齢者が死亡する直前か死亡までに看取りを経験した訪問看護師に研究協力を依頼し、研究協力者(14名)から語られた事例は、がん支援群11名、非がん支援群3名</p>	<p>がん支援群では8つのコアカテゴリーが抽出された。【在宅死への揺らぎの受容と質の高い在宅生活を維持するための支援】【高齢者と家族の状況に合わせた柔軟なケアマネージャとの連携によるサービス調整】【高齢者の価値観・意思を尊重するためのチーム体制内の意思統一とケア体制の整備】【高齢者と家族が後悔しない看取りのための関係者の意思疎通を促進する支援】【高齢者の臨終の場で家族と高齢者が思い残しのない納得できる最後のための支援】については、独居高齢者の支援では非がん支援群、がん支援群に共通していた。家族を含めたヘルパーとの連携・協働が求められる。 がん支援群のみでは、【がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携】【ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介】【看護チームでのアプローチによる対応力向上】であった。がん高齢者は病状の変化が顕著であり状況に合わせた他職種の連携が不可欠。訪問看護師はヘルパーと細やかに連携・調整しながら生活支援を行う。一方で、ヘルパーの不安や恐怖に対して相談にのったり、医師への説明を代弁する。また、訪問看護師自身が患者の病状の判断に迷い・不安になることに対して、看護チームの中で看護師同士の連携を強め、課題と向き合い対応する。</p>
---	---	---	---	--

療的ケアの調整を行い、患者宅での対応をスムーズにしている。そして、訪問診療前後やミーティング時に医師との情報交換を行う。ひとり暮らしの場合、病状進行に伴い薬の自己管理が困難になるため、より配慮を要する。特にオピオイドなど、目覚まし時計を活用するなど、できるだけ患者一人で内服できるように支援する。経口が難しくなるとフェンタニールパッチ8名や持続皮下注射5名、坐薬3名(複数回答有)と変化していくが、症状コントロールをできるだけ患者自身が管理できるかどうか重要となると報告している。

最後に看取る人が側にいたのは15名で、別居家族が11名、友人2名、通常訪問のヘルパー2名だった。訪問時に息を引き取っていた患者は3名。発見者はヘルパー2名、隣人1名。家族の関わりがない3名はひとり暮らし用のリビングウィルをわかりやすい場所に提示していた。看護師は、別居家族、ヘルパー、友人隣人、ボランティア、心のケア担当者らチームメンバーと連絡を取り、必要に応じて訪問時間を合わせ、患者同席のもとで患者の希望の確認や、病状・今後予測されることと対処法の説明、各役割の確認をして、チームメンバー自身が不安のためにパニックにならないようデスエデュケーションを行なったと報告している。

結論として、ひとり暮らしのパターンと支援は、別居している家族からの支援の有無によって訪問看

護師の果たす役割が違っていると述べている。別居家族の支援がある場合は、別居している家族が負担にならない適度な距離を保つために社会資源を活用し、また訪問看護師からの患者の状態変化を連絡すること等によって、在宅療養が継続できるように支援をする。一方家族支援がない場合には、病院等の担当者を通して情報交換するなど、患者の負担を軽減しスムーズに在宅ホスピスに移行する。次に、ひとり暮らしの患者に必要とされる配慮として、質の高い計画的な訪問と、患者の希望やケアチームの役割など共有する機会を患者とケアチーム間で細やかに連携することと述べている。質の高い訪問をすることで、緊急訪問の頻度も減少することができる。そして、ホームヘルパーとの連携のありようが、在宅療養を左右すると述べている。特に患者のADLが低下していく時、ヘルパーはその変化に対して支援内容も柔軟に変える必要がある。訪問看護師は、事例ごとにデスエデュケーションを行ないヘルパーが対応ができるようにする必要があると述べられている。

3. 訪問看護師を対象とした半構成的面接による質的帰納的研究 2編

米澤ら⁹⁾は独居高齢がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の看護実践を明らかにすることを目的とした研究について報告している。在宅で独居高齢がん終末期患者を看取った訪問看護師5名を対象に

半構成的面接調査を行い、質的帰納的に分析した。その結果、独居がん終末期患者の在宅ケアにおける訪問看護師の看護実践に6つのカテゴリーが抽出された。安定した療養生活の維持のために【独りの時間を安楽に過ごすための予防的な症状コントロール】は重要な支援であり、訪問看護師の高いアセスメントと調整能力が発揮されていたと述べられている。また、独居であるため【独りの寂しさや死の恐怖への対応】が重要で、訪問看護師は思いを受け止め人的資源の導入の調整をしていた。【患者の意思を尊重した療養生活支援】は、患者のADLが低下する過程で、できるだけ患者の意思を尊重した方法で生活できるように配慮していた。そして、【最期の過ごし方の意向を引き出し寄り添う支援】では、医療者が焦るのではなく、基本的には本人たちが迷いながら決めていくのに付き合う看護師の実践について述べている。【家族による在宅での看取りのための支援】では、家族を患者の最後の時間をより良いものとするための存在ととらえており、患者が在宅療養を選択したことや、死の受容するための支援を家族に行うと述べている。【在宅緩和ケアチームメンバーの専門性を引き出すための情報提供と調整】では、医師への報告と調整はもちろんのこと、医療依存度が高く急速に状態変化する患者の見取りに対して、ホームヘルパーの不安や緩和ケア実践を支える教育支援があった。訪問看護師は、必要な緩和ケアが実践されるようにチームメンバーに対してタイムリーに情報共有し、それぞれの専門性を引き出す調整をしていたと述べられている。

仁科ら¹⁰⁾は独居高齢者が在宅で最期を迎えることを可能にするための訪問看護師の支援を明らかにするために、がん高齢者と非がん高齢者の支援の共通性と相違について報告している。その結果、がん支援群では8つのコアカテゴリーが抽出された。独居高齢者は、在宅死を決断してからも様々な不安や意思の揺らぎみられ、【在宅死への揺らぎの受容と質の高い在宅生活を維持するための支援】を必要とする。在宅死への揺らぎに対して受容し寄り添う支援をしていると述べられている。また、【高齢者と家族の状況に合わせた柔軟なケアマネージャーとの連携によるサービス調整】はがん高齢者は病状の変化によってニーズも変わり、柔軟に対応するための連携調整の内容があげられていた。また、高齢者の意思に沿って【高齢者の価値観・意思を尊重するた

めのチーム体制内の意思統一とケア体制の整備】を行い、【高齢者と家族が後悔しない看取りのための関係者の意思疎通を促進する支援】に勤め、【高齢者の臨終の場で家族と高齢者が思い残しのない納得できる最後のための支援】を行っていたと述べられている。これらは、非がん支援群と類似している。非がん支援群、がん支援群に共通している訪問看護師に求められる機能とは、家族を含めたヘルパーとの連携・協働、看護チームによるチームアプローチであると述べている。次に、がん支援群のみで示されたものは、【がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携】【ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介】【看護チームでのアプローチによる対応力向上】であった。がん高齢者は病状の変化が顕著であるため症状を予測し、症状緩和のために高齢者の状況に合わせた他職種の連携が不可欠であった。そして、訪問看護師は、在宅死をみとる経験がないヘルパーは不安や恐怖が強いと考え、患者の血圧変化や状態変化と対処法について相談にのったり、医師への説明を代弁していた。そして、がんの高齢者の病状の変化は顕著であり、訪問看護師自身が患者の病状を判断することが多いため、迷い・不安を感じる事が考えられる。その為、看護チームの中で看護師同士の連携を強め、課題と向き合い対応していく必要性について述べられている。

IV. 考 察

1. 独居がん終末期患者の訪問看護に関する動向

日本における独居がん終末期患者の訪問看護に関する文献検討を行ったところ2002年より公表されている。その後、2005年までには原著1編、解説1編、会議録4編公表があった。そして、2006年にがん対策基本法が成立し「がん対策推進基本計画」が2007年より施行され、また同じ時期である2006年に介護保険制度の改正があり、がん末期患者が介護保険サービスを利用できるようになり在宅ホスピスが推進された。その為か、2006年から2010年までは原著3編、解説2編、会議録6編計11編と増加している。

次に2012年がん対策推進基本計画の見直しが行われ、重点目標の一つにがんと診断された時からの緩和ケアの推進があり、早い時期からの在宅支援がすすめられるようになった。そして、2014年までに

は原著3編, 解説10編, 会議録17編と増加, 特に解説や会議録が増加している。

国民の世帯数の家族類型別割合をみると2010年の段階で, 東京など大都市圏を含む29都道府県では単独世帯の割合が最も大きい⁵⁾ことを考えると, 独居がん終末期患者に対する支援の研究は急務であり, その要となるのは訪問看護であるため, 更にデータに基づく原著論文が増えることが望まれる。

2. 独居がん終末期患者の支援の実際

5つの文献を考察することによって, 患者支援, 家族や友人・隣人の支援, 在宅緩和ケアチームの実際から明らかになったことを以下に述べる。

患者支援については, 意思決定支援, 早めの疼痛緩和を中心とした症状緩和, 生活支援, 死の恐怖や不安に対する支援, 緊急時の対応について, きめ細かな支援の必要性が明らかになった。

患者は独居であるため, 意思決定をする機会が多い。訪問看護師は, 患者が在宅死を決断後に揺れる思いも含めて支援している。意思決定支援は, 患者の意思を尊重するかかわりの中で他職種の間での死生観のずれがジレンマになると小野原⁷⁾は報告し, その都度カンファレンスで相互のずれを調整している。そして, 早めの疼痛緩和を中心とした症状緩和は, 安定した生活維持の要ともなる。また, 生活していく上で家族役割の補充が必要となることを考慮し, できるだけ患者の意思を尊重しながら, ヘルパーとともに生活支援していく。独居の場合, 財産の整理やサービスへの支払い, 葬儀準備など家族役割を補完するために多くの時間と労力を費やしたと小野原⁷⁾が報告しているように内容は多岐にわたる可能性がある。

そして, 夜間など一人になる時間は患者の不安や寂しさをぬぐうことは難しい。まして, ADLの低下など明らかな病状の変化が見られた時など, 一定期間患者の恐怖や不安に対する支援が重要となる。この点は, 堀内ら⁶⁾は, 他者との交流が苦手な患者でも見られ支援していると述べられている。訪問看護師は, その事を事前に理解して早めに対応するようにインフォーマルなサービスも含めて検討し, 関係づくりを進める必要がある。また, 緊急時の対応については, 伊藤ら⁸⁾は質の高い訪問によって, 緊急時の対応を減少することができることを示唆している。また, 看取りについては, 本人の意思がわか

るようにリビングウィルをわかりやすいところに提示しておくなど, きめ細かな支援の必要性があることが明らかになった。

次に, 家族, 友人隣人への支援については, 家族(血縁者)の有無, 血縁関係以外の支援者の有無を確認する。患者とつながりのあるあらゆる人々は, ケアチームのメンバーとなる可能性があることを知っておく必要がある。そして, 別居している家族は, 同居家族とは違う役割があり, 支援していく必要がある。訪問看護師は, 患者や家族にとっても患者の最後の時間をより良いものとするような支援をした。具体的には, 患者の在宅死の意思を家族も理解し看取れるように支援したり, 介護負担の軽減などであった。

次に在宅緩和ケアチームについては, チームメンバーの構成, チームアプローチのきめ細やかな連携・協働・調整と意思の統一, ヘルパーの支援, 看護チーム間の連携について実際が明らかになった。がん終末期の場合は非がん終末期とは違い医療処置が必要となるため, 医師・看護師がすべての事例で関わっていた。そして, 次に多かったのはヘルパーである。独居患者の場合には, 家族役割の補充が必要となり, 家事など身の回りの世話をするヘルパーの存在はメンバーとして欠かせない。特に症状悪化に伴いADL低下していく過程で重要である。次に多かったのがケアマネージャーであったが, 在宅療養が短期の場合, 介入していない可能性があった。そして, ボランティアについては, 公的サービスのように時間的制約がなく, 患者の病状変化に伴い不安が増しているとき, 何時間か話し相手になったり見守るなどが有用であると報告されている。ボランティアは, 今後も期待される場所であるが, 公的でないため日頃から連携できることが必要と推測する。実際に, 伊藤ら⁸⁾は, 安定した時期に関係が出来ていると, 状態が悪化したときのボランティア導入がスムーズだったと報告している。このように, 独居がん終末期患者を支えるには複数の職種が関わり, そのかわりはきめ細やかにしていく必要がある。患者の意思を確認しながら, 多職種が同じ方向でケアを進めていけるようにする。チームアプローチのきめ細やかな連携・協働・調整と意思の統一をしていくには, チームメンバーの中で患者の病状の変化を最も把握している看護師が, 各職種の専門性も理解し行っていることが明らかになった。

次にヘルパー支援であるが、伊藤ら⁸⁾、米澤ら⁹⁾、仁科ら¹⁰⁾の研究で、ヘルパー支援は強調されている。医療の専門ではないヘルパーにとって、何らかの医療処置が必要とされる独居がん終末期患者の看取りは、症状悪化とともに柔軟に対応することが必要となり負担感が強いことが明らかとなった。伊藤ら⁸⁾が述べるように、ヘルパーとの日々の細やかな連携の積み重ね自体がデスエデュケーションとなるが、教育支援も含めて今後の大きな課題となることが示唆された。そして、訪問看護師自身にとっても、病状の変化が顕著ながん終末期の患者に対して、訪問中の短時間で病状判断をすることは負担になる。看護チーム間でのバックアップ体制や他の訪問看護ステーションとの連携を推進するなど看護チーム間の連携の強化の必要性も示唆された。

遠藤らは、2003年の時点で、看取る家族の存在が在宅ホスピスの絶対的な条件ではなく、独居という条件の中で患者の希望を実現すればよいのか課題として考えるほうが妥当¹¹⁾と述べており、独居であっても在宅で終末期を迎えられるように検討されている。今、12年の時が立っているが独居がん終末期患者の訪問看護に関する文献は依然と少ない状況である。また、在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の事態調査¹²⁾では、看取りの場所の希望、転帰に独居と非独居の間で明らかな差がみられている。つまり、独居看取りの場所として、自宅希望47%に対して自宅死亡の転帰をたどった患者は56.7%であるが、非独居の場合は希望59%に対して自宅死亡が87%であった。独居がん終末期患者の在宅死は、絶対数は少なく、また希望しても実現が難しい現状がある。しかし、今後2035年には一人暮らしが44%になると予測⁶⁾されており、別居している家族からの支援がない患者が増えてくる可能性があり、更なる研究が望まれる。

また、終末期がん患者の在宅療養継続の障害について、訪問看護師は医師・ケアマネジャーの終末期がん患者の在宅療養への理解が不十分であること、訪問看護システムに不備があること、患者と家族の経済的負担があることを認識していた¹³⁾。訪問看護システムの不備には、時間的な負担と精神的ストレスにより訪問看護師の人数が少ないことがあがっている。独居がん終末期患者を支える場合、きめ細やかな関わりが必要になるため、さらに時間的な負担と精神的なストレスが大きいことが推測され

る。今後は今まで以上に一つのステーションだけでなく、複数のステーションで支えることや、複合型サービスの活用など柔軟に対応する必要がある。

V. 結 論

医中誌 Web で遡及可能な1983年以降から2014年まで検索期間として、独居がん終末期患者の訪問看護に関する文献検討を行った。2002年以降より文献が公表されるようになった。そして、がん対策基本法に基づくがん対策の推進に伴い文献数は増加してきている。今回、原著論文のうち訪問看護に関する内容でないもの2編を除き、5編を文献検討の対象とした。

その結果、患者支援、家族や知人友人・隣人の支援、在宅緩和ケアチームについていくつかの示唆を得ることが出来た。患者支援については、意思決定支援、早めの疼痛緩和を中心とした症状緩和、生活支援、死の恐怖や不安に対する支援、緊急時の対応について、きめ細かな支援の必要性が明らかになった。また、家族、友人隣人への支援については、家族(血縁者)の有無と支援の有無を確認しながら、家族、友人隣人の介護負担の軽減と最後の時間を良いものとする支援の重要性が明らかになった。そして、在宅緩和ケアチームについては、チームメンバーの構成、チームアプローチのきめ細やかな連携・協働・調整と意思の統一、ヘルパーの支援、看護チーム間の連携について実際が明らかになった。

IV. 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. がん対策基本法, 2007.
- 2) 厚生労働省. 介護保険改正, 2006.
- 3) 厚生労働省. 診療報酬制度改正, 2006.
- 4) 厚生労働省. がん対策基本法改正, 2012.
- 5) 厚生労働省. 国民衛生の動向 57, 2015.
- 6) 堀内 睦美, 鈴木 恵 (他). 他者との交流が苦手な(高齢)独居がん患者への訪問看護導入の試み. ホスピスケアと在宅ケア. 14 (1), 50-52, 2006.
- 7) 小野原 智香子, 前田 静子 (他). 独居の末期がん患者への在宅支援 事例を通して学んだこと. 福岡赤十字看護研究会集録. 28, 56-59, 2014.
- 8) 伊藤 美緒子, 小林 友美 (他). 自宅で最期を迎えたい 在宅ホスピス緩和ケアでひとり暮らしの18名のがん患者を看取って. 訪問看護と

- 介護. 12 (8), 660-672, 2007.
- 9) 米澤 純子, 杉本 正子 (他). 独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携. 日本保健科学学会誌. 17 (2), 67-75, 2014.
 - 10) 仁科 聖子, 湯浅 美千代 (他). 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の支援 がん高齢者と非がん高齢者の共通点および相違点. 医療看護研究. 11 (1), 45-58, 2014.
 - 11) 遠藤 美由紀, 有田 百合子 (他). 独居の末期がん患者への在宅ホスピスケア「家で最後まで過ごしたい」と望む患者を支援する (会議録). 死の臨床. 26 (2), 175, 2003. 遠藤 美由紀, 有田 百合子 (他). 独居の末期がん患者への在宅ホスピスケア「家で最後まで過ごしたい」と望む患者を支援する (会議録). 死の臨床. 26 (2), 175, 2003.
 - 12) 橋本 孝太郎, 佐藤 一樹 (他). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の実態調査, Palliative Care Research, 10 (1), 153-161, 2015.
 - 13) 大園 康文, 石井 容子 (他). 訪問看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養継続の障害. 日本がん看護学会誌. 29 (1), 44-51, 2015. 厚生労働省. 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014) www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000041846_3.pdf 2014, 5, 9
 - 14) 厚生労働省. 資料 (総-6-2 参考) PDF2438KB
 - 15) www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001012r.pdf 2015.11.10
 - 16) 吉成 ルミ. 看護・介護の現場から 独居老人のターミナルケアの取り組み. 北海道勤労者医療協会看護雑誌: 看護と介護. 36, 98-99, 2010.
 - 17) 吉川 由利子, 前川 厚子. 胃癌再発により腸管皮膚瘻を形成した独居高齢者の在宅生活支援. 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌. 6 (2), 16-19, 2003.
 - 18) 厚生労働省ホームページ (2014年8月現在): <http://www.mhlw.go.jp>. 在宅医療介護の推進について