

# 日本で居宅ホスピスケアを拡充するうえで必要となる看護の要点 —米国における先行研究からの検討—

大釜信政 鹿島嘉佐音

帝京科学大学医療科学部看護学科

Key points for nursing necessary to expand home hospice care in Japan  
— Based on previous studies in the United States —

Nobumasa OGAMA Kasane KASHIMA

Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Teikyo University of Science

## Abstract

In Japan, a 24-hour medical/nursing care service that enables end-of-life care and nursing care at home and facilities for elderly persons is needed in order to construct an integrated community care system. However, there remains insufficient manpower needed to meet the needs of home care patients and their family members. Currently, the percentage of end-of-life care performed at home and facilities for the elderly is approximately 20%, and it is an urgent issue to develop the foundation related to home hospice care so that it is possible to respond to an increasing aging society with high death rate in the future.

In this study, we examined the key points of nursing needed to expand home hospice care in Japan based on the insights of 10 studies on end-of-life care published in the United States, where the rate of home care is higher than in Japan. The results suggested the importance of development of nursing human resources and systems and their effective utilization that contribute to alleviation of physical distress, response to sudden changes in symptoms and conditions, support for decision-making related to end-of-life care, and expansion of home hospice care.

キーワード：居宅、ホスピス、終末期、ケア、アメリカ合衆国、日本、看護師、職能

Keywords : Home, hospice, end of life, care, United States of America, Japan, nurse, competency

## I. 緒言

日本の大都市郊外では、高齢化に伴って当面の間死亡数の大きな減少はないと予想されている<sup>1)</sup>。国際長寿センターの報告<sup>2)</sup>によると、医療・福祉専門職は、終末期を迎える最もふさわしい場所として末期がんや認知症の両ケースともに自宅という認識である。「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、7割近い国民が最期を迎える場所として自宅を希望する点を明らかにした。一方で、家族に負担がかかることや症状が急に悪くなったときの対応に不安を抱えているがゆえに、2割程の国民は自宅以外での最期を希望している<sup>3)</sup>。日本の場合、自宅で最期を迎えることを理想としながらも、現実的には病院や診療所での看取りが多く、理想と現実とが大きく乖離している。

日本と米国との病院死率を比較した場合、2007年の時点では、日本が79.4%であるのに対して米国では43.0%と、日本の方が米国よりも高い割合を示している<sup>2)</sup>。Tenoら<sup>4)</sup>は、米国公的医療保険制度の一種であるメディケア利用者における看取りの場

所について、2000年から2015年にかけて急性期病院の死亡率は減少の一途をたどり、自宅や地域社会の中での死亡割合が上昇傾向にある点を伝えた。Higginsonらの調査結果<sup>5)</sup>では、高齢者は最も好ましい死の場所を自宅と捉えており、次いで入院緩和ケア/ホスピスユニットとつづき、病院での死を最も好んでいない点を明らかにした。そして、自分の住まいで死を迎えた米国国民の割合は、2009年の時点で68.6%との報告もある<sup>6,7)</sup>。米国では、メディケアまたはメディケイドといった公的医療保険を用いて医療サービスを受けることができるのは高齢者や障害者、低所得者である。メディケア・メディケイドへの加入要件を満たさない国民は、原則として私的医療保険に加入することになる<sup>8)</sup>。自宅で家族の介護の下で行われるホスピスケアは入院した場合よりもケアに要する費用が低額になるため、介護者が存在しない等の特段の事情がない限り、緩和ケアチームは在宅でのホスピスケアを勧める傾向にある<sup>9)</sup>。

高齢・多死社会にある日本では、地域包括ケアシ

システムの構築をめざすうえで居宅での療養生活や看取りも可能な24時間体制の医療・福祉サービスが求められている。そうした中で、医療・介護の総合的な確保を図るため、診療の補助に該当する特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度が2015年に創設された。加えて、2018年には、末期患者への緊急診療や地域医療の担い手として重要な機能を担う訪問看護ステーションについて、人材育成、医療機関との連携、ターミナルケアにかかわる診療報酬の見直しが図られた<sup>10)</sup>。日本では、自宅や高齢者施設といった居宅での看取り割合は2割程度である<sup>11)</sup>。ゆえに、高齢・多死社会に対応できるよう、看取りを含めた居宅ホスピスケアの整備が重要になる。

日米の医療について比較した場合、その大きな違いは保険制度にある。そのほか、医療サービスへの価値観や慣習も異なる。その反面で、“自宅での看取りを希望する”のように、日米の両国民における共通点が伺える。そして、在宅死率の高さから、居宅での看取りについては米国の方が日本よりも一歩先んじている点は否めない。また、福島<sup>12)</sup>は、イタリアの在宅死率の高さについて、要介護高齢者の家族や移民労働者によるケアの普及が関連している点を示唆している。日本でも介護を家族に頼る時代が長く続いてきたが、高齢者単身や高齢夫婦のみの世帯が増え続ける状況の中でインフォーマルなケアに依存するだけでは居宅での看取りを推進することは不可能と言わざるを得ない。

国によって、医療・福祉制度は様々であり、ホスピスケアに対する価値観や居宅における看取りの定着状況も異なる。一方で、高齢・多死社会にある日本で居宅ホスピスケアの拡充を目指すにあたっては、居宅看取り割合が高い米国の終末期ケアに関する先行研究の見識を日本の看護に応用できると考えた。

本研究の目的は、日本以上に在宅や高齢者施設での看取り割合が高い米国で発表された居宅終末期ケアに関する先行研究に基づいて、日本で居宅ホスピスケアを拡充するうえで必要となる看護の要点について示唆を得ることである。

## II. 用語の定義

居宅：「療養者が生活を送る自宅もしくは高齢者施設」と定義する。

居宅ホスピスケア：「数カ月以内に死亡する可能性が極めて高い人とその家族に対して提供される自宅もしくは高齢者施設内における心身の苦痛緩和や

看取りを目的とした全人的なケア」と定義する。

## III. 研究対象文献の選定

2020年8月に、PubMedを用いて「home hospice」「palliative care」「nurse」「the United States of America」をキーワードとして検索した。該当した文献数は、316件であった。それらの文献のタイトルや抄録、必要に応じて本文の内容を確認した。レビュー論文や論考、居宅ホスピスケアにおける看護に関して示唆を得ることができないと判断した論文、西暦2000年以前に発行された論文、入手困難な論文については本研究の対象から除外した。その結果、本研究からは10文献<sup>13-22)</sup>の選定に至った(表1)。

## IV. 結果

### 1. 自宅で終末期療養を継続できることに資する研究

[文献13]<sup>13)</sup>では、在宅で終末期療養者と家族にホスピスケアを提供している多職種連携チームメンバー(チームマネージャー、医師、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラー、介護士)73名に対してフォーカス・グループ・インタビューを実施し、自宅で最期を迎えるはずの療養者が急性期病院への入院に至ってしまう理由を明らかにした。それらの理由とは、回答数が多い順に、「療養者に呼吸困難や出血、疼痛の増強が出現した場合、家族は危機感を覚え救急車を呼んでしまう(回答数39)」「在宅ホスピスの理念やサービスに関する療養者・家族の理解不足(回答数26)」「家族は、自宅での看取りに同意している場合でも療養者の死を受け入れられていないために、救急車を呼んでしまう(回答数24)」「療養者が急変した際、ホスピスケアを提供しているスタッフよりも救急車の方が到着までに要する時間が短いため、家族は救急車を呼んでしまう(回答数23)」「介護者の身体的・精神的負担の増大(回答数17)」「死にゆくことを知らされていないなど、終末期における病状の進行に関する療養者・家族の理解不足(回答数16)」「家族は、モルヒネについて療養者の死を早めるために用いる薬剤と捉えており、モルヒネ投与に関して抵抗感が強い(回答数15)」「療養者・家族が専門医や病院で治療を受け続けたいという希望を持ち続けている(回答数10)」であった。自宅でできる限り終末期療養を継続するには、在宅ホスピスの理念やサービス内容、病状の進行具合に関する説明を充実させる必要がある。さらに、療養者自身もしくは家族が自宅で症状

表 1 研究対象文献一覧

文献番号	発行年	著者名	論文タイトル	研究目的	研究対象	研究方法
13	2016	Veerawat Phongsitkuei, Benjamin A. Scherban, Manney C. Reid, et al.	Why Do Home Hospice Patients Return to the Hospital? A Study of Hospice Provider Perspectives	在宅で終末期療養者と家族にホスピスケアを提供している多職種連携チームメンバー（チームマネージャー、医師、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラー、介護士で構成）の視点に基づいて、在宅で最期を迎えるはずの療養者が急性期病院への入院に至ってしまう理由を明らかにすること	在宅でホスピスケアを提供している多職種連携チームメンバー（チームマネージャー、医師、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラー、介護士）73名	フォーカスグループインタビューによる研究課題を検討した
14	2017	Veerawat Phongsitkuei, Shawn Faustian, Manney Carrington Reid, et al.	Events Leading to Hospital-Related Disenrollment of Home Hospice Patients: A Study of Primary Caregivers' Perspectives	在宅で終末期療養者の介護を行う親族もしくはは友人の視点に基づいて、療養者が急性期病院への入院に至った理由を明らかにすること	在宅で終末期療養者の介護に携わる親族もしくはは友人のどちらからか該当する38名	電話を用いてインタビュー調査を行ったのち内容分析により研究課題を検討した
15	2019	Jennifer Tjia, Susan DeSanto-Madeya, Kathleen M. Mazor, et al.	Nurses' Perspectives on Family Caregiver Medication Management Support and Deprescribing	終末期療養者を自宅で介護している家族が行う投薬管理に対する看護師の役割を明らかにすること	在宅ホスピスケア看護師6名、ホスピス病棟看護師3名、在宅医療コーディネーター看護師1名	ホスピスケアに携わる看護師に対して半構造的インタビュー調査を実施し、Lauの概念的枠組みを用いて研究課題を明らかにした
16	2013	Brian T. Joyce, Densy T. Lau	Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey	在宅ホスピスケア提供者のために家族が行う投薬管理への支援に関するホスピスケア提供者の経験やアプローチの特徴を明らかにすること	ホスピスケアに携わる看護師74名、医師6名、ソーシャルワーカー11名、牧師7名	選択式と自由回答式の両方を含んだ質問票調査を実施し、統計解析と質的分析から研究課題を明らかにした
17	2011	Marilyn Bookbinder, Myra Gladwin, Berlene McHugh, et al.	Nurse Practitioner-based Models of Specialist Practice at Home: Sustainability and Evaluation of Feasibility	ナーシングプラクティショナーとソーシャルワーカーが連携した「在宅緩和ケアチーム」モデルの導入を強化した「ホスピスケア」チームの導入に起因して、2つの異なるモデル事業が生み出した収益とナーシングプラクティショナーへの雇われ報酬	財務データに基づいて2つのナーシングプラクティショナーベースモデルを評価した	
18	2006	Leona S. Alken, Jonathan Butner, Carol A. Lockhart, et al.	Outcomes Evaluation of a Randomized Trial of a PhoenixCare Intervention: Program of Case Management and Coordinated Care for the Seriously Chronically III	「フェニックスケアプログラム」と称される療養者の生活の質を改善することとした在宅緩和ケアプログラムを受け取る療養者と投薬や専門治療を中心とした一般的な在宅ケアプログラムを受け取る療養者とを比較し、2つのプログラムにおける疾病自己管理の状況、身体・精神状況、終末期療養への備えなどについて評価すること	余命が2年間未満と推測され、慢性閉塞性肺疾患もしくは慢性心不全を患っている自宅療養している患者192名（フェニックスケアプログラム：101名、一般的なケアプログラム：91名）	3か月ごとに電話によるインタビューを再実施し、フェニックスケアプログラムと一般的なケアプログラムの成果を比較した
19	2003	Debra Parker-Oliver, Debra Parker, Steven Zweig, et al.	Hospice and Nephropice Nursing Home Residents	ホスピスケアプログラムを取り入れている高齢者施設で療養していた終末期入居者とホスピスケアプログラムを取り入れていない高齢者施設で療養していた終末期入居者間での臨床転帰を比較すること	1999年の時点でミズーリ州にある高齢者施設に入居していた、療養者（ホスピスケアプログラムを取り入れている高齢者施設入居者：171名、ホスピスケアプログラムを取り入れていない高齢者施設入居者：192名）のMinimum Data Set（入居者の包括的アセスメント記録）	ホスピスケアプログラムを有する高齢者施設とホスピスケアプログラムを有しない高齢者施設において、Minimum Data Setをもとに入居者の臨床転帰を比較した
20	2005	Vanessa M. P. Johnson, Maria Romo, Marjorie Bourbonniere, et al.	Palliative Care Needs of Cancer Patients in U.S. Nursing Homes	高齢者施設に入居する癌を患った療養者へのケアの範囲や特徴を検証すること	米国における1999年のMinimum Data Set（入居者の包括的アセスメント記録）のうち、癌患者が200人以上ある州の高齢者施設に入居し癌を患う180,769名のデータ	Minimum Data Setの統計解析から研究課題を明らかにした
21	2014	Debra Parker-Oliver, Robin L. Kruse, et al.	Hospice Family members' experiences with end-of-life care in the nursing home	高齢者施設に入居する療養者の家族と自宅で居住する終末期療養者の家族とを比較して、不安・痛うつ、生活の質、社会的つながり、鎮痛剤に関する認識、健康状態はどのように異なるかを明らかにすること	臨床試験で収集された高齢者施設入居者の家族176名および自宅居住終末期療養者の家族26名名の2つのデータ	臨床試験により研究課題を明らかにした
22	2018	Rana Sagha Zadeh, Paul Esbrihan, Judith Setla, et al.	Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives	終末期療養者や家族における生活の質の改善に向けた多職種チームの方策を説明すること	病院・在宅・高齢者施設などで終末期ケアに携わる医師、看護師、ソーシャルワーカー、施設管理者、介護士、牧師など133名	オンライン質問票を配信し自由記述方式で回答を求めたのち、内容分析により研究課題を検討した

管理を行えるよう、在宅ホスピスケアに切り替える際に対処方法を説明しておくことも重要である。

[文献14]<sup>14)</sup>では、自宅で終末期療養者の介護を行う親族もしくは友人に該当する38名に対してインタビュー調査を実施し、療養者が急性期病院への入院に至ってしまった理由を明らかにした。最も回答数が多かった入院理由として、「呼吸困難や疼痛など、苦痛が強く見るに堪えない症状が療養者に出現したため救急車を呼ぶ(回答数44)」であった。次いで、「(転倒した際など)自宅では簡単に行えない検査や治療が療養者にとって必要になった(回答数11)」の内容があげられていた。そのほか、「何年も通った馴染みの医師がいる病院でケアを受ける方が好ましいと介護者自身が判断した(回答数6)」「療養者が自宅で亡くなることについて心構えができていない(回答数4)」の理由も存在した。これらの調査結果は、在宅でも療養者の苦痛を積極的に緩和できること、苦痛を伴う療養者の症状を介護者自身が管理できるようサポート体制を築くこと、療養者や介護者が医師に何を求めているのかを明らかにしたうえで在宅ホスピスケアに主治医を組み入れることの必要性を示唆している。

[文献15]<sup>15)</sup>では、在宅ホスピス看護師やホスピス病棟看護師、在宅医療コーディネータのいずれかに該当する看護師10名に対して、在宅ホスピスで家族が行う投薬管理へのサポートに関するインタビュー調査を実施した。Lauの概念的枠組みや内容分析を用いて、次の内容を明らかにした。自宅での終末期療養へ切り替える際に、看護師は正確に投薬内容を確認する必要がある。薬剤の重複がないか、症状の改善を助けるために追加すべき薬剤はないか、主治医に勧めるべき薬剤がないかについてアセスメントしなければならない。なお、疼痛に関するアセスメントも重要であり、疼痛部位や増強要因、痛みを和らげるための効果的な対処方法や処方内容、鎮痛剤の使用にかかわる療養者・家族の信条を確認しておく必要がある。不必要な薬剤と判断した場合、家族の同意を得たうえで医師に処方の変更について提言する。減薬・断薬を行う理由として、その薬剤によって耐え難い苦痛症状や生活行動に影響が出ていることがあげられる。さらに、家族にストレスを与えないためには何が有益になるのかについても考えなければならない。そのほか、療養者や家族の知識レベルに合った教材を活用しながら投薬管理指導を繰り返し行う必要がある。

[文献16]<sup>16)</sup>では、ホスピスケアに携わっている

看護師、医師、ソーシャルワーカー、牧師のいずれかに該当する98名に対して、在宅ホスピス療養者のために家族が行う投薬管理への支援に関するホスピスケア提供者の経験や、アプローチに関する質問票調査を実施した。回答者の67%はホスピスケアを提供するうえで適切な服薬管理が最も重要と認識しており、回答者の33%は服薬管理に問題のある家族に頻繁に遭遇する点を示した。家族が適切な投薬管理を実践できるよう、「薬剤の投与・管理に関する知識を向上させるための指導」「既存の投薬管理プロセスの簡易化・簡素化への支援」「オピオイド投与に対する不安や恐れ、噂を克服するためのカウンセリング」を実施する必要性が明らかになった。そして、家族に対して効果的かつ一貫した介入ができるよう、標準化されたガイドラインやプロトコルの開発も必要になる。

[文献17]<sup>17)</sup>では、専門性の高い緩和ケアへのアクセス拡大を目的として開発された2つのナースプラクティショナーベースモデルに関する評価が示された。そのモデルの1つが、病院に所属するナースプラクティショナーとソーシャルワーカーの連携による「在宅緩和ケアチームモデル」である。2つ目は、ナースプラクティショナーをホスピスの在宅ケアチームに配属して緩和ケアを強化した「ホスピスナースプラクティショナーモデル」である。この2つのプログラムについて、経済面での持続可能性に加えて、ケアモデルの運営の実現可能性および臨床転帰についても評価した。その結果、「在宅緩和ケアチームモデル」で活動するナースプラクティショナーは自らの給与の半分の収益さえも生み出すことができなかった。その理由として、ソーシャルワーカーの活動が収益の創出につながらないことなど、提供されたすべてのサービスの診療報酬を請求できない点があげられた。一方で、「ホスピスナースプラクティショナーモデル」ではナースプラクティショナーによってホスピスの価値を対象地域に周知できたことから、ホスピスに入院する療養者数が増加した。その結果、数名のナースプラクティショナーの給与の元をとれるだけの収益につながった。臨床転帰に関しては、緩和ケアに関する専門知識をもったナースプラクティショナーが介入することで、療養者における身体的苦痛スケールのスコアは減少していた。結論として、ナースプラクティショナーベースモデルの活用においては、自宅で終末期を過ごす療養者の身体的課題や生活上のニーズに対応できる反面で、金銭的な持続可能性や運営的な実

現可能性に関する課題の存在を示唆している。

[文献18]<sup>18)</sup>では、疾患や症状の管理のほか療養者や介護者に対する疾病管理に関する指導、心理・社会的支援にも焦点を合わせ、療養者の生活の質を改善することを目的としたフェニックスケアプログラムによってケアを受けている療養者と、主に投薬治療や検査結果モニタリングを中心とした一般的な在宅型ケアプログラムでケアを受ける療養者とを比較しながら、2つのプログラムにおける疾病自己管理の状況、身体・精神状況、終末期療養への備えなどについて評価した。フェニックスケアプログラムでは、①療養者および介護者に対して疾患や投薬に関する情報を提供する②療養者の身体的・精神的機能の向上を目的とした教育・助言を強化する③集中的なマネジメントおよび疾病自己管理に関する教育・助言を通して高額な救急医療サービスや急性期病院への入院を回避する④終末期にかかわる法的書類の入手や配偶者との話し合いを勧める、の4つの介入を中心に編成されていた。フェニックスケアプログラムに基づいてサービスを受けている療養者は、一般的な在宅型ケアプログラムによるサービスを受ける療養者よりも、疾病自己管理、疾病関連リソースに関する知識、リビングウィルなどの法的準備について、有意に良好な結果を示した。さらに、フェニックスケアプログラムを受ける療養者の方が苦痛症状は少なく、身体機能も向上していた。治療に加えて緩和ケアにも焦点をあわせたフェニックスケアプログラムは、自宅生活の質の改善に大きく寄与していた。また、このようなアウトカムがもたらされた理由として、次の点を示唆している。1つ目は、患者のエンパワメントに焦点を当てた特別な緩和ケアを実践していたり、マネジドケアの補足的治療を提供するといった、看護師が通常以上のケアに寄与していたことである。2つ目は、フェニックスケアの職員がサービス提供に卓越していた可能性である。これら職員は、慢性疾患管理と終末期ケア療法の経験をもち、フェニックスケアの集中的緩和ケアプロトコルの提供方法について特別な訓練を受けていた。

## 2. 高齢者施設における終末期ケアの向上に資する研究

[文献19]<sup>19)</sup>では、Minimum Data Set（入居者の包括的アセスメント記録）を利用し、ホスピスケアプログラムを取り入れている高齢者施設で療養していた終末期にある入居者とホスピスケアプログラム

を取り入れていない高齢者施設入居者の間での臨床転帰を比較した。年齢、認知力、日常生活動作、医師の訪問頻度、医師による処方オーダーの頻度は類似していた。脱水や体重減少、酸素療法の必要性、失禁、褥瘡などの身体状況についても、ホスピ系高齢者施設の入居者と非ホスピ系高齢者施設の入居者間で有意な差は見られなかった。ホスピ系高齢者施設入居者の30%は自らの最期について記したリビングウィルを用意していたのに対し、非ホスピ系高齢者施設入居者では19%にとどまった。非ホスピ系高齢者施設入居者と比較して、ホスピ系高齢者施設入居者は心肺蘇生法を望まない意思を表明する確率がより高く、その差は21%であった。ホスピ系高齢者施設入居者で癌を患う療養者の割合が67%を占めている一方で、化学療法や透析、放射線療法などの治療を受ける確率は低かった。また、非ホスピ系高齢者施設入居者と比較した場合、ホスピ系高齢者施設入居者は、中等度の疼痛に関する報告が11%多く、重度の疼痛の報告でも4%多かった。その理由として、ホスピ系高齢者施設の職員がより疼痛に注目するようになったことや、癌が進行したためホスピ系高齢者施設に入居する点があげられていた。結論として、終末期にある療養者を高齢者施設で受け入れるにあたり、症状管理を含めて生活の質の向上に寄与できるケアを提供する必要性が示唆された。そして、死別に焦点を合わせたケアも推進することが求められていた。

[文献20]<sup>20)</sup>でもMinimum Data Setを活用して、高齢者施設に入居する癌を患った療養者へのケアの範囲や特徴について、以下の内容を示した。癌の診断を受けた190,769名の入居者のうち、化学療法を受けていた療養者の割合は3.9%、放射線療法の場合は4.5%となり、積極的治療を受けていた療養者は少なかった。そのほか、静脈注射の投与27.7%、酸素使用25.4%、経管栄養の実施15.5%という結果も示された。12.0%の入居者が癌終末期患者に該当しており、そのうちホスピスケアを受けていたのは29.3%であった。痛みをもつ入居者のうち、51.3%が持続的な強い疼痛を抱えていた。日常的に激しい痛みを伴う頻度については州によって異なり、43.3%から65.8%となっていた。疼痛以外にも、体重減少（23.4%）、呼吸困難（19.1%）、貧血（24.3%）、抑うつ（21.8%）、褥瘡（15.5%）に苦しんでいた。癌を患う入居者のうち78.4%が過去14日間以内に医師による訪問診療を受けており、約70%が過去60日間以内に1泊以上の入院に至っていた。また、全米全体

では、入居者の45.3%がDo Not Resuscitate（蘇生措置拒否）に該当していたが、州によって17.8%から70.5%までの範囲でばらつきがあった。自らの最期を記したリビングウィルについても、全米では21.2%の割合で利用されていた一方で、州毎でみた場合は、2.8%から45.5%と開きがあった。結論として、高齢者施設内で充実した緩和ケアを提供できる環境づくりの必要性が示唆された。

[文献21]<sup>21)</sup>では、高齢者施設に入居している療養者の家族と自宅に居住する終末期療養者の家族とを比較して、不安・抑うつ、生活の質、社会的つながり、鎮痛剤に関する認識、健康状態はどのように異なるかを臨床試験2次データから分析した。その結果、不安・抑うつ、鎮痛剤に関する認識、健康状態では殆ど差異がなかった。一方で、生活の質に関しては、介護負担の差から、高齢者施設入居者の家族の方が自宅に居住する終末期療養者の家族よりも良好である点が明らかになった。そして、自宅で介護することから生じる孤独感を理由の一つとして、高齢者施設入居者の家族の方が社会的つながりも強い傾向にあった。また、高齢者施設入居者の家族に対して行われたインタビュー結果から、次の点が示された。家族が期待するケア内容と高齢者施設での実際のケアとにずれが生じている。そのほか、高齢者施設スタッフが家族に対して十分な説明を行わないばかりか、療養者の情報をスタッフ間で十分に共有できていない。加えて、疼痛管理が十分に行われていない。必要なケアを提供できていない場合もある。この論文は、高齢者施設における終末期ケアの向上を目指すにあたり、家族の声を終末期ケアに積極的に取り入れていくことや、十分な苦痛緩和につながるよう持続的かつ的確な量の薬物投与の必要性を示唆している。

### 3. 終末期療養生活の質の改善に資する研究

[文献22]<sup>22)</sup>では、病院や自宅、高齢者施設などで終末期ケアを提供しているスタッフ（医師、看護師、ソーシャルワーカー、牧師など）133名の見解に基づき、終末期にある療養者の生活の質の改善について検討した。疼痛や嘔気、息切れ、創傷ケアなど、身体症状への積極的な介入が重要になる。薬剤量の調整や投与するタイミングなど、療養者への的確な薬物投与によって苦痛を緩和することが必要である。さらに、療養者や家族にとって快適な生活へとつながるよう、鎮静を目的とした薬物療法を積極的に取り入れるべきことについて医療スタッフに周

知することも求められる。非薬物的アプローチの内容として、「吐き気は体位を変えるだけで大幅に改善できる」との見解が示されたほか、「入居者は身の安全について（同室者や開放的なドアなどの）懸念があるとよく眠れない」「頭上の呼び出しシステムが睡眠を妨げる」のように療養環境の調整も必要になる。ある回答者は「時には入居者が眠りに落ちるまで誰かがただ手を握っていること」が有効であると述べた。「クルーズ船の上にいるかのように感じられるようにすること」「焼きたてのパンやクッキー、ベーコンや七面鳥の匂いが快適さをもたらす」「死期が近づいていても外出したい人はそのようにできる」のように、療養者や家族に対してポジティブな場を提供することも必要とされていた。精神的な症状を軽減するには、スピリチュアルケアやカウンセリングへのアクセスのしやすさが重要となる。また、「スタッフは休憩時、完全に持ち場を離れることができる」の要望も存在し、スタッフのストレス解消によってより良いケアにつながる点を示した。結論として、終末期療養者の生活の質の改善には、療養者や家族の要求を察知したうえで多職種連携に基づく一貫性のあるケアが重要であることが示唆された。

## V. 考察

米国で発表された在宅や高齢者施設における終末期ケアに関する10文献の見識から、日本で居宅ホスピスケアを拡充するうえで必要となる看護の要点について検討した。その結果、以下の内容が示唆された。

### 1. 居宅での緩和ケアに寄与する看護

本研究者らが選定した10文献の内容から、居宅での終末期療養を困難にするいくつかの論点を読み解くことができた。1つ目は、身体的苦痛への対処方法についてである。療養者に強い苦痛が出現した場合、家族は危機感を覚えて救急要請せざるを得ない状況に置かれる。そして、医療用麻薬の使用に関する家族の誤解や不安感が存在するために、自宅で十分に疼痛緩和ができていない場合もある。2つ目は、介護負担の観点から、高齢者施設入居者の家族の方が自宅に居住する終末期療養者の家族よりも生活状況が良好である点である。3つ目として、高齢者施設で、終末期にある療養者を看取るにあたって症状管理を含む生活の質の向上に寄与できるケアの提供が求められ、その実現に向けて充実した緩和ケ

アの提供体制の構築が必要とされている。

日本では、米国と比較して、国民皆保険制度が確立していることや病床数が多いこと、核家族化による介護力の不足などの理由から、居宅での看取り割合が低い状況にある。一方で、多職種連携によってPCA（Patient Controlled Analgesia：自己調節鎮痛法）ポンプを使用して高用量の医療用麻薬注射剤を約6ヶ月間にわたって投与し、自宅で穏やかに最期を看取った症例<sup>23)</sup>もある。終末期がん患者の自宅療養における支援では、疼痛やせん妄などの症状緩和や今後予測される事態を地域医療者間で共有しながら看護を提供することが大切である<sup>24)</sup>。自宅での終末期療養へ切り替わる際に看護師は、療養者本人と家族の意向を踏まえ、居宅療養を支援する医師やかかりつけ薬剤師と連携し、重複薬剤の確認や療養者の苦痛緩和のために追加すべき薬剤がないかなどを検討する必要がある。さらに、家族が適切な投薬管理を実践できるよう、効果的な助言・指導も重要になる。

“高齢者施設入居者の家族の方が自宅に居住する終末期療養者の家族よりも生活状況が良好である”の米国の研究結果はすでに紹介した。この内容に基づいて、日本でも、家族に介護の多くを依存する場合、家族の身体的・精神的負担の軽減を図るためのフォーマルケアサービスを充実させる必要がある。そのサービスへのアクセスが滞ることによって、自宅での療養を断念せざるを得ない状況が発生する。40歳代や50歳代の女性、40歳代の男性を中心として介護と仕事にかかる負担を軽減できる支援の強化によって自宅での介護や看取りの推進につながる可能性<sup>25)</sup>が指摘されている。こうした観点から、公的機関や専門職によるサービスの活用が重要であり、療養生活支援を専門とする看護師が率先して調整役を担うことで居宅療養生活の持続性をより高めていけるのではないかと考える。

核家族化や家族の心身の負担といった理由から、高齢者施設での看取りニーズは高まるに違がなく、その施設の看護師に求められる職能はこれまで以上に多岐にわたると思われる。特別養護老人ホームで看取りを行うために必要な看護実践能力として、入居者本意に沿った医療管理や安寧な臨終に向かうための協働が求められている<sup>26)</sup>。このことから、自宅で苦痛症状を緩和するための知識・技術は必須と言える。

## 2. 居宅での突発的な症状・アクシデントへの対処に寄与する看護

選定した文献の一部は、自宅で療養者に突発的なアクシデント（転倒など）が発生して検査・治療が必要になった場合、家族は急性期病院での療養を選択せざるを得ない点を明らかにした。そして、癌を患う高齢者施設入居者のうち78.4%が過去14日間以内に医師による訪問診療を受けており、約70%が過去60日間以内に1泊以上の入院に至るという報告も存在した。

また、日本でも、急性期病院に救急搬送し加療を必要とする場合が想定できる。その反面で、療養者の希望に沿って可能な限り居宅での治療に応じるための環境を整備する必要がある。訪問看護師によるがん患者へのターミナル看護として、在宅療養の安定と急変対応に向けたチーム支援も必要になる<sup>27)</sup>。看護師は、医師と協力しあいながら、急性期病院への搬送を必要とする状況なのかに関する判断に加えて、療養者本人と家族の意向も確認したうえで入院が必要となった場合には速やかに療養者の受け入れが行われるよう事前に主治医や地域医療機関と連携しておく必要がある。そして、急性期を脱した際には自宅や高齢者施設にスムーズに戻れるよう、訪問診療医や往診医の協体制の確保も重要になる。さらに、突発的な症状やアクシデントの予防に向けた看護も必要である。

## 3. 居宅での看取りにかかわる意思決定を支援できる看護

本研究が選定した文献の一部は、療養者本人や家族が自宅で看取りが行われることに対して心理的準備ができていない点を明らかにした。在宅ホスピスの理念やサービス内容、病状の進行具合に関する説明を充実させる必要性にも言及した。加えて、療養者や家族はどういった状況に遭遇すると自宅での療養を困難と感じるのかを明らかにし、その対処方法を予め療養者本人や家族に説明しておく必要性を指摘した。また、高齢者施設で看取りを行ううえで重要になるDo Not Resuscitate（蘇生措置拒否）の意思表示や自らの最期について記したりリビングウィルの採用については州毎に開きがあった。

厚生労働省は、人生の最終段階でどのような医療・療養を受けたいかについて家族や医療者と話し合うアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning, 以下ACP）の普及・啓発を目指している<sup>28)</sup>。なお、療養者自らが意思決定可能な時期か

ら人生の最終段階のあり方を検討できるよう、家族や身近な人との「話し合い」の機会を設けること、専門職者による情報提供が行われること、介護経験者の経験を共有できる機会をつくること、高齢者の意向の変化の可能性に鑑みて繰り返し機会を設けることなどが有用とされている<sup>29)</sup>。そして、家族が医療者から意思決定に関する支援を受けることで、療養者の希望に沿った生活へとつながり、遺族の看取りへの満足度は高まる<sup>30)</sup>。ゆえに、居宅ホスピスケアを拡充するうえで必要な看護として、在宅や高齢者施設でのACPにかかわる支援が求められている。

#### 4. 居宅ホスピスケアの拡充に資する看護人材とその有効活用に向けたシステムの開発

本研究が選定した文献の一部は、終末期にある療養者や家族を自宅で支援するためのプログラムの有用性を明らかにした。看護師が療養者のエンパワメントに着眼した緩和ケアを提供することや、ケア提供者が特別な訓練を受けて卓越した専門知識・技術を具備することも必要としていた。緩和ケアに関する専門知識・技術をもったナースプラクティショナーが介入することで療養者の身体的苦痛の緩和につながるもののほか、そのプログラムの運営に必要な金銭面に関する課題の存在にも言及した。米国のナースプラクティショナーは、看護系大学院を修了したのち、検査オーダーや治療計画の立案、薬物処方、専門医への紹介といった診療行為を自律的に行える。地域療養生活を支えるためのサービス体制がこれまで以上に求められている先進国では、キューアも自律して実践できるナースプラクティショナーの活用がプライマリ・ケア領域で拡大している<sup>31)</sup>。

米国を参考にした場合、日本で居宅ホスピスケアを拡充するにあたっては、苦痛の緩和に向けて積極的に関与できる知識・技術を兼ね備えた看護師の育成が必要と言える。とくに日本の都心部では高齢者人口の増加に伴って、居宅医療への需要が高まっている<sup>32)</sup>。一方で、在宅療養支援病院・診療所などの居宅医療に携わる医師数にも限りがある。医療用麻薬の使用も含めて身体的苦痛の緩和に必要な薬物療法知識・技術に長け、医師と連携しながら看取りや死亡診断も行える看護師が地域に存在することによって、居宅医療サービスの拡充に大きく貢献できる。実際に、そうした職能をもった看護師に期待感を寄せる人々が存在している<sup>33)</sup>。

わが国の看護師は、診療の補助および療養生活支

援の両方の知識・技術を有する唯一無二の医療専門職であり、居宅で終末期にある療養者を支援するにあたって重大な使命を帯びている。ゆえに、日本でも、居宅ホスピスケアに焦点をあわせたプログラムとそのなかで活用できる看護人材の開発を推し進めるべきである。なお、米国の先行研究が示唆するように、そうしたプログラムを日本に定着させるには運営上必要な報酬を獲得できる制度の構築が前提になるであろう。

## VI. 結論

本研究では、日本で居宅ホスピスケアを拡充するうえで必要となる看護の要点について示唆を得ることを目的とし、日本よりも在宅や高齢者施設での看取り割合が高い米国の居宅終末期ケアに関する10文献の見識を参照した。高齢・多死社会にある日本において、居宅ホスピスケアを拡充するために求められる看護の要点として、身体的苦痛の緩和や症状・容態の急変対応に寄与すること、看取りにかかわる意思決定を支援できること、居宅ホスピスケアの拡充に資する看護人材とその有効活用に向けたシステムの開発の重要性が示唆された。

## 謝辞

本稿は、日本学術振興会学術研究助成基金助成金(課題番号:19K19399)の一部を利用いたしました。

## 付記

本研究の成果の一部については、日本医療福祉政策学会第5回研究大会で発表した。

## 引用文献

- 1) 菅桂太, 小池司朗, 鎌田健司ほか: 特集 I : 地域別将来人口推計 日本の地域別将来推計人口からみた将来の死亡数. *人口問題研究*, 76(1): 20-40, 2020.
- 2) 辻彼南雄, 渡辺大輔, 中島民恵子: 日本の看取り、世界の看取り 調査編 4. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査. 国際長寿センター, [http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary\\_1101.pdf](http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1101.pdf), (参照2020-06-21).
- 3) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会: 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 厚生労働省ホームページ, [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo\\_a.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo_a.html), (参照2020-



- 06-21).
- 4) Joan M. Teno, Pedro Gozalo, and Amal N. Trivedi, et al.: Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions Among US Medicare Beneficiaries 2000-2015. *JAMA*, 320(3) : 264-271, 2018.
  - 5) Irene J. Higginson, Barbara A. Daveson, R. Sean Morrison, et al.: Social and clinical determinants of preferences and their achievement at the end of life: prospective cohort study of older adults receiving palliative care in three countries. *BMC Geriatr*, 17: 1-14, 2017.
  - 6) National Hospice and Palliative Care Organization : New Facts and Figures on Hospice Care in America: 1-8, 2010,  
[http://pages.nxtbook.com/nxtbooks/nhpc/newline\\_201011/docs/factsandfigures.pdf](http://pages.nxtbook.com/nxtbooks/nhpc/newline_201011/docs/factsandfigures.pdf), (参照2021-11-04).
  - 7) マイケル・ガズマノ:アメリカの終末期ケア概要と政策課題. 世界長寿センター, [http://www.ilc-japan.org/chojuGIJ/pdf/17\\_02\\_3.pdf](http://www.ilc-japan.org/chojuGIJ/pdf/17_02_3.pdf), (参照2020-07-24).
  - 8) 北浜昭夫:アメリカの医療保険制度の特徴と問題, よみがえれ医療アメリカの経験から学ぶもの, みみずく舎, 東京, 2011, pp.186-208.
  - 9) 今村みづ穂:緩和ケアにおける日米比較 (3・完). 一橋法学, 6(3) : 1393-1415, 2007.
  - 10) 第61回社会保障審議会医療部会:平成30年度診療報酬改定の概要. 厚生労働省,  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000203227.pdf>,  
(参照2020-06-21).
  - 11) 厚生労働省保健局医療課:【テーマ1】看取り参考資料. 厚生労働省.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf>, (参照2020-06-21).
  - 12) 福島智子:イタリアにおける在宅死-自宅での介護を可能とする条件に着目して-. *保健医療社会学論集*, 30(1) : 54-64, 2019.
  - 13) Veerawat Phongtankuel, Benjamin A. Scherban, Manney C. Reid, et. al.: Why Do Home Hospice Patients Return to the Hospital? A Study of Hospice Provider Perspectives. *J PALLIAT MED*, 19(1) : 51-56, 2016.
  - 14) Veerawat Phongtankuel, Shawn Paustian, Manney Carrington Reid, et. al.: Events Leading to Hospital-Related Disenrollment of Home Hospice Patients: A Study of Primary Caregivers' Perspectives. *J PALLIAT MED*, 20(3) : 260-265, 2017.
  - 15) Jennifer Tjia, Susan DeSanto-Madeya, Kathleen M. Mazor, et al.: Nurses' Perspectives on Family Caregiver Medication Management Support and Deprescribing. *J HOSP PALLIAT NURS*, 21(4) : 312-318, 2019.
  - 16) Brian T. Joyce, Denys T. Lau: Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey. *J PALLIAT MED*, 27(4) : 329-338, 2013.
  - 17) Marilyn Bookbinder, Myra Glajchen, Marlene McHugh, et. al.: Nurse Practitioner-Based Models of Specialist Palliative Care at Home: Sustainability and Evaluation of Feasibility. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1) : 25-34, 2011.
  - 18) Leona S. Aiken, Jonathan Butner, Carol A. Lockhart, et al.: Outcome Evaluation of a Randomized Trial of the PhoenixCare Intervention: Program of Case Management and Coordinated Care for the Seriously Chronically Ill. *J PALLIAT MED*, 9(1) : 111-126, 2006.
  - 19) Debra Parker-Oliver, Davina Porock, Steven Zweig, et al.: Hospice and Nonhospice Nursing Home Residents. *J PALLIAT MED*, 6(1) : 69-75, 2003.
  - 20) Vanessa M.P. Johnson, Joan M. Teno, Meg Bourbonniere, et al.: Palliative Care Needs of Cancer Patients in U.S. Nursing Homes. *J PALLIAT MED*, 8(2) : 273-279, 2005.
  - 21) Debra Parker Oliver, Karla Washington, Robin L. Kruse, et al.: Hospice Family Members' Perceptions of and Experiences With End of Life Care in the Nursing Home. *J AM MED DIR ASSOC*, 15(10) : 744-750, 2014.
  - 22) Rana Sagha Zadeh, Paul Eshelman, Judith Setla, et al.: Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. *AM J HOSP PALLIAT MED*,

- 35(3) : 411-416, 2018.
- 23) 出口昌孝, 石橋祐子, 伊藤朋子ほか: 高用量医療用麻薬を長期間にわたり投与した在宅医療の一症例. *日本在宅医療連合学会誌*, 2(1) : 49-54, 2021.
- 24) 山下慈, 小澤尚子, 菊地和子: 病棟看護師の終末期がん患者の在宅に向けた退院支援と緩和ケアの知識・実践・困難感および今後を予測した看護実践との関連. *日本がん看護学会誌*, 35 : 175-186, 2021.
- 25) 森本真央, 森田一三: 自宅での看取りと男女別にみた社会指標の地域相関研究. *日本赤十字豊田看護大学紀要*, 15(1) : 15-23, 2020.
- 26) 大村光代, 山下香枝子: 特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度の開発－信頼性および妥当性の検証－. *日本看護研究学会雑誌*, 39(1) : 1-7, 2016.
- 27) 内田史江, 谷垣静子: 訪問看護師のがん患者ターミナル看護支援尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学会誌*, 40 : 91-99, 2020.
- 28) 厚生労働省: 「人生会議」してみませんか. 厚生労働省ホームページ, [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html), (参照2021-08-13).
- 29) 稲垣安沙, 高野純子, 野口麻衣子ほか: 地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実施状況と関連要因: 横断研究. *日本看護科学会誌*, 40 : 56-64, 2020.
- 30) 中里和弘, 涌井智子, 児玉寛子ほか: 終末期における医療者から家族への意思決定支援が遺族の看取りの満足度に及ぼす影響. *日老医誌*, 57(2) : 163-172, 2020.
- 31) 大釜信政: プライマリ・ケア領域ナース・プラクティショナーのコンピテンシーに関する文献検討. *社会医学研究*, 35(1) : 1-10, 2018.
- 32) 厚生労働省: 介護分野の現状等について. 社会保障審議会資料, <https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000489026.pdf>, (参照2021-08-16).
- 33) 大釜信政: プライマリ・ケア分野診療看護師(仮称)に求められる居宅療養生活支援コンピテンシー－東京圏在住の中年世代に対するフォーカス・グループ・インタビューから－. *医療福祉政策研究*, 4(1) : 39-58, 2021.