

地域性を踏まえた在宅緩和ケアの訪問看護基準の作成

酒井昌子*¹⁾、佐藤泉（記録委員会委員長）²⁾、水野知絵²⁾、天野宏子³⁾、増田明美⁴⁾、
谷口弥生⁵⁾、佐原晴子⁶⁾、長谷川厚子⁶⁾

1) 聖隷クリストファー大学、2) 訪問看護ステーション細江、3) 訪問看護ステーション住吉、
4) 訪問看護ステーション浅田 5) 訪問看護ステーション高丘、
6) 訪問看護ステーション貴布祢

I. 研究の背景

わが国では、2006年、がん対策基本法が制定され、国策としてがん医療体制の整備が進められている。それに伴い、急性期医療機関のみならず、地域における緩和ケア体制の充実が求められている。地域緩和ケアには、緩和ケアの理念を踏まえ、24時間体制による医療と介護の連携・協働によるケア支援が求められ、医療と介護の接点にある訪問看護事業所の活動が地域緩和ケアの発展の要点といえる。しかし、2012年現在、地域の緩和ケアの拠点として期待される訪問看護事業所においては、全国6,000弱に留まり、多くは小規模事業所でその所在や地域医療との連携においても地域格差がある現状である。そのため、それぞれの地域医療や介護体制の状況に応じた地域緩和ケア体制を構築する必要がある。

さらに、在宅療養者には、がん患者ばかりではなく、超高齢社会の中で増え続ける在宅高齢療養者の終末期ケアも含まれる。特に、高齢者は、慢性疾患や老年症候群が複雑に絡み合い、予後予測が困難であるため、終末期ケアが提供しにくいことが課題とされている。これまでこのような高齢者などの非がん患者も含む在宅緩和ケアに必要な知識や判断は、個々の経験に頼る傾向にあり、緩和ケアを共有し、一貫したケアを提供するための訪問看護基準は未だない状況にある。それゆえ、今後、地域の医療介護体制に応じた地域緩和ケア体制を構築していくためには、在宅緩和ケアの拠点としての訪問看護において、これまでの経験知を集約し、専門的な判断を共有できる訪問看護基準を作成することが必要である。これにより、訪問看護師間はもとより、医師、介護職、ケアマネジャーなど専門職間の共有化ができれば、緩和ケアに求められる多職種連携の強化につながるばかりではなく、タイムリーな介入が可能となり、地域における緩和ケアの質の向上につながると思われる。

今回、一地域内における同系列訪問看護事業所において、記録委員会を中心に作成した在宅緩和ケア訪問看護標準について、その有用性について検討した。

II. 研究目的

訪問看護ステーションで試案した在宅緩和看護基準の妥当性と実施可能性を評価し、緩和ケア訪問看護基準の改善点を明らかにする。

III. 研究方法

1. 在宅緩和ケア訪問看護基準の構成と活用（表1）

本事業研究の取り組みは、浜松市内の聖隷訪問看護ステーションの記録委員会メンバーによって行われた。当記録委員会は、同系列訪問看護ステーションにおいて訪問看護の質保証のための訪問

看護記録の改良を活動目的としており、各ステーションから代表1名が選出され計7名で構成されている。

2010年4月から委員会メンバーによる在宅緩和ケアの看護基準に関する文献検討を行った。先行研究^{1),2)}を参考に、試案する訪問看護基準は、在宅緩和ケア時期を訪問看護の導入期、安定期、臨末期への移行期、臨末期の4区分で構成し、各時期に必要な援助内容について、ステーションの緩和ケア実践を踏まえ協議を重ね2010年12月に作成となった。

看護基準の支援内容の特徴としては、症状管理に関する内容構成ではなく、緩和ケアの経過に伴って変化しやすい本人や家族の療養の場や治療に関する意向の確認や療養時期に応じて必要な本人や家族の緩和ケアの情報提供の項目で構成した。さらに、これらの援助内容について、実施時期の記入と個々の項目への付加情報が記入できる備考欄を備えたチェック表とした。本看護基準の訪問看護事業所の適用は、がん患者に限らず、終末期ケアが予測される疾患の利用者とし、適用される利用者の訪問看護記録カルテ表紙裏に配置し、訪問をする看護師間で情報を共有できるようにした(表1)。

表 1 緩和ケア訪問看護基準

目標	項目 チェック	援助内容	備考
I 導入期の援助 在宅で安心して療養できる自己決定ができる	1.	病院と在宅療養の違いを説明する 在宅療養の希望を聞きQOLを高める支援を行う (食事・入浴・出かけたがる・会いたい人・やりたい事)	
	2.	ターミナルケアの説明をする(援助内容、料金等) *「これからの過ごし方について」を使う *料金:ターミナル加算・エンゼルケア・死亡診断後訪問(有償)等	
	3.	積極的治療の意向を確認する 化学療法、点滴、救急搬送、蘇生術	
	4.	往診医の有無確認、必要時往診医の依頼をする	
	5.	ホスピス予約の状況を確認する	
	6.	本人・家族の終末期の意向を確認する (在宅での看取り、入院、未定)	
	7.	病状についてどう説明されているか、 どう受け止めているかを確認する	
	8.	入院できる病院を確保する	
	9.	困ったときに相談する連絡先を伝える 主治医(夜間休日)、訪問看護の緊急連絡先	
	10.	症状観察、頓服薬のを常備する(解熱・鎮痛・制吐)	
	11.	介護者の健康状態、介護力の確認をする 介護負担が強ければサービス導入や入院を検討する	
II 安定期の援助 残された時間を家族で有意義に過ごせる		*導入期からの援助を継続する	
III 移行期 余命予測と死別の準備ができる	1.	揺らぎの有無、看取りの意向を再確認する	
	2.	在宅患者緊急時カンファレンス開催、方針の確認	
	3.	意思決定時のキーパーソンを確認する	
	4.	新たな症状への対応をする (解熱、せん妄、呼吸苦等)	
	5.	ADLの低下に対応する	
	6.	想定される状態変化を説明する *「これからの過ごし方について」を使う	
IV 臨末期の援助 家族で看取することができる	1.	臨末期の症状を説明する(パンフレットを使う) 看取りの心得を説明する 臨終についての説明、連絡方法を確認する	
	2.	死亡確認してくれるDrの連絡先を確認する (夜間、休日)	
	3.	エンゼルケアをどうするかを確認と説明する (当訪問看護ステーション、その他・料金)	

2. 訪問看護基準試案の評価方法

訪問看護ステーションの実績及び先行研究を基に作成した訪問看護基準表(表1、2010年12月作成)の利用期間は、2011年1月~12月とし、利用後3か月後に事業所ごとにインタビューまたはフォーカスグループミーティングを実施した。データは、録音後テキストに変換し、緩和ケア訪問看護基準表の内容の妥当性、有用性について検討された内容を質的記述的に分析した。

IV. 結果

緩和ケア対象者は、各ステーションにおいて平均月2~3事例であった。看護基準の利用期間の利用回数はステーションによって異なり、1回~9回と幅があった。適用した患者は、がん患者のみならず、終末期にある高齢者や難病患者にも適用された。訪問看護師による利用の評価では、おおかた「有効だった」、「実用的だった」と支持された。

本看護基準の有効または実用的な理由として、既に在宅療養導入直後に症状が重く、急速に臨末期に進行することもあり、終末期ケアや看取りについての本人や家族の意向や終末期ケアの説明の確認がとれないこともあるなかで、緩和ケアにおいて重要なケア内容が一表に表示されていることによって、

計画的な緩和ケアの実施が可能になった。訪問看護師間で、利用者及び家族の意向など緩和ケアに関する重要な情報の共有が確実に became。本人家族の意向に基づいた看護実践の実感が持てるようになった。看護標準があることによって、導入期に本人や家族の緩和ケアや終末期ケアなど説明しにくいかった内容が確実に自信をもってタイミング良く実施できるようになった。特に、在宅での緩和ケア経験が少ない看護師において緩和ケアの指針になったなどが抽出された。

課題点としては、安定期、移行期の時期の判断が困難なため支援が実施しにくいこと。実際に備考欄の記入がないため、各項目の個別の具体的な情報が把握できない。看護師によって、各援助内容の表現の理解に違いがあること。看護師間の情報共有は高められたが、医師、ケアマネジャーなど他職種との連携に関する項目がなく、他職種との情報の共有化に課題があることなどの意見があがった。改善点としては、各項目の表現を具体的に必要性やかかりつけ医の連携に関わる項目を増やすこと、安定期、移行期の時期の判断とその援助内容の検討が提案された。

IV. 考 察

在宅緩和ケア訪問看護基準は、訪問看護師にとって、がん患者のみならず、高齢者、難病末期患者など在宅の緩和ケアの適用範囲の広がりを意識化することに繋がった。その結果、看護師は本人、家族との意向の確認や他職種との情報の共有化が可能となり、計画的な緩和ケアの実施のために目的をもって行動するようになったと考えられる。それゆえ、このツールを活用することによって、看護師の緩和ケア実践能力を高めることが期待できる。

わが国の在宅看護領域では、既に在宅看護プロトコルや高齢者などの訪問看護基準が報告されているが、実践の場において活用が十分されてきていない。今回、訪問看護事業所の看護師自身による看護基準の作成は、看護基準としての信頼性や一般性には限界はあるものの、その地域の在宅緩和ケア状況を反映したより実用性の高いものになることができた。また看護基準の作成過程を通して、自らの訪問事業所のケア評価の機会や互いの在宅緩和ケアの理解につながったと考えられる。今後は、この訪問看護基準のツールを用いて、医師やケアマネジャーとの連携項目の具体的な検討に活用するとともに、各専門職の在宅緩和ケアにおける役割・機能を明確にし、その地域における在宅緩和ケア体制の向上につなげることが必要である。

参考文献

- 1) 杉本浩章, 近藤勝則, 樋口京子他: 在宅死亡割合に関連する因子の研究—全国訪問看護ステーション調査。老年社会科学, 25(1), 37-47, 2003.
- 2) 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章他: 高齢者の終末期ケア。3章 32-43, 中央法規, 2010.
- 3) 杉本浩章, 近藤勝則, 樋口京子他: 緩和ケア用の MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性。病院管理, 44(3), 243-251, 2007.
- 4) K. Steel, G. Junggren, et al : An assessment instrument for palliative care in all settings. American Journal of Hospice & palliative care, 20 (3), 211-219, 2003.

成果発表

- ・ 17th International Conference on Cancer Nursing (ICCN), Sep, 9-13, 2012 ; Poster presentation にて発表予定である。