

## 在宅における終末期患者の死亡確認の現状と特定看護師の役割 –訪問看護師のインタビューから–

Current status of the death confirmation at home care for terminal patients and the role of the Tokutei Kangoshi (TK) -From interviews with visiting nurses-

長谷川 健美 Takemi Hasegawa

松江市国民健康保険来待診療所 Matsue-National Health Insurance Kimachi Clinic

高野 政子 Masako Takano

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

市瀬 孝道 Takamichi Ichinose

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2015年3月5日投稿, 2015年11月30日受理

### 要旨

本研究の目的は、訪問看護師の語りから在宅における終末期患者の死亡確認までの現状を明らかにし、特定看護師の役割を検討することである。対象者は5ヶ所の訪問看護ステーションに勤務する、終末期の死亡確認の経験のある訪問看護師10名であった。研究は質的記述的研究デザインを用いて、在宅における死亡確認の現状について半構成的面接を行った。語りを類似の文節ごとにコード化して、カテゴリーを抽出した。訪問看護師が在宅での終末期患者の受け持ちの困難について、《訪問看護師の業務調整》《終末期の家族への対応》《在宅で看取れない》の3つのカテゴリーが抽出された。また、在宅における死亡確認時の困難については《タイムリーな死亡確認の困難》《医師・看護師間の統一した方針(困難なし)》といったカテゴリーが抽出された。終末期医療では、医師や看護師の連携を強化する必要がある。一方、訪問看護師は死亡確認時の対応に困難があることが明らかになった。現状より死亡確認時の特定看護師による新たな役割が期待できる。

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the current status of terminal care by visiting nurses and to examine the role of the Tokutei Kangoshi (TK) in end-of-life care at home. We carried out semi-structured interviews of 10 nurses who had experienced end-of-life care, and extracted categories after encoding clauses of narratives which had similar contents. A total of three categories were extracted, <case management coordination of visiting nurses for end-of-life patients>, <responding to end-of-life patient families>, and <end-of-life patients living at home until death>. About the difficulty of the time of death confirmation, <timely death confirmation>, <between doctors and nurses were extracted as categories. We found that for ideal end-of-life care at home, it is necessary to enhance cooperation between doctors and nurses and to control symptoms through sensitive intervention by TKs cooperating with doctors. In addition, although nurses are required to help during the death watch because doctors are often busy and not available to be in attendance, it is very difficult for them.

### キーワード

訪問看護師、終末期患者、死亡確認、特定看護師、在宅医療

### Key words

visiting nurse, patient of terminal phase, death confirmation, Tokutei Kangoshi (Japanese Nurse Practitioner), home care

## 1. 緒言

厚生労働省は、第17回社会保障審議会医療保険部会において「患者の意思を尊重した適切な終末期医療の提供により、自宅死等での死亡割合を4割に引き上げること」を指標の1つとして打ち出した(厚生労働省 2005)。また、終末期医療に関する意識調査では、実現可能かどうかは別と

して「自宅で最期を迎えたい」と考える人は78.9%と高く、療養の条件が整えば住み慣れた自宅で最期を迎えたいと考える人が多いということが報告されている(ライフデザイン研究所 2002)。しかし、実際の死亡場所としては自宅が12.67%(泉田 2010)であり、様々な終末期に関する整備を行わなければ、厚生労働省の提案する在宅死を4割

に引き上げることは困難と考える。

2014年6月に地域における医療・介護の総合的な確保推進のための関連法が制定された。2015年10月1日からは、医師または歯科医師の指示の下、手順書に基づき特定行為を行う看護師に係る研修制度施行が決定しており、特定看護師の終末期医療における役割を探求する必要があるのではないかと考えた。

本研究の目的は、訪問看護ステーションで勤務する終末期患者担当経験のある看護師を対象に、在宅での終末期医療の現状とその課題を明らかにし、在宅終末期医療における特定看護師の新たな役割を探ることである。

## 2. 用語の定義

「死亡確認」とは、心停止、呼吸停止、瞳孔散大などの兆候の確認により人の死亡を確認することを意味する語。(Weblio 辞典 2015)。また、「特定看護師」とは、大学院NP養成課程を修了し、厚生労働省の指定研修機関で特定行為に係る研修を受けた看護師のことである。

## 3. 研究方法

### 3.1 対象者

A県訪問看護ステーションのうち、在宅療養支援診療所の数に対し人口の多い地域にあって終末期看護を行っており、24時間訪問対応体制をとっている訪問看護ステーション5事業所を選択した。その事業所の管理者に調査の主旨を口頭と文書で説明して同意をとり、5事業所から終末期患者担当経験のある看護師をそれぞれ2名ずつ紹介していただいた。看護師の都合のよい日に訪問し、口頭と文書で同意のとれた看護師10名を対象とした。

### 3.2 調査期間

調査は、平成24年7月～8月に実施した。

### 3.3 データ収集方法

調査は、インタビューガイドに沿って半構成的面接を実施した。面接場所は、研究対象者の所属施設の個室で実施した。面接回数は1人1回30分程度とした。協力者の許可が得られた場合はICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。質問は、

年齢・職種・経験年数・訪問看護経験年数、現施設での経験年数・訪問数・訪問患者終末期割合・在宅死亡患者数など対象者の背景を確認したのち、在宅終末期医療における課題を探るため「終末期患者のケアの受け持ちから死亡確認までの過程で困難と感ずること」と「死亡確認時に困った経験」、さらに、その死亡確認時に特定看護師が介入した際の訪問看護師の考えを探るため「終末期医療における特定看護師の役割についての意見」等について語って頂いた。

### 3.4 データ分析方法

まず録音したインタビューから逐語録を作成し、訪問看護師が在宅終末期患者を受け持ちしてから死亡確認するまでの看護の実態について、の語りの部分を抽出した。抽出した語りのうち、文脈に注意しながら、類似の文節として読み取れる単位でサブカテゴリーを抽出した。次に、サブカテゴリーの類似性・相違性を検討しながら、最終的にカテゴリー化を生成した。2名の看護学研究者のスーパーバイズを受けデータの信頼性を高めた。

### 3.5 倫理的配慮

対象者には、研究者から口頭と文書で、研究の趣旨と、研究への参加および途中辞退の自由とそれに伴う不利益は生じないこと、匿名性とプライバシーの保護、論文の公表等について説明を行い、同意が得られれば録音を行うことを説明した。また、同意が得られない場合はノートの記録とし、本研究以外に使用しないこと等を説明し同意書を得て実施した。データは鍵のかかる保管庫で厳重に管理した。本研究は、所属大学の研究倫理安全委員会の審査承認を得て実施した。

## 4. 結果

### 4.1 対象者の属性

対象者の属性は表1に示した。訪問看護師10名

表1. 対象者の属性

対象者	年齢(歳)	看護経験年数(年)	訪問看護経験年数(年)	現場経験年数(年)	開設母体	年間看取り数(人)
A	50	27	12	12	医師会立	2
B	38	13	11	11	医師会立	2
C	51	18	13	13	医師会立	3
D	44	25	15	15	医師会立	3
E	49	28	2	2	公立病院	6
F	50	27	2	2	公立病院	6
G	52	17	7	3	個人診療所	2
H	44	20	9	9	個人診療所	2
I	40	20	6	3	法人	4
J	54	25	18	5	法人	4
平均	47.2	22.3	9.5	7.5		3.4

は全員女性であり、平均年齢47.2歳(38~54歳)、看護経験年数の平均値22.3年(Range 13~28年)、訪問看護経験年数の平均値9.5年(2~18年)、年間在宅死亡患者数は平均3.4人(1~6人)であった。面接時間は、平均30.3分(25~40分)であった。

#### 4.2 終末期の患者を受け持ちしてから死亡確認までの過程で困難と感ずること

終末期の患者を受け持ちしてから死亡確認までの過程で困難と感ずることは表2に示した。本文では、カテゴリーは《》、サブカテゴリーは〈〉、語りの引用は「」で表した。終末期患者のケアの受け持ちから死亡確認までの過程で困難と感ずることについての語りでは、サブカテゴリー6つが抽出され、カテゴリーは、《訪問看護師の業務調整》、《終末期療養に不慣れな家族への対応》、《在宅で看とれない》の3つを抽出した。

##### 4.2.1 訪問看護師の業務調整

「ターミナルの方を受け持つと訪問回数を増やしたり時間を長くしなくてはいけなかったり。予

定があり、その中で増やすとなった場合、難しいですね」「訪問の範囲が非常に遠いと、午前中1件とかになってしまう事です。往復一時間、ケア一時間とになってしまうので大変です」や、「いつ亡くなるか不明瞭ですし、家族から連絡があった時にすぐに行けない場合があります」「・・・看護師が到着した時間が、死亡時間より後になってしまうと、実働時間がとれないので、(死亡時刻を)調整することがあります」などと話した。

訪問看護師として、終末期患者の受け持ちを開始してから死亡確認までの過程での困難感としては、〈予測不可能な訪問体制〉や〈業務の分担調整〉など2つのサブカテゴリーが抽出され、《訪問看護師の業務調整》というカテゴリーとした。

訪問看護師は、訪問看護ステーションの少ない人員で運営する中で、担当の変更や訪問時間の変更が必要となることなど、業務調整の困難さを述べていた。

##### 4.2.2 終末期療養に不慣れな家族への対応

「介護家族以外が出てきて『こんな状態なのに

表2. 終末期患者の受け持ちから死亡確認までの過程で困難と感ずること

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
訪問看護師の業務調整	予測不可能な訪問体制	ターミナルの方を受け持つと訪問回数を増やしたり時間を長くしなくてはいけなかったり。予定があり、その中で増やすとなった場合、難しいですね。 訪問の範囲が非常に遠いと、午前中1件とかになってしまう事でしょうか。往復一時間、ケア1時間とかなってしまうので大変。
	業務の分担調整	いつ亡くなるか不明瞭ですし、家族から連絡があった時にすぐに行けない場合があります。40分とか1時間かかる所だと難しいです。訪問したけれどもまだ状態変化しないような場合は1度帰ることも多いです。その後すぐ亡くなることもあります。 看護師が到着した時間が、死亡時間より後になってしまうと、死亡時刻を調整することがあります。
終末期療養に不慣れな家族への対応	家族間での終末期療養方針の相違	病院が在宅か療養場所の希望について、本人と家族で気持ちが違うことですね。 介護家族以外が出てきて「こんな状態なのになんで入院しないの。」とか、言ってくるみたいで。県外の子供さんと私達も話すことはないじゃないですか。そうすると介護者の気持ちも揺れるんですよ。
	終末期のイメージの違いに揺れる家族への関わり	いつまで続くかわからないターミナルは状況が変わりますね。最初は在宅で頑張ろうと思っても、長くなるにつれてね。気持ちも揺らぐのがわかる 家族がどこまで受容ができていますか、ですね。介護者が1人で一手に引き受けている人だと、状態が変化した時に、不安になることが多いですね。最初は看取るつもりでいたんだけど、徐々に状況が変わって、苦しそうな様子になってくると見ていられないという感じになってしまつて。状態が落ち着いている時にはその状況が想像できなくて、眠るように亡くなるのを想像している方が多くて。
在宅で看とれない	終末期の病院志向	大きい病院に定期受診されている方は、医師は明確なアドバイスというよりも、「もう悪かったら病院に来なさい」という説明しかない。往診医の中には、傾眠傾向になっていきますと言えば、往診回数を増やしたり、先の見通しまで一緒に話して下さる医師もいます。 (病院併設の場合)悪かったら入院。ていう医師がほとんどです。
	在宅での症状コントロール困難	最期の最期は慌てふためいて、という状況があるので。どこまで言っていいいか。「もう時間の問題です」と、言っているのか。でも医師が「家族がどう言ってる？」って、「じゃあ、もう救急車できて。」とか言われるので救急搬送したり・・・ 症状コントロールが難しい。(病院)医師も、訪問診察を月1回位はしてくれるのですが、症状緩和は充分できているかというの。「なかなか呼吸困難がとれないからもう入院ね。」と感ずで入院になってしまう。在宅で症状コントロールが出来さえすれば、苦痛なく過ごせるのにな...という思いはありますね。 (最期の)苦しそうな場面を見た時「何とかならないか」と言われた時です。 在宅終末期を診てくれる医師が少ない。

なんで入院しないの』とか、言ってくるみたいで。県外の子供さんと私達も話すことはないじゃないですか。そうすると介護者の気持ちも揺れるんですよね、「…最初は看取るつもりでいたんだけど、徐々に状況が変わって、苦しそうな様子になってくると見ていられないという感じになってしまっ。状態が落ち着いている時にはその状況が想像できなくて、眠るように亡くなるのを想像している方が多くて…」

終末期の患者を訪問していて、〈家族間での終末期療養方針の相違〉が在宅終末期医療における家族内の混乱や、〈終末期のイメージの違いに揺れる家族への関わり〉などのサブカテゴリーが抽出された。在宅において家族の死亡を受け止める家族への対応の難しさを感じていた。この困難を《終末期療養に不慣れな家族への対応》というカテゴリーとした。

#### 4.2.3 在宅で看とれない

「(最期の)苦しそうな場面を見た時「何とかならないか」と言われたことです」や、「大きい病院に定期受診されている方は、医師は明確なアドバイスというよりも、「もう悪かったら病院に来なさい」という説明しかない」「(病院)医師も、訪問診察を月1回位はしてくれるのですが、症状緩和は充分できているかということが、『なかなか呼吸困難がとれないからもう入院ね』という感じで入院になってしまう。在宅で症状コントロールが出来さえすれば、苦痛なく過ごせるのにな…という思いはありますね」

訪問看護師は、家族や医師には根底に〈終末期の病院志向〉があることや、現在の訪問看護師の業務規程においては、〈在宅での症状コントロールが困難〉のサブカテゴリーが抽出された。これらを《在宅で看とれない》というカテゴリーとした。

#### 4.3 終末期患者の死亡確認時の困難感の有無とその違いについて

終末期患者の死亡確認時の困難感の有無とその違いについては表3に示した。訪問看護師の語りから、終末期患者の死亡確認時の困難感については、サブカテゴリー4つが抽出され、《タイムリーな死亡確認の困難》と《医師と看護師間の統一した方針により困難感はない》という2つのカテゴリーが抽出された。

#### 4.3.1 タイムリーな死亡確認の困難

「医師に連絡がとれなくて困った。(連絡が取れない時間は)2~3時間くらい。状態が悪くなって、家族が医師に連絡したがつながらなく看護の方に連絡がありました。訪問時にはまだ呼吸はあったのですが(医師到着時には死亡していた)」や「病院医師は夜、入院患者を診ていて出られず、昼も状態が悪くても、病院の対応が一区切りついでからでないといられないケースもあって。一時間位家族と一緒に死亡確認を待つことができました」

訪問看護師は、〈医師との不確実な連絡体制〉という経験や、〈緊急往診体制の困難〉という状況を困難と感じており、この2つのサブカテゴリーから、死亡確認時の困難感として、《タイムリーな死亡確認の困難》をカテゴリーとした。

#### 4.3.2 医師と看護師間の統一した方針

「ターミナル時は医師と連絡が密になるので、特にありません。看取り(死期)が近くなるとそれだけ医師にすぐ報告しているので」「医師同士の連携が整っている印象で(医師間で)カバーし合っている状態で、特に困ったことはありません」

一方で、死亡確認時に困難感はないと話した訪問看護師もいた。その場合は〈医師との綿密な情報共有〉、〈医師の明確な死亡時の方針〉など、医師と訪問看護師の関係や、医師と医師との連携が上手く機能して、死亡確認も実施できていることが明らかになった。2つのサブカテゴリーから《医師と看護師間の統一した方針》が取り決められていることより、訪問看護師は困難感を感じることなく対応ができていた。

#### 4.4 法制度化後に特定看護師が死亡確認をすることについて

法制度化後に特定看護師が死亡確認をすることについては表4に示した。語りでは、サブカテゴリー6つが抽出され、《死亡確認に対する認識》《環境による受容の違い》、《効率的》の3つのカテゴリーが抽出された。

#### 4.4.1 死亡確認に対する認識

「今だったら、やはり医師のみだとは思いますが。今まで医師に診てもらっていたから最期も…と日本人だったら思うのではないのでしょうか」「(死亡確認は)医師がするものという形の中で働いてきたからね…。今までの流れから、家族の認

表3. 終末期患者が死亡確認時の困難感の有無とその違いについて

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
タイムリーな死亡確認の困難	医師と連絡がとれなくて困った。(連絡が取れない時間は) 2~3時間くらい。状態が悪くなって、家族が医師に連絡したがつながらなく看護の方に連絡があって。訪問時には、まだ呼吸はあったんですけど。(医師到着時には死亡していた。)	医師に連絡がとれなくて困った。(連絡が取れない時間は) 2~3時間くらい。状態が悪くなって、家族が医師に連絡したがつながらなく看護の方に連絡があって。訪問時には、まだ呼吸はあったんですけど。(医師到着時には死亡していた。)
	医師と不確実な連絡体制	医師と朝方で連絡が取れなかった。しばらく家の方で何もできず少しく待って、医師の方から連絡があり、「処置の方は始めとっていい。」といわれたことがあります。
	連絡がつかなく、(医師が)こないと始められないのでしばらく待って、という形になりました。何もできない状態で。	連絡がつかなく、(医師が)こないと始められないのでしばらく待って、という形になりました。何もできない状態で。
	病院医師が担当の場合は、昼の往診には対応できるが、夜間は病棟の当直対応で医師も一人になり往診には出られない場合が多い。	病院医師が担当の場合は、昼の往診には対応できるが、夜間は病棟の当直対応で医師も一人になり往診には出られない場合が多い。
	往診のできる先生が高齢で少しく減ってきていることですね…。	往診のできる先生が高齢で少しく減ってきていることですね…。
	「亡くなったら、家族に車に乗せて病院まで搬送して、病院で確認するから」という医師もいました。	「亡くなったら、家族に車に乗せて病院まで搬送して、病院で確認するから」という医師もいました。
	ターミナル時は医師と連絡が密になるので特にありません。看取りが近くなるとそれだけ医師にすぐ報告している。	ターミナル時は医師と連絡が密になるので特にありません。看取りが近くなるとそれだけ医師にすぐ報告している。
	もうターミナルでいつでも看取りを家ですという話し合いが事前にできていなければもう何もあわてることはない。	もうターミナルでいつでも看取りを家ですという話し合いが事前にできていなければもう何もあわてることはない。
	終末期に入ってくれば先生との話も頻繁になってくるし、大まかに大体(死期について)感じを医師と看護師で共有する	終末期に入ってくれば先生との話も頻繁になってくるし、大まかに大体(死期について)感じを医師と看護師で共有する
	双方でわかりますのでその時(死亡時)どうしようか、といった形で先生と話をします	双方でわかりますのでその時(死亡時)どうしようか、といった形で先生と話をします
医師との綿密な情報共有	医師同士の連携が整っている印象で、カバーし合っている状態で特に困ったことはありません。	医師同士の連携が整っている印象で、カバーし合っている状態で特に困ったことはありません。
医師看護師間の統一した方針(困難なし)	呼吸停止になっても医師がすぐ来てくれるか、救急車で連れていくとか(になるので)。困ってないです。	呼吸停止になっても医師がすぐ来てくれるか、救急車で連れていくとか(になるので)。困ってないです。
医師の明確な死亡時の方針		

表4. 法制化後に特定看護師が死亡確認をすることについて

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
死亡確認に対する認識	死亡確認への看護師の認識	<p>医師から確認してほしい。今までが死亡確認は医師が行うというその形があるから…。看護師は看護師。</p> <p>医師がするものという形の中で働いてきたからね…。</p> <p>今だったら、やはり医師のみだとは思いますが。それは今までの関わりがあるから…。今まで医師に診てもらったから最期も…と日本人だったら思うのではないのでしょうか。</p> <p>関わりが信頼関係が結べる状況にあればいいのかと思いますけれど。厳しいかなとも思います。</p> <p>やっぱり医師ではなくては…と考える家族もいると思いますが、それはそれで。</p> <p>NPの方達が在宅の場で動きながらやるのであれば患者家族と信頼関係だと思えます。お気持ち的にはずっととかかわっていた医師に…と思うのではないかな、と。</p> <p>ご家族がどこまで看取りができる看護師をうけいられるか、という所にかかってくるんだらうと思います。</p> <p>今までの流れから、家族の認識も変えるようにしていきたいかなと思いますね。</p> <p>在宅の家族がどう思うか…。看護師は看護師と家族は思っているし…。医師とは違うから確認は医師でしょう。一般的な認識を変えていかなければ難しい。(最期は)建前上普段良かかわっている家族の方以外の方も集まります。そういった場合、あちこちから意見が飛び交うんじゃないかな…と。</p>
	環境による受容の違い	<p>そこはその、看護師だけの問題ではなくて、ご家族の問題にもなってくるかな…という気がするんですけど。ご家族がどこまで看取りができるという段階の看護師をうけいられるか、という所にかかってくると思います。そこには、地域性が絡んでくるのではないかなと思いますね。</p> <p>全然、地域でもまったく違いますからね。(2名)</p> <p>地域性もあるし、高齢者に関わることも多いと、医者は神に近いものなので、替わりができる話をしても、納得するか。(医師の死亡確認という認識を変えていくのを)浸透させるのにながかり時間がかかるのかな、と感じます。</p> <p>地域性は大きいと思います。病院選びたい放題の所(都倉)だったら、また話は別でしょうけど。</p>
効率的	地域による思考特性	<p>看護師が死亡確認できれば良いかな…と思う。医師と連絡がとれなくて何も処置ができない状況は家族も困ると思う。少しの時間は死の受け入れが必要かとも思うが、朝まで待つ場合は段取りを早くしたいと思う家族にとってはね…。家族が看護師でもいいと言ったらできるようなしておく環境は作ってもいい。</p> <p>確かに誰かに確認してもらわなくてははいけませんし…看護師も確認はできて、制度的にといいのはないので、待つ間とか、その辺が夏場とか、早くないとか。病院の主治医は外に出れないので、そういう時が。在宅に先生は、それこそ時間作って臭い来てくれるでしようけど。病棟の医師が主治医の場合には基本的には外に出ない。往診という形は取れないので、そういう時が大変。連れて行かないといけない。</p>
	時間の滞りが少ない	<p>いいかなとは思いますが。それこそ動きやすい。</p> <p>死亡確認しないことには死後の処置もできないっていうのもあるので。</p> <p>都倉とか島とかでは十分必要だと思えますよ。</p> <p>メリットもあるのではないかなと思う。</p>
有効な時間の活用	保守的な高齢者が多い田舎	
	時間の滞りが少ない	

識も変えるようにしていかないといいけませんし・・・」「特定看護師が在宅の場で動きながらやるのであれば、患者家族と信頼関係だと思えます。お気持ち的にはずっとかかわっていた医師に・・・と思うのではないかな」「(最期は) 建前上普段良くなかかわっている家族の方以外の方も集まります。そういった場合、あちこちから意見が飛び交うのではないかな」

訪問看護師は、医療職である〈死亡確認への訪問看護師の認識〉があり、さらに社会においても一般的な捉え方として、死亡確認は医師がするものという〈死亡確認への家族の認識〉があることなどが2つのサブカテゴリーが抽出された。これらにより、《死亡確認に対する認識》というカテゴリーとした。

#### 4. 4. 2 環境による受容の違い

「・・・地域性もあるし、やっぱり高齢者に関わることが多いので、高齢者にとって医者は神に近いものなので、代わりができると話をしても、納得するかという点では、厳しいかなと思います」

同じ市内でも考え方が地域によって違いがあるという〈地域による思考特性〉と、〈保守的な高齢者が多い田舎〉という環境が、今後、診療看護師による死亡確認の受容には違いが出てくると述べたことから2つのサブカテゴリーが抽出された。これを《環境による受容の違い》というカテゴリーとした。

#### 4. 4. 3 効率的

「看護師が死亡確認できれば良いかなと思う。医師と連絡がとれなくて何も処置ができない状況は家族も困ると思う。少しの時間は死の受け入れが必要かとも思うけど、朝まで待つ場合は段取りを早くしたいと思う家族にとってはね…。家族が看護師でもいいと言ったらできるようにしておく環境は必要です」「いいかなとは思いますが、それこそ動きやすいし」

〈時間の滞りが少ない〉や、〈有効な時間の活用〉が出来る等のサブカテゴリーでは、その方が《効率的》であるとして、特定看護師の死亡確認を肯定する意見も聞かれた。

## 5. 考察

### 5. 1 終末期患者のケアの受け持ちから死亡確認までの過程と困難について

死亡前30日間の訪問看護の提供状況(厚生労働省 2011a)をみると、22～30日前は1回/3～4日、15～21日前は、1回/2日、8日～14日前は1回/1～2日、1～7日前は1回/日、死亡日は1.2回/日となっており、最期(死亡)が近くなるにつれ、状況に合わせた頻繁な訪問を必要としている。今回の調査で、訪問看護師は業務調整が困難であることを述べていた。今後在宅死をサポートできるようにシステムを構築するためには、複数訪問看護ステーション間の終末期患者の訪問対応をするなど、地域資源の連携の強化が必要と考える。

また、訪問看護師の語りより、医療者が常時いる病院環境とは異なる在宅において、一人で家族の苦痛様表情を見ている家族の戸惑いに対応することに苦渋する看護師の不安が読み取れた。現在、約78%を占める病院での終末期環境は、在宅死と病院死の割合が逆転した1970年代から40年の年月が経過している。現在は在宅死に慣れていない世代が介護を担う時代であり、「病院が一番安心」といった風潮が根強いことによるものと推察される。医師と特定看護師の連携による速やかな症状コントロールをすることが必要で、介護者や取り巻く家族が、在宅で死を迎えることに対し不安を感じることなく介護が続けられるように、患者本人の痛みや呼吸困難等といった苦痛を取り除くだけでなく、外見上も苦しそうな状態に見せない対応が必要と考える。例えば、病院においては終末期が近くなると呼吸困難感出現時、酸素吸入を行うことが多い。在宅においても、在宅酸素機器の導入により、病院と変わらず治療が受けられるといったことで、呼吸困難の苦痛を軽減できるのではないかと考える。

また、病院死が8割を占めるという死が身近でない現代、家族は終末期の患者の状態がイメージできにくいという状況が語られた。終末期の病状悪化、看取りが近くなった際に入院を促す医師と、それに従う家族が多い(在宅で看とれない)状況が明らかになった。これは、在宅での看取りに積極的な医師が少ないことも影響し、特に医療法人等病院が併設された訪問看護ステーションでは、併

設病院の主治医から入院を指示されることもあり、在宅を断念せざるを得ず、在宅ターミナルケアが困難になる(佐藤 2006)という指摘がある。特に地方の病院では医師不足もあり医師が柔軟に終末期患者の頻回な往診に対応できるような環境ではなく、忙しい医師の動きに合わせた病院志向の終末期医療が現状であると言える。在宅における終末期患者が最終的に病院に駆け込む形を少なくするための、医療者側の課題についての検討が必要と考える。

## 5.2 終末期患者の死亡確認の過程での困難について

訪問看護師は終末期患者の死亡確認時における、医師がすぐに来られない現状を困難なことだと話した。連絡が取れるはずの医師と連絡が取れない状態は、家族も看護師も不安感を増すことが推察できる。一方、医師も24時間365日の診療体制で、緊張感を維持していくことは難しい。医師1人に負担がかからない、地域医療体制の構築が望まれる。新城らは、「家族は主治医の死亡確認や臨終の立ち会いを望んではいないが、もし、死亡確認や立ち会いができなかったとしても心理的なつらさが強まることはなく臨終までに頻りに部屋に行くことで十分な対応であると考えている」(新城 他 2010)、と指摘している。超高齢社会の多死社会では、必ずしも死亡確認が主治医でなくても、医師と協働して、頻りに訪問し信頼関係を築いた看護師が死亡確認を代行できるような検討も必要である。病院勤務の医師が終末期患者の往診を担当している事例の場合、昼夜共に緊急往診には出にくい状況があり、終末期の状態変化した場合、入院を促すことが多いということである。病院勤務医は「宿直1回あたりの平均睡眠時間は半数弱が4時間未満、宿直翌日は通常通りの勤務体制が86%」(労働政策研究研修機構 2012)と、大変厳しい労働環境に置かれている。業務の間をぬって緊急の往診対応は非常に苛酷であり、この状況を改善するために、医師と訪問看護師、医師と医師の連携や協力関係が構築されて実践できれば、スムーズな在宅医療が展開できると考える。

## 5.3 終末期患者の死亡確認と特定看護師の役割について

我が国は、65歳以上の高齢者数が増加し、4人

に1人が高齢者となる2025年問題が医療、看護における課題として議論されている。在宅終末期医療における訪問看護に期待が増大する一方で、訪問看護師の死亡確認時における不安・負担は大きい。

今回の調査において終末期患者の夜間死亡の場合、訪問看護師は医師が来る翌朝まで待機することが多いと語られた。しかし、現在は、医師の死亡確認前に看護師が死後の処置を行う要件として、死亡前24時間以内に医師が診察をしていること、在宅で継続治療中であること、死期が近づいていることとその対応を家族・医師・看護師で確認していること、死亡に異常がない、患者の尊厳や遺族の配慮のためにそのケアが求められること、以上を満たしている場合は法的に問題がない、と指摘されている(角田 2010)。「医師による死亡前24時間以内の診察」という時間条件のしぼりが看護ケアを滞らせていると考える。

2011年の厚労省のデータによると、スウェーデンは高齢化率17.3%(2005)、80歳以上人口割合5.3%(2004)で高齢者単独世帯率41%、在宅死亡率51.0%に対し、日本は高齢化率20.0%(2005)、80歳以上人口割合4.4%(2003)、高齢者単独世帯率15%、在宅死亡率13.4%と高齢者単独世帯率・在宅死亡率も比して低いと記されている(厚生労働省 2011b)。

厚労省はスウェーデンの例をあげ、病院から施設、施設から在宅へという方針を推し進めているが、人口千対就業看護師数はスウェーデン10.6人、日本9.0人と近い数値であるのに対し、訪問看護師(地域看護師)は4.2人に対し0.4人と10倍以上の差がある(厚生労働省 2011b)。また、スウェーデンの地域の看護師は、医師からの権限移譲が行われている患者においては医師が診察しなくても看護師が「死亡確認書」を書き、医師がそれに基づき「死亡診断書」を書くといったことや医師の負担軽減のために限定的に処方権を認めているという(水木 他 2010)。在宅に関わる看護師人数が多く配置され、さらに看護師に対する権限を持たせていることが、在宅死亡率50%へと導いた要因となっていると考える。

「死亡診断は医師がするもの」ということにとらわれ、死亡前24時間以内に医師が診察していなければ、その後医師がもう一度診察しなければ死

亡診断書が書けないといったしぼりのある日本の現状はこのままでよいのだろうか。スウェーデンに例があるように、死亡確認は特定看護師等の一定の条件を満たした看護師が行い、それを医師に報告していくことで医師が死亡診断書を書くといったような法整備を推進すべきと考える。何も処置等もできないままで医師の到着を待つ訪問看護師に困難感を抱かせている現状や、超高齢社会における多死の時代となり、今まで以上に在宅で死亡確認する数も増加することも推察され、権限移譲が可能な特定看護師などの役割を明らかにすることが必要である。

一方で、介護する家族以外への説明が難しいという意見があった。在宅療養現場でも終末期になり、遠くの親戚が様子を見に来た段階で、状況が変わることは多々ある。最期の時期になって、親戚から入院しないことや補液しないことを責められるなど、親戚に振り回される状況があるという指摘がある(柴田 他 2011)。往診医と密接に関わる、介護を担う家族だけでなく、普段関わることはないが発言に力を持つような遠くの親戚も含めた終末期療養の方針を相談しておく必要がある。看護師が終末に発生する状況を考え、事前に親戚も含めての対応を介護者である家族にアドバイスしていくことで、家族間の意見の不一致等は回避できるであろう。そして、介護する家族が精神的に安定し患者本人が慣れ親しんだ場所で最期を迎えたいと望んだ療養環境の流れを突如変換させることもないようできると考える。

今回調査したA県は、65歳以上の人口割合が26.6%と高齢化が進んだ地域である。死亡確認のできる看護師の受け入れは地域特性がある(高齢者の多い田舎は難しい)ことを訪問看護師は話した。調査したA県は、伝統的価値観や濃密な人間関係が残っている保守的地域であり、医師に会うのだからと、正装して来院する患者や中元歳暮を医師に贈る患者等、農村部は特に医師を特別視する風潮が強く残っていると言える。制度化されても、従来の「死亡確認は医師がするもの」という認識を変えるまでには時間がかかると思われる。今回の訪問看護師の意見では、特定看護師による死亡確認について、慎重な意見が多い中、死亡確認が終わらなければ何も動けないから良いといった考えを持つ訪問看護師の意見も聞かれた。医師が

死亡確認に来られないような環境や状況がある場合は、今後増加すると予測される在宅終末期の死亡確認をスムーズに穏やかに実施できるために、特定看護師の役割の一つとすることが必要と考える。

2012年「第16回チーム医療推進会議」において、「在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡(死の三徴候)確認を、一般の医療行為とする事」が提案された。これにより、一般看護師による死亡確認を認める案を打ち出した厚生労働省であるが、現場の訪問看護師からは特定看護師が死亡確認することについて、不安を感じている意見もある。今後、超高齢化社会において在宅で最期を迎える形を増やすためには、医師と連携し、特定看護師が終末期患者の早い在宅移行期から死亡までの一連の身体的・精神的変化を的確に理解し、患者と家族の気持ちにも配慮し調整役も果たすことが期待される。死亡確認時の対応については、家族や医師と事前確認事項を手順化しておくなど、訪問看護師などが不安の中、死亡確認するような状況は改善するようなシステム作りに、特定看護師の役割があると考えられる。

## 6. 結語

訪問看護師を対象に聞き取り調査を実施した。その結果、終末期患者の受け持ちしてから死亡までの過程で困難として、《訪問看護師の業務調整》《終末期療養に不慣れな家族への対応》《在宅で看とれない》等が明らかになった。また、在宅での死亡確認時の困難では、《タイムリーな死亡確認の困難》《医師・看護師間の統一した方針で困難はない》と違いあることが明らかになった。死亡確認での特定看護師の役割は《効率的》として肯定的な意見と、《死亡確認に対する認識》や《環境による受容の違い》があるなど、一般社会に浸透させていくには多くの障壁がある。在宅での終末期医療を推進するためには、医師と訪問看護師の連携と、医師と共に特定看護師が終末期ケアに関わり細やかな症状コントロールが必要である。今後特定看護師の役割を明確にし、より良い在宅の終末期医療の体制整備が喫緊の課題と考える。

## 7. 研究の限界

本研究は、研究対象者の勤務する地域は、65

歳以上高齢者人口割合が全国平均に比べ多い地域であり、地域性が結果に反映している可能性があることが限界と考える。

#### 謝辞

ご多忙の中、本研究に協力頂いた訪問看護師の他、関係各位に御礼を申し上げます。本研究は、大学院NP養成課程の課題研究に加筆したものである。

#### 引用文献

泉田信行(2010). 死亡場所の差異と医療・介護サービス供給の関係の分析. 社会保研究 46(3), 204-216. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19409603.pdf>

角田直枝(2010). 在宅での看取りとエンゼルケア. Nursing Today 25(4), 151-154.

厚生労働省(2005). 「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」. 社会保障審議会医療保険部会資料. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>

厚生労働省(2011a). 第82回社会保障審議会介護給付費分科会資料 訪問看護の基準・報酬について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ryva-att/2r9852000001ryxp.pdf>

厚生労働省(2011b). 中央社会保険医療協議会総会 医療と介護の連携資料. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vx-att/2r9852000001012r.pdf>

ライフデザイン研究所(2002). 終末期医療に関する意識調査. <http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/news/news0203.pdf>

水木麻衣子, 高橋都, 甲斐一郎(2010). 看護師の処方権導入に関する文献研究. 社会技術研究論文集 7, 222-231.

労働政策研究研修機構(2012). 勤務医の就労実態と意識に関する調査. <http://www.jil.go.jp/press/documents/20120904.pdf>

佐藤美穂子(2006). 在宅ターミナルケアと看護. 日本老年医学会雑誌 3(3), 303-305.

柴田純子, 佐藤まゆみ, 増島麻里子 他(2011). 日本における終末期がん患者を抱える家族員の体験. 千葉県看護学会誌 16(2), 19-26.

新城拓也, 森田達也, 平井啓 他(2010). 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. Palliative Care Research 5(1), 162-170.

Weblio辞典(2015). 実用日本語表現辞典. <http://www.weblio.jp/content/死亡確認>



#### 著者連絡先

〒699-0405

島根県松江市宍道町上来待 213-1

松江市国民健康保険来待診療所

長谷川 健美

[hasegawa11@gm.oita-nhs.ac.jp](mailto:hasegawa11@gm.oita-nhs.ac.jp)