

平成 29 年度 山形県在宅医療推進事業

訪問看護ステーションにおける看取りに関する調査  
報告書

三友堂病院

地域緩和ケアサポートセンター

平成 30 年 3 月

## はじめに

三友堂病院地域緩和ケアサポートセンターは、がんに関する「在宅療養支援の強化」「地域多職種とのネットワークの構築」を目標として平成 21 年に開設され、その後平成 24 年度より、山形県在宅医療推進補助金事業として、取り組みを行っております。

今般、地域包括ケアシステムの構築が国策となり、置賜地域でも退院調整ルールなどの画期的なしくみ作りが始まりました。医療と介護の連携に焦点が当たる中、単身者世帯や高齢独居者の増加などに伴う、看取り先が確保困難な事例が当院でも少なくない状況にあり、在宅医療を推進する上で課題の一つとして挙げられております。

本調査は、医療と暮らしの視点からマネジメントし、在宅での看取りに重要な役割を持つ訪問看護ステーションより、その実情をお聞きし、課題を明確にすることを目的として実施いたしました。ご回答くださった内容からは、訪問看護ステーション職員の皆様が利用者本人や家族に対して、実に真摯に向き合いながら、連携する多職種や関係者との調整を行い、様々な困難に直面しながらも利用者本人や家族の思いを鑑みながら看護や技術を提供されている日々の努力が伝わってまいりました。大変貴重な調査結果が得られたと感じております。

本調査結果が、在宅医療や福祉サービスの充実に努力される多職種の皆様の今後の参考資料としてご活用いただければ幸いです。

最後に、今回の調査にご協力くださいました訪問看護ステーション管理者様、職員の皆様をはじめ、ご指導いただきました山形県置賜総合支庁保健福祉環境部 若松裕也様ならびに近野睦子様、山形県訪問看護ステーション連絡協議会置賜支部理事 菊地 誠様、関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

平成 30 年 3 月

三友堂病院地域緩和ケアサポートセンター

## 目 次

I 調査概要	.....	1
II 調査結果	.....	2
III 分析および考察	.....	14
IV まとめ・おわりに	.....	19
資料1 調査依頼文書	.....	20
資料2 調査用紙	.....	21

## I 調査概要

- 1 調査名 訪問看護ステーションにおける看取りに関する調査
- 2 調査目的 看取りに関する実績と訪問看護師が経験した症例結果を分析し、在宅看取りにおける課題を明確にする。
- 3 調査対象 山形県置賜管内訪問看護ステーション管理者  
14 事業所（サテライト実績は、当該事業所データに含む）
- 4 調査方法 自作調査票（3 枚）によるアンケート調査（無記名）  
各訪問看護ステーション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 30 年 2 月 3 日～平成 30 年 2 月 28 日
- 6 倫理的配慮 1) 調査依頼文書に調査目的・方法・倫理的配慮について明記。  
2) 集計は統計的に処理し、事業所の特定や利用者の個人情報が出ないように配慮することを保障した。
- 7 分析方法 1) 各設問項目について Excel による単純集計  
注：集計については、少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、回答内容を生活面・社会面、医療面・身体面、精神面、情報共有・連携調整、に整理した。
- 8 語句の定義 看取りが近い時期：週単位で状態が悪化していった時期

## II 調査結果

1. 回収状況 郵送数 14 通、回収数 14 通、回収率 100%、有効回答率 93%
2. 回答した置賜管内訪問看護ステーション（以下、ST）設置地域
  - 1) 東南置賜（米沢市、南陽市、高畠町、川西町） 9 か所
  - 2) 西置賜（長井市、小国町、白鷹町、飯豊町） 5 か所 計 14 箇所うち有効回答 13 箇所

### 3. ST の体制（平成 29 年 12 月 31 日現在）

#### 1) 訪問看護体制について (n=13) 表 1

	受け持ち制	チーム制	受け持ち制 チーム制併用
東南置賜	1	0	8
西置賜	0	2	2
合計	1	2	10

#### 2) 夜間訪問体制 (n=13) 表 2

	有り	オンコール体制	当直制
東南置賜	7	7	0
西置賜	4	3	1
合計	11	10	1

#### 3) 職員数について（平成 29 年 12 月 31 日末現在）

##### 看護職員（保健師・看護師・准看護師） 表 3

項目	東南置賜 配置事業所数		西置賜 配置事業所数		合計人員数（人）
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
1	2	2	0	1	5
2	2	1	2	1	12
3	1	1	1	1	12
4	1	0	0	0	4
5	2	2	0	0	20
6	0	0	1	0	6
7	0	0	0	0	0
8	1	0	0	0	8
無回答	0		1		
内訳（人）	31	17	13	6	67
地域内訳（人）	48		19		

注 1：数字は常勤換算数ではなく、実人員数である。

#### 看護職員実数 (n=13) 表 4

実人員数（人）	事業所数
2 人	1
3 人	3
4 人	3
5 人	2
6 人	1
8 人	1
10 人	2
合計	67

看護職員以外の ST スタッフ

東南置賜地域

表 5

職種	配置事業所数	実人員数 (人)
理学療法士	4	8 (うち非常勤 4 人)
作業療法士	2	5
事務職員	5	4.5 (うち非常勤 2 人)
その他	1	1
合計	12	13.5

西置賜地域

表 6

職種	配置事業所数	実人員数 (人)
理学療法士	1	1
作業療法士	1	0.5
事務職員	1	2
その他	1	3 (うち非常勤 1 人)
合計	4	6.5

4. 平成 29 年 12 月 1 日～末日まで (1 か月間) の ST の利用者実数

利用者実数 1,151 人 (n=13)

5. 平成 29 年 12 月 1 日～末日まで (1 か月間) の ST の利用者延べ数 (訪問件数)

利用者延べ数 4,083 件 (n=13)

6. 平成 29 年 12 月 1 日～末日まで (1 か月間) の看取り件数

1 か月間の看取り件数 14 件 (n=13)

表 7

件数	東南置賜事業所数	西置賜事業所数
0	4	3
1	1	1
2	2	0
3	1	0
5	1	0
地域別内訳	9	4

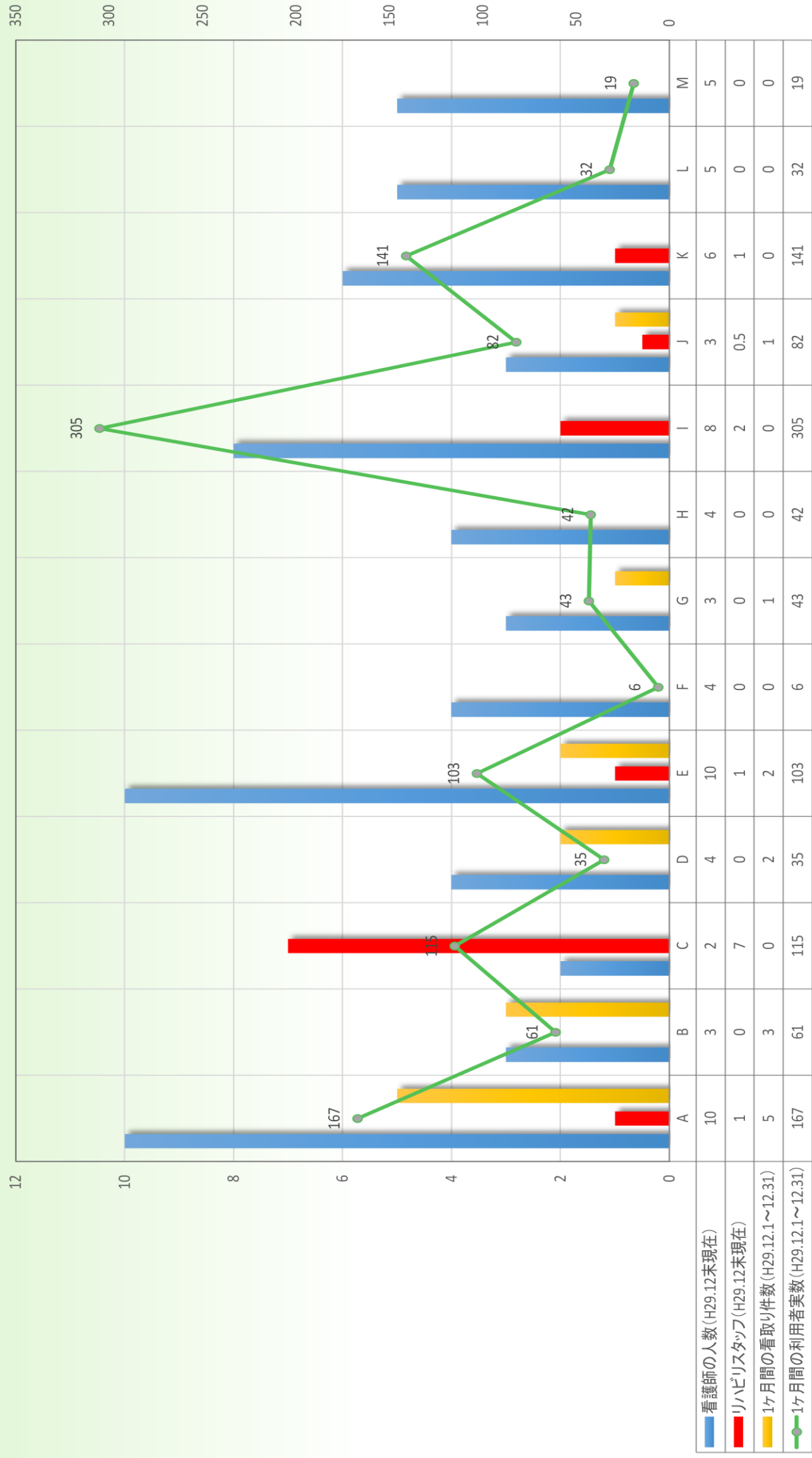
7. 平成 29 年 4 月から同年 12 月末まで (9 か月間) の看取り件数

9 か月間の看取り件数 100 件 (n=13)

表 8

件数	東南置賜事業所数	西置賜事業所数
0	1	3
1	1	1
2	0	1
3	2	1
5	0	1
8	1	0
14	1	0
16	1	0
44	1	0
地域別内訳	89	11
合計	100	

## 置賜管内の訪問看護ステーションにおける人員数と看取り件数



	事業所	A	B
実績	1ヶ月間の利用者実数【H29. 12. 1~12. 31】	167	61
	1ヶ月間の利用者延べ数【同上】	1,012	284
	1ヶ月間の看取り数【同上】	5	3
	9ヶ月間の看取り数【H29. 4. 1~12. 31】	44	8

1	年齢	60歳代	70歳代	
2	介入から看取りまでの期間※1	103日間	21日間	
3	死亡原因疾患	がん	心疾患	
4	医療管理状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>中心静脈栄養法、ポート管理</li> <li>在宅酸素療法 (HOT)</li> <li>膀胱留置カテーテル、自己導尿</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> <li>医療用麻薬持続皮下注射</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅酸素療法 (HOT)</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>	
5	家族背景	同居者が殆ど居る：配偶者	同居者が殆ど居る：配偶者	
6	看取りが近い時期のSTの利用頻度※2	平日訪問回数 回/週	10回	5回
		時間外訪問回数 (夜間・休日) 回/週	5回	2回
7	連携した人	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医・ケアマネジャー</li> <li>理学療法士</li> <li>別居の家族、親族</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医・ケアマネジャー</li> <li>病院看護職・医療相談員</li> <li>その他</li> </ul>	
8	余命告知状況	配偶者にされていた	本人・配偶者・子ども	
9	STの役割、必要性の理解	患者・家族が理解していた	患者・家族が理解していた	
10	利用者が希望した最期を迎えた場所	自宅	自宅	
11	家族が希望した看取りの場所	自宅	自宅	
12	死亡した場所	自宅	自宅	
13	苦慮したこと・課題と感じたこと	担当以外の訪問看護師が急激な状態変化から看取り対応まで行うこととなった際、自身の対応に不安が残った。訪問看護師間の利用者に関する十分な情報共有が必要であると感じた	心疾患による症状緩和ができなかった。在宅で使用可能な注射薬に限界があることが課題だと感じた	
14	課題を感じた中でも良かったと思える点	理学療法士の介入。大柄の利用者を車いすで散歩することができた。多職種との連携の必要性を実感した	病院職員との連携	

※1) 入退院を繰り返した場合、最後に退院した日から看取られた日までの訪問看護実施期間

※2) 週単位で状態が悪化していった時期



ST	D	G	H
実績	35	43	42
	36	48	223
	2	1	0
	14	3	3

1	80 歳代	80 歳代	85 歳
2	12 日間	7 日間	16 日間
3	がん	がん	がん
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴、静脈注射</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>膀胱留置カテーテル、自己導尿</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>
5	同居者が殆ど居る：配偶者	同居者が殆ど居る：配偶者	同居者が殆ど居る：こども
6	4 回	4 回	2 回
	2 回	3 回	0 回
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医・ケアマネジャー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医・ケアマネジャー</li> <li>病院医師・病院看護職</li> <li>別居の家族、親族</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医・病院看護職・医療相談員</li> <li>介護福祉士</li> <li>別居の親族</li> </ul>
8	配偶者・子ども	配偶者・子ども	本人にされてあったが、理解していない
9	患者・家族が理解していた	患者・家族が理解していた	患者・家族が理解していた
10	自宅	自宅	自宅
11	病院	自宅	自宅
12	自宅	自宅	自宅
13	本人への無告知、本人と家族が希望する看取りの場所に相違あり、急激な状態悪化に伴い、看取りの段階で家族を説得する形となり、混乱を来した	退院許可が出ず、在宅看取りの方針決定まで時間がかかり、さらに急な退院となり、連携調整に苦労した。情報共有不足、医療機関と在宅医療の考えの相違が問題だと感じた	介護、孫の世話、仕事も担い、精神的なサポートを必要とした主介護者との信頼関係の構築や精神的サポートの難しさを感じた
14	ケアマネジャーが在宅看取りを視野に入れた多職種との調整を図り、担当者会や面談などスムーズに行えた	利用者、家族の意向を大切にした看護を継続して提供した事	病院（認定看護師）の相談窓口が明確だったため、症状悪化時、すぐに相談することができた。家族の精神的負担が大きくなった際、レスパイト入院が家族の気持ちを整理する時間になり、良かった

	事業所	I	K
実績	1ヶ月間の利用者実数【H29. 12. 1~12. 31】	305	141
	1ヶ月間の利用者延べ数【同上】	1,255	無回答
	1ヶ月間の看取り数【同上】	0	0
	9ヶ月間の看取り数【H29. 4. 1~12. 31】	0	1

1	年齢	90歳代	80歳代
2	介入から看取りまでの期間※1	4年間	無回答
3	死亡原因疾患	心疾患	がん
4	医療管理状況	・排便コントロール	・中心静脈栄養法、ポート管理 ・医療用麻薬の服薬管理 ・PTCD管理
5	家族背景	同居者が殆ど居る：こども	同居者が殆ど居る：配偶者
6	看取りが近い時期のSTの利用頻度※2	平日訪問回数 回/週	2回
		時間外訪問回数(夜間・休日) 回/週	0回
7	連携した人	・在宅医・ケアマネジャー ・その他	・ケアマネジャー ・病院医師・ヘルパー ・別居の家族・友人
8	余命告知状況	されていない	本人・配偶者・子ども
9	STの役割、必要性の理解	患者・家族が理解していた	無回答
10	利用者が希望した最期を迎えた場所	自宅	自宅
11	家族が希望した看取りの場所	自宅	自宅
12	死亡した場所	自宅	病院
13	苦慮したこと・課題と感じたこと	本人が献体を希望していた。しかし、家族がその関係機関に対して不満や不信感があり、訪問看護師が調整役や代弁者的な立場として配慮が必要であった	持続皮下注(麻薬)の管理。在宅での持続皮下注射による治療は、行動の制限や家族の負担が大きく、地域的にSTから遠方に住んでいる方は、薬剤の調整などで頻回の訪問看護が必要となり、コストもかかる。在宅に合った投与方法が必要だと思う
14	課題を感じた中でも良かったと思える点	家族が最期まで自宅で満足のいく介護ができた。介護する家族の思いを傾聴し、私達看護師が持つ、知識を活かし、指導すること等が大切だと思う	持続皮下注からパッチに変えてもらい、痛みのコントロールができた

※1) 入退院を繰り返した場合、最後に退院した日から看取られた日までの訪問看護実施期間

※2) 週単位で状態が悪化していった時期

ST	L	M
業績	32	19
	153	81
	0	0
	3	2
1	80 歳代	86 歳
2	3 日間	140 日間
3	がん	がん
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅酸素療法 (HOT)</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅酸素療法 (HOT)</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> <li>吸引</li> </ul>
5	同居者が殆ど居る：配偶者	同居者が殆ど居る：配偶者 (夜間は孫が在宅)
6	3 回	2~3 回
	1 回	0 回
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医・ケアマネジャー</li> <li>病院医師・病院看護職・医療相談員</li> <li>別居の家族、親族</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医・ケアマネジャー</li> <li>別居の家族、親族</li> </ul>
8	配偶者・子ども	配偶者・子ども
9	患者・家族が理解していない	患者・家族が理解していた
10	自宅	自宅
11	病院	自宅
12	自宅	病院
13	<p>本人、家族が医療者に対して不信感があり、病院を転々としていた為、看取りの場所を決められずにいた。主治医が変更になるため、STを一旦休止することも生じ、職種間の連携がうまくいかなかった。本人が末期であることを知らされておらず、家族や訪問看護師に対して不信感があったために声がけには十分に注意しながらの対応が必要であった</p>	<p>妻は、夫の状態が最期の時に近づいていることを認識しており、自宅で看取ることについて十分に話し合いをしてきたはずだったが、突然の呼吸停止に驚き、救急車で病院搬送後、検死となった。訪問看護師として十分な説明と関わりをしてきたつもりであったが、妻は心の準備が出来ておらず、一人で対応できずに不安を抱えていたことに気づかされた</p>
14	<p>最終的に調整がうまくいき、自宅に退院。開業医の介入により、自宅で安らかに看取ることができた。家族も満足された最期であった。緊急時に対応したことで信頼を得ることができた</p>	<p>お風呂好きの利用者が、1か月以上も入浴できない状態であった。最後の入浴になるかもしれない事を覚悟でSTスタッフ、ケアマネジャー、妻の5人でお風呂に入ることができ、笑顔と感謝の言葉をもらった。その4日後に永眠された。サポートしてくれるスタッフ、ケアマネジャーに感謝したい。相談できる職場、協力しあえる職種の重要性を実感した</p>

	事業所	A	B
実績	1ヶ月間の利用者実数【H29. 12. 1~12. 31】	167	61
	1ヶ月間の利用者延べ数【同上】	1,012	284
	1ヶ月間の看取り数【同上】	5	3
	9ヶ月間の看取り数【H29. 4. 1~12. 31】	44	8

1	年齢		80歳代	90歳代
2	介入から看取りまでの期間※1		75日間	半年間
3	死亡原因疾患		がん	がん
4	医療管理状況		<ul style="list-style-type: none"> <li>腎ろう、膀胱ろう</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅酸素療法 (HOT)</li> <li>医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>
5	家族背景		終日独居：別居している子ども、兄弟姉妹あり	同居者が殆ど居る：配偶者
6	看取りが近い時期のSTの利用頻度※2	平日訪問回数 回/週	3回	4回
		時間外訪問回数 (夜間・休日) 回/週	2回	1回
7	連携した人		<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャー</li> <li>介護福祉士</li> <li>病院医師・病院看護職</li> <li>別居の家族、親族</li> <li>近隣者・友人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医</li> <li>ケアマネジャー</li> <li>病院医師・薬剤師</li> <li>別居の家族、親族</li> </ul>
8	余命告知状況		されていない	本人・配偶者・子ども
9	STの役割、必要性の理解		患者・家族が理解していた	患者・家族が理解していた
10	利用者が希望した最期を迎えたい場所		自宅	自宅
11	家族が希望した看取りの場所		自宅	自宅
12	死亡した場所		自宅	病院
13	良好だったこと・継続していきたいこと		多職種はじめインフォーマルな地域の人達との関わりが本人の療養生活に安心を与え、穏やかな看取りを迎えることができた。病院医師が継続して訪問診察したことが本人の安心と喜び、楽しみになっていた	本人・家族の意思に沿ったケアができた。家族と職種との連携が良好だった
14	うまく対応できた中でも苦慮した点		独居者の夜間の安否確認 臨死期に救急搬送、検死を回避するための関係者間の周知徹底に苦慮した	在宅医の理解不足 (在宅での看取り・緩和ケア・医療用麻薬)

※1) 入退院を繰り返した場合、最後に退院した日から看取られた日までの訪問看護実施期間

※2) 週単位で状態が悪化していった時期

	事業所	D	E
実績	1ヶ月間の利用者実数【H29. 12. 1~12. 31】	35	103
	1ヶ月間の利用者延べ数【同上】	36	無回答
	1ヶ月間の看取り数【同上】	2	2
	9ヶ月間の看取り数【H29. 4. 1~12. 31】	14	16

1	年齢	50歳代	80歳代
2	介入から看取りまでの期間※1	33日間	92日間
3	死亡原因疾患	がん	がん
4	医療管理状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴、静脈注射</li> <li>・医療用麻薬の服薬管理</li> </ul>	なし
5	家族背景	同居者が殆ど居る：配偶者	同居者が殆ど居る：子ども
6	看取りが近い時期のSTの利用頻度※2	平日訪問回数 回/週	3~4回
		時間外訪問回数(夜間・休日) 回/週	0回
7	連携した人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャー</li> <li>・病院医師・病院看護師</li> <li>・医療相談員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医・ケアマネジャー</li> <li>・介護福祉士</li> </ul>
8	余命告知状況	本人・配偶者・子ども	されていない
9	STの役割、必要性の理解	患者・家族が理解していた	患者・家族が理解していた
10	利用者が希望した最期を迎えたい場所	自宅	自宅
11	家族が希望した看取りの場所	自宅	自宅
12	死亡した場所	自宅	自宅
13	良好だったこと・継続していきたいこと	退院時、病院医師より正確にICされていたために家族全員が協力し、多職種とも連携体制をつくることのできた。家族に見守られ穏やかに最期を迎えた	点滴をはじめ、延命治療を希望されなかった本人の希望を叶えることができた
14	うまく対応できた中でも苦慮した点	特になし	医療行為をしなければならぬと考える医師に対し、本人、家族の思いを伝え続けることに苦慮した

	事業所	F	G
実績	1ヶ月間の利用者実数【H29. 12. 1~12. 31】	6	43
	1ヶ月間の利用者延べ数【同上】	23	48
	1ヶ月間の看取り数【同上】	0	1
	9ヶ月間の看取り数【H29. 4. 1~12. 31】	1	3

1	年齢		92歳	90歳代
2	介入から看取りまでの期間※1		16日間	90日間
3	死亡原因疾患		慢性腎不全	老衰
4	医療管理状況		なし	・点滴、静脈注射 ・褥瘡処置
5	家族背景		有料老人ホーム入所中	同居者が殆ど居る：長男の嫁
6	看取りが近い 時期のSTの 利用頻度※2	平日訪問回数 回/週	2回	3回
		時間外訪問回数 (夜間・休日) 回/週	0回	2回
7	連携した人		・在宅医・ケアマネジャー ・病院看護職・介護福祉士 ・別居の家族、親族	・在宅医・ケアマネジャー・その他 (ショートステイ先のスタッフ)
8	余命告知状況		子ども	長男の嫁
9	STの役割、必要性の理解		家族のみ	家族のみ
10	利用者が希望した最期を迎えたい場所		無回答	自宅
11	家族が希望した看取りの場所		施設	自宅
12	死亡した場所		施設	自宅
13	良好だったこと・継続していきたいこと		<u>在宅医、ケアマネジャー、家族と</u> <u>で話し合う時間を設けたことで、</u> 家族が改めて看取りについて向 き合うことができ、納得のいく看 取りになった	<u>褥瘡処置について主治医と整形外科</u> <u>医が連携しており、確認先が明確で</u> あったこと。医療と介護の連携調整 がケアマネジャーと共に取り組むこ とができた。このことが、家族への 良好なフォローに繋がった
14	うまく対応できた中でも苦慮した点		<u>急激に病状が変化していく中、ご</u> <u>家族の精神面へのフォローに手</u> <u>がまわらず、家族を不安にさせて</u> しまった	<u>褥瘡処置に関する家族負担の軽減を</u> <u>図るための介入方法（医療と介護の</u> 調整)

※1) 入退院を繰り返した場合、最後に退院した日から看取られた日までの訪問看護実施期間

※2) 週単位で状態が悪化していった時期

	事業所	H	J
実績	1ヶ月間の利用者実数【H29. 12. 1~12. 31】	42	82
	1ヶ月間の利用者延べ数【同上】	223	301
	1ヶ月間の看取り数【同上】	0	1
	9ヶ月間の看取り数【H29. 4. 1~12. 31】	3	5

1	年齢		90歳代	90歳代
2	介入から看取りまでの期間※1)		7日間	28日間
3	死亡原因疾患		老衰	脳血管疾患
4	医療管理状況		・中心静脈栄養法、ポート管理	・点滴、静脈注射
5	家族背景		日中のみ独居：子どもと同居	同居者が殆ど居る：子ども
6	看取りが近い時期のSTの利用頻度※2	平日訪問回数 回/週	3回	3回
		時間外訪問回数(夜間・休日) 回/週	0回	1回
7	連携した人		・在宅医・ケアマネジャー ・病院看護職・医療相談員 ・介護福祉士・別居の親族	・在宅医・ケアマネジャー
8	余命告知状況		されていない	不明
9	STの役割、必要性の理解		患者・家族が理解されていた	家族のみ
10	利用者が希望した最期を迎えたい場所		自宅	親族の家
11	家族が希望した看取りの場所		自宅	親族の家
12	死亡した場所		自宅	親族の家
13	良好だったこと・継続していきたいこと		遠方の親族を含め、看取りが可能な環境づくりができた。苦痛を伴う症状もなく、穏やかに最期を迎えることができた	本人、家族がどのように最期を迎えたいのかを聞き、できるだけ、それに近づけるようなケアができた
14	うまく対応できた中でも苦慮した点		なし	どのような最期を迎えたいのかわからない時には、いろいろな選択肢を伝えて考えてもらった

	事業所	L	M
実績	1ヶ月間の利用者実数【H29. 12. 1~12. 31】	32	19
	1ヶ月間の利用者延べ数【同上】	153	81
	1ヶ月間の看取り数【同上】	0	0
	9ヶ月間の看取り数【H29. 4. 1~12. 31】	3	2

1	年齢	100歳代	99歳
2	介入から看取りまでの期間※1	30日間	30日間
3	死亡原因疾患	心疾患・老衰	老衰
4	医療管理状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴、静脈注射</li> <li>・在宅酸素療法 (HOT)</li> <li>・膀胱留置カテーテル、自己導尿</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴、静脈注射</li> </ul>
5	家族背景	同居者が殆ど居る：子ども	同居者が殆ど居る：子ども
6	看取りが近い時期のSTの利用頻度※2	平日訪問回数 回/週	5回
		時間外訪問回数 (夜間・休日) 回/週	1~2回
7	連携した人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医・ケアマネジャー</li> <li>・別居の家族、親族</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医・ケアマネジャー</li> <li>・介護福祉士</li> </ul>
8	余命告知状況	子ども	子ども・孫
9	STの役割、必要性の理解	患者・家族理解していた	患者・家族が理解していた
10	利用者が希望した最期を迎えたい場所	自宅	自宅
11	家族が希望した看取りの場所	自宅	自宅
12	死亡した場所	自宅	自宅
13	良好だったこと・継続していきたいこと	<p>土・日など、訪問日以外の日には電話で様子を確認し、家族の不安を軽減することができた。在宅医と連携をとりながら、家族が満足したケアや処置を提供することができた。スタッフ全員で情報を共有し、係ることができた</p>	<p>寝たきりの状態であった利用者。介護者が高齢に加え、介護初心者だったことから工夫した介護方法の説明と実践が必要だった。1ヶ月間の関わりの中で介護や看取りまでの一連の流れがうまくできたと感じる。最期は、孫さん達に見守られ、安らかだった</p>
14	うまく対応できた中でも苦慮した点	<p>訪問当初から自宅で看取りたいと希望されていたが、いざ呼吸困難となった時に家族が迷ってしまった。その後、子ども達全員で話し合い、自宅で看取ることになった。迷った時のこちらの対応も考えておく必要があった</p>	

※1) 入退院を繰り返した場合、最後に退院した日から看取られた日までの訪問看護実施期間

※2) 週単位で状態が悪化していった時期



### III 分析および考察

#### 1 調査協力のあった置賜管内訪問看護ステーション概要より

##### 1) 体制について (P2 表 1・表 2)

- 受け持ち制をとっている訪問看護ステーション (以下、ST とする) は 1 ST、チーム制が 2 ST、受け持ち制・チーム制併用が 10 ST であった。夜間訪問体制については、11 ST が有ると答えた。具体的な体制としてはオンコール体制が 10 ST、当直制が 1 ST であった。
- ケースバイケースの場合も有るとの記述などから、利用者の病状や家族背景などに合わせて柔軟に体制を変えて訪問を行っている。

○「苦慮した症例・A」(P5 表 9) に示されたように、担当者以外の看護師が利用者の急変や重要な場面に対応せざるを得ない場合に備え、チーム全員が利用者の情報を共有することが重要である。

##### 2) 職員数について (P2 表 3、表 4、P3 表 5、表 6、)

本調査では職員数を常勤換算数ではなく、実人員数として回答を求めた。

また、看護職員実数は、保健師・看護師・准看護師を含めた人数 (常勤・非常勤含む) である。

- 有効回答 13 ST において、看護師は合計 67 人
- 理学療法士は 5 ST に在籍しており、合計 9 人
- 作業療法士は 3 ST に在籍しており、合計 5.5 人
- 事務職員は 6 ST に在籍しており、合計 6.5 人

○本調査だけでは、置賜管内 ST の規模について言及は難しいが、協力のあった置賜管内 ST の職員数から、零細的な規模で運営している事業所が多いことがわかった。限られた人員数で 24 時間 365 日の利用者の生活を支えることは、非常に過酷な実情であることが伺われる。

○平成 26 年度より機能強化型訪問看護療養費が新設されているが、置賜管内の ST で届出基準を満たす ST があるのかどうか、本調査では回答を求めておらず精査できていない。

#### 2. 実績より

##### 1) 平成 29 年 12 月 1 日～末日まで (1 か月間) の利用者実数

- 本調査に協力のあった 13 ST の利用者実数 合計 1,151 人
- 一番割合が多かった利用者数は 1 事業所あたり 50 人以内で、6 ST が該当し、利用者数 305 人が群を抜いて多い。

○このことは、次に示す利用者延べ数にも該当すると思われるが、診療報酬により理学療法士、作業療法士による訪問看護について、1 回 20 分以上、週 6 回を限度として実施可能な点から、これらの職種が在籍している ST において、利用者実数ならびに述べ人数が多いことが一要因と推測される。「置賜管内訪問看護ステーションにおける人員数と看取り件数」(P4 図 1) を参照されたい。

##### 2) 平成 29 年 12 月 1 日～末日まで (1 か月間) の利用者延べ数

- 13 ST の利用者延べ数 合計 4,083 人

##### 3) 平成 29 年 12 月 1 日～末日まで (1 か月間) の看取り件数

- 6 ST に実績あり 合計 14 件

##### 4) 平成 29 年 4 月から同年 12 月末までの看取りの件数

- 12 ST に実績あり 合計 100 件

○P4 図 1. に示したとおり、9 ヶ月間の看取り件数が 0 件の ST もあることから、看取り件数は人員数に関するものではないことが推測される。本調査では看取りの可能性のある利用者の受け入れに関する回答を求めておらず精査できないが、ST の受け入れ体制や指針、地域の体制などが関与することが示唆された。

3. 平成 29 年 4 月から同年 12 月末の間に ST で経験した

苦慮した、あるいは課題が残ったと思われる看取り

うまく対応できた看取りだったと思える症例 それぞれ 1 例ずつに関する分析と考察 (P5~P13)

13 の ST から、それぞれ 1 症例ずつ回答を求めたところ、

「苦慮した、あるいは課題が残ったと思われる看取り：9 症例」、「うまく対応できたと思える看取り：10 症例」の回答があった。

1) 年齢 (n=19) 表 18

項目	回答数
50 歳代	1
60 歳代	1
70 歳代	1
80 歳代	8
90 歳代	7
100 歳代	1

○看取りについては場所だけでなく、年代も幅広く、その年代の特性に応じた多岐に渡る対応が求められていることが推測された。

2) 介入から看取りまでの訪問看護を実施した期間

(入退院を繰り返した方は、最後に退院した日から看取られた日までの訪問看護実施期間)

(n=19) 表 19

期間	回答数
10 日未満	3
10~1 か月未満	7
1 か月~6 ヶ月未満	7
4 年間	1
無回答	1

○「苦慮した症例・G」(P6 表 10) のがん疾患の利用者は退院の許可が出ず、在宅での看取りの方針決定に時間を要し、家で過ごした期間は 7 日であった。がん疾患の場合は診断がついた時期、もしくはできるだけ早い時点から本人の意思を把握することが大切であり、その意思を尊重した医療のあり方を相談し、家族や関係者と合意形成する過程を展開する必要がある。

○がん疾患の場合、ST に依頼があった時にはすでに重症の状態であり、本人の意思尊重より、症状緩和のために救急搬送する手段を選択するしかなく、そのまま入院先で亡くなる場合が未だ少なくないことを把握した。

3) 死亡原因疾患

(n=19) 表 20

項目	回答数
がん	11
老衰	4
心疾患	2
脳血管疾患	1
慢性腎不全	1

#### 4. 医療管理状況（複数回答）

表 21

項目	回答数	
	苦慮した症例	うまく対応できた症例
医療用麻薬の服薬管理	8	3
在宅酸素療法（HOT）	4	2
膀胱留置カテーテル・自己導尿	2	1
中心静脈栄養法・ポート管理	1	1
点滴・静脈注射	2	5
医療用麻薬持続皮下注射	1	0
吸引	1	0
褥瘡処置	1	1
P T C D 管理	1	0
腎ろう・膀胱ろう	0	1

- ・「がん」の利用者に関する報告が多かったこともあり、「苦慮した症例」「うまく対応できた症例」を合わせても医療用麻薬の服薬管理が 11 例と一番多い結果であった。
- ・医療用麻薬に関する課題の報告は 1 例のみであり、麻薬を持続投与するための医療機器使用に関する管理体制や利用者側のコストや制約に関して問題視した内容であった。  
「苦慮した症例・K」（P7 表 11）参照。

#### 5. 家族背景（3 親等以内）について

- ・16 例が同居者有り、という回答であった。  
同居者と本人の関係では配偶者 9 例、次いで子ども 7 例、長男の嫁、施設入所中がそれぞれ 1 例であった。
  - ・「苦慮した症例」9 例全てに日中、同居者が在宅していた。日中独居、終日独居がそれぞれ 1 件であった。
- 日中独居、終日独居にも関わらず、「うまく対応できた症例」として回答された理由として、近隣者などのインフォーマルな地域との関わりと多職種との良好な連携があったと考えられる。  
「うまく対応できた症例・A」（P9 表 13）参照。
- 同居者有りの割合は数の上では多いが、利用者が高齢であり、多くは老老介護と推測される。

#### 6. 訪問看護ステーションの利用頻度について

##### 1) 看取りが近い時期

（週単位で状態が悪化した時期）

（n=19）表 22

回数/週	回答数
0	6
1	4
1~2	2
2	5
3	1
5	1

##### 2) 看取りが近い時期の時間外訪問（夜間・休日）

（n=19）表 23

回数/週	回答数
1	1
2	4
2~3	1
3	5
3~4	1
4	3
5	2
7	1
10	1

- 医療依存度が高い利用者や症状コントロールが不良な場合、時間外の訪問が多い。

## 7. 在宅療養を支えるにあたり、連携した人について（訪問看護師以外）

表 24

職種または関係	件数	職種または関係	件数
ケアマネジャー	18	薬剤師	1
在宅医	13	理学療法士	1
病院医師	5	別居の家族、親族	11
病院看護職	8	友人	2
医療相談員	5	ショートステイのスタッフ	1
介護福祉士（またはヘルパー）	7	その他	1

- ケアマネジャーは、1件を除く18件の症例に関わっており、医療と介護の連携が保たれていることを把握した。
- 病院医師と在宅医師との連携、さらに病院看護職との連携も在宅看取りに大きく関与していると言える。  
「苦慮した症例・H」（P6 表 10）「うまく対応できた症例・G」（P11 表 15）参照。
- 理学療法士の介入は、利用者の残された機能回復や保持などの理学療法士本来の役割の他に、訪問看護師と協力し合うことにより利用者の在宅での生活の質に貢献している。「苦慮した症例・A」（P5 表 9）

## 8. 余命告知状況について

- ・「苦慮した症例」では、本人に余命告知がなされていない症例は、9例中7例であった。また、余命告知されていたが、理解していない症例は1例であった。
  - ・「うまく対応できた症例」では、本人に余命告知されていない症例は、10例中5例。不明が1例であった。
- 本調査では、余命告知の回答は求めていたが、病名告知の状況については把握できなかった。  
「苦慮した症例・D」（P6 表 10）は無告知であったために利用者の『最期をどうしたいか』について意思確認ができず、看取りの場面で混乱をきたしている。

## 9. 最期を迎えたい場所について（本調査では、本人と家族の希望場所、さらに、実際に最期を迎えた場所についても回答を求めた。）

- ・本人が希望した場所では、19件中18件が自宅（親族の家1例含む）であった。施設入所の1例は無回答であった。
  - ・「苦慮した症例」では、自宅を希望した本人に対して、病院を希望する家族が2件あった。
  - ・「実際に最期をどこで迎えたか」については、19件中3件が本人の希望とは異なる場所であり、いずれも「苦慮した症例」であった。
- 「苦慮した症例 D・L・M」（P10・P13）の症例にあるように、本人・家族の意思の統一がなされていない症例や無告知の症例は看取りの段階で混乱をきたしている。
- 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、本人、家族、関係者のしっかりとした病状把握の有無、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。

## 10. その他、ご意見

- ・在宅医とのコミュニケーションの不足さを感じる。
- ・在宅医とは、意見書のやり取りのみになっている。
- ・在宅医と連携して利用者や家族の医療的な不安を取り除くことに役立てたいが、外来診療があり難しい。

## 利用者の終末期ケア・看取りを実現するための課題と対策

### 生活面・社会面

症例より抽出した課題	対策として考えられる事
<ul style="list-style-type: none"> <li>独居者の場合は、社会資源で担わざるを得ない。同時に社会資源導入は関係者の増加につながり、その対応の統一、連絡の工夫が難しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前カンファレンス内において、関係機関との連絡手段を明確にしておく。</li> <li>看取りに関する対応の統一化については、ST 内でもタイムリーな情報共有の手段を検討する。家族や関係者とは、利用者本人の状態に合わせながら、繰り返し調整を図り、連絡し合うことが必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>共稼ぎや核家族型への変化により、介護を担う家族がいない。高齢者の単身もしくは夫婦のみの世帯が増加している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>近隣者などのインフォーマルな地域の関りが重要であることを認識し、大切な協力者であり資源として対応を図る。</li> <li>介護保険、社会サービスの早期申請。</li> <li>ケアマネジャーの介入。</li> </ul>

### 医療面・身体面

症例より抽出した課題	対策として考えられる事
<ul style="list-style-type: none"> <li>看取り対応が必要な利用者は、症状コントロールが最優先される。その際、医師との連携が重要であるが、苦慮している現状が垣間見られた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時や必要時に連絡がとれるルートや窓口の確保。（特に診療所）</li> <li>医師との仲介役として看護師やMSWの協力を得る。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りの対応が必要な利用者は、病状や状態の変化が早い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院後、早期からの患者や家族の意思確認とその内容に沿った退院支援の実施。</li> <li>先を見越したSTの体制、および利用者本人、家族、関係者との連携体制を整える。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>医療用麻薬を持続投与するための医療機器の操作方法や管理、利用者側のコストや制約に関する課題</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>これまでも医療機器の管理方法について研修会が行われた経緯があるが、再度開催していく。</li> <li>医療用麻薬調剤可能な調剤薬局の確保など、地域の体制整備。</li> </ul>

### 精神面

症例より抽出した課題	対策として考えられる事
<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護師が、利用者本人への看護や関わり同様、家族支援が重要であることは理解しているが、家族へ十分な支援が提供されているか自信が持てない、あるいは利用者本人への医療的対応に時間を割かれ、十分な支援ができていないと感じている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅看取りについては、どんなに覚悟をして体制を整えても、病状の変化と比例し、本人や家族、関係者ともに気持ちの揺れが生じることを理解する。</li> <li>レスパイト入院の制度活用。（緩和ケア病棟）</li> <li>家族ケアや意思決定支援などの研修会を企画開催していく。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族が持つ、関係者への不信感が在宅療養支援に支障をきたす。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師からの利用者本人、家族への正確な病状説明。</li> <li>告知（予後告知）は、早期にタイミングよく実施する。</li> </ul>

### 情報共有・連携調整

症例より抽出した課題	対策として考えられる事
<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りまでに発生する制度関係者との仲介・調整役などの業務に関する煩雑化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護師の業務をサポートする職種が必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>急な退院によって、医療ニーズやケアマネジメント、関係する多職種との連携や調整などが間に合わない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院後、早い時点からの退院支援の開始とSTやケアマネジャーへの早期情報提供。特にがん疾患の場合は診断がついた時期、もしくはできるだけ早い時点から本人の意思を確認する。</li> <li>退院までに医師からの正確な病状説明と共に意思を尊重した医療のあり方を相談し、家族や関係者との合意形成がなされていることが必要。</li> </ul>

## IV まとめ

置賜管内 13 箇所の各 ST から「苦慮した症例」ならびに「うまく対応できた症例」1 例ずつを報告してもらった。本調査では 1 例ずつの報告としたが、結果、ST が対応した在宅での看取りに関する様々な実情を把握することができた。症例を分析した結果、ST が看取りを行う上で特に重要だと認識している項目について、以下に列記した。同様に、退院支援を行う病院機関においても関連課題であることが示唆された。

- ① 利用者の最期を迎えたい場所が関係者間で合意されていること。
- ② 利用者の意思を家族や多職種が尊重していること。
- ③ 家族や多職種との有効な連携が保たれていること。
- ④ 症状コントロールが良好であったこと。
- ⑤ 相談できる病院窓口があること。
- ⑥ 訪問看護職員が家族をサポートしていたと実感していること。

中でも⑥に関連しては、訪問看護師の主観的要素が大きい。利用者本人や家族の笑顔や感謝の言葉、そして穏やかな看取りの場面に居合わせた時、訪問看護師はやりがい感や達成感を得ている。また、困難な状況の中でも信頼できる同僚や連携する多職種との協働が解決の糸口となり、利用者の希望に沿った最期を迎えることができていると言える。支援される側、する側の双方が「よい看取りができた」と実感できることが重要だと言える。

## V おわりに

本調査では、がん疾患、高齢者慢性疾患、老衰など、様々な疾患の症例が報告されたことによって、より多くの貴重な結果を得ることができた。

特に、がん疾患の場合は診断がついた時点、もしくはできるだけ早い時期から本人の意思を把握することが大切であり、その意思を尊重した医療のあり方を相談し、家族や関係者と合意形成する過程を展開する必要性を立証する結果が得られた。一方で、非がん疾患（慢性疾患）高齢者の終末期においては、どこまでが終末期なのかどこまでが治療可能と考えるのかといったコンセンサスが得られておらず、緩和ケアへの移行期が曖昧である。そのため、家に居たいと希望する高齢者が自身の意思を問われることなく、救命や延命が優先されている実情があった。地域住民に対し、最期まで家で暮らせる選択肢や支援に関する情報がさらに必要である。

今後、がん終末期疾患と同様に終末期高齢者と家族の意思決定支援と実現に向けて、訪問看護がより多く利用されることが望まれる。また、三友堂病院地域緩和ケアサポートセンターにおいては、今回の調査結果を踏まえ、疾病を抱えても住み慣れた生活の場で安心して暮らせる地域医療を目指した活動を続けていく。

### 【参考文献】

- [1] 第 2 回地域医療構想 置賜地域検討部会・在宅医療に関する課題と施策の展開方向【置賜】  
[http://www.pref.yamagata.jp/ou/kenkofukushi/090001/plan\\_dept/rhcc\\_doc/rhcc\\_oi/2shiryo5.2016-01-07.9320298176.pdf](http://www.pref.yamagata.jp/ou/kenkofukushi/090001/plan_dept/rhcc_doc/rhcc_oi/2shiryo5.2016-01-07.9320298176.pdf) (2018/1/6 アクセス)
- [2] 全国訪問看護事業協会「平成 29 年訪問看護ステーション数調査結果」  
<https://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/h29-research.pdf> (2017/12/1 アクセス)
- [3] 日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会「訪問看護アクションプラン 2025」  
<http://www.jvnf.or.jp/2017/actionplan2025.pdf> (2017/12/1 アクセス)。
- [4] 福井小紀子「地域全体をつなぐ機能強化型訪問看護ステーション」『訪問看護と介護』21 巻 7 号、506-516 頁。

平成 30 年 2 月 2 日

訪問看護ステーション管理者 様

三友堂病院地域緩和ケアサポートセンター  
センター長 灘岡壽英平成 29 年度山形県在宅医療推進事業  
訪問看護ステーションにおける看取りに関する調査 実施について（ご依頼）

向春の候、ますますご繁栄のこととお慶び申し上げます。

本年も、ご指導ご鞭撻を賜りますよう、宜しく願いいたします。

さて、当院では平成 21 年の三友堂病院地域緩和ケアサポートセンターの開設を機に「患者さんが住み慣れた場所で、その人らしく生きること」を支援するための取り組みを行っております。その後、平成 24 年度より山形県在宅医療推進補助金事業として地域の医療・介護・福祉関係者様との事例検討会ならびに情報交換会、講演会などを開催し、共に在宅緩和ケアに関する知識を習得していく中、お互いの役割理解、さらに多職種同士の連携基盤の構築を目標に取り組んでまいりました。

近年、単身者世帯や高齢独居者の増加などに伴う、看取り先確保困難な事例が当院でも少なくなく、在宅医療推進する上で課題の一つとして挙げられております。

つきましては、今回、訪問看護ステーションの管理者の皆様より実情をお聞きし、病院としてできる対応策について検討すると共に当センターの今後の取り組みに反映したいと考えております。

ご多忙中、大変恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

- 1.調査名 訪問看護ステーションにおける看取りに関する調査
- 2.調査対象 置賜管内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上、同封の返信用封筒でご投函ください
- 4.提出期限 平成 30 年 2 月 28 日（水）
- 5.返送先 三友堂病院地域緩和ケアサポートセンター 宛

\*\*\*\*\*

三友堂病院地域緩和ケアサポートセンター

担当:黒田美智子

TEL:(0238) 24-3700 (代表)

FAX:(0238) 24-3727

E-mail : kanwa@sanyudo.or.jp

\*\*\*\*\*

## 訪問看護ステーションにおける看取りに関する調査

平成30年2月

該当項目に○または記載をお願いします。(お答えできる範囲で結構です。)

## 1. 設置されている地域について該当する番号に○印をつけてください。

- 1) 東南置賜 (米沢市、南陽市、高畠町、川西町)
- 2) 西置賜 (長井市、小国町、白鷹町、飯豊町)

## 2. 平成29年12月31日現在の貴訪問看護ステーションの体制について伺います。

## 1) 訪問看護体制について

- ・受け持ち制
- ・チーム制
- ・受け持ち制チーム制併用

## 2) 夜間に訪問が必要な場合に訪問看護の体制がありますか。(有 無)

- 有の場合
- ・オンコール体制
- ・当直制

## 3) 職員数について、数字をご記入ください。

職種	保健師	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	事務職	その他
常勤							
非常勤							

## 3. 平成29年12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数についてお聞きします。

実数 \_\_\_\_\_ 人 (延べ数 \_\_\_\_\_ 人)

## 4. 平成29年12月1日～末日まで(1か月間)の看取り件数を教えてください。

\_\_\_\_\_ 件

また、平成29年4月から同年12月末までの看取りの件数を教えてください。

\_\_\_\_\_ 件



5. 平成 29 年 4 月から同年 12 月末の間に経験された

苦慮した、あるいは課題が残ったと思われる看取りの症例と  
うまく対応できた看取りだったと思える症例 1 例ずつについてお教えてください。  
(がん患者に限らずお答えください)

**苦慮した、あるいは課題が残ったと思われる看取りの症例について**

あてはまる箇所に○をつけるか、ご記入をお願いします。  
おわかりになる範囲で結構です。

- 1) お亡くなりになった年齢 \_\_\_\_\_ 歳代
- 2) 介入から看取りまでの訪問看護を実施した期間  
(入退院を繰り返した方は、最後に退院した日から看取られた日までの訪問看護実施期間)  
\_\_\_\_\_ 日間
- 3) 死亡原因疾患  
・がん ・脳血管疾患 ・心疾患 ・難病 ・呼吸器疾患 ・その他 (傷病名: \_\_\_\_\_)
- 4) 医療管理状況 (複数回答)

点滴・静脈注射	中心静脈栄養法・ポート管理
経管栄養法 (胃ろう・腸ろう)	経管栄養法 (経鼻)
人工呼吸器・持続陽圧呼吸	在宅酸素療法 (HOT)
気管カニューレ	膀胱留置カテーテル・自己導尿
人工肛門	腎ろう・膀胱ろう
在宅自己腹膜還流 (CAPD)	医療用麻薬の服薬管理
医療用麻薬持続皮下注射	その他 (内容 _____)
- 5) 家族背景 (3 親等以内について)
  - ・同居者が殆ど家に居る 同居者: 配偶者・子ども・親・兄弟姉妹・その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - ・日中のみ独居 同居者: 配偶者・子ども・親・兄弟姉妹・その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - ・終日独居 別居の家族や親族 (有・無)  
有の場合: 配偶者 ・子ども ・親 ・兄弟姉妹 ・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 6) 貴訪問看護ステーションの利用頻度  
看取りが近い (週単位で状態が悪化していった) 時期 \_\_\_\_\_ 回/週  
看取りが近い時期の時間外訪問 (夜間・休日) 回数 \_\_\_\_\_ 回/週
- 7) 在宅療養を支えるにあたり、連携した人 (複数回答)
  - ・在宅医 ・ケアマネジャー ・病院医師 ・病院看護職 ・医療相談員
  - ・介護福祉士 (またはヘルパー) ・薬剤師 ・作業療法士 ・理学療法士
  - ・行政福祉職 (ケースワーカー) ・民生員 ・別居の家族、親族 ・近隣者
  - ・友人 ・その他
- 8) 余命告知状況
  - ・本人にされていない。
  - ・本人にされてあったが、理解していない。
  - ・されていた。(誰に: 本人 ・配偶者 ・子ども ・親 ・兄弟姉妹  
・その他)
  - ・不明

9) 訪問看護開始時、訪問看護の役割や必要性を理解されていましたか？

患者 (はい ・ いいえ)

家族 (はい ・ いいえ)

10) この利用者が最期を迎えたいと希望していた場所は

・ 自宅 ・ 親族の家 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他 ( )

11) 利用者家族が希望していた看取りの場所は、設問 10. のうち、どちらでしたか？

\_\_\_\_\_

12) 実際の看取りの場所は、設問 10. のうち、どちらでしたか？

\_\_\_\_\_

13) この利用者の終末期ケア・看取りを実現するために、苦慮したことや課題と感じたことはどのようなこと  
でしたか？

(生活面・社会面・医療面・身体面・精神面・情報共有・連携調整の内容からお答えください)

14) 課題を感じた症例ではあったが、対応する中で良かったと思える事や継続していきたい事がございました  
なら、お書きください。

## うまく対応できたと思われる看取りの症例について

あてはまる箇所には○をつけるか、ご記入をお願いします。

- 1) お亡くなりになった年齢 \_\_\_\_\_ 歳代
- 2) 介入から看取りまでの訪問看護を実施した期間 \_\_\_\_\_ 日間  
(入退院を繰り返した方は、最後に退院した日から看取りまでの訪問看護実施期間)
- 3) 死亡原因疾患  
・がん ・脳血管疾患 ・心疾患 ・難病 ・呼吸器疾患 ・その他 (傷病名: \_\_\_\_\_)
- 4) . 医療管理状況 (複数回答)

点滴・静脈注射	中心静脈栄養法・ポート管理
経管栄養法 (胃ろう・腸ろう)	経管栄養法 (経鼻)
人工呼吸器・持続陽圧呼吸	在宅酸素療法 (HOT)
気管カニューレ	膀胱留置カテーテル・自己導尿
人工肛門	腎ろう・膀胱ろう
在宅自己腹膜還流 (CAPD)	医療用麻薬の服薬管理
医療用麻薬持続皮下注射	その他 (内容 _____)
- 5) 家族背景 (3親等以内について)
  - ・同居者が殆ど家に居る 同居者: 配偶者・子ども・親・兄弟姉妹・その他 ( )
  - ・日中のみ独居 同居者: 配偶者・子ども・親・兄弟姉妹・その他 ( )
  - ・終日独居 別居の家族や親族 (有・無)  
有の場合: 配偶者 ・子ども ・親 ・兄弟姉妹 ・その他 ( )
- 6) 貴訪問看護ステーションの利用頻度
  - ・看取りが近い (週単位で状態が悪化していった) 時期 \_\_\_\_\_ 回/週
  - ・看取りが近い時期の時間外訪問 (夜間・休日) 回数 \_\_\_\_\_ 回/週
- 7) 在宅療養を支えるにあたり、連携した人 (複数回答)

・在宅医	・ケアマネジャー	・病院医師	・病院看護職	・医療相談員
・介護福祉士 (またはヘルパー)	・薬剤師	・作業療法士	・理学療法士	
・行政福祉職 (ケースワーカー)	・民生員	・別居の家族、親族		
・近隣者	・友人	・その他		
- 8) 余命告知状況
  - ・本人にされていない。
  - ・本人にされてあったが、理解していない。
  - ・されていた。 (誰に: 本人 ・配偶者 ・子ども ・親 ・兄弟姉妹  
その他 \_\_\_\_\_)
  - ・不明
- 9) 訪問看護開始時、訪問看護の役割や必要性を理解されていましたか?  
患者 (はい ・ いいえ)  
家族 (はい ・ いいえ)
- 10) この利用者が最期を迎えたいと希望していた場所は  
・自宅 ・親族の家 ・施設 ・病院 ・その他 \_\_\_\_\_

11) 利用者家族が希望されていた看取りの場所は、設問 10. のうち、どちらでしたか？

\_\_\_\_\_

12) 実際の看取りの場所は、設問 10. のうちどちらでしたか？

\_\_\_\_\_

13) この利用者の終末期ケア・看取りを実現するために、良好だったことや継続していきたいことは、どのようなことでしたか？

(生活面・社会面・医療面・身体面・精神面・情報共有・連携調整の内容からお答えください)

14) うまく対応できた症例ではあったが、その中で苦慮したことや課題と感じたことがあればお書きください。

(生活面・社会面・医療面・身体面・精神面・情報共有・連携調整の内容からお答えください)

15) 当センターでは、今後も研修会や講演会を企画してまいります。

ご希望のテーマがございましたなら、お書きください。

- ・
- ・

16) その他、ご意見があれば何でも結構ですのでお書きください。

- ・

ご協力、ありがとうございました。