

山梨県におけるターミナルケアの看護の課題

小野興子*

要旨

がん死亡率は上昇の一途をたどっている。このがん患者の終末期のあり方とこれから急速に増加する後期高齢者の死のあり方とが相まって、ターミナルケアが重要視され、ケアの専門性が問われているが、山梨県内にはまだターミナルケアの専門施設はなく、殆どが一般病棟で死を迎えているのが現状である。一方、在宅ターミナルケアに関しては、24時間連絡体制、ターミナルケア療養費等の制度的整備が整い、訪問看護師による高齢者の在宅死支援が県内の各地域ではじまっている。しかし、がん患者の在宅支援はその緒についたばかりであり、緩和ケアのための看護力不足と医療機関や訪問医等との連携において課題を抱えているのが現状である。この実態から、今後益々増加するであろう在宅ターミナルケアのための看護力の増強と、専門性の確立、及びターミナルケアをコミュニティケアとして発展させるためのネットワークづくりが急務であり、そのための体制づくりを看護専門職者が中心となって如何に確立していくかが課題である。

キーワード：ターミナルケア、在宅ターミナルケア、在宅死、コミュニティケア

はじめに

がん医療は躍進的發展を遂げる一方、その限界も明らかになりつつある。がん死亡率は1981年以来、20年に渡り上昇の一途をたどり、本年度推計（人口動態統計概数）では30万人を超えている¹⁾。このがん死亡率の上昇と医療の限界からこれまでの延命中心の医療のあり方ばかりではなく、人間の死のあり方をも論じるようになった。また、日本における人口の高齢化率も上昇の一途を辿り、総務庁統計局は本年9月15日、65歳以上の人口推計（高齢者福祉基本調査）を総人口の18.5%と発表しており、山梨県は20.0%と初めて20%台となり、過去最高の記録を更新しつつある。特に75歳以上の後期高齢者の増加は顕著である²⁾。

このがん患者の終末期のあり方とこれから益々増加するであろう後期高齢者の死のあり方とが相まって、ターミナルケアが重要視され、ターミナルケア専門施設の充実とケアの専門性が問われている。日本におけるターミナルケア専門施設の実態は最近の「緩和医療提供体制充実に関する研究」

班と全国ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会とが行った調査結果を報告書³⁾としてまとめており、参考にすることができる。しかし、山梨県内にはまだターミナルケアの専門施設はなく、殆どが一般病棟で死を迎えているのが現状であるが、近い将来山梨県内にもターミナルケアの専門施設を設置することが予定されており、山梨の今後のターミナルケアの課題を明確にするためにはこの調査結果は指針となるものである。

またさらに、高齢化の進展に伴う国民医療費の増大と、ここ数年の深刻な経済不況とが背景となって、医療保険財政の悪化を招いており、国民医療費を抑制し、しかも質の高い保健医療サービスを提供するために、地域医療の発展と在宅支援が不可欠となっている。特に慢性疾患ともいわれる治癒の見込みの確率が低い、または見込みのないがん患者のターミナルケアや後期高齢者のターミナルケアは病院以外場で看護職が主体的に提供できる地域ケアシステムを整備する必要に迫られている。

所属：*本学 成人看護学

この在宅ターミナルケアに関しては、老人訪問看護制度のなかに「24時間連絡体制加算」、「ターミナルケア療養費」等が新設され、訪問看護が高齢者に限らずすべてのライフサイクルにある人が対象となったことにより、訪問看護ステーションによる在宅死支援が各地域ではじまっている。しかし、高齢者の在宅死支援が中心である。がん患者の在宅死支援はその緒についたばかりであり、在宅ターミナルケアの実態も明らかではない。そのため、今回山梨県内の訪問看護ステーションにおけるターミナルケアの実態把握のための調査を行ったので、この調査結果と先に記した全国ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会らの調査結果を基に、山梨県内のターミナルケアのあり方と看護の課題を論じることを主目的として本稿を起す。

1. ターミナルケアの発展とターミナルケアに関する概念規定

これまで看護はひたすら人々の健康生活を支持し、死に至らないようにすることが使命であると考えてきた経過は長い。延命中心の現代医療のなかにあって人間の死のあり様を論じるのは、医療関係者の敗北のように考えていたのであろう。近代看護のなかで「死の看護」についてはV.ヘンダーソンが『看護の基本となるもの』において、看護の目的に「平和な死への援助」を位置づけたことに始まると解釈する。

我が国においては、がん死亡率が上昇の一途をたどっていた1977年、大阪において「死の臨床研究会」が発足し、ターミナルケア研究が始まった。この研究会には多くの看護師が参加している。看護の分野においては、これに先駆け1975年に寺本松野が『看護の中の死』において、看護する中で出会った25人の方々の死の看護の記録として著している⁴⁾。この冒頭で、寺本は大段智亮の「死への看護を支えるもの」の一節を引用している。

「病気をなおして死をまぬがれさせるための工夫と努力はもちろん看護である。いうまでもないが、さらに、のがれられぬ死をひきうけて立派な態度で生を終わらせる、そのための助力もまた看護の根底をなすものであろう。・・・《死への看

護》の問題から目をそらしていると、それはいつまでも人体の修繕屋に終わって人間の看護ではない」⁵⁾。

この大段の著書を直接入手することはできなかったが、1971年に著されたとのことであるから、近年の日本において死の看護についての考えを著したものとしては初期にあたると解釈できる。しかし、今日のように「ターミナルケア」として広く論じられるようになったのは、がん死が死因の第一位を占めるようになり、死に至る病としてがん末期のあり方が論じられるようになった1980年以降のことである。このような経過から、ターミナルケアはがん患者のターミナルケアに代表されている。しかし、ターミナルケアはがん終末期のみならず、生命力が治療の限界を越え、もはや近い将来死がまぬがれない状態（明確な規定はないが、生命予後6か月以内と考えられる状態）に至った場合はがんに限らず他の疾患の場合も含むのであり、治療の延長線として一般病院で「死の看取り」がなされることが必然となった。

終末期医療・ケアに関する概念を表す語には「終末期ケア」「末期ケア」「ターミナルケア」「ホスピスケア」、最近では「緩和ケア」等々がある。それぞれに包含する意味や概念は近似している。いずれの表現にしてもケアの質をあらわしているものが多いが、全く同義ではない。

「ホスピスケア」のHospiceはHospitium（ラテン語）を語源とするHospitality（温かくもてなす）に基づくものであり、古くからヨーロッパのキリスト教思想に基づく病人や旅人をもてなす「宿泊所・宿坊」をさしていた⁶⁾。近代ホスピスの起源は1967年にイギリスのシシリー・ソンドースが、がん患者のターミナルケアの施設としてセントクリストファー・ホスピスを設立したことに始まることは周知の事実であり、「ホスピス」がケアする施設を指すようになったのと同時にケアの概念が確立されたのも、このセントクリストファー・ホスピスの創設が大きく関与していると解釈されている⁷⁾。仏教精神に基づくターミナルケアの施設であるビハーラVihāraも「休息の場所」を意味している。

「緩和ケア」の緩和を意味する Palliationも1975年カナダのモントリオールに創設された Palliative care unitが始まりとされ、聖書のことは（マタイ伝による福音書、25章、35-36節）「旅人に外套を着せる」の意に基づいており、キリスト教としての語源を持つ⁸⁾。

我が国におけるターミナルケアも1981年に聖隷三方原病院に聖隷ホスピスが、次いで1984年には淀川キリスト教病院にホスピス病棟が誕生したことに始まり、終末期ケアの専門施設としての「ホスピス」が設立された経過に伴って徐々に発展してきた。しかし、いずれも宗教思想に基づくものであり、国教を持たず、また明確な自己の宗教を持たない人が多い日本においては「ホスピス」は馴染まないことから、公立病院等では、治療に反応しなくなった患者、すなわち、キュアよりむしろケアが中心となる人の全人的痛みをとることを中心とした緩和ケア病棟（Palliative care unit）をその専門施設とするようになった。最近では、国際的にもHospice careよりもPalliative careがよく使われている⁹⁾。日本においては1991年「ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」を設け、厚生労働省と連絡をとりながら終末期医療の施設整備や普及・内容の改善に取り組み運営に関する検討とケアの質の維持につとめている¹⁰⁾。

ターミナルケアのterminalという語は一般には「終わりの」、「終末の」等と訳されているため、終末期ケア、末期ケアとも表現されているが、terminalはその語源（ラテン語）テルミヌス terminusからきているので「境界」を意味し、ターミナル・ケアは「境界のケア」と解釈すると柏木は言っている¹¹⁾。すなわち人間の死を境にしてこの世と死後の世界の橋渡しをする役割、生から死へ、そして死後の世界へのプロセスに付き合うことであると解釈したい。ターミナル・ケアは渡しもりのような役割と柏木は言っているのである。それは死後の世界を明確にできない未知の世界に渡っていかなければならないのであり、しかも、これまで親しく交じわっていた全ての人々と別れ、唯一人で渡らなければならないという不安や恐怖のなかでの“渡し”である。さらにそれ

は自分の人生の問いに苦しみ、これからまだやらなければならないことや、やりたいことを成し遂げられない苦悩のなかにあり、人間としての全ての望みを断きつて渡らなければならないという“渡し”としての役割を担うことである。イギリスにおける近代ホスピス運動の創始者であるシシリー・ソンドースは、1997年の来日講演のなかで「ターミナルケア」は種々な意味で「橋を架ける」役割であることを強調している¹²⁾。まず死に行く人とその家族の言葉に耳を傾け「聴く」ことだと言う。解ろうとする気持ち、聴き続けようとするものの大切さを強調していた。又、心の痛み、スピリチュアルな痛み、すなわち「人生の意味を探る苦悩」に対して橋をかけるのである。「その不安や恐怖に答えをだすことではなく、受けとめることであり、気持ちを分かち合っているという反応がほしいのである。そうした時にその人自らが答えを出せるのである」¹³⁾と言う。さらに「家族」に橋をかけ対立や疎外をなくし、家族の深い関係のなかで最期を過ごし、「地域」に橋をかけることにより、在宅ケアを可能にし、親しい人々や住み慣れた環境の中で死が迎えられるよう手助けする。最後に「喪失を乗り越えて成長する」ための橋をかけて、自分のやりたかったことを成し遂げられるように手助けするのである。「喪失からの成長が最終的な自由」であり「希望」への橋をかけるのだと言っている。身体的苦痛を和らげ、最期まで希望を失うことがないように、橋渡しをしていくことがターミナルケアの役割なのである。特にこの人生の終末に伴う苦痛を和らげて生活を整えることこそ看護の役割であるといっていであらう。このような理念と役割を包含した「ターミナルケア」（終末期または末期と表現するのではなく）を、死が免れなくなった人の看護のケアの用語として用いることが最も一般的であり、適切であろうと考える。岡安も「ホスピスがカトリック教会の伝統のなかから引き継がれているものに比較すると、Palliationとくに和訳としての「緩和」はより普遍的あるいは科学的と感じられるかもしれない」¹⁴⁾と表現しているが、しかし、岡安の最新刊は『ターミナルケアの原点』であり、

ターミナルケアはホスピスケアと緩和ケアの概念を包含すると述べている¹⁵⁾。従って、本稿でも人生の終末期にある人々のケアを「ターミナルケア」として用いる。

2. がん死亡率の増加とホスピス・緩和ケア病棟の現状

厚生労働省が本年6月発表した2001年人口動態統計・年計概数によると、がん（悪性新生物）による死亡者は30万人を突破し、300,586人となった。これは死亡者総数 970,313人の31.0%であり、前年の30.7%を超え、1981年以来トップを続けており、上昇の一途を辿っている¹⁶⁾。このがん患者の増加に伴って、がん治療の研究の推進とともに、どのような治療にも反応しなくなり、もはや治癒の見込みがなくなったことに対するケアも同時に検討されることとなった。

前記したが、近代におけるターミナルケアの歴史はイギリスのシシリーソングダースによるホスピス運動に始まる。また、米国においては、1969年E.キューブラーロスが「死ぬ瞬間」を出版したことが契機となり、1974年に設立されたコネティカットホスピスがそのはじまりである。また、米国では1982年に高齢者を対象とした公的医療保険であるメディケアにホスピスケア給付が、1986年には低所得者を対象としたメディケイドにも給付対象としてホスピスケアを含めることとなった。現在米国では在宅ホスピスケアが中心であり、メディケアにおけるホスピスケアは在宅が97%であるという。現在米国では約3,100の在宅ホスピスと約240の入院型ホスピスがあり、全死亡者の4人に1人が利用しているという¹⁷⁾。

我が国でもホスピスケアの起源は、1981年にはじまり20年が経過するなかで、一般の人々にもその概念は浸透し、関心が高まりつつある。徐々にホスピス・緩和ケア病棟も増加している。本年2002年8月には105施設1,971床となった¹⁸⁾。しかし、その大半はここ5年間に急激に増加したものである。また厚生労働省でも、「生命と倫理に関する懇談」¹⁹⁾のなかで1987年7月「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設置し、2年後に

報告書²⁰⁾をまとめている。このなかで、がんの末期患者に対するケアを中心としたがん告知のあり方、望ましい末期医療に関するケアのあり方、末期医療を行う施設のあり方等が論じられた。これを受け、1990年4月にはホスピス緩和ケアが医療保険の診療項目として制度化され、「緩和ケア病棟入院料」として診療報酬項目が新設された。終末期に伴うケアは人手がかかり、質も問われる専門的ケアであり、人件費が占める割合が一般診療に比して高い。入院患者1人1日当たり25,000円から徐々に増額し1998年には38,000円へと増額された²¹⁾。しかし、昨今の経済不況等また、医療費の高騰等により、本年（平成14年）の診療報酬改定では、37,800円へと抑制されることとなった²²⁾。ホスピス・緩和ケア施設が1施設もない県は本県を含み5県となった。全国に広がりつつあるこのホスピス・緩和ケア施設も病床数の状況からはまだまだ十分とはいえない。最近の医療費抑制策が、質の保証されなければならないケア度の高いホスピス緩和ケア病棟の広がりには歯止めをかけてしまうのではないかと憂慮される。

我が国のホスピス・緩和ケア病棟の実態を全国ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会と厚生科学研究事業としての「緩和医療提供体制充実に関する研究」班とが一緒になり、1999年度、64施設における1年間の状況を2001年7月に報告書として出している²³⁾。この報告書により最近の我が国のホスピス・緩和ケア病棟の実態がはじめて明らかとなったが、その大要は以下に集約することができる。ホスピス緩和ケア病棟が未設置の本県であり、ホスピス緩和ケア病棟のあり方を論じることは論外のように解釈されようが、近い将来においていくつかのターミナルケアの専門施設の開設が予定されている今だからこそ、そのあり方を検討しておく必要性が高いと考える。

- 1) ホスピス・緩和ケア病棟の設置形態は「院内病棟型」77%、「院内独立型」18%、「独立型」5%である。
- 2) 1年間の利用状況は64施設、稼働病床数1,115床、入院患者数6,972人に対し、死亡患者数5,318人であり、病床利用率74.4%、退院率

- 23.7%である。また、在院日数47.0日、一床あたり入院患者数6.25人である。
- 3) 稼働病床数は最小4床、最大36床であり、平均18.6床、その54%が20床以上であり、平均病床利用率は60%以上である。病室構成は全個室の施設が42%である。
 - 4) 平均在院日数は最小22.2日、最大は87.8日であり、81%は平均在院日数が60日未満である。
 - 5) 2000年では施設内死亡患者数が7,362人(97.7%)、在宅死亡患者数が172人(2.28%)である。これはがんで死亡した患者の2.5%に当たる。
 - 6) 1施設あたりの平均看護師数は15.6人、専任の看護助手をおいている施設は79%であり、平均勤務医師数は1.5人、兼任医師を54%の施設で採用していた。また、事務系職員の専任は31%、兼任31%、ソーシャルワーカーは専任24%、兼任59%、宗教家は専任12%、兼任22%、ボランティアは専任49%、兼任36%で設置されていた。
 - 7) 看護方式についてはプライマリーナーシングが55%、プライマリーナーシングとチームナーシング併用が13%である。勤務体制は2交替が49%、3交替が47%である。
 - 8) ホスピス・緩和ケア外来診療は92%の施設で行われており、在宅ケアとの連携は78%の施設で取っていた。院内に在宅ケア部門がありスタッフがケアに出向いている施設が32%、地域の訪問看護師と連携をとっている施設が24%である。また、デイケアの展望をもっているのは34%にすぎなかった。
 - 9) ホスピス緩和ケア病棟を利用した遺族の満足度は87.4%と高く、「スタッフの対応」「設備」「情報提供」「症状緩和」等の満足度の総和によるものであつた。

このように我が国におけるターミナルケアは「緩和ケア病棟」を中心として充実発展しつつあり、はじめて保険医療の適用となった10年前(1999年)と比較すると今日までに急速に緩和ケアのための施設は充実し、発展していることがわ

かる。現在も施設新設・増床が続いており、本年8月現在までに105施設、1,971床のホスピス・緩和ケア病棟が設置されたが、まだまだ十分ではない。一般病棟で死を迎える場合と比較すれば(明確に比較できるデータを見い出せないが)、上記のホスピス緩和ケア病棟の利用者の満足度は高く、今後ターミナルケアの専門施設において専門的ケアを提供できるようにする必要性は高いと言えよう。さらにこれからは、設置目的を異にする種々なタイプのターミナルケアの専門施設が必要である。ケアもそれぞれの希望に応じて個人のニーズに添うことができ、また、自由に自宅と施設を出入りできるようにすることも大切な要件である。その人の必要に応じて入所できることが肝要である。

前記した米国の現状や筆者が一昨年訪れた米国の3箇所のホスピスの現状と日本の現状を比較してみても隔絶の感がある。人の死に対して敬意をはらい、良いケアが提供できることはその国の文化度を表すといわれるが、米国人の心の豊かさを覚え、立ち去りがたかったことは記憶に新しい。

デモイン市郊外の閑静な場所にあるHospice of Iowa (Kavanagh Houses) は、メディケア・メディケイドを対象とするホスピスであり、閑静な環境のなかで、他のホスピスと比較しても施設整備は充実していた。同じデモイン市内にはKavanagh Housesが経営する同様のホスピスが3カ所あるという説明に、ターミナルケアに対する、すなわち人間の最期に尊厳をもって対応している現実に、人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意をはらう、というホスピスの理念が、ケアの在り方だけではなく、施設そのものの在り方にも具現されていると感じた。カリフォルニア西海岸の避暑地モントレイにある一般の人を対象としたHospice of the central coastと何ら変わりのない施設と運営方法であった。また、サンフランシスコ郊外にあるHospice of marinは在宅ホスピスケア専門のプランチオフィスであった。ホスピスの在り方や設置の目的は三種三様でありながら、与えられるケアの理念や質は全く同質であると感じた。すなわち、ホスピ

スの理念がすべてに渡って浸透しているということであろう。それは次の三点に集約されていた。①ケアは患者の道にしたがって行う。②ホスピスに入所しながらも80%以上が在宅で死を迎えている。③ボランティアが1施設100人以上活躍している。

すなわち、ホスピスは死が訪れるまで、緩和のためにケアを受けるところであり、その方法はその人の望む方法で整えられ、ケアのためにボランティアの力は大きく、ケアの充実にはボランティアの援助により、豊かなものとなっている、ということであった。

米国で偶然に出会った3カ所のホスピスの事実の一つの実態に過ぎないかもしれない、日本における上記ホスピスのデータに現れた現状と単純に比較することはできない。しかし、日本におけるホスピスの問題点を浮き彫りにしたかに思われてならない。米国の3つのホスピスで強調されていた①の「ケアは患者の道に従って」は日本においてはホスピス施設数が少なく、がんで死亡する患者の2.5%しか専門の緩和ケアを受けることができないという事実や、設置形態の画一化、在院日数の長さ、ホスピス入所と外来診療・在宅部門との連携等でまだまだ問題を抱える日本の状況はそれぞれが在りたいと願う場所で、受けたいケアが受けられる、という米国の状況とは隔たりがある。また、②の「80%が在宅死」であるという事実は、最期は住み慣れた我が家で迎えたいとい人間本来の願いを実現しているものであり、ホスピスで死を迎える人が殆ど（97%以上）であるという日本の現実とのギャップは、日本におけるホスピスを「死に場所」として印象づけることにつながっている。さらに③の「ホスピスケアの充実にはボランティアによるところが多い」という事実は日本の常時ボランティアを採用している施設は50%に満たないのが現実であり、患者の立場に立った行き届いたケアを提供するために、ボランティアがなくてはならないホスピスの大切なスタッフと位置づけている米国の現実との距離をうめていくことが今後のターミナルケアの課題である。

21世紀はボランティアの時代、また福祉の時代

であるともいわれる²⁴⁾。週休二日制の普及、労働時間の短縮、公務員のボランティア休暇制度の創設（1997）等とボランティアの可能性が広がるなかで、阪神淡路大震災時のボランティアとしての若者の活躍は日本にもボランティア活動の可能性を確たるものとして人々に印象づけた。高齢者の地域における種々のボランティア活動も日常的に定着しつつあると感じる。また、教育の中にも積極的に取り入れられるようになり、ボランティアリズムが基本的に養われつつある。本学においても「ボランティア活動」の理論と実践を教育課程の一環として取り入れた。ボランティアリズムとは「危機や困難の解決に向かう市民の側からの意志であり精神をさす」²⁵⁾であり、その根底をなすものはコミュニティを支える「連帯意識」である²⁶⁾。まさにこの連帯意識がターミナルケアを必要としている人、すなわち人生最大の危機と困難に直面している人にとって必要である。すなわち、ボランティアリズムを最大に必要としている人々がターミナル期にある人である。しかし、病院や福祉施設などの公共施設が抱える専門閉鎖社会としての壁が指摘されている²⁷⁾。筆者らが1997年に県内のY総合病院の看護職員367名に対して行った「病院ボランティア導入に対する看護婦の意識」調査の結果は病院ボランティアの必要性を89.3%のものが認め、導入すべきであるとしたものは75.8%であった²⁸⁾。

しかしその後7年を経過した今日においても病棟へのボランティア導入は行われていない。一般病棟において然りであり、ターミナルケアへのボランティア導入までには遠い道程を感じる。特殊で閉鎖的・権威的と言われる病院の中で、患者さんと病院との距離を縮めるパイプ役としてのボランティアに期待を置き、職員の資質向上と活性化につながっているという報告もある²⁹⁾。

医療従事者とくに直接ケアに携わる看護職者のボランティア受け入れを具体的に動機付ける必要性にせまられている。経済的には豊かであるとされる我が国において、終末期にあってもまだケアよりキュアが優先された一般病院の慌ただしい環境のなかで、家族から一人離れて死を迎えざるを

得ない人々を目の当たりにしている現実を問うてみる必要性を痛感している。人間にとっての豊かさとはなんであるのかを看護職者一人ひとりが考えてみる必要がある。

3. 高齢化の進展と在宅ターミナルケアの現状

国立社会保障・人口問題研究所が2002年1月に推計した人口の年齢構成によると、ますます高齢化が高まり65歳以上人口の総人口に占める割合は2000年では17.4%であったが、2005年には19.9%、2050年には35.7%に達するとみられている³⁰⁾。特に75歳以上の後期高齢者人口の割合は1995年には5.7%であったが、2025年には15.6%に、85歳以上人口の割合は1.3%から4.8%に増加すると見込まれている。また、この人口の高齢化は65歳以上世帯の増加（1998年、全世帯の33.3%）及び一人暮らし高齢者（人口の13.2%）の増加につながっている³¹⁾。

一方15歳未満の年少人口の割合は低下を続け、2000年の14.6%から2005年には13.9%に達し、2050年には10.8%まで低下すると予測されている。これは、将来の家族の介護力の低下を示すものであり、高齢者が自宅で療養できる環境を阻む結果となり、一人暮らしや高齢者のみの世帯を前提とした在宅医療や訪問看護の基盤づくりが重要な課題となることを裏づけるものである。

日本において、かつては亡くなる人の殆どは自宅で死亡していた。人口動態統計によると、1951年においては82.5%が在宅死、11.7%が医療機関で死を迎えていた。しかし、1975年には自宅での死亡が47.7%、1985年には28.3%、2000年には13.9%と在宅死亡は減少を続けてきた³²⁾。また、老人施設等での死亡は1995年老人保健施設0.2%、老人ホーム1.5%、2000年にも老人保健施設で0.5%、老人ホーム1.9%と極わずかである。これ以前のデーターはあきらかではない。

日本における在宅ターミナルケアは1965年頃からはじめられたとされているがあまり明らかではない。1992年に老人訪問看護制度が創設され、訪問看護師による老年者を中心にした在宅看護がはじめられたことが、皮切りとなって在宅死支援

が可能となった。1994年に健康保険法および老人保健法が改正され、①訪問看護の対象が高齢者にかぎらず、すべてのライフサイクルにある人が対象となったこと、②末期がん患者に対する訪問回数制限が撤廃されたこと、③「24時間連絡体制加算」が認められたこと、さらに④「ターミナルケア療養費」が新設されたこと等により、訪問看護師による在宅ケアを受け、家で死を迎えることが可能になったと言える。しかし、在宅ターミナルケアの実態に関する報告は見あたらない。事例報告として提示されているものがその殆どであり、1事例から数例を比較検討したものである。また、1施設（独立型訪問看護ステーション）における報告³³⁾はあるが、地域の全状況を把握したものは見当たらない。

山梨県内においても訪問看護師による在宅ターミナルケアの実態は把握されていない。そこで、ターミナルケアの専門施設であるホスピス・緩和ケア病棟が皆無である山梨県における在宅ターミナルケアの必要性は高いと考え、その実態と今後発展していくための課題を明確にすることを目的に、本年3月の1ヶ月間の県内訪問看護ステーションにおける在宅ターミナルケアの実態調査を行ったのでその概要を以下に集約する。

調査対象（回答者）は県内に設置されている46の訪問看護ステーションの内、在宅ターミナルケアを行うための条件となる「24時間連絡体制加算」「重症者加算」「ターミナルケア療養費」等を経営内容に持ち、回答の得られた34（74.0%）の訪問看護ステーションである。

- 1) 訪問看護ステーション34施設のうち、「24時間連絡体制加算」は31施設（92.0%）、「重症者加算」は25施設（74.5%）、「ターミナルケア療養費」は25施設（74.5%）で事業内容としていた。その内、21施設が3つの事業を取り入れていた。
- 2) 1施設における平均訪問看護師数は常勤者が2.97人（最大10人、最小1人）、非常勤看護師が平均3.14人（最大17、最小1人）であり、在宅ターミナルケアを行うために看護スタッフの

不足が問題であり、看護師数の充実が課題となっている。

3) 1 訪問看護ステーションにおける 1 ヶ月（本年 3 月）の活動状況は利用者平均が 49.25 人、訪問延べ回数の平均は 295 回であった。この間に在宅死支援を目的にターミナルケアとして関わったのは 50 事例であった。

4) 訪問看護の事例検討のためのカンファレンスを定期的に行っている施設は 6 施設、必要に応じて行っているが、29 施設（85.3%）であり、その必要性を感じながら、時間的余裕がないことを理由にカンファレンスを定例化している施設は少なかった。

5) ボランティアを常時採用している施設はなく、必要に応じて採用している所は僅かに 3 施設（0.8%）であった。

6) 本年 3 月 1 ヶ月間に関わった在宅ターミナルケア「50 事例」の実際から、以下の現実が明らかとなった。

①在宅ターミナルケアを行なった、50 事例の平均年齢は 82.7 歳（±12.02 歳）であり、最高齢者は 102 歳、最年少者は 45 歳であった。その内、成人期にある人は 4 名（8.0%）と少なく、その殆どが老年期にある人のターミナルケアであった。特に 75 歳から 85 歳未満が 8 名（17.0%）、85 歳から 95 歳未満が 27 人（57.4%）と後期高齢者のケアが大半を占めていた。また、男性 18 人（36%）、女性 31 人（62%）であった。

②主介護者は妻または娘、嫁等の女性である確率が高く 13 事例（26.0%）、夫または息子等男性のみの介護者である場合は 2 例と少なかった。また、協力してくれる家族がいなかった事例（患者と介護者のみ）が 13 事例、さらに一人暮らしのため看取る家族もいなかった事例が 1 例あり、この 1 例は最期は病院で死を迎えていた。

③在宅ケアを依頼したのはケアマネージャーが最も多く、すでに介護の対象となっていた事例が 20 人（40.0%）、入院中の病院の医師、看護師からそれぞれ 8 例（16.0%）病院または地域の保健師からが 5 事例、かかりつけ医師から 3 例、家族から直接依頼された事例も 5 例あった。

④主な疾患はがん 25 例（50.0%）、脳梗塞等脳血管疾患 8 例（16.0%）、老衰等老化による体力の減退 6 例（12.0%）、心不全等循環器疾患 5 例（10.0%）、その他 4 例であった。成人期の 4 例については全てがんであった。また、主な疾患の他にも合併症を持っているものが多かった。

⑤訪問看護師によるケアの主なものは、褥創処置及び IVH・点滴の管理が最も多く各々 13 例（26.0%）であった。喀痰等の吸引 10 例（20.0%）、酸素吸入 9 例（18.0%）、留置カテーテルの管理 6 例（12.0%）、清潔のケア・排泄の調節等の日常生活援助 5 例（10.0%）、ストマーケア 3 例（6.0%）等であり、2 つ以上の処置を行っているものが多かった。

⑥介護用具として貸し出されたものは、ベット 39 例（78.0%）、エアマット 37 例（74%）車いす 5 例（10.0%）が主なものであり、特別な医療処置を要するようなものはなかった。また、訪問入浴サービスを受けてたものが 6 例（12.0%）であった。

⑦病名・病状・予後の予測について本人がよく理解できているものは 13 例（26.0%）、病名・病状についてはよく理解されているが、予後について理解されていないものが 6 例（12.0%）、病状・予後等については全く理解されていないものが 29 例（58.0%）あり、後期高齢者が殆どであった。また、成人期の事例は 4 例ともがん患者であり、病名・病状・予後については、全てを説明されよく理解していた。

⑧在宅ターミナルケアを行いながら、最期は病院で死亡している者が 16 例（36.0%）あり、死亡宣告をする医師との連携がもてないために病院に移送された場合もあり、地域の開業医等との連携の問題が指摘されていた。

7) 在宅ターミナルケアを推進する上での課題について、看護師は以下のような内容をあげている。

①在宅医師と病院の医師との連携が難しい。開業医の夜間対応が難しい。総合病院では医師との連絡調整ができず、指示の確認ができない、等医師との連絡調整に時間を要している場合が多く問

題を生じている。

②病院の看護師との連携については、準備期間のない急な退院、病院看護師が在宅での生活をよく把握していなかったためのトラブル、訪問看護師に対する理解不足、入院中からの退院指導の不足、など病院との看護の連携の不備を指摘するものが多かった。

③家族間での意思の不統一や医療者と家族とのトラブルの調整、キーパーソンの不在等で問題を生じやすく、調整的な関わりに時間を要していた。

④疼痛コントロール、スピリチュアルケア等での看護師自身の力量不足や医療従事者との連携の難しさを感じ、ケアが効果的に行えないことに苛立ちと焦燥感を抱いている看護師もあり、ターミナルケアの専門性の追究を課題としているものが多かった。

以上の山梨県内訪問看護ステーションの看護師による在宅ターミナルケアの実態は、全国的規模のデータがないために他県の現状と比較検討することができないが、在宅死支援体制がとれるようになった1994年から既に8年間が経過していることを考えると、さらに組織だった検討の時期にきているのではないかと考える。

この現状から見えてくる現時点における在宅ターミナルケアの特徴は、①老年者のターミナルケアが中心である。②すでに在宅で介護をうけていた人がターミナル期となり、訪問看護婦に依頼してくる場合が多く、病院の看護師からの依頼は少ない。③訪問看護師は医療従事者や家族との連携において調整的役割を多く負っており、特に開業医師の理解を得ること及びその調整に問題を抱えている。④ケア検討のためのカンファレンスは時間的ゆとりと組織化が十分になされていないために円滑に行われていない。⑤ボランティアの導入が皆無に等しく、これはケアの質を高めるためにマイナスの要素となっている、等であろう。

一般病院で多くのがん患者が家に帰りたいと願いながら、慌ただしい外科病棟等で治療の延長のまま、死を迎えている現状が殆どであり、その現状を改善するためには、病棟の看護師がターミナ

ル期にある患者を在宅ケアに導入するための調整を行うことが必要で、如何に導入していくかが課題となる。また、在宅ケアを充実させるためには、介護士やケアマネージャーとの共労は不可欠であろうが、それに加えボランティアを導入することによって多くの付加価値がえられると考える。米国で出会ったホスピスでは異口同音にボランティアの重要性が叫ばれていた。筆者はターミナルケアネットワークの一環として、NPO団体におけるホスピスボランティアの研修の企画・実践を支援して8年になるが、医療施設での受け入れ体制が不十分であることから、ボランティアとして十分機能していないのが現実である。医療従事者の意識改革が必要であろう。患者の立場にたって、耳を傾けて、苦しい心の内を聞き取るとはボランティアが最適である。生活の不便さを補い、整え、潤いを与えてくれるのもボランティアである。そうすることにより、看護師もゆとりを持って終末期にある方に接することができる。カンファレンス等にも、ボランティアが共に参加して、利用者の立場からの検討もでき、ケアの充実を図ることもできると考える。

長寿社会開発センターが「福祉のターミナルケア」に関する調査研究報告書³⁴⁾を1997年にまとめているが、それによると、「日本での超高齢者」に対し、自然な終末を迎えさせるために、医療の概念の中に福祉の概念を強く挿入していかなければならない。」として、今後の方向として「死に場所」の選択の拡大と多様化及び施策としてのターミナルケアの必要性を提言している。この報告書で竹中文良はイギリスとスウェーデンのターミナルケアの視察から、基本理念として死も生の延長線上の状況であることとらえ自然に対応することが必要であると述べている。特に緩和ケアにおけるチームづくりの重要性を述べ、緩和ケアは医療ケアではなく、ソーシャルケアであることを強調している。

治療の延長線上の死は過剰な医療がかえって苦しさを増しているという場面に出会うことが多い。これまでの生活の延長線上の死を援助することが身体的苦痛の緩和にも繋がっていくものと考え

える。

4. 山梨におけるターミナルケアの看護の課題

日本における皆保険制度の流れとされる病院医療への過度な依存傾向はターミナル期を迎えた人にとっては、ケアよりキュアが優先される医療の中で、大変過酷な状況を生みだしていると解釈している。先にあげた「福祉のターミナルケア」調査報告書では、今後のターミナルケアの方向として、①死亡場所の選択の拡大と多様化、②医療と福祉、施設と在宅が総合的な視点にたって支援策を確立する、③特養やグループホームでの死の支援が必要である、④デイケア・ホスピスが必要である、と述べられている。国民医療費の削減と質の高いケアを提供するために、在宅ターミナルケアの推進やデイケアホスピスは不可欠であると、この報告書では在宅や福祉施設での死を支援することによる経済効果をあげているが、経済効果も勿論大切であるが、ターミナルケアが国の低医療化対策と一緒に論じられてはならないと考える。看護の専門職として、何よりもケアを受ける人のQOLの視点からの効果を期待するものでありたい。QOLの視座からの改善が経済効果につながるのであれば、さらによいのであるから。

死亡場所の選択の拡大と多様化という点では、本県にもターミナルケア専門病棟の設置は待望するところである。また、高齢化率の高い本県にとって、在宅ターミナルケアの充実には欠かせない条件である。

最近の日本におけるホスピス緩和ケア病棟の調査報告及び県内における訪問看護師による在宅ターミナルケアの現状調査の結果をふまえた上で、山梨県におけるターミナルケアの看護の課題を以下にまとめる。

1) 緩和ケアの専門性と在宅ターミナルケアのための連携

これから本県内に新設されるホスピス・緩和ケア病棟は「死の場所」としての施設ではなく、必要に応じて出入りができ、緩和ケアを調整するための短期の入所施設として運営される必要がある。日本の緩和ケア病棟での現状である死亡率

90%以上のデーターをぬりかえられるものでありたい。緩和ケア病棟と地域の訪問看護ステーションとが連携を持っていくことが望まれる。また、緩和ケアを専門とする外来診療や在宅診療部門を充実させることも必要であろう。外来における専門性の高いターミナルケアが提供されることによって在宅の療養を可能にしていく。山梨県においては、すでに在宅ケア推進委員会が山梨県看護協会に設置されている。各地域における連携を検討しながら、在宅ターミナルケアの推進についても検討されることを期待したい。ターミナル患者を中心に訪問看護ステーション、往診医、ヘルパーステーション、調剤薬局、ボランティア支援団体等がシステムを組むことにより、がん患者の在宅ターミナルケアも可能となる。

その調整的役割を患者の最も身近にいる看護師が担っていくことが最適である。

がん患者のターミナルケアも高齢者の自然な死の在り方とケアの質は何ら変わるものではないと判断している。質の高い緩和ケアが必要であるが、高度な医療技術を要するものではなく、訪問看護師のサポートで家族間での看取りが十分可能である。

2) 一般病院から地域への連携

がん患者のターミナルケアは外科病棟や急性期病棟でケアされている場合が殆どである。県内に数カ所の緩和ケア病棟が、開設されたとしても、全てのターミナル期にある人を専門的にケアできるわけではない。一般病棟でのターミナルケアも不可欠である。病棟看護師は、終末期にある一人一人によく耳を傾け、心からの願いを聞き取ることが最優先させなければならない。死の時まで、自分のこれまでの住み慣れた生活の場で自然な死を迎えたいという人間本来の希望を聞き取る必要がある。そのために早期からの準備が大切であり、入院中から訪問看護師との連携を持つことや、看取る家族との調整、在宅ケアを受け入れるための家族間での調整について働きかけておく必要がある。がん患者の最も近くにいる病棟看護師からの連絡調整で在宅ケアが適切に整えられることを期待したい。

3) ボランティアの導入

ホスピス・緩和ケア病棟においても、在宅ケアにおいても、ボランティアを導入することにより、より充実したケアを提供できる。ケアに直接関わる看護師がその推進役とならなければならない。血族関係を重んじ、排他的気質があると一般的にいわれる県民性を指摘する向きもあるが、最近の県内におけるボランティアの輪の広がりを見る限りそうではなく、高齢者からの受け入れも良いと感じる。今後のターミナルケアはコミュニティケアとしての視点が必要であり、そのためにボランティアのケア参加は欠かせない要件となる。

ボランティア導入の必要性を多くの看護師が認識しながら、導入に踏み切れないのは、ボランティア研修等を企画し、実施するための体制づくりのために十分な人材を当てることができないからであろうと推察する。地域のボランティア団体と連携することにより、より現実的な検討をすることができ、コーディネートすることも可能になるのではないかと考える。院内におけるボランティア・コーディネーターは、福祉士等の看護師以外の職員によってなされることが望ましい。しかし、ケアに如何に参加してもらうかという判断や終末期にある人との人間関係の調整等直接ケア場面でのコーディネート役は看護師が担っていかなければならない。日常生活の身の廻りの世話や、ひとり一人の傍らにあって死に伴う悲しみや淋しさに耳を傾けて「聴く」役割はボランティアこそ最適である。傾聴ボランティアとしての働きはターミナルケアにとって重要な役割となっている。しかし、そのための準備と教育は必要であり、ボランティア団体との連携において可能となるであろう。

4) 看護の専門性と実践のためのエビデンスの確立

在宅ターミナルケアにおいて医師の指示待ちや連絡調整が課題となっていたが、ターミナルケアの推進役は医師というより、看護師でありたいと考える。医師の指示を待つのみではなく、ターミナル期に伴う身体的機能の低下に見合った生理的条件を整えて苦痛の緩和につとめることは看護の

専門的機能であり、そのケアを判断していくことは医師の指示によらなくてもできるはずである。その知識と力量とを身につけることが急がれる。川越は『訪問看護の効果ー在宅ターミナルケア』³⁵⁾の論文で、在宅ターミナルケアのアウトカムについて述べているが実践のためのエビデンスを明確に築いていかなければならないとしている。それは毎日行っているケアの分析と評価を積み重ねることにより築けるものであると信じる。一例一例の実践について、看護師が中心となって、ターミナルケアに関わるスタッフがそれぞれの立場で参加し、検討を重ね、一人一人の有り様に添っていくことである。

おわりに

ターミナルケアにおいて、人間の自然な死の在り方が高齢者にもがん患者にも求められている。そんななかで、看護の原点となるナイチンゲールの看護論を想う。「看護とは、・・・患者の生命力の消耗を最小にするようにすべてを整えることを意味する」³⁶⁾である。ターミナルケアはこのナイチンゲールの看護の原点がそのままいかされた時にその人の最期は自然で、安らかなものであり、その人なりの最期になるのだとあらためて想いおこす。ターミナルケアにおける看護の専門性の確立もこの人間の自然な有り様を支援していくことを原点におき、看護師が如何にコミュニティケアとしてコーディネートしていくかが問われるものであると考える。

引用・参考文献

- 1) 社会保障実務研究所：保健ニュース第1160号、6、2002.
- 2) 山梨県：平成14年度高齢者福祉基礎調査概要、2002
- 3) 厚生科学研究「緩和医療供給体制の充実に関する研究」班編：ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望、2、2001
- 4) 寺本松野：看護のなかの死、日本看護協会出版会、1985
- 5) 前掲書4)、まえがき
- 6) 原義雄・千原明：ホスピス・ケアー看取りの看護へ

- の提言一、5、1983
- 7) 射場典子他：わが国のターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題、看護研究、33 (4)、262、2001
- 8) 岡安大仁：ホスピス・緩和ケア・ターミナルケアとは、臨床看護21 (1)、34、1995
- 9) 前掲書8)、34
- 10) 厚生科学研究「緩和医療供給体制の充実にに関する研究」班編：ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望、5、2001
- 11) 柏木哲夫：ターミナルケア、系統看護学講座別巻10第3巻、31、2000
- 12) Dame Cicely Saunders：ホスピスの原点と実践、ターミナルケア7 (5)、349
- 13) 前掲書12)、351
- 14) 岡安大仁：ホスピス・緩和ケア・ターミナルケアとは、臨床看護21 (1)、34、1995
- 15) 岡安大仁：ターミナルケアの原点、人間と歴史社、2001
- 16) 日本看護協会出版会編：平成14年度看護白書、日本看護協会出版会、95、2002
- 17) 厚生科学研究「緩和医療供給体制の充実にに関する研究」班編：ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望、2、2001
- 18) 三輪書店「ターミナルケア」編集委員会編：全国緩和ケア病棟承認施設一覧、ターミナルケア12 (5)、401、2002
- 19) 厚生省医務局編：生命と倫理に関する懇談、薬事日報社、1983
- 20) 厚生省・日本医師会編：末期医療のケア・その検討と報告、中央法規、3-6、1989
- 21) 厚生科学研究「緩和医療供給体制の充実にに関する研究」班編：ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望、5、2001
- 22) 日本看護協会編：平成14年診療報酬改定説明会資料、日本看護協会、23、2002
- 23) 厚生科学研究「緩和医療供給体制の充実にに関する研究」班編：ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望、5、2001
- 24) 一番ヶ瀬康子：ボランティア時代の到来、教育と医療、45 (10)、2、1997
- 25) 前掲書24)、3
- 26) 岡本栄一：ボランティア活動の理念、教育と医療、45 (10)、5、1997
- 27) 前掲書26)、7
- 28) 川口敬子他：病院ボランティアに対する看護婦の意識、第4回山梨看護学会講演集、山梨看護学会誌、116-117、1996
- 29) 坂井久也：病院ボランティア活用への提言、看護管理、8 (9)、692-698、1998
- 30) 日本看護協会出版会編：平成14年版看護白書、87、2002
- 31) 前掲書30)、91
- 32) 前掲書30)、97
- 33) 前掲書30)、122-123
- 34) 社会保険実務研究所：保健ニュース、928 (19)、1997
- 35) 川越博美他：訪問看護の効果ー在宅ターミナルケア、看護研究、35 (1)、45~55、2002
- 36) F. ナイチンゲール、湯楨ます訳：看護覚え書、現代社、3、1983

Challenges in Terminal Care Nursing in Yamanashi Prefecture

ONO Kyoko

ABSTRACT

The mortality from cancer has recently been increasing. In relation to what the deathbed of terminal cancer patients should be and what the deathbed of rapidly increasing advanced elderly people, terminal care is emphasized and care expertise is sought. However, there is no dedicated facility for terminal care in Yamanashi Prefecture; almost all such people die in general wards. Regarding home terminal care, a 24-hour reporting system and administrative measures, including terminal care expenditures, are already available and supporting activities for elderly death at home have started in some areas in the prefecture. However, the operation of the home care support system for cancer patients has just begun; in actual settings, a lack of nursing resources for palliative care and difficulty in communications with medical institutions, visiting doctors, etc. are posing serious problems. Against this background, there is an urgent demand for the strengthening of nursing resources and expertise for home terminal care in growing need, and the establishment of a network for developing terminal care within the framework of community care. To this end, nursing experts should take the initiative in creating such a system.

Key words: terminal care, home terminal care, death at home, community care