

成人看護における検討

－「在宅療養」「在宅ケア」に関する文献レビューから見た在宅療養支援のための課題－

研究者（研究代表者）加藤光寶

共同研究者 直成洋子¹⁾、酒井禎子¹⁾、西脇洋子¹⁾、山元智穂¹⁾

1) 新潟県立看護大学（成人看護学 I）

The Issues of Support for the Home Care—Literature Review—

Mitsuho Kato, Yoko Sugunari¹⁾, Yoshiko Sakai¹⁾, Yoko Nishiwaki¹⁾, Chiho Yamamoto¹⁾

1) Niigata College of Nursing (Adult Nursing · Chronic Care Division)

キーワード：在宅療養（Medical Treatment at Home）

在宅ケア（Home Care）

文献レビュー（Literature Review）

目的

本研究の目的は、医療制度改革、介護保険導入などの流れを受けた過去5年間の在宅療養・在宅ケアに関する文献レビューを行い、在宅療養を行う患者・家族の現状と、彼らの療養を支える看護職を含めた医療者の役割や支援システムの現状を明らかにすることを通して、今後の在宅療養支援における課題を検討することである。

研究方法

「在宅療養」「在宅ケア」をキーワードとし、医学中央雑誌 Web より 1997 年 1 月から 2002 年 10 月までの文献を検索した。またその中で、看護に関する原著および会議録で抄録のあるもの、かつ成人期から老年期を対象としているものをレビューの対象とし、それらを【在宅療養の実現・維持に影響する要因】【在宅療養している患者・家族の体験や生活の実態及びケアニーズ】【在宅ターミナルにおける看取りの現状と援助のあり方】【在宅療養をとりまくシステムと専門職の役割】の4つの側面から抽出・分類し、その内容を概括することを通して在宅療養を導入・継続していくための条件を明らかにし、支援していくための今後の課題について考察した。

研究結果および考察

医学中央雑誌 Web にて検索した結果、「在宅療養」あるいは「在宅ケア」をキーワードとした文献の 1997 年 1 月から 2002 年 10 月までの数の推移は図 1 のとおりであった。この中から本研究の条件に見合った 77 編をレビューし、様々な疾病・障害をもつ患者・家族が在宅療養を実現・継続していくための条件とそれらを支援していくための課題について以下のように考察した。

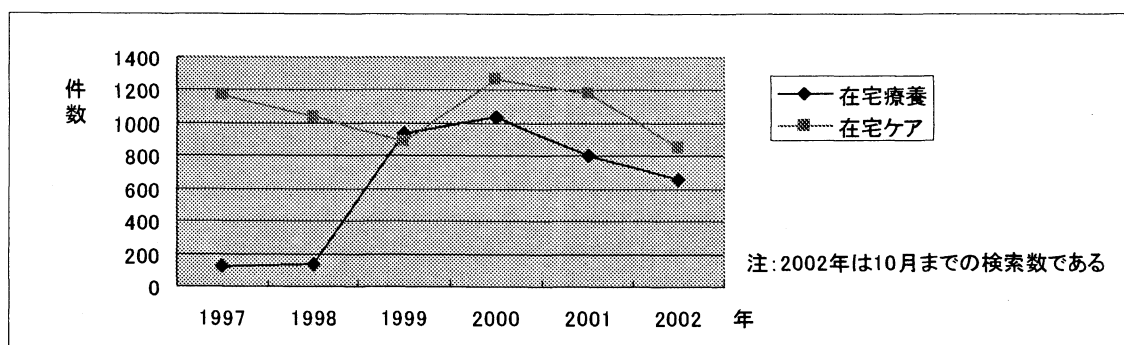


図1 「在宅療養」「在宅ケア」をキーワードとする文献数

1. 患者・家族の在宅療養への意思

在宅療養の維持・継続には、まず患者の在宅への意思とその希望を受け入れる家族の意思が重要な因子となることは、市原ら¹⁾や阿南と佐藤²⁾の研究においても指摘されていた。在宅療養の導入において患者・家

族の意思決定を支えていくためには、まず、疾病・障害の状況や退院後の生活の見通し、利用できる社会資源などの情報提供を含めたインフォームドコンセントを、早期から段階的に行っていくことが重要であると思われる。松下ら³⁾は、頸髄損傷患者の長期の入院例には障害受容の遅延が影響していたことを指摘しているが、突然の発症によって慢性・長期的な疾病・障害を背負った患者の場合、障害受容の段階をアセスメントしながら受容に向けた心理的サポートにも配慮していく必要があるだろう。

また、患者・家族の希望が異なる場合には、看護師はその両者の希望を調整していくことが必要である。特に、ターミナル期の在宅療養や「看取り」の場面において、患者・家族の意思決定の調整は難しい。樋口ら⁴⁾は、終末期に向けた援助として、在宅療養高齢者と介護者の「死の迎え方（看取り方）」に対する希望の確認とアセスメントに基づいた実現可能なゴールの設定、また、終末期から臨死期の経過を予測し、家族への段階的な死の教育や「看取り方」の再確認をすることの重要性を指摘していた。つまり、ターミナル期の患者・家族のQOLを高めるためには、療養の場に対する両者の意思の確認とそれを尊重する態度、Death Education と心理的サポートをしながら時期に応じて希望の再確認をすること、そして、入院を希望した場合にはそれに対処できるようなサポート体制を整えておくことが必要であろう。

2. 継続的な医療・看護支援と緊急時の物的・人的サポートシステムの整備

在宅療養における継続的な専門職による支援と緊急時のサポートシステムの重要性は、脳血管障害患者¹⁾、難病患者^{2) 5) 6)}、がん患者のターミナル期^{7) 8) 9)}、要介護者高齢者の終末期¹⁰⁾を対象とした研究などで指摘されている。川村¹¹⁾の調査でも、訪問看護師に対して20%以上の家族から家族の不在時や夜間の訪問、すぐ来てほしいといったシステムに関する要望が挙げられていた。24時間体制をとる訪問看護ステーションの実践に関する調査^{12) 13)}も報告されているが、今後も患者・家族のニーズにあった専門職のサポートシステムをどのように築いていくか考えていく必要があるだろう。また一方で、これらの訪問看護を受けていない患者も、療養中に直面した問題や不安を相談できる窓口が必要である。在院日数の短縮化が進めば、患者の疾病コントロールは患者・家族の自己管理に委ねられる部分が多くなることが予測されるが、今の病院外来システムの中では患者がゆっくりと病状や生活について専門職に相談する時間を得ることも難しく、また入院中と異なり、誰に相談したらよいのかという窓口も不明確となる。そのためにはプライマリーナーシングや相談室の充実など外来機能が有効に利用できるような工夫をしていくことも今後の課題であろう。

また、サポートシステムは、専門職だけでなく地域内でのサポートを含め広い視野から考えていくことも必要である。若松ら¹⁴⁾は、在宅療養の満足度はソーシャルサポートと優位な相関があったことを指摘しており、高畑ら¹⁵⁾の在宅療養を控えた主介護者を対象とした調査でも、男性、夫、老年期の介護者に愛情・帰属のニーズが高く、地域のネットワークづくりが重要になることを提言している。核家族化で、少数の同居家族が患者のケアを引き受けることが多い今日、患者・家族が社会的孤独とならないよう、別居家族や友人、地域なども含めたサポート体制を個別性に応じて考えていくこと、地域内での患者・家族会やサポートグループの組織づくり、また、家族が休養できるような施設の確保などを検討していくことが課題である。

3. 患者・家族の生活を支える社会資源の効果的な活用

在宅療養を行う患者・家族は医療や介護による出費だけでなく、時には介護のために離職を余儀なくされることもあり、その経済的負担は少なくない。筋萎縮性側索硬化症（以下ALSと略す）など医療処置を含めた多くのケアを長期的に必要とする患者は特に、社会資源の適切な活用が在宅療養を受容するための重要な要因となるだろう。在宅療養導入の際には、まず介護者の生活を十分考慮して社会資源の紹介や準備を進めていく必要がある。古矢¹⁶⁾が、介護者が混乱しないように状況を把握した上で、情報提供をすることの重要性を述べているように、患者・家族に一方的に情報提供するのではなく、入院前の生活背景と、どのように退院後の生活をイメージしているかを把握した上で、必要と考えられるサービスを適切な時期に適切な情報として提供することが重要である。また、試験外泊を通してより現実に即した方法を共に考えていく関わりも有効である。患者の療養環境が整わないことにより長期入院を余儀なくされることのないよう、また、在宅療養導入期にスムーズに適応していけるよう、医療ソーシャルワーカーと連携しながら看護師自身も社会資源に対する理解を深めることが必要であろう。一方、療養者と介護者の間で社会資源の利用希望にズレがありサービス利用が困難となっている場合もあり¹⁰⁾、看護職は各々の希望に傾聴しながら両者が負担なく療養生活を送っていけるように調整をしていくことも必要である。

4. 在宅での生活のイメージ化と個別性を考慮した介護の知識・技術の具体的な指導

ADLや医療処置など何らかのケアを必要とする患者の在宅療養においては、介護者がそのケアを主体的に進めていく必要がある。そして、これらの介護者のケアや関わりが患者のADLの自立に影響を及ぼすことも指摘されている¹⁷⁾。家族のケア能力を高めしていくために看護者がどのように教育的関わりを行っていくかは今後の重要な課題の1つであろう。古矢¹⁶⁾は、在宅療養導入・継続のための看護職の役割として「介護者が退院後の生活がイメージでき、必要な手技習得や準備ができるように病棟看護師が関わること」「介護者のできることを、できないことを見極め、介護力に応じた援助を提供すること」を挙げている。つまり、看護師自身が患者・家族の生活背景とケア能力についてのアセスメント能力を高めること、そして、退院後の生活のイメージ化を図るため試験外泊を利用することも教育的効果を高める1つの方法であろう。

また、短い入院中にすべての情報を提供し、完全なケア習得に導くのは限界もあり、家族も病院で指導されたことが実際の生活に生かせない場合も多い。阿南と佐藤²⁾も、介護の経験がなくてもALS患者の介護者は自身の自助努力や工夫への意欲が大きかったことにより介護を担うことができていたことを明らかにしていた。これより、入院中の看護師の関わりとして大事なことは、生活の中で直面したケアの状況に応じて思考錯誤していきけるようなケアに対する自信とコーピング能力を高めるように、その時その時の家族の準備状態やニーズにあった指導をすることが重要であるといえる。そして、伊藤ら¹⁸⁾、鮫島ら¹⁹⁾、守田²⁰⁾らの研究から、在宅療養になれるまでには少なくとも2ヶ月あまりが必要であり、在宅療養の継続においては、在宅療養開始後約3ヶ月の導入期において在宅療養に適応し生活を安定させるための援助が重要である。この時期には特に専門家が積極的にケアに関わっていく介入が必要であり、この3ヶ月の導入期に特に医療的サポートを強化していくような病院と外来・地域の連携システムの検討も今後の課題となるだろう。

5. 早期から多角的に問題をとらえチームで関わっていくシステム

患者のQOLを高めるために、患者を取り巻く多職種間が共通認識をもち連携していくことの重要性は正野ら²¹⁾や橋本ら²²⁾も述べており、吉岡、東²³⁾は在宅療養を支える人々の連携の必要条件として、関係者同士のコミュニケーション、目標の統一、関係者相互の正しい理解と役割・責任の明確化、在宅療養に関わる人々の出会いの場、地域資源の有効活用・開発、コーディネーターの明確化の6つを挙げている。

連携にあたっては、看護職と介護職の思考過程の相違を明らかにすることによって各々の役割を明確化しようとしている研究²⁴⁾²⁵⁾も見られる。医療・保健・福祉が統合された在宅の場で看護職は、自分たちがどのような側面に重点をおいて患者をアセスメントし、どのような方向性に向けて援助をしているのかについて他職種への理解を深め、その中でコーディネーターとして機能していくことが必要であろう。そして、病棟-外来間、病院-地域・訪問看護ステーションなどの間で、ITを取り入れた情報システムの工夫などによって情報を共有したり、ケースカンファレンスなど地域の医療・福祉・保健の関係者が話し合う場をもつことも地域としての連携の第一歩である。これらの連携を生かして、早期から多角的に問題をとらえ在宅療養に向けて働きかけをしていくために、それぞれの職種の立場から患者の在宅療養への可能性と解決すべき問題・必要な援助をアセスメントする包括的なガイドラインを作成していくことも一つの方法であろう。

結論

様々な疾病・障害をもつ患者・家族が在宅療養を実現・継続していくには、＜患者・家族の在宅療養への意思＞＜継続的な医療・看護支援と緊急時の物的・人的サポートシステムの整備＞＜患者・家族の生活を支える社会資源の効果的な活用＞＜在宅での生活のイメージ化と個別性を考慮した介護の知識・技術の具体的な指導＞といった条件があり、これらの条件を整備していくには、＜早期から多角的に問題をとらえチームで関わっていくこと＞の必要性が示唆された。今までの研究の動向としては、事例検討や実態調査が主として行われてきており、さらに一般化に向けて疾患、地域、家族背景を考慮しながら対象の拡大や事例の分析を重ねていく必要があるだろう。今後は、県内での在宅療養患者と家族の実態を明らかにし、本研究で得られた知見と比較しながら地域の特性を考えていくとともに、明らかになった課題を解決するための介入とその実践の評価につなげ、在宅療養支援のための看護援助について研究を進めていきたいと考える。

引用・参考文献

- 1) 市原多香子, 田村綾子, 横山さゆり. 事例からみた脳血管障害患者の在宅療養を可能にする要因の検討. 臨床看護 1999; 25(3): 391-394

- 2) 阿南みと子, 佐藤鈴子. 男性家族介護者が ALS 患者の在宅介護を受容する要因 5 事例の面接調査. 日本難病看護学会誌 2002 ; 6(2) : 157-161
- 3) 松下功, 樋口雅章, 青山和裕, 他. 頸髄損傷患者の入院長期化と自宅復帰についての検討. Journal of Clinical Rehabilitation 2002 ; 11(1) : 81-85
- 4) 樋口京子, 近藤克則, 牧野忠康, 他. 在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討 終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から. 厚生 の指標 2001 ; 48(13) : 8-15
- 5) 牛込三和子, 江澤和江, 小倉朗子, 他. 神経系難病における在宅療養継続に関連する要因の研究. 日本公衆衛生雑誌 2000 ; 47(3) : 204-215
- 6) 牛久保美津子, 川村佐和子, 稲葉裕, 他. 東京都における神経系難病患者の在宅ケアの特性 3 疾患別 による分析. 日本公衆衛生雑誌 1998 ; 45(7) : 653-663
- 7) 鈴木和子, 江川幸二, 谷亀光則, 他. 在宅ケアへの移行を実現する要因 ターミナル 10 事例の検討. 在宅医療 2001 ; 32 : 39-43
- 8) 倉持雅代. 癌のターミナル期を在宅で過ごす為の要因. 神奈川県立看護教育大学校事例研究集録 1999 ; 22 : 21-24
- 9) 松原泰子, 植木久美子, 朝日俊彦. ターミナル患者の訪問看護の試み 満足して死ぬために. ホスピス ケアと在宅ケア 2001 ; 9(3) : 271-274
- 10) 林裕栄, 野川とも江, 大塚真理子, 他. 終末期における要介護高齢者及びその家族の在宅療養支援につ いての検討 社会サービス利用と家族介護の実態から. 埼玉県立衛生短期大学紀要 1998 ; 23 : 53-59
- 11) 川村佐和子, 数間恵子, 諏訪さゆり. ターミナル状態者の在宅療養における訪問看護の実態と課題 (そ の3) 提供した看護に対する療養者・家族の満足に関する分析. 看護管理 1996 ; 6(10) : 734-741
- 12) 小西梓, 牟田博夫, 荒木美津子, 他. 長崎市における 24 時間対応型在宅医療介護サービスの試み(2). プライマリ・ケア 2000 ; 23(4) : 339-345
- 13) 伊藤麻子, 村嶋幸代, Choi Juenhyon, 他. 訪問看護婦による夜間訪問の機能の特質 24 時間 3 交代制 をとる訪問看護ステーション利用者の記録分析から. 日本在宅ケア学会誌 1999 ; 1(1) : 68-77
- 14) 若松弘之, 今中雄一, 前澤政次, 他. 利用者による在宅ケアの評価 利用者満足度を中心に. 公衆衛生 研究 1996 ; 45(2) : 150-158
- 15) 高畑正子, 塚田晶子, 渡辺文恵, 他. 在宅療養をひかえた主介護者の介護負担感と基本的ニード. 日本 看護学会論文集 30 回成人看護 II 号 1999 : 134-136
- 16) 古矢香里. 在宅療養の導入・継続を支える看護職の役割 在宅療養が円滑に継続されている 3 事例を通 して. 神奈川県立看護教育大学校事例研究集録 1999 ; 22 : 67-71
- 17) 樋口京子, 田川義勝, 下田信明, 他. 在宅療養者の日常生活活動に影響を及ぼす要因の分析 住環境, 社会的交流状況, 介護者の介護役割意識に焦点を当てて. 国際医療福祉大学紀要 1998 ; 3 : 57-69
- 18) 伊藤由美子, 渡部美枝, 本田慶子. 在宅療養患者の再入院とその関連要因. 日本看護学会 27 回集録老 人看護 1996 : 116-118
- 19) 鮫島輝美, 杉本初枝, 藤井裕子, 他. 病院から在宅への環境移行に伴うケア・ニーズの実態調査とその 分析. 兵庫県立看護大学紀要 2002 ; 9 : 87-102
- 20) 守田信子. 脳血管疾患患者の退院後の生活の変化. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録 2000 ; 25 : 528-535
- 21) 正野逸子, 橋本恵美子, 大田直美. 在宅で終末期まで療養していた患者の看護職と医師による療養評価 QOL 判定表を用いた一致度の検討. 日本在宅ケア学会誌 1999 ; 3(1) : 78-86
- 22) 橋本恵美子, 正野逸子, 大田直美. 終末期まで在宅で療養していた患者の苦痛や介護上の困難に対する 看護職・医師・介護職の対応と療養評価. 千葉看護学会誌 2001 ; 7(1) : 50-58
- 23) 吉岡洋治, 東久美子. 在宅療養を支える人々の連携の必要要件 訪問看護ステーションにおける連携状 況からの分析. 自治医科大学看護短期大学紀要 2002 ; 8 : 107-113
- 24) 鷹居樹八子, 正野逸子, 岡崎美智子, 他. 在宅事例における清潔ケアに関連した看護職と介護職の思考・ 行為過程の一考察. 日本在宅ケア学会誌 2001 ; 4(3) : 62-71
- 25) 砂村由有子, 川村佐和子, 数間恵子, 他. 在宅療養支援における看護と介護の連携に関する研究 問題解決 思考過程の相違の分析. 看護管理 1996 ; 6(11) : 818-826