

一般演題

日本在宅医学会 (口演)

医O-1

癌・非癌患者の疼痛・呼吸苦緩和ケアにおけるPCA (Patient-Controlled Analgesia) の有用性

星野大和、前田浩利

医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所新松戸

【目的】 当院は在宅医療を希望される患者を断らず受け入れ、0歳から100歳までの在宅療養を支えている。緩和ケアを必要とする癌・非癌患者は多く、2013年4月1日から2016年1月31日まで、215名を看取ったが、137名が癌患者、肺癌28名、胃癌15名、膵癌13名などであった。癌患者の中で60歳未満は17名であった。非癌患者の78名は、老衰46名、筋委縮性硬化症ALS2名、デュシェンヌ型筋ジストロフィー DMD1名などであった。彼らの緩和ケアでは、当院は積極的に携帯型精密輸液ポンプを使ったオピオイドなどの持続皮下注あるいは静脈内持続投与（以下PCA）を行っているが、その有用性を考察する。

【方法】 上記期間にPCA導入した症例を後方視的に分析した。

【結果】 1) PCA導入件数は83名であった。癌80名（肺癌16名、乳癌8名、胃癌7名など）、非癌ALS2名、DMD1名であった。なお年齢は60歳未満が14名だった。

2) PCA導入の目的

癌患者80名のうち、27名は癌性悪液質による内服困難のため（疼痛予防22名、呼吸苦予防5名）、53名は内服可能であるが内服では症状コントロール困難なため（疼痛24名、呼吸苦29名）であった。60歳未満は14名中11名が、症状コントロールのためPCA導入した。除痛目的は46名（肺癌5名、大腸癌5名など）。呼吸苦緩和目的は34名（肺癌11名、乳癌5名など）であった。

非癌患者では、3名とも呼吸苦緩和のため導入した。

3) PCA導入後の予後

全例で症状緩和図れ（NRS：0-2またはレスキュー 5回以内）、在宅看取りした。癌患者では、PCA導入後平均10.8日で死亡した。60歳未満では平均24.4日、60歳以上で平均4.1日であった。

非癌の3名はALSの74歳女性が6日、49歳男性が399日、DMDの28歳男性は43日であった。

【考察】 PCAは癌、非癌患者問わず、症状コントロールにおいて重要である。当院では内服薬からのローテーションの際の換算量より2割減らして導入し、副作用やオーバードーズを防いでいる。PCAは特に呼吸苦に有効であり、肺癌患者で導入が多かった。また肺転移ある乳癌患者の呼吸苦にも有効であった。当院では少量のドルミカムを併用することが多く有効であった。

60歳未満の癌患者は内服薬での症状コントロールに難渋することがあり、PCAは有効であった。

非癌患者、特に神経筋疾患の末期患者の呼吸苦にもPCAは有効であり、当院では3名全員にNIPPVと併用した。

以上より癌及び非癌患者の症状コントロール、特に痛みの強い若年患者や呼吸苦を伴う患者において、PCAは有用であると考えられた。

医O-2

当院での患者自己鎮痛法 (patient controlled analgesia ; PCA) の実施状況

首藤真理子¹⁾、首藤のりこ¹⁾、佐久間詠理¹⁾、渡邊信三²⁾、渡邊淳子¹⁾

1) わたクリニック、2) 水戸薬局

【目的】 当院は在宅療養支援診療所として葛飾区、足立区、江戸川区を診療範囲としている。これらの区の人口を合わせると約180万人に達するが、がん診療連携拠点病院はなく、緩和ケア病棟も1つしかないため、在宅緩和ケアを必要とするがん患者が多い地域である。がん終末期には経口摂取が困難となり、疼痛の増強や呼吸困難が出現するが、その際に患者自己調節鎮痛法 (patient controlled analgesia、以下PCA) が有用である。当院ではPCAの使用症例が年々増加しており、実施状況を調査した。

【方法】 2009年1月から2012年2月までの間に、当院で在宅診療を行ったがん患者の中でPCAを使用した症例を対象とした。PCA使用期間、在宅療養期間、使用薬剤、投与経路、在宅看取りの有無について、診療録より後ろ向きに調査した。本研究を行うに当たりヘルシンキ宣言及び臨床研究に関する倫理指針、疫学研究に関する倫理指針を遵守した。

【結果】 PCAを使用した患者は279名（男性145名、女性134名）、平均年齢69.5歳であった。病院から継続してPCAを行った症例は26例、在宅でPCAを導入した症例は253例であった。平均PCA使用期間は14.0日（1-110日）、平均在宅療養期間は79日（1-1116日）であった。投与経路は皮下215例、中心静脈ポート51例、末梢静脈11例、クモ膜下ポート2例であった。使用したオピオイド注射薬はモルヒネ270例（うちプレフィルドシリンジ243例）、フェンタニル9例であった。在宅看取りは265名で、在宅看取り率は95.0%であった。在宅でPCAを導入した症例において、導入時の状態を調査すると、経口摂取不可222例（83.3%）、レスキューを必要とする疼痛171例（64.5%）、呼吸困難83例（31.3%）であった。

【考察】 点滴の漏れなどのルートトラブルが少ない皮下投与が多く選ばれる傾向がみられた。PCAを行った症例では在宅看取り率が高く、最期まで在宅で過ごすことを希望する患者にとって、終末期に増強する苦痛症状を緩和できる在宅PCAは有用な方法である。本研究の調査期間はオキシコドン注射薬発売前であり、今後はオキシコドン注射薬発売後の症例を調査し、使用されるオピオイド注射薬にどのような変化がみられたか新たな知見を得たいと考えている。

医O-3

在宅診療高齢患者の終末期診療について

林登志雄¹⁾、伊奈幸一郎¹⁾、葛谷雅文¹⁾、野村秀樹²⁾

1) 名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学講座、2) 愛知野並診療所

【目的】 本邦では平均寿命が80歳を超え、要介護高齢人口は急増し、在宅医療の充実が急務となっている。一方、在宅死においては本人及び介護者の希望に加え急変／急性期の病状や在宅応需体制等様々な因子の関与が指摘されている。今回、在宅医療受療高齢患者において、在宅死を規定する要因について調査検討した。

【方法】 我々は当科関連在宅医療機関にて在宅医療を受ける高齢患者252名を対象に後ろ向きコホート研究を行った。2007年から2010年にかけての3年間に亡くなられた方を調査した。患者は、全員が在宅診療所からの定期的な往診を受けており、多くは訪問看護ステーションからの訪問看護も受けていた。患者の死亡場所(在宅又は病院)に加え、患者背景、合併症、介護環境等が評価された。

【結果】 3年間に99名が亡くなられ、うち40名(78.4 ± 12 歳)が在宅で、59名(77.6 ± 13.4 歳)が病院であった。単変量解析では在宅死の方は、病院死の方より、在宅期間がより短く、悪性腫瘍の方がより多く、訪問看護受療者も多かった。その他、年齢、性、合併症、血液検査成績(生化学、血液等)、ADL自立度、介護家族数、処方薬数、褥瘡のような医学的処置数等は、両群に差を認めなかった。多変量解析では、在宅死の方は、病院死の方より悪性腫瘍罹患者が多く(odds ratio = OR = 2.18, HR: 1.04-3.98, p = 0.049)、訪問看護受療者が多かった(OR = 3.13, HR: 1.08-6.21, p = 0.029)。このように在宅死は、他の疾患に比し、悪性腫瘍と有意な相関があり、訪問看護と関連する事が示唆された。近年の変化も検討を加えている。

【結論】 患者の疾患と訪問看護の存在は、在宅死の選択に影響を与えていることが示唆された。在宅死の認知、評価、普及の可能性についてはさらなる研究が必要であろう。

医O-4

急性期病院における誤嚥性肺炎の現状と課題

宇佐美哲郎¹⁾、村上慎一郎¹⁾、上岡孝人¹⁾、伊藤基敏¹⁾、橋本重樹²⁾、伊藤英樹³⁾、中澤健一郎³⁾、波江野茂彦³⁾、藤田拓司³⁾

1) 市立池田病院 総合内科・救急総合診療部、2) 市立池田病院 呼吸器内科、3) 拓海会 神経内科クリニック

【目的】 誤嚥性肺炎は、在宅医療において高齢者を中心によくみられる。誤嚥性肺炎で急性期病院に入院となった場合、治療期間は長期化しやすく、退院調整にも時間を要するため、在院日数が長くなる傾向にある。今回我々は、急性期病院の当院における誤嚥性肺炎の現状を調査し、その問題点と今後の課題について検討した。

【方法】 電子カルテを用いて、2010年4月から2015年3月までの5年間に、自宅や介護施設で新たに発生して当院に入院となった誤嚥性肺炎の症例519例を抽出し、その臨床像を解析した。

【結果】 平均年齢は85±9歳で、70歳以上の高齢者が96%を占めた。男女比は279:240でやや男性に多かった。年度別の入院患者数は増加傾向にあり、96%の患者が救急外来を利用し、57%が夜間・休日の時間外受診で、59%の症例で救急車が利用されていた。一方で、平均在院日数については2010年度が31.5日であったが、2013年以降の3年間はおよそ22日前後と減少傾向にあった。自宅からの入院が290例、介護施設からの入院が228例であったが、そのうち71%の患者が元々過ごしていた環境に退院している。しかし17%の患者が療養環境の変更を余儀なくされており、また12%が死亡に至っていた。誤嚥性肺炎の入院では、入院初期の抗生剤治療が終了しても、誤嚥を再発したり退院調整が難航したりなどで、すぐに退院出来ないケースが多い。初期の抗生剤治療が終了した後の在院日数を比較したところ、療養環境を変更する必要がなかった症例では退院まで平均10日であった。しかし療養環境を自宅から介護施設に、または介護施設から自宅に変更した症例では平均16日、療養型病院や回復期リハ病院に転院した症例では平均37日と、退院までの期間が顕著に長くなっていた。

【考察】 誤嚥性肺炎は、嚥下機能が低下した高齢者に主に発症する疾患であるため、入院を契機に食事形態や摂取方法、介護体制などの見直しが必要となることも多く、それらの調整のために入院期間が長くなっていることが判明した。昨今の地域連携システムの効率化により在院日数自体は減少しているものの、それでも病床占拠率やマンパワーの消費などといった点で、急性期病院にとってはまだまだ負担感の大きい疾患である。

【結論】 今後も急性期病院がその機能を維持し、在宅医療の後方支援としての十分な役割を果たしていくためには、いかに地域全体で誤嚥性肺炎患者をみていくか、地域ぐるみで検討していく必要があると考える。

医O-5

入院した在宅非がん患者において、入院後1年以内の死亡と関連する因子は何か？

今永光彦、外山哲也

国立病院機構東埼玉病院 総合診療科

【背景】 国立病院機構東埼玉病院総合診療科（以下当科）は訪問診療を行うとともに、訪問診療患者のバックアップベッドとしての機能も有している。在宅患者は入院の頻度が高く、かつ入院後1年以内の死亡率が高いことが報告されている。入院中の治療やケアの方向性を決めるうえで患者の予後を予測することは重要であるが、在宅非がん患者においては困難であることが多く、予後に関連する因子は明らかになっていない。

【目的】 入院した在宅非がん患者において、入院後1年以内の死亡と関連する因子を検討することを目的とする。

【方法】 研究デザインは過去起点コホート研究である。当科で訪問診療中の患者で、2010年1月1日から2014年12月31日の期間に当科に入院した在宅非がん患者のうち、入院後1年までフォローアップできなかった6例を除外した125例を対象とした。入院後1年以内の死亡を主たるアウトカムとして、年齢・性別・Charlson Index・緊急入院かどうか・過去6か月の緊急入院の有無・入院時のポリファーマシー（5剤以上）の有無・入院時の褥瘡の有無・入院時の医療器具留置の有無・入院前の排泄介助の有無・入院時血清クレアチニン値・入院時血清アルブミン値との関連について検討を行った。複数回入院している患者は期間内の最初の入院について検討を行った。統計解析方法は単変量解析を行い、 $P < 0.05$ を基準として変数選択を行い、多変量解析を行った。（有意水準 $P < 0.05$ ）

【結果】 入院後1年以内の死亡は63例（50.4%）で認めた。単変量解析で有意な因子は、Charlson Index 4点以上・在宅酸素あり・排泄に介助あり・入院時アルブミン値 3.0g/dl 以下であった。多変量解析で有意な因子は、Charlson Index 4点以上（OR：4.17, 95%CI：1.10－15.83）・排泄に介助あり（OR：3.24, 95%CI：1.11－9.41）・入院時アルブミン値 3.0g/dl 以下（OR：4.97, 95%CI：1.99－12.43）であった。入院後1年以内に死亡する確率は、これら3因子のうち2因子以上満たす場合は感度57.1%・特異度88.7%であり、1因子以上満たす場合は感度92.1%・特異度27.4%であった。

【結論】 入院した在宅非がん患者において、Charlson Index 4点以上・排泄に介助あり・入院時アルブミン値 3.0g/dl 以下が入院後1年以内の死亡と関連しており、入院した在宅非がん患者の予後予測を行ううえで参考になるとと思われる。

医O-6

在宅発信の緩和ケアサポートパスの開発と運用 ～実践を通して得られた利点と課題

篠田裕美、林 瞳、森 寿江、石丸結理、村上典由、遠矢純一郎

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック在宅医療部

【背景】 家で最期を迎えたいという患者の声は増えているもののそれを実現できる割合は未だ低い。その一因として療養の場が変わる際の情報共有の困難、スピードの早い癌終末期の状態変化を素早く拾い在宅チームで共有する難しさがある。在宅緩和ケアを行う上で情報共有が出来て在宅での医療やケアの指標となるものが必要だと考えた。

【目的】 在宅緩和ケアの導入から看取りまでを網羅するパスを作成し導入後の検討を行うこと

【方法】 病状の経過を導入期、維持期、看取り期、グリーフ期に分けた。またそれぞれを医療、ケア、教育、在宅の視点から各期に必要なことを検討できるようチェックボックス形式で作成した。パスは一枚の表として全期が見通せる形とし、院内ではクラウド上に保存し常に参照できるようにした。パスの一部として各種パンフレットを作成し常に帯同し、教育が必要な時に適宜使用した。

2015年4月～10月にパスを用い在宅緩和ケアを行った30例について運用面での困難点やパスを用いる利点について調査した。またパスを使用し診療の質が上がったかを調査するため、2014年にパス未使用で癌自宅看取りを行った20例と2015年にパス使用で癌自宅看取りを行った21例で緩和ケア領域の診療の質指標Quality Indicator 28項目のうち在宅療養でも返答可能な9項目において調査を行った。

さらに紙媒体で作成運用していたパスから在宅医療の現場でより使いやすい形とするためアプリを作成した。

【結果】 診療の質指標については「オピオイド開始時の疼痛評価」と「患者教育」の項目がパス使用群において81.2%（パス未使用群41.1%）と93.8%（パス未使用群23.5%）と有為に高い実施率を示した。運用面では症例を通して改定を行い症状評価の手法をSTAS-Jに変更するなど調整を要した。パスを通して医療者間で議論することで患者にとってより良い介護体制や治療法を協議する機会が生まれスタッフ教育の観点からも役立った。

【まとめ】 病院で作成された連携用パスは存在したが在宅療養の視点が少なく在宅緩和ケアを行う上では在宅医側からの視点が必要だった。本パスは在宅発信の支援型パスであり院内情報共有に又より良い病診連携や多職種連携においても有用であると考ええる。

【結語】 在宅緩和ケアサポートパスを開発した。今後アプリ版においても症例を積み、その運用実績と効果を述べたい。

医0-7

小児の在宅非侵襲的人工呼吸72例の検討

近藤陽一、戸谷 剛、前田浩利

あおぞら診療所墨田

小児でも非侵襲的人工呼吸（以下NIV）が増加しているが、適応疾患、開始基準、マスクの選択など不明な点が多い。あおぞら診療所墨田では最近4年間に72名の小児在宅NIV患者を経験している。基礎疾患、開始時期、換気モード、マスクの種類、転帰などをカルテ調査した。一日使用時間は呼吸器内臓のSDカードの解析で、NIVの有効性は在宅終夜パルスオキシメトリで評価した。

【結果】

基礎疾患：変性疾患を含む脳性麻痺（29）、先天性心疾患を合併した染色体異常（24）、神経筋疾患（8）、上気道閉塞を伴う頭部顔面奇形（5）、未熟児慢性肺疾患（2）、脊髄損傷（2）

NIV開始月齢：68か月

NIV開始場所：病院 40 自宅 32

マスクの種類：鼻マスク 30、鼻口マスク 20、トータルフェイスマスク 16、鼻カニューレ 6

使用機種：フィリップスBiPAP A40 / BiPAP AVAPSなど

換気モード：CPAP 18 バイレベルPAP54

1日平均使用時間 8時間

終夜パルスオキシメトリー（SpO₂<90）：0.8%

フォローアップ期間：27か月

転帰：挿管せずに死亡8、気管切開3、離脱5 現在もNIV続行中56

【考察】小児でも適切なマスクを選択すれば在宅NIVは可能である。マスクは患者が嫌がらないものを選択しているが、鼻カニューレではリークのため補助呼吸ができず、鼻口マスクやトータルフェイスマスクでは嘔吐窒息の危険性がある。現在市販されている鼻マスクは体重5Kg以上を対象にしている、体重3kg前後で頭囲の小さい乳児新生児でも無理なく装着できる鼻マスクやヘッドギアが入手可能になることが望まれる。

医0-8

他医療機関への紹介受診の必要性、ならびに往診を含めた代替手段の可能性について

平山将司、伊藤由恵、富山由季子、鳥羽昭三、石賀丈士

いしが在宅ケアクリニック

【目的】当クリニックは在宅ホスピスに力を入れており全患者の6割弱を癌患者が占めているが、それ以外は小児を除き満遍なく疾患を担当している。日ごろより可能な限り在宅診療で完結したいと考えているが、それでも他医療機関へ紹介する場面は多い。救急搬送は致し方ないとしても、在宅患者を他医療機関の外来へ受診させることは負担を強いるものである。そこで他医療機関への外来受診の目的を調べるとともに、それを回避するための代替手段について考察した。また、その代替手段として期待される他医療機関の往診について、近年の傾向を考察した。

【方法】平成25年1月～平成27年12月の3年間において、当院が発行した他医療機関への情報提供書を集計した。情報提供の目的、受診の形について集計するとともに、半年ごとに集計しどのような傾向の変化があるのかを調べた。

【結果】情報提供書946通を集計したところ、他医療機関への外来診療依頼が39.9%、往診依頼が3.5%、救急搬送が20.6%、入院依頼（ホスピス・レスパイト等）が25.4%、リハビリ依頼が7.3%であった。また救急搬送を除く他医療機関への受診依頼（計377件）の内容としては、件数が多いものから整形外科疾患（46件）、皮膚科疾患（45件）、胃瘻カテーテル交換（36件）、輸血（30件）、画像評価（20件）、歯科疾患（18件）と続いた。

往診の割合は近年になるごとに増加しており、平成27年後半（7月～12月）においては、他医療機関への受診依頼（救急搬送は除く）のうち22.2%が往診であった。3年間において、往診が占める割合を科別に示すと歯科（88.9%）、皮膚科（44.4%）、整形外科（8.7%）であった。

【考察】当クリニックが所属する地域において、在宅医療の重要性の認識、ならびに医療機関同士の関係づくりにより、往診依頼に応需してくれる医療機関が増加している。

外来受診においては、胃瘻カテーテル交換、輸血については経験や手技・安全性の確立により、多くが在宅で施行できる可能性がある。また特殊器具を必要としない皮膚科領域や認知症領域等の外来受診についても、医師の知識習得によって減少させることが可能と思われる。将来的に整形外科の往診応需増加も叶えば、外来受診は半分程度まで削減が見込め、在宅患者の負担軽減に貢献できるとと思われる。

医O-9

知多半島医療圏在宅医療中核センターコーディネーターの活動報告 在宅医療を支える病床確保の取り組み

山口三恵

半田市医師会 知多半島医療圏 在宅医療中核センター

【目的】 地域医療構想を基盤とし、後方支援を行う有床クリニックや病院が、「在宅医療を支援する」という共通認識を持って在宅医からの相談を受ける連携体制の構築を目指した。また、在宅医が適切な病床選択を行えるような方法を検討した。

【方法】

1. 「病床運営会」の開設

知多半島医療圏内の有床クリニックおよび病院に、病病連携の強化と共存を目的とする「会」の開設を提案し、25施設の賛同と22施設の参加が得られた。

2. 定例会や地区部会の開催（病床運営会の方針の明確化と目標の共有）

- ① 在宅医療を支援するという共通認識を持つための検討を定例会で実施
- ② 在宅医からの紹介患者の在宅復帰を支援するための方法論の検討

3. アクションプラン

- ① 各施設の役割や機能にPRを織り込んだ病院紹介パンフレットの作成
1施設ごとのリーフレットをまとめたもの（2次医療圏内の開業医300施設に配布を予定）
- ② 「在宅医療を支援します」を明記した意思表示ポスターを施設内に掲示

【結果】 病床運営会の開設には、サポートセンター事業の概要・在宅医療中核センターの役割・会の目的・得られる効果・活動予定などを、参加施設25ヶ所中希望する10施設に出向き説明を行った。また、在宅医療の支援という考え方は、会での繰り返しの説明が必要であった。しかし、地区部会での詳細な検討や事例を通じての問題検討を行い、相互理解の必要性和そのための方法が具体化できた。

- ① 隔月で地区部会が開催されアクションプランや事例の検討ができた。
- ② 在宅医、訪問看護、行政との顔の見える連携や意見交換できた。
- ③ 年3回の全体会の実施ができ、在宅医療を支援する共通認識が図れた。

【考察】 有床施設間の相互理解が得られ、顔の見える連携ができたことは病病連携にも有効であった。また、在宅医からの紹介窓口が明確になり相談がしやすい体制構築ができたことは、病院にとっても在宅復帰率・病床稼働率の面でメリットがあったと言える。また、入院時から在宅医と入院施設間で共通の治療目標ができ、患者家族への説明と同意が一貫して行える。

【結論】

1. 有床クリニックや病院と、在宅医の相互理解を図る一助となった。
2. 入院相談ができる体制で医療圏内の病床の有効活用が可能になる。
3. 医療者と医療機関の相互理解と目標の共有は地域医療を支える。

医O-10

一包化対応服薬支援装置を用いた在宅高齢者の服薬忘れ防止と見守りに関する研究

鈴木亮二

群馬大学医学部附属病院 システム統合センター

【目的】 在宅高齢者の服薬忘れ、残薬管理が大きな問題となっている。今回開発した一包化対応服薬支援装置（以下、服薬支援装置）（特許取得済）は、一包化薬剤1回量最大60日分を1つの薬剤ドラムに巻きつけて、薬剤ドラムを所定回数分装置にセットし、チャイムで在宅療養患者に服薬時間を知らせ、1回分の薬を取り出すことができる薬箱である。また、服薬忘れ時には、登録された服薬支援者の電話に装置から未服薬情報を自動送信する。連絡を受けた服薬支援者は、電話等で患者に服薬を促すことによって服薬忘れをなくし、あわせて遠隔地から安否確認を行う。また、外出時には外出ボタンを押すことによって、所定の薬をあらかじめ取り出すことができる。服薬、未服薬のデータは装置に蓄積され、主治医や薬剤師が適宜確認することができる。本研究においては、在宅高齢者の服薬忘れ防止と安否確認による見守りを目的として、服薬支援装置の評価実験を行ったのでその結果を報告する。

【方法】 岩手県花巻市において、服薬忘れ経験のある高齢者延べ9名と服薬支援者18名（高齢者1名につき2名）を対象とした。3か月間服薬支援装置を使用してもらい、服薬忘れおよび体調変化を確認し、また、実験終了時にヒアリング調査を行った。実験にあたっては群馬大学医学部倫理委員会の承認を得た。

【結果】 2名において服薬時刻に服薬忘れがあったが、服薬支援者に装置から未服薬通信があり、服薬支援者が連絡して服薬した。また、健康状態に問題はなかった。1名は外出中に装置から本人（服薬支援者）に連絡があったが、薬を持っていなかったため、服薬することができなかった。ヒアリング調査の結果、高齢者と服薬支援者は、服薬支援装置は服薬忘れの改善と見守りに役立つと回答したものが多かった。

【考察】 本研究において地域の薬剤師は、対象者選定、服薬支援者として重要な役割を果たした。厚生労働省は、「かかりつけ薬局」による残薬削減の方針を打ち出しており、薬剤師と服薬支援装置の連携によって在宅医療に貢献できると考えられた。

【結論】 服薬支援装置と装置から未服薬情報を得た服薬支援者の連絡を組み合わせることによって、高齢者の服薬忘れ防止と見守りに役立つことが明らかとなった。本研究は、科学技術振興機構、復興促進プログラム（A-STEP）シーズ顕在化タイプと研究成果展開事業ハイリスク挑戦タイプ（復興促進型）による研究成果である。

医O-11

中高生に対して、2025年問題を主軸とした体験型プログラムを行った社会的影響について「体で感じる医療の現場」

横山太郎¹⁾、赤羽重樹²⁾、足立大樹³⁾、黒田理佐⁴⁾、清水哲平⁵⁾、袴田智伸⁶⁾、福澤邦廉⁶⁾、横山新一郎⁷⁾、篠田裕美⁸⁾、国兼浩嗣¹⁾

1) 横浜市立市民病院、2) 西神奈川ヘルスケアクリニック、3) ホームケアクリニック横浜港南、4) 浅野医院、5) 清水医院、6) 福澤クリニック、7) 横山医院、8) 桜新町アーバンクリニック

【目的】 職業体験を通じ、超高齢化社会によって生じる様々な問題を皆で考えることで、自分だけでなく社会のことも考えられる中高生を増やす。また、取り組みを地域の医療者で行うことで地域連携を改善する一助とする。

【方法】 若者の就労を円滑にするため、就学時から職業体験ができるように地域キャリア教育支援協議会を設置することを目的とした文部科学省委託事業が全国12か所で2015年から開始された。初回は、12か所の1つである横浜市のプロジェクトとして行った。内容は多職種からの講義、緩和ケア病棟の回診や訪問診療の見学、「10年後の未来に対して明日からできることは何か？」のグループディスカッションである。これらを地域の多職種(病院医、在宅医、看護師、社会福祉士、心理士、ボランティア)で行った。二回目である本年度は横浜市医師会が後援するかたちで開催中である。

【結果】 初回の参加者は17名だった。グループディスカッションの結果は「この問題を広め、意識して社会に出たい。」「医療を支えるために国を豊かにしたい。」「この問題は2025年以降の人口減少を見越して対応しなければならない。」などの意見が出た。また、この会に参加した在宅医の一人が病院との連携を改善するために、週に1回横浜市立市民病院緩和ケア病棟での勤務を開始している。現在は連携における情報共有を改善するために桜新町アーバンクリニックが作成した、在宅医療の現場で情報を共有するために作られた「緩和ケアサポートパス」をベースに「緩和ケアマップ」という情報共有シートを作成している。また、本年度からは参加者が17人から70人となり、講義には医療者だけでなく、横浜市健康福祉局の職員や僧侶など様々な職種で構成され、施設見学も行っている。

【考察】 規模の拡大から学生側のニーズ、地域の医療者からの関心も高いプログラムと判断している。また、在宅医の病院勤務開始などから、プログラムを行うことが地域の連携を改善すると判断し、3年目以降は「地域連携尺度」を用いて活動の社会的影響について検討する予定である。また、3月からは将来的には市民の参加も考えた死生学勉強会が立ち上がる。この会では病気になった時のことを考え、その時に医療者に知ってほしい内容を明らかにし、緩和ケアマップに反映していきたいと考えている。市民が自分の今後を考える地域となるよう様々な地域をつなぐ事業を展開していきたい。

医O-12

東京都東大和市地域包括ケア推進会議開催の経緯ーこれから求められる「強い医師会」の在り方について

森 清^{1,3)}、有村 章^{2,3)}

1) 社会医療法人大和会(やまとかい)在宅サポートセンター 村山大和診療所、2) 有村クリニック、3) 東大和市医師会

【目的】 地域包括ケアシステムの構築に向けて、各地域で模索がなされているが、地区医師会の在り方も問われている。当市において地域ケア推進会議の開催を求める中で、医師会・社会医療法人・市役所との信頼と連携が良好な経緯を促したと思われるので報告する。

【方法】 この間の経緯をふりかえることにより、教訓を明確化するために、社会医療法人在宅医の立場から考察した。

【結果】 2014年末に東大和市医師会より当院へ「地域包括ケア」についての講演依頼があり、受諾した。東大和市医師会が「地域包括ケアシステム」のために役割をはたしたいとの志を会長から伺い、医師会員向け勉強会を2回開催した。2015年医師会長・福祉部長が協議し、市役所主催で「地域包括ケアシステム」に関する「多職種連携勉強会」を企画し、当院医師が講演した。5回開催し、その中で、市内で根付いている地域ケア会議の上部組織である「地域ケア推進会議」を3師会+15の職能の代表者を集めることにより開催することを提案した。法人内でも3回の講演会を行い、地域住民向け講演会1回・地域多職種事業所向け勉強会を5回行い、提案の意図を情宣した。市役所内ならびに、医師会との協議により、警察と消防を含む22の職能/事業腫の代表からなる「地域包括ケア推進会議」を開催することが決まり、2016年1月15日に開催された。会議の内容とその後の展開を当日発表する予定である。この会議の下に4つの部会を設け、それぞれ医師ならびに多職種から20人程度選出し作業を行うこととなった。4つの部会とは「在宅医療介護連携推進」「地域ケア会議」「認知症対策推進」「生活支援体制推進」である。

【考察】 医師会が強いリーダーシップを持つことにより、多職種の地域活動家は行動しやすくなったとの感想をいただいている。医師会長の求めにより、訪問看護ステーションは地域の連絡会を発足するなど、それぞれの職能間の交流も始まるようになった。ひごろから「ひとり暮らし」「癌」「介護予防」「認知症」「誤嚥」「災害」などをキーワードに地域包括ケアシステムを考えようと語り続けてきたことの成果も十分にあったと思われる。

【発展】 さらにコンビニや自治会(介護予防・認知症カフェ等)等との協力・連携も行われるようになった。地域における「社会医療法人」「地区医師会」「市役所」が作り出す統合されたシステムによる街づくりによって、市民をより幸福にすることを共に目指していきたい。



一般演題

日本在宅ケア学会（口演）

一般演題
（口演）
⑦
発表

㊦10-1

在宅終末期がん療養者・家族における訪問看護師の在宅導入時期のケア効果

大木正隆¹⁾、本田彰子²⁾、深堀浩樹²⁾、山本則子³⁾

1) 東京工科大学、2) 東京医科歯科大学、3) 東京大学

【目的】 在宅終末期がん療養者・家族における訪問看護師の在宅導入時期のケア自己評価と家族評価から、ケア効果を明らかにする。

【用語の定義】 在宅導入時期：訪問看護師による初回訪問日～1週間の期間

【研究方法】

1) 調査票の作成(平成20年度)

文献・先行研究(CES:Care Evaluation Scale等)、および学識経験者を交えて調査項目の抽出・選定を行った。調査票は、訪問看護師の在宅導入時期のケア実施内容を把握するための調査票(15カテゴリー66項目)、在宅導入時期全般のケア自己評価としてVAS (Visual Analogue Scale)、また在宅導入時期における家族のケア評価(23項目)、在宅療養期間全般における家族のQOL評価GDI(Good Death Inventory)とした。

2) 全国調査(平成21・22年度)

全国の訪問看護ステーションの訪問看護師、および訪問看護ステーションを利用して看取られたご遺族を対象に郵送調査を行った。WAMNETに登録されている全国5566か所の訪問看護ステーションから、24時間連絡体制加算・特別管理体制対応可能なステーションである条件を加え抽出した2485施設のうち、無作為抽出法により抽出された合計1000施設(平成21・22年度対象施設としてそれぞれ500か所)を対象とした。研究対象事例(がんで死亡した40歳以上の事例)の有無と本研究への調査協力の打診を封書にて実施し、返信・協力が得られた施設には改めて研究者宛ての返信封筒を同封した調査票(訪問看護師用、ご遺族用)を郵送した。

【結果および考察】 184名の事例の有効回答が得られ、利用者の訪問看護開始時の属性は、男性108名(58.7%)、女性76名(41.3%)、年齢は、80歳代(35.3%)が最も多く、障害高齢者の日常生活自立度は、B(39.7%)が最も多かった。また看取りの場所については、自宅(62.3%)、病院(36.1%)、施設(1.1%)の順であった。

訪問看護師の在宅導入時期のケア実施状況(5段階評価)は 4.38 ± 0.53 、ケア実施状況を受けての在宅導入時期全般のケア自己評価(0～10)は、 6.72 ± 1.75 であった。また在宅導入時期における家族のケア評価(6段階評価)は 5.14 ± 0.73 、在宅療養期間全般における家族のQOL評価GDI(7段階評価)は、 4.84 ± 0.71 であった。

訪問看護師の在宅導入時期全般のケア自己評価と在宅導入時期における家族のケア評価、在宅療養期間全般における家族のQOL評価を相関分析した結果、それぞれ $r = .348(p < .05)$ 、 $r = .318(p < .05)$ であり訪問看護師の在宅導入時期におけるケアの一定の評価が得られた。

この研究は科学研究費補助金(若手研究B 課題番号20791801)にて実施した。

㊦10-2

進行初期の在宅神経難病療養者のくらしと訪問看護の役割

木口綾子¹⁾、東 清巳²⁾

1) 熊本大学大学院保健学教育部 博士前期課程、2) 熊本大学大学院生命科学研究部 看護学講座

【目的】 在宅療養中の神経難病療養者のくらしを明らかにし、進行初期からの訪問看護の役割を検討する。

【方法】 訪問看護利用中の進行初期の神経難病療養者を対象に、参加観察と半構成的面接法によりデータ収集し質的に分析した。本研究は所属機関の倫理委員会の承認後に開始し、訪問看護ステーション管理者・対象者に研究目的や方法及び、研究参加を拒否する権利等について説明し同意を得て実施した。面接内容は対象者の同意のもとICレコーダーに録音し、逐語録作成段階から固有名詞はアルファベットを用い匿名化する等個人情報取り扱いに留意した。

【結果】 対象者8名の概要は、男女各4名、平均年齢63.5歳、脊髄小脳変性症5名・パーキンソン病2名・筋萎縮性側索硬化症1名だった。逐語録より神経難病療養者の在宅でのくらしは8つのサブカテゴリーから「居宅サービスの情報が得られないまま様々な喪失を体験しくらしを建て直してきた」「病状が進行していく中、自分らしさを見失わずくらししていきたい」「訪問看護師・訪問リハビリテーションスタッフはくらしを支えてくれるパートナーになっている」の3つのカテゴリーに統合された。参加観察の結果、訪問看護の支援内容は多岐にわたり、療養支援と直接関連しない日常会話や環境整備等のインフォーマルサポートも求められていた。

【考察】 進行初期の療養者の日常生活は何とか維持できており、訪問看護の必要性は療養者・医療従事者に認識されにくく、居宅サービス利用の検討時期に情報が身近になかった。また、訪問看護・訪問リハビリテーション利用により療養者のくらしの建て直しのプロセスは促進されていた。療養者が自分らしい在宅療養を送るためにタイミングを逃さず訪問看護を導入するには、疾患の特徴や生活への影響をアセスメントすることの重要性が示唆された。

【結論】 1. 進行初期の在宅神経難病療養者のくらしは「居宅サービスの情報が得られないまま様々な喪失を体験しくらしを建て直してきた」「病状が進行していく中、自分らしさを見失わずくらししていきたい」「訪問看護師・訪問リハビリテーションスタッフはくらしを支えてくれるパートナーになっている」の3カテゴリーから構成された。2. 訪問看護は進行初期の在宅神経難病療養者のくらしの建て直しのプロセスを促進していた。3. 病状進行や機能低下の程度に応じ訪問看護導入時期が的確に判断される必要性が示された。

㊦10-3

人生の終末期の生き方の意思決定の特徴と関連する要因－1地域の住民を対象として－

鳥居真由美¹⁾、河原加代子²⁾

1) 訪問看護ステーション夢、2) 首都大学東京大学院 人間健康科学研究科

【目的】人々が希望通りの最期を迎えるためには、自分の意思を表明し、自ら生き方の選択肢を考える必要がある。必要な情報を収集し、理解し、それを利用していくためにはヘルスリテラシーが必要だとされている。そこで、住民を対象とし、人生の終末期の生き方の意思決定の特徴と、ヘルスリテラシーやその他の関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】健康に関するイベント等に参加した20歳から80歳代の住民を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は2015年8月～10月であった。内容は、属性、介護の経験、同居家族の死の経験、最期を迎えるまでの療養場所の希望、終末期の在宅医療制度の知識や認識、ヘルスリテラシー尺度 (Machi Suka et al, 2013)、終末期の生き方の意思決定等、合計43項目とした。質問紙に、返送をもって研究に同意したとみなすことを明記し、回収は研究者の在籍する大学に直接返送するように依頼した。本研究は平成27年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】質問紙の回収は195部(回収率49.0%)で、分析対象は177部であった。1) 対象者の性別は男性52名、女性125名、年齢は21歳～81歳で、平均年齢 51.6 ± 14.0 歳であった。2) 人生の終末期の意思決定は、①医師と相談しながら自分自身で決定したいと考えている者が8割 ②大切な人とどう過ごすか、また終末期の生き方についてその選択肢を家族と話し合いたいと思っている者が8割であった。3) 訪問看護、ホスピス、地域包括ケア、在宅緩和ケアの知識がある者は、医師と相談しながら自分自身で意思決定したい者の割合が高い。4) 医師からの説明だけでなく他の情報を集めて意思決定することや、医師と相談しながら意思決定していくとした者は、医師の説明に同意するとした者よりもヘルスリテラシー得点が有意に高い。

【考察】人生の終末期の意思決定とヘルスリテラシーには関連が認められた。人々が入退院を繰り返しながら最期を迎えるまでには、何度も病状や自分の生活環境の変化に合わせ、生き方を意思決定していかなければならない。自分自身で、家族と話し合いながら決めたいとしている者が多いことから意思決定の支援の必要性が示された。

【結論】終末期の生き方の意思決定を支援していくために、地域で活動する看護職は、住民のヘルスリテラシーに着目することが重要である。

㊦10-4

進行期パーキンソン病療養者が脳深部刺激術を選択した理由

橋本友美、牛久保美津子

群馬大学大学院 保健学研究科

【研究目的】パーキンソン病 (PD) の外科的治療法として脳深部刺激術 (DBS) がある。DBSの長期的な効果は明らかではないため、PD療養者は様々な葛藤を抱えながらDBSを選択していると考ええる。一方でPD療養者に対するDBSの意思決定支援および緩和ケアは十分ではない。本研究の目的は、進行期PD療養者がDBSを選択した経験を当事者の立場から明らかにし、在宅看護ケアへの示唆を得ることとした。

【研究方法】全国PD友の会A県支部に協力を依頼し、同意を得たDBS後の進行期PD療養者7名を参加者とした。参加者に半構成的面接を1回実施しICレコーダーに録音した。質問内容は、DBSを受けた経緯、医師からの説明内容、DBSに対する期待とした。参加者全員が病状の進行により構音障害を呈しており、面接は筆談や観察による非言語的サインを研究者が確認をしながら実施した。データは逐語録に起こし、解釈的現象学分析を用いて分析した。本研究は、所属大学医学部疫学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。文書と口頭で研究の目的と方法、不利益を受けない権利の保障、自己決定の権利、個人情報保護、研究結果の公表等について説明し、文書で同意を得た。

【結果】1. 研究参加者概要：7名の重症度は、ヤール分類ではIV～Vであった。UPDRSの言語機能 (5段階スケールで、0が正常、4はコミュニケーション不可能) では、6名が3、1名が2であり、ほぼ全員が高度の言語障害を抱えていた。PD発症から調査時点までの年数は13～31年、DBSから調査時点までの年数は5～11年であった。2. DBSを選択した理由：5つのテーマ【普通に自由な身体になりたいという願い】【重要他者による強い影響】【人生をしっかりと前向きに生きたい思い】【薬物治療の限界で薬をもすがらうような思い】【手術を受けることができるタイミング】が導かれた。

【考察】参加者は重要他者から強い影響を受けて手術の決断をしていた。PD療養者に対する家族や友人、患者会等の影響を考慮するとともに、PD療養者のDBSに対する思いや希望を理解し寄り添う支援が必要である。DBSの長期的影響を明らかにして情報提供を行い、自律性を尊重した意思決定支援の必要性が示唆された。

㊦10-5

男性介護者の介護問題対処に影響する情的支援と手段的支援

西尾美登里¹⁾、小野ミツ²⁾、木村裕美¹⁾、西村和美¹⁾、
坂梨左織¹⁾、尾籠晃司³⁾

1) 福岡大学医学部 看護学科、2) 九州大学医学研究院 保健学部部門、
3) 福岡大学 医学部

【背景】我が国の認知症高齢者は、急速な高齢化に伴い2025年には、65歳以上の人口において25%と推測される¹⁾。介護者の性は、未婚率の増加に伴い男性が増加すると予想される。先行研究において男性介護者は、介護問題やストレスを抱えても周囲に不満をもらさず助けを求めず、周囲からの支援を問題解決の資源として利用しないとされる²⁾。介護の様々な問題は相互に作用し生活の質や精神に影響を及ぼすとされており³⁾、男性の介護者の介護問題や支援について明らかにすることは重要である。

【目的】男性介護者の介護問題対処に影響する情的支援と手段的支援について明らかにする。

【方法】対象：①要介護者の受診時に付き添う男性の家族介護者。②家族会に所属する男性介護者。③西尾の主催する男性介護者の料理教室に参加した者。計762名 調査方法：病院長あるいは会長に同意を得たのち、対象に自記式質問紙調査(無記名)を配布した。倫理的配慮：研究者の所属する大学の臨床研究審査委員会/倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】情的支援者の存在：日頃評価し認めてくれる人が、家族内にいる男性介護者は159人(53.4%)、家族以外にいる男性介護者は128人(43.0%)などであった。手段的支援者の存在：困った時に手助けをしてくれる人が家族内にいる男性介護者は178人(59.7%)、家族以外にいる男性介護者は130人(43.6%)であった。介護問題対処スタイルと情的・手段的支援者との相関。「課題解決型」の有職者は1項目、無職者は6項目に有意な相関がみられた。「回避・情動型」の有職者は8項目、無職者は5項目に有意な相関がみられた。「認知変容型」の有職者は相関がみられず、無職者は3項目に有意な相関がみられた。「静観・待機型」は有職者と無職者において相関はみられなかった。「援助依頼型」の有職者は5項目、無職者は2項目に有意な相関がみられた。

【考察】今後も核家族化は進むことが予想されており、地域や社会において男性介護者の情的支援に取り組む必要性が明らかとなった。男性介護者において、そばにいと気持ちがおちつき安心でき、支持的な理解者が特に必要であることが明らかとなった。職の有無を鑑み、特に回避情動型の対処スタイルをとる男性介護者への支援が必要であることが明らかになった。

【参考文献】

1. 清原ら. Advances in aging and health research. Japan Foundation for Aging and Health 2013; 1:25-34.
2. Smale B et al. Caregivers of persons with dementia: Roles, experiences, supports and coping. Ontario Dementia Caregiver Needs Project. [cited 14 February 2013].
3. Morimoto et al. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. Age Ageing 2003; 32: 218-223.

㊦10-6

石川県能登地域における男性介護者・家族介護者と支援者のサポートネットワークシステム構築に向けた取り組み

彦 聖美^{1,2)}、鈴木祐恵²⁾、宮下陽江³⁾、中村悦子⁴⁾、
川西早苗²⁾、新田大貴²⁾

1) 金城大学看護学部 在宅看護学、2) 元石川県立看護大学、3) 羽咋市社会協議会、4) みんなの保健室わじま

【目的】高齢化・過疎化の深刻な能登地域では、情報の偏りや地域格差、支援者の人材不足、リーダーのバーンアウト等、小さな地域での自己完結型に陥るリスクがある。そのため、市町を越えた男性介護者・家族介護者(以下、男性・家族介護者)と支援者のサポートネットワークシステム(以下SNS)を構築し、活動の継続性の強化、リスクの分散に取り組む必要がある。本研究の目的は、市町別に活動する男性・家族介護者や支援者の実態を把握することである。

【研究方法】「男性介護者・家族介護者と支援者の多地域交流会」(以下、地域交流会)を開催し、参加者に対して自記式質問紙調査を実施した。調査は①2015年9月5日の中能登地域②2015年9月17日の奥能登地域の2箇所で開催した。質問項目は、属性、男性・家族介護者には、交流会へ参加動機や社会的ネットワークの様子等、支援者には、支援活動の現状、課題等であった。分析は、男性・家族介護者と支援者別に基本属性、その他の項目を単純集計した。

【倫理的配慮】調査は、所属大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究への参加は各自の自由意志によること、回答は無記名であること、得られたデータは厳重に管理すること、公表には個人が特定されない等を文書と口頭で説明し、同意書を得て実施した。

【結果】

1. 男性・家族介護者調査：男性25/26名、女性11/13名の合計36名より回答を得た。多地域交流会は「満足だった」、「他の地域グループの活動が知れた」と回答した割合は男性、女性介護者共に6割を越えた。男性、女性介護者共に行政・社会福祉協議会等の他者からの誘いによる参加が多かった。社会的ネットワークでは、男性介護者は、自ら選んで趣味のサークル活動やグループに所属をしていた。一方、女性介護者は福祉的な活動や悩みを話し合える場、介護に活かすことのできる専門的な情報を求めて活動に参加する特徴がみられた。

2. 支援者調査：32名の支援者より回答を得た(回収率100%)。地域の支援活動として、個人に対する支援は相談・話し相手が多く、集団・地域に対する支援では、家族交流会の企画、家族介護教室や町民介護講座の開催、ボランティアの育成、講演会の実施等であった。能登地域に共通した課題として、①人材の不足・ボランティアの不足、②交通手段の困難、③他の支援グループとの連携がない、④地域の情報の不足が挙げられた。

【考察】男性・家族介護者の交流会等への参加は、第一歩が踏み出しにくい。男性介護者と女性介護者の活動参加における性別特徴を踏まえた呼びかけが有効となる。また、5割の支援者が他の地域のグループと連携したいが、9割の支援者が他のグループを把握していなかった。この現状から、さらに過疎化・高齢化が進んでく地域だからこそ、少ない人・もの・資源を共有し、有効活用が出来るようなシステムの構築が早急に求められる。

【結論】今回の取り組みを基盤に、医療・保健・介護のジャンルにとらわれない資源のコラボレーション、地域住民やボランティア、学生を巻き込んだ能登地域全体を網羅した男性・家族介護者支援へと発展させる取り組みの継続が重要である。

㊦10-7

医療的ケアを必要とする小児の在宅移行期における養育者の思いと訪問看護師の支援内容

新井明子、棚橋さつき

高崎健康福祉大学 保健医療学部看護学科

【目的】本研究は、医療的ケアを必要とする小児の在宅移行期における養育者の思いと訪問看護師の支援内容を明らかにすることを目的とした。

【方法】事例研究。調査方法：訪問看護記録からのデータ収集、養育者を対象とした半構造化面接調査とした。分析方法：事例毎に在宅移行準備期から在宅移行直後における児の療養経過、養育者の思い、訪問看護師の支援内容を整理、分析した。倫理的配慮：所属機関の研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究対象者から研究参加と成果公表の同意を得て、研究対象者および得られたデータの匿名性を確保し研究を遂行した

【結果】対象事例は5例、主疾患名は、先天性心疾患、急性脳症後遺症、重症新生児仮死等であった。面接対象者は、4事例が母、1事例が両親であった。

在宅移行準備期の支援として、全事例で退院前カンファレンスが実施されていた。人工呼吸管理等医療依存度が高い事例では、試験外泊時に訪問看護が入り、在宅療養環境の確認、体調の確認、ケア方法の指導を行っていた。

在宅移行準備期から在宅移行直後における養育者の思いは、医療的ケアや体調不良時の判断、生活スタイルがイメージできないこと、育児方法への不安等の他、一緒に生活できることへの喜び等であった。全事例において、退院1ヶ月の間に、膀胱留置カテーテルの自然抜去、胃チューブや気管カニューレの閉塞等、医療処置に関するトラブル、脱水、発熱、下痢、痙攣発作等の体調の変化を経験していた。訪問看護師は病院支援者との連携による児の体調管理に関する支援と、養育者の育児方法や頑張りを認め、支持的な関わりをしながら情緒的安定を図るための支援、養育者が休息、受診できるようなレスパイトの対応、家庭内役割や社会的役割遂行のための訪問調整等の支援を行っていた。

【考察】在宅移行準備期から在宅療養移行直後における養育者の思いは、不安と喜びが存在していた。訪問看護師として、児の体調安定をめざし体調不良時の判断と対処方法や育児方法について支援すること、養育者が自身の健康を維持し育児と社会的役割を遂行できるよう支援することが、家族で退院後の生活を再構築し肯定的にとらえることにつながり、在宅生活を軌道に乗せる上で重要であると考えた。

本研究は、平成26年度日本在宅ケア学会実践・研究助成により実施した。

㊦10-8

医療的ケアを必要とする子どもの体調の変化に初めて直面した母親の判断に関する研究

田中道子¹⁾、河原加代子²⁾

1) 公益財団法人日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション、2) 首都大学東京人間健康科学研究科 看護科学域

【はじめに】医療的ケアを必要とする重症心身障害児や超低出生体重児等は呼吸や摂食に障害があることが多く、彼らは身体の恒常性を保ちにくく、感染症など二次的に起こった体調の変化が生命の危機に直結し易いという特徴を持つ。母親は退院後も常に子どもの体調の変化に気を配り、的確な判断が求められることになる。在宅において、母親が初めて子どもの体調の変化を判断し対処する経験は、その後の在宅生活をおくる子どもの安全と安楽に重要な影響を及ぼすと考えられる。本研究は、在宅において、子どもの生命の危機が予測されるような体調の変化に初めて直面した母親が、その時の状況をどのように判断しているかを明らかにすることを目的とした。

【研究方法】研究対象者は在宅において医療的ケアを必要とする超重症児・準超重症児の子どもを養育する母親とした。データ収集期間は2015年1月から6月とした。半構造化面接法によりインタビューを行い、質的記述的に分析した。インタビューの内容をICレコーダーから逐語録を作成し言葉の意味を吟味しコード化し、抽象度を高めサブカテゴリー化、カテゴリー化を進めていった。なお、本研究は首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】NICU入院中から引き続き在宅において医療的ケアのある超重症児、準超重症児であり、退院後1年未満の3名の母親に協力が得られた。本報告では、準超重症児の母親2名から得られたデータの分析結果を報告する。結果として、22個のサブカテゴリーと7個のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは【アレおかしいと気づいたとき、子どもの状況を観て、聴いて、触れる】【普段の状態を見てきた経験から大きな違いがないか探る】【入院中に指導された経験から危機的状況でないか探る】【きょうだいを育てた経験から健常児と同じ部分を探る】を含む7個であった。

【考察】母親は、子どもの体調の変化が初めてであっても、自らの五感を使い子どもの体調の変化にすぐさま気づいていること、母親はNICUに入院中の看護師の指導を断片的に捉えていることや、母親がその子どものきょうだいを育てた経験から時として健常児の場合と同様に判断してしまうことで、子どもの生命の危機を予測するのを困難にしていることが明らかになった。

【結論】以上のことから、入院中母親が受けた指導や母親が入院中から子どもを看続けてきた経験や子のきょうだいを育ててきた経験は重要であり、その経験が統合され、今後の子どもの安全と安楽を守る判断に活かせるよう退院前から支援する必要がある。

㊦10-9

急性期病棟看護師が持つべき全人的に患者を
アセスメントするための視点を身につけるこ
とへつながった過程 ―退院支援に着目して―
石橋史子¹⁾、澤井美奈子²⁾、福井小紀子²⁾

1) 慈恵会医科大学付属病院 看護部、2) 日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科

【目的】退院支援に着目し、急性期病棟看護師に必要とされる全人的に患者をアセスメントする為の視点を身につけることに繋がる出来事や過程を明らかにする。

【方法】都内の7対1看護体制の急性期病院の3～5年目の病棟看護師7名に半構成的面接を行い、全人的な視点を身につけることへ繋がった要素を繋がるの意味や強さに着目しながら解釈し、全人的な視点を身につけることへ繋がった過程を明らかにした。

【倫理的配慮】日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会及び研究協力施設の承認を得て実施した。研究参加者には、研究の趣旨や研究参加は自由意志で辞退による不利益は被らないこと、プライバシーの保護と守秘義務の遵守すること、研究の成果の公表などについて口頭と文書で説明し、同意書への説明をもって同意とした。

【結果】全人的に患者をアセスメントする為の視点を身につけることへ繋がった要素として、〔生活体験〕、〔在宅看護実習〕、〔教育研修〕、〔病棟〕、〔退院支援部署・外来〕が見出された。〔生活体験〕は看護師となる前の家族側での体験から、看護師の現在の看護観や実践に影響し、〔在宅看護実習〕では、多様な患者・家族とそこで展開される看護の多様性からの学びは記憶され、〔教育研修〕は日々の実践と繋がると自身の力になるが、繋がらないと理解が難しいことが語られた。〔病棟内〕の日々の実践や患者との関わりの中では、先輩から具体的な指導と気づきの繰り返しがあった。師長や先輩の声かけが知識を増やす機会に繋がり、病棟全体で患者の見方を育てられるようカンファレンスが活用されていた。院内システムである〔退院支援部署・外来〕の退院支援看護師や医療ソーシャルワーカー同席のカンファレンスや勉強会から先を見据えた視点を学び退院支援部門の役割を理解し、退院後の情報を得ることでケアの改善に繋がっていた。

【考察】急性期病棟看護師が持つべき全人的に患者をアセスメントするための視点を身につけることへつながった体験や背景とその過程の中として、〔生活体験〕、〔在宅看護実習〕、〔教育研修〕、〔病棟〕、〔退院支援部署・外来〕といった場や過程が挙げられた。〔生活体験〕では患者家族の気持ちを中心に、興味・価値観の方向性が形成され、〔在宅看護実習〕では在宅療養生活の多様性を学び、看護師となったからの退院支援を切り口にしたアセスメントの視点に繋がり、〔研修・勉強会〕は実践と結びつくことで自分の能力となっていた。〔病棟〕では繰り返される指導と実践の中で身体、社会など様々な視点で退院後を考え支援することを学び、そこには〔退院支援部署・外来〕の専門職から得た全人的な視pointsの拡がり、深まりが影響していた。これらが看護師のセルフ・エンパワメントを高め、本テーマの視点を身につけることに繋がっていた。

㊦20-1

外来患者の受療継続を支援する外来看護師の
実践

石井佳子¹⁾、島田 恵²⁾

1) 東京女子医科大学 東医療センター、2) 首都大学東京大学院

【研究の背景と目的】国は地域包括ケアシステムを推進しており、在宅と病院の架け橋である外来においては、療養生活を支援する必要がある、外来看護師は重要な役割を担っている。しかし、外来では事務的業務に追われ、療養相談や指導が出来ていない現状がある。その要因には、診療報酬の改定やそれに影響を受けた看護師配置などの問題があり、外来看護体制を変革していく取組が必要である。そこで、本研究の目的は、専門性の高い外来看護師が、慢性疾患患者の主體的な受療継続の支援についてどのように考え実践しているかを明らかにし、一般の外来看護師が行う支援の示唆を得ることである。

【研究方法】研究デザインは、半構成的面接法による質的記述的研究である。専門看護師として看護外来を実施している看護師(循環器、膠原病)、外来プライマリー制で外来看護を実施している看護師(HIV/AIDS)の計3名を対象に、慢性疾患患者の主體的な受療継続を支援するためにどのようなことを考え実践しているかについてインタビューを行い、データを質的帰納的に分析した。

本研究は、平成26年度 首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果および考察】専門性の高い看護師の主體的な受療継続を支援するための考えと実践として、47のサブカテゴリー、11のカテゴリーが抽出された。さらに、患者の生活を重視し患者の人生にずっとつきあう決心と責任を持って支え続けるという【外来看護師の役割意識】を基盤として、患者が【“受診してよかった”と思えるように支援する】【患者を生活の視点で捉えて関わる】【受療継続が困難な患者にはあらかじめ把握して関わる】【患者をありのまま受け入れて支援する】という5つの中核カテゴリーが明らかになった。

一般の外来看護師に対して、患者の人生を支え続けるという役割意識を持ち、患者を生活の視点で捉え、受診してよかったと満足感が得られるように、受療継続が困難な患者をあらかじめ把握して関わり、主体性のレベルを理解したうえで、患者の意思を尊重した支援を行っていくことが主體的な受療継続につながるという示唆が得られた。

㊦20-2

訪問看護ステーションにおける受診支援の実態と意義

河添こす恵¹⁾、東 清巳²⁾

1) 熊本大学大学院保健学教育部 博士前期課程、2) 熊本大学大学院生命科学研究部 看護学講座

【目的】訪問看護ステーション（以下ステーションと略す）における受診支援の実態と意義を明らかにし、システム化・制度化に向けての基礎資料とする。

【方法】A県内156カ所を対象に質問紙調査と、豊富な実績を有するステーション管理者10名を対象に受診支援に関する半構成的面接法によるインタビューを実施した。なお、本研究は熊本大学大学院生命科学研究部等人を対象とする医学系研究疫学・一般部門倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】質問紙調査に関しては、記載漏れのない68ヶ所を分析対象とした。受診支援を行っていたのは22ヶ所であり、設置主体や看護師等の配置数に関連はなかった。また、受診支援について逐語録から41のコードが抽出され【安定した在宅療養のため重要な役割を担っている】【当事者だけにしわ寄せが来ている】【家族の自助機能が脆弱化している】【ステーションの経営や他の利用者との契約を犠牲にして成り立っている】の4つのカテゴリと12のサブカテゴリで構成されていた。

【考察】受診支援はステーションの設置主体や看護師等の配置数に関係なく、訪問看護師が必要と判断した事例に行われている実態が明らかになった。訪問看護師は利用者・家族だけでは受診時に状況説明ができないや医療依存度が高く家族だけでは受診が困難など必要性を判断した場合、【当事者だけにしわ寄せがきている】ことを感じながらも受診支援を行っており【ステーションの経営や他の利用者との契約を犠牲にして成り立っている】いることが明らかになった。

【結論】1. 受診支援はステーションの設置主体や看護師等の配置数に関係なく、訪問看護師が必要と判断した事例には受診支援が行われている実態が明らかになった。2. 受診支援は、【安定した在宅療養のため重要な役割を担っている】【当事者だけにしわ寄せが来ている】【家族の自助機能が脆弱化している】【ステーションの経営や他の利用者との契約を犠牲にして成り立っている】の4つのカテゴリと12のサブカテゴリで構成されていた。3. 訪問看護師は必要性を判断し、【当事者だけにしわ寄せがきている】ことを感じながらも受診支援を行っており【ステーションの経営や他の利用者との契約を犠牲にして成り立っている】いることが明らかになった。4. 受診支援の実態と意義が認知され、訪問看護師が行う受診支援が評価・報酬化されるよう、より詳細な調査の必要性が示唆された。

㊦20-3

訪問看護事業所におけるプロトコルとシートを用いた課題解決型ケースカンファレンス方法の開発と試行

吉井朋代¹⁾、中村淳子²⁾、小野友美³⁾、渋谷香里⁴⁾、竹下昌子⁵⁾、野口麻衣子⁶⁾、山本則子⁶⁾、鈴木美穂⁷⁾、横山麻美⁶⁾

1) JCHO東京新宿メディカルセンター、2) セントケア・ホールディング株式会社、訪問看護サービス部、3) セントケア訪問看護ステーション仙台、4) セントケア訪問看護ステーション浜松町、5) セントケア訪問看護ステーション川崎宮前、6) 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻、7) がん研有明病院

【背景】訪問看護師には、利用者宅を単独で訪れサービス提供を行うことが求められるため、高い自律性や実践能力が求められる。ケースカンファレンス（以下、CC）は事例の共有により参加者全体の教育効果も示唆されている（Thompson C, 2011）。本研究は訪問看護ステーションに勤務する職員を対象にプロトコルとシートを用いた課題解決型CCを開発することを目的とした。

【方法】CCの開発及び介入：CCのプロトコル及びシートは、訪問看護師や訪問看護管理者、及び研究者が検討会を3回開催し、CCの目的、プロトコル・シートの内容を検討した。次に、模擬CC実施し、プロトコルとシートの改善を2回重ねた。その上で、プロトコル・シートの最終版を確定した。開発したCCのプロトコル及びシートを、A社の全訪問看護ステーション（以下、ステーション）に勤務する訪問看護師（2014年8月1日時点で籍のある者）を対象に試行した。CC試行前に、A社の全訪問看護管理者（以下、管理者）を対象に、模擬事例によるCC研修を実施した。管理者は、各ステーションでスタッフと共にCCを実施した（半年間毎月1回（計6回）、1回約1時間）。施行後、質問紙調査を行った。内容は、基本属性、CCシートの全体及び各項目が有用であったか、CCへの参加程度であった。分析は記述統計を用いた。対象者へ研究説明書と質問票が手渡され、質問票の返信を持って本研究への参加同意とみなした。本研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を得て行われた。

【結果】

1. 開発されたCCシート及びプロトコル：CCシート及びプロトコルを開発した。CCの主な内容は、1. 目標設定、2. 問題の背景、3. 問題の原因の探究、4. 仮説の設定、5. 計画立案、6. 評価日の設定であった。ファシリテーターは研修を受けた管理者とし、進行方法や質問リストが記載されたプロトコルを基にCCが促進されるよう努めた。
2. 質問紙調査：CCに参加した265人から回答を得た。平均年齢は40.5±9.3歳、約9割が女性だった。訪問看護の平均経験年数は3.1年±3.4年、常勤が53.5%であった。CCへの参加回数は平均3.9±2.5回、自分の担当利用者がCCで話し合われた者は53.2%であった。プロトコル及びシートを用いたCC全体が、まあ役立った、役立ったと回答したのは9割以上であった。中でも、役立ったと回答した者が最も多かったのは、「3. なぜ起きたのか問題の原因の探求」(31.7%)であった。

【考察】これらの結果から、今回開発したプロトコル及びシートを用いたCCが、訪問看護実践に有用な可能性が示唆された。本研究の結果を基に、プロトコル及びシートの更なる改善及び効果の検証が求められる。

㊦20-4

訪問看護師が受け止める在宅看護学実習

樋口キエ子、丸岡紀子、島田 昇、大谷和江

群馬医療福祉大学 看護学部

【目的】訪問看護師が受け止める在宅看護学実習受け入れの認識を明らかにする。

【方法】

1. 研究期間：平成27年7月下旬から12月上旬
2. 調査協力者

A大学在宅看護学実習の関東圏内訪問看護従事者19名。

3. データ収集・分析方法：1)施設毎2-5名のグループ面接、2)質問は「実習の受け入れで印象に残っていることは何か」とした3)面接内容はテープ録音、逐語録にし、定義に相応する文脈をデータとして質的に分析をした4)抽出したデータは類似性に基づきグループ化をし、意味を表す命名をした。分析最終グループをカテゴリ、その下位グループをサブカテゴリとした。
5. 信頼性妥当性の確保：研究者全員で分析を繰り返した。

【倫理的配慮】匿名性の保持、協力は任意、協力の有無は勤務に影響しない、学会で報告をする、を文書と口頭で説明をし、同意書を得た。研究筆頭者所属の倫理審査を受けた。

【結果】

1. 協力者：7施設(26年度新規2)、19名(内理学療法士1・作業療法士1、管理者4名)

面接時間平均40分、語り平均18(10-22)。

2. 実習受け入れの認識を【カテゴリ】、【サブカテゴリ】で示す。実習受け入れの認識は【実習受け入れによる施設の刺激・活性化の機会】【教えることは振り返るので一方的ではない】【対象者との関わり方・コミュニケーションスキル向上】【看護の向上・体制づくりでメリット】【記録・看護計画・評価の見直し】【実習を機に行う情報の見直し・追加はプラス】【諸制約による実習施設のジレンマと望み】の7つが抽出された。【サブカテゴリ】17の一部は次の通りである。

【施設の刺激・活性化の機会】は【気づき・若さのエネルギー・違う考えをもらいプラス】【業務の見直や仕事の向かい方への刺激】、【教えることは振り返るので一方的ではない】は【説明するから自分の役割って何かを振り返る】など、【看護の向上・体制づくりでメリット】は【今までできていなかった体制づくりと看護の向上になりメリット】【外部の人が入ることで言葉遣い、家族指導を振り返る】、一方、【諸制約による実習施設としてのジレンマと願望】は【利用者が少ないので実習ができるのかという不安】【現場で情報収集の代弁をせざるを得ないことへのジレンマ】【制約の範囲で施設の特徴、多い疾患の人の生活をみてほしい】があった。

【考察】1. 在宅看護学実習を受け入れることは施設にとり活性化・仕事の向かい方・体制の見直し等外部からの刺激を受ける機会となっている 2. 利用者の不足情報の確認、日ごろの対象者との関わりを見直す機会となる、一方 3. 多様な利用者のニーズと学生指導の制約の中、思うような指導ができていないとジレンマを抱えている、ことが明らかになった。実習受け入れに関する認識はすべての施設が繁忙の中肯定的であり、創意工夫しながら目標達成に向けた指導をして下さっていた。多様かつ複雑なニーズが高まる在宅看護学実習受け入れの課題は、1)実習目標達成に向けた教育側と臨地指導者の役割分担の精選と共有 2)大学側と臨地指導者との円滑な連携に向けたタイムリーな連絡調整 3)学生指導を依頼するー指導を受ける、における相互の信頼関係構築と啓発である。

㊦20-5

在宅ケアにおける訪問看護師の資質向上に向けた取組例ー病院内訪問看護ステーションと研究センターとが併設しているメリットー

横山美智子¹⁾、葛西富江¹⁾、奥井鈴江²⁾、江面澄枝²⁾、橋本亀江子³⁾、鈴木 剛^{2,4)}

- 1) 東和訪問看護ステーション、2) 東都医療大学研究センター、3) 地域包括支援センター東和、4) 東和病院 消化器内科

【要旨】訪問看護師の人材育成が急務であり、当訪問看護ステーションでは幾つかの取り組みを行ない、質向上に資している。訪問看護師は病院と地域をつなぐ役割を果たす。現在、在宅において高度な医療管理に対応できる在宅ケアシステムの構築と病院内の多職種連携及び主治医との信頼関係確立を図り、訪問看護師は在宅における高度な医療管理等を主治医の指示書に基づき、安全に実行できる訪問看護師を育成している。また、地域包括支援センターをサポートし、各種の健康講座等、地域住民の健康意識の向上、健康管理の啓発や閉じこもり予防等を実施している。

Ⅰ 研究目的 病院内に訪問看護ステーションと研究センターが併設している利点を活かし、医師等に関する研修が開催でき、訪問看護師の在宅医療に対応可能とした結果、地域との信頼構築に有利に作用することを示す。また、地域包括支援センターが開催する健康講座をサポートすることは、血圧測定等を実施することにより、参加者の理解と交流が深まり、訪問看護師と地域住民との信頼関係の構築が図れることを確認する。

Ⅱ 方法

1. 訪問看護指示書を確実、且つ、安全に実施できるように病院内の多職種連携の専門職による研修を開催し、その効果を確認する。
2. 地域包括支援センターの健康講座の計画の立案と実施をサポートし、その効果を確認する。

Ⅲ 倫理的配慮 この研究は東和病院倫理委員会において承認を得た。

Ⅳ 結果

1-1. 病院内多職種連携について

在宅における高度な医療管理を適格に行うために、院内の専門職間を連携し、担当ケアマネジャーから訪問看護師までの情報のスキームが得られ、訪問看護師が必要とする高度医療に関する知識と技術については夫々の担当による研修が、よりタイムリーに得られ、訪問看護活動が開始される。

1-2. 地域多職種連携について

地域包括支援センターのサポートの内容は、健康講座においては訪問看護師が健康講座開始前に血圧測定を実施し、その結果に基づいて健康管理上の指導とアドバイスを行っている。開催回数を重ねることにより測定結果に関心が高まり、異常値を示した参加者には病院受診を勧めた結果、受診への意向が伺えた。また、日常生活の不安等に傾聴できた。

Ⅳ 考察 訪問看護師は各種の研修により高度医療への的確な管理が可能になった。そのためには病院内の多職種連携を恒常的に維持する必要がある、地域においては各種の機会を利用し、地域住民との交流を図るために研修内容を研究する必要がある。

㉔20-6

循環器疾患のエンドオブライフケアにおける
看護師の意思決定支援 —システムティックレ
ビュー齋藤信也¹⁾、長江弘子²⁾、岩城典子²⁾、高橋在也²⁾、
片山陽子³⁾、酒井昌子1) 岡山大学、2) 千葉大学、3) 香川県立保健医療大学、4) 聖隷クリ
ストファー大学

【目的】 がん患者のエンドオブライフケアにおける意思決定支援に関する研究はこれまでも多くなされているが、非がん、特に循環器疾患のそれはあまり多くない。がんと循環器疾患では、病状の軌跡が大きく異なることから、看護師の意思決定支援は、がんのそれを単純に応用することはできない。そこで今回、今後の研究の前段階として、循環器疾患患者の意思決定支援に関するシステムティックレビューを行ったので、報告する。

【方法】 Web版医中誌Ver.5.を使用し、2007年から2015年までの8年間の和文論文を対象とした。検索キーワードは「意思決定」or「意志決定」に、「循環器疾患」or「心臓血管疾患」をand検索した。レビューの項目は、研究対象者、研究デザイン、臨床のフィールド、疾患のステージ、意思決定の内容、意思決定者、意思決定支援者、支援の内容、看護師の対応や役割、意思決定支援の結果等とした。

【結果】 82論文がヒットしたが、そのうち脳血管疾患を除き、看護師が患者の意思決定支援に関係している論文10編を抽出し、レビューを行った。エンドオブライフケアに直結する意思決定としては、重症心不全患者の事前指示（蘇生措置の禁止、ICD停止）、積極的治療の選択（心移植、補助循環（人工心臓））、症状緩和に関係する各種処置（血液透析、腹膜透析、CHDF）、人工呼吸（挿管、NPPV）に関するものが中心であった。また、エンドオブライフケアに関係があるものとして、心停止下の臓器提供、リスクの高い心臓手術のインフォームドコンセントに関する意思決定支援に関する論文も見られた。心不全が、がんと大きく異なるのが、終末期に至っても、補助循環や心臓移植という手段がある点であるが、それを前提とした若年拡張型心筋症患者の意思決定支援では、看護師が患者の意思を尊重しつつ、家族との調整を図りながら、終末期までケアすることのできた事例を扱った論文があった。在宅でのエンドオブライフケアに直結する論文は見られなかったが、看護師10名を対象に、重篤な心不全患者に対する看護において、患者の希望や訴えへの対応が十分でないと感じること、どのような看護が望ましいかといった、看護に対する思いについてインタビューしたところ、「心不全は増悪と軽快を繰り返し、経過や予後の予測が困難である」と認識していた。

【結論】 循環器疾患患者のエンドオブライフケアの意思決定支援は、がんのそれとは異なる部分が多いことが明らかとなった。

㉔20-7

（第1報）高齢者夫婦世帯の在宅終末期におけ
る開始期・臨死期のケアニーズと社会資源活用
の特徴 がん事例と非がん事例の比較島内 節¹⁾、福田由紀子¹⁾、内田陽子²⁾、安藤純子¹⁾、
石井英子¹⁾、葉袋淳子³⁾、大村光代¹⁾、大浜恵美子⁴⁾、
武田智美⁵⁾1) 人間環境大学 看護学部、2) 群馬大学、3) 岐阜医療科学大学、
4) 奈良学園大学、5) 名鉄病院

【目的】 高齢者夫婦世帯の在宅終末期のケア開始期2週間と臨死期2週間のがん事例（以下、A群）と非がん事例（以下、B群）のニーズの特徴と社会資源活用の状況を明らかにする。

【方法】 調査対象者は、関東・東海・中国地方の6県46施設で2014年1月～2015年6月に在宅終末期に高齢者夫婦世帯で看取った事例のうち、同意が得られた家族と受持ち訪問看護師である。調査期間は2015年1月～9月である。調査内容は、在宅ケア開始期2週間と臨死期2週間のニーズとして9カテゴリー 25項目（疼痛、疼痛以外の苦痛症状、心理・精神的援助、スピリチュアルペイン、デスマネジメント、家族親族との関係調整・死別サポート、喪失・悲嘆、基本的ニーズ、ケア体制）の有無と社会資源活用状況であり、質問紙調査を行った。倫理的配慮は、A大学の研究倫理審査委員会の承諾を得た。

【結果】 協力が得られた171事例のうち、在宅期間が1年以内の153事例（有効回答率89.5%）を分析対象とした。

A群119事例（77.8%）の平均年齢77.5±7.1歳、男性93例（78.2%）、肺がん15例他であった。B群34事例（22.2%）の平均年齢83.7±6.2歳、男性25例（73.5%）、肺炎3例、慢性閉塞性肺疾患3例他であった。

A、B群ともに開始期と臨死期に高いニーズ（80%以上）は、疼痛、疼痛以外の苦痛症状、心理・精神的援助、スピリチュアルペイン、デスマネジメント、家族親族との関係調整・死別サポートであった。A群のみ開始期と臨死期に高いニーズは、基本的ニーズ、ケア体制であった。A、B群ともに開始期から臨死期の増加率が14%以上の高いニーズは、家族親族との関係調整・死別サポートであった。B群のみ開始期から臨死期の増加率が高いニーズは、疼痛以外の苦痛症状、喪失・悲嘆、基本的ニーズであった。

社会資源状況は、A群では臨死期で訪問介護、訪問入浴の活用が高く、B群では開始期から利用率が高かった。インフォーマルサポート状況は、あり145事例（94.8%）、A、B群とも約90%が家族からの支援であった。

【考察】 A群は開始期からケアニーズが高く、社会資源活用は臨死期では高い。B群は臨死期にケアニーズが高く、社会資源活用は開始期から高い。A群、B群のニーズの内容と時期による出現パターンの違いに注目し、ケアニーズを踏まえて社会資源を活用する必要がある。

㊦20-8

訪問看護師による終末期がん患者への死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所の実現との関連

石川孝子¹⁾、福井小紀子²⁾、岡本有子²⁾

1) 上智大学、2) 日本赤十字看護大学

【背景】がん患者の生活の質は低く、療養の場はその改善に影響することから、希望死亡場所を実現することは重要な課題である。それには、予後理解を促し、希望死亡場所を確認し調整する、といった死亡場所の意思決定支援が重要である。

【目的】訪問看護師が実践する死亡場所の意思決定支援と、終末期がん患者の希望死亡場所の実現との関連を明らかにする。

【方法】全国訪問看護事業協会名簿より抽出した1,000事業所で、3週間以上自宅療養した終末期がん患者を受け持った訪問看護師に、無記名式自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、1) 死亡場所の実際と希望、2) 死亡場所の意思決定支援、3) 看護師要因：①属性、②教育、③職場環境、④経験、⑤人間関係の構築、⑥予後理解を促す支援の認識、⑦ターミナルケア態度尺度、4) 医師要因：①自宅看取りの知識・経験、②自宅看取りへの姿勢、③多職種連携、④コミュニケーション、④予後理解を促す支援の認識、5) 患者・家族要因：①属性、②病状・状態、③家族関係、④終末期への姿勢、⑤告知、⑥余命の理解度、⑦社会資源の活用である。患者の病期が進むことによって生じる看取りまでに起こる生活上の支障の見通しについて伝えることを「生活上に関する予後の説明」と定義した。

希望死亡場所の実現と死亡場所の意思決定支援との関連を、訪問時期別にロジスティック回帰分析で分析した。有意水準は $p<.05$ とし、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けた。

【結果】1,000件郵送（不着等107件）し、259件の回答を得た（回収率29.0%）。1事業所につき最大2事例の調査を依頼し、376件の回答を得、未回答の多い2件を除いた374件を分析対象とした。回答した訪問看護師は女性95.2%、患者の特性は男性53.5%、平均年齢 74.7 ± 13.6 歳であった。

死亡場所は自宅65.0%、病院33.4%、施設1.6%、希望の実現率は73.8%であった。

希望死亡場所の実現と関連したのは、訪問全時期で希望死亡場所の確認（訪問初期、悪化期、臨死期；調整済オッズ比：95%信頼区間19.92：9.48-41.87；21.10：9.53-46.71；187.35：51.79-677.64）、悪化期の生活上に関する予後の説明（2.44：1.05-5.66）であった。生活上に関する予後の説明なしに比べ、複数回の説明（2.94：1.33-6.49）、医師と看護師による説明（3.37：1.51-7.56）、患者と家族に説明あり（3.72：1.57-8.78）であった。

【結論】生活上に関する予後の説明は、生活行動の支援者でもある看護師が看護ケアの提供とともにその役割を担える可能性が十分あると思われる。

㊦20-9

「保険外看護サービス」が緩和ケア病棟で期待される役割 ～緩和ケア病棟看護師へのインタビュー分析から～

西川秋子¹⁾、溜池さおり²⁾、上村文子³⁾

1) 京都学園大学健康医療学部 看護学科、2) 託児託老・派遣サービスgreen、3) 一般財団法人日本バプテスト連盟医療団 日本バプテスト病院 緩和ケア病棟

【研究目的】我が国の平成26年度死因順位一位は悪性新生物であり、年間約37万人が死亡している。今後、人口の高齢化に伴いさらなる増加が見込まれ、避けられない「看取り」を行う場所の確保が重要な問題となっている。国民の7割は在宅死を希望しているが、家族や本人の心身の負担や在宅医療介護制度の不足等から、実際には多くの人が病院で死亡している。できる限り自宅に近い「看取り」の場として緩和ケア病棟の選択があり、現在約7000床に増床され終末期患者のQOL向上に資している。

緩和ケア病棟から自宅への一時帰宅ができれば、在宅で過ごしたい患者本人の希望に近づける。しかし入院患者である制約から、介護保険制度が利用できず外出外泊は家族頼みになりがちである。そこでA病院緩和ケア病棟では、入院中の外出外泊を希望される場合、私費による「保険外看護サービス」利用について、受け持ち看護師から任意で患者や家族に紹介する取り組みを行っている。本研究では、受け持ち看護師が「なぜ保険外看護サービスを紹介しようと考えたのか」について分析し、「保険外看護サービス」が今後緩和ケア病棟で期待される役割と可能性について検討する。

【方法】

- 1) 研究デザイン：質的統合法（KJ法）¹⁾
- 2) 対象者：看護職経験年数約20年、A病院緩和ケア病棟勤務2年の40代看護師1名
- 3) 調査期間：2015年11月～2016年1月
- 4) データ収集方法：半構成的面接
- 5) 調査内容：対象者の属性、なぜ「保険外看護サービス」を紹介したか、を質問した。
- 6) 分析方法：面接内容を録音、逐語録にし、質的統合法（KJ法）を用いて分析した。
- 7) 倫理的配慮：対象者に研究参加は任意で不参加や中断による不利益はないこと、個人情報保護の遵守について説明し、同意書を得た。A病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】研究対象者である緩和ケア病棟看護師が「保険外看護サービス」利用を勧めようと考えた理由が明らかになった。「症状がコントロールされると入院患者は帰宅を希望する」ことが多く、「入院患者には残された時間が少ない」ため「患者や家族に悔いを残さず楽しく過ごしてほしい」。そのためには「タイミングを逃さず外出外泊を勧める」ことが大切だが、その一方法として「患者や家族が不安にならないよう保険外看護サービス利用をすすめる」。実際に「外出外泊の目標ができると活気が出る」、「外出後は笑顔で充実して過ごせた様子」であり、「外出後に亡くなったとしてもそのプロセスが家族にとって大事である」と考えていた。一方で「（看護師の）自己満足の懸念」も感じていた。

【考察】緩和ケア病棟で、残された時間に患者や家族の希望に添えていくことは重要である。研究対象者である緩和ケア病棟看護師は、タイミングを逃さず、かつ家族が不安にならないためには「保険外看護サービス」の利用が適切であると判断し、実施していた。結果として患者や家族にとってよかったと判断しながらも、保険外であること、紹介は受け持ち看護師次第であることに負担感を感じていた。「保険外看護サービス」利用は未だ浸透しておらず、費用上の問題もあり、病院所属の看護師の判断として重責である。今後「保険外看護サービス」利用についての研究を継続して成果を発表し、組織的な利用を増やすことが必要である。

<参考文献> 1) 山浦晴男：質的統合法入門 考え方と手順。

第1版、医学書院、東京（2012）。

㊦20-10

認知症高齢者のケアの場における終末期ケアの特性と課題に関する文献検討

後藤真澄

中部学院大学 看護リハビリテーション

I はじめに ケアの場における認知症の終末期ケアの特性と課題を明らかにする目的で、国内の原著論文を収集、検討した。その理由として、第1に、認知症高齢者の数は、約10年で1.5倍にも増え、2025年には700万人を超えると厚生労働省が試算しているように、認知症の高齢者が増大することである。第2に、その延長線上に終末期ケアが必要となり、誰が何処でどの様に看取るかが大きな課題となっている。第3に認知症高齢者のケアは、死に至るまでの過程が多様であり、終末期であるという判断も難しいこと、また、終末期に受けたいケアに関する本人の意思確認が難しく、家族も意思決定が困難な場合が多い。そのために、認知症の人の尊厳に配慮しつつ、かつ家族や関係者に看取り後の満足感を与える終末期ケアが求められている。

II 文献レビューの目的 認知症終末期ケアの質の向上に向けて、ケアの場による特性と課題を明確にするために、国内の原著論文及び政府資料、研究報告書等の文献を収集し検討する。

III 文献レビューの方法 文献検索では、医学中央雑誌WEB版を用いた。検索式は(認知症)AND(終末期orターミナルケアor看取り)である。2006年以降を検索範囲とし、2015年7月末まで行い、原著論文のみを対象とした。)選択基準は、量的研究、質的研究、量・質混合研究であり、ケアの場が明確であるものとした。除外基準は、研究の場が不明確なもの、文献レビューや総説、症例や事例研究、治療や教育に関することなど、ケアの現状と課題に直接関係しない原著論文は除外し、厚生労働科学研究、老人保健事業の報告書等を加えて分析した。

文献選択過程

医学中央雑誌データベース検索＝140件で、2件重複表示あったため、除外して138件とする。さらに除外基準により71件を除外し、67件をリーディング対象とした。リーディングの結果さらに、該当しないものを除外すると、34件に絞られた。34件を分析対象とした。

IV 結果考察 各施設の特性はあるが、どこにいてもケアが保障されることが必要である。認知症終末期ケアの共通点として、終末期の判断が難しいことや、本人の希望(意思)がわからないという根本的課題があった。また、終末期ケアに取り組んでいる施設とそうではない施設に特徴的な違いがあり、第1に医療との連携、協働体制の構築、第2に、意思決定の手続きを整備であった。認知症に特化した課題や対応まで踏み込んだ研究は未だ少ない。今後は、どこでケアを受けても、認知症の緩和ケアとしてケアの質を担保していく必要がある。

㊦20-11

自宅で親を看取った経験について(第2報)ー介護期間に体験したゆらぎと支えー

浅見美千江¹⁾、浅見 洋²⁾、彦 聖美¹⁾

1) 金城大学看護学部 在宅看護学、2) 石川県立看護大学

【背景】ここ10年ほどルーラルエリアで行ってきた終末期療養の希望場所に関する調査によって、希望の療養場所(自宅)と現実の死亡場所(病院)に大きな乖離があること、近年、自宅療養の希望割合が減少していること等が明らかになった。要因としては、ルーラルエリアでは人口減少と少子高齢化による家族介護力の弱体化、住民の死生観、地域の伝統的な家族介護や看取り文化があると推測される。そこで、このような要因の社会的背景やルーラルエリアにおける看取りの変容について考察するため、比較的最近、地域の伝統的な看取り文化と死生観の狭間で親の看取りを行ってきた60、70代の住民を対象にその経験を聞き取ることにした。第1報では、自宅で親を看取った体験を通して「得られたこと」や「死生観の変化」等について報告し、今回は介護期間に体験した「ゆらぎと支え」について報告する。

【目的】ルーラルエリアの60、70代の住民が自宅において親を看取った経験を明らかにする。

【方法】2014年8月～10月、I県内のルーラルエリアにおいて、自宅で親を看取った経験を持つ60、70代の住民6名を対象に一人60分程度、一回の半構成面接を行い、質的記述的分析をおこなった。調査内容は看取りに至る介護期間に経験したできごとで、1)自宅で看取ることになった経緯、2)困ったこと、悩んだこと、3)辛かったこと、嬉しかったこと、4)心がけてきたこと、5)看取りを体験して気づいたこと等である。

【倫理的配慮】調査は石川県立看護大学倫理委員会の承認(承認番号169号)を得て実施した。研究参加への依頼文書には、参加の自由、データ管理の徹底、得られたデータは調査以外に使用しないこと、公表において個人が特定できないよう配慮することを明記し実施した。

【結果】看取りに至る介護期間に経験したできごとの語りから236(コード)が抽出され、それらは9<サブカテゴリー>、3【カテゴリー】に統合された。介護者は<延命治療をしない><自宅で看取る>という【看取りの決断】を行って介護を開始したもの、日常生活のできごとを通して、介護の<辛さ><嬉しさ><困惑>を経験し、このまま介護を継続できるのだろうかという【介護へのゆらぎ】を経験していた。しかし、<介護への強い気持ち><家族の協力><地域の見守り><在宅サービスの支援>などの【介護の支え】により、自宅における親の看取りを実現していた。

【考察】ルーラルエリアの60～70代の住民は、住み慣れた自宅で親を看取りたいと決断したものの看取りに至る介護期間に限界を感じ、介護を継続することへのゆらぎを経験していた。しかし、地域の人々の見守りや介護保険制度導入以降地域に根付きつつある在宅サービスを利用することにより、自宅で親を看取ることができた。自宅での看取りの光景は介護保険制度導入以前と以後とでは大きく変容している。家族の介護力に代わる在宅サービスの充実が自宅における看取りを実現するうえで欠かせない支援になることが示唆された。

【結論】家族の縮小化、伝統的な看取り文化の変容が急速に進むルーラルエリアにおいて、住み慣れた自宅で最期まで介護し看取りを成し遂げるためには、家族の介護力を補完する地域活動の充実、在宅医療・福祉サービス等、地域包括ケアシステムの一層の整備が求められている。

㊦20-12

地域包括ケアシステム構築における課題抽出 (その1)：住民の終末期医療と介護に対する意識調査

岡本有子¹⁾、福井小紀子¹⁾、石川孝子²⁾、藤田淳子¹⁾

1) 日本赤十字看護大学、2) 日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程

【目的】 少子高齢化が進む過疎地は地域資源が十分でなく、住民の自助・互助を引き出す地域包括ケアシステムの構築は重要である。特に終末期医療と介護に着目した課題を明らかにするために、住民と医療福祉専門職を対象に調査を実施した。本学会では3報にわけて報告し、本抄録では住民の意識調査結果をまとめた。**【方法】** 2014年12月時点の過疎2町の選挙人名簿のうち40～79歳の方を年代別層化無作為法にて抽出された4719名(50%)に自記式質問紙調査を実施した。調査項目は基本属性、生活状況、医療状況、介護状況、地域との繋がり、コミュニティ意識として村山ら(2011)と田中ら(1978)の作成した「一般住民における地域社会への態度尺度」、地域の医療介護への安心感としてIgarashiら(2012)が作成した尺度「がん医療に対する安心感尺度」、希望の看取り場所であり、単純集計を行った。本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会、及び各自治体の首長の承認を経て調査した。

【結果】 基本属性について年齢は65～79歳が56.0%、女性が53.5%、居住年数の平均は48年だった。独居が13.6%、同居家族数の平均は2.8人だった。生活状況は無職が46.9%、経済的ゆとりは「全くない・ややない」が41.8%だった。地域との繋がりは社会参加活動に「何も入っていない」は34.5%、近所や友人と話をする機会は「ほとんどない・いない」が5.1%だった。これからも住み続けたいと思うものが69.5%だった。

医療状況は通院中が61.2%で、介護状況は看病や世話をしてくれる家族がいないものは15.5%だった。現在家族を介護中のものは16.3%で、要介護者の続柄は自分の親が38.4%と最も多かった。過去10年以内に家族や知人の死の経験ありは75.8%、その半数弱が主な介護を担っていた。看取り場所は上位から遠方病院34.9%、近隣病院31.7%、自宅が24.0%だった。

コミュニティ意識は、積極性は25点満点中平均16.8点、協同志向は25点満点中平均17.0点だった。地域の医療介護への安心感は各項目で肯定的な回答割合は18%～27%にとどまった。希望の看取り場所は自宅が51.5%、公的施設・ホスピス・病院が各々1割弱だった。

【考察】 対象の7割は在住継続意向があり、村山らが調査した対象と比べて地域社会への態度得点も数値的に高かったことから、地元への愛着が高いといえる。自宅看取りを希望する者が半数を超えていたが、医療介護に対する安心感はIgarashiらが対象とした国内4地域の住民に比べて低く、在宅看取り体制を強化していく必要がある。

㊦20-13

地域包括ケアシステム構築における課題抽出 (その2)：自宅看取りを希望する住民の特徴

福井小紀子¹⁾、岡本有子¹⁾、石川孝子²⁾、藤田淳子¹⁾

1) 日本赤十字看護大学、2) 日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程

【目的】 過疎2町における在宅看取り体制の今後の充実に向けて、看取り場所として自宅を希望している住民の特徴を明らかにすることである。

【方法】 調査方法と手続きについてはその1と同様である。本抄録の分析は、自宅看取り希望あり1269名(51.5%)とそれ以外の2群にわけ、基本属性・生活状況・医療状況・介護状況・居住地域に対する意識と自宅看取り希望との関連を単変量解析(t検定もしくは χ^2 乗検定)にて行い、有意な差が認められた項目を多変量解析の独立変数とした。次に、ロジスティック回帰分析を行い、最終的な関連要因を明らかにした。有意水準は0.05とした。

【結果】 自宅看取りの希望との関連について、単変量解析の結果、基本属性・生活状況が6項目、医療状況が4項目、介護状況が2項目、地域との繋がりが1項目、居住地域に対する意識として3項目が抽出された。次に、ロジスティック回帰分析の結果、自宅看取りを希望する住民の特徴として10項目が抽出された。

基本属性・生活状況として、40～79歳の調査対象住民の中では高齢(odds比、1.01；95%CI、1.01-1.03；p=0.006)、男性(odds比、2.05；95%CI、1.70-2.47；p<.001)、職業あり(odds比、1.27；95%CI、1.03-1.56；p=0.015)、経済的なゆとりが低い(odds比、1.13；95%CI、1.04-1.23；p=0.003)であった。

医療状況として、健康について身近に相談できる人がいること(odds比、1.42；95%CI、1.15-1.76；p=0.001)、病院以外の健康相談の場を利用したいと考えていること(odds比、1.10；95%CI、1.01-1.20；p=0.028)、自宅看取り経験があること(odds比、1.56、95%CI、1.26-2.03；p<.001)であった。

介護状況として、介護をしてくれる家族がいること(odds比、1.68；95%CI、1.29-2.20；p=0.001)であった。

居住地域に対して、コミュニティ意識(地域に対する協働志向)が高いこと(odds比、1.03；95%CI、1.01-1.06；p=0.032)、地域の医療介護への安心感が高いこと(odds比、1.02；95%CI、1.01-1.04；p=0.011)であった。

【考察】 住民が在宅看取りを希望する場合のその体制構築の理解・普及のためには、住民である自宅看取りの経験者による伝達・周知の機会を設けること、地域全体で日ごろからの医療介護専門職による医療や健康等の相談機能を充実させていくことがあげられる。また、地域を医療介護面からも支えて行きたいと考え、行動化できる住民を主軸として、住民間の交流の場作りを行い、自らの地域における医療介護体制を考える機会や、自らや周囲の人の看取り場所について考える機会を作り、死生観を住民全体で醸成する場を作っていける可能性が窺われた。

㊦20-14

地域包括ケアシステム構築における課題抽出 (その3):医療・介護関係者のコミュニティ意識

藤田淳子、福井小紀子、岡本有子

日本赤十字看護大学

【目的】 地域包括ケア構築に向け、住民を支える側である医療・介護関係者のコミュニティへの意識とその関連要因について明らかにすることを目的とした。

【方法】 自記式質問紙調査を行った。調査対象は、2町に所在する42の医療・介護関連機関に所属する、医療・介護・福祉の専門職、または、連携関連部署の事務職で、かつ常勤であるものとした。調査項目は、コミュニティ意識として、村山ら(2001)・田中ら(1978)の「一般住民における地域社会への態度尺度」の文言を一部変更して用いた。また、属性(職種、所属場所、年齢等)、ケア経験(在宅患者へのケア、終末期ケア)、多職種連携のよさ(福井(2014)の「顔の見える関係評価尺度」)を尋ねた。属性・ケア経験・多職種連携のよさとコミュニティ意識との関連について単変量解析を行い、 $p<0.1$ の関連が認められた項目を独立変数とし、コミュニティ意識を従属変数とした重回帰分析を行った。その他、倫理的配慮等についてはその1と同様である。

【結果】 調査票の回収は、38機関より212名であった(回収率53.3%)。職種は、医療系86名(40.6%)、介護・福祉・事務系126名(59.4%)、所属場所は、病院・施設86名(40.6%)、地域126名(59.4%)であった。性別は女性152人(71.7%)、平均年齢 45.1 ± 12.0 歳であった。コミュニティ意識は、探索的因子分析を行い、原版と同様、2因子に分かれ各因子のクロンバック α 係数が0.74以上であることを確認し、各因子の合計得点を下位尺度得点として用いた。下位尺度である「積極性」は、男性($\beta=0.17$)、在宅患者への支援あり($\beta=0.20$)、顔の見える関係評価尺度の得点($\beta=0.19$)と関連が認められた($p<0.01$)。「協同志向」には、男性($\beta=0.15$)、顔の見える関係評価尺度の得点($\beta=0.27$)が関連し($p<0.05$)、地域に所属($\beta=0.12$)、居住年数($\beta=0.11$)と関連傾向を示した($p<0.1$)。

【考察】 医療、介護関係者のコミュニティ意識は、在宅患者への支援や多職種連携などの実際の経験を通じてその必要性を感じ、高まることが推測された。職種や所属場所にかかわらず、在宅患者や他職種と交流する機会を設ける必要性が示された。

文献

村山ら(2011)・田中ら(1978):その1参照

福井小紀子:「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討。日在医会誌, 2014; 16(1): 5-11.

㊦20-15

eラーニングを活用したケアマネジメントの ICT教育の実践

中谷久恵¹⁾、金藤亜希子¹⁾、大谷美樹¹⁾、早川敦子¹⁾、
坂井晶子²⁾

1) 広島大学大学院、2) 広島文教女子大学

【目的】 ケアマネジメントの実践力を高めるeラーニング用のWebを制作し、ICT教育を実践した。本研究の目的は、事前に行なった便宜的抽出法によるパイロットスタディ 24人の結果と比較を行い、eラーニングに適した受講方法を明らかにし、今後の教育方法への示唆を得ることである。

【方法】 対象は中国4県に介護事業所をもつ法人一社に依頼し、介護支援専門員全117人にWebを紹介した。受講の希望者はWebにアクセスし、ユーザ名とパスワードを受理して実践した。学習方法は1週目にケアマネジメントの動画を視聴し、気づきのレポートを投稿する、2週目は学習ポイントのテーマに投稿してディスカッションを行い、3週目は解説を読んでめざす未来像を投稿する、4週目には学習履歴に対してファシリテーターからコメントが届き、自己評価アンケートに回答して受講が終了する仕組みである。1週目のレポートを投稿すれば他者の意見を自由に閲覧してコメントを送受信でき、双方向の意見交換が可能となる。レポートや送受信のコメントは受講者の学習履歴としてマイページにファイルされている。調査は2014年7月に行なった。

倫理的配慮として、受講は自由意思で辞退しても不利益がないこと、結果は学会等で発表することを研究説明書に記載し、会社を経由して配布してもらった。個人情報Webの管理会社が保有し、研究者らは匿名化によるユーザ名でデータを受理した。これらは所属大学での倫理審査委員会の承認を得て行なった。

【結果】 受講登録は54人からあり、実際には44人(81.5%)が受講した。年齢は20歳代から60歳代で、平均 46.2 ± 9.4 歳、介護支援専門員の経験は平均 4.0 ± 3.3 年であった。1週目の他者へのコメントは19人(43.2%)で、3週目のコンテンツまでの投稿は4県エリアから175回あり、午前3時台を除くすべての時間帯にあった。4週目の評価アンケートまで受講したのは27人(61.3%)で、この回答からは、実践力を高めるeラーニングの有効性は「ある」85.2%、「ない」14.8%であった。

【考察】 パイロットスタディの登録後の受講率54.2%、コメント率23.1%、アンケート33.3%に比べ、活発なeラーニングが展開されていた。44人という受講者数の規模や同一法人の会社という帰属意識が、積極的な受講につながった可能性がある。

㊦20-16

介護職における急変・突然死への不安因子とその関連要因：バーンアウト防止にむけた課題の検討

古川美和¹⁾、加瀬裕子²⁾

1) 早稲田大学大学院 人間科学研究科、2) 早稲田大学 人間科学学術院

I. 背景 特別養護老人ホーム（以後、特養とする）には、突然死や急変の可能性をもつ基礎疾患を有する高齢者が入所している。しかし、ほぼ全施設の夜間帯において、医療職は不在である¹⁾。従って、夜間に発生する入所者の急変は、介護職だけで対応をしている。先行研究では高齢者施設で働く介護職に関して、急変の不安、不安とバーンアウトの関連性^{2) 3)}などのストレスについて報告されている。しかし、急変対応の何が不安なのか、具体的な研究はほとんどみあたらない。急変対応の不安に焦点を当てた現状分析を行うことは、介護職の職業性ストレスの低減の意味からも急務である。

II. 目的と方法 本研究の目的は、介護職の職業性ストレスの結果であるバーンアウト防止をめざし、急変対応に関連する介護職の不安因子と関連要因を明らかにすることである。急変対応の経験をもつ特養の介護福祉士に「急変対応の不安」について半構造化面接を実施し、グランテッド・セオリー・アプローチを参考にして分析をした。本研究は、「早稲田大学 人を対象とする研究に関する倫理委員会」の承認を得ている。

III. 結果 急変対応の不安因子には、「他者からの責任追及」、「観察の適否」、「救命処置の適否」の3つのサブカテゴリーが抽出された。関連要因は、「認知症の重症度」、「他職員のサポート」の外部要因と、「急変の経験と医療知識」、「生命を守る義務」の内部要因が抽出された。

IV. 考察 介護福祉士は、多様な急変に対応できるような「急変の経験と医療知識」を十分に持たないまま、特に夜間は「他職員のサポート」を受けられずに急変に臨んでいた。また普段から、「生命を守る義務」という行為化されていない職務上の責任を感じていた。従って、利用者が死亡すると、その死因について警察や家族から責任追及される不安をもった。同時に、自分が実施した観察や救命処置の手順が正しかったのかどうか、不安を抱いた。このような責任と手順に対する不安は、「役割の曖昧さ」⁴⁾から起因し、「役割の曖昧さ」は、「バーンアウトを引き起こす重要な要因」⁵⁾と考えることができる。

IV. 結論 介護福祉士のバーンアウトを防止するために、急変対応に関する介護福祉士の職務上の役割や責任の範囲を検討することが必要である。

参考引用文献

- 1) 三菱総合研究所：介護サービス事業所における 医療職のあり方に関する査研究事業報告書。（2013）.
- 2) 堀田聡子：介護保険事業所（施設系）における介護職員のストレス軽減と雇用管理. 季刊・社会保障研究, 46(2):4 (2010).
- 3) 藤原 和美, 小坂淳子, 今岡洋二, ほか：介護従事者の労働実態とバーンアウト. 創発：大阪健康福祉短期大学紀要, 7: 125-132(2008).
- 4) Kahn, Robert L, Wolfe, Donald M. Quinn, Robert Pet al.: Organizational stress Study in role conflict and ambiguity. 21-26,246-253,Jhon Wiley & Sons, New York (1964).
- 5) 田尾雅夫, 久保真人：バーンアウトの理論と実際 心理学的アプローチ. 第1版, 66, 誠信書房, 東京(1996).

本研究は、日本在宅ケア学会実践・研究助成事業による実践・研究である。

㊦20-17

地域住民の健康について住民自身が工夫している行動

齋藤優里香¹⁾、小山晶子²⁾、内田陽子²⁾

1) 山梨大学医学部附属病院、2) 群馬大学大学院 保健学研究科

【目的】 地域住民の健康について住民自身が工夫している行動を明らかにすることとする。

【研究方法】

1. 対象：2014年8月から2015年10月の間で研究者らが開催する健康教育に参加した者1061名で、調査の同意を得た者793名とした。

2. 調査方法と内容：健康教室の内容は、地域住民のための「ななつ星戦略」として、①こころの健康、②食生活、③尿失禁予防、④便秘予防、⑤運動、⑥口腔ケア、⑦おしやれとした。調査方法は自記式質問紙であり、7つの項目に沿って自由記載欄を設定し、自分自身が毎日の生活の中で工夫していることを記載してもらった。

3. 分析方法：自由記載欄については複数の研究者でカテゴリ分類を行った。対象者の背景と記載の有無については統計ソフトSPSSVer.22で分析を行った。

4. 倫理的配慮：質問紙は無記名でデータ入力には数字に変換し、鍵のかかる場所に保管した。調査の同意は自由であり、質問紙の提出をもって同意とした。本研究は群馬大学医学部疫学倫理委員会(26-18)の承認を得た。

【結果】 1. 対象の背景：対象者792人の平均年齢は69.2±9.1歳、男性151人(19.0%) 女性595人(75.0%)であった。独居者は105人(13.4%)で健康に自信のある者は482人(60.8%)であった。

2. 住民が健康について自分自身が工夫している行動：質問紙の自由回答欄に記載していた者は340人であった。結果、一番多く記載されていた項目は、食生活と運動、こころの健康の順であった。こころの健康では、「楽しみながらリフレッシュしている」「精神面で意識している」食生活では、「栄養を考えて食事している」「調理法を工夫している」尿失禁予防では、「意識して行っている」「日常生活に取り入れている」便秘予防では、「体内に取り込むのを工夫している」「日常生活の中で意識的に行っている」運動では、「運動時間を作って行っている」「日々の生活習慣の中で意識的に行っている」口腔ケアでは、「歯周疾患予防をしている」「口を動かすようにしている」おしやれでは、「服装に気を付けている」「自分自身がきれいになる工夫をしている」が多かった。75歳未満の者は75歳以上の者に比べて、口腔ケアの工夫、健康への自信がある人は食生活を工夫していた ($p<0.05$)。

【考察】 住民は毎日の生活の中で健康づくりを意識的にを行い、特に食事や運動については気軽にできる方法を工夫し、こころが前向きになるように頑張っていた。

㊦20-18

在宅パーキンソン病患者に対する体性感覚キュー刺激の有用性の検討ー歩行および日常生活に与える影響についてー

大野洋一、木暮香奈

高崎健康福祉大学保健医療学部 理学療法学科

【はじめに】 Parkinson's disease (以下、PD)患者に対する聴覚や視覚を利用した感覚キュー刺激の有用性多くの先行研究により報告されている。これはPDにより障害された内的リズムの形成に対して、外部からの刺激により動作リズムの形成が安定するためと考えられPDに対するリハビリテーションでも広く利用されている。これまでのキュー刺激の方法は、メトロノームや好みの音楽を聞かせる方法、床に線を引く方法など限られた空間内でのみ効果を得る方法が多く、自宅内の移動や外出を必要とする在宅PD患者に対して有効なキュー刺激に関する報告はされていない。本研究の目的は、在宅PD患者に対して場所を選ばずキュー刺激を提供できる方法として、体性感覚によるキュー刺激(以下、体性感覚刺激)の有用性を検討する事である。

【方法】対象は在宅で生活しているPD患者15名とした。そのうち、歩行の測定が行えなかった者と明らかな歩調の乱れを認めた者を除いた10名に対して体性感覚刺激の即時効果を検討した。また、継続的な介入に同意の得られた5名に対しては日常生活における1週間の使用効果を検討した。方法として体性感覚刺激は振動とし、振動型メトロノームを手首に巻き刺激を与えた。振動のリズムとしては健康な60歳から79歳の通常歩行の歩行リズムの平均値に近い1分間に120回(2Hz)の頻度とした。即時効果の判定には通常歩行と体性感覚刺激下での歩行の歩行速度、1分間の歩数および歩きやすさを比較した。日常生活での使用効果は、体性感覚刺激使用時と未使用時それぞれ1週間の歩数、移動距離、運動量およびPDQ39を比較した。

【結果】即時効果として1分間の歩数(120歩との差の絶対値)が通常歩行(7.3±3.3)に比較し体性感覚刺激(4.7±3.4)で有意($p < 0.05$)に120回/分に近くなった。また、通常歩行に比べ歩きやすい傾向を認めた。日常生活での使用効果として3名で歩数、移動距離、運動量の向上を認めた。また、PDQ39の介入前後の比較が行えた3名すべてで総合得点の改善を認めた。しかし、日常生活での使用継続に関しては否定的な回答が多かった。

【考察】本研究の結果から振動刺激はリズム形成を誘導する方法として歩行改善の有効性が認められた。また、実際の日常生活内で継続に使用することで活動量を向上させる可能性も示唆された。しかし、日常生活内への導入としては機器のサイズや装着感など機器の改良が必須であることが今後の課題となった。

㊦20-19

在宅におけるパーキンソン病療養者の看護職に関する服薬管理プログラム

原田光子¹⁾、中江秀幸²⁾、松丸直美¹⁾、富安眞理³⁾、平尾由美子⁴⁾

1) 亀田医療大学、2) 東北福祉大学 健康科学部、3) 静岡県立大学看護学部、4) 千葉県立保健医療大学

1. はじめに：パーキンソン病(以下、PDとする)は、神経難病の中でも罹患者が14万人と多い。治療は薬物療法が主流であり、薬物の効果を発揮しリハビリテーションと相乗してより良い日常生活行動が可能となる。療養者には、薬剤の種類は理解しづらい。また、薬物の効果には日内変動があることから、療養者は薬物効果の低下時に生活動作の不安を抱えている。

2. 目的：PD療養者の服薬管理の困難性を調査し、服薬管理を支援するプログラムを作成する。

3. 研究方法：

1) 対象：在宅で生活するPD療養者10名(男性5名、女性5名)。

60歳以上で重症度Yahr III。

2) データ収集期間：平成26年4月中旬

3) 服薬時の困難性について半構造化面接を実施

4. 分析方法：服薬管理プログラムの構成要素を抽出するため、内容分析(Berelson,B)を実施。以下の手順とした。逐語録を作成し類似した文脈を『サブカテゴリー』、類似する『サブカテゴリー』を[カテゴリー]・[カテゴリー]を【コアカテゴリー】とした。カテゴリー名を明記した。

5. 倫理的配慮：A県PD友の会会員に直接説明を行い募集、同意を得た。調査への協力は自由意志、データ匿名性などを事前に説明した。宮城大学研究倫理委員会で承認を得た。

6. 結果・考察：平均67.7歳、罹患期間6.3年、重症度Yahr IIIであった。薬剤の種類6.4錠(PD関連以外の薬剤を含む)。以下、【】コアカテゴリーとする。プログラムの構成要素は、A【症状を管理する】、B【薬剤の知識を得る努力】、C【薬剤に伴う困難・心配・不快・拘束感】、D【コントロール感がある】、E【コントロール不十分感がある】の5つに分類された。

今後、診察時間の中で服薬と症状の関係を患者が医師に伝えること、服薬の疑問について解決する支援が必要である。また、調査した結果、課題として外来看護職の関わりが少ないことが挙げられた。服薬管理が医師、看護職、薬剤師の中で協働する必要性が明らかになった。

本研究は、科学研費助成事業“基盤研究C”課題番号25463558を受けている。

㊦20-20

短期入所生活介護（ショートステイ）の施設特性の実態－長期利用との関連と今後の課題－

萩原智代¹⁾、佐々木久長²⁾、夏原和美¹⁾

1) 日本赤十字秋田看護大学 看護学部、2) 秋田大学大学院医学系研究科 保健学専攻

【目的】介護保険制度の短期宿泊サービスであるショートステイは施設形態、運営する法人が多様である。また加算を算定することによってサービスの質に対する報酬を得ており、算定している加算により施設特性が明らかになると考えられる。A県においては、ショートステイの利用者数の増加とともに、ショートステイの利用期間が長期化する傾向が見られている。本研究の目的は、A県のショートステイの施設特性の実態と長期利用率「長期利用者数/(長期利用者数+短期利用者数)」に関連する要因を明らかにし、今後ショートステイが地域包括ケアシステムで機能する際の課題について探ることである。

【方法】A県内全域の280事業所のショートステイ管理者を対象とした質問紙調査を行った。

【結果】108事業所より回答を得た(回収率38.6%)。施設形態は、単独型(53.7%)で小規模(定員11～20人)(32.4%)、営利法人(52.9%)の運営が多かった。ショートステイ管理者の職種は、単独型、営利法人では看護・介護福祉以外のみの割合が高かった(それぞれ60.9%、60.0%)。サービスの質の向上に関わる加算と全体の加算数の関連を見たところ、看護体制加算、夜勤職員体制加算、若年性認知症加算、療養食加算、機能訓練体制加算、を算定している事業所では算定していない事業所よりも全体の加算数平均が有意に多かった($p<.05$)。平均の長期利用率は、施設形態が単独型、営利法人で割合が高かった($p<.05$)。職員配置が充実しているショートステイは単独型以外、非営利法人に多かった($p<.05$)。また、全体の傾向として常時医療職の関与が必要な医療ニーズの高い利用者を断っており、個別の機能訓練を実施している割合は低かった。

【考察】本研究の対象施設の特性の傾向は厚生労働省のA県の統計結果を反映している内容となっており、県全体のショートステイの状況を考えていく上で概ね妥当なデータと考えられる。高齢化著しいA県はショートステイの利用需要が高まる中、営利法人が単独型ショートステイの運営へ参画していた。単独型のショートステイは長期利用率が高く、職員配置やサービスの質向上への取り組みよりも経営面を考えて利用者確保が優先されやすいことが示唆された。

【結論】今後ショートステイが地域包括ケアシステムで求められる機能を果たすためには、短期利用者中心の運営でも小規模、単独型の事業所の経営面が安定するような介護報酬請求の仕組みづくりが必要である。

㊦20-21

在宅療養者支援における看護職と介護職の連携の認識－連携の質指標による比較－

原口道子¹⁾、中山優季¹⁾、松田千春¹⁾、村田加奈子²⁾、板垣ゆみ¹⁾、小倉朗子¹⁾

1) 公益財団法人東京都医学総合研究所 難病ケア看護プロジェクト、2) 昭和大学 保健医療学部

【目的】本研究は、在宅療養支援における訪問看護師(以下、看護職)と訪問介護職員(介護職)の連携の実施状況と重要度の認識を明らかにし、連携の推進に寄与する。

【方法】先に研究者らが開発した連携の質指標を用いた質問紙調査(郵送法)を実施した。本指標は、看護職・介護職の連携を同一の項目で測る尺度(4因子:運営・協働実施・危機管理・関係構築, 23項目)である。研究対象は、系統抽出法で選出した全国の訪問看護事業所944件、訪問介護事業所945件の職員各1名である。対象・事業所の属性・連携に関する23項目それぞれの〈実施状況(どの程度実施しているか)〉と〈重要度(どの程度重要か)〉を5段階リッカート法で質問した。回答を点数化し、職種間で比較した(t検定, Spearman順位相関分析, 有意水準5%, SPSS Statistics Ver22)。研究は、文書で研究趣旨、個人情報保護、任意参加等を説明し、返送で同意を得たものとした。所属機関の倫理委員会の承認を受けている。

【結果】看護職133名(有効回答率14.1%)、介護職149名(有効回答率15.8%)より回答を得た。看護職の職種経験は平均25.4年、介護職は13.5年であった。介護事業所を併設する看護事業所は39件(29.3%)、看護事業所を併設する介護事業所は25件(16.8%)であった。看護職・介護職いずれも全項目で連携の〈実施状況〉と〈重要度〉には有意な相関があり、全項目で〈実施状況〉より〈重要度〉の方が高い得点となった。〈実施状況〉で得点が高い(実施できている)項目は、看護職・介護職ともに「一緒に取り組む意識をもっている」「連携が円滑にいかねば利用者が困ると認識している」であり、一方「連携についての事業所内の取り決めがある」などの運営に関する連携は実施できていなかった。看護職と介護職間で、〈実施状況〉で6項目、〈重要度〉で2項目に有意差があった。〈実施状況〉で看護職の方が得点の高い項目は「個別のケア方法に関して看護職から介護職に根拠や理由を説明している」「顔の見える関係づくりを意識している」であり、介護職の方が得点の高い項目は「ヒヤリハットの情報を共有している」「状況に応じた個別マニュアルの見直しをしている」などであった。

【考察】看護職・介護職ともに連携の重要性は認識しながらも、実施に至っていない傾向があった。ヒヤリハットや個別マニュアルなど職種によって実施に差が生じたものや運営体制など連携の体制整備が重要である。

㊦20-22

独居高齢者の介護保険サービス利用アクセシビリティ

豊原喜代美¹⁾、李 泰俊²⁾、加瀬裕子²⁾

1) 早稲田大学、2) 早稲田大学人間科学学術院

1. 研究背景と目的 近年、独居高齢者の増加による高齢者の社会的孤立に社会的関心が高まりつつある。特に、独居高齢者の支援は、その日常生活ニーズの把握が難しく、公的制度の支援が届きにくいといわれている。このような中、介護保険は高齢者の自立を支援する社会の安全網として高齢者の日常生活を支え合っている。しかし、独居高齢者は介護保険サービスを利用するまで一人暮らしならではのさまざまなアクセシビリティの不自由さが存在することが実情である。そして、本研究では独居高齢者が介護保険サービスを利用するまでどのような阻害要因と促進要因があるのかを明らかにすることを目的とする。

2. 方法

(1) 調査対象と方法

本研究では、H市とY市に居住する独居高齢者6名を対象に、「介護保険サービスのアクセシビリティ」について非構造化インタビュー調査を行った。調査期間は、2015年8月～10月。

(2) 分析方法

分析には、先行研究の福祉アクセシビリティの分析枠組みである「分類(1. 社会資源、2. 情報、3. 運営、4. 専門職、5. 必要な人・利用者、6. 財政)」を用いて(越智 2011: 65-66) データを検証する手法によってそれぞれのカテゴリーとサブ・カテゴリーの抽出を行った。

(3) 倫理的配慮

調査参加者には研究主旨・個人情報の取り扱いについて説明のうえ、書面による同意を得た。

3. 結果 分析の結果、『社会資源』『情報』『利用者』『運営』4つの概念の下で、【メンタリティ】【キーパーソン】【コミュニティ】【情報ネットワーク】【関係機関との連携】【サービスの利用】6つのカテゴリーと24つの促進要因と阻害要因を表すサブ・カテゴリーが抽出された。

4. 考察 独居高齢者の介護保険サービス利用の促進要因では、サービス利用は【ケアマネージャ】【近隣・友人】【民生委員】【家族】という『キーパーソン』への働きかけとイニシアティブが、独居高齢者が抱える不安を解決意志に影響していることが示された。反面、阻害要因では、介護保険サービス理解の不足が介護保険利用に影響していた。このような状況に陥る要因は、【個人ネットワークの不在】【地域行事への不参加】【コミュニティネットワークの欠如】【情報収集・理解の困難】であり、それらが邪魔をして介護保険サービスの利用に結びつくにくくしていることが本研究で明らかになった。