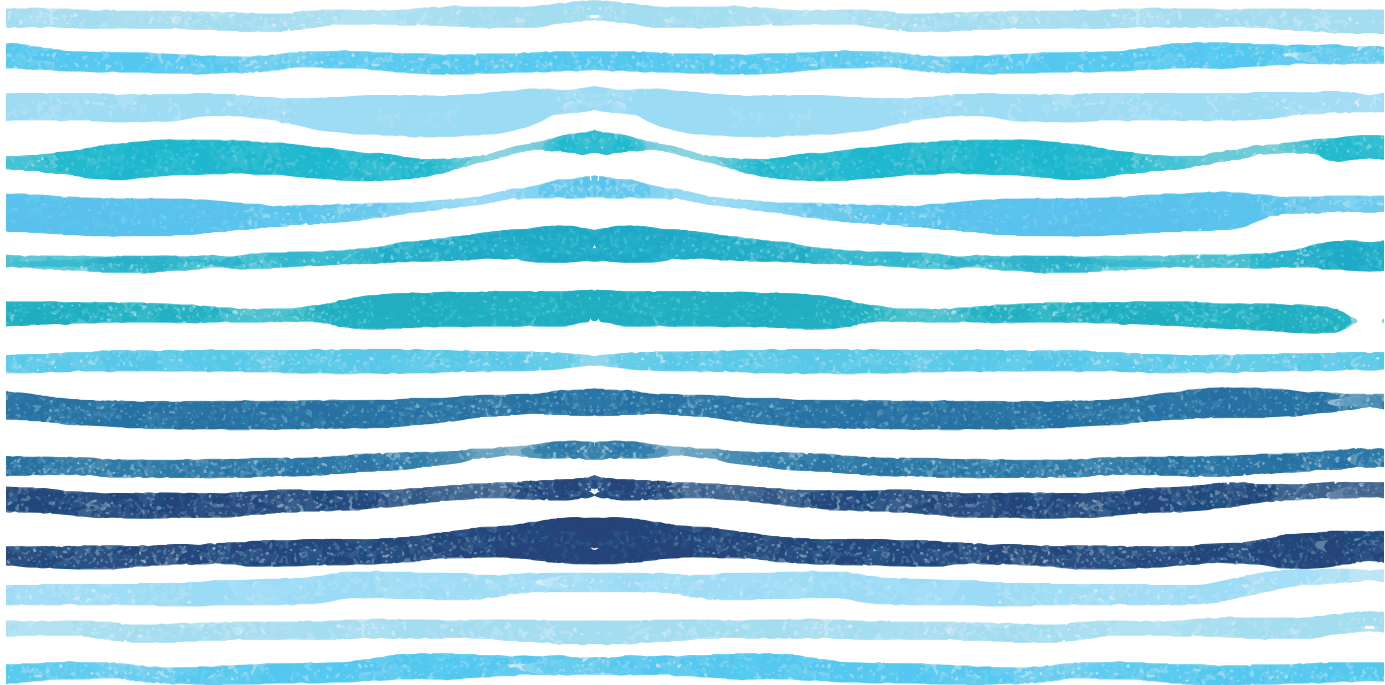


日本在宅 医療連合 学会誌

Vol.4
No.1

Journal of Japanese Association for Home Care Medicine



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine

論文

●原著

多職種が必要と考える最期まで在宅療養を望む高齢者に対するケアマネジメント内容の探索的－記述的質的研究
金田明子・叶谷由佳 1

●原著

訪問看護師の職業的アイデンティティと教育支援および事業所体制の関連
工藤うみ・鎌田洋輔・千葉美穂・他 9

●原著

介護療養型医療施設における看取りに向けた取り組みと施設の特徴
佐々木晶世・黒木淳・叶谷由佳 18

●症例報告

がん患者の消化管閉塞に対する訪問栄養食事指導の取り組み
熊谷琴美・伊藤勇貴・岡田希和子 28

多職種が必要と考える最期まで在宅療養を望む高齢者に対するケアマネジメント内容の探索的－記述的質的研究

金田明子¹⁾, 叶谷由佳¹⁾

要旨

多職種が必要と考える最期まで在宅療養を望む高齢者に対するケアマネジメント内容を明らかにした。多職種 20 名を対象に必要なと考えるケアマネジメント内容について自由な語りを得るため非構造的面接法にて個別インタビューを実施した。インタビュー内容から逐語録を作成し、質的帰納的に分析した。最期まで在宅療養を望む高齢者に対して多職種が理想と考えるケアマネジメント内容として【高齢者の望みを叶えることを核にすること】、【高齢者が積極的にケアマネジメントに参加できるようにすること】など 9 カテゴリーが生成された。

キーワード：在宅療養, 多職種, ケアマネジメント, 高齢者

Exploratory-descriptive qualitative research about care management content for older adults who remain at home until the end of life

Akiko Kaneda¹⁾, Yuka Kanoya¹⁾

Abstract :

We conducted a qualitative analysis of the content of interviews with 20 multidisciplinary professionals. Nine categories of care management content were considered necessary for older adults remaining at home until the end of life. The following nine categories were needed: "Make fulfilling the wishes of older adults the core of care management," "allow older adults to actively participate in care management," "respect the lives of older adults," "build flat relationships without setting boundaries," "have an attitude of continuing to think together," "Have abundant knowledge of the social security system and social resources and utilize them," "secure manpower according to the situation," "provide support to free the older adults from anxiety and distress," and "attending to changes in the feelings of the older adults".

Key words : home healthcare, multidisciplinary, care management, older adults

¹⁾ 横浜市立大学医学部看護学科 老年看護学

¹⁾ Gerontological Nursing, Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University, Japan

著者連絡先：横浜市立大学 医学部看護学科

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦 3-9

TEL 045-787-2755 e-mail : akaneda@yokohama-cu.ac.jp

はじめに

わが国の高齢者人口割合は2036年に33.3%と上昇し¹⁾、2040年には年間死亡者数が168万人を超える高齢多死社会が進展すると予測されている²⁾。このような中、高齢者が最期まで住み慣れた地域で療養をするためには医療と介護の連携が重要かつ不可欠である³⁾。2000年に施行された介護保険制度では対象者のニーズに応じた社会資源の選択、多職種ケアチームの編成、ケアプラン立案、ケアの提供といった一連のケアマネジメントを担う介護支援専門員が誕生し、重要な役割を担っている。介護支援専門員の困難につながるスキルを分析した先行研究では、アセスメントスキルの不足が明らかになっている⁴⁾。また、基礎資格が福祉職である介護支援専門員は医療ニーズのアセスメントや医療職とのかかわり、終末期の医療処置などについて不安があることが明らかになっている⁵⁾。これらのことから特に在宅で終末期を迎える者へのケアマネジメントが不十分となっている可能性もあることが予測される。

在宅療養をしている高齢者の終末期においては多くの職種が関わるため、不足と感じるケアマネジメントを支援に関わる多職種が行ったり、必要と思われるケアマネジメントについて介護支援専門員に伝え、間接的にケアマネジメントに関与していることが予測される。先行研究においても、介護支援専門員だけではなく高齢者を支援する多職種のケアマネジメントの知識の必要性が指摘されている⁶⁾⁷⁾⁸⁾。

そこで、在宅高齢療養者の支援に関わる介護支援専門員を含めた多職種が必要と考えるケアマネジメントを明らかにすることで最期まで在宅療養を望む要介護高齢者の望みを叶えるために必要なケアマネジメントの全体が明らかになると考える。しかし、実際に関わっている多職種が高齢者の在宅療養を最期まで支えるにはどのようなケアマネジメントが必要であると考えているのかを明らかにした研究は見当たらない。

本研究では非構造的面接を実施し、介護支援専門員を含めた在宅療養高齢者の支援に関わる多職種が必要と考える、最期まで在宅療養を望む高齢者のケアマネジメント内容を明らかにすることを

目的とする。

用語の定義

ケアマネジメント➡在宅要介護高齢者のニーズに応じた社会資源の選択、多職種ケアチームの編成、ケアプラン立案、ケアの提供といった一連が円滑に提供できるようにすることとする。

目的

多職種が必要と考える最期まで在宅療養を望む高齢者に対するケアマネジメント内容を明らかにすることを目的とする。

方法

1. 研究対象者

在宅看取り経験のある経験5年以上の介護支援専門員、訪問介護サービス提供責任者、退院調整社会福祉士、訪問看護師、在宅療養支援診療所の医師、在宅療養管理指導をしている薬剤師、退院調整看護師の各職種2～4名とした。在宅看取り経験のある訪問看護事業所の管理者から紹介を受け、研究への参加に同意が得られた者を対象とした。

2. 研究デザインとデータ収集方法

研究デザインは、探索的-記述的質的研究である。探索的-記述的質的研究はある物事を洞察するために研究対象者の視点を引き出すものである⁹⁾。本研究では、最期まで在宅療養を望む要介護高齢者を支援する多職種が必要と考えるケアマネジメント内容について、探索的に対象者の視点を引き出すためこの手法を選択した。インタビューは、ケアマネジメント経験を持つ在宅看護学の研究者とした。データ収集期間は、2020年2月から3月であった。非構造的面接法にて、個別インタビューを行った。インタビューの冒頭で本研究におけるケアマネジメントの定義について説明し、「最期まで在宅療養を望む要介護高齢者に対して、望みを叶えるために必要であると考えているケアマネジメント内容についてお聞かせください」と尋ねた。インタビューは、対象者の語りの意図を聴きとれるように傾聴した。インタビューの場所は対象者の意向を尊重し、対象者の勤務先のプライバシーが保てる個室で実施した。インタビューは

一人につき1回実施した。インタビュー内容は、研究参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。

3. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、最期まで在宅療養を望む要介護高齢者に対して必要であると考えられるケアマネジメント内容が読み取れる部分を、あらかじめ作成したシートに意味内容のわかる最小単位の文脈で抽出して要約し、コード化した。その後、コードの類似性・相違性を比較検討しながら分類し、抽象度を上げてカテゴリを作成した。データ分析は、介護支援専門員資格を持つ老年看護学と在宅看護学を専門とする研究者2名で行った。信頼性と妥当性を確保するために、探索的-記述的質的研究に精通した研究者のスー

パーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

本研究は、横浜市立大学ヒトゲノム・遺伝子研究等倫理委員会の許可（承認番号：A200200001）を得た。参加者は、研究内容について文書と口頭で説明し同意を得た者とした。また同意後であっても、同意撤回書を提出することで撤回できることを説明した。

結果

研究対象者の概要を表1に示す。研究対象者は介護支援専門員4名、訪問介護のサービス提供責任者2名、退院調整社会福祉士2名、訪問看護師3名、在宅療養支援診療所の医師3名、在宅療養

表1 インタビュー対象者の概要

職種	年齢(歳)	性別	経験年数 (うち現職年数)	インタビュー時間 (分)
介護支援専門員	44	男性	11 (11)	25
介護支援専門員	50	男性	25 (25)	32
介護支援専門員	63	女性	20 (12)	35
介護支援専門員	48	女性	20 (20)	44
サービス提供責任者	54	女性	25 (20)	26
サービス提供責任者	44	女性	14 (11)	38
在宅療養支援診療所医師	46	男性	20 (5)	25
在宅療養支援診療所医師	51	男性	26 (12)	25
在宅療養支援診療所医師	46	男性	20 (10)	20
訪問看護師	59	女性	36 (18)	28
訪問看護師	50	女性	28 (16)	30
訪問看護師	52	女性	30 (15)	30
在宅療養支援薬局薬剤師	55	男性	31 (10)	28
在宅療養支援薬局薬剤師	36	男性	13 (6)	32
在宅療養支援薬局薬剤師	45	女性	21 (17)	23
退院調整看護師	47	女性	25 (2)	20
退院調整看護師	50	女性	29 (7)	31
退院調整看護師	46	女性	24 (8)	32
退院調整社会福祉士	39	女性	8 (8)	28
退院調整社会福祉士	28	女性	6 (6)	36

支援薬局の薬剤師3名, 退院調整看護師3名であった。平均年齢47.2歳, 保有資格の平均経験年数は21.6年, インタビュー平均時間は29.4分であった。研究脱落者はいなかった。

多職種が必要と考える最期まで在宅療養を望む高齢者に対するケアマネジメント内容として【1. 高齢者の望みを叶えることを核にすること】、【2. 高齢者が積極的にケアマネジメントに参加できるようにすること】、【3. 高齢者の生活を尊重すること】、【4. チームメンバーがフラットな関係性をつくること】、【5. 弱みを補完し合い共に考え続けること】【6. 制度や社会資源等の豊富な知識を持ち活用すること】、【7. 状況に応じたケアに必要なマンパワーを確保すること】、【8. 高齢者と家族を不安や苦痛から解放できるようにすること】、【9. 高齢者と家族の揺れる気持ちに寄り添うこと】の9カテゴリと43コードが生成された(表2)。

以下【】はカテゴリ、《》はコード、斜体は実際の語りを示す。生成された各カテゴリについて、代表的なコードと語りをを用いて説明する。

【1. 高齢者の望みを叶えることを核にすること】については、どんなに家族が心配でも本人の意思っていうか本人がどうしたいかが一番大事(薬剤師)のように《高齢者の思いをケアマネジメントの真ん中に置く》ことや多少寿命が言い方は悪いですけど短くなったとしても……最期に自分のおうちで……自分のしたいことで終わるための支援っていうのを行えれば(サービス提供責任者)のように《最期まで自宅で高齢者自身が望む生活ができるための支援をすること》、《最期に自宅で高齢者自身のしたいことで終えられるための支援をすること》などケアマネジメントの中心に高齢者の望みを据えたケアマネジメントを行う必要性が抽出された。

【2. 高齢者が積極的にケアマネジメントに参加できるようにすること】については、自分が最期こうしたいって言ったことをちゃんと貫けたといえるように援助する(訪問看護師)のように《高齢者が受け身になるのではなく意思表示しながら積極的に参加できるようにする》などの必要性が抽出された。

【3. チームメンバーのフラットな関係性をつくること】については、職種にこだわらないっていうことが大事だと思います。いろいろ話をしている中で自分以外の他の職種からの発想もあるんだって気が結構多いんです。だから良かれと思っていろいろやっていくじゃなくて(薬剤師)のように《多職種の視点を得て柔軟にケアを提供できるようにすること》や《職種間に壁を作らず多職種に相談できるスキルを持つこと》の必要性が抽出された。

【4. 弱みを補完し合い共に考え続けること】については、ケアマネさんによっては、ただ状況報告だけを担当者会議としている方もいたんですけども、実際に行われているサービス提供にプラス、その専門職が感じている課題とか提案っていうのをうまく事業者さんから聞き出す(サービス提供責任者)のように《介護支援専門員は多様な事業所に属するメンバーをつなぐ》とともに、職種によって得意・不得意部分がある(訪問看護師)、心構えじゃないけども……介護支援専門員がもし見れてないところとかがあれば多職種チームで考えていこうっていう気持ちで一緒に考えたり話し合っていけたらいいのかな(訪問看護師)のように《日頃から自身の弱みと限界を自覚しておくこと》《介護支援専門員の弱みをメンバーがカバーできるようにすること》《一人一人がケアチームのチーム員である自覚を持つ》などの必要性が抽出された。

【5. 高齢者の生活を尊重すること】については、何がしたいのかを考えないと……例えば1日4回、寝る前の薬まで出されてるけども寝る前の薬は睡眠導入剤じゃなくて普通のお薬だったんですね。飲めてないんですよ、やっぱり。それを3回にしてもらって食後に全部組み込んでしまう(薬剤師)のように、《医療処置を優先するのではなく高齢者の暮らしを尊重し生活のスタイルに医療的処置等を合わせること》などの必要性が抽出された。

【6. 高齢者と家族を不安や苦痛から解放できるようにすること】については、最初は家で見るって言っても最期は苦しくなるとやっぱり家じゃ見れないって気が変わる人は結構多いので、そこを自然な形で……あらかじめこういった形で状

表2 最期まで在宅療養を望む高齢者に対して多職種が必要と考えるケアマネジメント内容

9 カテゴリ	43 コード
【1. 高齢者の望みを叶えることを核にすること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 傾聴し高齢者自身がどのようにしていきたいかについて思いを引き出せるようにすること 2. 高齢者の思いをケアマネジメントの真ん中に置くこと 3. 高齢者の望みを叶えるために必要な準備のタイミングを逃さないこと 4. 高齢者が最期をどこで誰と迎えたいのか聞き、叶えるための工夫と提案をすること 5. 最期まで自宅で高齢者自身が望む生活ができるための支援をすること 6. 高齢者の希望に寄り添うこと 7. リスクを恐れず高齢者の望みを優先すること 8. 最期に自宅で高齢者自身のしたいことで終わらせるための支援をすること
【2. 高齢者が積極的にケアマネジメントに参加できるようにすること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢者が症状経過の見通しをもって自身で社会資源を選択できるように情報を提供すること 2. 高齢者自身がケアマネジメントを自分でデザインできるように寄り添うこと 3. 高齢者が受け身になるのではなく意思表示しながら積極的に参加できるようにすること 4. 高齢者自身と家族もチームメンバーの一員として存在できるようにすること
【3. チームメンバーのフラットな関係性をつくること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多職種の視点を心得柔軟にケアを提供できるようにすること 2. 職種間に壁を作らず多職種に相談できるスキルを持つこと
【4. 弱みを補完し合い共に考え続けること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. フォーマル、インフォーマルかわらず共に考える人がいる状況を創ること 2. 日頃から自身の弱みと限界を自覚しておくこと 3. 介護支援専門員は多様な事業所に属するメンバーをつなぐこと 4. 一人一人がケアチームのチーム員である自覚を持つこと 5. それぞれの職種が提案型の意見を言えるようなサービス担当者会議をすること 6. ゴールを共有したうえで、多職種が多角的にアセスメントしていくこと 7. 高齢者が希望するケアをどれだけ具現化していけるかという視点で皆で考えていくこと 8. 介護支援専門員は医療職と積極的に連携すること 9. 介護支援専門員の弱みをメンバーがカバーできるようにすること
【5. 高齢者の生活を尊重すること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療処置を優先するのではなく高齢者の暮らしを尊重し生活のスタイルに医療的処置等を合わせること 2. 高齢者の生活ベースを大切にすること
【6. 高齢者と家族を不安や苦痛から解放できるようにすること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 予後予測に基づき家族が準備できるように配慮すること 2. 家庭の中で苦痛症状が十分に緩和されている状況をつくること 3. 心身の状況を見極めて苦痛のない治療内容にすること 4. 残された家族が最期まで自宅で看取ってよかったと思えるように配慮すること 5. 残された家族の後悔を軽減できるようなかわりをする
【7. 高齢者と家族の揺れる気持ちに寄り添うこと】	<ol style="list-style-type: none"> 1. その時々で高齢者の意向を把握しつつ、いったん決めたことであっても意向は変えられると伝えておくこと 2. 家族の意向を確認すること 3. 高齢者と家族の意向にすぐ応じられる状況を創って置くこと 4. 高齢者と家族の思いを傾聴すること 5. 気持ちの揺れに応じて、必要な情報を提供すること 6. 多職種は自身の価値観より高齢者の価値観を優先して寄り添うこと 7. 当初、在宅看取りを希望していても在宅看取りをあきらめた場合はそれに寄り添うこと
【8. 制度や社会資源等の豊富な知識を持ち活用すること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社会制度に関する情報と社会資源の連携先を多く持つこと 2. 既存のものを応用して活用し高齢者が生活しやすい環境を創ること 3. 状況に応じて社会制度と社会資源を活用して高齢者に添い遂げること
【9. 状況に応じたケアに必要なマンパワーを確保すること】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 状況に応じてサービスの内容と量を変えていくこと 2. 状況に応じて本人の希望するケアを具現化できるマンパワーを確保すること 3. 状況に応じて家族を十分サポートできるマンパワーを確保すること

況が進んでいくよということを教えてあげておく（在宅療養支援診療所医師）のように《高齢者が今後の症状変化の見通しを持てるように情報を提供すること》を行い、体の変化とか介護者の状況によって、やっぱり柔軟っていうか、ある程度スピード感を持って対応することが必要（訪問看護師）のように《家庭の中で苦痛症状が十分に緩和されている状況をつくること》などの必要性が抽出された。

【7. 高齢者と家族の揺れる気持ちに寄り添うこと】については、何か話の見えるというか通じる人に自分の疑問に思うこと、大変さ話をするだけで、家族の気持ちの負担の軽減につながると思うので、なかなか実際には、でもサービスの提供時間に限りがあるので難しいとは思いますが、でもそういった余裕があるときはなるべくご家族にも話を傾聴することで寄り添ってほしいのかな（サービス提供責任者）、本人が「病院がいい」って言うてるのにそのまま家でいさせちゃうとかは良くない（在宅療養支援診療所医師）のように《多職種は自身の価値観より高齢者の価値観を優先して寄り添うこと》や《その時々の高齢者の意向を把握しつつ、いったん決めたことであつても意向は変えられると伝えておくこと》の必要性が抽出された。

【8. 制度や社会資源等の豊富な知識を持ち活用すること】については、本当にケアマネの能力というかスキルによって人生の最期がどうあつたかっていうのがものすごく変わってくると思う（介護支援専門員）のように、《社会制度に関する情報と社会資源の連携先を多く持つこと》や《既存のものを応用して活用し高齢者が生活しやすい環境を創ること》の必要性が抽出された。

【9. 状況に応じたケアに必要なマンパワーを確保すること】については、基本的にマンパワーがいると思うんですよね。家族だけでできないところを訪看さんとかヘルパーさんとか助けを求めていかないと、実際に望みはかなわない（在宅療養支援診療所医師）のように、《状況に応じてサービスの内容と量を変えていくこと》で《本人の希望するケアを具現化できるマンパワーを確保すること》の必要性が抽出された。

考察

本研究では、多職種が必要と考える最期まで在宅療養を望む高齢者に対するケアマネジメント内容を明らかにした。高齢者は最期を住み慣れた場で迎えたいと願う反面、医療・介護体制への不安や家族の負担を思い、望みに反した選択をする傾向があることが示されている¹⁰⁾。そのため適切な社会資源を活用してケアマネジメントを行うことは重要である。本研究で明らかになったケアマネジメント内容を、先行研究のケアマネジメントの3つの機能である直接働きかける直接援助サービス機能、仲介・調整機能、社会資源に働きかける機能¹¹⁾の視点から考察する。

直接援助サービス機能としては高齢者が意思表明できるようにしたうで¹²⁾¹³⁾、【1. 高齢者の望みを叶えることを核にすること】をケアマネジメントの中心に据え、【2. 高齢者が積極的にケアマネジメントに参加できるようにすること】を目指して《高齢者自身がケアマネジメントをデザインできるように寄り添うこと》が必要である。また先行研究では症状コントロールの可否によっては望まぬ入院につながる事が指摘されており¹⁴⁾、【6. 高齢者と家族を不安や苦痛から解放できるようにすること】が必要である。【7. 高齢者と家族の揺れる気持ちに寄り添うこと】については、状況に応じて気持ちは揺れ動くため、傾聴を意識し、寄り添う姿勢が重要であり¹⁵⁾、《多職種は自身の価値観より高齢者の価値観を優先して寄り添うこと》や《当初、在宅看取りを希望していても在宅看取りをあきらめた場合はそれに寄り添うこと》で常に高齢者と家族を尊重した対応することが必要であり、これも直接援助サービス機能と捉えることができる。と考える。

仲介・調整機能としては、望みを叶えることに向けて医療・介護などの多職種で支援するが、介護職は医療ニーズへの対応や医療職との情報交換に困難を感じていることから⁴⁾⁵⁾、《職種間に壁を作らず多職種に相談できるスキルを持つこと》などフラットな関係性を構築し、高齢者が希望するケアをどれだけ具現化していけるかという視点からチーム内で考える雰囲気醸成する必要がある。

先行研究では多職種のアセスメントの視点を統合する場であるサービス担当者会議の活用が期待されており¹⁶⁾、本研究の語りからも《それぞれの職種が提案型の意見を言えるようなサービス担当者会議をすること》が必要と考えており、この点は社会資源に働きかける機能と考える。

また重度者ほど在宅継続が困難になるが、介護支援専門員をはじめとする高齢者を支援する多職種は【8. 制度や社会資源等の豊富な知識を持ち活用すること】、【9. 状況に応じたケアに必要なマンパワーを確保すること】が必要であり、これは仲介・調整機能と社会資源に働きかける機能の両方であると考え。先行研究では多職種がエンド・オブ・ライフ期にある在宅要介護高齢者にケアマネジメントの視点から実践している内容が報告されているが¹⁷⁾、本研究では、それらに加えて多職種が必要と考える内容に【4. 弱みを補完し合い共に考え続けること】が抽出された。また【8. 制度や社会資源等の豊富な知識を持ち活用すること】、【9. 状況に応じたケアに必要なマンパワーを確保すること】があげられ、今後はマンパワーを確保するためには広い意味で社会資源に働きかけ、新たなサービスを開発していく必要があ

ると考える（図1）。

本研究で生成された9カテゴリは、独立して提供されるのではなく、連動していると考え。状況に応じたケアマネジメントが後手にならないよう、直接実践できる内容については直接援助サービス機能を、自身の専門外のニーズについては適切な職種にタイミング良くつなぐ仲介・調整機能を発揮し、さらに必要な社会資源に働きかけて皆でケアマネジメントを織りなしていく必要があると考える。

本研究の限界として、7職種20名からの結果であり、今後はさらに対象者を広げ、地域で高齢者を支援している職種からもケアマネジメント内容を把握してゆく必要があると考える。

結語

在宅療養を望む要介護高齢者を支援する多職種が必要と考えるケアマネジメント内容について、【1. 高齢者の望みを叶えることを核にすること】、【2. 高齢者自身も積極的にケアマネジメントに参加できるようにすること】など9カテゴリが生成された。

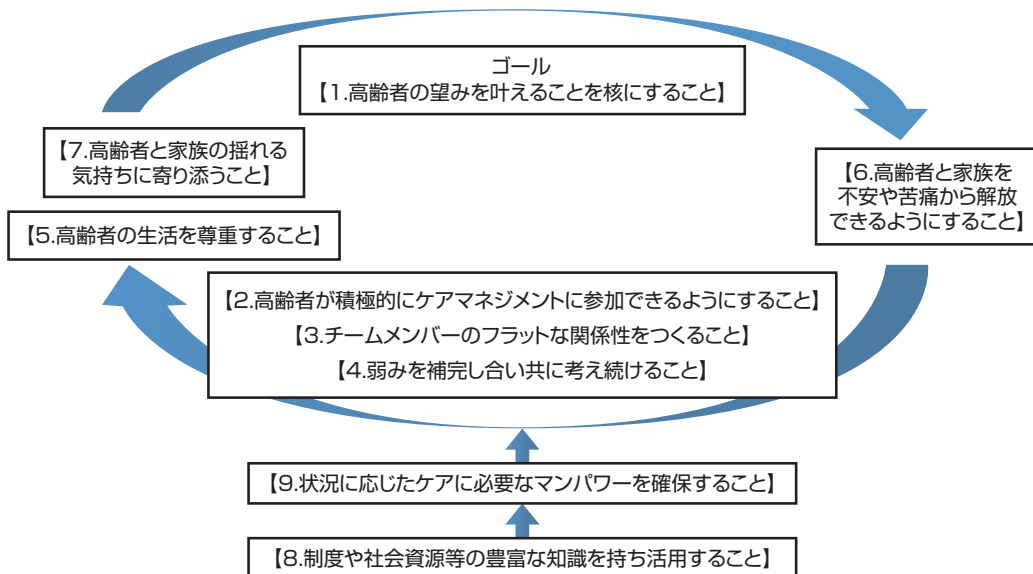


図1 多職種が必要と考える最期まで在宅療養を望む高齢者に対するケアマネジメント内容

謝辞

ご協力いただいた多職種の方に感謝申し上げます。本研究は2019年度科学研究費助成事業学術研究助成基金助成金（研究活動スタートアップ支援：1919k24262）を用いた。なお、第26回在宅ケア学会学術集会以口演発表した。

利益相反

開示すべき利益相反は存在しない。

文献

- 1) 内閣府. 令和4年版高齢社会白書 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf_index.html
- 2) 厚生労働省. 令和2年版厚生労働白書 <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/index.html>
- 3) 長江弘子. 保健医療社会学の研究動向と展望. エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. 日本保健医療社会抄集. 25 (1): 17-23, 2014.
- 4) 布花原明子, 伊藤直子: ケアマネジメント場面において介護支援専門員が直面する困難の内容 ケアマネジメントスキル不足の検討. 西南女学院大学紀要. 11: 9-21, 2007.
- 5) 林裕栄, 田中敦子, 津久井利恵・他: 高齢者のターミナルケアマネジメントに関する調査基礎資格として福祉系の資格を持つ介護支援専門員の不安や困難経験の実態. 保健医療福祉科学. 2: 39-44, 2012
- 6) 杉本浩章, 篠田道子, 上山崎悦代・他: 緩和ケア病棟を有する病院におけるIPWの促進要因と阻害要因. ケアマネジメント学. 16: 57-69, 2006.
- 7) 石附敬, 和気純子. 重度要介護高齢者の在宅サービスの利用実態と利用要因. 長期在宅者と施設入所者の比較. 社会福祉学. 51 (2): 57-69, 2010.
- 8) 後藤真澄, 若松利昭. 要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究. 厚生の指標. 50 (7): 17-22, 2003
- 9) 黒田裕子, 中木高夫, 逸見功 (監訳): パーンズ & グローブ看護研究入門: 評価・統合・エビデンスの生成. 第7版, Elsevier Japan, Japan, 2015.
- 10) 伊藤智子, 加藤真紀, 阿川啓子・他: 島根県江津市に暮らす中高年者の死生観と終末期療養ニーズに関する意識調査. 島根県立大学出雲キャンパス紀要. 8: 65-70, 2013.
- 11) 樋口京子. 高齢者のエンド・オブ・ライフにおけるケアマネジメント. 介護支援専門員. 8 (4): 13-18, 2006
- 12) 田代真里. 「在宅移行期」に訪問看護にできること 安心な退院, スムーズな退院のために. 訪問看護と介護. 17 (4): 292-296, 2012.
- 13) 大園康文, 福井小夜子, 川野英子. 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響—経時的なパターンの分類化—. Palliative Care Research. 9 (1): 121-128, 2014.
- 14) 島田千穂, 高橋龍太郎. 高齢者終末期における多職種間の連携. 日本老年医学会誌. 48 (3): 221-226, 2011.
- 15) 鈴木央. 超高齢社会におけるプライマリ-ケア医の心身医学的課題 在宅看取りにおける心身医学的ケア. 心身医学. 55 (9): 1034-1040, 2015.
- 16) 村社卓. サービス担当者会議におけるチームマネジメント機能. ソーシャルワーク学会誌. 24: 29-40, 2012
- 17) Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA. 285 (7): 925-32, 2001.

訪問看護師の職業的アイデンティティと教育支援および事業所体制の関連

工藤うみ^{1) 2) 3)}, 鎌田洋輔^{1) 2) 3)}, 千葉美穂^{2) 3)}, 西沢義子^{1) 2)}, 土澤健一^{1) 2)}

要旨

訪問看護師の職業的アイデンティティと教育支援および事業所体制との関連を明らかにすることを目的として、A県内の訪問看護事業所の看護職員を対象に質問紙調査を行った。調査用紙の回収数は138、回収率34.5%であった。その結果、職業的アイデンティティには、外部研修、24時間対応、緊急時対応が関連していることが明らかとなった。外部研修を取り入れることで教育支援を職業的アイデンティティの獲得につなげることが必要であると考えられた。また、オンコールに係る負担をサポートしながら24時間体制に携わることを支援し、達成感ややりがいを感じられるようにすることが重要であると考えられた。

キーワード：訪問看護師、職業的アイデンティティ、外部研修、24時間体制

Relationship between the professional identity of visiting nurses and educational support and institutional system

Umi Kudo^{1) 2) 3)}, Yosuke Kamata^{1) 2) 3)}, Miho Chiba^{2) 3)}, Yoshiko Nishizawa^{1) 2)}, Kenichi Tsuchisawa^{1) 2)}

Abstract :

The purpose of this study is to determine the relationship between the professional identity of home health care nurses, their educational support, and institutional systems. A questionnaire survey was conducted on nursing staff at home-visit nursing offices in A Prefecture. A total of 138 survey forms were collected, with a collection rate of 34.5%. The results revealed that professional identity was associated with external training, 24-hour availability, and emergency response. It was considered necessary for the acquisition of a professional identity via the incorporation of external training. In addition, it was considered important to support the burden of on-call workers and to help them work 24 hours a day, so that they could feel a sense of accomplishment and satisfaction.

Key words : visiting nurse, professional identity, external training, 24-hour system

¹⁾ 弘前医療福祉大学 保健学部

²⁾ 弘前医療福祉大学 在宅ケア研究所

³⁾ 弘前医療福祉大学 在宅ケア研究所 附属訪問看護リハビリステーションそら

¹⁾ School of Health Sciences, Hirosaki University of Health and Welfare, Japan

²⁾ Home Care Research Institute, Hirosaki University of Health and Welfare, Japan

³⁾ Home-visit nursing rehabilitation establishments Sora, Home Care Research Institute, Hirosaki University of Health and Welfare, Japan

著者連絡先：弘前医療福祉大学保健学部

〒036-8102 青森県弘前市小比内3丁目18番地1

TEL 0172-27-1001(代) e-mail: kudou@jyoto-gakuen.ac.jp

はじめに

訪問看護アクションプラン 2025 では¹⁾、その第1に「訪問看護の量的拡大」が挙げられ、訪問看護師の安定確保が目指されている。しかし、訪問看護に従事する看護職は病院に就業する看護職員に比べ離職率が高いことが報告されており²⁾、離職防ぎ、定着率を高めることが課題となっている。一方で、看護職員実態調査では将来働いてみたい職場として訪問看護等の在宅看護はトップである³⁾。看護師は看護実践の広がりや深まりを希求して他の看護場に転職する傾向があることから⁴⁾、新しいやりがいや価値に出会うための現場として訪問看護が選ばれるが、様々な理由により定着に至らないことが多いと推察される。

看護師の継続した就業をもたらすために必要なものとして、職業的アイデンティティがある⁵⁾。職業的アイデンティティとは、職業との自己一体感であるとされ⁶⁾、看護職においても職業人としてのアイデンティティの獲得はその人の職業的発達やより良いケアを提供するための基となるとされている⁷⁾。訪問看護師の職業的アイデンティティに関しては、山口ら⁸⁾が訪問看護師の職業的アイデンティティは経験年数10年以上で高まることから、職業的アイデンティティが未発達のまま離職する訪問看護師が多いのではないかと指摘している。このことより、訪問看護師の安定確保のためには、看護実践の広がりや深まりへの希求に応え、訪問看護師としての職業的アイデンティティの獲得を目指して、教育支援を行い事業所体制を整備することが重要といえる。

訪問看護師の職業的アイデンティティについてのこれまでの研究では、年齢や経験年数⁸⁾、職務満足度や離職意向⁹⁾との関連が指摘されているが、教育支援や事業所体制との関連を報告したものはほとんどない。

目的

本研究では、訪問看護師の職業的アイデンティティを調査し、教育支援および事業所体制との関連を明らかにしたうえで、訪問看護師の職業的アイデンティティ獲得のための支援について検討する。

研究方法

1. 研究対象者

訪問看護事業所一覧にある A 県内のすべての訪問看護事業所の管理者ではない看護職員。

2. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を行った。訪問看護事業所管理者へ研究の趣旨と方法を書いた研究説明書と調査用紙を送付し、管理者をとおして看護職員の調査協力を依頼した。調査用紙には返信用封筒を添付し、記入後の調査用紙を郵送にて回収した。

3. 調査内容

1) 個人属性（基本属性、経験）

基本属性として、年齢、性別、雇用形態、看護師資格の有無、介護支援専門員資格の有無、経験として、訪問看護師としての経験年数、看護職としての経験年数、現在の事業所での勤務年数、1週間の訪問件数を調査した。

2) 事業所の体制

事業所の体制として、設置主体、看護職の常勤換算、加算の算定状況、訪問看護に関する教育支援の有無とその内容について調査した。教育支援の内容としては、外部研修、学会参加、オンライン学習、同行訪問、マニュアル、技術チェックリストをあげ、支援を受けた内容を複数回答してもらった。

3) 訪問看護師の職業的アイデンティティ

内海ら¹⁰⁾が開発し、信頼性と妥当性が確認されている「訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度」を用い調査した。「訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度」は28の質問項目から成り、第1因子「自身の訪問看護観」、第2因子「自分らしさを生かした援助関係形成術」、第3因子「主体的な看護実践」、第4因子「訪問看護師としての自負」、第5因子「職業への肯定的な認識」、第6因子「利用者の尊厳の尊重」で構成される。回答は「思う」から「思わない」の7件法で、アイデンティティが獲得されているほど得点が高くなるように配点されている。

4. 分析方法

個人属性と事業所の体制については、単純集計を行った。訪問看護師の職業的アイデンティティ

尺度は、因子ごとの平均値と標準偏差を算出した。個人属性、事業所体制ごとの職業的アイデンティティ尺度得点は、Mann-Whitney の U 検定または Games-Howell 検定による多重比較検定を行った。最後に、訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点を従属変数、Mann-Whitney の U 検定または Games-Howell 検定による多重比較検定で有意差のあった項目を説明変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）によって、訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度と関連する教育支援および事業所体制を分析した。重回帰分析を行うにあたり、名義尺度は「あり」を 1、「なし」を 0 としたダミー変数に変換した。名義尺度以外の変数は連続変数として投入し、統計処理を行った。統計処理には、SPSS Statistics 26.0 を用い、有意水準は 5%未満とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属大学の研究倫理委員会の承認を受けて行った。研究の目的、方法、個人情報保護の保護、参加は自由意志であること、結果公表の方法について文書にて説明し、同意を得た。

結果

1. 対象者の概要（表 1）

配布数 400、回収数 138、回収率 34.5%であった。年代では 40 代が一番多く、正規雇用の割合は 82.1%であった。准看護師の割合は 21.4%であった。訪問看護経験年数は 5 年未満が最も多く 34.1%、次いで 10 年未満が 30.4%であった。1 週間の訪問件数は 20 件以上が 49.6%と最も多かった。

2. 事業所の体制（表 2）

設置主体で多かったのは株式会社 27%、社会福祉法人 24.8%であった。看護職の常勤換算の平均値は 5.7 人であった。機能強化型の事業所は I～III を併せて 18%であった。24 時間対応は 92.7%、緊急時対応は 96.7%が算定していた。教育支援は 87.7%の事業所で行われており、支援内容として多かったのは同行訪問 72.1%、外部研修 62.1%であった。

3. 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点と個人属性（表 3）

表 1 対象者の基本属性および経験

性別	n	%
女性	133	96.4
男性	5	3.6
年代		
20 代	4	2.9
30 代	23	16.4
40 代	44	31.4
50 代	37	26.4
60 代以上	32	22.9
雇用形態		
正規	115	82.1
非正規	25	17.9
看護師資格		
准看護師	30	21.4
看護師	110	78.6
介護支援専門員資格		
なし	119	85
あり	21	15
訪問看護経験年数		
1 年未満	15	10.9
5 年未満	47	34.1
10 年未満	42	30.4
15 年未満	20	14.5
15 年以上	14	10.1
看護経験年数		
5 年未満	3	2.1
10 年未満	11	7.9
15 年未満	25	17.9
15 年以上	101	72.1
現在の事業所での勤務年数		
1 年未満	22	15.8
5 年未満	53	38.1
10 年未満	31	22.3
15 年未満	17	12.2
15 年以上	16	11.5
1 週間の訪問件数		
5 件未満	10	7.9
5～9 件	12	9.4
10～14 件	17	13.4
15～19 件	25	19.7
20 件以上	63	49.6

表2 対象者の勤務する事業所の体制

事業所の設置主体	n	%
医療法人	19	13.9
一般社団法人	16	11.7
株式会社	37	27
社会福祉法人	34	24.8
有限会社	10	7.3
その他	21	15.3
看護職の常勤換算(人)	5.7 ± 3.7	
機能強化型I		
なし	114	93.4
あり	8	6.6
機能強化型II		
なし	111	90.2
あり	12	9.8
機能強化型III		
なし	121	98.4
あり	2	1.6
24時間対応体制加算		
なし	9	7.3
あり	114	92.7
特別管理加算		
なし	4	3.3
あり	119	96.7
緊急時加算		
なし	4	3.3
あり	119	96.7
ターミナルケア加算		
なし	12	9.8
あり	111	90.2

第1因子, 第3因子, 第4因子, 第5因子で訪問看護経験年数の違いによる差が見られ, 1年未満の者が10年未満や15年未満の者に比べ有意に得点が低かった。1週間の訪問件数では, すべての因子において件数の違いによる得点の差が見ら

訪問看護に関する教育支援	n	%
なし	17	12.3
あり	121	87.7
外部研修		
なし	53	37.9
あり	87	62.1
学会参加		
なし	122	87.1
あり	18	12.9
オンライン学習		
なし	88	62.9
あり	52	37.1
同行訪問		
なし	39	27.9
あり	101	72.1
マニュアル		
なし	110	78.6
あり	30	21.4
技術チェックリスト		
なし	111	79.3
あり	29	20.7

れた。看護師資格の有無では, 第3因子で得点の差が見られたが, 他の因子では有意差は無かった。看護経験年数では, 第6因子で15年未満のものと15年以上の者の間に有意差が見られたが, 他の因子では有意差は無かった。年代, 雇用形態, 介護支援専門員資格の有無では有意差は見られなかった。

4. 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点と教育支援および事業所体制(表4)

加算に関する項目については, 24時間対応と緊急時対応において第2因子, 第3因子, 第4因子で算定ありの得点が有意に高かった。教育支援では, すべての因子において支援ありの得点が有意に高かった。支援の内容をみると, 外部研修,

表3 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点と個人属性

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	
	平均±SD	平均±SD	平均±SD	平均±SD	平均±SD	平均±SD	
年代							
20代	5.3 ± 0.4	4.8 ± 0.6	4.9 ± 1.4	4.8 ± 0.9	5.5 ± 0.8	5.9 ± 0.7	
30代	4.8 ± 0.9	4.6 ± 1.0	4.5 ± 1.1	4.6 ± 1.0	4.8 ± 1.0	4.8 ± 0.9	
40代	5.2 ± 1.0	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	4.8 ± 1.0	5.0 ± 1.1	5.4 ± 1.0	#2
50代	5.2 ± 0.9	5.0 ± 1.0	5.1 ± 1.0	5.0 ± 1.2	5.0 ± 1.1	5.4 ± 1.0	
60代以上	5.3 ± 1.0	4.9 ± 1.0	4.8 ± 1.5	5.0 ± 0.9	4.7 ± 1.3	5.3 ± 1.0	
雇用形態							
正規	5.2 ± 0.9	4.9 ± 0.9	5.0 ± 1.1	4.9 ± 1.0	5.0 ± 1.1	5.3 ± 0.9	#1
非正規	4.8 ± 1.1	4.7 ± 1.2	4.2 ± 1.4	4.8 ± 1.0	4.7 ± 1.1	5.1 ± 1.2	
看護師資格							
准看護師	4.9 ± 1.1	4.8 ± 1.0	4.5 ± 1.4	4.7 ± 1.3	4.6 ± 1.4	5.1 ± 1.0	#1
看護師	5.2 ± 0.9	4.9 ± 1.0	5.0 ± 1.1	4.9 ± 1.0	5.0 ± 1.0	5.3 ± 1.0	
介護支援専門員資格							
なし	5.1 ± 1.0	4.8 ± 1.0	4.8 ± 1.2	4.8 ± 1.1	5.0 ± 1.1	5.3 ± 1.0	#1
あり	5.5 ± 0.6	5.2 ± 0.8	5.3 ± 0.9	5.0 ± 0.8	4.7 ± 1.1	5.6 ± 0.6	
訪問看護経験年数							
1年未満	4.3 ± 0.9	4.4 ± 0.9	3.8 ± 1.2	4.2 ± 1.0	4.2 ± 1.0	4.9 ± 1.1	#2
5年未満	5.0 ± 0.9	4.7 ± 0.9	4.7 ± 1.3	4.6 ± 1.2	4.7 ± 1.1	5.2 ± 1.0	
10年未満	5.2 ± 0.9	4.9 ± 1.1	5.1 ± 1.0	5.0 ± 0.9	5.3 ± 1.1	5.5 ± 1.0	
15年未満	5.3 ± 0.9	5.1 ± 0.8	5.3 ± 1.0	5.2 ± 0.8	5.2 ± 0.9	5.3 ± 0.9	
15年以上	5.6 ± 0.7	5.2 ± 1.1	5.2 ± 0.9	5.3 ± 0.6	5.1 ± 1.2	5.5 ± 0.9	
看護経験年数							
5年未満	5.0 ± 0.1	5.4 ± 0.4	4.3 ± 2.1	4.8 ± 0.9	5.2 ± 1.3	5.5 ± 0.7	#2
10年未満	5.1 ± 0.8	4.8 ± 0.6	4.6 ± 1.2	4.8 ± 0.8	5.1 ± 0.9	5.3 ± 1.0	
15年未満	4.7 ± 0.9	4.4 ± 1.0	4.4 ± 1.0	4.4 ± 1.1	4.6 ± 0.9	4.8 ± 1.0	
15年以上	5.2 ± 1.0	5.0 ± 1.0	5.1 ± 1.2	5.0 ± 1.0	5.0 ± 1.2	5.4 ± 0.9	
1週間の訪問件数							
5回未満	5.0 ± 0.8	4.6 ± 0.7	5.1 ± 0.9	5.2 ± 0.5	4.7 ± 0.6	5.4 ± 0.9	#2
5～9回	4.3 ± 0.9	4.0 ± 0.6	3.8 ± 0.9	4.1 ± 0.8	3.8 ± 0.9	4.4 ± 0.9	
10～14回	5.1 ± 1.1	5.1 ± 1.2	4.6 ± 1.5	4.9 ± 1.4	5.0 ± 1.4	5.3 ± 1.1	
15～19回	5.3 ± 0.8	4.9 ± 1.0	4.8 ± 1.1	5.0 ± 1.0	5.0 ± 0.9	5.6 ± 1.0	
20回以上	5.2 ± 0.9	4.9 ± 0.9	5.0 ± 1.1	4.8 ± 1.0	5.0 ± 1.1	5.3 ± 0.9	

#1: Mann-Whitney の U 検定 #2: Games-Howell 検定

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

表4 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点と教育支援および事業所体制

	第1因子 平均±SD	第2因子 平均±SD	第3因子 平均±SD	第4因子 平均±SD	第5因子 平均±SD	第6因子 平均±SD		
機能強化型I								
なし	5.1 ± 0.9	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	5.3 ± 0.9	#1	
あり	5.4 ± 1.1	5.1 ± 0.9	4.8 ± 1.6	4.9 ± 1.1	4.7 ± 1.5	5.6 ± 1.0		
機能強化型II								
なし	5.2 ± 0.9	4.9 ± 0.9	4.9 ± 1.1	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.2	5.3 ± 0.9	#1	
あり	5.0 ± 1.2	4.7 ± 1.3	5.1 ± 1.2	4.8 ± 1.2	4.8 ± 1.0	5.1 ± 1.1		
機能強化型III								
なし	5.2 ± 0.9	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	4.9 ± 1.1	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	#1	
あり	5.0 ± 1.2	4.7 ± 1.3	5.1 ± 1.2	4.8 ± 1.2	4.8 ± 1.0	5.1 ± 1.1		
加 算 の 算 定 内 容	24時間対応							
	なし	4.6 ± 0.8	4.0 ± 0.8]**	3.9 ± 1.2]**	4.1 ± 1.0]**	4.2 ± 1.1	4.8 ± 0.7	#1
	あり	5.2 ± 0.9	4.9 ± 1.0]**	5.0 ± 1.1]**	4.9 ± 1.0]**	5.0 ± 1.1	5.3 ± 1.0	
	特別管理							
	なし	5.0 ± 1.1	5.1 ± 1.1	4.7 ± 0.9	5.0 ± 1.1	4.7 ± 0.9	5.3 ± 1.1	#1
	あり	5.2 ± 0.9	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	4.8 ± 1.0	4.9 ± 1.2	5.3 ± 0.9	
	緊急時対応							
	なし	4.4 ± 0.1	4.0 ± 0.9]*	3.4 ± 1.2]**	3.3 ± 0.3]**	3.2 ± 1.4	4.7 ± 1.5	#1
	あり	5.2 ± 0.9	4.9 ± 1.0]*	4.9 ± 1.1]**	4.9 ± 1.0]**	5.0 ± 1.1	5.3 ± 0.9	
	ターミナルケア							
なし	5.1 ± 0.7	4.8 ± 1.1	4.6 ± 1.2	4.8 ± 0.9	4.7 ± 1.0	5.2 ± 1.0	#1	
あり	5.1 ± 0.9	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.2	5.3 ± 1.0		
教育支援								
なし	4.5 ± 0.8]**	4.4 ± 0.8]*	4.0 ± 1.2]**	4.2 ± 0.9]**	4.0 ± 1.3]**	4.6 ± 0.7]**	#1	
あり	5.2 ± 0.9]**	4.9 ± 1.0]*	5.0 ± 1.1]**	4.9 ± 1.0]**	5.0 ± 1.0]**	5.4 ± 1.0]**		
外部研修								
なし	4.7 ± 0.9]***	4.5 ± 1.0]**	4.3 ± 1.1]**	4.4 ± 1.1]***	4.6 ± 1.2]**	4.9 ± 1.1]**	#1	
あり	5.4 ± 0.9]***	5.1 ± 0.9]**	5.2 ± 1.1]**	5.1 ± 0.9]***	5.2 ± 1.0]**	5.5 ± 0.8]**		
学会参加								
なし	5.1 ± 0.9	4.8 ± 1.0	4.8 ± 1.2]*	4.8 ± 1.0	4.9 ± 1.1	5.2 ± 1.0	#1	
あり	5.5 ± 0.9	5.3 ± 1.0	5.4 ± 1.1]*	5.2 ± 1.0	5.3 ± 1.1	5.7 ± 1.0		
オンライン学習								
なし	5.0 ± 1.0	4.8 ± 1.0	4.6 ± 1.2]*	4.8 ± 1.0	4.9 ± 1.2	5.3 ± 1.0	#1	
あり	5.3 ± 0.9	5.0 ± 1.0	5.3 ± 1.0]*	5.0 ± 1.1	5.0 ± 1.0	5.3 ± 0.9		
同行訪問								
なし	5.1 ± 1.1	4.8 ± 1.0	4.7 ± 1.3	4.8 ± 1.2	4.8 ± 1.4	4.9 ± 1.1	#1	
あり	5.1 ± 0.9	4.9 ± 1.0	4.9 ± 1.1	4.9 ± 1.0	5.0 ± 1.0	5.1 ± 1.0		
マニュアルの使用								
なし	5.1 ± 0.9	4.8 ± 0.9	4.8 ± 1.1	4.8 ± 1.0	4.9 ± 1.1	5.2 ± 1.0	#1	
あり	5.4 ± 1.0	5.1 ± 1.1	5.1 ± 1.4	5.1 ± 1.0	5.2 ± 1.1	5.5 ± 0.9		
技術チェックリスト								
なし	5.0 ± 0.9]*	4.8 ± 0.97]*	4.7 ± 1.2]**	4.8 ± 1.0]*	4.8 ± 1.1]**	5.2 ± 1.0]*	#1	
あり	5.5 ± 0.9]*	5.2 ± 0.98]*	5.4 ± 1.1]**	5.2 ± 0.9]*	5.4 ± 0.9]**	5.6 ± 0.8]*		

#1: Mann-Whitney の U 検定

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

技術チェックリストですべての因子においてありの得点が有意に高かった。学会参加とオンライン学習では、第3因子において、ありの得点が有意に高かった。同行訪問、マニュアルでは有意差は見られなかった。

5. 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点と個人属性・事業所体制の関連 (表5)

訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点を従属変数とした重回帰分析の結果、訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点と関連が見られたのは、第1因子と第6因子では外部研修、第2因子では外部研修と24時間対応、第3因子では外部研修、24時間対応および緊急時対応、第4因子と第5因子では外部研修と緊急時対応であった。

考察

本結果より、訪問看護師の職業的アイデンティティには、外部研修、24時間対応、緊急時対応が関連している可能性が示唆された。

1. 外部研修が訪問看護師の職業的アイデンティティに及ぼす影響

本結果より、外部研修は職業的アイデンティ

ティのすべての因子に直接関連しており、外部研修が訪問看護師の職業的アイデンティティに関連することが示唆された。これまでの研究では、新任訪問看護師の職業的アイデンティティと内部講習参加回数の関連¹¹⁾、職業的アイデンティティと研修の受けやすさの間接的な関連⁹⁾が示唆されているが、訪問看護師の外部研修と職業的アイデンティティの直接的な関連を報告したものは見当たらない。新人看護職員の研修においてはOJTとOff-JTのスパイラル学習が有効¹²⁾であるとされている。また看護師の職業キャリア成熟には外部研修が関連していることも報告されており¹³⁾、訪問看護においても外部研修は職業的アイデンティティ獲得のための教育支援として必要なものであると考えられた。しかし訪問看護事業所では、業務調整の負荷やマンパワー不足¹⁴⁾により外部研修への参加が困難な状況があることも報告されており、本研究においても外部研修に参加している訪問看護師は6割に留まっていた。一方、組織の規模が小さいほうが職員個々の特性や能力が把握しやすく、対象に合わせた教育支援を提供しやすいともいわれており¹⁵⁾、訪問看護事業所は小規模であることのメリットを前向きに活用することが

表5 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度得点への関連項目 (ステップワイズ法)

従属変数	第1因子			第2因子			第3因子					
	B	標準誤差	β	B	標準誤差	β	B	標準誤差	β			
説明変数	外部研修	0.71	0.17	0.39 ***	外部研修	0.56	0.18	0.29 **	外部研修	0.78	0.21	0.34 ***
					24時間対応	0.69	0.33	0.2 *	24時間対応	0.87	0.37	0.21 *
									緊急時対応	1.26	0.58	0.19 *
R ²	0.148***			0.138**			0.231***					
従属変数	第4因子			第5因子			第6因子					
	B	標準誤差	β	B	標準誤差	β	B	標準誤差	β			
説明変数	外部研修	0.71	0.19	0.34 **	外部研修	0.66	0.21	0.29 **	外部研修	0.69	0.19	0.35 ***
	緊急時対応	1.35	0.55	0.23 *	緊急時対応	1.46	0.61	0.23 *				
R ²	0.185***			0.15***			0.123***					

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

できれば、職員ひとりひとりを効果的に育てることができる場である。現在はオンラインやオンデマンドでの研修も増えていることから、職員個々の学習ニーズに合わせて外部研修を活用し、OJTとのスパイラルを生み出すことによって、職業的アイデンティティ獲得につながる教育支援が可能となるのではないかと考えられた。

2. 24 時間対応および緊急時対応が訪問看護師の職業的アイデンティティに及ぼす影響

本結果では、24 時間対応は第 2 因子「自分らしさを活かした援助関係形成技術」と第 3 因子「主体的な看護実践」に関連していた。緊急時対応は第 3 因子「主体的な看護実践」、第 4 因子「訪問看護師としての自負」、第 5 因子「職業への肯定的認識」に関連しており、24 時間体制で利用者のニーズに対応することが訪問看護師の職業的アイデンティティに関連することが示唆された。24 時間体制の訪問看護に携わることで、看護への主体性を高め、訪問時間外に起こる様々な状況に対応していくことが訪問看護師としての自分を確立させることにつながり、その結果職業的アイデンティティが高まるのではないかと考えられた。あるいは、職業的アイデンティティが高い故に 24 時間体制の訪問看護事業所に勤務し、24 時間対応および緊急時対応を行っているとも考えられた。

これまでの研究において、緊急時対応や 24 時間対応が職業的アイデンティティと直接関連することを明らかにしたものは見当たらない。先行研究では、24 時間体制は訪問看護師のストレス¹⁶⁾や負担感¹⁷⁾となっており、こういった仕事に対する否定的認識が離職要因になっている¹⁸⁾。他方、24 時間対応をしている訪問看護師の方が自律性、達成感の側面においては満足度が高く^{16) 17)}、24 時間対応や緊急時対応は負担とやりがいの両面を持つといえる。病院において交代制勤務で働いてきた看護師にとっては、オンコールによる 24 時間体制に携わることは初めての経験であり、これまでの生活スタイルが揺らぎ、試行錯誤しながら新しい生活のバランスを獲得しなければならないプロセスである。訪問看護事業所の管理者は、オンコールの負担への共感的態度を前提とし、可能な範囲で心身の休息を担保しながら新しい生活の

バランスを獲得するまでのプロセスに寄り添い、スタッフが達成感ややりがいを感じられるよう支援することが重要であると考えられた。

研究の限界と課題

本研究は、1 県内の訪問看護師を対象としており地域が限定されている上に、回収率が 38% と低く、偏りのない意見を汲み取っているとは言い難い。また本研究では、外部研修の内容については調査しておらず、継続して研究する必要がある。さらに、オンコール対応を行うなかで自律性や達成感を感じられている訪問看護師がどのようにして生活のバランスを保っているのか、またそこに至るまでのプロセスについてはほとんど明らかになっていないため、質的研究手法を用いて今後明らかにする必要がある。

結語

訪問看護師の職業的アイデンティティと教育支援および事業所体制の関連を調査した結果、訪問看護師の職業的アイデンティティには外部研修と 24 時間対応および緊急時対応が関連していた。外部研修を取り入れることで教育支援を職業的アイデンティティの獲得につなげることが必要であると考えられた。また、オンコールに係る負担をサポートしながら 24 時間体制に携わることを支援し、職業的アイデンティティを獲得できるようにしていくことが必要であると考えられた。

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力くださいました訪問看護ステーションの皆さまに心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究は弘前医療福祉大学在宅ケア研究所の 2021 年度研究として実施した。本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会: 訪問看護アクションプラン 2025. <https://www.jvnf.or.jp/wp-content/uploads/2019/09/actionplan2025.pdf> (2022年6月13日アクセス)
- 2) 日本看護協会: 平成23年版看護白書 看護がつなぐ ささえる在宅療養, 日本看護協会出版会, 東京, 2011.
- 3) 日本看護協会: 日本看護協会調査研究報告 <No.92> 2018 2017年看護職員実態調査. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/research/92.pdf> (2022年6月13日アクセス)
- 4) 丸岡直子, 川島和代, 田村幸恵, 他: あらたな看護を求めて離職した看護師の背景. 石川看護雑 16 : 25-36, 2019.
- 5) 畑中純子, 伊藤収: 看護師としての職業的アイデンティティを育むための現任教育プログラムの開発. 岩手県立大学看護学部紀要 20 : 1-18, 2018.
- 6) May Solveig Fagermoen : Professional identity : values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 25 : 434-441, 1997.
- 7) 岩井浩一, 澤田雄二, 野々村典子, 他: 看護師の職業的アイデンティティ尺度の作成 茨城県立医療大学紀要 6 : 57-57, 2001.
- 8) 山口陽子, 百瀬由美子: 訪問看護師の職業的アイデンティティの特徴および個人特性との関連. *日本在宅ケア学会誌* 17 (1) : 49-58, 2013.
- 9) 西田志保, 西田和子: 新人訪問看護師の職業アイデンティティに関連する要因. *日本在宅ケア学会誌* 19 (2) : 51-58, 2016.
- 10) 内海恵子, 松井妙子, 沖亞沙美, 他: 訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度開発の試みと信頼性・妥当性の検討. *香川大学看護学雑誌* 21 (1), 41-54, 2017.
- 11) 柚木佐知子, 中村裕美子: 訪問看護ステーションにおける新任看護師の教育ニーズと職業的アイデンティティの関連とその要因. *日本在宅看護学会誌* 9 (2) : 10-19, 2021.
- 12) 厚生労働省: 新人看護職員研修ガイドライン改訂版 (別添) <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128vp.pdf> (2022年6月14日アクセス)
- 13) 廣島のぶ子, 荒木田由美子, 久保真紀子: 病院で勤務する看護師のキャリア成熟に関係する要因の検討. *日本看護管理学会誌* 22 (1), 42-50, 2018.
- 14) 丸山幸恵, 後藤順子, 叶谷由佳: 訪問看護ステーションにおける訪問看護師の現任教育の実態と課題. *千葉科学大学紀要* 10 : 101-108, 2017.
- 15) 掛谷和美, 城生弘美: 中規模病院における新人看護師の習熟度に影響する要因 - 職場環境と新人研修プログラムの側面から -. *日本看護研究学会雑誌* 40 (5) ,791-802, 2017.
- 16) 小桧山美子: 訪問看護師の職業性ストレスの実態とニーズ: インタビューから得られた質的帰納的分析. *訪問看護と介護* 16 (4) ,312-318, 2011.
- 17) 信平牧子, 島内節, 清水祥子: 在宅ケア機関の24時間体制と訪問看護師の負担感に関する研究. *日本看護学会論文集 地域看護* 35 : 131-133, 2004.
- 18) 高田恵子, 石原多佳子: 訪問看護師の職場継続意思に関連する要因の研究. *日本在宅ケア学会誌* 23 (2), 45-54, 2020.

介護療養型医療施設における看取りに向けた取り組みと施設の特徴

佐々木晶世¹⁾, 黒木淳²⁾, 叶谷由佳¹⁾

要旨

介護療養型医療施設における看取りに向けた取り組みを実施している施設の特徴を明らかにするために、全国 1,055 施設を対象とした質問紙調査で回答のあった 38 施設（回収率 3.6%）のデータを使用し、デスカンファレンスなどのケアの振り返りの機会（以下、振り返り）の有無と施設の特徴との関連を検討した。振り返り実施施設数は 21（55.3%）、作業療法士と栄養士の常勤職員数およびリハビリの実施患者数が多かった。また、経営が黒字で認知症ケアの質保証体制のある施設が多かった（ $p < 0.05$ ）。以上より、振り返り有の施設は多職種連携が行われている可能性が示唆された。

キーワード：高齢者、介護療養型医療施設、エンドオブライフケア

Reflection on End-of-Life Care and Characteristics in Medical Long - Term Care Sanatoriums

Akiyo Sasaki-Otomaru¹⁾, Makoto Kuroki²⁾, Yuka Kanoya¹⁾

Abstract :

This study aimed to examine the relationship between a reflection on end-of-life care and the characteristics of medical long-term care sanatoriums in Japan. We used the data of 38 facilities from the national survey with a response rate of 3.6%. As a result, 21 facilities conducted a reflection on end-of-life care. There were significant differences in the number of occupational therapists, nutritionists, and patients needed for rehabilitation compared with those without reflection facilities. The results showed that the facilities conducting the reflection had been kept in the dark about their business and delivered quality care to persons with dementia. Thus, more specialist staff collaborated in the facilities conducting the reflection.

Key Words : aged, end-of-life care, long-term care facilities

¹⁾ 横浜市立大学医学部看護学科

²⁾ 横浜市立大学大学院データサイエンス研究科

¹⁾ Nursing Course, Yokohama City University School of Medicine

²⁾ Department of Health Data Science, Graduate School of Data Science

著者連絡先：横浜市立大学 医学部 看護学科

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦 3-9

TEL : 045-787-2514 E-mail : sakiahs@yokohama-cu.ac.jp

はじめに

2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、高齢化率は引き続き上昇を続け、我が国は多死社会を迎える。厚生労働省は、地域包括ケアを推進し、在宅など病院以外での看取りを推進している¹⁾。関東地区の特別養護老人ホーム497施設を対象とした調査でも、家族や本人の希望があれば最後まで看るという看取り方針のある施設は8割近くであると報告されている²⁾。今後ますます介護保険施設での看取りは増加することが予測され、看護職・介護職の両職種によりよい看取りのためのケアを行うことが求められる。介護保険施設には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3つがあり、この中でも、介護療養型医療施設は、医療管理を常時必要とする要介護高齢者が多く入所しており、ターミナルケアの実施が多いことが報告されている³⁾。

介護保険施設での看取りの実施では、介護職の精神的負担が大きいと指摘されているが⁴⁾、看取りを行う介護職へのサポートに関する研究は少ない⁵⁾。介護老人保健施設の看護管理者は、デスカンファレンスの実施や思いを語れる場を作る必要性を述べている⁶⁾。しかし、緩和ケア病棟⁷⁾や一般病棟看護師⁸⁾を対象としたデスカンファレンスの効果については様々な先行研究がある中、介護保険施設におけるデスカンファレンスなど、看取りに向けた取り組みの実態は明らかになっていない。そこで、看取りに向けた取り組みを行っている介護療養型医療施設の特徴を明らかにすることを目的に研究を行った。

目的

介護療養型医療施設における看取りに向けた取り組みの実施状況と、取り組みを行っている施設の特徴を明らかにすること。

方法

1. 対象

本研究では、2018年に実施された全国の介護療養型医療施設1,055施設を対象とした調査で、回答のあった38施設のデータを使用し、分析を

行った。

2. 調査内容

調査の項目は、職種別職員数と平均勤続年数、入退所者数、施設の経営状況と算定実績、入院患者の入所時の主病名別人数、要介護度が悪化した入院患者数、サービス機能の向上に向けた介護職員に対する取り組みの有無、安全管理・栄養管理・口腔衛生管理・排泄機能向上ケア・疾病管理・皮膚トラブル予防・認知症ケアの実施状況、看取りに向けた取り組みの有無、リハビリテーションの実施状況とした。

3. 分析方法

基本統計量を算出の後、デスカンファレンスなどのケアの振り返りの機会の有無を従属変数とし、職員数、施設の特徴、職員への教育・支援、患者への取り組みなどの独立変数との関連について、t検定、カイ二乗検定により検討した。リハビリテーションの実施状況に関しては、「全員行っている」を1、「入院患者の3/4程度」を2、「入院患者の半分程度」を3、「入院患者の1/4程度」を4、「いない」を5とし、マン・ホイットニーのU検定により検討した。検定には統計パッケージIBM SPSS statistics 24を用い、有意水準は5%未満とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、横浜市立大学金沢八景キャンパス等研究倫理委員会（八2019-1）の承認を得て実施した。

結果

1. 対象者の属性

全国の介護療養型医療施設1,055施設を対象とした調査で、回答のあった38施設（回収率3.6%）のすべてのデータを分析対象とした。

対象施設の概要として、総従業員数は49.8 ± 31.4人、看護職員数は12.3 ± 6.5人、介護職員数は14.3 ± 13.2人、定員数は42.1 ± 33.7人であった。

2. 看取りへの取り組み

看取りへの取り組みとして、ACP（アドバンスケア・プランニング）を実施しているのは31施設（81.6%）、看取りに関する医療職と介護職との事前の打ち合わせを実施しているのは29施設

(76.3%)、看取り後、デスカンファレンス等のケアを振り返る機会（以下、振り返り）があるのは21施設（55.3%）であった。

3. 振り返りの有無による職員数と勤続年数の比較（表1）

振り返りの有無による従業員数や平均勤続年数の違いについて検討した。その結果、振り返り有の施設の方が、看護師の平均勤続年数が短かった（ $p < 0.05$ ）。また、振り返り有の施設の方が、作業療法士と栄養士の常勤職員数が多かった（ $p < 0.05$ ）。

4. 振り返りの有無による施設の特徴の比較（表2）

振り返りの有無によって入退所者数や経営状態、算定業績に違いがあるかについて検討した。その結果、振り返り有の施設においてベッド稼働率が高かった。また、経常利益に関して、振り返り有の施設において黒字が多かった（ $p < 0.05$ ）。

5. 振り返りの有無による職員への教育・支援の比較（表3）

振り返りの有無によって職員への教育・支援のあり方に違いがあるかについて検討した。その結果、振り返り有の施設の方が、研修の受講と人事考課との連動を行っている施設が多かった（ $p < 0.05$ ）。

6. 振り返りの有無による入院患者への取り組みの比較

振り返りの有無によって入院患者への取り組みに違いがあるかについて検討した。入院患者の主病名別人数で最も多かったのは「胃腸・肝臓・胆のう」の病気、次いで「骨折以外の筋骨格系の病気」であったが、振り返りの有無による有意差は認められなかった。要介護度の変化や骨折転倒、褥瘡の発生件数に関しても、振り返りの有無による有意な差はなかった。

また、入院患者への具体的な取り組みに関して（表4）、振り返り有の施設の方が人工栄養法実施の入院患者の口腔・嚥下機能のアセスメントを行う頻度が低く（ $p < 0.05$ ）、人工栄養法実施の入院患者の本人・家族の意向や口腔・嚥下機能に応じた機能向上の視点によるケアを実施していると回答した施設が少なかった（ $p < 0.05$ ）。また、振り返り有の施設の方が認知症ケアの質を保障す

る体制がある施設が多く（ $p < 0.05$ ）、リハビリ職員による入院患者・家族への説明がある施設が多かった（ $p < 0.05$ ）。

振り返りの有無によるリハビリテーション実施状況の比較では（表5）、「1日20分以上、週に3回以上機能訓練を実施している」、「集団リハビリテーションを実施している」、「生活リハビリテーションを実施している」の各項目において、振り返り有の施設において患者数が多かった（ $p < 0.05$ ）。

考察

介護療養型医療施設の看取りに向けた取り組みと施設の特徴との関連を調査した結果、振り返りの有無と看護師の平均勤続年数、作業療法士・栄養士の常勤勤続年数、ベッド稼働率、経常利益、職員の研修の受講と人事考課との連動、口腔・嚥下機能のアセスメントや機能向上に向けたケアの実施頻度、認知症ケアの質を保障する体制、リハビリ職員による患者・家族への説明、リハビリテーション実施状況に有意差が認められた。

1. 振り返りを行っている施設の特徴

本研究では、振り返りを行っている施設の方が、看護師の平均勤続年数が少ないことが明らかになった。振り返りの有無と看護師の勤続年数の関連を示した先行研究は見当たらないが、デスカンファレンスなど看取り後のケアについての報告が行われるようになったのはこの10年ほどであり⁹⁾¹⁰⁾、病院などの他施設で振り返りの経験があった看護師が介護療養型医療施設に就職しているのではないかと推察された。しかし、勤続年数の長さは働きやすさを反映しているとも考えられ、有意差はないものの介護職やリハビリスタッフは振り返り有の勤続年数が長いことから、看護師にとっては負担を感じていた可能性は否定できない。

また、振り返りを行っている施設の方が、作業療法士・栄養士の常勤職員数が多いこと、リハビリ職員による患者・家族への説明が行われている施設が多いこと、リハビリテーションの実施頻度が高いことが明らかになった。介護老人保健施設において看取りにおける多職種の連携がうまくいっている理由として、施設全体で協力していく

表1 振り返りの有無による職員数と勤続年数の比較

		振り返り有		振り返り無		p
		n, 平均値 ± 標準偏差	n, 平均値 ± 標準偏差	n, 平均値 ± 標準偏差	n, 平均値 ± 標準偏差	
総従業員数		21, 54.1 ± 34.0	17, 44.5 ± 27.8			0.64
看護職員数		21, 12.4 ± 6.4	17, 12.3 ± 6.9			0.57
介護職員数		21, 15.0 ± 15.7	17, 13.3 ± 9.8			0.54
定員数		21, 41.6 ± 30.3	17, 42.8 ± 38.5			0.21
医師	常勤職員数	20, 6.1 ± 11.2	17, 2.6 ± 2.5			0.11
	平均勤続年数	15, 17.5 ± 13.6	16, 13.6 ± 10.0			0.41
看護師	常勤職員数	20, 19.6 ± 48.3	16, 8.1 ± 7.6			0.15
	平均勤続年数	16, 8.3 ± 4.0	16, 13.0 ± 7.9			0.05 *
准看護師	常勤職員数	19, 6.2 ± 3.9	16, 5.7 ± 4.6			0.96
	平均勤続年数	16, 9.8 ± 3.2	16, 11.9 ± 6.4			0.16
介護福祉士	常勤職員数	20, 9.3 ± 7.9	14, 8.0 ± 9.3			0.82
	平均勤続年数	16, 8.3 ± 3.6	12, 8.5 ± 4.3			0.40
その他の介護職員	常勤職員数	20, 5.6 ± 4.0	16, 5.9 ± 3.2			0.50
	平均勤続年数	18, 7.5 ± 5.3	16, 6.9 ± 3.7			0.36
理学療法士	常勤職員数	16, 5.4 ± 6.5	14, 2.9 ± 3.7			0.08
	平均勤続年数	13, 5.0 ± 4.3	11, 7.9 ± 7.1			0.14
作業療法士	常勤職員数	16, 4.1 ± 4.7	10, 0.7 ± 1.6			0.02 *
	平均勤続年数	11, 6.2 ± 4.7	5, 3.2 ± 4.3			0.55
言語聴覚士	常勤職員数	13, 1.2 ± 2.0	9, 0.0 ± 0.0			0.05
	平均勤続年数	9, 4.6 ± 7.4	3, 0.0 ± 0.0			0.10
薬剤師	常勤職員数	17, 2.4 ± 3.3	16, 1.0 ± 0.9			0.10
	平均勤続年数	14, 11.4 ± 9.1	11, 9.4 ± 8.4			0.99
栄養士	常勤職員数	19, 2.3 ± 1.9	16, 0.9 ± 0.8			0.01 *
	平均勤続年数	15, 8.5 ± 10.5	11, 9.2 ± 10.0			0.39
介護支援専門員	常勤職員数	20, 1.2 ± 0.7	16, 1.5 ± 1.4			0.10
	平均勤続年数	17, 9.6 ± 6.1	14, 13.5 ± 6.4			0.98
支援相談員	常勤職員数	13, 1.5 ± 1.8	10, 0.5 ± 1.0			0.06
	平均勤続年数	11, 3.5 ± 3.7	4, 5.3 ± 5.1			0.25
歯科衛生士	常勤職員数	11, 1.4 ± 2.6	11, 0.3 ± 0.5			0.20
	平均勤続年数	8, 4.1 ± 6.3	4, 8.3 ± 10.3			0.25

t 検定 * p<0.05

表2 振り返りの有無による施設の特徴の比較

	振り返り有		振り返り無		p 値
	n,	平均値 ± 標準偏差	n,	平均値 ± 標準偏差	
[入退所者数]					
退所者数	20,	9.4 ± 11.1	15,	4.7 ± 5.0	0.10
1 か月以上在宅で生活できる見込と判断した退所者数	19,	1.2 ± 2.2	15,	0.5 ± 1.6	0.11
本人の家などへの退所者数 (入所期間 1 月超の者)	19,	1.0 ± 2.4	15,	0.0 ± 0.0	0.08
居宅サービス事業所, 地域密着型サービス事業所等へ移行した退所者数	18,	0.8 ± 2.0	15,	0.1 ± 0.5	0.18
医療施設への退所者数 (入所期間 1 月超の者, 1 週間より長い期間の入院)	18,	3.9 ± 9.2	15,	1.1 ± 2.4	0.21
介護保険施設への退所者数 (入所期間 1 月超の者)	18,	0.9 ± 1.3	15,	0.4 ± 0.9	0.24
死亡退所者数	20,	3.5 ± 4.2	15,	2.9 ± 4.7	0.87
死亡退所者のうち看取り (予期された死亡) 対応した人数	15,	1.6 ± 3.5	15,	1.6 ± 3.5	0.25
新規入院患者数	18,	6.9 ± 10.0	15,	3.9 ± 4.6	0.26
ベッド稼働率 (%)	15,	90.5 ± 10.6	14,	71.9 ± 30.7	0.05 *
[経営状況]					
		n (%)		n (%)	
経常利益	黒字	15 (78.9)	7 (41.2)	0.02 *	
	赤字	4 (21.1)	10 (58.8)		
2 年以上の経営計画の存在	有	7 (38.9)	12 (70.6)	0.06	
	無	11 (61.1)	5 (29.4)		
経営利益など財務上の目標の存在	有	11 (61.1)	11 (64.7)	0.83	
	無	7 (38.9)	6 (35.3)		
[加算の算定実績]					
口腔衛生管理体制加算	有	4 (20.0)	4 (25.0)	0.72	
	無	16 (80.0)	12 (75.0)		
口腔衛生管理加算	有	3 (15.0)	3 (18.8)	0.76	
	無	17 (85.0)	13 (81.3)		
栄養マネジメント加算	有	14 (66.7)	10 (58.8)	0.62	
	無	7 (33.3)	7 (41.2)		
低栄養リスク改善加算	有	1 (5.0)	0 (0.0)	0.36	
	無	19 (95.0)	16 (100.0)		
排泄支援加算	有	2 (10.0)	0 (0.0)	0.19	
	無	18 (90.0)	16 (100.0)		
ターミナルケア加算	有	2 (10.0)	0 (0.0)	0.19	
	無	18 (90.0)	16 (100.0)		
夜勤を行う職員加算	有	13 (61.9)	7 (41.2)	0.20	
	無	8 (38.1)	10 (58.8)		
外泊時に在宅サービスを利用した場合の 800 単位	有	0 (0.0)	0 (0.0)	—	
	無	20 (100.0)	16 (100.0)		
t 検定およびカイ二乗検定					* p<0.05

表3 振り返りの有無による職員への教育・支援の比較

		振り返り有	振り返り無	p 値
		n (%)	n (%)	
質改善活動等, PDCA サイクルで質改善する体制	有	9 (47.4)	5 (29.4)	0.27
	無	10 (52.6)	12 (70.6)	
教育計画立案や教育企画する教育委員会のような体制	有	14 (70.0)	10 (58.8)	0.48
	無	6 (30.0)	7 (41.2)	
施設内研修の実施	有	17 (81.0)	15 (88.2)	0.54
	無	4 (19.0)	2 (11.8)	
職員の施設外研修受講への支援	有	18 (85.7)	15 (88.2)	0.82
	無	3 (14.3)	2 (11.8)	
職員が自分の知識技術を評価したり, スキルアップを目指す指標	有	9 (42.9)	7 (41.2)	0.92
	無	12 (57.1)	10 (58.8)	
入所者や家族対象に満足度調査実施や懇談会開催等要望を聞く機会	有	9 (45.0)	7 (41.2)	0.82
	無	11 (55.0)	10 (58.8)	
外部評価の実施	有	4 (20.0)	2 (11.8)	0.50
	無	16 (80.0)	15 (88.2)	
定期的に職員対象の満足度調査の実施	有	1 (5.9)	5 (31.3)	0.06
	無	16 (94.1)	11 (68.8)	
新人介護職員の新人指導担当者の制度導入	有	9 (52.9)	7 (41.2)	0.49
	無	8 (47.1)	10 (58.8)	
資質向上に向けた介護職員の人材育成計画	有	11 (61.1)	7 (41.2)	0.24
	無	7 (38.9)	10 (58.8)	
研修機会の提供又は技術指導等を実施	有	14 (82.4)	14 (82.4)	1.00
	無	3 (17.6)	3 (17.6)	
資格取得のための支援	有	11 (61.1)	14 (82.4)	0.33
	無	7 (38.9)	3 (17.6)	
ICT 活用による業務省力化	有	2 (11.1)	4 (23.5)	0.33
	無	16 (88.9)	13 (76.5)	
介護ロボットやリフト等の介護機器等の導入	有	4 (21.1)	2 (11.8)	0.46
	無	15 (78.9)	15 (88.2)	
職員休憩室	有	18 (90.0)	16 (94.1)	0.65
	無	2 (10.0)	1 (5.9)	
事業所内保育施設	有	6 (30.0)	5 (29.4)	0.97
	無	14 (70.0)	12 (70.6)	
研修の受講と人事考課との連動	有	12 (63.2)	4 (23.5)	0.02*
	無	7 (36.8)	13 (76.5)	
キャリア段位制度と人事考課との連動	有	6 (31.6)	1 (5.9)	0.05
	無	13 (68.4)	16 (94.1)	

カイ二乗検定 *p<0.05

表4 振り返りの有無による入院患者への取り組みの比較 (1/2)

		振り返り有	振り返り無	p 値
		n (%)	n (%)	
入院患者の安全に対するリスクをスクリーニングする指標	有	15 (71.4)	10 (58.8)	0.42
	無	6 (28.6)	7 (41.2)	
入院患者の安全に対するリスクを定期的にアセスメントし、個別の安全対策を計画立案・実施	月1回程度	11 (55.0)	10 (58.8)	0.35
	2～6か月に1回程度	7 (35.0)	3 (17.6)	
	7～12か月に1回程度	0 (0.0)	0 (0.0)	
	無	2 (10.0)	4 (23.5)	
ヒヤリハット・インシデント等を報告し、共有・再発防止対策を組織的に行う委員会等の体制	有	21 (100.0)	7 (100.0)	-
	無	0 (0.0)	0 (0.0)	
感染対策マニュアルがあり、定期的に見直している	年に1回程度	18 (85.7)	15 (88.2)	0.65
	3年に1回程度	2 (9.5)	2 (11.8)	
	5年に1回程度	0 (0.0)	0 (0.0)	
	無	1 (4.8)	0 (0.0)	
感染防止に必要な器材・備品等の定期的な見直し・整備	有	20 (95.2)	17 (100.0)	0.36
	無	1 (4.8)	0 (0.0)	
スタンダードプリコーションの実施	有	18 (90.0)	12 (70.6)	0.13
	無	2 (10.0)	5 (29.4)	
感染症発生の情報収集とその対策をとる体制	有	21 (100.0)	16 (94.1)	0.26
	無	0 (0.0)	1 (5.9)	
感染対策委員会等組織的に感染防止の対応	有	21 (100.0)	17 (100.0)	-
	無	0 (0.0)	0 (0.0)	
入院患者の栄養状態を定期的にアセスメントしている	月1回程度	10 (47.6)	10 (62.5)	0.76
	2～6か月に1回程度	9 (42.9)	6 (37.5)	
	7～12か月に1回程度	1 (4.8)	0 (0.0)	
	無	1 (4.8)	1 (100.0)	
入院患者の栄養状態を改善するための検討・対策	有	20 (100.0)	16 (94.1)	0.36
	無	0 (0.0)	1 (5.9)	
入院患者の口腔衛生状態を定期的にアセスメントしている	月1回程度	7 (33.3)	6 (35.3)	0.57
	2～6か月に1回程度	9 (42.9)	8 (47.1)	
	7～12か月に1回程度	0 (0.0)	1 (5.9)	
	無	5 (23.8)	2 (11.8)	
入院患者の口腔状態にあった効果的な口腔ケアができるような他職種による検討・実施	有	12 (57.1)	13 (76.5)	0.21
	無	9 (42.9)	4 (23.5)	
人工栄養法実施の入院患者の口腔・嚥下機能のアセスメントを定期的にしている	週1回程度	2 (9.5)	5 (29.4)	0.03*
	月1回程度	4 (19.0)	8 (47.1)	
	2～3か月に1回程度	4 (19.0)	1 (5.9)	
	無	11 (52.4)	3 (17.6)	
人工栄養法実施の入院患者の本人・家族の意向や口腔・嚥下機能に応じた機能向上の視点によるケア	有	10 (50.0)	14 (82.4)	0.04*
	無	10 (50.0)	3 (17.6)	
経口で食事している入院患者が維持できる視点による食事援助	有	21 (100.0)	15 (88.2)	0.11
	無	0 (0.0)	2 (11.8)	

表4 振り返りの有無による入院患者への取り組みの比較 (2/2)

		振り返り有	振り返り無	p 値
		n (%)	n (%)	
おむつや排泄介助が必要な入院患者への排泄機能向上の方向性によるアセスメント・ケア	有	16 (76.2)	13 (76.5)	0.98
	無	5 (23.8)	4 (23.5)	
医療職と介護職の有する情報や判断をタイムリーに共有する体制	有	21 (100.0)	15 (88.2)	0.11
	無	0 (0.0)	2 (11.8)	
医療職と介護職が連携して疾病悪化予防、早期発見・対応する体制	有	21 (100.0)	16 (94.1)	0.26
	無	0 (0.0)	1 (5.9)	
入院患者が服薬している薬を減らせないかアセスメントし、調整する体制	有	19 (90.5)	12 (70.6)	0.12
	無	2 (10.5)	5 (29.4)	
褥瘡の有無、リスクのアセスメントと予防・改善対策に関する多職種による検討・個別ケアの実施	有	21 (100.0)	16 (94.1)	0.26
	無	0 (0.0)	1 (5.9)	
スキントアの有無、リスクのアセスメントと予防・改善対策に関する多職種による検討・個別ケアの実施	有	20 (100.0)	16 (94.1)	0.88
	無	0 (0.0)	1 (5.9)	
足の観察・アセスメントを行い、足のトラブルの予防・改善のためのケアを実施	有	17 (81.0)	11 (64.7)	0.26
	無	4 (19.0)	6 (35.3)	
認知症ケアの質を保障する体制	有	19 (90.5)	8 (47.1)	0.00 *
	無	2 (9.5)	9 (52.9)	
行動・心理症状の軽減に向けてカンファレンスで検討し個別に合わせたケアを実施	有	17 (81.0)	11 (64.7)	0.26
	無	4 (19.0)	6 (35.3)	
入院患者の尊厳が守られているか振り返る機会や体制	有	19 (90.5)	11 (64.7)	0.05
	無	2 (9.5)	6 (35.3)	
リハビリテーションの見直し	有	9 (100.0)	6 (66.7)	0.06
	無	0 (0.0)	3 (33.3)	
リハビリ職員による居宅系事業社に対するアドバイス	有	7 (77.8)	5 (55.6)	0.32
	無	2 (22.2)	4 (44.4)	
リハ実施に伴う医師からの指示	有	9 (100.0)	6 (66.7)	0.06
	無	0 (0.0)	3 (33.3)	
リハビリテーション会議の実施	有	4 (50.0)	4 (44.4)	0.82
	無	4 (50.0)	5 (55.6)	
介護支援専門員との情報共有	有	9 (100.0)	6 (66.7)	0.06
	無	0 (0.0)	3 (33.3)	
リハビリ職員による家族等への助言	有	8 (88.9)	6 (66.7)	0.26
	無	1 (11.1)	3 (33.3)	
リハビリ職員による入院患者・家族への説明	有	8 (100.0)	5 (55.6)	0.03 *
	無	0 (0.0)	4 (44.4)	
医師による入院患者・家族への説明	有	6 (75.0)	6 (66.7)	0.71
	無	2 (25.0)	3 (33.3)	
社会参加に資する取り組みへ移行させるための取り組み	有	4 (44.4)	4 (44.4)	1.00
	無	5 (55.6)	5 (55.6)	
社会参加に資する取り組みへの移行先	有	3 (33.3)	4 (44.4)	0.63
	無	6 (66.7)	5 (55.6)	

カイ二乗検定 * p<0.05

表5 振り返りの有無によるリハビリテーション実施状況の比較

	振り返り有	振り返り無	p 値
	中央値 (最小値 - 最大値)	中央値 (最小値 - 最大値)	
1日20分以上、週に3回以上機能訓練を実施している	3 (1-4)	5 (2-5)	<0.01 *
集団リハビリテーションを実施している	5 (1-5)	5 (4-5)	0.02 *
生活リハビリテーションを実施している	3 (1-5)	5 (2-5)	<0.01 *
	マン・ホイットニーのU検定		* <0.05

1: 全員行っている 2: 入院患者の3/4程度 3: 入院患者の半分程度 4: 入院患者の1/4程度 5: いない

姿勢やリハスタッフによる拘縮予防や呼吸リハ、安楽なポジショニングの実施、栄養士の食事提供への工夫など、多職種の協力や専門性の発揮が挙げられている⁶⁾。すなわち、多職種連携の行われている施設ほど、振り返りが有効に行われており、それらの施設は看取りへの取り組みだけでなく、QOLの維持・向上も視野に入れた支援が行われている可能性があると考えられる。

経営状態に関して、振り返りを行っている施設ほど黒字の施設が多いことが明らかになった。また、振り返りを行っている施設ほどベッド稼働率が高いことも明らかになっているが、ベッド稼働率が高い施設ほど経営状態が良好であると考えられるため、この2つの特徴は関連していると考えられる。振り返りの実施状況と施設の経常利益の関連を明らかにした先行研究は見当たらないが、介護老人福祉施設において、利益率が「6～10%」の施設の方が「赤字」の施設より職員の教育研修に対する満足度が高いことが報告されている¹¹⁾。

さらに、本研究では振り返りを行っている施設の方が介護職員の研修の受講と人事考課との連動が行われていることが明らかになっており、これらのことから、施設の経常利益が黒字であるほど介護職員への支援・教育が行われており、その一環として振り返りが行われていると考えることができる。

本研究では、入院患者の病名、要介護度の変化や骨折転倒などには振り返りの有無に違いは認められなかったものの、患者への取り組みについて、振り返りを行っている施設ほど、口腔・嚥下機能のアセスメントや機能向上に向けたケアの実施頻

度が低いことが明らかになった。認知症ケアの質を保障する体制に関しては、振り返りを行っている施設の方が行われていることが明らかになった。このことから、医療依存度・要介護度の高い患者が多く、看取りに向けた取り組みを主に行っていることを特徴とする介護療養型医療施設において、機能向上よりも生活の質の維持に向けた取り組みを行っている可能性が考えられた。

一方で、上記の特徴から、職員数の規模が大きく、研修も充実し、加算が多くあり黒字である施設の特徴の一つとして振り返りがあったとも考えられた。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、対象が1,055施設の内38施設（回収率3.6%）であること、振り返りの有無をはじめとする様々な取り組みの有無が自己申告であること、振り返り以外のACPなどの有無による違いについては検討を行っていないこと、本研究は横断的研究であり、本研究で導かれた関連要因と看取りへの取り組みの因果関係に言及できないことなどが挙げられる。さらに、有意差は認められなかったものの、振り返り有施設において口腔衛生管理加算がないことや予期された死亡以外の死亡の割合が多かったことから、職員に負担がかかっていることも予想される。職員への負担に関しては、多くの施設が介護療養型医療施設から介護医療院への移行期間であったことも影響したと考える。なお、振り返りの有無による職員の精神的負担・満足度などに関しては調査を行っておらず、今後の検討課題である。

しかし、本研究はこれまでに調査のなかった介護療養型医療施設の特徴と振り返りの有無との関

連を調査した重要なデータである。

今後は、介護保険施設における質の高い看取りを目指して研究を重ねていく必要がある。

結語

介護療養型医療施設における看取りに向けた取り組みと施設の特徴の関連について調査した結果、以下の4点が明らかになった。

① 振り返りを行っている施設ほど、作業療法士・栄養士の常勤職員数が多く、リハビリテーションが頻繁に行われていた。

② 振り返りを行っている施設ほど、経常利益が黒字で、ベッド稼働率が高かった。

③ 振り返りを行っている施設ほど、介護職員への支援・教育が行われていた。

④ 振り返りを行っている施設ほど、看護師の平均勤続年数が少なく、認知症ケアの質を保障する一方で口腔・嚥下機能のアセスメントや機能向上に向けた取り組みが少なかった。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はない。

助成金

本研究は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）長寿科学研究開発事業（19dk0110031h0002）の助成を得て実施された。

謝辞

調査にご協力いただきました施設のご担当者様に感謝申し上げます。また、データ整理を行ってくださいました先崎真結氏に御礼申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省 HP：地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（2022年1月16日アクセス）
- 2) 東京都健康長寿医療センター研究所：特別養護老人ホーム看取りケア提供体制実態調査結果報告 平成29年4月
https://www.tmgig.jp/research/team/cms_upload/syumatsuki_care_20170502.pdf（2022年1月13日アクセス）
- 3) 厚生労働省 HP：介護療養型医療施設及び介護医療院
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000174013.pdf>（2022年1月13日アクセス）
- 4) 大村光代：特別養護老人ホームでの看取りにおける職員の精神的負担に関する看護管理者の対応. 日看科会誌 37：272-278.2017.
- 5) 小松亜弥音, 岡田進一：特別養護老人ホームの介護職による看取り介護に関連する環境要因の検討. 厚生指標 65 (7)：2-10, 2018.
- 6) 小野光美：介護老人保健施設の看取りにおける看護管理者の実践内容. 日看倫理学会誌 7 (1)：68-76.2015.
- 7) 角甲純, 小林成光, 関本翌子：がん専門病院の緩和ケア病棟における死亡退院患者を対象としたデスカンファレンス開催の要否に対する関連. Palliative Care Research；12 (4)：929-935.2017.
- 8) 武田ひろみ, 稲垣淳, 森香代美・他：多職種デスカンファレンスが医療者間のコミュニケーションに及ぼす影響デスカンファレンスは、スタッフ間のコミュニケーションを深める. 看護実践の科学 41 (3)：6-13.2016.
- 9) 小松朋子, 東海林愛佳, 柏倉幸子・他：デスカンファレンス導入による看取りに関する意識の変化. 日本看護学会論文集：慢性期看護 47：47-50, 2017.
- 10) 広瀬寛子：明日の看護に生かすデスカンファレンス. 看護技術 56 (1)：64-67.2010.
- 11) 呉世雄：介護老人福祉施設の経営利益率とサービスの質関連指標との関係. 社会福祉学 54 (3)：41-52.2013.

がん患者の消化管閉塞に対する訪問栄養食事指導の 取り組み

熊谷琴美^{1) 2)}, 伊藤勇貴²⁾, 岡田希和子²⁾

要旨

がん患者で消化管閉塞の症状がある場合、食事制限があり固形食が食べられない苦痛を伴う。そのため日々の体調の変化を把握しチーム医療で共有、患者の意向に寄り添った食支援が求められている。患者は40代男性、十二指腸癌腹膜播種による十二指腸狭窄のため十二指腸ステント留置施行した症例である。総合病院主治医より固形食の摂取は禁止、水分補給のみの指示が出された。退院後、患者が固形食を食べたいという要望に、在宅医、訪問看護師と連携のもと管理栄養士による訪問栄養食事指導を実施、9日間と短い期間の中、固形食を安全に食べる支援を行った症例を経験したので報告する。
キーワード：訪問栄養食事指導、消化管閉塞、多職種連携

Home-visit nutrition and diet guidance for gastrointestinal tract obstruction in cancer patients

Kotomi Kumagai^{1) 2)}, Yuuki Ito²⁾, Kiwako Okada²⁾

Abstract :

A cancer patient with symptoms of gastrointestinal obstruction is under dietary restriction due to the inability to eat solid food. Thus, it is necessary to monitor daily changes in the patient's physical condition, share this data with the medical care team, and provide dietary support attuned to the patient's needs. The patient is a male in his 40s who underwent duodenal stenting due to duodenal stenosis caused by peritoneal dissemination of duodenal cancer. The patient's attending physician advised him against taking in solid foods. Only water was allowed. We report a case in which a dietitian provided home-visit nutritional guidance, in cooperation with a home physician and a visiting nurse, to the patient, who wished to eat solid food after hospital discharge. With nine days of support, the patient could eat solid food.

Key Words : Home nutritional guidance, gastrointestinal obstruction, multidisciplinary cooperation

¹⁾ 愛知学院大学 心身科学部健康栄養学科

²⁾ 名古屋学芸大学大学院 栄養科学研究科

¹⁾ Department of Health and Nutrition Faculty of Psychological and Physical Science, Aichi Gakuin University

²⁾ The Graduate School of Nutrition, Nagoya University of Arts and Sciences

著者連絡先：愛知学院大学 心身科学部健康栄養学科

〒470-0195 愛知県日進市岩崎町阿良池12

TEL: 0561-73-1111 (内線: 3492) E-mail: koronn76@dpc.agu.ac.jp

はじめに

近年がんの罹患率、死亡数が増える中、2019年がん死亡数は男性、女性ともに消化器がんによる割合が多い¹⁾。消化器がんの中でも消化管閉塞を伴うがん患者は、消化管ステント留置を行うことがあるが、閉塞の状況、予後について、患者の生活の質 (Quality of Life: QOL) などを包括的に判断し、治療方針のもと支援していくことが重要である²⁾。症状が安定している時期を見極め、早い段階で管理栄養士がチーム医療に参画し食べる支援を行うことは、QOLの向上にもつながる³⁾⁴⁾。今回、総合病院主治医より十二指腸狭窄のため固形食の摂取禁止の指示が出されたが、退院後、在宅療養の中で「固形食を食べたい」という要望に、在宅医、訪問看護師と連携のもと、管理栄養士が希望に寄り添い経口支援を行った終末期がん患者の症例を報告する。症例報告の倫理的配慮については、対象者およびその家族には文書による説明ならびに同意を得て実施した。

症例

【40歳代、男性】

【診断名】

十二指腸癌腹膜播種 (Stage IV: T4N0M1)、穿孔性腹膜炎、十二指腸ステント留置後、両側水腎症 (左腎瘻造設後)、CVポート造設後。

【治療経過】

X年7月にふらつきと倦怠感がありA総合病院を受診。Hb 4.8g/dLと貧血を指摘された。CT検査において両側水腎症を認め、左尿管ステント留置を施行。2週間後にB総合病院にて小腸内視鏡検査施行。十二指腸水平部に30mm長の半周を占める2型の進行十二指腸癌を認めた。セカンドオピニオンのため別のC総合病院化学療法科を受診。FOLFOXを提案され、B総合病院にて8月に右前胸部にCVポート施行、9月にFOLFOX開始。十二指腸狭窄があり十二指腸ステント留置術施行。病院入院中より十二指腸癌狭窄のため、B総合病院主治医より固形食の禁止の指示があり、主栄養は中心静脈栄養であった。X年10月看取り方向で退院し自宅療養となったが、介護者の父親は介護に負担を感じており、在宅療養開始

と同時に、緩和ケア病棟にエントリーを行った。

家族構成：父親と2人暮らし、母は他界。妹が近隣に在住、主介護者は父親、妹は頻繁に兄の介護を手伝っていた。

【医師の在宅患者訪問栄養食事指導介入依頼】

訪問看護師が本人より「飲み物ばかりではつらい、本当に固形食は食べてはだめなのか」と相談を受け、在宅医に相談した。「固形食でも安全な形態であれば食べてもよい」の指示のもと、在宅患者訪問栄養食事指導 (医療保険) を実施。

【1回目の在宅患者訪問栄養食事指導 (在宅療養58日目)】

栄養アセスメント：身長171cm、体重54.5kg、BMI 18.6kg/m²、Palliative Performance Scale: 90%⁵⁾。

血液検査値：

TP 6.5g/dL, Alb 3.0g/dL, AST 27U/L, ALT 35U/L, LDH 301U/L, UA 7.8mg/dL, AMY 29U/L, CK 20U/L, BUN 20.6mg/dL, Cre 1.96mg/dL, eGFR 31.6mL/分/1.73m², Ca 8.2mg/dL, Na 136mEq/L, K 4.8mEq/L, Hb 10.3g/dL, HCT 32.9%, CRP 1.8mg/dL, WBC 14,400/μL。

介護認定：なし、医療サービス状況：訪問診療 (月4回)、訪問看護 (特別指示書にて1日2回訪問)。服薬状況：特になし、医療処置：CVポート留置、左腎瘻。

経口摂取内容：水やお茶を500mL程度、果汁ジュース (りんご) 200mL、野菜ジュース 150mL、コンソメスープ 110mL、飲むヨーグルト 40gを合計1日約1,000mL摂取。経口摂取栄養素量：エネルギー 145kcal、たんぱく質 2.7g、脂質 0.4g、水分 1,000mL。

経静脈栄養内容：エルネオパ®NF1号輸液 1,500mL、イントラリポス®輸液 20% 100mL、オメプラゾール注用 20mg「NP」1瓶/1日2回。経静脈栄養量：エネルギー 1,040kcal、たんぱく質 30g、脂質 20g、水分 1,500mL (イントラリポス®輸液 20% 100mLは含めない)、総栄養素量 (経口+経静脈)：エネルギー 1,185kcal、たんぱく質 32.7g、脂質 20.4g、水分 2,500mL。必要栄養素量：現体重 54.5kgを用いてHarris-Benedict式で算出、基礎代謝量 1,392kcal、必要エネルギー 1,840kcal (活

動係数 1.2, ストレス係数 1.1), たんぱく質 60g (現体重 54.5kg × 1.1g), 脂質 40.9g, 水分 1,910mL (現体重 54.5kg × 35mL).

目標栄養素量は, まずは現状を維持することを目標として, エネルギー 1,185kcal, たんぱく質 32.7g, 脂質 20.4g, 水分 2,500mL で対応した.

本人:「総合病院主治医から食事をとることに
ついて自己責任と言われていました. スtentを留置したところに隙間があります. その隙間に食物が入り込むと詰まるので, 固形食を食べることはよくないと言われていました. 飲み物は良いと言われてたため, ジュースやポカリスエット, コンソメスープを飲んで, 1日 1L は飲んでます.」

父親 (介護者):「総合病院主治医からは食事は食べてはダメだと言われていました. でも我慢ばかりさせるのもつらい話だし, でも心配だし. 詰まらないものを紹介してほしいです. 私は最期まで息子を自宅で看取る自信がない. もうダメだと思ったら緩和ケア病棟へ入院をさせたい. 息子が弱るところを見たくない, 妻もがんとを思い亡くなったがつかった. 息子までがんになるとはショックだ.」

経口摂取は飲み物のみでエネルギー 145kcal, たんぱく質 2.7g, 脂質 0.4g, 水分 1,000mL であった. 訪問時は「固形食が食べたい」と要望を受け在宅医, 訪問看護師と検討し, 体調が良い時だけ低残渣食で用いられる卵豆腐, 豆腐を1日 50g程度摂取することを提案した. 訪問看護師からは訪問時に体調の確認と豆腐, 卵豆腐など食べた後に嘔気, 嘔吐などの症状がないか確認してもらい, カルテに記載してもらうことで連携を図った.

【2回目の在宅患者訪問栄養食事指導 (在宅療養 61日目)】

本人:「今のところ豆腐も卵豆腐も食べても何も症状はないです. 少しずつ食べていて様子を見ています. 食べることで元気が出てきて嬉しいです.」

豆腐, 卵豆腐を 50g 摂取, 嘔気, 嘔吐, 腹痛の症状もなく, 摂取量はエネルギー 173 ~ 183kcal, たんぱく質 5.4 ~ 5.6g, 脂質 2.0 ~ 2.7g, 水分 1,042 ~ 1,046mL と増えた. さらに「コンビニの唐揚げが食べたい」など意欲的な部分がみら

れたが, 体調を考慮し必死に我慢している様子であった. 不完全閉塞で一時的に食事が摂れる場合には, 十分に咀嚼をすること, 低残渣の食品を選択することが重要とされている⁶⁾. 本症例とは状況が異なるかもしれないが, 食材ごとに最適な酵素を選び, 圧力を変えながら振動させる酵素均浸法を用いた, 舌で崩せる硬さのイーエヌ大塚製薬の『あいと[®]』のうどん, 豚の角煮のサンプルを取り寄せた⁷⁾. さらに, 鍋料理で使用するエバラの『プチッと鍋』に豆腐を入れて食べることを提案した.

【その後の経過】

在宅療養 68 日目に腹部膨満により嘔吐が続き食事が中止となり絶飲食となった. 食事中止とともに在宅患者訪問栄養食事指導は終了した. さらに腹水が溜まり腹水穿刺, 疼痛が出現し疼痛管理を施行. 在宅療養 118 日目にキーパーソンである父親から, 「これだけ症状が強いと私では介護ができない」と相談を受け, 在宅療養 125 日目で緩和ケア病棟へ入院. 8 日後, 133 日目に死去した.

考察

本症例は十二指腸狭窄があり十二指腸ステント留置術施行, 総合病院主治医より固形食の摂取は禁止の指示が出されたが, 退院後, 患者が固形食を食べたいという要望に, 在宅医, 訪問看護師と連携のもと管理栄養士による食支援により 9 日間と短い期間の中, 固形食の支援を行った.

消化管閉塞の経口摂取は, 再閉塞, スtentの逸脱, 消化管穿孔, 消化管出血が考えられ, 生死に直結する可能性が高い行為であることが言われている⁶⁾. その中で本症例は, 固形食を摂取することを叶えることはできたが, 事前の評価としては, 毎日介入して全身状態の把握をしている訪問看護師と, 腹水, 嘔気, 嘔吐, 疼痛がないなどの全身状態の確認を行い⁸⁾, 在宅医が本人, 介護者の父親と訪問診療時に固形食を食べることについて話し合いを行った. 固形食を食べる体制が可能となり, 9 日間と短い期間であったが食べる支援につながったと推察された.

在宅療養 68 日目には腹部膨満感により嘔吐が続き食事が中止となった原因は不明であったが,

早期に経口摂取に踏み切る評価ができていれば、経口摂取の期間は長く支援できたと推測された。退院時、総合病院主治医と在宅医の経口摂取の考えが異なった。患者の余命が限られている中、消化管閉塞の患者に対して経口摂取を勧めることは難しい選択であった。しかしながら、在宅療養中の経過を在宅医、訪問看護師が観察する中で、固形食の摂取の可能性があるかと判断に至ったが、これらの経過観察に時間を要したことは、固形食の摂取可能な期間を短くしたと推察された。

管理栄養士のかかわりについては、経口摂取と経静脈栄養管理の2点が挙げられた。

経口摂取のかかわりについては、消化管閉塞であるため消化器術後（胃や大腸切除後）の食事療法で用いられる、低残渣の食材の提案をしたところ、9日間という短い期間であったが、経口摂取が可能であった。水分摂取が可能である、上部消化管狭窄を認めるがん患者においては、消化管術後の対応に準じた食事ならば、比較的安全に摂取できる可能性が見いだされたとも言える。今回の症例では非常に短期間の介入であったため、今後さらなる研究が求められている。

経静脈栄養管理について、本事例の場合は、栄養管理の面は医師が中心となり輸液でサポートしながら、筆者はQOLを高めるために食支援を中心に介入した。がん患者の栄養サポートチームで経口支援の必要性が高いのに比べ、静脈栄養管理では低いという報告もある⁹⁾。経口摂取が終了した段階で在宅患者訪問栄養食事指導は中止となった。今後、経静脈栄養管理下において、管理栄養士が主治医から指示を受け、早期に栄養管理を行うことで、経口摂取の可能性も早く気づくことができたかと推察された。

結論

がん患者の消化管閉塞に対して、経静脈栄養管理の段階から早期に管理栄養士が介入し、早期に固形食の摂取の可能性をアセスメントすることが、固形食を食べる期間を長くし、患者、家族のQOLにつながると推測された。管理栄養士の有用性と課題が示された。

謝辞

本症例は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2020年度在宅医療助成（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」論文枠の助成を受けた。

利益相反

本論文において開示すべき利益相反は存在しない。

文献

- 1) 国立がん研究センター がん情報サービス 一般の方へ
<https://ganjoho.jp/public/index.html> (2022年7月9日アクセス)
- 2) 森田達也, 木澤義之. 緩和ケアレジデントマニュアル. 医学書院, p.128-136, 2017.
- 3) Prevost V, Grach MC, et al : Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. *Eur J Cancer Care*. 21 (5) : 581-590, 2012.
- 4) Acreman S : Nutrition in palliative care. *Br J Community Nurs*. 14 (10) : 427-431, 2009.
- 5) Anderson F, Downing GM, Hill J, et al : Palliative performance scale (PPS) : a new tool. *J Palliat Care*. 12 (1) : 5-11, 1996.
- 6) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会 : がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン2017年版. 金原出版, p.121-129, 2017.
- 7) 介護食のあいーと イーエヌ大塚製薬 <https://www.ieat.jp/> (2022年9月17日アクセス)
- 8) Lorton CM, Griffin O, Higgins K, et al : Late referral of cancer patients with malnutrition to dietitians: a prospective study of clinical practice. *Support Care Cancer*. 28 (5) : 2351-2360, 2020.
- 9) Amano K, Morita T, Miyamoto J, et al : Perception of need for nutritional support in advanced cancer patients with cachexia : a survey in palliative care settings. *Support Care Cancer*. 26 (8) : 2793-2799, 2018.