中山間地域における在宅看取りを困難にさせる要因の検討

古津三紗子[1)]，太田龍一[2)]

要　旨　背景：島根県雲南市は，高齢化と人口減少が進む中山間地域で，在宅看取り希望者数と在宅看取り率との差が大きい。本研究の目的は，大園らが提唱した在宅看取りが困難になる3つのパターン分類を用いて，当地での在宅看取り困難の要因を明らかにし，中山間地域で住民の希望する在宅医療を提供することである。

方法：在宅看取りを希望したが最終的に在宅以外の場所で死亡した4例について，看護記録を元に情報収集し，質問項目を調査し，在宅看取りを阻害する出来事を抽出し，その経過を元にパターン分類を行い，在宅看取りが叶わなかった要因を抽出した。

結果：阻害出来事蓄積型1例，症状増強時入院型2例，消極的在宅療養型1例と分類された。全例で，サービスの拒否や不足，副介護者の体調変化や元々の不在など，「副介護者の不在」も共通要因であった。

結論：在宅看取り困難例は先行研究の3パターンに分類でき，副介護者の不在も重要な要因であった。

キーワード：在宅看取り，雲南市，訪問看護ステーション

（雲南市立病院医学雑誌　2019; 15(1)）

はじめに

当訪問看護ステーションのある島根県雲南市は東京23区とほぼ同じ面積を持ち，平成27年の国勢調査[1)]では，人口は39,032人，高齢化率は36.5%と高齢化と人口減少が進む中山間地域である。

雲南圏域で実施した在宅医療・介護に関する住民アンケート調査結果[2)]では，自分が治る見込みがなく人生の最期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合，最期はどこで療養生活を送りたいかの質問に，66.8%の方が在宅看取りも視野に入れ出来る限り在宅で過ごしたいと答えていた。それに対して平成25年の在宅看取り率[3)]は13.1%と差が見られていた。

先行文献では，在宅看取りを困難にさせる要因について明らかにした研究は数多く存在している。様々な要因が示されているが，大園らの先行研究[4)]では，在宅看取りが困難になる経過には3つのパターンがあることが提唱されている。

この先行研究で提唱された3つのパターン分類に基

[1)] 訪問看護ステーションコミケア　[2)] 雲南市立病院内科・地域ケア科
著者連絡先：古津三紗子　訪問看護ステーションコミケア　〔〒690-2404 島根県雲南市三刀屋町三刀屋1065-1〕
TEL: 0854-47-7215
E-mail: hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp
（受付日：2018年10月29日，受理日：2019年3月1日，印刷日：2023年1月31日）

づいて分析した報告はほとんどない。在宅看取りが困難であった症例について，このパターン分類を用いて経過を振り返り，このパターン以外の要因も含めた在宅看取り困難の要因を明らかにできれば，中山間地域で住民の希望する在宅医療が提供できる一助とし得ると考えられる。

本研究の目的は，島根県雲南市において在宅看取りを希望する利用者が，在宅看取り困難となった経過を明らかにし，希望する在宅看取りを実現させることである。

方　　法

1）調査方法

在宅療養から病院死に至った症例の看護記録を振り返り，在宅看取りを阻害する出来事を抽出し，大園らの先行研究[4]で提唱されたパターンに従って死亡場所決定までの過程を分類し，抽出された出来事から，共通する在宅看取りの阻害要因を導き出した。

この先行研究では，在宅死に至った17例では「療養者や家族に入院を考えさせた出来事」，病院死に至った17例では「入院のきっかけとなった出来事」について，訪問看護師に調査と半構造面接調査を行い，その結果，療養者や家族が最終的な死亡場所を決定するまでの過程は，在宅死の症例は3つ，病院死の症例は3つの計6つのパターンに分類できると提唱している。以下，病院死に至った症例の死亡場所決定までの経過のパターン分類を記す。

1. 症状増強時入院型

導入期や安定期に在宅療養の継続を促進する出来事と阻害する出来事を経験しながら，比較的安定して経過していたとしても死亡前約1週間の臨死期相当の入院直前に症状の出現又は増強により入院に至ってしまうパターン。

2. 阻害出来事蓄積型

導入期には在宅療養を希望していても，療養者の病状が進むにつれて安定期（在宅療養開始約2週間から死亡前約1週間）の間にもADLが低下し，家族の介護負担が増大する，療養者や家族が終末期だということを受容できないなど，時間が経過するにつれて阻害する出来事が積み重なった場合，最終的に入院に至っているパターン。

3. 消極的在宅療養型

療養者の意思に関わらず，家族が在宅療養に消極的あるいは医師が最期は入院するように考えていたなど在宅療養の継続を阻害する出来事が複数みられ，反対に在宅療養継続を促進する出来事があまりなく経過した場合，最後は家族や医師の意向により入院に至るパターン。

2）調査期間と調査対象

平成27年（2015年）7月から平成29年（2017年）2月までの期間に，当訪問看護ステーションが担当した利用者の中で，本人が在宅看取りを希望したが最終的に在宅以外の場所で亡くなった4症例を対象とした。

3）調査内容

4症例について，過去の看護記録を元に情報収集を行い，経過を記述し，先行研究が用いた質問項目に相当する記載も調査した。質問項目としては，「疾患」「訪問期間・頻度」「家族」「訪問看護導入の経緯」「本人・家族の希望」「症状の経過」「介護力」を記述した。

4）分析方法

大園らの先行研究[4]を理論的枠組みとし，病院死に至った症例の死亡場所決定までの経過を3つのパターンに分析した。当研究のプロセスとして，①主研究者が今回対象とした4症例に関して，看護記録をレビューし具体的な経過を記述した。更に，大園らの先行研究[4]と類似する質問項目について，看護記録から情報収集を行い記述した。②経過と質問項目を元に，在宅看取りを阻害する出来事を抽出し，これを元にパターン分類を行った。更に，抽出された出来事などの要因から，共通する在宅看取り阻害要因を導き出した。⑤抽出した出来事，要因，パターン分類に関して，副研究者と議論し，合意を得た。合意に至らなかった場合は，カルテ情報に戻り，再度情報収集後，議論を行い，合意に至るように努めた。研究者の属性として，主研究者は雲南市で訪問看護師として，今回の事例が発生した訪問看護ステーションに勤務している。副研究者は同市にある市立病院で勤務する医師で，同市で訪問診療を行っている。

5）倫理的配慮

倫理的配慮として，訪問看護開始時の重要事項説明書の「個人情報取り扱い」の欄にて文書で文献検討，

研究および発表で使用することを記載，口頭で説明を行った。本人及び家族にはサインにて同意を得た。当研究は雲南市立病院臨床倫理委員会の承認を得ている（承認番号 2016-0016）。

結　　果

4症例を**表1**に示す。症例1は，訪問開始当初は腰痛と頻呼吸のみの症状であったが，呼吸状態が悪化し4ヶ月目に入院。退院後からは，安定期相当時期の間に酸素吸入が開始され，ADLの低下が見られた。また，退院後から安定期相当時期に徐々に認知症による症状も見られ拒否が強くなった。そのような状況の中，夫1人で介護しており，個々の出来事が在宅看取り断念に決定的とはならなかったが，これらの蓄積により介護負担が増大していた。以上のことから，阻害出来事蓄積型に分類した。

症例2は，訪問開始当初から日単位で症状の急激な悪化が見られていたが，辛うじて対応し安定して過ごせていた。臨死期相当時期の入院直前に状態が急激に変化し，苦痛のコントロールができなくなり入院を選択したため，症状増強時入院型と分類した。

症例3は，妻は訪問開始当初から，本人の症状に対する不安が強く介護に消極的であった。在宅療養中，本人が妻にだけ強く当たることにより妻が介護に益々消極的になり，在宅療養を続けていくことに不安を感じている発言が何度も聞かれた。医師も従前から最期は入院するものだと考えており，以上のことから，消極的在宅療養型に分類した。

症例4は，症状が褥瘡だけの時は家族も在宅で最期を看る意欲があったが，臨死期相当時期の嘔吐という本人の状態の急激な悪化に加え，家族の体調変化が重なることにより在宅看取りが困難となった。入院前家族は「床ずれだけだったらよかったけど，吐いたりすると辛そうで見てられない」と話していた。よって症状増強時入院型に分類した。

以上の分析結果より，在宅療養を困難にさせる出来事の経過は先行研究で提唱された分類にそれぞれ分けられることができた。

更に，4症例の情報の記述内容から，先行研究での在宅看取り断念までの経過の3つのパターンに加え，共通要因が見いだせた。症例1では，本人と主介護者である夫が，訪問看護以外のサービスや他の家族の介護介入に消極的であった。ヘルパーや他の家族の介護を拒否することで副介護者がほぼ不在となることが在宅看取りの障害になっていた。症例2，3は主介護者以外で家族の中に介護をする者がおらず，元々副介護者が不在であった。症例4は，本人の体調の変化と同時期に副介護者であった婿が病気で入院となった。副介護者が不在となることで主介護者の娘が在宅療養を継続することが困難であると判断し入院となっていた。このように，症例1から4全てにおいて，サービスの拒否や不足，副介護者の体調変化，副介護者が元々いないという情報が抽出された。

考　　察

今回，在宅療養から病院死に至った経過は，４症例全てで，大園らの先行研究[4]で提唱されている３つのパターンに分類することができた。

症状増強時入院型と阻害出来事蓄積型は明確な線引きによる分類が困難な面もあったが，症例2では，発熱や呼吸困難感，癌性疼痛，ADL低下が前回退院直後から徐々に増悪していたが，臨死期相当時期の入院直前に急激に苦痛のコントロールできなくなり，在宅看取りが断念され入院となっていたと分析し，症状増強時入院型とした。杉琴ら[5]も，在宅看取りを断念し病院で看取った理由を調査しているが，「状態の変化があったため」「痛み苦しみを訴えたため」「家族の希望」と続いており，状態の急激な悪化が入院に至る主要な要因としている。症例2でも入院直前の苦痛のコントロール不能という状態の急激な悪化が入院決意の大きな要因と考えた。

症例4では，嘔吐の頻回化が在宅看取り断念の大きな要因と分析し，症状増強時入院型とした。坂井らの研究[6]でも出血（喀血・吐血・下血・性器出血），嘔吐，経口摂取不可，けいれんは医療者から見たら軽微でも，家族には強い不安や恐怖を伴うことを理解し関わることが必要としており，嘔吐という慣れない症状が臨死期相当時期の入院直前に急激に増悪したことで家族の不安が強くなり在宅療養が困難となったと考えた。

更に4つの症例の記述内容を読み込んでいくと，症例1から4全てにおいて，「副介護者の不在」が在宅看取りを困難にさせる共通の要因であることが明らかとなった。

今回は4症例のみであったが，杉琴らの研究[5]でもヘルパーや別居家族などの副介護者の支援を受けていた者の8割が在宅看取りを行っていたと報告しており，副介護者の確保の重要性が説かれている。また，早川ら[7]の行った全国の中山間地の在宅医療の実態調査で

表1　症例の概要

症例	症例1	症例2	症例3	症例4
性別	女性	女性	男性	女性
年齢	80代	70代	70代	90代
疾患	呼吸不全，腰椎圧迫骨折，認知症	直腸癌末期	肺腺癌末期	廃用症候群，認知症，褥瘡
家族	90代の夫と2人暮らし	娘と2人暮らし	妻，息子夫婦と孫2人の6人暮らし	娘夫婦とその孫2人の5人暮らし
治療経過と入院経緯	元々慢性腰痛あり移動は歩行器を使用していたが，圧迫骨折を生じ，以降は車椅子で生活していた。訪問開始4ヶ月目に呼吸状態の悪化がみられ入院加療となった。退院後は安定期相当時期の間に在宅酸素療法が開始となりADLの低下も進行した。また退院後より安定期相当時期の間に認知症が出現。ケアや治療内容についての拒否が見られるようになり，一部の内服を拒否し，夫以外の家族やヘルパーに対して拒否的な態度をとるようになった。主介護者の夫は，本人のADLの低下や認知症症状の蓄積で介護が限界の状態となっていた。 訪問開始1年2ヶ月目，従前からの酸素化不良が顕著となり，医師からは在宅療養継続も勧められたが，これ以上在宅での生活は厳しいと家族が判断し，入院となった。	退院翌日より高熱あり1週間程度続いたが，抗生物質と解熱剤で対応していた。酸素化不良，呼吸困難感もあったが，4日目より在宅酸素療法を開始し酸素投与量を徐々に増加させ対応していた。腹部膨満感や癌性疼痛に対しては医療用麻薬を内服し，症状は増強傾向であったがコントロール可能な範囲であった。ADLは1週間以内にトイレへの移動も困難となっていった。 訪問開始10日目，臨死期相当時期に呼吸困難感等本人の苦痛が増強し疼痛コントロールが困難となり，入院となった。	在宅では呼吸困難に対して，在宅酸素療法と医療用麻薬で対応していたが，徐々にコントロールが不良となっていいた。 ADLは，しばらくは外出することや家事を手伝うことが出来ていたが，呼吸困難感悪化に伴い，ベッド中心の生活となった。訪問看護師や他家族に対しては穏やかであったが，妻に対しては徐々に強い口調となり，不明言動が見られることがあった。 訪問開始1ヵ月後の病院への定期受診時，状態変化と家族の介護負担軽減のため，入院となった。	褥瘡は改善と増悪を繰り返していた。それ以外の体調は概ね落ち着いていた。 訪問開始5か月後　嘔吐，呼吸困難，低酸素が出現し点滴加療を行ったが低酸素は十分に回復しなかった。家族と主治医と話し合い，このまま最期まで自宅での対応を希望され，連日訪問となった。その後3日間夜間の嘔吐が続き，娘の介護負担が増強した。 訪問開始6カ月後，臨死期相当時期に娘の介護負担増強に加え，同時期に娘の夫が病気で手術をすることも重なり，娘が入院を希望し，入院となった。
介護力	主介護者：同居の夫 副介護者：ヘルパー（週5回）， 別居の長男夫婦（週末のみ）	主介護者：同居の娘 副介護者：なし	主介護者：同居の妻 副介護者：なし	主介護者：同居の娘 副介護者：同居の婿

は，その特徴として，嫁を中心とした女性による介護が中心で，かつ，老老介護，医療機関から利用者宅までの距離が長いこと，医療・介護資源が少ないことが挙げられている。雲南市も中山間地域であり，同様の特徴があると思われる。地域の限られた医療・介護サービスの中で，私達は副介護者を確保し続けられるよう，先を見通して訪問介護や訪問看護の回数を増やすなど医療・福祉のサービスを充足させる必要がある。さらに，家族・親戚が副介護者として参加し，近所の方々が協力して在宅看取りを行う町づくりも視野に入れ，地域全体に関わっていく必要がある。今回の研究で，住民が希望する在宅看取りを実現させるためには，「副介護者の充足」が重要な役割を占めていることが確認された。

研究の限界

本研究の限界として，今回パターン分類に使用した先行研究は終末期がん患者に限局していること，今回は記録からレビューを行った都合上先行研究の質問項目と一部異なっていること，看護記録から実態を捕えたものであり療養者や家族から情報を得たものではないこと，症例数が少ないことから対象の偏りを否めず，かつ実態の全体像を適切に把握できていない可能性がある。そのため，在宅看取りを困難にさせる共通要因が，今回明らかとなったもの以外にも存在する可能性がある。

ま と め

今回の研究では，在宅療養から病院死に至った4症例全て先行研究で提唱された3つのパターンに分けることができた。また，4症例いずれにおいても「副介護者の不在」が在宅看取りを困難にさせる共通の要因であることが新たに明らかとなった。

参 考 文 献

1）島根県政策企画局統計調査課．平成27年度国勢調査　―人口等基本集計－　島根県分2016，p2.

2）島根県雲南保健所．雲南圏域在宅医療・介護に関する住民アンケート調査結果．雲南市：島根県雲南保健所；2017，pp19-20.

3）島根県健康福祉部医療政策課．島根県保健医療計画（別冊）島根県地域医療構想．島根県：島根県健康福祉部医療政策課；2016，pp13-15.

4）大園康文，福井小紀子，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．palliat Care Res. 2014; 9:121-128.

5）杉琴さやこ，古賀友之，西垣千春．終末期医療における在宅療養の課題．社会医学研究．2009;27:9-16.

6）坂井桂子，塚原千恵子，岩城直子，ほか．進行がん患者の療養の場の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因．石川看護雑誌．2011;8:41-50.

7）早川富博，浜田茂彰，林香月，ほか．中山間地における在宅ケアの現況・課題と方向性．日農村医会誌．2000;48:710-719.

A study on the factors that complicate terminal care at home in rural areas

Misako Kozu[1)], Ryuichi Ohta[2)]

Abstract Background: Unnan city is a typical Japanese mountainous and inter-mountainous region with many problems such as aging, depopulation, and the differences between the rates of residents choosing terminal care at home（TCH）and the actual rates of home deaths. Ozono showed that the complications involved with TCH can be classified into 3 patterns. In this study, we evaluated 4 cases of home death complications using the classification patterns. The objective of this study was to clarify the factors complicating TCH to improve home care service for area residents.

Methods: The subjects were 4 patients who died outside of their home despite home care. We implemented a review survey of the subjects' nursing records concerning the factors complicating TCH using a questionnaire used in Ozono's study.

Results: Case 1 was categorized by multiple events that hampered the continuation of home care. Cases 2 and 4 were categorized by their deteriorating symptoms. Case 3 was categorized by the caregivers' unwillingness to tolerate home care or comply with the doctor's orders. The assistant caregivers' competence was a common problem in the 4 cases.

Conclusion: The factors complicating TCH in 4 cases were classified using 3 patterns proposed in Ozono's study. Absence of the assistant caregivers was thought as an also common factor

Key words: home terminal care; Unnnan City; visiting nursing stations

[1)] Homevisit Nursing Care Station "Comicare", [2)] Department of internal medicine, Community Care, Unnan City Hospital
First author: Misako Kozu, Community Care Co.,Ltd. Homevisit Nursing Care Station "Comicare"〔1065-1 Mitoya-cho Mitoya, Unnnan, Shimane 690-2404, JAPAN〕
Telephone: 0854-47-7215
E-mail: hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp