

報告

## 小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能 - 南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から -

大湾明美<sup>1)</sup> 坂東瑠美<sup>2)</sup> 佐久川政吉<sup>1)</sup> 呉地祥友里<sup>1)</sup> 上原綾子<sup>1)</sup>

### 要 約

【目的】 保健医療福祉の基盤整備の弱い小離島において、過去の在宅ターミナルケアに関わった支援者たちの支援内容から、「在宅死」の実現要因を探り、看護職者の役割機能をみいだすことである。

【方法】 対象は、沖縄県南大東島で2000年～2006年(7年間)に在宅ターミナルケアを受けた8事例の支援者たちである。方法は、事例を確定し、保健師記録を基礎に支援者たちに支援内容について面接を行った。支援内容は支援者毎に整理し、その代表的な内容を表示し(小分類)、看護の役割機能である「直接ケアによる支援的役割機能(直接ケア)」、調整的役割機能(調整)、「教育・指導的役割機能(教育)」、「相談・支持的役割機能(相談)」の4つで大分類した。

【結果】 小離島における「在宅死」の実現要因は、行政を含め島の保健・医療・福祉の専門職による参加型で支援すること 専門職以外の島民の参加や島外の専門性を活用すること 専門職はニーズ重視のサービスを提供すること 医師の医療技術指導の下で専門職は柔軟な発想で多機能に支援すること 専門職間の双方向での調整や相談、必要時に教育が行われること 看護職の看護の4つの役割機能(「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」)の発揮であった。

【結論】 小離島における在宅ターミナルケアの実現に向けた看護職者の役割は、看護職の看護の4つの役割機能を発揮することであり、特に「調整役」が求められていることが示唆された。

キーワード：離島、在宅死、在宅ターミナルケア、看護職

### はじめに

我が国の死亡場所は、「自宅」は12.2%であり、沖縄県は13.0%<sup>1)</sup>である。一方、高齢者が希望する死亡場所は89.1%が「自宅」を希望している<sup>2)</sup>。このことは「自宅(在宅)死」の困難性を語り、同時に高齢者の尊厳を支えるケアと乖離した結果といえる。

在宅死を実現するための条件として、本人・家族の希望があり、医療者側の条件として、往診する医師の確保や24時間の医療体制等、保健医療福祉サービスの充実<sup>3)~7)</sup>等について多く報告されている。しかし、伝統宗教的意識が強い沖縄の人口規模の小さい小離島においては、本人と家族が「在宅死」を希望しても、保健医療福祉の基盤整備の脆弱さのゆえに、医療者側の条件が整わずその実現を困難にしている現状がある<sup>8)</sup>。

ところが、在宅死を実現するための医療者側の条件を満たしていない小離島で、在宅ターミナルケアを受け在宅死した事例が存在していた。

そこで、今回の研究目的として、一小離島において過去の在宅ターミナルケアの実際に関わった支援者たちの支援内容から、「在宅死」の実現要因を探り、看護職者の役割機能をみいだすこととした。

### 対象と方法

#### 1. 対象

沖縄県南大東島の2000年～2006年(7年間)の死亡総数52人中、島内死は19人であった。そのうち医師から「ターミナルケース」と診断され、在宅でケアを受けた全8事例の在宅ターミナルケアに関わった支援者たちである。

支援者たちとは、保健医療福祉の専門職だけでなく、ターミナルケースと診断された後、ケア提供者として保健師記録に記載されていた者とした。

#### 2. 方法

対象事例は、共同研究者である現職の保健師と、住民基本台帳、人口動態調査報告、保健師記録から確定した。保健師記録に記載された支援者は、診療所医師3名、保健師2名、役場福祉担当職員2名、介護支援専門員1名、ヘルパー3名、デイサービス担当准看護師2名、診療所准看護師1名の計14名であった。支援者たちには、個別に電話で研究の趣旨と目的、及び面接対象となった経過を口頭で説明し、研究協力を依頼した。また、公表時には、対象事例の特定が出来ないよう事例の特徴を損ねない範囲で加工することを約束した。全員から合意が得られ、面接日程及び面接場所は、支援者の要望に応じた。主な面接場所は、支援者たちの職場で仕事を終了した後、1対象事例毎に1時間以内を原則に半構成の面接を実施し

1) 沖縄県立看護大学

2) 南大東村役場

た。一人の支援者が複数の対象事例に関わっている場合、また支援者の急な要件で面接内容が完了しない場合には、次の面接日程を予約した。

面接方法は、研究者が、保健師記録から把握された対象事例の概要（名前、住所、在宅死の状況等）について話題提供し、支援者に対象事例について支援状況を語ってもらった。

既に転勤した診療所医師3名については、面接日程調整が出来ず、電話により、保健師記録の内容を確認し、医師の支援内容とした。

面接調査期間は、2007年3月～2007年6月末であった。

### 3. 分析

支援内容は、事例毎に具体的な内容を抽出した後、専門職毎に支援内容を整理し、その代表的な内容を表示し（小分類）、「直接ケアによる支援的役割機能（直接ケア）」、「調整的役割機能（調整）」、「教育・指導的役割機能（教育）」、「相談・支持的役割機能（相談）」の役割に照らして大分類した<sup>9)</sup>。大分類に上記4つの役割を用いたのは、本研究が看護職の役割を探ることを目的としているため看護の役割機能を用いた。

### 4. 倫理的配慮

対象の支援者たちには、前述のとおり研究の趣旨を説明し、研究協力の同意を得て面接した。また、対象事例（ターミナルケース）には、対象が特定されないよう、かつ研究結果に影響がないよう配慮した。特に、具体的事例紹介に活用する対象事例には、事例の妻及び息子夫婦に研究の趣旨を説明し、事実確認を含め研究協力を依頼し、合意を得た。

## 結果

### 1. 南大東島の概要と保健・医療・福祉

南大東島は、1900年八丈島からの開拓団により開拓が

表1 南大東島の介護保険サービス

サービスの種類		2000年	2003年	2005年
施設	介護老人福祉施設	×	×	×
	介護老人保健施設	×	×	×
	介護療養型医療施設	×	×	×
居宅	訪問介護(ホームヘルプ)	○	○	○
	訪問入浴介護	×	×	×
	訪問看護	○	○	○
	訪問リハビリテーション	×	○	×
	通所介護(デイサービス)	○	○	○
	通所リハビリテーション(デイケア)	×	×	×
	福祉用具貸与	○	○	○
	居宅介護福祉用具購入費等	○	○	○
	短期入所生活介護(ショートステイ)	×	×	×
	短期入所療養介護(ショートステイ)	×	×	×
	居宅療養管理指導	×	×	×
居宅介護住宅改修費	○	○	○	
居宅介護支援 島内	×	×	×	
居宅介護支援 島外	○	○	○	

開始され100年余の歴史を持つ、サトウキビ産業の盛んな島である。島の人口は1,350人、高齢化率22.4%である(2007年8月末住民基本台帳調べ)。沖縄本島との距離は、空路360km、海路392kmであり、交通は、空路2便/1日、海路6～8便/月で、沖縄本島からの距離や交通アクセスの条件から離島の中でも絶海の孤島である。救急時には、自衛隊の急患空輸で沖縄本島の病院に搬送されるが、天候の影響を大きく受ける。

南大東島の保健・医療・福祉のマンパワーは、県立診療所があり、医師1名と准看護師1名が常駐し、役場には保健師2名が常駐している。介護保険サービス提供者として、准看護師4名と登録ヘルパー4名がいる。介護保険サービスは、過去5年間ほぼ変化がない(表1)。2005年現在、施設介護サービスはなく、居宅サービスでは、訪問介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与などは利用可能であるが、短期入所サービスはなく、居宅介護支援は島外から介護支援専門員が1～2回/月来島し実施し

表2 ターミナルケースの概要と支援者たち

ターミナルケースの概要						家族以外の支援者たち												
ID	年齢	性別	家族構成	主疾患	在宅期間	死亡場所	保健		医療		福祉(行政)			その他				
							保健師	医師	診療所	看護師	ヘルパー	准看護師	介護士	担当	役場	民生委員	知人・隣人	専門職
1	87	男	妻と二人	慢性閉塞性肺疾患	3ヶ月	在宅	○	○			○			○				
2	80	男	妻・息子と三人	咽頭癌・大腸癌	10ヶ月	在宅	○	○	○		○	○	○					
3	78	女	夫・息子家族	肺癌	4ヶ月	在宅	○	○			○	○	○					
4	85	男	妻・息子夫婦	骨髄異形成症候群	10ヶ月	在宅	○	○	○	○	○	○	○					○
5	82	男	一人暮らし	肺癌	6ヶ月	病院	○	○			○	○	○					○
6	76	男	息子と二人	顎癌・脳卒中	5ヶ月	在宅	○	○			○	○	○					○
7	72	男	妻と二人	胃癌	1ヶ月	在宅	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	88	男	孫娘と二人	胃癌・肝転移	16日	在宅	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

ている。

2. ターミナルケースの概要と支援者たち

ターミナルケースの概要と支援者たちは表2のとおりであった。全員が高齢者で男7人、女1人。家族構成は「一人暮らし」1人、「妻と二人」2人、「その他」5人。主疾患は「癌」6人で、在宅期間は「1ヶ月未満」から「10ヶ月」であった。死亡場所は一人暮らしの事例5を除き「在宅」であった。事例5は島で最期を迎える体制を支援者たちで調整していたが、本人が死ぬ前に長く離れていた妻に会うことを希望し、自衛隊急患空輸で妻の入院している沖縄本島の病院に搬送され、1週間後に同病院で死亡していた。

在宅ターミナルケアに関わった支援者たちは、保健・医療・福祉(行政を含む)の専門職、「その他」の支援

者として民生委員や知人・友人・隣人、島外の専門職などであった。全事例の支援者は保健師、診療所医師及び役場福祉担当であった。また、事例4から保健師がターミナルケアに参加を依頼した「その他」の支援者たちが加わっていた。支援者として保健・医療・福祉のフォーマルな専門職だけでなく、その他のインフォーマルな人びとを加えて在宅ターミナルケアが実現していた。

3. 保健・医療・福祉の専門職の支援内容

1) 事例毎の支援内容

事例毎の保健・医療・福祉の専門職の支援内容は、表3で示すとおりであった。具体的な支援内容を島独自の新規サービスに繋がった事例4で紹介する(図1)。

表3 事例毎の具体的な支援内容

ID	診療所医師	保健師	役場福祉担当	介護支援専門員	ヘルパー	デイサービス担当(准看護師)	診療所准看護師
1	医療症状の管理	介護家族のサポート 酸素管理・バイタル管理 腹式呼吸機能訓練の実施・指導 ヘルパーに病態や体位交換の指導 介護支援のコーディネート 死後の処置	福祉用具導入(自費)		身体介護(軽度生活支援事業)		
2	医療症状の管理	介護家族のサポート 介護保険認定調査 気切や胃瘻の観察ケア 家族への指導 褥瘡の観察 おむつ交換や吸引・ネブライザーの施行 バイタル管理	福祉用具導入(自費) 介護保険手続き	住宅改修 医師往診導入 気切や胃瘻の観察ケア ヘルパー導入検討		死後の処置	医師往診の補助 (気切・胃ろうの交換時)
3	医療症状の管理	咳・褥瘡の症状観察及び処置 在宅でのバイタル管理 デイサービス利用に向けての調整 デイサービス現場での一般状態の観察 福祉職の相談窓口 体位交換や排泄ケア 家族への介護指導	介護保険手続き 介護支援専門員への情報提供 家族と保健師の橋渡し	福祉用具の導入 デイサービスの計画 診療所や社協、保健師との情報交換		通所介護 通所介護現場の調整 介護支援専門員への現状報告 死後の処置	
4	医療症状の管理 センターへの往診 福祉職への医療技術指導 専門職者へ病状や方針の情報提供	介護家族のサポート・健康管理 本土家族の相談窓口 介護保険の説明 福祉職の相談窓口 医療福祉との連絡調整 短期入所施行時はデイサービスの看護業務対応 医療面のサポート(家庭訪問・施設訪問)	介護保険手続き 介護支援専門員との連絡調整 サービス提供先との連絡調整 村長への働きかけ	福祉用具の導入 デイサービスの計画 短期入所の資源開発・調整 保健医療福祉のコーディネート	身体介護 短期入所施設内介護	身体介護 短期入所対応への調整 短期入所時の抗生剤点滴の管理 短期入所時の症状管理 死後の処置	医師往診の補助
5	医療症状の管理 看護職への点滴管理の指導 福祉職への医療技術指導	病状の把握 医療福祉との連絡調整 家族の相談窓口 福祉スタッフの相談窓口と医療面のサポート 短期入所施行時はデイサービス時の看護業務対応 福祉職への伝染予防指導	介護支援専門員との連絡調整 サービス提供先との連絡調整 行政と介護支援専門員の架け橋	住宅改修 デイサービスの計画 家族間の調整 ケア体制構築に奮闘 短期入所施設内ケア(吸引・排泄)	家事援助 身体介護 病状観察し報告 短期入所施設内ケア(体位交換・排泄)	身体介護 短期入所のケア調整 短期入所施設内ケア 夜間の病状管理 家族への連絡調整 家族への状態報告	
6	検査受診の勧め、処方 医療症状の管理	療養生活管理と見守り支援 介護家族のサポート 他者との交流や介人のきっかけ作り 受診勧奨 介護保険導入の検討 介護支援専門員に同行訪問を依頼	介護支援専門員との連絡調整	介護保険制度の説明 サービス計画(実施に至らず)		ヘルパー導入の勧め 介護用具の導入 状況把握	
7	医療症状の管理	病状の把握 介護家族のサポート (緊急で)短期入所導入時、夜間の施設内ケア ヘルパー導入までの身体介護と家事援助 医療福祉との連絡調整	介護支援専門員との連絡調整 介護保険手続き ケースの金銭工面 介護ベッドの導入	ヘルパーの導入	介護支援専門員との調整 身体介護 家事援助 島外家族との調整 金銭工面	ヘルパーへの介助指導	保健福祉に情報提供 医師への助言 ヘルパーや家族に介助方法指導 流動食の検討と実施 死後の処置
8	医療症状の管理	病状の把握 介護家族のサポート 家族の介護体制調整 医療福祉との連絡調整 インフォーマルサポートとの調整	介護ベッドの導入 介護保険手続き	ヘルパーの導入	介護支援専門員に連絡 身体介護 家族間の連絡調整 死後の処置		保健福祉に情報提供 医療症状の管理 内服方法の検討 死後の処置

表4-1 専門職毎の具体的支援内容

支援者	具体的支援内容	小分類	大分類
医師	医療症状の管理 検査受診の勧め、処方	訪問診療業務	直接ケア
	福祉職への医療技術指導 准看護師への点滴管理等の指導	コメディカル教育	教育
保健師	バイタル管理 病状の把握 療養生活管理と見守り 体位交換や排泄ケア おむつ交換 腹式呼吸機能訓練の実施・指導 酸素管理 気切の観察ケア 褥瘡の観察 褥瘡の症状観察及び処置 咳の症状観察及び処置 ネブライザーの施行 吸引 胃瘻の観察ケア 死後の処置	医療処置的行為	直接ケア
	ヘルパー導入までの身体介護と家事援助 デイサービス事業所内での直接ケア デイサービス現場での一般状態の観察 短期入所施行時は看護業務対応 緊急で短期入所導入時の夜間の施設内ケア	他のサービスでの直接ケア	
	介護家族のサポート 家族の相談窓口 デイサービス等の職員の相談窓口 医療面の相談	家族ケアの相談 福祉専門職の相談	相談
	介護支援のコーディネート 島外家族との調整 介護体制調整（家族の支援体制やサービス導入調整） 医療福祉との連絡調整	家族介護の調整	
	介護支援専門員に同行訪問を依頼 デイサービス利用に向けての調整 医療福祉との連絡調整 インフォーマルサポート調整 役場・介護支援専門員と介護保険導入の検討 受診勧奨	在宅ケア関係者との調整	調整
	他者との交流や介入のきっかけ作り 家族の健康管理 家族への介護指導 家族に介護保険の説明	本人・家族教育	教育
	ヘルパーに病態や体位交換の指導 デイサービス提供者への感染予防指導	支援者の教育	
	福祉用具導入（自費） 介護ベッドの導入 介護保険手続き 家族と保健師の橋渡し ケアマネへの情報提供 ケアマネとの連絡調整 社協との連絡調整 村行政への働きかけ 行政とケアマネの架け橋 ケースの金銭工面	福祉行政 在宅ケア関係者との調整	直接ケア 調整

表4-2 専門職毎の具体的支援内容

支援者	具体的支援内容	小分類	大分類
介護支援専門員	住宅改修 医師往診導入 ヘルパー導入検討 ヘルパーの導入 デイサービスの計画 介護保険制度の説明 サービス計画（実施に至らず） 診療所や社協、保健師との情報交換 家族間の調整 保健医療福祉のコーディネート ケア体制構築に奮闘	ケアマネジメント	調整
	気切や胃瘻の観察ケア ショートで施設内ケア（吸引・排泄） ヘルパーに助言	医療処置的行為 支援者の教育	直接ケア 教育
ヘルパー	身体介護 家事援助 ショートで施設内ケア（体位交換・排泄） 死後の処置	介護 他のサービスでの直接ケア	直接ケア
	島外家族との調整 家族間の連絡調整 病状観察し報告 ケアマネとの調整 ケアマネに連絡 金銭工面	家族介護の調整 在宅ケア関係者との調整	調整
准看護師 (デイサービス)	通所介護 身体介護 状況把握 介護用具の導入 死後の処置 ショート時の抗生剤点滴の管理 ショート時の症状管理 ショートで施設内ケア 夜間の病状管理	デイサービス 他のサービスでの直接ケア	直接ケア
	家族への連絡調整 家族への状態報告 通所介護現場の調整 ケアマネへの現状報告 ショート対応への調整 ショースタッフ調整	家族介護の調整 在宅ケア関係者との調整	調整
	ヘルパー導入の勧め ヘルパーへの介助指導	本人・家族教育 支援者の教育	教育
	医師往診の補助 流動食の検討と実施 死後の処置 医療症状の管理 内服方法の検討 保健福祉に情報提供 医師への相談助言 家族に介助方法指導 ヘルパーに介助方法指導	関係者調整 専門職の相談 家族教育 支援者の教育	相談 教育

< 事例 4 >

85歳の男性で妻と二人暮らし。平成15年7月に骨髄異形成症・急性心筋梗塞・心不全で島外の病院へ急患搬送され入院した。本人が島に帰りたく強く希望したため、妻は息子夫婦と相談し、本人の意思を尊重し島に帰ることになった。退院に伴い介護のために、本土から息子夫婦が島に転入し、療養生活と息子夫婦同居による介護生活が同時にスタートした。

息子夫婦が一時的に島外に出ることになり、「島で短期間預かってほしい」と短期入所を希望した。島には、高齢者生活福祉センターで自立高齢者を対象とした短期入居の事業はあるが、介護保険の短期入所サービスはなく、要介護高齢者は対象外であり、受け入れたことがなかった。しかし、この事例をきっかけに専門職者は島独自の短期入所サービスを誕生させ、この事例の短期入所を可能にした。

役場福祉担当と介護支援専門員は、事例のニーズにあわせて高齢者生活福祉センターで短期入所ができるように村長へ働きかけた。村長は、介護保険サービスの対象ではないが、センターで24時間のケアができるような体制をつくることに合意し、その準備が始まった。

センターで要介護者の短期入所が開始されたことで、診療所医師は自宅同様に生活福祉センターに往診した。また、点滴管理などデイサービスの准看護師やヘルパーに対し医療技術指導を行い、医療面からサポートした。死亡までの半年間で7回、島独自の短期入所を利用したが、日中はヘルパーが施設内ケアを行い、夜勤は主にデイサービスの准看護師が交替で対応した。その間のデイサービスでの看護業務は、保健師が担当していた。つまり、短期入所のニーズが発生したため、島独自の短期入所サービスを提供するために、それぞれのルチーン業務の枠を超えた役割を担っていた。医師がコメディカルや

福祉職に医療技術を指導し、訪問介護担当のヘルパーは日中の短期入所のケア、日中のデイサービス担当の准看護師は夜勤の短期入所のケア、保健師はデイサービスの看護業務を担っていた。

2) 専門職ごとの支援内容

8事例について保健・医療・福祉の専門職毎の支援内容は、表4-1、表4-2で示すとおりであった。

医師の支援内容は、“医療症状の管理”などの「訪問診療業務」と、“福祉職への医療技術指導”、“准看護師への点滴管理などの指導”の「コメディカル教育」の2つに小分類でき、<直接ケア>と<教育>に大分類できた。

保健師の支援内容は、“バイタル管理”や“病状の把握”などの「医療処置的行為」と、“ヘルパー導入までの身体介護と家事援助”や、“緊急で短期入所導入時の夜間の施設内ケア”など「他のサービスでの直接ケア」に小分類され、この内容は<直接ケア>とした。

“介護家族のサポート”などの「家族ケアの相談」、「デイサービスなどの職員の相談窓口」などの「福祉専門職の相談」を<相談>に大分類、「家族介護の調整」と「在宅ケア関係者との調整」を<調整>に大分類、「本人・家族教育」と「支援者の教育」が<教育>に大分類できた。

4. 在宅ターミナルケアの支援者たちの役割

在宅ターミナルケアに関わった支援者たちの支援内容

を小分類と大分類で整理した(図2)。特記すべき役割として、医師はコメディカル教育、保健師は「他のサービスでの直接ケア」と「福祉専門職の相談」、「支援者の教育」、診療所准看護師は「福祉専門職の相談」と「支援者の教育」、看護師の資格を持つ介護支援専門員は「医療処置的行為」と「支援者の教育」、デイの准看護師は「他のサービスでの直接ケア」と「支援者への教育」、ヘルパーは「他のサービスでの直接ケア」が挙げた。医師以外の支援者たちの共通は、「在宅ケア関係者との調整」が双方向で行われていた。

それぞれの支援者たちは、在宅ターミナルケアという非日常的な役割を担うために「調整」をとりつつ「直接ケア」を実施し、必要に応じて双方向で「相談」や「教育」が実施されていた。特に、保健師と診療所の准看護師は、「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」の4つの機能を活かした看護実践を展開していた。

・考察

1. 南大東島の「在宅死」の実現要因

在宅ターミナルケア成立の条件として、医療者側は「24時間ケア、学際的なチームケア、医師の往診や看護師の訪問看護が可能、及び緊急時の入院施設の確保が可能であること」<sup>10)</sup>があげられている。しかし、その条件を満たすことの困難な南大東島で、在宅ターミナルケアが実現していたことは、医療者側の条件は代替え可能であり必要十分条件ではないといえる。

在宅ターミナルケアが実現した南大東島の8事例の結

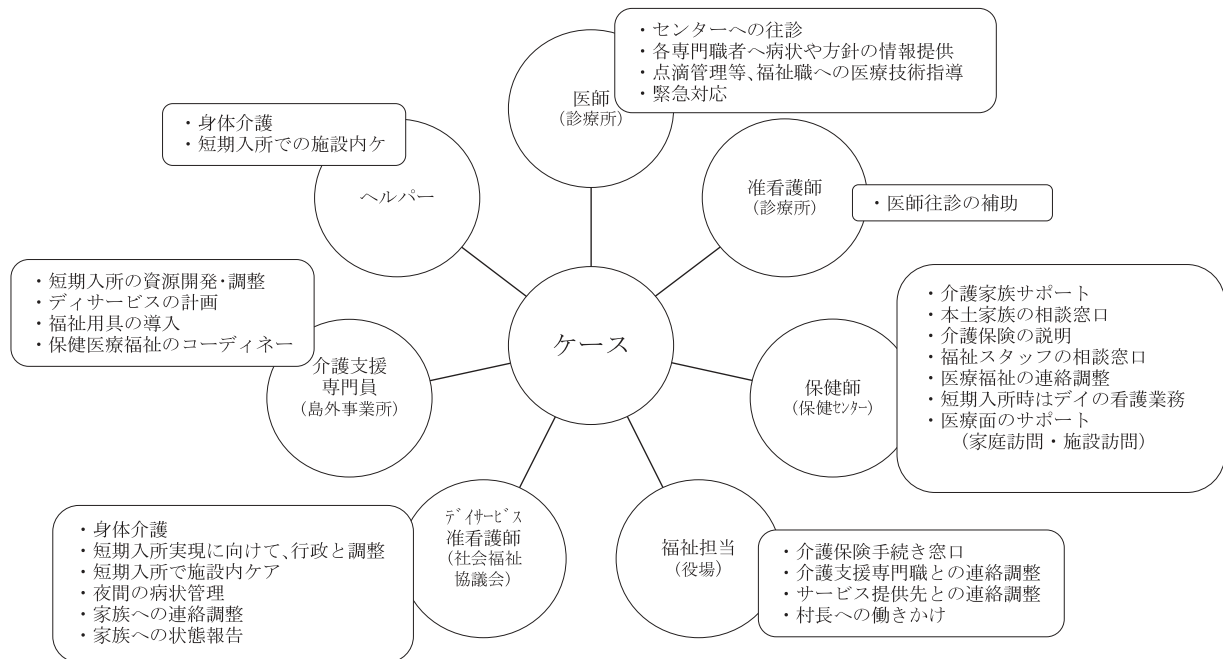


図1 事例4の具体的支援内容

果は、島の保健・医療・福祉の専門職が関与し、特に保健師、診療所医師、役場福祉担当は全事例に関わっていたこと。保健師が保健・医療・福祉の専門職以外の人びとや島外の専門職をケアの提供者にしていたこと。

対象のニーズ発生時、独自のサービスを誕生させていたこと。医師の医療技術の指導もあり、保健・医療・福祉の専門職がそのニーズを満たすために、ルチーン業務の枠を超えた役割を担っていたこと。関係者との「調整」がなされ、必要な「直接ケア」、「相談」、「教育」が機能していたこと。保健師と診療所の准看護師が「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」を実践していたことであった。支援者たちは、在宅ターミナルケア成立の条件の整わない離島で、「ないものねだり」をせず創意工夫を行い「あるもので勝負」で「在宅死」を実現していた。

つまり、小離島における「在宅死」の実現要因は、行政を含め島の保健・医療・福祉の専門職による全員参加型での支援 専門職以外の島民の参加や島外の専門性の活用 専門職はニーズ重視のサービス提供の姿勢 医師の医療技術指導の下での専門職の柔軟な発想による多機能な支援 専門職間の双方向の「調整」、「相談」、「教育」 看護職の看護の4つの役割機能の発揮であると考えられた。

島嶼県の沖縄県には40の指定された有人離島があるが、架橋で陸路が確保されている島を除くと27島になる。その島々は人口4万人以上の石垣島や宮古島から人口6人の新城島まで様々である。そこで沖縄県人口の約1割が

暮らし、特に高齢化が進行している。小離島において、保健・医療・福祉の基盤整備や介護保険サービスの供給体制は、脆弱であるが、人口100人以上の島には診療所があり医師と看護師または准看護師が配置され、保健師は、全市町村に確保され、離島であっても無保健師地区はない<sup>11)</sup>。

離島における保健・医療・福祉の基盤整備や介護保険サービスの供給体制は、今後も容易ではない。在宅の介護保険サービスの供給体制を介護保険施行時と3年後と比較して、ほとんど変化がなく減少している島さえある結果から明らかである(図3)。そのため、基盤整備の弱さという不利性の克服をめざすことは得策ではないと考える。南大東島の事例は、診療所の医師と准看護師、保健師が確保されているという有利性が活かされたことで、在宅ターミナルケアが島で実現していたのである。

沖縄県の離島は、診療所に医師と看護師が常駐していること、保健師が配置されていることから、在宅ターミナルケアは多くの島で実現する可能性が高いことが示唆された。

## 2. 小離島における在宅ターミナルケア実現のための看護職者の役割機能

南大東島の在宅ターミナルケアは、本人とその取り巻く家族の在宅死のニーズをかなえるために、いのちと生活を守る行政の柔軟な対応、医師の医療症状の管理とコメディカル教育、看護職(保健師、看護師、准看護師)の看護の4つの役割機能(「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」)

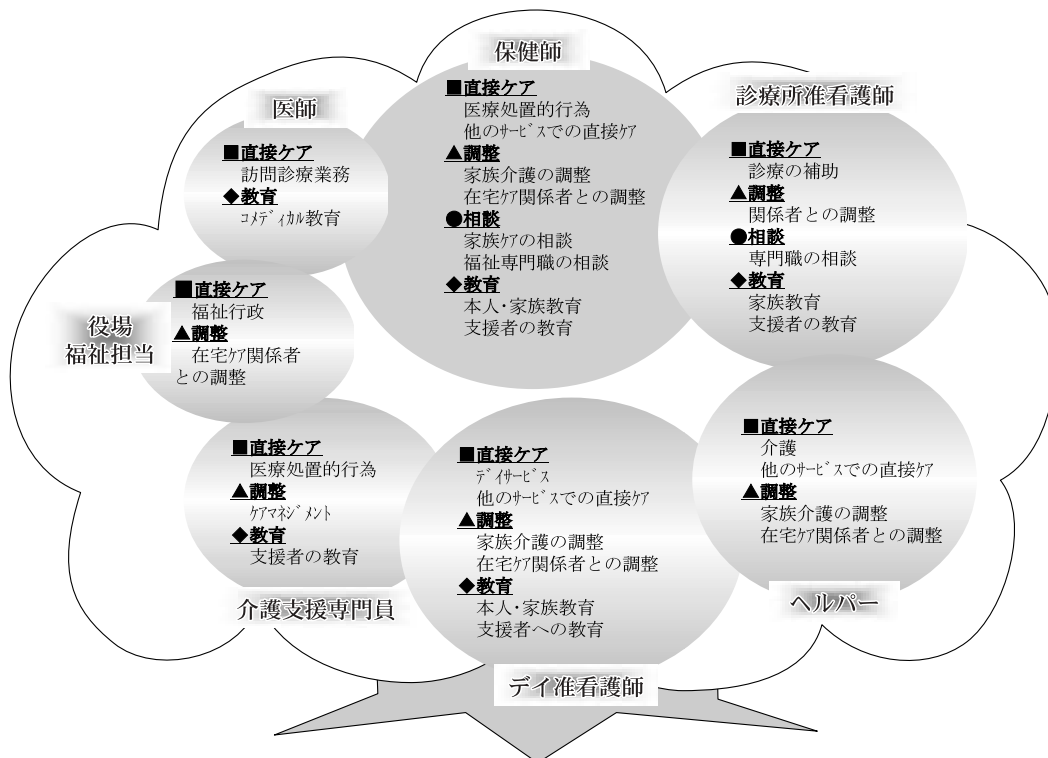


図2 在宅ターミナルケアの支援者たちの役割

「教育」)の実践が根幹にあった(図4)。そして、島の保健医療福祉の支援者たちとの調整、知人や隣人などの互助の発揮、島外の専門職の活用がなされていた。その調整役(つなぎ役)は看護職が役割を担っていた。

重介護で介護力のない癌末期の老夫婦世帯の事例でも、看護の4つの役割機能の発揮により在宅ターミナルケアが展開され在宅死が実現していた<sup>12)</sup>。看護職からみた沖縄県内のターミナル期看護の現状と課題において、在宅ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションで

は、現状の工夫点は主治医や家族との「連携」、課題は「調整的役割機能」の強化と「介護支援体制」の充実をあげていた<sup>13)</sup>。また、訪問看護師が認識する在宅ターミナルケアで看護職に必要な実践能力として、苦痛を緩和する力や希望を支える力に、「調整する力」が加わっていた<sup>14)</sup>。

在宅ターミナルケア実現のための看護職者の役割機能として、看護の4つの役割機能を発揮することが重要であることを、小離島の実践でも裏づけていた。

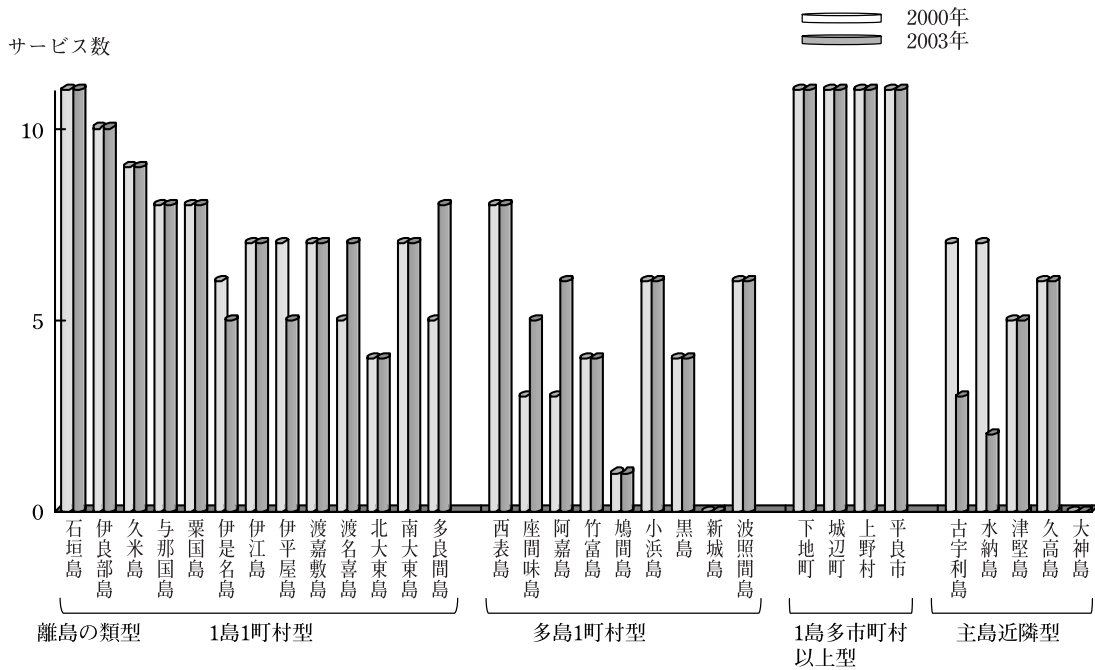


図3 27島の介護保険サービス(在宅)の供給体制 - 介護保険施行時(2000年)と3年後(2003年)の比較 -

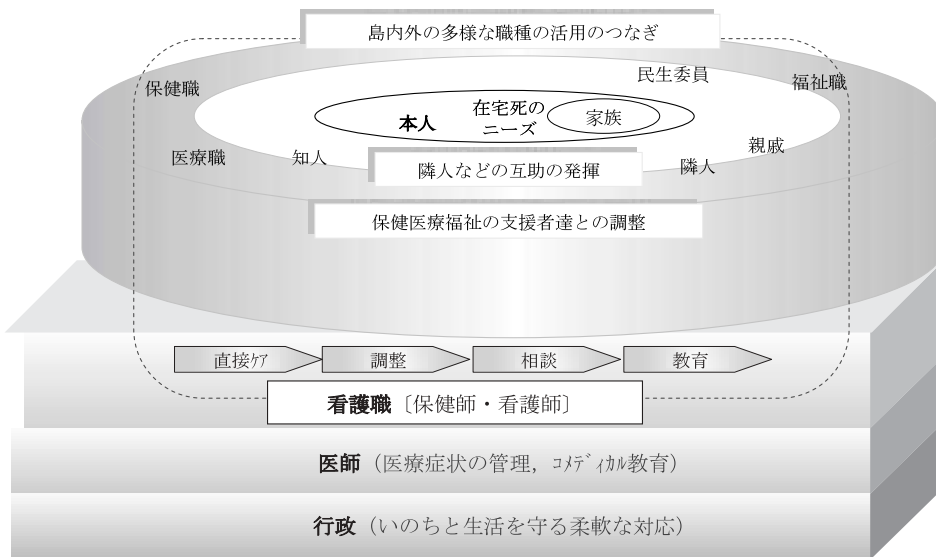


図4 小離島における在宅ターミナルケア実現のための看護職の役割

### 3. 本研究の限界と課題

本研究は、平成12年～18年（過去7年間）の保健師記録を基に支援者たちを把握し、面接により支援内容を確認した。そのため、保健師記録や過去の記憶による面接内容の信憑性には限界がある。また、保健師記録を基礎にしたことで、保健師の役割が多くあがった。しかし、訪問看護ステーションのない島で在宅ターミナルケアを実施するために、保健師が情報を集約している環境にあると考えた。

既存統計から離島での「在宅死」の把握は困難である。今後、離島の在宅死の把握及び在宅ターミナルケアの実態を把握し、小離島における在宅ターミナルケアのシステム化を図りたいと考える。

### 結論

南大東島で過去7年間に在宅でケアを受けた全8事例の在宅ターミナルケアに関わった支援者たちに、保健師記録を基礎に支援内容に関する面接を行った。その結果、南大東島における在宅ターミナルケアに関わった支援者たちの支援内容から、小離島における「在宅死」の実現要因として以下のことが明らかになった。

- 1) 島の保健・医療・福祉の専門職が関与し、特に保健師、診療所医師、役場福祉担当は全事例に関わっていた。
- 2) 保健師が保健・医療・福祉の専門職以外の人びとや島外の専門職をケアの提供者にしていた。
- 3) 対象のニーズ発生時、独自のサービスを誕生させていた。
- 4) 医師の医療技術の指導もあり、保健・医療・福祉の専門職がそのニーズを満たすために、ルチーン業務の枠を超え柔軟で多機能な役割を担っていた。
- 5) 関係者との「調整」がなされ、必要な「直接ケア」、「相談」、「教育」が機能していた。
- 6) 保健師と診療所の准看護師が「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」を実践していた。

小離島における在宅ターミナルケアの実現に向けた看護職の役割は、看護の4つの役割機能（「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」）を発揮することであり、特に「調整役」が求められていることが示唆された。

### 謝辞

本研究にご協力いただきました南大東島の在宅ターミナルケアに関わった保健・医療・福祉の専門職及び専門職以外の人びとや島外の専門職に深く感謝いたします。

### 文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態統計年報：死亡の場所別にみた都道府県別死亡数・構成割合，2006
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態統計：平成7年度人口動態社会経済面調査，1995

- 3) 高木照幸：在宅ターミナルケアの成立条件，日本在宅ケア学会誌，1(1)：67-71，1998
- 4) 人見裕江，中村陽子，他：郡部の高齢者の在宅死に及ぼす影響要因，川崎医療福祉学会誌，10(1)：87-95，2000
- 5) 服部文子，上村和正，他：訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討，日本老年医学会雑誌，38(3)：399-404，2001
- 6) 浅見美千江，浅見洋，金川克子，他：人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識 - 白山麓地域の場合 - ，石川看護雑誌，4：33-38，2007
- 7) 宮田述子，安江悦子，他：山村過疎地域における高齢者の看取りと医療福祉サービス，岐阜医療科学大学紀要，1：131-140，2007
- 8) 近藤功行：終末期ケアと伝統的宗教儀礼の関わり - 琉球列島における調査研究 - ，日本公衛誌，39(10)：799-807，1992
- 9) 井上幸子・平山朝子・他編集：看護学大系第1巻看護とは(1)第2版，28-36，東京，日本看護協会出版会，2000
- 10) 川越厚：家での看取りのための条件，川越厚：在宅ホスピスケアを始める人のために，東京，医学書院，12-19，1996
- 11) 大湾明美・宮城重二・他：沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性，沖縄県立看護大学紀要，6：40-49，2005
- 12) 大湾明美・照屋守一・他：在宅ターミナルケア実現への援助 - 在宅療養のための相談調整から訪問看護の展開 - ，臨床看護，25(9)：1311-1318，1999
- 13) 金城利香・前原なおみ・大湾明美・他：看護職者からみた沖縄県内のターミナル期看護の現状 - ホスピスケアと在宅ターミナルケアの比較 - ，平成12年度笹川医学医療研究財団研究報告書，2001
- 14) 松村ちづか：在宅ターミナルで看護師に必要な実践能力 - 必要な看護実践能力の内容と課題 - ，埼玉県立大学紀要，6：61-66，2004



## The factors which make “ dying at home ” possible in a little isolated island: From the practices of end of life care at home, in Minamidaitou Island

Akemi Ohwan<sup>1)</sup>, Rumi Bando<sup>2)</sup>, Masayoshi Sakugawa<sup>1)</sup>,  
Sayuri Kurechi<sup>1)</sup>, Ayako Uehara<sup>1)</sup>

### Abstract

**【Objective】** The purposes of this study are to search for the factors which make “ dying at home ” possible and to find the nurse ’ s roles in end of life care at home, by analyzing the practices of care givers who took parts in end of life care in a little isolated island with poor infrastructures for health and welfare.

**【Methods】** Subjects are the care givers who took parts in end of life care at home for eight cases in Minamidaitou Island in seven years, from 2000 to 2006. Methods are confirming cases of end of life care and interviewing the care givers about details of the practices based on the records of public health nurses. Classified the practices of each care giver, and indicated the representative ways of care of each practice(small categories), and grouping them according to the four-nursing-role-functions, which are “ Supportive role function by direct care(Direct care) ” , “ Coordinative role function(Coordination) ” , “ Consultative/supportive role function(Consultation) ” and “ Educative/directive role function (Education) ” .

**【Results and discussions】** The factors which make the “ dying at home ” possible were supports by the all health, medical and welfare professionals in island, including the staff of municipality, attendance of non-professional habitant in island and good use of out-of-island professionals, attitude of the professional which attaches importance to the needs of each case, professional multifunctional practices by flexible ideas under the medical doctor ’ s technical guidance, bidirectional “ Coordination ” , “ Consultation ” and “ Education ” between professionals. full usage of the four-nursing-role-functions.

The nurse ’ s roles in end of life care at home, which make “ dying at home ” possible, is making full usage of the four-nursing-role-functions ( “ Direct care ” , “ Coordination ” , Consultation ” and “ Education ” ). It was suggested that “ Coordination ” was the especially needed role-function.

Key words : isolated island, dying at home, end of life care at home, nurse

---

1 ) Okinawa Prefectural College of Nursing

2 ) Minamidaito-village Public office