

令和 2 年 6 月 18 日現在

機関番号：22304

研究種目：基盤研究(C) (特設分野研究)

研究期間：2015～2019

課題番号：15KT0089

研究課題名(和文)在宅看取りを可能にする暗黙知の解明

研究課題名(英文) Exploring tacit knowledge of end-of-life care at home

研究代表者

高井 ゆかり (Takai, Yukari)

群馬県立県民健康科学大学・看護学部・教授

研究者番号：00404921

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,800,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、高齢者の在宅療養及び在宅看取りの実現例の事例研究を通し、サービス提供状況(又は利用状況)を明らかにすることを目的とした。18の事例研究の結果、サービス提供者は先回りした対策を練りながらも手を出しすぎず、家族や当事者がやりたいように暮らせるように支援すること、そしてそれぞれのサービス提供者と当事者や家族がみんなで合意形成できるように支援することによって、在宅看取りを可能としていた。

研究成果の学術的意義や社会的意義

在宅で最後を迎えたいと希望する高齢者や自宅で実際に看取られた高齢者の事例に関し、高齢者自身・家族、及び訪問看護師、ソーシャルワーカーやケアマネジャー等の在宅療養を支える専門職者それぞれへのインタビュー調査と、事例研究により、療養プロセスにおける認識や反応、支援等を明らかにし、在宅看取り支援状況を明らかにした。この結果は、今後増加する見込みの高い在宅看取りに必要な体制を考える資料と成ると考える。

研究成果の概要(英文)：This research aimed to explore the usage/provision of home care services by conducting case studies regarding end-of-life care at home for older people. We conducted 18 case studies and found that care providers often anticipated older adults and their family caregivers' needs, but they did not provide too much care for them. They also supported them as they wish to do by themselves. They assisted agreement among older people, their family caregivers and health care professionals. These supports could lead older people for the rest of their life at home.

研究分野：看護学

キーワード：高齢者 在宅看取り 家族介護者 訪問看護師 遺族 事例研究 多職種連携 緩和ケア

1. 研究開始当初の背景

わが国は人口の25.0%を65歳以上の高齢者が占める超高齢社会である。高齢化の進展は数十年に及ぶ長い老いのプロセスを歩む国民の増加を意味し、充実した老後の「生き方」やその支援方法は大きな課題となっている。つまり、老老介護や孤立死、福祉・医療関連費の増加などの課題はますます拡大傾向であり、地域社会が人生の最終時期を迎える高齢者をどのように支えるか、今後ますます議論を深める必要がある。

2006年より地域包括支援センターが設置され、高齢者が住みなれた地域で安心してすごすことができるように、地域のネットワーク構築と個別サービスのコーディネートなど「地域包括ケア」が促進されている。すなわち、高齢者が最期の時まで住み慣れた場所を離れることなく過せるように、又は入院/入所していたとしても最後の時間には住み慣れた自宅に戻れるように、地域ごとに必要なサービスを把握し設置、提供することが必要とされている。この取り組みにより、介護予防サービスや介護者支援などの整備が進み、在宅での療養を可能にするシステム作りが進んだ。しかし、高齢者やその家族自身から、死や看取りについての認識、最期の迎え方の希望などが語られることは未だ少なく、在宅看取りへの意思確認や高齢者・家族の意思を支える体制の構築は今後の課題となっている。

そこで本研究は、在宅で最後を迎えたいと希望する高齢者や自宅で実際に看取られた高齢者の事例に関し、高齢者自身・家族、及び訪問看護師、ソーシャルワーカーやケアマネジャー等の在宅療養を支える専門職者それぞれへのインタビュー調査と、事例研究により、療養プロセスにおける認識や反応、支援等を明らかにし、在宅看取り支援状況を明らかにした。この結果は、今後増加する見込みの高い在宅看取りに必要な体制を考える資料と成ると考える。

事例研究とは、実際に起きた生きた事例を題材として、それが生じた状況を含めて検討し分析することにより、今まで明らかにされてこなかった実践のための知識を掘り起こし明文化するための方法である。看取りを支える(支えた)専門職者と研究者とが事例を検討することで、事例を振り返り、自己の実践を評価・分析し、今までは意識されていなかった現象や取り組みを言語化することで、実践力の向上へも貢献できる可能性がある。

2. 研究の目的

本研究では、高齢者とその家族が在宅看取りの希望を実現できる地域社会の創造へのプロセスの解明を目的に実施した。それにより、今後の在宅看取りのためのサービス提供が真に高齢者・家族の老いへの認識や死生観、看取りへの期待に馴染み、かつ地域社会での実行可能性を踏まえて展開できるよう、地域での在宅看取りを拡充するプロセスに関する提言を行うための資料とする。

以下の研究を実施した。

在宅療養及び在宅看取りの実現例における、当事者(在宅療養高齢者)と家族(遺族)の経験及びサービス提供状況の検討：サービス提供者とともに事例研究

当事者と家族(遺族)の老いへの認識と死生観の解明：当事者と家族へのインタビュー

上記の知見統合(理論化)により、理論をより広い社会的、歴史的、文化的、政治的な文脈に関連づけることで包括的な展望を提示する。

3. 研究の方法

1) 調査内容

(1) 対象者

対象専門職者

研究者主催の研修会や研究依頼を通してリクルートされた看護師や、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の専門職者

対象高齢者及び家族又は遺族

上記の対象専門職者が勤務する事業所から紹介してもらった高齢者又はその家族(又は遺族)(高齢者が認知機能低下等で研究参加に対し意思の検討が困難であり、インタビューに応じられない場合やすでに亡くなっている場合は、家族又は遺族のみへインタビューを行った。)

2) 調査方法・内容及び分析方法

対象専門職者

在宅看取りを行った高齢者や在宅看取りを希望する高齢者を受け持つ又は持った専門職者に、在宅介護及び在宅看取りに至った事例についてのインタビューを行った。専門職者の都合の良い時間帯に、研究室又は施設の個人情報を保護することのできる場所にてインタビューを行った。インタビューでは、インタビューガイド(専門職者用)を用い事例の経過、専門職者及び家族によ

る援助状況、社会福祉サービスや地域住民との関係、高齢者の心的状態を表す言動等の情報を聴取する。インタビューで得た情報を基に研究者は、専門職者と事例に関するディスカッションを行い、専門職者が経験した（又はしている）事例についての情報の整理、内省を促し、専門職者がケア内容を振り返ることができるよう支援し事例のまとめを行う。事例は、収集した情報から、事例の位置づけ（どういった高齢者や家族の状況だったか）、在宅看取りに至った（又は至ろうとしている）メカニズムやプロセスの考察、問題があったときには解決に至ったポイントに焦点を当てまとめる。

対象高齢者及び家族又は遺族

対象者の自宅又は研究室等、個人情報保護をすることができる場所にて行う。インタビューガイド(対象高齢者及び家族用)を用い介護サービスの利用状況、在宅療養・看取りの状況等を尋ねる。インタビューは、人間関係の構築を図りながら進め、対象者の真の思いを引き出せるように配慮し複数回実施する。インタビュー内容の逐語録や観察メモから、意味内容ごとにコード化、カテゴリ化し、高齢者の介護や看取りに関する経験を構築する概念を明らかにする。

上記の事例研究を通して明らかとなった知見の統合を行った。

4. 研究成果

18事例の検討を行った。対象者は訪問看護師8名(うち3名老人看護専門看護師)、在宅支援専門員1名、訪問介護員1名、遺族3名、自宅療養中の高齢者3名、主家族介護者2名であり、それぞれの事例をまとめた。合計インタビュー回数は28回であった。

以下に主要な事例を紹介する。

- 80歳台(死亡時)男性、アルツハイマー型認知症、前立腺がん、狭心症
訪問看護師が認知症高齢者が可能な限り電動カートで外出することを支え、看取り時には家族の意思決定を支援した事例
- 80歳代(死亡時)男性、肺がんの再発、リンパ節転移(CVポート、気切、HOT)、不整脈、誤嚥性肺炎等
訪問看護師が医療依存度の高い夫への70代妻による老々介護や、介護者の力を引き出す支援をし、納得する看取りへの準備を支援した事例
- 70歳代(死亡時)男性、ALS、糖尿病、口腔底癌術後、腰部脊椎管狭窄症、高血圧症
訪問看護師により、病状の急速な悪化や妻の介護疲労に対し、複数の訪問看護ステーション・訪問診療(往診医)でチームプレーを行った事例
- 80歳代(女性)慢性呼吸不全、気管支拡張症、乳がん
訪問看護師が、勝気で家族が大切な高齢者が最期に入院を希望し、最期まで家族と本人が関係を持てるよう支援し生ききることを支えた事例
- 90歳代女性、高血圧、狭心症、腰椎圧迫骨折で在宅療養中
訪問看護師により、大きなイベント(急変など)がなく経過し、長男(主介護者)と療養者の現在の生活を変えない・変わらないように支援した事例
- 80歳代(死亡時)男性、レビー小体型認知症、糖尿病
訪問看護師により、息子と4人暮らしたがほぼ一人で介護し、本人のことを常に第一に考えていた妻の考えを尊重し、本人の病状に合わせ、まずは妻に提案をしながら妻の納得のいくように支援した事例
- 90歳代(死亡時)男性、慢性閉塞性肺疾患、慢性呼吸不全、廃用症候群
訪問介護員が、寝たきりの高齢者の気持ちをほぐし、認知症の妻による老々介護への支援や独居での看取りを支えた事例。こまかな変化に気付き他専門職者との連携をとりながら、家族介護者の生活を守るための支援を行った。
- 90歳代(死亡時)男性、慢性閉塞性肺疾患、慢性呼吸不全、廃用症候群
在宅支援専門員が在宅酸素使用し寝たきりの高齢者と認知症の妻による老々介護への支援を行った事例。独居での看取りを支えるために、連絡網を整え、近所との兼ね合いなどへの支援や家族介護者の生活を守るための支援を行った。
- 70歳代(死亡時)男性、ALS、糖尿病、口腔底癌術後、腰部脊椎管狭窄症、高血圧症
介護疲労とストレスがあったが、身体的・心理的にチーム(訪問看護、往診医、ケアマネ)に支えられ在宅介護生活をおくることができた高齢者の妻(遺族)の事例
- 90歳代女性、高血圧、狭心症、腰椎圧迫骨折で在宅療養中
在宅介護歴17年、介護離職し、今以上のサービスを利用することへの諦め(施設入所も含めた)訪問看護師と主治医との連携への感謝、母の最期は病院で迎えると予想している主介護家族員の事例

- 90 歳代（死亡時）男性、慢性閉塞性肺疾患、慢性呼吸不全、廃用症候群
厳しい父との確執や認知症の母への介護、常勤の仕事や家庭との両立困難となった家族の事例（遺族）
- 80 台男性、心筋梗塞後で在宅療養中
症状との折り合いや息子娘が近くにおり、介護力があり、いよいよの時は病院がいいと言いつつも、かかりつけ医・訪問看護の 24 時間対応に助けられている家族の事例。息子・娘に延命の有無等最後の判断をさせるのは酷とおもい、夫婦で尊厳死協会に入っている。
- 70 歳代、男性、レビー小体型認知症、糖尿病で在宅療養中
独居・生活保護、大学病院に通院しつつ、日常生活の医療的側面からの助言を訪問看護から得ている当事者の事例。家事が自分でできなくなったとき、入所するか自宅で過ごすか、まだ考えているところ（タバコを吸い続けられる環境にいたい）の事例

事例の例

<事例の概要>

B 氏は、80 歳代の男性で 70 代の妻と二人暮らしだった。2 人の息子はそれぞれ結婚し別居していた。X 年 6 月に肺がんで手術を受けたが、X+1 年 8 月に再発しリンパ節転移あり、放射線療法のため入院した。誤嚥性肺炎があり CV ポート挿入、気切を行った。せん妄を起こし、身体拘束が行われた期間もあった。B 氏には認知症があったが、「家に帰りたい」とくりかえし訴えがあった。妻からも「家に帰してあげたい」との話があった。X+1 年 9 月中旬に退院カンファレンス、退院指導を行い自宅へ退院した。退院当日に自宅で担当者会議を行った。居宅サービスとして訪問看護（週 3 回訪問、24 時間対応）、ケアマネジャー、訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与、医師による訪問診療が行われた。X+1 年 9 月下旬に尿閉にて尿道留置カテーテル挿入したが B 氏が不穏となったため抜去し経過観察を行った。X+1 年 10 月上旬に心不全、頻脈、両脚ブロックがあり、ビソノテープを開始した。しかし血圧の変動に対し妻が敏感となり一日に何回も血圧を測り、貼っておいてよいのか外した方がよいのかかわからず動揺し不安な様子が見られ、医師に相談しその後中止となった。X+1 年 11 月タール便があり、ファモチジンを開始した。X+1 年 12 月上旬より徐々に調子が悪くなり、眠っていることが多くなった。12 月中旬、口腔及び気切からの出血あり、心不全が悪化し、12 月下旬に自宅にて永眠した。

<利用者・家族の状況>

入院後 B 氏は「家に帰りたい」と話していた。B 氏は、余命 1 カ月程度と言われており、CV ポートの管理、吸引、おむつ交換、体位変換等の医療的な処置が複数必要であったが、妻は、「私が連れて帰る」「子供には迷惑をかけたくないから全部自分でみる」「自分で全部できる」と言い、現実的な退院準備に目が向かない状況であった。退院後は、薬物療法や尿道留置カテーテルなど新たな治療・処置を開始すると、B 氏及び妻にネガティブな反応がみられた。

<実践の内容>

【訪問看護師がいつでも相談できる窓口となる。】

- ・何かの時の問い合わせの窓口は一つにした。
- ・電話番号カードを電話のそばに貼った。
- ・ノートに日々の心配事を書いてもらいそれに応えた。
- ・医師と看護師とで状況の想定やその時の対処方法などをあらかじめ話し合っておいた。

【B 氏や妻のその先の反応を考える。】

- ・妻がどこまでできるかを見極めてサポート体制を整え、あとは完璧を求めなかった。（例：体位変換はヘルパーと息子の訪問時に行ってもらい、あとはエアーマットに任せる。）
- ・ショートステイやレスパイトなどのもしもの時の下準備をしておいた。
- ・いろいろな目を入れて、いろいろな視点で見えて検討した。（例：複数の訪問看護師が交代で訪問する。「こういうふうに言えばこういう風になるんじゃないかしらね」と訪問看護師間で情報共有し検討する。）

【B 氏と妻にとって大事な治療は続行するが、負担となるものはできる限り少なくなるように支援する。】

- ・PHN（在宅経静脈栄養）は食事のできない B 氏とその家族にとっての「命綱」だったため、続けられるように支援した。一方で、尿道留置カテーテルや薬物療法などで B 氏や妻の行動にネガティブな影響を与えるものは少なくなるように調整した。

【家族が持てる力を発揮できるように多職種で連携する。】

・訪問看護師は、医師やケアマネ、ヘルパーと話し合いができる関係性にあり、SNS 等の情報共有デバイスも用いて情報共有していた。意見を聞いてくれ、意見を言い合える関係性があり納得しながら進めることができた。それぞれが、在宅看取りについて理解があり、それぞれの役割をきちんと担っていた。

【家族の覚悟を支える】

- ・退院の時から看取りについての話をしていた。
- ・最期の時に「これでいいんだね」と気持ちや思いを整えることが出来るように対話した。(例：「もっと生きられるんじゃないか」と揺れ動く家族の気持ちを肯定した。「いい顔をしているから、苦しめないんじゃないですかね」と話した。家族も「あ、本当にいい顔しているね」「うん、苦しなかったんだね」と話した。)
- ・最期の時になったら、家族が何が心配になるのか何に困るのかを見定めて言葉を選んだ。(例：何が怖いのかを見定める。呼吸が止まるのが怖いのか・・・)
- ・長くないことを承知はしているが、どうしていいのかわからない、どうなってくるのかわからないと思っている家族に対し、最期の時が近くなってきたら、「私たちサポートするよ(保証)」「こういうことが起きるよ(予測)」「こういうふうになったら呼んでね(対策)」「でも心配ならいつでも呼んでいいからね(保証)」というように少しずつ情報提供して体制を整えていくことで家族が納得していくプロセスにつなげた。
- ・そろそろかもと医師からも看護師からも話し、覚悟の最終段階を促した。
- ・自然な形で逝けるように、補液や酸素を調節してくことをみんなで共有した。

<家族等の評価(事例の評価)>

- ・B氏は入院中せん妄を起こして激しく暴れたりしていたが、退院後は穏やかになり落ち着いた。
- ・妻は「覚悟はできています」と看取りへの気持ちを整えてった。
- ・亡くなった後、妻は「お父さん幸せだったね」「おうちにいられたし、みんなにこれだけ見てもらえたし」と話した。
- ・みんなが納得して「これでいいよね」と思えた。(サービス提供者も含めて)

事例で行われていた実践内容のまとめ(一部)

<在宅療養や在宅看取りが希望通り(又はうまくいった)と考えられる事例のメカニズムやプロセス、理由について - 訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員より>

- ・独居認知症高齢者の生活のために、家族を含めた地域の人々の見守りを促す関わりを行う。
- ・話し合いができる関係性がある(家族とサービス提供者、サービス提供者同士)
- ・つねに先回りして対応する(布石を打っておく)
- ・サービス提供者はそれぞれ在宅見取りに対して理解がある。
- ・家族もサービス提供者もみんなが本人の希望をかなえたいと思っている。
- ・最期の時を自宅で過ごしたい本人の希望を成し遂げるため、救急車を呼ばれないための策を練る。
- ・生活の支援者として支える。最期を迎えるにあたり、支援者が関わることで、ありがとうと言いつけようという家族関係になるように働きかける。
- ・高齢者がやりたいように暮らせるように助ける。
- ・入院はしたくないという希望を支えるための連絡網を作る(訪問看護師が窓口となるようにする)
- ・高齢者とその家族に応えたいと周囲の者の団結力を高める。
- ・主介護家族員へは必要以上に負担をかけないが、必要な時には関わられるようにする。
- ・施設に入るとは必ずしも幸せではないという思いを持つ。
- ・家族に任せると全力でそれに応えたいと思う。
- ・その時々々の症状に丁寧に対応する。苦痛を緩和する。
- ・在宅療養を希望していた妻が、介護疲れから入院を希望した際に、その方針ですぐ動くのではなく、よく話を聞き、すぐに関係者で話し合い、皆で合意をつくる。
- ・本人の思いや価値観を大切にしている妻の考えを、常に尊重する。
- ・全て主介護家族員の意向を確認して同意を得てから行う。
- ・体調や病状の変化を予測して、早めに医師に相談しながら支援した

以上のような在宅看取りの実現例や在宅療養中の事例を通し明らかとなった実践内容をサービス提供者が知るにより、高齢者とその家族の希望にあった在宅看取りとなる可能性がある。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計3件（うち査読付論文 2件 / うち国際共著 0件 / うちオープンアクセス 0件）

1. 著者名 Takai Yukari, Yamamoto-Mitani Noriko, Chiba Ikumi	4. 巻 18
2. 論文標題 The Process of Motivating Oneself to Resist Being Controlled by Chronic Pain: A Qualitative Study of Japanese Older People Living in the Community	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 Pain Management Nursing	6. 最初と最後の頁 42～49
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） 10.1016/j.pmn.2016.10.004	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 須関沙織, 佐藤三由紀, 荻原才子, 大澤康子, 高井ゆかり	4. 巻 40
2. 論文標題 がん患者とその家族へ長期に関わる看護の実践 外科病棟での良い関わりに焦点をあてて	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 日本看護学会論文集：慢性期看護	6. 最初と最後の頁 35-38
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 高井ゆかり	4. 巻 60
2. 論文標題 特集 慢性疼痛に対する多様なアプローチ 多様なアプローチから患者の未来を考える : 慢性疼痛のある高齢者への看護	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 保健の医学	6. 最初と最後の頁 745-749
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計1件

1. 著者名 鈴木みずえ, 高井ゆかり	4. 発行年 2018年
2. 出版社 日本看護協会出版会	5. 総ページ数 215
3. 書名 認知症の人の「痛み」をケアする 「痛み」が引き起こすBPSD・せん妄の予防	

〔産業財産権〕

〔その他〕

高井ゆかり訳, 痛みのある高齢者への緩和ケア, Palliative Care for the Older People in Pain, Fact Sheets on Pain in the Most Vulnerable, International Association for the Study of Pain, (2019, 10, 2) <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/GYAP2016Detail.aspx?ItemNumber=9453>

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	深堀 浩樹 (Fukahori Hiroki) (30381916)	慶応義塾大学・看護医療学部・教授 (12602)	
研究分担者	松浦 志野 (Matsuura-Moriguchi Shino) (80712679)	順天堂大学・医療看護学部・助教 (32620)	
研究分担者	山本 則子 (Yamamoto-Mitani Noriko) (90280924)	東京大学・大学院医学系研究科(医学部)・教授 (12601)	
研究分担者	野口 麻衣子 (Noguchi-Watanabe Maiko) (60734530)	東京大学・大学院医学系研究科(医学部)・助教 (12601)	