

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 5 月 13 日現在

機関番号：37604

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2015

課題番号：25380827

研究課題名(和文) 終末期を主に病院以外で過ごした人のターミナル支援に関する研究

研究課題名(英文) Study of the support to the elderly spent on the end-of-life except in the hospital or clinic.

研究代表者

山崎 きよ子 (Yamazaki, Kiyoko)

九州保健福祉大学・社会福祉学部・教授

研究者番号：20331150

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,100,000円

研究成果の概要(和文)：A県北部エリア内で平成22年～24年の間に65歳以上で死亡した1645人に対し、死亡前3ヶ月について看取り支援を受けた場所、課題について調査した。255人(16.6%)から有効回答を得たところ、死亡前3ヶ月の時点では71.5%が自宅・施設など病院以外で過ごし約60%は要介護4,5と最も重い介護状況にあった。よって終末期では、介護支援のあり方によって遺族満足度を高めることが示唆された。更に国民が終末期の満足度を高めるための課題として医療行為以外に本人の死生観、家族との関係性、医療システム、介護システムの4要素が抽出された。また国民の死生観に関する教育の必要性が示唆された。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study is to clarify the age, the type of institution and level of public nursing care insurance used, and the problems experienced with the care services up to 3 months before their death in the northern area of a Japanese prefecture. Between 2010 and 2012, 1645 older people died, and 255 (15.5%) of their caregivers responded to the study questionnaire. The results show that 182 (71.5%) died either at home or in a nursing home, while around 109 (60%) required intensive care and levels 4 or 5 public nursing care insurance.

This study indicates that enhancing care services or support for the elderly may improve caregivers' satisfaction with end of life care. It also reveals views on life and death, and that family support as well as medical or nursing care services were available for the elderly and their caregivers, providing a good social support model and increasing their satisfaction.

研究分野：高齢者福祉

キーワード：ターミナル支援 遺族満足度 介護の充実 医療システム 介護システム

1.研究開始当初の背景

日本はすでに人口減少社会に変化した。大きな原因は少子化であるが高齢期にある人々が死期を迎えていることもその原因である。

現代社会は社会保障費増大の中で、医療資源の適切な配分が検討されている。従来の手厚い医療環境の元で尽くすだけの手を尽くして救命、延命をするために努力する事が亡くなった本人である故人また遺族の満足度につながるのか。またターミナル期は、医療者のみはその使命を担わなければならないのか。もしそうであれば今後も医師、看護師は大幅に不足する可能性がある。

一方で、国は地域包括ケアを導入し地域の中で医療と福祉、介護の連携の元、包括的ケアを実施することを提唱している。

現在、介護保険施設の3施設、つまり特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設は圧倒的に充足されておらず、特に療養型施設はすでに数年後の廃止が予定されている。特別養護老人ホームは何年かの待機を経なければ利用は難しい。

我が国の家族形態をみると、かつての三世代家族は著しく減少し、核家族化の進行が止まらない。核家族化は老老介護の高齢者のみ世帯を増大させ、その後の一人暮らし世帯へと確実に進行している。

2.研究の目的

高齢者が多死する社会の中で、高齢者は何歳まで延命、救命のための治療を行うことが本人及び遺族満足度を高めるのかを調査することとした。

更にアンケート回答者からはこれら的高齢者が、ターミナル期をどこで過ごし、どのような支援を受けているかを明らかにする事とした。特に、ターミナル期の高齢者を誰がどこで支援することで、家族(遺族)の満足感が高くなるのかを調査する必要が

あると考えた。我が国の死亡統計は、病院死、自宅死、その他と3箇所死亡時の場所を区分している。この中でも病院死が圧倒的に多く、日本人は病院で亡くなるのが普通であると言える。しかし、死亡までのどのくらいの期間を人は病院に入院しているのであろうかは不明である。

一方病院に入院していない場合、どこで、誰と日常を過ごしているのであろうか。以上を調査し明らかにすることとした。加えて看取りを実施している病院以外の施設で聞き取りを行い、看取りまでのスタッフとの関わりやそのシステムについて明らかにすることや在宅看取りを実施した介護支援専門員及び故人の家族から聞き取りを行い、その内容、システム、方法、満足度について分析を行うこととした。

最後に訪問看護師や訪問医療を実施する医師などが著作者である文献を研究し、満足ある病院以外での看取りがどのようにしたら一般化できるかについてこれらを総合的に考察することとした。

3.研究の方法

(1) A県北部で平成22年から24年の3年間に地元夕刊紙に死亡公告を出した65歳以上死亡者の喪主の内、事故死や自死などの配慮を必要とする死亡者を除く、1,645人に対して死亡者の死への支援状況についてアンケート調査を実施した。1,645人に対する分析を行い、全体の傾向を把握すると同時にアンケート回答者からの分析を行った。

(2)同地域で介護保険関係施設に聞き取り調査を行い介護施設での看取りの状況を調査した。

(3)自宅死をした事例について聞き取り調査を行い、どのような支援が自宅死を可能にしたかについて検討した。

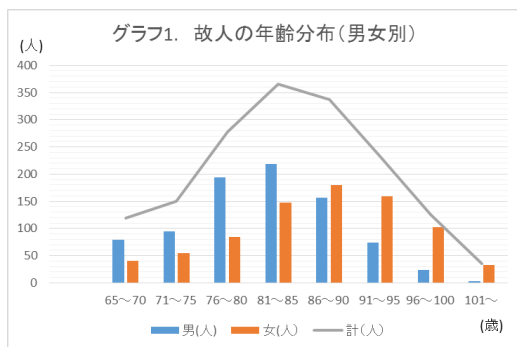
(4)今までの調査結果から分析し、病院以外

での満足感を得られる死についてモデルの構築を図った。

4. 研究成果

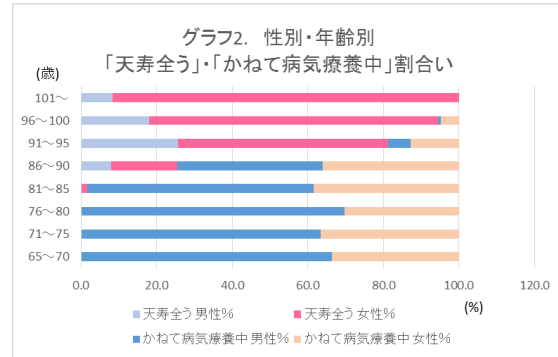
(1) についての成果

死亡公告からの分析としてアンケート対象者 1,645 人の遺族に対して故人に対する「死」に関しての満足度・不満足度を調査するために遺族が明らかに満足のいく看取りが行えたという言葉で「天寿を全う」、まだ治療の余地があったのではないかという思いのある言葉を「かねてから病気療養中」として分析した。81 歳から 85 歳を故人とする遺族で「天寿を全う」を使用した者は 1.6%、86 歳から 90 歳は 25.2%、91 歳から 95 歳は 81.1%、96 歳から 100 歳は 94.4% となった。このことから遺族は、故人が 86 歳を過ぎると「様々な医療行為が及ばず命を落とした」とは考えない傾向が徐々に増えてくることが示唆された。更に故人が 90 歳以上になると、遺族は故人の与えられた命が尽きたと考えるということが理解できた。結論として、86 歳から 90 歳までの医療行為については、方法や治療についてその必要性を個別に対応していくことが本人及び遺族の満足度を上げるために必要となることが明らかになった。



アンケート回答者からの分析としてアンケートの回収率は、19%であり、255 人から回答を得た。看取りの期間を便宜的に 3 ヶ月と設定した。死亡 3 ヶ月前から死亡の当日までどこにいたかについては以下の

通りとなった。



多くの場合 3 ヶ月前は、病院以外で過ごし、その後徐々に死亡時まで病院での滞在比率が上昇していく傾向にあった。

グラフ3. 死亡当日から3ヶ月前までの過ごし方



死亡者の要介護度は 4 及び 5 が多く、介護保険のサービスもほぼ利用している状況にあった。

グラフ4. 介護レベル(要介護度)



介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 2 箇所、介護老人保健施設 1 箇所、低所得者が多く利用する有料老人ホーム 1 箇所、ホームホスピス 1 箇所、認知症グループホーム 2 箇所にて構造化面接を行った。加えて、在宅看取りを実施する医師の講話を受講し市民を対象とした在宅ターミナルの研修会で市民の意見の聞き取りを行った。

結果、病院以外での看取りの課題や満足のいく方法についての課題が明らかとなった。

病院以外での看取りを実践しているホー

ムホスピスでは 10 年以上の実績を持ち、訪問医療、訪問介護、訪問看護に加えて訪問臨床薬剤師とも連携をとっていることが分かった。また、利用者家族の支援も大きいことが理解できた。多くの職種や人々がチームを組んでサポートしている状況が理解できた。また、延命にのみ力を注ぐという市民の意識を変えていかなければ在宅やホームホスピスでの看取りは難しいことも分かった。

在宅看取りでは例え、故人が在宅死を希望しても死亡時に医師が立ち会わないと警察が事件として介入するなどの誤解もあり、様々な誤解を丁寧に解いていく努力も必要であることが示唆された。また、以上のような取組みに介護支援専門員の果たす役割の大きさが理解できた。

また、特別養護老人ホームでの看取りについては、行っているところといないところに明瞭な違いが分類できた。行っているところについては、様々なシステムを構築してやっていると、自然に特に普段の介護と変わりなくやっていると答えたとこに分かれた。それぞれの施設は、担当する職員の勤務年数や施設の理念の違いもあり、個別性が強いという結果となった。

介護老人保健施設では、看取り加算を積極的に活用し、施設間で学習会を行い、施設内でもチームで研修を行い、積極的に看取りを行っていることが理解できた。一方で施設看取りは一切しないという老人保健施設もあり格差が大きいことも理解できた。老人保健施設は医師が常駐し看護師も他の施設に比べて多く配置されていることから今後満足ある看取りの場としてその存在感が大きくなることが示唆された。

認知症の高齢者が利用するグループホームでは、積極的に看取りを行うところと看取りの実績がないところに分かれた。看取りを積極的に行う施設ではその理由として

家族からの要望が強いことが挙げられた。また利用者の施設利用期間が長く時間の経過と共に要介護度が重度化し最後に看取りステージがくることから、看取りへの移行が自然であること、また訪問看護、訪問医療が比較的活発な地域であり、グループホームでの看取りが行える地域的環境が整っていることが理解できた。一方、施設看取り実績のないグループホームにおいては家族が看取り期に病院での延命治療を望み、且つ訪問医療が難しい環境にあった。このように家族の要望の違いや医療システムの違いが看取りについての方向性の違いを生むことが示唆された。

病院や特別養護老人ホーム、一般の有料の老人介護施設にも入所出来ない貧困者の看取りを行っている低所得者が多く利用する有料老人ホームでは、家族からのターミナル期の支援ばかりでなく死後の葬祭や遺骨引き取りも無く、役職を兼ねる僧侶が無料で弔いを行い、遺骨を引き取り供養しているといった状況もあった。

(3) についての成果

自宅で看取った遺族に対して「何故看取ろうとしたのか」、「どうしたら可能であったのか」、「現在の満足度」に対して聞き取りを行ったところ「何故看取ろうとしたのか」については、故人本人の強い意志があったこと、様々な医療をそれまでに受け、本人がそれ以上の延命的医療行為について限界を認知していたことが挙げられた。「どうしたら可能であったのか」については、遺族が治療の限界を故人と共有し、故人との強い信頼関係があり、故人の思いを実現するために自宅で看取ろうという強い意志を持って取り組んだこと、更に在宅看取りに関する経験の深い医師、訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員のチームの存在があり、家族が安心した環境で看取りを行える状況を整えたことが在宅看取りを可能とし

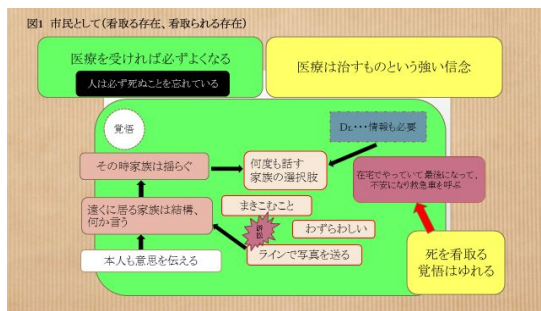
たことが理解できた。結果、在宅看取りは大きな満足感として遺族の今後の生きる支えとなっていることも理解できた。

在宅での看取りを支援した介護支援専門員からの聞き取り調査では、同じく故人の強い意志、家族とのこれ以上の延命の難しさの共有認識、故人と家族との強い信頼関係が基礎にあり、更に訪問する医師、訪問看護師、訪問介護員、訪問入浴サービスなど多様なサービスの連携を介護支援専門員がマネジメントすることで家族も最後まで自宅での看取りが出来たことが理解できた。特に訪問する医師の存在は大きく死亡時には介護支援専門員と共に医師、看護師が寄り添い、家族は不安無く故人を看取ることが出来たことが理解できた。遺族の満足感は大変高いことが報告された。

(4) についての成果

以上の研究結果から病院以外での看取りを可能にする仕組みが以下のように示唆された。

市民として(看取る存在,看取られる存在)

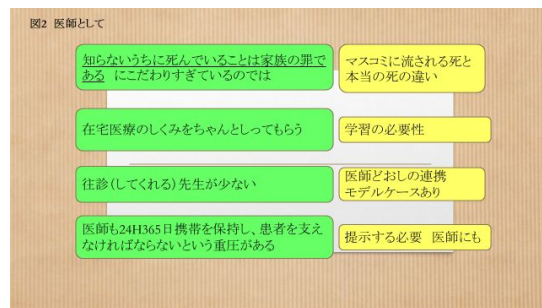


人は必ず死ぬ。病院での死は医師という専門家が死を宣告するので、遺族はそれを受け入れるだけである。満足ある死の第1の条件は「天寿を全うできた」という年齢まで生きることである。一方、遺族が満足であると思えない年齢での死は十分な医療を受け、死期は免れないと自覚し、死ぬ場所を自分で決め、更にそれを家族が共感支援した場合には可能となる。

医師として

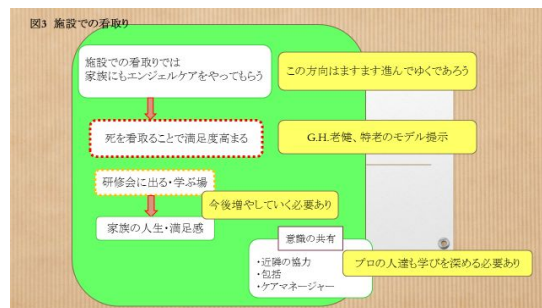
地域的には看取りの訪問医療を実施する医

師を確保することが非常に難しいところもある。そこでは、極少数の医師が24時間365日携帯電話を保持し、患者を支えなければならないという重圧がある。



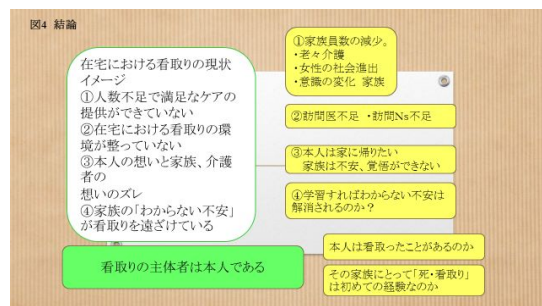
そのため、他の医師が訪問医になることを躊躇する現状もある。医師同士の連携のモデルなどを学習し、多くの医師が訪問診療に参加すれば看取りの重圧感が軽減され、病院以外での看取りの可能性が増加する。

施設での看取り



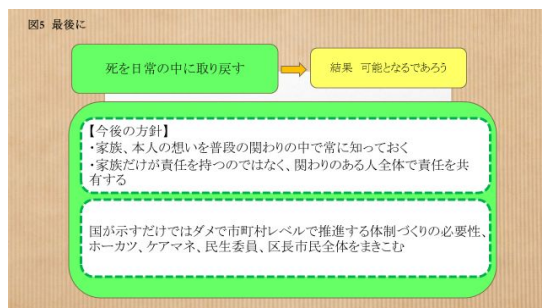
施設での看取りは、今後益々進んでいくであろう。しかし、積極的な看取りを行う施設の理念や施設内外学習会の参加など看取りのための環境整備が整わなければ遺族満足度は上がらないとも言える。介護職が死や看取りを学ぶ機会また、家族も主体的に関わるなどの取り組みを今後拡大していく必要がある。

結論



全ての看取りの主体者は本人である。特に在宅看取りを希望する場合は在宅における看取りの現状を理解し、それらを解決するための本人の強い意志、家族との関係性、経済力に加えて訪問医療を実施する医師他医療職、介護職、介護支援専門員などの環境整備が必要となる。

最後に



私たちの意識を、「死を隔離し触れてはならないもの」から「日常の中にあるもの」として、再構築し直すことで病院以外での看取りが可能となることが示唆された。

そのためには家族、本人の思いを普段の関わりの中で知っておくこと、家族だけが責任を持つのではなく関わりのある人全体で責任を共有することが重要である。

更に国が病院以外での看取りを地域包括ケアなどの施策の中で示すだけでなく、市町村などといった地方公共団体レベルで推進する体制づくりの必要性、その中には地域包括支援センター、介護支援専門員、民生児童委員、区長や公民館長を含むコミュニティ全体の市民を巻き込む必要性があることが示唆された。

〔倫理的配慮〕

本研究は九州保健福祉大学倫理委員会において受理番号 13-017 で受理されたものである。

〔引用文献〕

『在宅での看取りのケア 家族支援を中心に』、宮崎和加子、日本看護協会出版会、

2006

『病院で死なないという選択-在宅・ホスピスを選らんだ家族たち』、中山あゆみ、集英社、2005

『在宅で死ぬということ』、押川真喜子、文芸春秋、2005

『上野千鶴子が聞く 小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか?』、上野千鶴子・小笠原文雄、朝日新聞出版、2013

『長尾和宏の死の授業』、長尾和宏、ブックマン社、2015

5. 主な発表論文等

〔学会発表〕(計2件)

山崎 きよ子 原 修一、三浦 宏子
高齢者のターミナル期支援と遺族の満足度に関する考察 第29回日本老年学会
2015年6月13日 パシフィコ横浜会議センター(神奈川県横浜市)

瀬崎 勝代 山崎 きよ子 介護支援専門員による在宅高齢者への食事支援 第14回日本ケアマネジメント学会
2015年6月13日 パシフィコ横浜会議センター(神奈川県横浜市)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

山崎 きよ子 (YAMASAKI Kiyoko)
九州保健福祉大学・社会福祉学部・教授
研究者番号:20331150

(2) 研究分担者

原 修一 (HARA, Shuichi)
九州保健福祉大学・保健科学部・教授
研究者番号:40435194
西田 美香 (NISHIDA, Mika)
九州保健福祉大学・社会福祉学部・講師
研究者番号:50509718
三浦 宏子 (MIURA, Hiroko)
国立保健医療科学院・国際協力研究部・部長
研究者番号:10183625