

quency of pain and acute confusion, either.

Female and male decedents' care receipt in the last two days of life is shown in Table 3. As for care receipt, there were no significant differences in all care options between the two groups.

Multiple regression analysis was carried out to systematically examine the relationships between gender and symptom experience while controlling for predictors of outcome: age, ADLs, cognitive impairment, and cause of death. The unadjusted and multivariable-adjusted results of symptom experience are shown in Table 4. In the univariable analysis, female decedents had a higher experience rate of coma and a lower rate of sputum than male decedents. However, after controlling for age, ADLs, cognitive impairment, and cause of death, being female was determined to be a significant independent predictor of nausea/vomiting and sputum, with an adjusted odds ratio of 3.95 (95% CI, 1.22–12.79) and 0.24 (95% CI,

0.07–0.81) respectively.

Discussion

Using data from this multicenter, prospective and observational study sample of decedents aged 65 and older regarding symptom experience and care receipt in end-of-life at home, we examined gender differences in symptom experience among elderly patients dying at home. Our study revealed gender differences in terms of symptom experience. Our findings also confirmed that end-of-life care receipt of female and male elderly decedents was comparable. These results support the validity of our study because the symptom experience of advanced cancer elderly patients is related to end-of-life care receipt.¹⁵

Our results show that male decedents did not experience dyspnea more frequently than female decedents, although Smith et al.⁴ demonstrate

Table 4 Odds ratio of symptom experience in female vs male elderly cancer decedents

Symptom	Odds ratio unadjusted	95%CI	Odds ratio adjusted for age	95%CI	Odds ratio adjusted for age, ADLs, dementia, and cause of death	95%CI
Dyspnea	0.67	0.32– 1.39	0.68	0.32– 1.43	0.44	0.15– 1.29
Pain (uncontrolled)	1.47	0.61– 3.57	1.41	0.57– 3.47	2.32	0.65– 8.27
Pain (controlled)	0.68	0.33– 1.42	0.71	0.34– 1.49	0.48	0.18– 1.30
Coma	3.32*	1.55– 7.13	3.63*	1.65– 8.00	1.57	0.58– 4.24
Acute confusion	1.63	0.68– 3.91	1.84	0.75– 4.55	1.24	0.37– 4.10
Anxiety	0.66	0.21– 2.11	0.86	0.26– 2.86	1.01	0.19– 5.30
Dizziness	1.26	0.08–20.56	2.11	0.12–36.51	—	—
Nausea and Vomiting	2.10	0.93– 4.75	2.25	0.97– 5.19	3.95*	1.22–12.79
Anorexia	0.69	0.33– 1.46	0.67	0.31– 1.43	0.52	0.19– 1.49
Diarrhea	0.93	0.20– 4.37	0.78	0.16– 3.87	0.62	0.03–12.45
Constipation	1.62	0.41– 6.38	1.93	0.48– 7.77	1.46	0.25– 8.50
Fever	0.78	0.34– 1.82	0.78	0.33– 1.84	0.64	0.21– 1.97
Incontinence	1.28	0.47– 3.50	1.30	0.47– 3.61	0.55	0.16– 1.95
Hematemesis	0.41	0.04– 4.02	0.47	0.05– 4.72	—	—
Hemoptysis	—	—	—	—	—	—
Bottom blood	0.48	0.09– 2.58	0.46	0.08– 2.61	0.32	0.02– 4.65
Other hemorrhage	0.33	0.07– 1.67	0.34	0.07– 1.73	0.18	0.02– 1.99
Cough	0.81	0.27– 2.45	0.79	0.26– 2.43	1.00	0.22– 4.60
Sputum	0.38*	0.16– 0.89	0.38*	0.16– 0.90	0.24*	0.07– 0.81
Other symptom	0.85	0.36– 1.98	0.78	0.33– 1.86	0.74	0.24– 2.32

*: significant differences were detected by uni- or multi-variable analysis

that dyspnea was worse in men than in women. Significant differences between the two groups may have been detected had this study investigated the severity of dyspnea.

Sputum experience was more common in male than in female decedents. Since sputum often leads to dyspnea, it might have been possible to relieve dyspnea symptoms in male decedents by treating for sputum. However, very little is known regarding sputum experience in the last days of life. Further studies are needed to shed light on this issue.

The present study demonstrates that nausea and vomiting experience was higher among female than male decedents. Although no significant differences were observed before adjustment, significant gender difference appeared after adjustment for age and other baseline characteristics. Thus, our findings are consistent with previous literature^{1,8,16-18} in suggesting that female gender is an independent predictor of gastrointestinal symptoms such as nausea and vomiting.

Our data shows that there were no significant gender differences in pain experience. The fact that there was no significant gender difference in the use of opioids is strongly indicative of gender similarity in symptom experience. A number of studies have suggested that pain experience is more common in women than men. Because it is generally believed that pain is less common in elderly patients rather than younger cancer patients,^{8,19} the absence of gender differences in pain experience in our study may have been due to the fact that our study sample was limited to elderly patients aged 65 and over. Also, it is difficult to interpret this finding, because in this study we did not assess the severity of pain. In future studies, a complete pain assessment should be included for a more comprehensive result.³

Also, in this population, acute confusion occurred equally in female and male decedents. According to Cobb et al.,² men are at higher risk of showing acute confusion. To our knowledge, no study has been conducted to investigate differences between female and male patients with

regard to the presence of acute confusion at end-of-life. Additional studies are needed to confirm gender differences in this respect.

Our study has a number of limitations. Because female decedents were significantly older than their male counterparts, it is likely that their disease was at a more advanced stage since disease progression is related to age. This may have had an impact on symptom experience in this group.

Also, the small number of patients and limited study settings may account for the lack of gender differences in symptom experience. In addition, the Japanese Society of Hospice and Home-care is interested in hospice and home-care, and selection bias is thereby also possible. Larger studies may reveal statistically significant differences between women and men in Japan.

Finally, our database does not systematically capture the full extent of the study subjects' characteristics that could affect symptom experience, especially the ability to convey symptoms.

Conclusions

The purpose of this secondary analytic study was to evaluate the gender differences in symptom experience of elderly cancer patients at home during the last two days of life.

Patients' records indicate gender differences in the experience of symptoms such as nausea, vomiting, and sputum; in care receipt, however, no gender differences were noted. This study suggests that consideration should be given to gender differences in symptom experience and management at end-of-life. Additional studies should be conducted to supplement our knowledge on the subject and improve care.

Acknowledgements

This study was supported by the Ministry of Health, Labour and Welfare. We extend our appreciation to all members of the Japanese Society of Hospice and Home-care, especially Mr. Nobuyoshi Daito and Mr. Sunchi Ryan. We also thank the following research assistants: Ms. Noriko Sano and Mr. Minoru Nishi.

References

1. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Characteristics of palliative care for elderly cancer patients—a pilot study at our hospital. *Geriatr Med.* 1997;35:1505–1511. (in Japanese)
2. Cobb JL, Glantz MJ, Nicholas PK, et al. Delirium in patients with cancer at the end-of-life. *Cancer Pract.* 2000;8:172–177.
3. Mercadante S, Casuccio A, Fulfaro F. The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. *J Pain Symptom Manage.* 2000;20:104–112.

4. Smith EL, Hann DM, Ahles TA, et al. Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21:323–329.
5. Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given BA. Symptomatology and loss of physical functioning among geriatric patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19:249–256.
6. Gift AG, Jablonski A, Stommel M, Given W. Symptom clusters in elderly patients with lung cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31:203–212.
7. Nugent WC, Edney MT, Hammerness PG, et al. Non-small cell lung cancer at the extremes of age: impact on diagnosis and treatment. *Ann Thorac Surg*. 1997;63:193–197.
8. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S, Ichiki T. Symptom prevalence and risk factors in terminally ill cancer patients. *Gan No Rinsho*. 1998;44:879–884. (in Japanese)
9. Baider L, Andritsch E, Uziely B, et al. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003;46:5–16.
10. Sauvaget C, Tsuji I, Li JH, Hosokawa T, Fukao A, Hisamichi S. Factors affecting death at home in Japan. *Tohoku J Exp Med*. 1996;180:87–98.
11. Conill C, Verger E, Henriquez I, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage*. 1997;14:328–331.
12. Tilden VP, Drach LL, Tolle SW. Complementary and alternative therapy use at end-of-life in community settings. *J Altern Complement Med*. 2000;8:897–906.
13. Burge FI, Lawson B, Johnston G. Home visits by family physicians during the end-of-life: does patient income or residence play a role? *BMC Palliat Care*. 2005;4:1.
14. Hirakawa Y, Masuda Y, Kimata T, Uemura K, Kuzuya M, Iguchi A. Effects of home massage-rehabilitation therapy for the bedridden elderly: a pilot trial with a three-month follow-up. *Clin Rehabil*. 2005;19:20–27.
15. Paice JA, Muir JC, Shott S. Palliative care at the end of life: comparing quality in diverse settings. *Am J Hosp Palliat Care*. 2004;21:19–27.
16. Donnelly S, Walsh D. The symptoms of advanced cancer. *Semin Oncol*. 1995;22:67–72.
17. Griffie J, Mckinnon S. Nausea and vomiting. In: Kuebler KK, Berry PH, Heidrich DE ed. *End-of-Life Care—Clinical Practice Guidelines*. Philadelphia: WB Saunders; 2002:333–343.
18. Komurcu S, Nelson KA, Walsh D, Ford RB, Rybicki LA. Gastrointestinal symptoms among inpatients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2002;19:351–355.
19. Uemura K. Characteristics of end-of-life care for the elderly. In: Iguchi A ed. *Future Gerontology*. Nagoya: Nagoya Daigaku Shuppan Kai; 2000:302–305. (in Japanese)

簡便な操作で痛みの強さを記憶する痛み計の臨床試行

深谷 陽子¹⁾, 安藤 詳子²⁾, 稲垣 聡美³⁾, 宮崎 雅之³⁾,
中村みゆき¹⁾, 澤井 美穂²⁾, 野田 幸裕³⁾, 神里みどり²⁾

1) 名古屋大学大学院医学系研究科博士前期課程, 2) 名古屋大学医学部保健学科看護学専攻, 3) 名古屋大学医学部附属病院薬剤部

受付日 2005 年 9 月 26 日 / 改訂日 2006 年 2 月 7 日 / 受理日 2006 年 4 月 17 日

本研究の目的は、患者が簡便な操作で随時、主観的な痛みの強さを記録できる「痛み計」を開発し、臨床における有用性を確認することである。「痛み計」(23cm x 6cm x 2cm, 160g) は、0-10 Numeric Rating Scale (NRS) を採用した 11 個の押しボタンを有し、患者が疼痛に相当する数値のボタンを押すとその数値と日時を記憶する。「痛み計」をパソコンに接続すると、痛みの強さをグラフとして印刷できる。研究方法は事例検討である。大学病院に入院中でがん性疼痛のある患者 1 例に 14 日間、痛み計の使用を依頼した。印刷したグラフは患者と医療スタッフに渡した。その結果、以下の点が示唆された。1. 0-10NRS を用いたことにより、患者は痛みを円滑に表現できた。2. 操作を簡便にしたことにより、患者は随時、入力できた。3. 1 日の痛みの推移をグラフで出力したことは、疼痛アセスメントに有効であった。

Keywords: 疼痛測定, 数値的評価スケール, がん性疼痛, 測定機器, 端末機

緒言

米国の Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) は、2001 年に疼痛を第 5 のバイタルサインと位置づけて全ての患者に疼痛のモニタリングが必要であることを明言した [1]。痛みを積極的にアセスメントし、緩和ケアを促進するためにその意義は高い。疼痛の強さは熱や脈と異なり、適切な客観的測定法は未だなく [2]、患者が主観的に認知する程度が指標となる。しかし、がん患者は痛みの訴えを躊躇する傾向 [3] があり、医療者が患者の主観的な疼痛をモニタリングすることは難しい。そのため患者による症状の記録が重要であり、近年では紙の記録から電子記録に変わり、携帯性やパソコンとの互換性に優れた Personal Digital Assistance (PDA) の開発について研究されている [4]。痛みの記憶は思い出した時の感覚に影響される [5] ため、PDA と紙の記録を比較した研究では、実際は多くの患者が振り返って記入していた紙の記録ではなく、入力時間が記録される PDA の有用性が報告されている [6]。しかし、PDA の操作は必ずしも患者にとって容易ではなく [7]、入力忘れが多いことも指摘されているため [8]、患者が簡便な操作で随時、主観的な痛みの強さを記録できる「痛み計」の着想に至った。本研究の目的は、「痛み計」を実際に事例に試みて有用性を確認することである。

方法

1. 痛み計の着想 (図 1)

痛み計は、縦 6cm, 横 23cm, 厚さ 2cm, 重量 160 g の電子機器であり、主観的な痛みの強さを記録するための道具である。痛みの強さの評価は、0(全く痛みが無い)から 10(最悪の痛み)

の Numeric Rating Scale (NRS: 数値的評価スケール) を採用した。操作は、患者が簡便に入力できることを重視し、電源を入れ、痛みの強さに該当する数値のボタンを押すという 2 つの手順とした。押した数値は表示窓に表示され、15 秒後に電源は自動的に切れる。入力された痛みのデータは、日時とともに痛み計内に記録され、専用のソフトをインストールしたパソコンに取り込むことによって出力することができる。本研究では、痛みの強さの推移が視覚的に分かるよう、1 日単位の折れ線グラフで印刷した。

2. 事例への試み

大学病院に入院中の患者に対し、試作した痛み計を 2 週間使用するように依頼して協力を得た。患者の負担を軽減するため入力時間や回数は任意とし、さらに入力回数は痛み計の簡便性を評価する指標とした。グラフは 1 日に 1 回出力し、患者と医療スタッフの双方に渡した。なお、本研究は名古屋大学医学部倫理委員会保健学部会の承認および対象施設の承諾を得て実施し、対象者に研究の主旨と倫理的配慮について説明して依頼し、文書で承諾を得た。



図 1. 痛み計。

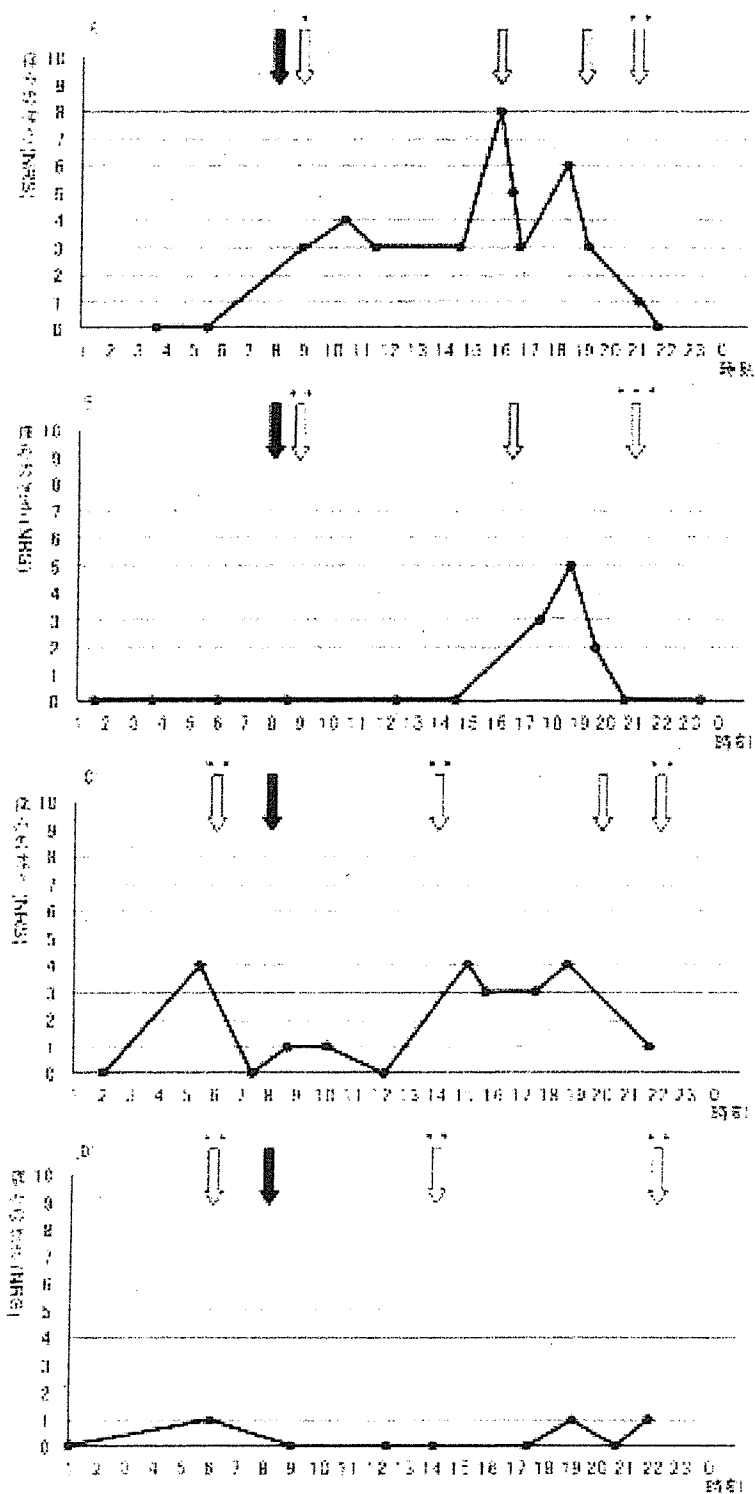


図2. 痛み計使用による痛みの強さの推移。(A) 痛み計使用2日目, (B) 痛み計使用6日目, (C) 痛み計使用10日目, (D) 痛み計使用13日目.

白色矢印: 塩酸オキシコドン徐放剤
 *5mg, **10mg, ***15mg
 灰色矢印: 塩酸モルヒネ内服薬 5mg
 黒色矢印: 非ステロイド性消炎鎮痛薬 10mg
 NRS: Numeric Rating Scale

結果

1. 事例紹介

A氏は58歳の女性で、肺がんの術後に気管支およびリンパ節転移に対して、化学療法と放射線療法を施行中である。左胸部と背部の疼痛に対して、塩酸オキシコドン徐放剤（以下、オキシコドン）と非ステロイド性消炎鎮痛薬を内服している。

2. 痛み計使用の実際（図2）

痛み計導入日（オキシコドン開始9日目）までのA氏は「痛かったけど、もうすぐ鎮痛剤の時間だから我慢してた。」と語り、痛みを我慢することがあった。痛み計導入当初は、レスキューを複数回使用する状況であり（図2-A）、まずオキシコドンを増量した（図2-B）。しかし、21時の定期内服前に疼痛が強くなる傾向があり、A氏本人の「薬が切れるせいか、夕方になると痛みが出てくる」という自覚を考慮して、痛み計9日目にオキシコドンをさらに増量し、12時間ごとの内服を8時間ごとの内服に変更したところ（図2-C）、痛み計13日目には終日0-1のレベルで過ごすことができるようになった（図2-D）。痛み計への入力操作はスムーズで、1日平均10.6（範囲：4-14）回であった。

A氏は、痛み計3日目に「昨日はつい我慢してしまい、本当に辛かった。だからか、レスキューを飲んでもあんまり効かなくて、また痛くなった。」とグラフを見て語り、痛み計7日目には「夜中は、オキシコドンが効いてるけど、トイレに行きたくて目が覚めるついでに記録してあるの。だから、0や1ばかりでしょ。このことも先生にも伝えなきゃね。」と説明した。また、痛み計を2週間使用した後に「疼痛が強くなったときに、その場で記録しておくことは難しいけど大切。値はすぐ忘れてしまうので、この器械があったのは本当に良かった。ぜひ改良して皆さんに使ってあげてほしい。」と感想を述べ、改良が必要な点として、小型化、起動時間の短縮などをあげた。

考察

A氏は0-10NRSを用いた疼痛の評価に混乱する様子はなく、痛みを数値化することができた。すべての患者が痛みの強さを数値化できるとは限らないが、痛み計に採用したことは妥当であったと判断できる。

A氏の入力回数が、1日平均10.6回であったことは、これまでに開発された疼痛を記録する電子機器では、1日3回と規定した入力回数のコンプライアンスが91-94%^[6, 8]、本研究と同様に入力回数を任意とした報告^[5]では平均6.08回であったことから、痛み計の操作の簡便性を支持する結果であった。

データをグラフとして出力したことにより、A氏と医療スタッフの双方にとって痛みの強さの推移が分かりやすくなった。A氏による痛み計3日目の振り返りは、グラフとして表示した痛みの強さを見たことで、改めて痛みと鎮痛薬のタイミングの理解につながったことを示した。医療スタッフは、グラフに表示された痛みの傾向とA氏の自覚をもとに、オキシコドンは1日2回の投与で有効とされる薬剤であるが、増量および1日3回の投与に変更した。実際の疼痛緩和は、オキシコドンの増量、投与間隔の短縮、化学療法および放射線療法の

影響といった様々な要因が考えられるが、医療スタッフに痛みの推移を視覚的に提示したことは、疼痛アセスメントの一助となったと言える。

A氏は痛み計によって、痛みの強さを随時、記録することの重要性や痛みの記録がサポートされたと感じ、そのデータを主体的に医療スタッフとの会話に活用していた。また、改善が必要な点も指摘しており、今後はさらに多くの患者で痛み計の効果を検証すること、および患者の意見とコストを考慮した改善を重ねることが課題である。

結論

疼痛のある患者自身が、簡便に痛みの強さを入力できる痛み計を開発し、1事例に試みた結果、入院患者が痛み計を使用することは、以下の点でペインコントロールに役立ち、有用な道具としての可能性を示唆した。1. 痛み計に用いた0-10NRSによって、患者は痛みを円滑に表現できた。2. 痛み計の操作は簡便でシンプルな機能にしたことにより、患者は随時、入力できた。3. 1日の痛みの推移をグラフ化して視覚的に分かりやすく出力することは、疼痛アセスメントに有効であった。

ただし、今回は1事例であるため、より多くの患者の協力を得て検討を重ねる必要がある。

引用文献

- 1) 熊澤孝朗. "痛みの10年宣言"と脳の世紀. 医学のあゆみ 2004; 211(5): 605-609.
- 2) 嶋津秀昭, 瀬野晋一郎, 加藤幸子, 他. 電気刺激を利用した痛み定量計測法の開発と実験的痛みによる評価. 生体医学 2005; 43: 117-123.
- 3) 西川晶子, 安藤祥子, 神里みどり, 他. がん性疼痛管理の妨害因子に対する看護師の認識. がん看護 2004; 9: 74-79.
- 4) Mick P. Couper. Technology Trends in Survey Data Collection. Social Science Computer Review 2005; 23: 486-501.
- 5) Wendy B. Smith, Martin A. Safer. Effects of Pain Level on Recall of Chronic Pain and Medication Use. Pain 1993; 55: 355-361.
- 6) Arthur A. Stone, Joseph E. Schwartz, Michael R. Hufford. Patient Compliance with Paper and Electronic Diaries. Controlled Clinical Trials 2003; 24: 182-199.
- 7) Jan Gaertner, Frank Elsner, Klaus Pollmann-Dahmen, et al. Electronic Pain Diary: A randomized Crossover Study. Journal of Pain and Symptom Management 2004; 28: 259-267.
- 8) Leslie A. Aaron, Lloyd Mancl, Judith A. Turner, et al. Reasons for missing interviews in the daily electronic assessment of pain, mood, and stress. Pain 2004; 109: 389-398.

謝辞

本研究にご協力頂きました患者様、病院スタッフの皆様、厚く御礼申し上げます。なお、本研究は平成16-17年度文部科学省科学研究費（萌芽研究）の助成を受けており、特許出願中（特願2004-378244）である。

Trial test of the "Itamikei", a pain meter and its ease of operation for clinical practice

Yoko Fukaya¹⁾, Shoko Ando²⁾, Satomi Inagaki³⁾, Masayuki Miyazaki³⁾,
Miyuki Nakamura¹⁾, Miho Sawai²⁾, Yukihiko Noda³⁾, Midori Kamizato²⁾

1) Master Course, Graduate School of Medicine, Nagoya University,

2) Department of Nursing, School of Health Sciences, Nagoya University,

3) Department of Hospital Pharmacy, Graduate School of Medicine, Nagoya University

Keywords: pain measurement, Numeric Rating Scale, cancer pain, measuring instrument, electronic measurement

The purpose of this study was to develop the "Itamikei", a small machine which records the subjective level of pain between 0-10. In addition to testing its ease of operation and usefulness in the clinical practice environment.

The "Itamikei" is 23 cm x 6 cm x 2 cm. It weighs 160 grams. It has 11 buttons, relating to the 0-10 Numeric Rating Scale (NRS). Each time a button is pushed the level of pain is recorded, along with the time and date. Later, this data can be transferred to computer displayed graphically showing the patient's subjective level of pain.

This research was a case study for using the "Itamikei". One in-patient at the university hospital who had cancer pain was asked to use the "Itamikei" for 14 days. A graph was printed out and given to both the patient and the medical staff.

The results suggest the following:

1. Using the 0-10 NRS the patient could easily express her level of pain.
2. Because the "Itamikei" was easy to operate, the patient found no difficulty in entering her level of pain.
3. In graph form the daily transition in pain levels can be easily analyzed, and a program for managing pain can be prepared.

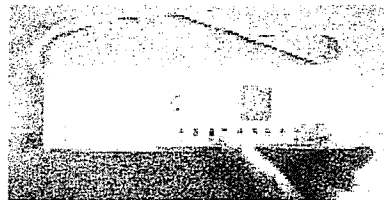


Figure 1. The "Itamikei"

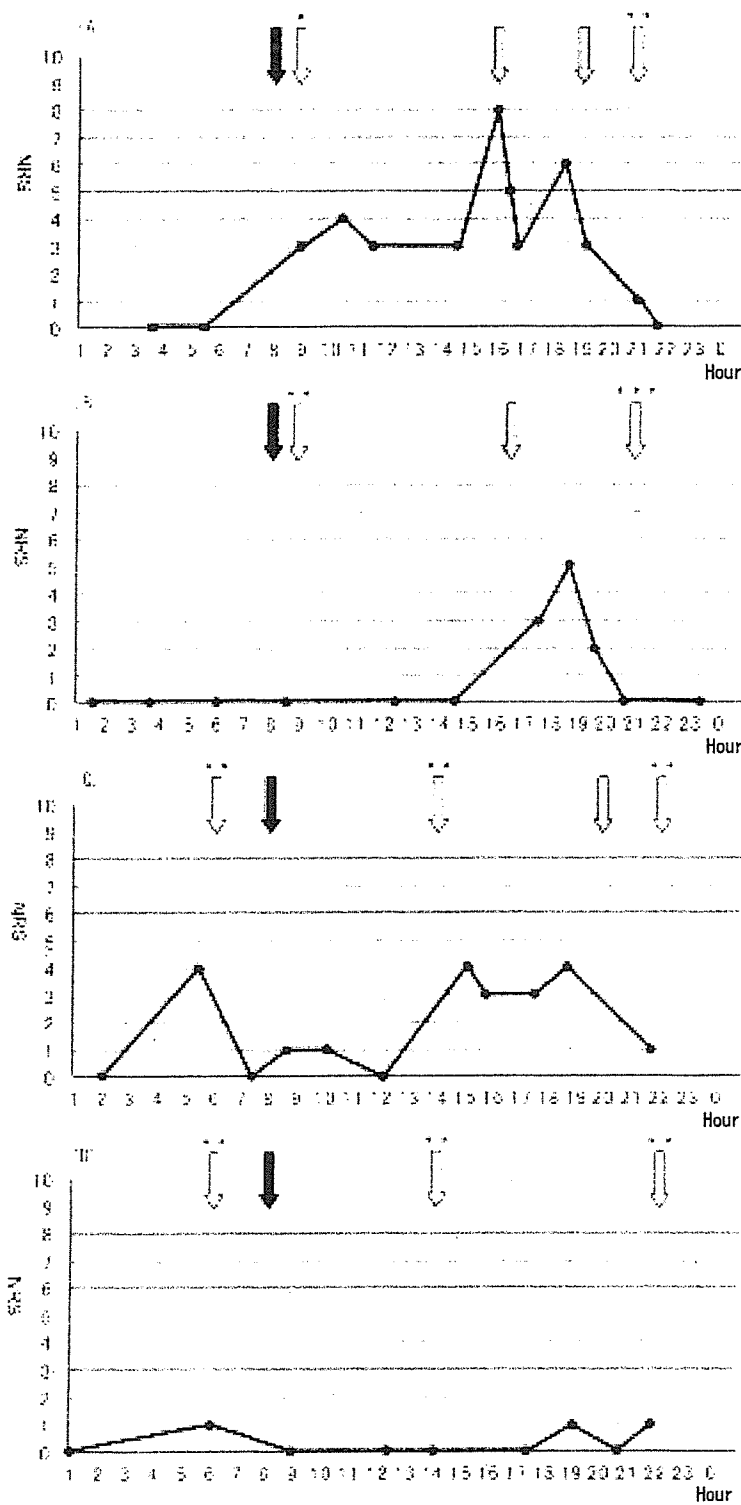


Figure 2. Transition of pain level using the "Itamikei" on the second day (A); sixth day (B); tenth day (C); and thirteenth day (D).
 white arrow: oxycodone *5mg, **10mg, ***15mg
 gray arrow: morphine 5mg
 black arrow: NSAIDs (meloxicam) 10mg
 NRS: Numeric Rating Scale.

研究報告

高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験

繁澤 弘子^{*1}, 安藤 詳子^{*2}, 前川 厚子^{*2}

The Experiences During Treatment at Home of Elderly Cancer Patients in the End-of-life and of Family Caregivers

Hiroko SHIGEZAWA^{*1}, Shoko ANDO^{*2}, Atsuko MAEKAWA^{*2}

^{*1}Nagoya University Graduate School of Medicine

^{*2}Nagoya University School of Health Sciences

Key Words : 高齢者, 終末期, がん患者, 家族, 在宅ケア

Elderly people, End-of-life, Cancer patients, Family caregivers, Home care

要 旨

本研究の目的は、高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験を明らかにし、より適切な在宅療養支援について示唆を得ることである。高齢な終末期がん患者と家族を1組とする9組を対象に、参加観察法と半構成的面接法を用いてデータを収集し、質的帰納的に分析した。

分析の結果、以下のようなカテゴリーにまとめられた。患者は【症状改善と行動拡大への希望】をもち、家族は【状態改善と患者の願い成就への希望】をもって、一貫して患者と家族は可能性にかける気持ちもち続けた。患者は【現実との折り合い】をつけながら【自分が生きた証】を確認した。家族は【共に苦悩】しつつ、【体験と家族協調性に基づいて介護】していた。また、穏やかな最期を迎えた患者には【自他認知の拡大】による【最期まで生きる充実感】がみられ、最期を見取った家族には【自他認知の拡大】による【最期を看取る充実感】が認められた。

患者と家族の希望を支えることが必要であり、また、家族に対してその歴史と協調性を洞察しつつケアすることの重要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the experiences during treatment at home of elderly cancer patients in the end-of-life and the family caregivers, and to get the suggestions for supporting home care adequately. The participants were nine-set elderly cancer patients in the end-of-life and family caregivers. Data were collected through semi-structured interviews and participant observations, and analyzed by inductive coding.

The following results were obtained. The patients had “hopes for improvement of symptoms and enlargement of actions of daily life”, and family caregivers had “hopes for improvement of patient’s conditions and the accomplishment of patient’s wishes”. The patients and the family caregivers continued having a feeling to bet on possibility consistently. The patients confirmed “the proof in which they lived”, making “a compromise with reality”. The family caregivers “suffered with their patients”, and “took care of their patients based on experiences and family cooperativeness”. “A life substantiality feeling” by “expansion of oneself-and-others cognition” was seen by the patient who saw the quiet last moment. Moreover, the family caregiver who tended the last moment gained “a substantiality feeling of end-of-life care” by “expansion of oneself-and-others cognition”.

It is required to support the hope of a patient and a family, and the importance of being cared discerning the history and cooperativeness to a family was suggested.

^{*1} 元) 名古屋大学大学院医学系研究科 ^{*2} 名古屋大学医学部保健学科看護学専攻

I. 緒 言

人口の高齢化に伴い、高齢ながん患者の割合は年々増え続け、2002年現在で65歳以上のがん患者の割合は31%を占めている¹⁾。在宅で終末期がん患者が療養する場合、症状コントロールや介護上の困難は多く、病状の進行と共に喪失体験を重ね、限られた命を生きている患者とその家族の苦悩は重く複雑である。家族は、介護者の役割と共にこれまで患者が担っていた家庭内の役割を代行しつつ生活を維持していかなければならない。在宅における高齢な終末期がん患者と家族はどのように療養生活を体験し、また、患者の療養と家族の介護のあり方はどのように関係しあっているであろうか。これまで、在宅療養中の終末期がん患者を対象にした研究²⁾や、入院患者の体験に基づく研究^{3), 4)}、患者の苦悩や希望に焦点を当てた研究⁵⁾⁻⁷⁾がみられる。家族については、介護者の苦悩や満足について報告されている^{8), 9)}。しかし、在宅において高齢な患者と家族を同時に対象としてその体験をありのままに記述し、その関係性を探求した研究報告は少ない。そこで、本研究は、高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験の意味を明らかにし、その関係性を検討し、より良い在宅療養支援について示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は帰納的アプローチによる質的研究方法をとる。質的研究は全体的な世界観を基礎にして生活体験を記述し、生活体験に意味を付与するために用いられる系統的で主観的なアプローチである¹⁰⁾。患者と家族の療養体験は、経時的に変化する各々の主観的体験であり、そのありのままの体験を記述して、その意味を明らかにすることとした。そして、患者と介護する家族の関係性を探るために、概念間の関係や変化する現象を説明するのに適切であるグラウンデッドセオリー法¹¹⁾を参考にした。

なお、本研究において用いる「関係性」とは、「高齢な終末期のがん患者が在宅で療養する体験において、患者と介護する家族との間に起こるつながり」とした。

2. 対 象

対象は、岐阜県と愛知県の訪問看護ステーション

7施設における利用者の中から、施設管理者によって対象者に該当すると判断された高齢がん患者と家族である。医師が概ね予後6ヶ月と判断した終末期のがん患者と介護する家族であり、調査に同意が得られたものである。終末期については、柏木¹²⁾による「あらゆる集学的治療をしても治癒に導くことができない状態で、むしろ積極的な治療が患者にとって不適切と考えられる状態をさす。通常生命予後が6ヶ月以内と考えられる状態」の定義を採用して目安とした。

3. データ収集の方法

半構成面接法と参加観察法を用いて、2003年4月から8月の5ヶ月間にデータを収集した。患者宅を訪問し、患者と家族に対して関係性を探る視点から同時に面接した。但し、病名が告知されていない場合は、別室にて個別に面接した。「病気の経過とその時の気持ち」「前回調査日から変化したことと現在の気持ち」について、対象者の負担を考慮して30分から1時間程度を目安に面接し、患者と家族に了解を得てテープに録音した。また、訪問看護師に同行して訪問看護場面における患者と家族の行動や表情を参加観察した。この時の会話内容について、患者と家族および訪問看護師の了解を得て、参加観察場面の全過程をテープに録音した。了解が得られなかった場合は、観察終了後に状況と合わせてフィールドノートに記載した。録音された内容は逐語録にまとめた。対象者の年齢、職業、既往歴、家族構成、現病歴などの属性については、面接時間を短縮して対象者の負担を軽減できるように、看護記録から情報を収集した。

4. 分析方法

患者と家族に対する面接と訪問看護場面の逐語録とフィールドノートをもとに、患者と家族の療養体験に関連する文脈を抽出し、名称をつけコードとした。次に類似の意味を示すコードを分類してまとめてサブカテゴリーを構成し、さらに抽象度を高めてカテゴリー化を進め、因子探索的に内容を分析した。最初に、抽出したカテゴリーを患者と家族の療養体験について経時的に当てはめた。次に、患者のカテゴリーと家族のカテゴリーの特徴と差異を比較し、類似したカテゴリー間のつながり方について、訪問看護場面の状況を含め総合的に吟味して関係性を表現し構造化した。分析にあたり、がん看護およびターミナルケア分野

の看護研究者2名のスーパーバイズを分析段階ごとに受け、その妥当性を高めるように努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は終末期がん患者の家庭に訪問して調査するため、慎重に患者と家族の身体面・精神面に配慮した。面接者は訪問看護ステーション管理経験者であり、患者と家族に対して総合的かつ倫理的に判断するように努める旨を訪問看護ステーションの施設管理者に説明して協力を依頼し承認を得た。患者と家族に対して、研究の趣旨と内容、プライバシーの保護・研究参加の同意拒否や撤回の権利について文書にて十分に説明し、協力を依頼して了解と同意書の署名を得た。同様に、参加観察の訪問看護場面に居合わせる訪問看護師の了解と同意を得た。なお、本研究は名古屋大学看護研究合同委員会の審査を受け承認を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は患者と家族を1組とする9組(表1)で、患者9名の平均年齢は77(SD:8.5)歳で68歳から93歳の範囲であり、家族8名の平均年齢は65(SD:10.8)歳であった。病名告知は6

名、予後告知は3名の患者が受けていた。患者への面接は、病状により実施困難な2名を除く7名に行い、家族への面接は、同居介護者のいない1名を除く8名に実施した。総面接回数は34回で平均面接時間は39分であった。訪問看護場面の参加観察は延べ18回で、平均観察時間は43分であった。

2. 患者の療養体験の様相

患者の療養体験に関するデータ120件から30コードが抽出され、11サブカテゴリー、以下の5カテゴリーにまとめられた。抽象度の高い順にカテゴリー【 】,サブカテゴリー『 』、コード< >の順に示す(表2)。

①【症状改善と行動拡大への希望】のカテゴリーは、患者が最期まで生きる拠り所としてもち続けた希望であり、サブカテゴリーは『症状改善への希望』『行動拡大への希望』『可能性へかける気持ち』であった。患者は<疼痛緩和と症状回復への希望>をもち、症状の改善後は<身体活動の拡大><楽しみの拡大><社会的交流>を願っていた。患者Hの語り:「痛みをとって体力を整えてねえ。そうしてその辺の散歩からスタートしてねえ、散歩できるようになったり

表1. 対象者の概要

事例	患 者							家 族				訪問看護 の参加観 察回数
	年齢	病 名	告 知		調査期間 (日)	転帰	面接 回数	続柄	年齢	同居の 介護者	面接 回数	
			病名	予後								
A	86	胆のうがん	無	無	30	入院	1	嫁	64	有	1	1
B	71	直腸がん	有	無	76	入院	困難	妻	68	無	2	4
C	93	肝臓がん	無	無	95	死亡 (在宅)	1	嫁	53	有	2	4
D	68	直腸がん	有	無	40	入院	1	不在				2
E	80	膀胱がん	無	無	87	入院	1	嫁	46	無	2	1
F	77	上行結腸がん	有	有	57	不変	2	妻	77	有	2	1
G	83	大腸がん	有	有	56	死亡 (病院)	1	妻	76	無	2	1
H	69	悪性胸膜中皮腫	有	有	55	死亡 (在宅)	7	妻	64	有	7	1
I	72	胃がん	有	無	41	入院	困難	夫	72	無	1	2
平均	77				59.6日間			1.5			2.2	2

表 2. 終末期がん患者の療養体験の様相

(120 データ) () 内はデータ数を表す

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	データ数
症状改善と行動拡大への希望 (22)	症状改善への希望 (4)	疼痛緩和への希望	2
		症状の回復への希望	2
	行動拡大への希望 (8)	身体活動の拡大への希望	4
		楽しみの拡大への希望	3
		社会的交流への希望	1
	可能性にかける気持ち (10)	希望の変化	2
		状態改善の可能性への期待	2
良い変化への注目		6	
現実との折り合い (25)	生活力の喪失と持てる力の発揮 (15)	生活力の喪失	9
		持てる力の発揮	6
	病の進行への順応 (10)	仕方がない	5
		不治の覚悟	2
自分が生きた証 (41)	人生の語り (28)	現役活躍時の語り	10
		体験から生まれた信念の語り	5
		衝撃的な体験の語り	13
	最期までの意思表示 (13)	意思をかなえる力	5
		反応する力	3
		自己決定する力	5
		気持ちの安定	1
自他認知の拡大 (17)	自己認知の拡大 (6)	人生観の深まり	3
		自己認識の変化	3
	他者認知の拡大 (11)	家族愛の認知	5
		他者の気遣いの認知	2
		周囲への感謝	4
最期まで生きる充実感 (15)	安心感 (9)	支えの実感	4
		気がかりの解消	4
		安心感	1
	生存充実感 (6)	生きる充実感	3
		幸福感	3

したいねえ。」しかし、病状の進行につれく希望の変化>が起り、無理と思いつつも状態改善の可能性への期待>をもち続け、最期まで病状進行や自分にとっての不都合よりも良い変化に注目>する傾向がみられた。

- ②【現実（生活力の喪失と病の進行）との折り合い】のカテゴリーは、患者が苦悩しながらも現実の状態に折り合いをつけていく過程であり、サブカテゴリーは『生活力の喪失と持てる力の発揮』『病の進行への順応』であった。患者は病気による<生活力の喪失>を語る一方で、現在の暮らしの中で<持てる力を発揮>する様子を語った。患者Fの語り：現役時代の活躍を話

した後、「そんな昔話があるだけで、今の大事な治療に対してはあかん。忘れてもうた。」とせん妄による記憶障害により、今の様子を語れないことを表現した。一方通所中のデイサービスでは、「場を盛り上げるよ。盛り上げたらんと介護士さん、一生懸命にやってもあほらしいやろ。」と気遣いをしている様子を語った。また、治らないなら<仕方がない>と諦め、<不治を覚悟>し、<病の進行による変化に順応>することが必要であると考えていた。

- ③【自分が生きた証】のカテゴリーには、サブカテゴリー『人生の語り』『最期までの意思表示』が含まれた。患者はしばしば自分のこれまでの

人生を語った。その内容は<現役活躍時の語り><体験から生まれた信念の語り><衝撃的な体験の語り>であった。また、患者は治療について最期まで<自己決定>し、会話困難となっても流涙により<反応する力><意思をかなえる力>をもっていた。患者Fの語り：「一番最後の兵隊や、南京の士官学校におった、終戦の時には二つ星に金筋が一本入って幹部候補生やった、……終戦から勤めは農協で46年、そりゃあ、ものすごい頑張ったよ……」と目を輝かせた。

- ④【**自他認知の拡大**】の категорияは、安穩な死を迎えた患者Hにみられ、サブcategory『**自己認知の拡大**』『**他者認知の拡大**』が含まれた。患者には<人生観の深まり><自己認識の変化>がみられ、<家族愛の認知><他者の気遣いの認知><周囲への感謝>を語った。患者Hの語り：「僕は本当に幸せな生活を送らせてもらっています。女房も子どももようやってくれるし、感謝して……」
- ⑤【**最期まで生きる充実感**】の categoriaは、【**自他認知の拡大**】の categoriaが抽出された患者Hにみられ、サブcategory『**安心感**』『**生存充実感**』が含まれた。患者は<支えを実感>し、<気がかりの解消>を経て<安心感>を感じていた。そして、<生きる充実感><幸福感>を語った。患者Hの語り：「僕は先のことはあんまりねえ。クヨクヨ思うことは好きじゃあないから、一日一日、プロ野球の選手がよく言うように、今日一日大事にしたりとかさ、そういうこと言っとるでしょう。だから僕は今そういう心境ですな。」

3. 家族の療養体験の様相

家族の療養体験に関するデータ198件から34コードが抽出され、13サブcategory、以下の5categoryにまとめられた(表3)。

- ①【**状態改善と患者の願い成就への希望**】の categoriaは、家族の希望と願いであり、サブcategory『**現状維持と状態改善への希望**』『**患者の願い成就への希望**』『**可能性にかける気持ち**』が含まれた。家族は患者の状態について<現状維持><状態の改善><安寧><介護負担の改善>を願い、<患者の願いの実現><患者の満足>を希望していた。また、かなわぬと思いつつもこうあってほしいという願いを込めた

<状態改善の可能性への期待>をもち続け、患者のささやかな改善を喜びくよい変化への注目>をしていた。家族Bの語り：脳転移により発語が不自由になった患者が、5文字の言葉を話したことを喜んで、「5つ並べる言葉が言えるようになった。何か物言って伝えたい言葉が、5つの文字が言えるようになった。わしが昨日勘定しとった。」

- ②【**共に苦悩する家族(病状進行・せん妄症状)**】の categoriaにはサブcategory『**病状進行の不安**』『**生活の制約**』『**心身の疲弊**』『**せん妄症状による苦しみ**』『**反応回避と自己防衛**』が含まれた。家族は<疼痛><病状進行><見通し不明>の不安を抱え<介護中心の生活>を送り、<生活が制限>されていた。家族は全員が<病に巻き込まれ>ており、強いストレス状態の中で介護を続け、<心身の不調>を抱えながら<疲労の蓄積>状態にあった。家族Hの語り：「もう親子、家族全部が巻き込まれ、家族が病んどるんですよ。これ、本人よりもね。朝から晩までここにおると、本当私の方が滅入っちゃう。で、自律神経失調症になって昨日医者へ行った。ここの肩が痛くなって。」また、せん妄症状を有する患者の家族は<患者の過去と現在の間隙>に悩み、<せん妄症状に戸惑い><介護に苦しむ>状態がみられ、患者に病名を未告知の家族には、<周囲からの反応回避><自己防衛>がみられた。
- ③【**体験と家族協調性に基づく介護**】の categoriaにはサブcategory『**過去に体験した介護の看取り認識への影響**』『**家族の協調性の介護認識への影響**』が含まれた。家族に、過去の体験に基づく<看取り体験の看取り認識への影響><死の日常経験と死生観の影響><介護体験の介護認識への影響><患者との共有体験の介護認識への影響><家族との不協和による否定的な介護認識><家族の協力による肯定的な介護認識>がみられた。家族Eの語り：夫との不仲について悶々とした思いを話した後で、姑である患者の介護に対する思いを「家は主人の協力を得ることが不可能で、やはり一番肝心な主人が答えを出してくれない人なので、本当に逃げ出したいというふうに思いました。」と語った。

表3. 終末期がん家族の療養体験と意思決定の様相

(198 データ) () 内はデータ数を表す

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	データ数
状態改善と患者の願い 成就への希望 (29)	現状維持と状態改善への希望 (16)	現状維持への希望	3
		患者の状態改善への希望	8
		安寧への希望	2
		介護負担の改善	3
	患者の願い成就への希望 (3)	患者の願いの実現	2
		患者の満足	1
	可能性にかける気持ち (10)	状態改善の可能性への期待	7
よい変化への注目		3	
共に苦悩する家族 (96)	症状進行の不安 (11)	疼痛の不安	2
		病状進行の不安	4
		見通し不明の不安	5
	生活の制約 (12)	生活の制限	6
		介護中心の生活	6
	心身の疲弊 (20)	病への巻き込まれ	6
		疲労の蓄積	5
		心身の不調	9
	せん妄症状による苦しみ (28)	患者の過去と現在の間隙	5
		せん妄症状にとまどう	9
		介護に苦しむ	14
	反応回避と自己防衛 (25)	周囲からの反応回避	18
		自己防衛	7
	体験と家族協調性に基 づく介護 (54)	過去の体験の介護・看取り 認識への影響 (32)	看取り体験の看取り認識への影響
死の日常経験と死生観の影響			6
介護体験の介護認識への影響			10
患者との共有体験の介護認識への影響			3
家族の強調性の介護認識へ の影響 (22)		家族の不協和と否定的な介護認識	14
		家族の協力と肯定的な介護認識	8
自他認知の拡大 (10)	自己認知の拡大 (5)	自己認知の変化	2
		人生観の深まり	3
	他者認知の拡大 (5)	患者に対する認知の拡大	2
		家族や親戚に対する認知の拡大	3
最期を看取る充実感 (9)	看取りの充実感 (9)	穏やかな最期	4
		悔いのない看取り	2
		満足な看取り	3

④【自他認知の拡大】のカテゴリーは看取りを行ったCとHの家族にみられ、サブカテゴリー『自己認知の拡大』『他者認知の拡大』が含まれていた。家族に自分を振り返り、これまで意識しなかった自分に気づく<自己認知の変化>と<人生観の深まり>、<患者><家族や親戚に対する認知の拡大>がみられた。家族Cの語り：「うん、おばあちゃんに教えてもらったと言うより、おばあちゃんが家に来たおかげで世

話したりして、いろんな周りが見えてきた感じがある……」

⑤【最期を看取る充実感】のカテゴリーは【自他認知の拡大】のカテゴリーが抽出されたCとHの家族にみられ、看取りについて<穏やかな最期><悔いのない看取り><満足な看取り>でよかったと語った。家族Cの語り：「おばあちゃんの最期は良かったから。眠るがごとく逝きましたもんで。傷の痛いところとかそういう

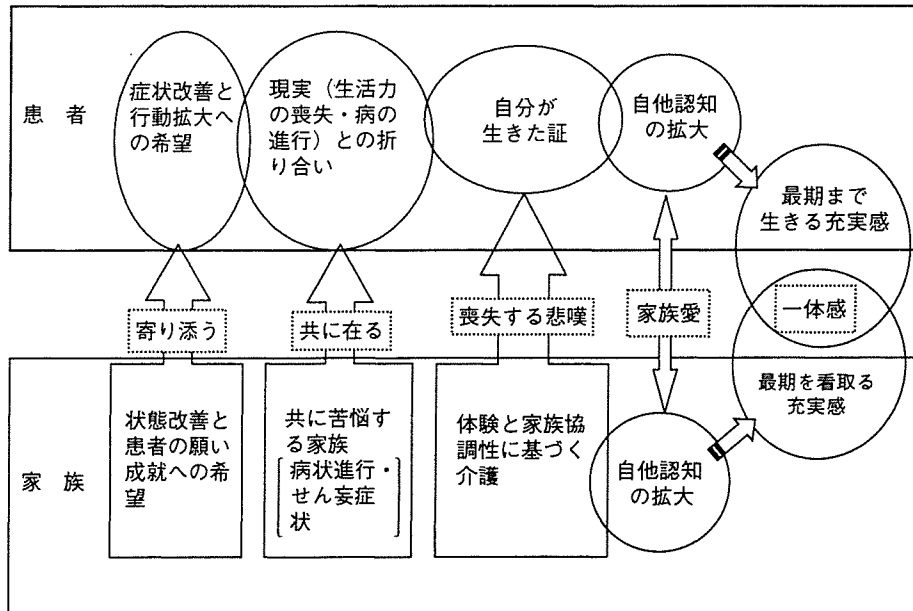


図1. 在宅における高齢な終末期がん患者と家族の療養体験の様相と関係性

こと一切なかったから、良かったなあと
 思っ
 て。だから別にあの、悔いとかそういうの
 ない。」

4. 患者と家族の療養体験の様相とその関係性

患者と家族の療養体験について、カテゴリー間のつながり方を訪問看護場面の状況を含め総合的に吟味して、関係性を表現し構造化した(図1)。関係性を“ ”で示した。患者の【症状改善と行動拡大への希望】に対して、家族は患者に“寄り添い”【状態改善と患者の願いが成就することを希望】した。しかし、<病の進行>に伴い<生活力の喪失>を体験し、患者は【現実との折り合い】をつけていく。家族は、患者が体験している<病状進行>や<せん妄症状>に【共に苦悩】し、その時間を患者のそばで“共に在った”。そして、患者は人生を振り返り【自分が生きた証】を確認し、家族は“喪失する悲しみ”を胸に秘め【体験と家族関係性に基づいて介護】していた。また、穏やかな最期を迎えた患者と家族には、【自他認知の拡大】がみられ、“家族愛”という絆で結ばれ、患者の【最期まで生きる充実感】と家族の【最期を看取る充実感】は相互に“一体化”して認められた。

IV. 考 察

1. 患者と家族の希望

本研究は、患者と家族が症状改善と行動拡大に対して『可能性にかける気持ち』をもち続けてい

ることを明らかにした。Kubler-Ross¹³⁾は臨死患者へのインタビューを通して死にゆく患者の心理的プロセスを示すと同時に、彼らは常に希望をもち続けていたと述べている。Frankl¹⁴⁾は、過酷な強制収容所での体験を通して「希望」こそが、人間が極限状態を生き抜くための精神的拠り所であったという。本研究で得られた、死を予感しながらもわずかながら良い変化に注目し、『可能性にかける気持ち』をもつ患者の様相は、安井ら²⁾が「在宅療養中の終末期がん患者は療養者である自分を受け入れながら、普通の人として社会に存在することを望み、最後まで自宅で生き抜いていこうと思っている」と報告した内容に類似していた。また、射場⁷⁾や山口¹⁵⁾も同様な希望の意味を捉えている。加えて、本研究において、家族は患者に寄り添う態度で、患者の願いが成就するように希望をもちつづけていることを示した。訪問看護師は、この患者と家族の希望を支えることを中核に据えてケアすることが必要であると思われた。

2. 現実と折り合いをつけながら生きた証を振り返る患者と共に苦悩しつつ体験と家族協調性に基づいて介護する家族

患者は身体的に徐々に衰弱し、避けることのできない『病の進行に順応』していった。終末期患者は死に臨み、時間存在としての将来を失うため、過去に向かう患者の意識は生の回顧として表出され、物語として再編することによって、自己

の生に意味と価値を求める患者のスピリチュアルな対処方策であるといわれている^{16),17)}。本研究で抽出された『人生の語り』では、患者は人生を振り返り語るにより自己の内面を見つめ、自己の価値づけを行っていたものと考えられる。そして、臨終時の呼びかけに反応した流涙による感情表出など『最期までの意思表示』の様相が観察された。村田¹⁸⁾は、「終末期患者は、さまざまな機能を喪失しても、なお知覚・思考・表現・行為の各次元での自律が可能であることを知り、これまでの自律概念を変換し、多次元の自律を知覚する」と述べ、「自律の本質は自己決定である」と強調している。本研究で観察された患者の『最期までの意思表示』は村田のいう「多次元の自律」の姿と考えられる。

家族は現実を折り合う患者のそばでそのつらい時間を一緒に過ごしながら【共に苦悩】していた。そして、生きた証を振り返る患者に対して、家族は【過去の体験と家族協調性に基いて介護】していた。患者と家族の共有体験は家族の苦悩に反映し、患者との関係が良好で過去に患者との肯定的な共有体験を多く語った家族ほど苦悩を多く語った。また、家族は自分が『心身の疲弊』状況にあっても無理をして懸命に介護を続けようとする傾向がみられた。Benner¹⁹⁾は「家族は患者が失ってしまったことを過去の能力に照らして見ていることが多く、その喪失を患者本人よりはっきり意識している」というが、関係の良好な家族ほど患者の喪失に対する否認や悲嘆の感情が強く、患者を思うがゆえに苦悩は大きいと考えられる。しかし、家族はそのような苦悩を抱えながら、患者の前では感情を抑え、明るく振舞い日々の介護にあたっていた。季羽²⁰⁾は、家族は患者の前で感情を抑制し、悲しみを心の奥深くに蓄積しているため、看護師が会話の中から感情を表出できるように促すことが、家族のストレス発散に重要であるという。家族を患者と共に苦悩する人と捉え、家族の歴史と協調性を洞察し、家族がどのような感情をもち介護しているのかをつかみ、必要に応じ感情表出を促すような訪問看護師の働きかけが重要である。

3. 自他認知の拡大が患者と家族にもたらした充実感

患者と家族にみられた【自他認知の拡大】と生存と看取りの【充実感】はNewman MA²¹⁾の健

康の理論による「意識の拡張」の現象であったと捉えられる。Newman MAは、人間にはどんなに困難な時でも自己組織化する力が備わっており、自己組織化をやり遂げたとき人間は大きく成長・成熟すると述べている。患者は身体的には衰弱し死を迎えたが、「体のほうはボツボツだけど、精神面は充実してきた。だんだん充実してきている」と語った言葉どおり、死の直前まで患者は成長し続けていた。家族は患者の最期まで自律した生き様を目の当たりにし愛おしさをもって懸命に介護し、家族愛の絆でつながっていたと考える。そして、患者の死が苦痛なく穏やかで大往生だったと感じられ、精一杯の介護をしたという思いが看取りの充実感を生み出して、両者は一体化したと捉えられた。この自他認知が拡張し充実感に至ったプロセスは、患者と家族の語りにもたすら耳を傾ける研究者があつて引き出され認識が強化され、研究者と対象者の相互作用によって生成されたとも思われる。本研究は、看護師が日常の実践の中で患者・家族に熱心な関心を示して傾聴することによって、患者と家族に生存と看取りの充実感をもたらす可能性があることを示した。

4. 本研究の限界と課題

本研究の対象者は高齢な終末期がん患者であり、病状により面接回数も異なり、データの偏りは否めない。病名告知を受けていない患者は9名中3名で、がんによる終末期と認識していない患者も含まれていたが、高齢で病気であることから人生の終焉を生活している状況にあり、在宅における高齢な終末期がん患者と家族の特性を反映しているものと考えた。対象者は9組と少数で、データの収集が十分とは言えず、患者と家族の療養体験における関係性については、コードの確定が困難でカテゴリーに抽象化できなかった。今後は、より対象者を増やしてデータを積み重ね、カテゴリーを精選する必要がある。

V. 結 論

本研究は高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験を明らかにした。患者と家族は最後まで状況が改善する可能性に「希望」をもち、患者は「現実と折り合い」「自分が生きた証」を語り、家族は患者と「共に苦悩」しつつ「体験と家族協調性に基いて介護」していた。ある患者に「自他認知の拡大による生存充実感」がみられ、

ある家族に「自他認知の拡大による看取りの充実感」が認められた。

謝 辞

本研究にご協力いただき、最期の貴重な時間を面接に提供して下さった患者さまとご家族の皆さまに心から感謝を申し上げます。本研究は財団法人笹川医学研究財団の助成によるものであり深謝致します。なお、本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科修士課程に提出した学位論文の一部を加筆訂正したものであり、この一部を第19回日本がん看護学会学術集会で口述発表した。

VI. 文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成13年度人口動態統計，32-33，2002.
- 2) 安井真由美，海老真由美，村山正子：在宅療養中の終末期がん患者の思い——3例の終末期がん患者を通して．日本地域看護学会誌 7(1): 49-54, 2004.
- 3) 水野道代，佐藤禮子：がん終末期における経験とその意味の研究．日本がん看護学会誌 9(1): 27-36, 1995.
- 4) 濱口恵子，小島操子：終末期がん患者がもつ不確かさと病・死への取り組み．日本看護科学会誌 14(3): 312-313, 1994.
- 5) Cherney NI., Coyle N., Foley KM.: Suffering in the advanced cancer patient: A definition and taxonomy. *Journal of Palliative Care* 10(2): 57-70, 1994.
- 6) Heaven C., Maquire P.: The relationship between patients' concerns and psychological distress in a hospice setting. *Psycho-oncology* 7: 502-507, 1998.
- 7) 射場典子：ターミナルステージにあるがん患者の希望とそれに関連する要因の分析．日本がん看護学会誌 14(2): 66-77, 2000.
- 8) Weitzner MA., Jacobsen PB., Wagner HJr., et al.: The Caregiver Quality of Life Index-Cancer Scale: Development and Validation of an instrument to measure quality of life the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research* 8(1/2): 55-63, 1999.
- 9) Rose Baker, Albert W Wu, Joan M Teno, et al.: Family Satisfaction with End-of-Life Care in Seriously Ill Hospitalized Adults. *Journal of American Geriatrics Society* 48: 61-69, 2000.
- 10) Burns N., Grove SK.: *The Practice of Nursing Research, Conduct Critique & Utilization*, Philadelphia WB Saunders Co., 2001.
- 11) 山本則子，萱間真美，太田喜久子，他：グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス，文光堂，東京，2002.
- 12) 柏木哲夫，藤腹明子 編集：ターミナルケア，31，医学書院，東京，2001.
- 13) Kubler-Ross E. 鈴木 晶 訳：死ぬ瞬間，232-260，読売新聞社，東京，1998.
- 14) Frankl VE. 池田香代子 訳：夜と霧，125-129，みすず書房，東京，2003.
- 15) 山口厚子：終末期がん患者の生きる意味の探求“底なし沼を泳ぎながら流木を探している”体験．看護研究 36(5): 49-61, 2003.
- 16) 村田久幸：スピリチュアルケアの実際「1」．ターミナルケア 13(1): 66-70, 2003.
- 17) O'Connor AP., Wicker CA., Germino BB.: Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing* 13(3): 167-175, 1990.
- 18) 村田久幸：スピリチュアルケアの実際「3」．ターミナルケア 13(3): 209-211, 2003.
- 19) Patricia Benner, Judith Wrubel: *The Primacy of Caring Stress and Coping in Health and Illness*, Addison-Wesley Publishing Company, Inc, 1989, 難波卓志 訳．ベナー／ルーベル現象学的人間論と看護．67, 100, 325, 医学書院，東京，2000.
- 20) 季羽倭文子：在宅末期がん患者とその家族の心を支える．がん看護 5(1): 44-47, 2000.
- 21) Margaret A. Newman. 手島 恵 訳：マーガレット・ニューマン看護論．43-57, 医学書院，東京，1995.

受付日：2006年2月27日
採択日：2006年6月28日

5. 介護保険の今後の課題

飯島 節

要約 介護保険制度は、「自立支援」と「居宅重視」を基本理念とし、介護の社会化を目指してスタートした。しかし、この5年間の実績をみると、制度利用者の自立度はむしろ低下（要介護度は上昇）し、施設待機者が急増するとともに、介護殺人はいっこうに減らないという結果となっている。

これに対して本年度の制度改革においては、「介護予防」のさらなる推進のために「新予防給付」を創設するとともに、介護施設の抑制方針は堅持しながら負担の公平化の名目で施設給付の見直しが図られている。

しかしながら、加齢にともなって徐々にあるいは新たな疾病によって自立度が低下することは避けられないことであり、「介護予防」の効果は限定的なものにならざるを得ないだろう。また、今後、独居高齢者や高齢者のみの世帯が急増することを考えると、在宅介護の今以上の拡大は不可能であり、結局、有料老人ホームなどの特定施設への依存度が高まる結果となることが予想される。

Key words : 介護保険, 施設待機者, 介護予防, 介護殺人, 有料老人ホーム

(日老医誌 2006; 43: 481-484)

はじめに

介護保険制度は、「自立支援」と「居宅重視」を基本理念とし、介護地獄の解消や介護の社会化を目指してスタートした。しかし、この5年間の実績をみると、制度利用者の自立度はむしろ低下（要介護度は重度化）するとともに施設待機者が急増するという、制度の理念とは逆の結果となっている。さらに高齢者の虐待や孤独死の問題があらためてクローズアップされている現状は、介護地獄の解消からもほど遠いと言わざるを得ない。

これに対して今回の改正においては、「介護予防」のさらなる推進のために「新予防給付」が創設されるとともに、負担の公平化の名目で施設給付が見直され、施設介護を抑制する方針は堅持された。

本講演では、この5年間を振り返りながら介護保険の今後の課題について検討したい。

要介護度の重度化

平成9年に制定された介護保険法では「保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう行われ（中略）なければならぬ（第2条第2項）」と定められている。この予防を重視する姿勢は、予防給付を認めてこなかった医療保険

制度のそれと対比されて、介護保険制度の画期的な特徴であると喧伝された。そこで要介護状態の軽減や予防に対する介護保険制度の効果に注目が集まった。しかし、制度開始後に要介護認定を受けた者の状態のその後の変化をみると、要介護状態が改善した者よりも重度化した者の方が圧倒的に多く、とくに予防効果がもっとも期待されていた要支援や要介護1の利用者における重度化が問題となった。たとえば、日本医師会総合政策研究機構の川越雅弘主任研究員による山陰地方における調査によれば、2000年に要支援と判定された者の過半数が2002年の判定では重度化しており、改善を認めた者は全体の10%にも満たなかった。こうした結果に対して、家事援助などの生活介護や電動ベッドなどの福祉用具の使用がかえって重度化を促進しているという根拠の乏しい説が唱えられ、これらのサービスの利用抑制や介護予防のさらなる推進が図られるにいたった。

ここで注目されるべきは重度化ばかりではなく死亡者の多いことである。たとえば東京都千代田区の3年間の変化をみると、この間に死亡した者が全体の約40%（1,296人中512人）に達している（図1）。前記の川越の報告でも全体の約25%が2年間にうちに亡くなっている。いずれの調査でも死亡者の割合は要介護度が重いものほど高く、千代田区では要介護5と判定された者の7割近くが亡くなっている。

以上の要介護度の重度化や死亡者の多さは、すべての

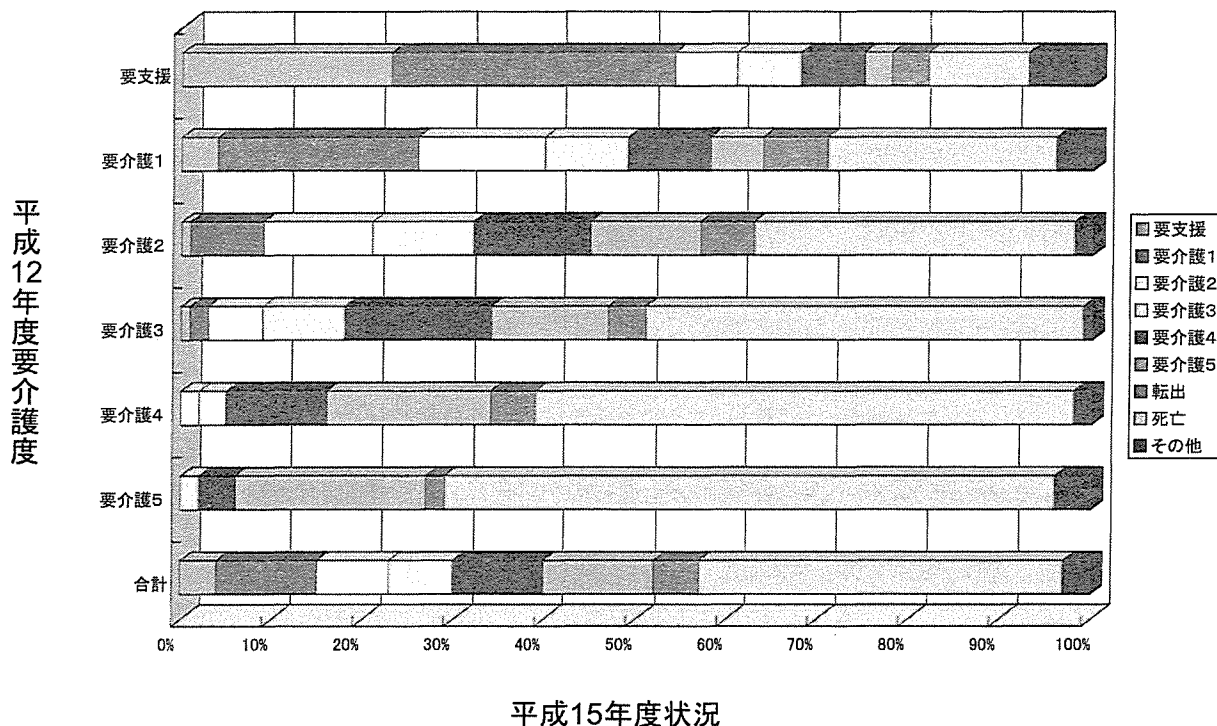


図1 平成12年度認定者の平成15年度状況（東京都千代田区）
平成12年度に要介護認定を受けた1,296人の平成15年度における状況を示している。

人にとって老化と死が不可避であることを考えれば、あまりにも当然の結果といえる。こうした高齢者を対象にして介護予防を成功させる、あるいは成功したかに見せかけるためには、予防に失敗した人々は早めに排除するという方法に行き着く危険をはらんでいる。本来ならそれとは逆に、予防に失敗して（正しくは、老化の自然な帰結として）重度の要介護状態になってしまった人の尊厳を守ることこそが、社会のセーフティーネットとしての介護保険制度の役割ではなからうか。

終末期の介護

終戦直後には年間100万人を超えていたわが国の総死亡数はその後急速に減少し、1950年代から80年代までは年間70万人前後で推移した。しかし高齢化の進展とともに死亡数は増加し始め、2003年には再び100万人の大台に達した。総死亡数の増加は今後も続き、国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2038年（平成50年）には年間170万人に達するとされている。しかも、その増加分のほとんどは高齢者によって占められるはずである。

一方、死亡場所の変遷をみると、1950年代には8割以上が自宅であったのに対し、近年は逆に8割以上が病院を中心とする自宅以外の場所となっている。すなわち

現在自宅で介護を受けながらそのまま亡くなる人は約10万人に過ぎず、今後増加する70万人分の終末期の介護をどこで誰が行うのかが大きな課題である。本来は、こうした終末期にある最重度の要介護者こそ介護保険サービスの主要な対象者であるべきである。しかし、今回の改正においても終末期の介護態勢にはほとんど改善が認められず、相変わらず家族の多大な負担を前提とした在宅死が望ましいとされたままである。

施設待機者の増加

介護保険制度発足と同時に施設待機者が急増した。厚生労働省によれば、2004年11月の時点で全国の特別養護老人ホームの入所待機者は延べ33万8,000人に上るといふ。これは全国の特別養護老人ホームの総定員にほぼ匹敵する数であり、仮に重複する申込がかなりあったとしても、介護施設の絶対数が決定的に不足していることは明らかである。この施設待機者の増加は、従来の措置制度から被保険者による選択制度に転換された結果であり、制度改革の趣旨からすれば被保険者の選択が尊重されなくてはならないはずである。すなわち多数の施設待機者を放置しておくことは、被保険者に対する保険者の債務不履行ということもできる。

こうした状況に対して国はさまざまな施設利用抑制策

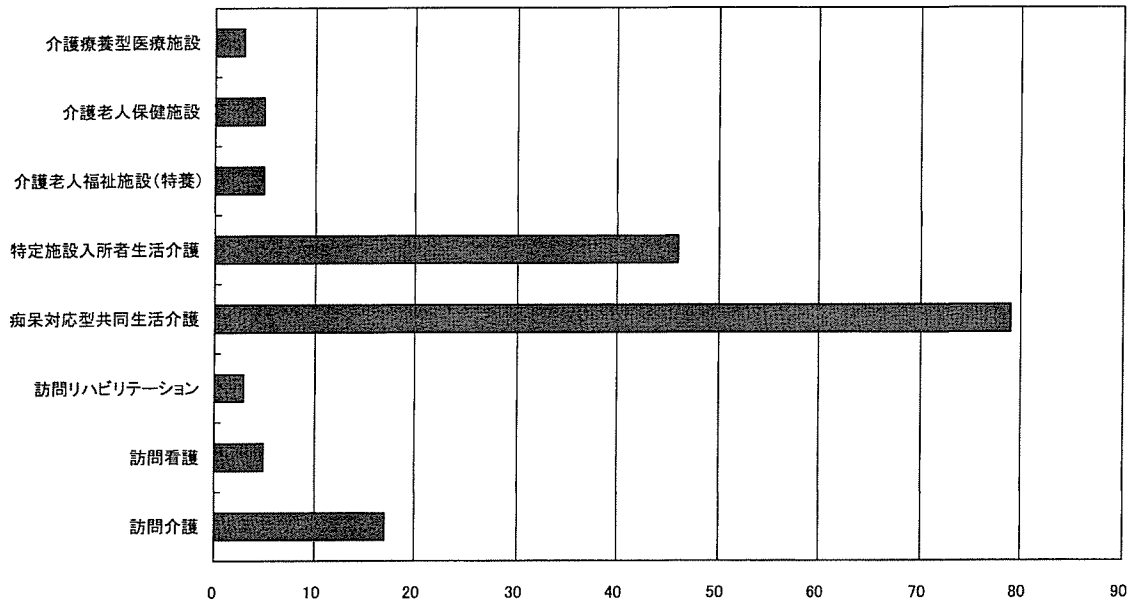


図2 サービス種別別受給者数伸び率

2003年1月のサービス種別別受給者数に対する2004年1月の受給者数の伸び率(%)を示している。

を講じてきた。今回の介護保険法の改正では、在宅と施設の利用者負担の公平性を確保するという建前のもとで、介護保険施設における食事と居住に要する費用を利用者が負担することになった。その結果、介護保険施設利用者の負担額は有料老人ホーム利用者のそれに限りなく近づく結果となった。

また、特別養護老人ホーム入居は介護保険制度発足当初は申込順とされていたが、国は「入所の必要性が高いと認められる入所希望者を優先的に入所させるよう努めなければならない」との省令を発し、市町村が独自の基準を設けて優先順位を決定するようになった。しかし、制度の本来の趣旨からすれば「入所の必要性」は被保険者が判断すべきものである。これを市町村の基準によって決定するのでは、措置制度への実質的な逆戻りであると言わざるを得ない。

グループホームと有料老人ホームの増加

介護保険施設の新設が抑制され待機者が増加する一方で、この5年間にグループホームと有料老人ホームが著しく増加した。これらの施設は介護保険制度上は居宅に分類され、前者では認知症対応型共同生活介護が、後者では特定施設入所者生活介護が提供されている。図2に示すように、2003年1月から1年間の増加率をみると他の介護サービスの伸びが頭打ちとなっているのに対して、両サービス受給者数だけが突出した高い伸び率を示している。この事実は自宅以外に介護場所を確保することの必要性を物語っており、両施設が本来なら介護保険

施設で介護すべき人々の受け皿となっていることを示している。

両施設には様々な業種の数多くの民間事業者が参入した。その結果施設間の競争が活発となり選択肢が増加したことは利用者にとっては好ましい変化である。これは「被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供される(介護保険法第二条第3項)」ことを目指した介護保険制度において、もっとも成功した部分であるといえる。

しかし、競争によってリーズナブルな選択肢が増加したとはいえ、それら施設の入居費用を負担してサービス選択の権利を行使できるのは、一部の裕福な高齢者に限られている。すなわち介護保険制度からもっとも大きな恩恵を受けたのはこれらの裕福な人々であるといえる。一方、有料老人ホームの費用負担に耐えられない一般の高齢者にとっては、介護施設の利用は以前よりかえって狭き門となってしまった。さらに今回の改正による介護保険施設費用の自己負担部分の拡大によって、その狭き門にもはじめてから並ぶことのできない人々の出現が危惧されることとなった。

災害復興住宅にみる孤独死

阪神淡路大震災後10年を経た災害復興公営住宅では、新たな生活の場を確保できない高齢者ばかりが取り残される傾向にある。その結果、入居者の高齢化率はいずれの住宅でも30%を超え、近未来の超高齢社会のモデル