

研究報告

# 高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素 —一介護する配偶者の内的心情を中心に—

Supportive and Hindering Factors Affecting the Will to Continue Home Care in the Case of Elderly Couples—With a Focus on the Mindset of the Care-giving Spouse

高橋(松鷯)甲枝<sup>1)</sup>, 井上範江<sup>2)</sup>, 児玉有子<sup>2)</sup>

Katsue Takahashi(Matsuu), Norie Inoue, Yuko Kodama

キーワード: 高齢者夫婦, 在宅介護, 介護継続

Key words: elderly couples, home-care, continuing home-care

## Abstract

In this study, the mindset of care-giving spouse was investigated via a qualitative approach to determine supportive and hindering factors affecting their will to continue home care in order to throw light on situations where care of one elderly spouse by another is carried out at home. Eight factors supporting this will to continue were established, being a "feeling that the care is worthwhile", "attachment to the cared for spouse", a "feeling of affection", a "feeling of devotion", "obligation to the cared for spouse", "peace of mind", a "means of diversion", and "lack of a feeling of burden". "Attachment to the cared for spouse" and the "feeling of affection" were both considered to support the feeling of self-sacrifice, or the "feeling of devotion". The "feeling that the care is worthwhile" was considered to directly support the will to continue home care of the spouse.

On the other hand, six factors that hindered the will to continue home care were established, being a "feeling of irritation", a "sense of despair", a "sense of hopelessness", "anxiety", "loneliness", and a "hemmed-in feeling". The "feeling of irritation" was considered to be a factor directly hindering the will to continue spousal home care. It was conjectured that caregivers conduct home care with conflicting feelings of obligation born of a reaction to the "sense of hopelessness", and the "feeling of devotion". This study indicated the necessity of having nursing staff involved in the home care in such a manner that the care-giving spouse him/herself can confirm the effects of his/her care, thus reducing the burden on that spouse caused by feelings of self-sacrifice.

受付日: 2006年2月6日 受理日: 2006年8月14日

1) 西南女学院大学保健福祉学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University 2) 佐賀大学医学部看護学科 Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

## 要 旨

本研究は、高齢者夫婦二人暮らしの介護がどのように継続されているかについて示唆を得るため、介護継続の意思を支える要素と妨げる要素の二つの側面から介護する配偶者の内的心情を探索した。その結果、介護継続の意思を支える要素は、『やりがい』、『被介護者への愛着』、『慈愛の気持ち』、『献身的な思い』、『被介護者への恩義』、『安心感』、『気晴らしがあること』、『負担に思わないこと』の8つのカテゴリーが抽出された。『被介護者への愛着』は『慈愛の気持ち』とともに『献身的な思い』という自己犠牲の感情を支えていると考えられ、『やりがい』は介護継続の意思を直接的に支えていると考えられた。一方、介護継続の意思を妨げる要素は、『いらだたしさ』、『閉塞感』、『不安感』、『諦めの気持ち』、『孤独感』、『周囲への気兼ね』の6つのカテゴリーが抽出された。『いらだたしさ』は直接的に介護継続の意思を妨げる要素だと考えられた。介護者は、夫婦二人暮らしの中で、『諦めの気持ち』から生じたやらざるを得ない気持ちと『献身的な思い』とのせめぎあいの中で介護を行っていることが推察された。看護職は、介護者自身が介護の効果を確認できるように関わり、自己犠牲の思いにつながる負担を軽減することの必要性が示唆された。

## I. はじめに

わが国では、核家族化、少子化、女性の社会進出等により、子どもと同居する高齢者の割合が減少し、夫婦のみで暮らす高齢者が増加している。その背景には、子どもとの同居に関する意識が変化し、必ずしも子どもとの同居を望んでいない高齢者が増加していることがその要因の一つにあげられており、高齢者夫婦二人暮らしは今後もさらに増加すると考えられている(厚生労働省, 2003)。このような変化の中で、65歳以上の要介護者と同居している主な介護者の約4分の1が配偶者で、介護の担い手の多くは介護サービスを利用しなければならない現状にある(内閣府, 2003)。このように夫婦間における高齢者が高齢の配偶者を介護するといった形態は、今後さらに増加する可能性があり、高齢者夫婦における介護がどのように継続されているのかを検討することは重要な意義をもつと考えられる。

これまでに高齢者夫婦における介護に焦点を当てた研究はほとんどない(掛本, 2000; 大塚, 2001)。しかしながら、介護に関する研究は数多くされており、介護体験の否定的側面だけでなく、肯定的側面からの研究も進められている。否定的側面の研究では、主として介護負担に焦点を当てた介護負担を追及したもの(上田ら, 1989)、負担尺度開発(中谷ら, 1989)やストレス-対処(翠川, 1993; 岡林ら, 1999)等の研究が行われている。一方、介護に関する肯定的側面の研究が行われるようになったのは最近のことで、生活満足度(山田ら, 1998; 杉澤ら, 1992)、継続意向(齊藤ら, 2001)、生きがい感(山本ら, 2002)等の概念を用いて

研究が行われている。肯定的側面の研究から、介護者は負担感や疲労感を抱きながらも介護に対する満足感や生きがい感を見出して介護を続けていることが明らかになってきている。さらに、介護の否定的側面と肯定的側面は同一連続体の両端に位置する関係ではなく、それぞれが独立して存在するといわれており、介護者の体験の全体像を把握するには両方の側面に注目する必要性が指摘されている(Lawton et al., 1989; Skaff et al., 1992; 山本, 1995)。

そこで、①何が介護をする意思を促進するのか、②何が介護をする意思を阻害するのか、の2つの観点から、高齢者夫婦二人暮らしにおける介護生活の継続に影響する要素を介護者の内的心情を中心に明らかにすることを目的とした。なお、内的心情については、介護者の顕在化されたものだけでなく、潜在的な介護者の介護に対する思いも含め検討した。

## II. 研究方法

## 1. 対象者の基準と人選方法

対象者の基準を、①夫婦二人暮らしであること、②介護者、被介護者ともに65歳以上であること、③介護期間は6カ月以上であることとした。なお、在宅介護期間が6カ月未満では抑うつ傾向にあり、6カ月から1年群ではやや改善していたという報告から(杉原ら, 1998)、介護期間6カ月以上は在宅での介護生活がある程度落ち着いた時期であると考えて設定した。④介護者も高齢であり何らかの健康上の問題を抱えている場合が多いため、介護者が要支援の場合も対象者とした。

対象者の人選は、政令指定都市であるK市の4カ所の訪問看護ステーションの施設管理者に、研究概要を説明し、紹介された中から上記基準にそって研究者が人選を行った。

## 2. データ収集方法

データ収集期間は2003年6月から同年11月であった。データ収集方法は半構成面接にて行った。面接は、介護者が高齢であること、日頃の介護疲労があることを考慮して、面接時間の短縮を図るために対象者の概要について事前にカルテや看護師から情報を得て、不明な点を面接で尋ねることとした。面接時間は、1時間以内になるように予備調査をもとに面接内容を検討した。まず、①1日と1週間の介護内容、②介護を行うきっかけと経緯、③これまでに一番大変だったと思ったこと、④介護を続けてきた理由、⑤介護を行っての気づき、⑥必要と思うサービス、⑦介護継続意思と理由、さらに各々の設問には介護者からの解答をさらに深めるための質問を設けた。面接時間は、1人あたり約60～110分。介護者と2人だけで面接を行い、面接内容は承諾を得たうえで録音し、面接終了後速やかに書き起こしを行いデータとした。また、住居環境、介護者の表情や動作などを観察しフィールドノートに記載しデータとした。

## 3. 分析方法

分析は、データから「介護継続の意思を支える要素」、「介護継続の意思を妨げる要素」の2つの分析枠組に添って、重要と思う発言をフラグメント(発言の内容を適切な長さに断片化したもの)として抜き出し、発言の文脈に添い意味がわかるように最小限の言葉を補い、いくつかの要素をもつものは分類し、同じ内容のものを一つに集約しながら分析に使用するコンセプトとして整理した(瀬島ら, 2002)。そのコンセプトの分類・集約を行いサブ・カテゴリーを抽出し、さらに、そのサブ・カテゴリーの分類・集約によりカテゴリーを抽出した。カテゴリーは、介護者の経験から介護継続を支える意味を見出すために、介護者の内的心情を表すようなカテゴリー名をつけるように心がけ、発言の意図(文脈)を推測し、表面的な言葉の解釈にとどまらないようにした。分析は、継続的比較を行い、ほぼ飽和に達していると判断できた時点で面接を中止した。

## 4. 信頼性と妥当性

調査によって得られた質的データのcredibility(確からしさ)を確認するために、再訪問や電話にて確認を行った。さらに、研究としてのcoherency(一貫性)とconfirmability(確認可能性)を確保するため、質的研究を行っている研究者との間でpeer debriefing(専門家間審議)を適宜行った。また、質的研究者とは別にスーパーバイザーによる定期的な指導を受けた。

## 5. 倫理的配慮

研究の趣旨を説明し、プライバシーは十分に守られること、研究目的以外には使用しないこと、面接中に話したくない内容は話さなくていいこと、いつでも研究参加を取りやめることができることを書面で説明し、同意を得て同意書に署名を得た。

# Ⅲ. 結 果

## 1. 介護者(対象者)の概要

介護者は、男性2名、女性9名の計11名で、年齢は65～83歳(75.9±5.6)であった。何らかの健康問題をもっている者は8名で、うち2名は要支援であった。介護期間は0.5～14年(6.0±4.4)であった。なお、被介護者は年齢70～88歳(79.1±6.1)であった。要介護度は、要介護1が1名、要介護2が2名、要介護5が8名であり、いずれも問題行動がなかった。

## 2. 介護継続の意思を支える要素

介護継続の意思を支える要素として、『やりがい』、『被介護者への愛着』、『慈愛の気持ち』、『献身的な思い』、『被介護者への恩義』、『安心感』、『気晴らしがあること』、『負担に思わないこと』の8つのカテゴリーが抽出された(表1)。以下、カテゴリーは『』、サブ・カテゴリーは「」、” ”は実際の会話、太字はカテゴリーの意味を示す。

### 1) 『やりがい』

このカテゴリーは、介護者としての苦勞を理解・受容してくれることで感じる積極的な意思である。介護者は“今までありがたいと言ったことがないのに申し訳ないって思うのですね”と笑顔で語った。別の介護者も“時々はずまんねとか、ありがたいとかね言われると私もあーいって優しい言葉がでます”と言っているように、被介護者が介護者の「介護の大変



表1 介護継続の意思を支える要素

カテゴリー	サブ・カテゴリー
やりがい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者の大変さを理解してくれる</li> <li>・被介護者からの謝意</li> <li>・やりがいのあること</li> <li>・計画どおりにいくとやりがいを感じる</li> <li>・自分のしている介護への誇り</li> <li>・主体となって介護すること</li> </ul>
被介護者への愛着	<ul style="list-style-type: none"> <li>・深いつながり</li> <li>・相互理解</li> <li>・いないといけな存在</li> <li>・気になる存在</li> <li>・私がついていないといけなという思い</li> <li>・離れて感じる寂しさ</li> </ul>
慈愛の気持ち	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気遣う気持ち</li> <li>・思いやり</li> </ul>
献身的な思い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見ていたい思い</li> <li>・後悔したくない思い</li> <li>・幸せにしたい思い</li> </ul>
被介護者への恩恵	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今までの恩返し</li> <li>・感謝</li> <li>・懐きの気持ち</li> </ul>
安心感	<ul style="list-style-type: none"> <li>・援助の存在</li> <li>・医療サービスに対する満足</li> <li>・今までの経験</li> <li>・生活にリズムができること</li> <li>・計画どおりにいくこと</li> </ul>
気晴らしがあること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・楽しみをもつこと</li> <li>・外部との交流をもつこと</li> </ul>
負担に思わない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手がかからないと思う</li> <li>・気楽に介護すること</li> </ul>

さを理解してくれること」や介護者の苦勞をねぎらう「被介護者からの謝意」を受けることによってやりがいを感じていた。この被介護者からの「ありがとう」という謝意の表明に対して、介護者は、「優しい言葉もできる」、「一生懸命頑張ろうと思う」と言い、介護者の被介護者への優しい言葉かけにもつながっていた。また、「訪問看護婦さん達がね、勉強になったといってくれるんですよ、そしたらねいいアイデアがあったら教えてやろうと思ったりね」と語られているように、看護職やヘルパーなどからの介護者の介護を認める言葉かけにより、訪問看護婦らに「教えてやろう」という積極的な気持ちが生じたり、介護者にとって介護することが「やりがいのあること」になっていた。そして、「計画どおりにいくとやりがいを感じる」であった。また、テレビの介護番組を観て、「自分のしていることは見えないけど、テレビで介護しているのを見て、あーこういうところは自分のほうがいいと思うんですよ」と「自分のしている介護への誇り」感じていた。また、「当時は無知だったから皆さん(訪問看護師

ら)がされるのについていっていたけど、今になったらこっちが主体になった状態のときがあるからね」と「主体となって介護すること」という積極的な意思を表わしていた。

## 2) 「被介護者への愛着」

このカテゴリーは、夫婦として連れ添ってきたことから感じる情緒的なつながりを意味していた。これは、介護者の被介護者に対する離れたくないという気持ちを基本としていた。介護者は、「(単なる)愛情じゃないね、長年連れ添ってきた間柄でしょうね」と語られているように、被介護者との今までの夫婦という「深いつながり」を表わしていた。そして、「相互理解」していると感じていた。

介護者は、被介護者に対して「元気の源です」、「(被介護者は)元気ではないですけどね、いてくれるのといないのとは違います」と言い、「いないといけな存在」、「気になる存在」であった。また、「私がついていないと、嫁は一緒に住んでいないから(介護のことは)細かいことがわからない」と言い、家族が手伝いに来ても「私がついていないといけなという思い」を感じていた。そして、被介護者が入所あるいは入院すると被介護者のことが気になり、「離れて感じる寂しさ」を感じて、介護者は毎日のように面会に行く行動がみられた。

## 3) 「慈愛の気持ち」

このカテゴリーは、被介護者を護り慈しむということの意味していた。介護者は、「これ(被介護者)の体の負担にならないような方法で(介護)するんですよ」、「私が(面会に)行かないと(被介護者が私のことを)どうかあるかなと心配すると思って毎日面会に行っていたんです」と語られているように、被介護者を「気遣う気持ち」や「思いやり」の感情で介護を行っていた。

## 4) 「献身的な思い」

このカテゴリーは、私がしなければならぬ・したいと思う自己犠牲の感情である。これは、一生懸命に「見ていたい思い」、「後悔したくない思い」という積極的な気持ちや「できるだけことをしてあげたい」、「幸せだったと思う一生を過ごさせてやりたい」と思う「幸せにしたい思い」という思いにより成り立っていた。

## 5)『被介護者への恩義』

このカテゴリーは、今までの夫婦生活における被介護者への恩や償いに対する感謝の感情であった。この感情は、女性は「今までの恩返し」や「感謝」として表されていたのに対して、男性は「若いころにいろいろ迷惑かけましたからね、その償いと言ったらあれですけど」、「埋め合わせって思っています」と「償いの気持ち」が語られていた。

## 6)『安心感』

このカテゴリーは、介護に関わるサービスや援助および自分の介護経験に対して感じるものである。看護師やヘルパーなどの「援助の存在」や「医療サービスに対する満足」を表しており、介護における「今までの経験」も安心感に繋がっていた。介護者は、「デイケアに行くときは5時に起きています。それが眠いけど朝5時起きも生活のリズムになりました」、「痰引きに夜2時起きるのはもう習慣になりました」、「このリズムを壊して欲しくない」と語られたように、「生活にリズムができること」、「計画どおりにいくこと」で安心感を感じていた。

## 7)『気晴らしがあること』

このカテゴリーは、介護から離れて自分をとりもどすことで、介護者が「楽しみをもつこと」、「外部との交流をもつこと」を表していた。

## 8)『負担に思わないこと』

このカテゴリーは、介護者の気持ちのもちようで、介護が日常生活の負担や支障にならないということを意味していた。すなわち、「手がかからないと思うこと」、「気楽に介護すること」を介護者が感じることであった。

## 3. 介護継続の意思を妨げる要素

介護継続の意思を妨げる要素としては、『いらだたしさ』、『閉塞感』、『不安感』、『諦めの気持ち』、『孤独感』、『周囲への気兼ね』の6つのカテゴリーが抽出された(表2)。

### 1)『いらだたしさ』

このカテゴリーは、さまざまな不満を背景とした外向きの怒りの感情である。『いらだたしさ』を構成するサブ・カテゴリーの中で、最も多く介護者より表現さ

表2 介護継続の意思を妨げる要素

カテゴリー	サブ・カテゴリー
いらだたしさ (外向きの怒り)	・被介護者の言動や態度に対する不満 ・コミュニケーションが取れないストレス ・医療・公的サービスへの不満 ・他者への不満 ・身内の援助も可能なのに期待できないこと ・体力がついていかないこと ・時間がないと感じること ・身体的・精神的な制約感 ・楽しみの喪失 ・日常生活上の不便
閉塞感 (内向きの怒り)	・時間的拘束感 ・身体的・精神的な拘束感 ・他者の援助が望めないこと ・自分自身の体力的な限界感
不安感	・将来への不安 ・介護者の健康上の不安感 ・被介護者の病状の不安 ・介護そのものに対する不安
諦めの気持ち	・仕方がないという諦め
孤独感	・寂しさを感じる
周囲への気兼ね	・他者への気兼ね

れ、研究者の観察によるインパクトが強いと研究者が判断したものに、「被介護者の言動や態度に対する不満」があった。「自分で努力しないだね、おむつを引き上げてくれ、あーしてくれ、こうしてくれ言うけど知らん(知ったことではない)と思う」という介護者の言葉に表されているように、被介護者が介護者の介護を当たり前で、当然のものという態度や言動によって感じるもので、介護者の介護継続の意思を失わせる大きな要因の一つだと考えられた。そして、夫婦の間での会話がないことに「コミュニケーションが取れないストレス」を感じていた。また、「医療・公的サービスへの不満」や「素人に言っても尾ひれがついて憶測だけでも言うので人には言いたくない」というような「他者への不満」が語られた。そして、「子どもにしてみらうのにいちいち説明しなければならぬからそれが煩わしい」、「子どもは近くに住んでいるが当てにはならない」と「身内の援助も可能なのに期待できないこと」を感じていた。

介護者は、「自分の体力の限界で主人だけかまっていられないでしょ。炊事、洗濯、掃除もしなければならぬ。そういうのがいっぱい溜まって、そのうちの何分の一しか片付かないじゃないですか」と語られ、「体力がついていかないこと」、「時間がないと感じること」、「身体的・精神的な制約感」などが複雑に関係していた。介護者は、ささいなことで苛立ちを感じ、

介護に対するストレスが蓄積すると、被介護者の辛い気持ちは理解できても被介護者に“つついっただけ”と語られた、ほかにも介護者は、介護を行うようになり、趣味を失ったことを“悔やまれる”と言ひ、「楽しみの喪失」や、日頃していたことができなくなったり、特に男性介護者の場合は、被介護者が入院したことで物の置き場がわからないなど「日常生活上の不便」を感じていた。

## 2) 「閉塞感」

このカテゴリーは、取り残されていると感じる焦りや、どうすることもできないという自分自身に向けられた怒り(内向きの怒り)に似た感情を表す。一人で介護を行っている介護者は、加齢にともなう体力の低下を感じる中で、「時間的拘束感」や「身体的・精神的な拘束感」などによって“介護しようという気持ちがあっても身体がついていかないです”と「自分自身の体力的な限界感」を抱いていた。そして、“娘に甘えていたら後で自分が困るのでしっかりしないといけない”という思いや子どもや兄弟は遠方に住んでいたり、友人や兄弟も死亡しており、“結局は私がすべてです”と「他者の援助が望めないこと」を感じていた。

## 3) 「不安感」

このカテゴリーは、介護者・被介護者の将来に対して感じる不安である。介護者は二人だけという現状の中で、“いつまで続くかわからない”、という「将来への不安」、「自分が倒れたら」という「介護者の健康上の不安感」や「被介護者の病状の不安」、「介護そのものに対する不安」が語られた。

## 4) 「諦めの気持ち」

このカテゴリーは、諦めざるを得ない状況に対する抵抗できない無力感だともいえる。介護者は、夫婦二人暮らしという環境で、“覚悟している”、“観念している”や“仕方がない”という言葉がよく聞かれた。介護者は、“子どもは遠くにいたのでしかたがない”、“夫婦なのでしかたがない”と語られた。また、夜間吸引を行っている介護者は、“夜の介護をNPOに連絡したけどダメって言われたから、難しいんだな”と語って、その点はしょうがないです”と「仕方がないという諦め」があった。

## 5) 「孤独感」

このカテゴリーは、話し相手がいない寂しさを感じることである。介護者は二人だけという環境の中で、コミュニケーションが取れないことや将来一人になってしまったらと思う「寂しさを感じる」とであった。

## 6) 「周囲への気兼ね」

このカテゴリーは、他者に対する気遣い・遠慮を意味する。介護者は、“ケアマネジャーさんにね、できればヘルパーさんをね、わがままですけど、同じ方がいってね思うんです(でも言えない)”、“近所にあまり迷惑かけないようにと思って(介護を)しています”と「他者への気兼ね」を感じていた。

# IV. 考 察

## 1. 介護継続の意思を支える要素

高齢者夫婦の介護継続の意思を支える要素として29のサブ・カテゴリーから構成される8つのカテゴリーとなり、多様性がうかがわれた。介護者は、夫婦の情緒的つながりという「被介護者への愛着」で結ばれていた。この「被介護者への愛着」は「慈愛の気持ち」とは独立した概念であるが、密接に関連した分離困難な概念であると考えられた。

愛着について、山本(1995)は、娘、嫁介護者を対象に調査を行い、社会規範や愛着からくる価値が介護継続の主たる動機づけであると述べている。夫婦間においても「被介護者への愛着」は、重要な概念であるが、直接介護継続の意思を支えるというよりは、『慈愛の気持ち』とともに『献身的な思い』である自己犠牲の感情を支えていると考えられた。この『献身的な思い』を強化するものとして『被介護者への恩義』という感情が考えられた。この感情は、今までの長い夫婦生活の中でさまざまな恩を感じ、被介護者が病気や介護が必要になった時に恩に報いようと感じていると考えられた。この『被介護者への恩義』について、女性は“今までの恩返し”や“感謝”として表されていたのに対して、男性は償いを意味する表現が二人の男性介護者から語られた。これは、家父長制度の影響と、高度経済成長という時代の中で、男性は外で働き、家事、育児、親の介護など家庭のことは主婦である女性に任せ、家のことを顧みずにいたという罪悪感に似た感情から償いという言葉が語られたと考えられた。一方、女性は、主婦として夫から社会的、経済的に守られてきたとい



う思いから感謝の言葉を表していると考えられた。これは、今までの生活背景、社会規範や価値観からくる性別役割意識からの感情と捉えられ、現在の高齢者夫婦間における介護の特徴であると推測された。しかしながら、現代の日本では家族から個を優先させる価値観へと時代が移っており(渡辺, 2001)、夫婦間の規範や介護に対する価値観も今後の高齢者夫婦では変化することが考えられる。

一方、『やりがい』は、サブ・カテゴリーの内容からも介護継続の意思を直接的に支える重要な要素であると考えられた。特に、被介護者からの謝意の表明や態度は、介護者の苦労を被介護者はわかっているのだと確信することであり、介護者も“優しくなれる”、“一生懸命頑張ろうと思う”と言い、介護を継続する意思を支える原動力になっていたと考えられる。これは、北山(1996)の相手からの感謝の表現があれば、さらに実施介護の価値を高められるという知見と一致していた。また、介護者自身が介護することに何か意味を見出していくことは、負担感を軽減し、介護継続を支えていく要因であるとの報告があるように(横田ら, 1998)、介護者の介護に対する姿勢や実際の介護が看護師等の他者から認められることで自信につながり、自分の努力を認められたと思う気持ちが、努力が報われたという思いにつながっていると考えられた。看護職には、被介護者の感謝の気持ちを介護者に一緒に伝えたり、介護者が自分の介護の効果を確認できるように、その場で介護者の介護を支持する等のやりがいにつながる援助が望まれる。

## 2. 介護継続の意思を妨げる要素

高齢者夫婦の介護継続の意思を妨げる要素は6つのカテゴリーが抽出された。介護者は、日頃の生活のなかで、サービスに対する不満、体力がついていかないこと、思ったとおりに介護ができないこと、および時間どおりにできないこと等の積み重なりによって『いらだたし』を感じていた。この『いらだたし』は、直接的に介護継続の意思を妨げる要素だと考えられた。また、介護者の不満の蓄積は、“見かねて手を出す”行為さえ介護者がしなくなるということも考えられ、極端な例としては虐待へと繋がる可能性もある。この『いらだたし』と『閉塞感』は、サブ・カテゴリーの内容やカテゴリーの意味から考えて、内向きと外向きの怒りに似た感情を表していると考えられた。すなわち、『いらだたし』は不満を背景にした外向きの怒

りに似た感情であり、『閉塞感』は取り残されていると感じる焦りを背景にした自分自身に向けられた内向きの怒りの感情を表し、両者は表裏一体の関係にあると考えられた。これらは、『不安感』、『孤独感』、『諦めの気持ち』といった感情にもつながり、将来に対する不安や絶望感を強くするのではないかと考えられた。

## 3. せめぎあいの中での介護と献身的な思い

介護者は、夫婦という関係と二人暮らしという環境で、仕方がないという感情が語られた。山本(1995)は、介護者の仕方がない、諦めという言葉は必ずしも絶望的・否定的な意味でのみ用いられているわけではなく、その人の転換点を示しており、ストレスを挑戦と捉え直すような肯定的な態度への変容がみられると述べている。しかしながらこの場合は、娘・嫁を介護者としており、体力的・気力的に十分に対応できる年齢である。本研究では、高齢者夫婦で、なおかつ二人暮らしという現実の中で、自分しか介護する者がいないのだから仕方なく覚悟して介護をするという意味合いが強いことが推察された。すなわち高齢介護者は、仕方がないという『諦めの気持ち』から生じた、やらざるを得ない気持ちと積極的な自己犠牲である『献身的な思い』とのせめぎあいの中で介護を行っていることが示唆された。

『献身的な思い』は介護を行う介護者の意思を支えるものであるが、岡本(1999)は、やりたいことを全くできずに自己犠牲的に介護に専念することはよい結果を望めないことを指摘しており、介護役割に自分の全生活を奪われ、自分の生活や個としてのアイデンティティの喪失を生じさせることにもなると言われている(Skaff et al., 1992)。岡林ら(1999)も介護役割の積極的受容は、介護拘束を介して燃えつきに結びつき、介護者の精神的健康を悪化させることを明らかにしている。一方、介護者が健康であることが介護義務・継続意識を強め、介護ストレスを小さくすると言われている(松岡, 1993)。以上のことから、二人暮らしという環境の中で介護者が共倒れにならないように介護を継続するためには、自己犠牲的に介護を行うのではなく負担をいかに軽減するかが大切だと考える。そのためには、介護からの解放によって、体力的な限界感を軽減させ、介護者の健康を維持し、介護者が自分らしさを確認できるような時間の確保が必要だと考えられる。実際にサービスを利用している人は友人と会うなど、自分の時間を確保しており、一方、利用していな

い人は“デイサービスに行きたくて私を解放して欲しい”と訴え、被介護者に対する不満を表していた。看護職は、介護者が自由な時間を確保できるようにすることと、介護者の体力を考えながら介護が行えるようにサービスの利用をすすめて生活の調整をしていくことが重要な役割だと考える。

本研究の限界として、対象とした事例はサービスを利用して、比較的家族関係のよい事例であった。そのため、高齢者夫婦二人暮らしを捉えきれていない可能性がある。今後は、介護者の介護経験のプロセスを明らかにするとともに肯定的側面を支援するサポートのあり方を検討することが課題である。

## V. ま と め

本研究は、高齢者夫婦二人暮らしの介護がどのように継続されているかについて示唆を得るために検討した。その結果、以下のような知見が得られた。

1. 介護継続の意思を支える要素は8つのカテゴリーが抽出された。『被介護者への愛着』は、『慈愛の気持ち』とともに『献身的な思い』という自己犠牲の感情を支えていると考えられ、『やりがい』は直接的に介護継続の意思を支える要素であると考えられた。

2. 介護継続の意思を妨げる要素は6つのカテゴリーが抽出された。『いらだたしさ』は、直接的に介護継続の意思を妨げる要素だと考えられた。

3. 『被介護者への恩義』という感情は、男女ともにあるが、男性介護者から憤りたいという気持ちが表現されたのは、今までの夫婦関係や性別役割分担意識からの感情だと考えられ、高齢者夫婦間の特徴であると推測された。

4. 介護者は、『諦めの気持ち』から生じたやらざるを得ない気持ちと『献身的な思い』とのせめぎあいの中で介護を行っているのではないかと考えられ、看護職は、介護者自身が介護の効果を確認できるように関わり、自己犠牲の思いにつながる負担を軽減することの必要性が示唆された。

謝辞：本研究にあたり、ご協力いただきました介護者の皆様ならびに訪問看護ステーションの方々には厚くお礼申し上げます。また、研究結果検証等にご協力いただきました北海道大学大学院医学研究科瀬島克之先生に深謝申し上げます。

なお、本論文は佐賀大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻に提出した修士論文の一部加筆修正を施したものである。

## 文 献

- 掛本知里(2000)：高齢夫婦世帯における在宅介護状況に影響する因子に関する検討、東京女子医科大学看護学部紀要、3、35-42。
- 北山三津子(1996)：高齢者を介護する家族の学びの特質に関する研究、千葉看護学会誌、2(6)、37-43。
- 厚生労働省(2003)：厚生労働白書(平成15年版)、14-17。
- Lawton M. P., Kleba M. H., Moss M., et al. (1989)：Measuring caregiving appraisal, J. Gerontol., Psychol. Sci., 44(3)、61-71。
- 松岡英子(1993)：在宅介護老人の介護者のストレス、家族社会学研究、5、101-112。
- 内閣府編(2003)：高齢社会白書、34-39。
- 中谷陽明、東條光雅(1989)：家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析、社会老年学、29、27-36。
- 岡林秀樹、杉澤秀博、高梨薫、他2名(1999)：在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果、心理学研究、69(6)486-493。
- 岡本祐子(1999)：女性の生涯発達とアイデンティティ 個としての発達・かわりの中での成熟、167-178、北大路書房、京都。
- 大塚眞理子(2001)：高齢夫婦のケアしあう関係を促進する看護援助に関する研究、千葉看護誌、7(1)、20-26。
- 斉藤恵美子、国崎はる、金川克子(2001)：家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討、日本公衆衛生雑誌、48、180-189。
- 瀬島克之、杉澤秀博、マイク D. ファザーズ(2002)：フォーカスグループをもちいた高齢者の医療機関および主治医への期待に関する質的調査、日本公衆衛生雑誌、49(2)、114-125。
- Skaff M. M., Pearlin L. I. (1992)：Caregiving：Role engulfment and the loss of self, The Gerontologist, 32(5)、656-664。
- 杉原陽子、杉澤秀博、中谷陽明、他2名(1998)：在宅介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響、日本公衆衛生雑誌、45(4)、320-335。
- 杉澤秀博、中村律子、中野いづみ、他1名(1992)：要介護老人の介護者における主観的健康感および生活満足度の変化とその関連要因に関する研究—老人福祉手当受給者の4年間の追跡調査から、日本公衆衛生雑誌、39、23-32。
- 翠川純子(1993)：在宅障害老人の家族介護者の対処(コーピング)に関する研究、社会老年学、37、16-26。
- 上田照子、橋本美知子、高橋祐夫、他6名(1989)：在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究、日本公衆衛生雑誌、41(6)、499-505。
- 渡辺裕子(2001)：家族看護学を基盤とした在宅看護論Ⅰ、日本看護協会出版会、東京、102-112。
- 山田紀代美、小栗佳佳、杉山智子、他2名(1998)：在宅要介護高齢者の介護者におけるライフスタイルと生活満足度に関する研究、日本看護学会誌、7、17-24。
- 山本則子(1995)：痴呆性老人の家族介護に関する研究—嫁および嫁介護者の人生における介護経験の意味—2—価値と困難のパラドックス、看護研究、28(3-6)、178-199、313-333、409-427、481-500。



山本則子, 石垣和子, 国吉緑, 他 4 名(2002): 高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL), 生きがい感および介護継続意思との関連, 日本公衆衛生雑誌, 49, 660-671.

横田良子, 榎本香織, 下村裕子(1998): 在宅要介護高齢者の介護継続に関する研究介護に対する満足度と介護体験の意味について, 慶応義塾短期大学紀要, 8, 77-87.

## 特集 高齢者に有終の美を—終末期ケアと緩和ケア

## 5

疾患別にみた終末期ケア・緩和ケアの実践  
2) がん

宮腰重三郎\* 大田 雅嗣\*

## KEY WORD

高齢者悪性疾患  
高齢者血液疾患  
緩和・終末期ケア  
対症療法的化学療法  
患者学

## POINT

- 高齢者悪性疾患の緩和・終末期ケアは、チーム医療が重要である。
- 高齢者血液疾患の緩和・終末期ケアは、他の固形がんのそれとは異なる。
- よりよい医療には、暗黙知を形式化する患者学が必要となる。

(0387-1088/06/4500/論文/JCLS)

## はじめに

高齢者社会に移行し、その死因として悪性疾患が第1位を占めるようになって久しい。また、悪性疾患の治療の進歩も著明であるが、その思惑にあずかる症例は若年者に限られる場合も多いのが現状である。さらに高齢者特有の認知症、脳梗塞や心筋梗塞をはじめとする臓器障害を合併していることもまれではない。

本稿では、がんの緩和・終末期ケアに関して、特に血液悪性疾患を中心に記載したいと思う。

## 高齢者の悪性疾患の緩和・終末期ケアについて

悪性疾患に対する治療方法は、根治的療法として手術、放射線療法、化学療法およびその組み合わせが存在する。しかしそれらの治療が無効で、必ず“死”を迎えることがはっきりした

時点からいわゆる“終末期”と定義するならば、その判断は極めて難しい。一般的に高齢者の場合、悪性疾患の進行速度が緩慢で、“終末期”が6カ月以上経過することは珍しくはない。また、経過が長くなれば高齢者特有の合併症、例えば、誤嚥性肺炎、心不全や中枢神経合併症など急性疾患の併発も少なくなく、その経過を予測することはさらに困難になる。一方、血液悪性疾患の場合は、高齢者だからといって、緩慢な経過を示すことは他の固形がんに比して稀で、加えて急性疾患(感染症や出血など)の合併が極めて高い特徴をもっている。さらに多くの血液悪性疾患に対して、治療は目指さないものの、痛みや悪性疾患に伴う諸症状を軽減する目的で、化学療法や放射線療法を行うことがあり、その治療に伴う副作用が上乗せされることが多い。

終末期医療を施行するに当たり、若年者もそうであるように、悪性疾患を克服することはたやすいことではないが、考えられる治療法を模索する必要がある。多くの悪性疾患の治療方法は、レベルの高い臨床研究で確認された、いわゆる EBM(evidence based medicine)に沿った治

\*みやこし、しげさぶろう、おおた まさつぐ：東京都老人医療センター血液科

療がなされることが多い。しかし、その臨床研究の対象年齢が高齢者を除いている場合がほとんどで、症例を高齢者に限った臨床研究は残念ながら少ない。そのため、EBMに則って治療を進めていくことが難しく、医師の臨床経験が重要な要素とならざるを得ない。さらに、色々な治療法の利点や効果と欠点や副作用に関しても十分に説明し、本人自身が受けた治療方法の選択の助けになるようにすべきである。そのためには、患者本人、家族と医療スタッフが十分に話し合い、治療方法を決定することが望ましい。もちろん、その中に緩和・終末期ケアも当然含まれてくる。ただ単に高齢だからといって、十分な医療が受けられないという状況はあってはならない。

### ■ 高齢者血液悪性疾患の特殊性

固形がんの多くは、早期発見により外科的手術で治療に導くことができる可能性がある。一方、血液悪性疾患の場合は、固形がんとは異なり初期より全身へ悪性疾患の進展が認められる場合があること、化学療法の反応がある程度期待できることなど、外科的治療より内科的治療が治療の主役であり、複数の化学療法剤を組み合わせる多剤併用化学療法が標準的な第一選択として採用されることがほとんどである。しかし、年齢上昇が、悪性リンパ腫や白血病の予後不良の因子となることは知られており<sup>1,2)</sup>、必ずしも多くの症例が治療に導かれるものではない。したがって、一時的な効果は認められたとしても、再発、再燃を繰り返す症例が多い。再発、再燃症例では、若年者であれば同種造血幹細胞移植などの次なる治療法が存在するが、高齢者血液悪性疾患では、現状同種造血幹細胞移植を施行することは難しい。以上のように、血液悪性疾患をもつ高齢者においては、治療の目標が若年成人と異なり、完全寛解や治療ではないことが多いことが特徴である。つまり、治療を目指した強力な化学療法が施行できない、あるいは施行することが、逆に生存期間を短くしてしまうことが、若年者血液疾患より多いと

いうことである。社会的な生活から既に引退した多くの高齢者症例において、治療を行う一般的な目標は“在宅での療養の実現”という場合も決して少なくないが、その実現は困難を極める。

高齢者のもう1つの特殊性としては、経済的にも心理的にも自立していないことが多いことである。認知症は程度の差こそあれ、ほとんどの症例で考慮すべき特殊性であり、患者の後見人である近親者をどのように位置づけるかは、血液悪性疾患に限らず普遍的な問題である<sup>3)</sup>。

このような状況下で、実際、患者本人そして家族が医療にどのような恩恵を望んでいるか意識することは重要である。例えば、1カ月以上にわたる入院生活を余儀なくする化学療法は、腫瘍量を減らせたとしても、限られた余命のQOL(quality of life)の改善がなければ意味のある治療法とはいえない。逆に、血液学的には治療効果が不十分と判定される化学療法でも、短期間の自宅退院などの恩恵をもたらすのなら、試みる価値のある意味のある治療になり得ると考える。しかし、どの化学療法が治療を目指すもので、どの化学療法が緩和効果を目指した治療かに関して、はっきりとしたevidenceがない。使用する化学療法剤の減量や休薬期間の延長は、高齢者の化学療法においてよく用いるテクニックである。また、ある症例に固有な薬剤のQOLを損なう副作用を回避するために、多剤併用の組み合わせを一部変更することもある。これら多くの工夫は、その化学療法の強さ(intensity)を弱めるものであるが、その治療のもつ緩和療法としての意味合いをより強めるものである。

このように化学療法の副作用が、悪性疾患のコントロールによる、例えば疼痛や発熱などの全身症状の改善が勝る場合が多々経験される。この点が、化学療法の効果が極めて乏しく、QOLを損なう副作用ばかり目立ってしまう進行期固形がんとは異なる点である。



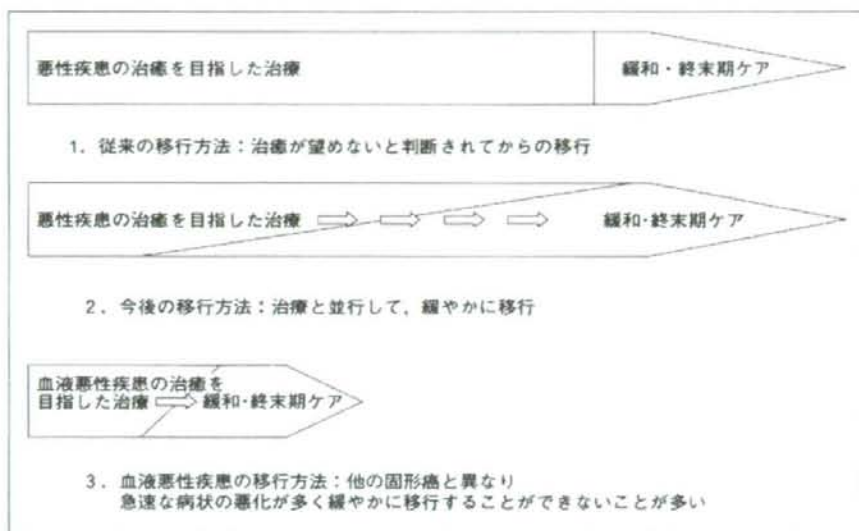


図1 悪性疾患医療における緩和・終末期ケアへの移行

## ■ 緩和・終末期ケアへの移行時期について

高齢者血液疾患でも、寛解達成が望ましいことは当然であり、治療を目指す治療がまず優先されるべきである。単に高齢だからという理由で、寛解導入療法を治療選択肢から外してはならない。しかし、現実問題として、完全寛解への導入を目標とした厳格な化学療法は、高齢者の場合には種々な理由で、実行が困難であることはよく経験される。寛解導入を目的とした化学療法を行った場合の副作用が、それによりもたらされる恩恵よりもはるかに深刻であることが予想されるならば、その実施は当然避けるべきであろう。残念ながら高齢者において、どのような状況が強力な化学療法を避けるべきか十分に判明しているとはいえない。今後の検討が必要であり、現在一部は進行中である。

一般的な緩和・終末期ケアへの移行時期は、図1-1に示すように従来は、治療が望めなくなった段階で、終末期・緩和ケアに突然移行することが多かった。しかし、図1-2に示すように、

1989年のがん疼痛治療と積極的支援ケアに関するWHO専門委員会は、早期から積極的に緩和ケアを適応すべきと報告している。早期から治療を目指した治療と並行して段階的に緩和ケアを導入し、終末期にはその比重を重くするという方法である。今後はこのような移行方法が行われるようになって考えられる。一方、図1-3に示すように、血液悪性疾患では、固形癌と異なり、その予後が極めて不良で、何段階かのステップを経て、ゆっくりと緩和・終末期ケアに移行することは難しい症例が多く、場合によっては図1-1のように、突然緩和ケアに移行したかのような経過を取ることがある。がん種によって臨床経過が異なるように、緩和・終末期ケアへの移行もがん種によって異なることが予想される。今後はがん種別の移行方法が必要になると思われるが、最終的にはがん種以上に各患者個人や家族の意向や希望が反映されるような移行方法が望ましい。

血液悪性疾患における緩和・終末期ケア移行が他の固形癌と異なる理由は、多剤併用化学療法の副作用や繰り返す化学療法による骨髓機

能の疲弊や血液悪性疾患自体による骨髄抑制が挙げられる。

悪性リンパ腫に対する化学療法による骨髄機能不全は、白血球減少が必発であり、また輸血を必要とする貧血や血小板減少が認められる。高度の血球減少を認めた症例の予後は、骨髄抑制期の感染症や出血、悪性リンパ腫の進行による腫瘍死を遂げていた<sup>1)</sup>。化学療法を減量しても、重篤で致命的な骨髄抑制を来すことがあり、生命予後は極めて不良といえ、さらに高度な血球減少が起こった症例は、骨髄機能不全に伴う治療関連死亡や骨髄回復までの間に悪性リンパ腫の進行が認められることにより、予後が短縮されることになる。緩和ケアへの移行は、骨髄機能不全が起こったときに1つの指標になり得るが、その後の経過があまりにも短く、十分な時間のある終末期ケアができないことが残念なことが多い。

## ■ 血液悪性疾患における緩和ケア・終末期ケアの実践

### 1. 対症療法的化学療法：血液悪性疾患に伴うQOLを低下させる症状に対する化学療法

ある特定の化学療法を、寛解導入を目指した根治的的化学療法と対症療法的化学療法のいずれかに分類するのは難しく、また区別すること自体に意味がない。

また、在宅療養を行う場合など、経口投与が可能な化学療法剤があるが、内服剤であるからといって、注射剤よりも副作用が少ないとはいえず、逆に副作用によりQOLを下げることもある<sup>2)</sup>。

対症療法的化学療法には、疼痛緩和の目的を含んでいる。一部の固形がんのように、化学療法に効果がない症例に無意味に使用することは避けるべきである。しかし、急激な白血球細胞の増加により全身骨痛などが出現する場合では、鎮痛剤を使用しても効果が十分ないことが多く、化学療法の使用や併用により、寛解に至らずとも苦痛が大いに軽減することがある。経口化学療法剤の連日投与やアントラサイクリン系薬剤

などの注射剤を、同様の目的で数日間経静脈的に投与するのも有効である。しかし、同時に正常の血液細胞も減少し、致死的な感染症や出血などが起こり得る薬剤であるため、投与には慎重を期するが、最適な投与量や期間は症例ごとで異なり、かなりの熟練を要する。このため、いかに対症療法的化学療法といえども、安易に血液科医以外の医師が化学療法剤を血液悪性疾患に使用することは避けるべきである。また、血液科医であっても、例えば白血病症例で末梢血中の白血球細胞が多くても、それに伴う自覚症状がない場合、あるいは悪性リンパ腫症例で自覚症状や周囲の臓器障害を認めないリンパ節腫大に対して、対症療法的化学療法は、同様な理由で、行うべきではないと考える。

### 2. 輸血療法

貧血と血小板減少は、血液悪性疾患の緩和・終末期ケアの実践に当たり無視できない大きな問題である。貧血による易疲労と血小板減少による出血傾向は、特に在宅療養を実現する上で大きな障害となる。現状、クリニックや診療所および在宅診療において、輸血療法を施行しているところは極めて少なく、輸血依存になった高齢者血液悪性疾患の在宅医療の大きな妨げになっている<sup>3,4)</sup>。

輸血療法の適応は、赤血球輸血の場合貧血の自覚症状がなければヘモグロビン 6.0 g/dL (高齢者では 7~8 g/dL と少し高めの方がよい場合がある) を維持すること、また血小板輸血の場合には血小板数 1.0~2.0 万/ $\mu$ L を維持することが目安とされる。しかし、慢性的経過で貧血が続いている高齢者では、ヘモグロビン 6.0 g/dL 以下であっても、十分に ADL を維持できる場合もある。また、同じ血小板数 2.0 万/ $\mu$ L でも、何らかの化学療法を行った後で骨髄抑制の極期に向かう場合と、それから回復しつつある場合では意味合いが異なり、前者では血小板輸血を積極的に考えるべきである。少なからず、常時血小板産生があると考えられる症例では、血小板数にこだわらず、臨床症状を重要視している。皮下出血のみでは安易な血小板輸血は避

けるべきであるが、全身に急速に進展する点状出血、粘膜出血(口腔粘膜出血や両側からの鼻出血など)や重篤な出血(消化管出血、眼底出血、中枢神経出血など)は、速やかに、かつ十分量の血小板輸血を必要とする<sup>9)</sup>。

輸血療法での副作用は、血液を介した感染症などの後期副作用の他に、輸血当日の発熱や蕁麻疹様皮疹などの急性期の副作用にも注意が必要である。これらの既往がある患者に、副作用予防目的で副腎皮質ステロイドを輸血前に投与することで予防可能である。ただし、副作用を見逃さない十分な看護体制は不可欠であり、安易に外来で行うのは避けるべきかもしれない。当科では一部の症例で、日帰りあるいは1泊といた短期間入院による輸血療法を実施している。

### 3. 対症療法

#### 1) 疼痛への対処

がん末期の患者の症状のなかで、疼痛は積極的に対処されるべきものである。血液悪性疾患においても、腫瘍細胞の急増に伴う白血病の全身痛、リンパ腫の腫瘍性病変に伴う局所痛、骨髄腫の骨痛などが緩和医療の際に問題となる<sup>10)</sup>。

対症療法的化学療法の項目でも述べたように、他の固形がんと異なり、化学療法単独あるいは鎮痛剤との併用で効果が認められる場合が多い。放射線療法も血液悪性疾患に有効であることが多く、疼痛治療として選択される場合があり、効果がある。

一般的な鎮痛剤の使用法に関しては、教科書などを参照していただきたい。

#### 2) 血液悪性疾患緩和・終末期ケアにおける副腎皮質ステロイド

副腎皮質ステロイドは、リンパ系の悪性腫瘍に対して、1つのキー・ドラッグとして多剤併用療法の一翼を担っており、単独でも一時的な効果が得られることが多く、また骨髄抑制などの一般的な化学療法剤と異なり、副作用が許容範囲内である。

血液悪性疾患の緩和・終末期ケアにおいては、副腎皮質ステロイドは対症療法的化学療法とは

異なった側面がある。感染症や腫瘍の進行に伴い、高度の発熱を来して全身状態が悪化することをしばしば経験する。これに対する原因療法は、感染症の場合は適切な抗菌剤であり、腫瘍熱の場合は抗癌剤の投与に他ならない。しかし、原因療法の実施が困難な場合に対症療法としての副腎皮質ステロイド投与は、全身状態の改善に有効であり、ADLが短期間に改善する症例が多い。しかし、多くの場合は一過性の効果であり、長期的な効果は望めない。

### 4. チーム医療

以上に述べた個々の治療方法を実践するには、様々な職種スタッフによるチーム医療が必要でかつ重要である<sup>11)</sup>。

家族による支援は患者にとって最も心強いものであるが、最近では高齢一人暮らしの症例が非常に多い。そのような症例ではケース・ワーカーの介入はますます重要な意味をもち、在宅療養を目指す場合には、ホームヘルパーや訪問看護・訪問診療の体制の充実が望まれる。入院中は、血液悪性疾患の有する独特の合併症に精通したエキスパート看護師の存在は、安全で有効な緩和ケアに必須である。また薬物の投与が末期まで欠かせないことの多い血液悪性疾患の症例にとって、薬剤師からの薬剤に関するわかりやすい説明は患者や家族に大きな安心感を与える。

### ■ 患者学からみた緩和・終末期ケア

患者学とは、いかによい患者であるべきかを問う学問ではなく、医療スタッフ、患者本人そして家族をそれぞれ頂点とした三角形をいかに正三角形に形作るかを問う学問である。

その三角形は、色々な情報や状況の変化で時々刻々変化し、形を変えるものである。この関係は、終末期医療だけではなく、一般日常診療にも深く関わっている。多くの「患者学」は、賢い医師へのかかり方、賢い薬の飲み方やよい医師の見つけ方など患者中心に考えられ、ある一面からのアプローチであるが、三角形を形成する「患者学」は、三者の協力があがり、よい



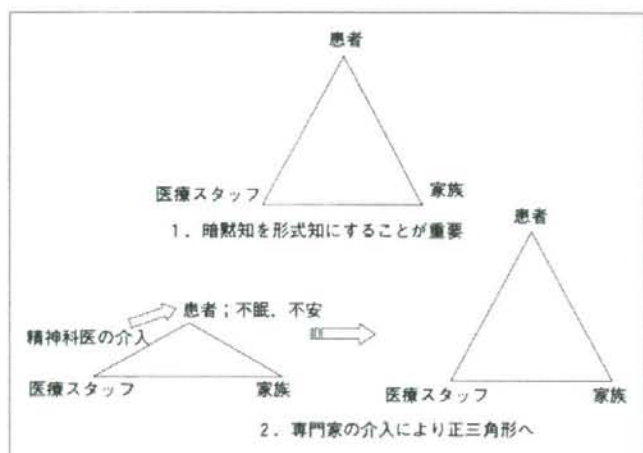


図2 患者学からみた緩和・終末期ケア

医療がその中心に位置するものである。そのためには患者、家族と医療者のそれぞれの本音を表に出す(暗黙知を形式知にする)ことが大切である。よい医師はみつけるものではなく、お互いによりよい関係を作り、よい医師、賢い患者になることにある(図2-1)。

緩和・終末期ケアにおいても、悪性疾患そのものによる苦痛もさることながら、人間関係、家族関係も含め、多くの精神的要因が絡み合っている。そのために精神科医の介入も必要である場合がある。つまり歪んだ三角形を正三角形に形作るために、精神科医が介入するという考え方である(図2-2)。よくあるケースでは、患者本人の希望というより家族の希望が強い場合、第3者が介入する場合、例えばこの漢方薬が効くとか、これを飲めばがんがよくなるや、あそこの病院ならよいケアが受けられるなどのたくい介入などである。さらにがん末期＝ホスピスと勘違いしている事例もある。このようなケースは、家族にかかる負担をホスピスに預けることで家族の負担の軽減目的にしていることや、患者がホスピスで亡くなることに家族自身の単なる自己満足である場合もある。残念ながらこのように、患者本人が不在になっていることがまま見受けられる。特に高齢者で認知症がある

場合は、このようなケースになることがある。この関係は正三角形ではなく、必ずしもよりよい緩和・終末期ケアとはいえない。そこに存在する三角形をいかに正三角形にするかを具体的に相談することが、よりよい医療、緩和・終末期ケアにつながると考えられる。

## ■ 今後の終末期医療：在宅医療と緩和・終末期ケアについて

厚生労働省人口動態調査によると、1950年代前半には8割の人が自宅で亡くなっていたが、2004年の調査では12%が自宅、80%が病院となっており、緩和・終末期ケアはほとんどの場合、病院で行われているのが現状である。もちろん緩和・終末期ケアを在宅医療で行っている医師もいるが、患者本人が自宅での最期を希望しても、すべての患者の希望を適えるには、その数は不十分である。例外的に高度先進医療などは全国から患者が集まってくる場合もあるが、地域の中核病院には、図3のように虎の門病院の血液悪性疾患の紹介元をみると、ある限られた地域から患者が紹介されていることが多く、距離も意外と遠くない(図4)。他の中核病院も同様な傾向を示すと考えられる。つまり、

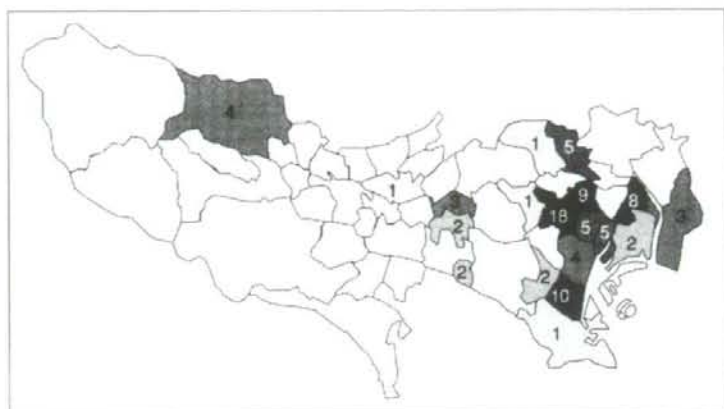


図3 血液悪性疾患の虎の門病院への紹介地域(東京都内)

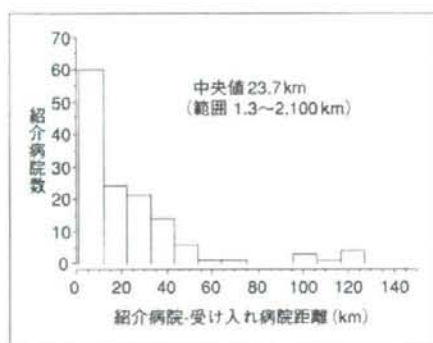


図4 紹介施設と受け入れ施設間の距離(km)

ある地域・医療圏全体を病院とみなせ、各中核病院を中心に、各開業医は受け持つ各地域(病院でいえば病棟)のナースステーションに当たると考えることができる。当然、開業医でもそれぞれ専門分野をもっており、例えば開業医が循環器専門であれば、悪性疾患の終末期医療を任せられるか? に関しては、“血液の病気は専門ではないので診ることができない”とよくいわれ、現状不可能である場合が多い、悪性疾患症例を十分に経験した医師が、今後開業し、死因第1位の悪性疾患の終末期医療を担えれば、あるいは開業医でも全身管理の十分な経験をもった医師(general physician)であれば、在宅で

の緩和・終末期ケアは可能になってくると考えられる。しかし残念ながら、医学生や若い医師は悪性疾患を専門にしない風潮があり、先細りになっていくことが予想される。今後の対策が必要である。

## 文 献

- 1) The international non-Hodgkin's lymphoma prognostic factors project: A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 329: 987-994, 1993.
- 2) Iwakiri R et al: Prognostic of elderly patients with acute myelogenous leukemia: analysis of 126 AML Cases. *Int J Hematol* 75: 45-50, 2002.
- 3) 井形昭弘: 高齢者におけるインフォームド・コンセント. *Geriatr Med* 35: 1479-1483, 1997.
- 4) 堤 久ほか: 化学療法後に重篤な骨髄抑制をきたした高齢者悪性リンパ腫症例の臨床的検討. *日本老年医学会雑誌* 38(Suppl): 103, 2001.
- 5) 白杵憲祐, 浦部品夫: Palliative Chemotherapy—造血器腫瘍—. *緩和医療学* 2: 329-336, 2000.
- 6) Stalfelt AM et al: The final phase in acute myeloid leukaemia (AML). A study on bleeding, infection and pain. *Leuk Res* 27: 481-488, 2003.
- 7) Bauduer F et al: Characteristics of deaths in a

department of oncohaematology within a general hospital. A study of 81 cases. Support Care Cancer 8:302-306, 2000.

- 8) 宮腰重三郎：新しい輸血の方向 血液疾患での濃厚血小板の適応基準 予防的血小板輸血をどこまで少なくできるか。臨床医 24:1224-

1228, 1998.

- 9) 大田雅嗣：高齢者造血器悪性腫瘍—高齢者のターミナルケア。血液フロンティア 13:213-218, 2003.  
10) 増子忠道：高齢者在宅医療における終末期医療。Geriatr Med 35:1512-1516, 1997.

---

(執筆者連絡先) 宮腰重三郎 〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2 東京都老人医療センター血液科



# 24時間365日体制を支えるチームアプローチと連携のあり方

川越正平 *Kawagoe Shobei*

千葉県松戸市・あおぞら診療所 所長

## はじめに—なぜ24時間365日の体制が必要とされるのか

あおぞら診療所は1999年6月、千葉県松戸市に医師3名による在宅医療中心の診療所として開設され、当初より24時間365日の安心を保証してきた。人口47万人、面積61km<sup>2</sup>の松戸市全域を守備範囲としている。およそ直径10km、車で30分程度で到達可能な範囲である。2004年には市内に分院を開設し、現在では常勤医師5名、研修医が常時2名ローテート、看護師14名の態勢に拡充し、2つの診療所で合わせて400名以上の在宅患者の診療を担当している。

## ■End of Lifeを住み慣れた地域で暮らし続けるために

老いを迎え足腰が弱くなるとともにしばしば認知症を呈する、疾患や事故のため障害を抱えるに至り生活に何らかの援助を要する、がんや診断され命に限りがあることが判明するなどの局面に、大多数の人はいずれ遭遇することになる。End of Lifeと称されるこのような時期を迎えるにあたって、当事者にとっては、残された人生をどのように生き、どこに住まい、どのように暮らし、そしてどのように死を迎えるのかが重要なテーマとなる。医療やケアに従事する

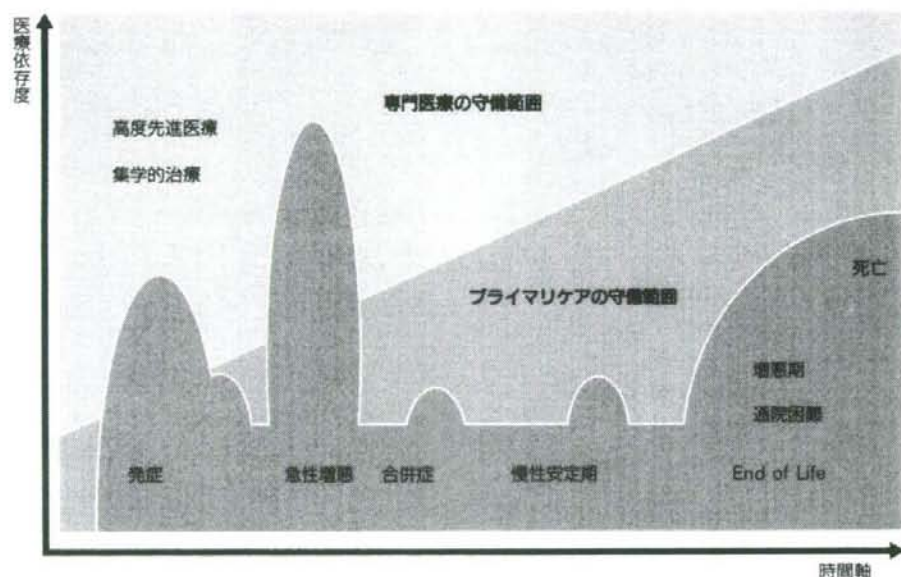
者にとっては、その方々をどうやって支えていくのかが問われることになる(図1)。

平均在院日数短縮化の流れにともない、在宅で療養する要介護者の医療ニーズは確実に増している。本来、在宅医療は在宅ケアの一要素にすぎないが、電気・ガス・水道と同様、在宅ケアにとって欠くことのできないライフラインの一つと言っても過言ではない。このように、療養者の「生命と生活を丸ごと支える視点」に立脚し、介護や医療を提供するべきである。当事者に寄り添い、生活にも深くかかわって、医療のみならずケアを提供する。そして命を最期まで支える、そのような包括的地域ケアシステムが必要とされている。

## ■高齢社会のインパクト—要介護者や独居高齢者の急増

2004年時点で65歳以上の高齢者は2,488万人、高齢化率は19.5%である。一方、介護保険における要介護認定者の総数は2006年4月時点で435万人であり、このうち、居宅サービス利用者は約6割の263万人にのぼる。高齢化は今後さらに進展するが、なかでも重要なのは75歳以上の後期高齢者が今後20年間急増し続けることである(2004年の1,107万人から2020年には2,026万人にまで倍増するという)。要介護者の

図1 医療依存度と時間軸の関係



出現率は前期高齢者の6%に比し、後期高齢者では32%にも及んでいることから、要介護者は今後20年間増加の一途をたどることになることが確実である。また、独居世帯の増加も著しい。独居世帯は2000年時点で303万世帯であったが、2025年には680万世帯にまで倍増すると予測されている。老老世帯や日中独居など、独居世帯と類似の困難を抱える世帯も含めると、過半数の高齢者が介護力の乏しい条件での生活を余儀なくされることになる。

### ■「大量死時代」を迎えて

1960年には日本人の7割が自宅で亡くなっていた。ところが、その後のわずか30年あまりの間に病院での死亡が急増するとともに、自宅での死亡は2000年時点で13.8%にまで激減している。さらには、高齢化の進展とあいまって、死亡者数自体が急増するということが注目すべ

きである。1990年に82万人であった年間死亡総数は、2000年には96万人まで増加した。それにとどまることなく、2038年には170万人にまで激増すると予測されている(図2)。

このような超高齢社会の到来を鑑み、将来にわたって破綻をきたすことなく適切な介護や医療を提供していくためのキーワードが「24時間365日の安心」と言うことができるだろう。End of Lifeを住み慣れた地域で暮らし続けるために、そして、死にゆく場所を自ら選びとる権利を保障するためには、どのような基盤整備が必要なのかという命題について、官民をあげて真剣に取り組んでいく必要がある。

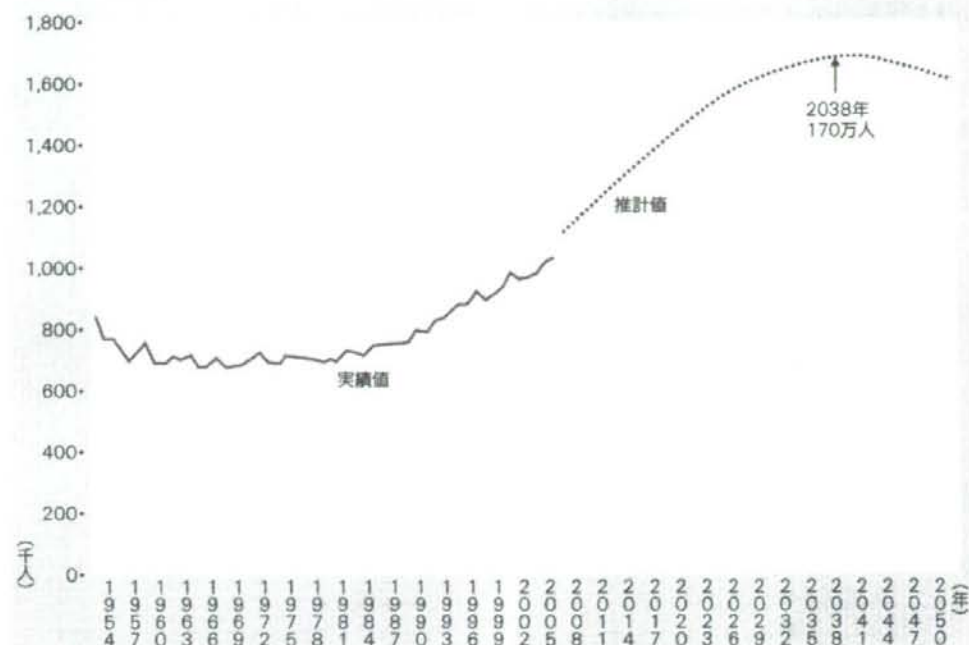
### 共通の理解基盤に立つ

#### ■「点」のかかわりを重ねるなかでの情報共有

在宅ケアは訪問型のサービスが基本となる。訪問診療や訪問看護、訪問介護という「点」の



図2 死亡数の年次推移



資料：2004年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

2005年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2002年1月推計）」（中位推計）

かわりを積み重ねるなかで、刻々と変化している状況を把握するとともに、適切な介入を行わなければならない。この制約を乗り越えるためには、すべてのスタッフが周到に情報を共有し、チーム一丸となって治療やケアにあたる必要がある。チーム内、さらには地域ネットワークにおける情報共有の重要性を忘れてはならない。

### ■介護者からの情報が手がかかりとなる

在宅においては、医学知識をもちあわせていない患者や介護者、またはホームヘルパーからの報告を手がかりにして、患者の病態変化を察知しなければならない。だからこそ、どんな病態変化や合併症、事故が起こりうるのか、そしてどんな場合に医療者に報告するべきかを、患者や介護者に日頃から指導しておくことがきわ

めて重要である。

とくに重要となるのは、対応を急ぐかどうかの判断である。夜間や週末だからという遠慮から第一報が遅くなってしまった場合など、すでに重大な病態に陥ってしまっている恐れもあるため、「迷ったらとりあえず連絡」するよう指導しておくことが肝要である。相談しやすい関係を構築することも、医師・看護師の力量だということ意識したい。

当院では、在宅導入後はじめての問い合わせに対しては、軽微な変化であってもひとまず診療に赴いたうえで緊急性はないことを確認するよう心がけている。患者、家族にそのような経験を重ねてもらうことによって、在宅における24時間対応の実際への理解が深まると考えているからである。