

日本在宅 医療連合 学会誌

Vol.4
No.3

Journal of Japanese Association for Home Care Medicine



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine

論文

●原著

在宅看取りを促進する要因と阻害する要因の検討：ケアマネジャーの視点からの質的研究

安部公崇・阿部路子・金子惇・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

●原著

地域住民を対象とした家庭内におけるヤングケアラーの認識に関する実態調査とヤングケアラーの家族の健康問題の検討

久田祥雄・東野克巳・納谷佳男・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

●原著

終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果の検討

中村育子・前田佳予子・田中弥生・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

●原著

親の支援なき後、在宅重症心身障害者の居場所の移行を支える専門職の支援プロセス

久保恭子・坂口由紀子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28

●原著

訪問リハビリテーションを長期間利用している地域在住高齢者の ADL と IADL

石田ゆず・池上章太・古田大樹・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36

●症例報告

メサドン内服からヒドロモルフォン注持続投与へのオピオイドスイッチングにより最期まで在宅で過ごすことができた2症例

川内潤也・佐久間詠理・渡邊淳子・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

在宅看取りを促進する要因と阻害する要因の検討： ケアマネジャーの視点からの質的研究

安部公崇^{1) 2) 3)}，阿部路子⁴⁾，金子惇^{2) 4) 5)}，マイク D. フェターズ⁶⁾，鳴本 敬一郎^{2) 4)}，
井上真智子^{2) 4)}

要旨

目的：ケアマネジャーの視点から非がん患者を含めた在宅看取りの促進要因と阻害要因を検討する。

方法：静岡県山間部で在宅看取り事例を担当した8名のケアマネジャーへ半構造化面接を行った。

結果：テーマ分析から「患者本人の希望」「家族の意向・状況」「介護者を取りまく人間関係」「病状と余命の認識」「医療職・介護職との連携」「経済的事情」を抽出した。家族間の協力関係が促進要因である一方、退院時の在宅介護の情報提供不足や、予後予測が難しい場合の介護者の疲弊や経済的負担が阻害要因であった。

結論：在宅医療従事者には、退院支援時の病院医療者との連携強化と、余命の認識を介護家族と適切に共有することが求められる。

キーワード：在宅見取り，ケアマネジャー，多職種連携，介護者負荷，退院支援

Facilitators and barriers to continuing end-of-life care at patients' home： a qualitative study on care managers' perspective

Koshu Abe^{1) 2) 3)}，Michiko Abe⁴⁾，Makoto Kaneko^{2) 4) 5)}，Michael D.Fetters⁶⁾，Keiichiro Narumoto^{2) 4)}，Machiko Inoue^{2) 4)}

¹⁾ むさしの台ファミリークリニック

²⁾ 静岡家庭医養成プログラム

³⁾ 森町家庭医療クリニック

⁴⁾ 浜松医科大学地域家庭医療学講座

⁵⁾ 横浜市立大学大学院データサイエンス研究ヘルスデータサイエンス専攻

⁶⁾ ミシガン大学家庭医療学講座

¹⁾ Musashinodai family clinic

²⁾ Shizuoka Family Medicine Program, Hamamatsu University School of Medicine

³⁾ Morimachi Family Medicine Clinic

⁴⁾ Department of Family and Community Medicine, Hamamatsu University School of Medicine

⁵⁾ Department of Health Data Science, Yokohama City University

⁶⁾ Department of Family Medicine, University of Michigan

著者連絡先：むさしの台ファミリークリニック

〒183-0011 東京都府中市白糸台 4-9-1 クリニックモールむさしの台 103

TEL：042-340-3555 E-mail：ak098055@gmail.com

Abstract :

Introduction : This study explores the facilitators and barriers to continuing end-of-life care at patients' homes, including noncancer patients' homes, through care managers' experiences.

Methods : We conducted semi-structured interviews with eight care managers providing end-of-life care at patients' homes in a rural area in the Shizuoka prefecture.

Results : The themes identified were "patients' wishes," "families' will and situations," "relationships surrounding the caregiver," "awareness of patient's conditions and life expectancies," "collaboration with medical and nursing professionals," and "financial circumstances." Facilitating factors for end-of-life care at patients' homes were family cooperation, and barriers were a lack of information about home care at hospital discharge and caregiver's burden when patients' life expectancies were difficult to predict.

Conclusion : Home medical and nursing care providers need to improve collaboration with medical professionals in hospitals when supporting patients' discharge. They also need to communicate appropriately with caregivers about each patient's life expectancy.

Keywords : end-of-life care at patients' home, care manager, multidisciplinary collaboration, caregivers' burden, support on hospital discharge

はじめに

在宅医療において、本人の希望に沿った看取り場所の選択は重要な課題である。わが国では、内閣府の高齢社会白書で約7割の人が人生の最終段階において医療・療養を受けたい場所として自宅を挙げているが¹⁾、実際の死亡場所の内訳は、自宅(13%)と介護施設(9%)を合わせても2割強にとどまっている²⁾。厚生労働省は2025年までに各地で地域包括ケアシステムを構築することを目指し、在宅看取りの普及を推進しているが、先進諸国の自宅での死亡割合(米国30%、英国23%)や、その増加の傾向(2000年代中盤から約10年で3割増)³⁾⁴⁾と比較しても大きな乖離がある。

わが国の在宅看取りの促進要因、阻害要因については、がん終末期の患者を対象とした研究で様々な要因が指摘されている。促進要因として、本人の意志⁵⁻⁷⁾、家族の自発性⁵⁾⁶⁾⁸⁾、複数の介護者の存在⁵⁾⁶⁾、医療職・介護職の支援⁵⁾⁶⁾⁸⁾⁹⁾、苦痛のコントロールが可能なこと⁵⁾⁸⁾などがある。阻害要因としては、症状の増悪⁷⁾⁹⁾、家族にかかる負荷の限界⁷⁾⁸⁾¹⁰⁾¹¹⁾、余命の未告知¹⁰⁾、などが挙げられている。これらの調査対象は、患者の家族⁵⁾⁶⁾⁹⁾、訪問看護師⁷⁾、医療・介護の多職種¹²⁾、救急救命士¹³⁾、医療機関の診療記録⁸⁾¹⁰⁾¹¹⁾である。一方、高齢者の死因には心不全や老衰など非がんで長期に渡って介護を要するものも多い¹⁴⁾。

そのような患者の在宅医療では、患者が臨死期に至るより前の時期に、ケアマネジャーがケア体制の確立、基本的介護ニーズの援助、家族関係の調整等の関わりを多く持っており¹⁵⁾、看取り場所の選択にも影響を与え得る位置付けにある。ケアマネジャーは、在宅看取りにおいて医療職との連携に困難を感じやすいことが指摘されているが¹⁵⁻¹⁹⁾、特に彼らの視点から見た在宅看取りの促進や阻害要因は研究されていない。これらのことから、先行研究では焦点が当たっていなかった非がん患者を含めた在宅看取り事例について、ケアマネジャーの経験を探索することで医療者とは異なる視点からの知見が得られる可能性がある。

目的

本研究の目的は、ケアマネジャーの視点から、非がん患者を含めた在宅看取りに至った事例と至らなかった事例の経験を質的に分析し、在宅看取りの促進要因と阻害要因を検討することである。それにより患者・家族の望む在宅看取りを支援するための多職種連携の強化に寄与する知見を得ることを目指す。

方法

1. 研究デザイン

解釈主義に基づく質的研究デザインとし、半構造化面接を実施した。テーマ分析により在宅看取

りを促進する要因と阻害する要因を抽出した。

2. セッティング

調査拠点としたのは静岡県山間部 A 町である。A 町の在宅医療を中心的に担う公立家庭医療クリニックでは、年間約 150 名の患者へ訪問診療を提供しており、隣接した公立病院において急性期や慢性期、レスパイト入院が可能である。訪問診療先は地理的に集約され、医師、訪問看護師、ケアマネジャーの連携が安定している地域であり、訪問診療を実施していた患者で在宅看取りに至った割合は 86.8%（2020 年実績）である。在宅看取りの実績は 10 年以上あり、最終的に自宅以外で看取った事例との比較が可能である。

3. 研究参加者とサンプリング

合目的的サンプリングにより、A 町で在宅看取り希望の事例を担当した経験を持つケアマネジャーに研究参加を依頼した。特に在宅看取りを希望していたが途中で変更となった事例の経験を持つケアマネジャーが対象に含まれるよう留意して参加依頼を行った。

4. 面接実施方法

研究設問に沿ってインタビューガイドを作成し、研究参加者に半構造化面接を行った。質問内容は、1) 在宅看取りが選択された経緯、2) 自宅で看取った事例についてはその状況や実施できた要因について、3) 自宅で看取りを予定したが最終的に他の場所で看取った事例については方針を変更した理由とその背景にあった要因について、である。インタビュアーは参加者と初対面で業務上の利害関係を持たない第二著者（非医療者、質的研究者）が担当した。面接は、一人あたり約 60 分であった。

5. 分析方法

インタビュー内容を IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。逐語録は MAXQDA Analytic pro 12 を用いてテーマ分析を行い²⁰⁾、在宅看取りの促進と阻害に関連するテーマを抽出した。最初の 2 名分のデータは第一著者と第二著者が各々コーディングを行って結果を討議し、テーマの構成に合意した上で第二著者が残りのデータをコーディングした。研究チームは随時議論を行い、テーマの飽和に合意した段階でデータ収集を終了し

た。分析後には、研究参加者にそれぞれのインタビュー逐語録と全体の結果レポートを送り、メンバーチェックングとして理解の相違がないか確認を求めた。全員から返信があり、修正の要望はなかった。

6. 倫理的配慮

研究参加者には研究目的、参加と撤回の自由、データの保管方法などを文書を用いて説明し、書面により同意を得た。本研究は、浜松医科大学臨床研究倫理委員会の承認（No.19-170）を得て実施した。

7. 用語の定義

本論文で用いる用語として、ケアマネジャーはサービス提供対象者のことを「利用者」と呼ぶが、本研究は医師である第一著者の視点からデータを解釈しているため「患者」という表現で統一する。また、在宅看取りにおける「自宅」は、近年は介護施設等を含めて使われることが多いが、本研究では患者が暮らしてきた自宅を示している。

結果

1. 研究参加者と対象事例

本研究には 8 名のケアマネジャーが参加した。ケアマネジャー経験年数は中央値 11.5 年（四分位範囲 6 ～ 15 年）、性別は女性 7 名、男性 1 名であった。各人は常時約 40 名の患者を担当していた。経験している看取りの件数は 1 年間に 5 件前後で、そのうち半数以上が自宅での看取りとなっていた。参加者がインタビューで語った看取り事例は合計 16 件で、そのうちがん患者 5 件は全て在宅看取りを実施していた。非がん患者 11 件の中では 6 件が在宅看取りを実施、残り 5 件は自宅以外で看取りを行っていた。

2. 在宅看取りを促進する要因と阻害する要因

在宅看取りの促進要因として 14 個、阻害要因として 14 個のコードが生成された。それらを、「患者本人の希望」「家族の意向・状況」「介護者を取りまく人間関係」「病状と余命の認識」「医療職・介護職との連携」「経済的事情」の 6 つのテーマに分類した（表 1）。以下にテーマごとの詳細を記述する。

表1 在宅看取りを促進する要因と阻害する要因

テーマ	在宅看取りを促進する要因	在宅看取りを阻害する要因
患者本人の希望	自宅にいたいという希望	家族への遠慮
家族の意向・状況	患者本人への愛情	看取る覚悟が不安定
	過去の看取り体験	介護技術の習得が困難
	施設に入れることへの罪悪感	主介護者の限界
	(独居) 一人の時に亡くなる可能性への納得	家族内に別の病人が発生
介護者をとりまく人間関係	患者本人との関係性が良好	患者本人との介護者の関係性が不良
	複数の家族員の協力体制	家族間で意思統一ができない
	近隣住民の協力	介護者間や家族間の遠慮
	勤務先の理解	
病状と余命の認識	余命が短いという認識	本人の急な病状の悪化
		余命の予測が困難な状況
医療職・介護職との連携	訪問看護・医師との密な連携による安心	医療・介護サービス利用を躊躇
	家も病院でもできることは同じという理解	病院医療者の在宅介護への理解不足
	各種介護サービス活用	医療者／ケアマネによる入所の誘導
経済的事情	経済的に施設入所が困難	経済的に施設入所が可能

3. 患者本人の希望

患者本人の「家にいたい」という明確な意思表示が促進要因となり、家族や医療者がその希望に応えて自宅で看取ったケースが複数あった。一方で患者による家族への遠慮や迷惑をかけたくないという気持ちは在宅看取りの阻害要因となっていた。また本人の希望は、体調の変化、家族や多職種との関わりを通して揺れ動いていく場合があることもケアマネジャーは観察していた。

「彼女は迷惑を掛けたくないからいずれは入院しなきゃと言っていました。(中略)でもやっぱり母としてのことを一緒に時間、おうちにいたらできるよねというようなことを彼女にお話をして、訪問看護師さんや在宅支援室の方たちがそういうことをすごく尊重してくれて(家で最期を迎えられた).」(参加者 06)

4. 家族の意向・状況

在宅看取りの選択で、ケアマネジャーが強い影響を感じていたのは「家族の意向・状況」であっ

た。家族が在宅看取りを希望する動機には、看取られる患者本人に対する愛情から、本人が自宅療養を希望するならそれを実現してあげたいという思いがあった。また、過去に親族の在宅看取りを行った経験のある家族は、2度目以降も前向きに取り組める傾向があることをケアマネジャーは観察していた。一方、本人を施設に入れることへの罪悪感や、過去に親族を十分に介護できなかったという後悔の念から、家族が在宅看取りにこだわりを示す例も報告された。

稀なケースとして独居の高齢者の在宅看取りを担当したケアマネジャーは、それも医療・介護職との連携により可能ではあったが、条件として患者が一人でいる時に亡くなる可能性があることへの家族の納得をあげた。

一方、自宅で看てあげたいという意欲があっても最期まで看取る覚悟ができていない例や、介護技術の習得が困難で気持ちと現実の乖離が時間と共に拡大していった例もあった。このような状況で介護負担が主介護者の許容の限界を超えてしま

うことは、看取り場所の変更の大きな要因となっていた。

「看られる間は奥さんが見てあげたいという思いでしたんですけど、だんだんADLが低下して全介助、お食事も取れるか取れない日もあり、いつもと違う状態になると奥さんがちょっとパニックになる。昼間はお一人で看る（同居家族は働いている）とすると、やっぱり怖いかな、おうちでは無理かなって、今揺れてる感じです。」（参加者08）

また当初は介護対象者が一人であったが、介護途中で家族内に別の病人が発生し自宅での介護が困難になる事例もあった。介護対象者の配偶者、親、子ども等の関係者が全て70代以上など年齢層の高い家族も存在することから、介護期間中に家族内で様々な健康問題が同時に起こり得るということにも留意が必要だった。

5. 介護者をとりまく人間関係

在宅看取りの促進要因として、患者本人と家族の関係性が良好であることと、複数の家族員の協力体制が組めることが挙げられた。これらの協力関係が充実していると介護の負担が分散され、皆で頑張る雰囲気生まれるため、前節で述べた「主介護者の限界」を超える状況を回避しやすいとケアマネジャーは考えていた。

「身内がぱっと集まってくれるとか、心からお父さん好きだからっていう、関係性が良い家は、やっぱり最期までお父さんそう思ってるなら看ますよって、そこが一番ですね。これはもう関係性だと思うんですよ。」（参加者02）

また、近隣住民からの日常的な声掛け、親の介護のために妻が実家に滞在することに対する夫の理解、介護者の仕事量やシフトに関する勤務先の配慮などは、間接的に介護者の心身の負荷軽減に役立っていた。

一方で患者本人と介護者の関係性が不良な場合には在宅看取りは選択されにくかった。背景には家族の歴史の中での患者の振る舞い、親子や嫁（婿）姑としての関係性への不満などがあった。また認知症の周辺症状によって患者から介護者へ心ない言葉が向けられることで、関係性が介護期間中に悪化してしまう例もあった。

在宅看取りについて家族間で意思統一ができていない場合や、同居家族とその他の親族、血縁と義理等の立場の違いから生じる介護者間・家族間の遠慮が要因となって、主介護者が孤立し、療養場所を変更した例もあった。

「娘さんは当然見てあげたいという思いはあったのですが、お婿さんに気兼ねをしていて。（中略）カンファのときに『十分な働きを俺はできない。あなたが娘なのだから一生懸命看なきゃいけない』っていう意思表示があった。奥さん（患者の娘）もそれを感じ取って、『このまま病院で入院はできますか』という言葉になって。」（参加者03）

6. 病状と余命の認識

がん末期などで余命が短いという認識は在宅看取りを促進する要因になるとケアマネジャーは考えていた。一方、非がんの高齢者の場合には介護期間が長期化する中で、患者が短期入院中に想定外に死亡したり、介護者の疲弊により在宅看取りを断念したりした例が挙げられ、余命の予測が難しいことが在宅看取りの阻害要因となり得ていた。

「治療も手術しないって方針でいたので、いつも本当にその度に、もう終わりだと思ったことが何回もあるので、『まだなんですよ』みたいな感じになって。実際言ってみただけだね、『もう疲れちゃって』って。」（参加者05）

なおケアマネジャーは、余命については自分の立場からは伝えられないという姿勢をとっていた。余命は、専門知識を踏まえて説明ができる医師か、毎回30分から1時間かけて患者の体に触れるケアや会話を通じて信頼関係を醸成している訪問看護師から伝わることで、初めて患者や家族が納得する類の情報であると認識していた。

「信頼感も違います。ご家族を見て一番ストレスなく状況を伝えられる人は誰だろうと考えると、こういうターミナルとか重篤な場合は、医師であり看護師かな。ケアマネジャーはそばにいて、自分がやれる、必要なことは何だろうという立ち位置かと思います。」（参加者03）

7. 医療職・介護職との連携

自宅での介護において家族に安心感を与えていたのは、定期的な訪問診療に加えて、不安が生じた時は訪問看護に連絡すれば駆けつけてくれるという、訪問看護や医師との密な連携であった。急激な病状悪化に不安がある場合でも、「家でも病院でもできることは同じ」であるという情報提供は、患者や家族の迷いを払拭するのに効果があると認識されていた。

「先生の病状の伝え方とか訪問看護の看取りのステージの心構えとか、（中略）いつでも何かあったときは大丈夫ですよ、みたいな安心感をずっと伝え続けていたということかと思います。」（参加者 07）

ケアマネジャーは、介護保険によるサービスを各家庭の予算や患者・家族の希望に合わせて調整し、ヘルパー派遣、デイサービス、ショートステイなどを組み合わせて家族を孤立させない介護環境を作るよう努めていた。しかし、非がん患者で療養が長期化するうちに在宅介護を継続できなくなった事例においては、専門職の頻繁な訪問やそのための時間的拘束を好まない家庭があったことも示された。

「ヘルパーさんは最後まで使わなかったと思うんです。もうちょっと手があつたらな、介入してくれる人が自宅であればな、というのもあるんですけど。息子さんも奥さんもいろいろ用事があって、留守中に訪問されるのはあんまり喜ばれなかったの。」（参加者 02）

専門職との連携に関連して、ケアマネジャーから在宅看取りを選択する以前の課題が二つ指摘された。一つは、病院医療者の側に在宅介護についての理解不足があり、退院時の説明で十分な検討をせずに「自宅での介護は無理」という印象を家族に伝えてしまう例があるということだ。二つめは、介護施設に所属するケアマネジャーは、施設の経営上の理由で、在宅ではなく入所の方へ患者・家族を誘導するよう指導されている場合があるということだった。

「病院でも『入院したほうがいいよ』とか『じゃあ施設へ入る？』とか『そのほうが安

心ですよ』という声掛けをすると、ぼっきり家族も折れちゃって、じゃあそうしようかなってなることもあるので。（そのような声掛けをする人は）病院の先生だったり看護師さんだったり。」（参加者 04）

8. 経済的事情

看取り場所の選択を方向づける要因には経済的事情もあった。経済的な余裕がないことの方が在宅での看取りを希望する促進要因となっており、経済的に余裕のある家庭の方が施設入所を選択しやすい傾向があった。

「経済的に入所や入院が無理だからっていう方も最近ありました。本人が絶対、病院は行きたくない、このままにしておいてくれっていう人でした。」（参加者 02）

経済面の不安は「余命の認識」とも関連していた。医療・介護費用の自己負担額が最も低くなりうる自宅、比較的安価な介護老人保健施設、さらに高額になる有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などの選択肢の中で、介護期間を予測しながら費用面から療養場所を検討する家族の視点が以下のケアマネジャーの発言に現れている。

「（ご家族が）『家で看るとお金が安いけど、やっぱり療養型に入ると高くなるからつらいんだよね』と言うんですよ。使えるサービス、安くなる制度ありますか、みたいに、このところ金銭的に聞かれるパターンが多いです。」（参加者 04）

考察

本研究は、在宅看取りに至った事例と至らなかった事例の両方の経験を有するケアマネジャーへのインタビューから、在宅看取りを促進する要因と阻害する要因を質的に分析した。非がん患者のケースを研究対象に含めたことにより、「経済的事情」というテーマが抽出され、余命との兼ね合いで家族が費用面から場所の選択に悩む様子を捉えた。またケアマネジャーが医療者に対して、「病状と余命の認識」について患者や家族と丁寧に共有していくよう期待していることがわかった。余命の情報は介護者の心身の負荷や、介護の長期化による経済面の不安の軽減に役立つ可能性

がある一方で、伝達するのに信頼関係を要する繊細な事柄である。ケアマネジャーは、各家庭への訪問の頻度や滞在時間の長さ、患者の身体に触れるケア、その間に交わされる会話を通じて医療者と患者・家族の間に形成されていく信頼関係を観察しており、そのために「余命」を自分たちが踏み込むべきではない領域として捉えていた。これは、先行研究で指摘されていた「医療職との連携の困難感」¹⁵⁻¹⁹⁾とは質の異なる医療者との役割分担の認識であった。これらのことから医療者は、患者の余命の認識について誰からどのような形で伝達していくことが介護者に役立つのか、熟慮の上対応する必要があることが示唆された。

加えて在宅看取りを選択する前段階の阻害要因として、病院医療者の退院時説明における在宅介護への理解不足や、介護施設の経営上の理由から、在宅看取りの選択について本人や家族に適切な情報提供がされていない場合があるということが指摘された。退院時の病診連携の課題については原田小夜 (2012)¹⁷⁾の調査でも同様の指摘がされている。このことは、人生の最終段階を自宅で過ごしたいと希望する人が多い中で¹⁾、在宅死が死亡全体の1～2割に留まる現状²⁾の一つの要因となっている可能性がある。在宅医療・介護に関わるスタッフが退院前カンファレンスなどに積極的に参加すると同時に、上記のようにそもそも在宅療養の選択肢が奪われない配慮を病院側も行う必要がある。

先行研究と共通していたのは、在宅看取りにおいて介護者が重要な役割を担っていること⁵⁻⁸⁾¹⁰⁾¹¹⁾、医療職・介護職からの支援が促進要因になること⁵⁾⁶⁾⁸⁾⁹⁾があり、本研究はケアマネジャーの視点からもその重要性を確認した。なお、本研究に参加したケアマネジャーは、最終的に在宅看取りとならなかったケースにおいてもその選択の必然性や効果は認識しており、それを好ましくない結果と考えていたわけではない。今回抽出した要因は、いずれも相互に影響し合って看取り場所の選択に作用するものであるため、患者・家族の支援にあたる医療職・介護職がケースごとに目配りをするべき観点としての活用が望ましいだろう。

本研究の限界として、山間僻地を拠点とした調

査であり、ケアマネジャーの経験が都市部とは異なる可能性が挙げられる。患者と家族が同居しているか近隣にいるケースが多く、独居高齢者の看取り事例は1件のみと少なかった。また参加者には「施設より在宅介護の方が安価」という前提があったが、患者の病状によってはそうとも限らないことを踏まえる必要はある。今後は、都市部や異なる診療体制下での在宅看取りの課題も調査することで、環境による要因の違いを探索し、医療者、ケアマネジャー、患者家族のより良い協働に役立てていくことが期待される。

結語

在宅看取りにおいては家族間の協力関係と、医療職・介護職との連携は重要な促進要因である。ケアマネジャーの視点から在宅医療従事者には、退院支援時の病院医療者との連携強化と、余命の認識を介護家族と適切に共有することも求められている。

謝辞

インタビューに参加したケアマネジャーの皆様と、インタビューのコーディネートに協力してくださったスタッフの皆様に感謝いたします。

文献

- 1) 内閣府：平成30年版高齢社会白書（概要版）第1章 高齢化の状況．2018.
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/gaiyou/pdf/1s1s.pdf> (2022年6月24日アクセス)
- 2) 厚生労働省：厚生統計要覧（令和3年度）第1編人口・世帯-第2章 人口動態 第1-25表．2021. https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (2022年6月24日アクセス)
- 3) Bone AE, Gomes B, Etkind SN, et al : What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. Palliative Medicine 32 (2) : 329-336, 2018.
- 4) Cross SH, Warraich HJ : Changes in the Place of Death in the United States. New England Journal of Medicine 381 (24) : 2369-2370, 2019.
- 5) 小山歌子, 若狭一美, 渡部和子・他 : 特別豪雪地帯・無医地区で高齢者の在宅看取りを可能にす

- る条件 - 看取り家族の語りから - . 新潟医療福祉会誌. 21 (2) : 9-18, 2021.
- 6) 尾形由起子, 岡田麻里, 樫直美・他: 終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行った配偶者の介護体験. 日本地域看護学会誌. 20 (2) : 64-72, 2017
 - 7) 大園康文, 福井小紀子, 川野英子: 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響 - 経時的なパターンの分類化 -. Palliative Care Research. 9 (1) : 121-128, 2014.
 - 8) 荒井康之, 鈴木隆雄, 長島晃司・他: 在宅ケアを受けたがん患者の療養場所の希望と実際 - 在宅療養中の希望の変化を含めた検討 -. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 42 (3) : 150-157, 2019.
 - 9) 吉田彩: 在宅がん患者の看取りにおける家族の対処の過程. 日本看護科学会誌. 40 (0) : 260-269, 2020.
 - 10) 榎本美紀, 竹内和彦, 河島恵理子・他: 病院訪問診療におけるがん終末期患者の転帰と看取りに関する報告と考察. 日本在宅医療連合学会誌. 1 (1) : 31-37, 2019.
 - 11) 佐藤一樹, 橋本孝太郎, 内海純子・他: 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅診療中止の関連要因. Palliative Care Research. 10 (2) : 116-123, 2015.
 - 12) 山岸暁美, 中神祐介, 妹尾栄治・他: 本人の意向を反映した人生の最終段階の医療・ケアの実現のために何が求められるのか? ~増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題~. 日本在宅救急医学会誌. 4 : 61-68, 2020.
 - 13) 鈴木幸恵: 蘇生処置を行わない (DNAR) 意思表示のある終末期がん患者の臨死時に救急車要請となる理由 - 救急救命士へのインタビューから把握したこと -. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 38 (2) : 121-126, 2015.
 - 14) 厚生労働省: 厚生統計要覧 (令和3年度) 第1編人口・世帯 - 第2章 人口動態 第1-28表. 2021. https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (2022年6月24日アクセス)
 - 15) 内田陽子, 中谷久恵, 島内節: エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践. 北関東医学. 59 (4) : 337-344, 2009.
 - 16) 金田明子, 叶谷由佳: 多職種がエンド・オブ・ライフ期にある在宅要介護高齢者にケアマネジメントの視点から実践している内容. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 44 (2) : 74-80, 2021.
 - 17) 原田小夜: 介護支援専門員の直面する在宅ホスピスケアにおける課題. 日健医誌. 21 (1) : 2-9, 2012.
 - 18) 原田小夜: 介護支援専門員の在宅ホスピスケア困難要因と関連要因の検討. 日健医誌. 20 (1) : 31-37, 2011.
 - 19) 原田静香, 美ノ谷新子, 柴崎美紀・他: 在宅終末期がん患者のケアマネジメントに関する介護支援専門員の認識 - 介護支援専門員の属性による差に焦点をあてて -. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 39 (4) : 219-226, 2016.
 - 20) ウド・クカーツ: 質的テキスト分析法. 1st ed. 新曜社, 東京, p.97-106, 2018.

地域住民を対象とした家庭内におけるヤングケアラーの認識に関する実態調査とヤングケアラーの家族の健康問題の検討

久田祥雄¹⁾, 東野克巳²⁾, 納谷佳男³⁾

要旨

家庭内におけるヤングケアラーの認識を調査し、ヤングケアラーの家族の特徴と健康問題を探索した。有効回答 2,700 人（男性 1,211 人）、平均年齢 65.4 歳で、ヤングケアラーの家族 136 人であった。年齢・性別・教育歴・収入・疾患障害の有無で調整しても、ヤングケアラーの家族には、離婚者（OR2.40, 95%CI1.03 ~ 5.58, p 値 0.04）や肥満者（OR1.63, 95%CI 1.06 ~ 2.50, p 値 0.02）が多かった（ロジスティック回帰分析）。在宅医はヤングケアラーを認識できる立場にあり、ヤングケアラーに対する社会的支援の検討やヤングケアラーの家族の健康問題への介入が期待される。

キーワード：在宅診療、質問紙調査、離婚者、肥満、ヤングケアラー

“Questionnaire survey to understand perceptions about young carers in local households and investigate health problems in families of young carers”

Yoshio Hisata¹⁾, Katsumi Higashino²⁾, Yoshio Naya³⁾

Abstract :

Objective : We investigated the frequency of individuals who had young carers at home and the risk of health problems in such individuals.

Methods : A questionnaire survey was conducted on 8,226 adults living in Kinomoto and Yogo town, in Nagahama City, Japan. We defined “the family member of a young carer” as an individual living with a child, and the child provided care for someone in the family. We assessed age, gender, marital status, educational background, household income, employment status, lifestyle habits, and health status of the residents. We explored the risks of health problems in young carers’ family members using a multivariable analysis.

Results : Overall, 2,700 people were surveyed, including 1,211 male respondents (average age, 65.4years) and

¹⁾ 長浜市立湖北病院 内科

²⁾ 長浜市立湖北病院 小児科

³⁾ 長浜市立湖北病院 泌尿器科

¹⁾ Department of Internal Medicine, Nagahama City Kohoku Hospital

²⁾ Department of Pediatrics, Nagahama City Kohoku Hospital

³⁾ Department of Urology, Nagahama City Kohoku Hospital

著者連絡先：長浜市立湖北病院

〒529-0493 滋賀県長浜市木之本町黒田 1221 番地

TEL : 0749-82-3315 E-mail : hisatayoshio@yahoo.co.jp

136 family members of young carers. Logistic regression analysis showed that divorce (odds ratio [OR] 2.40, 95%confidence interval [CI] 1.03~5.58, P=0.04) and obesity (OR1.63, 95%CI1.06~2.50, P=0.02) was significantly associated with the risk of health problems in family members of young carers, after adjusting for sociodemographic factors.

Conclusion : Approximately 5% of the residents had young carers at home. Among such residents, body weight management should be considered a significant health concern. Understanding the health problems of young carers' family members during home medical care can help in provision of adequate social support and medical intervention

Keywords : home medical care, obesity, questionnaire survey, divorce, young carer

はじめに

ヤングケアラーは、「家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行っている18歳未満の子ども」と定義される¹⁾。近年注目され、実態調査が進められているが、わが国のヤングケアラー研究は未着手な部分も多い。

過去に教員^{2) 3)}や高校生⁴⁾や社会福祉士⁵⁾を対象にヤングケアラーの存在や認識を調査した報告はあるが、子供と生活を共にする家族に注目して実施した調査報告はない。したがって、ヤングケアラーをもつ家族の健康問題について検討した報告もみられない。

ヤングケアラーが注目された背景には、わが国の高齢化に伴う認知症をはじめとする介護者の増加が背景にある⁶⁾。在宅診療の現場では、在宅診療従事者が患者と関わる中で、介護状況を確認する際、ヤングケアラーの存在に気づくことができる立場にある。そのため、ヤングケアラーの発生しやすいリスクについて、在宅診療従事者が知っておくことは有用である。また、ヤングケアラーをもつ家族側の健康問題に対して、在宅診療従事者が介入できる可能性がある。

目的

ヤングケアラーを家族にもつ地域住民（以下、ヤングケアラーの家族）の頻度について、同居あるいは別居の家族への聴取により調査する。ヤングケアラーの家族の特徴やヤングケアラーの家族の健康問題を明らかにして、在宅診療に関わるスタッフが介入できることを探索する。

方法

1. デザイン

研究デザインは、質問紙調査を用いた後ろ向き観察横断研究である。質問紙の配布と回収には郵送法を用いた。

2. 対象と期間

長浜市木之本町・余呉町に住む成人住民3,997世帯の8,226人とした。質問紙の配布と回収は2021年7～8月にかけて行った。質問票を各世帯に成人の人数分だけ郵送して、個別に回答してもらい集計した。いずれも滋賀県最北端に位置する過疎地域であり、全国と比較して少子高齢化が進んでいる。データのある2020年4月時点での自治会別高齢化率は、余呉町の余呉連合が41%、木之本町の杉野連合で53%である。

3. 測定項目

最初に、住民の基本属性として、年齢・性別・婚姻歴・教育歴・世帯収入・就労状況を測定した。要介護リスクの高い高齢者では、ヤングケアラーの家族となるリスクが高いと考え、非高齢者（65歳未満）と高齢者（65歳以上）の割合を算出した。また、ヤングケアラーはひとり親の世帯で発生しやすい⁴⁾、離婚者を関連要因として解析に使用した。教育歴では中卒、高卒、短大/大卒以上のいずれかで確認した。世帯全体の収入について、各住民に150万円未満、151～350万円、351～500万円、501万円以上の4段階で回答してもらい、世帯全体の収入の回答が350万円以下の場合に低収入として解析に用いた。就労状況では、回答者自身が就労できているかどうかを確認した。

次に、住民の生活習慣と健康状態を測定した。生活習慣では、睡眠・喫煙・飲酒・運動・健康診

断について、平均睡眠時間、過去に喫煙していたあるいは現在喫煙中かどうか（喫煙習慣あり）、定期不定期を問わずに飲酒するかどうか（飲酒習慣あり）、定期不定期を問わず運動の習慣があるかどうか（運動習慣あり）、定期的に健康診断を受けているかどうか（健診習慣あり）を確認した。健康状態では、身体疾患や精神疾患の有無、自歯本数、肥満（BMI25 以上）・やせ（BMI18.5 未満）の有無を確認した。睡眠時間については平均睡眠時間以上かどうかと、自歯本数については年齢あたりの全国平均自歯本数を超えるかどうかを確認し、2 群に分けて多変量解析に使用した。

最後に、家族のケアとして、家庭内に育児あるいは介護のいずれかもしくは両方のケアを要する家族がいるかどうかと、家庭内にヤングケアラーがいるかどうか（ヤングケアラーの家族）を測定した。双方のケアを要する場合には、ダブルケア世帯として区別して集計した。核家族化に配慮して、別居している未成年の家族も含む問い方でヤングケアラーの家族を定義し、「Q：あなたが一緒に住んでいるあるいは別に住んでいる家族の中に、介護や育児のサポートをしてもらっている未成年（ヤングケアラー）の家族はいますか？」という質問内容で、その回答を得た。厳密な表現は「家庭内ヤングケアラー認識者」となるが、読み進めやすいようにヤングケアラーの家族としている。

参考資料として、ヤングケアラーの家族について、各世帯内の回答者間で回答が一致した場合とそうでない場合を集計して記述した。

4. 解析方法

質問紙を回収後、未送達を除外して回収率を求め、組み入れ図に示した。次に、回答者の基本属性、生活習慣、健康状態について集計した後、連続データは平均値と標準偏差を、カテゴリカルデータは該当数を示した。ヤングケアラーの家族かどうかで2 群に分け、測定項目についてカイ二乗検定で比較した。単変量解析で有意であった健康関連項目に、ヤングケアラーの家族の特徴と思われる交絡要因を投入し、ロジスティック回帰分析でヤングケアラーの家族の健康問題や発生リスクを探索した。解析ソフトには STATA/SE14.0 を使用し

た。

5. 倫理的配慮

調査は撤回可能を保証した上で同意を取得して行っており、個人が特定されないよう配慮している。また、院内の倫理委員会の承認を受けた上で実施した（承認番号：令和3 年度第1 号）。

結果

組み入れ図を図1 に示す。3,997 世帯の8,226 人に対して、同世帯の者については個人ごとに質問票を送付した。未送達137 世帯158 人と未回収の2,042 世帯5,368 人を除外して、最終的には、1,458 世帯の2,700 人の個人からの回答で検討した。世帯別回収率37.8%、人数別回収率33.5%であった。回答者の属性を表1 に示す。基本属性は、男性1,211 人、女性1,489 人、平均年齢65.4 ± 17.2 歳、離婚者73 人、短大/大卒以上939 人、収入350 万円以下1,213 人、351 万円以上1,222 人、就労できている1,152 人であった。生活習慣は、平均睡眠時間6.6 ± 1.2 時間、平均睡眠時間7 時間以上1,395 人、喫煙習慣あり793 人、飲酒習慣あり615 人、運動習慣あり499 人、健診習慣あり2,062 人であった。健康状態は、身体疾患あり1,010 人、精神疾患あり188 人、平均自歯本数19.0 ± 9.6 本、自歯本数年齢平均以上1,377 人、年齢肥満672 人、痩せ型250 人であった。世帯属性は、育児を要する家族がいる295 人、介護を要する家族がいる202 人、育児と介護を要する家族がいる22 人で、ヤングケアラーの家族は136 人、頻度にして回答が得られた地域住民のおよそ5.0%であった。

単変量解析結果を表2-1 に示す。ヤングケアラーの家族の健康状態においては、自歯本数年齢平均以上の人が少ない（オッズ比0.65, 95% 信頼区間0.44 ~ 0.95, $p = 0.02$ ）、肥満である（オッズ比1.69, 95% 信頼区間1.63 ~ 3.97, $p < 0.001$ ）、必要なケアについては、介護を要する家族が多い（オッズ比2.58, 95% 信頼区間1.63 ~ 3.97, $p < 0.001$ ）などの特徴がみられた。以上から、肥満と自歯本数が少ないことについて、多変量解析でも検討することとした。

必要なケア・婚姻状態・世帯の収入・教育歴ご

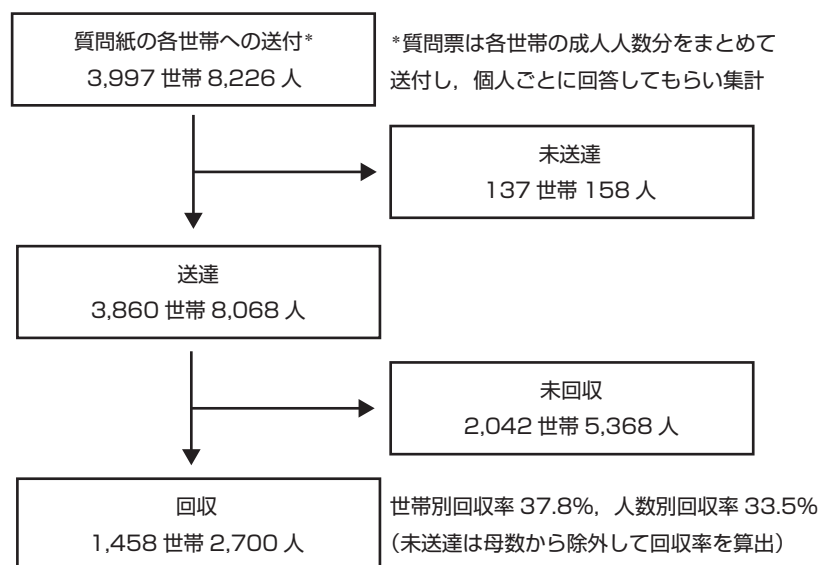


図1 組み入れ図

送付した世帯および人数から未送達と未回収分を除外後、それぞれの回収率を算出した。

とに、ヤングケアラーの家族の割合について検討した（図2）。ヤングケアラーの家族の割合は、介護が必要な家族がいる場合、離婚者、低収入（世帯収入 $\leq$ 350万円）で高くなり、短大／大卒以上の教育歴で低くなった。以上から、離婚者・低収入・短大／大卒以上の教育歴を交絡要因として調整した。

多変量解析の結果を表2-2に示す。年齢や性別、教育歴や収入、元々の身体ならびに精神疾患や障害の有無で調整しても、ヤングケアラーの家族には、有意に離婚者が多く（オッズ比2.40, 95%信頼区間1.03～5.58, $p=0.04$ ）、肥満は独立した健康問題となっていた（オッズ比1.63, 95%信頼区間1.06～2.50, $p=0.02$ ）。

ヤングケアラーがいると回答した延べ人数（回答者数）は136人であったが、世帯別に注目すると、世帯数は121世帯であった。世帯内でヤングケアラーがいると回答した人が一致した世帯は、43世帯（一致率35.5%）、世帯内でヤングケアラーがいると回答した人とそうでなかった人がみられた世帯は、78世帯（非一致率64.5%）であった（表3：参考資料）。

考察

本研究は、地域住民に対して行ったヤングケアラーの家族の実態調査である。我々が検索しうるかぎり、地域住民に回答を求める方法でヤングケアラーの家族の頻度を調査した文献はこれまでになく、有用な基礎資料になると考え、報告した。

はじめに、ヤングケアラーの認識や頻度について先行文献を参照し考察する。過去にみられる報告では、教職者を対象としたものがある。藤沢市の教員への調査では、担任をしているクラスの教員747中122名（教員の16.3%）、担任をしていないクラスの教員1,098人中185人（教員の16.8%）が生徒の中にヤングケアラーを認識しており、2016年度に在籍していた33,885人の生徒に対しては、170人（生徒の0.50%）のヤングケアラーがいたことになると報告されている²⁾。また別の予備調査では、教員145名中31人（教員の21.3%）から勤務している学校の生徒の中にヤングケアラーがいると回答し、生徒数12,912人中83人（生徒の0.64%）と報告されている³⁾。一方で生徒側に行った調査では、大阪府の高校生5,246人中272人（生徒の5.2%）であったとされる⁴⁾。生徒自身の回答は教員への調査より高頻度

表1 回答者の属性、健康状態や健康習慣 2,700 人

		該当人数, 平均値
性別	男性	1,211
	女性	1,489
年齢	平均	(65.4, 17.2) *
	非高齢者 (65 歳未満)	1,632
	高齢者 (65 歳以上)	1,068
婚姻	離婚者	73
教育	短大 / 大学以上	939
世帯の収入	350 万円以下	1,213
	351 万円以上	1,222
仕事	就労できている	1,152
生活習慣	平均睡眠時間	(6.6, 1.2) *
	平均睡眠時間 7 時間以上	1,395
	喫煙習慣あり	793
	飲酒習慣あり	615
	運動習慣あり	499
	健診習慣あり	2,062
	健康状態	
健康状態	身体疾患あり	1,010
	精神疾患あり	188
	平均自菌本数	(19.0, 9.6) *
	自菌本数年齢平均以上	1,377
	肥満	672
	やせ	250
	家族のケア	
家族のケア	育児を要する家族がいる	295
	介護を要する家族がいる	202
	育児と介護を要する家族がいる	22
	家庭にヤングケアラーがいる **	136

* : () 内の数値は (平均値, 標準偏差). ** : ヤングケアラーの家族.

であり, 教育機関の介入だけでは, ヤングケアラーの認識が十分でない可能性がある. 先行研究はないが, 小児科医・学校医は医師としてヤングケアラー問題に近い立場に関われるため, 外来診療や健康診断で拾い上げができるかもしれない. また, 東京都の社会福祉士への調査では, 402 人 118 人 (社会福祉士の 29.4%) がヤングケアラーを知っ

ていると回答しており⁵⁾, 社会福祉的介入も期待される. 今回の我々の調査では, 1,458 世帯 2,700 人の成人住民に調査して, 各世帯の住民それぞれからの回答により, 136 人 (個別に回答した住民全体の 5.0%) から, 同居あるいは別居している家族の中にヤングケアラーがいると回答した. 調査方法の特性から, ヤングケアラーを重複してカ

表2-1 ヤングケアラーの家族とそれ以外で比較(単変量解析*) 2,700人

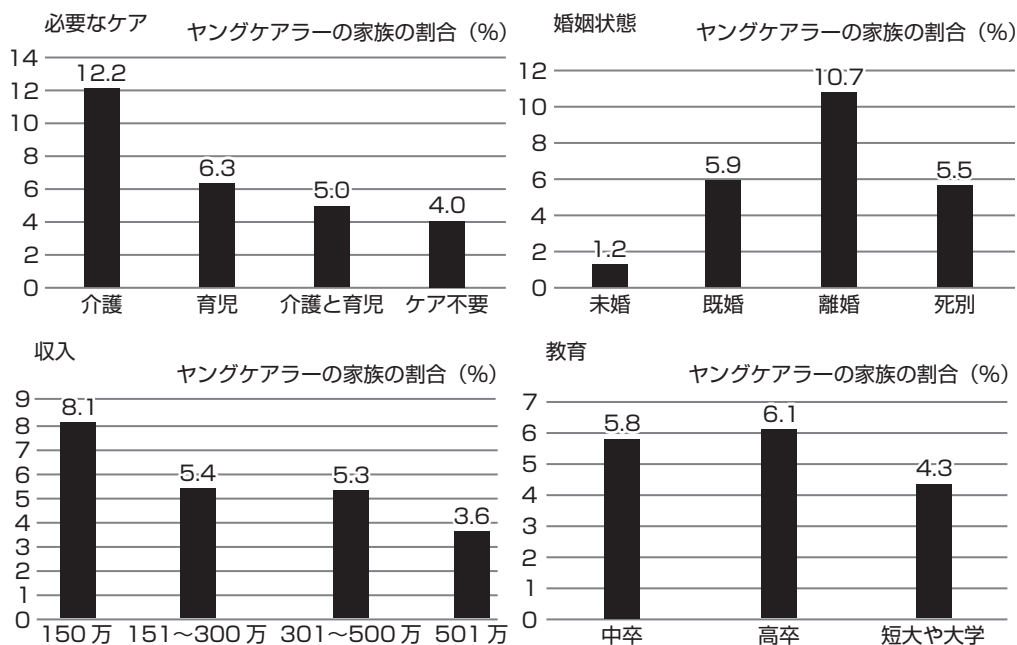
	オッズ比	95% 信頼区間	p 値
非高齢者 (65 歳未満)	0.87	0.59 ~ 1.25	0.44
性別が男性	0.98	0.68 ~ 1.42	0.95
離婚者	2.06	0.78 ~ 4.62	0.07
高い教育歴 (短大 / 大卒以上)	0.72	0.48 ~ 1.07	0.1
低収入 (世帯収入 ≤ 350 万円)	1.4	0.95 ~ 2.06	0.07
就労できている	0.73	0.50 ~ 1.07	0.09
平均睡眠時間 7 時間以上	1.02	0.70 ~ 1.47	0.9
喫煙歴	1.01	0.66 ~ 1.51	0.94
飲酒習慣	0.65	0.38 ~ 1.04	0.06
運動習慣	0.66	0.45 ~ 0.95	0.02
健診習慣	1.17	0.75 ~ 1.87	0.47
身体疾患あり	1.08	0.74 ~ 1.57	0.66
精神疾患あり	1.4	0.69 ~ 2.62	0.27
自菌本数年齢平均以上	0.65	0.44 ~ 0.95	0.02
肥満	1.69	1.15 ~ 2.46	0.004
やせ	0.21	0.04 ~ 0.64	0.003
育児を要する家族がいる	2.58	1.63 ~ 3.97	<0.001
介護を要する家族がいる	1.27	0.62 ~ 2.37	0.43
育児と介護を要する家族がいる	0.98	0.02 ~ 6.26	0.98

*ヤングケアラーの家族の有無で2群に分けてカイ二乗検定で検討。

ウントしている可能性や、同じ世帯内でも家族間でヤングケアラーの認識が異なる可能性があり、解釈には注意を要する。また、家族に育児や介護を要すると回答した住民は317人(住民の11.7%)であった。過去の国勢調査で2021年度の子供の割合は11.8%と報告されていること⁷⁾や、長浜市が公表しているデータで該当地域の令和元年度の年少人口が9.1%(677/7,435人)⁸⁾であったことを参考に、調査した地域の子供を11%として、有効回答2,700人の住民に対して世帯内の子供が300人程度と見積った場合、本調査における136人の家族の中にヤングケアラーがいるという回答からは、実に3割近くの子供がケアを担っている計算となる。一方で、136人の住民の回答の中には、3世帯に1人の孫がいて、親と祖父母

の全員からヤングケアラーがいると回答するなど、重複している可能性もある。同調査を行った地域のある滋賀県全体での直近の調査報告では、20歳までを含む「子供若者ケアラー」の調査において(注:われわれの検討は18歳未満を対象としており、対象集団が異なる)、相談支援機関の33.8%、民生委員や児童委員の5.5%が、子供若者ケアラーがいると回答していた⁹⁾。ヤングケアラーと関わる立場が異なることで認識が変わりうるため、更なる実態調査や検討が望まれる。実際に、我々の検討では、世帯内での一致率は35.5%に留まり、同じ家庭内でもヤングケアラーの認識は個人で異なっていた。

次に、ヤングケアラーを家族に持つ住民の特徴について考察した。今回の検討では、育児を要す



*：世帯とヤングケアラーの認識は配布した住民から個別に回答を求めており、認識の違いにより同世帯内での重複や解答が異なるケースを含む

図2 世帯属性・婚姻状態・収入・教育別にみたヤングケアラー世帯割合
世帯、婚姻、収入、教育歴に注目して層別のヤングケアラー世帯割合を示した。

る家族がいる住民よりも、介護を要する家族がいる住民でヤングケアラーを家族にもつ住民が多い傾向がみられた。理由として、①育児世帯においてヤングケアラーの認識が不足している、②介護世帯の支援が不十分である、③介護世帯が育児世帯よりも絶対数が多い、等の理由が考えられた。ところが、育児と介護の両方が必要な家族がいる住民になると、家族にヤングケアラーがいるという回答は少なくなる傾向にあり、祖父母との同居世帯で発生しやすいとされている過去の報告⁴⁾とは異なる結果となった。育児と介護の両方が必要な家族がいると回答した住民には、3世代で協力して育児や介護の分担ができていく可能性がある一方、先に述べた教育機関での調査と同様に、家庭内でヤングケアラーの存在が認識されていない可能性があり、子供たち・同居家族・周囲の第三者それぞれの立場から認識を確認するなど、詳細な検討が必要である。

3つ目に、ヤングケアラーの家族の特徴について考察した。ヤングケアラーの家族は有意に離婚者が多く、収入が上がるほどヤングケアラーの家族の割合は少なくなる結果となった。先行研究ではひとり親世帯や経済的に脆弱している家庭はヤングケアラー発生のリスクとされており⁴⁾、本研究の結果も同様であった。兄弟の面倒をみたり家族の介護をすることが、本人の健全な成長の妨げになることのないよう、社会全体で考えて支援する必要がある。

4つ目に、ヤングケアラーの家族の健康問題について、多変量解析で投入した項目について考察した。本検討では、ヤングケアラーの家族には肥満者が多い知見が得られた。ヤングケアラーの家族は、太りやすい食事や低い身体活動度など、何らかの肥満の原因を抱えていることになる。肥満の原因に関するシステマティックレビューでは、家族にヤングケアラーがいることが肥満の原因に

表2-2 ヤングケアラーの家族の特徴と健康問題 (多変量解析*) 2,700 人

	オッズ比	95% 信頼区間	p 値
非高齢者 (65 歳未満)	1.3	0.76 ~ 2.23	0.33
性別が男性	1	0.67 ~ 1.51	0.96
離婚者	2.4	1.03 ~ 5.58	0.04
高い教育歴 (短大 / 大卒以上)	0.89	0.56 ~ 1.41	0.62
低収入 (世帯収入 ≤ 350 万円)	1.31	0.83 ~ 2.08	0.24
仕事 (就労状態)	0.71	0.42 ~ 1.21	0.21
身体疾患 / 障害あり	0.94	0.60 ~ 1.45	0.79
精神疾患 / 障害あり	1.16	0.56 ~ 2.43	0.67
自菌本数年齢平均以上	0.72	0.48 ~ 1.09	0.12
肥満 (BMI ≥ 25)	1.63	1.06 ~ 2.50	0.02

* : ロジスティック回帰分析。

なるかどうかを検討した文献はなかった¹⁰⁾。ヤングケアラーは近年注目され始めた問題でもあり、更なる検討の蓄積が期待される。また、ヤングケアラーの家族の自菌本数について、単変量解析では有意に年齢平均本数が少なかったものの、多変量解析で有意差がみられなかった。ヤングケアラーの家族の歯の健康には、ヤングケアラーの存在以外の要因が、より強く関与していることが示唆された。健康の社会的決定要因 (SDH) の視点で歯科領域について論じたレビューでは、歯の健康は口腔状態、歯の健康に関連する行動、歯科サービス利用の3つに分けられている¹¹⁾。今回の解析は、収入・教育・就業で調整しているが、低収入・乏しい教育・就労不能により、歯ブラシを適切なタイミングで買い換える余裕がない、あるいはそういった考えにも至らない、仕事探しが優先され歯科通院が後回しになるなど、ヤングケアラーの存在以上に社会的決定要因が強い関連を及ぼしたのかもしれない。ヤングケアラー (若年者) の家族 (被介護者もそうでない他の者も含む) に限定しなければ、成人介護者 (非若年者) の被介護者のみ (他の者は除く) の視点で健康問題について検討された先行文献があり、介護者は被介護者と比較して自己健康感や心理的健康状態が不良であると報告されている¹²⁾。ヤングケアラーの家

族にとっても、肥満をはじめとする健康問題が、不良な自己健康感や心理的健康状態につながっている可能性がある。今後は、ヤングケアラーの家族の健康状態と、自己健康感や心理的健康状態との関連の検討も期待される。

本研究にはいくつかの限界がある。1点目は、ヤングケアラーのケアにかかる負担の程度が測定できていないことである。祖父母の介護や兄弟の面倒をみる常識の範囲内のケアなのか、本人の健康や友人との交流や将来の進学にも影響するような深刻な負担になっているのかを確認した上での評価が望ましい。2点目に、各世帯における子供の人数や年齢は把握できていない。兄弟の数や子供の年齢も把握した上での検討が望まれる。3点目に、調査は個人毎に回答を求めており、同じ世帯内でも認識の違いにより、ヤングケアラーがいると回答した者とそうでない者がいる。そのため、今回検討したヤングケアラーの家族には、普段から子供と関わる人が多い立場の人や、もともと多くの健康問題を抱えケアを受ける必要が高い集団が多く含まれていた可能性がある。

結語

長浜市の木之本町と余呉町における成人住民のうち、およそ5% (136/2,700 人) は、同居ある

表3 参考資料：ヤングケアラーの家族がいると回答した 136 人の世帯でみた内訳

回答者別の内訳	世帯数	割合 (%)
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 1 人	107	88.40%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 2 人	13	10.70%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 3 人	1	0.90%
合計	121	100%
世帯人数別の内訳		世帯別一致率
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 1 人の 1 人	34	100%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 1 人の 2 人	43	50%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 1 人の 3 人	17	33.30%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 1 人の 4 人	9	25%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 1 人の 5 人	2	20%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 1 人の 6 人	2	16.60%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 2 人の 2 人	8	100%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 2 人の 3 人	4	66.60%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 2 人の 4 人	1	50%
ヤングケアラーの家族がいるの回答が 3 人の 3 人	1	100%
合計	121	
一致割合の集計		世帯別一致割合
回答人数と世帯人数が一致（1人世帯含む）	43	35.50%
回答人数と世帯人数が非一致	78	64.50%
合計	121	100%

いは別居している家族内にヤングケアラーがいると回答した。ヤングケアラーの家族は、育児よりも介護を必要とする家庭が多かった。ヤングケアラーは介護の場面と比較して育児の場面で生活を共にする家族から認識されにくい可能性がある。年齢や性別、教育歴や収入、元々の身体ならびに精神疾患や障害の有無で調整しても、ヤングケアラーの家族には離婚者や肥満者が多かった。育児が必要な家庭や、離婚者を含む患者および家族と在宅診療で関わる場合には、ヤングケアラーの存在に注意が必要である。また、ヤングケアラーを認識できた場合には、ヤングケアラーの家族の体重管理に配慮すべきである。

付記

本研究の概要を、日本在宅医療連合学会第4回地域フォーラムで発表した。

本調査は、2021年度J A 共済連委託研究事業の研究助成を受けて行った。

英語の表題と抄録の校正は、editage に依頼した。

文献

- 1) 日本ケアラー連盟ホームページ：ヤングケアラーとは. <https://carersjapan.com/wp-content/uploads/2021/09/youngcarers02-e1630645721235.jpg> (最終アクセス 2022 年 9 月 16 日)
- 2) 藤沢市：ケアを担う子ども（ヤングケアラー）についての調査 日本ケアラー連盟ヤングケアラープロジェクト (2017). <https://www.manabinoba.com/interview/uploads/yc-research2017%40hujisawa.pdf> (最終アクセス 2022 年 9 月 16 日)
- 3) 北山沙和子：家庭内役割を担う子どもたちの現状と課題 ヤングケアラーの実態調査から. <https://core.ac.uk/download/pdf/70294279.pdf> (最終アクセス 2022 年 9 月 16 日)
- 4) 濱島淑恵, 宮川雅充：高校におけるヤングケアラーの割合とケアの状況 - 大阪府下の公立高校の生徒を対象とした質問紙調査の結果より -, 厚生 の 指 標 65 (2) :22-29, 2018. <https://www.hws-kyokai.or.jp/images/ronbun/all/201802-04.pdf> (最終アクセス 2022 年 9 月 16 日)
- 5) 澁谷智子：ヤングケアラーに対する医療福祉専門職の認識 - 東京都医療社会事業協会会員へのアンケート調査の分析から -, 社会福祉学 54(4) : 70-81, 2014. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jssw/54/4/54_KJ00009286627/_pdf-char/ja (最終閲覧日 2022 年 9 月 16 日)
- 6) 青木由美恵：ケアを担う子ども（ヤングケアラー）・若者ケアラー - 認知症の人々の傍らにも -, 認知症ケア研究誌 2 : 78-84, 2018
- 7) 総務省統計局：こどもの数と割合. <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/topics/topi1311.html#a1-2> (最終アクセス 2022 年 9 月 16 日)
- 8) 長浜市ホームページ：長浜市版オープンデータ地域カルテ. <https://www.city.nagahama.lg.jp/0000000798.html#link-popu> (最終アクセス 2023 年 3 月 14 日)
- 9) Berglund E, Lytsy P, Westerling R : Health and wellbeing in informal caregivers and non-caregivers: a comparative cross-sectional study of the Swedish general population. Health Qual Life Outcomes 13:109,2015.
- 10) 滋賀の縁創造実践センター：子供若者ケアラー実態調査報告書 <https://www.shigashakyo.jp/cms/wp-content/uploads/2022/04/c8028f742faca28063b4ded4113378e9.pdf> (最終閲覧日 2022 年 11 月 29 日)
- 11) Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, et al : A systematic literature review on obesity : Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. Comput Biol Med 136:104754, 2021.
- 12) de Abreu MHNG, Cruz AJS, Borges-Oliveira AC, et al : Perspectives on Social and Environmental Determinants of Oral Health. Int J Environ Res Public Health 18 (24) :13429, 2021.

終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果の検討

中村育子¹⁾, 前田佳予子²⁾, 田中弥生³⁾, 本川佳子⁴⁾, 水島美保⁵⁾, 前田 玲⁶⁾

要旨

本研究は人生の最終段階において、管理栄養士が多職種と連携して食支援を行うことは、できるだけ自分の口から食事を摂取し、最期まで食べる喜びを感じることができる等、QOL 向上に対する管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導の介入効果と、その中で、疾患の違いによる介入効果についても検討する。

在宅訪問栄養食事指導における食支援は、管理栄養士が介護者の困りごとの相談に応じて、介護者の調理技術の向上や簡単に食事を用意できることを可能にし、介護者の食事作りの負担を軽減させ、在宅療養者の最後に食べた物は好物であったことに貢献していた。

キーワード：終末期医療、在宅訪問栄養食事指導、多職種連携、食形態

Examination of the Interventional Effect of Home-visit Nutritional and Dietary Guidance for Recipients End-of-life Care.

Ikuko Nakamura¹⁾, Kayoko Maeda²⁾, Yayoi Tanaka³⁾, Keiko Motokawa⁴⁾, Miho Mizushima⁵⁾, Rei Maeda⁶⁾

Abstract :

This study examined the interventional effect of dietary support provided by registered dietitians through interprofessional collaboration to improve QOL of recipients of end-of-life care by helping them ingest food orally as much as possible and feel the joy of eating until the end of their lives. We also examined effects of disease interventions. Registered dietitians provided dietary support as part of home-visit nutritional and dietary guidance according to the needs of caregivers, such as improving their cooking skills and helping them become able to readily prepare meals, which reduces the burden of cooking on caregivers, and enables care recipients to eat their favorite foods until the end.

Keywords : end-of-life care, home-visit nutritional and dietary guidance, interprofessional collaboration, food type

¹⁾ 名寄市立大学

²⁾ 武庫川女子大学

³⁾ 関東学院大学

⁴⁾ 東京都健康長寿医療センター研究所

⁵⁾ 認定栄養ケア・ステーション在宅栄養もぐもぐ大阪

⁶⁾ 帯広中央病院

¹⁾ Nayoro City University

²⁾ Mukogawa Women's University

³⁾ Kanto Gakuin University

⁴⁾ Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

⁵⁾ Mogu-Mogu Osaka-Home Nutrition Management Station

⁶⁾ Obihiro Central Hospital

著者連絡先：前田佳予子 武庫川女子大学食物栄養科学部食物栄養学科

〒663-8558 兵庫県西宮市池開町 6-46

TEL: 0798-47-1212 (代表) E-mail: maeda_k@mukogawa-u.ac.jp

はじめに

わが国は世界に類を見ないスピードで超高齢社会に突入し、2022年の高齢化率は28.9%であり、2036年には33.3%と推計され、国民の3人に1人が65歳以上となる¹⁾。一方、年間死亡者数は2019年に138万人となり、2040年には168万人に達すると推計²⁾され、今後約20年間は多死社会が継続すると予測されている。2021年の死亡順位の1位は悪性新生物（がん）で、全死亡者の26.5%を占めており、1981年以降、がんは死亡順位1位となっている³⁾。また、2019年（令和元年）版高齢社会白書では60歳以上の1,870人に、万一治る見込みのない病気になった場合でも、最期を迎えたい場所として約半数（51.0%）の人が「自宅」と希望していることから、誰もが安心して在宅で最期を迎えられるように、地域で支え合う社会システムの構築が必要である。その中でも特に最期まで自分の食べたい物が食べられるための食支援は、エンド・オブ・ライフケアの中でも、最も重要な課題と思われる。

がん患者はがんの治療により、嚥下障害、味覚障害、口腔乾燥が残存し、食事に伴う苦痛の問題が出現し、食事摂取およびQOLに影響を及ぼす^{4,5)}。また、がんによる悪液質の状態がもたらす異化代謝の亢進による体重減少や食変化がみられる⁶⁾。このことから、終末期の在宅療養者の管理栄養士における食支援は、がんがある場合とがんがない場合で、食支援の内容が異なる。

人生の最終段階の者であっても、多職種が連携して摂食嚥下リハビリテーションを行うことにより、安全に経口摂取が可能となった報告もある⁷⁾。

また、終末期の在宅療養者自身が、最期に食べたいと思う物を食べることの満足感や食の楽しみが、人生の最終段階であってもできるだけ自分の口から食べることが喜びに繋がっているという報告がある⁸⁾。人生の最終段階における管理栄養士の果たす役割は大きいと思われるが、人生の最終段階における在宅訪問栄養食事指導の介入効果について、ほとんど評価がなされていない。このような状況から、在宅療養者および家族等にとって、在宅訪問栄養食事指導の食支援の介入効果について検討する必要があると思われる。

目的

本研究の目的は、終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果と、その中で、終末期の病名ががんで亡くなった療養者（以後、がん群と称す）と、終末期の病名ががん以外で亡くなった療養者（以後、非がん群と称す）の介入効果についても検討することとした。

方法

1) 本研究の対象

日本在宅栄養管理学会の会員1,787人中、実際に在宅訪問栄養食事指導を行っているのは786人（44.0%）であり、その中で終末期の在宅療養者に対し、在宅訪問栄養食事指導を行った経験のある管理栄養士192人から回答があった。調査期間は2022年3月23日から2022年7月31日までとした。

2) 調査デザイン

調査デザインは後ろ向き研究とし、人生の最終段階で終末期医療を受けていた在宅療養者に在宅訪問栄養食事指導を行った管理栄養士に対してアンケート調査を行った。

3) 調査項目

アンケート調査は以下の手順で行った。

(1) 日本在宅栄養管理学会に所属している管理栄養士で、終末期の在宅療養者に在宅訪問栄養食事指導を通して食支援を行った経験のある者を対象者とする。管理栄養士、管理栄養士の所属長については、同意書で同意を得る。関わった在宅療養者は死亡しているため、家族の同意を同意書で得た。

(2) 管理栄養士は在宅療養者の食事の摂取状況等について、アンケート調査の質問項目に沿って回答した。家族でないとわからない質問は、家族の了解を得た上で、家族に電話または訪問して聞き取った。

(3) アンケート結果から、死亡直前まで口から食べることが可能であった症例に関する検討を行った。

4) 人生の最終段階の高齢者に対する食支援の在り方に関する質問票

質問票は、①基本情報、②身体計測値・栄養補給法、③経口摂取に関する事項、④口腔に関する事項、⑤生活機能、代謝機能、消化機能、心理・精神、認知機能、医薬品、水分等の問題事項、⑥人生最終段階の食事摂取状況、⑦介護者に対しての質問事項、⑧終末期の食事・看取りについての事項、⑨終末期に経口摂取出来なかった在宅療養者に関する事項、⑩家族の意識、関わっている医療専門職の意識、⑪多職種で食支援に関わるケアに関する事項、⑫管理栄養士の食支援の具体的栄養ケア、以上12項目に分類した。なお、管理栄養士による回答であるが、後ろ向き研究のため、家族でないと分からない質問は、管理栄養士が家族に聞き取り調査を行った。

5) 統計解析

栄養介入していた終末期の在宅療養者192人を統計解析対象者とした。本研究は後ろ向き研究のため、管理栄養士の食支援の介入効果と、疾患（がん群、非がん群）による介入効果について検討した。関連間隔・比例尺度の変数には対応のないt検定、名義尺度には χ^2 検定を用いた。従属変数に影響する要因では、二項ロジスティック回帰分析を用いた。統計解析にはIBM SPSS Statistics 27（日本アイ・ビー・エム株式会社）を用い、有意水準は5%とし、両側検定とした。

6) 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言の倫理的原則に基づく倫理的原則および疫学研究に関する倫理指針に従い実施した。対象者には本調査の概要として書面と口頭で調査の目的を説明し、参加は自由意志によるものであること、不利益を受けずに随時撤回できることを説明した上で、書面にて本人の同意を得た。本調査は、名寄市立大学倫理委員会承認（承認番号：No. R3-026）のもとに行った。

結果

1) 人生の最終段階の在宅療養者の概要

人生の最終段階における在宅療養者は全体が192人で、がん群は111人、非がん群（心疾患52人、脳血管疾患21人、糖尿病3人、腎臓病2人、その他3人）は81人であった。性別、年齢、身長、体重、BMI、介護度、世帯構成、栄養補給法、嚥

下調整食の必要性について、がん群（111人）と非がん群（81人）の2群に分け、概要を表に示す（表1）。人生の最終段階の在宅療養者は一部経口も含め経口摂取は9割以上であった。なお、嚥下調整食の必要な者は6割以上、その中でとろみが必要な者は約6割であった。

2) 人生の最終段階における、管理栄養士の介入回数および効果

人生の最終段階における、管理栄養士の介入回数および結果を表に示す（表2）。在宅訪問栄養食事指導による管理栄養士の介入期間は、全体で 357.7 ± 561.3 日であった。また、在宅訪問栄養食事指導の回数は全体で 19.7 ± 31.6 回であった。

管理栄養士の食支援による効果では、介護者で困りごとを抱えている者が178人（93.2%）であり、管理栄養士によって困りごとが改善した介護者が165人（92.7%）であった。また、「介護者の食事作りの負担は管理栄養士が介入して改善した」者は全体で145人（78%）であり、がん群と非がん群共に7割以上の家族が、介護者の食事作りの負担は管理栄養士が介入して改善したと評価していた。がん群と非がん群で有意な差がみられた（ $P=0.031$ ）。

介護者から見た専門職の意識では、「介護者からみた専門職の提案や情報提供があった」は、がん群と非がん群で有意な差がみられた（ $P=0.029$ ）。管理栄養士の多職種連携では「管理栄養士は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による嚥下リハビリテーションを行った」は、がん群と非がん群で有意な差がみられた（ $P=0.020$ ）。

管理栄養士の介入との関連では、管理栄養士の介入によって、介護者の困りごとの改善（ $P=0.032$ ）と、在宅療養者が最後に好物を食べることができた（ $P=0.018$ ）という結果がみられた。

人生の最終段階の高齢者において、在宅訪問栄養食事指導における管理栄養士の介入期間は約1年間であり、回数は約20回であった。管理栄養士の介入効果は多職種協働により、介護者の食事作りの負担を改善させた。

3) 介護者の食事作りの負担は管理栄養士によって改善したものの介入内容

管理栄養士の介入により、食事作りの負担が改

表1 人生の最終段階の在宅療養者の概要

	全体 n=192	がん群 n=111	非がん群 n=81	P 値 ¹⁾
性別				0.016
男性	99 (51.6%)	48 (43.2%)	51 (63.0%)	
女性	90 (46.9%)	61 (55.0%)	29 (35.8%)	
性別不明	3 (1.5%)	2 (1.8%)	1 (1.2%)	
年齢 (歳)	83.7 ± 10.5 ²⁾	82.6 ± 10.7	85.2 ± 10.2	0.165
身長 (cm)	155.3 ± 10.1	155.4 ± 9.7	155.2 ± 10.6	0.618
体重 (kg)	45.0 ± 11.6	44.5 ± 11.4	45.6 ± 11.9	0.680
BMI (kg/m ²)	18.6 ± 3.9	18.5 ± 4.0	18.7 ± 3.8	0.955
介護度	n=179	n=104	n=75	0.964
要支援 1	3 (1.7%)	2 (1.9%)	1 (1.3%)	
要支援 2	4 (2.2%)	2 (1.9%)	2 (2.7%)	
要介護 1	11 (6.1%)	8 (7.7%)	3 (4.0%)	
要介護 2	21 (11.7%)	13 (12.5%)	8 (10.7%)	
要介護 3	28 (15.6%)	16 (15.4%)	12 (16.0%)	
要介護 4	44 (24.6%)	24 (23.1%)	20 (26.7%)	
要介護 5	63 (35.2%)	37 (35.6%)	26 (34.7%)	
未回答	5 (2.9%)	2 (1.9%)	3 (3.9%)	
世帯構成				0.295
単身世帯	27 (14.1%)	14 (12.6%)	13 (16.0%)	
夫婦のみ世帯	66 (34.4%)	38 (34.2%)	28 (34.6%)	
二世帯世帯 (子と同居)	72 (37.5%)	38 (34.2%)	34 (42.0%)	
三世帯世帯 (子・孫と同居)	15 (7.8%)	10 (9.0%)	5 (6.2%)	
その他	9 (4.7%)	8 (7.2%)	1 (1.2%)	
未回答	3 (1.6%)	3 (2.7%)	0 (0%)	
栄養補給法				0.055
経口のみ	147 (76.6%)	86 (77.5%)	61 (75.3%)	
一部経口	36 (18.8%)	17 (15.3%)	19 (23.5%)	
経管栄養法	6 (3.1%)	6 (5.4%)	0 (0%)	
静脈栄養法	2 (1.0%)	2 (1.8%)	0 (0%)	
未回答	1 (0.5%)	0 (0%)	1 (1.2%)	
嚥下調整食の必要性				0.786
必要なし	61 (31.8%)	36 (32.4%)	25 (30.9%)	
必要あり	127 (66.1%)	72 (64.9%)	55 (67.9%)	
未回答	4 (2.1%)	3 (2.7%)	1 (1.2%)	

¹⁾ P 値：連続変数：対応のない t 検定, 有意確率 (両側) .

カテゴリー変数： χ^2 検定 P 値 <0.05 (両側) .

²⁾ 平均 ± SD

表 2 人生の最終段階における管理栄養士の介入回数および効果

分類	質問項目	全体	がん群	非がん群	P 値 ¹⁾
		n=192	n=111	n=81	
管理栄養士の介入	管理栄養士の介入期間（日）	357.7 ± 561.3 ²⁾	349.2 ± 577.8	369.5 ± 541.2	0.177
	管理栄養士の介入回数	19.7 ± 31.6	19.4 ± 30.5	20.2 ± 33.2	0.161
管理栄養士の食支援による効果	介護者は患者に対して、好きな物、食べたい物を食べさせたいと思っていた	184 (96.8%)	108 (98.0%)	76 (95.0%)	0.208
	介護者は誤嚥せずに安全に食べさせたいと思っていた	164 (87.7%)	98 (90.0%)	66 (84.6%)	0.255
	介護者は食に対する困りごとがあった	178 (93.2%)	104 (93.7%)	74 (92.5%)	0.720
	困りごとは管理栄養士によって改善した	165 (92.7%)	96 (93.2%)	69 (93.2%)	0.978
	介護者の食事作りの負担は管理栄養士が介入して改善した	145 (78.0%)	78 (72.2%)	67 (85.9%)	0.031
	終末期に経口摂取できていた	184 (96.8%)	106 (96.4%)	78 (97.5%)	0.677
	最後に食べた物は患者の好物だった	99 (66.9%)	60 (73.2%)	39 (59.1%)	0.125
	死亡直前まで経口摂取ができていた	88 (55.3%)	53 (59.6%)	35 (50.0%)	0.266
	最後まで口から食べることを希望していた	121 (68.8%)	66 (66.0%)	55 (72.4%)	0.225
介護者から見た療養者の意向	療養者は経口摂取以外の栄養ルートへの拒否があった	67 (38.7%)	46 (46.5%)	21 (28.4%)	0.196
	介護者は経口摂取以外の栄養ルートに対する拒否があった	91 (52.6%)	57 (57.8%)	34 (45.9%)	0.192
介護者から見た専門職の意識	介護者からみた専門職の提案や情報提供があった	126 (71.2%)	79 (77.5%)	47 (62.7%)	0.029
管理栄養士の多職種連携	管理栄養士は歯科医師、歯科衛生士、看護師、言語聴覚士によるオーラルケアを行った	146 (77.7%)	86 (78.2%)	60 (76.9%)	0.981
	管理栄養士は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による嚥下リハビリテーションを行った	54 (28.4%)	39 (35.5%)	15 (19.0%)	0.020
	管理栄養士は他の職種と協働した	119 (63.0%)	65 (58.6%)	54 (69.2%)	0.087
質問項目		関連項目		P 値 ¹⁾	
管理栄養士の介入との関連		介護者の食の困りごと		0.032	
	介護者の食事作りの負担は管理栄養士が入って改善した	最後に食べた物は好物だった		0.018	
		本人の食事に対する意欲		0.071	

¹⁾ 対応のない t 検定，有意確率（両側），P 値 < 0.05.

²⁾ 平均 ± SD

善した介護者 145 人の食に関する困りごと，食事作りの改善した理由，在宅訪問栄養食事指導を導入して良かったこと，在宅療養者が最後に食べたものを表に示す（表 3）。理由の回答は複数回答可とした。

食に関する困りごとのある介護者は 139 人で，困りごとの内容は，「何をどのくらい食べさせたらよいかわからない」が 49 人，「食べてくれず食

事が少ない」が 45 人，むせ込みがあるが 32 人，適切な食事形態が作れないが 31 人であった。

管理栄養士の食支援により，介護者の食事作りの負担が改善した理由は，「実践的な調理指導が受けられた」が 80 人，「栄養に関する情報提供や相談ができた」が 67 人，「市販品の利用方法や栄養指導が受けられた」が 65 人であった。在宅訪問栄養食事指導を導入して良かったことは，「好

物が食べられて本人・家族が喜んだ」が91人、「最後まで経口摂取できた」が50人、家族が適切な食事を作れるようになった」が46人、「食支援を通じて介護者の支えになった」が37人であった。在宅療養者が最後に食べた物は、ペースト食（トマト、チキンカツ）、嚥下調整食のステーキ、とろみのついたお酒、スムージー、家族と同じ食事の嚥下調整食等であった。

管理栄養士の食支援の介入により、介護者の困りごとや食事作りの負担を改善し、在宅療養者にとって適切な形態の食事を作ることができるようになったことが、最期まで好物を経口摂取できたことに繋がっていた。

考察

本研究においては、管理栄養士の介入により、できるだけ自分の口から食事を摂取し、最期まで食べる喜びを感じることができる等、QOL向上に対する介入効果がみられた。

終末期とは一般に予測生存期間が6カ月以内でいい、本研究対象者は過半数ががん患者であった。がんの進行により消化管異常のほか、食欲低下、味覚異常、口内炎等の問題が生じるため食欲が低下しやすい。さらに悪液質により、筋肉減少と体重減少に陥る⁹⁾。がん性疼痛では鎮痛薬（医療用麻薬）を用いるが、副作用として便秘、嘔気・嘔吐、眠気などがあり¹⁰⁾、食事量低下の要因が大きいことから、急激に食事量の減少がみられる場合がある。また、食べてもらいたいと思う家族と、食べたくない本人との間で様々な葛藤がみられる場面に遭遇することもある¹¹⁾。医師と管理栄養士の連携は重要である。経口摂取の負担が大きい場合は、緩和医療における栄養管理方法の選択は経口摂取が原則であるが、経管栄養も選択肢の一つであり¹²⁾、本研究の結果でもがん群は非がん群と比して管理栄養士は医師と連携したと考えられた。

在宅訪問栄養食事指導の意義は、栄養アセスメントにより在宅療養者の栄養問題を抽出し、多職種連携して食支援を行い、栄養問題を解決することである。食環境を改善し、栄養状態が改善するように食支援を行う。食環境を改善するためには、家族の介護負担の軽減にも貢献しなくてはならな

い¹³⁾。終末期またはがん患者の食支援の効果は外来、入院、在宅で報告されている。外来のがん患者の食支援の効果では、池田ら¹⁴⁾は食道がんで著明な体重減少を認めた20人（平均年齢66.6歳、男性17人、女性3人）の外来患者に対し栄養介入し、QOL評価は食欲、体調、活動量で過半数の患者に改善がみられたと報告している。入院中の食支援の効果では、渡邊ら¹⁵⁾は、がん治療中に3日間の平均摂取栄養量が必要栄養量の半分に低下した食欲不振の患者を対象に、患者食事摂取支援食を導入したことより、食事摂取量の改善がみられ、食べられることはQOLの向上につながったと報告している。

在宅訪問栄養食事指導の食支援の効果では、中村¹⁶⁾は82歳女性で認知症があり、脳梗塞で緊急入院したが後遺症で摂食嚥下障害が残ри、中心静脈栄養となっても経口摂取を希望し、点滴・カテーテルを自己抜去して退院となった終末期在宅療養者に訪問栄養食事指導を行った。なお、介護者の夫はパーキンソン病のため振戦があり、介護力が低かった。多職種と連携し、食支援は夫にミキサーの購入方法や使用方法のアドバイスをを行い、メニュー提案、調理方法、とろみの粘度のつけ方を丁寧に指導した。その後、夫は安定した食形態やとろみがつけられるようになり、在宅療養者本人・介護者の満足感を得られたと報告している。

在宅訪問栄養食事指導における食支援は、介護者の食事作りの負担改善がみられ、「介護者の食の困りごと」、「最後に食べたものは好物」と関連がみられた。管理栄養士の食支援が在宅療養者の食べやすい食事や嗜好に合わせ、栄養補給法を工夫し、本人の食の意欲の向上やQOLの向上につながったと推測される。また、管理が介護者の困りごとの相談に応じて、介護者の調理技術の向上や簡単に食事を用意できることを可能にし、介護者の食事作りの負担を軽減させ、在宅療養者の最後に食べた物は好物であったことに貢献していた。

本研究では管理栄養士と理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による嚥下リハビリテーションは、がん群の方が連携していた。これは終末期のがん患者は摂食嚥下機能低下以外にも、疼痛、筋力低

表3 介護者の食事作りの負担は管理栄養士によって改善したものの介入内容

項目	人数	理由	回答人数
食に関する介護者の困りごと (複数回答可)	139	何をどのくらい食べさせたら良いのか分からない	49
		食べてくれず食事量が少ない	45
		むせ込みがある	32
		適切な食事形態が作れない	31
		誤嚥しやすい	23
		食に関する多くの悩みが解決しない	14
		食べないことへの不安	7
		時間のかかる嚥下調整食は作れない	7
		治療食の作り方が分からない	3
		下痢	2
		食事に時間がかかる	1
管理栄養士の食支援により介護者の 食事作りの負担が改善した理由 (複数回答可)	145	実践的な調理指導が受けられた	80
		栄養に関する情報提供や相談ができた	67
		市販品の利用方法や栄養指導が受けられた	65
		レシピ提案により、嚥下調整食の作れるレシピが増えた	27
		介護者の食に関する悩みが無くなった	27
		食事作りが楽になった	16
		食事量が増えた	10
在宅訪問栄養食事指導を導入して 良かったこと (複数回答可)	145	好物が食べられて本人・家族が喜んだ	91
		最期まで経口摂取できた	50
		家族が適切な食事を作れるようになった	46
		食支援を通じて介護者の支えになった	37
		栄養に関する相談ができた	29
		食事の食べさせ方が理解できて悩まなくなった	28
		最期までむせずに食べられた	9
		食事量が増えた	6
		家族の食事負担が軽減した	5
		栄養状態が安定していて、ときどき入院ほは在宅が実践できた	4
		褥瘡が改善した	3
在宅療養者が最期に食べたもの	115	刺身、ステーキのペーストととろみつきウイスキー、チキンカツペースト、ハンバーグ、南瓜煮、餅ゼリー入り雑煮、餃子、鮭の塩焼、寿司、家族と同じ食事の嚥下調整食、かつ井の嚥下調整食、粥、シチュー、ホットドックペースト、ペースト食、とろみつき日本酒、とろみつきビール、茶わん蒸し、とろみつきみそ汁、うどんのペースト、日本酒ゼリー、やわらか大福、さつま芋ペースト、とろみのかき氷、果物ペースト、ゼリー、モンブラン、プリン、いちごのすりつぶし、アイスクリーム、おはぎペースト、とろみつき果物果汁、スムージー等	

下、麻痺等が要因で食事の姿勢保持も困難になる場合が多く、食支援において多職種連携や地域連携は欠かせない¹⁷⁾と考えられた。

介護者の食事作りの負担は管理栄養士が介入して改善したと回答したのは、がん群、非がん群、両群とも多くの家族が管理栄養士の介入を評価していた。管理栄養士の食支援は摂食嚥下障害のある人生の最終段階の在宅療養者の食と介護者の食事作りを支えていた。

今回の調査で、管理栄養士の介入期間は約1年、訪問回数は約20回であった。これは介護者の食事作りの負担を改善させるには、それだけの時間が必要であると考えられた。嚥下調整食でとろみが必要な食事を、高齢の介護者が担当するのは負担が大きい。在宅療養者本人の嗜好や意向、介護者の理解度や調理能力に合わせ、家の台所や冷蔵庫の中の食材と相談しながら食支援を行うことはとても重要であるといえる。また、まったく介護や調理経験のない介護者に対して、嚥下調整食が必要な在宅療養者の退院が決まり自宅に帰ってきた場合、月2回の訪問栄養食事指導では介護者の負担軽減や在宅療養者の食の満足度を向上させることは困難であり、訪問回数増加の検討が示唆された。

2018年に行われた人生の最終段階における医療に関する意識調査では、末期がんと診断されて状態が悪化した場合に勧める場所として、医師、看護師、介護職員は自宅療養を勧めるとした者が最も多かった¹⁸⁾。このことから、人生の最終段階を迎える在宅療養者は年々増加するため、ますます在宅訪問栄養食事指導における管理栄養士の食支援のニーズが高まると言える。

今回の研究は横断的研究で、人生の最終段階の在宅療養者に対する食支援の在り方に関する質問票に回答したのは、日本在宅栄養管理学会会員の中で終末期の在宅療養者に対し、食支援を行った管理栄養士であり、終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果は有効であると考えられる。ただし、ある一時点におけるデータ収集のため、因果関係を示すことができない。今後、がん種や食事に影響する基礎疾患があるか等調査領域を広げて、さらなる検討が必要であると考えられる。

結語

管理栄養士の食支援の効果は、介護者の食事作りの負担軽減であり、多くの家族が管理栄養士の介入を評価していた。在宅訪問栄養食事指導は介護者の困りごとの相談に応じ、介護者の調理技術の向上や簡単に食事を用意できることを可能にし、介護者の食事作りの負担を軽減させ、在宅療養者の最期に食べた物は好物であったことに貢献し、QOLの向上につながったと考えられた。これから人生の最終段階を迎える在宅療養者は年々増加するため、ますます在宅訪問栄養食事指導における管理栄養士の食支援のニーズが高まると考えられた。

謝辞

ご協力頂いた日本在宅栄養管理学会会員の皆様に、感謝とお礼申し上げます。本研究は2021年度勇美記念財団「課題解決型実証研究」の助成を受けています。

利益相反

本研究に関して申告すべき利益相反（COI）はありません。

文献

- 1) 内閣府：令和4年版高齢社会白書。p.2-2, 2022.
- 2) 内閣府：令和2年版厚生労働白書。p.4-5, 2020.
- 3) 厚生労働省：令和3年人口動態統計月報年計（概数）の概況，p.12, 2022.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf>（最終アクセス2022年11月25日）
- 4) 湯本瞳，清野由輩，山下拓・他：放射線治療を受けた嚥下障害を有する頭頸部癌患者の食事困難感－質的研究による治療経過での変容プロセス，嚥下医学学会誌10：80-91, 2021.
- 5) 木村安貴，砂川洋子：化学療法に伴う臭覚変化が癌患者の食事摂取およびQOLに及ぼす影響，日本がん看護学会誌23：23-32, 2009.
- 6) 十萬敬子，渡邊浩幸，鈴木麻希子・他：抗がん剤治療患者の「がんに伴う食変化チェックシート」の有用性の検討，日本病態栄養学会誌23：231-241, 2020.
- 7) Hiroyasu Furuya, Takeshi Kikutani, Kumi Igarashi：Effect of dysphagia rehabilitation in patients receiving enteral nutrition at home nursing care. A retrospective cohort study. J Oral Rehabil47：977-982, 2020.

- 8) 大塚有希子, 尾岸恵三子: 終末期の患者が食べることの意味, 日本看護研究学会雑誌 34: 111-120, 2011.
- 9) 伊藤彰博, 東口高志, 森直治・他: 緩和医療における栄養療法, 日本静脈経腸栄養学会誌 28: 603-608, 2013.
- 10) 中島澄夫: 高齢者医療－健康長寿と全人的ケアをめざして－, p96-98 オーム社, 2008.
- 11) 荒金英樹: QOL を高める食支援, 静脈経腸栄養学会誌 29: 55-60, 2014.
- 12) 日本静脈栄養学会: 静脈経腸栄養ガイドライン - 第3版, p347-347 照林社, 2013.
- 13) 中村育子: 訪問栄養指導の現場から, 日本静脈経腸栄養学会誌 30: 1103-1103, 2015.
- 14) 池田健一郎, 木村祐輔, 岩谷岳・他: Oral nutritional supplements (ONS) の食道がん術後低栄養患者に対する QOL 改善効果, 日本静脈経腸栄養 23: 21-25, 2008.
- 15) 渡邊慶子, 沼田聡, 島田郁子・他: がん患者における食事摂取支援食導入による効果, 日農医誌 65: 758-765, 2016.
- 16) 中村育子: 訪問栄養指導の現場から, 日本静脈経腸栄養学会誌 30: 1106-1106, 2015.
- 17) 菊谷武, 大井裕子: がん患者に対する終末期における食支援, MB Med Reha267: 25-31, 2021.
- 18) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, p.31-108, 2018.

親の支援なき後，在宅重症心身障害者の居場所の移行を支える専門職の支援プロセス

久保恭子¹⁾，坂口由紀子²⁾

要旨

親の支援なき後，在宅重症者の居場所の移行を支える専門職の支援プロセスを面接調査で明らかにした。支援のスタートは専門職と親との信頼関係の構築であり，その後，専門職は親の支援なき後の重症者の居場所探しを最初から重症者の終の棲家を探すことはせず，重症者の状態によって居場所を移行し選択しなおせるように支援していた。重症者は環境に慣れるまでに時間がかかり，ストレスに弱いことも報告されている。重症者の状態に合わせて地域にある施設を移行していくには，その都度，重症者が利用する環境に慣れる時間が必要であり，そのための支援が求められる。

キーワード：親の支援なき後，在宅重症心身障害者，専門職，支援プロセス

Professionals' process for supporting the change of places to spend everyday life for children with severe motor and intellectual disabilities receiving home care after no support was given from parents

Kyouko Kubo¹⁾, Yukiko Sakaguchi²⁾

Abstract :

An interview survey was conducted to clarify how the professionals practically helped the children with severe motor and intellectual disabilities (SMID) receiving home care change the places to spend their everyday life after no support was given from their parents. This kind of professionals' support was established on a relationship of trust between the professionals and the parents. When looking for the place to live for the children with SMID after no support was given from their parents, the professionals did not try to find the place with the idea that the children would spend the rest of their life there, but choose the place for them on the supposition that they could move to another place again and again depending on their condition. It is reported that the persons with SMID need much time to acclimate themselves to a new environment, and they are vulnerable to stress. Each time the children with SMID move to some facilities depending on their condition and their family's situation, it takes much time for them to get accustomed to the new environment. A considerate support is therefore needed.

Keywords : after no support was given from parents, children with severe motor and intellectual disabilities receiving home care, professional, support process

¹⁾ 東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科

²⁾ 大東文化大学 スポーツ・健康科学部 看護学科

¹⁾ Tachikawa Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University

²⁾ Faculty of Sports and Health Science Department of Nursing, Daito Bunka University

著者連絡先：東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科

〒190-8590 立川市緑町 3256

TEL : 042-521-7201 E-mail : k-kubo@thcu.ac.jp

はじめに

障害者の「親の支援なき後の問題」は社会的に大きな課題である。現在、在宅重症心身障害者（以下、重症者）の生活は地域支援と共に親のケアに依存しており、親の支援なき後、彼らが望む生活を支えるには、さらなる支援の拡充が求められる^{1)~6)}。国は障害者の重度化・高齢化や「親の支援なき後」を見据え、障害者の居住支援や生活を地域全体で支えるサービスを構築することを目指している⁷⁾。これを受けて、近年、在宅重症者と家族を支える支援として訪問医療・看護・生活支援の充実、グループホーム（地域居住の場）など小規模支援施設の設置があり、行政は彼らが地域で安心して暮らせる場所や日中活動の場の整備を積極的に支援している。人口減少が続く中、重症者数が急増しており、早急な対応が必要である。看護学領域における重症者の親の支援なき後の問題においては、重症者の地域での生活支援が重要な課題として注目されている。

本テーマに関する国内外の先行研究をみると、在宅障害者の親の支援なき後の経済的な問題、生活問題の現状⁸⁾や不安と期待^{9)~11)}、精神障がい者・知的障害者や自閉症の親の支援なき後の対策や準備^{12)~17)}、引きこもりに関連する親の支援なき後の生活の見通し¹⁸⁾¹⁹⁾については散見される。

著者らは本研究に先立ち、在宅重症者の親を対象に、親の支援なき後の在宅重症者の居場所と自立に関する面接調査を行った。その結果、親は親の支援なき後、重症者の世話を兄弟には依頼せず、地域の入所施設の利用の希望があること、施設には重症者の健康管理ができ、重症者が楽しく生活でき、親も頻回に面会ができる環境を望んでいた。また、親にとって自分の死後・もしくは自分が重症者のケアを担えなくなるということは想像しがたく、考えたくないという心境になることもあった。在宅重症者の親は親の支援なき後は重症者が地域で安心して暮らせるグループホームや日中活動の場を求めていることがわかった。しかし、在宅重症者の「親の支援なき後」の問題は、医療・福祉・地域を含めた場面での具体的な支援について十分に検討されていない。

目的

親の支援なき後、在宅重症者の居場所の移行を支える専門職の支援プロセスを明らかにする。このことが明らかになれば、重症者が生涯、生まれ育った地域で生活することを支える支援モデルを構築することにつながり、重症者と家族の暮らしを守り支えることができ、意義のある研究と考えた。

◆本研究では以下のように定義する。

- ・親の支援なき後：親が死亡した後だけではなく、親が高齢化、疾病等によって親が行う重症者への世話や支援が不十分になった状態を指す。
- ・重症心身障害児（者）：重度の知的障がいと重度の肢体不自由が重複しており、心身の障害の程度がきわめて重く、常時介護を必要とする児（者）とする。
- ・居場所：その人が心を休めたり、活躍したりできる環境。食事や睡眠などの日常生活を営む場所²⁰⁾。

研究方法

1. 研究期間

2021年4月～2022年11月

2. 研究対象者と方法

首都圏・都市部にて重症者の訪問看護ステーション・グループホーム、療育センターなどに勤務し、在宅重症者と家族を支援する専門職に半構造化面接法を行った。本研究前に重症者の患者団体や医療・医療・福祉の専門家に相談し、対象者の選定や質問内容のアドバイスをもらった。具体的な対象者の選定は首都圏・都市部において在宅重症者と家族へ5年以上にわたり支援を行っており、医療や福祉の国家資格を持っている方とした。研究者らがホームページなどから、親の支援なき後の重症者と家族への支援をしている団体を探す、重症者の患者会スタッフより同様の団体を紹介していただき研究の依頼を行い、同意の得られた施設スタッフを対象とした。インタビューの内容は親の支援なき後、在宅重症者の居場所の移行の支援について、専門職の考えや行動、重症者や親が新たな居場所の決定に至るプロセスをどのように支援しているのか、親の支援なき後の重症

者の居場所への移行過程での支援の実際などである。

3. 研究デザイン

質的記述的研究

4. 分析方法

木下の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した。分析手順は面接内容を逐語録にした。データ分析では分析ワークシートを作成して概念を生成した。概念間との関係やプロセスを構築し、カテゴリーを生成した。分析の過程はインタビュー調査が終わった方よりデータを分析し、1人目の分析が終了したら、2人目の分析を行い順次、分析を継続した。カテゴリー間の関係や親の支援なき後の在宅重症者の居場所の移行を支える専門職のプロセスはストーリーラインや結果図(図1)に示した。分析ワークシートから結果図に至るまで共同研究者間で検討を重ね、データの解釈についての妥当性を確認した。信頼性・妥当性を高めるために質的研究にたけている専門家から助言を得た。

5. 倫理的配慮

東京医療保健大学、ヒトに関する倫理委員会にて承認を得た(教33-46)。

対象者の自由意思を保証すること、協力の有無による利益・不利益は生じないこと、調査結果の公表方法、面接時に音声録音すること等につい

て文書を用いて説明し、同意を得た。個人情報やプライバシーの保護のために、データ内の固有名詞もしくは対象者を特定しうる記述内容を抽象化するなど個人が特定されないようにした。開示すべきCOIはない。

結果

1. 対象者の属性

女性9名、男性5名、30歳代が1名、40歳代が5名、50歳代が5名、60歳代が3名、保健師資格あり2名、看護師資格あり9名、ケアマネジャー3名、相談支援員8名、社会福祉士5名、認定呼吸療法士1名(複数回答あり)であった。分析焦点者は14名の専門職である。分析テーマは「親の支援なき後、在宅重症者の居場所の移行を支える専門職の支援のプロセス」とした。面接時間は63分から92分であった。

2. 親の支援なき後、在宅重症者の居場所の移行を支える専門職の支援プロセス

9つのカテゴリー、24個の概念が生成された(表1)。カテゴリーを【】、概念を<>、語りを「」で示した。研究者による補足を()で示す。図1を説明する。図の左から右に時間の経過を示しており、このことを図最上部に示した。また、図上部の帯は、親の支援なき後、在宅重症者の居場所の移行を支える専門職の支援プロセスの時期を示し、時間の経過ごとに、まず、信頼関係を構築す

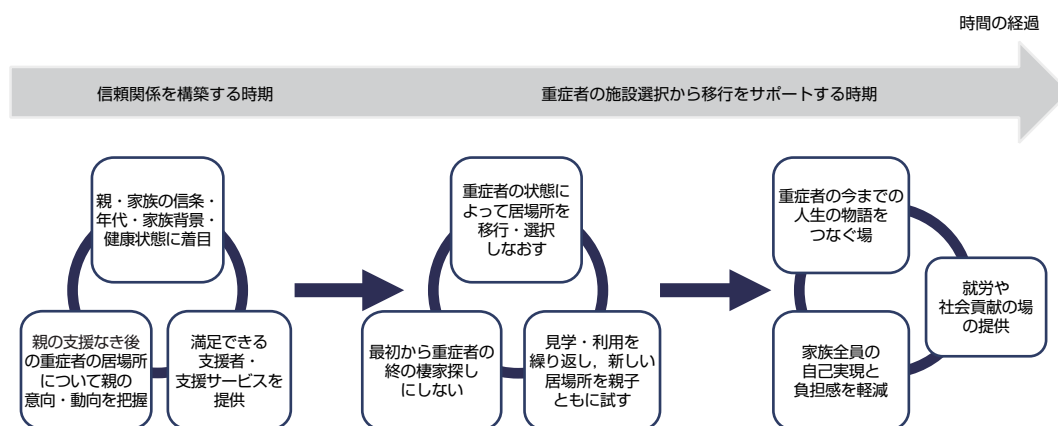


図1 親の支援なき後、在宅重症者の居場所の移行を支える専門職の支援のプロセスの概念図

専門職による重症者の居場所の移行を支えるプロセスを図式化したもの

る時期（帯左側）、重症者の施設選択から移行をサポートする時期（帯右側）の2期に分けて示した。図中央部はカテゴリーを示しており、相互に関連するカテゴリーは太字でつないだ。ストーリーラインは以下のとおりである。

専門職は【親・家族の信条・年代・家族背景・健康状態に着目】しながら、【親の支援なき後の重症者の居場所について親の意向・動向を把握】、これらをうけて重症者や親に【満足できる支援者・支援サービスを提供】できているか適宜確認を行いながら、専門職と親との信頼関係を築いていった。親の支援なき後、重症者が生活する施設を選択し、在宅生活から施設での生活への移行を

サポートする時期は、専門職は親の支援なき後の居場所探しを【最初から重症者の終の棲家探しにしない】ように導きつつ、できるだけ、重症者の在宅生活に近い環境を選択し、【重症者の状態によって居場所を移行・選択しなす】こと、つまり、＜親の支援なき後の施設選択は1度ではない＞ことを念頭におきつつ、重症者と家族が選択してきた居場所は【見学・利用を繰り返し、新しい居場所を親子ともに試す】ように支援していた。専門職は移行する施設側には【重症者の今までの人生の物語をつなぐ場】となり、【家族全員の自己実現と負担感を軽減】ができ、重症者の【就労や社会貢献の場】となるように働きかけ調整していた。

表1 親の支援なき後、在宅重症心身障がい者の居場所の移行・自立を支える専門職の支援の過程：カテゴリーとその概念

カテゴリー	概念
親・家族の信条・年代・家族背景・健康状態に着目	親の療育への信念を理解する 家族内支援の度合いを確認する 家族員の健康状態を把握する
満足できる支援者・支援サービスを提供	地域の施設のどこが利用者に合う施設か確認する 支援が合わなければ他の支援を提供する 利用者が安心してサービス・サービス提供者との関係を築く
親の支援なき後の重症者の居場所について親の意向・動向を把握	家族に親の支援なき後の重症者の生活を意識・想像してもらう 親の支援なき後の重症者の居場所の確認 重症者と家族の望みを把握 親の気持ちを静観し時間をかけて、親の意向を待つ
最初から重症者の終の棲家探しにしない	親は重症者が亡くなるまで生活できる施設を探す傾向がある 療育センター入所はやむを得ないという親の気持ちを察する
重症者の状態によって居場所を移行・選択しなす	親の支援なき後の施設選択は1度ではない 療育センターへの入所希望の待機リストに登録しておく
見学・利用を繰り返し、新しい居場所を親子ともに試す	親子が新しい環境を査定し、その場・人に慣れるように定期的に利用する 施設のスタッフも重症者に慣れておく必要がある 利用者・提供者共に時間をかけて相互理解をする
重症者の今までの人生の物語をつなぐ場	できる限り、家での生活スタイルや（在宅生活時の）人間関係の継続 重症者と家族だけで過ごせる環境を整備 親のケアの参加を拒否しない
家族全員の自己実現と負担感を軽減	家族それぞれが望みをかなえたい きょうだい児に負担をかけない
就労や社会貢献の場の提供	仲間と一緒に充実した時間を楽しむ 他者・社会に貢献しているという喜び

3. それぞれのカテゴリーについて説明をする(表1)

【親・家族の信条・年代・家族背景・健康状態に着目】

このカテゴリーは<親の療育への信念を理解する><家族内支援の度合いを確認する><家族員の健康状態を把握する>から成り立っており、専門職は重症者の家族が療育に対してどのような思いで向き合っているのか、家庭内で重症者への支援の役割や家族員同士の支えあいはどうになっているのか、重症者にきょうだいがいる場合はきょうだい児の療育への関わり方や考え方の把握、家族員の健康状態の把握などを行っていた。

【満足できる支援者・支援サービスを提供】

このカテゴリーは<地域の施設のどこが利用者に合う施設か確認する><支援があわなければ他の支援を提供する><利用者が安心してサービス・サービス提供者との関係を築く>から成り立っており、専門職は重症者と家族が利用しているサービスに満足しているのか確認をし、サービスに不足や不満があればそれを補う支援やサービス内容の変更をするなどして、専門職と重症者・家族相互に信頼関係が築けるようにしていた。

【親の支援なき後の重症者の居場所について親の意向・動向を把握】

このカテゴリーは<家族に親の支援なき後の重症者の生活を意識・想像してもらう><親の支援なき後の重症者の居場所の確認><重症者と家族の望みを把握><親の気持ちを静観し時間をかけて、親の意向を待つ>から成り立っていた。専門職は重症者や親が親の支援なき後の重症者の居場所・生活について想像しているのかを確認しながら、彼らの意識や考えを確認し、まだ、想像できない段階にいるケースでは彼らの考えや意向・動向がはっきりするまで静かに見守っていた。

【最初から重症者の終の棲家探しにしない】

このカテゴリーは、親の支援なき後の居場所を探す際に<親は重症者が亡くなるまで生活できる施設を探す傾向がある><療育センター入所はやむを得ないという親の気持ちを察する>から成り立っていた。「療育センターに入所ができれば重症者の最後まで面倒を見てくれるので、親は療育センターの入所を選択する傾向がある」「地域

で重症者の居場所が少ないし、グループホームなどの理解も（親も重症者も）十分ではないので、親は親の支援なき後は『療育センターしか（重症者の居場所は）ない』と考えている」などの語りがあった。

【重症者の状態によって居場所を移行・選択しなす】

このカテゴリーは<親の支援なき後の施設選択は1度ではない><療育センターへの入所希望の待機リストに登録しておく>から成り立っていた。「医療的ケアがない状態の時はグループホームで生活をし、今までの在宅生活で使っていた在宅支援をそのまま利用し、医療ケア度が高くなれば療育センターへ移行するなど、施設の空き状況や健康状態によって、その都度、（重症者にとって）最も良い環境が提供できるように支援をしている」「家族に何かあった時のために、なかなか入所ができない<療育センターなどの入所まち待機リストに登録しておく>ことを勧め、入所の順番が来ても重症者と親・家族が元気であれば入所を見送ればいだけなので、重症者と親の支援なき後の居場所の選択肢を増やすという意味でも療育センターの入所の待機リストには登録を勧めている」という語りがあった。

【見学・利用を繰り返し、新しい居場所を親子ともに試す】

このカテゴリーは<親子が新しい環境を査定し、その場・人に慣れるように定期的に利用する><施設のスタッフも重症者に慣れておく必要がある><利用者・提供者共に時間をかけて相互理解をする>から成り立っていた。専門職は親子に何度も新しい環境を利用し、物的・人的環境を確認するように導いていた。また、利用する施設側の職員にも重症者と親の特徴や心情などが理解できるようにし、利用時には使う側、使ってもら側との相互理解が十分にできるように準備段階を大切にしていた。

【重症者の今までの人生の物語をつなぐ場】

このカテゴリーは<できる限り、家での生活スタイルや（在宅生活時の）人間関係の継続><重症者と家族だけで過ごせる環境を整備><親のケアの参加を拒否しない>から成り立っていた。

「親から『子どもの世話をしないと、私たちの子どもではなくて、施設の子どもになっちゃったみたいでさみしい』と言われたことがあるので、親がケアに参加したいといえ、やってもらっています」などの語りが聞かれた。

【家族全員の自己実現と負担感を軽減】

このカテゴリーは＜家族それぞれが望みをかなえたい＞＜きょうだい児に負担をかけない＞から成り立っていた。専門職は長年、療育中心に生活をしてきた家族員それぞれの希望・やりたいことなどを聞き取り、そのことが叶えられるように、また、長年重症者中心の生活できょうだい児に負担があったことを想定し、きょうだいへの負担感の軽減をしようとしていた。

【就労や社会貢献の場】

このカテゴリーは＜仲間と一緒に充実した仕事を楽しむ＞＜他者・社会に貢献しているという喜び＞から成り立っていた。専門職は成人した重症者にとって、障がいがあっても楽しく仲間と共に過ごす時間や経済的な自立に向けた活動をし、「販売で、みんなと一緒にいるといい顔をするし、（販売の場面で、商品が）売れるとニコニコしている」「朝夕、小学生の通学路で子どもたちの（登下校の）見守り活動をしている」「疲れた後、〇〇さんの笑顔を見ると癒される」など、障がいがあっても彼らの力を活用して、彼ら自身が持つ力を他者の癒しなどに還元できるような役割を見出し、社会への貢献ができる場所を提供していた。

考察

本調査の結果から、専門職は親の支援なき後の重症者の居場所探しを【最初から重症者の終の棲家探しにしない】【状態の変化によって居場所は何度も選択しなおす】ことを勧め、＜親の支援なき後の施設選択は1度ではない＞ことを伝えようとしていることがわかる。専門職は親の支援なき後の重症者の居場所探しは、重症者の終の棲家を探すことを手伝うのではなく、重症者の健康状態や家族の状態によって、その都度、重症者にとって最も良い環境で生活ができるよう、居場所を変えていけるような支援を心がけている。先行研究を見ると、親の支援なき後の在宅重症者の生活の

場について、30%の親が療育センター入所を希望し10%がグループホームを希望していた¹¹⁾と報告がある。療育センターは医療的ケアが実施でき、今後、重症者の病状が悪化した際にも対応してくれるという安心感があるが、療育センターに入所をすると今まで利用していた在宅支援が終了し、療育センター内での支援に移行するため、在宅で生活していた重症者と支援者との関係が途切れてしまうことになる。このことは重症者にとって今までの人間関係や生活スタイルが途切れ、大きな環境の変化となりストレスが高い状態に陥ることもある。重症者と親は親の支援なき後の居場所に求めることとして【重症者の今までの人生の物語をつなぐ場】があり、今後、重症者の居場所を移行する場合は、今までの重症者の在宅生活をできる限り継続できるような配慮が必要である。

現在、地域にて、医療的ケアが必要な重症者の居場所は少なく、また、重症者が入所できる療育センターのベッドも空きがないことが多い。このため、専門職は＜療育センターへの入所希望の待機リストに登録しておく＞ことを親に勧め、療育センターへの入所が可能となった際、重症者と家族の状況を見て、地域での生活が可能か、あるいは療育センターへの入所が良いのか、彼らが決定できるように、重症者の地域生活の場の選択肢を広げるとともに意思決定を支えている。一方で、重症者は新しい環境になれるまでに時間がかかりストレスを感じやすい。親の支援なき後、重症者や家族の状況によって、地域の施設から療育センターへの移行など、施設の移動が続くことは、生活環境やスタッフの変更が続き、重症者にはストレスが大きくなることも想定でき、専門職は重症者の状態をよく把握し、支援を考えていくことが必要である。また、本調査の結果から、親の支援なき後の居場所における支援として、重症者に【就労や社会貢献の場】を提供していた。障害者基本法第6条に障害者はその有する能力を活用することにより、進んで社会経済活動に参加するように努めなければならないとある。このことを具現化できるよう支援していることがわかる。

結語

親の支援なき後、在宅重症者の居場所の移行を支える専門職の支援プロセスを明らかにした。その結果、9つのカテゴリー、24個の概念が生成された。支援のスタートは、専門職と親との信頼関係の構築であった。その後、専門職は在宅重症者と親・家族に親の支援なき後の在宅重症者の居場所の問題について共通理解をし、彼らの意向を確認するまで、十分な時間をかけていた。親の意向を確認後、重症者の居場所探しでは、最初から重症者の終の棲家を探すのではなく、重症者の健康状態に合わせて、その都度、重症者にあった施設に移行していく選択を勧めていた。重症者は環境に慣れるまでに時間がかかり、ストレスに弱いことがわかっている。重症者の状態に合わせて地域にある施設を移行する支援は高く評価できるが、その都度、利用する環境に慣れる時間が必要であり、専門職はその都度、丁寧な支援が求められている。

本研究の課題として、今回の対象者は14名であった。このため、十分に理論的飽和に至っておらず、今後、継続した調査が必要である。

利益相反

本調査は勇美財団の助成金を受けて実施した。

文献

- 1) 宍戸路佳, 久保恭子: 児童発達支援事業所における一次救命 処置・災害対策の現状に関する調査. 家族保健研究会誌 1 (1): 11-17, 2022.
- 2) Naoko HIBINO, Nobuko MATSUDA, Chizuko NORO: Analysis of Challenge Issues Related to and an Accepting Attitude toward Habilitation from the Viewpoint of Mothers Living in an Underpopulated Community. Bulletin of Health Sciences Kobe 30: 55-75, 2014.
- 3) 久保恭子, 日比野直子, 坂口由紀子: 地域で暮らす重症心身障がい者の親の支援なき後の居場所と自立支援 グループホーム職員の語りから. 第42回日本看護科学学会, 2022.
- 4) Naoko HIBINO, Kyoko KUBO: Caregiving by different generations to persons with severe motor and intellectual disabilities living at home, as observed by visiting nurses. ICCHNR 2022.
- 5) Kyoko KUBO, Yasuko KISHIDA: Mothers' experience over death of their children having severe physical and intellectual disabilities and having lived at home and social concerns about those mothers. 第6回世界看護科学学会, 2020.
- 6) Kyoko KUBO, Yasuko KISHIDA, Yukiko SAKAGUCHI: Work loss for mothers having children needing special health care and living at home and conditions encouraging these mothers to work. 第23回東アジア研究者会議 (23rdEAFONS), 2020.
- 7) 厚生労働省. 障害者の居住支援について (地域生活支援拠点等の整備の推進について). <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000851064.pdf> (最終アクセス令和3年11月5日)
- 8) 倉田慶子, 櫻井しのぶ: 在宅障害者の「親の支援なき後問題」についての現状. 医療看護研究 18 (1): 1-11, 2021.
- 9) Dellve L, Samuelsson L, Tallborn A, et al: Stress and well-being among parents of children with rare diseases a prospective intervention study. Journal of Advanced Nursing 53 (4): 392-402, 2006.
- 10) Hensel E, Rose J, Kroese B.A: Subjective judgements of quality of life: a comparison study between people with intellectual disability and those without disability. Journal of Intellectual Disability 46 (2): 95-107, 2002.
- 11) 吉見啓子, 矢島卓郎: 特別支援学校卒業後の重症心身障害者の日常生活の実情と 課題 東京都多摩地区の生活介護施設通所者の家族へのアンケート調査から. 日本重症心身障害学会誌 46 (3): 401-41, 2021.
- 12) 川口めぐみ, 北岡和代, 川村みどり・他: 統合失調症をもつ人の高齢期にある親の行動 親の支援なき後の子の将来のための準備のプロセス. 精神障害とリハビリテーション 25 (1): 78-86, 2021.
- 13) 石川かおり, 眞榮和紘, 永井知子: 精神障害者の親の支援なき後のことに関する親の認識 親の語りの分析から. 岐阜県立看護大学紀要 21 (1): 3-13, 2021.
- 14) 吉岡京子, 黒田真理子, 簗宗一・他: 親の支援なき後の精神障害者の地域生活を見据えた親の準備の解明. 日本公衆衛生雑誌 66 (2): 76-87, 2019.
- 15) 古川明美: 自閉症スペクトラム障害をもつ親の思いに関する一考察. 日本看護学会論文集: 精神看護 49: 7-10, 2019.
- 16) Bristor M.W: The Birth of a Handicapped Child: A Wholistic Model for Grieving. Family Relations 33 (1): 25-32, 1984.
- 17) Woolfson L: Family well-being and disabled chil-

- dren: A psychosocial model of disability-related child behaviour problems. *British Journal of Health Psychology* 9 (1) :1-13,2004.
- 18) 辻本哲士, 白川教人, 原田豊・他: 保健所, 精神保健福祉センターの連携による, ひきこもりの地域生活支援の状況と課題に関する研究 ひきこもり者への支援の現状を調査するための全国保健所アンケート調査. *精神神経学雑誌* 121 (7) : 527-539, 2019.
- 19) 目良宣子, 山本智津子: ひきこもりに関する相談や支援を行う上での困難 市町村保健師が語る精神保健福祉活動上の困難の中から. *山陽看護学研究会誌* 9 (1) : 42-48, 2019.
- 20) 中島喜代子, 廣出円, 小長井明美: 「居場所」概念の検討. *三重大学教育学部研究紀要* 58 : 77-97, 2007.

訪問リハビリテーションを長期間利用している地域在住高齢者のADLとIADL

石田ゆず^{1) 2)}, 池上章太¹⁾, 古田大樹³⁾, 小野千恵³⁾, 片井聡²⁾, 堀内博志¹⁾

要旨

背景: 訪問リハビリを必要とする高齢者は年々増加しており, 訪問リハビリの質の向上と自立に向けた取り組みが求められている。

目的: 訪問リハビリテーション (以下, 訪問リハ) の質の向上と自立に向けて, 訪問リハの現状を把握し, 効果的な介入を検討する。

方法: 長期に訪問リハを利用する 332 名の基本情報, 1 年間の Barthel Index (BI)・Frenchay Activities Index (FAI) 変化を調査した。

結果: 対象者全体で BI は有意に低下し, FAI は有意に改善を認めた (相関係数: 0.25)。急性発症型疾患では IADL が改善し, 内部障害・神経筋疾患では, ADL は悪化した IADL は維持されていた。

結論: 訪問リハにおいては疾患の特徴を踏まえ IADL に注目して生活行為向上に向けた包括的な介入をすることが重要である。

キーワード: 日常生活動作, ADL, 訪問リハビリテーション, 手段的日常生活動作, IADL, Frenchay Activities Index, 生活行為向上

ADL and IADL in Community-Living Elderly using long-term Home-Visit Rehabilitation

Yuzu Ishida^{1) 2)}, Shota Ikegami¹⁾, Daiju Furuta³⁾, Chie Ono³⁾, Satoshi Katai²⁾, Hiroshi Horiuchi¹⁾

Abstract :

Background : The number of elderly people requiring home-visit rehabilitation is increasing every year. There is a need to improve the quality of home-visit rehabilitation and to work toward independence.

Objective : To understand the current status of home-visit rehabilitation for elderly people living in a community, and to examine effective rehabilitation interventions.

Methods : 332 subjects who use long-term home-visit rehabilitation were included in the study, and their basic infor-

¹⁾ 信州大学医学部附属病院 リハビリテーション科

²⁾ 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院 リハビリテーション科

³⁾ 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 訪問リハビリテーション科

¹⁾ Department of Rehabilitation Medicine, Shinshu University Hospital

²⁾ Department of Rehabilitation Medicine, Kekeyu Misayama Rehabilitation Center Kekeyu Hospital

³⁾ Department of Home Visit Rehabilitation, Kekeyu Misayama Rehabilitation Center

著者連絡先: 信州大学医学部附属病院 リハビリテーション科

〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1

TEL: 0263-37-2836 E-mail: yuzureha@shinshu-u.ac.jp

mation and changes in ADL (Barthel Index) and IADL (Frenchay Activities Index) over a one-year period were investigated.

Results : Overall BI was significantly decreased and FAI showed significant improvement

(correlation coefficient : 0.25). In the cerebrovascular and fracture groups, BI remained unchanged and FAI improved. In the internal disorders and neuromuscular disease groups, BI decreased significantly but FAI was maintained.

Conclusions : ADL and IADL do not necessarily correlate in long-term home-visit rehabilitation users over a 1-year period. In addition, changes in ADL and IADL were characterized differently for each disease. It is important to provide comprehensive intervention to improve the performance of daily life activities in home-visit rehabilitation, focusing on IADL and based on the characteristics of the disease.

Keywords : daily life performance, home visit rehabilitation, instrumental activities of daily living, frenchay Activities Index

はじめに

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）の利用者および介護給付費用額は毎年増加しており¹⁾、その増加にともなって、訪問リハの質の向上と利用者の自立にむけた取り組みが重要と考えられている。訪問リハの効果に関する研究結果は身体機能や要介護度の改善の報告²⁾や日常生活動作の改善効果は認められなかった³⁾との報告もあり研究結果は一貫していない。また訪問リハの長期的な介入による影響は明らかになっていない。

目的

本研究では、訪問リハを長期利用中の地域在住高齢者の1年間の日常生活動作（Activities of Daily Living : ADL 以下 ADL）および手段の日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living : IADL 以下 IADL）を調査し、訪問リハビリテーション利用者の現状を把握し、効果的な介入方法を明らかにすることを目的とする。

研究方法

研究デザイン：後ろ向き観察研究

1. 対象および調査期間

対象は、2018年9月を調査開始とし、調査開始時点での当事業所利用者のうち、要介護と認定され介護保険制度の下で訪問リハを利用している486名のうち、観察開始時点で1年以上利用を継続している337名を対象者とした（図1）。2019年8月を調査終了とした。転居や他の訪問リハ事業所への利用変更などの理由で中止した者（5名）

を除き解析対象者は322名であった。

2. 評価項目

調査開始時（2018年9月）の基本情報として、年齢、性別、要介護度、訪問リハ利用期間、主病名、独居の有無、通所サービス利用の有無、ADL、IADLの情報を診療録から取得した。基本的ADLの指標としてBarthel index（以下BI）、IADLの指標としてFrenchay activities index（以下FAI）を用いた。Barthel Indexは基本ADL（歩行・食事・移乗・更衣・排泄など10項目）の自立度を0点～100点で評価し、FAI⁴⁾はIADL（食事の用意・洗濯・掃除・力仕・趣味・屋外歩行・交通手段の利用・旅行・読書・勤労など15項目）の頻度を0点～45点で評価する指標である。

調査開始から1年後（2019年8月末）を終了時とし、調査終了時点でのBI・FAI、転帰を調べた。調査期間中に介入終了した者は中止理由と最終介入時のBI・FAIを調べた。主病名は、主治医からの訪問リハビリテーション指示書に記入されている病名とした。併存疾患のため複数記入されている場合には、対象者の訪問リハビリテーションを要する原因となる疾患と主治医が記載した病名とした。それらを、脳血管障害、骨折、骨折以外の筋骨格系疾患、内部障害、神経筋疾患に分類した。

3. リハビリテーションプログラム

リハビリテーション治療は、頻度は週0.5～3回、1回あたり40分～1時間、対象者の自宅に療法士が訪問して実施した。理学療法、作業療法、言語聴覚療法を基本として、患者の身体状況や自

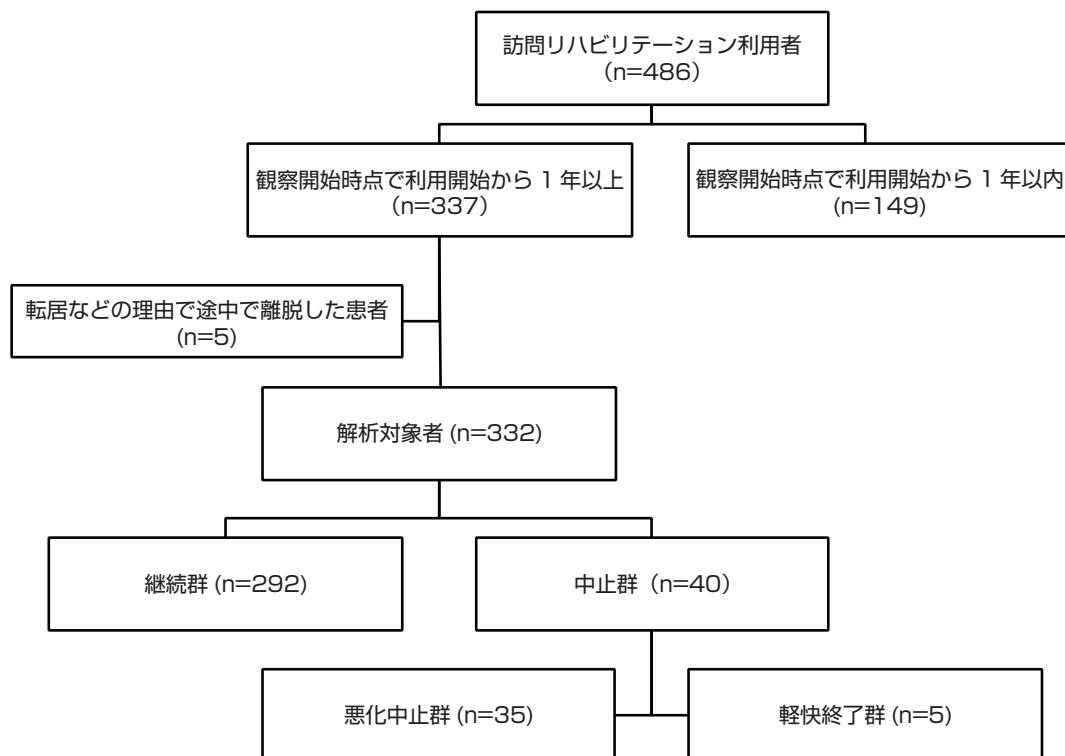


図 1

宅での生活環境や背景因子を把握し、生活行為全般に対して包括的な介入を行った。生活行為とは人が生きていく上で必要な食事や排泄などの生活動作から家事や趣味、余暇活動や社会活動などすべてである。主治医、リハビリテーション指示医、療法士、患者、患者家族、ケアマネージャーなど多職種で相談し、リハビリテーションプログラムを調整した。

4. 統計解析

観察開始時・終了時²⁾時点での BI, FAI の解析は Wilcoxon 符号付順位検定を用いた。相関係数の算出には Spearman の検定を用いた。有意水準は p 値が 5% 以下の場合に統計学的有意差ありとした。本研究は当時の事業所で介入したすべての患者を対象とした全数調査でありサンプルサイズは計算していない。統計解析には JMP®14 (SAS Institute Inc. Cary, NC, USA) を使用した。

5. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づき計画され、信州大学倫理審査委員会（承認番号 4535）、鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院倫理委員会（承認番号 2019019）を得て実施した。本研究は、通常業務で得られる情報などを元にした後方視的調査であり、対象者に与える不利益は存在しない。また対象者の指名は ID 化し、得られたデータはデータ管理者が責任を持って厳重に管理した。

結果

1. 対象者の特徴

解析対象者の背景を表 1 に示す。平均年齢は 79.8 ± 10.3 歳、男性 181 名・女性 151 名、利用開始から 1 年以上の長期利用者は 68.3%、4 年以上継続利用している者が 34.2% であった。訪問リハを要した主病名は、脳血管障害 160 名、骨

折 44 名，骨折以外の筋骨格系疾患 60 名，内部障害 37 名，神経筋疾患 31 名であった。独居の割合は 10.5%，通所介護やデイサービスなど何らかの通所サービスを利用されている者は 69.6%であった。調査期間中に介入終了となった者は 40 名であり，その内 5 名が軽快終了，残り 35 名が全身状態の悪化などによる入院，死亡などの理由で終了となっていた。軽快終了者は，目標達成や家庭内での役割，社会参加が可能となったため終了となっており，その内訳は，脳血管障害 2 名，骨折 1 名，骨折以外の筋骨格系疾患 1 名，神経筋疾患 1 名であった。一方，悪化終了者の内訳は脳血管障害 12 名，骨折 2 名，骨折以外の筋骨格系疾患 11 名，内部障害 6 名，神経筋疾患 4 名であり，その内 5 名が死亡による介入終了であった。

2. 訪問リハビリテーション利用者の ADL および IADL 変化

調査開始時，終了時の BI および FAI を図 2 (左) に示す。対象者全体での BI (中央値 (四分位範囲)) は開始時 75.0 (55.0-90.0)，終了時 75.0 (50.0-90.0) と ADL はわずかだが有意に低下が見られた ($p<0.01$)。FAI (中央値 (四分位範囲)) は，開始時 6.0 (3.0-13.0)，終了時 7.0 (3.0-13.0) であり，IADL は有意に改善が認められた ($p<0.01$)。

疾患ごとの BI および FAI 変化量を図 2 (右) に示す。脳血管障害，骨折患者では BI は開始時 75.0 (50.0-90.0) から終了時 75.0 (50.0-90.0)，開始時 85.0 (70.0-90.0) から終了時 85.0 (71.3-90.0) と ADL は有意な変化が見られなかった ($p=0.41, p=0.71$)。一方 FAI は，開始時 6.0 (2.0-11.8) から終了時 6.0 (3.0-12.8)，開始時 8.0 (4.0-15.0) から終了時 10.5 (4.0-19.0) へと IADL は有意に改善していた ($p=0.04, p=0.01$)。骨折以外の筋骨格系疾患では，BI 開始時 80.0 (70.0-90.0) から終了時 80.0 (61.3-90.0)，FAI 開始時 7.0 (3.3-14.8) から終了時 8.0 (3.3-16.0) と ADL と IADL はともに有意な変化が見られなかった ($p=0.05, p=0.45$)。内部障害，神経筋疾患では，BI は開始時 70.0 (50.0-85.0) から終了時 60.0 (37.5-82.5) および開始時 50.0 (25.0-80.0) から終了時 45.0 (5.0-70.0) と有意に ADL が低下した ($p<0.01, p<0.01$)。一方，FAI は開始時 4.0 (2.0-8.5) から終了時 4.0 (2.0-7.5)，

表 1

解析対象者 全体 (n=332)	
年齢	79.8 ± 10.3
性別 (n)	
男性	181
女性	151
要介護度 (n)	
要介護 1	71
要介護 2	106
要介護 3	66
要介護 4	48
要介護 5	41
訪問リハ利用開始からの期間 (n)	
1 年から 2 年以内	76
2 年～3 年	56
3 年～4 年	34
4 年以上	166
訪問リハを要した主病名 (n)	
脳血管障害	160
脳梗塞	94
脳出血	62
脳腫瘍，水頭症，脳挫傷，硬膜下血	4
骨折	44
下肢骨折	27
脊椎圧迫骨折	11
上肢骨折，その他の骨折	6
骨折以外の筋骨格系疾患	60
脊柱管狭窄症・腰痛症など	34
変形性関節症	19
脊髄損傷 (慢性期)	4
脊柱変形，靱帯損傷，股関節脱臼	3
内部障害	37
廃用症候群・サルコペニア	10
認知症・精神疾患	4
心疾患	7
呼吸器疾患	5
腎障害	5
自己免疫性疾患	5
消化器疾患	1
神経筋疾患	31
パーキンソン病・類縁疾患	15
脊髄小脳変性症・多系統萎縮症	8
筋萎縮性側索硬化症	4
脳性麻痺	4
独居の割合 (%)	10.5
通所サービスの利用 (%)	69.6
Barthel index 観察開始時	68.2 ± 26.8
Frenchay activities index 観察開始時	8.0 ± 6.8

* 連続変数は mean ± SD で示す

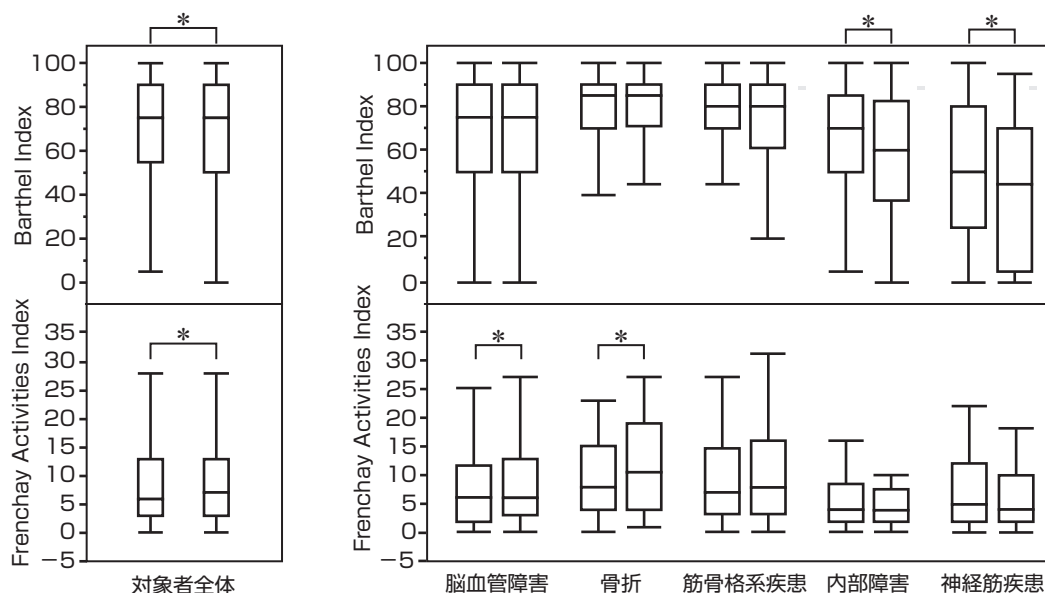


図2 Barthel Index および Frenchay activities index 変化

左：調査開始時

右：終了時

*：開始時，終了時のBI/FAI値をWilcoxon符号付順位検定にて検定し $p < 0.05$

開始時 5.0 (2.0-12.0) および終了時 4.0 (2.0-10.0) と IADL は有意な変化がみられなかった ($p=0.8$, $p=0.23$).

3. ADL と IADL 変化の関係

ADL および IADL の変化量の散布図を図 3 に示す. 両者の Spearman 順位相関係数は対象者全体で 0.25 ($p < 0.05$) と弱い相関関係しか認めなかった. また訪問リハの転帰別での層別解析では, Spearman 順位相関係数は, 軽快終了群 0.90 ($p=0.03$), 中止群 0.42 ($p=0.01$), 継続群 0.21 ($p < 0.01$) であり, 軽快終了群において最も強い相関関係を認めた.

考察

1. 対象者の特徴と転帰

本研究の目的は, 地域在住高齢者の訪問リハビリテーション長期利用者の現状を把握し, 効果的な介入を検討することである.

訪問リハの利用期間を検討した先行研究では, 調査時点での訪問リハビリテーションの利用開始からの期間は中央値 462.0 日, 平均値 758.2 日⁵⁾

とされており 1 年以上の長期にわたり介入を継続している者が多く, 当院での結果も同様に長期の利用者が多かった.

調査開始時の BI は, 廃用症候群の基準となる BI が 85 点以下の者が 73.5% を占め, FAI 平均値は同年代の在宅高齢者の FAI 標準値⁶⁾ (80-89 歳: 男性 20.9 ± 11.5 , 女性 18.9 ± 10.1) より低値であった. これは調査開始時から利用者は低活動状態であったことを示す. これまでの報告では低活動の高齢者の生命予後は不良であることが報告されており, 要介護高齢者は経時的に要介護度が重度化し, 1 年後の生存率は 86.6%, 5 年生存率は 48.2%⁷⁾ と報告されている. これは全がんの 5 年生存率 68.9%⁸⁾ よりも低値である. 本研究では 35 名 (10.9%) は, 全身状態が悪化のために訪問リハの利用中止となり, 少なくとも 5 名 (1.6%) が 1 年後までに死亡していた.

近年, 社会参加に資する取り組みとして訪問リハから通所介護や通所リハビリテーションへ移行することが奨められているが, 本調査では, 1 年以上訪問リハを継続している者の中で, 社会参加

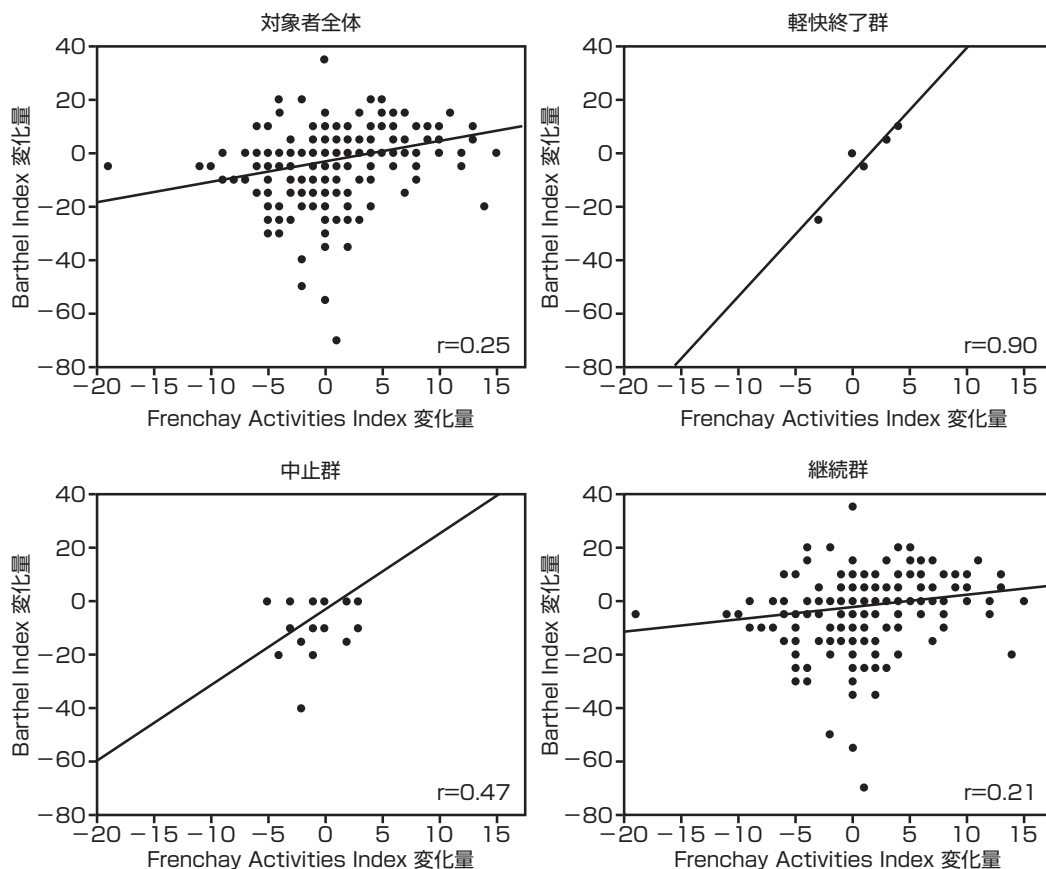


図3 Barthel Index 変化量と Frenchay Activities Index の変化量

へつながり終了できた者（軽快終了群）は5名（1.6%）と少なかった。訪問リハの利用者の半数以上は通所サービスを利用しているものの、訪問リハは終了とはならず、対象者の86.6%が1年後も訪問リハを継続していた。訪問リハを長期間利用している要介護高齢者が通所サービスへ移行するなど社会参加を果たし、訪問リハを終了することが難しい現状が明らかとなった。

2. 訪問リハ利用者の ADL および IADL 変化

本研究では、対象者全体ではBIは悪化していたが、FAIは1年間の経過でわずかではあるが改善が見られた。また、BIとFAIの変化量の相関係数は0.25と弱い相関関係しか認めなかった。これはADLとIADLは強い相関関係⁹⁾にあるというこれまでの報告とは異なる新たな結果である。

この要因として、本研究では生活行為に重点を

置き、包括的に介入したことがあげられる。長期訪問リハを利用している低活動状態の高齢者において、基本的ADLの改善は非常に難しい。しかし、訪問リハは自宅を訪問することで、利用者の身体症状だけでなく生活背景や家庭環境を把握することができる。そのため、実際の生活に合わせた動作方法や環境調整など生活状況に応じた柔軟な介入を行うことが可能であり、それにより活動範囲が拡大し、趣味活動や外出などのIADLが向上したと考えられる。

また、そのADL・IADLは図2（右）に示すように疾患ごとに異なる変化を示していた。脳血管障害や骨折においてはIADLが向上しADLは維持されていた。一方、内部障害や神経筋疾患ではADLが悪化し、IADLは維持されていた。特に内部障害においては、著明なADL悪化がみられ、そのBIの変化量はMinimal Clinically Important

Difference (MCID) である 1.85¹⁰⁾ を大きく超えていた。これまでに訪問リハの効果については脳卒中¹¹⁾、運動器疾患¹¹⁾では ADL の改善や要介護度の改善効果が報告¹²⁾されている一方、糖尿病や腎疾患、消化器疾患などの慢性疾患において入院や入所の転帰をとりやすいという報告¹²⁾がある。本研究でもこれまでの報告同様、脳血管障害や骨折などの急性発症型の疾患と内部障害や神経筋疾患などの慢性疾患における ADL と IADL の変化はその経過が異なることを示唆する結果であった。本研究での内部障害群では、二次的な廃用症候群やサルコペニアの例が多いことも ADL 低下が著しい理由の一つと考えられた。サルコペニアは心血管疾患や認知症、糖尿病、呼吸器疾患患者において多くみられ¹³⁾、生命予後、機能予後への影響が大きい。訪問リハの介入においては、サルコペニアや廃用症候群など慢性疾患患者の ADL の低下を予防することが今後の重要な課題である。

本研究では年齢や環境など他のバイアスによる影響が大きいと考えられ、疾患の分類による転帰や ADL 変化量への影響についての回帰分析などの統計学的検討は行っていない。しかしながら、疾患の特徴を踏まえた介入が効果的と考えられた。すなわち、急性発症型疾患では ADL の改善を目標に活動や参加の機会をさらに増やしていくこと、内部障害や神経筋疾患などの慢性疾患では

身体機能低下予防に取り組みつつ、低下していく身体機能に合わせた生活環境の調整や適切な補助具などを提案し、可能な IADL や活動を維持していく取り組みが効果的と期待された。

3. 生活期リハビリテーションモデル

本研究では、ADL と IADL 変化に乖離がみられたが、ADL と IADL の相関関係は軽快終了群において最も強く、継続群において最も弱かった。この ADL と IADL の変化の差異が訪問リハ継続群の特徴である可能性がある。ADL と IADL がともに改善する例では軽快終了へつながりやすいが、訪問リハを利用する多くの方は両者をともに改善することが難しい場合も多く、訪問リハを継続して利用されている。また、ADL と IADL がともに悪化する例は全身状態が悪化し、入院や入所など訪問リハの利用が悪化中止となりやすい。

ADL や IADL は高齢者の QOL (quality of life)^{14) 15)} と関連していることが指摘されており、ADL・IADL の低下に伴って QOL も低下すると予想される。しかし、「緩和リハビリテーションモデル」¹⁶⁾では ADL と QOL は相関せず、ADL が低下する中でも包括的リハビリテーション介入により QOL の向上が期待されている。本研究から長期に訪問リハを利用している方において ADL と IADL の相関は弱く、生活期のリハビリテーションにおいては、ADL 低下する例でも IADL の向上が期待できる (図 4 右「生活期リハ

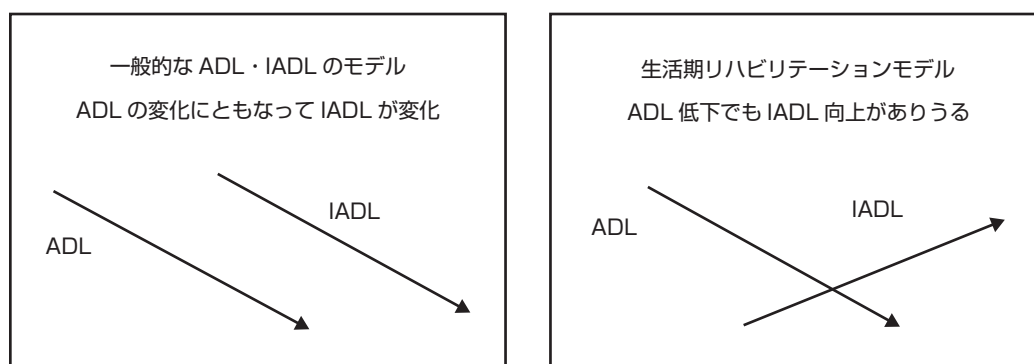


図 4

ビリテーションモデル」).

近年, 生活行為向上に向けた包括的介入による効果として抑うつへの効果¹⁷⁾も報告されており, IADL に注目して包括的に介入することで, QOL の向上にも貢献できる可能性がある. さらには, 要介護高齢者において社会関連性指標 (趣味, 役割の遂行, 活動参加) が乏しいほど死亡率が高いと報告¹⁸⁾されているが, これらの社会関連性指標は IADL と共通する項目であり, IADL が乏しいと死亡率が高くなると推察される. 訪問リハ長期利用者の IADL の向上による死亡率の低下についてもさらなる研究が期待される.

限界

本研究は, 後ろ向き観察研究であり, 訪問リハを利用していない方との比較研究ではないため, 今回の結果が訪問リハの効果であるかは明らかではない. FAI の MCID は明らかになっていない. サンプルサイズも考慮されていない. 限定された中山間地域での調査であり地域差や事業所による差異が考えられる. また, 追跡期間が十分でない可能性がある. 訪問看護ステーションからの訪問リハについては疾患の種類や医療需要度が異なるためさらなる検討が必要である.

結語

本研究では, 訪問リハを長期利用する要介護高齢者の ADL および IADL の変化とその関係を示した. 長期訪問リハ利用者全体では, 基本的 ADL は低下するものの IADL は改善が示され, 弱い相関しか認めなかった. 訪問リハ長期利用者では, 疾患の特徴を踏まえ, IADL に注目して包括的に介入することが重要である.

利益相反

本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない.

文献

- 1) 介護給付費等実態統計 (旧: 介護給付費等実態調査) 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>

(最終アクセス 2022 年 5 月 20 日)

- 2) 大沼剛, 牧迫飛雄馬・他: Predictors of interruptions to living at home in elderly people enrolled in a home visit rehabilitation service. Japanese Journal of Geriatrics. 49 : 214-221, 2012.
- 3) 牧迫飛雄馬, 阿部勉 在宅訪問サービスの継続要因および訪問リハビリテーションが要介護高齢者に与える影響: cluster randomization trial による検討 理学療法学 36 : 382-388, 2009.
- 4) Holbrook M, Skilbeck CE. An activities index for use with stroke patients. Age Ageing. 12 (2) :166-70, 1983.
- 5) 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証および調査研究に係る調査 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000126194.pdf> (最終アクセス 2022 年 5 月 20 日)
- 6) Kenji Hachisuka, Hiromi Chisaka, et al : Applied Activities of Daily Living and its Standard Value Determined according to Frenchay Activities Index Scores for Randomly Sampled Middle and Advanced Age People Living at Home. The Japanese journal of Rehabilitation medicine 38 (4) :287-295, 2001.
- 7) 永田斎, 原田洋一, 畦元智恵子ら 要介護度の経年変化 同一集団における要介護度分布の 9 年間の変化 厚生の指標 : 58 (2), 2011.
- 8) 全がん協生存率調査 全国がんセンター協議会
<https://www.zengankyo.ncc.go.jp/etc/index.html> (最終アクセス 2023 年 3 月 20 日)
- 9) J. Schuling, R. de Haan, et al : The Frenchay Activities Index Assessment of Functional Status in Stroke Patients Stroke 24 (8) 1993.
- 10) Yu-Wei Hsieh, Chun-Hou Wang, et al : Establishing the Minimal Clinically Important Difference of Barthel Index in Stroke Patients : Neurorhabilitation and Neural Repair 21 (3) :233-8, 2007.
- 11) Ken Kumai, Yumi Ikeda :Effect of types of disease on Change in Care Levels in Home Visit Rehabilitation Users : Japanese Physical Therapy Association 48 (2) 214-221, 2021.
- 12) Takeshi Ohnuma, Tsutomu Abe, et al : Change of Long term Care Levels and Related Factors in Home Visit Rehabilitation Users : Journal of the Japanese Physical Therapy Association 43:501-507, 2016.
- 13) Pacifico J, Geerlings MAJ, et al : Prevalence of sarcopenia as a comorbid disease: A systematic review and meta-analysis. Exp Gerontol.

- 131:10801.2020.
- 14) Burcu Akpınar Söylemez, Özlem Küçükgülü, et al : Quality of life and factors affecting it in patients with Alzheimer's disease: a cross-sectional study. Health qual life outcomes : 2020.
 - 15) Beltz S, Gloystein S, et al : Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly. BMC Geriatr. 22 (1) ,2022.
 - 16) K Abe. On Clinical Issues and Concrete Interventions the Field of Palliative Care and rehabilitation Oncology. The Journal of Japan Society for Clinical Anesthesia 28 (7) ,2008.
 - 17) Fukui M, Yoshida Y, et al : Effect of the Management Tool for Daily Life Performance on Patients with Cardiovascular Disease: A Randomized Controlled Trial. Progress in Rehabilitation Medicine (4) , 2019.
 - 18) 安梅勅江, 篠原亮次, 杉澤悠圭・他 : 高齢者の社会関連性と生命予後 社会関連性指標と7年間の死亡率の関係. 日本公衆衛生雑誌 53 (9) ,2006.

メサドン内服からヒドロモルフォン注持続投与へのオピオイドスイッチングにより最期まで在宅で過ごすことができた2症例

川内潤也¹⁾, 佐久間詠理²⁾, 渡邊淳子²⁾

要旨

難治性のがん疼痛に対しメサドンが導入され自宅療養に移行、段階的にヒドロモルフォン注へオピオイドスイッチングし患者本人の希望に沿って最期まで自宅で過ごすことのできた症例を2例経験した。メサドンを減量しながらまずレスキューのみをヒドロモルフォン注で開始し、後にベースを開始し増量していった。そのうち1例は急速に疼痛が増悪傾向でありタペンタドール及びケタミンの併用を要したが、呼吸抑制を含めた副作用は認められなかった。メサドンから他のオピオイドへの切り替えに関しては、換算表がなく目安がないが、レスキューのみ先行して開始し調整していく方法は、特に在宅においては安全で有用と考えられた。

キーワード：在宅緩和ケア、メサドン、オピオイドスイッチング

Two case reports of terminal cancer patients switching from Methadone to Hydromorphone injection effectively and safely at home

Junya Kawauchi¹⁾, Eri Sakuma²⁾, Junko Watanabe²⁾

Abstract :

We report here our experience of two cases which contain the effective conversion from Methadone tablets to injections of Hydromorphone at home. Both patients lived the rest of their lives at home as they desired, without going back to hospital. While the dosage of Methadone was gradually reduced, the rescue dose alone of the Hydromorphone injection was started without a baseline dose. The baseline dose was then carefully started and increased. Although one patient required Tapentadol and Ketamine, there appeared to be no side effects, including respiratory depression, throughout the course. Although there is no conversion chart for switching from methadone to other opioids, the method of starting rescue only first and then adjusting the dose is considered safe and useful, especially in the home setting.

Keywords : home palliative care, Methadone, opioid switching

¹⁾ 医療法人社団淳友会 わたホームクリニック

²⁾ 医療法人社団淳友会 わたクリニック

¹⁾ Wata home clinic, Medical Foundation Junyu-kai

²⁾ Wata clinic, Medical Foundation Junyu-kai

著者連絡先：医療法人社団淳友会 わたホームクリニック

〒124-0012 東京都葛飾区立石6丁目8-1 1F, 2F

TEL: 03-6662-8514 E-mail: jkawbgen@yahoo.co.jp

はじめに

わが国では2013年3月にメサドン錠の臨床使用が開始となった。メサドンはオピオイド μ 受容体作動作用の他、NMDA受容体阻害作用、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用があり、従来のオピオイドに抵抗性の疼痛コントロールに対し有効性が高い¹⁻⁴⁾。一方、メサドンの体内薬物動態は非常に複雑とされており、呼吸抑制やQT延長を含む心毒性などの重篤な副作用が多く、2006年FDA（アメリカ食品医薬品局）はメサドン使用に関する警告を公表している²⁾。

2023年現在、わが国では注射薬は使用できないため、病勢進行に伴い経口摂取不能となった場合には他のオピオイドへの変更がかならず必要となる。今回我々は、メサドン錠内服からヒドロモルフォン注射持続投与へ段階的にオピオイドスイッチングすることにより在宅で最期まで過ごすことができた2例を経験したので報告する。

2つの症例

症例1（図1）

【患者】50歳台、女性

【現病歴】

2018年2月に子宮体癌の診断で手術、抗癌剤、放射線治療を行ってきたが再発、メサドン導入となった。メサドン45mg/day内服で2020年10月自宅退院し、在宅緩和ケアに移行した。

【帰宅後経過】

自宅退院後もレスキューとしてオキノームを使用していたが、突出痛が強く帰宅後数日でメサドン60mg/dayに増量した。増量1週間でのQTcは460msec（退院時433msec）と軽度の延長がみられたが、480msecは超えていないため減量せず経過を見ることとし、これ以上の増量はしない方針とした。しかし疼痛コントロールは増悪傾向であり、痛みの性状は骨盤内腫瘍およびリンパ節増大に伴う左臀部から下肢に広がる神経障害性

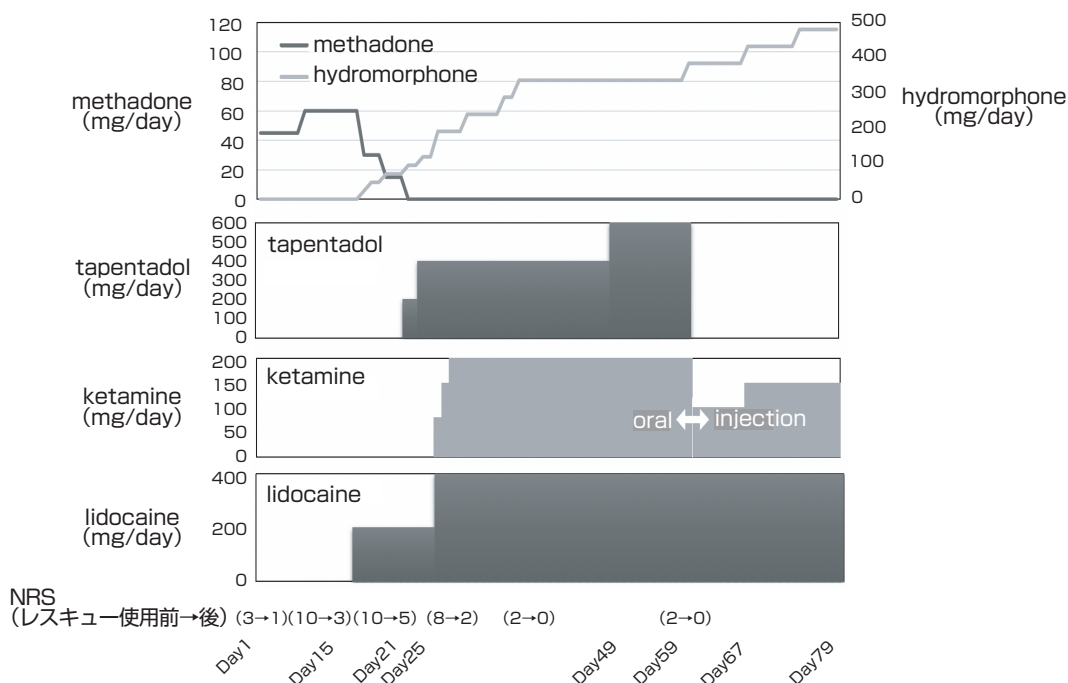


図1 在宅緩和ケア移行後のmethadone内服、hydromorphone持続注および鎮痛補助薬投与量（症例1）

最終メサドン 60mg/day オキノーム® 240mg/day → ヒドロモルフォンレスキュー 3mg/1回（オキノーム®50mg相当）で開始 → ヒドロモルフォン持続注 96mg/day（レスキュー 4mg/1回）変換比率⁽³⁾（経口モルヒネ/メサドン）：34 メサドン中止後生存日数：58日

QTc: 433msec（メサドン45mg）→ 460msec（メサドン60mg）

疼痛がメインであった。

本患者は元看護師であり、鎮痛法についての知識を持っていた。痛みの強さによって短期間に調節可能である注射薬への変更を自身から早い段階で希望され、退院後15日目にメサドン内服は継続しながらレスキューをオキノームからヒドロモルフォン注（1%ナルベイン注[®] lock-out time 15min：CADD-legacy[®] PCA ポンプ（Smith Medical 社））に変更し、リドカイン注（維持液に混注して末梢静脈投与）を併用した。徐々にベースをヒドロモルフォン注にオピオイドスイッチングし、21日目にメサドン内服はOFFとしメサドンによるノルアドレナリン再取り込み阻害作用を補う目的でタペンタドールを開始した。日によっては疼痛コントロールが十分でないこともあり、25日目に内服でケタミン投与を開始したところ疼痛コントロールはNRS2程度と良好となった。

59日目に内服困難となりタペンタドールOFF、ケタミンは静脈投与に変更したが特に疼痛コント

ロールの増悪はみられず、終末期せん妄が見られるようになったため、家族と相談の上67日目にsedation 開始、79日目に自宅で永眠された。

症例2（図2）

【患者】60歳台、女性

【現病歴】

2021年2月に腎盂癌、胸腰椎転移と診断された。緩和照射後、抗癌剤投与されてきたがBSCとなり、メサドンが導入された。20mg/dayで2021年5月自宅退院し、在宅緩和ケアに移行した。

【帰宅後経過】

メサドン 20mg/day 内服によって穏やかに過ごす日々が続いた。在宅緩和ケア開始後99日目より疼痛増悪傾向となり、114日目にメサドンに加えてタペンタドールを開始した。痛みの性状は腰椎転移に伴う臀部から下肢にかけての神経障害性疼痛であったが、近い将来、内服が困難となりメサドンは注射薬へ変更することが予想された。

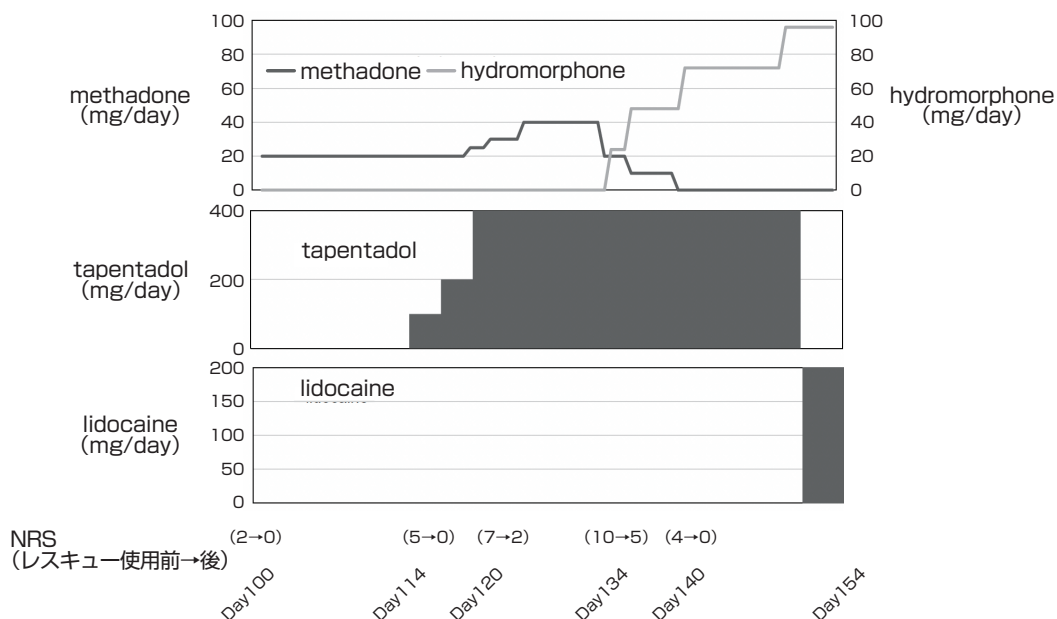


図2 在宅緩和ケア移行後の methadone 内服、hydromorphone 持続注および鎮痛補助薬投与量（症例2）

最終メサドン 40mg/day オキノーム[®] 240mg/day → ヒドロモルフォンレスキュー 2mg/1回（オキノーム[®]33mg 相当）で開始 → ヒドロモルフォン持続注 48mg/day（レスキュー 2mg/1回）変換比率⁽³⁾（経口モルヒネ / メサドン）：21 メサドン中止後生存17日数：22日

QTc: 446msec（メサドン 20mg）→ 421msec（メサドン 30mg）

め、メサドンを増量する前にタベンタドールを導入した。その後、メサドンも増量せざるを得なかったが（増量1週間でのQTc421msec（退院時446msec））、疼痛増悪傾向となり134日目にレスキューのみヒドロモルフォン注（1%ナルベイン注[®] lock-out time 15min：CADD-legacy[®] PCAポンプ（Smith Medical 社））を開始した。タベンタドール併用しながら徐々にベースをヒドロモルフォン注にオピオイドスイッチングし140日目にメサドン OFF とした。

152日目に内服困難となりタベンタドール OFF、タベンタドール中止による神経障害性疼痛増悪の回避のためリドカイン静脈投与を開始し、154日目に自宅で永眠された。

考察

メサドンはその歴史は世界的にみると古く、1937年に合成されて以来、有用性の高い薬剤として使用されている²⁾。鎮痛効果はモルヒネに匹敵し、NMDA 受容体阻害作用、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用を持つことから神経障害性疼痛のコントロールにおいても有用とされている。また、メサドンそのものが抗腫瘍効果を持っており、抗癌剤への感受性増強作用があるとする報告もある⁵⁾。一方、眠気が遅れて出現する、QT 延長を含む重大な副作用が発現することがある、など在宅緩和ケアの現場では警戒すべき副作用も多い。さらには薬物動態の個人差が大きく WHO の三段階除痛ラダーに分類されない特別な鎮痛薬とされており、他のオピオイドとの換算比は確立されていない。メサドンの増量は在宅では可能ならば避けたいが、やむを得ない場合は注意して行ない、増量後1週間で心電図検査を行っている。

前述の2症例ともに、メサドン増量を試みたが疼痛コントロールは良好とはならなかったため、ヒドロモルフォン注へ変更の方針とした。ヒドロモルフォン注（ナルベイン[®]）はオキシコドン注（オキファスト注[®]）と比較すると、同換算の鎮痛力価において1%製剤の場合1/10の投与容量で済むという大きなメリットがある。また肝でのグルクロン酸抱合により代謝されるため、CYP

（シトクロム P450）によって代謝を受ける薬剤との相互作用が起こりにくい特徴もある。2症例ともに難治性疼痛からメサドンが導入された経緯があり、比較的多い量のオピオイド注が必要とされる可能性が高く、なるべく少ない容量で投与可能なヒドロモルフォン注を選択した。

メサドン内服が困難となった場合、他のオピオイドへの変更については明確なガイドラインはないが、板倉らが後方視的検討を報告している³⁾。経口モルヒネ換算で0.5～12.6（平均6.1）であり、内服困難となっても慌てて変換せず経過をみながら変換比率6.1を目安に切り替えることを推奨している。2症例ともにまずレスキューのみヒドロモルフォン皮下注射を開始しながら、ベースの量を決定した。内服可能なうちにレスキューを変更する方法は、仮にPCAが不十分であった場合にも複数のレスキューが選択できるため、患者に大きな苦痛を強いることなくレスキュー量を決定していくことができるメリットがある。一方、まだ内服できるから注射薬は避けたい患者に対しては、スイッチングへの理解を得られない可能性はある。特に疼痛悪化傾向にある中、メサドンの在宅でのスイッチングは、副作用出現の点から慎重にならざるを得ず、通常のスイッチングよりも疼痛コントロールに関してはやや不利な点はある。今回の2症例での変換比率は症例1では34、症例2では21と、過去の報告と比較すると多い量のオピオイドを要した。特に症例1は、疼痛が急激に増悪している中での変換であったことも変換比率の高さに影響していると考えられた。いずれの症例もオピオイド過量を思わせる副作用は認めず、スイッチング終了後は疼痛コントロール良好となり最期まで在宅で過ごすことが可能であった。メサドンからのスイッチングは、「メサドンを7日間あたり20%～50%減量して他のオピオイド鎮痛薬を低容量から開始する」ことが推奨されている¹⁾。両症例ともに肝機能・腎機能は保たれていたため、この基準よりもやや早くメサドン off とした。症例1では、複数の鎮痛補助薬を加えてはいるがメサドン off 後10日後には疼痛コントロールは良好となっており、特に板倉らが推奨したのと同様に³⁾メサドン off 後最初の7日間は

変更したオピオイドは慎重に増量すべきと考えられた。

タペンタドールは、 μ オピオイド受容体作動作用とノルアドレナリン再取り込み阻害作用を持っており、モルヒネと比べると神経障害性疼痛にも効果はあるが、注射薬はないため内服困難となった場合にはメサドン同様中止せざるを得ない。今回の2症例では進行する疼痛増悪に対し内服可能な間は、メサドンからヒドロモルフォンにスイッチングが完了した後も神経障害性疼痛増悪を回避するためタペンタドールを継続した(図1・2)。

一方、ケタミンはNMDA受容体阻害作用のある全身麻酔注射薬であり、静脈投与で鎮痛薬として使えるというメリットがある。また適応外とはなるが、実臨床では内服薬としても使用される。2007年に麻薬指定となり院外処方できないため、在宅での投与においてはややハードルが高い薬剤であるが、症例1ではタペンタドールに加えてケタミンを当初内服で使用、のちに注射薬として継続し、一定期間はヒドロモルフォン注の増量は必要なく在宅療養可能であった(図1)。我々のクリニックでは、病院でケタミンが導入されている患者には在宅においても継続して使用できる体制を整えている⁶⁾。

在宅緩和ケアの場合は24時間医療従事者が患者の状態を監視できる状況ではないが、最期まで自宅で過ごしたい患者の希望に沿うためには、症状緩和を最大限に行いつつ各種薬剤によって起こるリスクも回避する必要がある。タペンタドール、ケタミンなど併用しながら内服困難となる前にレスキューのみヒドロモルフォン注を先行して開始する方法は、メサドンからオピオイドスイッチングを行なっていく準備として有用であると考えられた。

利益相反

日本在宅医療連合学会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

文献

- 1) 三浦篤史, 山本亮, 篠原佳祐・他: 高用量のメサドンからオキシコドン注にオピオイドスイッチングをした1例. 日本緩和医療薬学雑誌 9: 129-132, 2016.
- 2) 国分秀也, 富安志郎, 丹田滋・他: メサドンの臨床薬物動態. Palliative Care Research 9: 401-411, 2014.
- 3) 板倉崇泰, 松田良信, 岡山幸子・他: メサドンから他のオピオイド鎮痛薬への切り替えに関する検討 - メサドンが飲めなくなったらどうするか -. Palliative Care Research 10: 245-250, 2015.
- 4) W. Leppert: The role of methadone in cancer pain treatment-a review. Int J Clin Pract. 63: 1095-1109, 2009.
- 5) Dirk Theile and Gerd Mikus: Methadone against cancer: Lost in translation. Int. J. Cancer 143: 1840-1848, 2018.
- 6) 渡邊淳子, 佐久間詠理, 川内潤也: ケタミン使用中の終末期がん患者が病院から在宅へ移行できた2症例. 日本在宅医療連合学会誌, 1: 35-39, 2020.