論 文 の 要 約

学籍番号　61720004

氏 名　　鈴木　恵

題　目	医療・介護関連肺炎リスク患者の看取りを支援する 在宅ケアモデルの開発 -最期まで口から食べることに取り組んだ事例を通して-

第一章　研究の背景と目的

「医療・介護関連肺炎（nursing and healthcare-associated pneumonia： 以下、NHCAP とする）」は、2011 年に日本呼吸器学会から初めてガイドラインが示された肺炎であり、在宅や施設で療養中の高齢者に発症し、誤嚥性肺炎の病態や予後不良の肺炎像を呈する事が多い。NHCAP を含む肺炎患者の終末期は、医学的に急性増悪の予測が難しく、本人の意思や QOL が置き去りとなる状況が少なからず存在する。2017 年の NHCAP 診療ガイドラインの改訂では、疾患末期や老衰の状態である場合には、強力な肺炎治療ではなく、苦しみをとる緩和医療を優先して行う選択肢が新たに提示された。今後、超高齢化に伴い、NHCAP 患者はさらに増加することが予想される。そこで本研究では、最期まで口から食べることを希望する NHCAP リスク患者の食支援に着目し、看取りの時期までを支援する在宅ケアモデルの開発を目的とした。本研究は、第二章 文献検討、第三章 比較事例研究、第四章 ケアモデルの構築、から構成する。

第二章　NHCAP の看護ケアに関する文献検討

本章では、NHCAP に関する文献の知見を整理し、我が国の研究の動向を把握するとともに、本研究の方向性と課題について検討した。方法として、医学中央雑誌 WEB 版にて「医療・介護関連肺炎」をキーワードとし、NHCAP ガイドラインが発表された 2011 年から 2017 年 10 月までを対象年とし検索された 828 件の文献から、NHCAP 研究の動向を概観した。さらに NHCAP の看護ケアに関して、医学中央雑誌 WEB 版、CiNii、J-Stage にて「医療・介護関連肺炎」と「看護」をキーワードとして検索された 72 件のうち NHCAP 以外の肺炎、診断、治療等が主題であった文献を除外した 22 文献と、診療ガイドラインに関する文献 2 件の合計 24 件を精読し、NHCAP のケア内容を抽出した。

結果を概観すると、医師による NHCAP の診断・治療に関する内容が多く、ケアに特化した原著論文は少なく、NHCAP の概念が医療・介護の場面で浸透していないことが推察された。NHCAP のケア内容としては、誤嚥予防、異常の早期発見、リハビリテーションによる身体活動維持、QOL の維持、感染予防の 5 つのケア内容が抽出され、多職種で NHCAP 患者の療養支援を行っていることが明らかになった。今後は、予後不良と言われる NHCAP 患者の在宅療養を支援するために、NHCAP 患者の在宅生活の実態とケアに関するデータを集積・分析すると共に、本章で明らかになったケア内容を組み合わせてモデル化を検討して

いく必要性が示唆された。本研究の一部は「医療・介護関連肺炎患者の看護ケアに関する文献検討」として日本健康学会誌第 86 巻第 1 号 pp3-12 に記載の通りである。

第三章　NHCAP 患者の看取りに関する比較事例研究

本調査は、NHCAP 患者の看取りまでの実態について、インタビュー調査から家族によって語られた本人・家族の心情と、実践のケア要素を明らかにすることを目的とした。

研究デザインは、比較事例研究デザインとし、調査期間は 201X 年 9 月～201X＋1 年 3 月で、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認（保大第 71-24）を得て行った。調査方法は、最期まで口から食べる事に取り組んだ 7 事例の NHCAP 患者を看取った家族、関わった医師、管理栄養士、看護師、ケアマネジャー、ヘルパーに、過去の経験について半構造化面接法によるインタビューを実施した。面接内容は許可を得て IC レコーダーに録音し逐語録を作成した。分析方法は、1 人の NHCAP 患者に関わった一連のケア活動を 1 事例とし、看取りに至るまでの患者の様子とそれに伴う家族の心情を時間軸に沿って意味を損なわないよう留意して特徴を捉え、それに伴う職種別のケア内容について、コーディングし、サブカテゴリー、カテゴリーを作成した。その後、同様の定性的データを用いて、佐藤が提唱する継続的比較法を参考に、7 事例の継続比較シートを作成し、言葉や援助内容の意味に留意しながら事例を重ね、それぞれの事例を超えた特徴のまとまりを見出して大カテゴリーを作成し、時期別に構造化した。

結果、インタビューは、NHCAP 患者を看取った家族 7 名と、患者・家族に関わった医療・介護職者 19 名とを合わせた合計 26 名に実施した。インタビュー時間は平均 59 分であった。

NHCAP の看取りまでの経過は、①[食べる事を制限される時期]、②[食べられる時期]、③[食べられない時期]の 3 つの時期に分類された。①の時期は【本人の食べる事への強い意向】と【本人の辛い想い】を受けて、家族の心情は【病院で過ごすことの限界の実感】から【在宅移行への強い覚悟】をしていた。②の時期になると、家族には【出口の見えない不安と在宅で看取る覚悟との葛藤】が生じ、【在宅医への絶対的信頼】を必要としていた。この時期のケアとして、食べる事への支援は、【本人の食べる力を活用】【家族ができる食事支援の提案】【美味しく楽しく食べる事を支援】【食支援から満足感につなげる】の４つの局面が示された。③の時期の家族は、【持ち直すことを願う気持ち】と【食べさせたい想いと食べられない現状との葛藤】の中、【在宅医への絶対的信頼】を認識する様相にあった。この時期のケアとして、【食事摂取状況から命の終焉を察知】し、【食べられない辛さを支援】【食べられない事を納得させる援助】を通して【死を受容する準備時間の確保】や【窒息事故の回避】を行いながら【苦痛の緩和】の 6 つの局面が示された。

看取りまでのケアは、意思の尊重、食べる事への支援、誤嚥防止、肺炎対策、安心感のある在宅生活への支援、連携、食べられない事への支援の 7 つの大カテゴリーで全容を説明することができた。

本事例の NHCAP 患者の多くが、寝たきりで認知症を合併し、③の口から食べられなくなった時期には、自分の意思を言語化できずにいた。最期の生き方を選択し決定できるのは本人と家族であり、最終段階をどこで、どのように過ごしたいのか、本人と家族の意思確認が事前にとれていれば、医療・介護職者は迷いなくその意思に向かって支援することができる。

加えて、本人と家族が後悔のない選択をするための重要なケア要素は、食べる事と食べられない事への支援であった。食べる事への支援として、医療・介護職者は、本人の残存能力の可能性や嗜好に着目する視点を持ち、食を制限するのではなく、在宅ならではの食形態や摂取方法の工夫から、食べられることの満足を創り出していた。一方で、食べられない事への支援として、家族に本人の状態を客観的に伝え、複数の選択肢を提示することが、家族が本人の死を受け入れる準備となっていた。

本研究では、インタビューを実施した全職種がこれらの食支援に関わっていた。ケアにあたる者は、職種による視点は異なるものの、身近で着手しやすい「食」に着目し、少しずつオーバーラップしながらケアを重ね合わせ、柔軟に役割を補完し合うことが望まれる。答えが一つとは限らない NHCAP 患者の人生の閉じ方という難題を、それに関わる者が食支援を通して共に考え続けることの必要性が示唆された。

第四章 NHCAP リスク患者を食から支えるケアモデルの構築

本ケアモデルは、NHCAP リスク患者の人生の最終段階で、「食べる事」と「食べられない事」への支援を通して本人と家族の後悔を軽減し、最期まで人として生き抜くことを目指すものである。本モデルの試作段階で、インタビュー実施者や摂食嚥下の専門家らと相談会議を開催し、構成要素の妥当性について助言を得て修正を重ねた。本章では、そのモデル構造を以下に述べる。

まず、第三章で示した、①[食べる事を制限される時期]、②[食べられる時期]、③[食べられない時期]の 3 期を時系列に置いてはいるが、NHCAP の繰り返される可能性を考慮し、一方向ではなく流動的に移行する方向性も含めた。さらに、期別に、本人の状況、家族が語った本人の心情や家族自身の心情を、各時期に応じたケアの開始と評価の指標として明示した。さらに第二章の文献検討と第三章の比較事例研究で抽出されたケア要素を照合した結果、意思の尊重、連携、誤嚥防止、肺炎対策、感染予防、リハビリテーションは食支援の基盤になるものであり、各期でケアの内容や方向性は異なるものの、3 期を通じて一貫して提供される。②[食べられる時期]は、食べる事への支援を通して、安心感のある在宅生活への支援が重視され、③[食べられない時期]に新たな項目として、食べられない事への支援が加わる。ケアにあたる家族と医療・介護職者は、NHCAP 患者の食事状況の変化を的確に捉えて、食べる事と食べられない事に対するケアの目的と内容を変容させて支援にあたることが望まれる。

本ケアモデルは、NHCAP 患者とその家族に、人生の最終段階の生き方・死に方の探求を

促すものであり、その治療・ケアに携わる医療・介護職者には、新たな医療・ケア提供の在り方を考え創り上げる一助となるものである。在宅ならではの個別性のある食支援が、本人と家族の後悔を軽減しQOLを向上させることが示された。

本研究の限界と課題

本研究を解釈するうえで、第一に、口から食べる事への関心が高い医療・介護職者がインタビュー対象である点、第二に、本研究の分析結果は、NHCAP患者の家族と医療・介護職者の全26名という少人数によって支えられており、事例に関わった全職種のうち許可が得られた方々の限られたインタビューである点、第三に、本人の心情は、本人を看取った家族によって語られたものであるため偏りを生じている可能性がある。以上の点から一般化には現時点では限界があり、今回生成されたモデルは今後さらに検証され、精緻化される必要がある。

主要文献：

・赤司雅子,湯之原絢,春日真由美. 医療・介護関連肺炎を合併したがん患者の症状緩和.Palliative Care Research.2016,11(4),p.326-330.

・岩井宏治,平岩康之,小島弓佳,他. 滋賀県の通所介護・リハビリテーション施設における医療介護関連肺炎（NHCAP）の認知度調査.日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 誌.2016,26,p.122-124.

・金子弘美,山中悠紀,大平峰子,他. 医療・介護関連肺炎（NHCAP）の現状と展望.日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌.2014,24,p.37-40.

・黒江ゆり子,藤澤まこと. 看護学における質的事例研究法の特性に関する論考-クロニックイルネスとしての糖尿病に関する質的事例研究に焦点をあてて.岐阜県立看護大学紀要.2017,17(1),p.147-152

・厚生労働省：平成30年 人口動態統計月報年計(概数）の概況.2018.

・佐藤郁哉. 質的データ分析法 原理・方法・実践.東京.新曜社.2015.

・鈴木努,八塩ゆり子,小山智生,他. 市中肺炎・医療介護関連肺炎患者のリハビリテーション介入.日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌.2016,26,p.96-100.

・日本呼吸器学会. 医療・介護関連肺炎診療ガイドライン.東京,メディカルレビュー社,2011.

・日本呼吸器学会. 成人肺炎診療ガイドライン2017.東京,メディカルレビュー社,2017.

・平原佐斗司. ″3. 在宅高齢者の肺炎をどう治療すべきか?.″日本老年医学会雑誌.2012,49(3),p.288-291.

・山谷睦雄. 高齢者肺炎 ―エビデンスと治療戦略―.THE LUNG perspectives.2016,24,p.269-273.

・山本則子. 「ケアの意味を見つめる事例研究」着想の経緯と概要（特集 ケアの意味を見つめる事例研究: 現場発看護学の構築に向けて).看護研究.2018,51(5),p.404-413.