

内科病棟で死亡した遺族 54 名に、看取りについての調査を行った。今回の調査(平成 12 年 3 月)の調査も前回と比べ改善はみられなかったが、患者・家族の医療者に対する期待は非常に大きく、医療者は、患者とのかかわり合いを振り返りながら、一例一例学んでいく姿勢が大切と思われた。また、健全な地域社会づくりのためにも、死の準備教育を行っていく必要があると考えた

2001276624

G 県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態

Author

小野幸子(岐阜県立看護大学 成熟期看護), 田中克子, 梅津美香, 古川直美, 兼松恵子, 水野知穂, 北村直子, 小田和美, 奥村美奈子, 坂田直美

Source

岐阜県立看護大学紀要(1346-2520)1 巻 1 号 Page134-142(2001. 03)

論文種類

原著論文

シソーラス用語

アンケート; 老人看護; ナーシングホーム; ターミナルケア

医中誌フリーキーワード

在宅死

チェックタグ

ヒト

Abstract

県内の 26 施設の看護職 26 名(回収率 47. 4%)の質問紙調査回答を対象に分析した。その結果, 1) 施設の特徴として, 50~100 床の社会福祉法人による施設で, ショートステイやデイサービス等の併設施設を有し, 種々の療法やボランティアを受け入れていた。又, 施設内の看取りは, その方針により異なっていた。看護職の特徴は 40 歳代の看護スタッフで 15~25 年の勤続年数を有し, 現施設の勤続年数が 5 年以上 10 年未満と 3 年未満が多かった。その勤務態勢は日勤帯で, 夜勤帯は電話による対応で週に 2~3 回であった。2) 施設内での看取りの経験者は, 7 割強を占めた。3) 看取りを通じて「印象事例」は, 看取ることが施設の方針であること, ターミナルケアや看取りのあり方に関して入所者や家族及び看護職にとっても満足につながっている事例が多く報告された, とのことが明らかとなった

(3) 在宅ターミナル研究

1. 本田彰子, 佐藤禮子: 終末期がん患者の家族の移行—家族の移行のプロセスと看護介入—, 千葉看護学会誌, Vol.5.No.1.pp16-23.1999.7

癌患者の家族は、「患者に対する従来の生きさせる対応」「死に至る存在として実感」「死にゆく人と共存して暮らす」「生きていく家族自らを再確認して生きる」の4つの移行の段階をふむ事が明らかとなった。終末期の家族の移行に影響する要因「療養に関する情報」「医療者に対する見方」「死に至る確信をさせる状況」「死にゆく患者との関係」である。そしてこれらの影響要因を考慮して行う家族の移行にかかわる看護介入は、今まで以上に踏み込んだ生死に関する情報提供、および終末期の現実や今後を見据えるための現状把握の援助である。

用語の概念規定

移行(transition)を人や環境に生じている変化が、人によって知覚されている期間、状況とする。

2. 正野逸子, 橋本恵美子, 大田直美: 在宅で終末期まで療養していた患者の看護職と医師による療養評価—QOL 判定表を用いた一致度の検討, 在宅ケア学会誌, Vol.3.No.1.pp78-86.1999

看護職と医師の療養評価の一致度が高い事例は、終末期における QOL の評価が高いことが明らかになった。また終末期まで QOL を維持できていた項目は「睡眠」「疼痛」「食事」「清潔」「排泄」「情緒的安定」「選択権の行使」であった。在宅療養を支援する看護職と医師に求められることは、患者の療養状態を評価して各職種間にズレがないかを確認し、ケア提供の方向性を同じにすることの重要性が示唆された。

3. 橋本恵美子, 正野逸子, 大田直美: 終末期まで在宅で療養していた患者の苦痛や介護上の困難に対する看護職・医師・介護職の対応と療養評価, 千葉看護学会誌, Vol.7.No.1.pp50-56.2001.6

①患者の問題としてとりあげた職種が必ずしも問題へ対応しているとは限らず、他の職種が介入していたり協働で対応しており、結果として全体的に問題が解決され、QOL が維持されている。②身体症状についての対応は医師だけでなく、同時に訪問看護婦や看護婦が協働で対応することが患者の QOL を高めることにつながる。③利用している社会資源が1年間365日体制で利用できず、また患者の身体症状が強いと、社会資源導入によっても家族の介護技術だけでは困難を解決できないため、結果として患者の日常生活上の問題は解決されずに残る。④主介護者についての問題を解決するためには、社会資源をタイムリーに、必要な種類のサービスを、必要な量、提供するための問題（利用する社会資源の種類、利用手続き、提供時期など）を解決することが必要である。

4. 宮下光令, 橋本修二, 河正子, 小島通代: 末期医療に対する一般集団と医療従事者の意識, 日本公衆衛生雑誌, 第46巻第5号 pp391-401

痛みを伴う末期状態および持続的植物状態については、一般集団、医療従事者ともに延命医療に否定的な回答であったが、その中止方法については差が見られた。持続的植物状態における継続すべき医療では、医療従事者の施設の種類間で相違するものがあつた。

5. 木下由美子：在宅療養者の最後の場所を自宅に決定する要因－病院の訪問看護活動より－，ターミナルケア Vol.10.No.2.pp148-155.MAR.2000

最後の場所の選択は、療養者にとって最後の自己決定といえる段階であり、決定したことの尊重が療養者の人生の満足感に大きく影響すると考える。最後の場所を自宅に決定するプラス要因として、①介護者の介護不安がないこと、②介護者に援助者がいること、③往診医をもっていること、④訪問看護の訪問頻度が高いこと、⑤訪問看護体制がオンコール制で24時間の支援が可能なこと、

マイナス要因として呼吸困難の増強があげられた。呼吸困難が増強すると入院を選択した。住環境要因はロジスティック回帰分析では抽出されなかったが、自宅死亡者の住宅は持ち家で、一戸建ての比率が高かった。本研究から訪問看護の看護体制や訪問頻度が、最後の場所を自宅に決定する要因であることが明らかになった。訪問開始時での最期の場所の希望と実際の死亡場所の比較で、療養者の入院希望が減少した理由は、①自宅の過ごし良さ、②医療の不安の消失、③症状のマネジメント、④介護の不安が少ないなどが考えられた。自宅死を希望し全うした者の介護者は、①療養者の意思の尊重、②介護の自信、③援助があれば自宅死亡が可能と考えられるなど療養生活を通じての変化だろう。療養者も介護者も最期の場所の希望が自宅に変化したことは、家族やホームヘルパーなどの援助者、往診医や訪問看護などの医療者など、人による援助の効果だろう。人と人のネットワークでいのちが支えられている結果といえよう。最期の場所の決定は、療養者の意思よりも介護者や家族の考え方によるところが大きい。介護者の看取りの選択として、在宅ケアの経過、終末期の状況、医療者の存在、介護の認識、看取りの意思が影響したという報告もあるが、療養者が希望した自宅死亡が可能になるには、マイナス要因とプラス要因の5要因が満たされる環境整備が必要である。

6. 昆啓之，安達元明：終末期にある癌患者の療養の場を決定する要因，日本公衆衛生雑誌，第44巻第5号 pp339-345

多重ロジスティックモデルによる解析の結果、療養の場に影響を与える要因として、3因子が有意であった。①モルヒネ用量：経口のモルヒネに換算して1日60mg以下の例は60mgを超える例に比して在宅期間が長い。②ホスピス入院前の療養の場：在宅から入院した例は病院から転院した例に比して在宅期間が長い。③住宅環境：自宅が一戸建てあるいは集合住宅の1階の例は集合住宅2階以上の例に比して在宅期間が長い。以上の結果から、モルヒネの適切な処方と副作用対策などの疼痛コントロールの代表される緩和ケアの普及、在宅ケアシステムの発展、住宅環境の改善が終末期にある癌患者の在宅期間の延長に寄与するものと考えられた。

7. 樋口京子，近藤克則，牧野忠康他：在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討－終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から－，厚生学の指標，第48巻第13号 pp8-15.2001.11

高齢で介護力があり、訪問看護者が在宅で看取することに積極的である場合、①訪問看護を受けていた在宅療養高齢者が終末期前後に入院する最大の理由は医学的理由であり、自宅で死亡するとむしろ「介護者の満足度」が低い場合も見られ、自宅死亡は病院死亡よりも質が高いと一概には言えないことが示された。②「介護者の満足度」は、高齢者本人および介護者をアセスメントし、「死の迎え方（看取り方）」の希望に基づきゴールを設定すること、終末期から臨死期の経過を予測し、家族への段階的な死の教育や「看取り方」の再確認など、ケアマネジメントを丁寧に実施することで、高められる可能性が示唆された。

8. 服部文子, 植村和正, 益田雄一郎他: 訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討, 日本老年医学会雑誌, 38 卷 3 号 pp399-404.2001.5

在宅療養を経て死亡した患者を対象に、24 時間医療サービスの有無が在宅死の成立をきている因子であるか否か、在宅死を可能にするその他の因子は何かを検討した。在宅死を希望する意思表示は、患者・家族・医療者のいずれにおいても 24 時間訪問診療体制がある施設で多い傾向が認められた。在宅死を規定する因子として、死亡 1 ヶ月間の ADL が寝たきりに低下していること、患者・家族・医療者の在宅死を希望する意思表示の存在が明らかになった。また在宅ターミナルケアを支えるには、24 時間の医療体制は必要な条件であることが推察された。24 時間の訪問診療体制を持つ施設では、医療者側から在宅での看取りを家族に提案していることが推察された。在宅ターミナルケアを充実させるには、在宅医療サービスの 24 時間体制に加えて、サービス提供者側からの働きかけが必要と思われた。

9. 安村誠司, 芳賀博, 湯川晴美他: 在宅高齢者の終末期医療に関する意識—延命医療希望の関連要因を中心に—, ターミナルケア, Vol.9.No.6.pp466-471.Nov.1999

研究目的: よりよい終末期医療を作っていくための資料を得ることを目的とし、都市部および農村部の在宅高齢者の終末期医療に対する意識や考え方に関する調査を行った。

分析: 単変量解析の結果、延命医療の希望の有無と有意に関連のあった変数および年齢を独立変数とし、延命医療の希望の有無を従属変数とする多重ロジスティック回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。希望する終末期医療の在り方に地域差がなく、その関連要因に地域差、性差があったことは興味深い。

10. 小野満也, 新井道子, 渡辺二三子他: 在宅医療を行った末期癌 42 例の検討, 日本農村医学会雑誌, 46 卷 1 号 pp42-45.1997.5

当院で過去 5 年間に 42 例の末期癌患者に対して在宅医療を行った。在宅医療は、今後重要になると思われ、塩酸モルヒネなどによる疼痛のコントロール、頻回の訪問による患者ケアおよび介護者の援助、社会資源の積極的活用、24 時間対応の医療体制が重要と思われた。

11. 高木照幸: 在宅ターミナルケアの成立条件, 日本在宅ケア学会誌, Vol.1.No.1.pp67-71.1998

自宅死例(10 例)と病院死例(26 例)の間で背景因子を検討した。自宅死例では、自宅死の意思表明率が高く、介護者が複数ある点が病院死と異なっていた。ホームヘルパーはターミナルケアのマンパワーになり得ていなかった。ただし、自宅死でも半数は本人の意思表明を得る機会がないまま、家族の希望によるものであった。癌患者だけの検討では、自宅死が選択できなかったのは、介護者が単独以下である点が大きかった。在宅ターミナルケアにあたっては、早い時期からの本人の意思を確認すること、介護の量的確保が重要であると考えられた。24 時間巡回型ヘルパー等の福祉サービスの充実に期待するところが大きい。

12. 山崎祐二, 千葉京子: 三鷹市および武蔵野市民の終末期医療・在宅ターミナルケアに関する意識調査, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要第 13 号 2000 年 pp125-143

調査の大項目、①同居者との死別経験の実態、②死にたいする認識、③終末期医療に対する認識の 3 領域で分析した。①同居者の在宅死は本人と家族の希望で実現しており、その経験者の約 7 割強が肯定的評価をしている。②理想的な死のイメージとして「周囲に迷惑をかけない」「闘病期間が長くない」「苦痛が少ない」が多い。「自己決定による死」や「悔いのない死」といった抽象的な死のイメージは中年層に多く、「できるだけ長生きをした後での死」は高年齢層に多い。③自治体に期待する終末期医療の取り組みとして「ホスピスの整備」「人材の育成」を過半数の人があげている。

13. 荒井英恵, 大迫雅紀, 下荒磯ゆかり他: 有床診療所における在宅ホスピスケア, 癌と化学療法, 第26巻 Suppl II. pp269-272.1999.12; <特集> 第10回日本在宅医療研究会学術集会

在宅ケアでの重要なことは、①24時間連絡可能であること、②社会資源の活用、③他科との連携、④心身の諸問題の解決、⑤アロマセラピー、マッサージ、ヘアカットなどの「手のぬくもり」のケア、⑥ボランティアの協力であろう。かかりつけ医としての有床診療所における緩和医療、緩和ケアは、在宅ホスピスケアの観点からも有用である。

14. 西谷美幸: ターミナルケアにおける全人的ケアのあり方ー「死の臨床研究会」の動向を通してー, 銀杏学園紀要, No.26.pp15-28.2001

- 1) ターミナル期にある患者の精神的な不安や苦痛に対して、精神科医がその構造を提示し、ターミナルケアを提唱したことから患者に対する理解が深まった。ターミナルケアの目指すところは、患者の多岐にわたるニーズに応えるべく、さまざまな職種によるチーム活動としてなされる全人的ケアである。
- 2) 全人的ケアにおいて、患者の背景を含めて全体像を詳しく知ることが重要である。さらに、患者の「自分をわかって欲しい」との願いに応答できるように努めることが全人的ケアの基本である。

在宅ケアの有用性を具体的に見てみると、「身体状況や苦痛の状況が入院中よりも軽減していた」「精神的安定（落ち着いている、不安の訴えが少ないなど）が図れた」「長年過ごした場所、自然環境などに触れることで自分の居場所に落ち着ける思いを抱く」「日常の生活がそれまでに近いかたちで遅れる」「親しい人との交わりが、ごく自然な形でできる」「残された人々への具体的で貴重な death education となる」などがあげられる。

在宅ケアの成立する要因として「患者や家族が在宅ケアを希望すること」「介護する家族がいること」「症状コントロールができていないか、容易であること」「医師や看護婦のいる病院から自宅までの距離が近いこと」「患者が末期癌であることを知っていること」「急な身体的状況や問題に対して対処できること」などの要素が必要である。

15. 米増直美, 八木彌生, 小野幸子他: G 県下の保健所・市町村におけるターミナルケアの実態, 岐阜県立看護大学紀要, 第1巻第1号, pp120-125.2001

目的: 「ターミナルケア」を①疾病・障害によって引き起こされる生命の終末に臨む人々のケア、②加齢に伴って訪れる人生の終末に臨む人々へのケア

ターミナルケアの実態とターミナルケア実践において課題と感じていることについて調査した。保健婦が感じているターミナルケア実施上の課題は、関係する機関のケア体制に関すること、関係機関・関係者の連携に関すること、本人・家族・地域住民への援助、援助者の資質に関すること、保健・医療・福祉サービス充実、保健婦の直接的援助機会の減少があげられた。

16. 田中千代, 服部律子, 小野幸子他: G 県下の小児医療におけるターミナルケアの実態ー家族へのケアに焦点をあててー, 岐阜県立看護大学紀要, 第1巻第1号, pp126-133.2001

G 県下の小児医療におけるターミナルケアについて、特に家族へのケアに焦点をあてて検討を行った。その結果、家族への精神的ケア、看護婦自身のストレスの軽減、看護婦と家族および医療スタッフ間でのさらなる意見交換、患児死亡後の家族へのケア、在宅ターミナルケア等が臨床における課題として示唆された。

17. 田中克子, 小野幸子, 服部律子他: 成人・老人を対象としたG県下の病院におけるターミナルケアの実態, 第1巻第1号, pp143-153.2001

G県の病院におけるターミナルケアの実態を調査した結果から以下の問題・課題が明らかとなった。

- 1) ターミナルケアを組織的に取り組んでいる施設は少なく、緩和ケア病棟として承認されている施設は、1施設である。
- 2) 患者に対する霊的苦悩や社会的援助、家族に対する看取りや死後の援助が十分でなく、またターミナルケアに即した環境も十分でない。
- 3) 病名告知・予後説明およびこれらに対する治療の意思決定が患者主体ではなく家族に重点がおかれている。
- 4) 看護職者は一般病院という限られた環境の中で患者の QOL を高めるためのターミナルケアを実現するための努力をしているが、ターミナルに即した環境・体制の不備や未告知によっておこる問題など現実問題との間でジレンマとなることも多い。またG県下の病院におけるターミナルケアの問題は、在宅ターミナルの取り組みや遺族への支援など、全国的問題と共通している。

18. 長井吉清, 菅原暢, 岡部健他: ご遺族による在宅ホスピスケアの評価, プライマリケア, vol.23.No.2.pp174-178.2000

がんの治癒的医療の評価は生存率や腫瘍の縮小率, 副作用の状況, QOL の評価等で行われている。末期がんの症状緩和の評価は、病態把握の解明が端緒を開いたところである。死に関わる全人的なケアを要する医療としてみると、ある程度の QOL の評価を除けば評価自体が不可能な側面を持っている。このような背景から、末期がんに対する医療はとかく医療側の自己完結や自己満足に陥りやすい。在宅ホスピスケアは行政や医療の都合や医療関係者の意志で行われるべきものでは決してない。在宅ホスピスケアには、適応症例の慎重な選択、症例による柔軟な対応が必要であり、その評価はケアとの同時進行で行っていく必要があると考えられた。宮城県では現在、行政の活動として、在宅ホスピスケア調査研究事業が行われている。在宅ケアの実施、地域の医療機関との連携、評価システムの構築を3つの柱としており、本研究はその一環として行われた。

19. 野村秀樹, 内藤通孝, 井口昭久: 高齢者介護および終末期医療に関する医学部新生への意識調査ー他学部新生との比較ー, 日本老年医学会雑誌, 38巻3号 pp377-381, 2001.5

介護経験・知識及びがん告知に対する態度については他学部生と医学部生の間で有意な差はなく、本学の医学部生に関しては、他学部生と比較して特にこれらの経験・知識が多いとは限らないことが示された。しかし、関心は他学部生よりも高く、学生の経験や知識の不十分さを前提として、これらに対する教育を行うことが重要と考えられた。

20. 川越博美：看取りの看護，訪問看護と介護，Vol.3.No.5.pp327-332.1998

- 1) 78.5%の訪問看護ステーションが在宅死の看取りを経験
- 2) 24時間連絡体制は約半数(300カ所の訪問看護ステーションにアンケート調査)
- 3) 在宅での看取りは年に平均6.5人
- 4) 死亡原因第一位は悪性腫瘍
- 5) 在宅死最多は80歳代
- 6) 患者・家族への教育は87.9%が実施
- 7) 死の教育「身体的変化について」が最多
- 8) 課題多い看取り時の医療の在り方；死亡前1週間を含むで行っていた医療処置は、「褥創の処置」「膀胱留置カテーテル」と「点滴」が多かった。どのような医療が必要かということと、本人・家族の意思決定を重要視しながら考えていく必要があると思われる。
- 9) 途中入院は60.7%が経験；入院理由をみると「家族の不安」が一番多く46.7%、「本人の不安」9.3%を加えれば56%となる・・・看取りの看護の基本は安心して家にいられることを支援することである。
- 10) 死亡時の立ち会いはケースバイケース
- 11) 死亡時の半数以上、医師が死亡確認
- 12) 医師とのトラブル、ほとんどなし
- 13) 検死は11.2%が経験
- 14) グリーフケアは半数以上が実施；グリーフケアは診療報酬で訪問看護料金が請求できないにもかかわらず、遺族ケアの必要性を感じ、実施しているステーションが多いことがわかる。
- 15) グリーフケアは「遺族慰問」が最多
- 16) 通夜・葬儀への参加はケースバイケース；葬儀へ出席するよりも適切な時期を選んで遺族を訪問するほうが効果が高いという意見が多数あった。

21. 田中英子：ターミナル期にある癌患者の不安の背景要因を探る－患者・家族・医療者－，銀杏学園紀要，No.26.pp39-50.2001

- 1) 患者自身に関する不安の背景要因
 - (1) 患者が病気を知る、知らないということについて
 - (2) 背景要因としての「痛み」
 - (3) 検査・治療に関する不安
 - (4) 宗教と不安の関係
- 2) 家族に関する不安の背景要因
 - (1) 家族の死生観が患者の最後の生き方を大きく左右する
- 3) 不安の背景要因としての医療者
 - (1) 医師の場合；ターミナル期において、人間は所詮死ぬ者であるという法則の中に医学が存在することを医師は患者とともに考え、そのことについて話しができる関係がつけられれば、医師、患者の心は通じ、患者の心の救いがかなえられようと述べている。
 - (2) 看護婦の場合；患者の手を握り、尊い人生を終えようとしている患者のそばにいてあげること

22. 竹中裕昭, 玉山昌徳, 横谷省治他: 在宅ターミナルケアを経験した2家族の満足度に関する検討, プライマリケア, Vol.22.No.4, pp342-345.1999

医療スタッフの診療内容、医師・看護婦・病院職員の対応および病院の設備、在宅で最後を迎えたこと、家族患者間・家族同士のコミュニケーション、経済状態、およびスタッフの死後訪問には満足を得た。反対に家族の健康、および困った時の相談相手の存在には満足を得られなかった。また家族からみた患者の満足度、および退院時期については胃癌告知患者では不満足、胆嚢癌非告知患者では満足という結果を得た。遠慮するよりもむしろ頻回に連絡を保ちながら、プライマリ・ケア医の特徴を生かした家族ケアを積極的に実践することが重要であると思われる。

23. 川越博美: 特集 後期高齢者の医療と生活 高齢者のターミナルケア, 保健の科学, 第41巻第5号, pp354-358. 1999

1) 生活の場におけるターミナルケアの必要性

在宅でのターミナルケアが増加しないのは何故だろう? 核家族の増加や家族介護者の不在など、社会的な要因が考えられる。またその社会的要因をカバーできるだけの、在宅ケアシステムが構築されていない現実もある。保健も医療も福祉も共に、死にゆく高齢者の思いを中心にしながら、協働し実践していくターミナルケアだと思う。ターミナルケアは、まさにチームケアなのである。

24. 射場典子, 川越博美: 焦点◆臨床看護に関する研究の動向と今後の課題(II)わが国のターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題, 看護研究 Vol.33.No.4, pp261-271.2000.8

ホスピス; 単に援助を行う場を意味するのではなく、ケアの理念であると考えられ、ホスピスケアはこの理念に則って行われるケアと定義

緩和ケア(palliative care); (マタイの福音書 28章 35-36節)に基づいている。ホスピス運動のなかで芽生えてきた概念である(岡安, 1989, 1995)

1990年にWHOが発行した報告書" Cancer pain relief and palliative care"によると、緩和ケアは「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的に全人的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題の解決が最も重要な課題」と定義

緩和ケアの最終目標「患者とその家族にとってできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフ(Quality of Life, QOL)を実現させること」である。さらに緩和ケアが末期だけでなく、病気の初期段階の患者に対しても適用されるべきであると提言し、がん医療における新たな概念として位置づけた。

ターミナルケア: 死が迫っている人々に対して提供されるケアであり、死に向かう苦痛や苦悩をできる限り軽減し、人としての尊厳を重視したケアを指す。ケアの対象者は、死が近づいたすべての人々ととらえられる。死が悲しむべきこの世との別れであると同時に新たな死後の世界への出発であるという死生観が存在する。そしてターミナルケアとは、このような死生観に裏づけられた境界をうまく渡れるようにケアすることだと述べている。

緩和ケアは病気の初期から提供され、ホスピスケアは治癒の見込みのない人々に、そしてターミナルケアは広く死が近づいたすべての人々にという点で異なっている。

CINAHLにおいては、Terminal Care が上位概念として、Hospice Care と Palliative Care をカバーする。

表1 ターミナルケアに関する看護研究数

年	研究数
1993	6
1994	14
1995	11
1996	13
1997	7
1998	10
1999	18

- 1) 終末期患者の QOL に関する研究の現状：終末期患者の QOL に関する系統的な研究は、吉田(1997)の痛みとの関連を明らかにした研究のほかには見あたらなかった。
- 2) 疼痛に関する研究：数多くの研究が海外においても行われているが、臨床で日常的に適用することによって患者の QOL を高めることにつながるので、実践への適用が今後の課題とされている。
- 3) 心理社会的側面、スピリチュアルな側面に関する研究：Kubler-Rose E.の研究を契機にして、患者と直接語り合うことから得られる情報の重要性や死にゆく人々に対するケアの必要性が注目され、以後の研究に与えた影響は大きい。水野(1995)は、末期患者の心理にはその患者が末期に至るまでの経験やその場の状況といったものが複雑に関わり合っているという前提に立ち、病院という環境において入院から死を迎えるまでの経過のなかで患者の生きた経験を患者との関わりの中でありのままにとらえ、その経験の意味を KJ 法の手法によって分析した。その結果、[a]苦しい病気に罹ってしまった、[b]死にたくない、[c]よりよく生きたい、[d]生きていける、[e]自分の状態に確信がもてない、[f]私を助けてくれる人が必要、[g]周りのものが気になる、[h]なるようにしかならないという8つの関心領域にそって経験の意味を見出した。終末期がん患者の不確かさというテーマでは、濱口・小島(1994)が「生きることが脅かされているのか」「自分の生への脅かしを回避できるのか/回避できなかったのか」「苦痛・苦悩なく生きられるのか/死ぬるのか」「自分はどうすればよいのか」という不確かさがあることを明らかにした。射場・小松(1997)は、終末期がん患者の希望が「生きること」「自分らしさの表現」「死を超越すること」というカテゴリーで構成されることを報告した。スピリチュアルな側面は、死に直面することによって生じる人生の意味や存在の意味に対する深い問いであることから、とらえる上で非常に複雑な概念である。そのため、スピリチュアリティを明らかにした研究はみられなかった。
- 4) 看護実践に関する研究の現状：ターミナルケアの研究としては患者・家族に焦点をあてたものが多いなかで、ターミナルケアの概念化につながる終末期患者の看護に携わる看護者のもつ対応力や経験的知識、ケア技術に焦点をあてた重要な研究がいくつかみられている。片岡ら(1999)は、ケアを受ける患者から参加観察法と面接法を用いてデータを収集し、終末期がん患者にとってケア提供者のどのような関わりがケアリングとなるかを調査している。16種類見出された。[1]ケア提供者への信頼が深められるケアリング、[2]サポートされていることに気づくことができるケアリング、[3]希望が支えられるケアリング、[4]自己の限界を受容しながら苦難に立ち向かえるケアリング、[5]自己の安定が保たれるケアリングの5つに分類された。ケアリングは終末期がん患者の自己実現を助けるものであると考察している。このように看護者が臨床で実

際に行っている看護を分析することによって、意識化、そして体系化されていなかった経験的知識や実践の枠組みが浮き彫りにされつつある。具体的で直接的な看護介入研究が必要となってくるだろう。

- 5) 在宅ターミナルケアに関する研究：家庭で看取るがん患者で在宅ターミナルケア手順書としてまとめた。がん集学的治療研究財団による「在宅がん医療の合理的システムの開発に関する研究」(1998)である。在宅ターミナルケア患者 208 例を対象に調査し、分析を加えている。在宅医療のシステム化には、在宅ターミナルケアの中心的施設である訪問看護ステーションが本研究で開発し、信頼性と実行可能性を評価したアセスト票を利用することを推奨している。

番号	タイトル	著者	雑誌名 出版社等	備考
1	A model to guide hospice palliative care:Based on National principles and norms of practice	Frank D Ferris, et al..	Canadian Hospice Palliative Care Association,2002	パリアティブケアの定義、意義、理念が明確。疾病期に応じて焦点となるケアをモデル化。
2.	Hospice palliative care nursing standards of Practice	CPCA nursing standards committee	CPCA nursing standards committee 2001	カナダにおけるパリアティブケアの歴史からはじまり、死へどのようにかわるかの哲学、看護ケアのスタンダードをいめしている。
3.	Palliative care : Toward a consensus in standardized principle of practice	Frank D Ferris, Ina Cummings edited	Canadian Palliative Care Association	実践におけるコンセンサス作りをめざした。実践におけるモデルガイドラインを示している。
4.	QOL 評価法マニュアル: 評価の現状と展望	萬代 隆監修	インターネットカ 1998	専門領域別の QOL 研究が示されている。在宅ホスピスケアに関してもさまざまな QOL 尺度が集められている。
5.	A measure of the Quality of Dying and Death	J. Randall Curtis, Donald I. Patrick, et al.	Journal of pain and symptom management, Vol24 no.1,18-31, 2002	QODD という 31 項目からなる新しい尺度をもちいて、205 名の家族に面接調査。年齢に関係なく、在宅死を遂げた・病状負荷がかかるいもの・望んだ場所での死・症状の処置が適切である者のスコアが有意に高かった。
6.	Spiritual support for terminally ill patient : nursing staff assessment	Merja kuppelomaki	Journal of clinical nursing, 10,660-670, 2001	328 人の看護師を対象にターミナル期の患者に対する身体的・情緒的ケア支援をターミナルの局面ごとにどのようにおこなっているか調査。看護師のレディネスや意思不足があらかとなった。
7	Involvement of relatives in care of the dying in different care cultures : Development of a theoretical understanding	Birgitta andershed, Britta marie ternstedt	Nursing science quarterly, 12-1,45-51,1999	死へのケアに、親族はどのように関るかを 6 人の配偶者に面接調査し質的分析。To know ,to be, to do の 3 関りに分類。

8	Patterns of care for patients with cancer before and after the establishment of a hospice ward	Birgitta andershed, Brit Marie Ternstedt	Scand J Caring Sci,11,42-50,1997.	メヂカル センター病院で1990-1994年にかけて主疾患ががんで死亡した1464人について、死亡場所・がんの種類・性・年齢・ケア期間を分類。
9	Is good ' quality of life ' possible at the end of life ? An Explorative study of the experience of a group of cancer patient in two different care cultures	Eva Sahlberg Blom, Britt Marie Ternstedt	Journal of clinical nursing 10,550-562,2001	47人の終末期患者に対して、cure-oriented と cure-oriented のケア文化ではQOLがどのように異なるかをEORTC QOL-C30で測定。ペインを除き、おおむねケア志向型のQOLのほうが高かった。
10.	Nurse-patient communication in palliative care : an evaluation of a communication skills programme	Susie Wilkinson, Anita roberts	Palliative medicine ,12,13-22, 1998	看護婦と患者のよりよいコミュニケーションはパリアチブケアの中心である。しかし、その教育訓練のコースは技術に特化し、それほど効果をあげていない。
11	Measuring patient outcomes in palliative care: a reliability and validity study of the support team assessment schedule	M Gail Carson, Margaret Fitch	Palliative Medicine 14, 25-36, 2000	ロンボンで開発されたパリアチブケアのサービスマニュアルSTATの妥当性と信頼性検証研究、双方に課題あり。
12	Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients?	Julie Hearn, Irene Higginson	Palliative medicine ,12, 317-332,1998	チームによるケアと伝統的なケアとを、文献等のデータで比較。患者と介護者、満足度、入院日数、費用、死にたい希望場所、等をアウトカムとしてみたところ、おおむねチームケアのアウトカムが高い傾向があった。
13	Palliative care services : what needs assessment?	Margaret A Robbins, Stephan J Frankel	Palliative medicine ,9, 287-293,1995	Palliative care サービスについての契約やニーズアセスメントのパターンを明らかにするために112関係当局に対して調査。契約期間の見直しやアセスメントの実施率を上げるべきことが示唆された。

14	Caregiving and loss : family needs, professional responses	Kenneth J Doka, Joyce D. Davidson edited.	Hospice Foundation of America, 2001	副題にもあるように介護を提供する家族の視点に立つてターミナルを取り上げ、ケアによってうること、失うものをインタビューや事例を交えて述べている。さらに、専門職はどのようなサポートができるかを探っている。
15	Family Hospice Care - Pre planning and Care Guide	Harry van Bommel	WEBCOM limited, 2002	版を重ねてきた、実践者たちによる、主として家族のためのケアガイド。ホスピスケアの歴史、ホスピスのタイプ、チーム、生じてくる問題、ペイント症状のコントロール、医師や看護婦がおこないがちなエラー、尊厳や情緒的支援、緊急時のよびだしや、支援してくれる人、死後や埋葬にいたるまでの解説と事例。チェックリストつき。
16	Evaluation of the cost of home care for terminally ill cancer patients	M.Maltoni, C.Travaglini	Supportiv care in cancer: VOL.5,396-401,1997	がん患者 574 名に対する調査から、終末期 14 週間のコストを計算。死期が近づくにつれてコストが高くなっていった。看護ケアの増加が大きかった。アウトカムとしてカモフスキュー パホーマンス ステイタス・KPS という指標を用いているが、コストが高いほうが KSP 値が低かった。
17	HOMEPALLIATIVE CARE AS A COST-SAVING ALTERNATIVE : EVIDENCE FROM CATALONIA	Sera Prat, Gallo Picaza	Palliative Medicine、15 (4)、271-278, 2001	在宅ケアのほうが施設よりコストが安い。

(5) 文献から得られたプログラム作成上の留意点

- ① がんのターミナルとその他・慢性疾患患者のターミナルは分ける。
がんと他のプログラムの大きな差異は疼痛コントロール,ADL とする。
- ② ターミナル期の状態から見た区分は概念化するために必要。ただし、各国の制度や文化によって事情が異なるので、時間設定はむりにおこなわない。
- ③ ケアの視点は、包括的・全人的なものであるべき。ケア技術のみでは狭い。
宗教や価値観の違いが死の評価にも関るので、このようなことをプログラムにどのように取り込むかが問題。
- ④ 予想以上に、とりわけヨーロッパでは家族の関与がつよい。ケア（提供者）にも、また、死後のケアの対象としても家族を重要視する必要がある。ただし家族を本人と分けるよりはケアチームの一員としてとらえたり、専門科側からのケアの対象としては一緒にとらえるのも可である。
- ⑤ ただし、グリーフケアについては家族のみが対象となる。
- ⑥ 枠組みの妥当性をどのように検証するかは大きな問題である。ずばり、識者に「適切か否か」を聞くことも考えている。
- ⑦ 諸研究をみると、事例研究（と哲学的研究）と実証的研究の比率は同程度。アウトカムを明らかにする研究も欧米を主にかなり見られるようになってきている。
- ⑧ ただし、アウトカムとして最も多いのはQOL(dying and death も含めて)である。
本研究においてどのようなアウトカムをとるかは検討を要する。
- ⑨ 本研究はプログラム効果測定もおこなうので、アウトカムを測定する必要性は高いと考えられるがプログラム全体の効果と同時に、プログラムの段階ごとの目標達成度を測定する様な形での効果測定もおこなうほうが実施のガイドとしては役にたつと考えられる。プログラムの中に（たとえば実施率等として入れ込む必要がある。
- ⑩ 調査実施については、海外では看護職をもちいるにしても患者からのデータ収集は難しい。看護職からとるにしても倫理的な手続きがもとめられる。

2)先行研究を参考にしたケアプログラムの枠組み案作成

初期の段階で2) - 1のようなケアプログラム枠組みを作成した。

その後、海外研究者の意見、わが国で結成した研究メンバーの意見、更にはカナダのパリアティブケア協会から出版されている *A Model to Guide Hospice Palliative Care* から示唆を得て2) - 2のようなプログラム枠組みに修正された。それと平行してこの枠組みで用いている用語の定義もおこなった。2) - 3.

このプロセスで海外の研究者の意見を聞くために用いた資料を巻末につけておく。

2) - 1 がん高齢者ターミナル記入フオーマット

時期別	導入期	緩解・安定期	臨末期・終末期	死別期 (死直後・悲嘆回復期)					
支援目標	在宅で安心してすごせるという保障		症状の急変に対応できる 残されたときを充実して、できるだけ快適に すごせるようにする	水入らずで安寧な見取りができる ともに看取れ尊厳ある死と確認できる 遺族の慰めと健康管理 悲嘆からの立ち直りの援助					
支援項目	支援目標	具体的ケア	自認適切な種	支援目標	具体的ケア	自認適切な種	支援目標	具体的ケア	自認適切な種
1. ニースに そったケアの 提供									
2. 環境調整 (チーム調整 も含む)									
3. 疼痛と症状 マネジメント									
4. 選択の権利 自己決定									
5. 家族・親族の 関係調整									
6. 人生を振り返り・自己 イメージ形成									
7. 心理・社会的 サポート									
8. スピリチュアル サポート									
9. 教育									
10. ケア継続支援									
11. リサーチ									
12. 喪失・悲嘆・死 別サポート									

高齢者ターミナル記入フオーマット

時期別	導入期	緩解・安定期	臨死期・終末期	死別期（死亡直後・悲嘆回復期）				
支援目標	在宅で安心してすごせるという保障		症状の急変に対応できる 残されたときを充実して、できるだけ快適に すごせるようにする	水入らずで安らかな見取りができる	ともに看取れ尊厳ある死と確認できる 遺族の慰めと健康管理 悲嘆からの立ち直りの援助			
支援項目	支援目標	具体的ケア	支援目標	具体的ケア	支援目標	具体的ケア	支援目標	具体的ケア
1. ニーズに そったケアの 提供								
2. 環境調整 (チーム調整も 含む)								
3. 疼痛と症状 マネジメント								
4. ADL/IADL の マネジメント								
5. 選択の権利 自己決定								
6. 家族・親族の 関係調整								
7. 人生を総括・自己 イメージ形成								
8. 心理・社会的 サポート								
9. スピリチュアル サポート								
10. 教育								
11. ケア継続支援								
12. リサーチ								
13. 喪失・悲嘆・ 死別サポート								

2) - 2 がん高齢者ターミナル記入シート

時期別実施目標:	導入期				安定期				終末・臨死期				死別期			
	在宅で安楽にケアを受けられるという保証を与える 緩和医療中心に切り替える	緩和の急変に対応できる 機がたてきを實現して、できる向け経過に過こせるようにする	苦痛や不安感等を軽減し、不安が不穏な状態である 理由医療中止(オアシス)を計る	遺族が心身に安楽に過こせるようにする 遺族からの回復の援助	在宅で安楽にケアを受けられるという保証を与える 緩和医療中心に切り替える	緩和の急変に対応できる 機がたてきを實現して、できる向け経過に過こせるようにする	苦痛や不安感等を軽減し、不安が不穏な状態である 理由医療中止(オアシス)を計る	遺族が心身に安楽に過こせるようにする 遺族からの回復の援助	在宅で安楽にケアを受けられるという保証を与える 緩和医療中心に切り替える	緩和の急変に対応できる 機がたてきを實現して、できる向け経過に過こせるようにする	苦痛や不安感等を軽減し、不安が不穏な状態である 理由医療中止(オアシス)を計る	遺族が心身に安楽に過こせるようにする 遺族からの回復の援助	在宅で安楽にケアを受けられるという保証を与える 緩和医療中心に切り替える	緩和の急変に対応できる 機がたてきを實現して、できる向け経過に過こせるようにする	苦痛や不安感等を軽減し、不安が不穏な状態である 理由医療中止(オアシス)を計る	遺族が心身に安楽に過こせるようにする 遺族からの回復の援助
1. 患者その他の苦痛症状の緩和 痛みを止めたまま眠る、食欲不能、嘔吐、悪心、嘔吐などの身体症状を緩和すること	アセスメント	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の アセスメント	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の アセスメント	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の アセスメント	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の アセスメント	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の アセスメント
2. 心理・精神的援助 ターミナル期にみられる患者・家族の不安、いらいら、退屈感、おそれ、うつ、怒り、鬱鬱として、オアシス(オアシス)が確認し、共感し、患者が安心して自分の考え、気持ちを受け取ることができるような関係を確立すること。																
3. 社会的援助 必要なケアが適切に提供されるように、人、物、場所の確保づくりを支援すること																
4. エビデンスレベルへの援助 自己の人生に意味・価値を見出すこと																
5. 基本的ニーズへの援助 日常生活を援助しているのに欠けている、主に身体機能を補うための援助																
6. テラスネグレクト 死にゆく人と家族が、死を覚悟できるまでになるまでのプロセス(悲哀、怒り、取り返し、抑うつ、哀悼)を成し遂げられるようにケアプランすること																
7. 家族・親戚との関係構築 本人を中心とした家族関係の築きに促して、ケアの方向性をお互いに話し合える関係を築くこと																
8. 患者・家族・看護・医師のチームワークの維持 終末のケアをする過程で死にゆく人、家族、看護、医師、そして、死にゆく人との関係が壊れることなく維持すること																

高齢者ターミナル記入シート

時期別支援目標:	導入期				安定期				終末・臨死期				死別期			
	在宅で要するケアを完結されるまで	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の 評価	初原の意思に反対できる 様態となすまで	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の 評価	密接な家族関係を維持し、不安なく看取される まで	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の 評価	遺族が心身共に安寧に過ごせるようになる まで	ケアプラン	ケア提供(実施)	実施の 評価
1. 家族・関係の円滑構築 本人を中心に関係者の意向に沿って、ケアの方向性およびどのような最期を迎えるの意思を統一すること																
2. 社会的援助 必要がケアの選択に提供されるように、人物、金等の増えつくりを支援すること																
3. 基本的ニーズへの援助 日常生活を維持するために付いている、主に身体機能を補うための援助																
4. 心理・精神的援助 ターミナル期にみられる患者・家族の不安、いらだち、孤独感、おそれ、うつ、怒り、動揺に対して、ケアプランが機能し、苦痛を軽減し、安眠し、自らの考え、持ち出すことができるよう援助を遂行すること																
5. スピリチュアルケアへの援助 自己の人生に意味・価値を見出すこと																
6. ケアマネージャー 死にゆく人・家族が、看取を望み出るようになるまでのプロセス(基礎的ケア)の提供、ケアプランの作成、評価、見直し、変更を行うこと																
7. 妻・娘・孫・孫娘サポート 様々な現れ方をする悲嘆を和らげ、人や家族とつながり、思い、願い、関係を作り出すよう支援すること																

2) - 3.

がん高齢者ターミナルケア：支援項目における用語の定義

1. 疼痛その他の苦痛症状のマネジメント

痛みをはじめとした全身倦怠感、食欲不振、呼吸困難、悪心・嘔吐などの身体症状を緩和すること

2. 心理・精神的援助

ターミナル期にみられる患者・家族の不安、いらだち、孤独感、おそれ、うつ、怒り、動揺に対して、チームメンバーが傾聴し、共感し、患者が安心して自分の考え、気持ちが表出できるような関係を確立すること。

3. 社会的援助

必要なケアが適切に提供されるように、人、物、金等の環境づくりを支援すること

4. スピリチュアルペインへの援助

自己の人生に意味・価値を見出せるよう支援すること

5. 基本的ニーズへの援助

日常生活を維持するのに欠けている、主に身体機能を補うための援助

6. デスマネジメント

死にゆく人と家族が、死を受容できるようになるまでのプロセス（否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容）を成し遂げるようにマネジメントすること

7. 家族・親族の関係調整

本人を中心に家族関係の変化に応じて、ケアの方向性およびどういった最期を迎えるか意識を統一すること

8. 喪失・悲嘆・死別サポート

様々な現れ方をする悲嘆を死にゆく人や家族と分かち合い、新しい関係を作り出せるよう支援すること