

2003/08/

平成15年度厚生科学研究費補助金
(医療技術評価総合研究事業)

在宅ターミナル患者の経時的ニーズの変化に対する
ケアプログラムの開発と評価方法

成果報告書

平成16年3月

主任研究者 島内 節

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

平成 15 年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

「在宅ケアターミナル患者の経時的ニーズの変化に対する
ケアプログラムの開発と評価方法」

研究者名

研究メンバー（五十音順）

- 1 島内 節(主任研究者) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授
- 2 秋山 正子 白十字訪問看護ステーション 管理者
- 3 荒井 彩子 (医)社団三喜会 鶴巻訪問看護ステーション
- 4 笠原 ケサエ (社)東京都看護協会 千駄木訪問看護ステーション 管理者
- 5 季羽 倭文子 ホスピスケア研究会 顧問
- 6 坂田 幸枝 ベア・オリーブ有限会社 代表取締役
- 7 佐野 かず江 衣笠病院ケアセンター 管理者
- 8 篠田 道子 Office Shinoda 責任者
- 9 白石 恵子 鳩ヶ谷訪問看護ステーション 管理者
- 10 滝口 美重 ベア・オリーブ有限会社
- 11 田近 栄治 一橋大学大学院 経済学研究科 教授※
- 12 田中 博 東京医科歯科大学 難治疾患研究所 教授※
- 13 辻 彼南雄 ライフケアシステム 医師
- 14 友安 直子 前 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 助教授
- 15 橋本 えみ子 衣笠訪問看護ステーション長瀬 管理者
- 16 馬場先 淳子 おもて参道訪問看護ステーション 所長
- 17 松木 満里子 青葉区メディカルセンター訪問看護ステーション
- 18 松田 栄子 都筑医療センター訪問看護ステーション 管理者
- 19 松浦 みゆき だんけ訪問看護ステーション 管理者
- 20 三縄 久代 衣笠病院長瀬ケアセンター 所長
- 21 宮路 由美子 (社)東京都看護協会 千駄木訪問看護ステーション 主任
- 22 矢口 美恵子 (社)茨城県看護協会 土浦訪問看護ステーション 管理者
- 23 山田 皓子 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科 教授
- 24 山本 訓子 おもて参道訪問看護ステーション 副所長
- 25 油井 雄二 成城大学 経済学部 教授※
- 26 吉井 涼子 都筑医療センター訪問看護ステーション
- 27 和田 洋子 (医)社団三喜会 鶴巻訪問看護ステーション 管理者

データ処理担当者

- 1 清水 洋子
- 2 森田 久美子

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 講師
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 助手

研究協力者

- 1 川上 千春
- 2 大木 正隆
- 3 遠山 寛子
- 4 奥富 幸至

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 大学院生
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 大学院生
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 大学院生
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 大学院生

目 次

まえがき	1
ターミナルケアの概念	2
本研究成果（ケアプログラム）の利用にあたってその作成意図と利用上の留意点	3
Ⅰ. 15年度研究目的	4
Ⅱ. 研究方法	4
Ⅲ. 研究結果	5
1. ターミナルケアの動向 ～用語の定義、文献検索～	5
2. 文献検索	6
3. 文献調査と国内外の研究者と現場の専門家の 意見聴取から得られたプログラム作成上の留意点	6
4. ケアプログラムの経時的枠組みの作成	7
5. ターミナルのタイプ別のアセスメント項目の妥当性検討による抽出	8
6. がん高齢者ターミナルケアのプログラム記入フォーマット（タイプA）	9
7. 徐々に衰退していく高齢者ターミナルケアのプログラム 記入フォーマット（タイプB）	9
8. ターミナル各期のケア目標	12
9. ケアカテゴリーにおける用語の定義	12
10. 第3回・4回調査方法	13
11. 第5回調査：ケアプログラムの有用性確認と妥当性検討に 基づく項目の抽出（その1 プレテスト）	15
12. 第6回調査：ケアプログラムの有用性確認と妥当性検討のための ケア実施状況調査結果（その2 本調査）	15
13. 在宅ターミナルにおけるアセスメントの重要度・難易度・実施率との関係	63
14. 第6回本調査結果に基づくケア項目の抽出とケアプログラムの修正 （16年度調査に向け、また普及のためのケアプログラム作成）	68
15. ケア期間別電話回数と緊急訪問回数とその理由	82
16. サービス体制・提供方法に関する遺族による評価	84
17. 遺族のサービス効果（アウトカム）に対する評価	86
18. ターミナルケアのアウトカム評価 利用者と看護職の一致度	89
Ⅳ. 結論	95
引用・参考文献	96
参考資料	
1. 利用者アウトカムに基づいたケアの標準化	97
2. 在宅看護におけるクリニカルパス	101
調査票	
調査Ⅰ 第4回調査 アセスメント項目をケアカテゴリー別に実践例 記録物から抽出（表示）後にアセスメント項目のカテゴリー 分類の妥当性検討の調査	110
調査Ⅱ 15年度ターミナルケアプログラム ケア項目抽出のための調査 看護職による利用者へのケア実施状況	112
調査Ⅲ 遺族によるサービス体制とサービス効果（アウトカム） に対する評価	140
調査Ⅳ 外国での利用可能性確認のための調査票	146

まえがき

わが国での在宅ターミナルケアは制度・技術・評価のいずれにおいても遅れている。そこで本研究は、厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）により平成 14～16 年度の予定で取り組んでいる。研究目的は 3 年間で設定しているが、この報告書は 2 年間の研究成果である。

本研究の目的は、利用者と家族にとって限られたかけがえのない時間をできる限り安らかに QOL が高められることを目標に在宅ケアプログラムモデルを作成し、実践例に適用後そのエビデンスに基づきガイドライン化し、実用化を図り、ケアの実践力の向上に使用されることをめざす。

目的を達成するために、研究組織は訪問看護ステーションの管理者・その他看護職・医師・統計学者・経済学者を中心として、実際のデータはターミナルケアに関与した看護職者とケアを受けた利用者家族から収集し、分析・考察した。

目的

- 1) 在宅におけるターミナル期の症状が比較的強いがん高齢者と、徐々に衰退していく高齢者の経時的ニーズに対するケアプログラム作成のために、ケア期間を導入期・小康期・臨死期・死別後に区分し、ケアカテゴリー分類とアセスメント指標、ケア内容、評価指標を設定し、その妥当性について実践例調査により検討する。
- 2) 利用者家族の意見をケアプログラムに反映させるためにサービス満足度とケア効果（アウトカム）について調査する。
- 3) 電話相談・緊急訪問の回数とニーズを調査し、また死別後の家族に対するグリーフケアの必要性をまとめ、制度化の必要性についての提言資料とする。
- 4) ケアプログラムの普及のために専門職への研修を行い、効果的な研修のあり方を検討する。

成果

- 1) 在宅ターミナルケアにおいて、専門職が利用者の経時的変化を予測しケアを行うことでケアスタッフのケア実践力の標準的な質の維持と質向上に有効である。
- 2) 利用者家族の意見の調査結果により、できるだけケアに反映させ利用者の希望と専門職の考えを共有するケアの進め方を可能にする。
- 3) 在宅ケアの管理者は、ケアスタッフに対してケアの質管理手順書としてケアプログラムを利用することができる。
- 4) 電話相談・緊急訪問の回数とニーズを調査し、また死別後の家族に対するグリーフケアの必要性をまとめ、政策提言資料として利用できる。（平成 15・16 年度成果）
- 5) ケアプログラムを用いた研修方法が示されていることにより普及を可能にする。（平成 16 年度の成果）

最後に、本研究の実施にあたって、13 力所の訪問看護ステーションから事例調査や専門的判断等に関して多大なご協力を得たことに厚く御礼申し上げます。

平成 16 年 3 月

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科教授

検討委員会委員長 島内 節

ターミナルケアの概念

1. ターミナルケアとは

ターミナル事例のケアの基本として最も大事なことは、「到達点・ゴールは必ず‘死’であることを認識している」ということ、そのうえで、その時までを「十分に生きられるようケアすること」である。症状コントロールなどの「問題を解決・改善する」とこととともに、ケアの視点は「正常な能力・機能を最大限に引き出す」、「その人らしく人生の終末期を生きられるよう援助すること」である。

2. ターミナルステージ

ターミナルケアを考えるときに重要なのは、「末期」という言葉の定義である。一般的に末期とは、「現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態で、生命予後が6ヵ月以内と考えられる段階」とされる。

しかし、同じ末期といっても、死亡前数ヶ月患者と死亡前数日の患者とは、ケアの内容が異なる。従って、ターミナルケアを考えるときは、どの時期についてのことかを常に明確にする必要がある。ターミナルステージ (terminal stage) の判断は、時間の単位 (月、週、日) で考えるのが臨床上簡便であり、有用である。

現実には、患者の生命予後を判断することはきわめて困難である。数ヶ月は大丈夫だろうと思っていた患者が急変して数日後に死亡したり、あと数週間の命であろうと考えられていた患者が数ヶ月生きることもある。経験を積んだ複数の専門職が総合的に判断することが重要である。

ここで開発したケアプログラムは、導入期・小康期・臨死期・死別後に区分したが、何をもちいてこの期の区分をとらえるかは重要である。これに対応した適切なケアを行わなければならないからである。

3. ターミナルケアは予測性を含めた本人・家族に対してすぐれて総合的・集約的ケアが必要

ターミナルケアを行う、あるいはケアを受ける人々にとって症状や精神的苦痛の緩和は言うまでもないが、ターミナルは一定期間毎の心身社会的な変化と本人・家族が心身社会的に準備できるようなケアが必要となる。本人と家族のそれぞれの生活と人生の価値・目標を見いだし実現していけるように、限られた生活時間の意味をよりよいものとして人生に刻み、役割を遂行し、良い関係を維持したりよりよい関係へと変化したりしていけるような働きかけ、経済的問題への工夫や考慮などを含めて総合的なケアを必要とする。

本研究成果（ケアプログラム）の利用にあたってその作成意図と利用上の留意点

現段階で作成したケアプログラムは p.75～82 に示した。個々人の専門職としてのガイドラインとして、またチームでケアをする際の共通の目標と方法の目安として用いていただきたい。ケアプログラムはあくまでも、個々の事例の希望や状態を優先させ、ケア体制を考慮し、よりよいケアがなされるために参考にするものとして位置づけていただきたい。

ここでは利用者にとってのアウトカムを設定しており、これをめざしてアセスメントとケア行動が設定されている。すなわち、多くの事例の共通項として50%以上の人々にこれらのケアが実施されアウトカムを導いているというエビデンスと、アセスメントを含めたケア実施は50%未満でも70%以上にケアの重要性が高いと判断されたもの、また難易度が高いためにケア実施はできなかったものも見落とされてはいけないものは内容に含めている。

ここでいう在宅ターミナルケアのプログラムは、ケアの標準化を目指したものである。参考資料1と2 (p.97～109) に示したように、ケアの標準化は、利用者にとってケアの一定の質を保証し、さらに水準の向上に寄与することをめざすものである。ケアの標準化とは、利用者にとってのアウトカム、すなわちEBM (Evidence Based Medicine) やEBN (Evidence Based Nursing) のようにエビデンス (根拠) に基づいて、アウトカムに到達するために、どのようにすればよいかについてケア内容と方法を示すものである。一定の条件と対象についてエビデンス (根拠) に基づいて適用できるものとして妥当性が検討されたものである。すなわちアウトカムに向かって、最短期間で最も効率的にアウトカムにたどり着ける論理的道筋として理解できるケアの内容と方法が手順として示されているものを意味している。

ケアの標準化においては、生活モデルと医療モデルを組み合わせ、時間経過に沿ってケア内容と方法が選択される。当事者や家族の条件によって、あるいは同一事例でも時間経過時期により、ケアは生活モデル中心のケア、医療モデル中心のケア、あるいは両方のケアがほぼ同じくらい必要というように重点が変化するものである。

ケアの標準化は、どの場合にも正しいと固定しているものではなく、スタッフ能力やシステムに応じて実施可能なように変更・修正すべきである。どんな標準ケア内容でも利用者とケア提供条件の相違に関係なく、そのまま適用可能なケアの標準はあり得ない。標準はあくまでも一般的なケアのパターンを時間軸に沿ったアウトカムに合わせて手順を示したものであるので、条件が違えば利用者条件やケア体制条件の中で可能な限り高い (適切な) アウトカムに近づくためにケア内容と方法に修正を加えて用いるべきである。

I. 15年度研究目的

在宅ターミナルにおける比較的症状の強いがん高齢者（タイプA）、徐々に衰退していく高齢者（タイプB）に対して、経時的ケアプログラム作成のためにケア期間を導入期・小康期・臨死期・死別後に区分し、ケアカテゴリーとアセスメント項目を明らかにし、これに基づいてケア行動とアウトカム（期待される成果）評価方法について検討した。また、電話対応、緊急訪問対応の期間別回数とその理由を分析した。

II. 研究方法

1 回調査：事例によるケア枠組みの検討……………平成14年7～8月

研究員が5事例を家庭訪問により導入期・小康期・臨死期・死別後にケアカテゴリー・アセスメント・ケア内容をクリニカルパス方式で記入

2 回調査：作成したケア枠組みについて意見聴取・アンケート調査

……………平成14年8～12月

専門看護職日本人15名、外国人（米国・イギリス・カナダ・スウェーデン・フィンランド）10名から意見聴取。アンケートはこの枠組みで利用可能かを確認

3 回調査：アセスメント項目をケアカテゴリー別に実践例記録から抽出

……………平成15年2月

タイプA7例、タイプB5例の看護記録よりアセスメント項目をカテゴリーに分類

4 回調査：アセスメント項目のカテゴリー分類の妥当性検討……………平成15年4～5月

訪問看護ステーションの看護職18名、ターミナル専門医1名にどのアセスメント項目がどのカテゴリーにあたるかをアンケート調査し、その一致率に基づきケアカテゴリーに対するアセスメント項目の妥当性を確認

5 回調査：ケアプログラムの有用性確認と妥当性検討に基づく項目の抽出（その1：プレテスト）

……………平成15年11月～12月

プレテスト：タイプA6例、タイプB6例、計12例

6 回調査：ケアプログラムの有用性確認と妥当性検討に基づく項目の抽出（その2：本調査）

……………平成15年12月～16年2月

本調査：タイプA47例、タイプB49例、計96例

- 1) 事例への各期別アセスメント（重要度・難易度を含む）・ケア行動の実施状況、アウトカム（期待される効果）評価
- 2) 緊急電話相談・緊急訪問の回数とニーズおよびケア・グリーフケアの回数とニーズを明確化し、診療報酬制度化への提言
- 3) 利用者によるケア効果の評価と満足度評価

7 回調査：ケアプログラムの完成と研修プログラム作成……………平成16年4月～17年3月

- 1) ケアプログラムの実用化に向けて、その使用方法を具体化し、普及妥当性のための拡大調査（5～7月）と研修（9月下旬）を行い、ケアプログラムを完成
- 2) 普及のために効果的な研修プログラムと展開方法を検討

III. 研究結果

1. ターミナルケアの動向 ～用語の定義、文献検索～

死を目前にした人に対して、治療ではなくケアを中心とした関わりということで「ターミナルケア」や「ホスピスケア」「緩和ケア」という言葉がよく使われるようになってきている。

ターミナルケアは1960年代の半ば、イギリスの Cicely Saunders 女医が St Joseph's および St Christopher's hospice で行った活動りをきっかけに徐々に世界に広まっていった。1975年に Balfour 英国首相が“palliative care”という言葉を使ったことにより、イギリス、フランス、そしてカナダにまでその言葉が広まり、今では国際的にも使われるようになってきている。²⁾

“terminal care” “hospice care” “palliative care”それぞれの用語を、英英辞書「On – line Medical Dictionary (Published at the Dept. of Medical Oncology)」でみると次のように定義されている。

terminal care : Medical and nursing care of patients in the terminal stage of an illness.

hospice care : Specialized health care, supportive in nature, provided to a dying person. A holistic approach is often taken, providing the patient and his or her family with legal, financial, emotional, or spiritual counseling in addition to meeting the patient's immediate physical need. Care may be provided in the home, in the hospital, in specialized facilities (hospices), or in specially designated areas of long-term care facilities. The concept also includes bereavement care for the family.

palliative care : Treatment aimed at relieving symptoms and pain rather than effecting a cure.

また、The World Health Organization (WHO) では palliative care を以下のように定義している。

“Palliative care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best possible quality of life for patients and their families.”³⁾

2. 文献検索

表1 文献検索結果（1998年～2002年の5年間）

キーワード	#1	#1 #1/nursing	#3 #2/home care	#4 #3/cancer	#5 #3/elderly	#6 #3/family
palliative care	5,913	49	65	26	7	18
terminal care	3,244	45	118	35	9	39
hospice care	832	23	31	8	4	7

1998年～2002年の5年間の文献をMedlineにより検索した結果、palliative care 5,913件が最も多く報告されていた。また、terminal care 3,244件、hospice care 835件であった。

このうち特に有効と考えられたのが、Canadian Hospice Palliative Care Associationが10年かけて開発してきて、2002年から全国的に使われるようになったA Model to Guide Hospice Palliative Careであり、国の指針としてガイドライン化されたものである。これはケアプログラムの指標として利用できる部分があったが、ターミナル各期のプロセスとして、アセスメント、実施、評価のプロセスが視覚的に一挙に見られるようにはなっておらず、体系的理解が難しく、またアウトカム（期待される成果）評価はなされていない。

そこで、本研究者らがすでに開発していた在宅のクリニカルパス方式の思考方法を応用してみることにした。

3. 文献調査と国内外の研究者と現場の専門家の意見聴取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とは分ける。がんと他のプログラムの大きな差異は、疼痛コントロールと基本的ニーズ・ADLと仮定する。
- 2) ターミナル期の状態からみ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無理に行わない。
- 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わるので、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課題である。
- 4) ヨーロッパでは比較的家族の関与がある。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、専門家側からのケアの対象としては一緒にとらえる必要がある。
- 5) グリーフケアについては、日本では訪問ケア制度がないので、データがとりにくい。義務制度となっている国から、必要な情報をとる必要があり、わが国への提言とすべきである。
- 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。有識者に適切か否かを、調査と聞き取りにより明らかにする必要がある。
- 7) 諸研究をみると、事例研究（と哲学的研究）と実践研究の比率は同程度。アウトカム（期待される成果）を明らかにする研究も欧米を主にかなりみられるようになってきている。
- 8) ただし、アウトカム（期待される成果）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（期待される成果）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行うので、アウトカム（期待される成果）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ケア実施度・目標達成率度を測定するような形での効果測定も行う方が、実施のガイドとしては役にたつと考えられる。

10) 調査実施については、海外では看護職によるデータを用いるが、患者からのデータ収集は難しい。看護職からのデータ収集にとどまる。

4. ケアプログラムの経時的枠組みの作成

1 回調査：事例によるケア枠組みの検討

研究者が5事例の訪問による詳細な経時的記述により、ケアプログラムの枠組を作成した。

2 回調査：作成したケア枠組みについて意見聴取・アンケート調査

国内外の研究者と現場専門家の意見聴取と枠組利用の可能性についてアンケートを行い、ケアプログラムの対象をタイプAは症状が比較的強い高齢がん患者用、タイプBは徐々に衰退する高齢者用として分けた。その枠組はマトリックス表の横軸を事例の経過時間軸とし、①導入期（ターミナルとしての在宅ケア開始約1週間）、②小康期、③臨死期（死亡前約1週間～10日）、④死別後約1～2ヵ月の4期に区分した。タイプAとBともに経時的区分は共通である。

表2 タイプA がん高齢者ターミナルケアのプログラム記入フォーマット

ケアカテゴリー		経過時期	導入期	小康期	臨死期	死別後
ターミナル ペインへの 対応	1. 疼痛その他の苦痛症状のマネジメント					
	2. 心理・精神的援助					
	3. 社会的援助					
	4. スピリチュアルペインへの援助					
5. 基本的ニーズへの援助						
6. デス（death）マネジメント						
7. 家族・親族との関係調整						
8. 喪失・悲嘆・死別サポート						

表3 タイプB 徐々に衰退していく高齢者ターミナルケアのプログラム記入フォーマット

ケアカテゴリー	経過時期	導入期	小康期	臨死期	死別後
1. 家族・親族との関係調整					
2. 社会的援助					
3. 基本的ニーズへの援助					
4. 心理・精神的援助					
5. スピリチュアルペインへの援助					
6. デス (death) マネジメント					
7. 喪失・悲嘆・死別サポート					

5. ターミナルのタイプ別のアセスメント項目の妥当性検討による抽出

3 回調査：アセスメント項目をケアカテゴリー別に実践例記録から抽出

タイプA 7例、タイプB 5例のアセスメント項目を利用者記録物からケアカテゴリー別に拾い出し、1回目訪問調査後のアセスメントと照合して枠組内カテゴリーに研究者が区分した。

4 回調査：アセスメント項目のカテゴリー分類の妥当性検討

これらの事例から抽出されたアセスメント項目が、今回作成したどのケアカテゴリーにあてはまるかを逆検証するために調査を実施した。調査対象者は、日頃ターミナルケアに携わっている4機関の医師および訪問看護師、計19名である。ケアカテゴリーの定義およびアセスメント項目の一覧を示し、各アセスメント項目がどのケアカテゴリーに該当するかを回答してもらった。各アセスメント項目について解答の度数分布を出し、60%以上の人が同一のケアカテゴリーに一致したアセスメント項目、および回答は割れたが他のケアカテゴリーよりも1つのケアカテゴリーに2倍以上回答者が集中した項目については、自動的にそのカテゴリーに入れ込む作業をした。回答が割れて1つのケアカテゴリーに決定できないものについては再度、上位2~3カテゴリーに限定した調査票を作成し、ターミナルケアの研究者9名に調査を依頼し、その結果、過半数を超えたケアカテゴリーに分類した。

その結果、表4のようにタイプAのアセスメント項目131個、タイプBのアセスメント項目80個であった。タイプAでは全項目中、第1が疼痛等・症状マネジメントに53アセスメント項目が集中し、次にデスマネジメント、社会的援助、家族・親族の関係調整の順であった。タイプBでは、全項目中基本的ニーズへの援助に28アセスメント項目が集まり、カテゴリー順位も差異があり、カテゴリー数もアセスメント項目数もタイプAより少ないことがわかった。

表4 ケアカテゴリーに対するアセスメント項目の振り分け結果

タイプ A：がん高齢者用		タイプ B：徐々に衰退する高齢者用		
ケアカテゴリー	項目数 計 131	ケアカテゴリー	項目数 計 80	
トータルペインへの援助	1. 疼痛その他の苦痛症状のマネジメント	53	1. 家族・親族との関係調整	12
	2. 心理・精神的援助	9	2. 社会的援助	16
	3. 社会的援助	15	3. 基本的ニーズへの援助	28
	4. スピリチュアルペインへの援助	8	4. 心理・精神的援助	5
5. 基本的ニーズへの援助	9	5. スピリチュアルペインへの援助	5	
6. デス (death) マネジメント	16	6. デス (death) マネジメント	8	
7. 家族・親族との関係調整	11	7. 喪失・悲嘆・死別サポート	6	
8. 喪失・悲嘆・死別サポート	10			

6. がん高齢者ターミナルケアのプログラム記入フォーマット (タイプ A、表 5)

タイプ A では縦軸のケアカテゴリーとして、①疼痛その他の苦痛症状のマネジメント、②心理・精神的援助、③社会的援助、④スピリチュアルペイン、⑤基本的ニーズの援助、⑥デスマネジメント、⑦家族親族の関係調整、⑧喪失・悲嘆・死別サポートを設定した。ここでいうスピリチュアルペインへの援助は自己の人生に意味・価値を見出せるようにすることである。

デスマネジメントとは、死にゆく人と家族が死の受容へのプロセス（否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容）を歩めるようにマネジメントすることである。

7. 徐々に衰退していく高齢者ターミナルケアのプログラム記入フォーマット (タイプ B、表 6)

タイプ B では縦軸のケアカテゴリーとして、①家族親族の関係調整、②社会的援助、③基本的ニーズの援助、④心理・精神的援助、⑤スピリチュアルペイン、⑥デスマネジメント、⑦喪失・悲嘆・死別サポートを設定した。ここでいう基本的ニーズの援助とは、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である。以上のすべてのカテゴリーに定義づけをした。

それぞれのケアカテゴリーに含まれるアセスメント項目については、表にまとめた。

表5 タイプA: がん高齢者用ターミナルケアプログラムにおけるケアカテゴリーとアセスメント項目の抽出結果

ケアカテゴリー	アセスメント
<p>1. 疼痛その他の苦痛症状のマネジメント</p> <p>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</p>	<p>SpO₂ 喘鳴 意識レベル 栄養状態 嚥下 顔色・表情 嘔気嘔吐の有無 家族が自分で行える緩和ケアを知っているか 家族の症状に対する対応方法の知識 眼瞼結膜 下血 患者の判断力の変化(低下)の状況 吸引の必要性 血圧(特に低下) 現在の一番苦しい症状 倦怠感の有無 口腔内の乾燥と汚れ 肛門部びらん、疼痛 誤嚥性肺炎 呼吸状態・肺音 褥創 しびれ 浸出液のアセスメント 睡眠の状態(傾眠含む) 咳や痰の増加 脱水 チアノーゼ 腸音 治療、医療機器の選択の有無(点滴、吸引、酸素吸入など) 鎮痛コントロールできているか 鎮痛剤投与方法(経口等) 鎮痛剤の投与回数 鎮痛剤の種類 鎮痛剤の使用量 鎮痛剤の投与時期 鎮痛剤の副作用・症状の出現 鎮痛剤の副作用を患者・家族が知っているか 鎮痛についての家族の理解 鎮痛についての患者の理解 疼痛増強時の対応を家族・患者が知っているか 疼痛と体動との関連 疼痛 疼痛の時間帯 疼痛の程度 疼痛の部位 排泄 バイタルサインの把握 排尿痛(感染)の有無 バルーンカテーテルのトラブル、尿路感染 腹満、宿便 浮腫 輸液ルート状況 現在の薬の使用状況</p>
<p>2. 心理・精神的援助</p> <p>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、気持ちが出せるような関係を確立すること。</p>	<p>介護者の精神的負担 本人・家族の思いが医師に伝わっているか 本人・家族の在宅療養への不安、在宅療養への不安 本人・家族の治療の理解 精神症状の有無、言動 看取り方の不安 夜間せん妄</p>
<p>3. 社会的援助</p> <p>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</p>	<p>24時間連絡体制の確立 医療者間(医師、看護師等)の連携状況 往診医の有無 経済状況 介護者の健康状態 介護者の身体的負担 介護者が介護についてどこまで「自分で出来る」「専門職に頼む」と考えているのか(介護の見極め) 家族と専門職との関係構築の状況 患者が外出(通院)できるか 患者と専門職との関係構築の状況 緊急時に家族・患者が専門職へ連絡をとる方法を知っているか ケア提供者間で共通の理解ができているか ケア提供者間で情報の提供ができているか ケアマネジャーを中心としたケアプランを多職種で共有しているか 必要な介護用品(モーターベッド、ポータブルトイレ、車いす等)があるか</p>
<p>4. スピリチュアルペインへの援助</p> <p>自己の人生に意味・価値を見出させること</p>	<p>生きること目標(生きていること、存在していること)の目標はどこか 遺書、遺言の希望の有無 今までの仕事、生き方 信仰宗教の有無 家族の楽しみとなる行事があるか 患者がやりたいこと(ニーズ)は何か 気になること、やり残していることはないか 民間療法利用の有無</p>
<p>5. 基本的ニーズへの援助</p> <p>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</p>	<p>1日の生活状況(生活リズム) ADL、IADLの状態 会話の状態 家族の介護技術 心地よいと思う状態を把握 生活に求めていること 清潔の状態 痴呆の有無 転倒の危険性</p>
<p>6. デスマネジメント</p> <p>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)を成し遂げられるようにマネジメントすること</p>	<p>家族が死までの過程と対処方法について知っているか 家族の延命処置の希望 家族の告知の有無 家族の疾病の理解 家族の死の受け止め方 家族の予後の理解 患者が望んでいる死に場所 患者の延命処置の希望 患者・家族が最期まで専門職の助けを借りて在宅療養ができると考えているか (看取りの覚悟) 患者への告知の有無、患者の疾病の理解 患者の死の受け止め方 患者の予後の理解 死ぬ場所(在宅、ホスピス、病院)を決めているか 死に対する考え方(死に対する恐怖や不安について話しているか) 死亡時の医師への連絡や、医師への死亡確認について知っているか</p>
<p>7. 家族・親族との関係調整</p> <p>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</p>	<p>家族が急変時の観察方法と対処法を知っているか 家族が望んでいる死に場所 家族の介護への意欲 家族のケアへの参加状況 患者-家族間のコミュニケーションの状況 患者と家族の関係 患者と親族との関係 キーパーソンの有無 死後の処置の方法について確認 看取りの方向を家族内で相談しているか 亡くなった時に着せる衣服や葬式について気にかけているのか</p>
<p>8. 喪失・悲嘆・死別サポート</p> <p>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</p>	<p>家族と共に死後の処置を実施したか 家族の思い 後悔の有無 家族の悲しみのとらえ方 患者の死亡短期間後の家族の状況 ケアチームとして患者をどう捉えていたのか(デス・カンファレンス)の実施 在宅にて過ごしていた時の家族の受け止め方 死後の処置の際、家族の希望を取り入れたか(例:好みのものを身につける等) 死別時の状況 死亡1ヶ月後の家族の状況</p>

表6 タイプB：徐々に衰退する高齢者ターミナルケアプログラムにおけるケアカテゴリーとアセスメント項目の抽出結果

ケアカテゴリー	アセスメント
<p>1. 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</p>	<p>介護者の有無 キーパーソン 患者-家族のコミュニケーションの状態 患者-家族と他の親族との連携状況 延命治療に対する希望 家族内で連携がとれ、意見の一致がある 介護者の親族の介護の意向の把握 介護者の理解力 介護者の実践力 介護者の健康状態 介護負担の状況 今後在宅で過ごすのか、入院治療をするのか</p>
<p>2. 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</p>	<p>介護する場所 経済状態 現在利用しているサービス ケアチームの連携状況（意思疎通の状況、情報の共有化、意志の統一） 具体的なケア方法の統一ができているか 病棟看護師との連絡 終末期に向けたケアチームの連携状況が構築されているか 終末期に向けたサービスの変更がなされているか 24時間連絡相談の体制が整っているのか 福祉機器（ベッド等）導入の必要はあるか 終末期に向けた福祉機器、介護用品の選択がされているか（吸引、吸入器、エアマット） 患者、家族はケアチームにどのような期待をしているか 受診状況の把握 往診医の紹介・連絡 急変、突発事の対応先の有無 室内整備の状況（居室、トイレ、食堂、廊下、玄関/保温、換気）</p>
<p>3. 基本的ニーズの援助 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</p>	<p>バイタルサイン 栄養状態の観察 食事の状況 食欲 水分バランス 嚥下力の確認 皮膚の清潔の状態観察 排泄状態の観察 口腔、陰部など汚れやすい部位の清潔状況 緩和してほしい症状はないか 呼吸苦の有無、肺音 SpO₂チェック 褥創 各種医療処置 感染症、呼吸、循環器疾患の観察と予防 服薬状態の観察 拘縮 ADL、IADLの状態 安楽な体位がとれているか 痴呆 浮腫の程度 睡眠 病状悪化の状況の把握 合併症 患者の衰弱に合わせたケアが提供されているか 廃用症候群 自己抜去など事故へのリスクマネジメントを査定する 安楽ケア（例：肩こりへのマッサージ）が必要かどうか</p>
<p>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、ケアチームメンバーが傾聴し、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。</p>	<p>精神状態の観察 在宅療養の中で求めるものや思い 患者、家族の思いを他の医療スタッフが知っているのか 在宅療養の中で困っていること、良かったと思っていることを知る 患者、家族が安らかな時間を過ごせているか</p>
<p>5. スピリチュアルペインの援助 自己の人生に意味・価値を見出させること</p>	<p>患者の人柄、価値観 家族の人柄、価値観 患者、家族が持つ宗教や信念 今までの人生をどのように捉えているのか 患者、家族が思い残していることはあるのか あるとしたらその内容</p>
<p>6. デスマネジメント 死にゆく人と家族が、死を受容出来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）を成し遂げられるようにマネジメントすること</p>	<p>看取りの中での家族の不安 家族介護者の混乱の有無、程度 家族の死までのプロセスへの理解 患者が死をどのように受け止めているか 死ぬときの着物、遺影、お寺のこと（戒名）について不安があるか 臨死期の対応について具体的なイメージを持っているか 臨死期の家族・親族への連絡方法を確認しているのか キーパーソンを中心に、どういう最期を迎えるか</p>
<p>7. 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</p>	<p>家族は患者の死を受け入れているか 家族は日常生活に復帰できているか 看取りの過程はどうだったのか 家族の健康状態 親族の家族への支援状況 1ヶ月後のグリーフケアの状況</p>

8. ターミナル各期のケア目標

ケアプログラムの実用化に向けて全体を整理した。ケアプログラムの有用性確認のため、タイプ A 6 例、タイプ B 6 例に適用してみた。

- | | |
|-----|--|
| 導入期 | 在宅ケア開始期約 1 週間～10 日間、安心してケアが受けられ、在宅で安全に生活できるケア体制をつくり、安心感がもてるようにケアすることである。 |
| 小康期 | 急変に対応でき、残された時間を充実して、やり残していることをできるようにし、家族の健康を保持し、できるだけ快適に過ごせるようにすることである。 |
| 臨死期 | 死の直前約 1 週間～10 日間、本人ができるだけ安寧に、家族はそれぞれの役割を果たして看とりができるようにすることである。 |
| 死別後 | グリーフケアとして尊厳ある死を確認できるように、遺族の慰めと健康管理、悲嘆からの立ち直りへのケアをすることである。 |

9. ケアカテゴリーにおける用語の定義

1) タイプ A：がん高齢者ターミナルケア

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、取引、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

2) タイプB：徐々に衰弱する高齢者ターミナルケア

① 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

② 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

③ 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

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、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。

⑤ 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

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、取引、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 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

10. 第3回・4回調査方法

1) 事例分析

研究グループより12のターミナル事例（表7参照）を提出してもらい、事例の取り組み過程と取り組みの視点を、先に作成した枠組みに当てはめてみた。その結果、導入期・小康期・臨死期・死別期で支援項目の内容が変化してくることがわかった。

事例から抽出し、文言を統一し、類似のものを整理したアセスメント内容について、19名のターミナル専門従事者（看護職18、医師1）に対して支援項目への当てはめの妥当性を検証するために、協力訪問看護ステーションの看護師に調査Iのようなアンケートを実施した。

表7 12のターミナル事例

通しNO	NO	年齢	性別	CT名	ステーション	疾病名	記録期間	訪問開始	訪問終了	要介護度	日常生活自立	痴呆度	同居の有無	主介護者
1	1	50	男	植○和	鶴巻	左上顎歯肉癌、骨転移、前頭葉浸	9/27-11/18				J	I	妻、息	
2	2	58	男	田○忠	鶴巻	糖尿病、直腸癌(全身メタ)、肝硬変	11/29-1/2						妻、娘	
3	3	75	男	河○信	鶴巻	前立腺癌、転移あり	10/8-11/21				C-2		妻	
4	4	80	女	M	篠田	左肺癌、骨転移、				5	B-2(身障1級、呼吸器障害)	なし	夫、娘 夫婦、孫2人	
5	5	68	男	S.Y	土浦	左肺癌、骨転移、右上腕骨骨折		2002.6.14.	2003年1月時点は入院中	2	A-2	正常	妻と2人	
6	6	91	女	N.U	白十字	胃癌末期、貧血、痴呆症	2002/6/14- 2002/7/26.8 /21.9/10	2002/6/14	2002/7/26		A(準寝たきり)	II	次女夫婦・長女	娘
7	7				多分千駄									
8	1	90	男	K.	篠田	心筋梗塞に由来した心不全				2	B-2	II-a	独居	長男夫婦
9	2	95	男	○澤○郎	千駄木	慢性心不全、高血圧、便秘によるイレウス				4				
10	3	79	女	T.T	土浦	廃用性筋萎縮、痴呆症		2001/7/31	H14.7.9.	3	B-2からC-2へ	I	夫	
11	4	93	女	H.T	白十字	心不全、腎不全、腎性貧血、高血圧症	2002/3/15- 2002/11/1	2002/3/15	2002/9/5	3	B-1	なし	娘夫婦・孫	娘
12	5	94	男	K.S	白十字	アルツハイマー型痴呆	2001/9/9- 2002/10/3	2001/9/9	2002/10/2	4→5	C-2	IV→M	妻と二人暮らし	妻

11. 第5回調査：ケアプログラムの有用性確認と妥当性検討に基づく項目の抽出
(その1 プレテスト)

タイプ A 6 例、タイプ B 6 例の結果より、抽出されたアセスメント項目を用いてケア行動とアウトカム（期待される成果）項目を設定した。その結果、アセスメント項目の削除や表現の修正、またこれに伴ったケア行動、アウトカム（期待される成果）項目についても削除・表現の修正をした。

表 8 ケアプログラムからの削除項目

<p>全期間に 10%未満のアセスメント率の項目を削除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チューブ挿入 ・排尿時痛 <p>死期で 10%未満のケア行動率の項目を削除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活リズム ・ADL 介助 ・転倒予防 ・湿布

12. 第6回調査：ケアプログラムの有用性確認と妥当性検討のための実施状況調査結果
(その2 本調査)

1) 調査は東京・神奈川・埼玉の訪問看護ステーション 10 カ所に依頼し、タイプ A 47 事例、タイプ B 49 事例を収集・分析した。

表 9 調査対象訪問看護ステーションと事例数

ステーション名	タイプ A	タイプ B	合計
千駄木	1	4	5
ベア・オリーブ	4	1	5
土浦	3	4	7
鶴巻 (3 カ所)	13	16	29
白十字	6	1	7
鳩ヶ谷	3	2	5
青葉区メディカル	7	7	14
都筑区	3	8	11
だんけ	3	5	8
おもて参道	4	1	5
合計	47	49	96

2) 調査対象者の背景

① 平均年齢

タイプ A 79.3 歳、タイプ B 87.4 歳で、タイプ A が 8.1 歳若い。

② 疾患

タイプ A は 47 名（男性 22 名 46.8%、女性 25 名 53.3%）中、肺がん 21.3%、消化器がん 31.8%、その他のがんであった。

タイプ B は 49 名（男性 16 名 32.7%、女性 33 名 67.3%）中、脳血管疾患 26.5%、心疾患

12.2%、呼吸器 16.3%、その他であった。

痴呆ありは、タイプ A は 26 名 55.3%、タイプ B は 46 名 93.9%であり、タイプ A が少ない。

③ 在宅ケア期間

在宅ケア期間を日数で平均値では分散が大きいのので中央値でみた。タイプ A は 46 日、タイプ B では 198 日であり、タイプ B はタイプ A の 4.3 倍の期間であった。

④ 本人への病名告知と予後告知

病名告知ありは、タイプ A は 20 名 (42.6%)、タイプ B は 13 名 (26.5%)、このうち医師からはタイプ A 18 名 (90.0%)、タイプ B は 13 名 (100.0%) であった。予後告知ありは、タイプ A は 13 名 (27.7%)、タイプ B は 10 名 (20.4%)、このうち告知者は、タイプ A は医師 9 名 (69.2%)、家族 5 名 (38.5%)、タイプ B は医師 9 名 (90.0%)、家族 1 名 (10.0%) であった。

告知率はタイプ A に高い。タイプ A は年齢がタイプ B より若く痴呆が少ないことが影響していると考えられる。

⑤ 同居家族

同居家族は、タイプ A は 3.2 人、タイプ B は 3 人であった。

主介護者は、タイプ A は娘 16 名 (34.0%)、配偶者 15 名 (31.9%)、嫁 10 名 (21.3%)、息子・その他 2 名 (4.3%) であり、タイプ B は娘 16 名 (32.7%)、嫁 14 名 (28.6%)、配偶者 9 名 (18.4%)、息子 6 名 (12.2%)、その他 1 名 (2.0%) であった。