

20040020076

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

平成16年度 総括研究報告書

主任研究者 川越 博美

分担研究者 村嶋幸代

高橋龍太郎

山本則子

永田智子

平成17（2005）年 3月

目次

I. はじめに	1
II. 総括研究報告	
高齢者の終末期を支える地域ケアシステムの構築に関する研究 川越博美	2
III. 分担研究報告	
1. 高齢者の在宅ターミナルケアにおけるチームアプローチに関する文献検討 川越博美 大金ひろみ・滋野みゆき・内田千佳子（研究協力者）	5
2. 地域における終末期ケアの医療的側面についての考察 高橋龍太郎	18
3. 痴呆高齢者グループホームが経験したターミナルケアの取り組み 村嶋幸代・山本則子・永田智子・高橋龍太郎 小林小百合（研究協力者）	21
4. 小規模ケアホームと在宅における訪問看護ステーションのターミナルケアの取り組み 川越博美 大金ひろみ・滋野みゆき・宮田乃有・竹森志穂・内田千佳子（研究協力者） 資料1 インタビューガイド 資料2 施設長宛説明書・同意書 資料3 ご家族様宛説明書・同意書 資料4 事例経過表	30
IV. 考察・提言	67
V. 研究成果	70
VI. 参考文献	72

I. はじめに

2004年に報告された厚生労働省の「終末期医療に関する意識調査等検討会の報告書」をみると、多くの国民は、人生最期の療養の場として「病院」を選んでいる。最期は「家」でと答えた者は2割に過ぎない。家で最期を迎えられない理由として挙げられた項目は、「家族の負担」「世話をしてくれる家族がいない」が上位を占めていた。一人暮らし高齢者や高齢者世帯が増加し、家族形態も家族の機能も変化する中で、今なお家族介護に頼っているターミナルケアの現状を知るにつけ、国民は家で最期を迎えたいがそれは無理だと判断して、最期の時、頼ることができる場所は「病院」と考えていると言えよう。

また厚生労働省老人保健局長の諮問機関である「高齢者介護研究会」の報告では、団塊の世代が高齢者となる2015年に高齢者介護を考えると、ターミナルケアは重要な課題となると指摘している。また施設か家かの選択ではなく、さまざまな形態の住まいを選択しながら、最期のときを住み慣れた地域で、紡いできた人々との繋がりを絶つことなく暮らし続けられる地域ケアシステムの構築が重要であると述べている。

誰もが経験したことのない超高齢化社会がもう足元まで近づいている。高齢者が自分の生き方をまっとうし、家族も自分の家族が豊かに老い最期を迎えられることをサポートできる地域サービスが求められている。そのためには高齢者が地域で住み続けられるターミナルケアシステムの構築が急務である。特別養護老人ホーム、グループホーム、有料老人ホーム、シルバーハウス、小規模ケアホーム、家など地域での多様な住まいで迎える高齢者の最期をどのように支援するか、ターミナルケアの支援方法とターミナルケアシステムについてモデルを示す必要がある。

Ⅱ. 平成16年度総括研究報告書

高齢者の終末期を支える地域ケアシステムの構築に関する研究

主任研究者 川越 博美 聖路加看護大学 教授

研究趣旨：

地域における高齢者のターミナルケアの現状を検討し、高齢者のターミナルケアシステムの構築に向けた提言をすることを目的として、①文献検討、③痴呆性高齢者グループホーム（以下GH）の管理者へのインタビュー調査、④小規模ケアホームと在宅での看取りを支援した訪問看護ST訪問看護師へのインタビュー調査、による事例研究を行った。

文献検討は高齢者のターミナルケアシステムで重要な要件となるチームケアについて、ターミナルケアの先進国である米国と英国のケアシステムを検討した。その結果一般的なホームケアチームと看取りを専門とした緩和ケアチームで提供されていることが分かった。

GHの管理者7名のインタビュー調査からは、実施したターミナルケアとして、①なじみ深い生活を最期まで提供する、②心身機能低下を最小限にとどめるケアを最期まで継続する、③状況の先手を打ち、望まれる終末期医療を万全に活用する、④最期までケアの計画・実施のために家族と協働する、が抽出された。

小規模ケアホームと在宅での看取りを支援した訪問看護ST訪問看護師へのインタビューによる事例研究では、いずれもチームでケアが提供されていた。ターミナルケア内容は①身体状況にあわせた日常生活支援、②症状コントロールのための医療的ケア、③本人の意思の尊重したケア、④家族の意思を尊重した家族支援、であった。またターミナルケアの条件は、それぞれの場所で特有の条件もあるが、共通点としては、24時間体制でチームでケアができること、本人の意思が尊重されること、家族の意思が尊重されることであった。またケア過程において、高齢者のターミナルのとらえ方やケア方法に明確な基準がないことから、訪問看護師は迷いながらケアに関わっていた。しかし迷いながらも訪問看護師は、これまでとは違う諸変化（動けなくなること/ADL低下・食べられなくなること/嚥下困難・経口摂取量の減少）を繋ぎ合わせてターミナルと捉えていた。

以上の結果を踏まえ、在宅だけではなく、さまざまな場所で生活する高齢者のターミナルを支援するためのケアシステム構築に向けた提言を行った。

分担研究者

村嶋幸代	東京大学大学院医学系研究科 地域看護学・教授
高橋龍太郎	東京都老人総合研究所看護・ ヘルスケア部門・部長
山本則子	千葉大学看護学部・助教授
永田智子	東京大学医学系研究科・助手

A. 研究目的

地域における高齢者のターミナルケアの現状を調査し、高齢者のターミナルケアシステム構築に向けた提言を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1. 文献検討

海外のターミナルケア、特に米国と英国の高齢者のターミナルケアについて、CINAHLを用いて検索を行った。「community health service」が含まれる文献の中からタイトル、アブストラクトに「palliative」「terminal」「hospice」が含まれる文献を150文献抽出し、その中で研究者2名が

有用とした文献について検討した。

2. グループホーム管理者へのインタビュー調査

ターミナルケアに実績のあるグループホーム（以下GH）の管理者7名にインタビューを実施し、継続比較分析を中心とした質的分析を行った。

3. 小規模ケアホームおよび在宅での看取りを支援した訪問看護ST訪問看護師へのインタビュー調査による事例研究

小規模ケアホームに入居して最期を迎えた2事例と在宅で最期を迎えた2事例のターミナルケアについて訪問看護STの訪問看護師にインタビューを実施し、事例として質的分析を行った。

（倫理面への配慮）

GHの管理者、訪問看護ST訪問看護師へのインタビュー調査については、東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

事前に研究者からGH管理者、訪問看護ST所長に、研究目的・方法・倫理的配慮等について文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。その後、各施設から事例となった利用者遺族に研究者が準備した事例開示に関する説明文書を郵送してもらい、遺族が署名した同意書が研究者に返送された後、インタビューを行った。

C. 研究成果

1. 文献検討

欧米での高齢者のターミナルケアの現状を文献検討した。欧米においては、高齢者のターミナルケアは、地域のホームヘルスケアチームによってなされる場合と、ホスピススペシャリストによってなされる場合があった。ホスピスケアにおける看護師の役割は大きく、コーディネートの役割を取っていることがわかった。高齢者のターミナルケアの特徴は、経過が長いことであり、すでに地域のジェネラリストとのかかわりの中で信頼関係が形成されている。この信頼関係を維持しつつ、ターミナル期に起こりうる、緩和ケアの必要性や、治療の方針の決定の必要性など、ジェネラリストが対応することができるようホスピスケアスペシャリストがジェネラリストと協同することが必要であろう。

2. グループホーム管理者へのインタビュー調査

GHで看取りに至った事例において提供されたターミナルケアとして、①ターミナル以前からのなじみ深い生活を最期まで提供する。②心身の機能低下

を最小限にとどめるケアを最期まで継続する。③状況の先手を打ち、望まれる終末期医療を万全に活用する。④最期までケアの計画・実施のために家族と協働するという4つのカテゴリが生成され、さらにこれらのカテゴリを関係づけるコアカテゴリーとして「家族とともに機能低下や症状によって生じる状況をコントロールしながら、なじみの生活を守り抜く」が生成された。

GHにおけるターミナルケアは、なじみ深い生活の支援、機能低下に対応するケア、症状コントロールのための医療的ケア、家族との協働が重要であることが示唆された。

3. 小規模ケアホームおよび在宅での看取りを支援した訪問看護ST訪問看護師へのインタビュー調査による事例研究

ターミナルケア内容は、「チームでケアを行う」「身体症状に合わせた日常生活援助を行う」「本人・家族の意思にもとづき、家族との関係をきづきながら支援する」であった。ターミナルケアの条件は、それぞれの場所で異なった条件もあるが、共通点としては、「24時間体制でチームケアができること」、「本人の意思が尊重されること」、「家族の意思が尊重されること」であった。小規模ケアホームと在宅では、家族支援における家族との関係性のとり方に相違があったり、小規模ケアホームでは見取りを家族だけではなく入居所とも共有をしていたなどおのおのの場所で特有なターミナルケアの内容やターミナルケアの条件が抽出された。いずれも本人と家族がどのようなケアを受けて亡くなりたいかについて決められることが高齢者のターミナルケアの重要な要件であった。高齢者と家族が最期を決めるための訪問看護師の支援も重要であることが明らかになった。またケア過程において、高齢者のターミナルのとらえ方やケア方法に明確な基準がないことから、訪問看護師は迷いながらケアに関わっていた。しかし迷いながらも訪問看護師は、これまでとは違う諸変化（動けなくなること/ADL低下・食べられなくなること/嚥下困難・経口摂取量の減少）と高齢者と家族の意思を繋ぎ合わせてターミナルと捉えてケアを行っていた。

D. 考察

高齢者のターミナルケアは、高齢者がなじみ深い生活の場所で生活を継続し最期を迎えることが重要である。高齢者のなじみ深い生活の場所は、自宅はもちろんのこと多様な生活場所（GH、小規模ケアホームなど）が考えられる。したがって高齢者が生活してきた多様な場所で最期を迎えることを支援する高齢者のターミナルケアシステムの構築が急務で

ある。

高齢者のターミナルケアの条件である、高齢者の意思と家族の意思を尊重した24時間体制でのチームケア提供できる高齢者のターミナルケアシステムについて考察をした。地域での高齢者の生活の場（自宅・介護施設・GH・小規模ケアホーム・有料老人ホーム・シルバーハウスなど）へ介護保険制度に基づいてケアを提供している既存の在宅ケアチームと看取りの専門的チームである在宅緩和ケアチームが協働しながら訪問しターミナルケアを提供するシステムが、本研究で明らかになったターミナルケア内容と条件を満たすケアシステムであると考えられた。

E. 結論

ターミナルケアの先進国である米国、英国のケアシステムに関する文献検討、GH管理者へのインタビュー、小規模ケアホーム・在宅での看取りを支援した訪問看護SY訪問看護師へのインタビュー調査から以下のことが明らかになった。

①高齢者のターミナルケアは、高齢者のなじみ深い生活が最期まで継続できることを基盤にしなが、心身の状況に合わせた生活支援と症状を緩和できる医療的ケア、家族への支援と家族との協働が重要である。

②ターミナルケアの条件は、高齢者と家族の意思を尊重しながら、24時間体制でチームでケアにあたることである。

③高齢者のターミナルの定義は難しいが、本研究では、ケア過程において、これまでとは違う諸変化（動けなくなること/ADL低下・食べられなくなること/嚥下困難・経口摂取量の減少）と高齢者と家族の意思を繋ぎ合わせてターミナルと捉えていた。

以上の結果から、高齢者のターミナルケアシステムは、高齢者の尊厳を守るためにも、高齢者が終の棲家として選んだ多様な生活の場所で最期が向かえることができるシステムを構築する必要がある。そのためのシステムとして、在宅ケアチームと在宅緩和ケアチームが協働してサービスを提供するターミナルケアシステムが有効なシステムであると考えられた。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

小林小百合、山本則子、永田智子、村嶋幸代、川越博美、高橋龍太郎：痴呆性高齢者グループホームにおけるターミナルケアの取り組み、国際アルツハイマー病協会、第20回国際会議、京都、2004. 10.

H. 知的財産権の出願・登録状況 特になし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究（H15 - 長寿 - 019）

Ⅲ-1. 高齢者の在宅ターミナルケアにおけるチームアプローチに関する文献検討

主任研究者 川越博美 聖路加看護大学看護学部 教授
研究協力者 大金ひろみ 聖路加看護大学大学院博士課程
滋野みゆき 聖路加看護大学看護実践開発研究センター客員研究員
内田千佳子 元聖路加看護大学看護実践開発研究センター客員研究員

研究要旨：

欧米での高齢者の在宅ターミナルケアの展開について文献検討を行った。今年度は、高齢者の在宅におけるターミナルケアについて文献検討を行った。このためまず、地域のサービスの中で、緩和ケアやホスピスに関連する文献を抽出し、さらにその中からがん以外の対象者を含んでいる文献をアメリカ、イギリスのケースを中心に検討した。その結果、高齢者のターミナルケアは、地域においてジェネラリストによって行われている場合と、ホスピス緩和ケアスペシャリストによって行われていることがわかった。イギリスにおいては、緩和ケアの対象者に非がんの患者（高齢者）も含まれているため、対象者のニーズアセスメントの必要性が示唆されていた。アメリカのホスピスケアの対象者には、予後6ヶ月という主治医とホスピス医の診断がホスピスケア提供の根拠となっており、高齢者にもホスピスケアが提供されている。高齢者のケアに関して、地域におけるジェネラリストのかかわる場合も、ホスピスケアにおいても、看護師の役割は大きい。看護師は、特に患者ケアに関して、チーム間のコーディネートの役割を取っていることがわかった。高齢者のターミナルケアの特徴は、経過が長いことであり、すでに地域のジェネラリストとのかかわりの中で信頼関係が形成されている。この信頼関係を維持しつつ、ターミナル期に起こりうる、緩和ケアの必要性や、治療の方針の決定の必要性など、スペシャリストが、ジェネラリストと協働することの必要性が示唆された。

A. 目的

欧米では高齢者の在宅ターミナルケアがどのように展開されているのかについて文献検討を行った。

平成15年度の研究においては、村嶋らが高齢者のターミナルケアについての文献検討を行ったが、今回は、高齢者の在宅ターミナルケアにおけるチームアプローチに焦点をあて文献検討を行った。具体的には、地域における、緩和ケアのチームアプローチに焦点をあてた文献検討のうち、対象者が非がんの患者であるプログラムのチームアプローチを考察した。

B. 方法

文献検討にあたり、CINAHLのシソーラスを用い、統制語としての community health service を含んだ文献を抽出し、この中で、palliative, terminal, hospice がタイトル、アブストラクション、に含まれる文献を150件抽出した。検索の期間は1982年から2004年までである。この抽出した150の文献の要約を在宅家族研究者3人で分担し、それぞれのメンバーが優先順位をつけた。この優先順位が一致した文献をとりよせ、3人中2人が有用だと考えた文献で、利用可能なものを集め、分担して文献検討を行った。この中から、高齢者、非が

んであるターミナル期についての文献を取り出し、欧米での地域における高齢者および、非がん患者のターミナルケアの実際についての検討を行った。

C. 結果 (表 1.)

CINAHL のシソーラスで統制語として community health service が含まれた文献は、90246 件あった。そのうち、palliative, terminal hospice が、タイトル、アブストラクションで、統制語としているものは 13726 件であった。この二つを掛け合わせると、150 件の文献が抽出された。この中から域緩和ケアチームについて述べてあるものに絞り、最終的に、高齢者、非がんであるターミナル期、慢性疾患のターミナル期におけるチームアプローチについて述べられている文献を選んだ。これらは、16 件であった。この中には、多発性神経疾患や、心疾患、HIV/AIDS の患者など含まれていたため、特に高齢者のターミナルケアに焦点をあてたものを考察した。またアメリカのホスピスプログラムは、がんの他に、心疾患、老衰なども対象に含まれているため、アメリカのホスピスプログラムに関する文献 4 件も考察に含めた。抽出した文献では、様々な国のターミナルケアにおけるチームアプローチが述べられていたが (表 1 参照)、地域ケアシステムが比較的把握できているイギリスとアメリカの文献について検討した。

1. 地域における高齢者の終末期ケア

1) ホスピスケアとホームヘルスケアによる終末期ケア

Folbrecht (1997) は、アメリカにおける、ホスピスケアとホームヘルスケア (在宅ケア) の違いについて述べている。ホームヘルスケアは、患者ができるだけ自立して、高いレベルの QOL を維持することを目的としている。ケアには看護師、ソーシャルワーカー、療法士などがかわるが、それらは医師の指示により、それぞれが独立して働いている。それに対して、ホスピスケアは、患者と家族を対象にしてケアが提供されており、残された日々の生活の中で患者の QOL の向上を目的にしたものである。患

者が亡くなった後には、家族へのグリーフケアも行われる。ホスピスケアにかかわるチームはインターディシプリナリーチーム (interdisciplinary team) と呼ばれ、コアメンバーとして、看護師、メディカルソーシャルワーカー、医師、カウンセラー (聖職者) が含まれる。そのほかに、ホームヘルスケアエイド、ホームメイカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、その他音楽、芸術、マッサージ療法などが含まれる。

ホームヘルスケアでは、ホスピスケアと違い、患者が亡くなる場合、薬代や、医療処置の費用は、別に請求される。看護師やホームヘルスエイドが中心になってケアにかかわるが、ソーシャルワーカーは、地域のリソースをマネージすることに焦点を当てられる。患者は、ホスピス患者と同じように、在宅において離床不可という状態でありながら、医療的な処置や、専門医の診療、急性期病棟への入院などがありうる。患者が亡くなったあとの、グリーフケアは行われぬ。それに対して、ホスピスケアを受ける患者は、在宅離床不可である必要はない。ホスピスケアは、チームによって提供され、緩和ケアが目的となる。ホスピスケアを受ける患者は、余命が 6 ヶ月以内であるという二人の医師による終末期の診断が必要とされている。

アメリカにおいては、がん以外の患者も終末期の診断がなされると、ホスピスケアを受けることができる。したがって、アメリカのホスピスプログラムでは、高齢者のホスピスケアも扱うことになる。また、ナーシングホームに入居している高齢者も、ホスピスプログラムの対象になる。(p57. Robbins, 1998)

アメリカにおいては、高齢者の終末期ケアは、ホスピスケアによる終末期ケアとホームヘルスケアにおける終末期ケアが提供されていることがわかった。

2) 在宅ケアにおけるジェネラリストによる終末期ケアの提供

—アメリカ

Zimmer and Groth-Juncker (1983) は、アメリカにおいて、慢性期、ターミナル期である、高齢者へのホームヘルスケアチー

ムの活動について報告している。これは緩和ケアスペシャリストチームではなく、在宅ケアを提供している人々がチームを組んでケアを行うことと、チームを組まない今までのやり方でのケアを行うことがどのように違うかを比較した研究である。ホームヘルスケアメンバーとして、医師、看護師、ソーシャルワーカーが患者への訪問どのように分担し、それぞれの訪問で得た情報を分かち合っているかを調べている。それぞれのメンバーがログブックに記入した結果、直接患者ケアに費やした時間は、医師 40%、看護師 35%、ソーシャルワーカー 25%であった。電話連絡のために使う時間は、医師、看護師が 10%、ソーシャルワーカー 25%であった。看護師や、ソーシャルワーカーは、医師よりも一回の訪問時間が長い。また、チームメンバーがコミュニケーションをとることが大切であり、コミュニケーションのための電話連絡、記録などに使う時間が、医師 35%、看護師 38%、ソーシャルワーカー 51%となっていた。このようにチームで働く場合はメンバー間のコミュニケーションのために時間を使いコミュニケーションを円滑にすることが重要であることがわかった。

また、Hughes, Weaver, et al(2000)は、ホームヘルスケアにおいてチームでのアプローチが患者ケアにどのような影響を与えるかについて研究した。復員軍人用の 16 の医療センターで、末期患者とそうでない患者に、チームでかかると彼らの満足度や再入院件数がどうなったかを調べた。介入群には、プライマリケアマネジャー（看護師）を含んだ患者への 24 時間体制、病院への再入院の事前許可、在宅ベースプライマリケアチームの退院計画を含んだケアを提供した。在宅ベースプライマリケアチームは、時間契約医師、ソーシャルワーカー、栄養士、セラピスト、薬剤師、ヘルス技術者（治療助手）がメンバーで、この人たちが、退院計画を立て、プライマリケアマネジャー（看護師）と、共同した。コントロール群には、今までどおりのケアを行なった。その結果、チームでかかわったグループは、末期がん患者の満足度も上がり、再入院件数も減った。また、非がん患者でも QOL が改善し、看護者の負担が軽減した

という結果を得た。このチームアプローチでは、プライマリケアマネジャーが患者の 24 時間ケアという、ケアの中心的役割を担っていた。

—イギリス

イギリスでは、ターミナルケアは、がん患者を対象としたケアとして始まり、かかる費用はナショナルヘルスサービスや、慈善事業、などでまかなっている。ホスピスは、病床、デイケア施設、外来クリニック、**domiciliary medical support**, 悲嘆フォローアップ、そして 在宅ケア看護(アドバイスのみのサービスから、24 時間対応サービス)などを提供している。これらのサービスの組み合わせや量は、各地域が決めてそれぞれのサービスと支払の契約をする。また、マクミラン財団が養成したマクミランナースは、がん緩和ケアナースで病院ベースの緩和ケアを担っている。地域看護のサポートは、マリキュリーがんケアナースが在宅看護においてがん患者対象に夜間看護サービスを提供している。(p56, Derek Doyle, Hanks and MacDonald, 1998)。現在ではイギリスでも、緩和ケアががん以外の患者にも提供されている。Doyle は、イギリスにおける緩和ケアサービスは、ニーズのアセスメントが必要であると述べている。これは、がん患者すべてが同じようなサービスが必要であるわけではなかったり、がん以外の患者で終末期の患者にも緩和ケアが必要になっているからである。また、緩和ケアスペシャリストが提供しているケアは、病院ベースのホスピス、ジェネラリストが提供している緩和ケアサービスは、プライマリ、セカンダリケアの医師らが提供しているケア (Derek Doyle, Hanks and MacDonald, 1998)。

このように、イギリスにおいても、アメリカと同様に、緩和ケアの提供が病院ベースのスペシャリスト（ホスピスベース）、地域ベースのジェネラリストによってなされている。

Goodman, Woolley, and Knight (2003) は、地域ナースがどのようにナーシングホームのターミナル期の患者にかかわっているかについて調べた。ナーシングホームのマネジャー、プライマリヘルスケアサービスに属している地域ナースに、高齢者のタ

ーミナルケアへのかかわりについてインタビューを実施した。地域ナースは、いわゆる緩和ケアスペシャリストではない。緩和ケアの教育を受けていたりするが、それぞれのナースは、ジェネラリストとして働いている。この研究では、インタビューを受けたナーシングホームのマネジャーの半分以下が、地域ナースが緩和ケアにかかわっていると述べている。彼らの認識は、地域ナースのターミナル期の患者へのかかわりはマットレスの用意や、患者が利用できるサービスをマネージすることなどであった。その他の点では、緩和ケアの専門的支援として、マクミランナースの対応があるため、地域ナースの緩和ケアへのかかわりについてはあまり期待していなかった。地域ナースへのインタビューでは、彼女たちは、ナーシングホームでの緩和ケアを協働することが難しいと感じていた。これは、ホームのスタッフの入れ替わりが多いということで、いつも地域ナースは忙しくホームのスタッフも声をかけにくいという状況が明らかになった。この研究は、地域ケアベースにおける、高齢者へのジェネラリストの緩和ケアのかかわりの難しさを挙げた文献であった。

Kurti, and Co'dowd(1995)は、一般病棟でがん以外の病気で亡くなった人の介護者にインタビューを行った。介護者へのインタビューでは、患者と彼らは、医師や看護師の訪問を受け、介護者は、看護師が話を聞いてくれたことで精神的サポートを得たととらえていた。この研究は、医師、看護師にもインタビューしている。医師は、インタビューで、半数が緩和ケアとは、症状緩和であると述べていた。がん以外の緩和ケアとしてクライテリアを作るのは難しかった。看護師は、がん以外の病気で亡くなった患者さんへのケアとして、チームアプローチが大切としている。このチームとは、地域看護師チームと、プライマリヘルスケアチームがあり、これらのチームで長期ケースについて話し合ったり、患者家族への説明の統一を図ることの大切さを述べていた。看護師の意見として、がん以外の患者のターミナルケアの状況は、がん患者と似ているが、がんとの違いは、患者は長くケアを受け(平均5.3年)、同じ地域の主治

医にかかり続け、家でケアを受け続けるということであった。

同じくイギリスの Thomas and MacMahon(2004)は、パーキンソン病の高齢者の緩和ケアについてレビューを書いている。まず、パーキンソン病のターミナル期のプロセスについて説明し、このときのケアチームとして、マルチディシプリナリーにかかわらなければならないと述べている。彼らは、特に最期の時期になったときには、緩和ケアチームがマルチディシプリナリーチームケアのパスウェイに組み込まれ、今まで在宅で過ごしてきた患者を最後の時期に施設に移すのではなく、在宅で看取る計画を立てることがよいとしている。そのためには患者家族を含めて、マルチディシプリナリーチームで話し合うことが大切と述べている。

ここでは、パーキンソン病による症状コントロール、苦痛の軽減、障害を最小限にとどめることを目標にケアがなされ、そのために緩和ケアスペシャリストナースが、理学療法士や、作業療法士、ソーシャルワーカー、栄養士などと連携を取る役割をとるように述べられている。このことをマルチディシプリナリーケアと呼んでいる。

これらの文献は、いずれもジェネラリストが緩和ケアを実施している例である。イギリスでは、緩和ケアスペシャリストがいるホスピスが、ジェネラリストと協働して緩和ケアを提供している。この協働は、多職種間にもおよび、チームの連携が高齢者やがん患者の緩和ケアに必要なということが述べられている。

2.ホスピスケアプログラムにおける高齢者のケア

ーアメリカ

先にも述べたが、アメリカにおいては、ホスピスケアが1980年代に発展した。ホスピスサービスは、在宅ベース、病院ベースとあり、対象者も、がん患者以外に、高齢者、慢性疾患の患者も含まれている。Mor, Schwartz, et al (1985)は、ホスピスケアにおけるスタッフのケア時間配分について研究している。これは、ホスピスケアの支払いシステムを確立するために、ヘルスケアファイナンシャルアソシエーションによっ

て認証されているホスピス（在宅、施設）および、そうでないホスピス（在宅、施設）における看護師の患者ケアにおける時間管理の違いをみた。これによると施設ホスピスのほうが、在宅ホスピスのスタッフより直接ケアに時間を費やしていることがわかり、在宅ホスピスの看護師のほうが、ケアのコーディネーションに時間を費やしていることがわかった。在宅ホスピスではホームヘルスエイドの患者訪問の時間が長かった。看護師の患者のかかわりは、時間がたつにつれて直接患者ケアの割合が高くなる。これは、施設ホスピス、在宅ホスピスとも変わらず、これは終末期が近づくにつれ、患者のケアニーズが高まりそれに看護師が対応していることがわかる。この研究は、支払いに関しての、ケアの質と労働時間についてなされた研究だが、ホスピスケアにおいて、看護師が患者ケア（直接ケアおよびコーディネーション）という重要な役割を担っていることがわかる。

Bohnet(1996)は、アメリカでホスピスプログラムの紹介をしている。アメリカではホスピス対象者が、ホスピス医師と、主治医の二人が、余命6ヶ月と診断されて決まる。また在宅ホスピスケアプログラムが多い。この在宅療養している患者に、インターディシプリナリーチームがどのようにかかわってケアをしているのかを述べている。このインターディシプリナリーチームにおいて、看護師は、このチームの中でケアのコーディネートをする役割を取っていると述べている。ホスピスケアにおいて、看護師は重要な役割を担っている。

また、Carter(1996)は、アメリカにおけるホスピスで、一人暮らしの人の在宅ターミナルケアについて述べている。一人暮らしで亡くなる患者は存在し、そのような患者に、パッチワークアプローチという、フレキシブルに雇われた介護人、ボランティア、ホスピスの人材をつかったケアを紹介している。この方法は、患者の友人や、近所の人といったインフォーマルな介護者が、ホスピスチームによってガイドされ、主介護者として強化されて一人暮らしの患者をケアする方法である。二つ目の方法は、症状コントロールのために施設に入ることを含めたプランを立てること、また3つ目の

方法としては、ホスピスデイケアをつくり、一人暮らしの患者さんが日中過ごすことができるという方法も示されている。そのほか、一人暮らしの患者が自宅で亡くなることのできるようなプログラムとして、ホスピスチームの訪問に加え、鍵箱を使った患者との毎日のコミュニケーション、個人安全アラームの導入や、煙探知機の設置、お金がある患者へのコンパニオンサービスなどが提案されている。これらの方法は、一人暮らしの高齢者に対する対策とも共通のものがあり、高齢者のターミナルケアの方法として参考になる文献である。

アメリカのホスピスケアでは、看護師が重要な役割を担っている。高齢者の在宅における緩和ケアの提供が、緩和ケアスペシャリストによってなされている例である。

D. 考察

以上のように、高齢者、慢性疾患患者の在宅における終末期ケアに関連した海外の文献を検討した。高齢者、慢性疾患患者の在宅における終末期ケアは、ジェネラリスト、緩和ケアスペシャリストにより提供されている。いずれにおいても、患者は在宅で生活しているため、さまざまなチームがかかわり、そのチームのコーディネーションが必要なことがわかった。この調整役割は、看護師が取っていることがわかった。ジェネラリストによるチームケアにおいても、看護師の役割は、直接患者ケア、コーディネートといったものがあがった。検討した文献においては、緩和ケアスペシャリストのほうが、コーディネートの役割の中心となり、ケア提供がスムーズに行われていた。アメリカにおける、ホスピスケアというスペシャリストのケアが高齢者、およびがん患者に提供されている状況も、日本における、高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築として、スペシャリストの必要性を示唆した。

E. 結論

欧米での高齢者のターミナルケアの現状を文献検討した。欧米においては、高齢者のターミナルケアは、地域のホームヘルスケアチームによってなされる場合と、ホスピススペシャリストによってなされる場合

があった。ホスピスケアにおける看護師の役割は大きく、コーディネートの役割を取っていることがわかった。高齢者のターミナルケアの特徴は、経過が長いことであり、すでに地域のジェネラリストとのかかわりの中で信頼関係が形成されている。この信頼関係を維持しつつ、ターミナル期に起こりうる、緩和ケアの必要性や、治療の方針の決定の必要性など、ジェネラリストが対応することができるようホスピスケアスペシャリストがジェネラリストと協同することが必要であろう。

F. 健康危機情報

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

参考文献

1. Thomas S, MacMahon D (2004) Parkinson's Disease, Palliative care and older people:part 1, Nursing Old people Vol 16,No. 1. 22-26.
2. James G. Zimmer, Annemarie Groth-Juncker, (1983) A Time-Motion Study of Patient Care Activities of a Geriatric Home care team, Home Health Care Services Quarterly Vol.4(1) 67-78.
3. Susan L. Hughes, Frances M. Weaver, Anita Giobbie-Hurder, Larry Manheim, William Henderson, Joseph D. Kublal, Alec Ulsevich, Joan Cummings, (2000) Effectiveness of Team-Managed Home-Based Primary Care JAMA, Vol.284No.22,2877-2885.
4. Claire Goodman, Rosemary Woolley, Denise Knight (2003) District nurse involvement in providing palliative care to older people in residential care homes, International Journal of Palliative Nursing, Vol9,No.12, 521-527.
5. Debra Wood Folbrecht (1997) Separate and Equal: Hospice and Home Health Care, Home Health Care Management Practice, 9(5)1-9.
6. Vincent Mor, Rachel Schwartz, Linda Laliberte, Jeffrey Hiris (1985) An Examination of the Effect of Reimbursement and Organizational Structure on the allocation of Hospice Staff Time, Home Health Care Service, Quarterly, Vol. 6(1), 101-117.
7. Nancy L, Bohnet(1996) Hospice concepts in Home care , Caring, November, 44-50.
8. Jane Carter(1996) Can Hospice care be provided to people who live alone? Home Healthcare Nurse, Vol14, No.9. 710-716.
9. M.A. Robbins, (1998) The economics of palliative care, 2.5. Oxford textbook of Palliative Medicine 2nd edition, 55-65. Oxford University press.

UK	58	David Oliver	2000	目的 advancing Motor Neurone Disease (MND) のチームケアについてのサーベイ	方法 1994年から1997年の間家でなくなくなった100の患者のしコードを調べる。	対象 10人の患者は、緩和ケアコンサルタント、スペシャリストナース、ソーシャルワーカー、ディホスピタル作業療法、理学療法、言語療法、GP、地域ナースらによって買われていた。患者は約6-8人の人々からケアを受けていた。たぐさんの職種がかわること患者にとって混乱の元になる。混乱すると、患者家族のケアがコーディネートしなくなる。これを防ぐためにMNDチームミーティングというものが開かれた。	結果の概要 このスタディにおいて、スペシャリストの役割も大切だが、コミュニティサービスにおいてのケアの役割が大切だといえる。ブライマリーヘルスケアチーム (GPやコミュニティナース)が、MNDのクリニカルチームにおける重要なメンバーとして役割を担っている。ただし、チームに不可欠な役割を担っている。	考案 このスタディにおいて、スペシャリストの役割も大切だが、コミュニティサービスにおいてのケアの役割が大切だといえる。ブライマリーヘルスケアチーム (GPやコミュニティナース)が、MNDのクリニカルチームにおける重要なメンバーとして役割を担っている。ただし、チームに不可欠な役割を担っている。	定議チームメンバー クリニカルMNDチーム、パリアティブケア代表、ソーシャルワーカー代表、障害者サービス代表、MNDアソシエーション代表	チームケアのアウトカム 関病についての物語のためかか	その他 参考: Stewart, Hotwitzer, Effendi et al. Home based intervention among patients with congestive heart failure. Arch Intern Med 1996;333:1190-95				
US	62	Tracy Creagh, RNLS, N. CORN	2000	ヘルスケアチームによる一人の患者と家族のサポート	ケーススタディ Annaの闘病物語	重度な肺疾患を持つ女性Annaと家族	6ヶ月間で病院外での死亡者は介入群9人、通常群11人、予定外再入院については介入群が98人(総入院が90日)、通常群が118人(総入院1174日)、医療機関(入院・外来・緊急対応)でかかった費用の平均は介入群で\$900、通常群は\$2200であった。通常群は再入院を繰り返す患者も多かった。通常群の平均年齢は51歳、通常群で38人であった。GOLを示すscoreは介入群が上がり、6ヶ月目では再び差がなくなかった。	低コストで緩和により介入で少なくとも6ヶ月は重症CHF患者の予定外再入院と死亡を改善することができ、再入院後の訪問は患者管理よりよいアセスメントや今後のニーズへ正確な対応を得ることができ、循環器専門看護師の訪問が最適である。患者自身も疾患の自己管理がよりできるようになる。但し訪問が通常から7-14日後であるためそれ以前に入院やめ訪問はタイムリな継続し、再入院を繰り返す患者に対する継続訪問はその後の再入院を減らす。	なし	なし	退院時に関わるのは循環器リハビリ看護師、栄養士、ソーシャルワーカー、薬剤師、地区看護師が選んでいる。更に退院後2週間以内の予約を受けるプライマリ医師管理外があるいはその面者。介入群にはこれに循環器専門看護師が加わる。	ここでのoutcomeは予測しない再入院の回数と病院外での死亡原因			
オーストラリア	63	Simon Stewart, John E. Marley, John K. Horowitz	1989	CHF患者の3ヶ月以内の再入院率と再入院後の再入院率を比較し、医師も再入院での治療がCHF治療の2/3、医療費全体の1-2%を占める。様々な慢性疾患で多量な在宅中心とした介入が再入院と病院外での死亡を減少させること示す研究から、ハイリスクのCHF患者でも費用効果が高いと判断した。また、再入院と病院外の死亡は多量によるケアは通常ケアと重なり追加したケアでの違いは見られないというnull hypothesisをたてた。	無作為に抽出したCHF患者を2群(介入群、通常群)に分け8ヶ月間のフォローアップを実施。介入群は循環器専門看護師による訪問を施す。実施内容は患者の病状のアセスメント、全身状態の評価、病状管理のための治療・薬物のアセスメント、水分・Naと運動量のチェック、心理社会的支援、地域資源の利用などである										

番号	著者	年	目的	方法	対象	結果の概要	考察	変態	チームメンバー	チームケアのアウトカム	その他
US 75	Kerend D. Robbins	1988	家族介護者への ログラム シルベニア州保 健部門の助成 で1983年7月か ら行われてき た。患者のケア をめぐる時間の FOCEPコース と、多くの介護 者(家族)の周面 においてヘルス ケアの専門職を 教育するため のLIC(ローカ ル・インストラク ター・コース)と 看護師とSWの 二つからなる。 LIC参加者は FOCEPを提供 するために教育 される。がん、 慢性疾患をもつ 人を家で介護し ている家族や養 人の介護行動 を強めることが 目的。	4年間で、178コース1,020人 の介護者がピッツバーグ大 学が研究所とベンシルバ ニア大学で教育された。132 のローカル・インストラクター チームがFOCEPのために 教育された。	在宅ケアを受ける 終末期患者	結果の概要 FOCEP参加者の20%が介護者役割が高ストレスと 報告した。FOCEP前後の比較:あまり打ちのめされ ず、その後介護経験にうまく対処できるようになると 感じていた。利用可能なコミュニティの資源につい て、より知識が深まり、ケアの経済的負担の軽減の ためにその資源を用いた。また、ヘルスケアの専門 職と家族メンバーとの連携能力が強化した。参加者 からの評価:コースの間に与えられた情報によりス トレスレベルが下がり、ケアのあらゆる局面での知 識を高め、主介護者として責任をもって対応する能 力を高めた。看護師とSWのローカル・インストラク ター・チームは、FOCEPの継続性を保証する。訓練 を受けたローカル・インストラクターは、ニーズに応 じてヘルスケア機関やコミュニティの専業所で、 FOCEPを継続して提供できる。	なし	なし	地域の緩和ケアチームがブラ イマリケアチームへのアドバ イスを行う。チームは医療や 支援レベルによって異なる。 必ず緩和ケア専門看護師が 含まれている。一人暮らしの 患者でソーシャルワーカー、 ホームヘルパー、地区看護 師、緩和ケア専門看護師、夜 間看護師(ケアアシスタント や訓練を受けた看護士)が 特に必要である。近所の人 やボランティアの支援もありら る。Macmillan nurse, Marie Curie nurseのかわり	チームケアのアウトカム (FOCEPとLIC教育)	その他
UK 84	Bill O'Neil, Ann Rodwa y	1988	緩和ケアを地域 で行う際に欠か すことのできな い内容を示して いる(タイトルは 緩和ケアの ABC:地域ケア) レビュー	—	在宅ケアを受ける 終末期患者	結果としてまとめられていることはない。項目として: 在宅ケアの標準、専門職の連携(コミュニケーション、 チームワーク、看護サービス、緩和ケアチ ーム、財政的・法的援助)、専門クリニックの参加、緊 急時(予測が可能な緊急時も含む)、介護者の休業 のケア、地域で死を迎える(亡くなった後の対応も 含む)	なし	なし	地域の緩和ケアチームがブラ イマリケアチームへのアドバ イスを行う。チームは医療や 支援レベルによって異なる。 必ず緩和ケア専門看護師が 含まれている。一人暮らしの 患者でソーシャルワーカー、 ホームヘルパー、地区看護 師、緩和ケア専門看護師、夜 間看護師(ケアアシスタント や訓練を受けた看護士)が 特に必要である。近所の人 やボランティアの支援もありら る。Macmillan nurse, Marie Curie nurseのかわり	チームケアのアウトカム (FOCEPとLIC教育)	その他

番号	著者	年	目的	方法	対象	結果の概要	洞察	定義	チームメンバー	チームケアのアウトカム	その他
US 93	Dabra Wood Folbrecht	1997	home health care と hospice care の比較			ホームヘルスケアチーム: skilled nursing, HHA, medical social worker, physical therapy, occupational therapy, speech pathology, supplies	ホスピスチーム: ekhill, medical nursing, physician, medical social worker, physical therapy, occupational therapy, speech pathology/HHA, dietary counselor, spiritual counselor, volunteer, home maker, DMA, drug and biologics, bereavement care, supplies	なし			
US 101	Nancy L. Schmetz	1998	アメリカにおけるホームヘルスケアの概観			アメリカにおけるホームヘルスケアについての概観について述べている。アメリカは、歴史的に、イギリスのホスピスのコンセプトをホームケアに持ってきたという点である。チームの中で、ナースは、コーディネーターとしての役割を担う。はじめてのケアで、患者や家族の家の状況、(身体状況、家の状態、ケアする人等)アセスメント能力が必要。また、入院する場合は、病院と家とのコーディネートを。精神的ケアもその専門のスタッフが。ホスピスケアの支えは、メデイケアによっておこなわれる。	なし	Hospice inter disciplinary team: administrator, physician(s), Nurses, aides, clergy, social workers, therapists, dietitians, and volunteers, (some place, pharmacologists, various types of counselors)		アメリカのホームケアホスピスの紹介。	
US 102	Jane Carter	1998	一人暮らしのターミナルケアについて解説			ターミナル期の一人暮らしの患者をサポートするために、いくつかのアプローチがとられる。これは、フレキシブルな選られた介護人、ボランティア、ホスピス人材が使われる。彼らは、非形式的な介護者(友達、近所の人、仕事仲間、教会のメンバー)などとして強化される。または、ホームケアチームが患者の症状コントロールのために施設にいれることも含めたプランをたてることである。また三つ目は、ホスピスケアをつくり、そこに日中一人暮らしの患者さんがくるといふものである。	なし		Live alone program という一人暮らしの患者が家でなくなるためのプログラム参加の患者は88%は家でなくなった。コントロールはとらなければならない。		一人暮らしのターミナルの患者を支える方法。
US 105		1998	ケーススタディを用いたケアのための内省	内省の文献		グリア相隣置の患者と家族の問題のケースを、どうすればよくなったか何人かの専門家CNS, MSW, MDがのべている。	問題が起こったときのチーム間の話し合いの重要性(患者のゴールの設定の共有)などが、例としてあげられた。	なし			すでに起こった事例の反省

番号	著者	年	目的	方法	対象	結果の概要	考察	定義	チームメンバー	チームケアのアウトカム	その他	
UK 109	Linda G. Kurd, Thomas C. O'dowd	1995	一般病棟においてがん以外の病気で亡くなった人の介護者に対する支援を目的としている。	学際的インタビューを4外科病棟から、20名の遺族を選び、インタビューをおこなった。またその患者のGP14名、地域看護士7名、にインタビューを行いケアチームのケアの質について分析した。		ドクター、ナースへのインタビューの結果、半分以下のケアはパリアティブケアは症状緩和とされている。がん以外の緩和ケアとしてクラリフィアを作るのは難しい。ナースは、チームアプローチが大切になっている。がん以外の患者のターミナルケアの状況は、がん患者の状況と似ているが、がんとは違い、患者は長くケアを受け(平均5、3年、)同じGPにとどまり、ケアを受け続ける。		district, nursing team, primary health care team の2つのチーム。なし	地域看護士チーム、地域看護士、ナースアシスタント、ミッドグレイドスタッフナース、	チームメンバーがかかわったため、患者の身体状況や、気持ちの向上、機能が上げられている。HIVのターミナル期は、消耗性、麻痺、失業、健康など症状がでてくるため、引き継ぎの理学療法や、高度な看護が必要になる。また残されたものへのケアについても述べられている。	チームメンバーがかかわったため、患者の身体状況、気持ちの向上、地域に属すること。	multidisciplinary care について書いてあるが、施設ケア、ホームケアについては、レスポジットケアを入魂を受け入れられていると述べている。
UK 110	Meeve Micokegh	1995	緩和ケアにおけるHIVによる痛泉ケア	施設 Midway Mission hospital での事例を挙げて解説している。		痛泉ケア:カウんセラが女性と家族に地域リエンター(CLN)を紹介。CLNが通院前に何回か訪問した。看護士が患者のケアについて詳細に説明した。看護士が患者の減少についてアセスメントした。エイズ患者のための通院手帳を渡す(パスポート)を夫と子どものために利用すること。ソーションワーカーが福祉、経済支援、住居についてアドバイス。病棟薬剤師が新薬について説明した。看護士が治療にコミュニティリエンターチーム:のCLNサポート(綿密な通院計画、Multidisciplinary teamメンバーの全ての窓口担当者のカード、HIVクリニックの予約書、CLNの訪問予定表をもつて)で在宅へ移行。継続ケアの段階:CLNがkey worker(ケースマネージャー)で、ソーションワーカー、カウんセラ、地域ナースも寄与。CLNの依頼で、看護士が自宅に訪問。地域保健センターの産科医を要請。3-4週間に1回、HIVクリニックを受診。CLNが2-3週間ごとに訪問。CLNとカウんセラが在宅死の希望を相談。パリアティブケア:最後の通院前、CLNのアレンジにより全ての関係者が参加したケアカンファレンスを開催。エイズケア教育訓練(ACEI)から2回/週のリエンターのサポート(子どもを学校からつれて帰る、その後の世話を、夫の負担軽減のため)。GPと地域ナースも関与。リエンター精神科医も要請。精神科医とGPの連携により抗うつ剤が短期間処方される。最後の2週間、地域ナースが夜間ナースも訪問。CLNと地域ナースが連携して訪問。死後:カウんセラが家族の死別bereavementカンセリングを継続。	地域においてリエンターとその他の専門職を組み合わせることが重要(ケーススタディで示した)。	なし	NHSの多職種チーム(看護士、精神科医、マディカルチーム、産科医、栄養士、薬剤師、カウんセラ、SW、リエンター、ケアの専門家、リエンター、地域リエンター、心理学者、PT)、(ボランタリー-サービス)	地域リエンターが入院中から継続的にかかわったことで、病状を遅らせる期間が高かったこと。在宅死の意向を確認し、実現。		
NZ 114	Haidi Lampp	1994	多職種によるHIV/AIDSチームのメンバーが専門領域でどのように連携するかの示すこと	ケーススタディ:ケアサイクルのモデル(コミュニティ、病院、HIVクリニックの連携)をもとに病院-地域への移行と地域での継続ケアを実施	1986年ウガンダから夫とともに来た25歳の難民女性HIV抗体+	痛泉ケア:カウんセラが女性と家族に地域リエンター(CLN)を紹介。CLNが通院前に何回か訪問した。看護士が患者のケアについて詳細に説明した。看護士が患者の減少についてアセスメントした。エイズ患者のための通院手帳を渡す(パスポート)を夫と子どものために利用すること。ソーションワーカーが福祉、経済支援、住居についてアドバイス。病棟薬剤師が新薬について説明した。看護士が治療にコミュニティリエンターチーム:のCLNサポート(綿密な通院計画、Multidisciplinary teamメンバーの全ての窓口担当者のカード、HIVクリニックの予約書、CLNの訪問予定表をもつて)で在宅へ移行。継続ケアの段階:CLNがkey worker(ケースマネージャー)で、ソーションワーカー、カウんセラ、地域ナースも寄与。CLNの依頼で、看護士が自宅に訪問。地域保健センターの産科医を要請。3-4週間に1回、HIVクリニックを受診。CLNが2-3週間ごとに訪問。CLNとカウんセラが在宅死の希望を相談。パリアティブケア:最後の通院前、CLNのアレンジにより全ての関係者が参加したケアカンファレンスを開催。エイズケア教育訓練(ACEI)から2回/週のリエンターのサポート(子どもを学校からつれて帰る、その後の世話を、夫の負担軽減のため)。GPと地域ナースも関与。リエンター精神科医も要請。精神科医とGPの連携により抗うつ剤が短期間処方される。最後の2週間、地域ナースが夜間ナースも訪問。CLNと地域ナースが連携して訪問。死後:カウんセラが家族の死別bereavementカンセリングを継続。	地域においてリエンターとその他の専門職を組み合わせることが重要(ケーススタディで示した)。	なし	NHSの多職種チーム(看護士、精神科医、マディカルチーム、産科医、栄養士、薬剤師、カウんセラ、SW、リエンター、ケアの専門家、リエンター、地域リエンター、心理学者、PT)、(ボランタリー-サービス)	地域リエンターが入院中から継続的にかかわったことで、病状を遅らせる期間が高かったこと。在宅死の意向を確認し、実現。		

高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

III-2. 地域における終末期ケアの医療的側面についての考察

分担研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所 参事研究員

要旨

高齢者(80歳以上)の終末期とは、意思疎通と摂食・嚥下が極めて困難で、日常生活動作のほとんどにおいて援助が必要な状態、ということができる。終末期の長期入院が現実的に困難になってきた現在、「地域で生き、地域で死ぬ」ことを支える老年科医と訪問看護師の協働チームが重要な役割を担うことになる。このチームによる医療は“通常の医療”、限定的な医療である。そして、療養生活に常に寄り添うべきであるが、自由な空間を支配しないような特別の配慮が肝要である。

現在もっとも求められていることは、このような終末期のあり方を自分自身が望んでいることを高齢者が明示することである。

1. 高齢者の終末期とは

終末期とは死が避けがたく差し迫っている時期で、その原因が進行性の悪性腫瘍などの場合終末期か否かの判断におおよそその一致をみる。しかし、高齢者に多い認知症(痴呆症)、心腎肺などの慢性疾患では死期の予想は容易でない。認知症ではその原因疾患によっても死亡までのプロセスは大きく異なる。原因疾患がアルツハイマー型痴呆の場合、嚥下や摂食が難しくなる時期ともなるとかなり進行期であると考えるが、それでも死期の予想は難しい。まして脳血管性痴呆では、発症の最初から嚥下や摂食に障害を持つ場合も多い。さらに、80歳以上の後期高齢期ともなると多くの悪性腫瘍でも慢性の

経過をたどり、中年期までの悪性腫瘍の終末期とは様相を異にする。

したがって、高齢者の終末期を80歳以上の後期高齢期で考えた場合、疾患特異性は減少し、慢性疾患の進行の課題と考えるほうが適っていると思われる。後期高齢者の終末期とは、三宅が痴呆の終末期の定義に述べている条件(痴呆の進行により意思疎通と嚥下が極めて困難な状態;三宅貴夫、老年精神医学雑誌11:508、2000)に加えて、日常生活動作のほとんどにおいて援助が必要な状態と定義することが妥当であると思われる。すなわち、

「高齢者(80歳以上)の終末期とは、意思疎通と摂食・嚥下が極めて困難で、日常生活動作のほとんどにおいて援助が必