

様 ご家族様へ

「訪問看護ステーションにおけるターミナルケアへの取り組み
に関する研究」へのご協力をお願い

私は、聖路加看護大学 看護実践開発研究センターの川越博美と申します。これまで訪問看護の実践や研究にかかわり、そのあり方を検討してまいりました。また、訪問看護にかかわる看護師への研修・教育などにも取り組んでおります。

この数年、訪問看護ステーションの数が急激に増え、病院ではなく訪問看護によるケアを受けて最期を迎えられる方も出てまいりました。今後、在宅ケアの充実によってその数が増えると考えられております。なぜ、高齢者の方々が、最期まで病院ではない場所（自宅等）で過ごすことが可能であったのかを明らかにすることは、ご利用者様・ご家族の皆様にとって、また訪問看護ステーションにとっても有用と考えます。

そこで、このたびご家族（ご遺族）の皆様のご理解とご協力のもとで、ターミナルケアという貴重な経験をなさった訪問看護ステーションにご協力賜り、高齢者の方々の地域ケアシステムを作っていくための研究に取り組むことになりました。具体的には、訪問看護ステーションの管理者・看護師の方々にお話をうかがい、あわせて関連する記録物を拝見させていただくことを計画しております。あくまでも管理者・看護師の方々のご経験を中心にはうかがいますが、お話いただく内容の関係上、ご利用者様についてもお聞きすることになります。

看護師の方々にお話いただく内容：ご利用者様の経過の概略、ターミナル期（亡くなる少し前の時期）に看護師が行ったこと、ご利用者様へのケアを振り返って良かった点、もしあれば改善すべき点などについて

今回、あなた様のご家族が利用された訪問看護ステーションの管理者・看護師の方々から、お亡くなりになったご利用者様についてのお話をうかがうことについて、事前にご家族のご同意をいただきたいと思います。と存じます。

ご家族の皆様をお願いしたい点は、

1. 訪問看護ステーションの管理者・看護師に、ご利用者様についてのお話をうかがうことの同意
2. 訪問看護ステーションが所有する、ご利用者様に関する記録物を拝見させていただくことの同意

の2点です。

ご協力いただくにあたり、以下のようなお約束をいたします。

- ・ 得られたご利用者様に関する情報は、本研究の目的以外には使用いたしません。また、他人に知られないように厳重に管理いたします。
- ・ 研究結果を学会発表等で報告する場合は、研究目的とする事実関係が損なわれない範囲で、個人を特定しうる情報を匿名の内容に置き換えた表現にいたします。また、訪問看護ステーションや利用者の方が特定される情報が表に出ることは一切ございません。
- ・ 私どもの勝手な思い込みが入らないようにするため、看護師の方々の同意を得てお話の内容を録音させていただくことがあります。その音声記録や文字化した会話は、研究終了後、責任を持って処分いたします。

この申し出をお断りになったとしても、あなた様へのいかなる不利益もございません。いったん同意なさった後でも、いつでも同意を取り消すことができます。何か不明な点やご質問等がありましたら、いつでも答えたいと存じますので、直接下記宛にご連絡くださるか、あるいはご利用になった訪問看護ステーションにご連絡いただいても結構です。

以上をご理解いただいた上で、私どもが訪問看護ステーションの管理者・看護師の方々からお話をうかがうことにご同意いただけるか否かについて、別紙の同意書にてご回答くださいますようお願い申し上げます。

同意書は、ご同意のいかんにかかわらず、同封の返信用封筒にて 月 日 ()までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

研究代表者：川越博美（かわごえ・ひろみ）

〒104-0045 東京都中央区築地3-8-5

聖路加看護大学 看護実践開発研究センター

電話/ FAX: 03-6226-6383

E-mail: hiromi-kawagoe@slcn.ac.jp

同意書(返送用)

東京大学医学部長 殿

私は、下記の研究について、研究者：川越博美（聖路加看護大学 看護実践開発研究センター）から別紙説明書による説明を受け、これを十分理解しましたので、研究者が訪問看護ステーションの管理者・看護師にお話をうかがうこと、記録物を見ることの同意について、以下のように回答いたします。

説明事項

1. 研究の内容について
2. 研究に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
3. 研究に参加することに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について

記

研究課題：

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

— 訪問看護ステーションにおけるターミナルケアへの取り組みに焦点をあてて —

同意する 同意しない
(いずれかに○印をお付けください)

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

ご利用者様との続柄 _____

ご利用になった訪問看護ステーション名 _____

別紙、説明書を参照願います。

資料4 事例経過表

T氏 (96歳 男性)

現病歴	腰痛症 (原因不明)
生活背景	S市在住 妻が亡くなった後から独居。身の回りのことが出来なくなり、息子の世話にはなりたくない・自分のことは自分でやりたいと、近くのビジネスホテルへ宿泊。2001年、老人保健施設入所。入居者が多い老健施設よりも少人数でケアが受けられるケアホームを希望し、移ることになった。
家族背景	キーパソン (息子、都心在住)
経 過	
年 月	情報・ケア内容等
2001年8月	ケアホーム入居、訪問看護開始。入居翌日、転倒する。擦過創あり、医師が創処置施行。ADL:杖歩行
9月	24日緊急転倒、皮下出血あり創処置。26日受診
10月	10日腹部膨満、受診、X-Pにて便秘あり。下剤内服するが、コントロールつかず。
11月	7日受診時ピオフェルミン処方される。8日に処方された薬を嫌がり、自分で座薬使用。夜に下剤内服するよう再調整。その後、コントロール良好。足背浮腫著明。
2002年1月	29日腰背部痛、受診。X-Pにて骨の変形あり、鎮痛剤処方される。
2月	4日側腹痛のため、不眠。食欲低下、不安感増強。鎮痛剤内服中止、座薬使用。医師に相談。
3月	8日腰痛軽減。背部打撲、鎮痛剤により少し良くなる。安全のため、夜間ポータブルトイレ使用となる。以後、夜間、室内で過ごすようになる。
5月	8日微熱、腰背部痛、食欲低下あり、受診。感冒? 点滴・内服。 9日腰背部痛、座薬挿入。17日転倒、外来受診同行、創処置。 21日腰背部痛、座薬挿入。痛みとりきれず。介護用マットレスレンタル予定。31日まだ創滲出あり。
6月	体調良い。
7月	8日眼脂、発赤、掻痒感あり。点眼薬処方。 12日時々微熱あり、体力低下気味。食欲ムラあるが、お菓子食べている。元気あり。
8月	15日固形物嚥下時にムセあり。
11月	8日お茶、味噌汁でムセ、とろみ調整でOK。22日とろみをつけても時々ムセあり。
12月	24日食欲なし。嘔吐、微熱。薄着しているため、もう少し衣類増やす。エンシュア飲む。

2003年1月	<p>5日臀部痛、微熱。受診</p> <p>8日痛み持続、鎮痛剤増量。便秘あり。GE・摘便施行。</p> <p>10日痛み持続。便失禁少量ずつあり。整形外科にコンサルト、受診後入院(11日間)。退院後、徐々にADL低下し、ベッドで過ごすことが多くなる。食堂までは何とか歩いてくる。入浴好きで毎日入っていたが、だんだん入れなくなってきた。</p> <p>24日めまい。何かあったら連絡してもらおうようヘルパーに伝える。</p> <p>29日下剤内服しているが、少量しか出ない。自分で坐薬使いたい。</p> <p>31日腰痛変わらず、週1回受診、筋注。食欲はまあまあ。</p>
2月	<p>7日腰痛まあまあ。座薬1回/日でコントロール。</p> <p>14日受診時不眠を訴え、眠剤処方される。ADL改善し、月末に入浴できるようになる。</p> <p>排便コントロール、GE/摘便実施。陰部洗浄・更衣</p>
3月	<p>7日排便コントロールできる。</p> <p>28日下肢浮腫著明、腰痛持続。車椅子で歩行可、入浴。</p>
4月	<p>14日腰痛、2回/日座薬挿入。</p> <p>22日痛みのため、座位とれず。座薬増量。</p> <p>23日食事姿勢悪く、見守り必要。食欲低下、むせ。とろみをつけたエンシユア摂取してもらい。イライラしており、ヘルパーさんに手をあげたり怒鳴ったりすることあり。座薬を使っても痛みが取れず、徐々にADL低下。腰痛増強し、入院勧めるが、拒否。</p> <p>25日精神的には少し落ちついてきたが、あまり食欲なし。以前から食が細かったが、ますます食欲がなくなり、痩せてくる。</p> <p>29日尿量減少。</p> <p>30日皮膚乾燥、元気なし。</p>
5月	<p>1日家族とも相談し、ケアホームで点滴実施。点滴に時間がかかり、「もうイヤだ」と。昨夜食事ほとんど全量摂取。今朝は少量のみ。痰がらみあり。腰痛変わらず。</p> <p>4日訪問前自分で坐薬入れ、軟便あり。手持ちのムコダイン内服。</p> <p>6日食欲低下。ミキサー食程度に変更。痰がらみや改善。るいそう著明。</p> <p>7日昨夜、今朝トロロ汁1杯ずつ摂取。水分摂取量少なく、尿量減少。痰がらみ軽減したが、声に力がない。点滴・入院拒否、医師に報告。このまま看取りの方向で、家族とも連絡。往診依頼。</p> <p>8日痰がらみ。自力摂取あり。腹部膨満、「苦しい」とのことでGE施行。普通便、排ガスあり。昨日よりポータブル移動楽にできる。仙骨部発赤。</p> <p>10日本人が来てほしいと筆談。四肢冷感あり、毛布かけるがすぐにはいってしまう。腰部痛、インドメタシン軟膏塗布、さすっていると入眠。ずっと傾眠がち。朝おもゆ少し摂取。排尿ごく少量。</p> <p>12日朝、血圧測定できず、意識混濁、12時過ぎ永眠。</p>

Y氏 (97歳 女性)

現病歴	痴呆
生活背景	S市在住 人の識別できず。他の施設で夫と二人暮らしをしていたが、夫の体調によりY氏への対応にむらがあり、Y氏が不安定となるため、二人を別々の施設でケアすることになった。Y氏はケアホームに入居、夫は老人性うつにて精神科病棟へ入院、その後一時退院し、精神科病棟で亡くなった。
家族背景	キーパソン (娘二人、都心在住)
経 過	
年 月	情報・ケア内容等
2000年6月	訪問看護1回/週、開始する。
9月	訪問時、排便コントロール状況を確認。ADL: 伝い歩き可。
10月～ 2001年7月	1回/週の訪問看護継続。1～2回/月、便秘のためGE・排便の緊急訪問実施。
8月	排便コントロール、清潔ケア、服薬指導。尿失禁頻回、陰部清拭実施。
9月	排泄見守り、GE
2002年3～4月	3月30日～4月2日発熱のため入院
10月	5日～16日慢性硬膜外水腫のため入院
11月～12月	11月13日～12月11日発熱のため入院 尿道カテーテル留置
2003年7月	エンシュアリキッドほとんど摂取できず、呼名にほとんど反応なく入院、月末退院。
8月	2日～10日呼名に開眼せず、痛覚刺激に反応あり。経口摂取、介助にて水分少量可。38℃以上の発熱あり。 17日往診後、医師から娘へ説明。娘、ケアホームでの看とりを希望。看とりのため、部屋の移動や、環境整備を行う。 18日介助にてお茶200ml飲める。十分に経口摂取できるまで点滴続行の指示あり。ステロイド入り維持輸液500mlをほぼ毎日点滴、連日訪問。SpO ₂ 80%台、血圧90台で経過する。
9月	ステロイド入り維持輸液500ml、滴下量を少なくして持続で点滴。 1日～4日体調やや改善、咳嗽減少。両足背浮腫減少。娘の面会あり。 5日意識レベル低下、呼名に反応なし。呼吸状態悪く、チアノーゼ様、SpO ₂ 80%。 家族と相談し、付き添うかどうか決める。 19日まで点滴続行。 22日、死亡。

M氏 (97歳 女性)

現病歴	痴呆、高血圧、貧血
生活背景	E区在住。息子夫婦と同居。2002年10月から同グループのクリニックより往診。時々、夜間の譫妄、徘徊あり。2003年11月17日譫妄のため眠前にユーロジン内服、翌日はやや覚醒不良だったが、翌々日意識レベル低下、脳梗塞の疑いあり。高齢のため、家族が自宅でみることを希望。
家族背景	キーパソン (長男)
経 過	
年 月	情報・ケア内容等
2003年11月	訪問看護1回/週開始、家族の希望により亡くなるまで1回/週ペースで継続。
12月	3日ADLの低下にともない、仙骨部に褥そう発生。処置と悪化予防、介護指導等の目的で訪問看護を続行する。
2004年1月	誤嚥、痰も多く、抗生剤投与。数日で回復したが、夜間の不眠が問題となる。眠剤でコントロールする。
4月	8日食事摂取良好、ほぼ安定した状態で経過。 12日眠剤いつもの半量内服後、覚醒不良で、嚥下困難となる。水分摂取で誤嚥? 意識レベルI-100、熱発、肺炎様症状出現。 15日血圧130代、体温37℃、SpO ₂ 94(room air)、SpO ₂ 97(O ₂)、タッピング、吸引実施。 22日血圧60代、覚醒せず、前日から経口摂取不可。連日の訪問看護が可能と伝える。家族は点滴等の処置をせず、訪問看護1回/週を受け、このまま自宅で見ていくことを希望。 23日家族より呼吸停止の連絡あり。

K氏 (86歳 男性)

現病歴	アルツハイマー型痴呆 脱リウマチ筋痛症疑い
生活背景	E区在住。息子夫婦との5人家族。2003年6月関節痛のため同グループのクリニック受診。痴呆のため問題行動あり、仙骨部に褥瘡あり、訪問看護1回のみ実施。以後、介護負担の軽減目的で、月～土デイサービスを利用していた。
家族背景	キーパソン (嫁、娘の介護への影響力強い)
経 過	
年 月	情報・ケア内容等
2003年11月	主介護者の嫁から電話あり。食欲低下、内服できなくなる。介護不安を訴え、訪問看護開始。
2003年12月～ 2004年3月	状態はほぼ安定。 蜂窩織炎、褥瘡、転倒による擦過傷からの化膿瘡の処置を実施 ケア終了後に嫁の話聞くようにする。 巡回入浴サービス利用 便秘・下痢の繰り返し、痴呆症状の進行 嫁の介護負担を軽減するため、時々、デイサービスやショートステイを利用
2004年4月	徐々にADL低下し、ほぼ寝たきり状態となる。巡回入浴サービス中止。 5日巡回入浴サービス後、低体温、血圧低下あり。医師から家族へ「危険な状態。緊急入院をしたほうがよい」との説明あるが、自宅で点滴、抗生剤投与、酸素吸入をしながら見ていくことを選択。以降、連日訪問看護実施。 6～8日血圧60～80代で経過し、その後一時的に回復 14日以降、再び血圧下降、肺炎症状悪化。抗生剤と維持輸液を続行、吸引実施。 尿量減少、浮腫出現、SpO ₂ 低下。医師から家族へ「このまま血圧が下がると、点滴ルートの確保も難しくなると説明」あり。家族と自宅で見ていく方針を確認。 16日一時的に経管栄養チューブ挿入し、少量注入。 18日呼吸状態悪化。状況説明、家族は入院させるべきかどうか悩むが、最期まで自宅で看ることを決める。 19日死亡 医師の往診：4月死亡確認を含め、8回あり。

IV. 考察・提言

文献検討、インタビュー調査の結果をふまえ、最期のときまで高齢者の尊厳を守る高齢者のターミナルケアシステムについて考察し、提言する。

高齢者のターミナルケアシステムの条件として以下の4項目が示唆された。

- ①高齢者それぞれが望むなじみ深い生活の場所で最期を迎えることができる。
- ②高齢者の意思と家族の意思を尊重したターミナルケアができる。
- ③24時間体制でチームでケアを提供することができる。
- ④在宅ケアチームと在宅緩和ケアチームが協働してターミナルケアを提供することができる。

1. 高齢それぞれが望むなじみ深い生活の場所で最期を迎えることができる。

高齢者はさまざまな場所で生活をしている。高齢者自身の希望と高齢者自身をとりまく家族の状況や生活状況を加味して生活の場所を選んでいる。この状況は、十分とは言えないまでも、高齢者が生活の場所を選ぶことができるほど多様な高齢者サービスが提供されているとも言える。しかし、生活の場所で医療的なケアが必要になったりターミナルになると、なじみ深い生活の場所から離れ医療機関に入院することが多い。高齢者の尊厳を守るということは、住み慣れた場所での生活の継続と長い間紡いできた人間関係の継続を保証することであると言われている。したがって医療が必要になり、生活の場所から離れることは高齢者の尊厳を脅かすことにもつながる。もちろん生命に関わる病気で医療機関でなければできない治療が必要な場合は生活の場を離れ入院をすることは必要である。しかし高齢者のターミナルケアのように生活をベースにしたケアが基本である場合、必ずしも入院する必要はない。したがって、それぞれが望むなじみ深い生活の場所（自宅・特別養護老人ホーム・グループホーム・有料老人ホーム・小規模ケアホームなど）で最期を迎えることができるシステムが重要である。

2. 高齢者の意思と家族の意思を尊重したターミナルケアができる。

高齢者自身がどのような最期を迎えたいかを最優先すべきであるが、自分の意思を文書で残すことが習慣化していない現状では、家族が高齢者の意思を汲み取っていることが多く、家族の意思を確認しながらケアを提供していた。また高齢者と家族が最期をどのように迎えたいかを決めることはた易いことではなく、決めることを支援することも必要となる。ターミナルケアの過程において、高齢者と家族がどのような最期を選べば良いが情報を提供しながら決める過程を支援するケアが重要である。

3. 24時間体制でチームでケアを提供することができる。

先行研究でもすでに報告されているが、24時間体制とチームケアは高齢者のターミナルケアの重要な要件であった。24時間ケアは、①いつでも連絡がとれる。②緊急時に訪問ができる。③ケアが必要なときに24時間いつでも計画的に訪問できるの3パターンがある。高齢者のターミナルケアは生活支援が基本であることを考えれば、ケアが必要なときに24時間いつでも計画的に訪問を受けられる24時間ケアシステムが必要である。

チームケアは、介護保険の在宅サービスでかなり定着してきたが、一般的な異なった組織のメンバーがチームを組む高齢者ケアのチームでは、一般的な高齢者ケアは可能であるが、ターミナルケアでは、情報がすばやく交換でき、ケア方針の共有ができるより濃厚なチームケアが求められる。どのような職種でチームを組めばよいかということも重要であるが、ターミナルケアにおけるチームのあるべき姿を模索する必要がある。

4. 在宅ケアチームと在宅緩和ケアチームが協働してターミナルケアを提供することができる。

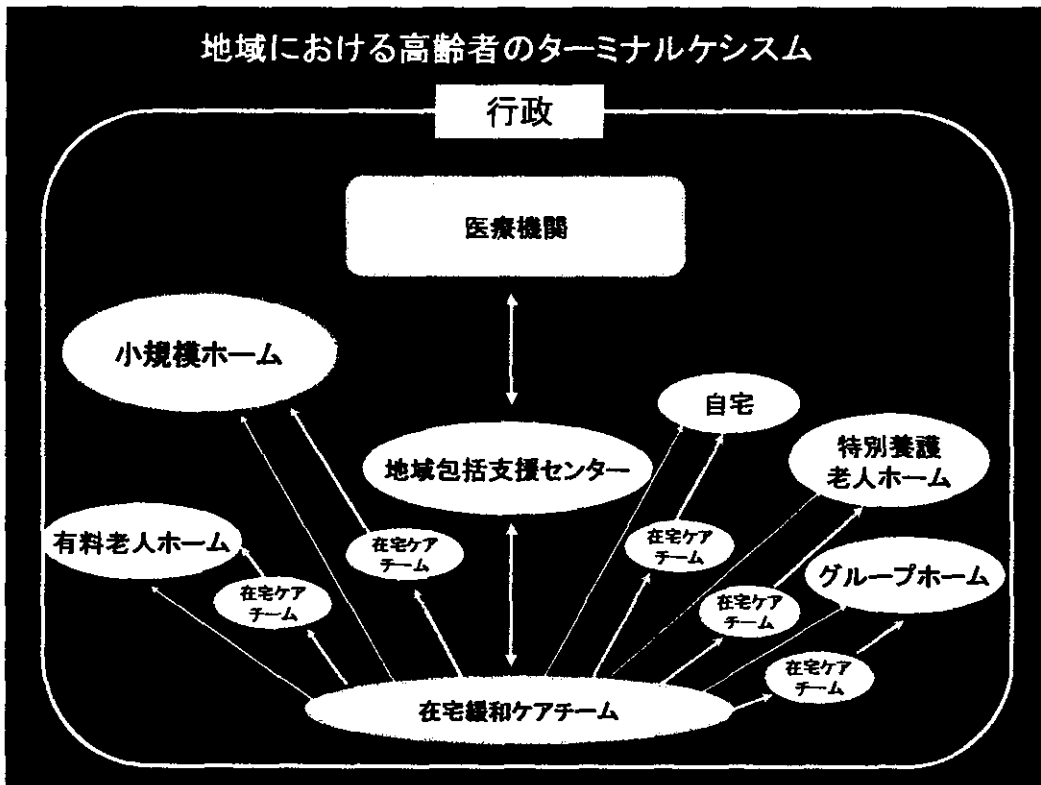
介護保険による高齢者の在宅サービスは、在宅ケアチーム（かかりつけ医、訪問看護師、ホームヘルパー、PTなど）によって提供されている。生活支援の延長線上にターミナルケアがあること考えればこの在宅ケアチームが日常のケアに引き続きターミナルケアを提供することが理想的である。しかし在宅ケアチームはプライマリケアチームであり、ターミナルケアとしてより専門的なケアが必要になった場合は、在宅ケアの限界として入院を余儀なくされる。そこで最近多く活動が報告されている在宅緩和ケアチームと既存の在宅ケアチームが協働することによる高齢者のターミナルケアシステムが考えられる（図）。

在宅緩和ケアチームは終末期の症状コンとロール死の看取りではより専門的なケアを提供するチームであり、基本的には、在宅末期医療総合診療料を算定しているチームである。従って末期がん患者が中心となるが。高齢者の死因の第1位が悪性腫瘍であることを考えれば、高齢者のターミナルケアに在宅緩和ケアチームを組み入れることは有効であろう。また今後、在宅緩和ケア基準が作成され、末期がんだけでなくその他の疾病によるターミナルケアも在宅末期医療総合診療料で算定されるようになるべきであろう。米国では、在宅サービスは、home care agency と hospice care agency で提供されており、一般的な在宅ケアと不治の病をもった人を対象としたホスピス・緩和ケアに分かれており、それぞれのケア基準も診療報酬も異なっている。

在宅ケアチームと在宅緩和ケアチームが協働して生活の場所でターミナルケアを提供するシステムは、①在宅ケアチームあるいは在宅緩和ケアチームそれぞれが直接サービスを提供する。②あるいは在宅ケアチームが直接サービスを提供するが、より専門的なケアが必要な場合は在宅緩和ケアチームがコンサルテーションを受けるというシステムである。

この2つのチームが協働することで、高齢者と家族の意思を尊重した24時間チームで対応できるターミナルケアシステムが可能になると考えられる。

このようなシステム構築には、行政が関わり、市町村のシステムとして確立する必要がある。



V. 研究成果

国際アルツハイマー病協会

第20回国際会議・京都・2004

日本語演題名:

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組み

英語演題名:

Terminal care for the elderly with dementia in a group-home setting: A case study

小林小百合 Kobayashi Sayuri: 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学*

Department of Community Health Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo,
Japan

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1、03-5841-3597、sayurik-ky@umin.ac.jp

山本則子 Yamamoto-Mitani Noriko:TBIリハビリテーションセンター

TBI (Traumatic Brain Injury) Rehabilitation Research Center

永田智子 Nagata Satoko: ※

村嶋幸代 Murashima Sachiyo: ※

川越博美 Kawagoe Hiromi: 聖路加看護大学 看護実践開発研究センター

St.Luke's College of Nursing Research Center for Development of Nursing Practice, Tokyo, Japan

高橋龍太郎 Takahashi Ryutarō: 東京都老人総合研究所

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Japan

和文抄録本文: 痴呆性高齢者グループホーム(以下 GH とする)でターミナルケアを可能にする要因と、ホーム長によって望ましいと評価されるターミナルケア事例のプロセスを明らかにすることを目的に、ターミナルケア実施経験のある GH 管理者1名にインタビューした。質的分析を行った結果、GHでのターミナルケアを可能にする要素には、a.ターミナルケアに焦点を当てた往診医などの特設な連携体制づくり及びスタッフ教育など GH 内部の体制づくり、b.安定した患者の状況、c.看護職が GH にいること、d.ホーム長のターミナルケアに対する特別な熱意、が挙げられた。ホーム長に望ましいと評価されるターミナルのプロセスには、a.ターミナル期以前の家族との関係形成、b.ターミナルに関する家族中心の意思決定、c.家族のターミナルケアへの参加、d.家庭生活に近い環境づくりのためのケア、といった要素が見出された。

英文抄録本文:A qualitative, open-ended interview to one group-home (GH) director for the elderly with dementia was conducted in order to elucidate 1) the factors that enable the terminal care at GH, and 2) the process of terminal care that was evaluated desirable by the director. The interviewed director has had previous experiences of terminal care at the GH. In the qualitative

analysis of the interview data using constant comparative technique, the following themes have emerged. For the factors that enable the terminal care at GH: 1) establishing the collaborative relationship with outside facilities (clinics, visiting nurses) with the emphasis on terminal care at the GH, and preparing the GH for terminal care (staff and family education, staffing, etc.); 2) stable patient condition; 3) presence of nurses in the GH; and 4) exceptional motivation of GH director for terminal care. For the processes of desirable terminal care: 1) developing collaborative relationship with patient's family prior to the terminal stage; 2) family-centered decision making regarding terminal care; 3) family participation in the terminal care; and 4) individualized arrangements to develop the home-like environment.

VI. 参考文献

川越博美

<雑誌>

1. Fukui Sakiko, Fukui N, Kawagoe Hiromi. Predictors of place of death for Japanese with advanced-stage malignant disease in home care settings: a nationwide survey, *Cancer*, Jul 15;101(2), 421-429, 2004.
2. Sakiko Fukui, Hiromi Kawagoe, Masako Sakai, Norio Nishikido, Hiroko Nagae, Toshie Miyazaki. Determinants of the place of death among terminally ill patients under home hospice care in Japan. *Palliative Medicine*, 17,445-453, 2003.
3. 川越博美, 開原成允: 対談 ヘルスリサーチを語る 第6回新しい潮流—在宅ホスピスケア. *Health Research News ヘルスリサーチニュース*, 36, 2-8, 2003.
4. 杉本昌子, 高石純子, 川越博美, 後閑容子, 春山早苗, 石田千絵, 河原加代子: 病院と在宅におけるがん終末期のQOL—看護記録の分析を通して—. *東京保健科学学会誌*, 6 (1), 26-37, 2003.
5. 川越博美: 特集「ターミナル期をどう介護しますか?」Ⅲ 在宅でのターミナル期の介護. *おはよう21*, 14 (13), 28-33, 2003.
6. 川越博美: 早期退院連携ガイドラインとは. *コミュニティケア臨時増刊号10月* (社団法人全国訪問看護事業協会変, 川越博美監修, 早期退院ガイドライン), 6-9, 2003.

<著書>

7. 川村佐和子監修, 川越博美, 大田章子, 清崎由美子, 本道和子, 原礼子, 小倉朗子, 尾崎章子, 松下祥子, 箭内順子, ホンダ彰子, 数間恵子, 島内節, 乙坂佳代: 実践看護技術学習テキスト 在宅看護論, 日本看護協会出版会, 2003.
8. 村嶋幸代, 川越博美訳, Caroline McCoy White 編: いま, 改めて公衆衛生看護とは一定義, 役割と範囲, 規範—, 日本看護協会出版会, 2003.
9. 中西陸子監修, 川越博美, 山田雅子編著, 馬庭恭子編集協力, 内田千佳子, 川原加代子, 児玉

邦子, 櫻井尚子, 澤田和美, 田中久江, 千田みゆき, 成木弘子, 馬面千春, 星野明子, 村松ちづか, 吉田千文, 渡辺裕子: TACSシリーズ 12 在宅看護学. 建帛社, 2003.

10. 川越博美監修, 村松ちづか編著: 終末期の自己決定を支える訪問看護 療養者・家族がともに納得できる最期を迎えるために. 日本訪問看護協会出版会, 2003.

村嶋幸代

<雑誌>

1. Sachiyo Murashima, Kiyomi Asahara. The Effectiveness of the Around-the-Click In-Home Care System: Did It Prevent The Institutionalization of Frail Elderly? *Public Health Nursing*, 20(1), 13-24, 2003.
2. Sachiyo Murashima, Azusa Yokoyama, Satoko Nagata, Kiyomi Asahara. The Implementation of Long-Term Care Insurance in Japan: Focused on the Trend of Home Care. *Home Care Management & Practice*, 15(5), 407-415, 2003.
3. Ymiko Momose, Kiyomi Asahara, Sachiyo Murashima. A Trial to Support Family Caregivers in Long-Term Care Insurance in Japan: Self-Help Groups in Small Communities. *Home Health Care Management & Practice*, 15(6), 494-499, 2003.
4. Kiyomi Asahara, Yumiko Momose, Sachiyo Murashima. Long-Term Care Insurance in Japan. *Disease Management and Health Outcomes*. 11(12), 769-777, 2003.
5. 村嶋幸代: 看護学の発展に向けた看護家学会の学術的連携 日本看護科学学会が成してきたこと, 成そうとしていること. *日本看護科学学会誌*, 23 (1), 83-88, 2003.
6. 吉岡京子, 岡本有子, 村嶋幸代: 日本の地方公共団体に働く保健師の施策化に関する文献レビュー. *日本地域看護学会誌*, 5 (2), 109-117, 2003.

7. 村嶋幸代：保健師の免許制度は必要 本誌4月号の坪倉論文・菅原論文をよんで. 保健婦雑誌, 59 (6) , 536-539, 2003.
8. 永田智子, 村嶋幸代：訪問看護の役割. 体の科学, 232, 26-30, 2003.
9. 永田智子, 村嶋幸代, 春名めぐみ, 北川定謙, 倉持一江, 古谷章恵, 堀井とみよ, 湯澤まさみ, 田上豊：介護保険施行後の保健師活動に関する調査 (第1報) 介護保険事業へのとりくみに焦点をあてて. 日本公衆衛生雑誌, 50 (8) , 713-723, 2003.
10. 村嶋幸代：「要介護等高齢者」の指標. 保健の科学, 45 (12) , 887 - 891, 2003.
11. 村嶋幸代, 田口敦子, 蔭山正子, 都筑千景, 安齋由貴子, 麻原きよみ, 錦戸典子：保健師によるグループ支援活動の理論および実証研究に関する課題. 看護研究, 36 (7) , 85-89, 2003.
12. 村上洋史, 春名めぐみ, 村嶋幸代, 吉岡京子, 永田智子：地域母子保健事業の継続と発展の要因. 日本地域看護学会誌, 6 (2) , 55-61, 2003.
6. 井藤英喜, 高橋龍太郎, 荒木厚, 藤掛不二子, 石井均：高齢者糖尿病患者を診る視点. 糖尿病診療マスター, 1 (4) , 445-462, 2003.
7. 高橋龍太郎：知っておきたい！入浴のリスクと対策. ふれあいケア, 9 (8) , 19-21, 2003.
8. 高橋龍太郎：高齢者の入浴事故防止のために - 入浴に関連した事故調査から - . 訪問看護と介護, 8 (10) , 808 - 812, 2003.
9. 高橋龍太郎：日常に潜む危険を予防するために - 入浴中の急死と転倒についてITに期待すること - . Nature Interface, 14, 14-17, 2003.

<著書>

10. Takahasi R, Flaherty J: The use of complementary alternative medical therapies among older persons around the world. In Clinics in Geriatric Medicine on Anti-Aging, eds. Morley JE, Flaherty JH, Elsevier, 2004.
11. 高橋龍太郎：自立（自律）に関わる高齢者の心身の変化とその評価. 高齢者看護学（小玉敏江, 亀井智子編）, 31 - 43, 中央法規, 2003.
12. 高橋龍太郎：高齢者の疾患と栄養改善へのストラテジー（高針龍太郎, 齋藤昇編著）, 第一出版, 2003.
13. 高橋龍太郎：ターミナルケア. 老いこころを知る（柴田博, 長田久雄編）, 136-150, ぎょうせい, 2003

山本則子

<雑誌>

1. Yamamoto-Mitani N, Ishigaki K, Kuniyoshi M, Kawahara-Maekawa N, Hayashi K, Hasegawa K, and Sugishita : Factors of positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. Research in Nursing and Health, 26, 351-365, 2003.
2. Yamamoto-Mitani N, Ishigaki K, Kuniyoshi M, Kawahara-Maekawa N, Hayashi K, Hasegawa K, Sugishita C: Subjective quality of life and positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. Quality of Life Research, 13 (1), 207-221, 2004.
3. Cadogan MP, Schnelle JF, Yamamoto-

高橋龍太郎

<雑誌>

1. Fujiwara Y, Chaves P, Takahashi R, et al Arterial pulse wave velocity as a marker of poor cognitive function in an elderly community-living population. Journal of gerontology, 2004.
2. Takahashi R, Liehr P: His-story as a dimension of the present. Journal of American Geriatric Society, 52(9), 1594-1595, 2004.
3. Ohshima H, Murashima S, Takahashi R: Approach of nursing care for stroke Patients with right brain damage: Focusing on agnosia and apraxia. Nursing and Health Science, 6(2), 115-121, 2004.
4. Liehr P, Takahashi R, Lui H, et al: Bridging distance and culture with a cyberspace method of qualitative analysis. Advance in Nursing Sciences, 27(3), 2004.
5. Matsushima S, Matsushita M, Takahashi R, et al: Multiple pathology and tails of disability. Geriatrics and Gerontology International, 3, 189-199, 2003.

- Mitani N, Cabrera G, Simmons SF: A Minimum Data Set prevalence of pain Quality indicator: Is it accurate and does it reflect differences in care processes? *Journal of Gerontology, Medical Science*, 59(3), 281-285, 2004.
4. Yamamoto-Mitani N, Abe T, Okita Y, Hayashi K, Sugishita C, Kamata K: The Impact of subject/respondent characteristics on a proxy-rated quality of life instrument for the Japanese elderly with dementia (QLDJ), *Quality of Life Research*, 13(4), 845-855, 2004.
5. Aneshensel, CS, Botticello, AL, Yamamoto-Mitani N: When caregiving ends: The course of depressive symptoms after bereavement. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004.
6. 山本則子: 米国におけるナースプラクティショナーとクリニカルナーススペシャリスト. *インターナショナルナーシングレビュー* (日本語版), 26 (3), 82-91, 2003.
- <著書>
7. Yamamoto-Mitani N, Aneshensel CS, Levy-Storms L: Patterns of family visiting with the institutionalized elderly: the case of Dementia(Summary). In BJ Vellas(Editor-in-chief), *Research and Practice in Alzheimer's Disease and Cognitive Decline*, Springer, 2003.
- & Management, 15(5), 407-415. 2003.
2. 永田智子, 村嶋幸代, 春名めぐみ, 北川定謙, 倉持一江, 古谷章恵, 堀井とみよ, 湯澤まさみ, 田上豊: 介護保険施行後の保健師活動に関する調査 (第1報) 介護保険事業へのとりくみに焦点をあてて. *日本公衆衛生雑誌*, 50 (8), 713-723, 2003.
3. 永田智子, 村嶋幸代: 訪問看護の役割. *体の科学*, 232 (特別企画 在宅医療), 26-30, 2003.
4. 錦戸紀子, 永田智子, 福井小紀子: グループ支援におけるアセスメントと評価. *看護研究*, 36 (7), 589-601, 2003.
- <著書>
5. 永田智子, 村嶋幸代 (分担執筆): 高齢者の退院支援. *老年医学update 2003-04* (日本老年医学学会雑誌編集委員会編集), 東京, メジカルレビュー, 133-140, 2003.

永田智子

<雑誌>

1. Sachiyo Murashima, Azusa Yokoyama, Satoko Nagata, Kiyomi Asahara: The Implementation of the Long-Term Care Insurance in Japan: focused on the trend of home care. *Home Health Care Practice*