

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践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ない。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 ーアメリカ

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。

ーイギリス

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リ、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.

[illegible]

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
US 31	Sande ep Wadhw a, Risa Lavis o- Moore y	2000	質向上(QI)の 環境の促進に 焦点をあてた 委員会が、患者 委員会、病者 集団(終末期疾 病、精神疾患) に対する質向 上の努力 効果と開発、合 同の促進をア セスメントする ことに関心を 持った。1997年 12月8日質向上 環境小委員会 に示された改 訂版報告書	システムティックレビュー、 MEDLINEとGENMED、 1977-1997年。キーワー ド: mental disorders, psychotic disorders, aged, palliative care, hospice care, terminally ill		52原著のうち、24研究が基準を満たした。患者と 家族の満足度は革新的モデルにより高い。機能 的、臨床的、心理学的効果は示されない場合も あった。精神疾患患者にとって、学際的なアウト リーチ方策(multidisciplinary outreach strategies)が、 患者の入院減少に効果的であった。終末期疾 患へのケアでの革新的モデル(home care/multidisciplinary team-terminally ill)の文獻 で、Zimmer(1986)の文獻では、入院と介護者の満 足度に有意な効果があった。精神疾患では、マル チディンプリナリチームが24時間在宅ケアに従事し ており、患者の病状に患者と家族がうまく対処でき るようになっていた。精神疾患で成功しているプログ ラムの3要素: マルチディンプリナリチーム、アウト リーチのサービス、継続(長期的)サポート	ホスピスケアは、増加 した患者とケア提供差 の満足を生み出した。 そのためのコストは従 来型の医療と同様で あった。精神疾患に対 する学際的なアウト リーチプログラムは、 すべて低コストで重複 的の症状を減らし、機能 的により急速で大きな 改善を含み、入院率 を下げ、同様のアウト カムをもたらす。	なし	なし	ヘルスケア提供: マルチディン プリナリチームモデルは、ヘルス ケアサービスをきちんと提供す ることが慢性疾患を持った人々 の幅広いヘルスケアニーズを記 述するために必要であるという理 念に由来する。	
ア フリ カ	LR Uys, D Soc Sc	2001	南アフリカにお けるエイズ患者 のための地域 における統合さ れたホームケ アモデルの全 体的アサイトで の導入の結果 どうだったかに ついて述べる	Patton のUtilization- focused evaluation approach を使うプライマ リーケア介入評価。介入は ホームベームスケアモデルを つかう。このモデルには、エ イズを持った人の周りに家 族そして、小さなコミュニ ティがあり、その周りを病 院、クリニック、NGO、ホスピ ス、地域ケア提供者(3ヶ月 のトレーニングを受ける)が いるというもの。7つの場所 でこのモデルがつかわれ、 この形態を持つことが1)専 門家は、このモデルを他に も適応できると思うか2)患 者、利害関係者、ケアする 人はどのくらい満足した か、3)モデルの影響はそ れぞれの連携者にならな ったか?		ホスピス(HP)があるところはNGOが必要ないとい えるが、HPがない、あるいはHPがこのモデルのよ うに動かない場合は、NGOが役割をとる。このモデ ルの運用方法を聞いたところ、かかわる人々の形 式だったネットワークが必要ということ。とくに患者 はクリニックや病院とのつながりが強いので、そこ とNGOとのつながりをつけないとこのモデルはまわ らない。HPへの影響として、仕事量が減った。いま までかかわっていたなかった地域へのサービスやコ ミュニティーケア(バー(CCG)への教育の役割が 増えた。HPが地域において存在感をもたせよう になった。地域とのリンクを意図して動けるよう になった。負担が増えたように感じるスタッフもい た。また、仕事のやりがいを感じるようになった。特 にコミュニケーション提供者の役割や働きが突出 する。彼らの働きは家族に役立ったと述べている 人がある。HPへの入院が減った。(家で死ぬ)ホス ピスが、エイズ患者にもなった。クリニックへの 影響は、CCGが患者にかかわることでクリニックは 症状コントロールのみ実施した。クリニックの地域 とのコミュニケーションが増えた。意識が高くなっ た。病院への影響は、病院のかかわりを含めるの が難しくなった。その中で、患者を連絡さ せるとき、地域でケアがあるということを知ること になった。ホスピスのかかわりやスタッフの態度が 変わった。など。患者の貧困が問題。そのために 寄付をつつたり、田舎の地域では、種々の配布な ど自給自足のためCCGがかかわった。各機関間で のやりとりが、お互いの意識を高めた。患者の満 足度は、動ける患者はポジティブ、とくにCCGの動 きに感謝している。CCGは情報を与える、CCGは ヘルスケアをすすめる。CCGは、患者の家、食 料、経済の世話をする。しかし、病院などのスタッ フの態度には患者は満足していない。NGOが全部 の統合マネージングができるという。また、機関間 のコミュニケーションが大事。CCGの働きが大きい が、彼らの、臨床スーパービジョンがないこと、給 料が安くドロッピングアウトが問題。	なし	なし	なし	GGGの役割が患者の身の回りの世 話からナーシングケア、教育何でも やるようになっていく。この人々 のトレーニングが3ヶ月。ただこの人 たちは、最初に選ばれる。NGOが中心 になって動くようだが、これはホスピ スでもできるようなことを書いてあ った。アフリカの事例なので、やはり 日本に当てはめるのはむずかしい か? 各機関間のコミュニケーション が大事でそれを統制する強いリー ダーシップが必要ということも参考 になる。	

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
53	Vincant Mor, Rachel Schwa rtz, Linda Lalibert e, Jeffrey Hirt	1985	在宅ホスピス、病院ベースホスピス、実証ホスピス、そうでないところにおいて、ナーシングホーム患者ケアの時間、管理に、どの内容を比較研究した。実験的研究	対象は、ヘルスケアワイドナショナルアンジェーションによって26実証ホスピス、そのうち14が病院ベース、残り12が在宅、コンドロー、そして、14の実証でないホスピスを選んだ。(病院/HOベースのバージョンは、実証ホスピスとほぼ同じ)実証ホスピスでは、ホスピスの内容を比較研究した。実験的研究		HOでは患者管理に費やす時間が多し。デモ病院では支払いが保障されているのでノンデモ病院よりケアに時間を使える。しかしデモとノンデモで直接患者ケアの時間は変わらない。HOではホームヘルスエイドが患者訪問の時間が長い。すべてのスタッフの直接患者ケアはデモ時期、そうでない時期と関係なしに、また直した時期についても変わらない。病院とHOと比べるとHOのほうが患者直接ケアに時間を使わない。ナースは、時間がたつにつれて直接ケアが少なくなるが、他のスタッフではその逆はなかった。デモ病院のほうが、患者管理に時間を使っている。ほとんど4分の1のナースの支払われている時間は、患者管理に使われている。デモ病院ではすべての許される費用でホスピスケアが支払われる。デモ以外の病院では現存するメデイアの費用の限度の中でやらなければならない。この時点では、さかのほり支払いシステムだが、先を見越した支払いシステムになると、ホスピスのやりくりが患者ミックス、サービスミックスなど気をつけてやりくりしなければならない。		なし			現在のアメリカのホスピスの支払いシステムはどうなっているか、よくわかっていないが、ホスピス導入時期に、(80年代)デモホスピス(病院、地域)でいろいろとテストをしている一例。
54	James G. Zimmerman, Annemarie Groth-Junker	1983	実験的研究ケアにかかっている時間を調べる	高齢の患者で家にいる患者のうちチームケアを受けたい患者とそうでない患者について使ったヘルスケアサービス、PS満足度について比較した研究の一部で、患者のチームメンバー(医師、看護師、ソーシャルワーカー)は、各週、3日ずつ、24時間ベースで向かい、たかタイムログをつける。これをコード化し、コンピュータ-SASプログラムで分析し、どのような働きをしているかを示した。		まず、ログブックの結果、どのくらい直接患者ケアに費やしたかは、MD40 %NP35%SW25%電話通話の時間は10MDとNP一様。SWは25%。患者は大体2週間に一回、チームのどれかが訪問している。NPやSWはMDより一回の訪問時間が長い。この研究でわかったことは、チームメンバーが他の人々とコミュニケーションをとることが大切なことだといっている。これは、MDNP、SWともに35%38%51%の時間を費やしている。コミュニケーションの内容は、電話、管理(記録すること)などが含まれる。チームケアに費やす人々の時間は、これ以前の研究に比べると40%のMDの時間を直接患者ケアに使っているのは多くなっている。		この研究では、チームは、医師、ナース、プラクティショナー、ソーシャルワーカー			この研究は、83年の研究なので、NPの訪問に関する以前の研究がないといっている。
55	Susan L. Hughes, et al 7名	2000	チーム方式(TM)による在宅一次ケア(HBPC)の効果(ランダム化比較試験)の検討	複数施設でのランダム並行テスト	複合老人用の16医療センター、平均70才の患者1966名	Bartel Indexでは差がなかったが、末期患者では多くの点で顕著な改善をみた。非末期患者でもQOLの改善と介護者の負担の軽減がみられた。	TM/HBPO介入法は末期患者ではQOL値で顕著な改善をみた。非末期患者でもQOLが改善し、看護者の負担が軽減した。	なし	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)	本研究は初めての試み。末期患者の場合は、QOLが顕著に改善、非末期患者ではかなりの満足度の改善があった。その反面入院患者数は8%、期間は2%減少した。期間中にコスト計算を徹底する必要がある。	

番号	著者	年	目的	方法	対象	結果の概要	考察	定額	チームメンバー	チームケアのアウトカム	その他
US	75 Karend D. Robinson	1998	家族介護者への がらん教育プ ログラム (FOCEP)はベン シルベニア州 保健部門の助 成で1993年7月 から行われてき た。最善のケア をする家族の ための8時間の FOCEPコース と、多くの介護 者族(属)の局 面においてヘ ルスクアの専 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SW(ソ 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 や養育者の介護 行動を助めるこ とを目的とする。	4年間で、178コース、1,020人 の介護者がビッツバーグ大 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:在宅ケアの需要、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(予備が可能な緊急時を含む)、介護者 の休養のケア、地域で死を迎える(亡くなった後)の 対応も含む。	—	なし	地域の緩和ケアチームがブ ライマリックチームへのアド 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。一人専ら しの患者でソーシヤルワ ーカー、ホームヘルパー、地区 看護師、緩和ケア専門看護 師、夜間シッター(ケアアシス タントや訓練を受けた登録看 護師)が特に必要である。近 所の人やボランティアの支援 もありうる。Maonillan 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 Redwa y	1998	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:在宅ケアの需要、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(予備が可能な緊急時を含む)、介護者 の休養のケア、地域で死を迎える(亡くなった後)の 対応も含む。	—	なし	地域の緩和ケアチームがブ ライマリックチームへのアド 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。一人専ら しの患者でソーシヤルワ ーカー、ホームヘルパー、地区 看護師、緩和ケア専門看護 師、夜間シッター(ケアアシス タントや訓練を受けた登録看 護師)が特に必要である。近 所の人やボランティアの支援 もありうる。Maonillan 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	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
US 93	Debra Wood Folbre	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: skilled 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. Bohnet	1996	アメリカにおけるホームホスピスケアの解説			アメリカにおけるホームホスピスケアについての要約に述べている。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ことである。チームの中で、ナースは、コーディネーターする役割をとる。はじめのうちは、患者や家族の要での状態、(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要する。精神的ケアもその専門のスタッフが行う。ホスピスケアの支払いは、メディ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	1996	一人暮らしのターミナルケアについて解説			一人暮らしの人がターミナルになったときには、どうやって家で面倒をみるか、について解説している。		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。コントロール群とくらべている。	一人暮らしのターミナルの患者を支える方法。
US 105		1996	ケーススタディーよりよいケアのための内省	内省の文庫		グリア細胞腫の患者と家族の問題のケースを、どうすればよかったか何人かの専門家 CNS, MS W, 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必要性(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	108 Linda G. Kurti, Thomas C. O'dowd	1996	一般病棟においてがん以外の病気で亡くなった人の介助者に対するケアを評価し、ケアの質を向上させることを目的としている。	半構成的インタビューを、14名が病棟から、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、についてインタビューを行い、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、半分のドクターはバリアティブケアは必要と見ていて、残りの半分はバリアティブケアは必要と見ていない。がん以外の緩和ケアとしてクライアントを作るのには遅かった。ナースは、チームアプローチが大切だと言っている。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、患者は早くケアを受け(平均5、3年、)同じGPにとどまり、家でケアを受け続ける。		なし	地域看護士チーム、地域看護士、ナースアシスタント、ミッドグレートスタッフナース、		
UK	110 Maeve Mickelthigh	1995	緩和ケアにおいてのHIVによる病状ケア	病院 Midway Mission hospital での事例を挙げて解説している。		チームメンバーがかわったため、患者の身体状況や、気持ちの状況が向上し、機能が上がり、地域に帰ることができたという事例が上げられていいる。HIVのターミナル期は、消耗性、麻痺、失禁、嘔吐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意識ケアについても述べられている。		なし	指定されたナース、理学療法、作業療法、カウンセラー、栄養士の併任、チャプレン	チームメンバーがかわったため、患者の身体状況、気持ち、状態、機能の向上。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、レスパイトケアを入院を要していることを述べている。
NZ	114 Heidi Lempp	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、インタビュー、グループインタビュー、病院、HIVクリニックの連帯(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	1988年ウガンダから来たとともに来た25歳の健康な女性HIV抗体+	病院ケア、カウンセラー、カウンセラー、地域看護士(OLN)を紹介。OLNは入院前に同僚が訪問した。病棟看護士チームが地域ベースのケアについて詳細に説明した。栄養士が体重減少についてアセスメントした。エイズ患者のための週食料配給サービス(ボランティア)を夫と子どものために利用することを計画。ソーシャルワーカーが福祉、経済支援、住居についてアドバイス。病棟看護士が新築について説明した。治療ナースが治療について説明(実施は拒否)ディケア管理も紹介。コミュニティエンソナーズ: OLNサポート(病棟看護士、OLN)の役割: CLNがkey worker(ケースマネージャー)で、ソーシャルワーカー、カウンセラー、地域ナースも参加。OLNの依頼で、栄養士が自宅に訪問。地域看護士チームの役割を説明。3-4週間に1回、HIVクリニックを参照。OLNが2-3週間ごとに訪問。OLNとカウンセラーが在宅死の希望を話し、バリアティブケア: 最後の入院前、OLNのアレンジにより全ての関係者が参加したケースカンファレンスを開催。エイズケア教育訓練(AGET)から2回のOLNのボランティアのサポート(子どもを学校からつれて帰る。その後の子どもの世話。夫の負担軽減のため)。GPと地域ナースも関与。リエゾン精神科医も参加。精神科医とGPの連携により折うつ利が短期間処方される。最後の2週間、地域ナースバンクから夜間ナースも訪問。OLNと地域ナースが連携して訪問。死後: カウンセラーが家族の死別bereavementカウンセリングを継続。	地域においてリエゾン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、メデカル、ナース、精神科医、栄養士、薬剤師、カウンセラー、SW、リサーチナース、ディケアのファシリテーター、地域リエゾンナース、心理学者、PT)、(ボランティアサービス)	地域リエゾンナースが入院前から継続的に関わったことで、病棟を離れる期間が長くなったこと、在宅死の意向を確認し、実現。	

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-3 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

要な状態」ということができるのではないだろうか。

高齢者の終末期をめぐって 1998 年、横内正利氏、石井暎禧氏と広井良典氏との間で行われた「みなし末期」と「死の医療化」論争の焦点は、横内、石井氏らが「高齢者に対する医療の実力を低く見積もってはいけない」というのに対し、広井氏は「人間の苦悩やその救済への援助は医師主導の医療が行うことに限界がある」との主張を行った点にあったろう。

横内、石井氏への違和感は、医療の実力についての信頼があまりにも強いことである。両氏の医療的実力を疑うものではないが、我々を含む医師の医療的実力が通じない、あるいはもっと重要なことは、そもそも対応不可能な多くの領域があることを考えないではいられない。そして、意図的か否かは別として、このような援助技術をもたない、あるいは援助に不向きな医師が多数いることも事実であろう。

広井氏への違和感は、「死の医療化への深い疑問」という聞こえのよい命名についてである。以前イヴァン・イリイチは日本語訳「脱病院化社会」という書物を著し、現代人が病院という時空間に虜になっている状況をセンセーショナルに暴こうとした。医療側は自らが撒き散らしている幻想を自覚しておらず、人々は取り込まれていることによって失うものに無自覚である。問題なのはこのような指摘は次のような結果を生むことである。医療側は「人々が(あるいはこのような書物に煽られた一部の知識人が)医療の実力をわかっていない」と問題を一向に省み

ず、一般の人々は「医療は傲慢である」と真に悩める病人を省みずただレッテルを貼り、両者の間の不信感を増すだけだろうという点である。

横内、石井、広井氏らが全く触れていないのは、医療の中の多職種の役割と医療チームの重要性である。特に、高齢者医療では、その中心的な職種は看護師であろう。その理由は、看護の役割は患者の症状観察と快適な環境の提供にあるからである。どんな年齢の患者にとっても快適な療養環境というのは重要であるが、そのような配慮は慢性疾患と生活機能の減弱を特徴とする高齢者にとって大きな恩恵である。

2. 地域で生き、地域で死ぬ

一昔前まで、家の畳の上で死ぬことは特筆されることでも特に珍しいものでもなかった。往診してくれる医師に座布団と手洗いの水が入った洗面器、タオルが用意されている横で病人が床に伏せているという情景が浮かんでくる。しかしながら、医療機関の多い都市部や中核病院を持つ地域では圧倒的多数の病人は病院のベッドの上で死ぬ。これには二つの理由がある。第一に、近代的医療機器と治療手段を備えた病院で医療を受けながらも治療が奏効せず死を迎えることは、家族として精一杯やってあげたという充実感を持つことができ、肉親を失った喪失感を埋めてくれるに十分であった時期が、間違いなくあったし、今も人々を捕らえるに値する理由となっているということである。第二に、病人からしても、治る病なら治りたい、という当然の願いは在

宅にいてはとうてい実現し得ない以上病院に入院し続けることは疑いを入れないことのようにみえる。

2003年に行われた「終末期医療に関する調査」においても、希望する最期の場所は、医療職の半数が自宅での最期を希望したのに対し、一般の人々の八割近くが病院を選んだ。その背景には、家族への介護負担を考慮した冷静な現実的選択がある。医療職は必ずしも病院が最後の場所として望ましいところではないと思っているが、一般の人々は現実を見ればそれ以外考えにくいことを示している。消去法による選択のようにみえる。

実際、このような病院での死に対して本当にそれでよいのだろうか、という声は強まってきている。その一つは、現代の病院中心の医療に対する疑問である。近代的科学技術を基礎とする現代医療は、診断と治療においてその実力を発揮してきたけれども、人間の苦悩への対処には大きな力を注いでこなかった。QOLが重視されるようになった所以である。

もう一つは、死期の予想が困難な中で、長期にわたる入院生活が強いられるという現実に対しての苦痛と不満である。患者自身も家族も治癒が適わないということを確認しつつも、希望を捨てきれず長期間の入院を耐えた。これに対しては、すでに国の厚生政策レベルで長期入院への医療費抑制、在宅療養支援体制の拡大や介護保険の創設という大きな転換が行われた。ここ数年、希望すれば、以前よりもはるかに在宅療養がしやすくなっている。

3. 老年科医と訪問看護師の協働

不自由さの空間である病院から離れて地域での高齢者の終末期のあり方はどのようなものがよいのだろうか。もちろん、病院における医療のあり方も大きく変貌しており、安寧と快適さの革新が行われつつある。しかし、在宅の自由さに勝るものではない。そのあり方には現在いくつかの視点と課題がある。

I. 独居高齢者が急増しており、多様な住まい方、新たな地域づくりが取り組まれ始めている。

II. フォーマルサポートの実情は地域差、経済基盤などの要因で異なっているが、老年科医と訪問看護師の協働を核としたチームの関与が必須である。老年科医は病気や障害による生活機能の全体像を把握する手法に慣れており、訪問看護師は心身の快適さの追求を得意とするからである。

III. ただし、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。“通常の医療”とは手技が簡単で明らかな効果があり、比較的安価な医療をいう。(橋本肇: 高齢者医療の倫理、中央法規、2000)

IV. そして、医療は療養生活に常に寄り添うべきであるが、全面に出るべきではないと思われる。医療職を信頼することは大切であるが、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。

V. 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。

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構築に関する研究（H15-長寿-019）

Ⅲ-3 3) 痴呆性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
Terminal Care for the Elderly with Dementia at Grouphome Setting

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
山本則子 千葉大学看護学部訪問看護学 助教授
永田智子 東京大学大学院医学系研究科地域看護学 助手
高橋龍太郎 東京都老人総合研究所 看護・ヘルスケア部門 参事研究員
研究協力者 小林小百合 東京大学大学院医学系研究科地域看護学（主担当）

研究要旨：

痴呆性高齢者グループホーム（以下 GH とする）で看取りに至った入居者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されたのかを明らかにすることを目的に、GH で看取りに至ったターミナルケア実施経験のある GH 管理者 7 名にインタビューを実施した。インタビューはテープに録音し、逐語録を作成した。継続的比較分析を中心とした質的分析を行った。その結果、GH におけるターミナルケアとして「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」「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」「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」「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、3 つの側面のケアと家族との協働によって看取りに至る GH でのターミナルケアの姿が浮かび上がった。

緒言

痴呆性高齢者グループホーム（以下 GH とする）は 1980 年代にスウェーデンで始まった痴呆性高齢者に対する新しいケア形態¹⁾²⁾³⁾である。GH は家庭的な環境下で、痴呆をもつ高齢者が介護を受けながら、その能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことを目的としている。5～9 名の少人数で共同生活を送るため、なじみの関係が形成されやすいという特徴を持つ⁴⁾⁵⁾⁶⁾。

我が国での GH は 1990 年代に先駆的な事業者によって導入され⁷⁾⁸⁾、2000 年に施行された介護保険制度で痴呆対応型共同生活介護として位置づけられた。入居条件は「要介護者であって痴呆の状態にあり、共同生活を送るのに支障がないこと」⁹⁾である。

GH は痴呆介護の「切り札」²⁾として期待され、様々な困難を抱えて在宅介護する家族¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾も利用したい介護サービスとして期待を寄せている¹³⁾。こうした背景を受けて GH は年々急増し、2004 年 11 月現在 5,959 事業所によって運営されている¹⁴⁾。

痴呆は、その原因となる疾患により経過に多少の違いはあるが、徐々に重度化し¹⁵⁾、アルツハイマー

型痴呆に限ってみると、その余命は発症後平均 8.5 年とされる¹⁶⁾。GH の入居者は痴呆の発症後ある程度経過してからの入居であると考えられるため、平均余命を考えると多くの GH が入居者の重度化と死という課題に数年のうちに直面すると予測される。

杉山ら¹⁷⁾は、GH 管理者の多くは GH でのターミナルケアを前向きに考えてはいるが、実際に看取りに至った GH は少数であったこと、また、退居基準として「著しい精神症状・行動障害」「経口摂取が困難」「寝たきり」をあげた GH が多数存在したことを報告している。この結果は、GH におけるターミナルケアが容易ではないこと、ターミナル期に入った痴呆性高齢者は GH の対象となっていない現状を示している。

また、厚生労働省による基準省令⁹⁾では、GH に対して人員に関する基準の他、協力医療機関等の確保、外部評価等を義務づけている。しかし現行の GH では訪問看護の利用に制限があることやターミナルケアに対して介護報酬がつかないこと等、ターミナルケアを想定した制度にはなっていない。

GH に関する先行研究には、GH の住環境の効果や影

響¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾の他、実施されたケア項目と入居者の心身の変化をみたもの²¹⁾があるが、GHでのターミナルケアに関しては1件²²⁾のみである。この報告は、GHから他の介護施設への転居が痴呆の重度化に影響したという事例から、GHにおけるターミナルケアの必要性が述べられている。

GH入居者の重度化や痴呆性高齢者ケアの観点¹⁸⁾からも、GHでのターミナルケアが求められており、GHでより質の高いターミナルケアを受けることが選択肢の1つとして加えられることは、痴呆性高齢者や家族にとって意義があると考えられる。

そこで本研究は、今後ターミナルケアに取り組もうとするGHのケア実践への手がかりを得るために、GHで看取りに至った入居者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されていたのかを明らかにすることを目的とした。

方法

1. 研究デザイン

本研究は、GHで看取りに至った入居者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されたのかについて記述的に明らかにすることを目指し、質的記述的研究とした。

2. 研究参加者及び選択方法

入居者がターミナルとなり死亡するまでGH内でケアを実施した経験をもつGH管理者（以下GH長とする）を研究参加者とした。

GH長は、管理者としてGHの運営に関わる意思決定を行い、家族や医療機関等との対外的調整を行うと同時に、入居者に対してはスタッフと同様にケア提供者としての役割をもつ。より多角的な視点でGHにおけるターミナルケアを語るができると考え研究参加者とした。

GHにおけるターミナルケアについて、実施総数やGH名などの実態は公表されておらず、該当するGHを特定し、研究参加者を得ることは容易ではない。そのため、機縁法であるSnowball sampling²³⁾によって研究参加者を得た。併せて、首都圏の2つのGH連絡会に加入しているGHに対し、文書で協力を依頼した。紹介または連絡を得た12名のGH長のうち、条件に適い、亡くなった入居者の家族の同意が得られた7名を分析対象とした。また分析対象となったGH長1名、対象外のGH長1名から、ターミナルになり病院で死亡した入居者についての情報が得られたため、分析の参考とした。

3. データ収集方法および調査期間

インタビューガイドを用いた半構造化インタビューを2003年12月～2004年10月に実施した。

インタビューガイドは、入居者が入居してから亡くなるまでの経過、ターミナルケアに関するGH長の認識、実施したケア、評価などについての質問項目から成る。インタビュー内容は、研究参加者の許可を得てテープに録音し、逐語録にした。また、GHの記録物から補足情報を得た。

4. データ分析

グラウンデッド・セオリー法²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾を参考に、内容の継続的比較を中心とした質的分析を実施し、インタビュー内容をまとめた。

逐語録をデータとし、まず全体的な内容を把握した。次に、「入居者のどのような様子からターミナルだと認識したか」「ターミナルケアとして実施されたケアは何か」「ターミナルケアの実施はどのような経験だったか」について語られた部分を選択し、その内容を端的に表すコードをつけた。複数のコードを比較し、その類似性と相違性を検討しながら分類した。分類の際、全体の文脈から逸脱しないよう、逐語録を読み返して確認した。分類ごとにさらに抽象度の高い命名を行い、カテゴリを生成した。

分析に際しては、痴呆性高齢者に関する研究分野で質的研究手法に精通した研究者のスーパービジョンを受けた。

5. 倫理的配慮

東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

事前に研究者がGH長を訪問し、本研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利について説明を行い、同意書に署名を得た。その後、GH長から亡くなった入居者の家族に対して、研究者が準備したGH長による事例開示に関する説明文書を郵送してもらい、家族が署名した同意書が研究者に返送された後、GH長へのインタビューを実施した。

6. 用語の操作的定義

本研究では、GH長のターミナルケアに関する認識が、実施されたケアに影響したと考え、以下の用語について操作的定義をおこなった。

- ・ターミナル：死が迫っている状態。
- ・ターミナル期：GH長によって、入居者に死が迫っていると認識されていた時期から、入居者が死亡するまでの期間。
- ・ターミナルケアターミナル期に、入居者に直接・間接的に実施された援助
- ・看取り：GH内で入居者の死亡を見届けること。

結果

研究参加者となったGH長7名、GHおよび、語られた入居者10名の概略を表1に示す。GH長のうち4名は看護師、3名は介護福祉士であった。GHは、開

設から平均 5.9±1.5 年経過していた。入居者の平均年齢は 86.2±9.2 歳、平均入居期間は 48.3±26.4 月であった。入居者のターミナルの発生は、痴呆の進行および加齢による自然経過の中で起こった場合と、重篤な疾患が発見され医師から宣告された場合とがあった。

本研究では、GH 長がターミナルと認識した入居者の変化に対応して、GH で実施されたケアを中心に分析した。その結果、GH におけるターミナルケアとして「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」「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」「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」「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(表 2)。

以下、生成されたカテゴリに沿って説明する。引用データは縮小文字で表記した。ID は表 1 の GH 長 ID もしくは入居者 ID と対応している。なお、データ中の () は研究者による注釈である。

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

ターミナル期に入った入居者は自分の身体的変化を適切には認識できずに混乱し、徘徊などの周辺症状も出現していた。GH 長は入居者が安心して過ごせるように、生活環境と人間関係を通してなじみ深い生活を提供していた。こうしたケアは、入居者の病状が徐々に悪化した時点でも継続して行われた。

1) GH で慣れ親しんできた生活環境を提供する

GH 長は入居者の食欲の低下を、ターミナル期に入った変化として感じ取っていた。入居者が少しでも食べたいという気持ちになり、安心して食事ができるように、GH 長は入居者の好物を食卓に出したり、いつもの時間と場所で、いつものメンバーと一緒に食事を提供していた。こうした慣れ親しんだ物、時間、空間、人といった生活環境の提供は、主に食事の場面を通して行われていた。GH 長は入居者に痴呆の悪化や身体症状があらわれて食べられない場合でも、いつもの食事の雰囲気味わえるように工夫していた。

…お食事のテーブルに、見かけはおいしそうにしていると、食べようって言うけど、やっぱりオエツときちゃって、もう嘔吐なんですよ。で、嘔吐の場面が他の人に見えないようなテーブルを選んで、彼女に夕飯だよっていう雰囲気だけは一緒に体験してもらおうとする努力とか…(ID4-1)

また、折々の年中行事では行事食を準備して季節感を演出し、入居者にターミナル以前と同じ様に楽しむ機会を提供していた。

2) なじみの人間関係を良好に保つ

GH 長は、入居者にとってなじみの関係の最たるものは家族だと認識していた。入居者は様々な経緯で GH に入居し、また家族も、GH をケアの場として選択するまでの経過や家族構成、健康状態等様々な事情を抱えていた。また GH 入居に対する家族の思いも様々であった。GH 長は、個々の事情をふまえた上で家族に働きかけ、入居者が家族と十分に交流できる機会を作っていた。

入居者に対しては、食事などに誘う際、以前から仲の良かった他の入居者やスタッフを配したり、入居者がなじんでいた言葉や反応しやすいタイミングを思い出してコミュニケーションをとっていた。

GH 長は、入居者にとってともに生活してきた他の入居者の存在もなじみの関係を保つ上で重要だととらえていた。この関係を良好に保つために、GH 長は入居者との直接的な交流を促したり、見守ったり、場合によっては接触を避けるなどの調整をしていた。

…(入居者が)起きてきているときに、仲良かったばあちゃんは何も言うわけじゃないけど、(入居者の)手握っていたりとか…。それは本当にごくごく自然にあった。(中略)(私たちが)あえてしなくても、お年寄りに私ら助けられたし…(ID7-1)

また、他の入居者への影響を配慮して、皆で集まるときの席の配置や、入居者がどの程度参加するか等、なじみの人間関係を良好に保つために、入居者の空間的・時間的な居場所の調整を行っていた。同様の観点で、GH 長は面会に来た家族と他の入居者との関係など、入居者が直接関与しない人間関係も、GH 全体の雰囲気が心地よいものであるように配慮していた。

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

GH 長は、入居者に起こっている心身の機能の変化を予測し、見極めることで、入居者の機能低下を最小限にとどめて、残存能力を発揮できるようにケアしていた。

1) 機能低下を入念に見極める

GH 長やスタッフは、まず自らの五感を通して入居者の些細な変化を感じ取っていた。こうした感覚的な気づきは入居者の変化に対する注意を喚起し、その後の詳細な見極めに繋がっていた。

夜眠らないとかですね、食事があまり進まなくなるとか、…あと尿が少なくなって膀胱炎のサインで臭いがきつくなっ

たりとか、痛がったりとか、…そういうことから一寸注意しなきゃいけないかなって…(ID3-1)

次に、GH 長は日々の生活の中で食事や排泄等をケアしながら入居者の変化や残存機能を入念に見極め、ターミナルのステージが徐々に進行しつつあることを認識していた。痴呆性高齢者のターミナルがどのようなものか情報が少ない中で、GH 長はステージが進行したときの身体的変化に伴って痴呆の症状がどのように変化するのかを懸念していた。

(癌の) 転移が進んだときに痴呆と一緒にってどうなるんだろうとかね。(中略) だけど、目の前で食べれず確実に細くなっていくのが見に見えているから、ああ、ほんとに最期の日が近づいて来ているってこともわかるし。(ID4-1)

2) 最期の時まで残存機能を生活の中で発揮してもらう

GH 長は、入居者の低下した機能を適切なケア方法で補っていた。例えば咀嚼や嚥下機能が低下していれば、刻み食やとろみをつけるなど食事の形態を工夫したり、1 回量を調節して時間をかけて食事を介助していた。また、痴呆の悪化により食事方法がわからなくなった場合はスタッフがモデリングしたり、他の入居者の食事の様子を見せて、食事を促した。また、入居者の立つ、歩く、姿勢を保持する等の運動機能に合わせて、手引き歩行で介助したり、車椅子を使用していた。

一方で、GH 長は、生活の中で入居者に残存機能を十分に発揮してもらう機会をつくっていた。GH 長は入居者の身体面の残存機能を生かすだけでなく、例えば心理的には、往診医の協力を得て往診時にもゆったりとした雰囲気をつくり、入居者が自分らしいコミュニケーションのとり方が発揮できるようにしていた。

…お元気な頃のユーモラスな面が、寝た切りでも発揮されていたんです。(往診医に)「いい男だねえ」とか。先生が一寸マスクしてくると(中略)「私が見舞いに行かないとそんなことになるんだねえ」とか言って、どっちが病人だねえと思うようなこと…(ID4-1)

また GH 長は、入居者の自発的な行動を制限せずに見守ったり、入居者が自らの希望や意思を表出したときは出来るだけ叶えられるように家族や医師、スタッフと実現に向けて調整していた。こうした入居者の意欲を生かすケアは、可能性を制限しない反面、身体症状の悪化や転倒などの事故発生の危険性を孕んでいる。そのため、考えられる危険性への対策を講じた上で、GH 長は「覚悟」して、あるいは「腹を決めて」ケアに臨んでいた。

(腎不全末期の状態である入居者が)1 回だけビールが飲みたいって。先生に電話かけて良いでしょうかって言ったら、

そりゃあもう本人が飲みたいって言ったら飲ましてあげて良いて。小さい缶で 2 口くらいかな。今まで結構晩酌してたから。(ID2-1)

3) 予測される機能低下への対応策を手配する

入居者は徐々に機能低下していくが、個々の入居者に残された期間や出現する症状は異なる。GH 長は医師による予後の判断を参考に、予測される緊急事態に対応するためのマニュアル作成、夜間応援体制の整備、必要になりそうな物品の調達等のハード面と併せて、スタッフへの教育や心理的サポート、スタッフの増員や配置の検討といったソフト面の両面で、予め対策を練っていた。

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

GH 長は、ターミナルケアには往診医や訪問看護といった医療者によるサポートが必須であると認識し、その確保に努めていた。GH 長は予め、入居者にとってどのような終末期医療が望ましいか、GH で実施するには何が必要かを医療者と十分に検討していた。GH 長は実施の段階で、医療者を補助し、入居者にとって望まれる終末期医療を万全に活用することに尽力していた。

1) ターミナルケアに取り組むパートナーとして相応しい医療者を選択する

GH 長は、GH でのターミナルケアと一緒に取り組んでくれる往診医を確保することに着手していた。GH 長は、通常時の健康管理に比べ、ターミナル期では入居者の急変も予測し、医師との連携をさらに緊密にとる必要性を認識していた。そのために、GH 長は往診医に対して、物理的な近さ、24 時間対応可能な連絡体制を求めている。また、GH 長が介護福祉士の場合、GH を理解してくれているか、熱心に取り組んでくれるか、といった医療者の姿勢をパートナーの条件としていた。

(GH では) 集団の中で生活しているから、(医師は)周りのことも出来れば気を遣って、往診してもらおうときでも、気を遣って入ってもらって。…(中略) 本当にわかって、その GH っていうのをわかってもらった上じゃないと無理なのかなって…(ID2)

一方、GH 長が看護師の場合は、ターミナルケアに対する考え方が同じ医療者であることを求めている。

簡単にすぐ入院っていうふうに言われるような、そういう先生はもう拒否したかったんですね。(ID1)

条件に合う往診医を確保するために、既存の協力医療機関や、母体となる法人の枠を超えて相応しい医師を捜す場合もあった。また GH 長は、こうした条件を往診医だけでなく訪問看護に対しても求めている。

GH 長は、医療者の GH 訪問時の様子から、自分が選択した医療者がふさわしいかを評価していた。医療者が GH 長の考える条件に合わなかった場合、GH 長はその利用を見合わせるという対応をとっていた。

2) 予めどのように対応していくか、医療者とコンセンサスを得ておく

GH 長は、入居者にどのような症状が出現したら医療者に連絡するか、GH 内で何らかの治療や処置を行うか、どの様な場合に病院に行くかなどについて、医療者とのコンセンサスを取得していた。その上で、入居者に予測される症状や経過への対応策を講じていた。

また、家族への病状説明やスタッフへの指導など、医療者に担ってもらった方がよいと GH 長が判断した場合は、予め医療者に依頼していた。

3) 症状が出現したら即座に医療に結びつける

GH 長は入居者が症状を訴えたり急変した場合は、すぐに往診医に対応を依頼していた。協力病院が近くにある GH では、入居者を車椅子にのせ外来を受診したり、場合によっては救急車の利用を検討していた。

また、往診や受診ではなく電話による連絡や相談という方法もとられていた。症状管理のために、入居者に点滴が持続して行われる場合には、GH 長は医師、家族と相談し、直ちに訪問看護を利用していた。ただし、GH 長は制度上訪問看護の利用可能な期間が限られていることに対し、医療が必要な時に必要なだけ受けられないことを不便に感じていた。

4) 医療が十分に機能して役割を果たすように補助する

GH 長は、医療者に期待する終末期医療としての役割を果たしてもらうために、GH 内において可能な限りの協力体制をとっていた。医療者の指示の有無にかかわらず、GH 長は観察や記録を通常時より詳細に行い、得られた情報を医療者に提供していた。GH 長が介護福祉士の場合は、この情報提供をより頻繁に行っていた。

やはり、その訪問看護の方に(入居者の)皮膚の状態とか、日中の状態とかは、何かあったら逐一伝えてました。(ID6-1)

GH 長が看護師である場合は、観察や記録をシステム化したり、スタッフの観察力や観察技術を向上するための教育なども行われていた。

入居者の症状管理のために点滴が行われた場合は、GH 長はスタッフや顔見知りのボランティアなどの人員を動員して、入居者が不安で混乱し自分で点滴を抜いてしまうなどの危険な行動をとることがないように、誰かが側にずっと付き添えるように工夫し、治療・処置が遂行されるための補助を行っていた。

また、医療者から飲水量の目安や、入浴等の負荷のかかる行動を抑えるといった生活上の指示が出される場合もあった。GH 長は入居者の症状が過度に悪化することのないよう、こうした生活上の指示を守る努力をしていた。

4. 最期までケアの計画・実施のために家族と協働する

家族は、痴呆をもつ入居者に代わり、どのようなケアを受けるのか、治療を受けるか否か、または入院するかなど、重要な意思決定を行う役割をもっていた。GH 長は入居者をケアするために最も重要な存在として家族を位置づけ、積極的に家族に関わり、協働していた。

1) 入居者の状態をその都度家族に連絡し、家族の意向を確認する

家族が入居者に代わって十分に検討した上で意思決定することが重要だと考え、GH 長は入居者の症状や状態の変化をその都度家族に伝えていた。さらに、事実として目に見える情報だけでなく、GH 長は、入居者がターミナルであるという判断も家族に伝えていた。「そろそろ考えた方がよい」という時期から、「いよいよターミナルの時期が来た」、「もう何が起きてもおかしくない」というように段階的に伝えていた。

併せて、GH 長はターミナルケアに関する家族の意向を確認していた。GH でこのまま過ごすのか、医療が必要と思われる状態になったらどうするか、どんなケアを望んでいるかなどについて家族の意向を確認し、GH として対応することが可能かどうか、家族と何度も話し合いを重ねていた。

2) 家族に、入居者のケアに参加してもらう

入居者と家族の交流の機会として、GH 長は家族に入居者のターミナルケアに参加してもらっていた。また、家族にとって悔いが残らないように入居者のケアに対する家族の希望を聞き、取り入れていた。こうした家族のケアへの参加は入居者の臨終の時まで続けられた。

2 日間本当にたくさん(家族が)来て下さって。(中略)いくら大勢来ても(間取り上)向こう(に居る他の入居者)に気付かれない、こっちの奥の部屋に居たもんですから。で、そこで(家族に)自由に過ごして頂いて。2 日目の夜ですかね、御家族が泊まりたいっていわれて。で、泊まって…(ID5-2)

5. 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、なじみの生活を最期まで守り抜く

このコアカテゴリは、先に述べてきた 4 つのカテゴリを関連づける中核的概念として生成された。すなわち今回 GH で看取りに至った入居者のターミ