

ナルにおいて提供されたケアとは、最期まで入居者がなじみの生活を送ることが出来るよう、入居者の症状によっては医療を活用することも含めて機能低下を最小限にとどめるケアを生活の中で行うことであり、そのケアの計画・実施は、GHと家族との協働によって成立したケアであった。こうしたケアを実施した結果、GHでの入居者の看取りに至っていた。

### 考察

本研究では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を明らかにした。GHにおけるケア理念として、なじみの関係を大切にし、その人らしい暮らしを支えることが重要だと言われている<sup>4)</sup>。また、痴呆性高齢者はリロケーションダメージを受けやすい<sup>10)</sup>といわれ、なじみの生活を可能な限り続けることが痴呆性高齢者のQOLを保つ上で効果があるとされている<sup>6)</sup>。

今回GHにおいて、入居者のなじみ深さが時間・空間・物といった生活環境およびなじみの人間関係から構成されていることが明らかになった。これはリロケーションが単に住む場所の問題だけではなく、生活環境や人間関係にも配慮を要する問題であることを意味すると考えられる。

GH長は、ターミナルケアにおいてなじみ深い生活を提供するために、GHにおける入居者のターミナル以前の生活の中から、ターミナルケアに生かすことが出来る手がかりを得ていた。これはGHで入居以来の生活を丁寧に積み重ねた結果であり、ターミナル以前の生活の重要性が指摘できる。

この結果は、今後ターミナルケアに取り組もうとするGHにとって、ターミナル以前の今現在のケアを大事にし、入居者にとってGHの生活をなじみ深いものにしていく必要性を示唆している。高齢者がGHに入居する経緯は様々であるが、住み慣れた地域のGHに入居するとは限らず、子などが居住するなじみのない地域のGHに入居することもある。この時点で既にリロケーションダメージを受けている可能性がある高齢者に対して、改めて一歩ずつなじみ深さを築いていくためのGHならではのケアを確立することが急務と考えられる。一例として、GH長の多くがターミナルケアで食事を通してなじみ深い生活を演出していたことは、日頃のケアでも同様に食事の場面を通してなじみ深さを形成しうることを示している。

心身の機能低下を最小限にとどめるケアとしては、低下した機能を入念に見極め、その機能を補完するとともに、残された機能を発揮させるという2側面から入居者へのケアが実施されていた。特に入居者

に残存機能を発揮する機会を提供するケアとして、GH長はリスクを予測して対策を講じることとあわせて、覚悟を定めてケアに臨んでいた。

GHの目的は、入居者がもてる能力に応じて自立した日常生活を営むことであり、入居者自身が能力を発揮して生活の主体となることを目指すものである<sup>8)</sup>。ターミナル以前に比べて入居者の心身の変化が大きいにもかかわらず、ターミナルケアにおいても、入居者へのなじみの生活の提供だけでなく、残存機能を生活の中で発揮してもらうというGHならではのケアが行われていたことが今回明らかになった。

また、今回のターミナルケアでは、GH長は入居者の残存能力を、身体面だけでなくコミュニケーションや意思表示をする力としてもとらえ、それを発揮する機会を作っていた。入居者のこうした残存能力の発揮は自分らしさの表現であり、ここに価値を認めたことがGH長の覚悟に繋がっていたとも考えられる。

一方で、GHの退居基準として痴呆の著しい悪化や身体機能低下が挙げられていることは<sup>10)</sup>、入居者の心身の機能低下の程度によってなじみの生活が継続できるかどうかが決まるという現状を示していると解釈される。こうした機能低下をどのように補完していくかというのはGHにおけるケア技術上の課題でもある。GHケアに携わる人材を育成するとき、心身の機能についての十分な知識と理解や、生活を支援するための専門的知識に基づいたケア技術の習得が可能になるような教育体制が望まれる。

さらにGH長は、ターミナルケアとして医療的対応を迫られるような状況が入居者に発生する以前から医療者を確保し、予め対応に関するコンセンサスを得て、医療によるバックアップの体制を敷いていた。今回ターミナルケアとして明らかになった取り組みでは、GH長は医療者を確保する際、医療者のGHに対する理解や姿勢、あるいはターミナルケアに対する考え方など、医療技術の水準や質ではなく、医療者自身について評価していた。これは、GH長がターミナルケアを視野に入れて医療者を確保する際の判断基準に繋がっているものと考えられる。また、こうした観点で医療者を評価するに際しては、GH長自身がGHにおけるターミナルケアに対する考え方や理念をもっていることがその背景にあると考えられる。

以上のように医療者の考え方が条件の一つであることは、GHと医療者が事前に十分なコミュニケーションを持つことの重要性を示唆している。通常時のGHの入居者の健康管理に関して定期的に医療者が関与しうる開業医や訪問看護ステーションなどとの

ネットワークシステムの構築や、介護報酬の見直しなどが必要と考えられる。

家族との協働は、入居者のなじみの生活を守り抜くために欠かせないものであると同時に、入居者に代わって意思決定するという責任を負う立場の家族に対して、その意思決定を納得した上で行うことを助けるケアであったとも考えられる。GH長は家族と協働するために情報の提供や家族の意向確認をその都度行い、緊密な連携をとっていた。

以上より、GHにおけるターミナルケアは、ターミナル以前の生活に根ざした通常のケアに加え、ターミナルの入居者の心身の変化に対応できる技術をもってケアし、さらに医療によるバックアップ体制を敷いて適宜それを活用しながらケアするという3つのケアが最期の時まで併存して提供され続けるという特徴を持っていたと言える。また、こうしたケアは家族の意思決定によって支えられており、その家族に対するケアという側面も含めて、家族に入居者のケアに参加してもらうという特徴があった。GHでのターミナルケアは、この3つのケアの併存と家族との協働を目指す取り組みであった。

本研究は、その対象選択において困難が予測されたため、Snowball sampling 手法をとった。調査

期間で得られた対象数は7名であり、今後はさらなる対象者の確保と併せ、GH長以外のスタッフや往診医・訪問看護師などからデータを得たり、参与観察などの手法を用いるなどして、より多面的にGHでのターミナルケアを明らかにしていく必要がある。

## 結論

今回、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、「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。

表1 GH長・GH・入居者の概略

GH長 ID	GH長 性別・年齢・資格	GH			入居者				
		事業主体	開設年数	入居者数	入居者 ID	年齢・性別	痴呆診断	入居期間(月数)	死因
1	女性・60歳代・看護師	医療法人	6	9	1-1	69歳・女性	アルツハイマー型痴呆	47	老衰
					1-2	78歳・女性	アルツハイマー型痴呆	71	多臓器不全
2	男性・30歳代・介護福祉士	福祉法人	4	9	2-1	83歳・女性	アルツハイマー型痴呆	45	腎不全
3	女性・60歳代・看護師	医療法人	7	9	3-1	101歳・女性	アルツハイマー型痴呆	78	老衰
					3-2	80歳・女性	アルツハイマー型痴呆	59	老衰
4	女性・50歳代・看護師	医療法人	6	9	4-1	84歳・女性	脳血管性痴呆	26	肺ガン
5	女性・60歳代・看護師	有限会社	6	9	5-1	92歳・女性	アルツハイマー型痴呆	8	老衰
					5-2	90歳・女性	アルツハイマー型痴呆	12	肺炎
6	男性・30歳代・介護福祉士	福祉法人	4	9	6-1	92歳・男性	アルツハイマー型痴呆	53	不明*
7	女性・40歳代・介護福祉士	福祉法人	8	9	7-1	93歳・女性	アルツハイマー型痴呆	84	不明*

※:死亡診断書未確認のため

表2 カテゴリーの一覧

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
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	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	GHで慣れ親しんできた生活環境を提供する	いつもの場所で食事をする
			いつもの時間に、食事やお茶をする
			いつものようにみんなと一緒に食事をする
			いつものように年中行事では季節感を演出し、楽しむ
			以前の好物を思いだして、食卓にだす
			入居者と家族が、十分に交流できる機会をつくる
		なじみの人間関係を良好に保つ	入居者にとってなじんだ言葉かけやタイミングを生かしてコミュニケーションする
			入居者の人間関係を思い出し、仲の良かった人を配する
			入居者と他の利用者で交流するのを見守ったり、促したり、制御する
			他の入居者への影響を考え、入居者の空間的・時間的な居場所を調整する
			GH全体の雰囲気心地よいものであるよう、入居者が直接関与しない人間関係（家族と利用者、家族とスタッフ）にも配慮する
			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
	生活する中で、運動・咀嚼・嚥下・消化などの機能を見極める		
	認知機能低下や周辺症状を見極める		
	最期の時まで残存機能を生活の中で発揮してもらう	低下した機能は、介助してきっちり補う	
		残っている機能を生活の中で十分発揮してもらう機会をつくる	
		リスクを覚悟しつつ、安全確保のための対策をとる	
	予測される機能低下への対応策を手配する	期間や症状など、医師による予後の判断を参考に、予め対応策を練る	
		スタッフの教育、心理的サポート、増員などを検討する	
		GHを理解し、一緒にターミナルケアに取り組んでくれる往診医や訪問看護を探す	
	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	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	訪問時の様子や、やり取りを通して、往診医や訪問看護が、GHのなじみの関係の一部として関わろうとする姿勢があるかを確かめる
			医療対応が予測される場合について、予め病院、往診医、訪問看護と話しあっておく
		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	往診医に、入居者の病状について家族やスタッフへの説明してもらう
			入居者に症状が出現したり、訴えがあれば、すぐ受診したり、往診医や看護師に連絡する
		症状が出現したら即座に医療に結びつける	点滴など、GH内で医療処置が必要になったら、訪問看護を利用する
			入居者の状態に対する的確な判断を得るために、観察・記録を詳細に行い、情報を提供する
		医療が十分に機能して役割を果たすように補助する	GHスタッフの観察技術などの向上を図ったり、観察や記録をシステム化する
症状管理のための治療を補助したり、生活上の指示をまもる			
最期までケアの計画・実施のために家族と協働する		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	入居者の症状や状態の変化を家族に、その都度、十分に伝える
			入居者がターミナルだということを家族に伝える
	家族に、入居者のケアに参加してもらう	家族に入居者のケア方針について伝え、相談し、入居者に代わって意志決定してもらう	
		入居者と家族の交流の機会として家族に入居者のケアに参加してもらう	
		家族にとっても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取り入れる	

## 引用文献

- 1) 大原一興、オーヴェ・オールンド. 痴呆性高齢者の住まいのかたち. 東京: ワールドプランニング, 2000; 8-9.
- 2) 外山義編. グループホーム読本 痴呆性高齢者ケアの切り札. 東京: ミネルヴァ書房, 2003; 109-112.
- 3) バルプロ・ベック=フリス, 友子 ハンソン. 今、なぜ痴呆症にグループホームか. 東京. 筒井書房, 2002; 11-49.
- 4) 永田久美子. 痴呆性高齢者のグループホーム. 東京: 安田生命社会事業団, 全国痴呆性高齢者グループホーム協会, 2002; 135-165.
- 5) 小宮英美. 痴呆性高齢者ケア グループホームで立ち直る人々. 東京: 中央公論, 2000.
- 6) 外山義. 自宅でない在宅 高齢者の生活空間論. 東京: 医学書院, 2003; 105-118.
- 7) 痴呆性高齢者支援対策研究会編. これからの痴呆性高齢者支援対策 痴呆性高齢者グループホームを中心に. 東京: 中央法規, 2001; 22.
- 8) 林崎光弘, 末安民生, 永田久美子編. 痴呆性老人グループホームケアの理念と技術 その人らしく最期まで. 東京: バオバブ社, 1997.
- 9) 厚生労働省. 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準. 平成 11 年 3 月厚生省令第 37 号. 平成 13 年 3 月厚生労働省令第 36 号改正.
- 10) 山本則子. 痴呆老人の家族介護に関する研究. 看護研究 1995; 28: 178-199, 313-333, 409-427, 481-500.
- 11) 別所遊子, 細谷たき子, 玉木晴美他. 痴呆性高齢者の在宅生活継続に影響する要因. 北陸公衛誌 2000; 27: 8-12.
- 12) 保坂恵美子. 痴呆性老人の介護支援と在宅介護の継続性. 久留米大学文学部紀要 社会福祉学科編 2003; 3: 17-47.
- 13) 永島光枝. 介護家族から見た介護保険. からだの科学 2001; 臨時増刊号: 64-69.
- 14) WAM NET ホームページ. 介護事業者情報. 福祉医療機構.
- 15) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and other Dementias of Late Life. Washington, DC: APA, 1997. 日本精神神経学会監訳. アルツハイマー病と老年期の痴呆 米国精神医学会治療ガイドライン. 東京: 医学書院, 1999; 21-22.
- 16) Keene J, Tony H, Christopher GF, et al. Death and dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 16: 969-974.
- 17) GHにおけるターミナルケアの可能性(座長 渡邊高行), 初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する

- る調査研究報告書(研究委員長 杉山孝博). 東京: 医療経済研究機構, 2003; 35-41.
- 18) Annerstedt L. Group-Living Care: An Alternative for the Demented Elderly. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 1997;8:136-142.
  - 19) Elmstahl S, Lena A. How Should a Group Living Unit for Demented Elderly Be Designed to Decrease Psychiatric Symptoms? Alzheimer Disease and Associated Disorders 1997;11:47-52.
  - 20) 巖爽, 石井敏, 外山義他. グループホームにおける空間利用の時系列変化に関する考察 「なじみ」からみた痴呆性高齢者のケア環境に関する研究(その1). 日本建築学会計画系論文集 1999; 523: 155-161.
  - 21) 吉尾千世子, 諏訪さゆり, 瀧断子他. 痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の心身の変化とケアとの関連. 東京女子医科大学看護学部紀要 2000; 3: 71-79.
  - 22) 巖爽, 石井敏, 長澤泰生. 生活環境の移行とターミナルケアの視点からみた痴呆性高齢者グループホームのあり方に関する考察. 日本建築学会計画系論文集 2002; 557: 165-171.
  - 23) Patton, M. Q. QUALITATIVE EVALUATION AND RESEARCH METHODS 3rd ed. California: SAGE Publications, 2002; 237-238.
  - 24) Strauss A & Corbin J. Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques. Sage Publications, 1990. 南裕子監訳: 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 医学書院, 東京: 2002.
  - 25) 山本則子, 萱間真美, 太田喜久子他. グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス. 東京: 文光堂, 2002.
  - 26) Glaser B, G. Anselm L. S. The Discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967. 後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳. データ対話型理論の発見. 東京: 新曜社, 1997.

## 研究発表

本研究の一部は、国際アルツハイマー病協会第20回国際会議(京都、2004年10月)で発表した。

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 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

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
	宮田乃有	聖路加看護大学大学院修士課程
	竹森志穂	聖路加看護大学大学院修士課程
	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

小規模ケアホームおよび在宅で看護師がターミナル期にどのような支援を行っているか、また、高齢者のターミナルケアを可能にする要因は何かを明らかにすることを目的に、S市とE区の訪問看護ステーションの看護師3名、4事例のインタビューを行った。インタビューはMDに録音し、逐語録を作成してデータとした。「ターミナル期と意識した状況」「訪問看護の支援内容」「ターミナルケアの条件」を分析ポイントとして、それぞれの事例ごとに分析し、カテゴリを抽出した。ターミナル期と意識した状況のカテゴリは、「これまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナル期と考える」が抽出された。訪問看護の支援内容は、「チームでのケアを行う」「身体状況にあわせた日常生活援助を行う」のほか、家族支援に関する諸支援のカテゴリが抽出された。また、小規模ケアホームにおいては、「入居者の死を共有する」というカテゴリが抽出された。ターミナルケアの条件では、24時間連絡体制でチームケアが提供できる」とことと家族支援に関する諸支援のカテゴリが抽出された。高齢者のターミナル期において、「迷いながらケアにかかわる」看護師の思いもこれらの分析ポイントと関連して見出された。

小規模ホームと在宅でのターミナルケアについての面接調査

本面接調査は、小規模ホームと在宅の高齢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るかを記述的に明らかにし、高齢者のターミナルケアを支える地域ケアシステムモデルを提示するための基礎資料とすることを目的に行った。

ここでは、小規模ホームのあるS市、Kグループについて、在宅で行っているE区、訪問看護ステーションY、在宅ケアのコスト等について述べたあと、S市とE区で行った面接調査について記述する。

## 1. 小規模ホームでの終末期ケア

S市を中心に小規模多機能ケアを提供しているKグループの協力を得て、小規模ホームでの終末期ケアの調査を行った。まず、S市概要およびKグループのケア提供システムの概要について述べる。

### 1) S市概要

S市は、首都圏から170Km北西にある高原地帯で、農村風景の中に住宅地が点在する地方都市である。人口は約68,000人で、わずかずつではあるが増加傾向にある。

S市は4つの地区に分けられ、それぞれの地域の人口と比率は表1のとおりである。

表1 S市地区別人口(2003年10月現在)

	人口(人)	比率(%)
A地区	26,765	39.1
B地区	18,377	26.9
C地区	15,992	23.4
D地区	7,229	10.6
S市	68,363	100.0

S市の高齢化率は、21.7%(県22.8%、全国22.4% 2003年10月現在)と全国平均を下回っている。

1970年代以降、先進的な地域医療と予防医療への取り組み等がなされてきた。その結果、1990年代からS市の平均寿命は全国平均よりも長くなっており、男性79.8歳、女性85.3歳(2000年『平成12年市町村別生命表』)と、全国的にみて長寿の自治体に入る。

近年、高齢者のQOLという視点から、余命だけではなく、痴呆や寝たきりなどの要介護状態でない期間での余命を表す指標としての活動余命が注目されているが、S市の65歳以上の人口に占める寝たきりの割合は2.83%(全国平均5.3%、平成10年国民生活基礎調査)で、ADLの高い高齢者が多いのが特徴である。

### 2) Kグループ：小規模多機能型で、高齢者の終末期ケアを提供する組織

Kグループは、S市で小規模多機能型の高齢者ケアサービスを提供している。市内4地区のうちA地区とC地区で3つのサービス拠点がある(図1)。A地区にはXとYの2拠点あり、S市に隣接する3つの市町村へもサービスを提供している。S市中心部のC地区にもサービス拠点Zがあり、B地区に近い場所が拠点となっているため、B地区と隣接する1町もカバーしている。これらの3つの拠点から、S市のおよそ2/3の地域と一部は近隣の市町村へもサービスを提供することが可能となっている。

以前は半径20Kmの地域に50分以上をかけて、施設への送迎・訪問介護・訪問看護のサ

サービスを提供していたが、3つの拠点ができただことによって、半径5Km15分程度でサービスを提供できるようになってきている。

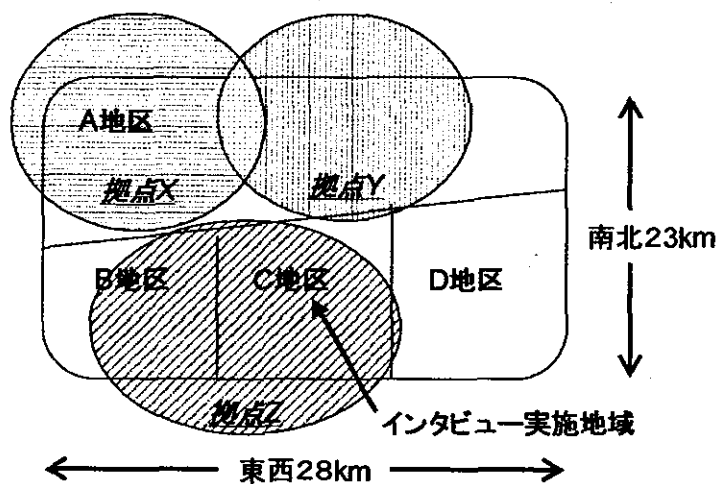


図1 KグループのS市におけるサービス拠点

それぞれの拠点のケアサービス施設は、表2のとおりである。各拠点には、在宅・通所・入所の介護サービスと在宅・施設への訪問看護サービスを多様に提供できる仕組みが作られている。

表2 Kグループ3拠点のケアサービス施設

拠点	ケアサービス施設	
X	介護老人保健施設(70床) 訪問看護ステーション 訪問介護ステーション 居宅介護支援事業所	グループホーム(9人) ケアホーム(2ヶ所 14人) 無床診療所
Y	在宅サービスセンター(在宅サービスセンターに準ずる) 訪問看護ステーション 訪問介護ステーション 居宅介護支援事業所 通所介護 10人 短期入所 4人 ケアホーム(8人)(痴呆対応型グループホームに準ずる) ケア付マンション(6戸)(高齢者優良賃貸住宅に準ずる)	
Z	介護老人保健施設 老健通所リハビリテーション 病院通所リハビリテーション 訪問看護ステーション 訪問介護ステーション	居宅介護支援事業所 デイサービスセンター 宅老所(2ヶ所 20人) ケアホーム(8ヶ所 59人) 病院(83床)

本研究の対象者2名が入居していたケアホームは、拠点Zにある。拠点Zは、S市内3拠点のうち最も規模が大きく、病院・老人保健施設・訪問看護ステーション・訪問介護ステーション・複数の小規模の通所および入所介護施設が運営されている。中核となるのは介護老人保健施設を併設する病院と在宅サービスセンターであり、これらの施設を取り囲むように半径500メートル以内の徒歩圏内に小規模の多機能ケア施設が点在している。

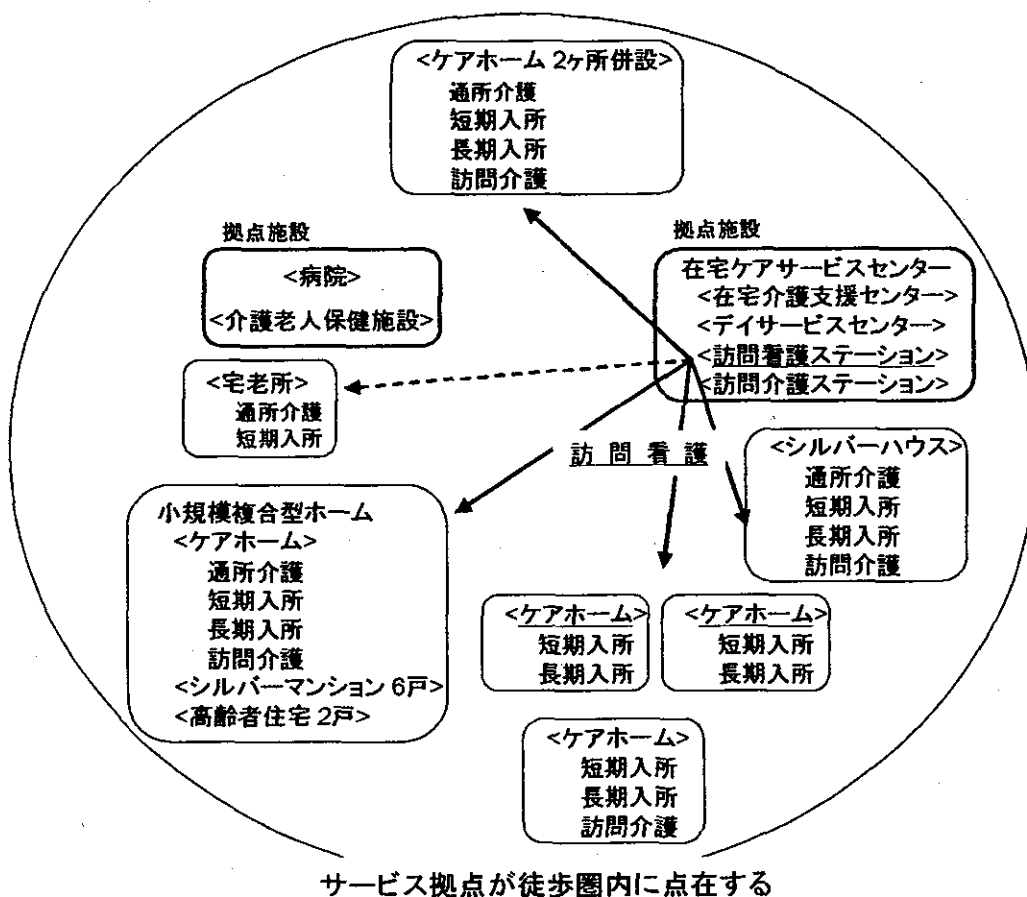


図2 拠点Zの概要

### 3) ケアホーム及び入居者の特徴

それぞれのケアホームには、6～9名の高齢者が入居している。日常生活上の世話は、介護職員(拠点施設の訪問介護ステーションから派遣)によって行われており、訪問看護師が入居者を訪問するとともに、介護職員への介護上の相談・支援を行っている。

ケアホーム入居者はもともとこの地域の居住者で、彼らの子どもたちは大都市及びその近郊で家庭を築いて別居生活を送ってきた高齢者がほとんどである。彼らは自宅での自立した生活から日常生活支援が必要になったとき、住みなれた地域でケアを受けることを何らかのかたちで希望し、ケアホームに入居してきた背景をもつ。入居者の多くが80歳以上で、ADLの低下があり、認知症をあわせもつ人も含まれている。

一つのケアホームの状況を以下にあげておく。



表3 ケアホームAの概要

項目	内容
入居者/定員	9名/9名
要介護度	自立：1名 要支援：0名 要介護1：3名 要介護2：2名 要介護3：2名 要介護4：0名 要介護5：1名
年齢	70歳代：2名 80歳代：5名 90歳代：2名 (平均84.5歳)
入居前の場所	在宅：4名 病院・施設5名
住所	S市内6名 県内1名 県外2名
費用	長期入居(家賃・食費・介護費) *介護費：介護保険1割負担を含む 135,000円～153,000円/1ヶ月 短期入居 5,000円(1泊2日) 通所介護 2,000円(1日 食事・送迎・入浴を含む)
職員体制	介護職員：日中3名 夜間1名 看護師：訪問看護利用者への訪問、介護職員への介護上の相談・指導 *痴呆対応型グループホームに準ずる

## 2. 家での終末期ケア

訪問看護ステーションと無床診療所との連携で高齢者への終末期ケアを提供する組織での調査を行った。

### 1) 訪問看護ステーションYのサービス提供地域

訪問看護ステーションYは、都心へのベッドタウンとなっている東京都の東部地域にあり、在宅ホスピスケアを提供する同グループの無床診療所と連携し、在宅ホスピスケアと介護保険対象の訪問看護事業を行っている。訪問看護の提供地域は、訪問看護ステーションがあるE区の他、近隣3区とE区に隣接するI市である。

表4 訪問看護ステーションYのサービス提供地域の人口と高齢化率

	人口	高齢化率(%)
E区	65万人	12.8
K区	43万人	16.7
I市	46万人	11.1

(平成12年10月現在)

## 2) 訪問看護ステーションYの特徴

訪問看護ステーションYでは、以下のような特徴がある。① 介護保険対象の訪問看護を行うとともに、がん患者の在宅ターミナルケア（在宅ホスピスケア）を、医師や他職種と連携し、サポートする。② 同じグループ内に無床診療所があり、医師との連携が図れる。③ 24時間体制をとっており、利用者はいつでも病状や介護等の相談が可能である。

訪問看護ステーションYは、診療所とのグループで在宅ケアを提供しており、居宅介護支援事業や訪問介護等は、グループ外の事業所と連携を図っている（図3）。月間利用者数は35～40名、1ヶ月の在宅死数は1名程度である。

24時間連絡体制は、4名の看護師が交代で携帯電話を持ち対応している。また、診療所には2名の常勤医と1名の非常勤医がおり、常勤医1名も24時間利用者からの連絡を受けることが可能である。利用者は、緊急時に看護師・医師のどちらかに連絡をしてもよく、電話を受けた看護師・医師が対応することになっている。このため、訪問後は携帯電話当番の看護師への申し送りを行ったり、往診後は医師から報告をうけたりするなど、利用者の状況についてチーム内で情報の共有がなされるような体制を作っている。

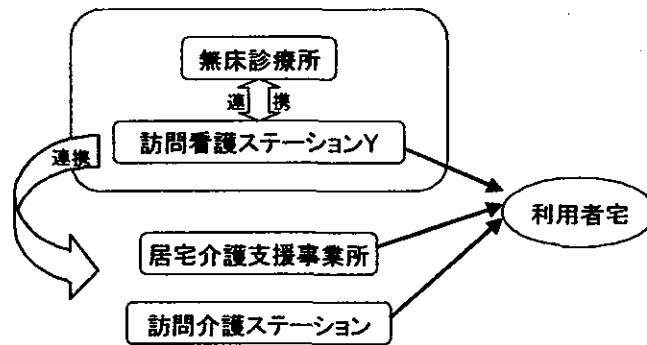


図3 訪問看護ステーションYにおける終末期ケア提供システム

表5 訪問看護ステーションYの実績（2003年9月～2004年8月）

利用者数/年	141名	
在宅死件数/年	末期がん利用者 31名	46名
	その他の利用者 15名	
訪問件数(2004年9月)	295件	
看護師	常勤換算 4.2名 (常勤4名 クリニックとの兼任1名)	

### 3) 在宅での終末期ケア費用

高齢者の在宅での終末期ケアにどの程度の費用がかかっているか、訪問看護の利用者2名のサービスを参照して、算出した。

2名とも亡くなる前の1ヶ月は、亡くなった月に比べると心身の状態が安定しており、これを通常月とし、亡くなった月の看護・介護の費用と医療費とを示した(表6、表7)。

K氏は、亡くなる前の1ヶ月間は、訪問看護1回/週、訪問入浴1回/週、ホームヘルプサービスを利用し、ベッドのレンタルをしている。また、1回/2週の訪問診療を受けており、これらの諸費用をあわせた在宅ケアにかかる費用は、約157,000円となった。

亡くなった月のサービス利用日数は、22日間である。亡くなる前の1ヶ月間同様のサービスに加え、緊急の訪問看護や訪問診療、ターミナルケアのための諸費用が加算され、約220,000円となった。

表6 高齢者の在宅での終末期ケア費用 (K氏)

亡くなる前の1ヶ月間

	項目	単価(円)	回数	金額(円)
看護・介護	訪問看護1	4,250	4	17,000
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月1回のみ) 5,400	4	5,400
	訪問入浴	12,500	4	50,000
	生活援助2	12,117	1	8,468
	特殊寝台貸与	(月1回のみ) 11,000	1	11,000
	褥そう予防用具	(月1回のみ) 6,000	1	6,000
小計				97,868
医療	訪問診療	8,300	2	16,600
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月1回のみ) 22,900	1	22,900
	24時間連携(I)	(月1回のみ) 14,000	1	14,000
	居宅療養管理指導	2,900	2	5,800
小計				59,300
費用合計				157,168

死亡月(22日間)

	項目	単価(円)	回数	金額(円)
看護	訪問看護1	4,250	4	17,000
	訪問看護2	8,300	2	16,600
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月1回のみ) 5,400	1	5,400

介護	特別管理加算	(月1回のみ) 2,500	1	2,500
	ターミナルケア加算	(月1回のみ) 12,000	1	12,000
	訪問入浴	12,500	4	50,000
	生活援助 2	2,117	4	8,468
	特殊寝台貸与	(日割で月1回) 11,000	2/3	7,370
	特殊寝台付属品貸与	(日割で月1回) 3,000	2/3	2,010
	褥そう予防用具	(日割で月1回) 6,000	2/3	4,020
小 計				125,368
医療	訪問診療	8,300	2	16,600
	緊急往診	9,750	2	19,500
	再診料	730	2	1,460
	外来管理加算	570	2	1,140
	継続管理加算	(月1回のみ) 50	1	50
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月1回のみ) 22,900	1	22,900
	24時間連携(I)	(月1回のみ) 14,000	1	14,000
	死亡診断加算	(月1回のみ) 2,000	1	2,000
	ターミナルケア加算	(月1回のみ) 12,000	1	12,000
居宅療養管理指導	2,900	2	5,800	
小 計				95,450
費 用 合 計				220,818

M氏は、亡くなる前の1ヶ月間は、訪問看護3回/週、訪問入浴1回/週を利用し、ベッドのレンタルをしている。ホームヘルプサービスは利用せず、身の回りの世話はほとんど主介護者が行っていた。主介護者のレスパイトケアのため、10日間のショートステイを利用していた。また、1回/週の訪問診療を受けており、これらの諸費用をあわせた在宅ケアにかかる費用は、約303,000円となった。K氏に比べ、2倍近い費用がかかっている。

亡くなった月のサービス利用日数は、19日間である。K氏同様、緊急の訪問看護や訪問診療、ターミナルケアのための諸費用が加算され、約357,000円となった。

表7 高齢者の在宅での終末期ケア費用 (M氏)

亡くなる前の1ヶ月間

	項目	単価	回数	金額
看護	訪問看護 1	4,250	8	34,000
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月1回のみ) 5,400	1	5,400

介 護	・ 訪問入浴	12,500	4	50,000
	特殊寝台貸与	(月1回のみ) 11,000	1	11,000
	特殊寝台付属品貸与	(月1回のみ) 3,000	1	3,000
	褥そう予防用具	(月1回のみ) 6,000	1	6,000
	ショートステイ(10日間)			115,000
	送迎加算			3,900
	小 計			228,300
医 療	訪問診療	8,300	3	24,900
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月1回のみ) 22,900	1	22,900
	痴呆患者在宅療養指導管理料	(月1回のみ) 3,900	1	3,900
	訪問看護指示書	(月1回のみ) 3,000	1	3,000
	処置薬剤	40	1	40
	24時間連携(I)	(月1回のみ) 14,000	1	14,000
	居宅療養管理指導	2,900	2	5,800
小 計			74,540	
費用合計			302,840	

死亡月(19日間)

	項目	単価	回数	金額
看 護 ・ 介 護	訪問看護 1	4,250	2	8,500
	訪問看護 2	8,300	3	24,900
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月1回のみ) 5,400	1	5,400
	ターミナルケア加算	(月1回のみ) 12,000	1	12,000
	訪問入浴	12,500	2	25,000
	通所介護 3	6,940	2	13,880
	通所介護送迎	1,000	2	2,000
	通所介護特別入浴介助加算	696	2	1,392
	特殊寝台貸与	(日割で月1回) 11,000	2/3	7,370
	特殊寝台付属品貸与	(日割で月1回) 3,000	2/3	2,010
	褥そう予防用具	(日割で月1回) 6,000	2/3	4,020
	老人訪問看護基本療養費	5,300	5	26,500
		6,300	3	18,900
	難病等複数訪問加算	4,500	2	9,000
	老人訪問看護管理療養費	(月1回のみ) 7,050	1	7,050
2,900		7	20,300	

			小 計	188,222
医 療	訪問診療	8,300	5	41,500
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月1回のみ) 22,900	1	22,900
	痴呆患者在宅療養指導管理料	(月1回のみ) 3,900	1	3,900
	訪問看護指示書	(月1回のみ) 3,000	1	3,000
	特別訪問看護指示書	(月1回のみ) 1,000	1	1,000
	再診料	730	3	2,190
	外来管理加算	570	3	1,710
	継続管理加算	(月1回のみ) 50	1	50
	緊急往診	9,750	2	19,500
	往診	6,500	1	6,500
	休日加算	1,900	1	1,900
	24時間連携(I)	(月1回のみ) 14,000	1	14,000
	診療情報提供料	(月1回のみ) 2,200	1	2,200
	在宅患者訪問点滴注射管理料	600	2	1,200
	経管栄養材料費	3,730	1	3,730
	点滴薬剤料	23,670	1	23,670
	死亡診断加算	2,000	1	2,000
	ターミナルケア加算	(月1回のみ) 12,000	1	12,000
	居宅療養管理指導	2,900	2	5,800
				小 計
			費 用 合 計	356,972

### 3. 研究協力施設及び研究協力者

S市A訪問看護ステーション、E区B訪問看護ステーション

2カ所の訪問看護ステーションの看護師計3名がかかわった利用者4名

表8 利用者の概略

	ケース	年齢/性別	診断名	訪問看護利用期間
小規模ケア ホーム(S市)	T氏	96歳/男性	腰痛症	22ヶ月
	Y氏	97歳/女性	痴呆	39ヶ月
在宅(E区)	M氏	97歳/女性	痴呆 高血圧 貧血	6ヶ月
	K氏	86歳/男性	アルツハイマー型痴呆 脱リウマチ筋痛症疑い	6ヶ月

#### 4. データ収集方法及び調査期間

インタビューガイドを用いた半構成的インタビューを2004年8月～9月に行った。

インタビューガイドは、グループホームで用いたインタビューガイドを小規模ホームと在宅でのインタビューにあわせて若干の修正を加えて用いた。それぞれの訪問看護ステーションを利用してから亡くなるまでの経過、ターミナルケアに関する訪問看護師の認識、行ったケア、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、研究協力者の許可を得てMDレコーダに録音し、逐語録にした。あわせて訪問看護ステーションの記録物から補足情報を得た。

#### 5. 倫理的配慮

東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

事前に研究者から各訪問看護ステーションの所長に、研究目的、方法、倫理的配慮等について文書と口頭で説明を行い、文書での同意を得た。その後、訪問看護ステーションから亡くなった利用者の家族に研究者が準備した事例開示に関する説明文書ならびに研究の趣旨、拒否する権利等倫理的配慮に関する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、訪問看護師へのインタビューを行った。

#### 6. 分析方法

訪問看護師へのインタビュー逐語録を、「訪問看護の支援内容」、「ターミナル期と意識した状況」、「ターミナルケアの条件」を分析ポイントとして内容分析を行い、カテゴリを抽出した。また、訪問看護師がケアを展開していく過程で浮上してくる様々な「迷い」や「思い」も、これらの分析ポイントと密接に関連していたため、それらを「看護師の思い」として抽出し、あわせて分析を行うことにした。

抽出した記述をコード化し、複数のコードを比較し、類似性と相違性を検討しながら分類した。それぞれのコードが文脈と一致するよう逐語録に照合せながら分類していった。分類された各コードは抽象度を高めて命名し、「サブカテゴリ」「カテゴリ」の順で、カテゴリ化していった。

なお、事例数が少ないことと、各事例がたどった固有のプロセスがあり、それらを活かすために、事例ごとにコード化、カテゴリ化を行い、小規模ケアホームと在宅とに分けて分析した。分析に際しては、随時分担研究者らが妥当性の検討を行った。

「ターミナルと意識した状況」は、小規模ケアホーム、在宅にかかわらず、1つの共通したカテゴリとして生成された。

各分析ポイントで共通して生成されたカテゴリは、「訪問看護の支援内容」では、チームでのケア、家族・介護者にかかわる支援、「ターミナルケアの条件」では、24時間体制のチームケア、家族にかかわる内容、「看護師の思い」では、高齢者のターミナルを巡る看護師の迷いの諸相についてであった。

「訪問看護の支援内容」と「ターミナルケアの条件」は、厳密に区分することが難しい。高齢者への支援を通して、重要と看護師が考えていたターミナルケアの条件には、十分には行えなかったものの必要と考えられた条件と実際に行った支援がターミナルケアの条件としてあげられたものが含まれるからである。

これらを事例ごとに図4～図7に示した。各図は、4つの分析ポイントと経過の概要を記述し、抽出されたカテゴリとそれに含まれるサブカテゴリごと、訪問看護の支援内容とターミナルケアの条件は、時間軸にそうように配置して示してある。

以下では、全体に共通していたカテゴリについて述べた後、小規模ケアホームと在宅でそれぞれ生成された特徴的なカテゴリについて述べていく。

## 7. 分析結果

### 1) ターミナルと意識した状況：これまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナルと考える

一般に、高齢者のターミナル期を特定するのは難しいとされている。しかしながら、今回の面接調査では、看護師は、利用者の死亡の2ヶ月前から2週間前の時期に、これまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナル期であることを意識していることが明らかになった。

事例の中で共通して見られるように、看護師がターミナル期を認識する主な契機は、利用者を訪問し、ケアを行っているなかで起こってくる「動けなくなること/ADLの低下」「食べられなくなること/経口摂取量の低下・経口摂取困難」ことであった。そのうえで、それぞれのケース特有の諸変化を繋ぎあわせて、看護師はターミナル期と認識していた。

小規模ケアホーム利用者のY氏のケースでは、ケアホーム入居の時点では、痴呆がみられており、本人の意思を確認することが難しい状態になっていたが、ケアホーム入居以前に書いた自筆のリビングウィルがあり、Y氏が誤嚥性肺炎によって入退院を繰り返すようになっていったときに提供できる医療処置が本人の意思に添う処置かどうか、その時点で可能な医療処置を行うよりも本人のリビングウィルを尊重したケアに切り換える時期かどうか、つまり余命にかかわる処置を行うかどうかの決定が、看護師のターミナルの認識に大きく関わっていた。また、主治医から家族へ延命処置は行わないことや予後の説明があることで、看護師はターミナル期であることを確信していた。

また、T氏のケースでは、亡くなる2ヶ月前頃からそれまで可能であった座薬での疼痛コントロールが難しくなるとともに、ADLが低下し、食事摂取量が一段と低下して、るいそうが目立つようになってきた。看護師の入院の勧めを断り、「食べられるだけ食べる」というT氏の意思が表明されて、看護師はケアホームで最期まで看ることを決めた。それまで何事も自分で決め、「一生懸命自分で動いていた人が動けなく」なり、「だめだ、だめだ」と気弱な発言が聞かれるようになった。ケアホーム入居後1年半、T氏の日々の生活を見てきた看護師は、Y氏の発言内容の変化を以前とは違う「気力の低下」ととらえ、身体状況の悪化とあわせて、ターミナルの認識をするようになった。

在宅で訪問看護ステーションを利用していたK氏のケースは、亡くなる3週間前頃から



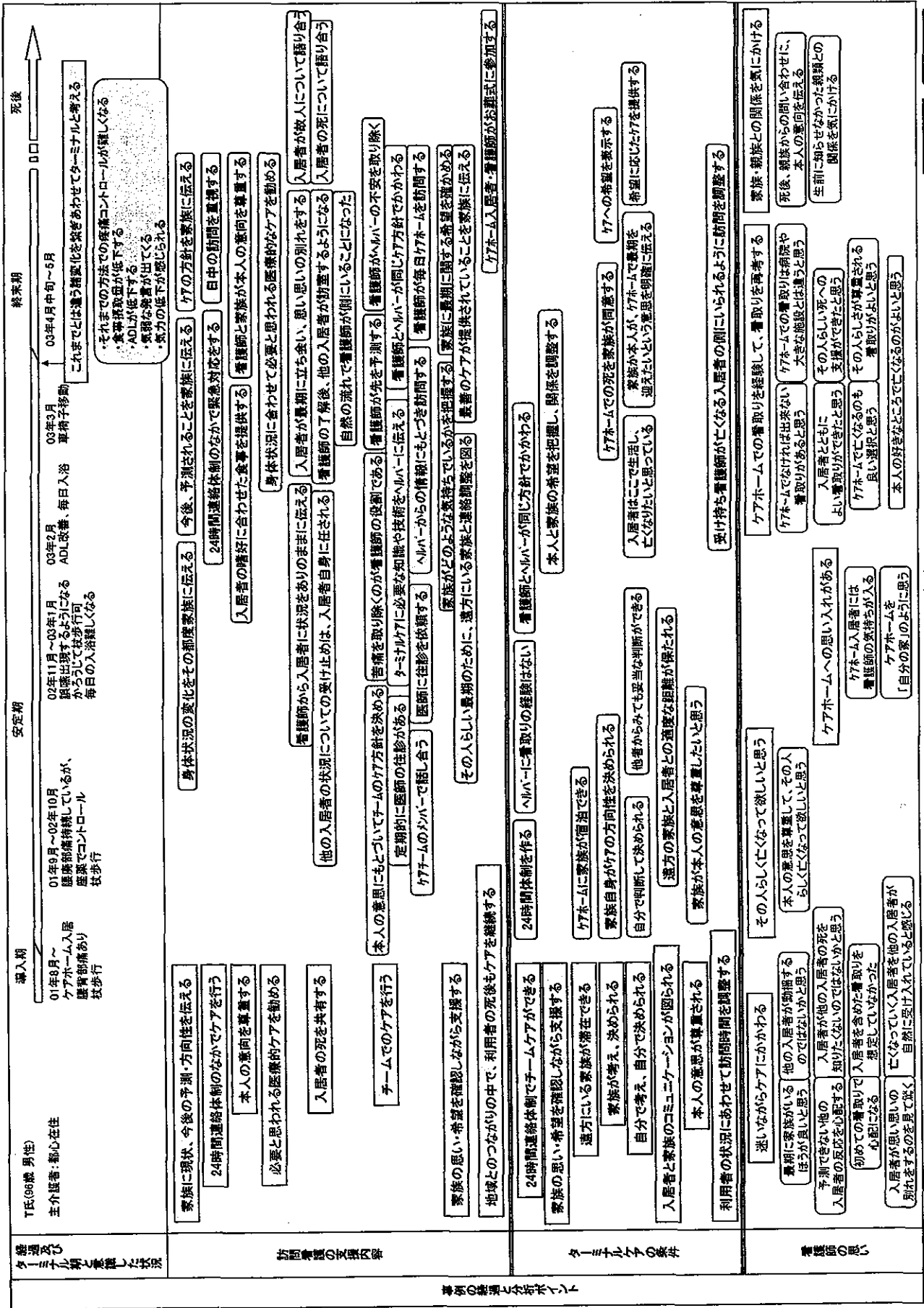


図4 T氏の経過の概要と分析結果

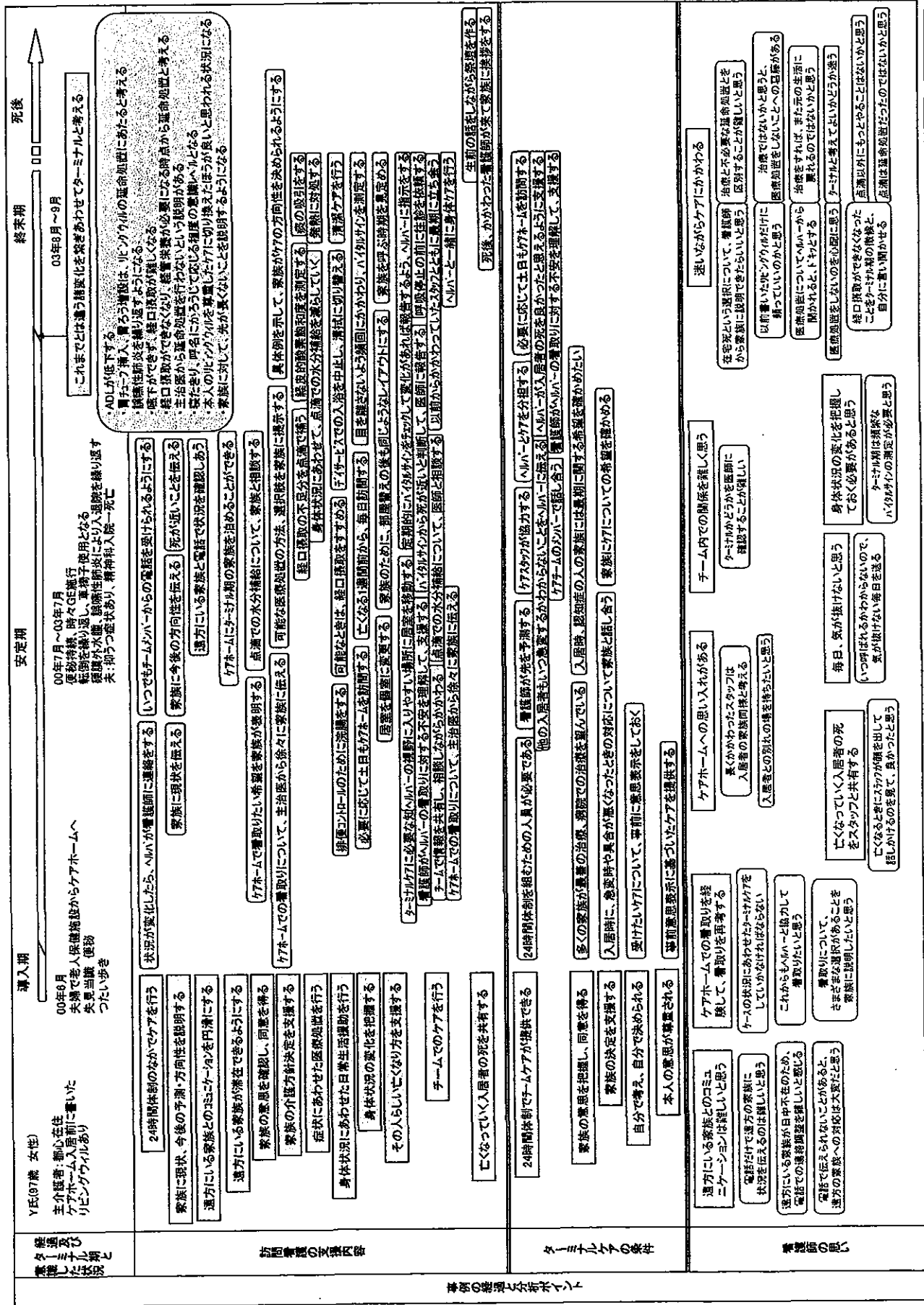


図5 Y氏の経過の概要と分析結果

<p>経過 タミナル期と覚悟した状況</p>	<p>M氏 97歳 男性) 02年10月～ ADL低下、痴呆 在診</p> <p>03年11月～ せん妄あり眠床内服、翌日覚醒せず 脳検査異常あり、一時的に訪問看護 不眠コントロール</p> <p>03年12月～04年4月上旬 ADL低下、嚥食ケアのため訪問看護再開、移行 食事量を減らさざる 不眠コントロール</p> <p>04年4月上旬～中旬 ↑</p> <p>終末期 死後</p>	<p>在宅でのケア内容を具体的に説明する 終口摂取ができなくなり、 点滴の必要性を説明する 症状に対するケアを行う 肺炎治療のために抗生剤の点滴と酸素吸入をする 介護技術を家族に指導する 家族自身がケアの方向性を決められる 家族が自然なうちに本人の希望と考える 家族の明確な意思を尊重する 家族が1回/週の訪問看護を受けたいと考える 家族が1回/週のケアを希望する 必要と思われる在宅ケアチームのケアを提案する 医師と看護士で話し合い、納得しあう 1回/週の訪問看護を行う 家族の希望を尊重することをケアで確認しあう 家族の希望に沿って訪問看護を提供する 看護士の訪問後、医師の往診後、患者のケアについて話し合う チームでの話し合いが看護士の助けになる</p>	<p>訪問看護の支援内容</p>	<p>医師・看護士から家族に説明をする 症状にあわせた薬物処置を行う 介護者に必要な介護技術を指導する 家族が考え、決められる 家族の意思を確認し、尊重する 家族の介護方針決定を支援する 在宅ケアサービスのプランを提案する 身体状況にあわせた目標生活援助を行う チームでのケアを行う</p>	<p>在宅でのケア内容を具体的に説明する 終口摂取ができなくなり、 点滴の必要性を説明する 症状に対するケアを行う 肺炎治療のために抗生剤の点滴と酸素吸入をする 介護技術を家族に指導する 家族自身がケアの方向性を決められる 家族が自然なうちに本人の希望と考える 家族の明確な意思を尊重する 家族が1回/週の訪問看護を受けたいと考える 家族が1回/週のケアを希望する 必要と思われる在宅ケアチームのケアを提案する 医師と看護士で話し合い、納得しあう 1回/週の訪問看護を行う 家族の希望を尊重することをケアで確認しあう 家族の希望に沿って訪問看護を提供する 看護士の訪問後、医師の往診後、患者のケアについて話し合う チームでの話し合いが看護士の助けになる</p>	<p>タミナルケアの条件</p>	<p>24時間体制でチームケアが提供できる 家族が考え、決められる その人らしい仕ぐせを支援する 看護士の不安を軽減する</p>	<p>24時間体制であることを繰り返し伝える ケアプランで家族の意思を確認しあう 2時間体制ケアチームで、看護士も安心できる 家族の意思決定は重要である 家族の強い意志が自宅での見取りを可能にする 家族がケアに入る前から、家族が自宅での見取りを決めていた 入居が必要と思われる状況でも、在宅を希望する家族は多い 家族の看取りへの準備状況から、現状の認識を整理する ケアプランは看護士の不安を軽減するのに役立つ</p>	<p>看護士の思い</p>	<p>家族の思いに共感する 家族の静かに普通に過ごさせて やりたい気持ちを認める 家族の自然な気持ちで という思いに共感できる 家族の意思を大事にしたいと思う</p>	<p>その人らしい仕ぐせを支援する 医師的ケアに対して 家族がかかわり、そうだと 思っているとわかるようになる 家族の家で看取りたいという 考えを尊重すべきだと思う</p> <p>家族が満足して良かったと思う 精かな看取りができ 家族が満足できて良かったと思う 家族の家で看取りたいという 気持ちがかかわるようになってきたと思う 看護士の安心とともに 看護士の安心も必要だと思う</p> <p>家族が満足して良かったと思う 精かな看取りができ 家族が満足できて良かったと思う 家族の家で看取りたいという 気持ちがかかわるようになってきたと思う 看護士の安心とともに 看護士の安心も必要だと思う</p> <p>家族の意思を尊重しつつ 利用者とのかかわりの多少が どう入り込むかに悩む 看護士の不安に悩んでいると思う 家族の反応から 家族の在宅で看取る 意思が確実か、心配になる 適切な訪問回数だったと思う 利用者・家族にもっとかかわりたいと思う</p>
----------------------------	---	--	------------------	---	--	------------------	--	--	---------------	---	---

表1 経過と覚悟した状況

図6 M氏の経過の概要と分析結果

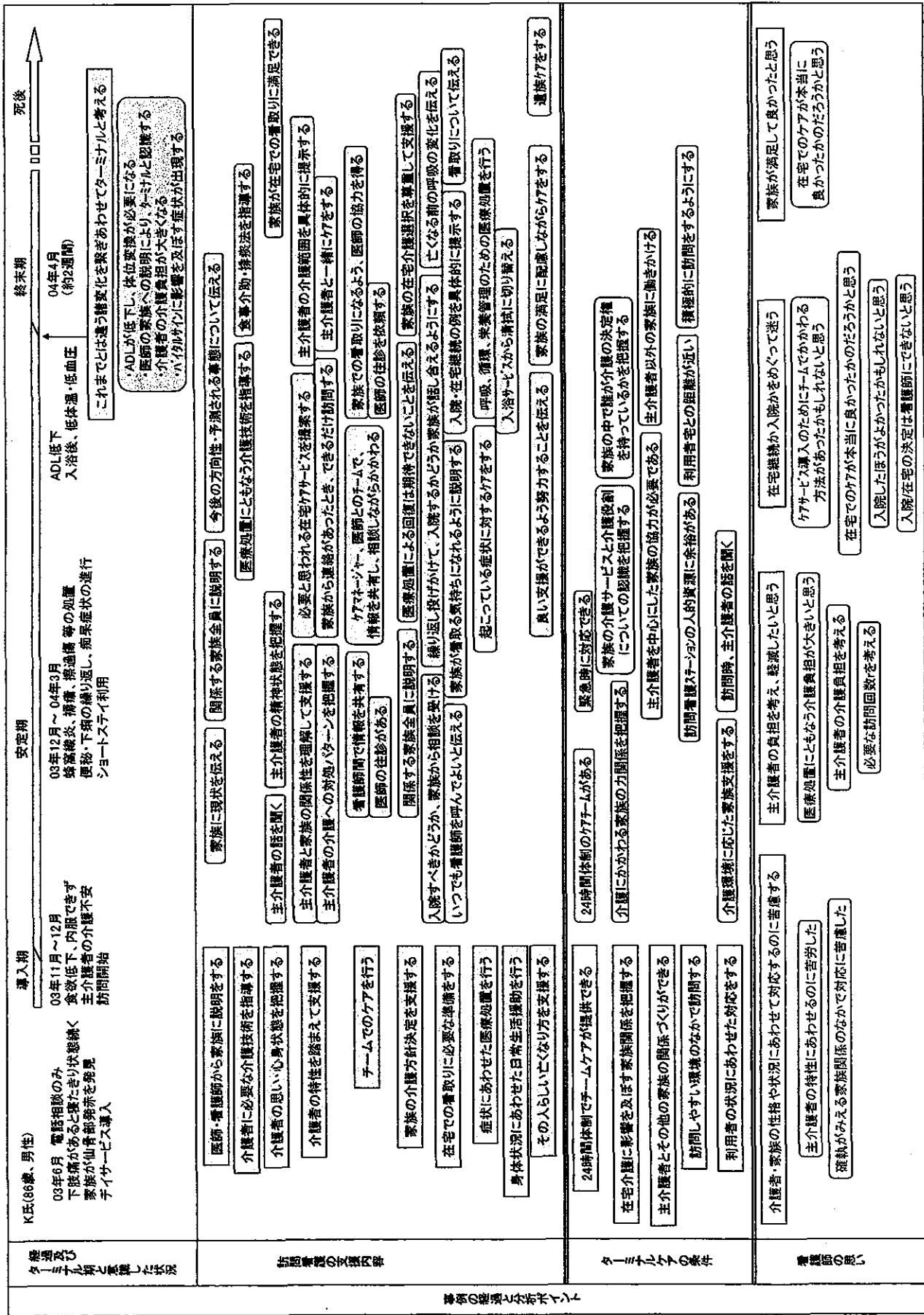


図7 K氏の経過の概要と分析結果

カテゴリ サブカテゴリ

事例の経過と分析ポイント