

图5. (研究III). Exclusion Criteria and Pathway to Study Sample

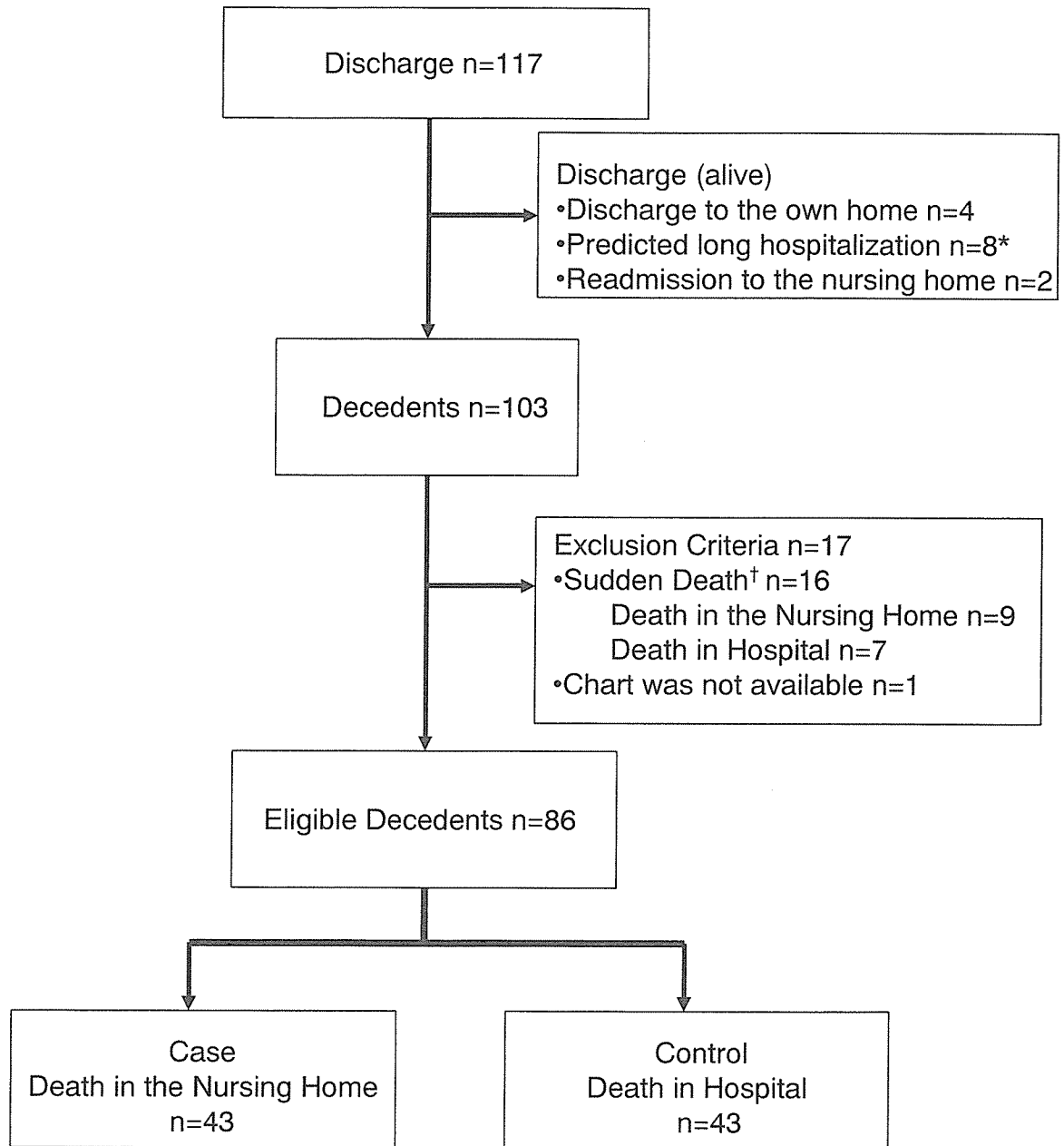


Table 10. Residents Characteristics predictive of Death in the Nursing Home (n=86)

Characteristics	Total	Death	Death		
	Number (n=86)	in NH (n=43)	in Hospital (n=43)	Unadjusted OR (95% C.I.)	P-value
Age at death					
<85	33 (38)	11 (26)	22 (51)	Reference	
≥85	53 (62)	32 (74)	21 (49)	3.05 (1.23-7.57)	.015
Mean ± SD	86.6±7.6	89.0±7.0	84.1±7.5		.003*
Sex					
Woman	66 (77)	36 (84)	30 (70)	2.23 (0.79-6.30)	.126
Man	20 (23)	7 (16)	13 (30)		
Marital Status					
Unmarried	64 (74)	37 (86)	27 (63)	3.65 (1.26-10.56)	.013
Married	22 (26)	6 (14)	16 (37)		

Length of stay in the NH

<4.0 years	38 (44)	11 (26)	27 (63)	Reference	
≥4.0 years	48 (56)	32 (74)	16 (37)	4.91	.001
				(1.95-12.35)	
median	4.7	5.7	2.4		.004 [†]
(range)	(0.07-21.2)	(0.07-21.1)	(0.3-16.8)		

Living place before nursing home

Home	24 (28)	16 (37)	8 (19)	3.00	.044
				(1.01 -8.88)	
Care facilities	27 (31)	13 (30)	14 (33)	1.39	.521
				(0.51-3.84)	
Hospital	35 (41)	14 (33)	21 (49)	Reference	.

Family decision maker

Spouse	9 (10)	3 (7)	6 (14)	Reference	
Child [†]	60 (70)	34 (79)	26 (60)	2.62	.285
Others [†]	15 (17)	6 (14)	9 (21)	1.33	1.000
None [†]	2 (2)	0	2 (5)		1.000

Functional Status

Bed ridden	30 (35)	20 (46)	10 (23)	2.87	.024
				(1.14-7.25)	

Not bed ridden	56 (65)	23 (53)	33 (77)	Reference	
Cognitive impairment					
Severe	61 (71)	31 (72)	30 (70)	1.12	.812
				(0.44-2.84)	
No-moderate	25 (29)	12 (28)	13 (30)	Reference	
Basic Disease(more than one choice) §					
Dementia	56 (65)	30 (70)	26 (60)	1.51	.365
				(0.62-3.69)	
Cereberovascular Disease	35 (41)	14 (33)	21 (49)	0.51	.124
				(0.21-1.21)	
Heart Disease	20 (23)	11 (26)	9 (21)	1.30	.610
				(0.48-3.55)	
Cancer [†]	3 (4)	2 (5)	1 (2)	2.05	1.000
Musculoskeletal Diseases	12 (14)	7 (16)	5 (12)	1.48	.534
				(0.43-5.08)	
Cause of death					
Pneumonia	38 (44)	18 (42)	20 (46)	Reference	
Cereberovascular Disease [‡]	10 (12)	7 (16)	3 (7)	2.59	.292
Heart Disease [‡]	10 (12)	3 (7)	7 (16)	0.48	.478

Cancer [‡]	3 (3)	2 (5)	1 (2)	2.22	.606
Others	20 (23)	13 (30)	7 (21)	2.01	.201
				(0.68-6.31)	
The presence one or more hospitalization in the year prior to death					
Yes	11 (13)	6 (14)	5 (12)	1.23	.747
				(0.35-4.39)	
No	75 (87)	37 (86)	38 (88)	Reference	
Resident's preference for nursing home end-of life care					
Yes	12 (14)	5 (12)	7 (16)	0.68	.534
				(0.20-2.33)	
Others [¶]	74 (86)	38 (88)	36 (84)	Reference	
Family decision maker preference for nursing home end-of-life care					
Yes	52 (60)	34 (79)	18 (42)	5.25	.001
				(2.02-13.60)	
Others ^{**}	34 (40)	9 (21)	25 (58)	Reference	
Full-time physician ^{††}					
Presence	59 (69)	34 (79)	25 (58)	2.72	.037
				(1.05 -7.05)	
Absence	27 (31)	9 (21)	18 (42)	Reference	
Admission to the NH after/before LTCI					

After LTCI	19 (22)	5 (12)	14 (33)	0.27 (0.09 -0.84)	.019
Before LTCI	67 (78)	38 (88)	29 (67)	Reference	

Note: NH=Nursing home, y.o.=years old, SD=Standard Deviation, OR=Odds Ratio, 95%C.I.=95% Confidence Interval, LTCI= Long-term care insurance

* Student's t-test

† Wilcoxon rank sum test

‡ Fisher exact test

§ Main disease, presence of the disease vs. absence of the disease

|| Cause of death only confirmed n=81 (5 cases missing)

¶ Others included, preference for hospital transfer n=2 (2%), no decision n=2 (2%), not asked n=70 (81%).

** Others included, preference for hospital transfer n=20 (23%), leave decision to resident n=1 (1%), no decision n=9 (11%), no family decision maker n=2 (2%), not asked n=2 (2%).

†† Full-time physician presence 1999/4/1 ~2002/1/31 • 2002/8/1 ~2003/3/31

home death from the bivariate analysis were older age (more than 85 years old, OR = 3.05, 95% C.I. = 1.22-7.57); unmarried (OR = 3.65, 95% C.I. = 1.26-10.56); long stay in the nursing home (more than 4 years, OR = 4.91, 95% C.I. = 1.95-12.35); living at home before nursing home admission (OR = 3.00, 95% C.I. = 1.01-8.88); bedridden (OR = 2.87, 95% C.I. = 1.14-7.25); the family decision-maker's preference for nursing home end-of-life care (OR = 5.25, 95% C.I. = 2.02-13.60); presence of a full-time physician (OR = 2.72, 95% C.I. = 1.05-7.05); and admission to the nursing home after LTCI (OR = 0.27, 95% C.I. = 0.09-0.84). Five of the 12 residents who expressed a preference for nursing home end-of-life care actually died in the nursing home. The family decision-makers of those five decedents also expressed a preference for nursing home end-of-life care. Seven residents who expressed a preference for nursing home end-of-life care died in a hospital. The diagnosis or symptoms of those hospital transfers were pneumonia (n = 1), hypoxia (n = 5), and shock (n = 1). Two residents who expressed a preference hospital transfer, died in the nursing home.

The median length of the last hospitalization of those who died in a hospital was 23 days (range 1-159 days).

The results of the multivariate analysis are shown in Table 11. Significant variables associated with dying in the nursing home were older age (adjusted OR = 1.08, 95% C.I. = 1.01-1.17), the family decision-maker's preference for nursing home end-of-life care (adjusted OR = 3.95, 95% C.I. = 1.21-12.84), and presence of a full-time physician (adjusted OR = 3.74, 95% C.I. = 1.03-13.63).

D 考察

This study found that chronological age, the family decision-maker's preference, and the presence of a full-time physician were associated with dying in the nursing home.

Older age is reported as one of the predictors of nursing home death in both the United States [18, 19, 25] and Japan [12, 24]. In this study setting, when a resident suffered symptoms like fever or dyspnea, the nurses in the nursing home judged whether to send her/him to a hospital, based on the nursing home physician's evaluation. If the resident was quite old, both the nursing home staff and family might think that no further medical treatment beyond that available in the nursing home would be benefit her/him.

This study found that the family decision-maker's preference for nursing home end-of-life care was associated with nursing home death, as shown in a previous study [24]. With the lack of an "advanced directives" system, the result might be explained as follows. Matsumura [28] found that Japanese people have a strong preference for the group decision-making model, which would include the physician, patient, and family, in deciding the end-of-life care issue. Japanese culture, which traditionally emphasizes familial harmony, engenders end-of-life practices and communication styles that differ substantially from those in the United States. According to a general population survey, it is permissible for the family and physician to interpret a

Table 1. Logistic Regression Model * of Variables Associated with Death in the Nursing Home (n=86)

Characteristics	Parameter Estimate	Adjusted OR (95% C.I.)	P-value
Intercept	-10.24		
Age at death	0.08	1.08 (1.01-1.17)	0.035
Woman	-0.13	0.88 (0.20-3.81)	0.864
Unmarried	1.06	2.87 (0.61-13.49)	0.182
Living at home before nursing home	1.09	2.97 (0.87-10.19)	0.083
Bed ridden	1.03	2.80 (0.83-9.49)	0.099
Family decision makers' preference for nursing home end of life care	1.37	3.95 (1.21-12.84)	0.023
Full-time Physician Presence [†]	1.32	3.74 (1.03-13.63)	0.046
Admission to the NH after LTCI	0.08	1.09 (0.25-4.70)	0.914

Note:OR=Odds Ratio, 95%C.I.=95% Confidence Interval, NH=Nursing home,

LTCI= Long-term care insurance

* regression model included significant variables in bivariate analysis ($P < .1$)

Hosmer-Lemshow goodness-of-statistic, $P = .944$

[†] Full-time Physician Present 1999/4/1 ~2002/1/31 • 2002/8/1 ~2003/3/31

resident's directives loosely [20]. Other studies have reported that even if a patient has given written directions, many Japanese physicians would respect the family's wishes over those of the patient [29-32]. Qualitative studies have concluded that Japanese people regard autonomy and individual control, and the active decision-maker concept, in end-of-life care as "foreign" [33].

The presence of a full-time physician was associated with dying in a nursing home versus a hospital. A full-time physician might have better access to the medical history and laboratory results on residents, have enough time to discuss end-of-life with families and nursing home staff, and provide better information and support to nurses and aides surrounding end-of-life care, than part-time physicians. This result is compatible with the result of another study [24] in Japan, which found that the actual visits of physicians or their responses on the phone at night were associated with nursing home death. A qualitative study [34,35] in the United States revealed that residents and their families want to see their physician when they know that death is imminent. A quantitative study [19] in the United States also showed that nursing home residents in hospital-based facilities were less likely to die in the hospital. The presence of the physician at the bedside is important to residents and their families, and they expect and hope that their physician will visit.

Some characteristics, reported as predictors for nursing home death in previous studies, were not significantly associated with nursing home death in this study. They were low activities of daily living (ADL) [19,24,25,28], cognitive impairment [19,24], basic diseases [19,24], and cause of death [18,24,25]. The effect of LTCI, which we were the first to examine, also did not influence the site of death. The small sample size and narrow variation of our study might have caused these results.

This study was limited in several respects. It was conducted at a single nursing home in Tokyo. The sample size was small, and potential type II errors likely exist. Even among the significant variables, especially for age, 1 year had only a small impact. The data were obtained retrospectively by one researcher. Since it is very difficult for researchers to access nursing home charts in Japan, this is a limitation with possible bias. Although this study is valuable, there has been no previous chart-review-based study of nursing home residents in Japan. There are some meaningful variables that a chart review cannot establish: education level, economic status, and quality of care. Not all residents and family decision-makers were asked to express a preference, and the time of asking was not standardized. In addition, it was impossible to determine precisely why the decision was made to avoid transfer to a hospital. The decision might have been due to the resident's personal preference, the document for expressing the preference, or the medical staff's interpretation of the family's preference based on the care conference. Future studies with a larger sample size should address this question, improve the power to detect the predictors, and permit a greater opportunity to generalize these results.

Nevertheless, this study is the first chart-review-based study on this topic, and it included

all those who died during the study period in a nursing home in Japan. We found that older age, the family decision-maker's preference for nursing home end-of-life care, and the presence of a full-time physician were associated with dying in the nursing home. In April 2006, LTCI started to reimburse each resident who opted to receive end-of-life care and died in a nursing home to promote nursing home death [36]. The goal is to encourage the provision of the elderly with a more homelike end-of-life place than hospitals, and to reduce the high medical cost of hospital death. The promotion of nursing end-of-life care without an analysis of present conditions could reduce care quality. Therefore, research on this issue is needed right now. Our findings are also intended to aid health care providers confronting the ethical dilemmas of Japanese people faced with a Western biomedical model, such as autonomy and beneficence, and to further understand nursing home end-of-life care issues.

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

- 1.論文発表 Yayoi Takezako, Nanako Tamiya, Eiji Kajii, The nursing home versus the hospital as the place of Dying for Nursing Home Residents in Japan. Health Policy (in press)
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/01688510>
- 2.学会発表 竹迫弥生 田宮菜奈子 梶井英治 特別養護老人ホーム利用者の死亡場所を規定する要因の検討 1施設報告. 第63回日本公衆衛生学会総会(松江)

H 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

参考文献

- [1] Teno JM. Do-not-resuscitate orders and hospitalization of nursing home residents: trumping, neglect, or shared decision-making at the eleventh hour. J Am Geriatr Soc 2004;52:159-160.
- [2] Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. BMJ 2003;326:580.
- [3] Meijer A, Van Campen C, Kerkstra A. A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands. J Adv Nurs 2000;32:554-561.
- [4] Ikegami N, Yamauchi K, Yamada Y, et al. The long term care insurance law in Japan: impact on institutional care facilities. Int J Geriatr Psychiatry 2003;18:217-221.
- [5] Centers for Disease Control and Prevention (online). Available at http://www.cdc.gov/nchs/data/nhhd/NNHS99CurrentRes_selectedchar.pdf. Accessed on April 19,

2006.

- [6] Ministry of Internal Affairs and Communications, Japan. 'Current Population Estimates as of October 1, 2003' (online). Available at <http://www.stat.go.jp/english/data/jinsui/2003np/index.htm>. Accessed September 8, 2005. [in Japanese]
- [7] Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. Heisei 15 nen Kaigo Service Shisetsu Jigyousyo Cyousa 'Long Term Care service institutional survey in 2003' (online). Available at <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>. Accessed August 10, 2005. [in Japanese]
- [8] Tsutsui T, Muramatsu N. Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:522-527.
- [9] Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Aff* 2000;19:26-39.
- [10] Ikegami N. Public long-term care insurance in Japan. *JAMA* 1997;278:1310-1314.
- [11] Williams ME. The physician's role in nursing home care: an overview. *Geriatrics* 1990;45:47-49.
- [12] Miyahara S. A study of dying in a special nursing home for the elderly. *Jpn J Prim Care* 1999;22:41-48. [in Japanese]
- [13] Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. Heisei 15 nen Jinkou doutai toukei 'Population Trend in 2003' (online). Available at <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>. Accessed August 10, 2005. [in Japanese]
- [14] Yang L, Sakamoto N, Marui E. A study of home deaths in Japan from 1951 to 2002. *BMC Palliative Care* 2006;5:2.
- [15] Teno J. The Brown Atlas of Dying in the United States: 1989-2001. (online) Available at: <http://www.chcr.brown.edu/dying/brownsodinfo.htm>. Accessed April 18, 2006.
- [16] Degenholtz HB, Rhee Y, Arnold RM. Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place. *Ann Intern Med* 2004;141:113-117.
- [17] Pekmezaris R, Breuer L, Zaballero A, et al. Predictors of site of death of end-of-life patients: the importance of specificity in advance directives. *J Palliat Med* 2004;7:9-17.
- [18] Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004;291:88-93.
- [19] Levy CR, Fish R, Kramer AM. Site of death in the hospital versus nursing home of Medicare skilled nursing facility residents admitted under Medicare's Part A Benefit. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1247-1254.
- [20] Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I. Perspectives on advanced directives in Japanese society: a population-based questionnaire survey. *BMC Med Ethics* 2003;4:E5.
- [21] Haverkate I, van der Wal G. Related policies on medical decisions concerning the end of life in Dutch health care institutions. *JAMA* 1996;275:435-439.
- [22] Cantor MD, Pearlman RA. Advance care planning in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:101-108.
- [23] Miyata H, Shiraishi H, Kai I, et al. Nursing home directors' attitude toward medical

- decisionmaking and medical care for elderly people with dementia. *Jpn J Geriatr* 2004;41:528-533. [in Japanese]
- [24] Shinoda-Tagawa T, Ikegami N. Resident and facility characteristics associated with the site of death among Japanese nursing home residents. *Age Aging* 2005;34:515-518.
- [25] Witzten S, Teno JM, Fennell M, et al. Factors associated with site of death: a national study of where people die. *Med Care* 2003;41:323-335.
- [26] Committee of Care Manager Textbook, Standard Textbook of the Care Manager. Chojuusyukai Kaihatsu Center, Tokyo, 2001;458-460. [in Japanese]
- [27] Arai Y, Kumamoto K, Washio M, et al. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long-Term Care Insurance system. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58:396-402.
- [28] Matsumura S, Bito S, Liu H, et al. Acculturation of attitudes toward end-of-life care: a cross-cultural survey of Japanese Americans and Japanese. *BJ Gen Intern Med* 2002;17:531-539.
- [29] Sehgal AR, Weisheit C, Miura Y, et al. Advance directives and withdrawal of dialysis in the United States, Germany, and Japan. *JAMA* 1996;276:1652-1656.
- [30] Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, et al. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest* 2000;118:1172-1182.
- [31] Asai A, Miura Y, Tanabe N, et al. Advance directives and other medical decisions concerning the end-of-life in cancer patients in Japan. *Eur J Cancer* 1998;34:1582-1586.
- [32] Fetters M. The family in medical decision making: Japanese perspectives. *J Clin Ethics* 1998;9:132-146.
- [33] Long SO. Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. *Soc Sci Med* 2004;58:913-928.
- [34] Kayser-Jones J. The experience of dying: an ethnographic nursing home study. *Gerontologist* 2002;42:11-19.
- [35] Shield R, Wetle T, Teno J. Physicians "missing in action" : family perspectives on physician and staffing problems in end-of-life care in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1651-1657.
- [36] Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. Social Security Commission of long-term care reimbursement No. 39 (online). Data available at <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0126-9b.pdf>. Accessed March 15, 2006. [in Japanese]

IV. ドイツのナーシングホームにおける事前指示書の状況

—海外調査—

A 研究目的

ドイツのナーシングホームにおける事前指示書の状況を明らかにする。

B 研究方法

ドイツハンブルグの民間の1ナーシングホームを訪問し、介護職の施設長より終末期の状況についてインタビュー調査を行った。また、介護保険医療サービス管理部門(MDK) 高齢者介護部門長に対し、ナーシングホームをとりまく医療状況についてインタビュー調査を行った。

C. 研究結果

1.施設長(介護職)からのヒアリング

死亡退所者の施設内死亡割合は約80%であり、日本36.2%と比較すると著しく高かった。本人および家族の終末期についての事前の意志確認の書類としては、Patiententestament が使用されていた。これは、「意識不明が続く、継続的重度な脳障害、あるいは重症な機能障害がおこった場合にも、延命治療、例えば、集中治療、移植、人工呼吸はしないでください。ただし、それが、鎮痛効果がある場合は実施してください。また、鎮痛剤、麻酔薬、簡単な手術が鎮痛効果があれば、命を縮めることになっても、実施してください。」という内容のものであった。この書類は、ナーシングホーム利用者の約10%が保持していた。

しかし、実際に身体状況が悪くなると、書類の有無によらず、その時々によつてどのような対応をとるかの判断がおこなわれていた。特に、本人と家族の意見が異なれば、家族の意見が優先された。対応としては、医療処置による明らかな改善が望める場合は病院搬送が行われていた。また、改善できるか不明ならかかりつけ医をよびだし、診療所受診の手配がなされた。多くの場合、救急搬送しても、搬送先で終末と判断された場合は、施設へと送り返された。

2.介護保険医療サービス管理部門(MDK) 高齢者介護部門長からのヒアリング

ナーシングホームの利用者に対する医療提供は、施設単位ではなく、それぞれのかかりつけ医による担当性で提供されている。夜間の急変時は、その日の地域救急担当の診療所医師が対応するか、病院の救急に搬送するいずれかの選択がとられている。しかし、病院はDRG (Diagnosis-Related-Group) 導入あと、高齢者は敬遠する傾向となった。そのため、ナーシングホーム利用者を救急搬送しても、搬送先で終末期と判断されれば、ナーシングホームへ戻るか、ホスピスへ、といわれ入院にいたらない状況になってきている。ホスピスについては、ハンブルグ内、4ナーシングホームで試験的にホスピス(介護保険医療保険折半)が併設されている。事前指示書については、Patiententestament の所持者は増加している。しかし、その指示にそっているとはいいい難いのが現状である。

D 考察

ドイツのナーシングホームでは殆どが施設内で死亡していた。その背景には、本人や家族の希望というよりは、DRGの導入など医療システムによる影響が強いことが示唆された。今後、事前指示書の活用が

日本の介護保険施設内でも広まることが想定されるが、その中で、どのように終末期ケアの質と本人の自律性を保つためには、それをささえる医療システムの確保が必要と考えられた。

E 結論

ドイツのナーシングホームでは殆どが施設内で死亡していた。事前指示の形態として、Patiententestament があるが、実際の運用方法には多くの課題を抱えていると考えられた。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

分担研究報告書

介護保険施設における「終末期ケア」についての職員研修の方法論に関する検討

分担研究者 氏名 梶井英治 所属 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門

研究協力者 氏名 竹迫弥生 所属 筑波大学 大学院 人間総合科学研究科 研究員

研究要旨

＜目的＞介護保険施設における終末期ケアの研修方法を提案する。＜方法＞本研究でフィールド調査や訪問を行った介護老人福祉施設3施設、施設長から情報提供のあった介護老人保健施設3施設ですで行われた、終末期ケアに関連する研修内容を職員より聴取した。また、各種学会の記録、報告書により、終末期ケア研修方法について検討した。＜結果＞講演形式の勉強会、ワークショップ形式検討会、現場実践教育、既存の研修会の利用などの研修会の方法が考えられた。＜結論＞今後、これらの研修の有効性について検討を行っていく必要があると考えられた。

A. 研究目的

2002年の介護老人福祉施設を対象とした全国調査では、施設内で終末期ケアの研修や勉強会は行われていない、と回答した施設職員は約7割にのぼっていた[1]。このため、介護老人福祉施設での終末期ケア研修の方法論の提示は、重要な課題と考えられる。本研究では、フィールド調査で訪問した各介護老人福祉施設で行われていた研修や、過去の報告書、および研究者らが参加した学会、研究会などの終末期ケアに関する研修会の内容を踏まえ、介護保険施設における終末期ケアの研修方法を提案する。

B. 研究方法

本研究でフィールド調査や訪問を行った介護老人福祉施設3施設、施設長から情報提供のあった介護老人保健施設3施設ですで行われた、終末期ケアに関連する研修内容を職員より聴取した。また、各種学会の記録、報告書により、終末期ケア研修方法について検討した。

C. 結果

上記の方法により得られた情報と、研究者らのこれまでの臨床および福祉現場の経験から、講演形式の勉強会、ワークショップ形式検討会、現場実践教育、既存の研修会の利用の3つにわけて、実際に行われていた研修や、今後考えられる研修のあり方を提示する。

＜講演形式の勉強会＞

フィールドワークの対象となった1施設では、全職員を対象とした終末期ケアについての講演会を行っていた。1回の講演会は1.5時間で、終了後に自由記載の自記式調査を行っていた。講演会の講師は、グループホームの経営と在宅ケアを提供している訪問看護師、仏僧会の僧、介護老人福祉施設常勤医お

よび在宅ケアの経験のある臨床医、山谷のホスピス設立者などであった。講演では、いずれも、講師が、実際に経験した症例の呈示が行われた。次年度は、施設で亡くなられた方の遺族を招いての講演会が検討されていた。講演会形式は、終末期ケアをこれからはじめようとする施設においては、最初の導入として最も簡便に企画が可能であり、行いやすい方法と考えられる。

<ワークショップ形式検討会>

1. 現在までの死亡退所者の状況の把握のための検討会

介護保険施設における終末期ケアは、何か新しく特別なことではなく、現在の通常のケアの延長線上にある。この部分を認識し、現状からのケアの質の向上をはかるために、今までの死亡退所者について振り返るといった方法が考えられる。具体的に、現場で簡便に行えるよう、図1とその使用方法を図2に示した。

目的) 自分の施設における死亡退所者の死亡場所を把握する。

対象者) 施設管理者、医療職、施設職員 (少人数検討会、多人数検討会ともに使用可能)

準備するもの) ①図1の用紙 (死亡退所者の多い施設では、拡大コピーをしてA3などにする)

②メモタック

③筆記用具

検討会前に準備しておくもの) メモタック1枚に1名ずつ、直近1年もしくは半年間の

死亡退所者名、年齢、性別、死亡日、家族続柄、入院先死亡者は死亡場所の病院名、入院日数を記入しておく。

(医療関係者がはいる場合は、死因や入院時症状を加える)

検討会内で行うこと) ① 図1に、検討する期間を記入する。

② 図1に準備しておいた死亡退所者名のはいったメモタックをはっていく。入院先死亡者は左側、施設内死亡者は右側。

入院先死亡者については、入院日数が少ない人が下になるようにはる。施設内死亡者については、終末期の予想ができ、十分な時間があつた方が上になるようにはる。

③ 図1の下方に、入院先死亡者数、施設内死亡者数の人数を書き込む。

④ 図1の結果をもとに、今まで提供できた終末期ケアの内容とこれからのどのような対象者にどのような終末期ケアの提供が可能か、を話しあう。

もしくは、最も右上にきたケース (十分な時間があり、施設内で死亡したケース) について、次の各症例に対する振り返りを行う。

⑤ 終了後、管理職側で、図1を参考としながら、他業務と終末期ケア業務のバランスについて検討を行う。

2. 死亡症例の検討会

死亡症例の経験は、職員にとっても精神的に大きな負担を伴う。職員が自分の気持ちを表出すると同時に、各症例を振り返ることは、今後のケアの改善に有効である。時間をとってターミナルケアカンファレンスなどを行うことも有効だが、通常の業務野中の朝の申し送りの最後に、死亡数日後に簡単に行うことも可能である。朝の申し送りの最後に行うような場合は、図3の用紙1枚を用意し、書記を1人を

図1. 昨年度の死亡退所者の状況について

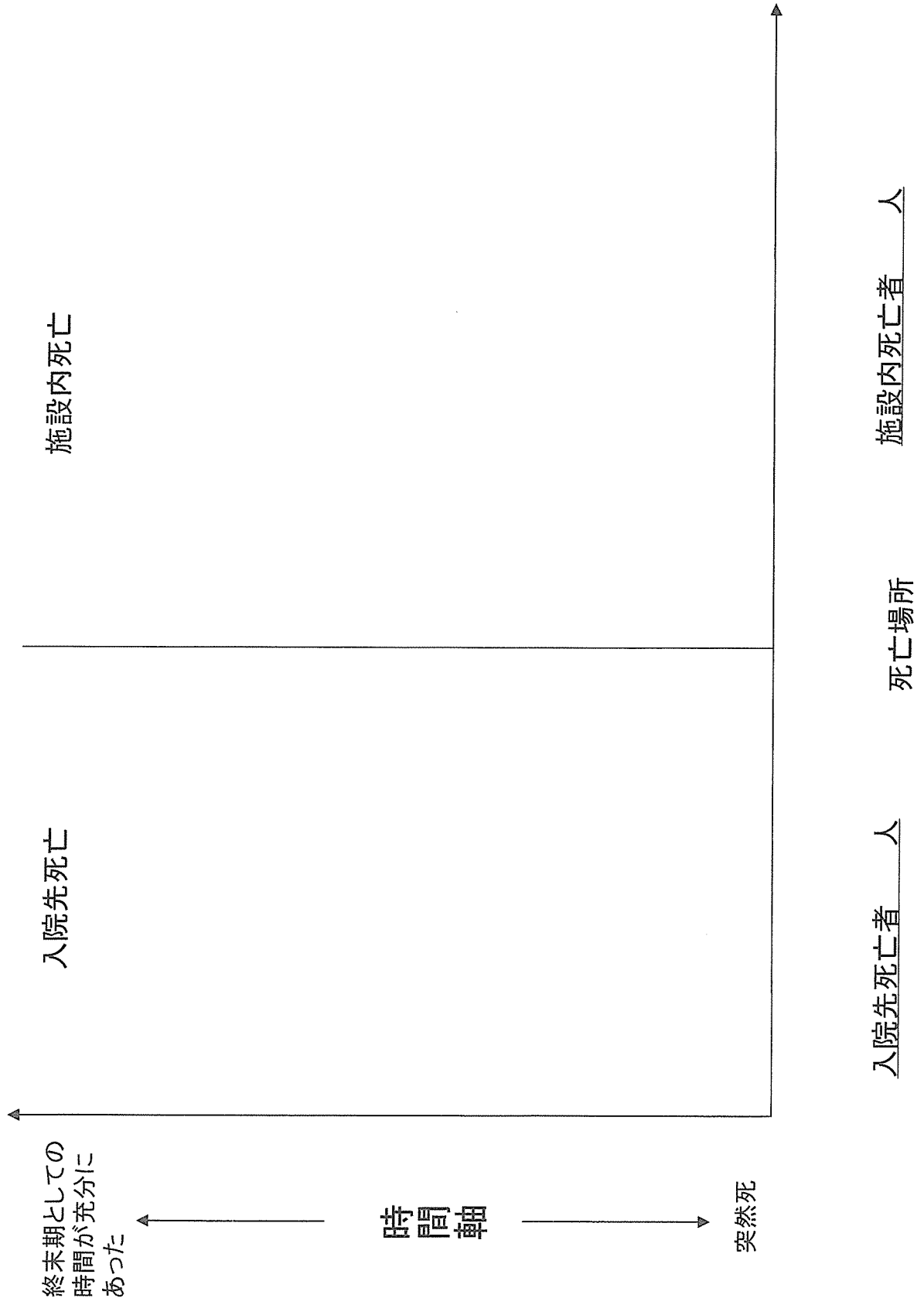
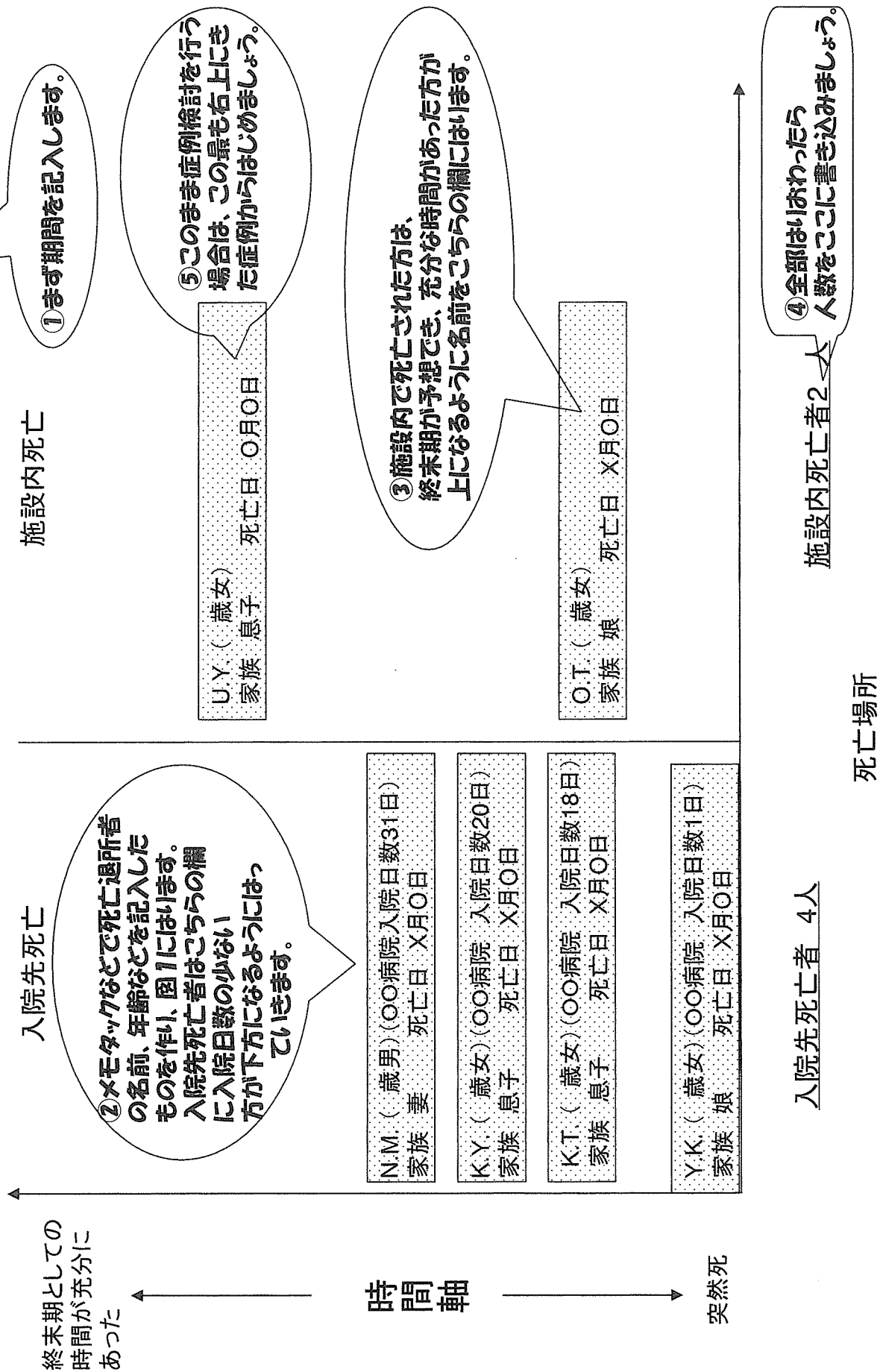


図2. 昨年度前期の死亡退所者の状況について (図1の使用例)

2005年度4月～9月



決めた上で、各項目に対して、1人一つずつコメントをしてもらいながら記入していてもよい。

多施設で行う場合は、1人1枚の用紙を用いて、参加者それぞれの最も印象に残った症例をあげてもらい、グループ単位で最終的に多くの参加者が重要と思われる症例を選んで全体で発表する形式で行う。

目的) 各死亡症例を振り返り、今後の課題を明確にし、職員のグリーフケアを行う

対象者) 施設管理者、医療職、施設職員 (少人数検討会、多人数検討会ともに使用可能)

1枚の紙で、朝の申し送りの最後に簡単に行うことも可能。

多人数検討会の場合は、最大5,6人のグループごとで行う。

準備するもの) ①図3の用紙 人数分+グループ数+拡大コピーして全体でみられる用紙

②メモタック

③筆記用具

検討会前に準備しておくもの) 1施設で行う場合は、可能であれば図1の施設における死亡退所者全体の図を作成し、それを見ながら行えるようにする。

検討会内で行うこと)

① 検討会中の原則の説明を行う。

死亡症例については、事故関連の事例も含まれる可能性があるため、「犯人探し」をしない原則、および、「検討会中にでた内容については訴追の対象としない」原則を明確に打ち出す。このことにより、リスクマネジメントとしての施設ケアの向上を同時にはかっていくことが可能となる。

また、どんな症例であっても、「うまくいった部分が必ずあること」強調し、それをみつけることをプロモートすることに心がける。

② 2人一組での検討

2人一組になって、お互いに、対象症例について、「うまくいったこと」、「改善すべきこと」、「そのときの自分の気持ち」、「今後の課題」をそれぞれ、相手に説明しながら、メモタックに記入し、図3にはっていく。「そのときの自分の気持ち」については、職員の悲嘆や苦悩が充分に表出できるようにお互いに配慮を行う。「今後の課題」については、「すぐにできること」、「1年くらいでできること」、「5年先にはこうしていきたい」、の3つにわけて、具体的な事項をあげるようにする。

③ グループでの検討

多人数検討会の場合は、さらに5-6人のグループになり、各人より「うまくいったこと」、「改善すべきこと」、「そのときの自分の気持ち」、「今後の課題」を発表し、メモタックをグループ用の1枚に張り替える。

④ 全体での検討

各グループの代表者1人が、そのグループの各部分を発表し、さらに全体での検討事項を1枚の紙にまとめる。最期に、今後の課題について、どの職種がその課題を今後検討していくのがふさわしいかをふくめて議論を行う。

3.遺族訪問と遺族からの学び

目的) 遺族の言葉を聞き、遺族に対してのグリーフケアを行うと共に、今後のケア改善の課題を明確にする。

対象者) 遺族

準備するもの)

図 3. 症例のふりかえり

対象の利用者 名前 状況	年齢	家族続柄	検討日時	年 月 日
うまくいったこと（うまくいった部分は必ずある）				
改善すべきこと（犯人さがしはしないこと！）				
自分の気持ちは（どう思った？）				今後の課題（①すぐ ②1年位で ③5年先には）