200835047A

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

高齢者の在宅終末期ケアの標準化及び指針策定に向けた基礎的研究

平成２０年度　　総括・分担研究報告書

主任研究者　葛　谷　雅　文

平成２１(２００９)年３月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告書

高齢者の在宅終末期ケアの標準化及び指針策定に向けた基礎的研究・・・・・ 1
葛谷　雅文

Ⅱ．分担研究者報告書

1. 在宅における事前の意志表示に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
植村　和正

2. 終末期の症状とケアの調査及び家族への心理的ケアのガイドライン策定に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
平川　仁尚

3. 高齢者の症状マネジメントをサポートするアセスメントツールの開発・・・・ 19
安藤　詳子

4. 在宅療養への円滑な移行のための支援に関する研究・・・・・・・・・・・・・・ 20
飯島　節

5. 高齢者の経管栄養法の“中断（Withdraw）”に関する研究
その在宅終末期ケアにおける応用についての検討・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
小坂　陽一

6. 質の高い在宅終末期ケアマネジメントを支援するプログラムの開発と検証
（第１報）４条件の妥当性の検証とツールの開発・・・・・・・・・・・・・ 31
近藤克則

7. 質の高い在宅終末期ケアマネジメントを支援するプログラムの開発と検証
（第２報）妥当性の検証・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
樋口京子

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

Ⅳ　研究成果の刊行物・別刷・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47

I　総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

高齢者の在宅終末期ケアの標準化及び指針策定に向けた基礎的研究

主任研究者　葛谷雅文　名古屋大学大学院医学系研究科老年科学准教授

研究要旨　病院以外の場所での看取りが増加していくと予想される。特に、在宅での看取りを希望する高齢者が多いため、在宅における高齢者終末期ケアは注目されている。本研究は、医療・看護・福祉分野の研究者が協働して実施し、根拠に基づく多職種参加型包括的在宅終末期ケア指針の立案に向けた基盤データの構築を行うことを主目的としている。この目的を達成するため、高齢者の症状アセスメントツールの開発、在宅における人工栄養療法・輸液に関する研究、在宅における事前の意思表示に関する研究、家族への心理的ケアに関するガイドライン策定に関する調査など多くの調査・研究を班員が分担して取り組んできた。ここでは、分担研究報告書で取り上げられていない病院および介護老人保健施設における退院・退所支援マネジメントシステムの開発を中心に報告する。

分担研究者名
植村和正　名古屋大学医学部附属総合医学教育センター　教授
平川仁尚　名古屋大学医学部附属総合医学教育センター　助教
安藤詳子　名古屋大学医学部保健学科　教授
飯島　節　筑波大学大学院人間総合研究科　教授
小坂陽一　東北大学病院老年科　助教
近藤克則　日本福祉大学社会福祉学部　教授
樋口京子　大阪市立大学看護学研究科　教授

A. 研究目的

病院以外の場所での看取りが増加していくと予想される。特に、在宅での看取りを希望する高齢者が多いため、在宅における高齢者終末期ケアは注目されている。しかし、在宅での看取りを推進する上で、核家族化による家族介護力の質・量の低下、在宅終末期ケアに精通する医師・看護師の不足、一般・療養病床の削減などによる早期の退院を余儀なくされる入院中の病弱な高齢患者の増加などの問題点が指摘されている。こうした問題点を解決するためには、在宅ケアに携わる医師・看護師の確保の他、24時間体制の地域連携、ケアの提供者及び患者・家族に対する教育が重要である。そして、大多数のケア従事者が一定の水準、つまり科学的根拠に基づく水準で教育を受け、ケアを実践する必要がある。本研究は、医療・看護・福祉分野の研究者が協働して実施し、根拠に基づく多職種参加型包括的在宅終末期ケア指針の立案に向けた基盤データの構築を行うことを主目的としている。

本研究では、班員が下記の8つの領域の調査研究を分担して行った。

1．高齢者の主体的な症状マネジメントをサポートするアセスメントツールの開発（主に安藤が担当）
2．在宅における人工栄養療法・輸液に関する研究（主に葛谷、小坂が担当）
3．病院および介護老人保健施設における退院・退所支援マネジメントシステムの開発（主に平川が担当）
4．在宅における事前の意思表示に関する研究（主に植村、平川が担当）
5．在宅療養への円滑な移行のための支援に関する研究（主に飯島が担当）

6．高齢者の終末期にみられる症状とケアに関する実態調査（主に葛谷、植村、平川が担当）

7．家族への心理的ケアに関するガイドライン策定に関する調査（主に安藤、植村、平川が担当）

8．質の高い在宅終末期ケアマネジメントを支援するプログラムの開発と検証（主に近藤、樋口が担当）

ここでは、分担研究報告書で取り上げていないが本研究の主要テーマである3．病院および介護老人保健施設における退院・退所支援マネジメントシステムの開発について詳しく述べる。これは、終末期の準備のためには、その前段階である病院や中間施設である介護老人保健施設における在宅終末期ケア計画策定の支援が重要だと考えるからである。

B. 研究方法

3．病院および介護老人保健施設における退院・退所支援マネジメントシステムの開発は、大きく高齢者を全人的に診るためのツールである高齢者総合機能評価に対応した多職種参加型在宅復帰支援ガイドブックの作成と介護老人保健施設における在宅復帰支援パスの作成の2つに分けられる。

1）高齢者総合機能評価に対応した多職種参加型在宅復帰支援ガイドブックの作成

高齢者総合機能評価には、身体的、心理的、社会的評価が含まれるが、それらの各項目で問題が生じた場合に多職種がどのように関わるかを具体例として挙げた。名古屋市高齢者療養サービス事業団、名古屋市北区にある生協わかばの里介護老人保健施設、名古屋大学大学院医学系研究科、名古屋大学医学部総合医学教育センターなどが協働で、退院時・退所時ケアカンファレンスの内容をできる限り忠実かつ網羅的に具体例を挙げるように議論を重ねた。

2）在宅復帰支援パスの作成

名古屋市北区にある生協わかばの里介護老人保健施設と共同で、介護老人保健施設の在宅復帰支援を円滑にするためのモデル（在宅復帰支援パス）を作成し、標準化を試みた。

C. 研究結果

高齢者総合機能評価に対応した多職種参加型在宅復帰支援ガイドブックの作成については、現在校正中であり、来年度末に報告する。

在宅復帰支援パスについては、図に示した。まず、入所者・家族全員に、入所時に在宅復帰の希望の有無を確認する。入所者・家族が在宅復帰を希望しない場合でも、希望は変化し得るので、入所時の希望のみで在宅復帰の希望なしと決めつけないようにし、定期的に在宅復帰の希望について尋ねる必要がある。入所者・家族から在宅復帰の希望の表明があった場合、在宅復帰支援チームを結成する。チームのメンバーは、施設側職員により構成される施設ケアチームと、復帰後にケアを引き継ぐ事業所の職員により構成される在宅ケアチームに分けられる。双方のチームのメンバーは、医師、看護職員、介護職員、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士などである。

次に、在宅復帰支援チームでは、医療・介護に必要な基本情報に加えて、全人的アプローチに必要な情報を高齢者総合機能評価を用いて収集し、メンバー間および入所者・家族と共有する。この際には、リビングウィルの有無と内容について確認しておくとよい。

最後に、こうした情報に基づいて評価を行い、入所者・家族の意見を反映させた在宅復帰支援プランを作成する。そして、サポートプラ

ンに基づいて医療およびケアを実施するが、その結果については常時在宅復帰支援チームと入所者・家族が再評価し、必要に応じてプランの修正を行う。最終的に在宅復帰が可能と判断された場合には、在宅ケアチームが主導で在宅ケアプランを作成し、退所となる。

D. 考察

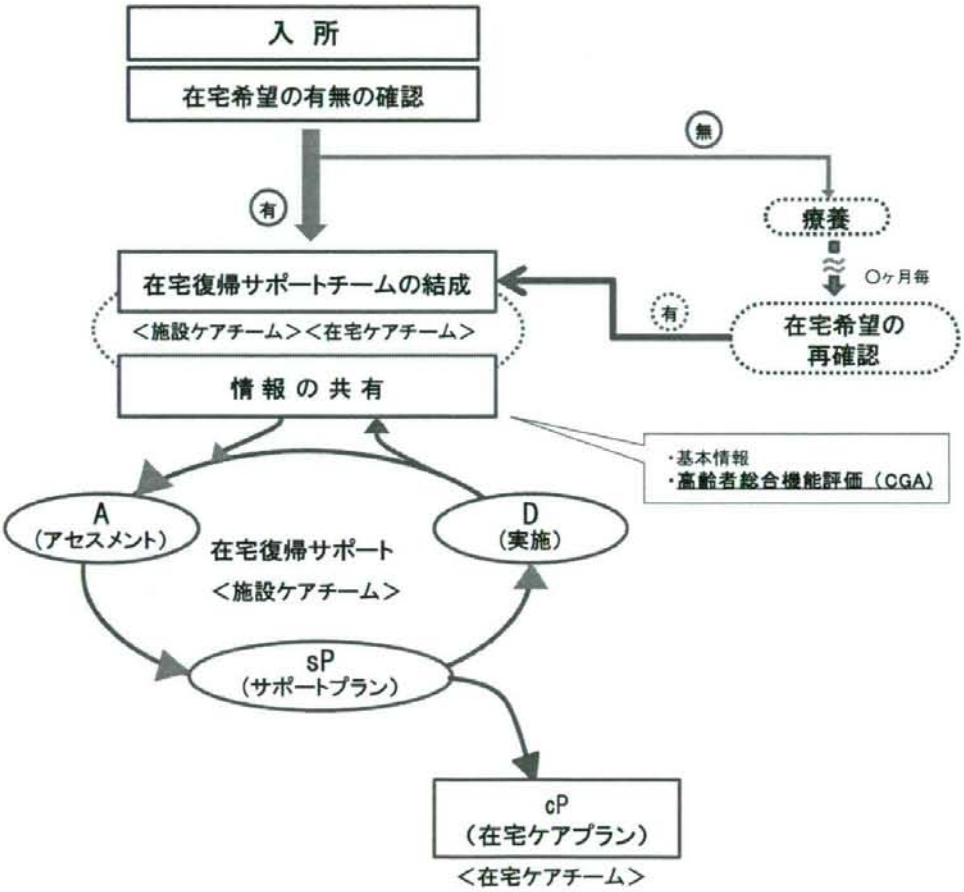
高齢者総合機能評価は高齢者の全人的評価には欠かせない評価法であるが、それに対応した介入法がないことが問題となっていた。今回の取り組みは、在宅終末期を支援する標準的介入法確立の基礎資料となるであろう。また、高齢者ケアに関わる専門職の教育用資材となることも期待できる。

在宅復帰支援パスにより、複雑で分かりにくい退所支援の工程を職員全員にビジュアル化できたと考える。ビジュアル化により、多職種協働が円滑に行われ、支援作業が標準化されると期待できるが、注意点がある。まず、本パスは、介護老人保健施設 1 施設における現状を踏まえてビジュアル化したものであり、一般化には限界がある。今後、本パスの信頼性と妥当性を検証するための研究や国民的議論の喚起が必要であろう。また、本パスを利用する前に、在宅復帰が望ましいかどうかを多角的に検討する必要がある。さもないと、在宅復帰により著しい健康状態の悪化を来す恐れがあるなど倫理的に問題がある入所者を強制的に退所させてしまう恐れがあるからである。決して本パスに強制力を持たせてはならないと考える。

E. 結論

医療・看護・福祉分野の研究者が協働して実施し、根拠に基づく多職種参加型包括的在宅終末期ケア指針の立案に向けた基盤データの構築を行うことを主目的として、高齢者の症状アセスメントツールの開発、在宅における人工栄養療法・輸液に関する研究、在宅における事前の意思表示に関する研究、家族への心理的ケアに関するガイドライン策定に関する調査など多くの調査・研究を班員が分担して取り組んできた。病院および高齢者介護施設における退院・退所支援マネジメントシステムなど在宅終末期ケアを充実されるためのシステムの開発を中心に調査・研究を続行中である。

図．高齢者介護施設における在宅復帰支援パス



F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

1. Kuzuya M, Hirakawa Y. Increased caregiver burden associated with hearing impairment but not vision impairment in disabled community-dwelling older people in Japan. J Am Geriatr Soc. 2008 in press.
2. Kuzuya M, Hirakawa Y, Suzuki Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, Iguchi A. Association between unmet needs for medication support and all-cause hospitalization in community-dwelling disabled elderly people. J Am Geriatr Soc. 2008 May;56(5):881-6.
3. Kuzuya M, Enoki H, Iwata M, Hasegawa J, Hirakawa Y. J-shaped relationship between resting pulse rate and all-cause mortality in community-dwelling older people with disabilities. J Am Geriatr Soc. 2008 Feb;56(2):367-8
4. Hirakawa Y, Kuzuya M, Masuda Y, Enoki H, Iguchi A. Influence of Diabetes Mellitus on Caregiver Burden in Home Care: A Report based on the Nagoya Longitudinal Study of the Frail Elderly (NLS-FE). Geriatrics and Gerontology International 2008; 8(1): 41-47.
5. Kimata T, Hirakawa Y, Uemura K, Kuzuya M. Absence of outcome difference in elderly patients with and without dementia after acute myocardial infarction: An evaluation of TAMIS-II data. International Heart Journal 2008; 49(5): 533-543.
6. Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki, H, Hasegawa J, Iguchi A. Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008; 46: 367-374.
7. Hirakawa Y, Kuzuya M, Uemura K. Opinion survey of nursing or caring staff at long-term care facilities about end-of-life care provision and staff education. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008(in press)

和文原著

1. 平川仁尚、植村和正、葛谷雅文. 高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題. 医学教育 2008;39(4):245-250.
2. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 高齢者の整容・美容ケアに関する看護・介護職員の意識. ホスピスケアと在宅ケア 2008;16(1):10-15.
3. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 介護老人保健施設 1 施設における看護・介護職員の終末期ケアに関する意識と死生観. ホスピスケアと在宅ケア 2008;16(1):16-21.
4. 平川仁尚、植村和正、加藤利章、葛谷雅文. リビングウィルに関する患者・家族向け啓発パンフレットの作成～大学医学部附属病院老年科病棟における試み. ホスピスケアと在宅ケア 2008 ; 16(3)209-212

5. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正．日本の終末期ケアおよび老年医学に関する教科書の内容－高齢者の終末期ケアに関する内容分析．ホスピスケアと在宅ケア 2008；(3) 213-217
6. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正．高齢者の終末期ケアに関する教育内容について．医学教育 2009;40(1) 61-64

学会発表

1. 葛谷雅文、平川仁尚、鈴木裕介、榎裕美、長谷川潤、井澤幸子、岩田充永、井口昭久、在宅要介護高齢者への不適切な服薬管理とその入院リスク　在宅要介護高齢者の3年間の縦断調査より　第50回日本老年医学会学術集会　2008年6月

Ⅱ　分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

在宅における事前の意思表示に関する研究

分担研究者　植村和正　名古屋大学医学部付属総合医学教育センター教授

研究要旨　リビングウィルとは、意思決定能力の低下に備えて、ある特定の状況のもとでの治療に関する患者の選択を予め書面で表明するものである。リビングウィルにより、終末期の方針を決定する際に、患者には自己決定が尊重されるという安心感を与え、医師・家族の苦悩が軽減できるというメリットがある。しかし、我が国の医師は一般的に多忙であり、説明を十分に行うための時間がとりにくいため、医師を支援し、患者の理解を助けるための標準的で分かりやすい説明書が必要であると考える。そこで、名古屋大学医学部附属病院老年科において、主に入院患者とその家族向けの啓発パンフレットを試作した。

A. 研究目的

リビングウィルとは、意思決定能力の低下に備えて、ある特定の状況のもとでの治療に関する患者の選択を予め書面で表明するものである。我が国ではリビングウィルは法制化されていないが、リビングウィルにより、終末期の方針を決定する際に、患者には自己決定が尊重されるという安心感を与え、医師・家族の苦悩が軽減される。

リビングウィルを作成する際には、リビングウィルが注目されるようになった背景や心臓マッサージなど個々の延命治療のメリット・デメリットなどについて、医師が患者に十分に説明することが求められる。しかし、我が国の医師は一般的に多忙であり、説明を十分に行うための時間がとりにくい可能性がある。また、我々の先行研究の結果が示すように、医師により説明の内容が偏る可能性もある。そのため、医師の説明を支援し、患者の理解を助けるための標準的で分かりやすい説明書が必要であろう。我々の検索し得た範囲では、日本内科学会が出版した「より良いインフォームド・コンセント（IC）のために（認定内科専門医会編）」が標準的な説明書の候補として挙がったが、十分な医師の説明なしでは患者、特に高齢患者には理解が困難な内容と考えた。そこで、名古屋大学医学部附属病院老年科において、主に入院患者とその家族向けの啓発パンフレットを試作したので報告する。

B. 研究方法

リビングウィルに関する啓発パンフレットの作成にあたって、1）リビングウィルの説明をできるだけ分かりやすくすること、2）リビングウィルの説明を不快に思う患者が存在することを念頭に置き、リビングウィルの作成は勿論のこと説明書を読むことについても患者の自由であることを明記すること、3）自分の死期が迫っているのではないかと患者が誤解するのを防ぐために、原則老年科病棟入院患者全員にパンフレットを渡していることを明記することの３点に留意した。そして、表に示すようなリビングウィルに関するパンフレットを作成した。

C. 研究結果

まず、冒頭部分で、老年科病棟入院患者全員に配布していることと不快に思った場合には読む前に破棄してよいことを明記した。また、疑問があればいつでも医師が説明することも説明した。

次に、リビングウィルの背景として、リビングウィルが不明な場合は、病状の回復が見込めない場合にも長期間の辛い延命治療を受

けることになる場合があること、家族が治療方針の決定に苦悩する場合があること、延命治療を中止することは一般的に難しいことなどを説明した。リビングウィルの作成については希望者だけ申し出ることとし、作成する、しないは自由であることを明確にした。

最後に、正確に偏りなく説明するために、前述の「より良いインフォームド・コンセント（IC）のために」を参考に、老年科医師の監修の下、医療や介護の資格を持たない研究助手が説明文の作成を担当した。その際に、理解を助けるためにイラストを挿入し、説明文を最小限に留めるよう配慮した。

D. 考察

今回の啓発用パンフレットとともに作成したリビングウィルの書式には法的根拠がないため、病院側の恣意により、自己決定が歪められる恐れがある。臨床倫理委員会やケアカンファレンスなどで症例ごとに事前・事後の検証・評価を行うなど、倫理面についても十分な配慮が必要である。

E. 結論

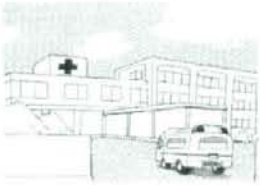
今回、名古屋大学医学部附属病院老年科において、主に入院患者とその家族向けの啓発パンフレットを試作した。

表．リビングウィルに関する患者・家族向け啓発用パンフレット

老年科病棟に
入院される方へ

救命救急処置について

～患者さん・ご家族のみなさまへ～



名古屋大学医学部附属病院老年科

1

この冊子は、老年科病棟に入院される方全員に お配りしているものです。

これは、名古屋大学大学院医学系研究科 老年科学教室が独自に作成したもので、延命・救命処置について具体的にわかりやすく説明しています。

興味がおありになる方は、是非お読み下さい。

ご不快に思われましたら、お読みにならずに破棄されても結構です。

疑問に思うことがありましたら、いつでも担当医にお尋ねください。

2

はじめに

われわれ医療者は、当然ながら患者さんの生命を第一とし、一日でも長く患者さんが生きていけるように努力します。しかし、そのために病状の回復が見込めないにも関わらず、長期間の辛い延命治療を受けることになる場合もあります。

誰でも自分の最期に辛い思いをしたいとは思いませんが、コミュニケーション（意思疎通）能力や判断能力が低下したり欠如した状況では、延命治療を拒否しようと伝えることができなくなります。またご家族もいざという場面になるとどうして良いかわからず、本人の希望を前もって聞いておけば良かったと後悔されることも珍しくありません。担当医もそれが患者さんの希望ではないだろうと思っても延命治療を中止することはできません。

このようなことを避けるために、「延命・救命処置」に関して十分に理解していただけるように入院時にこの冊子をお配りしています。患者さんとご家族でこの冊子をよくお読みになり、このことを話し合っていただくきっかけとなれば幸いです。

わかりにくいことがありましたら、どんなことでも構いません。いつでも担当医にご相談ください。

なお、老年科では、患者さんの延命・救命処置に関するご希望を表明できるように書面に残しておくための書類（「延命・救命処置に関する希望」）をご用意しております。

ご希望の方はいつでもお申し出ください。詳細については担当医からあらためてご説明いたします。

名古屋大学医学部附属病院　老年科
電話　052-744-2364　（老年科医局）

3

心肺蘇生

●心肺蘇生とは？

心停止・呼吸停止などの急変時に行う救命処置です。

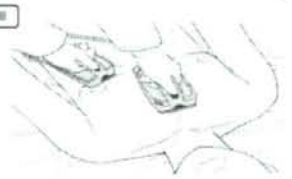
●どのように行なうのでしょうか？

― マスクによる強制換気を行いながら心臓マッサージにより血液の循環を維持したり強心薬を投与します。

心臓マッサージ

― 電気的除細動器で体表より心臓に電気を流すこともあります。
（電気ショック）

電気的除細動器



― 自発呼吸が再開しない場合には、人工呼吸療法を使用するのが一般的です
（8ページ参照）

4

●どのような場合に必要になるのでしょうか？

急に起こる致死性の不整脈などで急変し、心停止に至った場合に、心肺蘇生法が必要になります。

ただ、現在の医療では治療が困難であり余命があまりないと考えられる場合（治療が望めない重症肺炎や悪性腫瘍など）、ご相談のうえ心肺蘇生法を行わないこともあります。

●危険性はあるのでしょうか？

— 心臓マッサージにより胸骨・肋骨骨折などを起こすことがあります。

— 心拍が再開しても心停止・呼吸停止の時間が長かった場合には脳が障害を受け、いわゆる脳死や植物状態となる可能性があります。

— 電気的除細動については、前胸部皮膚のやけどを来すことがあります。

5

人工呼吸療法（気管内挿管）

●人工呼吸療法とは？

口（もしくは鼻）からプラスティックチューブを気管の中に挿入し（気管内挿管）、人工呼吸器を使って高濃度の酸素を肺の中へ送り込んで呼吸を補助する治療です。

●どのような場合に必要になるのでしょうか？

肺炎や心不全の悪化などにより呼吸機能が不十分な状態にある場合には全身が酸素不足になります。この状態が続くと生命に危険が及ぶので人工呼吸療法を行います。

呼吸状態が改善した段階で中止される一時的処置として行われることが多いです。

6

●どのような利点があるのでしょうか？

— 全身状態が安定することが期待できます。

— 鎮静剤による睡眠状態で行うため、結果的に呼吸困難や痛みから解放されます。

●危険性はあるのでしょうか？

— 患者さんと十分なコミュニケーションが取れなくなる恐れがあります。

— 病状が悪化して自発呼吸が停止しても自動的に呼吸を続けるため延命処置となる可能性があります（この際、治療途中での人工呼吸器の取り外しは社会的に問題となる恐れがあるため一般的には困難です）。

— 病状が改善せず、人工呼吸器を取り外すことができない場合には、気管切開が必要となる場合があります。

7

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

英文原著

1. Kimata T, Hirakawa Y, Uemura K, Kuzuya M. Absence of outcome difference in elderly patients with and without dementia after acute myocardial infarction: An evaluation of TAMIS-II data. International Heart Journal 2008; 49(5): 533-543.
2. Hirakawa Y, Kuzuya M, Uemura K. Opinion survey of nursing or caring staff at long-term care facilities about end-of-life care provision and staff education. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008(in press)

和文原著

1. 平川仁尚、植村和正、葛谷雅文. 高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題. 医学教育 2008;39(4):245-250.
2. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 高齢者の整容・美容ケアに関する看護・介護職員の意識. ホスピスケアと在宅ケア 2008;16(1):10-15.
3. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 介護老人保健施設 1 施設における看護・介護職員の終末期ケアに関する意識と死生観. ホスピスケアと在宅ケア 2008;16(1):16-21.
4. 平川仁尚、植村和正. 主要な老年症候群の診断、治療とケア—終末期にみられる症状とケア. Geriatric Medicine (Geriat. Med.) 2008;46(7):751-754.
5. 平川仁尚、植村和正、加藤利章、葛谷雅文. リビングウィルに関する患者・家族向け啓発パンフレットの作成～大学医学部附属病院老年科病棟における試み. ホスピスケアと在宅ケア 2008 ; 16(3) 209-212
6. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 日本の終末期ケアおよび老年医学に関する教科書の内容—高齢者の終末期ケアに関する内容分析. ホスピスケアと在宅ケア 2008; (3) 213-217
7. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 高齢者の終末期ケアに関する教育内容について. 医学教育 2009;40(1) 61-64

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

終末期の症状とケアの調査及び家族への心理的ケアのカイドライン策定に関する研究

分担研究者　平川仁尚　名古屋大学医学部附属総合医学教育センター　助教

研究要旨　終末期の症状とケアの調査は現在進行中であるため、本報告書では家族への心理的ケアのガイドライン策定に関する研究の概要と途中経過について述べる。平成 20 年度は、在宅高齢者の家族の介護ストレスを軽減するための介入ツールを開発してきた。介入ツールは、介護ストレスに気付くためのチェックリストとその対処法により構成される。現在、協力施設と協議しながら修正している段階である。

A. 研究目的

在宅高齢者に終末期をよい環境で過ごしてもらうためには、介護する家族の QOL の維持・介護ストレスの軽減が重要である。家族の介護負担感の軽減に関する取り組みは、認知症介護の分野を中心に多くみられるが、対象者が限定されたものや、専門家の介入によるものがほとんどである。こうしたプログラムや取り組みを普及させるためには、対象者へのプログラム参加の働きかけや指導員や専門家の養成など多くの課題がある。また、外来通院中の患者の家族の場合、時間的制約などにより外来医師・看護師による介護ストレスの発見やモニタリングが不十分となりがちである。以上より、ポピュレーションアプローチが可能な介入法やセルフマネージメント法の教育が必要と考える。そこで、我々は、介護ストレスマネジメント教育を目的とした啓発パンフレットを作成している。そして、最終的には、在宅高齢者の家族におけるそのパンフレットの効果を検証することを目的としている。

B. 研究方法

インターネット検索エンジン、医中誌から得られた介護ストレスやうつに関する文献を検索し、報告者ならびに研究助手 2 名で、介護ストレスに自分で気付くためのポイント及びその対処法に関してレビューを行った。現在、表に示したパンフレット原案に関してデイサービスセンター1 か所において介護家族に意識調査を行っている。今後は、高齢者ケアに精通している看護師、心理カウンセラー、精神科医師らのインタビュー調査を通じて、原案を修正していく予定である。

C. 研究結果

末尾にパンフレット原案を示す。

D. 考察

パンフレットの効果の検証に関して、対象を名大病院老年科外来もしくは認知症外来に通院中の患者の家族、デイサービスセンターの利用者の家族を予定している。方法としては、デイサービス利用者の家族について、パンフレットを介入として、パンフレット配布前と 1 カ月後に「介護ストレス反応尺度」等を使用して対象者の抱えるストレスの変化を比較検討することを計画している。

また、現在高齢者総合機能評価に対応した多職種参加型在宅復帰支援ガイドブックを開発中であり、今回の介入ツールと併せて使用することで、より介護者のストレスの軽減につながることが期待できる。

E. 結論

平成 20 年度は、在宅高齢者の家族の介護ストレスを軽減するための介入ツールを開発してきた。今後、効果の検証を行う予定である。

介護ストレスのサインと対処法

～介護ストレスとは、介護を行っている人が感じる "心と身体のストレス" のことをいう～

介護は本来やりがいがあるもののはずですが、実際には多くの場合それを実感できません。というのも、たとえ自分を犠牲にして一生懸命介護したとしても目に見えて回復することは少なく「現状維持」の状態が続きます。また介護される側も思うように動けないストレスから、感謝の気持ちを表せないときも多いかもしれません。
こんな状況では「先が見えない」という不安が生まれてくるのは当然ですね。
どうすればストレスをためることなく介護できるのでしょうか？
今のあなたの考え方や感じ方を振り返ってみて、心が楽になる方法を見つけていきましょう。

次にあげているような気持ちになったり、身体の症状はありませんか？
ストレス解消のためにはまず自分でも気付かないストレスサインをきちんと認識することが大切です。
思い当たる項目をチェックしましょう。

健康

- □ 肩こりや腰痛がある
- □ 便秘がちである
- □ 自分の健康のことが心配になってしまう
- □ 不眠である
- □ よくため息をつく

生活

- □ ほとんど家の中に居る
- □ 世話で家事や子育てなどに手が回らない
- □ 自分の自由な時間が減ったと思う
- □ 介護のために、経済的負担が大きくて困る
- □ 介護を受けている方本人の希望や反応を、言葉で確認できなくて困る

精神的

- □ 非介護者の今の症状が病気によるものだと認めたくない　病気であることを認めたくない
- □ この先どうなるのか分からず不安になることがある
- □ 嫌な夢を見る
- □ 他人に任せてしまいたい
- □ 介護にやりがいを感じない
- □ 自分の介護の仕方に自信がない

□ 介護も家事も完璧にしたいと思う

□ 近所に介護していることを知られたくないと思う

家族・親族関係 、 制度

□ 介護サービスを利用するのは嫌だ

□ 介護サービスを利用するのは、家族・親族に気兼ねがある

□ 家族や親族がもう少し介護の大変さを理解してくれるといいのにと思う

□ 介護のことで、家族・親族と意見があわなくて困る

いくつチェックがありましたか？
1つでもあればそれはストレスのサインかもしれません。
以下にその対処法を紹介します。
いろいろ試してみて自分に合う対処法を見つけましょう。

食事・嗜好品

□ 食事に気をつける（規則正しく、バランスよく）

□ ビタミン剤や栄養補強剤を飲む

□ 温かくて甘い飲み物を飲む

□ 飲み過ぎに注意して酒・煙草を飲む

運動

□ 軽い運動（ストレッチ・低強度レジスタンスなど）をする

□ ヨガや瞑想を行う

□ 腹式呼吸をする

生活環境

□ 睡眠前などに、好きな本を読んだり好きな音楽をかける

□ リラックス効果のあるアロマを試してみる

□ ぬるめのお風呂にゆっくり入る

□ リラックスできるような家具の配置にしたり、やさしい暖色のあかりにする

医療

□ マッサージをしてもらう

□ 健康上の問題が生じたら即時に受診する

心理

□ 介護を忘れる時間を作る （ex.ショッピングをする、ぼーっとする）

□ 仕事・習い事（趣味）をやめない

□ 今日起きた良いことを思い出すようにする

□ 明日は今日より良くなるさと考える

□ あまり良い結果を期待しない

□ できないことがあって当たり前と考える

□ ケアマネージャーを中心としたチームが介護をサポートしてくれると考える

□ 声に出す、或いは言葉として思いを吐き出す

社会的

□ 家族・親族・友人に頼る（ex.悩みを愚痴る、一緒にお茶をする）

□ 近所に介護していることを公表する

□ サポートグループに入り、同じ境遇にいる人たちと付き合いノウハウを教えあう

□ 地域の支援機関からの援助を利用する

□ 専門家や専門サービス・制度（介護保険制度など）を積極的に活用する

□ 専門家やケアマネージャーなどに家族に介護の大変さを理解してもらえるように橋渡しをしてもらう

スピリチュアル

□ 自分が介護していることにプライドを持つ

□ 介護の意義を教えてくれる読み物や絵本を読んでみる

□ 介護者に愛情や感謝の気持ちを伝える時間ができたと考える

□ 介護者は住み慣れた場所で過ごせることをきっと喜んでいると考える

□ 施設に預ける選択肢もあるのに、頑張っている自分を認めて褒める

ほんの少し考え方を変えてみるだけでも、また深呼吸のような些細に思えることでも案外気分がすっきりするものです。
今は小さなストレスも日を重ねるにつれ、大きく溜まっていくこともあります。
そうならないうちに自分にできそうな対処法をひとつでも試してみてください。

・瞑想

姿勢は、上体を起こし、背筋を伸ばして座る。あごを引き、胸は張り気味、尻は突き出し気味に、肩の力を抜いて体を楽にする。できれば膝の位置が太腿より低くなるように。

呼吸は、腹式呼吸。

例えば空気が鼻を出入りする時の冷たい空気が入ってきて温かい空気が出て行く感じ、或いはお腹が出たりへこんだりする感じなどに意識を集中するとうまくいきやすい

筋肉をリラックスさせる。顔の筋肉から始め胴体を順に下へ降りていき、手の先、足の先まで意識的にリラックスさせていく。特にあご、舌、声帯は無意識的な心に敏感に反応するので、この3ヵ所をリラックスさせれば自ずと腹式呼吸になる

・絵本・読み物リスト

絵本の題名	著者、 訳、 出版社
だいじょうぶだよ、ゾウさん	ローレンス・ブルギニヨン 訳：柳田邦男 出版社：文渓堂
葉っぱのフレディ	レオ・バスカーリア 訳：島田光雄 出版社：童話屋
わすれられないおくりもの	スーザン・バーレイ 出版社：評論社
だいじょうぶだいじょうぶ	いとうひろし 出版社：講談社
百万回生きたねこ	佐野洋子 出版社：講談社
ずーっとずっとだいすきだよ	ハンス・ウイルヘルム 出版社：評論社
おじいちゃんわすれないよ	ベッテ・ウェステラ 出版社：金の星社
でもすきだよ　おばあちゃん	スー・ローソン 訳：柳田邦男 出版社：講談社
おじいちゃん	ジョン・バーニンガム 出版社：ほるぷ出版

・サポートグループ

介護者の集まり　―　役所、インターネット、病院の医療相談室、ケアマネージャー

・専門家

ケアマネージャー、かかりつけ病院