

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

英文原著

1. 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.
2. 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.
3. Hirakawa Y. Effects of Acupuncture/Moxibustion and/or Massage Program on Levels of Health-related Quality of Life and Symptom Distress in Frail Elderly. **Japanese Acupuncture and Moxibustion Online-Journal (JAM)**2008;1: 13-18.
4. 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.
5. 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)

6. Hirakawa Y. End-of-life care at long-term care facilities for the elderly in Japan. **Hallym International Journal of Aging(HIJA)** 2009; 11(1): 1-12.

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. 張傑 (ちょうけつ Zhang Jie)、平川仁尚、呉錦へい(ごきんへい Wu Jin Ping)、彭琰(ほうえん Peng Yan)、葛谷雅文. 中華人民共和国における全国医科大学医学科の終末期ケア教育に関する調査 (A study on elderly hospice care education among medical colleges in China). **雲南医薬 (Medicine and Pharmacy of Yunnan)** 2008;
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－高齢者の終末期のケアに関す

る内容分析. ホスピスケアと在宅ケア

2008 ; 16 (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

#### 和文総説

1. 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.
2. 平川仁尚. 高齢者介護施設における終末期ケア. *日本老年医学会雑誌* 2008;45(6):612-614.
3. 平川仁尚. 高齢者介護施設における終末期ケアの標準化と個別化. *日本老年医学会雑誌* 2008;45(3):343.

#### 学会発表

1. 平川仁尚. 高齢者の終末期医療 病院外での高齢者ターミナルケアのあり方を探る、高齢者の整容・美容ケアに関する看護・介護職員の意識 第50回日本老年医学会学術集会 2008年6月

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  
（主任又は（分担）研究者 安藤 詳子 名古屋大学医学部保健学科 教授

研究要旨 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を進めている。H17-18年度、がん性疼痛マネジメントに役立つ「痛み計」を試作し、一般病棟と緩和ケア病棟に入院中の患者を対象として介入研究を実施し、その有用性を示唆した。H19-20年度、改良型の開発に取り組み、年度内に作成を完成する。

「痛み計」(23cm\*6cm\*2cm, 160g)は、0-10 Numeric Rating Scale(NRS)を採用した11個の押しボタンを有し、患者が疼痛に相当する数値のボタンを押すとその数値と日時を記憶する。最初の試作では痛み計の表示窓に、痛み数値を表示した。改良型では、その表示窓に痛み数値をグラフで表示できる。パソコンに接続すると痛みの強さをグラフとして印刷できる。患者が簡便な操作で随時、主観的な痛みの強さを記録できる道具である。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、痛み計の改良型を作成し、臨床試行から製品化に向けて開発に取り組むことである。

#### B. 研究方法

痛み計を表示窓に痛み数値のグラフを表示できるように改良する。

#### C. 結果および考察

改良型痛み計のほぼ完成に至ることができた。今後、改良型痛み計を用いた調査に取り組み、製品化を検討する段階に進めていく見通しである。

#### E. 結論

将来、痛みのみでなく他の症状においても症状マネジメントをサポートするアセスメントツールとして、病院内・外来・在宅において活用されるように、フィールド調査を拡大して痛み計の効果をさらに検証し、臨床の現場や研究に普及していきたい。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 安藤詳子, 第4章, 慢性疼痛の治療における医療連携-6. 看護師の立場から, 著書: 宮崎東洋ほか編集, 慢性疼痛の理解と医療連携, 321-327. 真興交易医書, 2008.
- 2) 澤井美穂, 安藤詳子, 国府浩子, 臨床看護実

践におけるホスピス・ケア認定看護師の役割認識, 死の臨床2008;31(1)97-104.

##### 2. 学会発表

- 1) 平松千晶, 安藤詳子, 澤井美穂: ホスピス緩和ケア病棟看護師の学習動機に関する調査, 第32回日本死の臨床研究会予稿集272, 2008.
- 2) 長谷川素子, 安藤詳子, 澤井美穂: 看護学生の死生観に関する学年変化, 第32回日本死の臨床研究会予稿集282, 2008.
- 3) 石原亜紀, 安藤詳子, 澤井美穂: A大学看護学生の補完・代替療法に関する認知度, 第32回日本死の臨床研究会予稿集244, 2008.
- 4) 熊谷有記, 堀井直子, 国府浩子, 安藤詳子, 竹井留美, 前川厚子: がん患者と家族のFamily APAGR とその関連要因, 第28回日本看護科学学会学術集会講演集495, 2008

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

##### 1. 特許取得

痛み計

特許出願公開番号: 特開2006-181119号

公開日: 平成18年7月13日

##### 2. 実用新案登録 なし

##### 3. その他



在宅療養への円滑な移行のための支援に関する研究

分担研究者 飯島 節 筑波大学人間総合科学研究科教授

研究要旨

高齢者の終末期ケアを医療施設外で行う場合の諸問題を検討するために、特別養護老人ホームを退所された方のご家族（遺族）を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを実施した。対象は、ホーム内で亡くなった方のご家族 4 名と病院へ入院後に亡くなった方のご家族 5 名の計 9 名で、2 回に分けてインタビューを実施した。インタビューの内容を KJ 法で分析した結果、家族には在宅介護中から看取り後までに 6 つの葛藤を抱えていることが明らかとなった。その一方で介護施設内の医療レベルに対する不安は少なく、在宅における終末期ケアの可能性を示唆するものであった。また、医師を含めた職員との十分な話し合いが満足度の高い終末期ケアに重要であることも明らかとなった。居宅や施設において介護サービスに携わる者は家族の抱える葛藤を理解し、十分な話し合いに基づいて終末期ケアをすすめる必要がある。

A. 研究目的

今日、わが国では約 8 割の人が医療機関で亡くなっており病院で死ぬことが常識であると受け止められているため、在宅療養を進めるにあたっては医療機関以外で看取りを行うことについての不安感が大きな障害のひとつになっている。そこで、本研究では医療設備の無い特別養護老人ホームを退所した利用者の家族の終末期ケアについての意識の検討を通じて、在宅など医療施設外での終末期ケアのあり方を検討することを目的とした。

B. 研究方法

横浜市内 S 特別養護老人ホームを退所した利用者の家族（遺族）9 名を対象として、フォーカス・グループ・インタビューを実施した。

対象者を 4 名と 5 名の 2 グループに分け、前もって郵送したインタビュー・ガイド（表 1）に沿ってフォーカス・グループ・インタビューを実施した。

表1. インタビュー・ガイド

- |    |  |
|----|--|
| 1. | 利用者様がお元気だった頃にどこでどのように最期を迎えたいかについてお聞きになったことがありますか |
| 2. | 利用者様が亡くなった場所については、満足でしたか。その理由について具体的にお話し合いください   |
| 3. | 利用者様に対する職員のケアは満足でしたか。希望したができていなかったケア等ありましたか      |
| 4. | 利用者様の看取りについて、職員と納得できる話し合いはできましたか                 |
| 5. | その他  |

### C. 研究結果

1回目のグループは男性2名、女性3名であり、続柄はうち4名が実子であった。利用者の死亡場所は、3名が当該特別養護老人ホーム内で2名が病院内であった。2回目のグループは女性のみ4名で、続柄は実子2名、配偶者2名であった。利用者の死亡場所は施設内1名、病院内が3名であった。

グループ・インタビューの内容についてKJ法による分析を行った。インタビューの内容は1357コード、57ラベル、20のサブカテゴリー、5カテゴリーにまとめられた。カテゴリーは、「終末期の意思確認」「在宅ケア」「施設ケア」「病院でのケア」「看取り後の思い」であった。家族にとっての終末期ケアは、利用者在宅で介護している時から始まっており、施設入所中および亡くなったあとのことについても、さまざまな思いが語られた。その中で、家族は「在宅ケア」「入所直後」「職員とのケアについて」「終末期の意思決定」「看取り」「看取ったあと」の6つの段階で葛藤を経験していることが明らかとなった。すなわち、入所前には自分で介護したい気持ちと投げ出したい気持ちの間の葛藤があり、入所後には罪悪感とほっとする思い、入所中には家族の望むケアと職員のケアとのずれ、終末期に近づいた時には病院に入院させるか施設で看取るか、終末期にあたっては最期を看たくない気持ちと立ち会いたい気持ち、さらに亡くなった後には看取りについて

の後悔と満足との間に葛藤があった。また、看取りを終えた家族は当時を振り返り、自分たちがメンタル的に苦しかったことを思い出していた。職員は利用者のケアを主たる業務として行っているが、家族は自分たちにも目をむけて欲しいと思っていたことが明らかとなった。また現在入所している利用者の家族が抱えている思いに共感しており、OBとしてフォローをする役割が自分たちにあるのではないかという発言があった。施設側への提案として、入所時に施設ケアの内容、食事、排泄、衣類などについてのオリエンテーションをしっかりと行うこと、家族にとってわかりやすいケアプランの作成や、職員の役割を明確にすること、また、家族への情報提供の必要性が挙げられた。

### D. 考察

今回のインタビュー対象者には、家族を施設内で看取った人と病院で看取った人の両方が含まれていたが、ともにさまざまな葛藤を経験していることが明らかとなった。このことを踏まえて事前に医師を含めた職員との十分な話し合いを行うことが満足度の高い終末期ケアに重要であった。とくに、終末期に近づいた時には家族の気持ちは不安定になるため、終末期についての意思の確認をするために終末期カンファレンスを複数回行う必要性が示唆された。一方、介護施設内の医療レベルに対する不安や不満の表明は少なく、医療設備の整わない場所における看取りも肯定的に受け取られているこ

とがわかった。

#### E. 結論

高齢者を看取る家族はさまざまな葛藤を経験しており、それを踏まえて十分な話し合いを行うことが、より満足度の高い終末期ケアに繋がることが示唆された。

#### 共同研究者：

平野美理香、荻原美砂子（特別養護老人ホームシャローム横浜）、守口恭子（健康科学大学）

#### G. 研究発表

（論文発表）

1. 飯島 節：異常行動（問題行動）の捉え方. 中村重信（監），認知症治療の最前線—ニコチン治療を中心として—，メディカルレビュー社，大阪，2008(5)，p70-71.
2. 飯島 節：4 高齢者に特有な症候：2. 意識障害. 3.失神. 5.せん妄. 8.不眠. /11 高齢者介護と医療：1.医療サービスと福祉サービス. /14 高齢者と精神医療：1.問題行動（徘徊，妄想，暴言，暴行ほか）. 日本老年医学会（編），老年医学テキスト改訂第3版，メジカルビュー社，東京，2008(6)，p71-73，p74-75，p78-80，p85-87. /p230-232. /p312-315.
3. 飯島 節：せん妄. 大内尉義（編），老年医学の基礎と臨床□，ワールドプランニング，東京，2008(6)，p169-172.
4. 藤田佳男，澤田辰徳，鈴木浩子，平野康之，八重田淳，飯島 節：脳損傷者・

高齢者の自動車運転リハビリテーションに向けた有効視野測定法の開発. 日本リハビリテーション工学協会誌 23(1): 36-44, 2008.

5. 上岡裕美子，吉野貴子，菅谷公美子，斉藤秀之，大橋ゆかり，飯島 節：脳卒中後遺症者と担当理学療法士が認識している外来理学療法目標に関する調査研究：国際生活機能分類の枠組みに依拠した検討. リハビリテーション連携科学 9(2): 99-111, 2008.
6. 中山恭秀，安保雅博，飯島 節：斜面板上における立位姿勢保持がその後の平地上における足圧中心位置に及ぼす影響：single case design による分析. リハビリテーション連携科学 9(2): 112-115, 2008.
7. 中山恭秀，安保雅博，飯島 節：斜面板上における立位姿勢保持がその後の平地上での足圧中心位置に及ぼす影響—傾斜角度と方向の関係—. 理学療法科学, 23(5): 589-592, 2008.
8. 大澤 彩，千田直人，田畑 剛，飯島 節：上肢の筋骨格系障害におけるADL・QOLの評価—作業療法領域におけるDASHの有用性の検討—. 総合リハビリテーション 37(1): 55-59, 2009. (学会発表)
1. 鈴木浩子，難波貴代，山中克夫，飯島 節：介護サービス導入が困難な高齢者の有する問題. 第48回日本老年医学会関東甲信越地方会，東京，2008年9月27日

2. 平野美理香、荻原美砂子、守口恭子、  
飯島節：特別養護老人ホームにおける  
看取りに関する調査研究．第48回日本  
老年医学会関東甲信越地方会，東京，  
2008年9月27日

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし



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

分担研究者 小坂 陽一

東北大学病院老年科 助教

**研究要旨** 永続的に経口摂取が不可能となった高齢者に対して、経管栄養法が選択される事が一般的であるが、現在治療法は確定していない。経管施行がQOLを損ね、苦痛を与えている例も存在している。経管導入後、嚥下性肺炎等の感染症や、重篤な消化器症状を繰返すため経管を中断（Withdraw）した患者群では、重篤な感染症による死亡率が低下し、ゆるやかな衰弱死に至る割合が増加した。経管導入適応のガイドラインの索定が、高齢者の終末期・緩和医療の観点からも重要と考えられる。

A. 研究目的

65歳以上の高齢者が、経口摂取が不可能な状態に至る例は臨床的に珍しくない。

我国では、永続的に経口摂取が不可能となった、寝たきり状態の高齢者に、経管栄養法（以下経管と略称）を施行する事が一般的である。

その際、患者本人の事前意思の有無、家族の意思、年齢、基礎疾患、全身状態等の要素が考慮される事は少ない。

高齢者に対する経管施行の有効性

（嚥下性肺炎・褥創・低栄養状態の予防・改善、QOLの向上）を示した報告は少なく、逆の結果や、身体拘束・鎮静剤使用の頻度上昇等を示す報告もあり、認知症末期の導入には否定的な意見も多く、治療法としてのガイドラインは依然索定されていない。

我々は平成19年度より過去7年間、経管導入の状態で死亡した患者で、

○ 65歳以上

○ 寝たきり状態

（食事、排泄、座位での体位保持、の3項目が、自立的に不可能な状態と定義）

○ 死亡前まで経管を継続施行

○ 重度の認知症もしくは遷延性意識障害の合併

以上の項目に該当する163名のカルテを検討して得た結果を

○平成19年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者の終末期ケアに関する研究～各施設における標準的終末期ケアの確立に向けてで、報告した。その中で今回の研究と関連するデータを記す。

（1）下記の項目においてロジスティック回帰分析を行い、経管導入後1年以内死亡の危険因子を求めた。

○導入時年齢 ○性別

○基礎疾患、既往歴（脳血管障害、心・肺・肝・腎疾患、糖尿病、悪性腫瘍歴等）

○全身状態（気管切開、咽頭MRSA、導尿カテーテル留置、経管導入前感染の有無）

○寝たきり状態となってから、経管導入までの日数（図 1：期間A）

○経管導入後・初発感染症合併

までの日数（期間B）

○初発感染症合併後・予後（期間C）



結果として、基礎疾患、既往歴、全身状態等の影響を認めず、以下のデータを得た。

(表1) 経管導入後1年以内死亡の危険因子

Risk factor	Odds ratio	95%CI	P 値
経管導入前 寝たきり期間 6カ月以上	8.4	2.3-30.5	0.0012
経管導入後 4カ月未満に 初感染合併	55.0	18.0-168.0	<0.0001

(2) 経管導入後、Kaplan-Meier法による生存曲線(図2-1, 2, 3)では、1年死亡率は、全例で67.5%であったが、導入前寝たきり期間6カ月以上の群では92.8%、導入後4カ月未満に初発感染症合併の群では94.3%と有意な上昇を認めた。

(表2) 経管導入後の累積死亡率(単位: %)

		1月	3月	6月	1年
全例		9.2	22.7	46.0	67.5
導入前 寝たきり 期間	6カ月 未満	7.4	14.9	34.0	48.9
	6カ月 以上	11.6	33.3	62.5	92.8
導入後 初感染 合併	4カ月 未満	13.3	34.3	67.6	94.3
	4カ月 以上	1.7	1.7	6.9	19.0

(4) 経管導入から初発感染症合併までの日数(期間B)(X)と、生存日数(Y)の関係について回帰分析を施行したところ、

$$Y = 162 + 1.015X$$

$$P < 0.0001; R^2 = 0.78 \text{ (図 3)}$$

と、有意な正の相関を認めた。

数式上初発感染症合併から死亡までの日数は、約162日強となるが、実測では

156±16(日)(Mean±S.E)

(図1:期間C)と、ほぼ同様の値を認めた。

(5) 経管導入後死亡までの平均感染症合併数は3.1±0.2(Mean±S.E)であった。また感染症合併の回数は、予後2年以内までは上昇を示したが、それ以上の群では低下を示した。(図4)

経管導入後短期間で、嚥下性肺炎等の感染症を合併し、約半年の間それを繰り返して死亡している例が多い事がわかった。経管の持続施行が患者のQOLを損ね、苦痛を与えている可能性が有る事は否めない。

経管導入・継続の状態での死亡した患者と、導入後嚥下性肺炎等の感染症や、重篤な消化器症状を繰り返すため経管を中断(Withdraw)した患者について比較検討を行った。

## B. 研究方法

前回研究で平成19年度より過去7年間に渡り調査した、経管導入・継続の状態での死亡した患者163名(以下継続群)と、同時期、経管導入後、嚥下性肺炎等の感染症や、重篤な消化器症状を繰り返すため経管を中断(Withdraw)した患者38名(中断群)について比較検討を行った。

経管導入後、感染症や重篤な嘔吐や下痢症状が出現・繰り返した時には、その都度発症時(経管中断時)および治癒時(経管再開時)に、家族(特にキーパーソン)に対して十分な情報提供を行った。

その際家族がこれ以上の経管の継続を望まなかった場合、中断を行った。

中断後も家族には頻回に状態説明を行い、希望時は、すぐさま経管の再開を行った。

(図 1) 発症から経管導入、死亡までの流れ

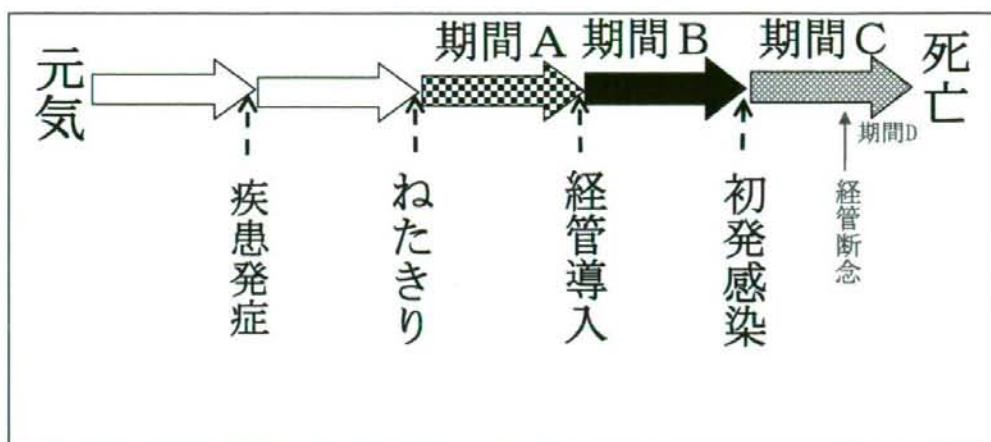
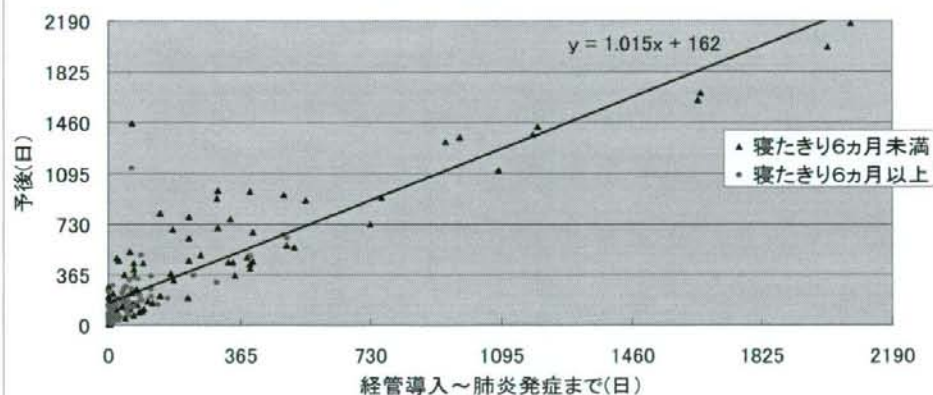
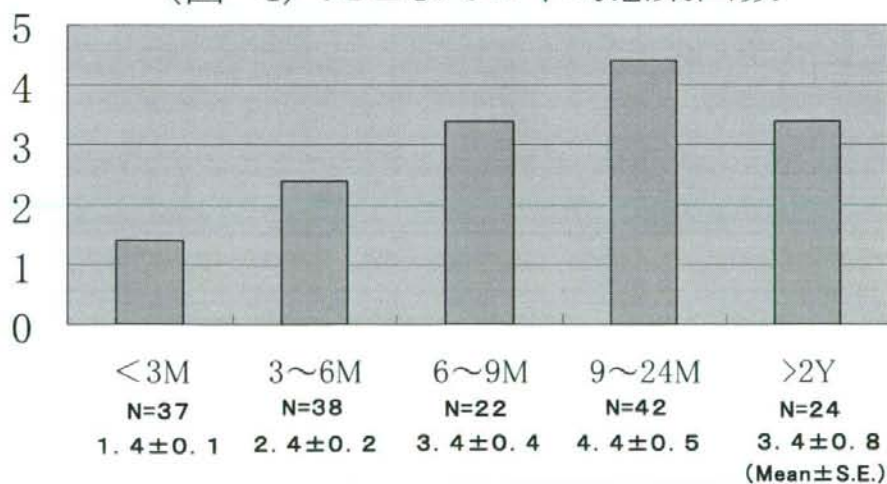
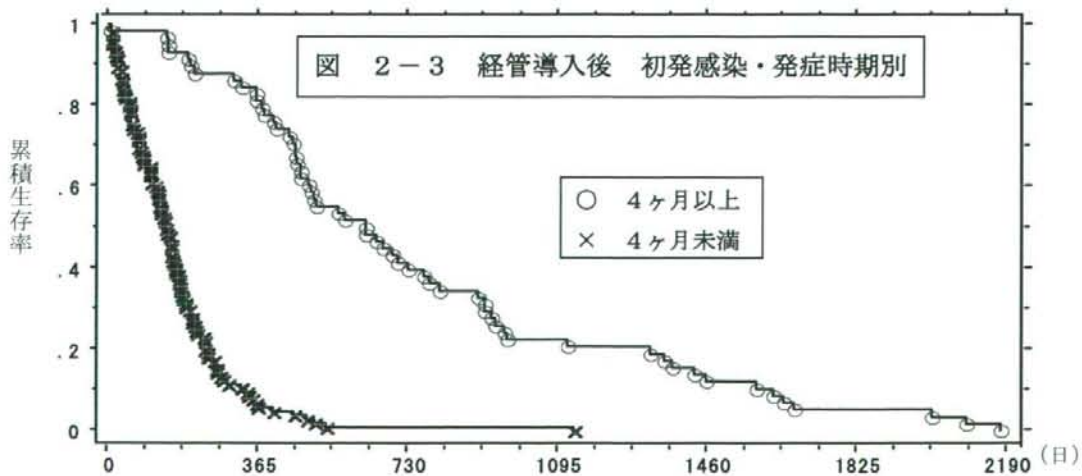
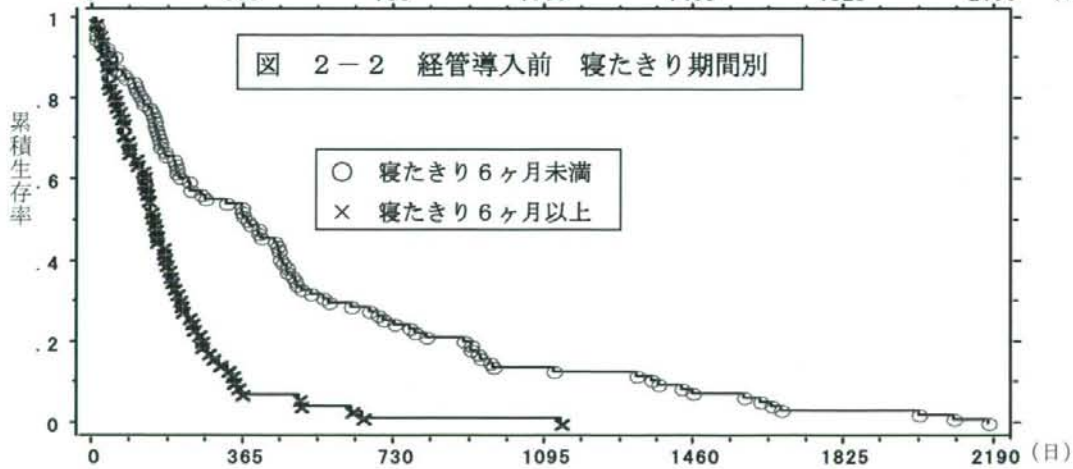
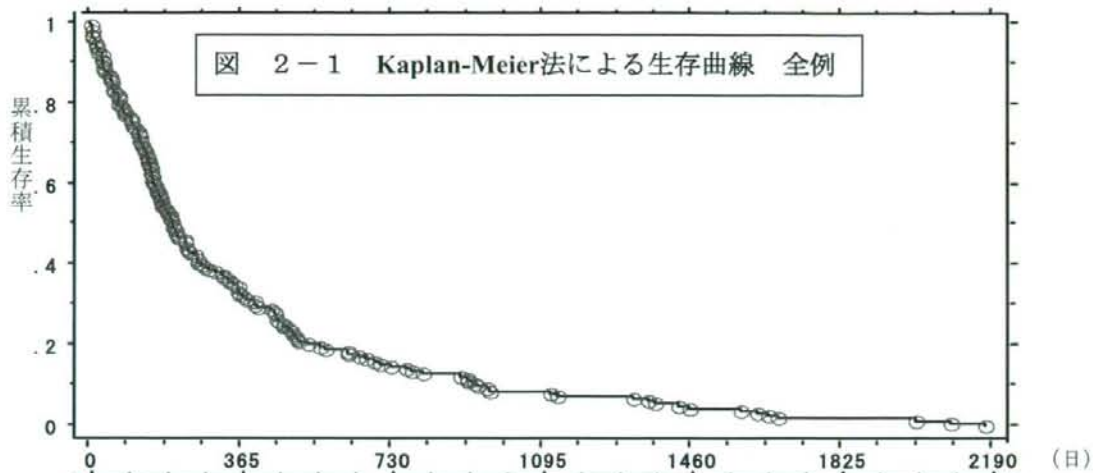


図 3(回帰分析・1)



(図 4) 死亡までの平均感染回数







経管中断後は、末梢投与用の維持輸液製剤(主にソルデム3A:ブドウ糖4.3%、Na、Cl各35、K 20(mEq/l))を使用。総合ビタミン(オーツカMV)、微量元素(エレメンミック)を週1~2回投与した。一日投与量は患者の体格・体重等を考慮し、1500~1200mlより開始。浮腫の出現・増悪時より徐々に減量して行く方法を取った。施行が長期になるため、投与経路は中心静脈(主に大腿静脈)を使用した。通常18ゲージ・シングルルーメンのカテーテルを使用し、刺入部より20cm前後挿入した位置で固定した。

### C. 研究結果

(1) 継続群、中断群の平均生存日数等の数値を(表 3)に示す。

#### (2) 中断の原因

経管後嚥下性肺炎: 33例

消化器障害: 4例

経鼻経管後鼻出血持続: 1例

#### (3) 死亡原因

①肺炎等感染症による死亡率:

継続群78.5%(N=128)、

中断群39.5%(N=15)、と

有意な低下を示した。(P<0.0001)

②DIC(播種性血管内凝固症候群)もしくはMOF(多臓器不全)を合併した死亡率:

継続群38.0%(N=62)、

中断群13.2%(N=5)、

と、有意な低下を示した。(P<0.01)

③衰弱死(死亡時明らかな症状を示さず、バイタルサインがゆるやかに低下し、死に至った例)

継続群9.8%(N=16)

中断群52.6%(N=20)、と有意な上昇を示した。(P<0.0001)(以上 $\chi^2$ 検定)

中断群では投与ルートに中心静脈カテーテルを使用しているが、カテーテル熱の合併を認めた例は無かった。

#### (4) 平均感染数

中断群の経管導入後中断までの平均感染数は $2.6 \pm 0.2$ (Mean $\pm$ S.E)回であった。

死亡までの平均感染数は、

継続群(経管導入~死亡) $3.1 \pm 0.2$ 回、

中断群(中断~死亡) $0.8 \pm 0.1$ 回

と有意な低下を示した。(P<0.0001)

#### (5) 予後 (Mean $\pm$ S.E)

継続群: 経管導入後平均予後

$377 \pm 35$ (2~2174)日

中断後平均予後(図1:期間D)

$: 80 \pm 7$ (6~168)日

経管導入後感染症を合併するまでの平均日数(期間B)は、

継続群: $211 \pm 30$ 日に対して、

中断群: $142 \pm 34$ 日と短縮を認めたが、

経管導入後、初めての感染発症後の平均予後(期間C)は、

継続群: $156 \pm 16$ 日、中断群: $156 \pm 19$ 日

と、ほぼ同じ数値を示した。

### D. 考察

前年の研究で、以下が判明した。

①経管導入後・予後の危険因子として、

○ 導入前の長期の寝たきり状態、○ 導入後短期間に感染症合併、の2つが存在し、導入後1年の死亡率は90%以上である。

②経管導入後の予後は、導入から初発感染症合併までの期間の長短で規定されており、合併後の予後は約5ヵ月強である。

(表 3) (Mean±S. E.)

	導入時 平均年齢 (才)	寝たきり状態 発症から 経管導入までの 平均日数(日) (期間 A)	経管導入後 初発感染症 合併までの 平均日数(日) (期間 B)	初発感染症 合併後 平均予後(日) (期間 C)
経管継続	80.9±0.6	287±37	211±30	156±16
中断	81.3±1.2	272±70	142±34	156±19

	N	M	F	経管導入後 平均予後(日)	中断後 平均予後(日)	経管導入後 死亡までの 平均感染症 合併数(回)
経管継続	163	86	77	377±35		3.1±0.2
中断	38	19	19		80±7	0.8±0.1

③導入から死亡までの間、合併する感染症数は約3.1回であった。予後が短い例程、短期間に感染を繰り返している事になる。

今回の研究では、以下が判明した。

- 繰り返す感染(平均2.6回)のために、経管を中断した群は、継続した群に対して、  
 ①感染症による死亡率は、約半分であった。  
 ②感染の重篤かつ悲惨な合併症(DIC、MOF)による死亡率は、約1/3であった。  
 ③(肺炎、DIC、MOFと比較して“おだやかな”)衰弱による死亡率は約5倍で、中断群全体の5割強を占めた。  
 ④また、中断から死亡までの間、合併した感染症の数は、平均約0.8回であった。  
 ⑤中断後予後は約3ヵ月弱であったが、経管導入後、初発感染合併後の予後(期間C)は約5ヵ月強と継続群と同じであった。

経管導入後短期間に嚥下性肺炎等を合併

し、感染を繰り返す例は、極めて予後不良の故に、“終末期”と定義可能な状態と考えられる。患者家族に対して十分な情報提供・状態説明が必要であり、経過次第では経管中断の検討も、苦痛緩和のため必要と考えられる。

経管中断・維持輸液への切り替えは、有効な方法であり、熱発・苦痛・浮腫を伴わない、おだやかな衰弱は、イメージとしての“老衰死”に近いものがあつた。

在宅での経管栄養を行っている患者の場合も、肺炎合併を境に入院管理となり、  
 治療→経管再開→肺炎再発、を繰り返すため退院できず、結局約半年の入院の後に死亡する例が多く見られる。

経管再開が何度か失敗した時点で経管中断を選択、中心静脈確保・維持輸液の投与に切替える事で、退院・帰宅が可能になり、約3ヵ月後のおだやかな死を在宅

で迎えられる可能性がある。家族が在宅でのお見取りを希望されている場合、有効な方法と考えられる。

経管継続群・中断群共に、経管導入後・初発感染症合併後の予後（期間C）は約5ヵ月強と同じ数値を示した。

経管が施行されている患者の多くは、ほぼ完全なベット上ねたきり状態である。自立的な体動・体位変換が不可能であり、咳反射の低下も存在するため、去痰不全による肺内の慢性感染をきたし易く、肺炎が難治性・再発性に移行し易いと考えられる。

経管導入患者が感染症（肺炎）を合併した時点がすでに終末期であり、治療の方法に関わらず予後は変わらない可能性も考えられる。

経管導入に際しての問題点・課題は、

○患者本人の意思を確認できない例が多い  
○家族の意思が拒否の際、その容認の是非等が上げられるが、加えて

○高齢者の終末期・緩和医療の観点からの経管導入・継続の是非、も重要と考えられる。

高齢者個人の事前意志の確立、および経管導入に対するガイドラインの索定が急務であるが、医学的問題に留まらず、社会的問題として、多方面からの検討が必要と考えられる。

#### E. 結論

経管導入後短期間に嚥下性肺炎等の感染症を合併し、それを繰返す予後不良の例においては、患者家族に対して十分な情報提

供・状態説明が必要であり、経過次第では経管中断の検討も、苦痛緩和のため必要と考えられる。

経管導入適応のガイドラインの索定が、高齢者の終末期・緩和医療の観点からも重要と考えられる。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

小坂 陽一、佐藤 琢磨、藤井 昌彦、佐々木 英忠

高齢者終末期医療への提言

日本老年医学雑誌；2008；45：398-400

##### 2. 学会発表

高齢者の経管栄養法導入後の、予後に関するRisk Factorの検討

第50回日本老年医学会学術集会



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

分担研究者 近藤克則

日本福祉大学社会福祉学部 教授

研究要旨

本研究の目的は、①質の高い終末期ケアを実現するための4条件の妥当性の検証と、②それらを意識しながらケアマネジメントを進めるための「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発することである。4条件について公表し、フィードバックを受けて妥当性を検討した。終末期ケアに関わった経験ある多職種で構成される研究会を開催し、試作と試用、修正を繰り返した。その結果、4条件は概ね妥当と思われた。「終末期ケアマネジメント・ツール」として、①「終末期ケアマネジメントシート」、②「終末期ケアマネジメントチェックポイント」、③「ふりかえりシート」、④「評価（エヴァリュエーション）シート」の4つが開発できた。

A. 研究目的

日本福祉大学終末期ケア研究会では、①在宅高齢者の終末期ケア～全国訪問看護ステーション調査に学ぶ（中央法規，2004）、②公開事例検討会、③緩和ケア用MDS-PC日本語版の作成と検証（杉本浩章他，2007）などに取り組んできた。その中から、「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」-①本人家族の明確な意思表示、②介護を支える介護力や周りの人々のサポートがあること、③終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること、④これらを結びつけるケアマネジメント-を引き出してきた。

本研究の目的は、①質の高い終末期ケアを実現するための4条件の妥当性を検証すること、②それらを意識しながらケアマネジメントを進めるための「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発することである。

B. 方法

1) 「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」の妥当性の検証

第16回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 千葉（2008.07.12-13）の特別講演や新聞紙上などで、「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」などを発表し、それらの妥当性についてフィードバックを求めた。

2) 「終末期ケアマネジメント・ツール」の開発

終末期ケアに関わった経験ある多職種で構成される研究会を開催し、「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」を意識したケアマネジメントのための「終末期ケアマネジメント・ツール」試作した。試用、修正を繰り返し4種類のツールを開発した。4つのシート作成・利用のねらいや活用の仕方についてのマニュアルも作成した。

3) ツールを試用してもらったり、公開研究会で公表したりして、その妥当性を検証した結果などは、第2報に譲る。

C. 研究結果

1) 「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」の妥当性の検証

終末期ケアの質を高める 4 条件として掲げた「本人・家族の明確な意思表示」「ケアを支える介護力やサポート」「医学医療ケア」「本人・家族の願いと社会資源を結びつけるケアマネジメント」に対しては、概ね妥当とする反応が多かった。特に、ケアの質は死亡場所によって決まるのではなく、プロセスで決まること、ケアの質を評価すべきであることへの支持が多かった。

2) 「終末期ケアマネジメント・ツール」の開発  
ケアの質を高める 4 つの条件を支援するための「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した。このツールは、「質の高い終末期ケアの 4 条件」の整備を通じて、ケアプランの質向上を図り、支援チームのチーム力を高めていくためのツールセットである。

#### (1) 終末期ケアマネジメントシート (表 1)

##### ① 概要

・目標指向型アプローチによる終末期ケアマネジメントを支援するツール＝「4 つの条件」を整備するための記録様式

・サービス開始期から臨死期までの、各ステージで活用することを想定

・シート作成の間隔は、モニタリングが必要と判断する事由発生（容体・要介護度の変化、サービス提供体制の見直し、など）による

##### ② ケアマネジメントシートの活用手順

###### ー 1 枚目ー

・「モニタリングを行う理由」を整理し「ステージ」を確認

・「ケアマネジメントの達成状況」（10 項目）を確認し、未達成課題を明らかにする

・「プラン」欄に未達成課題に対する“当面やるべきプラン”を作成

###### ー 2 枚目以降ー

・1 枚目の手順に沿って、“当面やるべきプラン”の達成状況とその他の未達成課題の有無を確認

#### (2) 終末期ケアチェックポイントの概要 (表 2)

・終末期ケアのステージ（開始期・安定期・移行期・臨死期）にあわせた重点項目で構成

・「4 つの条件」それぞれに 5 つずつのチェック

ポイント (計 20 項目)

・「終末期ケアマネジメントシート」「終末期ケア振り返りシート」を作成する際に活用

・「4 つの条件」を整備していく上での“視点”を提供するもの

#### (3) 終末期ケア振り返りシートの概要 (表 3)

・ケア中また死別後にケアを振り返るためのカンファレンス・事例検討時に活用するシート

・作成した「終末期ケアマネジメントシート」を 1 枚のシート (振り返りシート) に整理することで、ケアのプロセス全体を評価

・項目は「終末期ケアマネジメントシート」に対応、各シートの要点を簡略化して記入

#### (4) 評価 (エヴァリュエーション) シートの概要 (表 4)

・ケア中また死別後にケアを振り返るためのカンファレンス・事例検討時に活用するシート

・「終末期ケア振り返りシート」をもとに、「質の高い終末期ケアの 4 条件」の整備状況やそのための取り組み (プロセス) を評価

・死別後 (事例検討) においては、次回に向けて、“支援チームとして当面取り組むべきプラン”を明確化することが重要

## D. 考察

肯定的なフィードバックが多かったことより、終末期ケアの質を高める 4 条件は、概ね妥当と思われる。今後の課題は、その普及と普及を促進するためのツールの開発である。

それを意図した「終末期ケアマネジメント・ツール」を試作し、試用して修正を繰り返して開発できた。試用過程において、終末期にある支援対象者のその後の経過となすべき対応を予測し整えることで、終末期ケアの質や支援チームの力量を高める可能性が示された。次年度は、書籍にまとめること、ケアの質の評価指標の作成およびツールの妥当性・有用性について多面的な視点から検証し、さらに改善を図りたい。

## E. 結論

「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」は、概ね妥当と思われた。

4条件を実現するための「終末期ケアマネジメント・ツール」として①「終末期ケアマネジメントシート」、②「終末期ケアマネジメントチェックポイント」、③「ふりかえりシート」、④「評価（エヴァリュエーション）シート」の4種類を開発できた。

## 研究成果発表

- 1) 特別講演「在宅エンド・オブ・ライフケアの課題」第16回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 千葉 (2008.07.12), 研究会雑誌 (印刷中)
- 2) 終末期の相談 患者の気持ちは変わることを前提に (共同通信配信, 2009年9月5日 信濃毎日新聞ほかに掲載)
- 3) 人生のエンディング どこでどう迎えるか (朝日新聞 2008.10.16)



表1 終末期ケアマネジメントシート

No. ( 3 ) ← 手順1 → **終末期ケア・モニタリングシート** → 手順2 → 記入日: 2007年 2月 15日 ( 金 ) 曜日  
 氏名 藤田 重子

本人の状態

1. 身体面  
 2. 精神面 (S・D・C・A・P・E) を含む  
 3. 家族  
 その他

手順3 →

ステージ

開始期  
 安定期  
 移行期  
 臨末期

手順4 →

● 状態にモニタリングシートを作成し、定期的に更新し、モニタリングにおいて多領域の領域が共有すべき業務を記録する。  
 ● 状態にあたっては、多領域の専門職者や利用者・家族が情報を共有できるように、できる限り専門用語・業界用語の使用を避ける。  
 ● 利用者が発した言葉は、そのままの状態で記してもよい。例: 体重が重いよりは、「しんどい」と訴えることができる。  
 ● 「本人の状態」欄には、対象者の身体面・精神面・家族に関する事項について項目ごとに記録する。  
 ● その前「欄」には、サービス提供体制の変更など、本人以外の要因によりモニタリングシート作業が必要となった出来事などを記録する。

手順0-1 → ケアマネジメント→達成状況と未達成課題		手順0-2 →	手順0-3 →
条件 1 本人や家族の意思 表示	1. 本人 a. 療養上の 希望やケア の提供方法の 意見表示 2. 家族	● チェックポイントの項目を参考に、各条件の達成状況と未達成課題の順で併記する。 ● 未達成課題は具体的なかつ箇条書きで記し、それに対応した「当面やるべきプラン」を計画する。 ● チェックポイントの項目すべてを評価する必要はない。	● 未達成課題に対する「当面やるべきプラン」(一部修正のオーダー)を、「SWH」の形式で記載する。⇒ 例① ● 現状で未達成課題がない場合には、空欄とする。⇒ 例② ● 「当面やるべきプラン」が、出席から継続して変更がない場合(すでに取り進んでいる場合)は、「当面やるべきプラン」を作成した計画の「シー・ノー・ドゥ」および「DO」と記載する。⇒ 例③
条件 2 ケアを支える介 護力や周りの人々の サポート	b. 家族 c. その他の家族 d. センジョー・マムサポート		
条件 3 終末期ケアを支 える医学医療ケア	e. 医療サービス f. 看護サービス	● 本人の意思、家族、医師のいずれも、「今後の方針」について話し合いを行った。協力医による診察診療(1回/2回)を継続中。 ● 看護師から医師への引き継ぎ、緊急時の協力体制確保(経済的・法的・倫理的)の確保と整理していく。	(未達成課題がない場合は空欄) 例③ シート2-2-DO
条件 4 本人や家族の願い を実現するために 利用できる資源を 結びつけるケア マネジメント	g. 本人、家族およびその関係 h. 職種間、地域資源	● 対象者ごとにファイルに纏める	

【ステージの定義】開始期→サービス提供開始前、安定期→通常のサービス提供開始後、移行期→一次定期を前と後記述へ移行する時期、臨末期→死が差し迫っている状態を指すことができる時期



表 3 終末期ケア振り返りシート

終末期ケア振り返りシート

ケースNo.( )	終末期ケア振り返りシート					記入日: 20 年 月 日	
	時間	場所	参加者	内容	振り返り	振り返り	振り返り
	ケアの目的						
	ケアの振り返り						
ケアの振り返り	1. 身体面						
	2. 精神面						
	3. 社会・経済面						
	4. その他						
	5. その他						
	6. その他						
	7. その他						
	8. その他						
	9. その他						
	10. その他						
	11. その他						
	12. その他						
	13. その他						
	14. その他						
	15. その他						
	16. その他						
	17. その他						
	18. その他						
	19. その他						
	20. その他						
	21. その他						
	22. その他						
	23. その他						
	24. その他						
	25. その他						
	26. その他						
	27. その他						
	28. その他						
	29. その他						
	30. その他						
	31. その他						
	32. その他						
	33. その他						
	34. その他						
	35. その他						
	36. その他						
	37. その他						
	38. その他						
	39. その他						
	40. その他						
	41. その他						
	42. その他						
	43. その他						
	44. その他						
	45. その他						
	46. その他						
	47. その他						
	48. その他						
	49. その他						
	50. その他						
	51. その他						
	52. その他						
	53. その他						
	54. その他						
	55. その他						
	56. その他						
	57. その他						
	58. その他						
	59. その他						
	60. その他						
	61. その他						
	62. その他						
	63. その他						
	64. その他						
	65. その他						
	66. その他						
	67. その他						
	68. その他						
	69. その他						
	70. その他						
	71. その他						
	72. その他						
	73. その他						
	74. その他						
	75. その他						
	76. その他						
	77. その他						
	78. その他						
	79. その他						
	80. その他						
	81. その他						
	82. その他						
	83. その他						
	84. その他						
	85. その他						
	86. その他						
	87. その他						
	88. その他						
	89. その他						
	90. その他						
	91. その他						
	92. その他						
	93. その他						
	94. その他						
	95. その他						
	96. その他						
	97. その他						
	98. その他						
	99. その他						
	100. その他						

\*本表(シート)は、本表(シート)を参照して作成されたものである。本表(シート)は、本表(シート)を参照して作成されたものである。本表(シート)は、本表(シート)を参照して作成されたものである。