

2009 37015B

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21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 葛谷雅文

平成22(2010)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思表示に関する研究・・・9
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・・・18
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“保留 (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・・・29
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・・・33
樋口京子

III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・37

IV. 研究成果の刊行物・別刷・・・39

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

研究代表者 葛谷雅文

名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発達・加齢医学講座老年科学准教授

研究要旨

根拠に基づいた多職種参加型の包括的在宅終末期ケアガイドラインの作成を行うことを主目的に、医療・看護・福祉分野の研究者が共同で基礎調査を実施してきた。その結果、人工栄養療法、事前の意思表示、苦痛症状の評価、家族のケア、在宅療養への移行、ケアマネジメントなど幅広い分野において、高齢者の在宅終末期ケアの標準化に資する基礎データの蓄積、教育ガイドラインの整備、ツールの開発を行うことができた。

研究分担者名

植村和正 名古屋大学医学部附属病院総合
医学教育センター 教授

平川仁尚 名古屋大学医学部附属病院卒後
臨床研修・キャリア形成支援セ
ンター 特任助教

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 大阪市立大学看護額研究科
教授

のケア従事者が一定の水準、つまり科学的根拠に基づいた水準で教育を受け、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。

B. 方法

班員が広範囲にわたる領域の調査研究を分担して行い、班会議・研究会・学会等で議論を重ね、基盤データの構築、教育ガイドラインの整備、ツールの開発を行った。ここでは、分担研究報告書に記されている内容については割愛し、それ以外の調査研究について説明する。

C. 結果

1. 高齢者苦痛可視化スケールの開発

全人的苦痛を正しく評価することは、高齢者医療・ケアを提供する際に重要であるが、一般的に高齢者は、我慢することが美德と考えて苦痛を医療者や周囲に訴えることに遠慮しがちである、難聴や認知機能低下などによりコミュニケーション能力が低下している、訴えが多岐にわたるなどの特徴があり、苦痛の正確な評価が困難かつ時間がかかることが多い。そのため、愛知淑徳大学文化創造学部との共同で、高齢者とのコミュニケーション

A. 研究目的

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

ョンを円滑にし、苦痛症状を短時間で正確に評価するためのツール「名古屋式高齢者苦痛可視化スケール」the Nagoya Graphical Symptom Scale for Elderly (NGSSE) を開発した

(<http://hirakawa-lab.org>) (資料1参照)。

2. 人工栄養療法啓発パンフレットの製作

高齢者及び家族に正確で分かりやすく、偏りが無い情報提供を行うことで、食べられなくなった際のインフォームドコンセントを円滑にすることを目的に多施設協働で人工栄養療法啓発パンフレットを製作した (資料2参照)。

3. 高齢者総合機能評価に対応した退院支援ツールの開発

虚弱または要介護状態で退院した後の在宅での生活・看取りを充実させるためには、急性期疾患で入院した際の退院前に質の高いケア計画・教育計画を立案しておく必要がある。そこで、高齢者総合機能評価 CGA に対応した在宅復帰支援をするためのケアコード一覧「CGA 対応在宅復帰 LTC コード一覧」を作成した(<http://hirakawa-lab.org>)。これは、CGA を用いたスクリーニングにより課題が抽出された場合、各課題に対応したケアコードを参照し、標準的方法で詳細な評価やケアを多職種で実施できるように工夫したものである。

D. 考察

本研究により、人工栄養療法、事前の意思表示、苦痛症状の評価、家族のケア、在宅療養への移行、ケアマネジメントなど幅広い分野において、高齢者の在宅終末期ケアの標準化に資する基礎データの蓄積、教育ガイドラインの整備、ツールの開発を行うことができた。本研究の成果は、医療・介護・福祉の専門職を対象とした高齢者の終末期ケアに関する教育・研修・啓発ガイドラインを策定に資すると考える。

E. 結論

医療・看護・福祉分野の研究者が共同で基礎調査を実施してきた。その結果、在宅高齢者の終末期ケアに関する幅広い分野において、高齢者の在宅

終末期ケアの標準化に資する基礎データの蓄積、教育ガイドラインの整備、ツールの開発を行うことができた。

G. 研究成果発表

論文発表

1. Kuzuya M, Enoki H, Izawa S, Hasegawa J, Suzuki Y, Iguchi A. Factors associated with nonadherence to medication of community-dwelling disabled elderly in Japan. *J Am Geriatr Soc*. 2010 in press.
2. 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*. 2009 Feb;57(2):357-8.
3. 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. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009 Jul-Aug;49(1):43-8.
4. Hasegawa J, Kuzuya M, Iguchi A. Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010 Jan-Feb;50(1):77-81.
5. Izawa S, Enoki H, Hirakawa Y, Iwata M, Hasegawa J, Iguchi A, Kuzuya M. The longitudinal change in anthropometric measurements and the association with physical function decline in Japanese community-dwelling frail elderly. *Br J Nutr*. 2009 Sep 14:1-6.
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.
7. 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 高齢者ケアに関わる職員を対象とした絵本を用いた死の教育の効果. *ホスピスケアと在宅ケア*

2009;17(1):14-16.

8. 平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 介護老人保健施設の介護職員を対象とした終末期ケア教育の効果. 医学教育 2009;40(3):197-200.

学会発表

- 1) 長谷川潤, 平川仁尚, 井澤幸子, 榎裕美, 井口昭久, 葛谷雅文. 在宅療養要介護高齢者の死亡場所ならびに死因についての検討. 第51回日本老年医学会学術集会 平成 21 年 6 月
- 2) 井澤幸子, 榎裕美, 平川仁尚, 長谷川潤, 井口昭久, 葛谷雅文. 在宅要介護高齢者の Instrumental ADL 低下の要因についての検討. 第51回日本老年医学会学術集会 横浜 平成 21 年 6 月
- 3) 葛谷雅文, 平川仁尚, 榎裕美, 井澤幸子, 長谷川潤, 広瀬貴久, 井口昭久. 介護負担感と要介護者の健康との関係. 第51回日本老年医学会学術集会 横浜 平成 21 年 6 月

0. 幸せ

0 1 2 3 4

→ 強い

1. 頭痛

0 1 2 3

2. めまい

0 1 2 3

3. 鼻水

0 1 2 3

4. 咳

0 1 2 3

5. 痰

0 1 2 3

6. 耳鳴り

0 1 2 3

7. 物が
見づらい

0 1 2 3





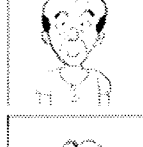
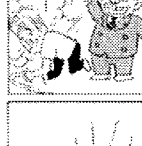
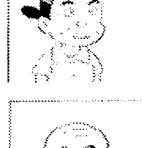
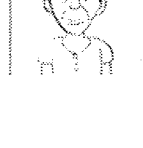
8. 聞こえ
にくい

0 1 2 3






9. 吐き気

0 1 2 3 4

→ 強い

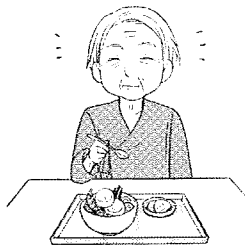
10.食欲不振	0 	1 	2 	
11.息切れ	0 	1 	2 	3 
12.便秘	0 	1 	2 	3 
13.下痢	0 	1 	2 	
14.頻尿・排尿困難	0 	1 	2 	3 
15.筋力低下	0 	1 	2 	3 
16.よろける	0 	1 	2 	3 
17.発熱	0 	1 	2 	3 
18.冷え性	0 	1 	2 	3 
19.しびれ	0 	1 	2 	3 

→ 強い

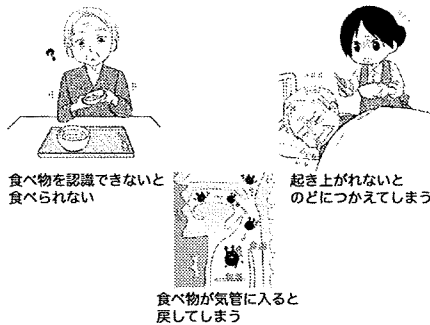
20.ふるえ	0 	1 	2 	3 	
21.痛み	0 	1 	2 	3 	4 
22.かゆみ	0 	1 	2 	3 	
23.つかれ	0 	1 	2 	3 	
24.不眠	0 	1 	2 	3 	4 
25.眠気	0 	1 	2 	3 	
26.忘れやすい	0 	1 	2 	3 	4 
27.不安・心配	0 	1 	2 	3 	
28.鬱	0 	1 	2 	3 	

- 記入者
患者本人
患者本人(家族や介護者の補助あり)
家族・介護者

食べられなくなったら どうなるの？



介護老人保健施設 生協わかばの里
名古屋大学医学部附属病院
卒後臨床研修・キャリア形成支援センター
生活様式研究所



食べ物を認識できないと
食べられない

起き上がれないと
のどにつかえてしまう

食べ物が気管に入ると
戻ってしまう

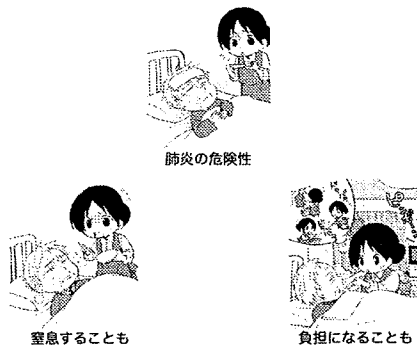
どんな時でも食べられるわけではない

食事をするというのは大きな幸せです。病気で年老いても口から食べたい、食べさせてあげたいと思うのは自然な感情だと思います。

それでも食事をうまく取れなくなったらどうすれば良いのでしょうか。この冊子でその方法をわかりやすく説明します。

どの方法にも利点と欠点があります。今後ご家族にそういう状況が訪れたとき、あるいは将来ご自身がそうなったときのためにそれらをきちんと理解しておくことが大切です。

この冊子をご家族やご自身の将来を考えてみるきっかけになれば幸いです。



肺炎の危険性

窒息すること

負担になることも

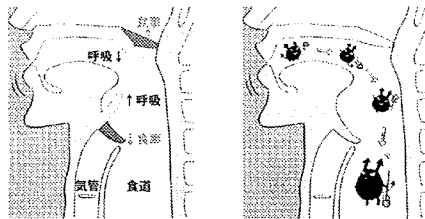
肺炎の危険性がある

- ①飲み込みにくくなっていると、食べ物や唾液が気管に入りやすくなります。
- ②口の中のバイ菌が肺に入り誤嚥性肺炎を起こす危険性も大きくなります。
- ③食べ物で気管を塞ぎ、窒息することもあります。
- ④脱水になったり、栄養失調になったりすることがあります。
- ⑤家族の介護負担が増えます。

注 誤嚥性肺炎は、嚥下性肺炎または吸引性肺炎ともよばれ、誤嚥または誤飲を契機として発生する肺炎です。水分や食事が飲み込みにくいために、どうしても水分や食事の量が減ってしまいがちです。

① 「食べる」は複雑な作業

食べる力は弱くなってゆく



入ってくるものに応じた複雑な弁の動き

私たちはふだん何気なく食べたり飲んだりしています。もし、「食べたいけれど舌やのどが思うように動かなくて食べられない、飲み込めない」ということになったらどうでしょうか？

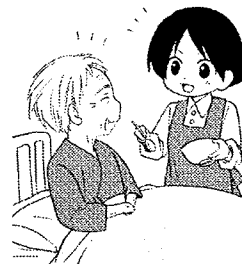
食べ物や飲み物が気管に入ってしまった事があると想いますが、それは気管に入った飲食物を外に押し出そうとするからです。

食べるための舌やのどの動きはとても複雑です。わずかな異常や加齢によっても、うまく飲み込めなくなることがあります。力が弱くなると、食べ物で気管に詰まり窒息してしまうこともあります。

飲食物だけでなく唾液（だえき）が気管に入ることもあります。口の中にあるバイ菌が肺に入り、病気を引き起こすきっかけにもなります。

② 口から食べる

味わって食べる

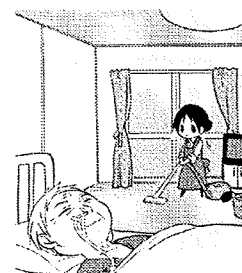


舌で味わえる

- ①目で見て、鼻で匂って、舌で味わうというようにいろいろな感覚を刺激します。
- ②精神的に満足し、ストレスを解消します。

③ 直接栄養を送る経管栄養法（経鼻経管）

鼻からチューブを通して胃に直接栄養を送ります

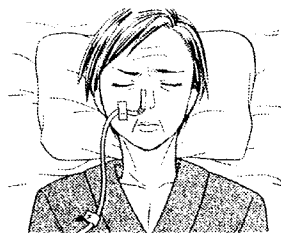


栄養や薬が確実に摂れる

- ①栄養やお薬を確実に摂れるようになります。
- ②家族の介護負担が減ります。

④ 直接栄養を送る 経管栄養法（胃瘻）

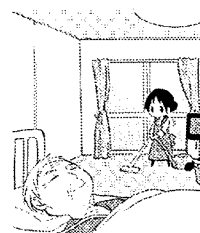
おなかにチューブを通して胃に直接栄養を送ります



顔のチューブが不快

- ①チューブの刺激で唾液などが気管に入ることがあります。
- ②本人がチューブを抜いたり、抜けたりすることもあるので注意が必要です。
- ③チューブを交換するときにむせるような苦痛があります。
- ④顔にチューブが固定されていて不快に思うことがあります。

注 栄養液の逆流や唾液が気管に流れ込むのを完全に防ぐことは困難なので、誤嚥性肺炎の完全予防にはなりません。

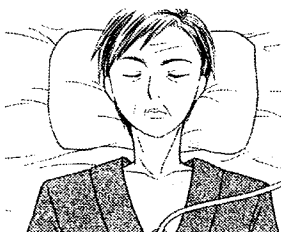


不快感なく栄養がとれる

- ①栄養やお薬を確実に取れるようになります。
- ②家族の介護負担が減ります。
- ③経鼻経管栄養法のときに見られるのどや顔の不快感はほとんどなくなります。
- ④経鼻経管栄養法に比べ本人がチューブを抜いたり、抜けたりする心配が大幅に減ります。
- ⑤経鼻経管栄養法に比べ見た目目が健康そうになります。

⑤ 経管栄養法イメージ

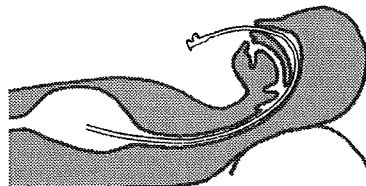
経鼻経管（けいびけいかん）



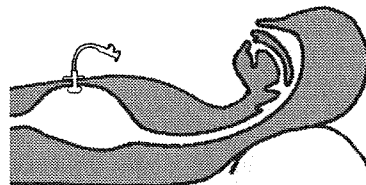
内視鏡による手術が必要

- ①胃にチューブを通す時には内視鏡による手術が必要で、手術に伴いトラブルが起きることがあります。
- ②チューブの穴のメンテナンスが必要になります。
- ③チューブの本体部分の交換の必要があります。（専門施設で行わなければならないこともあります）

注 「胃にチューブ」は医学用語で胃瘻（いろう）といいます。栄養液の逆流や唾液が気管に流れ込むのを完全に防ぐことは困難なので、誤嚥性肺炎の完全予防にはなりません。



胃瘻（いろう）



注 図は省略されている部分があるので、実際とは異なる場合があります。

あとがき

この冊子は、読者の皆様に経管栄養法を勧めるものではなく、食べるという行為について正しい知識を身につけていただくことを目的に作成しました。分りやすさにご協力、医師だけでなく介護関係者や一般の方にも広くご意見をいただきました。食べられなくなった場合の治療・ケアの方法は多く、高齢者一人ひとりの状態や介護する家族の置かれた状況によってどの方法が適当かは異なってきます。さらに、今後の医学の進歩によっても状況が変わってくる可能性もあります。どんな治療・ケアを受けてどのように生きていくかという選択は、最終的には本人や家族がするものです。正しい答えは一つではありません。納得できるまで話し合うことが大切だと考えます。この冊子がその際の一助になれば幸いです。

名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター
副センター長 平川仁尚

経管栄養法ハンドブック (非売品)

発行 2010年 1月 31日
監修 平川仁尚（名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター副センター長）
協力施設 生協わかばの里 介護老人保健施設
株式会社 生活様式研究所
発行所 名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター
平成20～21年度 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

II 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

名古屋大学医学部附属病院総合医学教育センター教授

研究要旨

平成 21 年度は主に認知症外来の実態および初診患者・家族の情報ニーズについて調査した。対象者は、平成 20 年 9 月から平成 21 年 9 月までの 12 カ月間に総合病院 1 施設の認知症外来に初診で訪れた全患者 63 人とした。外来カルテから後ろ向きにデータを収集した。施設入所の希望については全体の約 15%が、主治医と延命・救命処置について話し合いたいというリビングウィル相談の希望については全体の約 22%が持っていた。今回の結果から、施設入所、リビングウィルなど具体的な情報ニーズが明らかになった。

A. 研究目的

人口の高齢化に伴い認知症高齢者数は増加傾向にあるため、今後も認知症外来もしくは類似の外来のニーズは高まっていくものと予想する。本調査の目的は、認知症外来初診患者の実態および患者・家族の情報ニーズを包括的に明らかにすることで、在宅終末期ケアの質の向上に資するデータを蓄積することである。

B. 方法

対象者は、平成 20 年 9 月から平成 21 年 9 月までの 12 カ月間に、名古屋市郊外にある総合病院 1 施設の認知症外来に初診で訪れた全患者 63 人とした。主治医および研究助手が外来カルテから後ろ向きにデータを収集した。調査項目は、1) 年齢・性別、2) 他院からの紹介の有無、3) 要介護度、4) 社会的状況（家族関係、経済的状態）、5) 認知症のタイプ（アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・混合性）、6) 日常生活自立度、7) 長谷川式簡易認知機能評価スケール、8) 認知症の周辺症状、9) 施設入所の希望、10) リビングウィル相談の希望などとした。

基本的日常生活自立度の評価には Barthel Index を、手段的日常生活自立度の評価には Lawton Index を用いた。

C. 研究結果

対象者の平均年齢は、約 80 歳で、女性がやや多かった。基本的日常生活自立度について、排尿・排便、洗顔・更衣・入浴、起居・移乗、歩行・階段昇降などに支援を必要とする患者が少なくなかった。服薬管理や金銭管理を含めた手段的日常生活自立度については、全体の半数以上が全般的に何らかの支援を必要としていた。認知症のタイプでは、初診時にアルツハイマー型認知症と診断された患者が全体の約半数を占め、診断が未確定もしくは不明な患者も多かった。長谷川式簡易認知機能評価スケールの平均得点は約 15 点であり、認知症の周辺症状について、物盗られ妄想が最も多くて全体の約 4 分の 1 の患者にみられた。全体の約 15%（10 人）が施設入所を検討中であった。主治医と延命・救命処置について話し合いたいというリビングウィル相談の希望については、全体の約 48%（30 人）が無記入、約 22%（14 人）が希望あり、約 30%（19 人）が希望なしであった。

D. 考察

今回の結果では尿便失禁を呈する患者が少なからずみられた。認知症患者の尿便失禁への対応の際には、定時に排泄誘導する、プライバシーに配慮するなど特別な配慮が必要なことが多い。認知症患者の排泄ケアに関して精通しておく必要があるだろう。また、洗顔・更衣・入浴など整容に関する

る支援が必要な患者もみられた。高齢者のクオリティオブライフにとって日常的な他者との係わりが重要であるが、整容に問題があると、他人と接することを避けがちになるため、社交性や活動性が減退し、クオリティオブライフが低下しがちである。つまり、認知症に関わる医療・介護者は、整容に関心を持つことが望ましく、その重要性について家族に啓発する必要もあると考える。起居・移乗や歩行・階段昇降など身体移動の介助が必要な患者も少なからずみられた。認知症により日常生活自立度が低下することはよく知られているが、変形性膝関節症など整形外科的疾患による身体移動の制限である可能性もある。今回の結果の解釈には、日常生活自立度を低下させる認知症以外の要因も考慮する必要があるだろう。服薬管理や金銭管理を含めた手段的日常生活自立度についても支援の必要性が示唆された。認知症患者は、服薬管理を行うことが困難なことが多い。薬剤を減らす、ピルケースを利用する、服薬確認をしてもらう介護者を設定するなど介護者や薬剤師らと連携しながら飲み忘れを防ぐ工夫を行うことが認知症外来の担当者には求められる。また、金銭管理についても成年後見制度の利用などについて助言が必要であろう。認知症の周辺症状は、介護負担を増大させ、施設入所へのリスクを高める。実際に今回の結果でも少なからず施設入所の希望を有している患者がみられた。認知症外来においては、周辺症状への対応法と薬物療法について家族に教育する必要性がある。同時に施設入所に関する情報の提供も必要であろう。リビングウィルにより、終末期の方針を決定する際に、患者の自己決定が尊重され、医師・家族の苦悩が軽減されることが期待される。法制化されていないことや死について議論することは必ずしも日常的なことではないなど我が国の様々な事情によりリビングウィルは市民に浸透していないが、今回の結果では、主治医と延命・救命処置について話し合いたいというリビングウィル相談の希望を有する患者・家族は全体の約5分の1と少なからず存在し、約半

数は無回答であった。つまり、リビングウィルを表明するかしないかは別として、主治医と救命・救命処置について話し合いたいという患者・家族の存在が示唆された。一方、今回の結果で無回答が多かったのは、認知症のためリビングウィルの意義などが理解できなかったことや、リビングウィルに対する認識が低かったことが原因として考えられる。認知症外来においてもリビングウィルに関する啓発活動は必要であろうが、死をタブー視する傾向があるとされる日本の文化的背景に十分に配慮する必要も同時にあると考える。

E. 結論

今回の結果から、認知症外来の実態と周辺症状への対応法、施設入所、リビングウィルなど具体的な情報ニーズが明らかになった。

G. 研究成果発表

論文発表

- 1.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 2009; 49(1):43-48.
- 2.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.
- 3.平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村和正. 高齢者ケアに関わる職員を対象とした絵本を用いた死の教育の効果. ホスピスケアと在宅ケア 2009;17(1):14-16.
- 4.平川仁尚、葛谷雅文、植村和正. 介護老人保健施設の介護職員を対象とした終末期ケア教育の効果. 医学教育 2009;40(3):197-200.
- 5.平川仁尚、植村和正. 高齢者の終末期をめぐる諸問題—高齢者終末期ケアにかかわる介護スタッフの教育. Geriatric Medicine 2009;47(4):481-484.
- 6.平川仁尚、植村和正. 介護老人保健施設における在宅復帰支援パス. 日本老年医学会雑誌 2009;46(3):275.
- 7.平川仁尚、植村和正. 高齢者介護施設におけるタ

- ーミナル支援パス. 日本老年医学会雑誌 2009;
46(4):366
- 8.平川仁尚、植村和正. 在宅介護家族の情報ニーズ
について. 日本老年医学会雑誌 2009;46(5):462.
- 9.平川仁尚、植村和正. 介護老人保健施設介護職員
を対象とした1日訪問看護研修の課題. ホスピス
ケアと在宅ケア 2009 (印刷中)
- 10.平川仁尚、赤木勝幸、岩岡ひとみ、木野美恵子、
植村和正. 中学生の高齢者イメージに関する調査.
ホスピスケアと在宅ケア 2009 (印刷中)
- 11.平川仁尚、植村和正. 介護老人保健施設における
高齢者の終末期の医療およびケアに関するガイド
ライン. 日本老年医学会雑誌 2009;46(6): (印刷中)

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病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター 特任助教

研究要旨

介護のストレスの要因は多岐にわたる。在宅介護家族にやりがいを持って介護にあたってもらうために、介護家族の全人的苦痛を軽減する取り組みが必要であろう。平成 21 年度は、介護ストレスを軽減するために、「在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針について」と題したガイドラインの策定と在宅介護家族のストレスを軽減する携帯システムの開発に取り組んだ。

A. 研究目的

最期まで在宅で高齢者のケアを続けるためには、高齢者を見守る家族のクオリティ・オブ・ライフの維持・向上は不可欠である。在宅ケアに携わる医療・介護職は、家族が抱えるストレスを正しく理解し、その対処の仕方について家族教育を行う必要がある。また、在宅介護家族にやりがいを持って介護にあたってもらうために、介護家族の全人的苦痛を日常的にモニタリングし、軽減する仕組みが必要であろう。平成 21 年度は、介護ストレスを軽減するために、「在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針について」と題したガイドラインの策定と在宅介護家族のストレスを軽減する携帯システムの開発に取り組んだ。

B. 研究方法

1. 在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針について

我々は、先行調査（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.）において、「家族との信頼関係の構築」や「病状説明」など医療者が学習しておくべき家族教育の大項目（ニーズ）を明らかにした。本指針は、その大項目に沿

う形でより具体的な中小項目を設定することを目的に、日々のケアの実践を通じ、また科学的根拠に基づいた検討を重ね、名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センターと生協わかばの里介護老人保健施設（名古屋市北区）が共同でまとめたものである（資料 1）。

2. 在宅介護家族のストレスを軽減する携帯システムの開発について

まず、筆頭著者と研究助手 1 名により、「高齢者の End-of-life ケアガイド」（National Advisory Committee（岡田玲一郎監訳）. 高齢者の end-of-life ケアガイド. 東京：厚生科学研究所、2001）を主な参考資料とし、医中誌、yahoo や google など一般の情報検索エンジンを用いて、介護ストレスの発見、ストレス軽減法に関する情報検索を網羅的行った。その際に、「介護」「ストレス」「早期発見」「解消法」「うつ」など介護ストレスに関係する用語をキーワードとした。そして、医学的に不適切と考えられる情報を除外するなど情報を整理し、介護ストレスの早期発見のためのチェックリストとその軽減法をまとめた。

次に、生協わかばの里介護老人保健施設の職員や利用者の家族などからの意見に基づいて内容の精査・調整を行った。

続いて、早期発見のためのチェックリストとストレス軽減法との関係づけを行った。最終版の早期発見のためのチェックリストとストレス軽減法を表 1 に示す。また、携帯版 QR コードも示した (表 2)。

C. 研究結果

1. 在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針について

資料 1. 在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針

1. 家族教育の基本的な考え方

世界保健機構 (WHO) (2002 年) の定義によると、緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフを改善するためのアプローチである。つまり、終末期の高齢者のみならず、見守る家族においても、多職種参加の集学的アプローチ (チームアプローチ) によりクオリティー・オブ・ライフの維持・向上を日常的に追求することが重要である。家族ケアを行う際には、以下のような家族が抱えている思いや苦痛を理解することが重要である。

- 1) 肩こりや腰痛がある
- 2) 眠れない
- 3) 自分の健康のことが心配である
- 4) 自分の介護の仕方に自信がない
- 5) 高齢者とのコミュニケーションが取りにくい
- 6) 世話で家事や子育てなどに手が回らな

い

- 7) 自分の自由な時間が減った
- 8) 介護サービスを利用することに家族・親族に気兼ねがある
- 9) 家族や親族が介護の大変さを理解してくれない
- 10) 時には介護を代わってほしい
- 11) 経済的負担が大きい
- 12) (いつまで介護が続くのか) 将来への不安がある
- 13) 介護にやりがいを感じない

つまり、介護のストレスの要因は、身体介護に伴う腰痛など苦痛症状、高齢者の病状変化に日々対応したり急場の医療的判断を下さなければならぬなど心理的負担、経済的問題や人間関係の問題など多岐にわたる。本指針における家族教育とは、終末期ケアに関わる家族にこうしたストレスや問題への対処法を身につけてもらうことを目的とした教育である。

2. 具体的な家族教育の内容

家族はケアに携わる医療・介護職に時間を余分にとらせていると考えて気兼ねすることもあるので、家族に情報提供する前に「私達は医療・介護のプロなので、あなたのために時間を十分に空けています」と伝えるようにする。家族教育の具体的な内容を以下に列記する。

- 1) 食事、排泄、入浴、体位交換など身体介助
- 2) 保清や整容・美容の支援
- 3) 現在高齢者が抱えている病気とその

- ケア
- 4) 薬剤やサプリメント
 - 5) 呼吸困難・咳・痰・食欲不振・浮腫・乏尿など終末期の高齢者によくみられ、家族が不安に感じる症状とその予防法・ケア
 - 6) 認知症について
 - ア) 認知症の経過
 - イ) 回復する可能性
 - ウ) 予防・治療法
 - エ) 世話（ケア）の仕方
 - オ) 家族や周囲への影響
 - 7) さすったり、マッサージをする
 - 8) 声かけや傾聴など高齢者とのコミュニケーション
 - 9) 療養環境の調整（採光を調整する、高齢者本人の好きな音楽をかける、換気をするなどして不快な匂いを除去するなど）
 - 10) 消費生活に関する基礎知識
 - 11) 介護保険サービス
 - 12) 介護にかかる費用
 - 13) 病院へ連絡・受診させる（救急車を呼ぶ）タイミング
 - 14) 延命・救命処置やリビングウィル
 - 15) 介護に伴うストレスの発散の仕方を教える
 - ア) 食事に気をつける（規則正しく、バランスよく）
 - イ) 定期的に軽い運動をする
 - ウ) 好きな本を読んだり好きな音楽を聴く
 - エ) リラックス効果のある環境を作る
 - オ) ぬるめのお風呂にゆっくり入る
 - カ) 健康上の問題が生じたら即時に受診する
 - キ) 介護を忘れる時間を作る
 - ク) 仕事・習い事（趣味）をやめない
 - ケ) 言葉として思いを吐き出す
 - コ) 家族・親族・友人に頼る。必要に応じて専門家やケアマネージャーなど第三者に橋渡しをしてもらう
 - サ) 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
 - シ) 地域の支援機関からの援助を利用する
 - ス) 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
 - セ) 自分が介護していることにプライドを持つ
 - ソ) 介護の意義を教えてくれる読み物を読んでみる
 - タ) 今日起きた良いことを思い出すようにする
 - チ) あまり良い結果を期待しない
 - ツ) 以下のように楽観的・前向きに考える
 - 一 明日は今日より良くなる
 - 一 できないことがあって当たり前と考える
 - 一 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
 - 一 在宅介護により高齢者に愛情や感謝の気持ちを伝える時間が増えた
 - 一 高齢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
 - 一 施設入所の選択肢があるなかで、自分は在宅介護を頑張っている
2. 在宅介護家族のストレスを軽減する携帯システムの開発について

表 1. 早期発見チェックリストとストレス

軽減法

早期発見チェックリスト

- 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ふ
- 不眠である
- よくため息をつく
- 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
- 被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
- 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と思う
- 介護のことで、家族・親族と意見があわなくて困る

ストレス軽減法

- 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
- 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
- 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
- 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
- 介護を忘れる時間を作る（ex. ショッピングを刷る、ボーっとする）
- 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

- 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
- 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

表 2. 携帯システム QR コード



D. 考察

1. 在宅終末期高齢者の家族の教育に関する指針について
本指針が、主に医師の初期臨床研修や看護

師・介護士の卒前・卒後教育において、地域保健・医療教育プログラムの教育目標や評価項目の設定を行う際の参考資料になるものと期待する。

2. 在宅介護家族のストレスを軽減する携帯システムの開発について

本システムは要介護・終末期の高齢者の在宅介護家族を対象にしたシステムであるが、看取りの心構えなど死の教育をどのように在宅家族に行うのかについてはコンセンサスがなく、今回は終末期に関する内容を十分に盛り込むことができなかった。死の教育に関する様々な取り組みの成果を基に、今後、終末期高齢者の在宅介護家族支援の在り方を検討していく必要があると考える。また、本システムを実際に運用し、効果の検証を行う必要もあろう。在宅介護家族が多く関わる老年内科外来や認知症外来などで本システムの実証研究を計画している。

E. 結論

介護ストレスを軽減するために、在宅終末期高齢者の家族の教育に関するガイドラインの策定と在宅介護家族のストレスを軽減する携帯システムの開発に取り組んだ。

G. 研究発表

論文発表

1. 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 2009; 49(1):43-48.
2. Hirakawa Y. End-of-life care at