

- long-term care facilities for the elderly in Japan. *Hallym International Journal of Aging(HIJA)* 2009; 11(1): 1-12.
3. 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.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 平川仁尚、植村和正. 介護老人保健施設の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)
 12. 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)
 13. 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)
- 学会発表
1. 平川仁尚 「高齢者終末期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」 第41回日本医学教育学会大会、大阪、2009年7月25日
 2. 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
 3. 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
 4. 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

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、H21年度内に作成を完成した。H21、「痛み計」の対照として「痛み日記」を臨床で用いて調査した。「痛み日記」は、痛みが出現した時刻、ペイン・レベル、記入した時刻について、患者が自記式で記録する冊子である。ペイン・レベルは0「痛みが全くない」から10「最もひどい痛み」の11段階評価で示すNumeric Rating Scaleを用いている。

A. 研究目的

本研究は、疼痛のあるがん患者に症状アセスメントツール「痛み日記」を用い、その記入状況と患者のペイン・レベル、QOL尺度、「痛み日記」による疼痛マネジメントに関する評価の関連を明らかにする。

B. 研究方法

がん性疼痛に対してオピオイド製剤を使用している入院患者を対象に、2週間「痛み日記」にペイン・レベルを記入するように依頼する。QOL尺度（ケアノート第3版）について、調査前・中・後の3回聞き取り、調査最終日、疼痛マネジメントに関する評価項目について、5段階評価で質問紙により回答を求める。統計解析ソフトSPSS16.0J for Windowsを使用し、各変数の中央値を算出し分析する。研究は、当該施設の倫理委員会の承認を得て、対象者に研究目的・方法、自由意思参加等を文書と口頭で説明し、承諾を得る。

C. 結果

患者30名に依頼し、18名(60.0%)の参加を得て、11名(36.7%)が完遂した。対象は平均年齢56.5±9.6歳、男性7名と女性4名で、肺がん3名、消化器がん6名、婦人科がん2名であった。

「痛み日記」を2週間用いた結果、患者が「痛み日記」にペイン・レベルを記入した総回数は中央値79(33-110)回で、1日当たり中央値6(2-9)回、その内、疼痛時に即時記入したのは3.5(1-8)回であった。ペイン・レベルは中央値3(1-10)で、2週間に疼痛が軽減した患者は1名($r=-.66, p<.05$)で、ケアノート24項目に変化はなかった。疼痛マネジメントに関する評価の中央値は4(3-5)であり、記入総回数が多い患者は疼痛マネジメントの評価の

中で「痛み日記をもとに看護師と話した」「痛みのコントロールに自分も参加している」という実感がある」「自分と同じような他の患者さんにも、痛み日記の利用を勧めたい」の3項目が高かった($p<.05$)。また、ペイン・レベルを疼痛時に即時記入した回数が多い患者は、「痛みの変化が分かった」の評価が高かった($p<.05$)。

D. 考察

本研究の対象は「痛み日記」の記入に同意が得られた患者であり、対象者に偏りがあること、看護師の介入に加えて研究者が介入したことが、「痛み日記」による疼痛マネジメントの評価に含まれた可能性があることは否定できない。「痛み日記」を臨床で活用するには、対象を考慮する必要があると考えられる。そして、患者が「痛み日記」にペイン・レベルを疼痛時に即時記入することが疼痛マネジメントに影響する点について、継続して調査する必要がある。

E. 結論

「痛み日記」を用いた結果、疼痛緩和やQOL改善という効果には至らなかったが、「痛み日記」の記入総回数が多い患者は、看護師との会話の頻度を高くし、疼痛マネジメントに参加する姿勢を促進した。また、患者が「痛み日記」にペイン・レベルを疼痛時に即時記入する回数が多い場合、患者は自分自身で痛みの変化を認知することができた。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 安藤詳子. 患者と家族を支える緩和ケア, 浜松医科大学市民公開講座テキスト, 2009.

2. 学会発表

- 1) 安藤詳子, 佐藤健, 家田秀明, 小池元, 河村郁人, 渡邊正: がん性疼痛緩和における看護師の臨床実践の推移, 第33回日本死の臨床研究会予稿集316, 2009.
 - 2) 藤原麻弥, 渡邊祥子, 安藤詳子, 澤井美穂: 訪問看護師のターミナルケア態度尺度と学習ニーズの傾向, 第33回日本死の臨床研究会予稿集312, 2009.
 - 3) 阿部まゆみ, 鈴木有紀, 安藤詳子他: 公立中規模病院に通院する患者の療養ニーズと背景要員の関連—緩和デイケア開発に向けた調査結果, 第33回日本死の臨床研究会予稿集301, 2009.
 - 4) 萩原加寿巳, 岩本斉子, 久永みゆき, 橋本淳, 野田淳子, 陶山元一, 鈴木有紀, 阿部まゆみ, 安藤詳子: 緩和デイケアの試行的運営に関する報告, 第14回日本緩和医療学会講演抄録週215, 2009.
 - 5) 則竹宏美, 萩野晃子, 安藤詳子, 阿部まゆみ: スピリチュアルペインの表出により退院することができた40歳代の終末期がん患者に関する報告, 第23回日本がん看護学会誌23, 2009.
- 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

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進事業）

分担研究報告書

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

【目的】特別養護老人ホームを死亡退所された利用者の家族の、終末期のあり方についての意識を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】神奈川県内2施設、東京都内2施設を退所した利用者の家族291名を対象に郵送自記式アンケートを実施した。

【結果】アンケートの回収数198、回収率68%だった。退所した利用者の性別は男性40名、女性157名、不明1名、利用者の死亡場所は、施設内110名、病院85名、その他3名であった。最期を迎えたい場所について、生前に本人と話し合っていたとする回答者は、50名に過ぎなかった。一方、施設の職員と終末期について話し合っていたとする回答者143名であった。その話し合いの時期については、利用者の体調が悪化した時が望ましいとする者が一番多く、普段の面会時や入所時を希望する者は少数であった。施設内で看取ることについては140名が不安はないと回答した。一方、施設における医師の不在や手薄な医療体制についての不満を訴える意見もみられた。【結論】施設内で看取りを行っていくためには職員と家族が、終末期の対応について適切な時期に充分話し合い、さらに緩和ケアを充実させることにより、看取りに対する家族の不安をできる限り取り除くことが重要である。

A. 研究目的

在宅療養への円滑な移行を妨げている問題のひとつに、医療機関以外で看取りを行うことについての、高齢者本人やその家族が有する不安感がある。そこで、本研究では、昨年度に引き続き、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調査を通じて、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

昨年度実施した、特別養護老人ホームを退所された方のご家族（遺族）を対象としたインタビュー調査に基づいて調査用紙を作成し、郵送によるアンケートを実施した。

対象は、特別養護老人ホーム（東京都2施設、神奈川県内2施設）を退所した利用者のご家族291名とした。

方法は、郵送自記式アンケートとし、対象者宛に調査用紙と返信用封筒を送付

し、無記名で回答を求めた。主な調査項目は、基本情報（回答者の属性、利用者の死亡時年齢、在所年数、死亡場所）、利用者と生存中に終末期についての話し合いをしていたかについて、最期を迎える場所について、死亡場所の環境について、などとした。

C. 研究結果

アンケートの回収数は 198、回収率は 68%だった。回答者の性別は、男性 67 名 (34%)、女性 131 名 (66%) であった。回答者の利用者に対する続柄は、娘が 78 名 (39%) で一番多く、次いで息子 55 名 (29%)、嫁 23 名 (12%) の順であった。

退所した利用者の性別は男性 40 名 (20%) 女性 157 名 (79%)、不明 1 名、利用者の死亡場所は、施設内 110 名 (55%)、病院 85 名 (43%)、その他 3 名であった。病院死亡 85 名のうち、入院から死亡までの期間は、1 週間以内が 28 名、1 ヶ月以内が 28 名、3 ヶ月以内が 20 名、3 ヶ月以上が 9 名で、入院後短期間のうちに死亡したという回答が多かった。

最期を迎えたい希望場所について本人と生前に話し合っていたという回答は、50 名 (25%) に過ぎなかった。本人が最期を迎えたいと希望していた場所は、自宅が一番多く 22 名であり、次いで施設内が 21 名で、病院はわずか 2 名であった。彼らの実際の死亡場所は、施設内が 29 名、病院が 21 名であった。

最期のあり方については、予め本人と話し合っておくべきだとする回答者は 72

名 (36%) で、その必要はないとするものが 70 名 (35%) だった。実際に最期にどのような医療を受けたいかについて話し合っていたという回答者は 54 名 (27.3%) であった。一方、本人を除く家族内での話し合いは 124 名 (63%) が行っていたと回答していた。

職員と最期の迎え方について話し合っていたとする回答者は 143 名 (72%) であった。職員との終末期の話し合いは、施設内で死亡した利用者の家族の方が病院で死亡した利用者家族より有意に多く行っていた。職員と終末期について話し合う時期については、利用者の体調が悪化した時を希望する者が 86 名 (複数回答) で最も多く、普段の面会時や入所時にそうした話し合いを希望する者は少数であった。

施設内で看取ることについては、140 名 (71%) が不安はないと答え、とくに施設内で死亡した利用者の家族の方が不安は無いとするものが有意に多かった。施設内における医療レベルについては 135 名 (70%) が不安は無いと回答し、これも施設内で死亡した利用者の家族の方が不安は無いとするものが有意に多かった。しかし、36 名の回答者は施設内の医療レベルに不安があるとしており、とくに「傷みや息苦しさがある場合、必要な医療を受けられないのではないかと」回答したものが 23 名あった。

施設内で行われているケアについてよかった点として、家族がいつでも面会に

いける状況であった、できるだけ口から食べられるよう努力をしていた、顔や体を清潔に保つよう気を配っていた、担当職員が常に声かけをしてくれたなどであった。一方、施設における医師の不在や手薄な医療体制について不満を述べる意見もみられた。

D. 考察

特別養護老人ホームを退所した利用者の家族に対するアンケート調査を実施した。当該利用者のすべては既に死亡しており利用者のご遺族に対するアンケートということになる。

利用者本人と生前に、終末期のあり方や最期を迎える場所について実際に話し合っていた家族はごく僅かであり、死について話し合うことをタブーとするわが国の傾向を反映していると考えられる。しかし、最期のあり方について話し合っておくべきであるという回答は36%あり、その必要は無いとする回答の35%と均衡しており、今後こうした話し合いが一般的になる可能性はある。

一方、最期のあり方について職員との話し合いは72%で行われており、それが施設内での看取りに繋がっていた。ただし、話し合いの時期については、利用者の体調が悪化して最期が近づいた頃を希望している。近年、施設入所時に終末期についての希望を聴取する施設がみられるが、家族は必ずしもそれを望んでいないことになる。特別養護老人ホームはあくまでも生活を続けるための場所なので、

入所時にいきなり最期の話を持ち出すのは不適切であると考えられる。

特別養護老人ホームでの看取りや医療レベルに対する不安は比較的少なく、終末期に入院するのではなく、施設内で看取られることが肯定的に受け取られていた。本人が希望した最期を迎える場所も、自宅と施設がほぼ半々であり、今後、施設内での看取りが増える可能性が示唆された。

今回の回答者は、施設内で看取られた利用者の家族が過半数を占めている。しかし、対象施設における施設内での看取りはせいぜい20~30%と推定されるので、回答者には偏りがある可能性が高い。すなわち、もともと施設内での看取りに好意的な家族がより多く回答していることが考えられる。したがって、施設外で亡くなった利用者の家族の意見にも十分配慮する必要がある。とくに、疼痛や呼吸苦に対して必要な医療を受けられないのではないかという不安への対応、すなわち緩和ケアの充実は今後の施設内での看取りに不可欠であると考えられる。

E. 結論

施設内で看取りを行っていくためには職員と家族が、終末期の対応について適切な時期に充分話し合い、さらに緩和ケアの充実を図ることにより、看取りに対する家族の不安をできる限り取り除くことが重要である。

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：高齢者総合的機能評価(CGA)とリハビリテーション. 澤村誠志, 奥野英子 (編), リハビリテーション連携論：ユニバーサル社会実現への理論と実践, 三輪書店, 東京, 2009(3), p128-133.
2. 飯島 節：□老年症候群など：9.せん妄. 10.寝たきり・褥瘡・廃用症候群. 11. 歩行障害. 12.言語障害. 井藤英喜, 大島伸一, 鳥羽研二 (編), 統計データでみる高齢者医療, 文光堂, 東京, 2009(6), p76-79.
3. Izawa KP, Watanabe S, Oka K, Hiraki K, Morio Y, Kasahara Y, Osada N, Omiya K, Iijima S: Age-Related Differences in Physiological and Psychosocial Outcomes following Cardiac Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 89(1): 24-33, 2010.
4. 山口 潔, 飯島 節：脳卒中、特に寝たきり患者の退院支援. *Geriatric Medicine* 47(3): 305-309, 2009.
5. 飯島 節：誰もが経験すべき老化と死. *Geriatric Medicine* 47(4): 437-438, 2009.
6. 飯島 節：高齢者の終末期の医療およびケアに関する日本老年医学会の立場表明とその後の展開. *Geriatric Medicine* 47(4): 443-447, 2009.

7. 飯島 節, 遠藤英俊, 百瀬由美子, 井口昭久：高齢者の終末期をめぐる諸問題. *Geriatric Medicine* 47(4): 509-521, 2009.

8. Kamioka Y, Yoshino T, Sugaya K, Saito H, Ohashi Y, Iijima S: Goal-setting method and goal attainment measures in physical therapy for stroke patients: a systematic review. *Journal of Physical Therapy Science* 21(4), 399-415, 2009.

9. 飯島 節：後期高齢者に多い老年症候群：せん妄. *治療* 92(2): 127-130, 2010. (学会発表)

1. 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を死亡退所した利用者の家族の終末期についての意識. 第51回日本老年医学会学術集会, 横浜, 2009年6月20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“保留（Withholding）”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。経管導入の保留（Withholding）や、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。

現在我国では、永続的に経口摂取不能となった高齢者に対する、経管栄養法（以下経管）の施行が一般的である。その際、患者本人の事前意思の有無・家族の意思、患者の全身状態、基礎疾患、年齢等の要素が考慮される事は少ない。

経管施行の有効性を示した報告は少なく、施行後の身体拘束・鎮静剤の頻用使用等も認められ、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。

我々は永続的に経口摂取が不可能となった、ねたきり状態（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）で、認知機能障害を合併した高齢者に対する経管導入について研究し、以下を得た。

① 経管導入後、予後不良となる危険因子として、○導入前の長期の寝たきり状態（図1：期間A）○導入後短期間に

感染症合併（図1：期間B）の2つが存在し、両群共、導入後1年の累積死亡率は95%弱を示した。（表1）

（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経管導入後の予後は、導入から初めての感染症発症までの期間で規定されており、発症後の予後は約5ヵ月強である。

（ $Y = 162 + 1.015X$ 、 Y ：生存日数、 X ：経管導入から初発感染発症までの日数 $P < 0.0001$ ； $R^2 = 0.78$ ）

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。

経管導入後短期間で、肺炎を合併・繰返し、死亡している例では、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示唆された。

昨年度の研究では経管導入・継続の状態死亡した患者と、導入後、嚥下性肺炎等の感染症や、重篤な消化器症状の繰返しのため経管を中断 (Withdrawing) した患者についての比較検討を行った。

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ゆる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。
⑤中断後予後は約3ヵ月弱であった。

今回の研究では上記2群に加えて、何らかの理由で経管導入を保留 (Withholding) した患者群との比較検討を行った。

B. 研究方法

平成19年度より過去7年間に渡り調査した、経管導入・継続の状態死亡した患者163名 (以下継続群) と、経管導入後、嚥下性肺炎等の感染症や、重篤な嘔吐・下痢等の消化器症状を繰返すため経管を中断 (Withdrawing) した患者38名 (以下中断群)、同時期何らかの理由で経管導入を保留 (Withholding) した患者36名 (以下保留群) についての比較検討を行った。経管中断時および保留時には、家族 (特にキーパーソン) に対して複数回の情報提供を行い、家族がそれを望んだ場合のみ、中断・保留を行った。

中断・保留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・導入を行った。

中断・保留時は、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。

長期の点滴施行となるため、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、刺入部より20cm前後挿入した位置で固定した。

C. 研究結果

保留群の導入時年齢は85.9±1.8才と他2群に比較して有意な上昇を認めた (P<0.05)。導入前寝たきり日数も316±57日と、保留群が最も長かったが有意差を認めなかった (表2)

中断群・保留群では点滴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。

(1) 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

(2) 保留の原因

平均95.1才 (88~107才) の高齢者: 14例
長期のねたきり状態、先行する感染症等に伴う全身状態不良21例、嘔吐持続1例
高齢群、状態不良群の各1名は約1月の点滴

の後、経口摂取可能、退院となったため除外し、死亡した34例で以下の解析を行った。

(3) 予後 (以下 表 2)

継続群：経管導入後予後

377±35 (2~2174) 日 (以下 Mean±S.E.)

中断群：経管中断後予後80±7 (6~168) 日

保留群：保留後予後110±9 (27~263) 日

保留群は中断群に対して有意な上昇を認めた。(P<0.05)

(4) 平均感染数

死亡までの平均感染数は、

継続群：3.1±0.2回、中断群：0.8±0.1回、

保留群：0.8±0.2回、であった。

継続群 vs 中断群、保留群ではいずれも有意な低下を示した。(P<0.0001)

(以上Student's t 検定)

(5) 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)、

保留群：20.6% (N=7)、であった。

継続群 vs 中断群、保留群ではいずれも有意な低下を示した。(P<0.0001)

中断群 vs 保留群は、P=0.082 であった。

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)、保留群5.3% (N=2) であった。

継続群vs中断群 (P<0.01)、vs保留群 (P<0.001) はいずれも有意な低下を示した。

中断群 vs 保留群は、P=0.30であった。

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)、保留群：73.5% (N=25) であった。継続群 vs 中断群、保留群

ではいずれも有意な低下を示した。(P<0.0001) 中断群 vs 保留群は、P=0.26 であった。(以上 χ^2 検定)

D. 考察

経管中断群は継続群に対して、肺炎等感染症による死亡率、およびDIC・MOFを合併する重篤な感染症による死亡率の低下と、おだやかな衰弱死の上昇を、それぞれ有意に認めた。

経管保留群では中断群に対しても、感染症、および重篤な感染症による死亡率のさらなる低下と衰弱死の上昇を認めた。以上は有意差は認められなかったが、症例数の増加で有意となる可能性がある。

認知症末期や老衰による慢性の全身状態の低下等で、寝たきり状態の期間が長い高齢者は以下の理由で易感染性であり、肺炎が難治性・易再発に移行し易いと考えられる。

○嚥下反射の低下のため、食物、唾液の顕性・不顕性の誤嚥を繰り返し、肺内のクリアランスを低下させ慢性感染巣を形成する。

○自立的な体動・体位変換の制限、咳反射の低下のため去痰不全をきたし易い。

○慢性感染のため全身状態が低下し immunocompromised の状態にある。

○消化管運動が低下しているため、胃・食道逆流をきたし易い。

感染による全身状態低下の進行が、感染の繰り返しを誘発し、予後不良の原因となっている可能性がある。

経管導入後に初めての感染発症後から死亡までの期間 (初感染発症後予後： 図 1 ; 期間C) は、継続群は156±16日、中

断群は156±19日（含む経管中断後予後80±7日）と、共に約5ヵ月強であった。経管導入患者が感染症（肺炎）を合併した時点が致命的であり、治療の方法に関わらず予後は変化しない可能性がある。

平均95.1才の高齢者や長期のねたきり状態、先行する感染症等に伴う全身状態不良のため経管を保留した群の予後は、110±9日と、約4ヵ月弱であった。

一方、経管導入後1年未満で死亡した群（1年未満群）の予後は147±9日（経管導入後無感染期（図1；期間B）51±6日、初感染発症後予後97±8日）と、約5ヵ月弱であった。

1年未満群と保留群とを比較すると、導入時年齢は81.7±0.7才vs85.9±1.8才と保留群が高く、導入前寝たきり日数（図1：期間A）は383±51日vs316±57日と1年未満群が長かった。また死亡原因においても、保留群は1年未満群に対して、感染症、および重篤な感染症による死亡率の低下と衰弱死の上昇をそれぞれ有意に認めた。（ $P<0.0001$ ）

以上より保留群に対して経管を導入していた場合も、予後にはほとんど差が無く、短期間で肺炎・感染症を合併し死亡していた可能性が極めて高いと考えられる。

ねたきり状態で認知機能障害を合併した高齢者が、永続的に経口摂取が不可能となった状態は、治療法にかかわらず予後不良な“終末期”である可能性がある。

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、場合によっては経管の保留・中断の検討も、患者・家族の精神的・

肉体的な苦痛緩和のため必要と考えられる。

永続的に経口摂取が不可能となった高齢者が経管導入となり、肺炎を繰り返すため退院できず、病院・施設を転々としながら、約半年後に死亡する例が多く認められる。中心静脈を用いた維持輸液を使用する方法は、感染に伴う熱発・苦痛・浮腫を伴わない、おだやかな経過をたどり、イメージとしての“老衰死”に近く、在宅での施行も十分可能であり、家族の精神的・肉体的負担も少ない有効な方法であると考えられる。

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

ねたきり状態で認知機能障害を合併した高齢者が、永続的に経口摂取が不可能となった状態は、治療法にかかわらず予後不良な“終末期”である可能性がある。

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、経過次第では経管施行の保留・中断の検討も、患者・家族の精神的・肉体的な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。

日本老年医学雑誌；2009:46:521-523

2. 学会発表

G. 研究発表

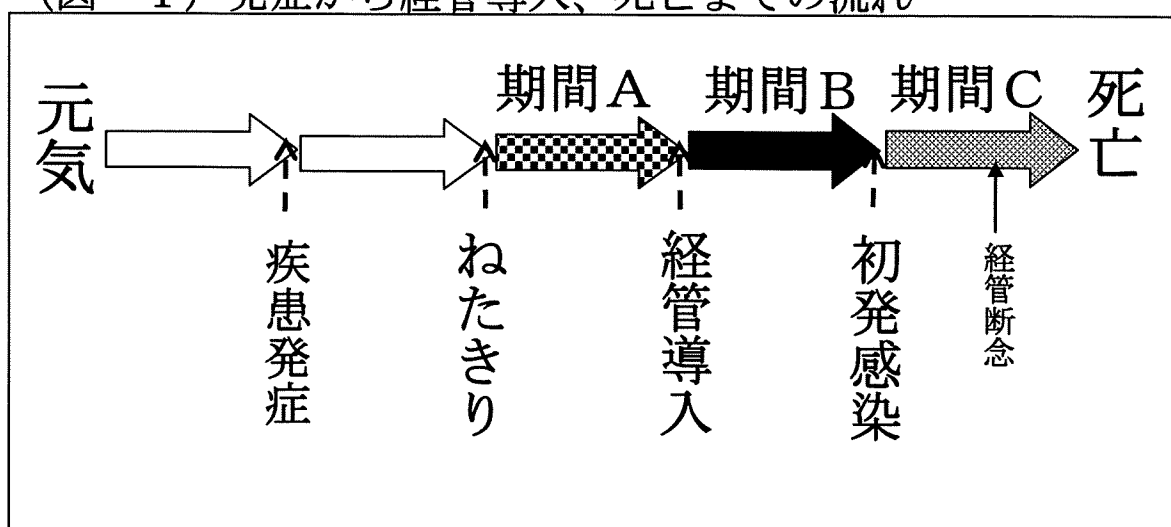
1. 論文発表

○小坂 陽一、佐藤 琢磨、佐々木英忠、荒井 啓行
胃ろう造設と家族への教育

○高齢者の経管栄養法導入後の、“中断 (Withdraw)” に関する検討
第51回日本老年医学会学術集会

○寝たきり状態の高齢者の経管栄養法導入後・予後～経鼻経管とPEGの比較検討
第14回HEQ研究会

(図 1) 発症から経管導入、死亡までの流れ



| (表 2) | 経管継続 | | | | | | withdrawing | | withholding | |
|-----------------|----------|------|----------|------|----------|------|-------------|------|-------------|------|
| | 全群 | | 予後1年以上 | | 予後1年未満 | | | | | |
| (Mean±S. E.) | N=163 | | N=53 | | N=110 | | N=38 | | N=34 | |
| 年齢 | 80.9±0.6 | | 79.2±1.1 | | 81.7±0.7 | | 81.3±1.2 | | 85.9±1.8 | |
| 予後 | 377±35 | | 865±67 | | 147±9 | | 80±7 | | 110±9 | |
| 導入前寝たきり日数 (期間A) | 286±37 | | 82±18 | | 383±51 | | 272±70 | | 316±57 | |
| 導入後無感染日数 (期間B) | 213±30 | | 560±73 | | 51±6 | | 142±34 | | | |
| 初感染発症後予後 (期間C) | 156±16 | | 292±39 | | 97±8 | | 156±19 | | | |
| 導入～死亡の感染数 | 3.1±0.2 | | 4.2±0.5 | | 3.1±0.3 | | 0.84±0.12 | | 0.82±0.17 | |
| 死亡原因 | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 感染症 | 128 | 78.5 | 35 | 66.0 | 93 | 84.6 | 15 | 39.5 | 7 | 20.6 |
| DIC・MOF 合併感染 | 62 | 38.0 | 14.0 | 26.4 | 48 | 43.6 | 5 | 13.2 | 2 | 5.9 |
| 老衰 | 16 | 9.8 | 9 | 17.0 | 7 | 6.4 | 20 | 52.6 | 25 | 73.5 |

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

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条件を整備する「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発することである。「終末期ケアマネジメント・ツール」として、3つのシートと3つのチェックポイントなどからなるツールを開発し、在宅、特養、グループホーム、病院で用いた事例を収集した。またツールの5つの機能などについて考察した。それらを書籍「高齢者の終末期ケアケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール」（中央法規）にまとめた。

A. 研究目的

日本福祉大学終末期ケア研究会では、「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これらをつなぎ合わせ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条件に基づき開発した「終末期ケアマネジメント・ツール」の有用性を検証することである。

B. 方法

1) 「終末期ケアマネジメント・ツール」の開発

「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」を整備する「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発し、在宅、特養、グループホーム、病院で用いた事例を収集した。有用性を高めるために修正を繰り返し、3つのシートと3つのチェックポイントに整理した。ツールの5つの機能についても検討した。

C. 研究結果

1. 終末期ケアマネジメント・ツール

1) ツールの目的

終末期ケアマネジメントツールの目的は、より質の高い終末期ケアの実現を図ることである。具体的には、終末期ケアの質を高める4条件－①本人・家族の意思を確認し，②介護力やサポートを引き出し，③過不足ない医学的療ケアも提供し，④それらをマネジメントする，の実現を支援するツールとして開発した。この4つの条件を整備することを通してケアプランの質の向上を図り、支援チームのチーム力を高めていくためのツールである。

2) ツールの使用場面

このツールは、対象者の療養場所を問わず、また、記入者の職種も問わない。大切なことは、「終末期ケアの質を高めるための4つの条件を整備する」という目標を、家族を含めた支援チーム全体で共有することである。ケアの担当者会議など、多くの関係者がそろう場面での活用も効果的であろう。

また、「4つの条件」を整備していくためには、終末期となり、医療ニーズが高まる以前からの取り組みが欠かせない。終末期ケアの質を決めるのは、療養の開始時から看取りに至るまでのプロセス全体である。サービス提供開始時など、できるだけ早期から利用を開始し、療養のプロセス全体を通して、常に「4つの条件」が整備されていく環境づくりが求められる。そのために、導入時から、全体を俯瞰し、経過を予測し、その時期になすべきことを考え、かかわる多職種で論議するためのツールを開発した。

2) ツールを構成する「3つのシート」と「3つのチェックポイント表」

「終末期ケアマネジメント・ツール」は、使用目的・使用時期の異なる3つのシートと、それぞれのシート活用に必要な3つのチェックポイント表からなる。

3つのシートとチェックポイント表について簡単に説明する。概要と用途は表1に示した。

表-1「終末期ケアマネジメントツール」の全体像

| 活用時期 | シート | | チェックポイント表 |
|----------|---|--|---|
| | シートの種類と概要 | 用途 | |
| 事中 | ①終末期ケアマネジメントシート 各ステージ別に、4条件に沿って状況をアセスメントし、やるべき課題を抽出し、プランニングを支援するためのシート | ・アセスメント（初回シート） ・モニタリング（2回目以降のシート） ケアプラン作成・見直し | a アセスメント・モニタリング用 チェックポイント表 ・「4条件」に基づき「終末期ケアマネジメントシート」を作成していくための視点を提供するものである ・細目でチェックが可能 |
| 事中 事後 | ②評価シート 終末期ケアマネジメントシートまたは振り返りシートを元に、全体を4条件の視点で振り返って評価するためのシート | ・カンファレンス ・モニタリング時に評価のために使用 ・全過程を4条件から振り返り評価するために使用 | b 4条件別の評価 チェックポイント表 ・「4条件」に基づきケアのプロセスを総合的に評価するための視点を提供するものである |
| 事後 事中 | ③振り返りシート 各ステージの状況と4条件に沿って一覧できる表にし、ケアのプロセス全体を、ステージ別、4条件別に評価を行い、今後の課題を抽出するためのシートである。 | ・カンファレンス ・事例検討会 | c 事後評価用の チェックポイント表 ・ステージ別、4条件別のポイントに基づき「振り返りシート」を作成していくための視点を提供するものである |

< 3つのシート >

① 終末期ケアマネジメントシート

開始期、安定期、移行期、臨死期、死別期という各ステージに、4条件に沿って状況をアセスメントし、やるべき課題を抽出しプランニングを支援するためのシートである。2回目以降は、モニタリングを行い、ケアプランの見直しを支援する。

② 評価シート

評価シートは、終末期ケアマネジメントシートまたは振り返りシートを元に、全体を4条件の視点で振り返って評価するためのシートである。事中、事後両方に使用することが可能である。

③ 振り返りシート

振り返りシートは、開始期、安定期、移行期、臨死期、死別期という各ステージの状況を4条件に沿って一覧できる表の形で捉えるためのシートである。ケアのプロセス全体を評価し課題を抽出する。この振り返りシートは、事後評価用に開発したものであるが、経過中に用いることも可能である。

< 3つのチェックポイント >

シートを作成するにあたり、必要なチェックポイントをそれぞれのシートに準備した。

①終末期ケアマネジメントシートには、aアセスメント・モニタリング用チェックポイント表、②評価シートには、b4条件別の評価チェックポイント表、③振り返りシートには、c事後評価用のチェックポイント表、である。

aアセスメント・モニタリング用チェックポイント表と、c事後評価用のチェックポイント表の2つは、同じ視点に立つものだが、事前・事中用と事後用で表現などが少しずつ異なっている。また、aアセスメント・モニタリング用チェックポイント表は細目でチェックできるように工夫している。

2. ツールの5つの機能

これらのツールを実践に取り入れることによって、表2に示す5つの機能が期待できる。

表2 ツールの5つの機能

- | |
|--------------------------------|
| ① 情報の収集・整理・共有をすすめる機能 |
| ② 質の高いケアをするための課題を抽出する機能 |
| ③ そのステージにすべきことをチェックしてプランを立てる機能 |
| ④ ケアマネジメント・プロセスをモニタリングし振り返る機能 |
| ⑤ 個人とチームの成長を支援する機能 |

1) 情報の収集・整理・共有をすすめる機能

まず、「1.情報の収集・整理・共有をすすめる機能」である。終末期ケアの質を高める上で重要な情報は何かを示し、それらの情報の収集・整理を一枚のシートで行うことを可能にする。それによって、その患者が開始期から臨死期に及ぶどのステージにあるのか、前回のプランの達成状況などについて、チーム内で共有することができる。

2) 質の高いケアをするための課題を抽出する機能

次に、「2.質の高いケアをするための課題を抽出する機能」が期待できる。ケアの質を高める4条件に照らして、本人・介護者・親族間および職種間でゴールの共有や実現に向けて、抱えているジレンマや困難を分析し、今後取り組むべき課題を抽出することが可能となる。

3) そのステージにすべきことをチェックしてプランを立てる機能

抽出した課題から、「3.そのステージ(時期)にやるべきことをチェックしてプランを立てる機能」を持つ。つまり、ステージ別のチェックポイント

表を参照しながら、次の時期の予測も含めた課題に対処するプランの立案につながる。

4) ケアマネジメント・プロセスをモニタリングし振り返る機能

また、プランニングだけでなく、「4.ケアマネジメント・プロセスをモニタリングし振り返る機能」もある。ケアマネジメントのプロセスで用いればモニタリングに、事後の評価に使えば振り返りに使える。それによって到達状況や課題、次の時期や事例に向けた教訓を引き出すことができる。

5) 個人とチームの成長を支援する機能

最後に、「終末期ケアマネジメントツール」を活用した実践を通じて、「5.個人とチームの成長を支援する機能」を得ることにもなる。これらの一連のケアマネジメント・プロセスを丁寧に行い、振り返りをすると、個人およびチームとしての到達点と課題が明らかになる。それらに基づいて、次に向けた手だてを取れば、終末期ケアに関わる個人やチームとしての成長を支援する機能を持つことになる。

「振り返りシート」を用いた事例検討を通して、支援チームはチームの力量を知り、チームが取り組むべき課題を見出すことになる。そして、新たなケア提供体制に基づく、「終末期ケアマネジメントシート」を用いた実践を「評価シート」で総合的に評価し、チームの課題を探っていく。「振り返ることで知り、知ることで振り返る」という一連のサイクルが、自然と成り立っていくのである。

D. 考察

今年度の課題は、終末期ケアの質を高める4条件の普及を促進するためのツールの改善であった。試用して修正を繰り返し、書籍の出版の準備をした。その過程で、終末期にある高齢者と家族、かかわるインフォーマル・フォーマルサポートがその後の経過となすべき対応を予測し整えること、終末期ケアの質や支援チームの力量を高める可能性などが明らかになり、5つの機能にまとめるこ

とができた。今後は、出版後の反応を踏まえ、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」を整備する「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した。その有用性を高めるために改善し、ケアマネジメント支援プログラムに関する書籍を3月に出版する予定である。

研究成果発表

- 1) 近藤克則、樋口京子編著（共著）高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール—東京. 中央法規出版 2010 印刷中
- 2) 近藤克則：終末期ケア・マネジメント—質を高める4条件とツール開発の試み。シンポジウム「地域・在宅における緩和ケア」第33回日本死の臨床研究会年次大会 2009年（平成21年）11月7日（土）・8日（日）名古屋国際会議場
- 3) 近藤克則・広井良典・藤田敦子：特別講演&鼎談 在宅エンド・オブ・ライフケアの課題。ホスピスケアと在宅ケア 17（1）：22-31, 2009
- 4) 近藤克則：在宅エンド・オブ・ライフケアの課題—全国調査とイギリスの取り組みを踏まえて—。ホスピスケアと在宅ケア 16（3）：244-256, 2008

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

分担研究者 樋口京子

大阪市立大学看護学研究科 教授

研究要旨

本研究の目的は、質の高い終末期ケアを実現するための4条件に基づいて、質を評価する指標の作成を試みることである。①国内外の文献レビューから抽出した高齢者の終末期ケアの質の評価指標の構成要素と日本福祉大学終末期ケア研究会が3次にわたって実施した調査結果と比較、②終末期ケアの質を高める4条件に基づき構成要素を整理、③終末期の各ステージ別4条件別に評価の視点を抽出し総合評価表の作成を試みた。この総合評価は、終末期ケアマネジメントを支援するプログラム全体の評価にもなると考えられる。それらを書籍「高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール—」（中央法規）にまとめた。

A. 研究目的

日本福祉大学終末期ケア研究会では、「質の高い終末期ケアを実現するための4条件」の妥当性を検証してきた。

本研究の目的は、国内外の高齢者の終末期ケアの質の評価に関する文献レビューの結果から抽出されたケアの質を構成する要素と、終末期ケアの質を高める4条件を比較し、終末期の各ステージ別4条件別終末期ケアマネジメントのポイントに基づく総合評価の視点を作成することである。

B. 方法

- (1) 国内外の文献レビューから抽出した高齢者の終末期ケアの質の評価指標の構成要素と3次にわたって実施した調査結果と比較する
- (2) 終末期ケアの質を高める4条件に基づき構成要素を整理し、各条件を整えるためのポイントを明らかにする
- (3) 高齢者の終末期ケアの質を高めるために重視すべきケアマネジメントの機能とステージ別ケアマネジメントのポイントを整理する
- (4) 4条件別ステージ別の総合評価の視点を作成

する。

- (5) 高齢者と家族の視点に重点をおいたケアの質の評価の重要性について、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク第15回全国の集いin群馬（2009.9.20-21）の「サービスの質をどう評価するか」のシンポジストとして、「終末期ケアの質の評価—患者・家族の視点と医療者の視点の比較—」を発表しフィードバックを求めた。また、書籍にまとめる段階で編者による評価表の修正を繰り返した。

C. 研究結果

1. 国内外の文献レビューから抽出されたケアの質を構成する要素と調査結果の比較

Donabedian は、ケアの質を評価する場合に留意すべき点について、質を評価する場合には、評価者によって重要だと考える質とその重み付けが異なるので「評価する側面」と「よい質の構成要素」の2つについて合意する必要があるという。

同じようなことは、高齢者の終末期ケアの質の評価についても指摘される。国内外の文献をレビューし、患者・家族の視点と医療者・ケア

提供者の視点、3次にわたって実施した調査結果との相違点を明らかにし表にまとめた（文献1に発表）。

2. 終末期ケアの質を高める4条件に基づく構成要素の整理

1の結果から明らかになったケアの質を構成する要素と4条件を比較し、各条件を整えるためのポイントを整理した。

(1)条件1：本人・家族の意思表示

条件1では、①高齢者の尊厳と自己決定を尊重し、②QOLが向上するよう工夫をし、③死にゆく過程が全般的な状況が安心で安らかであることをサポートする。そのためには、④希望と期待度を確認しそれらに応じたケアやケアマネジメントを実施することが重要である。

(2)条件2：ケアを支える介護力や周りのサポート

条件2では、①家族の介護に対する見通しや期待度を確認し、②家族のニーズへの対処と負担感の軽減、および③死別および死別後の家族への悲嘆に対するケアを実施することが重要である。

(3)条件3：終末期を支える医学医療ケア

条件3では、①症状マネジメントを行い、QOLを維持し、終末期において②過不足のない治療を受け、また③質の高い技術が提供され、④ケア提供者との良い人間関係が構築されることが望まれる。

(4)条件4：本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメントの実施

条件4では、①高齢者の希望を中心におき、その希望を実現するためにゴールを共有し、②高齢者と家族・社会との関係を調整し、継続したケア、一貫したケアができるようケアマネジメントを実施する。

特に高齢者の終末期ケアの質を高めるために重視すべきケアマネジメントの機能は、仲介・調整機能ばかりではなく、高齢者や家族の主観的など

らえ方に着目し、高齢者、介護者とその関係に焦点をあて働きかける直接援助サービス機能と、社会資源やシステムに働きかける機能を重視することが求められる。

3. ステージ別ケアマネジメントのポイントの整理

高齢者の終末期に至る経過には3つのパターンがあり長期にわたる生活支援が必要となる。したがって、余命予測を行い死亡前後のケアの質を高めるだけでなく、出会いの段階（サービス開始期）から死の迎え（看取り）方の希望や介護への期待度を踏まえたプロセスの全体の質を高めるケアマネジメントを実施することが求められる。

そこで、サービス開始前後から死別後までを4つのステージにわけ、そのステージ別に求められるケアマネジメントのポイントを整理した。

- ①開始期（サービス提供開始期）：希望と期待度に基づくゴールの共有と過不足のないプランニング
- ②安定期：希望の実現・QOLの向上と長期の生活支援
- ③移行期：変化やゆらぎのモニタリングと対応、余命予測と死別の準備
- ④臨死期～死別期：見守りの中での安らかな死をサポート、グリーフケアの実施

次のステージを予測し、その準備を今のステージでいかにするか、という視点も重要である。

5. 4条件別ステージ別の総合評価の視点の整理

終末期ケアのよい質を構成する要素をふまえ、4条件を縦軸に、ステージを横軸に、プロセスに沿って評価ができるような総合評価表を作成した（表1）。なお内容には、個々の能力だけではなく、チーム力の向上、地域資源の変化も視野に入れたものも追加した。この総合評価は、終末期ケアマネジメントを支援するプログラム全体の評価にもなると考えられる。

また、「終末期ケアの質の評価」のシンポジウム

では今後当事者の視点や日本の文化の影響を踏まえた評価の重要性などについて具体的な方向が見えたなどという反応があった。

D. 考察

今年度の課題は、質の高い終末期ケアを実現するための4条件に基づいて、質を評価する指標の作成を試みることであった。高齢者・家族とケア提供者では評価の視点が異なることを前提に、高齢者や家族の主観的な思いを重視し、その視点を中心において臨床的に重要な点をケア提供者が追加した多軸で評価できることを重視し、プロセスに沿った総合評価表を作成した。作成した評価表を用いて9事例の評価も行い、それぞれについてチームや地域資源の視点からの課題も抽出することができた。それらをまとめた書籍を3月に出版予定である。今後は、出版後の反応を踏まえ、「終末期ケアマネジメント・ツール」の活用とともに4条件別ステージ別の総合評価の視点の妥当性・有用性について検証する必要がある。

E. 結論

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に取り組んできた。「終末期ケアマネジメント・ツール」の開発と支援プログラムの評価の視点の試案については作成することができた。今後はこのプログラムの普及、検証、さらに今回明らかにした終末期ケアの質の構成要素に基づく評価尺度の作成などが課題となる。

G. 研究成果発表

(論文発表)

1. 樋口京子：高齢者の終末期におけるケアマネジメント ケアマネジメント学 2009；8：31-38
2. 近藤克則、樋口京子編著（共著）高齢者の終末期ケア—質を高める4条件とケアマネジメント・ツール—東京. 中央法規出版 2010 印刷中
3. 樋口京子：高齢者の終末期におけるケアマネジメント Geriatric Medicine(老年医学) 2009；

147(4) 471-475

4. 樋口京子(共著). 終末期ケア. 川延宗之編 高齢者に対する支援と介護保険制度 第2版 東京. 中央法規出版 2010；380-400 印刷中
5. 樋口京子(共著)高齢者の終末期ケアへの対応. 白澤政和編 介護支援専門員のためのスキルアップテキスト【専門研修課程Ⅱ対応版】東京. 中央法規出版 2010；110-121 印刷中
6. 樋口京子：「終末期ケアの質の評価—患者・家族の視点と医療者の視点の比較—」シンポジウム「サービスの質をどう評価するか」在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク第15回全国の集い 2009.9.20 群馬県民会館

表1 各ステージ別4条件別終末期ケアマネジメントのポイントに基づく総合評価の視点

| ステージ別 | 開始期 | 安定期 | 移行期 | 臨死期 | 死別期 | 条件別評価の視点 |
|--|--|--|---|----------------------------|---|--|
| 条件1 本人や家族の意思表示 | 高齢者の今の希望や死の迎え方の確認と尊重 看取り方の希望の確認 | 希望の確認と実現をサポート 希望の達成と実現を促す | 変化やゆらぎのモニタリングと対応 葬儀など、別れの持ち方の希望の把握 | 最期の場所の最終確認 | | 高齢者本人の療養上の今の希望、死の迎え方の希望の確認、 介護者の看取り方の希望を確認 希望や意思の変化やゆらぎのモニタリング 希望の実現度と本人・家族の反応 |
| 条件2 ケアを支える介護力や周りの人々のサポート | 介護の見通し、期待度の確認 | 介護者が自信をもってケアできるようなサポート 家族にしかできない役割を継続的に担えるようサポート | 介護の余力のアセスメント | 最期まで介護に参加できたと 思えるサポート | | 介護の見通し、期待度に基づいた情報提供と調整 介護者が自信をもって介護できるようなサポート 家族にしかできない役割を臨死期まで継続的に担えるようサポート 高齢者の張り合いや希望実現をサポートする人の確保 高齢者・介護者と家族・社会のつながりを最期まで確保 介護力の変化に見合うサービス調整と提供 |
| 条件3 終末期ケアを支える医学的ケア | 死に至る経過のバターンに基づき予後予測、療養・看取り場所の予測 | 余命予測・療養・看取り場所の予測とタイムエデュケーション | 死別の準備、心構えができる ケアを実施 希望場所での看取りの実現可能性の予測と変化に応じた説明 | 余命予測 悲嘆反応の予測 安らかな死をサポート | グリーフケアの実施 | 医療サービス提供体制（日中、夜間、急変時、死亡時）の確保 希望の実現・QOLを高める医療の提供 安らかな死をサポートする過不足のない医療の提供 病状や予後の説明および死別の準備、心構えができるケアの提供 グリーフケアの実施 |
| 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 | 本人・家族・職種間のゴール共有 生活や人間関係を歴史的構造的に捉えるアセスメント 希望を尊重したゴールの設定と共有、過不足のないプランニング | 長期化に伴う高齢者・介護者の人間関係の変化のモニタリング 希望の実現、介護の見通しに応じたフォロアーマル・インワーク化 | 変化やゆらぎのモニタリングと対応 一貫した方針で最期までサポートできる医療・福祉チームの確保 | | 死別をより肯定的に意味づけるサポート チームによる振り返り・評価の実施（チームの成長度、地域資源の変化とその理由を確認） | 高齢者の希望を中心にしたいゴールの設定と共有 希望の実現、介護の見通しに応じたインフォアーマルサポートをネットワーク化 希望の変化や揺らぎ、介護者の余力に応じた柔軟に対応 一貫した方針で最期までサポートできる医療・福祉チームを確保 個々の能力・チーム力の向上、必要な地域資源の確保 |
| ステージ別評価の視点 | 希望と期待度に基づくゴールの共有と過不足のないプランニング | 希望の実現・QOLの向上と長期の生活支援 | 変化やゆらぎのモニタリングと対応 余命予測と死別の準備 | 見守りの中での安らかな死をサポート | グリーフケアの実施 | ＜総合評価＞ 条件1を中心に2, 3, 4の条件を整えることができたか、この事例のケアマネジメントのポイントは何であったかをステージ別、条件別に評価する チーム力、地域資源の確保、連携状況の変化の側面から評価し、今後の課題を明確化する |