
高齢者高度医療専門病院における終末期ケアプログラムの開発

課題研究番号 15592346

平成15年度～18年度 科学研究費補助金 基盤(C)
研究成果報告書



平成19年3月

研究代表者 水野 敏子
(東京女子医科大学 看護学部 教授)



I. 研究組織

研究代表者 水野 敏子 (東京女子医科大学・看護学部・教授)
研究分担者 小長谷百絵 (東京女子医科大学・看護学部・助教授)
浅川 典子 (東京女子医科大学・看護学部・講師) (平成 15~17 年度)
會田 信子 (東京女子医科大学・看護学部・講師)
北 素子 (東京女子医科大学・看護学部・助手) (平成 15・16 年度)

研究協力者 坂井 志麻 (東京女子医科大学・看護学部・助手)
古川 スエ (東京都老人医療センター)
杉本 陽子 (東京都老人医療センター)
安達 尚子 (東京都老人医療センター)
樺沢 陽子 (東京都老人医療センター)
松浦 都子 (東京都老人医療センター)
増山 睦代 (東京都老人医療センター)

II. 研究経費

平成 15 年度	800 千円
平成 16 年度	500 千円
平成 17 年度	1400 千円
平成 18 年度	800 千円
計	3500 千円

III. 研究発表

1) 学会誌等

水野敏子；高度医療化時代における老年看護の可能性,老年看護,11(2),4-8,2007.

2) 学会発表

Toshiko Mizuno, Momoe Konagaya, Nobuko Aida, Noriko Asakawa; Physical Suffering Among Geriatric Patients in the Month Preceding Death at Hospitals Providing Advanced Treatment, The 8th Annual Conference East Asia Forum On Nursing Science, Feb18th, 2005.

Toshiko Mizuno, Momoe Konagaya, Nobuko Aida, Noriko Asakawa; End-of-life nursing care at hospitals providing advanced medical treatment for geriatric patients, The 18th Congress of the International Association of Gerontology, June 30, 2005.

坂井志麻、水野敏子、杉本陽子、安達尚子、小長谷百絵、會田信子；高齢者終末期ケアプログラムの作成-退院に焦点を当てて-,第 26 回日本看護科学学会学術集会,2006,12 月 3 日

水野敏子；高度医療化時代における老年看護の可能性,日本老年看護学会第 11 回学術集会,平成 18 年 11 月 3 日.

目 次

要旨	1
序章	3
2章 高度医療専門病院における	
死亡前一ヶ月間における高齢者の苦痛	5
3章 高齢者終末期看護に対する	
看護師の認識とケアの実践	25
4章 高齢者高度医療専門病院における	
終末期ケアプログラムの作成	43
資料	
1. 平成15年度研究 調査票	75
依頼・同意書	78
2. 平成16年度研究 調査票	80
依頼・同意書	83
3. 平成18年度研究 プログラム実施説明書	84
4. 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録	87
5. 国際学会発表資料	101
6. 参考・引用文献	107
終わりに	121

高齢者高度医療専門病院における終末期ケアプログラムの開発

要旨

癌患者の終末期ケアの研究は多いが、高齢者の特性を踏まえた、終末期ケアについての研究は少ない。約 80%が医療施設で最期を迎えている現状から、医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアプログラムを開発した。

最初に、プログラムの作成のために 2 つの研究を行った。研究 1 では、高度医療施設で最期を迎えた高齢者の終末期の状態、特に身体的苦痛の実態の調査から、プログラムを作成するために対応すべき課題を見出した。がん患者は死亡前 48 時間に疼痛が増強するが、高齢者では意識低下のため苦痛は強くなかった。むしろ入院時の興奮、認知能力の低下、中期の呼吸困難や処置による苦痛への対応が高齢者の終末期においては重要であると考えられた。認知障害があり直接疼痛を訴えない場合には、疼痛がないと判断されている傾向がみられたことから、苦痛の把握方法や対応について開発する必要性が示唆された。

研究 2 では、看護師が高齢者の終末期ケアを行う上で感じている困難とケアについて研究した結果から、終末期ケアの中で難しいと考えていたものは、①退院時期、もしくは外泊時期を見計らい、自宅に帰ることができるようにするための援助、そのための事前準備など、②医師と家族、看護師との意見調整の難しさ、③家族のケアへの参加と家族ケアの難しさ等があった反面、意思があいまいな高齢者が多い中で、家族の意向を重視し、家族が望む方向でケアを進めていこうとしていた。

以上の結果を踏まえてケアプログラムは終末期の高齢者を看護する際に特に注目すべき点、すなわち終末期にも退院することを望む本人の望みを実現することや、疼痛、呼吸困難などの苦痛の緩和、日常生活を高齢者が望むようにケアする、さらには家族のケアが充実するという点に絞って作成された。今後さらにプログラムの洗練と実施の定着に努めていく予定である。

序章

近い将来 4 人に一人が高齢者となる時代が到来する。高齢期に死をどのように迎えることができるかは重要な課題であるが、必ずしも、多くの高齢者が望んでいる穏やかな死を迎えることができるわけではない。緩和ケアやホスピスケアの普及により終末期のケアが少しずつ改善されてきている。しかしその多くは癌患者の終末期ケアであり、加齢に加え、慢性的、複合的な疾病や徴候を抱え、生活機能の低下を伴い、自己決定が困難であるという高齢者の特性を踏まえた、終末期ケア（end-of-life care）については明らかにされていない。高齢者は成人に比べ、より複雑な健康問題を持ち、痛みのコントロールに対して異なった介入方法が必要である。例えば、癌の治療を受けている人が、糖尿病やリウマチなどのような他の慢性疾患を持っている高齢者が多くいる。その上、高齢者は呼吸困難や一般的な不快感、虚弱性、食欲低下、脱水、嚥下困難、混乱、思考障害、記憶喪失、失禁などで苦しんでいる。そのため、痛みの特定が困難であり、高齢者が鎮痛剤に異なる反応を示すことがある。このような高齢者の特性を踏まえた終末期ケアの対応が求められている。

在宅ホスピスへの運動もみられるが、多くの高齢者は在宅ケアを継続しながら、入退院を繰り返し、病院で最期を迎えている現状であり、医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアの充実は不可欠である。しかしながら高齢者が入院している医療施設においては、ホスピスケアプログラムを持たず、本人の意向に添った最期を迎えることが困難な状況が見られる。そして看護者も終末期の高齢者ケアに苦慮し、多くの葛藤を抱えている。本研究は医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアプログラムを開発するものである。この結果は老人病院や一般病院における高齢者の終末期ケアに有用なツールになると考える。本研究の目的は高齢者医療施設における終末期ケアの確立を目指して、高齢者が満足のできるケア実践のためのプログラムを作成することである。そのためには以下の一連の過程を明らかにする。

研究目的

- 1) 終末期における高齢者の状態とニーズについて実態を把握する。

- 2) 看護師の実践している終末期ケアの現状を把握し、困難の予測指標を作成する。
- 3) 上記の調査結果と文献検討に基づき、高齢者の終末期ケアプログラムを作成する。
- 4) 作成されたケアプログラムの妥当性と有用性を検討し、質の高いプログラムを作成する

当該分野におけるこの研究の学術的な特色・独創的な点及び予想される結果と意義

ターミナルケアや緩和ケアに関する研究は多くなされており、在宅ホスピスガイドライン等も作成されているが、高齢者の終末期ケアの特性を踏まえた研究はまれである。死は人生後期における確実な出来事であるにもかかわらず、高齢者の死の意味についての知識が不足している。人生の集大成としての穏やかな死への援助が高齢者ケアの最終目標であると考えられるが、現実には延命医療や自己決定などの倫理的問題や、不十分な苦痛のコントロール、家族支援など多くの問題を抱えている。End-of-life care は緩和ケアやターミナルケアと老年看護の視点を必要とする。これらの知見を統合し新しい視点でケアプログラムを開発する意義は大きい。

国内外の関連する研究の中での当該研究の位置づけ

医療施設における終末期ケア研究では告知や延命医療などの倫理的問題や疼痛コントロール等について研究が進められているが、高齢者が入院している医療施設の多くは緩和ケアプログラムを持たない一般病院や老人病院が多く、これらの施設に有用な高齢者に関する終末期ケアプログラムの研究は見当たらない。医療施設における研究は癌患者を対象にしたものが主であり、高齢者終末期ケアに関してはペット療法や、認知症高齢者のケア、倫理的問題などが個別に行われている。2000年、カナダの国家諮問委員会が、全ての療養場所に共通する高齢者の終末期ケアガイドラインを作成し、検証の必要性が求められている。このガイドラインは基本的な指針を理解する上で有用であるが、医療施設に特定した具体的なガイドライン作成が必要である。

なお本研究はA病院の倫理委員会で承認を得た。

2章 高度医療専門病院における死亡前一ヶ月間における高齢者の苦痛

1. はじめに

医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアプログラムを開発するための資料を得る目的で研究を行なった。このプログラムは老人病院や一般病院における高齢者の終末期ケア、さらには施設ケアにおいても参考になると考えられる。今回は高齢者の終末期とはどのようなものであるのかについて明確にし、今後改善する、あるいは介入の必要のある内容について明らかにした。終末期における高齢者の治療・処置について、高齢者の状態、特に苦痛について実態を把握することを目的として調査を行った。

2. 目的

高齢者高度医療専門病院における「高齢者の終末期の苦痛はどのようなものか」「どのような終末期を迎えているのか」その実態を調査し、高齢者終末期ケアプログラムを作成する際に対応すべき課題を見出す。特に死亡前一ヶ月間に焦点を当てて調査を行う。

3. 研究方法

1) 研究枠組み

本研究は一変量記述的研究である。高齢者の終末期の治療・看護と苦痛の状態と高齢者や家族が終末期にどのように起こっている事態を受け止め、理解していたのかについて看護師がどのように認識していたのか、看護師へ質問紙調査をおこなった。

2) データ収集方法

死亡前一ヶ月から死亡までの間の治療、ケア、状態について、看護師が患者の死亡後一ヶ月以内に調査票に記載した。

3) 調査内容

最後の入院前までの経過の概要、病名、症状、苦痛、治療、処置、看護、ADL、認知機能・意識レベルであり、さらに、安寧度、高齢者の医療への意向、病状・治療の理解と説明、治療方針の決定プロセス、死への恐れ、家族の苦痛・看取り満足度について看護師がどのように認識していたのかについて回答を得た。患者の認知機能は観察可能で簡便な柄沢式の「老人知能の臨床的判断基準」を用いた。褥瘡は2002年に日本褥瘡学会学術教育委員会が開発した評価表を使用した。

なお、解析には統計パッケージ SPSSVr12 を用い基本統計量を算出した。

4) 対象患者

2003年10月から4ヶ月間に亡くなった、75歳以上であり、かつ入院一週間以上の高齢者である。前年度に亡くなった高齢者が多い病棟順に呼吸器、循環器、脳神経病棟の3カ所の病棟に入院した患者とした。

4. 倫理的配慮

3病棟の看護師に文書を用いて研究目的と研究参加は自由意志であり、参加しなくても不利益は生じないこと、途中で研究協力を辞退しても構わない旨説明し、同意が得られた看護師に調査を依頼した。個人情報に連結可能匿名化とし、フロッピーディスク保存し、研究責任者が保管した。個人情報は院内で匿名化された。

5. プレテスト

記載方法の統一を図るためプレテストを行った。その結果、具体的な患者の苦痛や、状況が表現されなかったことから、症状・苦痛の項目に「死を看取る一週間」（柏木哲夫・今中孝信監修、2002）や「Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)」、在宅ホスピスケアガイドライン 医療者用」（厚生省健康制作局・日本医師会、1996）などを参考にして具体的な症状を書き加え、患者の観察・確認項目を詳細に設定した。高齢者は一週間以上入院している人とした。

6. 結果

得られたデータは35例であり、呼吸器病棟23名、神経内科5名、循環器病棟2名であった。性別は男性19名、女性16名であり、平均年齢は81.5歳、平均在院日数は23.1日であった。

1) 高齢者の疾患(表1)

高齢者の疾患は複数回答の結果、肺炎が34.3%で最も多く、次いで肺の悪性新生物、慢性閉塞性肺疾患がそれぞれ28.6%を占めており、その他の悪性新生物が25.7%と続いていた。呼吸器病棟の高齢者が多かったため肺炎や慢性閉塞性肺疾患が1/3を占めているが、肺と他の悪性新生物を合わせた悪性新生物は半数以上であった。脳神経疾患ではALSや脳梗塞、パーキンソン病などがあった。

表 1. 高齢者の疾患

疾患名	n	(%)
肺炎	12	(34.3)
肺の悪性新生物	10	(28.6)
慢性閉塞性肺疾患	10	(28.6)
呼吸不全	3	(8.6)
その他の悪性新生物	9	(25.7) (肝腫瘍、膀胱癌)
神経性の疾患	6	(17.1) (ALS 脳梗塞)
心疾患	5	(14.3) (心不全、Atrial Fibrillation)
その他	7	(20.0) (腎不全、DM)

複数回答

2) 主な治療・処置(表 2)

主な治療や処置については、輸液が 1 名を除いて 34 名に行われていた。輸液は終末期には輸液量の問題や拘束感を持つことが問題になっているので、次の図に詳細を述べた。IVH の実施は 25.7%であった。喀痰吸引が 91.4%に実施され、酸素療法は 82.9%の人に実施されていた。経鼻カテーテルに比べ、酸素マスクは高齢者の苦痛になることが多くあった。バルンカテーテル留置が 45.7%になされており、鎮痛薬の使用は 31.4%、麻薬の使用は 11.4%と少ない傾向にあり、セデーション実施者も少なかった。

表 2. 主な治療・処置

内容	n	(%)
輸液	34	(97.1)
IVH	9	(25.7)
喀痰吸引	32	(91.4)
酸素療法	29	(82.9)
酸素マスク	12	(34.3)
NIPPV	4	(11.4)
IPPV	1	(2.9)
バルンカテーテル	16	(45.7)
鎮痛薬	11	(31.4)
麻薬	4	(11.4)
輸血	1	(2.9)

図1は死亡前の輸液量の推移を示した。図の左が亡くなる一ヶ月前の状態を示しており、右にいくほど死が近くなる。右端の0日が死亡した日である。図の上に行くにしたがって輸液量が多くなる。高齢者の個々人の輸液量の推移を各色で示している。図をみると、死亡前15日から輸液をする人が多くなっているが、死亡前2から3日ごろには輸液を控える人が出てくる。輸液量の中心は1000mlから1300mlであるが、中には1500ml以上が3名、2000ml以上もあった。

図2の酸素使用量については、酸素吸入を行っていない人は1名のみであった。全体的には1週間前から酸素流量が多くなっている。酸素量が毎分14リットル以上を示しているのはバイパップ（NIPPV）を使用している人である。

3) 高齢患者の苦痛

入院時のADLは全介助が移動88.6%、排泄77.1%、おむつ使用57.1%、食事は摂取できない状態のものが77.1%であった。一ヶ月間にあった高齢者の身体的苦痛症状を図3に示した。最も多く見られた症状は便秘であり、71.4%に見られた。次いで浮腫が66.6%、呼吸困難と疲労感・倦怠感がそれぞれ45.7%であり、疼痛は34.3%と入院時から継続しているものが1/3にあった。その他口腔内乾燥、冷感、睡眠障害の順であり、悪心・嘔吐や腹部膨満感は少なかった。褥瘡は7名にあった。呼吸困難が45.7%にあったが、酸素療法を実施していたのは82.9%であり、酸素療法実施者、暫時増量するものが多かったにもかかわらず呼吸困難の訴えは少なかった。何らかの苦痛を示した人が77.1%であった。

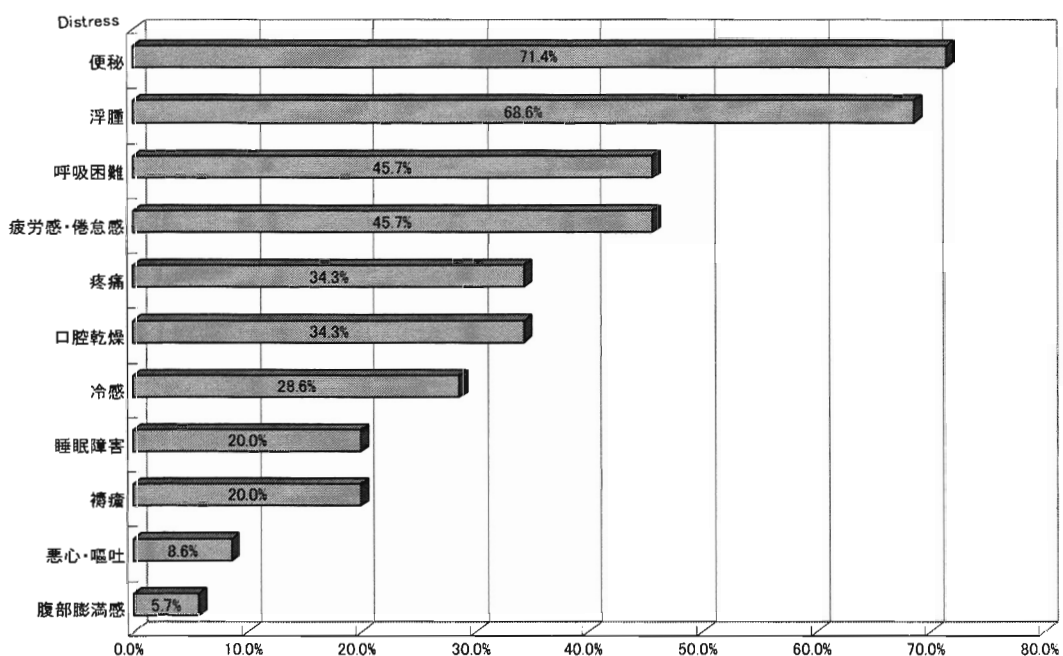


図3. 死亡前一ヶ月間の身体的苦痛

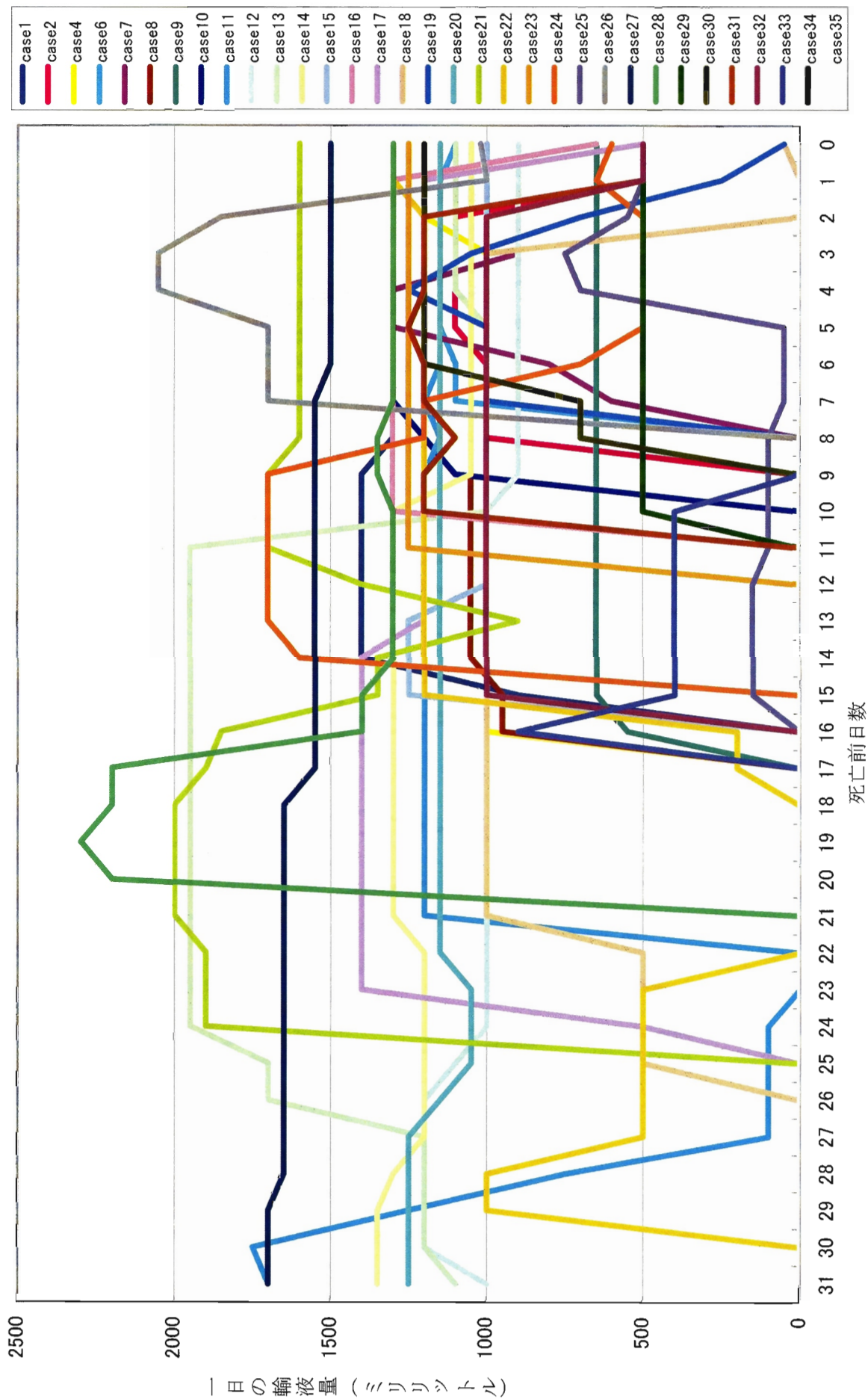


図1. 死亡前一ヶ月間の輸液量の推移

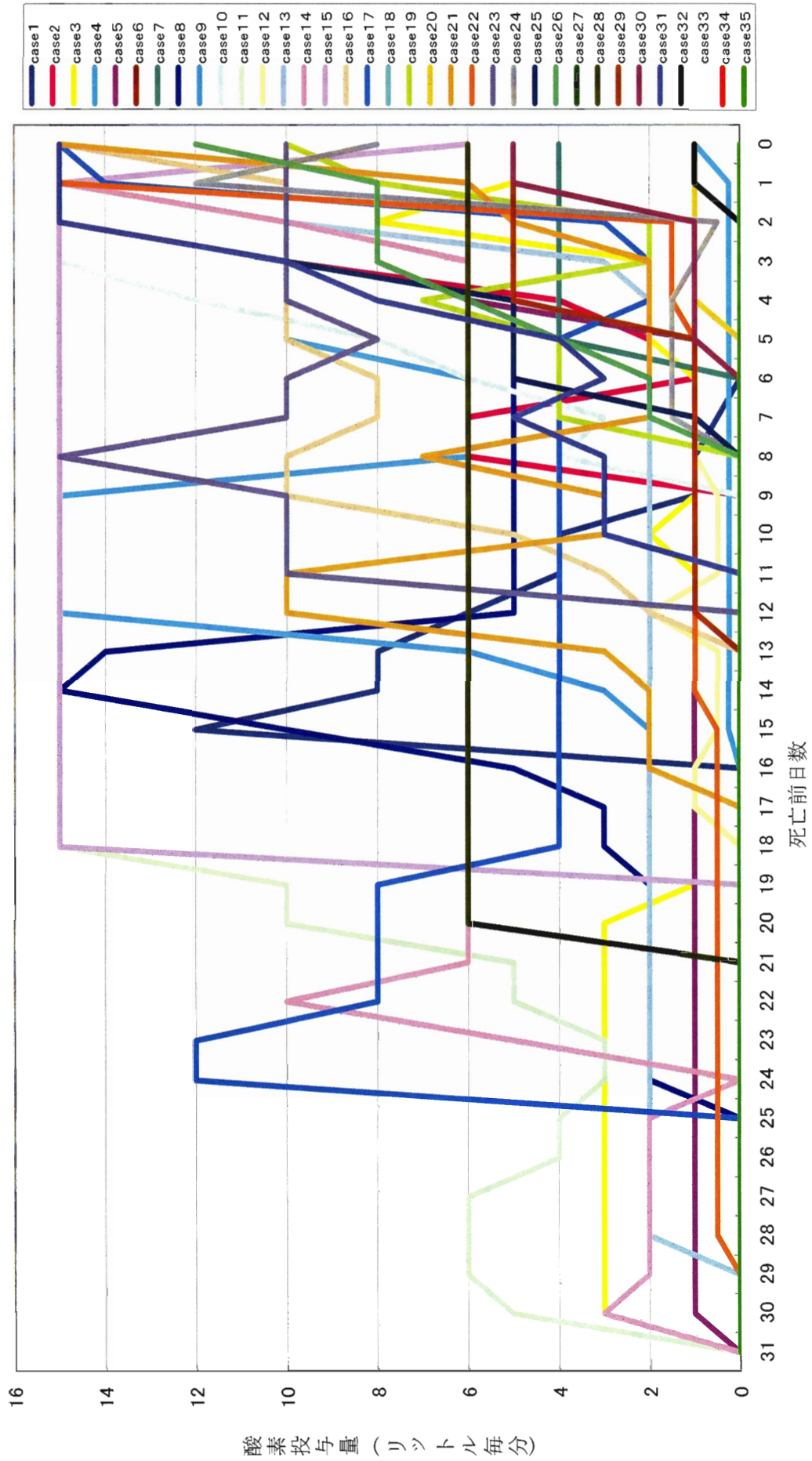


図2. 死亡前一ヶ月間の酸素使用量の推移

看護師からみた高齢患者の一番の苦痛として表3に示したとおり、少数例ではあるが、症状のみではなく治療に伴う苦痛や抑制、家に帰れなかったことなどがあった。次いで少数ではあったが、睡眠障害、浮腫、冷感のあった高齢者の症状の推移をみる。睡眠障害は図4に示したが、20名に認められ、事例3は呼吸困難が強く睡眠障害が29日に及んでいた。次いで呼吸困難の強い事例32の15日であった。亡くなる直前には睡眠障害よりもむしろ意識障害が出現していた。図5に示した浮腫の推移をみると、死亡前に重度の浮腫を認めたのは3名であり、中程度が2名、軽度が8名であった。死亡前一週間から9日前ごろに出現してその程度は変化しない様子が見て取れる。図6の冷感には10名に認められ、死亡前8日から出現するものや、2-3日前に出現するものがあった。吸引回数を図7に示したが、死亡前に吸引をほとんどしなかったものは4名であり、吸引回数も多岐にわたっていた。その中で特に一日に10回以上のものは7名であり、閉塞性肺疾患等に肺炎を併発しているものや、人工呼吸器装着のものに多かった。

表3. 看護師からみた高齢患者の一番の苦痛

内容	n	(%)
呼吸困難	6	(17.1)
NIPPV マスク装着による圧迫感	3	(8.6)
吸引	1	(2.9)
痰の貯留	2	(5.7)
悪心	1	(2.9)
背部痛	1	(2.9)
輸液のための抑制	1	(2.9)
家に帰れなかったこと	2	(5.7)

4) 高齢患者の意識・認知状態

入院時混乱ありが16名45.7%、興奮した人が9名25.7%と入院時に混乱を示すものが多く、疼痛ありは34.3%であった。

高齢者の死亡前一ヶ月間の意識レベルの推移について図8に示した。意識障害レベルはJapan Coma Scaleで示している。この図から、死亡前一週間から急激に意識障害が重度化していることがわかる。興奮状態は入院早期に多く認められ、死亡前には

		事例No																																				
死亡前日数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
当日																																						
1日前																																						
2日前																																						
3日前				1																																		
4日前			1																	1																		
5日前			1			1														1																		
6日前			1																	1																		
7日前			1														1																					
8日前			1													1																						
9日前			1														1																					
10日前			1																																			
11日前			1																																			
12日前			1																																			
13日前			1																																			
14日前			1																																			
15日前			1																																			
16日前			1																																			
17日前			1																																			
18日前			1																																			
19日前			1																																			
20日前			1																																			
21日前			1																																			
22日前			1																																			
23日前			1																																			
24日前			1																																			
25日前			1																																			
26日前			1																																			
27日前			1																																			
28日前			1																																			
29日前			1																																			
30日前			1																																			
31日前			1																																			

*1は睡眠障害ありを示す
 図4. 死亡前1ヶ月間の睡眠障害の有無

死亡前日数	事例No																																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34		
当日				1	3	3						1	1			1	1			3			1	1	1	1	2					2	3		1	
1日前				1	3	3						1	1			1	1			3			1	1	1	1	2					2	3		1	
2日前				1	3	3						1	1			1	1			3			1	1	1	1	2					2	3		1	
3日前				1	3	3						1	1			1	1			3			1	1	1	1						2	3		1	
4日前				1	3	3						1	1			1	1			3			1	1	1	1						2	3		1	
5日前				1	3	3						1	1			1	1			3			1	1	1	1						1	3		1	
6日前				1	3	3						1	1			1	1			3			1	1	1	1						1	3		1	
7日前				1	3	3			1							1	1			3			1	1	1	1						1	3		1	
8日前	1												1			1	1			3			1	1	1					1	1	3		1		
9日前									1					1		1	1			1			1	1	1							1	3		1	
10日前													1			1	1			1			1	1	1							1	3		1	
11日前														1		1	1			1			1	1	1							3		1		
12日前															1	1	1			1			1	1	1							3		1		
13日前																1	1			1			1	1	1							3		1		
14日前																	1	1			1			1	1			2				3		1		
15日前																	1	1			1			1	1			1				3		1		
16日前							1										1	1			1			1	1			1					3		1	
17日前																	1	1			1			1	1			1							1	
18日前																	1	1			1			1	1			1								1
19日前																	1	1			1			1	1			1								1
20日前																	1	1			1			1	1			1								1
21日前																	1	1			1			1	1			1								1
22日前																	1	1			1			1	1			1								1
23日前																	1	1			1			1	1			1								1
24日前																	1	1			1			1	1			1								1
25日前																	1	1			1			1	1			1								1
26日前																	1	1			1			1	1			1								1
27日前																	1	1			1			1	1			1								1
28日前																	1	1			1			1	1			1								1
29日前																	1	1			1			1	1			1								1
30日前																	1	1			1			1	1			1								1
31日前											3		1				1	1			1			1	1			1								1

*1が軽度、2が中等度、3が重度の浮腫を呈していることを示す

図5. 死亡前一ヶ月間の浮腫の有無

死亡前日数	事例No																																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34					
当日	1							1			1								1					1	1	1	1								1		1		
1日前		1							1			1												1	1													1	
2日前			1							1			1																										1
3日前				1							1																												1
4日前					1							1																											1
5日前						1							1																										1
6日前							1								1																								1
7日前								1								1																							1
8日前									1								1																						1
9日前										1								1																					1
10日前											1																												1
11日前												1																											1
12日前													1																										1
13日前														1																									1
14日前															1																								1
15日前																1																							1
16日前																	1																						1
17日前																		1																					1
18日前																			1																				1
19日前																				1																			1
20日前																					1																		1
21日前																						1																	1
22日前																							1																1
23日前																								1															1
24日前																									1														1
25日前																										1													1
26日前																											1												1
27日前																												1											1
28日前																													1										1
29日前																														1									1
30日前																															1								1
31日前																																1							1

* 1は冷感ありを示す
 図6. 死亡前一ヶ月間の冷感の有無

死亡前日数	事例No																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
当日	8	4	3	8	2	12	15	6	6	6	8	12	12	8	8	6	8	6	8	15	6	8	10	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8
1日前	8	4	3	8	2	12	15	6	6	7	8	3	12	12	8	8	6	8	6	8	15	6	8	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8
2日前	8	4	3	8	2	12	15	6	6	6	8	12	12	8	8	6	8	0	8	15	6	8	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
3日前	8	4	3	8	2	12	15	6	6	3	8	12	12	8	8	6	8	0	8	15	8	8	6	10	6	10	6	20	6	4	6	3	8	
4日前	8	4	3	8	2	12	15	6	6	0	8	12	12	8	8	6	8	0	8	15	8	8	6	10	6	10	6	20	6	6	6	3	8	
5日前	8	4	3	8	2	12	15	6	9	7	8	12	12	8	8	6	8	0	8	15	8	8	6	10	6	10	6	20	6	10	6	6	3	8
6日前	8	4	3	8	2	12	15	6	6	5	8	12	12	0	8	6	8	0	8	15	8	8	6	10	6	10	6	20	6	3	6	6	3	8
7日前	8	4	3	6	2	12	15	6	4	3	8	12	12	0	8	6	8	0	8	15	8	8	6	10	6	10	6	20	3	3	6	3	8	
8日前	8	4	3	6	15	6	3	8	3	8	3	12	12	0	6	6	8	0	8	15	6	8	6	10	6	10	6	20	3	3	6	3	8	
9日前	4	3	6	6	6	6	3	0	8	3	0	12	12	0	6	6	8	0	8	15	6	8	6	10	6	10	6	20	3	3	6	3	8	
10日前	4	3	6	6	6	6	6	0	8	0	8	12	12	0	6	6	8	0	8	6	6	8	6	10	6	10	6	20	6	3	3	6	3	8
11日前	4	3	6	6	6	6	6	6	6	0	8	12	12	0	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
12日前	4	3	6	6	6	8	6	1	8	3	8	12	12	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
13日前	4	3	6	6	6	8	6	3	8	3	8	12	12	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
14日前	4	3	6	6	6	8	6	8	6	8	8	12	12	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
15日前	4	3	6	6	6	8	6	8	6	3	8	12	12	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
16日前	4	3	6	6	6	8	6	0	8	0	8	12	12	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
17日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	12	12	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
18日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	12	12	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
19日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	16	16	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
20日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	16	16	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
21日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	10	10	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
22日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	10	10	6	6	6	8	0	8	3	3	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
23日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	10	10	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
24日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	10	10	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
25日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	6	6	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
26日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	6	6	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
27日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	6	6	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
28日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	6	6	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
29日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	6	6	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
30日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	6	6	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	
31日前	4	6	6	6	6	8	6	8	6	0	8	6	6	6	6	6	8	0	8	6	6	3	6	10	6	10	6	20	6	3	6	3	8	

図7. 死亡前一ヶ月間における一日の吸引回数

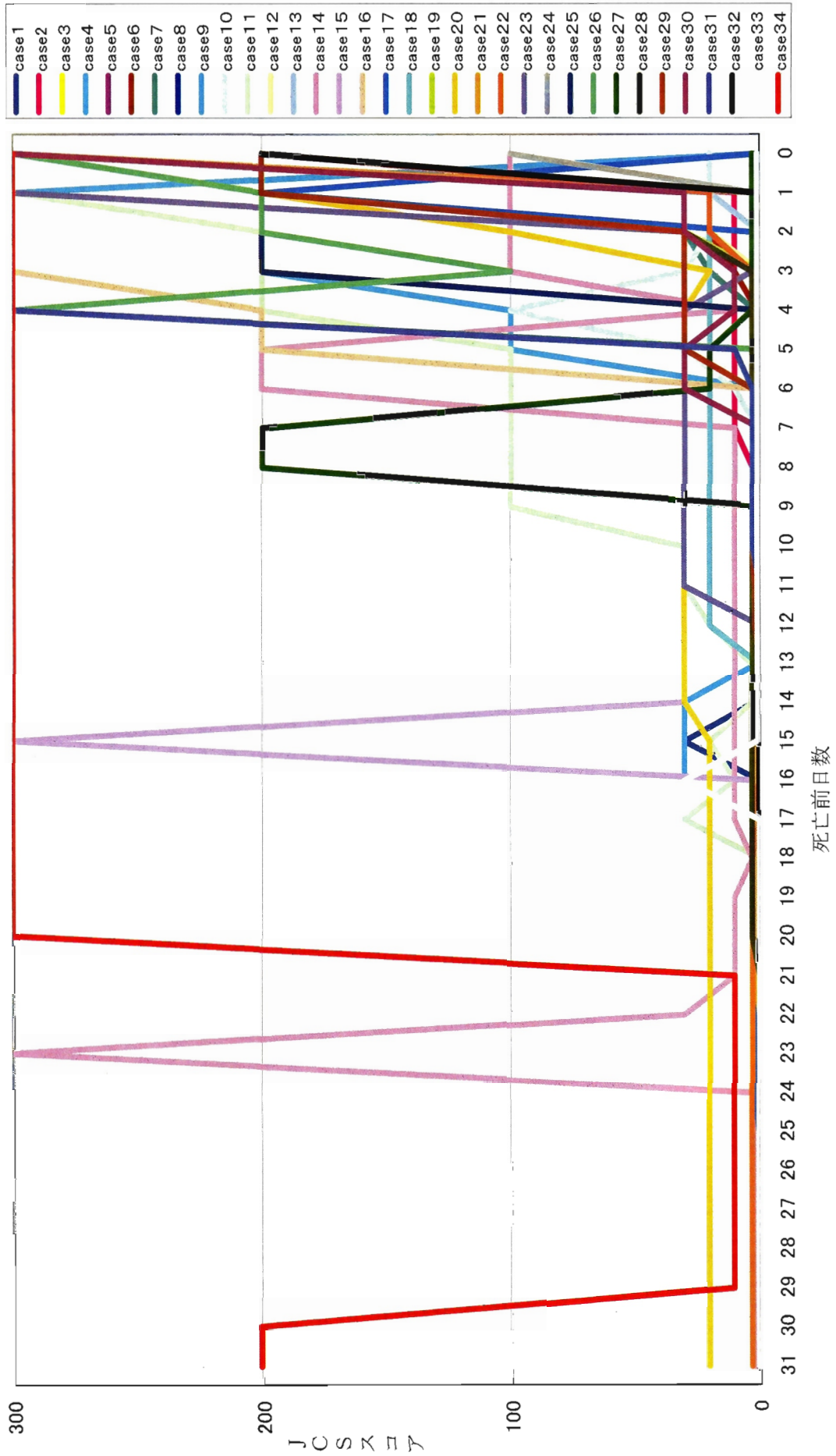


図8. 死亡前ヶ月間の意識レベルの推移 (JCS)

意識が低下し、不穏には至っていなかった。

入院時の認知障害の程度を図9に示した。認知障害なしは14.3%と少なく、「高度」と「最高度」をあわせた障害の重度な人が半数以上を占めていた。

認知障害「軽度」は通常の家内での行動はほぼ自立。同じことを繰り返したりミスが目立つようになる。「中等度」は知能の低下のため日常生活が一人ではおぼつかず、助言や介助が必要となる。「高度」は日常生活が一人ではできず、失敗行為が多く目が離せない状態である。「最高度」は自分の名前を忘れ、身近な家族と他人の区別がつかない状態である。

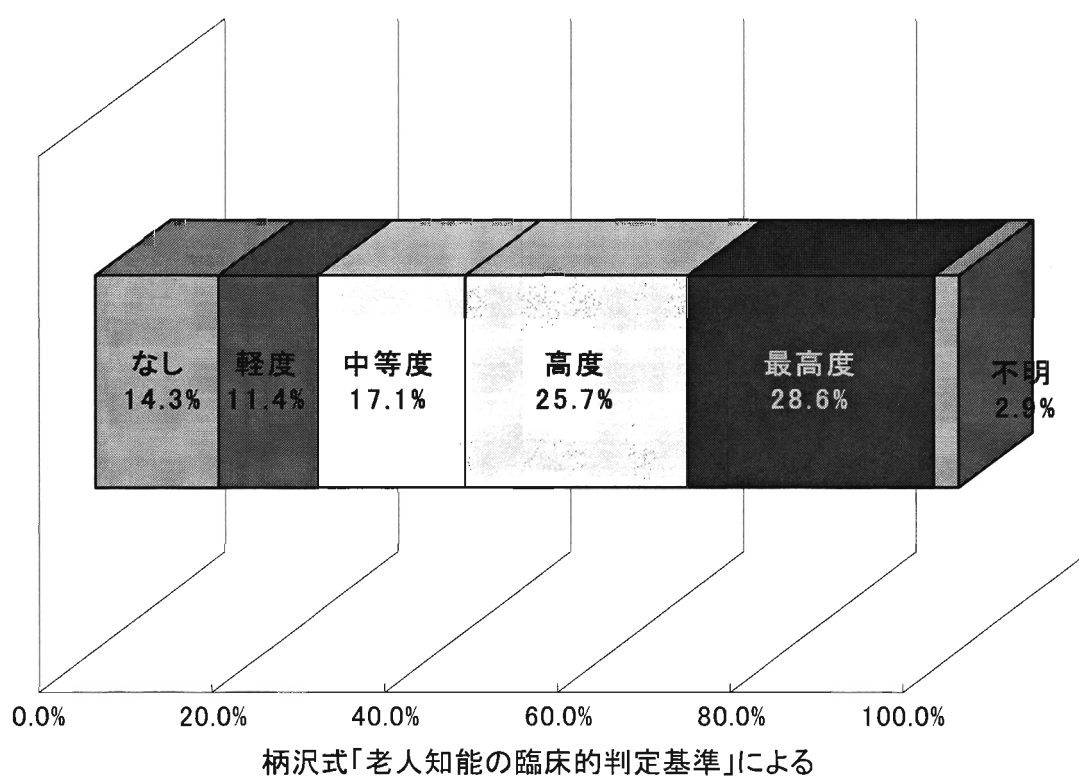
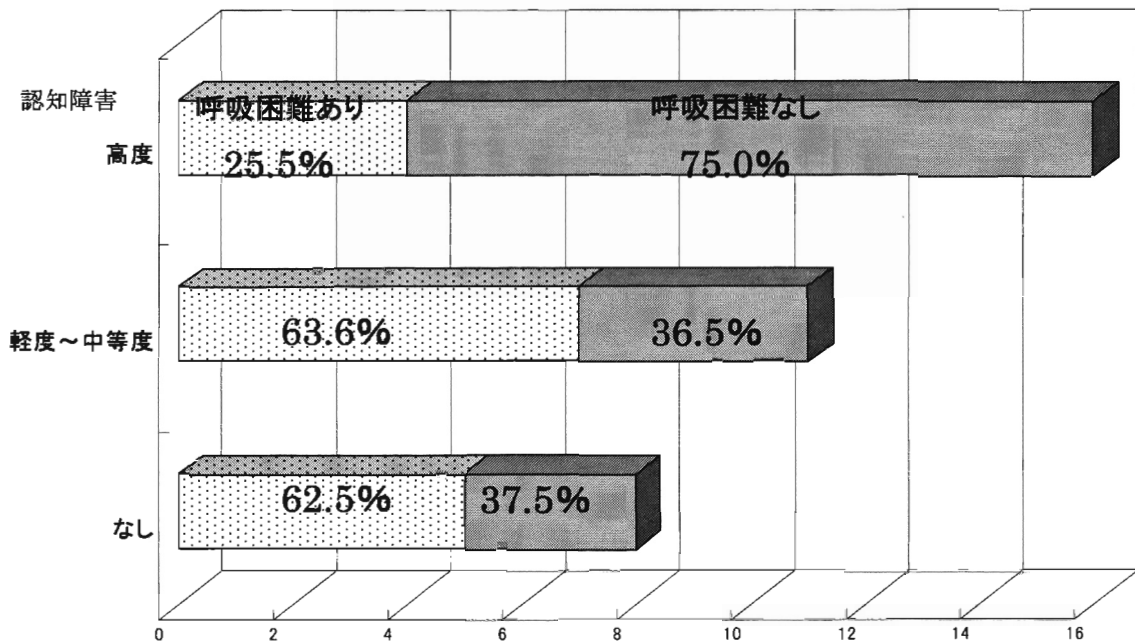


図9. 入院時における認知障害の程度

認知障害と呼吸困難との関連を見てみると、図10に示すように、入院時に認知障害のない人や軽度の人に比べ、認知障害が高度な人は呼吸困難を認める割合が低いことがわかる。そのほか認知障害のある人に興奮や混乱が多い傾向があったが、Sample数が少ないため統計的に有意ではなかった。



* 認知障害高度は「高度」と「最高度」を含んでいる

図 10. 認知障害と呼吸困難

5) 高齢患者の終末期への意志と治療への参加程度(表 4)

看護師が患者の意志についてどのように理解しケアを行っていたかを知るために、患者の意志について、看護師から情報を得た。

患者の希望する療養場所については看護師が把握していない不明が 65.9%であり、明確に希望場所が分かったものは自宅・病院を合わせて 14.3%のみであった。患者自身が決めかねていた例も 14.3%あった。最後の療養の仕方についても不明が 60%、穏やかに迎えたいと希望するものが 20%あった。死への恐れについても不明が 60%であったが、恐れているものが 4名あった。図 11 に示したが、看護師から見て高齢患者の最後が穏やかだったか否かを尋ねたところ、穏やかだったと回答したものは半数以下であった。

治療への参加状況については、病状、治療の説明について全て話した人は 8.6%に過ぎず、一部話した人は 37.1%、話さなかったは 51.4%と半数であった。治療方針の決定については本人には話さず、家族と決めているものが 80%と圧倒的に多かった。

表 4. 高齢患者の終末期への意志と治療への参加程度

項目	n	(%)
療養希望場所		
自宅	3	(8.6)
病院	2	(5.7)
わからない	5	(14.3)
不明	22	(62.9)
その他	2	(5.7)
無効回答	1	(2.9)
希望療養方法		
苦痛なく穏やかに	7	(20.0)
わからない	6	(17.1)
不明	21	(60.0)
無効回答	1	(2.9)
病気の理解		
理解したい	5	(14.3)
わからない	7	(20.0)
不明	21	(60.0)
無効回答	2	(5.7)
病状、治療の説明		
全て話した	3	(8.6)
一部話した	13	(37.1)
話さなかった	18	(51.4)
無効回答	1	(2.9)
治療方針決定プロセス		
本人を交えて決定	5	(14.3)
家族とのみ決定	28	(80.0)
その他	1	(2.9)
無効回答	1	(2.9)
穏やかな最後か		
はい	15	(42.9)
いいえ	8	(22.9)
不明	10	(28.6)
無効回答	2	(5.7)
死への恐れ		
はい	4	(11.4)
いいえ	8	(22.9)
不明	21	(60.0)
無効回答	2	(5.7)
合計	35	(100.0)

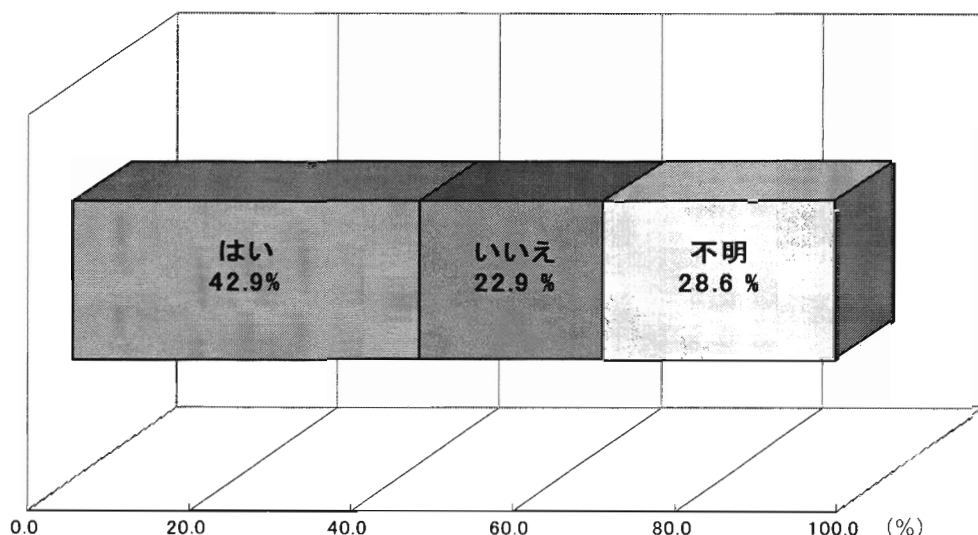


図 11. 穏やかな最後を迎えたと思う（看護師の認識）

6) 家族の看取りと苦痛（表 5）

看取りについて、十分看取れた家族は約半数であり、心に何らかの悔いが残っているものは 22.8%あった。家族の苦痛として看護婦が把握している例は少なかったが、介護疲れや患者の突然の悪化に対するショック、衰弱していく高齢患者を見守ることなどであった。延命治療に対する苦痛も見られた。

表 5. 家族の見取りと苦痛

項目	n	(%)
家族の看取り		
十分看取れた	16	(45.7)
心残り	6	(17.1)
熱心ではなかった	2	(5.7)
その他	3	(8.6)
無効回答	8	(22.9)
家族の苦痛		
介護疲れ	1	(2.9)
回復期の誤嚥による死	1	(2.9)
呼吸困難に対する対処	2	(5.7)
辛い姿を見ること	1	(2.9)
突然でショック大	1	(2.9)
突然の悪化	1	(2.9)
疲労	1	(2.9)
無理に生かしているような気がする	1	(2.9)
無回答	26	(74.3)
合計	35	(100.0)

7. 考察

本調査は呼吸器病棟の患者が 65.7%を占めており、呼吸器の高齢患者の終末期の特徴が示されていると考える。高齢者の終末期は複数の疾患を有していることから複雑で予測がつきにくく、感覚閾値の変化から疼痛を感じにくいといわれているが、実証はされていない。これまでがんの患者の終末期についてはいくつか経過を追った研究が見られる（柏木・今中 2002、Ventafriidda V, 1990, Lichter,I,1990）のでこれらの研究と比較しながら本研究結果の特徴を述べてみる。

1) 高齢患者の苦痛

がん患者では ADL の低下が生命兆候の指標として重要であり、死亡前 5 日に急激に ADL の低下が認められたが、高齢者ではすでに入院時に全介助がほとんどを占めていた。従って高齢者の入院の場合には症状のコントロールに加え、日常生活への援助が非常に重要な要素を占めていることが理解できる。

疼痛についてはがん患者の 75%に疼痛が見られ、特に死亡前 48 時間に疼痛が増強する。本研究の結果においても疼痛が 34.1%に認められ、高齢患者は疼痛を持ちながら最後の一ヶ月を示していることが示されていた。しかしながら死亡前 48 時間において高齢者は意識低下のため苦痛は強くなかった。むしろ入院時の興奮、認知能力の低下、中期の呼吸困難や処置による苦痛への対応が求められていた。

さらには、認知障害がある高齢者は軽度の高齢者に比べ、呼吸困難ありとは判断されにくいという結果であった。入院時に認知障害のある人は 82.8%と多かったが、入院中に継続的な疼痛や苦痛を有していた人は 42.9%と半数近くであった。しかし認知障害があり直接疼痛を訴えない場合には疼痛や苦痛がないと判断されている傾向がみられ、モルヒネ等の麻薬の使用は 4 例のみと少なく、医師の判断でセデーションの実施が決定されていた。苦痛の把握方法や対応について習得、スケール利用の必要性が示唆された。認知障害のある高齢者でも苦痛スケールの使用が有効であることが実証されている（Margo,1999）ことや、落ち着きの無さ、意味のない四肢の運動、表情など身体で表現していることが多いので、高齢者個人の示している行動変化を読み取る能力を習得する必要がある。

さらには意識が低下していても、聴力は残っていることや、疼痛があることも実証されている（Margo,1999）ため、これらの点についても意識的に関わっていく必要がある。

2) 高齢患者の意思確認

本調査から、看護師は高齢者の最期の療養場所や治療法への希望などについてほとんど把握していないことが示された。高齢者の最期の入院時には意識障害や認知障害があり、本人に確認できないことが一因として考えられる。高齢者の意思を確認するためには最期の入院においては困難と考えられるので、それ以前の確認、家族が意図的に確認したり、外来での確認などが必要と考えられた。治療への本人の参加についても、疾病の説明は37.1%に認められるものの、治療の決定は高齢者抜きの家族となされていた。高齢者の治療の決定に際して医師と家族とでなされる傾向は一般的であり、倫理的問題にもなっている（水野,2005）。決定という結果は、家族が高齢者の意思をどれだけ理解していたかが重要なポイントになるため、比較的高齢者が元気なときに家族と話し合うことが必要である。それに加え、認知症があっても意思を伝えることは可能であるために、説明の仕方や方法を工夫して本人の意向を確認する方法の開発も必要であろう。看護師が高齢者の最期について、穏やかに最期を迎えられたと感じていたのは半数に過ぎなかったことは、今後入院によってなすべきことを再考する必要があることを示している。

3) 家族の看取り

看取りに満足していた家族は45.7%であった。本調査と同様の入院により亡くなった家族の55.1%が満足していた樋口ら(2001)の結果に比べ、やや満足度が低かった。樋口らの結果は本人が回答したものであり、本調査は看護師が推測したものであることを考えると概ね看護師が推測できていることを反映しているとも考えられる。悔いが残る例として、少数例ではあるが、苦痛が取れない場合や、抑制されること、治療による苦痛、延命治療に関することや、急変、介護疲れ等あげられたことから、今後家族ケアとして配慮すべき内容である。

以上高齢者のケアプログラムを作成する際に加えるべき新たな視点を見出すことができた。今後これらの視点を反映するプログラムを作成していく予定である。

引用文献

樋口京子,近藤克則、牧野忠康他(2001);在宅療養高齢者の見取り場所の希望と「介護者の満足」に関連する要因の検討,48(13),8-15,厚生省の指標

柏木哲夫・今中孝信監修(2002);死を看取る一週間,医学書院,東京

Lichter I, Hunt E(1990); The last 48 hours of life. *J Palliat Care* ,6(4)

Margo McCaffery & Chris Pasero(1999);PAIN CLINICAL MANUAL,Mosby

水野敏子(2005);3章倫理的課題とアプローチ,金川克子,最新高齢者看護プラクティス 高齢者のための高度専門看護,74-85,中央出版.

Ventafriidda V, Ripamonti C, de Conno F,et al.(1990); Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care*,6(4),7-15

3章 高齢者終末期看護に対する看護師の認識とケア実践

1. はじめに

昨年は高齢者の終末期の状態について調査し、高齢者は入院時の興奮、認知能力の低下、中期の呼吸困難や処置による苦痛への対応が高齢者の終末期においては重要であることや、認知症高齢者の苦痛の把握方法や対応について開発する必要性が示唆された。以上の結果を踏まえ、今年度は高度医療施設における看護師が認識している終末期の看護実践について研究する。終末期看護についての在宅看護はその方法論のモデル等の研究が進んでいるが、病院や施設における研究は事例研究が多く、看護モデルは開発されていない。病院における終末期看護のあり方について検討するための資料を得ることは、入院患者の8割が病院で亡くなる現状では貴重な資料を提供できると考える。

2. 研究目的

ケアプログラム開発の資料を得るために、終末期看護に対する看護師の認識とケア実践について調査を行い、看護師が認識している終末期ケアの課題を分析する。特に死亡前一ヶ月間の看護について分析を行う。

3. 研究参加者

高度高齢者医療専門病院呼吸器病棟に勤務し、経験3年以上、呼吸器病棟に1年以上勤務している看護師で研究への参加に同意の得られた9名である。臨床経験は5年以上が8名であり25年以上が2名であった。終末期ケアの経験が10例未満のものが3名のみであり、終末期ケアに積極的なものであった。

表1 面接者の属性

	年齢 (歳)	看護経験 (年.ヶ月)	呼吸器病棟経験 (年.ヶ月)	職位	終末期ケア経験	呼吸器終末期経験	終末期ケア取り組み姿勢 自己評価
1	27	6.9	1	スタッフ	10例未満	10例未満	やや積極的
2	49	6.8	2	スタッフ	10-19例	10例未満	やや積極的
3	26	5.9	5.9	スタッフ	20-30例	20-30例	非常に積極的
4	49	25	3	主任	20-30例	10例未満	やや積極的
5	38	14	2.8	主任	30例以上	30例以上	やや積極的
6	28	7	2	スタッフ	20-30例	10-19例	やや積極的
7	33	3.1	3.10	スタッフ	10-19例	10-19例	やや積極的
8	41	5.9	1.2	スタッフ	10例未満	10例未満	やや積極的
9	49	27	2.8	看護職長	10例未満	10例未満	やや積極的

4. データ収集方法

平成 15 年度に調査を行った 3 病棟で調査期間に死亡された高齢者 35 名のうち 80% が呼吸器病棟で亡くなっていた。このため 16 年度は呼吸器病棟の看護師に面接することとし、病棟看護長に条件に該当する看護師の紹介を受けた。面接では、「日頃終末期ケアを実践する上で大切に思っていること」、「困っていること」、「比較的良くできているケア」などについて自由に話してもらった。疑問や関心がある点については話の流れを変えないようにしながら質問し、さらに詳しく語ってもらった。日時は研究参加者の希望を確認し、設定した。一回の面接時間は 60 分程度とし、面接の内容は看護師の了承を得てテープレコーダーに録音した。

5. データ分析方法

面接で得られた内容を逐語録とし、意味内容が理解できるまで繰り返し読む。面接により収集されたデータは逐語録の中から、終末期のケア実践やケア実施上の認識に関する記述を抽出し、その意味内容ごとにテーマを付け、類似のテーマについて上位概念を作成し、テーマ間の関連を検討した。

分析の信頼性、妥当性を高めるために、面接で得られた内容の解釈については、次の面接の中で他の看護師に確認をしていくことで研究者自身の解釈の違いを修正して妥当性を高めるようにした。

6. 倫理的配慮

研究参加者に本研究の目的と方法について文章を用いて説明し、面接は任意参加であること、途中で面接を中止できること、分析の際に個人が特定されないことなどを説明し、文書にて承諾を得た。

また、研究参加者となる看護師や間接的な研究対象者となる利用者、家族などの個人的な情報を研究対象以外の目的で使用することがないように配慮した。そして、そのことを研究参加者に伝え、研究参加者から知りえた情報や、面接によって得られた様々な情報を匿名で扱った。

7. 結果

看護師は高齢者の終末期ケアの目標を「患者本人が望む通りの最期を迎えることができる」「家族が心置きなく看取りができる」ことであると考えていた。患者本人の望みをかなえるために取り組んだ実践として多く語られた内容は「自宅退院または外泊を実現する」「苦痛をコントロールする」「不安を軽減する」「日々のケアを希望にあわせて実施する」ことであった。

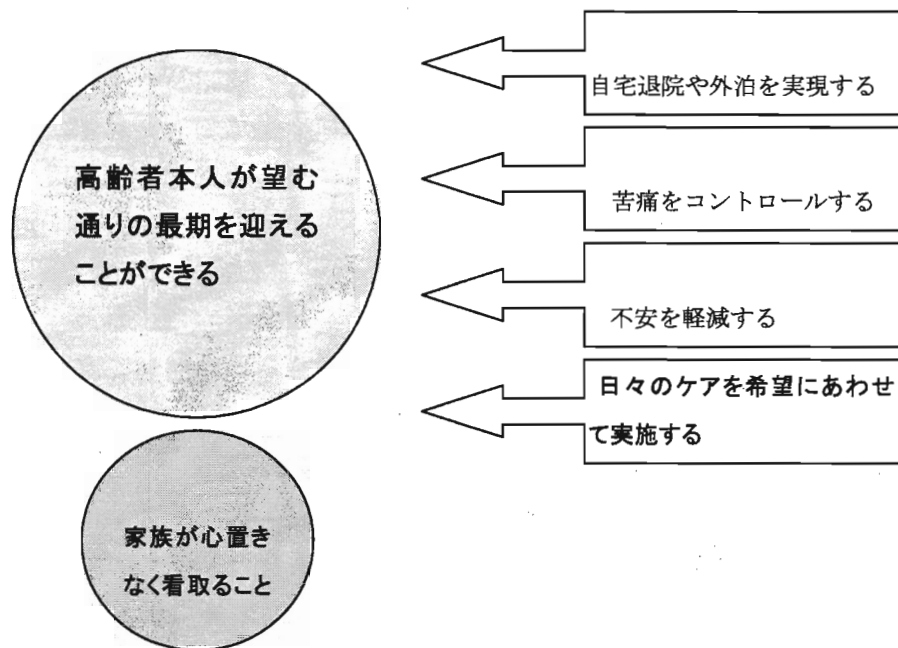


図1. 看護師が考える高齢者の終末期ケアの目標

しかしながら「本人の望むことを確認することが困難」であり、そのためにケアを積極的に行うことができない悩みを抱えていた。困難の理由として、家族優先の告知が行われ、家族がいわないことを望む、入院時には意識レベル低下しているため確認できない。認知症のため判断が困難である、入院時は苦痛が強く意思を確認できない。確認時期が遅すぎて重症化しており確認できないなどであった。

なぜ高齢者の意向を確認することが困難なのか	
理由	効果的方法
<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族優先の告知： 家族がいわないことを望む ・ 入院時意識レベル低下 ・ 認知症のため判断困難 ・ 入院時苦痛が強い ・ 確認時期が遅い 	<p>入退院を繰り返す患者には一人の看護師がプライマリー看護師として担当し関係性を深める中で、入院のたびに少しずつ望みを確認していくことであった。</p>

図2. 高齢者の意向を確認することが困難な理由

しかしながら、入退院を繰り返す患者の場合には、一人の看護師がプライマリー看護師として意図的に担当し、関係性を深める中で、入院のたびに少しずつ望みを確認していくことができていた。最期の迎え方について本人に確認ができた場合には患者、家族、医師、看護師ともに同じ方向で対応することが可能となり、高齢者の希望がかなえられていた。看護師が高齢者の意向を困難としながらも、高齢者の希望通りの最期を迎えることができるように努力していた。

1) 「自宅退院や外泊を実現させる」

看護師は患者が最も望んでいることとして、「自宅で最期を過ごすこと、退院が無理であれば外泊をすること」であると考え実現に向けて努力していた。しかしながら実現が困難であった。その理由として以下の内容が語られた。

① 退院・外泊困難の理由

帰宅困難の理由として、＜医師と看護師間での帰宅時期についての方針の不一致＞＜介護者がいない＞＜家族の躊躇＞＜タイミングを逃す＞＜患者の急激な状態の悪化＞があった。さらには転院においても＜心残りの転院＞と感じていた。

医師と看護師間での帰宅時期についての方針の不一致

看護師が帰るタイミングと判断しても医師が治療を優先し、タイミングを逃すと語っていた。看護師は入院が苦痛になっている場合があり、退院によって、家族との時間をもつことや、身辺整理が可能になり、長期入院者では気持ちの切り替えができると考えていた。

帰宅時期については、看護師は新たな治療を始める前に外泊させたい。治療開始により、帰宅できなくなるので、検査入院を終えたら一度帰宅し、少しでも動けるうちに帰宅させたいと考えていた。帰った途端に亡くなることがあっても、本人や家族が納得していればよいが、いったん家に帰って最期は病院で亡くなることを希望する場合もある。また自宅療養ができないことを患者本人が納得するための、ひとつのプロセスとして外泊を意味づけていた。

医師は治療を終えてから外泊や退院することを考える。検査終了後、直ぐに治療を開始するので、帰宅するタイミングを失ってしまうと看護師は語っていた。

- ・ 酸素開始、嚥下障害、苦しくなり、動けなくなってきた、食べ物も食べられなくなって点滴が多くなってきてたときに外泊してもいいよって先生に言われた。そのとき本人帰宅希望したが準備ができていないため時機を逸した。
- ・ 帰るために胃ろう造設、その後状態悪化し死亡 胃ろうをつける前に一旦退院させたかった。

- ・ 口呼吸なので経鼻で酸素吸入しても効率が悪く CO2 が貯まるのでマスクを口に当て酸素をあげていたが、先生は口マスクではなく経鼻マスクで帰したがった。
- ・ 正月を自宅で越して予想より長くいる患者がいる。
- ・ 家に帰って死にたいという人は少ない。いったん家に帰って最期は病院でという場合はある。
- ・ 病院にいるのが苦痛の人には一日でも外泊してもらおう。

介護者がいない

高齢者は身寄りがないことが多く、ご家族も高齢であるため、外泊や退院が難しいと考えていた。このため終末期にも転院せざるを得ない場合もありつらいと語っていた。

家族の躊躇

看護師は帰宅の可能性ありという事例でも、家族はこんなに悪い状態では帰宅できないと判断し、その結果患者本人も帰宅を希望しないと語っていた。

- ・ 本人は帰りたかったのに、家族が、こんな苦しいって言ってるのに連れて行けませんみたいな感じで、病院にずっと縛り付けられ、帰る機会を逃して、そのままみとることになった。もうちょっと私が一步踏み込んで、こんな帰りたがっているから、こんな方法もあるって言うのをもっと入れて、返してあげられるケースもある。
- ・ 結構、このレベルなら帰れるのにならぬ私の方では思っても、家族がそう思っていないケースって多いと思うんですね。それを何とか家族にわかってもらう努力をもっとできたかも
- ・ 家族は病院に入れば、元のレベルに戻るって結構思っている方が、多くて、元のレベルなら、ぜんぜん帰れるけれども、ていうんですかね

タイミングを逃す

看護師は帰宅のタイミングの調整が非常に難しいと考えていた。本人が帰宅を希望したときに、介護機器の準備や、家族の介護習得ができていなかったので準備している間に悪化し時期を逃してしまった経験などを語り、早くから自宅に帰ることを相談、予測的対応、などケースワークとの連携が必要と考えていた。

- ・ 酸素、ベッド、ポータブルトイレ、便器などを、身の回りをそろえるには介護保険

を申請していなかったため、全部実費でやらなきゃいけない。そのような情報がま
ったくなかった。家に帰れる状況ではないと家族は思った

患者の急激な状態の悪化

呼吸器疾患は急変しやすいため、退院準備中に急変して亡くなる経験を多くの看護師
が経験していた。

- ・ 状態落ち着いたので退院を考えたとたん死亡した。
- ・ 悩んでいるうちにあっという間に具合悪くなっちゃって。一日ぐらいで亡くなった。
急激だったから悔いが残る。

退院・外泊困難の理由	
A) 医師と看護師間で の帰宅時期につい ての方針の不一致。	具体的状況
	看護師：新たな治療が始まる前の外泊 少しでも動けるうちに外泊。 検査入院のときは一度帰宅させる。 医 師：治療を終えてから外泊や退院する。 結果として外泊許可が出たときには状態が悪化し ている。
B) 介護者がいない	家族が高齢化、もしくは独立し介護者が居ないので帰す ことが難しい。
C) 家族の躊躇	こんなに悪い状態で帰宅はできない。その結果、患者本 人も強く希望を表明しない。
D) タイミングを逃す	介護機器の準備やサービスを申請している間に亡くなる。
E) 患者の急激な状態 悪化	呼吸器疾患では急変が多く、帰宅予定前日に亡くなるこ ともある。

図 3. 退院外泊困難の理由

心残りの転院

看護師は入院期間の短縮化により、死が近く予測される場合にも転院せざるを得ない
ことに心を痛めていた。

- ・ 本人が病院で最期を迎えたいと言っても転院する。関係ができたところで転院し作
り直さなければならないつらい。それを看護師が言うことに葛藤

- ・ 亡くなる2週間前、2-3日前でも転院しなければならない
- ・ 状態が少し落ち着いたときに転院となるのではなく、転院先のベットがあき、転院する体力があるとき転院する。転院後1週間、2-3日でなくなる方もいる。

2) 苦痛をコントロールする

退院・外泊を実現させることに続いて、看護師は苦痛をコントロールすることを目指して看護を展開していたが、その中でいくつかの困難に遭遇していた。

① 呼吸困難への対応

看護師は呼吸困難を軽減するために<医師の指示通り酸素を目いっぱい上げる><側に寄り添って一緒に呼吸を整える><楽な体位を本人に聞いて整える>ことを行っていた。呼吸困難緩和のために<セデーションを苦痛時早期から開始したいが困難><患者と家族の苦痛緩和に対する意見が異なることへの対応>という困難感を抱えていた。

医師の指示通り酸素を目いっぱい上げる。

指示通り酸素を増量するが、軽減することは困難であった。

- ・ やっぱりその酸素も上限があるのでMAXまでいってしまうとそれ以上はやはりあげられない。

側に寄り添って一緒に呼吸を整える

声をかけ、背中をさすりながら、効果的に酸素を取り入れるようにゆっくり呼吸を整える。終末期には肺理学療法は行わないが、スクイーミングやマッサージはすることもある。むしろ粘調度の高い時は吸入をし吸引する。本人が呼吸困難のためパニックになっている時には呼吸法は本人がやろうとしない。それでも苦しくてもがくときにはセデーションで最後に頼ってしまう。

楽な体位を本人に聞いて整える

苦しい時には体の向きを調整する。意識の明瞭な人には訴えを聞くことで一時的に軽減すれば、患者がどうしたいか、どのような体位がいいか聞いてできるところは望むとおりにやる。

セデーションを苦痛時早期から開始したいが困難

セデーションすると意識レベルが下がって苦痛表情が消え、呼吸が落ち着く、安らかな状態になる。死期が早くなるが、苦しいなか頑張らせるより、安らかに最期を迎える方がよいと考えていた。酸素量を一杯に入れても酸素飽和度があがらない、息苦しさが

消えないときにはセデーションが必要と判断していた。患者が息苦しく、見ている家族も辛いときにセデーションについて家族に話をする。しかしながら看護師は、死が日前になってセデーション開始するのは遅いと考えていた。呼吸困難が強くても、開始されないまま亡くなる患者が何例もあり看護師は呼吸困難の緩和に困難を抱えていた。

開始の時期が遅くなる理由として、《医師との意見の相違》 や、《セデーションの開始を家族が迷う》 《セデーションについての説明の難しさ》があった。

《医師との意見の相違》では以下の言葉が聞かれた。

- ・ 医師はデータから判断する。画像診断から判断する。ベットサイドに行って呼吸を看て欲しい

《セデーションの開始を家族が迷う》は家族が迷うため開始が遅くなると考えていた。

- ・ ムンテラで、かけると意識がなくなったり、呼吸が止まる可能性もありますよって言うので、いつもそのタイミングがわからないまま、患者さんが苦しいのを知りながら家族は迷っちゃう。苦しいのはとってほしいけど、意識がなくなっちゃうのは怖いっていつて
- ・ 自分がその薬を使ってくださいということが、その死へのスイッチを押したような感覚になっちゃうんだと思うんですけど、それで迷ってると思う

《セデーションについての説明の難しさ》では苦痛を取り除くためには呼吸抑制の危険があることを説明すると家族は使用を望まない。セデーションにより意識が低下することを説明しても家族は目先の苦痛を除くことに気持ちが集中し、その後には生じる事態を予測しないため患者に負担になることがあると語っていた。

- ・ 説明しても家族はその瞬間瞬間に反応し、患者が振り回される。苦しいので塩モヒ薬を使って下さいというが、使用すると意識が低下して話せなくなると、塩モヒ中止して欲しいという。中止すると苦しくなるので患者は振り回されてしまう。
- ・ 家族も本人が苦しそうな様子を見て緩和を希望するが、呼吸が抑制されることを話すと思わないでと、受け入れてもらえない

患者と家族の苦痛緩和に対する意見が異なることへの対応

患者と家族の意見が異なるときの対応に苦慮し、家族の意見を優先する看護師もいた。

- ・ 本人薬を使って欲しいというが、家族が望みを持って生きて欲しいと言うとき苦痛緩和の薬は使用しない。
- ・ 本人は苦しいので薬を使いたいと言って来るが家族が死んでしまうと言う。

② 疼痛コントロール

疼痛部位に負荷がかからない環境の整備

疼痛がある場合には、痛みがあっても物がとりやすいよう箱を作って、必要なものをおくことや、体位変換を行い、ベッドの上だけで居心地のいい環境を整えるようにしていた。

苦痛の強いときには一人にせず安心するよう側に寄り添う

治療によって束縛されることによるストレスと、疼痛や苦痛が強いと死への不安があるので、誰かが側にいられるようにしていた。担当看護師が側にいられるように、モジュールに残っているメンバーで協力して一緒に仕事を行い、家族に側についてもらうようにするが、家族が来るまで看護師が側にいるように努力していた。

看護師は上記の疼痛コントロールを行っていたが、＜鎮痛薬が効果的に使用できない＞＜認知患者の苦痛理解の難しさ＞を抱えていた。

鎮痛薬が効果的に使用できない

疼痛コントロールのためには「さらに積極的な麻薬使用」があるが、なされていないことや、「副作用とのバランスをはかる」必要があるため難しく効果的に実施されないと考えていた。「さらに積極的な麻薬使用」とはモルヒネの使い方が看護師と医師との意見が異なり、医師に症状を伝えて増量を求めるが成功しない体験が多く、薬物の開始と増量するときの判断が難しいと考えていた。「副作用とのバランスをはかる」では制吐剤や便秘薬でのコントロールが困難でモルヒネの増量ができない悩みを抱えていた。

- ・ もう痛みが出てきた段階から早めに使って、それで痛みをコントロールして生活できる、レベルをこう最終的に保っていけたらいいなと思うんですけど、もうすごく痛くなって動けなくなってから、麻薬を導入したりとか、そういうことが結構多い。

認知症患者の苦痛理解の難しさ

意識障害や認知症があっても苦痛の程度は把握しようとするが、認知症でそうしているのか苦しいのか区別が付かないときがあることや、疼痛を呻吟や行動で表すことが多いので苦痛の程度の理解が困難であると語っていた。

- ・それが痴呆なのか、本当にあの、苦しくてやってるのかっていうのは、ちょっとわからない…

③ セルフケア能力低下への援助

呼吸困難のため自分で行動できないことに対して看護師はなるべく希望することはかなえたいと考えていた。日常生活上の患者の希望として食べることや排泄に関しての希望が多く語られ、これらの希望にこたえる努力をしていた。排泄や食事については本人の希望がはっきり表出されるため看護師が関わりやすいことも影響していた。また患者本人のみならず家族の希望も取り入れて、リスクが大きいと判断されるときでも最期の希望をかなえるため、医師と相談しながら看護を展開していた。患者の希望通りに行って、苦痛が大きいことが認識できるようにも援助を行っていた。

- ・ 食べたい、飲みたいっていうのが多い。むせて誤嚥するのは目に見えているけれども、本人がいうならばっていうのはリスクは承知でやっている。
- ・ 例えば排泄の場合本人がバルーンを入れたくなければ入れないで最後までオムツを当てないで、対応することはこちらの心構えがあればできますね。実際にやってます最後の最後まで、オムツをあてない尿とりパッドもあてない方はいらっしやいましたね。
- ・ やりたいというならやらせてみて、苦しくなるけどって言って、一回やらせてみて、それで自分がわかってもう。やらないっていう人もいるし、それでも絶対私はトイレに行くって言う人もいるし。

3) 不安を軽減する

入院生活が集団生活であり、治療による拘束などが不安を一層強くしているが、看護師に感情を表出するよりも患者は自分の中で葛藤していると語っていた。但し、酸素飽和度は安定しているにもかかわらず、呼吸困難が強い患者には不安が強いと判断して対応していた。このような不安に対して看護師は孤独を避けるため、訪室回数を増やし、スキンシップをはり、苦痛の強いときや夜中には患者の側にいるように努めていた。しかし十分対応できてないと感じていた。そして家族が側にいる時間をつくっていた。

- ・ 私たちにはわからない苦しみ（酸素の値が良くても苦しいっていう）不安からくるものもあるので側にいるだけで楽になったっていう方もいる。
- ・ 夜中とか仕事をベッドサイドに持って行ってちょっとの間側にいたりとか身体をさ

すってあげたりとかはすることはありますけど

- ・ この病院の生活が集団生活で、拘束されることも多くて、きっと患者さんたちの心の中にいろんな不安とか、訴えとかを抱えていると思う。その不安をすべて私たちに出し切れてはいない。それが結局、認知症にあらわれてしまっているような感じがする。

4) 日々のケアを希望にあわせて実施する

セルフケア能力低下への援助と共通しているが、重症化した患者が日常生活を少しでも気持ちよくすごすことができるように看護師は努力していた。爽快感を得る方法として身だしなみを整えることや清拭や入浴などの清潔ケアの実施をあげていた。状態の少しでもいい時を見計らって負担のない方法を駆使して行っているばかりではなく、急変の可能性があっても希望を優先することも行っていた。

- ・ 清潔ケア、状態が安定していればなるべくお風呂とか調整して入れていれたいこうと考え結構実践できることもあります。心残りが減ります。
- ・ 家族が了解すれば、急変するか可能性があっても入浴する場合もある。
- ・ 寝たきりの方とはコミュニケーションも取れない方もいるんですけど私が行っても体拭いたりとか着替えさせてあげたりとかしかできない。

治療のための活動制限を最小限にする。

看護師は患者が治療のために活動が制限され自分の好きなことをする時間がないと感じており、少しでも制限をしないようにしていた。場合によっては治療よりも活動時間の確保を優先し治療を中止するよう医師に相談していた。

- ・ 多いのは点滴とか酸素とかの治療のために、動いちゃだめとか、お風呂はだめとか、いろいろ制限されるのがいやっていう方が多いので、そういう制限をなるべく必要最低限にする。
- ・ 点滴をしないとうなるのよと説明する一方で、点滴をなくそうというのを先生と相談して取り入れて言ったり・・・。

我慢する高齢者への対応

自尊心から。また気兼ねから看護師を呼ばず我慢する高齢者への対応として、患者が

受け入れてくれる言葉をさがして対応していた。

- ・ 戦争を生き抜いて来て、今まで自分でやってきた高齢者は、体が動かなくなっても、息苦しくて誰かにお下の世話を頼らなきゃいけないとか、そういうことに関して羞恥心とか、自尊心を傷つけられる。
- ・ 状況を受け入れられない、苦しいのに動いてしまう、呼吸をさらに悪くしてしまう、あるいは転倒してしまう、とかいうことで、余計に自分自身を苦痛にしてしまうという状況が多い。
- ・ ナースコールを押すことを申し訳ないと思う。看護婦さん忙しいのにとか、思う場合はコールを押してくれない。あいこれないの、コールを押してもらおうとあいにこれるので嬉しいんですよ、ていうような感じ

上記のような高齢者に対して看護師は患者にケアを受け入れもらおうと次のように対応していた。

- ・ 今まで十分がんばってきたので、今までいろんな人にたくさんのことをしてきてくれたので、今度は私たちがお返しをさせてもらう番なんだから、今は少しゆっくり休んでくださいと、いうふうに話したり。

以上、患者への援助について述べてきた。次に家族に対する援助について述べる。

5) 家族が心置きなく看取ることができる

看護師は「家族が心置きなく看取ることができる」ことを目指して、「家族がお別れができるように最期の場面を創る」「患者と家族との時間の共有への援助」「ゆっくり患者に関わることができる環境をつくる」「家族が亡くなることを受容できるようにする」が援助として語られていた。

お別れができるように最期の場面を創る

家族に亡くなることを伝え、家族の気持が本人に通じていること、入院中のエピソードを話すなどを通じて最期の場面を創り出していた。

- ・ 死の前には、もう今日、もう少しだと思うので、あの、そばにいて今までしてあげたことを同じようにもう一回、ていうことと、で最期の時には必ず、今までしてきたことは必ずご本人様に伝わっていますからね、ということとか、あの、一緒にふりかえりますね。今までの、家族とご本人様がしてきたことを、一緒に振り返りま

す。あの、どういう人だったのかとか、こういうときには、よく笑ったねとか、そういうことを振り返るようにしています。

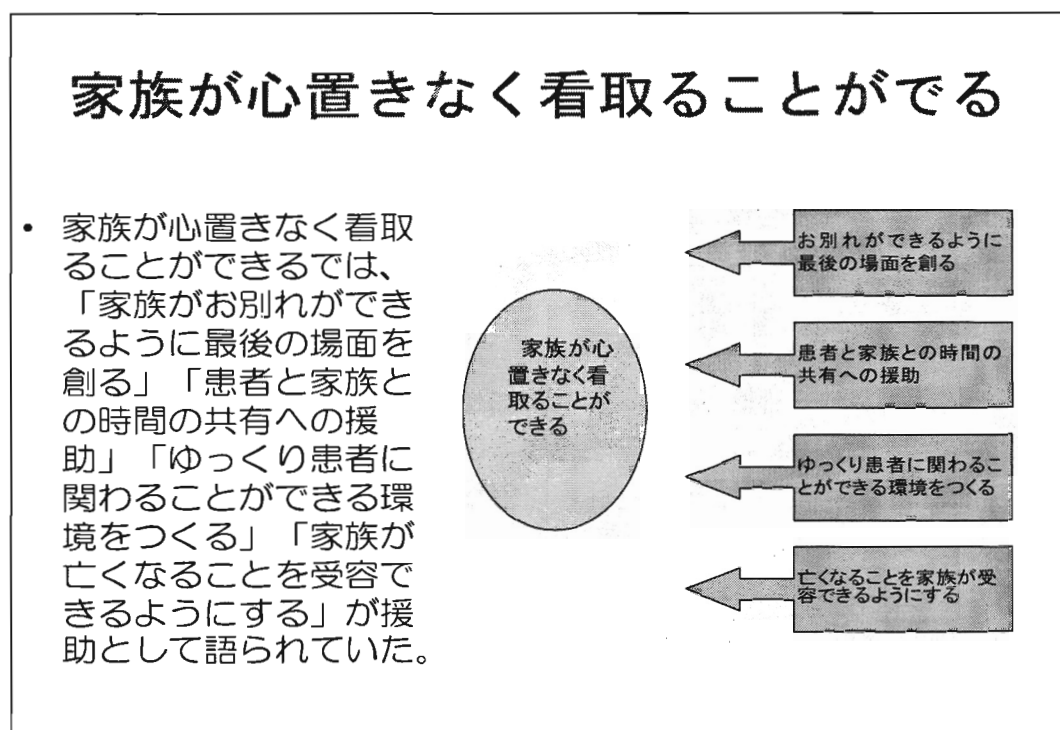


図4. 家族への援助目標

患者と家族との時間の共有への援助

看護師と共に bed bath などの日々のケアに参加し、患者との共同作業を行うことを通して、看取った後に満足感が得られるように援助することであった。介護者が高齢の場合には体力の限界を考慮することや、別世帯の独立した子どもの場合にはケアへの参加は困難と感じていた。死亡後は死後の処置をしながら、今まで家族が頑張ってきたことを認める言葉をかけ、十分看取ったことをねぎらっていた。

- あの、一緒に、こう満足感じゃないんですけども、介入、ケアをしていただくことで、ま、あの、やってあげたというか、一緒に介入したっていう満足感とか、あとはその触れ合う時間とか、そういう面で、一緒に入ってもらった方がいいと思っ

ゆっくり患者に関わることができる環境をつくる

家族が側にいられるように面会時間の制限をなくし、個室でゆっくり過ごし、会わせたい人に会わせるようにしていた。個室に移ることによって家族が時間にこだわらず来ることができ、泊まって側に居られ、個室に移すことによって夜中にたくさん面会者が来ることができることを実感していた。しかしながら患者本人にとっては個室は重症感

を持つこともあり、移動するタイミングを工夫していた。移すタイミングを呼吸困難が強くなったとき、または意識がなくなってから移すこともあった。一方個室になり、家族と患者間の重い苦しい雰囲気になりやすいため頻回に訪室し、緊張状態の緩和につとめていた。

家族が亡くなることを受容できるようにする

家族が患者の死を受け入れていくための援助として、状態が徐々に低下していることを認識してもらうように、患者の変化や状態を説明し、家族ができることを一緒に行っていた。入退院を繰り返す場合には比較的受け入れが良いと感じていた。

7. 考察

以上の結果を踏まえ、見出された課題を達成するための方法について考察する。

1) チームで取り組む

最初に、患者の退院、外泊が困難な理由として、家族が「こんなに悪い状態では自宅につれて帰れない」と考え躊躇してしまうことであった。症状が不安定な状態での退院であるため、医師は危険性について話すことが多くなるが、むしろこのような状態での退院においてはなおさら、自宅療養のメリットや可能性がイメージできるように説明する必要がある。そのためには在宅医療の経験豊富な地域医療部や専門職種が介入し在宅療養の可能性を検討してもらう。退院を促進するためには退院後の病院での24時間支援体制は必須の条件である。終末期医療に関する調査等検討会報告書によると、「がんの末期で痛みを伴った患者の療養に当たっては、最期まで自分らしい生活をできるよう、早い時期から、心のケアを含めた必要な医療や介護を適切に行うシステムを構築することが望ましい。例えば、(1)自宅で麻薬製剤を適正に使用して疼痛緩和ができる体制を推進する、(2)ごく短期間で在宅療養の体制がとれるようにする、(3)終末期のがん患者を対象とした通所サービスや短期入所(院)など家族の精神的、身体的負担の軽減等の対策を進める、(4)在宅での緩和ケアができる医師や看護師を確保する、(5)地域において、診療所、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟が連携したシステムを作るといったことが実現できれば、家族の負担等も軽減され、より多くのがん患者が在宅で最期を迎えることができると期待できる。」と述べている。高齢者の終末期の退院に向けては、さらに、介護者が高齢化しているため、介護保険と上記のシステムを効率的に利用する専門家の存在が重要となる。

2) 本人の意思の確認

本人の終末期への意向を確認することが困難であるという本研究の結果は、終末期医療に関する調査等検討会報告書においても、「患者本人は、早く苦痛から解放してほしいが、家族は単なる延命医療の継続を選択する傾向があるということを示しており、患

者本人の意思と家族のそれとが必ずしも一致しないことが医療現場での葛藤を生み出していると考えられる。また、高齢者医療では家族の意向が中心となり、患者本人の意思が二次的なものとなっているという指摘がある。医療の不開始・中止、特に患者本人の意思・家族の意向をどのように確認するか、ということについて、臨床における明確なルールが求められている現実を考えるなら、医療関係者や国は、国民の理解を得る努力を重ねていかなければならない。」と述べていることから、本人の意思を確認できないときの方法について社会的コンセンサスを形成する必要がある。それに併せて、本人の意思を早期に確認する方法を開発する必要がある。

3) 認知機能の低下した高齢者の苦痛

治療が目的の入院に加え、入院時より認知機能が低下している高齢者が多く、苦痛の把握方法、そのコントロールに困難を抱えていた。看護師は高齢者に現れた安全や、治療継続上の問題となる行動について対応を検討するが、その行動が示す理由について確認することは少ない。理由を理解することで同じ状況についての理解がまったく異なったものとなり、解決方法が見出されることがある。看護師は安全や安静を守ることに関心が集中し、行動を抑制する方向に向かってしまう。

苦痛については、認知症高齢者の苦痛は少ないといわれているが、苦痛を訴えなくとも、身体での表現、奇声を発する、手足をじっとさせていられない、硬い表情、落ち着きの無さ、怯えた表情、不眠、いつもと違う感じ等、身体で表現している個人特有のサインを知ることにより苦痛を表現していることが理解できる。認知症患者の苦痛の程度の理解はオリエンテーションを十分に実施すれば、10段階評価よりも5段階評価が適しているとも言われている(Ferrell, et, al 1995)。今後、日本においても認知症の疼痛スケールの開発が望まれる。

さらには意識レベルが低下しているときにも患者は疼痛を感じている(Stephen,1994 Lawrence,1995)ことが実証されている。意識が低下していても、表情や行動に注意を向けることを忘れてはならない。

4) 医療チームのコミュニケーション

看護師は他職種、特に医師との意見調整について困難を抱えていた。特に退院の時期や疼痛コントロールについて医師との方針の不一致に悩んでいた。看護師は「セデーションを開始しては？」など目的やゴールよりも、手段について医師に相談することから、問題解決に至らないことが多いように思う。疼痛をどの程度まで軽減させようとするのかチーム、あるいは両者間で一致させる。そしてそのゴールに達しているかどうかをモニタリングすることにより、協力し合うことができるようになる。このように医療者間で意見の相違があるときには最初にゴールを明確にすることが合意形成の原則である。医療現場では即断を迫られることも多いが、なぜそう思うのかお互いの意見を知ること

が合意形成の第一歩である。ゴールを共有することが医療者間で意見が異なるときの第一の解決方法となる。

さらには、医師と看護師とは同じコンテキストで話をしていない、つまり同一基盤で話をしていないことを理解し、具体的に、丁寧に話をする必要がある。これが医療コミュニケーションの原則である。例えば、看護師が、呼吸困難の軽減をする必要があると判断したときに、「単に軽減を求めず、食事を楽しみにしているし、家族も食べてもらうために努力しているので、昼食だけは落ち着いて食べることができるように昼食時の1時間だけでも苦痛を緩和できないか」など看護師の視点から具体的に「一日のうちどの時間に、どのような呼吸困難があるのか」、「それによって何が生じているのか」看護師が理解している事象を話し、呼吸困難の軽減によりどのような事象が可能になるのか具体的に話をする。同一基盤にない相手が理解できるように具体的に話をするのが第二の解決方法である。

第三の解決方法は、二者間の話し合いで意見が対立したときには問題解決に当たっては関連職種知識・知恵を集めることである。チームで現在の問題点や対策などを話し合うことによって、より広い視点から考えることができる。チームカンファレンスでは先の、同一基盤にない人との話し合いであることを念頭に置く必要があるが、チームで自分の意見に耳を傾けてもらうためにはアサーティブトレーニングにより、コミュニケーションスキルを高めることも有効な手段である。

以上、高齢者の終末期医療の質が向上するために、チームで取り組むことや、認知機能の低下した高齢者の苦痛の理解、医療者とのコミュニケーション能力を高めることについて述べてきた。

平均入院期間が短縮し、スタッフがよく知っている患者が少なくなり、回復期や維持期の患者が少なくなり、終末期の高齢者の望む看護の展開はますます困難になってきている、高齢者高度医療においてこそ看護独自の責任を果たすことができるシステムの構築や看護師の意識が求められている。

病院死が約8割となり、死が身近な存在ではなくなり、死の看取りに対する心がまえや知恵を失っている。仏具売場は隠れた場所にある。表舞台で堂々と営業できる文化が育つことを期待したい。

8. 結論

- ・呼吸困難への対応、退院、外泊への援助については医師との方針やタイミングについての調整能力が必要である。
- ・本人の最期の迎え方について確認できた場合には患者、家族、医師、看護師ともに同じ方向での対応が可能となり、希望がかなえられていたことから、本人の意思の確認方法の開発が求められる。
- ・今後上記の困難についてケアプログラムに取り入れる必要があると考えられた。

引用文献

Margo McCaffery & Chris Pasero (1999) ;PAIN CLINICAL MANUAL,Mosby
メアリー A, マテソン(1995);看護診断に基づく老人看護学5 老人医療システム、
医学書院

杉本なおみ (2005) ; 医療者のためのコミュニケーション入門、精神看護出版

*なお今回紹介した二つの研究は平成15年～18年度文部科学研究費(基盤C)の助成を受けて実施した。

4章 高齢者高度医療専門病院における終末期ケアプログラムの作成

1. はじめに

平成 15 年、16 年の 2 年に渡り、高齢者の終末期の実態や、看護師の終末期における看護実践と困難について研究した。平成 15・16 年の研究を通して、呼吸器疾患で亡くなる患者が多いことから、17 年度は呼吸器疾患を持つ高齢者の終末期ケアプログラムを作成することにした。研究病院は高齢者看護の質が高いと評価されているため、看護実践として語られていた看護はプログラムを作成するための有力な情報となった。

2. 方法

1) 2000 年から 2006 年までの医学中央雑誌および CINAL から終末期看護に関連する文献レビューを行った。退院に関しては「高齢者・老年」「終末期・ターミナル」「退院」をキーワードにして検索した結果 53 文献であった。そのうち看護実践に関連する 20 文献を参考にした。呼吸困難に関しては「高齢者・老年」「終末期・ターミナル」「呼吸困難」または「呼吸器疾患」をキーワードにして検索した結果 19 文献であった。疼痛に関する文献は「高齢者・老年」「終末期・ターミナル」「疼痛」をキーワードにして検索した結果 7 文献であった。同様に家族ケアに関する文献は 12 文献、終末期ケアモデルに関しては 14 文献であった。以上の文献より終末期に必要なケア項目を抽出した。参考にした文献を資料に示した。

2) さらに退院調整において経験のある看護師と高齢者専門病院の呼吸器疾患病棟に勤務する看護師 2 名と 2 時間の検討会を 6 回開催し、項目の精選、追加、修正を繰り返して行った。研究から得られた実践内容や困難、さらには文献より高齢者高度医療専門病院におけるケアプログラムを作成した。終末期のケアプログラムは広範囲にわたるために研究結果から、終末期の高齢者を看護する際に特に注目すべき点にしぼって、ケアプログラムを作成した。すなわち終末期にも退院することを望む本人の望みを実現することや、疼痛、呼吸困難などの苦痛の緩和、日常生活を高齢者が望むようにケアする、さらには家族のケアが充実するという点に絞って説明されている。

3) 作成したプログラムの試案について専門家と意見交換するとともに、18 年度は高齢者高度医療施設の呼吸器病棟で作成したプログラムを用いて終末期ケアを実施し、その結果から修正すべき内容を洗い出した。病棟推進役の看護師 2 名と計 6 回の検討会を持ち修正プログラムを作成した（会議録資料参照）。ケアの実施に当たっては、病棟の看護師に平成 15・16 年の調査結果を説明するために発表会を持った。その後、ケアプログラムの説明を薬剤師、医師を含め行った。さらに在宅医療部の看護師にプログラムを説明し協力体制を要請した。研究結果の発表会では自分たちの実施していることや気持がよく反映されているとの評価を得た。

3. 結果

上記の結果、作成したプログラムの中で特に重要視した高齢者の終末期における退院・外泊に向けてのケアプログラムについて説明する。

1) 高齢者の終末期における退院・外泊に向けてのケアプログラムは「意思決定」、「本人・家族への指導」「院内・地域連携」の3つのカテゴリーに分類された。それぞれのカテゴリーにおける援助ポイントとして、「意思決定」では入院時からの病状説明と早期からの今後の方針に向けての説明があげられた。特に高齢者の特徴から単純で簡単な説明を行い、意思決定を導く本人・家族への看護支援が重要とされた。医師の説明への患者・家族の理解度や補足、必要時に医師への追加説明を求めるなどの調整が必要である。「本人・家族への指導」では終末期に在宅で療養することの可能性と利点がイメージできるように、さらには困難感が増大しないように、高齢者のこれまでの生活や今後の意向を尊重し、簡便で在宅のスタイルに合わせた指導があげられた。「院内・地域連携」では、入院時から症状や苦痛のコントロールについて他職種と連携を強化し、環境変化に脆弱な高齢者への支援の必要性があげられた。また早期から在宅部と連携し地域関係職種との調整を行うことが必須とされた。さらに24時間、緊急時の連絡体制や入院の保障、相談窓口の開設等の病院のシステム体制の構築が、本人・家族への退院・外泊支援において最も重要とされた。

以上、退院・外泊に向けてのプログラムを作成したが、退院の促進は高齢者を対象として開発されているものが多いこともあり、これまで退院時の看護として必要とされていた内容が多いことが確認された。しかし臨床では上記の内容についての具体的な方法や、看護師自身の在宅で可能な処置やケアの方法についてのイメージ化や、他職種との連携の重要性と連携による可能性についての認識が困難であり、これらについて教育が必要であることが示唆された。

2) 修正プログラムのポイント

修正ケアプログラムは終末期の高齢者を看護する際に特に注目するべき点、すなわち終末期にも退院することを望む本人の望みを実現することや、疼痛、呼吸困難などの苦痛の緩和、日常生活を高齢者が望むようにケアする、さらには家族のケアが充実するという点に絞って説明されている。看護問題に応じた援助を色別に示し、看護問題に応じて必要な箇所を簡単に読むことができるように工夫した。ポイントを以下に示した。

(1) 退院を望む本人の希望をかなえるためのポイントは①看護師は軽症のうちから恐れずに死に関する話題に触れ本人の意思を確認する。②家族が終末期の退院について不安が強いときには、在宅によるメリットや実現可能性等がイメージできるように関わる。③自宅退院の促進のためには24時間の相談窓口や緊急時の入院を保障するシステムを準備する。

(2) 苦痛緩和のポイントは①高齢者は入院時の苦痛や落ち着きの無さ、中期の苦痛

へのコントロールがポイントである。②高齢者は死亡一週間前には意識が低下するが、意識が低下していても疼痛は感じていることをも理解する。③苦痛が緩和されないときには緩和のゴールを明確にし、麻薬の使用について医師の決断のみならずチームで積極的に検討する。④苦痛が強いにも拘わらず最期まで食事や排泄等を自分で行うことを希望する高齢者には、痛みを起こす動作が予測された時刻にあわせて事前にレスキュー・ドーズを用いることを検討する。⑤認知症高齢者は疼痛を訴えるよりも、身体で表現していることを理解しそのサインを理解する。

(3) 家族ケアのポイントは①家族が起こりうる変化を理解し、看取りに十分参加できるように援助する。

4. ケアプログラム内容

次ページに作成したケアプログラムを記述した。

引用文献

NATIONAL ADVISORY COMMITTEE;岡田玲一郎監訳 (2000) : 高齢者の end-of-life ケアガイド ときに治し、しばしば慰め、つねに癒す,厚生科学研究所、東京

K.K.Kuebler,P.H.Berry,D.E.Heidrich(2004):エンド オブ ライフ・ケア 終末期の臨床指針,医学書院,東京

M.L.Matzo,D.W.shrman(2004): Gerontologic Palliative Care Nursing,Mosby

長井苑子,泉孝英 (2004) : 米国胸部学会ガイドライン 間質性肺疾患診療ガイドライン,医学書院,東京.

日本呼吸器学会(2004):COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第2版,メディカルレビュー社,東京.

田村恵子 (2002) : がん患者の症状マネジメント,Gakken,東京.

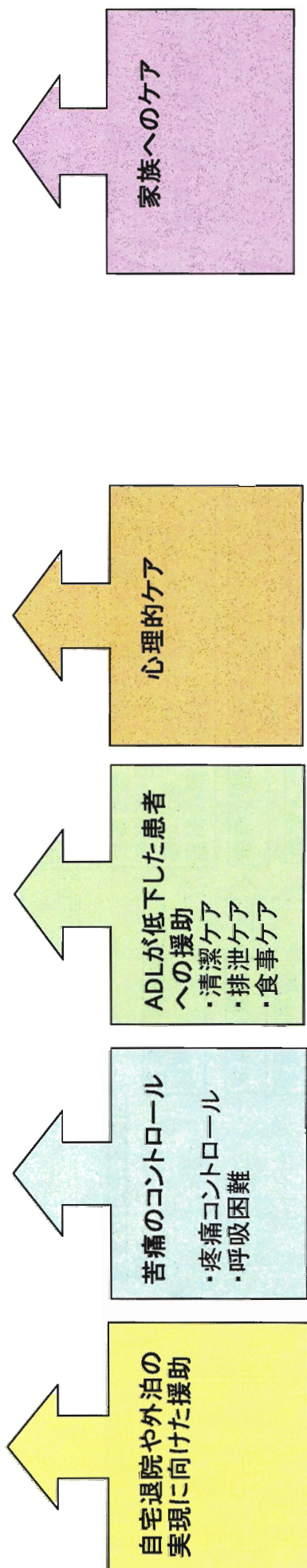
村上國男 (2005) : ターミナルケア・ガイド,関西看護出版,大阪.

他参考文献は資料に示した。

高齢者終末期ケアプログラム

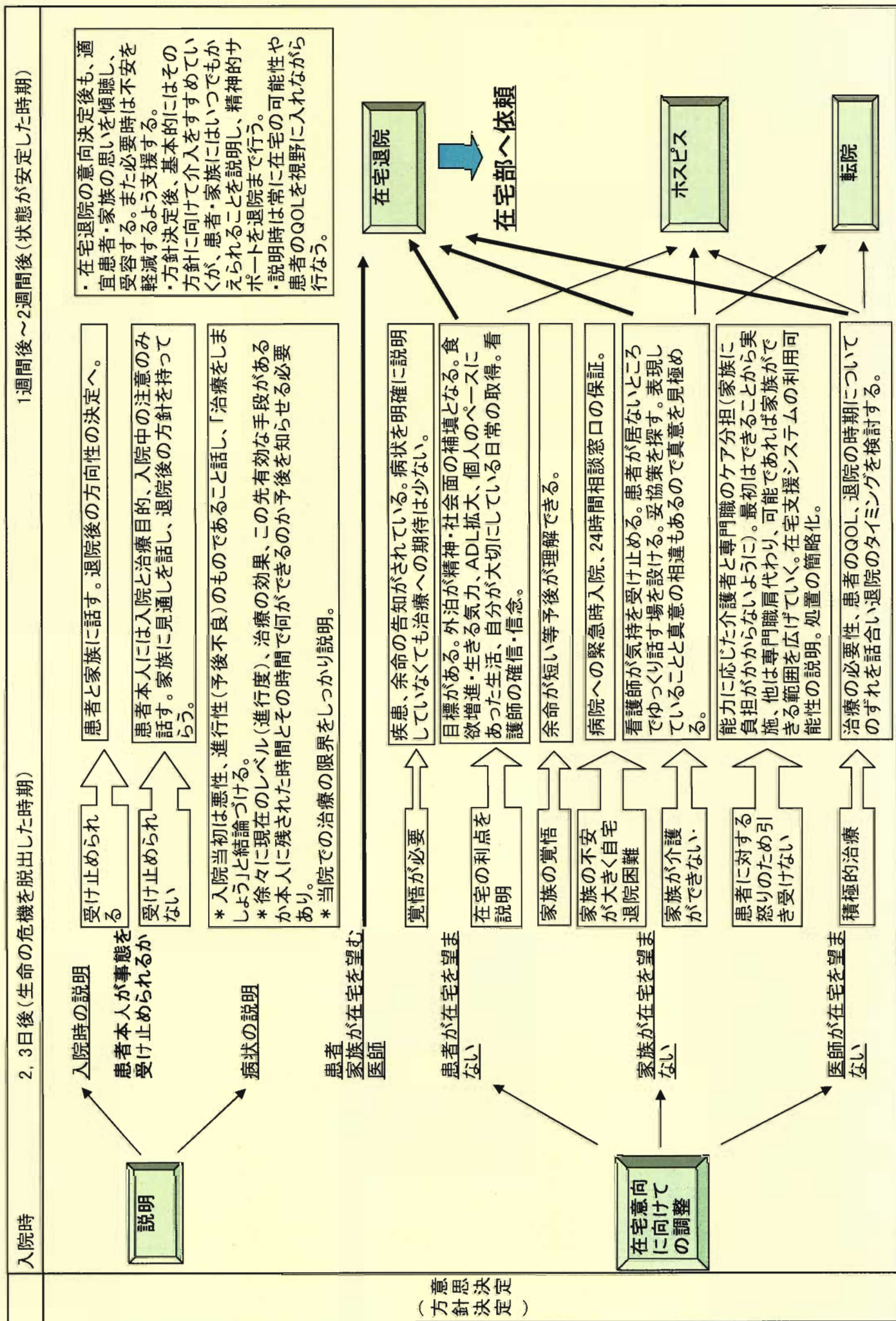
目標 1
高齢者本人が望むとおりの最後を迎えることができる

目標 2
家族が心置きなく看取ることができる



* 看護問題を上記に色別で示しました。患者の看護問題に該当するものを選んで活用下さい。
次ページ以降は看護問題ごとの色に対応したシートを使用しています。

退院や外泊の実現に向けた援助プロセス



(意思決定
方針決定)

退院

1週間後～2週間後(状態が安定した時期)

2, 3日後(生命の危機を脱出した時期)

入院時

情報収集

介護力評価: 生活力
問題対処能力
家族関係
住環境
福祉制度利用状況
経済

困難ケースは早めに在宅部へ依頼
介護保険等利用できる制度の手続きをすすめる

医療処置管理指導

パンフレット等を作成し簡便で分かりやすい方法で指導する。
外泊・退院に関する悩みへの相談に応じながらすすめる。
なるべく負担の少ない方法の検討する。

緊急時の対処法指導

緊急時の対応法をパンフレット等作成し、説明する。
起こりうる可能性について説明、理解しているか確認する。
最終的な見取りに関する意思確認。

介護指導

在宅サービスについての情報提供。
体位変換やオムツ交換等を実際、家族と一緒に入ってもらおう。

患者のADL状況に合わせた指導を家族の理解力を考慮して行う。
介護力の確保。
生活リズムや退院後に希望する生活に合わせた指導を行う。
家屋状況に合わせて行なう。

在宅療養イメージ支援

本人・家族への指導

症状コントロール

- ・疼痛
- ・悪心／嘔吐
- ・下痢／便秘
- ・呼吸困難
- ・不安
- ・食欲不振
- ・便秘
- ・褥瘡
- ・うつ
- ・錯乱／せん妄

地域支援者選定

ケアマネ、訪問看護師、往診医の選定支援。
サービス機関への連絡代行
移送方法の検討。

地域カンファレンス開催

患者情報の共有。
緊急時の対応法、最後の看取りについての意向の統一。
地域への橋渡し、患者・医療者との信頼関係の強化。

外来連携

患者情報の共有。
緊急時の相談対応窓口を救急外来へ依頼。

用具の工夫、処置の簡略化

医師、薬剤師、栄養士と連携し、在宅で可能な、家族の力量に合わせたなるべく簡便な方法の検討、調整。
(内服、疼痛コントロール、ルーートの管理や医療処置、食事等)

物品調整

医療機器導入の手配。
処置物品手配、入手法案内。
外来継続の場合、外来看護師との調整。
業者へ在宅用に工夫した用具等の問い合わせ、導入。

院内・地域連携

退院や外泊の実現に向けた援助プラン

	目標	プラン
	退院や終末に向けての自己決定を行うことができる	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患、進行度、予後、ADL状況、認知・理解能力、家族構成、家族の関係性、キーパーソンの有無（インフォーマルも含めて）、住環境、経済状況、社会資源（介護保険申請等）の情報収集。 ・上記情報を踏まえて、主治医・チームの看護師と病状・予後について話し合い、どのようにまた誰に病状・今後の方針について話をしていくのかを決めていく。
	病院から退院をせまられるという思いにならない	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の意識がクリアで理解能力があり意思決定が可能な場合は患者・家族へ病状説明を行う。 ・意識がクリアでも家族が患者への告知を拒否した場合は、家族とよく話し合い、改めて患者への病状説明時期を設定する。
	時期を逃さず、適切な時期に退院を迎えることができる	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に認知症等があり、意思決定が困難な場合は家族へ病状説明を行う。 ・配偶者がキーパーソンであっても高齢で、理解が困難な場合は息子や娘等を巻き込んで説明に同席してもらう。
意思決定	退院や終末に対するそれぞれの考えや思いを表出できる	<ul style="list-style-type: none"> ・患者や家族の理解度に応じて、医師との面談回数を複数回に設定や、話のもって行き方を事前に医師と調整して面談を行う。 ・医師との面談後に患者・家族から受け止めについき、理解にズレがあれば修正または再度面談を設定する。 ・社会資源について知らないことが多いので在宅利用できる社会資源について情報提供をする。 ・在宅介護となる場合に患者のADLや病状を考慮してどのようなケアが最低限必要となるのか具体的に患者・家族へ説明する。
	病状や病気のステージについて理解することができる	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅以外にもホスピス、病院転院等の選択肢あることも伝え、それぞれの利点、欠点について説明する。（金銭面、転院待機、本人の意向） ・基本的には患者本人の意向が第1であるが、家族関係上、意見の相違がある場合には、必要時別々に面接をするなどそれぞれの立場の意向をきき、両者の歩み寄り（妥協点）を調整するようにする。
	在宅療養のイメージをもつことができる	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者が在宅困難ケースとアセスメントしたとしても患者・家族の強い意向があれば地域の支援を強化することにより在宅退院可能なこともある。また逆に在宅退院可能なレベルとアセスメントしても社会的問題により施設や転院ケースとなることもあるため、医療者が方針について決定していくのではなく、患者・家族の思いを引き出し、整理していけるように調整していく。
	医療者との信頼関係をもつことができる	<ul style="list-style-type: none"> ・方針が揺れる場合には転院の準備もすすめてつつ、病棟にて実際に体交やオムツ交換、吸引などのケアに参加してもらい在宅意向について検討してもらう。 ・退院の話をきくと病院から見捨てられた思いになることがあるため、なぜ退院を勧めるのかの（患者の予後が短いため残された時間を大切にしたいため等）説明や緊急時や困ったときには24時間いつでも受け入れが可能なることを説明する。

	プラン	
	<p>目 標</p> <p>医療機器の管理・医療処置について理解し・確立できる</p> <p>退院後行いたいことや生活について目標をもつことができる</p> <p>在宅における環境や物品で介護を行うことができる</p> <p>個々の能力や生活スタイルを考慮した方法で処置や介護を行うことができる</p> <p>退院後起こりうる病状の变化や異常時、緊急時の対処法を理解できる</p> <p>退院後適切な社会資源を利用することができる</p>	<p>ケアマネ(介護保険対象者の場合)、訪問看護師、往診医の選定支援を行う。(緊急時加算をとっている訪問看護ステーションが望ましい。患者・家族が在宅での看取りを希望する場合は終末期医療も可能な往診医を探す必要あり。)</p> <p>医師、薬剤師、栄養士と連携し、患者・家族の力量に合わせた処置や栄養、内服方法の検討、調整を行う。</p> <p>外来に通院する場合に外来看護師へ事前に情報を申し送り、受診時に継続した支援や退院後も常時の相談窓口としてケアできるようにする。</p> <p>地域医療・サービス提供者との合同カンファレンスの開催(ex.出席者:患者・家族、主治医、病棟看護師、外来看護師、在宅医療部看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、地域住診医、訪問看護師、ケアマネージャー、訪問入浴業者、介護ヘルパー等。話し合いの内容としては病状、処置方法やケア方法、在宅プランの調整、異常時、緊急時の対処法、受け入れ先について共通の認識をもてるようにする。特に夜間や休日の連絡先や受け入れ先について明確にする。)</p> <p>在宅用に工夫した排泄方法や栄養方法、医療機器について業者へ問い合わせ、調整する。</p>
<p>本人・家族への指導</p>	<p>家族介護力や関係性、住環境について情報収集を行う。</p> <p>医療処置・管理方法指導マニュアル(パンフレット)を作成し、患者・家族へ指導を行う。(ex. IVH管理・輸液ポンプの扱いについて、胃ろう管理について、吸引の方法について、在宅酸素管理について、疼痛管理について、ストマやバルーン管理について、褥瘡処置について等)</p> <p>患者の状況に合わせた介護指導を家族へ行う。(体位変換、おむつ交換、口腔ケア、陰洗、陰拭、車椅子への移乗、入浴介助、排便コントロール、食事形態、食事介助、服薬介助等)</p> <p>在宅サービスについての情報提供を行う。(訪問看護、訪問入浴、訪問介護、福祉用具のレンタル、福祉用具の購入等)</p> <p>介護保険対象者の場合は申請方法を説明し、申請をすすめる。</p> <p>指導をすすめていく中で、患者・家族へ在宅療養のイメージがいついてきているかそのつど確認し、ケアや処置に自信をもてるよう支援する。</p> <p>これまでの患者・家族の生活リズムや退院後に希望する生活に合わせた介護指導を行い、医療処置については可能な限り簡便になるよう工夫し医師と調整する。</p> <p>今後起こりうる異常や緊急時の対応マニュアル(パンフレット)を作成し、患者・家族へ説明し、理解できているか確認する。</p> <p>精神的サポートとして家族へ患者との接し方の指導を行う。(特に未告知の場合)</p> <p>必要時、外泊を行い問題点を明確化し、修正する。外泊時は病棟より状況確認を行い、患者・家族が希望すれば延泊も可能にする。</p>	<p>患者の身体的苦痛が除去・軽減される</p> <p>患者の精神的苦痛が除去・軽減される</p> <p>退院後適切な社会資源を利用することができる</p> <p>地域サービス提供者とケアの方法や緊急時の対処等を共有できる</p> <p>退院後も相談窓口や緊急時の受け入れ先が確保できる</p> <p>主介護者の介護負担が軽減される</p>

疼痛コントロール

1. 高齢者の特徴
<p>医療者への遠慮や我慢強さにより痛みへの訴えが少ない 認知症により痛みを医療者へ伝えることができない 薬物プラズマ濃度が高い（吸収、分布、代謝、排泄機能の低下）</p>
2. アセスメント
(1) 痛みの特定
<p>痛みの原因が何からきているかをアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主訴 ・ 痛みを示す動作 ・ 痛みを引き起こす疾患または条件
(2) 痛みの評価
<p>身体状況も痛みの客観的評価となる（発汗、脈拍数、動きの緩慢さ等） 不眠やナースコールが頻回となることも指標のひとつ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 部位 ・ 特徴：侵害受容性疼痛（体性、内臓）、神経障害性疼痛（末梢性、中枢性） ・ 発現：持続期間および頻度、増強因子、緩和因子、関連症状 ・ 強さ ・ QOL に及ぼす影響
(3) 痛みのアセスメントスケール（意識レベルが明確な患者）
<ul style="list-style-type: none"> ・ ビジュアルアナログスケール(VAS) ・ フェイススケール ・ プレゼントペインインテンシティ(PPI)
(4) 認知障害者の痛みの評価
<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動の変容 ・ 発声（うなる） ・ 日常生活動作の機能レベルの変化 ・ 介護者からの報告、情報
3. 痛みのコントロール目標
<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1目標：夜間の睡眠の確保 ・ 第2目標：安静時の除痛 ・ 第3目標：体動時の除痛
4. 非薬物的介入
<ul style="list-style-type: none"> ・ 温・冷パック ・ マッサージ ・ 運動・理学療法 ・ アロマセラピー ・ 音楽療法

<p>5. 薬物的介入</p>
<p>(1) 適切な薬剤介入のためカンファレンスの活用、医師等とともにアプローチ</p>
<p>痛みの目標が達成されない時、医療チームで達成する方法を見出す 服薬拒否ある場合には薬剤師と連携し薬剤についての知識を患者に提供 薬の効果についての評価日を必ず設定し、コントロールに向けてチームで話し合う ボルタレン、ロキソニン（非オピオイド）⇒MS コンチン（内服） デュロテープパッチ⇒オキシコンチン（内服）、塩モヒ（DIV）、セレネース</p>
<p>(2) オピオイドの一般的な副作用と管理(Berry et al.,1999;Dahl,2000)</p>
<p>鎮静：通常1～3日で消失。持続するならオピオイド用量のわずかな減量や補助薬物療法の必要性を考慮する。過度の鎮静は疼痛症候群がオピオイド抵抗性である徴候がある 便秘：緩下剤の定期処方により予防可能 嘔気：通常3～5日後に催吐作用に耐性になる。その間に制吐薬の使用が適切 錯乱：基礎原因を評価する。鎮痛が十分であれば不必要な中枢神経系作用性薬物療法を除く。そしてオピオイドの投与量を25%減量する。錯乱が持続すれば神経遮断薬を試みる</p>
<p>(3) 患者家族教育</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 麻薬に対する不安や疑問の解消 ・ 疼痛管理の重要 ・ 疼痛を我慢することなく除痛を図る必要性 ・ 疼痛の部位、程度および性質について、医療従事者へ積極的に伝えてもらう ・ 効果の判定者は患者本人であることを認識してもらう ・ 精神依存や耐性について ・ がん疼痛治療に用いる限り、依存性や中毒の心配はない ・ 投与量について ・ 投与量を増やすことによって鎮痛効果も増強する ・ 投与量は疼痛の程度によって決まり、個人差が大きい ・ 定時的投与の重要性 ・ 屯用ではなく決められた時刻に用いる ・ 各種オピオイド製剤の特徴とその使い方 ・ 徐放性薬剤と速効性薬剤に大別 ・ 各種製剤の薬物動態学的特徴を理解してもらう ・ 減量や投与中止について ・ 疼痛が大幅に減弱した場合や消失した場合には減量や投与中止もあり得る ・ 自己判断で勝手に減量や投与を中止してはいけない ・ 副作用対策のための薬剤の使い方 下剤や制吐剤の種類、調整方法など
<p>(4) 認知症の患者への対応</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症患者へ安全に治療が受けられるよう配慮（DIVが無理な場合、内服やパッチへ変更） ・ 認知症の家族より患者の日頃の痛みの訴え方や情報を得てケアに生かす ・ 生活行動に変調が見られたときに、家族より家での様子について情報を得てケアに生かす

呼吸困難

1. 特徴
呼吸困難に伴う持続的疲労は患者と見守っている家族双方にとって最もつらい症状の一つである。緩和ケアにおける呼吸困難の評価は機能異常やガス交換異常の状態よりも、患者の苦痛の緩和に向けられるべきであるが、高齢者では呼吸困難の訴えが必ずしも明瞭ではない。呼吸・循環動態の観察とともに、身体や行動で示している、日頃と違うサインを敏感に感じ取る必要がある。
2. アセスメント
(1) 呼吸困難の評価
ビジュアルアナログスケール(VAS) JCS I - 2 以上の場合 「息は全く苦しくない」～「息がひどく苦しい」一番上 (Kuebler et al 1996)
(2) 呼吸困難の原因をアセスメントする
「速い」、「重い」：運動性呼吸困難 「きつい」：喘息 「窒息感」：うつ血性心不全 (Simon et al 1990)
(3) 不安、恐怖、うつ、無力感などの心理感情状態の評価
(4) 客観的指標
<ul style="list-style-type: none"> ① 呼吸数、呼吸深度、呼吸努力の観察 呼吸数、過呼吸、過喚起は呼吸困難の定義に使用しない ② 多次元的にとらえる 機能的活動度の低下やQOLへの影響を評価 活動による誘発される呼吸困難の程度 ③ 訴えのない場合に観察が重要 呼吸数の増加 落ち着きのなさ 発汗 補助筋肉の使用 あえぎ チアノーゼ 速く苦しい呼吸は不快を意味する。 ④ 呼吸困難によるものか、他の生理的、心理的不快によるのか見定める。
(5) 病歴と身体所見
<ul style="list-style-type: none"> ① 理学所見：鼻、口、咽頭、喉頭、肺、気道、胸郭、末梢および中枢の呼吸中枢を含め全ての呼吸器系の評価 ② 年齢・性別：気流と胸壁の動態に影響 ③ 喫煙歴、慢性疾患の存在は主観的な呼吸困難の自覚に影響

(6) 診断：診断検査の負荷と費用とを考慮

- ① 呼吸困難の基礎疾患は予後、有害作用、費用、予想される結果に留意して、可能な限り治療する。
- ② 胸部X線、指の酸素飽和度測定、簡単な血液検査により呼吸困難の重要な原因鑑別可能

3. 呼吸困難のコントロール目標

- ・ 第1目標：夜間の睡眠の確保
- ・ 第2目標：安静時の呼吸困難が緩和
- ・ 第3目標：体動時の呼吸困難が緩和

4. 介入

(1) 薬剤による介入

- ・ 無治療も含め全ての治療法について患者、家族に説明されたか確認し、不足を補う。
- ・ 安楽な生活が維持できるように麻薬の開始時期を早期に検討する。
- ・ 必要時すぐに使用できない状況を作らないため、早い時期に家族に了解を得ておく。家族が決断までに時間を要し、家族の了解なしには使用できない。
- ・ 患者、家族を含め医療チームで何度もカンファレンスを開き目標が達成されるように検討する。

<セデーションについてチームで話し合い決定する>

セデーションにより意識レベルが下がって苦痛表情が消え、呼吸が落ち着き安らかな状態になることができるか。死期が早くなるが、苦しみを我慢するより、安らかに最後を迎えることを希望しているか情報を持ち寄る。

- ① 患者と家族の希望が異なる時。例えば、患者は薬を使って欲しいというが、家族が望みを持って生きて欲しいと言うとき苦痛緩和の薬を使用するか話し合う。
- ② 家族は患者が苦しそうな様子を見て緩和を希望するが、呼吸が抑制されることを話すと使用を望まないとき、家族にどう対応するか話し合う。
- ③ 終末直前期は喘鳴と痰の区別が困難であり、家族は痰が詰まったとって吸引を望むが、吸引によってサチュレーションが下がり呼吸停止が起こることがあるので、どのように納得するよう説明するか。
- ④ スタッフ個人が麻薬使用の判断をすることは負担が大きい。話し合いで総合的に判断し、より良い方法を決定する。

- ・ 薬剤（詳細は別紙資料参照）

- ①オピオイド
- ②抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神薬（フェノチアジン）
- ③副腎皮質ホルモン：気管支拡張薬が無効になったとき開始
- ④気管支拡張薬：選択的β刺激薬 イソプロテノール エチルノルエピネフィリン
- ⑤抗ガン治療
- ⑥胸水貯留；胸水穿刺

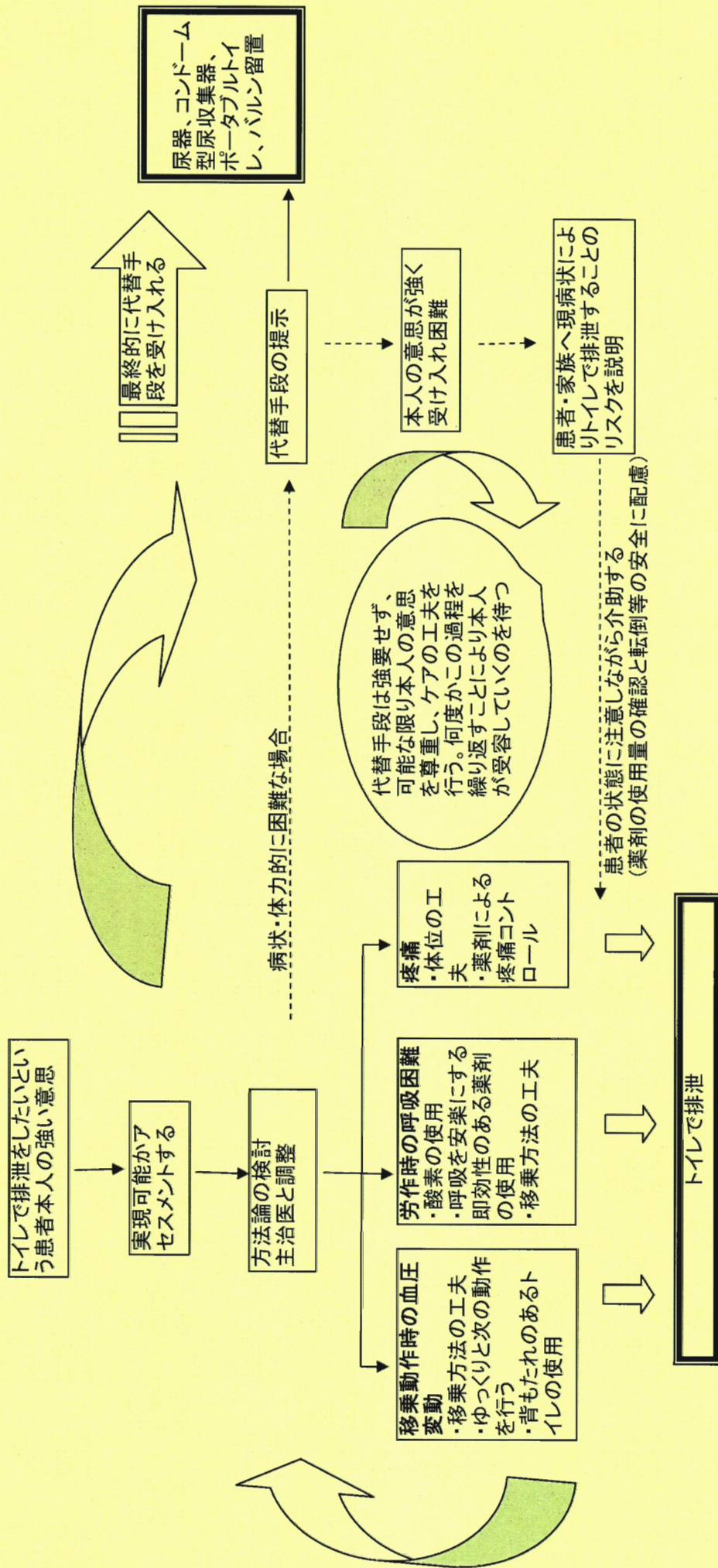
(2) 看護：自覚症状緩和 呼吸数減少と不安を軽減する

- ① 意識明瞭な人には患者がどうしたいか聞いて対応する。
- ② 側に寄り添って一緒に口すぼめ呼吸を行う
- ③ 効果的に酸素を取り入れるようにゆっくり呼吸を整える。
- ④ 患者の好む楽な体位、ファーラー位をとる。
体位ドレナージ等は積極的にはしないことが多い。
- ⑤ 呼吸を促すためスクリンやマッサージを行い筋の緊張をほぐす。
- ⑥ 痰の粘調度の高い時は吸入をし、吸引する。
- ⑦ 吸引を患者が嫌がるときには積極的に実施しない。吸引によってサチュレーションが低下する場合があるので注意する。
- ⑧ 酸素を医師の指示に従い調整する。
- ⑨ 慢性的に経過する患者にも終末期肺理学療法の効果を検討する。
- ⑩ 過剰な水分摂取を避ける
- ⑪ 環境調節
涼しい空気（ベットの扇風機）
タバコの煙、香水、芳香など身の回りの刺激物を除去
室温を患者にとって適温にする
十分な換気を行う
- ⑫ 冷たいものを顔に当てる
- ⑬ 緊張をほぐす治療、リラクゼーション療法をおこなう
患者の側にいて不安を軽減 チームで優先的事項扱い
落ち着いた態度で接する
可能であれば家族に患者の側に居てもらおう(特に夜間不安が強くなりやすい)
死への恐怖があってパニックになって呼吸困難になることが多いので看護師は恐怖感を取り除くよう側にいる。家族に手を握ってもらおう、タッチングしてもらおう。
- ⑭ 死直前の努力呼吸が始まった時家族がおちついて看取りができるように状態を説明する。
- ⑮ 家族の希望にしたがって処置等を実施しても、それが他の苦痛のとなり、結局元に戻すことがある。結果として患者が振り回されるので、希望を取り入れることでどのような事態に至るのかイメージできるように医療者は家族に説明する。
具体例：家族は患者の苦痛を見ていられないと考え→エンモヒ使用希望→その結果患者の意識が低下し、話せない→家族がエンモヒ中止希望→患者苦しさ出現するなど患者が振り回される。

ADLが低下した患者への援助

1. 目標
<ul style="list-style-type: none">・ 日々を快適に過ごす・ 病態的に困難と判断されても患者本人と家族が希望する生活動作を行う
2. 清潔の ADL が低下した患者への対応
<ol style="list-style-type: none">(1) 負担にならないように部分的に清潔ケアを実施する(2) 身だしなみを整える(3) 状態が安定している状況のみはからって（薬剤・食事時間等）入浴援助を行う
3. 排泄の ADL が低下した患者への対応
<ol style="list-style-type: none">(1) 身体機能の負荷が大きいと考えられる場合にも患者本人の気持ちを尊重する(2) 陰洗等の保清介助の開始時期のタイミング（異性による羞恥心や遠慮への配慮）を考慮する(3) 患者が失敗を繰り返すうちに徐々に受容していくのを待つ（だいたい1~2週間）排泄方法について情報を提供するが強要せず寄り添う(4) ポータブルトイレへの抵抗感がある場合は可能な限り車椅子でトイレへ行く(5) 尿管カテーテルは病状にもよるが最期まで入れずにいることも選択肢の一つである(6) 患者に不安が強く排泄介助を1つの目的としてナースコールが頻回になることがある。特に夜間に不安が増強するとき、日勤のプライマリーができる限り時間をつくって患者の不安を軽減できるようにする
4. 食事の ADL が低下した患者への対応
<ol style="list-style-type: none">(1) 状態の変化に応じて細やかに患者が望む食事に変更、提供をする(2) 家族への説明（家族は食べないと死んでしまうのではという思いが強い）(3) ADL の低下や重症度の理解に家族と医療者間にギャップがないか確認する(4) 生命にかかわる医療的側面と患者の QOL や家族の思いについて話し合い対応や方向性を検討していく(5) 医師が説明するときに同席して家族の反応を確認する(6) 家族の意向もききつつできる範囲での対応を検討し、家族ができること、代償行為の提案をする(7) 高齢者は特に食形態に配慮し、誤嚥や窒息に注意する

看護師は困難と考えるが患者本人の強い希望がある排泄のADLが低下した患者への援助



心理的ケア

1. 目標

- ・ 気持ちを表出できる
- ・ 表情が穏やかになる

2. 介入

- (1) 患者が生きてきた人生を振り返りその存在意義を再確認するように関わる
- (2) 心の思いや語りを傾聴する
 - ・ 死にまつわる話題を傾聴し共有する
 - ・ 答えを返すのではなく、患者が言った言葉の繰り返しや、「あなたの気持ちはよく分かります」「そうですね」等、共感を表す言葉をかける
- (3) 死にまつわる話題を提供し共有する
- (4) 患者が心地よい時間を過ごす
 - ・ 患者が好むケアを提供する（話、音楽、リラクゼーション）
 - ・ 患者の趣味や仕事等好きなことについて話題を提供する
 - ・ 家族と一緒に過ごす時間をつくる

家族へのケア

1. 家族ケアをする際に高齢者ターミナルの特徴

終末期高齢者は患者本人の意思表示ができない場合や家族が疎遠、または関心を示さないケースも多くある

家族も高齢のため認知力の低下がみられ、意思決定をするまでに時間がかかる

2. 目標

- (1) お別れができるように最期の場面をつくる
- (2) 患者と家族との時間の共有への援助
- (3) ゆっくり患者に関わることができる環境をつくる
- (4) 亡くなることを家族が受容できるようにする

3. 方法

- (1) 患者・家族の意向にそうごと（患者本人の自己決定が優先）
- (2) 家族の中でキーパーソンは誰であるか確認する（実際のキーパーソンがみえにくい場合もある、役割によりキーパーソンが異なる場合もある）
- (3) 病名・病状告知に関する悩みへのケア
具体的に何に悩んでいるのか確認する
患者へ病状を隠すことはお互いに辛いことを説明する
QOLを維持しながらの治療の可能性についても説明する
- (4) 延命と苦痛緩和の葛藤への配慮
麻薬使用について不安となることを確認する
必要時、医師との調整や薬剤師へつなぐ
使用することに抵抗を感じる時には、以下の説明をする
 - ①段階を追って使用していくこと、
 - ②患者の安楽のための最善の方法であること、
 - ③苦しまずに最期を迎えることは患者の重要な権利であること
- (5) 常に介護者に耳を傾け、在宅で看取ることの決意を理解し続ける（共感的理解）
一緒に退院調整を行い、地域のケアマネや訪問看護師と連携する
決意に対して支持しながら、介護負担とならないようにいつでも頼れることを伝える

- (6) 医師の説明の際に家族の緊張を和らげ、医師との意志疎通を円滑にする役割をとる
医師からの病状説明の際には看護師が同席し、内容が理解できたか、誤解やずれがないか確認する
迷いに対しては肯定的に十分話を聞き、相談にのる
医師にも相談や看護カンファレンスの情報を伝え、必要時再度、MTの設定をする
- (7) 認知症の家族の葛藤への援助、特に患者の病前の性格より変化していることへの戸惑いに対して援助する
- (8) 今後起こりうる身体的変化等必要な情報を必要な時期に提供する（情報の整理）
新たな治療が始まる時や、状態が変化したときに情報提供をする
- (9) 家族が高齢者自身の徐々に死に向かっていく生命過程を受容できるよう援助
昨日からの変化やその日の患者の状況について説明
- (10) 臨死期における患者の変化（循環低下、傾眠、見当識障害、失禁、喘鳴、呻吟、食欲低下、睡眠時無呼吸、尿量の減少等）を伝え、家族に出来ることを伝える
昔の思い出話や簡単なケアへの参加、感謝の言葉を伝えること等すすめる
- (11) 家族が死の看取りのプロセスの中で揺れ動く感情を察知する
感情の放出をありのままに受容する
- (12) 家族の日頃の労をねぎらう
面会状況を把握する
有効だった介入や関わりを伝え感謝する
- (13) 地域の専門職による介護者への精神的ケア（不安の軽減や判断の援助・相談）
- (14) 高齢者自身と家族だけの十分な時間の提供（個室へ移す）
- (15) 死後の処置を希望があれば家族と共に行うこと

疼痛コントロール

1. 基本的方針(Berry et al.,1999;Dahl,2000)

- ① 疼痛評価のデータを記録する
- ② 疼痛の強さおよびタイプと薬物の選択を対応させる。
- ③ 適量を投与する。耐えられない副作用をまねかずに痛みを緩和する用量まで漸増する。
- ④ 可能ならば経口投与を用いる。不可の場合、非経口的投与の前にトローチ、舌下、直腸、および経皮投与を考慮する。
- ⑤ 持続痛は定期的徐放性または長時間作用型オピオイドと麻薬抵抗性疼痛に対する短時間作用型薬物投与による治療を必要とする。
- ⑥ 麻薬抵抗性疼痛に対して適切な効果的用量を使用する。24 時間用量の 10~20%を 1~2 時間ごと投与が通常の効果的用量である。
- ⑦ Fentanyl を使用する場合は効果的用量を計算してパッチの総量を 3 分割する。これが morphine sulfate 速効の適量である。
- ⑧ 患者が 24 時間に 3 回の効果的用量を超えて必要とする場合は、ベースライン用量を増量する。
- ⑨ ベースライン用量の増量が必要とされたら、速効型製剤で 2 時間ごと、長時間作用型製剤で 12 時間ごと、fentanyl 経皮パッチで 72 時間ごとに安全に行う。
- ⑩ 間欠痛は必要に応じて投薬する治療法を必要とする。
- ⑪ 麻薬抵抗性疼痛に対しては 1 種類の鎮痛薬のみ指示する。
- ⑫ 絶えず続く痛みに対しては 1 種類の長時間作用型オピオイドのみ指示する。
- ⑬ 痛みについて患者の訴えに相応してオピオイドの用量を増量する。
 - ・軽度~中等度疼痛、25~50%増量
 - ・中等度~重度疼痛、50~100%増量
 - ・25%未満の増量は無意味である
- ⑭ 薬物療法または投与経路を変更する際は、等鎮痛薬交換を使用する。
- ⑮ オピオイド - 無反応性神経障害性疼痛に対して補助薬物療法を用いる。
- ⑯ 非薬物学的アプローチは常に疼痛管理プランの一部である。
- ⑰ 患者がオピオイドを常用している場合、適切な便秘予防を指示する。

2. 高齢者への薬物投与

- ① もっとも効き目が穏やかでもっとも排出率の早い薬物から始める。
- ② 最低の投薬量（普通の大人への投薬量の 3 分の 1 から 2 分の 1 より始める。患者の反応をみながら徐々に増量していく。
- ③ 薬物に対する患者の反応を、鎮痛の程度や副作用の存在の観点から注意深く記録する。

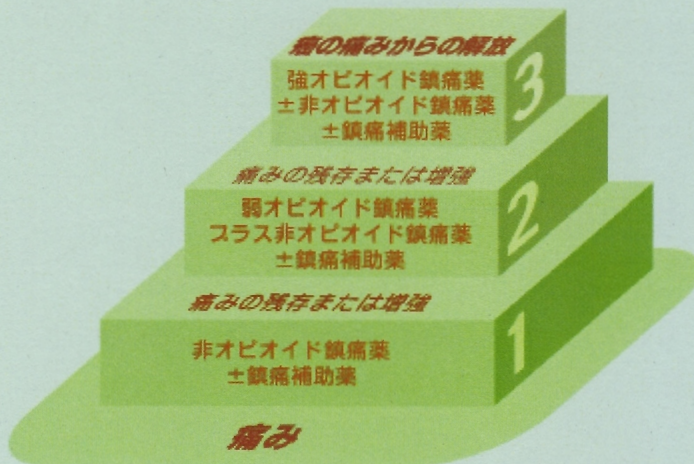


図1 WHO オピオイド使用ガイドライン

3. 主な薬剤

(1) 鎮痛薬

アスピリン

アセトアミノフェン

(2) 鎮痛補助薬

抗うつ薬

抗けいれん薬

NMDA 受容体拮抗剤

ステロイド

(3) 非ステロイド系抗炎症薬 (NSAIDs) 分類 (プロスタグランジンの合成低下)

イブプロフェン

ナプロキセン

ケトプロフェン

メフェナム酸

インドメタシン

ロキソプロフェン

ジクロフェナク

(4) 麻薬性鎮痛薬

塩酸モルヒネ

塩酸モルヒネ徐放剤

リン酸コデイン

クエン酸フェンタニル

塩酸メペリジン

(5) 拮抗性非麻薬性鎮痛薬 (オピオイド)

酒石酸ブプレノルフェン

酒石酸ブトルファノール

ペンタゾシン

呼吸困難の薬物使用

①オピオイド：呼吸困難の緩和に最もよく使用、治療の基本である。

呼吸困難に対するオピオイドの使用が正しく理解されていない。

治療適応も正しく行われていない。

症状に対する認知反応をうち消すことで呼吸困難を軽減する。

呼吸困難緩和への使用

開始量：4時間毎 5～6 mg

疼痛のためモルヒネを使用中に呼吸困難がある時 50%の増量

(Twycross, 1997)

モルヒネの吸入 評価が分かっている

オピオイド受容体は呼吸路の感覚神経に存在

開始量：保存剤抜きで 2～2.5mg を 3ml の生理食塩水
に希釈する。モルヒネで 10～20mg まで増量できる

②抗不安薬・抗精神薬：ベンゾジアゼピン、フェノチアジン

低酸素反応と換気反応を抑制、呼吸困難に対する心理的反応をかえる。

ベンゾジアゼピンは評価が分かれる 長期に耐えられない

肝臓で代謝されると長時間作用型代謝産物に変換

ジアゼパムとアルプラゾラムも評価が分かれる

フェノチアジン(クロルプロマジン、プロメタジン):呼吸困難を伴う不安に有用

COPD 患者の呼吸困難に有効

モルヒネと上記の組み合わせは有効

モルヒネとプロクロペラジンの組み合わせは無効

クロルプロマジンとプロメタジンをモルヒネ無しで単独

③副腎皮質ホルモン:作用機序は不明。炎症の減弱と気管支拡張の増大と信じられている。

気管支拡張薬が無効になったとき開始

開始量；プレドニゾン 30～60mg/日

デキサメサゾン 6～8mg/3～4 回/日

④気管支拡張薬：選択的β刺激薬 イソプロテノール エチルノルエピネフィリン

⑤抗ガン治療

⑥腹水貯留；腹水穿刺

⑦補助療法：自覚症状緩和 呼吸数減少と不安に有効

終末期の患者状態を家族へ説明する例

- (1) 手足が冷たくなったり、冷汗でじっとりとして、身体の下部や手足の先が紫色になることがあります、これは血液循環の低下によるものです。寝具をかけたたりさすったりしてあげましょう。
- (2) 眠っている時間が多くなる。家族の方は話ができなくなり寂しい思いをするかもしれません。しばしば目覚めが困難になったりする。これは全身衰弱の結果なので、無理に起こしたりせず、ときどきさすったり、声をかけてあげると安心されます。
- (3) 時間や場所、名前、時として家族の確認が混乱してくるかもしれないが、これも全身衰弱の結果です。適度に事実を伝えることは必要ですが、無理に訂正したり、責めたりしてはいけません。
- (4) 排泄のコントロールができなくなり、尿や便をもらしてしまうことがあるが、家族方が気にすると患者さんも不安になります。患者さんの負担にならない範囲で、適切に処理しましょう。
- (5) 口からの分泌物が多くなったりして、喉の奥にたまってゼロゼロという音がすることがあります。この症状を死前喘鳴と呼ぶが、身体の体液吸収力の減退や、自分で丹を出せないことが原因です。綿棒でぬぐったり、ガーゼで拭きとってあげるとよいことがあります。また、息をするたび苦しそうに声が出ることがあります。これを呻吟と呼びますが身体が弱ってくると声帯のあたりが不安定になってそのような声が出るので、決して苦しみの表現ではありませんから安心してください。
- (6) 視力と聴力が次第に低下してきますが、五感のなかで聴力は最後まで残るといわれています。ただ呼びかけても、からだが弱っているので、聞こえているという反応がないだけです。患者さんが疲れない程度に時々呼びかけてあげてください。また眠っているからといって、患者さんを心配させるような会話は慎みましょう。
- (7) 身体がだるくて身のおきどころが無くなり、じっとしてられず終始手足を動かしたりして落ち着かなくなります。これは全身衰弱と脳の酸素循環の低下の結果です。ときどき手や足をさすってあげたり、呼びかけてあげると患者さんは安心されます。足がだるそうなときは、足元に座布団を折って入れたり、クッションなどで高くしてあげると少し楽になることがあります。
- (8) 食欲が低下しますがこれはエネルギーの消費を自然に予防し始めているのです。氷や冷水、シャーベットなどのさっぱりしたものをむせに注意しながら少しずつ口に含ませてあげてください。患者さんが拒否するときは飲食物を無理に強制しないで下さい。
- (9) 眠ったときに急に呼吸が止まったようになることがあります。呼吸の調子が変わって10~30秒位無呼吸状態が起こります。これは循環の低下と老廃物の体内蓄積のときによくある兆候です。また死が近づくにつれ呼吸状態は不安的になり、肩や下顎で呼吸するようになりますが衰弱が進むと自然にこのような息づかいになります。患者さんはもう苦しみから解放されているので、見ていてこちらが苦しくなりますが、患者さんは苦しくないので安心してそばについてあげてください。
- (10) 死が近づくにつれ尿量が減り、色も濃い褐色になるのは自然の経過で、尿が膀胱内にたまり排泄されないこともあります。患者さんが不快を示されるときは医療者に相談してください。

<引用文献：新田美鈴・池永昌之；治療増刊号，84，356-358，2002>

資料

林文韶

調査票

患者の終末期の状況

No

1. データ収集日 年 月 日
2. 記入者
3. 病棟名
4. 高齢者の入院日 (年 月 日) 死亡日 (年 月 日)
5. 疾患名 :
6. 最後の入院前までの経過の概要

以下の質問について該当する番号をまるで囲んでください。()にはご記入ください。

1. 高齢者のご本人の終末期医療への意向

11) ご本人は最後をどこで療養したいと考えていましたか。

- ①自宅 ②病院 ③本人自身が分からない ④不明
⑤その他確認した時の反応 ()

12) ご本人はどのような治療を希望していましたか。

- ①延命治療を最後まで受けたい
②苦痛なく穏やかに最後を迎えたい
③本人自身がどうしたいかわからない
④不明
⑤その他確認したときの反応 ()

13) ご本人は病気・余命を理解したいと思っていましたか。

- ①病気を理解し治療を自分で選択したい
②病気のことには知りたくない
③本人自身が分からない。
④不明
⑤その他確認したときの反応 ()

2. 治療方針決定プロセス

14) 病状・治療の説明

- ①本人に全て話した。(理由)
②本人には一部のみ話した。(理由)
③本人には話さなかった。(理由)

15) 終末期の治療方針の決定プロセス

①本人を交えて治療方針を決定(理由)

②家族とのみ治療方針を相談し決定(理由)

③その他 ()

理由 : ()

3. 終末期の本人の苦痛

16) 高齢者は穏やかに最後を迎えることができましたと思いますか

①はい ②いいえ ③不明

17) 高齢者の死への恐れがあるようでしたか。

①はい ②いいえ ③不明

18) ある場合それほどのようでしたか。

()

19) 本人の一番の苦痛は何でしたか。

()

4. 家族の状況・満足度

20) 家族の看取り

① 十分看取ることができた。

② 心残りが大きかった。

③ 看取ることに熱心でなかった。

④ その他 ()

21) 家族の苦痛・悩み

()

5. 何か事例について記入しきれない状況がありましたら自由にお書きください。

研究協力の依頼

癌の終末期看護については明らかになりつつありますが、高齢者の終末期看護モデルはありません。医療施設で終末期を迎える高齢者が多い現状の中で、医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアプログラムを開発することは重要と思われます。この結果は老人病院や一般病院における高齢者の終末期ケアに活用可能であると考えます。

今年度は、亡くなられた 75 歳以上の患者様が、どのような終末期を迎えているのか、どのような苦痛があるのか、どのようにコントロールしているのか等について分析するものです。

お忙しいとは思いますが、何卒、研究の趣旨をご理解頂き、ご協力をお願い申し上げます。

調査要綱

1 から 2 ヶ月前に亡くなられた患者様の終末期の経過や治療・看護につて想起して、所定の用紙に記録して頂きます。実際についてありのままお書き願います。不明な点について後日確認させて頂くことがあるかも知れません。

- ・調査の途中でお止めになりたくなつた場合、いつでも中止できます。
- ・個人情報管理については情報を特定できないように対応表を作成し、責任を持って情報管理致します。
- ・看護師個人名は一切公表せず、プライバシーを守ります。

結果の開示

結果の進み具合や、その成果等については求めに応じ説明致します。

調査内容に同意されご協力くださる場合は、別紙に署名をお願い致します。

質問やお問い合わせ等がございましたら下記にご連絡願います

平成 15 年 8 月 23 日
東京女子医科大学看護学部
老年看護学
研究代表者 水野敏子
TEL03-3357-4959

同意書

私は高齢者高度医療専門病院における終末期ケアプログラムの開発の研究について説明を受け、その方法、分析結果の開示方法について十分理解しました。研究に協力し、私が作成した記録を研究データとして使用することに同意致します。

平成15年 月 日

氏名

私は研究の情報提供者ならびに患者様のプライバシーを守り、このデータは研究以外には使用しないことを約束します。また、公表においても個人を特定し得るような方法での提示はしないことを約束致します。

平成15年 月 日

東京女子医科大学看護学部

研究責任者 水野敏子

「高齢者高度医療専門病院における終末期看護に対する看護師の認識とケア実践」面接手順

1. テープレコーダー、電池、面接用紙の確認
2. 11 階西看護職長に挨拶し、面接場所と面接者 2 名の確認と二人目の人への連絡方法を確認
3. 面接場所、録音機器準備・確認
4. 調査者自己紹介
5. 調査の概要の説明
6. 同意書の説明、記入内容(サイン)の確認
7. 本人にフェイスシートへの記入をして頂く。内容確認
8. 面接（所要時間 50 分） 開始と終了時間をテープに入れるか面接記録記入
9. 面接終了時お礼

対象者の条件確認：老人医療センターで 3 年以上勤務し、呼吸器病棟で 1 年以上勤務している看護師

面接内容
<ol style="list-style-type: none"> 1) これまでに高齢者の終末期ケアで、よくできたと思われた患者様はいらっしゃいますか。いらっしゃいましたら具体的にお話ください（年齢、疾患名など含む）。 2) これまでに高齢者の終末期ケアの体験の中で難しかった患者様はいらっしゃいますか。いらっしゃいましたら具体的にお話ください 3) そのほか、これまでに高齢者の終末期のケアを行う際に難しいと感じたこと、悩んだこと、困ったことがありますか。具体的にお話ください。 4) その中で（終末期ケアの体験の中で）高齢者であるがゆえに難しいと思われたこと、悩んだことがありますか。具体的にお話ください。 5) それらを解決するためにはどのようなことが必要でしょうか。 6) 高齢者の終末期のケアをするときに大切にしていることを教えてください。

フェイスシート

No

面接者

年 月 日

1. 年齢	歳
2. 看護経験	満 年 ヶ月 (うち病院での経験 満 年 ヶ月)
3. 呼吸器病棟での経験	満 年 ヶ月
4. 職位	① 看護職長 ② 主任 ③ スタッフ
5. プライマリ患者様の終末期 ケアの経験	① 10例未満 ② 10～19例 ③ 20～30例 ④ 30例以上
6. 呼吸器疾患のプライマリ患者様 の終末期ケアの経験	① 10例未満 ② 10～19例 ③ 20～30例 ④ 30例以上
7. 終末期ケアに積極的に 取り組んでいますか	① 非常に ② やや ③ あまり ④ まったく

「高齢者高度医療専門病院における終末期看護に対する看護師の認識と
ケア実践」の研究協力をお願い

癌の終末期看護については明らかになりつつありますが、高齢者の終末期看護モデルはありません。医療施設で終末期を迎える高齢者が多い現状の中で、医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアプログラムを開発することは重要と思われます。この結果は老人病院や一般病院における高齢者の終末期ケアに活用可能であると考えます。本研究は終末期ケアプログラムを作成するために、皆様が日頃、高齢者の終末期ケアを実践する上で大切に思っていることや困っていること、比較的よくできていると思われるケアの内容などについて伺い、今後のどのような看護が必要とされるのか考えてまいりたいと思います。そのため、終末期ケアについてご経験のある看護師の皆様に面接をお願い申し上げます。

面接は 40 分から 60 分程度です。正確にお話をお聞きするためできましたらテープレコーダーで録音させていただきたいと思えます。お聞きした内容は匿名化し、個人が特定できないようプライバシーに十分注意いたします。お時間の都合、体調、気分などにより途中で中断することができます。調査への参加は自由意志です。参加されない場合でも、不利益になることは一切ありません。尚、お話いただいた内容は、データとして質的に分析いたします。結果は論文等にまとめ、発表させていただきたいと思えます。その際には、プライバシーを保護するため、データの匿名化を行います。また、お聞きしたお話は本調査以外の目的で使用しないことをお約束いたします。何卒、研究の趣旨をご理解頂き、ご協力をお願い申し上げます。

研究内容に同意されご協力くださる場合は、別紙に署名をお願い致します。なお、質問やお問い合わせ等がございましたら下記にご連絡願います

平成 16 年 12 月 20 日

東京女子医科大学看護学部

老年看護学

研究代表者 水野敏子

TEL03-3357-4959

東京女子医科大学看護学部
研究責任者 水野敏子 殿

同 意 書

私は「高齢者高度医療専門病院における終末期看護に対する看護師の認識とケア実践」の研究について説明を受け、その方法、分析結果の開示方法について十分理解しました。研究に協力し、またその記録を研究データとして使用することに同意致します。

平成 年 月 日

ご署名：

ご所属：

研究結果の送付を希望されますか

1. 希望する

2. 希望しない

平成 年 月 日 説明

説明者：氏名

高齢者高度医療専門病院における終末期看護ケアプログラムの開発 —終末期ケアプログラムの実施、修正—

癌の終末期看護については明らかになりつつありますが、高齢者の終末期看護モデルはありません。医療施設で終末期を迎える高齢者が多い現状の中で、医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアプログラムを開発することは重要です。この結果は老人病院や一般病院における高齢者の終末期ケアに活用可能であると考えます。

本研究は終末期の患者様に、本研究で作成された終末期ケアプログラムに沿ってケアを実践し、その結果から、ケアプログラムをより実践的で使用しやすいように修正することを目的としています。終末期ケアについてご経験のある看護師の皆様、実践結果から修正点や感想などご意見を頂きより有効なプログラムにして参りたいと思います。何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

1. 目的：作成されたケアプログラムに基づいて終末期の患者様に看護実践し、その結果からプログラムを修正し、より有効なケアプログラムを作成する。
2. 研究方法
 - ・ 終末期にあり、今回の入院が最後と思われる患者様に対して、本研究で作成された終末期ケアプログラムにもとづいて看護実践する。
 - ・ ケアプログラムを活用した結果、有効な点、修正が必要なところ、課題等について調査票に記入する。
 - ・ ケアプログラムの活用結果と修正点、今後の課題についてカンファレンス等で意見交換する。
3. 研究上の倫理
 - ・ 研究への参加は自由意志であり、同意されない場合でも不利益を受けることはありません。また研究に参加された後でも、いつでも中止できます。
 - ・ 会議やカンファレンス等の会話をテープレコーダーで録音させていただきます。希望されない場合は録音いたしません。またお話になりたくないことはお話いただかなくても不利益を受けることはありません。
 - ・ お聞きしたお話は本研究以外の目的で使用いたしません。
 - ・ 得られたデータは匿名化し、個人が特定できないようプライバシーに十分注意いたします。研究終了後は抹消します。
 - ・ 結果は論文等にまとめ、発表させていただきます。

研究内容に同意されご参加くださる場合には、別紙に署名をお願い致します。

なお、質問やお問い合わせ等がございましたら下記にご連絡願います

平成 18 年 8 月 4 日
東京女子医科大学看護学部
水野敏子 坂井志麻
TEL03-3357-4959

同 意 書

東京女子医科大学看護学部
研究責任者 水野敏子 殿

私は「高齢者高度医療専門病院における終末期看護ケアプログラムの開発・プログラムの実践と修正」の研究について文書を用いて説明を受け、その方法、結果の開示方法について十分理解しました。研究に協力し、また記録を研究データとして使用することに同意致します。

2. 本研究の目的は作成されたケアプログラムに基づいて終末期の患者様に看護実践し、その結果からプログラムを修正し、より有効なケアプログラムを作成することです。
- 研究への参加は自由意志であり、同意されない場合でも不利益を受けることはありません。また研究に参加された後でも、いつでも中止できます。
 - 会議等の会話をテープレコーダーで録音させていただきます。希望されない場合は録音いたしません。またお話になりたくないことはお話いただかなくても不利益を受けることはありません。
 - お聞きしたお話は本研究以外の目的で使用いたしません。
 - 得られたデータは匿名化し、個人が特定できないようプライバシーに十分注意いたします。研究終了後は抹消します。
 - 結果は論文等にまとめ、発表させていただきます。

<本人書名欄>

同意日： 平成 年 月 日

氏 名：

住 所：

<説 明 者>

説明日： 平成 年 月 日

氏 名：

高齢者高度医療専門病院における終末期看護ケアプログラムの開発 終末期ケアプログラムの実施、修正への協力依頼（医師用）

私どもは高齢者高度医療施設における終末期ケアプログラムの開発研究に取り組んでおります。このプログラムは一般病院における高齢者の終末期ケアに活用可能であると考えます。

この度、看護師の面接結果をもとに、看護師との話し合いを重ねてケアプログラムを作成いたしました。今年度は終末期の患者様に、本研究で作成された終末期ケアプログラムに基づいてケアを実践し、その結果から、ケアプログラムをより実践的で使用しやすいように修正することを目的としています。

高齢者の終末期ケアプログラムを実施するに当たって、医師の皆様のご協力を賜りたくお願い申し上げます。

本ケアプログラムは、終末期であっても退院や外泊を実現すること、苦痛をコントロールすること、苦痛の中でも特に疼痛、呼吸困難のコントロールを行うこと、不安の軽減、家族への支援を重点的に行うように計画されています。

特に、疼痛コントロールや、退院、外泊について目標達成のために医療チーム内の意見調整が現在以上に必要になると考えております。

また、現在よりも、薬剤師や在宅医療援助相談室、理学療法士などの患者様への活用を積極的に行い、チームカンファレンス等に参加して頂く予定でおります。

ケアプログラムの実施中にご相談することがあると思いますので、ご協力をお願い申し上げます。

ご意見や不明な点がございましたら、下記にご連絡下さい。

平成 18 年 8 月 20 日
東京女子医科大学看護学部
水野敏子、坂井志麻
Tel : 03-3357-4959
Fax : 同上

第1回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：退院・外泊時の指導ケア項目の明確化

1) 文献より

告知（stage を含めた病状説明）必要性

痛みや苦痛等の症状のコントロール

家族への介護指導

急変時の対応

24 時間相談体制

退院前に外泊の意義について患者・家族への説明

外泊して自分の生活が取り戻せるか？

疼痛が軽く感じられるか？

患者・家族の退院の意志確認

2) 臨床現場より

① 一般急性期病院において精神的ケア面でじっくり話をする時間がない。またボランティアさんでは対応できないこともある。

→病棟のチーム間でケア量の調整、主任や師長の活用

② 不安の強い患者さんへのケアについて（痛みの訴えが頻回）

→痛みの原因についてアセスメント（メンタルからか実際にコントロール不良か）

カンファレンスを活用してチームで問題を共有

③ 患者・家族間の関係性弱く、サポート体制とれない場合

→患者・家族それぞれに、わだかまっている気持ちを表現できる場を作り本人たちが現実を直視して考えられるように場を設定する。

患者・家族それぞれの意向を収集し意志決定への支援を行う

家族間の長い歴史を持つ葛藤に対しては必ずしも解決する必要は無く、本人が今後の方針を現実の中で見出し、決断できるように支援すること。

家族がキーとなれない場合に地域資源を活用

3) 退院時の援助で重要と思うこと

緊急時の対応や受け入れ体制の確立 どのような問題があるか明示

看護師の患者や家族の意思決定を導くコミュニケーション能力の向上

チーム間で共通の認識をもつこと（ケアや指導に対して）

患者・家族の在宅意向が決定時点から在宅部を活用し地域社会資源について情報共有

退院時期を逃さないような指標の検討必要

第2回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：高齢終末期患者の退院に向けたスタンダードケアプラン(案)について話し合い、修正

1) 意志決定への援助

家に帰るべきか病院で過ごすかの判断基準

→基本は本人・家族が決める。アプローチ方法が重要。

本人・家族へサービス情報提供のうえ在宅意向確認。

質問の仕方や、話の展開の方法の工夫、選択肢を多く提示。

入院時に退院の見通しや予後についてのお話をすすめる

→医師との連携、看護師による本人・家族への支援

2) 意志決定援助への課題

呼吸器患者は急変が多く、予後予測が困難で退院時期を逃すことがある。

目の前で症状を訴える人が優先され、症状が現在無いと後回しになり、準備がでない状況におちいる。→ケア計画の意識化

データベースの変更により在宅準備の情報収集にもれがある。

医療処置が多いと家族の在宅意向の思いにギャップがある。

帰宅してすぐ肺炎で再入院したケースは不可能と看護師が判断し勝ち

一度失敗したことから介護者は学んでいないのか。失敗したことをどのように思っているか話して試みるのが重要。

3) 在宅指導について

意志決定までに、実際のケアを一緒に行い、体験してもらう。

優先順位を考慮し、在宅のイメージを持って指導する。

介護協力者の存在が重要。

外泊時（初回）に今後や最期についての話し合いをしてもらう。

4) 退院を医師単独で判断する

→チームで決定することにより在宅療養がスムーズ化

第3回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：高齢者終末期の退院に向けたケアプラン（案）の修正

1) 高齢患者（認知症）が入院して方針決定まで

ADLが比較的良好に動ける場合は家族の受け入れが悪い。特に徘徊や不穏ある場合。
認知症患者の苦痛を観察するのは困難（自ら訴えることはほとんどない）
現在病棟では入院してから症状が落ち着く1週間～10日ほどで方針決定をしている。

2) 高齢者の入院生活適応への援助

安全への配慮を第一に考慮（転倒防止）
離棟、離院防止
不穏が強い場合は家族へ協力を依頼
苦痛（呼吸困難）や痛みの緩和への援助を心がけている
モルヒネは最期に使用することあるが、病棟ではセレネース、ドルミカム使用が多い

3) 退院時期についてどのように調整しているのか

検査や治療のインターバル期間は週末外泊を行い、期間おく場合は一時退院
治療方針について医師との調整はケースにより受け持ち個人が行う場合もあり、チームカンファに先生を交えて行うこともある。先生により調整方法が異なる。

4) 終末期を在宅で過ごすには

研究より入院より平均23日で死亡しており、うち最期の1週間は意識混濁あり。
ケースにもよるが入院して3-4日の時点で在宅退院を試みるか調整を始める必要あり。
ポート留置や胃ろう造設しているケースは在宅退院の可能性あるが、経口摂取が全くとれず、DIVのみのケースについては自宅退院困難。
シリンジポンプ使用についても業者やステーションに管理体制について調整必要。
入院時の状況やステージによる転帰先について、割合については不明

第4回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：呼吸困難への対応、疼痛への対応、セルフケア能力低下への援助について

1) 疼痛コントロールについて

レスキュドール⇒MS コンチン⇒デュロテープパッチ⇒塩モヒ、オキシコンチン

以前は痛みにたいしてガイドライン使用し積極的に薬剤使用していたが医師の交代もあり現在は看護師より医師へアプローチすることが多い⇒チームでアプローチ、カンファの活用、全体的に薬物介入が遅れていると感じる

医師が急性期治療にたいしては積極的だが緩和にたいしては消極的にみえる

高齢者は痛みの症状が多様化（腰、膝、背部等）

痛みの原因としては癌性疼痛が最も多いが、るいそうによる関節の痛みもある

持続痛あり、我慢する患者が多い

痛みの評価基準としてはVASのように5段階は困難⇒高齢者には3段階がよいのでは痛みを評価するために各勤できくこともPtに負担となる場合あり

訴えないPtの場合は発汗、脈拍数、動きの緩慢さ等の身体状況より痛みを評価

不眠やナースコールが頻回であることも指標⇒睡眠確保を第1の目標として介入

痛み止めの内服を拒否するPtがいる⇒薬剤についての説明必要（薬剤師より）

Ptの薬剤にたいする知識が少ない⇒告知されているPtには薬剤の知識も説明必要

2) 呼吸困難について

急性増悪で入院ケースが多い

再入院までの期間短くなるとターミナル期と感じる

セレネース、ドルミカム、塩モヒと苦痛を積極的に取り除けたケース

⇒Fa、Dr、Nsの意見が一致していた

呼吸法をPt1人で行うのは困難、コール頻回⇒Pt葛藤の時期にNsの寄り添い必要

苦痛の除去のためにDIVdripや塩モヒ混注するが使用時期が遅いと感じる

抗うつ剤や塩モヒ検討するも医師がFaへ説明するまでや決断するまでにタイムラグある

病状や治療方針についてのMT時に本人の最期の意思確認（最期をどうむかえたいのか）

を家族もまきこんでの検討が必要（Dr、Ns、Fa）

3) 認知症のあるPtへの対応

事故に注意（安全に治療が受けらるよう配慮）

DIVよりパッチの使用（はがされない部位に貼る）、可能な治療方法になるため治療の一次的選択よりも二次的な選択となることもある。

Faへ協力を求めることが多い。家族や本人のパーソナリティーを尊重したケアの難しさ

本人の意向が不明のため痛みやニードを表出できないPtおりみすごしてしまうことあり

Faより情報を得ること必要、Faへのサポートも重要

第5回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：セルフケア能力低下への援助について、家族ケアについて

1) 排泄のADLが低下したP tへの対応

本人の気持ちを尊重する

⇒陰洗等の保清介助の開始時期のタイミング（異性による羞恥心や遠慮への配慮）

本人が失敗を繰り返すうちに徐々に受容していくのを待つ（だいたい1~2週間）

⇒方法について情報を提供するが強要せず寄り添う

可能な限り車椅子でトイレへ行く、P-トイレへの抵抗感あり

バルンは病状にもよるが最期まで入れずにいることもある

P tに不安があり、排泄介助を1つの目的としてナースコールが頻回になることあり

不安の増強は夜間が多いが、日勤のプライマリーでできる限り時間をつくってP tについて不安の軽減できるようにしている

現状では時間内でP tへの精神的ケアを行うことは他の業務量が多く困難と感じる

⇒業務改善を検討中（看護記録の改善等）

2) 食事のADLが低下したP tへの対応

家族への説明（家族は食べないと死んでしまうのではという思いが強い）

医師のMTに同席して家族の反応を確認。家族の意向もききつつできる範囲での対応を検討⇒家族ができること、代償行為の提案

高齢者は特に食形態に配慮している⇒誤嚥や窒息に注意

ADLの低下や重症度の理解に家族と医療者間にギャップがある

⇒生命にかかわる医療的側面と本人のQOLや家族の思いについて話し合い対応や方向性を検討していく

3) 家族ケア

家族ができるケアを説明（パーソナリティーを尊重、音楽を聞かせる等）

本人だけでなく家族の話、意向もきいていくようにする

第6回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：家族ケアについて

(1) 家族が死を受容できるように援助

家族へ本人の病状について説明（患者の安楽を保障）

⇒現状理解、不安の解消のため、死亡前3～4日くらい

家族ができることを伝える（声かけや手をにぎること）

⇒無力感からの解放

(2) 受容困難な家族

家族の死生観に作用される

⇒どういう看取りをしたいのか、最期をどう迎えたいのかに反映

元気な頃に関わりの深いことに関連づけて家族へ説明

場所を病室から面談室へ移す

冷静な家族員も同席してもらい混乱した家族へ対応

家族の表情や声質、目の動き等により家族の気持ちをくみとり見守る

(3) その他

入退院を繰り返すため、初回の入院時から家族へ意図的な関わりをしている

患者・家族の気持ちや目線にたって考える（共感的理解）

告知・未告知により治療導入への説明方法異なる

未告知の場合は家族の意向が反映されることが多い

家族が支えられないという思いがある（見受けられる場合）はかかえこまずに皆で支えていくことを伝える

第7回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：ケアプログラム対象患者の選定について

1. 患者選定について

これまでに対象となるのではという患者が4症例あったが、いずれもケアプログラムを試行する前に亡くなってしまった。

結果的には終末期ではなく転院方向となり、病棟待機となっている症例もある。

(1) 症例1

7月入院、気胸を何度も繰り返しており、今回も再発にて入院。

車椅子ベースのADLで認知症の既往がある。

精神疾患のある妻との2人暮らしで、今回の入院でADLが低下し、自宅退院は介護上の問題で困難となり転院方向となった。妻は転院等の手続き面では動けず、別居の長女をキーパーソンとして転院に向けて関わった。

(2) 症例2

肺癌、Ⅱ度の呼吸不全にて入院。

患者の状態の変化があり、転院の時期をのがす。転院のタイミングを家族と医療者で合わせるのが困難と感じている。

上記の2つの症例においてはNs、Drとのコミュニケーションの円滑さと、プライマリナーズの家族への関わり、他職種との関わりが重要となってくる。

方針決定にむけては本人の意向だけでは決められない部分もあるが、家族に本人の最期をどのように迎えて欲しいのかを確認して最終的な方向性を決めていくような多面的な関わりをしていく必要がある。また患者・家族に一番身近なプライマリナーズがアセスメントを行い、必要な部署に働きかけていくことが必要である。

2. 今後の病棟の取り組みについて（看護長より）

これまでは病棟の煩雑さがあり、プログラム試行まで看護師の手がまわらなかった。

今後は病棟の各スタッフへの周知徹底していく。

選定対象の条件となるターミナルの期間については余命1ヶ月程を目安としているが、ある程度の時期へスパンを伸ばして症例数を確保していくこととする。

3. プログラムの評価方法

ケアプログラム表の□欄への実施日付記入は削除し、プログラムを使用していく中で気づいたことがあれば、直接プログラム表に記入してもらう。

プログラム評価目的に作成した調査票は1症例終了毎にプライマリーに記入してもらう。調査票には患者のイニシャル、調査票へ記入した日付を明記してもらう。

第8回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：ケアプログラム対象患者の選定について

1. 患者選定について

前回話し合い後、対象となる患者の入院がみられなかった。次にあげる 1 例のみあったが入院後 2 日で在宅復帰した。

(1) 症例 3

LK、COPD にて胸水がたまり、呼吸困難を主訴に入院した。

救急医の処置で胸水が抜け、呼吸困難、データともに改善したため 2 日後退院となった。娘がキーパーソンで在宅療養していたケースで今回も症状が軽減次第、在宅の希望があり、早期に在宅復帰の運びとなった。

⇒どのような経緯で早期退院に結びついたのか、実際にケアプログラム表を使用してもらい今後のケアプログラム修正の参考にする。

2. 病棟での退院支援について

看護師は退院をすすめる根底に患者の QOL（予後をどのように過ごしたいのか、家族としてどのように過ごしてもらいたいのか）を考えて、家族にその主旨を伝えられるよう関わっていく必要がある。

また看護師（スタッフ）自身にも在院日数短縮よりも患者にとってのベストな方法を考慮するよう働きかけが重要である。

終末期迎える患者に家族がどのように関わったらよいのか分からず、患者・家族で抱え込んでしまうことがある。

11 階西病棟では脳へ転移する患者が多く精神症状が強く出るため、患者の QOL への関わりが薄くなることがある。

3. 今後について

転院するケースや、方針未定のケースについて在宅医療部や地域連携室の活動の方向性や連携の方法について確認していく。

次回の打ち合わせまでに、前回の 2 症例を含めた 3 症例にケアプログラムを使用し、気づいたことを記入してもらい、結果を次回話し合うこととする。

第9回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：ケアプログラム使用状況について意見交換

1. 退院の項目について

方針決定までのチャートの中に説明が入っており、細かくて見えづらいと意見があった。
スタンダードに作成しているのもう少し個別性を取り入れたほうがよい。
高齢者の特徴を組み入れたほうがよい。

2. 家族ケアの項目について

高齢のため家族も認知力の低下がみられ、意思決定をするまで時間がかかる現状がある。
（４）の薬剤使用項目で薬剤師へつなげる、医師との調整を行なうことの追加を検討。
先日２日で退院した患者の娘さんへの一言により娘さんの精神的負担が軽くなったのを
自覚したエピソードより、認知症の家族の葛藤への援助、特に患者の病前の性格より変
化していることへの戸惑いに対する援助が必要。

3. ADLの項目について

高齢者は最期まで自分で行ないたいという気持ちが強い。
フロー図において看護師は困難と考えるが本人の強い希望のある排泄のADLが低下した
患者への援助へ対象者を絞る。
P-トイレを利用して患者で転倒を繰り返すことによりバルン留置の方法があること
を受け入れた事例があり、患者が事実を受け止めるのを待つのが大切と感じている。
目標が日々を気持ちよく過ごすでは大きすぎるのではないかとの意見があり、快適にあ
るいは他の目標へ表現方法を検討する。

4. 疼痛コントロールの項目について

病棟看護師より内容が多く、全部みられないという意見があった。
アセスメントや援助項目よりどれが必要な項目か分からない状況がある。
痛みがあり（どのような時）、なしによりチャート式になっていると分かりやすい。
教科書的な表現になっているため、現象で表現するなど表現方法の工夫が必要である。
病棟看護師より普段病棟で行なっていることをあげてもらおうようにする。

3.（7）は（6）へ含み夜間の援助方法として統一する。

5. 心理的ケアの項目について

具体的事例を病棟看護師より出してもらってもよいのではないか。
家族と過ごす時間をつくる、患者の趣味・仕事等の話題提供の援助方法も追加する。

第10回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：ケアプログラム使用状況について意見交換

1. 事例1

LK、病名未告知、ADL低下

介護者（妻）も高齢のケースで退院調整を行なう。

退院時の送迎者をダブルブッキングしてしまい、医療者間の情報共有の大切さを感じた。

2. 事例2

LK、胸水あり、胸腔穿刺癒着術後、病名告知済み

本人はクリアー、発達遅滞の息子おり、弟をキーパーソンにすすめる。

看護師が忙しく、主治医のMTに同席できず、一度は在宅方向ですすめていたが家の準備が整っておらず延期となった経緯があり。最終的にホスピスへの転院方向となる。

医師へ看護師が何を調整できるのか何を目的として退院調整をしているのかを説明し、情報を共有してもらうことが必要と感じた。

疼痛コントロールで主に薬の調整について関わる。薬の効果について何日くらいで評価をするのか、医師・薬剤師との密な連携が大切。

3. 事例3

間質性肺炎、喘鳴、アルツハイマー型認知症

挿管しても余命はあまりかわらない状態であることを医師よりMTし、娘をキーパーソンとして介入すすめている。

認知症があり、セデーション中で今後は施設方向となる。

4. 事例4

原発性LK、認知症、病名は未告知

今回は疼痛評価コントロール目的で1Wの予定入院、今後は呼吸器外来フォロー予定である。

右足、腰の痛みの訴えありオキシコンチン5mgを2回/日利用、今回入院にて薬剤減量、投与変更中止等はなくコントロール良好。頓用のオプソはほとんど使用せず。

プログラムの疼痛コントロール、心理的ケア、ADL低下を利用し、目標や対応はそのまま臨床で利用できている。排泄の項目のみ床上、オムツ内のためあてはまらず。

本人の話を傾聴し心の支えとなっている自営業をしている長女をキーパーソンに退院調整を行なっている。

退院に向けての再調整は入院前よりADLの大きな変化がなく、サービス利用へのニー

ズもないため前回と同様の調整で退院予定である。本人に認知症があり、他人が入ると不穏となる可能性があり、サービスは現在のところ入らず。

5. 事例 5

気胸、在宅酸素療法行い自宅退院

治療方針はDNR、家族が理解力があり、MTの受け止めもスムーズ。

仏教の信仰があり、妻、息子との家族関係も良好

6. 全体

方針決定までの時間はケースごとに異なるため、調整までの期間を考えながら動かなければならない。

患者により介入していく部分が異なり、的確なアセスメントが必要である。

業務をこなしながらプログラムの細かい内容まで網羅していくのは困難である。

第 11 回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：ケアプログラム使用状況・修正点について意見交換

1. 退院に向けたケアについて

- ・日程（時期）は病状が安定しているかにより方針に向けての医師からのMTが困難。癌の場合は比較的予後予測が可能なためMTを行なえるがIP（呼吸不全や間質性肺炎）等の場合は不安定な状態の中でのMTを行なうことが困難である。
- ・呼吸器疾患は急変しやすいと医師からMTを行なうことが多く、それにより家族が退院への不安が増強していることも考えられる⇒転院・在宅のそれぞれのメリット・デメリットを説明し、本人・家族が全体的に考えて方針を選択できるように援助していく。
- ・家族の意思決定が方針決定に大きなウェイトを占めることが多かった。
- ・自宅退院を実現しているケースは地域資源についての情報を知っていること、身の回りの在宅介護の経験があることが影響しているように感じる⇒在宅療養のイメージ化の推進がキーとなる。

2. 事例について

・事例 1

LK 80代女性 告知済み 疼痛と体動時呼吸困難あり入院
MS コンチンからデュロテップパッチ 5mg へ変更し自宅退院
入院前よりサービス導入せず家族が介護行なう、今回もサービスニーズなく導入せず。

・事例 2

LK 一人暮らし 生活保護受給
精神発達遅滞あり、今後の方針について院内倫理委員会にかかった
⇒簡単なコミュニケーションは可能なので基本的に本人の意向に沿うケア（化学療法）を行なうことになる。

3. プログラム全体を通して

- ・プログラムのどこを見たらいいのか分からない、患者にどのプログラムが必要なのが分かりづらいとの意見が病棟看護師からあった。
- ・病棟ではNANDAの看護診断を利用している。プログラム使用により患者アセスメントがダブルになり、看護師の負担となっている。
病棟で頻回に使用する項目として「活動耐性の低下」「非効果的組織循環の変調」「ガス交換障害」「気道浄化」「急性疼痛・慢性疼痛」「非効果的治療計画」「感染のリスク状態」「意思決定葛藤」「家族介護者役割緊張」「不安・死の不安」があげられる。
- ・退院援助に関しては、入院してから早期に退院するケースが多く、じっくり介入できな

いケースもあった。

- ・疼痛コントロール・呼吸困難に関しては利用する機会が多かった。
- ・ADL介入対象の患者は少なかった。
- ・心理的ケア、家族ケアまでは日々の処置に追われ、介入までいたらないことが多かった。

4. まとめ（今後の予定）

- ・プログラムの評価は現在プログラムを使用している患者までとし、介入を終了とする。
- ・これまでの話し合いで病棟から得た修正点や意見を参考にして、プログラムの修正を行なう。（1月中）
- ・修正されたプログラムを確認していただく日程を後日設定する。（1月下旬）
- ・研究成果をまとめて報告書を作成する。（2月）

第12回 病棟スタッフとの打ち合わせ議事録

議題：ケアプログラム修正点、今後の研究の方向性について検討

1. 今後の研究の継続について

病棟では終末期の患者が多く、日々の業務に追われている中で、確認のためやケアの質向上のために、このような研究を今後も継続して行なってほしい。

今後の研究課題として実践につながるもの、病棟スタッフみんなに参加してもらえるものとして、テーマをもう少し絞ったほうがよいのか、今回のように全体を網羅するものがよいのか検討が必要である。⇒病棟スタッフへのアンケートの実施。アンケートに自由記載欄を設けて、今回のプログラムを今後のケアにどのように活用したいか、今回の研究や今後の方向性について自由に意見を出してもらおうこととする。

2. ケアプログラム案修正について

(1) 修正箇所

これまでの話し合いにて病棟より意見が出されたところを中心に修正を行なった。

具体的には評価日やゴールの設定を決めてチームでアプローチすること。セデーションについてのアプローチ方法の追加。死にまつわる話題の提供と共有。認知症患者家族への支援。プログラム全体を見やすくするように表の挿入や拡大を行なった。ケアプログラムのポイントや使い方について1枚目に追加した。

(2) 確認事項

呼吸困難のケアにおいて、麻薬導入の時期について最終的な決定は医師が行なうが、そこに至るまでのプロセスにはチームでの話し合いが必要であるため、セデーション導入における④のプランを追加とする。また4.(2)における家族の混乱に患者がまき込まれる可能性についても家族への説明の必要性が重要と考え追加とする。

心理的ケアにおいて患者が元気なときから話題を共有し関わりを築き上げていくことが終末期の最終ステージの段階で患者の気持ちの理解等の共感的関係性により影響を与えるので大切なことであると考えている。

3. 今後の予定

このプログラムは、ケアを熟知しているベテランスタッフにとっても振り返りになる可能性があり、今回は対象が最後の入院になる患者であったが今後は対象をケアが当てはまる患者すべてにするなど広げていったらよいのではないかと。

病棟スタッフへのアンケートを明日配布し、今月いっぱい締め切りとしてスタッフの意見を伺うこととする。

アンケートの結果を参考に今後の病棟での研究課題について検討していく。

The 8th Annual Conference East Asia Forum On Nursing Science
Feb,18, 2005

Physical Suffering Among Geriatric Patients in the Month Preceding Death at Hospitals Providing Advanced Medical Treatment

**Toshiko Mizuno, Momoe Konagaya,
Nobuko Aida, Noriko Asakawa**
School of Nursing
Tokyo Women's Medical University
Japan

Objectives

- Much research exists on the terminal care of cancer patients, but research on the special characteristics of elderly terminal care is still lacking. Considering that about 80% pass away in medical facilities, terminal care programs that account for the special characteristics of such elderly should be developed.
- This research, conducted with the goal of providing information for the creation of care programs, investigated the terminal states of elderly patients, in particular their physical suffering, before they passed away in advanced medical facilities. The results suggest some issues that should be dealt with in the creation of care programs.

Subjects

- Elderly over the age of 75 who passed away last year after a week or more hospitalization for treatment in the pulmonology, cardiology and neurology wards, where patient deaths were high.
- Specifically, 35 patients in hospital wards who passed away in the 4-month period beginning October 2003, of which 28 were pulmonology patients, 5 were neurology patients, and 2 were cardiology patients.
- 19 were male and 16 were female. Their average hospitalization length was 23.1 days.

Methods

- We gave documents to nurses in the 3 hospital wards explaining our research purpose, that research participation was voluntary and that there would be no penalty for non-participation. The nurses who gave their consent recorded patient conditions in logs.
- The study was approved by the hospital ethics committee.
- We conducted a pretest to achieve a consistent recording method. As a result, we found it necessary to establish detailed observation items. In particular, expressing the suffering of elderly proved to be difficult, so we set specific patient observation and evaluation items.

Results

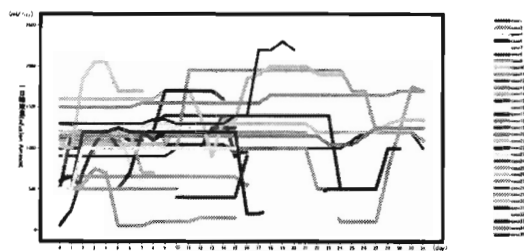
Disease	Diseases (number of patients)	
	n	(%)
Pneumonia	12	(34.3)
Malignant lung growth	10	(28.6)
Chronic obstructive lung disease	10	(28.6)
Respiratory failure	3	(8.6)
Other malignant growth	9	(25.7) (liver tumor, bladder cancer)
Neurological disease	6	(17.1) (ALS, stroke)
Heart disease	5	(14.3) (heart failure, atrial fibrillation)
Others	7	(20.0) (kidney failure, DM)

Multiple responses possible.

Main Treatments & Therapies

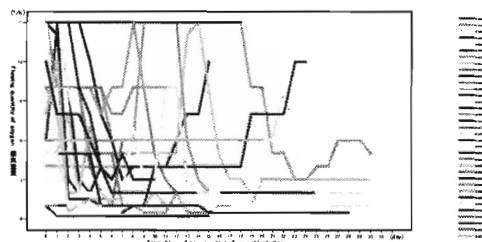
Treatment	n	(%)
Fluid infusion	34	(97.1)
IVH	9	(25.7)
Respiratory suction	32	(91.4)
Oxygen treatment	29	(82.9)
Oxygen mask	12	(34.3)
NIPPV	4	(11.4)
IPPV	1	(2.9)
Balloon catheter	16	(45.7)
Analgesic	11	(31.4)
Narcotic	4	(11.4)
Blood transfusion	1	(2.9)

Infusion Amounts before Patient Death



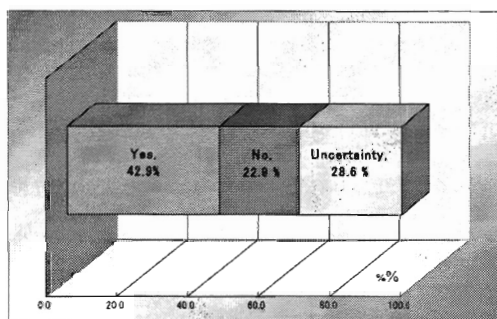
This graph shows that the number of people receiving fluid infusions increases 15 days before death, 2 or 3 days before death some people received reduced fluid infusions.

Oxygen Use before Death



Oxygen use increased about 2 weeks before death, one week before death, oxygen use increased still further.

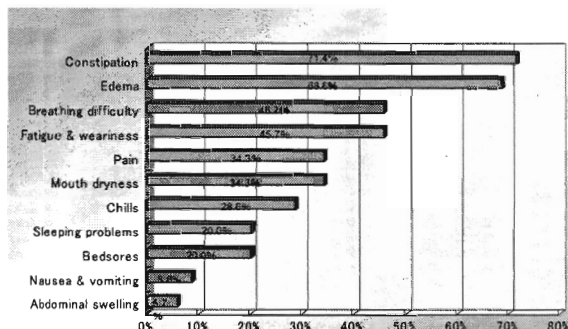
Did the patient die peacefully? (Evaluation by Nurses)



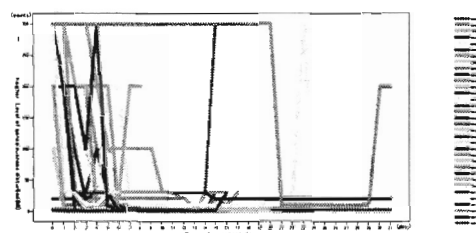
Main patient suffering from the perspective of nurses

Cause of suffering	n	(%)
Difficulty in breathing	6	17.1%
Discomfort from NIPPV mask	3	8.6%
Respiratory suctioning	1	2.9%
Phlegm accumulation	2	5.7%
Nausea	1	2.9%
Back pain	1	2.9%
Physical restriction for infusions	1	2.9%
Inability to return home	2	5.7%

Physical Distress

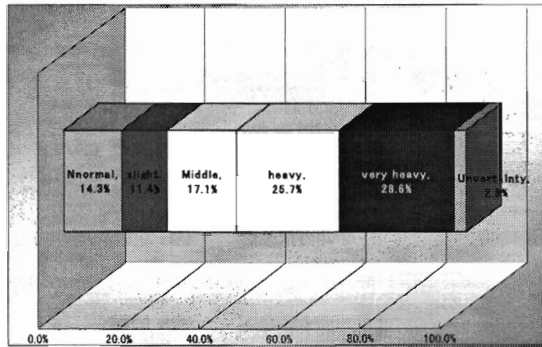


Consciousness Impairment before Patient Death

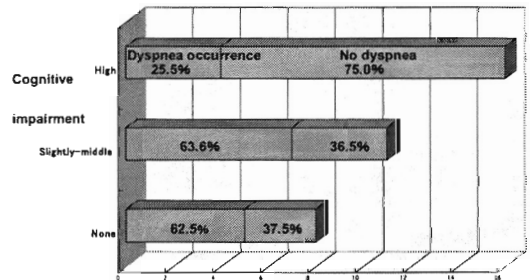


Coma Scale 0 is normal consciousness, 1-3 indicates a condition of wakefulness without stimulation, and includes orientation impairment. 10-30 indicates a condition of awareness after stimulation and falling asleep after stimulation ceases. 100-300 is a state when, even with stimulation, the patient never wakes. Since this state wards off

Cognitive Impairment at Time of Hospitalization



Cognitive Impairment and Dyspnea



high cognitive impairment includes both "heavy" and "very heavy" categories from the previous graph. "Slight-moderate" section includes both "slight" and "moderate" from previously, while "None" is for normal.

Conclusion

- Comparing the results of this research with malignant tumor terminal care research, 48 hours before death pain increases for cancer patients, but, due to reduced consciousness, the suffering of elderly is not as strong. Instead, measures to cope with suffering related to hospital check-in, reduced awareness, and difficulty breathing and respiratory treatment in the days before death are important for elderly terminal care.
- In cases where awareness impairment limits the patient's direct expression of pain, there is a tendency to conclude that there is no pain. Methods of evaluating and responding to this suffering need to be developed.

The 18th Congress of the International Association of Gerontology
June,30, 2005

End-of-Life Nursing Care at Hospitals Providing Advanced Medical Treatment for Geriatric Patients

Toshiko Mizuno, Momoe Konagaya
Nobuko Aida, Noriko Ashakawa
*School of Nursing, Tokyo Women's Medical University, Japan

OBJECTIVES

- A) This study is part of a larger research project that will provide resources for the development of programs for geriatric end-of-life care.
- B) The study analyses the conditions and difficulties that nurses experience in geriatric end-of-life care. Particular attention is paid to the nursing care that a patient receives in the last month of life.

Participants

- Nine nurses who work in the respiratory ward consented to participate in the research.
- They have over three years of experience working at a hospital providing advanced geriatric treatment and more than one year of experience working in the respiratory ward.

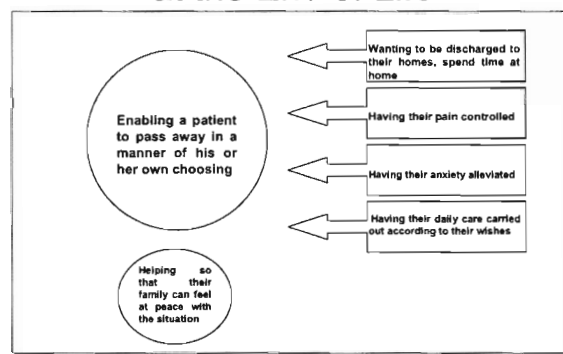
METHODS

- Data was obtained from interviews that lasted between 40 and 70 minutes.
- Content analysis involved several readings of the transcripts, apportioning codes to the text, and grouping and sorting these codes. These codes represent the structure for Key findings.

RESULTS

- The nursing staff felt that the objective of geriatric end of life care is "enabling a patient to pass away in a manner of his or her own choosing" and "their family helped so that they can feel at peace with the situation".
- They spoke mostly about the wishes of patients such as "wanting to be discharged to their homes, spend time at home", have "their pain controlled", have "their anxiety alleviated", and have "their daily care carried out according to their wishes".

Nursing Goals for Individuals at the End of Life



Why it was Difficult to Identify Patient Wishes

Reasons

- Statements of family preference : the family wanted nothing to be said
- Diminished mental status when hospitalized
- Diminished capacity due to dementia
- Intense pain when hospitalized
- Late identification

Effective Methods

- a relatively easy way to identify patient wishes was to assign a nurse as a primary nurse to a patient who repeatedly checked in and out of the hospital. While strengthening the nurse-patient relationship, the patient's wishes could be gradually identified with each hospitalization.

Most difficult to accommodate patient wishes

Nurses felt that it was most difficult to accommodate a patient's wish to be discharged from the hospital, or if this was not possible, to spend time at home.

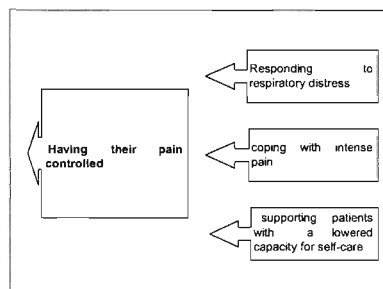
There are a number of reasons for these difficulties:

Reasons for these difficulties spending time at home

A) Disagreements between doctors and nurses about when it is appropriate for patients to be discharged from the hospital.	<p>The aspect about which the nurse when the policy was different had thought among the doctor and nurses was as follows.</p> <p>Nurses : Patients should be allowed to spend a few days at home before starting new treatment. Patients should be allowed to spend time at home while they are still somewhat mobile. Patients should be allowed to go home once while they are in the hospital for tests</p> <p>Doctors : Patients should be allowed to spend time at home or be allowed to be discharged from the hospital only after their treatment is completed. A patient's condition winds up degenerating when he or she is given permission to spend time at home.</p>
B) Without a care giver	The family was aging or the patient lived alone without a caregiver and it was difficult to send him or her home.
C) Hesitation of family	The family was ambivalent and claimed that someone in such a poor condition was unable to come home. As a result, the patient did not express a strong desire.
D) The opportunity slipped away	The patient died in the midst of a request for the necessary nursing equipment and services.
E) The patient's condition suddenly worsened.	Such drastic change is common for respiratory diseases, with some patients dying the day before they are scheduled to spend time at home.

Control of suffering

- Control of suffering focused on responding to respiratory distress, coping with intense pain and supporting patients with a lowered capacity for self-care. Of these, it was most difficult to deal with respiratory difficulties. Below, treating respiratory distress in particular is addressed.



Responding to respiratory distress

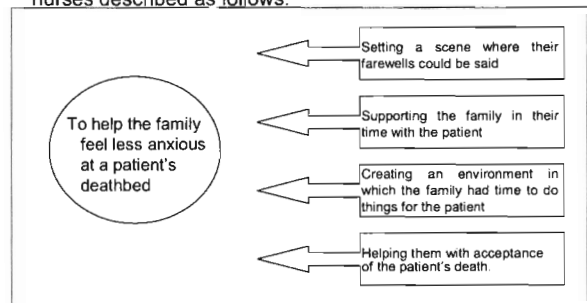
- In accordance with doctors' orders, nurses administered oxygen, dealt with aspiration and respiration, and helped patients find a comfortable position. They stayed with patients to help them relax during periods of intense pain and found ways for them to spend time with their families. They felt, however, that they should use sedation to take away pain and make the patient comfortable when none of these contrivances succeeded in relieving respiratory distress. Doctors, however, were reluctant to use sedation, fearing that it would depress respiration and lead to the patient's death. Nurses recounted their great remorse over instances when a patient died in pain without the early introduction of sedation.
- When the patient and the family have different plans, the family's opinion was given priority. Their decision, the nurses felt was very much influenced by the way medical treatment was explained.

Effective method to adjust policy

- When a doctor and nurse have different plans for a patient, a case conference attended by the doctor, the nurse, and the supervising doctor who is head of the medical department is held, and a new plan is devised that sometimes alleviates the patient's suffering.

To help the family feel at peace at a patient's deathbed

- To help the family feel less anxious at a patient's deathbed, nurses described as follows.



To help the family feel at peace at a patient's deathbed(2)

- When setting the scene for farewells, the nurses told the family that the patient was passing away and that the patient was aware of their feelings. They also related stories about the patient's hospital stay.
- When supporting a family's time with a patient, nurses helped the family give bed baths and carry out other aspects of the patient's daily care. Through this joint activity, they gave the family a sense of satisfaction after the patient had passed away.

CONCLUSIONS

- **Doctors and nurses must be able to coordinate their policies and timing when responding to respiratory distress, discharging patients from the hospital and supporting patient time at home.**
- **When it is known how a patient wishes to pass his final days, the patient, family, doctor and nurse need to work together to honor his wishes. For these wishes to be met, ways to determine patient wishes must be developed.**
- **Future care programs need to incorporate the difficulties addressed thus far.**

終末期退院時の援助文献

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
1 Renea L. Beckstrand	Brigham Young Uni	Providing End-of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles and Supportive Behaviors	American J of Critical Care	2005	国籍、地理的に分散され、無作為に抽出されたアメリカクリティカルケア看護協会のメンバー	郵送による質問票	864件の有効回答があり61.3%の回収率であった。最も高いスコアの障害となる事項は、患者家族からの問い合わせの電話、救命処置期間を理解しない患者家族、そして末期患者ケアの方向性について医師との不一致であった。最も高いスコアの協力的事項は、死後患者と家族だけの時間を十分に提供すること、死後のベッド周囲の環境を安らかで高貴なものにすること、末期患者にどのようにつけるのか患者家族へ指導することであった。集中治療室における終末期ケアを行ううえで最も大きな障害は患者家族が患者ケアより看護師を排除しようとする事、患者の苦痛を長引かせることとあるいは痛みは痛みの出現、そしてケアプランについて医師との不一致であった。
2 Heyland DK, Groll D, Rocker G, Dodek P, Gafni A, Tranmer J, Pichora D, Lazar N, Kutsogiannis J, Shortt S, Lam M.	Canadian Researchers at the End of Life Network	End-of-life care in acute care hospitals in Canada: a quality finish?	Journal of Palliative Care. 21(3):142-50	2005	カナダにある5つの第3ケア病院に入院中の進行した肺、心臓、肝臓疾患、転移性癌患者とその介護者達	28項目からなる相対した質問票	569人中440人(78%)の有効患者と176人中160人(91%)の参加があった。ケア項目すべてに非常に満足との回答はなかった。26項目の満足度の平均点は4.6であった。内科的疾患患者は癌患者よりも低い満足度であった。最も多くの回答がある中で、「非常に満足」以外の回答で「非常に重要」と評価された項目は、退院計画、在宅ケアサービスの資源、苦痛の除去、重荷でないこと、医師の信頼、コミュニケーションであった。
3 Lavrjisen JC, van den Bosch JS, Koopmans RT, van Weel C.		Prevalence and characteristics of patients in a vegetative state in Dutch nursing homes.	Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 76(10):1420-4	2005	2000年から2003年9月までオランダ全域のナーシングホームにて植物状態にある入所者	横断的調査	すべてのナーシングホームと医師が参加し、32例が1ヶ月以上植物状態が続いており、100万人に2人の割合であった。30例の患者データが分析された。年齢は9～90歳で73%が女性、植物状態期間は2ヶ月～20年間であった。(1年以上は26例、5年以上は13例)脳卒中が最も多い要因であった。期間中76例の植物状態にあったが34例は死亡した。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
4 Hughes GM.	St. Clair Memorial Hospital	Striving for excellent end-of-life care.	Chest. 128(1):465-6; author reply 466	2005			ICUにて終末期ケアの向上には個別性のあるケアと退院計画の導入、そして公衆への教育があげられる。大半の医師、看護師は進化したケアプランや告知やケアのゴール設定についてのコミュニケーション、痛みの管理、医療のこと、法律、精神的なことや終末期の患者をとりまく社会的事柄等の質の高い終末期ケアを提供するための教育を受けてきていない。緩和と終末期ケア教育センター(EPEC)は2日間の集中プログラムで終末期ケアにおける医師の適正や主治医や専門家、看護師、聖職者、ソーシャルワーカー等と学ぶ機会を提供する。
5 Azoulay E. Pochard F. Kentish-Barnes N. Chevret S. Aboab J. Adrie C.	the Saint-Louis Teaching Hospital	Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients.	American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine. 171(9):987-94	2005	2003年3月から11月までの間に21ヶ所のICUに入院した患者の家族	ICU退室あるいは死後90日の時点でスケールを用いて電話で質問	459人中284人(62%)の回答が得られた。PTSDの主要リスク要因である心的外傷兆候は94人(33.1%)の家族にみられた。特にICUにおける情報の不完全さ(48.4%)、意志決定の共有(47.8%)、ICUにて死に関係した家族(50%)、終末期意志決定後に死に関係した家族(60%)、終末期意志決定の共有(81.8%)が高かった。重度の心的外傷は不安や抑うつ、QOLの低下に関係していた。
6 Midorikawa Y. Suzuki K. Takemura A. Motohashi G.	福島県呉羽総合病院・外科	Current status of our home care.	Gan to Kagaku Ryoho. 31 Suppl 2:231-3	2004	1996年7月より在宅医療を行った患者総数76名	実態調査	男性46名、女性30名で年齢は32~92歳で平均73歳であった。訪問日数は1日~5年5ヶ月に及び、70名が悪性疾患の患者のうち53名が終末期であった。63名が亡くなり、35名を在宅で看取った。 14名は他病院からの紹介患者で、ほとんどは入院時の主治医が在宅移行後も主治医となり訪問医療を行っている。 入院中に症状緩和対策を行い、今後起こりうる症状に対して薬剤、対応策の詳細を患者・家族に説明し、理解してもらった。 IVHを使用する場合には入院中に調整、取り扱いを練習してもらった。 患者から在宅移行希望があると主治医は訪問看護科へ依頼をだし、訪問看護師が病棟看護師への情報収集、患者・家族との面接を行う。 介護ステーションの連携も地域ケアネットワークを通して情報が共有されている。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
7 Wood KA. Marik PE.	University of Pittsburgh	ICU care at the end of life.	Chest. 126(5):1403-6	2004			ICUケアにおいて高齢者への個別化ケア、退院後のニーズの導入、公衆教育に焦点をあてている。不穏はICU入室中の70%の高齢者群に起き、40%は退院後も起きた。認知症を合併していると発生リスクも高く、退院後のアウトカムにも影響する。
8 Danciu SC. Klein L. Hosseini MM. Ibrahim L. Coyle BW. Kehoe RF.	Illinois Masonic Medical Center	A predictive model for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest.	Resuscitation. 62(1):35-42	2004	3年間大都市教育機関病院にて蘇生した219例の成人	Utstein-based templateを利用 後ろ向き の ス テ ッ プ ワ イ ズ ロ ジ ス テ ィ ク 回 帰 分 析	患者や家族は終末期のクリティカルケアの役割やサービスについてよく知らない。終末期ケアについても公衆教育することが望まれる。意志決定への計画についても、コスト負担の削減やそれが社会にある。それを行うことにより、コスト負担の削減やそれが社会にあるサービスをみて、特殊な状況のICUケアの継続を
9 Angus DC. Barnato AE. Linde-Zwirble WT. Weissfeld LA. Watson RS. Rickert T. Rubenfeld GD.	CRISMA Laboratory	Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study.	Critical Care Medicine. 32(3):638-43	2004	1999年に6つの州において連合でない病院に入院した患者	実態調査 (行政データの後ろ向き分析)	生存率は退院時が15.1、1ヶ月後13.3、3ヶ月後11.5%であった。退院時の重要な神経学的状況は生存者の61%に影響した。生存に影響する因子として高いBMI、慢性腎不全、呼吸停止、心室粗動/心室細動そして入院初期の心停止であった。これらの変数を基盤にしたリスクモデルは適合テストにてP値0.87と退院時の予測と観察結果が適合することが証明された。入院患者の心肺停止後の生存はわずかで臨床の変数を用いることにより予測が可能となる。
10 Takahashi T. Kanekami H. Saiki H. Mori A.	大阪市立住吉市民病院・外科	The role of nurses in the introduction of home parenteral nutrition (HPN).	Gan to Kagaku Ryoho. 30 Suppl. 1:84-7	2003	クローン病、胃癌、癌性腹膜炎により在宅中心静脈栄養法(HPN)を導入した3事例	事例研究	1999年に6州で552,157人の死亡があり、うち38.3%が病院で、22.4%がICU入室後であった。これより年間540,000人がICUで亡くなっていると推定される。年代別には幼児が最も多く(43%)、次いで年長児と成人が18%~26%で、85歳以上が14%であった。ICUにおける終末期平均在院日数は12.9日で平均コストは24,541ドルでICU以外では8.9日、コストは8,548ドルであった。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
11 Sloane PD. Zimmerman S. Hanson L. Mitchell CM. Riedel-Leo C. Custis-Buie V.	University of North Carolina	End-of-life care in assisted living and related residential care settings: comparison with nursing homes.	Journal of the American Geriatrics Society. 51(11):1587- 94	2003	フロリダ、メリー ランド、ニュー ジャージー、ノース カロライナ州の レジデンスヤル ホーム(RC/AL) 55施設とナース ィングホーム (NH)26施設の 224人のスタッフ とホームで亡く なったあるいは 退院後3日以内 に亡くなった入 所者の家族	RC/ALとNH の終末期ケ アについて の比較研究 電話による インタビュー ビュー	ほとんどの入所者は入所施設で亡くなり、半分以上が単身者であつた。 NHの多くのスタッフと家族は数日、あるいは数週間のうちに入所者が亡くなることを知っていた。 両施設の入所者は負的状態をほとんど経験せず、最も不安にさせる日ですえ、全体的に苦痛は両施設ともに低かつた。 家族の満足度はNHよりRC/AL群のほうが有意に高かつた。 ($p=0.16$) NHで提供されている終末期ケアの過程や評価に類似しているため、RC/ALも高齢者や最期の場所として十分になりうる。
12 Akazawa Y. Satoh H. Takiguchi K. Yamashita YT. Sekizawa K.	University of Tsukuba	Nursing discharge summaries of deceased patients with respiratory diseases.	International Journal of Nursing Practice. 8(5):282-5	2002	呼吸器疾患によ り日本の大学病 院で1994年から 2001年までに亡 くなった115例の 患者の退院看 護サマリー		死亡患者の平均年齢は65歳(22-82歳)で82例が男性であつた。 75例が悪性疾患(肺癌:71、他4)で、40例が非悪性疾患(間質性肺炎:17、慢性肺障害疾患:10、他:13)であつた。 経験年数が1から8年の24歳から36歳までの62人の看護師が退院サマリーに携わつた。 悪性疾患患者の退院サマリーに特に高くみられた項目が家族からのサポート($p=0.0116$)、治療への患者の期待($p=0.0206$)、そして患者の不安($p=0.0258$)であつた。 90.4%の患者が終末期を家族と過ごしており、このアジア文化特有の強い絆が、患者への適切な看護ケアの妨げになることもあ る。 悪性疾患患者はもろく、神経過敏になつており、看護スタッフは最も快適な終末期ケアを作り上げるためにそれぞれにその状態を評価する必要がある。 看護師は毎日困難な医療現場に直面しそれらは記憶として看護師に残るであろう。そして新人でも、熟練看護師でも困難な医療現場においてその感情を書き記すことは重要である。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
13 Brockmann H.	Max Planck Institute for Demographic Research	Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals.	Social Science & Medicine. 55(4):593-608	2002			高齢者への公的ヘルスケアシステムとそのコストは通例想定よりも深刻でないかもしれない。ドイツ最大の健康保険会社の退院データによると、人生終末の1年にかかる治療費がその患者の一生にかかる健康費用の大部分を占めている。そしてこの終末にかかる費用は高齢になるほど少なく、同じ疾患では若い患者よりも最も高齢な患者のほうが安いとの分析結果もある。さらにこの傾向は高齢男性よりも高齢女性にあてはまる。これらはヘルスケアが非公式に年齢や性別により供給されていることを示している。年齢に関係したこのデータはアメリカよりもドイツにおいて顕著である。ヘルスケア供給において国家的、制度的、そして個々の要因を更なる研究にて調査すべきである。
14 Kaasa T. Wessel J.	Cross Cancer Institute	The Edmonton Functional Assessment Tool: further development and validation for use in palliative care.	Journal of Palliative Care. 17(1):5-11	2001	急性期緩和ケア病棟に入院した275人の患者	the Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT-2)の妥当性を調査	基礎構成要素の要因分析が10項目のスケールにて構成され、内的一貫性を測る為にクロンバッチハッパが計算された。一方向の変数分析(ANOVA)が、死亡群、緩和病棟でのケア継続群、在宅退院群の患者間でEFAT-2スコアにて比較するために行われた。身体的と非身体的(認識/感情的)の2つの要因が明らかになった。痛みは他のどの項目とも関係しない項目として同定された。クロンバッチハッパは0.86でANOVAは有意(F29.063,p<0.001)であった。
15 Casarett D.J.	University of Pennsylvania	Differences between patients referred to hospice from academic vs. non-academic settings.	Journal of Pain & Symptom Management. 21(3):197-203	2001	1997年1月から1999年1月までにホスピスに入院した1,691人の患者	後ろ向き調査研究	入院時の看護師のアナムネよりデータ収集。専門的医療センターからの患者のほうが若く、収入も高く、メデイケアやメデイケイド(高齢者医療保険)をもたない傾向にあった。また専門医療センターからの患者のほうが尊厳死意志カードや遺言状を持っておらず、医療や看護への要求を多く持つ傾向にあった。生存分析では専門と非専門医療センターとの間で在院日数の違いはなかった。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
Rose JH. O'Toole EE. Dawson NV. Thomas C. Connors AF Jr. Wenger N. Phillips RS. Hamel MB. Reding DT. Cohen HJ. Lynn J.	Case western Reserve University School of Medicine	Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and	Medical Care. 38(11):1103-18	2000	1989年から1994年までの間にアメリカにある5つの教育機関病院に入院した悪性疾患患者642人	前向き調査研究 カルテより患者評価、処置内容、生存率は国の死亡指標より確定。 患者診断の医師の認識、心肺蘇生の選択関係の長さは面接により評価	患者は主治医として一般診療医あるいはオンコジストで疾患は悪性疾患に関連した多臓器不全、あるいは小細胞でない肺癌、肝臓転移のある大腸癌であった。 一般診療医もオンコジストも救命処置や化学療法、患者家族との話し合いの機会等、類似した医療業務を行っていた。 在院期間、退院指導、再入院、病院の総費用、生存率も類似していた。 両群ともに心肺蘇生への患者希望は救命処置に関連しており、 $(p<0.03)$ そのような処置は高額な病院費用に関連していた。 $(p<0.000)$ 両群ともに予後評価が乏しいほど積極的ケアの論議がなされる傾向にある。 患者医師関係の長さはオンコジストの医療業務に関係していた。 両群ともに積極的ケアの論議は高い病院費用と患者生存の短さ
Escalante CP. Martin CG. Elting LS. Price KJ. Manzullo EF. Weiser MA. Harle TS. Cantor SB. Rubenstein EB.	The University of Texas	Identifying risk factors for imminent death in cancer patients with acute dyspnea.	Journal of Pain & Symptom Management. 20(5):318-25	2000	呼吸不全にて救命センター(EC)に運ばれた122例の患者	後ろ向き調査で患者ヒストリー、治療優先順位、退院時バイタル、胸部画像、血液検査等を収集	危篤またはわずかな生存期間の予測モデルの開発を単変数、多重回帰分析によって行った。 30%が乳房、37%が肺、34%がその他の部位の癌患者であった。 28回/分を超える呼吸、110以上の脈、コントロールできない進行疾患、転移の既往が切迫した死の予測因子に関連していた。 癌の診断自体は切迫した死の予測因子にはならないが、長期間になると因子となりうる。

終末期退院時の援助文献

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
1 渡辺麗子	齊藤病院	在宅移行し、在宅療養をスムーズに開始するために病院がしなくてはならないこと	看護学会抄録		1事例	事例研究	92歳女性、膀胱癌、腹腔内浸潤、腎ろう増設 1. 症状コントロール(鎮痛薬・漢方薬)とADLの改善 2. 医療処置の簡略化 3. 外泊の推進、看取り教育、入院時から居宅チームと連携し家族を含めたケアを行う 4. 患者の背景を理解し、計画立案。自宅の生活スタイルを病院でも取り入れる(キーパーソンから) 5. 意思は変化するので随時確認し柔軟に対応 家族の不安が大きくなり在宅移行を困難にしていた
2 田中久美子	鳥取大学医学部付属病院	在宅医療を希望する終末期患者・家族への看護	消化器外科nursing10(3)	2005	1事例	事例研究	74歳 男性 胃癌術後再発 イレウスで人工肛門増設ご帰宅希望 死の不安 家族はかなえてあげたいが介護は無理 家族の思いを傾聴し、問題点を具体的に明確化、在宅医療の知識の提供 経済的負担への対応→妻が介護を行っても家業継続可能の保障 →社会資源の導入、在宅支援システムでの相談 病状が安定期→家族が安定期であることを理解するよう援助(医師の説明 食欲不振ステント留置、リザーバー留置→家で管理できないストマ便の排出のみ 家族行う 処置を委託する(ストマ交換(訪問看護)、HPN交換(医師)・ポンプ管理は24時間 サービス委託 家族を含めた訪問看護師との合同カンファレンスで体位の方向性
3 喜多貴子	公立羽咋病院	寝たきり状態となった癌末期患者の在宅への試み-外出をきっかけとした患者と夫の気持の変化から-	ホスピスケアと在宅ケア1(12)3、223-227	2004	1事例	事例研究	患者本人が外出を希望していたが、夫が躊躇していた 医師・保健婦・病棟看護師間で疼痛コントロールや移動方法等不安への援助を積極的に後押し 外出により前向きに変化・・・夫の負担の少ない計画(座薬はNrde楽)→外泊→退院 自宅での生活が負担が少なく豊かであるとのイメージ 地域医療スタッフとの合同カンファレンス
4 中野和美	防府胃腸病院	在宅療養に向けての支援	第33回成人看護Ⅱ	2002	1事例	事例研究	男性68歳肺小細胞癌 外来受診中疼痛コントロール不十分、病状の理解、病院の在宅支援システム理解不十分で不安の増大電話相談頻繁 入院前に在宅療養部、主治医、外来看護師、病棟看護師との合同カンファレンス開催教育入院が必要 入院直後分かってもらえている安心 苦痛のコントロールと患者・家族への病状説明 本人・家族の意向をじっくり話確認 合同カンファレンスで緊急入院、入院時の対応、在宅医療システムについて具体的に説明し、病院全体での支援を実感

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
5 柳沢 愛子	東大病院社 会福祉部	退院支援へのチャレンジ	保健の科 学43(1)p67	2001	1事例	事例 報告	65歳女性 卵巣癌再発 がん性腹膜炎・HPN、疼痛管理、帰宅希望 医療機器会社の在宅医療部に輸液ポンプのトレーニング依頼(病院との契約)→ 院内で説明会→家族不安あり ステーションに訪問看護の依頼 ステーションから診療所の紹介、かかりつけ医確保(医療処置内容の可能性と可 動性確認) 長女が1.5ヶ月介護休暇可能;家族の介護能力の評価 話し合う機会を持つ:医師今後起こりうる病状の概略と現在の病状安定し在宅療 養開始最適な時期であるとの説明 医療社会福祉部;介護技術や見守りを支える在宅医やホウモン看護ステーションが 確保できている 家族、受け持ち医、病棟看護師、医療機器会社、医療社会福祉部 7日目安心し、輸液ポンプトレーニング開始、その後の介護者のfollow在宅福祉 部継続 在宅意向可能と判断された時診療所ステーションに必要書類送付、同機器の輸液 ポンプ管理方法の施設教育 退院日決定時上記両者へ電話連絡、在宅福祉部連絡後13日で退院 再入院の保証
6 岩田聖子	滋賀医科大 学付属病院	ターミナル期にあるがん 患者の外泊の要件を考 える	第33回成 人看護Ⅱ	2002	28例 外泊群 15名 非外泊 群13名		外泊群:初回外泊後平均入院期間49.6日(8-106日) 外泊時苦痛があった、疲れた、家族の介助がうまくできなかった場合には以後外 泊をできなかった ①外泊希望がある②血圧・脈拍が安定している③車椅子移乗可能④疾患の告 知がされている⑤家族の外泊希望がある⑥外泊に協力できる人的サポートがあ る⑦疾患及び余命の告知がされる 非外泊群:死亡までの平均入院日数48.3日(11-120日) ①身体的に外泊に耐える状態ではなかった②家族が回復することを期待し治療 への期待が高かった。③入院中に症状コントロールができなかった。 課題①外泊中の家族との連絡方法や緊急時の対応方法の確認し、家族の不安 を軽減する②外泊が精神・社会面の補填となるためには症状コントロールが可能 であること
7 長谷川惣子	上都賀総合 病院 訪問看護師	在宅ターミナルケアへ向 けての援助の実際	看護実践 の科学	2000		事例 報告	87歳 男性 胃癌、直腸癌、肝転移、認知症、長男自由業 家族介護力あり 7/26入院、8/26人工肛門増設術、家族にターミナル期と説明、8/20退院説明、 経過順調 1週間家族サポートケア指導でマスター、夫婦とも認知症はあるがADL自立 約8ヶ月間の在宅療養 本人への告知はせず、ヘルニアと思っていた。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
8 三浦浅子	八戸赤十字病院	終末期にある食道癌患者の外泊支援へのアプローチ	第35回成人看護Ⅱ	2004	1事例	事例報告	74歳 男性 食道癌 食道完全狭窄 肺浸潤→中心静脈栄養、胃ろう、気管内挿管、酸素療法 診断から10ヶ月後死亡 本人帰宅希望するが呼吸不全があり在宅困難外泊を繰り返すことにした。 介護者間の両者のケア分担。できる範囲のケアの分担と経管栄養法と症状観察とその対処方法のマスター
9 森山みどり	神戸市立中央市民病院		34回地域看護	2003	3事例		79歳 胃癌 肝転移 癌性腹膜炎 黄疸 独居 告知 本人の帰宅希望強く住み込みの家政婦を雇い帰宅し、死亡2日前まで自宅で過ごし病院で死亡 72歳 男性 妻と二人暮らし、告知後も自宅療養、症状コントロールとIVH挿入目的で入院も思うように改善せず 退院を希望するが妻が同意せず、妻と看護師が話す機会を設け、妻の今まで誰にも話せなかった気持ちを受け止め自宅退院可能となった
10 田淵里佳	関西電力病院	在宅死を選択した家族との関わり—家族システム理論を用いて		2000	1事例	事例検討	69歳 女性 肺腫瘍オペ後、肺内転移、脳転移、甲状腺癌併発 食道狭窄出現し、IVH挿入、気管切開にて在宅退院 患者を含む家族をひとつとして考える 患者が入院した時点から、家族の生活力や問題対処能力を分析する。 家族全員との人間関係を築くよう努めキーパーソンを固定せず、キーパーソンが移動することも柔軟にとらえておく。 家族に起こっている問題状況を把握し、現時点の問題を解決するための問題を家族とともに考え、家族が遂行できるよう援助していく。
11 黒見聡子	大阪労災病院	終末期における外泊の有効性		2004	3事例	事例検討	外泊により生きる気力が沸きADLの拡大、食欲の増進につながった。 本人の状態確認や相談の電話を病院より入れ、希望があれば本人の状況により外泊延長できるよう配慮が必要。 外泊は患者が家族と過ごす時間を与えるだけでなく、人生最後の時期に身辺整理をすする時間でもある。 外泊中の急変によって家族の混乱や後悔を起ささないために事前の説明、指導が必要。 家族との積極的な関わりを持ち、外泊に対する意向や悩みを理解することが重要。 住環境や介護協力者等の情報収集を行ったうえで、適切な社会資源のアドバイスができるよう知識を深める必要あり。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
12 竹中桂子	鳥取大学医学部付属病院	終末期患者・家族の退院指導の関わり		2004	1事例	事例検討	72歳女性 卵巣癌、腹膜播種性疼痛あり、中心静脈栄養、塩酸モルヒネの持続投与によりペインコントロール行い、在宅退院する。患者・家族へ面談行い、在宅療養意向確認。家族より急変時や在宅療養に対する不安の言葉あり。家族、医師、病棟・外来看護師、医療福祉支援センター、ケアマネとの合同カンファレンスの開催。シリンジポンプの紹介と使用方法の指導、通院時の薬剤交換をスムーズにするよう薬剤との連携。外泊行い、問題を確認、追加指導を行う。
13 谷亀光則	東海大学医学部付属病院	在宅医療の地域展開の方法論と実施に関する研究		2005	10事例	事例検討	在宅ケア移行プログラムの確立 個別のニーズに合ったきめ細かな患者・家族への教育・指導 サービス機関への連絡代行 在宅ケアの意義の発見、在宅ケアのメリットの意識づけ 医療者との信頼関係の樹立 介護者が抱えている潜在的な不安を在院中から充分表出させ安心して在宅ケアに移行できるようなサポート 最終的な看取りについての自己決定を支える環境づくり 本人・家族の価値観の尊重とそれを支えるネットワークづくり 外来機能の充実や待ち時間の短縮 在宅ケアに関する心構えのための情報提供と教育の実施
14 中川一代	国立奈良病院	終末期を迎える患者の看護—ペパロウの看護理論を用いて			1事例	事例検討	74歳男性 膀胱癌 左肩甲骨、左大腿大転子部への骨転移 家族へ余命、退院可能時期を説明方向付けをする 本人より外泊希望あり、家族へストマケア、おむつ交換、清拭、陰部洗浄の手法指導。 点滴継続、滴下の合わせ方、吸引方法、内服薬説明、疼痛コントロール方法（パッチ、座薬）の指導。 エアマット、移送車の準備、人手の確保。 急変時は病棟へ連絡、救急車で来院。
15 吉開聡子	山口大学医学部付属病院	終末期にある両側腎ろうカテーテル留置中の患者の在宅療養に向けてのかかわり			1事例	事例検討	80歳女性 膀胱腫瘍、膀胱ろう、両側水腎症、肝臓転移 腎ろうカテーテルを挿入したまま在宅退院。 退院への患者・家族への動機付け、時期の判断。 本人へ同じ疾患で在宅療養している患者の紹介、用具の紹介とカテーテルの扱い方や歩行練習指導。 キーパーソンである長女へ意向確認、パンフレットを用いてカテーテル管理と管理しやすいよう用具の工夫、入浴方法の説明。 長女より医療処置や急変時の対応、また未告知のため患者が不信感を抱くのはと不安あり。 精神的サポートとして家族へ患者との接し方の指導を行う。

著者	所属	テーマ	文献	年	対象	方法	結果
16 青山弘子	天理よろろず 相談所病院	末期がん患者の最期の在宅療養を支えた外来チームによる看護援助-患者の思いに関心を寄せつづけた疼痛緩和ケア		2004	1事例	事例 検討	70歳男性 肺癌、癌性胸膜炎 右臍胸にてカテーテル挿入、3日毎の外来通院にて在宅退院。 患者主体の疼痛コントロール、患者と主治医との橋渡し
17 松村千代美	岡山大学医学部附属病院	退院後自殺した患者と家族への看護の検討		2002	1事例	事例 検討	67歳男性 膀胱癌、腹壁転移による腸閉塞。 転院後、在宅退院し2日後に自殺。 在宅ホスピスケアは患者家族を1つの単位としてケアすることが大切。 退院前に何度も繰り返し手技行い家族へ自信をつける 処置を内服に切り替える等簡便な方法の検討
18 濱口幸人	佐世保市立総合病院	KOMIチャートシステムを活用した終末期患者の看護-患者・家族の自己決定を支え、その実現のために援助して-		2004	2事例	事例 検討	症状の緩和・コントロール。 患者・家族参画のカンファレンスを行い、安楽なポジションや体位変換の方法について統一。 患者・家族の思いを理解し、実現に向けて援助していく。 患者と目標を共有し、患者の気持ち、症状を把握し、援助のタイミングを逃さないようにする。
19 佐藤久子	国保黒石病院	終末期において希望を実現させたい症例-告知されていない患者のケース-			1事例	事例 検討	68歳女性 肺癌、多発性脳転移 未告知で内科的治療は拒否、本人の強い希望により在宅退院。 家族と話し合い外泊・外出を行う。栄養科へ食事に対してコンサルト。
20 戸上ゆかり	大台厚生病院訪問看護ステーション	在宅死を迎えた高齢者への関わりを考える-利用者・家族の生活を大切にしたい支援体制づくりを進めた事例-		2001	1事例	事例 検討	緊急時や夜間訪問看護体制の整備。 介護負担を表出でき状況を理解してもらえ相手の存在。 介護者独自の気分転換方法を行えること。 介護者と主治医、看護師介護支援専門員との信頼関係、連携の重要性。

呼吸器疾患

	著者	テーマ	雑誌名
1	佐藤久子(黒石病院(国保)看護部), 唐生洋子, 神登喜子, 大川まさ	終末期において希望を実現させた一症例 告知されていない患者のケース	黒石病院医誌(1345-7705)6巻1号 Page79-81(2000.12)
2	諸橋智佳子(鳥取大学医学部附属病院), 谷村千華, 吉野野子	終末期にある喉頭癌患者の痛みのマネジメントとチーム医療に関する検討	日本看護学会論文集(成人看護II)(1347-8206)35号 Page71-73(2005.01)
3	鈴木要子(〇)	ゴードンの機能的健康パターンによる実習記録の書き方 ゴードンの111の機能的健康パターンによる実習記録の実例 肺がん患者のターミナル期における【急変の予測と回避】「予測と回避」を学ぶ急変事例集 ターミナルで起こるべくして起こる急変 ターミナルの患者が本人・家族のDNARの意思を確認できないうちに急変! 終末期における蘇生	プチナース(1344-8722)14巻5号 Page55-68(2005.04)
4	武田多一(熊本大学 大学院医学 薬学研究部長 襲制御医学)	ターミナルにおける口腔ケア 止めるという選択	ナーシング・トゥデイ(0912-2974)19巻12号 Page90-93(2004.10)
5	小谷美恵(野の花診療所)	取り組もう, 退院計画 在宅療養を望む末期がん患者さんの退院計画	総合ケア(0916-7013)14巻9号 Page88-89(2004.09)
6	福島道子(日本赤十字看護大学 地域看護学)	ベッドサイドで活かす呼吸理学療法 肺がん末期患者におけるスクワイージングの有効性	ナース専科(0285-0451)23巻2号 Page58-61(2003.02)
7	生方貴子(国立療養所西群馬病院), 長谷川代美, 真下順子, 松沢寿子, 高橋美夏, 滝沢綾, 福永紫乃, 石川典子	【看取りの看護】看取りの場面上におけるその人らしさを大切に! した看護 呼吸器内科病棟での事例から	ナース専科(0285-0451)21巻2号 Page34-37(2001.02)
8	磯亀裕子(広島県立広島病院), 重松静香	在宅療養に向けたの支援 不安の強い肺がん終末期患者の一例	看護実践の科学(0385-4280)28巻9号 Page29-33(2003.08)
9	中野和美(防府消化器病センター 防府胃腸病院), 椎木美由紀, 徳本直子, 河内れい子	【新人ナースのための与薬のルール】 与薬のルール 疾患ごとにみる 与薬の流れ 呼吸困難が増強する肺がんターミナルの患者	日本看護学会論文集(成人看護II)(1347-8206)33号 Page395-397(2003.01)
10	永井洋子(東京医科歯科大学医学部附属病院)	【ギアチェンジ 治療から緩和中心の医療へ】 肺がん患者のギアチェンジを考え 細胞型の異なる2例を通して	ナーシング・トゥデイ(0912-2974)17巻3号 Page40-41(2002.03)
11	秋山修(日本赤十字社医療センター)	「肺がん」再発「転移」までの告知を選択した末期がん患者の「自己決定」を支える援助 「人間対人間の関係」からターミナルケアを考える	ナーシング・トゥデイ(0912-2974)11巻3号 Page177-181(2001.05)
13	野田洋子(長田病院), 平田光代, 武藤節子, 廣松道子	在宅療養を望む末期がん患者さんの退院計画	ナーシング(0389-8326)21巻4号 Page146-149(2001.04)

呼吸困難

	著者	テーマ	雑誌名
1	永井洋子(東京医科歯科大学医学部附属病院)	【新人ナースのための与薬のルール】 与薬のルール 疾患ごとにみる 与薬の流れ 呼吸困難が増強する肺がんターミナルの患者	ナーシング・トゥデイ(0912-2974)17巻3号 Page40-41(2002.03)
2	新妻しげ子(福島労災病院), 会田由美, 関口暢子	【在宅緩和ケアの実践】 在宅緩和ケアの様々な取り組み 一般病院における在宅緩和ケア 移行時の病棟との連携と訪問看護の実践	臨床看護(0386-7722)27巻11号 Page1644-1650(2001.10)
3	山路義生(一社会長岡リハビリテーション病院), 松崎研一郎	【高齢者の在宅医療 実践ガイド】 癌末期患者のケアに関する考察 患者ニーズに応えるケアとは	Geriatric Medicine 老年医学(0387-1088)41巻9号 Page1299-1302(2003.09)
4	丹伊田聖子(神奈川県立厚木病院), 北村裕子, 真田智香子, 森本由紀	癌末期における在宅ホスピスケアにむけての援助 在宅ホスピスケアを成立させる条件	Urological Nursing(1341-8920)7巻12号 Page1225-1232(2002.12)
5	荒引真由美(岐阜赤十字病院), 米盛志のぶ	未告知肺癌患者の入浴介入における一考察 多重疾患を伴う一事例の在宅での成果	岐阜赤十字病院医学雑誌(0915-5910)12巻1号 Page47-49(2000.10)
6	三浦茂子(八戸赤十字病院), 横根友子	終末期にある食道癌患者の外泊支援へのアプローチ 最後の願いを叶える看護	日本看護学会論文集(成人看護II)(1347-8206)35号 Page301-303(2005.01)

疼痛ケア

	著者	テーマ	文献
1	中原賢一(国立病院長崎医療センター 第一循環器科)	高齢者ターミナルケア 医療者側から見た終末期医療 一般人からのとの対比	日本老年医学会雑誌(0300-9173)41巻1号 Page39-41(2004.01)
2	MeierDiane E.(米国)	高齢者医療の新しい展開健康の維持・増進から終末期医療まで 緩和ケアと慢性疾患 痼疾をモデルケースにして	看護(0022-8362)56巻1号 Page72-77(2004.01)
3	沼久美子(東京女子医科大学 学), 長井浜江, 大堀洋子, 篠聡	がん終末期患者の在宅療養移行における病診連携のアンケート調査	癌と化学療法32巻 (Suppl I), p44-46(2005.12)
4	川上嘉明(パールセ)	高齢者の死にゆく過程をととのえる終末期ケアの視点(5)	総合看護(0038-0660)36巻3号 Page53-63(2001.08)
5	篠道弘(静岡県立静岡がんセンター 第一 薬剤部)	エビデンスに基づいたがん疼痛マネジメント】服薬指導・患者教育の有効性 薬剤師の立場から	EB NURSING(1346-0137)5巻2号 Page215-221(2005.03)
6	SchreinerAndrea S.(日本赤十字 九州国際看護大学), 守本とも子, 俵由美子	2002フロントライン……老人看護 痛みは5番目のバイタルサインである 高齢者の慢性的な痛みの治療とケアプラン	看護学雑誌(0386-9830)66巻2号 Page165-171(2002.02)
7	SchreinerAndrea S.(日本赤十字 九州国際看護大学), 守本とも子, 俵由美子	老人看護 痛みは5番目のバイタルサインである 高齢者の慢性的な痛みのアセスメント	看護学雑誌(0386-9830)66巻1号 Page78-85(2002.01)

家族ケア

	著者	テーマ	文献
1	中村百合子(錦秀会阪和第二泉北病院), 西口千鶴	実践REPORT 高齢者のターミナルケアを考える 意思を尊重した患者・家族へのかかわり	看護実践の科学(0385-4280)30巻8号 Page69-71(2005.07)
2	大塚真理子(埼玉県立大学 保健医療福祉学部看護学科), 丸山優	【高齢者総合的機能評価】在宅看護・介護と高齢者総合的機能評価	Geriatric Medicine 老年医学(0387-1088)43巻4号 Page589-594(2005.04)
3	深澤圭子(札幌医科大学 保健医療学部看護学科), 長谷川真澄, 平山さおり, 横溝輝美	長期療養型病床群における終末期高齢者家族の看取りの過程	札幌医科大学保健医療学部紀要(1344-9192)7号 Page31-37(2004.03)
4	新堀いつみ(横浜衛生病院 看護部)	【スピリチュアルケア, 生きる意味への援助】事例からみるスピリチュアルケアの実践・2	臨床看護(0386-7722)30巻7号 Page1093-1099(2004.06)
5	新田美鈴(淀川キリスト教病院), 池永昌之	こんなとき先生ならどう対応しますか プライマリケア診療で困ったときに】高齢者・在宅の患者, 介護の場面 患者の死期が近づいたときの兆候は? またそのときの介護者への対応について教えてください	治療(0022-5207)84巻3月増刊 Page955-958(2002.03)
6	小林美亜(慶応義塾大学 医学部 医療政策・管理学教室)	【アウトカムマネジメントの視点からの老年看護学 時代のニーズの変化に対応し, 高齢者看護の専門性に何を求めるのか】アドバンス・ディレクティブ(事前意思)	臨床看護(0386-7722)32巻4号 Page644-649(2006.03)
7	小澤行俊(横浜衛生病院)	【高齢者の生と死を考える】終末期医療とスピリチュアルケア ホスピス医としての経験から	Geriatric Medicine 老年医学(0387-1088)44巻1号 Page57-61(2006.01)
8	鈴木裕介(名古屋大学医学部附属病院 老年科), 井口昭久	【高齢者医療の現状と展望】高齢者総合医療 ターミナルケアの考え方	日本内科学会雑誌(0021-5384)93巻12号 Page2508-2513(2004.12)
9	木内千晶(岩手県立大学 看護学部), 吉田千鶴子	高齢者の希望する終末期の迎え方	岩手県立大学看護学部紀要(1344-9745)6巻 Page77-82(2004.03)
10	杉山孝博(川崎幸クリニック)	非悪性疾患の緩和ケア 緩和ケアの新しい視点 これからの緩和ケアに求められる視点 終末期における高齢者ケア	ターミナルケア(0917-0359)14巻11月増刊 Page6-11(2004.11)
11	川上嘉明(パールセ)	高齢者の死にゆく過程をととのえる終末期ケアの視点(5)	総合看護(0038-0660)36巻3号 Page53-63(2001.08)
12	川上嘉明(パールセ)	高齢者の死にゆく過程をととのえる終末期ケアの視点(3)	総合看護(0038-0660)36巻1号 Page25-31(2001.02)

終末期ケアモデル

	著者	テーマ	雑誌名
1	御家瀬真由(幌南病院(共済)訪問看護センターたんぼぼ)	「その時は家族で…」自宅で看取った家族の力 家族生活力量モデルに基づく分析	共済医報(0454-7586)53巻Suppl. Page171(2004.10)
2	S.Schreiner Andrea(日本赤十字九州国際看護大学), 守本とも子, 原等子, 寺門とも子	痴呆性高齢者の施設における緩和ケアモデルへの提言 アメリカナーシングホームの実践を通して	看護実践の科学(0385-4280)29巻10号 Page59-66(2004.09)
3	西山美香(広島文教女子大学人間科学部人間福祉学科), 作田裕美, 松本晴美, 土井龍一, 重松靖久, 森脇睦子, 村上正哲, 野間文次郎, 森山美知子, 梯正之	現在の医療規制を乗り越えた医療と介護のビジネスモデル ホスピス・ナーシングホームクリーム”の取り組み”	病院(0385-2377)63巻8号 Page680-683(2004.08)
4	中村美保子(呉大学 看護学部), 三木喜美子	終末期における患者1氏のクオリティ・オブ・ライフとその看護を考える	看護学総合研究(1346-0692)5巻1号 Page51-58(2003.12)
5	MeierDiane E.(米国)	高齢者医療の新しい展開健康の維持・増進から終末期医療まで 緩和ケアと慢性疾患 痴呆をモデルケースにして	看護(0022-8362)56巻1号 Page72-77(2004.01)
6	中村美恵子(東京都板橋ナーシングホーム 介護二課), 岩崎みどり, 斉藤秀子, 小山久美子	板橋ナーシングホームにおける痴呆性高齢者モデル寮の試み(その1) 混合型ユニットケア方式の取り組み	東京都老年学会誌(1344-1175)9巻 Page75-78(2002.03)
7	大坪洋子(大分県立病院)	終末期精神看護におけるコミュニケーションの効果 ペロウの人間関係理論を用いて分析	日本看護学会論文集(老年看護)(1347-8249)33号 Page124-126(2003.02)
8	木下みゆき(聖マリア学院短期大学), 蒲池千草	カルガリー家族看護モデルの臨床応用:ターミナル期における回想の有効性	聖マリア医学(0285-0699)25巻 Page98-99(2000.04)
9	益田雄一郎(名古屋大学 老年科), 服部文子, 茂木七香, 大西丈二, 平川仁尚, 内藤通孝, 井口昭久, 植村和正	高齢患者の終末期医療における告知に関する希望について 質的研究法を用いた意識構造モデルの構築	日本老年医学会雑誌(0300-9173)39巻臨増 Page106(2002.05)
10	小原弘之(広島県立広島病院緩和ケア科), 本家好文	実存的苦痛を訴えた進行期肺がんの一例	広島県立病院医誌(0387-6454)36巻1号 Page47-52(2004.12)
11	中村美保子(呉大学 看護学部), 三木喜美子	終末期における患者1氏のクオリティ・オブ・ライフとその看護を考える	看護学総合研究(1346-0692)5巻1号 Page51-58(2003.12)
12	MeierDiane E.(米国)	高齢者医療の新しい展開健康の維持・増進から終末期医療まで 緩和ケアと慢性疾患 痴呆をモデルケースにして	看護(0022-8362)56巻1号 Page72-77(2004.01)
13	菊井和子(川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科), 竹田恵子	嚥下困難をきたした終末期高齢者の食事援助に関連する倫理的課題	川崎医療福祉学会誌(0917-4605)12巻1号 Page83-90(2002.06)
14	佐々木陽子(市立三次中央病院)	延命治療に関わる家族の意思決定への関わり 急性期病棟における看護のあり方について考える	臨床看護研究(1340-282X)11巻1号 Page29-37(2004.12)

終わりに

作成したプログラムについて調査病棟看護師は概ね妥当な内容と評価していた。しかしながらプログラムに基づいた終末期ケアを病棟で徹底することは病棟の忙しさから困難であった。さらに病棟を超えた連携についても推進する必要があった。今後、これらの問題について病棟スタッフと地道に改善しながらより実地的なプログラムになるように洗練していく予定である。さらにはケアプログラムによる効果測定を行い、プログラムに基づいたケアを定着するように活動していく。

本研究に協力いただいた病棟看護長はじめ看護師の皆様に感謝いたします。

平成 15～18 年度科学研究費補助金（基盤研究（C））研究成果報告書
高齢者高度医療専門病院における終末期ケアプログラムの開発
（課題番号：15592346）

2007 年 3 月発行

発行 研究代表者

東京女子医科大学看護学部 老年看護学

水野 敏子 (Toshiko MIZUNO)

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

TEL 03-3353-8111(代表)

FAX 03-3341-8832

E-mail: mizuno@nurs.twmu.ac.jp

印刷 (株) キリシマ印刷
