

St. Luke's International University Repository

米国ミシガン大学メディカルセンターを拠点とした 在宅認知症高齢者の緩和ケア等に関する研修報告

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): the elderly, dementia, palliative care, interdisciplinary team approach, nursing home 作成者: 安藤, 千晶, 亀井, 智子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/484

This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0
International License.



報 告

米国ミシガン大学メディカルセンターを拠点とした 在宅認知症高齢者の緩和ケア等に関する研修報告

安藤 千晶¹⁾ 亀井 智子²⁾

A Report on the Outreach Program of Palliative Care for Elderly with Dementia Based at Turner Geriatric Clinic in the University of Michigan Medical Center

Chiaki ANDO, R.N., P.H.N., C.S.W.¹⁾ Tomoko KAMEI, R.N., P.H.N., Ph.D.²⁾

[Abstract]

I went to Michigan to participate in an eight-day training program to learn about the following: the function of nurses and care assistants working in nursing homes; palliative care; the interdisciplinary team approach for the elderly; and the function of social workers. This outreach program was based at Turner Geriatric Clinic in the University of Michigan Medical Center.

Job descriptions about the responsibilities of nurses and care assistants are an important part of each job. In addition, the Registered Nurse (RN) and Licensed Practical Nurse (LPN) direct and supervise Nurse Assistants (NA). Therefore, conflict between nurses and care assistants, which often happens in Japan, is not so common. Long term care institutions for the elderly have care programs for palliative care, making medical guidelines, advance directives, and do not resuscitate orders (DNR) for the elderly with dementia. Also, an interdisciplinary team approach is widely carried out in home care for the elderly.

Long term care insurance for the elderly will be changed in 2006 in Japan, which will include changes at the institutions of long term care. My experience suggests that the practices observed at Turner Geriatric Clinic should be considered in our country, especially if palliative care is introduced for the elderly with dementia living at home.

[Key words] the elderly, dementia, palliative care, interdisciplinary team approach,

[キーワード] 高齢者, 認知症, 緩和ケア, 学際的チームアプローチ,

nursing home

ナーシングホーム, 特別養護老人ホーム

[抄 録]

米国ミシガン大学メディカルセンターを拠点とし、米国医療制度下で行われているナーシングホームにおける看護師とケアワーカーのケア内容、認知症高齢者に対する緩和ケアの実施状況、高齢者に対する学際的チームアプローチとソーシャルワーク活動について学ぶことを目的とし、8日間の研修プログラムに参加した。

米国では各職種の業務内容、および看護師が介護職にスーパーバイズする役割をもつことについて明文化され、わが国で生じているような看護師と介護職の業務上の葛藤は生じていなかった。また既にナーシングセンターやホスピスにおいて、在宅認知症高齢者への緩和ケアが実施されており、完全ではないもののターミナル期判断のためのガイドラインの作成、事前指示、DNRが行われていた。さらに学際的チームアプローチはター

1) 聖路加看護大学大学院修士課程 St. Luke's College of Nursing, Graduate School Master Course

2) 聖路加看護大学 老年看護学 St. Luke's College of Nursing, Gerontological Nursing

ナー高齢者クリニックのほか、ナーシングセンターやホスピスにおいても広く積極的に行われていた。

わが国においては2006年度施行される介護保険見直し策で「介護保険施設等におけるターミナルケアへの対応など医療と介護の関係における見直し」が挙げられているが、前述の要素はわが国における在宅認知症高齢者に緩和ケア導入を検討する際にも検討すべき点であると考えられた。

I. はじめに

わが国は2025年には高齢者人口が3,500万人とピークを迎え、認知症高齢者は現在の150万人から250万人に増加することが予想されている¹⁾。さらに要介護4または要介護5の高齢者のうち、4人に1人は特別養護老人ホームに入居しており²⁾、入所者の重度化が進んでいる。介護保険制度の施行から5年を迎え、2006年4月に予定されている介護保険の見直し策の中に「介護施設等におけるターミナルケアへの対応など医療と介護の関係における見直し」が挙げられており¹⁾、高齢者の死亡場所のひとつとして、介護老人福祉施設は今後増加するものと考えられる。しかし福祉施設で行われる終末期ケアについてその根拠が曖昧のため異論も多く⁸⁾、社会的コンセンサスを得ているとはいえない現状である。

2005年8月下旬より8日間、筆者は米国ミシガン州立大学メディカルセンターを拠点とした在宅認知症高齢者の緩和ケアに関する研修に参加した。研修は上記の日本の現状を考え合わせ、米国医療制度下で行われているナーシングホームにおける看護師とケアワーカーのケア内容、認知症高齢者に対する緩和ケアの実施状況、そして高齢者全般に対する学際的チームアプローチとソーシャルワーク活動を見学研修することを中心に進めた。本稿では、これらの研修内容とその成果について報告する。

II. 米国の医療システムとミシガン大学の概要について

米国において全国民をカバーする公的医療保障制度はないが、65歳以上の高齢者と一定の障害者に対し、連邦政府によるメディケア（Medicare：高齢者医療保険制度）がある⁴⁾。また低所得者に対しては州政府が実施する、同法に基づくメディケイド（Medicaid：医療扶助制度）がある⁴⁾。ミシガン州において65歳以上のメディケイド対象者は8%（2004年1月現在、約10万人）に過ぎないが、例えばナーシングホームの経費のうち70%がメディケイドより拠出されており³⁾、高齢者施策は州財政を圧迫する一要素と考えられる。

一方ミシガン大学は、米国中西部にあるミシガン州アナバー市ワストニュー郡（Washtenaw County）に位置し、自然豊かな街なみである³⁾。古くから街の中心部に位置するミシガン大学を中心とした学園都市として発

達し、周辺には企業の研究施設が多数存在している。研修を受けた各機関はミシガン大学と連携しており、看護師のアウトリーチ活動の場ともなっている。なお、ミシガン州の65歳以上の年齢階級別人口割合（2003年度）は12.3%である³⁾。

III. 研修内容

1. グレイシャーヒルズナーシングセンター（Glacier Hills Nursing Center）における看護師の活動

グレイシャーヒルズナーシングセンターは介護者付き高齢者住宅（assisted living）と併設して運営されている。このナーシングセンターはナーシングホーム（nursing home）と異なり、医療行為の内容・サービス提供内容・職員の人数配置からみると、日本の老人病院や老人保健施設に該当し、メディケアでカバーされている（米国においては老人病院がなく、職員の人数配置も法律で定められていないため、さまざまな形の入所施設が存在する）。入所者は約170名、数年にわたる長期入所と、リハビリやレスパイトプログラムを含む短期入所がある。疾患は認知症のほか、静脈内持続点滴・在宅酸素療法など医療行為が必要な患者も数多く入所している。スタッフ構成は、看護師、介護職、理学療法士、作業療法士、言語療法士、ミシガン大学メディカルセンターターナー高齢者クリニックから派遣されている医師を含めた5名の医師（24時間オンコール体制）、そしてボランティアである。

看護師はRegistered Nurse（以下RN）とLicensed Practical Nurse（以下LPN）がおり、RNはフロア全体の管理責任について、LPNは入居者の状態を正確に看護管理者に報告することが文書により義務づけられている。研修時に看護師が実際に行っていた看護行為は、日々の健康管理、服薬管理、MDS2.0（minimum data set vor2.0）を使用した7日に1回のモニタリング、家族を含めた多職種によるケアカンファレンスへの参加、そして施設入所時の初回アセスメントであった。介護職はミシガン州のテストに合格したNurse Assistant（以下NA）、Competency Evaluated Nurse Assistant（CENA）と、資格のないAncillary Aideである。そして介護職の業務は、すべてRNとLPNの指示やスーパーバイズ下で業務を行うことが文書で明記されている。具体的な業務内容については、着脱、入浴、食事、移動、

感染管理のほか、バイタル測定、体重測定である。しかし州のテストを受けていない ancillary aide に関しては、移動と直接食事の介助をしてはならないことを文書で明記し、業務制限を行っている。見学時には日常生活援助に関しては介護職が徹底して行っており、看護師と介護職の業務分担が非常にはっきりしていることや、看護師が NA に随時スーパーバイズを行っている姿が印象的であった。

入所者はリハビリを目的とした短期入所者も多くおり、リハビリ訓練室では洗濯機から洗った衣服を出す行為や、自動車の助手席と車椅子間の移動など、より生活に密着した訓練が実施されていた。その他長期入所者で事前指示 (advance directives：患者及び家族が望む終末期ケアを具体的に文書化したもの⁵⁾) を持つ者については、医師が本人や家族に確認するなど適宜見直しをするが、それでもよい選択ができないケースもあるとのことであった。

2. アーバーホスピスレジデンス (Arbor Hospice Residence) における看護師の活動 (認知症高齢者に対する緩和ケア)

緩和ケアの目的は痛みや症状の緩和を焦点にし、その目指すものは末期的徴候に対してケアを行い、同時に疾病が患者とその家族に及ぼす情緒的、社会的、スピリチュアルな影響に対処することである⁵⁾。

米国のホスピスガイドライン (表1)⁶⁾では、重篤なうっ血性心不全など、癌以外の疾患について身体状態のガイドラインを作成し (このガイドラインはいくつかの

研究結果を基に作成されたものである)、それらの患者も入院できる仕組みである。つまり米国では認知症 (dementia：ここではアルツハイマー型・多発性脳梗塞など不可逆性、進行型の認知障害を持つ認知症のこと) 患者もここに含まれている。また余命6ヵ月以内であるという医師の所見が必要であるが、他の疾患と異なり重度認知症患者の場合、良好なケアにより6ヵ月よりも長く生存することが可能であるため、さらに基準を厳しくするなどガイドラインの改定を行っている。現在、認知症患者は表1の状態であればホスピスケア基準を満たし、入院適応となる。

アーバーホスピスレジデンスの事業内容は、①施設と在宅におけるターミナルケア、②ターミナル期の疾患ではない者に対する在宅リハビリテーション (skilled home care) である。施設内にてターミナルケアを行う看護師は、医師の約束処方 (standing orders) の範囲内で投与量・方法についての判断が可能となっている。また患者の死亡確認は看護師が行い、書面上後で医師にサインをもらうという方法である。ある80歳代の女性患者は、老衰・認知症の診断のほか、既往歴に心筋梗塞を発症しているなど多数の疾患を抱えていた。ミシガン州の書類によって彼女がホスピスに入ることは許可されており、現在の治療については便秘・倦怠感など対症療法のみが行われ、種々の疾患に対する積極的な薬物治療は行われていなかった。また同じく認知症の診断がついている80歳代男性患者は、ホスピス入所時のカルテに主治医の署名がある事前指示書 (CPR・酸素投与・抗生物質の投与有無等が記載されたもの) が含まれていた。

表1 ホスピスガイドライン⁶⁾一部抜粋

Dementia due to Alzheimer's Disease& Related Disorder
1. 次の基準すべてを満たす ・ FAST*でステージ7かそれ以上 (会話能力は1日または集中的なインタビューのうちに、理解できる言葉が6語かそれ以下に制限される／言語能力が簡単な言葉の使用に制限される／歩行能力が失われる／介助なしでは座ることができない／笑う能力が失われる／自分で頭部を支える力が失われる) ・ 移動することができない ・ 衣服の着脱ができない ・ 入浴ができない ・ 尿・便失禁がある ・ 意味のある言語的コミュニケーションを常にとることができない (6語かそれ以下、または繰り返し) 2. 12ヵ月以内で次の項目より一つの症状がみられる ・ 肺炎 ・ 腎盂腎炎または尿路感染症 ・ 敗血症 ・ 褥瘡が多数あり、ステージ3から4 ・ 発熱、抗生物質の使用を繰り返す ・ 過去6ヵ月間で10%の体重減少または血清アルブミン値が<2.5mg/dl

*FAST (Functional Assessment Staging：日常生活機能を総合的に判断し、アルツハイマー型痴呆の重症度を判定するための尺度)⁹⁾

注) 文献6より筆者翻訳

3. 学際的チームアプローチ教育プログラム (Partnerships for Quality Education : 以下 PQE) を活用したターナー高齢者クリニック (Turner Geriatric Center) での新規受診患者アセスメント

高齢者は、身体・心理・社会面の複雑な問題を抱えていることも多いため、医師・看護師・栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーおよび宗教家やボランティアなどで構成されたチームアプローチが有効であるとされている。このことは緩和ケアにおいても同様であり⁵⁾、今回研修を受けた PQE クリニックが参考になると考えた。

PQE プログラムとは、専門職としての価値形成段階である学生時代に、チームアプローチの実践を通してその考え方や方法を身につける目的で2004年まで教育・研究の一環として行われていたものである¹⁵⁾。現在はそれを継続し、ミシガン大学メディカルセンターに属するターナー高齢者クリニックにおいて専門職により行われている (以下 PQE クリニック)。利点としては、患者中心であるため患者も治療に積極的に参加できること、各専門職の時間の節約ができることである。

医師・薬剤師・ソーシャルワーカーがケアプラン作成のため、アセスメント前後にカンファレンスルームに集まり情報の共有化を行い、最終的に各職種が患者の同意を得ながら共にケアプラン作成を行っていた。この時看護師は独自に外来看護を行っており、PQE クリニックのメンバーに参加していなかった。その代わり例えば薬剤師が身体状態の観察 (バイタル測定等)、服薬状況確認を行い、さらに待合室にいる患者に対し本人が理解できる言葉で書いたケアプラン用紙を渡し、何かあったらいつでも自分のところに連絡してよい旨を伝えていた。このように PQE クリニックでは職種の壁がなく、しかも非常に緩やかなチーム形態をとっていた。

またソーシャルワーカーのアセスメントにより、中国から渡米してきたある70歳代の新規受診患者 (以下新患) は英語によるコミュニケーションがとれず、さらにバスに一人で乗れないため毎日家の中でじっとしている、ということが明らかになった。医師はこの情報をソーシャルワーカーから得て、患者に対しターナーシニアリソースセンター (Turner Senior Resource Center : 次項に記述) に、中国人のサポートグループがあるので参加してみてはどうかと勧めた。このようにニーズがあると判断した新患に対し、ターナー高齢者クリニックで実施しているアウトリーチ活動につなげたり、さらに地域で生活する高齢者のニーズに合わせ自ら社会資源を作り出ししていく、といった米国のソーシャルワークの力を垣間見ることができた。

4. ターナーシニアリソースセンター (Turner Senior Resource Center)

米国の高齢者福祉は、個人主義、自己責任の尊重、地方分権などの建国以来の市民原理に基づき、民間団体が中心になって発展を遂げてきた⁴⁾。ミシガン大学メディカルセンターターナー高齢者クリニックのソーシャルワーカーの活動においても、その費用を補うために助成金の給付を受けたりバザーを行うことで、地域の高齢者のニーズに合わせた活動を展開している。

このセンターはターナー高齢者クリニックのソーシャルワーカーによって運営され、クリニックから約1マイル (約1.6km) 離れた場所に位置する。見学时、センターの玄関に入ると20名ほどの高齢者がお茶やケーキを食べながら、広間でトランプ等を楽しんでいた。センターの活動はセルフヘルプグループ、サポートグループの運営のほか、高齢者と若者がルームシェアできるようにコーディネートする活動や、センターの内壁に地元の55歳以上の画家が書いた絵を飾り販売するなどの活動を行っている。特にサポートグループについては認知症高齢者やその家族のための活動のほか、薬物乱用や喫煙、子供たちを頼って最近中国から移民してきた高齢者のためのグループなど、高齢期でも多種多様なニーズに合わせたグループ運営を行っていることが非常に印象的であった。特に薬物乱用については、州のメディケイドの財政を圧迫している一要因でもあるため³⁾、このような活動は非常に意味あるものと思われる。

これらのサポートグループの一つであるライティンググループ (writing group) は、1978年ターナー高齢者クリニックのソーシャルワーカー部長である Ruth Campbell 氏によって始められたものであり、現在まで続けられている。グループメンバーは週に1回2時間、メンバー自身で書いた詩やエッセイを持ち寄り、それを朗読し、お互いに時間を共有し合っている。2003年にはグループのメンバーが書いた本を出版し、現在10ドルで販売している。

当日の参加者はグループメンバー6名、ボランティア1名、そしてソーシャルワーカー1名であった。メンバー自身で書いた詩の内容は自分の身体や家族に関する心配事、また誕生日に孫たちからもらったバースディカードを読む者など内容はさまざまであった。他者の発言については、誰一人として否定することはなかったため、非常に共感・受容的な雰囲気であり、メンバーにとって何でも話せる安全な場所であることが見受けられた。特に自分の問題と周囲の問題を混同して話すメンバーに対し、ソーシャルワーカーが「あなたの問題と周囲で起きている問題は別のことよね」とコメントした場面に遭遇し、ソーシャルワーカーが必要時にグループで心理的関わりを行っていることがうかがわれた。

IV. 考 察

1. 看護師の活動と多職種との連携

グレイシャーヒルズナーシングセンターは日本の療養型病床に該当することもあり、医師・看護師の人数を含め十分な医療体制が整えられていた。そのため看護業務は非常にスムーズであり、特に入所者のアセスメントからモニタリング、服薬管理に関することについて、複数の疾患を抱える高齢者に対し適切な医療・看護ケアを提供していた。わが国の特別養護老人ホームは1963年老人福祉法制定とともに設立されたが¹⁰⁾、慢性疾患の増加や医療の高度化により、入所者の抱える疾患は法律制定当時よりさらに複雑になっている。現行法での特別養護老人ホームの医療・看護体制で、果たして高齢者の生活全般を適切に支えることができているか再度考え直す必要がある。

また米国で看護師と介護職の業務分担がなされているのはわが国と同じであった。しかし各職種の業務内容と、看護師が介護職に指示やスーパーバイザーとしての役割を担うことについて詳細に明文化されていたことは異なる点であった。これは米国においてケア (care) という言葉の概念が、医療のケアとともに食事や入浴などの介護ケアをも含んだ、すべてのケアを包括する概念として使用されているため、NAらは看護師の指示の下で業務を行っていたと考えられる。しかし日本においては高齢化に伴い1987年に制定された社会福祉士及び介護福祉士法により、介護職は入浴・排せつ・食事等を行う独立した専門職として存在している。そのためケアチームの一員として介護職と看護師の協働が不可欠であり、わが国では米国とは異なる職種間の葛藤が存在する。

亀井ら¹¹⁾は、将来専門職を目指す保健医療福祉の専門教育機関に在籍している学生に焦点を当て、高齢者に必要な学際的チームアプローチ (interdisciplinary team approach) を推進するための合同プログラムを開発している。基礎教育の段階で他職種への信頼、チーム内でのコミュニケーションスキルの向上、そしてチームの一員としての態度を形成していくことは、高齢者施設内における看護師と介護職、さらに他の職種間の葛藤を和げるための一要素となりうるであろう。

2. 認知症高齢者に対する緩和ケアの導入

一般的に高齢者が死に至る過程は個別的であり、経過が緩やかで時間的に長い経過をたどるといわれている。

表1にあげたガイドラインも、今後改良の余地が十分にある段階である。わが国では時田¹²⁾の成果を基に、特別養護老人ホーム入所時から死亡までの間で、最高を示した体重値をその人の最大体重とし、その体重から20%の減少がみられた時点でターミナル期に入ったことを予測

している。高齢者のターミナル期におけるわが国のガイドライン作成は、この研究以外にはみられていない。特に特別養護老人ホームでは、可逆性の急性疾患により積極的治療を行う場合には、医療体制の整った病院に転院の必要性があるため、ターミナル期に入ったかどうかを予測できる、客観的指標であるガイドライン作成は非常に重要な意味を持つ。ターミナル期に入ると予測できれば、積極的な延命治療よりも、褥瘡をつくらないこと、排泄ケア、入浴等清潔保持など基本的なケアを徹底し、さらに家族への心理社会的ケアを重点的に行うことが可能であろう。

またホスピス見学時、心疾患等多数の疾患を抱えていた認知症高齢者への治療は、便秘・倦怠感などの対症療法のみであった。この患者に限らず、米国ではホスピスケアを受けるためにはメディケアからホスピスベネフィットという保険に切り替えなければならない、その際延命治療を完全に放棄しなければならないといった保険システムから生ずる問題が存在する⁷⁾。Diane E. Meier⁷⁾は、「緩和ケアは生命延長のための治療と同時に行われるべきだ」と述べている。他の疾患と異なり重度認知症高齢者の場合、良好なケアにより6ヵ月よりも長く生存することが可能であり予後が不確かであるため、二者択一的に緩和ケアへ完全に切り替えることの難しさがある。わが国において認知症高齢者の緩和ケア導入について考える際、倫理的な側面を含めこの点に関しては十分に考えていく必要がある。

事前指示・DNRについてはわが国では一般的でない。現状では特別養護老人ホームに入所する時には、すでに認知症を発症している場合が多いため、本人の意思がわからず家族の意思が優先されることが多い。しかし袖井¹³⁾は、「家族員のもつ価値観が多様化し、利害があい対立することも稀ではない今日、家族が患者の意思を常に代弁しようとは限らないし、家族の誰に尋ねるかによって、その答えも一様ではない」と述べている。今後は、認知症の早期診断の段階で本人に対し事前指示・DNRについて意思を確認することや、Andrea S. Schreinerら⁵⁾が述べているように、家族が納得した選択ができるための医療従事者のコミュニケーション技術の向上が課題としてあげられる。

さらに Diane E. Meier⁷⁾は、認知症患者に緩和ケアが行われない理由として、第一に予後が不確かであること、第二に患者の苦痛の原因を特定し治療することの困難さをあげている。Erik Scherderら¹⁴⁾は、認知症高齢者の痛みに関する2004年度までの先行研究をまとめ、認知症高齢者の痛みの特殊性と、痛みを自ら伝えられない重度認知症高齢者に対して開発された痛み評価スケールをあげている。終末期にある認知症高齢者に対する痛みのケアに関する研究は、わが国においては発展途上であ

る。特別養護老人ホームに限らず、これからの高齢者の終末期ケアにおいてこの2点の問題は欠かすことができない視点であり、今後さらなる研究が必要と考える。

謝 辞

本研修企画及び実施にあたり多大なご協力を頂きましたミシガン大学ターナー高齢者クリニックソーシャルワーカー Mariko A. Foulk 氏、同ソーシャルワーク部長 Ruth Campbell 氏に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 大島一博. 介護保険制度の見直しに向けた検討状況について. 日本痴呆ケア学会誌. 3(2), 2004, 255-262.
- 2) 三浦文夫. 図解高齢者白書 2004年度版. 全国社会福祉協議会. 2004, 138-146.
- 3) ミシガン州ホームページ
<http://www.michigan.gov/> [2005-10-26]
- 4) 藤田伍一, 塩野谷祐一. 先進諸国の社会保障 7 アメリカ. 東京大学出版会, 2001.
- 5) Andrea S. Schreiner, 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. 2004, 59-66.
- 6) Standard and Accreditation Committee Medical Guidelines Task Force. MEDICAL GUIDELINES FOR DETERMINING PROGNOSIS IN SELECTED NON-CANCER DISEASES Second Edition. The National Hospice and Palliative Care Organization, 1996.
- 7) Diane E. Meier. 課題講演 緩和ケアと慢性疾患: 痴呆をモデルケースとして. 看護. 56(1), 2004, 72-77.
- 8) 斎藤正彦. 老いと死の臨床. こころの科学. 96, 2001, 12-18.
- 9) 小澤利男他. 高齢者の生活機能評価ガイド. 医歯薬出版, 1999, 196-199.
- 10) 一番ヶ瀬康子他. 改訂新・セミナー介護福祉⑩ 介護概論. ミネルヴァ書房, 2005, 1-38.
- 11) 亀井智子他. 高齢者の学際的チームアプローチの向上を目的とした保健医療福祉専門職学生合同老年学教育プログラムの効果. 聖路加看護大学紀要. 31, 2005, 36-45.
- 12) 琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編. 施設における高齢者のターミナルケア. 医歯薬出版, 1997, 62-71.
- 13) 袖井孝子. 終末期における高齢者の自己決定と家族. 日本老年医学会雑誌. 37(9), 2000, 717-718.
- 14) Erik Scherder, Joukje Oosterman, and Dick Swabb et al. Recent developments in pain in dementia. British medical journal. 330(26), 2005, 461-464.
- 15) 亀井智子, 中山かおり. 学際的チームアプローチによる米国ミシガン大学メディカルセンターを拠点とした在宅高齢者に関する上級看護実践報告. 聖路加看護大学紀要. 30, 2004, 74-80.