

認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける 看護活動の実態と課題 ——質問紙調査の実施——

山崎 尚美¹, 百瀬由美子²

Nursing Practices in End-of-Life Care and Problems in Nursing Cooperation at Group Homes for Dementia Patients in Japan

Naomi Yamasaki¹, Yumiko Momose²

目的：認知症高齢者グループホーム（以下、GH）の終末期ケアにおける看護活動の実態と課題を明らかにした。方法：WAM-NETで看取り介護加算を算定しているGHから無作為に2,000か所を抽出し、管理者に自記式質問紙調査を行った。終末期ケア時の看護活動の実態と課題を抽出するために単純集計および因子分析（最尤法、Promax回転）を行った。結果：回答数は212人（回収率10.9%）であった。回答者が終末期ケア時に行ったと捉えている看護活動は「身体的変化を介護職に伝える」ことが48.6%と最多であった。終末期ケア時の課題は「恐怖・迷いの中のケア」「ケアに対する不安や後悔」「学習機会の不足」「看護職の雇用が困難」「24時間連携体制の不備」「職種間の死生観の相違」「記録や体制の不備」の7因子で構成されていた。考察：GHでの看取りで看護職は情報提供や介護職と情報共有を行うこと、恐怖や不安の緩和を図るための研修会や事例検討会を開催することの必要性が示唆された。

キーワード：認知症高齢者，グループホーム，終末期ケア，看護活動

I 緒 言

わが国の認知症高齢者数は、462万人まで増加し2025年にはさらに470万人まで増えると予測されている¹⁾。認知症高齢者の増加とともに1992年より、認知症対応共同生活介護事業（以下、GH）が全国各地に新設され、2014年6月30日では12,400か所にまで普及してきた²⁾。

認知症高齢者が増加する一方で認知症ケアにおいては、たとえ認知症が進行したとしても、最期までその人らしく生活することができるように生活環境を調整することが求められている³⁾。また、認知症高齢者の終末期の特徴として、がんや慢性疾患の増悪のように短期間に死に向かうのではなく、安定と不安定を繰り返しながら死に向かっていくので、GHにおいては「生活の延長線上の死」と捉えられている³⁾⁴⁾。

NPO法人全国認知症GH協会調査によると、GH内で終末期を迎えた割合は、2006年では27.8%と報告している⁵⁾。さらに、入居者やその家族の64%がGHでの看取りを希望している⁵⁾。GHの職員には認知症に対するケアだけでなく、「重度化対応」や「看取りへの支援」などの重要な役割が求められてきている。また、2009年からは、GHにおいても積極的に看取りを実施することが期待されており、地域密着型サービスの介護報酬の改定が行われ重度化加算や看取り介護加算が算定されることになった⁶⁾。

著者らはGH介護職員が終末期ケアに対して抱いている感情として、葛藤や困惑、また死に逝く人のケアをすることに恐怖や不安を抱いていると報告した⁷⁾⁸⁾。2008年7月の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書¹⁾」では、ひとりの人の最期を支えるためには介護と看護が協働して終末期ケアを行うことが望ましいことは当然のことであるが、介護職は生活のなかでの

¹畿央大学健康科学部看護医療学科，²愛知県立大学看護学部（老年看護学）

終末期ケアをイメージしており、一方看護職は病院での終末期ケアをイメージしているといった介護と看護の終末期の場のイメージの違いから実際は終末期ケアの質保障ができていないことの課題の多さを指摘している⁹⁾¹⁰⁾。

とりわけ、介護職と看護職の連携の必要性は主張されているものの、その連携がどのように行われているのか、連携体制の実態やその課題についての報告は未だ見られていない¹¹⁾。

以上から、GHの終末期ケアの実態や課題を把握することは、終末期ケアの質の向上のための基礎的データとなると考える。また、グループホームで終末期ケアを実施する際の、終末期ケア研修内容の確認ができ、研修会を受講した介護職の不安や恐怖を緩和した状況で終末期ケアを提供することができ、認知症高齢者の終末期ケアを支えるケア体制を検討するうえで意義深いと考える。

II 研究目的

本研究は、GHの終末期ケアにおける看護活動を把握し課題を明らかにすることである。そして、GHの終末期ケアをスムーズに行うためのケア体制について示唆を得ることを目的とした。

III 研究方法

1. 調査対象

全国2,000か所のGHの管理者を対象とした。高齢者福祉保健医療関連の情報を総合的に提供するサイトであるWAM-NET (Welfare And Medical Service Net) に登録されているGHを検索し、看取り介護加算をとっているGHのうち、各都道府県のGH数に重みづけをして無作為に抽出し、合計2,000か所とした。今回の調査では、終末期ケアにおける介護職と看護職の連携の実態を把握するためGHの管理者を対象に調査を実施した。

2. 調査期間

2010年7月1日から2010年8月9日

3. データ収集方法

無作為に抽出したGHの管理者宛に調査票を送付し、調査票到着後、3週間以内に返信することを依頼した。調査票には、研究の趣旨および倫理的配慮について記載し、調査依頼文書、調査票、返信用封筒を同封し、調査

票の回答に協力を依頼した。回答は自由意思のもとに記述し、調査票は個別の返信用封筒により郵送してもらった。

4. 調査内容

調査内容は、基本属性として年齢・性別・経験年数・所有資格の計5項目を設定した。終末期ケアにおけるGHの終末期ケア体制の実態に関する項目として、終末期ケアの状況、終末期ケアにおける看護活動の実際、GHにおける訪問看護との契約の現状、GHにおける看護職との連携の現状、そして終末期ケアの課題に関する計5項目とした。回答は該当する項目を選択してもらった。

GHで行われている看護活動の実際については、先行文献を参考に意思確認、看護行為、体制整備、医師への連絡、緊急時の連絡に関する39項目を質問項目として設定し、複数回答可として、実施している看護活動を選択してもらった。また、終末期ケアの連携に関する課題については先行文献から、連絡体制、介護職の認識、死生観の相違、勉強会の実施、看護職の雇用状況に関する30項目を質問項目として設定し、4件法で1：全く思わない1点、2：あまり思わない2点、3：少し思う3点、4：とても思う4点として、のうち最も近い考えのものを選択してもらい合計得点を算出した。

5. 分析方法

得られたデータをGH管理者からみた、連携の実態を把握するため単純集計を行った。また、終末期ケアの連携時の課題については、課題の特徴を抽出するために因子分析(最尤法、Promax回転)を行った。終末期ケアを行う際に、様々な課題があるが、代表的な特徴とその内容を把握することで、今後の研修会内容を把握するために因子分析を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、当該大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号:愛知県立大学看22-11)。GHの管理者に対して文書による研究協力依頼を行い、回収をもって同意を得たものと判断した。研究への参加は自由意思であり途中離脱の自由、勤務上の処遇に影響しないこと、個人情報保護の保障を書面に明記した。

IV 結 果

GH管理者2,000人に自記式質問紙調査を行ったところ回答数は212人（回収率10.9%）であった。

1. 対象の基本属性（表1）

対象の特徴は、女性146人（68.9%）で男性66人（31.1%）であり、平均年齢は47.6歳（SD±=9.93歳）であった。

2. 終末期ケアにおけるGHの終末期ケア体制の実態

1) 施設の概要

回答したGHの特徴は、以下のとおりであった。

終末期ケアを始めた平均時期は開設後3.4年であった。過去1年間の平均看取り者数は、1.0人で、終末期ケアを

表1 基本属性

質問項目		回答数	(%)
性別	女性	146	68.9%
	男性	66	31.1%
平均年齢（歳）		47.6	SD±9.93
所有資格（人） （複数回答）	社会福祉士	13	6.3%
	介護福祉士	127	61.4%
	介護士	47	22.7%
	看護師	39	18.8%
	准看護師	10	4.8%
	医師	1	0.5%
	ケアマネージャー その他の資格	137 37	66.2% 17.9%
設置主体	社会福祉法人	47	22.2%
	医療法人	47	22.2%
	株式会社	47	22.2%
	有限会社	55	26.0%
	特定非営利活動法人	11	5.2%
	社団・財団法人	3	1.3%
	無回答	2	0.9%
併設有無	なし	74	35.0%
	あり	133	62.7%
	無回答	5	2.3%
併設機関 （複数回答）	医療施設	29	21.8%
	介護老人保健施設	19	14.3%
	介護老人福祉施設	17	12.8%
	ケアハウス	5	3.8%
	デイサービス	81	60.9%
	訪問看護	19	14.3%
	訪問介護	31	23.3%
	在宅介護支援センター	19	14.3%
	居宅介護事業所	53	39.8%
	その他	43	32.3%

始めてからの延べ人数は平均3.1人であった。緊急時の連絡方法を施設内で決めているGHは169施設（79.7%）であったが、38施設（18.4%）のGHはその時々で決めていると回答していた。また、5施設は未回答（1.9%）であった。

2) 終末期ケアにおける看護活動の実態

管理者が回答した看護活動の実態として、最も多かった項目は「点滴を施行する」124件（58.5%）、「褥瘡の処置を行う」122件（57.5%）、「介護職に身体の変化や気を付けてほしいことなどを伝える」116件（54.7%）であった。次いで「服薬の調整・管理を行う」113件（53.3%）、「バイタルサインの測定を行う」108件（50.9%）、そして「苦痛（痛み）を緩和する」106件（50.0%）「痰の吸引を行う」102件（48.1%）であった。

一方、最も少なかった項目は「電子カルテを用いて記録する」11件（2.3%）であった（表2）。

3) 訪問看護との契約現状

訪問看護の利用については、「利用あり」95件（44.8%）、「利用なし」98件（46.3%）、無回答19件（8.9%）とほぼ同数であった。「利用なし」の理由は、どこに依頼してよいのかわからない、人件費が高い、他の訪問業務が忙しい、介護職だけで終末期ケアはできる、その他であった。

4) GHにおける看護職の配置

看護職の配置があるGHは、常勤と非常勤を合わせると144人（68.1%）であった。また、看護職の1週間の平均勤務日数は2.8日であり、1か月の平均勤務時間は8.2時間であった。看護職の担当制については、「受け持ち制」19件（16.8%）、「曜日ごと」20件（16.8%）、「週ごと」15件（13.3%）、「月ごと」8件（7.1%）、「決まっていない」45件（39.8%）、「その他」7件（6.2%）であった。

5) 終末期におけるケア体制

終末期ケアのマニュアルや記録の準備状況として、終末期ケアのマニュアルの有無については、「あり」129件（60.8%）、「なし」78件（36.8%）、無回答5件（2.4%）であった。終末期ケアの記録の有無については、「あり」140件（66.0%）、「なし」58件（27.4%）、無回答14件（6.6%）であった。また、記録があると回答したもので記録媒体の種類については、「紙ベース」が112件（80.0%）、「電

表2 グループホームの終末期ケアにおける看護活動の実際

n=212 (複数回答)

看護活動	回答数	(%)
点滴を施行する	124	58.5
褥瘡の処置を行う	122	57.5
介護職に身体の変化や気を付けてほしいことなどを伝える	116	54.7
服薬の調整・管理を行う	113	53.3
バイタルサインの測定を行う	108	50.9
苦痛（痛み）を緩和する	106	50.0
痰の吸引を行う	102	48.1
状態の変化を観察する	100	47.2
状態の変化に応じて、入院の必要性を判断する	100	47.2
医師に薬の処方や指示を依頼する	99	46.7
家族の理解を深めるために医師からの説明を補足する	94	44.3
緊急時に医師に連絡する	90	42.5
医師に状態の判断を依頼する	88	41.5
介護職と24時間連絡が取れる体制を作る	83	39.2
医師に死亡確認を依頼する	81	38.2
医師に訪問診療を依頼する	80	37.7
看護職と終末期ケアについて話し合う	77	36.3
予測と判断し、介護職や看護職や医師と意見交換する	77	36.3
介護職や看護職や医師と生活の場の看取りである意思統一をする	76	35.8
医療機器が利用できるような準備する	76	35.8
医師から家族へ説明する場面をつくる	76	35.8
緊急時に連携病院に連絡する	75	35.4
医師が24時間連絡できる体制をつくる	74	34.9
清潔、排泄、体位変換、水分補給、環境調整など日常生活のケアを行う	68	32.1
介護職と看取りについてのカンファレンスや会議を行う	68	32.1
家族に連絡をする	66	31.1
本人や家族の意思確認を行う	64	30.2
介護職や医師と他の看護職と誰が何をするのか、役割分担をする	64	30.2
グループホームで看取りについての勉強会や研修会を開催する	64	30.2
実施したケア内容をアセスメントする	62	29.2
入院時に付き添う	62	29.2
緊急時に他の看護師に連絡する	61	28.8
緊急時に救急隊に連絡する	61	28.8
緊急時に施設責任者に連絡する	60	28.3
グループホームでの看取りのマニュアルを作成する	55	25.9
看取りの同意書を作成し、家族と契約を交わす	47	22.2
グループホームでの看取りの計画を立案する	47	22.2
グループホームでの看取り専用の個人ノートを作成する	33	15.6
電子カルテを用いて記録する	11	5.2

子カルテ」5件（3.6%）、無回答23件（16.4%）であった。

介護職と看護職との意見交換について、「定期的に行っている」90件（42.6%）、「必要時している」110件（51.9%）、「ほとんどしていない」10件（4.7%）、「全くしていない」2件（0.8%）であった。

3. GHにおける終末期ケアの課題

回答者が認識していた終末期ケアの課題を抽出するために、因子分析（最尤法、Promax回転）を行った結果、第1因子「恐怖・迷いの中でのケア」第2因子「ケアに対する不安や後悔」第3因子「学習機会の不足」第4因子「看護職の雇用が困難」第5因子「24時間連携体制の不備」第6因子「職種間の死生観の相違」第7因子「記録や体制の不備」の7因子で構成されていた。因子数の

表3-1 終末期ケアの課題の特徴

n = 212

		因子						
		恐怖・迷い の中でのケア	ケアに対する 不安や後悔	学習の機会 の不足	看護職の雇用 の困難	24時間連携 体制の不備	職種間の死 生観の相違	記録や体制 の不備
q39_6	介護職は判断に迷いながらケアしている	.881						
q39_7	介護職は不安や恐怖のなかでケアしている	.858						
q39_5	介護職は看取りの経験が少ないので死をイメージできない	.663						
q39_4	介護職は症状や経過を予測することが難しい	.633						
q39_8	介護職は自分の勤務中に亡くなってほしくないと思っている	.546						
q39_14	介護職と死生観が違う	.488						
q39_9	介護職と事例について話し合う機会がない	.408						
q39_33	本人の意思確認ができないことの不安がある		.720					
q39_32	もっとできたのではないかという後悔がある		.697					
q39_34	医療機器のないところでの終末期ケアでよいか葛藤がある		.680					
q39_31	入居者の苦しむ様子は辛くて見たくない		.652					
q39_20	看護職と認知症ケアの勉強会を行っていない			1.036				
q39_19	看護職と終末期ケアの勉強会を行っていない			.816				
q39_21	看護職とコミュニケーションが不足している			.508				
q39_26	看護職は利用者負担が高いため契約できない				.788			
q39_27	看護職は人件費が高い				.748			
q39_28	訪問看護には訪問回数制限がある				.511			
q39_25	終末期ケアの報酬評価は低い				.453			
q39_29	法人の意向で看護職（訪問看護師を含む）を雇用できない				.436			
q39_1	看護職と24時間の連絡が取れない					.780		
q39_2	医師と24時間の連絡が取れない					.731		
q39_3	グループホームや介護職間で情報共有がない					.440		
q39_15	看護職と死生観が違う						1.036	
q39_16	医師と死生観が違う						.552	
q39_22	家族とともに行えるケア体制が整っていない						.577	
q39_13	終末期ケアの記録が整備されていない						.575	
q39_30	最期は入院という選択になる						.548	
	固有値	8.529	2.463	1.741	1.624	1.384	1.228	1.069
	寄与率	31.587	9.123	6.448	6.013	5.128	4.549	3.959
	累積寄与率	31.587	40.711	47.159	53.172	58.3	62.849	66.808

* 因子抽出法は最尤法、Promax回転による因子負荷量を0.4以上とした。

表3-2 終末期ケアの課題の因子相関

因子	恐怖・迷い の中でのケア	ケアに対する 不安や後悔	学習の機会 の不足	看護職の雇用 の困難	24時間連携 体制の不備	職種間の死 生観の相違	記録や体制 の不備
恐怖・迷いの中でのケア	-	.413	.509	.196	.396	.378	.563
ケアに対する不安や後悔		-	.377	.391	.347	.323	.382
学習の機会の不足			-	.257	.409	.365	.492
看護職の雇用の困難				-	.153	.396	.225
24時間連携体制の不備					-	.332	.380
職種間の死生観の相違						-	.465
記録や体制の不備							-
信頼性係数 $\alpha = 0.952$	0.837	0.814	0.857	0.689	0.706	0.769	0.603

抽出は固有値1以上のものを採用し、0.4以下のものを除外の対象とした。因子名の命名については、研究者間で合意が得られるまで検討を繰り返した。Cronbach α 係数は0.603~0.857と内的整合性は確保されていた（表3-1、表3-2）。

V 考 察

1. GHにおける看護活動の実態

1) 医療連携における看護活動

終末期ケア時の看護職の看護活動の実態としては、「点

滴を施行する」124件 (58.5%), 「褥瘡の処置を行う」「介護職に身体の変化や気を付けてほしいことなどを伝える」であった。次いで「服薬の調整・管理を行う」「バイタルサインの測定を行う」が上位を占めていた。この内容は、GHで日常的に行われている看護活動であり終末期ケアの特徴を示す看護活動ではないが、GHでの終末期ケアは「日常生活の延長線上の看取り」であることから特徴的な看護活動としての結果は得られなかったと考えた。今回の調査では、終末期ケアを開始した時期は、GHが開設してから平均3.4年後という結果であった。GHを開設した当初は、要介護度が低く自立していた利用者も3年から4年経過すると要介護度が重度化しており、医療ニーズが高くなっていくことを示しており、また終末期ケアにおいては「点滴」や「喀痰の吸引」などの医療行為を必要とする場合が多いことと一致しており、利用者の重度化は終末期ケアを含めて看護職による医療行為の必要性を示唆していると考えた¹²⁾。

2) 医療連携体制の実態

看護職の配置は、看護職の配置は常勤36.9%、非常勤32.5%であり、全体の約7割であった。また、看護職の1週間の平均勤務回数は2.3回であり、1か月の平均勤務時間は8.2時間であった。看護職の担当制については、「受け持ち制」、「曜日ごと」が約35%を占めていた。2006年の全国GH協会の医療連携に関する実態調査によると、各事業所に看護師を1人以上配置している割合は全体の45%と報告している¹²⁾。今回の調査では、約7割のGHにおいて看護職を雇用しており、終末期ケアを実施しているGHでは医療との連携が強化されたと考えた。その理由として、看取りの時期においては、点滴や吸引といった医療ニーズが増加する傾向にある。そのような医療ニーズの高い状況において連携を図るためにはGHに常勤看護職を確保しづらい状況であったとしても訪問看護や医療連携加算制度における看護職の雇用がスムーズに行えるような制度の確立や連携が有機的に機能し、緊急時であったとしても対応できるシステムの構築が必要である¹³⁾。また、GHの看護職の配置は増加傾向にあるものの、雇用形態においては16.3%が介護職として雇用されており、さらには非常勤職員が配置の半数を占めていた。看護職をただ配置するだけでなく「日常的な健康管理」「状態悪化時の主治医との連絡・調整」「看取りの指針の整備」を遂行できるだけの看護職の役割を果たすための必要な勤務時間を確保することが必要であ

る¹⁴⁾¹⁵⁾。

3) 終末期ケアのマニュアルや記録の準備状況

終末期ケアのマニュアルの有無については、「あり」が約6割を占めていた。終末期ケアの記録の有無については、「あり」が約7割であった。また、記録媒体の種類については、97%以上が「紙ベース」の記録用紙であり、「電子カルテ」は3%未満であった。全日本病院協会の「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方」に関する実態調査(2012)によると、GHで利用している看取りの手引き・マニュアル等は、「手引き・マニュアル等はない」が約4割と最も多く「自施設で作成した手引き・マニュアル等を利用」、「市販の手引き・マニュアル等を利用」と看取りの手引き・マニュアル等を利用しているGHは3割に過ぎなかった¹⁶⁾。しかし、研究対象の医師、看護職、介護職はいずれも7割以上のものがGHでは看取りの手引き・マニュアル等が「必要である」と回答していた¹⁷⁾。今回の調査では、看取り介護加算を算定しているGHでは、約6割がマニュアルを整備しており、看取りの準備状況としては整えていることが示唆された。連携を図るためには、看護職は介護職の収集している「何かいつもと違う」という日常生活のなかの些細な変化を把握していき、さらに効果的に職種間で情報の共有をするための記録内容や記録方法の工夫が必要だと考えた¹¹⁾¹⁸⁾。

2. 終末期ケアにおける課題

終末期ケアの課題として、最も緊急性の高い課題として介護職は「恐怖・迷いの中でのケア」を行っていることが明らかになった。その背景としては、GHの介護職は医療職の居ない職場環境のなかで、1人で夜間勤務をしており、看取りの時期において自分の判断が誤っていたため利用者が亡くなったのではないかと自問自責していることがある。また、医療連携体制をとるということは24時間緊急時も含めて看護師と連絡・相談が可能な状態であるはずだが、実際は日中のみの支援であり、介護職はいつの時点で看護職に連絡を取ってよいのか判断に困り迷いがあるため、夜間緊急時には救急隊に連絡を取り病院に搬送しているという現状があり、医療者に相談できにくい体制であるということが先行文献からも明らかになっている¹⁰⁾。恐怖や不安のなかで終末期ケアを行っていることは、「ケアに対する不安や後悔」していることにも関連しており、恐怖や不安のなかでケアしてい

る介護職は自己のケアに自信をもつことができないため、その結果、終末期ケアを振り返ると「本当にこれでよかったのだろうか」と疑心暗鬼になっていると考えた⁷⁾¹⁹⁾。このような終末期ケアを担う介護職の不安や後悔があるなかでのケア提供は、利用者やその家族にとって最善のケア提供には至っていないことが危惧され、24時間の連携体制を強化し、介護職の恐怖や不安を緩和した状態で終末期ケアを行うことが急務だと考えた。

また、介護職の介護職が看護職に連絡を取る時期の判断や何をどのように報告をしたらよいのかわからないことや報告・連絡内容の曖昧さは看護職への連絡の取りにくさの要因につながるため、介護職と看護職の連携時の課題であると考えた。これらの課題を解決するためには、介護職が看護職へ連絡する時期や内容に関する情報提供を促進するためのプロトコルを作成し、システム化する必要があると考えた²⁰⁾。また、効率的な情報提供のための終末期ケアの記録様式を作成する必要がある。それらを実行可能にするために介護職および看護職を対象とした研修会や勉強会を実施し、記録様式の使用方法や連携に必要な知識を習得する必要がある。

この状況の中で終末期ケアを行うということは、利用者にとってその人らしい最期を迎えるための環境を整備するといった課題は大きいと考えた。その改善策として記録や体制をどのようにしたら改善できるのか、また死とは、どのような状況になるのかなど看取りの実際について教育介入することが必要であり、介護職の不安や恐怖を緩和することが急務である²¹⁾。また、各GHで行う事例検討会で、連絡体制や学習の機会提供など終末期ケアの体制整備を行う必要がある。

以上から、GHにおける終末期ケアの連携を促進するためには看護職と有機的にかつ効果的に連携を図るための体制の整備を行い、記録用紙を活用しながら、情報提供や情報共有を行い、連携体制の強化を図るための研修会やマニュアルの必要性が示唆された。

VI 本研究の限界と課題

本研究は、GH管理者を対象に実施したが、調査協力が得られた対象数は合計212人であり、全体の回収率は10.9%と少数であった。全国のGHの終末期ケアを担うGH管理者を代表する結果とは言えない限界がある。その理由としては、調査票の回答項目数が多く時間を要したため、調査協力の同意を得られにくかったと考えた。

しかし、介護保険の改正によりGHと医療との連携が強化され、重度化加算も算定されるようになったにも関わらず、実際のGHでは、介護職と看護職との連携には課題が多く存在していることが明らかになった。この時期の基礎データとしてはGHにおける終末期ケアの連携の実態が把握でき、連携を促進するための課題を抽出することができたことは意義のある結果と考えた。

今後は、対象数を増やして研究を遂行する必要がある。また、連携体制の阻害要因を含めた連携時の課題を検討することが必要である。

VII 結 論

今回の調査で、GHの終末期ケアにおける①介護職と看護職の連携の実態把握②連携に関する課題を明らかにすること目的に、GHに勤務する管理者を対象に自記式質問紙調査を実施した。その結果、看護活動としては「身体的変化を介護職に伝える」といった終末期におこりうる身体状況の情報共有を行っていた。一方、GHの看護職は低賃金での勤務をしている状況にあり雇用しにくい現状が明らかになった。終末期ケアの課題として、「恐怖・迷いの中でのケア」「ケアに対する不安や後悔」「学習機会の不足」「看護職の雇用が困難」「24時間連携体制の不備」「職種間の死生観の相違」「記録や体制の不備」があることが抽出された。連携時の課題として、看取り介護加算や重度化対応加算などの制度はあるものの、実際は24時間連絡ができない、看護職を雇用できない、利用者負担が増加するため訪問看護の利用がしにくい状況にあることが明らかになった。しかし、そのような状況のなかで終末期ケアを行い、効率的に情報を共有するためには記録用紙やマニュアルの整備、研修会や事例検討会などの教育の場を提供することの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究においてご意見をいただきました皆様に心より御礼申し上げます。また、本研究にご協力くださいましたGHの管理者の皆様へ深く感謝致します。本研究は、平成20年～平成23年度科学研究費助成金基盤研究C(21592933代表：平木)の助成を受けて行った研究の一部である。また、愛知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程博士論文の一部を加筆修正したものである。

文 献

- 1) 厚生労働省：「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」, 15-16, 2008.
- 2) 厚生労働省ホームページ：2014年6月30日.
- 3) 桜井紀子, 内田登美江, 岡本綾：「死にゆく人」へのケア 高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト, 筒井書房, 51-55, 2009.
- 4) 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章他：高齢者の終末期ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール, 中央法規出版, 219-221, 2010.
- 5) NPO法人全国認知症グループホーム協会：認知症グループホーム事業実態調査研究事業結果報告書, 122-130, 2007.
- 6) 日本グループホーム協会：認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業調査研究報告書, 21-30, 2010.
- 7) 平木尚美, 大町弥生：認知症高齢者GHにおける職員の思い, 日本看護福祉学会誌, 13(2), 119-131, 2008.
- 8) 平木尚美：「認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける研修プログラムの開発」平成18年度～平成20年度科研費基盤研究C(番号：18592459)代表；平木尚美, 研究成果報告書, 2009.
- 9) Hiraki Naomi, Yumiko Momose：「MEDICAL COOPERATION FOR DEMENTIA END-OF-LIFE CARE IN JAPANESE GROUP HOMES」, 25th International Conference of Alzheimer Disease International ADI 2010, 128, 2010.
- 10) 山梨恵子：わが国における認知症ケアの実情と課題—「認知症緩和ケア」に焦点に—, ニッセイ基礎研所報, 48, 90-92, 2007.
- 11) 平木尚美, 百瀬由美子：認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける連携体制と課題, 日本看護福祉学会誌, 16(1), 53-64, 2010.
- 12) 特定非営利活動法人認知症高齢者グループホーム協会：認知症高齢者グループホームにおける看取りに関する研究事業, 調査研究報告書, 18, 2007.
- 13) 片平伸子, 本田亜起子, 上野まり, 北岡英子, 廣川聖子, 渡部月子他：認知症高齢者グループホームにおける看護体制—訪問看護の利用に焦点を当てて—, 日本地域看護学会誌, 12(1), 59-64, 2009.
- 14) 前掲12) p 15.
- 15) 千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子：グループホームにおける終末期ケアの取り組み状況と課題 看護師の雇用の有無による比較, 日本看護福祉学会誌, 16(2), 1-13, 2011.
- 16) 全日本病院協会：平成23年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究報告書, 140, 2011.
- 17) 前掲15) p 139.
- 18) 平木尚美, 百瀬由美子：認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける看護活動の実態と介護職が看護師に期待する役割, 日本看護福祉学会誌, 16(2), 85-96, 2011.
- 19) 松井美帆, 新田章子, 川崎涼子他：認知症グループホーム職員における看取りの意識. Hospice and Home Care, 18(1), 9-12, 2010.
- 20) 片平伸子, 藤川あや, 渡部月子, 上野まり, 北岡英子：認知症高齢者グループホームにおける看護提供の効果と課題—グループホーム管理者からみたグループホーム所属の看護師と訪問看護の活動に焦点を当てて—, 日本在宅ケア学会誌；15(2), 53-60, 2011.
- 21) 平川仁尚：高齢者終末期ケアに携わる介護スタッフの教育, Geriatric Medicine, 47(4), 481-484, 2009.