

認知症高齢者グループホームでケアスタッフが 行っている終末期ケア

End-of-Life Care that is carried out by care workers in group homes
for the elderly with dementia

木村 典子 Noriko KIMURA

概要

認知症高齢者グループホームの終末期ケアで必要となるケアを文献検討によって 37 項目抽出し、因子分析した結果、四因子「尊厳を保つケア」「看取り期のケア」「安全・安楽のケア」「アセスメント」が抽出された。実施率の高いケアに「安全・安楽のケア」「尊厳を保つケア」があり、実施率の低いケアに「看取り期のケア」があった。認知症高齢者グループホームでの終末期ケアと関連にターミナルケア態度、職業の自律意識の介護実践力、介護専門知識があった。終末期ケアを進めていく上でケアスタッフの終末期に対する態度の育成、知識が必要であることが示唆された。

キーワード

終末期ケア	End-of-Life Care
認知症高齢者	elderly with dementia
認知症高齢者グループホーム	group homes for the elderly with dementia

目次

- 1 はじめに
- 2 研究目的
- 3 研究方法
 - 3.1 調査対象
 - 3.2 調査方法
 - 3.3 質問項目
 - 3.4 Frommelt ターミナルケア態度尺度、日本語短縮版
 - 3.5 介護専門職自律性尺度
 - 3.6 研究における操作上の定義「終末期ケア」
 - 3.7 文献検討で抽出した GH での終末期ケア 37 項目
 - 3.8 統計処理
 - 3.9 調査期間
 - 3.10 倫理的配慮
- 4 結果
 - 4.1 属性

- 3.2 認知症グループホームでの看取り経験
- 3.3 Frommelt ターミナルケア態度尺度、日本語短縮版の結果
- 3.4 介護専門職自律性尺度の結果
- 3.5 GHでの終末期ケアの構造
- 3.6 GHでの終末期ケア「尊厳を保つケア」
- 3.7 GHでの終末期ケア「看取り期のケア」
- 3.8 GHでの終末期ケア「安全・安楽のケア」
- 3.9 GHでの終末期ケア「アセスメント」
- 3.10 GHでの終末期ケアの四因子との関連

5 考察

6 おわりに

1 はじめに

高齢化率23%(2012)となった日本では介護現場における看取りが注目されるようになってきた。人口動態統計の死亡場所調査(2011)では、病院77.9%、在宅12.6%、介護施設4.8%となっている。全国認知症高齢者グループホーム協会の調査(2006)では、家族の63.9%が看取りの場として認知症高齢者グループホーム⁽¹⁾(以下GH)を希望している。認知症高齢者の重度化、看取りに対応するために、2008年介護保険制度で、医療連携加算⁽²⁾、看取り介護加算⁽³⁾が設けられた。全国認知症高齢者グループホーム協会(2009)の調査で、GHの職員は、重度化、看取りに対する意識は利用者の状況に応じて対応すべきと57.6%答えている。筆者らは、文献検索の結果、GHで終末期ケア実施していくにあたっての課題を、「GHのスタッフ間の終末期ケアの意思統一」「医療・看護師との連携」「家族支援」「本人の想いに寄り添う努力、なじみの関係を通しての意思確認」「スタッフ教育」「スタッフの資質」「施設整備体制」「ケアの充足を導く存在」「事業所の力量把握」「介護報酬」「身体・精神的苦痛の除去」の11項目抽出した¹⁾。GHでの終末期ケアを進めていく上で解決を、図らなくてはいけない課題が複合化している。GHでの看取りの有無の調査はあるが、終末期ケアの具体的内容の研究は事例研究でとどまっている。文献検討でGHでの終末期ケアを37項目抽出し、この項目をどの程度実施しているか調査を行い、次にターミナルケア態度、職業への自律意識との関連をみた。今後、GHで終末期ケアをすすめるための資料を得ることを目的にした。

2 研究目的

認知症高齢者グループホームのケアスタッフの行っている終末期ケアとその関連要因について明らかにし、今後、GHで終末期ケアをすすめるための資料を得ることを目的にした。

3 研究方法

3.1 調査対象

A市のGH部会主催の研修会に参加したケアスタッフ

3.2 調査方法

研修会終了後、研究目的を説明し、質問紙を配布した。回収は、後日郵送してもらうようにした。質問紙の提出をもって、同意の得られたものとした。

3.3 質問項目

年齢、ケアスタッフが有する資格、GHでの経験年数、勤務形態、GHでの看取り経験、Frommeltターミナルケア態度尺度日本語短縮版(中井ら2006)、介護専門職自律性尺度(橋本ら2010)、文献検討で抽出したGHでの終末期ケア37項目である。

3.4 Frommeltターミナルケア態度尺度、日本語短縮版(表1)²⁾

Frommeltターミナルケア態度尺度はFrommeltによって開発された、死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度である。当初は、看護師用として開発されたが、死にゆく患者のケアに関わる全ての医療者で使用することが可能に改良された。

日本語版は中井らによって、十分な信頼性・妥当性を有することが示されている。30項目を1因子で使用できるようになっている。2つの下位尺度、「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」を計算することも可能となっている。この尺度をもとに、短縮版が開発され、質問紙の量の制限や説明変数として用いる場合に使用を推奨している。「まったくそう思わない」～「非常にそう思う」の5段階評価になっている。今回は質問紙の量が多くなったため、短縮版を用いた。

3.5 介護専門職自律性尺度(表 2)³⁾

介護専門職自律性尺度は橋本らによって開発された尺度である。菊池らが開発した看護の自律性尺度をもとに開発された。23項目の質問項目からなりたっている。下位尺度に介護実践力、職業倫理観、介護専門知識、個人の自律性、自律的判断力の5つがある。「まったくそう思わない」～「非常にそう思う」の5段階評価になっている。

表1 Frommelt ターミナルケア態度尺度、日本語短縮版

項目	まったくそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	非常にそう思う
1 私は逝く人をケアすることは、私にとって価値のあることである	1	2	3	4	5
2 死にゆく人と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる	1	2	3	4	5
3 私は死に逝く人と親しくなるのが怖い	1	2	3	4	5
4 死に逝く人の身体ケアは家族にも関わってもらうべきだ	1	2	3	4	5
5 家族は死に逝く人が残された人生を裁量に過ごせるように関わるべきだ	1	2	3	4	5
6 死に逝く人とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	1	2	3	4	5

3.6 研究における操作上の定義

終末期ケア

日本老年医学会(2012)が「高齢者の終末期の医療およびケア」について立場表明をだした。その内容は「終末期」は病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても、病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態である。「ケア」はフォーマルかインフォーマルを問わず、患

者とその家族を対象として行われる介護・看護・医療・その他の支援である。⁴⁾

介護保険制度で、認知症高齢者グループホームでの看取りケア加算は死亡日の30日前からとなっている。認知症高齢者の最期の経過は予測しにくい。本研究では、期間はとくに設定せずに、認知症高齢者が認知症高齢者グループホームで死を迎えるまで、人生の最期にうけるケアとし、論ずることにする。

表2 介護専門職自律性尺度

大項目	項目	評価尺度				
		まったく そう 思わない	そう 思わ ない	ど ち ら と も い え な い	そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
介護実践力	1 私は利用者の急激な生理変化に対応することができる	1	2	3	4	5
	2 私は緊急時にもおちついて介護を行うことができる	1	2	3	4	5
	3 私は突然の患者の生理的变化(血圧低下・悪寒など)に応じて介護方法を変更できる	1	2	3	4	5
	4 私は利用者の多くの情報から必要な介護方法を選択することができる	1	2	3	4	5
	5 私は他職種(看護師、栄養士、理学療法士など)と連携を上手にとることができる	1	2	3	4	5
	6 私は手際よく介護ができる	1	2	3	4	5
	7 私は終末期における身体ケアを実践できる	1	2	3	4	5
	8 私は終末期における精神ケアを実践できる	1	2	3	4	5
職業倫理観	9 私は利用者の価値観を十分に理解することができる	1	2	3	4	5
	10 私は利用者の心理的問題を利用者から直接聞き出すことができる	1	2	3	4	5
	11 私は利用者の言動と感情の不一致を理解することができる	1	2	3	4	5
	12 私は利用者のニーズに一致した介護を選択することができる	1	2	3	4	5
	13 私は利用者が内心抱いている不安を状況から推察できる	1	2	3	4	5
	14 私は利用者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる	1	2	3	4	5
	15 私は利用者の主体性を尊重した介護が実践できる	1	2	3	4	5
介護知専門	16 私は利用者の個別性を考慮した介護が実践できる	1	2	3	4	5
	17 私は他職種の基本的機能が理解できる	1	2	3	4	5
	18 私は残存機能を活かした介護が理解できる	1	2	3	4	5
個人律の性	19 私は他者の助言をうけなければ介護方法を選択することができない	1	2	3	4	5
	20 私は利用者が心情を表現していないと精神的援助を計画できない	1	2	3	4	5
	21 私は利用者の意思を尊重せず介護方法を選択してしまう	1	2	3	4	5
自判律断的力	22 私は介護方法を自分一人で選択できる	1	2	3	4	5
	23 私は十分な情報がなくても情報がなくても現在の状況から適切な介護を推察できる	1	2	3	4	5

表3 文献検討で抽出したGHでの終末期ケア37項目

番号	項目	いつもしている	ときどきしている	まれにしている	まったくしていない
1	施設の看取りケア指針を読み、他のスタッフと共有する	1	2	3	4
2	認知症の中核症状が進み、意思や感情が乏しくなっても、その人に寄り添い、人間の尊厳を保つようにする	1	2	3	4
3	その人らしさについて考え、他のスタッフと共有をしている	1	2	3	4
4	認知症の症状について変化があった場合、記録に記載し、他の職員にもわかるようにする	1	2	3	4
5	看取り体制に向けて、チーム体制づくりをする	1	2	3	4
6	コミュニケーション能力についてアセスメントする	1	2	3	4
7	認知症の症状についてアセスメントする	1	2	3	4
8	ADLについてアセスメントする	1	2	3	4
9	生活歴、生活リズム、役割、趣味、社会交流についてアセスメントする	1	2	3	4
10	家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知るためのアセスメントをする	1	2	3	4
11	医師と今後のケア方針について、相談したり、情報収集する	1	2	3	4
12	他職種と今後のケア方針について、相談したり、情報収集する	1	2	3	4
13	本人が何をしたいのか、何を訴えているのか、どのような助けを求めているか意思表示を支援する	1	2	3	4
14	その人らしい死について、スタッフ、家族と話し合う機会をもつ	1	2	3	4
15	精神症状、心のゆらぎを表情などから読み取る	1	2	3	4
16	本人のもてる能力にあわせて、自信・意欲をひきだす	1	2	3	4
17	利用者と家族に関する情報、治療方針などをスタッフ間で共有する	1	2	3	4
18	孤立感を感じさせないように対応する	1	2	3	4
19	本人が日常生活で混乱しないような工夫をする	1	2	3	4
20	本人にとって苦痛と思われる動作は介助する	1	2	3	4
21	食事がおいしく食べられるに食事の工夫をする	1	2	3	4
22	安楽のために、体位の工夫をする	1	2	3	4
23	安楽のために、マッサージ・タッチングをする	1	2	3	4
24	他の利用者との関係を調整する	1	2	3	4
25	体調がよければ、好きなことやレクリエーションの参加を促す	1	2	3	4
26	リラックスできる環境を提供する	1	2	3	4
27	誤嚥予防のための援助をする	1	2	3	4
28	褥創予防のための援助をする	1	2	3	4
29	脱水予防のための援助をする	1	2	3	4
30	肺炎予防のための援助をする	1	2	3	4
31	家族の不安、戸惑いに対し傾聴する	1	2	3	4
32	家族の不安、戸惑いに対し可能な範囲のアドバイスをする	1	2	3	4
33	家族がケアに参加できるような計画を立てて実施する	1	2	3	4
34	生前の利用者や家族の意向、宗教的な配慮をとりいれた死後の処置を行う	1	2	3	4
35	状況にあわせて、死後の処置を一緒におこなうよう家族に声をかける	1	2	3	4
36	家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要があれば補足する	1	2	3	4
37	看取り後、スタッフで振り返りカンファレンスをする	1	2	3	4

3.7 文献検討で抽出したGHでの終末期ケア37項目（表3）

GHの終末期ケアで必要となるケアを文献検討によって、認知症高齢者への援助、家族への援助、他の利用者への援助、スタッフ間での連携、医師との連携と大きく分けた。次に実際の援助を抽出していった。その結果、37項目となった。「いつもしている」～「まったくしていない」の4段階評価とした。

3.8 統計処理

文献検討で抽出したGHでの終末期ケア37項目は因子分析を行い、因子を抽出し、命名した。さらに、GHでの終末期ケアと関連因子を検討するため、ピアソンの積率相関係数を求めた。統計用ソフトPASW18でおこなった。

3.9 調査期間

平成25年2月

3.10 倫理的配慮

研究者の所属する大学の倫理委員会の承認を得て行った。

対象者には本研究の主旨を書面と口頭にて説明し、調査は無記名であることに加えて、データ全体をコンピューター処理するため、個人が特定されることは決してないこと、研究協力は自由意志によるもので断っても不利益を被らないこと、質問紙の提出をもって、調査に同意を得られたものと解釈することを依頼文に添えて説明し、調査を実施した。

4 結果

4.1 属性

質問紙配布は70名であり、回収は58名であった。

表4にケアスタッフの有する資格を示した。介護福祉士が21名、ホームヘルパー20名、看護師5名、その他3名であった。

表4 アンケートに答えたケアスタッフの有する資格

項目	人数
介護福祉士	21
ホームヘルパー	20
看護師	5
その他	3

表5にケアスタッフの年齢を示した。20歳代が14名、30歳代が10名、40歳代が12名、50歳代16名、60歳以上が5名であった。

表5 アンケートに答えたケアスタッフの年齢

項目	人数
20歳代	14
30歳代	10
40歳代	12
50歳代	16
60歳以上	5

表6にGHでの勤務形態を示した。常勤が36名、非常勤が19名であった。

表6 GHでの勤務形態

項目	人数
常勤	36
非常勤	19

表7にGHでの経験年数を示した。5年未満が36名、5～10年16名、10年以上が2名であった。

表7 GHでの経験年数

GHで経験年数	人数
5年未満	38
5～10年	16
10年以上	2

4.2 GHでの看取り経験

表8にGHでのケアスタッフの看取り経験を示した。0回 35名、1回 9名、3回 2名、4回 1名、5回 1名、8回 3名、11回 1名であった。

表8 GHでの看取り経験

項目	人数
0回	35
1回	9
3回	2
4回	1
5回	1
8回	3
11回	1

4.3 Frommelt ターミナルケア態度尺度、日本語短縮版の結果

表9にFrommelt ターミナルケア態度尺度、日本語短縮版の結果を示した。平均と標準偏差は22.7±3.4であった。

表9 Frommelt ターミナルケア態度尺度、日本語短縮版

項目	点数範囲	AVE.	S.D
ターミナルケア態度尺度短縮版	6~30	22.7	3.4

4.4 介護専門職自律性尺度の結果

表10に介護専門職自律性尺度の結果を示した。介護実践力25.9±8.0、職業倫理観24.7±13.1、介護専門知識10.5±1.9、個人の自律性7.1±2.1、自律的判断力4.7±1.8であった。

表10 介護専門職自律性尺度

項目	点数範囲	AVE.	S.D
介護実践力	8~40	25.9	8
職業倫理観	7~35	24.7	13.1
介護専門知識	3~15	10.5	1.9
個人の自律性	3~15	7.1	2.1
自律的判断力	2~10	4.7	1.8

4.5 GHでの終末期ケアの構造(表11)

文献検討で抽出したGHでの終末期ケア37項目の因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った。結果、8因子抽出された。因子に、1項目しかない「他職種と今後のケア方針について、相談したり、情報収集する」、「家族の不安、戸惑いに対し傾聴する」を除いて、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った。結果、8因子抽出された。第五因子が2項目であった。「家族の不安、戸惑いに対し可能な範囲のアドバイスを」、「家族がケアに参加できるような計画を立てて実施する」の2項目を除き、再度、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った。4因子が抽出された。第一因子は11項目あった。その人らしさ、苦痛の軽減、他の利用者との関係などが含まれる項目のため、「尊厳性を保つケア」と命名した。第二因子は7項目あった。看取り後のカンファレンス、看取り体制づくり、死後のケア、看取りケア指針の共有などが含まれるため、「看取り期のケア」と命名した。第三因子は8項目あ

った。脱水予防、誤嚥予防、肺炎予防、褥創予防などのケアが含まれていたため、「安全・安楽のケア」とした。第四因子は7項目あった。認知症の症状、ADL、家族の発達段階、コミュニケーション能力などのアセスメント、情報収集をする項目であったため、「アセスメント」とした。クロンバッハα係数を算出したところ、第一因子0.905、第二因子0.908、第三因子0.840、第四因子0.902であり、一定の信頼性が得られた。

4.6 GHでの終末期ケア「尊厳を保つケア」

図1に尊厳を保つケアの実施状況を示した。「いつもしている」と回答した人が50%以上になっている項目が11項目中、9項目あった。実施率の高い項目順に、「本人にとって苦痛と思われる動作は介助する」82.5%、「認知症の症状について変化があった場合、記録に記載し、他の職員にもわかるようにする」82.5%、「孤立感を感じさせないように対応する」72.2%、「他の利用者との関係を調整する」71.9%、「その人らしさについて考え、他のスタッフと共有をしている」70.2%、「認知症の中核症状が進み、意思や感情が乏しくなっても、その人に寄り添い、人間の尊厳を保つようにする」56.1%、「リラックスできる環境を提供する」67.9%、「本人が日常生活で混乱しないような工夫をする」63.2%、「他の利用者との関係を調整する」63.1%、「利用者と家族に関する情報、治療方針などをスタッフ間で共有する」52.6%であった。50%以上になっている項目が「精神症状、心のゆらぎを表情などから読み取る」49.1%、「安楽のために、マッサージ・タッチングをする」33.3%であった。

4.7 GHでの終末期ケア「看取り期のケア」

図2に看取り期のケアの実施状況を示した。「いつもしている」「ときどきしている」「まれにしている」をあわせて50%以上になっている項目は「施設の看取りケア指針を読み、他のスタッフと共有する」68.4%、「その人らしい死について、スタッフ、家族と話し合う機会をもつ」64.8%、「看取り体制に向けて、チーム体制づくりをする」59.3%、「家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要があれば補足する」54.4%であった

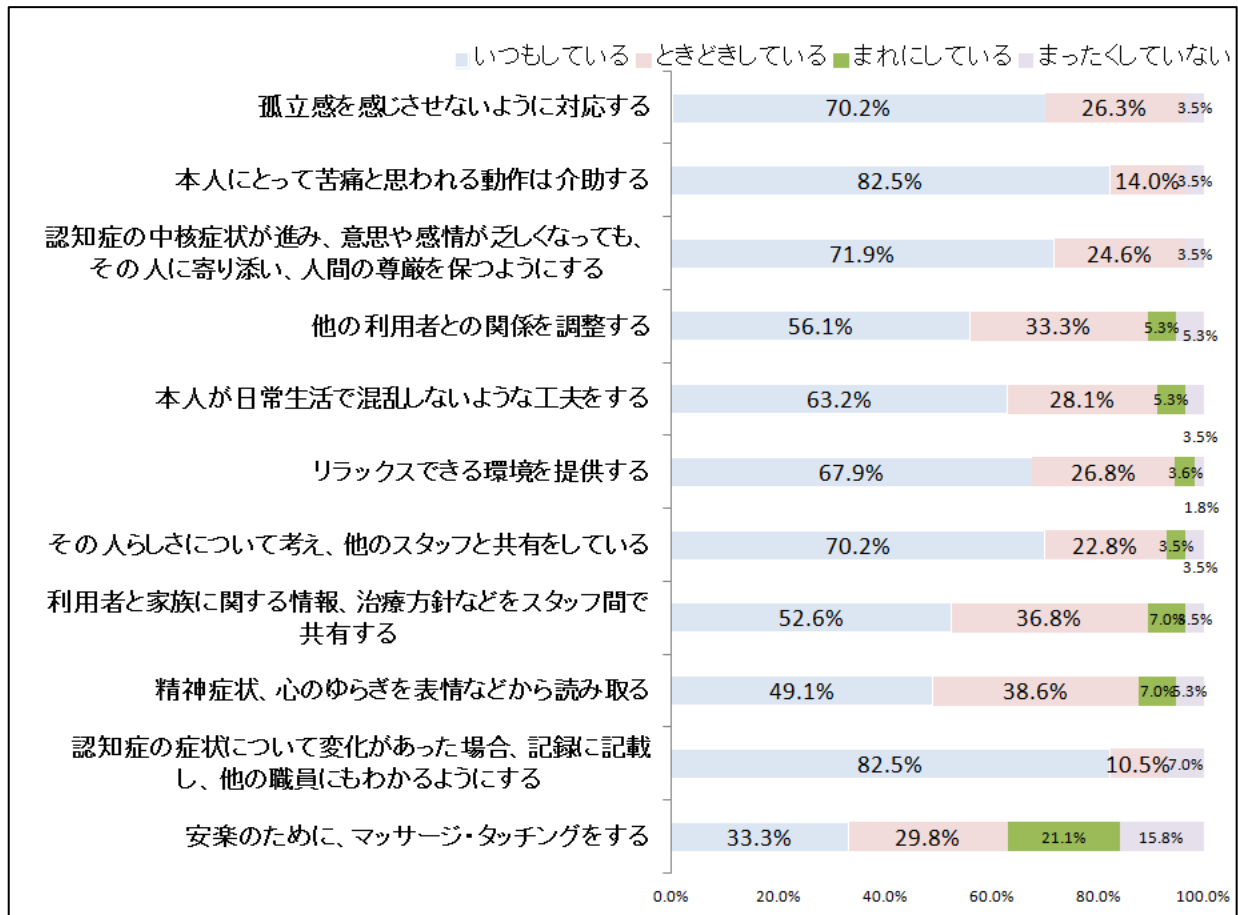


図1 尊厳を保つケアの実施状況

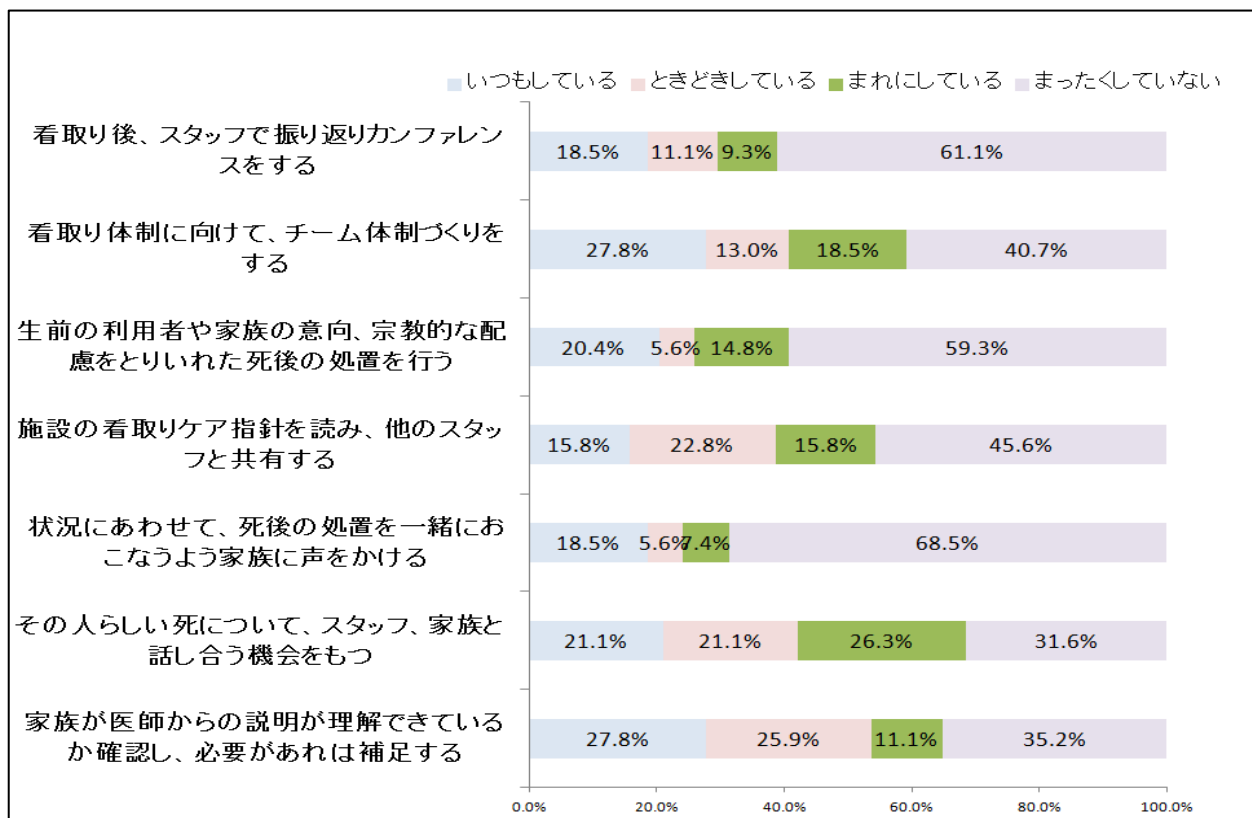


図2 看取り期のケアの実施状況

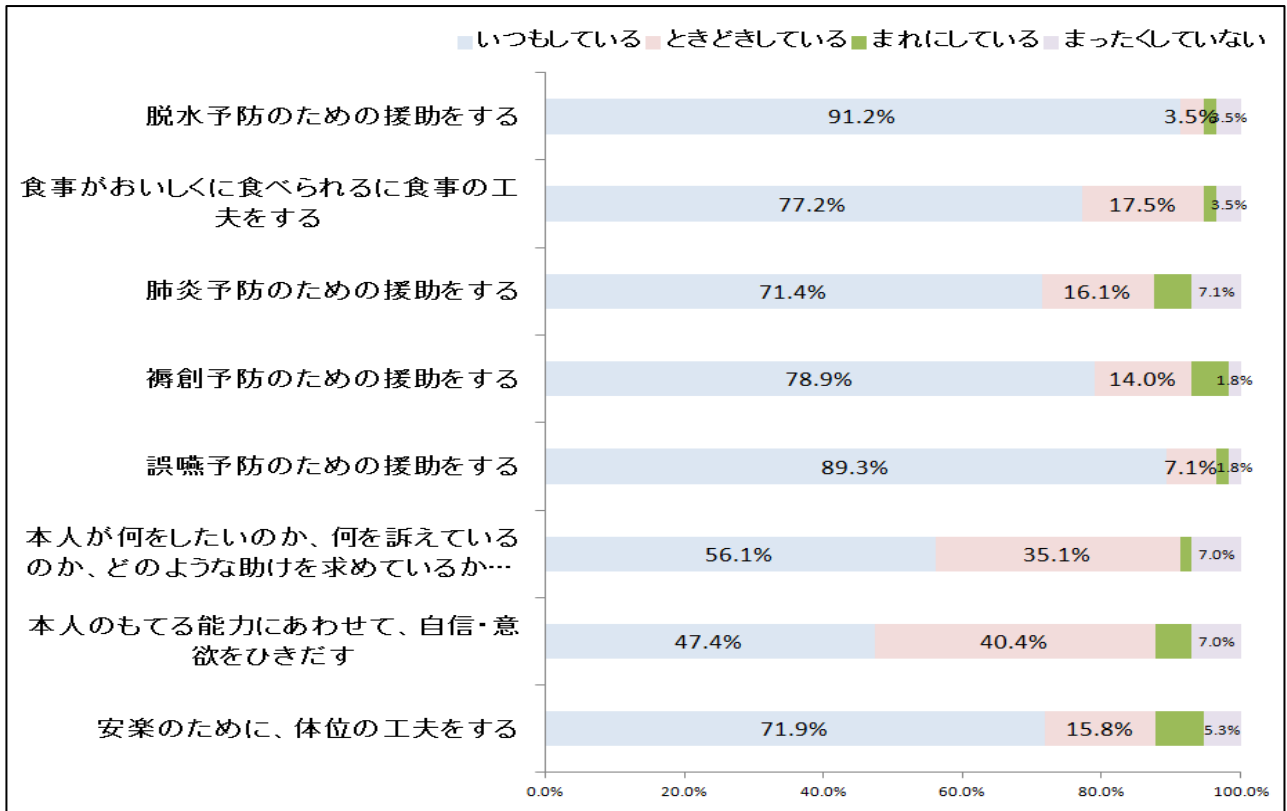


図3 安全・安楽のケアの実施状況

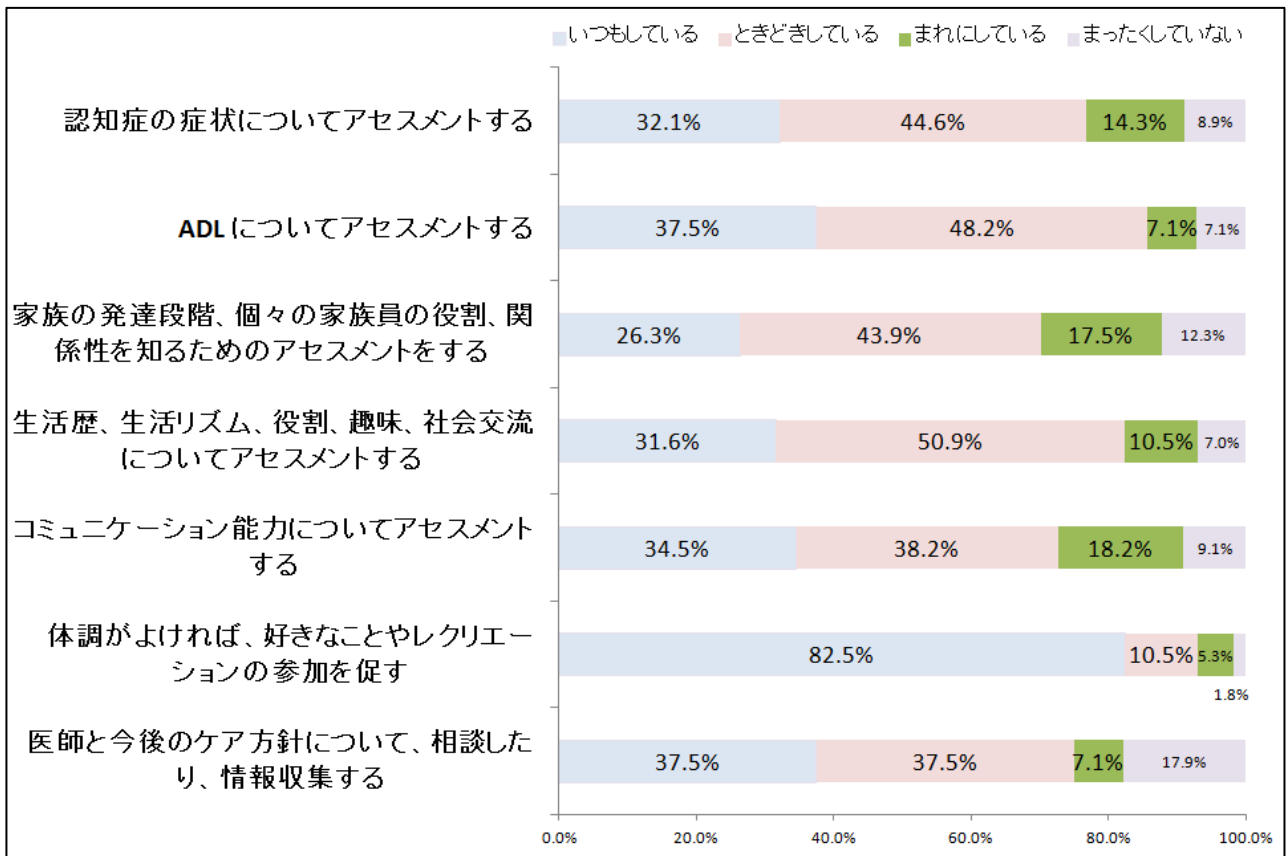


図4 アセスメントの実施状況

「まったくしていない」が50%以上になっている項目に「状況にあわせて、死後の処置を一緒におこなうよう家族に声をかける」68.5%、「看取り後、スタッフで振り返りカンファレンスをする」61.1%、「生前の利用者や家族の意向、宗教的な配慮をとり入れた死後の処置を行う」59.3%であった。

4.8 GHでの終末期ケア「安全・安楽のケア」

図3に安全・安楽のケアの実施状況を示した。50%以上になっている項目が8項目中、7項目あった。実施率の高い項目順に、「脱水予防のための援助をする」91.2%、「誤嚥予防のための援助をする」89.3%、「褥創予防のための援助をする」78.9%、「食事がおいしく食べられるように食事の工夫をする」77.2%、「安楽のために、体位の工夫をする」71.9%、「肺炎予防のための援助をする」71.4%、「本人が何をしたいのか、何を訴えているのか、どのような助けを求めているか意思表示を支援する」56.1%、であった。

4.9 GHでの終末期ケア「アセスメント」

図4に安全・安楽のケアの実施状況を示した。50%以上になっている項目が7項目中、1項目あった。

実施率の高い項目順に、「体調がよければ、好きなことレクリエーションを促す」82.5%、「医師と今後のケア方針について相談したり、情報収集する」37.5%「ADLについてアセスメントする」37.5%、「コミュニケーション能力についてアセスメントをする」34.5%、「認知症の症状についてアセスメントする」32.1%、「生活歴、生活リズム、役割、趣味、社会交流についてアセスメントする」31.6%、「家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知らするためのアセスメントをする」26.3%であった。

4.10 GHでの終末期ケアの四因子との関連(表12)

GHでの終末期ケアの四因子とターミナルケア態度尺度、介護専門職自律性尺度、GHでの経験年数、年齢、勤務形態、看取り回数との関連をみるためにピアソン相関係数を求めた。有意確率が0.05%以下にした。

第一因子「尊厳を保つケア」と「ターミナルケア態度尺度」「介護実践力」、第二因子「看取り期のケア」と「ターミナルケア態度尺度」「看取り回数」、第四因子「安全・安楽のケア」と「ターミナルケア態度尺度」「介護実践力」「介護専門知識」「アセスメント」と「ターミナルケア態度尺度」「介護実践力」「介護専門知識」があった。

表12 終末期ケアとの関連因子

		ターミナルケア 態度尺度	介護実践力	職業倫理観	介護専門知識	個人の自律性	自律的判断力	G H 経験年数	年齢	勤務形態	看取り回数
第一因子	相関係数	-0.351	-0.306	-0.182	-0.259	0.209	-0.046	-0.107	0.053	-0.129	-0.147
尊厳を保つケア	有意確率 (両側)	0.009	0.024	0.183	0.052	0.119	0.736	0.433	0.696	0.347	0.297
第二因子	相関係数	-0.238	-0.151	-0.081	-0.042	-0.019	0.028	-0.06	0.007	-0.208	-0.498
看取り期のケア	有意確率 (両側)	0.095	0.3	0.576	0.769	0.896	0.847	0.677	0.96	0.147	0.000
第三因子	相関係数	-0.472	-0.285	-0.192	-0.356	0.177	0.078	-0.217	-0.051	-0.016	-0.159
安全・安楽のケア	有意確率 (両側)	0.000	0.040	0.169	0.008	0.197	0.577	0.115	0.714	0.911	0.271
第四因子	相関係数	-0.422	-0.312	-0.215	-0.392	0.128	-0.144	-0.032	-0.013	-0.063	-0.138
アセスメント	有意確率 (両側)	0.002	0.026	0.125	0.003	0.356	0.304	0.818	0.927	0.655	0.339

5 考察

GHの終末期ケアで必要となるケアを文献検討によって、認知症高齢者への援助、家族への援助、他の利用者への援助、スタッフ間での連携、医師との連携の視点が得られ、その視点に基づき、実際の援助を37項目抽出した。これらの実施状況を調査した。37項目を因子分析した結果、四因子が抽出された。

四因子は尊厳を保つケア、看取り期のケア、安全・安楽のケア、アセスメントとなった。

尊厳を保つケアで実施率が高いものとして、苦痛を除くケア、認知症の症状のスタッフとの共有するための記録、認知症高齢者に寄り添うことがあった。高齢者個々への取り組みの努力がわかった。高齢者と家族に関する情報、医療と関係する治療方針の共有については低い実施率になっていた。アセスメントに含まれる項目でもいえるが家族との関係性のアセスメントもあまり実施されていないことから、終末期ケアにおける家族との関わりの難しさが伺えた。

看取り期のケアは他の因子と比べて、実施率が低い結果となっていた。看取った後のケアになる看取り後のカンファレンス、利用者や家族の意向をとり入れた死後の処置は、今回の調査対象者の中で、GHでの看取り経験がない人が半数以上占めていることが影響している。しかし、認知症高齢者は症状がすすんでいくと、本人からの意向がわからなくなることで、突然の状態変化も十分に考えられる。

看取り期になってから、どうしたらよいのか話し合うのではなく、前をもって、本人・家族・スタッフと考えていくことが必要ではないかと思われる。特に、実施率の低かった施設の看取りケア指針を読み、他のスタッフと共有するは、認知症高齢者の終末期ケアを取り組んでいくための第一歩として実施していかなくはいけないことではないかと考える。笹岡(2012)は認知症の終末期ケアの倫理的問題として、嚥下障害にとまなう胃ろう、補液など延命治療について、医学的視点からも本人の意思、家族の意思と意思決定の公正な手続き、法的視点、社会的コンセンサスを考慮することが必要である⁵⁾。

現段階、日本では、アメリカ・イギリスのようなアドバンスリレクティブの取り組みはすすんでいないが、今後、認知症高齢者が増加していく中、終末期どうしたいかは本人の尊厳を保つためにも必要となってくる。この一つの取り組みが認知症高齢

者と関わるスタッフが終末期をどう考え、どのように取り組んでいったらよいか、本人・家族・スタッフとの話し合いであると考ええる。

安全・安楽のケアは実施率が高かった。平原(2010)は認知症の終末期はガンの緩和ケアで行うインテンシブな緩和治療は必要とする場面は少なく、嚥下、排泄、褥創、肺炎、転倒予防といった基本的な看護ケアが中心である⁶⁾。認知症が進んでいくことで起こりうることへの対処の必要性を理解し、実施していることがわかった。項目にある脱水予防、肺炎予防など、具体的にどのようなことをしているかは今回の調査ではわからなかった。

アセスメントはいつもしている、ときどきしているを合わせると、70%をすべての項目越している。いつも、認知症高齢者と接する中、しているわけではないことが分かった。

次に、GHでの終末期ケアの四因子との関連を述べる。すべての因子が、ターミナルケア態度尺度と関連があった。終末期ケアの実施はケアスタッフのターミナルにある人へどのように向き合うかという姿勢に大きく影響していることがわかった。平木ら(2008)は看取りケア研修を実施し、前後のターミナルケア態度を測定した。看取りケア研修実施後、ターミナルケア態度は上昇するが、3ヶ月後は下がり、継続した教育が必要であった⁷⁾。終末期ケア研修は継続的に取り組む必要性があることがわかる。GHのケアスタッフは日々の業務に追われる中、どのように終末期ケアに対する意識を高めていくことが課題となる。

介護専門職自律性尺度の介護実践力と介護専門知識と関連があった。介護実践力の項目の中に終末期に関することが含まれていたこと、介護専門知識の項目に個別への取り組みが含まれていたこと考えられる。

看取り経験、年齢、経験年数との関連は認められなから、終末期ケアに取り組む姿勢の大切さが浮き彫りになった。

6 おわりに

GHで終末期ケアとして、「尊厳を保つケア」「看取り期のケア」「安全・安楽のケア」「アセスメント」の四因子が抽出された。実施率の高いケアに「安全・安楽のケア」、「尊厳を保つケア」があり、実施率の低いケアに「看取り期のケア」があった。

GHでの終末期ケアと関連がターミナルケア態度、

職業の自律意識の介護実践力、介護専門知識で関連が認められた。GHでの終末期ケアを進めていく上でケアスタッフの看取りに対する態度の育成、知識が必要であることが示唆された。

注

- (1) 介護保険制度で「要介護者であって認知症であるものについて、その共同生活を営むべき住居において、入浴・排泄・食事などの介護、その他日常生活上の世話および機能訓練をおこなうことをいう」と定義されている。
- (2) GHで、看護師が医療面からの適切な指導や援助を行い、通常時や重度化した場合には医療機関との連携をとることが役割となっている。職員として一人以上の看護師の配置もしくは、訪問看護ステーションとの契約でよいとされている。利用者1人に1日、39単位である
- (3) 医療連携加算がとれていることが前提となり、医師の判断、利用者又は家族に同意を得て計画が立てられ、医師・看護師・介護職員が共同して、本人と家族へ説明を行い、介護を行うとなっている。利用者が死亡した日から遡り、4日前から30日前は80単位、死亡日の前々日・前日は680単位、死亡日については1280単位加算される。

引用文献

- 1) 木村典子、認知症高齢者グループホームでの終末期ケア、文献検討、地域社会研究、1、53-60、2013
- 2) 中井裕子、宮下光令、笹原朋代、小山友里江、清水陽一、河正子、Frommeltのターミナルケア態度尺度 日本語版(FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討 — 尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで一、がん看護、11(6)、723-729、2006
- 3) 橋本美香、介護自律性尺度の作成、介護福祉士の資格の有無と経験年数の比較、山形短期大学紀要、42、86-101、2009
- 4) 日本老年医学会、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」、2012
- 5) 笹岡真子、認知症終末期ケアにおける倫理的視点、認知症ケア学会誌、11、2、448-454、2012
- 6) 平原佐斗司、認知症の緩和ケア、緩和ケア、20、6、599-604、2010
- 7) 平木尚美、大町弥生、認知症高齢者グループホーム職員のための「終末期ケア研修会」の評価、受講者と未受講者の終末期ケアに対する認識の比較、日本認知症ケア学会誌、8(2)、317、2009

(原稿受理年月日 2013年12月9日)