

# 認知症高齢者グループホームでの終末期ケア

—文献検討—

## End-of-Life Care in group homes for the elderly with dementia : Review of the Literature

木村 典子 Noriko KIMURA

### 概要

認知症高齢者グループホーム(以下 GH)で行われている終末期ケア、終末期ケアを行っていく上での課題を概観し、GH で終末期ケアをすすめていくための資料とすることを目的にした。

結果、文献は医療連携、終末期ケアでの看護師の役割、終末期ケアの現状と実態調査、GH での看取りと介護職員の 4 つにわけられた。終末期ケアの現状と実態調査から、GH で終末期ケアの課題 11 項目にまとめられた。終末期ケアの実施の有無とその課題についての調査であり、GH ならではの終末期ケアの内容に言及したものはなかった。

今後、GH での終末期ケアは増えていくことが予想される。課題を解決していく方法論の検討、GH での終末期ケアのケアモデルの開発、職員への終末期ケア教育方法の開発が求められる。

### 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
文献検討	Review of the Literature

### 目次

- 1 はじめに
- 2 目的
- 3 認知症高齢者グループホーム
- 4 認知症高齢者の終末期
- 5 終末期ケア
- 6 用語の定義
- 7 方法
- 8 結果と考察
- 9 おわりに

## 1 はじめに

終末期、緩和ケア、看取りに関する問題はガンを中心に展開されてきていて、医療現場で用いられてきた。しかし、高齢化率 24%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。厚生労働省(2007)の死亡場所調査では、病院 80%、

在宅 12%、介護施設 5.4%となっている。2030 年には死亡者数が 160 万人と増える。今後、介護施設での看取りは社会背景の中からも増加してくる<sup>1)2)</sup>。さまざまな種類のある介護施設の一つである認知症高齢者グループホーム(以下 GH)においても、終末期ケアの提供を求められるようになってきた。

GH は、スウェーデンで、1970 年代に試行され、1980 年代半ばには認知症高齢者のケアの手段として広がっていった。日本では、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。その後、2008 年、GH での認知症高齢者の重度化、看取りに対応するために、介護保険制度で、医療連携加算、看取りケア（介護）加算、認知症ケア加算が設けられた。

全国 GH 協会の調査(2006)では、GH に入所していた認知症高齢者は、緩やかながらも認知症が進行し、入居当初、比較的低い要介護度であった利用者も年をとるにつれ介護度が高くなり、GH を利用している家族の 63.9%が GH を看取りの場として希望している<sup>3)</sup>。介護施設である老人保健施設、老人福祉施設では医師、看護師の配置が設置基準で設けられ、看取りをおこなっているが、本人意志確認、職員の知識・技術不足、看護と介護の連携、医療連携などの課題がある。GH では医師、看護師の配置が設置基準で設けられていない。こういった状態下で、GH の看取りがどのようにおこなわれ、どのような課題を生じていることを概観し、GH での終末期ケアをすすめていく方法について模索していく。

## 2 目的

認知症高齢者グループホームで行われている終末期ケア、終末期ケアを行っていく上での課題を概観し、GH で終末期ケアをすすめていくための資料とする。

## 3 認知症高齢者グループホーム

スウェーデンで GH は、はじまり、成果を 1970 年代、世界的に広めたのは Barbro である。Barbro は、GH は単に小規模の共同生活の場ではなく、認知症の治療、回復、安定など専門的治療援助を行う場であり、認知症に精通したスタッフが必要であると述べている<sup>4)</sup>。

日本では新ゴールドプランの認知症高齢者対策の重点課題の一つとして、国のモデル事業でスタートした。1997 年に認知症対応型生活共同援助事業が老人福祉法で実施された。ゴールドプラン 21 に引き

継がれ、設置目標が 2000～2004 年までに 3200 カ所と設定された。2000 年介護保険制度では居宅サービス、その後、2006 年介護保険制度の改正で、地域密着型サービスの一つとして位置づけられた。GH は、主治医から認知症の診断を受けた高齢者が利用でき、衣食住の費用を全額自己負担し、介護サービスに対してのみ 1 割自己負担（定額制）の介護保険を利用する、「9 人以下／1 ユニットの完全個室制共同生活住居」であり、利用者から徴収する衣食住費用（生活費）については、介護保険法の規制は受けない。人員基準は介護職員が共同生活住居毎に、常勤換算で、利用者：介護職員＝3：1 以上の比率で配置し、夜間（午後 6 時～10 時）及び深夜（午後 10 時～午前 6 時）の時間帯は、利用者の人数に関わらず「通常の勤務者」を常時 1 人以上配置する。

常勤管理者、計画作成担当者、代表者が必要となる。設置基準では、1 事業所当たり、ユニットの数が 2 以下であること、1 ユニット（共同生活住居）は、定員が 5 人以上 9 人以下であり、居室・居間・食堂・台所・浴室・事務室・面談室などの必要な設備を有すること、居室は、原則として個室（但し、夫婦で利用する場合は 2 人部屋でも可）とし、床面積が 7.43 m<sup>2</sup>以上（和室の場合は 4.5 畳以上）あることになっている。

介護保険制度の導入当初、2000 年 4 月では、418 件であった。福祉保健医療情報 welfare and medical service net work system（以下 WAMNET）で検索した結果、2010 年 8 月、全国に GH 10678 件あった。1 年後の 2011 年 8 月現在では 11341 件となり、今も、増え続けている。

介護保険制度下で、GH での医療連携加算は、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。A 県では 2011 年 8 月現在、医療連携加算をとっているのは GH 886 件中、425 件で 47.8%であった。全国 GH 協会(2009)の調査では医療連携加算をとっている GH のは 40%となっていた。GH で看護職は 50.9%が働いていた<sup>5)</sup>。

GH での看取りケア(介護)加算は、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。千葉ら(2011)の調査では全国1174件中、312件が看取りケア(介護)加算をとっていた<sup>6)</sup>。

#### 4 認知症高齢者の終末期

認知症高齢者は国立社会問題・人口問題研究所の推計では2012年に305万人、5年後の2017年には373万人とされている。高齢化に伴い、認知症高齢者は増加している。

認知症は一度獲得された知的能力が原因疾患を伴う脳の器質的障害によって持続的に低下する状態をいうが、根本的治療はなく、脳の委縮により最期は死に至る疾患である。ガンのように、疼痛や急激な衰弱を伴う病気ではないが、周囲の支援なしには生活は困難となっていく。

三宅(2003)は認知症高齢者の終末期は、悪性腫瘍の場合と異なり認知症に関する終末期について広く認められた定義や基準はないと言ったうえで、注目する点として、①認知症があり、②意思疎通が極めて困難か不可能な状態であり、③認知症の原因疾患による神経症状として嚥下が困難か不可能な状態にある。嚥下が困難な状態は医療的介入しなければ短期間のうちに死に至るという意味でも認知症終末期とみなすのが妥当である<sup>7)</sup>。

アメリカのメディケアのホスピスの導入基準ではFunctional assessment staging(FAST)の基準では7Cを超える状態(一人で移動できず、意味ある会話ができず、ADLはほぼ依存、尿・便失禁がある)にあり、誤嚥性肺炎、尿路感染、悪化傾向にある褥瘡、繰り返す発熱を併発している状態とされている。

鳥海(2007)は体重減少が一カ月間において30%減少があった場合に、終末期にあると判断する基準にしている<sup>8)</sup>。

池上(2004)は高齢者の死に至るガン・慢性疾患・認知症などで、3つのパターンを分類し、認知症は5年以上の緩やかな機能低下で最期を迎えると述べ、日々のQOLを高めることの必要性がある<sup>9)</sup>。

笹岡(2012)は認知症の終末期ケアの倫理的問題として、嚥下障害にともなう胃ろう、補液など延命治療について、医学的視点、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<sup>10)</sup>。

Kitwood(2005)は認知症ケアで核になるケア「パーソンセンタードケア」を打ち出し、その人らしさ、コミュニケーションを大切にすることを重視している<sup>11)</sup>。その後、Buron(2008)は「Personhood」のレベルを3つに分け、認知症が進行していくにあたり、「社会的 Personhood」「その人独自性 Personhood」「生物的 Personhood」が損なわれていく。認知症ケアでは、まず、生物的ニーズに目を向け、その人の独自性と社会的ニーズに目を向けたときに効果的なケアが提供できる<sup>12)</sup>。

平原(2010)によると認知症の緩和ケアを確立したのはBarbroが最初で、ガン患者に対する緩和ケアの理念があてはまるとした。症状の観察と緩和、チームアプローチ、コミュニケーション、家族支援をあげている<sup>13)</sup>。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<sup>14)</sup>。

平原(2012)は緩和ケアの苦痛の評価の基本は主観的評価であり、本人が辛いといったら、そこから緩和ケアがはじまる。しかし、認知症高齢者の場合、苦痛を言葉で伝えられなくなるため、苦痛をどのように評価するかが課題である。海外では認知症高齢者の終末期における苦痛の評価を客観的スケールで行ない、ケアにつなげている<sup>15)</sup>。平川(2010)は認知症高齢者の苦痛に日常生活自立度の低下に伴う身体的苦痛、行動・心理症状にともなう心理的苦痛、家族関係・人間関係の悪化による社会的苦痛、人間の尊厳、その人らしさを失うスピリチュアルペインがある。スピリチュアルペインへの対応として、パーソンセンタードケアを取り入れる<sup>16)</sup>。

#### 5 終末期ケア

死にゆく人のケアを表す用語に、ターミナルケア、緩和ケア、End of Life Care、終末期ケア、看取りケアとある。日野原によると、イギリスのHolford(1973)の定義が最も古く、ターミナルは死や終わりをイメージさせ今ではあまり使わない<sup>17)</sup>。緩和ケアは世界保健機関(以下WHO)によって「Cancer Pain Relief and Palliative Care」(1990)で定義し、2002年にガン患者だけではなく、疼痛や苦痛をもつ患者に拡大した<sup>18)</sup>。その後、緩和ケアとは異なる高齢者の特徴を尊重したケアをめぐる議論が始まり、カナダ政府の諮問委員会が「A Guide to

「End of Life Care for senior」を発行し、高齢者の終焉を尊重したケアを End of Life Care と呼んだ。その後、End of Life Care は時間軸を長くとること、人生の終わりにうけるケアから、小児から高齢者と範囲を拡大した<sup>19)</sup>。

日本では End of Life Care を終末期ケアとして使っている。厚生労働省(2007)に終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを公表し、最も重要なのは本人の意思であるとし、チームで患者及び家族を支える体制をつくることに特に必要であり、患者の意思が明確でない場合は家族の役割が重要となり、患者にとっての最善をチーム間で話し合うことが必要としている<sup>20)</sup>。

日本老年医学会(2012)が「高齢者の終末期医療およびケア」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り、「ケア」はフォーマルカ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。ケアというと、日本では介護ととらえられがちであるが、高齢者の終末期ケアには他職種の協働に基づく包括的なケアが必要である。ケアには医療が含まれるが、意味が重複することを承知の上であえて、医療およびケアと使ったとある<sup>21)</sup>。

藤腹(2007)は、看取りとは、予後不良と診断された人とその家族の残された生命・生活・時間が、より豊かに、安全・安楽に(中略)看取る側の者もケアの実践を通じて、死について学び成熟することである。看取りは生老病死といういのちへの関わりである。いのちへの限りない畏敬と思い遣りからはじまり、相手にまなざしを向けることである<sup>22)</sup>。

吉岡ら(2009)はがん患者の看取りケアの尺度として、癒しと魂のケア、苦痛緩和ケア、情報提供と意思決定ケア、悔いのない死へのケア、有効なケアの調整と5つの要素を抽出している<sup>23)</sup>。吉田ら(2003)は緩和ケア病棟で働く看護師の調査で、よい看取りに身体的症状コントロール、穏やかな死に際し、死までの過程を有意義に過ごした死、家族が納得する死、臨終時に家族に見守られた死とあげている。よい看取りは看護師の肯定感情を導き、次なるケアにつながる<sup>24)</sup>。在宅での看取りでは、宮田ら(2004)の高齢者の終末期ケア(訪問看護ステーションでの調査)で在宅での死は、病院の死より家族の満足度は高いと

はいえなく、高齢者の終末期で大切なのはいかに看取るかである。また、高齢者の終末期のケアの質を評価する4条件を、本人や家族の意志表示がある、ケアを支えるサポートがある、医療ケアがうけられる、本人・家族の願いを実現するケアマネジメントをあげている<sup>25)</sup>。斎田(2010)は終末期ケアの質を高めるために、高齢者の終末期看護支援手順を考案し、家族からの十分な情報提供をうけてその人らしいケアを積極的にとりいれること、カンファレンスでの情報共有が結果、患者の反応が変化、死後の家族には満足感、スタッフのやりがいなど肯定反応が得られた<sup>26)</sup>。

## 6 用語の定義

### 終末期ケア

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日前よりとなっている。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。

## 7 方法

### 7.1 対象文献の抽出方法

文献選定にあたって、データベースとして医学中央雑誌(Ver4)を使用した。対象検索期間は2000年から2012年11月とした。

検索キーワードは「認知症高齢者」、「認知症高齢者グループホーム」、「終末期ケア」とした。この3つのキーワードのAND検索を行った結果、18文献が該当した。さらに、「原著」で絞り込んだ結果、7文献が該当した。医学中央雑誌のシソーラスにおいて、「ターミナルケア」と「終末期ケア」と「看取り」は同義語であった。この7文献に、吉岡ら、奥村、木村ら、千田ら、畠山ら、千葉ら、Kobayashiら、平松ら、松井ら、岸田ら、Hirakawaらの原著論文11文献を加えた。GHに関する老人保健事業の報告書、3文献も検討対象とした。

## 8 結果と考察

### 8.1 医療連携

村嶋ら(2006)のGHでの重度化対応へ訪問看護拡

大のモデル事業研究で、双方の契約として、看護師の一週間に一回の訪問、電話による対応、介護職の相談・アドバイス、緊急対応をした。この体制で介護職の安心が増したとある<sup>27)</sup>。片平ら(2009)のGHにおける看護体制の調査では、医療連携体制加算を算定している施設は80施設(45.7%)であった。定期的な通院・往診が必要な入居者がいるGHは7割以上であり、日常的な医療処置として皮膚処置、浣腸・排便が19.4%の施設で行われ、看護職の配置は設置主体によって差があった<sup>28)</sup>。吉岡ら(2009)のGHにおける看護職ケア内容調査では22施設を対象におこなっており、内服に関する援助が最も多く、次に排泄への援助となっている<sup>29)</sup>。岸田ら(2006)のGHにおける医療・看護の連携の調査で、看取りは看護師の配置・訪問看護で増え、入居継続に看護師の配置が関連していた<sup>30)</sup>。小長谷(2010)は3557件を対象に、設置主体と医療連携、看取りの経験の違いを調査し、医療法人の方が、医療連携も得られやすく、看取り経験も多くなっていた<sup>31)</sup>。片平ら(2010)の看護職を雇用しているGHの管理者8人と訪問看護と契約しているGHの管理者7人へ半構成的面接調査を行い、看護提供の効果を分析した。効果に利用者の状態変化の察知、予測ができる、緊急時、終末期の対応が円滑にできる、介護職の安心が得られるがあった。課題に、経済面と家族・他職種との連携があった<sup>32)</sup>。

奥村(2005)は1992年のエーデル改革で医療と介護の機能分化が図られ、GHは特別住宅に分類された。介護職は日本の准看護師レベルにあたり、医師と看護師の指示書にもとづき、医療的な処置まで裁量権が広げられてきている。利用者1人に対して0.9人、看護師は0.05人配置となっている。特別住宅において、介護職が、看護師レベルの医療が提供できることで、高齢者ケアの質をあげてきた<sup>33)</sup>。

全国認知症グループホーム協会(2009)の認知症グループホームにおける重度化対応と医療連携に関する調査研究報告書では、介護の重度化にともない、介護職が医療的なケアに関わることの社会的認知と医療ケア実施の必要性をあげている。訪問看護師と内部看護師の役割分担についてあげている。利用者が急性疾患を罹った場合は医師の特別訪問指示書の発行により、医療保険で訪問看護が利用できる<sup>34)</sup>。

## 8.2 終末期ケアでの看護師の役割

渡辺ら(2007)の終末期ケアに期待される看護師の

役割では、6施設の看護師、介護職にインタビュー調査が行われ、共にいる、健康管理を行う、日常生活を行う、医療を提供する、医療と連携するであった<sup>35)</sup>。平木ら(2011)GHの終末期ケアにおける看護活動の実態調査では看護師と介護職員の12グループにインタビュー調査を行い、看護師がおこなっている活動には健康管理、医療処置、介護職への助言、家族の支援があり、看護師に望むことに、認知症の高齢者との馴染みの関係の形成、適切なアドバイス、家族・医師との調整の上での介護職の不安の除去となっていた<sup>36)</sup>。木村ら(2010)が医療連携加算、看取りケア加算が算定される前から、先進的に終末期ケアを行っているGHをターミナル取り組み調査した際に導きだされた内容に、看護師のリーダーシップ、医師との連携、家族支援、スタッフ教育があった<sup>37)38)</sup>。

## 8.3 終末期ケアの現状と実態調査

千田ら(2003)は岩手県のGH、19件のアンケート調査で、ターミナルケアを可能にする要因はスタッフの意思統一、介護報酬、人員配置であった<sup>39)</sup>。畠山ら(2005)は岩手県のGH、38件の半構成的面接調査でターミナルケアを行う課題に、スタッフの質、医療面、建物の構造、家族の理解があった<sup>40)</sup>。渡辺ら(2010)はA県のGH、300件対象に、ターミナルケアの現状と職員の意識をターミナルケアのリーフレット配布前後で調査した。前後で変化はなく、ターミナルケアをあまり行いたくない・行いたくないが68.3%であった。看取りを経験したGHは20%であった。理由には、医師・看護師の存在、施設整備体制、家族の協力、職員の知識・技術があった<sup>41)</sup>。千葉ら(2011)の全国1174件のGHにおける終末期ケアの取り組みと看護師の雇用の有無の調査では、看護師を雇用しているGHは終末期ケア経験が多く、終末期ケア指針の策定がされていた。看護師を雇用していないGHの課題は看護・介護の連携困難、終末期ケア指針の策定困難があった<sup>42)</sup>。Kobayashiら(2008)は7件のGHの管理者にインタビュー調査を行い、終末期ケアに必要なことに、なじみの関係、身体・精神的苦痛の除去、医療の活用、家族調整をあげている<sup>43)</sup>。平松ら(2010)の終末期ケアに影響を及ぼす要因についての管理者へのインタビュー調査から、事業所のケア方針、ケアの充足を導く存在、終末期ケア観を育む機会、ケアスタッフに対する関わり、ケアスタッフの主体性があった<sup>44)</sup>。

表1 GHで終末期ケアを行うにあたっての課題

全国認知症グループホーム協会(2008)	平松ら(2010)	Kobayashiら(2008)	千葉ら(2011)	渡辺ら(2010)	畠山ら(2005)	千田ら(2003)	木村ら(2010)	共通性
理念の共有	事業所のケア方針		終末期ケア指針の策定困難			スタッフの意思統一		スタッフの終末期ケアの意思統一
医療と看護との連携		医療の活用	看護・介護の連携困難	医師・看護師の存在	医療面		医師との連携	医療・看護評との連携
事業所の力量把握								事業所の力量把握
家族との連携・家族支援		家族調整		家族の協力	家族の理解		家族支援	家族支援
本人の想いに寄り添う努力 意思の確認		なじみの関係						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
	ケアの充足を導く存在						看護師のリーダーシップ	ケアの充足を導く存在
	終末期ケア観を育む機会			職員の知識・技術			スタッフ教育	スタッフ教育
		身体・精神的苦痛の除去						身体・精神的苦痛の除去
	ケアスタッフの主体性 ケアスタッフに対する変わり				スタッフの質	人員配置		スタッフの資質
				施設整備体制	建物の構造			施設整備体制
						介護報酬		介護報酬

永田ら(2008)のGHの代表者と利用者家族へのアンケートによる実態調査から、GHでもっとしたいケア、して欲しいケアにターミナルケアがあった。GHは利用料が安く、職員がすべて常勤であっても、収支状態が黒字であるGHの存在から、職員の賃金が低く抑えられていることが予測された<sup>45)</sup>。

認知症高齢者グループホーム協会(2008)はGHにおける看取りに関する研究事業調査報告書で、看取りへの取り組み課題に理念の共有、医療と看護の連携、事業所の力量把握、家族との連携・家族支援、本人の想いに寄り添う努力・医師の確認をあげている<sup>46)</sup>。

#### 8.4 GHでの看取りと介護職員

平木ら(2008)はインタビュー調査から、介護職員の抱えている感情に医療職の配置のないことでの終末期に対する葛藤、苦痛緩和や吸引時の対応に困惑、死に逝く人へのケアの不安と恐怖があった<sup>47)</sup>。調査結果をもとに、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<sup>48)</sup>。

小林ら(2008)は介護職員の看取りの戸惑いに、看取りとしてすることがわからない、苦痛緩和がわからない、自分のしたことへの不安があった。木村ら(2009)がケアスタッフ対象に看取りケアを導入にあっておこなった研修後の反応からは、スタッフ間の意思の統一を図ることの難しさがあった<sup>49)</sup>。松井ら(2010)が職員の看取りの意識を調査した結果、終末期ケアにやりがいを感じ、本人・家族の希望があれば終末期ケアを提供したいと考えていたが、死に逝く人に対して恐れがあった<sup>50)</sup>。Hirakawaら(2009)がGHも含め、介護施設に終末期ケアに関するス

タッフ教育のニーズ調査、医学科・看護学科でおこなわれている高齢者の終末期ケア教育の調査をし、これをもと、介護施設におけるスタッフ教育のモデルを作成、実施をした。終末期ケアへのやりがい、提供したいという思いはあがったが、終末期に対するストレス軽減や自信にはつながらなかった<sup>51)52)</sup>。

以上、文献特性から、医療連携、終末期ケアでの看護師の役割、終末期ケアの現状と実態調査、GHでの看取りと介護職員の4つにわけられた。GHで終末期ケアを実施していく上で、看護師の存在の有無で大きく左右されることがわかった。看護師に対しては医療的なケア、健康管理の他、介護職員への不安の緩和といった役割がもてられていた。看護師と医療の連携は、GHの職員として看護師を配置する場合と訪問看護ステーションとの契約といったパターンに分かれていた。GHでの看護師の雇用は費用面から難しさがあった。GHの終末期ケアの現状と実態では、終末期ケアを実施の有無とその課題についての調査であり、GHならではの終末期ケアの内容に言及したものはなかった。

GHで、終末期ケア実施していくにあたっての課題を文献ごと、類似性ごとにまとめた。(表1) 課題には、理念の共有、事業所のケア方針、終末期ケア方針、スタッフの意思統一といった「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項目にまとめられた。今後、課題を解決していく方法論の検討、GHでの終末期ケアのケアモデルの開発、職員への終末期ケア教育方法の開発が求められる。

## 9 おわりに

認知症高齢者グループホームにおける終末期ケアについての文献検討をおこなった。文献は医療連携、終末期ケアでの看護師の役割、終末期ケアの現状と実態調査、GHでの看取りと介護職員の4つにわけられた。終末期ケアの現状と実態調査から、GHで終末期ケアの課題11項目にまとめられた。終末期ケアの実施の有無とその課題についての調査であり、GHならではの終末期ケアの内容に言及したものはなかった。今後、GHでの終末期ケアは増えていくことが予想される。課題を解決していく方法論の検討、GHでの終末期ケアのケアモデルの開発、職員への終末期ケア教育方法の開発が求められる。

### 引用文献

- (1) 厚生労働省、人口動態調査、2007
- (2) 厚生労働省、終末期医療に関する調査、第1回終末期懇談会、2008
- (3) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会、認知症対応型共同生活介護の実態調査結果報告書、2006
- (4) Barbro Beck/小笠原祐司訳、今なぜ認知症にグループホームか、スウェーデンからのメッセージ、筒井書房
- (5) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会、認知症対応型共同生活介護の実態調査結果報告書、2009
- (6) 千葉真弓、渡辺みどり、細田江美、松澤由夏、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態と課題、看護師雇用の有無による比較、日本看護福祉学会誌、16、2、p1-14、2011
- (7) 三宅貴夫、認知症高齢者の終末期ケアの特徴、JIM、18、8、p661-663、2008
- (8) 鳥海房枝、介護施設におけるターミナルケア、暮らしの場で看取る意味、雲母書房
- (9) 池上直己、終末期ケアの課題と展望、健康保険、58、11、18-23、2004
- (10) 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、p448-454、2012
- (11) トム・キッドウッド/高橋誠一訳、認知症パーソンドセンタードケア、新しいケア文化へ、筒井書房、2005
- (12) Burn B, level of personfod, A model for dementia care, Geriatr Nurs, 29, 5, p324-332, 2008
- (13) 平原佐斗司、認知症の緩和ケアとは、緩和ケア、20、6、p562-566、2010
- (14) 平原佐斗司、認知症の緩和ケア、緩和ケア、20、6、p599-604、2010
- (15) 平原佐斗司、末期認知症の緩和ケア、認知症ケア学会誌、11、2、p462-469、2012
- (16) 平川仁尚、認知症の緩和に必要な知識、緩和ケア、20、6、p562-566、2010
- (17) 日野原重明、ターミナルケア、日本内科学会誌、85、p1975-1976、1996
- (18) World Health Organization、Cancer Pain Relief and Palliative Care、report of WHO Expert Committee, Technical Report Series, NO804, World Health Organization, Geneve, Switzerland, 1990
- (19) National Advistry Committee, A Guide to End of Life Care for senior, 2000
- (20) 厚生労働省、終末期医療決定に関するガイドライン [www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf)
- (21) 高齢者終末期医療およびケアに関する日本医学会の立場表明 2012
- (22) 藤腹明子、看取りの心得と作法 17カ条、青海社
- (23) 吉岡さおり、小笠原知枝、中橋苗代、伊藤朗子、池内香織、終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発、日本看護科学学誌、29、2、p11-20、2009
- (24) 吉田みつ子、ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究、よい看取りをめぐって、日本看護科学学誌、19、1、p49-59、1999
- (25) 宮田和明、近藤克則、樋口京子、在宅高齢者の終末期ケア、全国訪問看護ステーション調査に学ぶ、中央法規
- (26) 斎田綾子、小泉美佐子、意思確認が困難な終末期高齢患者の看護、家族との話し合いによるその人らしさを取り入れることを目指した終末期看護支援手順書導入の効果、老年看護学、14、1、p42-50、2010
- (27) 村嶋幸代、認知症高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業報告書、社団法人 全国訪問看護協会、平成16年度 老人保健健康増進事業、p52-57、2004
- (28) 片平伸子、本田亜起子、上野まり、北岡英子、廣川聖子、認知症高齢者グループホームにおける看護体制、第12回日本地域看護学会学術集、59、p29-38、2009
- (29) 吉岡久美、生野繁子、グループホームにおける看護職勤務状態とケア内容調査、第41回日本看護学会論文集 地域看護 p204-206、2010
- (30) 岸田研作、谷垣静子、グループホームにおける看取りに医療・看護との連携は有効か、平成20年 全国グループホーム大会論文集、p23-25、2008
- (31) 小長谷陽子、認知症の人の看取りにおける医療と介護の連携に関する研究、医療法人と社会福祉法人運営グループホームへアンケート、日本老年医学会誌、47、5、p452-459、2010
- (32) 片山伸子、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師の活動に焦点を当てて、日本在宅ケア学会誌、53-60、2012
- (33) 奥村芳孝、スウェーデンの高齢者住宅とケア政策、海外社会保障研究、164、p26-37、2006
- (34) 特定非営利活動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における重度化対応と医療連携に関する調査報告書、2009
- (35) 千葉真弓、楠本裕子、奥野茂子、グループホームにおける認知症高齢者への終末期ケアに期待される看護師の役割、日本看護福祉学会誌、14、2、p53-67、2009

- (36) 平木尚美、百瀬優美子、認知症高齢者グループホーム終末期ケアにおける看護活動の実態と看護職が看護師に期待する役割、日本看護福祉学会誌、16(2)、p85-95、2011
- (37) 木村典子、小林尚司、西山カツ子、認知症高齢者グループホームでのターミナルケア、ターミナルケアの取り組み事例からの考察、平成21年度愛知県看護研究学会抄録集、p31-32、2009
- (38) 木村典子、認知症高齢者グループホームにおいてのターミナルケアを実現させる取り組み、スタッフへ死にいく過程の研修を通して、愛知学泉大学・愛知学泉短期大学紀要 45、P5-11、2010
- (39) 千田睦美、石川みち子、吉田千鶴子、岩手県におけるグループホームのターミナルケアの現状、岩手県立大学看護学部紀要、5、p57-64、2003
- (40) 畠山玲子、石川みち子、吉田千鶴子、照井孫久、中山裕子、岩手県内のグループホームにおけるターミナルケアの現状と課題、岩手県立大学看護学部紀要、1、p73-80、2005
- (41) 渡辺幸枝、小嶋美沙子、木内千晶、石川みち子、A 県内の認知症グループホームにおけるターミナルケアの状況及び職員の意識、岩手県立大学看護学部紀要、12、p29-39、2007
- (42) 千葉真弓、渡辺みどり、細田江美、松澤由夏、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態と課題、看護師雇用の有無による比較、日本看護福祉学会誌、16、2、p1-14、2011
- (43) Kobayashi S, Yamamoto N, Nagata S, Murashima S, End of life care for older adult with dementia living in group homes in Japan, Japan Journal Nursing Science, 5, 1, 2008
- (44) 平松万由子、大淵律子、認知症グループホームの高齢者終末期ケアに影響を及ぼす要因、管理職の認識に焦点をあてた質的分析、日本認知症ケア学会、9、3、p497-506、2010
- (45) 永田千鶴、認知症高齢者グループホームケアの実態と利用者家族へのアンケート調査から、熊本大学医学部保健学科紀要、15(2)、p53-60、2012
- (46) 特定非営利活動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における看取りに関する研究事業 調査研究報告書、2008
- (47) 平木尚美、大町弥生、認知症高齢者グループホームの終末期ケアに対する介護職員の思い、日本看護福祉学会誌、13、2、p119-131、2008
- (48) 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)、p317、2009
- (49) 小林尚司、木村典子、西山カツ子、グループホームスタッフの看取り介護に対する戸惑いとその背景、日本認知症ケア学会誌、8(2)、p274、2009
- (50) 松井美帆、痴ほう症高齢者グループホーム職員におけるストレス、日本痴呆ケア学会、3、1、p23-29、2004
- (51) 平川仁尚、高齢者の終末期ケアに関する教育内容について、医学教育、40、1、p61-64、2009
- (52) Hirakawa Y, Opinion survey of nursing or caring staff at long term care facilities about end of life care provision and staff education, Arch Gerontol Geriatr, 2009

(原稿受理年月日 2012年11月27日)