

## 総 説

認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす  
地域密着型サービスでの看取りの実現

永田千鶴

山口大学医学系研究科地域・老年看護学 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 地域密着型サービス, 地域包括ケアシステム, 認知症高齢者,  
エイジング・イン・プレイス, 看取り

## 和文抄録

高齢者が最期を迎える場には、自宅、医療機関、社会福祉施設、ほか、があり、全死亡者数の8割弱が医療機関で最期を迎えている。今後急増する認知症高齢者が、環境の変化によるダメージを受けることなく、穏やかに最期を迎えることができる場所の選択肢の一つに、地域密着型サービス（以下、地域密着型）が挙げられる。しかし、地域密着型のような医療機関とは異なる事業所で看取りまで対応するには、様々な困難がある。そこで、本稿では、地域密着型での看取りの現状と課題を整理し、職員と利用者家族および地域住民に対する教育プログラムの実践による介入までの一連の研究で得た知見を述べる。

中国地方のA市（人口17万人）にある地域密着型での看取りの実施率は低く、その課題には大きく、確立していない24時間医療連携体制と人材育成の不備が挙げられた。そこで、人材育成に焦点をあて、A市の地域密着型の職員を対象とした看取りに関する研修と、地域密着型の職員と利用者家族および住民合同の「看取りの学習会」を実施した。

2つの介入研究の結果、特に職員にとっては、看取りに関する知識を得、参加者と情報を共有することは、看取りに対する不安・恐怖を緩和し、看取りに向けた心構えの形成および促進、すなわち看取る覚悟につながることを示唆された。

以上のことから、教育プログラムの実践による介入は、地域密着型での看取りを促進する有用な手段になり得ると考える。

## I. 緒言

認知症はいまや、誰もが経験し得る疾患となった。厚生労働省によれば、日本における認知症高齢者の数は、2012年に約462万人で65歳以上高齢者の約7人に1人と推計され、2025年には約700万人になり、65歳以上高齢者の5人に1人に達することが見込まれている<sup>1)</sup>。さらに、認知症の前段階とされる軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）と推計される人は、2012年の時点で約400万人とされ、既に65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症あるいはその予備軍となる<sup>1)</sup>。これらの数字は、医療機関で診断された人のみであるため、受診していない人を含めれば、さらに増えることになる。

認知症高齢者の療養の場は、2010年9月現在、自宅が約140万人と最も多く、次いで介護老人福祉施設約41万人、医療機関約38万人、介護老人保健施設約36万人、グループホーム約10万人とされる<sup>2)</sup>。認知症高齢者は、環境の変化に強いダメージを受けやすいために、本来、住み慣れた自宅で自分らしく暮らし続けることが望ましい。国も、住み慣れた場所で最期まで暮らせるように在宅医療を進めているが、最期を迎える場は、全死亡者数の76.6%が医療機関であり、自宅は12.7%、老人ホームなどの施設

は8.6%である<sup>3)</sup>。このように、認知症高齢者に限らず住み慣れた自宅で最期まで暮らし続けることは、難しい現状である。

認知症高齢者がどこで療養し、最期を迎えるのかの選択は、意思の伝達が困難な認知症の人の尊厳を守ることや病状が進行する中でのQOLの維持・向上の観点から重要である。

これまでのわが国の認知症施策の中でも、認知症高齢者の療養の場に関して、様々な取り組みがなされてきた。大規模施設における必要量の一律的なケアから、小規模で家庭的な環境での究極の個別ケアへの変遷は、特徴的である。1990年代に登場した、小規模でユニットケア型の認知症高齢者を対象としたグループホームや宅老所の実践は、「新しいタイプのサービス」として注目された。これらは、短時間で制度化され、認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）、小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）として、2006年度からは介護保険制度下の地域密着型サービス（以下、地域密着型）に位置づけられた。特にグループホームの実践は、その期待を裏切らないものであり<sup>4-6)</sup>、2000年3月末時点で266カ所のグループホームが、2015年4月現在12,776カ所<sup>7)</sup>と急増し、現在も認知症ケアの拠点となっている。

そして、2015年からは、地域包括ケアシステムの構築と共に新オレンジプランに基づく、認知症施策の具体化が進められている。地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることと説明される<sup>8)</sup>。地域包括ケアシステムの構築は、2011年の介護保険法の改正により条文に規定され、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目処に実現することが目指されている。このような地域包括ケアシステムの構想は、2003年に出された高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」において、既に言及されていた<sup>9)</sup>。

そして、厚生労働省が2012年6月に発表した2013年度からの認知症施策5ヵ年計画戦略（オレンジプラン）を見直し、2015年1月に新しく「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者などにやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）<sup>1)</sup>を策定し

た。新オレンジプランでは、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症は誰もがかわる可能性のある身近な病気であることを社会全体で認識することを重視している。

筆者らは、エイジング・イン・プレイスを「今いる場所で最期まで」と捉え、その実現は、地域包括ケアシステムの構築につながると考え、グループホームや小規模多機能などの地域密着型をフィールドとした調査や介入研究を行ってきた。地域密着型をフィールドとしたのは、その制度化の目的が、認知症高齢者や独居高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことの実現<sup>10)</sup>であり、エイジング・イン・プレイスや地域包括ケアシステム構築の実現と同じ意味を持つからである。実際、地域包括ケアシステム構築の取り組み事例には、地域密着型が実践の拠点となる例が数多く存在する<sup>11)</sup>。また、自宅での看取りが困難な場合に、地域密着型などの小規模な事業所での看取りを推進する声もある<sup>12)</sup>。

高齢者が、たとえ認知症になっても、環境の変化による心身のダメージを極力受けることなく「今いる場所で最期まで」暮らすには、「今いる場所」のケア提供者が、終末期ケアや看取りまでのケアを実践することが求められる。高齢者が最期を迎える場は約8割が医療機関という現状において、地域密着型のような医療機関とは異なる事業所で看取りまで対応するには、様々な困難がある。そこで、本稿では、地域密着型での看取りの現状と課題を整理し、教育プログラムの実践による介入までの一連の研究で得た知見を述べる。

## II. 地域密着型における看取りの現状

これまでの研究活動で、地域密着型での看取りの状況は、様々であることがわかった。

全国調査では、グループホーム内での看取りの割合は2009年から2011年にかけて37.2%から約50%になった<sup>13-15)</sup>。しかし、筆者らが2014年に調査した中国地方のA市（総人口約17万人）のグループホームおよび小規模多機能24事業所のうち、看取る方針が確立し、積極的に取り組んでいる事業所は3カ所のみであり、看取りの経験の無い事業所が過半数を占めた。看取りの経験のある事業所でも年間1～3例であり、看取りの実施率が低かった。

2010～2013年までに実施したA市以外の地域密着型の調査から、医療職がいなくても地域の医療機関と連携して看取りを実践していたり、常勤で複数の看護師を配置しても利用者の状態が急に悪化した時は医療機関へ搬送したりしていた<sup>16)</sup>。よって、地域密着型での看取りの実践は、単に医療職の配置の有無に影響されるものでもなく、それぞれの事業所の経営者の方針や地域の慣習、管理者および職員の決断や覚悟の有無によって実施されていた。そして、地域住民との協働が容易であること、少人数・小規模・ユニット型の環境をいかして個別ケアを提供すること、家族や利用者とのつながりを重視したケアを提供することで、地域密着型ならではの看取りを実践する事業所の存在が明らかになった<sup>16, 17)</sup>。

地域密着型で看取りを実現するための課題には、まず、24時間医療連携体制の不備に関する内容が挙げられる<sup>18-22)</sup>。我々の研究活動においても、地域密着型での看取りの実現には、明らかに医療提供のあり方の検討が必須であった<sup>16)</sup>。次に、人材の育成も必須であり<sup>17)</sup>、グループホームにおける看取り教育は重要である。特に介護職は、看取りに対して葛藤、困惑、恐怖、不安を抱いているとされ<sup>23)</sup>、先行研究では、既に介護職員などを対象とした教育プログラムを実施し、その効果を報告している<sup>24)</sup>。

そこで、A市において、2014年度は地域密着型事業所の職員を対象とした、フォーカスグループディスカッション(Focus Group Discussion以下、FGD)を取り入れた看取りに関する研修<sup>25)</sup>を、2015年度は1ヵ所のグループホームで、事業所の職員と利用者家族および住民を対象とした合同の「看取りの学習会」を実施した。

### Ⅲ. 看取り教育プログラムによる介入の効果

#### 1. FGDによる事業所職員対象の研修

2日間の研修プログラム(180分/日)を企画し、筆者が所属する機関で実施した。研修方法は、一方通行的な知識や技術の伝達ではなく、同じ地域密着型における職員の看取りの経験を共有して深めるためにFGDを採用した。そのため、看取りの経験のある職員と経験の無い職員でFGDのグループメンバーを構成し、3つのグループが編成された。1日目は、看取りの経験のある参加者が、看取りの経験

について話題提供をした後に、主に看取りの課題についてFGDを実施した。2日目は、1日目で明らかになった課題の解決策につながる内容として、死に向かう身体変化、家族への対応、死後のケアに関して情報提供を行った後にFGDを実施し、課題への解決方法を話し合った。また、研修終了後に研修への意見・感想を問うアンケートを実施した。

得られたデータの帰納的分析により(以下、カテゴリーを【 】で示す)、地域密着型での看取りの状況は、【日常の延長線】上にあり、ぎりぎりまで通常の生活を送っていることがわかった。「何かあったら自分たちにできることをするだけ」と、特別なことではなく当たり前のことと受け止め、自然な看取りを行っていた。しかし、職員にとっては、入院しての延命か自然な死かの決断をすることは、重い責任でもあり、【葛藤】も抱えていた。また、看取りのための職員の【力量】には、的確な判断とともに、看取る覚悟が必要であることがわかった。【体制づくり】としては、他の利用者とのケアの時間をずらして対応する、職員間のチームワークを図る、職員の目が行き届く環境をつくる、といった共同生活を継続する工夫や密な家族との関係づくりがなされていた。そして、家族や近隣住民、主治医とのつながりを生かすことで、地域密着型ならではの連携・協働体制の下、可能な限りの医療を提供し、地域密着型での看取りの【意義】を確認しながら看取っていた。

【課題】には、①事業所の体制・方針、②制度上の問題、③困難な医療との連携・協働体制、④死に対する教育不足、⑤看取りへの理解不足の5つが挙げられた。事業所の体制・方針には、看取りの際は入院する、あるいは対応に一貫性が無く、曖昧な事業所の方針や曖昧な責任の所在があった。特に、夜間1人体制の事業所では、医療職不在の中での判断や対応には限界が有るため、看取りは困難とされた。また、グループホームは、運営基準に医療職の配置を求めているという制度上の問題から、24時間の医療対応が困難であった。必要時医療職に確認できないことや、日頃の利用者の状態を把握していない医療職の指示の下での非効率的な医療提供を強いられており、医療との連携・協働体制は、明らかに困難であった。そして、看取りに対する「一体何から始めたらいいのか」「最期を発見したときはどうしたらいいのか」「恐怖以外のなにものでもない」と

の参加者の語りから、「死」に対する教育の機会がないことや、「人は皆死ぬ」ことを受け入れられない様子がうかがえ、死に対する教育不足が認められた。地域密着型の職員は「できることなら看取りたくない」と病院ではない場所での死を受け入れられない状況であり、地域密着型での看取りへの理解不足が認められた。

## 2. 職員と家族・住民合同の看取りの学習会

A市B校区のグループホームで60分/日の研修を、グループホームと同校区自治会の共催で実施した。参加者は、グループホームの職員10名と利用者家族および同校区の自治会住民（民生児童委員を含む）36名である。

対象に利用者家族、住民を加えた理由は、地域密着型では、家族との深い関係や近隣住民とのつながりを生かし、地域密着型ならではの連携・協働体制を構築することが可能だからである。地域密着型での看取りに関し、家族とともに、特に民生児童委員や自治会員などの地域のキーパーソンの理解が得られる可能性が高い。地域のキーパーソンの理解の促進は、当事者になり得る住民の理解を促進し、人生の最終段階を迎える場の選択肢の一つに、地域密着型が挙げられる可能性が期待できた。すなわち、家族や住民の地域密着型での看取りに関する理解が深まることは、職員の死に対する教育不足や看取りへの理解不足の解消にもつながると考え、職員と利用者家族・住民合同の看取りの学習会を実施した。

研修は、グループホームの紹介、グループホームでの認知症ケア、グループホームにおける終末期ケア・看取りの実際について行い、終了後に地域密着型での看取りに対する賛否、記述による研修に対する意見・感想を問うアンケートを実施した。

アンケートの結果では、地域密着型での看取りに関し、同じ研修を受けたにもかかわらず、職員と家族・住民の受け止め方には違いがあった。利用者家族および住民36名全員が、地域密着型での看取りを、看取りの場の選択肢の1つとして受け入れた。一方で、職員には、地域密着型での看取りに賛成できないとする意見を認めた。その理由には、死に対するマイナス感情、看取り体制の不備、力量不足が挙げられた。高齢者との日々を過ごす職員にとって、看取りは差し迫った課題であり、実践すべきだと理解

しているものの踏み出せない葛藤があるものと考えられる。

## 3. 研修による介入の効果

2つの介入研究の結果、地域密着型での看取りに関し、FGDでは、「他の事業所の看取りの実践が参考になった」「自らの経験を話すことで課題を明確にできた」「看取る怖さや不安を話すことができた」「学んだ知識をいかして実践したい」などの記述がアンケートにあった。看取りの学習会では、家族や住民からは、「本人や家族が希望するなら地域密着型での看取りは望ましい」「死について多方面から考えることができた」「研修での話を基に看取りに関して家族と話し合う機会をもつ」「自分の最期について家族に伝える（エンディングノートに残す）」などが、職員からも「学ぶことで不安が緩和できた」「利用者と最期まで過ごしたい」「看取りに臨む覚悟ができた」とする記述がアンケートにあった。これらの記述から、看取りの実践経験の有無にかかわらず、FGDや看取りの学習会で看取りに関する知識を得、参加者と情報を共有することは、看取りに対する不安・恐怖を払拭し、看取りに向けた心構えの形成および促進、すなわち看取る覚悟につながることを示唆された。よって、2つの研修という手段での介入により、知識を得、深め、共有することは、死に対する教育不足や看取りへの理解不足という2つの【課題】を解決する有効な手段になり得、職員の力量を高めることにつながるのではないかと考えられた。

さらに、研修後も、参加メンバー間のつながりが情報ネットワークとして機能すれば、課題解決の情報を得ることができ、地域密着型での看取りの促進を図ることが期待される。

## IV. まとめにかえて：地域密着型を拠点とした地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムでは、30分以内に必要なサービスが提供できる範囲として日常生活圏域（中学校区）を設定しているが、その圏域内にケアの拠点を作ることが必須である。ケアの拠点とは、その圏域の住民誰もが立ち寄ることのできる場であり、もし、暮らしや健康、介護に関することで、気がかり

なことや聞きたいことができれば、いち早く相談に行く場としても期待される。

筆者は、ケアの拠点として、地域密着型が最も適していると考えており<sup>26)</sup>、地域密着型を拠点とした地域包括ケアシステムの構築を望んでいる。その日常生活圏域に住む住民が、自分たちの地域の事業所として地域密着型を大切に思い、お互いに力や知恵を出し合い、双方が頼りにするような関係が育まれることを期待している。このような関係は、身近な場所にある小さな事業所だからこそ可能であると考えられる。しかし、多くの事業所は住民との関係が希薄であり、システムとして機能するには時間がかかる。そこで、筆者らの介入による「看取りの学習会」が関係構築の一助になれば、と考えている。

たとえ認知症になっても、地域包括ケアシステムの中で、医療機関ではない地域密着型で看取りまでのケアが実現できれば、人生の最終段階の場の選択肢が拡大し、超高齢社会としての日本の強みになると考える。

以上のような活動を継続し、研究として成立させるには、一定の成果が求められる。2014年には看取りの実践経験がなかった地域密着型の事業所が、筆者らの介入に「触発された」として、2016年に看取りの実践を語ってくれた。決して速い歩みではないが、介入による教育効果を示し、教育プログラムを精錬していくことが、我々の今後の課題である。

#### 引用文献

- 1) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(2015). <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>. (参照2015-3-31)
- 2) 厚生労働省. 認知症高齢者の現状. [http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou\\_kouhou/kaiken\\_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf). (参照2013-12-15)
- 3) 厚生労働省. 平成27年(2015)人口動態統計(確定数)の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/index.html>. (参照2016-9-9)
- 4) 外山義. グループホーム読本痴呆性高齢者ケアの切り札. ミネルヴァ書房. 京都, 2000.
- 5) 中島紀恵子. グループホームケア認知症の人々のケアが活きる場所, 改訂版, 日本看護協会出版会. 東京, 2005.
- 6) 山井和則. グループホームの基礎知識, リヨン社. 東京, 2003.
- 7) 厚生労働省. 介護給付費等実態調査月報. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/14/dl/05.pdf>. (参照2015-10-1)
- 8) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム(2013). [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/). (参照2014-8-1)
- 9) 高齢者介護研究会. 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護:高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>. (参照2003-12-15)
- 10) 厚生労働省. 地域密着型サービスの創設(2005). [http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005\\_09.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005_09.html). (参照2006-03-28)
- 11) 厚生労働省. 地域包括ケアシステムの構築に関する事例集. <http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/>. (参照2014-10-30)
- 12) 秋山正子. 訪問看護の実践からみた地域包括ケアにおける看取り-予防から看取りまで, 地域の中で最期まで生きることを支える-. 医療と社会 2015; 25(1): 71-84.
- 13) 公益社団法人日本認知症グループホーム協会. 平成24年度老人保健増進等事業による研究報告書 認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書, 東京, 2013, 26.
- 14) 公益社団法人日本認知症グループホーム協会. 平成21年度老人保健健康増進等事業による研究報告書 認知症グループホームの実態調査報告書, 東京, 2010, 9.
- 15) 公益社団法人日本認知症グループホーム協会. 介護給付費分科会ヒアリング資料(2011). <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ft9d-att/2r9852000001fthd.pdf>. (参照2014-12-15)
- 16) 永田千鶴, 北村育子, 本郷秀和, ほか. 平成22～24年度科学研究費補助金基盤研究(C)研究

- 成果報告書「エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発」, 2013.
- 17) 永田千鶴, 北村育子, 松本佳代, ほか. エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発－小規模多機能事業所併設グループホームにおけるケアサービスの探究－. 熊本大学医学部保健学科紀要 2014; 10: 15-26.
  - 18) 千葉真弓, 奥野茂代, 太田規子, ほか. グループホームで暮らす認知症高齢者への終末期ケアの課題. 高齢者のケアと行動科学 2006; 12: 30-34.
  - 19) 平川仁尚, 植村和正, 葛谷正文. 高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題. 医学教育 2008; 39: 245-260.
  - 20) 加賀美亜矢子, 片平伸子. 認知症高齢者グループホームのターミナルケアに関する文献調査. 日本看護学会論文集 老年看護 2013; 43: 74-77.
  - 21) 細田江美, 千葉真由美, 渡辺みどり, ほか. 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 (第2報); 医療法人・社会福祉法人・NPO法人による比較. 日本看護福祉学会誌 2013; 19: 63-75.
  - 22) 山崎尚美, 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課題. 愛知県立大学看護学部紀要 2014; 20: 9-16.
  - 23) 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 2008; 13: 119-131.
  - 24) 平川仁尚, 安井浩樹, 青松棟吉, ほか. 高齢者の終末期ケアを実践する上級介護職員のためのワークショップの効果. *Hospice and Home Care* 2011; 19: 316-323.
  - 25) 永田千鶴, 清永麻子, 堤 雅恵, ほか. 地域密着型サービスでの看取りの実現－フォーカスグループディスカッションによる研修を通して－. 日本地域看護学会誌 2016; 19: 22-30.
  - 26) 永田千鶴. 地域密着型サービスが地域包括ケアシステムで果たす機能と看護職の役割. 日本老年看護学会誌 2016; 21: 5-9.

## Aging in Place of Older People with Dementia : Realizing End-of-life Care through Community-based Services

Chizuru NAGATA

Community/Gerontological Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

### SUMMARY

The places of death for older people are homes, social welfare facilities and medical institutions, with the latter accounting for almost 80% of deaths. Community-based-service (CBS) facilities are catering for rapidly increasing numbers of older people with dementia and there is a requirement for them to allow users to die a peaceful death without having the disruption of moving. However, there are a number of complexities in the provision of end-of-life care in CBS facilities outside medical institutions. This study presents an overview of the current status of end-of-life care in CBS, and explores the effectiveness of education programs for staff members, users' families, and community residents.

End-of-life care was not provided in the majority of CBS facilities in a city in western Japan mainly because of a lack of 24-hour medical cover and inadequate professional development for staff. We focused on upskilling staff and held two training sessions on end-of-life care; one for the city's CBS staff and the other for all staff, families, and community residents.

Evaluation of the interventions suggests that obtaining knowledge on end-of-life care and sharing information with each other allays staff workers' anxieties and fear about end-of-life care and enable them to provide care of the dying in situ. The study indicates that educational programs could be a useful way to promote quality end-of-life care in CBS.