

原 著

認知症グループホームでの看取りに対する 総合病院の医師および看護師の捉え方 －医療職の立場と家族の立場での検討－

永田千鶴, 堤 雅恵, 野垣 宏, 清永麻子

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

Key words : 認知症グループホーム, 看取り, 捉え方, 医師および看護師, 総合病院

和文抄録

高齢化に伴い死亡者数が増加する中, 最期を迎えたい場所を「自宅」と答える人が7～8割と報告する全国規模の調査や, 医療機関での死亡率の減少と施設での死亡率の増加を示す人口動態調査, 政府による在宅医療推進を目的とした施策の展開から, 今後, 自宅に加え, 小規模で家庭に近い環境をもち居宅に位置づけられる認知症対応型共同生活介護(以下, グループホーム)での看取りに対する需要の増加が予測される。現在, グループホームでの看取りは全退去者の約2割であり, その促進が期待されている。そこで, 本研究では, グループホームでの看取りの促進を目指した啓発活動の資料を得るために, 総合病院に勤務する医師および看護師のグループホームでの看取りに対する捉え方を調査した。

質問紙調査は, 医師と看護師の属性のほか, グループホームの主観的な知識を4段階で問い, グループホームでの看取りの捉え方に関して事例を用い, 看取るべき場所はグループホームか病院か, 仕事および家族の立場での7段階で問うた。医師193人(回収率54.1%, 有効回答率97.5%), 看護師670人(回収率93.2%, 有効回答率98.1%)のデータを分析した。

グループホームの主観的な知識は, 医師と看護師間で差を認めず, 75%以上が知っていた。グループ

ホームでの看取りの捉え方について, 医師は, 年代, 性別, 在職期間および仕事と家族の立場に影響を受けず, 看護師よりもグループホームで看取るべきとした。看護師は, 介護が身近となった40歳以上, また在職期間が10年以上の人は, よりグループホームで看取るべきと捉え, 家族の立場で著明だった。

本研究の結果から, グループホームでの看取りの促進に対して, 総合病院の医師および看護師の理解は得やすいと考えられる。グループホームでの看取りを実現する次の段階は, グループホームでの終末期医療に対する総合病院の医療職のかかわり方を, 行動レベルで検討する研修会などの実施が考えられた。

I. 緒言

我が国における2017年の人口動態調査では, 医療機関での死亡が74.8%, 自宅での死亡は13.2%であった¹⁾。認知症の進行による衰弱が進んだ場合の最期を迎えたい場所を「自宅」と答える人が約8割と報告する全国規模の調査があり²⁾、先の人口動態調査¹⁾では, 医療機関での死亡率の減少と施設での死亡率の増加を認めている。政府は在宅医療推進を目的とした施策を展開している³⁾ こともあり, 今後, 自宅に加え, 小規模で家庭に近い環境をもち居宅に位置づけられる認知症対応型共同生活介護(以下, グループホーム)での看取りに対する需要は増加することが予測される。

1997年に制度化されたグループホームは、2000年施行の介護保険法では居宅サービス、2006年施行の改正介護保険法では地域密着型サービスに位置づけられた。グループホームは、原則個室であり、定員1ユニットあたり5～9人の少人数を単位とした共同居住形態の家庭的な環境で、なじみの職員がケアにあたるため、第二の家庭ともいえる場である。

グループホームは、介護保険制度開始当時、自立して共同生活を送れる程度の軽度～中等度の比較的元気な認知症高齢者を対象としていた⁴⁾が、現在は、認知症の重度化に加え、高い医療ニーズをもつ重度の要介護者が増加している。重度の認知症高齢者が人生の最終段階を迎えるとき、医療機関での入院環境には適応できず、グループホームでの生活の継続と加療が望まれつつある。そのため、政府は、2006年に医療連携体制加算、2009年に看取り介護加算を創設し、2012年には看取り介護加算を引き上げ、重度の認知症高齢者に最期までグループホームでの医療を含んだケアが継続できるように、介護報酬を整えてきた。よって、いまやグループホームは、認知症高齢者が最期まで暮らす場所の一つであり、グループホームの職員には看取りまでの対応が求められる。

しかし、グループホームは自宅と同じ扱いであり、医療職の配置基準がないために、グループホームで最期を迎える場合、医師や訪問看護師と連携協働体制をとってケアをし、臨終の際は医師を呼んで死亡診断書を書いてもらう必要がある。また、グループホームは介護職員だけでサービスを提供する 경우가多く、24時間医療の提供は難しいことから、急変時には救急車で移送されることもある。

グループホームでの看取りに関し、国の補助事業で始まった調査研究「グループホームにおけるターミナルケアの可能性」⁵⁾による2003年の調査では、開設後3年以上のグループホームの約3割⁶⁾、2007年の調査では約2割が看取りの「経験あり」と回答し⁷⁾、2010年の調査では、グループホーム内での看取りは全退去者の11.4%⁸⁾であった。2013年の別の団体による調査では、49.0%のグループホームが看取りを実施していると回答したが、1年間の看取り実施人数が「0人」の事業所69.9%、退所者数に占める死亡者数の割合が「0%」の事業所31.4%であった⁹⁾。2015年度の調査では、看取りの体制を整え

ている事業所は6割であり、退去理由の約2割が事業所で看取りまでを行っていた¹⁰⁾。以上の調査結果から、看取る方針を明らかにし、事業所全体で看取りに取り組んでいるグループホームの割合は増えつつあるが、2～3割程度であると推測される。

グループホームでの看取りの実現にはいくつかの課題があるが、筆者らのこれまでの研究¹¹⁻¹³⁾から、24時間医療提供体制の不備と看取りに対する理解不足および教育不足が挙げられた。そこで、本研究では、グループホーム入居者の病態悪化時の医療提供や、急性期治療後の療養場所を患者・家族と共に検討する役割をもつ総合病院に勤務する医師および看護師を対象に、グループホームでの看取りに対する捉え方を調査し、グループホームでの看取りを促進するための啓発活動や研修の資料を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象者

中国地方の拠点都市の一つにあるA総合病院(736床)に勤務する歯科を除く診療科の常勤医師366人と常勤看護師733人である。

2. データ収集

無記名自記式の質問紙調査を、2017年9月1日～30日の期間に実施した。A総合病院の医師に対しては院長の許可を得て医局を通して調査用紙を配布し、看護師は看護部の許可を得て各病棟に配布した。調査用紙は、医局およびナースステーションに設置した回収袋に、各人が封筒に入れ封をしたものを投入し、10日間の留め置き後に研究者が回収した。質問項目は、まず対象者の属性として、性別、年代、職種、在職期間を尋ね、グループホームに関する主観的な知識(自分が認識しているグループホームについての知識の有無と程度)を、1(グループホームについて聞いたことがない)、2(グループについて聞いたことがあるが、どのようなサービスかは全く知らない)、3(グループについて聞いたことがあり、どのようなサービスを少し知っている)、4(グループについて聞いたことがあり、どのようなサービスをよく知っている)の4段階で問うた。次に、グループホームでの看取りに対する捉え方に

関し、共通のイメージをもてるように、先行研究¹⁴⁻¹⁶⁾を参考に創作した「高齢者本人はグループホームでの看取りを望み家族は迷っている事例」(表1)を用い、この事例の看取るべき場所はグループホームか病院かについて、仕事および家族の立場で、7

(グループホームで看取るべき)から1(病院に移送すべき)の7段階で問い、その選択理由を記述してもらった。また、グループホームに関する知識がない者に配慮し、グループホームについて説明した文章を提示した(表2)。

表1 提示した紙上事例

Aさんは80歳の女性です。5年前に総合病院で胃がんの手術を受け、回復して帰宅しました。3年前から物忘れがひどくなり、食事をしたことを忘れ、頻繁に水道栓を締め忘れたり火を消し忘れたりするなどの認知症症状が現れました。だんだんと症状は進み、出かけた後に帰れなくなったり家族の顔がわからなくなってきたりしたため家族が心配して受診すると、「アルツハイマー型認知症」と診断されました。要介護認定では、手厚い介護を必要とする「要介護3」でした。

家族は仕事をもっているために介護ができず、Aさんは認知症と診断された病院に併設しているグループホーム(認知症対応型共同生活介護)に入りました。そこは定員9人のゆったりした雰囲気の生活施設でした。明るい性格のAさんは他の入居者とおしゃべりしたり、趣味の園芸をしたり、職員と一緒に料理をしたりして、とても楽しそうでした。職員も他の入居者も、まるで家族のようでした。

半年前から食欲がなくなり、時々「おなかが痛い」と訴えるようになりました。病院を受診すると、胃と胆嚢に末期のがんがみつかりました。しかし、手術や抗がん剤などの積極的な治療はなく、対症療法が適応されること、人生の最終段階が近づいていることを説明されました。

Aさんは「入院はしたくない、ここ(グループホーム)にいたい」と強く希望しました。

家族は「このままここで最期を迎えるのがよいのか、病院へ行けば何かできることはあるのではないかと迷っています。

人生の最終段階が近いことを知って遠くから来た親戚は「ここは医師も看護師もいない、何の治療も受けられないところにいるとは何事だ、早く病院に移しなさい」と、病院への移送を強く家族に勧めています。

表2 グループホームに関する説明文

<グループホームとは>

グループホームとは、介護を要する認知症高齢者が住み慣れた地域で長く生活できることを目的とした「地域密着型サービス」の一つで、介護保険上では「認知症対応型共同生活介護」といわれています。定員は1ユニットあたり9名であり、なじみの職員がケアにあたりますので、認知症高齢者にとって第二の家庭ともいえる場となっています。看護師がいる場合もありますが、介護職員だけの場合もあります。自宅と同じ扱いですので、医療機関のような医療の提供は難しく、急変時には救急車で運ばれることもあります。近年、グループホームに入居している認知症高齢者のなかに、医療機関でなくグループホームで最期を迎える人が増えてきています。その場合、医師や訪問看護師と連携体制をとってケアをし、臨終の際は、医師を呼んで死亡診断書を書いてもらう必要があります。

3. 分析方法

得られたデータは、単純集計を行い、グループホームの主観的な知識および7段階で回答を得た看取るべき場所はグループホームか病院かについては、属性による比較とともに医師と看護師の平均値や各段階の割合を出し、医師と看護師および仕事の立場と家族の立場での2群間比較を行った。統計ソフトは、SPSS Statistics ver.25 for Windowsを使用した。研究期間は2017年6月29日～2018年3月31日である。

4. 倫理的配慮

本研究は、世界医師会議のヘルシンキ宣言、および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)に従い、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(管理番号448)。研究対象者に、研究の趣旨と方法、協力の可否は自由であること、また調査用紙への記入は無記名であり、データは統計的に処理されるため個人が特定されることはなくプライバシーが守られることをアンケート調査用紙の依頼文で説明し、調査用紙の提出をもって同意を得たとみなした。

Ⅲ. 結果

医師193人(回収率54.1%, 有効回答率97.5%), 看護師670人(回収率93.2%, 有効回答率98.1%)のデータを分析した。

対象者の属性(表3)において、年代区分は「40

歳未満」医師53.4%, 看護師73.6%, 「40歳以上」医師46.6%, 看護師26.4%であり、性別は「男性」医師81.3%, 看護師9.7%, 「女性」医師18.7%, 看護師90.3%, 在職期間の平均は医師13.6年, 看護師10.4年であった。グループホームの主観的な知識(表4)については、「1」医師4.1%・看護師1.5%, 「2」医師19.7%・看護師18.8%, 「3」医師66.3%・看護師72.4%, 「4」医師9.8%・看護師7.3%であった。2群に分けると、「知らない(1・2と回答した者)」医師24.4%・看護師20.3%, 「知っている(3・4と回答した者)」医師75.6%・看護師79.7%であり、医師と看護師のグループホームの主観的な知識は、ほぼ同率(図1)であった。また、グループホームの主観的な知識と属性による比

表3 研究参加者の属性

項目	医師 n=193		看護師 n=670	
	人	%	人	%
年代	10代	0	2	0.3
	20代	27	317	47.3
	30代	76	174	26.0
	40代	66	109	16.3
	50代	23	67	10.0
	60代	1	1	0.1
年代区分	40歳未満	103	493	73.6
	40歳以上	90	177	26.4
性別	男性	157	65	9.7
	女性	36	605	90.3
在職期間	10年未満	72	400	59.7
	10年以上	121	270	40.3

表4 グループホームの主観的な知識

主観的な知識の段階	医師 n=193		看護師 n=670	
	人	(%)	人	(%)
1	8	(4.1)	10	(1.5)
2	38	(19.7)	126	(18.8)
3	128	(66.3)	485	(72.4)
4	19	(9.8)	49	(7.3)
1・2	47	(24.4)	136	(20.3)
3・4	146	(75.6)	534	(79.7)

較分析の結果、n数に差があるが、医師・看護師共に年代や在職期間の影響を受けなかった。性別では、女性看護師は男性看護師より主観的な知識がある傾向 ($p=0.050$) にあったが、医師については性別による差を認めなかった。

創作事例における看取るべき場所はグループホームか病院かについて、平均値を比較したところ、医師・看護師ともに仕事と家族の立場では有意差を認めなかったが、医師は看護師よりも、仕事と家族双方の立場で「グループホームで看取るべき」とし、捉え方に差を認めた ($p=0.000$) (表5)。グループホームで看取るべきであると強く思う「7」の割合は医師33.7%・看護師12.8%、「6」医師32.6%・看護師32.8%、「5」医師18.1%・看護師30.1%、「4」医師11.4%・看護師20.0%、「3・2・1」医師4.2%・看護師4.2%であった (図2)。家族の立場における「7」の割合は医師43.5%・看護師19.4%、「6」医師24.9%・看護師30.9%、「5」医師14.5%・看護師24.9%、「4」医師12.4%・看護師

17.5%、「3・2・1」医師4.7%・看護師7.3%であった (図3参照)。また、医師も看護師も、仕事の立場で「グループホームで看取るべき」と考える者ほど家族の立場でも考えるという正の相関を認めた (医師： $r=0.680$, $p=0.000$, 看護師： $r=0.559$, $p=0.000$) (表6)。

グループホームでの看取りの捉え方について、属性による比較分析の結果、医師は、年代、性別、在職期間に影響を受けなかった。一方で、看護師は、40歳以上の人は40歳未満の人よりも、在職期間が10年以上の人は10年未満の人よりも、仕事と家族の双方の立場で平均点が高かった。40歳以上の人は40歳未満の人よりも、家族の立場でグループホームで看取るべきと捉え ($p=0.005$)、また、在職期間が10年以上の人は、10年未満の人よりも仕事と家族の双方の立場 ($p=0.010$, $p=0.000$) で、グループホームで看取るべきと捉えていた (表7)。そこで、40歳以上に限定した集団 ($n=177$)、在職期間が10年以上に限定した集団 ($n=270$) で、グループホームでの

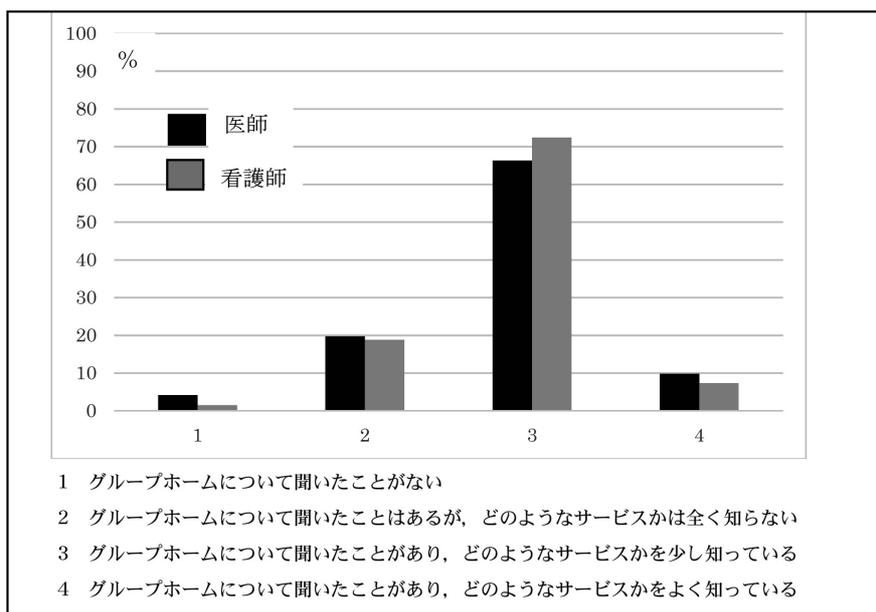


図1 グループホームの主観的な知識

表5 医師と看護師の立場の違いによる「グループホームでの看取り」の捉え方の比較

群	仕事の立場	p	家族の立場	p
医師 (n=193)	5.79±1.19**	0.000	5.86±1.34**	0.000
看護師 (n=670)	5.28±1.12		5.33±1.30	

Mann-Whitney U 検定 ** $p<0.01$

看取りの捉え方を仕事と家族の立場で2群間比較を行ったところ、グループホームで看取るべきとする捉え方は、家族の立場で著明であった ($p=0.01$, $p=0.006$) (表8).

記述された看取るべき場所はグループホームか病

院かの選択理由に関し、グループホームで看取るべきとする理由では、医師も看護師も「本人の意思を尊重すべき」が最も多く、次いで「積極的な治療の適応がない」「なじみの環境での暮らしの継続が適切である」や「QOLを維持・向上できる」であっ

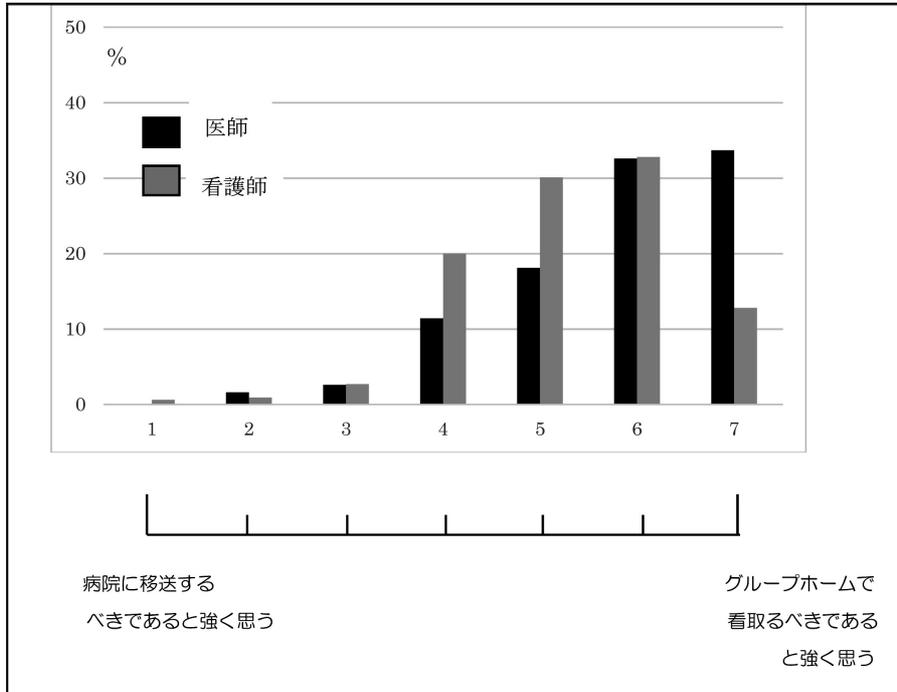


図2 仕事の立場でのグループホームでの看取りに対する捉え方

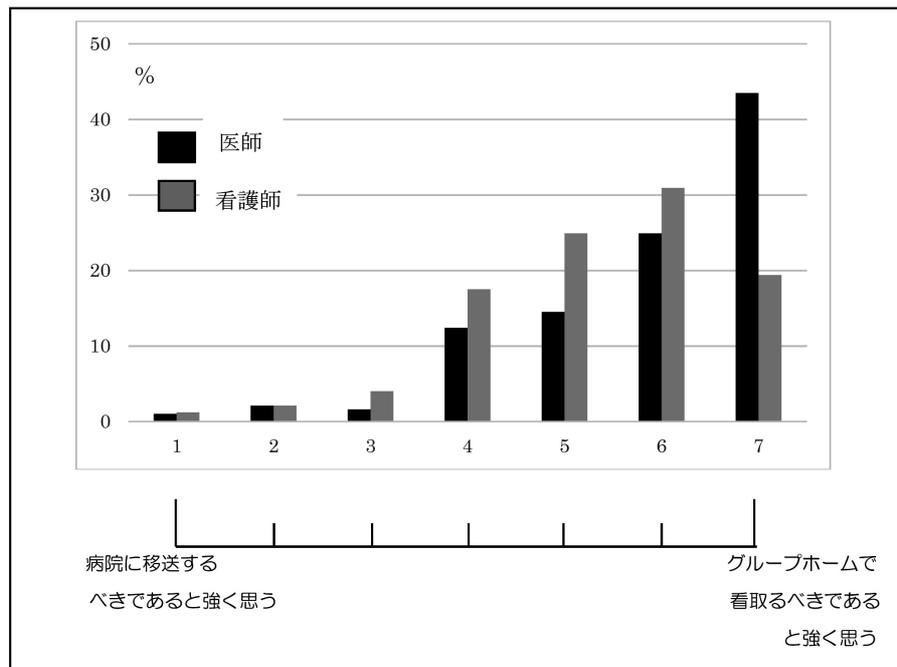


図3 家族の立場でのグループホームでの看取りに対する捉え方

た。「病院は看取りの場としてBestではない」と記述した医師12名、看護師3名を認め、「認知症の方には病院は不適切である」との記述も複数あった。また、グループホームで看取るべきとする理由や意見の中には「グループホームでも疼痛管理は可能である」「医師や看護師が訪問すればよい」「医療機関の関与は必須である」「連携体制は必須である」といった、グループホームでの医療の関与の必要性が挙げられていた。一方、病院で看取るべきとする理由について、医師は、「疼痛管理は医療機関で行うべきである」「急変時の対応ができない」など、グループホームでの医療提供の困難さを挙げていた。看護師は、「治療を受けて欲しい」「病院の方が安心である」「長生きして欲しい」が多く、次いで医療職がないグループホームでの医療提供の困難さを挙げていた。

Ⅳ. 考 察

本調査では、グループホーム入居中の認知症高齢者の人生の最終段階において、看取るべき場所はグループホームか病院かについて問うたが、医療職にとってその決断は、認知症高齢者の意思を尊重してなされていた。また、本調査における医師と看護師を合わせた回収率は80.2%、有効回答率は98.0%と高かったことから、高度先進医療を提供するA総合病院の医療職のグループホームそのものやグループホームでの看取りに対する関心の高さがうかがえた。

1. 仕事の立場と家族の立場でのグループホームでの看取りに対する捉え方

医師は、仕事の立場と家族の立場とでは、グループホームでの看取りに対する捉え方に違いを認めなかった。よって、看取るべき場所はグループホームか病

表6 医師と看護師の立場の違いによる「グループホームでの看取り」の捉え方の相関

項目	群	r (Spearman)	p
仕事の立場と家族の立場での「グループホームでの看取り」の捉え方の相関	医師 (n=193)	0.680**	0.000
	看護師 (n=670)	0.559**	0.000

**p<0.01

表7 看護師の立場の違いによる性別・年代・在職期間における「グループホームでの看取り」の捉え方の比較

項目	群	仕事の立場	p	家族の立場	p
性別	男性(n=65)	5.34±1.33	0.377	5.28±1.62	0.736
	女性(n=605)	5.27±1.09		5.34±0.05	
年代	40歳未満(n=493)	5.24±1.09	0.159	5.25±1.31	0.005
	40歳以上(n=177)	5.38±1.18		5.55±1.26**	
在職期間	10年未満(n=400)	5.19±1.09	0.010	5.18±1.32	0.000
	10年以上(n=270)	5.41±1.14*		5.56±1.24**	

Mann-Whitney U検定 *p<0.05, **p<0.01

表8 40歳以上および在職期間が10年以上の看護師の立場の違いによる「グループホームでの看取り」の捉え方の比較

群	仕事の立場	家族の立場	p
40歳以上の看護師 (n=177)	5.38±1.18	5.55±1.26*	0.010
在職期間が10年以上の看護師 (n=270)	5.41±1.14	5.56±1.24**	0.006

Wilcoxon 符号付き順位検定 *p<0.05, **p<0.01

院かという決断は、医師にとっては立場の違いによる葛藤が起こる難しいものではないと考えられた。

医師を対象とし、仕事の立場と家族の立場といった立場の違いによる治療の選択などの意向調査を行った先行研究は数少ない。見つけ得た調査では、植物状態患者の経管栄養について事前の患者の希望に従って「中断する」医師の割合は17%で、医師自身が植物状態になった場合の中断希望の割合は40%であった¹⁷⁾。また、医師自身が病気になった時、患者に勧める治療とは別の選択をする医師が多いことを示した調査に、患者には「つらい副作用とひきかえに命が助かる確率が高い」治療を勧め、医師自身は「副作用は少ないが死亡リスクが高い」治療を選択する¹⁸⁾、というものがあつた。

一方、看護師対象の調査では、きわめて重い嚥下障害のある高齢患者の経口摂取の継続に対し、家族の立場のほうが、看護師の立場よりも強く望んでいた¹⁶⁾。本調査においても、介護がより身近な問題として捉えられる40歳以上の群や、医療機関での看取りを経験してきたであろう在職期間が10年以上の群では、家族の立場のほうが、看護師の立場よりもグループホームで看取るべきと強く捉えていた。

このように、立場の違いにより、治療やケアへの意向が異なることは予測できる。今回取り上げた認知症高齢者のグループホームでの看取りに対しては、医師は、統一した見解を得やすいが、看護師は葛藤が生じる場合もあることが明らかになった。

2. 医師と看護師のグループホームでの看取りに対する捉え方

医師と看護師のグループホームに対する主観的な知識は同程度であるが、本人や家族の意向を前提として、医師は看護師よりも人生の最終段階をグループホームで看取るべきだと強く捉えていた。その理由には、アンケートの記述内容から、高度先進医療を提供する総合病院の医師は、認知症高齢者にとって治療優先の医療機関よりも生活の場で死を迎えた方が適切である、何らかの治療が患者のQOL向上にはつながらない、などが認められた。一方で、看護師は、医療機関での治療への期待とともに福祉職中心のグループホームで看取ることへの限界を感じており、グループホームでの看取りに対してどちらかといえば肯定的であるが、医師ほどの前向きな決

断に至らないものと考えられた。しかし、看護師は、40歳以上になると介護や看取りを身近に感じることや、在職期間が10年以上になると病院での看取りの経験を積む中で、患者一人ひとりの最善の看取りの場について考える機会が増えることが推察された。そして、グループホームでの看取りに対する理解が深まり、家族の立場で、より強くグループホームで看取るべきと捉えるようになったと考えられる。

2018年3月に厚生労働省が出した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」報告書²⁾によれば、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」の医療・療養を受けたい場所は、一般国民では「介護施設」51.0%、「医療機関」28.2%、「自宅」14.8%であり、医師・看護師は「介護施設」63.7%・71.8%、「自宅」22.7%・14.9%、「医療機関」は10.2%・10.12%であった。最期を迎えたい場所は、「自宅」との回答が最も多く、一般国民63.5%、医師73.9%、看護師64.8%、次いで「医療機関」であった。「末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様の場合」は、医療・療養を受けたい場所は「自宅」が最も多く、一般国民47.4%、医師66.5%、看護師69.3%であり、最期を迎えたい場所も「自宅」が最も多く、一般国民69.2%、医師69.4%、看護師68.0%であった。この調査から、重度の認知症となった場合、医療機関や自宅での療養よりも、介護施設での療養の方がより適切であるとの認識が広まりつつあると推察される。理由としては、認知症高齢者にとって、家庭と極端に変化する医療機関の治療優先の環境およびケアの内容が適切ではないことや、介護力不足や介護負担の増加、認知症高齢者自身が単身世帯であるなどの認知症高齢者の在宅環境の課題¹⁹⁾が挙げられる。しかし、最期を迎えたい場所としては、一般国民も医療職も「介護施設」ではなく「自宅」の選択が激増することから、認知症高齢者の人生の最終段階では、「医療機関」による医療は求められていないものの、自宅に準じる存在である「介護施設」での看取りに対する理解は、充分には得られていないものと考えられた。

3. 今後の課題

本調査では、提示した事例における人生の最終段

階にある認知症高齢者について、医師および看護師ともに、認知症高齢者本人の意思の尊重を前提として、医療機関よりもグループホームで看取るべきであるとする職業人としての倫理観に基づく模範的あるいは理想的な回答が得られた。しかし、緒言で述べたように、グループホームで最期を迎えることができるのは、2.3割程度である。これは60%以上の国民が最期を迎えたい場所を自宅としているものの、自宅で死亡する割合は13%という理想と現実に差があることと同様であると考えられる。事例を読んだ多くの医療職がグループホームでの看取りが最善であると理解を示しながらも、グループホームの医療・介護事情や家族の意向で実現しない実態を受け止める必要がある。

今後、人生の最終段階にある認知症高齢者において、居宅の範疇にあるグループホームは、看取りの場としての需要が増すことが予測される。しかし、一般国民の中には、療養の場や最期を迎える場として「医療機関」を希望する者が一定程度存在すること、一般国民と医療職ともに「介護施設」での看取りの意向は低いことに留意しなければならず、その主な理由に、今回の調査でも明らかとなった医療ニーズへの対応の困難さが挙げられる。医療職がほぼ存在しないグループホームで看取りを実現するためには、看取りに対するケアの力量を向上させて、医療職や家族の信頼を得るとともに、24時間医療提供体制の不備を何としてでも解消し、理想と現実の差を埋めなければならない。

グループホームにおいて、医療連携体制加算や看取り介護加算の創設および充実など、看取りに対する医療提供環境は整いつつある。しかし、医療機関との連携体制が構築されても、医療機関と同様の医療提供には決しておよびないのである。加えて、本調査において、たとえ介護施設であっても、終末期ケアにおける疼痛管理の必要性が挙げられ、「グループホームでも疼痛管理は可能である」「医師や看護師が訪問すればよい」「医療機関の関与は必須である」「連携体制は必須である」との意見があった。このような「捉え方」をどのように「実践」に移すかが課題となり、密度の濃い医療との連携体制の強化は必須であると考えられる。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の中で、「医療・ケアチームにより、

可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和」することが求められている²⁰⁾ことから、グループホームにおいて、医療提供体制を充実させ、看取りを実現するためには、医療職、特に疼痛管理においては医師との連携協働体制の構築が重要である。

研究者らは、ここに総合病院の医療職の役割があると考えている。総合病院の医療職は、専門職としてはグループホームでの看取りに直接関係しないかもしれないが、地域住民から相談を受ける医療職の立場として、あるいは家族の立場として、グループホームでの看取りに向き合う可能性がある。また、グループホームで疼痛管理を行うかかりつけ医や看護・介護職から、協力を求められる立場になることも考えられる。医療との連携協働体制の構築に対して、グループホームの職員は、難しさを実感している¹³⁾ことから、グループホームでの看取りを促進するためには、医療側が行動レベルで理解を示すことが必要だと考える。例えば、認知症高齢者が総合病院での治療を終え、グループホーム併設、あるいは法人内にグループホームをもつ医療機関に転院することや直接グループホームに退院する場合、医療職は、グループホームにおいて、日常の暮らしの中で患者が望む最期を迎えられることなど、先を見通してグループホームに関する正確な情報を伝えることができる。そして、総合病院の医師が疼痛管理に関する情報を詳しくかかりつけ医や訪問看護ステーションに提供したり、何らかの形でグループホームを訪問したりして支援することもできると考える。また看護師には、可能な限り住み慣れた地域で、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地域包括ケアシステムの基本理念を踏まえ、患者の人生に思いを寄せ、最善の看取りまでを見通す視野の広さが若い世代、あるいは経験が浅いうちから必要である。たとえば、医療連携体制加算をとっている訪問看護ステーションの看護師と有用な情報交換を行う中で、地域の資源として専門性を発揮するなど、総合病院に勤務しながらも地域貢献の芽を育むことは可能である。

今回の調査では、医療職として、また家族として、認知症高齢者の看取りについて考えてもらったが、医師や看護師も、認知症になる可能性や、看取り看取られる立場となり得る存在である。その看取りが、理想で終わることなく本人の望む最善のものとなる

ように、医療機関として何ができるか、行動レベルでの具体的な検討が必要であろう。行動レベルの実践の実現には、まず、医療職のグループホームに関するサービスの知識について、「少し知っている」レベルから、「よく知っている」レベルへの向上が求められる。そして、総合病院の医師や看護師が、かかりつけ医、グループホーム職員、看取りを経験した家族などと率直に意見交換ができる研修会を行い、その成果として、連携協働体制構築に向けた活動を企画・実施することが考えられる。まずは、1つの医療機関や1つの地域、総合病院の1人の医師や看護師からでも始めることは可能だと考えている。

V. 結 論

A総合病院の医師と看護師は、グループホームに関する主観的な知識のある程度もち、グループホームでの看取りに肯定的で、仕事と家族の立場の違いによる葛藤はなかった。グループホームでの看取りを理想で終わることなく実現する次の段階は、総合病院の医療職としてのかかわり方を行動レベルで検討する研修会の実施などが有効であると考えられた。

謝 辞

最後になりましたが、ご協力いただきましたA総合病院の医師および看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。また、本研究はJSPS科研費JP17K12397の助成を受けたものであり、重ねてお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成29年(2017)人口動態統計(確定数)の概況, 2017. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index.html> (参照2018-09-15)
- 2) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, 2018. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (参照2018-07-13)
- 3) 厚生労働省. 在宅医療の推進について, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (参照2017-11-22)

- 4) 小宮英美. グループホームの基本理念. 外山義編著, 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.
- 5) 香取照幸. グループホームにおけるターミナルケアの今後. コミュニティケア 2003; 47: 14-15.
- 6) 杉山孝博. グループホームが取り組むターミナルケアとは. コミュニティケア 2003; 47: 16-19.
- 7) 全国認知症グループホーム協会. 平成19年度老人保健健康推進等事業補助金介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業 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. <http://www.caremanagement.jp/20080826-kenkyuuuigyouhoukokusyo.pdf> (参照2017-2-1)
- 8) 日本認知症グループホーム協会. 平成24年度老人保健健康推進事業 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, 2017. <http://ghkyo.or.jp/news/wp-content/uploads/2017/02/1.pdf> (参照2017-3-1)
- 9) みずほ情報総研株式会社. 平成25年度 老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業報告書, 2014. https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_kaigo2014_04.pdf (参照2017-7-1)
- 10) 日本認知症グループホーム協会. 平成27年度老人保健健康推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査事業報告書, 2016. <http://ghkyo.or.jp/news/wp-content/uploads/2017/02/2016.04.11.1.pdf> (参照2017-7-1)
- 11) 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.
- 12) 永田千鶴. 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. 山口医学 2017; 66: 5-10.
- 13) 永田千鶴, 清永麻子, 堤 雅恵. 地域密着型サービスでの看取りの実現に向けての行動と認識

- ーフォーカスグループディスカッションにより得られたデータの質的記述的研究ー. 日本地域看護学会誌 2018 ; 21 : 14-22.
- 14) 高橋順子. 2年課程各論実習終了期における情報分析能力の実態 3年課程との比較において. 看護教育 1992 ; 33 : 273-279.
 - 15) 原田秀子, 堤 雅恵, 中尾久子, ほか. 看護学生・介護学生が持つケアの視点の特性からみた看護基礎教育の課題ー高齢者事例についてのアセスメント内容及び立案した具体策の分析を通してー. 日本医学看護学教育学会誌 2007 ; 16 : 71-80.
 - 16) 米村礼子, 堤 雅恵. きわめて重い嚥下障害のある高齢患者の摂食援助に対する看護師の考え方ー紙上事例を用いてー. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌 2015 ; 19 : 127-135.
 - 17) Asai A, Maekawa M, Akiguchi I, et al. Survey of Japanese physicians' attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state. *Journal of Medical Ethics* 1999 ; 25 : 302-308.
 - 18) Ubei PA, Angott AM, Zikmund-Fisher BJ. Physicians recommend different treatments for patients than they would choose for themselves. *Archives of Internal Medicine* 2011 ; 171 : 630-634.
 - 19) 坂井敬三, 増田靖彦, 宮西邦夫. 介護老人保健施設の緩和ケアを受けた重度認知症高齢者の予後関連因子について. 日本老年医学会雑誌 2018 ; 63 : 404-411.
 - 20) 厚生労働省. 改訂人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (参照2018-7-1)

Perspective of Doctors and Nurses in a General Hospital on End-of-life Care at Group Homes for Older People with Dementia ; The Standpoint of a Healthcare Professional and a Family

Chizuru NAGATA, Masae TSUTSUMI,
Hiroshi NOGAKI and Asako KIYONAGA

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

SUMMARY

The needs of end-of-life care provided at Group Homes (GHs) for older people with dementia are estimated to be increased. We investigated the perspective of doctors and nurses working at a general hospital on providing end-of life care at GHs for future educational activities. We conducted an anonymous self-administered questionnaire with doctors and nurses about their subjective knowledge and perspective of end-of-life care in GHs using several-scale model. A total of 193 doctors and 670 nurses provided valid responses. More than 75% of both doctors and nurses had knowledge on GHs. Doctors' perspective on end-of-life care were not different depending on their age, gender, length of period as a doctor, and their stand standpoint as a health professional and a family member. They were agreeable to end-of-life care at GHs more than nurses did. Nurses at the age of 40 and over and/or more than 10 years of experience significantly agreed to end-of life care at GHs especially from the standpoint as a family member. This study suggests that practical workshop for medical staff at general hospitals on their possible involvement in end-of-life care at GHs would be effective to promote end-of-life care.

