

A) グループホームにおける終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践

B) Nursing Strategies when Collaborating with Medical Institutions Necessary for End-of-life Care in Group Homes

著者名 (和文) : 千葉真弓¹⁾, 渡辺みどり¹⁾, 松澤有夏¹⁾, 曾根千賀子¹⁾
細田江美¹⁾, 有賀智也¹⁾, 橋本品子¹⁾, 川喜田恵美¹⁾

(英文) : Mayumi Chiba, Midori Watanabe, Yuka Matsuzawa
Chikako Sone, Emi Hosoda, Tomoya Aruga,
Akiko Hashimoto, Emi Kawakita

所属機関名 (和文) : 1) 長野県看護大学

(英文) : 1) Nagano College of Nursing

投稿の分野: 「研究報告」

表の挿入箇所

表 1 : 2 ページ	38 行目	1.対象施設と対象者の概要の文章の後
表 2 : 2 ページ	38 行目	表 1 の後に続けて
表 3 : 3 ページ	18 行目	2.終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践 の文章の後 (2 ページにわたっています)
図 1 : 6 ページ	34 行目	VII.考察 2.終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践の 文章の後

タイトル：グループホームにおける終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践

要約

認知症対応型共同生活介護（以下グループホーム）での終末期ケアの医療連携のための看護実践を明らかにする目的で、全国 10 施設、12 人のグループホームの管理者・看護職者を対象に、医療連携の取り組みの中で看護職が行っていた実践内容について半構成的な面接調査を行った。141 コードから最終的に【高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする】【健康管理を行い、日常生活行動を支える】【些細な状態変化を捉え治療的介入の必要性を判断する】等の 9 カテゴリーが抽出され、これらから＜アセスメント＞＜ケアと医療の実施＞＜教育・相談＞＜調整＞の 4 つの看護実践の側面が見出された。これら看護実践は、グループホームが医療機関と良好な連携体制を取り医療を実施する過程に相互に関わっていた。したがってグループホームでの終末期ケアにおける医療連携のためには、これら看護実践における 4 側面の実践能力を発揮できる看護職者の重要性が示唆された。

Key Word：グループホーム 終末期ケア 認知症高齢者 医療連携

I. はじめに

介護保険施設の利用高齢者の介護度は重度化し、医療依存度も高くなる傾向にある。認知症対応型共同生活介護（以下グループホーム）においても、入居者の要介護度の重度化がすすみ、利用期間の長期化と共に終末期ケア提供のニーズが高くなっている。介護保険制度上も、終末期ケアの提供を見据え、24 時間体制で看護師の対応を確保することができる体制を整えることを条件に地域医療連携体制加算が新たに設けられた。さらに 2009 年の介護保険制度の改正によって「看取り介護加算」の取得が可能となるなど、グループホームにおいても終末期ケアを提供するための保健制度上の整備が進みつつある。しかしながら、医療職である看護職の雇用が施設職員の配置基準に無いグループホームでは、終末期ケアを全ての施設が提供しているという現状にはない。我々の先行研究において、無作為に抽出した全国のグループホームを対象に終末期ケア提供にあたっての課題や困難について回答を求めたところ、看護職を雇用していない施設にあつては、そうでない施設と比較して「看護師の確保」、「終末期ケアに必要な知識・技術」、「介護と看護の連携」、「入居者の健康管理」、「終末期ケア指針の策定」といった医療連携に必要な項目が課題であり、困難であるとする施設が有意に多いことが明らかになった¹⁾。このように、グループホームにおける終末期ケアの提供には医療連携が欠かせない。したがって看護職は、入居者とその家族や介護職員にとって最も身近な医療職であるという立場から、医療連携においては窓口となり核となる役割が期待されているといえよう。

これまでのグループホームにおける終末期ケア提供に関する研究では、終末期ケアの取り組み状況として看護師の雇用の有無別²⁾ 施設の経営母体別に取り組み状況と比較したもの³⁾、終末期ケアに関わる看護師の役割⁴⁾、活動実態に関するもの⁵⁾、終末期ケアにおける連携体制と課題を報告したもの⁶⁾ などがある。これら報告の中で、終末期ケアの実施にあたっては医療提供が必要であり、そのための看護師の役割は大きいとされている。また施設の介護職員と看護職との連携にはさまざま課題があると指摘されている。しかしながら、終末期の医療連携に特化して看護実践の詳細を明らかにした研究はみあたらない。

本研究ではそれぞれのグループホームが医療機関と連携を取り医療提供していく上で看護職がどのような実践を行っていたかの詳細を明らかにし、グループホームでの終末期ケアへの医療連携体制の構築に必要な看護実践とその特徴を明らかにする。

II. 研究目的

グループホームでの終末期ケアにおける医療連携に関わっていた看護職の実践内容を半構成的な面接調査によって明らかにする。このことにより、グループホームでの終末期ケアにおける医療連携を構築していくために必要な看護実践の内容とその特徴を明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査方法

半構成的な質問紙調査による面接調査をおこなった。対象は 2009 年 8 月～9 月に実

施した全国の 4886 施設への郵送調査において、回答のあった 1174 施設のうち面接調査に協力の意思表示をしていた施設を調査候補の対象とした。施設の管理者へ面接調査について文書を口頭で依頼、協力の有無を確認し、最終的に面接調査に同意の得られた 10 施設の管理者、看護師、計 12 名を対象とした。

2. データ収集期間：2011 年 7 月～2012 年 3 月

3. 調査内容：施設の概要として、経営母体、設立年数、併設施設の有無とその種類、入景として、年齢、性別、資格の種類、施設での職位、認知症ケア経験年数をたずねた。

医療連携のための看護実践の内容については、終末期ケアにおける医療連携のための施設の取り組みの中で施設内外の看護職が実際に行っていた実践内容について、インタビューガイドを用いて面接を行った。協力者の同意を得て録音し、逐語録とした。

IV. 倫理的配慮

研究協力者と所属施設に対し、個人や施設の匿名性の厳守、研究協力の自由、研究協力の有無による不利益はないこと、職務評価との独立性、研究結果の公表に際し個人や施設が特定されない処理を行うこと、得られたデータの厳重管理を厳守することを保証した。当該大学倫理委員会の承認を得て（承認番号#13）実施した。

V. データ分析方法

作成した逐語録から、グループホームの看護職が語った、あるいは管理者が看護職の実践として語った終末期ケアに必要な医療連携への看護実践に関する内容について、1 内容 1 単位として取り出した。これら 1 単位の内容を前後の文脈を読み取りつつコード化を行ったのち、看護実践内容の類似性と異質性に着目して分類、統合しカテゴリ化を行った。さらに得られたカテゴリを看護実践の性質によって s 4 つの側面に統合した。

分析過程は、老人看護専門看護師を含む老年看護学の研究者複数名からスーパーバイズを得た。

VI. 結果

1. 対象施設と対象者の概要

10 施設、計 12 名から面接調査への協力が得られた。対象施設の概要は、1 ユニットの定員が 9 名で 1 ユニットから 3 ユニットまでであった。有限会社 4 施設、医療法人 3 施設、NPO 法人 2 施設、社会福祉法人 1 施設で、看護職の雇用施設は 5 施設であった（表 1）。また、今回対象となった施設の平均要介護度は 3.2 であった。面接対象者は、1 施設、複数名の協力者が得られたため、計 12 名となった。面接協力者 12 名のうち、管理者は 8 名、ケアマネジャー 1 名、看護職（看護師）3 名であった（表 2）。

2. 終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践

看護実践に関する語りを 1 内容 1 単位で取り出したところ、総コード数 141 となった。これらコードから、74 の下位カテゴリ、20 のサブカテゴリを取り出し、最終的に【高

【高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする】【些細な状態変化を捉え治療的介入の必要性を判断する】【健康管理を行い日常生活を支える】【的確な医療行為を実施する】【終末期の医療連携に必要な介護職員の力を育てる】【家族の看取りへのこころの準備を支える】【終末期医療に対する家族の意思決定を支える】【医療機関との良好な医療連携体制を整える】【入居者が外泊・外出できるよう調整する】の9カテゴリが抽出された。さらにこれらカテゴリの実践内容の性質から、〈アセスメント〉、〈ケアと医療の実施〉、〈教育・相談〉、〈調整〉という4つの看護実践の側面が見出された。それぞれ〈アセスメント〉には【高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする】、【些細な変化を捉え治療的介入の必要性を判断する】の2つのカテゴリが、〈ケアと医療の実施〉には【健康管理を行い日常生活行動を支える】、【必要な医療行為を的確に実施する】の2カテゴリが、〈教育・相談〉には【終末期の医療連携に必要な介護職員の力を育てる】、【家族の看取りへのこころの準備を支える】の2カテゴリが、〈調整〉には【終末期医療に対する家族の意思決定を支える】、【医療機関との良好な医療連携体制を整える】、【入居者の外泊・外出ができるよう調整する】の3カテゴリが分類された(表3)。

以下、【 】をカテゴリ、[]をサブカテゴリとし、『 』を下位カテゴリとして、その内容を説明する。

1) 【高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする】

高齢者は加齢変化により体力的な予備力が低下しており、ちょっとした環境変化によっても身体に影響を受けやすいといった特徴を有している。また、認知機能は認知症の進行や身体状態の変調、環境の変化などの影響を受けて容易に変化する。このような認知症高齢者の特徴を十分考慮しつつ、介護職員からの情報提供や、生活背景やこれまでの経過の中から個々の高齢者の状態を詳細に捉えらるるといった実践であった。

[介護職員と連携して情報共有を図る]、[これまでの経過や生活背景などから身体機能、認知機能を詳細に把握する]の2サブカテゴリで構成された。[介護職員と連携して情報共有を図る]は、『介護職員とコミュニケーションをとり、情報共有を図る』、『日常生活介助といった介護の部分にも(看護師は)入りながら介護職員と情報を共有する』、などの3下位カテゴリから、[これまでの経過や生活背景などから身体機能、認知機能を詳細に把握する]は、『入居者の詳細な状態の変化や状況判断に必要な情報を介護職員から確認する』等の4下位カテゴリによって構成された。

2) 【些細な状態変化を捉え治療的介入の必要性を判断する】

入居者のいつもとは異なる呼吸状態や体温の変動など、些細な状態変化を見てとり、そこから治療的介入を要する状態かどうか、重症化しないようにどのタイミングで受診するのか、現在実施している治療介入は効果があるのかなど、治療的介入の必要性を見極めるといったものである。[入居者の状態から今後を予測し治療的介入のタイミングと限界を判断する]、[些細な変化を捉え、状態に応じた受診の必要性を判断する]の2つのサブカテゴリで構成された。さらにサブカテゴリは以下の下位カテゴリで構成された。

[入居者の状態から今後を予測し治療的介入のタイミングと限界を判断する]は、『入居者の現在の状態から身体的状態に対する今後の見通しを立てる』、『医療提供のタイミングを見極める』、『医療の効果と限界を判断する』の3下位カテゴリで構成された。[些細な変化を捉え状態に応じた受診の必要性を判断する]は、『体温、呼吸状態などの些細な変動や浮腫の有無、姿勢の保持、目つきなどの些細な変化を捉え、治療的介入の必要性を判断する』、『入居者の状態変化に対する治療的介入の必要性を判断する』など、3つの下位カテゴリで構成されていた。

3) 【健康管理を行い日常生活を支える】

高齢者の身体的な特徴を考慮し、終末期であるからこそ治療を有効に短期間のうちに終わらせるよう早期発見、早期治療につなげられるよう観察したり、入居者の身体機能を少しでも維持することで、日常生活行動を安全に遂行できるよう支援するといった内容であった。[健康管理を行い症状の早期発見に努める]、[身体機能の維持と安全・安楽を図る]、[日常生活行動の拡大を図る]の3つのサブカテゴリで構成された。さらにこれらは、以下の下位カテゴリで構成された。

[健康管理を行い症状の早期発見に努める]は、『往診時に介護者から話を聞いたり、入居者の様子を確認して健康管理を行う』、『高齢者の特徴を意識して関わり、早期発見・治療につなげ重症化を予防する』の2つの下位カテゴリで構成された。[身体機能の維持と安全・安楽を図る]は『入居者の身体機能を維持できるように関わる』等5つの下位カテゴリで、[日常生活行動の拡大を図る]は、『入居者の状態に応じて日常生活介護の実施や活動拡大の判断を行う』など、2つの下位カテゴリで構成された。

4) 【必要な医療行為を的確に実施する】

終末期に必要なとなってくる医療行為は看護職が行い、その介入の効果をモニタリングして医療機関へフィードバックを行うためにも、施設の介護職員全員に治療的介入の目的や方法を周知したうえでの的確に実施するというものであった。[必要な医療行為を的確に実施する]というサブカテゴリで構成され、これは『点滴や摘便など必要な医療を提供する』、『指示された医療処置の正確な実施とモニタリングを行う』等の4つの下位カテゴリで構成された。

5) 【終末期の医療連携に必要な介護職員の力を育てる】

日常的なケアの中に共に入りながら、介護職員が入居者の健康状態を把握したり状態変化を医療機関に報告するために必要な知識や技術を指導したり、入居者の状態に応じた日常生活の介助方法への指導を行うというものであった。また、医療連携や看取りに対する介護職員の迷いや不安に対して相談に応じることで軽減を図るというものであった。こういった介護職員への指導や相談をとおして、看取りや医療連携に必要な様々な介護職員の能力を支え育むといったものであった。[介護職員へ日常的なケアの中で必要な医療連携のための観察と技術の指導を行う]、[介護職員が入居者の状態変化に応じた介助ができるよう根拠を示して説明する]、[治療を要する入居者を介護する介護職員の気持ちを支える]、[看取りということへの介護職員の気持ちを支える]の4つ

のサブカテゴリから構成された。

〔介護職員へ日常的なケアの中で必要な医療連携のための観察と技術の指導を行う〕は、介護職員に対し日常的なケアに関わりながら看護職が必要な観察ポイントや介護技術を指導するというもので、『介護職員と共にケアに入り、重要な観察事項や必要な技術を見せながら指導する』、『医療的な対処方法は根拠を示しながら具体的に指示する』などの7つの下位カテゴリで構成された。

〔介護職員が入居者の状態変化に応じた介助ができるよう根拠を示して説明する〕、では、『入居者の安楽の程度を介護職員が把握し判断できるよう基準を示す』など3つの下位カテゴリで、〔治療を要する入居者を介護する介護職員の気持ちを支える〕は、『何気ない会話や専門家としての評価を伝えることで介護職員の気持ちを支える』など4下位カテゴリで、〔看取るということへの介護職員の気持ちを支える〕は『終末期に予測される状態変化への対応方法をあらかじめ具体的に指示する』といった5つの下位カテゴリで構成された。

6) 【家族の看取りへの心の準備を支える】

看取りに対して、家族の心構えができるよう家族とこまめな連絡をとり、常に詳細な情報提供をしたり、状態が変化し臨終が予測されるようなときに早めに連絡を入れたりすることによって、家族が家族員を看取ることへ心構えの準備が少しずつ進むようにサポートしていくというものであった。〔家族の看取りへのこころの準備を支える〕のサブカテゴリで構成された。

7) 【終末期医療に対する家族の意思決定を支える】

終末期に従って変化する入居者の状態に応じて必要となる医療について、家族が代理決定していく上で様々に情報提供を行ったり、意向を確認したり、意思決定について医療者と十分な話し合いが持てるようにサポートするといったものであった。〔今後の見通しや入居者の状態を家族に情報提供する〕、〔家族に対して終末期医療に関する意向確認を行う〕、〔医師を含めた多職種間の話し合いの場で終末期医療に関する家族の意向について調整を行う〕の3つのサブカテゴリで構成された。

〔今後の見通しや入居者の状態を家族に情報提供する〕は、『状態の悪いことを家族に面会や連絡で伝える』などの4下位カテゴリから、〔家族に対して終末期医療に関する意向確認を行う〕は、『家族に医療に関する助言をする』、『家族と連絡ノート等を介して情報交換を行い意向を把握する』などの3下位カテゴリで、〔医師を含めた多職種間の話し合いの場で終末期医療に関する家族の意向について調整を行う〕は、『医師に具体的な説明を求め、家族が理解できるよう支援する』などの3下位カテゴリで構成された。

8) 【医療機関との良好な医療連携体制を整える】

終末期の医療を提供する上で、連携をとる医療機関との良好な関係の構築のために、日頃から施設の終末期ケアとそれに伴い必要となってくる医療を提供するための素地を研修会等で養い、実際の連携においては看護職を窓口とした連絡ルートを統一し、施設、医療機関双方の意向に配慮した治療的介入の依頼を行い、関係を良好に保ちながら

医療提供を可能にしていくというものであった。[終末期ケアのガイドライン作成や研修会をとおして、終末期ケアと医療提供の体制を整える][医療機関との窓口となり、受診の要請、正確な情報提供、指示の受け取りと周知を行う][日頃から医療機関との関係を良好に保つ]の3つのサブカテゴリで構成されていた。

[終末期ケアのガイドライン作成や研修会をとおして、終末期ケアと医療提供の体制を整える]は、『終末期ケアのガイドラインを作成する』等、6つの下位カテゴリで構成され、[医療機関との窓口となり、受診の要請、正確な情報提供、指示の受け取りと周知を行う]は、『入居者の状態が重度になったら医師への対応は看護職が行う』等6つの下位カテゴリから、[日頃から医療機関との関係を良好に保つ]は『連携先の医師に配慮した対応をし、日頃から医療機関との関係を良好に保つ』等の3下位カテゴリから構成された。

9) 【入居者が外泊・外出できるよう調整する】

入居者が長年住み慣れた自宅に帰って、ゆっくりとした最期の時間を過ごすことができるよう、入居者の身体的な状態を見極め、どの時点なら外泊、外出が可能を判断し、タイミングをはかって担当医と相談しながらどのような手段でどのように時期に行うかを整えていくというものであった。[入居者が外泊・外出できるよう調整する]のカテゴリで構成され、さらに『外泊や外出のタイミングを判断し医師と連携を図る』等の3下位カテゴリで構成された。

Ⅶ. 考察

1. 対象施設概要について

今回、面接調査に同意の得られた施設の概要をみると、入居定員については、9人から27人、ユニット数は1から3であった。また平均要介護度は3.2で、公営法人日本認知症グループホーム協会が行った調査⁷⁾による入居者の平均要介護度の2.7と比較すると、今回の対象施設の入居者の平均要介護度は高いといえる。これは、入居者の重度化に合わせ終末期ケアへの医療連携の体制を整えていったためと推察する。

2. 終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践

今回の面接調査では、取り出された看護実践の内容の性質から、〈アセスメント〉、〈ケアと医療の実施〉、〈教育・相談〉、〈調整〉といった看護実践の4つの側面が見出された。

さらにこれらの看護実践は、それぞれが相互に影響しあいながら提供されている実践として読み取ることができた(図1)。

1) 〈アセスメント〉とその特徴

【高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする】、【些細な状態変化を捉え治療的介入の必要性を判断する】これらのカテゴリは、看護職がグループホームにおける日常生活のなかで高齢者の健康状態とその変調を詳細にアセスメントするといった機能を有する看護実践として〈アセスメント〉とした。

終末期ケアでの医療連携において、看護職は介護職との情報共有をしながら認知症高齢者の健康状態と認知機能を詳細に把握し、その変調を捉え治療的介入の必要性を見極めていた。

また【高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする】実践は、〈ケアと医療の実施〉の【健康管理を行い日常生活を支える】【必要な医療行為を的確に実施する】上で、認知症高齢者の状態把握に必要な基本となる実践であった。

終末期にある認知症高齢者は身体機能の低下、栄養障害、身体疾患が健康管理上問題となってくる⁸⁾。しかし、認知機能の低下に伴うコミュニケーションの障害や健康障害による症状が非典型的であるといった特徴もあいまって、認知症高齢者の健康状態を把握することは簡単ではない。日常的に関わりながら『これまでの経過の中で現在の状態を把握する』ことを行い、『バイタルサイン測定時の顔色や血圧変動などから健康状態を、ちょっとした会話等のなかで認知機能を把握する』ことが求められる。その上で、【些細な状態変化を捉え治療的介入の必要性を判断する】のである。それ故に『体温、呼吸状態などの微細な変動や浮腫の有無、姿勢の保持、目つきなどの些細な変化を捉え治療的介入の必要性を判断』していたといえる。

さらに、このような認知症高齢者の特徴を十分考慮した〈アセスメント〉のために、入居者の日頃の状態を熟知している介護職員からの情報提供を重視していた。『介護職員とコミュニケーションを取り、情報共有を図る』、『入居者の詳細な状態変化や状況判断に必要な情報を介護職員から確認する』といった実践は、グループホームに常駐していない訪問看護師等の看護職にとって重要である。さらに必要な情報を介護職員から引き出そうとする確認行為は、日頃から把握している情報が医療連携の際に重要な意味を持つことへの介護職員の気付きを促す。そして、どのような情報が医療連携の際に必要なかを介護職員に明確に示すモデルとなり得る。このことは、より充実した情報の共有を可能にするであろうし、ひいては介護職員に対する〈教育・相談〉の実践を容易にするものと考えられる。

2) 〈ケアと医療の実施〉とその特徴

【健康管理を行い日常生活行動を支える】【必要な医療行為を的確に実施する】は、終末期における日常生活上の支援と医療の実施に関わる実践であった。終末期にある認知症高齢者にとって、いつもどおりの日常生活を送ることの意義は大きいといわれ、この延長線上に終末期ケアがあるといわれている⁹⁾。健康管理を行うことは、日常生活を支えると同時に異常を早期に発見し医療提供につなげる重要な看護実践であるといえる。さらに、医療機関から受けた【必要な医療行為を的確に実施する】ことで、認知症高齢者の苦痛の軽減を図ることが可能となり、日常生活行動の支援につながっていくと考える。また、[指示された医療の正確な実施とモニタリングを行う]実践は、治療的介入の効果と限界を判断するために重要であると同時に、医療機関への介入結果の報告を可能にする。このことは治療的介入の評価につながり、入居者個々の状態に応じた医療の選択を可能にするといえる。桑田¹⁰⁾は、老年科医への注文として「高齢者にふさわしい医療の提供、高齢者に対し過剰医療を回避するあまりに、過小医療にならないようお願いしたい」と提言している。医療の受け手である認知症高齢者に対し、指示された

治療的介入を正確に実施し効果をモニタリングすることは、個々の認知症高齢者にふさわしい医療提供のための<調整>を可能にし、質の高い<ケアと医療の実施>に還元し得る。

3) <教育・相談>とその特徴

終末期ケアのための医療連携にあたり、グループホームの介護職員への様々なサポートは重要である。看護師は【終末期の医療連携に必要な介護職員の力を育てる】ために、[介護職員へ日常的な中で必要な医療連携のための観察と技術の指導を行う]等、治療的介入に伴い必要となった観察項目や対応方法、日常生活介助を行う上での具体的な方法等を指導していた。さらに[治療を要する入居者を介護する介護職員の気持ちを支える]として、治療的介入に伴う日常生活介助の変更に対する介護職員の不安を軽減するために対応していた。小笹ら¹¹⁾は、グループホームで医療処置を必要とする入居者へ関わる訪問看護師のケア行動の特性の中で、介護職員に対して知識・技術指導を中心とした関わりのみならず、介護職員の語りを十分傾聴し、思いや見方を理解しようとする共感的な関わりをすることが、新たなケア方法の定着を可能にしていたと報告している。介護職員に対する具体的な方法の指示や知識・技術の指導のみならず、気持ちを支える実践を行うことで【終末期ケアの医療連携に必要な介護職員の力を育てる】ことも可能となる。このような介護職員への<教育・相談>と、家族に対する、頻回のコミュニケーションと情報提供による【家族の看取りへのこころの準備を支える】といった<教育・相談>の実践は、よりよい医療連携のための意思決定や良好な連携体制を整えるといった<調整>を可能にすると考える。

4) <調整>とその特徴

【終末期医療に対する家族の意思決定を支える】、【医療機関との良好な医療連携体制を整える】、【入居者が外泊・外出できるよう調整する】といった実践は認知症高齢者をとりまく家族と施設、医療機関における<調整>に関わる実践であった。

小笹は、本人、家族を中心としたケア決定のプロセスにおいて、看護師の立場からそれぞれの異なる見方や考え方を共有する対話をもって合意形成を促すことは、倫理的な意思決定を促進する可能性があるとして述べている¹²⁾。【終末期医療に対する家族の意思決定を支える】といった<調整>を可能にするためには、家族に対し情報提供と看護師の立場からの助言を行うのみならず、対話する機会を作り家族の意思を確認する、家族に代わり医師へのニーズを伝達することで、まさに入居者を中心としたチームとしての合意形成をもたらす実践が重要な意味を持つといえる。

【入居者が外泊・外出できるよう調整する】は最期の時間を住み慣れた自宅で過ごすといった入居者の望みがかなうよう、調整を図る実践であった。外泊や外出に耐えられるだけの入居者の体力の査定や、タイミングなどの<アセスメント>をふまえた上で、医療機関や家族等と連携をとるといった<調整>であった。

このように<調整>に関わる実践は、看護師の入居者に対する詳細な<アセスメント>による家族や介護職員への情報提供によって、家族の気持ちや介護職員の力を育てる<教育・相談>の機能を持つ看護実践内容と相まって、より個別な<調整>や<ケアと

医療の実施>をもたらすものと推察された。

3. 終末期ケアのためのよりよい医療連携体制の構築を可能にする看護実践

医療連携のための<アセスメント>、<ケアと医療の実施>、<教育・相談>、<調整>といった看護実践は、それぞれが単独で実施されるのみならず、相互に影響しあい効果をもたらす実践として実施されていることが推察できた。このような看護実践は、ある特定の分野において卓越した実践能力を発揮する専門看護師の役割である「実践」、「相談」、「教育」、「調整」、「倫理的調整」と共通する部分があると考えられる。

桑田は、専門看護師の役割として求められるものは、その属している組織の方針、役割に応じて変化するため、それらに応じて姿・形を変化させながら組織の中で活動していくことである¹³⁾と述べている。すなわち、さまざまな看護実践は単一の役割遂行のためのみならず、その時の状況に応じて求められる役割の意味を持たせて実施するという事に他ならない。【高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする】、【些細な変化を捉え治療的介入の必要性を判断する】といった看護実践における<アセスメント>は、認知症高齢者ならではの特徴をふまえて実施されることによって、より個別的な<ケアと医療の実施>を可能にする。さらに、認知症高齢者に関わる介護職や家族への終末期における医療に関する<教育・相談>といった実践によって、終末期ケアに必要な医療に関する介護職員の判断や家族の意思決定を支え、個々の高齢者の状況に応じたケアや医療提供のための円滑な<調整>が可能となる。これら円滑な<調整>は、終末期でのさらなる個別で質の高い<ケアと医療の実施>を可能にするものと推察する。このような看護実践はまさに専門看護師に求められるような卓越したものといえる。

したがって、終末期ケアを提供するにあたり、よりよい医療連携体制を構築していくためには、これら4つの看護実践の特徴をふまえてつとめその時々状況に応じて組み合わせ提供できる高度な実践力を持つ看護職の存在が重要であると考えられる。

VII. 研究の限界と今後の課題

今回の調査において、グループホームでの終末期ケアに必要な医療連携に関わる看護師の実践領域とその詳細が明らかになった。これら実践内容はグループホームという生活支援の場における認知症高齢者への終末期における医療の提供に焦点をあてたものであった。しかしながら、グループホームは経営母体が多様であること、連携する医療機関や医師との関係もさまざま医療連携のありようも多様であることから、対象施設、対象者数ともに11施設、12名と少数であることの限界は否めない。今後の課題として対象を増やし一般化に向けた調査を行うこと、また経営母体別や医療連携のありよう別に、医療連携における看護実践に違いがあるかなど、詳細を明らかにしていくことが挙げられる。また、終末期に限らず認知症高齢者への医療提供にむけた連携に必要な看護実践の詳細を明らかにしていくことも課題である。

IX. 結論

グループホームにおける終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践について、終末期ケア提供経験のある10施設、12名の施設管理者ならびに看護職者に半構成的面接

調査を実施したところ、以下のことが明らかとなった。

1. 終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践として<アセスメントする>、<ケアと医療を実施する>、<相談・教育を行う>、<調整する>という4つの機能が見出された。
2. 4つの機能からみた看護実践内容はそれぞれが単独で機能しているのではなく、<アセスメントする>ことは、その後の<ケアと医療を実施する>につながる実践であり、介護職員にむけた<相談・教育を行う>ためのベースとなる実践となるなど、それぞれの看護実践がよりよい医療連携のために、相互につながり関わっていた。
3. グループホームでの終末期ケアのための質の高い医療提供を可能にする医療連携には、これら4つの機能の看護実践をそれぞれの施設の状況、事例に応じて駆使することのできる高度な能力を持つ専門看護師などの看護職の存在が重要であると示唆された。

本研究は、平成21-23年度文部科学省科学研究費補助金基礎基盤研究(C)の助成を得て行った研究の一部である。

文献

- 1) 千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美他: 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, Vol. 16 No.2, 1-14, 2011.
- 2) 前掲書1)
- 3) 細田江美, 千葉真弓, 渡辺みどり他: 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, Vol. 19, No.1, 63-75, 2013.
- 4) 千葉真弓, 楠本祐子, 奥野茂代他: 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 Vol. 14, No.2, 41-52, 2009.
- 5) 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, Vol. 16, No.2, 85-96, 2011.
- 6) 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, Vol. 16, No.1, 53-64, 2011.
- 7) 公益法人日本認知症グループホーム協会: 認知症グループホームの実態調査事業報告書, 2010.
http://ghkyo.or.jp/home/pdf/chousakenkyuu_jigyohoukoku-20100730-02.pdf
- 8) 数井裕光, 和田民樹, 野村慶子他: 新後期認知症の臨床症状-原因疾患による相違と対応法-, 老年精神医学雑誌, Vol. 22, No.12, 1376-1383, 2011.
- 9) 高橋恵子: グループホームにおける看取りケアの実態, 老年精神医学雑誌, Vol. 25, No.2, 153-158, 2014.

- 10) 桑田美代子：老年科医への要望・苦言・注文 -看護師の立場から-, 日本老年医学会誌, Vol. 50, No.3, 338-340, 2013.
- 11) 小笹優美, 諏訪さゆり：認知症グループホームにおいて医療処置を要する利用者のケアに関わる訪問看護師のケア行動の特性, 日本在宅ケア学会誌, Vol. 15; No. 2, 35-44, 2012.
- 12) 前掲書 11)
- 13) 桑田美代子：老人看護 CNS の活動の広がり と 将来展望 豊かな最晩年をつくる, 老年看護学, Vol. 16, No.2, 21-25, 2012.

表1. 対象施設の概要

ID	所在地	経営母体	設立年数	入居定員	ユニット数	看護職の 雇用	平均要介護度	看取り経験数
1	愛知県	有限会社	7年	18人	2	2人	2.6	2
2	大阪	医療法人	8年	18人	2	なし	3.6	13
3	佐賀県	NPO法人	5年	9人	1	2人	3.4	2
4	福岡県	有限会社	10年	18人	2	3人	3.6	4
5	長野県	NPO法人	4年	9人	1	1人	3.1	5
6	広島県	社会福祉法人	4年	18人	2	なし	3.9	1
7	東京都	有限会社	6年	18人	2	なし	2.9	4
8	長野県	医療法人	11年	18人	2	なし	2.9	1
9	北海道	医療法人	9年	27人	3	2人	3.1	3
10	神奈川県	有限会社	7年	27人	3	なし	2.7	9

表2. 対象者の概要

ID	職種	性別	年齢(代)	勤続年数	認知症ケア経験	保有資格	看取りの経験
A	ケアマネジャー	男	40	7	13	介護支援専門員	5事例未満
B	管理者	女	56	7	16	記載なし	5事例未満
C	看護職	女	30	5	6	看護師 介護支援専門員	5事例未満
D	管理者	女	60	7	記載なし	介護支援専門員 介護福祉士	10例以上
E	管理者	女	62	5	15	記載なし	5事例未満
F	看護職	女	50	4	4	看護師 看護師	5事例未満
G	看護職	女	70	4	8	認知症ケア専門 士 介護支援専門員	5~10例
H	管理者	女	56	4	6	介護福祉士	5事例未満
I	管理者	男	57	6	12	介護福祉士	5事例未満
J	管理者	女	60	3	8	介護福祉士	5事例未満
K	管理者	男	40	5	5	記載なし	5事例未満
L	管理者	女	60	8	8	社会福祉任用資格	5事例未満

表3. 終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践

看護実践の側面	カテゴリ	サブカテゴリ	下位カテゴリ
アセスメント	高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする	介護職員と連携しながら情報共有を図る	介護職員とコミュニケーションを取り、情報共有を図る 日常生活介助といった介護の部分にも(看護職が)入りながら介護職員と情報を共有する 入居者の詳細な状態の変化や状況判断に必要な情報を介護職から確認する
		これまでの経過や生活背景などから身体機能、認知機能を詳細に把握する	医師の往診時に同行し入居者の様子を把握する これまでの経過の中で現在の状態を把握する 訪問時のバイタルサイン測定で顔色や血圧変動など健康状態を、ちょっとした会話等をおして認知機能を把握する 身体的な側面だけでなく入居者の家族や地域での様子、生活背景も含めて詳細に把握する
	些細な状態変化を捉え治療的介入の必要性を判断する	入居者の状態から今後の見通しを立て治療的介入のタイミングと限界を判断する	入居者の現在の状態から身体的状態に対する今後の見通しを立てる 医療提供のタイミングを見極める 医療の効果と限界を判断する
		些細な変化を捉え状態に応じた受診の必要性を判断する	体温、呼吸状態などの微細な変動や浮腫の有無、姿勢の保持、目つきなどの些細な変化を捉え治療的介入の必要性を判断する 入居者の状態変化に対する治療的介入の必要性を判断する 判断しかねる状態については連携先の医師の判断を確認する
		健康管理を行い症状の早期発見に努める	往診時に介護者から話を聴いたり、入居者の様子を確認して健康管理を行う 高齢者の特徴を意識して関わり早期発見・治療につなげ重症化を予防する
		健康管理を行い、日常生活行動を支える	入居者の身体機能を維持できるように関わる 医療行為に頼らずに入居者の身体的な安全と安楽を図る 医療に頼らない苦痛への対処を介護職員と共に考える 入居者の状態に応じた栄養確保の方法を検討する 入居者へのケアを介護職員と共に検討し、統一を図る
ケアと医療の実施	日常生活行動の拡大を図る	バイタルサインが安定するなど入居者の状態への判断に基づいて日常生活行動の拡大を図る 入居者の状態に応じて日常生活介護の実施や活動拡大の判断を行う	
	必要な医療行為を的確に実施する	がん末期など終末期に必要な医療を提供する 入居者に代わり薬の管理を行う 点滴や排便など必要な医療を提供する 指示された医療処置の正確な実施とモニタリングを行う	
教育・相談	介護職員へ日常的なケアの中で必要な医療連携のための観察と技術の指導を行う	介護職員が入居者の状態変化に応じた介助ができるよう根拠を示して説明する	入居者の状態変化に応じた日常生活介助の具体的な指示を出す 実施に迷う状態の入居者への日常生活介助は介護職員と共に行う 介護職員と共にケアに入り、重要な観察事項や必要な技術を見せながら指導する 介護職員からの報告を受け、必要な処置とその後の経過観察のポイントを具体的に指示する 医療的な対処方法は根拠を示しながら具体的に指示する 介護職に対して医師に報告すべき内容を具体的に指示する 医療に対する情報提供と依頼内容の的確さを介護職員と共に確認する
		介護職員が入居者の状態変化に応じた介助ができるよう根拠を示して説明する	入居者の安楽の程度を介護職員が把握し判断できるよう基準を示す 日常生活活動の拡大への判断基準を具体的に介護職員に示す 入居者の身体状態を介護職員にわかりやすく説明する
		治療を要する入居者を介護する介護職員の気持ちを支える	何気ない会話や専門家としての評価を伝えることで介護職員の気持ちを支える 入居者の状態の急変を予測して、介護職員に伝える 治療を要する入居者への日常生活上の介助に迷う介護職員の相談に応じる 治療を要する入居者の治療行為に対する介護職員の相談に応じる
		看取るということへの介護職員の気持ちを支える	終末期に予測される状態変化への対応方法をあらかじめ具体的に指示する 人の死は当たり前のことであるといった毅然とした態度を示す 死を看取る介護職員の不安を理解する 24時間いつでも対応できるような体制を整える 死後の処置は看護職が行う
	家族の看取りへのこころの準備を支える	家族の看取りへのこころの準備を支える	家族と密に連絡を取り臨終に至る経過を説明することで家族の死を受け入れる心の準備を支える

調整	終末期医療に対する家族の意思決定を支える	今後の見通しや入居者の状態を家族に情報提供する	終末期に向かって予測される状態変化を介護職員や家族に伝える
			臨終期の状態や経過を予測して家族や介護職員に伝える
			状態の悪いことを家族に面会や連絡で伝える
		家族に対して終末期医療に関する意向確認を行う	家族への医学的な情報提供や説明を行う
			胃瘻造設等の延命に関わる医療実施は他の医療専門家からの情報提供をもとに家族と話し合いを持つ
			家族に医療に関する助言をする
		医師を含めた多職種間の話し合いの場で、終末期医療に関する家族の意向について調整を行う	家族と連絡ノートを通じて情報交換を行い意向を把握する
			医療に関する利用者のニーズを介護職員に代わって医師に伝達・確認する
			家族と医師との話し合いの場に居て調整を行う
	医療機関との良好な医療連携体制を整える	終末期ケアのガイドライン作成や研修会をとおして、終末期ケアと医療提供の体制を整える	終末期ケアのガイドラインを作成する
			終末期の勉強会をとおして介護職員へ看取りへの心構えを伝える
			医療が提供できるような体制を整え、医師と調整する
			入居者のスムーズな退院受入れの体制を整える
			スタッフの力量を判断しつつその場で一番良いと思う対応を行う
			最後まで入居者の尊厳を尊重して関わる姿勢を周囲に示す
医療機関との窓口となり、受診の要請、正確な情報提供、指示の受け取りと周知を行う		入居者の状態が重度になったら医師への対応は看護職が行う	
		介護職員からの情報や観察した入居者の状態から医療対応の必要性を判断した上で、医療機関への受診の依頼をする	
		介護職の記録をもとに入居者の状態を確認し、医師に報告する	
		入院ではなくホームで医療が受けられるように医師に要請する	
		入院期間の見通しや医療に関する施設の意向を明確にした上で医療を依頼する	
		指示が介護職員に確実に伝わるよう医師の指示は看護職が直接受ける	
日頃から医療機関との関係を良好に保つ	連携先の医師に配慮した対応をし、日頃から医療機関との関係を良好に保つ		
	医療機関や医師と夜間・休日、急変時の対応について普段から具体的などころまで確認しておく		
	容態の変化が予測できる場合はあらかじめ医療機関や医師に入居者の状態を伝えておく		
入居者が外泊・外出ができるよう調整する	入居者が外泊・外出できるように調整する	外泊や外出のタイミングを判断し医師と連携を図る	
		入居者の状態から外泊や外出のタイミングを計り調整する	
		末期の状態にある入居者の外出には協力病院の医師の判断を仰ぎ対応する	

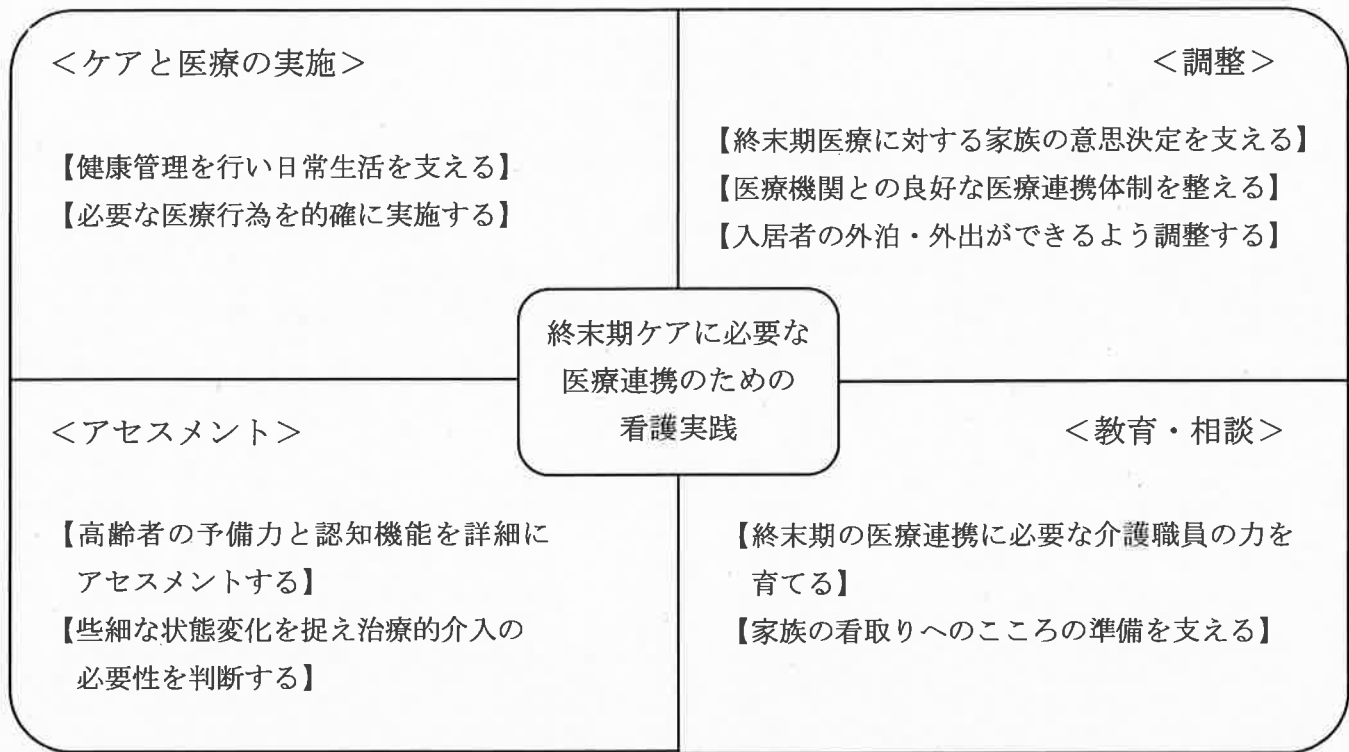


図 1.グループホームでの終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践

Title: Nursing Strategies when Collaborating with Medical Institutions Necessary for End-of-life Care in Group Homes

Abstract

This study aims to identify nursing strategies to collaborate with medical institutions necessary for end-of-life care in group homes (GHs) for elderly with dementia. Semi-structured interviews were conducted with 12 managers and nurses in ten GHs in different parts of Japan to determine details of the strategies nurses employ when collaborating with medical institutions. From 141 coded activities, nine categories, including “assess to the remaining physical strength and cognitive functions of the elderly”, “to support health care management and daily routines”, and “to evaluate the necessity of therapeutic intervention by paying attention to minor change in conditions”, were extracted. From these, four aspects of nursing practice were found: “assessment”, “providing care and medical treatment”, “education and consultation”, and “coordination”. These nursing strategies were involved in the entire process and enable smooth collaboration with medical institutions ensuring adequate treatment. Findings suggest that to realize collaboration with medical institutions for the end-of-life care provided in GHs requires nurses to play central roles in the nursing strategies related to these four aspects of nursing practice.

Key words: group homes, end-of-life care, elderly persons with dementia, collaboration with medical institutions