

認知症高齢者グループホームにおいてターミナルケアを実現させる取り組み —スタッフへ死に逝く過程の研修を通して—

木村典子

An action to realize terminal care in dementia group home Through the training of the process to die for death

Noriko Kimura

キーワード：認知症高齢者グループホーム dementia group home、
ターミナルケア・看取り terminal care、研修 training

I. はじめに

認知症高齢者グループホーム（以下グループホーム）の役割は、馴染みの環境の中で、その人の力を活かしながら、本人の穏やかな生活を支援していくことである。ターミナル期になったとしても、同様であり、本人・家族の希望により、グループホーム入居者が馴染みの環境の中で穏やかな最期を迎えられるよう支援することが望まれている。しかしながら、富山らの2008年3月「グループホーム・小規模多機能型施設での看取りに関するアンケート」において、スタッフは「自分の担当時に急変する・亡くなることへの不安がある」、次いで「緩和ケアや看取りに関する知識が足りない」、「看護師がいないと急変時の対応が不安」をあげている。また、職員の意識調査では、1人で夜勤に就くことに対する心理的負担感、不安感などが高くなっている。特に、若年層などでは、夜間、ターミナル期の入居者に1人で対応する場合のストレスが大きく、離職動機につながっていると報告している¹⁾。個々の職員が、グループホームという職場に長く定着し、専門性を高めながら良質なケアを提供していくためには、就労環境の基盤づくりが必要である。若年層の職員に限らず、身の回りで看取りの経験を持つ者は非常に少なくなっている。このため、終末期ケアに携わる職員のストレスや不安には、十分な配慮が必要となる。

また、グループホームにおけるケアスタッフ

は、看護師・介護福祉士・無資格者とさまざまである。ターミナルケア・看取りを行なうにあたって、スタッフは急変する・亡くなることへの不安、緩和ケアや看取りに関する知識が足りないといった施設側の体制が整っていない。

今回、グループホームでターミナルケア・看取りを確立していきたいと計画している施設より、ターミナルケア研修を実施する機会を得た。施設長とケアリーダーより、施設側の意向を伺った結果、「緩和ケアや看取りに関する知識が足りない」「人が亡くなるとは身体的にどうなることなのかわからない」といった点に注目し、研修を実施した。その取り組みの一つである研修について考察する。

II. 研究目的

グループホームにおいてターミナルケア・看取りを実現させるための取り組みの一つである研修について考察する。

III. 研究方法

1. 研修の概要

平成20年11月 研修時間は90分

事例をもとに、死に逝く過程の身体的変化・対応について説明を30分行った。そのあと、日本看護協会 監修 川島みどり「危篤時の看護」の一部を視聴した。最後に意見交換会を実施した。フリートーキング形式をとった。

研修の際に使用した資料についても表1-1、

2に示した。

2. 事例について

Pub Medで「Terminal care and Just before death」で検索結果、36件ヒットした。ガン末期の内容が多かった。詳細に死に逝く過程の変化を記している論文 (Adam J) とAグループホームで家族も満足し、看取りを迎えることのできたB氏の経過を照らし合わせた事例を示した。

論文には、意識レベルの変化について死ぬ4週間前は90%の人、2週間前は80%、1週間前50%、意識が清明であった。48時間前には70%、

意識が清明とはいえない状態で、6時間前には10%と具体的にデータで示してあった²⁾。

これを参考にターミナル中期を週単位の変化、ターミナル後期を日にち単位の変化、死直前の時期を時間単位の変化の時期として、看取り体制をとる時期に分けて、事例紹介した。その時のケア、家族支援・医療連携の実際を紹介しながら、研修をした。事例について一部は表2に示した。

3. 意見交換会

フリートークで、意見交換会を実施した。

表2 ターミナル後期・看取り期

日時	経過
2月10日	家族とターミナルケアについて、契約を交わす。 (概要) 本人の意思は不明であるが、延命措置は家族としては望まない。このまま、グループホームで最期を看取って欲しい。家族の意志を尊重し、家族の望む生活支援をする。緊急時に対応できるように往診医と連携をもつ。
2月11日	呼吸苦増す。ミルクのみ。38℃
2月12日	微熱つづく
2月17日	医師往診 12時30分 医師が家族に説明 15時 いつなくなってもおかしくない
2月18日	浅表性呼吸 5時 チェーンストーク呼吸 医師往診 5時30分 家族に連絡。「3人で看取らせてもらってもよいですか」と尋ねると「母と一緒にいきます。よろしくお願いします。」 5時45分 夜勤者、ホーム長、医師に看取られ永眠
2月19日	告別式にスタッフ全員で出席 表情はおだやかで、スタッフがバレンタインデーに贈ったチョコレートが胸元においてあった。 妻が施設に来る。感謝の気持ちも述べられた。
2月26日	自分も将来ここで最期を迎えたいといわれていた。

IV. 倫理的配慮

研究にあたって、家族やスタッフにその目的や趣旨について、口頭で説明し、文書にて許可を得た。

V. 結果

1. 参加者

介護福祉士4名、ホームヘルパー資格保有者3名 無資格者2名

看取り経験のある者は1人もいなかった。

2. 意見交換会で出た意見など

- ・看取りをしていくということはすばらしいことをするであることはわかる。しかし、今ある業務をするだけでいっぱいである。
- ・今、状況の中、看取りができるのか。
- ・グループホームにおいて、看取りを可能にする要因はなにか、医療との連携が取れていない。
- ・私はホームヘルパーの資格しかもっていない。ターミナルケアをしてよいのか。
- ・スタッフの足並みがそろっていない。
- ・最期はやはり家族が責任をもって看るべき、家族の代わりはできない。
- ・医療との関係をどうしていったらよいか。話を聞いていると理解はできるが、そういう状況になったとき、自分はどうやって関わればよいかわからない。
- ・看護師、医師で夜間などに十分に対応してくれる人はいない。
- ・可能であれば避けたい。

VI. 考察

事例を使う意味として、グループホームにおけるターミナルケア・看取りについて、現実感あるものとして受け止めることをねらった。また、死に逝く過程で症状を経時的に変化を示したのは、段階を追って、利用者にするべきケアに結びつけるようにしたいといった意図があった。高齢者の死に逝く過程における身体変化（意識レベル、呼吸状態）を具体的に学んで欲しいということと、家族と関係のあり方、医療連携・高齢者が亡くなったあとも家族との関係は続くということ学んで欲しいという意図が

研修にあった。しかし、意見交換会の内容から考察するに、グループホームで看取りをするのは意義あることということにはわかっているが、現実自分の今後の取り組みにはつながってはいなかった。また、意見交換会の際に、意見について参加者同士の意見を述べあう機会をつくらなかったため、深まりにかけた研修となってしまった。富山らの行なった調査では看取りをするにあたり、知識不足、医療連携についての不安を述べているが¹⁾、今回研修を行なったスタッフにおいては、看取りをするという姿勢が十分に確立しておらず、高齢者に接し、日々、ケアしているもの、死との関係についてあまり意識してないことが伺えた。筆者が特別養護老人ホームで働く新人介護職員に行なった看取り姿勢に関する調査で死そのものへの受け入れが出来ている人とそうでない人がいて、受け入れができていないと、自分が高齢者の死に関わる立場であることが実感できず、死にゆく人の介護は自分の考えではなく仕事でおこなうという看取りの姿勢であった。また、就職前の教育、経験によって、違いはあるが、高齢者と接するなか、看取りについて考えが深まっていた³⁾。グループホームにおいて、ターミナルケア・看取りについて意識していくには、実際に職員が関わっている高齢者の中から意識できるように関わることも必要であると考えられた。

グループホーム利用者の身体状況の変化を要介護度認定の割合からみると、介護保険サービスが開始された直後の2000年9月では、要介護1と2の者の割合が全体の7割近くを占め、要介護4と5の者の割合は1割程度であった。しかし、2007年9月の実績では、前者が5割弱まで減り、後者が2割以上を占めるまで増えている。制度施行当初のグループホームは、比較的 に身体機能を保ちつつも認知症を患う要介護者を利用対象者としていたが、グループホーム利用者の身体状態の重度化は確実に進行している⁴⁾。利用者の状態が急変したり、グループホームでは対応の判断が出来ないような時に、いつでも相談できたり、駆けつけてきてくれる医師や看護師の存在があることは、安心である。しかし、医師や看護師との信頼関係を、看取りの時期に突然つくるのは難しく、本人の身体状

態が悪化する以前から、日常的な医療連携を通じてグループホームが取り組む認知症ケアへの理解を図っていくことも大切である。

2006年、全国グループホーム協会が行った実態調査で、「今後、利用者および家族等から、ターミナル対応を求める意向がある場合、ホームでの対応はできるか」との問いに対して、全体の4割程度の事業所が「できる」と回答している。「できる」と回答しているところは母体法人が医療系である場合が多く、社会福祉法人やNPO法人などでは、逆に「できない」とする割合も高くなっている。また、重度化や終末期支援に取り組む上で、考えるべき課題の1位として、「医師・訪問看護・医療機関などとの連携強化」が挙げられている⁵⁾。グループホームにおける終末期支援では、この医療連携がひとつの大きな鍵になる。特に、1人体制になる夜勤時などは、急変時に管理者や関係者、医療機関に確実に連携できるしくみが欠かせない。

大町、平木らが、人材面からの体制を整えるために研修を継続的に実施し、その介護スタッフの変化について、質問紙ターミナルケア態度尺度を使って調査をしている。研修直後はターミナルケア態度について上昇するが、半年後になると下がる傾向にあると述べている⁶⁾。この点から、研修は継続的に行なうことで、ターミナルケア・看取りに対する態度が維持されていくことが考えられる。今後、研修は年間を通じて、継続的に進めていこうと計画をしている。

グループホームは看取りの場として、期待をされている。そのためには、スタッフに高齢者の死は生活の延長上にある。日々のその人らしい生活を支援していくことが、ターミナルケアに結びつくことを日ごろのかかわりの中から伝えていく必要があると考える。

また、日ごろからの医療連携の強化が必要であると考える。これを行うことによって、スタッフの意識・取り組み姿勢が向上していくことが考えられる。

VII. 結論

研修において、事例を使う意味として、グループホームにおけるターミナルケア・看取りについて、現実感あるものとして受け止めること

をねらった。しかし、意見交換会の内容から考察するに、グループホームで看取りをするのは意義あることということにはわかっているが、現実自分の今後の取り組みにはつながってはいなかった。日々のケアの振り返りと看取りに結びつける取り組みも必要である。

ターミナルケア・看取りをグループホームで実践するにあたって、医療機関との連携は不可欠である。また、人材面から体制を整えるために、研修は意味をもつ。研修は継続的に行なっていくことで、ターミナルケア・看取りを取り組み姿勢が養われると考える。

引用参考文献

- 1) 富山宗徳、高橋誠一、稲葉亜希子：グループホーム・小規模多機能型施設の看取りに関するアンケート、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成報告書、2008年3月
- 2) Adam J: ABC of palliative care, The last 48 hours. BMJ 315, 1600-1603, 1997
- 3) 木村典子、小林尚司：特別養護老人ホームで働く新人介護職員の看取りに対する姿勢、第51回日本老年社会科学学会学術集会抄録、2009年6月
- 4) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会：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 認知症高齢者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、2007年3月、p33-35
- 5) 4) p10-11
- 6) 大町弥生、平木尚美：認知症高齢者グループホーム職員が終末期ケアを実施振り返り、終末期ケア研修会6ヶ月後のインタビューから、第14回日本老年看護学会学術集会抄録、2009年9月

表1-1 看取り研修に使用した資料

<p style="text-align: center;">看取りの方法を知る。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 死ぬ過程の身体的変化を知る。	<p style="text-align: center;">ターミナルケアの<u>段階的視点</u></p> <ul style="list-style-type: none">・ ターミナル前期・・・月単位の変化・ ターミナル中期・・・週単位の変化・ ターミナル後期・・・日にち単位の変化・ 死直前の時期・・・時間単位の変化
<p style="text-align: center;">ターミナル前期(月単位の変化)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 状態として、痛み・その他の症状が緩和されていれば、日常的にいろいろなことができる。・ 外出などが可能な時期と考えられ、社会活動も可能となる。・ 家族とは、看取りの場の確認が必要となる。	<p style="text-align: center;">ターミナル中期(週単位の変化)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 状態としては前期と比べ、病状の変化が早くなり、日常生活が急速にできなくなる。・ 外出が困難になる。
<p style="text-align: center;">ターミナル後期(日にち単位の変化)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 日にち単位で変化が多くなり、臥床することが多くなる。・ 症状の緩和のために体位の工夫をすること、日常生活においても介護が多くなる。・ 家族と看取りの場の再確認、看取り体制の医師との話し合いが必要。場合によってはこの時期に入院となる。	<p style="text-align: center;">死直前の時期(時間単位の変化)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 意識は清明とはいえない状態である。家族に泊まってもらうなど、看取り体制をとる。・ 医師には24時間に一回に往診をしてもらう。

表1-2 看取り研修に使用した資料

<p style="text-align: center;">死亡前、48時間 死の近づいている予測として (柏木らより)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 反応がなくなっている ・ 脈拍の緊張が弱くなり、確認が難しくなっている。 ・ 血圧が低下している ・ 手足にチアノーゼが認められる ・ 冷汗が出現する ・ 顔の相が変わる ・ だ液や分泌物が咽頭や喉頭に貯留し、ゴロゴロ不快な音が出る。死前喘鳴 ・ 身のおきどころがなくバタバタする。 	<p style="text-align: center;">死ぬ瞬間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肩呼吸、下顎呼吸とともに、浅い呼吸になるとともに、チアノーゼが悪化し、だ液や分泌物が咽頭や喉頭に貯留し、ゴロゴロ不快な音が出る。死前喘鳴もあり、呼吸がスーと止まる。 ・ 呼吸がとまった時点をもって死亡時間として記録する。 ・ 呼吸が止まるとともに、死の三兆候とし、対光反射の消失、心拍動の停止が起こる。 																																																																	
<p style="text-align: center;">Figure 1: Time from onset of each sign to death (Consciousness)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Time before death</th> <th>Awake</th> <th>Drowsy</th> <th>Very drowsy</th> <th>Coma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Six hours</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~70%</td> </tr> <tr> <td>12 hours</td> <td>~5%</td> <td>~15%</td> <td>~20%</td> <td>~60%</td> </tr> <tr> <td>24 hours</td> <td>~2%</td> <td>~18%</td> <td>~30%</td> <td>~50%</td> </tr> <tr> <td>48 hours</td> <td>~1%</td> <td>~25%</td> <td>~40%</td> <td>~34%</td> </tr> <tr> <td>One week</td> <td>~0%</td> <td>~30%</td> <td>~50%</td> <td>~20%</td> </tr> <tr> <td>Two weeks</td> <td>~0%</td> <td>~40%</td> <td>~40%</td> <td>~20%</td> </tr> <tr> <td>Four weeks</td> <td>~0%</td> <td>~50%</td> <td>~30%</td> <td>~20%</td> </tr> </tbody> </table>	Time before death	Awake	Drowsy	Very drowsy	Coma	Six hours	~10%	~10%	~10%	~70%	12 hours	~5%	~15%	~20%	~60%	24 hours	~2%	~18%	~30%	~50%	48 hours	~1%	~25%	~40%	~34%	One week	~0%	~30%	~50%	~20%	Two weeks	~0%	~40%	~40%	~20%	Four weeks	~0%	~50%	~30%	~20%	<p style="text-align: center;">Figure 2: Time from onset of each sign to death</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Sign</th> <th>Shorter than two hours</th> <th>Two to six hours</th> <th>12 to 24 hours</th> <th>Longer than 24 hours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Death rattle (n=35)</td> <td>~30%</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~50%</td> </tr> <tr> <td>RMM (n=95)</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~70%</td> </tr> <tr> <td>Cyanosis (n=80)</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~70%</td> </tr> <tr> <td>Pulselessness (n=100)</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~10%</td> <td>~70%</td> </tr> </tbody> </table>	Sign	Shorter than two hours	Two to six hours	12 to 24 hours	Longer than 24 hours	Death rattle (n=35)	~30%	~10%	~10%	~50%	RMM (n=95)	~10%	~10%	~10%	~70%	Cyanosis (n=80)	~10%	~10%	~10%	~70%	Pulselessness (n=100)	~10%	~10%	~10%	~70%
Time before death	Awake	Drowsy	Very drowsy	Coma																																																														
Six hours	~10%	~10%	~10%	~70%																																																														
12 hours	~5%	~15%	~20%	~60%																																																														
24 hours	~2%	~18%	~30%	~50%																																																														
48 hours	~1%	~25%	~40%	~34%																																																														
One week	~0%	~30%	~50%	~20%																																																														
Two weeks	~0%	~40%	~40%	~20%																																																														
Four weeks	~0%	~50%	~30%	~20%																																																														
Sign	Shorter than two hours	Two to six hours	12 to 24 hours	Longer than 24 hours																																																														
Death rattle (n=35)	~30%	~10%	~10%	~50%																																																														
RMM (n=95)	~10%	~10%	~10%	~70%																																																														
Cyanosis (n=80)	~10%	~10%	~10%	~70%																																																														
Pulselessness (n=100)	~10%	~10%	~10%	~70%																																																														