


2012年 2月 13日

2011年度笹川記念保健協力財団

研 究 報 告 書

研究課題

質の高い認知症緩和ケアを実践する介護士養成プログラムの開発と実施

所属機関・職 名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター
特任助教
研究代表者氏名 平川 仁尚 

- I 研究の目的・方法**
- II 研究の内容・実施経過**
- III 研究の成果**
- IV 今後の課題**
- V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌等）**

以上の順序でA4判紙横書（8,000字程度）とする。

I 研究の目的・方法

目的)

財政上や家族構成上の問題から、病院や在宅以外、つまり高齢者介護施設・認知症高齢者グループホームなど病院外で認知症高齢者を看取ることが増加していくと予想されている。高齢者介護施設・認知症高齢者グループホームにおける緩和ケアは医療的対応を含めて介護士に大きく依存しているため、非医療者である介護士を対象とした教育の必要性が高い。しかし、世界的にみても未だ確立された介護士向け認知症高齢者緩和ケア教育プログラムはない上、内容も包括的でないものが多い。さらに、我が国は、医療の専門家に対する従順性や自らの境遇に対する運命論的受容など、「自律性」の背景である欧米文化とは異なる「死生観」を生み出した文化的背景があり、独自の内容のプログラムが必要である。本研究の主目的は、高齢者が安心して地域で最期を迎えることができる高齢社会の実現を可能にする介護士向け認知症緩和ケア教育プログラムの開発を行うことである。

また、高齢の癌患者の苦痛症状に関する調査は散見され、それらの結果では食思不振、疼痛、全身倦怠感、呼吸困難、発熱、浮腫、昏睡、せん妄、胸水、腹水などが終末期の主症状として挙げられている。一方、人口の高齢化の影響により近年患者数が増加している認知症の終末期に関する調査も必要であると考え。しかし終末期の認知症高齢者の苦痛症状を把握することが認知機能の低下により困難であることや、認知症は終末期に至る症候群であるという医療・介護関係者の認識の欠如などにより、このテーマに関する調査は不足している。さらに、認知症の終末期ケアの最前線に立つ介護職員は必ずしも医療用語に慣れていないため、医師や看護師と観察の視点や苦痛症状の表現方法・評価方法が異なると予想される。以上より、終末期の認知症高齢者の死の兆候を介護職員の視点から明らかにする必要があると考える。そこで、今回、介護職員の視点から認知症高齢者の死の兆候を明らかにすることを目的に、三重県伊賀市で実施された介護職員を対象にした認知症の緩和ケアに関するワークショップから得られた質的データを後ろ向きに分析したので報告する。

方法)

まず、広範囲にわたる認知症緩和ケアの内容を短時間で効率よく教育できるプログラム立案のために、平成23年5月に愛知県下の全ての高齢者介護施設1027ヶ所（介護老人保健施設161ヶ所、特別養護老人ホーム／有料老人ホーム493ヶ所）と認知症高齢者グループホーム373ヶ所の教育担当者を対象に、高齢者、特に認知症高齢者の終末期ケアの教育ニーズに関するアンケート調査を実施した。回収率は、13.7%であった。その結果、食欲不振への対応（90.6%）、急変時の緊急対応（94.9%）、ドクター・ナースへの報告（88.4%）、家族への連絡・説明（82.6%）、高齢者の緩和ケアの原則と考え方（89.1%）、認知症の種類と原因（86.2%）、認知症の周辺症状への対応（89.1%）、認知症の家族ケア（83.3%）、リ

ビングウィルを含めた倫理的ジレンマへの対処(83.3%)等が教育の必要性がある項目として挙げられた。また、終末期のカンファレンスの進め方を知りたい、ワークショップ形式での学習形態を望むなどの声もみられた。

これらの結果を参考に、高齢者介護施設の教育担当者等と協議を行い、約8時間という時間的制約、情動的制約、教育者の力量等を考慮して、プログラムの立案を行った。プログラムの項目(セッション)は、各約1時間で、「ワークショップとは」、「認知症高齢者の終末期とは」、「認知症高齢者の死の兆候」、「認知症高齢者の苦痛症状のコントロール」、「認知症の周辺症状とは」、「家族のケア～薬を飲ませたくない」、「家族のケア～スピリチュアルケア」、「食べられなくなったらどうするか」、「よくある場面」となった。プログラムの開催場所は、名古屋大学医学部附属病院、三重県伊賀市、愛知県豊田市(足助病院)などであった。開催場所(施設)やファシリテーターの事情等により、8時間の全プログラムを連続して実施することが困難であったため、セッションを分割して実施した。その内訳は、「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(第1回)」(日時:平成22年7月10日、於:名古屋大学医学部附属病院)、「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(第2回)」(日時:平成22年9月25日、於:名古屋大学医学部附属病院)、「上級介護職員のための認知症緩和ケアとBPSDを考えるワークショップ」(日時:平成23年9月10日、於:三重県伊賀市)、「認知症緩和ケアとBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)を考えるワークショップ(その1)」(日時:平成23年9月13日、於:足助病院)、「認知症緩和ケアとBPSDを考えるワークショップ(その2)」(日時:平成23年12月7日、於:足助病院)、「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<アドバンスコース>(第1回)」(日時:平成23年11月30日、於:名古屋大学医学部附属病院)、「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<アドバンスコース>(第2回)」(日時:平成23年12月13日、於:名古屋大学医学部附属病院)などであった。ワークショップの参加者は、足助病院を除いては、全て主任以上の指導的役割を持つ介護職員であった。1回の参加者は20-30名程度であった。

プログラム自体の評価のために、各ワークショップ終了後に参加者評価アンケート実施した。また、今後の教育内容の充実のため、プログラムの解析も行った。特に、認知症の臨死期にみられる兆候は教育的意義が高いと考え、詳細に質的に検討を行った。

II 研究の内容・実施経過

1) ワークショップの各セッションの概要

ワークショップの際に用いたパワーポイント資料は別紙に示した。

① 「ワークショップとは」

このセッションでは、ワークショップの効果を上げるために、ワークショップとは何なのか? 講義とは何が違うのか? を主眼において説明した。ワークショップは、参加型であり、

受け身の姿勢では得られるものが少ない。一人ひとりがリソースパーソンであり、積極的な議論参加によるプロダクトである趣旨を説明した。ワークショップ前には、二人一組でお互いを全体に向けて紹介し合う「他己紹介」などアイスブレイキングの必要があることを説明し、各ワークショップで実践した。

② 「認知症高齢者の終末期とは」

認知症にはアルツハイマー型や脳血管性など様々なタイプがあるが、認知症のほとんどは不可逆的に進行して末期には死に至ることを説明した。「認知症の終末期」は、「がんの終末期」との共通点が多いが、予後予測が極めて困難であるため不確実性に耐えながら長期間に亘って様々な苦痛の緩和を行う必要があるなど「がんの終末期」との相違点もある。そこで、このセッションでは、終末期の定義についてグループ討議を行ってもらい、各グループの定義を発表してもらった。

③ 「認知症高齢者の死の兆候」

各グループで、ブレインストーミングの手法を用いて、死を予感させる兆候や症状をできるだけ多く挙げてもらった。このセッションの詳細については、本報告書の「プロダクトの質的解析」の項で取り上げている。

④ 「認知症高齢者の苦痛症状のコントロール」

このセッションでは、終末期の認知症高齢者の苦痛とは何か？苦痛症状を軽減するために介護士は何をすべきか？についてグループ討議を行ってもらった。最初に WHO の緩和ケアの定義を紹介し、苦痛には身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルな痛みがあることを説明した。そして、各グループで分担して介護士ができる、すべきケア内容をブレインストーミングにより数多く挙げてもらった。最後に、認知症高齢者は苦痛症状を表出することが苦手で時間がかかり、漏れも多いことを説明するために、イラストを用いた評価票である名古屋式高齢者苦痛可視化スケール the Nagoya Graphical Symptom Scale for Elderly (NGSSE)を紹介した。

⑤ 「認知症の周辺症状とは」

このセッションでは、認知症の周辺症状について概説した後、Significant Event Analysis (SEA)を用いて対応に困った周辺症状について2人一組になって相互に発表し合った。

⑥ 「家族のケア～薬を飲ませたくない」

このセッションでは、「A 山 B 男さん。高齢の認知症の男性（屈強）。杖歩行（杖を振り回したりして・・・）。顔が怖い。夜間行動がみられる。暴言、暴力がみられる。断りたくてもなかなか（入所を）断れない。頓服の（強い）抗精神病薬は処方されている」という事

例を提示し、「元気がなくなったり、寝たきりになったり、転んだりしたりしたらいけないので、薬は飲まさないでください！」という A 山さんの家族に対する説明をグループで考えてもらった。このセッションの狙いは、薬物療法には、副作用（悪い面）があるが、同時に主作用（良い面）もあることについて考えてもらい、薬物療法は、本人と家族のクオリティー・オブ・ライフの維持向上のために行うものだというメッセージを伝えることであった。

⑦ 「家族のケア～スピリチュアルケア」

このセッションでは、「85歳男性。介護老人保健施設入所中。脳梗塞後遺症により、左半身麻痺あり。車椅子を主体とした生活をしているが、つたい歩きは何とか可能。認知症中等症（HDS-R 14点）。意思疎通は可能。娘からたびたび「自分でトイレに行けるように頑張って」「自分でトイレに行くようにしたら」「そうしないと家に帰れないよ」などと言われている。リハビリに対して全くやる気が感じられず、歩行の改善もみられない。」という事例を提示し、家族参加の多職種カンファレンスで、今後のリハビリの目標設定について、どう考えるかについて意見を求められた場面を想定してもらい、娘さんの発言についてどう考えるか？についてグループ討論を行ってもらった。そして、望ましい目標設定の特徴として、RUMBA の法則（R real 現実的、U understandable 誰でも理解できる、M measurable 達成度が判定できる、B behavioral 行動（実行）可能、A achievable 達成可能）を紹介した。また、仏教的スピリチュアルペインを紹介し、家族が現実的でない回復の可能性を信じている場合は、RUMBA の法則を意識して説明を行うことを勧めた。

⑧ 「食べられなくなったらどうするか」

このセッションでは、経口摂取が不可能になった状態の認知症高齢者にどのように対応するかについて考えてもらった。人工栄養療法（経鼻経管栄養・胃瘻、中心静脈栄養）についてイラストを用いて簡単に説明をした後、経口摂取と各人工栄養療法のメリット・デメリットについて話し合ってもらった。セッションの狙いは、近年「胃瘻は避けるべき」という学術的に正しいと思われる意見に偏りすぎな感があるため、「胃瘻をすることは“絶対に悪いこと”ではなく、胃瘻の是非に関する国民的議論が成熟していない現状ではやむを得ない場合もある」ということを知ってもらい、バランスのとれた視野を持ってもらうことであった。

⑨ 「よくある場面」

このセッションでは、「ちょっと、ちょっと」と呼びかける認知症高齢者に気に留める様子もなく介護職員が申し送りを続ける場面のビデオを供覧し、問題点と改善点についてグループ討論を行ってもらった。最後に、認知症高齢者の手記を紹介し、思いやりの気持ちを持つことが認知症ケアにおいて重要であることを説明した。

2) プロダクトの質的解析

調査対象は、2011年9月に三重県伊賀市で実施した「上級介護職員のための認知症緩和ケアと Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) を考えるワークショップ」の最初のセッションである「死の兆候」のグループ作業により得られたプロダクトとした。グループ作業では、ブレインストーミングの手法が用いられ、各グループ7-8名で、自分の番が来たら死を予感させる症状を必ず一つ発言するというルールの下で、各グループ最低2周するまで発言してもらった。2011年12月にこのプロダクトの内容分析を行った。前述のブレインストーミングによって得られた死の兆候の具体的内容を一つひとつ、一枚ずつカードに書き込んだ。その結果、合計で89枚のカードが得られた。次に、1枚のカードに2つ以上の症状がかかっている場合は、分割して新しいカードを作成することとした。「低体温・低血圧」、「下血・吐血」、「幻覚が見える・朦朧とする」、「熱が下がらない・肺炎」の4枚のカードがこれに該当し、分割した結果、最終的に認知症の終末期にみられる死の兆候の具体的内容が書かれたカードを93枚得た。質的分析として、カテゴリ分類を行った。得られた93枚のカードについて、本研究者と研究助手3名の計4名によって、カードをカテゴリに分類し、各カテゴリに介護職員にも理解可能なように専門用語を極力避けて名前を付けた。分類に際しては、既成概念にとらわれないように配慮した。尚、どのカテゴリにも分類されないカードは「孤独のカード」として、排除せずにカテゴリとは別に列記した。最後に、各カードが、いずれのカテゴリに該当するかということについて、再度上記4名が納得するまで議論を行い、判定を行った。

III 研究の結果

1) ワークショップの参加者評価

前述のように、本研究のプログラムは分割し、いくつかのワークショップの中に盛り込んで各セッションごとに参加者の評価をもらった。本研究のセッションが多く含まれている「上級介護職員のための認知症緩和ケアと BPSD を考えるワークショップ」(日時：平成23年9月10日、於：三重県伊賀市)について、参加者のアンケート結果を示す。

「ワークショップの各項目について、習得度はいかがでしたか」との問いに対して、理解できなかった、理解できた、どちらともいえないの3段階で回答を得た。

「認知症高齢者の終末期とは」については、理解できなかった0%、理解できた87.5%、どちらともいえない8.3%であった。「認知症高齢者の死の兆候」については、理解できなかった4.2%、理解できた79.2%、どちらともいえない12.5%であった。「認知症の周辺症状とは」については、理解できなかった4.2%、理解できた79.2%、どちらともいえない12.5%であった。「よくある場面」については、理解できなかった8.3%、理解できた79.2%、どちらともいえない8.3%であった。「家族のケア～スピリチュアルケア」については、理解できなかった4.2%、理解できた83.3%、どちらともいえない8.3%であった。

「ワークショップの各項目について、あなたのニーズにマッチしていましたか」との問いに対して、マッチした、マッチしなかった、どちらともいえないの3段階で回答を得た。「認知症高齢者の終末期とは」については、マッチした70.8%、マッチしなかった16.7%、どちらともいえない12.5%であった。「認知症高齢者の死の兆候」については、マッチした70.8%、マッチしなかった16.7%、どちらともいえない12.5%であった。「認知症の周辺症状とは」については、マッチした79.2%、マッチしなかった16.7%、どちらともいえない12.5%であった。「よくある場面」については、マッチした66.7%、マッチしなかった8.3%、どちらともいえない25.0%であった。「家族のケア～スピリチュアルケア」については、マッチした79.2%、マッチしなかった8.3%、どちらともいえない8.3%であった。

「ワークショップの時間はいかがでしたか」との問いに対して、長い、短い、ちょうど良いの3段階で回答を得た。長い29.2%、短い0%、ちょうど良い66.7%であった。最後に「今後このようなワークショップがあれば参加したいと思えますか」との問いに対して、ぜひ参加したい、参加したい、どちらともいえないの3段階で回答を得た。ぜひ参加したい29.2%、参加したい50.0%、どちらともいえない20.8%であった。

2) プロダクトの質的解析

カテゴリーとして、【呼吸の異常】、【意識の低下】、【活力の低下】、【経口摂取の不良】、【便の異常】、【穏やかな性格】、【血圧の低下】、【皮膚色の変化】、【臭い】、【浮腫】、【死直前の活力】、【体温の低下】、【褥瘡・創傷の悪化】、【体重の減少】、【チアノーゼ】、【尿量の減少】が抽出された。【呼吸の異常】には最も多い12枚のカードが分類され、【意識の低下】9枚、【活力の低下】9枚、【経口摂取の不良】6枚、【便の異常】6枚などがそれに続いた。また、【穏やかな性格】、【臭い】、【死直前の活力】などには複数のカードが分類された。孤独のカードとして、「腹水がたまる」、「肺に水がたまる」などが分類されたが、「家族が優しくなる」などテーマに合致しているとは言い難いカードや「なかようなり」といった解釈し難いカードもみられた。

今回の結果では、肺水腫、胸水、腹水など終末期の癌患者において広く見られる症状が、認知症の終末期においても死の兆候として介護職員に認識されていることが示唆されたが、一方で認知症の終末期に特有の死の兆候も抽出された。結果の解釈や一般化には注意が必要であるが、高齢者介護施設や在宅における終末期ケア研究の発展や介護職員向けの終末期ケアガイドラインや教育用資材の開発等に資するものとする。

IV 今後の課題

1) ワークショップの課題

概ね、参加者から高い評価を得たと考えている。しかし、こうしたワークショップを普及させていくには、ファシリテーターの養成が必要であると考えた。ファシリテーターには、通常の講義と違い、相手の意見を引き出す、議論を活発にさせる能力が要求される。ファ

シリテーター養成のための教育プログラムやマニュアルの整備が今後の課題と考えた。また、あらかじめ準備された回答のない形式の学習会に対して「もっと回答のある勉強会に参加したい」という主催者の意向とは異なる感想も少なからずあった。より基本的な内容に重きを置いたプログラムの開発も必要と考えた。時間について、当初計画した連続8時間のワークショップは長いという印象を持つ参加者や主催者が少なからずみられた。現実的に普及していくためには1泊2日で開催するなど運営方法についても検討が必要である。

2) プロダクトの質的解析

今回の解析の限界であるが、ワークショップのプロダクトの後ろ向き解析という特性上、参加者の属性をコントロールできておらず、高齢者介護施設、在宅など勤務している場所にばらつきがあったと推察される。高齢者の看取り場所により終末期の症状が異なる可能性が高いため、高齢者介護施設職員に特化した研究など対象者の属性を絞った検討が必要であると考え。また、今回は、死前喘鳴など、死直前に出現する代表的な症状が抽出されなかった。結果の解釈に客観性をもたせるために、研究参加者やカード数を増やして追加調査を行う必要があると考える。

V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌等）

現在、日本農村医学会の英文誌（Journal of Rural Medicine）と日本老年医学会雑誌に本研究の成果を公表すべく投稿準備を行っている。また、プログラムで用いるパワーポイント資料などは、DVD、Eラーニングコンテンツなどオープンソースとして名古屋大学大学院医学系研究科総合医学教育学平川研究室のホームページに掲載予定である。