

〔研究報告〕

## A県における認知症グループホームの看取りケアの実態

福岡裕美子<sup>1)</sup>、中川 孝子<sup>2)</sup>、木村ゆかり<sup>3)</sup>  
切明美保子<sup>4)</sup>、三浦 広美<sup>4)</sup>、熊谷和可子<sup>2)</sup>

### 要 旨

A県における認知症グループホーム（以下、GHとする。）の看取りの実態を明らかにすることを目的とした。調査は公益社団法人日本認知症GH協会A県支部の144施設の管理者にアンケート調査を依頼した。調査項目は施設の概要、看取りケアの有無、医療との連携状況、入所者の通院と服薬状況、さらに自由記載で看取りの困難や家族への配慮を記入してもらった。調査内容は記述統計量を算出し、自由記載の内容は類似性に基づきカテゴリー化した。質問紙は86施設から回答を得て、78施設を分析対象とした。結果は、看取りを行っているGHは45施設（57.7%）だった。その中で往診ありが38施設（84.4%）、医療連携加算ありが39施設（86.7%）であった。通院の疾患として高血圧、心疾患が多かった。看取りの困難の内容は、【医療的行為実施の負担】【職員の不安】【看取りでの様々な見極めの困難】などの9つのカテゴリーが形成された。家族への配慮の内容は、【主治医からの説明を含む密な状態報告】【家族への精神的ケア】【家族とともに過ごす時間の尊重】【本人と家族が望むケアの実施】【看取りの意思の再確認】の5つのカテゴリーが形成された。看取りを行っている施設は、往診や医療連携加算を利用し、医療との連携を深め、看取りケアの充実を図る努力をしていると推測された。今後は看取りケア実践者の視点からより具体的な不安の内容を明らかにする必要がある。

キーワード：認知症グループホーム、看取り、実態調査

### I. はじめに

認知症の有病率は年齢との関係が深く、年齢が高くなるほど大きくなっている<sup>1)</sup>。我が国の老年人口は、令和7年に3,677万人に達し令和24年にピークを迎えその後減少に転じると推計されている<sup>2)</sup>。さらに、認知症高齢者数は2025年には約700万人になると推定されている<sup>3)</sup>。認知症高齢者の増加とともに、1992年に認知症高齢者グループホーム（以下、GHとする。）が全国に新設され、その数は2018年には13000か所を超えている<sup>4)</sup>。

認知症高齢者ケアでは、新オレンジプラン<sup>5)</sup>により、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。また、認知症高齢者の終末期の特徴として、がんの増悪のように短期間で死に向かうのではなく、安定と不安定を繰り返しながら死に向

かっていくので、GHにおいては、「生活の延長線上の死」ととらえられている<sup>6)</sup>。

2006年の介護報酬改定により看取り介護加算が加えられGHもその対象施設であるが、2015年の加算算定状況や実際に看取りを行った割合は全体の2割程度であった<sup>7)</sup>。また、2015年の一部の地域を対象とした調査報告<sup>8)</sup>では、GHにおける看取りの課題として、看取りの際のスタッフの不安の解消の困難、看取りを支える医療との連携の困難があげられていた。しかし、この報告は限定した地域を対象としたものであり、A県における同様の実態調査は行われていない。

そこで、本研究の目的は、A県のGHにおける看取りケアの実態を把握することとした。これらの実態を把握することは、GHにおける看取りケアの質の向上のための基礎的データになり得ると考える。

1) 弘前医療福祉大学（〒036-8102 青森県弘前市小比内3丁目18-1）  
2) 青森中央学院大学（〒030-0132 青森県青森市大字横内字神田12番1）  
3) 青森県立保健大学（〒030-8505 青森県青森市大字浜館字間瀬58-1）  
4) 八戸学院大学（〒031-8588 青森県八戸市美保野13-98）

## II. 用語の定義

看取りとは、近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。

## III. 研究方法

1. 調査対象：公益社団法人日本認知症グループホーム協会 A 県支部の GH（144 施設）の管理者

2. 調査期間：2019 年 10 月～11 月

3. データ収集方法

A 県内の公益社団法人日本認知症グループホーム協会 A 県支部会長に口頭と文書にて同意を得た上で、A 県内の GH の管理者宛てに調査票を送付し、調査票到着後、4 週間以内の返信を依頼した。

4. 調査内容

GH の概要（ユニット数、ユニットごとの職員数、1 ユニットの勤務職種、併設施設の有無や種別）、医療との連携（医療との連携はとれているか、医師の往診の有無、看護職の夜勤体制の有無、介護保険報酬の医療連携体制加算の有無）、入所者の状況（人数、入所期間、年齢別人数、介護認定状況、認知症の状況、現在病院へ通院している病気、病気のために服薬している人の人数）、看取りケアの有無、看取りケアありの場合の困難な内容（自由記載）、家族への配慮（自由記載）である。

5. 分析方法

GH の概要、医療との連携、入所者の状況、看取りケアの有無については記述統計量を算出し、「看取りあり」の場合の困難や家族への配慮等の自由記載については、困難や家族への配慮を表す文節や文章をコードとし、内容の類似性に基づきサブカテゴリー、カテゴリー化した。

6. 倫理的配慮

研究目的・意義、方法、研究参加の利益・不利益、データの活用、調査への参加は自由意思とすること、発表の際は施設が特定されることがないことを文章にて説明した。データは厳重に管理し研究以外で使用しないこと、研究終了 5 年後にデータは破棄すること、回答をもって調査協力への同意とすることも記載した。なお、本調査は青森中央学院大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：T19-01）。

## IV. 結果

質問紙は 144 部郵送し、86 施設から回答を得た（回収率 59.7%）。このうち、回答項目に欠損がない 78 施設（有効回答率 90.7%）を分析対象とした。

1. GH の概要（表 1）

GH の保有ユニット数は、1 ユニットが 32 施設（41.0%）、2 ユニットが 41 施設（52.6%）、3 ユニットが 5 施設（6.4%）であった。対象施設の全職員数は 605 名、その内訳は介護福祉士 371 名（61.3%）、ホームヘルパー 111 名（18.3%）、看護師 32 名（5.2%）、准看護師 12 名（2.0%）、その他 79 名（13.0%）、その他の職種は介護支援専門員、保育士、社会福祉士、社会福祉主事、調理員、事務員、無資格者などだった。また、併設施設の有無は、ありが 47 施設（60.3%）、なしが 31 施設（39.7%）だった。内訳は複数回答で、通所介護・通所リハビリテーション 24 施設、居宅介護支援事業所 26 施設、訪問介護 21 施設、ショートステイ 5 施設、訪問看護 5 施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 2 施設、介護老人福祉施設 6 施設、介護老人保健施設 8 施設、介護療養型医療施設 2 施設、住宅型有料老人ホーム 4 施設、軽費老人ホーム 10 施設、介護老人ホーム 1 施設であった。

表 1 対象施設の概要

施設の形態	1ユニット	2ユニット	3ユニット	合計 (%)	
施設数	32 (41.0)	41 (52.6)	5 (6.4)	78 (100)	
職員数(人)	257	310	38	605 (100)	
職種 (人)	介護福祉士	160 (26.4)	180 (29.8)	31 (5.1)	371 (61.3)
	ホームヘルパー	51 (8.4)	60 (9.9)	0 (0.0)	111 (18.3)
	看護師	13 (2.1)	16 (2.6)	3 (0.5)	32 (5.2)
	准看護師	6 (1.0)	6 (1.0)	0 (0.0)	12 (2.0)
	その他	27 (4.5)	47 (7.8)	4 (0.7)	79 (13.0)
併設施設あり	23 (29.5)	21 (26.9)	3 (3.8)	47 (60.3)	
併設施設なし	9 (11.5)	20 (25.6)	2 (2.6)	31 (39.7)	

2. 医療との連携（表 2）

医療機関との連携がとれているかの質問に対しては、よく連携がとれている 37 施設（47.4%）、まあ連携がとれている 39 施設（50.0%）であり、97.4% の施設で連携がとれている状況だった。一方で、あまり連携はとれていない 2 施設（2.6%）であった。連携がとれていない理由として、病院によっては地域連携における病院内の情報共有に不備を感じる、新規入所者の受診を受け入れてくれない病院があるという理由があげられていた。

看護職の夜勤体制の有無については、看護職の夜勤体制がある 5 施設（6.4%）、看護職の夜勤体制がない 43 施設（55.1%）、看護職がいない 30 施設（38.5%）であった。

表2 医療との連携 n=78(%)

施設の形態		1ユニット	2ユニット	3ユニット	合計
施設数		32(41.0)	41(52.6)	5(6.4)	78(100)
医療との連携	よくとれている	13(16.7)	20(25.6)	4(5.1)	37(47.4)
	まあとれている	17(21.8)	21(26.9)	1(1.3)	39(50.0)
	あまりとれていない	2(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.6)
	全くとれていない	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
看護職の夜勤体制	あり	1(1.3)	3(3.9)	1(1.3)	5(6.4)
	なし	16(20.5)	24(30.8)	3(3.9)	43(55.1)
	看護職がない	15(19.2)	14(17.9)	1(1.3)	30(38.5)

3. 看取りの有無と往診(表3)

看取りの有無は、ありが45施設、なしが33施設であった。看取りありで、往診ありが38施設(48.7%)だった。看取りなしで、往診なしが21施設(27.0%)だった。

表3 看取りの有無と往診の有無 件(%)

		看取り		合計
		あり	なし	
往診	あり	38(48.7)	12(15.3)	50(64.0)
	なし	7(9.0)	21(27.0)	28(36.0)
合計		45(57.7)	33(42.3)	78(100)

4. 看取りの有無と医療連携加算(表4)

介護保険報酬の医療連携体制加算の有無については、加算ありが56施設、加算なしが22施設であり、その加算内容は複数回答で、事業所での常勤の看護師を雇用13施設、事業所での非常勤の看護師を雇用8施設、関連法人以外の訪問看護ステーションと契約11施設、併設の特養・老健・病院の看護師併任8施設、関連法人の訪問看護ステーションと契約6施設、関連法人以外の病院と契約6施設、関連法人の病院と契約5施設、関連法人の診療所と契約2施設であった。看取りありで、医療連携加算ありが39施設(50.0%)、なしが6施設(7.7%)であり、看取りなしで、医療連携加算ありが17施設(21.8%)、なしが16施設(20.5%)であった。

表4 看取りの有無と医療連携加算の有無 件(%)

		看取り		合計
		あり	なし	
医療連携加算	あり	39(50.0)	17(21.8)	56(71.8)
	なし	6(7.7)	16(20.5)	22(28.2)
合計		45(57.7)	33(42.3)	78(100)

5. GH入所者の概要について(表5)

対象施設の全入所者数は1,141名、その内訳は男性180名(15.8%)、女性961名(84.2%)で8割は女性入居者だった。入所期間は、1年未満が240名(21.0%)、1~3年

表5 施設入所者の概要 (人)

施設の形態		1ユニット	2ユニット	3ユニット	合計
入所者数		283	725	133	1141
性別	男性	43	111	26	180
	女性	240	614	107	961
入所期間	1年未満	62	144	34	240
	1~3年未満	98	215	56	369
	3年以上	123	366	43	532
年代	60歳代	3	21	2	26
	70歳代	24	81	13	118
	80歳代	161	379	76	616
	90歳代	95	244	42	381
要介護度	要支援2	1	2	1	4
	要介護1	35	90	26	151
	要介護2	81	201	41	323
	要介護3	97	204	32	333
	要介護4	41	128	22	191
	要介護5	26	97	11	134
	申請中	2	3	0	5
日常生活自立度判定基準	I	8	35	4	47
	II a	35	66	6	107
	II b	69	139	13	221
	III a	78	217	48	343
	III b	62	105	43	210
	IV	29	124	16	169
	M	2	38	3	43
	未把握	0	1	0	1

未満が369名(32.3%)、3年以上が532名(46.6%)で、3年以上が最も多かった。入所者の年齢は80歳代が616名(54.0%)と一番多く、次いで90歳代が381名(33.4%)であった。要介護度は、要介護3が333名(29.2%)、要介護2が323名(28.3%)、要介護4が191名(16.7%)、要介護1が151名(13.2%)、要介護5が134名(11.7%)、要支援2が4名(0.3%)、申請中が5名(0.4%)であった。日常生活自立度はIII aが343名(30.1%)と一番多く、次いでII bが221名(19.4%)、III bが210名(18.4%)であった。

6. 看取りの有無と通院や服薬の疾患(表6)

通院と服薬の各疾患の人数についての複数回答は、通院では、高血圧が427名と一番多く、心疾患と内分泌疾患が各125名、目の病気が120名と続いた。その中でも、看取りありの施設では、高血圧259名、心疾患79名、内分泌疾患68名、精神疾患65名、脳血管疾患61名であった。服薬では、高血圧が535名と一番多く、心疾患163名、精神疾患160名、脳血管疾患144名と続いた。看取りありの施設では、高血圧322名、心疾患101名、脳血管疾患88名、精神疾患80名であった。

表6 看取りの有無別 通院と服薬の疾患人数

	疾患名	看取り		合計
		あり	なし	
通院 (のべ数)	悪性新生物	13	5	18
	高血圧	259	168	427
	心疾患	79	46	125
	脳血管疾患	61	38	99
	脊柱疾患	7	9	16
	呼吸器疾患	13	6	19
	神経疾患	19	18	37
	内分泌系疾患	68	57	125
	関節疾患	36	25	61
	精神疾患	65	51	86
	目の病気	49	71	120
	歯の病気	18	3	21
	その他	58	17	75
	服薬 (のべ数)	悪性新生物	8	2
高血圧		322	213	535
心疾患		101	62	163
脳血管疾患		88	56	144
脊柱疾患		24	9	33
呼吸器疾患		16	8	24
神経疾患		19	17	36
内分泌系疾患		70	56	126
関節疾患		40	19	59
精神疾患		80	80	160
目の病気		59	51	110
歯の病気		25	2	27
その他		53	17	70

7. 看取りケアを実践している施設の看取りの際に感じる困難について(表7)

看取りの際に感じる困難の自由記載については、37のコードから、14のサブカテゴリ、7つのカテゴリ

表7 看取りにおける困難の内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(抜粋)
医療的行為実施の負担	喀痰吸引の負担	ホーム(特養)夜勤者や、吸引資格のあるスタッフへの負担を感じる
	常勤や医療連携看護師の負担	夜間対応について、常勤の看護師がオンコール体制を取っているが、一名での対応には限界がある 医療連携看護師とは常に連携はとれているが、常勤していないという不安がある
	多重課題への対応の負担	医療処置が複数出現した場合の対応
職員の不安	職員の不安	介護職員の不安が強い
	経験不足の職員の不安	経験年数が短い職員や看取りの実体験の少ない職員が不安を感じている
看取りでの様々な見極めの困難	経口摂取中止の見極めの困難	食べさせなくていい時期を見極めるのが難しい
	報告の見極めの困難	報告する際の見極めが難しい
往診医不足による困難	往診医不足による困難	往診医がいない Drが在宅診療してくれるところが少ない(看取り対応)
	職員不足や知識技術不足による対応困難	スタッフ2人での対応が必要な為、他の入居者へのケアが行き届かなくなる 経験が浅い等、職員の知識にばらつきがあり
家族対応の難しさ	家族側の理解不足	家族の理解も足りずと感じる事がある。
	家族との認識のずれ	緊急時に対する認識の違いに困難を感じる
多様な看取りの経過と問題	多様な看取りの経過	人により状態の変化の様子が違う
	環境面での問題	特別浴槽がないため、清拭のみになってしまう

が形成された。なお、サブカテゴリは〈 〉、カテゴリは【 】とする。

【医療的行為実施の負担】は〈喀痰吸引の負担〉〈常勤や医療連携看護師の負担〉〈多重課題への対応の負担〉、【職員の不安】は〈職員の不安〉〈経験不足の職員の不安〉、【看取りでの様々な見極めの困難】は〈経口摂取中止の見極めの困難〉〈報告の見極めの困難〉のサブカテゴリで形成された。さらに、【往診医不足による困難】、【職員不足や知識技術不足による対応困難】は、〈職員不足による対応困難〉〈知識や技術に関する研修不足〉のサブカテゴリ、【家族対応の難しさ】は、〈家族側の理解不足〉〈家族との認識のずれ〉のサブカテゴリ、【多様な看取りの経過と問題】は、〈多様な看取りの経過〉〈環境面での問題〉のサブカテゴリから形成され、7つのカテゴリが見いだされた。

8. 看取りケアを実践している施設の家族への配慮について(表8)

家族への配慮の自由記載については、43のコードから、11のサブカテゴリ、5つのカテゴリが形成された。なお、サブカテゴリは〈 〉、カテゴリは【 】とする。

【主治医からの説明を含む密な状態報告】は〈家族への密な状態報告〉〈主治医からの説明の仲介〉、【家族への精神的ケア】は〈家族の思いの尊重〉〈家族の不安の解消〉〈言葉使いの配慮〉で形成された。また、【家族とともに過ごす時間の尊重】は〈家族とともにケアの実施〉〈宿泊や面会制限のない環境作り〉〈家族が最期に立ち会える配慮〉で、【本人と家族が望むケアの実施】は〈家族の望むケアの実施〉〈経口摂取の継続〉のサブカテゴリで形成され、【看取りの意思の再確認】を加えた5つのカテゴリが見いだされた。

表8 家族への配慮の内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(抜粋)
主治医からの説明を含む密な状態報告	家族への密な状態報告	ご家族へまめに連絡を入れ状態をお伝えしている 事あるごとに連絡を入れて本人の状態を把握してもらっている
	主治医からの説明の仲介	主治医より説明を行って頂けるよう仲介している
家族への精神的ケア	家族の思いの尊重	家族の気持ちを大切に 看取りを選択された想いを尊重
	家族の不安の解消	ご本人様が死に向かう為の家族の不安の解消 家族の不安や心配事を傾聴する
	言葉使いの配慮	気配りをしながら、御家族には言葉掛けをしている
家族とともに過ごす時間の尊重	家族とともにケアの実施	清拭等も家族を交え実施したりしている
	宿泊や面会制限のない環境作り	面会を制限なく行っている
本人と家族が望むケアの実施	家族が最期に立ち会える配慮	最期、息をひきたる時に家族と一緒に看取することができるよう配慮している
	家族の望むケアの実施	悔いのないように、したいケア(食べ物、飲み物、おでかけ)を何でもOKにする
看取りの意思の再確認	経口摂取の継続	最後まで少量でも経口から摂取する
	看取りの意思の再確認	ターミナルを迎える前に、重度化して来た時、本当にグループホームで看取りで良いか、再確認する 意向が変わることがある為、状況に応じてご家族の意向を確認

## V. 考察

対象施設の職員の職種は、介護福祉士とホームヘルパーを合わせると、79.6%と多く、看護職は看護師と准看護師合わせて7.2%と全体の1割に満たなかった。これは、GHの職員配置において看護職は必須でないことが影響していると思われる。看護職の夜勤体制については、78施設中、ありと回答したのは5施設のみであり、その他の施設は看護職がいないか、いても看護職の夜勤体制がない状況であった。看護職が少ないなかでの看取りケアの実践は相当な困難があることが予測されたが、医療との連携がよくとれている・まあとれているを合わせると76施設(97.4%)が医療との連携が取れている状況だった。施設内に看護師が常勤していない分きちんと医療との連携をはかり看取り体制を確立しているものと考えられた。またこれは、看取りの有無別に医療連携加算の状況を見てみると、看取りありの施設では、医療連携加算ありが56件中39件と50.0%と半数を占めており、看取りを行っている施設は医療連携加算を利用し、医療との連携を深めていたと考えられる。これは看取りありの施設の48.7%が往診ありと回答しており、往診の有無の回答からもうかがうことができ、看取りケアの充実を図る努力をしている状況が推察された。北村ら<sup>9)</sup>は、看取り介護の実施体制において、看取り介護指針のある施設は医師・医療機関との連携体制確保が調査対象施設の95%でできていたと報告している。本調査では、看取り体制に関する指針の有無の質問項目はなかったが、今後看取り体制に関する指針の有無を把握し指針作成を推進していくことがより医療との連携体制を強化できるものとする。一方で、往診なしで看取りを行っているGHが7ヶ所(9.0%)あった。量的調査のため詳細は不明であるが、病院や介護老人保健施設の併設施設となっていて医師との連携がされているGHの場合は往診という考え方ではない可能性が考えられた。

通院と服薬の疾患人数に関しては、通院も服薬も悪性新生物は少なく、高血圧が最も多かった。高齢者の死因として上位を占めている、心疾患や脳血管疾患が続いていた。看取りの有無別に通院と服薬の人数をみると、全体的に看取りありのほうが看取りなしに比べて多かった。GHでの看取りの対象である高齢者の疾患は、おもに心疾患や脳血管疾患などの生活習慣病に起因する疾患であり悪性新生物は少ないことが推察された。

看取りありの施設における看取りの困難の内容は、【医療的行為実施の負担】【職員の不安】【看取りでの様々な見極めの困難】【往診医不足による困難】【職員不足や知識技術不足による対応困難】【家族対応の難しさ】【多様な看取りの経験と問題】がカテゴリとして見出され

た。困難の内容は多岐にわたるが、本研究の対象者はGH管理者であり、実際のケアに関する困難だけでなく、GH全体の体制に関する困難の内容が抽出されていると考えられる。平松ら<sup>10)</sup>は「【ケアの充実を導く人の存在】として管理職の終末期ケア観、家族や他職種に対する姿勢や【管理職のケアスタッフへのかかわり】は、GHの終末期ケアを推進させる存在として、常に高齢者終末期ケアに影響を与えていた。」と報告していることから、管理者の看取りに対する取り組みと看取りケアの困難について今後検討が必要である。また、調査対象を看取りケア実践者にした場合は、より看取りケアに関する具体的な困難が抽出されるのではないかと考えられた。2015年の日本訪問看護財団による調査<sup>8)</sup>では、GHスタッフの看取りに対する不安が大きいことが挙げられており、本研究でも同様のカテゴリが形成されている。この看取りの不安の詳細について今後具体的に明らかにしていく必要がある。

家族への配慮の内容は、【主治医からの説明を含む密な状態報告】【家族への精神的ケア】【家族とともに過ごす時間の尊重】【本人と家族が望むケアの実施】【看取りの意思の再確認】の5つのカテゴリが見いだされた。近年、看取りに向けた意思決定支援が重要視されているが、本研究で得られた【看取りの意思の再確認】【主治医からの説明を含む密な状態報告】は意思決定支援の土台であると考えられ、本研究対象のGHはきめ細やかな家族支援を行っていることが考えられた。

大島ら<sup>11)</sup>は、介護付き有料老人ホームおよび認知症グループホームで終末期ケアおよび看取りを実現するための看護職者の思いとして、終末期ケア・看取りの体制づくりが必要と報告している。また平川ら<sup>12)</sup>は高齢者介護施設において終末期ケアを実施するための条件として、“スタッフを対象とした終末期ケア教育”が最もあげられていたことから、それぞれのGHがスタッフの学習体制を含む看取りの体制を整備することにより、利用者および家族が望む看取りを実践できるのではないかと考える。

## VI. 結論

1. 研究対象GHのうち、76施設(97.4%)が医療との連携が取れていた。
2. 看取りケアを実践している施設の看取りの際に感じる困難についての内容は、【医療的行為実施の負担】【職員の不安】【看取りでの様々な見極めの困難】【往診医不足による困難】【職員不足や知識技術不足による対応困難】【家族対応の難しさ】【多様な看取りの経過と問題】の7つのカテゴリが見いだされた。

3. 看取りケアを実践している施設の家族への配慮についての内容は、【主治医からの説明を含む密な状態報告】【家族への精神的ケア】【家族とともに過ごす時間の尊重】【本人と家族が望むケアの実施】【看取りの意思の再確認】の5つのカテゴリーが見いだされた。
4. それぞれのGHが看取りの体制を整備し、スタッフの看取りに対する学習を促進することにより、利用者および家族が望む看取りを実践できる可能性がある。

## 謝 辞

研究にご協力くださいました各施設の皆様に心より感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 認知症介護研究・研修センター：認知症介護基礎研修標準テキスト. 6. 東京都：株式会社ワールドプランニング. 2015.
- 2) 内閣府：令和4年度高齢社会白書. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf> (最終閲覧日：2022/11/30)
- 3) 朝田隆：わが国の認知症の有病率調査. 老年精神医学雑誌. 29：350-357, 2018.
- 4) 厚生労働省：平成28年介護サービス施設・事業所調査の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/kekka-gaiyou.pdf> (最終閲覧日：2022/11/30)
- 5) 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～. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei\\_orangeplan.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan.pdf) (最終閲覧日：2018/1/27)
- 6) 桜井紀子、内山登美江、岡本綾：「死にゆく人」へのケア. 高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト. 51-55, 東京都：筒井書房. 2009.
- 7) 厚生労働省：平成27年老人保健事業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研究事業報告書」. 公益社団法人日本認知症グループホーム協会. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136625.pdf> (最終閲覧日：2018/1/27)
- 8) 公益社団法人日本訪問看護財団：平成26年度老人保健健康増進等事業 老人保健事業推進費等補助金「認知症対応型共同生活介護で暮らす要医療者の看取り支援に関する調査研究事業の報告書」. <http://www.jvnf.or.jp/katsudo/kenkyu/26kenkyu/h2602.pdf> (最終閲覧日：2018/1/27)
- 9) 北村育子、永田千鶴：地域密着型事業所における看取り実施と運営推進会議の活用についての検討. 日本福祉大学社会福祉論集. 142：57-70, 2020.
- 10) 平松万由子、大瀬律子：認知症グループホームの高齢者終末期ケアに影響を及ぼす要因 管理職の認識に焦点を当てた質的分析. 日本認知症ケア学会誌. 9 (3)：497-506, 2010.
- 11) 大島操、赤司千波、柴北早苗：介護付有料老人ホームと認知症グループホームにおける終末期ケアおよび看取りの現状と看護職者の思い. 日本看護研究学会雑誌. 35 (1)：175-181, 2012.
- 12) 平川仁尚、上村和正、葛谷雅文：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. 39 (4)：245-250, 2008.

## The situation of terminal care in group homes for dementia of the A prefecture

Yumiko Fukuoka<sup>1)</sup>, Takako Nakagawa<sup>2)</sup>, Yukari Kimura<sup>3)</sup>, Mihoko Kiriake<sup>4)</sup>  
Hiromi Miura<sup>4)</sup> and Wakako Kumagai<sup>2)</sup>

1) Hirosaki University of Health and Welfare, 3-18-1 Sanpinai Hirosaki Aomori, 036-8102, Japan.

2) Aomori Chuo Gakuin University, 12-1 Kanda Yokouchi, Aomori, Aomori, 030-0132, Japan

3) Aomori University of Health and Welfare, 58-1 Mase Hamadate, Aomori, Aomori, 030-8505,  
Japan

4) Hachinohe Gakuin University, 13-98 Mihono, Hachinohe, Aomori, 031-8588, Japan

### Abstract

The study aimed to clarify the situation at the terminal care for people with dementia in group home of prefecture A. The Japan Group-Home Association for People with Dementia was involved in the study. Managers from 114 institutions were requested to answer a questionnaire, which evaluated the resources of their institutions. These included the availability of terminal care, cooperation between medical care professionals, accessibility of the hospital, and medical situation of their residents. We additionally requested the managers to freely evaluate the difficulty of terminal care and the considerations of a families of the residents. Based on the results of the questionnaire, a descriptive statistic was calculated and categorized according to the similarities identified among the investigated institutions. Responses were obtained from 86 institutions, and we analyzed a total of 78 facilities. There were 45 institutions (57.7%) with terminal care, 38 institutions (84.4%) with a house call, and 39 institutions (86.7%) in cooperation with medical care professionals. Among the patients with ambulatory diseases, most had hypertension and other heart disorders. The section on the difficulty of terminal care included nine categories, among which were also burden and anxiety. Five categories were identified as considerations for families of patients receiving end-of-life care. These included reporting about the patient's states and respecting their time with the family. Institutions with terminal care provided their services via house calls in cooperation with medical care professionals. Based on the results, the service provision of terminal care was significantly improved. Future studies should focus on further exploring the factors affecting anxiety from the viewpoint of terminal care practitioners.

Keywords: Group-Home for People with Dementia, Terminal Care, clarify the situation