

## 認知症高齢者グループホームに関する看護研究の動向と看護師の実践についての文献的考察

西村 春香\*, 長 聡子

産業医科大学 産業保健学部 成人・老年看護学講座

**要 旨**： 認知症高齢者グループホーム(GH)は人員配置基準において看護師は必置ではないが、利用者の医療ニーズの高まりをうけて看護師が健康管理等にかかわることが評価され、看護師を配置するGHが増加している。そこで、本研究はGHにおける看護研究の動向と看護師の実践について明らかにすることを目的とした。その結果、看護師の実践に関して「看取り期の看護」「看取り期以外の看護」が抽出された。また本研究を通し、GHにおける看護師の必要性やGH職員との連携の重要性は明らかになったが、看護師の実践に関しての報告は限局的であり、今後実態を明らかにする必要性が示唆された。

**キーワード**： 認知症, グループホーム, 看護研究.

(2020年5月14日 受付, 2020年10月19日 受理)

### はじめに

わが国の2012年の認知症者数は462万人と推計されており、2025年には約700万人(高齢者の5人に1人)に達すると見込まれている[1]。2000年の介護保険の制度化時に設立された認知症対応型共同生活介護(通称認知症高齢者グループホーム; GH)は、認知症者に特化した1ユニット5~9人以下で構成された共同生活の場である。GHは少人数で家庭的な雰囲気の中、なじみの関係を構築しながら、日常生活を営むうえで必要な支援および機能訓練をうけることにより、認知症の進行遅延と症状の安定の効果が期待されている。また2006年の介護保険法改正では、住み慣れた地域での生活を継続的に支える地域密着型サービスとして位置づけられた。サービスの開始年度の2000年に675事業所開設されていたGHは、2017年度には13,346事業所に急増している[2]。

GHは要支援2以上の認知症高齢者を対象とし、日常生活に必要な家事全般を利用者と職員が共同で行う生活の場であり、職員配置は利用者3人に対し常勤換算1

人以上の介護職員を配置すること、また夜間は1人以上の勤務者をおくことが要件とされ[3]、看護師は必置ではない。

一方で、利用者の平均年齢、要介護度、認知症日常生活自立度判定基準が徐々に高くなり[4]、2006年にGHにおける医療連携体制加算Ⅰが創設され、看護師が健康管理等にかかわることが政策的に推進されるようになった。GHの医療連携体制加算はGHの入居者が重度化しても、あるいは終末期になっても住み慣れたGHでの生活が継続できるように医療体制を強化するための制度である。算定要件として、職員または訪問看護ステーション等との契約により、看護師を1名以上確保することや、看護師による24時間連絡体制を確保することとされている[5]。2016年にはGH全体の約2割がGHでの看取りまで対応していることや2017年度には80.6%のGHが医療連携体制加算を取得していることが報告されるなど、GHにおける医療の必要性の高まりをうけ、2018年4月には医療連携体制加算Ⅱ・Ⅲが新設された[6]。医療連携体制加算ⅢではGH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置すること

\*対応著者: 西村 春香, 産業医科大学 産業保健学部 成人・老年看護学講座, 〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1, Tel: 093-603-1611(内線8157), Fax: 093-691-7178, E-mail: nishimura@health.uoeh-u.ac.jp

が要件となり、手厚い看護体制の事業所が評価されるようになった。このように高齢化が進行し、認知症者が増加している現在、GHにおいても医療的知識をもつ看護師への期待が高まっている。

また、GHの経営母体は様々であり、営利法人、社会福祉法人、医療法人等多岐にわたる。2013年の実態調査によると、医療法人が経営している事業所では介護老人保健施設を併設・隣接しているGHが多いこと、看護師資格を保有する管理者を雇用する事業所が他経営母体よりも多いことが明らかになっている[7]。この背景から考慮すると、GHは当初看護師配置を必置としていなかったが、経営母体によっては医療連携体制加算創設以前から何らかの形で看護師がGHに関わっていた可能性が推測される。2000年に介護保険施設として制度化されたGHに、看護師がどのように関わってきたのかを明らかにすることは、今後のGHの看護師のあり方を考察していく上で必要であると考えられる。

以上より、本研究ではGHが制度化された2000年から約18年間(2018年10月現在)に発表されたGHに関する看護研究の動向と看護師の実践について明らかにすることを目的とした。

## 対象と方法

### 1. 対象文献および文献選定方法

2000年1月～2018年10月までの約18年間に発表されたGHに関する看護研究について、「医学中央誌web版(ver. 5)」で“認知症/TH or 認知症/AL” and “グループホーム/TH or グループホーム/AL”をキーワードとした。また、検索年数はGHが制度化された2000年以降とし、分類を看護に絞り、会議録を除き、原著論文のみを対象に検索を行った。

抽出された文献は2018年10月現在で145編であった。なお、対象文献は以下のとおりとする。

#### 1) 看護研究の動向の分析

上記のデータベース検索で抽出された文献全145編を分析対象とした。

#### 2) GHの看護師の実践の分析

研究内容が独創的で創造的かつ学術上価値の高い研究成果を示すものを対象としたため、原著論文およびそれに準じる研究報告のみを対象とし、資料、学会抄録、実践報告などは除外した。掲載雑誌により論文形式の区別が異なるため、原著論文、研究報告と記載してある論文を対象とした。抽出された研究論文の表題、

キーワード、Abstract、本文を熟読し、GHの職員や利用者、家族を対象としている論文を選定した。なお、GHの看護師の実践を調査するため、老年看護学実習や看護学生を対象とした論文、GH以外の場を対象とした論文は除外した。その結果GH看護師の実践についての分析は19編が研究対象となった。

## 2. 研究方法

認知症高齢者グループホーム(GH)に関する看護研究の動向に関して、対象文献の発表年、研究対象者、研究方法については単純集計を行った。また、看護師の実践の分析に関しては、19編において独自に要約用紙を作成し、各研究論文の要約を行った。研究結果より明らかにされた内容を忠実に抽出し、内容の示す特徴を反映する意味内容に従いコード化し、抽出されたコードの意味内容の類似性に従い、カテゴリー化した。その後、看護師の実践の場面が分かるよう包括的な枠組みにまとめ、コアカテゴリーを作成した。

## 結 果

### 1. 研究論文数の経時的変化

145編の研究発表年は、2000年4編、2001年2編、2002年7編、2003年4編、2004年9編、2005年10編、2006年11編、2007年7編、2008年7編、2009年7編、2010年6編、2011年7編、2012年12編、2013年14編、2014年11編、2015年7編、2016年10編、2017年9編、2018年1編であった(Figure 1)。

### 2. 対象論文の特徴

#### 1) 研究対象

対象文献145編の研究対象者は、GHを含む介護保険サービスに係る職員を対象としたもの、GHを含む介

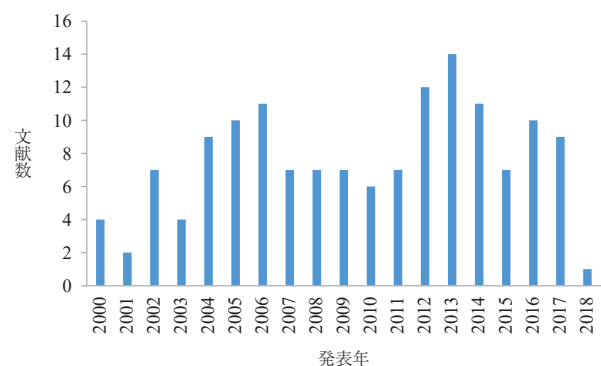


Figure 1. 研究論文数の経時的変化

護保険サービスに係る利用者や家族、職員を対象としたもの、その他であった。なお、GHにおける看護師の位置づけは様々であることから、対象文献で研究対象となった看護師は常勤、非常勤などのGH事業所による雇用や、訪問看護師などの外部委託等が考えられるが詳細は不明であったため、各々の対象文献での表記内容に従い分類を行った。以下に、詳細を記す。

#### (1) GHを含む介護保険サービスに係る職員

研究対象者は、GH職員(介護福祉士、ヘルパー2級、看護師、准看護師、介護支援専門員、無資格者等)17編、GH看護師7編(勤務体制問わずGHで看取りに携わった看護師1編、訪問看護師3編、GHを含む介護保険施設看護師3編)、GHの介護職員3編、GHの管理者8編、訪問看護ステーション管理者1編、ケア責任者(定義: GHにおけるケア実践の中心的方向付けと責任を担う看護師または介護責任者)2編、施設長2編、看護師(GH雇用や訪問看護師)と介護職員3編、看護師と管理者6編、管理者と職員(GHに雇用されている看護師、介護職員)6編、GH職員(看護師、介護職員)と訪問看護ステーションの訪問看護師4編、GHと他施設(特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、デイサービス、有料老人ホーム)の職員(看護師、管理者、介護職員)3編、在宅医療を行うかかりつけ医とGHや宅老所の職員(対象者不明)1編、ケアマネジャー1編、入所時に面接・調査・検査・添書等から情報収集をした看護師や介護職などの職員2編であった。

#### (2) GHを含む介護保険サービスに係る利用者や家族、職員

GHの利用者(本人)36編、主介護者2編であった。主介護者と利用者2編、利用者と職員(管理者、介護職員)10編、家族と職員(管理者、介護職員)3編、利用者と主介護者と職員(管理者、介護職員)1編、GHと介護老人保健施設の利用者1編であった。

#### (3) その他

看護学生12編、要介護高齢者、特別養護老人ホームの認知症高齢者各2編であった。入院中の患者、脳疾患のある高齢者各1編であった。文献レビュー、海外の文献が各2編、GHの外部評価と内部評価を対象にした文献、GH環境を対象とした文献1編の計145編であった。

#### 2) 研究方法

研究方法に関しては、質的研究59編、量的研究61編、

質および量的研究の併用6編、事例検討17編、文献レビュー2編の計145編であった。2000年には、事例検討や行動を知るための参加観察研究などの質的研究が多くを占めていた。2005年以降は対象をGHの管理者や介護職員などのGH職員を対象とした調査が増え、インタビュー調査や質問紙調査などによるケアの現状などを明らかにした研究が多かった。

#### 3. GHの看護師の実践についての分類

2つのコアカテゴリに分類された。1つ目は「看取り期の看護」であり計12編であった。その中で「看取りの実際」は5編、「看取りの課題」は4編、「看取り期の介護職員の思いと看護師に期待される役割」は3編であった。2つ目は「看取り期以外の看護」であり計7編であった。その中で「対象理解」は2編、「訪問看護師と介護職員の関わり」は3編、「向精神薬の実態」は1編、「環境調整」が1編であった。

##### 1) 看取り期の看護

###### (1) 看取りの実際

千葉らはGH管理者を対象に、看護師雇用の有無による看取りケアの現状の比較調査を実施し、看護師を雇用しているGHのほうが「看取り経験の有無」「医療連携加算取得の有無」「看取りケア指針の策定の有無」「看取り介護加算の有無」「看取りケアの今後の取り組み予定の有無」の5項目の割合が高かったことを明らかにした。また、看取りには吸引や点滴など医療行為が必要となるため、訪問看護師にその都度説明するよりも、常時GHにいて入居者の状況を十分に把握できる看護師の必要性を示唆している[8]。

兼田はGHや小規模多機能型居宅介護の看護師や介護職員を対象に看取りの実態を調査し、その上で豊かな看取りを行う前提として、「看取りの価値観」「管理者とGH職員の看取りを行う覚悟」「高齢者とその家族の看取りに対する思いを受け止める」「GH職員どうしが思いを分かち合う」「管理者の全面協力」「医療関係者の協力が情緒的な支え」とであると明らかにしている。訪問診療、訪問看護や施設での看護師など、適切な医療的指示やアドバイスをしてくれる存在があるというだけでGH職員は安心感があり、安定した気持ちで最期までケアを提供することができていたと、医療者とGH職員の連携の重要性を述べている[9]。

また、木村は常勤雇用の看護師や訪問看護師を対象にGHでの看取りの実態を調査した。よい看取りの要素として「最期の状態(穏やか、安らか、苦痛がない)」、「家族に見守られた最期」、「看取り後、家族からの感謝



の言葉「家族・GH職員との十分な話し合い」を抽出した。一方、よい看取りとはいえない理由として「家族に見守られた最期ではない」「本人の意思に添えなかった、わからなかった」「振り返ると後悔がある」であることを明らかにした。また、酸素吸入や創傷処置などの医療処置の有無がよい看取りといえない要素に関係していることを報告している[10]。

さらに、千葉らは管理者と看護師を対象に看取りケアに必要な医療連携のための実践内容を調査し9カテゴリーを抽出した。「高齢者の予備力と認知機能を詳細にアセスメントする」「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、日常生活行動を支える」「必要な医療行為を的確に実施する」「看取り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」「看取り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」であり、「アセスメント」「ケアと医療の実施」「教育・相談」「調整」の4側面を状況に応じて提供できる実践力をもつ看護師の重要性を明らかにしている[11]。

一方、平松らは看護師や介護職員など資格が異なる管理者の認識に焦点をあててインタビューを実施した。看取りケアに影響を及ぼす要因として、「事業所の看取りケアの方針」「ケアの充実を導く人の存在」「看取りケア観をはぐくむ機会」「管理職のケアスタッフに対するかかわり」「ケアスタッフの看取りケアに対する主体性」の5つを抽出した。「ケアの充実を導く人の存在」として管理者の役割が影響していることを明らかにしたが、管理者が介護職員である場合は「GH雇用の看護師の健康管理の視点や予測に基づくケアの提供から学びを次にいかす」という語りがあり、看取りケアを行う上で医療職である看護師の必要性を示唆している[12]。

## (2) 看取りの課題

畠山らは、GHの看取りケアの現状と課題を明らかにすることを目的に、施設長に対しインタビュー調査を行った。GHで看取りを行うために、「スタッフの質的問題」「医療面での問題」「建物の構造上の問題」「家族理解の問題」の4つの各種条件の整備の必要性を明らかにした。また、医療処置が必要になった段階になってからではなく、できるだけ入院を回避して、認知症の人にとってダメージが大きい「リロケーションダメージ(それまで暮らしてきた物的・人的環境から離れ、新たな環境での生活によって引き起こされる身体的・精神的・社会的な変化)」をなくすためにも看護師の配置は有効ではないかと示唆している[13]。

また、千葉らは介護職員や看護師を対象に、看取りケアの課題を調査し7カテゴリー「ケア環境の整備に関すること」「医療に関すること」「他職種との連携に関すること」「入居者のケアに関すること」「家族への関わりに関すること」「他の入居者への関わりに関すること」「看取りケアの質に関すること」を明らかにした[14]。

一方、山崎らはGHの管理者を対象とし、看取りケアの看護師の実践について調査した。その結果、点滴や褥瘡処置などの医療処置、介護職員への指導、服薬管理、健康管理、苦痛管理をあげている。看取りケアの課題としては「介護職員は判断に迷いながらケアをしている」「介護職員は不安や恐怖の中でケアをしている」など、恐怖や迷いの中で看取りケアをしている実態が明らかになった。加えて、看護師と介護職員が有機的に連携を図るための体制の整備を行い、連携体制の強化を図るための研修会やマニュアルの必要性を示唆している[15]。

さらに、看取りケアの連携に関して明らかにするために、管理者や介護職員、看護師を対象にした平木らの調査では、看取りケアの連携には「24時間の情報共有を行うケア体制の必要性」「各職種の役割の明確化」「GHにおける看取りケアの標準化に向けた教育体制の確立」の必要性を明らかにしている[16]。

## (3) 看取り期の介護職員の思いと看護師に期待される役割

久山らは介護職員を対象に、看取り体験の調査を実施した。看取り期は看護師の肯定的な関わりが介護職員の学び、安心感につながる可能性があり、悲嘆処理ができる場の設定や介護職員の精神的サポートを行う役割が看護師にあることを示唆している[17]。

平木らは管理者、介護職員、看護師らを対象に看取りケアで介護職員が看護師に期待する役割として4カテゴリーを抽出した。「高齢者となじみの関係を形成する」「適切なアドバイスができる」「経過の予測や適切な判断」「ともに成長する姿勢」であり、看護師は日々の生活の中で高齢者がどのような看取りを希望しているのか把握し、介護職員がどのようなことを考えながら看取りケアを実施しているのか理解する必要があると示唆している[18]。

さらに千葉らは終末期ケアで看護師に期待する役割を明らかにするために、介護職員を対象に調査し8カテゴリー抽出した。「共にいる」「健康管理を行う」「日常生活を支える」「必要な医療を提供する」「医療と連携する」「インフォームドコンセントを支える」「医療の相談に応じる」「スタッフ教育を行う」であり、これ

らを遂行するためには、平木らと同様、看護師は入居者の生活を把握できる立場で看護援助を提供することが必要であることを報告している[19].

## 2) 看取り期以外の看護

### (1) 対象理解

北川らはGH職員に入居者の痛み保有率の調査を行い、痛み症状をもつ認知症高齢者がいると回答したGHは83%である実態を明らかにした。骨関節系の痛みが最も多く、湿布などの経皮用剤や鎮痛薬の処方に対応としてあげられた。このことから、GHにおける痛みの評価や緩和ケアへの備えの重要性を示唆している[20].

山本らは認知症高齢者の人生暦に関し、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、GHに雇用されている施設看護の認識の比較調査を行った。「高齢者の行動観察で対処法がわかる」「日々、高齢者を観察することで健康管理が可能である」の項目は、介護老人福祉施設とGHの看護師で有意差が認められ、GH看護師の方が必要性の認識が高く、GH看護師は認知症高齢者の看護において人生暦の重要性を認識している実態を明らかにした[21].

### (2) 訪問看護師と介護職員の関わり

鶴沢らはGHにおける看護ニーズの高まりから、訪問看護師と介護職員の協働の在り方を検討するため、介護職員を対象に訪問看護師との関わりの実態を調査した。介護職員の多くが入居者の病気の悪化などの状態変化による状況判断や入居者の急変に不安を感じており、特に夜勤従事者の方が非夜勤従事者よりも不安・困難感が高いことを明らかにした。また、情報交換(相談)は、訪問看護師、介護職員がそれぞれ「看護師さん」「スタッフさん」の職名もしくは名前と呼ぶ群は職名も名前も呼ばれない群よりも高いことを明らかにした。さらに、介護職員からみた訪問看護師との協働に必要な工夫について、看護師との情報交換の機会や話し合いの場や、コミュニケーションの必要性を述べている[22].

片平らは、医療連携体制加算創設年の2006年12月～2007年3月にかけて、GHと訪問看護の連携の実際と課題を明らかにするため管理者を対象に調査をした。GH内で行われている日常的な医療処置は皮膚処置(49.7%)、浣腸・摘便(19.4%)であった。日常の健康管理、医療行為について訪問看護師が介入する効果として「医療面の対応が充実した」「健康管理をしてもらえる安心感」をあげ、課題として「通院やターミナルにつ

いての契約外の家族の要求が増えた」「看護師の質にばらつきがある」と述べている。緊急・夜間対応について訪問看護師の効果として「介護職員のみでは難しい急変時の判断ができる」「夜間に電話相談できる」をあげ、課題として「緊急時は救急車を呼んだ方が早い」「訪問看護ステーションに支払う費用が安いので、看護師を呼ぶのを遠慮してしまう」を明らかにした[23].

一方、小笹らは医療処置を要する利用者のケアにかかわる訪問看護師のケア行動として、5つのカテゴリーを抽出した。「医療処置に関わるケアの必要性について関係者間の合意形成を促す」「医療処置を含むケアに関して本人に合った方法を提案、説明し、理解を促す」「本人、GHケアの現状を踏まえてケア体制を整える」「医療処置に関わる介護職、家族の不安や負担を軽減する」「悪化予防のケアがGHで継続的に実施されるよう定着化を促す」とし、訪問看護師は介護職員へ知識、技術を伝え、トラブル発生時などの対応について24時間体制で応えるのみでなく、役割分担をコーディネートし、予防的ケアを浸透させようとする行動をとっていた。また入居者がGHで生活を継続させるための体制づくりや関係者の合意形成を促す行動をとっていたことを明らかにした[24].

### (3) 向精神薬の実態

大嶋らは向精神薬の使用実態とGH職員の不安の現状を明らかにする目的で管理者または看護師に質問紙調査を実施した。看護師を配置しているGHにおいて「向精神薬に不安がある」と関連があったのは「向精神薬を服用して対応に困難を感じたことがあった」の項目のみであった。しかし、看護師配置をしていないGHでは、「向精神薬に不安がある」と関連があったのは、「向精神薬を服用して対応に困難を感じたことがあった」の他に、「入居者が向精神薬を服用後、生命の危機まではないが向精神薬による何らかの問題事象がおきたことがあった」「向精神薬の副作用を知っている」の項目であった。このことから、看護師は知識を習得するだけでなく、向精神薬の使用方法や行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)を熟知すること、薬剤師やかかりつけ医などと連携し支援組織を構築することが重要であると示唆している[25].

### (4) 環境調整

細田らはなじみの場づくりに関する認識と実践について看護師や介護職員を対象に調査した。「なじみの場づくり」のために「入所者の心身の状態を把握し、

入所者の意欲を引き出しながら実際の生活行動を支える」ケアの認識と実践が高いことを明らかにした。逆に認識・実践ともに低いケアは、「生活行動を通じ入所者の持つ能力をさらに伸ばすリハビリテーション的な関わり」や「入所者個々の不安の状態を把握し、その人に合った方法で生活の幅が広がるように時間をかけて関わる」であったことを明らかにした[26]。

### 3) GHにおける看護師の実践状況の動向

看護師の実践に関する対象文献19編をカテゴリ化した結果, GH看護師の実践場面として、「看取り期の看護」「看取り期以外の看護」に分けられた。「看取り期の看護師の実践」として、「看取りの実際」「看取りの課題」「看取り期の介護職員の思いと看護師に期待される役割」の3つのカテゴリが抽出された。「看取り期以外の看護師の実践」として「対象理解」「訪問看護師と介護職員の関わり」「向精神薬の実態」「環境調整」の4つのカテゴリが抽出された(Table 1)。

## 考 察

対象文献の特徴および研究内容の結果を踏まえ, GHに関する看護研究の動向と看護師の実践について考察する。

### 1. GHに関する看護研究の動向の特徴

#### 1) 研究数の推移

GHが制度化された2000年以降の研究論文を対象とした結果, 全145編であった。他の介護保険施設である, “介護老人保健施設/TH or/AL” や, “介護老人福祉施設/TH or/AL”, “特別養護老人ホーム/TH or/AL”で同様の検索を行うとそれぞれ, 687編, 518編, 503編であり, GHの看護研究は他介護保険施設と比較すると少ない現状にあり, GHには看護師が必置でないことが理由だと考えられる。しかし, GHにおける看護師の実践状況に関しては2005年以降に発表されている。これは, 2000年のGHの制度化以降, 経年と共に利用者の医療ニーズが高まり, 2006年に医療連携体制加算Iが創設され, 看護師が健康管理等にかかわることが政策的

Table 1. 認知症グループホームにおける看護師の実践

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
看取り期の看護	看取りの実際	1. よい看取りの要素
		2. 豊かな看取り
		3. 終末期ケアに必要な医療連携の看護実践
看取り期以外の看護	看取りの課題	4. 看護師の有無による終末期ケアの取り組みの違い
		5. 管理者の認識が終末期ケアに影響を及ぼす要因
		6. 終末期ケアの実態と課題
	看取り期の介護職員の思いと看護師に期待される役割	7. ターミナルケアに必要な体制
		8. 終末期ケアの連携体制と課題
		9. 終末期ケアの課題
看取り期以外の看護	対象理解	10. 職員の看取り期体験の思い
		11. 終末期ケアで介護職が看護師に期待する役割
	訪問看護師と介護職員の関わり	12. 終末期ケアに期待される看護師の役割
		13. 利用者の疼痛の実態
向精神薬の実態	環境調整	14. 対象理解に重要な要素
		15. 介護職と訪問看護師のコミュニケーション
		16. 訪問看護の実際と課題
		17. 医療処置を要する利用者へのケアへの訪問看護師の行動
		18. 向精神薬使用の実態と職員の不安
		19. なじみの場づくり



に推進されたことが影響していると考えられる。片平らが2006年12月～2007年3月にかけてGHと訪問看護の連携の実際と課題を明らかにする調査を実施したことや、看取り介護加算が創設された2006年以降に、平木や千葉らが看取りの実態や連携の課題などを明らかにしており[11, 16, 23]、介護保険改定による加算の創設に伴い、研究数が増加していることが推測される。2018年には医療連携体制加算Ⅱ・Ⅲが新設され常勤の看護師を配置するGHに高い加算がつくようになったことから、今後さらに看護師を配置するGHは増加していくことが予測され、GH看護師の実践に関する実態調査や課題などが明らかになっていくことが期待される。

## 2) GHに関する看護研究における研究対象の特徴

GHの職員配置は、管理者、計画作成担当者、介護職員である。管理者や計画作成担当者は、認知症介護の経験年数や指定の研修を受けていることが要件であるが、看護師資格を保持している介護福祉士であるなど管理者の資格背景は様々である。介護職員も同様に資格の有無は問われないため、無資格である場合や、介護福祉士の国家資格を保持している場合、看護師資格を保持しているが介護職員として雇用されている場合など多様である。このように、GHに職員配置は定められているが、経験年数、指定研修の修了が要件で、免許と配置要件の関連に定めはなく、免許と雇用との関連にも定めがない[27, 28]。本研究の結果で示した「対象論文の特徴」で、研究対象が多岐にわたる理由は、この職員配置や要件が影響していると考えられる。

また、2005年以降になると看取りに関する看護研究が見られるようになった。これは、2006年に医療連携体制加算が新設され、入居者の様々な健康問題への対応が可能なGHが増え始めるとともに、地域密着型サービスに位置づけられ、認知症者が住み慣れた地域で最期まで過ごすことができるようになった背景が影響していると考えられる。

また、2008年以降看護学生を対象とした看護研究が増えている。これは、看護基礎教育課程のカリキュラムが影響していると考えられる。1990年代のカリキュラム改正で老人看護学が成人看護学から独立し、看護の基礎教育において認知症に関する教授は老年看護学の範疇となった[29]。日本老年看護学会が2004年に認知症看護を認定看護分野として日本看護協会に申請したことがはじまりとなり、認知症看護認定看護師の教育が開始された[30]。このように看護基礎教育や医療の現場での認知症看護の充実を目指す動きも窺える。

木下らは、GHでの老年看護学実習は高齢者や認知症の理解、認知症看護の理解につながったことを明らかにしている[31]。光貞らも同様に、GH実習を行った学生の学習内容を分析しており、認知症知識の平均正解率の向上を明らかにしている[32]。GHは他の介護保険施設に比べると小規模であるため、実習生の受け入れ人数の制限や臨地実習指導体制などの課題があるものと推測されるが、老年看護学実習においては、認知症への看護を提供する上で不可欠となる“認知症の理解”を目的とし、認知症高齢者の生活の場であるGHが実習施設として増えている現状も窺える。

GHに関する看護研究論文で取り扱った研究対象として、全体を通して利用者の観察研究、管理者を含めたスタッフを対象とした研究が多い。看護師を対象とした研究では、管理者が看護師免許を有しているなど、看護業務を担っている看護師を対象とした研究はほとんど見られないが、これは人員配置基準に看護師が指定されていないためであると推測される。しかし、2018年に医療連携体制加算Ⅱ・Ⅲが新設されたように、現在GHでは医療的側面からのケアが求められる。認知症看護については、2014年に天木らによって「総合病院における認知症看護の質評価指標」が発表されるなど治療の場における認知症看護の実践や質評価が開発されているが[33]、GHという生活の場における看護師の実践は明らかになっていない。荒井によると、病院看護師は「患者と決まった人」に接する、つまり「要治療」というカードが貼られた人を見る環境のなかで仕事をしている一方、施設看護師は“患者”かどうかの判断そのものをせまられる環境にいるとし[34]、病院と施設では看護師に求められる看護は異なることを指摘している。このことから、治療の場における認知症看護の実践や評価と、生活の場であるGHの看護は同様とは言えず、生活の場での看護師の実践を明らかにすることが必要である。訪問看護師を対象にしたものや介護職員と訪問看護師の関わりに関する研究は見られているが[22, 24]、GHにおける看護師は事業所雇用の内部看護師や訪問看護ステーションとの委託契約などによる外部看護師など雇用形態が様々であるため、GH看護師の実践に関する実態の報告は非常に限局的だといえる。今後GH看護師の実践を調査する上で、看護師の免許を有する職員のみを抽出する、雇用関係や勤務状況、GH専従か外部委託先の看護師かなど看護活動における関係性を確認するなど調査方法を工夫することにより、GH看護師の実践が明らかになると予測される。

### 3) 研究方法の特徴

研究方法に関しては、質的研究の手法を使用したものが過半数以上を占めていた。質的研究は、研究対象の体験や思いを詳細に把握・探求することができ、幅広い焦点でアプローチできるという長所がある。GH看護師は必置でないことから探索的に解明を試みざるを得ないことが影響していると推測される。一方で、研究者と対象の関係性、研究者の観察力や聞く力、知識が問われること、対象が限られることが指摘されており[35]、本研究の対象論文においても、ほとんどの研究者が研究内容の一般化への課題を残していた。今後は、研究結果の一般化が可能となる研究方法の洗練が課題である。

## 2. GHの看護師の実践状況に関する研究内容

### 1) 研究の視点と課題

本研究で対象となった19編のうち6割以上が、看取り期の看護実践の実際と課題を明らかにしていた。看取りの実際では、看護師を雇用しているGHのほうが看取り経験の実施の割合が高いこと、GH職員は看護師がいることで安心感があること、“よい看取り”の要素として最期の状態が穏やか、安らかで苦痛がないことなどを報告し、看取りを行うための看護師の重要性を明らかにした。看取りの課題では、看護師とGH職員の連携の体制整備や強化を図るための研修会、マニュアル作成の必要性、さらに医療処置が必要になった段階になってからではなく、できるだけ入院を回避する日常的な健康管理の重要性を示唆している。

一方、看取り期以外では、利用者の対象理解のための手段や、スタッフとの連携の実際を明らかとしたものであった。GH職員と看護師の連携は、全てが訪問看護師と介護職員との関わりであり、常勤看護師などGHで雇用されている看護師との連携は報告されていない。

2018年に医療連携体制加算Ⅱ・Ⅲが新設されたように、経年とともに医療的支援が必要な利用者が増え、看護師を配置するGHが評価されるようになってきている。しかし、GHは5~9名/ユニットの小規模な介護保険施設であり、GHに雇用される看護師も1名程度と予測される。このような背景の中、異常の早期発見、対処と日頃の健康維持の役割を期待されている看護師の活動実態を明らかにすることは急務であると考えられる。

### 2) 看取り期の看護実践

看取り期の看護実践では、看取りの看護実践の実際と課題、介護職員の思いと看護師に期待される役割の

報告が多かった。

2005年と2015年に厚生労働省が行ったわが国の死亡場所に関する調査を比較すると、病院79.8%から74.6%、自宅12.2%から12.7%、老人ホーム(特別養護老人ホーム、養護老人ホーム等)2.1%から6.3%、介護老人保健施設0.7%から2.3%へ推移しており、近年病院以外の場での看取りが徐々に増えている傾向がわかる[36, 37]。実際に、介護保険施設における看取りの実施は、2015年の調査では特別養護老人ホーム72.9%、介護老人保健施設は61.7%である一方、GHにおける看取りは19.4%と他の介護保険施設と比較すると少ない[36]。病院やGH以外の介護保険施設は職員配置に医師や看護師が必置であり、医療的処置や連携が可能であることが、看取りの実施状況に影響している要因として考えられる。GHは生活の場として、援助をうけながら自立した生活を送ることを目的に制度化されたため、看取りの件数は少ない。しかし、認知症高齢者は、新たな環境やなじみのない人々との出会いに対応することが困難となり、BPSDを発症する可能性があることから、住み慣れた場所で最期まで過ごすことができるよう看取りまで実施するGHへのニーズは高まってくると考える。

本研究を通し、GHで看取りを行うためには、GH職員と看護師の連携や利用者・家族の希望に沿った最期を迎えられる援助が求められていることが明らかとなった。これは看取り期のみでなく日々の関わりの中で利用者や家族の思いを確認すること、日ごろから介護職員と連携をとれる体制や関係性構築が重要であることを示唆している。また、看取り期は疼痛、呼吸困難など苦痛を伴う症状緩和のために必要な医療を医師と相談するなど、医療の連携は不可欠であり[19]、看護師は医療と介護を結ぶコーディネートの役割も期待されている。

「介護施設の看護実践ガイド」では看取りを行うための基本姿勢として、施設における看取りは、生活の延長線上のケアである。本人・家族の意思を確認し、看取りケアを望むならば過剰な医療や延命処置による苦痛を回避し、自然で安らかな死となるようケアを提供すると示している[38]。一方で訪問看護師からは「GHとの委託契約の場合には、入居者の家族や主治医と会う機会がほとんどないため、どのようにやりとりをすればいいかわからない」という意見もある[39]。このように、看取り期には看護師が必要であることや、看護師とGH職員、本人・家族との連携の必要性は明らかになっているが、その方法や看護師の雇用形態による実践の違いなど、看取り期における看護師の実践も十分



に明らかにされていない現状にある。

### 3) 看取り期以外の看護実践

他介護保険施設の看護師の実践に関する先行研究では、「特別養護老人ホームにおける看護実践能力尺度」「特別養護老人ホームでの看護職が実践する感染管理指標の検討」「ストレスを抱えながらも老人保健施設の看護師が就労を継続するプロセス」など[40-42]、看護師の実践尺度の開発や看護師を対象にした継続就労などの論文が報告されていた。一方、GHの看取り期以外の看護実践では、利用者の疼痛の有無の実態や対象理解の方法、訪問看護師の医療処置の内容が報告されている。荒井は、高齢者の場合「いつもとちがう」は、死の傍らにあることがあると普段との違いを見極める力が施設看護師には必要であると述べている[43]。つまり、GHにおける看護師の実践は医療処置だけでなく、日常生活の中で継続して行われる看護が極めて重要であるが、GHにおける看護師の実践状況や雇用形態による違いなどは明らかになっていないことがわかった。また、看護師を対象にした研究も極めて少なく、GHにおいて看護師が日々継続して行っている実践については未解明であることを確認できた。

### おわりに

今回、GHに関する看護研究の動向と看護師の実践に関する研究の文献検討を行い、その動向を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。研究対象文献の検索において、学術上価値の高い原著論文に準ずるものを選定したが、看護学系の研究では原著論文数は資料や報告に比べると少なく、今回除外した研究の中にも、看護実践の研究は含有されていたと考える。今後もこのような動向を踏まえた研究を継続し、GHの看護師の実践を明らかにし、課題の探求、構築に努めていく必要がある。

### 利益相反

なし。

### 引用文献

- 厚生労働省(2015): 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-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf) (閲覧日 2020年5月1日)
- 厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査: 結果の概要 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html> (閲覧日 2020年5月1日)
- 北川公子, 菅原峰子, 荒木亜紀, 他(2018): ②地域密着型サービス ①認知症対応型共同生活介護/介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム). 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学. 第9版. 医学書院. 東京. pp369-370
- 日本認知症グループホーム協会(2016): 第3章 事業所アンケート調査結果, 第4章 調査のまとめと考察. 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 pp115-157
- 全国訪問看護事業協会(2007): 「医療連携体制加算」とは? 算定するには?, 認知症対応型グループホームにおける『医療連携』を進めるために～訪問看護ステーションとの連携を中心に～Ver.2.2. p1
- 日本認知症グループホーム協会(2016): 事業所アンケート調査結果, 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 p83
- 富士通総研(2013): 2. 調査結果, 2.1. 事業所の基本情報. 認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業 pp12-21
- 千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子(2011): 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 16(2): 1-13
- 兼田美代(2011): グループホーム等小規模多機能型居宅介護施設における看取りの実態 インタビュー調査から「豊かな看取り」を模索する. 甲南女子大学研究紀要(看護学・リハビリテーション学編) (5): 119-127
- 木村典子(2016): 認知症高齢者グループホームで行われている看取り 看取りに携わった看護師から調査. ホスピスケア在宅ケア 24(1): 16-23
- 千葉真弓, 渡辺みどり, 松澤有夏, 他(2015): 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. 日本看護福祉学会誌 20(2): 141-155
- 平松万由子, 大淵律子(2010): 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
- 畠山怜子, 石川みち子, 吉田千鶴子, 他(2005): 岩

- 手県内のグループホームにおけるターミナルケアの現状と課題. 岩手県立大学看護学部紀要 7: 73-80
14. 千葉真弓, 奥野茂代, 太田規子, 他(2006): グループホームで暮らす認知症高齢者への終末期ケアの課題. 高齢者のケアと行動科学 12(1): 30-34
  15. 山崎尚美, 百瀬由美子(2014): 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課題. 質問紙調査の実施. 愛知県立大学看護学部紀要 20: 9-16
  16. 平木尚美, 百瀬由美子(2010): 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 16(1): 53-64
  17. 久山かおる, 大森真澄, 吉岡伸一, 中平みわ(2016): 認知症高齢者グループホーム職員の看取り体験の思い. 武庫川女子大学看護学ジャーナル 1: 45-52
  18. 平木尚美, 百瀬由美子(2011): 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 16(2): 85-96
  19. 千葉真弓, 楠本祐子, 奥野茂代, 渡辺みどり(2009): 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 14(2): 53-67
  20. 北川公子, 小野美香子(2014): グループホームに入居する認知症高齢者の痛みの実態. 痛み保有率と痛み保有者の特徴. ホスピスケア在宅ケア 22(3): 306-311
  21. 山本裕子, 臼井キミカ(2006): 認知症高齢者の人生歴に関する施設別看護師の認識の比較. 大阪府立大学看護部紀要 12(1): 23-35
  22. 鶴沢淳子, 佐久間夕美子, 有家香(2017): 認知症高齢者グループホームにおける介護職者と訪問看護師との関わり. 日本健康医学会雑誌 25(4): 324-334
  23. 片平伸子, 本田亜起子, 上野まり, 他(2009): 認知症高齢者グループホームにおける看護体制. 訪問看護の利用に焦点を当てて. 日本地域看護学会誌 12(1): 59-64
  24. 小笹優美, 諏訪さゆり(2012): 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かかわる訪問看護師のケア行動の特性. 日在宅ケア会誌 15(2): 35-44
  25. 大嶋光子, 青石恵子(2014): 認知症グループホームにおける向精神薬使用実態と職員の薬に対する不安の現状. 日本認知症ケア学会誌 12(4): 723-730
  26. 細田江美, 渡辺みどり, 千葉真弓, 他(2015): 認知症グループホームにおける“なじみの場づくり”に関する認識と実践. 長野県のグループホームのケア責任者への調査から. 長野県看護大学紀要 17: 85-99
  27. 日本認知症グループホーム協会(2016): 第3章 事業所アンケート調査結果. 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. pp 78-89
  28. 厚生労働省. 介護事業所・生活関連情報検索 [https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/care\\_services\\_guide/care\\_services\\_guide\\_service07.html](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/care_services_guide/care_services_guide_service07.html) (閲覧日 2020年5月4日)
  29. 田場由紀, 大湾明美, 佐久川政吉, 山口初代, 伊牟田ゆかり(2016): 看護基礎教育のテキストにおける認知症高齢者看護に関する記述内容の変化. 老年保健看護教育へ活かすために. 沖縄県立看護大学紀要 (17): 145-154
  30. 島橋誠(2016): 認知症ケアの移り変わりとは未来. 認知症ケアガイドブック. 日本看護協会編. 照林社, 東京 p53
  31. 木下香織, 古城幸子, 馬本智恵(2012): 認知症対応型グループホームでの老年看護学実習における学生の学び. 短期大学教育での実習目標への帰納的な分析から. 新見公立大学紀要 33: 11-19
  32. 光貞美香, 棚崎由紀子, 田村一恵(2012): 看護学生のグループホーム実習における認知症知識と自己評価の変化に関する検討. 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル 5(1): 29-35
  33. 天木伸子, 百瀬由美子, 藤野あゆみ(2014): 総合病院における認知症看護の質評価指標の開発. 日本看護福祉学会誌 19(2): 15-29
  34. 荒井千暁(2016): 「いつもとちがう」ことへの気付きは、なぜ大切か、いつもと違う高齢者をみたら: 在宅・介護施設での判断と対応: 高齢者ケアのキーノート. 第2版. 医歯薬出版, 東京 p2
  35. Holloway I, Wheeler S, 野口美和子, 伊庭久江, 今村美葉(2006): 質的研究の特質: 発展と展望, ナースのための質的研究入門: 研究方法から論文作成まで. 第2版(野口美和子 監訳) 医学書院, 東京 pp9-15
  36. 厚生労働省. 看取り 参考資料 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf> (閲覧日 2020年5月4日)
  37. 内閣府. 出典: 平成25年人口動態調査, 死亡数の年次推移 <https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/>

- meeting/2013/wg4/kenko/151224/item2-2-2.pdf (閲覧日 2020年5月4日)
38. 福井トシ子, 齋藤訓子, 酒井郁子, 他(2018): 看護の役割と看護実践, 看取りの援助, 介護施設の看護実践ガイド 第2版(日本看護協会編). 医学書院. 東京. p135
  39. 全国訪問看護事業協会(2017): 連携上の悩みと解決策の例, 認知症対応型グループホームにおける『医療連携』を進めるために～訪問看護ステーションとの連携を中心に～Ver.3. p11
  40. 笹谷真由美, 長畑多代(2018): 特別養護老人ホームにおける看護実践能力尺度原案の内容妥当性・表面妥当性の検討. 日本健康医学会雑誌 27(3): 282-290
  41. 松田千登勢, 山地佳代, 佐藤淑子, 江口恭子, 長畑多代(2018): 特別養護老人ホームでの看護職が実践する感染管理指標の検討. 摂南大学看護学研究 6(1): 12-20
  42. 須佐公子, 郷原志保(2018): 介護老人福祉施設に勤務する看護職の職務上のストレスとバーンアウトとの関連. 医療マネジメント会誌 19(2): 59-64
  43. 荒井千暁(2016): 「いつもとちがう」ことへの気づきは, なぜ大切か, いつもと違う高齢者をみたら: 在宅・介護施設での判断と対応: 高齢者ケアのキーノート. 第2版. 医歯薬出版, 東京 p7
-



## Literature Review of Research Trends in Nursing and Nursing Practices at Group Homes for Elderly People with Dementia

Haruka NISHIMURA and Satoko CHO

*Department of Clinical Nursing, School of Health Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan*

**Abstract :** Although nurses are not indispensable according to the standards of staffing in Group Homes (GH) for elderly people with dementia, they are involved in health management due to the increasing medical needs of users, and the number of GH that employ nurses is increasing. The purpose of this study was to clarify the trends in nursing research in GH and the practices of nurses. The main research contents of the practice of nurses were “nursing of end-of-life (EOL) care” and “nursing other than EOL care”. The necessity of nurses in GH and the importance of cooperation with GH staff were also clarified in this study, but there were few reports on the practices of nurses, suggesting the need to clarify the actual situation in the future.

**Key words:** dementia, Group Homes/elderly/dementia, nursing research.

J UOEH 42(4) : 371 – 382 (2020)