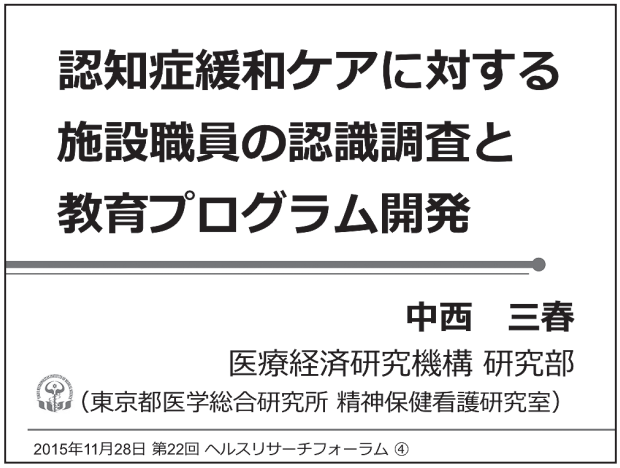
認知症緩和ケアに対する施設職員の認識調査と教育プログラム開発

中西　三春
公益財団法人東京都医学総合研究所 心の健康プロジェクト 精神保健看護研究室　主席研究員
（助成時：一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部　主任研究員）

【スライド1】

「認知緩和ケアに対する施設職員の認識調査と教育プログラム開発」という研究をさせていただいた中西と申します。

スライド 1

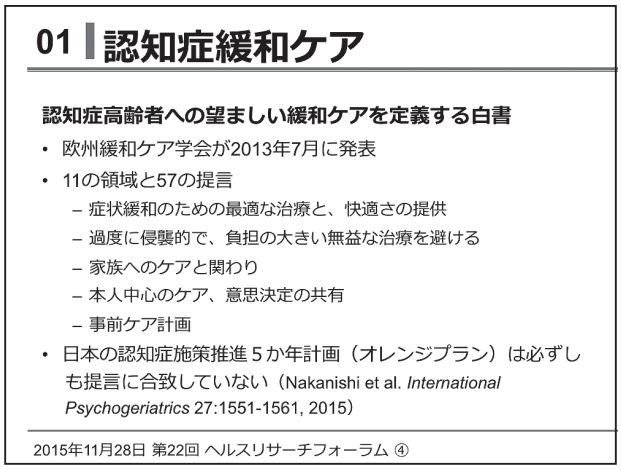


【スライド2】

認知症の人がこれから世界的にも大幅に増加することが予想される中、いかに最後まで住み慣れた地域で暮らすことを支えるかが大きな課題とされています。

その中で、2013年7月に欧州緩和ケア学会が「認知症高齢者への望ましい緩和ケアを定義する白書」を出しています。ここでは11の領域と57の提言があり、その領域の中には例えば症状緩和のための最適な治療と快適さの提供、あるいは過度に侵襲的で負担の大きい無益な治療を避けることといった医療的な内容だけでなく、家族へのケアと関わり、本人中心のケア、いわゆるパーソン･センタード･ケアを行うという原則、あるいはいかに早い段階から本人の意思決定を共有していくか、そして事前にどういうケアを受けたいかを計画する事前ケア計画といった内容を含む、とても幅広いものです。

スライド 2



この白書は今年3月のWHO認知症会合でも引用され、これに基づいて、認知症対策の中で認知症緩和ケアをより確立していくべきだという声明も発表されています。

この白書および提言を作成した方と一緒に私が14カ国の認知症施策を比較検証したところ、日本の認知症施策の推進5カ年計画、いわゆるオレンジプランが必ずしも提言に合致しておらず、今後、認知症緩和ケアを日本でも推進していく必要があると考えました。

【スライド3】

そこで本研究の目的として、日本における認知症緩和ケアの推進方策を探るために2つの調査を行いました。

調査1では介護保険施設の看護・介護職員を対象とした質問紙調査を行い、ご本人さまやご家族さまと関わる職員の方々が認知症緩和ケアをどう認識しておられるのか把握しました。

次に調査2として、調査1にご回答いただいた施設などからご協力いただけるところを探し、その介護施設の看護・介護職員の方を対象に、先ほどの白書で優良実践とされるケアガイドに基づく教育プログラムを試行しました。プログラムの実施前後でご参加いただいた方の認知症緩和ケアの認識に何らか変化が起こったかを検証しました。

スライド 3

02 研究の目的

調査 1

- 介護保険施設の看護・介護職員を対象とした質問紙調査
- 職員が、認知症緩和ケアをどのように認識しているのか把握

調査 2

- 介護施設の看護・介護職員を対象とした、ケアガイドに基づく教育プログラムの試行
- プログラムの実施前後で、参加者における認知症緩和ケアの認識の変化を検証

2015年11月28日 第22回 ヘルスリサーチフォーラム ④

【スライド4】

調査1の方法です。全国統計の死亡場所における介護施設の割合を都道府県別に算出して、その割合が高いところ、中間のところ、低いところの3つのそれぞれから県を抽出しました。抽出した県で登録されている介護保険施設の全数を対象として、質問紙調査票を郵送でお送りし回収しました。最終的に194施設、793名の方から回答を得ています。

調査内容では、認知症緩和ケアに対する認識を測定する尺度としてqPADを用いています。これはアメリカで開発された尺度で、原作者に許諾をいただき日本語版を作成しました。この尺度は知識と態度の2つで構成され、それぞれに下位尺度が存在します。それら下位尺度の得点を算出しました。

スライド 4

03 調査 1

対象

- 死亡場所における介護施設の割合を都道府県別に計算、割合の高・中・低の層それぞれから抽出
- 対象地域の介護保険施設に、質問紙調査票を郵送で配布および回収した。194施設、793名から回答を得た

調査内容

- qPAD (Questionnaire on Palliative Care for Advanced Dementia) 日本語版を原作者の許諾を得て作成
- 「知識」と「態度」の下位尺度の得点を算出

2015年11月28日 第22回 ヘルスリサーチフォーラム ④

【スライド5】

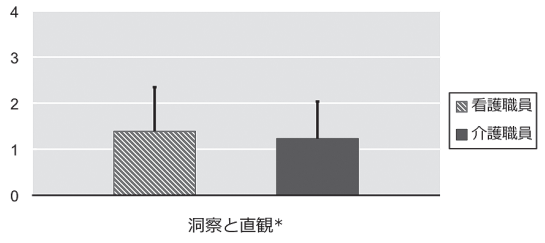
調査1の結果です。

まず知識の尺度では、下位尺度の「洞

スライド 5

04 施設職員の知識

洞察と直観（範囲0-4）：看護職員と介護職員



* $t(791) = 2.53$, $P = 0.012$

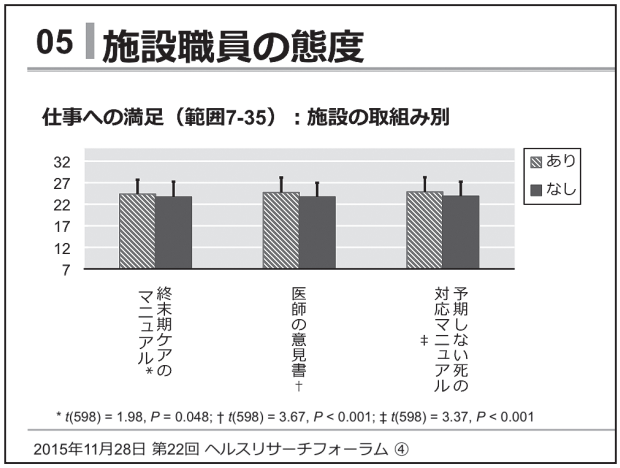
2015年11月28日 第22回 ヘルスリサーチフォーラム ④

察と直観」、どのようにご本人さまのニーズを測っていくのかという部分に、看護職員と介護職員の間で差がみられました。看護職員の方のほうがこの部分の知識は高いということです。医療的なバックグラウンドをお持ちかどうかで、この知識の有無が変わると考えられました。

【スライド6】

同じqPADの態度の下位尺度をみると、「仕事への満足」で、職員の方がいる施設で終末期ケアに対しどういう取り組みをしているかによっての差がみられました。この下位尺度は看取りを含む認知症の方へのケアについて、どれぐらい職場でやれていると感じているか、それを実践できる環境であると思えるかを測定します。グラフの左側から、終末期ケアのマニュアルを確立している施設、看取りに対して医師の方から意見書を作成していただいている施設、あるいは予期しない死に対してどのような対応をするかというマニュアルを確立している施設では、そうでない施設の職員の方と比べて得点が高く、「仕事への満足」が高いことが分かりました。

スライド 6

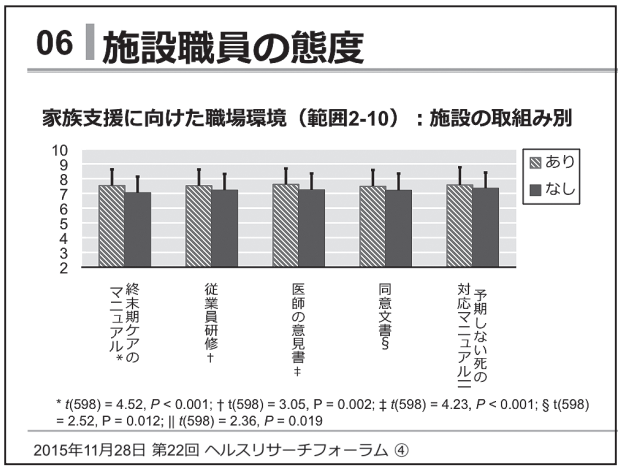


【スライド7】

同じく態度の下位尺度で、「家族支援に向けた職場環境」があります。看取りを含むケアの計画をたてるときに、定期的にご家族に参加していただいているか、家族とそういった話し合いができる環境であると感じているかを測るものです。

この下位尺度でも施設の取り組み別に差がみられました。先ほどのマニュアルや医師の意見書や予期しない死の対応マニュアル以外にも、従業員の方が終末期に関する研修を受けている、あとは右から2番目、看取りに関する計画書を作成してご本人の同意を得る体制がある施設では、それが無い施設よりも、職員がよりそういう職場環境であると認識していました。つまり認知症緩和ケアの実践に対して職員はより積極的であるという関係がみられました。

スライド 7



【スライド8】

調査2の結果に移ります。

教育プログラムを行う介入群として、協力への同意が得られた4施設の職員64名の方に

ご参加をいただきました。プログラムを行う日程を決め、その2週間前にqPAD尺度の質問紙をお送りして、事前に回答をお願いしています。

プログラムを調査員が出向いて実施した直後に、もう一度質問紙で同じ尺度を使った事後評価をしていただきました。

対照群としては、本当は施設職員の方で設定できればよかったのですが、ご協力施設のほうで全職員にプログラムを受けてほしいというご要望もあり、難しいところがありました。そこで代替手段として、2つの看護系大学の学生さんに協力をお願いし、2週間の期間を挟んで2回同じ質問紙に回答していただいています。

スライド 8

07 調査 2

介入群
- 協力への同意が得られた４施設の職員64名
- プログラム実施の２週間前にqPAD尺度の事前評価。プログラム実施後に事後評価

対照群
- 協力への同意が得られた２看護系大学の学部４年生・大学院生23名
- ２週間の期間を挟んで２回、質問紙調査に回答

2015年11月28日 第22回 ヘルスリサーチフォーラム ④

【スライド9】

介入に使ったケアガイドは、先ほども申し上げたように、欧州緩和ケア学会の白書で優良実践の一つとして挙げられているものです。カナダのナーシングホームで開発され、職員や利用者ご家族向けに作られました。当事者団体と大学の先生が共同で開発したもので、緩和ケアを第1選択と考えた上で情報提供を行うための冊子です。

2009年頃から複数の国の研究者と一緒に私が日本語版の開発をしてきました。日本ではフォーカスグループインタビューなどを踏まえて海外との違いに配慮した改定を加えています。

【スライド10】

教育プログラムとして提供したものはこのケアガイドの構成に沿っています。自然な進行、終末期の意思決定についての情報、症状の緩和、それから死という言葉は避けて旅立ちという言葉を使い、旅立ちのときに利用者さんにどうしたらいいか、利用者さんが旅立った後に残された家族にはどうしたらいいかを情報提供しています。

スライド 9

08 ケアガイド

アルツハイマー病やその他の脳変性疾患をもつ人の終末期における快適なケア
- カナダのナーシングホームにおける、認知症の人への終末期ケアに関する職員・利用者家族向けのガイド
- 「アルツハイマー病協会（認知症の人と家族の会）」とシャーブルック大学アーカンド教授が共同で開発
- 緩和ケアを第一選択と考えた情報提供
- 国際共同研究における質問紙調査（2009-2011）を経て、オランダ語版・イタリア語版・日本語版を作成
- 海外の医療介護体制との違いに配慮した改訂

2015年11月28日 第22回 ヘルスリサーチフォーラム ④

スライド 10

09 教育プログラム

自然な進行
- 終末期に至るプロセス、肺炎、入院、心肺蘇生法

終末期についての意思決定
- 代理で判断する人の役割、治療しない と 何もしない の違い

症状の緩和
- 感染症、たんの吸引、酸素吸入、点滴、経管栄養

旅立ちのとき
- 旅立ちの準備、意識がなくなったときの接し方

旅立ちの後
- 利用者家族のグリーフケア

2015年11月28日 第22回 ヘルスリサーチフォーラム ④

【スライド11】

プログラム前後の認識の変化です。知識では職員の方と学生の方とで、変化に差がありませんでした。一方、態度では職員の方はプログラムを受けた後に有意に上昇し、学生さんはこの間に実習を受けるなどの要因があったのかは分かりませんが、得点が下がるという現象が起きました。

【スライド12】

まとめです。

認知症緩和ケアに対する施設職員の認識を測った結果、知識には職員の方の職種など個人の背景が関連する一方で、実践に対する態度では、施設の取り組みなど、職員の方たちが置かれている状況も影響すると考えられました。

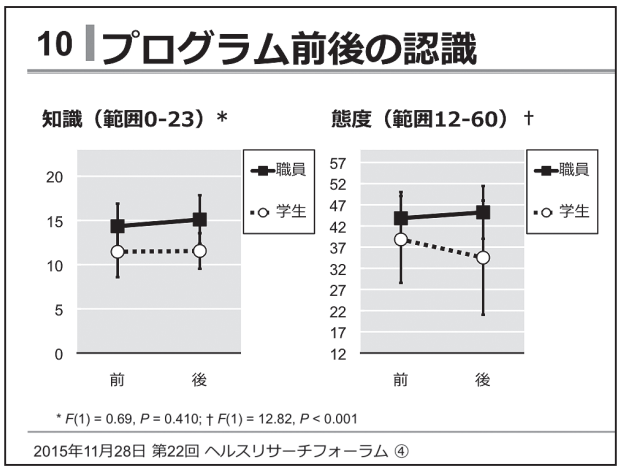
教育プログラム開発を試行した結果、少なくとも実践に対する態度はプログラムを通じて向上すると思われました。

今後の認知症緩和ケアの推進方策としては、職員個人へのプログラム提供と合わせて、施設全体の取り組みを支援する方策も必要ではないかと思われました。

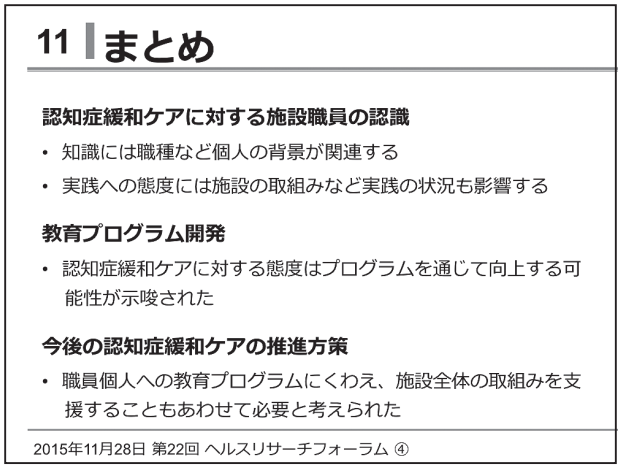
【スライド13】

発表で省略した部分は論文の中に記載しています。そちらもご参照いただければ幸いです。

スライド 11



スライド 12



スライド 13

質疑応答

座長： 認知症は、2025年には730万人という数を試算されている報告もありますし、大変重要な問題だと思います。フロアからご意見をどうぞ。

会場： 素人ですので本当に素朴な質問なのですが。最後におっしゃった施設全体の取り組みを支援するということですが、どんな支援があるのか、中西さんご自身の感想でも結構なのですが、その辺が分かりましたらお願いします。それと、いろいろ都道府県の調査が挙がってきた時点で、何か地域の特色というか、それぞれの有意な差ですとか、そういうものがあったら簡単にお聞かせいただきたいと思います。

中西： まず1点目、施設全体の取り組みを支援するためにはどういうのがあったらよいかということですが、このプログラムを実施して質問紙に答えていただいた後に、感想を職員の方からいただきました。利用者さん本人がもともとどういうご意向を持っていたのか分からないまま施設に来ているという方もいらっしゃって、どうしたら本人の意向に沿ったケアになるのか、不安もある中でやっていらっしゃるというお話でした。そこで、入所のときに同意書を作るのも一つの方法ですけれども、もうちょっと長い経過で、在宅でケアを受けていた頃からどういう経緯があってここに至っているのかを共有できる仕組みがあるといいのではと思います。でも実は、既にそういう取組みをやっておられる研究者の先生もいらっしゃいます。情報共有のためのツールを施設の側がより使いやすくなる仕組みになるとよいのでは、と思っています。
2点目に地域差をおっしゃっていただきましたが、論文のほうでそれに触れています。県全体で在宅での看取りや、住み慣れた地域での生活を支援する方向性を医療計画などで打ち出している県の施設では、職員の方の認知症緩和ケアの知識も実践の態度も高かったのです。地域全体で「こういうことをやっていくんだ」という方針があるほうが、職員の方も安心して取り組めるのではと思いました。

座長： 2013年の欧州緩和ケア学会が発表した白書で、この緩和ケアというのはがんの患者などの緩和ケアと同じ意味なのですね。

中西： もっと幅広なものになっています。

座長： もっと幅広いのですか。

中西： がん以外の疾患に直面しているいろいろな方の緩和ケアが最近打ち出されてきています。認知症の緩和ケアの場合には、診断された後から先のことを考えて、本人の意思決定能力があるうちに、今考えておけることを考えていくという態度を

強く示している点が、大きな特徴だと思います。

座長： 分かりました。もっとお聞きしたいことがたくさんあるのですが、時間となりました。ありがとうございました。