

報告

石川県の指定介護老人福祉施設における 終末期ケアの現状と課題

塚田久恵¹, 浅見 洋¹

概要

石川県下の特養における終末期ケアの現状を明らかにし、医療連携と職員の技術の向上をめざした研修プログラムの開発に向けた基礎資料にすることを目的に、石川県下の特養全 64 施設を対象に質問紙調査を行った。結果は、(1) 看取りが行われていた施設は約 9 割であった。(2) 死亡率の高い時間帯は日勤帯が約 4 割で、それ以外の時間帯は約 6 割であった。(3) 終末期のケアは、主に「点滴静脈注射」、「痰の吸引」、「酸素療法」等の医療処置が多く、医師や看護師と常に連絡がとれる体制が必要であった。(4) 夜勤体制に看護師が含まれている施設は約 1 割、約 8 割の施設がオンコール体制をとっていた。(5) 介護職員は、夜間の職員が少ないことや緊急時の対応に不安を抱いていた。状態の変化の見極め、緊急時・死亡時の対応など医師、看護職、介護職が共同で看取りを行うための体制を施設内で具体的に考えていくことや継続的な職員研修の必要性が示唆された。

キーワード 指定介護老人福祉施設、終末期ケア、看取り、医療連携、研修

1. 調査の背景

平成 18 年 4 月に介護保険制度が改正され、指定介護老人福祉施設（以下、特養と略）では、「重度化対応加算」及び「看取り介護加算」が創設された。これらの新たな加算の導入は、終末期療養の場を医療機関から在宅等（特養・グループホームを含む）へ移行しようとする厚生労働省の高齢者施策の一環である。

石川県衛生統計年報「死亡数、死亡の場所集計の年次推移」によれば、平成 7 年度の年間総死亡者数に占める老人ホーム（特養を含む）の死亡割合は 1.9%（全国：1.5%）、平成 17 年度は 2.3%（全国：2.1%）であったが、「看取り介護加算」が創設された平成 18 年度には 3.1%（全国：2.3%）、平成 20 年度には 3.1%（全国：2.9%）に増加している。欧米などに比して老人ホームを選択する人々が多いとはいえない状況ではあるが、確実に増加しつつある。

これまでの特養における終末期の医療・介護に関する調査研究においては、①医師、医療機関との連携強化、②職員の知識・技術の向上等が今後の課題と示唆している。

本研究では、そうした背景を踏まえ、平成 22 年度は、石川県下の特養における終末期ケアの現

状を明らかにし、医療連携と職員の技術の向上をめざした研修プログラムの開発に向けた基礎資料にすることを目的として質問紙調査を実施した。具体的には、平成 18 年度～平成 21 年度の終末期ケアの取り組み状況、看取り介護加算の要件である「医師、看護師、介護職員等の共同による介護の実施」のための連携体制や終末期において行った医療行為等について調査、分析したので、その結果を報告する。

なお、本稿中では、「終末期ケア」と「看取り」の言葉を同義語として用いるが、終末期ケアについては、医療的なケアを含めた概念を説明する場合には「終末期ケア」を、文化的要素を加味した人々の行為や意識を「看取り」と使い分けて使用する。また「看取り」とは亡くなる数週間前から数ヶ月前に行った終末期ケアをいう。

2. 方法

2.1 調査対象

石川県下の特養全 64 施設とした。

2.2 調査方法と調査内容

平成 22 年 8 月の期間中に、施設管理者、ないしは施設における指導的な介護者に対する自記式質問紙による調査を郵送法にて実施した。質問紙

¹ 石川県立看護大学

は、記入後返信用封筒にて返送するよう依頼した。調査内容は、研究分担者である特養の代表者の意見を参考に作成した。調査内容は、主に施設の看取りに関する取り組み状況と平成16年度から平成21年度の5年間で、死亡により退所した最大5事例についての各施設の具体的な看取りの状況についてである。前者については、①基本的属性4項目（開設運営主体、入所定員、開設年月、施設の形態）、②医療・介護体制8項目（常勤・非常勤職員数、看護・介護職員数、看護師・介護士の勤務体制、看護師の夜勤体制、常勤・嘱託医師数、連携病院の有無、連携訪問看護ステーションの有無、夜間の緊急体制）、③現在の入所者の状況7項目（入所者数、性別、平均年齢、平成18年度から平成21年度までの退所者数・退所状況・重度化対応加算者数・看取り介護加算者数）、④終末期ケアの体制4項目（看取りの基本方針、本人・家族に対する希望する終末期に過ごす場所の確認と時期、看取りのための個室の確保、看取りに関する研修開催の有無と研修内容）である。後者の死亡による退所事例については、①年齢・性別、死亡場所、②死亡の時間帯、④入所期間、⑤入所時の介護度、⑥死亡時の医療処置、⑦本人の希望する終末期に過ごす場所と実際に過ごした場所、⑧死亡時の状況、⑨死亡原因の9項目である。

2.3 分析方法

調査項目ごとに単純集計を行った。またカイ二乗検定及び度数が5未満である場合はFisherの直接確立の方法を用いて看取り介護加算者のいる施設といない施設との看取り体制の違いを比較した。統計解析にはSPSS 13.0J for Windowsを使用した。

2.4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会の承諾を得て実施した（承認番号332号の3）。対象者には、文書で調査の趣旨・方法及び質問紙返送方法、任意性・匿名性であることを、結果を看護関係学会等で発表することを説明し、質問紙の返送を持って同意を得たものとした。

3. 結果

3.1 対象施設の属性

調査票返送総数は38施設、回収率59.4%であった。死亡による退所事例については、38施設中35施設（92.1%）から回答があり、事例総数

は151事例であった。

運営主体は、全施設が社会福祉法人であった。施設形態は、「従来型」が22施設（57.9%）、「ユニットケア」が11施設（28.9%）、「併設型」が3施設（7.9%）、「その他」が2施設（5.3%）であった。入所定員の平均規模は、 85.6 ± 32.0 人で、「50人以上100人未満」が22施設（57.9%）、「100人以上150人未満」が10施設（26.3%）、「50人未満」・「150人以上200人未満」が各3施設（7.9%）の順に多かった。

施設の開設平均年数は 13.3 ± 8.9 年で、「10年以上20年未満」が12施設（31.6%）、「5年以上10年未満」が10施設（26.3%）、「20年以上」が10施設（26.3%）、「5年未満」が6施設（15.8%）の順に多かった。

3.2 対象施設の医療・介護体制

施設全体の平均常勤職員数は 55.7 ± 17.6 人で、「50人以上60人未満」が12施設（31.6%）、「50人未満」が11施設（28.9%）、「60人以上70人未満」が7施設（18.4%）、「70人以上80人未満」が5施設（13.2%）、「80人以上90人未満」が2施設（5.3%）、「100人以上」が1施設（2.6%）の順に多かった。

施設全体の平均非常勤職員数は 6.5 ± 5.6 人で、「5人未満」が15施設（39.5%）、「5人以上10人未満」が15施設（39.5%）、「10人以上15人未満」が4施設（10.5%）、「15人以上20人未満」が3施設（7.9%）、「20人以上」が1施設（2.6%）の順に多かった。

施設全体の平均看護師数は 5.3 ± 2.1 人で、日勤の平均看護師数は 3.6 ± 1.6 人であった。看護師の夜勤体制は、「オンコール体制」が31施設（81.6%）、「夜勤体制に看護師が含まれている」が5施設（13.2%）、「その他」が1施設（2.6%）、「無回答」が1施設（2.6%）の順に多かった。「夜勤体制に看護師が含まれている」施設の「夜勤の看護師数」は4施設が1人、1施設が2人であった。

自由記載欄の中には、「夜間は、看護師のオンコール体制をとっているが、夜勤体制に看護師がいないことは、介護職にとって大変不安である」、「夜間に介護職が利用者の状態の変化を見極めることが難しい」、「常勤医師や看護師の確保は勿論のこと、介護職員の確保も難しい状況にある。施設が、介護保険制度の変化に対応できなくなっている」などの回答があった。また、夜勤体制に看護師が入っていない施設の中には、介護職員

の不安を解消するため、「看護師が利用者の夜間に予測される状況、観察項目を「指示書」に記載し、夜勤の介護職員に申し送る」、「状況の変化時や死亡時の対応の手順をマニュアル化する」等の工夫点を記載した回答があった。

施設全体の平均介護士数は 40.1 ± 11.2 人であった。「日勤の介護士数」は 16.2 ± 7.9 人で、「夜勤の介護士」は 4.6 ± 1.7 人であった。

医師の配置については、「常勤医師と嘱託医師が配置されている」が1施設(2.6%)で、計2人の医師を配置しており、それ以外の施設は、すべて「嘱託医師を配置」していた。平均嘱託医師数は 1.1 ± 0.5 人であった。

自由記載欄の中には、「終末期ケアを実施するには、現在の看護師配置基準では、質的・量的にも十分な看取りが実践できない」、「病院等の母体のない施設では、特に夜間・休日の医師の確保が難しい」との回答があった。

「連携が図れる協力病院の有無」については、すべての施設が「有る」と回答した。「連携が図れる訪問看護ステーションの有無」については、「有る」が6施設(15.8%)、「無い」が31施設(81.6%)、無回答が1施設(2.6%)であった。

夜間の緊急時の体制は、「必要時には医師に訪問してもらえる」、「電話で指示を得ることができる」が各18施設(47.4%)で、「その他」が2施設(5.3%)であった。「その他」の内容は、「救急車で搬送する」、「協力病院に受診する」であった。

3.3 入所者の状況

現在の平均入所者数は 84.9 ± 31.3 人で、「50人以上100人未満」が24施設(63.2%)、「100人以上150人未満」が9施設(23.7%)、「150人以上200人未満」が2施設(5.3%)の順に多かった。

性別は、「男性」が平均 16.4 ± 6.9 人で、「女性」が平均 68.5 ± 26.7 人であった。平均年齢は 86.8 ± 1.5 歳であった。

退所者数(平成18年度～平成21年度)は、1施設当たり平均 79.4 ± 81.0 人であり、内訳は、「死亡」が平均 47.7 ± 28.5 人、「転院あるいは入院」が平均 17.6 ± 16.4 人、「在宅復帰」が平均 0.7 ± 0.9 人、「その他」が平均 1.1 ± 2.1 人の順に多かった。「その他」の内容は、「入院中の死亡」、「他施設へ転出」等であった。

介護保険制度改正(平成18年度)前後での死

亡による退所者の増加については、「増加した」は9施設(23.7%)で、「増加していない」が26施設(68.4%)であった。

重度化対応加算者(平成18年度～平成21年度)については、「加算者がいた」は32施設(84.2%)で、「加算者がいなかった」は6施設(15.8%)であった。

看取り介護加算(平成18年度～平成21年度)については、「加算者がいた」は25施設(65.8%)で、1施設当たりの平均人数は 11 ± 17.6 人であった。「10人未満」が13施設(34.2%)、「10人以上20人未満」が7施設(18.4%)、「60人以上70人未満」が3施設(7.9%)、「20以上30人未満」、「30人以上40人未満」が各1施設(2.6%)の順に多かった(図1)。「加算者がいなかった」は13施設(34.2%)であったが、その内の9施設(69.2%)では実際に看取りが行われていた。

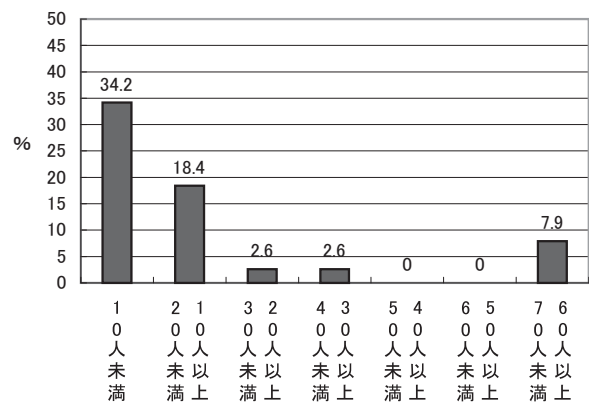


図1 看取り加算者の割合

3.4 終末期(看取り)ケア、特養内死亡への対応体制

施設の「看取り介護に関する基本方針の有無」については、「有る」が33施設(86.8%)で、「無い」が4施設(10.5%)、「無回答」が1施設(2.6%)であった。

本人の希望する終末期に過ごす場所の確認については、「確認している」が12施設(31.6%)で、「確認していない」が25施設(65.8%)であった。また、「家族の希望する終末期に過ごす場所の確認」については、「確認している」が31施設(81.6%)で、「確認していない」が6施設(15.8%)、「無回答」が1施設(2.6%)であった。その「確認時期」は、「状態の変化時」が17施設(54.8%)、「入所時」が3施設(9.7%)、「その他」が11施設(29.7%)の順に多かった。「その他」の内容は、「死期が近づいた時」、「入所時や状態の変化時等対応が

定まっていない」等であった。

看取りのための個室の確保については、「確保されている」が28施設(73.7%)で、「確保されていない」が9施設(23.7%),「無回答」が1施設(2.6%)であった。なお、この看取りのための個室を確保している施設の内、従来型が15施設(53.6%),ユニットケアが9施設(32.1%),併設型が2施設(7.1%),その他が2施設(7.1%)であった。従来型の施設の中には、「1室しかない静養室を看取りのための個室に充てたり、個室が複数あっても既に居住者がいて余裕がない。たとえ、部屋を変更し、提供したとしても、職員の詰め所から遠い。」など個室の確保の難しさ訴える回答もあった(図2)。

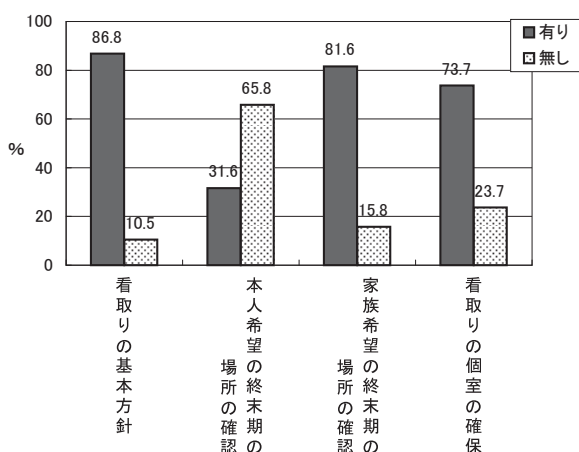


図2 終末期(看取り)ケアの体制

看取りに関する職員研修(平成21年度)については、「実施した」が28施設(73.7%)で、「実施していない」が9施設(23.7%),「無回答」が1施設(2.6%)であった。「実施していた研修内容」は、「急変時の対応」が20施設(71.4%),「身体的・精神的緩和ケア」が19施設(67.9%),「看取り介護の理念(死生観教育等)」が18施設(64.3%),「状態観察と必要な処置」が15施設(53.6%),「介護の技術」が8施設(28.6%),「コミュニケーション技術」が5施設(17.9%),「その他」が2施設(7.1%)の順に多かった。「その他」の内容は、「看取り介護加算について」、「取り組みの現状確認と今後に向けて」等であった。「その他」の回答には、「施設職員には、年齢の若い職員も多く、人の死について体験していないことで、看取りに対する不安がある。研修や看取りの体験を積極的に行う必要がある。また、精神面へのフォローが重要と思う。」、「全職員への終末期ケアに対する教育は充分でない。」などの職員への研修の実施や看

取りの経験を積み重ねていくことの必要性を訴える回答があった(図3)。

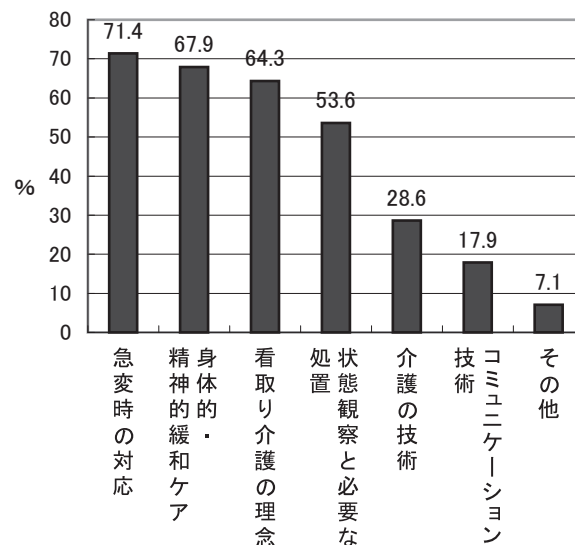


図3 看取りに関する職員研修の内容(複数回答)

3.5 看取り介護加算の申請をしている施設の特性

看取り介護加算者がいた25施設の入所者の状況及び看取り体制については、「加算者がいた」施設と「加算者がいなかった」施設で、有意な差が認められたのは、「看護師の夜勤体制」($P < 0.05$)「看取りのための個室の確保」($P < 0.05$)、「職員に対する研修の実施」($P < 0.001$)であった。「施設の形態」、「緊急時の体制」、「本人希望の終末期の場所の確認」、「希望する場所の確認時期」、「開設年数」、「常勤職員数」、「夜勤介護士数」、「入所者数」とは有意な差が見られなかった(表1)。

3.6 施設内死亡の状況

38施設の平成16年度から平成21年度の5年間で死亡により退所した事例は、151事例であった。

平均年齢は 91.0 ± 6.9 人で、90歳代が82人(54.3%)、80歳代が48人(31.8%)、100歳代が15人(9.9%)、70歳代が4人(2.6%)、60歳代が2人(1.3%)の順に多かった。

性別は、男性37人(24.5%)、女性113人(74.8%)であった。

平均入所期間は 4.3 ± 4 年間で、「5年未満」が103人(68.2%)、「5年以上10年未満」が36人(23.8%)、「10年以上15年未満」が9人(6.0%)、「20年以上」が2人(1.3%)、「15年以上20年未満」が1人(0.7%)の順に多かった。

表1 施設の看取り加算者の有無と看取り体制の関係

	全体 n=38	加算者有り		加算者無し		p ¹⁾ n s
		n	%	n	%	
施設の形態	n=36					
ユニットケア		8	32.0	3	27.3	
従来型		15	60.0	7	63.6	
併設型		2	8.0	1	9.1	
看護師の夜勤体制	n=36					*
夜勤体制に看護職員含む		1	4.3	4	30.8	
オンコール体制		22	95.7	9	69.2	
訪問看護ステーションとの連携	n=37					—
有り		6	24.0	0	0	
無し		19	76.0	12	100	
緊急時の体制	n=36					n s
夜間訪問有り		13	56.5	5	38.5	
電話指示有り		10	43.5	8	61.5	
看取りの基本方針の作成	n=37					—
有り		24	100	9	69.2	
無し		0	0	4	30.8	
本人希望の終末期の場所の確認	n=37					n s
有り		9	37.5	3	23.1	
無し		15	62.5	10	76.9	
家族希望の終末期の場所の確認	n=37					—
有り		24	100	7	53.8	
無し		0	0	6	46.2	
希望する終末期の場所の確認時期	n=20					n s
入所時		2	14.3	1	16.7	
状態の変化時		12	85.7	5	83.3	
看取りのための個室の確保	n=37					*
有り		21	87.5	7	53.8	
無し		3	12.5	6	46.2	
職員に対する研修の実施	n=37					***
有り		23	95.8	5	38.5	
無し		1	4.2	8	61.5	
開設年数	n=38					n s
10年未満		9	36.0	7	53.8	
10年以上20年未満		8	31.6	4	30.8	
20年以上		8	26.3	2	15.4	
常勤職員数	n=38					n s
50人未満		7	28.0	4	30.8	
50人以上100人未満		14	56.0	5	38.5	
100人以上		4	16.0	4	30.8	
夜勤介护士数	n=37					n s
3人未満		2	8.0	1	8.3	
3人以上5人未満		12	48.0	3	25.0	
5人以上7人未満		9	36.0	6	50.0	
7人以上		2	8.0	2	16.7	
入所者数	n=38					n s
50人未満		1	4.0	2	15.4	
50人以上100人未満		17	68.0	7	53.8	
100人以上		7	28.0	4	30.8	

注 1) 検定 : ns : not significant * : P<0.05 ** : P<0.01 *** : P<0.001

— : セルの人数に0が含まれているため未検定

入所時の介護度は、「介護度5」が45人(29.8%), 「介護度3」が38人(25.2%), 「介護度4」が37人(24.5%), 「介護度2」が15人(9.9%), 「介護度1」が11人(7.3%)の順に多かった。

主な死亡原因は、「老衰」が72人(47.7%), 「心・脳血管疾患」が38人(25.2%), 肺炎が20人(13.2%), 「悪性新生物」が14人(9.3%), 「その他」が3人(2.0%)の順に多かった。

死亡の時間帯は、「日中(8:00~18:00)」が61人(40.4%), 「深夜(22:00~6:00)」が44人(29.1

%), 「夜間(18:00~22:00)」が22人(14.6%), 早朝(6:00~8:00)が9人(6.0%)の順に多かった。

死亡時(終末期)のケア(医療処置)の内容は、「点滴静脈注射」が68人(45.0%), 「痰の吸引」が54人(35.8%), 「酸素療法」が45人(29.8%), 「膀胱留置カテーテル」が17人(11.3%), 「疼痛緩和」が16人(10.6%)の順に多かった(図4)。

本人の希望する終末期を過ごす場所については、「わからない」が102人(67.5%), 「施設内」が41人(27.2%), 「病院・診療所」が5人(3.3%),

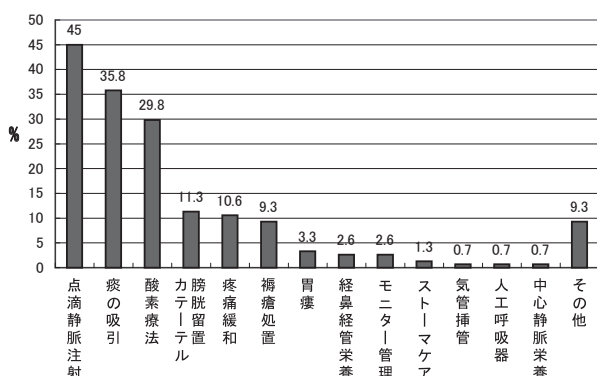


図4 死亡時（終末期）のケア（医療処置）内容（複数回答）

自宅が2人（1.3%）の順に多かった。

実際に終末期を過ごした場所は、「施設内」が117人（77.5%）、「病院・診療所」が34人（22.5%）であった。

本人の希望する終末期を過ごす場所で、「わからない」と回答した102人の実際に終末期を過ごした場所は、「施設内」が81人（79.4%）、「病院・診療所」が21人（20.6%）であった。「施設内」と回答した41人の実際に過ごした場所は、「施設内」が36人（87.8%）、「病院・診療所」が5人（12.2%）であった。「自宅」と回答した2人の実際に過ごした場所は、「病院・診療所」であった。

死亡時の状況は、「家族の見守りの中」が64人（42.4%）、「急変」が33人（21.9%）、「不明」が16人（10.6%）、「その他」が37人（24.5%）であった（図5）。

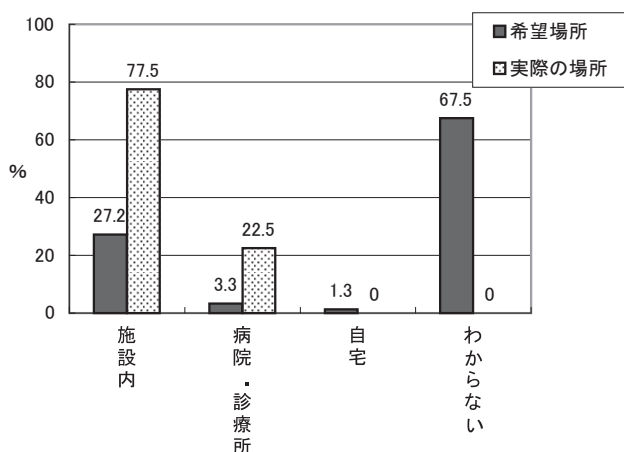


図5 本人希望の終末期の場所と実際の死亡場所

4. 考察

4.1 看取りケア実施の状況

特養を対象とした平成18年度の介護保険制度改正の中で、特記すべき一つは、重度化対応加算

と看取り介護加算が創設されたことである。そして、平成21年度からは、看取り介護の加算は、「重度化対応加算の要件のうち看取りに関する要件を統合するとともに、施設内における看取りの労力を適切に評価するため、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行う」となった。この算定にあたっての要件には、「①看護師と24時間の連絡体制があること。②常勤で正看護師が1名以上配置されて、責任者が決められていること。③看護師が24時間体制をとれない場合、医療機関や訪問看護ステーションなどの連携で管理体制ができていること。④見取りの指針が作成されていること。⑤見取りの指針を入居する際に、入居者本人、家族への説明を行い、同意を得ていること。⑥見取りのための個室を確保していること。」などが挙げられている。

今回の調査で、実際に看取り介護の加算者がいたのは25施設（65.8%）で、国が定めた要件を満たす半数以上の施設で「看取り」が行われていた。しかし、看取り介護の加算者がいないと回答した13施設中の9施設（69.2%）では、加算の申請はしていないものの、実際には看取りの実績があった。そして、残り4施設の中には、看取り介護の加算の対象者がいれば加算を申請したが、調査時に対象者がいなかったという施設も含まれていると考えられる。いずれにせよ看取り介護の加算の有無に関わらず約9割の施設で、看取りが行われていた。しかし、国の高齢者施策の一環で創設された新たな加算の導入であるが、介護保険制度改正（平成18年度）前後での死亡による退所者について、増加したと回答した施設は、国の意図に反して、約2割と少ない現状であった。

4.2 看取りケア実施の体制

(1) 看取りケアを行うための体制

看取り介護の加算の要件となっている「看取り介護の指針」については、加算者のいない施設でも約7割の施設が作成し、看取りに関する具体的な対応等が考えられ、積極的に取り組もうとしている姿勢が見られた。

また、個室については、28施設（73.7%）で確保されており、終末期を迎えた時に、家族との濃密な時間を保障できるような体制が整えられていた。入所者への個別ケアを目的として、平成15年度にユニットケアが導入された。「普及期における介護保険施設の個別化とユニットケアに関する報告書」¹⁾によれば、個室・ユニット化は、

看取り介護を行う上でも有効であることが示されている。今回の調査では、11施設(39.2%)が個室・ユニットケアの形態をとっていた。半数以上の15施設(53.6%)が従来型の形態をとっていたのは、平成15年以前に開設された施設が多いためと考える。しかし、このような従来型の施設においても個室を設け、終末期には個室への移動の必要性が生じてくるものの、温かい最後が迎えられよう配慮がなされていた。特に、看取り介護加算者のいる施設に個室を確保している施設が有意に多いことから、個室を確保できる物理的環境の整備が必要であることがわかる。しかし、施設によっては、部屋にゆとりがなく、看取りのための個室を確保することは、難しい現状があることは確かであり、課題として残されている。

看護師の配置については、すべての施設で看護師が配属されていたが、常勤、非常勤の区別と、家族の同意に基づく看護・介護計画の作成については今回の調査では聞いておらず、その実態は不明である。しかし、先に述べたように、看取り介護の加算者がいた25施設(65.8%)では、少なくとも先の看取り介護の加算の要件が満たされているものとする。

(2) 職員に対する研修会

施設職員の考える望ましい看取りを行うためには、施設として組織的に終末期ケアに取り組むこと、職員の教育体制を整えケア組織・技術を向上させる必要があること、生命倫理を基本に置いた教育を行うことという三つの要素が重要である²⁾とされている。そして、職員の教育内容としては、介護職に家族援助や終末期ケアに関する教育を行うこと、職員の心理的支援体制を整備することが必要である³⁾といわれている。しかし、特養は看護職が少ないうえに選任の医師がいないことから、職員の医療面に関する知識・技術教育が困難であることも指摘されている⁴⁾。今回の調査では、利用者が安心して最期を迎えられるように、職員が知識・技術を身につけるための研修が行われていた。特に看取り介護加算者がいる施設に、研修会を行っている施設が有意に多く、職員に対する技術向上への積極的姿勢が見られた。しかし、職員が交替制勤務であることも踏まえ、全職員に十分に教育が行き届くには、同じ内容での複数回の研修会の開催など全職員が継続的に受講できるような体制を、医師や看護師、後方病院と連携しながら体制を整えていくことが課題であると考えられる。

そして、終末期ケアに対する積極的な態度は、実際に看取り経験を積み重ねていくことで形成される³⁾。しかし、若い職員が多い施設では、人の死について体験していないことでの看取りに関する不安が強くあることから、研修や職員の精神面でのフォロー体制を図りながら、看取り経験を積み重ねていくことが重要であると考えられる。

(3) 終末期を過ごす場所の希望

終末期をどう過ごすか、特に最期をどこで迎えるかは、高齢者にとっても高齢者の生活する場である特養にとっても重要な課題である。入所者と家族が納得して「最期を安らかに過ごす場所」の選択ができるように、入所者本人と家族に対して、入所の際に施設の方針を説明しておくことが重要である⁵⁾といわれている。今回の調査においても、重要性が示唆された。介護保険導入に伴い、特養は「生活の場」のみならず、「ターミナルケアの場」としても位置づけられている⁶⁾。また、特養が生活の場であるならば、利用者の生き方や死の場も含めて、そのあり方が尊ばれることが大切であると考えられる。施設の基本方針は、可能な限り、本人と家族の求めに応じた看取りの方針として推進される方向性であってほしい。しかし、終末期をどこで過ごすかの本人に対しての確認が少ないのは、入所者の入所時年齢が平均86.8±1.5歳で、入所時の介護度が「介護度4」と「介護度5」を合わせて82人(54.3%)と半数以上であり、その介護度の平均は3.61で、全国平均(H21年3.86)⁷⁾よりは若干低いものの、介護度が高いことや特養在り所者の9割以上が認知症を抱えている現状⁸⁾があることも本人への意思確認、最後の場の決定に大きな問題を投げかけていると考える。その反面、家族に対しては、ほとんどの施設で確認が行われていた。

実際に死亡された場所は、すべて施設内又は病院・診療所であったが、約4割が家族に見守られながらの臨終であった。終末期医療については、自宅で臨終を迎え、配偶者にケアを望んでいる人が多い⁹⁾。しかし、自分の終末に関する意志決定の際に、家族への遠慮から希望を伝えられなかったり¹⁰⁾、家族の意志が優先されることが多い¹¹⁾という報告がある。本人の意志が尊重され、どのように実現していくかは、大変難しい課題である。

4.3 医療連携体制について

平成16年から平成21年度の5年間で死亡により退所した151事例は、平均年齢が約91歳で、

女性が約7割であった。死亡率の高い時間帯は、深夜帯が6割で、日勤帯より多かった。そして、死亡時（終末期）のケアとしては、主に「点滴静脈注射」、「痰の吸引」、「酸素療法」等の医療処置が多く、医師や看護師と常に連絡がとれる体制が必要であった。しかし、夜勤体制に看護師が含まれている施設は、わずか1割程度であり、約8割の施設がオンコールによる対応をとっていた。また、常勤医師を配置しているのは1施設のみで、それ以外の施設は、嘱託医師を配置していた。また、夜間の緊急時には、約9割の施設で、医師による訪問や電話での指示が可能となっており、日頃から協力病院と連携が図られる体制にはなっていた。

介護職者や医師が、特養の終末期ケアにおける看護職者に期待する役割として、「医療処置」、「状態観察・把握」、「医師との連絡調整」である¹²⁾、また、介護職や施設長が期待する役割として、「夜間介護のための看護職の申し送りや伝達」、「身体的苦痛の緩和・安楽のためのケア」であるとの報告がある¹³⁾。先の自由記載欄にもあったように、介護職員にとって、看護師とはオンコール体制になってはいるが、夜間の職員が少ないことや緊急時の対応に不安を抱いている状況であった。今後、益々増えるであろう特養内死亡や医療機器を装着した入所者の状況を勘案すると、さらに施設内の医療体制、特に夜間の医療体制の整備が求められる。利用者の状態の変化の見極めやその対応、緊急時・死亡時の対応など、医師、看護職、介護職が共同で看取りを行うための体制を施設内で具体的に考えていく必要性が示唆された。また、看護師との24時間連絡体制がとれない場合に訪問看護ステーションと連携体制を図ることも可能である。今回の調査では、訪問看護ステーションとの連携が図られていたのは1割程度であり、特に、看取り介護加算者がいない施設では、全く連携体制がない状況であった。今後、訪問看護ステーションとの連携体制も視野に入れて夜間の対応を考えていく必要があると考える。

5. まとめ

石川県下の特養における終末期ケアの現状について以下のことが明らかになった。

- (1) 約9割の施設で、看取りが行われていた。また、看取り介護の加算者がいた施設は、約6割だった。
- (2) 介護保険制度改正(平成18年度)前後での、

死亡退所者数が増加した施設は、約2割と少なかった。

- (3) 「看取り介護の指針」については、約9割の施設で作成していた。
- (4) 個室については、終末期を迎えた時に、家族との濃密な時間を保障できるように、約7割の施設で確保されていた。
- (5) 看取りに関する研修会は、約7割の施設で開催されていた。内容は、「急変時の対応」、「身体的・精神的緩和ケア」「看取り介護の理念」が多かった。同じ内容の研修を複数回実施するなど、全職員が受講できるような体制づくりが必要である。
- (6) 希望する終末期を過ごす場所については、本人に確認している施設が約3割であり、家族に対しては約8割であった。また、その確認時期は、入所時が約1割と大変少なかった。本人への意思確認については、介護度及び認知症の程度により困難な場合もあるが、可能な限り、本人の意志が尊ばれる看取りができるよう支援することが大切である。
- (7) 死亡による退所の事例について、本人の希望する終末期に過ごす場所について約7割が「わからない」と生前に答えており、「施設内又は病院」と答えた方は3割、「自宅」希望がわずか2人であった。実際に死亡された場所は、すべて施設内か病院・診療所であった。
- (8) 死亡率の高い時間帯は、日勤帯が約4割で、それ以外の時間帯（早朝、夜間、深夜）は6割で、日勤帯より多かった。
- (9) 死亡時（終末期）のケアとして、主に「点滴静脈注射」、「痰の吸引」、「酸素療法」等の医療処置が多く、医師や看護師と連絡がとれる体制が常に必要であった。
- (10) 夜勤体制に看護師が含まれている施設は、わずか1割程度であり、約8割の施設がオンコール体制をとっていた。
- (11) 常勤医師を配置しているのは1施設のみだった。また、夜間の緊急時には、約9割の施設で医師による訪問や電話での指示が可能となっていた。
- (12) 介護職員は、夜間の職員が少ないことや緊急時の対応に不安を抱いていた。状態の変化の見極めやその対応、緊急時、死亡時の対応など、医師、看護職、介護職が共同

で看取りを行うための体制を施設内で具体的に考えていくことや訪問看護ステーションとの連携の強化を図ること。全職員の継続的な研修の必要性が唆された。

本研究の意義と限界

石川県下の特養における終末期ケアの現状についての実態調査は、初めての試みであり、医療連携と職員の技術の向上をめざす上で、当調査の結果は貴重な基礎資料となりうる。今後、研修プログラムの開発に向けて、さらに、状態の変化時及び緊急時、死亡時の対応など、医師、看護職、介護職が共同で看取りを行うための技術や体制など、事例を通して、具体的に考えて行く必要がある。

謝辞

調査にご協力いただいた石川県内の特養の施設管理者及び施設における指導的な立場にある介護者の皆様及び当大学の調査協力者の皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施いたしました。

引用文献

- 1) 医療経済研究機構：普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書。老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分），2002。
- 2) 橋本美香：特別養護老人ホームにおける望ましい看取りの研究。山形短期大学紀要，41，147-160，2009。
- 3) 清水みどり，柳原清子：特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識—介護保険改定直前のN県での調査—。新潟青陵大学紀要，7，51-62，2007。
- 4) 小山敦子，勝野とわ子，奥野茂代他：高齢者ケア施設における看護業務と教育・研修に関する研究。日本老年看護学会第7回学術集会抄録集，53，2002。
- 5) 株式会社三菱総合研究所：特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン—特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書—。平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分），2007。
- 6) 介護支援専門員テキスト編集委員会：介護支援専門員基本テキスト。長寿社会開発センター，483-486，2000。
- 7) 平成21年介護サービス施設・事業所調査結果の概

要。厚生労働省，平成23年2月17日。http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service09/index.html。

- 8) 平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概要。厚生労働省，http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka4.htm。
- 9) 田中愛子，岩本 晋：老年期に焦点をあてた死生観、終末期医療に関する意識調査。山口県立大学看護学部紀要，6，119-125，2002。
- 10) 榎本妙子，福本 恵，岩脇陽子，他：「看取り」に関する高齢者の意識調査。京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，9，55-63，1999。
- 11) 旗野脩一：人はどのように死にたいか。公衆衛生，57（9），604-609，1993。
- 12) 加瀬田暢子，山田美幸，岩本テルヨ：特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護職者と医師の看護職者に対する期待。南九州看護研究誌4（1），23-28。
- 13) 上村聡子：介護職・施設長から期待される特別養護老人ホームの看護職の役割。終末期ケアを中心に。甲南女子大学研究紀要，4号，145 - 152。

Current Trends and Issues in Terminal Care at Public Aid-Covered Designated Facilities and Provision of Long-Term Care to the Elderly in Ishikawa Prefecture

Hisae TSUKADA¹, Hiroshi ASAMI¹

Abstract

Questionnaires were administered to all 64 nursing homes for the elderly in Ishikawa Prefecture to generate source material for developing a training program to improve medical cooperation and staff skills by clarifying current trends in terminal care at these nursing homes. The results were as follows: (1) end-of-life care was being administered at approximately 90% of the facilities; (2) approximately 40% of cases of death occurred during the daytime shift; (3) the terminal care system ensuring constant contact between doctors and nurses was important, and most medical treatments involved "IV drip infusion, " "phlegm suction, " or "oxygen therapy;" (4) approximately 10% of facilities had a night shift system involving nurses, and approximately 80% of facilities used an on-call system; and (5) care workers expressed concern about the lack of nighttime staff and the emergency response available. The results indicated the importance of (a) specifically considering a system in these facilities to cooperatively administer end-of-life care by doctors, nurses, and care workers, including assessments of changes in patient condition, emergency response, and response to patient death and (b) continuous staff training.

Keywords Public aid-covered designated facilities providing long-term care to the elderly, terminal care, end-of-life care, medical cooperation, training