

介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における 事前意思を支えるケア内容と方法 —長野県内介護老人福祉施設の特徴—

曾根千賀子¹⁾, 渡辺みどり¹⁾, 千葉真弓¹⁾, 細田江美¹⁾, 松澤有夏¹⁾,
柄澤邦江¹⁾, 多賀谷昭¹⁾

【要 旨】 特養での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法の実施割合を長野県内特養と県外特養において比較し、長野県内特養の特徴を明らかにすることを目的とした。2008年8月～9月、国内5,249特養を対象として質問紙調査を実施し、1,137(21.5%)施設からの回答を分析した結果、以下のことが明らかになった。

長野県内特養は、認知症高齢者の事前意思聴取時期として「入所時」に行っている割合が有意に高く、また事前聴取を行う職種として「看護職員」が行っている割合も有意に高かった。これに加え、長野県内特養は、認知症高齢者の事前意思を支えるケア内容と方法、(a)高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う、(b)死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する、(c)家族にとって何が最善かという視点を家族に助言する、以上3項目の実施率が有意に高かった。これらより、長野県内特養での特徴として、生活のみならず医療の専門的な知識を持ち備えている看護職員が、看取り方の選択肢の提供を行うことで、死期が近くなった場合の判断を可能とし、それに基づいた情報提供を可能とする特徴があると考えられた。

【キーワード】 長野県, 特養, 認知症高齢者, 事前意思

I. はじめに

わが国は、超高齢社会へ急激に移行しており、65歳以上の高齢者人口は2009年が22.7%、2020年には30%にのぼると予測されている(総務庁, 2010)。介護老人福祉施設(以下、特養とする)数は5,500を超え、利用者の重度化、施設利用の長期化に対応している。また、生活の場の延長としての終の棲家の役割や機能を果たすために、利用者の看取りに関する対応を積極的に行うことが求められるようになってきた。

改正介護保険法施行前の実態調査によると、特養利用者の9割以上が認知症を有していると報告されている(厚生労働省, 2004)。認知症高齢者の在宅復帰が困難である現状を踏まえると、認知症高齢者の施設内死亡の増加も予測されるが、認知症高齢者の看取りに対応するガイドラインを整備している施設は少ない状況であった(医療経済研究機構, 2002)。そこで、2005年の介護保険法の改正では、新たな第1条の目的に「尊厳保持」が明文化され、2006年の介護報酬改訂では、特養において一定の要件を満たした場

¹⁾ 長野県看護大学
2010年9月30日受付
2011年2月2日受理

合に対する重度化対応加算や看取り介護加算が創設された。これらの算定要件には、看取り指針の策定と利用者へのインフォームドコンセントが盛り込まれ、利用者の意思確認を行っていくことが推奨されるようになった（厚生労働省, 2004）。宮田ら（2004）は、「特養における認知症高齢者の意思決定においては、利用者が意思決定不可能になる前の段階においての本人への意向の確認はより一層意識されるべき課題である」と述べている。一方で、日本における高齢者の終末期ケアや終末期医療は高齢者の意思を充分反映しているとはいえない現状もあった（井口, 2006）。これらの背景より、特養での認知症高齢者の看取りに向けての事前意思を尊重することが新たに重要課題として認識されることが必要となっている。

研究者らが先に行った長野県の特養の終末期体制の特徴（曾根ら, 2010）は、長野県内特養の平均要介護度は3.9人であるのに対し、県外特養の3.8人と比べて若干高く、平成19年度の全国介護老人福祉施設の値3.8人と比較してもやや高い値であった。このほかに、長野県内特養での平成19年度の施設内死亡数の平均、病院死亡数の平均、終末期ケアに取り組んでいる施設の割合を長野県外特養（以下、県外特養とする）と比較したところ、いずれも長野県内特養の割合が有意に高かった。これら研究結果を踏まえて、長野県内特養で行われている終末期ケアの具体的な内容と方法についても実施割合に違いがあるのではないかと考えた。

そこで、本稿では長野県内特養と県外特養での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法の実施割合の違いを比較検討する。これによって、長野県における認知症高齢者の事前意思を支えるためのケア内容と方法の特徴を明らかにすることができる。

II. 目的

特養での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法についての実施割合を長野県内特養と県外特養において比較し、長野県における認知症高齢者の事前意思を支えるためのケア内容と方法の特徴を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 対象

対象は、2008年7月時点で独立行政法人福祉医療機構が運営するWAMNET（Welfare And Medical Service NETwork System）上で施設名および所在地の確認ができた全国の特養5249施設とした。なお、調査票の回答については、施設の概要と終末期ケア提供の状況を把握している看護管理者に依頼をした。

2. データ収集期間

2008年8月20日～9月20日。

3. 調査方法

1) 質問紙による郵送調査

質問紙を用いて調査を行った。調査手順は、調査依頼として研究の趣旨と倫理的配慮を説明した書面と質問紙を施設に郵送し、調査を依頼した。回収は、2週間の猶予期間を設け、その間に対象者自らポストに投函してもらった。

2) 調査内容

(1) 施設の概要

施設の概要は、介護度、看護職員数について記入を求めた。

(2) 終末期ケア体制

医師体制・看取り介護加算取得の有無については、それぞれ該当する選択肢一つについて記入を依頼した。夜間の看護体制については、選択肢より複数回答可で記入を求めた。

(3) 事前意思聴取について

事前意思聴取において、事前意思聴取時期、事前意思を聴取する職種、聴取内容は、選択肢より複数回答可で記入を求めた。「認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法」に関する20項目については、該当の有無を求めた。

(4) 「認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法」の項目の作成過程

「認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア内容と方法」は、二木（2008）が行った「特養における終末期ケアの事前意思決定に関わる看護職の困難とその解決の方略」の質的研究結果に

基づいている。この研究の認知症高齢者の事前意思決定支援に対する看護方略を説明する4カテゴリー【他職種の協働により具体的かつ個別的に意思確認をする】【情報と選択肢を提供し家族の決定役割をささえる】【状況に応じて家族の気持ちの変化に対応する】【高齢者に代わり家族が代行決定する視点を援助する】とこれらのサブカテゴリー〈高齢者から意思確認できる場合は高齢者から、できない場合は家族から確認する〉〈多様な方法で意思確認する〉〈選択肢と情報を提供する〉〈家族に時間的ゆとりを配慮する〉〈家族に意思決定役割を意識づける〉〈変化し得る家族の気持ちを尊重する〉〈高齢者の最善と尊重の視点を助言する〉〈高齢者と疎遠な家族の関係を調整する〉に基づいて検討した。ディスカッションの際には、1項目が1援助内容により構成されること、平易な表現になることなどに留意した。老年看護学研究者5名でグループディスカッションを行った結果、「認知症高齢者の終末期における事前意思を支える取り組み」に関する20項目が抽出された。さらに、この20項目を文化人類学研究者1名、生命倫理学研究者1名、終末期ケアの研究実績を持つ成人看護学研究者1名に研究目的を提示し、項目の内容の妥当性に関する助言、表現上の助言を得て修正した。

4. データの分析方法

データの分析には、統計ソフトSPSSver.17.0を使用し、以下の手順で行った。

- 1) 施設の概要を把握するために、平均要介護度、死亡場所別人数、看護師配置数について記述統計量を算出し、かつ長野県内特養と県外特養の違いを明らかにするためにt検定を行った。有意水準は $p<.05$ とした。
- 2) 事前意思聴取時期、事前意思を聴取する職種、事前意思を聴取する内容、認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法については、長野県内特養と県外特養での違いを明らかにするためにカイ二乗検定を行った。有意水準は $p<.05$ とした。なお、期待値が5以下の項目につ

いては、Yatesの補正を行った。

IV. 研究における倫理的配慮

調査にあたっては、研究協力者と所属施設に対し、個人や施設の匿名性の厳守、研究協力の自由、研究協力の有無によって不利益がないことを書面で説明した。研究協力の同意は、調査用紙の返送をもって了解を得られたものと判断した。調査で得られたデータの管理には十分注意を払い、研究結果は、個人や施設が特定されないよう配慮した。なお、本研究は、長野県看護大学倫理審査委員会の承認を受けて行った。（#13、平成20年7月4日承認）

V. 結果

1. 施設の概要

回答は、1137施設（回収率21.5%）から得られ、長野県内特養は46施設、県外特養は1091施設であった。有効回答率は、100.0%であった。施設の概要を表1に示す。

100床あたりの看護師配置数の平均値は、長野県内特養が3.9人（SD=1.4）に対し、県外特養は5.0人（SD=3.1）で、長野県内特養の看護師人数の平均は県外特養と比べて有意に低かった（ $t=-2.1$, $p=.03$ ）。

平均要介護度については、長野県は3.9（SD=0.4）に対し、県外特養が3.8（SD=0.3）であった。

2. 施設の終末期ケア体制

終末期ケア体制の概要、ならびに長野県内特養と県外特養との違いについて、1) 看取り介護加算取得の有無、2) 医師体制、3) 夜間の看護体制の順で表1に示した。

1) 看取り介護加算取得の有無

全回答における看取り介護加算の取得については、「①看取り介護加算を取っている」が5割弱を占めており、「②看取り介護加算を取っていない」は4割強であった。

長野県内特養と県外特養の比較では、看取り介護加算取得の「①看取り介護加算を取っている」、

「②看取り介護加算を取っていない」の項目は、長野県内特養と県外特養との間で有意差はなかった。

2) 医師体制

全回答における医師の雇用体制は、非常勤が9割を占め、死亡診断時の医師体制は「①夜間でも医師が死亡に立会い確認する」が6割であった。

長野県内特養と県外特養の比較においては、長野県内特養の医師の雇用体制は、非常勤が97.5%に対し、県外特養も96.0%と高い割合であった。死亡診断時の医師体制で「①夜間でも医師が死亡に立会い確認する」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は71.7%、これに対し県外特養は、63.5%であった。「②医師が出勤した時間に

表1 施設の概要と終末期ケア体制

看護師配置数/100床	全体		長野県内特養		県外特養		検定結果					
	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	t値	有意確率				
	1131	4.93 (3.1)	45	23 (52.3)	1136	23 (52.3)	-2.1	p=0.03				
平均要介護度	41	3.8 (0.4)	1023	21 (47.7)	21 (47.7)		1.7	n.s.				
看取り介護加算取得	全体		長野県内特養		県外特養		検定結果					
	n	施設数 (%)	n	施設数 (%)	施設数 (%)	n	施設数 (%)	施設数 (%)	χ ² 値	有意確率		
① 看取り介護加算を取っている	602	(53.0)	23	(52.3)	21	(47.7)	579	(55.3)	468	(44.7)	0.7	n.s.
② 看取り介護加算を取っていない	489	(43.0)	21	(47.7)	23	(52.3)	468	(44.7)	579	(55.3)		
医師体制												
雇用体制												
① 常勤	68	(6.6)	1	(2.5)	39	(97.5)	67	(6.9)	927	(96.0)	0.5 ¹⁾	n.s.
② 非常勤	966	(93.4)	39	(97.5)	1	(2.5)	927	(96.0)	67	(6.9)		
死亡診断時の医師体制												
① 夜間でも医師が死亡に立会い確認する	726	(63.9)	33	(71.7)	13	(28.3)	693	(63.5)	398	(36.5)	1.0	n.s.
② 医師が出勤した時間に死亡を確認する	411	(36.1)	13	(28.3)	33	(71.7)	398	(36.5)	693	(63.5)		
夜間の看護体制												
① 看護師（准看護師も含む）による夜勤を組んでいる	50	(4.4)	0	(0.0)	46	(100.0)	50	(4.6)	1041	(95.4)	1.3 ¹⁾	n.s.
② 看護師の人数が許す範囲で夜勤もしている	27	(2.4)	3	(6.5)	43	(93.5)	24	(2.2)	1067	(97.8)	1.9 ¹⁾	n.s.
③ 重症者がいる場合や臨終が予測される場合に看護師が夜勤をしている	31	(2.7)	1	(2.2)	45	(97.8)	30	(2.7)	1061	(97.3)	0.0 ¹⁾	n.s.
④ 併設している病院の看護師が対応している	29	(2.6)	2	(4.3)	44	(95.7)	27	(2.5)	1064	(97.5)	0.1 ¹⁾	n.s.
⑤ 必要に応じて呼び出し体制をとっている	979	(86.1)	43	(93.5)	3	(6.5)	936	(85.8)	155	(14.2)	2.2	n.s.
⑥ 夜間は電話で対応して介護職員に指示をしている	793	(69.7)	24	(52.2)	22	(47.8)	769	(70.5)	322	(29.5)	7.0	p=0.00
⑦ 夜間は介護職員の判断と対応に任せている	99	(8.7)	2	(4.3)	44	(95.7)	97	(8.9)	994	(91.1)	0.7 ¹⁾	n.s.

注) 有意差が認められなかった項目は、表中にn.s. (not significant) と示した。

1) Yatesの補正をかけた値

死亡を確認する」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は28.3%，これに対し県外特養は36.5%であった。医師の雇用体制と死亡診断時の医師体制では、長野県内特養と県外特養の間では有意差は認められなかった。

3) 夜間の看護体制

全回答における夜間の看護体制は、「⑤必要に応じて呼び出し体制をとっている」が8割を占め、「⑥夜間は電話で対応して介護職員に指示をしている」は6割強であった。これ以外の「①看護師（准看護師も含む）による夜勤を組んでいる」「②看護師の人数が許す範囲で夜勤もしている」「③重症者がいる場合や臨終が予測される場合に看護師が夜勤をしている」「④併設している病院の看護師が対応している」「⑦夜間は介護職員の判断と対応に任せている」は、1割以下であった。

長野県内特養と県外特養の比較では、「⑥夜間は電話で対応して介護職員に指示をしている」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は52.2%で、これに対して県外特養は70.5%と、長野県内特養の割合は県外特養と比べて有意に低かった ($\chi^2=7.0$, $p=0.00$)。

これ以外の「①看護師（准看護師も含む）による夜勤を組んでいる」「②看護師の人数が許す範囲で夜勤もしている」「③重症者がいる場合や臨終が予測される場合に看護師が夜勤をしている」「④併設している病院の看護師が対応している」「⑤必要に応じて呼び出し体制をとっている」「⑦夜間は介護職員の判断と対応に任せている」は、長野県内特養と県外特養の間で有意差は認められなかった。

3. 事前意思聴取について

終末期における事前意思聴取について長野県内特養と県外特養との違いを明らかにするために、1) 事前意思聴取時期、2) 事前意思聴取する職種、3) 事前意思の聴取内容の順に表2に示した。

1) 事前意思聴取時期

全回答における事前意思聴取時期は、「①入所時」「③病状悪化時」が5割から6割を占めており、

これ以外の「④死期が近い時」は4割、「②元気な時」は1割であった。

長野県内特養と県外特養の比較では、「①入所時」に行っていると回答した長野県内特養の割合は73.9%で、これに対し県外特養は53.6%と長野県内特養の割合は、県外特養と比べて有意に高かった ($\chi^2=6.5$, $p=0.03$)。これ以外の「②元気な時」「③病状悪化時」「④死期が近い時」では、長野県内特養と県外特養の間では有意差はなかったが、いずれの時期においても長野県内特養の方が県外特養よりも事前聴取を行っている割合は高い傾向であった。

2) 事前意思を聴取する職種

全回答における事前意思を聴取する職種は、「④生活相談員」が6割以上と最も高い割合を占めた。これ以外の「③看護職員」「①医師」「②看護師長」「⑥ケアマネージャー」が3割から4割を占め、「⑤栄養士」「⑦ケアマネージャー」は1割程度で低い割合であった。

長野県内特養と県外特養の比較では、「③看護職員」が行っていると回答した長野県内特養の割合は60.9%で、これに対し県外特養は45.2%と長野県内特養の割合は、県外特養と比べて有意に高かった ($\chi^2=4.4$, $p=0.03$)。これ以外の「①医師」「②看護師長」「④生活相談員」「⑤栄養士」「⑥介護職員」「⑦ケアマネージャー」「⑧施設長」では、長野県内特養と県外特養の間では有意差はなかった。

3) 事前意思の聴取内容

全回答における事前意思の聴取内容は、「①死を看取る場所」「③延命医療の希望」が7割と実施割合が高く、特に長野県内特養は8割以上を占めていた。これ以外の項目で「⑤ケアへの希望や意見」「④経口摂取か経管栄養か」が5割、「②苦痛緩和のための治療」「⑦どのような時期にどのような内容について施設から家族に連絡するか」「⑥どのような時期に家族が付き添うか」が2割から4割と低い実施率であった。

長野県内特養と県外特養の比較では、「④経口摂取か経管栄養か」の聴取を行っているとは回答し

表2 事前意思聴取について

調査項目	全体 (n=1137)	長野県内特養 (n=46)		県外特養 (n=1091)		χ^2 検定結果	
	「行っている」と回答した施設数 (%)	行っている施設数 (%)	行っていない施設数 (%)	行っている施設数 (%)	行っていない施設数 (%)	χ^2 値	有意確率
事前意思聴取時期							
①入所時	619 (54.4)	34 (73.9)	12 (26.1)	585 (53.6)	506 (46.4)	6.5	p=.03
②元気な時	131 (11.5)	7 (15.2)	39 (84.8)	124 (11.4)	967 (88.6)	0.3	n.s.
③病状悪化時	724 (63.7)	34 (73.9)	12 (26.1)	690 (63.2)	401 (36.8)	1.7	n.s.
④死期が近いとき	502 (44.2)	27 (58.7)	19 (41.3)	475 (43.5)	616 (56.5)	3.5	n.s.
事前意思聴取時期							
①医師	416 (36.6)	16 (34.8)	30 (65.2)	400 (36.7)	691 (63.3)	0.0	n.s.
②看護師長	383 (33.7)	19 (41.3)	27 (58.7)	364 (33.4)	727 (66.6)	0.9	n.s.
③看護職員	521 (45.8)	28 (60.9)	18 (39.1)	493 (45.2)	598 (54.8)	4.4	p=.00
④生活相談員	720 (63.3)	29 (63.0)	17 (37.0)	691 (63.3)	400 (36.7)	0.0	n.s.
⑤介護職員	165 (14.5)	14 (30.4)	32 (69.6)	151 (13.8)	940 (86.2)	8.5	n.s.
⑥ケアマネージャー	394 (34.7)	17 (37.0)	29 (63.0)	377 (34.6)	714 (65.4)	0.0	n.s.
⑦施設長	140 (12.3)	3 (6.5)	43 (93.5)	137 (12.6)	954 (87.4)	1.0	n.s.
事前意思聴取時期							
①死を看取る場所	801 (70.4)	37 (80.4)	9 (19.6)	764 (70.0)	327 (30.0)	1.8	n.s.
②苦痛緩和のための治療	529 (46.5)	23 (50.0)	23 (50.0)	506 (46.4)	585 (53.6)	0.1	n.s.
③延命医療の希望	797 (70.0)	37 (80.4)	9 (19.6)	760 (69.7)	331 (30.3)	2.0	n.s.
④経口摂取か経管栄養か	595 (52.3)	35 (76.1)	11 (23.9)	560 (51.3)	531 (48.7)	9.9	p=.00
⑤ケアへの希望や意見	672 (59.1)	36 (78.3)	10 (21.7)	636 (58.3)	455 (41.7)	6.5	p=.00
⑥どのような時期に家族が付き添うか	332 (29.1)	17 (37.0)	29 (63.0)	315 (28.9)	776 (71.1)	1.0	n.s.
⑦どのような時期にどのような内容について施設から家族に連絡するか	441 (38.8)	19 (41.3)	27 (58.7)	422 (38.7)	669 (61.3)	0.0	n.s.

注) 有意差が認められなかった項目は、表中にn.s. (not significant) と示した。

た長野県内特養は76.1%で、これに対し県外特養は51.3%と長野県内特養の割合は、県外特養と比べて有意に高かった($\chi^2=9.9$, $p=.00$)。「⑤ケアへの希望や意見」の聴取を行っていると回答した長野県内特養は、78.3%で、これに対し県外特養は58.3%と長野県内特養の割合は、県外特養と比べて有意に高かった($\chi^2=6.5$, $p=.00$)。

これら以外の「①死を看取る場所」「②苦痛緩和のための治療」「③延命医療の希望」「⑥どのような時期に家族が付き添うか」「⑦どのような時期にどのような内容について施設から家族に連絡するか」では、長野県内特養と県外特養との間では、有意差はなかった。

4. 認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法

認知症高齢者の終末期における事前意思を支える

ケア内容と方法の20項目について表3に示した。

全回答における認知症高齢者の終末期の事前意思を支えるケア方法と内容は、「①意思確認できる場合に高齢者から、できない場合は家族から確認する」「⑧高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する」「⑭家族に意思決定を求める場合には家族間で話し合って決めるように促す」について「行っている」と答えた施設が7割であった。「⑩高齢者の意思を執行するよう家族に提案する」で「行っている」と答えた割合は、0.6割程度と最も低かった。

長野県内特養と県外特養の比較では、長野県内特養で「行っている」と答えた割合が最も高かった項目は、「⑧高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する」(80.4%)と「⑩死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する」(80.4%)の2項目であった。続いて、「⑭家族に意思決定を求める場合には家族間で話し合って決めるように促す」(76.1%)、「高

齢者や家族の気持ちの変化に応じて、その時々々の気持ちを受け止める」(73.9%)であった。県外特養で「行っている」と答えた最も割合が高かった項目は、「⑧高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する」(76.1%)でこの項目のみ長野県内特養と同じであったが、割合

は長野県内特養の方が高かった。続いて、「①意思確認できる場合に高齢者から、できない場合は家族から確認する」(71.2%), 「⑭家族に意思決定を求める場合には家族間で話し合っ決めて決めるように促す」(70.8%)であった。

表3 認知症高齢者の事前意思を支えるケア内容と方法

	全体 (n=1137) 「行っている」と回答した施設数 (%)	長野県内特養 (n=46)		県外特養 (n=1091)		χ^2 検定結果	
		行っている施設数 (%)	行っていない施設数 (%)	行っている施設数 (%)	行っていない施設数 (%)	χ^2 値	有意確率
① 高齢者から意思確認できる場合には高齢者から、できない場合は家族から確認する。	810 (71.2)	33 (71.7)	13 (28.3)	777 (95.9)	314 (28.8)	0.0	n.s.
② 書面を活用して意思を確認する。	605 (53.2)	23 (50.0)	23 (50.0)	582 (53.3)	509 (46.7)	0.2	n.s.
③ 高齢者の意思がしっかりとしているうちに意思確認を行う。	158 (13.9)	11 (23.9)	35 (76.1)	147 (13.5)	944 (86.5)	4.0	p=0.4
④ 時期を変えて複数回意思確認を行う。	469 (41.2)	18 (39.1)	28 (60.9)	451 (41.3)	640 (58.7)	0.1	n.s.
⑤ 複数の職種で意思確認を行う。	307 (27.0)	18 (39.1)	28 (60.9)	289 (26.5)	802 (73.5)	3.6	n.s.
⑥ 一見遠慮しがちな高齢者でも踏み込んでじっくりと聞いて意思を確認する。	117 (10.3)	5 (10.9)	41 (89.1)	112 (10.3)	979 (89.7)	0.0 ¹⁾	n.s.
⑦ 意思確認しやすいよう信頼関係を充分に築く。	529 (46.5)	20 (43.5)	26 (56.5)	509 (46.7)	582 (53.3)	0.2	n.s.
⑧ 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する。	867 (76.3)	37 (80.4)	9 (19.6)	830 (76.1)	261 (23.9)	0.5	n.s.
⑨ 高齢者の病状や様子を理解してもらうために家族に来所を促す。	721 (63.4)	34 (73.9)	12 (26.1)	687 (63.0)	404 (37.0)	2.3	n.s.
⑩ 死期が近くなった場合の看取りに関する具体的な情報を提供する。	728 (64.0)	32 (69.6)	14 (30.4)	696 (63.8)	395 (36.2)	0.6	n.s.
⑪ 死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する。	748 (65.7)	37 (80.4)	9 (19.6)	711 (65.2)	380 (34.8)	4.6	p=0.3
⑫ 決定に際しては、即答を求めず時間的ゆとりを提供する。	675 (59.4)	27 (58.7)	19 (41.3)	648 (59.4)	443 (40.6)	0.0	n.s.
⑬ 高齢者に決定能力がない場合には、家族に決定役割を意識づける。	700 (61.6)	32 (69.6)	14 (30.4)	668 (61.2)	423 (38.8)	1.3	n.s.
⑭ 家族に意思決定を求める場合には家族間で話し合っ決めて決めるように促す。	807 (71.0)	35 (76.1)	11 (23.9)	772 (70.8)	319 (29.2)	0.6	n.s.
⑮ 意思決定に際して気持ちは変化しうものであることを伝える。	682 (60.0)	33 (71.7)	13 (28.3)	649 (59.5)	442 (40.5)	2.8	n.s.
⑯ 高齢者や家族の気持ちの変化に応じて、その時々々の気持ちを受け止める。	743 (65.3)	34 (73.9)	12 (26.1)	709 (65.0)	382 (35.0)	1.6	n.s.
⑰ 高齢者にとって何が最善であるかという視点を家族に助言する。	567 (50.0)	31 (67.4)	15 (32.6)	536 (49.1)	555 (50.9)	5.9	p=0.1
⑱ 高齢者の意向を尊重するように家族に依頼する。	374 (32.9)	16 (34.8)	30 (65.2)	358 (32.8)	733 (67.2)	0.1	n.s.
⑲ 高齢者の意思をそのまま実行するように家族に提案する。	68 (6.0)	3 (6.5)	43 (93.5)	65 (6.0)	1026 (94.0)	0.0 ¹⁾	n.s.
⑳ 高齢者と家族が疎遠な場合には関係の調整を行う。	482 (42.4)	21 (45.7)	25 (54.3)	461 (42.3)	630 (57.7)	0.2	n.s.

注) 有意差が認められなかった項目は、表中にn.s. (not significant) と示した。

1) Yetesの補正をかけた値

「③高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う」という項目で「行っている」と回答した長野県内特養の割合は23.9%で、県外特養は13.5%と、長野県内特養の割合は県外特養と比べて有意に高かった($\chi^2=4.0$, $p=.04$)。「⑩死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する」という項目で長野県内特養が「行っている」と回答した割合は80.4%で、県外特養は65.2%と、長野県内特養の割合は県外特養と比べて有意に高かった($\chi^2=4.6$, $p=.03$)。「⑪高齢者にとって何が最善かという視点を家族に助言する」という項目で「行っている」と回答した長野県内特養は67.4%で、県外特養は49.1%と長野県内特養の割合は県外特養と比べて有意に高かった($\chi^2=5.9$, $p=.02$)。

VI. 考 察

1. 事前意思聴取について

1) 事前意思聴取時期

長野県内特養の事前意思聴取時期で「行っている」と答えた最も高い割合は、「①入所時」(73.9%)、「③病状悪化時」(73.9%)であり、これに対して県外特養は、最も高い割合が「③病状悪化時」(63.2%)で、続いて「①入所時」(53.6%)であった。「①入所時」に事前意思聴取を「行っている」と回答した長野県内特養は、県外特養よりも有意に高かった。特養の看取り介護加算施設基準では、「看取りに関する指針を定め、入所の際に、利用者又はその家族等に説明し、同意を得ていること。」としている。本調査における看取り介護加算取得割合は、長野県内特養と県外特養との間では有意差はなかったが、長野県内特養の見取り介護加算取得割合51.1%に対して県外特養は53.7%と長野県内特養が若干低い割合を示した。

これらより、長野県内特養は看取り介護加算取得に関わらず、事前意思聴取時期においては入所時点で事前意思聴取を実際に行っているという特徴があると考えられる。

一方、長野県内特養と県外特養ともに「②元気な時」に事前意思聴取を行っている割合が1

割程度と低かった。平成21年12月時点での特養入所の待機者は42.1万人である(厚生労働省, 2009)。また平均要介護度の推移は、2000年の3.35から2008年3.82へと上がっており、なかでも要介護度5の推移が2000年から2008年の間に9.4%増加している。これは、利用者の重度化が一層深刻であることを示している(厚生労働省, 2008)。そのため、利用者が「元気な時」に事前意思聴取することは、達成され難いと推察される。

2) 事前意思を聴取する職種

事前意思を聴取する職種は、「③看護職員」が行っていると回答した特養の割合は、長野県内特養は県外特養よりも有意に高かった。長野県内特養の記述統計をみみると事前意思を聴取する職種として生活相談員に次いで看護職員60.9%、看護師長41.3%と高い割合を示した。これらより、長野県内特養は、看護職が事前意思を聴取する割合が高く、利用者の健康状態の把握と終末期の状態予測がより可能になってきていることが示された。

3) 事前意思の聴取内容

事前意思の聴取内容においては、「④経口摂取か経管栄養か」の聴取を行っているという回答した長野県内特養の割合は76.1%で、これに対し県外特養は51.3%と長野県内特養の割合は、県外特養と比べて有意に高かった。

三宅(1999)は、「狭義の終末期痴呆を定義する条件の中で認知症の原因疾患による神経症状として嚥下が困難か不可能な状態にあり、かつ非可逆的である」としている。そのため、認知症高齢者の事前意思として嚥下機能が低下したときにどのように対応するのかその内容を把握しておくことは、非常に重要である。長野県内特養では、前述の事前意思を聴取する職種として看護職員、看護師長が高いことより、利用者の健康状態に即した事前意思の聴取が可能になっていることが考えられる。

「⑤ケアへの希望や意見」の聴取を行っているという回答した長野県内特養は、78.3%で、これに対し県外特養は58.3%と長野県内特養の割合は、

県外特養と比べて有意に高かった。認知症が高度に進行した高齢者に対しては、患者本人のみならず家族も含めた終末期のケアが必要である (Thompson PM, 2002)。

認知症高齢者と家族両者の希望を聴取することは、認知症高齢者の生活の意向の把握、家族の考え方や価値観の把握になる。ひいては、施設で可能なケア内容の具体的な情報提供につながる。

2. 認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法

1) 高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行うことの意義

「③高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う」という項目で「行っている」と回答した長野県内特養の割合は、県外特養よりも実施率が有意に高かった。

この項目の実施率は、有意差が確認された他の2項目の実施率が6割から8割であるのに対し、2割弱と低い結果であった。この背景として特養入所時における利用者の重度化が大きく影響し、高齢者本人がしっかりとしているうちに意思確認を行うことが困難であることがいえる。長野県内特養においても実施率は高いほうではないが、県外特養と比べて「③高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う」ことを後回しにせず、意識していることが考えられている。

2) 死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供することの重要性

「⑩死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する」という項目で「行っている」と回答した長野県内特養の割合は、県外特養と比べて有意に高かった。二神ら (2010) は、認知症高齢者の家族による事前意思代理決定のプロセスとして【看取りに関する情報の入手】、【看取りのイメージ化】、【高齢者の意思の推測】、【現実可能な看取り方針の決定】、【決定への納得】の5段階を見出した。「⑩死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する」ことは、意思決定する上で最も重要な第1段階である【看取りに

関する情報の入手】に寄与する。すなわち、「⑩死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する」ことは、適切な時期に必要な情報を提供することであり、このことで家族が主体的に意思決定ができるように働きかけが可能となる。

以上のことより、長野県内特養は、積極的に看取り方に関する選択肢を提供するという具体的なケア方法を実施している特徴があると考えられる。つまりそれは、利用者と家族の意思決定を最優先する (黒崎, 1998) ことに努めていると考えられる。

3) 高齢者にとっての最善を助言することの意味

「⑩高齢者にとって何が最善かという視点を家族に助言する」という項目で「行っている」と回答した長野県内特養の割合は県外特養と比べて有意に高かった。この背景には、特養の利用者の約9割が認知症高齢者であり、認知症高齢者への意思確認の難しさが背景にあると考えられる。このことは、宮田ら (2004) や林ら (2004) も特養における見取りに関する調査の中で、認知症高齢者の看取りや医療に関する意思決定において、本人あるいは家族による意思決定の困難さを報告している。つまり、本人や家族が意思決定する上で「高齢者にとって何が最善かという視点」を踏まえた適切な情報の提供が不可欠であるといえる。これに加え、「高齢者にとっての最善」を考慮する際に、判断のよりどころとして倫理原則に則ることが専門職としての責務を果たすこととなる。倫理原則には、無害の原則、善行の原則、自律の尊重の原則、公正・正義の原則、誠実・忠誠の原則がある (Anneら, 1999)。

和泉 (2007) は「倫理原則の“善行の原則”とは、その人の利益となるように意図した行いを指している」と述べている。すなわち、この原則は“利用者に対して善をなすこと”であり、特養での生活を拠点としている認知症高齢者においても、利用者のために最善を尽くすことを要求していると言える。認知症高齢者は、終末期に近づくにつれて自らの意思を表現できる能力が失われていく。しかしながら、認知症高齢者は、これまでの日常生活を

通して生きてきた人生の営みや価値基準を表現している。それは、看護職員を含む多職種が、認知症高齢者の具体的な言動や表情等から何の意味を成すのかという分析を行うことによって、そのメッセージを具体的に汲み取ることができる。そのため認知症高齢者のケアを行っている看護職員を含む多職種が、認知症高齢者から受け取った情報やメッセージを通してその人の在り様を家族に伝えることで、家族が認知症高齢者の価値観や心地よさの感覚をイメージしやすく、認知症高齢者にとっての最善を踏まえた意思決定をより可能にすると考えられる。

以上のことから、長野県内特養では、高齢者にとっての何が最善かという視点の意識が高い特徴がある。これに加え、ケア提供する方法としては、認知症高齢者との生活体験の中で得られた具体的な事象を家族に情報提供する必要性が考えられる。すなわち、認知症高齢者にとっての善を看護職員が体現することで、家族がより認知症高齢者を主体と捉えた意思決定を可能にすると思われる。

一方、十分な配慮が必要なこととして、善行の原則で創出された善が、害としての可能性が強くなることである。善行の原則を考えると同時に害を一方で回避するという“無害の原則”を同時に考えなければならない(和泉, 2007)。すなわち、善行の原則は、看護職員を含む多職種が認知症高齢者や家族にとって善とした行為でも、受け手の価値観やその時の感情や状態によっては、ときに害として作用する性質があることを十分に周知しておく必要がある。したがって、終末期においては認知症高齢者と家族にとっての善の見方・考え方を把握し、かつ倫理原則を照らし合わせながら“意識的”にケア内容や方法を個別に提供していく必要がある。

4) 長野県内特養における事前意思を支えるためのケアの特徴

長野県内特養は、事前意思聴取を行う職種として看護職員が行う割合が県外特養よりも有意に高かった。認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法においても「⑩死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する」「⑪高齢者にとって何が最善かという視点を家族に助言する」という項目の実施割合が県外特養よりも有意に高かった。

これらより、長野県内特養での事前意思を支えるためのケアの特徴は、生活のみならず医療の専門的な知識を持ち備えている看護職員が、看取り方の選択肢の提供を行うことで、死期が近くなった場合の判断を可能とし、それに基づいた情報提供を可能とする特徴がある。このほかに、看護職員は「高齢者にとって何が最善かという視点を家族に助言する」ことにおいて、家族の意思決定をサポートしているのではなく、あくまでも認知症高齢者にかわって家族が意思決定できるように働きかけている特徴が浮き彫りになった。

VII. まとめ

本研究では、長野県内特養の認知症高齢者の終末期における事前意思を支える取り組みとして、以下のような特徴が考えられた。

長野県内特養は、県外特養と比べて、事前意思の聴取を「③看護職員」が行っている割合が高く、事前意思聴取内容では、「④経口摂取か経管栄養か」「⑤ケアへの希望や意見」の聴取を行っている割合が高かった。認知症高齢者の事前意思決定を支えるケア内容と方法においては、「③高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う」「⑩死期が近くなった場合の看取り方に関する選択肢を提供する」「⑪高齢者にとって何が最善かという視点を家族に助言する」割合が高かった。

以上の結果は、長野県内特養利用者の平均要介護度、施設内死亡平均等が高いことが大きく影響していることが考えられる。すなわち、後々の日本の高齢化の進行に伴い凝集された姿が、既に長野県の現状を投

影しているといえよう。この現状に対応すべく、特に前述で示した「事前意思を聴取する職種」「事前意思聴取内容」「認知症高齢者の事前意思決定を支える内容と方法」において長野県内特養で実施されている内容が先駆的な実践であるとともに長野県内特養の特徴であるといえる。

今後の課題として、長野県内特養での認知症高齢者の終末期における事前意思を支える取り組みの具体的な実践例を調査し、より認知症高齢者の終末期に特化した知見を構築していく必要があると考える。

文 献

- Anne.J.Davis,太田勝正(1999):倫理についての知識, コンサイス看護論 看護とは何か-看護の原点と看護倫理, 98-111, 照林社, 東京.
- 林幸子, 小野幸子, 坂田直美他(2004):特別擁護老人ホームにおける見取りの実態-その2 G県下CとT地区の看護職を対象に-, 岐阜県立看護大学, 4(1), 45-61.
- 二神真理子, 渡辺みどり, 千葉真弓(2010):施設入所認知症高齢者の家族が事前意思代理決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス, 老年看護学, 14(1), 25-33.
- 二木はま子(2008):介護老人福祉施設における終末期ケアの事前意思決定に関わる看護職の困難とその解決の方略, 長野県看護大学修士論文.
- 井口昭久(2006):高齢者の終末期医療, 老年看護学, 10(2), 9-13.
- 和泉成子(2007):原則の倫理, 小西恵美子, 看護倫理-よい看護・よい看護師への道しるべ, 36-44, 南江堂, 東京.
- 医療済研究機構(2002年11月22日):特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関わる調査研究, 2009年8月3日, <http://www.ihelp.jp/h14-5.htm>.
- 厚生労働省(2004年7月):終末期医療に関する調査報告等検討会-今後の終末期医療のあり方について, 2009年8月3日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>.
- 厚生労働省(2009年12月):特別擁護老人ホーム入所申込者の状況, 2009年8月20日, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000003byd.html>.
- 厚生労働省(2010年):平成20年介護サービス施設・事業所調査結果の概況, 2010年2月25日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service08/dl/kaigohoken-sisetu.pdf>.
- 黒崎ミチヨ(1998):痴呆高齢者の終末期ケア, 施設介護の実践とその評価, ワールドプランニング, 189-215, 東京.
- 三宅貴夫(1999):終末期認知症の医療に関する意思決定, 老年精神医学雑誌, 10, 10, 1225-1229.
- 宮田裕章, 白石弘巳, 甲斐一郎, 他2名(2004):特別養護老人ホームにおける痴呆性高齢者の意思決定と医療の現状, 日本老年医学会雑誌, 41(5), 528-533.
- 曾根千賀子, 千葉真弓, 細田江美, 他2名(2010):長野県の介護老人福祉施設の終末期ケア体制の特徴-看取りへの対応に焦点をあてて-, 長野県看護大学紀要, 12, 21-30.
- 総務庁(2010):平成21年度高齢社会白書, 2-14, 東京.
- 杉正孝(1990):意思決定理論, 松木光子, 看護MOOK35, 124-129, 金原出版, 東京.
- Thompson PM(2002):Communicating with dementia patient on hospice, American J Hospice & Palliative Care, 19, 263-266.

【Report】

Details and Methods of Advance Directive Care for Dying Elderly Residents with Dementia at Nursing Homes : Features of Nursing Homes in Nagano Prefecture

Chikako SONE¹⁾, Midori WATANABE¹⁾, Mayumi CHIBA¹⁾,
Emi HOSODA¹⁾, Yuka MATSUZAWA¹⁾, Kunie KARASAWA¹⁾,
Akira TAGAYA¹⁾,

¹⁾Nagano College of Nursing

【Abstract】 The objective of this study is to clarify the characteristics of an end-of-life (EOL) care program carried out at nursing homes in Nagano prefecture, which supports advance directives for dying elderly residents with dementia, by comparing the frequencies of introducing the EOL program between facilities in Nagano and those of other prefectures. The survey was conducted through questionnaires sent to 5,249 nursing homes in Japan from August to September of 2008, and 1,137 (21.5%) responses were obtained. Analysis of the responses from Nagano prefectural facilities showed that both the rates of arranging advance directive care for elderly residents with dementia, upon initial admittance to the home, and those of the nursing staff's conducting advance directive care were significantly higher than in other prefectures. Regarding the details and methods of advance directive care for the residents with dementia, facilities in Nagano prefecture reported carrying out three items at significantly higher rates: (a) finds out elderly residents' will while they can communicate with others; (b) provides options concerning their preferences at their deathbed; and (c) gives their family advice in terms of the best choice as a family. Regarding the characteristics at nursing homes in Nagano prefecture, because the EOL program is provided by nursing staff who have exclusive knowledge of medical care as well as details of the residents' daily lives, such knowledge enables providing options concerning residents' preferences prior to death, particularly when the nursing staff deem the resident to be near his/her end.

【Key words】 Nagano prefecture, nursing home, elderly residents with dementia, advance directive

曾根千賀子
〒399-4117 長野県駒ヶ根市赤穂1694番地
長野県看護大学老年看護学講座
Tel:0265-81-5176 Fax:0265-81-5176
Chikako Sone
Nagano College of Nursing
1694 Akaho, Komagane-city, Nagano, 399-4117 Japan
Tel:+81-265-81-5176 Fax:+81-265-81-5176
E-mail:csone@nagano-nurs.ac.jp