

タイトル

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（第2報）

—医療法人・社会福祉法人・NPO 法人による比較—

要 約

NPO 法人では、平均要介護度、終末期ケアの経験、看護師の雇用が有意に高く ($p<0.01$)、医療法人は、病院や訪問看護ステーションの併設、医療連携体制および看取り介護加算の取得が有意に高かった ($p<0.01$)。社会福祉法人は、終末期ケアの経験、現在の取り組み、今後の取り組み予定がいずれも「あり」が有意に低く ($p<0.01$)、医療連携をとる上での困難として、「急変時の看護対応」が有意に高かった ($p<0.01$)。

終末期ケアのための体制づくりには、それぞれの施設背景を考慮した医療連携の方法を検討する必要性が示唆された。

キーワード：グループホーム 終末期ケア 経営母体

1. はじめに

2012年8月24日に厚生労働省より発表された平成22年の認知症高齢者数は280万人である。その数は平成15年に推計された208万人の予想をはるかに上回り、平成27年には65歳以上高齢者の1割が認知症になるといわれている¹⁾。現在、認知症高齢者の増加と重度化に伴い、認知症対応型生活介護（以下グループホーム）においても終末期ケアの必要性は高まりつつある。また、昨年策定された認知症施策推進5か年計画オレンジプラン（平成25年から29年まで）では、認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らせるようにグループホームを利用できる人数を17万人（平成24年度）から25万人（平成29年度）に増やすとしている²⁾。地域で認知症高齢者を最期まで支えることに主眼を置くとすれば、グループホームにおける終末期ケアへの責務は今後ますます重くなると考える。日本認知症グループホーム協会（以下、GH協会）が行った看取りに関する調査報告書³⁾では、グループホームでの終末期ケアの意義について、「グループホームケアならではの日常的な支援を終末期にも活かしつつ、本人に最期まで関わり続けることこそがグループホームの看取り支援の意義である。」とその重要性を記している。しかし、提供するケアの質の施設間格差や、ケア提供者のストレスの増加などの課題もあるとされている⁴⁾⁵⁾。

施設サービス分野が公的主体や医療法人、社会福祉法人等による運営・設置に限られていることに比べ、グループホームを運営できる経営母体は、公的主体・医療法人・社会福祉法人・民間事業者（企業・NPO）等、多岐に渡っているため、施設の規模や併設施設の有無、医療連携体制など施設によってさまざまな背景を有する。終末期ケアを考える時、医療の存在が不可欠であるが、これらのことが少なからず終末期におけるケア体制に影響を及ぼしていると考えられ、終末期ケアの体制づくりを検討する上で、経営母体別に施設のケアの体制や終末期ケアの取り組み状況の違いを明らかにする必要があると考えた。

2. 研究目的

グループホームの経営母体として社会福祉法人、医療法人、NPO法人の3法人において、終末期ケアの取り組み状況と課題を経営母体別に明らかにし、終末期ケア実施を目指した体制づくりへの示唆を得ることである。

3. 研究方法

1) 調査方法

質問紙調査による調査を2009年8月25日から9月30日の間に郵送留め置き法で実施した。2009年7月の時点で、独立行政法人福祉医療機構の運営するワムネットの介護事業者情報に登録されたグループホームのうち、施設名および住所の確認できた全国の9785施設より無作為に4886施設を抽出して質問紙を送付し、1174施設から回答を得た。回答は看護師雇用がある場合には看護師に、そうでない場合は施設の管理者または介護の責任者に依頼した。

2) 調査内容

施設の概要として、経営母体、設立年数、併設施設の有無とその種類、入居定員、

現入居者数、要介護度別の入居者数、職種別の職員数をたずねた。

終末期ケアの取り組み状況として、過去 1 年間の退所者数とそのうちの終末期ケアの対象となった退所者数、終末期ケア経験の有無、終末期ケア指針の策定の有無、医療連携体制加算取得の有無と看取り介護加算の取得の有無、今後の終末期ケアの取り組みの有無について、さらに終末期ケアに必要な医療連携上の困難について該当するものひとつを選択する方法でたずねた。

3) 分析対象

現在グループホームを運営するための経営母体としては、旧来より認められてきた営利を目的としない医療法人、社会福祉法人、社団法人・財団法人に加え、近年の急速な少子高齢化に伴い居宅サービス分野において参入を認められた⁶⁾⁷⁾ NPO 法人と、営利を目的とした民間事業者(株式会社等)がある。NPO 法人を加えた非営利法人は、多かれ少なかれいずれも行政庁の監督下に置かれ、その設立資格や活動、組織運営について様々な規制を受ける。一方、営利法人としての事業者は施設の設立のための基準は満たさなければならないものの、法人としての設立がたやすく、様々な業種がその設立母体となっている。地域や利用者のニーズを反映させやすく自由度が高い反面、個々の事業者の運営方針や理念によってケア体制に大きな違いが生じると考えられる。

そのような背景を考慮し、経営母体としての特徴を明らかにするため、得られた 1174 施設の回答のうち、その設立背景や組織運営が規定されている医療法人、社会福祉法人、NPO 法人を経営母体としている 580 施設の回答を今回の研究の分析対象とした。

4. 倫理的配慮

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る不利益はないこと、職務評価との独立性、研究結果の公表に際し個人や施設が特定されない処理を行うこと、得られたデータの厳重管理を厳守することを保証した。なお、本研究は所属大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

5. データ分析方法

分析対象となった 580 施設の概要として、入居定員、平均要介護度、施設の経営母体別、併設施設の有無、看護師雇用の有無を項目ごとに記述統計量を算出した。また対象施設の終末期ケアの取り組み状況と過去 1 年間の退所者数ならびにそのうちの終末期ケア対象となった人数についても項目ごとに記述統計量を算出した。

経営母体別の施設概要の違いは、入居定員の平均値ならびに平均要介護度については一元配置分散分析を行った。経営母体別にみた併設施設の有無ならびに看護師雇用の有無、経営母体別にみた終末期ケア経験の有無と終末期ケアの取り組み状況、さらに終末期における医療連携を図るうえでの困難の有無の比較については χ^2 検定を行った。有意水準は 5%未満とし、統計解析には SPSS18.0 を用いた。

6. 結果

1) 対象施設の概要

対象となった施設の概要を表 1 に示す。施設入居定員の平均は 13.69 ± 5.5 人で、入

居者の平均要介護度は 2.64±0.5 であった。経営母体別の施設数は、社会福祉法人が 295 施設 (50.9%)、医療法人が 213 施設 (36.7%)、NPO 法人 72 施設 (12.4%) であった。併設施設の有無を複数回答可でたずねたところ、介護老人福祉施設を有するのは 155 施設 (26.7%)、介護老人保健施設は 93 施設 (16.0%)、デイサービスは 280 施設 (48.3%)、訪問看護ステーションが 77 施設 (13.3%)、訪問介護を 126 施設 (21.7%)、病院または診療所を 125 施設 (21.6%) の施設が有すると回答していた。

看護師の雇用の有無は、289 施設 (49.8%) が看護師の雇用があると回答していた。

	平均値・標準偏差	
入居定員	13.69±5.49 (人)	
平均要介護度	2.64±0.51 (度)	
	度数(%)	
経営母体		
社会福祉法人	295	(50.9)
医療法人	213	(36.7)
NPO法人	72	(12.4)
併設施設	あり	なし
	度数(%)	度数(%)
介護老人福祉施設	155 (26.7)	425 (73.3)
介護老人保健施設	93 (16.0)	487 (84.0)
デイサービス	280 (48.3)	300 (51.7)
訪問看護ステーション	77 (13.3)	503 (86.7)
訪問介護	126 (21.7)	454 (78.3)
病院または診療所	125 (21.6)	455 (78.4)
看護師雇用の有無	289(49.8)	253 (43.6)

2) 対象施設の終末期ケアの取り組み状況

終末期ケアの経験の有無をたずねたところ、終末期ケアの経験があると回答した施設は 259 施設 (45.3%)、経験がないと回答した施設は 313 施設 (54.7%) であった。また、終末期ケア指針の策定の有無については策定ありと回答した施設が 272 施設 (49.1%)、策定なしと回答した施設が 282 施設 (50.2%) であった。医療連携体制加算取得の有無では、353 施設 (61.8%) が取得していると回答し、218 施設 (38.2%) が取得していないと回答した。看取り介護加算の取得の有無については、158 施設 (27.2%) が取得していると回答し、422 施設 (72.8%) が取得していないと回答した。対象施設の過去一年間の退所者数は 1544 名で、そのうち終末期ケアの対象となった退所者の人数は 297 人 (19.2%) であった (表2)。

項目	あり	なし
	度数(%)	度数(%)
終末期ケア経験の有無 (未回答8を除く)	259(45.3)	313(54.7)
終末期ケア指針の策定の有無(未回答の26を除く)	272(49.1)	282(50.9)
医療連携体制加算取得の有無 (未回答9を除く)	353(61.8)	218(38.2)
看取り介護加算取得の有無	158(27.2)	422(72.8)
過去一年間の退所者数	1544(人)	
過去一年間の退所者のうち終末期ケア対象となった人	297(人)	

3) 経営母体別にみた施設概要

経営母体別に施設の概要を比較した結果を表3に示す。

入居定員の平均は、医療法人の15.31±5.63人が、社会福祉法人の13.02±5.36人、NPO法人の11.61±4.28人に比べて有意に多かった。入居者一人当たりの職員数は、NPO法人の1.18±0.37人が、社会福祉法人の0.99±0.25人、医療法人の0.95±0.23人と比べて有意に多かった。平均要介護度では、NPO法人が2.84±0.51と、社会福祉法人の2.61±0.49、医療法人の2.62±0.52と比べて有意に高かった。

社会福祉法人の介護老人福祉施設を有する割合は136施設(46.1%)と医療法人の17施設(8.0%)やNPO法人の2施設(2.8%)に比べ有意に高かった。また医療法人は、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、病院または診療所を併設施設として有する割合がそれぞれ70施設(32.9%)、49施設(23.0%)、102施設(47.9%)と社会福祉法人、NPO法人がそれぞれ併設施設として有する割合に比べて有意に高かった。また、デイサービスについては、NPO法人は併設しない施設割合が55施設(76.4%)と社会福祉法人、医療法人に比べて有意に高かった。

看護師雇用の有無について比較したところ、NPO法人は看護師を雇用する施設の割合が49施設(72.1%)と社会福祉法人の130施設(46.8%)や医療法人の110施設(56.1%)に比べて有意に高かった。

項目	社会福祉法人 n=295		医療法人 n=213		NPO法人 n=72		検定結果	
	平均値・標準偏差		平均値・標準偏差		平均値・標準偏差		F値	有意確率
入居定員	13.02±5.36 (人)		15.31±5.63 (人)		11.61±4.28 (人)		17.59	**
入居者一人あたりの職員数	0.99±0.25(人)		0.95±0.23(人)		1.18±0.37(人)		20.37	**
平均要介護度	2.61±0.49 (度)		2.62±0.52 (度)		2.84±0.51(度)		5.91	**
併設施設	あり	なし	あり	なし	あり	なし	χ ² 検定結果	有意確率
	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)		
介護老人福祉施設	136 (46.1)	159 (53.9)	17 (8.0)	196 (92.0)	2(2.8)	70 (97.2)	115.86	**
介護老人保健施設	22 (7.5)	273 (92.5)	70 (32.9)	143 (67.1)	1 (1.4)	71 (98.6)	72.39	**
デイサービス	173 (58.6)	122 (41.4)	90 (42.3)	123 (57.7)	17 (23.6)	55 (76.4)	33.34	**
訪問看護ステーション	25 (8.5)	270 (91.5)	49 (23.0)	164(77.0)	3 (4.2)	69 (95.8)	28.61	**
病院または診療所	23 (7.8)	272 (92.2)	102 (47.9)	111 (52.1)	0 (0.0)	72 (100.0)	140.17	**
看護師雇用の有無	130(46.8)	148(53.2)	110(56.1)	86(43.9)	49(72.1)	19(27.9)	15.01	**

**P<0.01

4) 経営母体別にみた終末期ケアの取り組み状況

経営母体別にみた終末期ケアの取り組み状況を比較した結果を表4に示す。

終末期ケア経験の有無については、NPO法人では経験ありと回答した施設は43施設(62.3%)と、社会福祉法人の105施設(36.1%)、医療法人の111施設(52.4%)に比較して有意に終末期ケア経験を有する施設の割合が高かった。

また、医療連携体制加算取得の有無については、取得していると回答した施設の割合は医療法人が154施設(73.7%)と、NPO法人の44施設(62.0%)、社会福祉法人

の 155 施設 (53.3%) に比べて有意に高かった。また、看取り介護加算取得の有無についても、取得していると回答した施設の割合は医療法人が 78 施設 (36.6%) と、社会福祉法人の 62 施設 (21.0%)、NPO 法人の 18 施設 (25.0%) に比べて有意に高かった。

表4. 経営母体別にみた終末期ケアの取り組み状況の比較

								n=580	
終末期ケアの取り組み状況	社会福祉法人 n=295		医療法人 n=213		NPO法人 n=72		検定結果		
	あり 度数(%)	なし 度数(%)	あり 度数(%)	なし 度数(%)	あり 度数(%)	なし 度数(%)	χ^2 検定結果	有意確率	
終末期ケア経験の有無 (未回答の8を除く)	105(36.1)	186(63.9)	111(52.4)	101(47.6)	43(62.3)	26(37.7)	22.31	**	
現在の終末期ケア取り組みの有無 (未回答の11を除く)	30(10.3)	262(89.7)	37(17.9)	170(82.1)	20(28.6)	50(71.4)	16.27	**	
終末期ケア指針の策定の有無(未回答の16を除く)	128(45.6)	153(54.4)	112(54.9)	92(45.1)	32(46.4)	37(53.6)	4.37	n.s	
地域医療連携加算取得の有無(未回答の9を除く)	155(53.3)	136(46.7)	154(73.7)	55(26.3)	44(62.0)	27(38.0)	21.49	**	
今後の終末期ケア取り組み予定の有無 (未回答の13を除く)	136(47.2)	152(52.8)	135(64.9)	73(35.1)	51(71.8)	20(28.2)	22.87	**	
看取り介護加算取得の有無	62(21.0)	233(79.0)	78(36.6)	135(63.4)	18(25.0)	54(75.0)	15.40	**	

**P<0.01

5) 経営母体別にみた医療連携を図るうえでの困難

経営母体別にみた医療連携を図るうえでの困難について、比較した結果を表5に示す。

社会福祉法人では、「急変時の看護対応が困難」で「はい」と回答した施設の割合が 106 施設 (35.9%) と医療法人の 48 施設 (22.5%)、NPO 法人の 17 施設 (23.6%) に比べて有意に高かった。

医療法人は、「連携を図ることができる医療機関の確保が困難」に対して「はい」と回答した施設の割合は 26 施設 (12.2%)、「訪問看護ステーションなど、連携を図ることができる看護師の確保が困難」では 26 施設 (12.2%)、「急変時の医療機関への受け入れが困難」では 59 施設 (27.7%)、「臨終時の死亡確認体制の確保が困難」では 24 施設 (11.3%) が「はい」と回答しており、社会福祉法人、NPO 法人で「はい」と回答した施設の割合に比べて有意に低かった。

表5. 経営母体別にみた医療連携をはかるうえでの困難

								n=580	
医療連携をとるうえでの困難	社会福祉法人 n=295		医療法人 n=213		NPO法人 n=72		検定結果		
	あり 度数(%)	なし 度数(%)	あり 度数(%)	なし 度数(%)	あり 度数(%)	なし 度数(%)	χ^2 検定結果	有意確率	
連携をとれる医療機関の確保が困難	104(35.3)	191(64.7)	26(12.2)	187(87.8)	29(40.3)	43(59.7)	39.86	**	
訪問看護ステーションなど、連携をとれる看護師の確保が困難	61(20.7)	234(79.3)	26(12.2)	187(87.8)	15(20.8)	57(79.2)	6.72	*	
入居者・家族の意向が医療機関に伝わりにくい	45(15.3)	250(84.7)	33(15.5)	180(84.5)	9(12.5)	63(87.5)	0.41	n.s	
終末期医療について医療機関と意思統一が図れない	90(30.5)	205(69.5)	63(29.6)	150(70.4)	25(34.7)	47(65.3)	0.68	n.s	
急変時の医療機関への受け入れが困難	119(40.3)	176(59.7)	59(27.7)	154(72.3)	31(43.1)	41(56.9)	10.33	**	
急変時の看護対応が困難	106(35.9)	189(64.1)	48(22.5)	165(77.5)	17(23.6)	55(76.4)	12.04	**	
臨終時の死亡確認体制の確保が困難	59(20.0)	236(80.0)	24(11.3)	189(88.7)	14(19.4)	58(80.6)	7.20	**	

*P<0.05 **P<0.01

6) 経営母体別にみた終末期ケアの取り組み状況と今後の取り組み予定の有無

経営母体別に終末期ケアの経験の有無、現在の終末期ケア取り組みの有無、今後の終末期ケア取り組み予定の有無を比較した(表4)。

終末期ケア経験の有無では、「あり」と回答した施設の割合は、社会福祉法人では105施設(36.1%)、医療法人では111施設(52.4%)、NPO法人では43施設(62.3%)であり、現在の終末期ケア取り組みの有無について、「あり」と回答した施設の割合は、社会福祉法人では30施設(10.3%)で、医療法人では37施設(17.9%)、NPO法人では20施設(28.6%)であった。また、今後の終末期ケア取り組み予定の有無については、「あり」と回答した施設の割合は社会福祉法人では136施設(47.2%)であったのに対し、医療法人は135施設(64.9%)、NPO法人では51施設(71.8%)であった。

社会福祉法人は、終末期ケア経験の有無、現在の終末期ケア取り組みの有無、今後の終末期ケア取り組み予定の有無について、「あり」と回答した施設の割合が、医療法人、NPO法人を経営母体とする施設群に比べていずれも有意に低かった。

7. 考察

1) 対象施設の概要と終末期ケアの取り組み状況

今回は、医療法人、社会福祉法人、NPO法人を母集団として分析を行った。本研究から得られた3法人の平均要介護度および入所定員数は、平成21年介護サービス施設・事業所結果の概況⁸⁾から報告されている各3法人の平均要介護度2.6、および入所定員13.6人と近似しており、全国の対象施設の平均要介護度および施設規模と類似していた。

終末期ケアの取り組み状況については、全体の半数弱であるグループホームが終末期ケアを経験しており、2009年にGH協会がおこなった調査⁹⁾でも、「ターミナルケアの実施経験あり」とした割合は全体の3割を超えていた。また、1年間の退所者数に対する終末期ケア対象者数の割合は約2割であり、約5人の退所者数に対して1人、また、平均して2施設に1人が終末期ケアの対象者となっていた。このことから、終末期ケアは3法人のグループホームにとっても特別なことではなくなっているといえる。

そのような状況の中、分析対象となったグループホームの約6割が介護保険制度改正(2006年)により新設された医療連携体制加算を取得していた。さらに、看取り介護加算は、本調査年(2009年)に策定されたにも関わらず、すでに調査時には約3割弱が取得していた。看取り介護加算は、医療連携体制加算の取得を算定条件としているため、医療連携体制加算を取得しているグループホームの約半数が看取り介護加算を短期間の間に取得したこととなり、終末期ケアの体制づくりに前向きに取り組もうとしているグループホームがあることがうかがえる。しかし、約4割のグループホームでは医療連携体制加算を取得しておらず、看取り介護加算取得についてはさらにその数が減ることとなる。グループホームが創設されてから13年間の間に認知症高齢者の高齢化、それに伴う認知症の進行などによって要介護度は重度化した¹⁰⁾¹¹⁾。加えて、長年、住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための地域密着型サービス(2006年)が創設されたことにより、グループホームでの終末期ケアを担う役割は今後、よ

り重要となっていくことが予想される。したがって、認知症高齢者がどこにいても、安心して終末期を過ごせるように体制を整えていく必要性が推察される。

2) 経営母体別にみた施設概要の特徴

今回、比較した医療法人・社会福祉法人・NPO法人はそれぞれ医療法・社会福祉法・特定非営利活動促進法に基づいて規定されており、それぞれの母体を持つ背景や理念は異なっているため、各法人の施設概要と特徴について考察する。

医療法人を経営母体とするグループホームは、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、病院または診療所を併設施設として有する施設の割合が他の法人に比べて有意に高かった。医療法人は医師でなければ設立できないため、医療法人のグループホームはまず病院などの医療機関が母体となり、その後、医療系施設である介護老人保健施設や訪問看護ステーションが併設されてきた経緯が考えられる。

社会福祉法人を経営母体とする施設は、併設施設に介護老人福祉施設を有する割合が他の法人に比べて有意に高かった。また、デイサービスを併設している割合も高い傾向にあったが、逆に医療系施設の併設や看護師の雇用の割合は他の2法人に比べ低い傾向にあった。これは、社会福祉法人が認可されるための条件として介護事業の実績が必要である設立背景から、医療よりも福祉を基盤としたサービスの提供を主たる目的としてきたためと考えられる。介護老人福祉施設では、近年医療ニーズが高まってきたにもかかわらず、看護師の確保が難しく配置義務での最低限の人数で運用されていることが多い。経営母体である介護老人福祉施設での看護職の確保すら難しい中で、看護師の配置義務がないグループホームでの新たな看護師確保は施設によっては困難であると推察される。しかし、法人内の福祉施設には、少なくとも看護師が雇用されているという条件を活用し、オンコールやシフトを組むなどの方法もあり得る。

NPO法人では、併設施設を持たない単独型のグループホームが多く、他の法人に比べ入居者数は少ないが平均介護度は有意に高く、また職員数、看護師の雇用率が高かった。このような施設では同法人内での看護師の確保が難しいため、入居定員を少なくし、1人当たりの職員数を増やすという対応をしていることがうかがえる。一方で、グループホームという施設の性質上、短期間での施設退所は少なく、長年にわたる入所に伴い加齢がすすみ平均要介護度も重度化していったものと考えられる。

3) 経営母体別の終末期ケアの取り組み状況と課題

医療法人を経営母体とするグループホームについては、約半数の施設が終末期ケアの経験を持ち、医療連携体制加算や看取り介護加算の取得率は他の法人と比較して高かった。また、医療連携をとる上での困難の比較において、連携をはかることのできる医療機関や看護師の確保・急変時の医療機関への受け入れ・死亡確認の体制の確保において困難とした割合は低かった。これは、施設の背景において併設施設として病院などを有する割合が有意に高かったことの影響が推察される。小長谷¹²⁾は医療法人運営のグループホームにおける看取りに対する不安感が少ない理由として、グループホーム入所時において経営母体である病院の医師が主治医となるケースが多いことや、不測の事態においても安心感が得られるなどを述べているが、本研究においても、同

様に併設率の高い病院や訪問看護ステーションからの後方支援を受けやすいことがうかがえた。

社会福祉法人のグループホームは、他の法人に比べて終末期ケア経験は4割弱と低かった。さらに、現在、終末期ケアに取り組んでいない、また、今後の取り組み予定はないとした施設が多かった。加えて、医療連携上の課題としては、「急変時の看護師対応の困難」としていた割合が高かった。2010年にGH協会が重度化対応・終末期ケアに関する運営方針についておこなった調査¹³⁾でも、社会福祉法人は他法人に比べて、重度化した場合の退居や、終末期ケアへの不対応率も高く、看取り経験の低さにおいても2009年に行なった本調査と同様の結果であった。これは、同法人内に併設施設があったとしても、医療施設でなく社会福祉施設が多いという性質上、看護師数が少なく連携が取りにくく、後方支援施設となる医療機関の併設率も少ないことが影響していると考えられた。

NPO法人のグループホームについては、同法人内の終末期ケア経験と今後の取り組み予定として「あり」と回答した施設割合が最も高く、加えて終末期ケアの指針の策定率も高く、医療連携体制加算も6割以上が取得していた。このことから、終末期ケアに対する体制は整いつつあるといえる。しかし、医療連携をはかることができる医療機関の確保と急変時の医療機関への受け入れについて困難としている割合が他の法人よりも高かった。NPO法人においては、医療施設を有する施設が少ないため、施設単独で外部の医療機関や訪問ステーションと連携をはからなくてはならない現実があるためと考えられた。

4) 終末期ケア提供のための体制づくりへの示唆

グループホームにおいて終末期ケアの必要性は高まり、終末期ケアをおこなうグループホームも増えつつある。千葉ら¹⁴⁾は、「終末期ケアの中心的課題は、日常生活支援のための医療を提供できる環境を整えることである」と述べている。一方、平木ら¹⁵⁾の、グループホームにおける介護職が、十分な医療職者の配置がない中で、身体的症状に対する対処や、終末期ケアに対する葛藤や困惑を感じているとしている報告や、松井ら¹⁶⁾の、グループホーム職員のターミナルケア（終末期ケア）に対する意識が高かったにもかかわらず、認知症の終末期ケアや夜間の対応などの実践面に対する自信は低いとする報告もみられ、日常生活支援のための医療を提供する環境づくりに課題が残っている。それぞれのグループホームにおいて、より良い終末期ケアを提供するためには以下のような取り組みが必要であると考えられる。

医療法人のグループホームでは、後方支援となる医療機関からの援助を受けやすいため医療連携をとる上での困難さは低く、終末期ケアの経験率や今後の取り組む意向は強かった。したがって、その強みを生かしつつ、終末期であっても高齢者の生活の質が高くなるように、日常生活支援を中心としたケアが継続できるような体制づくりが必要である。

社会福祉法人を経営母体としているグループホームにおいては、終末期ケアの経験も少なく、今後も終末期ケアに取り組まないとする割合が他の施設より高かった。したがって、終末期ケアを経験した施設などと交流できるような機会を利用しつつ、終

末期の施設ケアに対する施設方針を話し合い、決定していくことが必要である。そのうえで、取り組まないという施設方針であれば、早期から医療機関と連携体制を構築しておくなど、切れ目のないケア体制づくりが必要がある。

NPO 法人のグループホームにおいては、終末期ケアの経験や取り組みへの意向が高いものの、急変時の医療対応への困難をあげている。したがって、日常的な入所者の健康管理の時点から医療機関との連携を強化し、終末期に備えていくことが必要である。

いずれにしても、終末期ケアにおいて医療連携は必要不可欠である。グループホーム内外に問わず、身近で暮らす認知症高齢者が最期までその人らしく生きられるためには、さらなる終末期ケアの質の向上とそのため医療連携支援対策の検討と推進が重要といえる。

8. 研究の限界と今後の課題

本研究によって、医療法人・社会福祉法人・NPO 法人を経営母体に持つグループホームのケア体制と終末期ケアの取り組みについてその概況が明らかになった。このことにより、具体的な医療連携支援対策の一助となりうると思われる。しかし、同一法人の中でも地域性やその規模、経済的な基盤など様々な条件が、終末期ケアの取り組み方に影響を与えていると思われる。ひとつの法人格の中をさらに丁寧に調査していく必要がある。また、今回は3法人を対象としたが、グループホーム経営の約半数を営利法人が占めているため、その影響も考慮し調査を進める必要があると考える。

9. 結論

グループホームの経営母体として社会福祉法人、医療法人、NPO 法人の3法人に着目し、施設のケア体制と終末期ケアの取り組み状況の違いを比較検討したところ、以下のことが明らかになった。

1. 医療法人を経営母体に持つグループホームは、病院や訪問看護ステーションなどの医療系の併設施設を有する割合が他の2施設より高く、約半数の施設が終末期ケアの経験を持ち、医療連携体制加算や看取り介護加算の取得率は他の法人と比較して高かった。医療連携上、連携をはかることのできる医療機関や看護師の確保・急変時の医療機関への受け入れ・死亡確認の体制の確保において困難とした割合は低かった。終末期であっても、日常生活支援を中心としたケアが継続できるような体制づくりが必要である。
2. 社会福祉法人を経営母体に持つグループホームは、介護老人福祉施設やデイサービスを併設していることが多く、生活支援を中心に事業展開をされていた。グループホームにおける終末期ケアへの取り組みは、他の2法人よりも少なく、看護師の雇用も少なかった。それだけに、医療系施設による後方支援体制を構築しにくく、急変時の対応など医療上の連携に課題がみられた。終末期ケアを経験した施設などと交流できるような機会を利用しつつ、施設ケアに対する施設方針を決定し、高齢者にとって切れ目のないケア体制づくりが必要である。
3. NPO 法人を経営母体に持つグループホームは、単独型が多く後方支援施設も少な

い。しかし、職員数、看護師の雇用率が高く、終末期ケアの指針の策定率、医療連携体制加算取得率、終末期ケアへの取り組み率や今後の取り組む予定が「あり」とした割合が他の2法人より高かった。しかし、医療連携をはかることができる医療機関の確保と急変時の医療機関への受け入れについて他の施設よりも医療連携をとるうえでの困難に高い割合を示していた。日常的な入所者の健康管理の時点から医療機関との連携を強化し、終末期に備えていくことが必要である。

本研究は平成23年度科学研究費補助金基盤研究(C)課題番号21592910による助成を受けて実施した。

文献

- 1) 厚生労働省：認知症高齢者数について，2012. <2012/10/5 閲覧>
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi.pdf>)
- 2) 厚生労働省：今後の認知症施策の方向性について，2012. <2012/10/5 閲覧>
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>)
- 3) 日本認知症グループホーム協会：認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業調査研究報告書，日本認知症グループホーム協会，2007. <2012/10/5 閲覧>
(<http://ghkyo.or.jp/home/pdf/chousakenkyuujiyouhoukoku-02.pdf>)
- 4) 北川公子，中島紀恵子：痴呆高齢者のグループホームの今日的課題，日本在宅ケア学会誌，5(3)，p.13-18，2002.
- 5) 日本認知症グループホーム協会：認知症グループホーム事業実態調査・研究事業結果報告書，日本認知症グループホーム協会，2007. <2013/5/20 閲覧>
(<http://ghkyo.or.jp/home/pdf/chousakenkyuujiyouhoukoku-03.pdf>)
- 6) 日本認知症グループホーム協会：平成21年度「認知症グループホームのあり方の研究事業」報告書 認知症グループホームの将来ビジョン2010，日本認知症グループホーム協会，2010. <2012/10/7 閲覧>
(<http://ghkyo.or.jp/home/pdf/chousakenkyuujiyouhoukoku-20100730-01.pdf>)
- 7) 伊藤美佐子：民間参入の環境整備が進む介護ビジネス，JTERO Japan Economic Monthly, 2005.
- 8) 厚生労働省：平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況，2010. <2012/10/5 閲覧> (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html>)
- 9) 日本認知症グループホーム協会：認知症グループホームの実態調査事業報告書，日本認知症グループホーム協会，2009. <2012/10/5 閲覧>
(<http://ghkyo.or.jp/home/pdf/chousakenkyuujiyouhoukoku-20100730-02.pdf>)
- 10) 前掲書6)
- 11) 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会：認知症への対応について第85回(H23. 11. 14)資料1，p.9-10. <2012/10/5 閲覧>
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001va0b-att/2r9852000001va2g.pdf>)

- 14) 千葉真弓, 奥野茂代, 太田規子他: 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), p. 30-34, 2006.
- 15) 平木尚美, 百瀬由美子: 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), p. 85-96, 2011.
- 16) 松井美帆, 新田章子, 川崎涼子他: 認知症グループホーム職員における看取りの意識, ホスピスと在宅ケア, 18 (1), p. 9-12, 2010.
- 12) 小長谷陽子: 認知症の人の看取りにおける医療と介護の連携に関する研究-医療法人と社会福祉法人運営のグループホームへのアンケート調査より-, 老年医学会雑誌, 47 (5), p. 452-460, 2010.
- 13) 前掲書 6)

Title

End-of-Life Care for Patients with Dementia in Group Homes(2nd Report)

Abstract

The objective of this study is to clarify the efforts for end-of-life care, and difficulties in medical collaboration, and compared them by management to formulate for end-of-life care provided in group homes for the elderly with demented (GHs). Questionnaires were sent to 4,886 GHs in Japan, and 1,174 (24.0%)GHs responded. Data obtained from 580 GHs managed by social welfare corporations, medical institutions, and nonprofit organizations (NPOs) were analyzed using a chi-square test and ANOVA.

NPOs' scores were significantly higher than another GHs in 'average required care levels,' 'experience of providing end-of-life care,' and 'employment of nurses' ($p<0.01$), and those of medical institutions were significantly higher than another GHs in 'establishing a hospital or a home-visit station,' 'collaboration with medical institutions,' and 'long-term care insurance-point addition for deathbed care' ($p<0.01$). Social welfare corporations' scores were significantly lower than others in 'experience of providing end-of-life care'. However, they were significantly higher than another GHs in 'nursing care for emergency' as a medical collaboration difficulty' ($p<0.01$). Establishing an end-of-care requires collaboration between medical institutions and each GH.

Keywords: group home, end-of-life care, management types