

---

---

介護保険施設の認知症高齢者の事前意思を尊重した  
終末期看護介入方法の開発

---

---

平成 21 年度～23 年度  
科学研究費補助金（基盤研究（C））  
研究成果報告書  
（研究課題番号 21592909）

平成 25 年 3 月

研究代表者 渡辺 みどり  
（長野県看護大学 看護学部 教授）

## 目 次

はしがき	1
I. 介護老人福祉施設における認知症高齢者の終末期ケア上の困難とケア方法 －施設内での看取り割合による比較－	3
II. 介護老人福祉施設での終末期における対応方針と施設の体制 －終末期ケアの取り組みの有無による比較－	14
III. 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－	27
IV. 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－	41
V. 高齢者施設における認知症高齢者の終末期ケア方法 －平成 24 年 9 月 29 日 高齢者ケア看護研究会研修会－	56
資料：成果発表一覧，調査用紙	75

## はしがき

わが国では、高齢人口の急速な増大とともに認知症高齢者数も増加し、認知症ケアが高齢者政策の中心的課題となっている。介護老人福祉施設は現在 5500、介護老人保健施設は 3400 を越え、利用者の介護度の重度化や医療依存度の上昇への対応とともに、利用者の終末期ケアへの対応が求められている。近年の調査によれば、介護老人福祉施設利用者の 9 割以上が認知症を有し（厚生労働省，2004）、施設内死亡の増加が予測されるにもかかわらず、これに対応する看取りガイドラインを整備している施設は 1 割にとどまっている（医療経済研究機構，2003）。2007 年 10 月には、厚生労働省により、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が提案され、基本的な考え方や本人、家族と医療、ケアチームの話し合いと合意が強調されているが、事前指示（advanced directive）が最終的に高齢者の意思が終末期医療に反映されたものは、わずか 3～5%に過ぎない（井口，2006）。ことに認知症高齢者の場合には、意思決定の合意形成プロセスのあり方、事前意思をどのように把握し終末期ケアに反映させていくかなどの課題が残されている。

高齢者にとって最大の課題である「生の終結」を支えることは老年看護に課せられた重要な使命であるにもかかわらず、日本の認知症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言いがたい。そこで、認知症高齢者の終末期ケアにいかにか高齢者自身の意思を反映させてケアを行うか、その具体的な看護方法を明らかにすることを目的として本研究を行った。

筆者らは、平成 20 年度「介護老人福祉施設における認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア調査」を行い全国介護老人福祉施設 1135 施設より回答を得た（回収率 21.6%）。認知症高齢者の終末期ケアに対して、施設独自のケア指針を持っている施設は 11%で、看護管理者は、「職員教育が不十分」、「具体的な方法が不明確」などの困難を抱えていることが明らかとなった。このような経緯から本研究「介護保険施設における認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期看護介入方法の開発」に着手した。

本報告書では、全国 1135 の特別養護老人ホームにおいて実施している具体的な認知症ケアの方法と内容に関する質問紙調査結果の分析を行い、「認知症高齢者の終末期における対応方針と施設の体制」「認知症高齢者の終末期ケア上の困難とその対応方法」「長野県の介護老人福祉施設の終末期ケア体制の特徴」「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—長野県内看護老人福祉施設の特徴—」について報告する。さらに全国 22 か所の施設看護管理者へのインタビューを行った結果の一部の概要を説明する。

研究代表者 渡辺 みどり

## 研究課題

介護保険施設の認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期看護介入方法の開発

平成 21 年度～23 年度 科学研究費補助金（基盤研究（C）, 研究課題番号：21592909）

## 研究組織

研究代表者：渡辺みどり（長野県看護大学 看護学部 老年看護学分野 教授）

分担研究者：百瀬由美子（愛知県立大学 看護学部 老年看護学 教授）

千葉真弓（長野県看護大学 看護学部 老年看護学分野 准教授）

多賀谷昭（長野県看護大学 看護学部 里山・遠隔看護学分野 教授）

細田江美（長野県看護大学 看護学部 老年看護学分野 助教）

曾根千賀子（長野県看護大学 看護学部 老年看護学分野 助教）

松澤有夏（長野県看護大学 看護学部 老年看護学分野 助教）

## 交付決定額（配分額）

	直接経費	間接経費	合計
平成 21 年度	1,700	510	2,210
平成 22 年度	700	210	910
平成 23 年度	800	240	1,040
総計	3,200	960	4,160

## 介護老人福祉施設における認知症高齢者の終末期ケア上の困難とケア方法 —施設内での看取り割合による比較—

渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子

### 要 約

施設内での看取り割合が異なる介護老人福祉施設集団において、認知症高齢者の終末期ケア上の困難、ケア内容・方法の違いを明らかにすることを目的に、全国 5249 施設の看護師長を対象として自記式質問紙調査を行った。

1137 施設から回答が得られ(回収率 21.7%)、有効回答は 968 (有効回答率 85.1%) であった。施設内の看取り割合 40%以上群と 40%未満群で  $\chi^2$  検定により比較検討した。

40%未満群では医師・看護師体制などの困難を有意に高割合で抱えていた。施設内での看取りが 40%以上群は、40%未満群よりも、「高齢者の意思確認」について、媒体、時期、聴取の仕方、聴取の回数などに配慮して高割合で実施していた。40%以上群では、代理決定する家族に対して、看取りに関する具体的な情報や選択肢の提供などが高割合で実施されていた。以上から、認知症高齢者の終末期ケアの意思確認に必要な手順と、代理決定者となる家族への支援のあり方に示唆が得られた。

キーワード：認知症高齢者，終末期ケア，介護老人福祉施設

### 1. はじめに

わが国では、近年、高齢人口の急速な増大とともに認知症高齢者数も増加し、認知症ケアが高齢者政策の中心的課題となっている。ことに介護老人福祉施設は現在 5500 を越え、利用者の介護度の重度化や医療依存度の上昇への対応とともに、利用者の終末期ケアへの対応が求められている。近年の実態調査によれば、介護老人福祉施設利用者の 96.0%が認知症を有し<sup>1)</sup>、施設内死亡の増加が予測されるにもかかわらず、これに対応する看取りガイドラインを整備している施設は少ない<sup>2)</sup>。2007年 10月に厚生労働省により、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が提案され、基本的な考え方や本人、家族と医療、ケアチームの話し合いと合意が強調されている。しかし現実には、認知症高齢者の場合などの意思決定の合意形成プロセスのあり方、本人と家族に対する意思決定支援方法は確立しておらず、これらは介護老人福祉施設の終末期ケア体制整備の障害となっている。

近年の認知症高齢者の終末期医療については、欧米ではすでに医学的、看護学的、倫理的ならびに医療経済学的観点からさまざまな議論が行われ、終末期患者には積極的な延命治療を避ける傾向もある<sup>3)</sup>。日本の高齢者の終末期医療に関する調査<sup>4)</sup>によれば、事前指示(advanced directive)は、主治医の 35%がされていないと回答し、最終的に高齢者の意思が終末期医療に反映されたも

のは、わずか3~5%に過ぎなかったという。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。

一方、これまでの認知症高齢者ケアに対する研究は、行動障害への対応、ADLやコミュニケーション能力の評価、あるいは家族の困難などに焦点が当てられてきた<sup>5)</sup>。高齢者にとって最大の課題である死を支えることは、老年看護に課せられた重要な使命であるにもかかわらず、認知症高齢者の終末期ケアの問題は高齢者全般のそれに内包されたまま、十分に議論されてこなかった。

## 2. 研究目的

本研究は認知症高齢者が尊重される終末期ケアを目指し、介護老人福祉施設の施設内の死亡割合が異なる集団において、認知症高齢者の終末期ケアで抱えている困難、実施しているケア内容および方法がどのように異なるのかを明らかにすることを目的とした。

## 3. 研究方法

### 1) データ収集方法

WAM ネット上で施設名と住所が確認できた全国の特養 5249 施設の看護師長に対して、2008年8月20日~9月20日に研究の趣旨と倫理的配慮を説明した書面と質問紙を郵送により配布した。

### 2) データ収集内容

#### (1) 質問紙の構成

施設の規模、要介護度別入所者数、職種別人員数、夜間の看護体制、過去一年間の場所別（当該施設内、病院、自宅、その他）死亡者数、死亡診断の方法について数値を記入する形式で構成した。加えて、「終末期ケアで抱えている困難」9項目、「施設で実施している終末期ケア内容と方法」に関する20項目について該当の有無を問う形式により構成した。

#### (2) 「終末期ケアで抱えている困難」と「施設で実施している終末期ケア内容と方法」の項目の作成過程

「終末期ケアで抱えている困難」および「施設で実施している終末期ケア内容と方法」に関する調査項目について作成過程別に表3及び表4に示した。「終末期ケアで抱えている困難」に関する9項目は、平木ら<sup>6)</sup>のグループホームへの調査用紙を参考に、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い、介護老人福祉施設の特徴を考慮して作成した。

「施設で実施している終末期ケア内容と方法」は、研究者らが先に行った「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」<sup>7)8)</sup>の質的研究結果に基づいた。この研究結果の、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【多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支える】【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、「施設で実施している終末期ケア内容と方法」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、研究目的を説明して提示し、項目の内容の妥当性に関する助言、表現上の助言を得て、微修正した。

### 3) データ分析方法

項目ごとに記述統計量を算出した。調査集団の過去一年間の死亡者数に対する当該施設内での看取り数の割合（以下、施設内看取り割合とする）の968施設の分布を確認したところ、正規分布ではなかった。そこで中央値を確認したところ38.5%であった。この値を参考に、施設内での看取り割合40%以上の施設群（ $n=477$ ）と40%未満の施設群（ $n=491$ ）の2群間で「終末期ケアで抱えている困難」に関する9項目、「施設で実施している終末期ケア内容と方法」に関する20項目の回答割合を比較した。平均値の差の検定には分布を確認した上でt検定を、回答割合の比較には $\chi^2$ 検定を用いた。統計解析ソフトはSPSSVer.15を用い、有意水準は5%未満とした。

### 4) 倫理的配慮

研究協力者や所属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はないことを説明した。調査用紙の返送をもって同意が得られたものと判断した。得られたデータは個人や施設が特定されないように処理を行い厳重に管理した。本研究は長野県看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## 4. 結果

### 1) 調査施設の概要

調査用紙は、1137施設から回収された（回収率21.7%）。そのうち施設の属性、過去一年間の場所別死亡者数、「終末期ケアで抱えている困難」および「施設で実施している終末期ケア内容と方法」の項目への記入が得られているものを有効回答とみなした。その結果有効回答は、968（有効回答率85.1%）となった。調査施設の概要を表1に示した。

#### (1) 調査施設の属性

調査施設の設置主体は904施設（93.4%）が社会福祉法人、次いで31施設（3.2%）が市町村立であった。施設定員は平均 $71.4 \pm 26.4$ 人であった。併設施設は、ショートステイが929施設（96.0%）と最も多く、次いでデイサービス

表1. 調査施設の終末期ケアに関する概要

		n=968
設置主体		施設数 (%)
	社会福祉法人	904 (93.4%)
	医療法人	1 (0.1%)
	市町村立	31 (3.2%)
	広域連合	15 (1.6%)
	その他	12 (1.2%)
	未記入	5 (0.5%)
入所定員	平均・標準偏差	71.4±26.4人
併設施設		施設数 (%)
	ショートステイ	929 (96.0%)
	デイサービス	781 (80.7%)
	訪問看護	40 (4.1%)
	訪問介護	347 (35.8%)
100床あたりの看護師配置数	平均・標準偏差	7.0±3.3人
入所者の平均要介護度	平均・標準偏差	3.9±0.3
看取り加算取得の有無		施設数 (%)
	あり	515 (53.2%)
	なし	346 (35.8%)
	準備中	70 (7.2%)
	その他	27 (2.8%)
	未記入	10 (1.0%)
終末期ケア指針作成の状況		施設数 (%)
	施設で独自に作成した指針がある	564 (58.3%)
	独自の指針を作成中である	54 (5.6%)
	厚生労働省の通知を目安にしている	157 (16.2%)
	指針なし	113 (11.7%)
	その他	22 (2.2%)
	未記入	58 (6.0%)
過去一年間の死亡者数/100床	平均・標準偏差	17.6±8.0人
過去一年間の死亡者数に占める施設内での看取り割合	平均・標準偏差	40.8±32.9%

781施設(80.7%)、訪問介護347施設(35.8%)であった。

施設の100床当たりの看護職配置数は $7.0 \pm 3.3$ 人と、法的規定の3人を大きく上回っていた。入所者の平均要介護度は $3.9 \pm 0.3$ であった。

## (2)調査施設の終末期ケアの取り組みの概要

終末期ケアに関連した施設の特徴をみると、看取り加算を取得している施設は515施設(53.2%)、準備中70施設(7.2%)であり、両者をあわせると約6割の施設が看取り加算を取得または取得する方向で施設運営されている現状にあった。終末期ケア指針の作成については、施設で独自に作成した指針を持っている施設が564施設(58.3%)、作成中が54施設(5.6%)であった。100床あたりの過去一年間の死亡者数は平均 $17.6 \pm 8.0$ 人であった。過去一年間に施設内で看取った者の割合は、 $40.8 \pm 32.9$ (最小0~最大100)%とそのばらつきは大きかった。

## 2)施設内看取り割合が異なる2群間の比較

### (1)施設の属性の比較

施設内看取り割合40%未満群と40%以上群の施設属性の比較を表2に示した。施設の入所定員、入所者の平均要介護度、100床当たりの看護職員配置人数で両群に有意差はなかった。過去一年間の死亡者数/100床においては、施設内看取り割合40%以上群が未満群よりも有意に高かった( $t=5.7, p<0.001$ )。

表2. 施設内死亡割合の異なる2群の属性の比較

属性	施設内死亡割合 40%未満群 n=491	施設内死亡割合 40%以上群 n=477	検定結果
入所定員 平均±SD	$71.8 \pm 29.2$ 人	$70.9 \pm 25.5$ 人	n. s.
入所者の平均要介護度 平均±SD	$3.8 \pm 0.3$	$3.9 \pm 0.3$	n. s.
100床あたりの看護師配置数 平均±SD	$6.9 \pm 3.1$ 人	$7.0 \pm 3.4$ 人	n. s.
過去一年間の死亡者数/100床 平均±SD	$16.2 \pm 7.6$ 人	$19.1 \pm 8.1$ 人	$t=5.7, p<0.001$

### (2)「終末期ケアにおける困難」の特徴

調査集団全体で、最も終末期ケアにおいて困難と回答した割合が高かった項目は、「職員の心理的負担が大きい」(53.3%)が半数以上を占め、次いで「看護職員の夜勤体制が整っていない」(42.9%)、「医師がすぐにつけられない」(38.9%)であった。

「終末期ケアにおける困難」について9項目の $\chi^2$ 検定結果を表3に示した。施設内での看取り割合が40%以上の施設は、40%未満の施設に比べ「医師がすぐにつけられない」、「医療機器がそろっていない」、「看護職員の夜勤体制が整っていない」、「症状が急に悪くなった時に施設では対応しきれない」、「症状が悪くなった時に、すぐに入院できる保障がない」と感じている割合は有意に低かった。



表3. 施設内看取り割合による終末期ケア上の困難の比較

調査項目	全体 n=968	施設内看取り割合 40%未満の施設群 n=491		施設内看取り割合 40%以上の施設群 n=477		$\chi^2$ 検定 結果	
		「はい」と回答 した施設数 (%)	はい	いいえ	はい	いいえ	$\chi^2$ 値
1 医師がすぐにはかけつけられない	377 (38.9%)	234	257	143	334	31.8	***
2 医療機器が整っていない	253 (26.1%)	145	346	108	369	5.6	*
3 看護師の夜勤体制が整っていない	415 (42.9%)	234	257	181	296	5.4	**
4 看護師の配置数が少ない	283 (29.2%)	145	346	138	339	0.4	n.s.
5 介護職員が少ない	257 (26.5%)	122	369	135	342	1.4	n.s.
6 職員の心理的負担が大きい	516 (53.3%)	254	237	262	215	0.9	n.s.
7 症状が急に悪くなった時には施設では対応しきれない	351 (36.3%)	194	297	157	320	4.5	*
8 症状が急に悪くなった時に、すぐに入院できる保障がない	269 (27.8%)	120	371	149	328	5.5	*
9 臨終にふさわしい居室環境が整っていない	241 (24.9%)	132	359	109	368	1.9	n.s.

\*\*\*:p&lt;0.001, \*\*:p&lt;0.01, \*:p&lt;0.05, n.s.:no significant を示す。

\*\*\*:p&lt;0.001, \*\*:p&lt;0.01, \*:p&lt;0.05, n.s.:no significant を示す。

### (3) 「認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア内容・方法」の特徴

#### ① 調査集団全体の回答結果

調査集団全体で、「認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア内容・方法」の具体的な内容で、最も実施されていた項目は、「8. 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する」(77.0%)であり、次いで「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」(71.7%)、「1. 意思確認できる場合には高齢者から、出来ない場合には家族から確認する」(71.5%)といずれも70%以上の施設で行われていた。一方、実施されている割合が低かった項目は「19. 高齢者の意思を実行するよう家族に提案する」(5.7%)、「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」(9.8%)、「3. 高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う」(13.8%)であった。

#### ② 「認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア内容・方法」の比較

施設での看取り割合40%以上群と40%未満群の「認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア内容・方法」の $\chi^2$ 検定結果を表4に示した。「1. 意思確認できる場合に高齢者から出来ない場合は家族から確認する」、「2. 書面を活用して意思を確認する」、「3. 高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う」、「4. 時期を変えて複数回意思確認を行う」、「5. 複数の職種で意思確認を行う」、「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」、「7. 意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築く」、「8. 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する」、「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」、「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」、「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」、「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」、「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」、「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るように促す」、「15. 意思決定に際して気持ちは変化しうるものであることを伝える」、「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」、「17. 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」、「18. 高齢者の意向を尊重するように家族に依頼する」、「20. 高齢者と家族が疎遠な場合には関係の調整を行う」の19項目において、施設での看取り割合40%以上群が、40%未満群よりも実施割合が有意に高かった。「19. 高齢者の意思を実行するように家族に提案する」の項目のみ、2群の実施割合に有意差はなかった。

表4. 施設内看取り割合による「認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア内容・方法」の比較

調査項目	全体 n=968	施設内看取り割合 40%未満の施設群 n=491		施設内看取り割合 40%以上の施設群 n=477		$\chi^2$ 検定 結果	
	「行っている」と回答した施設数 (%)	行っている	行っていない	行っている	行っていない	$\chi^2$ 値	有意確率
1 意思確認できる場合に高齢者から、出来ない場合は家族から確認する	693 (71.5%)	308	183	385	92	37.6	***
2 書面を活用して意思を確認する	514 (53.1%)	211	280	303	174	40.2	***
3 高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う	134 (13.8%)	43	448	91	386	20.7	***
4 時期を変えて複数回意思確認を行う	397 (41.0%)	152	339	245	232	40.8	***
5 複数の職種で意思確認を行う	259 (26.8%)	111	380	148	329	8.3	**
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	95 (9.8%)	36	455	59	418	6.3	**
7 意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築く	453 (46.8%)	191	300	262	215	24.3	***
8 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する	745 (77.0%)	342	149	403	74	29.2	***
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	622 (64.2%)	270	221	352	125	36.4	***
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	618 (63.8%)	243	248	375	102	87.6	***
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	642 (66.3%)	266	225	376	101	64.7	***
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	581 (60.0%)	243	248	338	139	45.2	***
13 高齢者に決定能力がない場合には、家族に役割決定を意識づける	598 (61.8%)	261	230	337	140	30.6	***
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るように促す	694 (71.7%)	304	187	390	87	46	***
15 意思決定に際して気持ちは変化しうるものであることを伝える	582 (60.1%)	250	241	332	145	34.5	***
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	635 (65.6%)	267	224	368	109	54.6	***
17 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	481 (49.7%)	191	300	290	187	45.5	***
18 高齢者の意向を尊重するように家族に依頼する	324 (33.5%)	129	362	195	282	22.5	***
19 高齢者の意思を実行するように家族に提案する	55 (5.7%)	21	470	34	443	3.6	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	420 (43.4%)	195	296	225	252	5.2	*

\*\*\*:p&lt;0.001, \*\*:p&lt;0.01, \*:p&lt;0.05, n. s.:no significant を示す。

## 5. 考察

### 1) 調査施設集団の特徴

本調査は全国の特養の全数調査により得た結果ではあるものの、回収率は21.7%であった。全国集団を反映しているか否かに関して、施設の属性、入所者の要介護度、看護職員の配置について、全国の施設を対象とした平成18年度介護保険施設調査<sup>9)</sup>の結果と比較した。本研究の調査施設の属性は、設置主体は904施設と93.4%を社会福祉法人が占めた。これに対し、介護保険施設事業所調査では、91.0%と近似値であった。本調査の施設規模の平均は70.9人であった。前述の同調査では、施設規模は入所定員の階級別に示された統計結果の平均は70~80床未満の階級に位置していた。このように、本調査集団は設置主体、施設定員の点において全国介護老人福祉施設集団と異なった特徴はみられなかった。

入所者の平均要介護度は、本調査では3.9であり、全国値は3.8と近似値であった。看護職員数においては、本調査では平均7.0±3.3人/100床であり、平成18年度全国介護施設調査結果から算出した5.3人/100床と比べ看護師の配置数は多かった。

以上のことから、本調査の施設集団は、設置主体、施設規模、入所者の平均要介護度においては全国集団と類似していたものの、看護職員の配置数が全国の施設よりも多いという特徴があった。

### 2) 施設内での看取りと看護職が抱えている困難

施設内の看取り割合40%未満群は「1. 医師がすぐにつけられない」、「2. 医療機器が整っていない」、「3. 看護師の夜勤体制が整っていない」、「7. 症状が急に悪くなった時には施設では対応しきれない」、「8. 症状が急に悪くなった時に、すぐに入院できる保障がない」と回答した割合が、40%以上群に比べ有意に高かった。林ら<sup>10)</sup>は、施設内での死の看取りの体験事例から、看護職が抱えている困ったことやジレンマとして「嘱託医・介護職・後方病院と連携が取れないとき」、「利用者・家族の意向確認の難しさ」、「利用者の意向を実現できなかった時」、「施設内で死の看取りをすることへの疑問」を報告している。堀内<sup>11)</sup>は、特養における看取りが困難な理由として、病院が終末の場所であるという社会全体の意識、医師・看護師の夜間休日に不在または不足していること、物的医療整備の不備、地域医療との連携不足、スタッフの看取りに対する恐れや知識の不十分さなどを指摘している。本調査の看取り割合40%未満群の有意に高かった困難の項目と比較すると、緊急時の医師体制、看護師の夜勤体制、入院施設の確保という点において一致していた。

一方施設内での看取り割合40%以上群においては、これらの困難への回答割合は40%未満群よりも有意に低かった。施設内での看取り割合40%以上群においては、施設内での看取り上の困難に対する具体的な対応や整備が進められ、その結果施設内での看取り割合が高められていったものと推察される。

### 3) 認知症高齢者の事前意思の尊重とケア方法

本調査結果では認知症高齢者の事前意思決定「19. 高齢者の意思を実行するように家族に提案する」のみに有意差が認められなかったが、他19項目においては看取り割合40%以上群の方が有意に高割合で実施されていた。有意差のあった項目について、その意義と重要性について以下に論じる。

### (1)高齢者の意思確認とその方法

施設内看取り割合40%以上群においては「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」という順序性を保ち、「書面を活用し」、「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」、「一見遠慮しがちな高齢者でも踏み込んでじっくりと聞く」、「意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築く」などが行われていた。即ち、必要な媒体、時期、聴取の仕方、高齢者との関係などについて具体的に考慮されている割合が高かった。加えて、意思確認は「複数回行う」「複数の職種で行う」などが高割合で実践されており、頻度、職種間の連携という視点からも高齢者の意思確認方法が具体化されていると考えられる。

### (2)代理決定する家族ケアの重要性とその手順

施設内看取り割合40%以上群においては、「認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケア内容・方法」の家族に働きかけるケア項目においても、有意に高割合であった。具体的には、家族に対して「家族に来所を促す」、「高齢者の健康状態を具体的に報告する」など、日常的な高齢者と家族の関係の維持に努め、死期が近づいた場合には、家族に「看取り方に関する具体的な情報を提供する」、「看取り方に関する選択肢を提供する」などをより実施していた。さらに、家族の代理決定に際しては、「即答を求めず時間的ゆとりを提供する」「気持ちは変化し得るものであることを伝える」など家族の立場や気持ちにも配慮していた。その一方で、「家族に決定役割を意識づける」、「家族間で話し合っただけで決めるように促す」など、決定に対する動機づけや家族内での意見の統合方法などにも介入していた。

これまで、施設入所認知症高齢者の家族は、生活の全局面において代理決定する問題に直面しており、それを専門職が支えることの重要性が強調されている<sup>13)</sup>。Sarah<sup>14)</sup>は施設入所認知症高齢者の終末期に関わる意思決定について、家族は決定役割への過重負担を感じる一方で、ケア提供者とのコミュニケーション不足も感じており、ケア提供者の家族への支援がなければ意思決定は一層困難になると指摘している。ことに終末期の意思決定には「ゆらぎを認め、話し合う」必要がある<sup>15)</sup>。このような特徴を持つ意思決定において、その質が高く保たれるためには、情報が充分であること、目的が明確であること、選択肢が明確であることが不可欠となる<sup>16)</sup>。この点において、本研究の施設内看取り割合40%以上群においては、代理決定支援に必要な情報や選択肢の提供、時間的ゆとりや決定の緊張感を和らげるなどの実施割合が高かった。これらの内容は、施設内での看取り経験を重ねることによって、施設内で具体的で個別的なケア実践とその評価によって明らかにされ、その結果、実施割合も高められていったと推察される。

### (3)代理決定と高齢者の尊厳

施設内看取り割合40%以上群においては、家族の代行決定において「高齢者にとっての最善という視点を助言する」、「高齢者の意向を尊重するように促す」というケアがより行われていた。そもそも尊厳は、意思能力を有する者の自己決定がその原点である<sup>17)</sup>。しかし、認知症高齢者は、終末期には自らの意思を表現できる能力は失われる。このような状況において、代理決定の内容が、高齢者にとって「善い」という観点は決定の倫理原則となる。即ち、認知症高齢者にとって、終末期の生活がよりよいものであるように最大限の配慮がされるべきなのである。高齢者の終末期に対する希望の構造には、その人の人生経験、家族、身体的状況などが影響する<sup>18)</sup>。即ち、高

高齢者がどんな人生を歩み、施設内でどんな生活体験をし、どんな表情や言葉で日常生活の意向を表現してきたかという情報が、代理決定者には必要となる。看護職が日常的なケアで得たこのような情報を代理決定者に提供するという役割を果たすことによって、代理決定者は高齢者の意向をより浮き彫りにできるのである。

終末期医療に関する患者の自己決定権は、1991年にアメリカで PSDA (Patient Self Determination Act) が制定され、2001年に我が国の老年医学分野において、高齢者の適切な医療およびケアが十分に受けられていないという差別をなくすべく、「高齢者の終末期医療に関する日本老年医学会の立場声明」<sup>19)</sup> が発表された。高齢者の終末期の人権の尊重が医療・介護現場で注目されるようになった歴史は極めて浅く、2000年以降に本格的に取り組みされてきた。特養においても決して例外ではない。特養に働く看護職が、その認知症高齢者の生活歴、日常の些細な場面で見せる表情や言葉、安寧に感じている場面を集積して、認知症高齢者の価値観や意向を尊重したケアを実践することこそが、認知症高齢者の尊厳を守ることにつながる。

## 6. 結論

本研究は、「終末期ケアで抱えている困難」、「施設で実施している終末期ケア内容と方法」について全国の特養 1137 施設から回答を得た。施設内での看取り割合 40%未満群と 40%以上群の 2 群間で比較検討した結果、以下のことが明らかとなった。

- 1) 施設内での看取り割合 40%以上群では、医師体制・看護師体制、急変時の入院体制などに困難を感じている割合が、40%未満群よりも有意に低かった。
- 2) 施設内での看取り 40%以上群では、「高齢者の意思確認」において、媒体、時期、聴取の仕方、聴取の回数、高齢者との関係を考慮してケア実践している割合が、40%未満群よりも有意に高かった。
- 3) 施設内での看取り 40%以上群では、日常的な高齢者と家族の関係維持、看取りの具体的な情報提供、選択肢の提供など、家族の代理決定を支える実施割合が 40%未満群よりも高かった。

### <今後の課題>

今後の課題として、以下のことが考えられる。

- 1) 本研究は、施設内看取り割合を従属変数として、どのようなケアが看取り割合に影響をもたらすのかを説明し得るモデルを作成する。
- 2) ケアとケアの関連を明らかにし、認知症高齢者の事前意思を尊重した看取りのため実践的提言を明確にする。

多忙な業務の中、調査の回答に、ご協力いただきました介護老人福祉施設看護職の皆様に、心より感謝申し上げます。

本研究は平成 18 年度長野県看護大学特別研究補助金を受けて実施しました。

文献

- 1) 厚生労働省 (2009) : 平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果の概要  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>)
- 2) 医療経済研究機構 (2003) : 医療経済研究機構(2003):特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究 (<http://www.ihep/publish/report/pasth14/h14-5.htm>.)
- 3) Pasma R et al (2002) :Withholding the artificial administration of fluids and food elderly patients with dementia; ethnographic study, BMJ, 325, 1326.
- 4) 井口昭久 (2006) : 高齢者の終末期医療, 老年看護学, 10(2), 9-13.
- 5) 北川公子 (2000) : わが国における老年看護学研究の動向と今後の課題, 看護研究,33 (6) ,27-37.
- 6) 平木尚美 (2009) : 認知症高齢者のグループホームにおける終末期ケアの研修プログラムの開発,平成 18-20 年度科学研究費補助金 (基盤 (C)) 研究成果報告書,2009.
- 7) 二木はま子,渡辺みどり,千葉真弓 (2008) : 日本老年看護学会第 13 回学術集会抄録集, 205.
- 8) 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.
- 9) 厚生労働省 (2008) : 平成 18 年介護サービス施設・事業所調査結果の概要  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/index.html>)
- 10) 林幸子,小野幸子,坂田直美他 (2004) : 特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態:その 2- G 県下 C と T 地区の看護職を対象に-, 岐阜県立看護大学紀要, 4 (1) ,45-51.
- 11) 堀内ふき(2006) : 高齢者の「End-of-life Care」, 老年社会科学, 28 (1) ,35-40.
- 12) 柳原清子,柄澤清美 (2003) : 介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する意識調査とそれに関連する要因の分析,新潟青陵大学紀要,3,223-361.
- 13) Sarah Wackerbarth(1999):Modeling a dynamic decision Process: Supporting the decision of caregivers of family members with dementia, Qualitative health Research, 9(3), 294-314.
- 14) Sarah Forbes, Mercedes Bern-Klug, Charles Gerrert( 2000): Journal of Nursing Scholarship,3,251-258.
- 15) 小迫富美恵 (2002) : 終末期患者の自己決定と看護師の役割,ターミナルケア,12 (1) ,17-21.
- 16) Hollen PJ (1994) : Psychometric properties of two instruments to measure quality decision-making. Research in nursing and Health, 17, 137-148.
- 17) 井口明久 (2007) : 高齢者の尊厳と終末期医療, Geriatric Medicine,45(2),159-163.
- 18) Hattoti A(2005): A qualitative exploration of elderly patients' preferences for end-of-life care,JMAJ,48(8),388-397.
- 19) 前掲 4)

## The Nursing Homes' Difficulties and Terminal Care Practice for Individuals with Dementia - Comparison by Taking Care Ratio of Death in Nursing Home-

Midori Watanabe(Nagano College of Nursing)  
Mayumi Chiba(Nagano College of Nursing)  
Emi Hosoda(Nagano College of Nursing)  
Yuka Matsuzawa(Nagano College of Nursing)  
Chikako Sone (Nagano College of Nursing)

### Abstract

The purpose of this study was to determine differences taking care ration of death in nursing home between nursing homes' difficulties and terminal care practice for residents with dementia. The survey form was distributed to 5249 nursing homes. The facilities' difficulties in terminal care and nursing practices were investigated.

The questionnaire was answered by 1137 facilities (21.5%) . Data are grouped into two groups by taking care ration of death in nursing homes: more than 40% or under 40%. Chi square tests were used to analyze the data.

In the under 40% group, nursing administrators felt difficulties of medical staffs' disposition and medical treatments. In the over 40% group, nurses heard about intention of residents with dementia for terminal care. Furthermore nurses provided information and choices enabling families to make proxy decisions.

There were relationships between the taking care ration of death in nursing home and terminal care practices for people with dementia. It is necessary to administer care based on the decisions of the elderly and provide support to both the elderly and their families for end-of-life care purposes.

Key Word : older people with dementia, terminal care, nursing home

## 介護老人福祉施設での終末期における対応方針と施設の体制 —終末期ケアの取り組みの有無による比較—

千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子

### 要 約

介護老人福祉施設（以下特養）における終末期ケアの体制づくりへの示唆を得る目的で、終末期ケアの取り組みの有無による終末期における対応方針と体制の違いを比較検討した。

全国の5249施設に対し、終末期ケアに関する質問紙を配布し1137施設（回収率21.6%）より回答を得た。終末期ケアの取り組みを行っている施設群（n=807）とそうでない施設群（n=318）の1125施設（有効回答率98.9%）を分析対象とし、 $\chi^2$ 検定およびt検定により比較検討した。結果、終末期ケアの取り組みを行っている施設群が、終末期の施設対応、終末期ケアの施設指針策定、看取り介護加算取得、事前意思聴取の実施割合が有意に高く（ $P<0.001$ ）、臨終時の医師の死亡確認体制、看護師の夜勤体制で有意差が見られた（ $P<0.01$ ）。さらに施設で看取った割合、入居者の平均要介護度も有意に高かった（ $P<0.001$ ）

結果から終末期ケアの取り組みを行っている施設は、終末期において施設で看取る対応方針を示し、そのための体制を整え、施設で看取った割合も高くなっていたと考えられた。

キーワード：特養 終末期ケア 終末期ケア体制

### 1. はじめに

わが国の介護老人福祉施設（以下特養とする）数は現在5,500を越え、利用者の要介護度の重度化や医療依存度の上昇への対応に加えて、利用者の終末期ケアへの対応が求められている。介護保険導入前に行われた特別養護老人ホームへの調査<sup>1)</sup>では、ターミナルケアを実施している施設は80.4%におよぶと報告されており、山田ら<sup>2)</sup>の行った特養の終末期ケアに関する全国調査でも、「特にターミナルケアということ意識した対応は行っていない」と回答した12.9%の施設以外は、何らかの終末期ケアの提供を行っていたことが報告されている。このような中で2006年の改正介護保険法の施行により、「重度化対応加算」と「看取り加算」が新たに算定されるようになり、介護保険施設での終末期ケアに対する経済的な裏づけがなされるようになった。

これら「重度化対応加算」や「看取り介護加算」を取得するためには、施設の終末期ケア指針を策定し利用者に対して明確に示すことや、看護の管理者を常勤で少なくとも1人は配置すること、終末期ケアに関する研修を行うことなど、終末期ケアの体制を整えることが条件として定められている。これらは、2009年の更なる改定で「重度化対応加算」の廃止に伴って「看取り介護加算」の



算定要件に移行している。

改正介護保険施行前の実態調査<sup>3)</sup>によれば、特養利用者の9割以上が認知症を有し、施設内死亡の増加が予測されるといわれている。終末期ケアの指針策定については、1割の施設にとどまっているとの報告<sup>4)</sup>がされており、介護保険改正による「看取り介護加算」の新設を機に、施設利用高齢者への終末期ケア提供のために、終末期のケア体制の整備を進めた施設が増加してきていると予測される。

特養における終末期ケア提供のためには、体制の整備として終末期ケアに対する施設対応の方針を打ち出し、それに沿った独自の終末期ケア指針を策定しておくこと、その指針に基づいて、入居者および家族からの事前意思聴取を行い終末期ケアに活用することが求められる。しかし、これら終末期ケアを提供するための体制がどの程度整備されているか、また実際に入居者を施設内で看取る割合については、介護保険改正後のデータとして明らかになっていない。したがって終末期ケアの取り組みを行っている施設と、そうでない施設において実際の看取りの場所、ならびに入居者の重症度、終末期ケア提供のための施設の体制と医師、看護師の夜間体制、ならびに看護師の配置割合の違いを明らかにすることで、施設で終末期ケアを実際に提供するために必要な体制作りへの示唆が得られると考えた。

## 2. 研究目的

特養において、終末期ケアの取り組みを行っている施設とそうでない施設での、終末期における施設の対応方針や施設独自の終末期ケア指針の策定、医師体制、看護師の配置割合や夜勤対応の違いを明らかにする。

## 3. 研究方法

### 1) 質問紙による郵送調査

平成20年7月の時点において、全国の特養のうちで独立行政法人福祉医療機構の運営するワムネットに登録され、インターネット上で所在地を公開している5249施設を調査対象とし、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の管理職者に質問紙の記入を依頼した。

2) データ収集期間：2008年8月20日～9月20日、郵送留置き法で回収した。

3) 調査内容：施設の概要と過去一年間の看取り件数に占める施設内での看取り割合、病院死の割合、看護師の配置人数、終末期ケアの取り組みの有無、施設独自の終末期ケア指針策定の有無、看取り介護加算の取得状況と事前意思聴取の有無について質問紙を作成し把握した。

施設の概要については、設立主体、設立年数、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、過去一年間の入居者の死亡者数ならびに看取りの場所別の死亡者数を把握した。

終末期ケアの取り組みの有無、施設独自の終末期ケア指針の有無、看取り介護加算の取得、事前意思聴取の有無、臨終時の医師の死亡確認体制、については、それぞれ該当する項目より1つを選んでもらい、夜間の看護体制、終末期における施設の対応方針については、選択肢より該当する項目すべてを選択する方法で回答を得た。

4) 対象：全国の5249施設の特養より、1137施設（回収率21.6%）から回答が寄せられた。このうち、終末期ケアの取り組みについて無回答だった12施設を除外し、「1. 取り組んでいる」、「2. 取り組んでいない」の質問項目に対して「1. 取り組んでいる」と回答した807施設と、「2. 取り組んでいない」と回答した318施設の計1125施設（有効回答率98.9%）を分析対象施設とした。

#### 4. 倫理的配慮

長野県看護大学倫理委員会の承認を得て研究を行った。研究依頼については、各施設の施設長ならびに看護管理者宛に文書で研究趣旨と目的の説明、研究参加の自由、匿名性の遵守について説明を行った。調査用紙の返送をもって研究参加に同意が得られたものと判断した。

#### 5. 分析方法

分析対象となった施設の概要を把握するために、施設の入所定員、職員数、平均要介護度、施設で看取った割合と病院死の割合について統計的に解析した。

終末期ケアの取り組みの有無別に、「取り組んでいる」と回答した807施設を「終末期ケアの取り組みあり」群とし、「取り組んでいない」と回答した318施設を「終末期ケアの取り組みなし」群とした。この2群間において、以下の項目について比較した。

終末期における施設の対応方針、施設独自の終末期ケア指針策定の有無、事前意思聴取の有無、看取り加算の取得状況、ならびに臨終時の医師の死亡確認体制、夜間の看護師体制については、 $\chi^2$ 検定を用いて分析した。さらに、入居者の平均要介護度、100床あたりの看護師数、前年度一年間の死亡退所者における施設内で看取った割合ならびに病院死の割合については、等分散性を確認しt検定によって比較した。有意水準は5%とし、統計解析にはSPSS15.0J for WINDOWSを用いた。

#### 6. 結果

##### 1) 対象施設の概要

分析対象となった施設の概要を表1に示す。設置主体の内訳を見ると、社会福祉法人が1048（93.2%）施設と最も多く、次いで市区町村38（3.4%）施設、広域連合18施設（1.6%）、その他12施設（1.1%）、医療法人3施設（0.3%）であった。併設のサービス（複数回答可）ではショートステイが最も多く1076施設（95.6%）、次いでデイサービスが902施設（80.2%）、訪問介護401施設（35.6%）で、訪問看護を併設サービスとして設置する施設は49施設（4.4%）であった。施設の平均入所定員は71.42±28.07人、平均要介護度3.85±0.32、入居者100人あたりの看護師数の平均は7.10±2.51人、施設内での看取りの割合は40.84±32.83%、病院死の割合は56.67±32.90%であった。

表1. 対象施設の概要

		n=1125	
		度数(%)	
設置主体	社会福祉法人	1048	(93.2)
	医療法人	3	(0.3)
	市区町村	38	(3.4)
	広域連合	18	(1.6)
	その他	12	(1.1)
		あり	なし
		度数(%)	度数(%)
併設のサービス (複数回答あり)	ショートステイ	1076(95.6%)	49(4.4%)
	デイサービス	902(80.2%)	223(19.8%)
	訪問看護	49 (4.4%)	1076(95.6%)
	訪問介護	401(35.6%)	724(64.4%)
		平均値・標準偏差	
	入居定員	70.93±26.74	(人)
	平均要介護度	3.85±0.32	(度)
	看護師配置数/100床	7.10±2.51	(人)
	施設内で看取った割合	40.84±0.32	(%)
	病院で看取った割合	56.67±0.32	(%)

## 2) 終末期における施設の対応方針、終末期ケア体制、医師・看護師の夜間体制

終末期ケアの取り組みを行っている施設とそうでない施設の2群間において、入居高齢者の要平均介護度、終末期における施設の対応方針、施設独自の終末期ケア指針策定、事前意思聴取と看取り介護加算の取得の有無、臨終時の医師の死亡確認体制、夜間看護体制といった、終末期ケア提供のために必要な体制について比較した結果を表2に示す。

## ①終末期における施設の対応方針

「終末期はできるだけ入院をすすめる」において、終末期ケアの取り組みあり群では、「はい」と回答した施設が23施設(2.9%)、「いいえ」が784施設(97.1%)であった。終末期ケアの取り組みなし群では、「はい」と回答した施設が142施設(44.7%)、「いいえ」が176施設(55.3%)で、終末期ケアの取り組みあり群は、終末期の取り組みなし群に比較して、「終末期はできるだけ入院をすすめる」という対応を取る施設の割合が有意に低かった( $\chi^2=318.51$ ,  $P<0.001$ )。

「本人・家族の希望があれば施設で看取る」では、終末期ケアの取り組みあり群で「はい」と回答した施設は761施設(94.3%)、「いいえ」と回答した施設は46施設(5.7%)であった。終末期ケアの取り組みなし群で「はい」と回答した施設は134施設(42.1%)で、「いいえ」と回答した施設が184施設(57.9%)であった。終末期ケアの取り組みあり群のが、終末期ケアの取り組みなし群と比較して「本人・家族の希望があれば施設で看取る」という対応を取っている施設の割合が有意に高かった( $\chi^2=381.59$ ,  $P<0.001$ )。

## ②終末期ケア体制

「施設独自の終末期ケア指針を策定している」においては、未回答の63施設を除外して比較検討した。結果、終末期ケアの取り組みあり群では、「はい」と回答した施設が575施設(75.3%)、「いいえ」と回答した施設は189施設(24.7%)であった。終末期ケアの取り組みなし群では、「はい」と回答した施設が86施設(28.9%)、「いいえ」と回答した施設は212施設(71.1%)であった。終末期ケアの取り組みあり群が、終末期ケアの取り組みなし群に比べ施設独自の終末期ケア指針を策定している割合が有意に高かった( $\chi^2=196.41$ ,  $P<0.001$ )。また、「事前意思聴取を行っている」については未回答の28施設を除外して比較検討した。終末期ケアの取り組みあり群では、「はい」と回答した施設が719施設(91.1%)に対し「いいえ」と回答したのは70施設(8.9%)であった。終末期ケアの取り組みなし群では、「はい」と回答したのは173施設(56.2%)で、「いいえ」と回答した施設は135施設(43.8%)であった。終末期ケアの取り組みあり群のほうが、事前意思聴取について、終末期ケアの取り組みを行っていない施設に比べて実施率が有意に高かった( $\chi^2=178.17$ ,  $P<0.001$ )。さらに、「看取り介護加算を取得している」についても未回答の12施設を除外し比較検討したところ、終末期ケアの取り組みあり群で、「はい」と回答した施設は582施設(72.6%)、「いいえ」と回答した施設が220施設(27.4%)で、これに対して終末期ケアの取り組みなし群では「はい」と回答した施設は15施設(4.8%)、「いいえ」と回答した施設が296施設(95.2%)と、終末期ケアの取り組みあり群のほうが有意に看取り介護加算を取得している施設の割合が高かった( $\chi^2=413.59$ ,  $P<0.001$ )。

## ③臨終時の医師の死亡確認体制

医師が「夜間でも臨終時には立ち会う」体制について未回答の39施設を除外して比較検討を行った結果、終末期ケアの取り組みあり群では「はい」と回答した施設は579施設(74.1%)で、「いいえ」と回答した施設は202施設(25.9%)であった。終末期ケアの取り組みなし群では143施設(48.1%)が「はい」と回答し、「いいえ」と回答したのは154施設(51.9%)であった。終末期ケアの取り組みを行っている施設群のほうが、夜間でも医師が臨終に立ち会う体制を整えている施設の割合が有意に高かった( $\chi^2=65.70$ ,  $P<0.001$ )。

## ④夜間看護体制

夜間の看護体制について終末期ケアの取り組みの有無による2群間で比較を行った結果、「人数の範囲で夜勤を行う」、「重症者・臨終時には看護師が夜勤を行っている」、「必要に応じて呼び出しに応じている」、「介護職に任せている」の項目において有意差が見られた。

「人数の範囲で夜勤を行う」では、終末期ケアの取り組みあり群では「はい」と回答した施設は24施設(3.0%)、「いいえ」と回答した施設は783施設(97.0%)であった。終末期ケアの取り組みなし群では「はい」と回答した施設は2施設(0.6%)で、「いいえ」と回答した施設が316施設(99.4%)であった。終末期ケアの取り組みあり群のほうが有意に人数の範囲で夜勤を行っている施設の割合

が高かった ( $\chi^2=5.56$ ,  $P<0.03$ )。

「重症者・臨終期には看護師が夜勤を行っている」では、終末期ケアの取り組みあり群で「はい」と回答した施設が29施設(3.6%)、「いいえ」と回答した施設が778施設(96.4%)であった。一方終末期ケアの取り組みなし群では「はい」と回答した施設が2施設(0.6%)で、「いいえ」と回答した施設が316施設(99.4%)であった。終末期ケアの取り組みあり群のほうが、重症者・臨終期に看護師が夜勤を行うという体制を取っている施設の割合が有意に高かった ( $\chi^2=7.48$ ,  $P<0.01$ )。

「必要に応じて呼び出しに応じている」では、終末期ケアの取り組みあり群で「はい」と回答した施設は725施設(89.8%)、「いいえ」と回答した施設は82施設(10.2%)であった。終末期ケアの取り組みなし群では、「はい」と回答した施設が244施設(76.7%)、「いいえ」と回答した施設が74施設(23.3%)であった。終末期ケアの取り組みあり群のほうが、必要に応じて呼び出しに応じているという体制を取っている施設の割合が有意に高かった ( $\chi^2=32.82$ ,  $P<0.001$ )。

「介護職に任せている」では、終末期ケアの取り組みあり群で「はい」と回答した施設は57施設(7.1%)、「いいえ」と回答した施設は750施設(92.9%)であったのに対し、終末期ケアの取り組みなし群では「はい」と回答した施設は41施設(12.9%)、「いいえ」と回答した施設が277施設(87.1%)であった。終末期ケアの取り組みあり群のほうが、終末期ケアの取り組みなし群に比べ、夜間介護職に任せるという体制をとっている施設の割合は有意に低かった ( $\chi^2=9.75$ ,  $P<0.001$ )。

「看護師が夜勤体制を取っている」、「併設病院の看護師が対応している」、「電話で対応し指示を出している」の項目では、有意差は認められなかった。

#### ⑤100床あたりの看護師配置数

100床あたりの看護師配置数の平均値を、終末期ケアの取り組みの有無による2群間で比較した(表2)。終末期ケアの取り組みを行っている施設群での看護師の配置数は、平均 $7.12\pm 2.46$ 人で、終末期ケアの取り組みを行っていない施設群の平均は $7.04\pm 2.63$ 人で、この2群間における有意差は見られなかった ( $t=0.46$ ,  $P>0.05$ )。

表2. 終末期ケアの取り組みの有無と終末期における施設の対応方針、終末期ケア体制、医師・看護師の夜勤体制

	終末期ケアの取り組みあり群 n=807		終末期ケアの取り組みなし群 n=318		検定結果	
	はい 度数(%)	いいえ 度数(%)	はい 度数	いいえ 度数(%)	$\chi^2$ 検定結果	有意確率
①終末期における施設の対応方針						
終末期はできるだけ入院をすすめる	23(2.9)	784(97.1)	142(44.7)	176(55.3)	318.51	***
本人・家族の希望があれば施設で看取る	761(94.3)	46(5.7)	134(42.1)	184(57.9)	381.59	***
②終末期ケア体制						
施設独自の終末期ケア指針を策定している (未回答の63を除外)	575(75.3)	189(24.7)	86(28.9)	212(71.1)	196.41	***
事前意思聴取を行っている (未回答の28を除外)	719(91.1)	70(8.9)	173(56.2)	135(43.8)	178.17	***
看取り加算を取得している (未回答の12を除外)	582(72.6)	220(27.4)	15(4.8)	296(95.2)	413.59	***
③臨終時の医師の死亡確認体制						
夜間でも臨終時には立ち会う (未回答の39を除外)	579(74.1)	202(25.9)	143(48.1)	154(51.9)	0.44	***
④夜間看護体制						
看護師が夜勤体制を取っている	36(4.5)	771(95.5)	14(4.4)	304(95.6)	0.01	n.s.
人数の範囲で夜勤を行う	24(3.0)	783(97.0)	2(0.6)	316(99.4)	5.56	*
重症者・臨終時には看護師が夜勤を行っている	29(3.6)	778(96.4)	2(0.6)	316(99.4)	7.48	*
併設病院看護師が対応している	21(2.6)	786(97.4)	8(2.6)	310(97.5)	0.01	n.s.
必要に応じて呼び出しに応じている	725(89.8)	82(10.2)	244(76.7)	74(23.3)	32.82	***
電話で対応し指示を出している	560(69.4)	247(30.6)	225(70.8)	93(29.2)	0.20	n.s.
介護職に任せている	57(7.1)	750(92.9)	41(12.9)	277(87.1)	9.75	***
⑤看護師配置数/100床の比較 t検定	平均値・標準偏差		平均値・標準偏差		t値	有意確率
看護師配置数/100床	7.12±2.46人		7.04±2.63人		0.45	n.s.

\*\*\*:P&lt;0.001, \*\*:P&lt;0.01, \*:P&lt;0.05, n.s.:P&gt;0.05

## 3) 看取りの場所と入居者の平均要介護度

終末期ケアの取り組みを行っている施設と行っていない施設の2群間で、施設入居者の平均要介護度、施設内で看取った割合、病院死の割合について比較した結果を表3に示す。

施設内で看取った割合は、終末期ケアの取り組みあり群が平均 50.22±30.12%、終末期ケアの取り組みなし群の平均 17.20±26.97%に比べて有意に高かった (t=16.51、P<0.001)。さらに病院に搬送した病院死の割合は、終末期ケアの取り組みあり群の平均は 52.31±32.40%に対し、終末期ケア指針なし群平均 80.49±28.30%であり、終末期ケアの取り組みあり群が有意に低かった (t=-15.62、P<0.001)。

施設入居者の平均要介護度は、終末期ケアの取り組みあり群が 3.89±0.28 であったのに対し、終末期ケアの取り組みなし群では 3.76±0.38 と、終末期ケアの取り組みを行っている施設群のほ

うが有意に入居者の平均要介護度が高かった ( $t=5.24$ ,  $P<0.001$ )。

表3. 看取りの場所と入居者の平均要介護度の比較

n=1125

項目	終末期ケアの取り組みあり群 n=807	終末期ケアの取り組みなし群 n=318	検定結果	
	平均値・標準偏差	平均値・標準偏差	t値	有意確率
施設内で看取った割合	50.22±30.12(%)	17.20±26.97(%)	16.51	***
病院で看取った割合	47.69±29.90(%)	80.49±28.30(%)	-15.62	***
入居者の平均要介護度	3.89 ±0.28(度)	3.76±0.38(度)	5.24	***

\*\*\*:P<0.001

## 7. 考察

### 1) 対象施設の特徴

対象施設の設置主体別の構成をみると、社会福祉法人が最も多く 93.6%で、次いで市区町村 3.4%、広域連合 1.6%の順であった。また、併設のサービスは、ショートステイ (96.4%)、デイサービス (80.5%) といった居宅支援事業のサービスを併設で有する施設が多く、訪問介護 (35.3%) ならびに訪問看護 (4.9%) を有する施設は少なかった。これは、平成 19 年度に厚生労働省が行った介護サービス施設・事業所調査<sup>5)</sup>と同様の結果であった。

施設の入居定員の平均は、71.42±28.27 人となっており、50 床から 100 床程度までの施設が中心だったとかがえる。入居者の平均要介護度は 3.85 であった。この値は、平成 19 年度の調査における全国の特養の入居者の平均要介護度の値 3.80<sup>6)</sup>と比較し、ほぼ近似値であるといえよう。入居者 100 人あたりの看護師の配置数 7.10 人は、このときの調査結果である 5.12 人に比較すると多く、今回の分析対象となった施設の看護師の配置人数はこのときの母集団の平均を上回っている。

これらの結果より、今回分析対象となった施設群は、平成 19 年度の全国 1730 施設に対する調査時の母集団と比較して、施設の規模、入居者の平均要介護度については、ほぼ同様の特性を有しているが、看護師の配置数については若干多いという特徴を持つ集団と考える。

### 2) 終末期ケア指針の取り組みの有無と終末期における施設の対応方針、終末期ケア体制

終末期における施設の対応方針では、終末期ケアに取り組みあり群の方が医療機関へ入院をすすめる施設の割合は低く、本人・家族の希望があれば施設で看取りを受け入れる姿勢を示していた。柳原<sup>7)</sup>は、特養職員のターミナルケア意識に関する要因を探る研究の中で、看取りの経験のない職員のほうが病院への転送を考える傾向にあり、看取りの経験のある職員のほうがそのまま施設でターミナルケアを行うという意識を持つ割合が高かったと報告している。今回の調査においても終末期ケアの取り組みあり群のほうが、終末期の対応として病院への入院をすすめる割合は低く、希望が

あれば施設で看取るという施設の割合が高かったことはこの傾向と一致する。すなわち、終末期ケアの取り組みを行うことによって看取りの経験も得られ、そのことが施設の終末期の対応方針にも影響を与えていたと考える。

また施設独自の終末期ケア指針の策定、ならびに事前意思聴取についても、終末期ケアの取り組みあり群の方が、有意に行っている割合が高かった。

施設独自の終末期ケア指針を策定するという事は、入居者の看取りを視野に入れたケアを提供するための一定の基準を定め、それに沿ったケアの道筋すなわちガイドラインとして定めておくことである。終末期ケアのガイドラインについては、2007年に介護保険法の改正によって重度化対応加算、看取り介護加算の算定が可能となった際に、算定要件の1つとして盛り込まれた。このことによって、これまで看取りを行ってきた施設にとっては、経済的な裏づけを得るためにも終末期ケア指針の策定が必要になったといえる。また、この終末期ケアの指針については、厚生労働省からも大まかなガイドラインとしての指針が示されている。そのような指針に準ずるのではなく、各施設が独自の終末期ケア指針を策定するという事は、終末期ケアの取り組みを行ってきた実績のなかで蓄積されたケアの方針と具体策を明確に書面に示すことに他ならない。介護保険改正の後、終末期ケア指針の策定状況について調査報告されているものはみあたらない。今回の調査は全国の特養の21%の施設から得られた結果という点で限界はあるが、終末期ケアの取り組みあり群の施設が、施設独自の終末期ケア指針を策定している比率が有意に高かったことは、介護保険改正を受けて各施設がそれぞれの終末期ケアの取り組み実績を元に指針を策定したということを示す結果であるといえる。

事前意思聴取は終末期の意向について、本人あるいは家族に確認するものである。看取りを含めた終末期ケアを提供するにあたっては、状態の急変時の対応や延命治療の希望から日常生活の仕方、看取りの場所について本人・あるいは家族の意向を確認することが必要になる。どのように施設で過ごしたいか、急変時の医療の対応をどこまで希望するかを把握したうえで、それぞれのケアプランが作成されるからである。終末期ケアの取り組みあり群の91.1%の施設が事前意思聴取を行っていたのは、終末期ケアの個別ケアプラン作成過程で事前意思の聴取が必要であったことが背景にあると考える。

しかしながら、特養入居高齢者の場合、約9割が認知症高齢者であり本人への意思確認が難しいのが現状で、実際には家族の意向として意思確認を行うことも約35%の施設で行われているとの報告がある<sup>8)</sup>。このことは、宮田<sup>9)</sup>や、林ら<sup>10)</sup>も特別養護老人ホームにおける看取りに関する調査の中で、認知症高齢者の看取りの場や医療に関する意思決定を、本人から得ることが困難であり、また高齢者に代わり家族が意思決定することへの援助の困難さもあると報告している。さらに宮田は高齢者の意思決定について事前指示書として書面で入所時に確認する施設が少ないことや、多くの特養で成年後見制度の利用がなされていない現状があると報告している。このように高齢者の意思確認を行う手段としての事前指示書や成年後見制度の活用もわが国の特養における終末期ケアの現状としては少ない。したがって、認知症高齢者に対する事前意思聴取は、一人ひとりの自己決定を尊重した終末期ケア提供のために重要であるが、その困難さをどのように解決していくかについては今後の課題といえる。

さらに、終末期ケアの取り組みの結果として算定が可能となる看取り介護加算についても、終末期ケアの取り組みあり群の取得割合は、終末期ケアの取り組みなし群と比較して高かった。終末期



ケアの取り組みあり群の施設が、施設の体制を整えて終末期ケアを実施していた実績を反映するものとして当然な結果と考える。

### 3) 終末期ケア指針の有無と医師・看護師体制

入居者を施設で看取るためには、臨終期における入居者のさまざまな状態変化に対して適切に対応する体制作りが求められる。その中で、日常生活を安楽に過ごすために必要な医療がもとめられ、看護師の役割は大きく期待されていると考えられる。加瀬田ら<sup>11)</sup>の報告にも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の看護師への期待で最も多かったのが、医療処置の対応と夜勤対応であったと報告している。さらに、堀内<sup>12)</sup>は、施設で終末期ケアを提供することを困難にしていることは、夜間休日の医師・看護師体制の確保であるとし、畑瀬ら<sup>13)</sup>もターミナルケアを実施するうえで困難を感じる点で67%の施設が「夜間、看護師が勤務できない」ことを挙げている。今回の結果では、終末期ケアの取り組みあり群が臨終時に医師が「夜間でも死亡確認する」という医師体制を確保している施設の割合が高く、看護師が「人数の範囲で夜勤を行う」、「重症者・臨終期の場合には夜勤を行う」、「必要に応じて呼び出しに応じる」という体制をとっている割合が高かった。これは、終末期ケアの提供を困難にしている要因とされる、夜間の医師・看護師体制を施設として整え対応していたことを裏付ける結果といえる。

さらに終末期ケアの取り組みの有無による2群間の看護師の配置人数を比較したところ有意差はみられなかった。今回対象となった施設の看護師配置人数は、入居者100名に対して7.10人であり、全国の特養の看護師配置人数5.12人<sup>14)</sup>に比較して若干多い配置人数であった。しかし、特養における看護師配置基準を考慮したうえでこの人数で実際に夜勤体制を組むとすると、実際には入居者100名に対して1人の看護師が夜勤を行うこととなる。看護の質の保証と看護師の労働衛生の保証といった見地から夜勤体制を考えるならば、今回の対象施設の看護師配置人数であっても、常時夜勤体制を組むには厳しいといえる。今回の結果はそのような夜勤対応の難しい状況の中で、終末期ケアの取り組みあり群の施設の看護師が、状況に応じた夜勤や、呼び出しに応じるといった対応を取っていたことを示すものとして重要である。

### 4) 看取りの場所と入居者の平均要介護度

終末期ケアの取り組みを行っている施設群とそうでない施設群の2群間で施設入居者の平均要介護度と、看取りの場所を比較したところ、終末期ケアの取り組みを行っている施設群のほうが、入居者の平均要介護度が高く、施設内で看取る割合が高かった。

塚原<sup>15)</sup>はターミナルケアを積極的に実施している施設の施設内死亡率は高いと報告し、医療経済機構<sup>16)</sup>が行った調査においても、特養内死亡率の高い施設の特性のひとつに終末期ケアの取り組みを明確にしていたことがあげられると報告されている。今回の調査も、終末期ケアの取り組みあり群のほうが、終末期ケアの取り組みなし群に比べて有意に施設内死亡率が高かった。このことは、これら先行研究の結果とも一致しており、施設が実際に終末期ケアの取り組みを行っている結果を

反映したものであるといえる。

また、終末期ケアの取り組みを行うということは、すなわち看取りを視野に入れたケアを施設で入居者に提供していくということである。入居者の死期が近づくにつれて、食事・水分摂取量が減少する、経口摂取が困難となる、起き上がれなくなりトイレでの排泄が難しくなる、傾眠傾向となるなどの身体変化が生じてくる。当然、終末期にある入居者への身体介護、医療依存の割合は高くなるといえる。医療経済機構<sup>17)</sup>の調査によると、特養施設内死亡者の要介護度をみると約6割の高齢者が要介護5であったと報告している。終末期ケアの取り組みを行うことは、介護度、医療依存度の高い高齢者に対してもケアを提供できるよう施設として準備を整えておくことである。今回の調査では、終末期ケアの取り組みあり群の施設は、独自の終末期ケア指針を策定し、事前意思聴取を行い、終末期ケア提供のための体制を整えていた、当然入居者の終末期に伴う身体変化への対応も日々のケアの中に取り入れられていたといえよう。そのような実践の結果、より重度の入居者への対応が可能となり、入居者の平均要介護度も高くなっていたと考えられる。

## 8. 研究の限界と今後の課題

今回の調査における、施設独自の終末期ケア指針の策定状況、事前意思聴取の有無や看取り介護加算取得の有無についての結果は、対象施設数が全国の21%程度ではあったが、介護保険改正後の状況を表す数値として重要な結果であった。

今後は、終末期ケアの取り組みを行っていた施設看護師の特徴として、夜間体制を少ない人数の中でとり対応している背景にある要因や、終末期ケアへの認識・態度などを明らかにしていく必要がある。また施設独自の終末期ケア指針の策定が可能となっていた施設の特徴や、事前意思聴取や看取り介護加算取得にあたっての困難や課題について、それぞれの施設の具体的な状況を確認し明らかにしていくことも課題である。

## 9. 結論

今回特養での終末期ケアの取り組みの有無に着目し、2群間における終末期ケアの対応方針と体制を比較したところ、以下のことが明らかになった。

1. 終末期ケアの取り組みを行っている施設群は、そうでない施設群に比べ終末期の対応方針として「本人、家族の希望があれば施設で看取る」という施設の割合が高かった。
2. 終末期ケアの取り組みを行っている施設群のほうが、医師が夜間臨終に立ち会い、看護師の夜間対応も柔軟であった。
3. 終末期ケアの取り組みを行っている施設群は、施設独自の終末期ケア指針の策定割合、高齢者とその家族への事前意思聴取の実施割合、看取り介護加算取得状況が高かった。さらに、施設で看取った割合と入居者の平均要介護度も高かった。

これら結果から特養における終末期ケアの提供には、より介護度の高い入居者への対応や施設

での看取りを可能にするためにも、施設での看取りの対応方針を示し、夜間の医師や看護師の体制の整備、終末期ケア指針を策定、事前意思聴取の実施といった終末期ケアのための体制を整えることが重要であると示唆された。

#### 文献

- 1) 塚原貴子、宮原伸二 (2001) : 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討 全国の特別養護老人ホームの調査より、川崎医療福祉学会誌、11(1)、17-24.
- 2) 山田美幸、岩本テルヨ (2004) : 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職者の役割と課題、南九州看護研究誌、2(1)、27-37.
- 3) 厚生労働省 (2004) : 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 - <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/d1/s1212-6c.pdf>>.
- 4) 医療経済研究機構 (2003) : 特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究 <<http://www.ihep/publish/report/past/h14/h14-5.htm>>.
- 5) 厚生労働省 (2007) : 平成19年介護保健サービス介護サービス施設・事業所調査結果の概況、 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka6.html>>
- 6) 前掲書 5)
- 7) 柳原清子、柄澤清美 (2003) : 特養職員のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因の分析、新潟青陵大学紀要、3、223-232.
- 8) 前掲書 1)
- 9) 宮田裕章、白石弘巳、甲斐一郎他 (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.
- 10) 林幸子、小野幸子、坂田直美他 (2004) : 特別養護老人ホームにおける看取りの実態 -その2 G県下CとT地区の看護職を対象に-、岐阜県立看護大学紀要、4(1)、45-61.
- 11) 加瀬田暢子、山田美幸、岩本テルヨ (2006) : 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.
- 12) 堀内ふき (2006) : 高齢者の「End-of-life Care」、老年社会科学、28(1)、35-40.
- 13) 畑瀬智恵美、寺山和幸、久保田宏 (2005) : 特別養護老人ホームにおけるターミナル・ケアの実態調査、日本看護学会論文集、看護総合、36、238-240.
- 14) 前掲書 5)
- 15) 前掲書 1)
- 16) 前掲書 4)
- 17) 前掲書 4)

## Policy and Systems for End-of-Life Care in Nursing Home: Comparisons between Facilities with and without Approaches to End-of-Life Care

Mayumi Chiba(Nagano College of Nursing)  
Midori Watanabe(Nagano College of Nursing)  
Emi Hosoda(Nagano College of Nursing)  
Yuka Matsuzawa(Nagano College of Nursing)  
Chikako Sone (Nagano College of Nursing)

### Abstract

The aim of this study was to obtain suggestions regarding creating a system for providing end-of-life care in Nursing Home. We examined the differences in end-of-life care policy and systems between facilities with and without approaches to end-of-life care.

A questionnaire on end-of-life care was distributed to 5249 facilities nationwide in Japan. Responses were obtained from 1137 facilities (response rate 21.6%). Analysis was performed on a total of 1125 facilities, consisting of facilities with and without approaches to end-of-life care (n=807 and 318, respectively). The valid response rate was 98.9%. A chi-square test and t-test were used for comparison. The results showed that the facility group with end-of-life care approaches had significantly higher rates of implementation of end-of-life care policy, formulation of facility guidelines for end-of-life care, and special nursing care fees for attending to the elderly at their deathbeds, and significantly higher rates of inquiring about residents' advance directives ( $P<0.001$ ). This group also had a significantly higher average level of nursing care needed by the residents and a significantly higher number of residents who were attended at their deathbeds in the facilities ( $P<0.001$ ). Significant differences were observed between the two facility groups in their death certification systems by physicians at the moment of death and their nightshift systems of nurses ( $P<0.01$ ).

These findings indicated that the facilities with approaches to end-of-life care had more organized an end-of-life care policy and systems for attending to residents at their deathbeds compared to the facilities without such approaches. Thus, the facilities with the approaches had a higher number of residents who were attended at their deathbeds in the facilities.

Key Words: nursing Home, end-of-life care, systems for end-of-life care

## 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-

曾根千賀子, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 渡辺みどり

### 【要旨】

長野県の介護老人福祉施設(以下, 特養と記す)の終末期ケア体制の特徴を明らかにするため, 終末期ケアや看取りへの取組み, 入所者の死亡場所(施設内, 病院, 自宅), 認知症高齢者の看取りへの対応に関する困難の種類について県外特養と比較した。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。

1. 長野県内特養は特養内死亡の割合が高く(県内71.4%, 県外43.5%), 病院死亡の割合が低かった(県内28.4%, 県外56.3%)。
2. 長野県内特養は終末期ケアに取り組んでいる割合が高く(県内93.5%, 県外70.8%), 「希望があれば施設で看取る」という方針をもつ割合も高かった(県内95.7%, 県外78.6%)。
3. 長野県内特養は, 認知症高齢者の急変時に医師と連絡・協力体制がとれている。
4. 長野県内特養は, 認知症高齢者の急変時に看護師の夜間の呼び出し(オンコール)体制が整っており, 介護職員への対応が整備されてきている。

【キーワード】長野県, 特養, 認知症高齢者, 終末期ケア体制

### I. はじめに

わが国では, 高齢人口の増加・核家族化・女性の社会進出・高齢者医療費の高騰などによる家族形態や社会の情勢の変化(総務庁, 2009)があり, 家庭で高齢者を介護することが困難になってきた。2000年4月から始まった介護保険制度は, 社会連帯を基礎とした社会保険方式にすることにより社会全体で高齢者を支えていくことを基盤としている(厚生統計協会, 2008)。すなわち住み慣れたまちで安心して老後の生活が送れるよう, 本人や家族だけで抱えてきた介護負担を, 社会全体で支え合うしくみを構築すべく介護保険制度が制定された。その後, 2006年には介護報酬・指定基準等の見直しが行われ(厚生統計協会, 2008), 改正介護保険制度が施行された。この改正の一部として, 介護老人福祉施設(以下, 特養と記す)での終末期ケアに対して「重度化介護加算」ならびに「看取り介護加算」が創設されたことにより, 経済的裏付けが保障された。これにより, 特養での終末期ケアを整えることで介護報酬に直接結びつくようになった。特養の入居対象者は, 身体上又精神上著しい障害があ

るために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な要介護者(厚生労働省, 2008)と定められている。つまり、特養は在宅生活困難者が入所し介護を中心にサービスを受けられる施設であり、終の棲家としての社会的役割を担っている。改正介護保険試行前の実態調査によると、介護老人福祉施設利用者の9割以上が認知症を有しており(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から考えると、認知症高齢者の施設内死亡の増加も予測される。このため、特養を利用する入居者の重度化・高齢化(厚生労働省大臣官房統計情報部, 2007)ならびに長期利用者が増加する中で、利用者が最期まで安心して医療や介護を受けられるという特養の役割・機能を考えなければならない。その場合、これまでに施設入所者の看取りを行っていた施設はもちろん、全国の特養施設は看取り体制を整えることが急務(清水, 2007)となっている。これに加え、畑瀬(2005)は、看取りを行う上の困難として、夜間の看護師、介護員不足、医師の協力体制の不十分を指摘しており、医師との連携や看護師の夜勤体制の確保と健康状態をアセスメントし、対応ができる看護師の配置増員が必要であると述べている。看取りは人の尊厳ある生き方に対するケアであるとともに、尊い命が燃え尽きる最期の時まで、その人らしい生き方ができるための援助であることから、高山(2005)は、施設ケアにおいては利用者や家族の思いを尊重した個別の終末期ケア目標の設定と具体的な対応策が重要であると指摘している。さらにThompson PM(2002)は、特に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“終末期ケア”が必要であると述べている。先行文献として、認知症高齢者の意思決定の現状(宮田, 2004)の報告はあるが、認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難についての先行研究がないことから、このことについて明らかにすることは意義があると考えられる。

長野県の在宅死亡率は20.4%で、全国の15.6%と比較しても高い(厚生労働省, 2004)。在宅死亡率は、自宅、老人ホーム、介護老人保健施設での死亡数の割合を示している。すなわち、この値から長野県では、病院死亡以外の死亡率が高いと解釈できる。そこで、本研究は、在宅等死亡率の高い長野県に着目し、特養における認知症高齢者のより質の高い終末期ケアを検討するために、長野県内特養の終末期ケア体制の特徴および看取りへの対応に焦点をあてて、長野県内特養の特徴を把握することを目的とした。

## II. 目的

本研究の目的は、長野県内特養の終末期ケア体制の特徴および看取りへの対応に焦点をあてて、長野県内特養の特徴を把握することを目的とした。そのために、終末期ケア体制については、医師体制、夜間の看護師体制、終末期ケアの施設方針や取組みの有無、看取りの施設指針、看取り介護加算取得の有無、入所者の死亡場所(施設内、病院、自宅における死亡数)、認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難の種類について、長野県内特養と長野県外特養(以下、県外特養と記す)の比較をすることにより長野県内特養の特

徴を明らかにした。

### 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、「設置主体」、「設立年数」、「入居者数」、「介護度」、「職種別職員数」、「平成19年度の死亡場所別人数」について記入を求めた。

###### (2) 終末期ケア体制

終末期ケア体制として、「医師体制」、「終末期ケアの取り組み方針」、「看取りの施設方針」、「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1つについて記入を依頼した。「夜間の看護体制」、「終末期ケアの施設方針」については、選択肢より複数回答可で記入を求めた。

###### (3) 認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難

「認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難」については、平木ら(2009)が作成した「認知症高齢者グループホームにおける終末期ケア」に関する調査項目を参考にし、特養での認知症高齢者の看取りに関して困難であると思われる内容9項目に整理し用いた。回答は、複数回答可とし記入を求めた。

#### 4. データの分析方法

データの分析には、統計ソフトSPSSver. 16.0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、設置主体、施設の入所定員、平均要介護度について記述統計量を算出した。なお、死亡場所別人数の割合については、長野県内特養と県外特養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 $p < 0.05$ とした。なお、期待値が5以下については、Yatesの補正を行った。

2) 「終末期ケア体制」の医師体制、夜間の看護師体制、終末期ケアの施設方針、終

末期ケアの取り組み方針, 看取りの施設指針, 看取り介護加算取得の有無と, 「認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難」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  $p < 0.05$  とした。なお, 期待値が 5 以下については, 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, 長野県内特養が 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。

長野県内特養での社会福祉法人は, 68.9%に対し, 県外施設が 94.8%であった。また長野県内特養での広域連合は, 24.4%に対し, 県外施設では 0.6%であった。その他少数であるが, 医療法人, 市町村などがあつた。

設立年数の平均をみると, 長野県内特養は 17.5 (SD=10.9) 年に対し, 県外施設は 17.5 (SD=11.0) 年であった。また, 入居者数の平均をみてみると, 長野県内特養は 65.8 (SD=17.3) 人に対し, 県外特養は 70.6 (SD=26.7) 人であった。

平均要介護度についてみると, 長野県内特養は 3.93 (SD=0.41) に対し, 県外特養が 3.85 (SD=0.32) であった。

平成 19 年度 (過去 1 年間, 平成 19 年 4 月～平成 20 年 3 月) の死亡場所別死亡数の平均値については, 長野県内特養の特養内死亡者数の平均は, 9.04 (SD=5.43) 人に対し, 県外特養の平均は 5.43 (SD=5.74) 人であった。長野県内特養の病院死亡数の平均は, 3.77 (SD=3.42) 人に対し, 県外特養は 6.92 (SD=5.54) 人であった。長野県内特養の自宅死亡数の平均は, 0.02 (SD=0.15) 人に対し, 県外特養は 0.03 (SD=0.20) 人であった。



表1 施設の概要

	長野県内特養			県外特養			全体		
	n	施設数 (%)		n	施設数 (%)		n	施設数 (%)	
施設の設置主体									
社会福祉法人		31 (68.9)		1029 (94.8)			1060 (93.7)		
医療法人		0 (0.0)		3 (0.3)			3 (0.3)		
市町村	45	2 (4.4)		1086	36 (3.3)		1131	38 (3.4)	
広域連合		11 (24.4)		7 (0.6)			18 (1.6)		
その他		1 (2.2)		11 (1.0)			12 (1.1)		
	n	平均	標準偏差	n	平均	標準偏差	n	平均	標準偏差
設立年数と入居者について									
設立年数	46	17.5	10.9	1083	17.5	11.0	1129	17.5	11.0
入居者数	46	65.8	17.3	1090	70.6	26.7	1136	70.4	26.4
入居定員	46	66.6	17.7	1088	71.4	27.2	1134	71.2	26.9
平均要介護度	41	3.93	0.41	1023	3.85	0.32	1064	3.85	0.32
平成19年度死亡場所別人数の平均									
特養内死亡		9.04	5.43		5.43	5.74		5.58	5.77
病院死亡		3.77	3.42		6.92	5.54		6.80	5.50
自宅死亡		0.02	0.15		0.03	0.20		0.03	0.20

死亡場所別の死亡数の全死亡数に対する割合を表2に示す。全死亡数に対する特養内死亡数の割合は、長野県内特養では71.4%と県外特養の43.5%に比べて著しく高く、統計的にも有意な差があった ( $\chi^2=171.92, p=4.21 \times 10^{-14}$ )。一方、病院死亡の割合は、長野県内特養では、28.4%と県外特養の56.3%に比べてほぼ1/2しかなく、統計的にも高度な有意差があった ( $\chi^2=171.08, p=3.63 \times 10^{-14}$ )。自宅死亡の割合については、県内特養と県外特養とも0.2%で有意差はなかった。

表2 死亡場所別人数の割合

	長野県内特養	県外特養	全体	カイ二乗検定結果	
	死亡数 (%)	死亡数 (%)	死亡数 (%)		
特養内死亡	407 (71.4)	5675 (43.5)	6082 (44.7)	171.92	$p=4.21 \times 10^{-14}$
病院死亡	162 (28.4)	7338 (56.3)	7500 (55.1)	171.08	$p=3.63 \times 10^{-14}$
自宅死亡	1 (0.2)	30 (0.2)	31 (0.2)	0.00 <sup>1)</sup>	n.s.
合計	570 (100.0)	13043 (100.0)	13613 (100.0)		

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

## 2. 終末期ケア体制

終末期ケア体制の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) 医師体制、2) 夜間の看護体制、3) 終末期ケアの施設方針、4) 看取りの施設指針、5) 看取り介護加算取得の有無について、カイ二乗検定を用いて比較した(表3)。

## 1) 医師体制

医師の雇用体制は、長野県内特養の非常勤が97.5%に対し、県外特養も96.0%と高い割合であった。次に、死亡診断時の医師体制についてみると、「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」と回答した施設は、長野県内特養が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死亡を確認する」という項目で「はい」と回答した施設は、長野県内特養が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との間では有意差は認められなかった。

## 2) 夜間の看護体制

夜間の看護体制については、「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( $\chi^2=7.01, p=0.008$ )。

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との間で有意差は認められなかった。

## 3) 終末期ケアの取り組み方針

終末期ケアの取り組み方針では、「①終末期ケアの取り組みをしている」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は、93.5%、これに対し県外特養が70.8%と、長野県内特養の割合は、県外施設に比べて有意に高かった( $\chi^2=11.184, p=0.01$ )。また、「②終末期ケアの取り組みをしていない」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は6.5%、これに対し県外特養が29.2%と長野県内特養の割合は、県外特養に比べて有意に低かった( $\chi^2=11.184, p=0.01$ )。

## 4) 終末期ケアの施設方針

終末期ケアの施設方針では、「①終末期はできるだけ病院への入院を勧める」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は、4.3%で、これに対し県外特養は15.2%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( $\chi^2=4.14, p=0.042$ )。「②本人・家族から終末期ケアの希望があれば施設で受け入れる」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は、95.7%で、これに対し県外特養は78.6%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( $\chi^2=7.84, p=0.005$ )。

これら以外の「③終末期はできるだけ自宅に帰るよう働きかける」、「④ケースバイケースで個別対応する」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。

## 5) 看取りの施設指針

看取りの施設指針の「①独自の指針がある」、「②独自の指針を作成中である」、「③厚生労働省の通知を目安にしている」、「④独自の指針なし」、「⑤その他」の項目は、長野県内特養と県外特養との間では、有意差はなかった。

表3 終末期ケア体制

	長野県内特養				県外特養				カイニ乗検定結果	
	n	施設数 (%)	n	施設数 (%)	n	施設数 (%)	n	施設数 (%)		
医師体制										
雇用体制										
①常勤	40	1 ( 2.5)	39 ( 97.5)	1091	67 ( 6.9)	927 ( 96.0)	0.54 <sup>1)</sup>	n.s.		
②非常勤		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	46	33 ( 71.7)	13 ( 28.3)	1091	693 ( 63.5)	398 ( 36.5)	0.96	n.s.		
②医師が出動した時間に死亡を確認する		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	46	0 ( 0.0)	46 (100.0)	1091	50 ( 4.6)	1041 ( 95.4)	1.25 <sup>1)</sup>	n.s.		
②看護師の人数が許す範囲で夜勤もしている		3 ( 6.5)	43 ( 93.5)		24 ( 2.2)	1067 ( 97.8)	1.94 <sup>1)</sup>	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		1 ( 2.2)	45 ( 97.8)		30 ( 2.7)	1061 ( 97.3)	0.00 <sup>1)</sup>	n.s.		
④併設している病院の看護師が対応している		2 ( 4.3)	44 ( 95.7)		27 ( 2.5)	1064 ( 97.5)	0.10 <sup>1)</sup>	n.s.		
⑤必要に応じて呼び出し体制をとっている		43 ( 93.5)	3 ( 6.5)		936 ( 85.8)	155 ( 14.2)	2.18	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		24 ( 52.2)	22 ( 47.8)		769 ( 70.5)	322 ( 29.5)	7.01	p=0.008		
⑦夜間は介護職員の判断と対応に任せている		2 ( 4.3)	44 ( 95.7)		97 ( 8.9)	994 ( 91.1)	0.65 <sup>1)</sup>	n.s.		
終末期ケアの取り組み方針										
①終末期ケアの取り組みをしている	46	43 ( 93.5)	3 ( 6.5)	1079	764 ( 70.8)	315 ( 29.2)	11.18	p=0.01		
②終末期ケアの取り組みをしていない		3 ( 6.5)	43 ( 93.5)		315 ( 29.2)	764 ( 70.8)				
終末期ケアの施設方針										
①終末期はできるだけ病院への入院を勧める	46	2 ( 4.3)	44 ( 95.7)	1091	166 ( 15.2)	925 ( 84.8)	4.14	p=0.042		
②本人・家族から終末期ケアの希望があれば施設で受け入れる		44 ( 95.7)	2 ( 4.3)		857 ( 78.6)	234 ( 21.4)	7.84	p=0.005		
③終末期はできるだけ自宅に帰るよう働きかける		0 ( 0.0)	46 (100.0)		13 ( 1.2)	1078 ( 98.8)	0.00 <sup>1)</sup>	n.s.		
④ケースバイケースで個別対応する		26 ( 56.5)	20 ( 43.5)		508 ( 46.6)	583 ( 53.4)	1.76 <sup>1)</sup>	n.s.		
看取りの施設指針										
①独自の指針がある	42	27 ( 64.3)	15 ( 35.7)	1029	638 ( 62.0)	391 ( 68.0)	0.89	n.s.		
②独自の指針を作成中である		3 ( 7.1)	39 ( 92.9)		63 ( 6.1)	966 ( 93.9)	0.00 <sup>1)</sup>	n.s.		
③厚生労働省の通知を目安にしている		7 ( 16.7)	35 ( 83.3)		175 ( 17.0)	854 ( 83.0)	0.00 <sup>1)</sup>	n.s.		
④独自の指針なし		4 ( 9.5)	38 ( 90.5)		129 ( 12.5)	900 ( 87.5)	0.34 <sup>1)</sup>	n.s.		
⑤その他		1 ( 2.4)	41 ( 97.6)		24 ( 2.3)	1005 ( 97.7)	0.00 <sup>1)</sup>	n.s.		
看取り介護加算取得										
①看取り介護加算を取っている	45	23 ( 51.1)	22 ( 48.9)	1078	579 ( 53.7)	499 ( 46.3)	0.12	n.s.		
②看取り介護加算を取っていない		14 ( 31.1)	31 ( 68.9)		387 ( 35.9)	691 ( 64.1)	0.43	n.s.		
③看取り介護加算の取得準備中		7 ( 15.6)	38 ( 84.4)		81 ( 7.5)	997 ( 92.5)	2.84 <sup>1)</sup>	n.s.		
④その他		1 ( 2.2)	44 ( 97.8)		31 ( 2.9)	1047 ( 97.1)	0.00 <sup>1)</sup>	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

6) 看取り介護加算取得

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」、「③看取り介護加算の取得準備中」、「④その他」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。

3. 認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難

認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難の 9 項目については、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、カイ二乗を用いて比較した(表 4)。

「①医師がすぐかけつけられない」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は、13.0%で、県外特養は 40.1%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( $\chi^2=13.54, p=0.001$ )。「②医療機器が整っていない」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は、13.0%で県外特養は 26.0%であり、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( $\chi^2=3.91, p=0.048$ )。「③看護師の夜勤体制が整っていない」という項目で「はい」と回答した長野県内特養は、23.9%で、県外特養が 43.2%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( $\chi^2=6.70, p=0.01$ )。

これら以外の「④看護師の配置数が少ない」、「⑤介護職員が少ない」、「⑥職員の心理的負担感が大きい」、「⑦症状が急に悪くなったときには施設で対応しきれない」、「⑧症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できる保障がない」、「⑨臨終にふさわしい居室環境が整っていない」という項目は、長野県内特養と県外特養との間で有意差はなかった。

表 4 認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難

	長野県内特養(N=45)		県外特養(N=1091)		カイ二乗検定結果
	はい	いいえ	はい	いいえ	
	施設数(%)	施設数(%)	施設数(%)	施設数(%)	
①医師がすぐかけつけられない	6 (13.0)	40 (87.0)	437 (40.1)	654 (59.9)	13.54 p=0.001
②医療機器が整っていない	6 (13.0)	40 (87.0)	284 (26.0)	807 (74.0)	3.91 p=0.048
③看護師の夜勤体制が整っていない	11 (23.9)	35 (76.1)	471 (43.2)	620 (56.8)	6.70 p=0.01
④看護師の配置数が少ない	14 (30.4)	32 (69.6)	314 (28.8)	777 (71.2)	0.06 n.s.
⑤介護職員が少ない	12 (26.1)	34 (73.9)	282 (25.8)	809 (74.2)	0.01 n.s.
⑥職員の心理的負担感が大きい	24 (52.2)	22 (47.8)	580 (53.2)	511 (46.8)	0.02 n.s.
⑦症状が急に悪くなったときには施設では対応しきれない	14 (30.4)	32 (69.6)	393 (36.0)	698 (64.0)	0.60 n.s.
⑧症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できる保障がない	11 (23.9)	35 (76.1)	300 (27.5)	791 (72.5)	0.29 n.s.
⑨臨終にふさわしい居住環境が整っていない	12 (26.1)	34 (73.9)	255 (23.4)	836 (76.6)	0.18 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

## VI. 考察

考察は、長野県内特養と県外特養との間で行った統計的比較により明らかになった長野県内特養の特徴について以下に論じる。

### 1. 長野県内特養の概要の特徴

長野県内特養の設置主体は、県外特養と同様に社会福祉法人が最も多かった。これは、平成19年度に厚生労働省(2007)が行った介護サービス施設・事業所調査と同様の結果であった。次いで、長野県内特養において広域連合が24.4%であったことについて次のことが考えられる。広域連合とは、市町村の協議によって設置される特別地方共同団体で、市町村が広域的に連携して進める事業や課題について計画を策定し、それに基づいて広域的な行政運営を行っている行政サービスである。本調査においては、長野県の特養は市町村設置も含め約3割において行政が関与して設置しており、県外に比べて広域連合の施設が多いという特徴が明らかになった。長野県では、住民の要望で地域に必要な施設として考えられているため、県外に比べて広域連合の施設が多いと推察される。

長野県内特養の入居者数の平均は、65.76(SD=17.33)人に対し、県外特養は70.57(SD=26.72)人であった。このことから、施設の規模は中規模が中心だったとうかがえる。

長野県内特養の平均要介護度は、3.93(SD=0.41)に対し、県外特養が3.85(SD=0.41)であった。この値は、平成19年度の全国介護老人福祉施設の値3.80と比較するとやや高い値であった。これより、長野県内特養では、重症度の高い入居者が多いことが推察される。

長野県内特養の特養内死亡数の割合は、県外特養より有意に高く、また長野県内特養の病院死亡人数の割合は、県外特養より有意に低い結果であった。人口動態調査(厚生省,2007)によると、「死亡の場所別にみた都道府県別死亡者数百分率」においても、長野県の施設内死亡者数(老人ホーム)の割合は全国で最も高く、病院死亡数の割合は、青森、和歌山、鳥取について4番目に低かった。これらのことから、長野県内特養の特養施設内死亡数の割合は、県外特養より高く、病院死亡数の割合は、低いという特徴を有すると考えられる。

### 2. 終末期ケア体制の特徴

長野県内特養の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」という項目で「はい」と回答した施設は、71.7%であったことから、夜間でも医師の協力が得られていると考えられる。

長野県内特養の夜間の看護体制では、「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」という項目に「はい」と回答した施設が1割以下と低く、「⑤必要に応じて呼び出し体制をとっている」という項目に「はい」と回答した施設が9割であったことから、オンコール体制が多いという特徴があると考えられる。

長野県内特養の終末期ケアの施設方針は、「①終末期はできるだけ病院への入院を勧める」という項目で「はい」と回答した施設の割合が県外施設より有意に低く、「②本人・家族から終末期ケアの希望があれば、施設で受け入れる」という項目で「はい」と回答した施設は県外特養より有意に高かった。次に、長野県内特養の終末期ケアの取り組み方針も、「①終末期ケアの取り組みをしている」という項目で「はい」と回答した施設の割合が県外特養より有意に高かった。

全国の特養に勤務している看護管理者を対象とした調査（日本看護協会，2000）によると、入所者および家族が施設で終末期を迎えることを希望した場合、原則として応じるとする施設は79.4%であった。これに対し、本調査の長野県内特養では、終末期の施設方針「②本人・家族から終末期ケアの希望があれば、施設で受け入れる」という項目で「はい」と回答した施設が95.7%であることから、日本看護協会（2004）の調査結果と比較しても、高い結果となった。

医療経済研究機構（2002）の調査結果は、施設内死亡比率の高い施設の特徴として、施設の基本方針が明確であること、ならびに施設の基本方針が実態を反映していると示している。長野県内特養は、9割の施設が終末期ケアの取り組み方針を示しており、また長野県内特養の9割が「①終末期は入院を勧めない」、「②本人・家族から終末期ケアの希望があれば、施設で受け入れる」という具体的な方針を示していた。これより長野県内特養は、終末期ケアの取り組み方針が施設方針を反映しているという特徴が考えられる。

長野県内特養の看取りの施設方針においては、「①独自の指針がある」、「②独自の指針を作成中である」を含め、約7割の施設が独自の指針を設けており、特養内での看取りに対する積極的な姿勢があると考えられる。

長野県内特養の看取り介護加算取得においては、「①看取り介護加算を取っている」、「③看取り介護加算の取得準備中」という項目で「はい」と回答した施設が約7割であった。このことから、長野県内特養は、看取り介護加算を取得しうる要件を満たしていることが考えられる。

### 3. 認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難の特徴

施設における認知症高齢者の看取りへの対応に関して施設が抱えている困難に関する項目において、長野県内特養は、「①医師がすぐにはかけつけられない」、「②医療機器が整っていない」、「③看護師の夜勤体制が整っていない」という項目で「はい」と回答した施設が県外特養より有意に低かった。長野県内特養において、「①医師がすぐにはかけつけられない」、「②医療機器が整っていない」という項目で「はい」と回答した施設が1割であった。この背景として以下のことが考えられる。看護職者が医師との連携に困難を感じている現状（山田，2004；加瀬田，2005；山田，2005）がある中、長野県内特養は、「①医師がすぐにはかけつけられない」という項目で「はい」と回答した施設が13.0%、死亡診断時の

医師体制「②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」と回答した施設が71.7%であった。これらより、長野県内特養は、急変時に医師と連絡・協力体制が取れているという特徴があると考えられる。また、長野県内特養は終末期ケアの取り組み方針を明確にしているため、急変時の対応に備え施設での看取りをより可能にするために「医療機器が整っている」などが達成されているためと考えられる。

次に、長野県内特養では「③看護師の夜勤体制が整っていない」という項目で「はい」と回答した施設が23.9%と低い割合であった。この低い割合の背景には、長野県内特養は夜間の看護体制「⑤必要に応じて呼び出し体制をとっている（オンコール）」が93.5%と高い割合であったことが考えられる。山田（2004）の特養の看護管理者を対象としたターミナルケアにおける看護職の役割についての調査結果では、ターミナル期の入所者がいるときに看護職の夜勤体制は、オンコールが75.8%であった。これと比較しても、本調査結果の長野県内特養のオンコール体制の割合は、高いことを示している。また、長野県内特養は、夜間の看護体制「②看護師の人数が許す範囲で夜勤もしている」、「④併設している病院の看護師が対応している」という項目で「はい」と回答した施設が、県外特養より2～4%高かった。このことより、長野県内特養は夜間の看護体制が必要と判断された場合、看護師が夜勤の対応をしているケースがあるのではないかと推察される。これに加え、長野県内特養は、夜間の看護体制「⑥夜間は電話で対応して介護職員に指示している」と回答した施設が、有意に低かった。これは、看護師が施設へ出向くことによって、迅速かつ適確に入居者の状態を観察していることを示唆している。山田（2004）が、看護職は、終末期ケアの目標の1つとして、入所者の苦痛を軽減し、安楽に最後を迎えることを目指していると述べているように、長野県内特養は、指示だけで介護職員にケアを委ねるのではなく、十分な「状態観察・把握」に重点を置き、より適切な状況判断を行うために現場へ足を運び、職務を果たしていると考えられる。以上のことから、長野県内特養は、夜勤の呼び出し（オンコール）体制が整っており、介護職員に適確な指示をするという質の高い看護を行っているという特徴があると考えられる。

「⑥職員の心理的負担感が大きい」という項目においては、長野県内特養と県外特養との間で有意な差は認められなかったが、「はい」と回答した施設が長野県内外特養ともに5割であった。この割合は、他の項目と比べて最も高いことから、看取りの心理的負担を軽減することを目的とした、教育的対応が必要であると考えられる。

## VII. まとめ

本研究では、長野県内特養の終末期ケア体制の特徴および看取りへの対応に焦点をあてて以下のような特徴が考えられた。

- ①長野県内特養は、県外特養と比べて、施設内死亡数の割合が高く（長野県内特養71.4%、県外特養43.5%）、病院死亡数の割合が低い（長野県内特養28.4%、56.3%）。

②長野県内特養は、県外特養と比べて、終末期ケアに取り組んでいる施設の割合が高く（長野県内施設 93.5%, 県外特養 70.8%）、さらに「本人・家族から終末期ケアの希望があれば施設で受け入れる」という方針の施設割合も高かった（長野県内特養 95.7%, 県外特養 78.6%）。

③長野県内特養は、県外特養と比べて、急変時に医師との連絡・協力体制が取れている。

④長野県内特養は、県外特養と比べて、夜勤の呼び出し（オンコール）体制が整っており、介護職員への対応が整備されてきている。

## 文献

- 畑瀬智恵美, 寺山和幸, 久保田宏 (2005): 特別養護老人ホームにおけるターミナル・ケアの実態調査, 第36回看護総合, 238-240.
- 平木尚美 (2009): 認知症高齢者グループホームにおける終末期ケアの研修プログラムの開発, 平成18年度～平成20年度科学研究費補助金(基盤C)研究成果報告書.
- 医療経済研究機構 (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>.
- 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ (2005): 特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職の悩み-全国調査における自由記述の分析-, 南九州看護研究誌, 3(1), 23-31.
- 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 (2007): 平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況, 2009年8月3日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>.
- 厚生労働省 (2008年9月1日): 指定介護老人福祉施設の人員, 設備及び運営に関する基準(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号), 2009年9月28日, <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000039.html>.
- 厚生労働省 (2008年9月8日): 政府統計の総合窓口, 人口動態調査, 2009年8月3日, <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001032157>.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編 (2007): 平成19年社会福祉施設等調査報告上巻, 厚生統計協会, 東京, 33-151.
- 厚生統計協会 (2003): 国民衛生の動向2003年, 厚生指標, 230.
- 厚生統計協会 (2008): 国民衛生の動向2008年, 厚生指標, 229-239.
- 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.
- 日本看護協会 (2000): 介護保険導入にかかわる看護職員の意識調査, 日本看護協会調査研究報告書, 56, 42.
- 清水みどり, 柳原清子 (2007): 特別養護老人ホーム職員への終末期ケアに対する意識-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.
- 総務庁 (2009) : 平成21年度高齢社会白書, 2-14.
- Thompson PM (2002) : Communicating with dementia patient on hospice, *American J Hospice & Palliative Care*, 19, 263-266.
- 山田美幸, 岩本テルヨ (2004) : 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題, *南九州看護研究誌*, 2 (1), 27-37.
- 山田美幸, 加瀬田暢子, 岩本テルヨ (2005) : 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の課題-特別養護老人ホームの全国調査から-, *南九州看護研究誌*, 3 (1), 23-31.

## End-of-life care system at nursing homes in Nagano prefecture with special reference to care provision for dying residents

Chikako SONE, Mayumi CHIBA, Emi HOSODA,  
Yuka MATSUZAWA, Midori WATANABE

### Abstract

The objective of this study is to clarify the characteristics of end-of-life (EOL) care at nursing homes in Nagano prefecture with special reference to care for dying residents. For this, availability of EOL care, availability of care for dying residents, and distribution of place of residents' death (nursing home, hospital, or own home), and difficulties for facilities with care provision for dying elderly residents with dementia were compared between nursing homes in Nagano prefecture and those in other prefectures.

A questionnaire was sent to 5,249 nursing homes in Japan in August 2008, and 1,137 (21.5%) responded. Analysis of responses showed that 1) the ratio of death of residents in their own facilities was considerably higher (71.4% vs. 43.5%) and that of hospital death was considerably lower (28.4% vs. 56.3%) in Nagano prefecture than in other prefectures, 2) nursing homes in Nagano prefecture more frequently had a system allowing EOL care provision (93.5% vs. 70.8%) and a policy accepting a request for care provision for residents dying in their own facilities (95.7% vs. 78.6%) than in other prefectures, 3) Nursing homes in Nagano prefecture more frequently had a communication system between nurses and physicians for their cooperation in medical emergency of demented elderly residents. 4) Nursing homes in Nagano prefecture more frequently had an on-call system for caregivers to get a nurse responding to medical emergency of demented elderly residents at night.

Key words : Nagano prefecture, nursing home, elderly residents with dementia,  
end-of-life-care system

## 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, 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 柄澤邦江, 多賀谷昭

### 【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いがたい現状もあった（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必要があるとなっている。

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

事前意思の聴取において、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  $p < 0.05$  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と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 ( $\chi^2=7.0$ ,  $p=.00$ )。

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との間で有意差は認められなかった。

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 <sup>a)</sup>	
	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	t値	有意確率
看護師配置数/100床	1131	4.93 (3.1)	45	3.9 (1.4)	1086	5.0 (3.1)	-2.1	p=0.03
平均要介護度	41	3.8 (0.4)	1023	3.9 (0.4)	1064	3.8 (0.3)	1.7	n.s.

	全体		長野県内特養		県外特養		検定結果	
	n	「はい」と回答した施設数 (%)	n	施設数 (%)	n	施設数 (%)	χ <sup>2</sup> 値	有意確率
看取り介護加算取得								
①看取り介護加算を取っている	1136	602 (53.0)	45	23 (52.3)	1091	579 (55.3)	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)		468 (44.7)		
医師体制								
雇用体制								
①常勤	1034	68 (6.6)	40	1 (2.5)	994	67 (6.9)	0.5 <sup>1)</sup>	n.s.
②非常勤		966 (93.4)		39 (97.5)		927 (96.0)		
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	1137	726 (63.9)	46	33 (71.7)	1091	693 (63.5)	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)		398 (36.5)		
夜間の看護体制								
①看護師(准看護師も含む)による夜勤を頼んでいる		50 (4.4)		0 (0.0)		50 (4.6)	1.3 <sup>1)</sup>	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)		24 (2.2)	1.9 <sup>1)</sup>	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)		30 (2.7)	0.0 <sup>1)</sup>	n.s.
④併設している病院の看護師が対応している	1137	29 (2.6)	46	2 (4.3)	1091	27 (2.5)	0.1 <sup>1)</sup>	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)		936 (85.8)	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)		769 (70.5)	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)		97 (8.9)	0.7 <sup>1)</sup>	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

### 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(χ<sup>2</sup>=6.5, p=.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と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( $\chi^2=4.4$ ,  $p=.03$ )。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との間では有意差はなかった。

表2 事前意思聴取について

調査項目	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)		$\chi^2$ 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 (%)	
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.
事前意思聴取する職種						
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.
聴取内容						
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。

### 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回答した長野県内特養は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決めて促す」について「行っている」と答えた施設が 7 割であった。「⑲高齢者の意思を実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決めて促す」(76.1%)、「高齢者や家族の気持ちの変化に応じて、その時々を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促す」(70.8%)であった。

「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( $\chi^2=4.6$ ,  $p=.03$ )。「⑰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( $\chi^2=5.9$ ,  $p=.02$ )。

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)	長野県内特養(n=46)		県外特養(n=1091)		χ <sup>2</sup> 検定結果	
		「行っている」と回答した施設数(N)	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 <sup>2</sup> 値
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=.04
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 <sup>1)</sup>	n.s.
⑦ 意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築く。	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=.03
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てもらい決めるように促す。	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の変化しうる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=.01
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 <sup>1)</sup>	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)Yesの補正をかけた値

## 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項目の実施率は、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、終末期に近づくと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」「⑰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」「⑰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 (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.



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

Chikako SONE, Mayumi CHIBA, Emi HOSODA,  
Yuka MATSUZAWA, Midori WATANABE

### 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.

Keywords: Nagano prefecture, nursing home, elderly residents with dementia, advance directive

## 高齢者ケア看護研究会 研修会

高齢者施設における認知症高齢者の  
終末期ケア方法

長野県看護大学  
老年看護学分野 渡辺みどり  
2012年9月29日



「介護老人福祉施設における認知症高齢者と  
家族への終末期看護介入プログラムの開発」  
平成20年度～23年度 の調査結果から

研究代表者: 渡辺みどり

研究メンバー: 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏,  
曾根千賀子 他長野県看護大学教員

研究助成: H20～23年度 長野県看護大学特別研究補助金  
H21～23年度科学研究費補助金基盤研究(C)



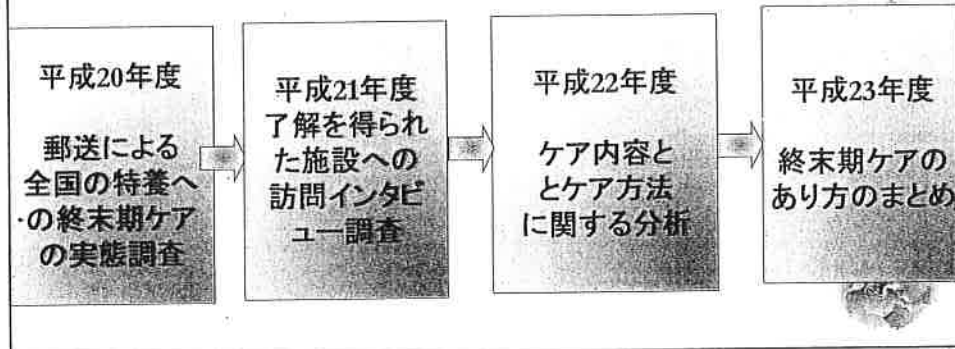
## 研究背景

- ※ 急速な高齢化により認知症高齢者数も増加している
- ※ 介護老人福祉施設の認知症高齢者の割合も増大⇒9割以上  
(厚生労働省, 2004)
- ※ 2007年7月「終末期医療の決定プロセスにおけるガイドライン」が厚生労働省により提案された
- ※ 高齢者の事前意思が終末期医療に反映されたものは3~5%に過ぎない  
(井口, 2006)
- ※ 介護老人福祉施設は全国で約5500施設あるが終末期看取りのガイドラインを持っている施設1割にとどまっている(医療経済機構, 2003)



## 平成20年度～23年度

介護老人福祉施設(特養)の終末期ケアの向上を目指して、認知症高齢者の終末期ケアに必要な看護の構成要素を抽出し、終末期看護介入方法を明らかにする



## 平成20年度実施全国調査

WAMネット上で施設名と住所が確認できた全国の特養5249施設

看護師長に対して、研究の趣旨と倫理的配慮を説明した書面と質問紙

2008年8月20日～9月20日郵送により配布



1137施設から回答が得られた。  
約7割の施設が入所者の施設内で死の看取りをする方向で整備している又は整備中  
死亡者のうち42%が施設内、病院は57%、自宅もわずかながらあり



## 方法

### 1) 対象と方法

WAMネット上で施設名と住所が確認できた全国の特養5249施設の看護師長に対し、2008年8月20日～9月20日に研究の趣旨と倫理的配慮を説明した書面と質問紙を郵送により配布した。

### 2) 調査内容

施設の概要、施設の職員配置、過去一年間の施設内死亡者数、病院での死亡者数、自宅での死亡者数、終末期および看取り方に関する事前意思確認の方法、死亡確認の方法、看護師の勤務体制、施設の終末期ケアの取り組みの実態について回答を求めた。

施設ケアの取り組みについては、二木(2009)の調査結果に基づきケアの内容と方法に関する20項目を設定し、それらに関して実施の有無の記入を依頼した。



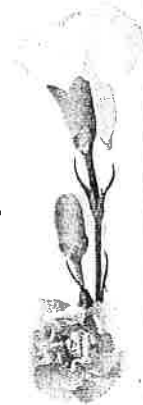
3) 分析方法

各項目ごとに記述統計量を算出し、出現頻度と割合を比較検討した。

4) 倫理的配慮

研究協力者や所属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はないことを説明した。

研究結果は個人や施設が特定されない処理を行った。長野県大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（平成21年度#13）



**全国の特養への郵送調査結果**

1137施設から回答が得られた。

回収率21.5%， 回答率99.4%

表1. 調査施設の概要

施設規模	最小20（床）	最大380（床）	平均71.6床
経営母体	社会福祉法人93.2%， 市町村3.3%， 医療法人0.3%		
併設施設	ショートステイ95.5%， デイサービス80.1%， 訪問看護4.3%， 訪問介護事業所35.4%		
看護師配置数 /100床当たり	最小3.0人	最高14.0人	平均 7.08人 全国 5.08人 (H18厚労省)
入所者の 平均要介護度	最小1.75	最高4.72	平均 3.85人 全国 3.8人 (H18厚労省)

表2. 調査施設の看取りに関する現状 N=1136

過去一年間の入所者の看取り場所 (過去一年間の死亡場所別 過去一年間の死亡者数) ×100	特養 40.8% 病院 56.8%
看取り加算の取得	取得している 602施設 (52.9%)
事前意思の聴取	全てのケースに聴取 408施設 (35.9%) ケースバイケース で聴取 492施設 (43.3%)




表3. 認知症高齢者あるいはその代理人による事前意思決定を支える上で  
取り組んでいるケア内容と方法 N=1136

ケア内容と方法	施設数	%
1. 高齢者から意思確認できる場合に高齢者から、 出来ない場合は家族から確認する	810	71.3
2. 書面を活用して意思を確認する	605	53.3
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
4. 時期を変えて複数回意思確認を行う	469	41.3
5. 複数の職種で意思確認を行う	307	27.0
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
7. 意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築く	529	46.6
8. 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する	867	76.3
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	63.5
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	64.1

表3. 認知症高齢者あるいはその代理人による事前意思決定を支える上で  
取り組んでいるケア内容と方法 N=1136

ケア内容と方法	施設数	%
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	65.8
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
13.高齢者に決定能力がない場合には、家族に役割決定を意識づける	700	61.6
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	807	71.0
15.意思決定に際して気持ちは変化しうるものであることを 伝える	682	60.0
16.高齢者や家族の気持ちの変化に応じて、その時々 の気持ちを受け止める	743	65.4
17.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	567	49.9
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
19.把握していた高齢者の意思を実行するように家族に依 頼する	68	6.0
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

### 考察

認知高齢者の事前意思聴取は、7割以上の施設で行われつつあった。事前意思決定支援のために行っているケア内容・方法で実施割合が高かった項目は、いずれも家族を対象に働きかけを行うものであった。これに対し、認知症高齢者に対してあらかじめ、終末期の意思を聴取する項目は、10～20%にとどまっていた。

利用者の認知症の重度化も報告されており、入所時点において認知症高齢者の意思が充分把握できない、意思の把握に苦慮しているなどの現実がうかがえる。

入所前の生活歴や価値観などを家族からも聴取する、言語的コミュニケーションが可能な時期に親族に表現した意思を手がかりとするなどが考えられる

終末期の日々の日常生活援助が認知症高齢者にとって心地よいものとして受け入れられているか否かという視点をもって、意思を把握していく必要がある。



施設内での看取り経験が多い施設と少ない施設で  
ケア方法・内容に違いはあるか？

1137施設の施設内での看取り割合の平均は40.8%であった



$(\text{施設内での看取り人数} / \text{過去一年間の死亡者数}) \times 100$

40%以上の施設  
491施設

40%未満の施設  
477施設

ケア内容と方法の実施  
の割合を統計的に分析



施設内での看取り経験が40%以上群(n=491)が40%未  
満群(n=477)よりも有意に実施していたケア内容

- 1 意思確認できる場合に高齢者から、出来ない場合は家族から確認する
- 2 書面を活用して意思を確認する
- 3 高齢者がしっかりとしているうちに意思確認を行う
- 4 時期を変えて複数回意思確認を行う
- 5 複数の職種で意思確認を行う
- 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
- 7 意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築く
- 8 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する
- 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
- 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





施設内での看取り経験が40%以上群(n=491)が40%未満群(n=477)よりも有意に実施していたケア内容

- 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
- 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
- 13 高齢者に決定能力がない場合には、家族に役割決定を意識づける
- 14 家族に意思決定を求める場合には家族間で話し合っ決めてるように促す
- 15 意思決定に際して気持ちは変化しうるものであることを伝える
- 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
- 17 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
- 18 高齢者の意向を尊重するように家族に依頼する
- 20 高齢者と家族が疎遠な場合には関係の調整を行う



長野県内の特養の終末期ケアの特徴

	長野県内特養(45施設)			長野県外特養(1097施設)			統計解析結果
	N(人)	平均	標準偏差	N(人)	平均	標準偏差	Mann-Whitney U検定結果
平成19年度死亡場所別人数							
特養内死亡者数	45 (407)	9.04	5.43	1090 (5549)	5.43	5.74	有意差あり U値=13937.5, p<0.001
病院死亡者数	43 (162)	3.77	3.42	1060 (7338)	6.92	5.54	有意差あり U=14.69.5, p<0.001
自宅死亡者数	42(1)	0.02	0.15	494(30)	0.03	0.949	有意差なし

長野県内の特養は、他の全国地域に比べて施設内で看取った割合が有意に高い！



全国の他の地域に比べて長野県内の特養の終末期ケアは違うのか？

	長野県内特養			県外特養		
	n	平均 (SD)		n	平均 (SD)	
看護師配置数/100床	45	3.9 (1.4)		1086	5.0 (3.1)	
平均要介護度	1023	3.9	0.4	1064	3.8	0.3
	長野県内特養 施設数 (%)			県外特養 施設数 (%)		
看取り介護加算取得						
①看取り介護加算を取っている	23	(52.3%)		579	(55.3%)	
②看取り介護加算を取っていない	21	(47.7%)		468	(44.7%)	
医師体制						
雇用体制						
①常勤	1	(2.5%)		67	(6.9%)	
②非常勤	39	(97.5%)		927	(96.0%)	
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	33	(71.7%)		693	(63.5%)	
②医師が出勤した時間に死亡を確認する	13	(28.3%)		398	(36.5%)	

看護師の配置数、要介護度、看取り加算の取得状況、医師体制⇒統計的有意差なし  
全国と大きな違いはない！

全国の他の地域に比べ長野県内の特養の終末期ケア体制は違うのか？

夜間の看護体制の確保の仕方	長野県内特養(45施設)		長野県外特養(1091施設)	
	はい	いいえ	はい	いいえ
①看護師(准看護師も含む)による夜勤を組んでいる	0 (0.0)	46 (100.0)	50 (4.6)	1041 (95.4)
②看護師の人数が許す範囲で夜勤もしている	3 (6.5)	43 (93.5)	24 (2.2)	1067 (97.8)
③重症者がいる場合や臨終が予測される場合に あ看護師が夜勤をしている	1 (2.2)	45 (97.8)	30 (2.7)	1061 (97.3)
④併設している病院の看護師が対応している	2 (4.3)	44 (95.7)	27 (2.5)	1064 (97.5)
⑤必要に応じて呼び出し体制をとっている	43 (93.5)	3 (6.5)	936 (85.8)	155 (14.2)
⑥夜間は電話で対応して介護職員に指示をしている	24 (52.2)	22 (47.8)	769 (70.5)	322 (29.5)
⑦夜間は介護職員の判断と対応に任せている	2 (4.3)	44 (95.7)	97 (8.9)	994 (91.1)

⑥夜間は電話で対応して介護職員に指示をしているの施設の「はい」の割合が有意(統計的に有意差あり)に高い。

調査項目	長野県内特養 (n=46)		県外特養(n=1091)		χ <sup>2</sup> 検定結果 χ <sup>2</sup> 有意確 値 率
	行っている 施設 数	(%)	行っている 施設数	(%)	
事前意思聴取時期					
①入所時	34	(73.9)	585	(53.6)	6.5p=.03
②元気な時	7	(15.2)	124	(11.4)	0.3n.s.
③病状悪化時	34	(73.9)	690	(63.2)	1.7n.s.
④死期が近いとき	27	(58.7)	475	(43.5)	3.5n.s.
事前意思聴取する職種					
①医師	16	(34.8)	400	(36.7)	0.0n.s.
②看護師長	19	(41.3)	364	(33.4)	0.9n.s.
③看護職員	28	(60.9)	493	(45.2)	4.4p=.00
④生活相談員	29	(63.0)	691	(63.3)	0.0n.s.
⑤介護職員	14	(30.4)	151	(13.8)	8.5n.s.
⑥ケアマネージャー	17	(37.0)	377	(34.6)	0.0n.s.
⑦施設長	3	(6.5)	137	(12.6)	1.0n.s.
聴取内容					
①死を看取る場所	37	(80.4)	764	(70.0)	1.8n.s.
②苦痛緩和のための治療	23	(50.0)	506	(46.4)	0.1n.s.
③延命医療の希望	37	(80.4)	760	(69.7)	2.0n.s.
④経口摂取か経管栄養か	35	(76.1)	560	(51.3)	9.9p=.00
⑤ケアへの希望や意見	36	(78.3)	636	(58.3)	6.5p=.00
⑥どの時期に家族が付き添うか	17	(37.0)	315	(28.9)	1.0n.s.
⑦どのような時期にどのような内容を施設から家族に連絡するか	19	(41.3)	422	(38.7)	0.0n.s.

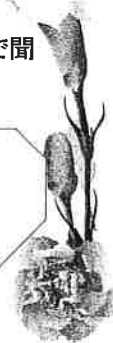
長野県の特養は、認知症高齢者の事前意思を支えるケアについて全国の特養と違いがあるか？

長野県内の特養は全国他の県の特養に比べて認知症高齢者の終末期ケアについて次のようなことを多く実施している

- ① 入所時から認知症高齢者の終末期ケアに対する事前意思を聴取している割合が高い。
- ② 事前意思聴取をする職種として看護職の割合が有意に高い。
- ③ 事前意思を聴取する内容として、食べれなくなった時には「経口摂取のみでよいか、経管栄養にするか」を聴取している割合が有意に高い。
- ④ 終末期になった場合のケアへの希望や意見を有意に高い割合で聞いている。

### まとめ

長野県の特養は、看護職が中心となって、認知症高齢者の終末期ケアの事前意思を入所時点から細かく把握しようとしている



全国の他の地域に比べ長野県内の特養では認知症高齢者の  
事前意思を尊重した終末期ケアの実際は違うのか？

認知症高齢者の事前意思を支えるケア内容と方法	長野県内 (n=46)	県外 (n=1091)	有意確 率
	行ってい る 施設数 (%)	行ってい る 施設数 (%)	
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。	33(71.7)	777(95.9)	n.s.
② 書面を活用して意思を確認する。	23(50.0)	582(53.3)	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。	11(23.9)	147(13.5)	p=.04
④ 時期を変えて複数回意思確認を行う。	18(39.1)	451(41.3)	n.s.
⑤ 複数の職種で意思確認を行う。	18(39.1)	289(26.5)	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。	5(10.9)	112(10.3)	n.s.
⑦ 意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築く。	20(43.5)	509(46.7)	n.s.
⑧ 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する。	37(80.4)	830(76.1)	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。	34(73.9)	687(63.0)	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。	32(69.6)	696(63.8)	n.s.

全国の他の地域に比べ長野県内の特養では認知症高齢者の  
事前意思を尊重した終末期ケアの実際は違うのか？

認知症高齢者の事前意思を支えるケア内容と方法	長野県 内 (n=46)	県外 (n=1091)	有意確 率
	行ってい る 施設数 (%)	行ってい る 施設数 (%)	
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。	37(80.4)	711(65.2)	p=.03
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。	27(58.7)	648(59.4)	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。	32(69.6)	668(61.2)	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るよ うに促す。	35(76.1)	772(70.8)	n.s.
⑮ 意思決定に際して気持ちは変化しうるものであることを伝える。	33(71.7)	649(59.5)	n.s.
⑯ 高齢者や家族の気持ちの変化に応じて、その時々 の気持ちを受け止める。	34(73.9)	709(65.0)	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。	31(67.4)	536(49.1)	p=.01
⑱ 高齢者の意向を尊重するように家族に依頼する。	16(34.8)	358(32.8)	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。	3(6.5)	65(6.0)	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。	21(45.7)	461(42.4)	n.s.

全国の他の地域に比べ、長野県内の特養では認知症高齢者の事前意思を尊重した終末期ケアの実際は以下のようなことが多く実施されていた。

- ① 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。
- 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。
- ③ 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。

実は認知症  
高齢者を尊重し  
終末期ケアを  
頑張っている

#### まとめ

長野県の特養は、看護職が中心となって、高齢者がしっかりしているうちに意思を把握し、死期が近くなった場合の選択肢を提供し、高齢者にとっての最善を家族に助言している割合が高い。

## 平成21年度

聞き取り調査により239施設より聞き取り調査の同意が得られた。

インタビュー調査により、  
終末期ケアに必要な看護の構成要素を抽出する。  
長野県内の施設数施設  
長野県外の全国から20施設を目標に聞き取り調査を行う

## 平成21年度 聞き取り調査の目的

施設内で、認知症高齢者のよい死の看取りができた事例から、その看護の構成要素を明らかにする

1. 認知症高齢者がどのような状態であったとき、又はどんなことが達成された時、看護師(看護管理者)はよいケアができたと捉えているか
2. 家族がどのような状態であったとき、又はどんなことが達成された時、看護師(看護管理者)はよいケアができたと捉えているか



## 調査方法

### 対象

2009年7～9月に電話で面接調査の主旨を説明し、同意の得られた25施設の看護管理者(施設長が同席することも施設によってあった)

### 調査内容

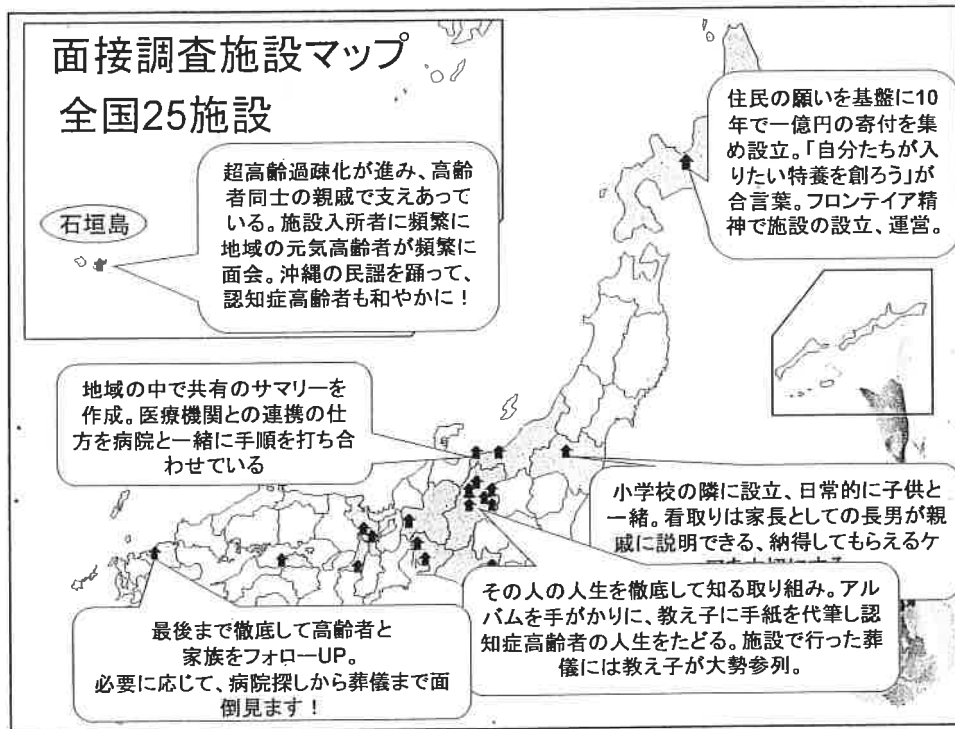
- 1) 施設の概要(入所者のADL,入所者の認知症の程度,過去一年間の死亡退所者と死亡場所)
- 2) 職員の職種別配置数,夜間休日の医師・看護師体制,後方支援病院との連携の仕方
- 3) 看護管理者の属性と認知症高齢者のケア経験,死の看取り経験
- 4) 施設内での看取り指針の作成状況と作成過程およびその内容  
(誰が中心に、どんな内容で作成しているか、可能であれば指針を入手)
- 5) 認知症高齢者の終末期ケアでよいケアができた事例の概要とケアの実際  
(施設によってはケア記録などの提供もあった)

### 面接

120分前後上記内容について語って自由に語ってもらった。看護管理者,施設長,提供事例の担当介護職員などが同席してくれるところもあった。

事例の概要は自発的な協力によりケア記録が入手できた。





## 調査施設一覧と調査対象者の概要

北海道	かりぶ あつべつ
福島県	絆
新潟県	みやまの里 和久菜
長野県	ローマンうえだ ともしび いでゆの里 ケアポートみまき 真寿園 博愛の園 豊岡荘 りんごの郷 美ノ輪荘
東京都	ロイヤルサニー 関町特養
静岡県	北上の郷
愛知県	せんねん村 祖父江グリーン
岐阜県	サンビレッジ
京都府	京都市久世特養 花友しらかわ
大阪府	唐国園
香川県	とよはま荘
福岡県	やすらぎの郷
沖縄県	八重山厚生園

### 長野県内の対象者の概要

県	年齢	看護師経験(年)	認知症ケア経験(年)	死亡退所者(人/過去1年間)
長野	50歳代	28	18	13
	50歳代	23	11	14
	50歳代	30	10	18
	40歳代	40	21	2
	40歳代	-	-	2
	30歳代	7	4	14
	40歳代	28	28	8
	40歳代	25	17	10
	40歳代	26	8	-

	年齢	看護師経 (年)	認知症ケア経験 (年)	死亡退所者 (人/過去1年間)
北海道	40歳代	20	1.5	8
福島	50歳代	5	5	19
東京	50歳代	20	11	1
	60歳代	35	11	13
静岡	60歳代	25	1	8
新潟	50歳代	34	6	17
	50歳代	30	23	10
愛知	50歳代	33	11	10
	40歳代	20	9	27
岐阜	50歳代	-	-	-
京都	50歳代	-	10	5
	50歳代	38	6	18
大阪	50歳代	35	4	-
香川	50歳代	30	16	3
福岡	50歳代	38	4	0
沖縄	50歳代	-	-	26

H22年度の課題:

長野県内外の良い看取りができた事例から看護の構成要素をより具体的に抽出し、終末期ケアの質向上のため示唆を得る

🌀 認知症高齢者の終末期ケアにおいて、看護管理者達は・・・？

1. 認知症高齢者の事前意思をどのように把握しているか？
2. 把握した意思をどのようにケアに取り入れているか？
3. 看取りを終えたのちどのような視点でケアの振り返りをしているか？





## 方法

### 1. データ収集方法

#### 1) 対象

研究の主旨を説明し、調査協力に同意の得られた中部地方  
14施設の看護管理者

#### 2) 面接方法

半構成的面接調査 90～120分

#### 3) 調査内容

認知症高齢者の終末期において事前意思を尊重したケアが  
できた事例の具体的経過とそのケア内容



### 2. データの分析

1) 得られたデータは逐語録にして整理した。

2) 高齢者の事前意思の把握、把握した事前意思の活用、その振  
り返りを表す一意味を一単位としてコード化し、異質性、類似性  
によって分類・統合し、カテゴリー・サブカテゴリー化した。

### 3. 倫理的配慮

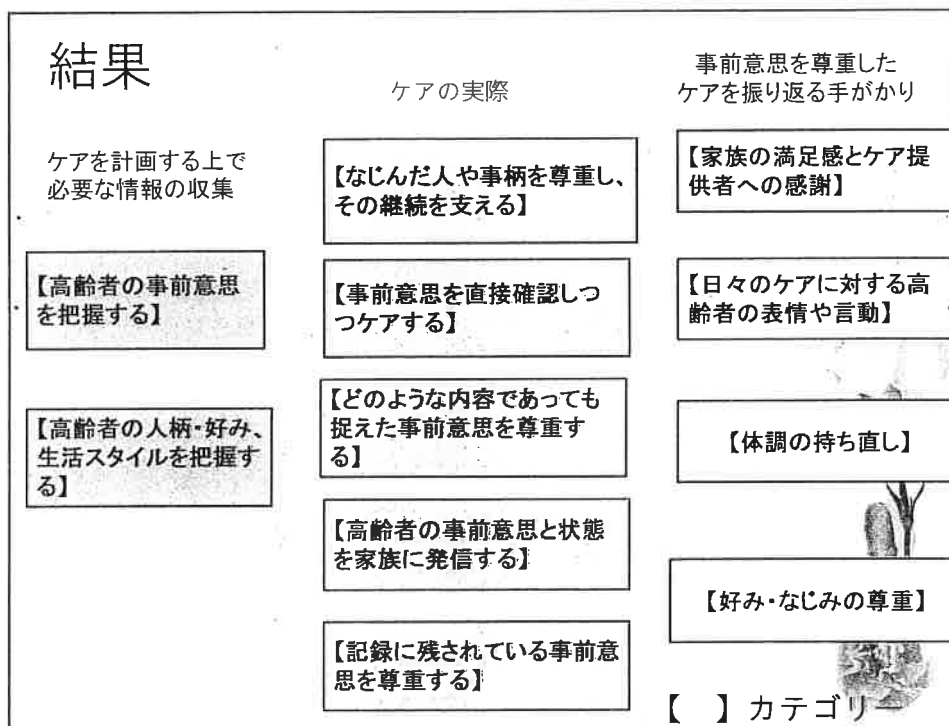
研究参加の自由、匿名性の堅持、研究不参加による不利益  
がないことを十分に説明し、調査協力を得た。

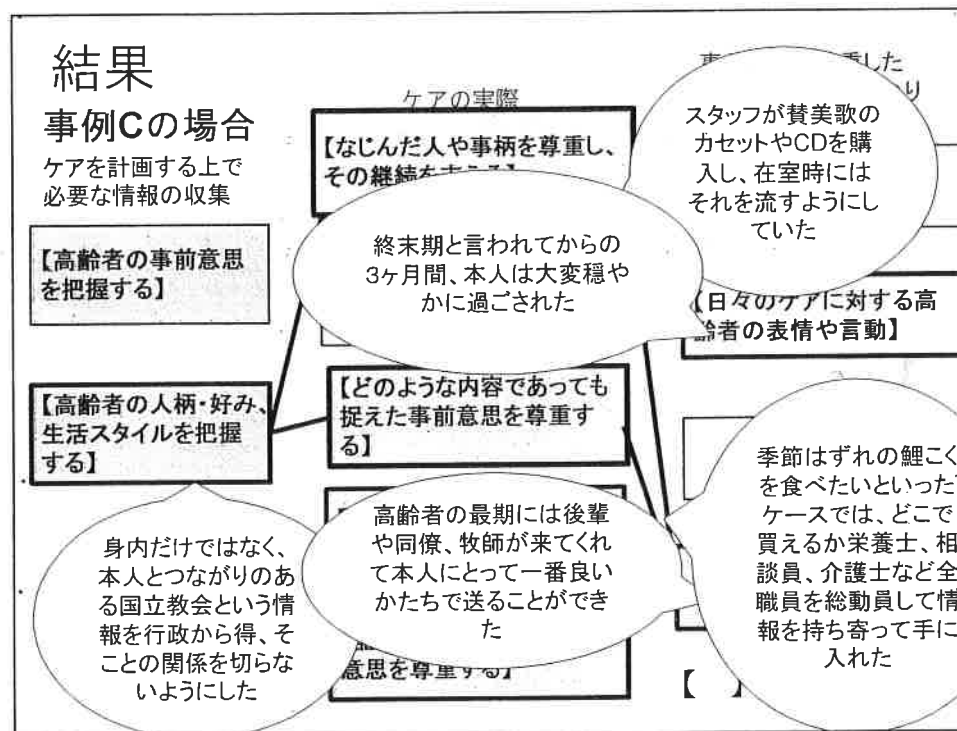
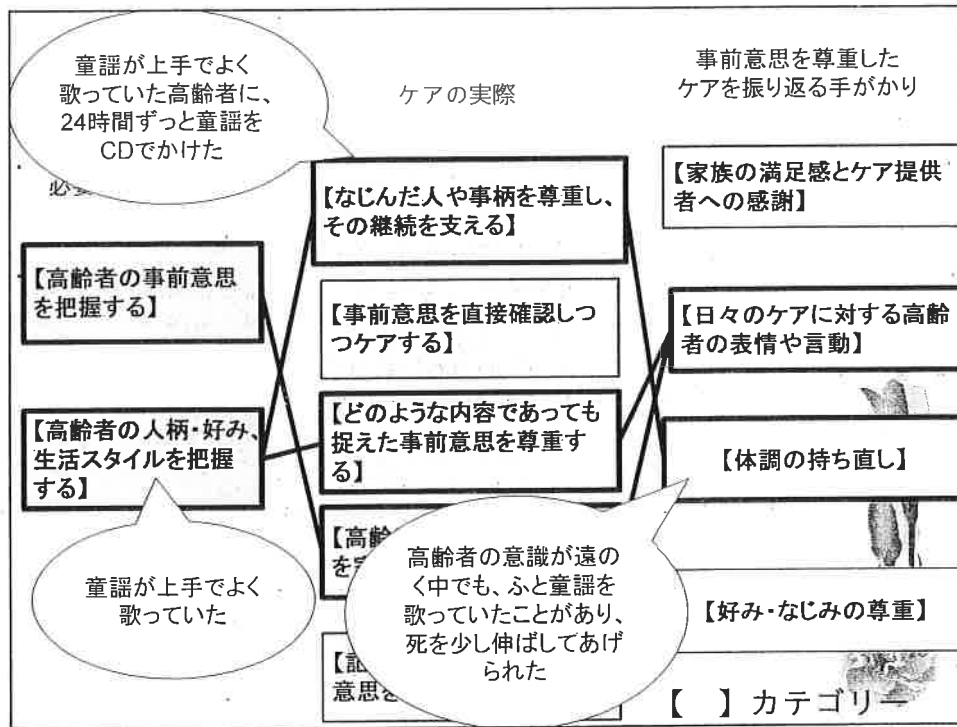
本研究は本学倫理委員会の承認を得て実施した。



**結果;**

対象者	年代	看護師 経験年数	当該施設 経験年数	死亡 退所者数	死亡退所者 数/100床	平均 介護度
A	50	23	7.5	14	28	4.1
B	50	30	7	18	18	4.2
C	50	34	3	17	22	4
D	50	30	23	10	8	4.5
E	40	21	10	2	4	4.26
F	40	/	9	12	20	3.72
G	50	5	5	19	/	3.8
H	40	28	22	8	16	4
I	40	25	17	10	20	3.8
J	40	26	8	/	/	/
K	60	25	5	8	16	3.6
L	50	33	11	10	13	3.7
M	40	20	9	27	27	4
N	50	36	30	25	18	4.1
平均	45.6±6.3	25.8±8.0	11.9±8.0	13.8±7.1	18.5±6.0	4±0.3





事前意思を尊重したケアを行うためには  
情報を収集し、把握した情報を個別ケアに活  
かす行動力が必要

日々のケアを通して高齢者の穏やかな表情を  
家族に直接見て実感してもらい、  
家族の主体的参加を促していく

ケアを振り返ることは、ケア提供者の看取り終  
えたという職務満足感を充足し、  
モチベーションの維持、質の高いケアの  
継続につながる



## まとめ

高齢者の人柄・好み、生活スタイルを把握することは事前意  
思の活用、ひいては実施したケアを振り返る手がかりにつながる。

この過程において、家族の主体的参加を促し、日常生活を継続  
できるよう日々のケアを積み重ねることが事前意思を尊重したケ  
アを実現させる。

実施したケアを振り返ることは、終末期ケアの質の向上だけで  
なく、ケア提供者のモチベーションの維持にも貢献する。

ケアを振り返る4つの手がかり【家族の満足感とケア提供者へ  
の感謝】、【日々のケアに対する高齢者の表情や言動】、【体調  
の持ち直し】、【好み・なじみの尊重】を意識し、ケアにあたる  
ことが重要である。



## 資料

資料 1	成果発表一覧	75
資料 2	調査依頼書（調査への協力のお願い）	76
資料 3	認知症高齢者の終末期ケアに関する調査	77
資料 4	面接調査用インタビューガイド	82

## 【成果発表一覧】

## 学会誌

1. 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子 (2010): 介護老人福祉施設における認知症高齢者の終末期ケア上の困難とケア方法 - 施設内での看取り割合による比較 - . 日本看護福祉学会誌, 15(2), 99 - 110.
2. 千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子 (2010): 介護老人福祉施設での終末期における対応方針と施設の体制 - 終末期ケアの取り組みの有無による比較 - . 日本看護福祉学会誌, 15(2), 163 - 175.
3. 曾根千賀子, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 渡辺みどり (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 - 31.
4. 曾根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 柄澤邦江, 多賀谷昭 (2011): 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 - . 長野県看護大学紀要, 13, 39-50.

## 学会発表

1. 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子, 柄澤邦江, 百瀬由美子: 特養の看護管理者が捉えた「認知症高齢者のよい看取り」を構成する要素. 第 23 回日本看護福祉学会全国学術大会, 2010.7.3-4, 廿日市市.
2. 千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美, 曾根千賀子, 松澤有夏: グループホームにおける終末期ケアで看護師の役割として大切と捉えられていること - 看護師雇用施設を分析対象として - . 日本老年看護学会第 15 回学術集会, 2010.11.6-7, 前橋市.
3. 曾根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏: 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取り組みの特徴 - N 県内特養と N 県外と供養における比較 - . 日本老年看護学会第 15 回学術集会, 2010.11.6-7, 前橋市.
4. 二神真理子, 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 曾根千賀子, 松澤有夏, 柄澤邦江: 施設看護管理者による認知症高齢者の事前医師の活用とケアに対する振り返り. 第 24 回日本看護福祉学会学術大会, 2011.7.30-31, 駒ヶ根市.
5. Midori Watanabe, Mayumi Chiba, Emi Hosoda, Chikako Sone, Yuka Matsuzawa: Terminal Care Policies in Japanese Nursing Homes for Individuals with Dementia. 25th International Conference of Alzheimer's Disease International, 2010.3.10-13, Thessaloniki, Macedonia - Greece.
6. Midori Watanabe, Mayumi Chiba, Emi Hosoda, Chikako Sone, Yuka Matsuzawa: Strategies to Improve the Quality of End-of-Life Care for Elderly Residents with Dementia in Japanese Nursing Homes. 26th International Conference of Alzheimer's Disease International, 2011.3.26-29, Toronto, Canada.

## 研修会

1. 渡辺みどり: 高齢者施設における認知症高齢者の終末期ケア方法 - 全国調査の研究結果から - . 第 20 回高齢者ケア看護研究会研修会, 2012.9.29, 駒ヶ根市.

## 認知症高齢者の終末期ケアに関する調査

### 記入にあたってのお願い

本調査は、施設の看護管理に関わっている方に回答をお願いするものです。看護管理に関わっている方にご記入をお願い致します。

回答項目  内に数字を、該当するものにレ点を記入してください。

例 1)  社会福祉法人  医療法人  市町村

例 2) 入所定員  人

問 1. 所属施設についてお尋ねします。

1. 入居者数:  人, 定員  人

2. 経営母体について該当する  1 つにレ点を記入してください。

社会福祉法人,  医療法人,  市区町村,  広域連合,  
 その他( )

3. 併設している施設又は施設機能について該当する  にレ点を記入してください。

ショートステイ,  デイサービス,  訪問看護,  訪問介護,  
 その他( )

4. あなたの所属施設は設立後どのくらいの年月が経過していますか。

設立後  年

問 2. 所属施設の入所者の介護度別人数は何人ですか(現時点)。

介護度: I  人, II  人, III  人,  
IV  人, V  人

問 3. 職種別のスタッフの配置人数はそれぞれ何人ですか(非常勤職員を記入する場合は、その就労時間を正規職員就労時間を 1 として、換算して数字でご記入ください—例 0.8 人)。

看護師  人, 准看護師  人, 介護福祉士  人,  
介護福祉士以外の介護職員  人, 生活相談員  人,  
栄養士  人, その他  人( )

問 4. 前年度一年間で入所者が入院加療を受けた人数は何人ですか。

入院治療者数:  人

問 5. 前年度一年間で入所されていた方の死亡場所別人数について把握している数をお答えください。

施設内死亡  人, 病院で死亡  人,  
自宅での死亡  人, その他  人

問 6. 医師の勤務体制別人数はそれぞれ何人ですか

常勤  人 , 非常勤  人 (  回 / 週 , 1 回  時間 )

問 7. 死亡診断時の医師の体制はどのようにしていますか。該当するもの 1 つにレ点を記入してください

夜間でも医師が死亡に立会い確認する

医師が出勤した時間に死亡を確認する

その他 (内容をご記入ください: \_\_\_\_\_ )

問 8. 夜間の看護体制はどのようにしていますか。該当するもの 1 つにレ点を記入してください。

看護師による夜勤体制を組んでいる

看護師の人数が許す範囲で夜勤もしている

重症者がいる場合や臨終が予測される場合に夜勤をしている

併設している病院の看護師が対応している

必要に応じて呼び出し体制をとっている

夜間は電話で対応して介護職員に指示をしている

夜間は介護職員の判断と対応に任せている

その他 (内容をご記入ください: \_\_\_\_\_ )

問 9. 終末期ケアの取り組みはしていますか。該当するもの 1 つにレ点を記入してください。

している  していない  準備中  その他 (具体的には: \_\_\_\_\_ )

問 10. 終末期ケアに対する施設の考え方で該当するもの 1 つにレ点を記入してください。

終末期はできるだけ病院への入院を勧める

本人・家族から終末期ケアの希望があれば施設で受け入れる

終末期はできるだけ自宅に帰るよう働きかける

ケースバイケースで個別対応をする

その他 (具体的には: \_\_\_\_\_ )

問 11. 看取り加算の取得について該当するもの 1 つにレ点を記入してください。

加算を取っている,  取っていない,  準備中,  その他 ( \_\_\_\_\_ )

問 12. 看取り介護に関する施設内の指針(業務マニュアル等)について該当するもの 1 つにレ点を記入してください。

独自の院内指針がある,  独自の指針を作成中である

厚生労働省の通知を目安にしている,  指針なし,

その他: (具体的に \_\_\_\_\_ )

問 13. 貴施設での事前意思の聴取についてお聞きます。事前意思聴取について該当するもの 1 つにレ点を記入してください。



※ここでいう事前意思とは:

判断能力のある利用者が、将来自らが判断能力を失った際に備えて、終末期に行われる医療行為及び施設におけるサービスの内容に対する意思表示を示します。また、自らが意思表示不可能な場合は、代理人である家族の意思表示を含めます。

- 事前意思を全ての入所者に聴取している  
 ケースバイケースで聴取している  
 特に聴取していない

問 14. 問 13 で聴取していると答えた方(全て、ケースバイケースともに)にお尋ねします。

- 1) 聴取はどんな時期に行っていますか。該当するものにいくつでもレ点を記入してください。  
 入所時,  元気な時,  病状悪化時,  死期が近いとき,  
 その他(具体的に )
- 2) 聴取する職員は誰ですか。該当するものにいくつでもレ点を記入してください。  
 医師,  看護師長,  看護スタッフ,  生活相談員,  栄養士,  
 介護職員,  ケアマネージャー,  施設長,  その他( )
- 3) 事前意思決定する際の聴取内容は以下のどのようなものですか。該当するものいくつでもレ点を記入してください。  
 死を看取る場所  苦痛緩和のための治療  延命医療の希望  
 経口摂取のみで経管栄養か  ケアへの希望や意見  
 どのような時期に家族が付き添いたいのか  
 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を欲しいのか  
 その他( )
- 4) 聴取内容は記録に残っていますか。該当するものいくつでもレ点を記入してください。  
 残している  口頭のみで残していない  その他( )
- 5) 聴取内容をスタッフ間で共有し、ケアに生かすためにどのようなことを行っていますか。  
 該当するものいくつでもレ点を記入してください。  
 記録として残してケアプランに反映している  
 日々の申し送りでスタッフに伝達している  
 カンファレンスやケア会議で報告している  
 得に情報の共有化はしていない

問 15. 事前意思決定内容どおりの死の看取りが困難な理由はどのようなことですか。該当するものいくつでもレ点を記入してください。

- 医師がすぐにはかけつけられない  
 医療機器が整っていない

- 看護師の夜勤体制が整っていない
- 看護師の配置数が少ない
- 介護職員が少ない
- 職員の心理的負担感が大きい
- 症状が急に悪くなったときの対応の保障がない
- 症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できる保障がない
- 臨終にふさわしい居室環境が整っていない
- その他 ( )

問 16 認知症高齢者とその代理人による事前意思決定を支える上で、重要と考えられる次のうちのどのようなことですか。該当するものいくつでもレ点を記入してください。

- 高齢者から意思確認できる場合に高齢者から、出来ない場合は家族から確認する
- 書面を活用して意思を確認する
- 高齢者がしっかりとしているうちに意思確認をおこなう
- 時期を変えて複数回意思確認を行う
- 複数の職種で意思確認を行う
- 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
- 意思確認しやすいよう家族との信頼関係を十分に築く
- 高齢者の健康状態を家族に具体的に報告する
- 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
- 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
- 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
- 決定に際しては即答を求めず時間的ゆとりを提供する
- 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
- 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
- 意思決定に際して気持ちは変化しうるものであることを伝える
- 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
- 高齢者にとって何が最善かと言う視点を家族に助言する
- 高齢者の意向を尊重するように家族に依頼する
- 高齢者の意思をそのまま実行するように提案する
- 高齢者と疎遠な家族の関係の調整を行う

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

## インタビュー調査へのご協力をお願い

終末期ケアにおけるケア提供者の立場から、事前意思決定を支えるにあたりどのような配慮やどのようなケアをされているか。またそのケアを行っている理由や具体的な判断などを、具体的なケア事例に基づいてお話をうかがいたいと思います。つきましては、アンケート調査の間16で10項目以上の印がついた方で、インタビュー調査にご協力いただける方を募っております。インタビューは、御協力いただける方のご都合の良い日時・場所で実施致します。調査の主旨をご理解頂き、是非ともご協力をお願い申し上げます。

尚、インタビューに際しては以下のことをお約束いたします。

インタビューでお話された内容は、他の人に情報がもれることはございません。データの処理に当たっては個人や施設が特定されないようにいたします。インタビュー中にお話になりたくない内容はお話いただく必要はありません。データは研究者以外の目に触れることがないように厳重に管理いたします。研究終了後は速やかにデータ、記録物などは粉砕して破棄いたします。

質問紙調査結果の匿名性を保つため、この用紙のみを同封の小さい方の封筒に入れ、ご返信をお願い致します。こちらから改めてご連絡させていただきます。

ご所属の施設名 _____ 施設住所 〒 _____ _____ お名前 _____ 電話: (     ) _____ E-mail: _____ @ _____
---

報告書の送付をご希望される方は以下にご記入をお願い致します。

ご所属の施設名 _____ 施設住所 〒 _____ _____ お名前 _____ 電話: (     ) _____ E-mail: _____ @ _____
---

ご協力ありがとうございました。

## 面接調査用インタビューガイド

### 面接にあたっての留意事項

場所：対象者の指定する場所

時間；40 分程度

面接者の姿勢：批判や否定、また相手を評価するような発言はせずに話を聞く。

面接の流れ

1. あいさつ、研究の協力へのお礼をのべる。
2. 面接の内容と面接にかかる大体の時間を伝え、面接の中断やこたえたくない質問への回答はしなくてよいことを伝える。
3. 面接内容について、テープ録音の依頼と同意を得る。もし、同意が得られない場合にはメモをとることに対して許可を得る。
4. 面接開始
5. 面接協力へのお礼を述べて終了する。

### <面接内容のポイント>

認知症高齢者への終末期ケアの事例についてできるだけ自由に語ってもらいつつ、以下の内容が聴取できるように留意する。

- 1) 認知症高齢者の意思を尊重した終末期ケアが提供できたと感じている事例の具体的内容。
- 2) その事例の終末期ケアのなかで、最も大切にしたこととその理由。
- 3) その実践の具体的内容と根拠。
- 4) 事前意思確認の実際
- 5) そのための手段や配慮、工夫。
- 6) 確認された認知症高齢者の事前意思の終末期ケア場面における活用。
- 7) 認知症高齢者の事前意思決定を尊重した終末期ケアのために施設として取り組んでいること
- 8) 施設の取り組みはこの事例でどのように活用されていたか

## 対象者基本情報

この度はインタビューに応じてくださりありがとうございます。  
 おこたえいただいた方ご自身と、所属される施設についてお伺いします。  
 下記の質問におこたえください。

問1 あなたご自身についてお伺いいたします。

1. 年齢  歳代
2. 看護師経験年数  年  
 認知症高齢者ケア経験年数  年  
 当該施設での経験年数  年
3. 認知症高齢者の終末期ケア経験  
 5 事例未満,  5～10 事例,  10 事例以上

問2 あなたの施設についてお尋ねします。

1. 設立より何年経過していますか。  年
2. 入居者数:  人, 定員  人 (うち短期入所  名)  
 介護度: I  人, II  人, III  人, IV  人, V  人
3. 経営母体について該当する  を 1 つ塗りつぶしてください。  
 社会福祉法人,  医療法人,  市区町村,  広域連合,  
 その他(  )
4. 併設している施設又は施設機能について該当する  を 1 つ塗りつぶしてください。  
 ショートステイ,  デイサービス,  訪問看護,  訪問介護,  
 その他(  )

5. 職員数

医師	名	看護師	介護福祉士	その他の介護職員
相談員		栄養士	OT	PT
ケアマネ		事務員	その他	

6. 前年度一年間の死亡退所者数は何人ですか。

死亡退所者数:  人

7. 終末期ケアの取り組みはしていますか。該当する□を1つ塗りつぶしてください。

している していない 準備中 その他(具体的には: \_\_\_\_\_)

8. 看取り加算の取得について該当する□を1つ塗りつぶしてください。

加算を取っている, 取っていない, 準備中, その他( \_\_\_\_\_ )

9. 看取り介護に関する院内の指針(業務マニュアル等)について該当する□を1つ塗りつぶしてください。

独自の院内指針がある, 独自の指針を作成中である

厚生労働省の通知を目安にしている, 指針なし,

その他:(具体的に \_\_\_\_\_ )

10. 貴施設での事前意思聴取についてお聞きます。事前意思聴取について該当する□を1つ塗りつぶしてください。

※ここでいう事前意思とは:

判断能力のある利用者が、将来自らが判断能力を失った際に備えて、終末期に行われる医療行為及び施設におけるサービスの内容に対する意思表示を示します。また、自らが意思表示不可能な場合は、代理人である家族の意思表示を含めます。このような意思をケア提供者が具体的に事前に対応して聴取することを事前意思聴取といいます。

事前意思を全ての入所者に聴取している

ケースバイケースで聴取している

特に聴取していない

ご所属の施設名 \_\_\_\_\_

施設住所

〒 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

以上です。

ご協力ありがとうございました。