

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¹⁾, 千葉真弓¹⁾, 細田江美¹⁾, 松澤有夏¹⁾, 渡辺みどり¹⁾

【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って、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

¹⁾ 長野県看護大学
2009年10月1日受付
2010年2月10日受理

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SPSS ver.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, 市町村などがあった.

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.

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

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	39.3	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

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。

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

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=4.21x10 ⁻¹⁴
病 院 死 亡	162	(28.4)	7338	(56.3)	7500	(55.1)	171.08 p=3.63x10 ⁻¹⁴
自 宅 死 亡	1	(0.2)	30	(0.2)	31	(0.2)	0.00 ¹⁾ 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

表3 終末期ケア体制

		長野県内特養		県外特養		カイ二乗検定結果		
		はい	いいえ	はい	いいえ			
		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)	67 (6.9)	927(96.0)	0.54 ¹⁾ 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)	693 (63.5)	398(36.5)	0.96 n.s.		
②医師が出勤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)	50 (4.6)	1041(95.4)	1.25 ¹⁾ 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 ¹⁾ n.s.	
	③重症者がいる場合や臨終が予測される場合に看護師が夜勤をしている		1 (2.2)	45 (97.8)	30 (2.7)	1061(97.3)	0.00 ¹⁾ 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)	1091	27 (2.5)	1064(97.5)	0.10 ¹⁾ 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 ¹⁾ 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 ¹⁾ 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 ¹⁾ 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よう働きかける		0 (0.0)	46(100.0)	13 (1.2)	1078(98.8)	0.00 ¹⁾ 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 ¹⁾ 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 ¹⁾ 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 ¹⁾ n.s.	
	④独自の指針なし		4 (9.5)	38 (90.5)	129 (12.5)	900(87.5)	0.34 ¹⁾ n.s.	
	⑤その他		1 (2.4)	41 (97.6)	24 (2.3)	1005(97.7)	0.00 ¹⁾ 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 ¹⁾ n.s.	
	④その他		1 (2.2)	44 (97.8)	31 (2.9)	1047(97.1)	0.00 ¹⁾ n.s.	

注) 有意差が認められなかった項目は、表中にn.s. (not significant) と示した。
1) Yatesの補正をかけた値

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

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の間では、有意差はなかった。

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 施設数 (%)	いいえ 施設数 (%)	はい 施設数 (%)	いいえ 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

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医師がすぐにかかけられない」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。

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(厚労省,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=00001032157>.

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，厚生生の指標，230.

厚生統計協会（2008）：国民衛生の動向2008年，厚生生の指標，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の詩の看取りに対する意識-介護保険改定直前のN県での調査-，新潟青陵大学紀要，7，51-62.

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.

【Report】

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

Chikako SONE¹⁾, Mayumi CHIBA¹⁾, Emi HOSODA¹⁾,
Yuka MATSUZAWA¹⁾, Midori WATANABE¹⁾

¹⁾ Nagano College of Nursing

【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

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