

13. 高齢者施設における看取りの実態把握と 看取りを可能にする条件に関する研究

○藤井 充（山梨県峡東保健所）

看取り検討委員会委員

佐藤 さつき（医療法人銀門会 甲州ケア・ホーム部長）

柴田 愛美（特別養護老人ホーム 笛吹荘看護師長）

須田 由紀（山梨県立大学 看護学部 地域看護学講師）

武藤 岳人（特別養護老人ホーム 笛吹荘施設長）

山崎 洋子（山梨大学 医学部 看護学科 地域看護学教授）

【研究目的】

核家族化、要介護等の問題により施設に入所する高齢者が増加しているが、実質上終の棲家となっている地域の施設において「看取り」が進んでいない。

そこで、地域の高齢者施設における看取りの実態調査をするとともに、その結果を踏まえて、施設においても看取りができるような体制整備を検討することを目的とする。

【研究の必要性】

峡東地域は山梨県平均より高齢化率が高く、また、温泉を利用した介護保険に規定される以外の入所施設が多い地域である。

病院から地域へという大きな流れの中で、在宅の延長ともいえる高齢者施設における看取りの実態を把握し、地域の実態を踏まえ、関係者が連携して施設での看取りが可能となるよう検討を進める必要がある。

【研究計画】

1. プレサーベイ

看取りに取り組んでいる施設と取り組んでいない施設の数カ所を訪問し、実態調査に盛り込むべき項目を抽出

2. 看取り検討委員会

地域の施設、学識経験者（大学関係者）、包括支援センター等の関係者による実態調査の調査票の検討

3. 実態調査

特養、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム、可能ならばサービス付き高齢者向け住宅等、施設を対象に郵送調査を実施

4. ポストサーベイ

調査結果から特徴的な取り組みをしている施設について訪問聞き取り調査
他県の先進的な取り組みをしている施設について訪問聞き取り調査

5. 看取り検討委員会

調査結果を踏まえ、地域において施設で看取りが可能となる条件を検討

【実施内容・結果】

1. プレサーベイ

特別養護老人ホーム2カ所、老人保健施設1カ所について、実態調査をする前に調査項目を検討するために事前調査を実施

事前調査において、想定していた調査項目の妥当性をおおむね確認

また、施設で看取りを実施した場合、死亡診断をする医師が確保できないため、死亡診断書を書いてもらうだけに患者を協力病院等に搬送しなければならない例や協力病院における死亡診断が難しく救急車を要請して救急病院で死体検案になった例があることが分かったため、実態調査の調査項目に施設内で死亡診断まで実施した状況の把握を追加

2. 実態調査

(1) 調査の目的

峡東地域における高齢者施設における看取りの実態を把握し、看取りに取り組もうとする場合に必要となる条件を明らかにすることを目的として実施した。

(2) 調査方法

郵送自記式とし、施設において看取りに関して中心的立場にある者に必要に応じて他の職員の意見も聞き施設としての考えを記載してもらう形式をとった。

調査は平成25年12月初旬から12月13日(金)とし、締め切りまでに返送がない場合は、電話で督促し、回収した調査票で未記入等の部分については、可能な範囲で電話、施設訪問による聞き取りで補足した。

(3) 調査結果(概要)

1) 回収率

峡東地域(山梨市、笛吹市、甲州市)にある特別養護老人ホーム(14)、介護老人保健施設(5)、介護療養型医療施設(1)、養護老人ホーム(3)、軽費老人ホーム(3)、有料老人ホーム(7)、認知症対応型共同生活介護施設(9)、サービス付き高齢者向け住宅(5)、小規模多機能型居宅介護施設(2)の合計49施設を対象として全ての施設から回答を得た。

2) 看取りへの対応状況

入所(居)者・家族から施設での看取りの対応についてみると、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護施設ではすべて「希望があった場合には対応」するが、養護老人ホーム、軽費老人ホームについては「原則、対応しない」であった。

3) 看取りの割合

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、終末期において医師からの説明で看取りを希望した割合と看取りを希望したうち最終的に施設で看取った割合をみると、介護療養型医療施設は1施設であるがいずれも100%であった。施設種別ごとの平均では、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームの割合が高くなっていくが施設ごとにみると割合に大きな幅があった。

看取り希望割合と看取り割合

	施設数	看取り希望 %(範囲)	最終的に看取り %(範囲)
特別養護老人ホーム	14	73%(4-100)	72%(3-100)
介護老人保健施設	4	95%(90-100)	93%(80-100)
介護療養型医療施設	1	100%	100%
有料老人ホーム	3	67%(30-100)	90%(70-100)
認知症対応GH	7	49%(0-100)	24%(0-90)
サービス付き	4	3%(0-12)	2%(0-6)
小規模多機能	2	50%(0-100)	0%

4) 看取りをしなかった理由

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、終末期の説明で看取り希望があったにもかかわらず最終的に施設で看取りをしなかった理由をみると、その多くが「急変により医療機関に搬送したから」であった。

5) 看取り対応者と施設での死亡診断の実施

有効回答施設数の多い特別養護老人ホームと介護老人保健施設について看取りの状況を見ると、特別養護老人ホームでは施設での死亡者のうち55%を看取り対応しておりそのうち施設内で死亡診断を実施したものは70%であった。介護老人保健施設では施設での死亡者のうち81%を看取り対応しておりそのうち施設内で死亡診断を実施したものは100%であった。

施設当たり看取り対応者数

	施設数	施設当たり 死亡数(人)	施設当たり看取 り数(人)	施設当たり施設内 死亡診断数(人)
特別養護老人ホーム	11	12.7	6.9 55%	4.8 70%
介護老人保健施設	4	7.6	6.2 81%	6.2 100%
介護療養型医療施設	1	4.7	4.7 100%	4.7 100%
有料老人ホーム	2	7.2	3.7 51%	3.7 100%

認知症対応GH	3	1.6	1.3	81%	1.3	100%
サービス付き	1	2.0	2.0	100%	2.0	100%
小規模多機能	1	2.0	0.0	-	0.0	-

※平成22年～24年の3年間の平均

6) 看取りを実施する上で重要なこと

施設において“看取り実施に重要なこと”をみると、「施設として明確な方針を有していること」の割合が最も高く、次いで「いつでも医師の対応（往診を含めて）が可能なこと」、「職員の理解と協力」の順であった。“特に重要なこと”として上位3位までを聞くと、「いつでも医師の対応（往診を含めて）が可能なこと」、「施設として明確な方針を有していること」、「入所（居）者・家族への意思確認、意思決定支援」の割合が高かった。

7) 施設内で死亡診断する上で重要なこと

施設での看取りについて「原則、対応しない」施設について、医師による死亡診断を施設内で実施する上で重要なことを聞いたところ、「いつでも医師の対応（往診を含めて）が可能なこと」の割合が最も高く、その他、「看取り対応等のマニュアルの整備」、「入所（居）者・家族の施設における看取りについて周知」が多かった。

【考察と今後の課題】

高齢者施設において看取りを実施するのに影響を与える要因として、施設側の問題、入所（居）者・家族、制度の3つが考えられる。今回は、実態調査及び関係者の聞き取りを通じて施設側の要因を中心に課題を探っていたが、上記の3要因が相互に関連していることが分かった。

関係者への聞き取りでは、介護保険において、看取り介護加算等が導入されたのに伴い看取り実施を強化した施設が多く、施設要件に適合するように各施設で模索しており、看取りを実施するために参考にできる手順書や他の施設との情報交換の希望があった。

また、入所（居）者の急変時に入院できる施設を確保するのを合わせて協力医療機関等を病院に設定しているところで、施設内での死亡診断ができていない施設では、死亡診断を依頼するのは近くの開業医とし、入院のための協力医療機関と区別した方が良いのではないかとの意見があった。

特別養護老人ホーム、老人保健施設では、配置医師、常勤医師が必要になっているが、夜間・休日などに看取りや死亡診断に対応する外部医師を確保できるような介護報酬、診療報酬上の措置が必要との意見もあった。

職員、特に介護職員については、人の死について経験が乏しく不安感が強いということで、適切な研修の機会の確保が必要であるとの意見があった。

以上、調査結果及び関係者からの聞き取りを踏まえ、この地域において、施設における看取りと死亡診断までの実施を推進するには、今後次のことを考慮していく必要がある。

(1) 施設開設者・管理者への看取りに対する理解の推進

調査結果の還元等により施設開設者・管理者に対して施設における看取りの推進について理解を求める。

(2) 看取りを開始する施設向けの手順書の作成

これから新たに施設において看取りを開始しようとする施設が、看取りを実施するための手順や考慮すべきことなどをとりまとめた参考資料を作成する。

(3) 医師、看護職の確保

配置医師を置くことが法令等で決められている特別養護老人ホームにおいては、常勤ではなく、嘱託医師の場合が多いので、夜間等においても看取りと死亡診断対応可能な医師にお願いするか、夜間等の看取りと死亡診断だけは在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、協力医療機関の医師を別に確保する必要がある。

医師を配置することを義務づけられていない場合は、地域の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の医師、在宅医療を实践、特に看取りまで対応可能な医師を地域医師会で紹介してもらうことができることを関係者に周知する。

看護職員が就職先を決めるのは、給与、職場の人間関係、勤務時間などの職場環境が主な要因だといわれている。医療機関に比べて処遇に差があるところが多いことから、柔軟な勤務時間の設定、休暇の取りやすさ、温かな人間関係など、給与以外のメリットを前面に出す工夫が必要である。募集は、地域のナースセンター、ハローワークを通じて行うのが一般的だが、職員、地域の関係者の口コミも重要な情報源となっている。

これらの情報について、施設の関係者に周知を図る。

(4) 介護職員等施設職員向けの研修

人の死を体験したことがない人が増えていることから、「死」に立ち会うのが怖いと思うのは自然な反応である。人は必ず死ぬものであり、看取りも普段の介護の延長上にあるものであることを理解するための「人の死」、「死生観」などの基本的な研修を行うとともに、具体的な看取り介護の研修も併せて実施する。その際、地域の施設で研修を実施しているところで講師を頼むなど、地域資源の開発と活用を図るよう努める。

【経費使途明細】

書籍費（看取りハンドブック、平穩死のすすめ）	2,570円
資料収集旅費（山梨一東京3回）	31,580円
消耗品費（コピー用紙、インクカートリッジ、USBメモリ、CD、封筒他）	63,572円
通信費（切手、はがき、LTEパケット代）	30,750円
会議費（検討会4回：お茶代、軽食代）	6,156円
委員謝金・旅費（5人×3回、4人×1回、振込手数料）	210,426円
資料整理分析謝金（1人×32時間、振込手数料）	32,210円
合 計	377,264円