

論文

特別養護老人ホームの終末期介護 —2 施設の実態調査から看取りをめざして—

根本秀美 (信州短期大学)

End-of-life care in special nursing homes for the elderly —A comparative survey involving two facilities to identify and facilitate the provision of deathbed care—

Hidemi Nemoto (Shinshu Junior College)

Abstract: With the aim of exploring the current state of end-of-life care, we compared care services in two facilities: one provided care for residents who died in the facility (Facility A), and the other had no such experiences (Facility B). We conducted an interview survey with supervisors of each facility, and a questionnaire survey involving nursing staff (Facility A: n=37, Facility B: n=17). The following results were obtained:

- 1) A greater level of satisfaction regarding deathbed care was found in those of Facility A than Facility B.
- 2) Regarding challenges associated with end-of-life care, Facility A indicated a difficulty in identifying the residents' intentions. Facility B indicated inadequate systems and a lack of human resources and equipment.
- 3) Psychological support was of primary importance in end-of-life care.
- 4) Regarding the sense of psychological distance, the nursing staff had a not-too-close or not-too-distant mental proximity to the residents. They took a well-balanced (humanistic and technical) approach to care with compassion and affectionate regard, and were willing to be present at the moment of death of the residents.
- 5) Of those engaging in deathbed care, 40% did not provide care after death, because they did not see it as part of their roles. Care after death (referred to as 'angel care' in Japan) serves as an opportunity to conceptualize life and death, and is an evaluation item of nursing care. Nursing staff are, thus, expected to offer such care.
- 6) End-of-life care is provided as a team. Nursing staff should play a part in the decision-making of end-of-life care delivery and strategies, and work with other professionals to implement mutually agreed nursing care plans.

Keywords: end-of-life (nursing) care, deathbed care, special nursing homes for the elderly, care after death

I. 目的

国立社会保障・人口問題研究所の報告では死亡数は平成12(2000)年の98万人から一貫して増加を続け、平成33(2021)年の151万人を経て、平成50(2038)年にはピークの170万人に達する。その後、やや減少して平成62(2050)年には162万人となる¹⁾。人口動態統計年報では、平成19年(2007)の死亡場所は病院診療所が82.0%自宅が12.3%介護施設3.3%である²⁾。2000年介護保険制度が導入され、2006年介護報酬改定で看取り介護加算が創設された。特別養護老人ホーム(以下特養と略す)や介護老人保健施設が対象であったが、2009年にはグループホームにも認められるようになった。そのことはいままでは医療施設での看取りが多かったが、

今後は介護施設にも死を委ねられたことと考えてもよい。

特養は高齢者にとって、生活の場であり、その延長線上に最期の死を迎える場でもある。生活の場の終末期ケアは、医療の場とは異なるケアが求められ質も問われる。現在終の棲家として誇りを持って看取りを行なっている特養は多く³⁾、また施設長が社会福祉法人の存在意義と使命から看取りに取り組んでいる施設の報告もある⁴⁾。一方マンパワー不足、介護職の看取りの経験不足、知識不足や看護師の夜間の不在や協力医師の不足等で体制が整わず、看取りが困難な施設の報告もある⁵⁾⁶⁾。しかし、看取りを行なっている施設と行っていない施設の介護を比較検討した研究は見当たらない。

そこで本研究の目的は特養で看取りを行なっている施設と行っていない施設の介護職に終末期介護や看取りについて調査を行ない、看取り成立要件、介護の実態、

介護者の認識を比較検討し看取りに向けて考察することである。

II. 用語の操作的定義

現在死に行く人々のケアとして様々な言葉が使われている。ターミナルケア、終末期ケア、看取りケアやエンドオブライフケアなどである。その期間について、医療におけるターミナルとは6ヶ月程度といわれている。しかし利用者の生活援助を基盤にしている介護においては、除々に衰弱し6ヶ月より長い場合が多い。そこで本研究において、ケアをする場所や人や期間を区切って用語を定義した。「ターミナルケア」は医療施設等で行なわれる終末期ケア全般。「終末期ケア」は介護施設において行われるケアで、死期を予期した時、生が維持困難と予見した時から死後の処置やケアを含む全般をさす。対象は利用者（家族も含む）である。携わる関係者は医師、看護師、介護職、栄養士、介護支援専門員や相談員等である。「終末期介護」は介護施設における終末期ケアで介護職が関るケアや処置全般をいう。「看取り」は死の直前の重篤な状態、臨死の状態から臨終の対応、死の瞬間の見届けと死後の対応である。「死後の処置」は死直後から、遺体のケアでエンゼルケアや死化粧などである。「死後のケア」は遺体のケア以外のケアで、儀式やグリーフケア、しのぶ会、家族のケア等とした。

III. 方法

対象はC県内の看取りを行なっている特養A施設と行っていないB施設である。その2施設の責任者から聞き取りを行い、介護職に対しては質問紙で調査した。

1 施設責任者の聞き取り調査

期日は2010年6月初旬、内容は施設理念、看護介護体制、医療体制、重症化対応加算、看取り介護加算の取得、死亡退所者数、職員の概要、人数、職種、勤務体制、教育職員研修

2 介護職の質問紙調査

配布と回収は施設の責任者に依頼した。期間は2010年6月初旬に配布し、中旬に回収した。対象は介護職でA施設42名、B施設26名である。

A施設B施設の比較は χ^2 検定を行い有意水準は5%とした。その他記述統計から考察した。

IV. 倫理的配慮

A施設とB施設の施設長と責任者に調査の趣旨と方法を説明し承諾を得た。質問紙調査は両施設の責任者に内容を吟味していただいた後に実行した。調査は秘密保持、発表の際は施設や個人の特長は出来ないように配慮すること、質問紙調査は参加自由であることを明記した。回答は個々の封筒を用意し封緘できるようにした。

V. 結果

1 聞き取り調査

1) 施設概要

A施設の創設は2000年代初期である。従来型特養でユニット型を採用している。定床90床と短期入所10床である。2人室の利用者を看取る時に使用する予備室1、家族宿泊施設1室がある。霊安室、仏間はない。3つのユニットに分かれている。平均介護度は4.3、2006年～2009年の死亡退所者は年平均17.4人、そのうち15.2人(87%)が施設で看取られている。2006年16名(施設内死亡14名)2007年17名(16名)、2008年15名(11名)、2009年17名(16名)である。看取りマニュアルがあり、重要化対応加算と看取り介護加算をとっている(表1)。

介護職48人(内介護福祉士36人)看護師8人である。勤務体制は平日は18人の介護職員が配置され休日は12人である。1ユニットおよそ10～12人を1介護職がみている。夜勤は1棟当たり1.5～2人である。夜勤の勤務時間は16時30分～翌朝9時である。看護師は平日3～4名で休日は2人である。夜勤はなく夜間は介護職からの電話対応である。看取りや電話での対応が困難な場合は来所して、介護者へのアドバイスや看護を行なっている

表1 施設概要

施設 概要	A 施設	B 施設
	従来型でユニット型採用	従来型特養
定床・短所入所	90床・10床	50床・10床
介護単位	3	2
平均介護度	4.3	4.1
死亡者数(2009年)	18名	8名
内施設内死亡	16名	0
重症化加算	○	×
看取り介護加算	○	×
看取りマニュアル	○	○
看取り用予備個室	○	×
家族用宿泊室	○	×
霊安室 仏間	×	○

る。

教育研修は施設内では定期的に行ない、年 1 回の看護介護研究発表会を施設内で創設した年から行っている。終末期ケアの教育は看護師より介護職に行い、教育研修内容は看取りに必要な事項や医療処置についてである。

B 施設の創設は 1980 年代後半で従来型特養である。定床 50 床と短期入所 10 床である。2 人室 2、4 人室 14、個室なし、家族宿泊施設なく仏間兼霊安室がある。平均介護度は 4.1 で看取りは行なっていない。入所者の状態が悪くなると医療施設へ入院する。介護単位は 2 つで昼間の介護職数は 12 人で夜勤は各階 1 名である。夜勤の勤務時間は 22 時～7 時である。看護師は日中 2～3 人である。夜勤はなく夜間は介護職からの電話対応である。医師は嘱託医が 1 人である。

介護職 26 人 (内介護福祉士 14 人)、看護師 3 人である。死亡者数は 2009 年は 8 人で、すべてが状態悪化のため病院へ入院しそこで死亡している (表 2)。

2) 終末期ケアについて

A 施設は、地域からの強い期待で創設され、支えるボランティア団体も多い。利用者とその家族、地域の要望に応え、信頼を勝ち取るべく努力している。看取りについては入所時に、本人や家族から場所、希望や医療の意向を確認する。しかし本人の認知機能や判断力の衰えから本人より家族の意向が強いことが多い。入所後医師の診察時に最期を迎える場所やその後のことを本人に尋ねる。

また入所後に介護者が日常会話の中で、生活、生きがい等について希望を聞き、センター方式^{注1}の記録シートに記録している。実際に身体的に衰えて来た時、身体状況や食事の摂取量を目安に介護者と看護師から医師へ報告し、関係者がカンファレンスで終末期の判断をする。終末期と判断した場合は医師から家族へ状態の説明をし、再度看取り場所や処置の希望を確認する。介護職は夕方、看護師は午前 9 時頃バイタルサインを測定する。夜間に

身体状態が悪化した時、介護職は家族に連絡し、看護師に相談し指示を受ける。死の見届けは介護職も立ち会う。しかし他の利用者の介護がある場合は、そちらを優先する。諸事情で医師が息を引き取る瞬間にいない場合は、遺体を個室に安置し医師が来た時点で死亡診断する。家族には前もって医師が来られない旨を説明し了解を得ておく。死後の処置は家族、看護師と介護職で行なう。

B 施設は、看取り指針やマニュアルは明文化されていて利用者が希望した場合行なうことになっている。入所時本人や家族に意向を確認している。身体状態が悪化し最期が近いと看護師が観察した時に医師に報告する。医師は終末期と判断し家族に説明する。介護職には、看護師から状況を説明される。医師が多忙のため、週 1 回以上、必要に応じて診察ができない現状であるので医療的処置が必要な場合や急変時は病院に搬送しその病院で死亡する。昼間は看護師が夜間は介護職がバイタルサインをとっている。重症化した場合 2 人室を個室として使っているが、重症化対応加算や、看取り介護加算はとっていない。

両施設で終末期と判断された利用者に行なわれていた医療処置は酸素投与、吸引、点滴、経管栄養、ドレナージ類の管理、酸素飽度測定 (B 施設ではなし) であった。

2 質問紙調査

A 施設の介護職に配布 43 人中回収が 37 人で回収率 86%、B 施設の介護職 26 人中 17 名で回収率 65%である。

1) 基本属性

両施設の介護職の平均年齢は 34 歳 SD10.9、平均経験年数は 5.9 年 SD3.18 で現施設の経験年数は 4.5 年 SD2.54 であった。

A 施設の平均年齢は 35.7 歳 SD11.2 である。介護職 48 人中介護福祉士 36 人でヘルパー 2 級 12 人である。介護職の経験年数は 6.5 年 SD2.44 で、現在の A 施設の経験年数は 5.2 年 SD2.44 である。

B 施設の平均年齢は 28.3 歳 SD7.96 である。介護職 17 人中介護福祉士 13 人、ヘルパー 2 級 4 人である。介護職の経験年数は 4.9 年 SD3.66 で現在の B 施設の経験年数は 2.9 年 SD2.11 である。経験年数をみると A 施設は 7～10 未満が 12 人と多く B 施設は 3～7 年未満が多い (表 3)。

A 施設の方が年齢が高く経験年数や現施設の経験も長いということである。

2) 介護について

日頃の介護、看取りについて、終末期介護について結

表 2 職員概要

職員勤務状況	A 施設	B 施設
介護職職員数	48	26
介護福祉士	36	14
ヘルパー 2 級	12	12
看護師	8	3
勤務人数		
日中 介護職	18	12
看護師	3～4	2～3
夜間 介護職	4.5～6	2
(1 単位)	(1.5～3)	(1)
看護師	0 (電話対応)	0 (電話対応)

表3 年齢経験年数

	A 施設	B 施設	両施設
介護職平均年齢	35.7±11.2	28.3±7.96	34±10.9
平均経験年数	6.5±2.44	4.9±3.66	5.9±3.18
現施設経験年数	5.2±2.44	2.9±2.11	4.5±2.54
経験年数			
1年未満	0	3	
1～3年未満	7	4	
3～5年未満	8	4	
5～7年未満	5	4	
7～10年未満	12	0	
10年以上	3	2	
未回答	2	0	

表4 身体的に衰えている利用者の介護困難

	困難不安あり	困難不安なし	χ^2
A 施設 (N=32)	27(84%)	5(16%)	3.05 p<.081
B 施設 (N=15)	13(87%)	2(13%)	

表5 夜勤の不安や困難

	あり	なし	χ^2
A 施設 (N=31)	28(90%)	3(10%)	0.66 p<.720
B 施設 (N=14)	12(86%)	2(14%)	

果を述べる。

(1)日頃の介護

身体的に衰えてきている利用者の困難や不安の有無について、A 施設はありが27人で84%、なしが5人で16%、B 施設はあり13人87%で、なしが2人13%である。 $\chi^2=3.05$ p<.081 (表4)。不安困難ありの自由記載の内容は急変時の対応、苦痛緩和ができない、食事介助で誤嚥あるいは誤嚥性肺炎の危険性、褥瘡の発症、転倒の危険性、意思疎通が出来ないことによる本人の苦痛や望んでいることが分からないなどであった。

また夜間の不安や困難の有無については、A 施設はありが28人90%、なしが3人10%で、B 施設はありが12人で86%、なしが2人14%である。 $\chi^2=0.66$ p<.720 (表5)。不安や困難のある理由は両施設とも看護師がいない時、重態の方がいるときの急変の対応が多い。両施設同じ傾向にあり有意差はない。日頃の介護やりがいについては両施設とも、ありが90%以上であり $\chi^2=1.5$ p<.220 (表6)、両施設の有意差はみられない。その内容は自由記載から、利用者がケアによって改善や笑顔や落ち着きが見られた時や利用者からの感謝のこぼかけをされた時などである。

(2)看取りについて

看取った経験について、A 施設は36人中33人92%が経験している。それに比してB 施設は17人中7人41%で、看取りの経験ありは半数に満たない (表7)。そ

表6 介護のやりがいの有無

	あり	なし	χ^2
A 施設 (N=36)	33(92%)	3(8%)	1.5 p<.220
B 施設 (N=17)	16(94%)	1(6%)	

表7 看取り経験の有無

	あり	なし
A 施設 (N=36)	33(92%)	3(8%)
B 施設 (N=17)	7(41%)	10(59%)

表8 看取った時期

時期	3ヶ月未満	3～6ヶ月未満	6～1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3年以上	回答なし	
人	6	8	7	7	4	6	2	40

表9 看取り経験と仕事のやりがい

仕事のやりがい	看取り経験あり	看取り経験なし	χ^2
ある	37(75.5%)	12(24.5%)	0.00 p<.98
なし	3(75%)	1(25%)	

表10 直近で死亡した利用者の終末期介護の満足感

	あり	なし	χ^2
A 施設 (N=27)	20(74%)	7(26%)	8.85 p<.01
B 施設 (N=10)	2(20%)	8(80%)	

の7人はB 施設就職前の経験である。看取りの経験のある人で、看取った数は1～15人と幅がありで平均は5.7人SD4.00であった。

看取りの経験のある40人中、初めて看取った時期は就職して3ヶ月未満が6人15%、3～6ヶ月8人20%、6～1年未満が7人18%である。1年未満としてみると21人53%で半数以上は看取りを経験していた (表8)。

看取り経験の有無と仕事のやりがいについて調べたが、 $\chi^2=0.00$ p<.98 と関連は無かった (表9)。

経験年数と看取り数の相関をみたが相関係数 $r=0.38$ であり経験を重ねれば看取りが多くなるとは限らない。また看取りを行なっているA 施設の相関係数は $r=0.41$ で、経験年数と看取りの数は関連があるとはいえない。

直近で死亡した利用者への介護職の終末期介護の満足について、B 施設の場合は状態が悪化後転院し死亡した利用者の介護の満足について調べた。結果A 施設の方が満足感が有意に高かった。 $\chi^2=8.85$ p<.01 (表10)。

A 施設の満足感が高い理由の自由記載は最期まで看取ることができた、最期までその人らしさを大切にその人の気持ちを大切にできた、などであった。B 施設の満足の記載はなかった。満足なしの理由に、1人の利用者だけに時間をかけていられなかった、もっとたくさんすることがあったと思う、などであった。

特養で看取りをすることについて、本人と家族の意向

表 11 特養での看取り

	A 施設(N37)	B 施設(N17)	N54
最期まで看取ったほうが良い	14 (38%)	3 (18%)	17 (31%)
条件を整えば看取った方がよい	11 (30%)	10 (59%)	21 (39%)
家族、本人の意向尊重した方がよい	33 (89%)	16 (94%)	49 (91%)
看取りには反対	0	1 (6%)	1 (2%)

表 12 現入所中の利用者の看取りの希望

	A 施設(N37)	B 施設(N17)	N54
看取りたい	33 (90%)	8 (47%)	41 (76%)
看取りたくない	0	5 (29%)	5 (9%)
その他	2 (5%)	4 (24%)	6 (11%)
未回答	2 (5%)	0	2 (4%)

表 13 入所者との距離感

	A 施設(N37)	B 施設(N17)	N54
家族のような情がある(2人称)	12 (32%)	4 (24%)	16 (30%)
家族ではないが他人ではない (2.5 人称)	21 (57%)	12 (71%)	33 (61%)
介護の対象者 (3 人称)	3 (8%)	0	3 (6%)
その他	1 (3%)	1 (5%)	2 (3%)

表 14 死後の処置

	A 施設(N33)	B 施設(N7)	N(40)
エンゼルケア	19 (56%)	3 (43%)	22 (55%)
死化粧	6 (18%)	1 (14%)	7 (18%)
湯灌	1 (3%)	1 (14%)	2 (5%)
しなかった	13 (39%)	3 (43%)	16 (40%)
その他	1 (3%)	1 (14%)	2 (5%)

を尊重するが A 施設 33 人 89%、B 施設 16 人 94%、両施設合わせて 49 人 91% と多い。看取った方がよいが A 施設 14 人 38%、B 施設 3 人 18% で、条件を整えば看取った方がよいが A 施設 11 人 38%、B 施設 10 人 59% である。看取った方がよいと、条件を整えば看取った方がよいを合わせれば 38 人 70% である。反対は B 施設 1 名であった。特養での看取りは本人家族の意向を尊重するは当然であるが、介護者としては看取った方がよいと
思っている (表 11)。

また今現在入所中の利用者を看取りたいかについての回答は、看取りたいは A 施設は 33 人 90% でほとんどである。しかし B 施設は看取りたいは 8 人 47% で、看取りたくないは 5 人 29% である。看取りたくないは B 施設のみで、その理由は現体制では看取りたくないというものと、もっと知識をつけてから、死の場面には直面したくない、つらいというものであった (表 12)。

(3) 利用者との距離感

長時間介護をしている入所者について介護者がどのような感情があるかについて調べた。家族のような情があるが A 施設 12 人 32%、B 施設 4 人 24%、家族でないが他人でない (2.5 人称) の思いは、A 施設 21 人 57%、

表 15 死直前までの介護

(複数回答)

	A 施設(N33)		B 施設(N7)		N40	
いつもと変わらない	11	33%	4	57%	16	40%
体位の工夫	19	56%	4	57%	24	60%
口腔ケア	11	36%	2	29%	14	35%
声かけ	32	97%	4	57%	37	93%
さする	20	61%	3	43%	23	56%
手を握る	24	73%	3	43%	28	70%
そばにいる	16	48%	1	14%	17	43%
添い寝	1	3%	0	0	1	3%
バイタルサイン	22	67%	3	43%	25	63%
痰吸引	21	64%	2	29%	24	60%
酸素の管理	14	42%	2	29%	16	40%
点滴の管理	7	21%	0	0	7	18%
個室に移動	18	55%	4	57%	22	55%
家族に連絡	9	27%	2	29%	11	28%
家族ケア	8	24%	2	29%	10	25%
看護師に連絡相談	22	67%	3	43%	25	63%
医師に連絡相談	4	12%	0	0	4	10%
その他	1	3%	1	14%	2	5%

B 施設 12 人 71% である。単に介護の対象とは考えず距離感に近い (表 13)。

(4) 死後の処置

看取り経験者の死後の処置施行について、A 施設はエンゼルケア 19 人 56%、死化粧 6 人 18%、湯灌 1 人 3%、何もしなかったは、13 人 39% であった。B 施設は経験者 7 人のうちエンゼルケアは 3 人 43%、死化粧 1 人 14%、湯灌 1 人 14% で、何もしなかったは 3 人 43% である。両施設全体では看取り経験ある 40 人中 16 人 40% が行っていない。その理由は、夜間等は他の利用者を介護しなければならないので、行ないたくともできない状況である。またエンゼルケアは看護師が行うものであるが、できたら看護師や家族と一緒に
行ないたいと記載されていた (表 14)。両施設の介護職は、看取を行い、死後ケアも行いたいという意向がある。

(5) 終末期介護

看取り経験のある 40 人に死の直前まで行なった介護の回答の中で、直接的介護について、A 施設の最多は声かけで 33 人中 32 人 97% が行っていた。手を握るは 24 人 73%、バイタルサインが 22 人 67%、痰吸引が 21 人 64% である。B 施設の 7 人中の最多は 4 人 57% が声かけや、体位の工夫であった。全体では声かけ、手を握るが多い (表 15)。

終末期介護で重要と考えるケアについて A 施設 37 人中、心理的ケアが 36 人 97%、次ぎに家族ケア 29 人 78%、身体ケア 28 人 76%、B 施設は 17 人中、心理的ケアが 15 人 88%、次ぎに身体ケア 12 人 71%、家族ケア 11 人 65% である。全体では心理的ケアを重要と考

表 16 終末期介護で重要なケア (複数回答)

	A 施設(N37)	B 施設(N17)	N54
身体ケア	28(76%)	12(71%)	40(74%)
心理的ケア	36(97%)	15(88%)	51(94%)
社会的ケア	5(14%)	8(47%)	13(24%)
スピリチュアルケア	5(14%)	3(18%)	8(15%)
家族ケア	29(78%)	11(65%)	40(74%)

表 17 習得しなければならない終末期介護

	A 施設(N37)	B 施設(N17)	N54
死生観の形成	7(19%)	3(16%)	10(18%)
身体ケア	30(81%)	13(76%)	43(80%)
社会的ケア	4(11%)	5(29%)	9(17%)
心理的ケア	35(96%)	14(82%)	49(91%)
スピリチュアルケア	6(16%)	2(12%)	8(15%)
危篤、臨終 死後の処置	21(57%)	14(82%)	35(65%)
家族に対してのケア	22(59%)	14(82%)	36(67%)
死後のグリーフケア	5(16%)	5(29%)	10(18%)

おり 51 人 94%である。自由記載より利用者の不安と寂しさに対するケアをする、看護師は医療面のケアをするので介護職は心理的ケアをする、と意識して利用者に関わっていることがわかる。身体ケアは全体で 40 人 74%であった。自由記載には日常も行っていることで、その中でも特に安楽な体位、褥瘡の予防や苦痛をとることに重きをおいているとある。家族ケアの重要性については 40 人 74%である。自由記載には特に家族が死の瞬間に会えないことが多いためとある(表 16)。

終末期介護で介護職自身が習得しなければならないことについては、終末期の重要なケアと同じで心理的ケアが最多であった。A 施設は心理的ケア 35 人 96%、次に身体ケア 30 人 80%に対し、B 施設は心理的ケアで 14 人 82%、危篤、臨終、死後の処置等の処置も 14 名 82%、家族に対してのケア 14 名 82%が最多で、次に身体的ケア 13 人 76%である。B 施設の介護職は実際に看取りを経験しているものが 7 名と半数に満たないので、習得しなければならないことが多項目となっていると考える(表 17)。

(6)終末期の判断

どのような状況になれば終末期と判断するかについて、A 施設の最多は呼吸循環器状態の低下が 20 人 54%、食事摂取低下と衰弱も 20 人 54%を上げている。B 施設の最多は呼吸循環器状態の低下が 9 人 53%である。B 施設が A 施設に比して多いものは、医師の判断が 6 人 35%と介護職が判断することではないが 5 人 29%である(表 18)。

(7)終末期ケアの問題点

終末期ケアの問題点の中で、A 施設の最多は本人の意

表 18 終末期の判断

	A 施設(N37)	B 施設(N17)	N54
医師が判断したとき	4(11%)	6(35%)	10(19%)
重篤になるまで終末期	4(11%)	1(6%)	5(9%)
バイタルサイン	8(22%)	2(12%)	10(19%)
食事摂取 衰弱	20(54%)	2(12%)	22(41%)
呼吸 循環	20(54%)	9(53%)	29(54%)
特定した期間は判断しない	3(8%)	2(12%)	5(9%)
介護職が判断することではない	3(8%)	5(29%)	8(15%)
分からない	0	2(12%)	2(4%)
その他	1(3%)	2(12%)	3(6%)

表 19 終末期ケアの問題 (複数回答)

	A 施設(N37)	B 施設(N17)	N54
医師・医療体制の不備	6 16%	10 59%	16 30%
看護職不足	8 22%	12 71%	20 37%
介護職不足	12 32%	10 59%	22 41%
経験不足	6 16%	9 53%	15 28%
知識不足	8 22%	11 65%	19 35%
家族との関係	9 24%	6 35%	15 28%
本人の意向確認困難	19 51%	7 41%	26 48%
終末時期の判定	3 8%	3 18%	6 11%
設備個室機材不足	3 8%	12 71%	15 28%
問題なし	4 11%	0 0	4 7%

向確認困難が 19 人 51%、次ぎに介護職不足が 12 人 22%である。B 施設は看護職不足が 12 人 71%、医師や医療体制不備 12 人 71%で、個室等の設備不足 12 人 71%で、知識不足 11 人 65%、経験不足 9 人 53%である(表 19)。

Ⅵ. 考 察

1 看取りの満足感

終末期の状態でない利用者で、身体的に衰えてきている利用者の介護の困難についてと夜間の困難や不安については両施設の介護職の 90%が感じている。また日頃のやりがいについても 90%近い人が感じており両施設は同じ傾向で差は見られない。しかし直近で死亡した利用者についての看取りの満足感については、A 施設は有意に高い。それは利用者の苦痛や不安を軽減し、人生の終焉を介護職としてその人らしい生を支えることに努力した結果の満足感であると考えられる。入居している利用者を、介護者は長い間ケアし共に生活してきた人と考えており、利用者との距離感は家族ではないが他人ではない、単にケア対象者でない 2.5 人称の特別な思いを抱いている。そして今現在入居している利用者を最期まで介護し看取りたいと思っており、それができたことが、満足に繋がっている。

また深澤⁷⁾は看取りに関わった看護職と介護職の職員

の思いについて調査している。その結果「看取りを担当する負担感や肯定感」を持っている。負担感は「十分なケアが出来なかった」「看取りに携わる寂しさや虚しさ」や、永遠の別れの体験を「施設で高齢者を長期に携わり特別な感情がわき思出す」などがある。負担感はあるけれども「看取りを安らかに」、「精一杯携わる」という姿勢をもっている。そのような姿勢で看取りを行い、その体験を通して生や死について深く考えることができ充実感や満足感に繋がるのではないか。また医師、看護師や介護職などで情報交換し、チームとして同じ方針で協働して日々のケアに当たったことも満足感に繋がる。

しかしB施設の介護職は、状態悪化した利用者が病院に入院してしまい最期を見届けられないので、空虚感、やり残し感罪悪感がある。そのため満足感が低いと考える。

今回看取りのケアの評価を大雑把に満足感で調査した。しかし満足とは介護者側の主観的な評価である。今後はケアの質の向上のためにも客観的な評価ツールが必要と考える。サービス提供者側と利用者本人側や家族側のものである。その開発も必要な課題である。

2 終末期ケアの問題点

終末期ケアの問題点についてはA施設とB施設ではその内容が異なる傾向にある。B施設は看護師と介護職のマンパワー不足、医療体制や設備に問題を感じているものが多い。医療処置や身体状態の判断は介護職はできないので急変時等はまず看護師に相談することになる。そのためマンパワー不足、中でも看護師の不足を強く感じている。また次に多い問題点は知識不足で、看取りを行なうためには介護職自ら学習が必要と認識している。一方A施設は一番に利用者本人の意向の確認困難を挙げている。谷⁸⁾は尊重すべきは本人の意志であるが、明瞭な意思表示が得られるのは困難である、代わって家族の意向が中心となる。終末期医療の決定プロセス⁹⁾では、家族が意志を推定できない場合は家族と十分話し合い患者にとって何が最善かを決める。日本老年医学会の立場表明¹⁰⁾も高齢患者は意見が不安定かつ流動的で、自己表現を十分しない。認知機能低下や意識障害などのために患者の意思の確認が困難な場合であっても、以前の患者の言動などを家族などからよく聴取し、家族と十分な話し合いの下に、患者自身の意思を可能な限り推定し、それを尊重することが重要であると述べている。A施設はセンター方式の記録を使用し職員や家族とのコミュニケーションから意思の確認するために努力をしている。

本人の意思や望みを最優先に尊重しようと努力しているからこそ困難を強く感じている。

3 重要である心理的ケア

終末期介護で重要と考えるケアは両施設とも心理的ケアが多く、また介護者が習得しなければならない終末期介護も心理的ケアが多い。介護者が行う死の直前までの介護は、利用者のさびしい気持ち、孤独、不安、苦痛に対して常に配慮して頻回の訪室、声かけ、さするなどのスキンシップや非言語的なコミュニケーションを行い、そばにより添うことである。これらは心のふれあいや心の安寧を考えてのことである。特にコミュニケーションが困難な利用者に対して行なっている頻回の訪室や声かけは、その利用者の日々の願いや希望、やり残したことなど聴き叶えようとしているためである。実践報告のしかまの里の山野¹¹⁾も同様なケアをしており苦痛や不安を緩和している。背山¹²⁾は施設では、お墓を含めた自分の死後について不安を抱えている利用者があり、近親者のいない人にとっては切実な問題である。その不安を除き平穏でその人らしい生活を支えていくことが当然である。また馬場先¹³⁾は本人からの言語で発しきれないメッセージをどれだけ受け止められるか、個として向き合いその人を中心としたパーソン・センタード・ケア¹²⁾の重要性を述べている。また宮路ら¹⁴⁾は終末期介護における介護福祉士の役割として、①その人らしさを守ること、利用者の最期まで意思や気持ちを尊重していくこと、②心身の不安や苦痛の除去に努め話しを傾聴し気持ちを受けとめる。③利用者の尊厳をまもる。④利用者の生を支える、利用者のこれまでの生き方や価値観を尊重する。また特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン¹⁵⁾でも高齢者の尊厳を保持するとある。それらのことを包括し言い換えれば心理的ケアといえることができ、終末期介護の重要なケアである。

4 死後の処置の介護職の認識

櫻井¹⁶⁾は「死を見届ける場面はその尊さを理解できる、その瞬間に居合わせるものの大半の眼は逝く人の姿をじっと見つめてかざすか握りしめ「真底の愛」を表現している。そして死後の遺体との関わりは他界に行くにふさわしい姿、看取られる人と看取る人の満足感を創造する最期のケアであるべきである」と重要性を述べている。鳥海¹⁷⁾は処置を家族と一緒にを行い、家族の辛い気持ちを話したり、職員も生前のエピソードを語りながら、ともに悲しみを分かち合う時間であると述べている。そし

死後の処置やエンゼルケアは利用者と別れの場でもあり、ケアにかかわった職員のグリーフケアの場でもある。畏敬の念を感じ、命を考え生きることの学びの場であり死生観を育てる場で、その機会は介護職や他職種にとっても重要である。

また鳥海¹⁸⁾ 大田¹⁹⁾ は、ご遺体はそれまでの介護のありさまを示す通信簿と述べている。エンゼルケアはご遺体を観察し、生前の終末期介護の結果を示し評価に繋がる。オムツかぶれや褥瘡や関節の著しい変形などから、特に生前のかかわりを示すもので介護の振り返りができる機会でもある。

看取りを行なったにもかかわらず、死後の処置を両施設介護職の40%が行っていない。介護職は生活を共にし、生活援助をしてきたといっても過言でない。死後の処置を家族や看護師と協力して行なうことが望ましい。また終末期ケアを行ってきた他職種も死後の処置やエンゼルケアに関わることができればよい。

特養で看取りを実施するために重要なことは看護職と介護職が連携することである。深澤²⁰⁾ は看取りの思いの介護職と看護師の違いについて、介護職は「看取りに携わる恐怖」や「看取りに携わる不安」、「看取り未経験による心配」があるが看護師は「看取りに携わる重責」と報告している。また小山ら²¹⁾ は看護職と介護職の連携が難しい理由として、介護職と看護職双方の役割期待の相違、専門性に関する認識の違い、業務分担の相違と個人の職業意識における相違であると述べている。質の高い看取りを行なうためにも専門職としての他職種間での相違を埋める努力は今後の課題である。

5 チームの連携と終末期判断

Lynn²²⁾ らは高齢者の死に至る経過は3パターンあると示している。1つはがんなどの場合では一般に死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化し死に至る。2つめは心臓肺肝臓などの慢性疾患の場合、増悪と緩解を繰り返し2～5年で悪化する。3つめは認知症や老衰の場合5年以上長い期間にわたり機能が低下する。本人の意思確認が難しいことが他のパターンと比べて多い。また穏やかな経過をたどることが多いと報告されている。長い経過をとるため、即ち末期と判断するのは難しい面も多い。食事摂取量や体重減少や呼吸循環状態の悪化で判断している。鳥海²³⁾ は終末期の判断を体重減少と食事摂取量の低下を目安にし、1ヶ月5%以上という体重減少が2ヶ月にわたって続きトータルで20%の減少があれば医師と家族に伝える。経口から飲水

食物摂取困難²⁴⁾、また食事摂取量と睡眠時間睡眠形態から判断している²⁵⁾²⁶⁾。A施設は終末期の判断を医師、看護師、介護職が情報提供し意見を出し合い最終的には医師が決定している。介護職は入所者の一番近いところで日常生活の援助を行なっている。生活状況からみて、食事量の減少や傾眠傾向などから情報を提供する。もちろん高齢者の終末期の兆候等判断が出来る知識と経験伴わなければならない。そのことは介護職に質の向上にも繋がる。そして介護職も多職種と協働で意思決定や判断に参加すること、合意のもとにケアを行なうことは、今後の終末期ケア方向でもある。

6 特養において看取りの成立要件

柳原²⁷⁾ は特養の介護職の意識の調査で、終末期ケアの続行に80%が肯定的意見であり、一方病院への転送が当然という考え方が15%であると報告している。そして特養での看取りの成立条件については福間²⁸⁾ や柳原²⁹⁾ の報告があり、また杉本³⁰⁾ の報告では、①施設内で看取る基本方針がある。②その説明を家族に行なっている。③原則的に希望を受け入れている。④職員の終末期ケアのあり方に対する共通理解が高い。⑤医療処置の実施率が高い。⑥隣接に病院がある。⑦必要時に内科医の訪問が受けられる。⑧緊急時には嘱託医と連絡をとっているである。

B施設は重篤な状態や急変時は病院へ搬送している。看取り成立要件からみると①の看取り指針はあるが、②の家族には医療看護体制を説明し最終段階で医療が必要な場合は病院に行くことを説明し同意を得ている。④の学習会やカンファレンスが少ないため共通理解は少ない。特に医師と介護職との情報交換は少ない。⑤の点滴、酸素吸入等の医療処置は必要に応じて行なっている。⑥病院は隣接には存在するが⑦の内科医の訪問については十分とはいえない。⑧緊急時には嘱託医と連絡をとっている。看取りの成立条件とし十分でなく特に医師や看護職等の医療体制がとれていない。

一方A施設は①～⑧の要件を満たしている。特養内死亡を可能にしているのは、①看取りを行なっていくという施設長の決意があり、介護と看護に精通したリーダーがリーダーシップを発揮している。②利用者や家族の希望は入れており、家族や本人には入所時点から看取りについての希望や説明は行っている。本人の意向や意志表示が困難の場合は、家族からの情報や日々の生活の中から、意志や希望を聞く努力をしている。③職員の共通理解については、定期的カンファレンスを行い、情報

を共有している。看取り期の判断や介護の方針などは合意のもとに行なっている。介護職、看護師や他の専門職がそれぞれの立場から意見を出し合い、それが効果的に機能し、本人家族を含めた多職種合意のもとにケアがされている。そしてまたケアを行なうにあたり知識と技術の教育がされていることである。

ま と め

今回は看取りを行っている施設と行っていない施設の介護の実態、介護者の認識、看取りの成立要件について検討した。本研究の限界は対象が2施設で少数であるが、導き出された結論は1~6である。

- 1 看取りの満足度は最期を看取った施設の介護職の方が高い。
- 2 終末期介護の困難について、看取りを行なっている施設の介護職は利用者の意思確認困難をあげ、行っていない介護職はマンパワー不足や設備や体制不備をあげている。
- 3 終末期介護で重要なケアは心理的ケアである。
- 4 介護者は入所者に対し2.5人稱の距離感で特別な感情があり、最期の看取りを行ないたいと思っている。
- 5 介護職も死後の処置やエンゼルケアを行っていくことが好ましい。
- 6 終末期ケアはチーム協働で行われる。介護職も終末期の判断やケアの方針決定に参加して本人家族を含めた合意のもとにケアがされていくことがよい。

病院での死から、住み慣れた施設や在宅で死ぬことが当たり前になる時代が、やがて来るであろう。介護施設で看取りを行うためには、まず施設リーダーの決意が必要であり、そして設備、体制、教育面を整えることが課題である。

利用者の長い人生の終焉を支えられる責任と誇りをもてる質の高い看取りの介護が今後は期待される。

[投稿 23年7月28日、受理 24年2月29日]

【注】

注1 センター方式

正式は「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」である。利用者本位の良質な認知症（痴呆）ケアを全国に普及・推進することを目的に厚生労働省が2000年に設置した全国3箇所の「認知症介護研究・研修センター」（東京・大府・仙台）が中心となり、認知

症ケアの研究者とケア現場の最前線で活躍している方々とが共同しながら研究開発を行った。ケア関係者が「共通の5つの視点」をもちながら「協働でケアをしていく過程をマネジメントしていく一連の方法」をさす。ケアマネジメントの一環として、関係者が協働してアセスメントを行いケアプランを導くために使用するシートを、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（略称センター方式シート）」と呼んでいる。

注2 パーソン・センタード・ケア

1990年代前半にイギリスの臨床心理士の故トム・キッドウッドが提唱した、認知症であってもその人の個性や人生を重んじ、尊厳を尊重するケアの理念である。認知症をもつ人の心理的ニーズとして特に重要とされるのが、一人の人として無条件に尊重されることを中心として、共にあること、くつろぎ、自分らしさ、結びつき、たずさわりなどである。

【引用文献】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 <http://www.jpssgo.jp> 2012年2月14日
- 2) 厚生労働省人口動態統計年報主要統計表 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii07/deth5.html> 2011年1月5日
- 3) 財田真生：子死を委ねられたことに誇りをもって、おはよう 21. 2010. 9. p24~25
- 4) 萱津公子：依田窪特別養護老人ホームともしびにおける看取り介護の実践。地域ケアリング 2008 vol. 10 no. 3. p34~39
- 5) 飯村史恵：特別養護老人ホームにおける「看取り介護」の課題。月刊福祉 2007. 1 p42~45
- 6) 民安和宏：特養での看取りを考える。介護人材 Q & A 2005. 10. vol. 2 no12 p33~36
- 7) 深澤圭子、高岡哲子：福祉施設における終末期高齢者の看取りに関する職員の思い。北海道文教大学研究紀要 2011. 第35号 p49~56
- 8) 谷郁夫：尊厳ある看取りのあり方医師からみた生活施設のターミナルケア。月刊総合ケア 2005.vol1 15 no10 p29~31
- 9) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 2007年5月厚生労働省
- 10) 日本老年医学会「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012
- 11) 山野剛ら：「寄り添う介護の延長」でターミナルケ

- アを実践介護人材 Q & A 2006.11 vol 3 no25 p7～18
- 12) 背山静子：施設での看取りで必要なこと. 月刊福祉 2007.1p46～48
 - 13) 馬場先淳子：安心ある看取りを支える認知症ケア. 月刊総合ケア. 2007. vol 17 no 8
 - 14) 宮路敬子ら：高齢者の看取りの現状と介護福祉士の課題—特別養護老人ホームを例にとって—
川崎医療短期大学紀要 2001年 21号 p113～117
 - 15) 平成 18 年度厚生省労働省老人保健事業推進事業特別老人ホームにおける看取り介護ガイドライン特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書 2007 年 3 月
 - 16) 櫻井紀子：高齢者介護福祉施設での看取り死の質を求めた看取りケア. 病院 69 巻 7 号 2010 年 7 月
 - 17) 鳥海房江：特別養護老人ホームにおけるターミナルケア実践. 月刊福祉 2008. p34～37
 - 18) 鳥海房江：前掲 17)
 - 19) 大田仁史：終末期介護への提言「死の姿」から学ぶケア中央法規 2010 年
 - 20) 深澤圭子高岡哲子ら前掲 7)
 - 21) 小山千加代. 水野敏子：特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討. 老年看護学 2010 vol 14 no 1 p59～64
 - 22) Lynn. JAdamson. DMLiving Wellatthe End of Life. WP-137. rand Corporation 2003
 - 23) 鳥海房江：前掲 17)
 - 24) 山野剛ら：前掲 11)
 - 25) 福間誠之：特別養護老人ホームにおける看取り介護. 日本医事新報 2006. no 4313. p65～69
 - 26) シルバー総合研究所：看取りケアと重度化対応ケアマニュアル日総研 2007 年 p154
 - 27) 柳原清. 柄澤清美：介護老人福祉施設のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因分析. 新潟青陵大学紀要 2003 年 3 月 第 3 号
 - 28) 福間誠之：前掲 25)
 - 29) 柳原清. 柄澤清美：前掲 27)
 - 30) 杉本浩章：特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題. 社会福祉学 2006 年 第 46 巻 第 3 号 p63～74