

200619050A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の望ましい終末期ケア実現のための条件整備に関する研究

－ 介護保険施設における終末期ケアの検討を中心に －

平成 18 年度（第 2 年度） 総括・分担研究報告書

主任研究者 梶井英治

平成 19(2007)年 3 月

# 目次

## I. 総括研究報告書

高齢者の望ましい終末期ケア実現のための条件整備に関する研究  
－ 介護保険施設における終末期ケアの検討を中心に －

梶井英治（自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 教授）・・・・・・・・・・ 1

## II. 分担研究報告書

1. 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 教授 梶井英治・・・・・・・・・・	5
I. 介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアル・終末期の希望確認用紙の作成状況 ・職員研修の現状	
II. 介護保険施設における終末期ケア：介護老人福祉施設入居者家族の終末期に関する希望	
2. 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授 田宮菜奈子・・・・・・・・・・	97
I. 介護老人福祉施設での利用者の実態一個票データによる利用者特性の検討	
1) 病院（入院先）死亡者と比較した施設内死亡者の特性	
2) 介護老人福祉施設内で経管栄養の処置を受けた者の特性	
3) 介護老人福祉施設の退所者の特性	
II. 家族と施設ケア状況の関連一個票データ（H12）を中心に	
1) 入所前家族構成の単純集計、都道府県分布	
2) 入院率と家族 3) 在所期間と家族	
III. 看取りの場としての介護老人福祉施設－施設データによる施設特性の検討	
1) 提供ケアの質の検討 2) 費用 3) 個室整備の現状	
IV 介護保険制度の検討として一施設における要介護認定の状況	
3. 国立国際医療センター 緩和ケア科長 医長 有賀悦子・・・・・・・・・・	199
質の高い看取りにつながる一般医療のあり方の研究－	
1－高齢者の終末期における意思決定プロセスとその支援者の一般治療の中でのあり方	
2－急性期総合病院における医師と院内緩和ケアチームの継続的連携に関連する要因	
4. 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授 大久保一郎・・・・・・・・・・	221
介護保険施設死亡退所者の終末期の医療・介護費用の検討	
5. 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師 柏木聖代・・・・・・・・・・	231
介護保険施設における職員配置状況と関連要因	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・	245
IV. 研究組織・・・・・・・・・・	247

# I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
総括研究報告書

高齢者の望ましい終末期ケア実現のための条件整備に関する研究  
－ 介護保険施設における終末期ケアの検討を中心に －

主任研究者 梶井 英治 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 教授

研究要旨

＜目的＞①介護老人福祉施設内死亡と関連する要因・職員配置の現状②看取り看護加算導入以降の施設内終末期ケアにかかる費用③終末期ケアマニュアル・終末期の希望確認用紙の作成状況・職員の研修状況④急性期病院における判断能力の困難な高齢者が事前意思決定に至ったプロセスの共通因子・急性期病院の医師と院内緩和ケアチームの継続的連携に関連する要因、を明らかにすることを目的とした。

＜方法＞①厚生労働省が行った「介護サービス施設・事業所調査」の平成 12～15 年の個票・施設票データにより、施設内死亡と関連する要因・入居者退所者の家族状況・施設ケアと費用・要介護認定の状況・職員配置の現状について単純集計・単変量解析・多変量解析により検討を行った。②介護老人福祉施設でのフィールド調査を行った。③全国の介護老人福祉施設を対象の郵送自記式調査と 1 施設でのフィールド調査を行った。④ 3 症例のプロセスコードの作成と急性期病院医師に対する自記式調査を行った。

＜結果＞①介護老人福祉施設では高齢、重度認知機能障害、平均要介護度が全国の上位 25%以上の施設であること、地域特性として地域規模が市でないことが、施設内死亡と関連した。また、施設内死亡と負に関連した特性は、主または副病名が、呼吸器疾患、泌尿生殖器疾患と、北海道に施設があることであった。ケアの提供・設備・費用・設立主体・設立年次などは施設間・地域差が大きく、家族や性差などが施設入居や入院、入居期間に影響していることが示唆された。また、介護老人福祉施設の 7 割、介護老人保健施設の 9 割が看護師を配置しており、看護師の配置は「看護職 1 人あたりの利用者数が少ない」等と関連していた。②死亡直前の介護サービス費用は、看取り看護加算に伴い増額していた。③全国の介護老人福祉施設 915 施設（回答率 63.7%）のうち、54.2%の施設が終末期ケアマニュアル、58.3%の施設が終末期の希望確認用紙があり、70.1%の施設が職員向けの終末期ケアの研修会を本年度実施または実施予定であるとした。終末期の希望を確認する用紙を家族に一斉配布した 1 施設では、半数の家族が何らかの希望を明らかにし、うち約 5 割の家族が施設での看取りを希望した。しかし、施設での看取りを希望した家族のうち、家族からみて本人にとって施設の看取りが望ましいと回答したものは 4 分の 1 にとどまった。また、4 分の 1 は入院が必要であれば入院を希望することを同時に表明していた。④良好な家族関係、患者の事前意思の伝達、症状緩和が判断能力に困難のある高齢者で意思決定に至った共通因子であった。急性期病院の約 8 割の医師が継続的に院内緩和ケアチームとの連携を希望し、継続的に連携している医師はより「WHO 除痛ラダーを聞いたことがある」と回答していた。

＜考察＞ 介護老人福祉施設等の施設内死亡は、年齢や疾患などの個人の特性のみならず、施設の状況、地域の特性と関連した。また、介護老人福祉施設では、約 6 割の施設で終末期の希望を確認する用紙が使用されていたが、フィールド調査では終末期の希望が状況によって変化する等の問題点が明らかになった。

## A. 研究目的

①介護老人福祉施設内死亡と関連する要因・職員配置の現状②施設内終末期ケアにかかる費用③終末期ケアマニュアル・終末期の希望確認用紙の作成状況・職員の研修状況④急性期病院における判断能力の困難な高齢者が事前意思決定に至ったプロセスの共通因子・急性期病院の医師と院内緩和ケアチームの継続的連携に関連する要因、を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

①厚生労働省が行った「介護サービス施設・事業所調査」の平成12～15年の個票・施設票データを用いて、施設種別ごとに施設内死亡と関連する要因入居者退所者の家族状況・施設ケアと費用・要介護認定の状況・職員配置の現状を単純集計・単変量解析・多変量解析等により検討した。

②フィールド調査の対象となった1介護老人福祉施設において、看取り看護加算導入後に施設内で死亡した3人の終末期にかかる費用を検討した。

③2006年10月・2007年3～4月に、全国の介護老人福祉施設1437施設(都道府県別25%系統抽出)に対し、終末期ケアマニュアルと終末期の希望確認用紙の作成状況、終末期ケアの研修状況について郵送自記式調査を行った。同時に、終末期ケアマニュアルと終末期の希望確認用紙のコピーの返送を依頼した。さらに、終末期の希望を確認する用紙の運用状況を明らかにするために、積極的に終末期ケアを提供している介護老人福祉施設で、家族会にあわせて配布され、収集された文書による入居者家族の終末期希望についてのデータを用いて検討を行った。

④急性期病院において院内緩和ケアチームが関わった判断能力に困難がある高齢者で事前意思決定に至った3症例のプロセスレコードを作製し、その共通因子を検討した。一般医師を対象に339人を対象に自記式調査を行った。

## C. 結果

①個票・施設票のデータの検討において、介護老人福祉施設では高齢、重度認知機能障害、平均要介護度が全国の上位25%以上の施設であること、地域特性として地域規模が市でないことが、施設内死亡と関連した。また、施設内死亡と負に関連した特性は、主または副病名が、呼吸器疾患、泌尿生殖器疾患と、北海道に施設があることであった。さらに、ケアの提供・設備・費用・設立主体・設立年次などは施設間・地域差が大きく、家族や性差

などが施設入居や入院、入居期間に影響していることが示唆された。また、介護老人福祉施設の7割、介護老人保健施設の9割が看護師を配置しており、看護師の配置は「看護職1人あたりの利用者数が少ない」等と関連していた。

② 対象症例3人の施設内死亡者の死亡前30日間の1日あたりの介護サービス費用は死亡前90日間と比較して若干高めになった。併設診療所から保険請求のあった医療費はいずれも1日あたり5000円未満であった。

③ 全国の介護老人福祉施設を対象とした郵送自記式調査で回答をよせた915施設(回答率63.7%)のうち、496(54.2%)施設が終末期ケアマニュアル、533(58.3%)施設が終末期の希望確認用紙があると回答した。看取り看護加算を申請したのは409施設(44.7%)であった。641施設(70.1%)施設が、職員向けの終末期ケアの研修会を本年度実施または実施予定であるとした。複数の選択肢から終末期の希望を選ぶ用紙を家族に一斉配布した1施設では、半数の家族が何らかの希望を明らかにし、うち約5割の家族が施設での看取りを希望した。しかし、施設での看取りを希望した家族のうち、家族からみて本人にとって施設の看取りが望ましいと回答したものは4分の1にとどまった。また、施設での看取りを希望した家族のうち4分の1は入院が必要であれば入院を希望することを同時に表明していた。

④ 良好な家族関係、患者の事前意思の伝達、症状緩和が判断能力に困難のある高齢者で意思決定に至った共通因子であった。急性期病院の調査に協力した155人の医師のうち約8割の医師が継続的に院内緩和ケアチームとの連携を希望し、継続的に連携している医師はより「WHO除痛ラダーを聞いたことがある」と回答していた。

#### D. 考察

介護老人福祉施設では高齢、高齢、重度認知機能障害、平均要介護度が全国の上位25%以上の施設であること、地域特性として、地域規模が市でないことが、施設内死亡と関連した。また、施設内死亡と負に関連し特性は、主または副病名が、呼吸器疾患、泌尿生殖器疾患と、北海道に施設があることであった。

②全国の介護老人福祉施設の半数で終末期マニュアルの作成が行われており、約6割の施設で終末期の希望を確認する用紙が使用されていることが明らかになった。また、終末期ケアのための職員向け研修会は約7割の施設で実施されており、施設外研修会への参加が最も多く行われている研修形式であった。フィールド調査の結果から、家族の希望が必ずしも家族の予想する本人の希望と一致するものではないこと、さらに、多くの入居者家族が終末期の方針の選択で迷っている状況にあると考えられた。このため、終末期の希望聴

取方法については、その問題点について十分な職員教育が必要と考えられた。

③介護老人福祉施設内死亡者の死亡直前の介護サービス費用は、看取り看護加算に伴い増額していた。対象症例のいずれもが死亡直前に入院歴もしくは頻回の施設外医療機関受診歴があった。

④良好な家族関係、患者の事前意思の伝達、症状緩和が判断能力に困難のある高齢者で意思決定に至った共通因子であった。急性期病院の約 8 割の医師が継続的に院内緩和ケアチームとの連携を希望し、継続的に連携している医師はより「WHO 除痛ラダーを聞いたことがある」と回答していた。

## E. 結論

介護老人福祉施設等の施設内死亡は、年齢や疾患などの個人の特性のみならず、施設の状況、地域の特性と関連した。また、介護老人福祉施設では、約 6 割の施設で終末期の希望を確認する用紙が使用されていたが、フィールド調査では家族の終末期の希望が状況によって変化する等の問題点が明らかになった。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

竹迫弥生, 梶井英治. 介護保険施設における終末期ケア: 介護老人福祉施設入居者家族の終末期に関する希望 プライマリ・ケア学会雑誌(in Press)

- 2. 学会発表 第 12 回 日本緩和医療学会総会(岡山)
- 第 30 回 日本プライマリ・ケア学会総会(宮崎)
- 第 66 回 日本公衆衛生学会総会(松山) 発表予定

## H. 知的財産の出願・登録状況

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

## Ⅱ. 分担研究報告書



I. 介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアル・終末期の希望確認用紙の作成状況・

職員研修の現状

II. 介護保険施設における終末期ケア：介護老人福祉施設入居者家族の終末期に関する希望

主任研究者 梶井英治 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 教授  
研究協力者 竹迫弥生 筑波大学 大学院 人間総合科学研究科 研究員  
自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 客員研究員

研究要旨

I. 介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアル・終末期の希望確認用紙の作成状況・職員研修の現状

＜目的＞介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアルと終末期の希望確認用紙の作成状況、終末期ケアの職員研修の現状を明らかにする。

＜方法＞2006年10月・2007年3～4月に、全国の介護老人福祉施設1437施設(都道府県別25%系統抽出)に対し郵送自記式調査を行った。

＜結果＞回答をよせた915施設(回答率63.7%)のうち、496(54.2%)施設が終末期ケアマニュアル、533(58.3%)施設が終末期の希望確認用紙があると回答した。看取り看護加算を申請したのは409施設(44.7%)であった。641施設(70.1%)施設が、職員向けの終末期ケアの研修会を本年度実施または実施予定であるとした。

＜結論＞調査協力施設の半数で終末期ケアマニュアルなどの整備が行われていた。各施設からよせられた終末期ケアマニュアル、終末期の希望確認用紙のコピーを冊子とし、希望のあった774施設へ配付した。

II. 介護老人福祉施設入居者家族の終末期に関する希望

＜目的＞介護老人福祉施設における終末期の希望確認用紙の実際の運用状況とその問題点を明らかにする。

＜方法＞横断研究。2006年3月、都内1介護老人福祉施設（診療所併設）が入居者家族107人に対し、終末期に関する希望を選択する用紙を一斉配布した。この回答データを用いて、終末期の場所の希望や入院医療希望の有無とその背景について検討を行った。

＜結果＞回答をよせた60人の家族うち32人が施設での看取りを希望した。このうち「入居者本人にとって施設で終末期を過ごすのがよい」と回答した家族は8人とどまった。また、施設での看取りを希望した家族のうち9人が、現在は必要なら入院を希望するが最期は施設での看取りを希望すると回答した。

＜結論＞入居者家族の終末期の希望聴取では、家族が入居者本人にとって最善の選択として施設の看取りを希望しているとは限らないことや、状況により希望が変化することに配慮が必要である。

## I. 介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアル・終末期の希望確認用紙の使用状況と職員研修の現状 (郵送自記式調査)

### A. 研究目的

介護保険導入後、施設で生活する高齢者の数は年々増加し、2005年現在、76万人に上る。そのうち、37万人は介護老人福祉施設入居者である[1]。介護老人福祉施設の入居者の7割は80歳以上であり、9割が認知症を抱えている[2]。このため、介護老人福祉施設における終末期ケアの提供は重要な課題といえる。

2006年4月に導入された介護老人福祉施設における「看取り看護加算」では、「入所者またはその家族等の同意を得ていること」、が加算の給付の要件に含まれた[3]。また、看取り看護加算の前提となる「重度化対応加算」では、「看取りに関する職員研修を行っていること」が要件となった[3]。そこで、本研究では、介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアルと終末期の希望確認用紙の作成状況、および終末期ケアのための職員向け研修会実施の現状を明らかにするために、全国の介護老人福祉施設を対象に横断調査を行った。さらに、施設間における終末期ケアマニュアルと終末期の希望確認用紙についての情報交換をはかることを目的とした。

### B. 研究方法

#### 1. 対象施設の設定

Welfare And Medical Service NET work Systemのホームページ[4]で、全国の介護老人福祉施設の住所一覧を入手した。この5829施設の名簿から都道府県ごとに25%系統抽出した1438施設を対象とした。2006年10月に東京都内93施設(パイロット調査)、2007年3月～4月にかけて、施設内で使用されている終末期ケアマニュアル、および終末期希望確認用紙のコピーの返送と自記式調査用紙の記入を依頼した。調査依頼時に、調査協力の有無を回答するはがきを同封し、はがきの返送のなかった施設に対し、2週間ごと2回の督促を行った。

#### 2. 自記式調査用紙内容の質問項目

自記式調査用紙では、施設定員数、回答者性別、年齢、職種、終末期ケアマニュアルの有無と今後の作成予定の有無、終末期の希望確認用紙の有無と今後の作成予定、看取り看護加算の申請の有無、終末期ケアのための職員向け研修会の本年度実施又は実施予定状況、研修の内容とした。

#### 3. 解析

各項目の単純集計を行った。

#### 4. 倫理

自記式調査用紙の返送をもって調査に協力することを同意とした。この調査は自治医科大学疫学研究倫理審査委員会の承認の上で行った。

### C. 結果

#### 1. 回収状況

対象施設1438施設のうち、1施設はあて先不明で返送された。自記式調査用紙の返却のあったのは917施設で、うち2施設は白紙であったため、有効回答施設は915施設(回答率63.7%)であった。回答者の属性および回答施設の定員、都道府県を表1に示した。回答者の約5割が女性で、年齢層は50代が3

割と最も多く、職種では相談員、看護職、施設長の順に回答者が多かった。回答施設の半数が 51-100 人の定員の施設であった。

表1. 回答者属性と施設の定員数・所在地 (n=915)						
		n (%)				
総数		915				
回答者性別	女性	463	(50.6)			
	男性	437	(47.8)			
	未回答	15	(1.6)			
年齢	39歳以下	265	(29.0)			
	40-49歳	247	(27.0)			
	50-59歳	287	(31.4)			
	60-69歳	72	(7.9)			
	70-79歳	7	(0.8)			
	未回答	37	(4.0)			
職種 (複数回答)	相談員	282	(30.8)			
	看護職	233	(25.5)			
	施設長	183	(20.0)			
	介護職	39	(4.3)			
	その他*	179	(19.6)			
	未回答	20	(2.2)			
施設						
定員数	50人以下	349	(38.1)			
	51-100人	483	(52.8)			
	101-200人	64	(7.0)			
	201人以上	6	(0.7)			
	未回答	13	(1.4)			
所在地						
		n (%)		n (%)		
所在地	北海道	47	(5.1)	三重県	17	(1.9)
	青森県	15	(1.6)	滋賀県	9	(1.0)
	岩手県	17	(1.9)	京都府	27	(3.0)
	宮城県	14	(1.5)	大阪府	53	(5.8)
	秋田県	16	(1.7)	兵庫県	41	(4.5)
	山形県	14	(1.5)	奈良県	7	(0.8)
	福島県	15	(1.6)	和歌山県	12	(1.3)
	茨城県	25	(2.7)	鳥取県	7	(0.8)
	栃木県	16	(1.7)	島根県	9	(1.0)
	群馬県	18	(2.0)	岡山県	20	(2.2)
	埼玉県	26	(2.8)	広島県	25	(2.7)
	千葉県	29	(3.2)	山口県	14	(1.5)
	東京都	61	(6.7)	徳島県	9	(1.0)
	神奈川県	34	(3.7)	香川県	10	(1.1)
	新潟県	27	(3.0)	愛媛県	16	(1.7)
	富山県	12	(1.3)	高知県	4	(0.4)
	石川県	10	(1.1)	福岡県	31	(3.4)
	福井県	7	(0.8)	佐賀県	10	(1.1)
	山梨県	7	(0.8)	長崎県	15	(1.6)
	長野県	23	(2.5)	熊本県	19	(2.1)
	岐阜県	16	(1.7)	大分県	13	(1.4)
	静岡県	27	(3.0)	宮崎県	8	(0.9)
	愛知県	37	(4.0)	鹿児島県	18	(2.0)
				沖縄県	8	(0.9)

\*: 介護支援専門員 8人、副施設長8人、事務長5人、栄養士・課長・看護と介護の総括部長・施設部長・助産師各1人

## 2. 終末期ケアマニュアルと終末期の希望を確認する用紙の作成状況

終末期ケアマニュアルと終末期の希望を確認する用紙の有無、今後の作成予定についての回答内容を表2に示した。調査対象施設のうち、終末期ケアマニュアルがあると回答したのは496施設(54.2%)であった。終末期ケアマニュアルがないと回答した414施設(45.2%)のうち、228施設が今後作成予定であると回答した。今後も作成予定がないと回答した施設は作成しない理由として、「マニュアル通りにはいかないため、その度々に、カンファレンスを聞き情報共有する。」、「終末期ケアを行う予定がない。」、「医師・看護師の体制が確保できないため。」、「関連病院が近くにあり、終末期は搬送」、「どの様に作成したらよいかわからない。」等と記載していた。

終末期の希望確認用紙がある、と回答した施設は533施設(58.3%)であった。終末期の希望を確認する用紙がないと回答した380施設(41.5%)のうち、198施設は今後作成予定であると回答した。今後も作成する予定がないと回答した施設は作成しない理由を「作成時と実際、その時点では思いも変化する為、医師の面談後、家族と話し合い、対応を確認している」や、「看取り体制ができていないため」等と記載していた。終末期の希望確認用紙を使用している施設における実際の使用時期としては、終末期346施設(64.9%)、入所時222施設(41.7%)、カンファレンス時76施設(14.3%)であった。また、希望を尋ねる対象者としては、本人と家族兼用と回答した施設が最も多く315施設(59.1%)、次いで家族205施設(38.5%)であった。看取り看護加算の申請をした、と回答したのは409施設(44.7%)であった。

		n	(%)
終末期ケアマニュアル	総数	915	
	あり	496	(54.2)
	なし	414	(45.2)
	未回答	5	(0.5)
	今後の作成予定		
	あり	228	(24.9)
	なし	145	(15.8)
	未回答	41	(4.5)
終末期の希望確認の用紙	総数	915	
	あり	533	(58.3)
	なし	380	(41.5)
	未回答	2	(0.2)
	今後の作成予定		
	あり	198	(21.6)
	なし	122	(13.3)
	未回答	60	(6.6)
使用方法	総数	533	
	使用時期		
	(複数回答) 終末期	346	(64.9)
	入所時	222	(41.7)
	カンファレンス時	76	(14.3)
	その他*	53	(9.9)
対象者	(複数回答) 本人と家族兼用	315	(59.1)
	家族	205	(38.5)
	本人	31	(5.8)
	本人と家族別	7	(1.3)
	その他†	6	(1.1)
看取り看護加算申請	総数	915	
	あり	409	(44.7)
	なし	487	(53.2)
	未回答	19	(2.1)

\*: 状態変化時7施設、随時6施設、病状悪化時3施設、医師の説明時2施設等

†: 身元引受人2施設、医師1施設等

### 3. 終末期ケアのための職員向け研修会 本年度実施又は実施予定状況

終末期ケアのための職員向け研修会の本年度実施又は実施予定状況についての回答を表3に示した。調査対象施設のうち、本年度実施または実施予定であると回答したのは641施設(70.1%)であった。研修の項目としては、施設外研修会の参加が421施設(46.0%)、終末期ケアカンファレンスが323施設(35.3%)、講演会が161施設(17.6%)、死亡後のカンファレンスが126施設(13.8%)、遺族訪問15施設(1.6%)や遺族会の開催9施設(1.0%)であった。その他を選択した回答者の自由記載内容で、「施設内の勉強会・会議・研修会」に該当する施設が140施設(15.3%)であった。

表3. 終末期ケアのための職員向け研修会の本年度実施又は実施予定状況と研修項目(n=915)

		n	(%)
本年度中の研修会の実施 又は実施予定	あり	641	(70.1)
	なし	270	(29.5)
	未回答	4	(0.4)
研修項目 (複数回答)	施設外研修会の参加	421	(46.0)
	終末期ケアカンファレンス	323	(35.3)
	講演会	161	(17.6)
	死亡後のカンファレンス	126	(13.8)
	遺族訪問	15	(1.6)
	遺族会の開催	9	(1.0)
	その他*	170	(18.6)

\*その他の欄の自由記載内容：施設内の勉強会・研修会・会議に該当する140施設

#### D. 考察

全国の介護老人福祉施設を対象として行った郵送自記式調査で、回答施設の半数で終末期マニュアルの作成が行われており、約6割の施設で終末期の希望を確認する用紙が使用されていることが明らかになった。また、終末期ケアのための職員向け研修会は約7割の施設で実施されており、施設外研修会への参加が最も多く行われている研修形式であった。

終末期ケアマニュアルの作成状況については、2003年の介護老人福祉施設調査では11%であった[5]。本研究結果では回答施設の54.2%に上った。実際のマニュアルのコピーを返送した施設は355施設(うち2件は自記式調査用紙の回答なし)であり、少なくとも回答施設の約4割の施設でマニュアルが作成されていることが確認できた。このため、2006年4月に導入された「看取り看護加算」の算定が終末期ケアマニュアル作成の促進要因となったことが推測された。

終末期の希望確認の用紙の使用については、2003年の調査で入所時に文書で行っている施設が、全体の13%であったとの報告があるが[6]、入居時以外の時期を含めた報告はない。米国では、1990年に患者の自己決定に関する法律(Patient Self Determinant Act: PSDA)が制定された。この法律に基づき、ナーシングホームが、施設入居時に入居者に対し、事前指示書の作成による終末期の希望表明が可能であることを伝えなければならない、とされた(42C.F.R. § 489.102, 2004)。この法律の導入後、ナーシングホーム入居者の事前指示書の提示率が有意に上昇したと報告されている[7, 8]。今後、終末期の希望表明者が施設内で実際にどのくらいいるのか等の検討が必要である。

終末期ケアに関する職員研修については、2002年の全国介護老人福祉施設に対する郵送自記調査の結果、施設内の研修に参加したことがあると回答した看護職員、介護職員はそれぞれ約2割であり、施設

外の研修参加は、看護職員で約3割、介護職員では約1割と報告されている[9]。従って、回答施設の7割が本年度の実施又は実施予定であると回答した本研究結果は非常に高い数字といえる。

本研究の限界としては、郵送法による調査であるため、これらのマニュアルや用紙の実際の使用方法ならびに、用紙によって希望を表明した入居者やその家族の終末期の状況は不明である。今後、これらの用紙の具体的な使用方法と、その運用上の問題点について検討が必要と考えられる。また、本調査は郵送自記式調査であり、Social desirability biasの影響が推測される。しかし、終末期ケアマニュアルや希望確認用紙については、実際に使用している資料のコピーの返送を依頼することで、このバイアスによる影響を最小限に抑え、郵送自記式調査としては信頼性の高いデータと考えられる。

尚、本研究の東京都内の施設を対象としたパイロット調査で集められた終末期ケアマニュアル及び、終末期の希望を確認する用紙のコピーは冊子とし、参考資料として希望のあった全国774施設に配布した。今後、この資料により、施設間における終末期ケアマニュアルと終末期の希望確認用紙についての情報交換が進むことが期待される。

## E. 結論

全国の介護老人福祉施設を対象として行った郵送自記式調査で、回答施設の半数で終末期マニュアルの作成が、また約6割の施設で終末期の希望を確認する用紙の使用が明らかになった。また、終末期ケアのための職員向け研修会は約7割の施設で実施されており、施設外研修会への参加が最も多く行われている研修形式であった。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

1. 論文発表 投稿準備中
2. 学会発表 なし

## H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## 参考文献

- [1] 厚生労働省ホームページ, 平成17年介護サービス施設・事業所調査結果の概況(online).  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service05/index.html> [アクセス日 2007年2月24日]
- [2] 厚生労働省大臣官房統計情報部:平成15年, 介護サービス施設・事業所調査, 厚生労働省大臣官房統計情報部編財団法人厚生統計協会, 東京, 2007: 321
- [3] 厚生労働省ホームページ 社会保障審議会 介護給付費分科会 No. 39 資料  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0126-9b.pdf>. [アクセス日 2006年12月8日]
- [4] Welfare And Medical Service NET work Systemのホームページ  
<http://www.wam.go.jp/ca00/ca00b10.html> [アクセス日 2007年9月11日]
- [5] 特定非営利活動法人 日本介護支援協会 平成16年度 日本自転車振興会補助事業報告書 高齢者介護におけるターミナルケア調査研究事業報告書 東京, 2005:47, 52, 57, 64, 195.

- [6] 宮田裕章 , 白石弘巳 , 甲斐一郎. 特別養護老人ホームにおける痴呆高齢者の意思決定と医療の現状. 日本老年医学会雑誌 2004;41:528-533.
- [7] Bradley EH, Wetle T, Horwitz SM. The patient self-determination act and advance directive completion in nursing homes. Arch Fam Med 1998;7:417-23.
- [8] Castle NG, Mor V. Advance care planning in nursing homes: pre- and post-Patient Self-Determination Act. Health Serv Res 1998;33:101-24.
- [9] 医療経済研究機構 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 東京, 2003:152, 154.

## II. 介護保険施設における終末期ケア:介護老人福祉施設入居者家族の終末期に関する希望

### A. 研究目的

介護保険導入後、施設で生活する高齢者の数は年々増加し、2005年現在、76万人に上る。そのうち、37万人は介護老人福祉施設入居者である[1]。介護老人福祉施設の入居者の7割は80歳以上であり、9割が認知症を抱えている[2]。このため、介護老人福祉施設が入居者本人と家族の終末期の希望を尊重する方法を模索し、希望にそった終末期ケアを提供していくことは重要な課題といえる。

我々は先行研究において、家族の終末期の希望が介護老人福祉施設入居者の死亡場所に大きく影響していることを報告した[3]。また、2006年4月に導入された介護老人福祉施設における「看取り看護加算」では、「入所者またはその家族等の同意を得ていること」が加算の給付の要件に含まれた[4]。さらに、入居者本人やその家族の自律性の尊重の観点からも、終末期についての希望を聴取することは介護老人福祉施設の終末期ケアに大切な要素である。さらに、「I. 介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアル・終末期の希望確認用紙の作成状況・職員研修の現状」で明らかになった通り、全国の介護老人福祉施設のうち約6割の施設で終末期の希望を確認する用紙が使用されていることが明らかとなった。しかし、介護老人福祉施設における入居者家族の終末期の希望の現状やその問題点を検討した報告は我々が検索した限りなかった。

そこで本研究では、1介護老人福祉施設のデータを用いて、終末期の希望を複数の選択肢から選ぶ文書の一斉配布により取得された入居者家族の希望の状況と、その問題点を明らかにすることを目的とした。

### B. 研究方法

#### 1. 対象施設と対象者

対象施設は、東京都内にある社会福祉法人格の定員110人の終末期ケアを積極的に行ってきた介護老人福祉施設で、診療所が併設されていた。入居者の中で、常時インシュリン注射の必要な入居者が3人、経管栄養の入居者が6人いたが、24時間点滴や在宅酸素療法等の必要な入居者はいなかった。対象施設の医療体制は常勤医1人と非常勤医師3人であった。夜間、看護師は自宅待機であり、夜勤には含まれていなかった。看護師不在時に、医療職員の指示のもとで介護職員が酸素投与の開始や口腔内のみの吸引処置、内服薬や座薬の投与をしていた。しかし、介護職員による気道内の吸引や経管栄養の開始、インシュリン注射等は行われていなかった。

対象施設では、2006年3月19日の家族会で、入居者家族に対し看取り看護が施設の役割として認められたことの説明を行った。その上で、終末期の希望を確認する用紙の一斉配布を行い、その提出を求めた。家族会に参加しなかった入居者家族に対しては、同資料を2006年5月に、郵送で配付した。

2006年3月19日現在、施設入居中であった110人のうち、家族・後見人のいなかった1人を除く入居者は109人であった。家族会に参加したものは32人、郵送による調査対象者は77人であった。そのうち、2人は家族会の開催時に入院中であり、そのまま入院先で死亡したため除外し、最終対象者は107人とした。著者は、2006年8月末日までに回収されたデータの提供を受けた。

#### 2. 終末期の希望聴取に用いられた用紙と資料

家族会および郵送で配布された用紙と資料は、看取りに関する指針である「ターミナルケア」と、緊急時および終末期の状況時の希望聴取の必要性を説明した「(施設名)で充実した生活を送っていただくための準備として」、複数の選択肢から終末期の希望を選ぶ様式の「治療方針確認シート」(Appendix. 1)、「終末期ケアに関する自記式調査用紙」であった。これら4つの資料および用紙のうち、「治療方針確認



シート」は同法人内の他の施設がすでに使用していた用紙が用いられた。その他の資料はこの家族会にあわせて施設で作成された。

「ターミナルケア」と題された施設における終末期ケアの指針では、基本方針として「本人と家族のご意向をうけながら、精神的にも身体的にも苦痛の少ないケアを目指して、ご家族の出来る範囲での支援を得ながら、全職員が協力して、看取るよう努力する」と記載された。終末期に提供する医療は、「呼吸困難時は、必要に応じて看護課の指示のもと、吸引、酸素を施行する。」の記載があった。

「(施設名)で充実した生活を送っていただくための準備として」の資料では、医療処置である「経鼻腔栄養」、「胃瘻」、「静脈栄養」、「人工呼吸器」、「心肺蘇生」と「気管内挿管」の説明が記載されていた。

「終末期ケアに関する自記式調査用紙」は、「認知症のある高齢者ではいつから終末期と考えるのかは難しいとされています。ここでは一応の目安として、亡くなる前の半年程度としてお答え下さい」という記載が冒頭にあった。質問項目を表5に示した。質問は6項目で、「終末期についての本人や家族間での話し合いの有無」や、「本人にとって、また家族にとって望ましい終末期の場所」、「終末期の希望を事前に文書で表明する事に対する意見」等を求めるものであった。

「治療方針確認シート」の質問と回答の選択肢は、表6に示した。質問項目は4項目で、「状態急変時の受診先の希望」、「入院医療が必要になった場合の入院の希望の有無」、「経管栄養を含めた栄養法に対する希望」、および「最期の迎え方」であった。

### 3. 基本属性等のデータの入手方法

日本の介護老人福祉施設入居者およびその家族の終末期の希望と関連する報告は我々の検索した範囲ではなかった。そのため、海外のナーシングホームにおける事前指示書のうち、Do-Not-Resuscitation (蘇生術をしない)および Do-Not-Hospitalization (一般病院へ転院・転床しない) [5, 6] との関連が報告されている項目 [7-22] と、著者の臨床経験より変数を決定した。変数としては、入居者年齢、性別、入居前生活場所、入居期間、婚姻状態、身元引き受け人の家族続柄、要介護度、日常生活動作、認知機能レベル、嚥下状態に対するケアプラン立案の有無、経管栄養利用の有無、1年以内の入院歴の有無、基礎疾患、入居時期が介護保険後か、の14項目とした。

施設の協力を得て、相談課の入居者管理用のデータベースより、入居者年齢、性別、入居前生活場所、入居日、婚姻状態、身元引受人の家族続柄、要介護度についての情報提供を受けた。基礎疾患、日常生活動作としての障害老人の日常生活自立度、認知機能レベルとして認知症老人の日常生活自立度、および経管栄養の使用の有無については、2006年3月19日に最も近い介護保険の医師意見書のデータを用いた。ただし、医師意見書が作成後2年以上経過していた2人については、2006年4月および8月に記入された医師意見書のデータを現場看護師に確認し、3月の状況が4月、または8月に記入された医師の意見書データに該当すると確認されたため、後者のデータを用いた。医師意見書が入居期間中に作成されなかった11人は相談員の記入した入居前調査時のデータを用いた。医師意見書もしくは入居前調査時のデータを用いた者の入居日から調査の行われた家族会までの日数は、中央値164日(範囲39~418日)であった。日常生活動作は障害老人の日常生活自立度のCを寝たきりとし、それ以外の2群とした。認知機能レベルは、認知症老人の日常生活自立度III以上を重度とし、それ以外の2群とした。基礎疾患については、医師の意見書に記入された疾患をICD-10で再分類し、10人以上が該当した認知症、脳血管疾患、高血圧、心疾患、糖尿病、筋骨格系疾患の有無を検討した。嚥下状態に関する情報は、家族会直前のケアカンファレンス記録(103人)、もしくは相談員の記入した入居前調査時データ(2人)を用いた。これらのデータが確認できなかった2人に関しては、2006年8月に、同年3月から8月までの食事摂取状況について現場看護師に聞き取りを行い、通常の自力摂取で問題のなかったことを確認した。嚥下状態に関するデータを入手したケアカンファレンス記録もしくは入居前調査時のデータを用いた入居

者における入居日から家族会までの日数は、中央値は398日(範囲3~785日)であった。1年以内の入院の有無については、入居者の入退院記録を用いた。この時期、本人に対する終末期の希望聴取は行われていなかった。

#### 4. 解析方法

対象施設では、家族の「施設での看取り」の希望が明確でなければ、原則、終末期の入居者を病院搬送していた。このため、対象者である入居者家族107人を、「治療方針確認シート」の「最期の看取り」に関する質問で「園での看取り」のみを選択した群と、「治療方針確認シート」の未提出者を含むその他の群の2群にわけ、「園での看取り」のみを選択した群の特性をそれ以外の群と比較した。単変量解析として、連続変数はいずれも正規性を欠いたためWilcoxon検定を、カテゴリ変数は、 $\chi^2$ 検定、またはFisherの直接確率法を用いた。全ての解析において、両側検定で $p < 0.05$ をもって有意とした。 $\chi^2$ 検定による単変量解析については、unadjusted OR (unadjusted odds ratio)と95% C.I. (95% Confidence Interval)を示した。検定にはSPSS 11.0 for windows (SPSS INC., Chicago, IL)を用いた。本研究は、同意を取得できた人のみを解析した場合、対象者が事前指示書等に理解のある人等に限定されるために介護老人福祉施設の実態とかけ離れた結果がでることが予想された。現場に実証データに即した有用な情報を提供するためには全数データでの解析が必要と考えられたため、文部省/厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(平成17年6月17日一部改正)の「7. 研究対象者からインフォームド・コンセント受ける手続き等 (2) 観察研究を行う場合 (2) 人体から採取された試料を用いない場合 イ. 既存資料等のみを用いる観察研究の場合」に基づき対象者の同意を取得せずに行う研究として、自治医科大学倫理審査委員会での承認を得た[23]。ただし、対象施設名および対象者の匿名化を保持し個人同定が一切不能となるようにした。さらに、対象施設の事務所に研究計画書、現在までの研究成果報告書の配置を依頼し、入居者本人、および家族が閲覧できるように配慮した。

#### C. 結果

対象者107人の入居者家族のうち、90人(84%)が「終末期ケアに関する自記式調査」を、60人(56%)が「治療方針確認シート」を施設に提出した。提出した日付のなかった1人を除く59人の「治療方針確認シート」の配布から記入までの期間の中央値は12日間(範囲0-56日)であった。家族会の当日に提出したものは3人であった。

入居者107人の属性等を表4に示した。85歳以上が6割を占め、女性が8割であった。4年以上の入居者が半分であり、身元引受人としての家族の続柄では息子や娘など実子が6割であった。日常生活動作が寝たきりのものは1割で、重度の認知機能レベルのものが6割であった。嚥下状態に関するケアプラン立案がなされていたものは2割弱であり、基礎疾患としては、認知症が最も多かった。

表4.入居者の属性と最期の迎え方で「園での看取り」のみを選択したものの背景 単変量解析 (n=107)

回答選択肢*	総数 n (%)	「園での看取り」のみ以外						未回答 n (%)	unadjusted OR† (95%CI.) or p
		1 n	1と2 n	2 n	3 n	他 n			
総数	107	32 (30)	5 (5)	8 (7)	7 (7)	4 (4)	51 (48)		
入居者年齢									
65歳未満	6	0	0	0	0	1 (17)	1 (17)	$p=0.017^{\ddagger}$	
65-84歳	40	7 (18)	2 (5)	3 (8)	3 (8)	1 (3)	24 (60)		
85-94歳	47	21 (45)	2 (4)	4 (9)	2 (4)	2 (4)	16 (34)		
95歳以上	14	4 (29)	1 (7)	1 (7)	1 (7)	0	7 (50)		
入居者性別									
女性	85	30 (35)	5 (6)	8 (9)	5 (6)	1 (1)	36 (42)	$p=0.018^{\ddagger}$	
男性	22	2 (9)	0	0	2 (9)	3 (14)	15 (68)	ref.	
入居前生活場所									
自宅	27	8 (30)	1 (4)	3 (11)	1 (4)	1 (4)	13 (48)	1.14 (0.35 - 3.78)	
施設	54	17 (31)	1 (2)	3 (6)	2 (4)	2 (4)	29 (54)	1.25 (0.44 - 3.53)	
病院	26	7 (27)	3 (12)	2 (8)	4 (15)	1 (4)	9 (35)	ref.	
入居期間									
1年未満	13	0	0	3 (23)	1 (8)	0	9 (69)	$p<0.001^{\ddagger}$	
1-3年	44	9 (20)	4 (9)	2 (5)	2 (5)	2 (5)	25 (57)		
4-9年	38	15 (39)	1 (3)	3 (8)	3 (8)	2 (5)	14 (37)		
10年以上	12	8 (67)	0	0	1 (8)	0	3 (25)		
配偶者の有無									
なし	92	29 (32)	5 (5)	8 (9)	4 (4)	3 (3)	43 (47)	$p=0.545^{\S}$	
あり	15	3 (20)	0	0	3 (20)	1 (7)	8 (53)	ref.	
身元引受人の 家族続柄									
配偶者	8	2 (25)	0	0	1 (13)	1 (13)	4 (50)	$p=0.691^{\S}$	
息子	38	15 (39)	3 (8)	2 (5)	3 (8)	1 (3)	14 (37)	ref.	
娘	27	4 (15)	1 (4)	5 (19)	1 (4)	2 (7)	14 (52)	$p=0.051^{\S}$	
その他 <sup>  </sup>	34	11 (32)	1 (3)	1 (3)	2 (6)	0	19 (56)	0.73 (0.28 - 1.93)	
日常生活動作									
寝たきり	13	5 (38)	0	0	0	0	8 (62)	$p=0.523^{\S}$	
それ以外	94	27 (29)	5 (5)	8 (9)	7 (7)	4 (4)	43 (46)	ref.	
認知機能レベル									
重度	65	22 (34)	2 (3)	3 (5)	5 (8)	3 (5)	30 (46)	1.64 (0.68 - 3.93)	
それ以外	42	10 (24)	3 (7)	5 (12)	2 (5)	1 (2)	21 (50)	ref.	
経管栄養の利用 もしくは嚥下に関する ケアプランの立案									
あり	18	7 (39)	0	0	3 (17)	1 (6)	7 (39)	1.63 (0.57 - 4.68)	
なし	89	25 (28)	5 (6)	8 (9)	4 (4)	3 (3)	44 (49)	ref.	
1年以内の入院									
あり	29	9 (31)	1 (3)	2 (7)	5 (17)	2 (7)	10 (34)	1.08 (0.43 - 2.71)	
なし	78	23 (29)	4 (5)	6 (8)	2 (3)	2 (3)	41 (53)	ref.	
基礎疾患									
認知症	73	24 (33)	3 (4)	5 (7)	4 (5)	4 (5)	33 (45)	1.59 (0.63 - 4.04)	
なし	34	8 (24)	2 (6)	3 (9)	3 (9)	0	18 (53)	ref.	
筋骨格筋系疾患	36	12 (33)	2 (6)	5 (14)	1 (3)	0	16 (44)	1.28 (0.54 - 3.03)	
なし	71	20 (28)	3 (4)	3 (4)	6 (8)	4 (6)	35 (49)	ref.	
脳血管障害	28	6 (21)	1 (4)	1 (4)	3 (11)	1 (4)	16 (57)	0.56 (0.20 - 1.54)	
なし	79	26 (33)	4 (5)	7 (9)	4 (5)	3 (4)	35 (44)	ref.	
高血圧	19	6 (32)	2 (11)	2 (11)	0	0	9 (47)	1.10 (0.38 - 3.21)	
なし	88	26 (30)	3 (3)	6 (7)	7 (8)	4 (5)	42 (48)	ref.	
心疾患	17	2 (12)	2 (12)	3 (18)	0	0	8 (47)	$p=0.089^{\S}$	
なし	90	30 (33)	3 (3)	5 (6)	7 (8)	2 (2)	43 (48)	ref.	
糖尿病	11	3 (27)	0	1 (9)	1 (9)	1 (9)	5 (45)	$p=1.000^{\S}$	
なし	96	29 (30)	5 (5)	7 (7)	6 (6)	3 (3)	46 (48)	ref.	
入居時期									
介護保険後	79	17 (22)	5 (6)	7 (9)	6 (8)	4 (5)	40 (51)	0.24 (0.10 - 0.59)	
介護保険前	28	15 (54)	0	1 (4)	1 (4)	0	11 (39)	ref.	
家族会									
参加	32	12 (38)	1 (3)	2 (6)	5 (16)	2 (6)	10 (31)	1.65 (0.68 - 3.98)	
不参加	75	20 (27)	4 (5)	6 (8)	2 (3)	2 (3)	41 (55)	ref.	

\*:1:園での看取り, 2:医療機関での治療を希望するが人工呼吸器の使用や心肺蘇生は望まない, 3:医療機関での治療・延命処置を希望する, 他:その他(自宅等)と複数回答, 未回答:治療方針確認シート未提出者とこの質問に対する未回答者

†:「園での看取り」のみを選択した群を、「治療方針確認シート」未定出者を含むそれ以外の群と比較した。

‡:Wilcoxon test. §:Fisher exact test.

||:兄弟姉妹n=10, 嫁n=7, 姪甥n=7, 後見人n=3, 義理の息子n=2, 孫n=2, 内縁の妻の娘n=1, 母親n=1, 知人n=1  
ref.=reference, OR=odds ratio, 95%CI=95% Confidence Interval

「終末期ケアに関する自記式調査」の結果を表5に示した。自記式調査用紙を提出した90人のうち、回答者の続柄が施設側の把握していた身元引受人の家族続柄と異なったものが4人いた。娘の代わりに嫁が回答したものが1人、息子の代わりに孫と嫁が回答したものがそれぞれ1人、甥の代わりに甥の妻が回答したものが1人であった。回答者のうち8割の家族が、今まで「よく」、または「少し」入居者の終末期について考えたことがあると回答した。本人と終末期について「十分」、または「少し」話し合ったことがあるものは3割、家族の中で「十分」、または「少し」話し合ったことがあるものは7割であった。家族からみて、「本人にとって当施設で終末期を過ごすのがよい」と思うものは2割であった。「家族にとって入居者が当施設で終末期を過ごすのがよい」と思うものは5割であった。家族からみて本人にとって、また家族にとって、病院で終末期を過ごすのがよいとしたものは、ともに1割未満であった。「治療方針確認シート」の質問項目に一部でも回答できると答えたものは約3割であった。