

資料

医療看護研究33 P.96-104 (2024)

介護老人保健施設における看取りの現状と課題

The Current Situation and Issues of End-of-Life Care
in Health Service Facilities for Aged湯浅美千代¹⁾
YUASA Michiyo東森由香²⁾
HIGASHIMORI Yuka島田広美¹⁾
SHIMADA Hiromi杉山智子¹⁾
SUGIYAMA Tomoko

要旨

目的：介護老人保健施設（以下老健）における看取りの現状と課題を横断研究により把握することを目的とした。

方法：全国老人保健施設協会に登録している3,600施設より2,000施設を県別に層化抽出し、各施設の看護師1名に無記名自記式質問紙調査を実施した。各項目の回答者数と割合を示し、前年度の年間看取り件数が0件（Aグループ）、1～10件（Bグループ）、11件以上（Cグループ）に分けて比較した。

結果：281人の回答を分析し、年間看取り件数が記載された回答257人より、Aグループ40人（15.6%）、Bグループ109人（42.4%）、Cグループ108人（42.0%）だった。全グループとも「職員教育の不足」を問題として挙げていた。Aグループは「体制の不備」を多く挙げていた。B・Cグループでは工夫点やうまくいっている点として「家族との信頼関係」を多く挙げ、自身は「職員教育」「職種間の連携や調整」「カンファレンス」に取り組んでいると回答した者が多かった。

結論：老健における看取りに関する問題として職員教育の不足があり、職員と連携・協働する場面を通して教育する看護師の役割が重要になると考えられた。

キーワード：介護老人保健施設、看取り、横断研究

Key words : health service facility for aged, end-of-life care, cross-sectional study

I. 緒言

日本では、2000年前後には80%近くが病院で死を迎えていた。しかし、地域包括ケアシステム構築が推進され、2021年の統計では病院で死を迎えるのは約66%に減少し（総務省統計局、2021）、在宅や高齢者介護施設で死を迎える人の割合は増加傾向にある。

介護保険施設の中でも介護老人福祉施設（特別養護

老人ホーム、以下特養）は終の棲家としての位置づけであるが、介護老人保健施設（以下老健）は自立支援・在宅復帰を目的とし、リハビリテーション機能を充実させた施設であり、創設時から理学療法士等、リハビリテーション専門職の配置を必須としている。老健は病院と在宅との中間の位置づけとされ、創設時は看取りを行うことは想定されていなかった。しかし、2009年にターミナルケア加算が導入され、2017年度は老健の7割ほどが看取りへの対応を行っている（折茂、2019）。特養では夜勤の看護師は必須とせず、緊急時に電話での対応をするところが多いが、老健では特養よりも看護師の配置数が多く、夜勤の看護師も配置さ

1) 順天堂大学大学院医療看護学研究科
Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

2) 順天堂大学大学院医療看護学研究科博士後期課程
Doctoral Course, Graduate School of Health Care and Nursing,
Juntendo University

(Sep. 29. 2023 原稿受付) (Nov. 1. 2023 原稿受領)

れる。また常勤の医師の配置が必須であるため、医療も提供しつつ看取りのためのケアを行うことができる。しかし、病院ほどの医療は行えないという点で、医療的な処置や薬物が必要だが提供できないと感じる看護職に葛藤が生じるなどの課題もある(丸山 他, 2018)。また、自立支援・在宅復帰を目的としている施設として創設されたことから、衰退をたどり在宅復帰が見込めない終末期にある利用者について、理念上の混乱も予測される。老健を繰り返し利用している高齢者や家族は、慣れ親しんだ施設で死を迎えることを望むことも予測されるが、現在看取りを行わない方針の老健も存在する。

政策として病院以外での看取りが推進されている中、老健の特性を生かした看取りの在り方を提示する必要があると考えた。その基礎となる資料を得るため、本研究では介護老人保健施設における看取りの現状と課題を横断研究により把握することを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式の質問紙による横断研究

2. 対象者

全国老人保健施設協会に登録している老健の看護師(各施設1名)に回答を依頼した。登録施設全3,600施設より、県別の施設数により層化抽出して2,000施設の施設長宛てに調査協力を依頼し、協力に対し承諾を得られた場合に施設の看護師に依頼文書と質問紙を渡してもらい、調査協力を同意する場合に返送することを求めた。

3. 調査方法

自作の無記名自記式質問紙調査を郵送法により配付・回収した。

4. 調査期間

2022年5月～7月に調査を実施した。

5. 調査内容

1) 基本情報

(1) 施設の概要：地域、開設からの年数、施設類型、利用定員、看取りに関する加算取得の有無、看取りに関するマニュアルの有無を選択式で回答

(2) 施設利用者の概要：調査前年度(2021年度)における利用者の要介護度の平均(平均要介護度)、平均入所期間、年間看取り件数を実数記載

(3) 回答者(看護師)の属性：年齢、職位、看護師としての経験年数、現在勤めている施設での経験年数、看取りの経験年数(病院での経験を除く)、看取りに関する学習経験の有無、看取りに関する学習の場を選択式で回答し、看取りに関する学習経験内容を自由記述

2) 看取りに関する問題点

看取りを行うための体制の不備、職員教育の不足、医療面での不安、家族や利用者本人の意思確認や理解が得づらいことという5つの選択肢からの選択(複数選択可)

3) 看取りに関して工夫している点、うまくいっている点

施設長等のリーダーシップ、職員教育、職員間の連携、医療機関との連携、リハビリテーションスタッフの関わり、利用者へのケアの質のよさ、家族との信頼関係という7つの選択肢からの選択(複数選択可)

4) 施設の看取りの質向上のために回答者自身が取り組んでいること

看取りの推進や調整、職員への教育、職種間の連携や調整、家族への教育や支援、利用者本人へのケアの質向上、話し合いや事例検討などのカンファレンス、医療機関との連携という7つの選択肢から選択(複数選択可)

尚、選択肢は、研究や実践報告において老健の看取りに必要とされていた内容や老健の特性である内容について研究者間で検討して設定した。

6. 分析方法

まず、各項目の回答実数と割合を示した。看取りに関する学習経験内容の自由記述については内容分析を行った。次に、看取りの頻度として、年間の看取りの実施件数により3つのグループ、すなわち調査前年度の看取り件数が0件をAグループ、1～10件をBグループ、11件以上をCグループとし、グループ間の回答割合を算出して比較した。グループの分け方は、まず看取りを全く行っていない施設と少しでも行っているところでは状況が異なると考え、Aグループを設定した。また、比較的コンスタントに看取りが行われている施設とたまにしか行わない施設では状況が異なると考えて分けることとし、B、Cグループの回答者数が

ほぼ均等になるよう設定した。

7. 倫理的配慮

研究は順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認を得た後に実施した（承認番号：順看倫第2021-111号）。主な倫理的配慮点として、研究への協力は個人の自由意思によるものとし、調査に協力しないことに対する不利益はないことを依頼文書に明記した。質問紙は無記名とし、回答者の協力意思は、チェックボックスへの記入により確認した。調査に協力する場合も答えたくない内容・答えられない内容は答えなくてよいことを明記した。

Ⅲ. 結果

329施設（返送率16.5%）より返送があった。うち、回答承諾のチェックがあった281の回答を分析した（有効回答率85.4%）。

1. 回答者が所属する施設の概要

関東の施設が多かったが、全国から回答が得られた（表1-1）。開設から20年以上の施設が3分の2を占めていた（表1-2）。また、施設類型では超強化型が40.9%、在宅強化型が13.5%と在宅復帰や在宅療養支援に力を入れている施設が半数を超えていたが、加算型31.0%、基本型16.0%と在宅復帰・在宅療養支援への対応が従来と変わらない施設も半数近くあった

表1-1 施設の所在地域 n=281

地域	回答者数 (%)
九州・沖縄	34 (12.1)
中国・四国	39 (13.9)
関西	29 (10.3)
東海・北陸	37 (13.2)
関東	87 (31.0)
東北	36 (12.8)
北海道	17 (6.0)
未記入	2 (0.7)

表1-2 施設開設からの年数 n=281

年	回答者数 (%)
1～5年	9 (3.2)
6～10年	14 (5.0)
11～15年	20 (7.1)
16～20年	41 (14.6)
20年以上	196 (69.8)
未記入	1 (0.4)

（表1-3）。利用定員が100人以上である施設が半数以上であった（表1-4）。78.3%が看取りに関連する加算を取得しており、75.1%が看取りに関するマニュアルを有していた（表1-5、表1-6）。

2. 回答者が所属する施設の利用者の概要（調査前年度の実績）

平均要介護度で最も多かったのは要介護度3以上3.5未満（47.3%）であった。平均要介護度3.5以上の施設は22.0%あった（表2-1）。平均入所期間は6か月未満が11.7%で、6か月から1年未満が22.1%と、比較的短期間である施設が3分の1ほどあった。1年から2年未満が24.2%、2年以上も17.8%あった（表2-2）。

表1-3 施設類型（複数回答） n=281

類型	回答者数 (%)
基本型	45 (16.0)
加算型	87 (31.0)
在宅強化型	35 (13.5)
超強化型	115 (40.9)
その他	4 (1.4)
未記入	4 (1.4)

表1-4 施設の利用定員 n=281

人数	回答者数 (%)
29人以下	4 (1.4)
30～79人	47 (16.7)
88～99人	51 (18.1)
100人	122 (43.4)
101～119人	13 (4.8)
120人以上	42 (14.9)
未記入	2 (0.7)

表1-5 看取りに関連する加算取得の有無

n=281

加算取得の有無	回答者数 (%)
なし	58 (20.6)
あり	220 (78.3)
未記入	3 (1.1)

表1-6 看取りに関するマニュアルの有無

n=281

マニュアルの有無	回答者数 (%)
なし	60 (21.4)
あり	211 (75.1)
未記入	10 (3.6)

調査前年度の年間看取り件数が0件であるのは14.2%であった。最も多いのは11~20件で27.4%、次いで1~5件の22.1%であった(表2-3)。

3. 回答者の属性

50歳代が最も多く44.8%を占めた(表3-1)。職位は主任、看護師長クラスのみドルマネジャーが57.7%、部長、統括師長クラスのトップマネジャーが25.6%であった(表3-2)。

看護職としての経験年数は20年以上が8割を超えていた(表3-3)。現在勤務している施設での経験が10年以上の者が半数以上を占めた(表3-4)。一方、病院以外の在宅や施設での看取りの経験年数は9年以下が半数を超えていた(表3-5)。

表2-1 調査前年度(2021年度)における利用者の平均要介護度 n=281

平均要介護度	回答者数 (%)
2以上2.5未満	10 (3.6)
2.5以上3未満	42 (14.9)
3以上3.5未満	133 (47.3)
3.5以上4未満	51 (18.1)
4以上4.5未満	9 (3.2)
4.5以上	2 (0.7)
不明	4 (1.4)
未記入	30 (10.7)

表2-2 調査前年度(2021年度)における利用者の平均入所期間 n=281

平均入所期間	回答者数 (%)
6か月未満	33 (11.7)
6か月~1年未満	62 (22.1)
1年~2年未満	68 (24.2)
2年~3年未満	39 (13.9)
3年以上	11 (3.9)
不明	2 (0.7)
未記入	66 (23.5)

表2-3 調査前年度(2021年度)における年間看取り件数 n=281

件数	回答者数 (%)
0件	40 (14.2)
1~5件	62 (22.1)
6~10件	47 (16.7)
11~20件	77 (27.4)
21~30件	25 (8.9)
31件以上	6 (2.1)
未記入	24 (8.5)

表3-1 回答者の年齢 n=281

年齢	回答者数 (%)
~30歳代	19 (6.8)
40歳代	68 (24.2)
50歳代	126 (44.8)
60歳以上	61 (21.7)
未記入	7 (2.5)

表3-2 回答者の職位 n=281

職位	回答者数 (%)
トップマネジャー	72 (25.6)
ミドルマネジャー	162 (57.7)
スタッフ	38 (13.5)
その他	6 (2.1)
未記入	3 (1.1)

表3-3 回答者の看護職としての経験年数 n=281

年数	回答者数 (%)
~9年	9 (3.2)
10~19年	28 (10.1)
20~29年	101 (35.9)
30~39年	107 (38.1)
40年以上	32 (11.4)
未記入	4 (1.4)

表3-4 回答者の現在勤めている施設での勤務年数 n=281

年数	回答者数 (%)
~9年	125 (44.5)
10~19年	94 (33.5)
20~29年	58 (20.6)
30年以上	1 (0.4)
未記入	3 (1.1)

表3-5 回答者の看取りの経験年数 (病院での経験を除く) n=281

年数	回答者数 (%)
~9年	148 (52.7)
10~19年	86 (30.6)
20~29年	33 (11.7)
30年以上	4 (1.4)
未記入	10 (3.6)

表3-6-1 回答者の看取りに関する学習経験

n=281

経 験	回答者数 (%)
なし	39 (13.9)
あり	236 (84.0)
未記入	6 (2.1)

表3-6-2 回答者の看取りに関する学習の場

(複数回答) n=236

内 容	回答者数 (%)
施設内の学習会	127 (53.8)
施設外の学習会	176 (74.6)
その他	19 (8.1)

表3-6-3 回答者の看取りの学習経験に関する自由記述の内容①学習方法

(複数回答) n=131

学習経験に関する記述内容	回答者数
施設外の研修・講演会	67
内訳 講演会	3
看取り・ターミナルケア・緩和ケア・ACP研修	11
研修	13
老健協会主催の研修(看取り研修等)	8
県主催の研修	1
看護協会主催の研修(オンデマンドを含む)	23
その他の学協会・病院等の研修	8
施設内研修	32
内訳 施設内または併設機関の医師による講習	4
認定看護師による研修	6
講師を招いての研修(葬儀社による研修を含む)	8
施設内の勉強会・研修会(オンデマンド、資料研修を含む)	11
施設内事例検討・症例発表	3
他施設・他部署での研修	9
内訳 緩和ケア病棟での学習会参加	1
看取りを行っている施設、ホスピスの見学・研修	5
他施設の看取り事例発表	3
自己学習	9
内訳 DVD	1
Eラーニング	4
書籍等	2
研究会、勉強会参加	2
資格取得	14
内訳 終末期ケア専門士	5
ターミナルケア指導士	2
日本緩和医療学会のインストラクター資格	1
グリーフケア2級	1
緩和ケア研修(PEACE)	1
日本緩和医療学会のインストラクター資格	1
エンドオブライフケア援助者	1
ACP E・FIELD HOME 相談員研修	1
緩和ケア認定教育課程	1
経験	20
内訳 前職での経験(病院、訪問看護、他施設)	10
学生時代の勉強	1
研究活動(施設内、大学との共同研究)	3
日々のケアの中での学習	4
マニュアル作成や看取り学習推進プロジェクトでの学習	2

表3-6-4 回答者の看取りの学習経験に関する自由記述の内容②学習内容

(複数回答) n=131

学習経験に関する記述内容	回答者数
看取りとは、看取りの基本	16
エンド・オブ・ライフケア	4
ターミナルケア	7
終末期ケア・医療	7
緩和ケア、症状マネジメント	11
看取り期の状態の変化・フィジカルアセスメント	3
エンゼルケア、エンゼルメイク、おくり人の所作	12
施設(老健)での看取り、エンドオブライフケア、ターミナルケア	14
施設での看取り方法、基準、加算	8
看取りケアに向けた体制づくり	5
アドバンス・ケア・プランニング	11
意思決定支援	6
グリーフケア	6
家族支援	4
支援する人のケア	2
在宅の看取り	4
認知症の人の終末期ケア	1
がん患者の看取り	3
老衰死・平穏死	5
死生観、宗教観	4
倫理的配慮	3

回答者の8割以上が看取りに関する学習経験があった(表3-6-1)。その学習の場は、施設内での学習会が53.8%、施設外での学習会が74.6%であった(表3-6-2)。具体的な学習方法では、施設内外での研修会への参加のほか、自己学習や資格取得、これまでの経験からの学びが挙げられた(表3-6-3)。また、具体的な学習経験内容では、看取りの基本的内容、緩和ケアなど看取り期のケアに関する内容、死後のケアに関する内容(エンゼルケア等)、老健での看取りに関する内容、意思決定支援に関する内容(アドバンス・ケア・プランニング等)等、多様な内容が挙げられた(表3-6-4)。

4. 施設での看取りに関して問題と感じている点

「看取りを行うための職員教育の不足」が最も多く(54.1%)、次いで「看取りを行うための体制の不備」と「家族や本人の意思確認や理解を得ることが難しい」がそれぞれ31.7%だった(表4-1)。

表4-1 看取りに関して問題と感じている点

(複数選択) n=281

選択項目	回答者数 (%)
看取りを行うための職員教育の不足	152(54.1)
看取りを行うための体制の不備 (人員、職種、連携機関等)	89(31.7)
家族や本人の意思確認や理解を得ることが難しい	89(31.7)
看取りを行うための職員間の連携不足	74(26.3)
医療面での不安	72(25.6)
その他	32(11.4)
未記入	33(11.7)

表4-2 看取りに関して工夫している点、うまくいっている点

(複数選択) n=281

選択項目	回答者数 (%)
家族との信頼関係が得られている	153(54.4)
職員間の連携	110(39.1)
リハビリテーションスタッフの関わり	106(37.7)
職員教育	76(27.0)
医療機関との連携	73(26.0)
施設長等のリーダーシップ	65(23.1)
利用者へのケアの質がよい	63(22.4)
その他	23(8.2)
未記入	42(14.9)

5. 看取りに関して工夫している点、うまくいっている点

「家族との信頼関係が得られている」が最も多かった (54.4%)。次いで「職員間の連携」(39.1%)、「リハビリテーションスタッフの関わり」(37.7%) だった (表4-2)。

6. 看取りの質向上のために回答者自身が取り組んでいること

最も多かったのは「職員への教育」(48.8%) であり、次いで「話し合いや事例検討などのカンファレンス」(47.3%)、「職種間の連携や調整」(47.0%) だったが、いずれも半数以下だった (表4-3)。

7. 看取りの頻度別の看取りの現状

調査前年度の年間看取り件数が記載された257人より、調査前年度の年間看取り件数0件のAグループは40人 (15.6%)、1~10件Bグループは109人 (42.4%)、Cグループ108人 (42.0%) だった。

表4-3 看取りに関して自身が取り組んでいること

(複数選択) n=281

選択項目	回答者数 (%)
職員への教育	137(48.8)
話し合いや事例検討などのカンファレンス	133(47.3)
職種間の連携や調整	132(47.0)
看取りの推進や調整	99(35.2)
家族への教育や支援	90(32.0)
利用者本人へのケアの質向上	90(32.0)
医療機関との連携	55(19.6)
その他	15(5.3)
未記入	40(14.2)

表5-1 看取りの頻度別看取りマニュアルの有無

n=257

マニュアル	回答者数 (%)		
	A	B	C :
なし	35 (87.5)	13 (11.9)	3 (2.8)
あり	4 (10.0)	95 (87.2)	105 (97.2)
未記入	1 (2.5)	1 (0.9)	0
計	40 (100)	109 (100)	108 (100)

A : 年間看取り件数0件 B : 年間看取り件数1~10件
C : 年間看取り件数11件以上

表5-2 看取りの頻度別回答者の看取りに関する学習経験の有無

n=257

経験	回答者数 (%)		
	A	B	C
なし	17 (42.5)	13 (11.9)	6 (5.5)
あり	22 (55.0)	95 (87.2)	100 (92.6)
未記入	1 (2.5)	1 (0.9)	2 (1.9)
計	40 (100)	109 (100)	108 (100)

A : 年間看取り件数0件 B : 年間看取り件数1~10件
C : 年間看取り件数11件以上

1) 看取りマニュアルの有無

Aグループでは90%近くにマニュアルがなく、Bグループ、Cグループでは9割前後の施設がマニュアルをもっていた(Bグループ87.2%、Cグループ97.2%) (表5-1)。

2) 学習経験の有無

Bグループ、Cグループでは、9割前後の回答者に看取りに関する学習経験があった(87.2%、92.6%)が、Aグループの回答者も55.0%に看取りに関する学習経験があった (表5-2)。

表6-1 看取りの頻度別看取りに関して問題と感じている点 (複数選択)

選択項目	回答者数 (%)		
	A (n=40)	B(n=109)	C(n=108)
看取りを行うための職員教育の不足	28 (70.0)	63 (57.8)	50 (46.3)
看取りを行うための体制の不備 (人員、職種、連携機関等)	31 (77.5)	26 (23.9)	21 (19.4)
家族や本人の意思確認や理解を得ることが難しい	8 (20.0)	39 (35.8)	37 (34.3)
看取りを行うための職員間の連携不足	16 (40.0)	30 (27.5)	21 (19.4)
医療面での不安	13 (32.5)	29 (26.6)	26 (24.1)
その他	6 (15.0)	16 (14.7)	9 (8.3)
未記入	3 (7.5)	9 (8.3)	17 (15.7)

A：年間看取り件数0件 B：年間看取り件数1～10件
C：年間看取り件数11件以上

表6-2 看取りの頻度別看取りに関して工夫している点、うまくいっている点 (複数選択)

選択項目	回答者数 (%)		
	A (n=40)	B(n=109)	C(n=108)
家族との信頼関係が得られている	5 (12.5)	66 (60.6)	69 (63.9)
職員間の連携	2 (5.0)	45 (41.3)	56 (51.9)
職員教育	3 (7.5)	25 (22.9)	44 (40.7)
医療機関との連携	7 (17.5)	28 (25.7)	31 (28.7)
リハビリテーションスタッフの関わり	4 (10.0)	44 (40.4)	52 (48.1)
施設長等のリーダーシップ	2 (5.0)	22 (20.2)	39 (36.1)
利用者へのケアの質がよい	1 (2.5)	32 (29.4)	28 (25.9)
その他	8 (20.0)	7 (6.4)	7 (6.5)
未記入	23 (57.5)	11 (10.1)	5 (4.6)

A：年間看取り件数0件 B：年間看取り件数1～10件
C：年間看取り件数11件以上

3) 施設での看取りに関して問題と感じている点

Aグループでは、「家族や本人の意思確認や理解を得ることが難しい」以外の項目で、Bグループ、Cグループより問題として選択した者の割合が高かった。特に、「看取りを行うための体制の不備」「看取りを行うための職員教育の不足」は7割以上と高かった。Bグループ、Cグループで問題として選択した回答者が多かったのは「看取りを行うための職員教育の不足」であった(57.8%、46.3%) (表6-1)。

4) 看取りに関して工夫している点、うまくいっている点

表6-3 看取りの頻度別看取りに関して自身が取り組んでいること (複数選択)

選択項目	回答者数 (%)		
	A (n=40)	B(n=109)	C(n=108)
職員への教育	6 (15.0)	56 (51.4)	65 (60.2)
話し合いや事例検討などのカンファレンス	5 (12.5)	58 (53.2)	63 (58.3)
職種間の連携や調整	7 (17.5)	55 (50.4)	64 (59.3)
看取りの推進や調整	5 (12.5)	40 (36.7)	50 (46.3)
家族への教育や支援	2 (5.0)	35 (32.1)	47 (43.5)
利用者本人へのケアの質向上	3 (7.5)	33 (30.3)	48 (44.4)
医療機関との連携	8 (20.0)	17 (15.6)	26 (24.1)
その他	7 (17.5)	3 (2.8)	5 (4.6)
未記入	21 (52.5)	6 (5.5)	7 (6.5)

A：年間看取り件数0件 B：年間看取り件数1～10件
C：年間看取り件数11件以上

る点

Aグループでは未記入が半数以上あった。Bグループ、Cグループで最も多かったのは「家族との信頼関係が得られている」(60.6%、63.9%)で、次いで「職員間の連携」(41.3%、51.9%)、「リハビリテーションスタッフの関わり」(40.4%、48.1%)であった。Cグループでは「職員教育」も比較的多かった(40.7%) (表6-2)。

5) 看取りの質向上のために回答者自身が取り組んでいること

前項同様、Aグループでは未記入が半数以上あった。Bグループ、Cグループで半数以上選択されていたのは、「職員への教育」「職種間の連携や調整」「話し合いや事例検討などのカンファレンス」であった(表6-3)。特にCグループでは全体的に選択した者の割合が高かった。

IV. 考察

1. 老健における看取りの現状

本調査において調査前年度(2021年度)の年間の看取り件数が0件であった施設は40施設(14.2%)であった。コロナ禍の影響が残る時期の調査であったため、通常は看取りを行っているが2021年度は行わなかったという施設もあれば、逆にコロナ禍のため入院できないなどの理由で、それまでは行っていなかった看取りを行った施設もあったと考えられる。それでも2017年には看取りを行っていない老健が30%近くあった(折茂, 2019)ことと比較すると、本調査では看取りを行

った老健の割合は高かったと言える。大河内ら(2023)は在宅復帰率が高い老健ほど看取りを行っており、これは繰り返し利用する中で最期の場所として老健が選ばれていると考えられると述べている。本調査では在宅復帰率を調べていないが、施設類型で見ると在宅復帰・在宅療養支援に力を入れている施設が半数以上あった。また、看取りに関して工夫している点・うまくいっている点として最も多かったのが「家族との信頼関係が得られている」であった。日本において重要な意思決定では家族の同意が必須となっていることを踏まえると、老健の特徴である在宅療養支援を行い、繰り返し施設を利用する中で家族の信頼を得て、看取りの場としてその施設が選ばれていることが考えられた。

調査前年度(2021年度)の年間の看取り件数が1件以上の施設の多くに看取りに関するマニュアルが整備されていた。これは看取りを行うための体制づくりの一つである。また、回答者全体の8割以上が看取りや終末期ケアに関する学習経験をもち、多岐にわたる内容をさまざまな手段で学んでいることがわかった。近年、エンド・オブ・ライフケアやアドバンス・ケア・プランニング(以下ACP)など新しい概念が提示されている。また、非がん疾患の緩和ケアや高齢者や認知症の人の緩和ケアについても論議されるようになった。回答者の所属する施設の平均入所期間が1年以上である施設が40%を超え、平均要介護度が3以上の施設が7割近くあったことから、重度の障害をもつ高齢者が長期に入所していることも考えられた。このような状況の中、看取りあるいは急変を予測して本人と家族に関わるが必要になっているため、回答者の関心が高かったとも考えられた。

2. 老健における看取りの課題

年間看取り件数が0件であった施設の回答者では、看取りを行うための体制の不備を問題として挙げた者が多かった。施設で看取りを行うという方針がない、体制ができていないから看取りを行っていないのであって、施設としてどうするかは施設の責任者が決めることになる。

今回の調査において、年間看取り件数が0件の施設の回答者の半数以上は看取りに関する学習経験を有していたが、1件以上看取りを行っていた施設の回答者と比べると学習経験がない者も多かった。日本老年医学会の「ACP推進に関する提言」(一般社団法人日本

老年医学会倫理委員会, 2019)において、「ACPにおいては、本人、家族等、医療・ケア従事者が継続的に話し合う」「ACPにおける話し合いは、病状や療養環境などの変化に応じ、また変化を予測したうえで基本的に複数回行われる」と示されている。自立支援・在宅復帰を目的とし、在宅療養支援を行う老健の入所あるいは退所時は、今後の医療・ケアをどうするか、すなわちACPを本人と家族が施設スタッフと共に考えるよい機会となる。しかし、介護老人保健施設の看護師のACPに関する知識不足を示した研究(小出, 2023)もあり、今後看取りを行わない老健の看護師も看取りに関連する意思決定の知識は必要になると考えられた。

年間看取り件数が1件以上であった施設の回答者も看取りに関する職員教育の不足を問題として挙げている。自身は職員への教育に力を注ぎつつも十分でないと感じていることが考えられる。本調査では、新型コロナウイルス感染症流行の影響を受け、通常の看取りができない(大河内 他, 2023)ことも影響していたと考えられる。感染対策を行いつつ、在宅復帰のための支援や看取りのための支援を両立させることは複雑な配慮を必要とする。職員にとってもストレスフルな状況にあり、看取りに向けて学習意欲を高めることも行いにくく、その影響が現れたと考えられる。

老健において医療面の教育は看護職が担うことが多い。老健における看取りケア教育に関する文献検討(山本 他, 2016)において老健での看取りケア教育の実践者は、看護管理者、看護職、緩和ケア病棟職員、施設長、研究者であった。看取りケアに関しては、看護職と介護職との連携・協働の難しさがあり、両者のコミュニケーション不足が課題となっている(岡田 他, 2023)。本調査では職員間の連携不足を問題として挙げた回答者は26.3%と多くはなかった。逆に、年間1件以上看取りを行った施設の回答者が工夫している点、うまくいっている点に職員間の連携を比較的多く挙げている。看取りを行う老健の看護師には、職員たちと連携・協働する場面を通して自身が持つ看取りに関わる知識や技術を現場の中に浸透させる役割があると考えられた。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の返送率は16.5%と低く、看取りに関心が高い施設、看護師からの回答が多かったと考えられ、偏りがあることは否めない。また、多くが選択式での回

答結果であったことから老健での看取りの課題はまだ多くあると予測される。特に、本人の意思の尊重については選択肢に入っていなかった。この点は本研究の限界である。本研究で得られた看取りの課題ならびに老健の特性をふまえ、さらに研究を重ねることで老健の看取りの在り方を提示することが今後の課題と考えている。

V. 結論

老健における看取りに関する問題として職員教育の不足が多く挙げられた。老健において看取りを行う上で、職員と連携・協働する場面を通して教育する看護師の役割が重要になると考えられた。

謝辞

多忙な中、本調査にご回答いただいた老健の看護師の皆様には感謝申し上げます。

尚、本研究はJSPS科研費 22K11215により実施し、一部を第12回IAGGアジア/オセアニア国際老年学会議で発表した。

利益相反

本研究に関して開示すべき利益相反は存在しない。

引用文献

一般社団法人日本老年医学会倫理委員会(2019). 一般社団法人日本老年医学会ACP推進に関する提言.

pp.3-4.

小出由美 (2023). 介護老人保健施設におけるアドバンス・ケア・プランニングの現状と実践に影響を与える背景. 日本エンドオブライフケア学会誌, 7(1), 59-66.

丸山純子, 太湯好子 (2018). 介護老人保健施設の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難さとその構造. 日本看護研究学会雑誌, 4(1), 159-170.

岡田恭子, 有田広美 (2023). 介護老人保健施設の看取りケアにおける介護職との連携・協働と課題－看護職への意識調査から－. 日本エンドオブライフケア学会誌, 7(1), 26-34.

大河内二郎, 東憲太郎 (2023). 介護老人保健施設における余命が限られた方々へのサービス提供. 医療と社会, 33(1), 25-35.

折茂賢一郎 (2019). 介護老人保健施設における看取りの現状と課題, 病院との連携. 診断と治療, 107(10), 1195-1198.

総務省統計局 (2021). e-Sat 統計で見る日本. 人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡. 表5-5 死亡の場所別にみた年次別死亡数・百分率.

<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652> (Nov. 26, 2023)

山本道代, 林裕子 (2016). 介護老人保健施設における看取りの教育に関する文献検討. 北海道科学大学研究紀要, 41, 23-31.