

# 入所高齢者の重度・重症化へ即した、特別養護老人ホーム内における 終末期ケア体制の構築に関する研究

大西 次郎  
(武庫川女子大学)

## <要 旨>

要介護度が高く、身体的合併症も重篤な高齢者が増える特別養護老人ホーム(以下特養)において、どのように入居者の終末期を支えるかは喫緊の課題である。施設内で、死に至るまでの継続ケアを試みる特養も少なくない。加えて 2006 年の介護報酬改定によって、特養へ看取り介護加算が創設された。他方、特養は生活施設であり、看取りの場にそぐわないとする捉え方が否定されたわけではない。

そこで、兵庫県の全特養 251 施設を対象として看取りの実態と、看取り介護加算および重度化対応加算の取得状況に関する質問紙調査を企図し、看取り対応施設へは経営面と職員の育成面、ならびに当事者・家族の満足面への影響を、対応しない施設には終末期の搬送先を調査した。

休廃止を除く 249 施設から 165(66.3%)の有効回答が寄せられた。重度化対応加算は 133 施設(80.6%)、看取り介護加算は 98 施設(59.4%)で算定されていた。これは全国の傾向と軌を一にしていた。看取り介護加算を算定しない 67 施設のうち、39 施設(58.2%)が看取りへ対応しており、さらに加算の向後の算定を期していた。看取りは職員の育成や当事者・家族の満足へつながらすが、算定の有無によらず経営上問題視されていた。対応しない場合は連携一般医療施設への搬送が多くを占めた。

従来、福祉領域では精神論が先立つことは皆無でなく、採算や効率性の追求という考えが受け入れられにくい側面もあった。看取り介護加算は、財政的支援としては十分でないが、管理者と職員を「看取りの実現」という共通認識へ導き、職場環境の整備や業務の標準・効率化へ資する可能性がある。

## <キーワード>

特別養護老人ホーム、看取り、終末期ケア、介護保険、社会福祉施設経営

### 【はじめに】

2008 年 7 月 1 日現在総人口(総務省 2009)によると、わが国は老年人口割合が 21.9%に達し、中でも 75 歳以上の後期高齢者が全体の 10.3%を数える。死亡数も増加し続け、2003 年に年 100 万人台を超えた後、2007 年の死亡者数は 110 万 8 千人に達している。このうち死亡時 65 歳以上の者は 83.3% (75 歳以上 65.6%)におよぶ(厚生労働省 2008a)。日本は世界に類を見ない後期高齢者の急激な増加と、これによる多死社会の時代を迎えている。

他方、死亡の場所であるが、病院の占める割合が 2005 年の 79.8%をピークとして 2 年連続で下降している(厚生労働省 2008a)。増加の一途であったものが 2006 年初めて減少に転じ、2007 年もこの傾向が続いたのである。今後、「病院での死亡という流れが大きく転換し、自宅や高齢者施設での死亡が増加する」との推測もある(広井 2008)。

2007 年中の死亡場所として老人ホームは、全体に占める割合こそ 2.5%と少ないが、全対象中最大の伸び(対前年比 0.2%増)を示している(厚生労働省 2008a)。その背景には入居者

の高齢化があり、特別養護老人ホーム(以下特養) / 老人保健施設(以下老健)入居者のうち、90 歳以上は 33.1 / 29.0%におよぶ。80 歳以上ならば 77.8 / 75.4%を占める(厚生労働省 2009)。要介護度も高く、2007 年 10 月には要介護 4 ないし 5 の重度者が入居者の 64.7%へ達している。いきおい在宅復帰は難しく、特養を、老健と介護療養型医療施設の介護保険 3 施設間で比較しても、平均在所日数は 1465.1 日と最長期にわたり(老健 277.6 日、介護療養型医療施設 427.2 日)、死亡退所の占める割合は 63.0%と群を抜いて高い(同 3.8%、32.6%)(厚生労働省 2009)。

これへ呼応するように、「施設内での看取りを行う特養が増えている」(飯島 2006; 大西 2008)。しかし、特養はあくまで「要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことを目的とする施設」(介護保険法第 8 条第 1 項第 24 号)であり、加えて医師は非常勤でよく、看護職員も入居者 100 人あたり 3

人を最低数とする体制から、看取りへの制約は容易に想像できる。

このような中、2006年4月の介護報酬改定から「看取り介護加算」が、入居者の高齢化・重度化へ対応した「重度化対応加算」と共に新設され、看取り介護加算は重度化対応加算(10単位/日)の取得が前提とされた。常勤看護職員の配置と24時間の連絡体制、看取り介護に関する指針・計画書の整備、週1回以上の説明と同意の取得などの体制・人員整備を条件に、特養の看取りを初めて経済的に保障した制度だが、加算額(1単位10円換算)は1日1,600円、1名あたり最大48,000円(死亡前30日を限度)にとどまる。しかし、「看取りは経営的に大きな負担となっていたので、それがわずかでも軽減されることは歓迎すべきこと」であった(飯島 2006)。一方、看取り介護加算は「現在の施設基準のままで看取りを既成事実化することにつながり、看護職員への過大な負担や介護職員のバーンアウトを招くおそれ」(飯島 2006)も同時に指摘されている。

従って、看取りは職員に「熱意があればできる、というものではない」(時田 2006)、「肉体的・精神的負担が多分にあり、『がんばれ』だけで乗り越えられるものではない」(萱津 2008)、看取りの経験が少ない介護職員は「終末期を迎えた入居者の世話をすることに不安を感じている」(福間 2006)などの指摘は無視できない。

かかるニーズの増大と職員の疲弊へ対応しようとするれば、組織をあげての取り組みが求められる。すなわち、看取りには「高齢者の終末期の見方に対する、施設の統一した方針が基盤になければならない」(川上ら 2007)、「施設長の看取りに対する積極的な意識が重要」(金ら 2008)なのである。時には「施設長が聞く耳を持たず、施設での看取りに取り組むことができないジレンマ」(小野 2007)が表明される。ここに、管理者と職員の意識のずれが見える。「医療職、福祉職、経営幹部では受けてきた教育が違うため、何もしなければ目標がバラバラになる。経営幹部は財務や収支重視であり、医療・福祉職はケアの質に関心はあっても採算には関心がなかった」のである(近藤ら 2007)。潜在してきた意識のずれが、看取りという課題を通じて発露したものと考える。看取り介護加算は、このずれの修正へ資するのだろうか。その手がかりとして、調査の前に特養がおかれた財政的基盤を俯瞰しておく必要がある。

特養の経営状態に関しては、2003年4月の

介護報酬改定で2.3%の引き下げが行われ、2006年4月の改定においても2.4%の介護報酬引き下げが続けられた(厚生労働省 2006)。かかる更改に伴い、特養は多くが収入減へ直面している。職員の給与水準は低いまま人材確保が困難となる状況が続き、2008年10月に「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として2009年度の介護報酬3.0%引き上げが決定した(厚生労働省 2008b)。政府はこの引き上げで、「従事者の賃金を月2万円上げられる」としたが、現実には「事業者の赤字補填に充てられ、賃金アップにつながらない」実態である(朝日新聞 2009)。従って、1施設1ヵ月で1人弱(半年平均5.24人)の死亡退所者(三菱総合研究所 2007: 176)に対し、1人最高総額(月額ではない)48,000円(4,800単位)の加算は、平均的な経営実態からすれば目を引くものではない。

では、体制・人員の整備に釣り合わないなら、特養の管理者は看取りへ取り組まないのだろうか。経営面だけではなく、職員の育成や当事者・家族の満足面に看取りはどう影響しているのか。すなわち、経営(利潤)、職員(ケアの質)、入居者・家族(ニーズ)を勘案した結果、施設長は将来看取りへ対処しようとしているのか、否か。対処しない場合は、終末の場をどこへ求めているのか。加算の創設以前から看取りへ取り組んでいた特養はどう動くのか。これらを調査により明らかにする。しかも、看取り介護加算は創設以来3年を経て、2009年度の介護報酬改定によりその形態を大きく変えようとしている。この加算が施設の経営や現場へもたらした影響を、今まさに検証しておくことは喫緊の課題である。

## 【研究方法】

### 1. 調査対象および方法

兵庫県の全特養251施設(厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課・編「平成17年介護サービス施設・事業所調査名簿」による)を対象とした。方法は無記名、自記式の調査票を作成した上で、各施設の施設長宛に目的と内容を記した依頼書、調査票を郵送し、施設長ないし介護報酬の算定に携わる事務・財務の担当者へ記載を依頼する形で実施した。回収は同封した封筒を用いて、個別に返送する方法をとった。依頼書には、研究目的や倫理的配慮事項(自由意志による協力、プライバシーの保護、無記名であること、研究目的に限定した使用、施設や個人が特定されない形での分析と公表、終了後の確実な廃棄)を明記し、協力の

同意を得て調査を行った。調査期間は2008年10月から同年12月である。

施設の休止1と移転1により、発送元へ計2通が返戻された。これを除いた249のうち、総回収数は183(73.5%)であった。協力しない意思を表明した18を除く有効回答は165(66.3%)であり、この165を分析対象とした。

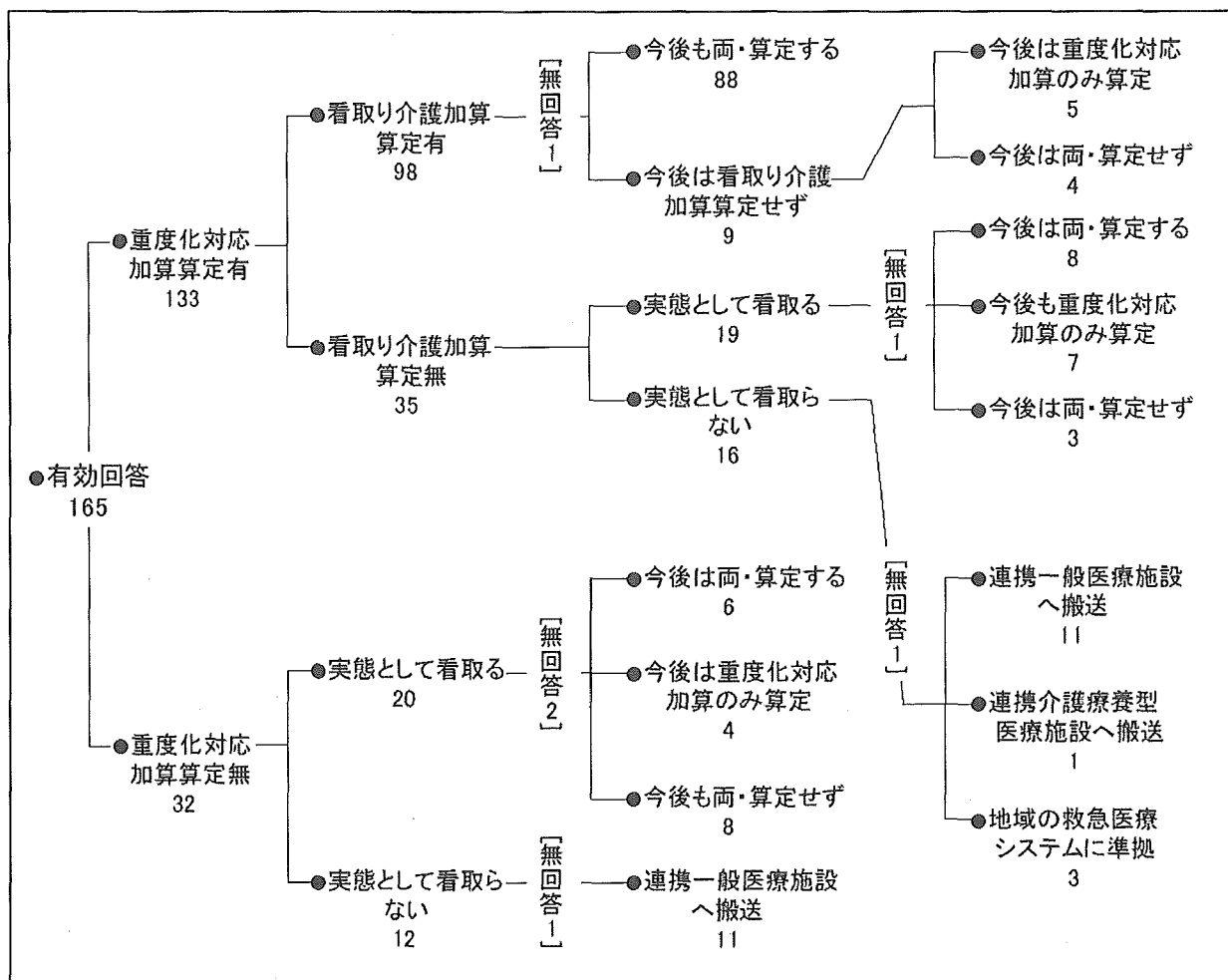
## 2. 調査内容および分析方法

調査票は以下のように構成した。看取り介護加算算定の前提条件である重度化対応加算算定の有無と、看取り介護加算の算定の有無につき冒頭で大別し、看取り介護加算算定の無い施設には、実態として看取りを行っているかどうか質問した。看取り介護加算を算定する施設、ならびに算定無しのうち実態として看取りを行う施設には、今後の加算の継続ないし廃止、あるいは新規算定意志につき質問した。看取りを行わない施設には、終末期の搬送先について質問した。施設数の概要を図1へ示す。

結果は、① 重度化対応加算と看取り介護加算の算定の有無と、それぞれの開始時期、② 看取り介護加算を算定する施設の体制整備と今後の算定方針、③ 看取り介護加算を算定しない施設の終末期における看取りの実態と、看取る場合の今後の算定方針、看取らない場合の終末期の搬送先、④ 看取り介護加算を算定する施設と、看取り介護加算を算定せず「実態として看取る」施設から見た加算の問題点、⑤ 特養で看取りを行うことの意義(経営[利潤]面、職員育成面、当事者・家族の満足面)、⑥ 対象施設の属性(2007年度の施設内死亡入居者数、2007年度の医療施設等への救急転送数、特養定員数[多床室、従来型個室、ユニット型個室]、医師数、看護職員数、介護職員数、生活相談員数、事務職員数、理学/作業療法士数)、の順で詳述する。

看取りに関する施設間の頻度の差、調査対象施設の属性について、非連続量における比率の差は $\chi^2$ 検定、Fisherの直接確率法、連続

図1 調査項目別の施設数



量における平均値の差は対応のない *t* 検定, Welch の方法により単変量解析した. いずれも両側検定で危険率 0.05 未満を有意とした. データ解析へ統計ソフト Dr.SPSS II (based on SPSS 11.0 J for Windows) を使用した.

### 【結果】

① 重度化対応加算ならびに看取り介護加算の算定の有無と, それぞれの算定開始年月を質問した. 加えて, 看取り介護加算を算定する場合は, 「算定以前から入居者の終末期における看取りを実施していた」あるいは「算定と共に開始した」のいずれに該当するかを質問した.

有効回答 165 のうち, 重度化対応加算を算定する施設は 133 (80.6%), 算定しない施設は 32 (19.4%) であった. 133のうち, 看取り介護加算を算定する施設は 98 (73.7%: 有効回答に対して 59.4%), 算定しない施設は 35 (26.3%: 同 40.6%) であった. 98のうち, 算定以前から看取りを実施は 77, 算定と共に開始は 19 であった (無回答 2). 算定開始年月については重度化対応加算 120 / 看取り介護加算 91 につき回答が得られ (それぞれ無回答 13 / 7), その分布を表 1 へ示す.

表 1 重度化対応加算 / 看取り介護加算の算定開始年月 (数字は施設数)

	2006年	2007年	2008年	施設数
1月	—	1 / 0	0 / 1	1 / 1
3月	—	0 / 0	0 / 2	1 / 2
4月	78 / 51	9 / 7	1 / 2	88 / 60
5月	1 / 2	1 / 1	1 / 1	3 / 4
6月	3 / 2	1 / 1	2 / 1	6 / 4
7月	2 / 2	0 / 1	0 / 0	2 / 3
8月	2 / 2	0 / 0	0 / 0	2 / 2
9月	1 / 0	0 / 0	2 / 2	3 / 2
10月	6 / 5	3 / 1	2 / 4	11 / 10
12月	2 / 1	0 / 0	2 / 2	4 / 3
施設数	95 / 65	15 / 11	10 / 15	計 120 / 91

重度化対応加算の算定は, 120 のうち 95 (79.2%) が 2006 年中に開始されていた. 95 のうち 78 は 4 月の創設当初からであった. 看取り介護加算の算定は, 91 のうち 65 (71.4%) が 2006 年中に開始されていた. 65 のうち 51 は 4 月の創設当初からであった.

② 看取り介護加算を算定する 98 に対し, 算定にあたって新たな体制整備を行ったかどうか, 表 2 へ示す 8 項目で質問した (複数回答可). 看取り介護加算の算定には重度化対応加

算の算定が前提となるため, 項目は両加算の算定へ事前に求められる要件とした. これらを 98 全体と, ① の「算定以前から看取りを実施」77, および「算定と共に開始」19 の 2 群に分け (無回答 2), 回答頻度順に呈示した.

表 2 看取り介護加算算定時の新たな体制整備

看取り介護加算を算定するにあたって行った新たな体制整備	看取り介護加算を算定(98)	算定以前から看取り(77)	算定と共に開始(19)
1.看取り介護に関する指針の整備	80	64	14
2.看取り介護に関する職員研修	68	53	13
3.看取り介護に関する計画書の整備	54	41	13
4.看護職員による 24 時間連絡体制整備	45	33	10
5.医師による終末期の診断体制整備	39	30	8
6.看取り介護のための個室整備	16	11	5
7.常勤の看護職員の配置	14	11	3
8.従来体制のままで算定可能であった	21	16	5

注: 複数回答可. (数字は施設数)

項目 1~7 のうち, 3 および 5 が看取り介護加算の要件, 1, 2, 4, 6, 7 が重度化対応加算の要件である. なお, 看取り介護加算の要件にはあとひとつ「医師, 看護師, 介護職員等が共同して, 少なくとも 1 週につき 1 回以上, 本人またはその家族への説明を行い, 同意を得て介護が行われていること」がある. これについては, 実際に看取り介護が行われる中での要件であるため, 実際の算定にまつわる問題点を集約した ④ へ含めた.

算定以前からの看取りの有無にかかわらず, 体制整備の頻度に相違はなかった. 従来体制のまま算定可能であったと回答した施設数も, 算定以前から 16 / 77 (20.8%), 算定と共に 5 / 19 (26.3%) で差がなかった.

引き続き, 看取り介護加算を算定する 98 に対し, 「両加算の算定を今後も継続する」, 「重度化対応加算については継続するが, 看取り介護加算については再考する」, 「重度化対応加算ならびに看取り介護加算の両者とも, 算定について再考する」の 3 つに分けて質問したところ, 回答数はそれぞれ 88, 5, 4 であった (無回答 1).

③ 看取り介護加算を算定しない施設のうち, 「重度化対応加算を算定しない」32, および「重度化対応加算を算定するが, 看取り介護加算を算定しない」35 の計 67 へ, 入居者の終末期を看取るかどうか, 表 3-1 へ示す 4 類型(a~d)により質問した. a と b を「実態として看取る」39, c と d を「実態として看取らない」28 と二分した. 看取り介護加算を算定し

表 3-1 看取り介護加算を算定しない施設における看取り（数字は施設数）

入居者の終末期を看取るかどうか	重度化対応加算の算定 無 32		重度化対応加算の算定有、 看取り介護加算の算定無 35		計 67		
	a.積極的に看取りを実施している（家族の希望があれば病院・自宅等へ移す）	4	} 20	3	} 19	7	} 39
b.入居者または家族の希望があれば、看取りを実施し、死亡まで看取る例が多い	16	16		32			
c.意識的に対応しているが、死亡直前は看取る場合より、他施設へ移す例が多い	7	} 12	8	} 16	15	} 28	実態として看取らない
d.急変等の場合を除き、原則的に特養内での死亡は避け、他施設等へ移す	5		8		13		

ない施設においても、重度化加算の算定無で 20 (62.5%)、有で 19 (54.3%) 施設において看取りが行われていた。

表 3-1 で a ないし b を選択した「実態として看取る」39 のうち、「重度化対応加算の算定無」20、および「重度化対応加算の算定有、看取り介護加算の算定無」19 の両者に対し、今後の算定方針につき表 3-2 へ示す 3 つに分けて質問すると共に結果をまとめた。

「重度化対応加算の算定無、実態として看取る」は、a (4) と b (16) を合わせた 20 のうち、現状維持（両加算とも算定無）8 に対し、両加算新規算定 6、重度化対応加算のみ新規算定 4、無回答 2 であった。

「重度化対応加算の算定有、看取り介護加算の算定無、実態として看取る」は、a (3) と b (16) を合わせた 19 のうち、現状維持（重度化対応加算のみ算定継続）7 に対し、看取り介護加算新規算定 8、重度化対応加算の算定中

止 3、無回答 1 であった。

いずれの群においても、現状の算定状況を維持しようとする施設より、広範な算定を取得しようとする施設の数が増えた。さらに、重度化対応加算算定の有無へかわらず、a を選択した計 7 と、b を選択した計 32 では、今後の加算の算定方針は左上から右下へそれぞれ a: 3-2-2、b: 11-9-9（無回答 3）であり、両者に差異はうかがえない。すなわち、重度化対応加算の算定の有無によらず、a と b は共通した算定傾向を持つと考えられるため、「実態として看取る」39 として一括する。

表 3-1 で c ないし d を選択した「実態として看取らない」28 のうち、「重度化対応加算の算定無」12、および「重度化対応加算の算定有、看取り介護加算の算定無」16 の両者に対し、「急変等の例外を除き、入居者の死亡が近いと予測された際、どのような場所へ移送するか」について、「連携する一般の医療施設 /

表 3-2 看取り介護加算を算定せず、「実態として看取る」施設における今後の算定方針

今後、看取り介護加算ならびに重度化対応加算の両者を算定する予定	看取り介護加算は算定しない。重度化対応加算については新規算定（ないし継続）する
看取り介護加算は算定しない。重度化対応加算も引き続き算定しない（ないし算定を中止）	(無回答)

	重度化対応加算の算定無、実態として看取る 20				重度化対応加算の算定有、看取り介護加算の算定無、実態として看取る 19				計 39							
	a	4	<u>2</u>	<u>1</u>	} 20	6	4	3	<u>1</u>	<u>1</u>	} 19	8	<u>7</u>	7	} 39	3
		<u>1</u>	(0)						1	(0)						
b	16	<u>4</u>	<u>3</u>	} 20	<u>8</u>	(2)	16	<u>7</u>	<u>6</u>	} 19	3	(1)	32	} 39	11	9
		<u>7</u>	(2)						2		(1)					

注：下線は現状維持を示す。（数字は施設数）

表 3-3 「実態として看取らない」施設における終末期の搬送先（数字は施設数）

連携する一般の医療施設		連携する介護療養型医療施設	
地域の救急搬送システムに準拠		(無回答)	
	重度化対応加算の算定無, 実態として看取らない 12	重度化対応加算の算定有, 看取り介護加算の算定無, 実態として看取らない 16	計 28
c	7 6 0 0 (1)	8 5 0 2 (1)	15 11 1 2 (2)
d	5 5 0 0 (0)	8 6 1 1 (0)	13 3 (1) 1 (0)

連携する介護療養型医療施設 / 連携する介護老人保健施設 / 地域の救急搬送システムに準拠 / 在宅」の 5 つより質問した。「連携する介護老人保健施設 / 在宅」の 2 つは選択施設がなかったため、表 3-3 へ選択があった 3 つに分けて結果をまとめた。

重度化対応加算算定の有無にかかわらず、実態としての看取りが行われていない場合は、入居者の死亡が近いと予測された際の移送先について「連携する一般の医療施設」の割合が高かった。重度化対応加算の算定がある場合のみ、「地域の救急医療システムに準拠」が

見られた。さらに、重度化対応加算算定の有無へかかわらず、c を選択した計 15 と、d を選択した計 13 では終末期の搬送先は左上から右下へそれぞれ c: 11-0-2 (無回答 2), d: 11-1-1 であり、両者に差異はうかがえない。すなわち、重度化対応加算の算定の有無によらず、c と d は共通した移送動向を持つと考えられるため、「実態として看取らない」28 として一括する。

④ 看取り介護加算の算定にかかわる問題点を、表 4 へ示す 13 項目で質問した (複数回答可)。選択肢の内容は、② で先述した「…1 週

表 4 看取り介護加算算定の有無から見た、加算にかかわる問題点

	看取り介護加算算定の有無		χ <sup>2</sup> 値
	看取り介護加算算定有 (98)	実態として看取る(算定無) (39)	
1.死期の予測が困難であり、短期間の算定にとどまったり、長期にわたる看取り介護の継続が必要であったりして、一定の介護報酬が期待できない	37 (37.8%)	13 (33.3%)	0.235
2.週 1 回以上の、家族からの同意の取得が困難 (非現実的) である	25 (25.5%)	15 (38.7%)	2.264
3.週 1 回以上の、家族への説明が困難 (非現実的) である	23 (23.5%)	16 (41.0%)	4.223*
4.死後の処置など、介護報酬には反映されない人件費や材料費がかさむ	21 (19.4%)	5 (12.8%)	1.344
5.最大 4,800 単位 (30 日限度) という報酬では経営上の動機付けにならない	19 (16.3%)	6 (15.4%)	0.300
6.看護職員による 24 時間連絡体制への負担が大きく、算定できない	10 (10.2%)	10 (25.6%)	5.332*
7.最終的に他の医療機関や介護保険施設での死亡となり、算定が半減する	9 (9.2%)	4 (10.3%)	0.037
8.医師による、回復の見込みが少ないことの診断が円滑に進まない	5 (5.1%)	2 (5.1%)	0.000
9.介護職員に看取りへの技術的課題や不安が大きく、算定できない	5 (5.1%)	7 (17.9%)	5.761*
10.看取り介護に関する計画の継続的な策定が困難 (非現実的) である	5 (5.1%)	11 (28.2%)	14.436**
11.親族等からの看取りのニーズがない	4 (4.1%)	1 (2.6%)	0.183
12.医師による、施設内における死亡の診断が円滑に進まない	3 (3.1%)	2 (5.1%)	0.339
13.看取りのための、個室の維持が困難	2 (2.0%)	5 (12.8%)	6.686*

注: 複数回答可。\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$  (整数は施設数)

につき1回以上…説明を行い、同意を得て介護が行われていること」を説明と同意に分けて列挙した他、看取り介護加算を算定する2施設と、算定しない2施設の施設長および看護職員、介護職員へヒアリングのうえ作成したものである。これらを、看取り介護加算を算定する98と、看取り介護加算を算定せず、「実態として看取る」39の2群に分け、回答頻度順に呈示した。

1, 2は両群とも25%を超える施設で問題提起され、頻度の差はなかった。3.( $p < 0.05$ ), 6.( $p < 0.05$ ), 9.( $p < 0.05$ ), 10.( $p < 0.01$ ), 13.( $p < 0.05$ )は、算定無しの施設で多く指摘された。

⑤引き続き④と同じ対象へ、看取りを特養で行うことの意義を経営(利潤)面、職員育成面、当事者・家族の満足面の3点に分け質問した。設問は「看取りを貴特養内で行うことは、行わないことと比して×××上、プラスまたはマイナスであるとの印象を持つか」の×××へ「経営(利潤)の側面」、「職員の育成(満足)」、「当事者・家族の満足」を挿入した。結果を表5へ示す。

看取り介護加算を算定する98と、看取り介護加算を算定せず「実態として看取る」39の間に、経営(利潤)の側面、職員の育成、当事者・家族の満足のいずれにおいても意識の差はなく、経営(利潤)では「マイナスの印象である」と「どちらとも言えない」を合わせて前者では67.7%、後者では75.7%を占めるのに

比して、職員育成ならびに当事者・家族の満足では「プラスの印象である」がいずれも80%前後を占めた。他方、いずれの群内においても、経営(利潤)の側面と比較して、職員の育成、ならびに当事者・家族の満足についてプラス方向へ意識の偏りが見られた(各 $p < 0.01$ )。

⑥最後に、対象施設における2007年度の施設内死亡入居者数、2007年度の医療施設等への救急転送数、特養定員数(多床室、従来型個室、ユニット型個室[ショート床を含まない])、医師数、看護職員数、介護職員数、生活相談員数、事務職員数、理学/作業療法士数(各常勤換算数)を質問した。これらを、看取り介護加算/重度化対応加算算定の有無、実態としての看取りの有無、看取り介護加算算定有と「無で『実態として看取る』」と比較したところ、以下の組み合わせで有意差が見られた(無回答を除いて検定)。

①で定義した重度化対応加算の算定有133において、無32より介護職員数( $p < 0.05$ )、生活相談員数( $p < 0.05$ )が多かった。定員数や看護職員数の差はなかった。

①ならびに③で定義し、④および⑤で比較した看取り介護加算の算定有98と、看取り介護加算を算定せず「実態として看取る」39において、前者が後者より介護職員数が多かった( $p < 0.05$ )。定員数や看護職員数の差はなかった。

③で定義した看取り介護加算の算定無67

表5 看取り介護加算算定の有無から見た、看取りを行う施設における、看取りの意義

		看取り介護加算算定の有無		$\chi^2$ 値	
		看取り介護加算算定有 (98)	実態として看取る(算定無) (39)		
看 取 り の 意 義	経営(利潤)面	プラスの印象である	31(32.3%)	9(24.3%)	0.921
		マイナスの印象である	16(16.7%)	6(16.2%)	
		どちらとも言えない	49(51.0%)	22(59.5%)	
	職員育成面	プラスの印象である	81(83.5%)	29(82.9%)	0.591
		マイナスの印象である	1(1.0%)	1(2.9%)	
		どちらとも言えない	15(15.5%)	5(14.2%)	
$\chi^2$ 値		117.070**	65.162**		
の 意 義	当事者・家族の 満足面	プラスの印象である	86(87.8%)	29(78.4%)	1.983
		マイナスの印象である	1(1.0%)	1(2.7%)	
		どちらとも言えない	11(11.2%)	7(18.9%)	
	$\chi^2$ 値		138.192**	58.838**	

注: 無回答を除いて検定した。 \*\*  $p < 0.01$  (整数は施設数)



のうち、「実態として看取る」39 と、「実態として看取らない」28 において、前者が後者より2007年度の施設内死亡入居者数が多かった ( $p < 0.01$ )。定員数や看護職員数、介護職員数の差はなかった。

### 【考 察】

① から、重度化対応加算を算定する施設のうち、看取り介護加算を算定する施設は 98 (73.7%: 有効回答総数に対し 59.4%) であった。これらの値については既に指摘される(塚原ら 2001) ように、協力した特養が重度者への対応や、看取り介護など調査の対象となる所作へ志向性のある施設に偏る可能性を考慮しなくてはならない。看取り介護に関する、特養あて質問紙調査の回収率を概観すると、37.5% (塚原ら 2001), 44.9% (宮田ら 2004), 45.2% (三菱総合研究所 2007: 12), 35.0% (金ら 2008), 29.0% (小林ら 2008) 等であり、比較的低い数字の場合はその懸念が少なくない。今回の調査ではこの課題を少しでも克服すべく、匿名性の保障へ留意しながら、調査の意図につき依頼書を通じて伝達へ努め 66.3% の有効回収率を得た。この結果に加え、重度化対応加算および / または看取り介護加算の算定割合へ言及している、三菱総合研究所および金らの報告と今回の調査を比較した場合、まず三菱総合研究所 (2006年12月の重度化対応加算 / 看取り介護加算 算定施設 = 63.6% / 40.2%) (三菱総合研究所 2007: 15) に対し、表 1 から同時点の値を算出すると 57.6% [95 / 165] / 39.4% [65 / 165] であり、1~6%低値を取る。同様に金ら (2007年8月の看取り介護加算 算定施設 = “6割強”) (金ら 2008) に対しては 45.5% [75 / 165] と、15%余の低値を取る。すなわち、各々の有効回収率 45.2% / 35.0% に比べれば、回収率に呼応して、加算を算定しない施設の回答をすくうとの解釈が可能である。この解釈は、実際の算定状況 (2008年1月の重度化対応加算の算定施設割合 = 68.8%) (厚生労働省 2008c) へは今回の結果が 66.7% [110 / 165] と一致することから支持される。前述の2調査 (三菱総合研究所 2007; 金ら 2008) は全国の特養を対象とするのに対し、今回の調査は兵庫県下の特養を網羅したものである。しかし、比較的高い回収率とそこから予想される看取り志向施設への偏りの排除、さらに大都市から農山村、離島まで様々な地域で構成され “日本の縮図” と称される (兵庫県 2009) 地勢的要件から、特定地域の調査であるが、本研究は特養にお

ける看取りの概況を反映するものとする。

また ① から、看取り介護加算の算定は、その前提条件である重度化対応加算の算定とほぼ同時に開始される傾向がうかがえる (表 1)。そこで、看取り介護加算を算定する特養を対象として、新たな体制整備の状況を重度化対応加算と看取り介護加算の両算定要件から質問した。すなわち、ここであげられない要件は (加算算定施設が対象であるから)、既に算定前より満たされている。その結果が ② および表 2 である。

表 2 からは、両群とも看取り介護に関する指針、看取り介護に関する職員研修、看取り介護に関する計画書の順で、50%超の施設が新たに整備していた。逆にどちらも、看護職員、医師に関する項目が 50%を上回ることはなく、人的体制に直接かかわらない項目を満たすことで、加算の算定が可能となっていた。逆にこのことは、職員の配置が困難である場合、加算の算定へ至らない可能性がある。看取り介護加算の算定以前からの看取りの有無で、新たな体制整備に差がなかったことも踏まえると、加算の算定は過去の看取り経験の蓄積によるより、人材の存否によると推察される。これは ③ ならびに ④ でも検証する。

③ では、看取り介護加算を算定しない特養へ焦点をあて、看取りの実態を問うた。この場合、重度化対応加算の有無から2群に分けられる。表 3-1 へ示すように、看取り介護加算の算定が無い67のうち、実態としての看取りは39 (58.2%) で実施されていた。また、看取りの実態別に a~d の4類型、あるいは「実態としての看取り」の有無のいずれで区分しても、重度化対応加算の算定施設割合に差は見られなかった。すなわち前者は、看取り介護加算を算定しないことが、実態としての看取りの無さを示さないこと、後者は、重度化対応加算を単独で評価した場合、その有無もまた看取りの有無によらないことを示す。このことは、先に ② (表 2) から加算の算定は過去の看取り経験の蓄積より人材の存否によると推察したことを間接的に支持する。

つまり、② で示した、看取り介護加算を算定する (重度化対応加算も算定する) ことが、過去の看取り経験に依拠しないことと併せて考えると、重度化対応加算、看取り介護加算の両者とも、その算定有の場合 (②) も、算定無の場合 (③) も、看取りの過去 (②) ならびに現在 (③) の実態を必ずしも反映しない。実際に、看取り介護を行う施設が特養全体の約7割に対し、看取り介護加算の算定は約6割である



との指摘もある(金ら 2008).

看取り介護加算を算定する施設のうち 90.7% (88/97 [無回答1を除く]) が、今後の継続を意図している(②). では算定しない施設は、看取り経験を蓄積しても、引き続き算定を行わないのだろうか. またそのことは、重度化対応加算算定の有無で変わるのだろうか. 図 1 へ施設数をもって直接に結果を示すと共に、表 3-2 で分析した. 重度化対応加算を算定しない施設はこれを算定すると共に看取り介護加算へ、重度化対応加算を算定する施設は看取り介護加算へ、今後より広範に算定を取得しようとする施設の数、現状維持とする施設を上回った. 従って、本調査からは、看取り介護加算の取得はそれまでの看取り経験を必ずしも反映しないが、看取り経験の蓄積は(重度化対応加算算定の有無によらず)看取り介護加算の取得動機へつながると考えられる. この過程で、施設における人的体制が、加算取得の要件として新たに拡充される可能性がある. 予め人材要件が満たされていれば、指針整備、職員研修、計画書等の整備により既に算定を見ていると想定されるからである(②).

表 3-3 では在宅の選択がなく、在宅療養支援診療所制度等の整備により居宅での終末期ケアが注目されつつあるが、少なくとも施設入居者において適応し得るものでないことがうかがえる. もちろん、実態として看取らないことが、看取りの意思を持たないことと直接に結びつくわけではない. 実際、介護保険施設の看護職員への調査(流石ら 2006)において、看取りが施設で可能であるとする回答が 63.5% を占めるに対し、現にそれが成されているとした回答は 37.5% にすぎず、48.4% が病院への転院・転棟が主であるとしている. 今回の調査でも、ほとんどの回答が「連携する一般の医療施設」への移送であった.

近年の大規模な調査(三菱総合研究所 2007: 15)でも、協力病院が「ある」と回答した特養は全体の 95.2% におよび、現在の特養は看取りへ取り組むか、むしろ医療施設(一般病院)に搬送するかの大きな 2 つの流れにあるものと考えられる. もちろん、看取り中にも病院へ搬送されて亡くなる例はあり、看取り介護加算においても「当該施設・居宅で死亡」のⅠに対する、「他の介護保険施設または医療機関で死亡」のⅡ(単位数はⅠの半分)として規定されている. 従って、十分な入居者・家族との意思疎通と施設側の準備があっても、常に特養内の看取りが完遂されるわけではない. そもそも、終末期の処遇は、本来看取られる高

齢者の立場を尊重すべきであり、施設の姿勢が優先されるものではない.

つまり、全ての入居者あるいは家族が特養で終末期を迎えることを望むわけではなく、また、その割合を高めることが単純に正しいわけでもないのである. 施設が看取りへ対応する“消極的な”理由として、「併設病院を持たない、あるいは内科的治療ができない病院に併設する」場合があげられる(清水 2005). この際、病院側が受け入れに難色を示すと、必然的に施設で看取らざるを得なくなる. 医療機関併設型の場合にはかかる懸念が少なく、また、「病院との連携下に十分な医療処置が受けられることを特色として打ち出す施設」(清水 2005)もあり、それを望む入居者や家族も存在する. 結果として、施設での看取りが選択されない状況も当然考えられる. 今後、特養は看取りを推進する施設にはかかる考えへ共鳴する入居者・家族、他方、そうでない施設には病院への搬送を期する者という棲み分けが生じ、「特養は終末期への対応に積極的な施設と、そうでない施設へ分化していく可能性が高い」(大西 2009)のである.

④ から、看取り介護加算には表 4 へ示すように、算定施設においても様々な困難を抱えていることが明らかとなった. これらを、看取りを行いながら算定しない施設から見た視点と比較すると、「1. 死期の予測困難」、「2. 週 1 回以上の同意」は算定の有無にかかわらず問題点として高頻度に提起されたが、「3. 週 1 回以上の説明」、「6. 看護職員の 24 時間体制」、「9. 介護職員の技術的課題」、「10. 看取り介護計画策定」、「13. 個室の維持」が、算定無しの施設から多く指摘された. この有意差項目 5 件のうち、上位 3 件(3, 6, 9)が人的体制の具体的な運用にかかわることは、先に ②(表 2) から加算の算定は過去の看取り経験の蓄積より人材の存否によると推察したことを直接に支持する. また、これらは「4. 死後の処置」、「5. 最大 4,800 単位」、「7. 他での死亡」で見られる、両群で差がない経営的側面と対照を成している. つまり、看取り介護加算が経営面に対する支援として不十分であることは、看取り介護加算算定の有無にかかわらず指摘される困難なのである.

従って、経営の視点にとどまれば、管理者サイドに算定の広がりはずしでも企図されないであろう. しかし、現実には表 3-2 から広範に算定を取得しようとする動向を明らかにした. 加算を通じた人的体制拡充の可能性について ③ で既述したが、算定により指針整備、職員

研修、計画書等の整備が行われれば現場サイドへ業務の振り返り、標準化や効率化を促す契機となり得る。従来、「福祉の世界では精神論が重視され、民間企業における財政面の採算や効率性の追求といった考え方が受け入れられにくい状況があった」(近藤ら 2007)。筆者は看取り介護加算の意義は、管理者と現場職員の意識のずれを看取りという事象で引き寄せた上での、採算性や業務の効率化に対する視座の共有と、人的体制の整備という労働環境改善の可能性にあると考える。

⑤ では、看取り介護加算算定の有無にかかわらず、看取りが行われていれば経営(利潤)面、職員育成面、当事者・家族の満足面に対する意識が変わらないことを確認した。看取り介護加算の算定により、算定しない場合と比べて経営的側面がプラスへ傾くことはなかった。このことは、看取り介護加算が経済支援としての意義に乏しいことを再び裏付ける。他方、職員育成ならびに当事者・家族の満足では、算定の有無にかかわらず、看取りの実施がいずれも経営(利潤)面と比べて、施設長へ強く「プラスの印象である」と意識されていた。これらの視点が、加算算定へ向けた原動力となっていることは、経済支援の弱さが確認されたことからより明らかであろう。

最後に ⑥ で対象施設の属性をまとめた。今回の調査では救急転送、特養定員、医師、看護職員、事務職員、理学/作業療法士の各数において、結果で定義した群間に差は見られなかった。看取り介護加算算定有と、算定無で「実態として看取る」の間に介護職員数の差があることは、看取り介護加算の算定の有無で同様の差異がないことと、実態として看取る群には重度化対応加算無の群が 39 中の 20 施設を占めることより、重度化対応加算の有無で同様の差が見られることの二次的な反映と考える。重度化対応加算の算定そのものに介護職員の数にかかわる規定はないが、当然ながら入居者の重度化に伴う、多様なニーズの発生や夜勤体制強化を含めた対応上避け得ないものと思われる。また、生活相談員の存在が重度化対応加算算定の有無で差を見たことは、特養入居者の高齢化・重度化への鍵となっている可能性がある。これについては今後のさらなる検討が必要である。

### 【おわりに】

2009 年度には介護報酬が再度改定され、看取り介護加算については、重度化対応加算のうち看取りに関する要件を統合すると共に、

看取りへ向けた体制の評価と看取りケアの評価を別個に行うべく再編成される。これらに伴い、重度化対応加算は廃止される予定である。今後とも、特養における看取りの動向へ格段の注意を払いつつ、加算という対応にとどまらず、特養の施設基準の妥当性も含め、施設での終末期につき検証を怠らないことが望まれる。

死は遠からず全ての人に等しく訪れる。私たちは入居者にとどまらず、同胞や自らの老い先の課題としても、団塊の世代が大挙して後期高齢者になる前に、看取りの場の動きや、それに帯同する政策動向へ積極的に目を向けていく必要がある。

稿を終えるにあたり、お忙しいなか本調査へご協力をいただきました特養施設長ならびに職員の皆様へ、心より感謝を申し上げます。また、本研究に多大なるご支援を賜りました明治安田こころの健康財団に対し、深甚なる謝意を表します。

### 【引用文献】

朝日新聞 (2009. 3. 27) 「介護従事者の手当補助へ一厚労省 事業者に支給検討」『大阪本社版 朝刊』 政策 5 面。

福岡誠之 (2006) 「特養における看取り介護」『日本医事新報』 4313, 65-69.

広井良典 (2008) 「高齢社会と緩和ケア」『ホスピス・緩和ケア白書 2008』日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 14-19.

兵庫県 (2009) 「個性あふれる地域から成る兵庫県 兵庫県の概要について」([http://web.pref.hyogo.lg.jp/ac02/ab\\_hyogo.html](http://web.pref.hyogo.lg.jp/ac02/ab_hyogo.html), 2009. 6. 30).

飯島 節 (2006) 「改正介護保険と終末期ケア」『Geriatric Medicine』 44, 1567-1571.

萱津公子 (2008) 「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』 10(3), 34-39

川上嘉明・新谷富士雄 (2007) 「特別養護老人ホームにおける要介護高齢者の看取り介護」『総合看護』 42(4), 5-19.

金 貞任・鈴木隆雄・高木安雄 (2008) 「特別養護老人ホームの看取りケアに関連する要因」『老年社会科学』 30, 239.

小林未果・松島英介・野口 海・ほか (2008) 「特養における尊厳ある死に関する研究」『日社精医誌』 16, 255-262.

近藤克則・福田 敬 (2007) 「地域のなかでの暮らしを支える医療・福祉の今後」『月刊福祉』 90(5), 12-21.

厚生労働省 (2006) 「社会保障審議会介護給付費分科会 (第 39 回) 議事次第」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/s0126-9.html>, 2009. 6. 30).

厚生労働省 (2008a) 「平成 19 年人口動態統計 (確定数) の概況 人口動態統計年報」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii07/index.html>, 2009. 6. 30).

厚生労働省 (2008b) 「社会保障審議会介護給付費分科会 (第 63 回) 議事次第」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/s1226-5.html>, 2009. 6. 30).

厚生労働省 (2008c) 「社会保障審議会介護給付費分科会 (第 50 回) 議事次第」(<http://www.bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0325-4.html>, 2009. 6. 30).

厚生労働省 (2009) 「平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>, 2009. 6. 30).

三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ (2007) 「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」『平成 18 年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)』 1-230.

宮田裕章・白石弘巳・甲斐一郎・ほか (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」『日老医誌』 41, 528-533.

小野幸子 (2007) 「特別養護老人ホームでの“死の看取り”の実際と看護の役割」『コミュニティケア』 9(14), 12-17.

大西次郎 (2008) 「『死に場所としての社会福祉施設』への認識を - 病院死, 在宅死に次ぐ第三の選択肢 -」『神経内科』 68, 314-316.

大西次郎 (2009) 「高齢者への終末期ケアの場として, 病院と介護保険施設を考える」『精神科治療学』 24, 753-757.

流石ゆり子・牛田貴子・亀山直子・ほか (2006) 「高齢者の終末期のケアの現状と課題 - 介護保険施設に勤務する看護職への調査から -」『老年看護学』 11(1), 70-78.

清水みどり (2005) 「介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察 - 看護管理者へのインタビューから -」『新潟青陵大学紀要』 5, 347-358.

総務省 (2009) 「平成 20 年 7 月 1 日現在 (確定値) 年齢 (5 歳階級) 男女別推計人口 人口推計月報」(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/tsuki/index.htm>, 2009. 6. 30).

時田 純 (2006) 「施設別にみた終末期ケアの現状と課題. 2) 介護施設」『Geriatric Medicine』 44, 1539-1547.

塚原貴子・宮原伸二 (2001) 「特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討 全国の特別養護老人ホームの調査より」『川崎医療福祉学会誌』 11, 17-24.

【並行研究小録】特別養護老人ホームを対象とした質問紙調査における, 依頼と回答の実態

高齢者施設は医療福祉の実践と共に政策反映の場でもあり, 複数の学術領域から関心を持たれている. とくに最大数の入居者を擁する特別養護老人ホーム(特養)は, その規模から質問紙調査(アンケート)の対象となりやすい.

兵庫県下の全 251 特養に対してアンケートの実態と, 業務への影響を調査し, 160 施設より有効回答を得た. 2007 年 11 月からの 1 年間で中央値 11~15 件の依頼があり, 105 施設で半数超へ返送を行っていた. 154 施設で作成に負担を感じ, 123 施設では, 業務に支障をきたす可能性があった. しかし, 110 施設において従来と同様か, それ以上に返送を続けると予想していた.

アンケートは発信側にとり簡便だが, 特養においては回答が重荷となっている. その上での返送には, 職場環境や施設経営へ向けた改善の願いがあり, 発信側へは質問量と内容を厳選し, 相互の連携を図って調査の重複を避けるなど受信側への配慮と共に, 調査の社会的価値を高めていく努力が求められる. (大西)