

2013/09



神奈川県
社会福祉
協議会

社会福祉施設における看取りケアに
関する調査

目次

はじめに

1 調査内容

2 調査結果

(1)回答施設の属性、回答者について

(2)看取り経験の有無と、対応する職種について

(3)看取りケアについての考え方

(4)施設のマニュアルに記載されている事項について

(5)看取りケアに関する研修ニーズについて

(6)その他の自由意見から導かれた課題など

はじめに

国立社会保障・人口問題研究所によると、2011年の年間死亡数は125万人。2040年には166万人と推計され、現在、医療整備計画の見直しなどがすすめられている。だが、在院日数の更なる見直しなども相まって、病院で最期を迎える機会が少なくなることが予想されるような時代になりつつある。そのようななか、病院や在宅のみならず、社会福祉施設における看取りの機会が増えてくることが予想される。

すでに介護保険において看取り介護加算が創設されているが、介護保険施設のみならず、利用者の高齢化がすすむ障害者の福祉施設においても同じような状況を迎える可能性があるだろう。そこで社会福祉施設において正しく看取りが理解され、適切にケアが行われるために職員教育が必要だと考えられる。

一方で、いくつかの先行調査から下記のような状況が見えてきている。

①全国高齢者ケア協会の「特別養護老人ホームにおける看取りの実態調査(2011)」によれば、介護保険の報酬加算対象になったため、取り組みを始める施設も増えてきている。また施設職員は「施設がそのまま看取りの場であってほしい」と本人・家族が願えば、それを実現したいと考えている。

②平成18年には三菱総研が「特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン」を、また全社協経営者協議会においても「指定介護老人福祉施設における看取りに関する指針の策定にあたって」を発行されているが、条件整備など法律的な対応がメインであり、ケア内容までは踏み込んでいない。

③高齢者ケア施設(特養、老健、GH)で働く看護職員に対する実態調査を行った公益社団法人日本看護協会によれば(2013)、自施設での看取りケアへの取り組みが「必要」「やや必要」と併せて約7割が必要と感じていること、看取ると方針を出している施設は全体で65%であり、とりわけ特養では81.8%が「施設で看取る」と決めていること。しかしながら、4割弱が看取りの方針を決めていない状況がわかった。

④他機関での研修開催状況を見ると、宗教ベースの「哲学」あるいは「倫理」的内容か、エンゼルケア(死後処置)など実務内容に特化するなど限定的な内容での実施が多い。また、看護職員に比べ、死について意識したり、臨終場面に立ち会うことの少ない介護職員は比較的ストレス反応が高いともいわれているが、看取りにおける介護職員への心理的なケアをテーマとした研修は数多くないと思われる。

そこで、福祉現場が現在、看取りケアに取り組んでいる状況、そして外部研修に求められる研修課題を導くために調査を実施することとした。

1 調査内容

- (1)実施主体 社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会
(福祉サービス推進部 福祉人材研修担当)
- (2)対象 県内の高齢者・障害者等の、主に入所施設

- (3)実施時期 平成 25 年 6 月 10 日発送。7 月 12 日回収期限
- (4)配布方法 県内に施設・事業所がある社会福祉法人に研修案内郵送文書に同封。
法人が運営する高齢者・障害者入所施設へ回送を依頼
(法人向け配布数は 813 通)。
- (4) 回収方法 ファクシミリ・郵送による回収
- (5) 回収数 108 通

※なお、保育所等看取りケアになじまない施設のみを単独運営している法人や、複数の施設を有する法人など様々であり、回送された質問票の数字が把握できないため、回収率は示さない。

2 調査結果

(1)回答施設の属性、回答者について

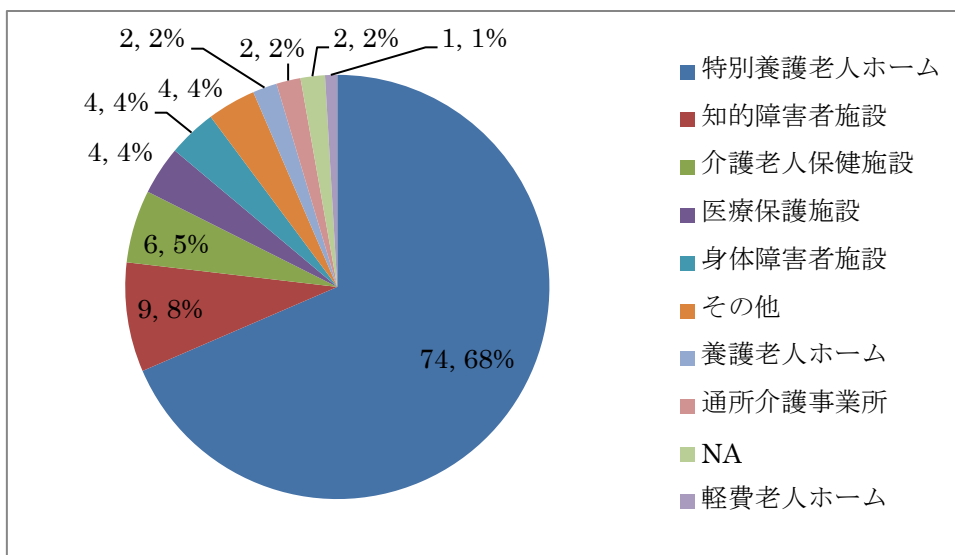


図 1

回答数 108 のうち、75%近くが特養であり、次いで知的障害施設 (9.8%) であった。高齢者施設としては、特養、軽費、養護、老健の合計で 83.4%を占めている。看取りケアということから、高齢者施設での関心が高いことが窺われる。

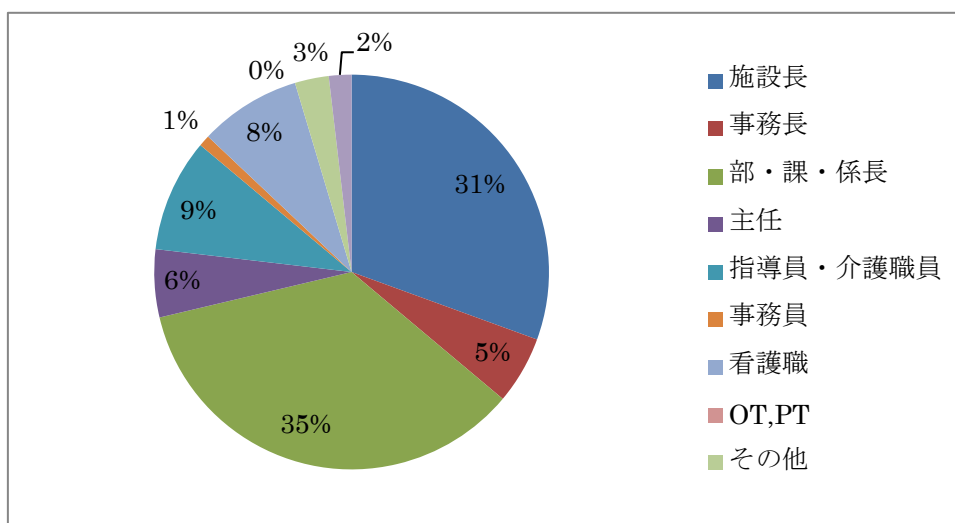


図 2

回答者の属性は「部・課・係長」が最も多く、35%、次いで「施設長」が 33%であり、管理職からの回答が多い。生活指導員は 10 名、看護職は 9 名であった。

次に看取りの体制が整備されているかを見てみる。

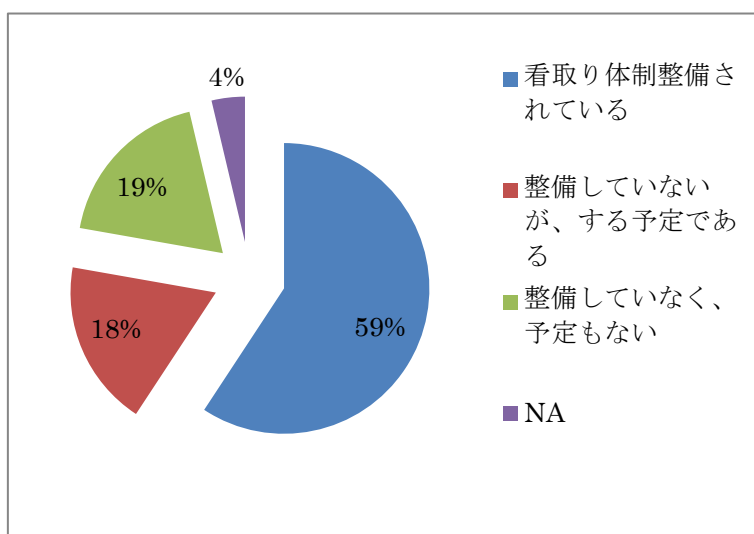


図 3

まず、体制整備についてだが、ここでは半数以上の施設が看取り体制を整備している状況が見えた (59%)。無回答を除けば、「近々整える予定」と「整備予定なし」は同数であったが、この調査では、すでに看取りを実施している施設が多く、今後も看取りケア実施の施設が増加していくだろうことが予測される。

なお、すでに看取りを実施している施設について、看取り体制を整備したのはいつかという問いについては、無回答 (n=11) を排した平均値が 7.31 年前であった。また回答分布数からみても「7 年前」と回答した施設が最も多かった (n=11)。なお、30 年前から看取り

ケアを行っている施設が1施設、また28年前、20年前と、介護保険制度施行以前から看取りケアを行っていると回答した施設も各1施設ずつあった。

(2)看取り経験の有無と、対応する職種について

次に「看取りの経験はあるか」を尋ねたところ、72%が「あり」と回答している。

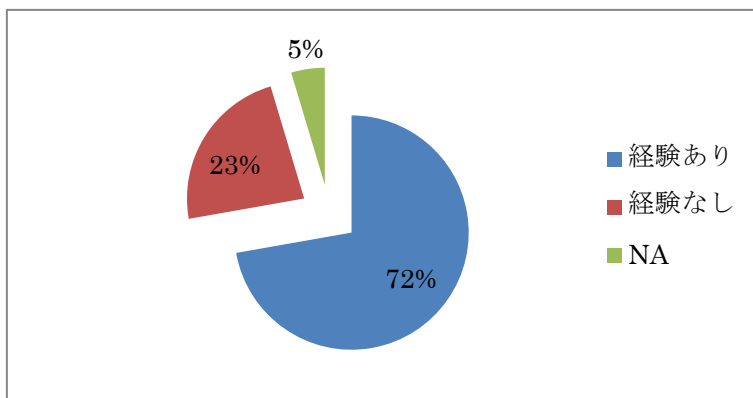


図 4

体制整備ができている施設が59%であったのに対し、実施している施設が78%だった。ということは、物的・人的体制についての整備あるいは方針などがない中でも看取りを行っている施設があるということがいえる。

(3) 看取りケアの中心となる職種について

看取りケアは、利用者の身体的・精神的ケア上で、通常のケア体制より、より細やかなアセスメント、心身の状況に応じた臨機応変なケアの実施が求められる。そこでは複数の職種による連携上でのケアがなされる必要がある。そこで看取りケアの中心となる職種を尋ねた。回答では、職種は看護職が最も多く、次いで「介護職員」、3位は「介護支援専門員」「介護主任」(同数)であった。バイタルサインから主治医への連絡をとるタイミング、そして死後のケアなど一連のケアのなかで医療職の専門性が求められることが多いことから、看護職が中心となるとの想像ができる。しかし、看護職が圧倒的多数かと問われればそういうことでもなく、日常的なケアの延長上にあるものだと解すれば、担当ケアワーカーが最期までケアの中心にいる状況も浮かび上がった。

今回の調査からは多くの職種がチームの中心となっていることが分かった。どの職種がリーダーとなるべきか、ということだけでなく、職員配置やケアの内容にあわせて、主たる担当者を定めることで看取りケアの対応できるのではないかという仮説が浮かび上がった。

なお、本設問の主旨は「中心となる人の職種」について、チームリーダー1名の職種について尋ねたのだが、回答者の多くは複数の職種を選択してきた。そこで集計方法を変えて、該当する職種すべてにポイントを付与した。その結果として、下記のように、関わる専門

職種が分散した結果になったのかもしれないが、そこからは同時に多職種がより関わる機会が多く、強力なリーダーの存在より、多くの職種が連携してかかわることが看取り期であるという現状を窺い知ることができた。

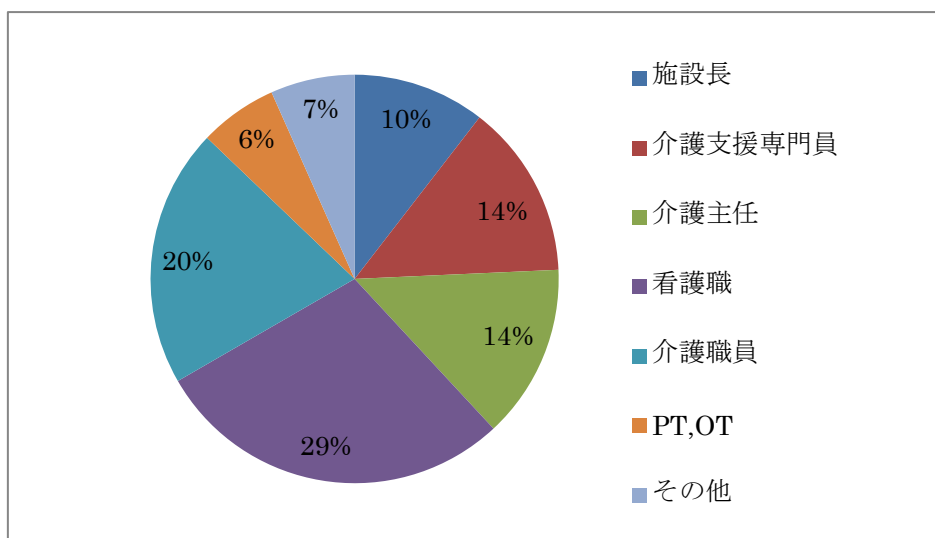


図 5

(3)看取りケアについての考え方

次に、社会福祉施設で看取るということについて、4通りの考え方のなかで近いと思われる内容について質問した。病院における死が多い現状で、社会福祉施設で看取ることの心理的な抵抗、あるいは常駐する医師がいないなどの環境的な問題により実施困難な状況が看取りに及ぼす影響を確認したいと考えたためである。

については、設問内容の1番目として「社会福祉施設が生活の場である以上は看取りまで含めるのが自然であるため、行っていく」、2番目は「② 利用者の生活環境等を整えられれば“終の棲家”として看取りを行いたい」。3番目は「近代的な死は病院で迎えることが圧倒的であるため、施設としては原則的に直接かかわらない」「④ 施設の人的・物理的体制上、看取りは行えない」と設定した。

この選択肢のなかで、もっとも回答が多かったのは「問1」で、看取りを行うとする内容であった。

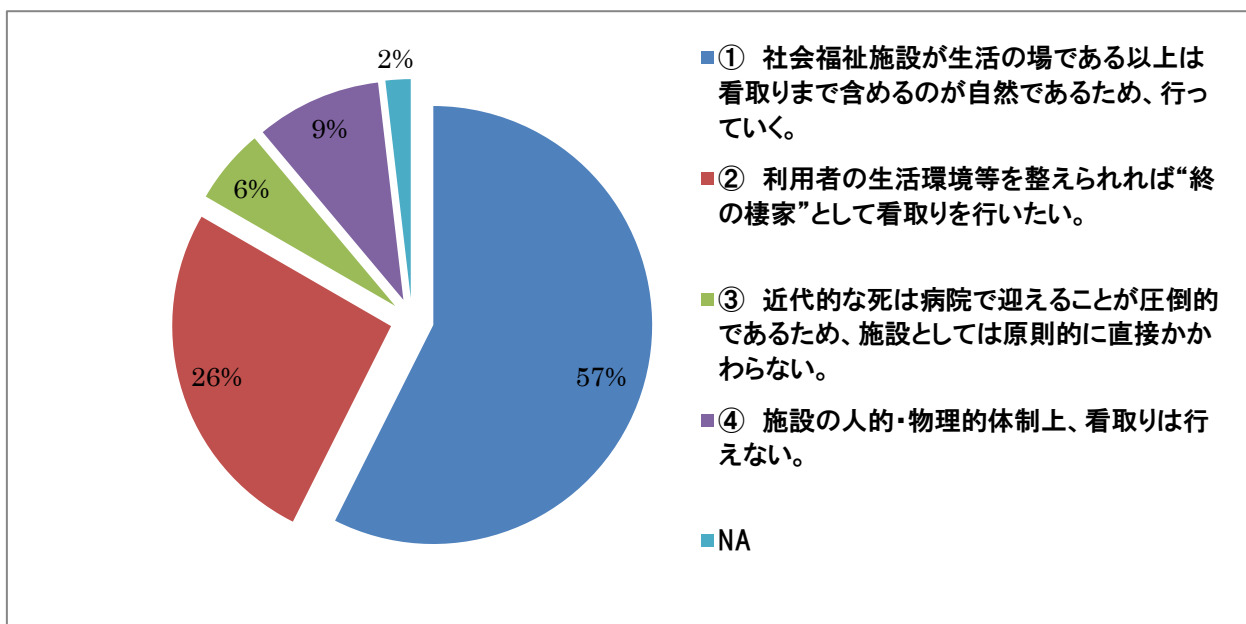


図 6

この調査においては、死だけが独立したものでなく、生の延長上として、すなわちケアの延長上にあるものという考えが支持されていることが多いことが示された。また、前述のとおり、例えば個室や家族用の控室などの場所の確保や、医療職のバックアップなどがあれば看取りもいとわないという考えも多く、すなわち社会福祉施設での看取りに心理的抵抗が伴わないともいえる回答数が8割を超えていた。

(4)施設のマニュアルに記載されている事項について

ところで、看取りケアについては、利用者・家族の同意の取り方からターミナル期におこりがちな身体的・精神的なケアの手法、臨終期への対応、死後の処置など、特有の専門的な対応が求められる。したがって、看取りケアを実施するにあたって、職員の心構えや体制の取り方など、施設の指針が携わる全職員に示される必要がある。

そこで、施設の業務マニュアルなどに看取りケアに関する事項がどの程度整備されているのか、尋ねてみた。

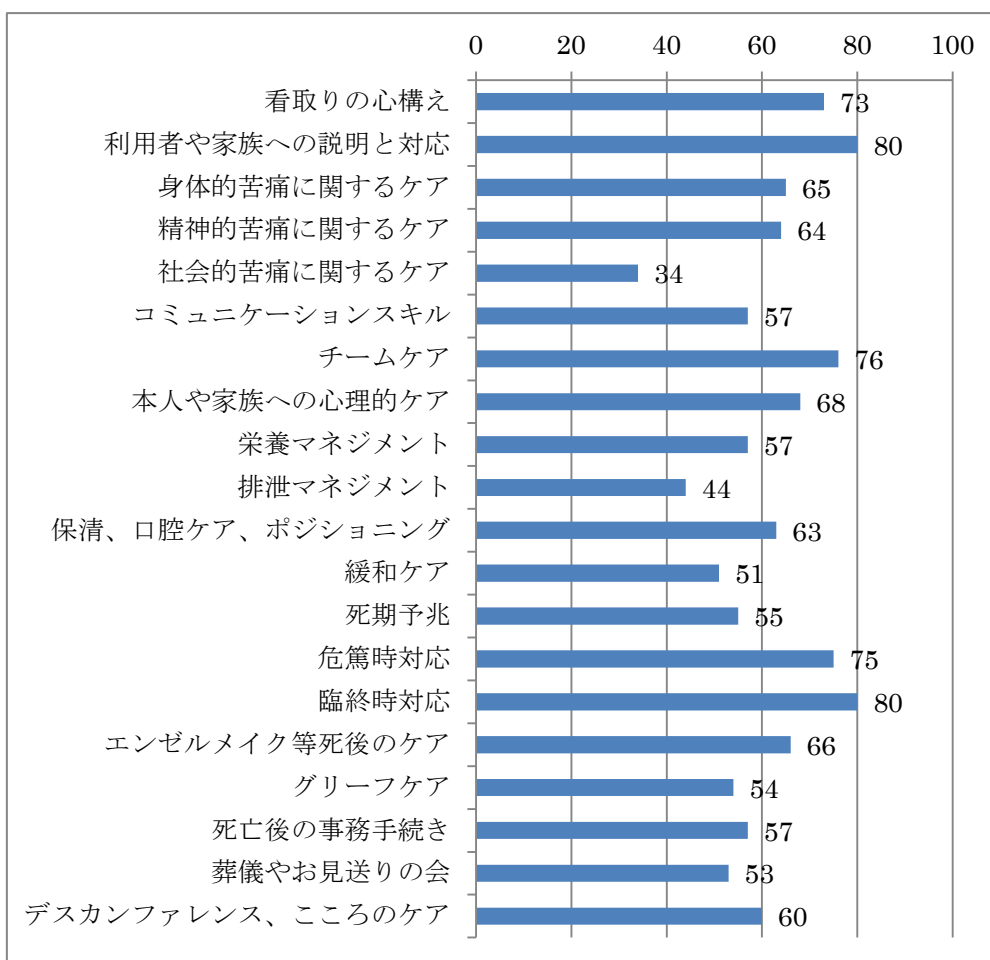


表 1

設問は 20 項目を用意したが、「社会的苦痛に関するケア」を除き、全項目で 4 割以上の整備率となっていた。また 11 項目では整備率が 60%を超えていた。

マニュアルに記載されている事項で最も多かったのが、「利用者や家族への説明と対応」、そして「臨終期の対応」であった。前者は、看取り介護報酬加算の要件となっている事柄であるため書類にして残しておく必要がある。また同意に基づくケアの提供の具体的な方法についてもコンプライアンス上求められるものといえる。

後者の「臨終時の対応」については、息を引き取ったあとの生理学的な変化が急速に進むため、その対応も適切なものでなければならない。マニュアルに沿って手際よく死後のケアを、どの職員でも行っていくために、マニュアルに記載されることが必要なのであろう。

(5)看取りケアに関する研修ニーズについて

前述の項目からはある程度マニュアルが整備されているということが見えた。ではそれがスタッフの心構え、さまざまなケアに関する技術研修などについて研修機会が設けられ

ている事につながるのか。そこに外部研修への期待はあるのか。

すなわち、看取りを行っている、あるいは行おうとしている施設が望む外部研修の内容についてたずねてみた。

その結果は下表のとおりである。

希望する外部研修の内容 n=108 (もっとも必要な研修 5ポイント、必要と思う研修 1ポイントでカウント)

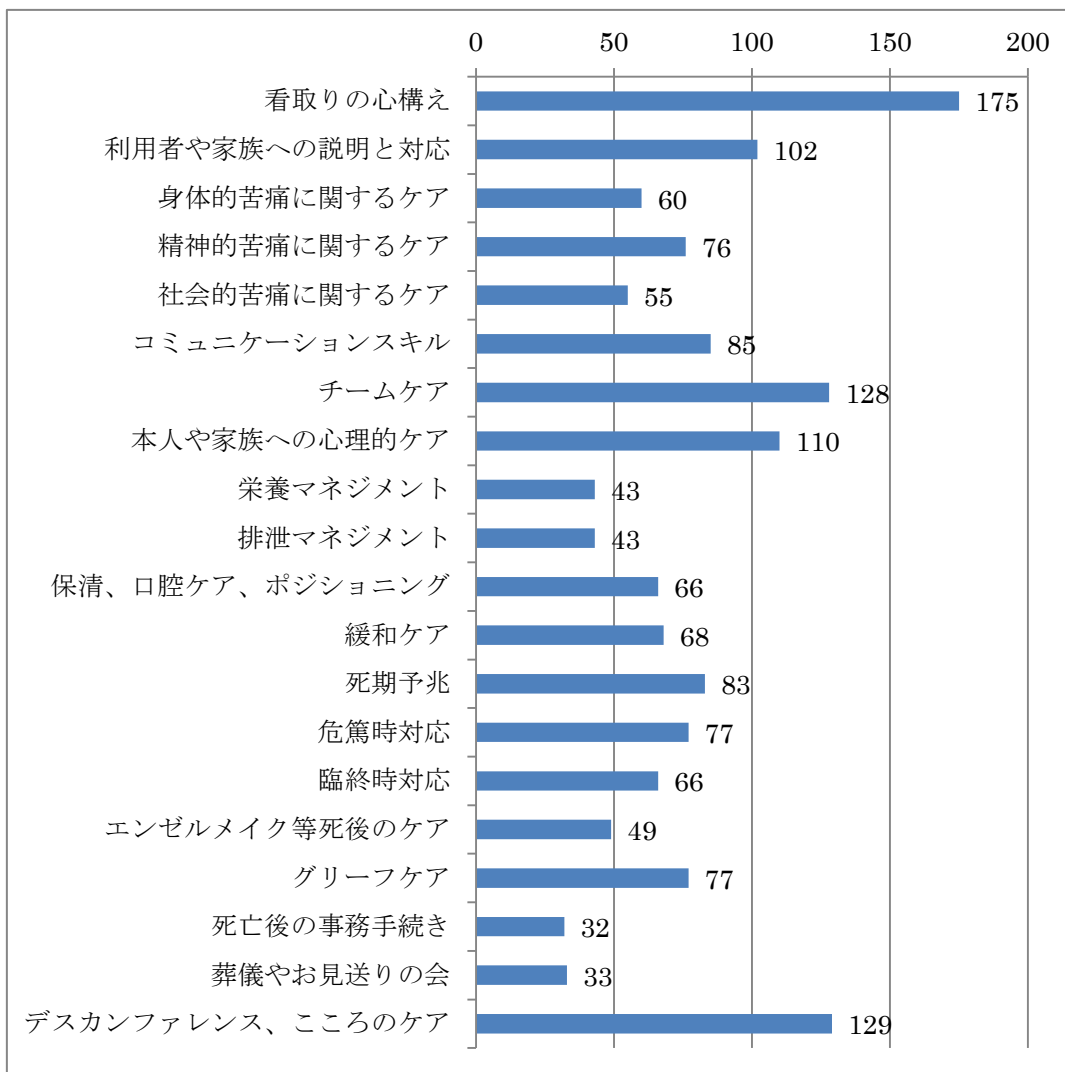


表 2

この回答で特徴的なのは、外部研修 (Off-JT) には、看取りケアの「入口」と「出口」により高い実施期待が寄せられていることである。ケア過程で具体的に必要とされる、例えば口腔ケアや栄養のマネジメント等のケア技術より、むしろ看取りケアを実施する側のための必要に近い項目に研修ニーズが集まっているとも換言できる。

またケアの展開に欠かせない、チームケアについても研修受講ニーズが高かった。前出の設問で多くの専門職種がかかわっている状況が見えたが、チームを運営するために必要

なノウハウを学びたいという思いが伝わってくる。

(6)その他の自由意見から導かれた課題など

本調査では自由意見の記入欄を設けた。そこには 32 もの意見記載あり、貴重な知見を得ることができた。

①医療職との連携・協働体制について

自由意見からは、看取するための条件整備についての課題が多数みられ、とりわけ医師の協力体制確保については切実な意見が見られた。「いつでも来てくれる医師と看護師の人数がいれば実行できるが、両方とも不足の現状では希望を持ってない」「24 時間施設へ往診できる体制を整えてほしい」「超高齢化社会を迎え、社会保障費の増加や病院内における看取りが行われない中、国の方針として在宅や施設での看取りを推進しておりますが、一番必要とされる医療との連携が不十分な中では、施設内での看取りは難しいのが現状です。医療機関のバックアップが十分に行える様な制度改正や体制づくりが急務です」「夜間不在など看護体制が十分に出来ていないので「看取りケア」について実施困難と考えています（障害入所施設の慢性的な看護人材確保難が背景にあります）」が主な意見であった。

死亡診断書が書けるのは医師だけであるためだ。危篤時に医師が駆けつける体制がなくても、看取りケアは可能なのだが、死亡診断がなければエンゼルケアもできない。何も処置できないまま、死後硬直が始まった、あるいは強くなっているご遺体を置いておくということはエンゼルケアのしにくさや、職員の心理的な抵抗が強くなることが想像される。そういった面で医師の速やかな診断が求められるのだろう。

しかし、現実的には施設や在宅における医師の確保ということは困難な様相が厚労省通知から見て取れる。

医師法第 20 条では「診察して 24 時間以上経過している患者の死亡診断書は書けない」としている。これについて、平成 24 年 8 月、厚労省は通知で但し書きを付した。すなわち、医療施設ではなく在宅や施設において患者が死亡した場合、その後 24 時間を経過していても、あるいは死亡の際に立ち会ってなくても、診察のうえで死亡診断書を交付できるという内容である（医政医発 0831 第 1 号・平成 24 年 8 月 31 日¹⁾）。

しかし、施設内にいる職員や入居者の心的反応を考えると、速やかに死亡診断がなされ、死後のケアができる体制が求められている。この課題については、具体的な検討が施策レベルで求められよう。

一方で、研修によって、臨終時の医師の立ち会いがないことへの職員の心理的な負担が少しでも軽減される、あるいは医師の到着までに介護職員ができることがあれば、そこへ着目した研修の実施も必要と考える。

②こころが揺らぐ家族への対応

社会福祉施設での看取りについては、利用者家族の心理的な変化・抵抗について、対応困難感を覚えるとの意見もみられた。「ご家族間の意思統一や最期は病院で、という方も少なくなく、ご本人の尊厳死カード等があっても、本人意思を尊重できないこともあり、ジレンマを感じている」などが代表的である。

「死に場所」について本人と家族との希望が異なったり、例え本人と家族が施設での看取りに合意したとしていても、実際に看取り期に入ったときに家族の意向が変わったりした場合、その調整が難しいという内容である。まだまだ病院での死が大多数を占めているなか、本当に救命行為をしなくてもよいのか、という家族の気持ちの揺らぎは容易に想像ができる。

そこでは、「看取りに関する研修を職員対象に行ってきたが、ご家族にも看取りについて理解し考えて頂くことが必要と思う」という意見のように、家族への、看取りの学びの機会提供があってもよいだろう。そのノウハウについての施設向け研修も必要である。

また「生活の施設で『看取り』を行うには、きちんとしたチームケアが大切であると実感しています。超高齢しかも医療依存度が高い方が増えていますので、介護職も『死』を特別視することなく、本人にしっかりと向きあい、支援していくことが不可欠です。施設が『看取り』の場として、広く認知される社会的風土の高まりも必要と思います。こうした認識でないと、家族との関係でよい『看取り』をすることが難しいと思います」というようにチームスタッフで受け皿をきちんと整えること、その実績が社会的風土を変えるのだという内容はもっともだといえる。

現時点でできることでは「職員一人ひとりが看取り介護の理念、目的定義を理解し、指針に基づき穏やかに安らぎのある日々として過ごせるようケア計画書を作成し、ご家族に同意を頂いている」という意見に見られるように、ケアプランできちんとケア内容を提示し、折に触れ、家族の不安を受け止めることができることではないだろうか。

③職員への教育

自由意見のなかで、もっとも多かったのは職員の看取りに臨む姿勢についての内容であった。「(二十歳前などの若い)新卒の職員が入職してくる中、“死”というものが不安・怖い・だめなことのようになり、看取り期に入られた利用者様と円滑なコミュニケーション・関わりが得られにくい現状がある。死生観教育を深める手法・工夫を行っていきたい。」「看取り近くになったとたん、介護職員の居室訪問が少なくなる。看護師に丸投げのように感じることもあり、看取りとは?という基本的考え方や知識不足からくる不安感や恐怖感が先立っているような感じもある。“死”をどう迎えるかを考えることは、日々の生活をどう支援するかにつながるものであることを認識し、学ぶことが必要。時間がとれないのが現状で難しい課題だと思う。」との意見にあるように、及び腰になってしまう介護職の姿が浮かび上がる。

利用者のファイナルステージをともにし、死という厳粛な事実に向き合うには、ふだんから死生観を介護職員のなかで検討しておくことが肝要であることを示している。

また、「平成 24 年度は年間 10 名看取りを行いました。看取りだけが特別なことではなく、日常の生活の延長に看取りがあると考えます。しかし、職員の精神的な負担は大きく、それについての支えが必要だと思います」というように、職員が看取りによってメンタル面で不調になってしまわないよう、職員を支えるシステムづくりの研修を実施していく必要があるだろう。

また、「“死”をどう迎えるかを考えることは、日々の生活をどう支援するかにつながるものであることを認識し、学ぶことが必要。時間がとれないのが現状で難しい課題だと思う」というように、日常のケアの充実をどのように図るかは、古くて新しくもある課題も提起された。

そして、そのうえで「看取り介護はその方の人生そのものをお世話させて頂ける機会としますので、ケアする者にとってもとても意義深いものと思います。また、ケアを振り返ることにより、日常のケアをより大切に思えるようになると思います」という意見のように、尊い死により職員の成長が促される機会へと転換していく必要もある。

今後は実り多いケア実践へ展開していくことのできるような、現場の悩みや課題に即した看取りケアの外部研修を企画していく必要がある。

謝辞

ご回答いただいた施設から、すでに多くの施設が看取りケアを実施しておられ、またチームケアを実践するなかで、マニュアルも整備しつつある状況が見えてきました。と同時に、介護保険施設のみならず、障害者の施設等でも看取りについて考えている状況も窺い知る機会となりました。お忙しいアンケートにご協力いただいた施設職員のみなさまに感謝を申し上げます。

ⁱ 東京都医師会発行資料がこの解釈をわかりやすく説明している
<http://www.tokyo.med.or.jp/kaiin/handbook/linkdata/130-141.pdf#search='%E5%8C%B%E5%B8%AB%E6%B3%95%E7%AC%AC20%E6%9D%A1'>