

経営面，職員育成面，入居者・家族の満足面から検証する  
特別養護老人ホームの看取り  
— 看取り介護加算の算定を通して聞く施設長調査 —

大 西 次 郎  
(武庫川女子大学文学部心理・社会福祉学科)

Deathbed care at special nursing homes for the elderly, reviewed in  
terms of facility management, staff development, and satisfaction in the  
residents and families: a facility-director survey  
regarding LCI-point addition

Jiro Ohnishi

*Department of Psychology and Social Welfare, School of Letters  
Mukogawa Women's University, Nishinomiya 663-8558, Japan*

**Abstract**

As the time to revise long-term care insurance-point addition for deathbed care (LCI-point addition) has come now that 3 years have passed since its introduction, it is necessary to review the effectiveness of this system, which financially ensured deathbed care for the first time.

A questionnaire survey was conducted regarding the implementation status of LCI-point addition, deathbed care at facilities not using LCI-point addition, and the effects of deathbed care on facility management as well as satisfaction in the facility staff and families.

The subjects were the facility directors of all 251 special nursing homes for the elderly (SNH) in Hyogo Prefecture, of which 249, excluding suspended or discontinued facilities, returned a total of 165 valid answers. LCI-point addition was implemented at 98 SNH, and deathbed care was also performed at 39 SNH not using LCI-point addition. Although deathbed care could help develop the facility staff, and satisfy the residents and families, it was regarded as managerially problematic irrespective of the implementation status of LCI-point addition. However, facilities using LCI-point addition intended to continue its use, and facilities not using LCI-point addition were also planning to use it in the future.

Although LCI-point addition remains insufficient as a means of financial support, it may allow both the facility management and staff to share the recognition that deathbed care should be carried out, and promote the improvement of workplace environments and the standardization/streamlining of facility operations.

**1. 問題の所在**

2008 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 2.9%と少ないが，2007 年に続き全対象中最大の伸び(対前年比 0.4%増，2007 年同 0.2%)を示している(厚生労働省 2009b)．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)および老人保健施設(以下老健)入居者のうち，90 歳以上はそれぞれ 33.1%，29.0%におよぶ．また 80 歳以上ならば 77.8%，75.4%を占める(厚生労働

省 2009a)。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 2009a)。

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。

そのような中、2006 年 4 月の介護報酬改定から看取り介護加算(以下看取加算)が、入居者の高齢化・重度化へ対応した重度化対応加算(以下重度加算)と共に新設され、看取加算は重度加算(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人員・体制整備を条件に、特養の看取りを初めて経済的に保障した制度だが、加算額は 1 日 1,600 円(1 単位 10 円換算)、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。

看取りを行いつつ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れば」(川上ら 2007)ならず、「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。看取加算は、このずれの修正へ資するのだろうか。手がかりとして、まず特養がおかれた財政的基盤を俯瞰しておく。

特養の経営状況に関しては、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さらに 2.4%の引き下げが続いた(厚生労働省 2006)。その結果、特養は多くが収入減へ直面した。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 2008)。政府はこれにより、「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あてられ、賃金アップにつながらない」という実態である(朝日新聞 2009)。従って、1 施設 1 ヶ月で 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 名最高額 48,000 円の加算は、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、財政上の理由から特養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、入居者・家族の満足を勘案した結果、施設長は今後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こうとしているのか。これらを調査により明らかにする。しかも、看取加算と重度加算は創設以来 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ている。看取りの実施に向けた加算が施設の経営や現場へもたらした影響を、今ここで検証しておくことは喫緊の課題である。

## 2. 対象と方法

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・

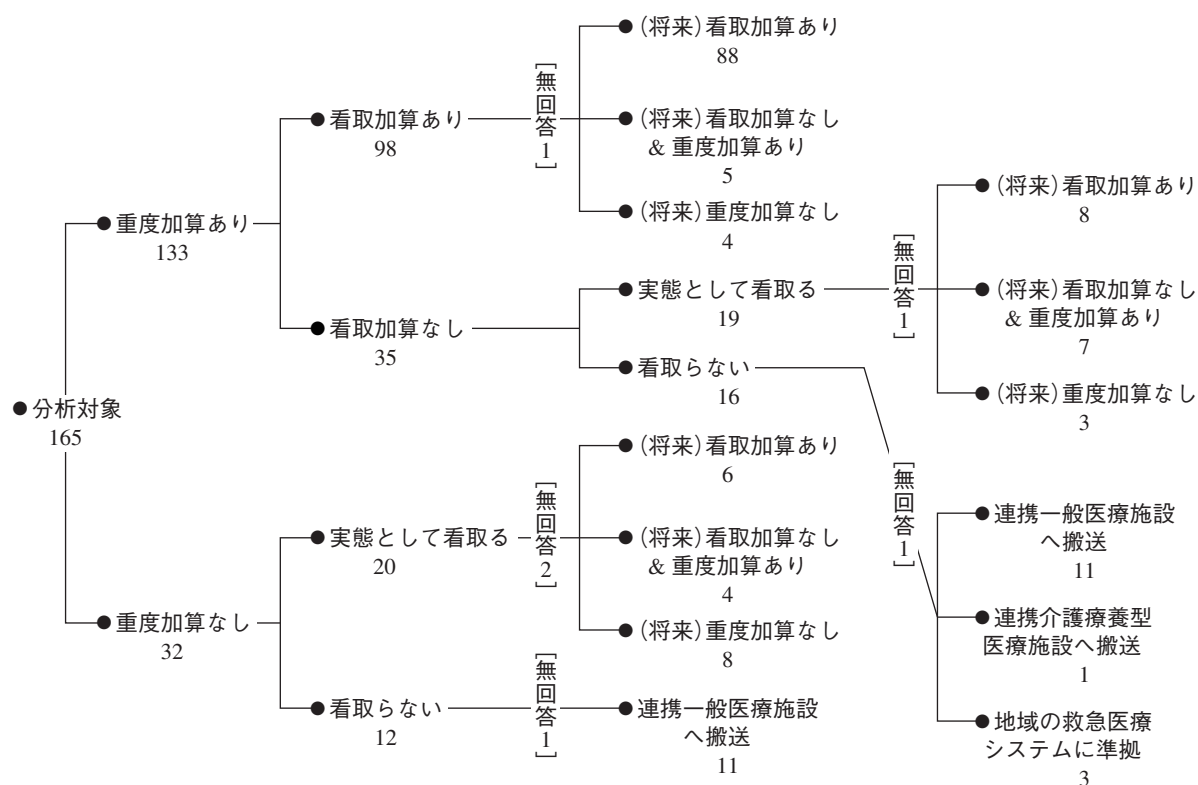


図 1 調査項目別の施設数

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施設からの総回収数は183通(73.5%)であった。調査に協力しない，ないし公表に同意しない意思を表明した18施設を除く165通(66.3%)を分析対象とした。

調査票の構成は以下の通りである。看取加算算定の前提条件である，重度加算算定の有無を問い，重度加算を算定している施設には看取加算の算定の有無を尋ねた。重度加算を算定しない，あるいは重度加算を算定するが看取加算を算定しない施設には，実態として看取りを行っているかを問うた。看取加算を算定する施設，ならびに実態として看取りを行う施設には，それぞれ今後の加算の継続意志，新規算定の意志につき尋ねた。看取らない施設へは，終末期の搬送先について質問した。調査項目別の施設数を図1へ示す。

看取加算を算定する施設には，算定にあたって新たな体制整備を行ったかどうかを，2006年4月の制度創設以前からの看取りの有無別に質問した。続いて，看取加算を算定する施設と，実態として看取る施設の両者へ，看取加算を算定する上での問題点と，特養で看取りを行うことの意義(経営面，職員育成面，入居者・家族の満足面)を尋ねた。最後に全対象へ，施設の属性(2007年度の施設内死亡数，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)を質問して終了した。

看取りに関する施設間の頻度の差，対象施設の属性について，非連続量における比率の偏りは $\chi^2$ 検定，

Fisher の正確確率検定、連続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 5% 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 11.0J for Windows) を使用した。

### 3. 結 果

165 施設のうち、重度加算は 133 施設で算定され(以下あり)、32 施設では算定されていなかった(以下なし)。重度加算あり 133 施設のうち、看取加算ありは 98 施設、なしは 35 施設であった。

看取加算ありに対し、算定にあたって新たな体制整備を行ったかどうか、表 1 へ示す 8 項目で質問した(複数回答可)。看取加算の算定には重度加算の算定が前提となるため、質問項目は両加算の算定にあたり、看取りを行う前に整えられるべき要件とした。これらを全体 98 施設と、「算定以前から」看取りを実施していた 77 施設、「算定と共に」開始した 19 施設に分け、回答頻度順に呈示した(2 施設無回答)。項目 1～7 のうち、1, 2, 4, 6, 7 が重度加算の要件、3 および 5 が看取加算の要件である。

制度創設以前からの看取りの有無にかかわらず、新たな体制整備(項目 1～7)の頻度も、従来体制のままで算定可能であった(項目 8)との回答数も、「算定以前から」と「算定と共に」で偏りがなかった。

看取加算なしの 67 施設、すなわち重度加算なし 32 施設および重度加算ありで看取加算なしの 35 施設へ、実態として看取りを行うかどうか尋ねた。質問は、「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)」、「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」、「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」、「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」から一つを選択としたところ、全対象より回答を得た。重度加算なし vs. 重度加算ありで看取加算なしにおいて、それぞれ a: 4 vs. 3 施設、b: 16 vs. 16 施設、c: 7 vs. 8 施設、d: 5 vs. 8 施設であった。

そこで、a ないし b を「実態として看取る」、c ないし d を「看取らない」と大別し、「実態として看取る」(重度加算なし 20 [a: 4, b: 16] 施設、重度加算ありで看取加算なし 19 [a: 3, b: 16] 施設)の二者へ、看取加算あり 98 施設を加えた三者に対し、将来の算定方針を尋ねた。質問は、「看取加算なし-重度加算なし」、「看取加算なし-重度加算あり」、「看取加算あり」から一つを選択としたところ、それぞれ 18 施設、18 施設、97 施設から回答を得た。結果を現在の加算状況別に表 2 へ示す。「実態として看取る」施設は、まず現在重度加算なしの 18 施設においては、現状維持 8 施設に対し、将来重度加算算定 4 施設、将来看取加算算定 6 施設であった。次に、現在重度加算ありで看取加算なしの 18 施設においては、現状維持 7 施設に対し、将来重度加算中止 3 施設、将来看取加算算定 8 施設であった。他方、現在看取加算ありの 97 施設は、現状維持が 88 施設と多数を占めた。「実態として看取る」施設は、現状を維持するより、広範な算定を取得しようとする施設の数が増えた。看取加算ありの施設は、看取加算の算定を

表 1 看取加算算定にあたっての、新たな体制整備(単位施設数, ( )内%)

	看取加算あり (n=98)	算定以前から (n=77)	算定と共に (n=19)
1. 看取り介護に関する指針の整備	80 (81.6)	64 (83.1)	14 (73.7)
2. 看取り介護に関する職員研修	68 (69.4)	53 (68.8)	13 (68.4)
3. 看取り介護に関する計画書の整備	54 (55.1)	41 (53.2)	13 (68.4)
4. 看護職員による 24 時間連絡体制整備	44 (44.9)	33 (42.9)	9 (47.4)
5. 医師による終末期の診断体制整備	39 (39.8)	30 (39.0)	8 (42.1)
6. 看取り介護のための個室整備	16 (16.3)	11 (14.3)	5 (26.3)
7. 常勤の看護職員の配置	14 (14.3)	11 (14.3)	3 (15.8)
8. 従来体制のままで算定可能であった	21 (21.4)	16 (20.8)	5 (26.3)

■ 重度加算要件 ■ 看取加算要件

註 各項目で欠損値がある場合、合計数が n に満たないことがある



表2 看取りを行う施設における、現在の加算状況別に見た将来の算定方針(単位施設数)

			将来(枠囲み数字は現状維持の施設数)		
			看取加算なし		看取加算あり
			重度加算なし	重度加算あり	重度加算あり
現在	看取加算なし (実態として看取る)	重度加算なし(n=18)	8	4	6
		重度加算あり(n=18)	3	7	8
	看取加算あり	重度加算あり(n=97)	4	5	88

註 無回答を除く

維持しようとしていた。

「看取らない」施設(重度加算なし 12 [c: 7, d: 5]施設, 重度加算ありで看取加算なし 16 [c: 8, d: 8]施設)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を以下の5選択肢(連携する一般の医療施設, 連携する介護療養型医療施設, 連携する老健, 地域の救急搬送システムに準拠, 在宅)より質問したところ、それぞれ11施設, 15施設から回答を得た。連携する老健, 在宅の2つは選択がなかった。まず、重度加算なしの11施設においては、全てが「連携する一般の医療施設」を選んだ。次に、重度加算ありで看取加算なしの15施設においては、「連携する一般の医療施設」11施設、「連携する介護療養型医療施設」1施設、「地域の救急搬送システムに準拠」3施設であった。

さらに、看取加算の算定にかかわる問題点につき、看取加算あり 98施設と、「実態として看取る」39施設の双方へ、表3へ示す13項目で尋ねたところ、全施設から回答を得た(複数可, 回答頻度順)。項目は、看取加算あり2施設と、同なし2施設の施設長および看護職員、介護職員へ事前にヒアリングのうえ作成した11項目に加え、表1で検討した看取加算の算定にあたり求められる要件のうち、「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」を、看取りを行う前ではなく、看取り中に求められる要件であるため、ここで説明と同意へ分け検討に付したものである。

表3 看取加算の有無から見た、加算にかかわる問題点  
(単位施設数, ( )内%)

	看取加算 あり (n=98)	実態として 看取る (n=39)	p 値
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)	n.s.
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)	n.s.
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)	p<0.05
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)	n.s.
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)	n.s.
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)	p<0.05
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)	n.s.
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)	n.s.
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)	p<0.05
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)	p<0.01
11. 親族等からの看取りのニーズがない	4 (4.1)	1 (2.6)	n.s.
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)	n.s.
13. 看取りのための、個室の維持が困難	2 (2.0)	5 (12.8)	p<0.05

註 n.s.: not significant

項目1, 2は双方とも25%を超える施設で問題提起され、偏りは認めなかった。次に項目3 ( $\chi^2=4.22$ ,  $p<0.05$ ), 同6 ( $\chi^2=5.33$ ,  $p<0.05$ ), 同9 ( $\chi^2=5.76$ ,  $p<0.05$ ), 同10 ( $\chi^2=14.44$ ,  $p<0.01$ ), 同13 ( $\chi^2=6.69$ ,  $p<0.05$ )は、「実態として看取る」施設に偏って指摘された。

表 4 看取加算の有無から見た、看取りの意義(単位施設数, ( )内%)

		看取加算あり (n=98)	実態として看取る (n=39)
* *	経営面		
	プラス	31 (32.3)	9 (24.3)
	マイナス	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	81 (83.5)	29 (82.9)
	マイナス	1 ( 1.0)	1 ( 2.9)
	どちらとも言えない	15 (15.5)	5 (14.2)
*	入居者・家族 の満足面		
	プラス	86 (87.8)	29 (78.4)
	マイナス	1 ( 1.0)	1 ( 2.7)
	どちらとも言えない	11 (11.2)	7 (18.9)

註 \* $p<0.01$ , 各項目で欠損値がある場合, 合計数が n に満たないことがある

引き続き、特養で看取りを行うことの意義(経営面、職員育成面、入居者・家族の満足面)につき、「看取りを貴特養内で行うことは、行わないことと比して〇〇〇上、プラスまたはマイナスであるとの印象を持つか」の〇〇〇へ「経営面」、「職員育成面」、「入居者・家族の満足面」を挿入する形式で、同対象へ尋ねた。質問は、「プラス」「マイナス」「どちらとも言えない」から一つを選択としたところ、看取加算あり 96～98 施設、「実態として看取る」35～37 施設より回答を得た。結果を表 4 へ示す。

双方に、三つの面いずれも意識の偏りがなく、経営では「マイナス」と「どちらとも」を合わせて看取加算ありでは 67.7%、「実態として看取る」では 75.7%を占めるに比し、職員育成ならびに入居者・家族の満足では、双方「プラス」が約 80%を占めた。他方、いずれの群内においても、経営面と比較して、職員育成面(看取加算あり  $\chi^2=117.07$ ,  $p<0.01$ , 実態として看取る  $\chi^2=65.16$ ,  $p<0.01$ )、ならびに入居者・家族の満足面(看取加算あり  $\chi^2=138.19$ ,  $p<0.01$ , 実態として看取る  $\chi^2=58.84$ ,  $p<0.01$ )についてプラス方向へ意識の偏りが見られた。

最後に、対象施設における 2007 年度の施設内死亡者数、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[ショートステイ床数を含まない])、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(各常勤換算値)を質問した。これらを、看取加算ならびに重度加算算定の有無、看取加算ありと「実態として看取る」、「実態として看取る」と「看取らない」で比較したところ、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)。

重度加算あり 133 施設と、同なし 32 施設において、前者が後者より介護職員数( $t=2.51$ ,  $p<0.05$ )、生活相談員数( $t=2.52$ ,  $p<0.05$ )が多かった。定員数や看護職員数の差はなかった。

看取加算あり 98 施設と、「実態として看取る」39 施設において、前者が後者より介護職員数が多かった( $t=2.04$ ,  $p<0.05$ )。定員数や看護職員数の差はなかった。

「実態として看取る」39 施設と、「看取らない」28 施設において、前者が後者より施設内死亡入居者数が多かった( $t=2.82$ ,  $p<0.01$ )。定員数や看護職員数、介護職員数の差はなかった。

#### 4. 考 察

重度加算ありのうち、看取加算ありは 98 施設(73.7%：分析対象総数のうち 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。

表1は、看取加算の算定にあたっての新たな体制整備を質問したものであるが、「算定以前から」と「算定と共に」のいずれにおいても、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を行っていた。逆にどちらも、看護職員、医師に関する項目が50%を上回ることとはなく、これらの人的要件は、算定以前より既に満たされていることがうかがえる。逆にそのことは、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を示唆する。看取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。

看取加算なしの67施設のうち、実態としての看取りは39施設(58.2%)で実施されていた。すなわち、看取加算なしが、実態としての看取りの有無を分けないことを示す。このことは、先に看取加算の算定は過去の経験の蓄積より人材の存否によると推察したことを支持する。

表2から、看取加算あり97施設のうち88施設(90.7%；無回答1を除く)が、今後の看取加算継続を意図していた。他方、重度加算なしの施設はこれを算定すると共に看取加算へ、重度加算ありの施設は看取加算へ、今後より広範に算定しようとする施設数が、現状維持を上回った。従って、今回の調査からは、看取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、経験の蓄積は(重度加算の有無によらず)看取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推察されるからである(表1)。

「看取らない」施設は、重度加算の有無にかかわらず「連携する一般の医療施設」を移送先とする割合が高かった。在宅の選択はなく、在宅療養支援診療所制度の整備等を通じた居宅での終末期ケアが注目されつつあるが、少なくとも特養入居者においては適応し得るものでないことがうかがえる。もちろん、看取らないことが、看取りの意思を持たないことと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。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、現在の特養の動向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。「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。

看取りを行いつつも、実際に算定をしているか否かで看取加算の問題点を対比する(表3)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同程度かつ高頻度に指摘されたが、「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」は指摘数に偏りが認められ、看取加算なしの施設から相対的に多く指摘された。これらの有意項目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、先に加算の算定が(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あらためて支持する。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、両群で偏りが無い経営的側面と対照を成している。つまり、看取加算が経営面に対する支援として不十分であることは、その算定の有無によらず指摘される点なのである。

従って、経営の視座にとどまれば、管理者サイドに算定の広がりはずしも企図されないであろう。しかし、現実には広範に算定を取得しようとする動向があることを先に明らかにした。加算を通じた人的体制拡充の可能性について既述したが、加えて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。

表 4 では、看取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面、職員育成面、入居者・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。看取加算ありが、なしと比べて経営面でプラスへ傾かなかった。このことは、看取加算が経済支援の意義に乏しいことを裏付ける。他方、職員育成ならびに入居者・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施設長へプラスと意識されていた。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明らかであろう。

対象施設の属性では、救急転送、特養定員、医師、看護職員、事務職員、理学・作業療法士の員数において、結果で示す各群間に差は見られなかった。看取加算ありと、「実態として看取る」の間に介護職員数の差があることは、看取加算の算定の有無で同様の事実がないことと、「実態として看取る」に重度加算なしが 39 施設中 20 施設含まれることより、重度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。重度加算に介護職員数の規定はないが、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、生活相談員数が重度加算算定の有無で差を見たことは、特養入居者の高齢化・重度化への対応における鍵を、生活相談員が握っている可能性を示す。これについては、今後のさらなる検討が必要であろう。

## 5. おわりに

2009 年度には介護報酬の再度の改定があり、看取加算については、重度加算のうち看取りに関する要件を統合すると共に、施設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を見た。これに伴い、重度加算は廃止された。今後とも、介護報酬という視座のみに拘泥することなく、特養の施設基準の妥当性も含め、施設での看取りの動向につき引き続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実態や、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と職員の皆様へ、心より謝意を表します。また、本稿の作成は平成 20-22 年度 日本学術振興会科学研究費補助金 基盤研究 C (課題番号：20590526, 研究代表者：大西次郎)、ならびに平成 20 年度 三菱財団 第 39 回社会福祉事業並びに研究助成(研究代表者：大西次郎)の提供下に行われました。記して深謝申し上げます。本研究の概要は、日本社会福祉学会第 57 回全国大会(2009 年 10 月、東京)において発表した。

## 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。
- 飯島 節(2006)「改正介護保険と終末期ケア」『Geriatric Medicine』**44**, 1567-1571.
- 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. 11. 20).
- 厚生労働省(2008)「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. 11. 20).



- 厚生労働省(2009a)「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. 11. 20).
- 厚生労働省(2009b)「平成 20 年人口動態統計(確定数)の概況 死亡第 5 表」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei08/xls/03.xls>, 2009. 11. 20).
- 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.
- 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.