

## 報 告

A 県内の高齢者向け住まいのサービス提供体制と  
医療的ケア及び看取りの受け入れ意向との関連

鈴木美雪, 飯田苗恵, 塩ノ谷朱美, 佐々木馨子

坪井りえ, 大澤真奈美, 齋藤 基

群馬県立県民健康科学大学

**目的：**A 県の高齢者向け住まいのサービス提供体制と医療的ケア及び看取りの受け入れ意向との関連を明らかにする。

**方法：**A 県の高齢者向け住まい（463 か所）に勤務する管理者等を対象とし、入居者の状況、サービス提供体制等の自記式質問紙調査を実施した。サービス提供体制と医療的ケア及び看取りの受け入れ意向の有無との関連について、 $\chi^2$  検定又は Fisher の直接確率検定を行った。

**結果：**有効回答は 130 施設（有効回答率 28.1%）であった。医療的ケアの受け入れ意向では、「施設に看護師が常駐」「夜間ケアを提供する職員の配置」等の 11 項目、看取りの受け入れ意向では、「施設に常勤の介護職員」「施設に常勤の看護師」「協力医療機関の 24 時間緊急往診要請への対応」「看取りのマニュアルの整備」等の 14 項目に関連があった。

**結論：**高齢者向け住まいにおける医療的ケア及び看取りの受け入れには、看護職員・介護職員の配置及び医療機関等との連携の必要性が示唆された。

**キーワード：**高齢者向け住まい, 医療的ケア, 看取り

## I. 緒 言

現在、わが国では、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している<sup>1)</sup>。地域包括ケアシステムは、「医療」、「介護」、「予防」という専門的サービスと、その前提としての「住まい」、「生活支援・福祉サービス」で構成され、これらが相互に関係し、連携しながら在宅生活を支える体制<sup>2)</sup>とされている。これらの要素である「住まい」

には、自宅だけではなく高齢者向けの住まいである「住宅型有料老人ホーム（以下、住宅型）」や「サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）」等が含まれる。

高齢者が自宅から「住まい」を「住宅型」や「サ高住」に移す理由として、身体的機能の低下等の問題が生じていることが予測され、その中には医療的ケアの必要な高齢者も存在すると考えられる。「住宅型」や「サ高住」に関する調査では、入居者の約 9 割が何らかの介護が必要であることや、経管栄養や酸素療法などの医療的ケアが必要な者が一定割合入居していること等が報告<sup>3)</sup>されている。これらの医療的ケアの提供には、医療との連

携及び看護師の配置が必須となる。しかし、「住宅型」及び「サ高住」では、看護師の配置は必須ではない<sup>4,5)</sup>。従って、気管切開や人工呼吸器装着等により24時間の看護及び介護が必要となった場合は、そこでの生活が継続できない可能性が高く、入居者にとって終の棲家にはなり得ないことが予測される。先に述べた調査において、死亡以外の退去理由としては、「医療的ケアニーズの高まり」が多いことが報告<sup>6)</sup>されている。さらに、病院からの退院先となる社会資源に関する調査<sup>7)</sup>において、「医療対応が困難」ということが、入所や利用を断る理由で最も多いという報告もある。これらのことから医療的ケアが必要な高齢者の療養及び生活場所の確保自体にも課題があるといえる。

わが国では、高齢者人口の増加に伴い、死亡者数の増加も見込まれ、高齢者の看取り先の確保が困難<sup>8)</sup>であることが指摘されている。2017年の人口動態統計によると、死亡場所の約75%が医療機関となっており<sup>9)</sup>、死亡者の多くが医療機関で看取られていることを示している。死亡者数の増加が見込まれている現在、高齢者の意向に添って、医療機関以外においても看取りを実施できる体制整備が急務といえる。

高齢者施設における看取りの実態に関する先行研究では、医師や夜勤看護師の配置<sup>10)</sup>、医師の夜間対応や終末期ケアの意向確認の実施<sup>11)</sup>が施設内で看取りを行うことに関連していた。また、夜勤看護職の未配置や看取りのマニュアルの未整備が看取りを阻害している<sup>12)</sup>こと等が報告されており、高齢者施設における看取りには、医療との連携や夜勤看護職の配置が必要であることを示している。「住宅型」と「サ高住」において居室で逝去した入居者がいる施設の割合は、「住宅型」30.0%、「サ高住」23.9%と報告<sup>13)</sup>されている。これらの施設の看護体制に注目すると、看護師が24時間常駐し、夜間も対応できる体制が整備されている割合は、「住宅型」9.9%、「サ高住」8.5%<sup>14)</sup>である。その

ため、重度な要介護状態や看取りが必要な終末期にある高齢者が暮らし続ける体制としては、不十分な状況であることが窺える。

「住宅型」や「サ高住」についての研究では、介護職員や入居者の終末期や看取りに向けた準備性や看取りの支援に焦点をあてた報告<sup>15,16)</sup>がある。しかし、看取りの体制に関しては、高齢者施設の看取りと終末期ケアの調査<sup>17)</sup>の中で、「住宅型」や「サ高住」も含めて調査が行われているが、「住宅型」や「サ高住」に焦点をあてた研究は見当たらない。

地域包括ケアシステムの構築においては、地域の特性に応じて体制をつくり上げていくことの必要性<sup>18)</sup>が言及されている。そこで、本研究では、地域包括ケアの推進を目指し、A県という一定の地域を対象に、A県内の「住宅型」及び「サ高住」の施設の概要、入居者の状況、サービス提供体制の実態を調査し、サービス提供体制と医療的ケア及び看取りの受け入れ意向との関連を明らかにしたいと考えた。また、A県は持ち家率7割以上であり、都市部に比べて持ち家率が高い<sup>19)</sup>地域である。A県内の高齢者が「住まい」を、住み慣れた自宅から「住宅型」や「サ高住」に移す際のニーズには、単に「住まい」としての機能だけではないことが推測された。本研究を通して、「住宅型」と「サ高住」のサービス提供体制と医療的ケア及び看取りとの関連を明らかにすることは、高齢者向け住まいである「住宅型」と「サ高住」が終の棲家となり得るための示唆が得られ、地域包括ケアの推進に貢献できると考える。

## Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、A県の高齢者向け住まいの実態を調査し、高齢者向け住まいのサービス提供体制と医療的ケア及び看取りの受け入れ意向との関連を明らかにすることである。

### Ⅲ. 用語の定義

#### 高齢者向け住まい

本研究における高齢者向け住まいは、「住宅型」と介護保険制度上の特定施設入居者生活介護の指定を受けていない「サ高住」とする。

### Ⅳ. 研究方法

#### 1. 研究対象者

研究対象者は、A 県の高齢者向け住まいとし、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅一覧<sup>20-22)</sup>（平成 29 年 9 月 1 日アクセス）を用い、「住宅型」313 施設、「サ高住」150 施設、合わせて 463 施設を抽出し、悉皆調査とした。また、調査票回答者は、管理者又は看護師、生活相談員等とし、「施設の体制」、「看取りの状況」、「医療的ケアの状況」等を当該施設において最もよく把握している者とした。

#### 2. データ収集項目

データ収集項目は、医療的ケア及び看取りの受け入れ意向に関連する項目として、先行研究を参考に以下の 1) ～4) の項目とした。なお、看取りの実績については、前年度の延べ人数とし、それ以外の調査項目については、平成 29 年 7 月 1 日現在または、調査票記入日現在における人数及び状況を記載してもらうこととした。

- 1) 施設の概要：開設年数、入居定員、入居要件、併設及び隣接している施設の有無及び状況、施設が提供しているサービス等
- 2) 入居者の状況：入居者数（男女別）、年齢別人数、入居者の介護度、医療的ケアを必要とする入居者の人数と必要な医療的ケアの内容等
- 3) サービス提供体制
  - (1) 職員体制：看護職員及び介護職員の配置数、

夜間の人員体制等

- (2) 協力医療機関の有無と支援内容
- (3) 医療的ケア：受け入れ可能な医療的ケア、現在提供している医療的ケアの内容とその体制（訪問看護、施設の看護職員等）
- (4) 看取り：看取りの実績、状態悪化時の意思確認の状況、看取りマニュアルの整備状況
- 4) 医療的ケア及び看取りの受け入れ意向：医療的ケアを必要とする高齢者の受け入れ意向の有無、看取りを希望する高齢者の受け入れ意向の有無

#### 3. パイロットスタディ

パイロットスタディは、協力が得られた「住宅型」の管理者 2 人（看護職 1 人、福祉職 1 人）から回答を得た。質問紙に関して、研究対象者への説明や質問項目の適切性、回答のしやすさ、回答時間の適切性を確認し、研究対象者が回答しやすいように質問項目の表現を修正した。

#### 4. データ収集方法

自記式質問紙調査を郵送法により実施した。調査依頼にあたっては、研究協力依頼文、質問紙、返信用封筒を同封した。

#### 5. データ収集期間

データ収集期間は、平成 29 年 11 月～平成 30 年 1 月であった。

#### 6. データ分析方法

施設の概要、入居者の状況、サービス提供体制について、記述統計量を算出した。施設の「サービス提供体制」と「医療的ケア」及び「看取り」の受け入れ意向の有無との関連について、 $\chi^2$  検定又は Fisher の直接確率検定を実施した。分析は、統計解析には SPSSver.25 を使用し、有意水準は 5%未満とした。

## V. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の目的と意義、参加は自由意思であり研究参加への同意は質問紙の返送により確認すること、回答用紙が無記名であることから途中での参加の辞退は不可能であること、研究結果の公表予定などを研究依頼文に明記し、質問紙に同封した。なお、本研究は、群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認（県科大倫理2017-9）を得て実施した。

## VI. 結 果

質問紙の回収は133施設、回収率は28.7%であった。医療的ケアと看取りの受け入れ意向に記入漏れがあるデータは無効回答とし除外した。他の項目の無回答は欠損値とした。その結果、有効回答は130施設、有効回答率は28.1%であった。「住宅型」は88施設、「サ高住」は42施設であった。

### 1. 高齢者向け住まいの実態

#### 1) 施設の概要

##### (1) 開設年数（表1）

開設は、「1年未満」11施設(8.5%)、「1～3年未満」28施設(21.5%)、「3～5年未満」40施設(30.8%)、「5年以上」50施設(38.5%)であった。

##### (2) 施設の入居定員（表1）

入居定員は、「10人以下」9施設(6.9%)、「11～20人」23施設(17.7%)、「21～30人」58施設(44.6%)、「31～40人」22施設(16.9%)、「41～50人」5施設(3.8%)、「51～100人」12施設(9.2%)、「101人以上」1施設(0.8%)であった。入居定員が30人以下の施設が全体の69.2%を占めていた。

##### (3) 施設の入居要件（表1）

入居要件は、「要介護のみ」33施設(25.4%)、「要支援・要介護」63施設(48.5%)、「要件なし」34施設(26.1%)であった。

表1 施設の概要

n=130

		施設数 (%)
開設年数	1年未満	11 (8.5)
	1～3年未満	28 (21.5)
	3～5年未満	40 (30.8)
	5年以上	50 (38.5)
	無回答	1 (0.8)
施設の入居定員	10人以下	9 (6.9)
	11人～20人	23 (17.7)
	21人～30人	58 (44.6)
	31人～40人	22 (16.9)
	41人～50人	5 (3.8)
	51～100人	12 (9.2)
	101人以上	1 (0.8)
入居要件	要介護のみ	33 (25.4)
	要支援・要介護	63 (48.5)
	要件なし	34 (26.1)

注1) 開設年数・入居要件は、調査票記入日現在

注2) 施設の入居定員は、2017年7月1日現在

#### (4) 併設・隣接している事業所

併設・隣接している事業所は、「通所介護・通所リハビリテーション事業所」104施設(80.0%)、「訪問介護事業所」47施設(36.2%)、「居宅介護支援事業所」40施設(30.8%)、「訪問看護事業所」23施設(17.8%)、「グループホーム」8施設(6.2%)、「小規模多機能居宅介護事業所」6施設(4.6%)、「定期巡回・随時対応型訪問看護事業所」6施設(4.6%)、「短期入居者生活介護事業所」4施設(3.1%)であった。

#### (5) 施設で提供しているサービス（表2）

施設で提供しているサービスでは、「身体的介護（入浴・排泄又は食事の介護）」121施設(93.1%)、「食事の提供」127施設(97.7%)、「家事援助」121施設(93.1%)、「健康管理」128施設(98.5%)であった。全ての「住宅型」及び「サ高住」において、これらの4つサービスのうちいずれかが提供されていた。

### 2) 入居者の状況

#### (1) 入居者の年齢構成（表3）

年齢構成は、「64歳未満」107人(3.5%)、「65歳～74歳」411人(13.5%)、「75歳～84歳」898人

表2 施設で提供しているサービス

n=130

サービス内容		n	あり (%)	なし (%)	無回答 (%)
身体的介護 (入浴・排泄・食事介護)	全体	130	121 (93.1)	5 ( 3.8)	4 ( 3.1)
	住宅型	88	84 (95.5)	2 ( 2.3)	2 ( 2.3)
	サ高住	42	37 (88.1)	3 ( 7.1)	2 ( 4.8)
食事の提供	全体	130	127 (97.7)	0 ( 0.0)	3 ( 2.3)
	住宅型	88	86 (97.7)	0 ( 0.0)	2 ( 2.3)
	サ高住	42	41 (97.6)	0 ( 0.0)	1 ( 2.4)
家事援助	全体	130	121 (93.1)	5 ( 3.8)	4 ( 3.1)
	住宅型	88	82 (93.2)	3 ( 3.4)	3 ( 3.4)
	サ高住	42	39 (92.9)	2 ( 4.8)	1 ( 2.4)
健康管理	全体	130	128 (98.5)	1 ( 0.8)	1 ( 0.8)
	住宅型	88	87 (98.9)	0 ( 0.0)	1 ( 1.1)
	サ高住	42	41 (97.6)	1 ( 2.4)	0 ( 0.0)

表3 入居者の年齢構成 n=3,052

年齢	入居者数 (%)
64歳未満	107 ( 3.5)
65歳～74歳	411 (13.5)
75歳～84歳	898 (29.4)
85歳以上	1,636 (53.6)

注1) 2017年7月1日現在の入居者の年齢

注2) nは無回答を欠損値として除いた合計

表4 入居者の介護度 n=3,098

介護度	入居者数 (%)
自立	27 ( 0.9)
要支援1	75 ( 2.4)
要支援2	99 ( 3.2)
要介護1	520 (16.8)
要介護2	711 (23.0)
要介護3	664 (21.4)
要介護4	592 (19.1)
要介護5	410 (13.2)

注1) 2017年7月1日現在の入居者の年齢

注2) nは無回答を欠損値として除いた合計

(29.4%),「85歳以上」1,636人(53.6%)であり、後期高齢者が全入居者の83.0%を占めていた。

## (2) 入居者の要介護度(表4)

要介護度は、「自立」27人(0.9%),「要支援1」75人(2.4%),「要支援2」99人(3.2%),「要介護1」520人(16.8%),「要介護2」711人(23.0%),「要介

表5 調査票記入日現在における医療的ケアを必要とする高齢者が入居している施設数とケア内容毎の入居実人数 n=130

医療的ケア	入居者がいる施設数	割合 (%)	ケア内容毎の実人数	入居実人数の無回答施設
膀胱留置カテーテル	39	(30.0)	80	5
褥瘡の処置	34	(26.2)	62	4
酸素療法	34	(26.2)	52	5
経管栄養	22	(16.9)	137	6
喀痰吸引	15	(11.5)	88	5
点滴管理	13	(10.0)	18	3
人工肛門・人工膀胱	13	(10.0)	13	1
中心静脈栄養	8	( 6.2)	12	5
気管切開部の管理	6	( 4.6)	18	0
人工呼吸療法	4	( 3.1)	6	0

護3」664人(21.4%),「要介護4」592人(19.1%),「要介護5」410人(13.2%)で、要介護者が全入居者の93.5%を占めていた。

## (3) 調査票記入日現在における医療的ケアを必要とする高齢者が入居している施設数とケア内容毎の入居実人数(表5)

複数回答による医療的ケアでは、「膀胱留置カテーテル」は39施設(30.0%)80人,「褥瘡の処置」は34施設(26.2%)62人,「酸素療法」は34施設(26.2%)52人,「経管栄養」は22施設(16.9%)137人,「喀痰吸引」は15施設(11.5%)88人,「点滴管理」は13施設(10.0%)18人,「ストーマの



処置」は13施設（10.0％）13人,「中心静脈栄養」は8施設（6.2％）12人,「気管切開部の管理」は6施設（4.6％）18人,「人工呼吸療法」は4施設（3.1％）6人であった。

### 3) サービス提供体制

#### (1) 職員体制について

看護師が常駐している施設は、70施設（54％）であった。そのうち、24時間常駐している施設は10施設（14.3％）であり、日中のみ常駐している施設は60施設（85.7％）であった。

#### (2) 医療的ケアについて

医療的ケアの受け入れ意向がある施設は、106施設（81.5％）であった。そのうち82施設（77.4％）に調査時点で医療的ケアを必要とする高齢者が入居していた。

#### (3) 看取りについて

看取りの受け入れ意向がある施設は、94施設（72.3％）であった。そのうち64施設（68.1％）が調査時点で看取りを経験していた。

## 2. サービス提供体制と医療的ケア及び看取りの受け入れ意向との関連

### 1) サービス提供体制と医療的ケアの受け入れ意向との関連（表6）

サービス提供体制のうち医療的ケアの受け入れ意向との関連に有意差を認めたのは、次の11項目であった。それは、「施設に常勤の看護師」「夜間ケアを提供する職員の配置」「協力医療機関の24時間緊急往診要請への対応」「協力医療機関の看取りへの対応」「施設に看護師が常駐（非常勤看護師含む）」「施設に日中のみ看護師が常駐（非常勤看護師含む）」「看取りを希望する入居者の受け入れ」「入居者の看取りの経験」「状態悪化時の事前意思確認（入居時のみ）」「主治医の施設看護師への指示書による医療的ケアの指示」「主治医の施設看護師への口頭での医療的ケアの指示」である。

表6 サービス提供体制と医療的ケアの受け入れ意向との関連

項目	計			医療的ケアの受け入れ意向あり		医療的ケアの受け入れ意向なし		P 値
	n	n	%	n	%	n	%	
施設に常勤の介護職員								
いる	103	83	80.6	20	19.4			0.472
いない	25	21	84.0	4	16.0			
施設に常勤の看護師								0.030*
いる	33	31	93.9	2	6.1			
いない	95	73	76.8	22	23.2			
夜間ケアを提供する職員の配置 a								0.038*
あり	122	102	83.6	20	16.4			
なし	8	4	50.0	4	50.0			
夜間ケアを提供する看護職員の配置 a								0.291
あり	20	18	90.0	2	10.0			
なし	58	47	81.0	11	19.0			
医師の定期的な来診 a								0.182
来訪あり	112	93	83.0	19	17.0			
来訪なし	17	12	70.6	5	29.4			
協力医療機関の24時間緊急往診要請								0.012*
要請への対応あり	62	56	90.3	6	9.7			
要請への対応なし	67	49	73.1	18	26.9			
協力医療機関の緊急入院等								0.992
手配・受け入れあり	70	57	81.4	13	18.6			
手配・受け入れなし	59	48	81.4	11	18.6			
協力医療機関の入院 a								0.220
優先受け入れあり	18	13	72.2	5	27.8			
優先受け入れなし	111	92	82.9	19	17.1			
協力医療機関の看取りへの対応								0.035*
看取りへの対応あり	68	60	88.2	8	11.8			
看取りへの対応なし	61	45	73.8	16	26.2			
施設に看護師が常駐（非常勤含む）								0.001*
常駐している	70	65	92.9	5	7.1			
常駐していない	54	38	70.4	16	29.6			
施設に24時間看護師が常駐（非常勤含む） a								0.142
常駐している	10	10	100.0	0	0.0			
常駐していない	113	92	81.4	21	18.6			
施設に日中のみ看護師が常駐（非常勤含む）								0.012*
常駐している	60	55	91.7	5	8.3			
常駐していない	63	47	74.6	16	25.4			
併設事業所に看護師が常駐（非常勤含む）								0.816
常駐している	68	56	82.4	12	17.6			
常駐していない	56	47	83.9	9	16.1			
併設事業所に24時間看護師が常駐（非常勤含む） a								0.654
常駐している	7	6	85.7	1	14.3			
常駐していない	115	95	82.6	20	17.4			
併設事業所に日中のみ看護師が常駐（非常勤含む）								0.685
常駐している	59	48	81.4	11	18.6			
常駐していない	63	53	84.1	10	15.9			
看取りを希望する入居者								0.007**
受け入れあり	94	82	87.2	12	12.8			
受け入れなし	36	24	66.7	12	33.3			
入居者の看取りの経験								0.026*
経験あり	64	57	89.1	7	10.9			
経験なし	65	48	73.8	17	26.2			
看取りへの対応マニュアル								0.281
整備している	39	35	89.7	4	10.3			
整備していない	76	59	77.6	17	22.4			
状態悪化時の事前意思確認 a								0.178
確認している	117	97	82.9	20	17.1			
確認していない	1	0	0.0	1	100.0			
状態悪化時の事前意思確認（文書）								0.278
確認している	80	68	85.0	12	15.0			
確認していない	39	30	76.9	9	23.1			
状態悪化時の事前意思確認（口頭）								0.504
確認している	38	30	78.9	8	21.1			
確認していない	81	68	84.0	13	16.0			
状態悪化時の事前意思確認（随時・定期的）								0.056
確認している	83	72	86.7	11	13.3			
確認していない	36	26	72.2	10	27.8			
状態悪化時の事前意思確認（入居時のみ） a								0.030*
確認している	24	16	66.7	8	33.3			
確認していない	95	82	86.3	13	13.7			
主治医の施設看護師への医療的ケアの指示								0.005**
指示書あり	27	27	100.0	0	0.0			
指示書なし	100	76	76.0	24	24.0			
主治医の施設看護師への医療的ケアの指示								0.001**
口頭での指示あり	36	36	100.0	0	0.0			
口頭での指示なし	91	67	73.6	24	26.4			

注1) 項目にaと示したものはFisherの直接確率検定、無印は $\chi^2$ 検定を用いた。

注2) \*\*p<0.01, \*p<0.05

注3) 項目は欠損値を除いたため合計しても130とはならない場合がある。

表7 サービス提供体制と看取りの受け入れ意向との関連

項目	計			看取りの受け入れ意向なし		P 値
	n	n	%	n	%	
施設に常勤の介護職員						
いる	103	79	76.7	24	23.3	0.037*
いない	25	14	56.0	11	44.0	
施設に常勤の看護師						
いる	33	29	87.9	4	12.1	0.023*
いない	95	64	67.4	31	32.6	
夜間ケアを提供する職員の配置 a						
あり	122	91	74.6	31	25.4	0.037*
なし	8	3	37.5	5	62.5	
夜間ケアを提供する看護職員の配置 a						
あり	20	19	95.0	1	5.0	0.039*
なし	58	43	74.1	15	25.9	
医師の定期的な来診 a						
来訪あり	112	86	76.8	26	23.2	0.014*
来訪なし	17	8	47.1	9	52.9	
協力医療機関の24時間緊急往診要請						
要請への対応あり	62	54	87.1	8	12.9	0.000**
要請への対応なし	67	40	59.7	27	40.3	
協力医療機関の緊急入院等						
手配・受け入れあり	70	50	71.4	20	28.6	0.689
手配・受け入れなし	59	44	74.6	15	25.4	
協力医療機関の入院 a						
優先受け入れあり	18	14	77.8	4	22.2	0.426
優先受け入れなし	111	80	72.1	31	27.9	
協力医療機関の看取りへの対応						
看取りへの対応あり	68	64	94.1	4	5.9	0.000**
看取りへの対応なし	61	30	49.2	31	50.8	
施設に看護師が常駐（非常勤含む）						
常駐している	70	56	80.0	14	20.0	0.035*
常駐していない	54	34	63.0	20	37.0	
施設に24時間看護師が常駐（非常勤含む） a						
常駐している	10	10	100.0	0	0.0	0.034*
常駐していない	113	79	69.9	34	30.1	
施設に日中のみ看護師が常駐（非常勤含む）						
常駐している	60	46	76.7	14	23.3	0.297
常駐していない	63	43	68.3	20	31.7	
併設事業所に看護師が常駐（非常勤含む）						
常駐している	68	50	73.5	18	26.5	0.794
常駐していない	56	40	71.4	16	28.6	
併設事業所に24時間看護師が常駐（非常勤含む） a						
常駐している	88	7	8.0	81	92.0	0.095
常駐していない	34	0	0.0	34	100.0	
併設事業所に日中のみ看護師が常駐（非常勤含む）						
常駐している	59	41	69.5	18	30.5	0.529
常駐していない	63	47	74.6	16	25.4	
入居者の看取りの経験						
経験あり	64	64	100.0	0	0.0	0.000**
経験なし	65	29	44.6	36	55.4	
看取りへの対応マニュアル						
整備している	39	37	94.9	2	5.1	0.000**
整備していない	76	52	68.4	24	31.6	
状態悪化時の事前意思確認						
確認している	117	93	79.5	24	20.5	0.212
確認していない	1	0	0.0	1	100.0	
状態悪化時の事前意思確認（文書）						
確認している	80	67	83.8	13	16.3	0.068
確認していない	39	27	69.2	12	30.8	
状態悪化時の事前意思確認（口頭）						
確認している	38	27	71.1	11	28.9	0.145
確認していない	81	67	82.7	14	17.3	
状態悪化時の事前意思確認（随時・定期的）						
確認している	94	70	74.5	24	25.5	0.030**
確認していない	25	13	52.0	12	48.0	
状態悪化時の事前意思確認（入居時のみ）						
確認している	24	15	62.5	9	37.5	0.026*
確認していない	95	79	83.2	16	16.8	
医療的ケアを必要とする入居者						
受け入れあり	106	82	77.4	24	22.6	0.007**
受け入れなし	24	12	50.0	12	50.0	
主治医の施設看護師への医療的ケアの指示						
指示書あり	27	20	74.1	7	25.9	0.753
指示書なし	100	71	71.0	29	29.0	
主治医の施設看護師への医療的ケアの指示						
口頭での指示あり	36	29	80.6	7	19.4	0.161
口頭での指示なし	91	62	68.1	29	31.9	

注1) 項目にaと示したものはFisherの直接確率検定、無印は $\chi^2$ 検定を用いた。

注2) \*\*p<0.01, \*p<0.05

注3) 項目は欠損値を除いたため合計しても130とはならない場合がある。

## 2) サービス提供体制と看取りの受け入れ意向との関連（表7）

サービス提供体制のうち看取りの受け入れ意向との関連に有意差が認められたのは、次の14項目であった。それは、「施設に常勤の介護職員」「施設に常勤の看護師」「夜間ケアを提供する職員の配置」「夜間ケアを提供する看護職員の配置」「医師の定期的な来診」「協力医療機関の24時間緊急往診要請への対応」「協力医療機関の看取りへの対応」「施設に看護師が常駐（非常勤看護師含む）」「施設に24時間看護師が常駐（非常勤看護師含む）」「入居者の看取りの経験」「看取りへの対応マニュアルの整備」「状態悪化時の事前意思確認（随時、定期的）」「状態悪化時の事前意思確認（入居時のみ）」「医療的ケアを必要とする入居者の受け入れ」である。

## Ⅶ. 考 察

### 1. A 県の高齢者向け住まいのサービス提供と入居者の実態

A 県の高齢者向け住まいである「住宅型」313施設、「サ高住」150施設のうち、本研究に協力が得られ、有効回答があったのは、130施設で、「住宅型」が88施設、「サ高住」が42施設であった。この130施設において、高齢者が日常生活を営むために必要な「身体的介護」「食事の提供」「家事援助」「健康管理」の4つの施設サービスがそれぞれ90%以上の割合で提供され、食事の提供サービスについては、回答のあった全施設において提供されていた。また、有料老人ホームである「住宅型」は、これら4つのサービスのいずれかを提供する施設である<sup>23)</sup>が、「サ高住」においては、これらの4つの施設サービスは、必ずしも提供する必要はなく、任意のサービス<sup>24)</sup>となっている。しかし、A 県の「サ高住」では、回答のあった全施設において、4つのサービスのうちいずれかを提

供していた。全ての「サ高住」で高齢者が日常生活を営むために必要なサービスのいずれかを提供していることは、全国に比べて持ち家率が高いA県<sup>25)</sup>における「サ高住」の特徴であると考えられた。

今回の調査では、入居者の90%以上が要介護者であり、そのうち要介護3以上が半数以上を占めており、全国の要介護認定高齢者<sup>26)</sup>に比べて、重度な要介護者の割合が高い結果となった。要介護認定高齢者においては、施設入所の関連要因のひとつとして要介護度の悪化<sup>27)</sup>が報告されている。今回の調査結果からも、高齢者が何らかの介護が必要となり、高齢者向け住まいを選択していることが推測された。また、入居者の80%以上が後期高齢者であり、今後さらに身体及び認知機能の低下が進行する可能性が高く、再び「自宅」に戻ることは難しいことが予測される。従って、高齢者向け住まいには、高齢者の意向に応じた高齢者の終の棲家としての機能が求められており、看取りへの対応が必要であると考え、今回の調査に回答した高齢者向け住まいでは、72.3%が看取りを受け入れる意向があり、そのうち68.1%の施設で実際に看取りを経験していた。看取りの経験を積み重ねることで、介護職員の終末・看取りに向けた積極的な態度が形成される<sup>28)</sup>とされている。従って、看取りを経験した施設においては、今後も看取りの受け入れが期待できると考える。

一方で、看取りの受け入れ意向を示しているにも関わらず、30%以上の施設において看取りの実績がないという結果であった。本研究は、前年度の看取り経験を調査しており、それ以前の経験が反映されていない可能性があり、必ずしも看取りの実績がないとはいえない。また、終末期にある高齢者がいなかった可能性も考えられる。しかし、受け入れ意向を示しているにも関わらず実績のない施設が30%以上という割合は決して少なくない。従って、高齢者向け住まいにおける看取りの

促進には、看取りの受け入れ意向があるにも関わらず、実績がない施設における理由等の把握が必要と考える。

医療的ケアの受け入れ意向がある施設は81.5%で、調査票記入日において77.4%の施設に医療的ケアを必要とする高齢者が入居していた。提供されていた医療的ケアは、130施設に対して「膀胱留置カテーテル」30%、「褥瘡の処置」と「酸素療法」26.2%、「経管栄養」16.9%であり、先行研究<sup>29)</sup>と同様な傾向であった。これらのケアは、高齢者の状態を常に観察しながら適宜実施する必要がある「喀痰吸引」、「気管切開部の管理」、「人工呼吸療法」のような医療的ケアではないため、施設側としては比較的受け入れやすい医療的ケアであることが示唆された。また、「気管切開部の管理」や「人工呼吸療法」など24時間の看護体制が必要な医療的ケアを受け入れている施設も少数ではあるが存在した。しかし、高齢者向け住まいの看護体制をみると、看護師が常駐している施設は54%で、そのうち24時間常駐している施設は14.3%であることから、全ての施設で24時間の看護体制が必要な医療的ケアを受け入れるのは難しいと考える。一方で、終の棲家として機能するためには、加齢に伴う機能低下とともに必要となる医療的ケアへの対応は、なお一層求められると考える。

## 2. サービス提供体制と医療的ケア及び看取りの受け入れ意向との関連

サービス提供体制と医療的ケアの受け入れ意向との関連では、看護体制の整備や協力医療機関からの支援、状態悪化時の事前意思確認や、主治医から施設看護師への医療的ケアへの指示が関連していた。医療的ケアは、医師の指示のもとに看護師が実施することとなるため、看護体制の整備と医療機関等との連携が必須となる。今回の調査においても、医療的ケアの受け入れには、看護体制の整備と医療機関等との連携が必要であることを



裏付ける結果となった。高齢者向けの住まいは自宅扱いの施設とも呼ばれ、自宅と同様に介護保険サービスを利用しながら生活する施設であるため、職員の配置についても、それを前提とした基準<sup>30,31)</sup>になっている。従って、さらに多くの高齢者向け住まいが、医療的ケアを受け入れるためには、訪問看護の利用により訪問看護師との連携を図り、看護体制を充実させることが必要であると考えられる。

サービス提供体制と看取りの受け入れ意向との関連では、医療的ケアと同様に、看護体制の整備や協力医療機関からの支援、状態悪化時の事前意思確認が関連していた。看取りを迎える高齢者の過程は様々であるが、看取りが近づくにつれ、身体機能は低下し、医療的ケアが必要となる可能性は増加する。従って、高齢者向け住まいにおける看取りへの対応では、看護体制の整備が必要である。さらに、本調査では、看護体制に加えて介護体制や看取りのマニュアルの整備も関連していた。先行研究では、看護師側の看取りを可能にする要因に協力的な多職種が存在として、医師や介護職員の存在<sup>32)</sup>が示されている。入居者の看取りの際には、死亡診断等医師による対応が必須となるため、看取りにおいても医師の協力が重要である。さらに、医療的ケアに比べて看取りについては、看護職員を中心とした対応だけではなく、高齢者の生活支援を行う介護職員による対応も必要といえる。しかし、介護職員はサ高住を看取りの場として意識している一方で、終末・看取りに携わる心理的負担を抱えている<sup>33)</sup>とされ、看護職員が看取りを恐れる介護職員の心を支えることの重要性<sup>34)</sup>も指摘されている。また、介護老人福祉施設における看取りの調査では、介護職は看護職が不在の夜勤帯において不安がある<sup>35)</sup>という報告もある。従って、高齢者向け住まいにおける看取りの促進には、入居者の看取り時の対応を、あらかじめ医師、看護職員、介護職員との間で十分に検討

し、具体的に決定しておくことが重要となる。さらに、高齢者向け住まいにおいて、看護職員が24時間常駐している施設は少ないことから、介護職員に対する看護職員不在時の不安への対応として、施設内の看護職員だけではなく、訪問看護師と連携した対応も必要である。訪問看護では重度な療養者へは24時間の連絡対応体制<sup>36)</sup>が可能となっている。看取り期にある療養者については、医療的ケアと同様に訪問看護の利用による訪問看護師との連携を図り、看護体制を充実させる必要があると考える。

人生の最期を高齢者向け住まいで迎えたいという意向を持つ高齢者にとって、終の棲家として機能するためには、看護職員及び介護職員の配置、医療機関や訪問看護ステーションとの連携、状態悪化時の対応が24時間可能となるような体制整備が必要である。そして、これらの体制を地域の特性に応じて整備していくことを通して、地域包括ケアの推進に貢献できると考える。

## VIII. 本研究の限界

本研究の限界として、調査票へ回答した施設は、高齢者向け住まいのなかでも、医療的ケア及び看取りに対して積極的な取り組みをしている施設であった可能性がある。また、A県内の施設のみの調査であるため、結果を一般化できず他県の状況と一致しない可能性がある。

## IX. 結 論

A県の高齢者向け住まいにおいて、半数以上の施設で看護職員が常駐し、医療的ケア及び看取りに対応していた。医療的ケア及び看取りの受け入れ意向には、状態悪化時の意思確認や看取り対応マニュアルの整備、看護師や介護職員の配置といった看護・介護体制の整備と協力医療機関等か

らの支援が関連していた。高齢者向け住まいが医療的ケア及び看取りに対応し、高齢者の終の棲家として機能するためには、看護職員・介護職員の配置、医療機関や訪問看護との連携、状態悪化時の24時間対応に向けた体制整備の必要性が示唆された。

## 謝辞

本研究の調査にご協力くださいました高齢者向け住まいの管理者等の皆様に、心より深く感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省（地域包括ケアシステムの実現に向けて）：[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/), (2019年8月28日アクセス可能)
- 2) 前掲1)
- 3) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 (2014)：平成25年老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 平成25年度有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査事業報告書, 46-48
- 4) 厚生労働省老健局長：有料老人ホームの設置運営標準指導指針について（平成14年7月18日付け老発第0718003号, 最終改正・平成30年4月2日付け老発0402第1号）
- 5) 厚生労働省・国土交通省：厚生労働省・国土交通省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則第11条（改正平成30年6月1日厚生労働省・国土交通省第3号）
- 6) 前掲3)：57
- 7) 東京都社会福祉協議会（2013）：退院後，行き場の見つけづらい高齢者 社会資源実態調査, 9, 東京都社会福祉協議会, 東京
- 8) 厚生労働省：入院・外来・在宅医療について（総論）, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001qd1o-att/2r9852000001qd6n.pdf>, (2019年8月28日アクセス可能)
- 9) e-Stat 政府統計の窓口：人口動態調査（死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率）, [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=t=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result\\_back=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=t=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_back=1), (2019年8月28日アクセス可能)
- 10) 森本有里, 新城拓也, 関本雅子他 (2015)：神戸市内の高齢者福祉施設の看取りと終末期ケアに対する実態調査, *Palliative Care Research*, 10(1)：120-124
- 11) 島田千穂, 堀内ふき, 鶴若麻里他 (2013)：特別養護老人ホームにおける看取りケア実施状況と関連要因, *老年社会科学*, 34(4)：500-509
- 12) 橋本美香, 小野幸子 (2014)：特別養護老人ホームにおける看取りの阻害要因—看取りの推進に困難性を抱える施設調査—, *死の臨床*, 37(1)：142-147
- 13) 前掲3)：54
- 14) 前掲3)：67
- 15) 原谷珠美, 佐々木由紀子 (2016)：サービス付き高齢者向け住宅入居者の終末に向けた準備性, 第46回日本看護学会論文集在宅看護, 11-14
- 16) 佐々木由紀子, 原谷珠美 (2016)：サービス付き高齢者向け住宅に勤務する介護職員の終末・看取りに向けた準備性, 第46回日本看護学会論文集ヘルスプロモーション：144-147
- 17) 前掲10)
- 18) 前掲1)
- 19) 総務省：平成30年住宅・土地統計調査 住宅及び世帯に関する基本集計結果の概要, [https://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2018/pdf/kihon\\_](https://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2018/pdf/kihon_)

- gaiyou.pdf, (2019 年, 10 月 25 日アクセス可能)
- 20) 群馬県：有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅一覧（群馬県所管分），<https://www.pref.gunma.jp/02/d2300083.html>, (2019 年 10 月 25 日アクセス可能)
- 21) 前橋市：有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の一覧，[https://www.city.maebashi.gunma.jp/kenko\\_fukushi/2/7/11802.html](https://www.city.maebashi.gunma.jp/kenko_fukushi/2/7/11802.html), (2019 年 10 月 25 日アクセス可能)
- 22) 高崎市：有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の一覧，<http://www.city.takasaki.gunma.jp/docs/2016041500018/>, (2019 年 10 月 25 日アクセス可能)
- 23) 前掲 4)
- 24) 前掲 5)
- 25) 前掲 19)
- 26) 厚生労働省：「平成 29 年度介護保険事業報告（年報）」，<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/17/index.html>, (2019 年 10 月 25 日アクセス可能)
- 27) 秋山直美，白岩 健，福田 敬他（2015）：要介護認定高齢者の施設入所に関連する要因について—医療と介護のレセプトデータを活用して—，日本医療・病院管理学会誌，52(2)：17-24
- 28) 清水みどり，柳原清子（2007）：特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識—介護保険改定直前の N 圏での調査—，新潟青陵大学紀要，(7)：60
- 29) 前掲 3)：48
- 30) 前掲 4)
- 31) 前掲 5)
- 32) 岩瀬和恵，勝野とわ子（2019）：何が老人福祉施設での看取りを可能にするのか—看取りを行う看護師のインタビューから—，川崎市立看護短期大学紀要，24：1-9
- 33) 前掲書 16)
- 34) 大村光代（2013）：特別養護老人ホームの看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造，日本看護研究学会誌，36(4)：47-53
- 35) 前掲 12)
- 36) 公益財団法人 日本訪問看護財団（2018 年）：訪問看護関連報酬・請求ガイド，公益財団法人 日本訪問看護財団，81，東京

## **The Relationship between the Service Provision System of Housing for the elderly in a Prefecture and the Intention to Accept Medical Care and End-of-Life Care**

Miyuki Suzuki, Mitsue Iida, Akemi Shionoya, Kyoko Sasaki,  
Rie Tsuboi, Manami Osawa and Motoi Saito  
Gunma Prefectural College of Health Sciences

**Objectives:** To clarify the relationship between the service provision system of housing for the elderly in A prefecture and the intention to accept medical care and end-of-life care.

**Method:** A self-administered questionnaire survey was conducted on residents' status and components of the service provision system for managers working in residences for senior citizens in A Prefecture (463 facilities). The  $\chi^2$  test or Fisher's exact test was performed on the relationship between the service provision system and the intention to accept medical care and end-of-life care.

**Results:** 130 valid responses were returned (effective response rate 28.1%). For the intention to accept medical care, 11 items were extracted, including "nurse resident in facility" and "allocation of staff providing night care". For the intention to accept end-of-life care, 14 items were extracted, including "full-time caregiver at facility", "full-time nurse at facility", "responding to 24-hour emergency visit requests with cooperating medical institutions" and "maintenance manual".

**Conclusion:** It was suggested that the placement of nursing staff and cooperation with medical institutions are necessary for the acceptance of medical care and end-of-life care for the elderly.

**Keywords:** housing for the elderly, medical care, end-of-life care