

# 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 —

塚原貴子\*<sup>1</sup> 宮原伸二\*<sup>2</sup>

## 要 約

本研究では、全国の特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの実態調査をした。対象は、1993年以前に設置された2,770施設から系統抽出法を用いて抽出した530施設であり、回答率は37.5%（199施設）とし、看護職責任者から回答を得た。

- ①ターミナルケアを積極的に実施している施設は23施設（11.6%）、入所者及び家族から希望があれば実施している施設は137施設（68.8%）、実施していない施設は39施設（19.6%）であった。
- ②ターミナルケアを積極的に実施している施設は、設置後年数の長い施設に多くみられた。
- ③ターミナルケアの実施と隣接病院の有無との関係は認められなかった。
- ④死亡場所を入所者及び家族の希望に沿っている施設ほど施設内死亡率は高く、ターミナルケアを積極的に取り入れていた。
- ⑤積極的にターミナルケアを実施している施設では、正看護婦が少なく准看護婦が多かった。
- ⑥医学的な知識技術を必要とする健康管理や疾病予防へのケアが寮母などとの協働構造の形で提供されていた。

特別養護老人ホームにおけるターミナルケアは、入所者の高齢化やニーズの高まりにより進展している。施設でのターミナルケアの質向上の為には、医療の充実が急務であることが示唆された。

## はじめに

我が国のターミナルケアは、1970年頃から延命医療に対する批判が高まり、ホスピスケアの研究が発展している<sup>1)</sup>。高齢者のターミナルケアに対する研究は、在宅死に関するものは多数みられるが、福祉施設内のターミナルケアについては少ない<sup>2)</sup>。

高齢者の終末期医療に対するニーズは、在宅死を約70%の人が希望し、約80%の人が延命治療より自然死を希望している<sup>3)</sup>。生活の場として設置されている特別養護老人ホーム（以下特養と省略する）においても、施設内で看取りを希望する者が増加している<sup>4)</sup>。1995年現在、全国の特養は3,201施設あり、入所者総数は約22万人である。入所者の1年間の死亡率は全国平均15.2%、その内40.8%が特養施設内で死亡している<sup>5)</sup>。特養は福祉施設でありながらも、高齢者の死の一つの場として大きな役割を果たしている。

特養におけるターミナルケアに関する実態や内容は、十分に明らかにされていない。先行研究では、

24時間以内の死亡、いわゆる突然死が一般病院の2倍と多く、入所者に対する急性期のケアや健康管理のあり方に問題があることが示唆されている<sup>6)</sup>。

本研究においては、特養のターミナルケアの取り組みと死亡場所の決定、医療職と福祉職の配置、施設の特徴及び入所者のターミナル期をどの様な身体的状況から判断したのかの関係を検討した。また、看護職及び介護職がどの様な連携で入所者の健康管理を実施しているのかを明らかにし、特養における望ましいターミナルケアのあり方を検討をした。

## 研究方法

対象は、1997年度全国特養名簿に記載され、1993年以前に設置された2,770施設から系統抽出法（名簿に記載されて順に等間隔で抽出した）によって530施設を抽出した。施設長宛に郵送し、看護職の責任者に死亡について回答を依頼し、郵送で返送する方法をとった。調査期間は、1999年3月から4月末であった。

その結果、199施設（回収率37.5%）から回答を

\*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 医療福祉学専攻 \*2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科  
(連絡先) 塚原貴子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

得た。

ターミナルケアを「治癒の可能性がない終末期患者に対する身体的・心理的・社会的及び宗教的側面を包括したケアである。延命のための治療より、身体的苦痛や死への恐怖をやわらげ、人生を充実させることを重視する」と規定し、ターミナルケアの取り組み、死亡場所の決定を誰がしているのか、医療職と福祉職の配置、施設の特徴及び入所者のターミナル期をどの様な身体的状況から判断したのかを調査した。

健康管理及び疾病予防への援助内容の調査項目は、老人看護学で福祉施設における健康状態の観察、健康管理活動に示されている<sup>7)</sup>項目を基本に筆者が加筆作成した19項目である。これらの項目に対し、施設職員のだれがケアしているのかを、「看護職が毎日する」「看護職が時々する」「看護職と寮母が共にする」「寮母がする」「寮母以外」「だれもしない」で問うた。

データの処理は、定量的データは t-test 及び分散分析を、定性的データには  $\chi^2$ -test を用い統計ソフト Windows SPSS Ver9.0を使用した。対象とする死亡者数は、1998年度1年間の累計である。

## 結 果

### 1. ターミナルケアの実施状況

ターミナルケアを「積極的に実施している」(以下1群とする)は199施設中23施設で(11.6%)、「入所者及び家族から希望があれば実施する」(以下2群とする)は137施設で(68.8%)、「実施していない」

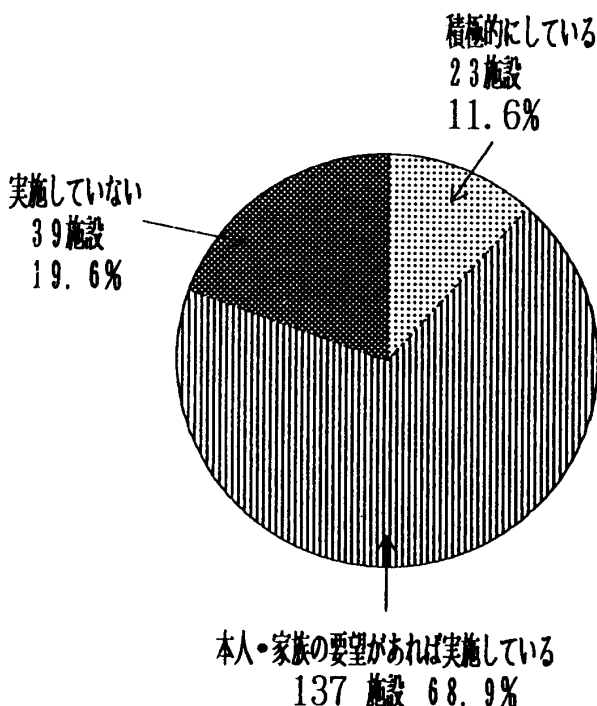


図1 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの取り組み

(以下3群とする)は39施設で(19.6%)であった(図1)。

実施していない施設に対し、今後はターミナルケアを実施しますかとの質問に、「はい」は39施設中5施設で(12.8%)、「いいえ」は16施設で(41.0%)、残り18施設は検討中であった。実施しない理由(複数回答)として最も多かったのは、「施設の方針」が22施設で(56.4%)、ついで「医師の方針」が11施設で(28.2%)であり、「看護の人手不足」が10施設で(25.6%)であった。

### 2. 施設の特性とターミナルケアの実施状況の関係

調査したすべての施設の設置後年数の平均値及び標準偏差は $17.3 \pm 7.89$ であった。1群における平均値及び標準偏差は $19.0 \pm 7.82$ 、2群では $16.8 \pm 7.40$ であり、3群では $17.0 \pm 7.30$ であった。分散分析の結果、1群が他の群より有意( $p < 0.05$ )に設置後年数が長かった。

特養と病院や老人保健施設との隣接の有無をみると、199施設中82施設(41.2%)が隣接して設置されていた。ターミナルケアとの関係をみると、1群が11施設で(30.9%)、2群が57施設で(42.2%)であり、3群が14施設(37.8%)であった。1群に隣接は少なかったが、有意差は認められなかった。

### 3. 施設内死亡率とターミナルケアの実施状況の関係

本調査の入所者総数は13,945人で、1年間の死亡者総数が1,223人で(8.8%)であった。各施設の死亡者数の平均値及び標準偏差は $8.4 \pm 8.67$ であった。死亡者総数1,223人中施設内死亡者は、774人で(60.8%)であった。現在、施設内死亡が叶えられている施設は、109施設(54.7%)あった。

表1 施設内死亡率とターミナルケアの実施状況

ターミナルケアの実施状況	施設内死亡率 平均値±標準偏差	t検定
1群 (n=23)	81.7 ± 20.15	□**
2群 (n=137)	58.9 ± 34.43	
3群 (n=37)	施設内死亡なし	

\*\* :  $p < 0.01$

ターミナルケアの実施状況と施設内死亡率との関係を t 検定した結果は、表1に示した。1群の施設内死亡率は2群より有意( $p < 0.01$ )に高い結果であった。3群には施設内死亡者はいなかった。

1群の施設内死亡の状況をみると、施設内死亡率が100%の施設は、回答のあった19施設中6施設で(31.6%)であり、死亡者数が年間17人に達している施設が6施設中2施設あった。

#### 4. 死亡場所の決定とターミナルケアの実施状況の関係

死亡場所の決定をだれがするのかを、「入所者」「入所者及び家族」「家族」「医師」「看護職」「寮母」「施設責任者」及び「その他」の中から複数回答で求め、①入所者及び家族 ②入所者及び家族と施設職員 ③施設職員の3群にして検討した。

その結果①入所者及び家族が197施設（回答のなかった2施設は除いた）中119施設で（60.4%）、②入所者及び家族と施設職員が68施設で（34.5%）であり、③施設職員が10施設で（5.1%）であった。

表2 死亡場所の決定者とターミナルケアの実施状況 (%)

ターミナルケア 実施状況	1群 (n=23)	2群 (n=137)	3群 (n=37)	合計
入所者と家族の希望	20 (86.9)	89 (65.0)	10 (27.0)	119 (57.8)
入所者と家族と施設職員	3 (13.0)	48 (35.0)	17 (49.8)	68 (32.2)
施設職員のみ	0	0	10 (27.0)	10 (5.0)
合計 (n=197)	23	137	37	

$\chi^2 = 57.706$   $p < 0.001$

ターミナルケアの実施状況と死亡場所の決定との関係を  $\chi^2$  検定で検討した結果は表2に示した。ターミナルケアを積極的に実施している施設と入所者及び家族が死亡場所の決定をしている施設との間には、有意 ( $p < 0.001$ ) な関係が認められた。

死亡場所の決定の入所者及び家族の内訳をみると、入所者のみは全くないが、家族のみは119施設中41施設（34.5%）であった。

施設職員が死亡場所の決定に参加している施設は、197施設中78施設で（39.2%）であった。その内訳は（複数回答）、医師が78施設中68施設で（87.2%）、施設責任者が27施設で（34.6%）、看護婦が12施設で（15.4%）及び寮母が8施設で（10.3%）であった。

#### 5. 施設職員の配置とターミナルケアの実施状況の関係

医師、看護職員、寮母、生活指導員、理学療法士及び栄養士の各群の配置人数の平均値について分散分析で検討した結果を表3に示した。

##### (1) 医師

常勤医師のいる施設は、199施設中20施設で（10.0%）であった。ターミナルケアの実施状況と常勤医師の配置との間には有意差は認められなかった。

##### (2) 看護職員

看護職員は、199施設全体で正看護婦が243人、准看護婦が353人で、正看護婦と准看護婦の割合は4:6であった。正看護婦のみの施設は14施設で（9.0%）、准看護婦のみの施設は55施設（27.6%）で、それ以外

表3 施設職員の配置とターミナルケアの実施状況との関係

	1群 平均値±標準偏差	2群 平均値±標準偏差	3群 平均値±標準偏差	検定
医師	8.6 ± 0.29	10.2 ± 0.30	10.2 ± 0.31	ns
看護職1人の 担当人数	23.2 ± 3.26	22.7 ± 3.13	24.0 ± 3.08	ns
正看護婦	0.6 ± 0.84	1.1 ± 1.28	1.2 ± 0.96	**
准看護婦	2.2 ± 1.38	1.9 ± 1.09	1.7 ± 0.99	**
寮母1人の担 当人数	3.3 ± 0.75	3.1 ± 0.54	3.1 ± 0.63	ns
生活指導員	1.7 ± 0.81	1.5 ± 0.93	1.4 ± 0.86	ns
理学療法士	0.3 ± 0.76	0.4 ± 1.02	0.4 ± 0.81	ns
栄養士	1.1 ± 0.42	1.1 ± 0.40	1.1 ± 0.42	ns

\*\* :  $p < 0.01$  ns : 有意差なし

の施設では正看護婦と准看護婦が配置されていた。この内、非常勤が61人で全体の（10.2%）を占めていた。各群における施設内の看護職員数の平均値及び標準偏差は3.3±1.34であった。

看護職員1人あたり、担当する入所者人数の平均値と標準偏差は23.0±3.13であった。これをターミナルケアの実施状況との関係でみたが有意差は認められなかった。さらに、正看護婦数に着目してみると、3群が有意 ( $p < 0.01$ ) に多かった。平均値より標準偏差値が大きくなっているのは、施設によるばらつきがあったためである。准看護婦数では、1群に有意 ( $p < 0.01$ ) に多かった。

##### (3) 寮母

寮母は199施設全体で4,352人、その内非常勤者は344人（7.9%）あった。介護福祉士の有資格者は全体で1,761人（40.4%）であった。寮母1人が担当する入所者人数の平均値及び標準偏差は3.1±0.59で、これをターミナルケアの実施状況との関係を検討したが、有意差は認められなかった。

##### (4) 生活指導員

生活指導員は199施設全体で302人、配置人数の平均値及び標準偏差は1.5±0.90であった。その内非常勤者は3人で（1.1%）あった。生活指導員数とターミナルケアの実施状況との関係では有意差が認められなかった。

##### (5) 理学療法士

理学療法士は199施設全体で72人、その内非常勤者は67人（93.1%）であった。理学療法士とターミナルケアの実施状況との関係を検討したが、有意差は認められなかった。

##### (6) 栄養士

栄養士は199施設全体で217人、配置人数の平均値

表4 ターミナルケアの対象の判断及びターミナルケアの実施状況 (%)

		1 群 (n=62)		2 群 (n=391)		3 群 (n=85)
1	呼吸	14 (22.6)	意識	84 (21.5)	呼吸	19 (22.4)
2	医師	13 (21.6)	医師	74 (18.9)	意識	19 (22.4)
3	意識	12 (19.4)	食事	70 (17.9)	血圧	13 (15.3)
4	食事	11 (17.9)	呼吸	59 (15.1)	医師	13 (15.3)
5	血圧	5 (8.1)	体力	39 (10.0)	食事	11 (12.9)
6	発熱	3 (4.8)	血圧	37 (9.5)	体力	6 (7.1)
7	体力	3 (4.8)	発熱	16 (4.1)	尿量	2 (2.4)
8			尿量	10 (2.6)	発熱	1 (1.2)
9			不安	1 (0.3)	不安	1 (1.2)
10			嘔吐	1 (0.3)		

注 判断の優先順位の1から3位に選択された項目を網羅した数を示した。

nは記載があった項目数を示しています

及び標準偏差は $1.1 \pm 0.40$ であった。ターミナルケアの実施状況との関係を検討したが、有意差は認められなかった。

#### 6. ターミナルケアの対象となった判断理由

ターミナルケアの対象になった理由を、頻度の多い順に示した。第1位は、「医師による告知」が184施設中61施設で(33.2%)、2位は「食事が摂取できない」が46施設で(25.0%)、3位は「意識レベルの低下」が31施設(16.8%)であった。

さらに、1位から3位に選択された総項目とターミナルケアの実施状況との関係を表4に示した。3群では、呼吸・血圧・意識といったバイタルサインの変化に着目していた。1群及び2群では、バイタルサインに加え、医師の判断や食事の摂取状態、体力の低下などが上位であった。

#### 7. 健康管理や疾病予防の援助への看護職及び寮母のかかわり

突然死や1週間以内の死亡が特養に多いことから、健康管理や疾病予防の状態を検討した。調査した19項目の実施状況を図2に示した。看護職員が毎日実施している項目で実施率の高いものは、「入浴前健康チェック」が123施設で(61.8%)、「健康状態の解釈及び判断」が133施設(66.8%)であった。看護職員が毎日実施と時々を加えて実施状況を見ると、「呼吸音聴取」は90%であり、「バイタルサイン」や「意識レベルの観察」が約50%であった。

健康状態の解釈のための観察項目である「全身状態の観察」「排便状態の観察」「排尿状態の観察」「入

浴中の全身状態の観察」「食事動作能力と摂取量のチェック」及び「水分摂取量チェック」は70%以上の施設で看護職と寮母との協同で実施していた。「痴呆の評価」「ADLの評価」及び「睡眠状態の観察」は寮母や他職種が40%以上の施設で実施していた。

ターミナルケアの判断理由の上位にある「バイタルサイン(血圧・体温・呼吸)」の実施状況を見ると、「看護職と寮母が共にする」が81施設で(40.7%)、「意識レベルの観察」も88施設(44.2%)であった。また、「食事動作能力と摂取量チェック」では、「看護職が毎日する」が2施設で(1.0%)、「看護職と寮母が共にする」が163施設(81.9%)であった。

## 考 察

本調査での特養におけるターミナルケアは、「積極的に実施」と「入所者及び家族の希望があれば実施」を加えると約80%の施設で実施していた。広井ら<sup>8)</sup>が1996年に調査した、「死亡直前期を含め、極力最後まで施設内でケアしている」は32.2%であり、「死亡直前期以外のターミナルケアについては意識的に対応しているが、死亡直前期前後にはできる限りに病院に移すようにしている」の22.4%を加えた54.7%であった。特養におけるターミナルケアの実施率は、広井らの報告よりも高い結果であった。今回の調査に協力頂いた施設は、ターミナルケアに関心があったと思われる。年齢が高くなるほど、在宅死や施設内死亡を希望する者が多くなることや<sup>3)</sup>入所者の高齢化が進展している<sup>9)</sup>ことから、特養での

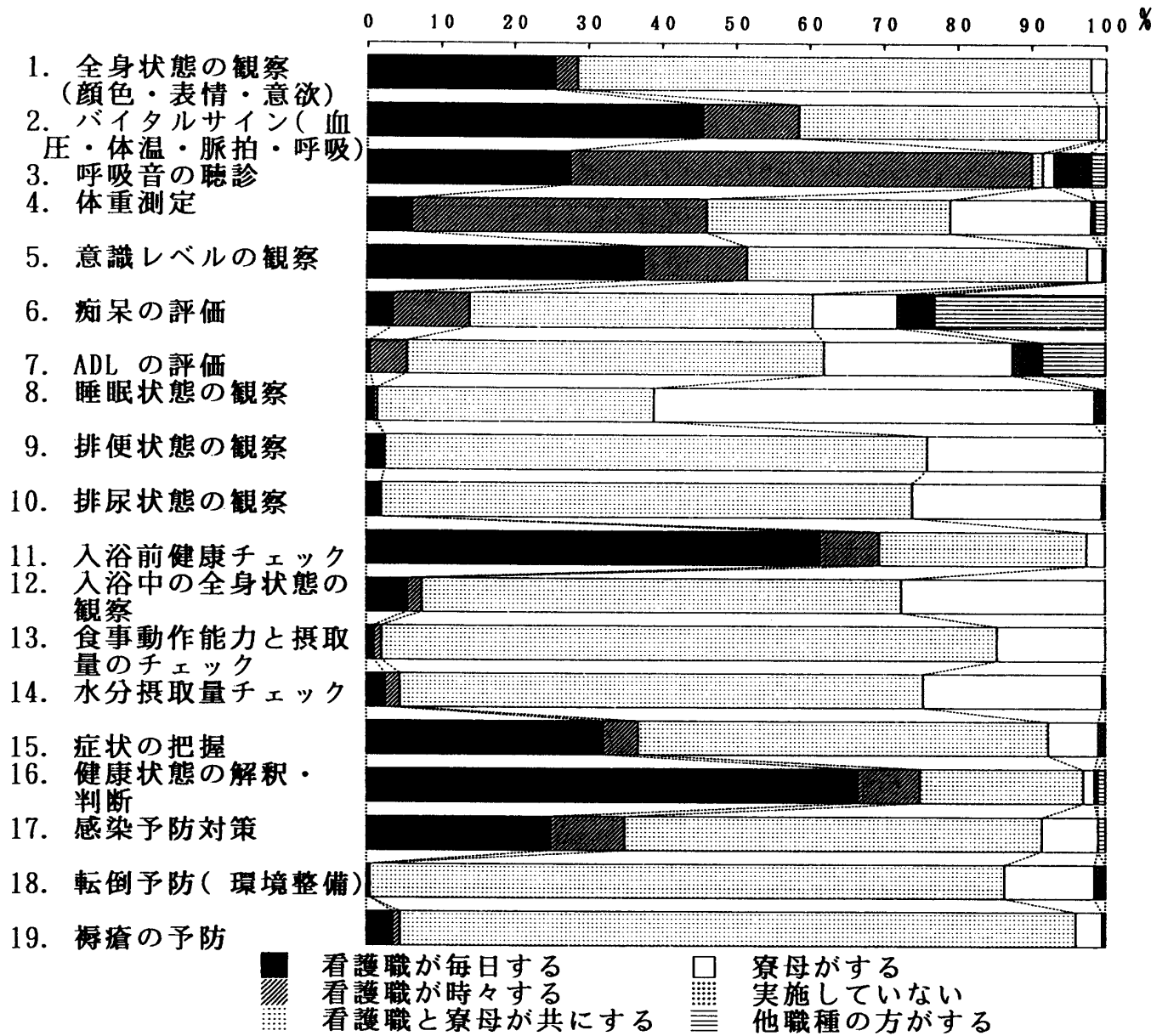


図2 健康管理・疾病予防の援助項目への実施状況

ターミナルケアは、今後益々増加することが推察される。

特養でのターミナルケアは、設置後年数の長い施設ほど積極的であった。その理由として、古い施設ほど長期入所者が多い<sup>10)</sup>との報告もある。長期入所者は、施設への愛着や施設職員との信頼関係が深まり、ターミナルケアを施設で希望する者が増加し、施設職員もその要望に応えようとした結果であると推察される。

次に、病院や老健施設と隣接している特養施設は41.2%であった。特養は1966年に老人福祉法における生活保護事業として発足した。特養は、本来、法で定める福祉施設と、1990年ころから急激に増加した私的医療機関を母体とした施設がある。私的医療機関を母体とする特養は、1996年の調査によると、特養全体の30.7%とされている<sup>11)</sup>。特養の中には、医療機関と緊密な関係をもった施設と福祉の体系に医療の視点を組み込むことを望まない施設がある<sup>12)</sup>。

今回の調査では、ターミナルケアの実施状況と病院や老人保健施設との隣接には関係は認められなかった。医療機関と密接な関係を持つ施設では、ターミナルケアを病院に任せている<sup>13)</sup>との報告もあるが、本調査から検討すると必ずしも病院に任せていないことがうかがえる。

本調査による施設内死亡率は60.8%であり、先行研究の40~45%<sup>6)</sup>よりも高い結果であった。本調査における回収率37.5%は、ターミナルケアに関心がある施設に偏った可能性も否定できない。1群では、施設内死亡率が81.7%で有意に高く、施設内での死亡がすべての施設が31.6%ある。一般に自然死といわれる老衰は、特養入所者の死亡疾患の9.6%<sup>6)</sup>であると指摘されている。それ以外は肺炎、心臓疾患、脳血管疾患、癌であることから、特養のターミナルケアに対応するためには、自然な死を迎えるケアのみでなく、適切な医療が必要になる。施設でのターミナルケアを重視することで、医療を必要とする人

を施設内に留めていることが推察される。本人や家族の要望に応えることは重要であるが、本人や家族のみでは入所者の健康状態の判断は困難であろう。十分な医学的情報が提供された後に、本人や家族から要望を聞く必要がある。

本調査によると死亡場所の決定を、入所者及び家族の要望に全面的に答えている施設は109施設(54.7%)であった。日本看護協会が1900年に調査した結果約70%の施設で入所者の希望に答えたいが、希望に答えられるのは約30%程度と報告している<sup>13)</sup>。この10年間で特養では、緩やかではあるが入所者の要望を叶えようと努力していることがうかがえる。

死亡場所の決定は、入所者本人の希望より家族の要望が多かった。介護保険では、高齢者自身のサービスの自己選択や自己決定を尊重することが理念としてうたわれている。死亡場所を入所者本人の意志を反映した場所とするためにも、精神面の症状のある(65.9%)<sup>14)</sup>入所者の意志をどの様に把握するのかが重要な課題となる。

施設職員の配置とターミナルケアとの実施状況の関係についてみると、1群において正看護婦が少なく准看護婦が多かった。また、准看護婦のみの施設が27.6%あった。医師が常時勤務している施設は10%のみであり、殆どの施設で、看護職が医療的ニーズを満たさなければならない状況にある。

准看護婦は「医師、歯科医師又は看護婦の指示を受けて傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなす」<sup>15)</sup>と定義されている。ターミナル期においては医療的ニーズが高まることから考えると、准看護婦のみでなく正看護婦の配置が望まれる。

入所者のターミナル期の判断は、家族と離れて生活していることから施設の重要な役割である。高齢者のターミナル期の判断は、がん患者の判断より困難であるとの報告もある<sup>16)</sup>。本調査での判断の上位は「食事が摂取できなくなる」及び「意識レベルの低下」であった。工藤<sup>17)</sup>が特養入所者の5年間の衰退過程の報告では、食事や意識レベルが死亡4～5ヶ月前から漸次低下し、1週間前の低下が著しいと報告している。特養におけるターミナルケアの判断は死亡約5ヶ月前から1週間の間から開始されていると推察される。

時田<sup>18)</sup>や工藤ら<sup>17)</sup>の報告及び本調査の結果を併せて検討すると、体重の減少が衰退過程の観察に有効である。高齢者のターミナル期の判断の為の有効なアセスメントツール(評価指標)の検討が必要である。また、看護職のアセスメント能力の向上が求められる。

3群では、病院に移送させる適切な時期の判定に、バイタルサインの変化が有力な判断になっている。バイタルサインは衰退過程で、多方向性の変動を示したとの報告から<sup>17)</sup>、病院に移送後急激な転帰をとったり、入院が長期化する可能性がある。特養でターミナルケアを希望する家族には、死亡までに繰り返される入退院に対して意味を見いだせずにいるとの報告もある<sup>19)</sup>。しかし、現実には、特養内で実施している医療には、施設間に格差があるとの報告もある<sup>20)</sup>。衰退の過程で起こる脱水症、上気道感染及び尿路感染症など<sup>21)</sup>の疾病に対しては、施設内で医療が受けられる体制や施設が必要である。施設間格差を除くための配慮が必要である。

健康管理及び疾病予防の援助への看護職や寮母のかかわりをみると、看護職員の平均は3.3人であり、毎日夜勤を組める施設はなく自宅待機をとっている。現在の看護職員の配置基準では、夜間の健康管理を、寮母に委譲するしかない現実が浮かびあがる。

高度で専門的な知識と技術を要求され、なおかつ緊急時の判断に重要なバイタルサインや意識レベルの判断は、半数以上の施設で寮母との協同で実施していた。吉田<sup>22)</sup>(1993)の調査も同様の結果であったと報告している。

排泄・食事・睡眠の観察、ADLの評価及び痴呆の評価は寮母が主に実施していた。看護職員は、健康状態の解釈及び判断に主体的にかかわっているが、判断に必要な多くの情報を寮母から得ることになる。健康管理の問題として、医学の専門的な教育を受けていない寮母に健康管理及び疾病予防に必要な観察を過大に期待していることが推察される。

今回の調査から、特養では、入所者の要望に応えようとする努力が、施設内でのターミナルケアを進展させていることが指摘しうる。施設職員の配置は、常勤医のいる施設は10%、看護職員は准看護婦が多く、1施設3～4人の配置であった。特養においては、医師、看護婦共に夜勤体制の取れない状態である。

特養の看護婦又は准看護婦の配置基準は、「1人以上の者が常時勤務するために必要な数を置かなければならない。」<sup>23)</sup>と規定されている。看護職の業務である健康管理については「入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとるよう努めなければならない。」<sup>23)</sup>と健康の保持への役割が示されている。入所者が疾病の増悪や発病などにより医療が必要になった場合には、協力病院に入院させる<sup>23)</sup>ことになっている。本調査から、特養入所者の医療的ニーズは、老人保健福祉法に定められている健康管理や医療に対する処遇の規

定より増大し、施設間に対応が異なる現象が起きていると推察された。

特養におけるターミナルケアの質を保障するには、介護職のQOL向上を目指した生活援助と医療体制の充実が両輪となって達成されるものである。その為には、施設における職員配置基準の見直しが必要になる。見直しにあっては、常勤医の配置や夜勤の組める看護職員の配置と健康状態が評価できる正看護婦の配置を提案する。

### おわりに

今回の調査は、質問内容が多く、回答を寄せた施

設はターミナルケアに多大の関心がある施設であった。特養でのターミナルケアは確実に進展しつつある。また、社会通念としてもターミナルケアは進展している。そこで、特養でのターミナルケアが進展するにあたって、今回の調査は反映されなければならない点を指摘しえた。

本研究は、2000年度川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科修士課程に提出した学位論文の一部に加筆、修正を加えたものである。また、本研究の要旨は第4回日本老年看護学会において発表した。

### 文 献

- 1) 柏木哲夫(1998)わが国におけるホスピス・緩和ケアの歴史, ターミナルケア, 8, 1-4.
- 2) 佐々木隆志(1997)日本における終末ケアの探究—国際比較の視点から—, 初版, 中央法規出版, 東京, pp164-165.
- 3) 松下哲也(1997)高齢者終末期医療における日本の現状, Geriatric Medicine, 35(11), 1517-1522.
- 4) 石井岱三(1997)特別養護老人ホームにおける看取り, 月刊福祉, 2, 20-25.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部編(1995)平成7年度人口動態調査, pp130-133.
- 6) 宮原伸二(1999)特別養護老人ホームにおける死についての多角的研究, プライマリ・ケア, 22(1), 41-48.
- 7) 大友英一, 中島紀恵子編著(1992)老人看護学, 改訂版, 真興交易医書, 東京, pp476-479.
- 8) 広井良典(1996)平成8年度「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書, (財)長寿社会開発センター, p17.
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部編(1999)平成9年社会福祉施設等調査報告上巻, 厚生統計協会, 東京, p30.
- 10) 本間 昭, 新名理恵, 坂田成輝(1997)平成7年度東京都老人福祉施設入所者健康実態調査(1), 老年社会科学, 18(2), 153-161.
- 11) 二木 立(1998)保健・医療・福祉複合体全国調査と将来予測, 初版, 医学書院, 東京, p11.
- 12) 田中多門(1970)老人看護ホームの位置づけとそれに期待されるもの, 東京都養育院月報, 678巻, 5-8.
- 13) (社)日本看護協会(1991)1990年調査特別養護老人ホームにおける保健医療と看護, 日本看護協会出版会, 東京, p111.
- 14) 本間 昭, 新名理恵, 坂田成輝(1997)平成7年度東京都老人福祉施設入所者健康実態調査(1), 老年社会科学, 18(2), 153-161.
- 15) 厚生省健康政策局編集(1994)健康政策六法, 中央法規出版, 東京, p867.
- 16) 横内正利(1997)高齢者における終末期と対応策, Geriatric Medicine, 35(11), 1485-1490.
- 17) 工藤禎子, 中島紀恵子, 北川公子(1991)特別養護老人ホーム入所者の5年間の衰退過程, 社会老年学, 33, 68-80.
- 18) 時田 純(1997)施設における高齢者のターミナルケア, 別冊総合ケア, 62-71.
- 19) 桜井紀子(1996)特別養護老人ホームにおけるターミナル期のトータルケアをめざして, 平成8年度「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書, (財)長寿社会開発センター, pp35-52.
- 20) 高柳智子(1999)特別養護老人ホームにおける医療の現状, 看護学雑誌, 63(7), 694-697.
- 21) 松浦尊麿(1996)特別養護老人ホームにおける健康管理に関する多角的検討, 老年社会科学, 17(2), 117-128.
- 22) 吉田伸子, 金井和子, 土屋尚義, 渡辺タツ子(1993)特別養護老人ホームの寮母, 生活指導員, 看護婦の本務意識よりみた協働構造, 千葉大学看護学部紀要, 15(3), 99-109.
- 23) 老人保健福祉法制研究会監修(1998)老人六法(平成11年度版), 中央法規出版, 東京, pp1440-1442.

(平成13年6月7日受理)

# A Study on Terminal Care at a Special Nursing Home for the Elderly

Takako TSUKAHARA and Shinji MIYAHARA

(Accepted Jun. 7, 2001)

Key words : ELDERLY, SPECIAL NURSING HOME, TERMINAL CARE, NURSING

## Abstract

We carried out a survey of the present status of terminal care at special nursing homes for the elderly sending a questionnaire to the heads of nurses of 530 facilities selected by systematic sampling from 2,770 special nursing homes for the elderly established before 1993. The response rate was 37.5% (199 facilities). The following results were obtained.

- (1) Terminal care was provided at 23 facilities (11.6%) and at the request of elderly residents or their families at 137 facilities (68.8%) but was not provided at 39 facilities (19.6%)
- (2) The facilities that provided terminal care often had a long history after establishment.
- (3) There was no association between the practice of terminal care and the establishment of an adjoining hospital.
- (4) In facilities that meet the wish of elderly residents and their families in terms of the place of death, the death rate at the facility was high, and terminal care was provided.
- (5) In facilities that actively provided terminal care, there were a few nurses but many practical nurses.
- (6) Care for health management and disease prevention, which requires medical knowledge and skills, was provided by structural teamwork with dormmothers.

These results suggested that terminal care at special nursing homes for the elderly has been advancing due to aging of elderly residents and increased needs. Improvement of the quality of terminal care at these facilities is urgently needed.

Correspondence to : Takako TSUKAHARA Doctoral Program in Medical Welfare, Graduate School of  
Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan  
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.11, No.1, 2001 17-24)