

資料

特別養護老人ホームと有料老人ホームで終末を迎えた入所者の臨死期症状に関連する要因

Primary factors related to symptoms in the near-death stage for residents who spent their final days in special nursing home for the elderly and fee charging home for the aged

内藤 恭子¹⁾ 鈴木 岸子¹⁾ 山本 純子²⁾

キーワード：高齢者，臨死期症状，終末期ケア，認知症

Key words : elderly, near-death stage symptoms, end-of-life care, dementia

要 旨

目的 入所施設で死亡した高齢者の臨死期症状に関連する要因を検討した。

方法 同一法人内の特別養護老人ホームと有料老人ホームで死亡した高齢者 48 人の介護記録から、後方視的に臨死期症状と年齢、性別、入所時の主疾患、死因、死亡時の介護度などの要因を把握し、クロス集計を行った。

結果 対象者の平均死亡年齢は 87.5 ± 7.0 歳、性別は男性 14 人、女性 34 人であった。主な臨死期症状は、褥瘡、呼吸困難、浮腫、痰、嚥下障害、便秘、傾眠、喘鳴、冷感・チアノーゼであった。入所時の主疾患は、認知症、脳卒中、悪性腫瘍、高血圧などであった。臨死期症状に関連する要因では、浮腫は女性、傾眠は年齢、認知症および下剤使用、冷感・チアノーゼは認知症等に有意差を認めた。

結論 臨死期症状には、加齢、性差、認知症、下剤使用が関連していた。したがって、施設入所者の臨死期症状の苦痛緩和を行う場合、年齢、性差、疾患、服薬に配慮した看護の必要性が示唆された。

I. はじめに

わが国では 2025 年以降、75 歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢者世代を中心とした多死時代を迎えることになる。人口動態統計（厚生労働省，2017）によれば、これまで高齢者の看取りの場所は、約 8 割が病院であったが、2006 年度介護報酬改定で新設された看取り加算（厚生労働省，2006）により、特別養護老人ホーム（以下、特養）や有料老人ホームなどの高齢者施設での看取りが増加傾向にある。現在、厚生労働省が進める地域包括ケアシステムでは、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られる体制の整備を目指している（厚生

労働省，2011）。したがって、地域の多様な場において、国民の半数以上が求める「体や心が苦痛なく過ごせる」（厚生労働省，2018a）終末期ケアの重要性は今後さらに高まるものと考えられる。

しかし、これら施設の看護師の配置基準は、医療施設に比べて少なく、夜間の看護師配置は義務付けられていない（厚生労働省，1999）ため、臨死期症状に対するケアの多くは、介護職員が担うことになる。そのため、介護職の力量によっては、臨死期に生じる様々な症状への対応が不十分となる可能性がある（金城，嘉数，& 桃原ら，2018）。

臨死期に生じる諸症状は、本人、家族への心身の苦痛を伴う（Ostgathe et al. 2011）とされている。

受理日：2021 年 1 月 29 日 採択日：2021 年 2 月 16 日

¹⁾名古屋学芸大学 看護学部看護学科 ²⁾大手前大学 国際看護学部

高齢者の施設での看取りが増える中，入所者が「体や心が苦痛なく過ごせる」ケアが求められる．ところが，高齢者施設での臨死期に起こる症状を調査した報告は少ない．施設入所中の高齢者の臨死期における症状とその関連要因を明らかにすることは，施設における臨死期の実態を知ると共に穏やかな死へのケアを検討するための基礎資料となることから重要である．

II. 研究目的

特養と有料老人ホームで看取りを行った入所者の臨死期症状を把握し，その症状に関連する要因を検討した．

III. 研究方法

1. 対象者および調査方法

本研究対象者の入所施設は，A 県中山間地域にある，同一法人（医療法人）内の特養と有料老人ホームである．各施設の入居定員数はそれぞれ 80 名と 62 名であり，看護師は，特養にのみ 3 名配置されていた．

調査は，筆者らの関係者から紹介を受けた施設に依頼し，施設長に研究の趣旨，対象者の情報の匿名性の保持，データの厳重管理，結果の公表について口頭で説明の上，同意を得て行った．対象者については，本研究を臨死期の実態を知るための予備調査としたため，本施設において看取りを受けた死亡者の中から 50 人程度のデータ提供を依頼した．対象者選定は施設に一任した．その結果，2012 年 9 月～2016 年 2 月の死亡者 114 人のうちの 50 人のデータ提供を受けた．そのうち 2 人は，介護記録の不備のため解析から除外し，48 人を対象とした．

2. 調査項目

介護記録から後方視的に，死亡年齢，性別，入所時の主疾患（複数記載），死因，死亡時の要介護度，入所中の下剤使用の有無，死亡 1 か月以内に発生した臨死期症状（複数記載）について把握した．

3. 分析方法

調査項目の統計解析は，対象者の特性を明らかにするために各項目の単純集計をした．その後，死亡

1 か月以内に発生した臨死期症状と他の調査項目とのクロス集計を行った．死亡年齢は t 検定，それ以外の調査項目は χ^2 検定を行った．なお，n が 5 未満のセルを含むものは Fisher 正確確率検定を用いた．有意水準は 5% 未満，境界有意の水準は 10% 未満とし，解析には SPSS23.0JforWindows を使用した．

4. 倫理的配慮

本研究は，整膚学園研究倫理審査委員会の承認（承認番号 S16-01）を受けて実施した．

5. 用語の定義

1) 臨死期

本調査においては，死亡日から遡って 1 か月以内とした．

2) 臨死期症状

介護記録に記載されていた死亡 1 か月以内の症状とした．

IV. 研究結果

対象者の特性を表 1 に示す．対象者の死亡年齢の平均値は， 87.5 ± 7.0 歳（うち男性 83.6 ± 8.4 歳，女性 89.1 ± 5.7 歳），性別は男性 14 人（29.2%），女性 34 人（70.8%）と女性が 7 割であった．入所時の主疾患は，認知症 16 人（33.3%），脳卒中 12 人（25.0%），悪性腫瘍 10 人（20.8%），高血圧 10 人（20.8%）などであった．死因は老衰が 34 人（70.8%）と 7 割以上を占め，他には悪性腫瘍 5 人（10.4%），肺炎と脳梗塞がそれぞれ 2 人（4.2%）などであった．死亡時の要介護度は，重度要介護者（要介護 3-5）が 44 人（91.6%）で 9 割以上を占めた．入所中の下剤の使用は，11 人（22.9%）と，約 2 割の高齢者に使われていた．

表 2 の死亡 1 か月以内の主な臨死期症状は，褥瘡が多く 31 人（64.6%），他には呼吸困難 19 人（39.6%），浮腫 15 人（31.3%），痰 13 人（27.1%），嚥下障害 12 人（25.0%），便秘 11 人（22.9%），傾眠 10 人（20.8%），喘鳴 10 人（20.8%），冷感・チアノーゼ 9 人（18.8%）などが多かった．

臨死期症状に関連する要因（表 3）では，褥瘡は，骨粗鬆症なしに有意差（ $p=0.04$ ），下剤の使用

に境界有意な差を認めた ($p=0.07$)。浮腫は、女性に有意差を認め ($p=0.04$)、心不全と骨折に境界有意な差があった (各 $p=0.08$)。傾眠は、年齢、認知症 ($p=0.01$)、脳卒中なし、下剤使用 ($p=0.05$) に有意差を認めた。冷感・チアノーゼは、認知症に有

意差を認めた ($p=0.04$)。呼吸困難や痰、嚥下障害、便秘などの症状に有意な関連はなかった。しかし、便秘の為に下剤を使用している者が48名中11名 (22.9%) であり、下剤使用に関連する要因 (表4) として、認知症に境界有意な差を認めた ($p=0.09$)。

表1 対象者の特性 (n = 48)

項目	n (%), Mean ± SD
平均死亡年齢 (歳)	87.5 ± 7.0
性別	
男	14 (29.2%)
女	34 (70.8%)
入所時の主疾患 (複数記載)	
認知症	16 (33.3%)
脳卒中	12 (25.0%)
悪性腫瘍	10 (20.8%)
高血圧	10 (20.8%)
症候性てんかん	6 (12.5%)
糖尿病	6 (12.5%)
骨折	4 (8.3%)
心不全	4 (8.3%)
肺炎	3 (6.3%)
骨粗鬆症	3 (6.3%)
慢性呼吸不全	3 (6.3%)
腰痛	2 (4.2%)
慢性腎炎	2 (4.2%)
閉塞性動脈硬化症	2 (4.2%)
膝関節症	2 (4.2%)
その他	15 (31.3%)
死因	
老衰	34 (70.8%)
悪性腫瘍	5 (10.4%)
肺炎	2 (4.2%)
脳梗塞	2 (4.2%)
肺気腫	1 (2.1%)
混合性認知症	1 (2.1%)
死因未記載	3 (6.3%)
死亡時の要介護度	
軽度要介護者 (要介護 1-2)	2 (4.2%)
重度要介護者 (要介護 3-5)	44 (91.6%)
介護度なし	2 (4.2%)
入所中の下剤使用	
有	11 (22.9%)
無	37 (77.1%)

SD = 標準偏差

表2 死亡1か月以内の臨死期症状

主な臨死期症状 (複数記載)	n (%)
褥瘡	31 (64.6%)
呼吸困難	19 (39.6%)
浮腫	15 (31.3%)
痰	13 (27.1%)
嚥下障害	12 (25.0%)
便秘	11 (22.9%)
傾眠	10 (20.8%)
喘鳴	10 (20.8%)
冷感・チアノーゼ	9 (18.8%)
痛み	7 (14.6%)
嘔気・嘔吐	3 (6.3%)
タール便	3 (6.3%)
発熱	3 (6.3%)
下痢	2 (4.2%)
その他	12 (25.0%)

表3 褥瘡, 浮腫, 傾眠, 冷感・チアノーゼ症状に関連する要因の分析

	褥瘡			浮腫			傾眠			冷感・チアノーゼ		
	有 (n=31)	無 (n=17)	p値	有 (n=15)	無 (n=33)	p値	有 (n=10)	無 (n=38)	p値	有 (n=9)	無 (n=39)	p値
	n (%) Mean ± SD	n (%) Mean ± SD		n (%) Mean ± SD	n (%) Mean ± SD		n (%) Mean ± SD	n (%) Mean ± SD		n (%) Mean ± SD	n (%) Mean ± SD	
死亡年齢 (歳)	86.7 ± 7.6	89.0 ± 5.7	0.25	89.1 ± 4.5	86.8 ± 7.8	0.20	91.1 ± 3.7	86.6 ± 7.3	0.01	90.8 ± 5.3	86.8 ± 7.2	0.12
性別 男	11 (35.5%)	3 (17.6%)	0.32	1 (6.7%)	13 (39.4%)	0.04	1 (10.0%)	13 (34.2%)	0.24	2 (22.2%)	12 (30.8%)	1.00
女	20 (64.5%)	14 (82.4%)		14 (93.3%)	20 (60.6%)		9 (90.0%)	25 (65.8%)		7 (77.8%)	27 (69.2%)	
入所時の主疾患												
悪性腫瘍												
有	6 (19.4%)	4 (23.5%)	0.73	4 (26.7%)	6 (18.2%)	0.70	1 (10.0%)	9 (23.7%)	0.66	1 (11.1%)	9 (23.1%)	0.66
無	25 (80.6%)	13 (76.5%)		11 (73.3%)	27 (81.8%)		9 (90.0%)	29 (76.3%)		8 (88.9%)	30 (76.9%)	
脳卒中												
有	7 (22.6%)	5 (29.4%)	0.73	3 (20.0%)	9 (27.3%)	0.73	0 (0%)	12 (31.6%)	0.05	2 (22.2%)	10 (25.6%)	1.00
無	24 (77.4%)	12 (70.6%)		12 (80.0%)	24 (72.7%)		10 (100%)	26 (68.4%)		7 (77.8%)	29 (74.4%)	
高血圧												
有	6 (19.4%)	4 (23.5%)	0.73	2 (13.3%)	8 (24.2%)	0.47	1 (10.0%)	9 (23.7%)	0.66	2 (22.2%)	8 (20.5%)	1.00
無	25 (80.6%)	13 (76.5%)		13 (86.7%)	25 (75.8%)		9 (90.0%)	29 (76.3%)		7 (77.8%)	31 (79.5%)	
心不全												
有	3 (9.7%)	1 (5.9%)	1.00	3 (20.0%)	1 (3.0%)	0.08	1 (10.0%)	3 (7.9%)	1.00	2 (22.2%)	2 (5.1%)	0.16
無	28 (90.3%)	16 (94.1%)		12 (80.0%)	32 (97.0%)		9 (90.0%)	35 (92.1%)		7 (77.8%)	37 (94.9%)	
認知症												
有	12 (38.7%)	4 (23.5%)	0.29	5 (33.3%)	11 (33.3%)	1.00	7 (70.0%)	9 (23.7%)	0.01	6 (66.7%)	10 (25.6%)	0.04
無	19 (61.3%)	13 (76.5%)		10 (66.7%)	22 (66.7%)		3 (30.0%)	29 (76.3%)		3 (33.3%)	29 (74.4%)	
骨折												
有	2 (6.5%)	2 (11.8%)	0.61	3 (20.0%)	1 (3.0%)	0.08	1 (10.0%)	3 (7.9%)	1.00	1 (11.1%)	3 (7.7%)	1.00
無	29 (93.5%)	15 (88.2%)		12 (80.0%)	32 (97.0%)		9 (90.0%)	35 (92.1%)		8 (88.9%)	36 (92.3%)	
骨粗鬆症												
有	0 (0.0%)	3 (17.6%)	0.04	1 (6.7%)	2 (6.1%)	1.00	0 (0.0%)	3 (7.9%)	1.00	0 (0.0%)	3 (7.7%)	1.00
無	31 (100%)	14 (82.4%)		14 (93.3%)	31 (93.9%)		10 (100%)	35 (92.1%)		9 (100%)	36 (92.3%)	
死因												
老衰	22 (71.0%)	12 (70.6%)	1.00	13 (86.7%)	21 (63.6%)	0.17	1 (10.0%)	25 (65.8%)	0.24	6 (66.7%)	28 (71.8%)	1.00
老衰以外	9 (29.0%)	5 (29.4%)		2 (13.3%)	12 (36.4%)		9 (90.0%)	13 (34.2%)		3 (33.3%)	11 (28.2%)	
死亡時の要介護度												
軽度	2 (6.5%)	2 (11.8%)	0.61	1 (6.7%)	3 (9.1%)	1.00	0 (0.0%)	4 (10.5%)	0.57	1 (11.1%)	3 (7.7%)	1.00
重度	29 (93.5%)	15 (88.2%)		14 (93.3%)	30 (90.9%)		10 (100%)	34 (89.5%)		8 (88.9%)	36 (92.3%)	
入所中の下剤使用												
有	10 (32.3%)	1 (5.9%)	0.07	3 (20.0%)	8 (24.2%)	1.00	6 (60.0%)	5 (13.2%)	0.05	4 (44.4%)	7 (17.9%)	0.18
無	21 (67.7%)	16 (94.1%)		12 (80.0%)	25 (75.8%)		4 (40.0%)	33 (86.8%)		5 (55.6%)	32 (82.1%)	

死亡時の介護度の軽度 = 要介護1-2と介護度なしを含む, 重度 = 要介護3-5
t検定: 死亡年齢, χ^2 検定 (5未満のセルがあった場合はフィッシャーの正確確率検定): それ以外の項目

表4 下剤使用有無に関連する要因

	下剤有 (n=11)	下剤無 (n=37)	p 値
	n (%) Mean ± SD	n (%) Mean ± SD	
死亡年齢 (歳)	89.4 ± 5.1	87.0 ± 7.4	0.24
性別 男	4 (36.4%)	10 (27.0%)	0.71
女	7 (63.6%)	27 (73.0%)	
入所時の主疾患			
悪性腫瘍			
有	3 (27.3%)	7 (18.9%)	0.68
無	8 (72.7%)	30 (81.1%)	
脳卒中			
有	2 (18.2%)	10 (27.0%)	0.71
無	9 (81.8%)	27 (73.0%)	
高血圧			
有	3 (27.3%)	7 (18.9%)	0.68
無	8 (72.7%)	30 (81.1%)	
心不全			
有	0 (0.0%)	4 (10.8%)	0.56
無	11 (100.0%)	33 (89.2%)	
認知症			
有	6 (54.5%)	10 (27.0%)	0.09
無	5 (45.5%)	27 (73.0%)	
死因			
老衰	7 (63.6%)	27 (73.0%)	0.71
老衰以外	4 (36.4%)	10 (27.0%)	
死亡時の要介護度			
軽度	0 (0.0%)	4 (10.8%)	0.56
重度	11 (100.0%)	33 (89.2%)	

死亡時の介護度の軽度=要介護1-2と介護度なしを含む、重度=要介護3-5
t検定：死亡年齢， χ^2 検定（5未満のセルがあった場合はフィッシャーの正確確率検定）：それ以外の項目 SD：標準偏差

V. 考 察

1. 対象者の特性

対象者は、重度の身体介護が必要な高齢者が入所する特養と有料老人ホーム入所者だった。対象者の要介護度は、重度が9割以上を占め、死亡年齢の平均値は87.5 ± 7.0歳（うち男性83.6 ± 8.4歳，女性89.1 ± 5.7歳）で、女性が多かった。重度要介護者の割合の91.6%は、平成29年度の介護給付費実態調査結果（厚生労働省，2018b）とほぼ同様だった。また、性別による死亡年齢の平均値は、平成29年版高齢社会白書（内閣府，2017）の平均寿命（男性80.75歳，女性86.99歳）より高い結果だった。

一方で、主な死因の老衰は約7割と高かった。特養の老衰を全国調査した岩本ら（2009）の報告では、2003年の老衰は33%だった。また、特養での看取

りを調査した小林ら（2018）の報告では、2007年から10年間の死因割合で老衰は49%だったと報告している。本調査での老衰割合はこれらと比べて高めであった。この結果は、本施設が敷地内に医療施設を併設している好条件が関連しているかもしれない。隣接医療機関の急性増悪への対応が速やかで、対象者が比較的安定した状態を維持できたことが、老衰の割合を高めたと推測できる。

他に、人口動態統計を用いた調査では、老衰は女性に多いこと（今永&丸井，2011；長谷川，2017）、老衰は性別を問わず今後も増える傾向にあること（今永&丸井，2011；長谷川，2017）、都道府県別データから老衰は地域差があり、病院死が多い地域は老衰が少ない（長谷川，2017）との報告があった。以上の報告から、老衰が多かったことは、中山間地域で入院施設を持つ医療機関が少ない、本対象地域の

特性が影響しているとも考える。

2. 臨死期症状

終末期の褥瘡、浮腫などの症状は不眠や痛み、倦怠感、呼吸苦に関連する (Ardith et al, 2006) とされている。本対象者の死亡1か月以内の主な臨死期症状は、褥瘡、呼吸困難、浮腫、痰、嚥下障害、便秘、傾眠、喘鳴、冷感・チアノーゼなどが多かった。特養入所者の死亡1か月前の症状を看護師にインタビューした調査 (岩瀬, 2018; 岩瀬&勝野, 2013) においても、浮腫、嚥下障害、傾眠は、本調査と共通する症状として報告されていた。

しかし、在宅 (平川ら, 2005) や病院 (水野ら, 2009) での臨死期症状では、前述の三症状のうち、浮腫以外の報告はなかった。逆に、本調査において1割程度と少なかった疼痛は、上記の先行文献 (平川ら, 2005; 水野ら, 2009) では3~5割と多い症状であった。他方で、特養の看護師にインタビュー調査した先行文献 (岩瀬, 2018; 岩瀬&勝野, 2013) では疼痛の報告はなかった。

これは、在宅 (平川ら, 2005) や病院 (水野ら, 2009) の報告による対象者の多くが、悪性腫瘍であったという対象者の主疾患の違いが影響しているものと推測される。しかし他に、疾患の経過や症状に対するケアとの関連についても検討が必要であると考ええる。

本対象者の臨死期症状の中で、褥瘡は6割以上と最も多かったが、在宅死の中で48時間以内にみられた臨死期症状では、褥瘡の報告はなく (平川ら, 2005)、病院 (水野ら, 2009) においても2割以下と少ない症状であった。高齢者施設60か所で、皮膚疾患を調査した今井ら (2004) によると、褥瘡の発生割合は4.9%だったと報告している。ただし、高齢者施設での臨死期症状に言及した調査ではないため、臨死期症状としての褥瘡の発生割合は不明である。これら先行文献と本調査結果を比較すると、本対象者の褥瘡発生割合はかなり高い。その原因は十分考察できないが、介護記録の記述によれば、褥瘡部位のほとんどが仙骨部であった。これらのことから、本施設でのおむつ交換や清潔保持、栄養管理などの介護状況との関連が推測された。また、本調査対象者は、9割以上が重度要介護者であるため、

臥床時間の長さが影響していたとも考える。

3. 臨死期症状に関連する要因

本対象者数が48人と少ないことは、有意差に影響したと考えるが、以下に、臨死期症状に関連する要因を検討した結果を述べる。

褥瘡に関連する要因として、骨粗鬆症のない者が見られたが、先行研究を調べても不明であった。これについては今後の調査を含め検討したい。一方、境界有意であるが下剤使用者に褥瘡が多かった。前述のとおり褥瘡部位のほとんどが仙骨部であったことから、下剤使用により軟化した便による皮膚のただれ、おむつによる湿潤などが褥瘡を誘発している可能性があるかと推測される。しかしこれらの要因だけでなく、栄養状態や体位、保清状態にも着目し、その関連についても検討する必要がある。

次に浮腫に関連した要因は女性であった。地域に住む高齢者の健康状態や不定愁訴を性別で比較した研究で、浮腫は女性に多かった (長澤, 出村, & 春日ら, 2001)。臨死期においても、女性に浮腫症状が多いことから性差を意識した看護は必要であると考える。

ついで、傾眠は高齢な者、認知症のある者、脳卒中のない者、下剤使用者に多かった。これには、加齢や認知症で起こる脳の器質的変化 (三島, 2010) が原因の1つと考える。脳卒中のない者との関連については、本対象者が高齢であることから、必ずしも脳卒中と診断されていない場合であっても、脳の器質的変化があったことも考えられるが、明らかではないため今後検討したい。

また、一般的に下剤として用いられる酸化マグネシウム製剤の連用は、副作用に傾眠を誘発するとの報告 (中村ら, 2014) があることから、薬剤の副作用も影響していることが示唆された。下剤使用と認知症の関係については、下剤使用者に認知症が多いことは、便秘が認知症疾患に起因する症状の一つである (榊原ら, 2015) ことや、認知症治療薬に頻発する副作用であることとの関連が考えられる (遠藤, 2013)。

臨死期症状との関連は明らかではないが、介護施設で生活する高齢者の慢性便秘の割合は約4割であり、要介護度が高くなるほど排便頻度が少なくなる

とされている（美登路，小島，&森岡ら，2000）。また排便を促す対処方法として，腹部マッサージや水分摂取などのケアと比較して下剤使用が8割と非常に高率である（陶山ら，2006）という報告がある。便秘に伴う下剤の使用は，排便に伴う不快感や失禁による精神的な苦痛を伴う。これは臨死期の高齢者にとってのQOLを著しく低下させる可能性がある。人生の最期まで尊厳ある日々を送るためには，本来の排便状態に近づけるよう，下剤以外，マッサージや温罨法など個別に対応した排便ケアの必要性が示唆された。

最後の，冷感チアノーゼと認知症との関連は，認知症に伴う毛細血管の退行（山本&山崎，2017）により血流が減少するため，冷感が起こると推測する。以上の結果から，臨死期症状には加齢，性差，認知症，下剤使用との関連が見られたが，介護状況の影響も考えられる。今後は調査項目を精査して，さらに検討する必要がある。

4. 本研究の限界

本研究の限界は，対象者数が少ないこと，臨死期症状に対するケア内容を把握できなかったことである。また，対象者選定を施設に一任したため，施設側にとって良い結果のデータ提供であった可能性がある。そのため，施設入所高齢者の臨死期症状とその関連要因の現状を十分反映したものとはいえない。

しかし，施設に入所している高齢者の臨死期症状の実態とその関連要因を示した先行研究は少ないため，本研究は意義があると考えられる。

今後は多施設で調査を実施し，対象者数を増やすとともに，実態を反映するデータを収集する調査方法を検討したい。

VI. 結 語

1. 施設入所者の臨死期症状の多くは，褥瘡，呼吸困難，浮腫，痰，嚥下障害，便秘，傾眠，喘鳴，冷感・チアノーゼなどであった。
2. これらの症状で，年齢，性差，入所時の主疾患，下剤使用との関連が見られたのは，褥瘡，浮腫，傾眠，冷感・チアノーゼであった。
3. 施設入所者の臨死期症状の苦痛緩和を行う場合，

年齢，性差，疾患，服薬等に配慮した看護の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究の調査にご協力ご配慮頂いた A 複合施設のスタッフの皆様に感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

付 記

本研究の一部は日本看護医療学会（2016年9月，愛知県），日中韓看護学会（2016年11月，北京）にて発表した。

【文 献】

- Ardith Z.D, Charles W.G, Barbara G, et al. (2006). Symptom Experience in the Last Year of Life Among Individuals with Cancer. *J Pain Symptom Manage*, 32 (5), 403-412.
- 遠藤英俊. (2013). アルツハイマー型認知症治療の変革. *大阪府内科医会会誌*, 22 (1), 11-19.
- 長谷川卓志. (2017). 日本の人口動態統計からみた老衰死亡割合の地域差について. *社会医学研究*, 34 (1), 89-93.
- 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文, 他. (2005). 高齢者の在宅終末期ケアに関する前向き研究. *ホスピスケアと在宅ケア*, 13 (3), 220-224.
- 今井龍介, 栗原誠一, 種田明生, 他. (2004). 高齢者における皮膚科医療の現状と問題点 (II) ; 高齢者施設への訪問調査. *日本臨床皮膚科医学会雑誌*, 81, 252-257.
- 今永光彦, 丸井英二. (2011). 老衰死はどのように変化してきているか—人口動態統計を利用した記述疫学的検討—, *厚生学の指標*, 58 (4), 1-5.
- 岩本テルヨ, 山田美幸, 加瀬田暢子. (2009). 特別養護老人ホーム在所者の最期の場の決定に関わる現状と課題 ; 全国調査を通して. *山口県立大学学術情報*, 2, 8-14.
- 岩瀬和恵, 勝野とわ子. (2013). 看取りを積極的に行っている特別養護老人ホームにおいて看護師が高齢者の死期を判断したサインとそのサインを察

- した時期. 老年看護学, 18 (1), 56-63.
- 岩瀬和恵. (2018). 介護老人福祉施設に勤務する看護師が高齢者の死の約1か月前に察知した症状や変化. 日本看護科学会誌, 38, 115-123.
- 金城朱美, 嘉数史乃, 桃原みちる, 他. (2018). 施設における看とり支援から見えてきたこと; 看とりケア導入時のマニュアル作成に至るまで. 沖縄県看護研究学会集録, 32, 39-41.
- 小林剛一, 平形ひとみ, 井上まさよ. (2018). 特別養護老人ホームにおける看取りの意義に関する研究. 北関東医学, 68 (1), 31-41.
- 厚生労働省. 平成11年厚生労働省令第三十九号 指定介護老人福祉施設の人員, 施設及び運営に関する基準. 1999.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82999406&dataType=0&pageNo=1. (2021年1月6日閲覧)
- 厚生労働省. 介護保険施設に係る平成18年度介護報酬改定において. 2006.
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1121-10c_0002.pdf. (2020年11月14日閲覧)
- 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. 2011.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2019年1月29日アクセス可能)
- 厚生労働省. 平成28年人口動態統計(確定数)の概況. 2017.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakuteil6/index.html> (2020年12月17日アクセス可能)
- 厚生労働省. 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(確定版). 2018a.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000200742.html> (2019年2月21日アクセス可能)
- 厚生労働省. 平成29年度介護給付費等実態調査の概況. 2018b.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/17/dl/11.pdf> (2020年12月14日アクセス可能)
- 三島和夫. (2010). 認知症の睡眠問題. 老年期認知症研究会誌, 17, 109-113.
- 美登路昭, 小島邦行, 森岡千恵, 他. (2000). 加齢と便通異常. 老年消化器病, 12 (3), 265-270.
- 水野敏子, 坂井志麻, 小長谷百絵, 他. (2009). 高齢者高度医療専門病院における死亡前1か月間における高齢者の苦痛. 東京女子医科大学看護学会誌, 4 (1), 37-44.
- 長澤吉則, 出村慎一, 春日晃章, 他. (2001). 市町村行事に参加した高齢者における不定愁訴の特徴: 性及び年齢階級差の観点から. 教育医学, 47 (1), 48-49.
- 中村忠博, 松永典子, 原澤仁美, 他. (2014). 酸化マグネシウム製剤の長期投与時の適正使用状況と血清マグネシウム値. 日本腎臓病薬物療法学会誌, 3 (1), 21-26.
- 内閣府. 平成29年版高齢社会白書. 2017.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html (2020年11月20日アクセス可能)
- Ostgathe C, Alt-Epping B, Golla H, et al. (2011). Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems?. Palliat Med, 25 (2), 148-152.
- 榎原隆次, 館野冬樹, 岸雅彦, 他. (2015). 認知症にみられる自律神経障害の症状・病態生理・対策法; 排泄障害. 老年精神医学雑誌, 26, 89-98.
- 陶山啓子, 加藤基子, 赤松公子, 他. (2006). 介護施設で生活する高齢者の排便障害の実態とその要因. 老年看護学, 10 (2), 34-40.
- 山本章, 山崎絃一. (2017). 高齢者における末梢循環障害—水泡性皮膚疾患と血清アミロイドA蛋白—. 日本老年医学会雑誌, 54 (2), 191-194.