

介護報酬における看取り介護加算に関する一考察

萱垣 憲英

キーワード：看取り介護加算、介護老人福祉施設¹、PDCA サイクル

1. はじめに

人生の最終段階における医療の在り方については、近年、社会保障制度改革推進法（2012）、社会保障制度改革国民会議報告書（2013）、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（2013）、経済財政運営と改革の基本方針 2016などで「人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備」、「国民的な合意を形成していくことが重要」と提議されている。

現在、わが国の人口は減少局面を迎えており、年間の死亡数は団塊の世代が75歳以上となる2025年には約152万人となり、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2039年には、約167万人に達する²多死社会が到来することが予想されている。

死亡場所について見ると、1951年には80%以上の人が自宅で亡くなり、病院で亡くなる人は10%にも満たなかったが、現在では80%近い人が病院で亡くなり、自宅で亡くなる人は10%強³に過ぎない。

しかし、高齢者の健康に関する意識調査（内閣府 2012）によると、最期を迎えたい場所について、「自宅」が54.6%で最も高く、「病院などの医療施設」が27.7%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は4.5%となっており、本人の希望する場所と実際に最期を迎える場所について差異が見られている。

家父長制が人々の心に色濃く残る戦後の平均寿命は、50歳を少し超える程度であったため、自宅で看取することも当たり前の時代であったが、高度経済成長期を通じて核

¹ 介護老人福祉施設とは介護保険法上の名称であり、老人福祉法の文脈では特別養護老人ホーム（通称：特養）と呼ばれる。

² 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成29年推計）』の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

³ 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による。

家族化が急激に進み、なおかつ平均寿命も医学の進歩に伴い右肩上がりに伸びていったため、新たな老人医療の問題が噴出してきた。家族が支えきれなくなった寝たきりや認知症の高齢者は、社会的入院させられ老人病院では多くの患者が薬漬けとなり、ベッドに寝たきりになっている実態が明らかになってきた。

そうした時代背景から、1986年に心身の機能維持・回復や社会的な自立支援を目的に介護老人保健施設が創設され、2000年には社会による介護を標榜する介護保険法が施行された。介護老人福祉施設では、2006年以来看取り介護加算が創設され、3年に1度見直しが図られてきており、今後さらに介護保険施設における医療ニーズや看取りへの対応が充実されようとしている。

そこで本研究では、まず人生の最終段階における医療の在り方がどのように検討されたかを明らかにして、介護老人福祉施設で看取り介護を行う意義を整理する。次に看取り介護加算の算定状況と看取り介護に係るマネジメント・サイクルとしてのPDCAの実施状況を通して、介護老人福祉施設における看取り介護の現状と課題を検討することを目的とした。

2. わが国の人生の最終段階における医療の在り方の検討

2-1. これまでの検討経緯

1987年度から1989年度にかけて、森岡恭彦氏（東京大学医学部教授（当時））を座長とする末期医療に関するケアの在り方の検討会が開催され、末期医療の現状、施設・在宅での末期医療、末期医療のケア、一般国民の理解等が検討された。

その後、1992年度からは垣添忠生氏（がんセンター中央病院院長（当時））を座長とする末期医療に関する国民の意識調査等検討会、1997年度からは末舛恵一氏（済生会中央病院院長（当時））を座長とする末期医療に関する意識調査等検討会、2002年度からは町野朔氏（上智大学法学部教授）を座長とする終末期医療に関する調査等検討会、2006年度からは樋口範雄氏（東京大学大学院法学政治学研究科教授）を座長とする終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会、2008年度からは町野朔氏（上智大学法学部教授）を座長とする終末期医療のあり方に関する懇談会、2012年度からは町野朔氏（上智大学法学部教授）を座長とする終末期医療に関する意識調査等検討会が開催されてきた。

これらの検討会等を通して、終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインの策定、終末期医療の決定プロセスの充実、人生の最終段階における医療に関して国民が

考える機会の確保などがテーマとして取り扱われてきた。

2-2. 経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキング・グループでの議論

経済財政運営と改革の基本方針 2016 の中で、「人生の最終段階における医療の在り方については、その実態把握を行うとともに、国民的な議論を踏まえながら、地域包括ケアシステムの体制整備を進めつつ、医療従事者の育成研修の全国的な実施や国民への情報提供等により、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めるプロセスの普及を図る」と明記されたことから、2016 年度を通じて社会保障ワーキング・グループで議論が重ねられた。

結果、経済財政運営と改革の基本方針 2017 では、「人生の最終段階における医療について、国民全体で議論を深め、普段からの考える機会や本人の意思を表明する環境の整備、本人の意思の関係者間での共有等を進めるため、住民向けの普及啓発の推進や、関係者の連携、適切に相談できる人材の育成を図るとともに、参考となる先進事例の全国展開を進める」と位置付けられている。

2-3. 介護老人福祉施設で看取り介護を行う意義

介護老人福祉施設では、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第 4 章運営に関する基準第 7 条 6 において、その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められた入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行わなければならないと示されている。

また、それを根拠とした退所前訪問相談援助加算、退所後訪問相談援助加算、退所時相談援助加算、退所前連携加算、在宅復帰支援機能加算、在宅・入所相互利用加算など、在宅復帰を促進する加算もあるが、その算定については一部にとどまっているのが現状である。

一方で、法令上の位置づけこそないが、介護老人福祉施設は終の棲家であるという認識が広まり、近年住まいとしての高い機能が追求されている。そして 2015 年度の報酬改定では、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化が図られた。介護老人福祉施設への入所は原則要介護 3 以上とされ(要介護 1 又は 2 の方であっても、やむを得ない事情により介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所検討委員会を

経て、特例的に指定介護老人福祉施設への入所を認める)、日常生活継続支援加算は重度の要介護者や認知症高齢者等の積極的な受入を行う施設を評価する観点から、算定要件と単位数の見直しが行われた。

また、介護老人福祉施設にはセーフティネットの役割もあり、居宅において介護を受けることが困難な者や低所得者でも手厚い介護を受けられる生活の場でもある。

つまり、介護老人福祉施設は、介護保険法の自立支援の理念とともに、終の棲家として中重度の要介護者等に対応できるだけの機能やセーフティネットの機能を持ち合わせることを期待されていると言える。ここでいう中重度の要介護者等に対応できる機能の中に、看取り介護が含まれる。

さらに、2016年度に各都道府県において策定された地域医療構想により、今後病床の機能分化・連携が促進されることから、慢性期病床の患者が地域や介護老人福祉施設等へ移行してくることが予想される。そこで、地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護老人福祉施設における看取り期の対応を充実・強化することが求められている。

3. 介護報酬における介護老人福祉施設の看取り介護加算の創設

3-1. 加算創設から各改定の要点

2006年度の介護報酬改定において、看取り介護加算が創設された以降3回の見直しが図られている。看取り介護加算とは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者が対象となり、利用者又はその家族等に対して説明し、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。

2009年度の改定では、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行うこととし、報酬単価は160単位から死亡日以前4～30日が80単位/日、死亡日の前日・前々日が680単位/日、死亡日が1,280単位/日と見直された。

2012年度の改定では、特養の配置医以外の在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、特養における看取りを行った場合、末期の悪性腫瘍患者に加え、疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とした。

直近の2015年度の改定では、看取り介護の体制構築・強化のため、PDCAサイクルによりこれを推進すること等を要件として、死亡日以前4～30日が144単位/日と見直された。

3-2. マネジメント・サイクルとしての PDCA

「ありたい姿」や「あるべき姿」としてビジョンを思い描き、そこへ到達するために、計画を立て実行し、効果を上げているかを途中で評価しながら必要に応じて改善する仕組みは、新しい付加価値を生み出すことに繋がる。

介護にとっての新しい付加価値とは、ケアの質の維持・向上や体制の改善、ビジョンの明確化であり、それを利用者の尊厳の尊重や自己実現に帰結させることが重要である。

3-3. 看取り介護加算における PDCA サイクルの概要

介護老人福祉施設における看取り介護加算では、入所者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（図1）により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。

① 体制の整備

看取りに関する指針を定めることで施設の看取りに対する方針等を明らかにする（Plan）。

② 看取り介護

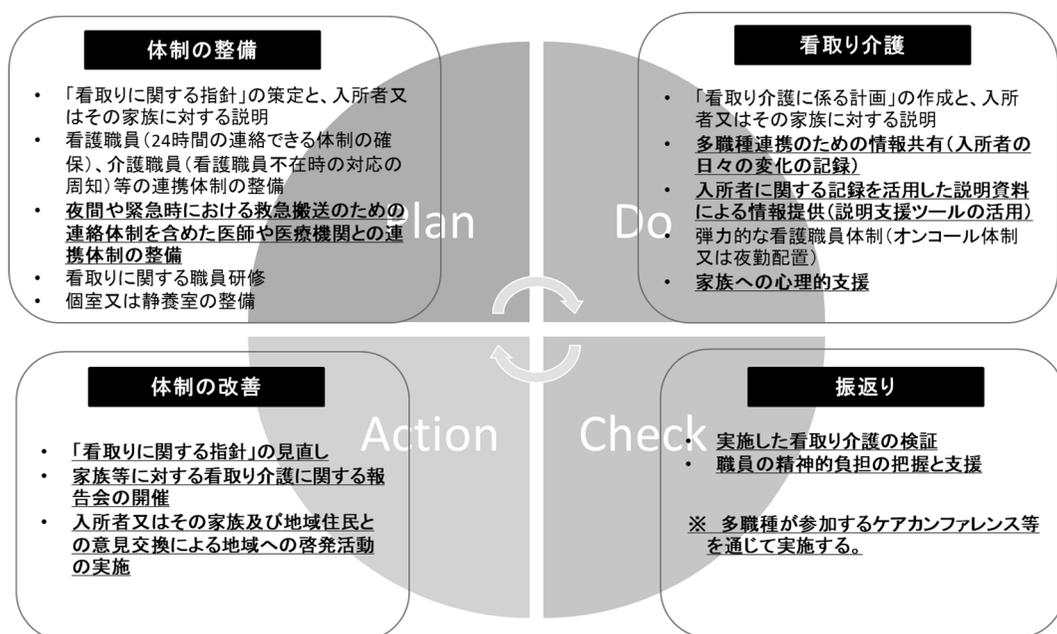
看取り介護の実施に当たっては、当該入所者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援を行う（Do）。

③ 振返り

多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う（Check）

④ 体制の改善

看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う（Action）。



(出典：厚生労働省老健局)

図1：看取り介護のPDCAサイクル

3-4. 看取り介護加算の算定期期

看取り介護加算の算定は、死亡日から最大30日遡って算定する。しかし、亡くなった人すべてに算定できるわけではなく、図1のPDCAサイクルに沿った取組が施設で行われている場合や図2のように、入所時の看取りに関する指針の説明や看取り開始時の医師の診断、看取り介護計画の作成などが必須条件となる。つまりこれらの条件を満たしていないと、看取り介護を行ったとしても加算を算定することはできない。

また、看取り介護中に、医療機関に搬送し亡くなる場合も想定される(図2)。基本的には、利用者又はその家族等が施設での看取り介護に同意したということは、最期を施設で迎えることになるのだが、利用者又は家族等の気持ちが揺れ動くことにより、又は施設側の都合により医療機関に搬送されることもあり得る。その場合は、死亡日以前30日の範囲内であれば、搬送までの期間は算定でき、搬送の当日については所定単位数を算定する場合は、算定できる。

また、介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業(2016)では、78.0%の施設で希望があれば施設で看取ると回答している一方で、16.3%の施設で原則病院等に移すと回答していることが明らかになっている。

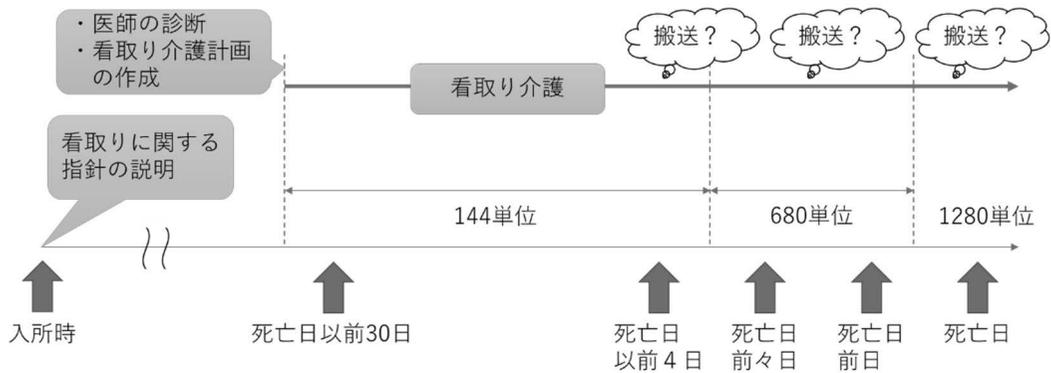
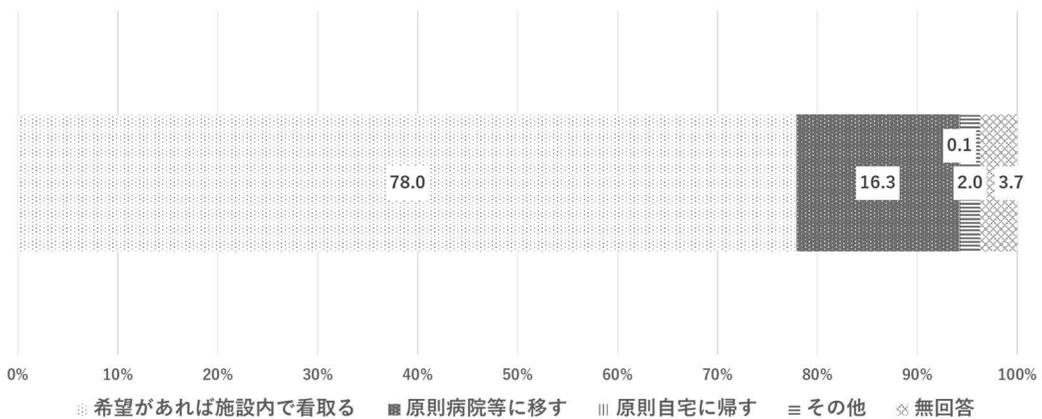


図2：看取り介護加算の算定期間



(出典：「介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業」より筆者作成)

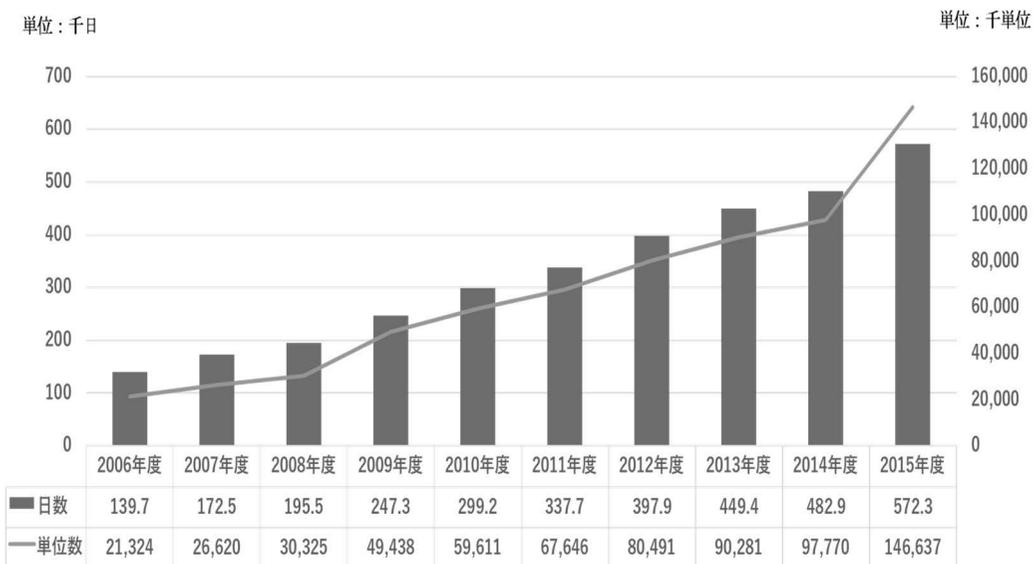
図3：施設の看取りの方針 (n=1,502)

3-5. 介護福祉施設サービス（地域密着型介護老人福祉施設を含む）における看取り介護加算の年度別日数と単位数

介護給付費等実態調査⁴によると、2006年度の看取り介護加算創設以来、年度ごとに算定日数、算定単位数ともに伸びており、特に改定年において、加速度的に算定日数、算定単位数を伸ばしている（図4）。

特に、2015年度からは死亡日以前4～30日が80単位/日から144単位/日へと増加したため、2015年度の算定単位数も大きく伸びている。

⁴ 介護給付費等実態調査のこと。2015年度以降は総合事業サービスが統計に含まれたため、介護給付費等実態調査という。



(出典：「介護給付費等実態調査」より筆者作成)

図4：看取り介護加算の推移

3-6. 介護福祉施設サービス（地域密着型介護老人福祉施設を含む）における看取り介護加算の算定内訳

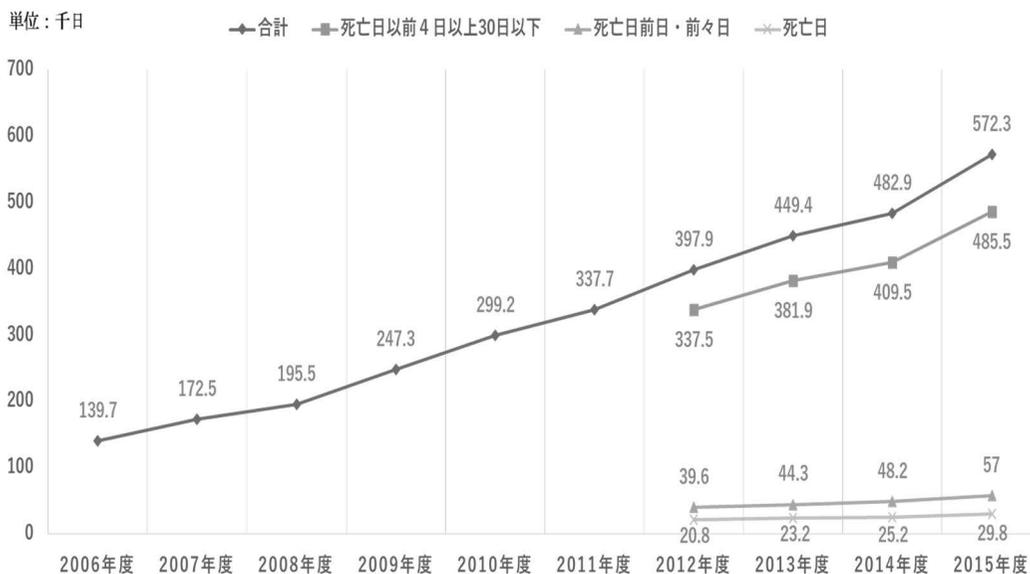
看取り介護加算は、死亡日以前4～30日と死亡日の前日・前々日と死亡日の3つの加算に分かれており、それぞれ単位数も異なる。介護給付費等実態調査において2012年度以降それぞれの加算を分けて集計している（図5）。

特に、死亡日以前4～30日と死亡日の算定日数の増加が著しく、前日・前々日と死亡日の算定日数は横ばいが続いているため、最期まで看取るケースは増加していないと誤解されそうだが、2012年度を起点とした伸び率はそれぞれ2013年度で1.12～1.13倍、2014年度で1.21～1.22倍、2015年度で1.43～1.44倍⁵の中に収まっており、看取りの時期に関わらず相対的に加算取得が進んでいると考えることができる。

なお、1人当たり平均算定日数は、2012年度で19.12日、2013年度で19.37日、2014年度で19.16日、2015年度で19.20日⁶と推定でき、ほぼ変わりなく推移している。

⁵ 2012年度の各算定日数を分母、2013年度、2014年度、2015年度の各合計算定日数を分子として計算した。

⁶ 死亡日の算定日数をそのまま算定人数として仮定し、合計算定日数を除することで1人当たり平均算定日数を概算した。



(出典：「介護給付費等実態調査」より筆者作成)

図5：看取り介護加算算定内訳

3-7. 介護福祉施設サービス（地域密着型介護老人福祉施設を含む）における各加算の算定状況について

2017年5月審査分から各加算の算定状況を作成した（表1）。最も算定率の高い加算は、栄養マネジメント加算で84.42%、次が介護職員処遇改善加算（I）で82.98%、その次が看護体制加算（I）ロで70.04%となっている。

一方で、看取り介護加算は死亡日以前4日以上が1,630人と推計され算定率は0.30%、死亡前日・前々日が2,650人と推計され算定率は0.48%、死亡日が2,800人と推計され算定率は0.51%であった。加算全体の中でのインパクトは小さいが、これは利用者の人生の最終段階に関わる加算であり算定頻度は極めて限定的であるためである。

表1：各加算の算定状況（2017年5月審査分）⁷

	回数（回）	推計人数（人）	算定率	請求単位数（単位）
全施設基本算定単位数計	16,568,700	552,290	100%	15,388,596,000
介護福祉施設基本算定単位数計	15,068,200	502,273		13,923,147,000
地域密着型介護福祉施設基本算定単位数計	1,500,500	50,017		1,465,449,000
日常生活継続支援加算（Ⅰ）*	7,252,600	241,753	43.77%	261,089,000
日常生活継続支援加算（Ⅱ）*	4,623,300	154,110	27.90%	212,673,000
看護体制加算（Ⅰ）イ*	3,619,300	120,643	17.22%	27,861,000
看護体制加算（Ⅰ）ロ*	10,558,500	351,950	70.04%	42,234,000
看護体制加算（Ⅱ）イ*	2,451,500	81,717	11.69%	38,776,000
看護体制加算（Ⅱ）ロ*	6,729,400	224,313	44.65%	53,835,000
夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ*	1,755,700	58,523	11.37%	39,437,000
夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ*	6,303,600	210,120	41.82%	81,947,000
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ*	1,537,500	51,250	5.11%	56,095,000
夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ*	3,999,800	133,327	26.53%	71,996,000
準ユニットケア加算*	73,200	2,440	0.44%	366,000
個別機能訓練加算*	8,142,500	271,417	49.14%	97,710,000
若年性認知症入所者受入加算*	11,800	393	0.07%	1,415,000
常勤医師配置加算*	366,300	12,210	2.21%	9,159,000
精神科医療養指導加算*	4,758,100	158,603	28.72%	23,791,000
障害者生活支援体制加算*	81,500	2,717	0.49%	2,119,000
身体拘束廃止未実施減算*	6,900	230	0.04%	-35,000
外泊時費用*	132,400	22,067	4.00%	32,565,000
初期加算*	486,500	16,217	2.94%	14,594,000
退所前訪問相談援助加算	0	0	0.00%	8,000
退所後訪問相談援助加算	0	0	0.00%	2,000
退所時相談援助加算	0	0	0.00%	8,000
退所前連携加算	0	0	0.00%	15,000
栄養マネジメント加算*	13,987,000	466,233	84.42%	195,818,000
経口移行加算*	7,000	233	0.04%	196,000
経口維持加算（Ⅰ）*	34,500	1,150	0.21%	13,789,000
経口維持加算（Ⅱ）*	20,500	683	0.12%	2,055,000
口腔衛生管理体制加算	317,800	317,800	57.54%	9,533,000
口腔衛生管理加算	33,600	33,600	6.08%	3,692,000
療養食加算*	1,614,600	53,820	9.74%	29,062,000
看取り介護加算（死亡日以前4日以上）*	44,000	1,630	0.30%	6,345,000
看取り介護加算（死亡前日・前々日）*	5,300	2,650	0.48%	3,607,000
看取り介護加算（死亡日）*	2,800	2,800	0.51%	3,547,000
在宅復帰支援機能加算*	1,700	57	0.01%	17,000
在宅・入所相互利用加算*	800	27	0.00%	32,000
小規模拠点集合型施設加算*	100	3	0.00%	6,000
認知症専門ケア加算（Ⅰ）*	388,200	12,940	2.34%	1,164,000
認知症専門ケア加算（Ⅱ）*	108,600	3,620	0.66%	435,000
認知症行動・心理症状緊急対応加算*	0	0	0.00%	2,000
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ*	1,113,500	37,117	6.72%	20,043,000
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ*	565,100	18,837	3.41%	6,780,000
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）*	1,408,800	46,960	8.50%	8,452,000
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）*	707,100	707,100	4.27%	4,243,000
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	458,300	458,300	82.98%	948,871,000
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	75,300	75,300	13.63%	108,994,000
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	30,700	30,700	5.56%	24,367,000
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	2,200	2,200	0.40%	1,577,000
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	2,900	2,900	0.53%	1,813,000

（出典：「介護給付費等実態調査」より筆者作成）

⁷ 加算名の後に*のあるものは日数による請求を行っている加算、ないものは回数による請求を行っている加算を指す。

4. 社会福祉法人K会における看取り介護の取組状況

4-1. 社会福祉法人K会が開設する介護老人福祉施設の概要

K会は、長野県飯田市及び近隣町村と岐阜県中津川市に介護老人福祉施設を中心とした4か所の拠点を持つ社会福祉法人である。

介護老人福祉施設のほか、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、居宅介護支援、通所介護、訪問介護、認知症対応型共同生活介護等を開設しており、在宅から施設まで一体的なサービス提供を可能としている。

介護老人福祉施設のうち、A施設は定員70名で1986年開設の従来型多床室の施設であり、配置医は非常勤で平均的な1週間における医師の勤務時間は1.5時間、原則看護職員の夜勤・当直はない。看護職員に係る加算は、看護体制加算（Ⅰ）ロを算定している。B施設は定員60名で1991年開設のユニット型個室の施設であり、配置医は非常勤で平均的な1週間における医師の勤務時間は3時間、原則看護職員の夜勤・当直はない。看護職員に係る加算は、看護体制加算（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）ロを併算定している。C施設は定員50名で1978年開設の従来型多床室の施設であり、配置医は非常勤で平均的な1週間における医師の勤務時間は3時間、原則看護職員の夜勤・当直はない。看護職員に係る加算は、看護体制加算（Ⅰ）イを算定している。

4-2. 看取り介護の取組状況

4-2-1. 各施設の看取り介護加算の算定状況

社会福祉法人K会が開設する介護老人福祉施設のうち、看取り介護加算を算定している3施設における2012～2016年度の看取り介護の取組状況を以下の表2～4にまとめた。

表2では、A施設の過去5年度にわたる看取り介護加算の算定状況を示している。死亡退所数は、13～17名で推移しており、7～12名が施設内で死亡している。しかし、施設内死亡数のうち、看取り介護加算を算定できているのは1～5名である。なお、看取り介護加算を算定した者はすべて施設内で死亡している。算定単位数は、2,640～16,080単位であり、平均算定日数は、3.0～12.5日で推移している。

表2：A施設の看取り介護加算の算定状況⁸

A施設	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
死亡退所者数	14	13	15	15	17
うち施設内	7	9	12	8	11
うち病院等	7	4	3	7	6
算定人数	1	3	5	4	4
算定日数	3	30	51	50	38
算定単位数	2,640	9,600	16,080	14,960	14,304
平均算定日数	3.0	10.0	10.2	12.5	9.5

表3では、B施設の過去5年度にわたる看取り介護加算の算定状況を示している。死亡退所数は、12～14名で推移しており、9～13名が施設内で死亡している。しかし、施設内死亡数のうち、看取り介護加算を算定できているのは3～6名である。なお、看取り介護加算を算定した者はすべて施設内で死亡している。算定単位数は、8,400～33,408単位であり、平均算定日数は、5.0～26.0日で推移している。

表3：B施設の看取り介護加算の算定状況

B施設	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
死亡退所者数	13	14	14	12	14
うち施設内	13	11	12	9	12
うち病院等	0	3	2	3	2
算定人数	5	3	4	6	6
算定日数	130	15	57	139	99
算定単位数	22,400	8,400	13,560	33,408	27,504
平均算定日数	26.0	5.0	14.3	23.2	16.5

表4では、C施設の過去5年度にわたる看取り介護加算の算定状況を示している。死亡退所数は、4～12名で推移しており、1名を除いてすべて施設内で死亡している。看取り介護加算は2014年度以降の算定であり、看取り介護加算を算定できているのは1～4名である。なお、看取り介護加算を算定した者はすべて施設内で死亡している。

⁸ A、B、C施設ともに地域区分はその他に該当するため、1単位につき10円で計算する。

算定単位数は、9,760～15,536 単位であり、平均算定日数は、4.0～13.5 日で推移している。

表 4 : C 施設の看取り介護加算の算定状況

C 施設	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
死亡退所者数	8	9	4	10	12
うち施設内	8	9	4	10	11
うち病院等	0	0	0	0	1
算定人数	0	0	3	1	4
算定日数	0	0	32	4	54
算定単位数	0	0	9,760	2,784	15,536
平均算定日数	0	0	10.7	4.0	13.5

4-2-2. 各施設の PDCA サイクルの実施状況

各施設の PDCA サイクルの実施状況結果をまとめたのが表 5 である。A、B、C それぞれの施設では、体制の整備 (Plan) はすべて実施していた。また、看取り介護 (Do) も概ね実施できていたが、A 施設では家族に対する心理的な支援が「実施できていることの方が多い」という状況であった。家族に対する心理的な支援が行われる場面としては、どの施設も共通して、看取り介護の開始時、面会時、死後のグリーフケア時など看取り期を通して支援が行われていた。振り返り (Check) では、看取り介護の検証はすべての施設で実施できていたが、職員の精神的負担の把握は、評価がそれぞれ分かれた。職員の精神的負担の把握方法や場面は、看取り介護の検証時のケアカンファレンス内で行われていた。体制の改善 (Action) では、看取りに関する指針の見直しは実施できている施設が多いが、家族等に対する看取り介護に関する報告会や入所者又はその家族及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動は、実施していない施設もあった。報告会や啓発活動が実施できている施設は、施設の家族会や地域の講習会を活用して、積極的な働きかけが認められた。

結果として、体制の整備 (Plan) と看取り介護 (Do) は概ね実施できているものの、振り返り (Check) や体制の改善 (Action) になるほど、未実施項目が散見された。

表 5 : 各施設の PDCA サイクルの実施状況

項 目		A 施設	B 施設	C 施設
体制の整備	(1) 「看取りに関する指針」を策定した。	実施した	実施した	実施した
	(2) 「看取りに関する指針」を入所者又はその家族に対して説明した。	実施した	実施した	実施した
	(3) 24時間の連絡できる看護体制を確保した。	実施した	実施した	実施した
	(4) 介護職員に対して看護職員不在時の対応を周知した。	実施した	実施した	実施した
	(5) 夜間や緊急時における救急搬送のための連絡体制を含めた医師や医療機関との連携体制を整備した。	実施した	実施した	実施した
	(6) 看取りに関する職員研修を実施した。	実施した	実施した	実施した
	(7) 個室又は静養室を整備した。	実施した	実施した	実施した
看取り介護	(8) 「看取り介護に係る計画」を作成した。	実施した	実施した	実施した
	(9) 「看取り介護に係る計画」を入所者又はその家族に対して説明した。	実施した	実施した	実施した
	(10) 入所者の日々の変化の記録をとり、多職種連携のために情報共有した。	実施した	実施した	実施した
	(11) 入所者に関する記録を活用して家族へ情報提供をした。	実施した	実施した	実施した
	(12) 看護職員のオンコール体制又は夜勤配置した。	実施した	実施した	実施した
	(13) 家族に対して心理的な支援をした。	実施できていることの方が多い	実施した	実施した
振り返り	(14) 実施した看取り介護の検証をした。	実施した	実施した	実施した
	(15) 職員の精神的負担の把握をして必要に応じて支援した。	実施できていないことの方が多い	実施できていることの方が多い	実施した
体制の改善	(16) 必要に応じて「看取りに関する指針」を見直した。	実施した	実施した	実施できていることの方が多い
	(17) 家族等に対して看取り介護に関する報告会を開催した。	実施した	実施していない	実施できていることの方が多い
	(18) 入所者又はその家族及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を実施した。	実施した	実施していない	実施できていないことの方が多い

5. 考察

5-1. 経営的視座から見た看取り介護加算

介護老人福祉施設に限らず、その他の介護保険 3 施設や認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、訪問介護等において看取り介護は社会的にも介護報酬上で

も重要な位置を占めている。

介護老人福祉施設においては、2006年度以降、看取り介護加算が創設され、以降3年ごとに見直しが図られてきた。2006年度以降の推移（図4、5）は、算定日数、算定単位数ともに右肩上がりであり、これは報酬改定ごとの見直しが加算取得を促進している側面と施設側が重度化する利用者に対しての社会的責任を果たしてきた結果とも言える。

しかし、看取り介護加算自体がもたらす収益は、加算の算定率を見ても算定単位数を見ても基本サービス費が削減される最近の報酬改定のマイナス分を補えるほどのものではなく、収益増に直結しているとは言い難いのが現状である。また、PDCAサイクルを回すにも、ヒト、モノ、カネの資源が必要となるため現行の単位数が適正かどうか、見直す必要があるのではないだろうか。

一方、A、B、C施設の死亡退所者のうち、看取り介護加算を算定できなかった理由として、急変による死亡のほか、看取り期の診断のタイミングの問題がある。実際、看取り介護期間は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したことを契機に始まるのだが、常勤医師を配置していない施設の場合、非常勤医師に限られた時間の中で、適切なタイミングで看取り期の診断ができないまま死亡する例が多く認められた。

介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業（2017）によると、常勤医師を配置している施設は1.1%に過ぎず、95.3%の施設で非常勤医師の配置に留まっていることが明らかになっている。また、非常勤の配置医の平均的な1週間の勤務時間は、平均3.6時間で中央値は2.0時間であった。介護老人福祉施設には、常勤医師配置加算（25単位/日）があるが、介護給付費等実態調査によると、2009年度報酬改定時に一度見直されているが、以降は算定単位数、算定日数ともに横ばいが続いている。

以上のことから、ほとんどの施設では、非常勤医師が週2～3.6時間程度の勤務時間であり、その中で適切なタイミングで看取りの診断をしなければならない難しさがある。このような課題に対しては、施設内の医療職をはじめとする関係者が配置医師との情報共有をより密接に図り、限られた時間の中でも適切な時期に看取りの診断を行うことが求められると考える。

5-2. プロセスを評価することの重要性

看取り介護におけるPDCAサイクルは、体制の構築と看取り介護はA、B、C各施設

で概ね実施できていたが、振返りと体制の改善については実施できていない部分もあることが分かった。

振返りにおける職員の精神的負担の把握と支援は、多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて実施することとされているが、ケアカンファレンスの中で把握するにも限界があり、把握の方法と支援の在り方については検討の余地がある。

体制の改善では、家族等に対する報告会の開催や入所者又はその家族及び地域住民への啓発活動が実施できていない施設があった。これは、施設が果たすべきアカウンタビリティーであり、地域全体で死生観の醸成を図ることが目的としてあると考えられる。これは2015年度報酬改定により、それぞれの地域の実情に応じて、福祉ニーズに対応していくために、介護老人福祉施設では職員に係る専従要件の緩和が図られ、施設の有する人的資源・ノウハウを活用していくことが不可欠とされたことから施設の果たすべき大きな責任といえるのではないかと。

このようにPDCAの考え方が浸透することで、サービスの標準化に繋がりコンプライアンスを徹底することができる。さらにサービスを改善する仕組みとして、加算要件に組み込まれたことは、PDCAサイクルを回していることに対して評価するというこれからの加算のあり方にも影響を与えるのではないだろうか。

6. おわりに

本稿では、介護給付費等実態調査による介護老人福祉施設における看取り介護加算の算定状況を中心に、当該加算の算定要件であるPDCAサイクルの実施状況に着目した。

看取り介護加算の算定日数、算定単位数はともに伸びてはいるものの、加算全体における相対的な算定率は低く、経営面に与える影響はごくわずかである。また、今後看取り介護加算のさらなる充実に向けて、配置医や看護職員の体制強化が求められる可能性もあるが、2018年度に創設される介護医療院や既存の介護老人保健施設との間で機能の分化が明確にされる必要がある。同時に、医師や看護職員の人員配置基準が介護老人福祉施設よりさらに緩和されている、特定施設入居者生活介護や認知症対応型共同生活介護の看取り介護加算の単位数が、介護老人福祉施設と同一であることも再考の余地があると考えられる。

介護老人福祉施設において、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整えていくためには、サービス提供におけるPDCAサイクルを円滑に回すことが重要である。結果としてプロセスの明確化に繋がり、職員のスキルアップや利用者満足の向

上にも影響を与えるだろう。その中でも職員の精神的負担の把握に関しては、職員のバーンアウトや離職原因にもなり得るため、今後の課題としたい。

また、一連のプロセスの中で、看取り期間中に本人や家族の意に反して医療機関に搬送されることも考えられる。現状では、78.0%の施設で希望があれば施設で看取るとされているため、プロセス評価に加えて最期まで施設内で看取った場合のアウトカム評価もまた考えられるのではないだろうか。それが、人生の最終段階を穏やかに過ごすことに繋がるのであれば、まさに地域包括ケアシステムにおける介護老人福祉施設の果たすべき役割である。

謝辞

本稿を作成するにあたって、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫名誉教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授より丁寧なご指導を賜りましたことを感謝申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 介護保険制度史研究会、大森彌、山崎史郎、香取照幸、稲川武宣、菅原弘子(2016)『介護保険制度史』社会保険研究所、23-36頁。
- [2] 株式会社三菱総合研究所(2007)「特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン」平成18年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)。
- [3] 株式会社三菱総合研究所(2011)「特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック」平成22年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)。
- [4] 公益社団法人全国老人福祉施設協議会(2015)「看取り介護指針・説明支援ツール」平成26年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)。
- [5] みずほ情報総研株式会社(2014)「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」平成25年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)。
- [6] みずほ情報総研株式会社(2016)「地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの実態・役割に関する調査研究事業」平成27年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)。
- [7] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(2017)「介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業」平成28年度介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)。

引用ホームページ

- [1] e-Stat 政府統計の総合窓口 提供統計一覧
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02100104.do?gaid=GL02100102&tocd=00450049> (2017年7月1日アクセス)
- [2] 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口 (平成29年推計)
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp
(2017年7月1日アクセス)