

特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題

杉本浩章*¹, 近藤克則*²

要旨：特別養護老人ホーム（以下、特養）における終末期ケアの現状を整理し、質の高い看取りを実現するための課題を明らかにする目的で、それに関連する研究をレビューした。

現状では特養で最期を迎えている人は少数（約2%）にすぎない。しかし、自宅外での最期を望む国民や看取りに前向きな特養の多さを背景に、「施設方針の明確化」など必要な手立てをとることで、今後、看取りの増加が期待されている。一方で、現状では、医療体制の弱さなどから、質の高い終末期ケアの条件が満たされているとは言い難い。

以上を踏まえ、政策・施設・臨床の3つのレベルにおける課題を整理した。特養での看取りを進めるのであれば、政策レベルで看取りの場として位置づけ、必要な措置をとること。施設レベルでは、4つの成立条件の整備、事前指示書等の導入、質の評価指標の開発など諸研究の蓄積が求められる。臨床レベルでは、マネジメント技術の体系化などが必要と思われる。

Key Words：特別養護老人ホーム、終末期ケア、医学医療ケア、看取りの質

I. はじめに

高齢者の多くは在宅での最期を望みながらも、現実には病院（診療所を含む。以下、同じ）での死亡が多数を占めていると長い間みなされてきた（厚生省大臣官房統計情報部 1997）。しかしながら、最近の意識調査においては、自宅での最期を望む割合は決して高くはない。「痛みを伴う末期状態」であれば、「最期まで自宅」を選択する者は1割程度にすぎない。また、「痛みを伴わない末期状態」を想定した設問においても、「家族の負担が大きい」ことなどを理由に、自宅療養を望む割合は2割強にとどまった（終末期医療に関する調査等検討会 2005）¹⁾。

年間死亡者数は、現在の約100万人から2037年

には170万人へと、実に1.7倍に増えると見込まれている（国立社会保障・人口問題研究所 2002）。さらに、「この70万人が、亡くなる前の平均2か月を病院ですごすことになれば、死にゆく人々のためだけでも、新たに約12万床のベッドが必要」となる（近藤 2004a）。終末期ケアの場を今後も病院中心に考えると、病院が終末期の患者であふれてしまう事態も危惧される。

一方、死は避けられないものであり、生活の延長線上にあるともいえる。最期を迎える場の選択肢として、病院、在宅に加え、特養など生活施設への期待が高まっている（長寿社会開発センター 1997；医療経済研究機構 2003a；2003b；2004；近藤 2004a）。ただし、施設における終末期ケアの質は必ずしも高いとはいえない（Joan, et al. 2004）。特養などでの施設内死亡が死亡者数の増加に比例して増えれば、在宅死と同様（近藤 2004b；杉本・ほか 2003）、十分な医療やケアを受けられない結果としての「質の低い死」が増える可能性もある。したがって、福祉施設での看取りを

2005年9月2日受付／2005年10月24日受理

* 1 SUGIMOTO Hiroaki

日本福祉大学大学院社会福祉学研究科研究生

* 2 KONDO Katsunori

日本福祉大学社会福祉学部

E-mail: k-sugi@n-fukushi.ac.jp

期待するのであれば、「質」の高い終末期ケアを実現するための課題を明らかにし、必要な手立てをとることが重要である。

そこで本稿では、特養での看取りに関する文献をレビューし、特養での終末期ケアの現状と「質」の高い看取りを実現するための課題を検討する。

II. 特養における看取りの現状

特養における終末期ケアの実態については、複数の調査研究で明らかにされつつある（長寿社会開発センター 1997；医療経済研究機構 2003a；宮原・ほか 1997；宮原 1999；2001a；2001b；野村・ほか 1998；二木 2000；特養ホームを良くする市民の会 2003a；2003b；塚原・ほか 2001）。

医療経済研究機構（2003a）が2002年に行った全国調査によると、入所定員の中央値54.0人に対し、年間の死亡者数のそれは9.9人で、うち特養内死亡者数が4.5人（年間死亡退所者数に占める割合45.5%）を占めていた。東京都下での特養内死亡者の割合をみると、1998年度から2001年度にかけて30%から39%へと年々増加しているという報告もある（特養ホームを良くする市民の会 2003b）。

前述した2003年の意識調査（終末期医療に関する調査等検討会 2005）では、痛みを伴う場合等と区別して、「（略）高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合」に希望する療養場所についての項目が追加された。その場合、一般国民の意識では、病院希望の38.2%に次いで老人ホームが24.8%と、自宅希望の22.7%より多い。また、介護職者が調査対象に加えられたが、その理由として「高齢化の進展に伴い、介護老人福祉施設で最期を迎える人が増えたため」が挙げられている。さらに特養を対象とした調査においては、看取りに前向きな施設が74.0%（施設内での死亡を含め対応したい、終末期ケアの充実を図っていききたい）を占めている（医療経済研

究機構 2003a）。

今後、急性疾患によらない高齢者の終末期ケアを、医療の問題としてではなく、（医療を含めた）生活上の問題としてとらえ、特養で看取るという選択肢が増える可能性がある^{2,3)}。

しかしながら、現状において特養内で死亡する者はごく少数にすぎない。人口動態統計（厚生労働省大臣官房統計情報部 2005a）をみると、ここ数年間、死亡総数に占める老人ホームでの死亡割合は2%程度で推移している。実数でみると、2003年で総死亡数1,014,951人に対し、19,659人である⁴⁾。なお、調査分類上の「老人ホーム」には、特養に加え養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームを含む。したがって、特養での死亡割合・実数は、ここに示した数値よりさらに小さい。

特養等での死亡数が少ない理由として、池上（2004）は「日本の病院はナーシングホームの機能をも代替し、（中略）施設の人口当りのベッド数が相対的に少ないこと」を指摘している。高齢者1,000人当たりの施設定員数は、英国が56.6人、米国が53.9人であるのに対し、特養は13.0人と4分の1以下の水準にとどまっている⁵⁾。ただし、施設定員数に占める施設内死亡者の割合も低い。米国（nursing home）の26.2%、英国（nursing or residential home）の11.4%に比べ、日本は4.2%（特養5.9%、介護老人保健施設1.8%）である（医療経済研究機構 2000）。これは、海外のナーシングホーム（nursing home）等の施設と異なり、特養がそもそも十分な看護機能をもつ施設として位置づけられているわけではなく、終末期のニーズに対応していないためと考えられる（池上 2004；掛本・ほか 1995）。たとえば、看護職者を夜勤体制に含まない施設は70.5%と多数を占めている（医療経済研究機構 2003a）。医師体制についてはさらに手薄で、全国の特養で常勤医を配置する施設は5%程度（医療経済研究機構 2003a；野村・ほか 1998）にとどまり、内科医による夜間や休日の対応が困難な施設は1割を超えている。1997年の「福祉のターミナルケア」に

関する報告書」(長寿社会開発センター 1997)が多くの批判を浴びたのも、高齢者に対する医療の貧弱さをそのままに論議されたことに対してであった^{6,7)}。

このような状況から、第一義的に特養で看取る割合の増加(施設定員数に占める施設内死亡者の割合の増加)を課題とすれば、結果として十分な医療が保障されないことも意味する。先に示した2%(死亡総数に占める老人ホームでの死亡割合)からの上昇は、施設整備とケア内容の充実の結果もたらされるべきものである。

Ⅲ. 特養内死亡の成立条件

質の高い看取りの実現に向けての課題を明らかにするために、まずは特養内死亡の成立条件についてみてみよう。

在宅死の成立条件に関しては多くの報告がある。「本人・家族に関する要因」には、疾病種類(田宮・ほか 1990; Catherine, et al. 1996)、性別(樋口・ほか 2001; 伊木・ほか 1991)、年齢(樋口・ほか 2001; 近藤・ほか 1999; 田宮・ほか 1990)、家族構成(Catherine, et al. 1996)、住宅形態(Catherine, et al. 1996)があり、「諸サービス利用に関する要因」には、訪問看護の利用(伊木・ほか 1991; 近藤・ほか 1999)、往診医の存在(伊木・ほか 1991; 田宮・ほか 1990)が報告されている。また、「サービス提供側の特性に関する要因」として、主治医の姿勢(樋口・ほか 2001; 杉本・ほか 2003)、方針確認の実施状況(杉本・ほか 2003)、入院ベッドの確保(杉本・ほか 2003)、さらに「地域特性に関する要因」もあり、農村(杉本・ほか 2003)、地域の病床数(医療経済研究機構 2000; 島田 1999)、精神風土的な要素(医療経済研究機構 2000)などが明らかになっている。

それに比べ、特養内死亡の成立条件についての検討は、少数事例や臨床経験をまとめたものが中心で、全国規模の多数例で検証したものはわずかである。

医療経済研究機構の報告(2003a)では、施設内死亡比率の高い特養の12の特徴が挙げられている(表1)。それによると、施設内死亡比率の高い特養においては、①施設内で看取る基本方針があり(施設内死亡比率高い群33.6%対低い群9.7%)、②その説明を入所者家族に行い(84.1%対72.0%)、③原則的に終末期の希望を受け入れている(92.8%対59.0%)。また、④職員の「終末期ケアのあり方」に対する共通理解率も高い(46.0%対22.1%)。医療的な問題に目を向ければ、⑤医療処置(点滴)の実施率が高く(83.4%対70.4%)、⑥隣接病院があり(21.3%対15.4%)、⑦必要時に内科医の訪問が得られ(66.6%対34.2%)、⑧緊急時には嘱託医に連絡をとっていること(81.0%対66.7%)などである。

Ⅳ. 特養における看取りの「質」

近藤(2004a)によれば、「質の高い終末期ケア」には4つの条件(①本人や家族の明確な意思表示があること、②ケアを支える介護力や周りの人々のサポートがあること、③終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること、④本人や家族の願いを実現するために利用できる資源を結びつけるケアマネジメントがなされること)が必要とされる。この4条件に沿って、特養ではそれらがどの程度満たされているのか、看取りの質について考察してみたい。

まず、条件①「本人や家族の明確な意思表示があること」についてはどうだろうか。

特養の死亡退所者が望んでいた死亡場所について、看護職員の把握状況は3割に満たない。認知症の程度が重く意思表示が困難な場合もあるが、「痴呆(原文表記。以下、同じ)なし」に限ってみても、把握していた割合は半数を割っている(医療経済研究機構 2003a)⁸⁾。

一般に、日本人は「死」を話題とすることを好まず、自身の終末期ケアについての意思決定も不得手といえる(Bito, et al. 2001)。最期の場所の望みについて、それを確認した時期で最も多いの

表1 特養内死亡比率の高い(低い)施設の特性 (%)

		特養内死亡比率 40%以上群 (n = 605)	特養内死亡比率 40%未満群 (n = 592)
開設年	昭和53年以前	21.3	17.2
隣接病院の有無	あり	21.3	15.0
内科医の夜間体制	必要時には、一般に訪問して もらえる	67.3	34.3
緊急時の対応	囑託医に連絡	82.0	66.2
施設内での医療処 置対応	点滴	83.3	70.6
特養内死亡への基 本方針	施設内で看取るようにしてい る	34.4	10.3
希望の受け入れ	原則的に、受け入れる	92.4	59.8
職員間の共通認識	あると思う	47.4	23.1
方針の説明	あり	85.5	71.8
専用の居室	あり	66.3	42.9
遺族へのサポート	遺族への精神的ケアを行って いる	21.8	13.9

医療経済研究機構2003aより作成

は、いよいよ「状態の変化時」となってからである(医療経済研究機構 2003a)。

一方、先駆的な取り組みの例としては、事前指示書(Advance Directive)の導入がある。7項目からなる独自の「事前指定書」を作成した特養では、特に終末期に望む医療や対応を入所時に把握し、必要な支援内容や方法を明確にしている。その後も、毎年、家族会議を開催し事前指示の見直しを行うことで、家族と入所者・職員間のコミュニケーションの機会を創出するなどの効果を得ている(安田・ほか 2004)。家族の面会がほとんどないなど、入所により家族と疎遠になっているケースは少なくないと思われるが、いかにうまく家族を巻き込むかは、質を高めるための鍵といえる。

条件②:「ケアを支える介護力や周りの人々のサポートがあること」についていえば、特養では介護福祉士をはじめとするケアワーカーからのケア提供により、最低水準(介護職員配置基準3.2床に1人)は保たれている。しかし、無資格者が多く、介護福祉士の有資格者に限定すると6.5床

にひとりの体制でしかない(厚生労働省大臣官房統計情報部 2005b)。

条件③:「終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること」に関しては次節で述べる。

条件④:「本人や家族の願いを実現するために利用できる資源を結びつけるケアマネジメントがなされること」に関しては、ていねいなケアマネジメントによりケアの質を高めうることは、在宅での看取りにおいては示されている(樋口・ほか 2001; 近藤 2002)。特養においても、身体的・医学的ニーズとともに、離れて暮らす家族を含めた利用者の「願い」に対し、それらにこたえるためのケアマネジメントを行うことで、満足感や安心感を高められる可能性がある。しかし、いまのところ筆者らの検索し得た範囲では、特養を含めて看取りにおけるケアマネジメントの有効性を多数例で実証した報告は見当たらない。

V. 「質」の高い看取りを阻む医療問題

前節で紹介した「質の高い終末期ケア」の条件

のひとつ、「終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること」についてみてみよう。現在の特養の医学医療ケアの水準は、看取りを行う場として十分な質・量を備えているのであろうか。

高齢者の終末期ケアを考えると、高齢などを理由に適切な医療まで受けられない「みなしの末期、みなしの死」を認めるのかという論点（日本老年医学会 2001）は避けられない^{6,7,9}。特養での看取りにおいても、医療処置の状況（点滴や吸引の未実施率など）から、本人の意思にかかわらない「みなしの末期、みなしの死」の存在が推察されている（宮原 1999）。

また、介護職員による医療行為が日常化している実態も報告されている。たとえば、「吸引」は調査したすべての介護職者に実施経験があり、「座薬の挿入」は90%、「褥創の手当」では57%の介護職者に処置経験がある（宮原 2001b）。緊急時の行為を差し引いたとしても、無資格者によるそれらの行為の日常化がうかがえる¹⁰。しかも、医療行為の経験がある介護職者の3割は、「誤薬・配薬ミス」など何らかの医療事故を起こしている（篠崎 2005）。

さらに、医師体制の現状をみると、内科嘱託医の勤務日数が週2日以下にとどまる施設が73.8%を占めている。夜間・休日に「必要時には一般に訪問」ですら45%弱にすぎず、半数は「電話で指示」または「対応してもらえない」である（医療経済研究機構 2003a）。このように医療体制が不十分な特養に、終末期に向けての医学医療ケアはいったいどこまで求めうるものなのだろうか。医療の貧困による「質の低い在宅死」（近藤 2004b；杉本・ほか 2003）と同様、「質の低い特養内死亡」の存在は否めない。

特養での最期を望む入所者のなかには、積極的な医療ケアを選択しない者もある程度は存在するだろう。現制度下の特養に求められている終末期医療は、生活の延長線上に存在し、必ずしも積極的治療を目的とはしていない。しかし、特養での最期を望む入所者も、特養での質の高い終末期ケアに必要な、苦痛の緩和や平穏な状態を保つため

の医療までを放棄したのではない。また、日本人の精神的な医師（医療）依存度は高い。積極的治療は望まなくても、適切な時期に的確な医療ケアが得られるという安心感がもつ意味は大きいであろう（宮原 2001a）。特養で看取りを行うのであれば、そこで提供可能な医学医療ケアの水準について、入所者・家族を含めた関係者に対する事前説明と同意が不可欠といえる。

では、医療体制の充実を図ることによってどのような効果を期待しうるのだろうか。宮原（2001a）は常勤医配置による効果を検証している。それによると、ある特養に常勤医を配置したことで、外来受診、入院日数、入院数、投薬数などが減少し、特養内死亡率は55.0%から81.7%へと増加したという。入所者による評価をみても、医師がいることで安心感を得られる効果がみられた¹¹。つまり、常勤医の配置や夜間等の緊急時に医師が対応できるよう医療体制を整えれば、特養内死亡の増加などに結びつく可能性がある。ただし、現在の医師配置等の基準や報酬の見直しがなされない限り、常勤医を配置する施設が大幅に増加するとは考えにくい。特養は社会福祉法人等が運営する福祉施設であり、独立型の特養では、最寄りの医師に嘱託医を依頼していることが多い。一方、医療機関を母体とした複合体を形成している特養が実は3割を超えている（二木 1998：49-74）。そのような特養においては、はるかに医療機関との連携体制を整えやすい条件を秘めている。

医学医療ケアの充実とは、特養における終末期ケアの質を保障するための必要条件である（宮原 1999；宮原 2001a；宮原 2001b；小野・ほか 2001；塚原・ほか 2001）。しかし、かりに介護力や医学医療的な条件が整ったとしても、その提供量だけでは看取りの質の十分条件ではない。医学医療ケアの提供水準をもって質が高いとすれば、病院内死亡が最も「望ましい死」となる。実際に看取りを行った特養の看護職者は、「入所者や家族にとってよかったことや有効だったこと」に、「苦痛のない自然な形での死」「家族との関係の構築・維持」「家族関係の維持」「家族・知人に囲ま

れた看取り」を指摘し、高水準の医学医療ケアの提供をあげてはいないことも指摘しておきたい(小野・ほか 2001)。

VI. 特養での看取りの質

では、看取りの質はどのように評価すべきなのか。

看取った「場所」だけで質を評価すべきではない。なぜなら、死亡場所がどこであるかはひとつの評価基準にすぎず、もしそれが質の低いものであれば、特養内死亡率の高さは必ずしもケアの質の高さを意味しない。また、介護や医療の提供量の多さをもって、看取りの質の高さとみなすこともできない。

今後、特養における看取りの質を向上させるために、まず、「質」をどのようにとらえるのか、さらに、それをどのような指標で評価するのかなどについての検討が必要である。

おそらくそれは、多面的(症状マネジメント、終末期ケアの希望の尊重、スピリチュアリティなどを含む)・多元的(本人、家族、医師、看護師、介護職などのスタッフ、ボランティア、保険者など)なものである。加えて、入所から死に至るまでに提供されたケアの質の3つの要素、ストラクチャー(structure):スタッフ体制、施設内での介護・医療サービスの提供環境、入所者・家族に対する相談援助機能など、プロセス(process):食事・入浴・余暇などの日常的な生活の支援方法、入所者・家族の希望の把握方法とそれに対する取り組み、ケアマネジメントサイクルに沿ったケア提供、症状マネジメントなど、アウトカム(outcome):要介護レベルの維持向上、入所者・家族の希望の実現度、身体的苦痛の緩和度、入所者・家族の日常生活および終末期ケアの満足度など(近藤 2004c:198-230)に及ぶ総合的なものだろう。死についての多角的な検討(Clark 2003)を踏まえた、特養における看取りの質についての議論の蓄積が求められる。

VII. 特養での看取りの課題

最後に、特養で終末期ケアを実践するうえでの課題を、政策(マクロ)・施設(メゾ)・臨床プログラム(ミクロ)レベルそれぞれの視点から考察する。

1. 政策(マクロ)レベル

特養など福祉施設を、病院、在宅に並ぶ看取りの場の「第三の選択肢」と位置づけるのであれば、政策(マクロ)レベルの課題は、それにふさわしい体制となるよう必要な措置を講じることである。そのなかでは、先述した医学医療ケアの実態から、医療行為の範囲¹²⁾や特養で提供しうる医療ケアの提供体制の確保(全国老人福祉施設協議会 2005)をどうするのか、検討を要する。そのためにも、終末期に特養から病院へ搬送され提供された医療が、「医療機関」でしか提供し得ない範疇のものか、環境の整備次第では「福祉施設」でも提供可能な医療を含むのか、などの詳細な分析が求められる¹³⁾。また同時に、看取りも想定した職員配置基準等の引き上げ(宮原 1999)や、それに伴う診療・介護報酬の見直し(社会保障審議会介護保険部会 2004)など、制度の見直しが課題となる¹⁴⁾。さらに、恒常的にケアの質をモニタリングするために、米国のナーシングホームコンペア(Nursing Home Compare)などを参考にした、体系的なケアの評価システムの開発と導入が求められるだろう(医療経済研究機構 2005)。

これらを整備するとともに、特養など福祉施設を「第三の選択肢」と位置づけることに対する、国民の合意づくりも課題となる。

2. 施設レベル(メゾ)

施設レベル(メゾ)においては、Ⅲ節の検討を踏まえると、特養における看取りを実現させるための4つの成立条件があると思われる。それは、①施設方針の明確化、②入所者・家族への説明と意思尊重、③職員の共通理解の下でのケア、④医療提供体制の充実である。

特養内死亡の成立には、まず、①施設方針の明確化が重要である。現状では、全体の5割を超す「原則として病院に移す基本方針」の施設においては、入所者・家族が施設内での最期を望んでも、積極的にその希望を受け入れる施設は約半数にとどまっている（医療経済研究機構 2003a）。今後、「終末期ケアに対応する」という方針を明確に掲げれば、たとえば、事前指示書の取り組みや看取りに協力的な医師との協力など、②入所者・家族への説明と意思尊重のための手立ても追求されていくだろう。

③「職員の共通理解の下でのケア」と、V節で触れた④「医療提供体制の充実」も、看取りを成立させるうえで重要である。現状では、特養での終末期ケアのあり方について、職員間で「共通理解がある（あると思う、ほぼあると思う）」と認識している施設長は6割を越えるが、看護・介護職者では3割台と両者の認識の差は大きい。また、終末期ケアの研修等の実施・参加率は1～3割台にとどまり、マニュアル・ガイドラインを利用している特養も1割にすぎない（医療経済研究機構 2003a）。

特養での生活は、家族と離れ多職多数の職員が関与する環境下にある。その分、職員の意識や動機づけが重要となる。入所者・家族の要望が明確に示され、またよい看取りができた症例の検討では、「ケア目標の共有により家族・医師・職員の連携が実現しえたこと」「主治医が特養での看取りに協力的であったこと」が、要因として挙げられている（安田・ほか 2004）。また、介護老人保健施設における看取りでも同様に、明確な方針と共通理解の下での目標設定や医療サービスとの連携の重要性が指摘されている（原・ほか 2003；梅津・ほか 2002a；2002b）。一般に終末期においては医療ニーズが増大する。施設内で看取りを行うのであれば、一定程度の医療水準とその提供体制を整えることは欠かせないであろう。

3. 臨床プログラム（ミクロ）レベル

臨床プログラムレベルでの課題では、そもそも

終末期か否かを判断する基礎となる生命予後予測に関する研究が十分とはいえない。入所者の予後にはADLが関係するとの指摘があり（稲垣・ほか 1992；穂山・ほか 2001；長友・ほか 1991；Okuda, et al. 1995）、鷲尾ら（1993）は、知的機能低下による影響も、ADL障害等を介しての因果連鎖的なものとしている。しかし植木らは（1999）、アルツハイマー型痴呆の重症度は予後と関連するが、脳血管性痴呆では身体合併症の影響を示唆しているなど、予後に関する研究がさらに必要であろう。

また、看取りの質の評価方法についての研究も蓄積が浅い。看取りの質の評価において、在宅では家族の「看取りの満足度」が評価指標のひとつとされてきた（樋口・ほか 2001；本郷・ほか 2003；近藤 2002；島田・ほか 2004）。しかし、特養での看取りの評価においては、離れて暮らす家族の満足度では妥当性に欠ける。なぜなら、特養内死亡者に限ってみても、週1回以上の面会があった者は26%程度にすぎない（医療経済研究機構 2003a）。おそらく家族は、特養で実施された終末期ケアを評価するだけの情報を得てはいない。

質の評価ツールは、海外ではいくつか開発されている。そのひとつに、MDS-PC（Minimum Data Set-Palliative Care）がある。これは、終末期ケア（緩和ケア）マネジメントにおけるアセスメントツールとして開発されたもので、その日本語版の信頼性は高く、有用である可能性がある（日本福祉大学在宅ターミナルケア研究会 2003）。今後は、このようなツールの開発・洗練化と臨床場面への導入、そしてそれによる質向上が求められる。

また、終末期におけるケア技術とケアマネジメント技術を、看取りに積極的に取り組む特養やホスピスなど他施設（プログラム）の経験に基づき、体系化していくことも求められる。身体的ニーズに加え、入所者・家族の望むケアや主観的な「思い」を引き出し、その実現を図る「ケアマネジメント」、多くは非常勤である医師を含めた多職種

をまとめケアを支える「チームマネジメント」の技術・方法などである。

特に、入所者(家族)の意思を把握することは、各レベルでのマネジメントにおいて欠かせない事柄であろう。入所者(家族)が病院での最期を希望している場合にまで、特養での看取りを勧めるのは適切ではない。これまで述べてきたような条件整備を進め、特養での看取りという選択肢があることを入所者(家族)に説明し、同意を得ることも必要な手段である。

以上、3つのレベルの課題克服の前提として、リビング・ウィル法制化の動き(中日新聞2005;南・ほか2005)など、国民の「終末期ケア」に対する意識が深まることも必要であろう¹⁵⁾。

VIII. まとめ

特養での「質」の高い看取りを実現するための課題を明らかにする目的で、国内の文献研究を行った。

現状では、施設で最期を迎える者は約2%にすぎない。しかし、年間死亡者数の大幅な増加が見込まれ、最期の場所として自宅よりも老人ホームを希望する国民は多く、終末期ケアの実践に前向きな特養も7割を越える。今後、必要な手立てがとられれば、特養での看取りは増加しうる。

しかし現状では、「質の高い終末期ケアの4条件」が十分に満たされているとは言い難い。特に、「看取りを行う場」としての医療水準は不十分である。

特養で質の高い看取りを実現するためには、政策(マクロ)・施設(メゾ)・臨床プログラム(ミクロ)の3つのレベルにおいてそれぞれ課題がある。

政策レベルにおいては、特養など福祉施設を看取りの場としても位置づけ、それに必要な国レベルでの制度の整備を進めることが必要である。

施設レベルでは、特養内死亡の成立条件とし

て、「施設方針の明確化」「入所者・家族への説明と意思尊重」「職員の共通理解の下でのケア」「医療提供体制の充実」などが重要と思われた。

臨床プログラムレベルの課題としては、特養内死亡の成立条件や入所者の予後についての研究の蓄積や、看取りの「質」を向上させるためのツール開発、ケア技術についてのマニュアル・ガイドラインづくりが必要である。

本研究は学術フロンティアの助成を受け、日本福祉大学21世紀COEプログラムの一環として実施した。

注

- 1) ただし、引用部分の設問に対する回答結果は年齢区分ごとに示されていない。したがって、20歳以上の一般国民を対象とした調査結果であることに留意されたい。
- 2) 医療経済研究機構は、「(略)特養における終末期ケアの社会的合意を形成するうえで活用できる情報を提供すること」を目的として全国調査を実施した(2003a)。また、グループホーム等での看取りについて、「きわめて現実的で重要なテーマ」と位置づけている(医療経済研究機構2004)。
- 3) 医療費削減の視点からも「看取りの場所」は注目されている(毎日2005)。厚生労働省は、自宅・介護施設での看取りについて、総死亡数に占めるそれらの割合を4割に引き上げることで、約5,000億円の終末期医療費が削減できると見込んでいる(2025年度時点)。訪問診療・訪問看護の拡充や介護施設の整備により、病院での死亡者数割合を減らすことを想定したものである。
- 4) 年間死亡者数を65歳以上に限定(818,922人)しても、老人ホームでの死亡割合は2.4%にすぎない。
- 5) 老人保健施設(9.7人)と療養型病床群(9.1人)を合わせても31.8人と英米より少ない。
- 6) 竹中(長寿社会開発センター1997:1-3)は、「(略)本音の部分で超高齢者の医療行為が若者のそれと同じレベルで行われるべきだとはだれも信じてはいまい。それは生物としての宿命を無視した幼児的発想だからである」とし、「みなし末期」を警告する医師に対して「そんな過剰

な医療を天寿に近い超高齢者が望んでいるだろうか？」と疑問を投げかけている。

- 7) 二木 (2000:159-70) は、「ターミナルケアの経済評価」が恣意的な推計に基づいた内容であることを指摘。また、石井 (1998a;1998b;1998c;1998d) は「高齢者の生存権を否定する主張である」とし、社会保険旬報誌上で強く批判を展開した。
- 8) 不明および無回答を除いた1,307人を母数とした場合、57.1%が当該施設での最期を希望した。実際の死亡場所との相違をみると、そのうち36.7%が病院等で最期を迎えている。
- 9) 日本老年医学会 (2001) は、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する立場表明を行った。たとえば、「適切な医療およびケアを受ける権利は侵すことのできない基本的人権」との観点から、立場-1において「高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられない差別に反対する」ことを掲げている。また、立場-2「高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重して行なわれなければならない」の論拠として、「病名や病態に関する情報開示が高齢者である、あるいは患者個々の価値観や思想・信仰の故に、不十分であってはならない」ことなどを明示している。
- 10) 介護保険施設での介護職員による医療的行為を調査した山下ら (2003) によると、医療的行為のうち、特養の施設管理者が「介護職はいかなる理由があっても行うべきではない」と認識している割合は、インシュリン注射で40% (介護老人保健施設管理者は68.4%, 介護療養型医療施設管理者は81.3%), 浣腸で19.5% (同32.4%, 80.0%), 座薬の挿入で17.1% (同20.0%, 66.7%) であった。
- 11) 一方で、「寮母や看護婦の仕事量が増加し、仕事内容も複雑になるなど、職員の仕事の負担は増加している」ことも指摘し、それへの対応策を課題に挙げている。
- 12) 厚生労働省は、2005年3月末日~2006年4月末日までの間、「原則として医行為でない行為に関する意見募集」を行った (介護保険情報 2005; 全国老人福祉施設協議会 2004)。それは、高齢者介護の現場等において、「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されていることから、「原則として医行為ではない」と考えられるものを明示する

ためのである。

- 13) 搬送理由は「状態の急変 (56.1%)」や「肺炎等の疾患の治療 (37.6%)」など医学的理由であり、搬送判断者は、看護職員 (45.6%) と医師 (44.5%) がほぼ同数を占めた。搬送から死亡までの期間は、(搬送中を含め)「1週間以内」が36.9%,「1週間から1か月以内」と「2から3か月以内」がそれぞれ3割前後であった (医療経済研究機構 2003a)。
- 14) 池上 (2004) は、特養と介護老人保健施設の比較から、看護職員の夜間常時配置割合や医療処置に対処できる割合を根拠として「老健を家族の負担が大きい痴呆等の終末期ケアの施設として整備するべきであろう」と述べている。また、一般病床と特養の中間に位置する、看護機能の高い施設 (ナーシングホーム) を新たに設置させる提案もある (医療経済研究機構 2000)。
- 15) 終末期医療に関する調査等検討会 (2005) によれば、終末期医療に対して「非常に関心がある」と回答した一般国民は25.8%であった。これは、前回調査 (1998年) の26.8%とほぼ同水準である。

文 献

- Bito, Seiji, Wanger, Neil S. and Ohki, M., et al. (2001) Japanese Attitudes toward Advance Care Planning for End-of-Life Decisions, *General Medicine*, 2(1), 3-10.
- 長寿社会開発センター (1997) 『「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書』長寿社会開発センター。
- 中日新聞 (2005) 「尊厳死法案を提出へ」(2005年1月3日付朝刊記事)。
- Clark, Jocalyn (2003) Patient centered death We need better, more innovative research on patients' views on dying, *British Medical Journal*, 327, 174-5.
- 原 敦子・小野幸子・坂田直美・ほか (2003) 「介護老人保健施設における死の看取りを含むターミナルケアへの組織的取り組み——2施設の看護管理者の面接調査より」『老年看護学』8(1), 86-94.
- 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・ほか (2001) 「在宅療養患者の看取り場所の希望と【介護者の満足度】に関連する要因の検討——終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から」『厚生指標』48(13), 8-15.

- 本郷澄子・近藤克則・牧野忠康・ほか (2003) 「在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求めている支援——遺族を対象とした調査」『ターミナルケア』13(5), 404-11.
- 伊木雅之・緒方 昭・梶田悦子・ほか (1991) 「高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因に関する疫学調査」『日本公衆衛生雑誌』38(2), 87-94.
- 池上直己 (2004) 「終末期ケアの課題と将来展望——法的側面についての留意事項の策定を」『社会保険旬報』2218, 6-12.
- 石井暎禧 (1998a) 「老人への医療は無意味か——痴呆老人の生存権を否定する」『竹中・広井報告書』1973, 6-13.
- 石井暎禧 (1998b) 「みなし末期という現実 (上) 広井氏への回答」『社会保険旬報』1983, 14-9.
- 石井暎禧 (1998c) 「みなし末期という現実 (中) 広井氏への回答」『社会保険旬報』1984, 36-9.
- 石井暎禧 (1998d) 「みなし末期という現実 (下) 広井氏への回答」『社会保険旬報』1985, 32-5.
- 稲垣俊明・山本俊幸・野倉一也・ほか (1992) 「老人施設における老年期痴呆の5年後の予後調査に関する研究」『日本老年医学会雑誌』29(10), 729-34.
- 医療経済研究機構 (2000) 「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書」平成11年度医療経済研究機構自主研究事業, 医療経済研究機構.
- 医療経済研究機構 (2003a) 「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する研究報告書」平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書, 医療経済研究機構.
- 医療経済研究機構 (2003b) 「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書」平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書, 医療経済研究機構.
- 医療経済研究機構 (2004) 「痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究報告書——住み慣れた地域で, 安心して, その人らしく生ききることを支援するために」平成15年度老人保健健康増進等事業による研究報告書, 医療経済研究機構.
- 医療経済研究機構 (2005) 「介護保険施設のサービスの質の向上に関する調査研究介護保険施設におけるケアの質評価指標に関する調査報告書」平成16年度老人保健健康増進等事業による研究報告書, 医療経済研究機構.
- 介護保険情報 (2005) 「介護現場における『医行為』でないものに関し意見募集」5, 74.
- 掛本知里・渡辺文子・掛橋千賀子・ほか (1995) 「特別養護老人ホームにおけるターミナルケア」『老人ケア研究』3, 47-54.
- 穂山尚子・穂山 憲・竹内孝仁 (2001) 「施設入所高齢者の日常生活活動 (ADL) とその変化」『公衆衛生』65(12), 925-8.
- 国立社会保障・人口問題研究所編 (2002) 「日本の将来推計人口」厚生統計協会.
- 厚生省大臣官房統計情報部編 (1997) 「高齢者死亡 (平成7年度人口動態社会経済面調査報告)」厚生統計協会.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編 (2005a) 「平成15年人口動態統計」厚生統計協会.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編 (2005b) 「平成15年介護サービス施設・事業所調査」厚生統計協会.
- 近藤克則・久世淳子・牧野忠康・ほか (1999) 「訪問診療・訪問看護対象患者の死亡場所に影響する因子」『在宅医療』26, 63-70.
- 近藤克則 (2002) 「高齢者の在宅死と終末期ケアの質——在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査から」『社会保険旬報』2129, 24-8.
- 近藤克則 (2004a) 「終末期ケアの質向上のための4つの課題」宮田和明・近藤克則・樋口京子編「在宅高齢者の終末期ケア全国訪問看護ステーション調査に学ぶ」中央法規出版.
- 近藤克則 (2004b) 「在宅死の意味を問う——在宅至上主義を超えて」『文化連情報』310, 38-46.
- 近藤克則 (2004c) 「ニュー・パブリック・マネジメントと政策評価」『「医療費抑制の時代」を超えて——イギリスの医療・福祉改革』医学書院.
- 毎日新聞 (2005) 「終末期医療費: 『自宅死』4割で5000億円減——25年度, 厚労省試算」(2005年7月29日付朝刊)
- 南 砂・岡部陽二 (2005) 「有識者インタビュー終末期医療について考える」『医療経済研究機構レター』130, 1-7.
- 宮原伸二・人見裕江・進藤貴子・ほか (1997) 「特別養護老人ホームにおける死についての検討——岡山県内の実態から」『川崎医療福祉学会誌』7(2), 373-6.
- 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検討」『プライマリ・ケア』22(1), 41-8.
- 宮原伸二 (2001a) 「特別養護老人ホームにおける常

- 勤医配置がもたらす医療福祉的効果」『川崎医療福祉学会誌』11(1), 9-15.
- 宮原伸二 (2001b) 「特別養護老人ホームにおける介護職が行う『医療と介護の接点と思われる行為』の現状と課題」『プライマリ・ケア』24(1), 26-33.
- 長友医継・永瀬文博・赤崎安昭・ほか (1991) 「高齢脳卒中後遺症者の3年後における寝たきり状態およびその生命予後の研究」『臨床精神医学』20(4), 439-43.
- 日本福祉大学在宅ターミナルケア研究会 (2003) 『MDS-PC 信頼性調査報告書』平成14年度社会福祉・医療事業団 (高齢者・障害者福祉基金) 助成, 日本福祉大学地域ケア研究推進センター.
- 日本老年医学会 (2001) 「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』」『日本老年医学会雑誌』38(4), 582-3.
- 二木 立 (1998) 「私的医療機関を『母体』とする特別養護老人ホームの全国調査」『保健・医療・福祉複合体』医学書院.
- 二木 立 (2000) 「『福祉のターミナルケア』で費用抑制は可能か?」『介護保険と医療保険改革』勁草書房.
- 野村京平・宮原伸二・人見裕江・ほか (1998) 「特別養護老人ホームにおける死についての検討 (第2報) ——全国の特別養護老人ホームにおける実態調査から」『川崎医療福祉学会誌』8(1), 165-70.
- Okuda, Masao and Ikuta, T. (1995) Three year outcome of the residents in a special nursing home, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49, 49-51.
- 小野幸子・田中克子・梅津美香・ほか (2001) 「G県の特養老人ホームにおける看取りの実態」『岐阜県立看護大学紀要』1(1), 134-42.
- Sauvaget, Catherine, Tsuji, I. and LiJing, H., et al. (1996) Factors Affecting Death at Home in Japan, *Tohoku journal of experimental medicine*, 180(2), 87-98.
- 終末期医療に関する調査等検討会編 (2005) 『今後の終末期医療の在り方について』中央法規出版.
- 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・ほか (2003) 「在宅死亡患者割合に関連する因子の研究——全国訪問看護ステーション調査」『老年社会科学』25(1), 37-47.
- 島田千穂 (1999) 「都道府県別データで見る医療福祉関連指標医療サービス提供量と死亡の場所」『MMRC』November, 33.
- 島田千穂・近藤克則・樋口京子・ほか (2004) 「在宅高齢者の看取りを終えた介護者の満足度の関連要因」『厚生指標』51(3), 18-24.
- 篠崎良勝 (2005) 「介護従事者が起こした医療事故の実態と今後の検討課題」『総合ケア』15(1), 62-8.
- 社会保障審議会介護保険部会 (2004) 「介護保険制度の見直しに関する意見」厚生労働省.
- 田宮菜奈子・荒記俊一・七田恵子・ほか (1990) 「ねたきり老人の在宅死に影響を及ぼす要因——往診医の存在, 年齢との関係を中心に」『日本公衆衛生雑誌』37(1), 33-8.
- Teno, Joan M., Clarridge B. R. and Casey, V., et al. (2004) Family Perspectives on End-of-life Care at the Last Place of Care, *Journal of the American Medical Association*, 291(1), 88-93.
- 特養ホームを良くする市民の会 (2003a) 『特養ホームを良くする市民の会: 特養ホームの実態分析Ⅱ——2000~2001年度訪問調査・継続調査の結果から』中央共同募金会助成, 特養ホームを良くする市民の会.
- 特養ホームを良くする市民の会 (2003b) 『特養ホームを良くする市民の会: 東京都における特養ホームの実態分析——2002年度の実態分析/2000年度~2002年の経年変化分析』東京都共同募金会助成, 特養ホームを良くする市民の会.
- 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(1), 17-24.
- 植木昭紀・真城英孝・中島貴也・ほか (1999) 「アルツハイマー型老年痴呆および血管性痴呆の生命予後に関する要因の検討——老人性痴呆疾患センターでの追跡調査から」『日本老年医学会雑誌』36(5), 358-64.
- 梅津美香・坂田直美・小野幸子・ほか (2002a) 「老人保健施設におけるターミナルケアについての看護職者の考え方と取り組み」『岐阜県立看護大学紀要』2(1), 76-82.
- 梅津美香・小野幸子 (2002b) 「老人保健施設の看護職員の施設内死亡に対する意識」『老年看護学』7(1), 119-27.
- 鷲尾昌一・納富昭人・岡山昌弘・ほか (1993) 「特別養護老人ホーム入所者の予後とその関連要因——長谷川式簡易知能評価スケールの得点を中心に」『老年精神医学雑誌』4(12), 1413-8.
- 山下恵子・尾台安子・南原友枝・ほか (2003) 「施設管理者の医療的行為に対する意識の施設類型別比

較」『日本看護学会論文集看護管理』34, 264-6.
安田裕子・近藤克則 (2004) 「『高齢者の終末期ケア
—特別養護老人ホーム・グループホームにおけ
る看取りを考える』公開研究会報告」『日本福祉大

学福祉社会開発研究所 News Letter』7, 34-6.
全国老人福祉施設協議会 (2005) 「(特集) 特養にお
ける『医療行為』について」『老施協』390, 11-5.

End-of-life Care in Special Nursing Home for the Aged : A Review

Hiroaki SUGIMOTO, Katsunori KONDO

To sort out the present state of end-of life care at special nursing homes for the aged (special home, hereafter) and clarifying issues for putting high-quality hospice services in practice, studies related to these issues were reviewed.

People who face the end-of-life at special homes are a minority (about 2%) at present. However, as people wishing to face the end outside home and special homes willing to offer hospice services increase in number, the services are expected to become prevalent in the future through necessary preparations such as “policy clarification by institutions”. On the other hand, it is difficult to state that conditions for high-quality end-of-life care are satisfied at present because of weak medical treatment systems.

Considering the above, issues were sorted out at the following three levels : policy, institution, and practice. To advance hospice services at special homes, measures need to be taken to position special homes as a place for hospice services at the policy level ; studies need to be gathered including preparations for four establishing conditions, document introduction for advance directive, and development of quality evaluation indices at the institution level ; and systematization of management know-how is deemed necessary at the level of implementation.

Key Words : Special nursing home for the aged, End-of-life care, Medical care, Quality of hospice services