

「質の高い終末期ケア」に向けた4つの課題とは何か

近藤克則氏
Kusunoki Kunitada

日本福祉大学
大学院社会福祉学専攻科長
教授

医師であり、医療・福祉マネジメントの研究者でもある立場から「質の高い」終末期ケアの創造を提言する日本福祉大学大学院教授 近藤克則氏。介護・福祉施設において求められる終末期ケアのあり方について伺った。

「質の高い」終末期ケアは場所よりプロセスがポイント

「そもそも、終末期ケアとは何を指すのでしょうか。」

近藤 ●さまざまな概念や用語があつて一概にいえないのですが、一般的には余命6カ月以内のケアを終末期（ターミナル）ケアと呼んでいます。ただし、これはあくまでも時間軸（時期区分）からの定義でしかありません。

ガン患者を中心に、その苦痛をいかに緩和するかを重視する動きが現れました。ターミナルケアという「何をやって無駄。何もやることのない時期のケア」という消極的なイメージを与える。だから、それとは違う呼び名

が欲しい。そこで「ホスピス・ケア」とか「緩和ケア」という名前が使われました。単に身体的な痛みを緩和するだけではなく、心理的、社会的な痛みなどを緩和することが含まれています。「積極的にやるべきことはある」というわけです。

さらに最近では、ガン以外で亡くなる方へのケアの重要性や余命6カ月と診断される前からのアプローチが重要だとする意見もあります。それを表現する言葉として「エンド・オブ・ライフ・ケア」という言葉が使われることがあります。

このように時期区分や、「何を重視するか（何を目的にするか）」、また、どのような疾患で亡くなる方を対象にするのかによって、「終末期ケア」という呼称もさまざまなのです。

患者の置かれた状態や、それに対応する医療・ケア従事者によって呼称が異なるということですが、近藤先生はどの表現が最適であるとお考えですか。

近藤 ●私は、呼称よりも、中身に關心があります。ご本人だけでなく家族や周りの人を含めた当事者がいかに終末期を過ごすのか、また、それをいかに支援するのが大事であつて、それをどのような名前と呼ぶのかにはさほど関心がありません。

いいかえれば、呼称よりも「質の高い」ケアのあり方にこだわり、その中身づくりを急ぐべきだと思います。

看取ることだけが終末期ケアではない。質を決めるのはそのプロセスです

Profile

こんどう・かつのり / 1983年千葉大学医学部卒業。東京大学医学部付属病院リハビリテーション部医員、船橋二和病院リハビリテーション科科長などを経て、97年日本福祉大学助教授。University of Kent at Canterbury (イギリス) 客員研究員 (2000-2001) を経て、03年4月から教授。07年4月から現職となる。主な著書に『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』(共編著、中央法規、2004)、『医療・福祉マネジメント—福祉社会開発に向けて』(ミネルヴァ書房、2007)、『検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』(共編著、医学書院、2007) など多数。日本福祉大学21世紀COEプログラムB領域「先進国の福祉政策評価研究」コーディネーター



の高いケア」でしょうか。

国はこうした世論を背景に、在宅での看取りを増やそうとする政策誘導をしています。しかし、実際に訪問看護を受けて死を迎えた方を対象とした私たちの調査では、「在宅死にも、質の低い死、惨めな死がある」という結果が浮かび上がってきました。調査対象となった1305例の家族の3分の1は、「在宅介護を行なう意思はあるけれども、『最期の看取りまで在宅』は望まない」という意向でした。在宅死のなかにも、ご家族が望んでいないものがあるのです。逆に、病院で亡くなったけれど「おかげで介護に追われず、貴重な時間を一緒に過ごすことができました」と感謝してくれた家族もいました。

この結果からすれば、「在宅死＝善病院死＝悪」といった単純なイメージや、国が在宅死割合の数値目標を掲げることには疑問を感じます。

つまり、終末期をどこで迎えるかよりも、どのようなプロセスで迎えることがよいかを議論・実践することのほうが「質の高いケア」として重要だと思います。

そうしたなかで、福祉施設における終末期ケアという動きもありますが、

「質の高い」終末期ケアということですが、「質の高い」とは具体的にどのようなものをイメージすればよいのでしょうか。

近藤 ●まず、「質」を何で測るかという点に対してもさまざまな意見があります。たとえば、「亡くなる場所」が大事だという人もいます。世論調査では、多くの人が「(自宅) 畳のうえで死にたい」と回答していますから。

しかし、実際には病院でお亡くなりになる方が全体の85%を占めている。しかも、そのなかには延命処置によって「生かされている」ように映るケースもある。それをみた家族のなかには「自分には、あそこまでしないでくれ」という人もいます。これが果たして「質

その点についてはいかがお考えですか。

近藤 ●福祉施設における「終末期ケア」が、今後増えることは間違いないでしょう。高齢者のみの世帯が増えていきます。国がいくら「在宅死」へと誘導を行なっても、在宅でケアを行なえる人の割合は少なくなると思われるからです。「老老介護」で、たとえば80歳位の人の最期を、やはり80歳位の人が1人で看取することは現実的でしょうか。つまり、在宅での終末期ケアは願望として口にするのは簡単ですが、家族の「介護力」に恵まれない限り困難だということですね。

これまで、自宅に代わる看取りの場は病院でした。しかし、本来、病院は積極的な医学的ケアによる救命や治療の場です。そのなかで、「救命をめざす積極的なケアを行なわない」という方針はさまざまな矛盾や混乱を引き起こします。救急救命の現場では、助かるかどうかは「やってみないと分からない」面が大きいからです。

しかも、医療制度改革によって、病院には在院日数の短縮が迫られています。

近藤 ●そのとおりです。在宅での終末期ケアが困難になり、病院に入院します。一方、在院日数を短縮しないと経

医療と福祉の間には いまだに「ベルリンの壁」がある

営が苦しくなる病院は、患者さんに退院を促さなければならぬ。ご本人やご家族からすれば「病院を追い出された」という受け止め方をするのは当然です。そして、病院から「追い出された」かたちで在宅死を迎えることが「質の高いケア」といっていいはずはありません。

つまり、現状では「終末期ケア」の受け皿として「自宅」か「病院」というふたつの選択肢しかないことに問題があるのです。

第3の選択肢として「ホスピス・緩和ケア病棟」が増えていきます。そこで亡くなる方のほとんどはガン患者です。ところが、お亡くなりになる方全体からみると、ガンが原因で死に至る人はおよそ3分の1。他の原因で亡くなる方のほうが3分の2と多いのです。となると、「自宅」でも「病院」でも、「ホスピス・緩和ケア病棟」でもない新たな選択肢が必要になります。

こうしたなかで注目されるのが、第4の選択肢としてあげられる特別養護

老人ホームなどの高齢者福祉施設、第5の選択肢としてあげられる有料老人ホームやグループホームといった「自宅でない居宅サービス」なのです。

アプローチ手法を見直せ！ 問題指向型から目標指向型へ

——今後はますます、医療と福祉の連携が重要だということですが、両者の連携についてはどのようにお考えですか。

近藤 ● 今後、住まいや生活を支える福祉ニーズと終末期の医療ニーズとの両者を満たす必要が高まるでしょう。そのためには、両方のニーズと医療・福祉サービスを結びつける「終末期のケアマネジメント」が重要になってきます。

しかし、残念ながら医療と福祉の間の連携やマネジメントはまだまだ足りないといわざるを得ません。

英国滞在中、印象的な言葉に出会いました。「医療と福祉の間には、ベルリンの壁がある」というものです。なるほど、日本のみならず海外でも

治療により問題をなくすことができるなら有効です。しかし、高齢化した、まして終末期にある患者さんのすべての「問題」を解決することは不可能です。

つまり、医学が得意としてきた「問題指向型」アプローチにも限界がある。それに代わる手法として挙げられるのは「目標指向型」アプローチです。これは、「治せなくても良くしよう」という考え方です。つまり、「問題をなくす」という「非現実的な目標」ではなく、「良くする」という「現実的な目標」に向けてアプローチする手法です。

——現実的な目標を共有することで、医療と介護それぞれの「強み」を活かしたケアを行なっていくということですね。

近藤 ● 高齢化に伴う肉体的な衰えや障害があれば、介護や福祉サービスで支える。ガンによる痛みがあれば医療技術で緩和する。問題を最小限に抑えてあげるのは当然です。しかし、目指すべきは、その先なのです。つまり、残された貴重な時間に「何をやりたいか」を引き出し、目標を設定することです。問題を可能な限り抑えることは、目標達成のために有利でもあります。

同じような問題が潜んでいるのか、と思いました。

——その言葉の深層には何が潜んでいるのでしょうか。

近藤 ● 医療と福祉の間では、単に技術だけでなく、文化や言語、あるいは「もともと重視すべき点はなにか」という価値観までが異なっています。これらの相違を前提として、両者を統合して終末期ケアを「マネジメント」できる人材やプログラムの開発が急務ではないでしょうか。

——両者間を結ぶマネジメントに長けた人材がいらないということが「連携」の妨げになっているということですね。

近藤 ● そうです。医師は治療法や薬の知識に長け、福祉従事者はケアの技術に長けていますが、それらがバラバラに提供されているのが実情です。

——しかし、バラバラで提供されているのは進展しないわけですから、この問題を解決するための方策が必要だと思いますが、どのようなものがあげられるでしょうか。

近藤 ● 医師は、患者の悪いところを探して診断・治療するようにトレーニングされています。ゆえに、最初に取りかかる仕事は「問題リスト」を作成することです。この方法は、急性疾患で

問題指向型のアプローチだけでは、医療職と福祉職とが着目する問題が異なるためにバラバラになってしまふところ。ゴール（目標）を共有して「いかに実現するか」ということであれば、医療・福祉の壁を超えて得意な技術を協力して提供することができます。変えられない現実を受け入れて、変えられることに着目し、「何ができるか」を考えるべきでしょう。

「質の高い終末期ケア」実践 における4つの課題

——医療・福祉の両者が同じ目標を目指すことでようやく「質の高い終末期ケア」を提供できるということですが、そのためには克服しなければならぬ課題もあると思います。

近藤 ● 質の高い終末期ケアには、4つの課題（条件）があげられます。まず、「本人や家族の明確な意思表示があること」です。

日本では「死」を口にすると「縁起が悪い」とタブー視されがちです。しかし、ご本人やご家族の意思表示がなければ、医療職としては延命処置をせざるを得ません。ですから、ご本人の胸のうちに秘めておらずに、家族と「どうしたいのか」という思いを共有して

おくことが必要です。

「死」についてご本人とご家族とが話し合うきっかけづくりとして、リビングウィル（生前意思表示）やアドバンス・ディレクティブ（事前指示書）を入所時に提出してもらっている施設もあります。これは非常にいいことだと思います。

終末期ケアにおける治療方針の選択には特有の難しさがあります。患者さんの数だけ多種多様な選択肢がある。しかも、やり直しがきかない。

残された家族にとっては「あの選択でよかったのか」という悔いが残りやすい。唯一の正解がないからです。ただ、話し合いを重ねていたということがあれば「できる限りのことはした」という思いにつながります。

「死」に直面することを「万が一」と表現します。しかし、長い目でみれば、人は死亡率100%、必ず「死」を迎えます。したがって、「死」に向けた準備は、施設入所時、あるいはそれ以前から始めることが重要なのです。

2つめの課題とは？

近藤 ● 「ケアを支える介護力や周りの人のサポートを引き出すこと」です。すでに老老介護という問題を抱えた日本では、「同居している介護者」だけ

「質の高い終末期ケア」に繋がる 4条件を満たすことこそ

近藤 ● 看取るだけでなく、前述の4つの課題すべてをクリアしている施設はどれくらいあるのが問題でしょう。医療経済研究機構による「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究（平成14年度）」（図表2、3）という調査報告で現状や課題がわかります。

私たちの調査でも、たとえば、本人やご家族が望んでいた死亡場所につい

て、看護師が把握していた割合は3割程度でしかありません。意思の確認をしているのはいよいよ「状態の変化時」となっているから圧倒的多数を占めているのではないのでしょうか。

つまり、第1の課題である「本人・家族の意思表示」を引き出すことができているのか、

本人の意思表示の確認が遅すぎる、もしくは何もせず看取りの瞬間を迎えてしまっているケースが多いということですが、逆に4つの課題を克服している施設もあるのでしょうか。

近藤 ● 実際には緊急時には「医者任せ」という施設が多いのではないのでしょうか。しかし、少数ながら、先駆的な取り組みをしている施設もあります。先ほどお話ししたように、入所時に「最期のときにどんな対処を望むのか」といったことを、家族と話し合って明文化してもらうだけでなく、年一回それを見直ししてもらっている施設もあります。

—— 意思表示については入所時の事前

—— そのほかに課題としてあげられるとすればなにがあるのでしょうか。

近藤 ● 国による支援、または制度の整備も必要でしょう。たとえば、診療報酬や介護報酬による経済的な保障も必要になることは間違いありません。

高齢者福祉施設における「終末期ケア」の実情

—— 昨今、「終末期ケア」を実践していることを謳う高齢者福祉施設も多くなっているようですが、実情はどうなのでしょう。

てくるでしょう。

近藤 ● 「十分な医学的ケア」です。終末期には、さまざまな苦痛があります。それは「身体的な痛み」「社会的な痛み」「心理的な痛み」そして「スピリチュアルな痛み」などを含みます。こうした「トータルな痛み」を緩和することは質の高い終末期ケアに必要です。そのなかで、身体的な痛みを取る医学的ケアが求められてくる。福祉施設において、終末期ケアが進まないのも、終末期に必要な医学的ケアが確保できて

—— 3つめの課題とは。

近藤 ● 「十分な医学的ケア」です。終末期には、さまざまな苦痛があります。それは「身体的な痛み」「社会的な痛み」「心理的な痛み」そして「スピリチュアルな痛み」などを含みます。こうした「トータルな痛み」を緩和することは質の高い終末期ケアに必要です。そのなかで、身体的な痛みを取る医学的ケアが求められてくる。福祉施設において、終末期ケアが進まないのも、終末期に必要な医学的ケアが確保できて

いないことがその理由の一つでしょう。国際的研究組織であるインターライブが開発した緩和ケア用のアセスメントツール「MDS-PC (Minimum Data Set-Palliative Care)」の日本語版を使って調査を行なってみると、在宅では緩和ケア病棟に比べ「痛みのコントロール」や「労作時の息切れ」などに問題があることがわかりました。緩和医療ケアの技術で解決できるのに、それが十分普及していない現れだと思えます（図表1）。

在宅でも、福祉施設でも、居宅でも、緩和医療ケアが「質の高い終末期ケア」のために重要なのです。

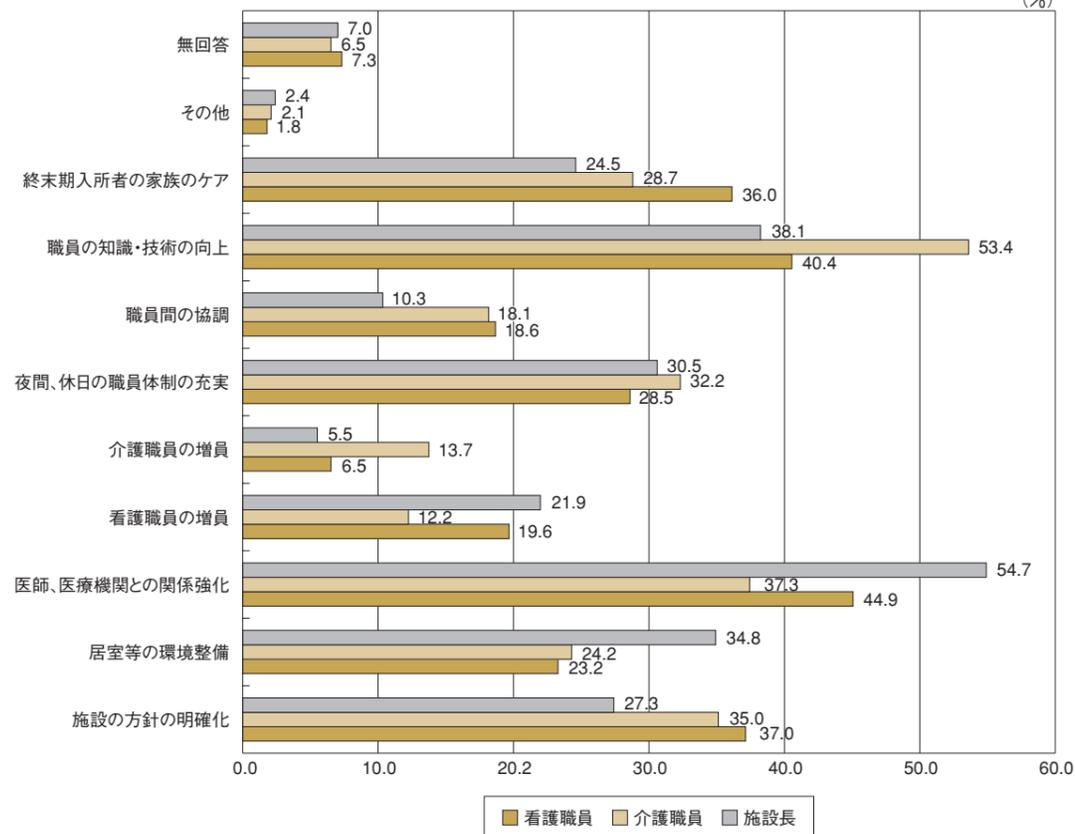
—— そして最後にあげられるのは。

近藤 ● 「以上の3つを結びつけるケアマネジメント」です。

前述のとおり、今後は福祉施設における終末期ケアが求められることは明らかです。①本人・家族の意思を引き出し、②周りの人のサポートを引き出すことに加え、③緩和医学的ケアを提供し、④ケアマネジメントすることが必要です。また、死別後の悲しみに対するグリーフケアも必要でしょう。

そして、そのためのツールやケア手法の開発だけでなく、それらを組み合わせさせたプログラムの構築も重要になっ

■図表3 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの課題 (%)



資料 「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」医療経済研究機構 より作成

■図表1 居所別の身体症状・状態の比較 人(%)

項目	緩和ケア病棟 (n=18)	在宅		
		全病名 (n=37)	ガンに限定 (n=31)	ガン・ADL限定 (n=21)
1. 痛みのコントロール (痛みなし・適切)	17 (94.4)	23 (65.7)	19 (65.5)	13 (65.0)
2. 咳・痰の咯出 (問題なし)	15 (83.3)	16 (46.2)	12 (38.7)	8 (38.1)
3. 労作時の息切れ (問題なし)	14 (77.8)	13 (35.1)	10 (32.3)	6 (28.6)
4. 口腔内乾燥 (問題なし)	17 (94.4)	19 (51.4)	15 (48.4)	12 (57.1)
5. 不穏 (問題なし)	18 (100)	28 (75.7)	22 (71.0)	15 (71.4)
6. 易疲労感 (問題なし)	10 (55.6)	7 (18.9)	5 (16.1)	4 (19.0)

※在宅内のADLは「尿失禁のない者」に限定
資料 杉本浩章・近藤克則ほか「緩和ケア用MDS-PC日本語版の信頼性と有用性」病院管理44：243-250、2007より作成

■図表2 特別養護老人ホーム内における死亡率の高い(低い)施設の特徴 (%)

		特養内死亡率 40%以上群 (n=605)	特養内死亡率 40%未満群 (n=592)
開設年	1978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
緊急時対応	嘱託医に連絡	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	精神的ケアを行なっている	21.8	13.9

資料 「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」医療経済研究機構 より作成

「マネジメント力」を磨くこと。 医者任せ≠良質なケアではないのです



「マネジメント力」を磨くこと

「マネジメント力」を磨くこと。これは、医療・福祉の連携が不可欠ですが、医療・福祉間に壁があるのも事実です。それを乗り越える鍵は、福祉施設の場合「ケアマネジメント」を担うべき福祉施設の側にあると思います。

一方、福祉施設は高齢者がそこで営む生活のすべてに責任を負っているはずですが、高齢者にとっては、「死」も生活の延長線上にあります。だとすれば、入所者の終末期のあり方全体をマネジメントする責任は、施設の側にあるということになります。

ですから、終末期が近づいたときに医師や看護師に「お任せします」ではいけない。医師よりも入所者と長い時間をともにし、生活を見守ってきた立

確認を行なうことである程度クリアできるようですが、そのほかの課題についてはいかがですか。

近藤 ●「介護力やサポート」については、特養ではケア従事者については最低水準（介護職員配置基準3.2床に1人）は示されています。しかし、無資格者が多く、介護福祉士の有資格者に限定した場合、6・5床に1人の体制でしかないのが実情です。

第3の「医学的ケアの提供」では、多くの特養では嘱託医に医療行為を委ねています。嘱託医のなかには、終末期ケアに理解と知識がある医師もいれば、そうでない医師もいます。医療機関と「複合体」になっている福祉施設のほうが、優れた「緩和医学的ケア」を提供できる条件が整っていると思います。

福祉施設における「終末期ケア」を行なうには、医療との連携が重要なことは理解できますが、一方で、医療従事者が意識しなければならない点もあるように思うのですが。

近藤 ●高齢者の場合、医学的な技術で解決できる問題というのは、実は「全体からみればごく一部に過ぎない」という理解が老年医学の世界で広まっています。

場からどのような最期であるべきか、つまり、「何を目標として重視すべきか」を医師と話し合える準備をしておくことが重要なのです。

何か参考になるような好例はありますか。

近藤 ●あるグループホームの実例をあげましょう。そこに入居している嘱託医は、医学的ケアにとっても熱心な医師だったそうです。このグループホームでは、入所時に全員に「どんな死を迎えたいか」といった「事前指定書」を書いてもらっていました。

あるとき、「入院はしたくない」と本人・家族の意思表示があった入所者が終末期になりました。その際、嘱託医は「入院をさせるべきだ」といったそうです。

しかし、職員はその家族とともに「以前、入院したときに拘束されづらい思いをした。二度と入院したくない」という思いを伝えたのです。それを聞いて、最終的には嘱託医もそのグループホームで看取することを受け入れてくれました。

ここで強調したいことは、先にあげた4つの課題が見事にクリアされている点です。第1に本人・家族の意思表

たとえば「転倒」を例にとりますと、従来の内科学などの教科書にはその項目すらありません。つまり、従来の医学では「転倒」は病気ではありませんでした。しかし、「転倒したことがある人」を追跡調査すると「転ばない人よりも死亡率が高い」ことが分かりました。

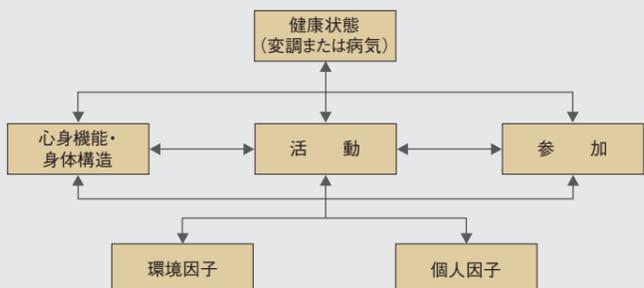
「転倒」を医学的にみれば「筋力が落ちて」「バランスが悪い」など身体機能の問題とみなされがちです。しかし、その原因には、うつや認知症、服薬によるふらつきや、段差の多い環境などもあるのです。

こうしたことから、高齢者の抱える問題を解決するには多面的で総合的な評価が重要だという認識が広がっています。

老年医学の世界でCGA（老年医学的総合評価）と呼ばれているのがそれです。これは、疾患・身体機能低下以外に、認知症やうつなどの精神機能、ADL（日常生活動作）に代表される生活機能、家族関係などの人的環境、バリアフリーか否かといった居住環境などが、大きな影響を与える。だからそれを総合的に評価して、治療計画、ケアプランに組み入れようというものです。

医療・福祉従事者の連携において、WHOの国際生活機能分類（ICF、図表4）を理解することは重要です。このなかで、医療職が詳しいのは主として「健康状態」と「心身機能・身体構造」に関わる部分でしょう。残りの「活動」や「参加」状況、家族・家庭環境などの「環境因子」、個人史・生活歴・価値観といった「個人因子」については医療職が捉えていないことも多いのです。これらの部分は、福祉職のほうが詳しいはずですが、福祉職が果たすべき役割に自信をもって、「活動」や「参加」「環境因子」「個人因子」についての知識や支援技術を高めて欲しいと思います。（談）

■図表4 ICF（国際生活機能分類）の構成要素および相互作用



(WHO, 2001)