

特別養護老人ホームにおける福祉と医療：その協働の変遷と課題

—終末期ケアへの制度的支援体制構築の視点から—

大 西 次 郎

(武庫川女子大学文学部心理・社会福祉学科)

Social Welfare and Health Care at Special Nursing-care Homes for the Elderly : Transition in and Challenges to Collaboration between Them

From the Viewpoint of Establishing Institutional Support Systems for Terminal Care

Jiro Ohnishi

*Department of Psychology and Social Welfare, School of Letters
Mukogawa Women's University, Nishinomiya 663-8558, Japan*

Abstract

Since the introduction of the long-term care insurance system, special nursing-care homes for the elderly (NHs) have preferentially accepted those heavily requiring nursing care, induced by their compensation-oriented policies. Along with the progression of aging, nursing care required by facility users is becoming more marked and the conditions of their complications are growing severer. Now that their returning home is no longer easy, NHs are required to regularly provide individual care for users entering the terminal stage. To improve the quality of terminal care at NHs, on the other hand, the vulnerability of their human resource and financial bases, such as the limited coverage of benefits by long-term care insurance, remains a major obstacle.

NHs must discuss how to upgrade their terminal-care systems on the basis of their strengths not found at medical institutions, i.e., both supporting and improving elderly lives, and how to find financial sources to manage those systems.

This report describes the representative cases of terminal-care support from both social welfare and health care identified through a current situation survey among NHs in Hyogo Prefecture. A strong intention to work to provide terminal care was found mainly in nurses and other care staff even at NHs with limited financial/human resources. The lack of institutional support, however, imposes a great burden on those staff in their practicing of terminal care.

Focusing on the recent transition in systems surrounding NHs, particularly on the management of social welfare facilities under the long-term care insurance system, I considered future collaboration at NHs between social welfare and health care that is balanced in both aspects of care practice and facility management.

1. 問題の所在

特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設；以下特養)の利用は、かつて生活保護受給者であったり、家庭の事情で余儀なくされた場合であったりするなど、福祉施策としての意味合いが少なくなかった。歴史的に旧社会福祉事業法が制定された1951年からの社会福祉サービスは、国の指導通達および補助金行政に基づく地方自治体の専管業務として行われ、国民全体の低い生活水準と劣悪な環境の中で社会福祉対象者を保護・指導することに眼目がおかれていたからである。しかし、2000年の介護保険制度導入後、特養の対象者は「身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な要介護者¹⁾」との規定のもと、日常的なケアを必要とする者に収斂された。加えて2002年8月の介護保険施設運営基準の改正後は報酬額に基づく誘導により、介護度の高い対象者から優先的に入所が進められ、その重症度合いに拍車がかかった。すなわち、2005年10月の時点で特養入所者の60%強が要介護4ないし5の重度者で占められるに至っている²⁾。いきおい在宅復帰は容易でなく、特養への平均入所期間は他の介護保険施設(介護老人保健施設、介護療養型病床)に比べて概ね3~4倍となり、そのまま利用者のほとんどは自宅に戻らずに最期を迎えているのが現状である²⁾。その結果、今や特養は終末期に臨む入所者に対して個別的な対応を求められていると指摘される³⁾。さらに、入所者の平均年齢は86歳を優に超えており、この面からも終末期への対応は否応なく直視せざるを得ない。他方、特養において終末期ケアを充実させるためには、保険給付の範囲が限られることをはじめとして人的・経済的な基盤が脆弱であるという問題⁴⁾は、逐次部分的に法改正が見られるものの、今なお抜本的な解決へは至っていない。

もともと特養は、1963年に制定された老人福祉法により、生活保護法に基づく養老施設の系譜をひく養護老人ホームから分かれて成立した。その際に冠された「特別」とは、「常時介護が必要」な状態であることを指す。すなわち、増加しつつあった“寝たきり”老人に対する収容を目的として、欧米のナースホームに範をとり設立を期したものであった。その名称をめぐって「看護老人ホーム」案が浮上するも、当時から看護師の供給不足が深刻であったわが国において現実的ではないとの理由⁵⁾で、また、“寝たきり”とは病人を意味するのだから病院へ入院させるべきであるとして疑義が呈せられ⁶⁾、病者を対象としない福祉施設として出発したという経緯がある。他方、特養のはたす役割は生活支援が主ではありながらも、既述の事情により入所者の身体ないし精神レベルは実態上少なからず低下を見ており、当然ながらその生命を守るための努力が払われなくてはならない。さらに、重い要介護状態にある利用者は複数の疾病を有することが稀でなく、医療との連携が欠かせないこともまた論を待たない⁵⁾。従って、終末期対応に取り組む特養の増加もあり、適切な医療福祉の提供なしには利用者の希望にそった支援はできない⁷⁾とする指摘もある程度の説得力を持つ。

では、特養における施設内死亡の状況は実際にどのようなものだろうか。宮原⁸⁾はその特徴として、85歳以上の高齢者が多く、老衰死が恒常的であるなど、安らかな自然死の状態が多く見られる反面、24時間以内の突然死、とくに心臓死が多く、肺炎による死亡も少なくないなどの現実を指摘している。さらに、本来適切な処置を行えば病状は回復する状態にも関わらず、終末期と見なして死を迎えることを指す“みなしの末期”の存在も点滴や吸引の未実施が少なくないこと等から推察できるとし、高齢者の終末期はその者が高齢であるがゆえに医療的ケアの面で等閑視されているとの指摘⁹⁾へ論拠を与えている。では、わが国における、高齢者の終末期に対する施設ケアのあり方を、具体的にどのように考えていけば良いのであろうか。

海外に目を転じると、イギリスやドイツなど欧州圏における終末期ケアはかねてより高く評価され、その人材面や制度面における対比で、日本の遅れを指摘する言説は至近¹⁰⁾まで枚挙にいとまがない。ただし、延命よりもそれ以前のケアを優先・選択するという価値観の行きつく先には、高齢者に対し在宅ケア、施設ケアを問わず原則として延命処置を施さないという事実がある。わが国と比べて“寝たきり”老人が少ないとは、ケアの質の高さと、点滴や経鼻栄養を行わないことによる「人生最後の期間の大幅な短縮」¹¹⁾があいまった結果である。かかる「短縮」により、以後その高齢者は存在しなくなり、その者の福祉問題や医

療問題も消滅する。さらに加齢面のみならず、生存そのものは十分可能な脳血管障害という疾病面においても、たとえばイギリスにおいては障害が重度になると予測された際に、医師の判断で治療を中止することが許される¹²⁾という。これも結果的に当地で“寝たきり”が少ない理由となっており、欧州は寝たきりになると生きていけない社会、わが国は寝たきりでも生きていける社会との指摘¹²⁾もある。ひるがえってわが国では、少なくとも現時点において、本人の強い医療拒否など相当の条件が揃わない限り、加齢や疾病を背景に治療を施さないという選択肢は残され難い。見殺しにしたとされ反論できず¹³⁾、当該行為を担保する文化的基盤や法制度もない。日本で最も重度の介護を要する高齢者の多くが欧米では存在せず、換言すれば、欧米に比べて、かかる高齢者が日本には存在する。ここに高齢者問題の根がある¹³⁾。この差異は文化や社会的コンセンサスの相違から説明されることが多いが、おそらくわが国では虚弱な高齢者が生き残ることに意味がある、とする発想が大勢なのではないか。筆者もそのように考えるが、その延長線上に介護問題、さらに特養入所者の高齢化・重度化があり、終末期対応が懸念されるとなれば「文化の差」で思考停止してはならない。高齢者の介護や終末期においてはケア先進諸国の理念を移入するのではなく、各自が考え、その集積の上に合意を形成していく努力が欠かせない。

かつて死は医療のもの、という認識が存在した可能性は否定できない。特養の医療資源、中でも医師の配置を充実させるべきであるとの指摘^{2,8,14)}は今も少なくない。しかし、医療面の強化がすなわち問題の解決であるとの即断は表面的である。特養に常勤医師の配置を求める意見に対峙し、地域医療機関のバックアップ体制が整っている場合は、介護職員と看護職員とのチームワークにより対応が可能であるとの指摘⁵⁾は傾聴に値する。少なくとも高齢者の終末期ケアにおいて、近年国民の間にも医療面に偏って捉えるのではなく、良質な介護や情緒的配慮まで含めた理解が必要であるとの認識が広がってきている¹⁵⁾。生活を支え、向上させるという福祉施設の利点を生かしつつ、特養の終末期ケア体制の充実を図る手法を、それらをどのように手当てするかという施設運営上の課題を含めて吟味しなくてはならない。

かかる状況の中で、特養入所者の終末期における支援体制の構築をどのようにすすめていけば良いか明らかにするため、終末期における医療福祉的ケアに関して、兵庫県下の特養が直面する現況の調査を企画した。まず、兵庫県下の全特養を対象として看取りの場所、具体的な処置内容、当該意思の決定主体等に関する確認を行い、介護職員を中心に相当程度身体および精神両面へ負荷がかかり、経営上も課題となりかねない終末期ケアが、その崇高な理念は認めた上で、はたして実践として広く受け入れられているのか解明することを期した。さらに、より具体的な施行状況を捉えるべく特養の従業者から聞き取りを行い、職員が達成感を得た、あるいは不全感を抱いた双方の事例を検討した。これらを起点として近年の特養を取り巻く制度的変遷、中でも施設経営面の視点に注目して、今後の特養の方向性、とくに福祉と医療における、実践上も運営上も釣り合いの取れた協働関係のあり方につき考察を加えた。

2. 対象および方法

調査は筆者の居住する兵庫県にて実施した。しかる後に文献的考察を加えた。まず、概括的な傾向を把握する目的で、県下全ての特養 222 施設(厚生労働省大臣官房統計情報部・編「社会福祉施設等名簿(第1巻)」2004年4月刊[指定都市として別掲の神戸市および姫路市を含む]による)へ質問紙を郵送する形式で、以下の自記式調査を2005年8月から一斉に実施した。すなわち、各特養の施設長あてに調査の趣旨を記載した文書と無記名・自記式の質問紙を郵送し、添付した封筒を用いて回答を返送するように依頼した。調査項目は基本6設問(恒常的に入所者に提供している医療福祉的ケアは、その判断主体は、勤務先で回答者自身が終末期を迎えたいか、対応に積極的な他の特養ならどうか、特養以外ではどうか、終末期に関する決定を自ら行えないなら誰に代行してほしいか)と、「入所者の終末期を原則的に看取る」とした施設を対象に追加8設問(終末期を看取る場所の決定は誰が行うか、事前に終末期の対応につき本人/家族へ意向を確認するか、その内容は、終末期とする根拠は、その判断主体は、終末期に特有な実施行為は、そのための負担は、故人を偲ぶ催しをひらくか)が主なものである。謝礼の授受を含めた通信の全てに匿名性を保障するなど、回答の返送が終末期への対応に積極的な施設へ偏ることがないように配慮した。結果

の集計では、平均値の差の検定について unpaired t test, 比率の差の検定について χ^2 test を用いた。

次に、特養における終末期ケアの実態をより具体的に抽出するため、事例の収集を行った。対象施設は1966年に創設された兵庫県神戸市の特養A(仮称)であり、当該施設では2005年度より入所者に対する終末期の看取りへ取り組み、試行期を経て2006年度には5事例へ施設内での看取りを実践している。なお、特養Aの入所定員は100名(認知症棟34名を含む)、職員は医師1(兼務[常勤]1)、生活相談員(社会福祉士)2(専務[常勤]1および兼務[常勤]1)、介護職員(介護福祉士)46(専従[常勤]32、専従[非常勤]12および兼務[常勤]2)、看護職員4(専従[常勤]3および兼務[常勤]1)、栄養士1(専従[常勤]1)、機能訓練指導員2(専従[常勤]1および兼務[常勤]1)、介護支援専門員2(専従[常勤]1および兼務[常勤]1)であり、合わせて空床利用型として短期入所生活介護事業所(ショートステイ)の指定を受けている。これらは、神戸市における100床規模の特養として異質ではない運営形態である。

聞き取りは特養Aの従業者であり、かつ利用者と日常的に接し、終末期ケアを担う上での問題点を最も把握していると考えられる専従[常勤]看護職員3名より筆者が行い、随時介護職員から補足を得た。具体的には前記5事例のうち典型的であると看護職員が判断した2事例の臨床経過を聴取するとともに、事例を振り返って得た課題等につき自由に口述したものを筆者が取りまとめた。これらは2007年3月に実施した。

3. 質問紙調査の結果

発送以降60日後までの回答返送分を集計対象とした。有効回収数は156(回収率70.3%)であった。「入所者の終末期を原則的に施設内で看取る」は101施設(以下みとる群)、「看取らない」は55施設(以下みとらぬ群)であった。

共通設問では、みとる群で有意に末梢静脈からの点滴($p=0.013$)と酸素吸入($p=0.005$)が高頻度に施行されていた。行為の判断主体は両群間で差がなく、ともに上位から看護職員、医師、介護職員の順であった。勤務先での終末期については、みとる群(迎えたい)/みとらぬ群(迎えたくない)で有意差($p=0.043$)があり、他の積極的な特養における自身の終末期へも、みとる群で肯定的な傾向($p=0.053$)にあった。みとらぬ群では終末期の対応をホスピスへ有意($p=0.010$)に希望していた。終末期の意思決定代行者には差がなく、ともに上位から配偶者、子供、医師であった。みとらぬ群において43施設(78.2%)が「今後終末期医療に取り組んでいきたい」としていた。

みとる群への設問では、看取りの場所決定(重複回答可、以下同じ)は家族(95施設:94.0%)と本人(51施設:50.4%)が行っていた。本人の割合が家族より下がる要因として、認知症のため確認が取り難いことが多くあげられた。終末期対応の事前確認は家族(96施設:95.0%)と本人(42施設:41.6%)に向けて実施され、その内容はいずれも経管栄養と医療機関への転送が1,2位を占めた。終末期と判断する根拠は経口摂取量低下(76.2%)、意識混濁(75.2%)、血圧低下(64.3%)、呼吸不全(58.4%)、尿量減少(54.4%)が主なものであり、その判断は医師(92.0%)、看護職員(67.3%)、介護職員(35.6%)が担っていた。終末期に特有な行為は酸素吸入(69.5%)、気道吸引(54.8%)、末梢静脈からの点滴(43.5%)が主なものであった。これらは看護職員(87.8%)、医師(67.0%)、介護職員(45.1%)が行っていた。「何もしない」が23.2%あった。前述の行為のため56.4%の施設で負担を感じ、その対象には看護職員の負担(86.7%)、介護職員の負担(83.0%)、個室の用意(62.2%)、医師の負担(50.9%)、器具・設備の用意(22.6%)があげられた。故人を偲ぶ催しは32.4%の施設でひらかれていたが、その際の心情として「最後まで看取ることができて満足感がある」と「本当にこれで良かったのか心残りである」の双方があげられた。

4. 事例検討

事例1：関わりが希薄であった娘が終末期に頻回に面会に訪れ、母との関係性を捉え直してその死を納得しつつ受け入れた例

死亡時90歳、女性。疾患背景：アルツハイマー型認知症。

X-4年よりアルツハイマー型認知症を発症した。夫が発症前に他界しておりひとり暮らしで、娘がいるものの長年別居しており交流は乏しかった。

X年11月に施設へ入所した。歩行は杖を使用し見守りが必要、入浴には介助を要した。職員との簡単な意思疎通は可能であり、「おいしい」「気分が悪い」等の短い言葉は時折発せられたが、それらも徐々に少なくなっていた。

X+6年6月頃よりバイタルサインの大きな変動はないものの、食事量の減少が見られた。更衣、整容等にも見守りや促しを要し、排泄は間に合わず失敗することもあった。娘は1~2ヶ月に1度面会に来たが、本人の状態には無関心であり、職員より元気がない様子を聞いても「おまかせします」とのことであった。ほとんど母との間に交流を持つという意向は感じられなかった。そこで、看護職員より週に1度電話で状態の報告を行うこととした。本人への終末期に際する意思の確認は、認知症の進行のため困難であった。

X+6年9月頃より、むせはないものの、促しても食事を摂取しなくなった。水分の摂取は可能であった。医師より娘に対し、今後の選択肢について病院への入院、人工栄養の適応なども含めて面談がなされた。2週間後に「高齢であり、施設だと自分の意思で動けるのに、入院して寝たきりの生活になることは本人にとって苦痛であると思うため、入院や経管栄養・胃瘻造設は希望しない」と施設での看取りを希望された。積極的な薬物使用や蘇生処置も望まれなかったが、末梢からの点滴については脱水が強い際に施行してほしいとのことであった。

X+6年10月下旬頃よりベッドで臥床していることが多くなった。少しずつジュースなどを飲むが、量は減っていった。入浴は完全介助、更衣も強い促しをしないと行わなくなった。体力がなくトイレに座ることが難しくなり、おむつを使用した。娘より言葉がけを行っても、意味のある交流は成立していないように見受けられた。しかしこの頃より、娘は頻繁に面会に訪れるようになり「来ても何もできない」「どうしてあげたら良いのか分からない」などと話したが、その度に「顔を見るだけでもお母さんは嬉しいし、そばに居るだけで十分なのですよ」と職員より伝えていった。娘から自分が思春期より母と不仲であったこと、父が死去してから母に対して肯定的な感情を持ち得なかったことが語られた。また、医師より話を聞き、今後について考えたことを通じて心が整理され、母を受け入れていこうと思ったと述べた。

X+6年12月上旬には傾眠がちとなり、娘は面会時に果物やジュースなどを携えたが、本人はそれらをほとんど摂取しなかった。「もう何も持って来ていない。ただそばに居るだけです」と語った。1日500mlの補液のみを施行した。衰弱がすすむにつれ、娘は頻繁に面会へ訪れるようになった。職員もベッドサイドへ行く時間を多く取った。本人は娘や職員の語りかけにもほとんど反応せず、終日を臥床してすごしていた。

X+6年12月下旬より血圧が低下しがちとなり、年末の夜半、血圧測定不能となった。医師により死亡確認が行われ、すぐに娘も駆けつけた。死後の処置のあと、「きれいな顔をしている」「ここで看取れて良かった」と語られた。

本ケースでは、入所時に当人に対する終末期の意向確認が行われないうまま徐々に認知症が進行し、意思決定が困難となったため、娘の意向に従って終末期の処置を決定せざるを得なかった。しかし、娘は疎遠で本人の考えを推測し得なかったこともあり、はじめは無関心であった。しかし、徐々に衰弱していく母を見る中で自分がどのように関わっていったら良いかを職員に問いかけるようになり、本人と意味のある交流が外観上成立しなくなってから、むしろ頻回に面会に訪れるようになった。職員の側も、当初は娘の態度に対して陰性の感情が生じることを否定できなかったが、最終的には、終末期ケアを行う上での職員と家族との連携は当初から成り立つものではなく、努力して作り上げていくものであるとの認識が得られた。

事例2：終末期に家族の気持ちが揺れ、それを安定させる援助が結果的にできず、また本人の経口摂取の希望を続行することにも職員間で不安が払拭されなかった例
死亡時88歳、男性。疾患背景：多発性脳梗塞(左不全片麻痺、構音・嚥下障害)。

Y-3年に脳梗塞、左片麻痺を発症した。入院加療により屋内で手すりを用いた歩行が見守り下に可能となるも、外出は車椅子を使用した。更衣、排泄に軽介助を要し、入浴は介護保険サービスを利用して行っていた。構音・嚥下障害が残存して発語は少なく不明瞭であり、経口摂取はむせやすく、食物形態の工夫が必要であった。2人の息子がおり、自営業をいとなむ長男夫婦と同居していたが、本人の介護度が徐々に重くなる中で在宅生活が限界となり、Y年8月に施設へ入所した。

Y年8月の入所当時、本人は経口摂取を継続する希望を持ち、長男夫婦も「食べ物をできる限り口より摂る」という目標に同意し、一度の食事を数回に分けて本人の状態を見ながら無理せずに促すことで比較的安定した状態を保っていた。臥床していると「起きたい」との言葉がよく聞かれ、車椅子上で過ごすことが多かった。ただし疲労しやすかった。

Y+4年6月頃から食事量と体重の減少が見られた。本人はむせても経口摂取を望み、職員から体調が悪くなった際の希望を尋ねられると「ずっとここにいたい。しんどいことはしてほしくない」と数度に分けて語った。ただし、経管栄養や点滴等の具体的な処置に対する問いには返答されなかった。医師を交え、長男夫婦および職員も加わって話し合いを持ち、「高齢であり入院することは本人も希望せず、また胃瘻造設あるいは経管栄養や中心静脈栄養、末梢からの点滴も実施しない」という方針となった。本人のかねての意向である「食物をできるだけ口より摂取する」という目標に対し、食事の形態を変更したり好物のフルーツ、ゼリー、アイスクリームなどを提供したりしていた。しかし、Y+4年8月頃からむせの増悪はないものの、本人より「もう寝る」との表現や手で払いのけるような仕草が見られ、他に意思を表示することが少なくなった。その度に職員は「もうちょっとだけ、あと一口、がんばろう」「寝ても良いけど食事の時間になったら起きてね」などと応じたものの、「負担をかけているのではないか」「誤嚥のリスクもあるのでは」との迷いの意見もあった。

Y+4年9月頃、面会に来た次男より「点滴をしても良いのではないか」という発言があり、皮膚もやや乾燥傾向にあった。長男は「迷っているがとりあえず次男の言う通りにしてほしい」とのことであった。そこで末梢静脈から1日500～1000mlの補液を行ったところ、1週間ほどやや元気を取り戻したが、徐々に浮腫と呼吸困難が現れ、喘鳴が見られるとともに経口摂取をしなくなった。同月末に長男、次男を交えて話し合いの場を持ったが結論を得られず、このため1～2日に500ml程度の最低限の補液を継続した。浮腫はやや軽減したものの、呼吸困難に著しい改善を見ず、同意を得て酸素を投与したが大きな変化はなかった。家族の中にも動揺があり、病院に転院した方が良いのではないかと、との声が長男の嫁より聞かれた。その同日のY+4年10月夜半に、強い喘鳴を呈した。長男は挿管や蘇生処置、あるいは医療機関への搬送は希望されず、翌朝苦しそうな表情のまま呼吸が停止し永眠された。親族の間に気まずさがたぐい、皆ほとんど無言のままであった。

職員の間にも、死後のデス・カンファレンスにおいて「(明らかな誤嚥の症候があったわけではなく)本人の意向が強かった経口摂取をもう少し積極的にすすめれば、このような経過は避けられたのではないか」という発言や「その意向は当初のものであり、衰弱した状態では負担が大きくなり止むを得なかった」等の意見が表明された。状態が変化した際に、本人の意向が十分には把握し得ない中で、初期に確認された意思に沿って動いて可とするのかという疑問が出された。しかしいづれにせよ、「しんどいことはしてほしくない」という本人の言葉にも関わらず、最後はまさに「しんどい」様子に見受けられ、職員は共通して強いストレスへさらされた。また、医師や看護職員が点滴を行うメリットやデメリットを長男、次男に時間をかけて説明したが、結果的に親族間の合意を形成することができなかったという回顧もあった。

5. 質問紙調査から見た考案

今回の調査では、兵庫県下の特養において回答施設の64.7%が「入所者の終末期を原則的に施設内で看取る」としていた。これを過去のわが国の特養における同種の試みと対比すると、1996年報告の広井ら¹⁶⁾による「死亡直前期を含め、極力最期まで施設内でケアしている」(32.2%)と「意識的に対応しているが死亡直前は病院に移す」(22.4%)を加えた54.6%より高く、2001年報告の塚原ら¹⁷⁾による「終末期ケアを積

極的に実施」(11.6%)と「入所者あるいは家族の希望があれば実施」(68.8%)を加えた80.4%より低い。これらの数字については既に指摘される¹⁷⁾ように、調査へ協力した特養が、終末期ケアに志向性のある施設へ集中する可能性を考慮しなくてはならない。終末期ケアに関する、対特養あての質問紙調査における回収率を概観すると、37.5%¹⁷⁾、33.0%⁸⁾、44.9%¹⁸⁾等であり、回答施設の偏りという事情がある程度想定される。特養における終末期の対応については施設間にさまざまなバリエーションの存在が予想され、一定の回収数を得なくては施設がおかれている現状を俯瞰することも、課題を明らかにすることも容易ではない。また、終末期ケアに取り組む特養がその点だけで先進的な施設であるとする、性急な考え方に傾くことも避ける必要がある。今回の調査ではこの問題点を少しでも克服すべく、回答における匿名性の保障に留意しつつ質問紙の授受に配慮し、また本調査の意図を明確に伝達することに努め、70.3%という有効回収率を得た。この結果に加え、本研究における終末期ケアの実施率が前述の従来諸報告のおおよそ中間に位置することからも、兵庫県という一地域に限ってはあるが本研究は特養における終末期ケアの、ある程度偽りのない現況を反映しているのではないだろうか。

さて、介護保険制度の施行や医療法の複数回にわたる改正により、高齢者施設と医療機関の役割分担が次第に明確となり、特養は終末を迎える場として認識される傾向にある¹⁹⁾。実際、2003年に一般国民、医師、看護職員、介護職員の計13,794人に対して行われた意識調査では、自らが高齢となり、かつ治る見込みのない疾患に侵された場合に終末期を過ごす場所として、一般国民は25%が老人ホームをあげ、これは自宅の23%を上回っていた(最多は病院の38%)²⁰⁾。また、社会的な認識の上でも、今まで医療機関あるいは医師に属していた高齢者の終末期に関する主導性が、利用者側へ移行したとされる¹⁹⁾。特養入所者の家族に対して行われた意識調査でも、8割近くが施設を入所者の終末の場として認識していると報告されている¹⁹⁾。

本調査においてみとる群への設問では、看取りの場所決定(重複回答可、以下同じ)を家族(94.0%)と本人(50.4%)が行っていた。本人の割合が下がる要因としては、認知症のため確認を取り難いことが多くあげられた。本人・家族の意向を積極的に反映しようとする傾向は、近年の「入居者の尊厳を重視したケア」の流れを汲むものと言える。終末期対応の事前確認は家族(94.0%)と本人(41.5%)に向けて実施され、その内容はいずれも経管栄養と医療機関への転送が1,2位を占めた。終末期ケアは病気を治す医療ではなく、単なる延命治療でもなく、痛みや不快な症状を和らげて死に至るまでの生の過程における質を高めようとするアプローチである。そのような生命の質が、自分らしく生きる姿勢とともに、自分らしく死ぬ指標として語られる場合もある。行きすぎた蘇生処置への拒否が分かりやすい例だろう。施設における終末期については、医療機関への転送希望の有無が、これに関する意思を事実上反映するものと思われる。本人が事前にリビング・ウィルと称して、さらに細かく処置・対応につき意向を伝達するという手続きもある²¹⁾。このリビング・ウィル、すなわち自らに関することは本人自身で決めるという自己決定の考え方は、現在徐々にわが国の国民の間に受け入れられつつある^{20,22)}。しかし高齢者の、しかも終末期においては、この自己決定を阻むいくつかの要因がある。自ら「決める」「選択する」とは言っても、高齢者は本音を語らなかつたり、また意見を述べたとしても不安定あるいは流動的であつたりし、いかに高齢者の自己決定を実現するかは容易ではないことが指摘されている。しかし、職員や家族が本人の意向を重視せずに終末期の対応を決める、というやり方は少なくとも曲がり角を迎えている²²⁾。とくに長く施設に入所する高齢者においては、近隣に身内の者が必ずしも居住せず、急な終末期では家族の希望を聞く余裕が十分ではないため、事前の本人の意思確認が求められる¹⁹⁾。しかしここで留意すべきこととして、施設入所者に終末期ケアを提供する上で、それは病院における患者に対するものとは異なるという点があげられる。従来の指摘で共通することは、肝心の自己決定の確認が前述のように複雑であるという面と、発病後、回復せず早期に死が迫ってくるという面である。これは、がん患者に対する終末期ケアとの大きな相違点としても認識されている²³⁾。今後は利用者本人の意思を確認できる間に、本人の将来に関してどのようにしてほしいか、という意向を積極的に聞く必要がある。がん患者の終末期と異なり、高齢者の終末期の生命予後はがん患者よりさらに判定困難である²⁴⁾という事情も、このことの重要さを際立たせる。

現在の特養入所者においては、少ないながらリビング・ウィルに署名している人もいる一方、大多数は

本人が終末期に対する意思表示をあらかじめ届けてはいないと思われる。これもがん患者に対する終末期ケアとの相違点であろう。終末期の延命治療に関して当事者の意思表示が得られておらず、かつ当該時点において新たに得ることも困難な場合、その実施の是非にあたっては家族との接触が不可欠となる³⁾。加えて、要介護高齢者の健康状態が急速に悪化する時には家族の側に意見の動揺が少なくないので、情報提供を複数回繰り返す必要性があることについても指摘されている²³⁾。頻繁に面会に来る人や、本人に近い親類縁者、すなわち心から利用者のことを考えている者ほど、終末期の決断に迷いや、かなわぬ希望が残るとの指摘もある¹⁹⁾。さらに、延命治療の内容について施設側と入所者・家族との間に認識の隔たりがあることが多く、平時にイメージする延命治療については建前論になりがちであることから、面談は入所時や入所後にも随時その機会を設け、きめ細かく病状と予後に関する説明を繰り返す必要があるとも言及されている³⁾。ただし、先行研究において患者本人の意向と代理人(家族)の希望との一致率は必ずしも高くはないという知見も得られている^{25,26)}。つまり、利用者の生死に関わる重大な決定を、単に家族への判断の委任という形で処理することで足りるかについては、その現実的な対応策も含めて今後の検討が欠かせない。このことは家族への意向確認を行うことができない単身の入所者が、任意後見制度の利用もないまま、事実上意思決定が不可能になっているというケースが多く施設より報告されているという事実¹⁸⁾からも知り得る。

さて、終末期であるとの判断を下すことは必ずしも容易ではない。しばしば聞かれる“みなしの末期”という言葉がある。これは、本来適切な医療を施せば健康状態が回復し、再び元気になれるにも関わらず、終末期と見なして死を迎えさせることを指す。治り得る状態であるか、それが期待できないかを誰がどのように判断して指針を示すのかについては、全ての事例に対応可能な模範解答があるわけではない。既述の終末期における延命治療についても、自分自身が植物状態になったことを想定して、同行為に対する希望の有無を調査した報告²⁷⁾がある。これによると、全世代で平均して90%以上の回答者が延命治療を希望しなかったが、詳しく年齢別に見ると、40歳代を最低として高齢になるに従い延命治療希望者が増加すると言う。少なくとも高齢者は、長く生きたが故に早く死にたいとは必ずしも思っていない。このことは常に銘記すべきことである。ひるがえって、今回の調査において終末期であるとの最終的な判断は、医師、看護職員という医療専門職へ委ねられる傾向が強かった。このことは今まで述べた観点から、終末期ケアに対する消極さの現れという判断に至らないことは明白である。それどころか、いったん施設内での看取りという方針が定まれば、介護職員は比較的医療要素の濃い処置・行為の実施に対して、必ずしも消極的ではないことが明らかとなった。個々の入所者の終末期がいかにあるべきかについては、多くの職種に携わる者の多様な意見を集約するとともに、決定した方針については職員全体が理解し実行するという考え方が重要である。

もとより終末期ケアとは、人生の終焉に際して供与される医療、看護、福祉、介護を含めたサービスの全てを包括するものであり、医療はその一部にすぎない。かつて介護・福祉職に見られる意識として、終末期は医療職が携わるものと思っている、医療的ケアを要する人を抱え込むことに躊躇すると指摘された²⁸⁾が、本研究において、みとる群では末梢静脈からの点滴や酸素吸入の他、経管栄養、胃瘻の管理など比較的医療要素が少なくないものをも実施している。過去の報告¹⁴⁾を参照しても、介護職員が担っている医療行為として最も多いものは血圧測定であるが、痰の吸引や気道吸引も8割の施設で実施されており、特養において、本来医療行為を成し得ない介護職員がその行為の一翼を担っている現状が分かる。もちろん看護職員が行う医療行為について、将来的には介護福祉士の業務へ拡大する方向性は否定しないにせよ、実際には介護福祉士教育の内容に終末期に関する、あるいはその他の医療行為に際する専門的な知識・技能教育が現状では十分行われていないため、かかる教育・訓練の担保なしに医療行為のなし崩し的な拡大実施を黙認することは危険である¹⁴⁾。その意味では、気管切開、中心静脈栄養等の処置は、特養内で行われる頻度が相対的に低かったことはむしろ健全な傾向とも受け取れる。これは従来の報告¹⁸⁾でも指摘されている点である。経管栄養および胃瘻と、中心静脈栄養については、経口摂取が不能または不十分であるケースの栄養補給という同じ観点にも関わらず、その実施に差異がある。この要因は、ケアそのものの難易に影響されていると考えられている¹⁸⁾。すなわち、短期間であっても比較的医療要素の濃いケアを施行

し得る支援体勢の有無が、看取る／看取らないを区分する現実的な分水嶺となっている。このことから、医療的な処置を可能とする基盤の整備が、特養などの施設内でもおろそかにできない¹⁷⁾。もちろん、これらの全てを現実的にそのまま特養内で担うことは限界があり、近隣医療機関との有機的連携が欠かせない^{7, 29, 30)}。なお、高齢者に対する処置については、たとえば摂食・嚥下障害のある認知症者への経管栄養を取り上げると、これを行っても延命効果が認められないとする指摘は複数なされている^{31, 32)}。さらに、そのような患者に対して、家族の多くは経管栄養や病院での治療を希望しないという指摘³³⁾もある。入所者の自己決定を常に促し、慮り、最大限に尊重するという基本姿勢を堅持しつつも、施設利用者に対する終末期ケアの判断には個々に多様な処遇が求められるのである。

上述の側面から、終末期を特養や在宅で迎えるために、医療サービスによるバックアップが重要であるとの指摘は一定の論拠がある。ただし、施設職員がそれに拘泥するあまり入所者の最期を転院に頼らざるを得なくなるということも想定される。家族の側としても施設で最期を迎えるより、できるだけのことをしたという意味で終末期に病院へ搬送することを望むケースは少なくない。しかし、実際に病院へ入院しても、家族は人工呼吸器装着等の積極的な延命治療は希望していないという指摘もある²⁴⁾。この面から、要介護高齢者の終末期において医療のはたす役割はむしろ限られており、病院へ入院せずに特養で最期を看取ることが重要であるとする考え方もある³⁾。長岡²⁸⁾による「介護施設というのは暮らしの場だと言いながら、医療の影をひきずっている。暮らしから入るのであれば、病院よりも上手に死を看取らなくてはいけない。病院の薄まったみたいなものを作ったため、医療がないことを武器にしなければいけないのに、医療がないから看取れないというのはおかしい。医療がないから看取ることができるのだ」との言葉は傾聴に値する。

本調査で、みとらぬ群では特養よりもホスピスに終末期の対応を求めており、今後の非在宅かつ終末期という局面において、ホスピス対象疾患の拡大が一つの論点を形成する可能性がある。わが国でホスピスは法令上緩和ケア病棟と称され、177施設、3,399病床が施設承認を受けている(2007年10月1日現在)。しかし、同病棟で人生の最期を迎える患者は増えつつあるとはいえ、がんの施設内死亡のうち約3%を数えるにすぎない。よく知られたことであるが、緩和ケア病棟入院料の算定対象はがんと後天性免疫不全症候群(AIDS)である。この経済的誘導により、わが国では緩和ケアの対象は両者の末期状態のみと考えられている³⁴⁾。しかも、AIDSは治療薬の開発や進歩がめざましいなか、現時点でわが国の緩和ケア病棟において、AIDS患者へケアを提供する機会は少ない。緩和ケアは治癒を目指した治療が困難になった病気を持つ、あるいはそのような状態にある者に対する積極的な全人ケアであり、これは疾患によらず、かかる状況下のあらゆる当事者に必要なケアであることは疑いようがない。近年、イギリスでは心疾患、慢性閉塞性肺疾患、認知症、脳血管障害なども緩和ケアの対象とすることが検討され、実践されている。アメリカでは、在宅ホスピスの対象として、がん以外に慢性心不全、慢性腎不全、慢性閉塞性肺疾患などがすでにあがっている³⁴⁾。わが国においても高齢者、とりわけ認知症を有する高齢者に関わる者は、終末期までを考慮した継続的なケアを意識する必要性のあることが指摘されている³⁵⁾。

また本研究では、みとらぬ群において43施設(78.2%)が「今後終末期医療に取り組んでいきたい」としていた。特養という必ずしも人的・物的に余裕のない環境下において、多くの負担にあえぎつつも兵庫県下の広範な施設で終末期ケアが現実に提供され、またこれから行われようとしている。入所者が特養で終末期を迎えることは、対応の継続性とその完結という面から施設の介護スタッフの資質向上に有用である³⁾、あるいは終末期ケアにより職員そのものが成長し、日常のケアに重みや深みがでてくる²⁸⁾等の指摘に代表されるように、今後も特養における終末期ケアへの取り組みは広がるものと推察する。ここまで、介護職員の終末期への関心と懸命なる努力の実態が明らかとなったが、それら現場の士気に過度に依存することなく、終末期への対処を広く可能とせしめる制度的な裏づけ整備が急務である。一方、施設において終末期ケアを提供する上で、職員の心に負担をかけるものとして人の死を看取ること自体への恐怖と、本人とその家族に満足してもらいたいと願いながらも「失敗は許されない」という緊張があげられている²³⁾。この自覚は、本調査において故人を偲ぶ催しが32.4%の施設でひらかれていたことに関し、職員の心情として「最後まで看取ることができて満足感がある」と「本当にこれで良かったのか心残りである」の双

方が語られたことに反映されていると考える。背景に、ケア自体が十分提供され得なかったという例も想像されなくはないが、終末期ケアに対するいくばくかの両価的な感情が存在することもうかがわれる。入所者の重度化とともに在所の長期化がすすむ昨今では、利用者の死を実際に看取ると、亡くなった人とは多くの場合数年間の生活史をともにした関係から、深い喪失感を抱くといった心理的な負担が避けられない。その意味で、介護職員に対するメンタルケアの必要性は無視できない。それにも関わらず、介護職員への死生観を含めた精神的・教育的サポートは不十分であり、今後の大きな課題となっている¹⁵⁾。このように、終末期ケアを提供する施設においても、そこへ携わる職員には成長・充実感あるいは資質向上といった陽性の感情にとどまらない、複雑な心境が伴うことには常々留意しておく必要がある。

6. 事例検討から見た考案

高齢者の終末期においては、日常生活動作(ADL)能力低下、摂食・嚥下障害あるいは認知症など、老人に特有の問題を伴うため、がんを中心とした成年層の終末期ケアとは異なる対応が必要とされることが多い。しかし、少なくともとはいえ、かかる高齢者のケアを終末期ケア全般に準じて扱う場面も一部になしとしない。とくに特養での看取りは、がんを中心にこれまで取り組まれてきた終末期ケアとは基本的に異なるものであることが指摘³⁶⁾されている。高齢者の終末期に際して用いられる概念である end-of-life は、1997 年以降に米国で提唱されたものだが、わが国における定義や標準化されたケアのあり方はなお研究の途上にある。加えて、本邦では日本老年医学会による立場表明³⁷⁾において、高齢者の終末期に多様な病態や個人差があることを考慮して、これらを状態別に定義することや、余命を予測することは困難であると指摘されている。筆者もこの表明に異存はない。そこで、まず川合³⁸⁾による「高齢者の終末期ケアの特殊性」をもとに、筆者が相当程度改変した高齢者の終末期に見られる特性を呈示することから章を起す。

- (1) 全ての人が遭遇せざるを得ない普遍的なもの。すなわち終末期は人生の最晩年と一致し、比較的受け入れることのできる死(これに対し、成年死は相対的に数少ない選別的なもので、人生の活動期・成熟期に不意に訪れる不条理であって、受容が困難である)。従って、死の告知、受容へのサポート、残された者への精神的ケア等は成年死の中心課題であるが、高齢者の終末期にあっては必ずしもそうではない。
- (2) 成年に対する終末期ケアは医療的介入の限界を契機にしているが、高齢者の終末期ケアではそのような事情はない。むしろ前節で述べた“みなしの末期”のように、身体医療における提供体制の整備のあり方が大きな課題となる。この反面、成年の終末期ケアにおける大きなテーマである疼痛の緩和などは、高齢者の終末期にあっては中心の課題ではない。
- (3) 高齢者の終末期においては、特徴的な摂食・嚥下障害を伴うことが多い。その原因はさまざまであるが、粘り強い専門的な対応が必要である。場合によっては死につながることも少なくない一方、対応が奏功して健康状態が再び安定することさえある。
- (4) 高齢者に特有な状態として認知症があり、自己決定の困難さをはじめ、成年死の場合にはあまり認識されない意思表示の問題へ着目する必要がある。

さて、(1)に関してであるが、本稿でもとくに事例 2 にて、死後のデス・カンファレンスにおける職員側のストレスフルな体験の振り返りが特徴的である一方、本人は実際にその時いかなる状況下にあったのだろうか。むろん拡大解釈して全例にあてはめることは不適切だが、たとえば呼吸であると多くの場合、努力様の呻吟から下顎呼吸を経て停止に至る息遣いの変化は、死に臨む際には自然な経過であり、また喘鳴を伴う苦しそうな状態も、意識レベルの低下している場合や症状コントロールとしての鎮静が行われている時は、本人が苦痛を感じていることはほとんどないという³⁹⁾。このことと関連して、末期の脱水状態と飢餓状態は自然のオピオイド効果があるとも言われており⁴⁰⁾、自宅で死を迎える者は長期に渡ってかかる不快のない脱水状態におかれることがある反面、医療行為を施されて輸液を受けることでかえって腹水や末梢の浮腫などの、不快さにつながる体液過多徴候を示すと指摘されている⁴¹⁾。しかし現実には、わ

が国で脱水状態を前にして治療の差し控えを積極的に許す法的な根拠はなく、加えて生命の維持に重点がおかれた場合、それに伴う苦痛へは十分な配慮がなされているとは必ずしも言えない。特養の介護職員は、自らの場合を想起するとその多くが自然死に近い状態で死を迎えたいとする一方、高齢者には延命処置を望む人が約2割を占め⁴²⁾、自己の死生観とのずれに葛藤や疑問を抱く可能性がある。今後はさらに介護職員に対して、高齢者の生理・死・看取りケアなどの学習の場や対応のシステムを整えていくことが肝要である。本事例に限らず、死後のデス・カンファレンス、あるいは家族を迎えた“お別れの会”等の開催は、家族等の当事者にもまして施設の、とくに介護職員に対する振り返りの場としてむしろ機能しているのではないかと筆者は考えている。

(2)については、高齢者の終末期において耐え難いほどの身体的苦痛を訴えられることが少ないことは一般論としても認識されている。この点が高齢者が、たとえがん末期と重なる場合でさえ非高齢者とは異なる。高齢者のがん末期の典型像は、食欲不振とそれによって加速される衰弱である。すなわち、老化のすすんだ高齢者では、がんによって老衰が促されたと考えると理解しやすいと言う¹³⁾。既述の2事例においても疼痛に関する問題が主題にはあがっておらず、また特養Aにおける5事例の全てで、看護職員への聴取からこの状況は共通していた。

(3)については、両事例とともに経口摂取の低下が見られている。摂食量の減少に対して医療の手が加えられなければ、それは死を意味するが、治療が施された場合は老衰のみが死因となることは非常に少なく、死に至る場合に疾患の増悪が関与する。このことは(2)とも関連するが、高齢者の終末期において医療的要素が成年層の場合よりも重視される所以である。もちろん摂食低下そのものを老化の末期と見ることもあるが、高齢者における経口摂取の低下は可逆的なのか不可逆的なのかの鑑別が難しく、実際には治療してみなければ分からないことが多い¹³⁾。高齢者の摂食低下に対して、可逆的か不可逆的かの吟味をしないまま医療を提供しないことは延命治療の放棄ではなく、治癒可能性の放棄であり、意図的に末期と見なす“みなしの末期”であるとの指摘¹³⁾は重く受けとめる必要がある。

とくに、(4)認知症を合併する場合、胃瘻を含め栄養チューブを使用することは誤嚥性肺炎を防ぐ、栄養を良くするなどの目的であっても、認知症者へは栄養チューブが必ずしも延命効果をもたらさないと言う⁴³⁾。逆に不快感、接触部のびらんや出血、嘔気・嘔吐、食の楽しみの喪失、避けられない抑制等、少なからぬ合併症をもたらして生活の質(QOL)を損なうことが指摘されている。さらに認知症の場合は、これらの施行の是非が当人を取り巻く親族等により代理決定される場合が多いということ、そしてその決定は当事者の代弁行為と真になっているかについて疑義が残ることは前節で言及した通りである。

では、施設内で終末を看取る割合が高い特養はどのような特徴を備えているのであろうか。時田¹⁵⁾によると、それは以下のような要素からなる。①原則として施設内で看取することを基本方針として明確にしている、②入所時に基本方針を説明し、入所者家族の希望があれば原則的に終末期ケアを受け入れる、③施設内で提供し得る医療処置の範囲が広く、いざというときの対応ができる、④亡くなることに備えた専用の部屋がある、⑤終末期のあり方について、職員に共通の理解がある。それらはまさに後述する2006年4月に事業者を支払われる介護報酬として、特養で初めて盛り込まれた「看取り介護加算」に共通するものである。次節以降で詳述するが、ここでは専用の部屋、すなわち個室の問題についてのみ触れておく。現在の特養においては、まだ設備面で「入所者の死亡に備えた専用の部屋」がある施設は約半数であり、個室などハード面における環境の整備は喫緊の課題である。これに関連して、2003年度に特養の運営基準などが整備され、個別ケアを実施する手法としてのユニット化が推進されており、今後、この個室が生活の中における看取りの場になる、という形態が一層普遍化していくものと考えられる。

本節の最後に、“施設で亡くなる人”を論じるだけでは高齢者の終末期ケアを語ったことにはならないことについて付記しておきたい。あくまで特養の終末期ケアは社会的な要請、さらに実態として住み慣れた特養で最期を迎えたいと考える人々の増加に基づくものであるが、施設ですごすことが全ての人にとって最良の終末期になるとは限らず、そこには常に在宅における看取りの視点が欠かせない。これについては、近年報道等でその功罪が徐々に知られるようになってきた^{44, 45)}。もちろん家族の意向をあげれば、看取りの場所に関しては特養と病院が拮抗し、自宅での看取りの希望はごくわずかであるという¹⁴⁾。そこには認

知症や意識障害の存在など止むを得ない事情もあるだろうが、必ずしも当人の意向が看取りへ反映されていない現況があることも否定できないのではないかと。老年人口あたりの特養数と高齢者・要介護老人1人あたりの在宅福祉事業費とを比較したデータでは、両者に正の相関が見られている⁴⁶⁾。施設福祉が充実している市区町村の方が在宅福祉にも多くの費用を投入していることを示しており、両者のあいまった拡充が今後の論点の一つを形成することになる。

7. 終末期ケアを支える制度的基盤と福祉－医療協働

一部先述の通り、2002年8月から特養の入居に際しては「介護の必要程度」と「家族の状況」の2点を勘察することが規定された(1999年3月31日厚生省令39号：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)。ここで言う「介護の必要程度」とは「要介護度の勘案」と解釈(2002年8月7日老健局計画課長通知第0807004号：指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について)されており、特養入居者のいっそうの重度化が予想された⁴⁷⁾。実際に、2005年に全国老人福祉施設協議会が調査した同年の新規入所例は、その64.9%が要介護4以上の者で占められており、予想は現実のものとなっている。それに伴う各種の医療ニーズの変化を介護度別に見ると、「疼痛の管理」や「創傷の処置」など介護度に関わりなく存在するニーズに加え、要介護4以上、とくに要介護5において「経管栄養の管理」、「喀痰吸引」、「カテーテルの処理」のニーズが急激に伸びており⁴⁸⁾、それらの処置が広く特養の現場に求められることとなっている現況がうかがえる。

これに対して、現行制度下の特養における医療の位置付けの根拠には「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」(1999年3月31日厚生省令第39号、最終改正2006年3月31日厚生労働省令第79号)がある。同基準18条には(健康管理)「指定介護老人福祉施設の医師または看護職員は常に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取らなければならない」と記載されている。また28条では(協力病院等)「指定介護老人福祉施設は入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない」とされており、施設の配置医師および看護職員はあくまで「利用者の健康管理」の役割へ位置付けられている。さらに「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取り扱いについて」(保医発0331002号：2006年3月31日)では「配置されている施設に入所している患者に行った診療(特別の必要があつて行う診療を除く)について、初診料、再診料(外来診療料を含む)、および往診料を算定できない」、「緊急の場合または患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、とくに診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない」、「特別養護老人ホーム等の職員(看護師、理学療法士等)が行った医療行為については診療報酬を算定できない」とされている。以上の要件から特養は、同じ介護保険制度下における介護老人保健施設一すなわち介護保険サービス費において包括される定額制(いわゆる「まるめ」)に基づき例外的にしか診療報酬を算定できない一よりは実感上、幾分「まし」とはいえ、積極的な医療行為に対して経済的な対価が得られにくい構造になっている。従って、単に特養における医療福祉面の各種サービス拡充の必要性を訴えるだけでは本質的な改革の提言とはなり得ない。この観点から、本章では特養経営上の課題に関わる事項を整理する。

もともと、特養の運営主体たる公益法人中の特別法人としての社会福祉法人は、事業の性格上「公共性」がとりわけ高い。そのために人員、設備、運営の最低基準の設定やサービス価格の公定化、利益配当の禁止の上に、基本財産の担保設定の制限などが行われ、これらに対して税制上の優遇措置がなされている。そのような特養の経営は、介護保険制度の導入によって大きく改善したとされる⁴⁹⁾。厚生労働省の「介護事業経営実態調査」によれば、介護保険の導入前である1999年3月における特養の収支状況は3.3%の赤字であったが、導入後の2002年3月には14.6%と黒字幅がさらに著しく伸びている。しかしその後、厚生労働省は新設特養へ向けて従来行われてきた建設費補助を、原則としてユニット型にしか認めない方針を取り、さらに補助の対象を共用部分に限定した。加えて、2005年10月の改正介護保険法の一部前倒し施行により、居住費と食費の全面的な利用者負担化が図られた。これに伴い介護報酬が引き下げられ、昨

今は特養の運営が容易ならぬものとなっているとの状況が耳にされるようになってきた。蛇足であるが、社会福祉法人は非営利法人であり、特養は非営利事業であるから利益は不必要である、ということにはならない。一定程度の利益をあげることは経営効率化のインセンティブになるものと考えられる。職員の努力の結果が利益という目に見える形で結実し、そこから処遇の改善が実感できれば職員の意欲は一層高まり、サービスの質の向上および／または業務の効率化がすすむ⁵⁰⁾。入所者1人1日あたりの事業収入は、介護報酬を元にするため施設差が生じにくい。経営が苦しいとされる特養では、概して単位入所者あたりの従業者数が多いとともに、従業者あたりの人件費が高くなっていることで経営を圧迫しているとされる⁵⁰⁾。すなわち、経験を積んだ職員による手厚いサービスが提供されていることにより赤字化する、ということであれば問題である。

では、介護報酬の引き下げによる影響は論を待たないものの、特養入所者の重度化が、直感的な印象は別として現実に経営上の重荷になっているのだろうか。入所者の重度化により特養が供給すべきサービスの総量は増加する。この時、サービスの低下と労働強化を避けつつ対応しようとするれば、介護職員を増やすことが避けられない。もちろん、介護職員増は人件費上昇を伴うが、重度化による介護報酬増がそれを吸収できれば問題とはならない。どうであろうか。小笠原⁴⁷⁾により行われた興味深い試算によると、現行の職員配置では、サービス水準の低下や介護職員の労働強化をもたらさずに入居者の重度化に対応することは困難である。すなわち、この人件費増に釣り合う介護報酬の増加は見込めず、経営効率上最も望ましい介護度の組み合わせ(重度者比率を単に増やすのではなく、一定割合の軽度者の混在)比率を希求する経営行動が派生しかねない危惧すら如実に見て取れる。もちろん、かかる懸念が現実のものとなる可能性は多くないであろうが、このような状況において終末期に関わる医療福祉面のサービス拡充を裏打ちする財政上の困難さをどのように克服すれば良いのであろうか。

一つの捉え方として、要介護度を中心として地域等により補正しつつ用いる「単位」からなる支給基準を、出来高制に転換することが分かりやすい。先の試算⁴⁷⁾においても「要介護度別の介護報酬の設定を実際の介護時間の長短に合った形に改め、介護職の増員によって、総介護時間の増加を図ることが不可欠である」と指摘されている。他方、包括払い制が資源供給の絞り込みに、出来高払い制が同じく供給過剰につながることは医療経済上しばしば指摘される点であり、実態介護時間による報酬額設定は、理念上首肯し得るものであることは承知しつつも、直裁的な実現は必ずしも容易には成されないと思われる。

論旨を本稿の主題である終末期ケアに限っても、施設内看取りに訴求される要素としてしばしば取り上げられる看護職員の夜間応需については、当該職員のオンコール体制という犠牲により成り立つ、との指摘が既にある⁵¹⁾。入所者100人規模の特養を例に取ると、看護職員3人という配置基準上、夜勤帯に常時看護職員を配置することは事実上困難だからである。すなわち、特養は1人以上の常勤看護職員の配置が義務付けられているものの、他の介護保険施設に比べて、看護職員よりも介護職員に重点を置いた配置基準になっていることが背景にある。

幸い、ここにおいて2006年4月の介護報酬・指定基準等改定に伴い、特養での終末期ケアに対して介護報酬による看取り介護加算が新設された。これは、単位設定や死亡場所で決まる報酬などにおお推敲の余地は残るとされるものの、生活の場として認識されてきた特養が、同時に終末期ケアを不可分なる機能として併せ持つものとしても位置付けられたことを示す事象と言えよう。同時に中重度者への支援強化の一環として創設され、常勤看護職員の配置といった体制が評価されるようになった重度化対応加算とともに、概略を追いながら今後の方向性を考えていく。さて、この重度化対応加算の要件に、看取りに関する体制整備が盛り込まれている。すなわち、重度化対応加算(10単位/日)には常勤看護職員1人以上、24時間連絡体制(オンコール)に加えて、看取りに関する指針策定、看取りに関する職員研修、看取りのための個室整備が必要とされており、これらは前章で言及した事項でもある。看護職員が常勤になることで、入所者の健康管理という役割に加え、専門的な判断やリーダーとしての役割への期待が明確になる。つまりこの加算は、より重度な入所者に質の高いケアを実施している施設に対して、その体制構築に対する報酬上の評価を与えたものである²⁾。

また、重度化対応加算を算定している施設において、医師が終末期にあると判断した入所者へ医師、看

護職員、介護職員が共同して、本人または家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、看取り介護加算を算定できるようになった(死亡前30日を限度として死亡月に加算、Ⅰ：当該施設・居宅で死亡の場合160単位/日、Ⅱ：他の介護保険施設または医療機関で死亡の場合80単位/日)。Ⅰ、Ⅱのどちらも介護に関わる要件は同一で、医師が一般的な医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、入所者またはその家族などの同意のもと看取り介護に関する計画が作成され、少なくとも週1回以上の説明・同意を踏まえて実施されることとなっている。この看取り介護加算は特養を終の棲家として、本人、家族そして施設側が一体となって、入所者の尊厳ある死を受け入れていくための体制と実施内容を評価するものと言える²⁾。現在、これらを積極的に取り入れようとする動きが見られている⁵²⁾。ただし、現実に加算を算定する上で最も問題視される事項は、看取り介護に関する指針や計画の策定であると考えられる。もとより高齢者の終末期ケアに取り組むことを検討したり、あるいは実施したりしている特養においては、対象となる事例への医学的診断や看護職員の24時間連絡体制(オンコール)は不可欠な前提であろう。おそらく、看取りの実施において最も躊躇を覚えるのは夜間等に直接入所者の状態変化へ直面する介護職員に他ならず、彼らに対しての実践的な研修なくして現場が立ち行くとは思えない。ただし、看取りへの関心が高い特養においても、介護職員は利用者の死を看取るための知識や技術について不安を感じていることは事実¹⁴⁾であって、介護職員に対する教育的な配慮は絶えず継続していかなければならないことは当然である。実際に終末期ケアに取り組む特養では、医学的な健康管理や疾病予防ケアなどが介護職員との協働構造のもとで円滑に提供されていることは既に指摘されている¹⁷⁾。これに対し、指針や計画策定に関しては、全国の特養3,000施設を対象として2002年に調査した統計によると、看取りに関するマニュアル、ガイドライン等を整備している特養は10%、施設内に看取りのあり方についての共通認識が存在すると答える職員は30%にとどまる。むしろ現在では、当時より状況は好転してはいるであろうが、施設の看取り方針の明確化やガイドライン整備が終末期ケア実施の課題であることはかねてより指摘されていたのである(医療経済研究機構)。

さらに同じく2006年4月の介護報酬改訂において、自宅以外の多様な居住の場における終末期ケアを推進する観点から、末期の悪性腫瘍の患者について在宅療養支援診療所に関わる医師が訪問診療を行う場合や、その指示で訪問看護を行う場合には、介護老人福祉施設・特定施設の利用者であっても、診療報酬が算定できるように改定されたこともまた見逃せない点である。

厚生労働省は現在、健康保険法の一部を改正する法律(2006年法律第83号)附則第2条において「介護老人保健施設および介護老人福祉施設の基本的なあり方ならびにこれらの施設の入所者に対する医療提供のあり方の見直し等を検討すること」が規定されたことを踏まえ、介護施設等のあり方に関する委員会を立ち上げ、検討を続けている。今後、上述のように特養が入所者の重度化に対する医療的な基盤整備を図ることに応じて、一定の経済的保障が担保されていくことと推測される。しかし、もとより特養に対して、生活重視のあり方を堅持するという使命そのものが変節を迫られているわけではない。さらに、現在思い切った制度改革のすすむ、老人病院/病棟制度の流れを汲む療養病床に類似した性質を帯びていくことも、堅実な志向性とは必ずしも思えない。特養機能に比較的特化して期待される上述の医療的な基盤整備は、その介護報酬面での裏づけも得られることで財務面の改善とサービスの向上を両立させるであろうが、あらゆる問題に対処し得る医療職の配置強化を想定することは経営上現実的でなく、またかかる提言を行っても意味は乏しい。

すなわち、しばしば取り上げられる「医療機能を内包するのか、外部医療機関と連携するのか」という課題は、「外部医療機関との連携の強化」という方向ですすまざるを得ない。現実には医師を常勤としている特養は多くないであろうし、ほとんどの施設は非常勤の嘱託契約と考えられる。介護報酬上は専従・常勤の医師を1人以上配置すると、入所者1人/1日につき20単位が加算できるが、この条項で医師の配置がすぐに可能であるとも思えない。ここは手をつけられないとすれば、現行制度上でも協力医療機関を定めることは義務付けられているものの、実態として常に医療機能のバックアップをはたしていると必ずしも言えるのか再検討してみることが必要ではないだろうか。そうした意味からも、在宅療養支援診療所の可能な限りの活用やその役割の拡大をはじめ、緊急時あるいは通常期における、機能別協力医療機関の設置

のための努力，入所前のかかりつけ医の継続診療等，制度に応じた柔軟な対応や，現実に即した体制整備の訴えを起こしていく必要がある⁴⁸⁾だろう。

8. おわりに

特養は生活施設であり，終末期の場にそぐわないとする捉え方もまた，全否定されているわけではない。そのような場にも利用者から終末期への対応というニーズがあり，それに関わろうとする職員の意識がみなぎる背景には，家族形態の変化や，女性の社会進出，高齢社会の進行などによるインフォーマルな介護力の低下と，それに伴うケアの外注化が見え隠れする。特養が社会的な変遷と利用者からのニーズとの狭間で，困難な役割を担っている一端がうかがえる。ただし本来終末期ケアは，こと介護職員にとってストレスが高く，精神的にも肉体的にも負担が重く，避けたいという衝動が生じることも無理からぬ業務であることを忘れてはならない。従って，終末期対応の実施をもつてのみ良し，とする単純な価値判断に陥っては，志ある職員の疲弊へつながりかねないことを肝に銘じる必要がある。また，終末期ケアに対する職員教育においては，それが「看取りの専門家」化することで併せ持つ危惧を共有しなければならない。本来の終末期ケアはさまざまな人生の終焉の迎え方に臨機応変に対応し得るべきであり，従業者の専売特許である必要はない⁵³⁾。死に臨む者の周囲にいる家族・友人，あるいはその間に会った人々が一緒になって最期の時／空間を共有する場へ，専門家が不用意な配慮を加えたり，いわんや指揮しようとしたり決してしない，ということ⁵⁴⁾である。死は，個人が自らの意思に基づき，家族を主体とした対等な相互交流を経て，専門家に過度に依存せず人生を創造し得る最大・最後の領域ではないだろうか。かつてそうであった出産は，今やその多くが専門家の手に落ちて久しい⁵⁴⁾。

しばしば指摘されるように，医療従事者は高齢者の生活に寄り添うことがやはり必ずしも得手ではないのであろう。どのように福祉・介護職者と連携して高齢者の生命と生活を両立して支えていくか，団塊の世代が大挙して後期高齢者になる前にシステムの構築を急がなくてはならない。このことを考える先鞭をつける上でも，終末期ケアは現実に即した格好のテーマではないかと常々思う次第である。

〈付記〉本稿の作成は平成 18，19 年度日本学術振興会 科学研究費補助金 基盤研究 C（課題番号：18607004 / 研究代表者：大西次郎）ならびに平成 19 年度ユニバーサル財団 高齢者福祉に関わる国際的調査研究の助成（助成番号：07.01.065 / 研究代表者：大西次郎）の提供下に行われました。

引用文献

- 1) 厚生統計協会，厚生指標(臨時増刊)，**52**(9)，218-225(2005)
- 2) 高森裕子，介護リーダー，**11**(6)，30-38(2007)
- 3) 日野恭徳，金子裕憲，東京都老年学会誌，**9**，64-66(2002)
- 4) 池田浩行，原 祐一，堀口裕正，他，*GPnet*，December，25-29(2001)
- 5) 飯田能子，在宅医療，**36**，32-36(2001)
- 6) 永和良之助，私たちが考える老人ホーム—新たな老人福祉の創造—，永和良之助・編，中央法規，東京，pp.221-264(1996)
- 7) 宮原伸二，川崎医療福祉学会誌，**11**，9-15(2001)
- 8) 宮原伸二，プライマリ・ケア，**22**，41-48(1999)
- 9) 小澤利男，*Geriatric Medicine*，**35**，1525-1529(1997)
- 10) 四本倫子，緩和ケア先進国・イギリスとドイツの今，週刊朝日 2 月 9 日号，朝日新聞社，東京，pp.120-122(2007)
- 11) 大塚宣夫，老後・昨日，今日，明日，主婦の友社，東京，pp.113-137(1991)
- 12) 橋本 肇，*Home Care Medicine*，June，58-59(2006)
- 13) 横内正利，*imago*，September，114-125(1996)

- 14) 内田富美江, 守屋真季, 三宅恋子, 他, ホスピスケアと在宅ケア, **14**, 206-211(2006)
- 15) 時田 純, *GPnet*, February, 18-22(2007)
- 16) 広井良典, 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, 東京, pp.15-26(1996)
- 17) 塚原貴子, 宮原伸二, 川崎医療福祉学会誌, **11**, 17-24(2001)
- 18) 宮田裕章, 白石弘巳, 甲斐一郎, 他, 日老医誌, **41**, 528-533(2004)
- 19) 津島隆也, 加藤哲男, 長谷川陽子, 他, 東京都老年学会誌, **8**, 300-302(2001)
- 20) 終末期医療に関する調査等検討委員会, 今後の終末期医療の在り方, 終末期医療に関する調査等検討会・編, 中央法規, 東京, pp.3-16(2005)
- 21) 志真泰夫, 今後の終末期医療の在り方, 終末期医療に関する調査等検討会・編, 中央法規, 東京, pp.164-185(2005)
- 22) 井口昭久, 日老医誌, **42**, 285-287(2005)
- 23) 山岡 豊, 介護リーダー, **10**(3), 45-50(2005)
- 24) 福間誠之, 佐藤伸一, 日本醫事新報, No.4194, 28-32(2004)
- 25) Ouslander, J.G., Tymchuk, A.J., Rahbar, B., *Archives of Internal Medicine*, **149**, 1367-1372(1989)
- 26) Seckler, A.B., Meier, D.E., Mulvihill, M., et al., *Annals of Internal Medicine*, **115**, 92-98(1991)
- 27) 大友英一, 原澤道美, 関本 博, 他, 老化と疾患, **6**, 865-873(1993)
- 28) 藤井康広, 鳥海房枝, 長岡あゆみ, 他, ふれあいケア, June, 6-20(2002)
- 29) 原 敦子, 小野幸子, 坂田直美, 他, 老年看護学, **8**, 86-94(2003)
- 30) 服部文子, 植村和正, 益田雄一郎, 他, 日老医誌, **38**, 399-404(2001)
- 31) Mitchell, S.L., Kiely, D.K., Lipsitz, L.A., *Archives of Internal Medicine*, **157**, 327-332(1997)
- 32) Finucane, T.E., Christmas, C., Travis, K., *Journal of the American Medical Association*, **282**, 1365-1370(1999)
- 33) 須田啓一, 木村敬太, 瀬座文香, ターミナルケア, **13**, 240-244(2003)
- 34) 志真泰夫, 緩和ケア, **15**(1), 3-4(2005)
- 35) 杉山孝博, 非悪性疾患の緩和ケア, ターミナルケア編集委員会・編, 青海社, 東京, pp.6-11(2004)
- 36) 牛田貴子, 藤巻尚美, 流石ゆり子, 山梨県立大学看護学部紀要, **9**, 1-11(2007)
- 37) 日本老年医学会, 日老医誌, **38**, 582-583(2001)
- 38) 川合一良, 京都南病院医学雑誌, **17**, 1-19(1999)
- 39) 山崎章郎, 日本醫事新報, No.4182, 90-91(2004)
- 40) 寺門とも子, 原 等子, A. シュライナー, 他, 日本赤十字九州国際看護大学 *Intramural Research Report*, **3**, 171-181(2005)
- 41) Zerwekh, J.V., *American Journal of Nursing*, **97**(3), 26-30(1997)
- 42) 畑瀬智恵美, 寺山和幸, 久保田宏, 看護管理, **36**, 300-301(2006)
- 43) 村井淳志, 日老医誌, **37**, 722-724(2000)
- 44) 朝日新聞, 「在宅での看取り」普及へ研修スタート, 東京朝刊5月4日, 朝日新聞社, 東京, 生活1面, (2007)
- 45) 古川雅子, 時津 剛, 棄てられるがん患者, アエラ5月14日号, 朝日新聞社, 東京, pp.32-34(2007)
- 46) 武村真治, 藤崎清道, 府川哲夫, 他, 厚生指針, **45**(11), 13-18(1998)
- 47) 小埜寺直樹, 大下晋一, 寺本岳志, 他, 厚生指針, **51**(4), 14-17(2004)
- 48) 本永史郎, 病院, **66**(2), 121-125(2007)
- 49) 宇野 裕, 社会保険旬報, No.2279, 12-19(2006)
- 50) 宇野 裕, 社会保険旬報, No.2281, 26-33(2006)
- 51) 池上直己, 日本病院会雑誌, **54**, 375-384(2007)
- 52) 全国社会福祉協議会, 全国社会福祉施設経営者協議会, 改正介護保険法「指定介護老人福祉施設にお

特別養護老人ホームにおける福祉と医療：その協働の変遷と課題

- ける看取りに関する指針の策定にあたって」, 全国経営協版, 東京, pp.1-24(2006)
- 53) 村岡 潔, 佛教大学総合研究所紀要, **10**, 75-101(2003)
- 54) 大西次郎, 精神経誌, **107**, 1169-1177(2005)