

特別養護老人ホームにおける終末ケアの課題；文献的考察

小楠 範子

要 旨

本稿の目的は、特別養護老人ホーム（以下、特養）の終末ケアをめぐる現状について文献を通して概観し、その課題を明らかにすることである。

文献検討の結果、以下のことがみえてきた。

特養の利用者の介護度分布は重度の方に集中し、死亡退所者が6割以上を占め、終末ケアはより身近である。特養においては、利用者の8割に認知症の症状が認められる。認知症のある高齢者の自己決定をいかに支えていくかを検討することは今後の重要な課題である。特養は本来生活の場であり、「生活」に主眼をおいた終末ケアが求められる。最期までその人らしい生活ができるようサポートするために、具体的にどのような方法で高齢者の願いを汲み取ることができるのかを検討することも重要な課題である。また、特養の終末ケアは看護師が不足する中で行われている。特養における看護のあり方も十分には認識されておらず、終末ケアを可能にするための看護のあり方についても検討していく必要がある。特養では、終末ケアに関する明確なガイドラインが存在しないまま、職員の認識もそれぞれの中で終末ケアが行われている現状も明らかとなった。今後、終末ケアに関心ある職員の資質を生かせるよう終末ケアのガイドラインについても検討していく必要がある。

キーワード：特別養護老人ホーム、高齢者、終末ケア

I. はじめに

近年、日本における老年人口（65歳以上）の増加に伴い、年間死亡者総数のうち高齢者の占める割合も高くなっている。2000年には年間死亡者総数の約60%が75歳以上の後期高齢者だった。さらに、2010年には約70%に及ぶと推定されている。死亡場所の内訳は、2001年調査で病院・診療所が約80%、自宅が約14%、老人ホームが約2%である¹⁾。かつては、自宅で誕生と死を迎えるのが普通で、1950年頃は国民の9割以上が自宅で死を迎えていた。ところが、60年代の高度経済成長以降、病院

での死が増えはじめ、1977年に病院死が自宅死を超えた。その後も病院死は増加し、在宅死は減少傾向にある。老人ホームの死亡は1990年まで自宅またはその他に含まれていたため、正確な推移は分からないが、1995年には1.5%であったものが2001年には2.0%と増加している¹⁾。これまで「その他」で示されていた老人ホームでの死亡が、死亡場所として「老人ホーム」と明確に打ち出されたということは、老人ホームでの死が一般にも認められ、これからは増えることを意味しているだろう。現在、死亡者のほとんどが病院死だが、高齢者の増加に伴い、今後は終末ケアの場が、在宅や福祉施設へと広がることが予測される²⁾。

これらは、看護師が病院や在宅あるいは福祉施設において、高齢者をケアする機会が増えていることを示している。そして、高齢者をケアするにあたって終末ケアは避けて通れない課題であることを示しているだろう。しかしながら、わが国における終末ケアの研究は、がん患者に関するものがほとんどである³⁾。高齢者の終末ケア、特に特別養護老人ホーム（以下、特養）での終末ケアには少しずつ焦点があてられてきているものの^{4),5)}、まだ少ないのが現状である。以上のことから、本稿は特養の終末ケアをめぐる現状を文献を通して概観し、その課題について明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 介護を受ける高齢者の現況

まず、介護を受ける高齢者の現況について述べる。

人口の急速な高齢化が進む中、高齢者支援システムの充実が求められ、高齢者の自立支援を基本理念とする介護保険法が成立した。この制度は2000年4月から実施され、その後急速にサービス利用者が拡大し、4年後のサービス利用者は制度開始から99%増の297万人となっている。内訳は、在宅サービス利用者223万人（約75%）、施設サービス利用者74万人（約25%）である。介護保険に基づく施設サービスには、特養、老人保健施設、介護療養型医療施設の三種類あるが、特養利用の割合が一番高く4割ほどを占めている。

要介護度別では、要介護度1の者が施設サービスを利用する率は約10%であり、うち、特養利用は最も低く約2%である。一方、要介護度5の者が施設サービスを利用する率は約60%であり、そのうちの約半数は特養利用となっている。介護度が重くなるにつれ住宅サー

ビスの利用が減り、施設サービス利用、特に特養利用者が増えている⁶⁾。

施設サービス利用者に焦点をあてると、2002年の平均要介護度は、特養で3.53、老人保健施設で3.12、介護療養型医療施設で4.02である。特養と老人保健施設とでは平均要介護度がほぼ同じようだが、老人保健施設では介護度が3あるいは4に比較的集中しており、介護度5の利用者はむしろ減少している。一方、特養では2002年8月から「介護の必要の程度および家族の状況などからサービスを受ける必要性が高いと認められたものを優先的に入所させる」優先入所制度が実施されて以降、新規入所者が介護度4や5といった重度の方に集中している⁷⁾。利用者のうち寝たきり状態の者が約60%、おむつ使用者が約60%ともいわれる。

要介護者の2年間の状態変化では、要介護度が改善する率は7.8%と極めて低く、維持率が35.8%、重度化が約29.1%である。特に要介護度5では重度化する者が約50%を占め、死亡者も40%に及ぶ⁸⁾。特養の基本方針として、「可能な限り、居宅生活への復帰を念頭において」⁹⁾支援することがあげられているが、介護度が4あるいは5の高齢者が多い特養で家庭復帰を目指すことは、事実上困難な状況であることがうかがえる。実際、2002年の介護保険入退所の状況では、特養では死亡退所が66.3%と半数以上を占めている。老人保健施設の死亡退所は1.3%、介護療養型医療施設の死亡退所は21.7%¹⁰⁾であるから、特養の死亡退所者は他と比較しても一番多い。また、2001年9月時点での各々の施設の平均在所要日数は、介護老人保健施設395.4日、介護療養型医療施設654.5日、特養1445.3日となっている¹¹⁾。

以上より、介護保険三施設のうち、特養に焦点をあてると、利用者の介護度別分布が重度の方に集中しており、在所日数も長く、死亡退所者が多いという特徴がある。特養においては終末ケアはより身近な課題といえる。

Ⅲ. 特養を利用する高齢者を取り囲む問題

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上、すなわち「生活に支障ある症状等があるが、他者の注意あれば自立」できるものを判断基準とすると、要介護高齢者のうちほぼ半数に認知症の影響が認められる¹²⁾という。このうち特養に焦点をあてると認知症症状を有する者が約80%を占めている⁸⁾。この背景には、特養の高齢者は特養を利用する前に施設を転々としている場合が多く、そのストレスによって見当識が悪くなって認知症の症状が出たり、薬物投与によってADL（activities of daily living：日常生活動作）の低下と共に、認知症の重度化を招いたりしていることなどがある¹³⁾。認知症の症状を有する者が多いことは、自分の意思を十分に表明することが困難な高齢者が多いということでもある。それに伴いどのような問題が生じるのだろうか。

1. 自己決定が奪われる高齢者

加齢に伴い、在宅での生活が危うくなり「生活場所をどうするか」といった問題、加齢や各種疾患のために思うように食が進まなくなり「食事方法をどうするか」といった問題、「積極的な治療をするのか否か」など決定を迫られる事柄は数多く存在する。加えて、高齢者は思考も遅く動作も鈍く非生産的で、独創的な考え方もできなくなるなどの社会がもつ高齢者に対する否定的な固定観念¹⁴⁾によって、高齢者本人の意思は一般に軽視されがちであり、特に認知症の高齢者に関しては、自己決

定の機会が奪われやすい。特に高齢者の終末ケアでは、寝たきりや認知症などで病態が重く、高齢者自身が自己決定することが少ないため、多くの場合家族が意思決定をしている^{13), 15)}。しかし、家族も明確な判断がつかない場合は、これまでの医療慣習に従い、「医師の判断に任せる」形をとってしまい、それが結局、延命治療につながっている現状がある¹³⁾。

福本ら¹⁶⁾は、高齢者を看取った遺族80名を対象に質問紙調査を行っている。それによると、生前に高齢者本人が「希望の死に場所」を家族に表明していた者は調査対象者の約3割であった。自宅で亡くなりたという希望を家族に表明し、自宅死をかなえている高齢者もいるが、大部分の高齢者は自分の希望を家族に表明せず、最期を病院で迎えている。また、生活の場として慣れ親しんだ特養で亡くなりたという希望が本人にあったとしても、特養で亡くなったことを近所や親戚に知らせたくない、病院で死んだならば世間体がよいといった家族の世間体重視の心境^{17), 18)}もあり、容態が悪くなると病院に搬送し、積極的な延命治療を行う場合もある。死にゆく高齢者自身から治療に対する同意が得られないまま行っている医療行為であり、基本的人権の尊重の上から果たして適切かどうか¹³⁾ 高齢者ケアの場では課題となっている。

高齢者の自己決定をめぐることは、退院後の生活の場の決定に関する高齢者の自己決定に焦点をあてた研究^{19), 20)} などがあるが、認知症のある高齢者の自己決定については、問題提起されてはいるものの^{15), 21)}、具体的な方策については十分に検討されているとはいえない。今後は、認知症をもっている高齢者の自己決定をいかに支えていくかを検討していくこと

も特養の終末ケアにおける重要な課題である。

2. その人らしい生活が奪われる危機

特養の高齢化が進んでいる現在、終末ケアは看護職者の役割として除外することはできず、特養では「生活」に主眼をおいた終末ケアが求められる²⁰⁾。

ここで、「生活」ということに着目してみる。生活は人間が他の人々とかかわりながら生きているプロセスを全て包含し²¹⁾、幅の広い概念である。松原²⁴⁾は、生活は「生きていくこと」の表現であるとし、生活行為の目標は、①生きること（生命維持）、②豊かに生きること（経済的な豊かさ。経済的豊かさの追求は人を労働へと導く）、③人間らしく生き続けること（自分らしい内面的充実を持ち続けながら生きる）と述べている。

特養において生活に主眼をおいた終末ケアを考える時、単に生命維持の視点からだけでなく、その人らしい内面的充実を持ち続けながら生きることを支援する視点が必要だろう。もちろん経済的な豊かさも重要である。だが、終末ケアの視点としては、加齢や疾病により労働ができなくなり社会参加ができなくなることで、それによって社会的な関係の喪失、孤独を体験しているかもしれない点に目を向け、配慮していく必要があると思われる。

これまで見てきたように、特養における終末は、本人の意思確認ができないままに行われる処置が多い。例えば、終末期の摂食障害に関しては、経管栄養が実施される。これは誤嚥や肺炎予防、栄養改善の目的で最良の方法として実施されてきた。いわば生命維持の視点である。だが、最近では経管栄養が必ずしも肺炎予防にはつながらない²⁵⁾という報告もある。そればかりでなく、最良の方法として選択されてきた経管栄養は、結果的に高齢

者の「食べる」という最後の楽しみを奪い、食事を味わう喜び、皆と食事を楽しむ喜びを奪っている。さらに経管栄養にすると介護者が関わらなくなり、高齢者の精神活動は急速に奪われ無感動な生ける屍になる²⁶⁾。つまり、生命維持の視点を強調することで、「生命の死」は避けられても、周囲の人に忘れ去られるという「社会的死」を招いてしまっているのである。「口から食べる」という日常の当たり前ともいえる「生活」を保障すること、高齢者が日常の中で大切にしてきた習慣などを保障することは、高齢者にとって決して小さなことではない。それは、その人らしい人生をも保障する大切なケアとなり得る。川上²⁷⁾は、高齢者自身が望む終末の過ごし方を尊重しながら生活過程²¹⁾を整えることで、その人の生命過程²²⁾は生体機能のバランスをとりつつ自然の死の過程に向かうことができると述べている。終末ケアにおいては、医療の視点よりも、むしろ「生活」を重視する視点が必要であり、看護者の役割がより求められるところである。

高齢者ケアの場合は「高齢者の意思の代弁者（アドボケート）としての役割」²⁸⁾も求められており、患者が選択できない状態のときは、患者が病気になる前に言っていたことなどに基つきながら患者の福利について代弁することが求められる²⁹⁾。重要な選択場面、あるいは日常生活における選択場面において、その人らしい選択ができるようサポートすることは、すなわちその人の生活を保障することにもつながるだろう。しかしながら、現場において看護師が高齢者の意思の代弁者としての役割を果たすことはそう容易なことではない。「終末をどのように過ごしたいと願っているのか」という高齢者の意思をどのように

したら汲み取ることができるのか、考え、実施に移していくことは、高齢者の終末ケアにとって今後の重要な課題になると思われる。

3. 看護師不足、医療体制の制約による終末ケアの困難

延命処置を選択する家族がいる一方で、住み慣れた特養で最期を迎えさせたいと考える家族もいる。しかし、その希望が必ずしも適うとは限らない。「ホームで最期を」という本人あるいは家族の希望を重視するという特養は約7割であり、3割弱は応じられないとしている^{30), 31)}。応じられない理由で一番多いのは、看護職員不足であり、看護師が少ないことで夜勤体制に看護師が組み込めず、介護士だけでは対応ができないこと、終末期で濃厚ケアを要する利用者がでると他の利用者へのケアが手薄になるなどである。次いで、特養における医療体制には様々な制約があり、終末期段階で医療が必要となった場合、対応が難しいなどがあげられている³⁰⁾。

特養は1963年の老人福祉法の制定によって創設された老人ホームである。その対象は「65歳以上の者であって、身体上または精神上著しい欠陥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もの」となっている。森³²⁾は、ここでいう「欠陥」は、症状の固定した状態を指しており、身体上または精神上の疾病を現にもつ「病人」は対象として想定されていなかったと述べている。また、法制定当時、「特別養護老人ホーム」という名称についても紆余曲折があったという。1963年度の老人福祉施設の予算では、老人福祉施設には「老人ホーム」「看護老人ホーム」「軽費老人ホーム」の三つの施設があげられていたが、その後の法案審議の過程で「老人ホーム」は「養護老人ホー

ム」へ、「看護老人ホーム」は「特別養護老人ホーム」へとそれぞれ規定されることになった。その理由は、「看護」は医療行政部局の所管であり、福祉行政部の所管に含まれるのは妥当ではないという医療行政部局の反対によるもの³²⁾だったという。福祉の体系に看護が巻き込まれるのを望ましくないとした看護界を含む強い反対があった²⁾ともいわれる。結局、「看護老人ホーム」の計画当初は、欧米のナースングホームをモデルに、看護師が高齢者の世話をすることが考えられていたが、看護師の関心の薄さ、看護師不足のためにその計画は挫折し、「特別養護老人ホーム」として、素人の寮母が高齢者の世話を担うことで始まった。症状が安定し、入院加療の必要のない障害のある高齢者の世話を「介護」と呼ぶようになったのもこれがきっかけである³³⁾。

このような背景もあり、特養では寝たきりや認知症などで病態が重い高齢者がいるにもかかわらず、看護師の数の規定は、利用者が50以上130未満において3名以上⁹⁾である。日本看護協会³⁰⁾の調査では、看護師の配置については施設間格差が大きい、看護師1人あたりの平均利用者数は24.6人である。看護師1人に対する介護職の数は平均6.5人であり、職員の大半を占めるのは介護職である。また、看護師の数が少ないため、看護師が夜勤体制に含まれるのは5%ほどの施設にとどまっている。約10年後の日本看護協会³¹⁾の調査では、看護師の夜勤は約5%、当直体制が約10%、看護師の夜間対応なしが約76%である。また、2002年10月時点の調査では、看護師1人あたりの平均利用者数は20.6人である³⁰⁾。特養利用者は年々重症化しているにもかかわらず、看護体制にはそれほど目立った変化のないことを示している。

医師については、常勤医がいる施設は5%に過ぎず、ほとんど嘱託医である³⁰⁾。日本看護協会³⁰⁾の調査によると内科医の定期的回診はほとんどの施設で行われているが、その回数は週1～2回が約70%であり、少ないところは1回、多いところは毎日と格差がある。このように特養では常勤医がいないため、看護師は、高齢者の健康管理に関して、幅広い範囲で判断し対応することが求められるという特徴がある。施設内でどこまで医療処置を行うか、医師関与の程度や医師不在時に看護師が独自の判断でどこまで対応するか、その範囲は施設によって様々であり³⁰⁾、一律な基準がない中で看護師らは試行錯誤しているのが現状である。

特養では死亡退所が66.3%と半数以上を占めている¹⁰⁾が、死亡時の立会いは「介護職員」が約90%、「看護職員」が約80%、「医師」約60%、「家族・親類」約40%であり³⁰⁾、医師や看護師のマンパワーが不足した状態の中で、介護士と協働しながら終末ケアを行っている状態といえる。

他職種は看護師に専門的知識の指導、生活に即した看護ケアの実施などを期待している³⁰⁾。終末ケアにおいては、特に看護師がもつ専門的知識をもちいながら、他職種にも十分な説明を行い、他職種と協力しながら高齢者の生活環境を整え、最期までその人らしく過ごせるよう配慮することが求められるであろう。特養において終末ケアを実現させるには、介護士が行う生活援助を健康面から支援する看護³⁰⁾、すなわちQOL (quality of life: 生活の質) に重点をおいた看護の重要性が求められている。しかしながら実際の看護の現状は、利用者の健康障害が発生してから処置に偏りがちであり、生活ニーズを優先

しながら予防を行う取り組みが十分でないことなどが指摘されている³⁰⁾。特養における看護のあり方については十分に認識されているとはいえず³⁰⁾、特養における看護のあり方、特に終末ケアを可能にするための看護のあり方についても今後、検討していく必要がある。

IV. 特養における終末ケア

既存の特養の終末ケア研究のほとんどは、特養終末ケアに関する実態調査である^{5), 30)}。これらは地域が限定された調査結果なので、ここでは、全国調査により特養の終末期対応の実態を明らかにしている医療経済研究機構の報告³⁰⁾を概観する。

全国調査で1730施設（回収率57%）の回答から得られたこの調査によると、年間退所のうち死亡退所が75%を占め、うち特養での死亡が約28%、病院での死亡が約47%である。施設の基本方針としては「原則として速やかに病院などに移す」が過半数を占め、「原則として施設内で看取る」としたものは20%に留まっている。病院死の高さは施設の基本方針の反映といえる。終末ケアに関しては看護師、介護士ともに8割以上が関心をもっていたが、終末ケアにおけるガイドラインやマニュアルがある施設は12%に留まっていた。さらに終末ケアのあり方に関する職員間の共通理解があるとしたのは3割に留まっている。終末ケアに関心はあるものの、明確な施設ガイドラインは存在せず、職員の認識もそれぞれという実態が浮かび上がっている。また、7割の施設では入所時に、本人・家族に対して特養内死亡についての一般的な方針の説明を行い、施設内で可能な医療の範囲についての説明を行っていた。だが、ほとんどの家族はそれらに関して具体的な情報をもっていなかった。

施設の説明を必ずしも家族が理解し納得しているとはいえず、入所時説明だけでは、十分な情報がいき渡らないことを示している。死亡場所についての希望確認時期は、「状態の変化時」が約76%、「入所時」が約55%、「日常のケアの中」が約37%であった。施設は、家族の希望は何らかの形で把握していたが、本人の希望についてはほとんど把握しておらず、施設内の看取りも家族の希望に基づくものだった。また、家族対象の調査では、終末期の迎え方について、本人の意思を尊重したいという意見が多かったものの、家族は本人の意思を確認することができず、その役割を施設側に期待している実態も浮かび上がった。小西¹⁸⁾は、終末期の親の希望を子どもはほとんど把握しておらず、終末ケアに関する親子の対話はほとんどなされていないと述べている。終末期の過ごし方は、死に行く本人の希望を尊重したいと思いつつも、それを真正面から話題としてとらえることができず、家族もとまどっているのが現状のようである。小西¹⁸⁾はこのような現状の背景には、普段からの世代間のコミュニケーションの不足、高齢者自身の家族に「まかせる」という気持ちがあると指摘している。そして、この高齢者の「まかせる」という気持ちは、特に終末に関し意思表示をしなくても、家族がもっともいようにしてくれるという期待の反映だと述べている。だが、現実には、高齢者本人の意思が不明瞭なため、家族は延命治療を高齢者にとって最もいいものとして選択してしまう傾向にある⁴⁰⁾。外来に通院する高齢者を対象とした調査⁴¹⁾では延命処置を希望しないものが9割以上を占めていることを考えると、高齢者の「まかせる」という気持ちは、すなわち「延命処置を希望する」ということではな

いだろう。親子間の対話、あるいは患者、家族、医療者との対話の不足が、高齢者の「まかせる」に込められている真意を読み取れない事態を招いている。

これらの研究では、特養では死亡退所者が増えているにもかかわらず、終末ケアの環境が充実していない特養の実態を浮き彫りにしている。今後は、終末ケアに関心ある職員の資質を生かせるよう終末ケアのガイドラインについても検討していく必要がある。また、高齢者本人の意思が確認できていない現状の中で行われている終末ケアを今後どのような形で改善したらよいのか、高齢者本人はもちろん、家族も視野に入れたケアの方向性についても検討していく必要があるだろう。

V. 結 論

特養の終末ケアに関する文献を概観した結果、以下のことがいえる。

1. 特養において終末ケアは身近な課題

特養の利用者の介護度分布は重度の方に集中しており、在所日数も長く、死亡退所者が6割以上を占める。そのため、特養においては終末ケアはより身近な課題である。

2. 認知症をもつ高齢者の自己決定の課題

特養の利用者の8割に認知症の症状が認められる。認知症の高齢者は自己決定が奪われやすく、多くの場合、家族が意思決定をしている。死にゆく高齢者自身から治療への同意が得られないまま行う医療行為もあり、基本的人権の尊重の面で課題となっている。認知症の高齢者の自己決定をいかに支えていくかを検討することも今後の重要な課題である。

3. 「生活」に主眼をおいた終末ケアの検討

特養は生活の場であり、「生活」に主眼をおいた終末ケアが求められ、最期までその人ら

しい生活ができるようサポートすることも看護師の重要な役割である。高齢者が終末期をどのように過ごしたいと願っているのか、その願いをどのような方法で汲み取ることができるのか、検討し、実施に移していくことも重要な課題である。

4. 看護師不足の中で行われている終末ケア

特養の終末ケアは看護師が不足する中で行われている。医師の関与や医師不在時に看護師が独自の判断でどこまで対応するか、その範囲は施設によって様々であり、一律の基準がない中で看護師らは試行錯誤している現状がある。特養の看護のあり方は十分には認識されておらず、特養における看護のあり方、特に終末ケアを可能にするための看護のあり方についても今後十分に検討していく必要がある。

5. ガイドラインのないままに行われている終末ケア

特養では死亡退所が6割以上を占めるものの、ほとんどの施設に終末ケアに関するガイドラインがない。明確なガイドラインがないまま、職員の認識もそれぞれの中で終末ケアが行われているのが実態である。今後、終末ケアに関心ある職員の資質を生かせるよう終末ケアのガイドラインについても検討していく必要がある。

参考文献

- 1) 厚生労働省：死亡場所の内訳・推移, 2001
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/zuhyou12.html>
- 2) 広井義典：ケア学；超境するケアへ。第1版, 医学書院, 東京, 2000
- 3) 射場典子, 川越博美：わが国のターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題, 看護研究, 33(4): 261-271, 2000
- 4) 柳原清子, 柄澤清美：介護老人福祉職員のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因分析. 新潟青陵大学紀要, 3: 223-232, 2003
- 5) 小野幸子, 田中克子, 梅津美香, 古川直美, 兼松恵子, 水野知穂, 北村直子, 小田和美, 奥村美奈子, 坂田直美：G県特別養護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): 134-142, 2001
- 6) 厚生労働省介護制度改革本部：介護保険制度の見直しについて, 2004
<http://www.mhlw.go.jp/kaigo/osirase/dl/tp040922-la.pdf>
- 7) 厚生労働省：施設入所者の重度化, 2003
<http://mhlw.go.jp/shingi/2003/12/s1222-4d20.html>
- 8) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成10年社会福祉施設等調査報告. 厚生統計協会, 2000, 761-765
- 9) 高齢者保健福祉法制研究会：高齢者保健福祉六法. 中央法規出版株式会社, 東京, 2003
- 10) 厚生労働省：施設における入退所者の状況, 2003
<http://mhlw.go.jp/shingi/2003/12/s1222-4d19.html>
- 11) 厚生労働省：介護保険3施設における在り所の在り所期間, 2001
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/zuhyou19.html>
- 12) 本間 昭：痴呆性高齢者の現状. 日本痴呆ケア学会編：痴呆ケアの基礎. 第1版, 株式会社ワールドプランニング, 東京, 2004, 30-35
- 13) 時田 純：施設における高齢者のターミ

- ナルケア．琵琶湖長寿科学シンポジウム編：高齢者の介護とターミナルケア．第1版，医歯薬出版株式会社，東京，1996，62-71
- 14) Butler, R. (1975)／内菌耕二，グレッグ 中村文子監訳：老後はなぜ悲劇なのか？ 第1版，メヂカルフレンド社，東京，1991
 - 15) 橋本 肇：高齢者の医療の倫理；高齢者にどこまで医療が必要か．第1版，中央法規出版，東京，2000
 - 16) 福本 恵，榎本妙子，滝下幸栄，岩脇陽子，平塚朝子，後藤順子，新村 拓：高齢者の終末期の看取りに関する研究（1報）；遺族に対する質問紙調査結果．京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，9：35-44，1999
 - 17) 川上嘉明：高齢者の死にゆく過程をととのえる終末ケアの視点(2)．総合看護，35(4)：97-105，2000
 - 18) 小西恵美子：高齢者のターミナルケアに対する子世代の意識；長野県農村部での調査から．ターミナルケア，10(4)：314-318，2000
 - 19) 藤原智恵子，松浦由紀子，森田愛子，西浦郁絵，能川ケイ，大野かおり：生活の場所に関する高齢者の意思決定；生活場所を決定するまでのプロセス．神戸市看護大学短期大学部紀要，22：63-76，2003
 - 20) 佐瀬真粧美：老人保健施設への入所にかかわる老人の自己決定に関する研究．老年看護学，12(1)：87-96，1997
 - 21) Hurley, A (1988)／村井敦志訳：重度痴呆性老人のケア；終末期をどう支えるか．第1版，医学書院，東京，2000
 - 22) 長谷川浩子：特別養護老人ホームにおける看護職者の役割に関する文献検討．日本赤十字広島看護大学紀要，4：29-36，2004
 - 23) 壽手莉英子：看護実践における生活の概念．日本看護科学会誌，5(2)：6-7，1985
 - 24) 松原治郎：生活とは何か．現代のエスプリ，9(52)：5-22，1971
 - 25) Sheiman, S. I. : Tube feeding the demented nursing home resident. Journal of the American Geriatrics Society, 44 : 1268-1270, 1996
 - 26) 村井淳志：京都老人のターミナルケア研究会から．琵琶湖長寿科学シンポジウム編：高齢者の介護とターミナルケア．第1版，医歯薬出版株式会社，東京，1996，72-80
 - 27) 川上嘉明：高齢者の死にゆく過程をととのえる終末ケアの視点(6)．総合看護，36(4)：23-31，2001
 - 28) 日本看護協会：医療機関における老人看護領域の看護業務基準．第1版，日本看護協会，東京，2004
 - 29) Fry, S. T. (1994)／片岡範子・山本あい子訳：看護実践の倫理．第1版，日本看護協会出版会，東京，1998
 - 30) 日本看護協会：特別養護老人ホームにおける保健医療と看護．第1版，日本看護協会出版会，東京，1990
 - 31) 日本看護協会：介護保健導入にかかわる看護職員の意識調査．第1版，日本看護協会出版会，東京，1999
 - 32) 森 幹郎：老人問題解説事典．中央法規出版株式会社，東京，1984
 - 33) 鎌田ケイ子：特養ナースは老人看護のパイオニア．特養ホームのナースたち；老人看護のパイオニア．第1版，日本看護協会出版会，東京，1990，7-16
 - 34) 厚生労働省：平成14年介護サービス施設・事業所調査の概況，2002
<http://www.whlw.go.jp/toukei/saikin/>

hw/kaigo/servie02/

- 35) 医療経済研究機構：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，2002，<http://www.ihep.jp/research/h14-5.htm>
- 36) 前川弘美，金川克子，泉キヨ子：特別養護老人ホームにおける看護的援助の実態と援助のあり方に関する研究，日本看護学会収録老人看護，20：68-71，1989
- 37) 日本看護協会：老人福祉施設における看護職の役割と機能報告書，第1版，日本看護協会出版会，東京，1989
- 38) UFJ 総合研究所：特別養護老人ホームをめぐる状況と看護の課題，特別養護老人ホーム実践ハンドブック：特別養護老人ホーム実践ハンドブック編集委員会編，第1版，中央法規，東京，2006，2-26
- 39) 宮原伸二，人見裕江，進藤貴子，清田玲子，西村茂子：特別養護老人ホームにおける死についての検討，川崎医療福祉学会誌，7(2)：373-376，1997
- 40) 日本看護協会調査研究課：1996年変革期における看護管理の課題に関する調査，看護，50(1)：115-123，1998
- 41) 松下 哲，稲松孝思，橋本 肇，高橋龍太郎，高橋忠雄，森真由美，木田厚瑞，小沢利男：終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査，日本老年医学雑誌，36(1)：45-51，1999
- 42) 金井一薫：ケアの原形論；序説，総合看護，30(2)：70-80，1995

脚 注

注1 「生活過程」とは，人間の日常生活行動全体をさす。例えば，呼吸，食事，排泄，睡眠，活動などである。これらが整えられ

なければ，「生命過程」に乱れが生じ，病気が現れる。

注2 「生命過程」とは，生物としての人間にみられる生のありようであり，生命そのものを生かしている身体内部の解剖生理的な構造や働きを指す。人間の「生命過程」には個別性はほとんどない。あらゆる人間は生物としての共通の法則のもとで生きている。「生命過程」の質は，「生活過程」に影響を受ける。人間の生命は生活過程を通して維持されており，人の心のありようによって，生命の質や幅が左右される⁴⁰⁾。川上⁷⁾は，金井の考えを受け，生命体は「生きる」ということに限らず，「死にゆく」過程（生命過程）をプログラムとして内在しているととらえている。既に，生命体は死への過程において，生命体にとってなるべく衝撃の少ない（苦痛の少ない）死に到達できるように，意識を低下させたり，さまざまなホルモンを分泌させたりしていることが分かっている。例えば，全身の衰弱によって十分に排泄されなくなった生命体に，過剰な点滴をすると心不全を引き起こすが，生命体の排泄機能に応じて点滴を少なくすることで，少しずつ体内の水分が減り，分泌物も少なく呼吸も自然にできる。これによって人は枯れたように死んでいく。終末に経口摂取ができなくなるのも，生命体の排泄機能とのバランスをとっているからだと考えられる。また，脳内酸素が欠乏したとき，生命体は，脳内麻酔物質を分泌し，全身の苦痛をやわらげるともいわれる。死を間近に低酸素状態になるのも，生命体が死にゆく過程をプログラムとして内在しているからといえるだろう。したがって，積極的な治療で治る見込みがない高齢者の終末ケア

は、「死にゆく」過程（生命過程）をプログラムとして内在している生命体の機能が円滑に働くことを助けるという視点が必要になる。例えば、過剰な点滴より、その人に

あった食べものを選択し、その人が好む量、好む形で食事を支援するような「生活過程」を整えるという視点が求められるのである。

An examination through literature of the problems concerning terminal care in nursing homes

Noriko Ogusu

Department of Nursing, Faculty of Nursing and Nutrition,
Kagoshima Immaculate Heart University

Key Words : nursing home, elderly people, terminal care

Abstract

The purpose of this study is to clarify through literature the problem of terminal care in the current state of nursing homes.

As a result of the literature examination, following fact clarified. In nursing homes, the ratio of elderly people who are in need of great care is increasing. Over 60 % of the causes of leaving nursing homes are by death. This makes terminal care an important question at nursing homes. Among the nursing home residents, about 80 % suffer from dementia. In future, it is an important task to examine the ways to support self decision of the elderly with dementia. A Nursing home is the place of their daily life. Therefore, the terminal care mainly focused on "living" is required. It is also important to search for the means to know what the elderly desire, in order to let them live in their own style to the end of their lives. Then, it is naturally important to examine the ways to fulfill such wishes of the elderly. And, in the nursing home, terminal care is being carried out in the situation of nursing staff shortage. The ways of nursing at nursing homes have not been paid sufficient attention. The role of the nurse in terminal care must also be examined. It became clear that the terminal care is carried out in nursing homes with no clear guideline, and the knowledge and aptitude of the staff also varies great deal. In the future, it will be important to formulate the guideline for terminal care.
