

図 4. 症例のふりかえり (図3の記入例)

対象の利用者 名前	年齢	家族続柄 息子	検討日時	年 月 日
<p>①この症例についての名前、年齢、終末期の状況などをここに記入します。</p>				
<p>うまくいったこと (うまくいった部分は必ずある)</p> <p>息子夫婦が最期の1週間、毎日きてくれた。</p> <p>②メモタックに記入したものを各欄にはっていきます。</p>		<p>改善すべきこと (犯人さがしはしないこと！)</p> <p>最後の1週間は口腔内が汚かった。</p> <p>死後の処置の時、家族になんて話しかければいいかわからなかった。</p> <p>家族は施設での宿泊を希望したが、泊っていただけの場所がなかった。</p>		
<p>自分の気持ちは (どう思った?)</p> <p>食べられないので食事介助もないし、自分が何をすればいいのかわからなかった。</p>		<p>今後の課題 (①すぐ ②1年位で ③5年先には)</p> <p>① 終末期の口腔ケアについて学ぶ</p> <p>② 死後処置の時、ご家族に施設でのご本人の元気だったころのエピソードを家族につたえられるようにしてみたい</p> <p>③ 職員の休憩室を一時的に家族の宿泊場所に利用できないか検討する。</p>		

① 図5の用紙

② 筆記用具

ただし、遺族の悲嘆が強い場合などは、用紙を使用せず、各項目について、メモをとり、あとで、用紙にまとめていく。

訪問時に行うこと) 遺族訪問時に遺族の話を伺う。その会話の中で、最期の2週間について、「よかったこと」「よくなかったこと」「今、どう思っているか」「今後の施設の終末期ケアについて、こうあってほしいとのぞまれること」の4点をたずねる。

施設帰宅後に行うこと) 遺族訪問に同行しなかった職員に対して、用紙にまとめた各項目について、報告を行い、今後の課題を検討する。

<現場研修>

実際のケア提供では、現場での学びが必要である。日常の業務の中や、外のケア提供施設の訪問などで、下記のような現場研修の提供が可能である。

1. 新人教育

プライベートな生活上でも死とむきあったことのない若者が介護職員として、施設において、終末期ケアの提供を担うことになる、という状況は非常に多い。このため、死そのものに対する恐れ等により、「何をしたいのかかわからない」という思いを抱くことがある。導入としての現場研修では、実際に先輩である職員が行っているケアの現場や、家族との面談に同席し、その対応を見て、聞いて、感じることで、終末期ケアの実践を学ぶ方法が考えられる。

具体例) 入居時や、ケアカンファレンス時に終末期の希望聴取を行っている場合は、その聴取を行う面談を見学する。

医療職員と家族の、終末期の治療方針決定の面談を見学する。

病院入院者を施設の代表として見舞う。(病院におけるケアをみてる。)

終末期での病院入院者の入院搬送に同行する。

看護職員が行う終末期ケアの提供を一緒に行う。

死後の処置を一緒に行う。

遺体安置時、家族へのいたわりの言葉を伝え方など、先輩職員の状況を学ぶ。

葬儀や、遺族訪問に同行し、先輩職員がどのように家族に声をかけているかなどを学ぶ。

上記を行った場合に、同席した先輩職員が、「何に気がついたか」、「どう感じたか」、「自分は今後どうしていきたいか」の3点をたずね、新人職員の学びを整理すると効果的と考えられる。その際、新人だからこそ、新鮮な感性で状況を感じることができるので新しい気づきや、改善課題を見いだす能力があることを周囲が評価し、それをケアの改善に結びつけていく配慮が効果的と考えられる。

2. 中堅研修

他の施設や、病院、在宅での終末期ケアの実践の見学や、他施設職員の工夫について学ぶことで、終末期ケアの質の改善をはかることが可能であると考えられる。介護保険施設の多くは、関連する在宅ケアの提供施設や、協力指定病院がある。環境の異なる場所で、同じような高齢者がどのような終末期ケアをうけているのかを学ぶ方法が考えられる。

具体例) 同法人内等の訪問看護ステーションの終末期ケアカンファレンスや、死亡症例検討会に参加す

図 5. 症例のふりかえり・遺族訪問時

対象の利用者 名前 状況	年齢	ご遺族続柄	訪問日時 年 月 日
最期の2週間について、これはよかったとおもっていただけ たことをたずねる。	最期の2週間について、これはよかったとおもっていただけ たことをたずねる。	最期の2週間について、これはしてほしくなかったことを たずねる。	
最期の2週間について、振り返られてどう思われているかを たずねる。	最期の2週間について、振り返られてどう思われているかを たずねる。	遺族から施設に対して今後の終末期ケアについてこうあっ てほしいとのぞまれることをたずねる。 今後の課題 (①すぐ ②1年位で ③5年先には)	

図 6. 症例のふりかえり・遺族訪問時 (図5の記入例)

<p>対象の利用者 名前 K.N. 年齢70 遺族続柄 遺族続柄</p> <p>①この症例についての名前、年齢、終末期の状況などをここに記入します。</p>	<p>最期の2週間について、これはしてほしくなかったことをたずねる。</p> <p>施設の職員が、「K.N.さんが寝てくれないので、私は殺される」というのを聞いてしまった。言葉に気をつけてほしい</p>
<p>最期の2週間について、これはよかったとおもっていただけたことをたずねる。</p> <p>介護はスタッフがしてくれたので、自分は静かに本人を看取ることができた</p> <p>②家族からのコメントは項目にわけて記入します。</p>	<p>遺族から施設に対して今後の終末期ケアについてこうあってほしいとのぞまれることをたずねる。 今後の課題 ①すぐ ②1年位で ③5年先には)</p> <p>施設から、本人に終末期の希望を確認してもらった方がよい。家族からそうした話をすると「自分の死期が近いのでは」と思ってしまう。家族からははなはずらい。</p>

る。

具体例) 同法人内等の訪問看護ステーションの終末期の訪問に同行する。

協力医療機関の病院の終末期にある入院利用者を訪問し、病院看護師にケアの状況について工夫している点などをたずねる。

3.管理職研修

管理職は、終末期ケアにおいて、利用者本人や家族に対して質の高いケアの提供を行うのみならず、施設職員の精神を含めた健康を管理し、健全な経営状況を守ることも要求される。特に、終末期ケアに伴う施設職員の精神を含めたケアの負担によるバーンアウト離職につながらないような運営が要求される。

具体例) 施設の管理職研修の機会や、他施設訪問時、症例検討会などで施設職員からあがってきた「自分の気持ちの項目」や、「今後の課題」の項目をもちより、各施設の対応策についての情報交換を行う。

<既存の研修会の利用>

フィールド調査を行った他の介護老人福祉施設では、「感染症」、「救急処置」、「リスクマネジメント」といった施設内の研修会の中で、終末期にある利用者に対してはどのように対応すべきかを同時に学んでいた。すなわち、既存の研修会の各項目で、終末期ケアとしてのあり方も一緒に学ぶという方法である。

終末期ケア提供をこれから志す施設では、もし、終末期の利用者であった場合は、何が自分たちにとって不安な要素かを列挙する機会として利用する方法が考えられる。不安要素が明確になった段階で、すでに終末期ケア提供を行っている施設を訪問し、その要素にどのように対応しているかを確認するステップを踏むことで、新しい対応方法を見いだすことが可能であると考えられる。

具体例)

*研修会「救急処置」について

「救急処置」の講習会の中で、心肺蘇生法の研修を行っている施設も多い。日本医師会の発行した ACLS トレーニングマニュアル（日本医師会 ACLS トレーニングマニュアル 三報社印刷株式会社 36 ページ）の中で、心肺蘇生のアルゴリズムの系統図に、心静止時、蘇生を望まない根拠があるか？ という項目がある。心肺蘇生の実践研修を行った後に、どういう利用者には蘇生を行うのか、逆に行うべきではないのか、を検討することは、終末期ケアの検討の最初のきっかけとして有用である。

この議論をもとに、今後の施設における、本人や家族の終末期の希望聴取方法などを検討する方向性も考えられる。

E.結論

本研究のフィールド調査に伴う施設訪問や、研究に参加した研究者の臨床および福祉経験より、ワークショップ形式検討会、現場実践教育、既存の研修会の利用の3つにわけて、研修の方法を提示した。

今後、この研修方法の有効性について検討が必要であると考えられる。

F.健康危険情報 なし

G.研究発表

1. 論文発表なし
2. 学会発表なし

H.知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得なし
2. 実用新案登録なし
3. その他 なし

参考文献

- [1] 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 平成
15年3月 医療経済研究機構 東京 2003

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

終末期における事前意思決定確認の検討

分担研究者 氏名 有賀 悦子 所属 国立国際医療センター
緩和ケア科

研究要旨

患者の意思が確認できない場合、終末期医療は医療者や家族、代理人といった患者以外の者が選択していく苦悩を経験する。そのような医療の決定を多くの者が納得して選択していくプロセスとして、コンセンサス・ベースド・アプローチが挙げられる。次年度に向け、このコンセンサスをがん治療現場では、治療の選択や療養の場の選択を、高齢者、特に認知症を呈する患者はどのように決定しているか記録していく研究計画を作成している。

A 研究目的

事前意思を示す事前指示書（Advance Statements）とは、知的判断能力がある人がその能力が損なわれたときに実施されるべき事象について指示したものをいい、1992年英国医師会がその見解を明らかにした。その指示の内容は個人のすべてのことを指すが、とりわけ、死が近づいたときの終末期医療の選択について触れることが多い。日本の医療現場において、こうした事前指示書は法制化されておらず、病名の告知などの側面からも家族重視の傾向があり、患者自身がその事前意思をあきらかにする機会を逸したまま終末期を迎えるなど経験するところである。

そのような患者の意思が確認できない場合、終末期医療は、罹患疾病により必要とされる治療は異なるため医療者が一元的に選択することは簡単なことではない。また、治癒を目指す治療と異なり、生活の質（QOL）の維持、延命など目的が多因子となることから、患者以外の者が患者に代わって最期の選択を行った場合はたしてそれで本当によかったのだろうかと答えのないまま最良と推測されることを選んでいくことになる。患者自身の事前意思が確認できていれば、それが最優先されるのであるが、患者の意思が確認できない場合、結果的に医療者や家族にその判断はゆだねられ苦悩することになる。患者の意思が確認できない場合とは、認知症や意識障害などで患者に決定能力が低下または消失している場合、告知や病状説明が十分説明されていない場合、急速な病態変化により意思確認が遅延してしまった場合などがあげられる。

このような意思確認ができないとき、誰もが納得する決定を促す方法として、「コンセンサス・ベースド・アプローチ¹⁾」がある。これは、患者の嗜好、価値観に基づいた選択を、代理人、家族、ケアに関わる医療者らの対話によって、コンセンサスを得ていく形成過程をさしている。治療を選択する場合、科学的根拠に立脚した「エビデンス・ベースド・メディスン²⁾」、患者の人生の語りによる「ナラティブ・ベースド・メディスン³⁾」が挙げられる。科学性の中にも複数の選択肢が存在し、かつ患者の意思の明示が得られない場合、この「コンセンサス・ベースド・アプローチ」が重要であろうと考えられる。

患者は十分な病状理解には至っていない一方で、決定能力としては完全に欠落しているわけではなく、そのまだら状の意思表示を家族とともにコンセンサスを得ながら選択を行っていくという事例を現場では遭遇する。病状をどのように理解しているのか、その反応は、また、家族はどのように支援し、コンセンサスを得ていったか、こうした流れを病状変化が早いがんにおいて観察していくことは、コンセンサス・ベースド・アプローチが事前意思決定にどのように結びついていくか重要である。がん患者は治療の選択や在宅やホスピスといった療養の場の選択を行わなければならない、そうした選択を支援している役割

が緩和ケアにある。高齢者、中でも認知症を持った患者が、こうした選択をどのようなプロセスで行っているか記録し評価することは、その事前意思決定の確認方法の検討に有用であると考え、次年度に向け研究計画を立案した。

B 研究方法

研究対象は、国立国際医療センター緩和ケア科にコンサルテーション依頼があった高齢者で、特に認知症を有する患者とし、5例を目標とする。診療科の特性上、疾病はがんとなることが見込まれる。患者の疾患、病状に対する認識や治療や療養の場の選択に関する希望、家族の支援など、緩和ケア科の日常診療を診療録に記録し、プロセスレコードは診療録の範囲で作成する。患者の決定プロセスが自然な形で形成されることを重視し、この調査のために面接の時間をとることは行わない。

（倫理面への配慮）

研究の対象とする個人の人権の擁護として、氏名、生年月日など個人を識別しうるデータの入手はおこなわず、連結不可、対応表を有しない匿名化とする。まとめられたレコードは、外部と接続されないコンピューターに保存し、施錠された研究者の医局に保管する。被験者に理解を求め同意を得る方法について、当該研究は人体から採取された試料を用いない観察研究で、既存資料等以外の情報に係る資料を用いる場合に当たる。よって、疫学研究に関する倫理指針第3、7、(2)、②アに基づいて進める。患者説明書を用いて説明を行うが、研究対象者は認知症を有しているため説明によって混乱を生じる危険があると研究者または主治医が判断した場合は、代諾者に研究内容を説明し口頭で同意を得る。この時、拒否について、研究対象者が拒否をしなくとも、代諾者が研究対象者の意思を代弁し拒否が出来ることも説明する。同意が得られたときは診療録に記録する。

以上の研究を計画し、分担研究者の所属施設での倫理委員会に提出し、承認されたところである。

C 健康危険情報

本研究による予想される患者の健康危険は、日常診療の範疇を超えず患者に関わることより、特にない。患者または患者代諾者への研究協力の依頼は、日常診療記録を匿名化したうえで研究として診療施設外に持ち出す点である。

引用文献

- 1) Jason HT Karlawish, et al: A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. *Ann Intern Med.* 1999; 130:835-840.
- 2) Guyatt G. Evidence-based Medicine. *ACP Journal Club* 1991; 114:A16
- 3) Elwyn GJ. So many precious stories: a reflective narrative of patient based medicine in general practice, Christmas 1996. *BMJ.* 1997; 315(7123):1659-63.

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

介護保険施設死亡退所者の医療・介護費用の検討

分担研究者 氏 名 大久保一郎 所 属 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

研究協力者 氏 名 竹迫弥生 所 属 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 研究員

研究要旨

I. 介護老人福祉施設 施設内死亡退所者の死亡直前の医療・介護費用の検討

＜目的＞介護老人福祉施設を死亡退所した要介護高齢者の医療費、および介護費用を検討する。＜方法＞以前より終末期ケアを積極的に行っていた東京都内の介護老人福祉施設 1 施設を対象施設とした。医療費改定の影響のなかった 2004/7～2005/12 の施設内死亡退所者のうち、突然死を除く 7 人を対象とした。対象症例の医療費および介護費用、死亡前 30 日分、90 日分に換算し、総額を算出した。また、この間に行われた検査や医療処置の状況を検討した。＜結果＞介護サービス費用は、死亡前 30、90 日ともに 1 日あたり約 1 万円であった。医療費は死亡前 90 日間では、1 日 395～3,236 円、30 日間では、1 日 420～3,958 円であった。死亡月または死亡 1 ヶ月前の月に施設内で行われた医療処置は、酸素療法 6 人、抗生剤投与 5 人、喀痰吸引 3 人等であった。＜考察＞施設内死亡者の死亡前の介護費用はほぼ一定であった。医療費は症例により額に開きがみられたが、現在まで報告された死亡前医療費と比較すると安価である可能性が示唆された。今後、施設内で提供された医療や、終末期ケアの質などを含めた検討が必要と考えられた。

II. 介護老人保健施設死亡退所者の死亡直前の医療費

＜目的＞介護老人保健施設を死亡退所した要介護高齢者の医療費を検討する。＜方法＞2004 年から 2 年間に 1 介護老人保健施設を死亡退所した 3 症例について、最終入院医療費の提供を施設よりうけ、検討した。＜結果＞3 症例の死亡直前の医療費を日数割で検討したところ 1,834～5,002 点であった。＜考察＞死亡直前の入院に伴う医療保険請求額は入院状況により格差が大きいことが明らかとなった。

I. 介護老人福祉施設 施設内死亡退所者の死亡直前の医療・介護費用の検討

A 研究目的

高齢社会にある日本において、2003年現在、約34万人の要介護高齢者が介護老人福祉施設で生活している。介護老人福祉施設の死亡退所者の約3割が施設内で死亡している。以前より、高齢者の死亡直前の医療介護費用が高額であり、国の医療介護費全体の大部分を占めることが国内外の文献で指摘されてきた¹⁾⁵⁾。しかし、日本国内において、介護老人福祉施設内で死亡した要介護高齢者の、死亡直前の医療費、介護費用について検討した論文は、著者らが検索したかぎり報告がなかった。

平成18年度介護報酬の改定により、介護老人福祉施設は重度化対応加算、看取り介護加算の算定が可能となる⁶⁾。このため、介護老人福祉施設で死亡した高齢者の医療、介護費用を検討し、さらに、その死亡直前におこなわれた医療処置や検査の状況を検討することは、今後の高齢者医療福祉を考える上で重要な課題であると考えられる。

そこで我々は、1介護老人福祉施設を死亡退所した要介護高齢者の死亡直前の医療介護費用、および医療処置の状況を検討する目的に本研究を行った。

B 研究方法

対象施設は以前より終末期ケアを積極的におこなっている東京都内の介護老人福祉施設1施設とした。定員は110人、平均年齢83.5歳、平均要介護度3.5。医療提供は、診療所が併設されていた。しかし、対象時期の診療所常勤医は、併設された介護老人福祉施設2施設の対象施設でない施設で常勤医をしていたため、対象施設では常勤医は不在であった。非常勤医師6人（平日および土曜日に各医師が勤務、夜間電話対応可能、往診不可）、常勤看護師4人（夜勤なし、夜間電話対応可、呼び出しあり）、および非常勤看護師3人であった。介護職員は常勤35人非常勤31人、相談員は常勤2人であった。また、歯科往診が月4回、精神科・皮膚科往診が月2回、および眼科往診が月1回行われていた。

対象症例は、医療費改定の影響を死亡前4ヶ月間にわたってうけなかった2004年7月1日から2005年12月31日までの死亡退所者とした。除外基準は、職員が利用者の身体的な異常を認識してから24時間以内の死亡（突然死）を除くものとした。除外基準の根拠としては、突然死の施設内死亡者に対しては、終末期としての医療や介護が提供されないことが想定されたためである。対象とする終末期の医療費および介護費用の期間は、死亡日からさかのぼって30日間、および90日間とした。

対象症例の基本属性、入居前の生活場所、入居期間、要介護度、基礎疾患、身元引受人の続柄、および家族の終末期の希望は、施設の医療記録、死亡直前の医師の意見書控え、死亡診断書、介護記録、およびケアカンファレンス記録から入手した。死亡場所、死亡日時、および死因のデータは、施設の医療記録内に保存された死亡診断書より入手した。

医療費データは、施設付属の診療所レセプト、薬局レセプト、および施設内に保存され

ていた施設付属外の医療機関への自己負担額領収書の控えから、死亡月を含む死亡前 4 ヶ月分を入手した。医療費の自己負担割合、および介護サービス費用（保険請求額、自己負担額）は、医療および介護請求事務が、パソコンに保存していた死亡月を含む死亡前 4 ヶ月分のデータを用いた。介護サービス費用としては、施設利用料と食事材料費が別に記載されていたため、施設利用料のみを介護サービス費用として扱った。さらに、他医療機関受診による医療費の支払いが家族によって行われ、施設に領収書がのこらない場合があることを想定して、死亡前 4 ヶ月の期間について、個人の医療記録、入居者入退院・受診記録、および歯科、皮膚科、眼科および精神科往診受診者一覧ノートにより、受診状況のデータ収集を行った。

死亡前 30 日間、および 90 日間の医療費は、各月のレセプトを日割りした値を合算して算出した。また、自己負担額しか入手できなかった医療費については、自己負担割合から医療費を逆算した。ただし、施設外医療機関受診時の医療費については、1 日あたりの医療費として高額であることが予想されたため、受診日が死亡 30,90 日前に入る場合にのみ含めて算出することとした。上記研究は、筑波大学倫理審査委員会の承認を得た上で行った。

C 研究結果

調査対象症例のフローチャートを図 1 に示す。対象期間に施設を退所した人は、23 人であった。このうち、長期入院伴う退所者は 4 人、死亡退所者は、施設内死亡が 9 人、病院に搬送された後死亡した病院死亡者が 10 人であった。施設内で死亡した 9 人のうち、職員が利用者の異常を認識してから 24 時間以内の死亡であった 2 人を除く 7 人を対象とした。対象症例 7 人は、いずれも 2005 年 10 月の介護保険改正の前の死亡者であり、居室料などの発生に伴う自己負担増加の影響を受けていなかった。また、この 7 例の家族は全員、施設内で終末を希望していたことが、ケアカンファレンス資料に記載されていた。

表 1 に、対象症例 7 人の基本属性、入居前生活場所、入居期間、要介護度、家族続柄、医師の意見書上の基礎疾患、死亡診断書上の死因、保険種別、自己負担割合を示した。対象症例は全て 80 歳以上であり、2 年以上の入居期間を有していた。死亡時の要介護は 4 以上であった。基礎疾患は、全例に認知症があり、3 例に脳梗塞があった。死因は、悪性腫瘍、心不全、および肺炎が 1 例ずつあり、その他は死因となる疾患が明確でなかったことが推測された。また、胃瘻による経管栄養をうけていた症例が 1 例であった。保険種別は、国民健康保険が 4 例、社会保険が 3 例であった。自己負担割合は 6 例が 1 割であり、自己負担のなかった 1 例は心身障害者 1 級による公費負担の対象者であった。

表 2 に、対象症例 7 例について、死亡月もしくは死亡 1 ヶ月前の月に、最低 1 度は医療処置を受け、医療保険の請求が行われた各項目とその人数を示した。この間に施設外の医療機関を受診したのは、悪性腫瘍で死亡した症例 1 と、プロスタグランدين製剤の点滴をうけていた症例 4 の 2 例であった。皮膚科、歯科、眼科などの往診は約半数の症例が受けていた。施設内で提供された医療では、酸素療法 6 例、筋注もしくは内服の抗生剤が 5

图1. 对象症例

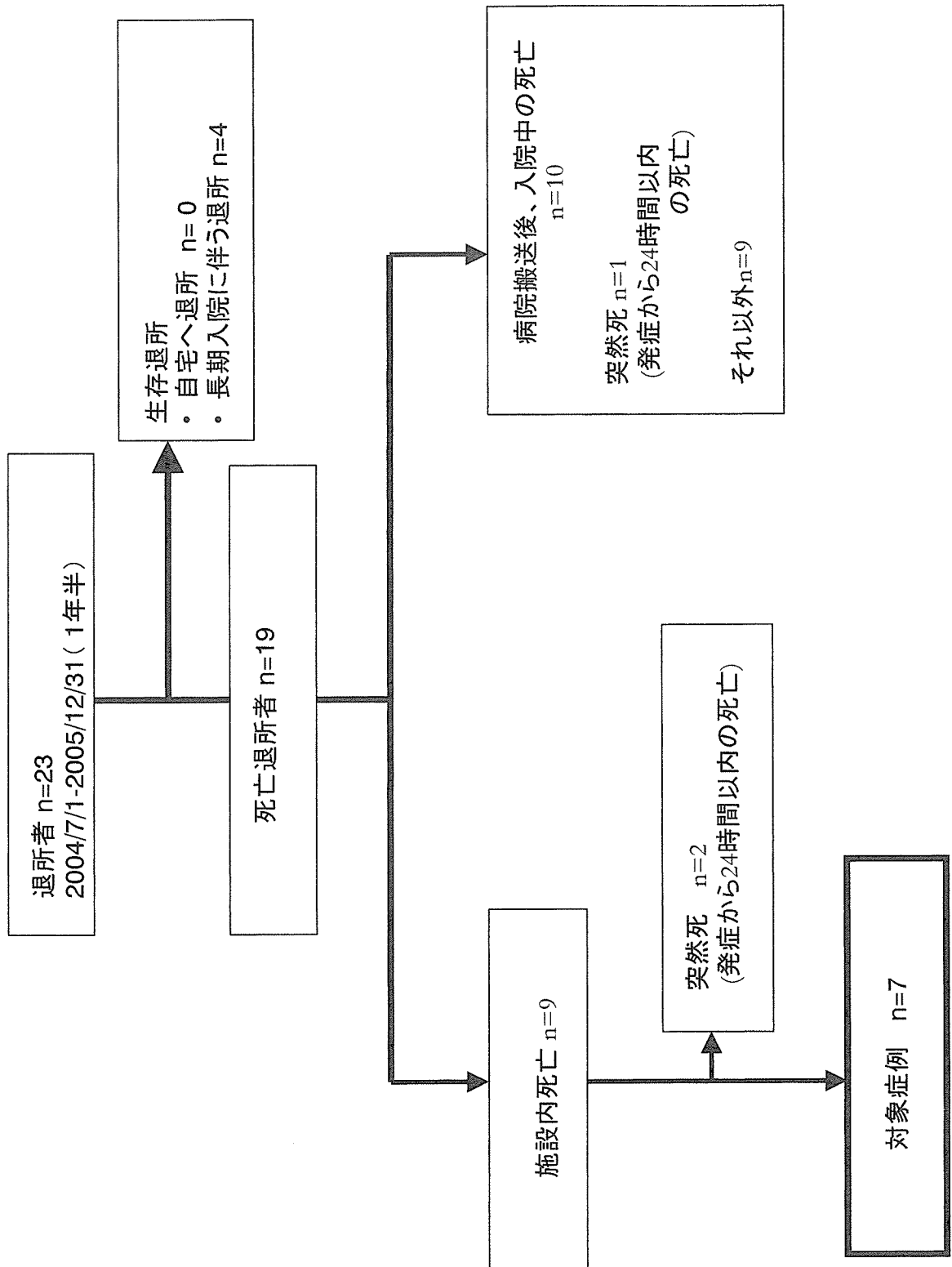


表1.介護老人福祉施設対象症例の基本属性(N=7)

	死亡時 年齢	性別	入居前生 活場所	入居期間 (年)	死亡時 要介護度	基礎疾患*	死因†	保険	自己負担割合
#1	80	m	病院	7.6	4	認知症・腰痛	腎尿管移行上皮癌	国保	1割
#2	92	f	病院	4.1	5	頸椎損傷・認知症	多臓器不全	国保	なし
#3	90	f	自宅	2.1	4	認知症・膀胱結石	多臓器不全	社保	1割
#4	85	f	病院	4.8	5	認知症(脳血管性)・糖尿病・神経因性膀胱	心不全	国保	1割
#5	81	f	病院	3.5	5	脳梗塞・認知症・薬疹(胃瘻による経管栄養)	急性肺炎	社保	1割
#6	92	f	老健	3.7	5	脳梗塞・認知症・左大腿骨頸上骨折	多臓器不全	国保	1割
#7	88	m	老健	6.9	5	脳梗塞・認知症・気管支喘息	低酸素血症	社保	1割

中央値 88
範囲 (80-92)

4.1
(2.1-7.6)

*:死亡前の医師の意見書に基づく

†:死亡診断書に基づく

表2.死亡月もしくは死亡1ヶ月前の月に 下記の処置による医療保険請求のあった人数 (n=7)

			死亡月又は死亡1ヶ月前の月
			n
施設外	外来受診	施設外医療機関受診	2
	往診	歯科	2
		皮膚科	3
		眼科	1
		精神科	0
		上記いずれか	4
施設内	検査関連	血液検査	3
		尿検査	1
		細菌検査	1
		細胞診	0
		酸素飽和度測定	4
		心電図	1
	栄養・補液関連	点滴（補液）	2
	抗生剤*	点滴	0
		筋注	3
		内服	3
	気道関連	酸素療法	6
		喀痰吸引	3
		ネブライザー	2
	その他	創傷処置 [†]	4

*:筋注もしくは内服の抗生剤投与はn=5

[†]:表皮剥離2例、胃瘻部膿瘍1例、褥瘡処置1例

例、酸素飽和度測定 4 例、喀痰吸引 3 例、点滴とネブライザーがそれぞれ 2 例ずつであった。

また、対象症例それぞれの死亡前 4 ヶ月間における、施設内外でうけた医療と、それに伴う診療報酬点数を図 2 に示した。尚、施設外で受けた医療、および往診でうけた医療のうち、レセプトデータの入手できなかった項目については、自己負担金額を下線で記載した。悪性腫瘍で死亡した症例 1 と、プロスタグランジン製剤の点滴をうけていた症例 4 の 2 例は、頻回の施設外外来受診をしていた。カルテ上、心肺蘇生が行われたことが確認されたのは、症例 4 の 1 例であった。

死亡前 30 日間、および 90 間に換算した介護費用、医療費を表 3 に示した。介護サービス費用（保険請求額と自己負担額の総額）は、死亡前 30、90 日ともに 1 日あたり約 1 万円であった。医療費は死亡前 30 日間では、1 日あたり 420～3,958 円、90 日間では、1 日あたり 395～3,236 円であった。

D 考察

医療資源が比較的確保されており、さらに以前より施設内終末期ケアを行ってきた 1 介護老人福祉施設において、施設内死亡者の死亡前 30 日間、90 日間の介護サービス費用、および医療費を検討した。対象施設では、約半数の死亡退所者が施設内で死亡していた。対象症例 7 人の介護サービス費用は、いずれの症例も要介護度が 4 または 5 であったことから、それぞれ約 30 万円、90 万円とほぼ一律であった。しかし医療費については、7 症例の間でも、死亡前 90 日間では、1 日あたり 395～3,236 円、30 日間では、1 日あたり 420～3,958 円と、症例による差異が大きかった。また、死亡月もしくは死亡 1 ヶ月前の月に酸素療法や抗生剤投与が行われた症例が多かった。

対象施設にける死亡退所者に対する施設内死亡者割合は 47%であり、2003 年の全国平均である 36.2%より高かった。介護老人福祉施設における施設内死亡は、施設が終末期ケアを受け入れる方針であること、家族の終末期希望があること、夜間や休日の医師との連絡が可能であること、および看護師が夜間や休日必要であれば出勤する状態であることとの関連が報告⁷⁾されており、本対象施設がこれらの要件を満たしていたためと考えられた。このため、本対象症例の中には、一般的な介護老人福祉施設では、病院搬送の対象となるような、比較的医療処置を要する症例を含んでいる可能性があると考えられた。

介護老人福祉施設における死亡直前期の医療・介護費用に関する報告は、我々が検索した限りなかった。従って、本研究は症例数が少ないものの、新しい知見と考えられる。

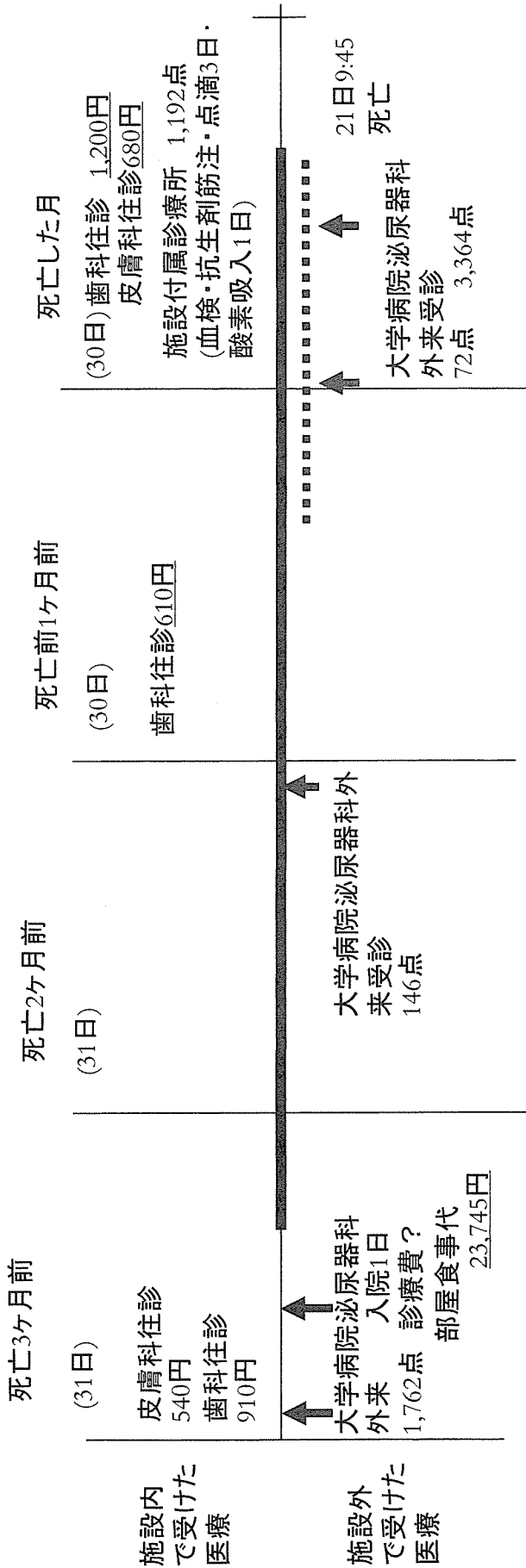
終末期の医療費については、厚生労働省が第 18 回社会保障審議会医療保険部会の資料として粗い推計値をインターネット上で公開している⁸⁾。これは、食道癌の末期を想定し、死亡前 30 日間の医療費を病院入院では 115,000 点、在宅療養後の死亡 57,700 点と公表している。このデータでは、実際にうけていた医療処置やケアの内容は明示されていない、本症例の悪性腫瘍症例、症例 1 は死亡前 30 日間の医療費は保険請求額で約 6,700 点であった。

図2. 介護老人福祉施設 施設内死亡者の死亡直前の医療費(症例1,2)

自己負担額 円
 保険点数 点

死亡前90日間
 死亡前30日間

症例1 80歳男性 病院から入居 7.6年生活 要介護度4 基礎疾患:認知症・腰痛 死因:腎尿管移行上皮癌 保険:国保(自己負担1割)



症例2 92歳女性 病院から入居 4.1年生活 要介護度5 基礎疾患:頸椎損傷・認知症 死因:多臓器不全 保険 国保(なし)

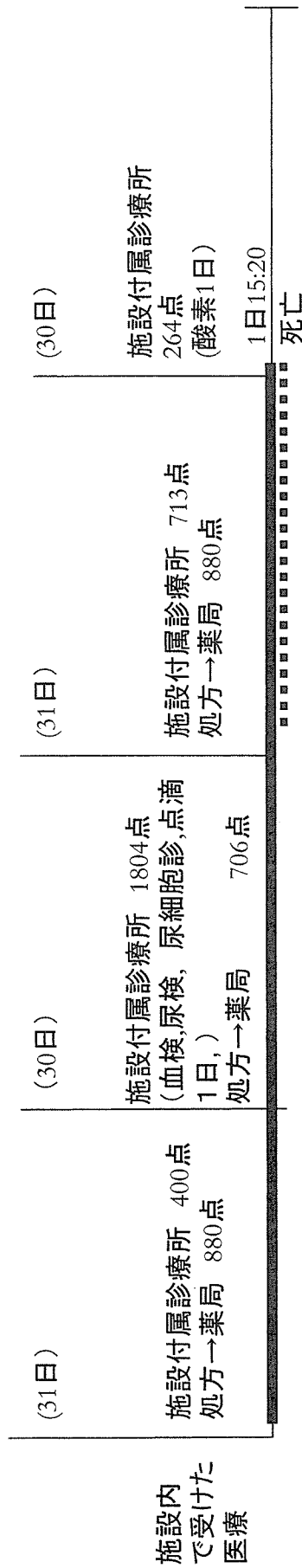


図2. (続き) 介護老人福祉施設 施設内死亡者の死亡直前の医療費(症例3,4)

自己負担額 円
 保険点数 点

死亡前90日間
 死亡前30日間

症例3 90女性 自宅から入居 2.1年生活 要介護度4 基礎疾患:認知症・膀胱結 死因:多臓器不全 保険:社保(1割) 死亡した月

死亡3ヶ月前	死亡2ヶ月前	死亡前1ヶ月前	死亡した月
(30日)	(31日)	(31日)	(28日)
施設内で受けた医療 歯科往診 8450円 施設付属診療所 336点 処方→薬局 2,170点	歯科往診 1,460円 施設付属診療所 509点 処方→薬局 3,670点	歯科往診 530円 皮膚科往診 270円 施設付属診療所 9,191点 (酸素飽和度,血検,酸素11日・点滴9日・抗生剤筋注10日・吸引) 処方→薬局 3,184点	施設付属診療所 2,508点 (酸素飽和度測定・抗生剤内服・酸素6日・吸引) 処方→薬局 3417点 16日 6:30AM 死亡

症例4 85女性 病院から入居 4.8年生活 要介護度5 基礎疾患:認知症(脳血管性)・糖尿病・神経因性膀胱 死因:心不全 保険:国保(1割)

死亡前90日間	死亡前30日間	死亡した月
(30日)	(31日)	(28日)
施設内で受けた医療 眼科往診 1030円 施設付属診療所 1,109点 (血検) 処方→薬局 3,471点	眼科往診 960円 施設付属診療所 2,689点 (PG点滴) 処方→薬局 2,373点	眼科往診 1,030円 施設付属診療所 5,943点 (酸素飽和度測定・抗生剤内服・酸素14日吸引・ネブライザー) 処方→薬局 393点
施設外で受けた医療 ? 450円	形成外科外来受診 814点 ?	救急センター1泊入院 翌日循環器外来受診 ?
		20日 1:33M 死亡CPR(+) ? : 施設外医療機関受診したが、医療費のデータ入手できなかった。

図2(続き). 介護老人福祉施設 施設内死亡者の死亡直前の医療費(症例5-7) 死亡前90日間 自己負担額 円
死亡前30日間 保険点数 点

施設内で受けた医療	死亡3ヶ月前 症例5 81歳女性 病院から入居 3.5年生活 要介護度5 基礎疾患:脳梗塞・認知症・薬疹 (胃瘻による経管栄養)	死亡2ヶ月前 要介護度5 基礎疾患:脳梗塞・認知症・薬疹	死亡1ヶ月前 急性肺炎 保険:社保(1割)	死亡した月
	(30日)	(31日)	(31日)	(28日)
	皮膚科往診 400円 施設付属診療所 1,460点 処方→薬局 402点	皮膚科往診 1110円 施設付属診療所 2,433点 (血検) 処方→薬局 437点	施設付属診療所 1,484点 処方→薬局 304点	施設付属診療所 3,131点(酸素飽和度測定・抗生 剤筋注6日・酸素4日・吸引・ネ ブライザー) 21日 処方→薬局 304点 10:30PM

施設内で受けた医療	症例6 92歳女性 老健からの入居 3.7年生活 要介護度5 基礎疾患:脳梗塞・認知症・左大腿骨顆上骨折 死因:多臓器不全 保険:国保(1割)	(31日)	(28日)	(30日)
	(31日)	(28日)	(30日)	(30日)
	施設付属診療所 444点 処方→薬局 402点	皮膚科往診 520円 施設付属診療所 444点 処方→薬局 402点	皮膚科往診 360円 施設付属診療所 633点 処方→薬局 402点	2日 6:45AM 死亡

施設内で受けた医療	症例7 88歳男性 老健からの入居 6.9年生活 要介護度5 基礎疾患:脳梗塞・認知症・気管支喘息 死因:低酸素血症 保険:社保(1割)	(31日)	(30日)	(30日)
	(31日)	(30日)	(30日)	(30日)
	施設付属診療所 2,967点 (血検・抗生剤内服・褥瘡 の処置) 処方→薬局 2,403点	施設付属診療所 2,818点 (褥瘡の処置・酸素2日) 処方→薬局 2,501点	施設付属診療所 1,480点 (尿検・心電図・抗生剤内服・ 褥瘡の処置) 処方→薬局 2,130点	施設付属診療所 1,886点(細菌検査・酸素飽和度 測定抗生剤内服・酸素1日・褥 瘡の処置) 処方→薬局 1,070点 19日 10:52AM 死亡