

C. 結果

1. 高齢者の終末期ケアの課題

調査研究や文献から高齢者の終末期ケアの課題を3つに整理した。①死に至る3つのパターンに応じたケアの必要性、②過小医療・過大医療の問題、③意志決定が明確でない、である。以下、3つの課題について説明する。

1) 死に至る3つのパターン

死に至る経過としては、

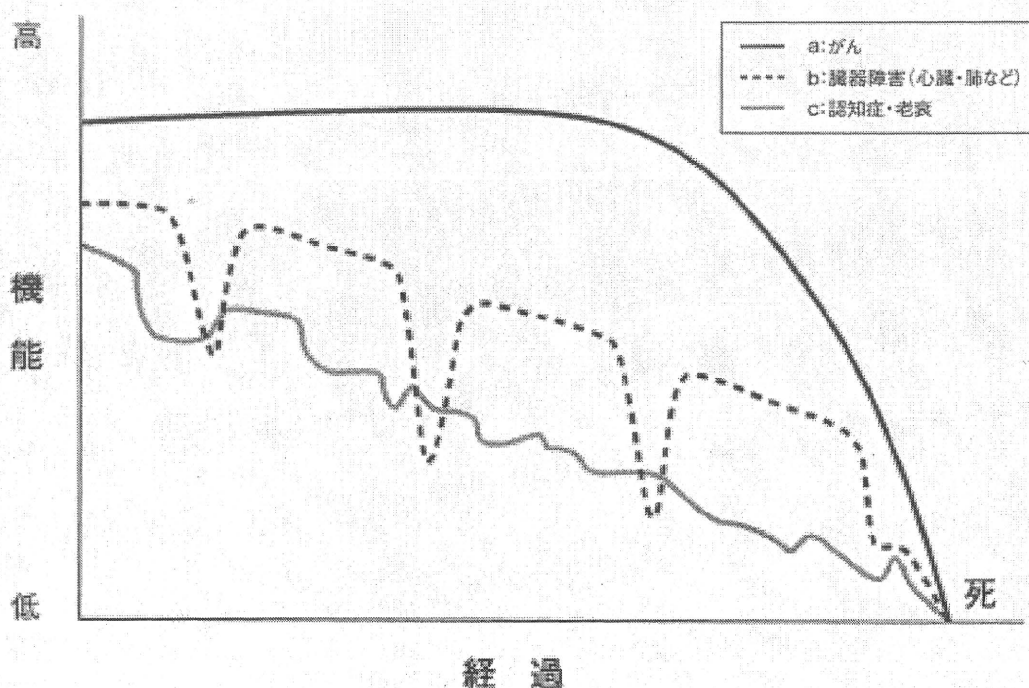
ア) 死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化する
(がんなどの場合)

イ) 慢性疾患で増悪と緩解を繰り返し、機能は徐々に(2～5年で)下降線をたどる(心臓・肺・肝臓など慢性疾患の場合)、

ウ) 長期間(5年以上)にわたり、徐々に機能が低下する(認知症や老衰の場合)

の3つのパターンがあるが、高齢になるほど②③のパターンが多くなる。宮田他(2004)が行った全国調査でも、訪問看護を受けていた高齢者1000人は、3パターンに類型され、それぞれ3割程度ずつ見られた。これらは、終末期の期間、かかる費用、症状、ニーズなどが異なるため、類型化に応じた終末期ケアを実施することが求められる

図1. 高齢者の死に至る経過の3つのパターン



2) 過小医療・過大医療

過小医療については、脱水などの急性増悪による悪化と、老衰による末期と区別することが医学的に難しいとされている。本当は末期ではないが、末期とみなしてしまう、いわゆる「みなし末期」の危険性がある。たとえば、高齢者の経口摂取低下に対して、それが可逆的か不可逆的かの検討を十分にしないまま、不可逆的なものとみなして必要な医療を実施しないこと、このことは延命治療の放棄ではなく、治療の可能性をも放棄することになる。杉本他（2006）の研究でも、臨死期に至る過程で病状の急速な変化が3割程度起こりうる事が確認されており、慎重な対応が求められる。

また、その一方で、臨死期になっても積極的な治療が行われたり、経口摂取が困難になった認知症高齢者に人工栄養がされているなど、過大医療も問題になっている。特に胃瘻造設者は右肩上がりに増加している。PEGドクターズネットワークの調査では、2008年度の新規造設件数は20万件、交換件数は60万件と報告している。患者の基礎疾患は、脳血管障害が55%、認知症29%（うち重度認知症15%）、パーキンソン病7%、ALS（筋萎縮性側索硬化症）2%である。平均年齢81歳、1年以内に死亡する人と3年以上生存する人はそれぞれ3割であった。死亡原因は、肺炎59%、心不全14%、その他22%である。

さらに、療養病床への胃瘻患者も増加している。日本慢性期医療協会（2010）の調査では、医療療養病床の経管栄養患者は41.8%（うち、胃瘻28.8%、経鼻胃管13.0%）、中心静脈栄養7.1%と報告している。ほとんどが一般病床で造設された後に転院してきた患者である。一方、アメリカナーシングホームにおける経管栄養患者は6.8%と低く、その差は歴然としている。

欧米と比較すると日本人の平均寿命は長く、胃瘻造設後も長い期間生存する。加えて介護施設のケアの方が相対的に優れている（介護福祉士という国家資格の介護職員を相当数配置しているのは日本だけ）こと、医療へのアクセスが良く、肺炎など状態悪化時は医学的ケアが速やかに実施されるなど、良いコンディションを保つ条件が整備されている。欧米では胃瘻患者そのものが少ないこと、他の疾患（心臓病等）で死亡する患者が多い、生存期間が短い、介護従事者の質に問題があることから、比較することは難しい。胃瘻の問題は、超高齢社会に突入した日本独自の課題であり、胃瘻の光と影をみつめながら日本人の死生観に沿った対応方法が求められる。

3) 意思決定が明確でない高齢者への対応

意思決定が明確でない高齢者については、2007年に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」）を公表した。ガイドラインの趣旨は、①患者本人の決定を基本として終末期医療を進めることが最も重要、②医療の開始、不開始、変更、中止などは医療・ケアチームが慎重に判断する、③治療方針の決定に際し、患者と医療従事者の合意内容を文章化する、④患者の意志を推察できない場合は、家族と話し合い、患者にとって最善の治療方針をとる、と記載されている。

注目すべきは、④の患者の意志が確認できない場合は、家族と医療・ケアチームによる丁寧な話し合いを推奨していることである。多様な価値観が交錯する終末期ケアでは、多面的かつ慎重な話し合い（カンファレンス）による合意が必要になる。

一方で、以下の点が曖昧であり、倫理的な課題が残る。①終末期の定義されていない、②医療行為の開始、不開始、変更、中止が同列に扱われているが、「中止」は目に見える行為が伴うだけに、チームの心理的負担が大きい。また、すでに実施している行為を途中で中止するのは、「手を下す行為」と解釈され、倫理的ジレンマが起こりやすい。

老年医学会が行った調査（2011）では、一旦開始した人工栄養法を中止した経験のあ

る医師も4割いた。また、中止することは「倫理的（法的）に問題がある」との考えも2～3割あったと報告されている。「チームで判断」などプロセスを経ていれば違法とはみなされないと指摘する声もあるが、法的なバックアップがあっても行為に踏み切れないのが現状ではないか。

平均寿命をはるかに越えている要介護高齢者で、全身状態が低下していて、意思疎通も十分できなかつたり、ADLも低く寝たきりであったり、という状態の人に胃瘻を造ることが、その人のQOLを改善するのか、「解」を得るのは容易なことではないが、正面から議論する必要がある

2. 高齢者の終末期ケアの「質」の評価

終末期ケアの質を評価する枠組みとして、ドナベディアン・モデルが参考になる。本人の著書で、「評価の際は、ケアのどの側面を評価するのか、そしてそれぞれにおける“良い質”を構成しているものは何かについてあらかじめ了解しておく必要がある」と述べている。つまり、「評価する側面」と「良い質の構成要素」の2つについて合意する必要があることを示唆している。

田中（2010）は、特別養護老人ホームの終末期ケアの質を評価するための構成要素を、ドナベディアン・モデルに準拠して作成した。以下、概要を示す。

【構造】

- ① 本人：性、年齢、経済状況、自立度、身体状況、医療処置、終末期を送る場所
- ② 家族：受け入れ状況、終末期ケアへの希望、協力体制、面会状況
- ③ 施設：看取り介護加算算定、常勤看護師の配置、内科医または高齢者専門の嘱託医の散在、夜間・休日の往診、看取り指針、看取り同意書、個室の確保、家族の宿泊が可能な体制、相談支援体制、終末期ケアの職員研修、カンファレンス等
- ④ ケア提供者：経験年数、終末期に対する姿勢

【過程】

- ① ケアプロセス：看取りに関する意志確認、終末期の判断、同意書の作成、定期的な意思確認、看取りの立会、死亡直前・死亡時の家族への連絡、死後の処置、グリーフケア
- ② ケアマネジメント：アセスメント、看取り個別計画の作成、連携・調整、カンファレンス、コーディネーターの存在、モニタリング、事後評価

【成果】

- ① 本人：苦痛の軽減、安寧、終末期前からの日常生活の維持
- ② 家族：ケア負担感の軽減、看取り後の満足感
- ③ ケア提供者：看取り後の満足感

また、患者・家族の視点と医療従事者の視点による評価は一致しないことが指摘されている。樋口（2009）は、患者・家族とケア提供者では評価の視点が異なることを前提に、高齢者や家族の主観的な思いを重視し、その視点を中心において臨床的に重要な点をケア提供者が追加した多軸で評価することを提言している。

これらを踏まえて、樋口他（2010）は、介護者の「満足度」と「思い」に焦点を当てて調査した。その結果、質を高めるには、高齢者や家族の希望や期待度など主観的な思いの変化に寄り添い、生活の延長上にある死をどのように迎え、看取るのか、そのプロセスの

質を高めることを重視したケアマネジメントの実施と、終末期ケアの質を高める4条件を導き出した。以下、4条件について説明する。

① 本人・家族の意志表示があること

：高齢者の意思決定を尊重し、QOLが向上するような工夫をし、死にゆく過程の一般的な状況が安心で安らかであることをサポートすることが重要である。そのためには、希望と期待度を確認し、それらに応じてケアマネジメントを実施し、満足度が高まるようなサポートをする。

② ケアを支える介護力や周りの人々のサポート

：家族の介護に対する見通しや期待度を確認し、家族のニーズへの対処と負担感の軽減、死別および死別後の家族への悲嘆に対するケアを実施する。

③ 終末期ケアを支える医学医療ケア

：症状マネジメントを行い、過不足のない医療や質の高い技術が提供され、ケア提供者とよい関係が構築されるように働きかける。

④ 本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメント

：本人や家族の願いを実現するためには、患者と家族・社会との関係を調整し、継続したケア、一貫したケアができるようにマネジメントする。

D. 考察およびE・結論～意思決定能力が低下した高齢者の終末期ケアに焦点を当てて～

高齢者の終末期ケアは、本人・家族の主観的なとらえ方に着目し、長期の生活支援と死を迎える準備から死別後の悲嘆までサポートするケアマネジメントが求められる。さらに、終末期ケアの「質」を高めるには、「評価する側面」と「良い質の構成要素」の2つについて、本人・家族と医療・ケアチームが合意する必要がある。これらを作成するにあたっては、ドナベディアン・モデルの質の評価が参考になる。

高齢者の終末期ケアで問題になるのは、意思決定ができない、あるいは能力が低下している人に対して、本人の意思を尊重し、主観的なとらえ方に着目した看取りができるのか、である。厚生労働省のガイドラインには、本人の意思が確認できない場合は、医療・ケアチームが家族とともに、カンファレンス等で話し合い、患者にとって最善の治療方針をとる、合意内容を文章化すると記載されている。

多様な価値観が交錯する要介護高齢者の終末期ケアの、「解」は容易には見つからず、合意形成は難しい。カンファレンスでは、異なる考え方をぶつけながらも、相乗効果を発揮させ、合意形成するという高度なファシリテーションスキルが求められる。

また、胃瘻には光と影があるが、最近の書籍、新聞記事やテレビ放送は、どちらかという胃瘻の影を強調したものが多。胃瘻で注入された栄養素は、小腸の絨毛（免疫細胞）に吸収されて、全身の免疫力をアップさせ、生存期間を延長させる。さらに、栄養状態が改善することで、褥瘡が改善したり、嚥下障害が改善するなどの効果もある。胃瘻イコール「悪」、「尊厳がない」「QOLが低下する」というステレオタイプの発想ではなく、胃瘻で命をつなぎながら、また介護者の力を借りながら生きていくことが認められる、日本はそれが可能な国であるという違った見方も必要であろう。

終末期のあり方は多様で、本人・家族の主観的なとらえ方、価値観、死生観を尊重しながら、医療・ケアチームがカンファレンスでじっくりと話し合いながら、オーダーメイドの終末期ケアが提供できる体制・教育が重要であると考える。

また、これまでの研究結果から、終末期ケアの満足度は、死亡場所ではなく、どのようなケアを受けてきたのかという、プロセスに影響されるという指摘から考えても、プロセスを重視した丁寧なケアマネジメントが求められる。

【文献】

- 1) 宮田和明、近藤克則、樋口京子編 (2004) : 高齢者の終末期ケア. 中央法規出版、東京.
- 2) 杉本浩章、近藤克則 (2006) : 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題. 社会福祉学、46(3)、pp.63-74.
- 3) 樋口京子 (2009) : 高齢者の終末期におけるケアマネジメント. Geriatric Medicine、47(4)、p.471.
- 4) 樋口京子、篠田道子、杉本浩章、近藤克則 (2010) : 高齢者の終末期ケアーケアの質を高める4条件とケアマネジメントツール. 中央法規出版、東京.
- 5) 田中克恵 (2010) : 特別養護老人ホームの終末期ケアを促進するための「ストラクチャー・プロセス」に関する実証研究. 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科修士論文.
- 6) PEG ドクターズネットワークホームページ (<http://www.peg.or.jp/>、2010.12.8)
- 7) 日本慢性期医療協会 (2010) : 医療型療養病床の栄養状態に関する患者調査
- 8) 日本老年学会 (2011) : 「食べられなくなったらどうしますか? - 認知症のターミナルケアを考える」シンポジウム資料. 2011年2月27日開催.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 22 年度分担研究報告書

高齢者の終末期における医療・介護サービス利用についての分析

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

A.研究目的：高齢者の終末期における医療・介護サービス利用の実態について、特に利用されているサービスの組み合わせについて明らかにすることである。

B.研究方法：X市より提供を受けた平成21年度における長寿医療レセプトデータ、介護保険データを連結不可能匿名化した上で接続し、分析に利用した。平成21年度当初の介護保険被保険者数は約1万人であった。このうち、長寿医療制度の受給対象者であり、かつ、介護保険被保険者でもある者の死亡について分析対象とした。

C.結果：平成21年度内に死亡した者のうち、少なくとも死亡前の3ヶ月についてサービス利用が観察可能な平成21年7月以降に死亡した222名に限定してそのサービス利用を観察した。死亡者は男性の方が多かった。また、死亡3ヶ月前から死亡当月にかけて要介護認定無しの者が増加するが、その原因は不明であった。サービス利用については、各年齢階級で平均して80%程度の個人が入院医療を死亡当月に利用していた。死亡当月も介護サービスを利用していた者は65名(24.2%)であった。死亡当月に入院医療サービスを利用している者のうち、居宅介護サービスを利用した者は6%弱、グループホームサービスを利用した者は90歳以上で23%となっていた。死亡3ヶ月前から死亡当月まで連続して入院している者は、全体としては死亡当月の入院患者の約30%であった。年齢階級が高くなるほどその割合は高くなっていた。介護老人保健施設サービスについては、死亡当月が近づくにつれて一貫して利用者数は減少した。介護老人福祉施設は死亡当月に減少していた。介護療養型医療施設サービスについては、ほとんど変動がなかった。入院を行わない者のうち、居宅介護サービス利用者はほぼ外来医療サービスも利用していた。外来医療サービスのみの利用者は入院医療サービスの利用に移り変わっていく可能性があると考えられた。

D.考察：終末期における医療サービスと介護サービスの利用について記述的に検討した。終末期の高齢者でも要介護認定を受けていない者が半数近くおり、一方が他方を代替する関係にあるとまでは言えないと考えられた。

E.結論：終末期を支える医療・介護サービスのあり方を考えるためには、サンプル数や地域を増やしてさらに検証する必要があると思われた。

A.研究目的：

高齢者の終末期における医療・介護サービス利用の実態について、特に利用されているサービスの組み合わせについて、明らかにする。それにより、医療サービスと介護サービスの役割分担を高齢者の終末期ケアの文脈で検討する。

B.研究方法：

X市より提供を受けた平成21年度における長寿医療レセプトデータ、介護保険データを連結不可能匿名化した上で接続し、分析に利用した。平成21年度当初の介護保険被保険者数は約1万人であった。このうち、長寿医療制度の受給対象者であり、かつ、介護保険被保険者でもある者の死亡について分析対象とした。

C.結果

(1) データの概要

1)平成21年度内に死亡した者の数は296名であった。少なくとも死亡前の3ヶ月についてサービス利用を観察するために、7月以降に死亡した222名に限定してそのサービス利用を観察した。その年齢構成および男女比は表1で与えられる。死亡数であるため、男性の人数が多くなっている。死亡月別の死亡者数は図1に示されるとおりである。

2)222名のうち、死亡時に要介護認定を受けていた者は115名、受けていない者は107名であった。要介護度別の対象者数は図2に示されているとおりである。要介護認定を受けている者の中では要介護度5の者が、約50名と最も多かった。死亡した者の中には要支援1、2の認定を受けて介護予防給付

を受けている者もいた。

3)死亡3ヶ月前から死亡当月までの要介護度の推移は表2に示されている。死亡3ヶ月前から死亡当月にかけて要介護認定無しの者が増加するが、その原因は不明であった。

(2) サービス利用の状況

1)死亡当月のサービス利用について、居宅系サービス、グループホームサービス(居住系サービス)、入院医療、外来医療と分類して、観察した(以下の数値は重複計上である)。居宅系サービスの利用者は、表3に見られるように、10名であった。75歳~84歳についてのみ年齢10歳で区切っている。これは少数セルが発生するためである。グループホームサービスは、31名であった(表4)。90歳以上では半数以上の者がサービスを利用している。入院と外来は表5、表6となっている。各年齢階級で平均して80%程度の個人が入院医療を死亡当月に利用している(表5)。外来医療サービスについても平均して約20%の個人が死亡当月に利用している(表6)。

死亡者のうち死亡当月も介護サービスを利用していた者は65名(24.2%)であった。サービス利用者数を死亡3ヶ月前まで遡ると、前月：102名(37.9%)、前々月：88名(32.7%)、死亡3ヶ月前：97名(36.1%)、であった。

2)要介護度別の死亡当月のサービス利用は表7から表9にまとめられている。サンプル数の問題から安定的な結果とは必ずしも言えない。表7の居宅介護サービスおよびグループホームサービスの利用については、年齢が高まるほど、要介護度が高まるほど利用する割合が高くなっている。ただ

し、要介護度 4 が最も利用割合が高く（合計で 40%）、要介護度 5 となると、約 32% まで低下する。なお、この表では介護サービスの利用となっているため、要支援の者は除いた。

表 8 の死亡当月の入院医療サービス利用については、要介護度 2 や要支援 1 の者が 100%入院していた。また、要介護度 1 の者が高い割合で入院していた。しかしながら、実数で見ると、認定無しの者が最も多く、107 人中 96 人（89.7%）入院していた。表 9 の死亡当月の外来医療サービス利用については、要支援 1、要支援 2 の者で利用する割合が高かった。全体としては、85 歳以降については利用者数の割合は低かった。

3)死亡当月に入院医療サービスを利用している者が、他のサービスを利用しているか否かも確認した。表 10 は居宅サービス利用、表 11 はグループホームサービス利用、表 12 は外来医療サービス利用について示している。死亡当月に居宅介護サービスと入院医療の双方を利用した者は 6%弱、グループホームサービスと入院医療を利用した者は 80-89 歳で約 10%。90 歳以上で 23%となっていた。表 13 から外来医療サービス利用はどの年齢階層でも死亡当月に入院医療と共に利用されていた。レセプトデータからは入院医療サービスとその他のサービスのどちらが先に使用されたのかが判別できない。このため、厳密に死亡するまでのサービス利用の経過を追跡することはできない。

4)死亡当月に入院医療サービスを利用する者は死亡当月に入院を開始するか否かを確認した。3 ヶ月前までの入院の状況を確認した。その結果、死亡 3 ヶ月前から死亡

当月まで連続して入院している者は、全体としては死亡当月の入院患者の約 30%であった。年齢階級が高くなるほどその割合は高くなり、65-74 歳階級では約 20%であったものが、90 歳以上では 34.8%となっていた。

5)死亡前 3 ヶ月前の時点から入院・入院外の医療サービスの利用者数がどのように変化するかを観察したのが、図 3 である。この図から、入院も入院外もサービス利用者は 120 人弱程度であるのが、入院は死亡当月に 180 人超、入院外は死亡当月には半減して約 50 人となることが分かる。

6)施設介護系のサービスでは、医療施設と同等の医療サービスは利用できないことが一般的であろう。施設系サービスの利用状況を死亡 3 ヶ月前から確認したのが図 4 である。いずれのサービスについても死亡 3 ヶ月前には 13 人の利用者がいた。介護老人保健施設サービスについては、死亡当月が近づくとつれて一貫して利用者数は減少し、最終的には 5 人となっている。介護老人福祉施設については、死亡前月までは利用が継続するが、死亡当月に減少していた。介護療養型医療施設サービスについては、死亡前月から利用者数が多少ではあるが、却って増加していた。

これらの結果を含めてまとめたのが表 14 である。サンプル数が少ないため、まとめて表示しているが、居宅系サービスやグループホームサービスの利用者も死亡当月に向けて減少していることがわかる。なお、介護サービスを利用するためには要介護認定が必要であるが、死亡 3 ヶ月前に要介護認定を受けている者は 58.1%であり、死亡当月にはその比率はさらに低下している。

7)入院を行わない者はどのようなサービ

ス利用を行っているのか、について死亡時点より3ヶ月前までの各月において確認を行った。図5は死亡3ヶ月前の時点で入院していない者の居宅介護サービス、グループホームサービス、外来医療サービス利用について、その関係性を観察したものである。図の上部に居宅介護サービスがあるが、これを利用している者のうち、92.3%は外来医療サービスも利用している。居宅介護サービスを利用している者でグループホームサービスを利用している者は存在しなかった。そのため、居宅介護サービスを利用している者のうち7.7%は居宅介護サービスのみを利用していると考えられた。

図6から図8は上記の観察を死亡前2ヶ月前、死亡前月、死亡当月、と時間を進めて観察したものである。死亡2ヶ月前から居宅サービスのみを利用するケースは無くなった。死亡当月は居宅サービスの利用そのものが観察されなかった。居宅サービスが利用される場合には外来医療サービスが必ず利用されていた（死亡2ヶ月前および死亡前月）。

居住系サービスの実利用人数は死亡前3ヶ月前の約40人から漸減していく。他方、体調の変動により外来医療サービス利用は月々に変化する。このため、居住系サービス、すなわちグループホームサービス、のみの利用者の割合は変動することとなる。他方、外来医療サービスのみ利用者の比率は低下していく。図3などを考え合わせると、外来医療サービスのみ利用者は入院医療サービスの利用に移り変わっていく可能性がある。

D.考察

本研究で使用したデータは介護保険加入者と後期高齢者医療制度加入者のレセプトデータ及び加入者台帳をマッチングし、双方の制度に加入している個人のデータのみを分析に使用している。それゆえ、75歳以上の個人についてのみ分析しており、年齢の違いによる傷病構造の差異は一定程度除外されていると考えられる。観察期間が一年間であるため、死亡前のサービス利用を考えるために3ヶ月前までが遡ることが可能となった。死亡前医療費の分析においては、六ヶ月ないしは一年間遡ることがあるが、今回のデータではそれは可能ではなく、分析の限界となっている。

入院医療サービスを死亡当月に使用する者が各年齢階級で70%を超えていることは高齢者の終末期においては入院医療サービスを利用する者が多いことを示唆すると考えられた。もっとも、後期高齢者であっても、死亡の3ヶ月前から入院している患者は死亡者の3分の1に過ぎないことには注意を払うべきであろう。全ての高齢者が長期入院の末に死亡するわけではないと考えられた。

高齢者の居住の確保策のひとつとして、介護施設サービスが従来から用いられてきた。しかしながら、利用者の死期が近づくと、介護老人保健施設では早期（3ヶ月前）から転院等の措置がとられていると考えられた。介護福祉施設ではそれほど急激ではないが、死亡当月は利用者が減少していた。このため、介護施設サービスの利用者であっても、最期に看取られる場所は病院となっている状態が再確認された。

他方、入院医療を受けない個人がどのよ

うなサービスを終末期に使用するかについても検討を行った。死亡3ヶ月前から死亡当月まで観察した結果、居宅介護サービスは死亡2ヶ月前には使用されなくなった。居住系サービスであるグループホームサービスは死亡当月まで使用されていた。外来医療サービスのみを使用する者もいたが、基本的にはグループホームサービスと外来医療サービスを用いる形になっていた。死亡当月にグループホームサービスを用いる個人がいた。このケースは介護保険3施設のケースと同様に医療機関ではないところで看取られている可能性を示唆するものである。とは言え、死亡者数全体からすればごく僅かな人数であった。

なお、介護サービスを利用するためには要介護認定が必要である。しかしながら、75歳以上の後期高齢者に限定しても、死亡3ヶ月前に要介護認定を受けている者は58.1%であった。このため、後期高齢者のケアについて、医療サービスから介護保険サービスに代替することが望ましいとする意見もあるが、公的医療保険サービスから公的介護保険サービスへの代替が現実になし得るものなのか否かは継続して検討すべき課題だと考えられた。

他方、公的医療保険において利用される入院医療サービスと入院外医療サービスは代替的な関係にある可能性も示唆された。サービス利用のあり方として、死亡当月が近づくにつれて、徐々に入院外受診する患者は減少していった。他方、入院患者は死亡3ヶ月前から死亡当月において1.5倍まで増大した。介護保健サービスの利用状況と照らし合わせると医療から介護へ、ではなく、入院外から入院へ、という形態で置

き換えられていると考えられた。

E: 結論

75歳以上の222名の死亡者について、介護保険レセプトデータと後期高齢者医療制度データをマッチングして、サービス利用について検討を行った。その結果、死亡当月においても要介護認定を受けずに死亡している後期高齢者が半数近く存在していることがわかった。この点から終末期において、医療サービス利用を介護サービス利用によって代替することは制度的な困難があると考えられた。

公的介護保険制度は介護の社会化や社会的な入院の解消などを目的に導入されたと考えられる。このため、医療サービスの利用を介護保健サービスの利用で代替することが提案・検討されている。しかしながら、終末期以外の状態においてのみ可能であるかも知れない。

他方、レセプトデータによる事後的な観察によるものであるが、死亡当月にグループホームサービスの利用のみが行われているケースもあった。これは介護保険サービスのみによって終末期を迎えた（少なくともレセプトデータ上は）ケースであると考えられた。

終末期のような個人の尊厳が最も重視されるべき場においては、サービス利用のパターンは個人の選好を反映して多岐にわたると考えられる。本研究ではその多様性を把握するためのサンプル数の確保が難しかった。また、サービス利用のパターンはサービス供給の現状にも規定されることが考えられる。このため1地域のデータのみによって検討することは望ましくない。今後、分

析対象地域を増加させるなどしてより頑健な結果を得ることが重要である。

G. 研究発表
なし

F. 健康危険情報
なし

H. 知的所有権の出願・登録状況
なし

表 1：死亡者の性・年齢階級別人数

年齢階級	性別		合計
	男	女	
65-74	13	2	15
75-79	34	11	45
80-84	25	17	42
85-89	45	52	97
90-	4	19	23
合計	121	101	222

図 1：死亡年月別死亡者数

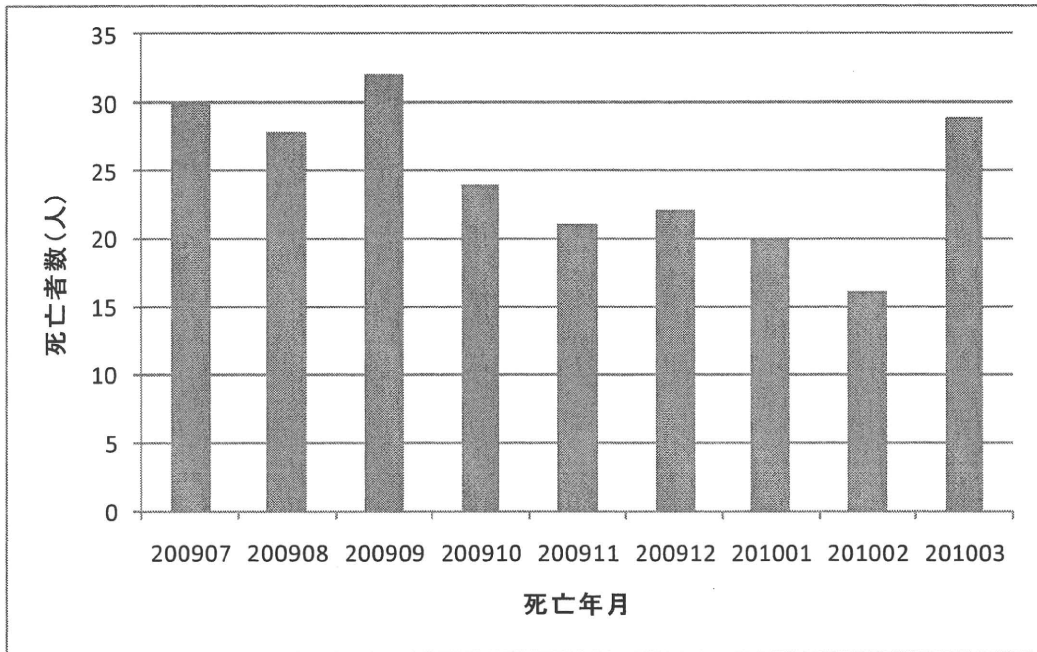


図2：要介護認定者数

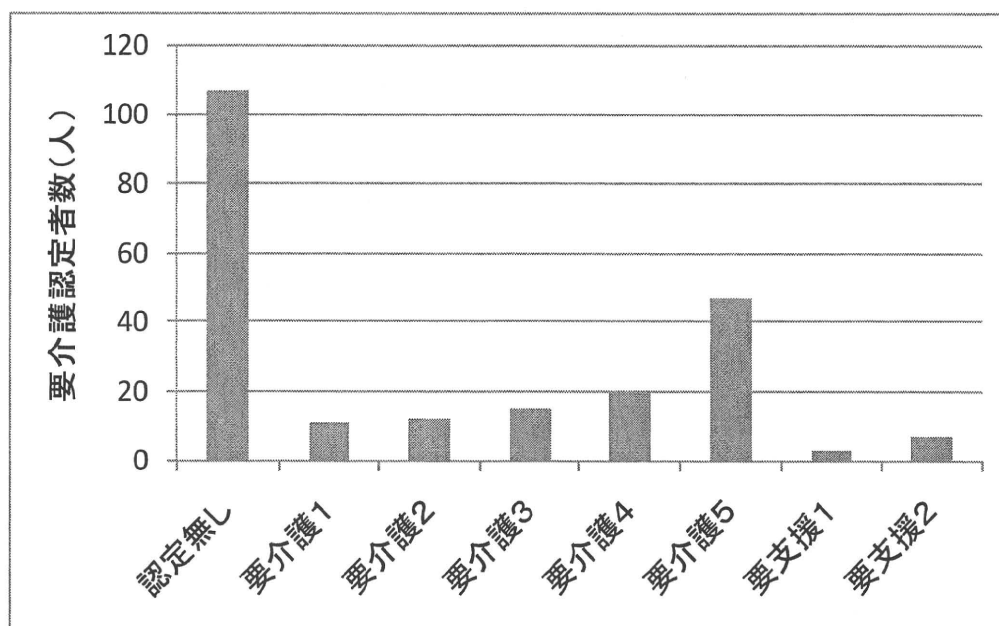


表2：死亡月までの期間別要介護認定者数

要介護度	月数			
	死亡3ヶ月前	死亡2ヶ月前	死亡前月	死亡当月
認定無し	93	92	93	107
認定有り	129	130	129	115
要介護1	13	13	11	11
要介護2	17	17	17	12
要介護3	20	19	19	15
要介護4	20	21	22	20
要介護5	44	49	50	47
要支援1	4	4	3	3
要支援2	11	7	7	7
合計	222	222	222	222

表3：死亡当月の居宅系サービス利用者数

年齢階級	人数		
	居宅サービス	合計人数	比率(%)
65-74	0	15	0
75-84	5	45	11.11
85-89	5	139	3.6
90-	0	23	0
合計	10	222	4.5

表4：死亡当月のグループホームサービス利用者数

年齢階級	人数		
	GH	合計人数	比率(%)
65-74	0	15	0
75-79	2	45	4.44
80-84	4	42	9.52
85-89	15	97	15.46
90-	10	23	43.48
合計	31	222	13.96

表5：死亡当月の入院医療利用者数

年齢階級	人数		
	入院	合計人数	比率(%)
65-74	13	15	86.67
75-79	37	45	82.22
80-84	33	42	78.57
85-89	86	97	88.66
90-	17	23	73.91
合計	186	222	83.78

表6：死亡当月の外来医療利用者数

年齢階級	人数		
	外来	合計人数	比率(%)
65-74	3	15	20
75-79	11	45	24.44
80-84	12	42	28.57
85-89	17	97	17.53
90-	4	23	17.39
合計	47	222	21.17

表7：年齢階級別要介護度別死亡当月の入院医療利用者数割合（％）

年齢階級	要介護度						合計
	認定なし	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
65-74							
75-79	0	0	33.33	50	0	25	6.67
80-84	5.88	20	0		50	33.33	16.67
85-89	6.82	20	33.33	20	36.36	30	18.56
90-	20		0	100	66.67	45.45	43.48
合計	4.67	18.18	25	33.33	40	31.91	17.12

表8：年齢階級別要介護度別死亡当月の入院医療利用者数（％）

年齢階級	要介護度								合計
	認定なし	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援1	要支援2	
65-74	80			100		100		100	86.67
75-79	87.1	100	100	50	50	50	100	100	82.22
80-84	100	60	100		50	66.67	100	50	78.57
85-89	90.91	100	100	90	81.82	80		100	88.66
90-	80		100	0	100	72.73	100		73.91
合計	89.72	81.82	100	73.33	75	74.47	100	71.43	83.78

表9：年齢階級別要介護度別死亡当月の外来医療利用者数（％）

年齢階級	要介護度								合計
	認定なし	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援1	要支援2	
65-74	10			100		0		100	20
75-79	25.81	0	33.33	0	0	25	0	100	24.44
80-84	29.41	0	0		50	33.33	0	50	28.57
85-89	11.36	40	16.67	30	18.18	20		0	17.53
90-	0		0	0	33.33	18.18	100		17.39
合計	17.76	18.18	16.67	26.67	25	21.28	33.33	57.14	21.17

表 10：死亡当月の入院医療利用者の他のサービス利用（居宅サービス）

年齢階級	人数		
	居宅サービス	合計人数	比率(%)
65-74	0	13	0
75-84	4	70	5.71
85-89	5	86	5.81
90-	0	13	0
合計	9	186	4.84

表 11：死亡当月の入院医療利用者の他のサービス利用（グループホームサービス）

年齢階級	人数		
	GH	合計人数	比率(%)
65-74	0	13	0
75-79	0	37	0
80-89	12	119	10.08
90-	4	17	23.53
合計	16	186	8.6

表 12：死亡当月の入院医療利用者の他のサービス利用（外来医療）

年齢階級	人数		
	外来	合計人数	比率(%)
65-74	10	13	76.92
75-79	27	37	72.97
80-84	25	33	75.76
85-89	71	86	82.56
90-	14	17	82.35
合計	147	186	79.03

表 13：年齢階級別死亡3ヶ月前から連続して入院している者の人数

年齢階級	人数		
	3ヶ月入院者	合計人数	比率(%)
65-74	3	15	20
75-79	11	45	24.44
80-84	12	42	28.57
85-89	32	97	32.99
90-	8	23	34.78
合計	66	222	29.73

図3：入院・入院外別医療サービス利用者数

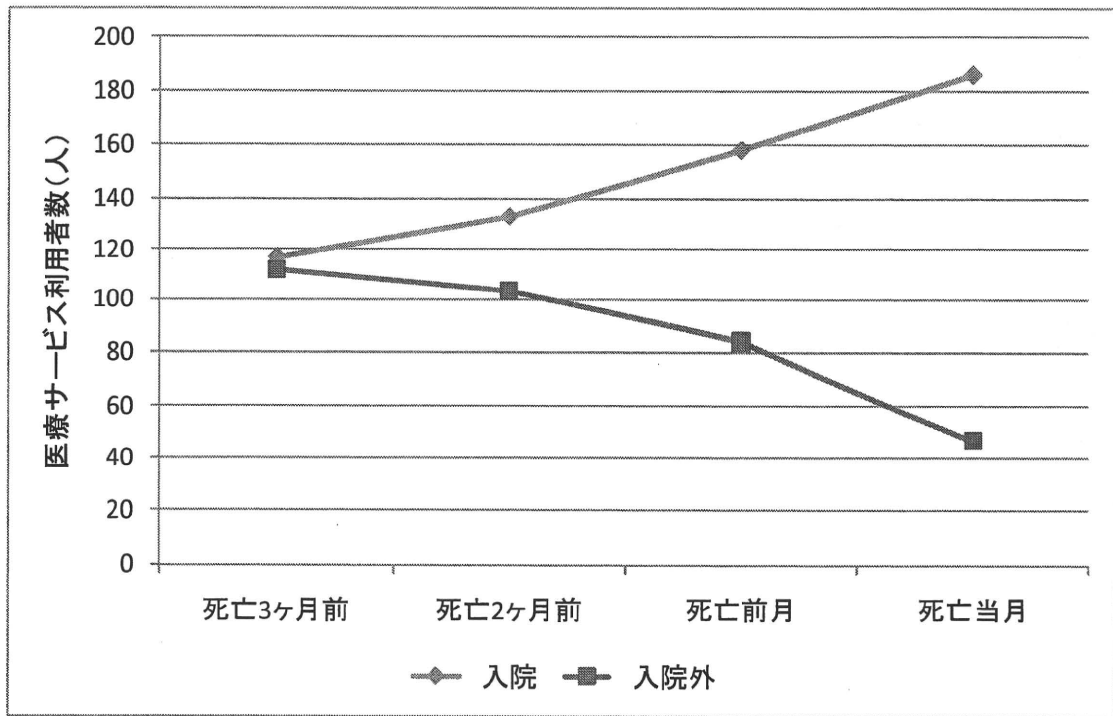


図4：施設系介護サービス利用者数

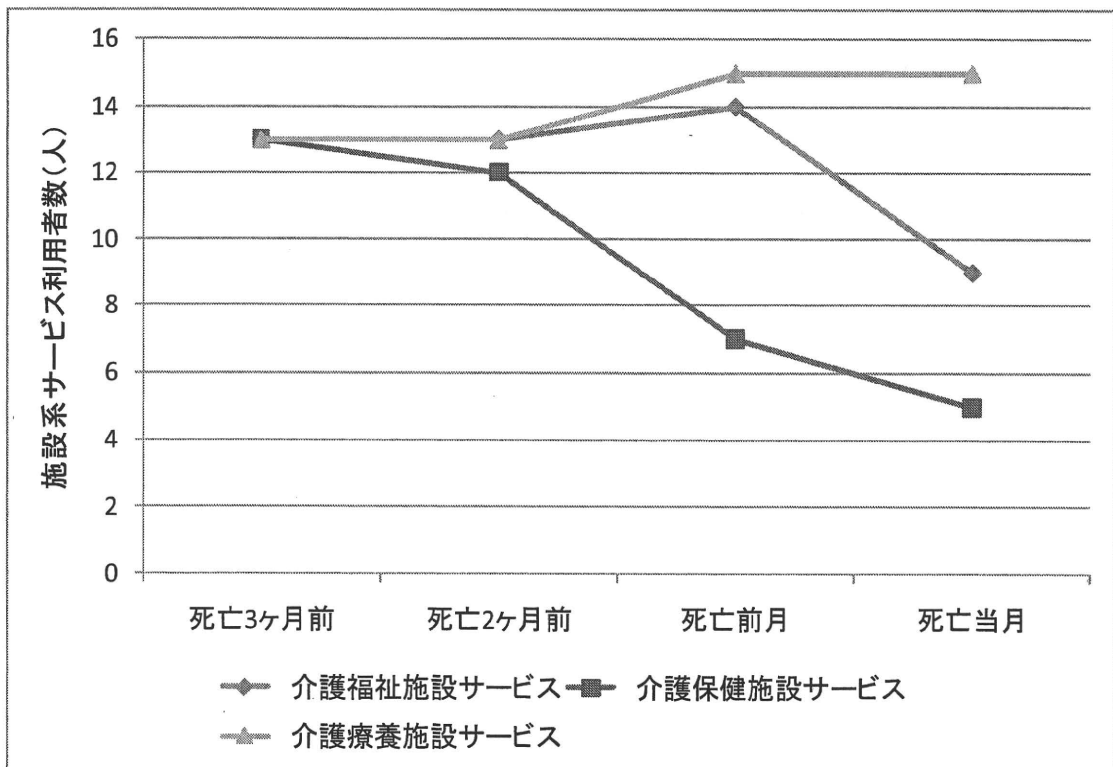


表 14：死亡月までの期間別サービス利用者数

	死亡3ヶ月前	死亡2ヶ月前	死亡前月	死亡当月
合計人員数	222	222	222	222
医療サービス				
入院	117	133	158	186
入院外	112	103	84	47
介護サービス				
要介護認定有り	129	130	129	115
施設系サービス				
介護福祉施設サービス	13	13	14	9
介護保健施設サービス	13	12	7	5
介護療養施設サービス	13	13	15	15
居宅系・居住系サービス				
居宅介護支援	20	20	17	10
認知症対応型共同生活介護	6	6	5	2
介護予防サービス				
介護予防支援	8	6	6	3

図5：死亡3ヵ月前・非入院者のサービス利用

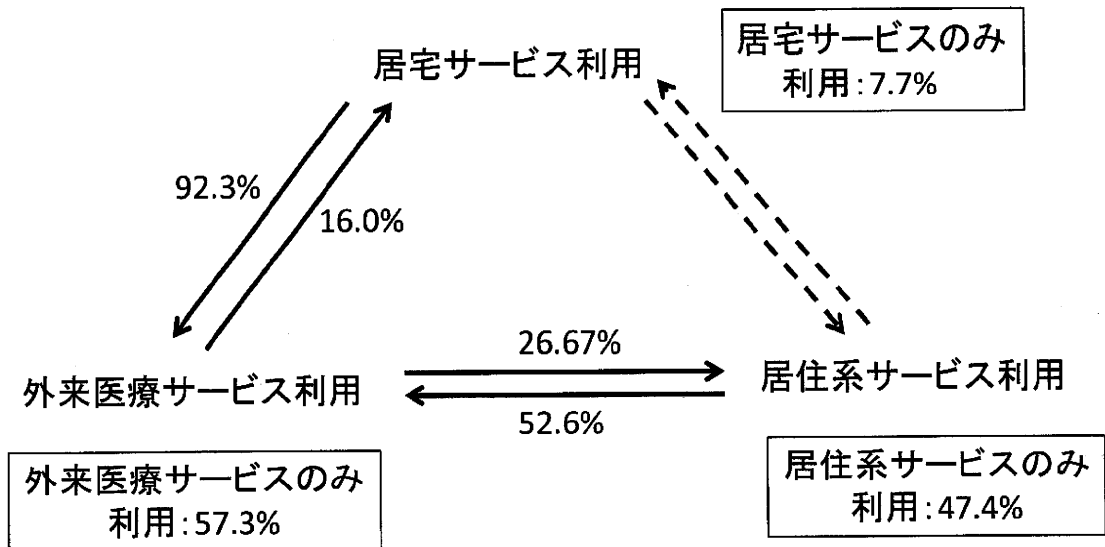


図6：死亡2ヵ月前・非入院者のサービス利用

