

## 高齡女性の看取りの場としての特別養護老人ホーム

人見裕江<sup>\*1</sup> 大澤源吾<sup>\*1</sup> 小河孝則<sup>\*2</sup> 中村陽子<sup>\*3</sup>  
 徳山ちえみ<sup>\*4</sup> 宮原伸二<sup>\*2</sup> 松村文恵<sup>\*5</sup> 西村茂子<sup>\*6</sup>

## 要 約

全国特養139施設(32.7%)において、1996年4月1日～1997年3月31日の在所者中の死亡者に対する看取りの調査を行った。在所者数合計9,040人で、平均年齢は82.3歳、標準偏差は2.3歳であった。在所期間は平均5.29年で、標準偏差は4.5年であった。その内の年間死亡者は1,290人(14.3%)で、男性382人(29.6%)、女性908人(70.4%)であった。死亡時平均年齢は85.0歳、標準偏差は7.9歳(男性82.8±8.2歳、女性86.0±7.6歳)であった。

特養での死は、男性に比べ女性が長寿であることと、配偶者と死別した女性の看取りであることが特徴である。特養での死は高齡女性の問題であるといえる。女性の方がより多く特養での死を希望している傾向があった。女性の家族は特養での看取りを男性の家族よりも多く希望していた。

高齡女性が特養を死の場所と決定する要因としては、特養入所後の生活の質や家族の支援の質が影響する。後期高齡女性では、社会的支援の質や量には、前期高齡女性より少ないことと役割逆転が影響するため、死の場所の決定を家族や施設側の希望に任せざるを得ない状況になる。入所者や家族が看取りについて、疾病や寝たきりおよび痴呆症をどう受け止めるか、また施設職員の医療や看取りに対する価値観が影響する。高齡女性本人や家族への療養指導および看取りのための準備や死の準備教育が求められる。

## はじめに

自宅に代わる生活の場の延長線上で、かつ終の住処であるところとえ得る特別養護老人ホーム(以下、特養と略す)での死が満足のいく死であることが求められる。しかし、特養入所者の病状が急変すると病院に搬入される事例が多い。そして、病院死となる場合が多くみられる。現在の看取りの場は病院から福祉施設や在宅へと多様化している。いずれの場がふさわしいかは病気の種類や程度、介護の度合い、介護力、年齢や性別などによって規定されることが推測できる<sup>1-3)</sup>。終の住処となる特養での理想的な看取りを推進するためには、社会的援助とともに終末期医療に関する教育や死の準備教育を充実させることが求められる。

女性の長寿により、配偶者との死別後一人での人生が残される場合が多い。女性にとってまず最初は両親の老いの問題、次いで夫の老い、そして自らの老

い、さらには子供の老いに立ち向かうことにもなりかねない。老いには、介護の問題がつきまといその延長線上に死がある。老いと看取りの問題とは切り離しては考えられない。したがって、少子高齢社会における核家族化・女性の社会進出、そして老々介護の結果、高齡女性が配偶者を看取った後の、すなわち配偶者との死別というライフイベントを経た後に、自分の死をどのように看取るのかが課題である。

介護の社会化を目標に介護保険の導入がなされた。施設サービスを利用した場合に、本人や家族が最期を特養で迎えたいと望む場合、その希望が尊重されることが求められる。そのためには、特養での死の実態と、その終末期のあり方を明らかにしなければならない<sup>4-8)</sup>。岡山県および全国の特養における死の実態<sup>9-11)</sup> 調査によると、現実には必ずしも本人や家族が望む場所で看取られていない状況があった。

\*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科 \*2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科 \*3 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 医療福祉学専攻 \*4 玉野看護福祉総合専門学校 \*5 特別養護老人ホーム宇甘川荘 \*6 特別養護老人ホーム敬老園

(連絡先) 人見裕江 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

## 目 的

高齢女性の特養で満足のいく死を迎えるための方策を確立するにあたって、何が問題なのかを明らかにする。今回は特養入所者が死亡した事例を集めて検討してみた。

## 対象および方法

### 1. 対象

全国特養名簿（1997年、3,201施設、約22万人）を用い、名簿順に10施設毎に無作為に抽出した409施設の施設長宛に質問紙を郵送し、回答を求めた。

質問紙（1）：施設の概要（入所者の定員、入所者数、入所年数、1996年1年間の死亡者数、死亡率等）

質問紙（2）：1997年入所者の内、1年間の死亡者の実態【死亡時の年齢、死亡の直接原因となった傷病名である死亡病名、死亡場所・看取りの場がどこであったか、ターミナル期に入る直前の要介護状況や痴呆の程度、本人や家族が最期の場所として希望した看取りの場と実際の死亡場所等】

### 2. 分析方法

統計解析は統計パッケージ Windows 版 SPSS6.1 を使用して $\chi^2$  検定を行った。

### 3. 用語の定義

看取りとは、死期が近いことを予測した上で、死を迎えることに対する入所者および家族の死の準備を意識した支援をすることである<sup>2-5)</sup>。

看取りの場所は死亡場所を指す。本調査では入所者が死亡した場所を、「特養」、「病院」、「自宅」、「その他」のいずれかに分類した。

状態の悪化から死亡までの期間が1週間以内を急性死亡、それ以上を慢性死亡として分けた。

終末期（いわゆるターミナル後期で、発病後、状態の悪化から死亡までの期間）とは、死亡に直接つながる身体的問題が発生し、かつ、それに伴う医療上の援助が増加する時期であり、死亡の数日前～1か月前前後とした。死亡直前期とは、死亡前2日以内とした。

## 結 果

### 1. 対象施設の背景

139施設より解答が得られ、回答率は32.7%であった。回答者は生活指導員が最も多く、次いで看護婦、施設長、事務職員となっていた。

入所者数の合計は1997年4月1日付けで、9,040人であった。入所者の平均年齢は82.3歳、標準偏差

は2.3であった。入所期間は平均5.3年、標準偏差は4.5であった。1997年度における年間死亡者は1,290人（14.3%）であった。これを性別にみると男性382人（29.6%）、女性908人（70.4%）で、女性が7割を占めていた。

### 2. 入所者の死の実態

#### (1) 死亡原因および死亡までの期間との関連要因（表1）

死亡者の年齢は、65歳以下12人（0.9%）、65～74歳113人（8.8%）、75～84歳412人（32.1%）、85歳以上745人（58.1%）であり、75歳以上の後期高齢者が9割を占め、85歳以上が6割であった。平均死亡年齢は85.0歳、標準偏差は7.9であった。男性の平均死亡年齢は82.8歳、標準偏差は8.2で、女性では86.0歳、標準偏差は7.6であり、女性の方が平均死亡年齢が高かった。

死亡原因は、肺炎が338人（27.2%）、心疾患253人（20.3%）、脳血管疾患165人（13.3%）、老衰119人（9.6%）、がん78人（6.3%）の順であった。

男性は肺炎36.2%、心疾患17.6%、脳血管疾患11.9%、がん5.7%、老衰5.1%の順に多かった。女性では肺炎23.3%、心疾患21.5%、脳血管疾患13.8%、老衰11.4%、がん6.5%の順で男性に比べ、老衰死の割合がやや高かった。

年齢別に死亡原因をみると、65～74歳の前期高齢者では肺炎が25.0%、次いで脳血管疾患であった。75～84歳では肺炎が29.3%、心疾患17.2%であった。85歳以上では肺炎26.6%、心疾患22.3%と心疾患の占める割合が高かった。

表1 死亡病名との関連要因

性別	男(人)	%	女(人)	%	計	%
肺炎	134	36.2	204	23.3	338	27.2
脳血管疾患	44	11.9	121	13.8	165	13.3
心疾患	65	17.6	188	21.5	253	20.3
がん	21	5.7	57	6.5	78	6.3
老衰	19	5.1	100	11.4	119	9.6
その他	87	23.5	204	23.3	291	23.4
全体	370	100.0	874	100.0	1244	100.0
$\chi^2=29.702(***)$						
年齢	65～74歳	%	75～84歳	%	85歳以上	%
肺炎	27	25	116	29.3	192	26.6
脳血管疾患	24	22.2	62	15.7	78	10.8
心疾患	18	16.7	68	17.2	161	22.3
がん	6	5.6	29	7.3	41	5.7
老衰	3	2.8	28	7.1	88	12.2
その他	30	27.8	93	23.5	161	22.3
全体	108	100.0	396	100.0	721	100.0
$n=1.225$ $\chi^2=31.580(***)$						
死亡型	急性死亡	%	慢性死亡	%	計	%
肺炎	121	25.0	204	31.2	325	28.6
脳血管疾患	63	13.0	80	12.2	143	12.6
心疾患	146	30.2	88	13.5	334	29.3
がん	8	1.7	64	9.8	72	6.3
老衰	24	5.0	74	11.3	98	8.6
その他	122	25.2	144	22.0	166	14.6
全体	484	100.0	654	100.0	1138	100.0
$\chi^2=84.980(***)$						

\*  $p<0.05$

\*\*  $p<0.01$

\*\*\* $p<0.001$ を示す

表2 死亡場所との関連要因

性別	男(人)	%	女(人)	%	計	%				
病院	230	60.2	467	51.5	697	54.1				
特養	144	37.7	417	46	561	43.6				
自宅他	8	2.1	22	2.4	30	2.3				
全体	382	100.0	906	100.0	1288	100.0				
$\chi^2=8.137(*)$										
年齢	65-74歳	%	75-84歳	%	85歳以上	%				
病院	66	58.4	231	56.1	390	52.5				
特養	45	39.8	179	43.4	334	45.0				
自宅他	2	1.8	2	0.5	19	2.6				
全体	113	100.0	412	100.0	743	100.0				
$n=1.280 \quad \chi^2=7.938(-)$										
死亡型	急性死亡	%	慢性死亡	%						
病院	230	47.0	408	60.4						
特養	248	50.7	258	38.2						
自宅他	11	2.2	10	1.5						
全体	489	100.0	676	100.0						
$n=1.165 \quad \chi^2=20.416(***)$										
寝たきり度	J-A	%	B-C	%						
病院	48	64.0	549	55.5						
特養	27	36.0	440	44.5						
全体	75	100.0	989	100.0						
$n=1.064 \quad \chi^2=2.040(-)$										
痴呆	軽・中度	%	重度	%	正常	%				
病院	304	57.8	263	50.6	57	66.3				
特養	222	42.2	257	49.4	29	33.7				
全体	526	100.0	520	100.0	86	100.0				
$n=1.132 \quad \chi^2=10.189(*)$										
死亡病名	肺炎	%	脳血管	%	心疾患	%	がん	%	老衰	%
病院	213	63.2	80	48.5	107	42.3	53	67.9	21	17.8
特養	119	35.3	79	47.9	136	53.7	24	30.8	94	79.7
自宅他	5	1.5	6	3.6	10	4.0	1	1.3	3	2.5
全体	337	100.0	165	100.0	253	100.0	78	100.0	118	100.0
$n=951 \quad \chi^2=714.742(***)$										

(-) n.s.

\*  $p<0.05$ \*\*  $p<0.01$ \*\*\* $p<0.001$ を示す

急性死亡が42.5%を占め、心疾患30.2%、肺炎が25.0%であった。慢性死亡は肺炎が31.2%、心疾患13.5%であり、急性死亡とは逆の結果であった。

## (2) 死亡場所との関連要因 (表2)

入所死亡者の死亡場所をみると、特養死が561人(43.6%)で、病院死は697人(54.1%)であった。

男性382人の死亡の内訳は、病院死が230人(60.2%)、特養死は144人(37.7%)、自宅等での死8人(2.1%)と病院死が多かった。女性906人の死亡内訳は病院死が467人(51.5%)で、特養死417人(46.0%)、自宅等での死22人(2.4%)であった。女性も病院死の割合の方が高かったが、特養死の割合は男性に比べると高かった。死亡場所と性差との間に有意差( $p<0.05$ )が認められた。

年齢別に死亡場所をみると、病院死では65~74歳で58.4%、75~84歳で56.1%、85歳以上で52.5%であり、わずかながら年齢が高くなるにしたがって病院死が少なくなり、特養死が増加していた。

急性死亡は病院死が47.0%、特養死50.7%と特養死がやや多かった。慢性死亡では病院死が60.4%、特養死38.2%であり、急性・慢性死亡と死亡場所と

の間に有意差( $p<0.001$ )が認められた。

寝たきり度(障害老人の日常生活自立度)がランクJ(生活自立)-A(準寝たきり)の場合、病院死が64.0%と多く、特養死36.0%であり、寝たきりの重度障害のある場合では病院死が55.5%、特養死44.5%で要介護度が高くなると特養死が多くなる傾向が見られた。

痴呆の程度が軽・中程度では病院死が57.8%、特養死42.2%であり、重度障害のある場合では病院死が50.6%、特養死49.4%であった。痴呆がない場合の病院死66.3%、特養死33.7%であった。寝たきり度と同様に、痴呆の程度で要介護度が高くなれば特養死が多かった。痴呆の程度と死亡場所との間に有意差( $p<0.05$ )が認められた。

死亡原因別にみると、肺炎については、病院死が63.2%、特養死35.3%であった。脳血管疾患についてみると、病院死が48.5%、特養死47.9%であった。心疾患については、病院死が42.3%、特養死53.7%であり、特養死が多かった。がんについては病院死が67.9%、特養死30.8%であり、病院死が7割を占めていた。老衰についてみると、病院死が17.8%、特養

死79.7%で特養死が8割であった。肺炎・がんでは病院死が多く、心疾患・老衰の場合、特養死が多く、死亡原因と死亡場所との間には有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。

### (3) 特養における死と男女の特徴 (表3)

85歳以上の女性では肺炎・心疾患・脳血管疾患が多く、死亡原因と年齢との間に有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。急性・慢性死亡と性差との間には有意差は認められなかった。

寝たきり度と性差をみると、男性ではランク J-A は32人 (10.3%)、ランク B-C (寝たきり) 280人 (89.7%) であった。女性ではランク J-A は45人 (5.9%)、ランク B-C 717人 (94.1%) であった。寝たきり度と性差との間に有意差 ( $p<0.01$ ) が認められ、女性は重度の寝たきり者が多かった。

痴呆の程度と性差をみると、男性では軽・中程度痴呆の人167人 (49.7%)、重度痴呆の人は136人 (40.5%)、正常の人は33人 (9.8%) であった。女性では軽・中程度痴呆の人375人 (45.3%)、重度痴呆の人は396人 (47.9%)、正常の人は56人 (6.8%) であった。痴呆の程度と性差との間に有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた。

死亡場所別に寝たきり度と性差をみると、ランク B-C の病院死は男性が88.7%、女性は93.5%であった。ランク B-C の特養死は男性が91.5%、女性は95.1%であった。特養死では寝たきり度と性差との間に有意差は認められなかったが、病院死では重度の寝たきり者が女性に多く、寝たきり度と性差との間に有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた。

死亡場所別に痴呆の程度と男女差をみると、病院死であった男性の軽・中程度痴呆では52.2%、重度痴呆では35.0%と、男性の軽・中程度痴呆の人の病院死が多かった。女性の軽・中程度痴呆では47.0%、重度痴呆では45.6%ではほぼ同数であった。特養死であった男性の軽・中程度痴呆では46.8%、重度痴呆では49.2%、女性の軽・中程度痴呆では42.7%、重度痴呆では51.0%であった。女性は重度痴呆の人の特養死が多かった。病院死についてみると痴呆の程度と性差との間に有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた。

死亡原因別に寝たきり度との性差をみると、女性ではランク J-A では心疾患が43.2%と最も多く、ランク B-C では肺炎が多く24.6%であり、死亡原因と寝たきり度との間に有意差 ( $p<0.01$ ) が認められた。また痴呆の程度との関係では、女性では軽・中程度痴呆の場合に心疾患が多く、重度痴呆では肺炎が多く、死亡原因と痴呆の程度との間に有意差 ( $p<0.01$ ) が認められた。

表3 特養における死と男女の特徴

疾病と年齢	男性	65—74歳	%	75—84歳	%	85歳以上	%
肺炎	17	32.7	56	41.2	60	34.7	
脳血管疾患	11	21.2	17	12.5	16	9.2	
心疾患	6	11.5	21	15.4	34	19.7	
がん	3	5.8	8	5.9	9	5.2	
老衰	2	3.8	6	4.4	11	6.4	
その他	13	25.0	28	20.6	43	24.9	
全体	52	100.0	136	100.0	173	100.0	

n=361     $\chi^2=9.178(-)$

n=361  $\chi^2=9.178(-)$

女性	65-74歳	%	75-84歳	%	85歳以上	%
肺炎	10	17.9	60	23.1	132	24.1
脳血管疾患	13	23.2	45	17.3	62	11.3
心疾患	12	21.4	47	18.1	127	23.2
がん	3	5.4	21	8.1	32	5.8
老衰	1	1.8	22	8.5	77	14.1
その他	17	30.4	65	25	118	21.5
全体	56	100.0	260	100.0	548	100.0

n=864  $\chi^2=24.754(**)$

死亡型	男(人)	%	女(人)	%
急性死亡	143	40.9	348	42.6
慢性死亡	207	59.1	469	57.4
全体	350	100.0	817	100.0

n=1.167  $\chi^2=0.328(-)$

寝たきり度	男(人)	%	女(人)	%
J-A	32	10.3	45	5.9
B-C	280	89.7	717	94.1
全体	312	100.0	762	100.0

n=1.074  $\chi^2=10.810(*)$

痴呆	男(人)	%	女(人)	%
軽・中程度	167	49.7	375	45.3
重度	136	40.5	396	47.9
正常	33	9.8	56	6.8
全体	336	100.0	827	100.0

n=1.163  $\chi^2=10.189(*)$

### 寝たきり度別死亡場所

病院死	男(人)	%	女(人)	%
J-A	22	11.3	26	6.5
B-C	172	88.7	377	93.5
全体	194	100.0	403	100.0

n=597  $\chi^2=4.233(*)$

特養死	男(人)	%	女(人)	%
J-A	10	8.5	17	4.9
B-C	107	91.5	333	95.1
全体	117	100.0	350	100.0

n=467  $\chi^2=2.191(-)$

### 痴呆の状態別死亡場所

病院死	男(人)	%	女(人)	%
軽・中程度痴呆	106	52.2	198	47
重度	71	35	192	45.6
正常	26	12.8	31	7.4
全体	203	100.0	421	100.0

n=644  $\chi^2=8.887(*)$

特養死	男(人)	%	女(人)	%
軽・中程度痴呆	59	46.8	163	42.7
重度	62	49.2	195	51.0
正常	5	4.0	24	6.3
全体	126	100.0	382	100.0

n=508  $\chi^2=1.750(-)$

### 性別と死亡病名・寝たきり度との関連

男性	J-A	%	B-C	%
肺炎	6	18.8	107	38.9
脳血管疾患	4	12.5	34	12.4
心疾患	10	31.3	38	13.8
がん	1	3.1	15	5.5
老衰	2	6.3	15	5.5
その他	9	28.1	66	24.0
全体	32	100.0	275	100.0

n=307  $\chi^2=9.287(-)$

女性	J-A	%	B-C	%
肺炎	6	13.6	171	24.6
脳血管疾患	7	15.9	97	13.9
心疾患	19	43.2	136	19.5
がん	2	4.5	52	7.5
老衰	2	4.5	81	11.6
その他	8	18.2	159	22.8
全体	44	100.0	696	100.0

n=740  $\chi^2=15.966(**)$

### 性別と死亡病名・痴呆症の程度との関連

男性	軽・中程度	%	重度	%
肺炎	55	33.1	50	38.2
脳血管疾患	20	12.0	13	9.9
心疾患	34	20.5	19	14.5
がん	11	6.6	8	6.1
老衰	11	6.6	6	4.6
その他	35	21.1	35	26.7
全体	166	100.0	131	100.0

n=297  $\chi^2=3.841(-)$

女性	軽・中程度	%	重度	%
肺炎	65	17.7	115	30.6
脳血管疾患	55	15.0	47	12.5
心疾患	86	23.4	74	19.7
がん	26	7.1	15	4.0
老衰	43	11.7	49	13.0
その他	92	25.1	76	20.2
全体	367	100.0	376	100.0

n=743  $\chi^2=20.177(**)$

(-) n.s.  
\*  $p<0.05$   
\*\*  $p<0.01$   
\*\*\*  $p<0.001$ を示す

## (4) 看取りの場の希望

## A 本人の希望 (表4)

本人が希望する死の場所については、本人の意志が明確であった343人中特養死を226人(51.0%)が希望し、次いで自宅死を88人(19.9%)、病院死を65人(14.7%)が希望していた。特養死を希望している人が51.0%と半数以上を占めていた。

性別にみると、男性128人中60人(46.9%)、女性315人中166人(52.7%)が特養死を希望し、女性の方が多く特養死を希望している傾向があった。病院死の希望は男性18人(14.1%)、女性47人(14.9%)であった。死亡場所の希望と実際の死亡場所との間で性差は認められなかった。

年齢別でみると、男性で特養死を希望していた60人(26.7%)では、85歳以上の33人(55.0%)が最も多かった。女性で特養死を希望していた165人(73.3%)では、同様に85歳以上の106人(64.2%)が最も多く、次いで75～84歳48人(29.1%)であった。高齢になる程特養死の希望は多く、85歳以上の男性では55.0%、女性では64.2%が、75～84歳の男性で25.0%、女性で29.1%であり、女性の方が特養死を希望する割合が高かった。しかし年齢別については本人の死亡場所と性差との間に有意差は認められなかった。

## B 家族の希望 (表5)

家族は876人の内554人(63.2%)が特養での看取りを希望し、病院死の希望265人(30.3%)、自宅死の希望は23人(2.6%)であった。

特養入所者の内、女性の家族は、男性の家族に比べ、特養死を多く希望していた。すなわち、特養死を希望していたのは男性の家族251人中135人(53.8%)、女性の家族631人中419人(66.4%)と、女性の家族の方が多く特養死を希望していた。一方、病院死の希望は男性の家族92人(36.7%)で女性の家族173人(27.4%)と男性の家族の方が病院死を多く希望していた。そして、これら家族が希望する看取りの場所と性差との間に有意差( $p<0.01$ )が認められた。

## (5) 死亡直前期の医療処置

死亡直前期の死亡前0～2日の医療処置については、全死亡者のうち、何らかの医療処置が行われていたのは647人中569人(87.9%)であった。医療処置が行われなかったのは78人(12.2%)であった。

特養での死の場合で、医療処置実施は543人中475人(87.5%)に中心静脈栄養(IVH)、鼻腔栄養、点滴、酸素療法、吸引等何らかの処置が行われていた。また、医療処置の実施の有無と年齢および性差との間に有意差は認められなかった。

表4 本人が希望する死亡場所

死亡場所	男(人)	%	女(人)	%
希望なし	15	11.7	29	9.2
病院	18	14.1	47	14.9
特養	60	46.9	166	52.7
自宅他	35	27.3	73	23.2
全体	128	100.0	315	100.0

n=443  $\chi^2=1.878(-)$

年齢との関連	病院死	男(人)	%	女(人)	%
65～74歳	0	0.0		4	8.5
75～84歳	8	47.1		21	44.7
85歳以上	9	52.9		22	46.8
全体	17	100.0		47	100.0

n=64    

特養死	男(人)	%	女(人)	%
65～74歳	12	20.0	11	6.7
75～84歳	15	25.0	48	29.1
85歳以上	33	55.0	106	64.2
全体	60	100.0	165	100.0

n=225  $\chi^2=8.524(-)$

表5 家族が希望する死亡場所

	男(人)	%	女(人)	%
希望なし	14	5.6	19	3.0
病院	92	36.7	173	27.4
特養	135	53.8	419	66.4
自宅他	10	4.0	20	3.2
全体	251	100.0	631	100.0

n=882  $\chi^2=13.162(**)$

\*\*  $p<0.01$  を示す

## 考 察

## 1. 特養における高齢女性の看取りの状況と課題

死亡場所をみると、男性は病院死の割合が高く、女性は特養死が多くなっていた。死亡年齢の平均値についてみると男性は82.8歳、女性は86.8歳と一般の平均寿命よりも高かった。女性は男性よりも老衰が多く、それは年齢の高さを反映したためと推察される。また寝たきりの程度や痴呆の程度が死亡場所に影響していた。要介護度が重度になる程肺炎による死亡が多く、かつ痴呆の程度が重度な場合でも同様に、肺炎による死亡が多くなっていた。本調査は佐々木らの報告<sup>2)</sup>と同様、施設へ入所している高齢者の看取りでは、肺炎等の合併症の予防、および血管性の疾病と老化に伴う衰退に注目する必要性が示唆される<sup>11,12,14-16)</sup>。

女性では男性に比べ、がんよりも老衰死が多いため、次第に衰退していく機能、すなわち器質的な変化に対する看取りのあり方が問われるといえる。そしていわゆる急性死亡は、病院死に比べ特養死が多く、急変時の医療的対応のあり方に課題があると推察し得る。特養はかつての生活施設から痴呆性高齢者の介護とターミナルケア、いわゆる終末期の支援を担わざるを得ない施設になっている。従来の病院で行われてきた治療とは異なる対応が必要となるのが今回の結果からも明らかである。

女性の方が特養での看取りを希望している割合がわずかに高い傾向を認めた。女性の家族が希望する看取りの場所も特養が多かった。また、痴呆は死の自己決定が困難な状況があり、終末期患者の治療をいつ中止するか等、死の準備教育や衰退過程について、本人や家族と入所時から協議していくことが求められる。

このように、高齢女性を特養で終末まで看取るためには、施設内医療の充実が必要である。そして特養の職員は、終末期の時期を見極める判断力を養う必要がある。また本人および家族や親族と共に、状況に応じた話し合いをもつことが重要であろう。

## 2. 特養における高齢女性の看取りと社会的支援

入所期間は平均5年で、年間死亡者のうち7割が女性で、圧倒的に女性が多い。寝たきり状態や痴呆状態等の要介護者率と年齢とを調べた調査<sup>13)</sup>でも、年齢が高くなっても男女の要介護者率は変わらなかった。すなわち、女性は男性に比べ長寿であり、要介護者率には年齢的な要件が大きく、要介護が入所の要件となる特養は圧倒的に女性の利用が多いことになる。そして、入所後の健康長寿が問われるといえる。

入所者本人の意志が明確であった人では、特養死を5割が希望し、男性よりも女性が、年齢が高くなるほど特養での死を希望していた。また、入所している高齢女性の家族は特養での看取りをより多く希望していた。大部分の入所者は痴呆症状をもち、女性は重度の痴呆であることが多く、看取りの場所の自己決定が困難な状況がある。特養における過去の看取りの状況を本人・家族に紹介し、本人・家族の意向に沿えるよう配慮のある支援が求められる。

入所生活では在宅生活の場合と同様に、高齢者同士、また子供と親族、さらに特養での職員と定期的に社会的支援の授受ができ、生活上の不安の原因が取り除けるような支援体制の構築を期待していることになる<sup>14-16)</sup>。後期高齢者になると、支援の提供数が前期より有意に少ないことや、役割逆転があることによる支援の授受への影響を考慮し、支援体制の構築と組織化に配慮する必要がある<sup>20,21)</sup>。

さらに、終末期をどう過ごすかを考えると、死の場所の決定は、特養での生活や社会的支援の授受の状況に左右され、終の住処として選択した、その特養で死にたいと希望していることが考えられる。しかし一方で、本人や家族が希望する看取りの場所と実際の死の場所とは一致していないことが示唆された。希望する看取りの場所と実際の死の場所とが不

一致であることの影響要因を明らかにする必要がある。

不一致の影響要因の一つとして、本人と家族との関係が考えられる。情緒面への援助には本人の意志疎通能力や入所前の家族関係が影響することが指摘されている<sup>17-21)</sup>。特に入所後における施設職員の対応の影響も多く関与する<sup>22)</sup>。要介護度の高い高齢者や意志疎通の困難な場合には、特に職員側の関わりが重要である。家族構造の変化や、特養入所者をかかえていることへの精神的負担も配慮した支援が求められる<sup>22)</sup>。これら入所者と職員との関わりや入所者をかかえた家族の心理社会的な側面については、今後の研究課題といえよう。

今後介護保険の導入に伴い、特養が在宅ケアを中心に通過施設としての色彩を濃くしてくるならば、高齢女性本人や家族への療養指導および看取りの準備教育を見直し、さらに強化する必要がある。特養として看取りの危機に対処できる能力を高めることが指摘される<sup>22,23)</sup>。

## ま と め

特養での看取りの状況を、女性の看取りを中心に検討した。そこで、以下のことが明らかになった。すなわち、高齢女性の特養での看取りでは、

1. 高齢女性の死は性差、死亡原因および寝たきり度・痴呆の程度に関連していた。特養における高齢女性の看取りでは、適切な効率の良い医療的関わりが求められる。
2. 高齢女性が看取りの場の特養を選択する要因として、社会的支援の授受に関連している。特に後期高齢女性には、支援体制の構築や組織化に配慮が必要である。
3. 高齢女性本人や家族が、看取りや死の場所をどう創造するか、すなわち老いの過程である疾病や寝たきり度・痴呆の程度をどう受け止め、入所生活を送るのかという、看取りや死の場所に対する価値観が影響する。
4. 痴呆などで死の自己決定が困難になる場合が多く、死の準備教育や衰退過程について、高齢女性本人や家族と話し合っていくことが必要である。

本研究は平成10年度川崎医療福祉大学総合研究の助成により行った研究(研究代表の宮原伸二教授)の成果を再分析したものである。ご指導ご協力いただきました皆様に感謝いたします。なお、第21回日本看護研究学会および第2回日本老年看護学会に要旨を報告した。

## 文 献

- 1) 全国社会福祉協議会（1996）介護施設機能強化モデル調査研究事業報告，84-115.
- 2) 佐々木隆志（1997）特別養護老人ホームにおける終末ケアに関する研究．日本における終末期ケアの研究，pp77-95.
- 3) 時田 純（1996）施設における高齢者のターミナルケア．別冊総合ケア，pp62-71.
- 4) 日本看護協会（1991）特別養護老人ホームにおける保健医療と看護，pp42-48.
- 5) 広井良典（1997）特別養護老人ホームにおける終末ケア，長寿社会開発センター．
- 6) 暉峻淑子（1997）女性と老人問題，法学セミナー増刊／女性と法，pp182-190.
- 7) 樋口恵子（1990）女と男の老友学，労働旬報社．
- 8) 高原須美子（1986）女は三度老いを生きる，海竜社．
- 9) 宮原伸二，人見裕江，進藤貴子，清田玲子，西村茂子（1997）特別養護老人ホームにおける死についての検討—岡山県内の実態調査から—．川崎医療福祉学会誌，**7**(2)，373-376
- 10) 野村京平，宮原伸二，人見裕江，進藤貴子，清田玲子，塚原貴子，西村茂子，平山賀美，内田富美江（1998）特別養護老人ホームにおける死についての検討 —全国の特別養護老人ホームにおける実態調査から—．川崎医療福祉学会誌，**8**(1)，165-170.
- 11) 宮原伸二（1999）特別養護老人ホームにおける死についての多角的検討．日本プライマリ・ケア学会誌，**22**(1)，41-48.
- 12) 岡本祐三（1997）医療福祉制度と福祉財政，岩波新書．
- 13) 辻 一郎（1999）健康寿命，麦秋社．
- 14) 原 義雄（1992）浜松聖隷ホスピスのケアの実際．日本のターミナルケア，誠信書房，pp148-157.
- 15) 渡辺美鈴他（1998）行政の在宅保健・福祉サービスを受けている高齢者の特別養護老人ホームの入所に関連する要因について．日本公衆衛生誌，45-55.
- 16) 杉澤秀博，横山弘子，高橋正人（1993）特別養護老人ホーム入所者への家族による援助に関する研究—東京都立の2施設を調査対象として—．老年社会学，**15**(1)，47-56.
- 17) 大橋 薫（1995）現代家族の構造と機能．社会福祉研究，**49**，20-26.
- 18) 寺崎明美（1999）高齢女性の配偶者死別による悲嘆と影響要因．日本看護科学会誌，**10**(2)，167-179.
- 19) 湯沢擁彦（1990）老人と家族．家族はどこまでいけるか，JICC（ジック）出版局，pp115-149.
- 20) Freedman VA, et al. Family networks (1994) Predictors of nursing home entry. *Am J Public health*, **84**, 843-845.
- 21) 金 恵京（1996）韓国農村地域の在宅高齢者におけるソーシャル・サポートの授受と QOL．日本公衆衛生誌，**43**，37-49.
- 22) 杉澤秀博，横山博子，高橋正人（1992）特別養護老人ホーム入所者のメンタルヘルスに関する研究．社会老年学，**34**，10-18.
- 23) Carroll L and Eates James H (1994) The Long Term Crisis. *Swan and Associates*, 155-170.

（平成12年6月7日受理）

## Palliative Care and Death at Special Nursing Homes for the Aged Women

Hiroe HITOMI, Gengo OSAWA, Takanori OGAWA, Yoko NAKAMURA, Chiemi TOKUYAMA,  
Sinji MIYAHARA, Fumie MATUMURA and Sigeko NISIMURA

(Accepted Jun. 7, 2000)

Key words : THE AGED WOMAN'S DEATH, SPECIAL NURSING HOMES, SUPPORT,  
PALLIATIVE CARE, PLACE OF DEATH

### Abstract

Palliative care prior to death for one year from April 1996 to March 1997 at 139 special nursing homes in Japan was investigated.

The total elder who received the care in these nursing institutes was 9,040 and the average of their age was  $82.3 \pm 2.3$ . The average period of stay in the homes was  $5.29 \pm 4.5$  years, and the number of elder who died in the investigated period was 1,290 (14.3%), 382 men (29.6%) and 908 women (70.4%). The average of their age at death was  $85.0 \pm 7.9$  year old (male  $82.8 \pm 8.2$ , female  $86.0 \pm 7.6$ ).

Because average life span is usually longer in female than in male, more than two third of the beds in these special nursing institutes are occupied by women, who were bereaved of their husbands. Accordingly, death in the nursing home is especially true desire for the most women. These are the reasons why many of elderly women had wishes to enter the homes with special nursing. The families of these elderly people also selected the special institutes for their aging parents to receive heartfelt palliative care.

The families of these elderly women also selected the special nursing institutes for their aging terminal mothers, in contrast to the families of the elderly men who selected less often the special homes for their aging fathers.

The final decision to select a terminal nursing care institute depends upon the type of care and support offered by her or his own family and also by the workers of the institute.

For a very old-elder female, care and support by her family and from the help-workers of the home-institute are necessarily expected to be less than those for a young-old elder woman, and her wish from the heart is often unaccepted by her family, because of her mental and physical disturbances, such as aphasia, complete loss of expression of herself, dementia, or complete palsy.

We, as family members or as nursing participants, have to advance our working area how to know or catch the true (heartily) desire in an old disabled client, and to offer our heartfelt care and support for her welfare.

severely handicapped and elderly with communication difficulties, the relationship with the staff side is especially important. In such cases, support is needed for the psychological problems placed on the families do to changes in the family structure and the fact the aged peoples has been placed in a special nursing home.

In conclusion, an important factor in an aged women's choice of death at in the special nursing home is the delivery of support. These people and their families are sensitive to the care received by professional caregivers with varies illnesses such as, senile dementia. Also, social support which enables them to have a degree of independence is important. It is also necessary to teach the techniques of self and home care in case such needs arise.

Correspondence to : Hiroe HITOMI

Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan

(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.10, No.1, 2000 79-86)