

世帯の経済水準による終末期ケア格差

——在宅療養高齢者を対象とした全国調査から——

杉本 浩章^{*1}, 近藤 克則^{*2}, 樋口 京子^{*3}

要旨：本研究の目的は、世帯の経済水準の違いによる終末期ケアにおける格差を検討することである。

質問紙郵送調査に回答した全国の訪問看護ステーション（ $n=428$ ）を、利用後に死亡した高齢者1,265人を分析対象とした。経済水準は、担当看護師が5段階で評価した。

その結果、経済水準が低い層では高い層に比べ、介護力が劣り、やむを得ない理由から在宅療養を開始した割合が高く、自宅で看取る意思表示が少なかった。またプロセスでは、経済水準の低い層で、より多くの福祉サービスを利用しながら、介護力不足を理由に入院・入所する割合が高く、介護者の介護継続意思には揺らぎが多くみられた。さらにアウトカムにおいても、在宅での看取りが32.5%と高所得層の57.7%より少なく、介護者と担当看護師からみたケアの質も低かった。

終末期ケアの構造、プロセス、アウトカムにおいて、経済水準の低い層ほど困難な環境で質が低いという格差が1999年当時存在した可能性が示された。

Key Words：終末期ケア、社会経済的状態、格差、ケアの質

I. 緒 言

社会階層間で健康状態に違いがみられる「健康格差」は、海外で1980年代から研究の蓄積が進み、その是正に向けて、今後さらに研究を進めるようWHO（世界保健機構）の委員会が勧告している（Wilkinsonら 2003）。

一方、日本においては、ようやく健康格差が目されるようになり、その実態が徐々に明らかにされている（福田ら 2007）。

たとえば、高齢者の社会階層のうち所得に着目すれば、所得の低い者ほど、社会的サポートの授受が乏しく、口腔や栄養の状態は悪く、うつや不眠の割合が高い（近藤 2007a）。

また、低所得層においては、医療へのアクセスが悪いなど、受けられる医療にも格差があることが報告されている（Babazonoら 2005；川添ら 2007；Murataら 2010）。

高齢者の健康状態や社会的サポート、医療へのアクセスに、社会経済的因子が影響するのであれば、終末期や看取りのケアにおいても、何らかの影響がみられる可能性がある。しかしながら、日本において終末期ケアにおける格差を検証した報告は、われわれが検索し得た範囲ではみられない。

そこで、訪問看護ステーションを利用した後に死亡した在宅療養高齢者（以下、利用者）を対象

2010年11月1日受付／2011年2月22日受理

- * 1 SUGIMOTO Hiroaki
日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター
- * 2 KONDO Katsunori
日本福祉大学社会福祉学部
- * 3 HIGUCHI Kyoko
大阪市立大学大学院看護学研究科
- * 1 E-mail : h-sugi@n-fukushi.ac.jp

表1 在宅高齢者本人および家族の主な属性

項 目	在宅高齢者本人および家族の属性
死亡平均年齢±標準偏差；歳	全体82.8±8.1, 男性80.9±7.7, 女性84.8±8.1
訪問看護開始時の主な病名；人（％）	脳血管障害384（30.4）, 悪性腫瘍333（26.3）, 呼吸器疾患99（7.8）, 心疾患89（7.0）等
日常生活自立度Cランク*；人（％）	死亡6か月前421（33.3）, 死亡1か月前769（60.8）
世帯類型；人（％）	独居55（4.3）, 高齢者夫婦世帯301（23.8）, 2世代同居478（37.8）, 3世代同居365（28.9）
主介護者；人（％）	配偶者480（37.9）, 子世代707（55.9）
介護力**；人（％）	1.5人以上に相当756（59.8）, 1.0人に相当362（28.6）, 補助的介護者1人以下に相当106（8.4）等
経済力；人（％）	低い41（3.2）, やや低い97（7.7）, 普通616（48.7）, やや余裕あり235（18.6）, 余裕あり276（21.8）

n=1,265

* 厚生省（当時）の「障害老人の（寝たきり度）判定基準」

**介護に専念できる主介護者を1人, 補助的介護者を0.5人として表したもの

とした全国調査データを用いて、終末期ケアの実態を世帯の経済水準で比較分析し、格差がみられるか否かを検討することが本研究の目的である。

Ⅱ. 研究対象と方法

本研究は、日本福祉大学終末期ケア研究会が3次にわたって行った、高齢者の終末期ケアに関する全国調査のうち、第2次調査のデータを再分析したものである。調査の詳細は、すでに『在宅高齢者の終末期ケア』（宮田ら 2004）として発表済みであることから、ここでは概要のみ述べる。

調査対象は、1998年8月時点での全国すべての訪問看護ステーション2,935事業所のうち、第1次調査において「第2次調査に協力する」と回答した856事業所（29.2%）である。

調査方法は、質問紙を用いた郵送調査で、1999年9～11月までの3か月間に死亡したすべての利用者の情報を求めた。その結果、427事業所（回収率49.9%）から1,422人分の情報提供があり、うち、65歳以上の高齢者で世帯の経済水準について回答のあった1,265人を分析対象とした。なお、調査票への記載者は、当該ケースを担当した訪問看護師（以下、担当看護師）である。

分析対象である訪問看護を受けた後に死亡した

利用者と、介護に携わった家族の概要を表1に示す。

利用者の平均年齢は82.8歳で、主な病名では脳血管障害（30.4%）と悪性腫瘍（26.3%）がそれぞれ約3割を占めていた。死亡6か月前の日常生活自立度ではCランクであった者は約3割（33.3%）であった。

世帯類型でみると、2世代同居が478人（37.8%）と最多で、3世代同居（365人、28.9%）と続いた。家族の介護状況は、主介護者の半数以上（55.9%）は子世代であり、内訳は、嫁（27.5%）、娘（22.9%）、息子（5.1%）等であった。家族の「介護力」（介護に専念できる主介護者を1人、補助的介護者を0.5人として表したもの）では、1.5人以上が約6割（59.8%）を占めた。

質問票は、Donabedian（1987）による「構造（structure）—過程（process）—成果（outcome）」の枠組みを基に、Albrecht（1990）が在宅ケア用に拡張した評価モデルなどを参考に設計した（岡本ら 1998；近藤ら 2000）。

質問内容は、①利用者・家族の属性、②臨死期から死亡までの状況、③ケア過程、④ケアを終えての評価（「介護者の満足度」および「死および死に至る過程の質」に対する評価）、⑤関わった各専門職属性、の5領域にわたる合計87項目で

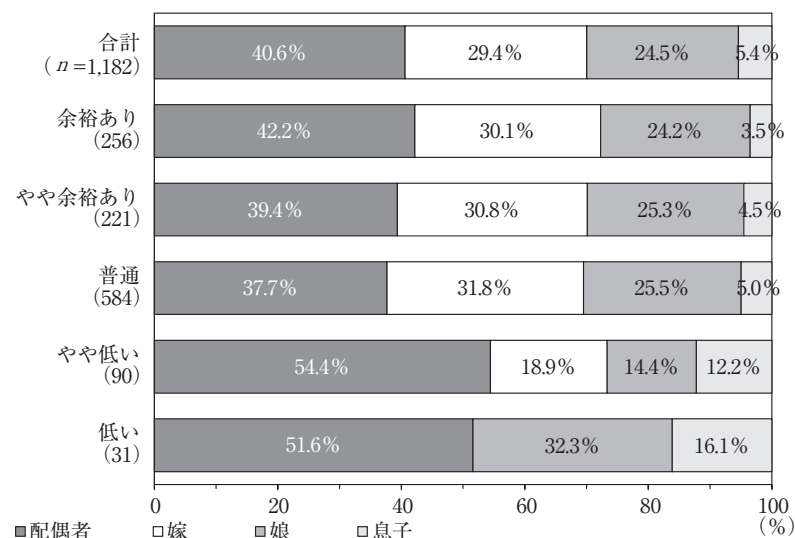


図1 世帯の経済水準別 主な介護者

ある (A4 判で10頁)。④ケアを終えての評価については、家族が発していた言葉をメモしてもらい、それを根拠に担当看護師が推定した「介護者の満足度」を5段階 (悔いが残る, やや悔いが残る, 普通, まあ満足, 満足) で尋ねた。また、「死および死に至る過程の質」に対する評価は、担当看護師の立場からみた当該ケースの死に至る過程について、それが質の高いものであったか否かの自己評価も5段階 (まったくそうは思わない, そうは思わない, まあまあ, そう思う, 非常にそう思う) で問うたものである。

なお、ケア過程については、橋本 (1999) らの分類を参考に、次の4つに区分した。①訪問開始期：訪問開始前後から2週間までの期間、②安定期：訪問開始後3週目ごろから終末期の前までの期間、③終末期：死亡の1週間前ごろから死亡3日前ごろまでの期間、④臨死期：死が差し迫っている兆候が現れた死亡3日前ごろから死亡までの期間。

分析は、利用者世帯の経済水準で5群 (低い, やや低い, 普通, やや余裕あり, 余裕あり) に分け、各種因子の割合を比較した。利用者世帯の経済力は、生活保護世帯レベルの経済力を「低い」として、担当看護師が判断したものである。利用

者世帯の経済力の分布は、普通 (616人, 48.7%), 余裕あり (276人, 21.8%), やや余裕あり (235人, 18.6%), やや低い (97人, 7.7%), 低い (41人, 3.2%) の順に多かった。

統計学的検定には、SPSS 16.0 J for Windows を用い、設問ごとに「不明」「記入なし」を除いたものを有効回答とみなし、 χ^2 検定で5%未満を有意とした。

Ⅲ. 結 果

以下には、終末期ケアの構造 (介護環境) — 介護過程—成果の流れに沿って、世帯の経済水準間の比較分析結果を示す。

1. 世帯の経済水準でみた介護環境

介護者の属性をみたところ、経済水準が「普通」以上の3群では、主介護者が「嫁」の割合が約3割を占めているのに対し、「やや低い」世帯で2割弱、「低い」世帯では嫁が0人で、代わりに「息子」の占める割合が15%前後と高かった ($\chi^2 = 41.8$, $p < 0.001$) (図1)。

介護力が「主介護者2人以上に相当する割合」をみると、経済水準の「余裕あり」世帯では、

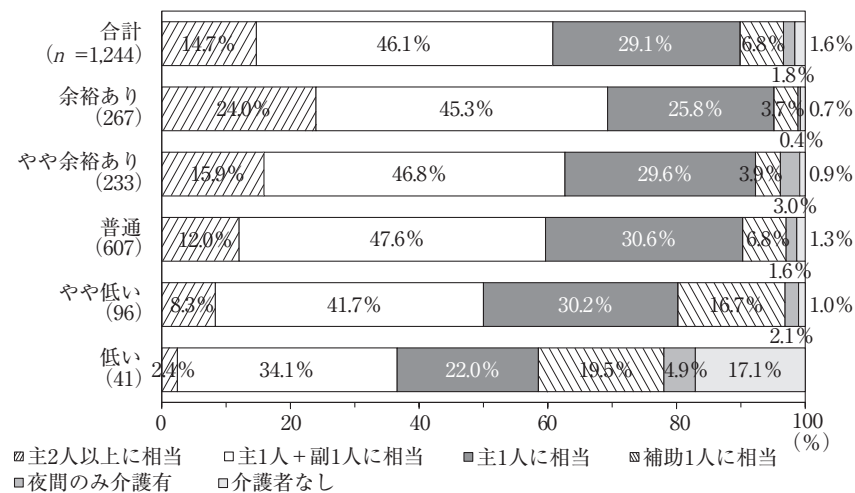


図2 世帯の経済水準別 介護力

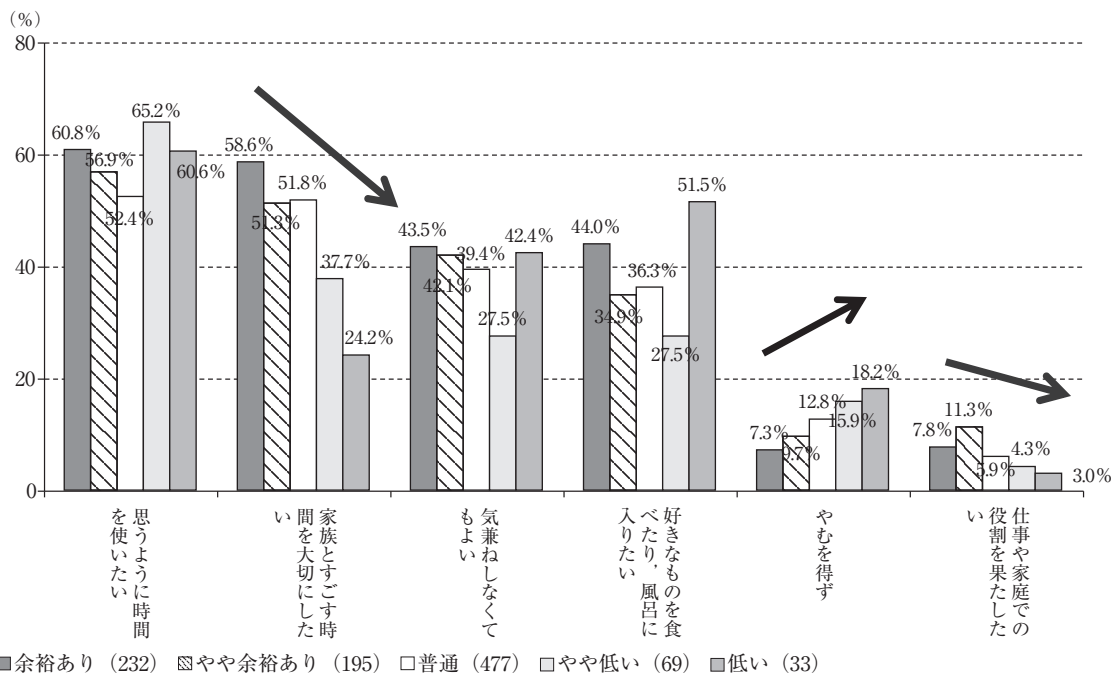


図3 世帯の経済水準別 在宅療養を開始した理由

24.0%が該当したものの、「低い」世帯では2.4%にとどまった ($\chi^2 = 131.0$, $p < 0.001$) (図2)。

在宅療養の開始理由を問うところ、経済水準が高い層では「家族や友人とすごす時間を大切にしたい」の占める割合が半数を超え、経済水準の「余裕あり」世帯では58.6%を占めたが、「低い」世帯では24.2%と半分以下の水準であった ($\chi^2 =$

19.8, $p < 0.01$)。

また、有意な差ではなかったものの、経済水準が高くなるほど「希望はなかったがやむを得ず」の割合が少ない傾向がみられた。経済水準が「普通」以上の3群では1割前後であるのに対し、「低い」世帯では18.2%であった ($\chi^2 = 8.2$, $p = 0.085$) (図3)。

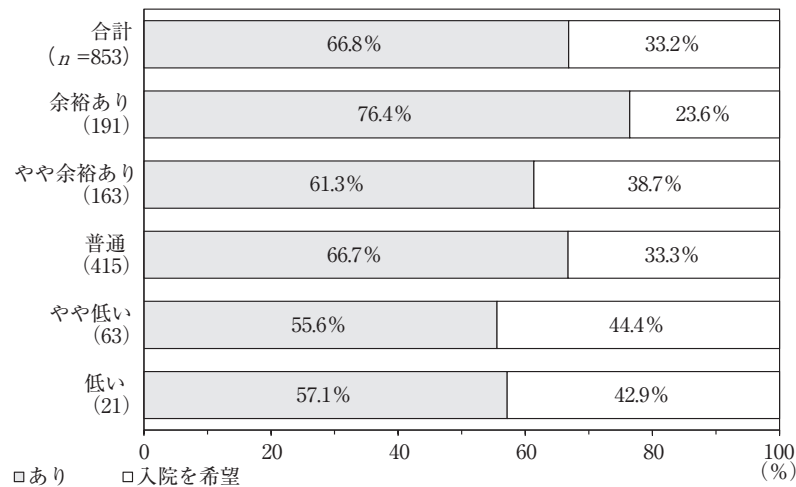


図4 世帯の経済水準別 自宅での看取りの意思表示

看取り場所の家族の希望は、経済水準が「普通」以上の3群では、「自宅での看取りの意思表示あり」の割合が6～7割程度であったが、経済水準が低い2群では、共に5割台と少なかった ($\chi^2 = 14.7$, $p < 0.01$) (図4)。

なお、本人の身体状態について、診断された疾患数の違いをみたが、経済水準との有意な差はなかった。また、本人の「自宅で死にたい」という意思表示についても、世帯の経済水準との関連は確認できなかった。

2. 世帯の経済水準でみた介護過程

経過中に安定期があった利用者1,262人において、福祉等サービスの利用状況をみた。利用サービス数が3つ以上の割合は、経済水準が「普通」世帯から上の3群では、約10～20%程度みられた。それに対し、「やや低い」世帯では25.0%、「低い」世帯では36.6%と、より多くのサービスを利用していた ($\chi^2 = 32.9$, $p < 0.001$)。

また、この時期における、家族による終末期にある患者の状況の理解度を5段階で問うたところ、経済水準が「普通」世帯から上の3群では、約60～74%が「(ほぼ)理解」していたが、経済水準が低い2群では、約44～47%と理解の程度が劣った ($\chi^2 = 52.1$, $p < 0.001$)。

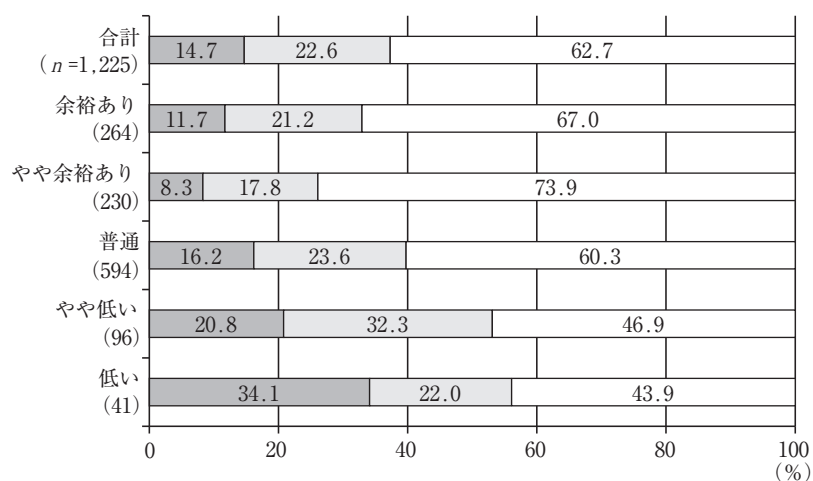
この傾向は、臨死期においても同様で、終末期から臨死期に至る過程を自宅ですごした726人を見ると、経済水準が高いほど状況を理解している家族の割合が高かった ($\chi^2 = 16.0$, $p < 0.05$) (図5)。

死亡場所が自宅以外の580人について、入院・入所した理由をみたところ、経済水準が「低い」世帯においては、「介護力の不足」を理由とする割合が高く、他の群では1～2割程度であるのに対し、半数近く (46.2%) が理由のひとつに挙げていた ($\chi^2 = 13.8$, $p < 0.01$) (図6)。

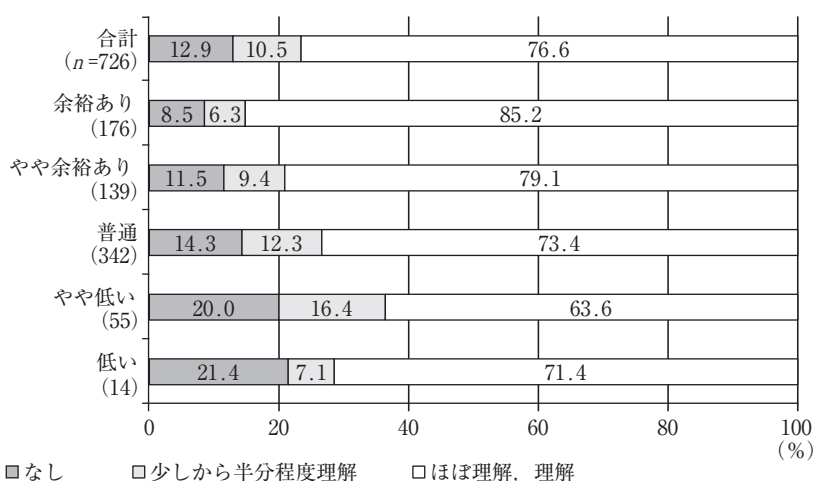
在宅療養の継続について、その意思に「揺らぎ」があった割合をみると、経済水準が「普通」世帯から上の3群では、約38～51%であった。一方で、経済水準が低い2群では、86.7%と「揺らぎ」の頻出割合が高かった ($\chi^2 = 27.8$, $p < 0.001$) (図7)。

前出の在宅療養の開始理由に対し、「希望はなかったがやむを得ず」を除く、「家族や友人と過ごす時間を大切にしたい」など肯定的なものについて、その実現度についても5段階で問うた。実現できたかについて、「非常にそう思う」と「そう思う」を合わせた割合は、経済水準が「余裕あり」世帯で70.1%であった。「やや余裕あり」世帯で66.3%、「普通」世帯で58.6%、「やや低い」世帯

<安定期>



<臨死期>



■なし □少しから半分程度理解 □ほぼ理解、理解

図5 世帯の経済水準別 家族の状況の理解度

で50.9%,「低い」世帯で37.9%と、経済水準が高いほど実現度が高かった ($\chi^2=21.6$, $p<0.01$) (図8).

担当看護師をはじめとする、専門職による関わり方との関連では、病状や予後について、担当看護師や医師による段階的な告知や補足説明実施の有無との関連では、有意な関連はみられなかった。

また、アセスメントからモニタリングに至るケアマネジメントの各過程において、立案実施した援助の数で比較したが、ここでも有意な差はな

かった。

安定期（終末期から臨死期に至る過程を自宅で過ごした726人に限定）においては、経済水準が低い世帯ほど多くのサービスを利用していたが、終末期においては、サービス利用数との関連は確認できなかった。

なお、関係職種や機関を連絡・調整するコーディネーターの有無との関連についても、同様に有意差はみられなかった。

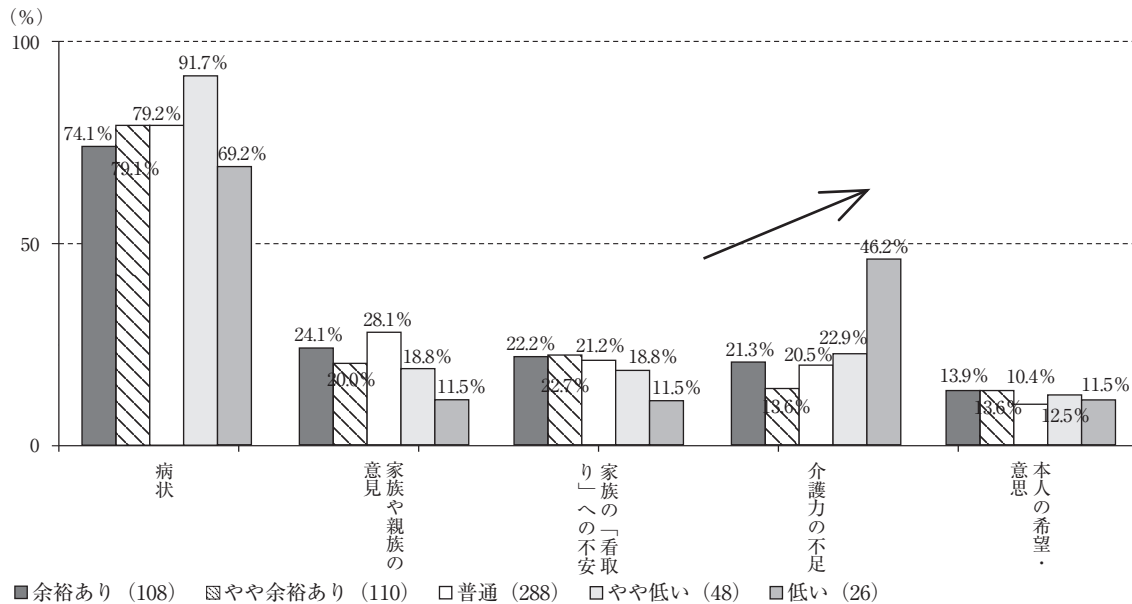


図6 世帯の経済水準別 入院・入所理由

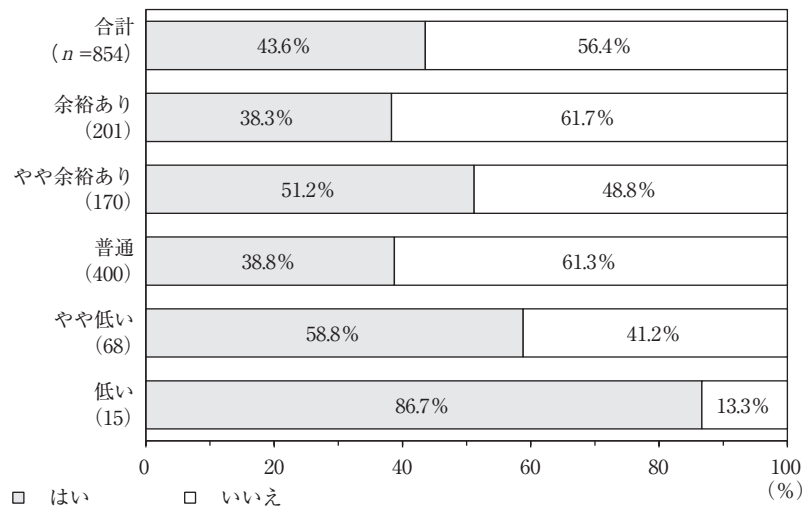


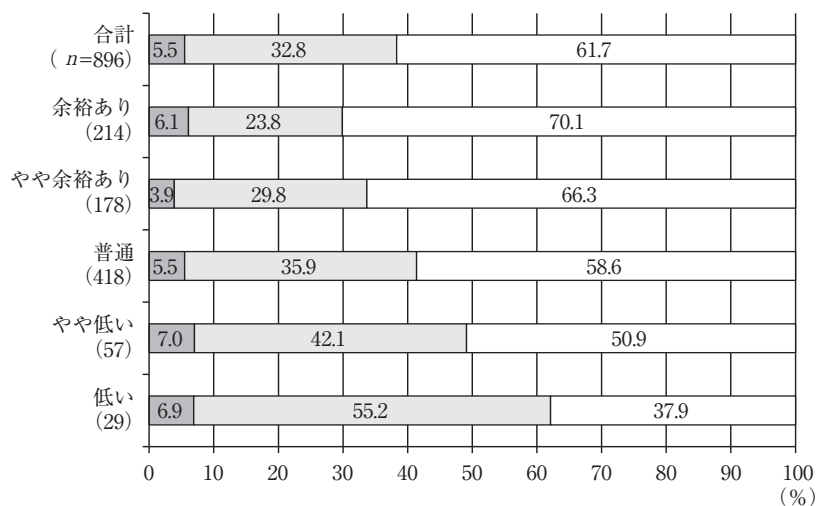
図7 世帯の経済水準別 在宅療養の継続への揺らぎの有無

3. 世帯の経済水準でみた看取りの実態

死亡場所と世帯の経済水準の両方に回答があった1,248人について、死亡場所が自宅か医療機関（病院または有床診療所）かをみた。「普通」世帯から上の3群では、「自宅」での看取りが約5割であったが、「低い」世帯では約3割と低く医療機関での看取りが多い（ $\chi^2 = 11.5$, $p < 0.05$ ）。

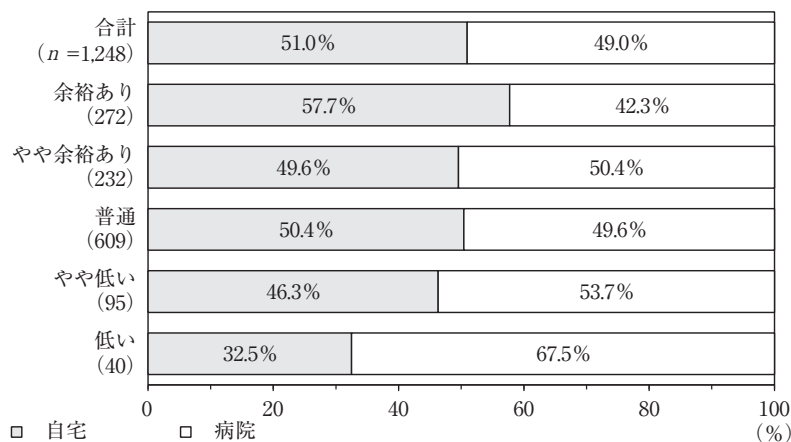
本人の「自宅で死にたい」という意思表示があった312人でみても、経済水準が「普通」世帯以上では、75%前後で実現したのに対し、「低い」世帯では在宅死が38.5%にとどまった（ $\chi^2 = 13.6$, $p < 0.01$ ）（図9）。

看取りの質について、担当看護師が推定した「家族の満足度」でみると、経済水準が高い層は



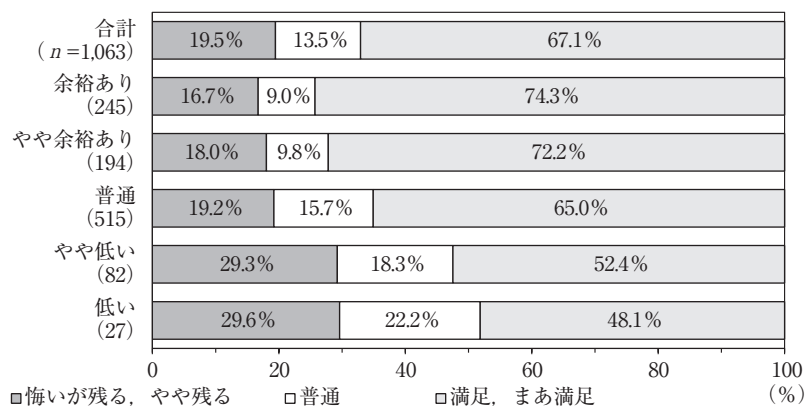
□まったくそうは思わない、そうは思わない □まあまあ □そう思う、非常にそう思う

図8 世帯の経済水準別 在宅療養開始理由の実現度



□ 自宅 □ 病院

図9 世帯の経済水準別 死亡場所



□悔いが残る、やや残る □普通 □満足、まあ満足

図10 世帯の経済水準別 家族の満足度

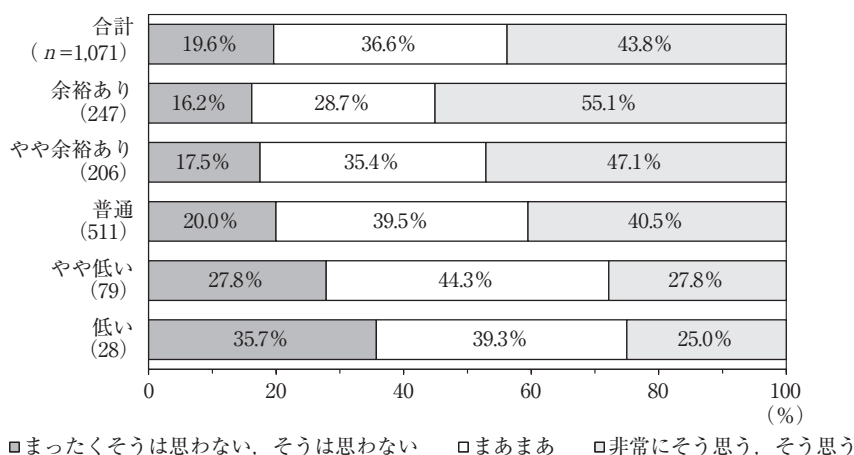


図11 世帯の経済水準別 担当看護師による「質が高い」評価

ど「満足」「まあ満足」と推定された割合が高く、「余裕あり」世帯では4分の3（74.3%）が該当した。一方で、経済水準の低い2群では約5割にとどまり、満足度の低い傾向がみられた（ $\chi^2 = 24.2$, $p < 0.01$ ）（図10）。

また、担当看護師の立場からみた当該ケースの死に至る過程について、それが質の高いものであったか否かの自己評価（「死および死に至る過程の質」に対する評価）も、先の結果と同様に、経済水準の高い層ほど、質が高いと判断（非常にそう思う, そう思う）した割合が高くみられた。経済水準が「余裕あり」世帯では6割近く（55.1%）を占めていたのに対し、「低い」世帯では4例に1例（25.0%）しか該当しなかった（ $\chi^2 = 31.0$, $p < 0.001$ ）（図11）。

さらに、経済水準が低い層で医療機関での死が多いことから、死亡場所の偏りが看取りの質の評価に影響した可能性を確認するために、層別分析も行った。経済水準が低い層（低い, やや低い）において、医療機関死亡群と自宅死亡群それぞれの「家族の満足度」と「死および死に至る過程の質」に対する評価はほぼ同水準であり、死亡場所の偏りによる影響は確認できなかった。

なお、死亡場所が自宅以外であった647人に限定して、死亡前の入院期間の違いをみたが、有意な違いはなかった。この者たちについて、入院・

入所時に臨死期と思わせる症状があったか否かについても検討したが、同様に有意な関連はみられなかった。

IV. 考 察

今回の検証によって、次のことが明らかになった。経済水準の低い世帯では、介護力が乏しいなか、「希望はなかったがやむを得ず」在宅療養を開始し、介護力の不足から入院・入所に至るケースが、経済水準に余裕のある層に比べ多い。また、在宅療養継続への揺らぎをもちながら介護にあたり、在宅死亡割合が低く、療養や看取りの質も低い。終末期ケアをめぐる介護条件や介護の過程、看取りの質にも世帯の経済水準による格差「終末期ケア格差」、あるいは「看取り格差」が1999年当時存在した可能性が示された。

しかしながら、次の点に留意する必要がある。

まず、今回用いた世帯の経済水準については、税務データ等による所得把握ではなく、担当看護師による判断である。ただし、世帯の経済水準は所得額だけではなく、資産や消費支出等も併せ生活実態をみるべきとの考え方がある。本調査においては、家庭への訪問を踏まえ、住まいや消費水準なども含めた生活実態を多くの訪問世帯と対比較したうえでの判断であり、世帯の経済力を総

合的にとらえている可能性は高い。

また、分析に用いたデータは横断的研究によるものであり、関連のみられた各種因子が因果関係を直接的に示すとは限らない。しかし、分析対象とした在宅療養開始よりも前に、世帯の経済水準は決まっていた。したがって、考察で特に断りを入れていない因子については、社会経済的因子が先にあって、それが直接・間接に影響をもたらしただけである可能性は高いと思われる。経済水準に基づく各群における疾患数の違いなど利用者像の相違や、それに伴う専門職が立案実施した援助内容の違いによる差も考え検討したが、それらの影響についても有意な差はみられなかった。

なお、調査時期が介護保険制度導入の直前であり、たとえば、今回は有意差がみられた「安定期におけるサービス利用数」などは、同制度が定着した今日においては、状況が異なっている可能性がある。

これらを踏まえたうえで、4つの視点から考察を行う。

1. 世帯の経済水準は、「在宅介護」の開始状況に違いを生む

今回の調査は、要介護高齢者一般ではなく、一度は在宅での療養を選択し、それが実現した者を対象としている。そのような集団に限定したとしても、経済水準によって、在宅療養開始の理由に違いがみられた。

まず、経済水準が低い群ほど、「希望はなかったがやむを得ず」を理由として在宅療養を開始していた。介護継続の要因としては、内在化された役割規範による促進、介護方法の自己決定、介護期間を見通せることなどの指摘がある（木立 2004）。このことから「やむを得ず」開始した場合には、介護継続が困難に陥りやすいと推定される。

また、経済水準が高い層においては、半数が「家族や友人とすごす時間を大切にしたい」との思いから在宅療養を開始していた。一般高齢者を対象とした調査（近藤 2007a）において、経済力

の高さと、社会的サポートの授受や社会参加の多さとの関連が示されている。その要因としては、高所得層ほどサポート提供のための余裕や資源の豊かさがあることなどの指摘がなされている。

療養が必要となった状況においても、経済的な余裕やそれまでの生活スタイルを背景として、豊かな人間関係に基づく生活を求めていると推察できる。

2. 世帯の経済水準は、介護の過程にも影響を及ぼす

今回、介護力が劣る経済水準の低い層において、より多く福祉等のサービスを利用していた。福祉サービスを利用する理由は、不足する介護力を補うためであった可能性が高い。

このことは、入院・入所理由として、経済水準の「低い」世帯の半数近くが、「介護力の不足」を挙げていたことから推察できる。

介護保険導入後の研究では、泉田（2008）が、介護保険制度の未利用や在宅サービス利用者の動向から、サービス利用状況と所得水準は関連がなくなった可能性を報告している。その一方で、本調査結果と同様に、高所得層に比べ低所得層のサービス利用割合が高いとの報告もある（酒井ら 2010）。本調査データが同制度導入前のものであることから、終末期ケアにおいて、現在も先の結果と同様の傾向が認められるか否かの再検証が必要である。

また、介護者の「揺らぎ」（樋口ら 2001）をみると、経済水準の低い層で有意に多く、介護の状況についての理解度は逆に低かった。ケアプランの作成やデスエデュケーションなど担当看護師によって立案・実施された援助の数には有意差がないため、介護の過程に違いがみられた理由としては、利用者や介護者側に帰属する要素が多いと考えられる。

低所得層において、ストレス対処能力が低いことや、不適切な介護が多くみられることが知られている（近藤 2007a）。経済水準の低い層においては、経済力や介護力の余裕がないなかで、在宅

介護を維持・継続することに迫られており、より多くの支援を必要としていたと思われる。

3. 世帯の経済水準の格差は、「終末期ケア格差」をもたらす

今回の分析によって、終末期ケアのアウトカムにおいても2つの「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」の存在が示された。

1つは、経済水準の高低が、看取りの場所の違いをもたらすという格差。そしてもう1つは、「介護者の満足度」や「死および死に至る過程の質」といったケアの質にも影響を及ぼしている、という格差である。

本調査においては、経済水準が「普通」世帯以上では、本人が在宅死を望んでいる場合は4分の3が望みどおりに自宅での最期を迎えられたが、経済水準が低い2群においては、それが実現したのは半数に満たなかった。

従来から、所得の多寡によって受けられる医療に格差があることが知られている。たとえば、低所得者層においては、医療のアクセスが悪く（Babazonoら 2005；Kimら 2005；Sicilianiら 2009；川添ら 2007；Lostaoら 2007；Murataら 2010）、受けている医療の質も低く（Shiら 2005；Dalstraら 2006）、アウトカムも不良（Murataら 2008；2010）といったことである。今回の所見は、これらの延長線上にあると思われる。イギリスでも同様に、経済水準の低い層において、より多く病院で看取られていることが明らかになっている（Nick 2010）。今回、わが国においても、同様の格差が存在することを確認できた。

看取りの満足度でみたケアの質については、死亡場所との関連は確認されず、看取りのプロセスが重要であることが示唆されている（樋口ら 2001）。今回の分析においても、経済水準が低い層で医療機関での死が多かったために、看取りの満足度などが低くなったという説明は成り立たなかった。担当看護師らが立案・実施した援助の数にも違いはなく、経済水準で援助の質が変わり看取りの質にも反映された、とは考えにくい。

在宅療養開始から死に至る過程における、個々の援助内容には余り差がなかったにもかかわらず、世帯の経済水準によってもたらされる介護力などの差によって、看取りの質の高低に結びついた可能性がある。

4. 「終末期ケア格差」解消に向けたソーシャルワーカーの取り組み

「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」には「社会全体の構造的な格差の反映」という側面がある。一方で、ソーシャルワーカーの職業上の価値は、「すべての人の平等の実現」にある。専門的援助においては、ケアの質やクライアントのQOL（quality of life）を高めることを目指しており、ソーシャルワーカーは、条件の乏しい療養環境であってもそれらの実現への手立てを考えるべき立場である。

個々のケアに着目すれば、看取りの条件やプロセスにも格差が存在することを認識したうえで、不利な条件にある患者への支援をよりていねいに立案・実施することが求められるだろう。

たとえば、在宅介護の開始理由をよりていねいにアセスメントして引き出したうえでゴール設定をすること、介護力や情緒的サポートの強化を図ること、介護者の「揺らぎ」を予測した支援的な関わりをすることである。そのためには緩和ケア用アセスメントツール（杉本ら 2007）やていねいな終末期ケアマネジメントのためのツール（樋口ら 2010）を活用した実践で、看取りの質の高さをもたらせるかもしれない。

その一方で、貧困を背景とした格差問題は、直接的・個別的なケアだけでは支援が困難なことも多い。個々の経済水準に関わりなく、だれもが質を担保された終末期ケアを受けられるためにも、マクロレベルの格差解消対策が欠かせない（近藤 2007b）。

今回の結果は介護保険導入前の調査データに基づくものだが、低所得層においてより多くの社会資源を利用していたにもかかわらず、看取りの満足度などが低かった。介護保険制度が導入され

た後も、要介護者のQOL向上や重度の要介護者を抱える介護者の介護負担の軽減には、十分に結びついていないことが明らかになっている（近藤 2002；黄 2004）。措置制度に比べ応益原則が強化された介護保険制度や自己負担額が増えた医療保険制度の下では、社会資源を活用するだけでは埋めきれない「格差」がまだ存在しており（Murata ら 2010）、むしろ拡大している可能性は高い。

個々のケアのレベルにおける努力だけにとどまらず、WHOの委員会（Commission on Social Determinants of Health）も提言している「格差そのものの是正」（Michael ら 2007）に向けて、社会保障制度のいっそうの拡充を求め社会変革を進めていくことも、ソーシャルワーカーが取り組むべき重要な課題といえるだろう。

V. 結 論

社会経済的因子がもたらす健康や医療アクセスの格差の研究が進んでいるが、終末期ケアにおける格差を多数例で検証した報告は少ない。そこで、在宅療養高齢者を対象とした1999年の全国調査データを再分析し、世帯の経済水準を5段階に分け、終末期ケアの実態を比較した。その結果、次のような「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」が明らかになった。

経済水準の低い世帯では、介護力が乏しいなか（介護力2人以上相当は2.4%）で在宅介護を開始しており、介護力の不足から入院・入所に至るケースが約半数を占めていた。

また、経済水準の低い世帯の介護者の多くが、在宅療養継続への揺らぎをもちながら介護にあたっており、本人が在宅死を望んでいた場合であっても、医療機関での死亡が多くみられた。

終末期ケアや看取りの質をみれば、経済水準の低い世帯において、在宅療養を開始する背景となった望みの実現度が低く、「介護者の看取りの満足度」と「担当看護師によるケアの質の評価」も低かった。

介護保険制度導入の直前に収集したデータであ

ることから、一部の結果については、同制度が定着した今日においては、状況が異なっている可能性はある。しかしながら、医療・介護保障において応益原則が強化されているため、世帯の経済水準に基づく「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」がいまも存在する可能性は高いと考えられる。

これらの格差に対し、個別ケースレベルにおいては、看取りの条件やプロセスにも格差が存在することを認識したうえで、よりていねいな終末期ケアマネジメントを実践していくことが求められる。マクロレベルにおいては、経済水準の違いによらず、質の高い終末期ケアを受けられるよう、格差そのものの是正を図っていくことが必要である。

本研究は、平成10・11年度（財）長寿社会開発センター、同年度（財）住友海上福祉財団、平成12年度社会福祉・医療事業団の助成を受け実施した全国調査データを用い、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の助成を受けて実施した研究である。

文 献

- Albrecht, N. (1990) The Albrecht Nursing Model for Home Health Care : Implications for Research, Practice, and Education, *Public Health Nursing*, 7 (2), 118-26.
- Babazono, A., Miyazaki, M. and Imatoh, T., et al. (2005) Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system, *Int. J. Technol. Assessment Health Care*, 21, 228-33.
- Dalstra, J. A., Kunst, A. E. and Mackenbach, J.P. (2006) EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe, *Soc. Sci. Med*, 62, 2046-60.
- Donabedian, A. (1987) Outcome Measure in Home Care, Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Health Care, *National League for Nursing*, 3-28.
- 黄 京欄・関田康慶（2004）「介護サービスに対する

- 家族介護者の意識と評価に関する分析』『厚生 の指標』51(7), 9-15.
- 福田吉治・今井博久 (2007)「日本における「健康格差」研究の現状」『保健医療科学』56, 56-62.
- 橋本恵美子 (1999)『在宅において末期医療を受ける患者のケアの評価——医療・看護・福祉をとおして』平成8年～10年科学研究補助金基盤研究 (C) (2) 研究成果報告書.
- 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・ほか (2001)「在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討——終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から」『厚生 の指標』48(13), 8-15.
- 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・ほか編 (2010)『高齢者の終末期ケア——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.
- 泉田信行 (2008)「介護サービス利用に対する所得の影響——施設介護サービスを中心に」『社会保障研究』43(4), 327-42.
- 川添 希・馬場園明 (2007)「健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果」『厚生 の指標』54(6), 14-9.
- 木立るり子 (2004)「嫁介護者の語りからみた社会規範意識と介護継続の条件」『日本看護研究学会雑誌』27(1), 73-81.
- Kim, J., Ko, S. and Yang, B. (2005) The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea, *Health Policy*, 72, 293-300.
- 近藤克則・久世淳子・牧野忠康・ほか (2000)「訪問診療・訪問看護対象患者の死亡場所に影響する因子」『在宅医療』26, 46-55.
- 近藤克則 (2002)「介護保険は介護者の負担を軽減したか——介護者の主観的幸福感・抑うつ・介護負担感へのインパクト」『社会保険旬報』(2135), 24-9.
- 近藤克則編 (2007a)『検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』医学書院.
- 近藤克則 (2007b)「医療制度改革と健康格差」『社会福祉研究』(100), 111-9.
- Lostao, L., Regidor, E. and Geyer, S., et al. (2007) Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries, *Soc. Sci. Med.*, 65, 367-76.
- Michael, K., Antony, M. and Josiane, B., et al. (2007) *The social determinants of health : Developing an evidence base for political action, Final Report*, World Health Organization.
- 宮田和明・近藤克則・樋口京子編 (2004)『在宅高齢者の終末期ケア——全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規出版.
- Murata, C., Kondo, K. and Hirai, H., et al. (2008) Association between depression and socioeconomic status among community-dwelling elderly in Japan : The Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES), *Health Place*, 14, 406-14.
- Murata, C., Yamada, T. and Chen, C., et al. (2010) Barriers to Health Care among the Elderly in Japan, *Int. j. Environ. Res. Public Health*, 7 (4), 1330-41.
- Nick, S. (2010) Poorest people are more likely to die in hospital, *BMJ*, Aug 17 : 341 : c4518.
- 岡本玲子・高崎絹子 (1998)「保健婦活動における在宅ケアマネジメント過程の質を構成する要素の検討」『日本在宅ケア学会誌』1, 46-55.
- 酒井美和・伊藤春樹 (2010)「介護保険サービスの利用と所得について」『医療福祉研究』(6), 25-36.
- Shi, L. and Stevens, G. (2005) Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors, *J Gen Intern Med*, 20 (2), 148-54.
- Siciliani, L. and Verzulli, R. (2009) Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans : evidence from SHARE, *Health Econ*, 18(11), 1295-306.
- 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・ほか (2007)「緩和ケア用MDS - PC日本語版の信頼性と有用性」『病院管理』44(3), 243-50.
- Wilkinson, G. and Marmot, M. (2003) *Social Determinants of Health: the solid facts. Second edition*, World Health Organization.

Inequality in Terminal Care Based on the Household Income Level

—From the Nation-wide Survey of Older People Receiving Visiting Nurse Care—

Hiroaki SUGIMOTO, Katsunori KONDO, Kyoko HIGUCHI

The present study intended to examine the inequalities in terminal care between household income levels.

We analyzed 1,265 older persons who died after receiving care from 428 home nursing stations. Five income levels were evaluated by nurses in charge.

In low income households compared with higher ones, care capacity was inferior and the ratio of starting home care from compelling reasons was high, while there were few declarations of intent to be attended at their deathbed at home. In the process of care, low income households showed a higher proportion of hospitalization/admission to a care facility due to lack of home care capacity, while frequently utilizing welfare services, in which caregivers often fluctuated in their intention for continuation of the care. Furthermore, even in the outcome of care, attendance to the deathbed at home was lower, at 32.5%, than high income households (57.7%), and the care quality evaluated by caregivers and nurses in charge was also low.

In the structure, process and outcome of the terminal care, inequalities were found, in which lower income households received a lower care quality under a difficult environment.

Key Words : Terminal care, Socioeconomic conditions, Inequality in care quality