

研究報告

特別養護老人ホームのがん終末期ケアに関する研究

上 村 聡 子

A Terminal Cancer Study at a Special Elderly Nursing Home

Satoko UEMURA

Abstract : The purpose of this study is to clarify the current condition of terminal cancer care, cases of which are expected to increase. The study was conducted through nurses, caregivers and home managers. To collect data, we used regular mail to conduct a survey. It was sent to nursing home managers, nurses and caregivers working at 278 special elderly nursing homes in Prefecture A. 104 managers (37.4%), 95 nurses (34.1%) and 97 caregivers (34.9%) responded to the questionnaire.

85% of the subject special elderly nursing homes accept terminal care patients, but only 35.9% of managers, 27.2% of nurses and 35.2% of caregivers consider themselves capable of responding to terminal cancer care. In all 3 professions, many answered they couldn't or didn't know if they could handle providing terminal cancer care as "It is difficult to relieve pain," "We cannot offer the necessary medical treatment," "Nurses are not working night shifts (no 24 hour responding system)" and "It is difficult to alleviate patients' symptoms". We also asked them to write candidly about this subject and analyzed the current condition of terminal cancer care at special elderly nursing care. While those who responded wanted to note the difference with medical institutions regarding terminal care, there are many facilities where workers think it is difficult to guarantee quality of care. They indicated that to conduct terminal care in a living space, it is necessary to consider different degrees of decrepitude and requirement needs, such as those dying of cancer, and the conditions for accepting terminal care patients at special elderly nursing homes, as well as clarifying the limits of terminal care at these facilities. Another requirement cited was working together with the local medical community.

Key Words : terminal cancer care, special elderly nursing homes

抄録 : 本研究では、特別養護老人ホームの看護職・介護職・施設長を対象に、今後増加するであろう、特養におけるがん終末期ケアの現状を明らかにすることを目的とした。データは、A 県下全特養 278 施設の施設長・看護職・介護職に対し、郵送法による質問紙調査を実施し、施設長は 104 名（回答率 37.4%）、看護職者は 95 名（回答率 34.1%）、介護職者は 97 名（回答率 34.9%）から回答を得た。

本調査対象の特養では、86.5% が終末期ケアの受け入れを行っているにも関わらず、がん終末期ケアの対応が可能と考えている施設長は 35.9%、看護職は 27.2%、介護職は 35.2% であった。がん終末期の対応ができない、あるいはどちらとも言えないと回答した理由は、「苦痛の緩和が困難」「必要な医療の提供が出来ない」「看護師の夜勤体制（24 時間体制をとっていない）」「症状緩和が困難」が 3 職種共に上位を占めていた。また、自由記載から特養の終末期ケアの現状を分析したところ、医療機関での終末期ケアとの違いを大切にしたいと職員は考えている一方で、質の保障が難しいと捉えている施設もあることが明らかになった。生活の場における終末期ケアを実施する為には、特養における終末期ケアの受け入れ可能な条件を、老衰とがん終末期のように医療ニーズの高いものとを区別して検討し、特養の終末期ケアの限界を明らかにすること、地域の医療との連携を図ることが必要であると示唆された。

キーワード : 特別養護老人ホーム、終末期ケア、がん終末期ケア

I. はじめに

近年、高齢者の急速な増加に伴い、高齢者の人生の終末期を支えること、高齢者の終末期を支える場の多様な選択肢を整備することが社会的な課題となっている。

杉本ら¹⁾は質の高い終末期の条件の一つとして、「ケアを支える介護力や周りの人々のサポートが受けられること」をあげ、在宅での介護力が望めない現在、療養場所として特別養護老人ホーム（以下「特養」）などの施設の充実が必要であると述べている。平成18（2006）年の介護報酬の改定では、施設や居住系サービスにおける重度化対応や、終末期ケアニーズへの対応の強化が行われた。高齢者の生活の場・終の棲家として位置づけられている特養に対しては、「重度化対応加算」「看取り介護加算」が創設され、特養で生活する高齢者が安心して終末期を迎える体制づくりが行われた。平成19年（2007）厚生労働省の調査²⁾では、特養入居者の要介護度の高い高齢者の占める割合は、「要介護4」が32.4%、「要介護5」が32.3%と、特養入居者の要介護度は年々重度化している。また、特養退所者の63.0%が死亡退所していることから、特養が終の棲家として機能していることがわかる。

現在、日本人の死因の第1位は悪性新生物であり、70歳以降の悪性新生物による死亡率は上昇している。特養の死亡退所者の死因は老衰が多い現状であるが、今後は特養で生活する高齢者へのがん終末期の対応が課題になるであろう。特養の終末期ケアに関する研究は多数なされているが、がん終末期に関する研究はあまりなされていない。本稿では、特養で生活する高齢者のがん終末期ケアの可能性について、特養で働く看護職・介護職・施設長の視点から明らかにする。

本稿における終末期とは、医師により一般的に認められている医学的知見から判断して、回復の見込みがないと診断しかつ、医療機関での対応の必要性が薄いとされる時期とした。高齢者の終末期を定義することは非常に難しく、日本老年医学会の立場表明（2001）³⁾をもとに時期を設定した。

II. 研究目的

特養における、がん終末期ケアの現状を明らかにし、特養におけるがん終末期ケアの可能性と課題を明らかにすること。

III. 研究方法

1. 調査対象

A県下の全特養278施設で働く、施設長、主任看護職、主任介護職の各1名を対象に行った。ここでいう、主任看護職・主任介護職とは管理的な立場を意味し、対象の選定は施設長に依頼した。

2. 調査方法

特別養護老人ホームのリストをWAM NETのデータベースから平成20年6月入手し、A県下278施設の特養を対象に、各施設3職種に対して郵送法による質問紙調査を行った。データ収集は、施設長宛に、施設長・看護職・介護職への依頼状と質問紙を郵送した。回答は個人・施設ともに無記名とし、回答後に個別の封筒にいれ、施設長が取りまとめて返信をするよう依頼した。回収後に行うインタビュー調査に協力可能な場合のみ、施設名・氏名・連絡先の記入を依頼した。

3. 調査期間

平成20年6月～9月

4. 調査内容

文献^{4)・5)}を参考に独自に質問紙を作成した。調査開始前に、特養で働く看護職・介護職に対してプレテストを実施し、調査内容の修正を行った。

質問内容は、施設長、介護職、看護職に対して別箇に作成し、本研究において以下のように集計を行った。

施設長への調査内容のうち①回答者の属性、②施設の概要と終末期ケアの現状、③がん終末期ケアの課題について集計をおこなった。主な設問項目は以下のとおりである。

- ①回答者の属性：年齢、性別、職種・資格、勤続年数
- ②施設の概要と終末期ケアの現状：入所者数、終末期ケアの受け入れ、平成18・19年度死亡退所者数、終末期ケア時の勤務体制
- ③がん終末期ケアの課題：がん終末期の対応、対応できない理由

対応できない理由について、「必要な医療を提供することができない」「症状が急に悪化した時の対応が不安」「十分な苦痛の緩和が困難」「十分な症状緩和が

表1 がん終末期の受け入れが困難な理由 8項目

1. 必要な医療を提供することができない
2. 症状が急に悪化した時の対応が不安
3. 十分な苦痛の緩和が困難
4. 十分な症状緩和が困難
5. 医師との連携が取れていない
6. 看護師の勤務体制（24時間体制をとっていない）
7. 介護職のマンパワーの問題
8. その他

困難」「医師との連携取れていない」「看護師の勤務体制（24時間体制をとっていない）」「介護職のマンパワーの問題」「その他」の8つの選択肢を作成し、その中から優先度の高い3つを選ぶ多重回答形式で回答を求めた（表1）。

看護職・介護職に対しては、①回答者の属性、②終末期ケアの経験と積極性、③がん終末期ケアの課題について集計を行った。主な設問項目は以下のとおりである。

- ①回答者の属性：年齢、性別、職種、勤続年数、経験年数
- ②終末期ケアの経験と積極性：特養での終末期ケア経験、終末期ケアに対する積極性
- ③がん終末期ケアの課題：がん終末期の対応、対応できない理由（表1）

5. 倫理的配慮

調査依頼は文章で行った。調査依頼書に、調査の主旨と調査結果は目的以外に使用しないこと、データの取り扱いと結果の開示、回答は自由意志で、協力を得られなくても不利益はないことを明記し、アンケート用紙に同封した。この主旨に承諾できる場合に、調査票を記入し、返信用封筒で返信をしてもらうよう依頼した。また、回答は無記名とした。

6. 分析方法

得られたデータは職種ごとに単純集計後、職種間の比較を行った。回答した項目毎に有効回答とした。

自由記載から得られたデータは、複数の意味を含む長文の場合は意味を損なわないように意味単位でまとめて整理をし、カテゴリーに分類した。

IV. 結 果

1. 回答率

278施設にアンケートを郵送し、調査依頼を行った。回答を得た施設数は113件（回収率40.6%）、3

職種から回答を得た施設は86件（回答率30.9%）であった。各職種別の回答者数は、施設長104名（回答率37.4%）、看護職者95名（回答率34.1%）、介護職者は97名（回答率34.9%）であった。

2. 回答者の基本属性

施設長の性別は、男性68名（66.0%）女性36名（34.0%）であった。年齢は男女共に40～59歳が全体の68.0%を占めていた。施設での勤続年数は、10年以上が37名（35.6%）と一番多く、次いで1～5年が32名（30.8%）であった。

看護職は、主任あるいは管理的立場の職位にある看護職から回答を得た。所有資格は看護師が69名（75%）、准看護師が23名（25%）であった。年齢は40～59歳が多く、全体の80%以上を占めていた。看護職としての経験年数は、90%以上が10年以上の看護職経験を有しており、施設での勤続年数は5年未満が43名（46.2%）、5年以上が50名（53.8%）であった。

介護職も、主任あるいは管理的立場の職位にある介護職から回答を得た。男性32名（33.3%）、女性64名（66.7%）であり、40歳未満のものが約60%を占めていた。介護福祉士の有資格者が80%以上を占めており、介護職としての経験年数は、5年以上が約80%を占めていた。

3. 施設の背景

1) 終末期ケアの受け入れ

今回の調査で回答を得た104施設のうち、90施設（86.5%）が、終末期ケアの受け入れを行っていた。平成18年度の死亡退所者総数は710人、施設での死亡者が361人（50.8%）、病院での死亡者が347人（48.8%）、2人が施設・病院以外での死亡であった（対象66施設）。平成19年度の死亡退所者総数は778人、施設での死亡者が397人（48.2%）、病院が374人（46.6%）、約7名が施設・病院以外での死亡であった（対象73施設）。両年ともに、死亡退所者のうち約5割の看取りを施設で行っていた（図1）。

2) 終末期ケア時の勤務体制

終末期ケアの勤務体制について89施設より回答を得た。看護職の勤務体制の変更を行っている施設は12施設あり、日勤帯の看護職の増員は8施設、夜勤帯の増員は4施設であった。看護職員の夜間自宅待機（オンコール）体制で対応している施設が77施設（86.5%）であった。

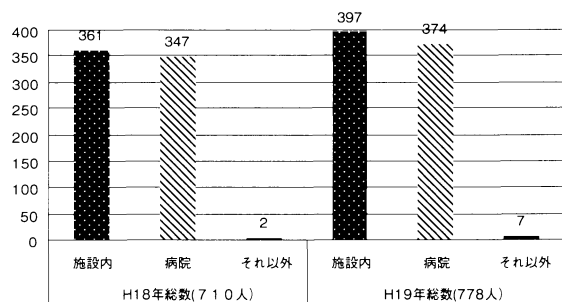


図1 死亡退所者の死亡場所別の比較

夜間看護職を配置すべきと考える看護職は11名(14.1%)、介護職は38名(43.7%)で、配置不要と考える看護職は20名(25.6%)、介護職は10名(11.5%)であった。

4. がんの終末期ケア

本調査において、特養におけるがん終末期ケアの経験を有する看護職は回答を得られた81名中43名(53.1%)で、介護職は回答を得られた88名中43名(48.9%)であった。

特養において、がん終末期ケアの対応が可能と考えている施設長は37名(35.9%)、看護職が22名(27.2%)、介護職は31名(35.2%)であった。対応できないと考える施設長は19名(18.4%)、看護職は12名(14.8%)、介護職は9名(10.2%)であった。3職種共に約半数が「どちらともいえない」と回答があり、がんの終末期の症状は様でないことが反映したと思われる。

次にがん終末期ケアの経験と、受け入れに対する考え方の関連性をみた。

特養において、がん終末期ケアの対応が可能と考える看護職は、がん終末期ケア経験があると回答した43名のうち、18名(41.9%)、対応不可能と回答した看護職は、経験の無い看護職の割合が多かった。特養におけるがん終末期ケアの経験と、がん終末期ケアの受け入れへの意識には関連性は、見られなかった(表2)。

次に、「がん終末期の対応ができない」あるいは「どちらとも言えない」と回答した理由を選択肢から優先度の高い3つを選択する多重回答形式で各職種に回答を求めた。

設問項目は、「必要な医療を提供することができない」「症状が急に悪化した時の対応が不安」「十分な苦痛の緩和が困難」「十分な症状緩和が困難」「医師との連携が取れていない」「看護師の夜勤体制(24時間体

表2 がん終末期ケアの経験とがん終末期ケアの受け入れ

		対応可能	対応できない	どちらとも言えない
看護職 79人	経験あり n=43(%)	18(41.9)	2(4.7)	23(53.5)
	経験無 n=36(%)	3(8.3)	10(27.8)	23(63.9)
介護職 45人	経験あり n=22(%)	7(31.8)	3(13.6)	12(54.5)
	経験無 n=23(%)	7(30.4)	2(8.7)	14(60.9)
		35	17	72

表3 がんの看取りをできない理由

	看護職 n=59(%)	介護職 n=53(%)	施設長 n=64(%)
十分な苦痛の緩和が困難	47(79.7)	36(63.2)	51(77.3)
必要な医療を提供することができない	35(59.3)	28(47.5)	38(57.6)
看護師の勤務体制(24時間体制でない)	31(52.5)	21(36.8)	23(34.8)
十分な症状緩和が困難	25(42.3)	21(36.8)	26(40.6)
介護職のマンパワーの問題	15(25.4)	12(21.0)	15(22.7)
医師との連携が取れていない	11(18.6)	8(14.0)	9(13.6)
症状が急に悪化したときの対応が不安	10(16.9)	19(33.3)	22(33.3)
その他	3(5.1)	5(8.8)	4(6.0)

制をとっていない)」「介護職のマンパワーの問題」「その他」の8つである。

施設長が看取りをできないと考える理由は、「苦痛の緩和が困難」77.3%、「必要な医療の提供ができない」57.6%であった。

看護職が看取りをできないと考える理由は、「十分な苦痛の緩和が困難」79.7%、「必要な医療の提供が出来ない」59.3%、「看護師の夜勤体制(24時間体制をとっていない)」52.5%であった。

介護職が看取りをできないと考える理由は、「十分な苦痛の緩和が困難」63.2%、「必要な医療の提供が出来ない」47.5%であった。3職種に共通して、医療処置と関連のある項目、すなわち終末期に起こり得る症状に対しての処置や対応、特養の医療体制に関する項目が上位に挙げられていた(表3)。

がん終末期ケアの経験を有する看護職で回答を得られた25名が、「がん終末期ケア対応ができない」あるいは「どちらとも言えない」と考える理由を表にした(表4)。がん終末期ケア経験を有する看護職が、がん終末期ケアの受け入れを困難と考える理由は、「苦痛の緩和が困難」92.0%、「症状の緩和が困難」60.0%、「必要な医療の提供が出来ない」48.0%であった。

5. 自由記述の結果

アンケート調査で施設長・介護職・看護職から得ら

れた自由記述の結果を、複数の意味を含む長文の場合には、その意味を損なわないように意味単位でまとめて整理をした。今後増加するであろう、がん終末期ケアの受け入れの可能性を検討するために、「現状の問題点」「今後の課題」「がん終末期」のキーワードを含む100個のデータをカテゴリーに分類した。分析対象となったデータは、施設長が60個、介護職は18個、看護職は22個であった。

得られたデータは、「医療機関での終末期ケアとの違い」「医療との連携」「特養での受け入れ可能な条件整備」「介護職の戸惑い」「施設職員の力量」の5カテゴリーに分類することが出来た(表5)。

表4 がんの看取りが出来ない理由(終末期ケアの経験の有する看護職)

	n=25(%)
十分な苦痛の緩和が困難	23(92.0)
十分な症状緩和が困難	15(60.0)
必要な医療を提供することが出来ない	12(48.0)
看護師の勤務体制	11(44.0)
医師との連携がとれていない	6(24.0)
介護職のマンパワーの問題	5(20.0)
症状が急に悪化した時の対応が不安	2(8.0)
その他	1(4.0)

1) 医療機関での終末期ケアとの違い

特養は高齢者の日常生活を支援する機能が強化された施設であり、日常生活の延長として看取りを実施している施設が多く、医療機関の終末期ケアとは様相が異なる。

このカテゴリーは、さらに「医療処置の少ない現状」「生活の場での終末期ケア」「特養の終末期ケアの質保証が困難」の3項目から構成された。

特養は生活の場として位置づけられており、特養で可能な医療処置には限界がある。

一般的な高齢者の終末期ケアと比べて、医療対策が比較的少ないケースが多い。**【施】**

当苑でのターミナルケアでは家族の強い希望がない限り、輸液などの積極的医療はしていない。

【看】

各施設が終末期ケアの方針を立て取り組む中で、医療処置の少ない終末期ケアを展開していた。また、医療的処置の提供範囲を決定するのは、家族の意向が大きいうだ。

介護施設では医療的なケアは十分とはいえませんが、介護施設ならではの特徴がどの施設にもあると思う。だからこそ、周囲からの支持や理解があ

表5 カテゴリー(自由記載より)

大項目	個数	小項目	個数
医療機関での終末期ケアとの違い	27	特養の終末期ケアの質保証が難しい	11
		医療処置の少ない現状	6
		生活の場での終末期ケア	10
医療との連携	26	医師・地域の医療機関との連携	19
		看護体制の整備ができない	3
		看護職不在時の介護職の負担	2
		緩和ケアが必要	2
特養における終末期の受け入れ可能な条件整備	20	治療の必要性がないこと・医療処置の少ないこと	5
		身体的苦痛の少ないこと・疼痛コントロールがされている事	7
		条件を検討する必要性	7
		生命の危険のない状態まで	1
介護職の戸惑い	10	状態変化に対する不安	3
		医療処置をせず見守ることへの不安・無力感	4
		自身の援助に対する不安	2
		特養のターミナルケアへの戸惑い	1
職員の力量	12	教育ができていない	5
		施設内の意識の統一ができていない	2
		介護の質保証が困難	5

るのだと思う。【介】

病院で臨終の場と比較して、大変静かで安らかである。【看】

特養スタッフの多くは、特養の看取りと医療機関での看取りは異なるものという認識を持っていた。直接援助に携わる介護職・看護職は、医療処置が少ない生活の場での終末期ケアを経験し、「医療処置が少ないこと」を特養の終末期ケアの良い点としてあげていた。そして、医療処置の比較的多い施設の看護職・介護職は、「医療処置中心でない、生活の場での終末期ケアがしたい」と感じていた。

看護職・介護職はケアの力を発揮し、終末期ケアを行いたいと感じている一方で、特養の終末期ケアに対して「特養の終末期ケアの質保証が難しい」と感じていた。

緩和ケア：痛みの緩和は医療の範疇。しかし我々施設職員は生活のプロ。生活のプロが出来る緩和ケアとは何か。状態の良いときに提供できるコミュニケーションの場、風を感じることでありとを感じる。

【施】

医療的なケアは一切出来ない状況での看取りは、家族の希望が一番になってしまっている。【施】

今後、療養型が閉鎖されその受け皿が特養になると聞いている。しかし現在の特養システム、力量では無理があると思う。【看】

医療機関との違いを意識し、生活の場における終末期ケアを目指す施設がある一方で、特養における終末期ケアに限界を感じていることがわかる。

がん終末期には、疾患に伴う症状への対症療法が必要となってくる。がん終末期において、どのような状況まで特養において生活支援が可能であるのか、症状や時期の検討が必要であろう。

2) 医療との連携

このカテゴリーは、「医師・地域の医療機関との連携」「看護体制の整備ができない」「看護職不在時の介護職の負担」「緩和ケアが必要」の4項目で構成された。

特養は常勤医師の配置は定められておらず、医療・看護職員より介護職員の人員配置に重点を置いた施設である。日常的な健康管理や判断は看護職が担っているが、健康状態に変化の起こりやすい終末期においては、「医師との連携」が重要と捉えていた。

嘱託医・看護師・介護士の連携が取れていないと施設での終末期ケアは行えない。【施】

幸いバックに医療機関があり、緊急時の体制・対応については大変うまくいっている施設だ。【施】
終末期ケアの取り組みを考えているが、医師の部分について確保が出来ない(難しい)状況。施設近隣のクリニックと話し合ってみようと考えている。【施】

施設内の医療に限界があるため、協力病院との連携が円滑に行えることは重要である。各特養は医師・協力病院に対して連携を求めているが、「幸いバックに医療機関があり」という記述からわかるように、逆方向、すなわち医療機関から特養に対しての連携はまだ十分に行われていない現状がわかる。

医療として具体的な内容が挙げられているのは「緩和ケア」であった。

緩和ケア：痛みの緩和は医療の範疇。しかし我々施設職員は生活のプロ。生活のプロが出来る緩和ケアとは何か。状態の良いときに提供できるコミュニケーションの場、風を感じることでありとを感じる。

【施】

緩和ケアとは、「癌などで治療が困難となった疾患の終末期に起こる患者の痛みや苦しみといった症状の緩和や、患者・家族の不安などの心理面への援助を行うものである。さまざまな専門家が協力してつくったチームによって行われるケアである。このチームは癌患者が、最期までできる限り安寧でふつうの日常的生活を送れることを支援すること」である¹⁶⁾。がん終末期の痛みには医療的な介入が不可欠であるが、併せて生活支援における「緩和ケア」の取り組みを行いたいと施設長は考えていた。

3) 特養における終末期の受け入れ可能な条件

このカテゴリーは、「治療の必要性がないこと・医療処置の少ないこと」「身体的苦痛のないこと・疼痛コントロールをされていること」「条件を検討する必要性」「生命の危険のない状態まで」という4項目で構成されていた。

癌終末期に限らず、どんな方でも施設での終末期ケアが可能であるとは思わない。ある程度条件がそろわないと出来ない。【施】

Yes or No の二元論ではなく、施設で出来る人出来ない人をケアプランにてきちんと対応していく風土を作ることが大切。【施】

特養は、高齢者の生活の場として位置づけられているため、終末期ケアの可能な範囲には限界があると施設長は考えていた。特養での看取りが進む中で、各施設

設が独自に対応するのではなく、指針を打ち立てる必要性を施設長は感じていた。

4) 介護職の戸惑い

このカテゴリーは、「状態変化に対しての不安」「自身の援助に対しての不安」「医療処置をせず見守ることへの不安・無力感」「特養のターミナルケアへの戸惑い」の4項目で構成されていた。

反面、病院に行くことで一日でも長く生きられるなら・・・など戸惑うことはたくさんある。【介】

また、“どうして医療を受けないのか、受けられないのか”と思いきやイライラする介護士もいます。

【介】

介護職は、「医療処置をせず見守ることへの戸惑い」を感じ、医療的な介入の必要性を感じていた。高齢者の終末期において医療処置が不必要であるとは捉えていない。

終末期ケアを行ったが、一番感じたことは日に日に食事を取れなくなり、身体機能が落ちていく利用者に対し、介護職として「今何が出来るのか」と、共に亡くなるその日まで「この施設でよかった」と思って頂けたのかとの疑問が正直あった。

【介】

そして「見守ること」は、介護職に無力感を生じさせる側面もあった。

5) 職員の力量

このカテゴリーは、「教育が出来ていない」「施設内の意識の統一が出来ていない」「介護の質保証が困難」の3項目で構成されていた。このカテゴリーに含まれる回答はすべて、特養における終末期ケアに対して限界を感じている内容であった。

迫りくる死に対する心構えや、適切な介護など、知識があまりにも少ないと感じた。【介】

人生『終わりよければすべてよし』と言われるにもかかわらず、終わりになればなるほどに、ますます手薄い援助がされるようでは、終末期ケアの土台・基盤がまったく出来ていないことをまず問題にすべきだろうと思う。【施】

ホスピス（癌の末期）の終末期ケアとは異なっているのではないかと感じる。理念は同じでもケアの考え方や方向性、また死に対しての自己認識も違うため、特に心のケアサポートが難しいと思う。【看】

医療・福祉ともに国がもう少し考えてもらわないと、ターミナルケアなどは難しいと感じています。（特に日中は時間に追われるので、どうして

も行き届かないことが多いです）現段階では、ターミナルケアどころか、介護だけでも厳しい状態だと思う。【介】

夜間などに熟練したスタッフを常に配置することにも限界がある。【施】

各施設が終末期ケアに取り組む中で、「介護の質保証が困難」という問題が明確にされてきている。施設長・介護職は、質保証が困難な原因を「教育が出来ていない」「施設内の意識の統一が出来ていない」と捉えていた。その背景には、職員の力量を含む、マンパワー不足を介護職、施設長はあげている。看護職はホスピスにおける終末期ケアと比較して、施設での終末期ケアの限界を感じていた。

V. 考 察

特養は常時介護を必要とし、在宅生活が困難な要介護者などを対象とする、高齢者の生活重視型施設として位置づけられている。平成19（2007）年の厚生労働統計²⁾によると、全国の介護福祉施設入居者の75歳以上の占める割合は89.9%、平均要介護度は3.80であり、高齢化・重度化が進んでいることがわかる。A県の特養入居者も平均要介護度は3.67で中等度から重度の介護が必要な状態であった。今回調査を行った施設は8割以上が終末期ケアの受け入れを行い、施設死亡退所者の約5割の看取りを施設で行っており、終の棲家としての機能を果たしていることがわかる。

本研究において、看護職・介護職・施設長は特養独自の終末期ケアを展開する取り組みを行っている一方で、特養での終末期ケアに限界を感じていることが明らかにされた。現状から、医療の面、職員の力量・マンパワーの面など、多くの課題が残されている事がわかる。今後増加するであろう、高齢者のがんの終末期ケアを特養で支援することは可能であろうか。

本研究を行うことにより、がん終末期への対応を検討する上で必要な2つの知見を得ることが出来た。

1. 老衰とがんの終末期とを区別して検討し、特養の終末期ケアの限界を明らかにする

1つ目は、老衰とがんの終末期とを区別し、特養において提供可能な終末期ケアの限界を明らかにする必要があることだ。

「ターミナルケア」とは、「回復が期待されず、かつ死期が迫っている患者（末期患者）に対して、単なる延命措置のみを施すのではなく、精神的・肉体的苦痛

の緩和に力点を置いた医療行為と解する¹⁶⁾とされている。高齢者の徐々に機能が低下していく終末期を定義することは非常に難しいが、用語の定義を行い、かつ生活の場で可能な「精神的・肉体的苦痛の緩和に力点を置いた医療行為」に関する検討を進める必要性がある。現在、各特養が終末期ケアの経験を積み重ねながら、生活の場における看取りの在り方を模索している状況であり、終末期ケアが体系化されていない現状がアンケート結果から明らかになった。特養における介護職の業務拡大についての検討が行われているが、特養入居者の医療ニーズ増大に対して、多くの体験や知識を整理し、終末期ケアの対応可能な範囲の検討を行い、終末期ケアの質を保つこともまた、重要であろう。

終末期ケアを検討する上で、死に至るパターンを考慮する必要性があると池上¹⁷⁾は述べている。また、島内¹⁸⁾は、在宅高齢者の終末期ケアにおける緊急ニーズを明らかにする為に、「がん」と「がん以外」の事例に分けて検討を行っている。経過の異なるがんと老衰とでは当然対応は異なるため、分けて整理をすることは、特に福祉専門職の多い特養においては必要なことであろう。そして、「がん」と「がん以外」の両者に対し、がん終末期の受け入れ困難理由である「症状」「医療依存度」をキーワードとして、必要な医療・ケアを整理することが出来るのではないだろうか。

また、特養の終末期ケアの質を高めるために、本調査で得られた「医療との連携」「職員の力量」についての検討もまた、必要であろう。

2. 地域の医療機関との連携

2つ目は、地域の医療機関と連携の在り方についての知見である。本調査の結果では、医療的な支援が不足しているために、がんの終末期ケアの受け入れが困難であることが明らかとなった。本調査では8割以上の特養が終末期ケアを受け入れているにもかかわらず、特養と地域の医療機関の連携がまだまだ不十分な施設もあることがわかった。特養に入居している高齢者にとっては、特養は生活の場であり自宅である。地域で高齢者を支援するシステム作りとして、特養と医療機関との連携のシステムを構築する必要性がある。本調査の結果から、特養と協力病院との連携が図れていることは、安心して終末期ケアに取り組むための大切な要素であることがわかった。一方で、施設長が協力病院を探さなくてはならず、終末期ケアに困難感を感じている特養の存在も明らかになった。特養のような福祉

施設が地域で高齢者を支えるためには、医療機関との連携を必要としているように、医療機関も地域で高齢者を支援する視点を持ち、特養との連携を図る必要性を認識すべきではないだろうか。

島崎¹⁹⁾は、地域連携とは、地域においてケアを必要とする者のために組織や職能等を異にする関係者が行う様々な協働の形態と定義している。さらに、人の生活は住み慣れた場所で日常的・継続的に営まれるものであり、その生活を支える為には、サービスの提供は、一貫性を保ちながらも、患者の状態の変化に応じ柔軟に対応することが必要であると述べている。

終末期ケアを経験した職員は、特養の終末期ケアは生活の場ならではの良さがあると述べている。特養に入居する高齢者が生活の場ならではの終末期を過ごすためには、治療が必要な状況になれば医療を受けることが出来る環境を整え、生活の場と医療機関とを往来できるシステム作りが必要である。在宅でがんの終末期を迎えることが可能である現在、特養でもがん終末期ケアの受け入れを視野に入れたシステムの構築が求められるであろう。

がん終末期ケアの経験を有する各職種は「十分な苦痛の緩和が出来ない」「十分な症状の緩和が出来ない」と、施設内医療の限界からおこる問題を提示していた。特養は看護職の人員配置が少なく、夜間は看護職員の夜間自宅待機（オンコール）体制で対応している施設が8割以上であった。筆者は、夜間看護職の不在が、終末期ケアの質確保を困難にしている理由の一つであると考えていたが、本調査では夜間看護職の配置を必要と考える看護職25.6%、介護職43.7%と、必ずしも看護職の配置を求めているとは言えず、施設内医療の限界と看護職配置との関連性は明らかにされなかった。

現在、特養における介護職の医療行為に関する業務拡大が検討されているが、終末期ケアに対しての介護職の戸惑いや限界を感じる声もきかれている。看護職不在時の医療処置をどのように補うのかではなく、地域の医療機関と連携をし、特養が生活を支援する施設としての役割を担うことが出来るような環境の調整もまた必要ではないだろうか。

施設の中での医療、施設と医療機関との連携の両側面において課題の検討を行い、施設職員の感じている戸惑いや限界について議論を深めていくことが必要であろう。

VI. おわりに

今回、特養のがん終末期ケアに関して検討し、以下のことが明らかになった。

- 1) 終末期ケアの課題を明らかにする為には、対象を老衰とがん終末期とで区別して検討する必要性がある。
- 2) 特養は施設の特徴として、医療よりも介護に重点を置いた生活施設である為、生活の場での終末期ケアの利点を強化できるよう、特養の終末期ケアの限界を明らかにする必要性がある。
- 3) 高齢者の生活を支援するために、地域医療機関も特養との連携の必要性を認識していかななくてはならない。

本稿では、高齢者のがん終末期についてアンケート調査を行った結果をもとに考察を行った。今後は、さらに丁寧に問題点を集約するために、施設におけるがん終末期ケアの経験を有する看護職・介護職に対しての質的な研究も課題であると考ええる。

引用文献

- 1) 杉本浩章, 近藤克則：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)：63-74, 2005
- 2) 厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査結果の概況(平成19年)
- 3) 日本老年医学会の立場表明：日本老年医学会 <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>
- 4) ターミナルケアと家族についての調査研究報告書：兵庫県 家庭問題研究所, 2005
- 5) 厚生労働省：平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概要
- 6) 特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書：三菱総合研究所, 2007
- 7) 林幸子, 小野幸子, 坂田直美他：特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態-その2 G 県下 C と T 地区の看護職を対象に-, 岐阜県立看護大学紀要, 4(1)：45-51, 2004
- 8) 三木喜美子, 杉山せつ子, 宮地由紀他：特別養護老人ホームにおける看護の実態調査(その1)-S 県の特別養護老人ホームにおける-, 島根県立看護短期大学紀要, 6; 15-23, 2001
- 9) 山田美幸, 岩本テルヨ：特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題-特別養護老人ホームの全国調査から-, 南九州看護研究誌, 3(1), 23-31, 2005
- 10) 山田美幸, 岩本テルヨ：特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題, 南九州看護研究誌, 12(1)：27-37, 2004
- 11) 田中久美子, 人見裕江, 中村陽子：特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職員の役割, 老年社会科学会, 30(2)：340, 2008
- 12) 小野幸子, 坂田直美, 早崎幸子他：G 県下 2 地区の特別養護老人ホームに働く看護職の看護活動に関する意識, 岐阜県立看護大学紀要, 7(2)：83-89, 2002
- 13) 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ：特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護職者と医師の看護職者に対する期待, 14(1)：23-28, 2006
- 14) 伊藤雅治, 井部俊子監修：特別養護老人ホーム看護実践ハンドブック-尊厳ある生活を指させるために-, 中央法出版, 2007
- 15) 鳥海房枝：高齢者施設における看護師の役割-医療と介護を連携する力-, 雲母書房, 2007
- 16) 看護大辞典；医学書院
- 17) 池上直己：わが国の医療提供体制と緩和ケア 1. 緩和ケアの基本課題, ホスピス・緩和ケア白書：1-5, 2008
- 18) 島内節, 鈴木琴江：在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時期別にみた緊急ニーズ, 日本看護学会誌, 28(3)：24-33, 2008
- 19) 島崎謙治：地域連携・地域包括の諸相と本質, 在宅医療・訪問看護と地域連携, 中央法規；40-60, 2008
- 20) 介護保険施設における重度化対応の実態に関する調査：野村総合研究所, 2008