

特別養護老人ホームにおける「看取り介護」の現状と課題

The Present Situation and Problems with Terminal Care in Special Nursing Homes

福 田 洋 子

Yoko Fukuda

徳 山 貴 英

Takahide Tokuyama

千 草 篤 磨

Atsumaro Chikusa

(要 約)

この世に生を受けた者は、必ず死が訪れる。人生の最期を老人ホーム等の施設で迎える高齢者は年々増加している。特別養護老人ホームにおいては、平成18年度から介護保険に看取り介護加算が創設され、老人ホームでの看取り介護が広く行われるようになってきた。そこで、介護実践の現場における看取り介護の現状を調べるために、質問紙調査および事例研究を行った。そこから介護福祉士養成施設の教育内容や介護現場での研修の在り方について、今後検討していく材料を得た。

(キーワード)

看取り介護、ターミナルケア、死生観

はじめに

厚生労働省が発表した「平成23年人口動態調査」(2012)における「死亡の場所別にみた年次別死亡数」の結果によれば、平成23年中に老人ホームで死亡した人の数は49,991人、介護老人保健施設で死亡した人の数は18,393人であった。これを年間死亡総数1,253,066人に対する割合にすると、老人ホームが約4.0%、介護老人保健施設が約1.5%であった。また、老人ホームでの死亡統計をとり始めた平成7年から現在までの16年間の年次推移を見ると、以下のようになる。

まず、「自宅」での死亡は18.3%から年々減少し、平成23年には12.5%になった。「病院」での死亡は74.1%から平成17年には79.8%にまで増加したが、その後徐々に減少し、平成23年には76.2%となった。「診療所」での死亡は3.0%であったが、年々減少し、平成23年には2.3%となった。一方、「老人ホーム」での死亡は1.5%から4.0%に、「介護老人保健施設」での死亡は0.2%から1.5%にそれぞれ年々増加してきている。

このような特別養護老人ホームを中心とする「老人ホーム」で最期を迎える高齢者が増加する傾向は、今後益々強くなるものと考えられる。さて、特別養護老人ホームは医師や看護師が中心となる医療機関とは違い、介護実践を通じた生活の場である。そこで中心的に活動するのは、介護福祉士などの介護職員である。介護職員は入所者の終末期を、医療とは別に生活介護の側面から関わることになる。そこでは、従来からの医療的ターミナルケアとは異なる、終末期介護や看取り介護といった死と向き合う専門的介護が求められる。しかし、短期大学等の介護福祉士養成施設においては、看取りや死に関する教育

は甚だ不十分なままである。また、特別養護老人ホーム等の介護現場における職員研修においても同様であると考えられる。そこで、特別養護老人ホームにおける看取り介護の実際を調査検討し、今後の介護福祉実践や介護福祉教育の一助としたい。

1. 看取り介護についての諸問題

看取り介護について述べるにあたり、類似する用語の整理をする必要がある。以下に、看取り介護、ターミナルケア、緩和ケア、デスエデュケーション、死生観などについて概観したい。

(1) 看取り介護、ターミナルケア、緩和ケア、エンドオブライフ・ケア

「看取り介護」という言葉は、平成18年度の介護保険改正法の中で「看取り介護加算」が創設されたことで、福祉関係者の間でよく使われるようになったものである。看取り介護加算は介護保険において次のように定められている。すなわち、「医師が一般に認められた医学的知見に基づき、回復のみこみがないと診断した入所者について、隨時本人または家族に十分に説明し合意を得て、医師・看護師・介護職員等が共同し、本人および家族を含めてその人らしさを尊重した看取りができるよう、支援することを主眼に設けられた。施設基準としては、常勤の看護師1名以上の配置、病院・診療所、訪問看護ステーションなどの看護職員との連携により24時間の連絡体制の確保、看取りに関する指針作成、入所時の本人・家族への説明・同意ができていることが条件となる」(小櫃他、2012)と、事務的な手順や条件が定められている。

これはあくまでも介護保険上の事務手続き的定義であるが、介護報酬の加算の有無にかかわらず、広く終末期における高齢者介護実践を看取り介護とみなし、医療上の看護ではなく、生活を支える介護上の実践としてとらえることが重要であると考える。

次に、終末期のケアに関する様々な用語について整理しておきたい。志真(2010)によれば、まず第1に「ターミナルケア」という言葉は、「1950年代からアメリカやイギリスで提唱された考え方で、人が死に向かってゆく過程を理解して、医療のみでなく人間的な対応をすることを主張した」ものである。

第2に「ホスピスケア」とは、「1960年代からイギリスで始まったホスピスでの実践を踏まえて提唱された考え方で、死に行く人への全人的アプローチの必要性を主張した」ものである。

第3に「緩和ケア」とは、「1970年代からカナダで提唱された考え方で、ホスピスケアの考え方を受け継ぎ、国や社会の違いを超えて人の死に向かう過程に焦点をあて、積極的なケアを提供することを主張し、WHOがその概念を定式化した」ものである。

第4に「エンドオブライフ・ケア(end of life care)」とは、「1990年代からアメリカやカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されている。北米では緩和ケアは癌やエイズを対象としたものという理解があり、癌のみならず、認知症や脳血管障害など広く高齢者の疾患を対象としたケアを指している」ものである。柏木(2007)も近年の国際学会において、「terminal care」という言葉が姿を消し、代わって“end of life care”という言葉が使われるようになってきたことを指摘している。本論のテーマにおいて、「看取り介護」の英語表記を“end of life care”とした所以である。

(2) デスエデュケーションと死生観

ターミナルケアの実践が始まった頃に、世界的に大きな影響を及ぼした著書として、アメリカで1969年に出版された精神科医のエリザベス・キューブラ・ロスによる「死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話ー」を挙げることができる。当初、ロスは多くの同僚医師の反対を押し切って死にゆく患者とのインタビューを始めるのであったが、スタッフの消極的な態度とは対照的に、死にゆく患者はインタビューを積極的に歓迎してくれたのであった。結果として、そこから死と死にゆくことについての考えを深めていくことになった。そして、医学生への教育として、死にゆく患者とのインタビューを通じたセミナーを行つていったのである。ロス(1971)は「患者にとっては、死そのものは問題ではなく、死にゆくことが、それに伴う絶望感と無援感と隔離感のゆえに恐ろしいものであることを学んだ」と述べている。また、インタビューに参加した医学生や若い医師たちは「より不安なく彼らの患者に接することができるだけでなく、彼ら自身の死についてもより安らかに感じることができることであろう」と、その教育の成果を示している。

また、哲学者のアルフォンス・デーケンは死の準備教育を提唱し、医学教育、看護教育などの中での死や悲歎についての教育の重要性を指摘している。デーケン(1984)は、「死の意味を考えることは取りも直さず人生の意味を問うことである」と、死から生を考えることが教育の目標であることを述べている。

この、死から生を考えるということは「死生学」の領域である。平山(1991)は、英語の thanatology の訳を「死学」ではなく、「死生学」とすべきであることを主張し、「有限な時間を見すえたうえで充実した生を送るためにどうすればよいかということを考えることがサナトロジーの目的である」と述べている。その上で、死生学の研究対象は「死(death)」および「死にゆく過程(dying)」の両面であるとしている。

上述した死生観に関する経緯は、特に突然訪れる癌患者の死を対象とした医療的、看護的関わりの中から研究されてきた成果である。しかし、自然と訪れる高齢者の死を対象とした介護現場での関わりを通して死生観を育てていく中で、新たな死にゆくプロセスや死の準備教育、死生学などが追求されなければならない。以下の、意識調査や事例研究においてこの点を検討したい。

2. 看取り介護に関する介護職員の意識調査

特別養護老人ホームH園及びK園の介護職員に対して、平成24年9月に行ったアンケート調査の結果について以下に述べる。

(1) 調査内容について

調査は2施設の職員90名に質問紙を配布し、分析は質問紙の各設問において欠損値のない回答を有効とし、実施した。質問紙は、各部署の主任を通して配布され、回答後封筒に入れ、同主任によって回収された。調査内容は、①性別、②年齢、③介護職経験年数、④所有している資格、⑤身内の死別体験の有無、⑥施設でのターミナルケアについての関心度、⑦ターミナルケアへの関わり経験の有無、⑧ター

ミナル期及び死亡後のカンファレンスへの参加の有無、⑨ターミナル期のケアについて本人及び家族との対話の有無、⑩本人や家族との対話の内容がケアに反映できたかどうか、⑪死亡後の意向についての本人への聴取の有無及びその対応、⑫死後のケア（エンジェルケア）の経験の有無とその内容、⑬他職種との連携や今後の対策について、⑭ターミナルケアに関する考え方や希望、⑮ターミナル期の関わりによる介護実践への影響などを自由記述とした。

（2）結果について

介護職員は50歳代女性が最も多く、次に30歳代、40歳代、20歳代の女性となり、60歳代は男性の方が多かった。また経験年数は、短期から長期にわたっていることが明らかになった。表1が示すように、身内の死の体験の有無についても「有」の数値は年齢が高い人が多いが、職員のほとんどの人が体験している。

施設におけるターミナルケアへの関心は、死の体験やターミナルケアへの関わりの経験の有無に関わらず57名の人は関心が高いと答え、どちらともいえないと答えた人は30名であった。ターミナル期のカンファレンスへの参加の「無」は36名、つまり半数の人がカンファレンスには参加していないと答えている。施設でのカンファレンスは開かれているが、参加職員は、役職が介護支援専門員や介護主任、看護師など限られた職員であり、その他の介護職員はカンファレンスに参加せずケアを行っていることになる。また死後のカンファレンスの参加は、9名が「有」と回答している。カンファレンスは生前の方が開かれやすく、参加しやすいのか、死後のカンファレンスの参加者数が極端に低くなっている。

本人とターミナル期のケアについての話をしたことの有無については、8名が「有」と答え、そのうちの4名がそのようにケアが「できた」と答えている。家族とターミナル期のケアについての話は、23名が「有」と答え、そのうちの13名がそのようにケアが「できた」と答えている。表3、表4に示すように、本人及び家族とターミナル期のケアについての話をしたことが「有」と答えた人は少数であるが、若い職員から年齢の高い職員まで幅広く認められた。

本人の死亡後の意向について聞いたことがあるかについては、7名が「有」と答えているだけで、ほとんどの人が本人の意向を知らないままケアにあたっていることになる。このことから、多くの職員は、本人や家族に話を聞くことも少なく、死後は本人よりも家族の意向に沿って終末を迎えることになる。

死後のケア（エンジェルケア）の経験は54名の人が「有」と答え、回数は1～3回が最も多いが、中には、何回も経験していると回答している人もいる。しかしケアの実際は、「看護師が指示し、介護職員は補助的な立場で死後のケア（処置）を行っている。」と自由記述で答えている。内容は、全身清拭、衣類交換、おむつ交換、死化粧、整髪など納棺儀式の一般的なことを行う。

ターミナルケアにおいて他職種との連携は「図れている」か否かの問い合わせには、49名は連携が「図れている」と答え、「ケースによって違う」と答えた人が21名である。「図れていない」は2名、空白は18名で、その理由は、「ターミナルケアへの関わりがないので答えられない」と記載されている。つまり「70%強」は連携が「図れている」と答えている。このことは、他のケア場面においても連携が図りや

特別養護老人ホームにおける「看取り介護」の現状と課題

表1 身内の死別体験の有無と年齢、性別、経験年数との関係

年齢		20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代		無回答		合計		計	
性別		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
介護経験年数	死別体験	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無		
	5年未満	2	-	5	-	1	1	6	-	2	2	-	3	-	2	26	
	5~10年	3	2	4	-	5	-	3	-	2	-	4	-	1	-	31	
	10~15年	-	-	-	-	3	-	3	1	-	-	2	-	-	-	17	
	15~20年	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	-	1	6	
	20年以上	-	-	-	-	-	-	-	4	1	1	-	3	-	-	9	
無回答		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	
計		5	2	9	0	9	1	12	1	4	0	13	3	2	0	20	90

表2 年齢と資格

年齢		20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	無回答	合計	計	
性別		男	女	男	女	男	女	男	女	
資格	無資格			1	2	-	-	1	1	6
	ヘルパー			-	1	-	5	-	1	13
	ヘルパー・介護福祉士			1	-	7	2	-	1	13
	介護福祉士			5	6	-	6	3	6	39
	介護福祉士・介護支援専門員			-	-	1	-	1	3	10
	介護福祉士・社会福祉主事			-	-	2	-	-	-	2
看護師				-	-	-	-	1	-	2
ヘルパー・介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士				-	-	-	-	-	1	1
介福・介護支援専門員・社会福祉士				-	-	-	-	-	1	1
無回答				-	-	-	-	3	-	3
計				7	9	10	13	4	16	90

表3 ターミナル期のケアについて本人と話をしたことの有無

年齢		20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代		無回答		合計		計
性別		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
介護経験年数	本人との会話	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	
	5年未満	-	2	-	5	-	2	-	4	1	1	-	4	-	-	24
	5~10年	-	5	1	3	-	4	-	3	-	2	-	4	-	-	31
	10~15年	-	-	-	-	3	1	3	-	-	2	-	6	-	-	17
	15~20年	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	1	-	5
	20年以上	-	-	-	-	-	-	-	5	-	1	2	1	-	-	9
無回答		-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	1	-	-	5
計		0	7	1	8	0	10	1	12	1	3	0	16	0	2	90

表4 ターミナル期のケアについて家族と話をしたことの有無

年齢		20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代		無回答		合計		計
性別		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
介護経験年数	家族との会話	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	
	5年未満	-	2	-	5	-	2	1	5	-	2	-	4	-	-	26
	5~10年	-	5	-	4	-	5	2	1	2	-	1	3	-	-	31
	10~15年	-	-	-	2	1	-	4	-	1	1	-	1	-	-	17
	15~20年	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	1	-	5
	20年以上	-	-	-	-	-	-	-	2	3	-	2	1	-	-	8
無回答		-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1	3
計		0	7	0	9	2	8	3	10	2	2	5	11	1	1	90

すくなり、他職種理解につながるのではないかと考えられる。

(3) まとめ

今回、施設でのターミナルケアについての調査結果により次のことが明らかになった。ターミナルケアについては、経験年数に関わらず、関心度は高いといえる。一方、経験年数の浅い職員は、施設でターミナルケアへの関わりがないために、何がターミナルケアなのか、どうすることがターミナルケアとなるのか戸惑いも多いようである。施設においては、介護保険での看取り介護加算におけるケアマニュアルもあり、看取り介護計画の始まりにより、介護職員はターミナル期であると自覚するようである。ターミナル期に入るとケアプランに沿ってケアが行われ、本当にこれで良いのか、本人にとって最善なことは何か、介護職員にできることは何なのかと常に考えるようになったと報告されている。

しかし一方では、本人や家族とターミナルケアについての話をほとんどの人が話せていないし聞いていないと答えている中で、少数ではあるが年齢や性別、介護の経験年数などに関わらず、本人や家族と積極的に関わり、その時の思いや意向を聞き、意向に沿うことができたと答えている職員もいる。これは単なる日常の介護経験だけでは得られるものではない、人生経験の中で培われたその人なりの死生観が影響していると考えられる。死は避けられないものとして、恐怖感情を持たず、人生の一部としてとらえているのではないかと考える。しかし、多くの介護職員は、ターミナル期に入り人生の最後を苦痛なく、安心して少しでも穏やかな日々を送ってほしいと願いながらも、本人の死後には、本人の思いや意向を聞けず本当にこれで良かったのかと後悔している。

波平（2004）は、日本の「死の文化」の儀礼的行為からの誤解は、「死をタブー視する」とか「死を忌避する」など死にかかわるものを感じているとみなして、日常生活から排除することが一般の人々の間にあり、このような誤解が人々の生活の内容や死の状況に影響を与えていたと述べている。このように、介護現場においても、死に対する恐怖心や不安、またはタブー視や忌避からなのか、死に向かっていく人の気持ちや意向を、今一歩踏み込んで聞き取ることができないのではないかと考える。それは今回の調査の自由記述にもあるように、「ターミナルケアと言ってもケアできたのか、後悔した。不安だった。あれもこれもできなかつたように思えた。何か悲しかつたです。でも身体はまだ温かつたので少し怖かったです。緊張感と責任感をすごく感じた。いつも介護をしてきた利用者がターミナルに入り死期が近いと感じていてもいざ亡くなるとショックだった」と記載されていることからも推察される。そしてこれらの思いは、看取り介護時の先輩職員の行動や導きで心の平安を取り戻し介護職員としての心構えやあり方を考え、身につけていくようになるのではないかと考える。施設での看取り介護が重要なとなっている昨今、利用者の死後に悔いのないケアを提供するためにも、介護職員は、死の話題を利用者や家族と共に語り合えるようになることが大切である。

表5 アンケートの自由記述の抜粋

①初めてターミナルケアを経験した時に感じたこと
<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期にはすでに本人の意思表示ができない状態でそれ以前と状態としてはあまり変わっていないのにターミナルとなった日よりその人に対してケアの量が倍増し、果たしてこれがターミナルケアなのかと思った。 ・何か悲しかったです。でも体はまだ温かかったので少し怖かったです。 ・細かな記録の大変さ、毎日の全身清拭による利用者への負担、利用者が望んでいるのはこれで良いのか。家族が面会に見えた時、どのように言葉がけを行えばよいのか、さまざまな場面でこれで良いのかと思った。 ・何か言いたそうな顔を毎日毎日見ていて本当にターミナルの対応で良いのか、その方に不安を感じた。 ・思った以上の状態の変化の早さについていけず、後手、後手の対応になり十分な対応ができなかった。
②ターミナルケアに対して現在感じていること
<ul style="list-style-type: none"> ・死は誰にでも訪れます、どのような思いがあるのか、入所時に本人の口から聞くことも必要ではないかと思う。またその施設でできること、施設ではこのように行っていると本人に説明することも大切ではないか。 ・年々症例にあたって施設(特養)での取り組みが進んできている。ターミナルケアのマニュアルもできており、それなりではあるがケアができている。 ・正直いって、どのようにターミナルケアをしたらいいかわかりません。 ・本人の苦痛や恐怖を取り除いてあげること。本人らしい最後を迎えてもらいたいが、本当にそれでよいのか、認知症の利用者に対しどうすればよいのかと思うこともある。 ・家族の気持ちは伝わるが本人の意思意向が伝えられない状態が多いので、本当はどうしてほしかったのだろうという疑問がある。
③ターミナルケアにおいて利用者、家族と関わって感じたことについて
<ul style="list-style-type: none"> ・家族の方の1日でも長く生きてほしいという思いと利用者の苦しそうにしている姿を見て、やりきれない気持ちがありました。 ・本人も家族も不安と死への受け入れができていない場合があると思った。 ・利用者と家族にターミナルケアの希望を聞いておいた方が良い。利用者と家族のニーズが違ったりする。 ・利用者は認知症であり、余命について話し合うこともままならない状態なので、家族と関わり話し合い、プランに沿ってケアする感じになる。家族によっても色々である。家族の思いを感じ対話することで心を慰め好みの曲をかけたり、好きなものを口にしてもらったりその利用者の色々なエピソードを聞き、その人をより深く知る。 ・本人の意向などがわからなければ、こちらの思うケアしかできない。そうなると結局は自分たちの自己満足にしかならなくなる。本人の元気なうちに、きちんと好きなことやされたら嫌なことを具体的に聞き取り、家族の意向も聞き、言葉が話せる間に一つでも多くのことを聞けたらよかったですにと後悔する。
④ターミナルケアに関わったことが日常の介護実践に影響を及ぼしたことについて
<ul style="list-style-type: none"> ・状態を見て、こうなっていくのでは、という予想ができるようになってきている。 ・死に向かって生活することの大変さ(本人・家族にとって)を知った。 ・この利用者さんにも、いずれこの時期がやってくるんだなあ、その時が来ることを誰もが分かっているので、最後の時にさしかかっている時に「いい人生だった」「幸せだった」と思ってもらえる援助や介護がしたいと思った。 ・利用者の衣服のみだれや整容面を気をつけて、家族が不快な思いをしないようにしている。 ・不安と後悔がある。医療的な不安は看護師にアドバイスを受ける。後悔の気持ちは職員間で共感し合い、今後も普段からその方の一日一日、一瞬一瞬の関わりを大切にしていきたいと今まで以上に思っている。

3. 看取り介護に関する事例

特別養護老人ホーム K 園での介護職チームによるターミナルケア実践を以下に報告する。

(1) 終末期のケアについて本人の意向が確認できていない事例（事例 1）

Aさんは92歳の女性で脳血管性認知症、顔面有棘細胞癌の現病がある。入所2年が経過した20XX年5月、左額部のゆう贅から出血を認め、6月上旬に総合病院皮膚科を受診する。結果は顔面有棘細胞癌との診断であり、6月中旬に手術を実施し施設へ戻る。

20XX+1年1月より左耳横に腫瘍を認め、病院を受診する。医師より「診断結果は癌であり肺への転移の可能性も考えられ、手術は困難である」との説明を受ける。認知症のため指示が入らず同じ姿勢を保つことが困難との判断から放射線治療は行えず、患部への薬の塗布にて対応していくこととなる。

徐々に拡大していく腫瘍に対して定期的な受診を行うことで医師と連携し、20XX+1年6月に再度、家族・医師・施設の看護師同席のもと、今後の治療についてカンファレンスを行う。医師からは「腫瘍の切除に対しては身体的な負担を考えるとリスクが高く、放射線治療については全身を動かさず安静にしていなければならないため不可能であろう」と説明があり、前回同様の見解であった。また、余命についても3~4ヶ月と宣告される。認知症により本人の意向確認は出来ない状態であったため、家族と今後の対応について協議する。家族は施設での看取りを希望し、入所施設にてターミナルケアを実施することとなる。

看取り介護計画を作成し、多職種協働のもとターミナルケアを行う。医療職はペインコントロールを行い本人の状態を観察し、状態に応じて内服等施設で行える範囲内の対応を行う。また、拡大が予想される腫瘍の処置についても毎日行い、定期的な病院受診を行うことで医師との連携を維持する。介護職は生活環境の整備を行い、身体的な介護や精神面への援助を行う。

ターミナルケア開始より2カ月後、経口摂取不可能となり点滴を開始する。その20日後、看護師より「血圧が触診でしか計れない」との報告があり、家族へ連絡する。その日の午後、手足の末梢よりチアノーゼが出現し、家族の付き添いのもと静かに息を引き取る。

拡大する腫瘍への医療処置の必要性が増大する中、介護職チームの役割は多岐にわたった。身体介護や精神面への援助、家族への援助や生活環境の整備を行った。本人の意思確認が困難の中、「少しでも楽に安らかに生を全うしてほしい」とチーム全体が共通した意識のもと援助を行った。今回のケースでターミナルケアについて本人意向が確認できおらず、「本当にこのケアでよいのか、本人が望むケアであるのか」と悩んだことをケアに携わった介護職員の一人は述懐している。この問題は認知症の高齢者が増加する現状において、本人の意思表示の確認が出来ていないがために苦悩する現場職員の声を表しており、同じような体験はターミナルケアを実践する高齢者施設でも多いと考えられる。

(2) 終末期のケアについて本人が意思表示している事例（事例 2）

Bさんは91歳の女性で、アルツハイマー型認知症を患っている。子供はおらず、独居にて生活して

いたがアルツハイマー型認知症を発症し、在宅生活を送ることが困難となり、養護老人ホームに入所する。数年経過し徘徊等の周辺症状が増し、転倒が頻回となり養護老人ホームでの対応が困難となつたため 20YY 年特別養護老人ホームへ入所となる。

20YY+2 年 4 月より嚥下機能が低下し、食事量が徐々に減少する。B さんの姪とカンファレンスを行い、今後の予測や対応について協議する。そこで医師から老衰の説明や経口摂取が不可能となった場合の対応について経管栄養等の説明があった。その際姪より、延命処置に対して本人の意向が記された文書が紹介された。その文書は 20YY-9 年に記されており、認知症を発症する前に書かれたものであった。文面は「回復の見込みがない状態や意識不明になった場合、一切の延命処置を希望しない」との内容であった。姪も親族と話し合った結果、B さんの意向を尊重したいとのことで経管栄養等は選択せず、嚥下機能を確認しながら経口摂取を進めていくことでケアの方向性が決定された。状態観察を行なながら経口摂取を行っていたが、さらに嚥下機能が低下し、20YY 年 5 月にターミナルケア開始となった。

看取り介護計画を多職種共同にて作成し、嚥下可能時は高カロリー飲料と点滴でのケアを続けたところ、徐々に状態が安定し嚥下機能も回復する。発語もみられ状態が安定したため、6 月より食事以外でも離床を開始し、ミキサー食での食事を提供する。嚥下も良好であり、スプーンですくう自力動作もみられた。また、排泄の希望もみられトイレでの排泄も確認する。看取り介護計画を全職種が理解し実行した結果、劇的な回復がみられたため、医師の判断にて看取り介護は中止し、介護支援専門員による新たな介護計画の作成に至る。

ところが、数ヶ月が経過し状態が変化する。20YY+3 年 1 月より食事量の低下を認め嚥下困難となり、家族同意のもと医師よりターミナルケア再開の指示が出る。ケアカンファレンス後に看取り介護計画を作成し実施し、その 4 カ月後、施設職員に見守られながら静かに息を引き取る。

事例 2 については、B さんのケアに携わった介護職チームは総勢 6 名で構成されていた。中堅職員 2 名が主任等の役職についており、3 年未満が 2 名、10 年以上が 2 名となっている。B さんの担当介護職員は介護職経験年数 10 年以上の 50 歳代女性で、ターミナルケアの経験を有していた。

事例 1 とは異なり、今回の事例は本人の意向が書面ではあるが確認できており、介護職チームも B さんの意向を尊重する介護実践が可能となった。介護職チームの一人は、「ターミナルケア期間が開始より約 1 年と長く、その間には回復した時期もあり、老衰による高齢者のターミナル期間は身体的変化の予測が困難であった」と述べている。また、ターミナルケア実践について 3 年未満の介護職 2 名は今回のケースが初めてであり、3 年未満の介護職は「当初は高齢者の死に直面し、死について恐怖感を抱いた」と感想を述べているが、ターミナルケア終了時には「1 年間のターミナルケアを通じて死を肯定できるようになった」と述べている。この介護職員は、人は生まれ必ず死ぬということをあらためて認識し、このような意識の変化については、介護職チーム内で死生観についての議論がなされた結果、共通とはいいかないものの死への理解、すなわち死を当たり前のことと自覚し、あるがままに生きることへの理解と寄り添うことの重要性を理解することができたと述べている。

(3) 事例のまとめ

二つの事例を通して共通する点は、介護職チームの死生観について、チーム内で教育が行われた点である。二つの事例についてはターミナルケアの実践経験がある主任2名、ターミナルケアの実践経験があり介護職経験年数が10年以上の介護職員が2名、3年未満の新任職員が2名と同じような構成であった。死を身近に肯定的に捉えた経験年数の長い職員2名を中心となり、新任職員に「死について」の思いや考え方を指導した。「死について」考えたことのない新任職員は、高齢者の死を体験し何を得たのか。それは現在の生をよりよく生きることを実感し、死を受け入れ、尊厳を再度考える契機につながったのである。このように、ターミナルケアを行う施設は人の尊厳や死生観を学ぶ絶好の場とも言える。

また、これらのターミナルケア実施後、以下の課題が提起された。一つ目は、死生観教育についてである。経験のある職員から経験の浅い職員への教育は主に介護業務を通じての指導が中心であったため、施設の研修体系に外部研修も含めたターミナルケア研修を組み入れる必要性があることが指摘された。二つ目は、終末期のケアに対する本人の意向についてである。延命処置等、医療的な処置をどこまで望むのか、どのように最期を迎えるのか等、確認できていないケースが多い。もちろん現在の特別養護老人ホームの入所者は重度化しており、入所時に認知症等で本人の意思確認ができない場合も多い。このことは医療が進歩している昨今、真剣に考え取り組まなければならない課題である。三つ目は、特別養護老人ホームでの医療についてである。事例1で痛みが憎悪した場合、最後まで生活の場である特別養護老人ホームにてターミナルケアが行えたのかなど問題提起された。最後に、死亡後の評価である。現在様々な施設において、亡くなった後のカンファレンスを行っている施設が増えている。これはカンファレンスを行うことで適切な援助であったのかを多角的に考え、本人や家族の思いに添えたかどうかを振り返るためである。この振り返りにより次へのターミナルケア実践へつなげ、ターミナルケアにとらわれず、通常の介護実践にも生かされるのである。

なお、この2つの事例は特別養護老人ホームK園の施設長の承諾を得て報告したものである。

4. まとめと今後の研究課題

(1) 教育現場における介護学生の死生観の育成

人間は生きている限り死は避けられないものとして認識している。しかし長寿国になった日本では、普段の生活の中で死を意識して考えることは少ないのでないのではないか。今回調査対象とした高齢者介護の現場においては、常に死と向かい合っての生活が営まれている。にもかかわらず、自由記述からは、死に対して何か特別なことのようにとらえているものが伝わってきた。介護職員の死の受容については様々であるが、人間の生活を支える介護の仕事においては避けて通れないものである。生きてきたように死んでいくといわれる人の死と正面から向き合い、その人の人生観や価値観をも受容できるよう、介護に携わる者の、死の教育の重要性が今回の調査で分かった。

さらに、家族を含めた終末期ケアの在り方も介護教育には重要であることを認識した。将来は看取りケアに携わっていく介護学生への終末期ケア教育は、利用者や家族と死の話題を語り合え、悔いのないケアができるよう学生時代に自らの「死生観」を育てていく必要があろう。さらにそのことが、人間

としての成長にもつながるのではないかと考えられる。今後の課題は、終末期介護教育の中に認知症の利用者のターミナルケアをどのように取り入れていくかの検討が必要である。

（2）介護現場における介護職員の死生観の育成

本研究のアンケート結果にも示されているように、介護職員は現場経験のみで就労している職員やヘルパー2級取得者、介護福祉士取得者等、様々な過程を経て介護を実践している。介護福祉士においても、介護福祉士養成施設等を卒業し介護福祉士を取得した者や、実務経験3年以上を有して国家試験に合格し、介護福祉士を取得した者もいる。したがって、介護職員全体をみれば質の差があるといえる。

また、核家族化に代表される社会構造の変化により、若い世代の職員が「死」にふれる体験が減っている。施設においては看取り介護の方針を決め、看取り指針を明確化して、職員の共通理解をもとにターミナルケアは実践されるが、ここで重要な点は「いかに各個人差・世代の差を意識し、共通理解を図れるか」ということである。

これらを踏まえると、施設でターミナルケアを実践するにあたっては、教育の重要性が問われてくる。特別養護老人ホームにおいては、看取り介護加算の算定要件の中に研修の実施が条件の一つとなっているが、算定するだけではなく研修を通じ実践に応じた質の向上が求められる。例えば「死生観」については職員それぞれに育った文化や価値観、経験等に応じて培われたものであり多様であるが、施設の中で相互理解は必要であり、その場が研修であってもよい。個別性を理解し、ターミナルケアや尊厳の理解を深めるには職員教育・育成が重要であり、また目的のある研修計画の作成と実施が重要であるといえる。

（3）今後の研究に向けての検討

看取り介護は特に新しい介護の分野ではない。介護保険制度以前の措置の時代から行われてきたものである。特に、仏教福祉やキリスト教福祉の実践を行っている老人ホームでは古くから取り組まれている。ただし、そこに看取りの理念や死生観といったものが明確になった上で実践されていたかというと、残念ながらあいまいなまま、日常の介護業務の延長として行われてきたものである。

今回の意識調査および事例研究によって、以前よりも意識的に取り組まれてきていることが明らかになったが、一方課題もいくつか示された。例えば、意識調査の中で、ターミナルケアについて本人や家族と話をしている介護職員が少ないことが明らかになった。また、年齢や介護経験の年数に関わらず、少数ではあるがターミナルケアについて本人や家族と話ができるという結果も示された。すなわち、長い介護経験があっても、年齢が高くても死に関する話ができる職員が多いが、一方で介護経験が短くても、年齢が若くても死に関する話ができるという職員もいる。これらのこととは、死や看取りに関する教育や研修が系統的に行われていないことの現れでもある。

今後この結果をさらに検討して、介護福祉教育のカリキュラムや介護職員研修のプログラムの中に、看取り介護の在り方を具体的にどのようにしていくかを研究していきたい。

<付 記>

本論文作成に当たり、特別養護老人ホームH園およびK園の施設長並びに職員の方々には、業務多忙にも関わらず調査に協力いただきましたことを心から感謝申し上げます。

なお、本論文は共同執筆であるが、「はじめに」と「1」を千草が、「2」を福田が、「3」を徳山が主に分担した上で、「4」を含めて全体を3人で検討し、最終的に文章化したものである。

引用文献

- ・デーケン 松本たま（訳） 1984 第三の人生－あなたも老人になる－ 南窓社
- ・平山正実 1991 死生学とはなにか 日本評論社
- ・柏木哲夫 2007 終末期医療をめぐる様々な言葉 総合臨床 56 2744-2748
- ・小櫃芳江、鈴木知佐子 2012 介護福祉士－介護編－ ミネルヴァ書房
- ・厚生労働省 2012 平成23年人口動態調査 厚生労働省ホームページ
- ・キューブラ・ロス 川口正吉（訳） 1971 死ぬ瞬間－死にゆく人々との対話 読売新聞社
- ・波平恵美子 2004 日本人の死のかたち－伝統儀礼から靖国まで－ 朝日新聞社
- ・志真泰夫 2010 緩和ケアをめぐる言葉 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ