日本福祉大学社会福祉学部・日本福祉大学福祉社会開発研究所
『日本福祉大学社会福祉論集』第 120 号　2009 年 3 月

特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題

北村育子
牧　洋子
石井京子

Ⅰ　はじめに

特別養護老人ホーム（以下,「特養」という.）は，常時介護を必要とする高齢者に介護を提供する施設である．ゴールドプラン以後，特養の数は飛躍的に増え，障害や病気を抱えながら生きる人を支える介護や老人医療に対する認識は深まった．そして，人口の高齢化と長寿化に伴い，いかに死ぬか，また死にゆく人をどう支えるかという課題に対する一般的な関心も高い．このような状況において，著しい身体的・精神的障害を抱えている人々のための施設である特養では，生活の場としての環境とともに，終末期ケアを提供する場としての条件を整備する必要に迫られている．2006 年 4 月の介護保険法改正において，重度化対応加算と看取り介護加算が導入されたことは，このような状況に対応したものである．

これらを踏まえ，2008 年 2 月，大阪府下の特養に勤務するケアワーカーならびに看護師を対象として，終末期ケアを実施する際に看護師やケアワーカー，医師などがどのような実践を行っているのか，また利用者や家族の要望にどのように応えているのかを明らかにするための調査を，平成 18－20 年度科学研究費補助金（課題番号 18592443）を受けて実施した．本稿は，この調査の自由記述欄に書かれた内容を分析することにより，特養において終末期ケアを実施するさいの課題を多少なりとも明確化することを試みるものである．

在宅での生活の継続を優先する考え方にもとづき，介護保険制度では特養から自宅に戻ることが想定されており，在宅復帰支援機能加算も算定されるが，重度者を優先入所させている特養において入所者が在宅に復帰する例は，実際には非常に限られている．特養が入所者にとっての終の棲家であることは間違いなく，入所することによって終末期ケアが開始されると考えることもできる．ただし，医療における終末期は，疾患や老化が進んで心身が衰弱し，治療によって病状が好転したり進行を止めたりすることができなくなって，死がそれほど遠くないと判断される状態を言い，終末期ケアは，そのような状態において患者とその家族に対して症状の緩和と苦痛の

除去を主とし，QOL の維持・向上を目指して行われるさまざまな行為や活動を指す．また看取りとは，死が限りなく近い状態での終末期ケアであると考えることができる．介護保険制度においては，看取り介護加算が適用される期間が設定されているものの，上記調査の自由記述欄に記載された内容をみると，現場のケアワーカーや看護師が看取り介護として捉える期間は，介護保険で加算を請求することのできる期間に限定されるものではない．また上記調査では，看取り介護と終末期ケアという表現についての定義を回答者に対して提示していないため，本稿では，看取り介護を終末期ケアの最終段階におけるケアとして捉え，多少の時期や期間の違いはあるものの，両者をほぼ同一のものとして扱うこととする．

Ⅱ　調査と回答者の概要

調査にあたり，大阪府下の特養 333 施設の施設長に協力を依頼し，42 施設（12.6%）から了承を得たが，内 1 施設において看護師とケアワーカーの仕事が分離していないことが判明し，実際の調査票は，41 施設に対して 919 部を送付し，配布を依頼した．調査票は看護師とケアワーカーが無記名で記入後，郵送で研究者宛に返送することとした．倫理的配慮としては，研究目的・調査への参加は自由であること・記入は無記名であること・回収は郵便で行い集計は全体で行うので個人は特定されないこと・研究者への問い合わせ先などを記載した依頼書を添付した．なお本調査は，調査票の配布・回収の窓口となった大阪市立大学研究倫理委員会の審査を経ている．返却され，分析の対照となった調査票は 358 部（39%）である．調査に協力するか否かの判断にあたっては，施設において看取りを実際に行っているか否かが協力への動機付けとなっていることが考えられるため，返却された調査票は，看取りの体制を整えるだけにとどまらず，実際に業務の一部として看取り介護を実施している施設からのものが多い可能性がある．

回答者の内訳は，ケアワーカー 255 名，看護師 84 名，無回答 19 名であり，役職の有無，勤務形態は表 1 のとおりである．回答者に占める両職種の割合（介護職員：看護職員　3：1）については，一応の目安として入所定員 100 名の特養の場合，看護師が常勤換算で 3 名以上，介護職員が入所者 3 名あたり 1 名以上であることが介護保険の事業者指定基準であり，看護師からの回答率がやや高い．役職の有無と勤務形態については，比較の対象が容易には見つからなかったものの，財団法人介護労働安定センターが例年実施している介護労働実態調査の平成 19 年度分[(1)]の結果を参照すると，本調査の回答者において正規職員の割合が高いようであり，また一般的な特養の組織構造を考えると，役職者の比率も高いように思われる．勤務年数に関しては，ケアワーカーが平均約 6 年，看護師が平均約 4 年半であり，先の介護労働安定センターの事業所における介護労働実態調査ではサービス提供責任者の平均勤続年数が 3.8 年，介護職員が 2.8 年，看護師が 3.2 年であるのに比べると，この調査の回答者の勤務年数は長い．

この調査では，回答者を施設単位で把握しておらず，同一施設からかなり多くの回答がなされているため，一応の資料でしかないが，回答者が勤務する施設の定員の平均は 99.97 人，年間死

表 1　回答者の概要

	欠損値 19	ケアワーカー (n＝255)	看護師 (n＝84)
役　　職	無	184	53
	有	61	30
	無回答	10	1
勤務形態	正規職員	223	65
	フルタイムの非正規職員	15	5
	パートタイムの非正規職員	13	12
	その他	3	0
	無回答	1	2

表 2　自由記述欄記載者の概要

	欠損値 13	ケアワーカー (n＝135)	看護師 (n＝54)
役　　職	無	93	33
	有	39	21
	無回答	3	0
勤務形態	正規職員	122	46
	フルタイムの非正規職員	8	1
	パートタイムの非正規職員	2	6
	その他	2	0
	無回答	1	1

亡者数は平均 11.63（中央値 10，最頻値 10）人であった[(2)]．施設内での年間看取り実施数については，平均 3.66（中央値 3，最頻値 2）人であった．施設内で看取ることへの賛否は，賛成とまあ賛成を合わせると約 6 割，あまり賛成でないと賛成でないとを合わせても約 1 割であった．

調査票の最後の部分において，「施設内での年間死亡者数と看取り介護実施数」と「施設内で看取り介護を行うことについての賛否」を問い，次に「賛成あるいは反対の理由」を自由記述欄に記入することを求めた．対象 358 部の内 202 部に，この自由記述欄への何らかの記入があった．202 名の回答者の内訳（13 名については，職種・役職・勤務形態についての回答がなかった）は表 2 のとおりである．

Ⅲ　記述の概要

1　記述内容の職種と賛否別の分類

施設内で看取り介護を行うことに対する賛否の理由 202 名分の記述をすべて記録し，ケアワーカー（CW）と看護師（NS）ごとに，また賛成（P）・反対（C）・どちらでもない（N），という立場ごとに類似の意味を探る作業を行った．作業はまず，特養での看取りに賛成するケアワー

カーの記述 ⑴ から行い，実際の記述をできる限り採用しつつ類似の意見を最もよく要約すると思われる表現を項目（A〜T）として設定した．看取りに賛成する看護師による記述 ⑵，看取りに反対する両職種の記述 ⑶ ⑷，どちらでもないとする立場からの両職種の記述 ⑸ ⑹ をまとめるにあたっては，賛成するケアワーカーの記述の表現をそのまま項目として採用した．よって，それぞれの立場における記述で用いられた表現が項目の表現と合致している場合とそうでない場合とが混在している．⑴ で現われなかった意見については ⑵〜⑹ において項目を追加した．意見の多少については，調査の回答者にもともとケアワーカーが多いこと，また 1 人だけの意見から 20 人ほどが同様の意見を述べているものまであり，1 人の意見に複数の要素が含まれることも稀ではないことから，ここでは数の多少を考慮しないこととした．

結果は以下のとおりである．

⑴　特養での看取りに賛成するケアワーカー（CW-P）の記述

A　その人らしい生き方を支えることができる
- 延命しても生きている時間を延長することができなければ意味がない
- 施設の方が病院より自分のしたいようにできる

B　住み慣れた環境で過ごすことができる
- 穏やかに不安感なく過ごすことができる
- 見慣れた顔・家族同然の職員に囲まれて孤独感なく過ごすことができる
- 自宅に近い雰囲気で自然に過ごすことができる
- 施設の方が病院より生活感を持ち続けることができる
- 施設の方が病院よりゆっくりと過ごすことができる

C　施設の方が病院よりも利用者と職員が近しい関係にある
- 心許せない家族に囲まれて家で肩身の狭い思いをするより施設では心許せる人に囲まれて安心して過ごせる
- ケアワーカーは家族として日常から介護しているので看取るのは当然である

D　医療面では不十分な部分があるが精神的・環境的には個人に適した十分なケアができる
- 介護は十分だが看護面では不十分な看取りとなる
- 施設では病院に比べて利用者を安楽にすることに限界がある

E　看取りは特養として当然提供すべきサービスの一つである
- 利用者の終の棲家・家・生活の場として看取ることが自然である
- 家族が看取れないなら施設で看取るしかない

F　最後まで利用者と共にいたい

G　家族と協力して看取ることができるとよい
- 協力して看取ることができると充実感が大きい

H　看取ることで多くを学ぶことができる

看取ることに誇りを感じる

I　職種を越えた協力が必要である

入所以来世話してきたにもかかわらず最終段階で看護師の仕事が主となることに無力感を覚える

J　看取りのための知識・技術の習得が必要である

何もできずそばにいることしかできないのはつらい

K　現状の人員配置では十分な対応をすることができない

夜間に看護師がいないので不安が大きい

24 時間本人に付き添うことができる人員が欲しい

報酬請求に必要な体制を整えるだけでは職員の負担が増えるだけである

L　家族が望むのであれば施設で看取るのがよい

家族との話し合いが十分にできれば看取ることができる

本人の意思確認ができず家族の意思のみで決めざるを得ないことに疑問を感じる

家族がほとんど面会に来ない場合には不満を感じる

家族の希望を汲んで看取った後に感謝してくれたときは嬉しい

M　本人・家族が望むのであれば施設で看取るのがよい

N　本人が望むのであれば施設で看取るのがよい

看取りに関する事前の十分な話し合いが必要

⑵　特養での看取りに賛成する看護師（NS-P）の記述

B　住み慣れた環境で過ごすことができる

最後の生活の場で見慣れた顔に囲まれて不安感なく最後を迎えるのがよい

病院は最も最後を迎えたくない場所だ

施設の方が病院より自分のしたいようにできる

C　施設の方が病院よりも利用者と職員が近しい関係にある

スタッフも家族として対応している

E　看取りは特養として当然提供すべきサービスの一つである

家族が看取れないなら施設で看取るしかない

終の棲家として看取るのは当然である

G　家族と協力して看取ることができるとよい

家族に十分に情報を提供して最後まで連携できるようにすることが重要

I　職種を越えた協力が必要である

医師の協力が必要である

J　看取りのための知識・技術の習得が必要である

K　現状の人員配置では十分な対応をすることができない

夜間に（看護師が）勤務しないので看取りに関与しにくい
夜間に職員（医師・看護師・ケアワーカー）の増員が必要
医師が常駐していないので看取ることができない
24 時間拘束状態となるためストレスが大きい

M　本人・家族が望むのであれば施設で看取るのがよい

N　本人が望むのであれば施設で看取るのがよい
認知症であっても本人の自己決定を尊重すべきである

O　最後は在宅で迎えることを考えてはどうか
最後は在宅で迎えることができるぐらいの援助がしたい

P　苦痛を最大限取り除いて施設で看取るのがよい

Q　部屋・医療機器などの整備が不十分

⑶　特養での看取りに反対するケアワーカー（CW-C）の記述

H　看取ることで多くを学ぶことができる
しかし，一概に賛否を言うことはできない

J　看取りのための知識・技術の習得が必要である
死に直面したときに対応を迫られることは精神的負担が大きすぎる

K　現状の人員配置では十分な対応をすることができない
現状の職員配置で看取りを行うことは精神的負担が大きい
夜間看護師がいないので判断のつかないことが多く不安である
夜間に医師・看護師がいないので看取ることができない

Q　部屋・医療機器などの整備が不十分
設備が不十分で利用者への負担が大きい

R　看取りを実施することで通常業務にしわ寄せが来る
他の利用者への影響が心配（物理的・心理的に）

S　最後は家族が看取るべきである（家族がいなければ特養で看取るのがよい）

T　病院ではないので看取るべきでない
最後は病院に搬送するのがよい

⑷　特養での看取りに反対する看護師（NS-C）の記述

K　現状の人員配置では十分な対応をすることができない
苦痛・不安を緩和するために必要な医師・看護師・ケアワーカーが確保できない
常勤の医師がいないので看取ることができない
常勤の医師がいないので連絡調整等の負担が大きい
医師・看護師が常駐する必要がある

看護師が増員されても質の良くないことが多く特養では他職種との連携なども難しいため結局辞めてしまう

夜間のオンコール体制だけでも責任が重いと感じる

ケアワーカーの質が悪いので看取ることができない

Q　部屋・医療機器などの整備が不十分

⑸　特養での看取りに関してどちらでもよいとするケアワーカー（CW-N）の記述

I　職種を越えた協力が必要である

他職種との連携に不安がある

J　看取りのための知識・技術の習得が必要である

価値観・倫理観を含めて看取る側の資質の向上が必要

K　現状の人員配置では十分な対応をすることができない

夜間に看護師がいないので不安が大きい

医師・看護師など体制が不十分である

24 時間本人に付き添うことができる人員が欲しい

増員されるのであれば知識を増やして実施したい

L　家族が望むのであれば施設で看取るのがよい

本人の意思確認ができず家族の意思のみで決めざるを得ないことに疑問を感じる

看取りに関する事前の十分な話し合いができる体制ができていない

N　本人が望むのであれば施設で看取るのがよい

本人の意思を聞くことができないので何とも言えない

看取りに関する事前の十分な話し合いができる体制ができていない

O　最後は在宅で迎えることを目指すべきである

Q　部屋・医療機器などの整備が不十分

安心して最後を迎えることのできる部屋や他の利用者が別れを言える場所がない

ユニットケアなので他の利用者への影響が心配

S　最後は家族が看取るべきである

T　病院ではないので看取るべきでない

最後は病院に搬送するのがよい

⑹　特養での看取りに関してどちらでもよいとする看護師（NS-N）の記述

I　職種を越えた協力が必要である

職員はもちろん本人・家族を含め看取りに関する話し合いができていない

K　現状の人員配置では十分な対応をすることができない

本人・家族への説明・対応のため医師に常駐してほしい

嘱託医師から適切な指示を得られる保証がない

夜間に看護師がいないため限られた援助しかできず急変時は病院搬送となる

N　本人が望むのであれば施設で看取るのがよい

本人と家族の意向が違う場合に対応が難しい

P　苦痛を最大限取り除いて施設で看取るのがよい

疼痛管理で意識が朦朧とする状態で施設での看取りと言えるのか疑問である

2　意見項目の整理

特養での看取り介護に対する立場と，ケアワーカーと看護師の職種ごとに示された意見の項目の一覧が表 3 である．

1) ケアワーカーと看護師の両職種が賛否にかかわらず示した項目

さまざまな意見のなかで，立場と職種の違いに関わらず言及されていた項目は（K）人員配置に関するものであった．人員配置は，特養での看取り介護を実施するにあたって，ケアワーカーにとっても看護師にとっても大きな関心事であることが伺える．下位項目として整理したより具体的な意見を見ると，「不安」「ストレス」を含め，ケアワーカーにとっては医師・看護師が夜間に配置されていないこと，看護師にとっては常勤医師のいないことが，看取りにあたっての「責任の重さ」となり，それが負担として表明されている．ただしここでは，「連絡調整作業の増」以外に不安やストレスの中身についての具体的な記述はみられなかった．

医療職の増員については，相談ができたり指示を求めたりすることで不安が解消されるのであれば，現在のオンコール体制を改善することで対応可能であるかもしれない．ただし，重度化対応加算において夜間など看護職員が不在の時間帯にケアワーカーが看護職員に連絡すべき状態を項目として標準化することが求められているが，実際にそれがどの程度実践されているのか，またそれが負担の軽減につながっているのかを調査する必要がある．

ケアワーカーからは，終末期にある利用者の傍に常に人がいて孤独や不安を軽減することができるようにするための増員を求める意見があり，実現できれば利用者の利益に資するものと考えられる．ただし，慢性的に人員不足であるという記述がある一方で，調査票の「何人の増員が必

表 3　特養での看取りに対する職種と賛否ごとの意見項目の一覧

(1) CW-P	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N						
(2) NS-P		B	C		E		G		I	J	K		M	N	O	P	Q			
(3) CW-C								H		J	K						Q	R	S	T
(4) NS-C											K						Q			
(5) CW-N									I	J	K	L		N	O		Q		S	T
(6) NS-N									I		K			N		P				

要か」という問いに対して「必要なし」という記述があり，増員には教育負担が伴うため負担の軽減には直ちにつながらないという意見，介護保険制度上の加算に対応するための事務負担のみが増えたという不満などが見られ，職種を問わず，増員することがどのような場合に必要であるのか，職員の質の向上を含め代替の方法はないのかについて検討する必要があると思われる．

2）両職種が「賛成」の立場から示した項目

「賛成」の立場からのみ示された意見は，(A）その人らしい生き方を支える，(B）住み慣れた環境で過ごすことができる，(C）施設の方が病院よりも利用者と職員が近しい関係にある，(D）精神的・環境的に個人に適した十分なケアができる，(E）看取りは特養として当然提供すべきサービスの一つ，(F）最後まで利用者と共にいたい，(G）家族と協力して看取ることができるとよい，(M）本人・家族が望むのであれば施設で看取るのがよいであった．これらの意見は介護関連の雑誌にも見られるものであり[(3)]，自宅で生活することができないために施設に入所するという現実を踏まえ，施設を利用者にとっての最終的な生活の場として捉える職員たちの，終末期ケアや看取りに対する思いが端的に示されている．

このうち，(A）(D）(F）については，ケアワーカーのみが表明した意見であり，ケアワーカーと看護師の終末期ケアに対する姿勢の違いが現われている．この違いは，利用者に対する態度や視点の違いでもある．一般的に特養の運営は，利用者とケアワーカーをユニットやフロアと呼ばれるいくつかの生活単位に分けて行われているが，看護師はそれらの生活単位にかかわらず施設の全利用者を担当し，投薬や処置などの医療行為を通じてのみ利用者と関わっていることが多い．ケアワーカーの関わりが線であるとすれば，看護師の関わりは点である．利用者の死が近づくにつれて看護師の関わる機会は増えていくが，この調査では終末期ケアの期間を特定していないため，回答の際に回答者がどの時期を主として頭に置いていたかによって回答に違いが生じる．とは言え，ここでの記述からは，看護師よりもケアワーカーの方が，利用者の生活や人生の最後を支える視点をより強く持っているように思われた．

ケアワーカーと看護師の双方から示された（B）(C）(G）(M）のうち，注目に値する意見は(G）である．特養での看取りに賛成の立場に立つケアワーカーと看護師が，終末期ケアをより良いものとするために家族の積極的な関与を期待している．下位項目で示されているように「家族と協力して看取ることによる充実感」があることは確かであるが，もう一つの「情報提供が重要」とする意見の裏側に，特養入所以来家族との関係が薄くなっている利用者の状況に対するさまざまな思いのあることが想像される．この点を更に明確にすることができれば，終末期ケアの質の向上に資することができると思われる．

3）両職種が「賛成」と「どちらでもない」の両立場から示した項目

特養での看取りに賛成とも反対とも言えないとする立場を含めると，賛成の立場から表明されたその他の意見は，(I）職種を越えた協力が必要である，(L）家族が望むのなら看取る，(N）

本人が望むのなら看取る，(O) 最後は在宅に戻ることを目指すべき，(P) 苦痛を最大限取り除いて施設で看取る，であった．ここで示されているのは，利用者の意思決定に関連する課題である．

介護保険制度では，ケアワーカー，看護師，生活相談員，介護支援専門員などが協議の上で重度化対応加算におけるマニュアルを作成することが求められているが，実際の終末期ケアにおいては職種を越えた協力が十分に行われていないという問題意識が示されている．看護師に対する医師の協力だけでなく，そもそも本人や家族の意思を把握できていないことが示唆されており，それがなければ援助者側の職種を越えた協力などあり得ない．また職種を越えた協力が単なる役割分担や職種による分業に終わってしまっては，終末期ケアの質は保証されない．一方で，ケアワーカーの意見は，利用者支援の最終段階に至って，利用者との関わりから締め出されてしまう状況も施設によっては生じていることを示している．介護職の医療行為については，在宅療養の分野においても，ホームヘルパーの医療行為に関する議論があり(4)，福祉サービスを担う人材が看護・介護の領域を問わず不足している現状で，研修などを実施してケアワーカーが実施できる医療行為を明確化するだけでは利用者の利用できるサービスの量を却って少なくすることにもなりかねないことが指摘されている(5)．先の (D) で示されているように，看護は不十分だが精神面では十分なケアができるという自負もケアワーカーにはあり，特養のケアワーカーが終末期の医療にどのように関わっていくのかは，ケアワーカーの専門性やアイデンティティに関連する重要な課題である．

看取りにおいて本人の意思が尊重されなければならないことは言うまでもない．近年は，終末期の処置について簡単な文書を作成し，入所にあたって利用者が記入するようにしている施設もあるが，入所後の定期的な意思確認が行われているか否かに関する情報はなく，利用者と家族の意思が異なる場合は職員を含め，関係者に葛藤が生じる(6)．厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を定め，複数の専門職で利用者の意思を判断し，一人ひとりに適した方針を決めることとしているが，利用者自身がその意思を明確に示すことは実際にはほとんどない．日本人の死生観として，終末期に起こるさまざまな事態に対してあらかじめ明確にしておくことを好まない傾向があり，利用者本人に事前の意思表示を迫ることはできないのが現状である．日々の業務のなかで利用者がその真意の一端を口にすることはあるが，終末期を迎えた際には，入所時の意思表示とその後の情報とを総合してケアの方向性を決めていかざるを得ない．家族がいれば家族の意思が判断に大きな役割を果たすことは確かであるが(7)，本来尊重されるべき本人の意思があまり考慮されないこと，本人の意思を考慮する機会が十分に確保されていないことに対する疑問が提示されている．「最後は自宅で迎えることができるぐらいの援助」という意見については，その詳細な内容が不明であり，「(S) 最後は家族が看取るべき」と同様の趣旨である可能性もあるが，利用者との関係と家族との関係の両方の要素が含まれていると考えられる．特養からの在宅復帰が奨励されてはいるものの，実際にはごく一部の利用者を除いてその可能性は極めて低い．また自宅で最後を迎える人が少なくなっている今日，それを実現するために

は，訪問看護など在宅サービスの充実が不可欠である．必要なサービスの手配や調整を含めた条件整備を行う協力関係が組織・機関を越えて創出されるのであれば，その可能性を探ることには大きな意味がある．

4）両職種が「反対」の立場あるいは「反対」と「どちらでもない」の両立場から示した項目

特養での看取りに「反対」の立場からのみ表明された意見は，(R) 通常業務にしわ寄せが来るの 1 項目であり，「反対」と「どちらでもよい」の双方からの意見は，(S) 最後は家族が看取るべき，(T) 病院ではないので看取るべきでないの 2 項目であった．これらはいずれもケアワーカーのみの意見であり，終末期ケアや看取りに対する視点や個人的な姿勢が問われる課題である．

特養で看取り介護を実施することを躊躇するケアワーカーは，終末期にある利用者へのケアが，その他の利用者に対する日常生活支援を多少とも犠牲にすることを懸念するのであろう．ケアワーカーは，利用者との関係性を重視するが，終末期ケアのための特段の増員がなければ，十分に看取るためには通常業務のどこかに影響が出ることを否定できない．このことは，「(Q) 施設・設備が不十分」という意見とも関連する．医療的な処置が増加する終末期にあって，利用者の状態にもよるが，ケアワーカーとして利用者のためにできることがほとんどない（看護師の業務が主となる，傍に寄り添うことが十分にはできない，など）と感じられるような状況では，短期間であれば病院に搬送することもやむを得ないという結論に至る可能性がある．「(J) 看取りのための知識・技術の習得が必要である」という意見が立場を超えて示されているが，知識・技術の充実がどのようにケアワーカーに資するのかについて，検討する必要がある．

5）両職種のどちらか一方からのみ示された項目

ケアワーカーのみの意見は，(A)（D)（F）に加え，(H) 看取りから多くを学ぶことができる，(L) 家族が望むのなら看取る，(R) 通常業務にしわ寄せが来る，(S) 最後は家族が看取るべきである，(T) 病院ではないので看取るべきでない，の各項目であった．

このなかで注目されるのは，ケアワーカーが「看取りから多くを学ぶことができる」としている点である．この意見は，看取りに賛成の立場からだけでなく，反対の立場からも示されており，「どちらでもない」とする立場には見られなかった．また，看護師から同様の記述は無かった．看取ることの充実感は看護師にももちろんあるが[8]，賛否を問わず，看取ることに積極的に関わったり，主体的に考えたりすることのできるケアワーカーは，終末期ケアを行い看取ることを通じて知識と経験を増やし，自己の成長に結び付けていると考えることができるのではないだろうか．

看護師のみから示された意見は，(P) 苦痛を最大限取り除いて施設で看取るのがよい，の 1 項目であった．「苦痛」に関する意見が，看護師からのみ述べられ，ケアワーカーからは述べられなかったということが，ケアワーカーよりも看護師の方が利用者の苦痛に対して敏感であると直ちに言えるものではない．しかし，(B) 住み慣れた環境で過ごすことができるという意見に集約したものの，その下位項目としての「病院は最も最後を迎えたくない場所である」という意

見もまた，看護師からのみ述べられており，看護師の病院に対する忌避が感じられる．両職種がそれぞれ，利用者の終末期における苦痛をどのように捉えているのかを探ることで，特養における緩和ケアの具体的な実践過程や，特養での実践を選ぶ看護師の死生観などを明らかにすることができるかもしれない．

Ⅳ　まとめとして：特養における終末期ケア・看取りに関する今後の検討課題

自由記述の分析から判明した課題は，①終末期ケアや看取りを実施することによってケアワーカーや看護師が感じる不安やストレスの原因や要素を明らかにすること，②職員増員の必要性の検討と増員に代わる措置についてその可能性を探ること，③利用者と家族との関係についてアセスメントを実施し必要な支援とその方法を検討すること，④終末期に関する本人の意思確認の方法を検討し実施に努めること，⑤終末期ケアや看取りに際しての職種間の協働（可能であればそれに加えて，在宅サービスとの連携）のあり方について検討すること，⑥ケアワーカーの専門性とアイデンティティがどこにあるのかを明らかにすること，⑦終末期ケアにあたってケアワーカーに必要な知識と技術を明らかにすること，⑧ケアワーカーと看護師それぞれが利用者の終末期における苦痛をどのように捉えているかを探り緩和ケアの具体的な実践過程や特養を実践の場とする看護師の死生観などを明らかにすること，などである．まとめに代えて，これらの諸点について関連する事柄を述べる．

終末期ケア・看取りにあたってケアワーカーや看護師が大きなストレスを感じるなか，看護師にその負担の側面を強調する意見が多く見られたが，看護師が，医療職としてケアワーカーへの説明や指導など，生活施設としての特養でより大きな負担を感じていることは他の文献にもみられる(9)．今後は，本人や家族に対しての説明も，必要や要求に応じて随時行うことが求められるなど，責任と負担はさらに重くなることが予測される．その一方でケアワーカーからは，看取ることの充実感を表明した意見が目立った．その理由は，死をどのように迎えるかが本人にとって簡単なことではないのと同様に，看取りはケアワーカーにとって食事・入浴・排泄といった日々の介護業務とは異なる，その人の人生の最後を支える困難な仕事であること，しかしながらそれはやりがいのあるケアであることによるのであろう．看取りに伴う充実感を，看護職と比較することも興味深いテーマである．訪問看護を利用して近親者を看取った家族への調査の自由記述の分析(10)で，介護者の満足度が本人の満足度，介護者自身の介護への評価，介護者側の死別への準備といった要素に関連があるという報告がなされているが，施設サービスとして家族ではない人を看取る場合にも，看取る側の充実感は利用者の満足感と関連するのではないだろうか．死生観は人によって異なるが，終末期をポジティブに捉えることは介護・看護労働の質の向上にも貢献すると思われる．

職員の増員については，単にケアワーカーの数を増やしたり，医師・看護師を常勤配置したりするだけでは職員の負担軽減にもケアの向上にも貢献しないという指摘があったが，終末期ケア

や看取りの体制を整えることは利用者にとっても職員にとっても利益となる[11]はずである．事務作業を効率化することをはじめ，研修などを通じて改善できることは多い．また，2006 年から在宅療養支援診療所が設置されるようになったが，医療の提供という点を考えれば，その要件は，特養の重度介護加算や看取り加算が適用される条件と同程度である．本人・家族の要望と努力によって在宅死が実現されるのであれば，特養における夜間の医師・看護師のオンコール体制は，不安要素であり，負担感を伴うものではあっても，特養で看取ることを不可能とする理由とはなり難いであろう．そして，高齢で慢性疾患を抱える特養利用者の多くは，いかに終末期とはいえ改善の見込みが全く無くなってしまうことが稀である．そのため末期のがん患者のように，生命の維持から QOL の維持に切り替える判断をすることが困難となり，本人の意思を明確に確認することができないことも多いなか，治療と緩和ケアを調和させる努力が必要となる[12]．ケアワーカーが最後まで利用者を世話したいと考え，看護師が治療を目的とする病院での死を回避したいと考えるのであれば，利用者の尊厳を最後まで保証することができるように努め[13]，特養への安易な医療の導入は避けるべきである．(Q) において医療機器などの整備が不十分であるとする主張がみられるが，これが，特養において医療体制を充実させて看取るべきという意見なのか，生活施設としての特養に病院のような医療機器のないのは当然であり，生活施設としての看取りと医療機関としての看取りとは違ってよいという意見なのかを明らかにすることで，特養における終末期ケアの方向性を定めることができるかもしれない．

本稿の目的は，特養において終末期ケアを実施するさいの課題を明らかにすることであったが，調査にあたって率直な意見を書き入れてくださった回答者の方々にまず感謝したい．多忙ななか，調査に回答することは負担であるとの意見も見られ，現場の実践者なくしてサービスの評価も質の向上も成り立たないことを改めて認識することができた．ここで明らかになった課題については，ケアワーカーならびに看護師に対する面接を別途実施するとともに，調査項目の量的分析結果とも合わせて検討する予定である．

注

⑴　介護労働安定センター（2008）「平成 19 年度介護労働実態調査結果」介護労働安定センター調査報告．

⑵　医療経済研究機構が 2003 年に実施した「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」では，特養から死亡退所した人について，特養施設内での死亡が 37.2%，病院診療所内 62.1%，自宅 0.7%となっている．ただし，特養からの退所のうち，死亡退所は約 73%であり，実際に特養で看取る割合はこの調査で示された数字に近いものである可能性が高い．

⑶　村井淳志（2006）「介護施設における終末期のケア：なじみの場所で最後を迎えたい」『月刊総合ケア』16 巻 12 号，78-81 頁．

⑷　安達マツ子（2007）「介護職の思いを伝える：介護研究会主催パネルディスカッション「介護職と医療・訪問看護職の協同」より」『訪問看護と介護』12 巻 7 号，558-562 頁．
川口有美子（2007）「在宅介護という行為の現実と法の狭間で」『訪問看護と介護』12 巻 7 号，550-555 頁．
川上純子（2007）「家族以外の介護者による医療的ケアの必要性について」『訪問看護と介護』12 巻 7 号，556-557 頁．

和田忠志（2007）「介護職に必要な「医療行為外の医療行為」を知る」『訪問看護と介護』12 巻 7 号，542-549 頁．

⑸　川口有美子（2007）「在宅介護という行為の現実と法の狭間で」『訪問看護と介護』12 巻 7 号，550-555 頁．

⑹　渡邊美千代・大橋奈美・大林雅之・菊井和子（2006）「延命処置を望まず終末期を自宅で迎えたいと希望する患者と介護力に不安をもつ家族の葛藤」『訪問看護と介護』11 巻 9 号，884-887 頁．また，宮田和明他編著（2004）『在宅高齢者の終末期ケア：全国訪問科のステーション調査に学ぶ』中央法規においても，死の教育の必要性が終末期ケアの質向上のための課題として指摘されている．

⑺　黒子幸一（2008）「高齢者施設における緩和ケア」緩和ケア 18 巻 3 号，199-203 頁．

⑻　このような心情を示した例として，桑田美代子（2008）「老いと病のケアの視点」『緩和ケア』18 巻 3 号，182-185 頁．

⑼　後藤尚子・高山成子・半田陽子（2006）「特別養護老人ホームでの認知症高齢者の終末期ケア：援助困難点における看護職・介護職の比較」老年看護 37 回，142-144 頁．

⑽　樋口京子，久世淳子，森扶由彦，島田千穂，篠田道子（2004）「高齢者の終末期ケアにおける「介護者の満足度」の構造：全国訪問看護ステーション調査から」日本在宅ケア学会誌 7 巻 2 号，91-99 頁．

⑾　松本則子（2008）「終末期利用者へのケア行動に関する要因分析：特別養護老人ホームの介護従事者に対するアンケート調査からの知見」山口芸術短期大学研究紀要 40 巻，1-17 頁．

⑿　平原佐斗司（2008）「在宅における高齢者諸症状への緩和ケア」緩和ケア 18 巻 3 号，191-194 頁．

⒀　最後まで人間らしさを保証するための尺度を提示しているものとして，大田仁史（2008）「終末期リハビリテーションと緩和ケア」緩和ケア 18 巻 3 号，195-198 頁．