

高齢者施設における
がん患者への対応実態調査報告書

島根県健康福祉部 健康推進課 がん対策推進室

協力：島根県老人福祉施設協議会及び島根県老人保健施設協会

1. 調査の背景と目的

1) 背景および調査目的

(1) 背景

島根県では、「第4期 島根県がん対策推進計画（令和6～11年度）」に基づき、様々ながん対策を推進している。計画の柱の一つである「診断時からの切れ目のない緩和ケアの提供」のなかにある「自宅や介護施設等における緩和ケア提供体制の推進」では、高齢者施設とがん診療連携拠点病院等（以下、拠点病院等）の医療機関との連携・協働により、高齢者施設においても緩和ケアを充実していく必要があるとしている。

県内では高齢化に伴い、がん罹患数や高齢がん患者が増加しており、高齢者施設ががん患者を受け入れる機会が増えることが見込まれる。がん患者へのケアには、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな側面で苦痛を総合的にケアする緩和ケアが重要とされているが、高齢者施設における具体的な対応状況や課題については、十分に把握ができていない状況がある。

さらに、拠点病院等からは「高齢者施設におけるがん患者への対応の実態を共有し、医療介護連携を強化したい」との要望が寄せられている。

(2) 目的

県内の下記の高齢者施設を対象に、がん患者への医療的・介護的ケアの実施状況、施設職員が抱える課題やニーズ、医療機関との連携体制の現状を明らかにし、その結果をもとに「高齢者施設における緩和ケアの量や質の向上」「医療機関と施設の連携強化」等を推進するための基礎資料とすることを目的とする。

2) 調査の概要

調査の概要については、以下のとおり

対 象	特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症グループホーム、老人保健施設
期 間	令和7年3月～5月
備 考	がん罹患しているも、寛解状態の方や未告知でがん治療を行っていない方は、当調査対象外とした

2. 高齢者施設におけるがん患者への対応実態調査の概要と結果

1) 対象施設

下記の施設を対象にアンケート調査を実施した。

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症グループホーム、老人保健施設

2) 調査方法と項目

(1) 調査方法

上記の対象施設に対して、島根県老人福祉施設協議会及び島根県老人保健施設協会の協力を得て調査票の配布を行った。また、協議会等の会員でない施設に対しては、郵送を行った。回答は、メールやFAX又は島根電子申請サービスにて得た。

(2) 調査項目

設問	内容
問1	がん患者を受け入れていますか
問2	今までにどのような治療を行っているがん患者の受け入れを行いましたか
問3	がん患者を受け入れるにあたり必要な情報が医療機関や他施設からどの程度、引き継がれていますか。
問4	どのような情報があれば、よりスムーズに受け入れることができますか。受け入れ施設として必要・欲しい情報についてお書きください。
問5-1	がん患者にかかる医療的ケアの対応可能な内容について
問5-2	上記の医療的ケアについて連携医療機関がありますか
問6	麻薬を使用したがん患者の疼痛管理にかかる対応について、あてはまるものすべてを選択してください
問7	直近5年間のがん患者の看取りの実績はありますか。
問8	がん患者の受け入れにあたり、主な課題はなんですか
問9	がん患者を受け入れるにあたり、どのような支援が必要ですか
問10	がん患者を受け入れるにあたり、どのような研修会を希望しますか
問11-1	がん患者の受け入れにあたってのご意見や課題等
問11-2	がん患者の看取りにあたってのご意見や課題等

3) 回答状況

施設種別	対象施設数	回答数（回答率）	受入施設（受入率）
特別養護老人ホーム	115	68（59.1%）	46（78.0%）
養護老人ホーム	23	16（69.6%）	12（75.0%）
軽費老人ホーム	17	6（35.3%）	4（66.7%）
認知症グループホーム	145	68（46.9%）	30（44.1%）
老人保健施設	33	19（57.6%）	13（68.4%）
全 体	333	177（53.2%）	105（59.3%）

以下の調査結果については、回答があった施設を対象とした状況を記載する。

4) 調査結果

各設問に対する回答を整理し、必要に応じて対応状況等についても併せて記載する。

結果については、問1及び問8～11については回答施設177施設、問2から問7については受入中または受入経験のある施設の105施設を対象に集計・分析を行った。なお、グラフ等については特別養護老人ホームを「特養」、養護老人ホームを「養護」、軽費老人ホームを「軽費」、認知症グループホームを「GH」、老人保健施設を「老健」と表記する。

問1 がん患者を受け入れていますか

図1. がん患者の受け入れ状況

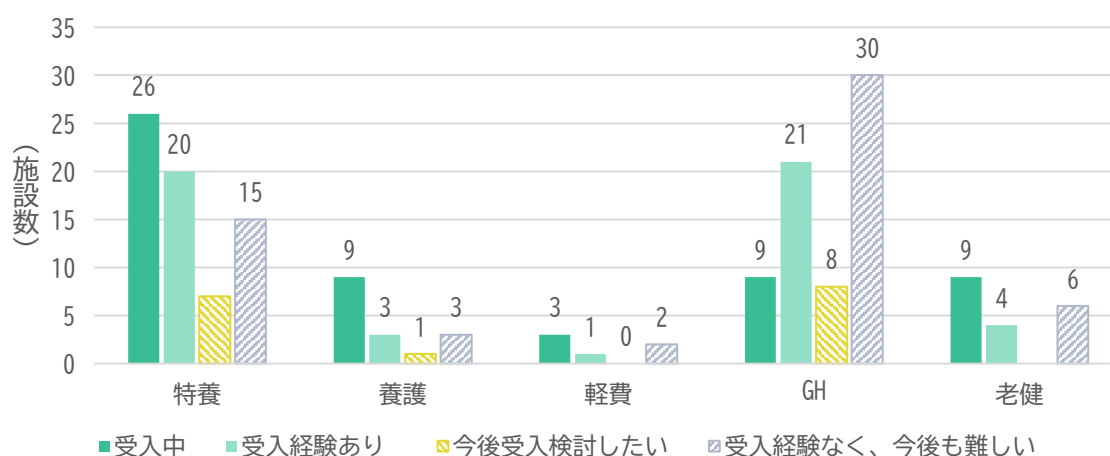


図2. がん患者の受け入れ状況【積み上げ】

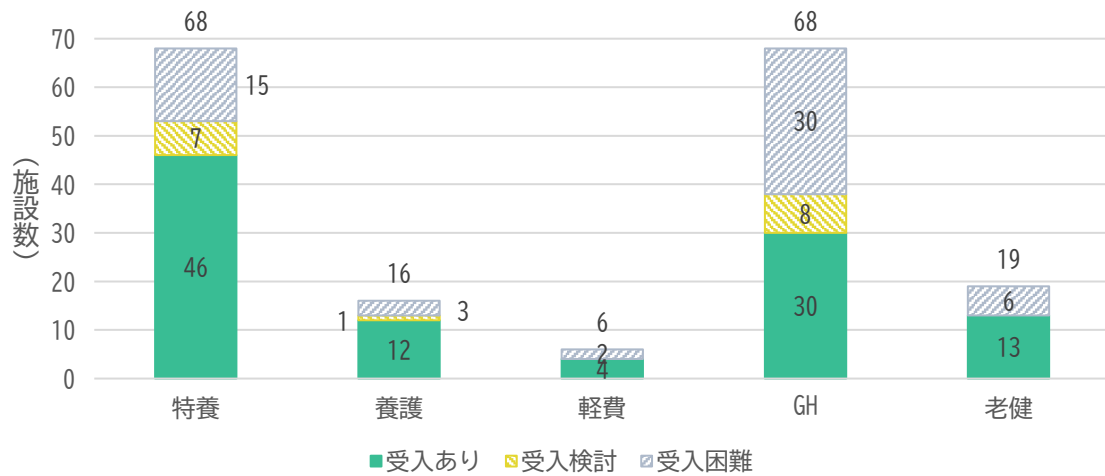
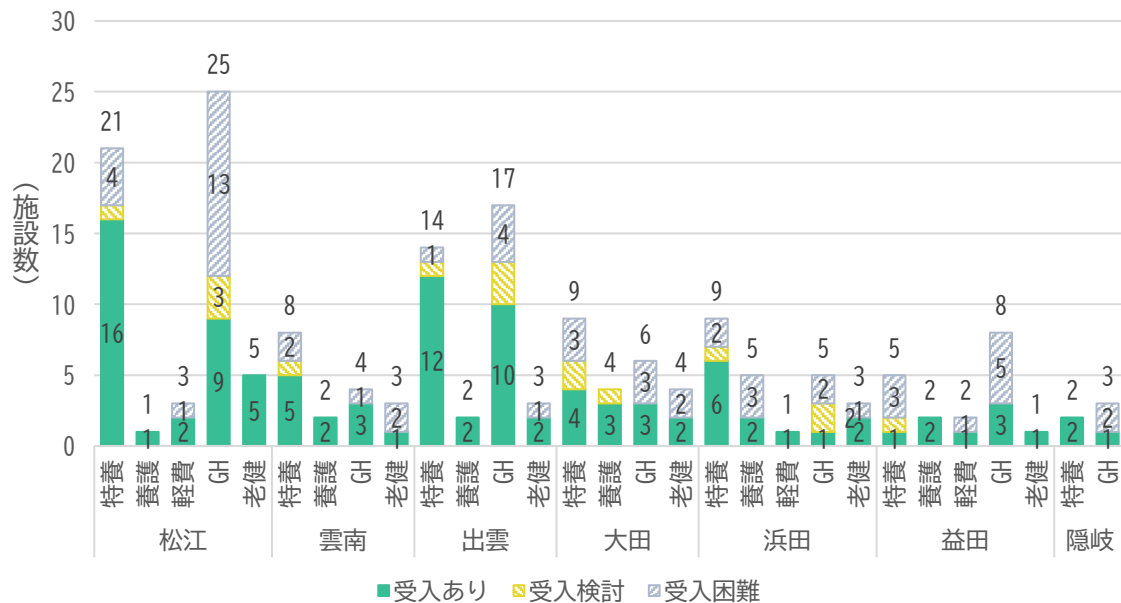


図3. がん患者の受け入れ状況【積み上げ・圏域別】



がん患者を受入中または受入経験がある施設は、特養が46施設と最も多く、次いでGHが30施設と多かった。また、今後受入検討したいとした施設がGHで8施設、特養で7施設あることから、より受入施設の拡大が期待できる。養護や老健については、隠岐圏域を除く6圏域に複数の受入施設がある。一方で、受入経験がなく、今後も受入が難しいと回答した施設は、GHが30施設と最も多く、次いで特養が15施設、合計で56施設あった。

軽費については回答率が3割程度であることから受入状況の実態を反映しているとは言いにくい状況である。

問2 どのような治療を行っているがん患者の受け入れを行いましたか（複数回答）

図4. がん患者の治療状況

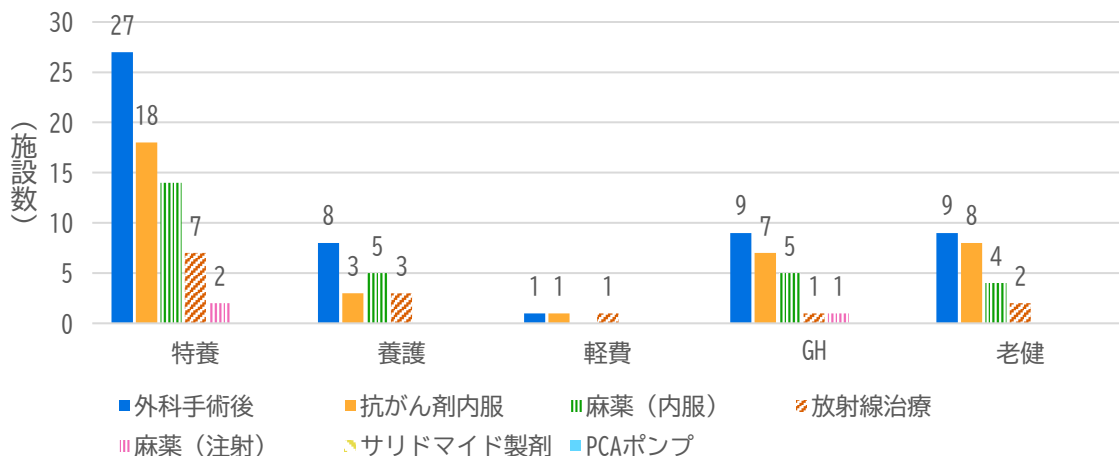
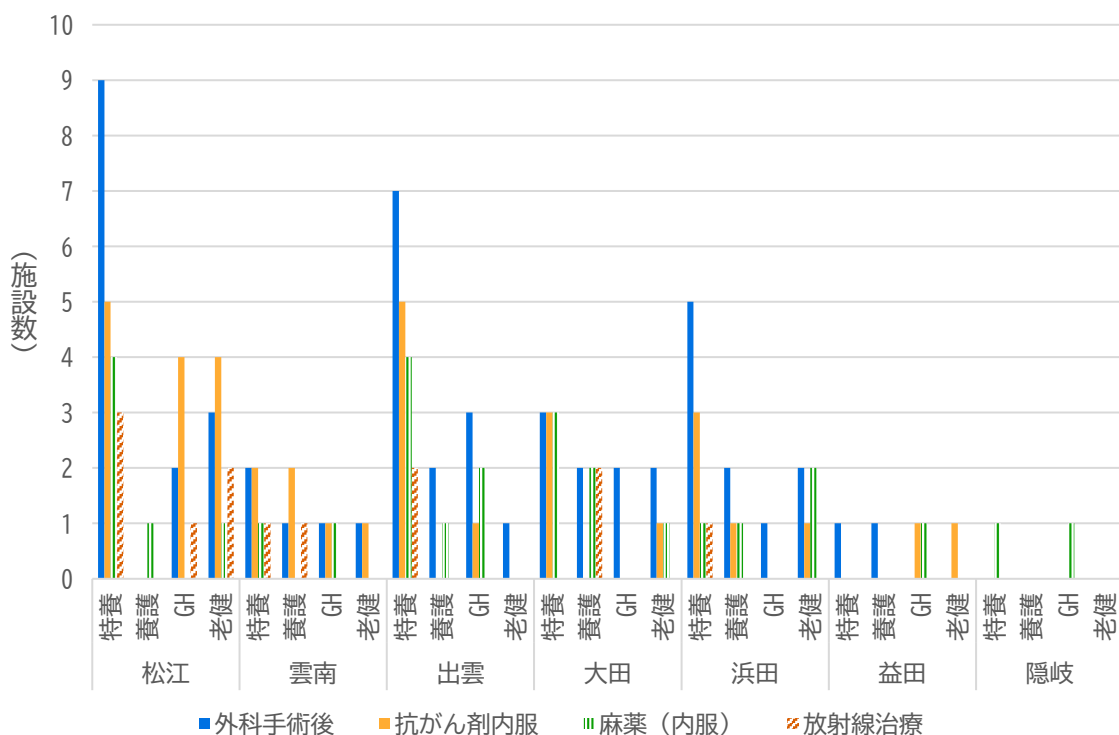


図5. がん患者の治療状況【上位4つ・圏域別】※軽費を除く



がん患者の治療状況については、外科手術後が最も多く、次いで抗がん剤内服が多かった。一方で、サリドマイド製剤やPCAポンプを利用している患者を受け入れている施設はなく、麻薬（注射）の受け入れを行っている施設は県内で3施設と限られている。

問 3

患者を受け入れるにあたり必要な情報が医療機関や他施設からどの程度、引き継がれていますか。

図6. 必要な情報の引継ぎ状況

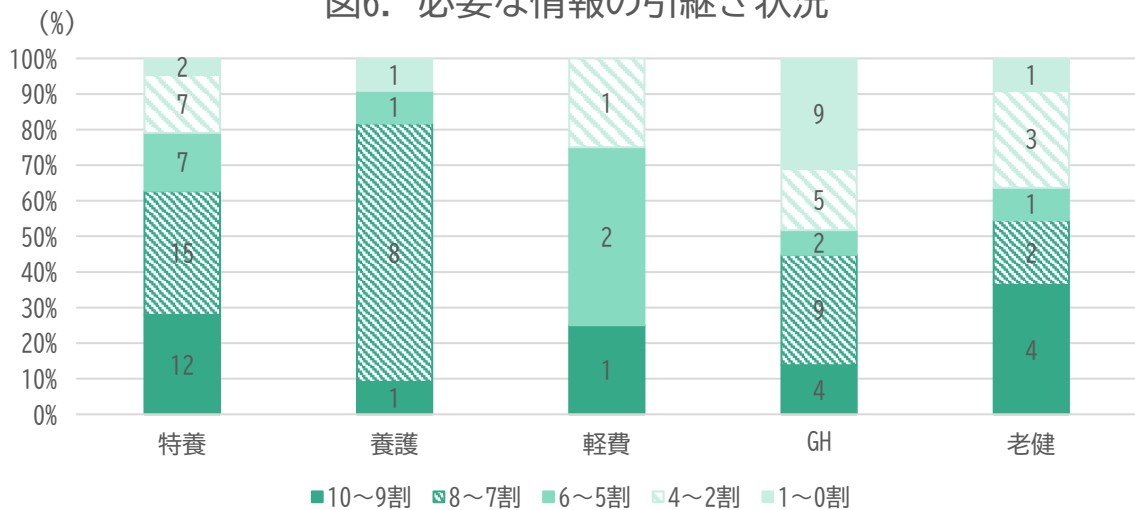
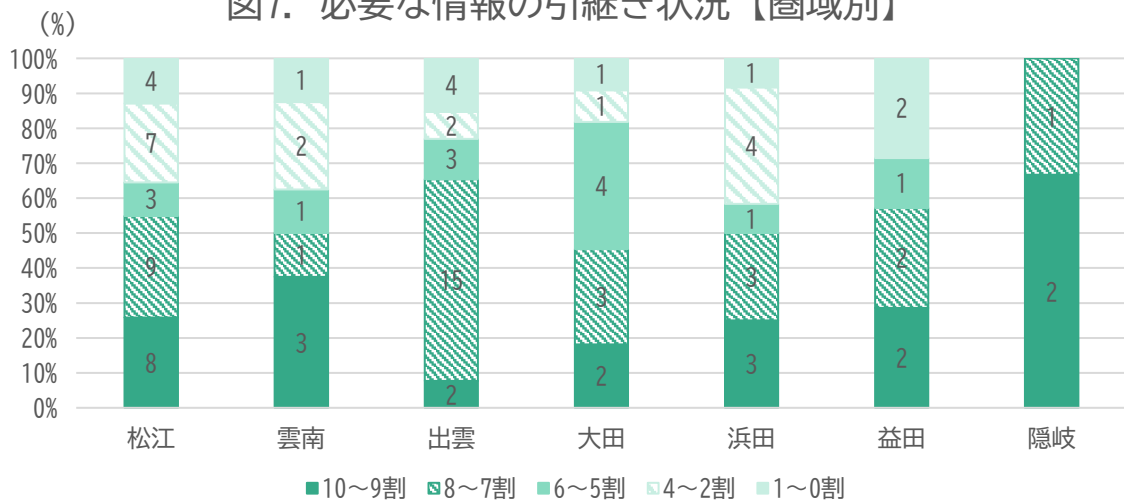


図7. 必要な情報の引継ぎ状況【圏域別】



必要な情報が7割以上引き継がれている割合が最も高いのは養護であり、次いで特養であった。圏域別にみると、7割以上引き継がれている割合は、隠岐圏域が最も多く、次いで出雲圏域・松江圏域であった。

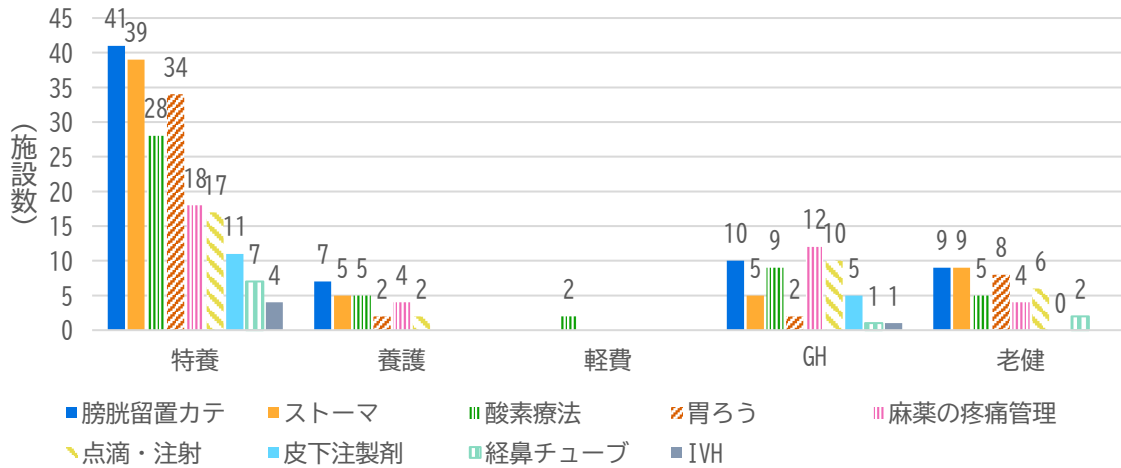
問 4

どのような情報があれば、よりスムーズに受け入れることができますか。
受け入れ施設として必要・欲しい情報についてお書きください。

項目	内容
病状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所時の本人の病状や予後の可能性（余命を含む） ・ がんに関する状況と施設としての注意事項 ・ ケアするにあたって、どのような注意点があるのか
治療状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護サマリー等の治療状況がまとまった資料 ・ 施設に求められる具体的な医療的ケアの内容 ・ 服薬の情報（薬の管理、注意事項、副作用など） ・ 受診や治療の見通しや必要な処置内容 ・ 注意が必要な合併症や再発の注意点
緊急対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体調不良時の往診体制（24時間訪問は可能？） ・ 急変や状態悪化時の受け入れ体制や対応方法 ・ 苦痛緩和の方法 ・ 通常時や緊急時の相談体制や方法
本人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の「がん」への受け止めや本人の意向（ACP） ・ 終末期をどのように過ごしたいか
家族	<ul style="list-style-type: none"> ・ がんや治療に関する家族の意見や想い ・ 主治医から家族への説明状況 ・ 終末期を本人にどのように過ごしてほしいか
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護の関わりや導入の可否

問 5-1 がん患者にかかる医療的ケアの対応可能な内容について（複数回答）

図8. 対応可能な医療的ケア



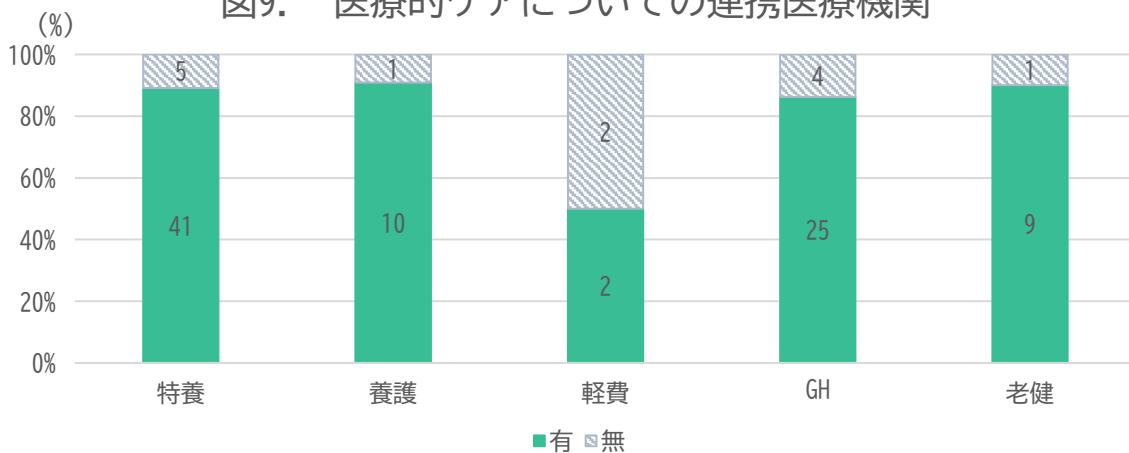
【その他:】

外来受診 / 疼痛時の痛み止め服薬や座薬対応 / 麻薬の貼付薬 / 治療はしていない

対応可能な医療的ケアとしては、最も多いのが膀胱留置カテーテルであり、次いでストーマ管理であった。拠点病院等からニーズのある麻薬による疼痛管理については、全体で 38 施設と少ない状況であった。

問 5-2 上記の医療的ケアについて連携医療機関がありますか

図9. 医療的ケアについての連携医療機関



軽費を除く、4 施設種別においては 8 割以上の施設が連携医療機関を有して、対応を行っている状況があった。

問 6 麻薬を使用したがん患者の疼痛管理にかかる対応について、あてはまるものすべてを選択してください（複数回答）

図10. 麻薬使用の疼痛管理にかかる対応

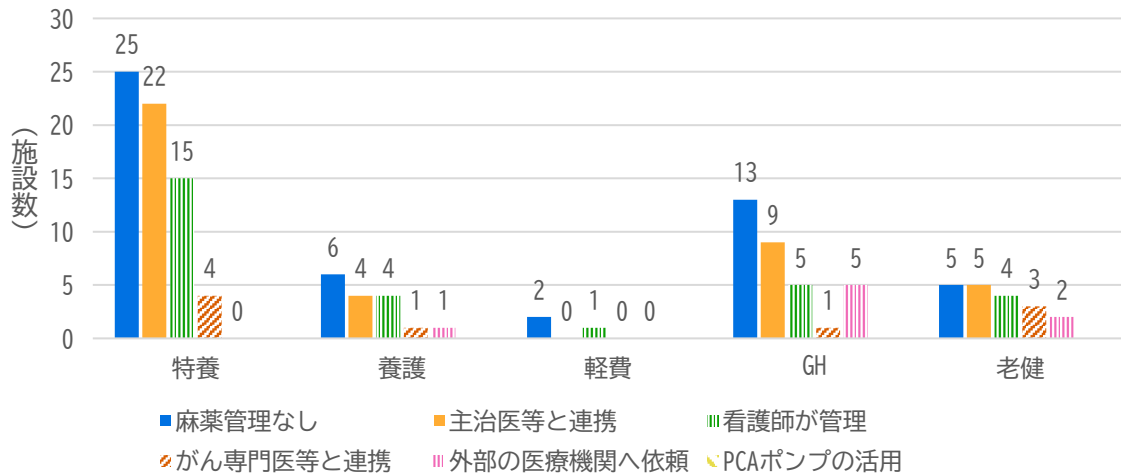
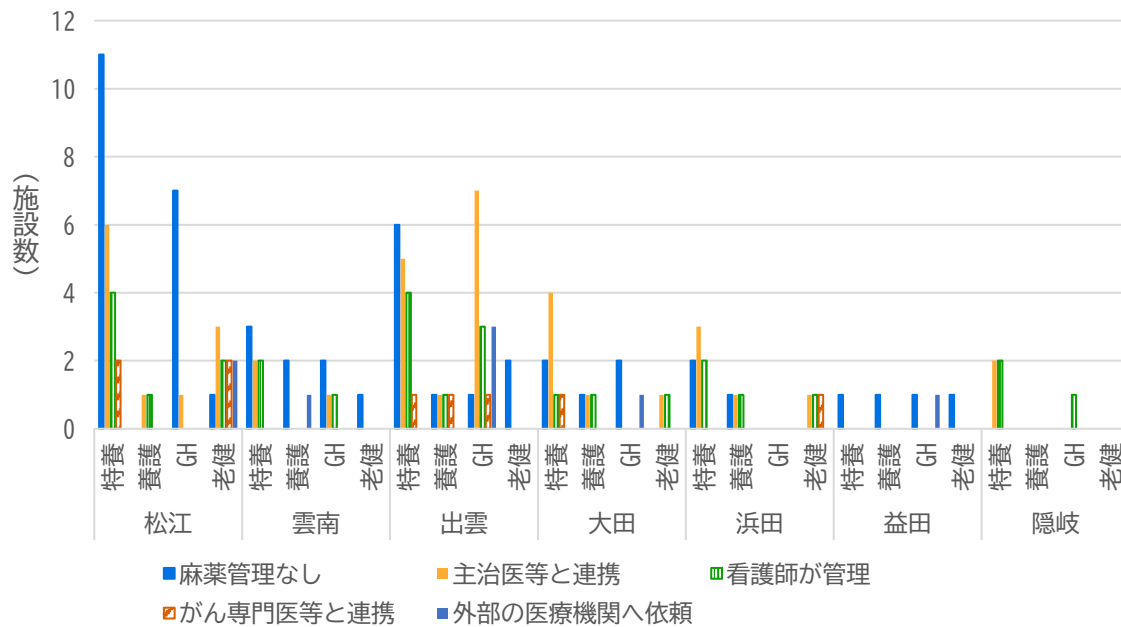


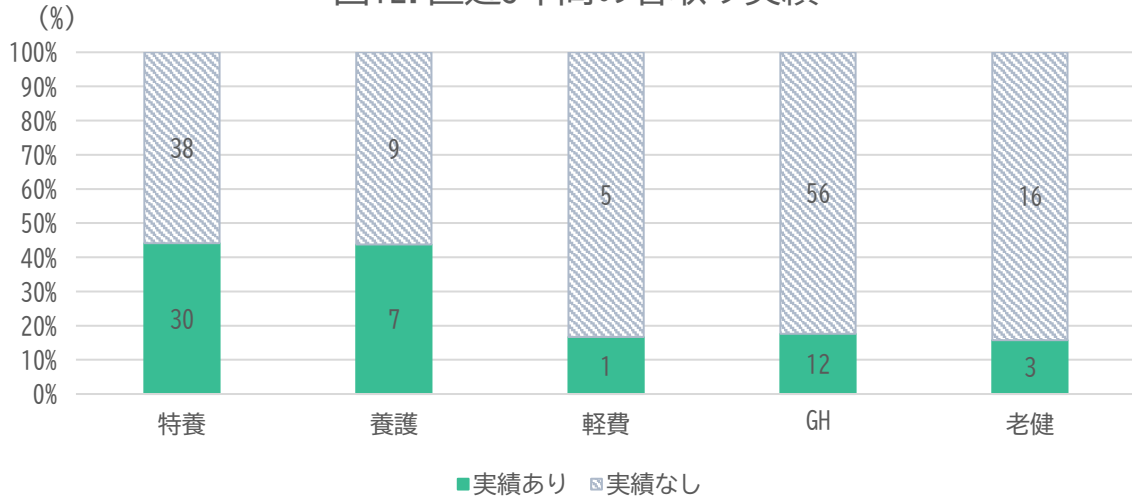
図11. 麻薬使用の疼痛管理にかかる対応【圏域別】 ※軽費を除く



麻薬を使用した疼痛管理については、行っていないという回答が最も多かった。麻薬を使用した疼痛管理をしている施設では、主治医等との連携を行い、看護師が管理をしている施設が多い状況であった。

問 7 直近 5 年間のがん患者の看取りの実績はありますか。

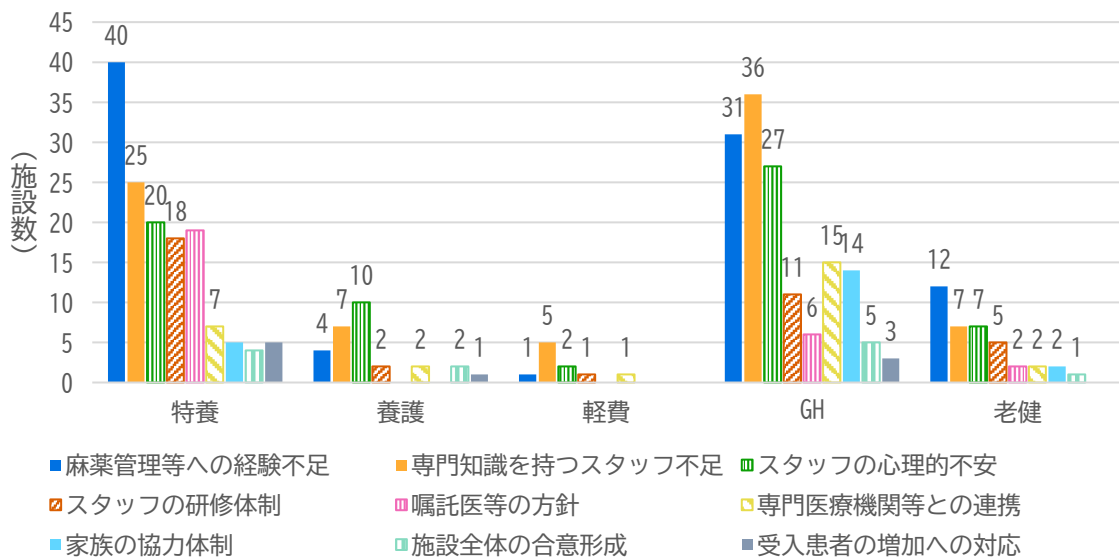
図12. 直近5年間の看取り実績



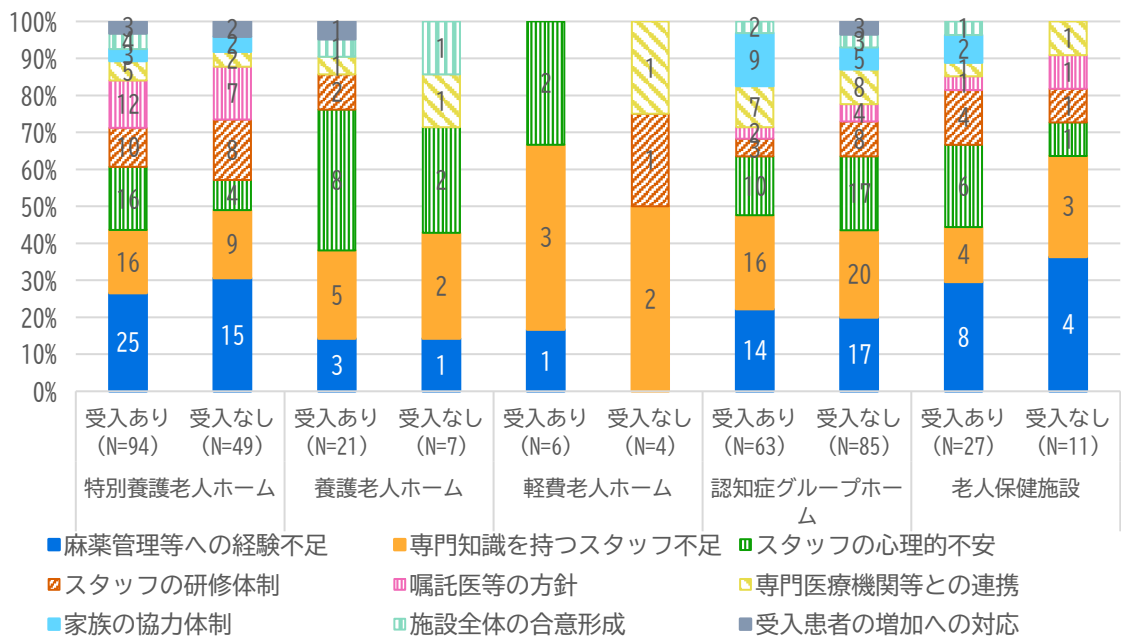
直近 5 年間の看取りについては、養護と特養で約 40%、残る 3 施設種別は約 1 割強で看取りの実績があった。

問 8 がん患者の受け入れにあたり、主な課題はなんですか (必要なもの 2 つ)

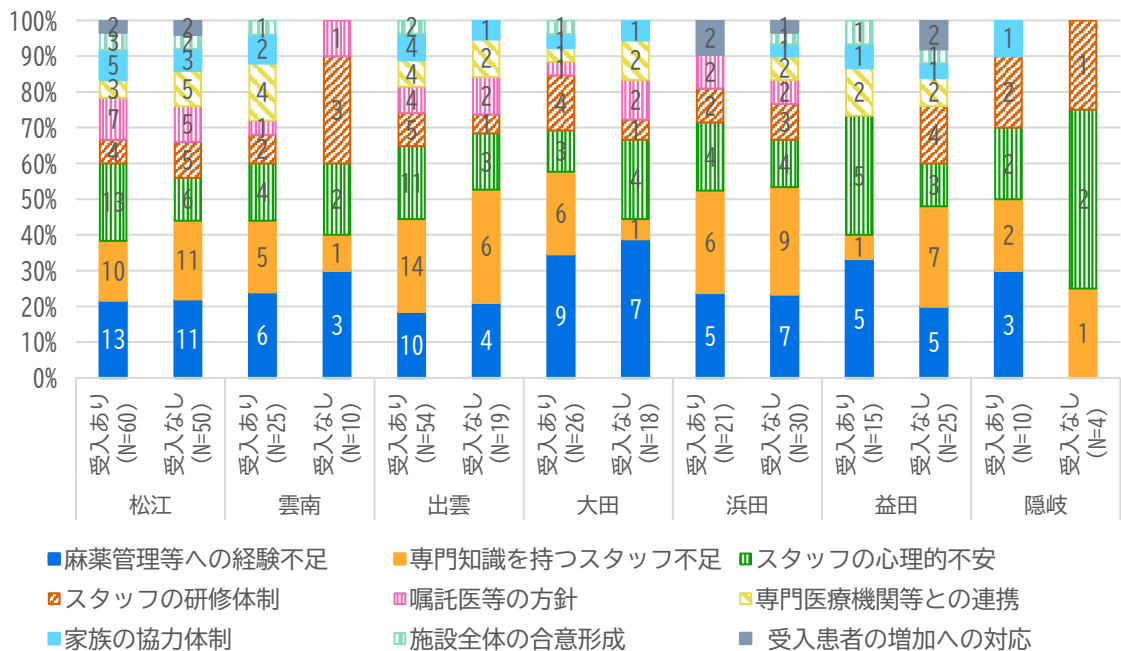
図13. 受け入れにあたる主な課題



(%) 図14. 受け入れにあたる主な課題【受入別】



(%) 図15. 受け入れるにあたっての主な課題【圏域別】



がん患者を受け入れるにあたっての主な課題としては、全施設を通じて最も多いのが麻薬管理等への経験不足であり、次いで専門知識を持つスタッフの不足、スタッフの心理的不安であった。今までの受入状況によって多少の差はあるものの、同様の傾向と言える。

問 9

がん患者を受け入れるにあたり、どのような支援が必要ですか
(必要なもの2つ)

図16. 受け入れるにあたっての支援ニーズ

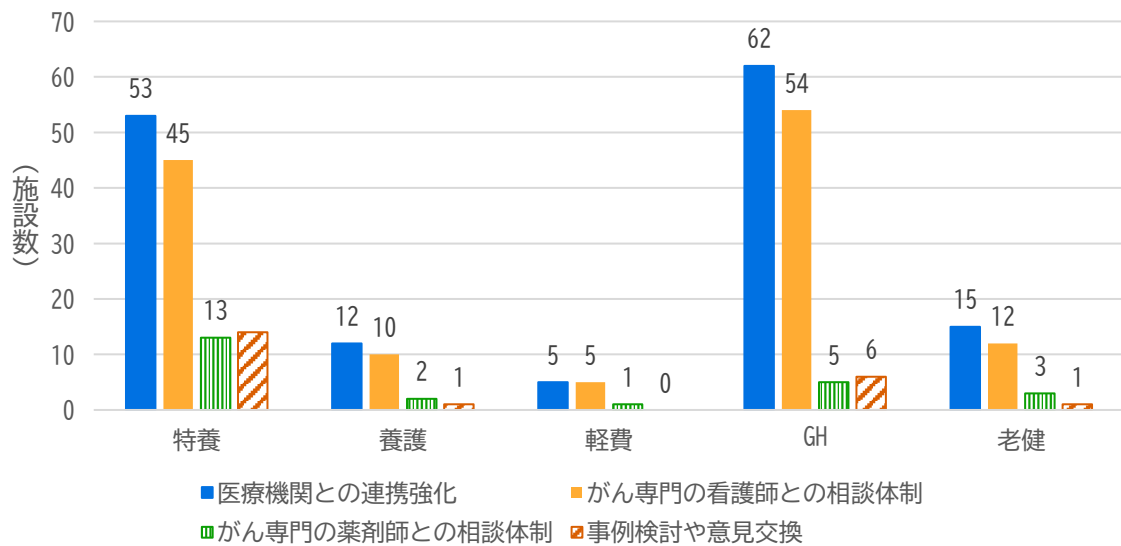


図17. 受け入れるにあたっての支援ニーズ【受入状況別】

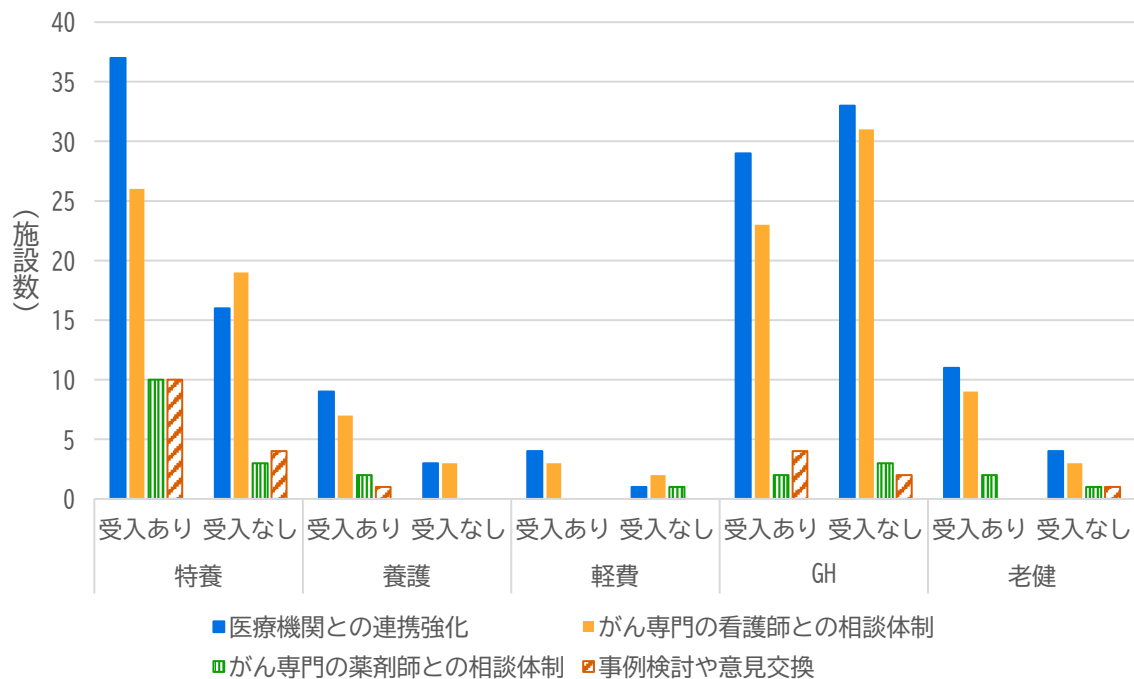
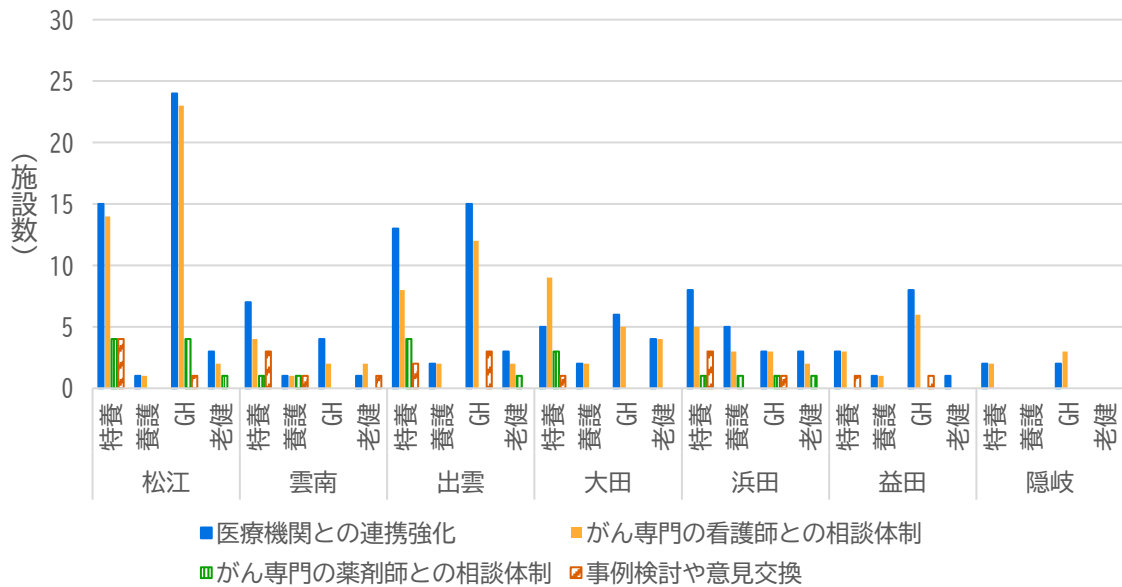


図18. 受け入れるにあたっての支援ニーズ【圏域別】 ※軽費を除く



がん患者を受け入れるにあたっての支援ニーズについては、最も高いのが医療機関との連携、次いでがんを専門とした看護師との相談体制であった。受入のある施設においては、がんを専門とした薬剤師との相談体制や事例検討などのニーズもあった。

問 10

がん患者を受け入れるにあたり、どのような研修会を希望しますか
(特に必要なもの3つ)

図19. 受け入れるにあたっての研修会ニーズ

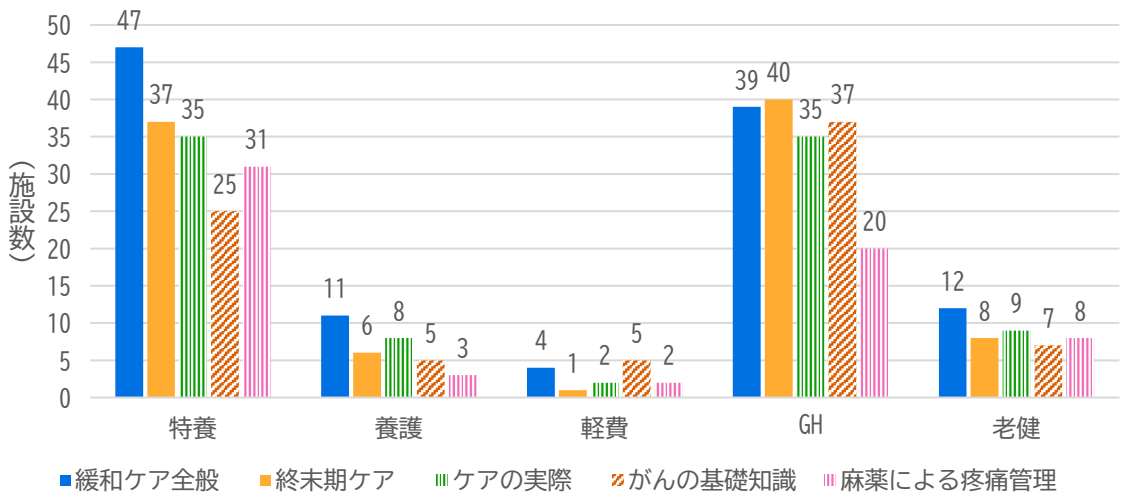


図20. 受け入れるにあたっての研修会ニーズ【受入別】

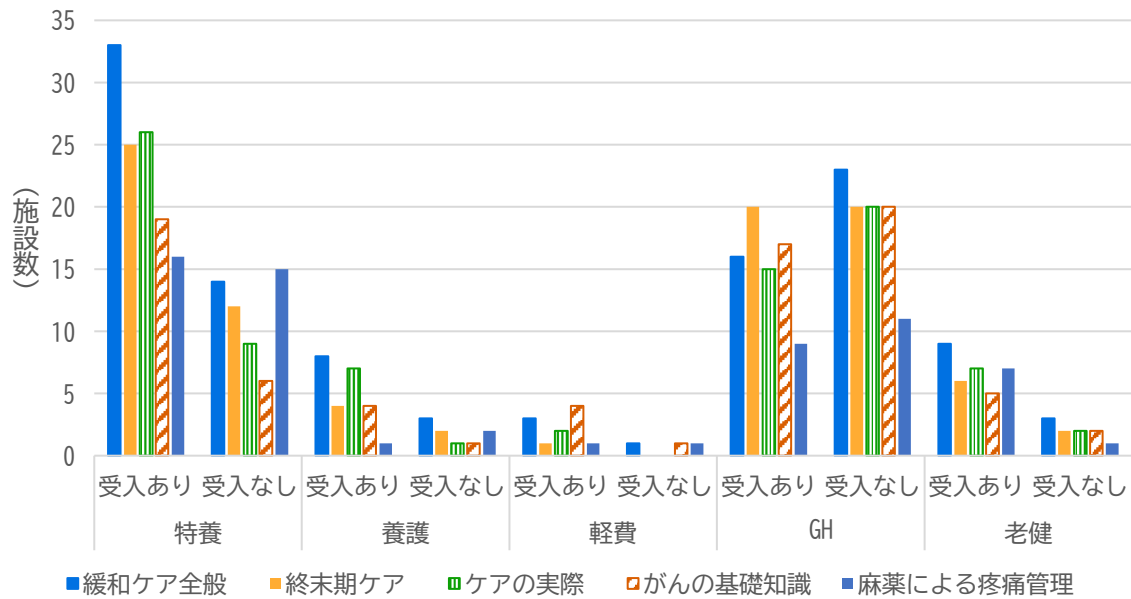
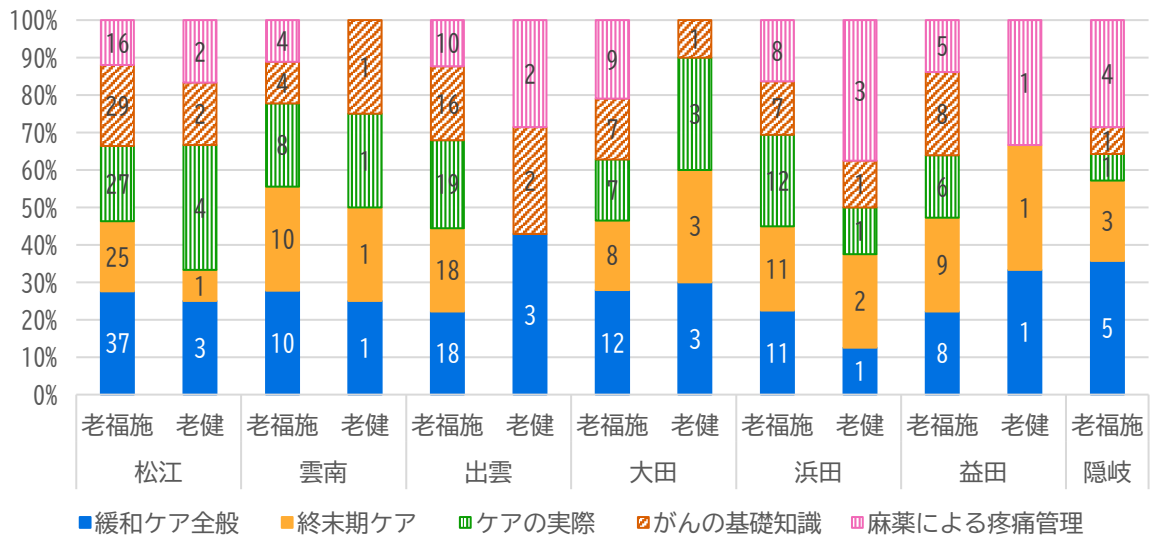


図21. 受け入れるにあたっての研修会ニーズ【圏域別】



受け入れるにあたっての研修会ニーズで最も高いのは、緩和ケア全般で、次いで終末期のケア、そしてケアの実際であった。

問 11-1	がん患者の受け入れにあたってのご意見や課題等
問 11-2	がん患者の看取りにあたってのご意見や課題等

【特別養護老人ホーム】

項目	内容
受入 対応	<p><u>施設の体制に関すること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 協力病院との連携もスムーズで、医療的な対応も比較的可能であるが、麻薬の管理を現在行っていない。がんの既往に関わらず、身体状態が安定している方は入居しているため、今後の課題にはなってくると思う。 ・ 疼痛管理が必要な患者の受け入れは困難。疼痛管理が必要でない患者は現時点でも入所中であり、介護ケアで受け入れている。 ・ 基本的には、高齢者福祉施設(生活の場)なので受入は難しい。すでに入居されている方ががんになった場合は要相談。 ・ 痛みのコントロールは病院のようにはできませんが、看取り施設としてできる範囲の緩和対応はさせていただいている。 ・ 介護職員に対する医療的ケアの理解を深めること。急変時の対応、医師との連携をしっかりと確認しておくことが必要。 ・ 医療スタッフが少なく、介護スタッフが大半を受けることになり、その教育ができなければ受け入れることは困難と思われる。 ・ がんの術後に再発の可能性があるが、年齢的に精査を希望されない方が多い印象。終末期を対象としているため、がんに特化した受入体制は整っていない。 ・ 課題として専門知識とスキルの不足、医療設備不足。スタッフの負担増加やほかの利用者のサービスが手薄になることが考えられる。 ・ 受入経験がなく心理的にも負担感が大きく、人材不足が深刻で対応が難しい。 ・ 前提として嘱託医の資格や管理体制が整わなければ実施は難しい。 ・ ご本人、ご家族の緩和・看取りケアに対する意向を確認している。施設方針として医療行為(延命治療)、医療的ケアを希望された場合は受け入れ困難としている。 ・ 生活の場で症状緩和が十分にできるか不安がある。 ・ 普段のケアを担当する現場の介護職員の精神的負担が大きくなる可能性があり、受け入れが難しいと考えている。 ・ 現在の体制から必ずしも本人・家族等の要望に応えられない。 <p><u>医療に関すること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医療機関が遠方のため受診対応が難しい面がある。現状として、体制が整わないこともあり、医療依存度の高い方の受け入れは困難。 ・ がん治療をするのであれば、病院になるかと思う。 ・ 医療機関とのスムーズなやりとりがあれば、受け入れやすい。

看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の最後の時間をその人らしく過ごせるように又、ご家族が悔いなく利用者を送り出せるようにそれぞれに寄り添った介護の提供ができるとうい。 ・ ご本人・ご家族の希望に応じて、施設でできる範囲での看取り対応は可能。 ・ 苦痛緩和ができていれば可能。 ・ がん治療しないのであれば、受入・看取りは可能。 ・ がんの進行よりも老衰に伴う全身状態の低下での死亡がほとんど。 ・ 症状が変化していく中で QOL を保ち、全人的ケアが最期までできるか不安。 ・ 終焉時の麻薬使用ケースは医療機関に委ねたい。苦痛緩和ケアは特養では無理だと思っている。 ・ 認知症の方の看取りをしましたが、痛さに対する反応が大変でした。 ・ 病気の進行に伴い医療的な処置が多くなると対応できない。 ・ 疼痛管理が一番難しいと思う。麻薬に関しても体制が整っていないと難しい。 ・ 人材確保の影響からケアの質を担保できない状況も想定される。 ・ 精神的サポートの欠如、病院等との連携不足、倫理的な問題も挙げられる。まずはがん患者の看取りケアの経験不足、腹水や疼痛に対する対応等も課題である。 ・ 嘱託医の資格や管理体制が整わなければ実施は難しいです。 ・ 家族への支援も含めた看取り体制の整備など。 ・ 医療行為、医療的ケアを希望されない場合でも、意識レベルの低下により食事摂取が困難になった場合は、施設内では点滴をしていない為、看取り対応となる。症状(嘔吐、下血、呼吸困難等)が強ければ看取りであっても受け入れが困難。
-----	---

【養護老人ホーム】

項目	内容
受入 対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 十分なケアができるよう設備・人員配置への支援をお願いしたい。 ・ 限界はあるかと思うが、入所時に施設で生活が可能な方は受け入れできる。 ・ 日常生活が自立できていれば受入可能。介護や看護の度合いが高くなった時点で対象ではないと考えており、高度医療技術が必要な場合は受け入れが難しい。 ・ 麻薬等の疼痛緩和の流れで実施する場合があるものの、看護師が 1 人体制の養護老人ホームでは麻薬管理や服薬などの対応が難しい。
看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症ケアや部分介助が必要な方の入所が多く、スタッフ不足の為対応が困難。 ・ 養護老人ホームでの体制の看取りのケアは実際難しい。家族とのコミュニケーションや支援が重要となる。また、身寄りのない方も多くそれも課題である。 ・ 看護師が常にいる施設ではないため看取りは受け入れ不可能と考える。突然死の場合は嘱託医との連携にて対応している。 ・ がんにかかっておられたが最後は老衰の形だと思います。ある方は、体が辛すぎて入院を希望され病院で亡くなられました。

【軽費老人ホーム】

項目	内容
受入 対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアハウスは医療専門職が配置されていないため、がんに関する基礎知識、医療との連携、緊急時の対応などが最低限必要かと思います。また、自立生活で職員数が限られているため、日常生活や心理的なサポートの対応力に限界があることが課題です。
看取り	意見なし。

【認知症グループホーム】

項目	内容
受入 対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者ががんになり、訪問看護に入ってもらい色々聞きながら対応した。 ・ 主治医と本人・家族で、当施設の入所が可能かを相談し、判断したうえで納得されたのであれば、入所は可能と思う。 ・ 急激な状態変化があるかわからないが、医療的ケアがあまりない方は受け入れが可能だと思う。 ・ 24 時間点滴や麻薬使用という状況での受入はできず、協力医の指示のもと対応できるか検討している。GHにはずっと看護師がいないことが課題。 ・ 看護師が常にいる状態ではないため、受入は難しい。 ・ 受入は大丈夫だが、受診は家族負担となる。また、緊急時の往診等も課題。 ・ 専門的な対応はできませんが、服薬対応等のケア内容でよければ受入可能。ただし、強い痛みや精神的混乱等、介護職員での対応が困難であれば受入は難しい。 ・ 契約書に常時医療機関において治療をする必要がないことを条件にしているため、医療行為が 24 時間必要な場合は対応が難しい。 ・ 原則、入所後に憎悪したケース・発症したケースと考えている。「がん前提」「看取り前提」では受入は難しい。 ・ 医療職がそもそも居なくてもよい状況であり、受入は難しい。週 2 回の非常勤看護師以外はすべて介護職で対応している。
看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設でも癌と向き合いながらも日常生活を送っておられる方はたくさんおられます。高齢者のがん患者の方の看取りなどの対応については専門的な見方ではなく、治療から離れた在り方で親しい方に囲まれ、住み慣れた場所での対応が良いように感じる場合があります。 ・ 点滴はあまりできず、看護師もいないので、介護職ができる範囲で訪問看護や在宅診療科の協力があれば可能だと思う。 ・ 職員の経験がないこと、入居時ご家族には基本的には看取りを行っていないことを伝えている。GHでの生活が難しくなった際には、同法人内を含めた次のステージへのバトンタッチを行っている。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホスピスへの入院、痛みのコントロールが難しい場合の選択肢を提案している。 ・ がん患者ではない方の看取りはしているが、がん患者の方の看取りは行ったことがない。がん患者の看取りでの注意点等の知識がない。 ・ 看護師が常駐しておらず、医療的なケアが必要になった場合は退居になることがほとんど。家族が治療を望まなければ看取りも可能だが、苦しんでいてもなにもできないため、職員の精神的苦痛が大きいのではないかと思う。 ・ 痛みや苦しさに対して、施設での対応に限界がある。家族の思いや考えと本人の思いを含めてどう対応すべきか悩む。 ・ 積極的な治療を望まれていない場合、看取りとしている対症療法のみ。緩和ケアを目指したいが出来ることも限られてしまう。 ・ 協力医の方針が GH での看取りや医療依存度の高い方の受け入れを受けてくださらないので現在は対応ができない。 ・ 施設入所したから安心ではなく、常に家族の協力が必須と思われる。 ・ 本人家族がこの場所で最期を迎えたいという強い希望があったが家族が泊まる部屋等もなく見取りの難しさを知った。 ・ 重度介護によるターミナルケアは、受け入れも検討しているがスタッフの体制により対応に相当な努力を必要とする。 ・ 医療体制とケアを実施する体制がない。 ・ 医療行為のない看取りなら受け入れたいが職員不足の不安、心配。 ・ がん患者のケアをした事がない。 ・ 今まで看取りは行ったことがない。
--	--

【老人保健施設】

項目	内容
受入対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医の方針にて、麻薬使用の疼痛コントロールの患者さんの現在受け入れはしていない。化学療法後の患者のショートステイは受け入れている。 ・ 現段階では、麻薬管理が困難で受け入れできない。また、介護職のスタッフの不安がある。
看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・ ターミナルで麻薬取扱いのない患者さんの看取りは行えるが、家族が病院でなく施設での看取りをされるかが問題である。 ・ 終末期ケア全体の知識不足、体制が整っていない、要望があれば体制づくりが必要。

3. 調査結果を踏まえた課題と今後の取組方針

今回の調査の回答率は、全体で約 53%であった。最も回答率が高かったのが「養護老人ホーム」の 69.6%、最も回答率が低かったのが「軽費老人ホーム」の 35.3%であり、県内すべての施設の状況が明らかになっていないという前提のもとで、課題を整理していく必要がある。

1) 調査結果を踏まえた課題

a) がん患者の受入状況や看取りの状況

- ・ 回答施設全体の約 6 割ががん患者を受け入れており、さらに「今後の受け入れを検討している」という施設も存在する。一方で、「受入経験がなく今後も難しい」と回答施設が 4 割程度あった。
- ・ 看護師の配置義務のない「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」「認知症グループホーム」では、看護師が常駐せず 24 時間の医療的ケアへの対応ができないため、介護職の負担感も大きい。結果として、医療的ケアを要するがん患者の受入のハードルは高い。
- ・ 看護師の配置義務がある「特別養護老人ホーム」「介護老人保健施設」においても、麻薬管理を含む疼痛コントロールがネックとなり、人材不足や介護職員の精神的負担等から受入可能な施設は限られている。
- ・ 直近 5 年のがん患者の看取り実績については、「特別養護老人ホーム」「養護老人ホーム」で約 40%であり、それ以外の施設は約 10%であった。疼痛管理や医療的ケアを必要としないケースは受入可能という意見が多いが、医療依存度が高い場合は対応困難という意見が多くあった。施設形態によっては、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションとの連携・協力によっては可能という施設もあった。

b) 必要な情報の引継ぎについて

- ・ 必要情報の 5～6 割を引き継がれている施設が全体の半数を超えている。圏域差はあるものの、6 割程度の施設で一定水準の情報共有がされており、医療・介護連携の取組の成果がうかがえる。
- ・ 施設が特に求める情報としては、①患者の病状・治療状況、②本人や家族のがんに対する受け止めや終末期への意思(ACP)、③緊急時対応としての苦痛緩和の方法、往診体制や受け入れ体制であった。医療機関がこれらを丁寧に提供することで、よりスムーズな受け入れに繋がる可能性がある。

c) 疼痛管理を含む医療的ケアや受け入れにあたっての課題

- ・ 実施可能なケアは、膀胱留置カテーテルやストーマ管理が最多である。高度な医療的ケアである麻薬による疼痛管理や IVH については対応可能な施設が少ない状況がある。

- ・ 施設の声として、看護職員の配置がない又は少ないなかで、麻薬管理への心理的不安、介護職員の精神的負担が大きい状況がある。また、麻薬管理等への経験や専門知識を持つスタッフの不足も影響している。
- ・ 受入に向けての支援ニーズとしては、医療機関との連携強化、専門・認定看護師との相談体制が求められている。また、研修会のニーズとしては、緩和ケアや終末期のケア、ケアの実際やがんの基礎知識についても挙げられた。

d) その他、横断的な課題

- ・ 全施設共通の深刻な課題としては人材不足がある。看護職が1名体制もしくは不在というケースが多く、施設における医療職配置基準も影響している。限られた体制の下で、外部資源の活用も含めた体制整備の検討が必要だと考えられる。

2) 今後の取組方針

a) 好取組の収集・横展開

がん患者を受け入れている施設に意見交換を行い、①医療機関との連携、②施設内での情報共有や役割分担、③介護職員の負担軽減策 等の工夫について把握する。収集したノウハウを好取組としてまとめて、老人福祉施設協議会や老人保健施設協会とも共有し、横展開を目指す。

b) 医療介護連携のより一層の推進

本報告書を各圏域等の医療介護連携に関する会議において話し合う材料として活用してもらい、医療介護連携のより一層の推進を図る。

c) がん拠点病院等や訪問看護ステーションとの連携による医療的ケア提供体制の拡充

高齢者施設において研修がより充実できるよう、県内のがん拠点病院等の専門・認定看護師を派遣できる体制を整備し、様々な地域・施設でがん患者へのケアが向上することを目指す。また、拠点病院等と相談し、施設が対応に困った際の相談体制の構築についても検討する。

また、高齢者施設における訪問看護との連携や医療的ケアの提供状況についても実態把握を行い、高齢者施設と訪問看護ステーションとの連携及び医療的ケアの提供体制の推進を目指す。

d) 拠点病院等への情報提供

今回の調査で得られた施設の受入状況や医療的ケアの提供状況について、情報提供を承諾された施設をまとめる。拠点病院等へ提供し、入退院調整や在宅・施設移行時の参考資料として活用してもらう。

4. まとめ

本調査では、高齢者施設ががん患者をどの程度受け入れており、どのようなケアを提供しているのかを初めて把握した点において、在宅緩和ケア提供体制を推進する意義深い機会となった。医療職の配置基準や医療・介護職員の人材不足という構造的な課題のなかで、「患者の望みに寄り添うケアを提供できる体制」をいかに維持・構築させるのかが、今後より一層求められる。

調査結果をみると、約 6 割の施設ががん患者を受け入れている一方で、約 4 割は依然として受け入れができていない状況がある。特に看護師配置義務のない施設では、24 時間対応や疼痛管理への不安が大きく、医療的ケアのハードルは高い。しかしながら、限られた資源・人員のなかでも、質の高い緩和ケアを提供している施設もある。こうした好事例を丁寧に情報収集し、横展開することも今後の重要な取組となる。

具体的には、がん患者の受入実績のある施設への個別の意見交換を通じて、医療・介護連携や介護職員の負担軽減策などを情報収集し、老人福祉施設協議会や老人保健施設協会と共有しながら進めていきたい。また、既存の医療・介護連携会議等を活用し、退院調整や情報共有における医療介護連携をより一層推進していく必要がある。

さらに、がん患者を受け入れる施設を増やすためには、高齢者施設に向けた研修や相談体制について、拠点病院等と検討していくことも必要である。また、高齢者施設と訪問看護ステーションとの連携等について実態把握を行いながら、施設単独では対応が難しい医療的ケアが提供できるよう連携強化を検討していく。加えて、拠点病院等に調査結果を共有することで入退院連携が一層スムーズになり、患者・家族が望む療養の場の選択肢を広げることに繋がる可能性がある。

今後は、先述した取組方針を様々な機関と連携しながら一歩ずつ具体化し、がんとともに生きる高齢者一人ひとりのその人らしい暮らしと尊厳のある最期を支えられる緩和ケア提供体制を目指していく。