

日本女子大学大学院審査博士学位申請論文

特別養護老人ホームで最期を迎える高齢者への EOL (End-of-life) ケア
—介護職員による生活の視点とケア実践—

指導教授 木村 真理子 教授

2016 年 3 月

日本女子大学大学院 人間社会研究科
社会福祉学専攻後期博士課程
学籍番号 11282004 渡辺 洋子

謝辞

本論文を執筆するにあたり、多くの方々に支えていただき、心よりお礼を申し上げます。まず、介護職員の方々には、現場で日夜を問わず、入居者ケアする多忙な日々のなか、貴重な時間を割き、アンケート回答にご協力いただき、心より感謝いたします。

今回は、245ヶ所の特養で働く介護職員を対象に、予備調査で得られた10分の所要時間を厳守する形式をとり、707人分を回収いたしました。一部の質問項目に不備があり、困惑を招いたことを深く反省しております。また自由記述欄には、多くの介護職員が死別や臨終への思いや学び、入居者と真摯に対峙する内容が記されていました。

「アンケートの意図がわかりにくい・・・本当に必要な研究なら、直接、現場に来て職員や入所者の方の声を聞いたり、体感するべきだと思う」「・・・看取りのプロセスや質の向上に貢献することを目指しているのであれば、もっともっと深く聞き取って欲しい・・・資格とか、数値ではない」

私たち研究者は、このような介護職員の言葉を厳粛に受け止め、先行研究から導かれる明確な研究目的に基づいた研究方法を取捨選択する必要があります。今回は全国の特養で働く介護職員の表層的なデータを集計し、分析する手法を選択しました。しかしながら707人の介護職員は707人分のケア観をもち、入居者ケアにあたっていることでしょう。そのようなケア観が反映された「自由記述欄」は、今後、質的に分析した上で別稿に表し、今回の集計結果や分析結果との関連を実証したいと考えています。

次に、後期博士課程入学から現在に至るまで、未熟で不肖な私を絶えず指導し、論文完成まで導いていただいた先生方に心よりお礼を申し上げます。ひとつのテーマを探究し続けることは、たいへん有意義で豊かな時間となりました。主査の木村真理子教授には、高所大所、そして時には寄添う距離感で、初歩的な論文作法から博士論文の根幹に至るまで、幅広く熱心にご指導いただきました。また私自身がクリエイティブな世界に入り込み、孤独に苛まれ、不安を募らせることもありました。木村教授はその変化を瞬時に洞察し、指導後に聴かせていただく他愛もない話題に笑みがこぼれ、穏やかな雰囲気の中、研究室を後にしたことが幾度となくありました。そのひとは、まさに「疲れた旅人を、温かい毛布で包み、癒す」と著したソンドースのホスピタリティそのものでした。私にとって木村教授は、研究者、教育者、そして対象者をケアする実践者として、常に尊い存在であり、多くのことを学ばせていただきました。深心より感謝いたします。本当に、ありがとうございます。

副査の渡部律子教授には、高齢者福祉領域における専門的な知識に加え、社会の潮流にも視野を広げ、一般の人々と研究者の差異に注目し、論理的思考に発展させることの重要性を学ばせていただきました。心より感謝いたします。副査の永井暁子准教授には、基礎的な統計処理やデータの扱い方、先行研究から研究目的を導くために養うべき批判的視点の重要性を学ばせていただきました。心より感謝いたします。さらに日本女子大学社会福祉学科の先生方にも、多方面からご助言、ご指導いただきました。心より感謝いたします。

最後に、西生田キャンパス学務課小坂道夫氏には、大学院博士課程における重要な事務手続きで、迅速、かつ丁寧に、ご指導いただきました。心より感謝いたします。また本論文の支柱となる調査では、本学博士課程における特別研究奨励金助成制度により、短期間で全国の特養にアンケート調査を実施することができました。目白キャンパス研究支援課及び西生田キャンパス学務課の方々に、たいへんお世話になりましたことを心より感謝いたします。

論文要約

本研究の目的は、以下の2点である。第一に、特別養護老人ホーム（以下、特養）の介護職員が、最期を迎えた要介護高齢者に実施した EOL（End-of-life、以下 EOL）ケア行動を明らかにすることである。第二に、EOL ケア行動の実施に影響を与える要因を抽出し考察することである。

わが国は人口の急激な高齢化に伴い 2000（平成 12）年には、介護保険制度がはじまり、在宅サービスや施設サービスへも高齢者支援システムの充実が期待されてきた。しかし高齢者は一般的に介護度が高くなる傾向にあり、特養では自宅生活への復帰をめざすことは困難な現況である。そのため同制度では、特養が入居者の生活の場にとどまらず、人生の最期を迎える終の棲家としてもサービス提供が見直され、看取りの場のひとつとして重要な役割を担うことが求められている。

このような背景のもとに特養では、施設的环境を整備し、看取りのプロセスを充足させることが望まれている。しかし特養における職員配置や勤務体制など課題が山積しているため、最期を迎えた入居者へのケアの実態が乏しく明確ではないと考える。一方、病院死の増加は日常から死を切り離し、人々が生命の尊さに触れる機会を遠ざけ、死を特別視することを助長している。とりわけ特養の介護職員は入居者の生活の場を共有し、日常的な介護に加え、人生を全うする最期のケアにも必要な存在である。特養が入居者の看取りの場として生活の範疇を拡げているため、介護職員には入居者の生活の延長上に死が存在し得るケア実践と視点が必要でもある。以上のことから、本研究では特養の介護職員の視点で最期を迎えた入居者へのケアを捉え、ケア行動に影響を与える要因から生活の延長上に死が存在するケアの方向性を考察する。

本論文では、以下のような5つの章から構成される。

序章では、本研究の背景および問題の所在、目的、論文構成など、研究概要について説明した。

第1章では、まず死にゆく人々へのケアや提供の場をめぐる概念の変遷、ケアを提供する専門職員と職務内容、ケアされる人々と家族、双方から国内外の先行研究文献レビューにより整理し、死にゆく人々へのケアに関する課題を導き出した。次に、高齢者が迎える3つの死の過程を例示した上で、高齢者の死生観やケア期待を抽出し、医療的なケアよりも、ケアを重視する社会潮流にも触れ、専門職員のケア観が問われていることを述べた。さらに、特養で生活する高齢者を入居者と位置づけ、自宅とは異なる特養生活の「苦難」や「落差」を踏まえ、事例から介護職員の看取りケア実践を考察し、療養上の世話やニーズに沿った入居者の生活をケアする介護職員の役割を概観した。その上で、本研究における特養の入居者を対象とした EOL ケアの定義と範疇について明示した。以上のことから、特養の入居者が最期を迎えるための施設環境及びケア実践の諸条件や要素を整理し、本研究における課題および研究の問いを提示した。

第2章では、本研究の問いから導かれるリサーチクエスチョンを提示し、3つの段階を

経る研究設計、データ収集の過程、分析方法など、研究方法を述べた。まず、特養における EOL ケア実態調査では、独立行政法人福祉医療機構が運営する WAMNE 上で施設名、所在地及び連絡先を掲載している 6590 ヶ所のリストを作成した。特養所在数の 1 割にあたる 47 都道府県別に算出後に等間隔で選定し、最終的に全国 685 ヶ所をサンプルとして抽出した。アンケート調査票は調査協力の内諾を得た 382 ヶ所に郵送した。ただしひとつの施設に、3 人分となるアンケート 3 部を郵送し、245 ヶ所（有効回答率 35.77%）の施設、707 人（有効回答率 61.90%）の介護職員数の回答を得た。なお本調査サンプルにおける特養の属性と公的統計資料結果を比較したところ、大きく異なる結果ではなかったため、調査結果の代表性は担保されている。

多変量解析では、まず、介護職員の EOL ケア行動 50 項目を用いた探索的因子分析から、4 つの因子を析出し、「こころの安寧に関するケア；因子 1」「意思尊重に関するケア；因子 2」「死後に関するケア；因子 3」「医療処置に関するケア；因子 4」と命名した。なお KMO 測度 0.893、Bartlett 球面性検定 $p < 0.01$ であり妥当性は示されていた。クロンバック α 係数は第 1 因子 $\alpha = 0.754$ 、第 2 因子 $\alpha = 0.626$ 、第 3 因子 $\alpha = 0.615$ 、第 4 因子 $\alpha = 0.754$ であり、累積寄与率は 53%であった。以上のことから、介護職員の EOL ケア行動尺度として用いることができると判断し、従属変数に用いた。次に、4 つの施設環境関連変数および 5 つの介護職員特性変数を独立変数に用い、4 つの EOL ケア行動に影響を与える要因の仮説をそれぞれ設定し、重回帰分析を行った。なお解析の事前準備では、従属変数は 4 つの因子を合計得点化し、独立変数はダミー変数化して処理した。

第 3 章では、本研究における調査および分析結果を述べた。調査結果では、入居者が最期を迎える施設環境の一部が整う一方で、医療職員配置などが十分とは言えないことが明らかになった。介護職員特性は中堅クラスの職員が多く、実務経験を経て介護福祉士国家資格を取得している傾向が明らかになった。特養で最期を迎えた入居者には、女性、90 歳代、最も重い要介護度 5 で、3 年から 5 年の期間、特養で生活していた特性が明らかになった。介護職員の EOL ケア実施状況では、50 項目中、31 項目が 70%以上の実施状況であり、13 項目が 90%以上の実施状況であった。多変量解析における仮説検証では、4 つのケア行動ごとに以下の結果が示された。1 つめの「こころの安寧に関するケア；因子 1」では、施設環境関連変数のうち「看取りケア重視」「積極的な看取り」及び、介護職員特性変数のうち「最終学歴」が有意な結果を示した。2 つめの「意思尊重に関するケア；因子 2」では、施設環境関連変数のうち「看取りケア重視」「積極的な看取り」「居室形態」及び、介護職員特性のうち「最終学歴」が、有意な結果を示した。3 つめの「死後に関するケア；因子 3」では、施設環境関連変数のうち「看取りケア重視」「積極的な看取り」及び、介護職員特性変数のうち「入居者との臨終経験」が有意な結果を示した。4 つめの「医療処置に関するケア；因子 4」では、施設環境関連変数のうち「看取りケア重視」「居室形態」及び、介護職員特性のうち「所有資格」「最終学歴」「入居者との死別体験」が有意な結果を示した。

第4章では、本研究における調査結果およびデータ分析結果を考察し結論を導いた。その上で介護職員が主軸を担う EOL ケア実現に向けての展望と課題、将来的研究課題を抽出した。本研究の限界として、入居者との死別や臨終を経験した場合に、介護職員の EOL ケア実践を限定したことが結果に影響していると考ええる。また入居者が臨終した 1 ヶ月を遡る期間のケア実践に限定したことで、それ以前に行われたケア実践との比較が不可能であると考ええる。各施設の回答者には、協力を得られる常勤の介護職員という第一義的な条件を提示したものの、3名の選出を任せたことも回答数や結果に影響を及ぼしていると考ええる。さらに EOL ケア行動に影響を及ぼす要因が他にも存在する可能性を残していることである。これらの限界は、今後の研究において改善する余地があると考ええる。

目次

序章	1
1. 研究の背景と問題の所在	1
2. 研究の目的	2
3. 論文の構成	2
4. 用語について	3
第1章 先行研究のレビュー	5
1. 死にゆく人々へのケアをめぐる概念の変遷	5
2. 死にゆく人々へのケア～ケアする立場	13
(1) 海外の先行研究	
(2) 日本の先行研究	
3. 死にゆく人々へのケア～ケアされる立場	19
(1) 海外の先行研究	
(2) 日本の先行研究	
4. 高齢者が最期を迎えるためのケアとその課題	23
(1) 高齢期における死の過程	23
(2) 高齢者の生や死への意識や態度	26
(3) 高齢者のキュアとケア	32
5. 特別養護老人ホームで生活する高齢者とケア実践	37
(1) 特別養護老人ホームに入居する高齢者	37
(2) 特別養護老人ホームで最期を迎えた入居者とケア実践	40
(3) 専門職養成課程における介護職員の役割とケア視点	45
(4) 本研究における EOL (End-of-life) ケアの定義と範疇	49
6. 入居者が最期を迎えるための施設環境とケア実践	51
(1) 入居者が最期を迎えるための施設環境	51
(2) 入居者が最期を迎えるためのケア実践	55
7. 諸研究から明らかにされた今日の課題	59
(1) 諸研究から明らかにされた本研究における課題	59
(2) 本研究における研究の問いの提示	63
第2章 研究方法	64
1. 研究における問いとリサーチクエスション	64
2. 用語の理論上の定義及び操作上の定義	64
3. 研究の設計	66
4. データ収集の過程	66
5. 変数の操作上の定義	68
(1) 施設環境	68

(2) 介護職員特性	68
(3) 介護職員の EOL ケア行動	68
(4) 独立変数	69
(5) 従属変数	70
6. 分析モデル	71
7. 仮説	72
8. 主な分析方法	74
第3章 分析	75
1. 特養の施設環境	75
2. 介護職員特性	79
3. 最期を迎えた入居者特性	84
4. EOL ケア実施状況	86
5. 因子分析の結果	88
6. EOL ケア行動に関する重回帰分析	90
7. 結果の考察	93
(1) 単純集計	93
(2) EOL ケア行動に関する分析	93
第4章 結論及び今後の課題	98
1. 結論	98
2. 介護職員が主軸を担う EOL ケア実現に向けての展望と課題	102
(1) 生活の場から継続して最期を迎える場としての施設環境	102
(2) 生活の質から死にゆく質としてのケア実践	103
(3) 介護職員が主軸を担う EOL ケアの可能性	104
3. 将来の研究課題	105
4. 本研究の限界	106
付録 A 回答者に送った依頼文書	107
付録 B 同意書	108
付録 C 質問紙	109
参考文献	117

表目次

表 1-1 「特別養護老人ホーム芦花ホームにおける事例」	34
表 1-2 「高齢者総合福祉施設『清風荘』の A さんの事例概要」	41
表 1-3 「高齢者総合福祉施設『清風荘』の D さんの事例概要」	43
表 2-1 「分析モデルにおける変数」	71
表 3-1 「特養の施設環境・選択式回答における設問項目の単純集計」	77
表 3-2 「特養の施設環境・記述式回答における設問項目の単純集計」	78
表 3-3 「介護職員の属性・選択式回答における設問項目の単純集計」	81
表 3-4 「介護職員の『身近な存在』の順位」	82
表 3-5 「介護職員の『身近な存在』との死別経験等」	83
表 3-6 「最期を迎えた入居者特性」	85
表 3-7 「最期を迎えた入居者のケア期待」	86
表 3-8 「最期を迎えた入居者の位置づけ」	86
表 3-9 「EOL ケア実施状況」	87
表 3-10 「EOL ケア行動の分類・因子分析の結果」	89
表 3-11 「『こころの安寧に関するケア：因子 1』に影響を与える変数を用いた重回帰分析」	90
表 3-12 「『意思尊重に関するケア：因子 2』に影響を与える変数を用いた重回帰分析」	91
表 3-13 「『死後に関するケア：因子 3』に影響を与える変数を用いた重回帰分析」	91
表 3-14 「『医療処置に関するケア：因子 4』に影響を与える変数を用いた重回帰分析」	92

図目次

図 1-1 「日本で用いられている死にゆく人々へのケアをめぐる用語とその定義」	10
図 1-2 「死にゆく人々へのケアと対比する和訳」	11
図 1-3 「高齢者の身体機能と死の過程」	23
図 1-4 「医療の対象と老化の違い」	33
図 1-5 「人生の生命曲線（生老病死）」	40
図 1-6 「ナース、ケアワーカー、ソーシャルワーカーの固有性・関連性」	46
図 2-1 『『こころの安寧に関するケア：因子1』における変数の因果関係』	72
図 2-2 『『意思尊重に関するケア：因子2』における変数の因果関係』	73
図 2-3 『『死後に関するケア：因子3』における変数の因果関係』	73
図 2-4 『『医療処置に関するケア：因子4』における変数の因果関係』	74

序章

1. 研究の背景および問題の所在

人はこの世に生を受け、いずれ死を迎える。その場所は時代とともに変化し、自宅から現在では病院で死を迎える時代となっている¹。そのため「人生の最期をどこでどのように迎えるのか」ということは、すべての人々にとって共通の関心事である。人口の急激な高齢化に伴い 2000 年（平成 12 年）には、介護保険制度がはじまった。実施には在宅サービスに加え、特別養護老人ホーム（以下、特養とする）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設といった施設サービスへも高齢者を支援するシステムの充実が期待された。

施設サービスでは入居者の平均在所日数が数年であり²、施設サービスを利用する入居者は介護度が高く、死亡による退所が多い状況である³。特養は、可能な限り入居者が自宅に戻る自立生活をめざし運営している⁴。しかし高齢者は一般的に、介護度が高くなるにしたがいサービス利用を在宅から施設に移行する傾向であり、介護度の高い入居者が多い特養で自宅生活への復帰をめざすことは困難である。このような現況により同制度では、特養が入居者の生活する場にとどまらず、人生の最期を迎える終の棲家としてもサービスを提供する方向へ見直され⁵、看取りのひとつの場として重要な役割を担うことが求められている。

このような背景をもとに特養では看取りのケア指針、職員配置や勤務体制とった施設環境を整備し、看取り介護計画の作成に伴う入居者や家族への説明と同意といった看取りのプロセスを充足すること（近藤 2006）や、介護職員が利用者の心に寄添い、きめ細やかな日常生活を支援し、看護職員との連携や協働を実践すること（二木 2010；間瀬 2010）が望まれている。しかし介護職員と看護職員、双方の役割期待や業務分担の差異、専門性に関する認識の違いなどから連携が難しい状況である（立花 2006；小山 2010）。さらに、介護

¹ 自宅死は 1950 年代に全体の 80% を占めていたが、医療の進歩や病院数の増加に伴い 1980 年（昭和 55）年には病院死が自宅死を上回り、2001（平成 13）年で約 80% が病院で死亡している。しかし近年、自宅や老人ホームの死亡率が、わずかながら増加傾向にある。

² 2012（平成 25）年における施設の平均在所日数は、特養が 1405.1 日、老健が 311.3 日、介護療養型医療施設が 482.7 日となっている。

³ 医療処置を受けた特養の入所者は、2003（平成 13）年から 2006（平成 18）年にかけて概ね上昇傾向にある。特に経管栄養や喀痰吸引を受けた者は、4.9% から 7.2% に上昇している。認知症入所者は、自立度Ⅲ以上で 62.7%（平成 12 年）から 69.0%（平成 18 年）へ増加傾向にある。

⁴ 特養では老人福祉法第 2 条 2 により「入所者の処遇に関する計画に基づき、可能な限り居室における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする」基本方針が定められ、運営されている。

⁵ 2006（平成 18）年 4 月の改正では「看取り介護加算」や「重度化対応加算」が新設され、介護報酬上評価されるようになった。なお重度化加算は 2009（平成 21）年に廃止されている。

職員は、看護職員が少ない、あるいは不在の夜間帯に入居者の死に直面する（医療経済研究機構 2003；石川 2012）傾向にあるため、入居者の看取りの役割を果たす現状がある。一方、病院死の増加は日常から死を切り離し、人々が生命の尊さに触れる機会を遠ざけ、死が特別なものという認識を助長している（澤井 2005）。死を特別視することは、死そのものや、いかに生きるかという死生観の形成を希薄にする恐れがある（広井 2001）。とりわけ特養の介護職員は入居者の生活の場を共有し、日常的な介護に加え、入居者が人生を全うする最期のケアにも必要とされている。このことは特養が入居者の看取りの場として生活の範疇を拡げているため、介護職員には入居者の生活の延長上に死が存在し得るケアの実践と視点が必要であると言うことでもある。以上のことから、本研究では特養の介護職員が最期を迎えた入居者へのケア実践に着目する。

特養では様々な専門職員や事務職員が入居者の生活を支えており、とりわけ介護職員は食事、着替え、排泄やそれらに伴う移動など身辺ケアに直接携わる。このようなケアは人が生きるために欠かせない行為である。しかし入居者が自ら成せない一定の要介護状態にあるため、介護職員は一日 24 時間、すなわち「線」で入居者にかかわっている。つまり、体調の崩れや定期的な検診といった「点」、あるいはその連結でかかわっていることが専らである医療職員とは違った介護職員の視点で、最期を迎えた入居者へのケアを捉えることに意味があり、そのケア実践に着目することで、生活の延長上に死が存在するケアの在り方を理解することになるのではないだろうか。

2. 研究の目的

本研究の目的は、わが国における特養で最期を迎えた入居者の施設環境および EOL ケア実践の実態を把握し、それらに影響を及ぼす要因を明らかにすることである。最期を迎えた入居者の施設環境および EOL ケア実践の実態、それらの影響要因を考察することで介護職員が主軸となる他職員との協働の方向性を示すことができる。

3. 論文の構成

第 1 章 1 節では、現在、がん末期患者など、いわゆる死にゆく人々へのケアをめぐる用語の変遷から、概念や対象の扱い方について述べ、課題を明らかにする。2 節では、死にゆく人々へのケアにおいてケアする立場から、国内外の先行研究をレビューし、具体的なケアや課題を明らかにする。3 節では、死にゆく人々へのケアにおいてケアされる立場から、国内外の先行研究をレビューし、具体的なケアや課題を明らかにする。4 節では、高齢者が迎える死の過程及び、ケアの方向性、高齢者が捉える生死の意識やケアを踏まえ、最期を迎える高齢者のためのケア課題を明らかにする。5 節では、要介護状態となった高齢者が生活の場として選択する特養に注目し、自宅との差異や居室形態による功罪を取り上

げる。その上で、事例から介護職員のケアや視点を抽出し、本研究における EOL(End-of-life) ケアの定義及び、その範疇を明らかにする。6 節は、特養の入居者となった高齢者が最期を迎えるための施設環境やケアの現状を整理し、課題を明らかにする。7 節は、各節において明らかにする 5 つの様相を整理した上で今日の課題を抽出し、本研究における課題及び本研究の問いを提示する。

第 2 章では、全国の特養を対象に行ったアンケート調査の概要、操作上で定義した主要な調査用語や変数、分析モデルを示し、仮説を述べる。

第 3 章では、本調査研究における調査結果および介護職員の EOL ケア実施状況から、変数化した多変量解析による仮説の検証結果を述べる。

第 4 章では、本調査研究における調査結果及び、多変量解析による仮説の検証結果から導き出された結論をもとに議論し、今後の課題および本調査の限界を述べる。

4. 用語について

本研究で使用する用語を以下のように定義する。

(1) 入居者 ～死にゆく人々や、ケアされる人々を表す用語

入居者とは自宅以外の生活拠点、とりわけ特養で生活する要介護状態にある高齢者とする。先行研究におけるレビューでは、死にゆく人々を「入居者」または「患者」と表記する。海外の先行研究では「resident」と表記していることが多く (Alison 2007 など)、ナーシングホームに「居住する」や「在住する」といった和訳ができる。そのためナーシングホームで生活する意味の文脈で「resident」を使用している場合には、「入居者」と表記し、ナーシングホームで治療する意味の文脈で「patient」を使用している場合には「患者」と表記する。日本の先行研究では、上記の「入居者」と「患者」の意味合いを区別し表記する。

(2) ナーシングホーム・特別養護老人ホーム ～ケア実践の場や環境を表す用語

ナーシングホームとは、海外において高齢者が生活し医療サービスも受けられる施設とする。特別養護老人ホームとは、要介護状態の高齢者が食事や排泄など身の回りの介護を受けながら生活する場とする。日本では、死にゆく人々のケア実践の主な場として、病院など医療機関、特別養護老人ホームや介護老人保健施設といった介護施設があげられる。しかし先行研究におけるレビューでは上記の限りではない。海外のナーシングホームは、「入居者」が生活できる場と同時に、医療サービスも受けられることから、日本における特別養護老人ホームよりも、むしろ介護老人保健施設の特性に類似していると言える。そのため本文では、ケア実践の場や環境を表す用語として、「ナーシングホーム」や「特別養護老人ホーム：特養」、「病院」「介護老人保健施設：老健」と表記し用いる。

(3) スタッフ・介護職員～ケアにあたる専門職員を表す用語

スタッフとは、海外のナーシングホームにおいて入居者や患者のケアにあたる専門職員とする。介護職員は、介護福祉士の国家資格の所有にかかわらず、特別養護老人ホームにおいて入居者の身の回りの介護にあたる専門職員とする。先行研究におけるレビューでは、死にゆく人々のケアにあたる専門職を「スタッフ」や「介護職員」「看護職員」と表記している。海外の先行研究では、registered nurse や registered practical nurse、そして nursing aid(=certified nursing assistant)といった3つの職種を統合し「staff」と表記している(O'Hare et al 1996 ; Goodridge 2005 など) ことが多いため、本文では「スタッフ」と表記する。日本の先行研究では、ケアにあたる専門職を医療機関や介護施設に従事する看護師と表記されており、健康管理や医療処置などを中心にケアしている場合に「看護職員」という用語を用いる。一方、日常的な介護や世話などを中心にケアしている場合に「介護職員」という用語を用いる。

(4) 看取り～ケアやケア実践を表す用語

看取りとは、特養で生活する入居者が死期に近づく過程を意味し、死にゆく人々へのケアやケア実践の広義の意味とする。なお第1章5(4)において死にゆく人々へのケアやケア実践の狭義の意味を定義し、EOL(End-of-life)とは同等の意味として扱う。

第1章 先行研究のレビュー

1. 死にゆく人々へのケアをめぐる概念の変遷

日本では、現在、がん末期患者など、いわゆる死にゆく人々へのケアをめぐる様々な概念がある。以下では、樋口（2006）が整理した用語の定義を10ページの図1-1に示しつつ、死にゆく人々へのケア概念の変遷や用語の定義、対象の扱い方を述べ、課題を明らかにする。

（1）ホスピス

ホスピスは、ラテン語のホスピティウム (*hospitium*) に由来する「あたたかいもてなし」を意味する施設であり、そのルーツはローマ時代にまで遡る。当時、ローマ軍は騎士団や傷病兵のために休憩所や旅人の避難所としてホスピスを開設し、健康な旅人に食事と教則を提供すると共に、病人や巡礼者をケアしていた。中世ヨーロッパには、十字軍や巡礼者のためのホスピスが各地に存在し、次第に旅人の宿泊所として活動を傾斜する。イギリスにおけるホスピスは、修道院の衰退とともに観念も消失し、キリスト教の博愛主義を土台に歴史を展開し、医師が病人を扱うようになる。

死にゆく人々のためのホスピスは、1879年、アイルランドにホスピスが設立されたことにはじまる。その後、1900年、ロンドンにセントジョセフ・ホスピス (*St Joseph's Hospice*) が設立され、ソンドースが学ぶことになる。彼女が、1967年、ロンドン郊外にセントクリストファーホスピス (*St Christopher's Hospice*) を創設したことで近代ホスピスは萌芽を迎える。彼女は、看護師やソーシャルワーカーの経歴をもち、ワーカーとしてはじめて担当した患者との死別が医師をめざす契機となった。彼女が開設したホスピスには臨床や研究といった機関や教育センターを配備し、死にゆく患者に最高の包括的ケアを提供していた。その後、施設では世界各国の医師や看護師あるいはソーシャルワーカーを受け入れ、末期ケア実践のための研修に取り組んでいる。

日本では、セントクリストファーホスピスの実践を参考に、1980年代にホスピスが開設されている。1981年に静岡県浜松市にある聖隷三方原病院の聖隷ホスピスや、1984年に大阪府淀川区にある淀川キリスト教病院ホスピスが開設されている。その後、ホスピスが全国各地で活動をはじめることになり、その多くは民間病院に属する形で存在し、キリスト教を背景としたケア実践である。1992年には、新潟県長岡市にある長岡西病院が仏教を背景にケア実践していたことから、仏教関連用語を用いたビハーラ病棟が末期患者へのケア実践としてはじめられた。

(2) ターミナルケア

ターミナルケアは、ホスピスで実践されていたケアの呼称である。Saunders (1978) は、Holford⁶による定義を修正し以下のように定義している。ターミナルケアとは「死が確実に接近して、それが余り遠くないと感じられる患者で、(積極的な) 治療法をとらない方向に医療体制が、症状を軽くし患者と家族の両側を支えようとなった時のケア」である。彼女がホスピスを創立した当時から、そこでの対象はがん患者だけではなく、長期に療養が必要な慢性神経疾患の患者がわずかに含まれていた。

ターミナル (terminal) は、ラテン語のテルミヌス (terminus) から派生した言葉である。テルミヌスは「境界」や「究極」を意味し、この世と死後の世界との境界をさしている。日本では境界をケアする言葉として馴染まないため、「終末期ケア」あるいは「ターミナルケア」と表現し用いられている (柏木 2005)。その後、ターミナルケアに替わり、ターミナルフェイズ (the terminal phase) が用いられるようになる。ターミナルフェイズとは、ターミナル段階あるいはターミナル時期と捉えることができ、がん末期の患者が徐々に死に近づく様相を意味している。日本でもターミナルケアという用語に同様の指摘 (志真 2005) を残したまま、使用され続けている。

(3) ホスピスケア

ホスピスケアは、「死にゆく人と家族に対して、身体的、精神的、社会的、霊的 (spiritual) ケアを在宅と入院の両方の場面で提供する、緩和サービスと支援の調和がとれたプログラムである。種々の専門家とボランティアを含む多職種 of 医療チームを構成して、サービスにあたる。患者の死後、遺族に対しても死後の援助を行う」と定義されている (全米ホスピス協会 1987)。

ここで世界保健機構 (WHO) は、霊的 (spiritual) を「人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的現象を超越して得た体験を表す言葉である。多くの人々にとって、『生きていること』がもつ霊的な側面には宗教的な因子が含まれているが、『霊的』は『宗教的』と同じ意味ではない、霊的な因子は、身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の『生』の全体像を構成する一因としてみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い。とくに人生の終末に近づいた人々にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などに関連していることが多い」と説明している。これらの説明から「霊的」とはキリスト教文化に定着した言葉であり、日本では十分に浸透しているとは言い難い。しかしホスピスケアにおけるスピリチュアルケアは、重要な位置づけとされており、特定の宗教をもたない人々へもかかわることを示唆している。ソンダースは、「多くの患者が自責の念あるいは罪の感情をもち、自分自身の存在に価値がなくなつたと感じ、時には深い苦悶のなかに陥っている。このことが

⁶ Holford は 1973 年に「dying patient (臨死患者) を医師が不治の病と診断した後、先数週から数ヶ月のうちに死亡すると予期された人」と定義し、それが最古である (日野原 1996)。

真に『霊的：spiritual な痛み』と呼び、援助の必要性を述べている（武田 1990）。また北米看護診断協会でも「霊的苦悩（spiritual distress）」と「霊的安寧促進への準備（potential for enhanced spiritual well-being）」を柱に霊的問題への看護診断をまとめている（松木 1998）。

ホスピスケアは、基本的にソンドースの思想を反映するいくつかの特徴がある（長谷川 2005）。第1に、患者に安樂をもたらすケアである。終末期にある患者にとって、積極的な治療を施すことは、苦痛を与えるばかりである。そのため終末期の患者には、病気を治療することより、むしろ安樂や安心、そして生きがいを与えることが重要である。第2に、患者の苦痛を緩和するケアである。患者の安樂は、身体的苦痛の緩和に通じている。そのため終末期の患者が、抱える痛みの原因を正確に診断し、経験豊かな医師が痛みを取り除くことで安樂をもたらすことができる。第3に、信頼関係に基づき、個別にケアすることである。ヨーロッパのホスピスが培ったホスピタリティの精神に基づき、患者ひとり一人へ親密にかかわることから、ニーズを最大限に引き出すことが求められるようになる。

その後、ホスピスケアは、1970年代にホスピス・ムーブメントを起こし、世界的に広がりを見せる（樋口 2006）。なお、イギリスではがん患者を主な対象とし独立型ホスピスとして発展し、アメリカでは、慢性疾患患者をも対象に含まれ在宅ホスピスを中心に発展していく。

（4）緩和ケア

緩和ケアという用語は、1975年にカナダの病院に緩和ケア病棟（Palliative Care Unit）を開設し、ホスピスと同義語として用いられた。しかしフランスでは、「ホスピス」を「精神障害児や認知症の人のための施設」と周知されており、フランス系カナダ人の誤解を招かないために、緩和ケアという名称を用いている（恒藤 1999）。

パリアティブ（Palliative）という言葉は、ラテン語のパリウム（pallium）から派生し、マントで温かく包むという意味合いがある。人々が疾病という「寒さ」に襲われた際に、治癒をめざす「根本的な対処」という治療が奏功しない場合、あるいはそれに長時間を費やす場合に、厚いコートで覆って寒さから人々を守る意味を示している（武田 1999）。

イギリスでは、1987年に世界で初めて、Palliative Medicine が専門科として認められ、以下のように定義づけられた。緩和医療とは、「活動性の病、進行性の疾患、そして末期で生命予後が限られた患者への学問とマネジメントであり、その医療は QOL に焦点がおかれる」（樋口 2006）。なお、Doyle et al（1993）は、緩和医療において最後の瞬間まで患者が生きること注目することから、否定的で受身なイメージを与えるという理由からターミナルケアという用語を用いていない。

その後、世界保健機構（WHO）は、がん医療におけるターミナル期を含むケアを緩和ケアと提言し、それと同時に緩和医療の普及を促した。緩和医療は、単なるホスピスという場所や施設で行われるケアに留まらず、科学的根拠をもった医療分野をグローバルに認識

されることをめざした存在となる。

緩和ケアとは「治療を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全人的なケアである。疼痛やその他の症状のコントロールなどの身体的問題とともに、精神的・社会的・スピリチュアルな問題に対してもケアが行われる。緩和ケアの最終目標は、患者と家族にとってできる限り良好な QOL を実現させることである。このような目標をもつので、緩和ケアの対象は末期患者に限らず、疾患の初期段階にある患者や、がん治療を受けている患者にも適用される」と定義した。

このように緩和ケアは、ホスピスケアの理念を受け継ぎ、定義づけられたことがわかる。ターミナルケアやホスピスケアは、本来、治療を意味するキュア (cure) や、看護などを意味するケア (care) の時期を明確に区別し、キュアからケアに移行すると考えられていた。しかし緩和ケアでは、診断当初にあるキュアの時期から徐々にケアを併用し、死に向かう過程でケアの割合が拡大していくことが示唆されている。

さらに、世界保健機構 (WHO) では、ホスピスの対象やケアへの失敗を回避するため、緩和ケアを「早期からの苦痛緩和と予防によって患者の QOL を向上させる手段」と定義している。このように緩和ケアはがん患者だけではなく、すべての疼痛や苦痛をもつ患者に拡散していくことになる。

(5) ホスピス・緩和ケア

イギリス及びアメリカでは、ホスピスと緩和ケアという用語を 1990 年前後から、並列に表記し用いている。これらホスピス医療、ホスピスケア、緩和医療、緩和ケアといった名称には、サポートする人々が存在し、互いの名称が補完し合っている (Devid 1990)。

このように上記の用語は、互いに補完あるいは融合している。日本では、ホスピス・緩和ケアを「治癒不可能な状態にある患者及び家族のクオリティオブライフ (quality of life : QOL) の向上のために、様々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り、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される」ケアと定義している (全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 1997)。

しかし、上記の定義に反し、緩和ケア病棟では、「主として末期の悪性腫瘍患者または後天性免疫不全症候群 (AIDS)」といった対象を特定し、設置する際の基準を設けている。以上のように日本では、がん患者を対象に限定したため、院内病棟型の施設ケアに偏在しながら発展を遂げている。しかし今後は、がん患者以外をも対象とする訪問専門の往診、訪問を専門としない外来を中心とした往診、有床の往診など様々な形態で在宅ホスピス・緩和ケアを普及させるために模索している (ホスピス緩和ケア白書 2013)。

(6) エンドオブライフ・ケア

エンドオブライフ・ケアは、前述した変遷過程を経て、1990年代に誕生した用語及び概念である。人口の高齢化は高齢者が死に至る際に、様々な慢性疾患を抱えるという新たな課題を波及することになる。慢性疾患を抱えた高齢者は、診断から死を迎えるまでに長い期間に渡り、ケアが必要となる。これらを背景にホスピス・緩和ケアが、慢性疾患を抱えた高齢者へもケアの範囲を拡げて、プログラムを展開させた。しかし最長6ヶ月のホスピス・緩和ケアでは、進行性の慢性疾患や、認知症はカバーできない状況であり、高齢期における最終段階のケアの在り方について議論が結集される。

アメリカ老年医学会（1997）は、全米ホスピス協会、ホスピス・緩和ケア看護協会など41団体の賛同を得て、高齢者のエンドオブライフ・ケアの質の評価に関する統一見解を発表した。高齢者のエンドオブライフ・ケアでは、ケアの質を測定する方法が明確には存在しないが、ケアを提供する際、留意すべき10項目を確実に捉えることである。具体的には、①身体的精神的な徴候に気づくこと、②役割や自律をサポートすること、③ケア計画を更新すること、④死期に近づくごとに手厚くケアすること、⑤患者及び家族の満足感、⑥包括的に生活の質を捉えること、⑦家族の負担を考慮すること、⑧生存期間及び生存率、⑨適正な技術を提供し続けること、⑩遺族介入といった10項目である（アメリカ老年学会1997）。

カナダ政府の諮問委員会は、高齢者の人生の終焉の特徴を尊重したケアを「エンドオブライフ・ケア」と表現した（カナダ政府諮問委員会2000）。そこではエンドオブライフ・ケアを「生命を脅かす進行性あるいは慢性の状態で生き、あるいはそれによって死にゆく個々の高齢者を治療し、慰め、支える、能動的で共感的なアプローチを必要とする。また、個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、信仰、習慣に配慮する必要がある。さらに、死別前後の家族や友人に対するケアを行う」と定義している。この定義は、ホスピス・緩和ケアと老年医学のケア、両者による偉業であり、ホスピスの理念や原則を基盤にケア実践することが考案されている。また3つの特徴があげられる。1つめは、対象とする命の危険性が徐々に高まる進行性や慢性疾患を含み、がんに限定していないことである。2つめは、時間軸を長くとり6ヶ月以内と限定していないことである。3つめは、ホスピス・緩和ケアの理念と原則を受継ぎ、死にゆく人々の人生の終わりに受けるケアを示す広範囲な考え方である。

用語	定義
ターミナル ケア	臨死患者とは「医師によって不治の病気であるとの診断を受け、それから数週間から数ヶ月のうちに死亡するであろうと予測された人」のケア イギリス Holford(1973)
	死にゆく人の症状を軽くさせ、患者と家族の両方をチームで支えようとするケアである。死の瞬間まで、身体機能や精神機能の潜在能力を引き出し、できる限り自律して生きることをサポートする。 イギリス Saunders(1983)
ホスピス ケア	死にゆく人々と家族に対して、身体的、精神的、社会的、霊的(spiritual)ケアを在宅と入院の両方の場面で提供する、緩和サービスと支援サービスの調和がとれたプログラムである。種々の専門家とボランティア、多職種種の医療チームを構成し、サービスにあたる。また患者の死後に、遺族に対して死後の援助を行う。 全米ホスピスの定義 (1987年改定)
緩和医療	疾病が活動性で進行性、そして末期で、生命予後が限られた患者の学問とマネジメントであり、その医療はQOLに焦点がおかれる。 イギリスにおいて緩和医療が専門科と認められたときの定義 (1987)
緩和ケア	緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる積極的で全人的なケアである。疼痛やその他の症状コントロールなどの身体的問題とともに、精神的・社会的・スピリチュアルな問題に対してもケアが行われる。緩和ケアの最終目標は、患者と家族にとってできる限り良好なQOLを実現させることである。緩和ケアの対象は、末期患者に限らず、疾患の初期段階にある患者や、がん治療を受けている患者にも適用される。 WHOの定義(1990)「Cancer Pain Relief and Palliative Care」
ホスピス・緩 和ケア	ホスピス医療、ホスピスケア、緩和医療、緩和ケアは、違う用語であるが、すべて同じ構成要素を持つ。 アメリカ David(1990)The American Journal of Hospice & Palliative Careの巻頭言
	治癒不可能な状態にある患者および家族のクオリティオブライフ(QOL)の向上のために、様々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を意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。 日本全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 (1997)
エンドオブ ライフ・ケア	生命を脅かす進行性あるいは慢性的な状態で生き、あるいはそれにより死にゆく個々の高齢者を治療し、慰め、支える、能動的で共感的なアプローチを必要とする。また、個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、信仰、習慣に配慮する必要がある。さらに、死別前後の家族や友人に対するケアを行う。 カナダ政府の諮問委員会 (2000)
	緩和ケアとホスピスケアの両方の観点を含み、患者と家族の多面的な観点から支持するヘルスケアの領域である。死の瞬間までQOLを保証する。 アメリカ Kuebler(2002)

図 1-1 日本で用いられている死にゆく人々へのケアをめぐる用語とその定義

出典：樋口京子(2006)「高齢者のエンドオブライフ・ケアの質を高めるケアマネジメントに関する研究」

p.3

ところで日本では、死にゆく人々のケアの用語の意味が混在していることがわかる。11ページの図 1-2 では死にゆく人々へのケア用語に対比する和訳をまとめている。とりわけエンドオブライフ・ケアは、それに対応する用語がないため、「終末期ケア」として用いら

れる場合が多い。しかし岡田(2001)は、前述したカナダ政府諮問委員会が作成した「A guide to end-of-life care for seniors」を監訳し、end-of-life や end of life を前後の文脈から、「晩年期」または「終末期」と表記している。前者は、加齢によって老いるのではなく、人間として老いてきて、行動や認知能力に制限が加わった状態の時期を示している。後者は、予測できる死を前にした数週間の時期を示している。

用語	和訳された表記
Terminal care	ターミナルケア 終末期ケア
Hospice care	ホスピスケア
Palliative care	緩和ケア
Hospice and Palliative care	ホスピス・緩和ケア
End-of-life care	エンドオブライフ・ケア 晩年期ケア・終末期ケア

図 1-2 死にゆく人々へのケア用語と対比する和訳

出典：樋口京子(2006)「高齢者のエンドオブライフ・ケアの質を高めるケアマネジメントに関する研究」
p.8 筆者一部修正

日本では、Foley が学会総会で講演したことを契機に、エンドオブライフ・ケアが認知されはじめる。Foley は、1999 年にエンドオブライフ・ケアを「人生の終焉を迎える直前の時期の患者へのケア」と述べている(千葉大学大学院看護学研究科看護学部 2012)。さらに「人生の終焉は誰にでも訪れ、終焉の原因、いわゆる死因が病気であることが多く、しかも死因となる最近の病気の多くは長い経過を辿る傾向である。そのような最後の日々の痛みや苦しみを十分に治療し、本人が望む通りに過ごせるよう支援するケア」と説明している。このように死にゆく人々をケアする専門職、とりわけ看護師養成課程のカリキュラムでは、看護というケアの視点や理論構築に向けた取り組みが進められている。しかし、エンドオブライフ・ケアの実践については明らかにされていない。

まとめ

死にゆく人々へのケア概念は、その変遷を見るとホスピタリティの精神を継承し、ターミナルケア、ホスピスケア、緩和医療、緩和ケア、ホスピス・緩和ケアといった5つの用語の意味を互いに補完するように発展してきたことがわかる。なお日本ではホスピスの精神や宗教思想を背景に、がん末期患者を対象にケア実践されてきた。

しかし人口の高齢化により高齢者が、様々な慢性疾患を抱え、長い期間を辿り死に至る迎ことから、上記にあげた5つの用語の定義や対象者だけでは十分に対応できない状況を招いた。そこで「エンドオブライフ・ケア」が、死にゆく人々へのケア概念用語として1990年代に誕生した。この用語は、対象をがんに限定しないことや、時間軸を長くとり6ヶ月以内に限定しないことが特徴である。さらに、ホスピス理念や原則を基盤に、死にゆく人々の人生の終わりに受けるケアを示す広範囲なケア概念でもある。日本では、看護師養成課程カリキュラムにおいて理論構築が進められている。しかし、「エンドオブライフ・ケア」の具体的なケア実践は明らかにされていない。

次節では、がん末期患者など死にゆく人々が、死を迎える過程において、どのようなケアを受けていたのか、またどのような課題を抱えているのか、先行研究から明らかにする。

2. 死にゆく人々へのケア～ケアする立場

死にゆく人々は人口の高齢化に伴い、がん末期患者に加え難病や慢性疾患をもつ高齢者を対象に広げている。しかし具体的なケアには明確にされていない。そのため本節では、死にゆく人々や家族をケアする専門職の視点（Carlson 2007）に基づき、先行研究をレビューし、具体的なケアや課題を明らかにする。なお国内外では、施設や専門職に特性に差異があるため、海外と日本の先行研究を区別してレビューする。

（1）海外の先行研究

海外のナーシングホームでは、registered nurse や registered practical nurse、そして nursing aid(=certified nursing assistant)といった専門職員が、入居者をケアしている。これらの専門職は registered nurse が登録看護師、registered practical nurse が登録准看護師を意味し、nursing aid が看護師をサポートする看護師を意味する。それぞれ教育レベル、診療介入や看護行為に差異はあるものの、一定の医療知識を修得した看護師が入居者のケアにあたることになる。またケアを受ける入居者は resident と表記される傾向であり、ナーシングホームで生活する人々を意味している。しかし海外におけるナーシングホームでは、生活の場であると共に、医療サービスをも受けられることから、日本の特養よりも、むしろ老健の特性に近似していると言える。

このように施設やケアにあたる専門職員の特性を踏まえた上で、死にゆく人々へのケアを専門職の視点から捉えていくことにする。死にゆく人々へのケアでは、しばしば精神的ケアが優先され、論じられている。例えば、Touhy, Brown, Smith (2005) は、死期が近づく入居者には、スピリチュアルな要素を含むケアが必要であると指摘している。このケアでは入居者とスタッフとの深い信頼関係が前提となり、入居者をトータルに理解することが重要であると説明している。同様に、Burack,& Chich (2001) は、死にゆく人々へのケアは入居者の複雑な心情に、触れ続けることが必要であると述べている。これらのケアには、死期が近づく入居者と専門職がケアを通じて、対峙するケアの本質が論じられている。スタッフが十分な時間を費やし、入居者にとって心地よい環境づくりや、家族のように心を通じ合わせることで、ケアの質が高まる可能性がある。しかし死にゆく人々にとって身近な存在である家族へのケアには触れられていない。

死期が近づく人々には、時空を共有してきた家族、あるいは身近な人々が少なからず存在するものである。そのため家族や身近な存在の人々をケアの場面に導くことが重要であると考える。Bottrell, O'Sullivan, et al (2001) は、入居者が死に近づく時期には、家族の判断が優先される傾向にあり、スタッフが定期的に家族ともディスカッションし“何をすればいいのか”尋ねることが必要であると説明している。ただし家族がスタッフと共に入居者をケアする際には、微細に変化する感情にも配慮することが必須であるとも説明している。この研究が示す家族の感情は、Goodridge, et al (2005) によって明らかにされ

ている。具体的に、家族がケアする過程では入居者の死を受け入れながらも、「人の死」そのものに恐怖を抱いているといったアンビバレントな感情を抽出している。

これらの研究から、家族にとっての入居者ケアは人の死を学ぶ機会となり、入居者が望むケアの質を高めることも期待できると考える。しかし刻々と変化する入居者の容態に、家族の心が置き去りになりやすいため、家族そのものがケアの対象となることも留意すべきであると考ええる。

一方、死期が近づいた入居者をケアする専門職や、死に直面したスタッフにも少なからず影響があると考ええる。O'Hare, Harper, et al (1996) はナーシングホームのスタッフを対象に入居者の死に影響を受けた要因を調査している。その結果、全体の 57.93%のスタッフには影響がなかったが、42.06%のスタッフには影響があったと回答していた。後者のスタッフには、「女性」、「既婚状態」、「12 か月以内に友人や家族との死別体験あり」といった特性を示していた。この調査結果から、入居者の死は間接的な要因であり、むしろスタッフの個人特性がネガティブな影響を助長していることが示唆される。

これに反論し Hanson, Henderson & Menon (2002) は、スタッフの様々な経験が価値をより高め、入居者との信頼関係を継続し、スタッフ間の連携や包括的なケアに繋がり、「良い死」を迎える要因であると述べている。加えてスタッフのトレーニング不足が、「良い死」を阻害することも指摘している。これら2つの言及は、死に付随する入居者ケアを担うスタッフのバックグラウンドから派生するケア行動により、ポジティブな効果あるいはネガティブな影響を及ぼしていると考ええる。

しかしスタッフは、その裁量で入居者ケアを行うものではない。それ故、スタッフは家族を巻き込み、医師などともに協働することが求められ、系統的に入居者ケアを実現することが課題としてあげられる。その手がかりとして Bottrell, O'Sullivan, et al (2001) は、スタッフが入居者や家族、医師など各々に介入するために、アセスメントスキルを向上させることが最も重要であると述べている。また同様に Goodridge, et al (2005) は、入居者や家族をケアする基盤として、アセスメントの必要性を述べている。

このようにスタッフがアセスメントスキルを活用することで、明確なエビデンスを導き、入居者が望むケアに繋がると考える。先述したように教育レベルや、診療介入や看護行為に差異があるスタッフが入居者ケアに従事している。そのためナーシングホームにおけるスタッフトレーニングや教育は必要条件であり、一定の効果も明らかにされている。例えば Zimmerman & Sloane, et al (2003) は、スタッフ教育の充実化が入居者の意思を汲み取るケアに繋がることを明らかにしている。さらにスタッフの積極的なケアを促し、24 時間ケアの体制づくりにも波及していると述べている。このようにスタッフ教育は、入居者ケアの動機づけとなり、スタッフのケア観を確立することにも功用があると考ええる。

しかし死に直面したスタッフには、ネガティブな影響を及ぼすと肝銘し、具体的な対処を講じる必要がある。その理由を Burack, & Chich (2001) が以下のように説明している。スタッフは入居者ケアへのストレスや、死別の悲しみを感じることも多いため、様々な感

情をいつでも吐き出せる場所や空間が必要なのである。そのため死に直面したスタッフがカウンセリングや、カンファレンスに参加する (Zimmerman & Sloane, et al 2003) ことで、入居者ケアをフィードバックする機会を得ることに繋がる。このようにスタッフが自身の現況をフィードバックすることで、ストレスや死別の悲しみから解放され、心を癒すことも期待できると考える。さらにスタッフの心が癒えれば、次の入居者ケアへの原動力にもなり得ると考える。

(2) 日本の先行研究

死にゆく人々は、がん末期や、悪性腫瘍をもつ患者を対象に、病院に併設あるいは所属する緩和ケア病棟やホスピス病棟、一般病棟などで、医師や看護師を中心に、3つのケア (渡邊 2003) に大別し、論じられている。1つめは、積極的な治療を選択し患者の価値観に寄添うケアである。黒田 (2008) は、終末期において積極的な治療選択の有無に着目し、ケアの方向性を述べている。黒田によるケアの方向性は、患者の生き方の本質や正しい病識を見極め、人生を回顧できるよう患者に寄添うケアであると考えられる。だが、専門職は患者が治療の功罪をも十分に理解できるようケアすることを忘れてはならないと考える。

2つめは、がん特有の疼痛をコントロールし日常生活を維持するケアである。特にホスピスや緩和病棟では、その特徴を活かしたケア実践が論じられている。例えば木村 (2004) や園田 (2008) は、疼痛緩和や代替療法により、心身ともに安楽な時間を提供できると説明し、限られた余命の質を確保することにも繋がると述べている。木村や園田が論じた身体ケアには、疼痛緩和や代替療法を施すことで、患者が好みの食事形態や趣味活動、家族団欒など自分らしい生活を取り戻すことを目標にしている。このような身体ケアは患者が主体的に生活できるため、満足感や生きる価値を見出すことを可能にすると考えられる。

しかし瀬山 (2007) は、鎮痛剤を使用することでコミュニケーションや睡眠など、患者の日常生活行為を妨げる要因になると指摘している。特に患者が亡くなる2ヶ月前には、心身ともに衰弱するため、疼痛緩和と余命の質の確保とのバランスを見極めることが重要であると述べている。

3つめは、死期が近づく患者の心情を支えるケアである。これは、疼痛のコントロールだけでは十分に余命の質を確保できないケアとして、細井 (2001)、佐藤 (2009)、北村 (2004) により位置づけられている。まず細井 (2001) は、ホスピスの患者が宗教を信仰しており、その多くが死を肯定的に捉える傾向であると述べている。このように、細井が捉えたホスピス患者の傾向は、宗教を信仰することで自身の死を受け入れる心境を生みだしていると考えられる。加えてホスピスには、患者の死生観や死に向かう心情を受けとめながらケアする職員が少なからず存在⁷しているため、それらの職員との協働が必須であることを示唆している。次に佐藤 (2009) は、死期が近づく患者の心情を具体的に抽出し、以下のように説

⁷ 教会以外の施設等に奉仕するキリスト教聖職者「チャプレン」は、がん患者の宗教的ケアを中心に活動している。

明している。がん患者には、周囲の人々や、日常の出来事が「苦悩の世界」となり、死を目前にした世界が「遠のき」自身の位置との間には「隔たり」を感じ、孤独に陥るものである。また患者は閉塞された「今、ここから」自身が抜け出し、苦しみから解放されることで「生きる力」の源になり得る。しかしこれらの世界観は、死期が近づき困惑した心情を如実に抽出しているにとどまり、患者の死生観に触れ、死に向かう苦悩や孤独を吐露させるケアには至っていない。次に北村（2004）、神間（2008）は、一般病棟のがん患者に面談し、必ずしもポジティブではない心理状況を分析している。北村は、告知された患者が主治医に対する「腹立ち」「うらみ」、元気に退院する患者への「妬み」「羨み」、自身の「苛立ち」「悔しさ」を表出していたと分析している。また神間は、患者が抱く苦悩を抽出し、病状を受け入れながら日常行為を習得するケアを整理している。このように神間が述べたケアに類似しているのが、ALS（筋委縮性側索硬化症）患者の心情である。森（2006）は、ALS 患者が人工呼吸器を装着することで、自律心や人間らしさが奪われる苦悩があると説明している。このように、患者、特に治癒を見込めないがん患者や難病患者は自身の病状を明かされた際に、ネガティブな心情に陥りやすいと考える。

だが、患者の心情はその病状や周囲の人々との関係性により変化し、決して一様ではないと考える。例えば、佐々木（2008）は、患者が自身の死よりも、むしろ家族や周囲の人々との関係が途絶えることに恐怖感を抱いていると主張している。このような佐々木の主張には、患者にとって普通の生活が徐々に失われる過程で、家族や周囲の人々との関係も希薄になることを意味していると考えられる。また鳴井（2004）は、患者は常に「希望と不安」、「期待と戸惑い」といったアンビバレントな心情にあることを質的に分析し、専門職の介入に限界があることを述べている。さらに池田（2001）は、専門職に加え、インフォーマルグループ⁸が互いの経験を肯定的に共有し、死に直面する心情に共感する役割期待が望めると述べている。このように三者の研究には、死期が近づく患者の心情変化を洞察し、その思いに寄添うケアが重要であることが示唆される。同様に山口（2007）、水野（2003）は、患者が「不安」という心理的衝撃を受けたにもかかわらず、専門職との関係性から、生への効力感や対処能力を身につけていたことを明らかにした。また相原（2004）は、社会に復帰するイメージをケアの要素に加えることで、ポジティブな心理状況を引き出せると説明している。しかしこれら三者の研究は、造血器腫瘍患者を対象としており、治療によっては寛解、つまり治癒が見込めるため、ポジティブな心情に移行したと言え、すべてのがん患者にあてはまる心情ではないと考える。

がん患者が辿る心理過程には、ロスが示した「死の受容5段階説」が有力である。ロスは、死にゆく患者の心理反応を、否認・隔離、怒り、取引、抑うつ、受容といった5つの段階過程として構築し、患者の家族にも適応可能である。

しかしロスのモデルには、批判（大山1986；西村2009）が少なくない。そのため菊井（2000）は、闘病記や遺稿集などの記録を辿ることで、日本人の死の受容に強い影響を及ぼす患者

⁸ 例えば、患者会や家族会、外来看護相談室などを患者に紹介するなど。

の心理過程に近づけると説明している。例えば千葉（1987）の遺稿には、パターンリズム下における日本の医療体制に一石を投じる批判が記され、遺された者へのメッセージとして、人間らしく最期を迎えることの重要性が示唆される。このように専門職は、ロスの5段階説に囚われず、患者の心情の変化を察知し、ベッドサイドに寄添いケアすることが求められると考える。

ここで霊的（spiritual）ケアの範疇について触れておきたい。スピリチュアル（霊的）ケアは、がん患者自身が自律した存在を失った状態や将来の可能性を拓くことができない状態、すなわちスピリチュアルペインを範疇とするケアである（赤澤 2003；安田 2006）。赤澤や安田が射程としたスピリチュアルペインは、安楽死や自殺ほう助を強く請う傾向にあるため、セルフコントロールの喪失による苦悩を軽減するケアが求められていると言える。しかしスピリチュアルペインは、患者の揺らぐ心情はもとより、専門職が死に向き合わないことが誘因とされている（川崎 2005）。このように日本におけるスピリチュアルケアは、輪郭を徐々に形成し、ケアの糸口が明らかにされており、がん患者以外にもその対象を広げている。飯田（2006）は、慢性呼吸不全患者のスピリチュアルペインのカテゴリーを抽出している。それは、①自己の信頼感の喪失、②希望や生きがいの喪失、③自己の存在に価値と生きる意味の虚無、④身体コントロールの欠如、⑤苦難の意味や理由の追求、⑥生に対する主体性の実感困難、⑦死の実感と死に対する不安・恐怖、⑧生からの逃避念慮と苦悶といった8つのカテゴリーである。これら飯田が抽出した8つのカテゴリーには、がん患者が抱く心情に類似していると言える。

まとめ

本節では、死にゆく人々や家族をケアする専門職の視点に基づき、国内外の先行研究をレビューした。海外では、一定の医療知識を修得した看護師が、ナーシングホームで生活する入居者ケアにあたる。実際に、死にゆく人々には、スピリチュアルな要素を含む精神的なケアが必要である。その際、専門職には、死期が近づく入居者に対峙する姿勢、すなわちケアの本質が求められている。また専門職は、時空を共有してきた家族や身近な人々に、入居者が「何を欲しているのか」尋ねて、ディスカッションすることでケアの質を高める可能性があると言える。さらに、専門職は、家族や身近な人々が、恐怖心を抱きながら人の死を学ぶ機会となるため、その微細な感情変化に寄添うことも求められると言える。しかし死に直面した専門職には、そのバックグラウンドから派生するケア行動により、何らかの影響を及ぼすことが避けられないことが明らかである。そのため、専門職は、アセスメントスキルを向上させ、エビデンスに基づく入居者ケアを実現することが課題としてあげられる。この課題には、ナーシングホームにおけるスタッフトレーニングや教育が手がかかりとなり、入居者ケアを動機づけるだけにとどまらず、ケア観確立も期待できると言える。また死に直面した専門職はストレスや悲嘆を抱くため、カウンセリングやカンファレンスに参加することで、自身をフィードバックし、次の入居者ケアへの原動力を蓄えることが示唆された。

日本では、病院に併設あるいは所属する緩和ケア病棟やホスピス病棟、一般病棟などで、医師や看護師を中心に、がん末期や悪性腫瘍をもつ患者のケアにあたる。実際に、死にゆく人々には、積極的な治療を選択し患者の価値観に寄添うこと、がん特有の疼痛をコントロールし日常生活を維持すること、死期が近づく患者の心情を支えることといった3つのケアに集約できる。死にゆく人々へのケアにあたる専門職は、患者の心情変化の誘因となる病室や病棟の環境、周囲の人々との関係性、宗教への信仰などを踏まえ、個々の患者に沿った自立とケアのバランスを保つことが必要であることが理解できる。また家族や身近な存在の人々へのケアが、患者のこころのケアに一翼をなすことを受け入れ、疼痛の緩和という治療を最優先すべきか、再考する必要性が示唆された。

以上のように、ケアする専門職の立場における先行研究のレビューでは、死にゆく人々をはじめ、その家族や身近な存在の人々を取り込む包括的なケア実践、専門職のトレーニングや教育、死別後のカウンセリングやカンファレンスの在り方といった課題があげられる。

3. 死にゆく人々へのケア～ケアされる立場

死にゆく人々は人口の高齢化に伴い、がん末期患者に加え難病や慢性疾患をもつ高齢者に対象を広げている。しかし具体的なケア実践には明確にされていない。

そのため本節では、専門職にケアされる死にゆく人々や家族の視点 (Carlson 2007) に基づき、先行研究をレビューし、具体的なケアや課題を明らかにする。なお国内外では、施設や専門職に特性に差異があるため、海外と日本の先行研究を区別してレビューする。

(1) 海外の先行研究

海外、とりわけアメリカでは、高齢者が自宅で最期を迎えることを望んでいるにもかかわらず、実際には施設で最期を迎えている傾向にある (Teno 2004)。そのためナーシングホームで死を迎える高齢者は今後も増加することが考えられる。先述したようにナーシングホームに入所している人々は、resident(=入居者) と表記される場合が多く、医療サービスも受けられる環境で生活している。

これまでナーシングホームで最期を迎えた入居者ケアには、量的及び質的手法により多くの課題が論じられている。例えば、Singer, Martin, & Kelner (1999)、Hanson & Garrett (1997)、Engle, Fox-Hill & Graney (1998)、Meraviglia, McGuire & Chesley (2003) は、身体的苦痛をコントロールする医療的ケアを前提とした上で、入居者が望むケアを模索することが必要であると述べている。特に入居者が望むケアでは、十分なコミュニケーションの機会 (Hanson & Garrett 1997) を与えること、入居者が生活を顧みる機会 (Engle, Fox-Hill & Graney 1998) を得られること、家族ケアの機会 (Meraviglia, McGuire & Chesley 2003) を増やすことが強調されている。このように、三者が強調するケアには、身体的苦痛を上手くコントロールできれば、入居者が自分らしい生活を取り戻したいという切実な願いが浮き彫りにされていると考える。

しかしナーシングホームにおけるケアには、具体的で系統だった計画の立案が欠かせないと言える。具体的に、Reynolds, Henderson et al (2002)、Somogyi, et al (2000)、Kayser (2000) は、入居者の意思決定を表す事前指示書の導入や、食すことや清潔保持など誰もが欲するケアに専念すべきであると主張している。このように、三者の主張には、入居者の意思をできるだけ尊重し、人間が本来もつべき基本的な欲求を満たすことを示唆している。この三者と同様に、Kayser (2000) は、入居者の基本的欲求に注目したケアが十分に提供されなければ、精神的身体的苦痛を被ると述べている。このように、入居者は自身の意思が尊重され、望むケアにより心身ともに穏やかさを取り戻すことで、安らかな死を迎えることが可能になると考える。しかし入居者が、いつどのようなケアを望むのか、そのアプローチについては明らかにされていない。

入居者が望むケアのアプローチには、ナーシングホームにおける参与観察 (Chan & Kayser 2005) が有力であると考えられる。Chan & Kayser (2005) は、スタッフが入居者の

ナーシングホームにおける生活スタイルや、それまでの生活習慣など個人の特性に着目し、ケア場面に沿うコミュニケーションを生みだしていたことを明らかにしている。このようなスタッフのケア行動には、入居者のみならず家族の望みをも汲み取ることも期待できると考える。また Wilson & Daley (1999) は、上記のようなスタッフのケア行動は家族が人の死のプロセスを辿る過程において、人の死そのものを受け入れる準備に繋がると説明している。しかし個々の入居者の願いや望みに沿ったケア実践には、スタッフトレーニングが欠かせない (Wetle, Shield et al 2005) と注意を喚起しているにとどまっている。

(2) 日本の先行研究

日本では、医療の進歩や病院数の増加に伴い病院死が増加傾向⁹にあり、その多くはがんを要因とする死亡である。がんと診断された患者は、複雑な心理状況に陥るため、患者の心理過程や家族との関係性を論じる傾向である。まず、がん患者の心理状況では、山崎(2006)が、①内向処理型、②外向発散型、③閉塞型の3タイプに分類している。このように、山崎の分類には、ケアされるがん患者自身の病状や家族に対峙する心理状況が具体的に示されていると考える。次に、庄村(2008)吉田(2007)谷村(2002)、尾下(2006)が、患者と家族との関係性に注目し、診断後、闘病生活を経て死後に至る過程におけるケアの課題を論じている。庄村(2008)は、がん患者と家族は互いに支え合う関係性が基盤にあり、死への恐怖感を減弱すると分析している。このような、庄村の分析には、がん患者と家族が相互に拠り所となり、形成された関係性であると考えられる。

しかし吉田(2007)は、患者が家族に対し「正の繋がり」だけではなく、「負の繋がり」も抱いていると分析している。このような吉田の分析から、がん患者と家族の関係性には、正と負どちらの繋がりも想定する必要があると考える。また谷村(2002)は、がん患者の死後1年以上経過した家族の心理プロセスを整理している。特に死が近づく時期には、家族が安定した感情を保つことが重要であると述べている。このように谷村が整理した家族の心理プロセスは、患者の死後1年以上、経過した悲嘆の時期にあると考える。だが、この時期には患者の死に向き合う心構えや、死別による悲哀の感情を支える役割を期待できるとも考えられる。谷村が整理した心理プロセスに同調しているのが尾下(2006)の体験記に示されている。尾下は、患者である父親に向き合うことで、父親が自分らしく余命を過ごし、平穏な死が訪れたと述べている。このようにがん患者と家族の間には、相互に作用する関係性を形成することが考えられる。そのため専門職は、患者と家族の両者を仲介し、苦痛を分かち合う場を提供することが必要であると考えられる。さらに両者の結びつきを強めることができれば、専門職自身の成長が促されることも期待できると考える。しかし上記の先行研究は、いずれも患者の心理過程や家族との関係性を焦点化するとどまり、患者や家族の生活がどのように影響しているのか明らかにされていない。

⁹ 1980年代を境に病院死が増加し自宅死が減少する傾向にあるが、近年、自宅や老人ホームの死亡比率がわずかながら増加傾向にある。

他方、自宅死では、介護体験を通して、高齢者や家族の関係性の把握を目指すものがあげられ、両者の関係性から死生観が論じられている。例えば、深澤（2010）は、持病をもつ高齢者が自宅で最期を迎えたいと願う一方で、病状悪化があれば病院死もあり得るといった心の揺らぎを質的に分析している。また高齢者はどこで死を迎えるにしても、心身ともに平穏な死を望み、家族を気遣う心情が表れていると述べている。このように、深澤の分析には、高齢者が自宅を拠点に家族と共に生活を継続することで、自身の状況を多角的に捉えていることを可能にすると言える。しかしこのような多角的な視点には、家族が望む看取りの場所との関連性が欠かせないと言える。

介護者が希望する看取りの場所との関連要因では、自宅で療養する高齢者を介護した家族の影響要因を分析した荒木（2008）の研究がある。荒木によれば、家族は疾病にかかわらず、高齢者を病院で看取することに抵抗があり、高齢者と同様に自宅で最期を迎えることを望んでいると分析している。またこれらの分析結果は、高齢者の介護度が高ければ高いほど、自宅死を望む傾向にあることが明らかであった。このような荒木の分析には、家族が高齢者にかかわる、すなわちケアする関係性を見出しており、介護者が被介護者をケアする上で重要な視点であると考えられる。つまり、介護者は被介護者をケアする時間がより長く、ケアする内容がより濃厚で、ケアする空間が生活の場であれば、被介護者に感情移入しやすく、被介護者が望むようにケアするものだと言える。

このように、介護者の感情移入は、須佐（2004）や杉本（2004）、人見（1997）により、介護や看取りの意味づけとして明らかにされている。須佐は、自宅で家族を看取った介護体験の意味を抽出¹⁰している。しかし家族の心理過程に焦点化しているため、ケアの方法や内容が反映されていない。一方、杉本は、配偶者と死別体験した高齢者が、主観的な思いをパターン化し、死別体験を意味づけ¹¹していたと分析している。この意味づけは、死別から長い経過とともに、高齢者自身のアイデンティティ形成¹²を促していると説明している。杉本の説明には、介護者の体験が自身の人生に少なからず影響していることが示唆されるため、ケアする側とケアされる側との関係性を捉える視点としては重要であると考えられる。さらに人見は、看取り体験を構造的な悲嘆過程として捉えている。人見は、嫁が義親を看取る過程で影響要因¹³を抽出し、看取りを意味づける過程における悲嘆¹⁴は絶えず変化すると指摘している。このような、人見の指摘には、嫁の看取りの意味づけが、社会関係の構造を示していると考えられる。つまり、杉本の説明にあるケアする側とケアされる側との側面

¹⁰ 須佐は、①満足感、②折り合い、③心残りという3つの意味づけを抽出している。

¹¹ 杉本によれば、介護者は、①思慕、②解放、③後悔、④あきらめといった主観的な思いを意味づけし、自身のケアを評価し続ける傾向であると述べている（杉本 2004）。

¹² 死別経験した高齢者には、①自己存在の意義確認、②人生パターンの再構築、③自己の死に対する認識の深まり、といったアイデンティティが形成された（杉本 2004）。

¹³ 人見は、①家族関係、②嫁を支援する家族関係、③嫁の死生観、④姑や舅の死生観、⑤地域とのつながり、といった5つの影響要因を抽出している。

¹⁴ 嫁の悲嘆過程には、①義親への愛着の特徴、②パーソナリティ、③社会的支援、といった3つの要因に強く影響していた（人見 1997）。

的な関係性に加え、人と人との関係によりもたらされる重層的な関係性を示唆している。このような看取りの意味づけには、嫁という介護者を支える環境により導かれたと考える。しかし介護者の悲嘆過程に焦点化しており、高齢者が人生の最期でどのようなケアを望んでいるのか模索されるまでには至っていない。

まとめ

本節では、専門職にケアされる死にゆく人々や家族の視点に基づき、国内外の先行研究をレビューした。海外、とりわけアメリカでは、高齢者が自宅で亡くなることを望んでいても、実際には施設で亡くなる傾向にあり、今後も増加が見込まれる。そのため身体的苦痛をコントロールする医療的ケアを前提とした上で、入居者自身が望む自分らしい生活を取り戻すケアを模索することが必要であると言える。その際には、事前指示書の導入や、人間の基本的欲求を射程にケアすることで、安らかな死を迎えることが可能になると言える。実際のアプローチでは、専門職が入居者の生活習慣や個人特性に着目し、ケア場面に沿うコミュニケーションが求められる。このような専門職のケア行動には、入居者にとどまらず、その家族の意思も汲み取り、死を受け入れる心構えにも繋がることが示唆された。

日本では、病院で最期を迎えるがん患者が、診断直後から複雑な心理状況に陥る傾向にある。がん患者の心理過程は、①内向処理型、②外向発散型、③閉塞型、といった3つに分類され、家族との関係性にも影響を及ぼしていると言える。そのため、がん患者と家族の関係性には、ポジティブとネガティブ、双方の繋がりを想定することが重要である。特に死が近づく時期には、家族が安定した感情を保つことで、平穏な死を迎えることが期待できると言える。このように、専門職には、死にゆく人々と家族との間に、相互に作用する関係性を形成するよう両者を仲介し、苦痛を分かち合う場を提供することが必要である。他方、自宅死は、介護体験を通して、高齢者や家族の関係性を見出すことができる。高齢者が自宅で家族と共に生活し、ケアする時間の長さや手厚くケアすることにより、介護する家族は、被介護者である高齢者の感情に移入しやすく、望むようなケアの方向性を示すことが示唆された。このような介護者の介護や看取りの意味づけは、介護者の心理過程や、身近な存在との死別体験、人と人との関係による重層的な社会関係に影響されることが示唆された。

以上のように、ケアされる立場にある死にゆく人々と家族における先行研究のレビューでは、死にゆく人々が自分らしく生活できる環境づくり、最期の迎え方の抽出、家族との関係性を仲介するケアといった課題があげられる。

4. 高齢者が最期を迎えるためのケアとその課題

高齢者は人口の高齢化により様々な原因で死に至るため、高齢者が迎える死の過程及びケアの方向性を示す。その後、高齢者が捉える生や死への意識とケア、治療とケアのバランスを踏まえ、最期を迎える高齢者のためのケア課題について明らかにする。

(1) 高齢期における死の過程

高齢者は様々な慢性疾患を抱え死に至ることから、高齢者を対象とした長期ケアでは3つの課題が示されている。1つめの課題は、死に至る過程に応じたケアの重要性である。Lynn (2003) は、身体機能の衰退から死に至るまでの経過により高齢者の死を分類している。分類では、①短期衰退型、②間欠的悪化を伴う長期衰退型、③長期衰退遷延型、といった3つのタイプがある。3つのタイプを図1・3に示した。

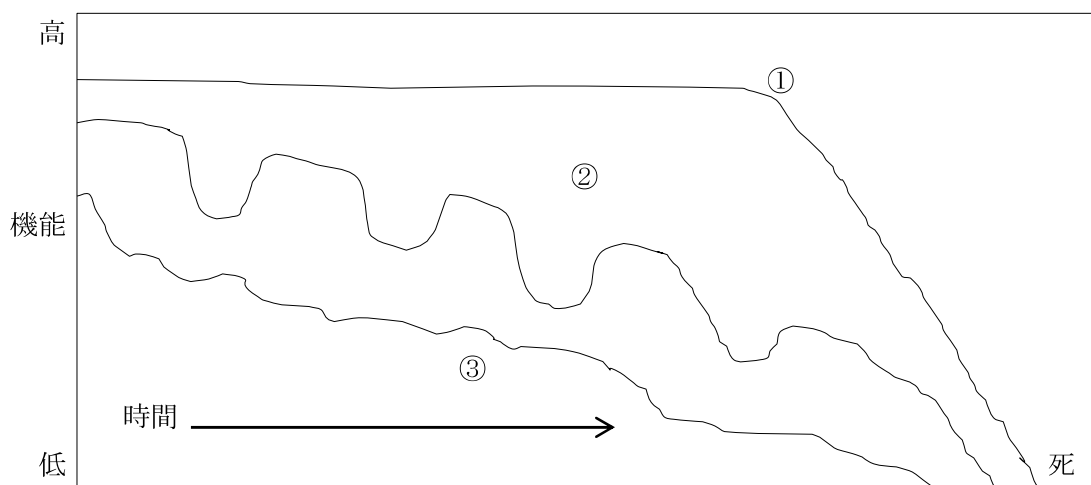


図 1・3 高齢者の身体機能と死の過程

出典：Lynn(2003)「Living Well at the End of Life」p.8 筆者一部修正

短期衰退型は、主に悪性腫瘍をもつ高齢者である。これは、死亡する数週間までは身体機能が保たれ、ある時点から「月・週・日・時間」といった単位で、急速に悪化していくパターンである。そのため高齢者が自身の望みを実現できるように、ケアする始めの段階から残された日々を意識し、QOLを高めるケアが重要である。

内田 (2005) は、肝炎ウイルスに感染後、肝硬変や肝がん¹⁵の告知を受けた高齢¹⁶にインタビューし、質的に分析している。対象者は、自身の病気を知った際に、死を意識したと語る。その後、「長期にわたり治療を繰り返すことで命が継ぎ足される」ことを実感する。その一方で、「進行してしまう病気があっても自分なりに生きていた」という人生の充実感

¹⁵ 日本における肝がんは90%以上がC型肝炎ウイルスに起因しており、治療を施さなければ、平均30年で肝硬変に進展すると言われている(内田2005)。

¹⁶ 対象者は、肝炎診断から平均18.9年、平均年齢69.25歳の男女12名である(内田2005)。

を得ることで生きる欲求を抑える力としていた。このように長期療養を必要とする高齢者には、生と死の間で「また生き延びた」という思いと、「治療がだめなら仕方がないもう十分生きてきた」という思いが振り子のように揺れ動く葛藤があったと説明している。

上村（2009）は、特養が終末期ケアを受け入れているにもかかわらず、がん終末期ケアの対応が可能と考えていた施設長や、看護職員、介護職員は少なかったことを明らかにしている¹⁷。その背景には、3つの職種共に「苦痛の緩和が困難」「症状緩和が困難」「必要な医療の提供が出来ない」「看護師の勤務体制」といった理由が上位を占めていた。また自由記載には、医療機関と特養における終末期ケアとの違いを抽出し、老衰とがん終末期ケアを医療ニーズの割合により区別し、地域の医療機関と連携することを考察している。

このように特養では高齢者が安らかに過ごすことを可能にし、家族へも安心感を与えるケアが求められる。しかし予期しない容態変化により、高齢者が希望する場所で最期を迎えられない場合もあり得る。そのため、療養の場所が異なる場合でも一貫したケア方針が行われるようにマネジメントする必要がある。最近では、手術療法や化学療法など積極的な治療が行われる動向である。急速に悪化し死に至る時点でさえも、高齢者がどのような最期を迎え、専門職員や家族がどのように看取るのかといった合意形成が行われていない場合がある。そのため治療と並行し、タイミングを見計らい高齢者及び家族の意向を確認し、看取りの準備や死別への心構えができるようにケアする必要がある。

間欠的悪化を伴う長期衰退型は、心臓や肺、肝臓など慢性疾患をもつ高齢者である。これは、症状の悪化と小康状態を繰り返し、2年から5年で下降線を辿るパターンである。このパターンの高齢者が受ける医療や介護といったケアの良否により、症状が増悪する頻度や程度も異なると言われている。そのため、日常生活の中で疾病をコントロールする具体的な方法や、病状の悪化予防に対する教育が必須である。

佐久川（1999）は、重度聴覚障害をもつ高齢者¹⁸に死に対するアンケート調査を行っている。重度聴覚障害者をもつ高齢者は、加齢による身体機能の低下よりも、むしろ親しい人々との対話が容易ではない状況である。そのため健常な高齢者や親しい人々との交流を妨げ、複雑な心情を表出する機会も限られ、孤独のうちに死ぬことへの不安を煽ると指摘している。しかしこのような孤独感や不安感は重度の聴覚障害者に限ったことではない。高齢者は、一般に、加齢とともに感覚器のひとつである聴覚の機能が著しく低下するものである。そのため周囲の人々は加齢に伴う高齢者の心情を十分に理解した上で、声音や速度、話題などに注意を払うコミュニケーションが求められる。

岡本（2002）は、脳血管障害を発症し麻痺などの後遺症がある高齢者¹⁹にインタビューを

¹⁷ G 県下特養の施設長、看護職、介護職にアンケート調査し、職種間での比較を実施し、終末期ケアの受け入れが 86.5%だったのに対し、がん終末期ケアは施設長が 35.9%、看護職が 27.2%、介護職が 35.2%だった（上村 2009）。

¹⁸ 対象者は、平均年齢 65.1 歳の男女 15 名であり、アンケート調査に加え、手話による聴き取り調査も実施している（佐久川 1999）。

¹⁹ 対象者は脳血管障害を発症した平均年齢 61.9±9.0 歳の男女 50 名である（岡本 2002）。

行い、「希死念慮」の有無や出現時期などと障害受容過程との関係を分析している。脳血管障害を発症した 6 ヶ月以内には、麻痺や四肢機能低下など障害を受け入れ難く、うつ傾向から希死念慮に陥りやすい。しかし家族の結びつきや、医師など専門職らが安易に励まさない心理的な支えがリハビリテーションにも重要であると述べている。

山本（2004）は、無症候性脳血管障害²⁰と診断され予防的外科治療を受けた患者²¹にインタビューし、病気体験を質的に分析している。治療が成功したことで「病気からの解放や自由」となった自身が病気との出会いを「運命的試練」と捉え、健康意識への変化という「内的転換」や、人生の再設計及び他者へ語る役割という「希望・期待」にまで発展していたことを考察している。

このような間欠的悪化を伴う長期衰退型には、その後半に近づくにつれて治療し改善するかどうかの予測が困難であると言われている。そのため前回は回復できたので、今回も回復する見込みがあると思っていたが、死に至ることも十分にあり得ると考える。

隈部（2006）は、死への態度に影響を及ぼす「年齢」「性別」「主観的健康観」「主観的生きがい感」といった4つの因子との関係を年代別に分析²²している。高齢期には慢性疾患をもつ者が多く、死の恐怖の度合いが低く肯定的受容の態度を示していた。また死の回避と逃避型受容のカテゴリーに関連があったことにも注目している。

このように慢性疾患をもつ高齢者は、自身の持病に向き合うことで肯定的な死の受容を可能にする一方で、死を考えようとしめない態度をも抱いており、複雑な心理状態が顕著であると考える。

長期衰退遷延型は、加齢と共に衰弱する、いわゆる老衰、あるいは認知症のような神経学的な衰弱の状況で身体機能が徐々に虚弱になり、死に至るタイプである。北村（2008）は、特養に入居している認知症高齢者の2つの事例²³を通し、認知症の経過に応じたケアを捉えている。認知症高齢者は、非常にゆっくりとした経過を辿り、精神症状出現から身体症状を合併する時期には、食欲の低下や失禁、膀胱炎や気管支炎など感染症になりやすい。また筋力低下から転倒し骨折する可能性も高くなる。このような経過では、家族でさえも認知症高齢者とのコミュニケーションが容易ではなくなる。

一方、北島（2010）は、特養で勤務経験 3 年以上の介護職員²⁴にインタビューし、認知症高齢者にケアする際、行動の基となる介護職の意識を明らかにしている。介護職員は、

²⁰ 無症候性脳血管障害とは脳動脈瘤が破裂してない状況で、現時点では予防的治療として外科手術が選択される傾向にある（山本 2004）。

²¹ 対象者は平均年齢 56.53 歳の男女 13 名、術後合併症がなかったケースである（山本 2004）。

²² 分析結果は「年齢」による影響が大きく、加齢と人生経験が個人の死の態度を規定していることが明らかになった。なお青年期は自分の死に対してリアリティが乏しく、中年期は加齢と共に身体の衰えを自覚するため、死への恐怖が高いことが示されている。（隈部 2006）。

²³ 事例は介護職員が主導でケアや最期を迎えており、もう 1 つは家族が主導で医療機関を受診し最期を迎えている（北村 2008）。

²⁴ 対象は Y 市内特養に勤務する平均経験年数 7 年の男女 9 人の介護職である（北島 2010）。

①微妙なサインを感じとるか、②経歴や過去の出来事から、思いを汲み取りケアを工夫している。また同僚などの支えや、デマンドを探るために認知症高齢者の傍にすることが多い。しかし認知症の経過を③どうしようもなく低下している状況とし、視線を外しルーティンワークとして現状を割り切ることもある。このように介護職員は、3つの意識傾向の基に、認知症高齢者をケアしており、施設環境や体制に左右されることが少なくない。そのため、認知症高齢者の本来の人物像をイメージし、同僚でディスカッション、家族とのパートナーシップづくりなどの必要性が見出されている。

この2つの先行研究は、介護職員が認知症高齢者の思いを代弁し、家族との仲介にあたることが望ましく、また家族がいない場合には介護職員が代替することも示唆している。また長期衰退遷延型は前述した2つのタイプよりも、高齢者自身の意思確認が難しく、その一方で、死期が近づくごとに、予測通りの症状が出現し、穏やかな経過を辿ることが多い。曾根（2011）は、認知症高齢者の終末期における事前意思の実態を明らかにしている。そこでは、特養に入所した際に、認知症高齢者自身と家族の双方に、ケア内容や方法について看護職員が確認していることが述べられている。看護職員の確認事項には、最期を迎える場所や家族介入の時期、経管栄養や延命治療への選択などがあげられている。上記は、認知症高齢者にかかわらず、特養でどのように最期を迎えるかといった範疇に含まれるケアである。しかし夜間の勤務体制では、必ずしも看護職員が配置しているわけではなく、多くの施設は「電話対応で介護職員に指示している」体制をとっている。

以上、高齢期における3つの死の過程は、いずれにおいても高齢者の生活の質を高めるケアが必要である。例えば高齢者の残存機能に着目し多職種が連携することや、麻痺によるADLの低下や廃用症候群を予防するためにリハビリテーション専門職が介入すること、嚥下が困難な場合には、言語聴覚士や栄養士が介入するなど症状や障害によりチームを編成しケアすることが指摘されている。しかし実際には、高齢者が「どのように最期を迎えたいか」という意思表示が明確ではないことが多い。そのため高齢者の認知症や意識障害が進行する前に、上記を確認すると共に家族の意向も確認することが重要である。もし高齢者の認知症や意識障害が進行した場合には、表情の変化や安堵感、落ち着きなど非言語的コミュニケーションに着目し意思を汲み取ることも主要なケアである。

（2）高齢者の生や死への意識や態度

高齢者を対象とした長期ケアの2つめの課題は、高齢者自身の意思決定が不明確なことである。日本老年医学会（2000）は、一般的な高齢者の意思や、その決定について以下のように述べている。高齢者は、一般的に、意見が不安定で流動的であり、自己表明しないことも多く、家族の意向がより重視されてしまう傾向にある。その反面、介護負担を回避するために、自宅で最期を迎えることを望まない高齢者の増加を懸念している。

しかし高齢者自身が迎える最期の形や、家族がどこまで意思を尊重するのかといった自己決定にかかわる過程を、共有することは容易ではない。それは死や死にかかわる話し合

いが、本来、「特別な出来事」であり、互いの同意が得られているようなホスピス以外の場所²⁵ではより困難である (Sheehan2002)。そのためケアにあたる家族や専門職員には、高齢者自身が生きることや、死への意識及び態度について理解する必要性が窺える。

生と死を扱う概念 (田中 2013) は、死生観と同じような意味として使用し、死に対する考え方や態度として定義されている。

河合 (1996) は高齢者に面接調査²⁶を行い、死に対する態度を否定的な側面と肯定的な側面から測定²⁷している。その結果、高齢者は死の不安や恐怖が高いことが示され、死そのものよりも、死ぬ際の苦しみについて恐怖が多いことが述べられている。これら死を否定的に捉える要因として年齢、経済状況、配偶者の有無、子ども数があげられている。一方、高齢者は、死後の世界を積極的に受容することよりも、現世からの回避により死を受け入れる傾向が強く認められた。これら死を肯定的に捉える要因として年齢、学歴、健康状態、経済状態、信仰をはじめ、家族との死別体験があげられている。

このような高齢者の死に対する態度は、日本人の特徴であり、それらの内的過程を考慮していくことが示唆された。

田中 (2002) は、老年期²⁸と、青年期及び壮年期²⁹に死に関するアンケート調査³⁰を実施し、年齢層の比較を分析している。3世代は、「死を考える」因子と「大切な人の死」因子・「死後の世界」因子の関連に差がないことが共通していた。逆に老年期では、死を考える人は、死を不安・恐怖として捉えることが多く、特に女性は自身が病気に罹った時に死を考えることが多いことが明らかにされている。一方、青年・壮年期は死を考えることが必ずしも死の不安や恐怖に結びついていないことも明らかにされている。

このように高齢者には、健康障害や病床にある際、特に孤独感を与えない家族的かかわりや、精神的ケアを基盤に専門職がケアすることが求められている。

富松 (2012) は、死に対する態度尺度³¹を用いて世代間³²による死生観の相違を比較して

²⁵海外では特にナーシングホームにおける患者、家族そして医療従事者などの中でケアの方向性について合意がなされていないこと、患者の意思決定を促すコミュニケーションが十分に行われていないことを長期ケアの課題としてあげている (Teno2001 ; Travis2002)。

²⁶対象はT都内の60歳以上の男女を性・年齢階層別に無作為に抽出した315人で、平均年齢73.1歳である (河合 1996)。

²⁷ここで否定的な死の態度は、Templerにより作成されたDAS(死の不安尺度 ; Death Anxiety Scale)を、肯定的な死の態度をDAP(死に対する態度尺度 ; Death Attitude Profile)をそれぞれ用いるが、後者の尺度のうち「死の恐怖」を除いている (河合 1996)。

²⁸対象はY県内の会社を退職し在宅生活を送る65歳以上の高齢者に加え、老人クラブ会員の高齢者306名である (田中 2002)。

²⁹対象はY県内にある大学等に所属している19歳から29歳までの学生を青年期層とし、会社員及び看護師として県内に勤務する30歳から64歳までを壮年期層と設定している (田中 2002)。

³⁰主な質問は、Death Concern Scaleの30項目から25項目を用いた「死に関する意識」である (田中 2002)。

³¹これには、①死に対する恐怖尺度、②生を全うさせる意思尺度、③人生に対して死が持

いる。青年期は、中年期及び老年期よりも死を恐れていることが明らかになった。また青年期は、老年期よりも死後の存在を信じていることも明らかになった。3世代では、重要な他者と死別している群が、していない群よりも人生に肯定的な作用をもたらし、意味のある死を求める傾向だった。同様に、重要な他者と死別している群が、していない群よりも靈魂の永続性を信じ、死後の存在を信じている傾向だった。

このように死生観は、世代間により異なる特徴が示されており、重要な他者との死別を経験したことで死を身近に感じ、死生観に影響を与えると述べられている。自宅で生活している高齢者は、死に対する意識や加齢に伴う身体的変化をどのように捉えているだろうか。

青木（2000）は、上記の実態調査³³において、高齢者が「死の恐怖」を抱き、「長寿」や「生の証明」を求め、「至福な来世」を信じようとする意識を抽出している。また「死への諦観」は男女とも加齢に伴い、意識が高まることが明らかになった。木内（2004）は、終末期の迎え方についてアンケート調査³⁴を行っている。高齢者は病名の告知を希望するが、延命治療を望まない傾向であり、自宅で最期を迎えたいと思っていた。

このような高齢者の傾向は、自宅で生活を続けることが可能である、良好な健康状態にある高齢者の特徴であることも考えられる。酒井（2008）は、入院している高齢患者³⁵に面談し、患者自身の将来予測、医療職への期待の語りから、事前指示書作成に繋がる意思について分析している。高齢患者らの語りでは、自身の意思は「家族に介護負担がかからないことが優先」される一方で、治療により急性期を逃れたため「今後の自分を予想しよう」としない状況であり、死を意識しながらも「死について語る場所がない」ことが抽出されている。また患者らは、身体的苦痛をとることや、望まない医療をやめる「病院の医療への期待感」をもっていることも抽出されている。

ケアにあたる専門職員は、死を語る場の提供や、意思が表明できるように情報を提供すると共に、高齢者やその家族を教育することを前提に、有用性の高い事前指示書作成にかかわることが必要である。しかし実際の提供方法や、意思表示や意思決定の過程をどのようにケアへ反映されるかは明らかではない。

つ意味尺度、④死の軽視尺度、⑤死後の生活の存在への信念尺度、⑥身体と精神の尺度、6つの下位尺度から構成されている（富松 2012）。

³² 対象は青年群がA大学の学生63名で平均年齢19.8歳の男女、中年群がA大学の学生の家族60名で平均年齢54.5歳の男女、老年群がA市内地域コミュニティセンターに通う61名で平均年齢75.0歳、という3世代である。

³³ 一次調査となる対象はY県の老人会や活動グループなど5つを選択し272人の男女であり、二次調査となる対象は同様に7つのグループを選択し661人の男女で、それぞれアンケートを行っている（青木 2000）。

³⁴ 対象はM市内の老人クラブ232か所の各会長が選出した2名、計333名の男女で平均年齢74.6歳であり、89.1%には健康状態に問題がなく、88%には自宅に同居者がいた（木内 2004）。

³⁵ 対象は感染症や消化器疾患などの治療を行い、急性期を過ぎた時期にある75歳以上の後期高齢者10名であり、認知症は認められなかった（酒井 2008）。

松井 (2004a) は、高齢者にアンケート調査³⁶を行い、アドバンス・ディレクティブ³⁷への賛同と関連要因について分析している。アドバンス・ディレクティブに賛同する高齢者には、リビング・ウィルの認知度が高く、延命治療に繋がる人工呼吸器を拒否していることに関連していた。このような高齢者の価値観³⁸には、宗教的な観念を受け入れることや、死を積極的に受け入れる態度が強い傾向であると示された。実際に、高齢者³⁹は、かかりつけ医の存在や家族の凝集性が高く、周囲との話し合いが可能であることが要因として示されており、多くの高齢者が終末期ケアに関する啓発活動に関心をもっていることが明らかになっている (松井 2004b)。啓発活動では、高齢者を対象にした試みが実施されている (尾崎 2007)。高齢者には、活動の前後に POMS サブスケール値⁴⁰を測定しており、「抑うつ・落込」以外の全ての下位尺度が有意に低下していた。つまり、多くの高齢者は映像を肯定的に捉えていたことが明らかになった。しかしほとんどの高齢者が配偶者や家族など、親しい人との死別を体験していたことや、高齢期にある自身の生活を大切に生きていたという背景から生じた結果であることが考察されている。

水島 (2004) は、高齢者の終末期にかかわる人々が講師を務める公開研究会⁴¹を開催し、参加した地域住民とのディスカッションや、アンケート調査を分析している。分析から地域における高齢者ケアの課題は、①高齢者自身へのスピリチュアルケア及び死の準備教育の実施、②家族への死生観教育及び悲嘆教育の実施、③専門職への死に対する教育の実施、④終末期における宗教の介入の検討、⑤終の棲家の検討という 5つを抽出した。

平川 (2006) は、退職した高齢者を対象⁴²に終末期ケアに関する講演後にアンケートを実施している。その結果、高齢者は老衰や認知症、癌など身体状況にかかわらず、終末期を迎える場所を特定していないことがわかった⁴³。また高齢者が自身の治療やケアに関して、

³⁶ 対象は U 市 H 市の 65 歳以上の老人クラブ会員 565 名、平均年齢 75.4 歳の男女である (松井 2004a)。

³⁷ 事前指示書とも訳され、患者または健常人が将来、判断能力がなくなった際のことを考えて、自らの望む医療について意向を前もって示しておくことで「リビング・ウィル」と「継続的委任状」の 2つの形式がある (松井 2004a)。

³⁸ 価値観では、自律性 (API)、家族機能尺度 (FACESIII)、宗教的態度尺度、死に対する態度尺度 (DAP) の 4つの尺度で測定した (松井 2004a)。

³⁹ 65 歳以上の老人クラブ会員 336 名の対象から、教育講演への関心に対する質問項目に欠損のない 258 名分 (平均年齢 75.2±5.4 歳の男女) を分析している (松井 2004b)。

⁴⁰ POMS は Profile Of Mood States の略で、情動尺度日本版は 65 項目からなり、「緊張・不安」「抑うつ・落込」「怒り・敵意」「活気」「疲労」「混乱」の程度を測定する (尾崎 2007)。

⁴¹ I 県下で高齢者の終末期にかかわる医療職、宗教家、研究者が、「牧師として死に立会って」や「ホスピスケアにみる死生観」など彼らの経験をテーマとし、地域の一般住民を対象に全 7 回行われた (水島 2004)。

⁴² 対象は I 県のメーリングリストを通じて社会との関わりを提供することを目的とした高齢者の団体であり、参加者の平均年齢 67.7 歳で約 60%が配偶者との二人暮らし、またほとんどが持ち家で生活していた (平川 2006)。

⁴³ 「その時にならないと分からない (42.9%)」と回答した高齢者が最も多く、次いで「自宅 (28.6%)」「高齢者施設 (13.8%)」「病院 (13.4%)」の割合を示している (平川 2006)。

予め意思表示するよりも、むしろ家族や医師に委ねたいと思っていることがわかった⁴⁴。これらを受け、高齢者が居住する地域で往診医の不足など在宅医療の課題を抱えていることに加え、講演内容に沿ったアンケート構成ではないことが誘因であると考察している⁴⁵。このように高齢者の終末期ケアの意識は、地域の社会資源の充実度や、情報量や提供方法に依るため、慎重に進めることが示唆される。

しかし、これら的高齢者の意思決定や啓発活動の具体例には、高齢者の意思決定、とりわけアドバンス・ディレクティブや、死の迎え方の深層には触れられてはいない。そのため高齢者が死に対して抱く、過度の不安や恐怖を解消するためのプログラムを確立し、心理的負担を回避する必要がある（高岡 2009）。以上のように死に関するプログラムや活動には、高齢者自身が人生を振り返る機会になるため、より一層の普及が期待できる。野村（2002）は高齢者に回想法による個別面談を行い、内容を分析している⁴⁶。高齢者の語りでは、改善群と悪化群に区別し、ポジティブなエピソードを多く語った高齢者に心理的効果が得られた一方で、ネガティブなエピソードを多く語る高齢者には心理的効果が得られなかったと分析している。また高齢者が、自身の人生を回想し過去を再評価する傾向が高い者ほど、自尊感情度が高くなることも明らかにしている（野村 2009）。

このように人生を回想することは、高齢者にとって喜びの感情や、語ることを楽しむ行為に繋がる一方で、精神的な苦痛にもなり得ることがわかる。しかし高齢者は、自身の死を現実的に考える契機はあるのだろうか。

自宅で生活をしている 65 歳以上の高齢者は、「病気の時、死について考えることがある」というアンケート結果が示されている（田中 2002）。それは特に女性にみられる傾向であり⁴⁷、男性よりも女性は「死を考える」傾向で「死の不安・恐怖」を抱え込むことも明らかになった⁴⁸。さらに高齢者は不治の病を知り、配偶者に世話をされながら、自宅で最期を迎えたいと願い、高度な病院の医療を望む高齢者は一部にとどまった⁴⁹。これと同様に、石井

44 「治療に対する希望を伝えておけば書面に残す必要はない（15.2%）」「そのときの状況に応じて治療方針を決めてくれればいい（37.3%）」が、「希望を書面に残し、そのとおりに治療をして欲しい（10.1%）」「希望を示した書面を参考にして治療方針について話し合っただけでいい（26.7%）」を上回っている（平川 2006）。

45 講演は、疾患にみる終末期の特徴を中心に、事前の意思表示には限界がある内容であり、終末期の場所にホスピスやグループホームなどの情報提供が欠落していたと考察している（平川 2006）。

46 対象は K 市内のデイサービスを利用する精神疾患等がない高齢者 40 名に週 1 回 30 分から 60 分のセッションを 5～6 回実施し、人生満足度、抑うつ尺度、自尊感情という適応指標を測定し得点ごとにグループ化 8 名を選出している（野村 2002）。

47 男女別にわけカイ二乗検定し 25 項目のうち 12 項目に有意差がみられた（田中 2002）。

48 「死を考える」因子は平均値±標準偏差が男性 13.73±4.56、女性 16.48±4.39 であり、「死の不安・恐怖」因子は同様に男性 10.66±4.20、女性 12.05±4.89 である（田中 2002）。

49 病名告知は 71.0%（171 人）、世話をしたい人は 60.3%（146 人）、最期の場所は 39.6%（95 人）、終末期医療への希望が在宅医療 43.4%（102 人）、緩和ケア病棟 43.4%（102 人）で高度な病院の医療 11.5%（27 人）という結果であった（田中 2002）。

(2003) が行ったアンケート調査⁵⁰でも、高齢者は自宅で最期を迎えたいと希望し、いずれの期間も約 50%を占めており、「配偶者に看取って欲しい」と願う回答が多い傾向であると示された。また高齢者は、尊厳死や臓器提供など社会で議論している背景から話題にしており、年齢が高い高齢者ほど、身の整理や遺言状の作成、死亡方法を家族に伝えるなど、死の準備行動を起こしていた。これらの行動には、高齢者にとって身近な存在、つまり配偶者や家族との死別体験が誘因となり、影響を少なからず及ぼしていたことが示唆される。

小谷 (2008) は、中高年⁵¹が選ぶ大切な人を身近な存在と位置づけ、死の人称態⁵²のうち、二人称の死と一人称の死について、死のイメージを比較している。中高年には、「死後の不滅性」「死の恐れ」「死の問題からの逃避」「自然の終焉」の 4 因子が抽出されている。身近な存在が「子ども」である女性は、「死の恐れ」が最も強かった。死の問題から逃避したいという意識は、男女ともに「自分の親」「配偶者」「子ども」の順で強くなっていた。また年齢層が高くなるほど、身近な存在は「配偶者」を選ぶ人が増加し、女性や 40 歳代に身近な存在の死を恐れる意識が強かった。さらに自分の死よりも身近な存在の死が恐ろしく、考えたくないという意識ははたらく反面、死により自分は滅びるが身近な存在は心でも消滅しないと述べている。

川本 (2012) は、健康な高齢者にインタビュー⁵³し、死を考える上で重要な他者との関係性や死のイメージ変化を分析している。高齢者は、重要な人物⁵⁴に子どもや、配偶者など⁵⁵をあげており、子どもとの関係性を「役割を託す」「支えあう」「将来のイメージ」「繋がりをを感じる」と捉えており、配偶者とは「支えあう」関係と捉えていた。また高齢者は死について「表裏一体」「次の生への視点」「死への感情」「希望する死の迎え方」「生への志向」という 5 つのイメージをもっていた。重要な他者が親子の場合、役割や仕事の継承が高齢者と重要な他者の間に互いの存在を内在化することに繋がり、結果として来世に対する肯定的なイメージをもっていた。同様に、配偶者の場合、共に死を迎える者として捉え自身の存在が後に残るといった死のイメージを抱く一方で、希望する死と現実の死との間に葛藤

⁵⁰ 対象は平均年齢 67.28 歳 O 老人大学を受講していた 468 名の受講生で 1996 年から 2000 年の 5 年間にわたり調査を実施している。なお、重複受講はできないため、対象者の重複もない (石井 2003)。

⁵¹ 対象は 40 歳から 74 歳までの全国の男女 944 人にアンケート調査を実施し、死観尺度を用いて分析している (小谷 2008)。

⁵² ジャンケヴィレッチ (1978) は、死を論じる際、一人称の死を自分の死、二人称の死を家族など身近な者の死、三人称の死を他人の死と分類している。

⁵³ 対象は 68 歳から 98 歳の男女 8 名で、家族形態、居住啓太、既往歴といった属性及び死を考える上での重要になる人物、その人とのやり取りから変化した死のイメージなど半構造化面接を行った (川本 2012)。

⁵⁴ 対象者の語りから、まず重要な他者やそれに伴う感情を全て抽出し、次に対象者ごとに主要な考えを抜き出した後、対象者間のグループ化、かつカテゴリー化し、決定している (川本 2012)。

⁵⁵ 他には、親や友人をあげており、親とは「先に見送る」「役割を引き受ける」関係性であり、友人とは「関係の維持」といった関係性を抽出している (川本 2012)。

を抱くことが示された。

以上のように、高齢者の生や死への意識や態度は、サンプルの特異的な傾向ではなく、むしろ一般的な高齢者の傾向を示していると言える。また高齢者にとっての死は、自身の問題でもあると同時に、二人称の人々、すなわち身近な存在の問題でもある。そのためケアにあたる専門職員は、遺族としての高齢者、特に配偶者の死が及ぼす影響を熟慮した配慮や、死別経験のリスクを備えたケアの視点は見逃せないだろう。一方、高齢者が自身の感情や気持ちを抑える世代であることから、宗教や信仰に影響を受けることが少なくない。そのため高齢者が望む最期の迎え方を、表出できるようにケアすることが重要である。

(3) 高齢者のキュアとケア

高齢者を対象とした長期ケアの3つめの課題は、医療におけるキュア (Cure) とケア (Care) である。高齢者には、一般的に、加齢により身体に変化をきたす傾向が認められる。それは、①原因疾患ではない合併症で急激に悪化しやすいこと、②感染症に陥りやすく重度化しやすいこと、③電解質の異常や脱水を起こしやすいこと、④意識障害を起こしやすいこと、という4つの特徴である。これらの身体的変化は、治療することで状態を改善する可能性が期待できる。しかし高齢者の生命の最終段階が、急性増悪による悪化なのか、老衰による衰弱なのか、その区別が難しいと言われている⁵⁶。池上 (2004a) は、終末期ケアへの移行の基準、つまり亡くなるまでの時期の予測、回復の見込み、本人の意向の確認はいずれも満足させることが難しいと述べている。こうした状況を十分に認識した上で、法律家を交えて治療を中止する際の留意事項を策定すべきであり、また医療や介護全体の課題として、コミュニケーション技法や疼痛管理などについての緩和ケアを広く普及させる必要があると説明している。

その一方で、死期が近いにもかかわらず、積極的な治療が行われるように高齢者への過大医療の問題が指摘されている (池上 2004b)。そのため、長期衰退遷延型を辿る高齢者は、施設内で亡くなる可能性を高めるために、環境を整備すべきであり、十分な倫理的配慮のもとで適正な医療が行われているか監査する必要があると述べている。施設に入居している高齢者は、どのような思いで生活しているのだろうか。

特養の入居者を対象にした意識調査 (小楠 2008a) では、80歳代から100歳代の入居者の人生を回想するインタビューを試みたことで、入居者自身が存在する意味を見出すきっかけとなり、終末期の意思表示を焦点化している。入居者らは、家族を中心に辛いことや喜ばしいことを語っている。また入居者が戦争を経験していたという背景から、人が食欲や食す行為を失うことで生が継続できなくなり、死に近づくことを認識していた。インタ

⁵⁶ 本来は生命の末期ではないにもかかわらず、末期の状態にあると見なしてしまう危険性があり「みなし末期」と呼ばれている。「みなし末期」と判断された高齢者は、治療すれば回復する可能性がある急性疾患の場合でも必要な入院加療が受けられず、看取りが行われる可能性がある (横内 1998)。

ビュー終盤には、入居者自身が最期を予感している内容が語られ、場所よりも、むしろ誰と共に迎えたいかといった周囲の人々への想いが語られた。

このように施設に入居している高齢者は、迷いや心の揺れを抱くことが大前提であることを留意したい。ケアの実践では、入居者の生活を辿り、個々の高齢者の生活の質を、より重視することが示唆される。しかし前述しているように、施設には長期衰退遷延型を辿る高齢者が生活しており、どのように死期を定め、ケアしているのだろうか。

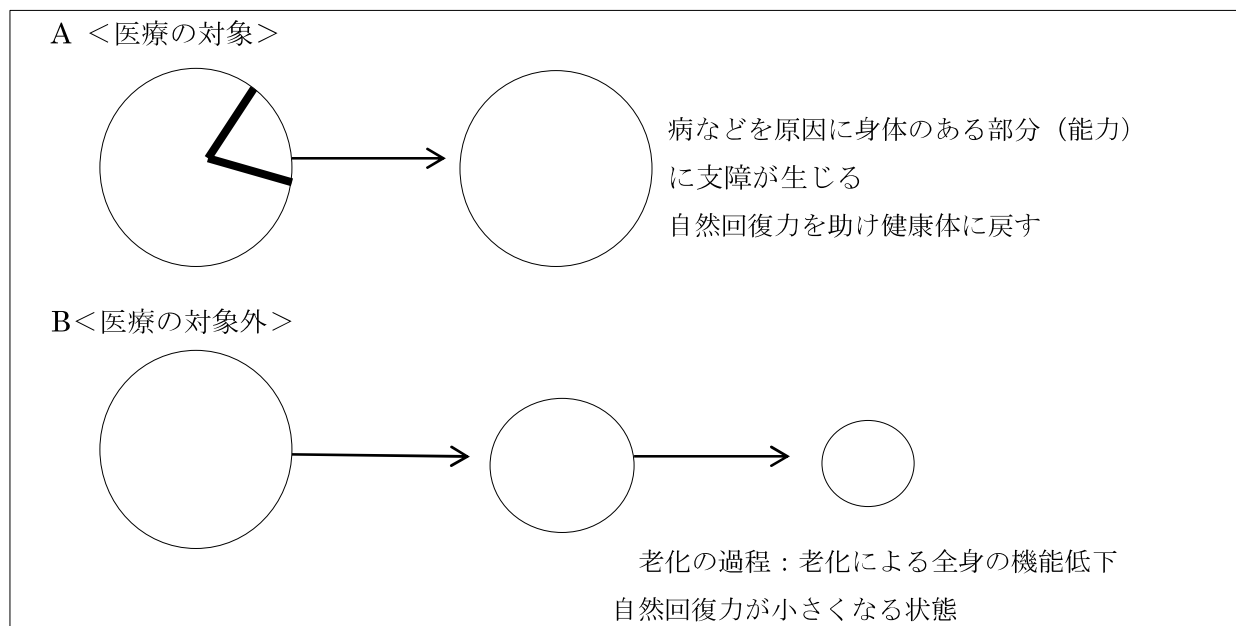


図 1-4 医療の対象と老化の違い

鳥海房枝（2009）「I 高齢者施設におけるターミナルケアとは」『おはよう 21』 p.15 を筆者一部修正

鳥海（2009）は医療の対象と老化の違いを示した上で、医療の限界を指摘している⁵⁷。疾病は身体のある部分の不調により発症、いわゆる症状を起こすため、医療的なケアにより効果が期待できるが、老化現象による身体の変化や不調は、効果が期待できないと述べている。図 1-4 に示した通り、A では疾病に罹ったとしても、治療されることで修復される。つまり治療が、人間が本来もつ自然治癒力を助け、引き出していると考えられる。一方、B では加齢あるいは、老化により身体機能が低下しているため、身体的な変化を生じた場合、治療を受けとめるには限界を超えてしまう。つまり治療が、効果に及ばず副作用により、高齢者の身体機能低下を助長することが考えられる。

鳥海（2009）によれば、特養では、「食べる」という行為に注目し、死期を予測している

⁵⁷ 鳥海（2009）は「脱水状態」を取り上げ、医療の対象か否かによる違いを述べている。例えば、病気等の理由で食事が摂れずに脱水状態になっている場合の点滴は、点滴を効果的に吸収する身体機能が備わっているため、その効果が極めて顕著である。一方、同じ脱水状態でも点滴を吸収する機能が低下しているため、老衰状態の高齢者に点滴を行うと全身に浮腫、いわゆる「むくみ」が現れる。

と説明している。人間の身体機能は、加齢に伴い後から獲得した機能の順に失われる⁵⁸ため、最期まで残る生命維持に必要な「食べる」という行為が困難な状況に陥ることで、死が近づいている材料となり得る。

特養に勤務している配置医の石飛（2011）は、芦花ホームで実際に行われている事例から、できるだけ経管栄養を避けて、過剰な栄養や水分を与えないことで自然な死を迎えられと説明している。以下には、事例の概要を提示している。

表 1-1 特別養護老人ホーム芦花ホームにおける事例

95 歳の穏やかな最期

認知症の入居者は、一日 600 キロカロリーで 2 年間に過ごしていた。その後、誤嚥を繰り返したため、看取り介護に移行することを家族に説明しサインを受ける。口には水を含ませたガーゼを口に湿らせる程度が 2 週間続き、何の苦しみもない最期を迎えた。死亡診断書の直接死因の欄には老衰と記載した。

102 歳の往生

入居者は、最期の一ヶ月前から、一日にかけてゼリー食、ひとパックをとるのがやっとなった。家族と話し合いにより「とにかく苦しみが無い限りこのホームで最期を迎えてもらいたい」と、互い確認しあっていた。看取り介護の承諾書を作成後、10 日前から「起きたくない、寝ていたい」と言われるようになり、トイレの時だけ声かけし排泄を促していた。最後の一週間は口を湿らすだけにとどまり、ひ孫を含めた家族三世代が部屋いっぱいに詰めかけていた。最期まで家族皆でテレビを見ながら過ごしていた。

石飛幸三（2011）『口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ』p.121～122・135～136
を筆者要約作成

上記の 2 つの事例は、医師だけでは到底、実現できることではなく、介護職員、看護職員、相談職員が家族と面談を重ね、安らかな最期を迎えられるようにきめ細かく打ちあわせた賜物であると述べている。また家族と専門職が、「食べられない状態」を双方で受容した形であり、死は医療のものではない、特殊なものでもない、自然なもののはずであると主張している。このように施設に入居している高齢者には、「食べられる状況」を正しく見極め、家族や専門職が、入居者の自然死をケアする覚悟を喚起している。

他方、日本では 1990 年代に、高齢社会が到来し、「生」「老」「病」「死」をテーマにした出版物や、マスメディアが相次ぎ取り上げたことで、話題性に富んでいる。

⁵⁸ 人間は、生き物として誕生した直後から、生命維持のために「乳」、すなわち食べ物をとる機能を備え、次いで運動機能として歩くことや走ること、言語・知識・技術など獲得し、やがて老いにより、新たな知識の獲得能力は低下するが長い人生経験による知恵でそれを補うことができる（鳥海 2009）。

山崎（1996）は、高度医療への期待から、病院死が圧倒的に増加したことで、医療者側の都合を優先した管理下で、死がもたらす医療技術の発達に伴う終末期患者への過激な処置や、延命技術の発達により、医師に限らず患者や家族も「死を回避できる」という幻想にとらわれやすくなることを指摘している。このような現象は、死を非日常化し、患者も家族も死のプロセスが理解できないため、「死の迎え方」までも医療側に任せることになる懸念している。

医学の進歩が発展途上だった頃には、死にゆく人々は「大往生」に表現されるように、「安らかに死ぬこと。また立派な死に方」でより「よい死に方」あるいは「自分の納得のいく死に方」を迎えていたはずである。

永（1994）は、著書『大往生』の中で、気楽に「古い」や「病い」、そして「死」を仲間と語り、寓意的な表現で「人間らしい死を迎える」ためのヒントを綴っている。身の丈にあった同じ視線の人たちが、死に対し覚悟することや、率直な思いには、老若男女を問わず、共感が得られている。

このように死にゆく人々が、どのように最期を迎えたいのか、方向性がある程度、定まることで、充実するケアに近づくと考える。これを推奨する立場として、死の受け止め方や、高齢期の生き方などの指南書もある⁵⁹。とりわけ施設に入居している高齢者には、穏やかな自然死を迎えることが理想であろう。

特養の常勤医師は、医療が濃厚に関与することで、より悲惨でより非人間的なものに変貌させたことから、死に際の苦しみを医療による「虐待」と表現している（中村 2012）。また現在では、医療の「虐待」のみならず、死期が迫っている高齢者に「食事介助」「生前湯灌」「吸引」など介護が「拷問」をしているとも指摘している。自然死のしくみは、飢餓と脱水の状態になる餓死を意味している。健康な人間と死に際の餓死とは、異なる状態であると説明し、命の火が消えようとしているので、腹もへらない、のども渴かないと述べている。また飢餓では脳内にモルヒネ様物質が分泌され、いい気持ちになり、幸せムードに満たされ、「脱水」が血液を濃くさせることで意識レベルが下がり、ぼんやりとした状態になるとも説明している。さらに「酸欠状態」で炭酸ガスが排出されずに、体内に溜まることで麻酔作用を起こすため、死の苦しみを防いでくれることも期待できるのである。このように施設に入居している高齢者には、出来る医療をすべて施すのではなく、まず終末であるという認識をもち医療以外にも有用な手段があることを考え、専門職員は有終のケアにあたる必要がある（村井 2002）。

⁵⁹ たとえば、鎌田（2013）や帯津（2013）は医師の立場で、死の受け止め方や、生き方をまとめており、庄司（2003）は、生老病死から「生きる」ことを見つめ直している。

まとめ

高齢期には、①短期衰退型、②間欠的悪化を伴う長期衰退型、③長期衰退遷延型という3つの死の過程があり、いずれにおいても生活の質を高めるケアが求められていることが明らかである。しかし実際には、高齢者が「どのように最期を迎えたいか」という意思表示が明確ではないことが多い傾向である。そのため高齢者の認知症や意識障害が進行する前に、上記を確認すると共に家族の意向も確認することが重要である。もし高齢者の認知症や意識障害が進行した場合には、表情の変化や安堵感、落ち着きなど非言語的コミュニケーションに着目し意思を汲み取ることも主要なケアである。

高齢者にとっての死は、自身の問題でもあると同時に自身を取り巻く二人称の人々、すなわち身近な存在との死という問題でもあることが明らかである。そのためケアにあたる専門職員は、遺族としての高齢者、特に配偶者の死が及ぼす影響を熟慮し、死別経験のリスクを備えた視点が必須である。一方、高齢者が自身の感情や気持ちを抑える世代であることから、宗教や信仰に影響を受けることが少なくないことが明らかである。そのため高齢者が望む最期の迎え方を、表出できるようにケアすることが重要である。

多くの高齢者は、長年、住み慣れた自宅で、家族から介護を受け、旅立つことを望んでいることが明らかである。しかし高齢者は身体機能の衰退により、様々な疾病や症状を引き起こす傾向である。そのため現実には自宅介護に加え、施設介護をも選択肢に取り入れざるを得ない状況であると考えられる。また高齢者の死生観はバックグラウンドにより差異が生じやすい傾向であり、医療的なキユア（Cure）よりもケア（Care）を重視する意識が高いとも言える。さらに高齢者が受ける医療的なキユア（Cure）とケア（Care）のバランスについて疑問視する社会潮流があることも明らかである。特に要介護状態となり施設に入居している高齢者には、急性疾患とは異なり、長期にわたるケアが必要になるため、何をゴールにめざし、どの程度、医療的なキユア（Cure）やケア（Care）ケアを望むのか、専門職員のケア観が問われている。

5. 特別養護老人ホームで生活する高齢者とケア実践

高齢者は加齢により身体に変化を来し疾病や、身体機能の低下により自宅生活を継続することが困難になる傾向である。とりわけ特養は生活の場として位置づけられ、多くの高齢者が生活している。そこで特養という生活空間と自宅との差異や、居室形態による功罪を整理する。次に事例にみる介護職員のケア、視点について述べる。その上で本研究における EOL (End-of-life) ケアの定義及び範疇を明らかにする。

(1) 特別養護老人ホームに入居する高齢者

高齢者は、加齢により身体に変化をきたす傾向がある。そのため高齢者は何らかの疾病を患い、あるいは身体機能の低下に起因する事故⁶⁰に遭うことも十分に考えられる。特に転倒した経験のある高齢者は、心理的に影響を受け、引きこもりなど活動範囲を縮小する生活に陥りやすい。また転倒により骨折した高齢者は、自身が移動し排泄するなど、自立した生活に支障をきたしやすい。そのような事態には、高齢者が自宅を離れ一般病院へ移行し、治療を受けることになる。しかし転倒による骨折は治療期間が長いため、廃用症候群を加速し、寝たきりになる事例も少なくない。

高齢者が一般病院での治療を終えた場合の行き先として、老人病院や老人保健施設、特養などに入所あるいは入居することが一般的である。

外山 (2004) は、特養に入居する高齢者には、3つ苦難が待ち構えていると指摘している。第1の苦難は、高齢者が施設に入る原因そのものによる苦しみである。前述した転倒による骨折を例にあげる。治療を終えた後、病院や老健から転居する過程で、介護していた配偶者が他界しケアする者を失い、家族が同居しているがケアする時間を確保できないなどの事態が発生する場合がある。このように高齢者は、特養に入居する理由や背景により苦しむことになる。第2の苦難は、自身がコントロールしてきた居住環境システムを喪失する苦しみである。高齢者にとって自宅は、長年住み慣れた居住空間である。身体が多少動かないときや、体調が良好でないときでも、「我が家」であれば、物の配置や作業手順、身体の動かし方など「住こなし」という工夫が可能となる。特養に入居することは、このような「住こなし」という「財産」を失うことである。第3の苦難は、「落差」による施設生活の苦しみである。施設は、非日常空間であり、そこには5つの「落差」があるという (外山 2004)。1つには「空間の落差」である。空間の落差には自宅に比べひとつの間取りが大きく、複数で共有する居室であるため、プライバシーが守られにくい点である。2つには「時間の落差」である。時間の落差には固有の生活リズムから集団の生活スケジュールに身を任せざるを得ない点である。3つには「規則の落差」である。規則の落差には特養に入居する際に、介護保険を利用することが多く、自己判断を捨て暗黙のルールに従う

⁶⁰ 高齢者の死因は不慮の事故が最も多く 559.1 件 (65~89 歳) であり、そのうち転倒や転落は 114.5 件 (20.47%)、浴室の溺死が 108.5 件 (19.31%) である (厚労省 2008)。

ことが当然となりやすい点である。4つには「言葉の落差」である。言葉の落差には職員は高齢者より年下であり、呼名や会話の際に、敬う言動が欠けるという点である。5つには「役割喪失の落差」である。役割喪失の落差には、他者から一方的に与えられるだけでは生きていく手ごたえを感じないという最も重要な点である。

このように特養には、「苦難」や「落差」が生じており、自宅環境とはかけ離れた場所で生活することで、高齢者は意欲を削がれ、混乱する傾向にある。高阪（1999）は、従来型の居室が出来るまでの経緯や背景について以下の特徴を述べている。1つめは、特養の創設が病院をモデルにしたことである。2つめは、入居者のケアが職員や家族との人間関係という狭義の行為として捉えている。3つめは、職員不足による提供側主導のケアであったことである。4つめは、居室を補助する空間の面積基準が生活を想定していなかったことである。このような経緯には、入居者する高齢者のプライバシーを保護することや、意思を尊重したケア実践の思想が十分であるとは言えない。

近年、特養の居室は、入居者の尊厳を重視したケアの実現のために、複数の入居者が生活する従来型に加え、全室個室のユニット型が急増している（厚生労働省 2001）。ユニット型居室には、入居者の生活全般で質を向上させたこと（三浦 2007）や、入居者とのコミュニケーション量が増加し入居者の意欲や気力を向上させること（山口 2006）が明らかにされている。その一方で複数あるいは集団へのケア提供から、ユニットでの個別ケア提供に環境が移行したことで、入居者の孤立を助長し入居者同士の交流を希薄にするという問題も招いている（城 2006；本岡 2012）。

壬生（2011）は、従来型とユニット型という居室形態の違いから、入居者の生活意識について比較している。従来型の入居者は、ユニット型の入居者よりも「生きがい感」「物事への集中」の意識が高い傾向あることが示された。また自由回答ではユニット型の入居者は「気ままな生活」に満足しており、一方従来型の入居者は自由度が低いにもかかわらず、生活意欲が高かった。このように特養に入居する高齢者の意識は、居室の形態により一様ではないことが窺える。

特養でケアにあたる職員には、居室の形態でケアする意識の変化や、ケア実践に影響があるだろうか。新人の介護職員は、ユニット型居室でケアすることに戸惑う傾向にあり、ケア実践に向けた体系的な教育が必要であると指摘されている（鈴木 2002）。ユニット型居室を所有する特養では、介護職員の仕事への意欲が就職後3ヶ月までは上昇するが、9ヶ月後には情緒不安定になる傾向がある（鈴木 2005）。これらに対し、従来型居室所有する特養がユニット型居室を導入した場合、改修した3ヶ月後に、介護職員のストレス反応がみられたという指摘もある（杉山 2011）。また田辺（2005）は、既存の回廊型大規模特養がユニットケアに環境移行した後に、介護職員がストレスを抱えていたが、情緒的消耗感の低下は見られなかったと述べている。この結果の誘因には、「介護職への責務」や「利用者理解」があげられており、対処方法には、職場内でのコミュニケーションや、飲酒や喫煙など個別にストレスを発散していることが明らかにされている。

これらに反論しユニット型居室には、介護業務や施設環境の改善を図る（張 2008）必要があり、ユニットケア導入が施設ケアの質の向上を図る有効な方策であることを検証⁶¹している。しかし、ユニット導入直後には、介護職員の介護否定感が一時的に増加するため、短期間に円滑な運営を定着させることが課題であると考察している。

これらによりユニット型居室でのケアが乏しい介護職員には、就職後、あるいはケア環境が変わった直後に、教育や研修を行うことが望ましいと言える。しかし新人の介護職員は、居室の形態にかかわらず、職場や仕事に適応することが容易ではない。また介護の職場環境が、入居者と介護職員との関係悪化にまで波紋を広げ、介護職員のバーンアウトを招く恐れもあると指摘されている（鈴木 2007）。そのため教育や研修に加え、仕事あるいは役割についての目標設定や、それらを評価サポートする先輩職員との関係性も重要である。

これに加え、高口（2004）は、介護職員が孤立しないための環境づくりのひとつとして、他職種との連携を提案している。坪井（2005）は、特養のユニットケアにかかわる介護職員と看護職員にインタビューし、協働状況を把握している。ユニットケアでは、互いの役割認識が対極的に乖離している状況であるため、協働が困難であることを払拭できないことが抽出された。しかし両職種が、互いの役割の相違を理解した上で、生活援助を介護職員が主として担い看護職員が後方支援する、また健康管理や急変時対応を看護職員が主として担えるように介護職員が情報提供するといった協働の可能性が高くなると考察している。

ここで特養における施設運営の目的について、再び確認する。老人福祉法によれば特養は、「身体上または精神上に著しい障害があり、常時介護を必要とする居宅生活の困難な高齢者を入所させ、日常生活支援、療養上の世話を行うことを目的としている施設である。つまり特養は、自宅生活を続けることが難しい高齢者が、自宅生活のように、あるいは自宅生活に近づけるための場所である。このような生活空間は「自宅ではない在宅」と表現され、高齢者の住まいに関する課題として、看取りの場をも考慮した終の棲家を検討する必要があると述べている（外山 2006）。また安藤（2010）は、入居している高齢者にとって特養が生活の場であると同時に、人生を終える場でもあると指摘し、死はすべての入居者に訪れる出来事であると強調している。このような課題への取り組みは、特養に入居している高齢者の家族たちの会⁶²でもテーマとしてあげられ、家族の視点で調査を実施し、定例会で協議を重ねている。この会の代表者の本間（2005）は、特養における生活の質について、入居している高齢者が明るく楽しく暮らせることができるための安心を保証することにあると主張している。高齢者が、ひとりの人間として「自分らしく最後まで精一杯生きることができる」ために、上記の質を高められてこそ、はじめて特養を終の棲家として、

⁶¹ ユニットケア導入期間が最も長い施設の職員は「介護肯定感」「同僚・上司との関係」などが従来型よりも高い得点を示しており、「個別の介護」「入所者の情報把握」「ケアの自己評価」「入所者との関係」においても従来型よりも高い得点を示していた（張 2008）。

⁶² NPO 法人特養ホームを良くする市民の会は、1998年に「入居者が自分らしく尊厳を持って生きることができるよう生活の質の向上に寄与する」ことを理念に設立された。

納得できる場になり得るのだとも主張する。

以上のことから、今後、特養の居室形態を含めた施設環境は、衣、食、住の生活を中心に、整容や排泄、入浴及び清潔保持を加えた生活様式を、自宅や家庭に近づける努力が必要であり、人生の最期を迎える場所としてケアの質を向上させることが求められている。

(2) 特別養護老人ホームで最期を迎えた入居者とケア実践

特養は、近年、身体や精神の疾病や障害により介護を必要とする、いわゆる要介護状態となった高齢者が生活する場所に加え、人生を終える場所としても期待されている。病気による死は、一般的に、医師が余命を宣告し、死に至るまでの経過が右肩下がりで進むことは周知されている。そのため患者自身や家族は先の予測、すなわち死期まで、どのように過ごすかをイメージすることができる。しかし特養に入居する高齢者は、先述したようにいつから「その状態」になるのかという判断が容易ではないと言える。また特養の入居者は、80歳を超えた後期高齢者が多い傾向であり、今日よりも明日、明日よりも明後日のほうが身体機能の低下が著しく、日々、死に近づいている。このような状況下を鳥海(2009)は人生の生命曲線で表し、特養の高齢者がすでに入居した時点から「人生のターミナル」にあるため、ケアの観点を広げる必要があると指摘している。以下図1-5に示した通り、高齢者は生命曲線の下降したところに位置し、タテ線より右側の部分では特養に入居するため、身体機能が徐々に低下し死に至ることは自然の結末である。



図 1-5 人生の生命曲線 (生老病死)

出典：鳥海房枝(2009)「高齢者施設におけるターミナルケア」『おはよう 21』 p.15 を筆者一部修正

特養では、入居者のどのような変化から、死期が近づく徴候を捉えているのだろうか。鳥海(2009)は、入居者が死期に近づく手がかりとして以下の判断材料をあげている。

第1段階では、体重と食欲に変化を来たす。人間が生命維持のために最後まで残る身体機能、すなわち「食べる」行為に着目し、入居者の咀嚼や嚥下状態を注視しながらケア実

践する必要がある。万が一適切な食事介助をしても入居者の体重が減少していれば、食物を咀嚼や嚥下する力や、消化し吸収する機能がかなり低下している恐れがある。なお体重減少は、前月から5%の減少が連続して2ヶ月続き、入所後の最高値体重と比較し20%減を確認できればターミナル期に入った手がかりとなる。第2段階では、声の大きさや皮膚に変化が生じる。発声は、呼吸にかかわるすべての筋肉を無意識に動かす行為である。そのため入居者が痩せて声に力強さがなくなれば、生命力も低迷している可能性がある。また栄養や水分が十分に摂れなければ、脱水や循環障害を招き、皮膚は乾燥し温かさを失うことになる。しかし決して「元気」になることはなく、体重が減少した状態を長く維持する場合も少なくない。第3段階では、呼吸状態に変化が起きる。辛そうに肩を動かすような呼吸から、顎をふるわせるような呼吸に変わり、通常、半日か1日で亡くなる。

このように第3段階に入り、始めて臨終までの時間が予測できる。なお第2段階から第3段階に移行する時期は明確ではなく、第2段階で全身の力を使い果たす後期高齢者には次の段階の反応を示さず亡くなることが珍しくない。上記のような変化や徴候は、食事やコミュニケーション、入浴や排泄に伴う衣類の着脱の際など介護職員のケアに直結する観察内容でもある。

清風荘では、入居者の看取りの考え方を「看取り共同計画書」にまとめ、家族の心の支えに繋がるケアを続けている。以下には清風荘で臨終を迎えた2人の事例を示す。

表 1-2 高齢者総合福祉施設『清風荘』の A さんの事例概要

<A さん・93 歳女性・要介護度 V> * 「看取り計画書」にて胃ろうを拒否

第1段階：食事摂取量減少・体重が微減・発語や発声なし

第2段階：点滴で栄養補給・水分摂取が乏しい・排泄あり・皮膚の潤いあり

第3段階：点滴を受けつけない・肩で呼吸する

<家族が A さんの死を受け入れるきっかけ>

A さんには看取りの時期に入った際に、個室に移動し、家族が十分にかかわる環境が整えられた。しかし家族は来所しても、短時間の面会で顔を見るだけの状況だった。

ある日、A さんが入浴後のスキンケア（保湿）の介護職員 B から「やってみませんか」という誘いに、嫁の C さんはゆっくりクリームをとり A さんの手に塗っていった。

「初めてお義母さんの手に触れました」と言い、C さんは A さんとの関係を介護職員 B に語り始めた。その後、C さんの態度に変化がみられ、義母に寄添う日々が続いた。その様子には、それまでの日々を取り戻すかのように慈愛に満ちている印象だった。

A さんの死亡後に、介護職員 B は家族とともにエンゼルケアを行った。

出典：「ターミナルケア期における介護職の役割」『おはよう 21』 p.21-22 を筆者要約作成

Aさんは、93歳の後期高齢者で介護度が最も重い要介護度Vであり、前述した3つの段階を経て臨終していることがわかる。一方でこの事例には、介護職員Bのケアの特徴が示されている。

1つめは、介護職員が入居者と家族とを仲介し関係を調整していたことである。Aさんの家族は死に対する経験が乏しかったため、衰弱していくAさんの姿を受け入れることが難しく、人の死そのものへの恐怖感があった。しかし介護職員Bが日常的な介護場面を通し、Cさんの「看取りたい」気持ちを後押ししたことで、Cさんのためらいは薄れていった。

2つめは、介護職員が他職種と連携していたことである。介護職員Bは、Aさんの微細な変化や容態をCさんに伝えるために、看護職員や生活相談員と綿密に連携していたことである。特にAさんの心身状況の変化に伴い、医療的な情報が多くなるのが一般的である。そのため介護職員Bは看護職員から十分な説明を受け、Cさんに情報を提供する一方で、その反応や言動を職種間でフィードバックしていた。このように介護職員が中心となり、家族に伝達する流れを一定に保ちケアしていた。

3つめは、介護職員がケアから学びを得ていたことである。看取りケアは、入居者と家族のそれまでの関係性が浮き彫りになりやすく、介護職員が抱くケア観には差異が生じやすい。つまり介護職員Bは入居者の生活に添いケア実践しているため、Aさんへの思い入れがあり、職員と同等のケア実践を期待してしまう。しかし家族が、その距離を埋めることは容易ではない。そのため介護職員Bは家族の看取りたい気持ちを尊重し、入居者Aさんと家族Cさんの「関係性の上に成り立つ看取り」をゴールにめざし、ケアに取り組んだ。

このように特養における看取りは、入居者と家族との関係性を再構築する時期となり得る可能性があり、介護職員自身には日常的なケアの延長上にある最後のケアであると再認識できる機会にもあり得る。そのため介護職員は、入居者に限らず家族の抱えている問題、あるいは課題を引き出すことが求められる一方で、情報の提供の窓口を定めケア実践することが必要である。

Dさんは、98歳の後期高齢者であり前述した第1段階に入り、看取り共同計画書を作成した事例である。この事例では、入居者の意思を尊重したケアの難しさが示されている。

1つめは、入居者と家族との意思を確認し調整することである。Dさんは体力の消耗に反し、最期まで息子や嫁、孫との交流を求めていた。しかし家族は死期が近づいているDさんの安静を願いながら、知人たちに面会を依頼することで迷惑となることを懸念していた。介護職員Eは、施設長や生活相談員に相談し、家族の意向を尊重しながらも面会を試みるよう働きかけたが、実現には至らなかった。

2つめは、介護職員が入居者を代弁することである。介護職は排泄介助や食事介助など、日常的なケアに集中することで、入居者の意思を最優先すべきという自己解釈に陥ることも決して少なくない。しかもそのような自己解釈が、家族の意向に一致しなければ、亀裂を招きかねない。しかし介護職員Eは、入居者と家族の狭間に立ち、他職員にも相談し家族の説得を続けた。今回の事例では入居者Dさんの意思を尊重するケアには至らなかった。

しかし介護職員 E が入居者の意思や意向を貫くために行動したことで、入居者 D さんは、家族への思いを介護職員 E に吐露したことで、孤独や孤立感を遠ざける最期が訪れた。

表 1-3 高齢者総合福祉施設「清風荘」の D さんの事例概要

<D さん・98 歳男性・要介護度不明>

第 1 段階：食事減少・発語や発声は良好【看取り共同計画書の作成】

第 2 段階：発語は良好・皮膚の潤いあり・排泄良好

第 3 段階：意識なし・下顎呼吸

<最期まで他者とのかかわりを求めた D さん>

D さんは他者との交流を好み楽しむものの、多弁で興奮することから、体力の消耗が激しい状況だった。家族は体力温存のために静かに過ごしてほしいと願う一方で、D さんは縁の人たちに「会いたいなあ・・・」ともらしていた。これを受け介護職員 E は、D さんの知人や友人に、面会を何度も働きかけるが実現には至らなかった。

死期が近づいた D さんは、声量も落ち、うとうと傾眠するようになった。死の前夜には、鮮明な意識が一時的に回復し、残される家族への思いを介護職員 E に語った。

D さんの死亡後に、葬式に参加した。

出典：「ターミナルケア期における介護職の役割」『おはよう 21』 p.23-24 を筆者要約作成

このように介護職員は、入居者の意思や意向に沿うために、他職員や家族、地域の人々の協力も欠かせないことに留意しなければならない。面会が実現に至らなかった背景には、面会者への負担を懸念する家族の配慮が少なからず存在していた。一方で E さんは、施設長や生活相談員に相談し、家族の意向を尊重しながらも、D さんの知人や友人との面会を実現しようと努めた。しかし入居者の死期が近づき、D さんの意思を尊重するケアは、どこまで実現することが望ましいのか、倫理的な配慮も必要となる事例である。

これらの事例から、特養の入居者の看取りでは、他職員が協働することを前提に、介護職員が日常生活のケアから看取りへ移行する時期を判断し、ケア方針の決定に参加していくことが望ましいと言えるだろう。

ここで、ケアワークにおけるケースワーク実践に適用し、考えてみる。ケースワークは（仲村 1995）、パールマンにより問題を解決する過程として捉え、その過程に共通して存在する 4 つの要素⁶³、すなわち①人（person）、②問題（problem）、③場所（place）、④過程（process）をあげている。

1 つ目は「人（person）」である。これはケアサービスを必要な人、つまり利用者を示している。入居者 A さんや D さんは、自立した日常生活を送ることが困難な「要介護」とな

⁶³ その後に「専門職（profession）」、制度施策（provision）」の 2 つの P を加えている。

り特養で生活し、死期が近づいている状態であった。

2つ目は「問題 (problem)」である。これには2つの側面があり、1つは利用者が問題あるいは課題を自覚している場合である。もう1つは利用者が問題あるいは課題を自覚せず、ワーカーが察知する場合である。入居者 Aさんと家族 Cさんとの関係から、介護職員 Bの介入がなければ「孤独な死」が訪れることが予測され、Cさんをはじめ家族が後悔の念を抱く恐れがあった。一方、介護職員 Eは入居者 Dさんと家族の意思や意向の狭間で揺れながらも、入居者の意思を貫くために他職員や家族に働きかけることを続けた。これら2人の介護職員は、いずれも入居者の問題あるいは課題を察知し、的確に現状を把握したケアであると考ええる。

3つ目は「場所 (place)」である。これは面接の場所を示している。しかし特養におけるケアでは、入居者の日常的な介護、食事や排泄などをケアするため、ケアの場所や場面に相当する。それらには、他者の視線や物理的空間や時間的余裕などの制約が存在するため、良好な場所とは言えない。また死期が近づく入居者はADLが縮小するため、専ら入居者の居室でケアすることが増える。しかしケアを通し、入居者が介護職員に本音を吐露することが決して少なくなく、死期が近づいた2人の入居者も例外ではない。そのため介護職員には、場所あるいは場面に合ったコミュニケーションのみならず、入居者の言葉の裏にある心情を洞察する非言語コミュニケーション力が求められる。

4つ目は「過程 (process)」である。これは利用者とワーカーとの問題解決過程を示している。特養における入居者と介護職員は、食事や排泄などの介護行為を通して、入居者の生活に踏み込むため、時空を共有することが他職員よりも多い傾向である。また一部の入居者には、身寄りがなく孤独な環境下で生活することもある。そのため互いに特別な感情をもち、転移することもある。しかし2つの事例の介護職員は、入居者と家族との仲介や調整を行い、至近距離を保ちながらケアしている。

このように2つの事例における介護職員のケアを「4つのP」から考えてみると、その内容は、単なる身辺介助のみに限定されるものではないことがわかる。ケースワークが主として構造化された面接という非日常の場面で援助関係を構築するのに対し、ケアワークは対象となる入居者の日常生活場面において、日常生活上の諸動作を部分的あるいは全面的介助を行いながら、援助関係を構築していくものである(福富 1995)。

以上のように介護職員は、ソーシャルワークの視点を持ちながらケアワーク技術を活用することで、入居者の生活にさりげなく入り込み、常に寄添うケアを実践している。特に入居者が最期を迎える際には、社会福祉の考え方を基盤に対象となる入居者を理解し、必要なニーズを確定し、安らかで自然な最期を迎えるケアであると言える。

(3) 専門職養成課程における介護職員の役割とケア視点

特養では、前述したように介護職員や看護職員は入居者に直接かかわる専門職員として認識されており、勤務体制や方針により生活相談員などの職種がサポートしている。生活相談員は、本来、入居者を中心に外部機関や施設などをはじめ、家族との連絡調整を仲介することもある。

ここで専門職養成課程における取得資格を概観し、法規定による介護職員及び看護職員の業務内容を整理したい。

介護福祉士は国家資格免許であり、資格は複数ルートにより取得できる（介護福祉養成大学連絡協議会 2015）。「実務経験ルート」は、特養や介護老人保健施設で主たる業務が介護といった介護職員や、指定訪問介護事業所の訪問介護員、いわゆるホームヘルパーなどで一定期間に在職し実務日数を満たした者⁶⁴が対象となる。この対象がいくつかのコースを経て国家試験受験資格を取得し、合格すれば介護福祉士資格を取得する。「福祉系高校ルート」は福祉系高校を卒業した者が対象となり、いくつかのコースを経て国家試験受験資格を取得し、合格すれば介護福祉士資格を取得する。「養成施設ルート」は高等学校を卒業し、2年制または4年制の介護系あるいは福祉系、保育系の養成施設で一定の単位ならびに実習を経て国家試験受験資格を取得し、合格すれば介護福祉士資格を取得する。

介護福祉士は、1987（昭和 62）年に施行した社会福祉士及び介護福祉士法により、その業務内容が規定されている。そこには介護職員が「専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及び介護者に対して介護に関する指導を行う」ことを業としている。ただし同法第2条第2項により、国家資格を所有しない者も業務を遂行する旨を定められている。2007（平成 19）年には法改正され、「専門知識・技術をもって『利用者の心身の状況に応じた介護等を行い』・・・」と見直されている。2014（平成 27）年には、介護福祉資格取得方法の見直しに向けた取り組みにおいて「介護福祉士を介護職の中核的存在として位置づけ、介護福祉士の社会的評価を確立する方向性を目指す」とともに、「継続的に専門性を高めていくことができる教育体系の確立や専門性に応じた役割と位置づけのあり方について」検討が進められている。

一方、看護師も介護福祉士免許の取得ルートに類似している。看護師は国家資格免許であり、資格取得には教育課程年数によりルートがわかれている（茂野 2013）。2年制あるいは3年制や4年制、いずれかの教育課程において一定の単位ならびに実習を経て、国家試験受験資格を取得し、合格すれば看護師資格を取得できる。

看護師は保健師助産師看護師法により、その業務内容が規定されている。そこには「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行う」とされている。

このように双方には、介護あるいは世話という「ケア」の業務が課せられおり、共通した業務領域を共有していることになる。他方、介護に関する指導は、ソーシャルワークの

⁶⁴ 在職期間は3年以上かつ実働日数を満たすことが必要である。

領域に含まれることを基本とし、要介護者への介助や介護のみならず人間全体を視野に入れた個別援助活動である。そのためソーシャルワークとケアワークには、それらの業務内容が密接に関係している。

成清（2009）は、ナース（看護師）、ケアワーカー（介護福祉士）、ソーシャルワーカー（社会福祉士）のそれぞれの固有性や関連性を以下のように図式化している〈図 1-6〉。

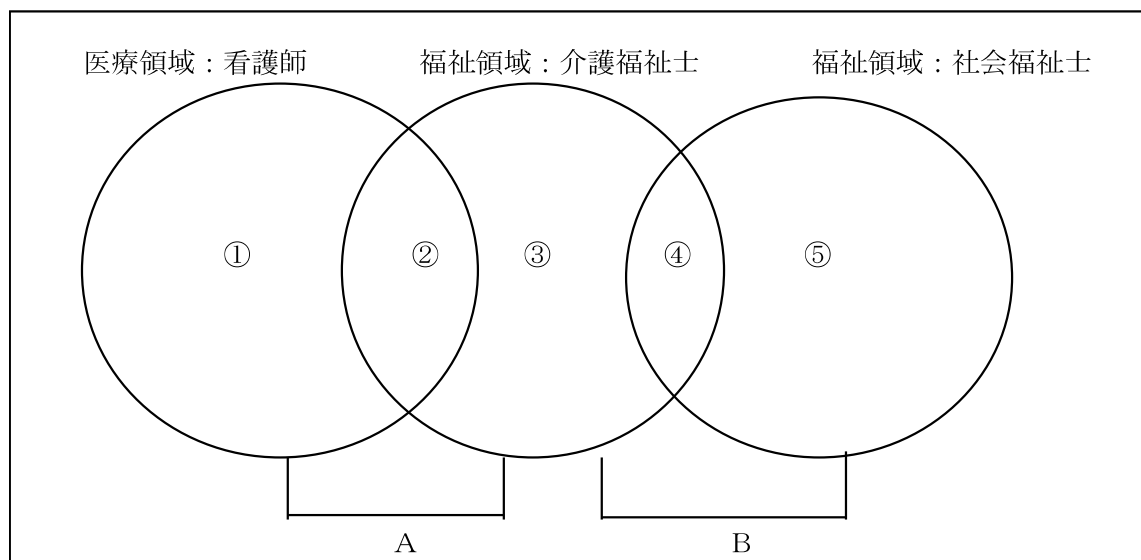


図 1-6 ナース、ケアワーカー、ソーシャルワーカーの固有性・関連性

出典：成清美治（2009）『ケアワーク入門』p.47 筆者一部修正

看護師（ナース）の業務は、①で示したように診療の補助であり、②で示したように療養上の世話をも行っているため、診療の補助が大部分を占めていると捉えることができる。その対象は健康問題を抱える人々であり、病状が安定する処置や精神的に安定する処置がニーズとして抽出できる。これらのニーズには、看護師（ナース）が診療の補助や療養上の世話、医療機器を扱うなどの役割がある。このように看護師（ナース）のケアは、対象の治療にあたり健康状態を回復することが特徴である。

社会福祉士（ソーシャルワーカー）の業務は、⑤で示したように相談援助である。その対象は福祉サービスを利用するすべての年齢層の人々、いわゆる利用者であり、生活していく中で利用者自身では解決できないことについて、相談し何らかの援助を要望していることがニーズとして抽出できる。これらのニーズには、社会福祉士（ソーシャルワーカー）が直接的あるいは間接的に専門技術を展開し、対象の相談援助を行う役割がある。このように社会福祉士（ソーシャルワーカー）のケアは、主として対象の心理的あるいは精神的な負担を最小限にとどめるための相談援助することが特徴である。介護福祉士（ケアワーカー）の業務は、③で示したように生活援助である。その対象は福祉サービスを利用する

すべての年齢層にある人々、いわゆる利用者のうち、要支援あるいは要介護の状態となり自立した生活を行えない状況について、生活全般を介護あるいは介助することがニーズとして抽出できる。ニーズ抽出の過程では、④に示したように生活に沿ったケアになるため、自身では解決できないことについて、相談し何らかの援助を要望するニーズとしても抽出できる。これらのニーズには、介護福祉士（ケアワーカー）が、対象の生活において身体的な援助から派生し生活を援助し、対象の心理的あるいは精神的な負担を最小限にとどめるための援助や、家族や周囲の人々との社会的援助へも広げる役割がある。このように介護福祉士（ケアワーカー）のケアは、主として対象の介護や介助という身体的に援助することが特徴である。さらに3者には、Aで示したように看護師（ナース）と介護福祉士（ケアワーカー）が相互に連携する関係及び、Bで示したように介護福祉士（ケアワーカー）と社会福祉士（ソーシャルワーカー）が相互に補完する関係となっている。このように介護職員の業務は、介護あるいは世話というケアを看護職員と連携しながら、ソーシャルワークにおける相談業務をも補完する役割を担っていると言える。

特養の入居者は、原則として65歳以上の高齢者であり、身体や精神に疾病や障害があるため、自立した生活を送ることが難しい「要介護」の状態にある⁶⁵。そのため特養では事務職員や専門職員が、入居者の生活を支えている。今後、入居者の看取りでは、介護職員と医師、どちらの状況も把握しやすい看護職員が連絡調整役として提案されている（加瀬田 2005）。またその役目を看護職員が24時間担うことが難しいため、介護職員に具体的なケアや対応を教育、あるいは指導することで、夜間に限り介護職員に委ねたいとの意見も明らかにされている。さらに特養は、入居者の看取りを担う必要性がある（大西 2010）ことや、「点滴静脈注射」などの処置を実施できる医療連携体制（塚田 2012）の整備、入居者の最期の意思を尊重する⁶⁶難しさ（岩本 2009）が報告されている。このような実態は施設長や看護職員の視点で報告されており、入居者の看取りに臨む施設環境の整備（近藤 2006）としてあげられている。しかし施設長や看護職員の視点では、入居者が望む最期の迎え方や、必要なケア実践を捉えることは不十分であると考えられる。

入居者の看取りにおけるケア実践では、介護職員及び看護職員といった両職種のケア行動を分析した上で協働することが重要であると述べられている（北村 2010；二木 2010）。しかし入居者の生活は様々な専門職員や事務職員が支えており、とりわけ介護職員は食事、着替え、排泄やそれらに伴う移動など身近ケアに直接携わることになる。このようなケア

⁶⁵ 要介護状態とは、介護保険制度において、身体上あるいは精神上の障害により、入浴や排泄、食事などの日常生活に支障があると見込まれ状態のことをいう。要介護は被保険者の状態により「要介護度Ⅰ（1）からⅤ（5）までの5段階に分類され、段階が進むにつれ数字が大きくなる。つまり、要介護ⅤはⅠよりも日常生活に支障がある程度が重く、あるいは多くなる。そのため要介護度が高ければ高いほど、介護する必要も高くなる。

⁶⁶ 最期の場所は、「家族や後見人」「医師」が決定しており全体の55.1%を占め、「状態が悪化した時の本人の希望」「入所時の本人の希望」のように決定しているが全体の28.2%であった（岩本 2009）。

は、人が生きるに欠かせない行為のため、一定の要介護状態にある入居者へ1日24時間、すなわち「線」でかかわっている。つまり、体調の崩れや定期的な検診といった「点」あるいはその連続でかかわっていることが専らである医療職員とは違った介護職員がかかわった看取りの実態を捉えることが必須であると考える。

このような背景から北村（2010）は、入居者の意思を尊重するケアや、家族への説明に関するケアについては、看護職員よりもむしろ介護職員が担うことが望ましいと述べている。このような介護職員の「線」によるケア実践は身辺ケアだけに留まらず、入居者の看取りの際にも継続していることが述べられている（根本2012）。また介護職員は、家族のような距離感で長い間、入居者をケアするため、特別な感情を抱きやすく、実際に家族を代替する役割を果たしていることも述べられている（北島2010）。さらに特養の介護職員は、日常的な介護行為を通し、入居者から様々な思いを語られており、本音を漏らすことが少なからず経験⁶⁷している（渡辺2012）。このような介護職員の経験は必ず記録に記され、状況に応じてカンファレンスで取り上げて、ケアに反映していることが述べられている。そのため介護職員が、入居者を最期までケアし、看取りや死後の処置、エンゼルケアを行うことが好ましいとも述べている。また笠原（2007）は、介護職員が入居者の介護場面を通して、どのような視点で情報を把握しているのか、その構造について検討している。そこには介護職員が、身体的状況、精神心理状況、社会環境状況という3つの構造から、情報を把握していることが明らかにされている。身体状況では、入居者の介護場面における安全の確保と、異変に気づき対応するための情報を把握していた。精神心理状況では、入居者が高齢者であることから、自身の気持ちや思いを他者に表出することが乏しいことから、言葉の背後にある本心を理解するための情報を把握していた。社会環境状況では、入居者が生活している施設環境や、ターミナルケアについて具体的に希望や要望を引き出すことは容易ではない。しかし入居者が最期を迎えるケアには、身体的状況、精神心理状況を伴う社会環境状況について情報を把握することが重要であると述べている。このように特養の介護職員は、入居者の介護場面を通して、しぐさや表情などの非言語的なコミュニケーションにより、言葉には表せない入居者の思いを汲み取っている。

特養の看取りの実態では、介護職員が入居者のバイタルサインをチェックし、看護職員に連絡や相談する一方で、入居者に寄添い声かけや手を握るなど心の安寧につながるケアを行っていた。また介護職員が、日常会話や介護行為の際に、生活や生きがいなどについて入居者自身の希望を聴き取り、記録に記していることが明らかである。また身体的な衰えがあった際など必要に応じて、食事量や身体状況の変化を看護職員や医師に報告し、カンファレンスで死や看取りケアに反映させていたことも明らかである。

⁶⁷ 例えばA介護職員は、担当する入居者が「・・・最期はここ（特養）で迎えたいね」と入浴介助の場面で語られたことを経験し、家族や施設長とも話し合い本人の希望通りに特養で最期を迎えた。B介護職員は、担当する入居者が人生を振り返り「今頃、うち（自宅）の柿の木に実がついているなあ・・・」と漏らした頃、容態が変化し、短時間の外出を計画し、柿の木を見に行っただけというケア実践に活かしている。

(4) 本研究における EOL (End-of-life) ケアの定義と範疇

ここで、先述したエンドオブライフ・ケアの定義を再確認する。岡田 (2001) は、『a guide to end-of-life care for seniors』を監訳するにあたり、多くの文献における「end-of-life」や「end of life」といった用語について、前後の文脈から「終末期」または「晩年期」と訳している。前者は、予測できる死を前にした数週間を示す意味である。後者は、加齢によって老いるのではなく、人間として老いてきて、行動や認知能力に制限が加わった状態の時期を示す意味である。

岡田 (2001) は、晩年期ケアを「End-of-life care」として表し、緩和ケア (Palliative care)、老年医学のケア (Geriatric care) を加えた 3 つの治療やケアには共通する土台が存在すると説明している。それは高齢者の苦痛を緩和し快適にするために、ある特定の期間に一貫性や継続性をもつケア実践である。特に晩年期ケア (End-of-life care) は、緩和ケア (Palliative care) や、老年医学のケア (Geriatric care) にはない特色がある。具体的に緩和ケア (Palliative care) は緩和ケアが必要である場合のみに限るケアであり、老年医学のケア (Geriatric care) は老化しつつある全ての年齢層を対象としている。しかし晩年期ケア (End-of-life care) は晩年期に問題を焦点化していないことや、緩和ケア (Palliative care) ではカバーできない分野の高齢者、例えばアルツハイマー型認知症や、慢性や進行性の状況が継続し死に至る高齢者へも焦点を合わせてケアする。

以上のことから岡田 (2001) は、高齢者における晩年期ケア (End-of-life care) を以下のように定義している。「高齢者の晩年期ケアは、進行性あるいは慢性で生命を脅かす状況を生き、あるいはそれによって死にゆく個々の高齢者を治療し、慰め、支援する、能動的で共感的なアプローチを必要とする。また個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、信仰、習慣に気を配る。さらに、喪の期間も対象とし、家族や友人に対するケアも行う。」

本研究では、岡田 (2001) の「晩年期」に依拠し、EOL (End-of-life) を扱う。すなわち EOL (End-of-life) とは、人間として老いてきて、行動や認知能力に制限が加わった「晩年期」にある人々、とりわけ生活の不自由さや、不都合などが生じている要介護状態にある高齢者を対象にする。

EOL (End-of-life) ケアとは、要介護状態にある高齢者が特養に入居し、衣・食・住の生活を中心に、整容や排泄、入浴及び清潔保持などを加えたケア、つまり日常的な介護行為である。また日常的な介護行為は、要介護状態にある高齢者が人生の最期を迎えるまで継続されるべきケアである。さらに日常的な介護行為は、自宅や家庭の雰囲気近づけた生活環境で実践あるいは提供することが望ましいと言える。このように EOL (End-of-life) ケアを実現するためには、要介護状態にある高齢者に 1 日 24 時間「線」でかかわる介護職員を主軸に、看護職員や生活相談員、医師などが協働するケア実践が必須であると言える。

まとめ

特養における施設環境は、衣、食、住の生活を中心に、整容や排泄、入浴及び清潔保持を加えた生活様式を、自宅や家庭に近づける努力が必要であり、人生の最期を迎える場所としてケアの質を向上させることが求められている。

入居者の看取りの実態では、介護職員が入居者のバイタルサインをチェックし、看護職員に連絡や相談していることが明らかである。その一方で、入居者に寄添い声かけや手を握るなど心の安寧につながるケアを行っていたことも明らかである。また介護職員が、日常会話や介護行為の際に、生活や生きがいなどについて入居者自身の希望を聴き取り、記録していることが明らかである。これら記録に記した内容は、身体的な衰えがあった際など必要に応じて、看護職員や医師への報告、カンファレンスで取り上げられケアに活かすことで穏やかで自然な死に促すことが示唆された。

本研究における EOL (End-of-life) は、人間として老いてきて、行動や認知能力に制限が加わった「晩年期」にある人々、とりわけ生活の不自由さや、不都合などが生じている要介護状態にある高齢者を対象にする。EOL (End-of-life) ケアとは、要介護状態にある高齢者が特養に入居し、衣、食、住の生活を中心に、整容や排泄、入浴及び清潔保持などを加えたケア、つまり日常的な介護行為を意味する。また日常的な介護行為は、要介護状態にある高齢者が人生の最期を迎えるまで継続されるべきケアである。さらに日常的な介護行為は、自宅や家庭の雰囲気近づけた施設環境で実践あるいは提供することが望ましく、1日24時間「線」でかかわる介護職員を主軸に、看護職員や生活相談員、医師などが協働するケア実践が必須であると言える。

6. 入居者が最期を迎えるための施設環境とケア実践

高齢者が要介護状態となった際には、自宅に加え、医療機関や介護施設などが生活の拠点となり得る。とりわけ特養は、近年、生活の場に加え、入居した高齢者が最期を迎える場としても周知されている。そこで入居者が特養で最期を迎えるための施設環境やケアについて先行研究から課題を明らかにする。

(1) 入居者が最期を迎えるための施設環境

特養は要介護状態となった高齢者が入居する生活施設である。しかし特養は、近年、死亡による退所も増加傾向にあり、終の棲家としても周知されている。終の棲家としての特養では、様々な課題が示されている。例えば、加瀬田（2005）は、特養の介護職員と看護職員が同じ方向性でケアするための課題を整理している。具体的には、①制度による制約、②関係者との連携困難、③業務と責任、④入居者以外の意思の存在、⑤ケア後の心残り、といった5つの悩みの要素を抽出している。④本人以外の意思の存在では、先述したように高齢者は、一般的に自身の死生観を描いていたとしても、感情や気持ちを抑える傾向にあり、ニーズをケア実践に反映することは容易ではないことを述べている。②関係者との連携困難では、特に介護職員と看護職員のケアの専門性や視点の違いなどが誘因であると指摘している。①制度による制約には、看護職員の配置基準や勤務体制により、介護職員が③業務と責任の狭間で苦悩し、看取りを通し⑤ケア後の心残りにも波紋を広げていると説明している。このような現況に対して、山田（2005）は、看護職員自身が「状況に応じて夜勤するべき」「夜勤や当直すべき」であるという考えが増えており、看取りケアに積極的に臨む姿勢が窺えると主張している。このような課題の解決に向け、より質の高い看取りの実現には、一定の条件が必要とされている。

近藤（2006）は、特養が様々な条件を整えることで、質の高い看取りを実現できると述べている。とりわけ施設環境では、①看取りに関わる施設方針があり、②それを原則的に受け入れて、③職員間で「入居者の看取り」に共通の理解があることがあげられている。上記の①及び②の内容は、入居者や家族が特養を最期の場として選択できる可能性をもたらすことであり、積極的に入居者を看取る姿勢であると考えられる。

このような特養の実情から、介護保険制度は2006（平成18）年に改正し、入居者の看取りや重度化対応や、手順の整備を介護報酬上で評価する「看取り介護加算」を新設した⁶⁸。この改正では加算にあたり、施設のケア体制や施設環境など一定の条件が示された。施設の条件とは、以下の5つである。1つめは、常勤の看護師を1名以上配置し、看護にかかわる責任者を定めていることである。2つめは、看護職員、若しくは病院・診療所・訪問

⁶⁸ この際に、「重度化対応加算」も新設されたが、2009（平成21）年に廃止されている。なお同年に、老健にも「ターミナル加算」が創設され、特養以外でも高齢者が最期を迎える環境整備が行われた。

看護ステーションとの連携により、24時間連携体制を確保していることである。3つめは、看取りに関する指針を定め、入所の際に本人や家族に対して、指針を説明し同意を得ることである。4つめは、看取りに関する職員研修を行うことである。5つめは、看取りのための個室を確保することである。このように5つの条件には、人員配置や職員間の連携などソフト面及び、個室の確保など居室形態といったハード面の両面を施設環境として取り上げている。

これら5つの条件のもと、特養は入居者の終の棲家として始動し、特養の看取りの実態に変化が窺える。具体的に、看取りに関する指針「あり」の施設が2006（平成18）年に、全体の59.9%に対し、改正後の2009（平成21）年には全体の75.0%に増加している⁶⁹。これら特養が看取りに関する指針を作成していたことと、制度改正により施設環境が整備されたことで、入居者の看取りを前進させたと考える。しかしその限りではない。

特養の入居者は、近年、重度化する傾向である。特養における要介護度別にみる入居者の構成割合によれば、2009（平成21）年は、2005（平成17）年の割合よりも増加傾向にある。最も多い割合の「要介護度5」は32.3%から33.5%に、次いで「要介護度4」は31.8%から33.1%に、平均要介護度3.74から3.86に増加している⁷⁰。

特養で最期を迎えた入居者が、直接、死亡した原因は「老衰」が52%で最も多く、次いで「心不全」が16%、「肺炎」が11%といった割合が示されている⁷¹。入居者の容態が変化したため、病院に搬送し1週間以内に死亡した直接の死因では「肺炎」が28%で最も多い割合が示されている⁷²。また特養で最期を迎えた入居者には、「脳血管疾患」や「心疾患」「高血圧」など持病があったことも示されている⁷³。さらに入居者の半数近くが「脳血管疾患」を有し、医療的な処置を実施する傾向にある⁷⁴。2007（平成19）年と2010（平成22）年では「胃ろう・経管栄養」が10.2%から12.6%に増加し、「喀痰吸引」が5.2%から6.0%に増加している。このように特養の入居者には、何らかの持病があり、介護度も重度化する傾向にあるため、特養では入居者が最期を迎える環境整備を進めざるを得ない状況であるとも考えられる。なお上記の調査報告では、「利用者や家族」「介護・看護」「医師」といった三者の立場から、以下のような推察が示されている（三菱総合研究所2009）。「利用者や家族」には、双方の意見の相違や気持ちの揺れがあり、特養で最期を迎えることに不安を抱きやすい。「介護・看護」には、介護職員の夜間勤務や看取りへの不安を抱きやすく、看護職員の時間外労働により心身への負担が大きくなりやすい。「医師」には、トラブル回

⁶⁹ 「特別養護老人ホームにおける看取り対応に関する調査研究事業報告書」＜平成21年老人保健健康増進等事業＞より

⁷⁰ 「4.介護保険施設の状況（6）要介護度別在所者の構成割合」＜平成21年介護サービス施設・事業所調査結果の概況＞より

⁷¹ 前掲報告書より

⁷² 前掲報告書より

⁷³ 前掲報告書より

⁷⁴ 「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」＜平成24年度老人健康増進等事業＞より

避による消極的な看取り姿勢や、夜間や休日をはじめとする看取り時期の負担が大きくなりやすい。このように推察された三者の立場には、特養と医療機関との相違を理解し家族との話合いや学習会への参加、職員体制の見直しや専門職の研修や学習など、三者が特養の看取りを可能にする意識変化が期待されると考える。そのため特養における看取りの実態から詳細な課題を抽出する必要がある。

小山・水野（2010）は、①特養により「看取りの方針」が異なる、②入居者や家族は施設で最期を迎えたいと考えている、③介護職員が医療処置を行わざるを得ない、④看護職員は主に医療的ケアを行っているといった5つの課題を抽出している。これらの課題に向け、適切な人員配置のもと、看取りの知識や技術の習得や、記録や手引書の整備を充実し、看護職員と介護職員、そして家族とが連携をとることが望ましいと述べている。また入居者が最期を迎えた後には、看取りの評価を行うことも必須であるとも述べている。

坪井（2007）は、特養の看護職員と介護職員とが協働し看取りのための研修実施について論じている。そこには、先ず看護職員が特養を生活の場として認識し、その上で入居者の生活ニーズを優先したケアを求めていると述べている。このような看護職員の視点やケア実践が、介護職員との協働の基盤を固めることに繋がると指摘している。また両職員の協働には、時間、場所、道具を活用し情報を共有することで、入居者の生活と死を結ぶ看取りを実現できると示唆している。また塚田（2012）は、特養における研修では①急変時の対応、②身体的精神的ケア、③看取り介護の理念といった内容に焦点化していることが多く、看護職員の人員不足を補完する役割もあると説明している。

芦花ホーム（2009）では、介護保険制度が改正される前から施設環境を整え、本格的な看取り介護に取り組んでいる。居室は4階に1フロアずつ計120床に配置され、各フロアには複数の入居者が共有する従来型居室及び個室が混在している。職員は2つのフロアの入居者をケアするチーム体制であり、医療室があることから重度の入居者は2階に配置されている。介護職員及び看護職員は24時間交代制で勤務し、常勤医師の配置や周辺の医療機関とも契約した協力体制である。

看取りを経験した職員は、日常的な介護と看取り介護を同じフロアで行う困難さがあるため、看取り専用居室ならびに職員体制を求めていた。しかし職員体制や居室を専用にするには、それまでの生活の場から切り離し、看取りや死を特別なものとして捉えることを助長する。残された他の入居者や家族は、看取りのはじめに「できるだけ部屋を移動せず、いつものように変わらず過ごしたい」といった要望が示された。また同じフロアや隣室で看取りを行うことに他の入居者たちは、「支障を感じていなかった」ことが示された。

看取り介護の方針では、①施設の考え方、②看取りのはじめの考え方、③芦花ホームが行える医療行為、④医師や医療機関との連携、⑤本人や家族との話合いや同意、⑥意思確認の方法をあげている。①施設では、自宅に近づけた生活の場を提供し、自然な状態で余命を過ごすようにケアする方針である。②看取りは、終焉を避けられない状態と医師が判断した場合の介護や看護である。③芦花ホームでは、入居者の健康管理及び、一時的な

処置を範疇に医療行為を実施している。ただし入居者や家族が治療を望まれる際には、医療機関への受診や入院を自由に選択できる。⑥意思確認では、医師が看取りの時期を判断した場合に、家族面談により最期を迎える場所を定める。なおホーム内で最期を迎える場合には、入居者や家族と話し合いを重ね、意思を確認している。これら6つの方針を受け委員会⁷⁵を開催し、看取り介護同意書や担当者会議を経たケア実践である。

芦花ホームの施設環境は、入居者のケアにあたる専門職の配置や勤務体制が完備されており、専門職員による協働が期待できると考える。施設の方針では、ケアの範疇や実践基準が明確であり、同意書作成や定期的な評価を反映させたケア実践の流れも一定である。しかし看取りの事例では入居者の希望よりも、むしろ家族の希望を反映しているケア計画であり、入居者の意思をどの程度、ケアに反映できているのか、疑問が残る。

これまで特養の施設環境は制度上の整備が行われ、一定の条件のもと、多くの入居者が最期を迎える状況に至っている。しかし施設環境は未だ十分とは言えない。介護保険制度は2015（平成27）年に、特養が看取りをより充実する方向に改正された（シルバー産業新聞2015）。主な改正には、入居者が死亡する以前4日以上30日以下までの看取り介護加算を引き上げられ、特養で最期を迎える入居者を手厚くケアする方向性が示された⁷⁶。また新規に特養へ入居する際には、原則として要介護度3以上に限定され、より重度化する入居者への対応が強化されたと考える。さらに特養では、看取り期の定義や、判断基準、看取り介護の実施基準など具体的な看取り介護の方針、看取りの際に実施できる医療行為の選別、入居者や家族との話し合いや意思確認の方法、看取り介護の具体的なマニュアル作成といった施設方針にかかわる課題があげられた。また看取り介護における職員体制、職員教育、看取り介護実施時の記録といった職種間の役割にかかわる課題があげられた。しかし具体的な対策や試案は示されていない。

⁷⁵ 参加者は、所長、医師、サービス係長、介護主任、看護主任、相談員、フロア主任、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士などである。

⁷⁶ これには入居者に関する記録を活用し、入居者や家族の意向を尊重し、多職種で共有し連携することや、PDCAサイクルによる看取り体制の構築や強化することが要件としてあげられた。

(2) 入居者が最期を迎えるためのケア実践

①介護職員と看護職員の意識

清水(2007)は、特養で働く職員を対象⁷⁷に FATCOD-B-J 尺度⁷⁸を用いて、看取り意識を比較している。介護職員は、特養で入居者を看取るために準備態勢を取りたいと考えているが、病院や在宅で看取ることを進めたいという意識が明らかになった。介護職員が特養で看取りを行う際、不安を感じる理由として夜間に医療職員がいないことや、終末期ケアの知識や経験が不足していることなどがあげられている。これら入居者の看取りにかかわる不安や悩みは介護職員が少なからず抱えているものだという指摘もある(出村 2012 ; 小楠・萩原 2007)。

北村(2009)は、特養で働く介護職員と看護職員⁷⁹の終末期ケアに対する印象について整理している⁸⁰。看護職員は、介護職員への説明や指導など負担を強調する意見が多くみられた。しかし介護職員は、看護職員よりも入居者を看取ることに対してポジティブに捉えている意見が多くみられた。具体的には、入居者が「自宅に近い雰囲気ですぐに自然に過ごすことができる」ように住み慣れた環境で「入居者の終の棲家・家・生活の場として看取ることが自然である」や、「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」といった内容である。

このように看護職員が意識を改革し必須条件を揃えたとしても、ケアでは互いの専門性や視点の違いが生じる恐れがある。また看護職は入居者の体調不良など健康を管理する役割を担うことから、医療ニーズに対応する業務に追われることが多いことが現況である。

しかし看護職員には、本来、特養が生活の場であり、「生活」に主眼をおいたケアが欠かせない(小楠 2008b)という反論もある。そのため看護職員は、入居者の生活援助に目を向け、観察やコミュニケーションによるかわりから、体調不良や容態急変を未然に防ぐ予防的なケアの視点に切り替えることが必要である(二木 2010)。

このような看護職員の譲歩に対し、介護職員は、入居者のリスクを回避する判断だけの医療的なケアの視点が払拭されていないと指摘している。例えば、看護職員は「酸素吸入をしている入居者の入浴は絶対に不可能である」といった対応ではなく、介護職員から情報を収集し、適切な時間や温度、代替案を含む方法を共に考え、判断することを期待していると説明している。このような介護場面での判断や対応の違いは、二木の調査結果に限定したことではなく、看護職員への反発でもない。介護職員の期待は、入居者の「入浴

⁷⁷ 対象は N 県下特養に勤務する介護職、看護職、相談職、計 469 人であり、平均年齢 38.1 ± 10.2 歳、現資格での経験年数 11.5+8.5 年、勤務施設での経験年数 6.4+5.3 年である(清水 2007)。

⁷⁸ これは看護師、医師などケア提供者のターミナルケア態度を測定する尺度で 30 項目の質問に 5 件法で回答し、得点が高くなるほど積極的なターミナルケア態度であると解釈する(清水 2007)。

⁷⁹ 対象は、介護職員 255 人、看護職員 84 人で両職とも 8~9 割が正規職員である(北村 2009)。

⁸⁰ アンケートは「施設内で看取りを行うことに対する賛否の理由」について自由に記述した記録を賛成、どちらでもない、反対の 3 グループに分けている(北村 2009)。

したい」気持ちを尊重した場合、是か非かではなく、「酸素吸入が必要な入居者」への負担を最小限に熟慮し、どの程度なら、入浴したような爽快感や、リラックスがもたらせるのか、というリスクを抱えながら、両職員が共に入居者の意思を尊重するケア視点であると考える。

②介護職員と看護職員のケア実践

塚原（2001）は、特養で働く介護職員が排泄、食事、睡眠の観察、ADL及び痴呆の評価に止まらず意識レベルの判断やバイタルサインを行っており、本来のケアを超えた内容に及んでいることを指摘している。また同様に、県下のほとんどの特養では、入居者の看取りを行っており、その多くは人員配置が少ない夜間であったと述べている（塚田 2012）。そのため内容は、点滴処置や痰の吸引、酸素療法など医療処置を中心に行われていた。介護職員は、本来、生活に必要な動作に基づいた行為を支える、あるいはケアすることである。しかし施設の規模により看護職員の配置人数が定められており、やむを得ず実施したケアであると推測する。一方、特養の看護職員は入居者の健康面をチェックすることや、入居者の状態を観察することや、医師との連絡調整、多職種との連絡調整を行っていることが述べられている（山田 2004）。

青田（2012）は、特養の看護職員が高齢者をトータルに捉え家族のようにケアすることで最後までその人らしさを維持することを理解していることを抽出している。さらに入居者にケアする介護職員を高評しており、介護職員と看護職員との協働には24時間体制でケアの質を保つことであると述べている。また看護職員は、特養で入居者を看取った経験から、「苦痛を取り除く治療」よりも「生活の質を重視」することが必要である（小野 2001）。

以上のことから、特養の看護職員が、介護職員を高評することは看護職員自身の専門性や役割が、介護職員と似て異なるものであると認識していることが示唆される。

根本（2012）は、入居者の看取りを実施している特養と、実施していない特養の看取りの実態を調査し比較したところ、以下のような介護職員の特徴がみられたと述べている。その特徴は、①現在の特養に長く勤務していること、②看取りの経験があること、③看取りの経験が仕事のやりがいにつながること、④直近で亡くなった入居者の介護に満足していること、⑤現在の入居者を看取りたい希望があること、⑥家族ではないが他人ではない距離感があることである。これら6つ特徴は、入居者の看取りを実施している特養の介護職員の特徴としてあげられている。また近親者との死別経験や、入居者と看取り経験の回数が多い介護職員は、看取りの意識が高い傾向（清水 2007）であることも述べられている。

入居者の看取りにおけるケア実践では、介護職員及び看護職員といった両職種のケア行動を分析し、協働の重要性が述べられている（北村 2010；二木 2010）。しかし入居者の生活は様々な専門職員や事務職員が支えており、とりわけ介護職員は食事、着替え、排泄やそれらに伴う移動など身辺ケアに直接携わることになる。このようなケアは、人が生きるに欠かせない行為のため、入居者が自ら成せない、つまり一定の要介護状態にある入居者

へ常に継続して、かかわっている。つまり、体調の崩れや定期的な検診といった随時あるいはその連続でかかわっていることが専らである医療職員とは違った介護職員がかかわった看取りの実態を捉えることが必須であると考え。

このような背景から北村（2010）は、入居者の意思を尊重するケアや、家族への説明に関するケアについては、看護職員よりもむしろ介護職員が担うことが望ましいと述べている。介護職員の「線」によるケア実践は身辺ケアだけに留まらず、入居者の看取りの際にも継続していることが述べられている（根本 2012）。また介護職員は長い期間、入居者をケアするため、入居者を他人ではあるが家族のような存在として認識しやすいことが述べられている（北島 2010）。介護職員が抱く感情の距離感は、入居者をケアする際に、微妙なサインを感じとろうとする意識や、入居者の経歴や過去の出来事から思いを汲み取ろうとする工夫から起因するものと考え。さらに特養の介護職員は、日常的な介護行為を通し、入居者から様々な思いを語られており、家族にも語らない本音を聴くことを少なからず経験している（渡辺 2012）。例えばA介護職員は、担当する入居者が「・・・最期はここ（特養）で迎えたいね」と入浴介助の場面で語られたことを経験し、家族や施設長とも話し合い本人の希望通りに特養で最期を迎えた。B介護職員は、担当する入居者が人生を振り返り「今頃、うち（自宅）の柿の木に実がついているなあ・・・」と漏らした後に容態が変化し、短時間の外出を計画し、切望する入居者の思いを実現している。このような介護職員の経験は必ず記録に記され、状況に応じてカンファレンスで取り上げて、ケアに反映していることが述べられている。

まとめ

特養では多くの入居者が人生の最期を迎える実態があり、一定の条件が整うことで介護報酬上の加算が加えられている。その条件とは、人員配置や職員間の連携などソフト面や、個室の確保など居室形態などハード面といった5つの施設環境である。また先駆的な特養では制度改正により、入居者の看取りを後押しする形に至ったことが明らかである。しかし最期を迎える入居者の希望をどのようにケア実践に繋げるか明確ではない。また看取りの時期に個室を確保することは、必ずしも最期を迎える入居者が望んでいることではないことも明らかである。

特養では主に介護職員及び看護職員が、入居者の日常的な介護や健康管理を担うことが多く、日常の介護場面では入居者のリスクに伴い両職員の協働が着実に進んでいることが明らかである。入居者の看取りでは両職員が複雑な心境で臨んでいることが明らかにされ、看取りにおける協働の形が模索されはじめている。特に介護職員は、日常的な場面において入居者の身の回りの介護に留まらず、入居者がどのような形で最期を迎えたいのかといった心の中にある願いを汲み取り、ケアに活かす役割を担う可能性があると言える。

上記の先行研究は特定の地域や職種を対象にした調査であり、かつ、特養の施設環境またはケア実践、どちらか一方の課題抽出に留まっている。入居者が特養で最期を迎えるためには、施設環境及びケア実践を同時に調査し、互いの関連を明らかにすることで、介護職員と看護職員との協働を検討する必要があると言える。また看取りの意識には、医療分野で扱われている既存の尺度による調査が多く、本研究で扱うEOLケアの対象となる高齢者には適切ではないと考える。さらに、特養では看護職員よりもむしろ介護職員が入居者の意思をケアに反映していることから、介護職員のケア行動による尺度でケア実践の度合いを測定することが望ましいと言える。

7. 諸研究から明らかにされた今日の課題

要介護状態となった高齢者が生活の拠点を自宅から特養に移し、近年では最期を迎える場としてもその必要性が高まる傾向である。そこで先述した諸研究から明らかにされた今日の課題を整理し、本研究における課題を明らかにした上で本研究の問いを提示する。

(1) 諸研究から明らかにされた本研究における課題

① ケア概念の変化

死にゆく人々へのケア概念は、その変遷を見るとホスピタリティの精神を継承し、ターミナルケア、ホスピスケア、緩和医療、緩和ケア、ホスピス・緩和ケアといった5つの用語の意味を、互いに補完するように発展してきたことが明らかである。なお日本ではホスピスの精神や宗教思想を背景に、がん末期患者を対象にケア実践されてきたことが明らかである。しかし人口の高齢化により高齢者が、様々な慢性疾患を抱え、長い期間を辿り死を迎えることから、上記にあげた5つの用語の定義や対象者だけでは十分に対応できない状況を招いた。そこで「エンドオブライフ・ケア」が、死にゆく人々へのケア概念用語として1990年代に誕生した。この用語は、対象をがんに限定しないことや、時間軸を長くとり6ヶ月以内に限定しないことが特徴である。さらに、ホスピス理念や原則を基盤に、死にゆく人々の人生の終わりに受けるケアを示す広範囲なケア概念でもある。日本では、看護師養成課程カリキュラムにおいて理論構築が進められている。しかし、「エンドオブライフ・ケア」の具体的なケア実践は明らかにされていない。

② 死にゆく人々へのケア～ケアする立場の変化

死にゆく人々のケアでは、ケアする専門職の視点に基づき、国内外の先行研究をレビューした。海外では、一定の医療知識を修得した看護師が、ナーシングホームで生活する入居者ケアにあたる。実際に、死にゆく人々には、スピリチュアルな要素を含む精神的なケアが必要であると言える。その際、専門職には、死期が近づく入居者に対峙する姿勢、すなわちケアの本質が求められていることが明らかである。また専門職は、時空を共有してきた家族や身近な人々に、入居者が「何を欲しているのか」尋ねて、ディスカッションすることでケアの質を高められると言える。さらに、専門職は、家族や身近な人々が、恐怖心を抱きながら人の死を学ぶ機会となるため、その微細な感情変化に寄添うことも求められると言える。しかし死に直面した専門職には、そのバックグラウンドから派生するケア行動により、何らかの影響を及ぼすことが避けられないと言える。そのため、専門職は、アセスメントスキルを向上させ、エビデンスに基づく入居者ケアを実現することが課題としてあげられる。この課題には、ナーシングホームにおけるスタッフトレーニングや教育が手がかりとなり、入居者ケアを動機づけるだけにとどまらず、ケア観確立も期待できると言える。また死に直面した専門職はストレスや悲嘆を抱くため、カウンセリングやカンフ

アレンスに参加することで、自身をフィードバックし、次の入居者ケアへの原動力を蓄えることが示唆された。

日本では、病院に併設あるいは所属する緩和ケア病棟やホスピス病棟、一般病棟などで、医師や看護師を中心に、がん末期や悪性腫瘍をもつ患者のケアにあたる。実際に、死にゆく人々には、積極的な治療を選択し患者の価値観に寄添うこと、がん特有の疼痛をコントロールし日常生活を維持すること、死期が近づく患者の心情を支えることといった3つのケア実践に集約できる。死にゆく人々へのケアにあたる専門職は、患者の心情変化の誘因となる病室や病棟の環境、周囲の人々との関係性、宗教への信仰などを踏まえ、個々の患者に沿った自立とケアのバランスを保つことが必要であることが理解できる。また家族や身近な存在の人々のケアが、患者のこころのケアに一翼をなすことを受け入れ、疼痛の緩和という治療を最優先すべきか、再考する必要が示唆された。

以上のように、ケアする専門職の立場における先行研究のレビューでは、死にゆく人々をはじめ、その家族や身近な存在の人々を巻き込む包括的なケア実践、専門職のトレーニングや教育、死別後のカウンセリングやカンファレンスといった課題が明らかにされた。

③死にゆく人々へのケア～ケアされる立場の変化

死にゆく人々のケアでは、ケアされる家族の視点に基づき、国内外の先行研究をレビューした。海外、とりわけアメリカでは、高齢者が自宅で亡くなることを望んでいても、実際には施設で亡くなる傾向にあり、今後も増加が見込まれる。そのため身体的苦痛をコントロールする医療的ケアを前提とした上で、入居者自身が望む自分らしい生活を取り戻すケアを模索することが必要であると言える。その際には、事前指示書の導入や、人間の基本的欲求を射程にケア実践することで、安らかな死を迎えることが可能になると言える。実際のアプローチでは、専門職が入居者の生活習慣や個人特性に着目し、ケア場面に沿うコミュニケーションが求められる。このような専門職のケア行動には、入居者にとどまらず、その家族の意思も汲み取り、死を受け入れる準備にも繋がることを示唆された。

日本では、病院で最期を向かえるがん患者が診断直後から、複雑な心理状況に陥る傾向である。がん患者の心理過程は、①内向処理型、②外向発散型、③閉塞型、といった3つに分類され、家族との関係性にも影響を及ぼしていると言える。そのため、がん患者と家族の関係性には、ポジティブとネガティブ、双方の繋がりを想定することが重要である。特に死が近づく時期には、家族が安定した感情を保つことで、平穏な死を迎えることが期待できると言える。このように、専門職には、死にゆく人々と家族との間に、相互に作用する関係性を形成するよう両者を仲介し、苦痛を分かち合う場を提供することが必要である。他方、自宅死は、介護体験を通して、高齢者や家族の関係性を見出すことができる。高齢者が自宅で家族と共に生活し、ケアする時間の長さや手厚くケアする内容により、介護する家族は、被介護者である高齢者の感情に移入しやすく、望むようなケアの方向性を実践することが示唆された。このような介護者の介護や看取りの意味づけは、介護者の心

理過程や、身近な存在との死別体験、人と人との関係による重層的な社会関係に影響されることが示唆された。

以上のように、ケアされる立場にある死にゆく人々と家族における先行研究のレビューでは、死にゆく人々が自分らしく生活できる環境づくり、最期の迎え方の抽出、家族との関係性を仲介するケア実践といった課題が明らかにされた。

④高齢者の死の過程及び意識、看取りの変化

高齢期には、①短期衰退型、②間欠的悪化を伴う長期衰退型、③長期衰退遷延型という3つの死の過程があることが明らかであり、いずれの過程においても生活の質を高めるケアが求められている。しかし実際には、高齢者が「どのように最期を迎えたいか」という意思表示が明確ではないことが多い傾向である。そのため高齢者の認知症や意識障害が進行する前に、上記を確認すると共に家族の意向も確認することが重要である。もし高齢者の認知症や意識障害が進行した場合には、表情の変化や安堵感、落ち着きなど非言語的コミュニケーションに着目し意思を汲み取ることも主要なケアである。

高齢者にとっての死は、自身の問題であると同時に自身を取り巻く二人称の人々、すなわち身近な存在との問題であることが明らかにされた。そのためケアにあたる専門職は、遺族としての高齢者、特に配偶者の死が及ぼす影響を熟慮し、死別経験のリスクを備えた視点が必須である。一方、高齢者が自身の感情や気持ちを抑える世代であることから、宗教や信仰に影響を受けることが少なくないことが明らかにされた。そのため高齢者が望む最期の迎え方を、表出できるようにケアすることが重要である。

多くの高齢者は、長年、住み慣れた自宅で、家族から介護を受け、旅立つことを望んでいることが明らかである。しかし高齢者は身体機能の衰退により、様々な疾病や症状を引き起こす傾向である。そのため現実には自宅介護に加え、施設介護をも選択肢に取り入れざるを得ないことが明らかである。また高齢者の死生観はバックグラウンドにより差異が生じやすい傾向であり、医療的なキュアよりもケアを重視する意識が高いことも明らかである。さらに高齢者が受ける医療的なキュアとケアのバランスについて疑問視する社会潮流があることも明らかである。特に要介護状態となり施設に入居している高齢者には、急性疾患とは異なり、長期にわたるケアが必要になるため、何をゴールにめざし、どの程度、医療的なキュアやケアを望むのか、専門職のケア観が問われている。

⑤特養における生活及び看取りの過程の変化

特養における施設環境は、衣・食・住の生活を中心に、整容や排泄、入浴及び清潔保持を加えた生活様式を、自宅や家庭に近づける努力が必要であり、人生の最期を迎える場所としてケアの質を向上させることが求められている。

入居者の看取りの実態では、介護職員が入居者のバイタルサインをチェックし、看護職員に連絡や相談していることが明らかである。その一方で、入居者に寄添い声かけや手を

握るなど心の安寧につながるケアを行っていたことも明らかである。また介護職員が、日常会話や介護行為の際に、生活や生きがいなどについて入居者自身の希望を聴き取り、記録に記していることが明らかである。これら記録に記した内容は、身体的な衰えがあった際など必要に応じて、看護職員や医師への報告、カンファレンスで取り上げられケアに活かすことで穏やかで自然な死に促すことが示唆された。

⑥特養における EOL ケアの範疇及び定義

本研究における EOL (End-of-life) は、人間として老いてきて、行動や認知能力に制限が加わった「晩年期」にある人々、とりわけ生活の不自由さや、不都合などが生じている要介護状態にある高齢者を対象にする。EOL (End-of-life) ケアとは、要介護状態にある高齢者が特養に入居し、衣・食・住の生活を中心に、整容や排泄、入浴及び清潔保持などを加えたケア、つまり日常的な介護行為を意味する。また日常的な介護行為は、要介護状態にある高齢者が人生の最期を迎えるまで継続されるべきケアである。さらに日常的な介護行為は、自宅や家庭の雰囲気にならげた生活環境で実践あるいは提供することが望ましく、1日24時間「線」でかかわる介護職員を主軸に、看護職員や生活相談員、医師などが協働するケア実践が必須であると言える。

⑦特養における EOL ケアに向けての施設環境及びケア実践する人材

特養では多くの入居者が人生の最期を迎える実態があり、一定の条件が整うことで介護報酬上の加算が加えられている。条件となる施設環境は、人員配置や職員間の連携などソフト面や、個室の確保など居室形態などハード面といった5つの条件である。また先駆的な特養では制度改正により、入居者の看取りを後押しする形になったことが明らかにされた。しかし最期を迎える入居者の希望をどのようにケア実践に反映させるか不明瞭である。また看取りの時期に個室を確保することは、必ずしも最期を迎える入居者が望んでいることではないことも明らかである。

特養では主に介護職員及び看護職員が、入居者の日常的な介護や健康管理を担うことが多く、日常の介護場面では入居者のリスクに伴い両職員の協働が着実に進んでいることが明らかである。入居者の看取りでは両職員が複雑な心境で臨んでいることが明らかにされ、看取りにおける協働の形が模索されはじめている。特に介護職員は、日常的な介護場面において入居者の身の回りの介助だけに留まらず、入居者がどのような形で最期を迎えたいのかといった心の内にある願いを汲み取り、ケア実践に活かす存在になり得る可能性がある。

まとめ

諸研究から、①ケア概念の変化、②ケアする視点における死にゆく人々へのケア変化、③ケアされる視点における死にゆく人々へのケア変化、④高齢者の死の過程及び意識、看取りの変化、⑤特養における生活及び看取りの過程の変化といった5つの様相が明らかにされた。しかし明らかにされた5つの様相から、特養で最期を迎える高齢者のケア概念及びケア実践は必ずしも明確とは言えない。そのためEOLケア定義に依拠しつつ、特養におけるEOLケアを再考し、本研究における位置づけを示した。

第1章の6で先述した先行研究は、特定の地域や職種を対象にした調査であり、かつ、特養の施設環境またはケア実践、どちらか一方の課題を抽出するだけに留まっている。また看取りの意識には、医療分野で扱われている既存の尺度による調査が多く、本研究で扱うEOLケアの対象となる高齢者には適合しない。さらに特養では看護職員よりも、むしろ介護職員が入居者の意思をケアに反映させていることから、介護職員のEOLケア行動による尺度でケア実践の度合いを測定することが望ましいが、この点は先行研究では明らかにされていない。

以上のことから、特養で高齢者が最期を迎えるためには、生活の拠点となる施設環境及び、介護職員の行動に基づくケア実践に着目し、広範囲の地域で複数の特養を同時に調査する必要がある。その上で特養における施設環境及びケア実践という互いの関連を明らかにすることで、介護職員と看護職員との協働を検討することが望ましいと言える。

(2) 本研究における研究の問いの提示

研究の問いの前提として、先行研究のレビューおよび本研究における課題から、以下のことが導かれる。人がこの世に生を受け、死を迎える際に、どこでどのように人生の最期を迎えたいと願うことは人々にとって共通の関心事である。とりわけ要介護状態となり入居者として特養で最期を迎える高齢者には、どのようなケアを望み、ケアに何を期待するのだろうか。その一方で専門職員は、高齢者が望むケアや、期待に応えるケアを実践しているだろうか。そして高齢者が望むケアや期待に応えるケアを実践するには、どのような施設の環境や、介護職員特性が求められるだろうか。

本研究では、全国の特養を対象に、高齢者が最期を迎えた施設環境や介護職員特性、EOLケア実践について調査し、施設環境及びEOLケア行動に影響を及ぼす要因を明らかにする必要があると言える。

本研究では、次の2つの研究の問いに対する答えを導き出すことをめざしている。1点目は、高齢者が特養で最期を迎える施設環境及び介護職員の特性はどのようなものだろうか、ということである。2点めは、特養の施設環境及び介護職員特性は、EOLケア行動に影響を及ぼすだろうか、ということである。

第2章 研究の方法

本研究の目的は全国の特養を対象に、高齢者が最期を迎えた施設環境や介護職員特性やEOLケア実践の実態を把握することである。研究方法は郵送による質問紙調査を用いた。調査で用いられる主要な用語は調査を実施する際に操作上定義し、調査項目に反映させた。

その後、特養の施設環境及び介護職員特性、介護職員のEOLケア実践、それぞれを変数化し、EOLケア行動に影響を及ぼす要因を明らかにするために、仮説の検証を試みる。

1. 研究における問い及びリサーチクエスチョン

本研究において全国の特養を対象に、高齢者が最期を迎えた施設環境や介護職員の特性や背景、ケア実践について調査し、施設環境及びケア行動に影響を及ぼす要因を明らかにする必要があると言える。

本研究における研究の問いは、以下のように導かれる。高齢者が特養で最期を迎える施設環境及び介護職員特性はどのようなものだろうか。また特養の施設環境及び介護職員特性は、EOLケア行動に影響を及ぼすだろうか。上記の問いを明らかにするために、量的調査を試みる。その際に以下のようなリサーチクエスチョンが導かれる。

- ① 特養では、看取りのケアをどの程度、重視しているだろうか。
- ② 介護職員には、どのようなバックグラウンドがあるだろうか。
- ③ 介護職員は、利用者との死別や臨終を経験しているだろうか。
- ④ 介護職員は、どのような利用者との死別や臨終を経験しているだろうか。
- ⑤ 介護職員は、死別や臨終を経験した利用者へどのようなEOLケアを実践しているか。
- ⑥ 施設環境及び介護職員特性は、介護職員のEOLケア実践に影響しているだろうか。

2. 用語の理論上の定義及び操作上の定義

(1) 施設環境

施設環境では、特養の総ベッド数及び、短期入所総ベッド数、総フロア数、居室形態、医療及び介護体制（介護福祉士及び看護師の配置人数、勤務形態）、死や看取りに関する研修実施の項目を設定している（根本 2012；塚田 2012）。また施設が入居者を看取り際に、重要な方針を定め、それを職員が受け入れ、職員間で共通の理解があることが求められている（近藤 2006）ため、ケアの重視度、積極的な入居者の看取りの項目を加えている。

ここで、医療及び介護体制（介護福祉士及び看護師の配置人数、勤務形態）については直接、人数を記述する回答の項目にしている。居室形態については、「1.従来型、2.ユニット型、3.従来型とユニット型 4.その他」から選択し回答する項目にしている。ケア重視度については、「1.一般的なケアを重視している、2.やや一般的ケア、3.どちらのケアも重視している、4.やや看取りケアを重視している、5.看取りケアを重視している」から

選択し回答する項目にしている。積極的な入居者の看取りについては、「1.実施している、2.実施していない」から選択し回答する項目にしている。ここで一般的なケアとは、要介護状態となった入居者が自身では成せない日常的な動作への介護を意味する。看取りケアとは、一般的なケアに加え、死期が近づいた入居者が穏やかな最期を迎えられるための介護を意味する。

(2) 介護職員特性

介護職員特性は、性別、年齢、同居人、勤務経験、最終学歴、所有資格、入居者との死別経験についての項目を設定している（北村 2010；二木 2010；O'Hara1996）。また介護職員が、家族のような距離感で入居者にケアし家族を代替する役割を果たしている（北島 2010）ことから、新たに介護職員が感じる身近な存在についても項目を加えている。ここで身近な存在とは血縁や同居などにかかわらず、感覚的に近いや、親しみやすいことを意味している。回答の際には語群から、直感で選ぶよう促している。

さらに身近な存在との死別経験が死生観に影響する（芹澤 2003）ことから、新たに介護職員が身近な存在との死別経験をどのように感じているかについても項目を加えている。

ここで、性別については「1.男性、2.女性」から選択し回答する項目にしている。同居人、勤務経験、所有資格、身近な存在との死別経験、入居者との死別、入居者との臨終経験については、それぞれ「1.はい、2.いいえ」から選択し回答する項目にしている。

(3) 特養で最期を迎えた入居者特性

入居者特性は、入居者の性別、年齢、入居期間、最終の介護度及び日常生活の自立度の項目を設定している（塚田 2012）。また新たに入居者のケアへの期待内容、死別経験や臨終に立ち会った入居者との距離感についても項目を加えている。なお、回答者へはここ1から2年以内で、最も印象に残る入居者の方を1名に定めて回答するように促している。

年齢については、「1.60歳代、2.70歳代、3.80歳代、4.90歳代、5.100歳代、6.その他」から選択し回答する項目にしている。入居期間については、「1.1年未満 2.1～3年未満 3.3～5年未満 4.5～8年未満 5.8年以上 6.その他」から選択し回答する項目にしている。介護度については、「1.要介護度5、2.要介護度4、3.要介護度3、4.要介護度2、5.要介護度1、6.不明」から選択し回答する項目にしている。

(4) 入居者が最期を迎える時期

特養で亡くなる入居者の多くは、後期高齢者や認知症高齢者であるため、近づく死期の見極めが容易ではない（櫻井 2010）ことや、様々な疾患を併せもつ医療依存度が高い（時田 2001）ことが指摘されている。

ここで看取りとは「多くの場合、死を迎える過程から死までのケア（死の看取り）を看取り」であると記している（庄司 1999）。しかし上記のような現況から、高齢者の終末期の

経過は極めて多様で具体的な期間の規定は設けられていない（日本老年医学会 2012）ことや、「看取り」の概念を分析した研究においてもその期間については死の周期や臨終前後、ターミナル期の最終段階まで様々であった（白岩 2010）ことが明らかにされている。また看取りの現状では、8割以上の特養で入居者の看取りやケアを充実させたいことが明らかになったが、看取りの指針は一般化されておらず、看取りの定義も決まっていない（草場 2007）ことが指摘されている。

特養の看護職員を対象にした調査では、入居者の看取りの開始時期について4つの時期を抽出している（白岩 2013）。1つめは入居者が特養に入所した時である。2つめは入居者が食事を摂れなくなった時、あるいは身体全体がレベルダウンした時である。3つめは医師が看取り期と判断した時である。4つめは臨終間際である。特に入居者の身体レベルが低下する時期には、入居者本人が看取りを希望することが多いと述べられている。加えてこの時期には、看護職員自身も経験から入居者に死が近づいていることを肌で感じ取ることが述べられている。これらから入居者が、特養に入居した後に、心身に変化が表れはじめ、死期が近づく時期では1ヶ月以内が多いことが示されている。

そこで本調査では、特養の入居者が死亡する前から遡る1ヶ月間を「最期を迎える」期間と定義する。なお、質問紙における回答では、特養で最期を迎えた入居者に対して、実施した期間を入居者が臨終を迎えたおおよそ1ヶ月間を振り返り、回答するように促している。

3. 研究の設計

本研究は、3段階に分けた研究の設計である。第1段階では、特養の施設環境特性及び介護職員特性について把握する。主な施設環境特性は、居室形態や勤務体制、研修実施、施設方針などである。主な介護職員特性は、最終学歴や取得資格、入居者との死別や臨終経験などである。入居者との死別や臨終を経験した場合は、特定したひとりの入居者の介護度や入居期間といった特性や、その入居者に実施したEOLケア実践の頻度を把握する。第2段階では、介護職員のEOLケア行動構成を把握するために、因子分析により因子分析負荷量を析出し、因子を同定する。同定した因子は従属変数として用いる。第3段階では、施設環境特性及び介護職員特性を独立変数とし、同定したEOLケア行動因子を従属変数として多変量解析を行い、EOLケア行動に影響を及ぼす要因を確定する。

4. データ収集の過程

(1) 調査対象者及びサンプル抽出方法

調査対象者は、全国の特養で常時勤務している介護職員である。抽出過程は以下の通りである。全国には、6590ヶ所の特養が所在している（厚生労働省 2012）。6590ヶ所の特養を母集団とし、定比率2段階抽出法により、47都道府県別に382施設を選定した。具体的には、独立行政法人福祉医療機構が運営するWAMNET（Welfare And Medical Service

NET works System) 上で施設名、所在地及び連絡先を掲載している 6590 ヶ所のリストを作成した。特養所在数の 1 割にあたる特養を 47 都道府県別に算出後に等間隔で選定し、最終的に全国 685 ヶ所の特養をサンプルとして抽出した。

(2) 調査方法

調査方法は、以下の通りである。685 ヶ所のサンプルである特養の施設長または担当者に電話し、調査概要を説明した。その後、調査協力への内諾を得た 382 ヶ所に調査依頼書及び調査票、同意書、返信用封筒を発送した。ただし、調査票はひとつの施設に 3 人分となる 3 部を同封した。なお、3 人の回答者には調査に協力が得られる常勤の介護職員を第一義的条件とし、3 人を自由に選出することを、施設長または担当者に一任した。ただし、上記の条件だけでは選出することが困難な場合には、常勤の介護職員に加え、できる限り入居者の看取りを経験した介護職員または経験年数が異なる 3 人を選出の要件とした。

質問紙は、調査対象となる特養の介護職員、ひとりに対し 1 部を配布し、無記名で回答するよう依頼した。回答を終えた質問票は、約 1 ヶ月の期間に、返信するように依頼した。なお、回答には約 10 から 15 分程度の時間を要する旨を説明した。

(3) 調査期間及び回収率

調査期間は、2014 年 4 月 1 日から 5 月 30 日の 2 ヶ月間とした。回収した調査票⁸¹は、250 ヶ所のうち「協力不可」で返信された 5 ヶ所を除いた 245 ヶ所（有効回答率 35.77%）を有効な回答調査票とした。なお、介護職員数では 1142 人分を配布し、707 人分（有効回答率 61.90%）であった。

(4) 倫理的配慮

本調査は、「日本女子大学ヒトを対象とした実験研究に関する倫理審査委員会」の承認及び承諾を受け実施した（課題番号 165 号）。調査票は無記名で回答し、かつ調査項目で個人が特定される内容は除外した。また調査の趣旨や使用目的、収集したデータの取り扱いや管理等をまとめた同意書にサインし返送することにした。さらに返送の際、調査実施者が居住する郵便局に留置きし、調査実施者が直接、受け取ることで回答した調査票の紛失等を回避した。

⁸¹封筒には「A-a-1」とコード化し、発送及び返信状況を把握し回収率を算出した。なお「A」は都道府県別、「a」は市町村別、「1」は個別の施設を示している。またデータ入力では、質問紙を「001」から「707」の番号を ID として処理している。

5. 変数の操作上の定義

(1) 施設環境

施設環境では、特養の総ベッド数及び、短期入所総ベッド数、総フロア数、居室形態、医療及び介護体制（介護福祉士及び看護師の配置人数、勤務形態）、死や看取りに関する研修実施の項目を設定している（根本 2012；塚田 2012）。また新たにケアの重視度、積極的な入居者の看取りについても項目を加えている。

ここで、医療及び介護体制（介護福祉士及び看護師の配置人数、勤務形態）については直接、人数を記述する回答の項目にしている。居室形態については、「1.従来型、2.ユニット型、3.従来型とユニット型、4.その他」から選択し回答する項目にしている。ケア重視度については、「1.一般的なケアを重視している、2.やや一般的ケア、3.どちらのケアも重視している、4.やや看取りケアを重視している、5.看取りケアを重視している」から選択し回答する項目にしている。積極的な入居者の看取りについては、「1.実施している、2.実施していない」から選択し回答する項目にしている。

(2) 介護職員特性

介護職員特性は、性別、年齢、同居人、勤務経験、最終学歴、所有資格、入居者との死別経験についての項目を設定している（北村 2010；二木 2010；O'Hara1996）。また介護職員が、家族のような距離感で入居者にケアし、家族を代替する役割を果たしている（北島 2010）ことから、新たに介護職員が感じる身近な存在についても項目を加えている。身近な存在の位置づけは、ジャンケレイレッチにより分類されている死の人称態である。死の人称態のうち一人称は自分の死、二人称は家族など身近な存在や身近な者の死、三人称は第三者や他人の死を、それぞれ示している。特に身近な存在や身近な者は、自身にとってどのような人々を位置づけているのかが重要である。また介護職員にとっては、二人称の位置づけが死生観やケアにも影響を及ぼすことが考えられる。そこで介護職員が血縁や同居などにかかわらず、「身近である」存在や「身近である」者を把握するために、感覚的に近いや、親しみやすいことを意味している。回答の際には語群から、直感で選ぶよう促している。さらに身近な存在との死別経験が死生観に影響する（芹澤 2003）ことから、新たに介護職員が身近な存在との死別経験をどのように感じているかについても項目を加えている。ここで、性別については「1.男性、2.女性」から選択し回答する項目にしている。同居人、勤務経験、所有資格、身近な存在との死別経験、入居者との死別、入居者との臨終経験については、それぞれ「1.はい、2.いいえ」から選択し回答する項目にしている。

(3) 介護職員の EOL ケア行動

介護職員の EOL ケア行動は、介護職員の EOL ケアの実施状況を問う項目を設定している。北村（2010）が使用介した特養における介護職員と看護職員のケア行動 70 項目から、最期を迎える入居者のケア行動 47 項目を採用した。また根本（2012）が使用した看取りの

際のケア行動 40 項目を採用し、上記の 47 項目を加え、87 項目とした。さらに石井 (2005) が、使用した高齢者を看取った経験のある家族のケア行動 17 項目を加えて、合計 104 項目を再構成した。再構成では、重複している内容の項目を収斂し、あいまいな表現を具体的な表現に修正している。また介護職員が、日常の介護場面で入居者の要望や、ケアへの期待などの情報を抽出していることから、身体介護のケア項目については「アセスメントする」という内容を加えて表記している。具体的には、「清潔保持について」ではなく「清潔保持についてアセスメントする」まで表記したことで、入居者が清潔保持についてどのようにケアして欲しいのか、介護職員がニーズを抽出しケア実践に繋げているかを意味づけている。再構成した 104 項目のケア行動から、最終的に 50 項目を抽出している。

なお、ケア行動の内容には、特養の介護職員の意見を反映し、実態に沿う表現方法に修正し、50 項目を質問紙に採用している。なお質問紙は、ケア行動を 50 項目に特定した上で、A 特養の介護職員 2 名、B 特徴の介護職員 3 名にプリテストを実施している。プリテストにより、質問項目や内容表現を確認し、回答の際の所用時間を把握した。

ここでは、ケア項目の実施頻度の高い順に「5.実施した 4.どちらかといえば実施した 3.どちらかといえば実施しなかった 2.実施しなかった 1.非該当」から選択し回答する項目にしている。なお、介護職員個人またはチームとしての実施状況で回答するよう促している。

(4) 独立変数：施設環境関連変数及び介護職員特性変数

独立変数 (基準変数) では、「居室形態」「ケアの重視度」「研修実施」「積極的な看取り」といった 4 つの施設環境関連変数が想定できる。この 4 つの変数のうち「居室形態」は、従来型やユニット型、どちらの形態においても入居者や介護職員の意識、介護職員のケア行動へ影響を与える (壬生 2011 ; 鈴木 2003 ; 田辺 2005 など) ことが予測される。同様に、「ケアの重視度」「積極的な看取り」は、特養における施設の方針 (近藤 2006 ; 小山・水野 2010 ; 芦花ホーム 2009 など) を示し、入居者が最期を迎える際に、介護職員のケア行動に影響を与えることが予測される。同様に「研修実施」は、特養において介護職員が他職員と協働できる視点を養うと共に、最期を迎える入居者へのケアを学ぶ機会にもなり得るため、ケア行動に影響を与えることが予測される。以上のことから、4 つの施設環境関連変数は、すべて独立変数として仮説に採用する。

介護職員特性変数は、「性別」「同居人」「勤務経験」「最終学歴」「所有資格」「身近な存在との死別体験」「入居者との死別体験」「入居者との臨終体験」といった 8 つの変数が想定できる。特養の介護職員は、複数の養成過程を経て就職し入居者ケアにあたり、実務経験を積みながら国家資格を取得する (介護福祉士養成大学連絡協議会 2015) 傾向である。そのため「最終学歴」「所有資格」は、介護職員のケア行動に影響を与えることが予測される。同様に特養の介護職員は、入居者の生活に踏み込みケアにあたるため、特別な感情を抱きやすい (根本 2012 ; 北島 2010 ; 渡辺 2012 など) 傾向であり、入居者の看取りには様々な意識が潜んでいる (清水 2007 ; 出村 2012 ; 小楠・萩原 2007 など)。そのため

「身近な存在との死別経験」「入居者との死別経験」「入居者との臨終経験」は、介護職員のケア行動に影響を与えることが予測される。同様に「性別」「同居人」がスタッフのケア行動に影響を与えること (O'Hare, Harper, et al 1996 ; Hanson, Henderson & Menon 2002) が予測される。しかしこれらの変数は、海外のナーシングホームに従事するスタッフの特性であり、かつ、一定の教育を受けた看護師である。本調査の対象者とは施設の特長や職種が異なるため、介護職員のケア行動に影響を与えたと考え難い。また「勤務経験」は、介護職員の意識に関連し行動する要となり得る可能性が高い (北島 2010 ; 根本 2012)。しかしその意識は施設環境や体制、介護職員の個人特性により左右されることが少なくないため、「勤務経験」単独だけが、ケア行動に影響を与え難い。以上のことから、8つの介護職員特性変数から上記の3つを除く、5つの独立変数を仮説に採用する。

操作の事前準備として、独立変数 (説明変数) における名義尺度変数をダミー変数化した。独立変数 (説明変数) は、特養の居室形態、ケアの重視度、研修の実施状況、積極的な入居者の看取り、介護職員の最終学歴、所有資格、身近な存在との死別体験、入居者との死別体験、入居者との臨終体験である。

上記の独立変数 (説明変数) のうち、「はい・いいえ」などは、「1・0」に変数化した。また居室形態については、ひとつの項目「1」に対し、その他を「0」に置き換えた。具体的に、居室形態は「従来型・ユニット型・従来型とユニット型」といった3つに対し、「1・0・0」、「0・1・0」、「0・0・1」のようにした。最終学歴では「高卒・専門学校卒・短大卒・大卒」のうち、高卒であれば「1・0・0・0」、専門学校卒であれば「0・1・0・0・0」のように、ダミー変数化している。所有資格では「介護福祉士・訪問介護員・介護支援専門員・社会福祉士」のうち、介護福祉士であれば「1・0・0・0」、訪問介護員であれば「0・1・0・0」のようにダミー変数化している。

(5) 従属変数：因子分析によるケア行動

従属変数は、介護職員のケア行動である。ケア行動は、介護職員の EOL ケア行動 50 項目を用いた探索的因子分析⁸²から抽出している。

実際の操作では、スクリープロットにより因子数を4に決定した。その後、主因子法による直交回転 (エカマックス回転)⁸³を行い、因子負荷量の基準を0.4以上とした。その結果、ケア50項目から42項目を選出した。なお、KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)測度は0.893であり、Bartlettの球面性検定では $p < 0.01$ であったため、妥当性は示されている。なお

⁸² 因子分析では、「1非該当」を欠損値とし、「5・4・3・2」を「4・3・2・1」に、コードして投入している。なお、各項目で「1非該当」を選んだ介護職員にはバラつきがあり、各項目のNは統一されていない。

⁸³ 因子分析における直交回転は、抽出した因子間に相関関係がないように因子軸の回転を行うことであり、バリマックス回転を使用することが多いと言われている。しかし今回は因子の拡散度がより高いとされているエカマックス回転を用いて因子分析している。なお、分析にはIBM SPSS Statistics Version22を使用した。

各因子の信頼性を示すクロンバック α 係数は、第1因子 $\alpha = 0.709$ 、第2因子 $\alpha = 0.626$ 、第3因子 $\alpha = 0.615$ 、第4因子 $\alpha = 0.754$ であった。本調査で抽出した4つの因子のうち、第2因子及び第3因子はやや低い値を示したものの、信頼性が高く、累積寄与率は53%であったため、介護職員のケア行動特性の尺度として用いることができると判断した。

上記のように介護職員のケア行動から抽出した4つの因子を従属変数（基準変数）とする。社会調査（村瀬 2007）では合計得点を用いることで容易に分析しやすいとされている。そのため本研究では4つの因子の合計得点を、従属変数（基準変数）として用いる。

6. 分析モデル

従属変数（基準変数）は、介護職員の EOL ケア実践から析出した因子のケア行動を設定する。独立変数（説明変数）には、介護職員特性及び施設環境に関して操作化した変数を用いる。なお各変数の項目は、表 2・1 に示した。

表 2・1 分析モデルにおける変数

独立変数（説明変数）	従属変数（基準変数）
<施設環境関連変数> 居室形態・ケア重視度 研修実施状況・積極的な看取り <介護職員特性変数> 最終学歴・所有資格 身近な存在との死別経験 入居者との死別経験・臨終経験	<介護職員のケア行動> 因子1「こころの安寧に関するケア」 因子2「意思尊重に関するケア」 因子3「死後に関するケア」 因子4「医療処置に関するケア」

7. 仮説

本研究の仮説は、独立変数及び従属変数、双方の変数間から以下のように導かれる。なお独立変数は施設環境関連変数及び介護職員特性変数であり、従属変数は介護職員のケア行動である。以下には、4つのケア行動ごとの仮説及び、具体的な因果関係を示す。

(1) 「こころの安寧に関するケア；因子1」の仮説

- ① 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ② 特養が看取りを積極的に実施すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ③ 特養が研修を実施すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ④ 介護職員の最終学歴がより高ければ、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑤ 介護職員が身近な存在との死別を経験すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑥ 介護職員が入居者との死別を経験すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

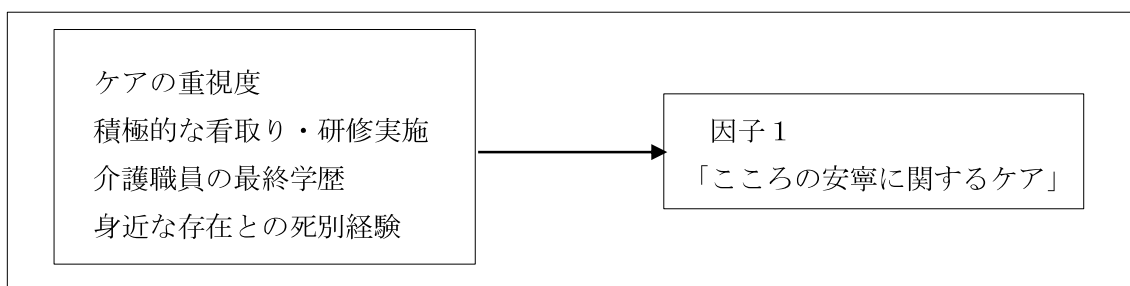


図2-1 「こころの安寧に関するケア；因子1」における変数の因果関係

(2) 「意思尊重に関するケア；因子2」の仮説

- ① 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ② 特養が看取りを積極的に実施すると、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ③ 特養がユニット型居室を所有すると、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ④ 特養が研修を実施すると、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

- ⑤ 介護職員の最終学歴がより高くなければ、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

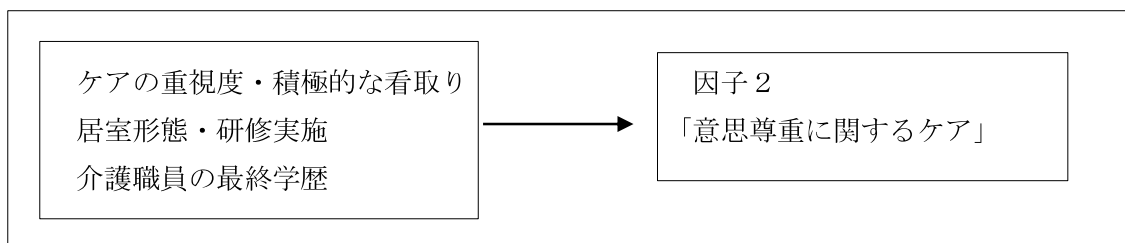


図2-2 「意思尊重に関するケア；因子2」における変数の因果関係

(3) 「死後に関するケア；因子3」の仮説

- ① 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ② 特養が看取りを積極的に実施すると、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ③ 特養が研修を実施すると、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ④ 介護職員が入居者との臨終を経験すると、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

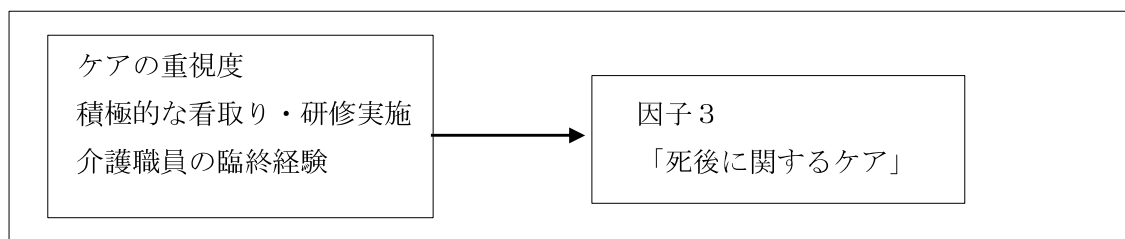


図2-3 「死後に関するケア；因子3」における変数の因果関係

(4) 「医療処置に関するケア；因子4」の仮説

- ① 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ② 特養が従来型居室を所有すると、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ③ 特養が研修を実施すると、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

- ④ 介護職員が介護福祉士資格をより所有しなければ、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行わない傾向が高くなる。
- ⑤ 介護職員の最終学歴がより高ければ、介護職員は「医療処置に関するケア」を行う傾向が高くなる。

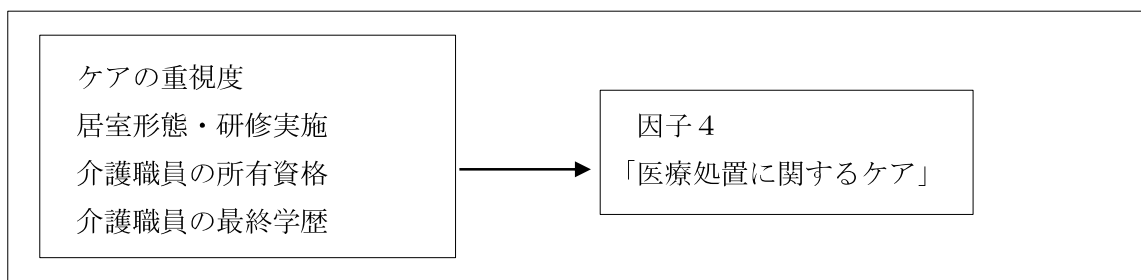


図2-4 「医療処置に関するケア；因子4」における変数の因果関係

8. 主な分析方法

分析では、まず介護職員の EOL ケア行動を従属変数に設定し、施設環境関連変数及び介護職員特性関連変数を独立変数に設定した。次いで介護職員の EOL ケア行動と、介護職員特性関連変数及び、施設環境関連変数との関連要因について仮説を立て、検証を試みる。なお今回はアンケートに回答した全ての介護職員のデータを施設環境関連変数ならびに介護職員特性変数として用い、特養で最期を迎えた全ての要介護状態にあった入居者に行われた EOL ケア行動をデータとして用いて、それぞれ分析した。

データ分析方法は多変量解析のうち、重回帰分析を選択した。実際の操作では、独立変数の選択、重回帰式の有意性を判定、重回帰式の適合を評価、残差の分析、重回帰式の完成といった手順で行った。独立変数は、ステップワイズ法を選択した。この方法は、有意水準や統計量の変化を理論的に観察しながら、独立変数をとりこんだり除いたりすることで、少しずつ適した重回帰式に近づける方法で他の方法⁸⁴よりも推奨されている。重回帰式の有意性の判定では、偏回帰係数がすべて有意水準（5%）未満であることを確認した。また各分析では投入基準5%水準、除去基準10%水準を用いて、有意な独立変数を抽出した。

⁸⁴ 分析者により専門的見地から変数を決め用いる「強制投入法」や、すべての変数を組み合わせて用いる「総あたり法」などである。

第3章 分析

特養における EOL ケア実態調査の結果を述べる。その上で施設環境および介護職員特性、介護職員による EOL ケア行動、それぞれを変数化した多変量解析による仮説の検証結果を述べる。

1. 特養の施設環境

施設環境の特徴は、「50～100床」のベッド数、「5～100床」の短期入所ベッド数、従来型の居室をもつ特養が多い傾向であった。また研修を実施し、一般的なケアと看取りのケアのどちらも重視し、積極的に入居者の看取りを行っている特養が多い傾向だった。さらに専門職配置では、基準⁸⁵よりも少なく看護師を配置している特養が多い傾向であった。

ここで全国の特養の調査概況など他の統計資料と本調査結果を比較してみたい。総ベッド数は平均で 72.35 床、本調査では「50～100床」の範囲でベッドを所有している特養が最も多かった。入居者の居室形態は従来型が 46.5%、ユニット型が 53.5%、従来型とユニット型が 11.6%であり、本調査では「従来型」が 55.9%、「ユニット型」が 36.3%で逆転しているものの、多くの特養が「従来型」と「ユニット型」、それぞれ単独の居室形態を所有している。またケア重視度は、一般的なケアや看取りのケアにかかわらず、どちらのケアも重視しているが 41.7%、本調査では 65.5%であり、特養が積極的に入居者の看取りを行っているが 79.4%、本調査では 64.1%で、それぞれの割合が最も多い。看取りにかかわる研修を実施しているが 58.0%、本調査は 68.2%であった。さらに常勤介護福祉士の平均は 17.4 人、本調査では 13.79 人（常勤換算 10.85 人）であり、常勤看護師の平均は 2.1 人、本調査では 1.65 人（常勤換算 1.30 人）であった。

このように入居者の居室形態では、「従来型」あるいは「ユニット型」、どちらかを単独で所有している特養が多い傾向である。また入居者を看取る際に、介護職員との協働に欠かせない看護職員の配置率も高くはない傾向である。以上のことから、本調査で得られた施設の属性と、他の統計結果とは大きく違いがないと言える。以下では、項目ごとに件数及び割合について記述している。なお施設環境の結果は、表 3-1 及び表 3-2 に示した。

⁸⁵ 老人福祉法による特養の設備及び施設に関する基準では、入居者 50 人に看護師 2 人、100 人に看護師 3 人という常勤換算が示されている。

(1) ベッド数及び短期入所総ベッド数⁸⁶

総ベッド数は、「50～100床」が171件(69.8%)と最も多く、次いで「100～150床」が49件(20.0%)であった。短期入所総ベッド数は、「5～10床」が80件(32.9%)と最も多く、次いで「15～20床」が54件(22.2%)であった。

(2) 居室形態

居室形態は、「従来型のみ」が137件(55.9%)と最も多く、次いで「ユニット型のみ」が89件(36.3%)であった。

(3) 専門職の配置人数

特養では介護福祉士及び看護師といった専門職が働いている。しかし先述したように看護師のみが特養の所有するベッド数により配置基準が定められている。そのためそれぞれの専門職の配置人数を、直接記述する回答形式にした。介護福祉士の平均値±標準偏差は11.4±8.5であり、同様に看護師は3.2±2.2であった。なお「介護福祉士」の資格に限らず、「訪問介護員」など、複数の資格を所有している介護職員が存在していたため、回答者に混乱を招き、全数が少なくなった可能性があると考ええる。

(4) 勤務形態

勤務形態では、すべての特養が変則勤務であった。なお、質問紙では、具体的な日勤及び夜勤の時間帯を具体的に記述するよう依頼した。しかしすべての施設が独自の勤務形態を記述していたため、単純に集計することができなかった。そのため、記述があった場合を「変則勤務あり」とし、記述がなかった場合を「変則勤務なし」とし集計した。

(5) ケアの重視度

ケアの重視度は、一般的なケアと看取りのケアを「どちらとも重視している」施設が多く160件(65.5%)であり、次いで「一般的なケアを重視している」が50件(20.4%)であった。なお、回答は、「1.一般的なケアを重視している 2.やや一般的なケアを重視している 3.どちらのケアも重視している 4.やや看取りケアを重視している 5.看取りケアを重視している」とし、あてはまるものをひとつだけ選択するよう促している。

(6) 看取り等の研修実施状況及び、積極的な入居者の看取り

看取り等の研修では、「実施している」が167件(68.1%)で、「実施していない」が78件(31.8%)であった。積極的な入居者の看取りでは、「実施している」特養が157件(64.0%)で、「実施していない」特養が88件(35.9%)であった。

⁸⁶総ベッド数及び短期入所総ベッド数では、床数の記述について「未満」と「以上」を区別し表記しなかったため、厳密な件数ではないと考える。

表 3-1 特養の施設環境・選択式回答における設問項目の単純集計

変数	N	カテゴリー	件	%	他の統計資料
総ベッド数	245	50床以下	17	6.9	72.35床 ¹⁾
		50～100床	171	69.8	
		100～150床	49	20.0	
		150～200床	5	2.0	
		200～250床	2	0.8	
		その他	1	0.4	
短期入所 総ベッド数	245	5床以下	29	11.9	なし
		5～10床	80	32.9	
		10～15床	41	16.8	
		15～20床	54	22.2	
		20～25床	12	4.9	
		25床以上	10	4.1	
		その他	17	7.1	
		無回答	2	0.1	
居室形態	245	従来型	137	55.9	46.5% ²⁾
		ユニット型	89	36.3	53.5% ²⁾
		従来型とユニット型	18	7.4	11.6% ³⁾
		その他	1	0.4	15.8% ²⁾
勤務形態	245	変則勤務	245	100	なし
ケア重視度	245	一般的なケア	50	20.4	7.6% ⁵⁾
		やや一般的なケア	24	9.8	—
		どちらのケア	160	65.5	41.7% ⁵⁾
		やや看取りのケア	5	2.0	—
		看取りのケア	5	2.0	24.4% ⁵⁾
		無回答	1	0.3	
看取り研修	245	実施している	167	68.2	58.0% ⁶⁾
		実施していない	78	31.8	32.3% ⁶⁾
積極的な看取り	245	実施している	157	64.1	79.4% ⁴⁾
		実施していない	88	35.9	6.7% ⁴⁾

1) 介護老人福祉施設における病床数の全国平均を算出している<平成 25 年介護サービス施設・事業所調査概況>

2) 室定員別室数の構成割合より算出している<平成 25 年介護サービス施設・事業所調査概況>

3) 介護老人福祉施設における一部ユニット型の割合<平成 25 年介護サービス施設・事業所調査概況>

4) 「施設における看取りに関する方針や対応方法等」の割合を掲載<平成 18 年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>

5)「看取り介護に関する介護職員の取り組み」の割合を掲載<平成 18 年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>

6)「看取り介護に関する職員研修」の割合を掲載<平成 18 年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>

(7) 特養のフロア数

特養のフロア数の平均値±標準偏差は 4.0 ± 2.9 であった。なお、回答者にはフロア数を具体的に記述するよう依頼した。

(8) 日勤帯及び夜勤帯の専門職配置

日勤帯の介護福祉士は平均値±標準偏差が 5.6 ± 3.9 であり、日勤帯における看護師の配置については、 2.2 ± 1.3 であった。夜勤帯の介護福祉士については、 2.0 ± 1.5 であり、夜勤帯の看護師の配置については、 0.1 ± 0.3 であった。

表 3・2 特養の施設環境・記述式回答における設問項目の単純集計

変数 [*])	N	平均値±標準偏差	平成 25 年介護サービス施設 事業所調査の概況
施設の総フロア数	241	4.0 ± 2.9	なし
専門職の配置 (介護福祉士)	225	11.4 ± 8.5	17.4 人 ¹⁾
専門職の配置 (看護師)	188	3.2 ± 2.1	2.1 人 ¹⁾
日勤時間帯における専門職の配置 (介護福祉士)	211	5.6 ± 3.9	なし
日勤時間帯における専門職の配置 (看護師)	200	2.2 ± 1.3	なし
夜勤時間帯における専門職の配置 (介護福祉士)	217	2.0 ± 1.5	なし
夜勤時間帯における専門職の配置 (看護師)	189	0.1 ± 0.3	なし

*) 直接人数を記入する回答としたため、人数の平均値±標準偏差を示している。

¹⁾ ひと施設・事業所当たり常勤換算従事者数を掲載

2. 介護職員特性

介護職員特性の特徴は、女性、同居人がいる、30歳代から40歳代の介護職員が多く回答していた。また現在の施設で働き、その年数が5年以上の介護職員が多く回答していた。さらに高卒の介護職員が多く、筆記試験及び実技試験を経て介護福祉士の国家資格を取得している介護職員が多かった。

特養の介護職員に関する調査⁸⁷では、特養の介護職員は「20歳代」が最も多く全体の44.1%で、次いで「30歳代」が28.2%であった。また勤務経験は、通算で「5年以上10年未満」が全体の38.5%で最も多く、「10年以上」の28.0%を含めると約3分の2を占めていた。また夜勤帯で看護師を含まない特養が全体の86.1%であり、看護師の「オンコール体制をとっている」特養が全体の89.6%であった。

以上のことから本調査の結果においても、30歳代から40歳代の介護職員が3分の2以上を占め、約半数の介護職員は現在の施設で働いており、約8割の介護職員が継続し勤務している。これらの結果から、中堅以上クラスの介護職員が特養で働いていることが考えられる。さらに高卒の介護職員が多く、現場で働きながら介護福祉士の国家資格を取得し、特養に従事している場合が多い傾向であると言える。以下では、項目ごとに件数及び割合について記述している。なお基本属性の結果は、表3-3に示した。

(1) 性別及び同居人

性別は、「男性」が268件(37.9%)で、「女性」が439件(62.1%)で女性の方が多かった。同居人が、「いる」が612件(86.7%)、「いない」が94件(13.3%)であった。

(2) 年齢及び勤続経験

年齢は、「30歳代」が262件(37.1%)で最も多く、次いで「40歳代」が173件(24.5%)、「20歳代」が158件(22.4%)であった。

現在の施設だけに勤務する「はい」と回答した介護職員が348件(49.3%)で、「いいえ」が358件(50.7%)であった。上記の「はい」と回答した介護職員の継続年数は、「10年以上」が152件(44.2%)で最も多く、次いで「5～10年未満」が124件(36%)、「3～5年未満」が47件(13.7%)であった。

上記の「いいえ」と回答した介護職員の現在の施設以外の継続年数は、「5～10年未満」が131件(36.8%)で最も多く、次いで「3～5年未満」が79件(22.2%)、「1～3年未満」が74件(20.8%)であった。現在の施設以外の職種では、「専門職」が170件(19.8%)で最も多く、次いで「事務総合職」が57件(15.9%)、「技能職」が33件(9.2%)であった。なお、「専門職」では現在ではなく他の特養などに勤務していたことなどが考えられる。

⁸⁷回答記入者は看護師が全体の72.1%、介護職員が2.2%であった(三菱総合研究所2007)。

(3) 教育レベル、所有資格及び介護福祉士の取得方法

教育レベルは、介護職員の最教終学歴について回答を依頼した。「専門学校卒」が 238 件 (33.7%) で最も多く、次いで「高卒」が 245 件 (34.7%)、「大卒」が 116 件 (16.4%) であった。所有資格については、「なし」が 24 件 (3.4%) で、「ある」が 683 件 (96.6%) であった。ほとんどの介護職員は、資格を取得しており、「ある」と回答した 683 件 (96.6%) の資格は以下のとおりであった。「介護福祉士」が 613 件 (90.8%)、「訪問介護員」が 194 件 (28.9%)、「介護支援専門員」が 124 件 (18.5%)、「社会福祉士」が 25 件 (37.3%)、「その他」が 60 件 (8.9%) であった。

介護福祉士資格の取得した方法では、「国家試験合格及び実技試験合格」が 357 件 (58.2%) で最も多く、次いで「短大養成課程卒」が 170 件 (27.7%)、「国家試験合格及び一定の研修修了」が 69 件 (11.3%) であった。

表 3-3 介護職員の属性・選択式回答における設問項目の単純集計

変数	N	カテゴリー	件	%	変数	N	カテゴリー	件	%		
性別	707	男性	268	37.9	勤続年数	707	現在の施設のみ	349	49.3		
		女性	439	62.1			上記以外もあり	358	50.7		
同居人	707	いる	613	86.7	349	349	1年未満	2	0.6		
		いない	94	13.3			1～3年未満	19	5.5		
年齢	707	10歳代	0	0			3～5年未満	47	13.5		
		20歳代	158	22.4			5～10年未満	124	35.6		
		30歳代	263	37.2			10年以上	152	43.7		
		40歳代	173	24.5			無回答	5	1.4		
		50歳代	107	15.2			358	358	1年未満	13	3.6
		60歳代	6	0.8					1～3年未満	74	20.7
最終学歴	707	高卒	245	34.7			3～5年未満	79	22.1		
		専門学校卒	239	33.8			5～10年未満	131	37.6		
		短大卒	100	14.7	その他	59	16.5				
		大卒	116	16.4	無回答	2	0.5				
		その他	7	1.0	事務総合職	事務総合職	57	15.9			
		所有資格	707	なし			24	3.4	営業職	26	7.3
あり	683			96.6			技能職	33	9.2		
683 ¹⁾	683 ¹⁾	介護福祉士 ²⁾	613	90.8			公務員	1	0.3		
		訪問介護員	194	28.9			専門職	170	47.5		
		介護支援専門員	124	18.5			その他	71	19.8		
		社会福祉士	25	37.3	介護福祉士 取得方法 ²⁾	613	4年制養成課程卒	8	1.3		
		その他	60	8.9			2年制養成課程卒	170	27.7		
		介護福祉士 取得方法 ²⁾	613	国家試験・実技試験			357	58.2	国家試験・実技試験	357	58.2
国家試験・研修	69			11.3			国家試験・研修	69	11.3		
その他	9			1.5			その他	9	1.5		

1) 複数回答可 2) 介護福祉士の取得方法のみを掲載

(4) 介護職員の身近な存在の順位

介護職員の身近な存在の順位特徴は、「配偶者」、「父母」、「子ども」といった間柄を身近な存在と回答した介護職員が多い傾向だった。以下では、順位及び具体的な間柄の件数及び割合について記述している。

第1位では、「配偶者等」が303件で最も多く、次いで「父母」が189件、「子ども」が151件であった。第2位では、「子ども」が208件で最も多く、次いで「父母」が155件、「兄弟姉妹」が130件であった。第3位では、「父母」が272件で最も多く、次いで「知人友人」が87件、「兄弟姉妹」が59件であった。なお介護職員の身近な存在の順位の結果は、以下にある表3-4に示した。

表3-4 介護職員の「身近な存在」の順位

順位	N	配偶者等	子ども	父母	兄弟姉妹	祖父母	おじおば	知人友人	ペット	入居者等	その他	無回答
第1位 件	707	303	151	189	19	4	1	17	10	6	1	6
第2位 件	707	107	208	155	130	28	1	41	11	14	3	9
第3位 件	707	36	11	272	140	59	21	87	20	43	7	11

(5) 介護職員の身近な存在との死別経験等

介護職員の「身近な存在」との死別経験等は、特徴として身近な存在との死別、入居者との死別、入居者との臨終を、経験している介護職員が多い傾向であり、身近な存在との死別経験をネガティブに感じている介護職員が多い傾向であった。以下では、項目ごとに件数及び割合について記述している。

身近な存在との死別について、「経験なし」の介護職員は、77件(10.9%)であり、「経験あり」の介護職員は、630件(89.1%)であった。身近な存在との死別を「経験あり」の介護職員にのみ、最も印象的な感情を尋ねたところ、「ネガティブな感情」を抱いているが277件(44.3%)で最も多く、次いで「ポジティブな感情」が241件(38.6%)、「非常にネガティブな感情」が91件(14.6%)、「非常にポジティブな感情」が16件(2.6%)であった。なおネガティブな感情とは、経験を辛い、悲しい、苦しい、死への恐怖、他者との距離ができるといった悪い感情を意味し、ポジティブな感情とは、学びがある、他者への

労りや痛みへの共感、生きる意味を考えたなど良い感情を意味している。

身近な存在の位置づけは、死の人称態⁸⁸のうち二人称に位置づけられている。すなわち、人称とは家族などの身近な存在との死を意味しており、身近な存在との死別経験は、自身の喪失に繋がり、その後の死生観にも大きく影響する。本調査において介護職員が、二親等以内の家族を「身近な存在」と認識しており、それらとの死別経験をネガティブな感情として捉えていることは、死別した後の年数が浅いことや、死因などが影響していると考えられる。以下、表3-5に示した。

表3-5 介護職員の「身近な存在」との死別経験等

変数	N	カテゴリー	件	%
身近な存在との死別経験	707	経験なし	77	10.9
		経験あり	630	89.1
	630	非常にネガティブな感情	91	14.6
		ネガティブな感情	277	44.3
		ポジティブな感情	241	38.6
非常にポジティブな感情		16	2.6	
入居者との死別経験	707	経験あり	616	87.2
		経験なし	90	13.8
入居者との臨終経験	707	経験あり	533	75.4
		経験なし	85	12.0
		無回答	89	12.6

⁸⁸ 死の人称態は死を論じる際に用いる人称態であり、ジャンケヴィレッチにより分類され、一人称の死を自分の死、二人称の死を家族など身近な者の死、三人称の死を他人の死と示す（1978）。

3. 最期を迎えた入居者特性

最期を迎えた入居者特性は、入居者は女性で 90 歳代、要介護度 5 が多い傾向であった。また 3 年から 5 年未満の期間に特養で生活していたことがあげられる。

厚生労働省によれば、2013（平成 25）年の「介護サービス施設・事業所調査⁸⁹」における特養の「利用者状況」では、女性が全体の 80%を占めており、後期高齢者は全体の 92%、そのうち 90 歳以上が全体の 36.9%、85～89 歳が 25.8%を占めていた。また特養で要介護認定者では要介護度 5 が 34.3%で最も多く、認知症高齢者の生活自立度がⅢ以上の者が全体の 73%を占めていた。さらに特養の退所理由では、死亡が 72.7%で最も多かった。最期を迎えた入居者が期待していたケアの順位では、第 1 位が「身の周りの世話をしたい」が最も多かった。また最期を迎えた入居者の「身近な存在」度合については、「とてもそう思う」が 107 件（17.4%）、「そう思う」が 426 件（69.2%）であった。

以上のことから、本調査の回答施設の入居者特性は、2013 年の厚生労働省統計にみられる特養の「利用者状況」と大きく異なることがわかる。また特養の介護職員は入居者の概要から、介護の負担が決して軽くはなく入居者を最期までケアしていたことが推測できる。さらに介護職員は、最期を迎えた入居者に「身近な存在」といった位置づけになりやすい傾向がある。以下では、項目ごとに件数及び割合について記述している。

性別は「男性」が 115 件（18.3%）で、「女性」が 515 件（81.7%）であった。臨終した際の年齢は「90 歳代」が 323 件（51.5%）で最も多く、次いで「80 歳代」が 198 件（31.6%）、「100 歳代」が 69 件（11.0%）であった。入居期間は、「3～5 年未満」が 187 件（29.9%）で最も多く、次いで「1～3 年未満」が 161 件（25.8%）、「5～8 年未満」が 109 件（17.4%）であった。臨終した際の介護度は、「要介護度 5」が 298 件（47.8%）で最も多く、次いで「要介護度 4」が 160 件（25.7%）であった。認知症における生活自立度⁹⁰では、「不明」が 243 件（38.9%）で最も多く、次いで「Ⅳ」が 105 件（16.8%）、「Ⅲb」が 73 件（11.6%）であった。障害における生活自立度⁹¹では、「不明」が 226 件（34.9%）で最も多く、次いで「C-2」が 108 件（16.7%）、「B-2」が 77 件（11.9%）であった。最期を迎えた入居者のケア期待では、第 1 位が「身の回りの世話」で 257 件、第 2 位が「心の支え」で 178 件であった。なお最期を迎えた入居者特性の結果は、表 3-6、表 3-7 及び表 3-8 に示した。

⁸⁹ これは全国の介護サービス提供体制、提供内容等を把握し、介護サービス提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得る目的で行われている調査であり、都道府県を対象とし、調査対象施設や事業所の全数を対象としている。

⁹⁰ 認知症における生活自立度は判定の際に用いられることが多く、現場の介護職員には周知されていない可能性があるため、「不明」が約 40%を占めたと考えられる。

⁹¹ 障害における生活自立度は、判定の際に用いられることが多く、現場の介護職員には周知されていない可能性があるため、「不明」が約 30%を占めたと考えられる。

表 3-6 最期を迎えた入居者特性

変数	N	カテゴリー	件	%	変数	N	カテゴリー	件	%
性別	630	男性	115	18.3	認知症における生活自立度	630	M	35	5.6
		女性	515	81.7			IV	105	16.8
年齢 ¹⁾	630	60歳代	6	0.9			IIIb	73	11.6
		70歳代	30	4.8			IIIa	63	10.0
		80歳代	198	31.6			III	18	2.8
		90歳代	323	51.5			IIb	35	5.6
		100歳代	69	11.0			IIa	21	3.3
		その他	1	0.1			II	5	0.8
		無回答	3	0.4			I	7	1.1
入居期間	630	1年未満	63	10.1			不明	243	38.9
		1~3年未満	161	25.8	非該当	19	3.0		
		3~5年未満	187	29.9	無回答	6	0.9		
		5~8年未満	109	17.4	障害における生活自立度	630	J-1	8	1.2
		8年以上	93	14.9			J-2	24	3.7
		その他	12	1.9			A-1	33	5.1
		無回答	5	0.8			A-2	46	7.1
			B-1	32			4.9		
			B-2	77			11.9		
介護度 ²⁾	630	要介護度5	298	47.8	C-1	31	4.8		
		要介護度4	160	25.7	C-2	108	16.7		
		要介護度3	66	10.6	不明	208	33.0		
		要介護度2	17	2.7	非該当	63	9.7		
		要介護度1	15	2.4					
		不明	67	10.8					
		無回答	7	1.1					

1) 2) 臨終した際の年齢及び介護度である

表 3-7 最期を迎えた入居者のケア期待

順位	N	カテゴリー							無回答
		1	2	3	4	5	6	7	
第1位 件	630	257	106	17	152	49	21	11	17
第2位 件	630	109	147	39	178	95	36	6	20
第3位 件	630	123	119	47	119	114	68	13	27

1) 身の回りの世話 2) 家族のような存在 3) 専門的知識や技術提供 4) 心の支え 5) 家庭的な雰囲気づくり 6) 他入居者や家族との仲介等 7) その他

表 3-8 最期を迎えた入居者の位置づけ

変数	N	カテゴリー	件	%
身近な存在の度合い	630	とてもそう思う	107	17.0
		そう思う	426	67.6
		そう思わない	75	11.9
		全く思わない	8	1.3
		無回答	14	2.2

4. EOL ケア実施状況

ケア実施状況は介護職員自身の実施に加え、自身が勤務していない際や、他の入居者のケア実践の際に同僚など他介護職員をもチームとしてケア実践することを想定する。そこでケア行動を「実施した」及び「どちらかと言えば実施した」という件数及び割合の合算に着目した。その結果ケア 50 項目のうち 31 項目は、70%以上の実施状況であり、31 項目のうち 13 項目は、90%以上の実施状況であった。

上記のケア項目には以下の特徴がみられた。1つは、入居者の容態変化やそれらの対応に繋がる項目が示されたことである。これは介護職員がバイタルサインの測定や記録を実施する一方で、看護職員や家族に連絡し何らかの相談をしていたと推測する。もう1つは、入居者の身体介護に伴いアセスメントするケア実践がすべて含まれていたことである。これは介護職員が入居者の心身の状況に応じてケア実践に導くアセスメントを行っている(笠原 2007)と述べている先行研究に類似している。

このようにケア実践は、入居者のアセスメントに基づいた身体介護及び容態変化を客観的に測定し、看護職員や家族を取り込む項目が高い割合で実施していると考えられる。なお死別や臨終経験した入居者に行ったケア状況の結果は、表 3-9 に示した。

表3-9 EOL ケア実施状況

件(%)

	ケア項目	5	4	3	2	1
1	食事や飲み込みについてアセスメントする*	396(61.1)	163(25.2)	30(4.6)	29(4.5)	30(4.6)
2	好みに合わせた嗜好品を取り入れる	314(48.5)	166(25.6)	67(10.3)	60(9.3)	41(6.3)
3	状況に合わせた飲食の時間をつくる	283(43.7)	210(32.4)	71(11.0)	49(7.6)	35(5.4)
4	昔好んでいた食材等、差し入れを取り入れる	200(30.9)	169(26.1)	120(18.5)	112(17.3)	47(7.3)
5	食事量や水分摂取量を観察する*	535(82.6)	78(12.0)	11(1.7)	7(1.9)	17(2.6)
6	食事量や水分摂取量を記録する*	534(82.6)	78(12.1)	11(1.7)	7(1.9)	17(2.6)
7	排泄リズムや性状、方法についてアセスメントする*	362(55.9)	172(26.5)	77(11.9)	26(4.0)	11(1.7)
8	身体状況に合わせた排泄方法を判断する*	397(61.3)	155(24.0)	60(9.3)	23(3.6)	13(2.0)
9	排泄物の量や性状を観察する**	507(78.2)	111(17.1)	15(2.3)	8(1.2)	7(1.1)
10	排泄物の量や性状を記録する**	496(76.5)	116(17.9)	19(2.9)	10(1.5)	7(1.1)
11	清潔保持についてアセスメントする*	394(60.8)	179(27.6)	45(6.9)	22(3.4)	8(1.2)
12	口腔をケアする*	497(76.7)	119(18.4)	17(2.6)	9(1.4)	6(0.9)
13	清拭を行う*	476(73.5)	110(17.0)	25(3.9)	19(2.9)	18(2.8)
14	手浴または足浴を行う	207(31.9)	159(24.5)	123(19.0)	131(20.2)	28(4.3)
15	清潔な衣類に着替える**	459(70.8)	153(23.6)	23(3.6)	7(1.1)	6(0.9)
16	姿勢や体位についてアセスメントする**	427(65.9)	158(24.4)	42(6.5)	14(2.2)	7(1.1)
17	安楽な体位を工夫する**	463(71.4)	142(21.9)	24(3.7)	8(1.2)	11(1.7)
18	温罨法(湯たんぽ、温湿布など)を用いる	225(34.7)	126(19.4)	99(15.3)	129(19.9)	69(10.7)
19	冷罨法を用いる	250(38.6)	148(22.8)	94(14.5)	97(15.0)	59(9.1)
20	整容についてアセスメントする*	341(52.6)	206(31.8)	66(10.2)	25(3.9)	10(1.5)
21	リネンを交換する**	523(80.7)	97(15.0)	17(2.6)	6(0.9)	5(0.8)
22	居室環境を整える**	453(69.9)	147(22.7)	33(5.1)	9(1.9)	6(0.9)
23	居室や施設環境についてアセスメントする*	352(50.2)	187(28.9)	86(13.3)	38(5.9)	12(1.9)
24	記録物に基づき、カンファレンスで情報を共有する**	430(66.4)	154(23.8)	42(6.5)	18(2.8)	4(0.6)
25	記録物に基づき、申し送りで情報を共有する**	505(77.9)	117(18.1)	17(2.6)	4(0.6)	5(0.8)
26	看取りマニュアルにそって介護する*	293(45.2)	168(25.9)	75(11.6)	39(6.0)	73(11.3)
27	入居者の身体をさする*	413(63.7)	147(22.7)	56(8.6)	18(2.7)	14(2.2)
28	入居者に声をかける**	546(84.3)	80(12.4)	12(1.9)	2(0.3)	8(1.2)
29	入居者の手を握る**	456(70.4)	132(20.4)	39(6.0)	13(2.0)	8(1.2)
30	介護行為以外で入居者のベッドサイドに寄添う*	292(45.1)	194(29.9)	96(14.8)	41(6.3)	25(3.9)
31	添い寝する	16(2.5)	18(2.8)	61(9.4)	398(61.4)	155(23.9)
32	バイタルサインを測定する**	555(85.7)	66(10.2)	7(1.1)	6(0.9)	14(2.2)
33	バイタルサインを記録する**	555(85.7)	61(9.4)	9(1.1)	5(0.8)	18(2.8)
34	経管栄養を管理する	125(19.1)	37(5.7)	27(4.2)	88(13.6)	372(57.4)
35	痰を吸引する	256(39.5)	79(12.2)	33(5.1)	76(11.7)	204(31.5)
36	酸素吸入を管理する	142(21.9)	47(7.3)	33(5.4)	105(16.2)	319(49.2)
37	点滴を管理する	122(18.8)	46(7.1)	37(5.7)	128(19.8)	315(48.6)
38	看護職員に連絡し、入居者について相談する**	478(73.8)	127(19.6)	19(2.9)	8(1.2)	16(2.5)
39	医師に連絡し、入居者について相談する	266(41.1)	108(16.6)	64(9.9)	84(12.4)	126(19.4)
40	家族に連絡し、入居者について相談する*	364(56.2)	133(20.5)	37(5.7)	38(5.9)	76(11.7)
41	入居者の思いや願いを施設介護計画に反映する*	281(43.4)	197(30.4)	85(13.2)	40(6.2)	45(6.9)
42	入居者の思いや願いを記録にする	279(43.1)	169(26.1)	102(15.7)	55(8.5)	43(6.6)
43	家族と入居者の面談を仲介する	274(42.3)	165(25.5)	74(11.4)	59(9.1)	76(11.7)
44	家族と共に入居者への介護を行う	208(32.1)	148(22.8)	118(18.2)	98(15.1)	75(11.7)
45	家族に心理精神的ケアを行う	162(25.0)	170(26.2)	145(22.4)	96(14.8)	75(11.6)
46	入居者の死後、エンゼルケアを行う*	367(56.6)	51(7.9)	24(3.7)	80(12.4)	126(19.4)
47	入居者の死後、湯灌を行う	304(46.9)	37(5.7)	25(3.9)	117(18.1)	165(25.5)
48	入居者の死後、死化粧を行う	283(43.7)	46(7.1)	34(5.3)	124(19.1)	161(24.9)
49	入居者の死後、日用品や衣類など身辺を整理する*	461(71.1)	74(11.4)	28(4.3)	38(5.9)	47(7.3)
50	入居者の死後、葬儀に出席する	256(39.5)	54(8.3)	43(6.6)	180(27.8)	115(17.8)

5：実施した 4：どちらかと言えば実施した 3：どちらかと言えば実施しなかった 2：実施しなかった

1：非該当

*：5と4を合算し70%以上の実施率 **：5と4を合算し90%以上の実施率

5. 因子分析の結果

因子分析では、介護職員の EOL ケア行動 50 項目を用いた探索的因子分析を実施した。それら 4 因子には以下のように解釈した。

第 1 因子は『こころの安寧に関するケア』とした。この因子には、入居者への身の回りに関するケア実践の内容が多く含まれている。しかし因子負荷量が高い項目には、「入居者に声をかける」「バイタルサインを記録する」「バイタルサインを測定する」「食事量や水分摂取量を記録する」「排泄物の量や性状を観察する」があげられている。上記にある項目から介護職員は、入居者の生命徴候の変化を観察しながらも、不安定になりやすい精神面へケア実践していることが考えられる。このような介護職員のケア実践を『こころの安寧に関するケア』であると解釈した。

第 2 因子は『意思尊重に関するケア』とした。この因子には、入居者や家族にかかわる項目や、身体介護に伴いアセスメントする項目が含まれている。しかし因子負荷量が高い項目には、「昔好んでいた食材や食事、香りや味、差し入れを取り入れる」「入居者の思いや願いを記録にする」「家族に心理精神的ケアを行う」「家族と共に入居者への介護を行う」「入居者の思いや願いを施設介護計画に反映する」があげられている。上記にある項目から介護職員は、入居者の思いや願いを汲み取りケア実践に繋げていることが考えられる。また身体介護に伴いアセスメントする項目は、単なる行為の請負いではなく入居者の心身の状況に応じ熟慮したケア実践が行われていると言える。このような介護職員のケア実践を『意思尊重に関するケア』であると解釈した。

第 3 因子は『死後に関するケア』とした。この因子には、入居者の死後に遺体を清め装束をまとうといった一連のエンゼルケアが最も大きい因子負荷量としてあげられている。これは介護職員が入居者の死後に、「旅立つ」準備となる遺体へもケア実践していることが考えられる。また介護職員による「日用品や衣類など周辺を整理する」ケア実践は、入居者が特養で生活した痕跡について遺族と語らうツールにもなり得ると考えられる。このような介護職員のケア実践を『死後に関するケア』と解釈した。なおエンゼルケアとは、胃腸の内容物を排出し口腔内や鼻腔などに綿を詰め、装束をまとわせた後に、死化粧をするご遺体へのケアである。

第 4 因子は『医療処置に関するケア』とした。この因子には、「酸素吸入を管理する」「痰を吸引する」など医療ニーズに対応する項目があげられている。これは特養における人員配置不足により介護職員が入居者の身辺ケアの他に、医療行為を行わざるを得ない実状であることが窺える。このような介護職員のケア実践を『医療処置に関するケア』と解釈した。なお因子分析の結果を表 3-10 に示した。

表3-10 EOLケア行動の分類・因子分析の結果（主因子法、エカマックス回転）

項目	因子1	因子2	因子3	因子4
第1因子：こころの安寧に関するケア（$\alpha=0.709$）				
28.入居者に声かけする	0.745279			
33.バイタルサインを記録する	0.743441			
32.バイタルサインを測定する	0.737742			
21.リネンを交換する	0.723813			
6.食事量や水分摂取量を記録する	0.698076			
9.排泄物の量や性状を観察する	0.678088			
12.口腔内をケアする	0.669009			
25.記録物に基づき、申し送りで情報を共有する	0.666976			
10.排泄物の量や性状を記録する	0.65855			
5.食事量や水分摂取量を観察する	0.639888			
17.安楽な体位を工夫する	0.637466			
15.清潔な衣類に着替える	0.632595			
22.居室環境を整える	0.630615			
13.清拭を行う	0.567123			
27.入居者の身体をさする	0.558633			
16.姿勢や体位についてアセスメントする	0.510223			
29.入居者の手を握る	0.507566			
第2因子：意思尊重に関するケア（$\alpha=0.626$）				
4.昔好んでいた食材や食物、香りや味、差し入れを取入れる		0.732888		
42.入居者の思いや願いを記録にする		0.716652		
45.家族に心理精神的ケアを行う		0.688148		
44.家族と共に入居者への介護を行う		0.685357		
41.入居者の思いや願いを施設介護計画に反映する		0.674462		
2.好みに合わせた嗜好品を取入れる		0.64897		
3.状況に合わせ飲食の時間をつくる		0.62161		
43.家族と入居者の面談を仲介する		0.60777		
1.食事や飲み込みについてアセスメントする		0.583851		
7.排泄リズムや性状等、排泄方法についてアセスメントする		0.581523		
8.身体状況に合わせた排泄方法を判断する		0.543874		
24.記録物に基づき、カンファレンスで情報を共有する		0.533572		
30.介護行為以外で、入居者のベッドサイドに寄添う		0.51095		
20.整容についてアセスメントする		0.495684		
23.居室や施設環境についてアセスメントする		0.474869		
11.清潔保持についてアセスメントする		0.472728		
38.看護職に連絡し、入居者について相談する		0.447592		
第3因子：死後に関するケア（$\alpha=0.615$）				
46.入居者の死後、エンゼルケアを行う			0.905736	
48.入居者の死後、死化粧を行う			0.828181	
47.入居者の死後、湯灌を行う			0.760283	
49.入居者の死後、日用品や衣類など身辺を整理する			0.471658	
第4因子：医療処置に関するケア（$\alpha=0.754$）				
36.酸素吸入を管理する				0.733101
35.痰を吸引する				0.653755
37.点滴を管理する				0.611406
34.経管栄養を管理する				0.587243
寄与率（%）	21.198	17.756	7.383	6.776
累積寄与率（%）	21.198	38.954	46.337	53.113

6. EOL ケア行動に関する重回帰分析

(1) 「こころの安寧に関するケア；因子1」に関する分析及び結果

重回帰分析の過程では、介護職員のケア行動量を従属変数（基準変数）とし、施設環境関連変数（居室形態、ケア重視度、研修実施、積極的な看取り）及び、介護職員特性変数（性別、同居人、勤務経験、最終学歴、所有資格、身近な存在との死別経験、入居者との死別経験や臨終経験）を、独立変数（説明変数）とした。なお有意水準は5%を採用した。

「こころの安寧に関するケア；因子1」に影響を与える独立変数（説明変数）を設定するため、ステップワイズ法により独立変数（説明変数）を投入したところ、施設環境関連変数のうち「積極的な看取り」「ケアの重視度」及び、介護職員特性関連変数のうち「短大卒」が有意を示した。これら3つの変数を合わせると、全分散の6.1%を説明した（ $R^2=0.061$, $F(3,631)=14.807$, $p<0.001$ ）。なお、上記以外の変数は、 $p<0.05$ では有意な差は認められなかった。以下の表3-11に重回帰分析の結果を示す。

表3-11 「こころの安寧に関するケア；因子1」に影響を与える変数を用いた重回帰分析

	B	β	t 値	有意確率
定数	57.180		62.174	<0.001
ケアの重視度	1.131	0.134	2.917	0.004
積極的な看取り	2.401	0.143	3.116	0.002
最終学歴（短大卒）	1.709	0.081	2.089	0.037

($R^2=0.061$, $F=14.807$, $p<0.001$)

(2) 「意思尊重に関するケア；因子2」に関する分析及び結果

重回帰分析の過程では、介護職員のケア行動量を従属変数（基準変数）とし、施設環境関連変数（居室形態、ケア重視度、研修実施、積極的な看取り）及び、介護職員特性関連変数（性別、同居人、勤務経験、最終学歴、所有資格、身近な存在との死別経験、入居者との死別経験や臨終経験）を、独立変数（説明変数）とした。なお有意水準は5%を採用した。

「意思尊重に関するケア；因子2」に影響を与える独立変数（説明変数）を設定するため、ステップワイズ法により独立変数（説明変数）を投入したところ、施設環境関連変数のうち「積極的な看取り」「ケアの重視度」「従来型居室」及び、介護職員特性関連変数のうち「大卒」が有意を示した。これら4つの変数を合わせると、全分散の10.5%を説明した（ $R^2=0.105$, $F(4,631)=19.713$, $p<0.001$ ）。ただし、「従来型居室」「大卒」は、負の影響を表しているため、「従来型ではない居室」形態の施設環境、「大卒ではない」介護職員がそれぞれ有意を示すと解釈した。なお、上記以外の変数は、 $p<0.05$ では有意な差は認められなかった。以下の表3-12に重回帰分析の結果を示す。

表 3・12 「意思尊重に関するケア；因子 2」に影響を与える変数を用いた重回帰分析

	B	β	t 値	有意確率
定数	45.626		30.347	<0.001
ケアの重視度	2.210	0.175	3.883	0.000
積極的な看取り	3.636	0.145	3.236	0.001
従来型居室	-2.614	-0.115	-3.025	0.003
最終学歴（大卒）	-2.320	-0.077	-2.039	0.042

($R^2=0.105$, $F=19.713$, $p<0.001$)

(3) 「死後に関するケア；因子 3」に関する分析及び結果

重回帰分析の過程では、介護職員のケア行動量を従属変数（基準変数）とし、施設環境関連変数（居室形態、ケア重視度、研修実施、積極的な看取り）及び、介護職員特性関連変数（性別、同居人、勤務経験、最終学歴、所有資格、身近な存在との死別経験、入居者との死別経験や臨終経験）を、独立変数（説明変数）とした。なお有意水準は 5% を採用した。

「死後に関するケア；因子 3」に影響を与える独立変数（説明変数）を設定するため、ステップワイズ法により独立変数（説明変数）を投入したところ、施設環境関連変数のうち「積極的な看取り」「ケアの重視度」及び、介護職員特性関連変数のうち「入居者との臨終経験」が有意を示した。これら 3 つの変数を合わせると、全分散の 11.8% を説明した ($R^2=0.118$, $F(3,595)=27.659$, $p<0.001$)。なお、上記以外の変数は、 $p<0.05$ では有意な差は認められなかった。以下の表 3・13 に重回帰分析の結果を示す。

表 3・13 「死後に関するケア；因子 3」に影響を与える変数を用いた重回帰分析

	B	β	t 値	有意確率
定数	6.091		8.826	<0.001
積極的な看取り	2.019	0.186	4.166	0.000
入居者との臨終経験	2.749	0.219	5.638	0.000
ケアの重視度	0.503	0.090	2.015	0.044

($R^2=0.118$, $F=27.659$, $p<0.001$)

(4) 「医療処置に関するケア；因子4」に関する分析及び結果

重回帰分析の過程では、介護職員のケア行動量を従属変数（基準変数）とし、施設環境関連変数（居室形態、ケア重視度、研修実施、積極的な看取り）及び、介護職特性関連変数（性別、同居人、勤務経験、最終学歴、所有資格、身近な存在との死別経験、入居者との死別経験や臨終経験）を、独立変数（説明変数）とした。なお有意水準は5%を採用した。

「医療処置に関するケア；因子4」に影響を与える独立変数（説明変数）を設定するため、ステップワイズ法により上記の独立変数（説明変数）を投入したところ、施設環境関連変数のうち「ケアの重視度」「ユニット型居室」及び、介護職員特性関連変数のうち「訪問介護員資格」「社会福祉士資格」「入居者との死別経験」が有意を示した。これら5つの変数を合わせると、全分散の5.6%を説明した（ $R^2=0.056$, $F(5,504)=7.069$ $p<0.001$ ）。ただし、「ユニット型居室」「訪問介護員」「社会福祉士」「入居者との死別経験」は、負の影響を表しているため、「ユニット型ではない居室」形態、「訪問介護員ではない」「社会福祉士ではない」所有資格の介護職員、「入居者との死別経験がない」介護職員がそれぞれ有意を示すと解釈した。なお、上記以外の変数は、 $p<0.05$ では有意な差は認められなかった。以下の表3-14に重回帰分析の結果を示す。

表3-14 「医療処置に関するケア；因子4」に影響を与える変数を用いた重回帰分析

	B	β	t 値	有意確率
定数	11.815		6.424	<0.001
所有資格（訪問介護員資格）	-1.194	-0.134	-3.110	0.002
ユニット型居室	-1.223	-0.142	-3.281	0.001
入居者との死別経験	-4.852	-0.1188	-2.720	0.007
ケアの重視度	0.456	0.097	2.241	0.025
所有資格（社会福祉士資格）	-1.886	-0.086	-1.988	0.047

($R^2=0.056$, $F=7.0$, $p<0.001$)

7. 結果の考察

本研究は、高齢者が最期を迎えた特養の施設環境や介護職員特性、EOL ケア実践の実態を把握し、EOL ケア行動に影響を及ぼす要因を特定する調査設計である。

そこで本章では、リサーチクエスションによる量的調査の結果を述べる。次いで EOL ケア行動による因子分析の結果を述べる。その上で、施設環境及び介護職員特性、介護職員の EOL ケア、それぞれを変数化した多変量解析による仮説検証の結果及び考察を述べる。

(1) 単純集計

施設環境の属性では、入居者が生活し、最期を迎えるために研修に取り組み、包括的なケア実践を重視している傾向が窺える。その一方で、入居者のプライバシー保護に繋がる居室形態の普及や、容態の変化に伴う専門職の配置など十分とは言えない状況であることが特徴である。また介護職員の属性では、30 歳代から 40 歳代で、現在の特養に 5 年以上勤務していることから、中堅の介護職員が多いことが特徴である。また介護職員は、筆記試験及び実技試験を経て介護福祉士の国家資格を取得している傾向が高いことも特徴である。

介護職員の「身近な存在」との死別経験等は、特徴として身近な存在との死別、入居者との死別、入居者との臨終を、経験している介護職員が多い傾向であり、身近な存在との死別経験をネガティブに感じている介護職員が多い傾向であった。

最期を迎えた入居者特性は、入居者は女性で 90 歳代、要介護度 5 が多い傾向であった。また 3 年から 5 年未満の期間に特養で生活していたことがあげられる。

(2) EOL ケア行動に関する重回帰分析

重回帰分析では、4 つの施設環境関連変数及び 5 つの介護職員特性変数を独立変数に、介護職員の 4 つの EOL ケア行動を従属変数に、それぞれ設定し解析した。

1) 「こころの安寧に関するケア ; 因子 1」における重回帰分析

介護職員の「こころの安寧に関するケア ; 因子 1」に影響を与える要因では、3 つの変数に対し、有意な結果を示した。施設環境関連変数では、「ケア重視度」「積極的な看取り」といった 2 つの変数で、介護職員特性変数では、「最終学歴」といった 1 つの変数である。ここで「こころの安寧に関するケア ; 第 1 因子」における仮説を以下に再確認する。

- ⑦ 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑧ 特養が看取りを積極的に実施すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑨ 特養が研修を実施すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

- ⑩ 介護職員の最終学歴がより高ければ、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑪ 介護職員が身近な存在との死別を経験すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑫ 介護職員が入居者との死別を経験すると、介護職員は「こころの安寧に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

先述した結果から、「ケア重視度」「積極的な看取り」といった施設環境関連変数及び、介護職員の「最終学歴」といった介護職員特性変数は、「こころの安寧に関するケア；因子1」に影響を与えると考える。一方、特養における「研修実施」といった施設環境関連変数及び、介護職員の「身近な存在との死別経験」「入居者との死別経験」は「こころの安寧に関するケア；因子1」に影響を与えないと考える。以上のことから①②④の仮説は支持され、仮説③⑤⑥は支持されなかったと言える。

施設環境では、積極的な看取りへの取り組みや、看取りケアを重視している特養に有意な結果が示された。最期を迎えた入居者は、「80歳代」や「90歳代」、「女性」といった特性が多く示された。この特性から最期を迎えた入居者は、既に、配偶者をはじめ、いわゆる二人称の死を経験している可能性があり、自身の死をイメージしたことも皆無ではなかったと考える。しかし人間は、一般的に死が近づくことで精神的にコントロールを失う傾向にあり、孤独や不安に陥りやすいものである。入居者が介護職員に対して「家族のような存在」や「こころの支え」といったケアを期待していた傾向からも、決して例外ではないことが窺える。そのため特養では、入居者の看取りケアを重視し、積極的に取り組むことでケアの方向性が明確になりやすいと考える。

介護職員特性では、短大卒の介護職員に有意な結果が示された。これは短大が目指す教育目標によるものであると考える。つまり短大では、職業や実生活に役立つ能力を育てることに加え、幅広い教養を身につけることも範疇にしたカリキュラム編成がなされている。そのため死期が近づく入居者の心情を洞察した上で、ケア実践していると考えられる。

2) 「意思尊重に関するケア；因子2」における重回帰分析

介護職員の「意思尊重に関するケア；因子2」に影響を与える要因では、4つの変数に対し有意な結果を示した。施設環境関連変数では、「ケア重視度」「積極的な看取り」「居室形態」といった3つの変数で、介護職員特性変数では、「最終学歴」といった1つの変数である。ここで「意思尊重に関するケア；第2因子」における仮説を以下に再確認する。

- ⑥ 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑦ 特養が看取りを積極的に実施すると、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に

行う傾向が高くなる。

- ⑧ 特養がユニット型居室を所有していれば、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑨ 特養が研修を実施すると、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑩ 介護職員の最終学歴がより高くなければ、介護職員は「意思尊重に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

先述した結果から、「ケアの重視度」「積極的な看取り」「従来型ではない居室形態」といった施設環境関連変数及び、介護職員の「最終学歴」は、「意思尊重に関するケア；因子2」に影響を与えると考える。一方、「研修実施」という施設環境関連変数は、「意思尊重に関するケア；因子2」に影響を与えないと考える。以上のことから仮説①②③⑤は支持され、仮説④は支持されなかったと言える。

施設環境では、積極的な看取りへの取り組みや、看取りケアを重視し、従来型の居室形態ではない特養に有意な結果が示された。上記は、特養において入居者のみならず、家族の意思を尊重するために必要な施設環境である。特に入居者や家族が最期を向ける時期には、共有できる時間と空間を確保することで、それまでの「苦難」や「落差」から解放され、自宅環境に近づいたケア実践が可能になると考える。

介護職員特性では、大卒ではない介護職員に有意な結果が示された。多くの介護職員は、「高卒」や「専門学校卒」といった最終学歴であった。また最期を迎えた入居者が生活していた期間が数年にわたることから、日常の介護場面を通し、入居者を「身近な存在」として認識する傾向であり、入居者の意思を汲み取りケア実践に反映させる手がかかりと熟知していたと考える。

3) 「死後に関するケア；因子3」における重回帰分析

介護職員の「死後に関するケア；因子3」に影響を与える要因では、3つの変数に対し有意な結果を示した。施設環境関連変数では、「積極的な看取り」「ケアの重視度」といった2つの変数で、介護職員特性では「入居者との臨終経験」といった1つの変数であった。ここで「死後に関するケア；第3因子」における仮説を以下に再確認する。

- ⑤ 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑥ 特養が看取りを積極的に実施すると、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑦ 特養が研修を実施すれば、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

- ⑧ 介護職員が入居者との臨終を経験すると、介護職員は「死後に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。

先述した結果から、「ケアの重視度」「積極的な看取り」といった施設環境関連変数及び、「入居者との臨終経験」といった介護職員特性変数がある介護職員は、「死後に関するケア；因子3」に影響を与えると考える。一方、「研修実施」といった施設環境関連変数は「死後に関するケア；因子3」に影響を与えないと考える。以上のことから仮説①②④は支持され、仮説③は支持されなかったと言える。

施設環境では、積極的な看取りへの取り組みや、看取りケアを重視している特養に有意な結果が示された。また介護職員特性では、入居者との臨終を経験した介護職員に有意な結果が示された。入居者に死期が近づいた際には、入居者の遺体へのケアにケア、いわゆるエンゼルケアを施し、入居者の旅立ちをケアする。このように死後に関するケアは、看取りケアにおける集大成であり、臨終を経験した介護職員が実際にケアすることに意味があると考えられる。

4) 「医療処置に関するケア；因子4」における重回帰分析

介護職員の「医療処置に関するケア；因子4」に影響を与える要因では、5つの変数に対し有意な結果を示した。施設環境関連変数では、「ケア重視度」「居室形態」といった2つの変数で、介護職員特性では「最終学歴」「所有資格」「入居者との死別経験」といった3つの変数であった。ここで「医療処置に関するケア；第4因子」における仮説を以下に再確認する。

- ⑥ 特養が看取りケアをより重視するほど、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑦ 特養が従来型居室を所有していれば、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑧ 特養が研修を実施すると、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行う傾向が高くなる。
- ⑨ 介護職員が介護福祉士資格をより所有しなければ、介護職員は「医療処置に関するケア」を入居者に行わない傾向が高くなる。
- ⑩ 介護職員の最終学歴がより高ければ、介護職員は「医療処置に関するケア」を行う傾向が高くなる。

先述した結果から、「ケアの重視度」といった施設環境関連変数及び、「最終学歴」といった介護職員特性は、「医療処置に関するケア；因子4」に影響を与えると考える。一方、「積極的な看取り」「研修実施」といった施設環境関連変数及び、「最終学歴」といった介

介護職員特性は、「医療処置に関するケア；因子4」に影響を与えないと考える。以上のことから仮説①④は支持され、仮説②③⑤は支持されなかったと言える。

施設環境では、ケアの重視度、ユニット型ではない居室形態の特養が有意な結果を示した。介護職員特性では、訪問介護員や社会福祉士ではない所有資格の介護職員及び、入居者との死別を経験していない介護職員に有意な結果を示した。

特養において看取りケアを重視することは、他のケア要因へも影響を及ぼしていた。多くの特養では、常勤看護職員配置や、夜間帯の看護職員勤務が乏しく、従来型居室が多い特養では、酸素吸入や痰吸引など一部の医療行為を介護職員が実施する傾向である。また多くの介護職員は実務経験を積み、介護福祉士国家資格を取得した経緯を鑑みれば、介護職員は最期を迎える入居者へのケア実践の主軸を担える可能性があると考えられる。

第4章 結論及び今後の課題

本章では諸研究から明らかにされた5つの様相を踏まえ、特養で最期を迎える高齢者に必要なEOLケア概念を再定義している。その上で全国の特養を対象に、単純集計結果及び仮説検証の結果を踏まえ考察し、結論を導き出す。その後、介護職員が主軸を担うEOLケア実現に向けての展望及び課題や、将来的研究課題を抽出し、本研究の限界を述べる。

1. 結論

まず単純集計の結果から、本調査のサンプルを通して描かれた特養は、入居者が最期を迎えるための施設環境を備えた特徴をもっていることが明らかである。多くの特養では、看取りのケアを重視し、積極的に入居者の看取りに取り組んでいることが明らかになった。このような特養の方針は、質の高い看取りの実現に必須（近藤 2006）であり、介護保険制度の整備後に、全国の特養が看取りを進める支柱として位置づけられている。

しかし十分とは言えない側面も明らかになった。1つには、入居者のプライバシーを保護するためのユニット型居室の普及は十分とは言えないことである。そのため入居者が特養で生活する苦難や落差（外山 2004）を踏まえ、居室形態が入居者にとどまらず、ケアにあたる介護職員へも波及する功罪（壬生 2011; 鈴木 2005 ; 田辺 2005 ; 鈴木 2007）を熟慮し、慎重に進める必要があると言える。2つには、医療処置に対応できる看護職員など医療職員の配置は十分とは言えないことである。先述しているように看護職員の配置基準は、老人福祉法により定められているため、一両日中に解決する方向性を示すことは容易ではないと言える。そこで特養の介護職員の役割期待が問われる。

特養の介護職員は、本来のケアの範囲を超え、点滴や酸素療法などの医療行為を実施（塚原 2001 ; 塚田 2012）せざるを得ない状況である。このような実情に対応するため、社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、一部の医療行為が法的根拠のもとに実施されることになった。2015（平成 27）年 4 月より、特養では介護職員が一定の研修を修了後に、「経管栄養」や「喀痰吸引」を実施できることになり、養成課程においても「医療的ケア」として位置づけられ、50 時間の講義及び演習が新たに加えられている。さらに同法では、介護福祉士を介護職員の中核的存在として位置づけ、社会的評価の確立や、高い専門性に応じた役割を検討する方向で資格取得の見直しを推進している（介護福祉養成大学連絡協議会 2015）。本調査における介護職員特性では、30 歳から 40 歳で 5 年以上の実務経験をもつ中堅クラスが入居者の生活を支えていることが明らかになった。また多くの介護職員が、実務経験等を経て介護福祉士国家資格を取得していることも明らかになった。さらに最期を迎えた入居者には、女性、90 歳代、最も重い要介護度 5 であり、3 年から 5 年未満の期間、特養で生活していた特性が明らかになった。このように特養で最期を迎える入居者特性は、本調査に限るサンプル特性ではなく、今後も重度化する傾向（厚労省 2009）である。そのため介護職員には専門的な知識や技術を習得した上で、療養上の世話やニーズに沿った生活ケア（成清 2009）の中心を担うことが求められ、専門性を高めることも期待されている

のである。

次に、仮説検証の結果から、施設環境及び介護職員特性が、介護職員のケア行動に少なからず影響していることが明らかになった。まず施設環境では、「看取りケア重視」が「こころの安寧に関するケア」「意思尊重に関するケア」「医療処置に関するケア」に影響を及ぼし、「積極的な看取り」が「こころの安寧に関するケア」「意思尊重に関するケア」「死後に関するケア」に影響を及ぼし、「居室形態」が「意思尊重に関するケア」「医療処置に関するケア」に影響を及ぼしていた。しかし「研修実施」は、介護職員のすべてのケア行動に影響を及ぼしていなかった。

看取りのケアをより重視し、積極的に実施している特養が、介護職員の「こころの安寧に関するケア」「意思尊重に関するケア」「死後に関するケア」に影響を及ぼしていた。これらの施設環境は特養の施設方針であり、介護職員をはじめとする他職員間においても共通理解のもと、入居者ケアに取り組むことができると言える。また看取りケアをより重視する特養が、介護職員の「医療処置に関するケア」に影響を及ぼしており、最期を迎える入居者特性に誘因が生じていると考える。前述したように、本調査において最期を迎えた入居者は、重度化している後期高齢者が長い期間、特養で生活している。これらの特性の背景には、直接の死因が「老衰」だけではなく、何らかの疾患を併せもち（老人保健健康増進等事業 2009）、慢性化を辿ったことも推測できる。そのような持病をもった入居者には、最期を迎える期間において医療処置に関するケアが必要であったと考える。その一方で多くの特養では、医療処置に対応する看護職員の配置が少ないため、介護職員が酸素療法や喀痰吸引などの医療処置を行う現況にある（塚原 2001；塚田 2012）と言える。実際に、介護職員は不安や悩みを抱え（出村 2012；小楠・萩原 2007）ながら、入居者の看取りに臨むことが少なくない。しかし介護職員が、入居者の看取りをポジティブに捉え、それまでの生活の延長に「死」を見据えている（北村 2009）ことも確信できる。そのため特養における介護職員や看護職員の協働の在り方と具体的な方向性が期待されている。

施設環境のうち従来型ではない、つまりユニット型居室をより多く所有している特養が、介護職員の「意思尊重に関するケア」に影響を及ぼしていた。またユニット型ではない、つまり従来型居室をより多く所有している特養が、介護職員の「医療処置に関するケア」に影響を及ぼしていた。従来型居室は、本来、病院をモデルにケアする側主導の設計（高阪 1999）であり、入居者のプライバシー保護やより個別化したケアに十分に対応できないと言える。そこでユニット型居室が入居者の尊厳を重視し、生活全般の質の向上（三浦 2007）、意欲や気力の向上（山口 2006）が望める施設環境として導入された。しかし実際に介護職員は、ユニット型居室でケアすることにストレスを感じていることが多い（鈴木 2005；田辺 2005；杉山 2011 など）傾向である。さらに医療処置に関するケアは、本来、介護職員が担うケアの範囲を超え（塚原 2001；山田 2004）、実施している。そのためストレスがより低く、入居者が複数で生活している従来型居室において医療処置に関するケアが実施されていると推測する。一方で看取りの時期にある入居者には、時間帯に拘束されないケア

が求められる。それに加え、ユニット型居室という個室が、入居者の孤立や他入居者たちの交流を希薄にする（城 2006；本岡 2012）ことも念頭に置く必要があるため、介護職員のケア姿勢が問われると言える。

施設環境のうち看取りにかかわる研修実施は、介護職員の4つのケアすべてに影響を及ぼしていなかった。これには、断片的な研修内容が関与していると推測する。特養では、介護職員と看護職員が看取りの基盤となる意識統一や、入居者の容態変化や急変時対応といった内容（坪井 2007；塚田 2012）にとどまり、入居者が最期を迎えるケアそのものを吟味した研修内容に至っていない状況である。そのため入居者が最期を迎えるケアや、人間の死の過程などに焦点化した研修内容の実現が重要であると言える。

一方、介護職員特性では、「最終学歴」が「こころの安寧に関するケア」「意思尊重に関するケア」に影響を及ぼし、「入居者との臨終経験」が「死後に関するケア」に影響を及ぼし、「所有資格」「入居者との死別経験」が「医療処置に関するケア」に影響を及ぼしていた。しかし「身近な存在との死別経験」は、介護職員のケア行動に影響を及ぼしていなかった。以下、それぞれの介護職員特性により議論する。

最終学歴がより高い介護職員特性は、「こころの安寧に関するケア」「意思尊重に関するケア」「医療処置に関するケア」に影響を及ぼしていた。これらの介護職員特性のうち、最終学歴がより高い介護職員特性が、介護職員の「こころの安寧に関するケア」に影響し、最終学歴が高くない介護職員特性が、介護職員の「意思尊重に関するケア」に影響していた。特養の介護職員は、養成施設で一定期間、専門的な知識や技術を習得し施設に就職する者ばかりではない傾向にあり、それらを配慮し介護福祉士国家資格取得の門戸を広げている（介護福祉養成大学連絡協議会 2015）と言える。養成施設を経た介護職員は、介護の対象が高齢者や障害者であることや、死期が近づく際の心理過程や必要なケア技術を理論的に習得し、施設等の実習で実践することが多い傾向である。そのため養成施設を経た介護職員は、養成施設を経っていない介護職員よりも、むしろ最期を迎える入居者の琴線に触れることができると言える。しかし養成施設を経っていない介護職員は、例え専門的な知識や実践経験が乏しいとしても、就職後に実際のケア場面（北島 2010）、同僚や他職種からのサポート（曾根 2011）により入居者の意思を汲み取る、いわゆる経験知をケアに反映することが可能になると考える。今後は、介護職員の学歴や経歴にかかわらず、一定の質を確保したケア実践が求められる。

介護職員特性のうち所有資格では、社会福祉士資格や訪問介護員資格をより所有していない、つまり介護福祉士資格を所有している介護職員が「医療処置に関するケア」に影響を及ぼしていた。先述したように特養では、医療処置に対応する看護職員配置が十分と言えない状況であり、最期を迎える入居者は何らかの持病をもち併せている（厚労省 2009）傾向である。そのため介護職員が、酸素療法や喀痰吸引といった医療処置を行う（塚原 2001；塚田 2012）現況にあり、交代性勤務により24時間、入居者をケアしている介護職員が実施せざるを得ない状況（塚原 2001；塚田 2012；山田 2004）であると言える。加え

て介護職員の学歴に差異が生じた人員配置や勤務体制においても、入居者をトータルに捉え他職種との協働に取り組む姿勢（青田 2012；小野 2001；北村 2010；二木 2010）は担保されていると考える。

入居者との臨終をより多く経験している介護職員特性が、「死後に関するケア」に影響を及ぼしていた。特養の介護職員は、入居者の看取り経験の回数が増すほど、看取りの意識が高い（根本 2012；清水 2007）傾向にあり、死後に関するケアを行うことは必然であると言える。しかしそのような短絡的な意味だけのケアではない。死後に関するケアは、遺体を清め装束をまとい「旅立ち」を準備するエンゼルケアである。このようなケアは、通常、臨終に立ち会った介護職員が行う傾向にあり、家族や身近な存在の人々が、旅立つ入居者との別れを繋ぐケアでもある。入居者が生活する場に限らず、最期を迎える場としても特養を選択した以上、介護職員はケアの集大成として入居者の旅立ちを見届ける責務があると言える。

介護職員特性のうち身近な存在との死別経験は、「こころの安寧に関するケア」に影響していなかった。介護職員は、高齢者が特養の入居者となった直後から、身辺ケアにあたるため、入居者の生活そのものに入り込むと言える。また介護職員には、入居者の言葉の裏に隠された思いを構造的に捉える視点（笠原 2007）が備わるため、家族が知り得ない入居者の本音を聴く（渡辺 2012）ことが多いと考える。このような介護職員と入居者との関係性には、他人でありながら家族のように、身近な存在として認識することがある（北島 2010；根本 2012）。そのような関係性は、入居者が自宅で最期を迎える際に、被介護者である家族が抱く視点（荒木 2008）に近似している。それ故、身近な存在との死別を経験した介護職員は、自身の経験を死期が近づく入居者に自身の経験を投影することもあると考える。しかし介護職員は、身近な存在との死別経験と、死期が近づく入居者ケアとの間に一線を引き、統制された専門職としてケアにあたっていたと推測する。

仮説検証の結果から、本研究においては施設環境関連変数および介護職員特性関連変数、どちらも介護職員の EOL ケア行動に影響を及ぼしていると言える。

2. 介護職員が主軸を担う EOL ケア実現に向けての展望と課題

本調査研究のサンプルを通して描かれた特養は、入居者が最期を迎えるための施設環境を備え、入居者の看取りに取り組んでいる。しかし居室形態や専門職配置が十分とは言えず、介護職員が専門的な知識や技術を習得した上で、療養上の世話やニーズに沿った生活ケアの中心を担うことや専門性を高めることが求められている。また仮説検証では、介護職員特性よりも、むしろ施設環境が、入居者が最期を迎えるために必要な介護職員の EOL ケアを促進している。以上、本調査研究の結論を踏まえ、介護職員が主軸を担う EOL ケア実現に向けての展望と課題を述べる。

(1) 生活の場から継続して最期を迎える場としての施設環境

特養は、近年、生活の場に加え終の棲家としても、サービスを提供する方向へ見直されている。そのため本調査では、特養における看取りの実態を把握する必要がある。看取りの実態では看取りに関する研修を実施し、包括的にケア実践することを重視しながら、積極的に入居者の看取りに取り組んでいる特養が多いことが明らかになった。

特に死や看取りに関する研修の実施には、2つの意義が含まれている。1つには入居者を看取る際の基礎知識や専門知識を習得することある。特養で働く介護職員の多くは、専門的な養成課程を経ることなく就職し、現場経験後に国家試験に合格し、介護福祉士資格を取得している傾向が強い。一方で病院死の増加は、人々の日常から死を切り離し、生命の尊さに触れる機会を遠ざけ、死が特別なものという認識を助長している。そのため死期が近づくに従い人間の心身が変化する過程や観察内容と、ケア実践との統合が十分とは言えない。こうした状況下で介護職員は、最期を迎える入居者にケア実践することを躊躇し、ますます不安を募らせることになりかねない。しかし特養において研修を実施することは、介護職員自身が経験する入居者の臨終や死別の裏づけとなる知識を取り込む機会となり得るだろう。同時に介護職員が知識を習得し、科学的根拠に基づくケア実践に繋がれば、躊躇や不安といった心境を払拭することも望めるはずである。

もう1つには介護職員のケア実践が人員不足を補完することである。多くの特養では、看護職員の配置が不十分であった。そのため入居者の容態が変化した際や、臨終の際に、必ずしも看護職員が勤務しているとは限らない。しかし特養における研修実施には、介護職員が「いつも」の入居者と「いま」の入居者との微妙な違いを洞察するといった看護職員の役割を補完するケア実践が望めるだろう。このように人の死や看取りに関する研修実施は、様々な介護職員が変則的に勤務する特養において、学歴や所有資格といった介護職員の特質に左右されずに、ケア実践を標準化することが期待できる。

以上のことから、死や看取りに関する研修の実施は、入居者が生活するための場から、最期を迎える場としてサービスを広げる重要な施設環境として位置づける必要がある。

(2) 生活の質 (Quality of life) から死の質 (Quality of dying and death) としてのケア

特養に入居する高齢者は、加齢や身体変化に起因する疾病や事故などで自立した生活を送ることが困難な状況にあるため、介護を必要とする状態である。そのような高齢者は、既に身体機能が下降している時期にあるため、特養に入居すると同時に人生の最終段階を過ごすとも捉えられる。

特養で最期を迎えた入居者は、実際に、80歳代から90歳代までに集中しており、ほとんどの日常生活場面で介護を必要とする状態であることが明らかになった。このような状況にある入居者には、決して短い生活ではない上に、家族に介護され自宅で最期を迎える見込みは無いに等しい。そのため入居者は身の回りを世話する介護職員に、心の支えや家族のような存在を期待し、自身の本音を吐露するにちがいない。入居者が本音を吐露することは、介護職員にとって貴重な経験であり、他人の入居者を家族に近い者、すなわち「身近な存在」になり得るかもしれない。

ケア実践では、入居者の生活歴や既往歴、家族構成など複数の情報を解釈し、課題を抽出することである。このアセスメント過程では、課題に基づく目標を掲げ、カンファレンスを通して多職種間で評価する。そして再びアセスメントすることで課題に近づくケア実践が繰り返されている。このようなアセスメントに基づく身体介護は、最期を迎える入居者へも継続あるいは連続しケア実践されており、高い実施率であったことが明らかになった。しかし死期が近づく入居者には、単なる行為の請負や、他職種から指示受けしたケア実践では十分と言えない。そのため介護職員はそれまでの身体介護に加え、刻々と変化する容態を客観的に判断しながら、入居者と家族の仲介や他職種との協働をめざしたアセスメント力が求められる。

死期が近づく入居者には、どのようにケアするかという「How to : 方法」よりも、むしろ傍に「being : 存在する」ことで、こころの安寧をもたらすケア実践が可能になろう。このようなケア実践には、入居者のプライバシー保護をめざすユニット型居室が適しており、入居者の意思を尊重したケア実践をも実現できることであろう。しかしユニット型居室を導入する際には、ケア実践における功罪や、経済的負担など運営上の課題を熟慮し対策を講じた上で臨むべきである。さらに先述したように特養では、変則勤務において複数の介護職員が常に入居者にかかわり、チームとして入居者のケア実践に取り組んでいる。そのためチームとして入居者を積極的に看取するという共通の認識をもち、一般的なケアから看取りのケアという包括的なケア実践を提供することである。そして最期を迎えた入居者のへの死後には、カンファレンスによりケア実践を総合的に評価することが望ましい。この総合評価には、他の入居者へのケア実践におけるアセスメントとしても応用できるかもしれない。同時に臨終に立ち会った介護職員には、複雑な心情を癒す機会にもなり得る可能性も生みださざらう。以上のことから、最期を迎える入居者には、重層的にアセスメントしたケア実践を継続あるいは連続することで生活の質を保つだけにとどまらず、死にゆくケア実践の質をも保つことに繋がると言える。

(3) 介護職員が主軸を担う EOL ケアの可能性

高齢期における死の過程は、身体機能の衰退から死に至るまでの経過により、短期衰退型、間欠的悪化を伴う長期衰退型、長期衰退遷延型といった3つに分類 (Lynn 2003) できる。特養に入居する多くの高齢者は、加齢と共に衰弱あるいは神経学的に衰弱した状況で身体機能が徐々に虚弱し、死に至ることが想定できる。このように入居者は、人間として老いてきて、行動や認知能力に制限が加わった晩年期で要介護状態にあり、特養で生活する延長線上には人生の最終段階を迎えることになる。そのため特養の入居者には、自宅や家庭の雰囲気近づけた環境のもと、衣・食・住の生活を中心に、整容や排泄、入浴及び清潔保持などを加えた EOL ケアを、入居直後から最期の瞬間まで継続あるいは連続して実践することが必要である。

EOL ケア実践では、入居者を中心にその家族や、多職種が協働する必要がある、とりわけ介護職員が主軸を担うことが望ましいだろう。その条件及び理由として以下のことがあげられる。

1つめの条件は、介護職員の役割特性があげられる。具体的には介護職員は看護職員及び生活相談員の役割や視点を補完することが可能である。特に最期を迎える入居者には日常的な介護行為だけではなく、家族の要望があれば経管栄養や輸液の管理などの医療処置に関するケア実践も必要である。このケア実践は、本来、看護職員がその役割を担うことが望ましく、介護職員が協働する職種としても決して欠かせない存在である。しかし特養では看護職員の人員配置不足のなか、介護職員がやむを得ず医療処置に関するケア実践を担わざるを得ない担う現況である。そのため介護職員を主軸とした EOL (End-of-life) ケアを実践していくことが求められる。なお看護職員の人員配置に関しては特養の運営にも影響が及ぶため、処遇を改善するための制度改正が併せて重要となる。

2つめの条件は、介護職員は代替機能を有していることがあげられる。具体的には高齢者が「どのように最期を迎えたいか」という意思の表明について、認知症や意識障害が進行する前に確認すると共に家族の意向も確認することが重要である。もし認知症や意識障害が進行した場合には、表情の変化や安堵感、落ち着きなど非言語的コミュニケーションに着目することも主要なケアであると言える。そのため入居者に絶えず寄添う介護職員が、家族に近い、あるいは身近な存在としてケアすることで入居者は心が穏やかになり得るだろう。

3つめの条件は、介護職員の継続あるいは連続したケア実践があげられる。特養で最期を迎えた入居者は、介護職員が入居者のバイタルサインをチェックし、看護職員に連絡や相談する一方で、入居者に寄添い声かけや手を握るなど、心の安寧につながる協働の形が望ましい。また介護職員が日常会話や介護行為の際に、生活や生きがいなど入居者自身の希望を記録にとどめる必要がある。さらに看取りの兆候を認める時期には看護職員や医師に報告し、入居者が最期を迎えるために記録にとどめた入居者の希望をカンファレンスで

取り上げ、ケア実践に活かすことで、穏やかで自然な死を促すことになる。

3. 将来の研究課題

今後の課題として、EOL ケアの軸を担う介護職員、とりわけ介護福祉士養成課程における教育及び、実践現場と研究といった3つの位相がそれぞれの探究を循環することが求められる。

介護福祉士養成課程において介護福祉士の業務は、先述したように対象を介護あるいは世話するケアであり、看護師と連携する一方で、ソーシャルワークにおける相談業務をも補完する役割を担うことが求められている。しかし対象、とりわけ特養に入居する高齢者は、自身よりも人生経験が豊富あるいは複雑でありながら、本音を表出しない傾向である。また介護福祉士養成課程で介護福祉をめざす学生は、核家族化や都市化、女性の社会進出など社会的背景により、高齢者の生活や介護を身近に経験することが決して多くない状況である。そのため人が生きる意味、死ぬ意味やそれまでの過程を考えることをも希薄になりやすい傾向であると考えられる。以上のことから、教育領域における課題は、EOL ケアの前提となる死生観形成、高齢者の死の過程や死期の判断など、基礎的な知識の習得や効果測定により介護職員が軸を担う EOL ケア視点の育成に貢献することが求められる。

主な EOL ケア実践の場となる特養では、本調査において以下の実態が明らかにされた。看護職員の配置が不十分であり、特に夜間に看護職員を配置している特養は乏しい状況である。また介護職員は養成課程における専門的な知識や技術の習得が十分とは言えない状況である。以上のことから、主な EOL ケア実践領域となる特養では、ケア実践を標準化することが最優先課題である。具体的には職員研修の企画及び運営にかかわり、効果測定や、高齢者が特養に入居した直後から、看取りの時期に至るまでの EOL ケア実践の実態を調査し、その継続性について比較する必要がある。また特養で求めている養成課程への実習及び教育課題についても抽出を試みることも重要である。

EOL ケア研究領域では、上記にあげた教育領域の課題や、主な EOL ケア実践領域の課題を統合し、3つすべての位相を嵩上げすることが求められる。具体的には特養における職員研修の実態や、EOL ケアを経験した職員の感情や意識の分析、職員のグリーフケアやデスカンファレンスなど、質的な研究方法を用いることで、量的な研究方法を補完することが重要である。

4. 本研究の限界

本研究の目的は、特養で最期を迎えた入居者の施設環境および EOL ケア実践の実態を把握し、それらに影響を及ぼす要因を明らかにすることである。これらの目的を果たすことができた。しかし介護職員が主軸となる他職員との協働の方向性を明確に示すまでには至らなかった。

本調査では、質問紙により特養の施設環境や介護職の傾向を表層的に捉えることはできた。しかし入居者との死別や臨終を経験した場合に、介護職員の EOL ケア実践を入居者が臨終した 1 ヶ月を遡る期間に限定したことが結果に影響していると考ええる。そのため入居者が、臨終する 1 ヶ月以前に行われたケア実践を、比較することが不可能である。また各施設の回答者には、協力を得られる常勤の介護職員という第一義的な条件を提示したものの、3名の選出を任せたことも回答数や結果に影響を及ぼしていると考ええる。さらに重回帰分析の結果、 R^2 の値が低かったため、ケア行動に影響を及ぼす要因が他にも存在する可能性を残していることである。これらの限界は、今後の研究において改善する余地があると考ええる。

平成 26 年 4 月

関係の皆様

アンケート調査協力について（ご依頼）

みなさまには、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、日本女子大学大学院人間社会研究科社会福祉学専攻博士課程後期の学位論文の一環として、アンケート調査に取り組むことになりました。具体的には、特別養護老人ホームで働く介護職員の方を対象に、最期を迎えた入居者へ実施した日常的な介護行為についておたずねします。その上で、介護職員が実施する最期のケアのあり方をさぐり、看取りのプロセスや、質の向上に貢献することをめざしております。調査の趣旨をご理解いただき、介護の実態や皆様の率直なご意見をお聴かせいただければ幸いです。ご協力いただきますようお願い申し上げます。

ご多忙中の折、誠に恐縮でございますが、調査上の諸条件のもと、質問票にご回答いただき、〇月〇日までに郵便ポストに投函いただければ幸いです。末筆ながら、皆様のますますのご活躍を心よりお祈り申し上げます。なお、この調査へのご質問やご不明な点については、下記の連絡先にお問い合わせ下さい。

調査上の諸条件

- 1) 調査は、無記名で回答いただき、回答者が特定されないよう統計処理いたします。
- 2) 調査資料は、細心の注意を払い保管し、個人情報保護に配慮いたします。
- 3) 調査資料は、研究目的ならびに学会等、研究活動以外には使用いたしません。
- 4) 調査資料は、概要をまとめた報告書等を発行後、破棄いたします。
- 5) 調査結果は、その概要を調査協力者に報告いたします。
- 6) 本調査は、「日本女子大学ヒトを対象とした実験研究に関する倫理審査委員会」の承認を受けて実施しております。

研究題目：「高齢者が施設で最期を迎えるためのケアに関する研究」

研究指導者：木村真理子 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科 教授

研究実施者：渡辺洋子

研究方法：質問票によるアンケート調査

連絡先：連絡先：〒214-8565 神奈川県川崎市多摩区西生田 1-1-1

TEL/FAX 044-966-2121 Email *****(*)@gmail.com

日本女子大学人間社会研究科社会福祉学専攻
博士課程後期 渡辺 洋子

平成 26 年 4 月

同意書

この文書は、「高齢者が施設で最期を迎えるためのケアに関する研究」への調査のご協力ならびに調査結果の公表について、ご承諾いただいたことを表しております。

本調査は、「日本女子大学ヒトを対象とした実験研究に関する倫理審査委員会」の承認を受けて実施しております。ご記入いただいた質問票は、**無記名で回答**いただき、研究実施者の渡辺洋子宛に直接ご郵送いただきます。その後も調査情報が外部に漏れないように細心の注意を払い保管管理し、研究目的及び学会等研究活動以外には使用いたしません。また公表の際は、**集計結果のみ**が提供されますので、お答えいただいた方や、施設の情報が外部に伝わる心配が一切ございませんので、ご安心下さい。さらに調査の概要を報告書等にまとめ調査協力者が所属する施設に郵送するとともに、**調査資料を破棄**いたします。

研究題目：「高齢者が施設で最期を迎えるためのケアに関する研究」

研究指導者：木村真理子 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科 教授

研究実施者：渡辺洋子

研究方法：質問票によるアンケート調査

連絡先：連絡先：〒214-8565 神奈川県川崎市多摩区西生田 1-1-1

TEL/FAX 044-966-2121 Email ****@gmail.com

上記、調査上の諸条件を理解し、調査に協力することに同意いたします。

ご署名 (_____)

《記入のしかた》

1. 回答は、常勤で従事されている介護職員の方が記入して下さい。
2. 回答は、番号を○で囲むか、() に数字や具体的なことを記入して下さい。
3. なるべく、とばさないようにお答え下さい。

I. あなたが働いている施設についておたずねします。

問1	あなたが働いている施設の <u>総ベッド数</u> は、どれくらいですか。あてはまるものひとつだけに○をつけて下さい。				
	1. 50床以下	2. 50～100床	3. 100～150床	4. 150～200床	5. 200～250床
	6. その他(具体的に)				
問2	あなたが働いている施設の総ベッド数のうち、 <u>短期入所の総ベッド数</u> はどれくらいですか。				
	あてはまるものひとつだけに○をつけて下さい。				
	1. 5床以下	2. 5～10床	3. 10～15床	4. 15～20床	5. 20～25床
	6. 25床以上				
	7. その他(具体的に)				
問3	あなたが働いている施設の <u>総フロア数</u> は、どれくらいですか。				
	下の()に <u>具体的な数字</u> を記入して下さい。				
	()フロア				
問4	あなたが配属されているフロアは、 <u>どのような形態の居室</u> ですか。				
	あてはまるものひとつだけに○をして下さい。				
	1.従来型のみ	2.ユニット型のみ	3.従来型とユニット型		
	4.その他(具体的に)人				
問5	あなたが配属されているフロアには、以下の <u>専門職が何人</u> 配置されていますか。				
	下の()に <u>具体的な数字</u> を記入して下さい。				
	1.介護福祉士()人		2.看護師()人		
	3. その他(具体的に)人				
問6	あなたが配属されているフロアは、 <u>どのような勤務形態</u> ですか。				
	具体的な時間帯を記入して下さい。例)日勤9:00～18:00				
	1. 日勤()		2.夜勤()		
	3. その他;具体的に				
問7	あなたの施設では、 <u>一般的なケアに比べ、看取りケアをどの程度、重視</u> していますか。				
	あてはまるものひとつだけに○をして下さい。				
	1.一般的なケアを重視している		2.やや一般的なケアを重視している		
	3.どちらのケアも重視している				
	4.やや看取りケアを重視している		5.看取りケアを重視している		

I. あなたが働いている施設についておたずねします。

問8	あなたが配属されているフロアの専門職は、 <u>何人の勤務体制</u> ですか。下の()に具体的な数字を記入して下さい。				
	1. 日勤の時間帯				
	介護福祉士()人		看護師()人		
	その他(具体的に)人				
	2. 夜勤の時間帯				
	介護福祉士()人		看護師()人		
	その他(具体的に)人				
	3. その他の時間帯(具体的に)				
	介護福祉士()人		看護師()人		
	その他(具体的に)人				
問9	あなたの施設では、 <u>死や看取りのケアにかかわる研修を実施</u> していますか。				
	1. はい		2. いいえ		
	↓		↓		
	2に○をされた方は問10にお進み下さい。				
	1に○をされた方にお聴きします。次のうち、あてはまるものひとつだけに○をして下さい。				
	研修時間: 1. 1時間未満 2.1~2時間未満 3.2~3時間未満 4.その他()				
	研修日数: 1.1日未満 2.1~2日未満 3.2~3日未満 4.その他()				
	研修要件: 1.就職後1年未満 2.就職後1~3年未満 3.就職後3~5年未満				
	4.その他()				
	研修方法:1.講演 2.講義 3.グループ演習 4.その他()				
	研修主導者:1.外部講師 2.内部職員 3.外部講師及び内部職員 4.その他()				
	研修テーマや内容:具体的に記入して下さい				
問10	あなたの施設では、 <u>入居者の看取りを積極的に実施</u> していますか。あてはまるものに○をして下さい。				
	1.実施している		2.実施していない		
	↓		↓		
	その理由を具体的に記入して下さい(あなたの考えを記入して下さい)。				

II. あなたご自身についておたずねします。

問11	あなたの性別は、どちらですか。どちらかに○をして下さい。			
	男		女	
問12	あなたには、同居している方がいますか。あてはまるものに○をして下さい。			
	*同居とは親兄弟などの血縁関係にとどまらず、婚姻関係にある配偶者の他、生活を共にしているパートナーも含まれます。			
	1.はい		2.いいえ	
問13	あなたの年齢は、おいくつですか。あてはまるものひとつだけに○をして下さい。			
	1. 10歳代	2. 20歳代	3. 30歳代	4. 40歳代
	5. 50歳代	6. 60歳代		
問14	あなたが、これまで働いているのは、現在の施設だけですか。			
	1.はい		2.いいえ	
	↓		↓	
	1に○をされた方だけにお聴きします。働き始めてからどのくらいですか。ひとつだけ○をして下さい。		2に○をされた方は問15にお進み下さい。	
	1. 1年未満	2. 1～3年未満	3. 3～5年未満	
	4. 5～10年未満	5. 10年以上		
問15	あなたが、以前、就いていた職種と、その期間は、次のうちどれですか。あてはまるものひとつだけに○をして下さい。			
	職種:1.事務・総合職 2.営業職 3.技能職 4.公務員 5.専門職			
	6.その他()			
	期間:1. 1年未満 2. 1～3年未満 3. 3～5年未満 4. 5～10年未満			
	5.その他()			
問16	あなたの最終学歴は、次のうちどれになりますか。			
	あてはまるものひとつだけに○をして下さい。			
	1. 高卒	2. 専門学校卒	3. 短大卒	4. 大学卒
	5. その他()			
問17	あなたは、資格をもっていますか。			
	1.はい		2.いいえ	
	↓		↓	
	1に○をされた方だけにお聴きします。その資格はどれですか。すべてに○をして下さい。		2に○をされた方は問19にお進み下さい。	
	①介護福祉士→問18にお進み下さい。			
	②訪問介護員(ホームヘルパー)③介護支援専門員(ケアマネジャー)			
	④社会福祉士⑤その他()			

II. あなたご自身についておたずねします。

問18	介護福祉士の資格は、どのような方法で取得されましたか。あてはまるものひとつだけに○をして下さい。				
	1.4年制介護福祉士養成課程卒業		2.2年制介護福祉士養成課程卒業		
	3.介護福祉士国家試験受験及び、実技試験受験に合格				
	4.介護福祉士国家試験受験合格及び、一定時間の研修受講修了				
	5.その他()				
問19	あなたが、身近な存在だと思うのは次のうちどなたですか。最も身近な存在を第1位とし、順位をつけた場合に、第5位までを選び、その番号を記入して下さい。*あまり考えずに直感で選んで下さい。				
	第1位()	第2位()	第3位()	第4位()	第5位()
	1.配偶者・パートナー	2.子ども	3.父母	4.兄弟姉妹	
	5.祖父母	6.おじおば・いとこ	7.知人・友人	8.ペット	
	9.入居者・利用者	10.その他()			
	*身近な存在とは、血縁や同居などにかかわらず、感覚的に近いや、親しみやすいなど、を意味します				
問20	あなたは、これまで身近な存在との死別を経験されたことはありますか。				
	1.はい		2.いいえ		
	↓		↓		
	1に○をされた方にお聴きします。		2に○をされた方は		
	その経験を、今、どのように感じていますか。		問21にお進み下さい。		
	複数の経験をされた方は、最も印象的な経験について				
	あてはまるものひとつだけに○をつけて下さい。				
	1.非常にネガティブな感情がある		2.ネガティブな感情がある		
	3.ポジティブな感情がある		4.非常にポジティブな感情がある		
	*ネガティブとは、辛い・悲しい・苦しい・死への恐怖・他者との距離ができる・・・など、悪い感情				
	*ポジティブとは、学びがある・他者への労りや痛みへの共感・生きる意味を考えた・・・など、良い感情				
問21	あなたは、これまで入居者との死別を経験されたことはありますか。				
	1.はい		2.いいえ		
	↓		↓		
	1に○をされた方は		2に○をされた方は終了です。		
	問22にお進み下さい。		ご協力いただきありがとうございます。		
問22	あなたは、これまで入居者の臨終に立ち会った経験はありますか。				
	1.はい		2.いいえ		
	↓		↓		
	1に○をされた方にお聴きします。		2に○をされた方は		
	①何人の入居者の臨終に立ち会いましたか。()人		問23にお進み下さい。		
	②初めて立ち会われたのはいつ頃でしたか。就職後()年目				

Ⅲ. 入居者の死別や臨終の経験から、あなたが実際に行った介護についておたずねします。

問23	あなたがここ1～2年以内で、最も印象に残る方、おひとりの入居者を定めて、					
	以下の項目にあてはまるものに○をして下さい。					
	(1) その入居者の性別は？					
	1. 男性	2. 女性				
	(2) その入居者が臨終を迎えた際の年齢 は？					
	1. 60歳代	2. 70歳代	3. 80歳代	4. 90歳代	5. 100歳代	6. その他()
	(3)その入居者が特養で生活されていた期間は？					
	1. 1年未満	2. 1～3年未満	3. 3～5年未満	4. 5～8年未満		
	5. 8年以上		6. その他()			
	(4)その入居者の臨終を迎えた際の介護度は？					
	1. 要介護Ⅴ	2. 要介護Ⅳ	3. 要介護Ⅲ	4. 要介護Ⅱ	5. 要介護Ⅰ	6. 不明
	(5)その入居者に認知症があった場合、日常生活自立度は？					
	1. M	2. IV	3. IIIb	4. IIIa	5. III	6. IIb
	7. IIa	8. II	9. I	10. 不明		
	(6)その入居者に障害があった場合、日常生活自立度は？					
	1. 生活自立 :	①. J-1	②. J-2	2. 準寝たきり :	①. A-1	②. A-2
	3. 寝たきり :	①. B-1	②. B-2	③. C-1	④. C-2	
	4. 不明	5. 非該当				
問24	あなたは、上記の入居者が特養での生活のなかで、ケアにどのような期待をしていたとかがえですか。					
	次にあげるものうち、最も期待していたと考えられるものを第1位とし、第3位まであげ、その番号を記入して下さい。					
	第1位()	第2位()	第3位()			
	1.身の回りの世話をしたい		2.家族のような存在でいて欲しい			
	3.専門知識や技術を提供したい		4.心の支えになって欲しい			
	5.家庭的な雰囲気づくりをしたい		6.他入居者や家族との仲介、交流を促してほしい			
	7.その他()					
問25	あなたにとって上記の入居者は、身近な存在でしたか。あてはまるものひとつだけに○をして下さい。					
	1.全く思わない	2.そう思わない	3.そう思う	4.とてもそう思う		

問26	上記の入居者が臨終を迎えたおおよそ1ヶ月間を振り返り、最も近いものをひとつだけ選び、 ○をして下さい。							
	5.実施した	4.どちらかといえば実施した	3.どちらかといえば実施しなかった	2.実施しなかった	1.非該当			
	* 上記の基準は、回数による実施ではなく、感覚的な実施状況で構いません							
	* 上記の視点では、介護職員個人またはチームとしての実施状況で選んでください							
1	食事や飲み込みについてアセスメントする	5	4	3	2	1		
2	好みに合わせた嗜好品を取入れる	5	4	3	2	1		
3	状況に合わせて飲食の時間をつくる	5	4	3	2	1		
4	昔好んでいた食材や食物、香りや味、差し入れを取入れる	5	4	3	2	1		
5	食事量や水分摂取量を観察する	5	4	3	2	1		
6	食事量や水分摂取量を記録する	5	4	3	2	1		
7	排泄リズムや性状等、排泄方法についてアセスメントする	5	4	3	2	1		
8	身体状況に合わせた排泄方法を判断する	5	4	3	2	1		
9	排泄物の量や性状を観察する	5	4	3	2	1		
10	排泄物の量や性状を記録する	5	4	3	2	1		
11	清潔保持についてアセスメントする	5	4	3	2	1		
12	口腔内をケアする	5	4	3	2	1		
13	清拭を行う	5	4	3	2	1		
14	手浴または足浴を行う	5	4	3	2	1		
15	清潔な衣類に着替える	5	4	3	2	1		
16	姿勢や体位についてアセスメントする	5	4	3	2	1		
17	安楽な体位を工夫する	5	4	3	2	1		
18	温罨法(湯たんぽ、温湿布など)を用いる	5	4	3	2	1		
19	冷罨法(氷枕、冷湿布など)を用いる	5	4	3	2	1		
20	整容(肌の手入、爪切、髭剃りなど)についてアセスメントする	5	4	3	2	1		
21	リネン(シーツ、カバー類など)を交換する	5	4	3	2	1		
22	居室環境を整える	5	4	3	2	1		
23	居室や施設環境についてアセスメントする	5	4	3	2	1		
24	記録物に基づき、カンファレンスで情報を共有する	5	4	3	2	1		
25	記録物に基づき、申し送りで情報を共有する	5	4	3	2	1		
26	看取りマニュアルにそって介護する	5	4	3	2	1		
27	入居者の身体をさする	5	4	3	2	1		
28	入居者に声かける	5	4	3	2	1		
29	入居者の手を握る	5	4	3	2	1		
30	介護行為以外で、入居者のベッドサイドに寄添う	5	4	3	2	1		
31	添い寝する	5	4	3	2	1		

5.実施した 4.どちらかといえば実施した 3.どちらかといえば実施しなかった 2.実施しなかった 1.非該当

32	バイタルサインを測定する				5	4	3	2	1
33	バイタルサインを記録する				5	4	3	2	1
34	経管栄養を管理する				5	4	3	2	1
35	痰を吸引する				5	4	3	2	1
36	酸素吸入を管理する				5	4	3	2	1
37	点滴を管理する				5	4	3	2	1
38	看護職に連絡し、入居者について相談する				5	4	3	2	1
39	医師に連絡し、入居者について相談する				5	4	3	2	1
40	家族に連絡し、入居者について相談する				5	4	3	2	1
41	入居者の思いや願いを施設介護計画に反映する				5	4	3	2	1
42	入居者の思いや願いを記録にする				5	4	3	2	1
43	家族と入居者の面談を仲介する				5	4	3	2	1
44	家族と共に入居者への介護を行う				5	4	3	2	1
45	家族に心理精神的ケアを行う				5	4	3	2	1
46	入居者の死後、エンゼルケア(身繕いや死化粧など)を行う				5	4	3	2	1
47	入居者の死後、湯灌(清拭すること)を行う				5	4	3	2	1
48	入居者の死後、死化粧を行う				5	4	3	2	1
49	入居者の死後、日用品や衣類など身辺を整理する				5	4	3	2	1
50	入居者の死後、葬儀に出席する				5	4	3	2	1

*その他、自由に、ご記入ください。

これで終了です。ご協力いただき、ありがとうございます。

文献

- 1) Alison L Carlson(2007) “Death in the Nursing Home-Resident, Family, and Staff Perspectives” , *Journal of Gerontological Nursing*, 33(4), 32-41
- 2) 相原優子・佐藤栄子・橋本秀和ほか (2004) 「造血器腫瘍のために通院しながら社会生活を送っている 20 代・30 代の人々の希望について」 *日本看護科学会誌* 24 (4),83-91.
- 3) Anderson, Harene and Goolishian, Harold (1992) “*The Client is the Expert: Not-Knowing Approach to Therapy*” , Manamee, Sheila and Gergen, Kenneth J. ed. *Therapy as Social Construction*, SAGE Publications, 25-39.
- 4) 青木邦男 (2000) 「在宅高齢者の死に対する意識の構造と加齢による変化」 *山口県立大学社会福祉学部紀要* 6 ,77-86.
- 5) 青田正子・太田節子 (2012) 「介護老人福祉施設における看護職のターミナルケアの取り組み」 *滋賀医科大学看護ジャーナル* 10 (1),64-71.
- 6) 赤澤輝和・長瀬牧子 (2003) 「終末期がん患者における希死念慮と Spiritual pain」 *東海大学健康科学部紀要* 9 ,97-105.
- 7) 荒木晴美・新鞍真理子・炭谷靖子 (2008) 「介護者が自宅で看取りを希望することに関する要因の検討」 *富山大学看護学会誌* 7 (2),51-60.
- 8) 安藤美樹 (2010) 「特別養護老人ホームにおける『看取り介護』に対する介護職の意識-特別養護老人ホーム 芦花ホームにおける調査」 *文京学院大学人間学部研究紀要* 12 ,271-284.
- 9) Baer, W.M. & Hanson, L.C. (2000) “Families’ perception of the added value of hospice in the nursing home” , *Journal of the American Geriatrics Society*, 48,879-882
- 10) Burack, O.R, Chich, E.R. (2001) “A Support group for nursing assistants: caring for nursing home residents at the end of life” , *Geriatric Nursing*, 22(6),299-305.
- 11) Ciceiy M Saunders(1978)” *The Management of Terminal Disease*”, Edwaed Arnold London
- 12) Chan, J, & kayser-Jones, J (2005) “The experience of dying for Chinese nursing home residents: Cultural considerations” , *Journal of Gerontological Nursing*,31 (8),26-32.
- 13) 千葉大学大学院看護学研究科・看護学部ホームページ『平成 24 年度看護学部公開講座』
http://www.n.chiba-u.jp/social_contribution/extension/2012.html
- 14) データ・統計分析研究所 (2014) 「重回帰における決定係数の目安は」『はじめての重回帰分析』 <http://labs.xica-inc.com/2014/07/the-criterion-of-the-r-squared/>
- 15) 出村早苗・中村房代 (2012) 「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護福祉士の役割 - 悩みと施設体制の関連から」 *文京学院大学人間学部研究紀要* 13,219-236.
- 16) ドゥブレイ, S.若林一美・他 (1980) 『シシリー・ソンドース』日本看護協会

- 17) Doyle, D Hanks, W.C, and MacDonald, N (1993) “*Oxford Textbook of Palliative Medicine*“, Oxford University Press
- 18) 永 六輔 (1994) 『大往生』岩波新書
- 19) Engle,V.F., Fox-Hill, & Graney,M.J (1998) “The experience of living-dying in nursing home:Self-reports of black and white older adults” , *Journal of the American Geriatrics Society*, 46,1091-1096.
- 20) Fisher Rory, Ross M. Margaret and MacLean J. Michael (2000) *A Guide to End-of-life care for seniors*, National Advisory Committee. (=2001, 岡田玲一郎監訳 『高齢者の end-of-life ケアガイド-ときに治し、しばしば慰め、つねに癒す』厚生科学研究所.)
- 21) 深澤圭子・高岡哲子・根元和加子ほか(2010)「A 地域の高齢者が考える自らの終末期」名寄市立大学保健福祉学部紀 4 ,63-68.
- 22) 藤野好美 (2008)「養護老人ホームの女性入所者にとっての『古い』とケアの課題-インタビューを基にした内容分析」社会福祉学 49(2),97-110.
- 23) 二木はま子 (2010)「特別養護老人ホームにおける介護職との連携・協働を円滑にする看護職の認識と行動」飯田女子短期大学 27, 41-55.
- 24) Goodridge, Donna, Bond, John B Jr, Cameron, Cynthia, McKean, Elizabeth (2005) “End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspective” *International Journal of Palliative Nursing*, 11(5), 226-232.
- 25) Harlene, Anderson and Harold, Goolishian (1992) “The client is expect: a not-knowing approach to therapy” Mcnamee, Sheila and gergen, Kenneth J. ed. *Therapy as Social Construction*, SAGE Publicatin, 25-39
- 26) Hanson,L.C., Danis, M. & Garrett, J. (1997) “What is wrong with end-of-life care?” Opinions of bereaved family members, *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 1339-1344.
- 27) 長谷川浩編(1990)『現代のエスプリ：ホスピスケアの展望』至文堂
- 28) 長谷川浩 (2005)『系統看護学講座別巻 10-ターミナルケア：ホスピスケア』医学書院
- 29) 早坂寿美(2010)「介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理-看護師との比較から」北海道文教大学研究紀要 34, 25-32.
- 30) 樋口京子 (2006)「高齢者のエンドオブライフ・ケアの質を高めるケアマネジメントに関する研究」日本福祉大学博士論文
- 31) 樋口京子・篠田道子・杉本浩章ほか (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
- 32) 人見裕江・塚原貴子・宮原伸二ほか (1997)「高齢者のターミナルケアにおけるソーシャルサポートの現状と課題 (第 2 報) -嫁の義親の看取りの意味とその構造」川崎医療福祉学会誌 7 (2), 327-333.

- 33) 日野原重明 (1996) 「特集：ターミナルケア Editorial 『ターミナルケア』」日本内科学会雑誌 85 (12), 1975-1976.
- 34) 平川仁尚・益田雄一郎・葛谷雅文ほか (2006) 「終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高年者の希望に関する調査」ホスピスケアと在宅ケア 38 (3), 201-205.
- 35) 広井良典 (2001) 『死生観を問いなおす』ちくま新書
- 36) 福田昌城 (1995) 「第6章ケースワークの隣接領域・第2節ケアワーク」大塚達雄・井垣章二・沢田健次郎『ソーシャル・ケースワーク論・社会福祉実践の基礎』ミネルヴァ書房
- 37) 細井 順・川邊圭一・河原啓美ほか (2001) 「ホスピス患者者の死生観」死の臨床 24(1), 58-61
- 38) ホスピス財団 (2012) 『ホスピス緩和ケア白書 2012—ホスピス緩和ケアに関する統計とその解説』 http://www.hospat.org/practice_white-book-top.html
- 39) 本間郁子 (2005) 『特養ホームで暮らすということ』あけび書房 第5版
- 40) 飯田晴美 (2006) 「在宅酸素療法中の慢性呼吸不全患者が体験するスピリチュアルペイン」群馬県民健康科学大学紀要 1, 15-34.
- 41) 池上直己 (2004a) 「終末期家の課題と将来展望 - 法的側面についての留意事項の策定を」社会保険旬報 2218, 6-12.
- 42) 池上直己 (2004b) 「『終末期ケア』の課題と展望 - 検討会報告の向こう側」健康保 58(11), 18-23.
- 43) 池田優子 (2001) 「がん体験を肯定的に受けとめるプロセスに関する質的研究」全人的医療 4 (2), 31-38.
- 44) 石井京子・上原ます子 (2003) 「高齢者の死の準備状態に関する研究 - 5年間の経時的変化から」ヒューマン・ケア研究 3, 1-10.
- 45) 石井京子・近森栄子 (2005) 「高齢者への家族の看取り時の介護行動と介護行動に影響する要因に関する研究」日本看護研究学会誌 28 (8), 61-67.
- 46) 石川美智 (2012) 「特別養護老人ホーム施設職員の臨終期におけるケアの実態-全国の質問紙調査と離島の面接調査を通して」熊本学園大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程 研究報告要旨 http://www.jard.info/_userdata/michiishikawa.pdf
- 47) 石飛幸三 (2011) 『口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ』講談社
- 48) 稲葉美由紀 (2009) 「要介護高齢者のケアプロセスにおける役割-『ケアをうける側』の視点からの質的データ分析」社会福祉学 49(4), 131-142.
- 49) Jankelevitch Vladimir (1966) *La Mort*, Flammarion, Paris. (= 1978, 仲沢紀雄訳『死』みすず書房)
- 50) 医療経済研究機構(2003)：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報告書 <http://www.ihelp.jp/publish/report/past/h14-5.htm>

- 51) 岩本テルヨ・山田美幸・加瀬田暢子 (2009) 「特別養護老人ホーム在所者の最期の場の決定に関わる現状と課題 - 全国調査を通して」 山口県立大学学術情報誌 2,8-14.
- 52) 城 仁士・藤原義章・義井 理 (2006) 「ユニットの現状と課題」 神戸大学発達科学部研究紀要 13 (2),95-104.
- 53) 介護福祉士養成大学連絡協議会 (2015) 「今後の四年制大学における介護福祉士養成教育の在り方について」 介護福祉士養成大学連絡協議会事務局
- 54) Kayser-Jones, J (2000) “A case study of the death of an older woman in nursing home: Are nursing care practices in compliance with ethical guidelines?” , *Journal of Gerontological Nursing*, 26(9),48-54.
- 55) 笠原幸子 (2007) 「ケアワーカーが把握する高齢者の情報の構造に関する探索的研究- 介護老人福祉施設での量的調査をもとに」 生活科学研究誌 6 ,1-16.
- 56) 笠原幸子 (2008) 「ケアワーカーによる情報把握の構造とその関連要因に関する研究- 施設高齢者の社会環境状況の情報把握に焦点を当てて」 四天王寺大学紀要 46, 121-138.
- 57) 柏木哲夫 (1989) 「ホスピスの歴史と日本現状」 *KARKINOS* 2 (8),861-866.
- 58) 柏木哲夫・藤腹明子 (2005) 『系統看護学講座別巻 10-ターミナルケア』 医学書院
- 59) 柏木哲夫 (2005) 『系統看護学講座別巻 10-ターミナルケア：ターミナルケアの定義』 医学書院, 30-38
- 60) 加瀬田暢子・山田美幸・岩本テルヨ (2006) 「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」 南九州看護研究誌 4 (1),23-28.
- 61) 鎌田實 (2013) 『大・大往生』 小学館
- 62) 河合千恵子・下仲順子・中里克治 (1996) 「老年期における死に対する態度」 老年社会科学 17 (2),107-116.
- 63) 川口正吉訳 ; E・キューブラーロス (1971) 『死ぬ瞬間-死にゆく人々との対話』 読売新聞社
- 64) 川崎雅子・金子久美子・福岡幸子ほか (2005) 「特集・がん再発治療の現況 (1) 『終末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア - 患者との会話場面を通して』」 新潟がんセンター病医誌 44 (1),27-31.
- 65) 川本智映子・岡本祐子 (2012) 「重要な他者との関係性からみる高齢者の死のイメージ」 広島大学心理学研究 12 ,235-248.
- 66) 神間洋子・佐藤禮子・桑原麻里子 (2008) 「脳機能障害をもつ原発性悪性脳腫瘍患者の苦悩」 日本がん看護学会誌 22 (1),77-85.
- 67) 木内千晶・吉田千鶴子 (2004) 「高齢者の希望する終末期の迎え方」 岩手県立大学看護学部紀要 6 ,77-82.
- 68) 菊井和子・竹田恵子 (2000) 「『死の受容』 についての一考察 - わが国における死の受容」 川崎医療福祉学会誌 10(1),63-70

- 69) 北島洋美・杉澤秀博 (2010) 「認知症末期にある特別養護老人ホーム入居者に対する介護スタッフのケアプロセス」 社会福祉学 51(1),39-52.
- 70) 北村育子 (2008) 「認知症高齢者の医療ニーズと特別養護老人ホームにおける緩和ケアを含む対応をめぐる」 日本福祉大学社会福祉論集 118,19-31.
- 71) 北村育子・牧 洋子・石井京子 (2009) 「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」 日本福祉大学社会福祉論集 120,75-88.
- 72) 北村育子・石井京子・牧洋子(2010) 「特別養護老人ホームで働くケアワーカーと看護師の終末期ケア行動の分析-両職種の専門性にもとづく協働の可能性」 日本社会福祉大学論集 122,25-39.
- 73) 北村隆人 (2004) 「終末期患者の事例研究-くやしさと宗教的ケアについて」 精神科治療学 19 (7),911-915.
- 74) 木村清美・小泉美佐子 (2004) 「緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究」 死の臨床 27(1),94-99.
- 75) 京田亜由美・加藤咲子・中澤健二ほか (2009) 「死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究の動向と課題」 群馬保健学紀要 30,49-58.
- 76) 草場美千子 (2007) 「介護老人福祉施設 (特養)・介護老人保健施設 (老健) における看取りの現状」 日本看護学論文集第 38 回地域看護,118-120
- 77) 工藤のり子・蛭名美代子 (2009) 「特集：介護現場のターミナルケアを探る『ターミナル期における介護職の役割』 おはよう 21, 2,20-24.
- 78) 隈部知更 (2006) 「日本人の死生観に関する心理学的基礎研究-死への態度に影響を及ぼす 4 因子についての分析」 健康心理学研究 19 (1),10-24.
- 79) 窪寺俊之 (2005) 『系統看護学講座別巻 10-ターミナルケア：スピリチュアルケア』 医学書院, 157- 158.
- 80) 栗田 明・品川直介・小谷英太郎ほか (2012) 「特別養護老人ホームにおける看取りケアの経緯と医師の役割」 日本老年学会誌 49 (3),336-342.
- 81) 黒川昭登 (1989) 『現代介護福祉論-ケアワークの専門性』 誠信書房 ,12.
- 82) 黒田寿美恵・佐藤禮子 (2008) 「終末期がん患者の選択する生き方とその本質」 県立広島大学保健福祉学部誌 8 (1),89-100.
- 83) 厚生労働省 (2001) 『全室個室・ユニットケアの特別養護老人ホーム (新型特養) の整備について』 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/010928/index.html>
- 84) 厚生労働省 (2001) 『死亡の場所別にみた死亡数構成割合の年次推移』 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii01/deth5html>
- 85) 厚生労働省 (2006) 『介護保険制度改革の概要 - 介護保険法改正と介護報酬改定』 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>

- 86) 厚生労働省 (2008) 『入所者の重度化等の状況について』
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1121-10b_0002.pdf
- 87) 厚生労働省 (2012) 平成 25 年介護サービス・事業所調査の概況-5 「介護保険施設の利用者の状況 『退所者の入退所の経路』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka4html>
- 88) 厚生労働省 (2009) 『平成 21 年度介護報酬改定の概要』
http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/fukusijinzei_kakuho02/dl/04.pdf
- 89) 厚生労働省 (2009) 『平成 21 年不慮の事故死亡統計概況』 厚生労働省 (2012) 『平成 24 年度介護報酬改定率について』<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/a01.pdf>
- 90) 厚生労働省 (2013) 『平成 25 年度介護サービス施設・事業所調査の概況』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/indexhtml>
- 91) 小谷みどり (2008) 「中高年の死観-自己と大切な人の死観の比較」 日本家政学会誌 59(5),287-294.
- 92) 小山千加代・水野敏子(2010) 「特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討」 老年看護学 14(1),59-64.
- 93) 近藤克則・杉本浩章 (2006) 「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.
- 94) Lynn, J. David M.Adamson (2003) Trajectories of Chronic Illness:Service Needs Across Time, *Living Well at the End of life:Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*.Rand Health ,8
- 95) Lynn,J (1997) Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles. *J Am Geriatr Soc*, 45(4), 526-527
- 96) 間瀬敬子 (2010) 「特別養護老人ホームの終末期ケアにおける介護福祉士の役割 - 現状からみた介護福祉士教育の課題」 介護福祉教育 15(1),42-48.
- 97) 松井美帆・森山美知子 (2004a) 「高齢者のアドバンス・ディレクティブへの賛同と関連要因」 病院管理 41 (2),27-35.
- 98) 松井美帆・森山美知子 (2004b) 「終末期ケアに関する啓発活動への高齢者の関心と規定要因」 生命倫理 14 (1),65-74.
- 99) 松木光子監訳, 北米看護協会著 (1998) 『NANDA 看護診断定義と分類』 医学書院
- 100) Melissa M.Bottrell, James F.O'Sullivan, Melissa A.Robbins, Ethel L.Mitty, and Mathy, D.Mezey, (2001) “Transferring Dying Nursing Home Residents to the Hospital: DON Perspectives on the Nurse’s Role in Transfer Decisions” . *Geriatric Nursing*, 22 (6),313-315.
- 101) Meraviglia,M.G, McGuire, C& Chesley, D.A (2003) “Nurses’ needs for education on cancer and end-of-life care” , *Journal of Continuing Education in Nursing*, 34, 122-127.
- 102) Micheael John Holosko(2006) 『*Primer for Critiquing Social Research: A Student*

Guide』 Brooks/Cole, Cengage Learning

- 103) 水島ゆかり・浅見洋・金川克子ほか (2004) 「地域における高齢者ケアの課題—『死生観とケア』 公開研究会を通して」 石川看護雑誌 1,49-54.
- 104) 水野道代 (2003) 「長期療養を続ける造血器がん患者が希望を維持するプロセス」 日本がん看護学会誌 17(1),15-24.
- 105) 三菱総合研究所 (2007) 『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』平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 株式会社三菱総合研究所,11-184
- 106) 三菱総合研究所(2011) 『特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック・家族とともに考えるために・』平成 22 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 特別養護老人ホーム利用者の看取り介護の在り方に関する調査研究事業, 株式会社三菱総合研究所
- 107) 三浦 研(2007) 「個室・ユニット化で変わる生活とケア」 外山義 監修・高橋誠一・三浦研・柴崎祐美編 『個室・ユニットケアで介護が変わる』 中央法規,14-38
- 108) 壬生尚美 (2011) 「特別養護老人ホームのユニット型施設と従来型施設における入居者の生活意識 - 安心・満足できる生活の場の検討」 人間福祉学研究 4 (1),77-90.
- 109) 仲村優一 (1994) 『ケースワーク第 2 版』 誠信書房
- 110) 村井淳志 (2002) 「高齢者の終末期ケア」 月刊総合ケア 12 (4),45-50.
- 111) 村瀬洋一 (2007) 「分析実習資料-因子分析-変数の背後にある要因の探索」
- 112) 村瀬洋一 (2013) 「分析実習資料-SPSS による重回帰分析」
<http://www2.rikkyo.ac.jp/web/murase/seminar/13reg.pdf>
- 113) 村田久行 (2002) 「臨床に活かすスピリチュアルケアの実際 2」 ターミナルケア 12(5),420-423.
- 114) 本岡 類 (2012) 『大往生したいなら老人ホーム選びは他人にまかせるな!』 光文社
- 115) 森朋子・湯浅龍彦 (2006) 「筋委縮性側索硬化症患者の心理-人工呼吸器装着の意思決定」 医療 60(10),637-643.
- 116) 中村仁一 (2012) 『大往生したけりゃ医療とかかわるな-「自然死」のすすめ』 幻冬舎
- 117) 中島紀恵子 (2002) 『実践看護技術学習支援テキスト老年看護学』 日本看護協会出版会,179-180
- 118) National Hospice organization (1987), “A pathway for patients and families facing terminal illness: Self-determined life closure, safe comfortable dying and effective grieving” , National Hospice organization, Alexandria, Virginia
- 119) 鳴井ひろみ・三浦博美・本間ともみほか (2004) 「外来で化学療法を受ける進行がん患者の看護援助に関する研究 (第 1 報) -外来で化学療法をうける進行がん患者の心理社会的問題」 青森保健大雑誌 6 (2),19-26.
- 120) 成清美治 (2009) 『ケアワーク入門』 学文社 , 29.

- 121) 二木はま子 (2010) 「特別養護老人ホームにおける介護職との連携・協働を円滑にする看護職の認識と行動」 飯田女子短期大学 27,41-55.
- 122) 西村伸子 (2009) 「キューブラ・ロスを基軸とする死にゆく患者ケア - アメリカと日本の文献から考察するターミナルケア」 東亜大学紀要 9,17-34.
- 123) 日本老年医学会 (2012) 『『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年学会の『立場表明』』 <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba2012.pdf>
- 124) 根本秀美(2012) 「特別養護老人ホームの終末期介護 - 2施設の実態調査から看取りをめぐして」 信州短期大学紀要 23,16-25.
- 125) 野村信威・今永晴子・橋本 宰 (2002) 「高齢者における個人回想面接の内容分析の試み」 同志社心理 49,9-18.
- 126) 野村信威 (2009) 「地域在住高齢者に対する個人回想法の自尊感情への効果の検討」 心理学研究 80 (1),42-47.
- 127) 大西次郎 (2010) 「特別養護老人ホームにおける看取り介護加算算定の動向と看取りの実態 - 経営面、職員育成面、入居者・家族の満足度面に関する施設長調査」 医療社会福祉研究 18,53-62
- 128) 大山正博 (1986) 『第1章 死にゆく過程 - 死への準備教育のために』 A・デーケン編 『死への準備教育第2巻』 メヂカルフレンド社
- 129) 岡田耕一郎・岡田浩子 (2011) 『スウェーデンの老人ホーム・日本型ユニットケアへの警鐘』 環境新聞社シルバー新報編集部
- 130) 岡本五十雄・菅沼宏之・鎌倉嘉一郎・塩川哲男 (2002) 「脳卒中後の『希死念慮』 - 機能障害、能力障害、社会的不利、QOL などとの関係」 OT ジャーナル 36(3),221-227.
- 131) 岡本民夫・久恒マサ子・奥田いさよ (1994) 『介護概論』 川島書店, 7.
- 132) 岡村昭彦 (1999) 『定本 ホスピスへの遠い道・現代ホスピスのバックグラウンドを知るために』 春秋社
- 133) 尾崎勝彦・恒藤暁 (2007) 「死に関する情報を含む映像が高齢者の情動変化に及ぼす影響・映像に対する関心の高さ、死別体験の影響」 死の臨床 30(1),84-88.
- 134) 尾下玲子 (2006) 「がん体験の意味を探る-父が示唆してくれたもの」 ホスピスケアと在宅ケア 36 (1),41-46.
- 135) O'Hare PA, Harper DW, Chartrand LD, Johnston SF (1996) "Patient death in a long-term care hospital, A study of the effect on nursing staff", *Journal of Gerontological Nurse*; August, 22 (8),27-35.
- 136) 小楠範子・萩原久美子(2007) 「特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方 - 終末けにおける “よかったこと” “むずかしかったこと” に焦点を当てて」 老年社会科学 29 (3),345-354.
- 137) 小楠範子(2008a) 「高齢者の終末期の意思把握としての回想の可能性」 日本看護科学会誌 28 (2),46-54.

- 138) 小楠範子(2008b)「特別養護老人ホームにおける終末ケアの課題 - 文献的考察」鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要 12,41-52.
- 139) 小野幸子・田中克子・梅津美香ほか (2001)「G 県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態」岐阜県立看護大学紀要 1 (1),134-142.
- 140) 帯津良一 (2013)『長寿の精神力と生き方の極意-大往生の養生力』青萌堂
- 141) Reynolds, K., Henderson,M., Schulman, A., & Hanson, L.C. (2002) “Needs of the dying in nursing homes” , *Journal of Palliative Medicine*, 5, 895-901.
- 142) Saunders, Cicely(1993)“Oxford Textbook of Palliative Medicine, Foreword” , *Oxford University Press*, 5-8
- 143) 酒井陽子 (2008)「入院した高齢患者の自らの生 (死) に対するイメージの実態-事前に自分の生き方を自己決定できるための支援のあり方」国立病院看護研究学会誌 4(1),20-24.
- 144) 佐久川肇・谷中恭子 (1999)「重度聴覚障害老人の終末期と死に関する意識調査」川崎医療福祉学会誌 9 (2),257-259.
- 145) 櫻井紀子 (2010)「高齢者介護福祉施設での看取り-死の質を求めた看取りケア」病院 69(7),529-532
- 146) 佐々木笑 (2008)「初期治療終了後、外来で治療を受けている乳がん患者の思い」日本赤十字看護大学紀要 22,28-38.
- 147) 佐々木隆志 (2012)「エンド・オブ・ライフケアの概念構成と変遷に関する研究」静岡県立大学短期大学部研究紀要 26,29-34.
- 148) 佐藤素子 (2009)「終末期患者がみている世界の現れかたから考察した実存的苦しみ-『遠のき』と『隔たり』による孤独からの解放」緩和ケア 19(1),88-93.
- 149) 澤井 敦 (2005)『死と死別の社会学-社会理論からの接近』青弓社
- 150) 茂野香おる (2013)『系統看護学講座 専門分野 I 基礎看護学 (1) 看護学概論』医学書院
- 151) 志真泰夫・恒藤 暁・松島たつ子ほか編集 (2013)『ホスピス緩和ケア白書 2013』日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
- 152) 清水みどり・柳原清子 (2007)「特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識-介護保険改定直前の N 県での調査」新潟青陵大学紀要 7 ,51-62.
- 153) 下稲葉康之(2005)『系統看護学講座別巻 10 ターミナルケア : 死のプロセスへの援助』医学書院,4-27
- 154) Sheehan, D.K Schirm,V. (2002) End-of-life care of older adults. *Am J Nurs*, 103 (11),48-58.
- 155) Singer, P.A, Martin, D.K, & Kelner, M (1999) “Quality end-of-life care:Patients’ perspectives” ,*Journal of the American Medical Association*, 281, 163-168.
- 156) シルバー産業新聞 (2015)「2015 年制度改正」 <http://www.care-news.jp>

- 157) 社会福祉小六法 (2008) ミネルヴァ書房
- 158) 庄司進一 (2003) 『生・老・病・死を考える 15 章・実践・臨床人間学入門』朝日新聞社
- 159) 庄村雅子 (2008) 「死にゆくがん患者と家族員との相互作用に関する研究」日本がん看護学会誌 22(1),65-76.
- 160) 庄司洋子・木下康仁・武川正吾 (1999) 『福祉社会事典』初版 弘文堂,958-959
- 161) 白岩千恵子・竹田恵子 (2010) 「日本における『看取り』の概念に関する一考察」日本老年看護学会第 15 回学術集会抄録集,236
- 162) 白岩千恵子・竹田恵子 (2013) 「看護職者が考える特別養護老人ホームの看取りケアの開始時期」川崎医療福祉学会誌 23(1), 169-176
- 163) 杉本知子 (2004) 「配偶者と死別した在宅高齢者の思いの分析」香川医科大学看護学雑誌 8(1), 37-44.
- 164) 杉山 匡・児玉桂子 (2011) 「従来型施設のユニット化改修に伴う特養職員のストレス反応の変化-改修前と改修 3 ヶ月後の比較」日本社会事業大学研究紀要 57, 99-109.
- 165) 須佐公子 (2004) 「高齢者の在宅死を看取った家族の体験の意味の分析と看護者の役割」優美記念財団在宅医療助成 2002 年度報告書
- 166) 鈴木聖子(2002) 「施設建替えにおけるケアスタッフの職場適応過程に関する研究」老年社会科学 24(3),311-317
- 167) 鈴木聖子 (2005) 「ユニット型特別養護老人ホームにおけるケアスタッフの適応過程」老年社会科学 26 (4),401-411
- 168) 鈴木聖子 (2007) 「環境条件からみた特別養護老人ホームケアスタッフの職場内教育における課題-ユニット型と既存型の比較から」社会福祉学 48 (1),81-90
- 169) 鈴木 昌訳 ; キュブラ・ロス・E (2001) 『死ぬ瞬間 - 死とその過程について』中央公論社
- 170) 瀬山留加・石田和子・中島陽子ほか (2007) 「終末期がん患者のせん妄発症に関連したニーズの検討」群馬保健学紀要 28,51-59.
- 171) 芹澤俊介 (2003) 『経験としての死-死の講義 I』雲母書房
- 172) Somogyi-Zalud, E.,Zhong, Z.,Lynn, J & Hamel ,M.B(2000) “Elderly persons’ last six months of life: Findings from the Hospitalized Elderly Longitudinal Project” , *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5) , S131-S139.
- 173) 蘇 珍伊・岡田進一・白澤政和 (2007) 「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感に関する要因」社会福祉学 47(4),124-135
- 174) 曾根千賀子・渡辺みどり・千葉真弓ほか (2011) 「介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法-長野県内介護老人福祉施設の特徴」長野看護大学紀要 30,39-50.

- 175) 園田麻利子・小西早智・谷口早耶加・山崎里鶴 (2008) 「終末期のケアの場をホスピスと選択した患者の思い-3名の肺癌患者による」 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要 12,82-94.
- 176) 高阪謙次・岩佐和代 (1999) 「特別養護老人ホームにおける生活様式に関する研究-ノーマライゼーションの視点から」 椛山女学園大学研究論集自然科学篇 30,33-43.
- 177) 高岡哲子・紺谷英司・深澤圭子 (2009) 「高齢者の死生観に関する過去 10 年間の文献検討-死の準備教育確立に向けての試み」 名寄市立大学紀要 3,49-58.
- 178) 高口光子 (2004) 『ユニットケアという幻想-介護の中身こそ問われている』第2版 雲母書房
- 179) 武田文和訳 (1993) 『世界保健機構編；がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』金原出版, 48
- 180) 武田文和訳 (1990) 『死に向かって生きる-末期患者のケア・プログラム』医学書院
- 181) 武田文和・石垣靖子監修 (1999) 『誰でもできる緩和医療』医学書院
- 182) 立花直樹 (2006) 「介護老人福祉施設におけるターミナルケア実践の探索的研究-介護職と看護職の援助実態と意識に関する調査より」 大阪薫英女子短期大学研究紀要 41,25-31.
- 183) 田中愛子 (2001) 「共分散構造モデルを用いた老年期と青・壮年期の『死に関する意識』の比較研究」 山口大学医学部 50(6),801-811.
- 184) 田中愛子・岩本晋 (2002) 「老年期に焦点をあてた死生観・終末医療に関する意識調査」 山口県立大学看護学部紀要 6,119-125.
- 185) 田中美帆・齊藤誠一 (2013) 「生と死に対する態度研究の概観と展望」 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要 7(1),181-186.
- 186) 田辺毅彦・足立啓・大久保幸積 (2005) 「特別養護老人ホーム介護スタッフのユニットケア-環境移行後のバーンアウトの検討」 老年社会科学 27(3), 339-344.
- 187) 谷村千華・松尾ミヨ子・平松喜美子 (2002) 「患者の死にゆくプロセスを共に歩んだ家族の体験に関する質的研究-告知を拒否した状況下における家族の体験」 米子雑 53,244-253.
- 188) Teno, J.M Casey , V.A. and Welch, L.C. et al (2001) Patient-focused, family-centeren end-of-life care medical care,*Journal Pain Symptom Manage*, 22(3),738-751.
- 189) Teno,J.M.(2004)Brown atlas of dying Retrieved March 5, 2007, from <http://chcr.brown.edu/dying/BROWNATLAS.HTM>
- 190) Touhy, T.A., Brown, C., Smith, C.J. (2005) “Spiritual caring: end of life in nursing home” , *Journal of gerontological nursing*, September; 31(9),27-35.
- 191) Travis, S.S Bernard, M.and Dixon S. et al. (2002) Obstacles to palliation and end-of-life care in a long-term care facility, *Gerontologist*, 42(3),342-349.

- 192) 塚田久恵・浅見 洋(2012)「石川県の指定介護老人福祉施設における終末期ケアの現状と課題」石川看護雑誌 9,61-70.
- 193) 恒籐 暁 (1999)『最新緩和医療学』最新医学社
- 194) 坪井桂子・岩崎佳世・古川直美ほか (2007)「特別養護老人ホームで働く看護職の研修会を通しての『連携・協働』に関する学びの分析」岐阜県立看護大学紀要 7(2),73-80.
- 195) 富松梨花子・稲谷ふみ枝 (2012)「死生観の世代間研究」久留米大学心理学研究 11,45-54.
- 196) 特定非営利活動法人・特養を良くする市民の会ホームページ『概要』
<http://www32.ocn.ne.jp/~tokuyou/gakushu.html>
- 197) 時田 純 (2001)「介護保険施設におけるターミナルケアの実際-介護老人福祉施設 信頼に応えた全人的痛みに適切に対応するターミナルケアを」GPnet, 48(9),30-33
- 198) 特別養護老人ホーム芦花ホーム (2009)「特別養護老人ホーム芦花ホームにおける『看取り介護』の調査研究報告書」社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団特別養護老人ホーム芦花ホーム
- 199) 外山 義 (1990)『クリッパンの老人たち-スウェーデンの高齢者ケア』ドメス出版第9版 (2004)
- 200) 外山 義 (2003)『自宅でない在宅-高齢者の生活空間論』医学書院第1版
3版 (2006)
- 201) 鳥海房枝 (2009)「特集：介護現場のターミナルケアを探る『I 高齢者施設におけるターミナルケアとは』おはよう 21, 2,14-19.
- 202) 植村和正 (2000)「日本老年医学会・立場表明作成に向けて-倫理委員会案」日本老年医学会誌 37,719-721.
- 203) 上村聡子 (2009)「特別養護老人ホームがん終末期ケアに関する研究」甲南女子大学研究紀要 3,69-77.
- 204) 内田真紀・稲垣美智子 (2005)「HCV 由来肝硬変・肝がん患者が語る病みの経験」日本がん看護学会誌 19(2),39-47.
- 205) 渡邊照美・岡本祐子 (2003)「ガンに直面した患者がたどる受容プロセスに関する研究-ケアの視点から」家族心理学研究 17(2),83-96.
- 206) 渡辺洋子 (2012)「特別養護老人ホームにおける看取りケア-生活を支える介護職員の視点から『日本社会福祉学会第60回大会特定課題セッションI：相談援助としてのターミナルケア/グリーフケア-介護施設における一貫した看取りと送り』社会福祉学会第60回大会
- 207) Wetle,T., Shield, R., Teno,J., Miller, S.C.,& Welch, L (2005) “Family perspectives on end-of-life care experiences in nursing home” , *The Gerontologist*, 45, 642-650.
- 208) Wilson, S.A., & Daley, B.J. (1999) “Family perspectives on dying in long-term care settings” , *Journal of Gerontological Nursing*, 25(11),19-25.

- 209) World Health Organization (1999) “*Cancer Pain relief and palliative care*”:report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series. No.804 WHO, Geneva, Switzerland
- 210) 安田ゆかり・大津佳子・柴田雅子ほか (2006) 「終末期患者の言動の意味から考察するスピリチュアルペイン」日農医誌 55(1),25-29.
- 211) 山崎智子 (2006) 「死に至るまでの過程を生き抜く進行肺癌患者と家族の実態と看護支援に関する研究」お茶の水医学雑誌 54(3),79-99.
- 212) 山崎章郎 (1996) 『病院で死ぬということ』文藝春秋
- 213) 山本直美 (2004) 「病気体験がもたらした意味：予防的手術を受けた無症候性脳血管障害患者の体験」日本看護医療学会誌 6(2),7-15.
- 214) 柳原清子・柄澤清美 (2003) 「介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因の分析」新潟青陵大学紀要 3,223-232.
- 215) 山口 宰 (2006) 「ユニット導入が認知症高齢者にもたらす効果に関する研究 - 従来型特別養護老人ホームにおける実践事例を基に」社会福祉学 46 (3),75-85.
- 216) 山口美智子・上岡澄子・石倉浩人 (2007) 「造血幹細胞移植を受けた造血器腫瘍患者の病みの体験と看護援助」 21 (1),48-56.
- 217) 山田尋志 (2009) 「人材難を乗り越えるためのポイント；施設としてできること、介護職としてできること」おはよう 21 20(4),18-21
- 218) 横内正利 (1998) 「高齢者の自己決定権とみなし末期（上） - 自己決定の落とし穴」社会保険旬報 1991,12-16.
- 218) 吉田裕子・佐藤禮子 (2007) 「終末期がん患者と周囲の人々とのつながりに関する研究」香川大学看護学雑誌 11 (1),9-17.
- 220) 張 允楨・黒田研二 (2008) 「特別養護老人ホームにおけるユニットケアの導入と介護業務および介護環境に対する職員の意識との関連」社会福祉学 49(2), 85-96
- 221) Zimmerman, S & Sloane, P.D, Hanson, L, Mitchell, C. M. Shy, A (2003) “Staff perceptions of end-of-life care in long term care” , *JAMDA*, January-February, 23-26.
- 222) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 (1997) 『ホスピス・緩和ケアの基本的な考え方』