

**生活の場における看取りケア
ー 看護師主導の特別養護老人ホームのエスノグラフィー ー**

AN ETHNOGRAPHY OF END OF LIFE CARE
IN A NURSES-LED NURSING HOME

内山 孝子
Uchiyama, Takako

2015 年度 博士（看護学）論文

指導教員：高田 早苗

日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科

抄録

I. 研究の背景

日本は、高齢社会を迎え、複合的な医療ニーズを持つ後期高齢者の増加が見込まれ（内閣府, 2014）、このような高齢者の終末期をどのように支えるかが、重要な課題となっている。多くの高齢者は、最期まで徹底した治療を行うより、自然な死を希望している（内閣府, 2014）。これは、高齢者一人ひとりの関心が「より良く生きる」ことへとシフトしていることを示している。看護の役割は、それぞれの時代の要請に応じて変遷してきた（Nelson, 2001/2004）。看護師は、「老化」という自然のメカニズムを理解し、医療的ケアの限界を見極め（本間, 2012）、長い人生を生き抜いてきた高齢者の意向を尊重した、生活の場での看取りに、看護の役割を見出す時代がきている。

特別養護老人ホーム（以下；特養）は、看取りの機能を果たすことを社会的に期待（池上, 2010）されるようになり、入所者の希望を大切にする施設も見受けられるようになってきた。しかしながら、特養で積極的に看取りに取り組むようになった歴史は浅く、倫理的な困難さもあり、看取りケアを受けている入所者や家族に看護師が関わっている場面を観察した研究は少ない。そこで、看護師が施設長を務め、24 時間看護師を配置して看取りケアに取り組んでいる特養において、フィールドワークを通じて見取りケアの実際を記述していくことが必要であると考えた。

II. 研究目的

生活の場で看取りに取り組む、看護師主導の特養における看取りケアの過程と特徴を明らかにすることである。

III. 用語の定義

「看取りケア」とは、終末期の亡くなる間際の短い期間の関わりを意味するのではなく、高齢者とその家族を対象としたケアで、看取りを日常のケアの延長線上に位置づけ、日常のケアの中で高齢者が希望するよりよい死を迎えることができ、家族がよい看取りだったと実感できることを目標にして職員が行うケアである。

IV. 研究方法

マイクロ・エスノグラフィー（箕浦, 1999）を用いた。研究参加者は、職員 33 名、高齢者 11 名とその家族の計 55 名であった。2014 年 10 月から 2015 年 9 月までの 1 年間に 92 回のフィールドワークを行った。フィールドノートとインタビューから得られたデータを入所時から看取り終えるまで、主に看護師が高齢者や家族に対しどのような関わりを通して

看取りケアを行っているのかに基づいて分析した。質的研究の真実性の基準である信憑性、転用可能性、確実性、確認可能性の確保に努め、データ収集と分析の過程で研究指導者による定期的なスーパービジョンを受けた。

V. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会（承認番号 2014-94）及び研究施設の承認を得て実施した。研究参加者に研究の趣旨と方法、研究の参加は自由意思であり途中辞退が可能なこと、匿名性の保持、研究成果の発表、希望者への結果の配布を説明し同意を得た。入所者には認知症、認知機能の低下があることから、本人と家族から同意を得た。本人の同意が難しい場合、家族からの代諾を得た。

VI. 結果

よいケアを実践するためには「何でもあり」という組織文化があり、看取りケアに「医療行為は必要なく、高齢者の衰えを黙って見守ることが、高齢者にとって最高の看取りである」という施設長の明確な方針が、そこでのケアを通じて浸透していた。看取りケアには、入所から看取り終えるまでの期間において、「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築する」時期から、「その人らしく老いる生活を維持する」時期を経て、「その人らしい看取りを支援する」時期という過程があることが明らかになった。

A. 「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築する」時期

職員は生活の場の変化に対する高齢者や家族の戸惑いを軽減させ、新しい生活になじめるよう、高齢者・家族の状況をゆったりとした態度で見守り、高齢者の自立を支えていた。看護師は、高齢者のこれまでの生活における制限を可能な限り少なくし治療よりおいしく食べることを優先し、副作用が少なく、体調よく生活できるように薬剤の調整をするなどして、高齢者が希望する生活が送れるよう支援していた。

B. 「その人らしく老いる生活を維持する」時期

徐々に衰えが目立ち始め体調に変調をきたしやすくなる時期で、受診の必要性がある場合、躊躇する家族に受診の後押しにより、現在ある苦痛を緩和するよう支援していた。看護師は徐々に衰えていく高齢者の健康管理と本人の希望との間で揺れることもあるが、本人の希望を優先していた。また、看護師は、数値ではなく直接のやり取りから、医療的な対応が必要か、日常の生活に戻れるよう援助するかを判断していた。衰えから高齢者の入退院の間隔が短くなり始めた時、看護師は、最期はここで迎えると家族に伝え家族との信頼関係を深めていた。

C. 「その人らしい看取りを支援する」時期

納得して迎える看取り、家族に代わる看取り、自宅のような看取り、家族のような看取り、家族が主体となるその人に応じた看取りケアが行われていた。

納得して迎える看取りでは、看護師は高齢者の誤嚥のリスクや体調が不安定な時も本人の希望を優先して、出前をとってでも食べたいものを食べるなど高齢者本人の希望を叶える生活を支援していた。高齢者の急激な体調の変化の対応に看護師は悩むことがあるが、これまでのケアに納得している家族は、特養で自然に看取ることを希望していた。

家族に代わる看取りでは、本人の希望にそって状態が不安定であっても最期までトイレでの排泄を叶えていた。尊厳を尊重する看護師と自立を優先する介護士との間でずれが生じることもあったが話し合いによりずれを修正していた。体調が悪く看取ることができなかった家族は、本人が希望しているように自然に看取ってもらったことに感謝していた。職員は、その人の看取りの振り返りから得た学びを次のケアに活かしていた。

自宅のような看取りでは、看護師は本人に看取りの意向を尋ねて看取りケアの方向性を決定し、最期の日までこれまで通りの生活を支える覚悟を持ってケアをしていた。「全部、私が致します」という息子にケアを託すなどして自宅のような看取りを実現していた。

家族のような看取りでは、看護師は、つらい思いはさせたくない、医師が提案する検査をこれ以上の検査はしなくていいと退け、医療処置が必要とならないよう基本的な日常生活援助を丁寧に行っていた。看護師は、家族の支援が得られない高齢者のアルバムの中にその人の好みを探り、さみしい思いをさせたくないという思いやりをもって、その人の手から離れがたい思いを感じとり、寝入りを見とどけるまで傍を離れないなどの家族のようなケアを行っていた。高齢者を送り出した後も看護師や職員は、その人の居室をすぐには片づけられないほどにその人を悼む気持ちを持っていた。

家族が主体となる看取りでは、死を予期したその人の不安な気持ちを理解し、本人と家族が望む看取りとなるよう見守っていた。家族は、見守られている安心感を得て主体的に看取りに参加し、家族自身の生活を守りつつ高齢者を看取れたことに納得と感謝をしていた。介護士は家族と一緒に旅立ちの支度ができたことを肯定的に受け止めていた。

VII. 考察

看護師や介護士は高齢者の老いの進行に伴う、生活への支障や生活のしにくさに対し、医療により解決しようとするのではなく、その都度、その人の希望する生活となるようケアの工夫をしていた。人間として尊厳を保ちつつ特養で納得して生活を続け、その人らしく生き

することができる生活を中心とした看取りに特徴的なケアを、「その人らしく生きようとする力を信じるケア」と「苦痛を与えないケア」と名づけた。

A. その人らしく生きようとする力を信じるケア

その人らしく生きようとする力を信じるケアは、高齢者本人を主体とし、高齢者との関りの中からその人が何を望んでいるのかを探り、医療のエビデンスに基づくケアやリスク管理、規則などの既成概念よりも、家族や関係する人々と共に、その人の意欲や希望を叶えていくケアである。医療の視点では難しいと考えられることも、数値や一般化されている知識に従って判断するのではなく、本人が希望していることに添ってみることで、生命力を引き出し、その人らしく人生を生ききる可能性が広がる看護となることが示唆された。

B. 苦痛を与えないケア

苦痛を与えないケアは、高齢者がつらい・苦しい体験をしないことを一義的として、それぞれの状況に応じて関わることであり、高齢者を急かしたり、強いたりすることなく苦痛を予防するためのケアに重点を置くこと、行動を制限しないこと、必要のない医療を受けさせないこと、そしてときには何もせず見守ることも含むケアである。「苦痛を与えないケア」により、高齢者は生命力を消耗することなく、穏やかに尊厳を保って生きることができることが示唆された。また、「苦痛を与えないケア」は、看護師が生活の場で専門性と自律性をもって行うことができるケアであるといえる。

C. 人間的な関わりの場としての特養の可能性

特養は、高齢者の生活を中心とした人間的な関わりの場であり、看護師を中心とした「その人らしく生きようとする力を信じるケア」と「苦痛を与えないケア」という特徴的なケアにより、高齢者は自らの力で自然な死を迎えることができることが示唆された。

D. 看護実践への示唆

特養における看護の専門性は、入所の時から看取りに至るまで、高齢者に生じる不調を医療に解決の策を求めるのではなく、生活を支える視点から自律的に判断し、病態や障害による生活上の制限をできるだけ少なく、その人らしく生活できるよう日々の生活を支え、高齢者や家族が望む自然な死を叶えることである。看護師が、介護士と共にその人が希望するあり方に日常生活を整える援助を看護師自身が価値づけることにより、高齢者のその人らしく生きようとする力を強め、高齢者や家族の満足につながり看取りケアの質は向上する。

看護師自身が、人々に自信を持って看護の有用性と価値を伝えることができる看護実践を積み重ねていくことが、これからの高齢社会で望まれている看護であると考ええる。

Abstract

Objective

The purpose of this study is to clarify the process and characteristics of an end-of-life care in nursing home in Japan.

Method

The fieldwork based on micro-ethnography was conducted at a nursing home (NH), called as TOKUYO in Japan, which engaged with a good end-of-life care for residents. The participants were eleven residents and their families and thirty one NH staffs including seven nurses who took care for them. Data collection was conducted from Oct 2014 to Sep 2015 focusing on the end-of-life care which was mainly provided by nurses from residents' admission to death. Data analysis was ensured with the advice of specialists.

Ethical consideration

The study was approved by the Japanese Red Cross College of Nursing Research Ethics Committee (approval ref. 2014-94) and by the facility participating in the research.

Results

The following points regarding the process of end-of-life care were clarified.

1. "Reconstructing a lifestyle suited to the individual with as few restrictions as possible"

In order to help new residents become accustomed to their new lifestyle and minimize confusion caused by the change of living environment for the newly admitted residents and their families, nurses aided in reconstructing a lifestyle appropriate to the specific individual, watched over the new resident and their family's situation, reduced lifestyle restrictions to a minimum, prioritized tasty meals over meals determined by treatment restrictions, and managed medication to facilitate lifestyle where residents felt good physically.

2. "Maintaining lifestyle to enable the individual to grow old in their own way"

Without becoming dependent on medicine, nurses used medical treatment to support residents' ability to recover, while at the same time conducted whole-person assessments that incorporate the individual's thoughts and wishes as they engaged with residents.

2. "Supporting end-of-life care appropriate to the individual"

While maintaining each individual's lifestyle as they aged, nurses provided care such as facilitating independent toileting until the end of life, responded to individual wishes such as providing food the residents wanted to eat through home delivery, avoided painful medical procedures such as tests and suction, and spent time with residents so that they did not feel lonely.

Discussion

The characteristic care provided through end-of-life care centered on daily life was designated, "*Care that trusts individuals' will to live in their own way*" and "*Care giving no physical/psychological pain.*"

"*Care that trusts individuals' will to live in their own way*" means making resident themselves the core actor by exploring what resident wants through interaction with each individual, seeing what residents want, not through the existing framework of care and risk management and regulations based on medical evidence, but through care that trusts individuals' will to live in their own way, and satisfies the individual's desires and wishes in collaboration with the family and others involved.

"*Care giving no physical/psychological pain.*" means unequivocally not exposing resident to painful experiences, but engaging with residents in way that avoids pain, according to their situation, including simply watching over them without interfering until appropriate.

Through personal relations with elderly people in everyday life, nurses repeatedly shared in the doubts, anxieties, and joys of each elderly person, understanding how they could best serve each individual. Nurses took responsibility for making decisions in an attempt to support the extension of daily life, as they cared for the elderly people.

目次

I. 序論	1
A. 研究の背景.....	1
1. 「命を延ばす治療を受ける」から「より良く生きる」への関心の変化	1
2. 生活の場である特別養護老人ホームにおける看取り	2
B. 研究の目的.....	3
C. 用語の定義.....	3
D. 研究の意義.....	3
II. 文献検討	4
A. 終の棲家としての特養.....	4
B. 意向が尊重されない特養の入所者.....	5
C. 家族が特養に求めるケア	7
D. 看取りに積極的な特養のケア	9
III. 研究方法	13
A. マイクロ・エスノグラフィー.....	13
B. データ収集場所.....	15
C. データ収集期間.....	15
D. 研究参加者の募り方.....	16
1. 研究施設への研究協力依頼方法.....	16
2. 研究参加依頼方法.....	16
F. データ収集方法	16
1. 参加観察	16
2. インタビュー.....	17
3. 記録物	18
G. データ分析方法.....	18
H. 倫理的配慮.....	19
IV. 結果	20
A. 研究施設と参加者.....	20
1. 研究施設	20

a. 研究施設の概要.....	20
b. 入所者の概要.....	21
2. 研究参加者	22
3. 組織文化：よくなるためには「何でもあり」	23
B. 看取りケアの過程と特徴.....	25
1. 「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築する」時期	26
a. 自立を支える.....	26
b. 看取りの意向が定まらず揺れる家族の心情を汲み取る	27
c. 治療よりおいしく食べることを優先する	29
d. 本人・家族の状況をゆったりとした態度でみていく	30
e. 副作用が少なく、体調良く生活できるように薬剤の調整をする	32
2. 「その人らしく老いる生活を維持する」時期.....	33
a. 躊躇する家族に受診の後押しをする	34
b. 体調管理と本人の希望との間で揺れる	35
c. 数値ではなく直接のやり取りから判断する	35
d. 最期はここで迎えると家族に伝える	37
3. 「その人らしい看取りを支援する」時期.....	38
3－1. 納得して迎える看取り	39
a. 体調が不安定な時も本人の希望を優先する	40
b. 納得している家族と迷う看護師	41
3－2. 家族に代わる看取り	45
a. 自立重視の介護士と尊厳重視の看護師	45
b. 最期までトイレでの排泄を叶える	47
c. 看取ることができなかった家族への気遣い	48
d. その人からの学びを振り返る	49
3－3. 自宅のような看取り	50
a. 急激な症状の変化に動揺する介護士を支える	51
b. 「全部、私が致します」という息子にケアを託す	52
c. 本人に看取りの意向を尋ねる	53
d. 最期の日までこれまで通りの生活を支える覚悟	54

e. 自宅のような看取り	54
3－4. 家族のような看取り	55
a. つらい思いはさせたくない、これ以上の検査はしなくていい	55
b. 苦しい思いをさせる食事前の吸引はしない	56
c. 「時間だから食べようはもうやめにしよう」	57
d. その人の手から感じる「離れがたい」思い	58
e. アルバムの中にその人を求める	59
f. さみしい思いをさせたくない	59
g. 旅立ち後も片付けられない、残る思い	60
3－5. 家族が主体となる看取り	60
a. 死を予期したその人の不安な気持ちを理解する	61
b. 本人と家族が望む看取りとなるよう見守る	62
c. 家族と一緒に旅立ちの支度	63
V. 考察	65
A. その人らしく生きようとする力を信じるケア	65
B. 苦痛を与えないケア	69
C. 人間的な関わりの場としての特養の可能性	72
D. 看護実践への示唆	75
E. 研究の限界と今後の課題	77
VI. 結論	78
謝辞	80
文献	81

付録

図 1 施設の見取り図.....	88
表 1 主な職員の概要.....	89
表 2 入所者の概要	89

資料

資料 1 施設長依頼書.....	89
資料 2 研究計画書（施設提出）	89
資料 3 研究参加回答書（施設長用）	89
資料 4 施設用デモグラフィックシート.....	89
資料 5 看護研究へのお願いポスター.....	89
資料 6 職員への研究参加依頼書・同意書.....	89
資料 7 職員用デモグラフィックシート.....	89
資料 8 入所者への研究参加依頼書・同意書.....	89
資料 9 家族への研究参加依頼書・同意書.....	89
資料 10 職員・家族用同意撤回書.....	89
資料 11 入所者用同意撤回書.....	89

I. 序論

A. 研究の背景

1. 「命を延ばす治療を受ける」から「より良く生きる」への関心の変化

日本は、医療の進歩とともに長寿化を成し遂げ、65 歳以上の高齢者が 3 千万人を超え、超高齢社会に突入した。今後の更なる高齢化により、複合的な医療ニーズを持つ後期高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれている（内閣府, 2014）。治ることのない加齢そのものによる体の変化や、長く病を抱えながら生活する高齢者が増加することが考えられるが、核家族化の進展により、高齢者の夫婦二人暮らし、一人暮らしが急増しており、このような高齢者の終末期をどのように支えるか重要な課題となっている。

高齢白書(内閣府, 2014)によると、65 歳以上の人々が、最期を迎えたい場所は、自宅 (54.6%)、病院 (27.7%) の順であるが、約 8 割の人は、希望の場所とは異なる病院で死亡している。高齢者の 9 割以上は、「延命のみを目的とした医療は行わず、自然にまかせてほしい」と希望しており、最期まで徹底した治療を行うよりも、自然な死を受け入れるという考え方が広がり、老衰死は増え続けている（厚生労働省, 2016）。これは、高齢者一人ひとりの関心が「より良く生きる」ことへとシフトしていることを示している。

為家・西田（2014）によれば、病院と特別養護老人ホーム（以下；特養）において看取りの経験がある看護師は、病院では医療や看護を中心とし医療者が後悔のない最期を迎える終末期ケアを考えるが、特養では入所者を主人公とし家族が後悔を残すことがない最期の過ごし方を重視する意識へと変化することを報告している。一般病院での終末期医療に限界を感じた看護師や医師により、新たな取り組みが始まっている。例えば、特養における自然な死や平穏死（鳥海, 2007；石飛, 2010；2012；川上, 2008）、有料老人ホーム（大蔵, 2013）、ホームホスピス（市原, 2011）、在宅ホスピス（内藤, 1997；山崎, 2012）などの生活の場における看取りである。山崎（2012）は、生活の場でのケアは、その人やケアを提供する人に安らぎを与えていると述べている。

老いることは、生物として生まれた共通の経験であるが、どのような時代、どのような社会で老いるかによって、老いの経験は異なったものになる（佐々木・Ansart, 2003）。高齢化という時代の変化が背景にあるとはいえ、これが看取りの場の転換点（鎌田, 2013）であることは確かだろう。Nelson（2001/2004, pp. 50-54）は、社会の中における看護の役割は、それぞれの時代の要請に応じて変遷してきたが、時代に流されてはいけない専門職としての価

値が、直接ケアの中にあると述べている。医師である中井・山口（2004,p.002）は、「看護という職業は、医師よりもはるかに古く、はるかにしっかりした基盤の上に立っている。医師が治せる患者は少ない。しかし看護できない患者はいない。息を引き取るまで、看護だけはできるのだ」と述べている。多死の時代を迎える現代において、看護職は「老化」という自然のメカニズムを理解し、人間としての身体機能の限界を認識し、医療的ケアの限界を見極め（本間,2012）、長い人生を生き抜いてきた高齢者のこれまでの人生を尊重した、生活の場での看取りに、看護の役割を見出す時代がきている。

2. 生活の場である特別養護老人ホームにおける看取り

高齢者の終末期ケアに際しては、医療と介護の両者が緊密に関わる場合が多く、特に介護現場における高齢者の終末期ケアは重要なものになりつつある。その中でも、特養は、社会的に看取り機能の増大が期待されている（池上,2010）。

特養は、1963 年の老人福祉法の施行により、慢性疾患や精神疾患を併せもつため常時介護を必要とし、居宅において適切な介護を受けることが困難である高齢者が入所する社会福祉施設である。2000 年の介護保険法の施行により、特養は重度の要介護状態で、自宅での生活が厳しい高齢者が優先的に入所する施設となった。

2014 年現在、特養は全国に 7,249 施設あり、498,327 名が入所しており、平均介護度は 3.85 であり、年々施設数、入所者数ともに増加し続けている（厚生労働省,2014）。特養入所者の 97.2%が認知症を伴い、平均在所期間は約 4 年間であり、72.7%が死亡退所である（厚生労働省,2013）が、入院中に死亡した人もこの数に含まれる。2006 年、介護保険上「看取り介護加算」が創設されたことを機に、特養における死亡人数の年次推移は、2000 年の約 17,000 人から、2012 年の約 58,000 人へ増加している（厚生労働省,2014）。しかし、生活の場という位置づけのため、医師の常駐は求められておらず常勤医師がいる特養は 6.4%であり、入所者の医療ニーズへの対応に責任を持つ看護師を 24 時間配置している特養は 5.3%（日本看護協会,2013）にとどまっている。

特養の看護責任者を務めた鳥海（2006）、田中（2006）によると、特養は、生活を支え安らかな死への援助という看護の原点において看護師としての力量を発揮しやすい場であるという。看護師が、その力量を発揮することにより、高齢者自身が選択した場所で安心して死を迎えることも可能になってくる。高齢者自身が選択する生活の場で迎える死は、病院で迎える死とは異なり、これまでの人生を尊重したよりよい看取りを実現する可能性がある。

Benner・Wrubel（1989/1999, pp. 444-445）は、現場の看護師は知の発展の最前線におり、新しい医療は、日々営まれている最も優れた看護実践の内にすでにあると述べている。そこで、特養で積極的に看取りに取り組むようになった歴史は浅いが、入所者の希望を大切にする施設も見受けられるようになってきた。そこで、看護師が施設長を務め、24 時間看護師を配置し、生活の延長線上に看取りがあると捉え、入所者の穏やかな生活を維持し尊厳ある看取りを実現している特養において、入所から看取りまでの具体的な事象や職員の行為に密着しながら、ますます重要となる生活の中での看取りケアを明らかにしたいと考えた。

B. 研究の目的

本研究の目的は、看護師が主導する特養における看取りケアの過程と特徴を明らかにすることである。

C. 用語の定義

「看取りケア」とは、終末期の亡くなる間際の短い時間の関わりを意味するのではなく、入所者とその家族を対象としたケアで、看取りを日常のケアの延長線上に位置づけ、日常のケアの中で、入所者が希望するよりよい死を迎えることができ、家族がよい看取りだったと実感できることを目標にして職員が行うケアである。

D. 研究の意義

本研究により、生活の場において看護師が介護職とともに、看護師が主導する特養における看取りケアの過程と特徴を明らかにすることは、今後、必要性の高まる特養における看護を検討する基礎的な知見となり、人生の終末期にある入所者の具体的なケアの知識を構築するための重要な手掛かりとなると考えた。また、介護施設だけでなく、医療施設における終末期高齢者への関わりに対して、現場における看取りケアのあり方を変えることに貢献する可能性がある。さらに、本研究は、これからの高齢社会においてケアを必要とする高齢者の尊厳ある生活を支えるため、今後の看護・介護教育や、医療・福祉政策への示唆が得られると考えた。

Ⅱ. 文献検討

文献検討に際し、医学中央雑誌 Web 版 Ver.5（以下；医中誌）と CINAHL を用いて検索した。和文献は医中誌に収集されている 1977 年から 2015 年 9 月までのものとした。検索のキーワードは、「特別養護老人ホーム」「介護老人福祉施設」と「看取り」「終末期」で原著論文・抄録ありの条件を付加した。検索の結果、特養の看取りに関する文献 149 件が抽出された。抄録を吟味し文献を選定した。2006 年度に看取り介護加算が創設されたことにより、生活の場における看取りが求められていることを反映し、2006 年以降の文献が多かった。洋文献は CINAHL に収集されている 1981 年から 2015 年 12 月までのものとした。検索のキーワードは「nursing home」「end of life care」でこれらのキーワードがタイトルに含まれかつ抄録ありの条件を付加した。検索の結果 28 件の文献を得た。抄録を吟味し文献を選定した。

これらの選定した文献を検討し、A. 終の棲家としての特養、B. 特養入所者の思い・体験、C. 入所者の家族の思い・体験、D. 看取りに積極的な特養の看取りについて文献検討の結果を記述する。

A. 終の棲家としての特養

特養は、1963 年老人福祉法の制定により、自宅において介護を受けることができない高齢者の施設として設置された。特養は、欧米の Nursing Home をモデルに、増加しつつあった寝たきり高齢者の収容を目的に、「看護老人ホーム」としての設立を期待された。しかし、看護師の不足が深刻であった当時の日本において現実的ではない、死は医療のものという認識から、寝たきりは病人を意味するため病院へ入院させるべきだという意見により、病者を対象としない福祉施設として出発した（大西, 2007）という経緯がある。

特養は、1980 年代頃までは生活施設として入所者の生活を支える場であったが、入所者の半数以上が 90 歳を超える超高齢者となり、1995 年の人口動態調査に死亡場所の項目に老人ホームが加えられ、その一つである特養は国レベルで看取りの場所として位置づけられた。

アメリカでは、Nursing Home は各州の免許のもとで運営され（草柳, 2008）、長期的な介護を必要とする高齢者の多くは Nursing Home に入所する。公的介護保険がなく、メディケイド（低所得者のための保険）とメディケア（高齢者・障害者への保険）という公的医療保険により、Nursing Home への支払いが行われている。Nursing Home の入所期間は 3 か月以上 3 年未満である人が多く（Jones, Dwyer, Bercovitz, & Strahan, 2009）、施設において医療を受けることができ、入所者が認知症やがんである場合、病院より Nursing Home で死亡する割

合が高く、全死亡の 26%が Nursing Home で死亡している (Kelley, Ettner, Wenger, & Sarkisian, 2011)。

スウェーデンでは、1992 年のエーデル改革により、Nursing Home は長期療養病床から福祉施設となり、死ぬまで住める住居となった。もともと Nursing Home が医療施設であったことから、入所者の医療的介護度は高く (医療経済研究機構, 2007)、全死亡の 38.1%が施設内で死亡している (Hakanson, Ohlen, Morin, & Cohen, 2015)。

イギリスでは、認知症の高齢者は介護施設や病院で死亡することが一般的で、ヨーロッパの 5 か国 (Belgium・Netherlands・England・Wales・Scotland) では認知症の入所者は 50%～92%が Nursing Home で死亡している (Houttekier, Cohen, Bilsen, et al., 2010)。

超高齢多死社会において、特養が欧米と同様に看取りの場としての役割を担っていく必要がある (Takezato, Tamiya, & Kajii, 2007) と主張されている。80 歳以上の人口に対する特養のベッド数が欧米と比べて少なく、病院の病床数が多く (Ikegami & Ikezaki, 2012)、日本の特養での死亡割合は 3.5% (厚生労働省, 2014) と、アメリカの 26% (Kelley et al, 2011)、スウェーデンの 38.1% (Hskanson et al, 2015) に比べて少ない。

日本では、池崎・池上 (2012) の調査によると、特養の定員は年々増加しており、1999 年の 29 万人から 2009 年の 42 万人へと約 1.5 倍増で、特養における死亡数は 1.7 万人から 3.6 万人に約 2.2 倍増加している。2006 年に施設での看取りを推進することを目的に創設された看取り介護加算により、速やかに病院などへ移す方針の施設が減少し、施設内で看取る方針の施設が増加したことにより、特養の定員に占める死亡割合は増加傾向を示している。

特養は本人や家族そして社会から終の棲家としての役割を期待されており、最終的な看取りの場所として機能し始めている。

B. 意向が尊重されない特養の入所者

高齢者が特養に入所する理由は、家族・介護者の精神的・肉体的負担が大きく同居家族による介護が困難、介護する家族がいない、施設・医療機関から退所・退院する必要があるなどである (医療経済機構, 2011)。特養に入所する高齢者は、なるべく自然体で最期まで静かに看取ってほしい (時田, 2006)、施設で最期を迎えたいと (医療経済機構, 2003) と希望している。

藤巻・流石・牛田 (2007) は、意思疎通が可能で入所から半年以上経過している 14 名の入所者を対象にインタビュー調査を行った。その結果、特養を「終の棲家」としている高齢

者は、故郷で家族と一緒に暮らしたいと思う一方、家族のお荷物にはなりたくないと思い、自らの欲求と家族への気づかいに折り合いをつけている。また、特養の生活は安心感がある一方で、受け身の生活は意に沿わないという思いが存在していた。

流石・伊藤（2007）は、特養の入所者 192 名を対象に個別面接調査を行った結果、入所者は家族・友人などの面会、中でも子供（娘）の面会時に生きがい・喜び・生活の張りを強く感じており、家族の面会が入所者の生活満足度に大きく関与していることを明らかにした。流石・伊藤（2008）はこの研究の自由記載の記述から、入所者が特養を「終の棲家」とすることに折り合いをつけ、覚悟を決めて生活していることを明らかにした。

入所者がどのように死を迎えたいと考えているのかを明らかにすることを目的に、牛田・藤巻・流石（2007）は、入所者 13 名を対象に面接調査を行った。その結果、入所者にとって「お迎えを待つ」とは、「家族に期待する」、「自分を大切にする」、「人を気遣う」、「自尊心の喪失」、「生活史の一部に位置づけなおす」で構成されており、入所者は「お迎えを待つ」ことを当たり前のこととして受け入れ、お迎えの待ち方は人それぞれであることを明らかにした。入所者は、日常会話の中で死に対する希望を語る可能性が示唆された。

小楠（2008）は、入所者の終末期の意思を把握する一方法として回想を聴くことに着目し、入所者がどのように終末期の意思を表出するのか記述することを目的に、特養の入所者 5 名を対象に回想を中心とした対話を実施した。その結果、入所者は家族、特に子供をキーワードに人生を回想し、ごく自然に自分の人生の終わりについて語り、食べられなくなった時を死が近いサインとして静かに受け止めようとしていること、最期を過ごす場所には殆どこだわらず、最期まで人とのつながりを求めていることを明らかにした。これらのことから、小楠は、回想を中心とした対話を通して入所者なりの生き方の望みが表現されることで、入所者に応じた看取りケアにつなげていける可能性を示唆していた。

しかしながら、特養では家族や医師により入所者の看取りの場が決定されている（岩本・南家・有松他, 2007 ; 野村・宮原・人見他, 1998）。小林・松島・野口他（2008）による無作為抽出した全国特養 500 か所（回収率 29.0%）の施設長を対象に質問紙調査の結果、入所者本人に対し病名および余命告知、終末期ケア要望を確認することは極めて少なく、家族に対してこれらの確認をすることが多かった。また、延命処置に関する要望は入所者本人だけでなく、家族にも確認をしない施設が多かった。

また、特養 1000 施設（看取り介護実施施設）を無作為抽出し質問紙調査を行った鶴若・仙波（2010）によれば、入居時の意向確認は 8 割弱で実施されていたが、約 3 割が家族のみ

に意向確認をしており、入所時の意向確認後は、終末期と判断された時がほとんどであった。本人の意向確認が難しい理由は、「入所者本人に判断能力がない」、「死について語ることのタブー」、「精神的ショックを与える」、「入所者と家族の看取りに対して実感のなさ」等が挙げられた。日常的に入所者の死に対する意向は、確認されていないことがうかがわれた。

これらの研究から、特養の入所者は視力・聴力・認知機能、コミュニケーション能力の低下があることから、データ収集の困難さがあり、入所者を対象とした調査は少ない。しかし、入所者は本心を抑え特養での生活に折り合いをつけ、家族をかけがえのない心理的な拠り所としており、日常会話の中で死に対する希望を語る可能性が示唆されている。しかし、入所者本人の意思は軽視されがちで、特に看取りに対する自己決定する機会を与えられることが少なく、入所者本人の意向が尊重されていないことが報告されている。入所から最期の看取りまでのプロセスを重視した意向確認の方法を構築することが求められ、日々繰り返される日常生活のありよう、高齢者にとって、未来ではなく「今」「ここで」安心できる生活環境（人的・物的）を保障することが不可欠であり、これには施設長の判断が関わっていることが示唆された。

C. 家族が特養に求めるケア

家族は、入所者の支援者であり、大切な人を看取る当事者でもある。家族はどのような支援を求め、看取りをどのように受け止めているのだろうか。

家族は、在宅で高齢者の介護を継続することが困難となり、「最期までいられる」、「いつも見守っていてくれる」等を期待し特養への入所を決断している（医療経済機構, 2011）。しかし、高齢者が特養に入所することは、家族を介護負担から解放すると同時に、家族自身の決定に対する迷いや葛藤が生じる（奥山・西田, 2010 ; Ryan & Scullion, 2000）ことになる。Hsiu & Yun（2012）は、家族は罪悪感から入所者の回復を願い、子や配偶者としての責任を果たし家族関係を維持するために Nursing Home を訪れると述べている。

家族は、入所者が痛みや苦しさを感ぜないようにケアされ、自然な経過で死を迎えることを希望し、特養を看取りの場所を選んでいく（永田・佐川・水野, 2014）。特養を看取りの場にした家族は、入所者のためにできるケアを模索し、職員や同室者と折り合い、医療処置と看取りの場の選択における葛藤を繰り返していた（那須・深堀, 2014）。家族が、特養に入所者を入所させた後も、入所者と関わり続けることを支えるものは、入所者の脆弱性が進行しても入所者に様々な発見ができること、入所者が最期まで平穏に過ごせること、これらに

より入所者と家族が双方に平穏であることである（寺尾・高橋・正木・谷本, 2014）。

積極的に看取りに取り組む特養における遺族を対象とした質問紙調査（出村・村中, 2010）によれば、看取りの満足感には「特養で提供されるケア」、「職員が親切」、「静養室の使用」「看護職からの説明」が関連していた。さらに、この調査の自由記述の内容より遺族の看取りの心情を分析した結果（出村・野村, 2012）、遺族には「心残り」、「職員の対応への不満」があること、家族は入所者と最期のときを共に過ごすことができる「空間の確保」を要望していることが明らかにされた。

ノルウェーの2つの Nursing Home の遺族に対する面接調査（Kaarbo, 2010）の結果、遺族は、口腔ケア、髭剃り、爪切りのような身体ケアが行き届き、家族に対し食事や休息するための椅子やベッドを提供するなどの配慮がなされ、入所者が安らかな死を迎えることができたことに満足していた。しかし、家族に対する死の予測についての情報が提供されず、死に立ち会うことができなかった家族は不満を訴えていた。死の予測についての情報提供が家族に提供されるよう、Nursing Home に有資格の職員配置、職員の継続教育、終末期ケアの質の評価が重要な課題であることが示された。

遺族を対象とした死亡場所による終末期ケアの質を評価した質問紙調査（池上・池崎, 2013）によると、病院と特養の終末期ケアの質の比較では、特養の方が高かった。日本とアメリカとの終末期ケアの質の比較は、特養はほとんどの分野で高く、病院は分野により異なった。遺族は特養の「協働の意思決定」、「患者を尊重したケア」、「家族への感情的サポート」を高く評価していた。

全国13か所の特養が過去3年間に看取った68事例の調査では、（全国高齢者ケア協会, 2011）看取り後、特養での看取りに満足している家族がいる一方で、病院で治療を受けるべきであったと悔やむ家族がいることが報告された。

これらの報告から、家族は入所者を特養に入所させたことや、病院での治療を行わず特養を看取りの場所として選んだことなどについて揺らいでおり、看取り期だけでなく長い入所期間の中で、入所者と家族のニーズに敏感に対応し、職員との信頼関係を構築し看護師からの死の予期に関する情報を提供することが求められていることが示唆された。また、家族は、入所者が穏やかに過ごせるよう援助されることで、大切な人を失っていくことに対処し、特養で看取ったことを肯定的に捉えることができる可能性が示唆された。さらに、家族は、静養室のような家族で過ごせる環境を提供されることを求めている。

D. 看取りに積極的な特養のケア

特養の看取りに関する研究は、看取りの実施状況や課題を調査するものから、積極的に看取りに取り組む施設のケア実践を探求するものへと焦点が移行しつつある。

医師を配置し、積極的に看取りに取り組む特養 1 施設において、家族 9 名、職員 31 名を対象とした施設内における死に対する家族と職員の思いについての質問紙調査(宮原・人見・新藤他, 1997)によると、麻薬などを積極的に利用し苦痛の緩和をはかり、安らかな死を迎えるよう工夫されており、家族の全員が「よかった」と回答していた。職員の回答は「よかった」が 54.8%、「仕方がなかった」が 29.0%、「病院に入院させればよかった」が 9.7%、「もう少し何かすることはなかっただろうか」が 6.5%であった。施設内で医療を実施するほど看護師や職員の仕事量が増加し、少ない人員体制の施設内で看取ることの厳しさがあるが、施設内における死が「満足できる死」となるには、福祉の場であっても、24 時間対応できる医療の充実の必要性を訴えていた。

特養に常勤医を配置することによる医療福祉的効果について、特養 1 施設の入所者全員(110 名)を対象とした 6 年間にわたる調査(宮原, 2001)によれば、常勤医の配置により入院件数・投薬剤数の減少、施設内死亡の増加、老衰の増加などの成果があり、入所者は最期まで診てもらえるという安心感があると答えていた。このことから、宮原は特養に、病院でみられる管理された医療ではなく、その人にふさわしい生活を大切にした医療福祉的視点で、必要な医療を必要なだけ提供できるよう、常勤医師の配置や、看護師の夜勤など、介護保険の中で医療体制の整備がなされることを訴えていた。

介護保険制度の導入により、特養は入所者が重度化するようになり、生活の場のみならず看取りの場としても位置付けられた。林・小野・坂田他(2004)は、看取りを行う方針がある施設、行わない方針の施設、および看取りの方針が不明な施設があることを明らかにした。看護職は、施設方針に関わらず本人・家族の求めに応じた施設内の死の看取りを肯定的に受け止めていた。積極的に看取りに取り組む施設の看護師は、特養の入所者が最期を迎えるためにどのようなケアをしているのだろうか。

看取りに積極的に取り組む特養の看護師 12 名を対象とした面接調査(井澤・水野, 2009)によると、看護師は、入所者が入所時から過ごしてきた特養での生活を維持することで、入所者が残された日々を最期まで施設内で過ごすことができるよう、看護師は、入所者の身体状態が低下しても、可能な限り職員や他の入所者との人間関係が維持され、最期の瞬間まで

入所者が希望するやり方で食事、排泄、入浴、移動、更衣や洗面などを援助すること、入所者が最期まで経口摂取できるよう努めていた。さらに看護師は、入所者に対して常に入院するかどうかの判断を行い、入所者にとってどの場で最期を過ごすのが最適なのかを考え、家族に看取りに参加させることで家族に入所者の死を予期させるように援助していた。また、看護師は医療者の立場から医療的な側面から入所者の状況を判断し、介護職に指導し、入所者の残された時間を充実させるために各専門職をまとめていると報告していた。

アメリカの Nursing Home における面接調査 (Deborah & Abbie, 2009) によると、死が近づいている入所者へのケアは「症状の評価と管理」、「家族ケア」、「その人を中心とした関わり」、「他職種とのチームワークの調整」であった。看護師は、入所者の苦痛を軽減するため高齢者に負担となる活動の中止、食欲低下や食事を拒む時には食事を無理にすすめない、内服薬の中止、口腔内乾燥に対し氷片を提供、失禁による不快を軽減するため排泄ケアの頻度を増やす、入所者に疼痛管理が必要な場合は施設内にあるモルヒネを投与するなど、標準的なケアではなく、入所者が必要としているケアを提供していた。入所者の死の不安を緩和するため、入所者のそばで共に過ごす時間を大切にしていた。家族がいない入所者には、より多くの時間を共に過ごし、手を握るなどすることは看護の重要な役割だと認識していた。アメリカの Nursing Home では緩和ケアのための医療が提供されており、家族のような全人的なケアが提供されていることがうかがわれた。

アイスランドの Nursing Home で行われた参加観察 (Emilsdottir & Gustafsdottir, 2011) によると、看取り期にある入所者にとって緩和ケアが最も重要で、入所時から不安や不眠を予防し軽減するケアが開始されていた。死は生活の一部で入所者は徐々に衰え、ほとんど苦しみことがなかった。スタッフは入所者の死についてオープンに話す、入所者と家族は死について話すことがなかった。看護師は看取りケアの中心的な存在で、安らかで尊厳のある看取りケアを提供することは看護師の責任だと考えていた。高齢者のための Nursing Home のケアと緩和ケアユニットのケアの類似点が多く、Nursing Home のケアに緩和ケアが必要であるという国民意識を持つことの重要性が強調されていた。アイスランドの Nursing Home では、緩和ケアに必要な医療が提供されており、日本の特養で提供できる医療が異なっていた。

オランダの Nursing Home で行われた参加観察 (Gijssberts, Muller, Hertogh, et al, 2013) によると、看護師は看取り期にある入所者の安寧を目的に抱きしめる、儀式、音楽により精神的なケアを実践していたが、これらのケアはケアプランやカルテに記載されていなかった。さらに看護師は、自分の空き時間においても専門家としてではなく高齢者を支援していた。家

族のように高齢者を気遣うケアが提供されていることが伺われた。

長畑・松田・山内他（2012）は、特養における看取りケアの標準化を目的に、看護リーダー24名に対する面接調査から看取りを支える看護実践リスト案を作成した。作成したリスト案を43名の看護リーダーに質問し調査をおこない看護実践リストを作成した。看護実践リストは「看取りを前提に入所を受け入れる」、「看取りが近いことを察知して準備する」、「看取りが現実ものとなり実践する」、「家族や他の入所者をフォローしつつケアを振り返る」の4局面ごとに、入所者に対するケア、家族に対するケア、介護職への支援、医師との連携の枠組みで分類された。入所時から施設での看取りを視野に入れて情報収集や意向確認を行い、看取り終えるまでの経過に沿った大項目と小項目に整理され、小項目では、入所から看取り終えるまでのプロセスに沿って網羅的に看護内容が行動レベルで提示されたことが新たな知見であった。医療ニーズへの対応に限界がある特養においては、入所者と家族に「ここで看取ってもらいたいと思ってもらえる信頼関係」の構築と、介護職との協働関係の構築がケアの前提として必須であるとされていた。

看取りケアに熟練した看護師2名と介護職2名を対象とした面接調査（鈴木・流石, 2012）によると、その人らしい最期を迎えるために必要なケアは、「生活歴、価値観等について聴いたり、様々な方法を用いて入所者を注意深く観察する」、「その時のその人の意思やニーズを尊重し関わる」、「看取りケア計画段階から家族も含めた関連多職種が協働して行う」、「居室の環境を安心して過ごせるように整える」、「感染防止と共に、苦痛を取り除き安楽にする」、「最期が近くなったら、独りぼっちにせず、声かけやスキンシップを行い皆で見守る」、「本人と残された家族へのケアに職員全員で関わる」、「旅立ちの際は、身なりを整え自然体で送り出せるようにする」であった。この研究では、看取りの時期だけでなく入所者を看取った後の家族のケアまで明らかにされており、病院と違って入所者や家族と職員の関わりが長いという特養の場の特徴がうかがわれた。

看護師6名、介護職7名を対象とした特養で課題とされている職種間の連携のあり方を問う面接調査（坂下・西田・奥村, 2013）によると、入所者を大切に思いながら看取りに関わることによってお互いの気持ちが重なり、「その人への思い」「看護師・看護職の役割」「協力し合える仲間の存在」が影響し合い「安らぎを導くためのケア」を模索していた。看護師は特養という医療専門職が少ない環境の中で、医療的な判断・責任を任される役割を自覚しながらも、プレッシャーを感じていた。その看護師の気持ちは、「その人への思い」「看護師・看護職の役割」「協力し合える仲間の存在」によって支えられていることが示されていた。

看護師は看取りケアがいつから、どのように始まるのか、どのような状況から判断しているのだろうか。看取り介護体制がある 84 施設の看護師を対象にした質問紙調査（白石・竹田, 2013）によると、多くの看護師は医師が看取りと判断した時を看取りケアの開始時期と認識していた。看護師は食事がとれなくなるなどの変化を看取りケアを開始する判断の指標としており、医師が判断するよりも前に入所者が看取りの時期に入りつつあることを捉えていることも明らかにされた。

看護師が入所者の死期を判断するサインとそのサインを察した時期を問う面接調査（岩瀬・勝野, 2013）によると、死期を判断するには 2 つの段階がある。第 1 段階は、死の約 1 ヶ月前あたりで、それまでの安定した日常生活から変化することから看護師が察知するサインで、「目力のなさ」、「顔色の悪さ」、「活気がないこと」、「生きることへのこだわりがなくなること」、「反応の低下」、「傾眠がち」、「死臭」、「皮膚がきれいになってゆくこと」、「食事摂取量低下」、「突然の経口摂取困難」、「体力低下」、「回復と悪化を繰り返すこと」、「通常より約 20% の体重減少」、「通常より約 50ml の尿量減少」であった。第 2 段階は、死の約 2 日前に観察されるサインで、「呼吸状態の変化」、「痰喀出量増加」、「意識レベルの低下」、「通常より約 30mmHg の血圧の低下」であった。これらの中で、「皮膚がきれいになってゆくこと」は、新たな知見で看取りを積極的に行う施設では、点滴をしないなど極力医療的な介入を排して看取りが行われていることを反映しているものと推察していた。前出のアメリカの Nursing Home では、看護師は入所者の食欲不振、体重減少、無呼吸などの呼吸状態の変化、チアノーゼ、疼痛の増強、衰弱、脱力、不穏、不安などから看取りが近いことを認識していた（Deborah & Abbie, 2009）。看護師による死期を判断する基準は、食欲不振、体重減少、呼吸状態の変化などであり、岩瀬ら（2013）の報告と類似性が示された。

文献検討の結果、海外の Nursing Home は、福祉施設で医療の制限のある特養と異なり、ある程度の緩和ケアのための医療を受ける医療体制があり、施設内で死亡する割合が高かった。過剰の医療を提供せず、共に過ごす時間を大切にする、家族がいない入所者に家族のようなかわりを持ち入所者に寂しい思いをさせないようにする人間的な関わりを大切にし、看護が看取りの中心的な存在であることに類似性が見られた。看護師がより自立的に看取りの時期と入所者の意向に沿った医療の必要性を判断し、入所者が希望する場で最期を迎えられるよう介護職や医師との連携を図り、職員との温かな交流のなかで最期までその人らしい生活が継続できるよう援助しているとうかがわれた。

特養において、積極的に看取りケアに取り組むようになった歴史は浅く、特養の看取りに

関する研究は看取りの場面を研究することの倫理的な困難さもあり、質問紙やインタビュー調査によるものであった。これらの研究手法の限界として、特養という場で、看護師がどのように入所者の生活を支え、家族と関わり看取りケアを行っているのか、常駐していない医師や介護職との協働、入所者本人や家族の意思確認のあり様を含む実際の場面を観察したものは少ない。特養の看取り看護実践の内容は明らかにされつつあるが、看取りケア実践の過程が明らかにされているとは言い難い。今後は、具体的な事象や職員の行動に密着しながら、入所から看取り後までの入所者と家族への看取りケアの実際を知ることができる可能性のあるフィールドワークを用いた看取りケアを記述していくことが必要であると考えた。

Ⅲ. 研究方法

A. マイクロ・エスノグラフィー

本研究は、看取りケアに積極的に取り組むという特定の文化を持つ看護師が主導する特養に研究者が参加し、その特養における日常を詳細に観察し、丹念に記述しそこで起こっている様々な出来事や、制度が人々の行動や意識をどのように影響しているのかなどにも注意を払い、そこで生じている事象の文脈もろとも探求し、そこで生活する人々にとって看取りケア実践にはどのような意味があるのか、入所者や家族に対する看取りケアの過程を探求することができる研究方法であるマイクロ・エスノグラフィーを用いた。

エスノグラフィーとは、ある一つの文化がどのようなものであるのかについて、フィールドワークによる現地の体験を通じた調査プロセスと、その結果から人間の行動や判断についての理解を記述により再現したものからなる調査方法である。フィールドワークは、文化人類学や社会学においてエスノグラフィーの技法として築き上げられた研究方法である。フィールドワークとは、参与観察法により、研究者が長期間にわたり、研究対象となる人々とともに生活し調査地の人と関わり合い、それらの人々の生活の場で絶えず進行する彼らとの相互作用から、現地の人々が多少とも共有していると思われる知識、その文化の成員の日常、非日常的活動の情報をその成員の行動や言葉を目の当たりにし理解したことについて書くことである。(Maanen, 1999, p.19-56)。

マイクロ・エスノグラフィーは、フィールドワークのうち、限定されたフィールドでの微視的な人間行動の観察は相互関係の解明に力点があり、典型的な人類文化学のフィールドワークがある地域や組織体などマクロな次元で研究する場合とは研究の問い、フィールドワー

クの進め方、分析の枠組みも異なる。マイクロ・エスノグラフィーは、人々の生きている意味世界を一人一人の行動や語り、二者関係のやり取りなどに注目して読み解くだけでなく、周囲の人々との関わり、さらに個人のレベルを超えた組織や制度などからどのような影響を受けているのか、微視性と全体性の両方を視野に入れて、フィールドで見られる諸事象を加観察する方法である。この方法は「持続性と関与性 (sustained and engaged)」「微視性と全体性 (microscopic and holistic)」「柔軟性と自己修正性 (flexible and self-corrective)」という3つの特性を有する(箕浦, 1999, pp11-15)。

「持続性と関与性」とは、継続的に日常生活が行われている場で暮らす人々の生活に参加すること(箕浦, 1999, p.15)によって、人々の生活の仕方、考え方に寄り添いながら共に体験することである。このことを通して、そのフィールドならではの考え方の枠組みを理解することができ、自分自身に身についた当たり前すぎて見えにくかったものの見方に気づくことができる。本研究では、生活の場で看取りに取り組む特養を、文化人類学でいう一つの社会と捉え、エスノグラフィーのフィールドワークを通じて理解を深めたいと考えた。特養において医療処置を少なくして看取りに関わる人々にとっての看取りの意味や価値は、病院においてある程度の医療処置が前提にある看取りにかかわる看護師にとっての看取りとは異なっている可能性がある。これまで病院で行われてきた看取りの理解を越えて、生活の場における看取りの意味や価値を理解するには、「持続性と関与性」として特徴づけられるマイクロ・エスノグラフィーのフィールドワークが必要であると考えた。

「微視性と全体性」とは、人々の活動や行為の観察から意味を引き出すため、行為の微視的記述とともに行為を取り巻く大きな状況にも広く目配りすることである(箕浦, 1999, p.15)。人々の活動や行為の観察から意味を理解するには、入所者と看護師という一対一の関係の中でどのようなやり取りが交わされているのか、それにはどのような意図や意味があるのかという微視的な視点と、それに入所者や看護師の背景がどう影響しているのか、さらに、このような個人のレベルを超えて組織の理念や管理者の方針、組織を越えた政策や制度の改定などの要因が入所者や家族へのケアに影響を与えているのかという状況も考慮することが必要である。「微視性と全体性」により、フィールドで見られる相互構成関係を理解することができる考えた。

「柔軟性と自己修正性」とは、必要に応じてデータ収集・分析の段階で研究疑問や観察の焦点を柔軟に変えて、研究の進路の修正を行うことである(箕浦, 1999, p.16)。例えば、フィールドの文化に不慣れな研究者の行動に対する人々の反応から、不適切な質問であったこと

を振り返り、確認のインタビューは時間をおいてから行う。研究者の疑問や知りたいことを聞こうとするのではなく、人々と共に行動し人々が伝えようとしていることに目を向け、そこでの声に耳を傾けることに徹するというデータ収集の方法を検討しなおすことも必要である。エスノグラフィーでは、先の「持続性と関与性」で述べたようなフィールドワークを通して、研究者がその社会への参加を深めれば深めるほど、それまでの研究者のものの見え方が変化する、当初計画していたものとは別の方法が望ましいと気づくなどの事態が生じてくる可能性があるため「柔軟性と自己修正性」が可能な方法が適していると考えた。

B. データ収集場所

データ収集の場所は、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト WAMNET（ワムネット）を用いて検索を行った。検索の条件は、研究者がアクセス可能な関東圏内で、看取り介護加算が創設された 2006 年以前から看取りに取り組み、看護師が施設長であり、24 時間看護師を配置した体制を整え、看取りの指針が活用され、施設内研修が行われており、福祉サービス第三者評価を受け、看取りを行っていることが評価されている、以上の条件をすべて満たしていることとした。これらの条件を満たした施設は、社会福祉法人が運営する 1 施設であった。

この施設において、2014 年 1 月から 4 月と 7 月から 9 月まで計 7 ヶ月間の実習を行った。看護師と職員は、入所者と家族の希望によりがんの痛みや創傷のケアにも対応しながら、その人を中心とした看取りに取り組み家族はそのケアに満足していた。また、看護師が自律的に判断し、看取りだけではなく、日常生活援助、特に経口摂取、トイレでの自然な排泄を目指している。その他、認知症のケア研修により職員の自覚や知識、技術を高めているなど、本研究のデータ収集場所として適切であると判断し、データを収集場所とした。

C. データ収集期間

データ収集期間は、2014 年 10 月から 2015 年 9 月までの 12 ヶ月間であった。参加観察は、週に 1~4 回行い、92 日間にわたってデータを収集した。

D. 研究参加者の募り方

1. 研究施設への研究協力依頼方法

施設長に研究の趣旨と方法、倫理的配慮を文書と口頭で説明を行い、研究協力の承諾を得た。文書は、施設長用研究協力依頼書（資料 1）、研究計画書（資料 2）、研究参加同意書（資料 3）、施設用デモグラフィックシート（資料 4）、研究参加依頼ポスター（資料 5）、職員用研究参加依頼書（資料 6）、職員用デモグラフィックシート（資料 7）、入所者用研究参加依頼書（資料 8）、入所者家族用研究参加依頼書（資料 9）入所者同意撤回書（資料 10）、職員・家族同意撤回書（資料 11）を用いることを説明した。

2. 研究参加依頼方法

看護師及び職員には、それぞれの責任者に依頼し事務所と医務室に研究参加依頼ポスターを掲示して、研究の周知と研究参加の協力を依頼した。職員には、個別に口頭と文書で研究の趣旨と方法、倫理的配慮を説明し、研究参加者を募った。

入所者については、特養の入所期間が平均 4 年（厚生労働省, 2013）であることから、入所から看取りまでの経過を追うということは、研究期間上難しいと考えた。このことから、研究施設の全体を観察しながら、入所者や家族と関わりを持ち、協力を依頼したい入所間もない時期、安定している時期、医療介入が必要となる時期にある協力を依頼したい入所者を検討した。次に、その入所者と家族に研究の趣旨を説明し個別に口頭と文書で研究の趣旨と方法、倫理的配慮を説明し、研究参加を依頼した。入所者は認知機能障害などがあり、その場での説明には同意できてもその記憶を維持することが難しいため、研究参加については家族の同席のもと説明をした後、家族からの代諾を得た。家族にも研究参加の同意を得た。研究参加者には同意撤回書を渡した。

F. データ収集方法

本研究のデータ収集方法は、フィールドワークであった。フィールドワークでは参加観察を中心に行い、インフォーマルインタビューを行った。

1. 参加観察

研究の目的に沿って、主に日勤帯、看護師に同行し入所者や家族と関わる場面を中心に観察を行った。また、入所者や家族に対する看取りケアを理解するために、入所者について話

し合われる、申し送り、カンファレンス、職員の直接的な関わりを観察することができるフロア、居室、静養室、医務室などで行い、看護師あるいは看護師と入所者、看護師と家族、介護士やケアマネと家族、入所者と家族、職員同士の言動やその時の表情を捉えた。その時、その場で生じる研究参加者の言動や行動を手がかりに、職員が日常どのように入所者に対応しているのか、入所者の家族に対してはどのように関わり、情報を得たり、伝えたりしているのか、同職種・他職種間でどのような情報を共有しているのか、それらはどういう意図や意味があるのか共感的に理解し、研究参加者のおかれた文脈もろとも理解に努めるよう、観察を行った。また、看護師や介護職から自然発生的に情報提供や助言を求められた場合、吟味し誠意をもって対応した。

職員、入所者、家族に対して、看護師の資格を持つ大学院生で研究のために来ていることを自己紹介し、職員と同様にポロシャツにスラックスという服装に名札をつけた。原則的に、研究者は看護師と職員、入所者、家族に参加観察を行うことをあらかじめ口頭で確認し、状況に応じて看護師や職員からも入所者や家族に口頭で確認してもらい、了承が得られた場合のみ観察を行った。

研究者は、研究開始以前に、実習として同施設でフィールドワークをした経験がある。参加施設の構造や1日の流れを既に把握しており、職員と入所者の多くと顔見知りの状態で、本フィールドワークを開始した。

フィールドワークを開始して1か月後から、看取りケアが必要になる入所者が複数あり、看護師に同行して観察する機会が増え、看護師から意見を求められることや、聞き役になることが徐々に増えた。介護士から、ケアの同行の誘いや一緒に食事介助をすることを求められるようになった。4か月を経過するとケアマネからカンファレンスの日程などの情報を提供してくれるようになり、看護リーダーからは、日時の調整をせず必要に応じて自由に参加観察してよいと許可された。

観察内容はその日のうちに記録した。看護師と入所者や家族とへの関わりの心的過程や行為の微視的過程を捉えるため、観察した出来事や行為、会話の詳細を記録した。またそれに関連している人々との関係や制度とも関係も含めて解釈した。

2. インタビュー

研究参加者のうち、看護師と職員に対して、参加観察で研究の目的にそって疑問に思った場面や気になった場面、解釈の妥当性についてインフォーマルなインタビューを行った。インフォーマルなインタビューは観察した出来事が起きた直後に質問することで、それらの活

動がどのような意味を持つのか理解できる（Poper & Shapira, 2000/2003）ことから、看護師や職員が、看取りケアに関することについて、できるだけ自由に語ることができるように行った。インタビューは、研究参加者の負担とならない時間に承諾が得られた場所で行い、承諾が得られた場合は内容を IC レコーダーで録音した。終了後速やかにメモに研究参加者の表情や行動、雰囲気などを合わせて記載し、逐語録を作成した。

3. 記録物

参加観察とインタビューだけでは収集できない入所者の経過や日々の状況などの情報について、看護師や入所者とその家族の了承を得て入所者記録と看護師が日々記録している連絡ノートからデータを収集した。

G. データ分析方法

データ分析は、参加観察やインタビューによるデータ収集と並行して進めた。フィールドワーク後、研究者が観察した場面設定と具体的な行為や会話をフィールドノーツに記述し、インタビュー後には逐語録を作成した。その際、印象や疑問に思ったことなども書き留めたメモを作成した。フィールドノーツは、観察した日別、場面別に整理した。次に、入所者ごとのフィールドノーツを抽出し、入所者に対する看取りケアの経過を整理した。

続いて、フィールドノーツ、逐語録、メモを繰り返し熟読し、研究目的との関連を意識しながら、観察や発言内容で特に重要と思われる点に注目し、観察した場面がどのような場面であったのかを要約し、テーマをつけた。次に、個別の事例の看取りケアの過程が明らかになるようデータの特徴的な場面を抽出し再構成した（箕浦, 2009,p.18-34）。

さらに、看護師の入所者と家族へのケア、看護師が入所者と家族をどのように捉えているか、家族が看護師の働きかけをどのように捉えているか、職員が入所者や家族をどのように捉えているか、多職種との関わり、生活の場における医療の提供、制度の影響を検討しながら進めた。テーマの抽出は、参加者の表現とその意味を損なわないように心がけた。

データの分析過程では、指導教員との面接によりデータの取り方や解釈についてスーパービジョンを受け、Lincoln & Guba（1985）による質的研究の真実性の基準である信憑性（Credibility）、転用可能性（Transferability）、確実性（Dependability）、確認可能性（Conformability）の確保に努めた。データの解釈は、必要に応じて研究参加者に確認した。

H. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認（第 2014-94）及び、研究施設の承認（2014.10.7）を得た。その後、職員に対して、本研究に参加することによる不利益を受けない権利の保障、自己決定の権利の保障、同意撤回書について説明した。また、フィールドワークから得られた、データは厳重に保管すること個人が特定されないよう、プライバシー・匿名性・機密性保持の権利の保障について説明した。また、研究結果は、文書または口頭のいずれか研究参加者が望む方法で伝えること、学位授与に係る論文の全文を大学の協力を得て、インターネットにより公表し、学会、学術雑誌などでも公表すること、研究結果の送付を希望する参加者には、研究参加同意書に記された郵送先に送付することについて説明した。以上の研究に関する説明と同意を得た上で、研究計画書に基づき研究を開始した。

研究を開始した後、家族会の代表者の許可を得て、家族会で研究の趣旨を説明し、理解を得られ、家族会会報により参加できなかった家族にも周知された。

入所者の約 8 割に認知症があり、認知症の診断がされていなくても年齢相応の記憶障害をはじめとする視覚、聴覚の障害があった。そのため、研究者が依頼をしたい入所者となじみになった後に、家族の同席の下、入所者にわかりやすく理解できるように説明し同意を得た。入所者の状況により入所者からの同意を得ることが難しいと判断した 4 名については、家族に個別に文書および口頭で研究の趣旨について説明し、家族から研究参加の代諾と家族の同意を得て研究参加者とした。入所者本人からの同意が難しい家族は、このような状態になっても誰かの役に立てるなら、本人も喜ぶと快く参加の代諾を得ることができた。

研究者は、同意を得て看護師や職員と行動を共にし、状況に応じて入所者へのケアに参加しながら観察を行った。フロアでは、介護士と入所者が行うおしぼり巻きの手伝いや、お茶配り、食事の配膳や食事介助、下膳などを手伝いながら観察をした。看護師が入所者の処置をする時は必要時、手伝うことができる場所に位置し、看護師と入所者や家族が話をする時には、後方に位置して観察を行った。カンファレンスや面談の場面では、家族の同意を得て、職員が指示した席で観察を行った。家族から研究者にカンファレンスへの同席を求められた時には、求めに応じてカンファレンスに同席した。職員から、話しかけられた場合にはその求めに応じ、時間の許す限り聞き手となった。看護師から臨床的な判断の相談があった場合には、一緒に考えるという立場をとって、入所者の不利益とならないよう対応した。

IV. 結果

本稿では、フィールドワークの結果、A. 施設と参加者、B. 看取りケアの過程と特徴について記述する。看取りケアの過程は、「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築する」時期、「その人らしく老いる生活を維持する」時期、「その人らしい」看取りを支援する」時期を経てその人の生活の延長線上にその人らしい安らかな看取りがあるという過程があることが明らかとなった。入所者の看取りケアは生活支援そのものであり、一人ひとり、一事例一事例が特別であると考え、事例を通してこの3つの過程に沿って特徴的な看取りケアについて述べる。

それぞれの事例に登場する研究参加者の氏名はすべて仮名とし、研究者を「私」と記した。研究参加者の語りの引用は、本文中に「 」で示し、フィールドノーツの引用は段落ごと字下げ、ゴシック体で表した。(FN-〇〇****①)は、フィールドノーツからの引用で、〇〇は入所者の場面であることを示し、名前の次の数字は、参加観察した日付で、その次の丸で囲んだ数字は、参加観察した日に複数の場面が観察された場合、観察した順に番号を付した。

A. 研究施設と参加者

1. 研究施設

a. 研究施設の概要

研究施設は、2001年に開設された53床の特養で、21床のショートステイを併設していた。居室は個室、2人部屋、4人部屋があり、4人部屋はそれぞれ壁で仕切られプライバシーが確保されていた。トイレは、各フロアに10か所設置されており、全てのトイレが車椅子を使用して、複数の介助者が介助できる十分なスペースが確保されていた。

静養室は、2床室程の広さがあり、医務室の隣に設けられていた。静養室は、看取りだけでなく、面談、出前の食事会の場所、実習生の控室として多目的に活用されていた。参加施設の見取り図を付録図1に示す。

職員の構成は、介護士は23名で20歳代の職員が多く、看護師は常勤が3名、昼間のみ、夜間のみなどの非常勤が7名で臨床経験が豊かな看護師が多かった。職員は、好みの色のポロシャツにスラックスという普段着のような服装をしていた。看護師は、介護職と見分けがつくようにエプロンを着用していた。

職員の勤務は、看護師は2交代制で24時間配置されていた。介護士は、早番、日勤、遅番、夜勤の変則交代制で勤務が組まれていた。

医療体制は、近隣の開業医 2 名が配置医師（以下；医師）として入所者の半数ずつを担当し、各々、週に 1 回 1 時間程の往診をしていた。医師は、平日（23～6 時を除く）の電話連絡対応が可能であった。薬局の薬剤師が、往診に同行していた。歯科、皮膚科医師の往診は 2 週に 1 度、歯科衛生士は月に 6 回、作業療法士による機能訓練は 1 週に 1 度、必要に応じて言語療法士への相談が可能であった。

基本的に 6 ヶ月に 1 度、家族を含め、介護支援専門員（以下；ケアマネ）看護師、介護士、栄養士が参加しカンファレンスが行なわれていた。入所者の心身上の変化がある場合などは、必要に応じて随時カンファレンスを行っていた。カンファレンスへの本人の参加、不参加は、本人の希望にそっていた。

日常生活のケアでは、嚥下機能の低下がみられる入所者には、看護師、介護士、管理栄養士、言語聴覚士とで食事形態、援助方法を検討し経口摂取による、自然な生活が送れるよう支援していた。また、トイレでの自然な排泄を目指し、2 人の介助が必要な状態であっても便座に座ることができる入所者には、パンツタイプのおむつを活用し、トイレで排泄できるよう支援していた。入浴は、週に 2 回行われ、入所者ひとり一人の状態に応じた介護用の浴槽を活用し個別入浴をしていた。

入所者の尊厳の尊重についての自覚が高まるよう、全職員に対する認知症ケア、看取り、接遇などの研修が行われていた。

入所者が、地域の一員としての生活が送れるよう地域に開かれた福祉施設を目指し季節ごとの行事を企画し、地域の人たちを招き入所者と交流する機会を設けていた。また、入所者の誕生会や季節の行事、行事食の企画、さらに日常ケアボランティア・傾聴ボランティアの協力を得て入所者の生活が豊かになる工夫をしていた。

b. 入所者の概要

入所者の平均年齢は、概ね 90 歳、要介護度は平均 3.9 であった。平均在所日数は、2013 年度は 910 日、2014 年度は 850 日と短縮傾向にあり、全国特養の平均在所日数は（2013 年度現在）1405 日に比べ、平均在所期間は短い。平均年齢と要介護度は、他の特養と同等であった。入所者 53 名のうち約 8 割が女性であり、入所者の約 8 割に認知症があった。一人で歩行できる入所者は、全体の 1 割に満たず、車いすを自走できる入所者は、2 割程度であった。胃瘻がある入所者は 5 名で、この他 1 名は、経口から食事をしており、胃ろうを使用していなかった。

研究施設への入所経路は、自宅からが2～3割で、他施設からの入所が7～8割を占めていた。年間の入所者数は、18名前後で7～8割は入所時から自然な看取りを希望していた。しかし、入所時に本人の看取りに対する意向の確認ができることは少なく、看護師は、家族に本人の思いを汲んでターミナルケアに関する事前の意向の決定をするように説明していた。家族の1～2割は、入所時に看取りについての意向が定まっておらず、他の家族と相談して看取りを希望していたが、中には延命処置（気管内挿管、心臓マッサージ、経管栄養）を希望している家族もいた。2～3割の家族が、これまでに延命治療の説明と事前の意向確認をされたことがなかった。看護師は、そのような家族に対して、これから予測される衰えからくる体調の変化や、もともとの疾患による急変とその対応についての説明をしていた。

2. 研究参加者

研究参加者は、研究参加の同意が得られた55名であった。そのうち職員は33名で、内訳は、施設長1名、看護師7名（常勤3名中3名、非常勤7名中4名）、介護士23名のうち17名、生活相談員1名、介護支援専門員1名、管理栄養士1名、歯科衛生士1名、医師2名、薬剤師1名であった。入所者11名と家族11名の計22名であった。

主な職員の概要を表1に、入所者の概要を表2に示した。看護師の平均年齢は、43歳（23歳－59歳）、平均経験年数は、16年（1年－35年）であった。当該施設での平均経験年数は、2年半（6ヶ月－7年）であった。看護師のうち1名が准看護師であった。看護師は、新卒の看護師以外は、全員一般病院での勤務経験があり、さらに、訪問看護、施設看護など幅広い経験があった。介護士の平均年齢は、30歳（22歳－54歳）、平均経験年数は、4年（1年－12年）、研究施設での経験年数は、3年（1年－7年）であった。看護師1名を除いて、全員に研究施設で看取りの経験があった。看護師と介護士は、研究施設での勤務経験は同等であったが、職務経験は看護師の方が長かった。

入所者は、11名のうち10名が女性、1名が男性であった。入所者の8割が女性であることから、参加者の多くが女性であった。入所者の状況は、入所から安定している時期の人が2名、安定している時期の人が2名、安定している時期から医療や介護が必要となる不安定な時期の人が1名、安定している時期から死亡までが4名、不安定な時期から死亡までが2名であった。研究参加中に死亡した参加者は、6名であった。死亡した4名は比較的ゆるやかな経過、2名は急速な経過で亡くなった。入所者の主な面会者は子供、中でも長男が最も多かった。次いで長女であり、配偶者は1名のみであった。身寄りがない入所者には成年後

見人による月に1度の面会があった。

3. 組織文化：よくなるためには「何でもあり」

看護師である施設長は、医療スタッフが全てをコントロールする病院の終末期ケアに疑問を持ち、訪問看護に転じ、生活の場でのケアの経験から、病院での常識は普通の生活にとっては非常識であったと、看護に対する価値観が転換した。そこで、訪問看護よりも長時間、高齢者に関わることができることに魅力を感じ、特養での看護に転じたと言った。開設当時の看護師が全員、訪問看護の経験があったことから、生活の場で死を看取るのは当然という文化が生まれたと言った。

施設長は、介護職の安心が、ひいては入所者の安心につながると考え、開設以来、経営上、困難なこともあるが、24時間看護師を配置する組織づくりをしていた。施設長は、「生活の場では、(入所者が)よくなるためには『何でもあり』で、じっくり時間をかけて、その人がよくなるポイント探しができるのは、施設ならではの。その人が、家で大切にしていた物や生活習慣を尊重した方がいい。行動を抑制したり、制止したりせず、床を這ってでも自分で動いた方がいい。医療現場でよく見られるこうあらねばという医療職の発想は、生活の場には、なじまない。特養は、生活の場であり、入所者の病気を探し出す場ではない。体がどのような状態であるのかが、解っていればいい。これが、特養と病院との大きな違い。入所者の命の灯が、段々と弱くなりやがて消えていくのを黙って見守ることが、入所者にとって最高の看取りで、医療行為は全く必要ない」と語っていた。施設長は、住み慣れた場で過度な医療行為を否定することにより、その人らしく生活することができると考えていることから、原則として医療行為は、行わないという方針を示していた。その方針の通り、居室には、入所者の好みの家具や写真や信仰に関する置物が置かれ、その人の状況に応じた居室のレイアウトがなされており、その人らしさが現れていた。

ある看護師は、「入職したての頃、異食行動がある女性の入所者がいて、おむつを食べて、もし喉に詰まらせて死亡したらということを考えて、夫につなぎ(服)の説明をして承諾を得たことを施設長に報告した。施設長は、つなぎ(服)を考える前に、他に考えられる手立てをすべて考えろ、縛られるくらいなら、おむつを食べて死ぬほうが(入所者にとって)本望だってすごく怒って、絶対につなぎ(服)を着せてもいいと言わなかった。施設長の『何でもあり』という意味が、その時の自分には、全く想像もつかなかった。とにかく介護士と相談しながら、みんなでやれることを頑張っているうちにケアが変わって、自然に落ちつい

た。実際に体験してみなければ、『何でもあり』という意味はわからない。職員の関わりで入所者の状態が落ち着くというケアを体験してから、ケアに対する考え方が変わってきた。他の入所者が落ち着かなくて、(その入所者から)一緒にいて欲しいと(言われ)、そばを離れられない大変な時は、その人のベッドと一緒に寝たこともある。でも、『絶対に薬はもらえない』(向精神薬は絶対に出してもらわない)。職員の関わり次第で認知症の人の周辺行動がよくなるから。段々、『何でもあり』ということがわかってきた。今は、その時の施設長の意見に賛成になった」と語った。

施設長と看護師が語ったように、職員は入所者に、ミトン・つなぎ服・車いす安全ベルトなどの身体拘束を一切行っていなかった。ベッドからの転落の衝撃を緩衝する目的で、ベッドの高さは最低にされており、床には衝撃緩衝用のマットが敷かれていた。職員は、転倒や転落が起こることを前提として、家族に対し身体拘束をしないことを説明していた。フィールドワーク中にも、転倒による骨折、車いす・ベッドからの転落は起きていた。職員は、転倒や転落が生じた際には、すぐに家族に電話で連絡をしていた。転倒して大腿部を骨折した入所者の家族は、「自宅で介護していても片時も目を離さないということは難しい。母が、自分で歩きたくて転んだのだからそれは仕方がない。自宅で転んでいたら、これでは済まなかったかもしれない。骨折した後も、歩けるようにしてもらって、母を自由に生活させてもらっていることがありがたい」と話していた。その人の尊厳を脅かす身体拘束は絶対にしないという施設長の方針が貫かれ、その方針に家族は納得していた。

また、入院中に医師から、胃ろうの造設を勧められた入所者の夫は、胃ろうまで作って生きるのはしのびないと看取りを目的に施設に戻ってきた。しかし、「食事が食べられなくても、(看取りだからといって)何も口にできないのはかわいそうだ」と、夫は少しでも何か食べることを希望した。看護師は、食べることが本人にとって苦痛となることを説明したが、夫の思いは強かった。看護師は、夫に誤嚥しにくい体位、口腔ケア、口の中に入れる量などを説明し、夫と長男が交代で1日2回食べさせることを始めた。その入所者は、徐々に嚥下することができるようになり、安定して生活ができるようになった。職員は、この事例から、必ずしも医療者の判断が正しいとは限らない、やってみなければわからない。入所者には、自分たちにもわからない生きる力が、あるという経験をしたと話していた。

このように、施設長の明確な方針とこれまでの経験から、「何でもあり」でやってみるという文化が職員に浸透していた。

B. 看取りケアの過程と特徴

研究施設では、入所日に看護師が、ケアマネまたは生活相談員の同席を得て、生前の意思確認を行うことになっていた。生前の意思確認は、ターミナルケア指針をもとに、本人と家族がどこで最期を迎えたいか、心臓マッサージ、経管栄養、気管内挿管などの医療を希望するか、回復の見込みのない病気になった時、告知を受けたいか、この他にターミナルケアについて希望や伝えたいことがあるかについて確認し、いつでも変更できることになっていた。看護師・ケアマネ・生活相談員は、家族とのカンファレンスや入所者の体調に変化があった時に、生前の意思確認に対する意向の変更がないかの確認をしていた。

入所者が食事を食べることができなくなったことをきっかけに、看護師は、医師に入所者の診察を依頼し、終末期を過ごす場所の決定を行う過程に入るかの判断をしていた。家族が施設での看取りを希望した場合、看護師は担当の医師と家族の面談の段取りをしていた。家族と医師の面談には、看護師およびケアマネや相談員が同席し、診察に基づき現在の状況、今後の見通し、および特記すべき状況を説明し「終末期の医師による説明及び同意に関する記録書」を作成していた。その上で、家族が施設内での看取りケアを希望した場合、作成した文書に署名捺印をしていた。入所者の居室が多床室の場合は、家族に静養室の説明を行い、希望に応じて静養室が使用できるように配慮していた。

ケアマネは、家族の希望を踏まえ、多職種で看取りケアのカンファレンスを行い、ケアプランを立案していた。ケアマネは看護師と共に、家族にケアプランの説明を行っていた。看取り期の入所者には、看護師が6時、10時、15時、20時にバイタルサインの観察と、介護士と協力し身体ケアを行っていた。家族の面会の度に看護師は入所者の状態の説明を行い、家族は状況を理解し、面会の頻度や時間を調整していた。

研究施設における看取りの実際は、2013年度は、20名の死亡退所のうち病院に入院したまま死亡したのは5名で、15名を施設内で看取っていた。2014年度は、17名の死亡退所のうち入院したまま死亡したのは3名で、14名を施設内で看取った。

データ収集期間中の退所者は10名で、その内訳は9名が死亡退所であり、1名は自宅での介護が可能となり退所となった。施設内で死亡した9名のうち、2名は突然死であった。看取りを目的とした病院搬送は行われていなかった。看取りケアを受けた7名のうち2名が、成年後見人制度を利用していた。

以下、参加観察から明らかになった看取りケアの過程と特徴を述べる。

1. 「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築する」時期

入所してきた時期におけるケアは、「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築」することであった。看護師は、生活の場の変化に対する入所者や家族の戸惑いを軽減し、新しい生活になじめるように、入所者や家族の状況をゆったりとした態度で見守り、できるだけ生活の制限を少なくし、これまでの治療を優先した食事よりおいしく食べることを優先する、体調よく生活できるように薬剤の調整をするなどして、その人らしく生活ができるよう生活を再構築する関わりをしていた。

以下、斎藤さんの事例からこの時期のケアについて述べる。

斎藤さんは、80歳代後半の女性で、夫と死別後ひとり暮らしをしていた。糖尿病性腎症がありインスリンの自己注射をしていた。入所の5年程前から物取られ妄想が出現し、認知症と診断された。斎藤さんは、長男の妻の援助を受け、ひとり暮らしを続けてきたが、血糖値の変動が激しくなり、転倒による手首、大腿骨、膝関節の骨折を繰り返し、老人保健施設（以下；老健）に入所した。老健では、収集癖と物忘れがあり見守りが必要であったが、移動は自動ブレーキ付き車いすを使用し、日常生活はほぼ自立していた。長男は、老健よりリハビリが少なく、斎藤さんの話し相手になれるような入所者が少ないことから、「こんなところに入所させるのはやっぱり可哀そう。おふくろは、まだまし」と斎藤さんを入所させることを悩んだが、斎藤さんが一人暮らしをすることは難しいと考え入所を決定していた。

a. 自立を支える

フロアでは、斎藤さんと話ができそうな入所者と同じテーブルに斎藤さんの席が設けられていた。斎藤さんの席はトイレの入り口が見える場所であったが、斎藤さんは、トイレの場所がわからないようで、介護士に「トイレに行きたい」と伝えていた。介護士は、居室とトイレの場所を覚えることができない斎藤さんのために、居室の入り口に、大きな文字で名前を書いたA4サイズの紙を貼り、居室の両隣にあるトイレにも大きな文字で「トイレ」と表示していた。斎藤さんは、車いすを自走して、居室とフロアを自由に行き来し、トイレを使用することができるようになっていた。斎藤さんは、自分の居室を覚えたのではなく、廊下を移動して貼り紙を頼りに自分の居室とフロアを行き来していた。介護士達は、斎藤さんが動き始めると、さりげなく付かず離れずの距離を保って、斎藤さんの視界に入らないよう後について見守り、斎藤さんの自立を支えていた。

入所1週間後、長男の妻は「トイレも最初はわからなかったけど、おばあちゃんの名前と

トイレって書いてくれて、だいぶ分かったみたい。あっちのトイレもこっちのトイレも使ってる」とニコニコしながら佐々木介護士に伝え、斉藤さんが日常生活で困らないよう工夫されたことを喜んでいた。

b. 看取りの意向が定まらず揺れる家族の心情を汲み取る

斉藤さんが入所してくる前から、看護リーダーである鈴木看護師は、生活環境の変化から斉藤さんが心身ともに不安定になることを懸念し、万全の準備をして受け入れたいと話していた。また、鈴木看護師は、入所の申し込み時点で家族は透析を希望していないということだが、改めて、家族にターミナルケアについての意向を聞くつもりであると私に話した。

斉藤さんの入所日にターミナルケアについての意向確認をした時の家族の様子について、鈴木看護師は、「嫁さんは、あっさりしてる感じで、豪快なところもある。話しやすいし、すごく斉藤さんのことを心配してる。息子さんは、単身赴任で嫁さんに任せてあるから、気持ちはあるけど言えないところもあるのかなー。いい家族ですよ。(略) いつ具合が悪くなるかわからない、老衰と違って治療をどうするかってことにもなるから、結構時間をかけて話しました。(略) 延命治療はしなくていい、それは、はっきり言ってたけど、胃ろうの話した時、息子さんちょっと、涙ぐんでたから、本当のところ決心できてないのかもしれないなって気になった。一緒に暮らしてなかったから、腹がくくれないのは仕方がないから。時間をかけたからって、そんなに簡単なことじゃない。それ(看取り)までには、何回か具合悪くなったりするだろうから、その都度話をしようと思う」また、「気を使いますよ。結構時間かけて話したけど、最初の話が一番難しい。その話をしても大丈夫かわからないから。変な話、看取りに入ってからの方が楽。それまでの関わりがあるから」と言っていた。

鈴木看護師は、特養の業務を始めたばかりの中村看護師に「先のことを考えて制限されて生きるより、今日一日が、いい日だったらいいていう考えでいこうってことになったから。

(透析が必要な状況になっても) 嫁さんは、透析なんてしなくていいよねって長男さんに言っ、長男さんは、それでいいって、嫁さんに引っ張られてるみたいだったけど、いい家族だよ。いざとなったら(長男の) 気持ちが揺れるかもしれないって感じがした。気持ちが揺れるのは当然のことだから。何かあればその都度家族に説明して、いざって時の判断に困らないように関わっていこう」と、斉藤さんの家族の意向と看護の方針を伝えていた。

鈴木看護師は、長男の穏やかな人柄、長男の妻のおおらかで斉藤さんをすごく心配しているという、斉藤さんの親子関係や長男夫婦の関係性を捉えていた。また、終末期の医療につ

いて話をした際に、涙ぐんだ長男の表情の変化を捉え、看取りに対する長男の気持ちを慮り、状況が変われば気持ちが揺らぐことがあるかもしれないこと想定し、それを当然のこととして捉えているようだった。中村看護師は、鈴木看護師の話を黙って頷きながら聞いていた。鈴木看護師は、斉藤さんの家族の思いを伝え、中村看護師が家族と関わりを持ちやすいよう配慮していることがうかがわれた。

入所1週間後、長男は、加藤ケアマネに「今、元気な状態で、先もよく分からなくてという状況だと、（自分は）素人で選ぶのはすごく難しい。本当に状況が悪くなって寝たきりになった時に、ある程度（選択肢は）狭まる。年齢が年齢だし、自然にだったらそのままでもいいけど、急なことが起きた場合には、復活するなら処置をしてもらった方がいいと思う。

（略）応急処置が必要という判断をしてもらえるのであれば、お任せでいい（略）真剣に悩んだら書けない。これまで具体的な話をしたことがない」と言っていた。長男は、斉藤さんが元気であるにもかかわらず、入所してすぐにターミナルケアの意向を確認されることに、戸惑いがあることを伝えていた。長男の妻は、長男が悩んでいることが伝わるよう、言葉を挟みながら、長男が伝えたいことを伝えられるように支援していた。加藤ケアマネは、長男夫妻の言葉を遮ることなく、頷きながら聞いた上で、急に体調が悪化する場合もあり、その時に家族に連絡が取れない場合もあるため、現時点での意向を家族内で相談して提出してほしい旨を伝えていた。長男は、急変時の対応とターミナルケアの事前の意向についての意向を混同していることがうかがわれた。

入所10日後、事前の意向確認書が提出される以前に、斉藤さんに浮腫と息切れが出現した。鈴木看護師は、腎機能低下による症状の可能性があることを長男に説明し受診を勧めた。受診の結果、斉藤さんは、腎性貧血のため輸血を目的とした5日間の入院をした。退院後、長男から心臓マッサージ、気管内挿管、経管栄養の全てを希望すると事前の意向確認書が提出された。入院時、病院側から同様の内容が家族に確認され、それがこの事前の意向確認書に反映しているとうかがわれた。鈴木看護師は、長男とのやり取りと提出された事前の意向確認書から、家族が現在のところ将来的な看取りを具体的に考えることは難しく、体調に変化があるごとに話し合いをすることが必要だと考えているようだった。これまでターミナルケアの意向の確認をされた経験が少ない家族にとって、入所の時点でターミナルケアの意向を確認する意義を理解することは簡単ではないとうかがわれた。

後日、吉田相談員は、介護報酬改定を受け、鈴木看護師とターミナルケア指針の見直しの話し合いをするために、医務室に訪れた。鈴木看護師は、吉田相談員に「これ（事前の意向

確認書) 渡すの、入所の申し込みの時にしませんか？その方が、初日に言われるよりはいいと思う。確認する内容は、(気管内) 挿管や心マ(心臓マッサージ)、胃ろうとか具体的な受けたい医療じゃなくて、延命治療だけ受けたいかどうかだけにしたらどうかな。それを考えて来てもらって、入所日に看護師が、補足の説明をしていけばいいわけだから。こういうことをしっかり考えて(特養に) 入ってこなかったら、本人も家族も不幸だと思う。(略) 家族みんなで話し合って、特養というところをもう少しわかって入って来てもらいたい。(略) そこを考えてないのに、安易に特養を勧めすぎてる地域のケアマネが本当に嫌。ここでの看取りを誘導しているわけじゃない。ここと病院のどっちを選んでもいいけど、結局、(家族を) 納得させちゃってるのかなって思うところもある」と言っていた。鈴木看護師は、斉藤さんの長男と長男の妻が、入所してすぐにターミナルケアの意向を確認されることに対して、違和感を示したことを引き合いに出し、事前確認書の書式の変更と情報提供と意思確認の方法の変更を提案していた。また、地域と施設では担当のケアマネが異なることにより、入所者や家族に対して、施設の特異性を十分説明しないままに、特養の申し込みの支援をしていることを問題視しているようだった。鈴木看護師は、入所者や家族の希望にそいたいと考えているが、施設での看取りを家族に納得させているのではないかと内省しているようだった。

c. 治療よりおいしく食べることを優先する

斉藤さんは、糖尿病と腎不全があることから、これまでの施設ではカロリー、塩分、生野菜、果物の制限に加え、差し入れは禁止という制約が多い食生活を送っていた。

鈴木看護師は、斉藤さんが食べることが好きであることから、家族と話し合い、その結果「いつ食べられなくなるかわからないから、食欲もあるのであまり制限せずに、食べさせてあげたいものは、家族に持って来てもらって食べてもらえばいい。(略) どんどん血糖(値)が悪くなるようだったら、24時間看護師がいるから、場合によっては、血糖はスライディングスケールで対応してもいい。しばらくは、食事の状況と朝の血糖、1か月に1回の血液検査を見て医者と相談しながら、インスリンの量を決めていけばいい」と話していた。鈴木看護師は、ブドウ糖を取り寄せ、高血糖に対してだけでなく、低血糖に対応できる手はずを整えていた。

鈴木看護師の言動から、斉藤さんに食事制限を強いるのではなく、医療処置を増やしてでも、おいしく食べられるうちは、おいしく食べるという斉藤さんの生活の質を高めるよう取り計らう心積もりがあることがうかがわれた。入所の翌日から、鈴木看護師は、空腹時血糖

の測定を始め、血糖値が高めであることを気にかけていたが、無理な制限をしない食事で血糖値がどのように経過するか、連日、血糖値の測定を行っていた。鈴木看護師は、長男夫婦に、血糖値の推移を見ながら、インスリンの量の調整を医師と相談すると伝えていた。斉藤さんは、制限されない食事をおいしそうに全量残さず食べていた。

長男夫婦は、鈴木看護師と斉藤さんが食べたいもの、家族が食べさせてあげたいものを食べることを話し合ったことから、斉藤さんが好きな果物を持って面会に来た。長男の妻は、佐々木介護士に、「これからいちごを食べます」と伝えていた。斉藤さんは、ニコニコしながらおいしそうに食べていた。斉藤さんがおいしそうに食べた後、長男の妻は、加藤ケアマネに「まだちょっと私も慣れてないので・・・カリウムがあるとおばあちゃん、ダメなんですよね」と確認するように言っていた。これまで治療のために制限された斉藤さんの生活を支えてきた長男の妻は、制限なく食べることに不安と戸惑いがあるようだった。一方、長男は「一人で居た時は、何でも食べてたわけだから、要するに、よくはならない。がんじがらめで、結果的によくなるのに、病気の進行が少し早くなるかもしれないけど、それはもう寿命だと思って」と、斉藤さんに制限なく過ごしてもらいたいという思いを長男の妻に伝えていた。実際に毎回の受診に付き添い、医師から治療や療養の説明を受けてきた長男の妻は、「そうなんだけどさ、なんか、ドキドキしちゃうわ」と話していた。

長男の妻は、長男と同様に好きなものを食べさせてあげたいという思いがある反面、これまで厳しく制限された生活を守れるよう支援してきた長男の妻にとって、本当に好きなものを好きなように食べても斉藤さんの体調が悪くなることはないのか、本当に大丈夫なのかという両方の思いがあることがうかがわれた。

長男の妻は、入所したばかりの時は、食事制限がなくなったことに戸惑っているようだったが、喜んで食べる斉藤さんの姿と長男の妻が考えていたほどに、状態が悪くならないことに安心したようで、面会以外の時にも、斉藤さんが好きなラーメンやチャーハンなど、他の人が出前を注文する時には一緒に食べさせて欲しいと要望するようになっていた。長男の妻は、どんなものを食べたいか直接聞き、斉藤さんは「なんでも好きよ」と笑顔で応えていた。食べることを話す時、斉藤さんと長男の妻は楽しそうに会話が弾むようであった。

d. 本人・家族の状況をゆったりとした態度でみていく

斉藤さんは、これまでの施設でみられた収集癖が特養に入所した後も継続していた。斉藤さんは、ペーパータオルやトイレに置いてある尿取りパットを車いすの座面に、何段にも整

然と敷き詰め、その上に車いすの背面ポケットに収納されていた、車いすを調整する工具セットをバラバラに置いていた。パットを敷き詰めたことにより、車いすの座面が高くなり、床に足がびったりと着かなくなっていた。さらに、斉藤さんの居室のキャビネットの下段とクローゼットの上段にも、ペーパータオルと尿取りパットが大量に収納されていた。次は、長男の妻と鈴木看護師、佐々木介護士のやり取りの場面である。

長男の妻は「困っちゃったなー。おばあちゃん、いじって出してるんだねー。本当にムカツくなー(略)」と感情を露わに言った。斉藤さんは表情を変えず黙って聞いていた。鈴木看護師は、このことに「危ないな」とつぶやいただけだった。佐々木介護士もニコニコしながら、「皆さん、よくあることですから」と長男の妻に向かって話した。長男の妻は、「次転んだら、絶対に寝たきりになっちゃいますよね。頭なんか打ったら…」と相当心配しているようだった。佐々木介護士は「大丈夫ですよ。様子を見ながら対応しますね」と、ゆったりとした笑顔で対応していた。長男の妻は、「その時は、その時。何かあった時はあった時だから…」と自分に言い聞かせるように帰って行った。佐々木介護士は長男の妻をエレベーターまで送り、深いお辞儀をして見送っていた。(FN-斉藤 150410④)

鈴木看護師や佐々木介護士の長男の妻に対する対応は、斉藤さんに安心して過ごしてもらいたい、これからゆったり斉藤さんのことを見守っていくという施設のケア方針を態度で伝えているようだった。長男の妻が帰った後、佐々木介護士は、斉藤さんの居室に行った。キャビネットとクローゼットにある収集されたペーパータオル、パットの大量さに驚いていたが、「これを全部片づけると、不穏になるんで、このままでいいですね」と私に言い、状況を確認してキャビネットとクローゼットの中をそのままにした。鈴木看護師は、斉藤さんの収集癖については介護士に任せるつもりのようなようだった。佐々木介護士は、この後、他の介護士に斉藤さんが大量にペーパータオルとパットを収集していることを伝え、しばらく斉藤さんの行動を見守ろうと伝えていた。

長男の妻は、面会の度に斉藤さんの収集癖を気にしていたが、長男は「病気だから仕方がない」と諦めているようだった。佐々木介護士は、本人をとがめて不安定になるより、時々回収したほうが良いと考えていることを長男夫婦に伝えていた。すると、長男の妻は、「絶対に家でみることはできない」と顔を紅潮させて言ったが、佐々木介護士は動じることなく、破ったり、口に入れたりするような行為がなければ、このまま見守ることを伝えていた。長男は、「専門でやっている人たちに任せよう」と妻をたしなめるように言い、斉藤さんをゆ

ったりとみていくという施設の方針が伝わったようだった。

佐々木介護士は、斉藤さんが入浴など、車いすから離れている間に紙袋に数枚のパットとペーパータオルを入れ、斉藤さんに「これで足りますか？」と尋ねてその残りを片づけていた。1週間程このやり取りが、繰り返されていた。介護士が作業しやすいようにパットやペーパータオルがトイレ内に配置されていたが、これらの収納場所が変更され斉藤さんが収集できないように工夫された。その後、斉藤さんが大量にパットを収集することはなくなったが、いちごっこのようなペーパータオルの収集は続いた。

㊦. 副作用が少なく、体調良く生活できるように薬剤の調整をする

複数の慢性疾患がある斉藤さんには、9種類の内服薬が処方されていた。鈴木看護師は、老健からの診療情報提供書に記載された既往歴をみながら、なぜ9種類の薬を内服しているのか処方薬の作用・副作用を一つずつ調べていた。その理由を尋ねると、鈴木看護師は、「やめられる薬はないかと思って。薬と言っても、全部必ず必要でもない薬が処方されてるから。副作用もあるし、少ないに越したことはないから」と、医師の初回診察は、内服薬の見直しをする良い機会として捉えているようだった。鈴木看護師は、斉藤さんの現在の様子から転倒する可能性があることを想定し、出血のリスクを回避したいと考え、特にバイアスピリン（抗凝固薬）の内服を継続する必要性について気にしていた。

定期往診日に、医師より20分程度早めに到着する山田薬剤師に、鈴木看護師は中止を検討した薬剤について、診療情報提供書と入所後の朝食前の血糖値、朝夕の血圧の値を見せながら相談をしていた。山田薬剤師は、鈴木看護師の薬剤に対する質問や相談に応え、医師にどのように提案するか話し合っていた。次の場面は、家族が同席する場で、看護師・薬剤師・医師が減薬を検討している場面である。

医師は、斉藤さんの診療情報提供書を見ながら、「バイアスピリンなんているのかな」と独り言のように言った。鈴木看護師はすかさず、「ちょっとした傷から血が出ますね」と言った。長男の妻は、「アルツハイマーの診断でCT撮る時に（脳梗塞）少しありますねみたいに言われました」と言った。これをきっかけに山田薬剤師は、「バイアスピリンがいらないなら、他の胃腸系の薬をやめてもいいかもしれませんね」と具体的に減薬の提案をしていた。（FN-斉藤 150410③）

斉藤さんの内服薬は、9種類から5種類に減薬された。降圧剤の投与量は変更にならなかったが、朝1回の内服が、朝夕に分散され、皮膚の掻き傷に対して、軟膏が追加された。こ

れら、具体的な処方内容の検討は、長男の妻の前で行われ、ここでどのように健康管理を行うかの実際を家族に知らせる機会となっているようにうかがえた。鈴木看護師は、入所前に処方された薬剤を処方通りに内服するという考え方ではなく、内服による作用と副作用を検討し、必要最低限の薬剤にすることで体調良く生活できるよう調整していた。鈴木看護師は、これらの減薬や内服方法の変更による影響を評価するため、自らの判断により、1日2回の血圧測定を2週間継続して行っていた。降圧剤を分散して内服することで斉藤さんの血圧の変動は少なくなった。抗ヒスタミン剤も中止になったが、軟膏による保湿で掻き傷が増えることはなかった。皮膚は保湿により正常化し、かゆみで眠れないことが改善され、斎藤さんは、夜間よく眠れるようになっていた。

2. 「その人らしく老いる生活を維持する」時期

入所後、その人らしい生活を再構築した生活に徐々に衰えが見えはじめ、体調が不安定になりやすい。医療に依存しすぎず医療を活用し、その人の回復できる力を支援することと並行して、看取りに近づきつつある看取りの準備の時期のケアは、「その人らしく老いる生活を維持する」ことであった。看護師は、入所者との関わりの中でその人の思いを汲み取り、全人的なアセスメントしていた。看護師は、必要に応じて医療を受ける支援をしつつ、家族との信頼関係を深め、その人らしく老いる生活を維持する関わりをしていた。

以下、池田さんの事例からこの時期のケアについて述べる。

池田さんは、90歳代前半の男性で、妻と死別後、一人暮らしをしていた。加齢と間質性肺炎・心不全、認知症などによる身体機能低下のため、特養入所の4年前から介護サービスを活用しながら自宅での生活を継続していた。特養入所の3年前、腰痛が強くなり動けなくなったことを契機に老健に入所した。老健入所後、池田さんは、車いすで思うように移動ができるようになったが、自宅での一人暮らしは難しく特養に入所した。池田さんは、「(自分は)時々わからなくなることがあるので助けて欲しい」と希望していた。家族(長女・長男・次男)は、延命治療は行わず、特養で自然な形で看取りたいと希望していた。

入所後、池田さんは更衣・入浴の全介助を受けていたが、車いすで思うように自走することができ、新聞、テレビを見て、食事の時間前には自分の席に着くなど自分のペースで過ごしていた。池田さんは、食べることをとても楽しみにしていて、歯を大事にしており、自身の歯がすべて揃っていた。入所2年後、池田さんは胆嚢炎のため入院したことがあるが、既往と年齢のため、積極的な治療は行われていなかった。胆嚢の炎症がいつ起こるかわからな

い状況であるが、池田さんは好みの物を食べたいと希望していた。

a. 躊躇する家族に受診の後押しをする

胆嚢炎による退院の8か月後、池田さんは、気分不快があり夕食は食べたくないと言っていた。その後、19時過ぎから熱が出始め、最高40.3度まで上がった。山本看護師は、長女に電話で池田さんの状態を報告して、受診の希望を聞いた。長女は、受診をせず経過を見て欲しいと希望した。山本看護師は、腹痛の程度と意識レベルに注目し増悪があれば、緊急搬送する必要性も考えながら、夜間の池田さんの状態を見守った。翌朝、長女は鈴木看護師の連絡を受けて池田さんの様子を見るために面会に来た。次は、池田さんの居室で鈴木看護師が、長女と池田さんに受診を勧める場面である。

長女は「おじいちゃん、来たよ」と池田さんに声をかけ、「まだ、熱は高いんですか？」と鈴木看護師に尋ねた。鈴木看護師は「まだ、39度あるんですよ。多分、胆嚢からの熱だと思うんです。受診した方がいいと思うんですよ」と長女に受診を勧めていた。長女は「入院ですか？病院行くと食事を出してもらえなくなるから。おじいちゃん、熱が下がるとすぐに何か食べたいって、食べさせろって、怒るし、前の入院の時にもすごく困ったんです」と受診に前向きではないようだった。鈴木看護師は「治療した方が、池田さんは楽になると思いますよ。受診する方向でいいですか？うちの送迎車で受診して来てもらえませんか」と受診することで池田さんの苦痛が和らぐことを伝え、かかりつけの病院への受診を促していた。長女は「私、一人で連れて行くんですか？救急車で行かなかったら病院でずっと待たされることになりませんか？前は、ずっと待たされて本人が辛い思いをしたのが心配ですけど、大丈夫でしょうか・・・」と高熱のある池田さんを一人で受診させることに対する不安と、今回も池田さんが辛い思いをするのではないかと心配しているようだった。鈴木看護師は「今、他の人のことで加藤ケアマネが病院に行ってるんですよ。受診の手続きを済ませて待ってますから」と、少しでも池田さんの受診が滞りなくできるよう配慮していることを伝えていた。長女は「そうですか・・・わかりました」と渋々承諾した。鈴木看護師は、長女が池田さんの受診を承諾した後、「池田さん、熱が高いままだときつから、病院に行ってきたらいいかい？熱が下がったら、帰ってきてよ。待ってるから」と池田さんにも受診を勧めた。池田さんは「はい。行ってきます」と受診することに抵抗はなかった。（FN-池田 141022）

これまで池田さんの受診に際し大変な思いをしたことから受診を躊躇した長女に対し、鈴木看護師は、回復の可能性を伝ええる限りの段取りをし、かかりつけ病院への受診を後押ししていた。鈴木看護師は、池田さんにも帰ってきて欲しいことを伝え、受診を後押しして

いた。池田さんは受診後、胆嚢炎のため2回目の入院（16日間）をした。

b. 体調管理と本人の希望との間で揺れる

2回目の入院で、池田さんは絶食の後、低脂肪全粥食が提供されていた。退院当日、研究施設では、池田さんに全粥食を提供していた。しかし、池田さんは、全粥の食事では満足できず、本人の希望に添った食事に変更された。2回目の退院の1か月後、池田さんは胆嚢炎による3回目（20日間）の入院をした。

3回目の退院後、伊藤看護師は、池田さんの長女と退院後のカンファレンスをするにあたり、池田さんの経過を振り返っていた。業務の都合上、カンファレンスに参加できない伊藤看護師は、加藤ケアマネに「希望で食事の形態が上がることで、熱を出したりして体調が不安定になってるよね。希望を優先するってことは大事だけど、本人の言うなりになって体調が悪くなって、入院するっていう対応でいいのかな。本人が食べたいのは当たり前だけど、そこを上手く調整するのが私たちの役目なんじゃないかな。今までの対応でこれからもいいのかって思うんだけど、それを長女さんに伝えた方がいいんじゃないかと思って」と伝えた。

長女とのカンファレンスの後、加藤ケアマネは、食べることが大好きで、おいしく食べるために歯を大切に90歳過ぎてもすべて自分の歯で食事ができているのに、食事を制限するのはかわいそう、覚悟を決めているので、本人の好きなようにしてあげたいという長女の思いを伊藤看護師に伝えた。伊藤看護師は「カンファレンスの前には、食事形態とか量とか、もう少し管理した方がいいんじゃないかってこと言ったけど、私、自分のお昼ご飯を食べながら考えて……。管理されて長生きするより、おいしいもの、食べたいものを食べられることの方が幸せだなって。熱が出たり、苦しい思いをするのは気の毒だなって思うんだけど。ん……。どっちがいいんだろう……。わからないね」と言っていた。

伊藤看護師は、池田さんがよい体調でいられることを優先するため食事内容と量を制限するのか、本人の希望に添って食べたいものを食べるという生活の質を重視するのかという、治療か本人の希望かの狭間で気持ちが揺れているようだったが、池田さんの希望に沿った食事を提供するという方針が継続された。

c. 数値ではなく直接のやり取りから判断する

3回目の退院後、鈴木看護師は、池田さんがこれまでの経過から38度以上の発熱が2日続く場合には、受診をした方が良く考えていた。長女も鈴木看護師から受診を勧められた

際には、躊躇することなく受診をするようになっていた。

3 回目の退院の 3 週間後、池田さんは 38 度を超える発熱があった。看護師たちは、すぐに受診を勧めず、居室での安静と食事を見合わせ水分だけにして、池田さんの熱と腹痛の経過を観察していた。朝の体温が 36 度台まで下がっていたため、鈴木看護師と田中看護師は池田さんの調子が良ければ、安静を解除しようと話し合っていた。この日は、他にも発熱している入所者が 6 名おり、田中看護師は、池田さんの体温が 37 度台で池田さんが「熱っぽい」と言ったことから、安静を継続することにした。池田さんは、それに対して何も言わなかった。鈴木看護師は、田中看護師が安静にしようと判断をしたことを知らずに、気にかかる池田さんの様子確かめるため居室に向かった。

次は、鈴木看護師が池田さんの状態と思いを汲み取り、居室を連れ出し食べてみることを判断している場面である。

鈴木看護師は「おはようー」と右手を上げ、張りのある声で池田さんに挨拶をした。池田さんは「おはようございます」としっかりした声でにこやかに言った。鈴木看護師は「元気だなー。池田さん、腹減った？おなか痛くない？」と池田さんの顔を覗き込んだ。池田さんは「腹減っちゃったー。全然、痛くない」とにんまりと笑った。鈴木看護師は少し考えて「起きる？」と聞くと、池田さんは「起きる」と即答した。鈴木看護師は、しばらく池田さんの様子を見ながら考えているようだった。「ここまで来るともう復活だね。ご飯食べようよ」と大きな声で嬉しそうに言った。池田さんはにっこり笑顔で頷いた。鈴木看護師は「今日のお昼は半分にする？」と食べることに心配があるようだった。池田さんは「あー、そうですか」と残念そうに言った。鈴木看護師は池田さんの残念そうにしている顔を見て、「食べちゃう？」と弾んだ声で聞くと、池田さんは「やっぱり食べたいですねー」と声が大きくなった。鈴木看護師は「いつもの池田さんだね。じゃあ、お茶のみに行こうね。よし、行こう」と嬉しそうに言い、池田さんに起きよう促し、池田さんの起居動作を見守った。池田さんはゆっくり起き上がり、車いすに移乗し「やっぱり起きた方がいいな、寝てらんねえ」と嬉しそうだった。(FN-池田 150110①)

鈴木看護師は、池田さんをフロアに誘導し、10 時のおやつのココアを池田さんに提供すると池田さんは一気に飲み干した。鈴木看護師は、フロアにいた木村介護士と田中看護師に通常通りの対応でよいと伝えた。田中看護師は、「37 度 4 分なんですけど・・・」と心配そうな表情をした。鈴木看護師は、田中看護師の表情の変化を見逃さず、「うーん。でも、明らかに違うからね」というと、田中看護師は、苦笑いして「わかりました」と答えていた。こ

の後、池田さんは昼食をおいしそうに全量摂取し、ピカピカになるまで食器をなめた。

池田さんが食事を食べたことを確認した後、鈴木看護師は「池田さんの様子をみて判断する。熱が下がると食べたいって言うのが池田さんだから。これが個別性ですよ。病院じゃそういう実践はできてないじゃないですか。数値だけじゃ判断できないことが沢山あると思うんですよ。僕は、その人の思いも一緒に汲み取って、その人のいつもと比べて今の状況を判断するようにしてます」と語った。鈴木看護師は、池田さんとの軽妙なやり取りを通じて、池田さんの食べたい、起きたいという思いを汲み取り、池田さんを居室からフロアに連れ出し、池田さんの飲む様子から、日常の生活に戻すことを判断していた。

d. 最期はここで迎えると家族に伝える

池田さんは、入退院を繰り返しながら、嚥下機能が徐々に低下していた。池田さんは 38 度を超える発熱と湿性咳嗽を伴う呼吸苦があり、5 度目の入院をすることになった。5 度目の入院が誤嚥性肺炎であったことから、鈴木看護師の「そろそろ、もう少し突っ込んだ話をしないといけないな」の発言を受けて、加藤ケアマネは、長女と鈴木看護師が話をする機会を作った。次は、その鈴木看護師と長女のやり取りの場面である。

鈴木看護師は「もともと肺の方がそんなに強くないから。熱が下がっても、少しむせていたので、飲み込む力も少し弱って……。今後は、痰からの熱が出るようになるかもしれませんね。（略）前は（入院の）間隔が少し空いてたんですけどね。それが短くなってるんで、まあ、ちょっとその覚悟をしておいていただいたほうが、いいかもしれませんね」と言葉を選びながら話しているようだった。長女は「覚悟っていうのは、ずっと前からできてますから。年齢考えたら不思議じゃないですから。母が亡くなって 11 年目になりますけど、よく頑張ってるなって思いますよ」とはっきり答えた。鈴木看護師は「この繰り返しで、食べられませんという状況が、いつかは来ると思うんですけど、そういう時には、帰って来てもらって、こちらで最期まで看させていただきますから」と言った。長女は「（病院で）言われました。胃ろう……。しませんって言ったんですけど。生まれたら、死はありますからしょうがないんですけどね……。先生に、肺はスカスカ、胆石はあるって言われて……。これはもう仕方がない。母親にも言われてましたけど、80 まで（たばこ）吸いましたから。よくやめられてえらいです」と、明るく言っていた。鈴木看護師は、申し訳なさそうに照れ笑いしながら「僕も吸うんですけど、実は、前、池田さん吸いたって……。、（たばこ）あげたことがあって。うまい、うまいって吸うんです。いい顔するんですよ。いい匂いだって言ってね。（略）僕、屋上に池田さんに行って、一緒に吸いたいですよ」と話した。長女は鈴木看護師の言葉に頭を

下げ、「今年は始まったばかりだけど、毎年思うんですよ。今年、年を越せるかな、越せないかなって・・・年には勝てないってことですよ」と、自分に言い聞かせているようだった。鈴木看護師は、「食べれなくなったら、胃ろうを作らないでこちら側で迎えるからって言っというもらったらいいと思う」と言った。
(FN-池田 150117)

長女は、池田さんが衰えて死が近づくのは仕方がないと言うが、鈴木看護師から大切に思われていることをうれしく感じ、池田さんに生きていて欲しいという本心を伝えているようだった。鈴木看護師は、病院でできる治療が終了して、池田さんが食べることができない状態であっても、ここで迎え最期まで看させてもらおうと施設の方針をはっきり長女に伝え、病院での医師への対応策も伝えていた。長女は、安心したように、鈴木看護師と加藤ケアマネに挨拶をして帰って行った。鈴木看護師は、長女が鈴木さんの世話を一人で引き受け、夫の療養の支援もしていることから長女の負担を心配し、加藤ケアマネに、池田さんの息子たちにも面談に参加するよう頼んでみることを提案していた。加藤ケアマネは、息子たちが多忙であることを承知しており、そのことを鈴木看護師に伝えていた。鈴木看護師は「自分の親のために有給ぐらい取れって言ってやりたい」と長女のことを思い感情を露わにした後、照れ笑いしていた。鈴木看護師と加藤ケアマネが、池田さんのことを思い、長女を気づかう関わりの中で、信頼関係を構築していることがうかがわれた。

3. 「その人らしい看取りを支援する」時期

その人らしく老いる生活を維持しながら徐々に衰えた看取りの時期におけるケアは、「その人らしい看取りを支援する」ことであった。看護師は、出前を通じて食べたいものを食す、最期までトイレで排泄するなどの本人の希望を叶えること、苦痛となる検査や吸引などの医療処置を避けること、孤独を感じないように傍を離れないことなどのケアを行っていた。そのケアのねらいは、入所者が希望する生活を続けられるように支えること、家族だけでなく看護師や職員との人間的な関わりのなかで、その人らしい看取りを実現することであった。入所者を看取った後も、看護師や職員はその人の居室をすぐには片づけられないでいるほどにその人を悼む気持ちをもっていた。

以下、納得して迎える看取りを中島さんの事例、家族に代わる看取りを小川さんの事例、自宅のような看取りを藤田さんの事例、家族のような看取りを前田さんの事例、家族が主体となる看取りを山下さんの事例からこの時期のケアについて述べる。

3-1. 納得して迎える看取り

中島さんは、90歳代前半の女性で夫と死別後、脳梗塞の後遺症があるが、介護サービスを利用し一人暮らしを続けていた。中島さんは、肺気腫で入院したことを契機に要介護度5となり老健に入所したが、自宅に戻れないのならせめて自宅に近い施設で暮らしたいと希望していた。中島さんは3年間老健を転々としながら自宅に近い特養の入所を待った。特養入所の2か月前の老健で、中島さんは食事に虫が入っていると言い、食事と睡眠がとれなくなり、向精神薬を処方され症状は改善したが、向精神薬の内服は継続されていた。

研究施設へ入所した時、中島さんは、自分の意思をはっきり伝えることができていた。脳梗塞の後遺症から股関節と膝関節がかなり拘縮していたが、上肢の麻痺は軽度で、食事以外は全介助を受けていた。長男は、2週に1度面会に来ており、自然な看取りを希望していた。

中島さんは、便秘傾向であったが3日間排便がない時には「座薬を入れて」と看護師に依頼することができ、看護師は中島さんの要望で対応をしていた。看護師は、中島さんに断りなく下剤を内服させるようなことはしなかった。また、中島さんの皮膚は、とても薄く血管が透き通って見えていた。少しの刺激で皮下出血してしまうほど、皮膚は脆弱であった。看護師と介護士は、中島さんの皮膚を傷つけないよう細心の注意を払っていた。老健で表皮剥離した皮膚が潰瘍になっており、毎日、洗浄と軟膏による創傷ケアが必要であった。中島さんは「痛くしないで、ごちゃごちゃしないで」と創傷ケアをする看護師にはっきり要望を伝えていた。毎日、看護師は中島さんの意向を優先して、中島さんの気持ちを紛らわせるように、食べ物や家族の話をしながら、丁寧に洗浄と軟膏塗布と皮膚の保護を行っていた。

中島さんの食事は、嚥下機能が低下してきていることから、おかゆが提供されていた。中島さんは、山本看護師が入所者の希望を聞き、月に2回程度、出前を取ることを知り、うなぎを食いたいと鈴木看護師に希望した。鈴木看護師は、加藤ケアマネを通じて長男に出前を取って食べることの承諾を得ていた。中島さんは、通常、食事を全量食べることは少なかったが、出前のうなぎや中華丼、チャーハンなどは、1人前を食べることができていた。出前を取る日、中島さんは朝から楽しみな様子で、「一緒に食べよう」とお気に入りの介護士を誘っていた。小林看護師は、目を白黒させ小刻みに震えながら、笑顔でうなぎを食べる中島さんに「旨いかい？」と微笑みながら話しかけていた。中島さんは、「うん、旨い」と答えていた。中島さんは、食後に居室で休息をとるのが日課であったが、出前の日、自らおやつの時間まで座っているといていた。また、中島さんは週に1回の移動販売で、あんパンを買って食べることも楽しみ、パンを買った日は、看護師や介護士に「屋上に行きたい」と

言っていた。中島さんにとって、このような食の楽しみが、生活の張りになっているようだった。入所3か月目には、入所時から体重が2 kg増え31 kgになった。脆弱で傷つきやすい皮膚の保護と、毎日の丁寧なスキンケアにより、腕の傷がやっとよくなってきていた。

a. 体調が不安定な時も本人の希望を優先する

小林看護師は、中島さんにチアノーゼが認められ喘鳴が聞かれるほど状態が安定しない時にも、希望に添って生活ができるよう援助していた。次は、入所4か月目のある朝、突然一時的な意識レベルの低下があった日、看護師の連絡ノートに記載された記事の一部である。

反応悪い、いつものように話せない。朝、尿混濁と出血少量。口唇色不良で呼吸も苦しそう、すぐ臥床。BP128/80、末梢冷感あり。SpO₂ 測定不能。少しゼロゼロ、咳き込み有り、口腔内の汚れをふき取る。10時、水分摂取でむせ有り、スポーツドリンク50 ml摂取。11時、BP98/60、自ら「起きたい」といつも同様。昼食はフロアで、自力で全量摂取。その後はいつも通り（FN-中島 150103）。

小林看護師の連絡ノートの記事は、中島さんの状態悪化を示していたが、中島さんの起きたいという希望に添って、日常の生活ができるようにしていた。この日を境に、中島さんは「何ともない」というが、顔色が悪く明らかに呼吸苦があるように見えていた。小林看護師は安静にして経過を観察しようと考えていたが、中島さんは「起こせー」と何度も大声を出した。小林看護師は、中島さんを希望通りに起こし、介護士に様子を見守るよう依頼してフロアで過ごせるようにした。このような状態でも中島さんは、出前を希望し中華丼を自分で半量食べた。食後、小林看護師は体調の変化を心配していたが、中島さんの喘鳴はなくなり、顔色は改善していた。小林看護師は呼吸状態が不安定なことから床上での安静が必要だと考えていたが、本人の起きたいという希望や食べたいという希望を優先していた。

この後、中島さんの意識状態はいつもと変わりなかったが、臥床すると喘鳴が出現し、血尿が認められるようになっていた。鈴木看護師は、中島さんの状態を電話で医師に報告し、抗菌剤が処方された。中島さんは、食事を食べなくなったが、時々むせ込みがあるものの、栄養補助食品とスポーツドリンクを摂取することができていた。

しかし、中島さんの状態は改善せず、日毎に口腔内の乾燥が強くなり、口腔内は舌苔で真っ白だった。次は伊藤看護師が、中島さんが脱水と誤嚥性肺炎を併発し苦痛が強くなることを考え水分摂取と口腔ケアを促している場面である。

伊藤看護師は、「なにか飲む？」と飲み物の希望がないか中島さんに尋ねたが、中島さんは「何もい

らない」とはっきり答えていた。伊藤看護師は無理に飲水を勧めず、口腔ケアをしてもよいか聞くと、中島さんは頷いて伊藤看護師の提案を受け入れた。伊藤看護師が、何度か口腔内のふき取りをすると中島さんは「何度も、ほじくらないで」と中止を求めた。伊藤看護師は、もう少し口腔ケアをさせて欲しいことを伝えたが、中島さんは「もういいよ。やめて」とはっきり言った。伊藤看護師は「無理強いできないから」と私に言い、もう一度、優しくなだめる様に中島さんの顔を覗き込んで「何か飲んでみる？」と聞いた。中島さんは怒ったように「何も食べたくない、飲みたくないって言うの」とはっきり答え目を閉じた。伊藤看護師は、「後で、また来るね」と笑顔で中島さんの手にナースコールをそっと握らせ居室を離れた。(FN-中島 150103①)

伊藤看護師は、中島さんの口腔内の乾燥から、少しでも飲んで欲しいと考えていたが、本人のいないというはっきりした意思表示を受け、せめて口の中をきれいにしたいと考え、なだめながら口腔ケアを行った。伊藤看護師は、何度も触って欲しくないとはっきり意思表示する本人からの訴えを受け止め、無理強いできないと言いつつ、このまま、どんどん悪くなって欲しくない、何か少しでも飲んで欲しい、回復に向かって欲しいという思いから、時間をあけてケア提供することを考えていた。これらのことから、看護師は、中島さんが自分の希望を表現できるよう関わりそれを優先していることがうかがわれた。

b. 納得している家族と迷う看護師

鈴木看護師は、中島さんの日々の状態を長男に電話で知らせ、病院への受診の希望があるか長男に確認をしていた。処方された内服薬で経過を見て欲しいという長男に対し、鈴木看護師は、急変の可能性のあることを説明し、直接話をしたいと面会を促した。

長男との面談の前、鈴木看護師は、「あれほど食べることが好きな人が、いないって言うんだから。本人がすごく苦しんでいるわけじゃない。ここに居て何もしない方が中島さんには正解かもしれない。今の状態で受診すると、酸素や輸血ということになるし、それだけじゃあすまないかもしれない。本当はここでみてあげたい。でも、息子さんがどう考えているか、ちゃんと話をしないと」と私に語り、中島さんの状態が急激に悪くなったことから、このまま看取りでよいのか、治療を受けることがよいのか判断しかねているようであった。鈴木看護師は、長男が待つ中島さんの居室に向かった。

鈴木看護師は、「俺が誰だかわかる？」と顔を覗き込むと、中島さんは「鈴木一」と、はっきり答えた。鈴木看護師は嬉しそうに微笑み「呼び捨てかよー」と言うとその場は和んだが、中島さんはすぐに目を閉じた。長男は「さっき話してたら、話すのを嫌がったんですよ。

つらいのかと聞いたら、つらくはない、腹は減らない、何もいらぬ。このままにしておいてくれって」と、中島さんの顔を見ながら寂しそうに言った。鈴木看護師は中島さんに「ちょっと向こうで話をしてくるね」と断り、長男を静養室に案内した。

鈴木看護師が、話を切り出しにくそうにしていると、長男は、「ここに入所するときにもお話したように、苦しみの軽減措置を取って、自然に近いかたちでやってくれば」と看取りの話を切り出した。鈴木看護師は、貧血や心不全を想定しており、病院で治療を受けることで回復の可能性があるかもしれないことをふまえ受診を勧める一方、治療を受けることにより希望している自然に近い最期ではなくなるかもしれないことをゆっくりとした口調で、語尾を濁しながら伝えていた。長男は、受診をした方がいいかもしれないという思いで面会に来たが、中島さんの状態が、老健の看護師から聞いた老衰と似ていると話した。長男は「治療することで、今の状態から脱することができるのであれば、でもやってもすぐにぶり返すだけの状態でこれは老衰だという判断であれば、特別な医療はいらない。あえて病院に行っても、本人にとっては非常に苦しいことなんで、それは避けたい。もう 90 過ぎて無理しても意味はない。今の状態じゃ無理だと思う」と、切々と中島さんに苦しい思いをさせたくない思いを語った。

鈴木看護師は、このままであれば、数日のうちに急変する可能性があるという説明し、急変時は救急要請を希望するか尋ねると、長男は「それはやめましょう」と力強く答えた。長男は「何かあったらどうしますかって、親のそういうことを考えるのは、不謹慎かなと最初は戸惑った。一回だけしかこういう話をされなかったら、できることはやってくださいっていう話になるんでしょうけど、施設が変わるたびにこういう話が 4・5 回あったんで、色んな人の話を聞くとね、そうすると少しずつ変わってきた。自分も考えておかなければならない問題、考えないと今度、我々の子供に負担がかかってくるって思いました」とこれまでに何回も考える機会があり、十分考えて自然な看取りを希望しているということを伝えているようだった。鈴木看護師は「急変したら、それこそここで（看取らせていただきます）」とはっきり伝えていた。鈴木看護師は、中島さんの両腕にある潰瘍に対しケアを繰り返す中で、中島さんのひ孫の話、鈴木看護師の母や祖母の話などをする近しい存在になっていたことを長男に伝え「本当にこのままここでいいのかなって、思うところがあるんですよ。もしかしたら治療すれば、貧血の状態がよくなってくれば、少しは元気が出るんじゃないかという思いが僕の中にあるんです。こんなお話させてもらってるのに、すいません」と、鈴木看護師自身が、中島さんの体調がよくなる希望を持ちたいという思いがあるようであった。しかし、

鈴木看護師は思い直したように「昨日までは、栄養ドリンク飲ませろって、言うんですよ。元気になりたいっていう気があったんです。だけど、あれだけ食べてた人が、今日は本人からいらないうって言うのは、受け付けないんでしょうね。自然の摂理なんでしょうね」とうつむいた。鈴木看護師は、中島さんの状況が変わってきていること、中島さんの思いを押し量ったことを長男に話すことで、鈴木看護師自身が中島さんの看取りを受け止めようとしているようだった。

長男は、鈴木看護師の思いを察したようであった。次は、長男がここでのケアに納得している理由を語った場面である。

長男は「ここにきて、安心しちゃったんだろうね。老健に居た時・・・食事制限、日常生活の制約が一杯あって、ここだと、制約がほとんどなくなっちゃったから・・・。向こうに居た時は、全部ドロドロになってたんでね。ここに来て、何食べてもおいしいって言ってましたしね。出前もね」と言った。鈴木看護師は、顔を上げて「チャーハンをほおぼる顔は忘れられないですね。本当に喜んでね」と懐かしむように言った。長男は、「私たちが持っていった食べ物も与えちゃいけないって。まあ、うるさいじゃない、ああいう所は。喉につかえたら、どうのこうのってね。だから、パンもだめだし、牛乳とかコーヒーとかも全部だめ。すごい制限、まず食事制限があって、日常生活の制限もある。こっちに来ると全然制限がなくなったので、自分の思う通りに言う事やってくれるから、そういう意味では安心しちゃったのかもしれない。あまりにも安心しすぎちゃった。皆さんよくやっていたいでるんで、おふくろも精神的にも肉体的にも気を張らないでよくなって、安心したんじゃないかな。ここに来る前は、えらく私に文句を言ってた。ここに来てからは、うるさいから帰れて、言うようになってね。前の時はそうじゃなかったんだよね。ここにきてまだ 4 か月だけど・・・せめて 1 年くらいはゆつくり静養させてあげたかった・・・。我々も覚悟、納得していますから、色々気を使っただいて、ありがとうございました。申し訳ない」と、ここでの生活が中島さんと長男にとって安心できる場でそのケアに納得していることが語られた。長男が深々と頭を下げるのを見て、鈴木看護師も頭を下げた。鈴木看護師の中島さんによくなって欲しいという思いが、長男に伝わったようだった。（FN-中島 150103）

長男との話し合いの後、鈴木看護師は中島さんに静養室に移動してもよいか尋ねた。中島さんは「いいよ」と答えた。鈴木看護師と小林看護師は、中島さんの家族が気兼ねなく小さいひ孫を連れて来ることができるよう、4 人部屋に居室がある中島さんを静養室に移動した。

介護士と看護師は、静養室に移った中島さんのことを気にしていた。佐々木介護士は、静

養室の前を通る時には、静養室に入り、笑顔で話しかけ中島さんの顔を覗きこんでいた。中島さんは「うるさくしないで」と、右手を少し上げて払いのけるようにした。佐々木介護士は「元気があってよかった。また来るね」と笑顔で伝えて静養室を出て、「復活してほしい」と私に言った。伊藤看護師も「部屋を変わって、落ち込んで、がくってなるかと思ったら、反対に頑張る気になったのかな。食べたくないって食べないけど、飲みたいって言って飲んでくれるから、尿もたくさんは出ないけど、きれいになってきた。何もしてないのに、少し良くなってきた。落ち着くかも」と言い、中島さんの体調が回復に向かうことを願っているようだった。

この3日後に中島さんは旅立った。看取った山本看護師は「心配で何度も、観に行きましたよ。1時間毎以上ですね。朝4時の時に呼吸がおかしいと思ったので、間に合わないといけないと思って息子さんに電話して。誰もいないところで息を引き取るのはかわいそうだと思う『もうすぐ息子さん来るよって』ずっと、付き添ってました。息子さんが来るのを待ってたんだと思うんですけど、5時に呼吸も心臓も止まってしまいました。全然辛そうじゃなかったです。息子さんが到着したのは6時ころでした」と語った。

中島さんを看取った2週間後、鈴木看護師は、夜勤者への送りを終えた医務室で私に次のように語った。

鈴木看護師「仕事が終わっても、本当にこれでいいのか考えることがあるんだよ。相談できる人がいないじゃないですか。（略）病院にいるときは、何かあったら、とりあえず医者に言っておけばそれでよかった。ここには医者はいなくて、往診には来てくれても、こっちから情報を提供していかないと、積極的に医者が考えてくれるわけじゃないから、自分で判断しなくちゃいけない。僕も間違った判断するかもしれない。だから、時々、特養に看護師はいらないんじゃないかと思う。そしたら介護さんは、何かあったら救急車を呼べばいいじゃないですか」と言った。私は「病院に？」と尋ねた。鈴木看護師は「入所者さんはかわいそうですよ。それがあるから、こうやってやってる。苦しい思いなんかさせたくない。食べなくなったからって、点滴しても意味ないもん。苦しい思いさせるだけだ。感染症とか治療した方が楽になる時は別、病院に行くのが全部、駄目だと思ってるわけじゃない。（略）いざっていう時に、ごちゃごちゃしないように僕がきてから（2012年）、入所の時に同意書をとるようにした。その時の看護師は派遣の人が多かったから、わかってもらえなくて、もうターミナルの同意書取ってるって、陰口たたかれたこともあります。だから、派遣の看護師とは契約を更新しないでもらって、人伝えにここで一緒にやってくれる人に入ってきてもらった。（略）もう少し常勤の人が来てくれると安定するけど、ここまで

くるのは大変だった。すいません、愚痴っちゃいました」と言った。(FN-中島 150121)

鈴木看護師の語りからは、特養の看護師として医師に依存することなく、入所者の身体状況を自立的に判断しなければならない困難さやその責任の重さ、いつも正しく自分は判断できるのかという苦悩があり、複数で話し合いながら判断できる環境を求めていることがうかがわれた。

3-2. 家族に代わる看取り

小川さんは100歳の女性で、若いうちに夫が亡くなり、一人で長女と息子の2人を育て70歳まで働き、90歳代前半まで一人で電車に乗って長女を訪ねることもできる程、活動的であった。小川さんは肺炎を契機に衰え、長女夫妻の長女と4人暮らしを始めたが、このころから「死にたい」と言うようになった。長女は、そんな小川さんの介護ストレスから心身症となり、その後がんを患った。長女の夫も手術を受けることとなり、長女夫妻は、小川さんを自宅で介護することができなくなった。小川さんは、自分のせいで長女が病気になったと気にしていた。小川さんは老健を経て1年前に特養に入所した。

入所時の小川さんは、はっきりと意思表示することができ、ADLはほぼ自立していた。小川さんは、難聴があり補聴器を使っていたが、古い歌が好きで伊藤看護師と一緒に歌を歌い、ぬりえを楽しんだりしていた。

入所半年後、誤嚥性肺炎で入院した時、血尿があり医師から精査を勧められた。しかし、小川さんは、はっきりと検査を拒否したため、検査を受けることなく退院した。誤嚥性肺炎の治療後、小川さんの食事形態は、きざみ食となった。

入所1年半後、小川さんは、夜間に転倒したことから、日夜を問わず大きい声で助けを求め、不安を強く訴えるようになった。長女は、がん治療の副作用で入退院を繰り返しており、頻回に面会に来ることはできなかった。

a. 自立重視の介護士と尊厳重視の看護師

転倒の1か月後小川さんの担当介護士である井上介護士から、転倒後から、依存的になった小川さんのケアプランを見直しをしたいとの提案で、臨時のサービス担当者会議(井上介護士、田中看護師、加藤ケアマネが参加)が開かれた。この会議で決定したケアプランにより、小川さんの不安がますます強くなり、眠れなくなっていることを伊藤看護師は次のように気にかけていた。

「小川さんは、体重が 26kg しかなくて、もともと飲んでる眠剤で、夜はデロンデロンで昼とはぜんぜん違うのに。できることもできなくなると困るから、昼も夜もできることは自分でやってもらって手伝わないってケアプランにしたんだろう。小川さんは、人を見てるから、厳しい介護士のときは自分でご飯食べたり、トイレのズボンの上げ下ろしもできるけど、やって欲しい時もある。その日その時で、本人が手伝って欲しい時に手伝ってあげればいいのに。100 歳なりの物忘れとかはあるけど、しっかりしてる。死への恐怖とか不安が強くて、今日も死にたいとか言ってる。だから私の顔を見ると、助けてください伊藤さんって言う。特養は、これから能力を獲得していく人を相手にしてるんじゃないで、残り少ない時間をいかに穏やかに過ごして、生きていてよかったって思って過ごしてもらいたい」(FN-小川 141120)

伊藤看護師は、担当の介護士に意見を伝える前に、この会議に参加した田中看護師と加藤ケアマネに夜も手伝わないというケアプランにした理由を尋ねた。田中看護師と加藤ケアマネは、夜に手伝うのは当然と考えていたと話した。伊藤看護師は、この二人の意見と自分の意見が相違ないことを確認し、井上介護士に夜間のケアプランの見直しをして欲しいと話をし、小川さんへの対応が改善されることを期待していた。

井上介護士と話し合いをした約 1 か月後、伊藤看護師は小川さんの状況からケアが改善されるのを待つのは限界だと考え、感情を露わにして私に次のように語った。

「100 歳まで生きてるだけでもすごいのに、少しずつ衰えてきてるのに、無理はさせない、できないところは介助するってことになってるはずだけど、それが（介護士全員に）なかなか伝わらない。いくら言っても、できるんだからやってもらわなくちゃって。（略）小川さんは、おせんべいが好きだったり、ラーメン食べれるんだから、あんなベトベトの食事じゃなくて、普通の食事にしたらって言っても、形態の問題じゃない。甘えてるって言うんだから、どうしようもないよね。もうほっとけないから」(FN-小川 141120①)

伊藤看護師は、加藤ケアマネに緊急のサービス担当者会議の開催を依頼した。次の場面は、伊藤看護師が介護士とのケア方針のずれを修正しようと、小川さんの担当の井上介護士と話し合った場面である。

伊藤看護師は「年齢的に言っても、いつ急変してもおかしくない。手伝ってって、言うのもきっと何かが起こってる。本人がしっかりしてるから、介護さんの方では、やれることはやってもらうケア方針でやってるけど、本当は、本人はつらいんじゃないかと思う。本人はだるくて、気力もなくてやって欲しいって言うなら、（略）無理させると死期が早くなっちゃう。声かけや対応によっては不安が増して、その不安が

恐怖になって不穏になる」と笑顔で穏やかに話した。井上介護士は、時々うなずき、頭や体を掻きながら話を聞いていた。井上介護士のイライラしている様子がうかがえた。井上介護士は「さすがに私も自分でさせようなんて思わない」と強い口調で言った。伊藤看護師は「こっちの都合じゃなくて、本人が希望したら、訴えたときは待たせないであげて。本人がつらい思いをしない、最期にしたいよね」と、ゆっくりと穏やかな口調と笑顔で諭すように言った。井上介護士は「さすがに自分でさせようなんて思わない」と小声で穏やかな口調に変わり言い、何度もうなずいていた。(FN-小川 141120②)

井上介護士は、伊藤看護師の小川さんを大切に接してもらいたい、つらくないケアをしてもらいたいという思いは理解しているが、介護士全体で同じようにケアできないことに苛立っているようだった。井上介護士は、伊藤看護師の言葉でもう一度介護士同士で小川さんのケアの見直しをしようと決意したようだった。それを察したように、伊藤看護師は、具体的に食事の内容、水分の勧め方、休息の取り方などについてアドバイスをしていた。これを機にこれまで介護士のケアにばらつきがあったが、井上介護士や佐藤介護士は、これまで以上に小川さんのことを気かけ、代わる代わる小川さんの居室を訪ね要望に応えようと接し、ばらつきのあったケアを変えていった。

看護師と介護士が、これまでなんとか ADL を自立して行えていた小川さんの衰えを共通に理解することは簡単ではないことがうかがわれた。また、様々な背景をもつ介護士同士が小川さんの訴えを、甘えではなく衰えなのだと理解することも簡単ではないことがうかがわれた。

b. 最期までトイレでの排泄を叶える

小川さんは、伊藤看護師と井上介護士が話し合いをした次の日の夕食から、「苦しい」と訴え、食事を食べなくなった。渡辺看護師が検温をしようとする、小川さんは「苦しい」と言い、検温に協力的ではなかった。渡辺看護師は、検温をやめ「足を見せてね」と靴下を脱がせ、両足の皮膚色と皮膚温を観察した。下腿には軽度のチアノーゼが認められたが、渡辺看護師は「昨日より、色がいいね。むくみもひいてきたね」と、小川さんの足をマッサージしながら、小川さんが不安にならないように配慮しているようだった。小川さんはマッサージを受けている間、目を閉じリラックスしているようだった。次は、マッサージ後、小川さんがトイレに行きたいと伊藤看護師に要望した場面である。

小川さんは「トイレ、トイレに連れてって」と要求した。渡辺看護師は「行ける？」と聞き、小川さんは

「行ける」とはっきりと即答した。渡辺看護師は、一瞬どうするか考えたようだったが、小川さんをゆくり起こし端座位にした。小川さんは、「苦しいー」と声を上げた。渡辺看護師は「どうする？」と心配そうに小川さんの顔色を見ながら聞いた。「トイレ、行く」と小川さんははっきりと意思表示していた。渡辺看護師は「トイレね」と小川さんを抱きかかえるように、車いすに移乗し、居室の隣にあるトイレへ連れて行った。小川さんはニコニコしながらトイレから出てきたが、すぐに「寝かせて」といい、肩で呼吸し、呼吸は促迫していた。(FN-小川 141122)

小川さんは、起き上がることで呼吸苦を訴え、トイレに連れていくのは厳しい状況のように見えた。渡辺看護師は、本人の希望通りにするかどうか一瞬躊躇していたようだったが、トイレに行きたいという小川さんの強くはっきりとした希望を叶えていた。トイレに行った後、小川さんは、呼吸が乱れ苦しそうであったが、要求を聞き入れてもらい安心したようでもあり、満足しているようにうかがわれた。これが、小川さんの最期のトイレであった。これ以降、小川さんは何かしたいという希望を言わなくなった。

この後、日毎に小川さんは衰弱していったが、様子を観に来た伊藤看護師に助けを求めることはなく、「ありがとう」と笑顔で答えていた。食事を食べなくなったことを心配し、小川さんが好きなカップそばを運んできた井上介護士に、小川さんはにっこり微笑み「後で、食べる。ありがとう」と言い、気を使っているようであった。

伊藤看護師と井上介護士が話し合いをしたわずか6日後、小川さんは、井上介護士が夜勤の日の夜、旅立つ数時間前まで挨拶を交わすことができ、苦痛を訴えることなく静かに旅立った。

c. 看取ることができなかった家族への気遣い

小川さんの長女は、がん治療の副作用が強く入院していた。小川さんは長女が退院する前日の夜、静かに旅立った。小川さんは、きれいに身支度を整えられ、長女が退院して来るまで静養室で待っていた。小川さんの左肩には、いつも一緒にいた、熊のぬいぐるみが置かれていた。ベッドの脇には、100歳の誕生日を祝った写真と大きな花束が飾られていた。出勤してきた職員は、代わる代わる静養室を訪れ、小川さんに手を合わせた。

長女は、病院を退院したその足で夫に付き添われ、小川さんに会いに来た。長女は「お母さん、ありがとうね。私に負担をかけないようにしてくれたんだね。本当にありがとうございました」と手を合わせていた。長女は、小川さんを囲んでいる職員に「私の代わりに、看取りをやってくださって助かります。病院に行くとあちらから迎えが来ているのに、点滴し

たり酸素をしたりするのは自然の死じゃなくなりますから、本人も希望してました。穏やかに笑ってるみたい。母は 60 の時から総入れ歯だったから、必ず、亡くなった時には、入れ歯を入れてねって言われてたんです。ちゃんと入れ歯まで入れてくださって、(母は)満足してる」と気丈に職員に感謝の言葉を伝えていた。

伊藤看護師は、長女の話聞いた後、小川さんの居室に行き、小川さんを懐かしむようにぬりえの束と、いつも小川さんが使っていたハンカチを家族に届けた。長女は、懐かしむようにぬりえを受け取った。孫は、伊藤看護師が届けた色違いのハンカチを握っており、届けられたハンカチを握りしめ涙をぬぐっていた。伊藤看護師は、健康とは言えない体で、長女の看病と、長女の代役を担っていた長女の夫を気にかけていた。

後日、加藤ケアマネと井上介護士が、長女宅に焼香に行った際、加藤ケアマネは、長女の夫から伊藤看護師宛の手紙と包みを託ってきた。その包みの中には、小川さんが好きで集めていた新しいハンカチが入れられていた。手紙には伊藤看護師に対する礼とその結びに、「母の代わりに熊のぬいぐるみといつも一緒に居ます」と添えられていた。伊藤看護師は、「ありがとうございます。よかった。お嬢さん大丈夫そうだね。小川さん喜んでくれるね」と大事そうに手紙をエプロンのポケットに入れた。伊藤看護師は、家族が小川さんを看取ることができなかったことを後悔しないよう家族のケアすることが、長女の健康を気にかけていた小川さんへのケアだと考えているようだった。小川さんを看取った後にも、小川さんへのケアが継続していることがうかがわれた。

d. その人からの学びを振り返る

伊藤看護師は、小川さんの家族のひとり一人に配慮して、看取り後のケアを行っていた。次は家族へのケアの後の伊藤看護師の語りである。

私がつらい時、小川さんは私の名前を覚えてくれて、(略)私の支えだった感じがするの。だから、無理に頑張らされてるところ見たり、本人の好みじゃない食事を食べさせられたり、食べるまで、飲むまで放置されてたりするのが許せなかった。あれから(話し合いの後)早かったよね。(小川さんの死は)もう自分のために、みんなが大変な思いをしなくていいっていうメッセージだったんだよね。小川さんは最期に自分を使ってこれからの人達に教えてくれてるんだよ。小川さんの担当になって、井上介護士はすごく成長すると思う。(略)みんなが、大きく変わるわけじゃないと思うけど、きっと井上介護士は成長するよ。(FN-小川 141127②)

伊藤看護師は、小川さんのケアを通して感じていたことを私に語ることを通して、自分の看取りケアの意味づけをしているようだった。

井上介護士は、小川さんを看取った2週間後、私に次のように語った。

夜勤ナースに、「いつか転ぶよって」言われていたのに、（略）転倒後は、看護師と介護士との考えの相違が大きかった。介護士がそばで支えることを伝えて、自分でできるように介助に入るようにしてもらってたけど、介護士はその人なりの考えを持ってて、対応の仕方の統一は難しい。ナースさんは年齢を考えて、無理しなくてもいいんじゃないかと言ってた。（略）起きられなくなっただけから、自分だけでもちゃんとそばに居よう、少しでも安心してもらえたらと、部屋に行く回数を増やした。気づくのが何もかも遅かったのは心残り。（略）純粋に体の衰えで亡くなる方の、その最期の期間に居られたというのは、すごく貴重だと思っている。最期、本人は相当しんどかったはず、その中で最期まで笑いかけてくれて、あの日、私を待ってくれたのかなと思った。エンゼルケアにも入れて、私の時でありがとうって、感謝の気持ちで一杯でした。最期まで携われてそばで見れて最期のお別れもちゃんとできて、やりきって後悔はないです。看取りは介護士だけではできないことなので、ナースとのいい関係の中でやれるといいと思う。処置がない方とある方とで、ナースさんの関わりはどうしても差が出る。空いている時間でいいから、処置がない人にも、普段の生活も見て貰えたら、日々の生活の方に目を向けてもらいたい。（略）そうすると、一緒に見てる感というのは強まると思うし、お互いに信頼関係も強まり、言いやすくなると思う。

井上介護士は、小川さんの衰えに気付くのが遅かったことを後悔していると語っていたが、小川さんから自然に旅立っていく姿を見せてもらえたことに感謝をしていた。介護士は、一人で多くの入所者の処置に迫られている看護師に対する遠慮がある、また看護師に普段の入所者の生活に目を向けて欲しいと希望していた。

3-3. 自宅のような看取り

藤田さんは、入所して10年目の90歳代前半の女性であった。入所前は、長男と二人暮らしをしていたが、脳梗塞、うつ病、変形性脊椎症などがあり、要介護5となった。同居していた長男には精神疾患があり、長男自身、生活の維持が精一杯で藤田さんの介護を自宅で継続することは難しかった。藤田さんは、入所2年目に不整脈、3年目に脱水で入院したことがあり、その後は尿路感染症を起こすことはあったが、体調は比較的安定しており、医師の処方により特養で生活することができていた。藤田さんの居室には、藤田さんの写真や介護

士が書いた似顔絵が壁一面に飾られ、ここでの生活の長さが感じられた。

藤田さんは、ゆっくり自分で食事を食べることができたが、その他は全介助であった。藤田さんは、いつもハンドバックが見えるところがないと興奮してしまうことがあった。職員は藤田さんが不安にならないよう、いつも見えるところにハンドバックを置いていた。興奮すると必死で起き上がろうとして転落の危険性がありベッドの下には衝撃緩衝用のマットレスが敷かれていた。

入所時、藤田さんの体重は 50 kgであったが、10 年の間に徐々に体重が減少し、食事摂取量は低下していないにも関わらず、体重減少が続いていた。職員と長男は、食事以外に高たんぱく、高カロリーの補助食品を付加しているにも関わらず、体重は 24 kg、BMI は 10.8 と極度に痩せていることを心配していた。長男は、藤田さんが自分のことを心配していることを承知しており、決まって 11 時過ぎに面会に来ていた。長男は、面会に来るとフロアにいる藤田さんの、はすむかいに座って持参した昼食を黙々と食べていた。長男が食べ終わるころに配膳車が到着すると、配膳車から藤田さんの食事を取りだし、藤田さんが食べるのを見守っていた。藤田さんが途中で食べるのをやめると、長男は静かな声で「食べたほうがいいですよ」（長男はいつも藤田さんに敬語で話しかけていた）と励まし、様子を見て手伝うこともあった。これが藤田さんと長男の日課で、職員は手出し口出しをすることなく見守っていた。

a. 急激な症状の変化に動揺する介護士を支える

ある朝、松本介護士が藤田さんに大量の血尿が出ていることを発見した。松本介護士は、慌てた顔つきで鈴木看護師を呼びに来た。鈴木看護師は、松本介護士と一緒に藤田さんの居室に向かって歩き始めた。走って行きたそうな松本介護士に「時々、黒いようなおしっこが出るけど、それとは違うの？」と落ち着いた声で尋ねた。松本介護士は鈴木看護師に質問されたことで、歩くスピードにブレーキがかかったようだった。鈴木看護師は、松本介護士と一緒に陰部洗浄とおむつ交換をした後「あれほど赤い血尿見たの、初めてだろう？びっくりしたよな」と声をかけた。松本介護士は、「はい、初めてです。びっくりしました。あの血尿は止まるんですか」とたずねた。「血尿がどうなるかは、今はわからんけど、いつでも看護師を呼んでくれていいからね。すぐに教えてくれてありがとう」と伝えた。松本介護士は、照れくさそうに笑い「そうします」と、頷いていた。

鈴木看護師は、大量の血尿を見て驚く松本介護士と一緒にケアをし、体調の変化を心配している介護士に、連絡をもらえたことに礼を伝え、加えていつでも看護師を呼んでくれてよ

いと伝えていた。日々のケアを介護士が安心して継続できるよう配慮し支えているようだった。

b. 「全部、私が致します」という息子にケアを託す

藤田さんは、尿路感染症の疑いで、医師から抗菌剤を処方されていたが、血尿は持続していた。藤田さんに血尿が始まって5日が経過し、日に日に血尿の量は増え、血圧が低下し始めていたが、藤田さんの意識状態に変化はなかった。鈴木看護師は受診を勧めようと長男が面会に来るのを待っていた。次は、鈴木看護師が藤田さんの居室で、長男に藤田さんの身体状況の不安定さを説明した場面である。

長男は、藤田さんの体調の説明を受けた後「心は元気ですねー」と言った。鈴木看護師は長男の返答に驚いたようで苦笑いしながら、「心はねー、先週から出血してるので、どんどん貧血が進んでると思うんですよ。だから、・・・」と次の言葉を探している間に、長男は「もう長くはないですね」とぼつりと言った。鈴木看護師は長男のこの言葉をかき消すように、「本当はね、もう輸血が必要なくらいな状態だと思うんですよ」と予想される具体的な医療処置を提示した。長男は「そこまでして長生きしても仕方ないもん」と、弱々しい声で搾り出すように言い、下を向いた。沈黙の後、鈴木看護師は「こうやっていられるのが不思議なくらいですよ」と言った。長男は「まあねー、すごいですよね。90 過ぎですからね」と、藤田さんの顔を見て少し声が大きくなった。鈴木看護師が、今後いつ状態が悪化するかわからないことを説明し始めると、長男は「それは、わかってますよ」とはっきりと言っていた。鈴木看護師が続けて話そうとすると、長男は次の鈴木看護師の言葉を待たず「納得してますから」ときっぱりと言い「骨と皮だけになっちゃったよ」と、部屋一面に貼ってある写真を見渡し苦笑いした。入所時に 50kg あった藤田さんの体重は 24kg まで減少していた。鈴木看護師は言葉を失ってしまったようで「はい」と控えめに返事をした。(FN-藤田 150218)

鈴木看護師は一呼吸置いて、話題を食事に変えた。長男は、藤田さんが食べたり飲んだりしやすいように体位を整える鈴木看護師の様子を黙って見守っていたが、「全部、私が致します」と、長男は強い意思表示をした。鈴木看護師は藤田さんが誤嚥することなく摂取できるように、藤田さんの左手側から介助する方向を説明した。長男は、鈴木看護師の言い回しから、藤田さんが朝食を介助で食べていることに驚いた様子だった。鈴木看護師は、藤田さんの体力が日に日に低下していることから、誤嚥の危険性を考慮し、食事介助は看護師で行うことを考えていたが、長男の意向を尊重し、長男に食事介助を託した。

c. 本人に看取りの意向を尋ねる

長男は、藤田さんのこれまでの状況を 10 年間毎日見てきたことから、血尿が続いていても病院で診療を受けることを拒んだ。藤田さんは長男と鈴木看護師のやり取りを聞き、受診したいとは言わなかった。鈴木看護師は日を改めて、藤田さんに最期の時間をここで過ごすことについて、次のように尋ねていた。

鈴木看護師は、藤田さんに「ここでよかった？」と尋ねた。藤田さんは「いいよ」と穏やかに答えた。それを聞いた鈴木看護師は「藤田さん。長生きしいや。長生き」と言った。藤田さんは「あんたもね」といつにないはっきりした声と笑顔で応えた。鈴木看護師は、にっこり笑って「こうやって何とものないが一番だよ。今日、先生来るよ。お部屋に来てくれるから、調子悪いところがあったら先生に言ってよ」と、診察の時に意向があれば伝えてほしいと言っているようだった。鈴木看護師は、藤田さんの居室を出て「4 人部屋だから静養室どうしようかと思ったけど、やっぱり 10 年過ごしたあの部屋が、藤田さんの家だね。きっと他の人もわかってくれると思う」と、いつも通りに過ごしてもらうこと私に伝えた（FN-藤田 150220①）

鈴木看護師は、医師に血尿が止まらないこと、皮下出血、紫斑、口腔粘膜に点状出血があること、血圧は低下傾向にあるが、意識ははっきりしていること、食事摂取量、水分摂取量が少なくなっていることを伝えた。その後、鈴木看護師は、医師を藤田さんの居室に案内すると、長男が面会に来ていた。医師は、藤田さんを診察し、その場で、もともと尿路感染を繰り返していること、また、もともと貧血傾向であったが貧血が進行していること、血小板は通常の 1/10 であり止血できない状況にあること、受診して輸血を受けることも一つの選択肢であることを説明した。

長男は「もう 90 過ぎてるもん、ここで 10 年お世話になってますし、輸血をしても必ず、よくなるということではないでしょうから、本人も苦しそうではないですから、ここで自然な形でお願いします」と、はっきりここで看取りたいという意思を伝えた。藤田さんは、医師と長男の会話を黙って聞いていた。鈴木看護師は「藤田さん、これまで長いこと診てもらってた先生に、どこか具合の悪いところがあったら伝えて」と促すが、藤田さんは「悪いところはないです」と答えた。鈴木看護師は「いいの？今までは、おなかが張ってるって、よく診てもらったじゃん。いいの？」と聞くが、藤田さんは「いいです」と答えた。医師は、「じゃあ、そういうことにしましょう」と穏やかに藤田さんと長男に伝えた。

藤田さん本人にも意向が尋ねられており、藤田さんは、とても穏やかに落ち着いてここでよいと答えているようにうかがわれた。

d. 最期の日までこれまで通りの生活を支える覚悟

鈴木看護師は、これまでのやり取りから、10年間続けてきた生活を続けさせてあげたいと考えているようだった。鈴木看護師は、林介護士に血小板が通常の 1/10 くらいしかなく血尿が止まらない状況であるが、「藤田さんが入浴する気になったら、看護師と一緒に入浴介助をしてでも、入浴させてあげたい。もしかしたら風呂でって、こともあるかもしれない。毎回、今回が最後の風呂になるかもしれないって考えてやろう」と、今まで通りの生活支援をしていこうと相談をした。それを聞いた林介護士は「怖いですね」と少し下を向き、胸の前で両手を組んだ。鈴木看護師は「でも、一緒にやるから。段取りをつけて一緒にやるから。俺と一緒にやるから、藤田さんに聞いて入るって言ったら、入れてあげよう」と、藤田さんの状態の悪さにたじろいでいる林介護士に、懸命に伝えていた。鈴木看護師は、藤田さんの希望にそって、協力しながら最期の日までこれまでの生活ができるようにしようと介護士に働きかけていた。林介護士は「わかりました」と笑顔で応え、鈴木看護師の関わりに支えられ最期の日までこれまで通りの援助をしていくことを覚悟したようだった。

e. 自宅のような看取り

鈴木看護師は、藤田さんの看取りが今までに感じたことがない経験だったと私を聞き手にして自身の看取りを次のように振り返った。

「長男さんが来てくれていて、10 時にスポーツドリンク 150 ml と補食を半分食べて、いつもと大きく変わりなかった。弟さんも来ていて、結構、藤田さん頑張ったのかもしれない。11 時ごろにみに行ったら、藤田さんの表情はうつろになっていて、脈を触れたら弱くなってきていた。その時に、そろそろかもしれないって思ったんですよ。だけど、弟さんが帰るって時に、もうそろそろだと思うから帰らない方がいいって、言わなかった。僕が、その一言を言うことで、藤田さんの部屋の空気、場の雰囲気を変えてしまいで。言えなかったです。だから、弟さんは帰ってしまわれた。その後、長男さんは、いつものように藤田さんのベッドの横に座っていて、何とも言えない、温かいその場の雰囲気があった。長男さんは 10 年間ほぼ毎日こうやって面会を続けて、長男さんが一番よくわかってたんじゃないかな。藤田さん親子のこれまでの関係が本当に良かったんですよ。だから、僕はずっとそばに付き添うんじゃなくて、何かあったら声かけてくださいって、そばを離れたんです。少ししたら、長男さんから、慌てた様子もなくて、どうも様子がおかしいって、脈を触れてみても自分じゃよく触れなくて、息をしているかと思って顔を近づけてみ

たけど息もしていないみたいだけど、体は温かいからよく分からない、だから見に来てほしいって言われた。僕と一緒にいくと、藤田さん呼吸してなかったです。本当に、長男さんが看取ったんですよ。本当に立派でした。ここは特養だけど、まるで藤田さんの家にお邪魔している感覚になった。こんなこと初めてですよ。こんな風にいつものような中で静かに家族が看取れたら、こういうのが生活の延長線上の死なんでしょうね。今までにない経験でした」(FN-150304)

この語りから、職員が長い関わりを通じて、藤田さんと長男が安心して過ごすことができる場と信頼関係の構築がされていたことがうかがわれた。

3-4. 家族のような看取り

前田さんは80歳代後半の女性で、3度の結婚を経験したが子供はなく、3人目の夫・兄弟と死別し近親者はいなかった。前田さんは、脳梗塞、乳がんなどの病を経験しながら、隣人のサポートを得て一人暮らしをしていた。次第に隣人からのサポートが難しくなり、介護サービスを利用しながら在宅生活を継続したが、徘徊と転倒を繰り返すようになり、研究施設に入所となった。入所にあたり、相談員は、成年後見人による財産管理、身上監護が行われるよう、在宅ケアマネに依頼した。

前田さんは、認知症が進行する以前に、遺言書を作成し戒名を準備していた。地域のケアマネに「私は人嫌いでケチ」と話す一方で、「最期は一人じゃさみしい」、「人と一緒に居たい」、「故郷で人情のある生活がしたい」と、人との関わりを求める希望を伝えていた。

入所時の前田さんは、簡単な会話が成立したりしなかったりで、靴を脱いで食事のテーブルの上に乗せてしまうことがあり、介護士によく叱られていた。叱られた時、肩をすくめ、にっこりとする前田さんの仕草は職員を和ませていた。

入所2か月が経過した頃から、前田さんは食事をする事で疲労するようになり、看護師や介護士は、食事の様子をみながら食事を介助するようになった。前田さんは、介助すれば食べることが出来たが少しずつ体重が減少し、フロアのソファで眠る時間が増えた。入所3か月が経過した頃から、前田さんは39度を超える高熱を出すようになり、発熱時はぐったりするが、看護師の介助で経口水分摂取ができ、安静と水分補給のみで解熱していた。

a. つらい思いはさせたくない、これ以上の検査はしなくていい

入所6か月後が経過したころより、前田さんは苦痛を訴えることはないが、発熱や少量の嘔吐がみられるようになった。通常、決まった時間に看護師が検温をすることはなかったが、

言葉で不調を訴えることができない前田さんの変化を早く察知したいという考えから、朝、午前、午後、夕に体温と血圧測定をするようになった。次は、鈴木看護師が医師から発熱を繰り返す前田さんの検査を医師から提案された場面である。

医師は「熱の原因、調べる？CTや採血のオーダー出そうか。診断つけてないんだよね。どうする？検査しとく？」と穏やかな口調で診断のための検査を提案した。鈴木看護師は「CTの間、動かないでいられるかわからないですよ。それに、病院で検査を受けるそれ自体を理解できないんで、病院に行ったら疲れたり、抑制されたりして、本人が辛い思いして、それで、できる治療があるかどうかとも分からない。本人が痛い、苦しいわけじゃないから、つらい思いをするなら、わざわざ検査はしなくてもいいと思いますけどね。熱が出てる時は、辛そうだけど、長く続かなくて、食べたり飲んだりできるし。案外、元気なんですよ」と検査を断った。医師は「じゃあ、せめて採血だけでもしてみようか。採血できる？」と、診断はつけておきたいようだった。鈴木看護師は「採血ですか、なんだったら、先生、動脈からとってもらったほうがいいのかも。一回で終わるじゃないですか？」とにっこり、いたずらっぽく微笑み、確認するように医師の顔を見て、検査をして欲しくないことを伝えているようだった。医師は「採血したからどうこうじゃないけど、状態を遠方の家族に説明するにも、ある程度データはあった方がいいんじゃない？」と検査をしておきたいようだった。鈴木看護師は「それ以上の検査は無理だと思いますよ」と付け加え、結局検査はされなかった。（FN-前田 150116）

次の診察の時にも医師から検査の提案がされたが、鈴木看護師は同様に検査を断っていた。診察を終えた後、鈴木看護師は「本当は、僕だって、今、体がどんな状態になっているのか、知りたいという思いはありますよ。でも、それで何かできるわけじゃないじゃないですか。知りたいというのは、僕らの興味というか欲望でしかないですから。これ以上の検査はしなくていいんですよ。苦しい思い、辛い思いはさせたくない」と私に、前田さんを大切にしたい、尊厳を支えたいという思いを語った。

b. 苦しい思いをさせる食事前の吸引はしない

前田さんは、徐々に嚥下することも難しくなり、いつ誤嚥してしまうかわからない状況であった。前田さんにとって、いつでも吸引ができるように準備しておくことは、誤嚥した時にすぐに対応できるという利益と、吸引による痛さ、苦しさという不利益がある。看護師は、この両者を考え、痛さ・苦しさを与える可能性のある吸引を居室に準備しなかった。咽頭で痰が絡み始めた時にも、田中看護師は「なんかゴロゴロして食べ（させ）るのが怖い感じ」

と言ったが、前田さんの居室に吸引器を準備しなかった。

看護師は、食事開始前に温かく声をかけ、これから食べることを知らせ、口腔ケアをすることにより、口腔内に刺激を与え、口腔内の汚染の程度を把握し、唾液分泌の促進、舌の動きを確認し、経口摂取できるか否かを見極めていた。吸引を使用せず、汚れがきれいになるまで、ブラシと口腔ケア用シートできれいに口腔内を拭き取っていた。前田さんが口腔ケアに対し口を閉じたり、顔を背けることがない様子から、丁寧なケアを日常的に受けていることがうかがわれた。

看護師は、前田さんの唇に刺激が少なくなるようシリコンスプーンを使い、前田さんの表情と、咽頭の動きを観て、嚥下できていることを確かめ、前田さんが自ら開口するまで待つて次の一匙を口に運んでいた。食事介助の間、前田さんがむせたり、食後に痰が増えることはなかった。鈴木看護師は、積極的に吸引をしない理由について次のように語った。

「吸引しなくてもいいように準備して介助するから、吸引はいらない。前（病院勤務時代）は食事の前に、吸引するのは当たり前だったけど、吸引は苦しいよ。それで、食べれなくなったりするから。深いところで静かにしている痰を吸引で起こすようなことをすると、この先ずっと吸引が必要になるから」
(FN-前田 150218①)

c. 「時間だから食べようはもうやめにしよう」

鈴木看護師は、昼食のメニューから前田さんが食べやすそうなものを選び、舌・咽頭の動きに注目するだけでなく、表情や体全体を、自らの体を寄せたり引いたりして観察しながら、前田さんが嚥下するのを辛抱強く見守っていた。まるで、前田さんと看護師は一体となり食事をしているようであった。前田さんの咽頭が時間をかけてゆっくり上下に動いた。その後「あー」と小さな声を出した。鈴木看護師も息を吐き、「前田さん、おいしいかい？」と満面の笑みで優しく声をかけ、もう一匙口に運んだ。前田さんのなかなか飲み込まない、飲み込めない様子から、鈴木看護師は「無理するのは、やめような。つらいよな、前田さん、ごめんな」と前田さんに言った。そして私に「いつもと違う。つらそうだ。無理して食べさせると、結局、誤嚥したりで、本人が苦しくなるんでやめときます。また3時のときに様子見ます」と言って、昼食の介助を中止した。

15 時、鈴木看護師は、前田さんに水分補給を試みたが、なかなか嚥下できない状況から、「飲んで、食べてはもうやめにしよう。前田さん、そうしよう」と前田さんに言い、口の中

に残ったとろみをつけたスポーツドリンクを拭き取った。前田さんの顔を見ながら、鈴木看護師は私に、「合間、合間に見に来て飲めそうだったら、飲んでもらおうし、食べれそうだったら食べてもらって、時間だから食べようっていうのはかわいそう。でも一回決めたら絶対じゃなくて、これは僕の意見だから、他のナースの意見を聞いて食事をどうするか、ちょっと日を置いて決めます」と言った。そして、一呼吸おいて、鈴木看護師は「こうやって僕らは決断していくんです」と言い、大きく息を吸いゆっくり吐きながら少しうつむいた。

次の日、数口を嚥下するのに20分以上かかる前田さんの様子から、田中看護師も「どのタイミングでやめるかは本当に難しい。自分でいらないって言えないから。いらないって言ってくれば、本人の意思だと思えるんですけど」と食事をどのタイミングでやめるのか考えているようだった。看護師にとって、口から食べることをやめるということを決定するといことが、どれほど重荷になっているのかをあらわしているようだった。

d. その人の手から感じる「離れがたい」思い

田中看護師は、時間をかけて食事の援助をした後、加藤ケアマネと一緒に前田さんの様子をしばらく黙って見ていた。すると、前田さんは、田中看護師にずっと手を差し、田中看護師は差し出された前田さんの手をそっと握った。前田さんはその手を握り締め、上下に揺らしたり、動きを止めたりするが、田中看護師の手を離そうとはしなかった。田中看護師は、前田さんにその手を預けたままにした。

加藤ケアマネは、前田さんが田中看護師の手を握る様子を見て「前田さん、よくスタッフの頭を撫でてくれてましたよね、僕の頭をモジャモジャって言って。前田さん、ずっと一人暮らしだったんですけど、在宅のケアマネに、最期は一人じゃ寂しいから、施設とか、田舎にとか、人と一緒に居たいって言ってみたい。ここに入ってから、そういう会話できなくなってたけど、どんなことを思ってるのかな」と感慨深く話し始めた。

田中看護師は「そうですね、前田さん、目を閉じれば、そばを離れられるけど、離れがたいですね」と微笑み、前田さんの顔を見つめながら話していた。前田さんは、二人の声を聞きながらまぶたを閉じたり開いたりするようになってきた。田中看護師は、「人の気配を感じながら、人の声があった方がいいんですかね」と加藤ケアマネに尋ねるように言った。加藤ケアマネは「人の声が聞こえたほうが安心しますよね」と、前田さんが安らいでいると感じているようだった。しばらくすると、前田さんの手の力が抜けた。田中看護師は「寝ましたね」と穏やかな前田さんの表情を見て、微笑んで前田さんからそっと手を離した。その後も二人は、しばらく前田さんの居室から離れようとせず、黙って前田さんを見ていた。

e. アルバムの中にその人を求める

職員は、家族の支援がない前田さんを家族のように気にかけていた。吉田相談員は「もしもの時の服、どうする？浴衣みたいなのがいいかな」と旅立ちの支度の心配をした。田中看護師は「浴衣？昔の写真を見てみましょうか」と、前田さんが浴衣を着て旅立つことにしっくり来ないようであった。田中看護師は、前田さんの居室にある数冊のアルバムを見始めた。吉田相談員も一緒にアルバムを見て「ん？若い時すごくきれいだったんだね。全然、今と違うよね。おしゃれだね」と驚いたように言った。田中看護師も「別人のようですね」とアルバムのページを次々にめくって写真を見ていた。加藤ケアマネは「なんか前田さん大きい感じですね」と、目の前の前田さんとは違う人のように感じているようだった。田中看護師は「いつもブラウスですね」と、写真の中の前田さんのスタイルに気がついたようだった。前田さんのキャビネットの中には、自宅で前田さんが着ていた洋服と職員が見繕った洋服が混在していたが、田中看護師と吉田相談員は、キャビネットの中に写真に写っているようなブラウスがないか探した。吉田相談員は「このブラウスどうかな。どんな格好がいいんだろう」と1枚のブラウスを選んだ。田中看護師は「このブラウスがいいですね」と微笑んだ。吉田相談員は「この黒っぽいブラウス、いいね。これに合うズボンはあるかな。これがいいんじゃない、わかるように別にしておこうね」と、誰にでもわかるようキャビネットから選び出し、ハンガーにかけてクローゼットにしまった。

前田さんが好む服を旅立ちの支度にしてあげたいという田中看護師の思いを、吉田相談員と加藤ケアマネは理解し一緒に前田さんらしい旅立ちの支度をしていた。

f. さみしい思いをさせたくない

人の声を聞きながら過ごせるよう、前田さんの居室にはラジオが流され、前田さんが小脇に抱えられるよう、2つのぬいぐるみが置かれていた。前田さんは、眠る時間が長くなってしたが、時折、右手でぬいぐるみをゆっくりと撫でていた。

田中看護師は、「季節を感じられるように、見せてあげたくて」と、アルバムの中の前田さんに会ってから、花が好きであつただろうと、居室のキャビネットの上に菜の花と桃の花を活けた。殺風景だった前田さんの居室に一足早い春が訪れたようだった。

この1週間後、前田さんは旅立った。吉田相談員と加藤ケアマネは、ひとりでも多くの人と前田さんを送りたいと考えていた。鈴木看護師と田中看護師は、業務のため斎場に向くことができなかった。

棺の中の前田さんは、田中看護師らが選んだブラウスではなく、いつも来ていた服を着て、

ニット帽をかぶっていた。吉田相談員は、「いい顔してるね」と、前田さんの頬を撫でていた。吉田相談員は、前田さんが選んだブラウスを着ていないことに気が付いたようであったが、そのことについては何も言わなかった。前田さんは、林介護士が勤務する夜勤で看取られた。林介護士は、唯一前田さんが名前を覚えることが出来た職員だった。林介護士は、一緒に過ごした前田さんのように身支度を整えていたのだった。前田さんの棺の中には、いつも一緒に居たぬいぐるみが収められていた。

g. 旅立ち後も片付けられない、残る思い

前田さんを看取った 10 日後、山本看護師は、穏やかな口調で感慨深く次のように語った。

「あの日、夕食の時はいつも通りで、8 時に就寝前の排泄（介助）に入る時に、いつもよりちょっと元気ないかなって思ったけど、いつも通りだったんです。9 時のラウンドの時に、（呼吸が）止まってたって感じです。おしっこが目安だとかということは無いですよ。そういう時が来たのかなって感じ、ほんとにきれいでしたよ。担当の介護士も夜勤でしたからね。あんなに、怒られながらも・・・お互いに何か通じるものがあたんじゃないですかね。だから、担当のときに死んじゃった。彼女にお化粧してもらって、口紅がよく似合っていましたよ。いつも抱っこしてたぬいぐるみが 2 個あつただけで、ずっと、一緒に抱っこしていたもんだから、1 個だけねって言って（棺に入れてもらった）。もう 1 個は、まだベッドにいます。やっぱりね、看取りっていいかなって。病院に行って苦しい思いさせるよりはいいかな。苦しくないように、苦しくないように、苦しくないようにね、一緒に生活すればいいかなって思ってますけどね」
(FN-前田 150318)

旅立ちの 2 日後、前田さんの居室は、まるで前田さんがフロアに出かけた後のようで、今日もここで生活をしていると見えるような状態で、枕元に前田さんが抱えていたぬいぐるみが置いてあった。10 日が経過した後も、前田さんの名札がまだ残されていた。居室の布団はたたまれていたがシーツ交換はされていなかった。ぬいぐるみは足元に移動していた。

職員は、いつものように勤務していたが、このような前田さんの居室の様子から、前田さんの死を悼み、なかなか片づけることができない職員の前田さんへの思いがうかがわれた。

3-5. 家族が主体となる看取り

山下さんは、90 歳代後半の女性であった。70 歳代に悪性リンパ腫、大腸がん、度重なる骨折などを経験した。几帳面で自分の気持ちをストレートに表現することができる山下さんは、家事をこなすことが難しくなると、信頼できるヘルパーだけに介護を依頼しながら一人

暮らしをしていた。7年前、100歳を超えた夫を他の特養で看取り、自分も同じように静かに逝きたいと希望していた。山下さんが、デイサービスの利用中に自宅が火事で解体することになり、緊急措置として老健に入所し3年間過ごした。山下さんと家族は、最期まで居られることを希望し研究施設に入所した。山下さんは数歩の歩行ができ、日常の生活動作は軽介助レベルであった。山下さんは、入所してすぐに腹膜炎を起こし生命の危機的状況となったが奇跡的に退院することが出来た。長女は、本人と家族が最期を過ごす場所として特養に入所したこと、病院には行きたくないと考えていたが、看護師に受診を勧められ治療を受けてよかったと感謝していた。

山下さんは、朝起きたら濃い緑茶に梅干、それから朝食という自宅での習慣を継続できること、長女が持ってきてくれるおやつや、職員との会話を楽しみ穏やかな生活をしていた。

a. 死を予期したその人の不安な気持ちを理解する

入所後1年を迎えようとしていたころから、山下さんは、粗相をしてしまうのではないかとすることが心配になり、1日に50回以上トイレに通う日々が続き、夜間の睡眠が取れなくなった。いつも毅然としている山下さんは、「もう自分で終わりはわかってるよ。娘がいないうちに死んじゃったらいやだよ、会わずに死ねないよ。お礼を言わなきゃいけない。70からずっと世話になってるんだよ。長いこと苦勞をかけてここまで生きたんだから(鳴咽)。死んじゃう前に会いたいよ。静かに逝っちゃうから娘を呼んで」と、居室を訪ねた渡辺看護師に死を意識した感情を露にした。渡辺看護師は、「大丈夫、まだ死なないよ。疲れちゃったんだね。まだ死なないから、大丈夫だよ。そんな挨拶まだ早いよ」と、まだ死の時期ではないと山下さんに言った。すると山下さんは弱々しい声で「一人でいると不安になっちゃうの。足がもう立たなくなっちゃったと思ってね。これじゃあもう駄目だと思ってね。立てないと自分でトイレに行かれないじゃない。そういうのが嫌なのよ。最期までトイレに自分で行きたいじゃない。気の毒なもの」と、情けなさそうに言った。渡辺看護師は、山下さんをなだめながらしばらく話を聞いていた。山下さんが少し落ち着き、うとうとし始めたところを見計らい、「ちょっと休もうね」と居室を出た。

渡辺看護師は、すぐに職員間で山下さんの状況を共有していた。渡辺看護師から山下さんの様子を聞いた伊藤看護師は、「同じテーブルの人が2人亡くなったし、5人いて2人いなくなったらすごいダメージがくる。不安、色々重なってる。不安だから眠れなくなっちゃったんだね。いつも他の人たちより気丈というか、毅然としてる。それでも色々なところが衰えてきて、最期のお別れのことに気をつかうんだね」と、山下さんの不安に思う気持ちを察

しているようだった。山下さんは、夜間に不安を訴え情緒が不安定になることがあったが、昼間に泣きながら長女を呼んで欲しいというのは初めてだった。これまでも、家族は2日から3日毎に面会していたが、この日を境に家族は、交代でほぼ毎日面会をするようになった。

職員は、最期まで自分でトイレに行きたいという山下さんの思いに添い、1日50～60回のトイレ介助を約1か月半の間、続けることで次第に通常の回数に落ち着いた。

b. 本人と家族が望む看取りとなるよう見守る

不安を訴えるようになった3か月後、山下さんは、大きく体調を崩すことはなかったが、腰痛をきっかけに食べたい気持ちはあるが、徐々に食べられなくなっていた。長女は、20年間に4人の介護をして3人（父・叔父・義母）を見送った体験から、山下さんの看取りの時期が、近いのではないかと心配しているようだった。長女は、「母の看取りは、私の介護生活の集大成」と言っていた。長女は山下さんを看取る役割を引き受ける思いと、山下さんが4人の子供のうち自分だけを頼っていることを負担に感じているようであった。長女は、毎日、山下さんの面会に訪れていたが、山下さんが眠るとフロアに出て、なじみの入所者や家族に話しかけ気を紛らわせているようだった。職員は、それを見守り、時に長女に話しかけ談笑していた。

次第に山下さんは、ベッドから離れることを拒むようになり、全身の浮腫が強くなってきたことから長女は、看取りの日が近いことを察し、ここでの看取りをしたいと田中看護師に申し出た。その申し出を受け、吉田相談員、加藤ケアマネ、田中看護師の複数で、長女からの看取りに対する要望を改めて確認した。長女は、「毎日面会して状況もわかっていて、もう病院には行かないで、ここでの看取りをしたい。食事や水分が摂れなくなっても、病院で点滴もしない。水分や食事は本人がいらないと言ったら、量が少なくてもその時点でやめて欲しい。薬も飲めなければ、無理しなくていい」と、希望した。加藤ケアマネは、静養室を提供できること、食事内容を変更できると長女と次男に説明をした。次男は、山下さんが部屋を変わることで、気落ちすることを懸念し、現状のままで生活すること、また、山下さんは食にこだわりがあるため、最期まで今まで通りの食事を希望した。これらの希望は、すぐに職員間で共有された。

長女は、渡辺看護師に「いつもみなさんに、私も含めて見守ってもらっているから、私が気分的に楽なのよね。こういう施設とかは、壁がなくてそれが一番大きいかな。病院の看護師さんだと結構、なんか事務的。こういうところの看護師さんだと結構、違う動きをしていたから（笑）。それで、ここで看取りをしてもらおうと思ったの。どんな時も笑顔で

接してくれるじゃない。母もそれを一番に言うのね。何もしてくれなくても大丈夫なの」と、ここでの看取りを決意した理由を語った。渡辺看護師は、微笑みながら話を聞いていた。

長女は、面会の度に山下さんが喜ぶおやつを差し入れるのが日課となっており、病院のように面会や持ち込みの制限がないことを喜んでいて。長女は、看取りを決意した後も面会に来る時間や差し入れは、今までと同じように続けていた。看護師と介護士は、長女がどのような差し入れを届けるのか気にしていたが、それについて何も口出しをしなかった。職員は、長女が来る時間に山下さんの体調が最も落ち着くように、必要以上のケアはせず、長女の面会を待ち、長女にその日の様子を伝えていた。長女にこの職員の思いが伝わっているようだった。

職員は、山下さんの居室に代わる代わる声をかけに行き、いつも会話と笑顔があった。山下さんは、職員が長女のことを気にかけていることを喜んでいただろう。山下さんの旅立ちが近いと感じた長女は、在宅で世話になった訪問介護の女性に連絡をしていた。その女性は、毎日のように夕方に山下さんの面会に来ていた。長女は、山下さんのことを気にかけている人達と山下さんの写真を残したいと、何枚もの写真を撮っていた。渡辺看護師や井上介護士、山口介護士はそれぞれに、看取りをしながらこんなに笑顔で写真までとったことは初めてと戸惑いながらも、長女の要望に笑顔で応えていた。山下さんも、旅立つその日までカメラに顔を向けていた。渡辺看護師、井上介護士は、山下さんの最期が間近に迫っていると察し、長女に静養室で宿泊できることを伝えていた。長女は、いつものように自宅に帰るが、変わったことがあったら連絡して欲しいといい、日常の生活を続けようとしているようだった。

山下さんは、痛みや苦痛を訴えることなく、旅立つ数時間前まで知人や職員が訪ねてきてくれることを喜び、「ありがとう」と「トイレ」を伝え家族と職員に見守られ旅立った。

c. 家族と一緒に旅立ちの支度

山下さんは、徐々に衰弱し医療処置が必要になる発熱や出血などもなかった。このことから看護師は、山下さんの体調を気かけ、長女の話し相手になり長女の支えとなり、介護士が看取りまで濃厚に関わることができるように関わっているようだった。旅立ちの支度も看護師は介護士に任せていた。

夜勤で看取った山口介護士は、その時に関わった職員と長女と旅立ちの支度をしたことを晴れやかな表情で次のように語った。

「長女さんと長女さんの旦那さんに見守られながら、その時いたスタッフ全員で見守りました。長女さん、亡くなった直後は泣いてましたが、でも、みんなに看取ってもらってよかったです。ありがとうございます。ますって。長女さんが着物を持って来てくれて、長女さんの結婚式の時に着た着物だそうです。山下さんの旦那さんも紋付き袴で逝ったから、自分も着物にして欲しいって言ってたそうで、結局みんな楽しくエンゼルケアしました。化粧は全部長女さんをお願いして、なんか、直前に山下さんが、ピンクの口紅、欲しいって言ってたみたいで、それを塗ってもらって。ピンクの口紅きれいでしたよ。なんか、赤じゃなくてよかったねって言って、よく似合っていました。みんなで見取れてよかったです。亡くなる前に一緒に写真とって、あんなこと初めてでした。よかったと思います」（FN-山下 150805）

山口介護士の表情から、皆が納得できる看取りだったことがうかがわれた。

後日、長女から世話になった職員一人ひとり宛てに写真を添えた以下の文が届けられた。

緑茶に梅干、タオルにメガネ、トイレにお風呂、うなぎに天ぷらそば、どら焼きに水ようかん、

たくさんのおしゃべり、たくさん笑顔の優しい皆様に囲まれて幸せでした。

満足、満足。

ありがとうございました。

山下 代筆 長女

有難うございました。

最期まで母らしく自分の気持ちを伝えて穏やかに安らかに静かに天寿を全うしました。

母を支えて下さった皆様に心より感謝いたします。

ありがとうございました。

家族一同

V. 考察

研究結果で述べてきたように、入所者の死に向かっていく過程は一人ひとり違っており、その道のりは決して平坦ではなかった。その過程において心身の不調、認知機能の低下による生活への支障が生じ、入所者には「生活のしにくさ」として体験される。老いの進行に伴って、生活習慣病をはじめとする疾患を複数抱え持つことも決して珍しいことではなかった。

本研究で協力が得られた特養では、看護師や介護士は入所者の老いの進行に伴う、生活への支障や生活のしにくさを、医療により解決しようとするのではなく、その都度、その人の希望する生活となるようケアの工夫をしていた。それは医療にともなう苦痛や、生活に制限を与えないことを含め、ときには何もせず見守ること、その人が心地よいと思えるケアを行うことを含んでいた。ここで優先されていたのは、本人が希望する終末期の生活をどのように実現するかであった。それこそが、人間として尊厳を保ちつつ、その人らしく納得して生活を続け、その人らしく生きることへの支援が看取りケアへとつながっている。

このような生活を中心とした看取りに特徴的なケアを、「その人らしく生きようとする力を信じるケア」と「苦痛を与えないケア」と名づけた。ここではこれらの生活の場における入所者に対する特徴ある看取りケアについて考察し、次いで、「人間的な関わりの場としての特養の可能性」について検討したい。

A. その人らしく生きようとする力を信じるケア

「その人らしく生きようとする力を信じるケア」とは、入所者本人を主体とし、入所者との関わりの中からその人が何を望んでいるのかを探り、入所者の希望することを医療のエビデンスに基づくケアやリスク管理、規則などの既存の枠組みでみるのではなく、家族や関係する人々と共に、その人らしく生きようとする力を探りその力を信じ、その人の意欲や希望を叶えていくケアである。このケアの中には、食事や排泄などの日常生活行動を医療行為によって解決したり、施設のルールで制限するのではなく、本人の希望するあり方に実現していくことが含まれる。

例えば、中島さんは特養に入所する前の老健で、誤嚥防止のために厳しい食事制限を課せられており、中島さんの希望が叶えられることがなく、安心した生活を送ることができず、そのことによって睡眠障害やせん妄が生じ、極度に痩せ、精神的にも不安定となっていた。しかし、特養に入所後、看護師は中島さんが職員と一緒に出前を食べたいと希望しているこ

とを知り、誤嚥の危険性はあるが希望を叶えたいと家族に伝え、理解と協力を得た。中島さんは1ヶ月に2度であったが、うなぎやチャーハンなどを食べた。看護師は嚥下するときも小刻みに震える中島さんを見守る（見守りは逆の立場では監視となる可能性がある）、あるいは食べ方を指導するという立場ではなく、一緒に食べるという立場で和やかな雰囲気を作り出していた。看護師は、中島さんの病態が不安定になった時にも、本人が希望さえすれば出前を食べさせた。

このように嚥下状態に合わせた食形態を提供することが定石とされる医療施設では、うなぎやチャーハンを食べさせることはないであろうし、施設のルールが厳しければ出前を取ったり、職員と一緒に食べるということはできなかったと考える。しかし、看護師はリスクを承知した上で、本人の食べたいという意欲、「生きようとする力」に可能性を求めた。中島さんは、自分が食べたいものをおいしく食べるという日常生活に伴う通常の感覚を得ることができたのである。看護師は、中島さんらしくあるよう支援しており、このことが中島さんの起きたい、食堂で過ごしたい、屋上で外の景色を見たい等の意欲を引き出し、極限まで低下した体重が増え、回復が遅延していた創が治癒に向かうなど、消耗していた生命力を回復させ、安心した生活をもたらした。中島さんは入所4か月で亡くなったが、家族は短かったが、中島さんらしく安心して過ごすことができた生活に納得した。そして、看護師もおいしそうに食事をする中島さんの姿、ケアにより回復し、中島さんらしく生きようとする力に励まされた。

小川さんは、チアノーゼが認められるほど循環が衰え看取りの時期にあったが、看護師は本人がトイレに行きたいと希望した時には、抱きかかえるようにトイレに連れて行った。トイレの介助中に急変することも予測される状況において、医療の場では、膀胱留置カテーテルの挿入や床上で安静にしたまま便器やおむつを用いての排泄か、ベッドサイドでポータブルトイレを用いての排泄という対応が一般的である。しかし、看護師は小川さんらしく生きようとする力を感じとり、状態が悪化することを回避する安静よりも、小川さんの強い希望を叶えることを優先した。Tavelbee（1971/1974, pp. 110-117）が、「希望が推進力となって病氣の人に活力を与え、障害克服の力を与え、回復過程によくある困難に立ち向かえる。希望を体験するよう病人を援助することは、専門看護実務看護師の役割である」と述べている。小川さんは、体力を消耗したことは否めなかったが、満面の笑みでトイレから出てきた。この笑みは、小川さんの希望を叶えるべく援助してくれる人がいるという信頼を持てる体験から人間としての尊厳が守られ、日常の感覚と爽快感を味わえたことの喜びを意味する。入所

者本人にとって、残された時間の中でその人らしく生活できることがどれ程大切で、満足につながるかということが示唆されていると考える。終末期にあっても、入所者が必死に生きようと努力しているとき、その主体性は最大限まで尊重されなければならない(森, 1983, p.172)。

また、Mayeroff (1971/1993) は、ケアとは一人の人間を成長しようと努力している存在として認め、その成長を援助することであり、それによってケアを行った側も成長し、自己実現に向かうものであると述べている。Mayeroff がいう「成長」は入所者の「生きる」に置き換えて考えることができ、「その人らしく生きようとする力を信じるケア」は、入所者に対するケアの本質であり、看護師に個別ケアをしていく力を与えると考える。

また、池田さんが肺炎による発熱があった翌日、池田さんを受診させるか、あるいはこのまま施設で過ごさせるかを迷った特養での経験の浅い看護師は、体温を測定して 37 度を超えていることから安静を保とうと判断した。しかし、池田さんとの関わりが長い看護師は数値だけで判断せず、対話の中での池田さんの声の大きさや反応の俊敏さからうかがえる闊達さや意欲から、安静にするよりむしろ日常生活に戻していく関わりをしたほうがよいと判断し、離床を促し食事をとらせた。ここで行われた池田さんと看護師の対話の中で、看護師が食事の量を半分にすることを提案したが、池田さんはそれに対し、食べたいだけ食べることができない残念さを表現した。看護師はこの池田さんの食べたいと思う気持ちを汲み取った。このように入所者の内に秘めたる思い、反応を表現することができる関係性により、入所者の生きようとする力が溢れ出し、看護師はその力を入所者から感じ取り、「その人らしく生きようとする力を信じるケア」を実践することができるのだと考える。

経験の浅い看護師が、池田さんの体温の値から安静を選択したように、医学モデルに基づいた範囲の中で教育された客観的なデータを重視するという、一見道理にかなった看護ケアが意図せず入所者を抑圧することがある (Dickelman, 2002/2006, pp. 50-52) ことが具現化された場面である。日常のケアの中で、看護師は意図せず入所者に制限を課していることに気づいていない可能性がある。入所者自身、折り合いをつけながらの日々の生活の中で、自分の思いや希望を抑えていることを感じられなくなっているという可能性もあることに気づかなければならないのではないだろうか。池田さんの「生きようとする力」を感じ取った看護師は「数値だけじゃ判断できないことが沢山ある」と述べ、いつもの状態と比較し、あるいは対話の中からその人の元気さ「生きようとする力」を引き出してケアに反映していた。このように、一般的に異常と考えられる値であっても、入所者にとって苦痛や支障となっていないことがあり、得られた数値と普段の状態を含めた看護師の全体的な判断から、「その人

らしく生きようとする力」を見出し、ケアにつなげていくことにより、入所者の生活を豊かにすることができることが示唆されている。

Kuhse (1997/2000, pp. 68-69) は、治療が望めない高齢者のケア、終末期の患者のケアの場合、キュアでなくケアが主眼となる領域では、患者のことを細部まで行き届いた気づかいのこもった理解をしている看護師こそが専門家であり、ケアが主眼となる領域であれば、看護師が自律性を持つことになるであろうと述べている。Kuhse の言葉をかりれば、「その人らしく生きようとする力を信じるケア」は生活の場における入所者のケアにおいて看護師が専門性と自律性をもって行うケアであるといえる。

何故、看護師は「その人らしく生きようとする力を信じるケア」を実践することができるのだろうか。それは、特養が入所者にとって最期まで生活をする場であり、その人が家で大切にしていたことや生活習慣を尊重し、その人がそうありたいと願う生活を、時間をかけて入所者や関係する人々とともに探るというプロセスを重要と考える組織文化の影響は大きいと考える。その文化の中で、看護師は入所者と関わり、入所者にとって今日一日がよい一日となるよう、入所者の希望を探り出し、医療の視点では難しいと考えられることも、その希望を本当に叶えることができるのか半信半疑でその希望に添うケアを始める。看護師は、半信半疑で始めたケアにより、入所者の喜ぶ姿や満足が得られることに驚き、看護師が想定した以上の入所者「生きようとする力」を発見する。看護師は、入所者が自分らしく生きようとする力を信じてみようと考えようになる。このような看護師の内的な変化が、さらなる入所者の力を見出そうと入所者との関わりに変化が生じる。この看護師の変化を入所者は敏感に感じ取り、その人らしさを表現できるようになる。このような看護師と入所者の相互作用によりお互いの信頼関係は深まっていき、その人の反応の多様性が引き出されることになる。看護師は、このようなプロセスの中で、入所者の希望に添いケアを提供していくことに自信が持てるようになる。それは、一看護師の自信になるだけに留まらず、ケアを提供する人々や家族にも伝えられ広がり、入所者の希望に添うケアが定着していく。このプロセスが、看護師のやりがいや自信となり、より入所者への関心を寄せるようになるというケアの連鎖が生じていく。

一般的なケア場面では、入所者の「生きようとする力」は、見過ごされ、探り出されることもないかもしれない。本研究では、本人が希望していることに添ってみることで、入所者の「生きようとする力」が見出され、その力を信じてケアすることで、さらなる入所者の生命力を引き出し強め、その人らしく生ききる可能性が広がるケアとなるその過程が見出され

た。ケアを受ける入所者、ケアを提供する看護師の双方に人として生きる意味、ケアすることの意味を見出すことができることが示唆された。

B. 苦痛を与えないケア

「苦痛を与えないケア」とは、入所者がつらい・苦しい体験をしないことを一義的としており、入所者の状況に応じて、その人に苦痛がないよう関わることであり、時には何もせず見守ることも含まれる。ひとことに苦痛といっても、何を苦痛と感じるかは一人ひとり違っており、また苦痛の度合いもその時々により異なる。入所者本人が自覚する苦痛だけでなく、認知症の人は、痛みや苦痛が生じていても、そのことを自覚すること、周囲の人に訴えることが出来ない場合もある。相互関係の視点からみれば、本人にとって苦痛、不快であろうと看護師が察してケアを行なう場合にも、何らかの苦痛が生じる可能性があるといえる。

本研究において、看護師は入所者につらい思いをさせたくない、苦痛を与えないということを第一義としてケアを実践していた。たとえば看護師は、入所者が維持している生活に、それ以上の苦痛や制限をとまなう処置が必要とならないよう、予防的なケアに重点を置いていた。口腔内の清潔、排便のコントロール、皮膚の保湿と保護は、入所者の個別的な特徴をふまえて、特に念入りに行われた。それらを通じて日常の体調を整えることが、苦痛や制限をとまなう処置を増やさないことにもつながるからである。それは緩和ケアのアプローチ、すなわち苦痛を緩和することで生活の質（Quality of Life；以下 QOL）を向上しようとすることとは違って、予測される苦痛をできるだけ避けることで QOL を保ち、限りある命をその人らしく生き抜き、よりよい死を迎えられることを目標とするアプローチであった。

本研究では、看護師の誰もが吸引は入所者にとって最もつらい医療処置だと考えていた。看護師は前田さんに対して、ケアが不十分であることから痰が増えると考え、口腔ケアを 1 日 4 回行っていた。その口腔ケアも前田さんが嫌がらないように、口を開けるタイミングに合わせて、絶妙な力加減で行った。それは、力が強ければ、本人の不快、苦痛につながり、力加減が弱ければ、口腔内の汚れを取り除ききれないからである。また、看護師は、吸引では痰はなくなる、最深部に貯留している痰の吸引は、かえって痰を増加させ、吸引を繰り返さなければならない原因となると考え行わなかった。基本的な口腔ケアを丁寧に行うことが、痰を増やさない予防的ケアであった。

食事の仕方についても同様であった。例えば前田さんは徐々に食べるができなくなっていたが、看護師は、急かしたり、強いたりすることなく、食べる量にもこだわらず、口の

中に入れた食物が嚥下されるまで、じっくりと付き合った。そして前田さんが苦痛を感じることなく食事ができているかを知るために、前田さんの口やのど元で嚥下の状態を観るだけでなく、体をひいて前田さんの全体の様子を見つめた。加えて、決まった時間に食べることができないとしても、タイミングが合えば食べられるかもしれないため、前田さんが食べることができるタイミングを見計らって、食事の介助を行なった。入所者にとってほんの少しでも食事がとれることは生きる上で大切なことであるが、このように入所者が食べたいタイミングで食事をする、そして急かさない、強くないことが入所者の尊厳を大切にし、食べる意欲を失わせないことにつながっていたと考えられる。看護師は前田さんが食べられなくなるまで、じっくりと食事の介助をした。

苦痛を与えないケアには食事だけではなく、入所者の行動を制限しないということも含まれていた。たとえば斉藤さんは入所前から収集癖があり、入所後も施設の消耗品を大量に収集し、それを自室にしまい込むということが続いていた。家族は面目のなさから職員の前でも本人に罵詈雑言を浴びせ、その一方で動作の際に立ち上がり転倒することを過剰に心配した。しかし職員は、斉藤さんの収集癖には意味があると捉え、その行動を制限しなかった。斉藤さんの立場で、どのくらい消耗品が手元にあれば安心なのかを見極めようとし、新しい環境になじめていない斉藤さんと家族を追い詰めないよう、問題行動を指摘することなくゆったりと関わる方針を態度で伝えた。このように行動に制限をかけず、見守り続け、斉藤さんが思うように生活できるように周囲の環境を整えていくことで、斉藤さん自身の環境になじめないことによる不安や、収集癖や転倒の危険に対する家族の過剰な反応を和らげることができた。

もちろん苦痛を与えないケアには、必要のない医療処置を受けさせないということが含まれる。同じく前田さんには認知症が進行し、全身的に衰え、発熱や嘔吐するようになったとき、医師は症状の原因を知るために検査をすることを提案したが、看護師は本人が苦しそうではないこと、検査すること自体を本人が理解できないこと、検査を受けるための体力が残っていないこと、検査をすることを理由に身体拘束をされ心身ともに苦痛を受けることになることなどを説明して、本人の負担となる医療を受けることを承知しなかった。その一方で、胆のう炎により40度の高熱を出した池田さんの受診に対して、前向きではなかった家族に、看護師は受診することで現在の苦痛を改善することができることを説明し、段取りを整えた。そして池田さん本人には、受診をして欲しいと頼み、治療後は施設に帰って来てほしいと伝え、受診の後押しをした。そこでは入所者本人が望む医療であるか、必要な医療であるかど

うかという観点での判断が必要とされていた。看護師は、入所者の健康管理を担当する医師に特養での診察を依頼するか、病院を受診するかについて判断し、医師にそれを報告していた。看護師主導の医師との連携は（井澤・水野, 2009；長畑他, 2012）は、「苦痛を与えないケア」にとって重要な要素であった。

何故、看護師は「苦痛の緩和」ではなく「苦痛を与えない」と考えるのであろうか。入所者と家族は、無理な延命治療で痛く辛い思いをしたくない、自然な経過を希望して特養に入所しており（永田・佐川・水野, 2014）、「苦痛を与えないケア」を望んでいる。しかし、入所者の苦痛が強い時、特養は医療提供に限界がある生活の場であることから、苦痛をとるため医療処置が必要となると入院をするか否かの検討をする（井澤・水野, 2009）こととなる。入院となれば、特に認知症のある入所者は環境の変化に適応が難しく、治療に協力ができない、せん妄が生じやすいなどの理由から、このような事態が生じる前から身体拘束されることが多い（倉田・牧野・村上他, 2014）。

「苦痛を与えないケア」の中で、日々の口腔内の清潔と皮膚を正常に保つケア、排泄のケアなど基本的な日常生活援助は、看護師にとって最も重要な看護ケアであった。入所者の状況に応じた日常生活援助により、吸引や褥瘡処置などの苦痛を伴うケアが不要となっていた。積極的な痰の吸引が、かえって痰を増やすことになる、入所者が苦しくならないように、入所者が持つ回復する力（この中に自然に死にゆく力も含まれる）に添うケアは、看取り期のケアとして学ぶ意義があると考ええる。

認知症ケアの新しい技法として注目を集めているユマニチュード（Humanitude）においても、「害を与えないケア」の重要性が強調されている。ユマニチュードにおける害を与えないとは、高齢者の状況に応じて「回復を目指す」、「現在の機能を保つ」、「最期まで寄り添う」というケアレベルの目的を設定し、これらのレベルに即したケアを提供しその人の人間らしさを尊重し続け、決してケア提供者本位で業務を優先するような強制的ケアを行わないことである（本田・Gineste・Marescotti, 2014, pp. 17-36）。

本研究で見られた、看護師がこれまで培った経験と知識によるその人に合わせたケアのあり方は、ユマニチュードの基本的な考え方と共通点があった。その人を中心としたケアは、認知症ケアだけでなく医学・看護・介護の基本的な考え方であるからだと考える。

さらに「苦痛を与えないケア」によってもたらされる、心身ともに平穏な入所者の死は、家族が平穏（寺尾・高橋・正木・谷本, 2014）なだけでなく看取った職員に対するケアとなることが示唆されている。「遺体はケアの通信簿」（鳥海, 2010；大田・鳥海・田邊, 2010）と

いわれるように、提供したケアがすべて遺体に象徴されているからである。看護師や介護士が大切に丁寧にケアを続けた入所者の体はきれいな皮膚の状態を保っていた。例えば、山下さんの様に家族と一緒に往く旅立ちの支度は、山下さんの全身を家族に見てもらふ機会であり、家族も職員も安らかに看取ることができたこと実感することができていた。

C. 人間的な関わりの中としての特養の可能性

本研究では、特養はその人の生活を中心とした人間的な関わりの中であり、「その人らしく生きようとする力を信じるケア」と「苦痛を与えないケア」という特徴的なケアが提供されていた。看護師が提供するこれらのケアにより、入所者の生きようとする力が強められ、その人らしい生活の延長線上に、自然な死があることが示唆された。

現在、多くの人が病院で死を迎えているが、かつては、在宅での看取りを通じて、死に逝く者と送る者との双方が関わり合い、協調し合い、人生の最期の節目として看取りの文化は尊重され引き継がれてきた（大井, 2011, pp. 16-26）。昨今、官僚主義的な効率と利益の追求により、目の前にいる人を人間として認め、やり取りを重視するというケアの基本的要素が医療、看護、社会福祉の現場から失われつつある（Kleimman, 2015）。

自身で日常生活を送ることができる高齢者は、日常生活に介護が必要になった場合、介護を受けたい場所は、自宅に次いで特養、病院の順であり、その9割以上が、「延命のみを目的とした医療は行わず、自然に任せてほしい」（内閣府, 2014）と希望している。これに対して、日常的に看護を必要とする特養の入所者は、最期を過ごす場所には殆どこだわらず、最期まで「人とのつながりの中で生きている」と実感できるケアを求めている（小楠, 2008）。

例えば、藤田さんの事例では、看護師は、特養でのこれまでの生活を含め最期を迎える場がここでよいのか尋ねた。「いいよ」と迷いなく穏やかに答えた藤田さんに、看護師は「長生きしいや」と語りかけ、藤田さんは即座に「あんたもね」と返した。看護師が藤田さんに伝えた「長生きしいや」という言葉は、単に時間の長さを意味しているのではなく、このまま穏やかに、そして、可能ならば少しでも長く過ごして欲しいという藤田さんに対する看護師の思いが溢れている。藤田さんの「あんたもね」という言葉から、藤田さんと看護師はひとりの人間対人間として対等で、先に逝くものから残るものへの気づかいが込められていた。ケアを提供するものと受けるものという関係性を超え、藤田さんは、自身の命を丸ごと受け止めてくれている看護師を年長者として案じ、普段にない力強さで感謝と励ましの思いを込めた命のバトンを看護師に贈るという命の輝きを見せていた。このように入所者から命のバ

トンを贈られ、受けとる人間的な関わりから、看護師は死を忌むべきものではなく、死についてオープンに話し、共感的にその人を理解できるのである。

前田さんは、「最期に一人は寂しい」と特養に入所した。看護師や職員は、前田さんに寂しい思いをさせないように、頻回に様子をみに行くことに加え、人の声を聞いていられるようラジオを流し、季節を感じて欲しいと花を活け、やわらかさを感じられるぬいぐるみを抱かせた。ぬいぐるみにはいつもそばに寄り添いたいという、ケアする側の思いが込められているのではないだろうか。このような関わりにより、前田さんは、全身の力を抜いてゆったりと横たわり、安心して気持ちが穏やかで、死の2日前までぬいぐるみを撫でるという愛しみを表現する仕草を示し、人間性を保ちながら死を迎えた。このような穏やかな死は、それまでのケアを意味づけ、看護師と職員を癒し、忘れることができない存在となるのである。

山下さんの家族は、山下さんの看取りを介護人生の集大成として意味づけ、家族自身も職員に温かく見守られていることに癒しを感じ、ここで家族も見守られながら山下さんを看取りたいと希望していた。那須・深堀（2014）は、特養で入所者を看取る家族は、自分の健康や生活をはかりにかけ、家族自身が大切な入所者に我慢を強いていることを認識しながら、入所者との絆を実感し、入所者のために自分にできるケアを模索し、職員や同室者との折り合いをつけ、看取りの場の選択における葛藤を繰り返していると報告している。しかし、本研究において、看護師は、それぞれの家族のあり様を大切にし、家族関係が維持できるよう人間的に関わり、本人や家族を支えていた。

ノンフィクション作家である柳田邦男は、自ら家族を看取った経験から(2000, pp. 98-106)、医療職や福祉職に「二・五人称の視点」を持つことを提案している。柳田は、死の人称性について「一人称の死」は私自身の死、「二人称の死」は自分にとって非常に大事な関係性のある人の死、「三人称の死」は自分の感情を同一化しない死であると述べている。医療職は、三人称の冷たい専門性職としての客観性ではなく、二人称の人間性豊かな関わり合いのもとに死に逝く人に対してよい最期の日々のための手伝いをし、家族にとってもよい別れをつくらなければならない。二人称の関係性となることで客観性が保てなくなるが、冷たい三人称ではなく、自分がその身になったらどうなのだろうかという二人称の立場を共感的に理解する意味において、「二・五人称の視点」の重要性を説いている。

先に述べたように、看護師は、入所者や家族との信頼関係を築き、二・五人称の視点を持っているからこそ、死は忌むべきものでなく、オープンに死について話し、入所者と家族の意向を共感的に理解し尊重していた。このようにして、看護師は入所者と家族の世界観を理

解し、入所者とその人の家に居るように最期の時を過ごせるよう、支援できるのである。

Benner & Wrubel (1989/1999, p. 20) は、死を間近にした人間にもまだ生活は続いており、そのことを忘れてしまうことくらい悲しいことはなく、実際の死に先立つ社会的な死は悲惨さにおいて格別だと、最期の時までその人を気づかい関心を寄せることの重要性を強調している。また、Kitwood (1997/2005, p. 149) は、その人を中心としたケアにより、時間や地理的な感覚がなくても安心を感じよりよく生きていけることは確かであり、どんなに苦しみ避けがたくとも、よりよく援助されていると感じられ、それほどの孤独は感じないだろうと述べている。さらに Kleinman (2015) は、その人に対する関心、気づかいがなければ、その人と共に在ろうとすることは、例え短時間であっても難しい。ケアに人間性を回復させるには、人としてその人とともに在ることが重要であることを指摘している。

本研究では、看護師が一人ひとりの入所者をケアの対象ということだけでなく、一人の大切な人として関わり、他人ではない大切な存在となり、あたたかく人間味のある関わりが生まれ、看護師と入所者は相互に影響し合い癒し癒される存在となっていた。このような関りから看護師や職員は、共に生活した思いが残るその人の居室を片づけることができないほど、その人を悼む二人称の死の体験することになるのだろう。この体験を通して、看護師は「やっぱり、特養の看取りはいい。苦しくないように、一緒に生活していけばいい」と看取りケアを意味づけ、死と向き合い入所者の生を積極的に支えることができるのだと考える。

本研究では、特養という入所者の生活の場で、看護師は試行錯誤しながら経験を重ね、入所者の体調のことはもちろん、食事の好み、どのようなことを大切にしているのか、喜ぶのか、家族との関係、家族の状況等、身体的、心理的、社会的、精神的に入所者のことをよく看(み)てその全体性に関心を寄せ、人間的な関わりの過程の中で入所者を理解することができるからこそ、入所者と共に在ろうとすることができるのだと考える。入所者と共に在ることができるからこそ、入所者を高齢だから、認知症だから認知機能が低下しており自己決定できない人というステレオタイプではなく、一人の大切な人としてその人と関わるのが可能となり、入所者は日々の生活に対する希望や、看取りの意向を表現できる可能性が示唆された。

これまで述べてきたように、特養において、看護師は看取りに関わる過程の最も中心的な存在 (Emilsdottir & Gustafsdottir, 2011 ; 三菱総合研究所, 2008) である。看護師が医療の枠組みから離れ、生活を中心とした視点から判断できることが入所者の QOL、QOD (Quality of death / dying) を左右すると考える。

本人と家族が看取りケアに求めていることは、入所者を中心とした個別的で柔軟な対応と気遣いという、その人らしさを重視する人間的な関わりであると考え。人間的な関わりを通じてその人らしく生きようとする力を見出し、それを信じ強めることは、生活の場である特養の看護の役割であり、ケアの原点であると考え。

本研究で明らかになったケアが、ケアの原点であると考えれば、これらのケアはこの施設ならではのケアのみならず、すべての衰え死に逝く高齢者、治療がかなわなくなったすべての人々にも転用できるとも考えられる。生活の場である特養は、その人らしく生きることが支援する看護の原点に立ち返り、人々が望む日常生活の延長線上にある自然で安らかな死への支援を探究することができる場であると考え。

D. 看護実践への示唆

本研究の結果により、特養の看取りケアに対する看護実践として次のことが示唆された。

特養の看取りケアにおける看護の専門性は、高齢者が特養に入所する時点から、入所者や家族との人間的な関わりを基盤として、双方の信頼関係を構築しながら、対象の理解を深め、入所者の病態や障害による生活上の不調や制限を全体的に判断し、医療に解決を求めるのではなく、生活を支える視点から医療の枠組みを離れ、生活を整える援助に重点を置くことである。

看護師が、自律的に判断し、入所者の生活上の制限をなるべく少なくして、その人らしい生活を再構築することで、その人らしく生きようとする力を強め、その人らしい生活を維持することができる。入所者の状況に応じて、看護師が自律的に判断し医療の活用や必要以上の医療を受けないことを家族や医師に伝え、高齢の権利を守ることとも看護の専門性である。例えば、医療の視点では難しいと考えられることも、生活を支える視点から入所者の希望にそってすることで、人間としての尊厳が守られ、入所者の満足につながり、その人らしく生きようとする力（自然治癒力）を引き出し、その力を強める可能性が広がる。

看護師は、入所者との関わりの中でその人が発信する言葉や反応（表情・仕草・声の調子など）などから、入所者の意向を知ることが大切である。入所者の希望に副おうとするならば、「その人らしく生きようとする力」を引き出すことにつながるのであるから、自ら希望を表現できない入所者であっても、看護師はその人が意向を表現できないという判断を下すのではなく、日々の生活援助を通じた関わりからその人が何を快と感じるのか探り、その希望にそうすることで質の高い看取りケア実践を提供することもできる。

看護師が介護職と協力して行う、入所者に応じた基本的な日常生活援助こそが、入所者や家族が願う生活の場で自然な死を叶えるものになることが示唆された。看護師は、日常生活の援助を介護職の役割として任せてしまうのではなく介護職と共に、その人が希望するあり方に生活を整えていくことで、看護には、本来人間が備え持つ自然に治癒していく力を引き出し、支え強める効果があり、医療処置を少なくしていくことができる。具体的には、入所者が受け入れることができる方法の工夫により、特に口腔内の清潔、排便のコントロール、皮膚の保湿と保護に重点をおくことで、その人の生きようとする力を消耗させないようにケアすることが重要である。

看取りケアは、現場の看護師と医師のコミュニケーションのみならず、施設長が医師に対し、施設で看取りケアに取り組む明確な方針を示す施設長のリーダーシップ、介護職とのチームワークは欠かせない。例え、はじめは一人の看護師の実践であっても、看護が持つ治癒効果は、入所者だけでなく入所者のケアに携わる家族を含めた人々をも癒す効果があり、チームそして組織の実践へと波及していくことができると考える。

安心して穏やかに過ごしている入所者の姿や、家族に対する人間性豊かな看護師や職員の配慮や関わりにより、家族もケアを受けていると感じることができることで、家族は大切な人を見送ることに家族自身が主体となり対処し、特養で看取することを肯定的に捉えることができる可能性が示唆された。

特養は、入所者がその人らしく生ききくことを支援するというケアの本質に触れることができ、看護師は自ら判断し行動するという仕事にやりがいをもって日々奮闘していたが、専門職として内省を繰り返すことから、その重責ゆえに疲弊してしまう可能性も伴っていることが示された。また、特養の看護師は、少ない人員で勤務しているために、生活を支えるという視点で相談できる相手がいないことに不安を感じており、複数の看護師で相談しながら実践できる環境を整えていく必要がある。そのためには、特養の看護師の配置を厚くし、24 時間看護師を配置できる体制を整えることで、介護職の看取りに対する心理的な負担を軽減することができる可能性がある。特養の看護師の人員配置基準など政策からの支援の検討が不可欠であると考ええる。

看護師自身が、人々に自信を持って看護の有用性と価値を伝えることができる看護実践を積み重ねていくことが、これからの高齢社会で望まれている看護であると考ええる。

E. 研究の限界と今後の課題

本研究は、看護師が施設長を務め、24 時間看護師を配置し積極的に自然な看取りに取り組む特養において、入所者、家族、看護師をはじめとする看取りにかかわる職員という、多くの人々の研究参加を得て、看取りケアの場面を描き出し、看護師主導による特養の看取りケアの過程と特徴を明らかにしたことが本研究の特徴である。

本研究の対象が1施設のみであることから、他の特養においてどのような看取りケアの試みが、なされているのか比較検討できていない。また、本研究において見出された結果が、特養における看取りケアの過程と特徴であるのか、看護師である明確な施設長の方針により導き出された研究施設における看取りケアの過程と特徴であるのかについても検討できていない。

今後、本研究でみられた看取りケアを他の施設においても実践することができるのか、また、特養だけでなく衰えが目立ち始めた高齢者すべての看取りに適用できるケアであるのか、もしくは高齢者のみならず、終末期にある人々にも適用できる可能性について検討していくことが課題である。

さらに、本研究では看護師の関わりに焦点を当てているが、特養は介護職が主体となり日々の介護を行っていることから、介護職の高齢者に対する関わりを含めた看取りケアの検討が必要だと考える。

また、優れた看護実践を他の施設に示すことが、高齢者の看取りケアに課題を抱えている施設の支援となるのかについても検討が必要である。

VI. 結論

本研究は、看護師が主導する特養における看取りケアの過程と特徴を明らかにすることを目的とした。看護師が施設長を務め、看護師を 24 時間配置し、看取りに積極的に取り組む 1 特養を研究施設とした。研究参加者は、研究参加の同意が得られた 55 名で、その内訳は、施設長、看護師 7 名を含む職員 33 名と入所者 11 名及びその家族であった。入所時から看取りを終えるまで、看護師が入所者や家族に対しどのような関わりをしているのかに焦点をあて、2014 年 10 月から 2015 年 9 月の 1 年間にマイクロ・エスノグラフィーに基づくフィールドワークを 92 回行った。データの分析過程では、指導教員との面接によりデータの収集や解釈についてスーパービジョンを受け、質的研究の真実性の基準である信憑性、転用可能性、確実性、確認可能性の確保に努めた。

結果、特養の看取りケアは、入所時から看取りを終えるまでの各時期において「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築する」時期、「その人らしく老いる生活を維持する」時期、「その人らしい看取りを支援する」時期としてその過程を記述した。

「制限をなるべく少なくしてその人らしい生活を再構築する」は、入所してきた時期における看護師のケアである。看護師は、生活の場の変化に対する入所者や家族の戸惑いを軽減し、新しい生活になじめるようにできるだけ生活の制限を少なくしていた。また、副作用が少なくなるよう最低限の薬のみに調整するなどして、入所者が希望する生活が送れることを優先していた。

「その人らしく老いる生活を維持する」は、徐々に衰えが見えはじめ、看取りに近づきつつある時期のケアであった。看護師は、口腔内の清潔、排便のコントロール、皮膚の保湿と保護などを通じて、入所者が医療的な処置や生活上の制限が必要な状態にならないように予防的なケアを行っていた。また体調が不安定になった場合も、不必要な制限や医療をなるべく避けて、苦痛を与えず、希望する生活が実現できるように関わっていた。それらの支援を通じて、入所者や家族は最期を特養で迎えることを希望するようになっていた。

「その人らしい看取りを支援する」は、看取りの時期におけるケアである。看護師は最期までトイレで排泄する、出前を通じて食べたいものを食すなどの本人の希望を叶えること、苦痛となる検査や吸引などの医療処置を避けること、孤独を感じないように傍を離れないことなどのケアを行っていた。そのケアのねらいは、入所者のそれまでの生活を続けられるように支えること、家族だけでなく看護師や職員との人間的な関わりのなかで、本人が希望す

る看取りを実現することにあつた。入所者を看取った後も、看護師や職員はその人の居室をすぐには片づけられないでいるほどにその人を悼む気持ちをもっていた。

これらの結果から特養における看取りケアの特徴を、「その人の生きようとする力を信じるケア」と「苦痛を与えないケア」として考察した。「その人の生きようとする力を信じるケア」は、入所者を主体とし、その人が何を望んでいるのかを探り、家族や関係する人々と共に、その人らしく生きようとする力を信じ、その人の意欲や希望を叶え、その人が生きようとする力を強めていくケアである。医療の視点では難しいと考えられることも、本人が希望していることにそつてみることで、生命力を引き出し、その人らしく生ききる可能性が広がる看護となることが示唆された。「苦痛を与えないケア」は、入所者がつらい・苦しい体験をしないことを一義的として、それぞれの状況に応じて関わることであり、苦痛を予防するためのケアに重点を置くこと、入所者を急かしたり、強いたりすることなく日常生活のケアを行うこと、行動を制限しないこと、必要のない医療を受けさせないこと、そしてときには何もせず見守ることも含まれていた。「苦痛を与えないケア」を通じて入所者は生命力を消耗することなく、穏やかに尊厳を保って生きることができると考察された。苦痛を与えないケアには、医療処置が必要とならないよう、体調を整えることを目的として行う基本的な日常生活援助を、入所者が心地よく受け入れることができる方法で行うことは欠かせないことが明らかとなった。

また、特養は、入所者に関わる人々が人間的な関わりを通して、入所者が望む自然な死を叶えることができる場として、これら「その人らしく生きようとするケアを信じるケア」と「苦痛を与えないケア」により、これまでの生活の延長線上に自然な死の可能性が広がっていくことが示唆された。本人と家族が看取りケアに求めていることは、入所者を中心とした個別的で柔軟な対応と気遣いという、その人らしさを重視する人間的な関わりであると考えられる。人間的な関わりを通じてその人らしく生きようとする力を見出し、それを信じ強めることは、生活の場である特養の看護の役割であり、ケアの原点であると考えられる。

本研究の結果により、特養の看取りケアに対する看護実践として次のことが示唆された。

特養の看取りケアにおける看護の専門性は、高齢者が特養に入所する時点から、入所者や家族との人間的な関わりを基盤として、双方の信頼関係を構築しながら、対象の理解を深め、入所者の病態や障害による生活上の不調や制限を全体的に判断し、医療に解決を求めるのではなく、生活を支える視点から医療の枠組みを離れ、生活を整える援助に重点を置くことである。

これまでの医療の枠組みの中での看取りを超えて、生活の場におけるその人が望む生活や看取りを実現するためには、その人を中心とした関わりを通してその人がどのようにあることを望んでいるのかを探りそれに沿っていくという発想の転換とともに、施設責任者の明確な方針、人間として関わる看護師の優れた実践能力が必要であり、それを支える教育研究、そして政策的支援が必要と考えられた。

看護師自身が、人々に自信を持って看護の有用性と価値を伝えることができる看護実践を積み重ねていくことが、これからの高齢社会で望まれている看護であるとする。

謝辞

ご多忙の中、本研究にご協力下さいました看護師の皆様と介護士の皆様・生活相談員・介護支援専門員・医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士の皆様、入所者様とご家族様、そして研究施設のスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。そして、亡くなられた入所者の皆様、ご遺族の皆様にご心よりご冥福をお祈りしております。

研究の全過程において、鼓舞激励しご指導くださいました高田早苗教授、川原由佳里准教授、ご指導を賜りました諸先生方に深く感謝し厚くお礼申し上げます。

また、貴重なご意見をくださいました博士後期課程の在学生の皆様、支えてくださった多くの皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成 27 年度学校法人日本赤十字学園教育・研究及び奨学金基金教育・研究事業助成金を受け実施した。

文献

- Benner, P. & Wrubel, J. (1989) /難波卓志訳 (1999) . ベナー・ルベール現象学的人間論と看護. 医学書院.
- 鳥海房枝 (2006) . 特養は看護職員が実力を発揮できるやりがいのある職場. コミュニティケア, 8(4), 22-25.
- 鳥海房枝 (2007) . 高齢者施設における看護師の役割 医療と介護を連携する統合力. 雲母書房.
- Deborah, P., & Abbie, M.K. (2009) . Comfort Measures: A Qualitative Study of Nursing Home-Based End-of-Life Care. *Journal of palliative medicine*, 12(8), 719-724.
- 出村佳子・村中孝枝 (2010) . 特別養護老人ホームで看取りをした家族の満足感の要因の特徴遺族へのアンケート調査の結果から. *日本看護学会論文集, 地域看護*, (41), 155-158.
- 出村佳子・野村友紀子 (2012) . 特別養護老人ホームで利用者を亡くした家族の看取りの心情. *日本看護学会論文集: 看護総合*, (42), 276-279.
- Diekelmann, N, L.(2002) /堀内成子監修 (2006) . あなたが患者を傷つけるときヘルスケアにおける権力、抑圧、暴力. エルゼビア・ジャパン.
- Emilsdóttir, AL., & Gústafsdóttir, M. (2011). End of life in an Icelandic nursing home: an ethnographic study. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(8), 405-411.
- 藤巻尚美・流石ゆり子・牛田 貴子 (2007) . 介護老人福祉施設を"終の住処"としている後期高齢者の現在の生活に対する思い. *老年看護学*, 12(1), 80-86.
- Gijsberts, MJ., van der Steen, JT., Muller, MT., Hertogh, CM., & Deliens, L. (2013). Spiritual end-of-life care in Dutch nursing homes: an ethnographic study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 679-684.
- Hakanson, C., Ohlen, J., Morin, L., & Cohen, J. (2015). A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(7), 744-751.
- 原敦子・小野幸子・林幸子・坂田直美・兼松恵子・奥村美奈子・梅津美香・古川直美・北村直子・斎藤和子・平山朝子 (2004) . G 県の特別養護老人ホームに働く看護職の “やりがい” (第 2 報). *岐阜県立看護大学紀要*, 4(1), 39-44.
- 林幸子・小野幸子・坂田直美・原敦子・兼松恵子・奥村美奈子・梅津美香・古川直美・北村直子・斎藤和子・平山朝子 (2004) . 特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態ーその 2 G 県下 C と T 地区の看護職を対象にー. *岐阜県立看護大学紀要*, 4(1), 45-51.

- Houttekier, D., Cohen, J. Bilsen, J. Addington-Hall, J., Onwuteaka-Philipsen, B.D., & Deliens, L. (2010). Place of Death of Older Persons with Dementia. A Study in Five European Countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 751–756.
- 本田美智子・Gineste, Y.・Marescotti, R. (2014) . ユマニチュード入門. 医学書院.
- 本間郁子 (2012) . “安心”を支える看護職のこれからの役割と期待. コミュニティケア, 14(1), 30-31.
- Hsiu-Hsin Tsai. & Yun-Fun Tsai (2012). Family members' perceived meaning of visiting nursing home residents in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 68(2), 302–311.
- 市原美穂 (2011) . 「かあさんの家」のつくり方 -ひとり暮らしから、とも暮らしへ. 木星舎.
- 池上直己 (2010) . 平成 21 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業地域における終末期ケアの意義と実態に関する調査研究 (Ⅱ) 報告書
http://www.hpm.med.keio.ac.jp/pdf/roken_21.pdf より, 2016/1/29 検索。
- Ikegami N, & Ikezaki S. (2012). Japan's policy of promoting end-of-life care in nursing homes: impact on facility and resident characteristics associated with the site of death. *Health Policy*, 105(2-3), 303-311.
- 池崎澄江・池上直己 (2012) . 特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析. *厚生指標*, 59(1), 14-20.
- 池上直己・池崎澄江 (2013) . 遺族による終末期ケアの評価 病院と特別養護老人ホームの比較. *日本医療・病院管理学会誌* 50(2), 127-138.
- 石飛幸三 (2010) . 「平穏死」のすすめ 口から食べられなくなったらどうしますか. 講談社文庫.
- 石飛幸三 (2012) . 「平穏死」という選択. 幻冬舎ルネッサンス新書.
- 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・介護に関する研究報告. 医療経済研究機構.
- 医療経済研究機構 (2007) . 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/dl/s0928-8e.pdf> より, 2015/12/20 検索。
- 医療経済研究機構 (2011) . 特別養護老人ホームにおける入所申し込みの実態に関する調査研究. http://www.ihep.jp/publications/report/elderly_search.php?y=2010 より, 2015.12.20 検索。

- 岩本テルヨ・南家貴美代・有松操・森田敏子（2007）．特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究 看護師に対する面接調査から．*熊本大学医学部保健学科紀要*, (3), 13-23.
- 岩瀬和恵・勝野とわ子（2013）．看取りを積極的に行っている特別養護老人ホームにおいて看護師が高齢者の死期を判断したサインとそのサインを察した時期, *老年看護学*, 18(1), 56-63.
- 井澤玲奈・水野敏子（2009）．特別養護老人ホームにおいて最期を迎える利用者への援助, *東京女子医科大学看護学会誌*, 4(1), 29-36.
- Jones, AL., Dwyer, LL., Bercovitz, AR., & Strahan GW. (2009). "The National Nursing Home Survey: 2004 overview" National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics* , Vol.13, No.167. http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_167.pdf より、2015/12/20 検索。
- Kaarbo, E. (2010) .Understanding the needs and experiences of families End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1125-1132.
- 鎌田ケイ子（2013）．生活の場における“看取り”の意義. *コミュニティケア*, 15(4), 12-15.
- 川上義明（2008）．*自然死を創る終末期ケア*. 現代社.
- 川上義明（2009）．*穏やかに逝く介護で支える自然な死*. 環境新聞社.
- Kitwood, T. (1997) /高橋誠一訳（2005）．認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ. 筒井書房.
- 加瀬田暢子・山田美幸・岩本テルヨ（2005）．特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる介護職者の悩みー全国調査における自由記載の分析ー, *南九州看護研究誌*, 3(1), 11-21.
- 片野卓（1979）．老人の死にゆく過程と精神・心理的ケアの必要性 特別養護老人ホームにおける老人の適応をめぐって. *奈良大学紀要*, 8, 82- 95.
- Kelley, AS., Ettner, SL., Wenger, NS., & Sarkisian, CA. (2011) . Determinants of death in the hospital among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 2321-2325.
- 小林未果・松島英介・野口海・松下年子・平澤秀人（2008）．特別養護老人ホームにおける尊厳ある死に関する研究 その現状と課題について. *日本社会精神医学会雑誌*, 16(3), 255-262.

厚生労働省（2013）．平成 25 年介護サービス施設・事業所調査の概況．

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou.pdf> より，2015/10/1 検索。

厚生労働省（2014）．平成 26 年介護サービス施設・事業所調査の概況．

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/dl/kekka-gaiyou.pdf> より，2015/12/19 検索。

厚生労働省（2016/1/29）．人口動態統計．

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei14/dl/11_h7.pdf より，2016/1/29 検索。

Kuhse, H. (1997) /竹内徹・村上弥生訳（2000）．*ケアリング看護婦・女性・倫理*. メディカ出版．

倉田貞美・牧野公美子・村上静子・國井雪絵・小杉山友里・中村早希・松井咲樹（2014）．*日本認知症ケア学会誌*, 12(4), 763-772.

草柳美雪（2008）．アメリカのナーシングホーム事情．*ナーシングビジネス*, 2(7), 652-655.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Maanen, J.V. (1988) /森川渉訳（1999）．*フィールドワークの物語 エスノグラフィーの文章作法*. 現代書館．

Mayeroff, M. (1971) /田村真・向野宣之訳（1993）．*ケアの本質ー生きることの意味ーゆるみ* 出版．

箕浦康子（1999）．*フィールドワークの技法と実際ーマイクロ・エスノグラフィー入門*. ミネルヴァ書房．

箕浦康子（2009）．*フィールドワークの技法と実際II 分析・解釈編*. ミネルヴァ書房．

三菱総合研究所（2008）．*特別養護老人ホームにおける重度化看取り対応に関する研究報告書*. 三菱総合研究所．

三菱総合研究所（2013）．*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報告書*. 三菱総合研究所．

宮原伸二・人見裕江・進藤貴子・清田玲子・西村茂子（1997）．特別養護老人ホームにおける死についての検討 岡山県内の実態調査から．*川崎医療福祉学会誌*, 7(2), 373-376.

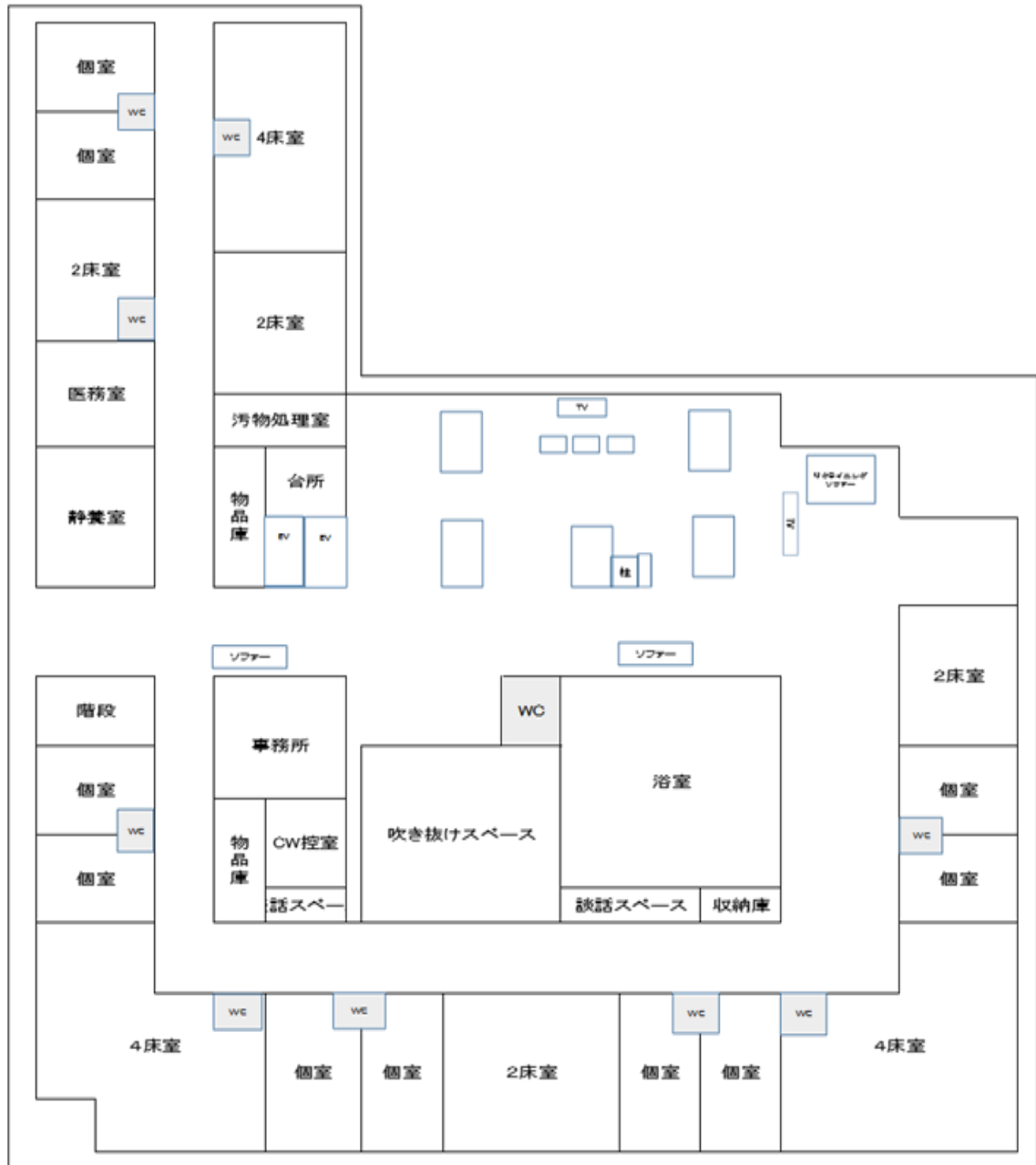
宮原伸二（2001）．特別養護老人ホームにおける常勤医配置がもたらす医療福祉的效果．*川崎医療福祉学会誌*, 11(1), 9-15.

- 森幹郎（1983）．断章・老いと死の姿 死ぬことの社会学. 保健同人社.
- 長畑多代・松田千登勢・山内加絵・江口恭子・山地佳代（2012）．生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容. *老年看護学*, 16(2), 72-79.
- 永田文子・佐川美枝子・水野正之（2014）．入所者と遺族が病院ではなく特別養護老人ホームでの看取りを選んだ理由. *国立病院看護研究学会誌*, 10(1), 2-12.
- 内閣府（2014）．平成 26 年版高齢白書. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/>より，2015/5/6 検索。
- 内閣府（2015）．平成 27 年版高齢社会白書（全体版）．
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html より，2015/12/19 検索。
- 内藤いづみ（1997）．あした野原に出てみようー在宅ホスピス医のノートから. みみずく叢書.
- 中井久夫・山口直彦（2004）．看護のための精神医学. 医学書院.
- 那須佳津美・深堀浩樹（2014）．特別養護老人ホームで入所者を看取った家族介護者の経験. *老年看護学*, 19(1), 34-42.
- National End of Life Care Intelligence Network Report (2010). ‘Death from Alzheimer's Disease, Dementia and Senility. <http://www.endoflifecare-intelligence.org.uk/resources/publications.aspx#neolcin>.より，2015/11/28 検索。
- Nelson, S. (2001) /原田裕子訳（2004）．黙して、励め：病院看護を開いた看護修道女たちの 19 世紀. 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会（2013）．平成 24 年度高齢者ケア施設で働く看護師員の実態調査報告書，
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2012/koreisha.pdf> より，2014/5/2 検索。
- 野村京平・宮原伸二・人見裕江・進藤貴子・清田玲子・塚原貴子・西村茂子・平山賀美・内田富美江・横山由美子・揚野裕紀子・松村文恵・徳山ちえみ（1998）．特別養護老人ホームにおける死についての検討（第 2 報）全国の特別養護老人ホームにおける実態調査から. *川崎医療福祉学会誌*, 8(1), 165-170.
- 小楠範子（2008）．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.
- 奥山真由美・西田真寿美（2010）．特別養護老人ホームの入居申請をめぐる家族の意思決定. *山陽論叢*, 17, 90-101.

- 大井玄（2011）．人間の往生－看取りの意思が考える．新潮新書．
- 大蔵暢（2013）．「老年症候群」の診察室．朝日新聞出版．
- 大村光代（2013）．特別養護老人ホームに求められる介護職に対する看護師の連携能力の因子構造．*日本看護研究学会雑誌*, 36(4), 47-53.
- 大西次郎（2007）．特別養護老人ホームにおける福祉と医療：その協働の変遷と課題－終末期ケアへの制度的支援体制構築の視点から－．*武庫川女子大紀要（人文・社会科学）*, 55, 61-77.
- 大田仁史・島海房枝・田邊康二（2010）．終末期介護への提言「死の姿」から学ぶケア．中央法規．
- Roper, J. M., & Shapira, J.（2000）/麻原きよみ・グレッグ美鈴訳（2003）．*エスノグラフィー*．日本看護協会出版会．
- Ryan, A. A.& Scullion, H.F. (2000). Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1187-1195.
- 坂下恵美子・西田佳世・岡村絹代（2015）．特別養護老人ホームの看取りに積極的に取り組む看護師・介護士の意識．*南九州看護研究誌*, 11(1), 1-9.
- 佐々木交賢・Ansart, P.（2003）．高齢社会と生活の質－フランスと日本の比較から．専修大学出版局．
- 流石ゆり子・牛田貴子・亀山直子・鶴田ゆかり（2006）．高齢者の終末期のケアの現状と課題－介護保険施設に勤務する看護職への調査から－．*老年看護学*, 11(1), 70-78.
- 流石ゆり子・伊藤康児（2007）．終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者の QOL とその関連要因．*老年看護学*, 12(1), 87-93.
- 流石ゆり子・牛田貴子（2007）．高齢者の終末期（end-of-life）のケアにおける看護職の悩み・困難 A 県下の介護保険施設に勤務する看護職への調査から．*保健の科学*, 49(12), 849-854.
- 流石ゆり子・伊藤康児（2008）．終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者の気がかり・心配．*山梨県立大学看護学部紀要*, 10, 27-35.
- 白岩千恵子・竹田恵子（2013）．看護師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.
- 鈴木亨・流石ゆり子（2012）．終末期にある高齢者がその人らしい最期を迎えるために必要なケア 介護老人福祉施設熟練スタッフへのインタビューより．*ホスピスケアと在宅ケア*, 20(3), 275-285.

- 高山直子・三重野英子（2005）．介護老人福祉施設の看護職が行う End of life care の実際．*老年看護学*, 10, 62-68.
- Takezako, Y. Tamiya, N. & Kajii, E. (2007). The nursing home versus the hospital as the place of dying for nursing home residents in Japan. *Health Policy*, 81(2-3), 280-288.
- 為家浩己・西田佳世（2014）．高齢者介護施設と一般病院において終末期ケアの経験がある看護師の死生観．*ホスピスケアと在宅ケア*, 22(3), 291-300.
- 田中涼子（2006）．特養は看護の専門性・独自性を発揮できる場．*コミュニティケア*, 8(4), 26-29.
- 寺尾洋介・高橋良幸・正木 治恵・谷本真理子（2014）．特別養護老人ホーム入居高齢者への家族の関わりを支えるもの 最期まで通い続ける家族を対象に．*千葉看護学会会誌*, 20(1), 47-54.
- Travelbee, J. (1971) /長谷川浩・藤枝知子（1974）．*トラベルビー人間対人間の看護*. 医学書院.
- 鶴若麻理・仙波由加里（2010）．特別養護老人ホームの看取り介護についての入居時の意向確認に関する研究．*生命倫理*, 20(1), 158-164.
- 時田純（2006）．要介護高齢者のエンドオブライフ・ケアの実際と取り組み．*介護支援専門員*, 8(4), 27-33.
- 牛田貴子・藤巻尚美・流石ゆり子（2007）．指定介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者にとって「お迎えを待つ」ということ 高齢者が語る end-of-life から．*山梨県立大学看護学部紀要*, 9, 1-12.
- 山田英夫（2015）．高齢者終末期医療についての一考察．*日本慢性期医療協会誌*, 22(6), 56-67.
- 柳田邦男（2000）．「緊急発言いのちへ1」*脳死・メディア・少年事件*・水保. 講談社.
- 山崎章郎（2012）．*家で死ぬということ*. 海竜社.
- 全国高齢者ケア協会（2011）．*特別養護老人ホームにおける看取りの実態調査報告書*. 全国高齢者ケア協会.

付録



研究者が作成

図 1 施設の見取り図

表 1 主な職員の概要

参加者	性別	年齢	通算経験年数	当該施設 経験年数	看取り経験
鈴木看護師	男性	30歳代	10～15年	3年	有り
田中看護師	女性	30歳代	5～10年	1年	有り
伊藤看護師	女性	50歳代	30年以上	2年	有り
山本看護師	女性	50歳代	25～30年	5年	有り
渡辺看護師	女性	50歳代	30年以上	1年	有り
小林看護師	男性	50歳代	10～15年	7年	有り
中村看護師	女性	20歳代	1～5年	1年	無し
加藤ケアマネ	男性	40歳代	15～20年	3年	有り
吉田相談員	女性	50歳代	30年以上	5年	有り
木村介護士	男性	30歳代	5～10年	3年	有り
山口介護士	女性	20歳代	5～10年	2年	有り
林介護士	女性	20歳代	5～10年	3年	有り
佐々木介護士	女性	50歳代	5～10年	1年	有り
井上介護士	女性	20歳代	5～10年	4年	有り
松本介護士	男性	20歳代	1～5年	1年	有り

* 参加者は全て仮名

表 2 入所者の概要

参加者	年齢	性別	時期	主な面会
齊藤さん	80歳代後半	女性	入所～安定	長男
小川さん	90歳代後半	女性	入所～安定	長男
山崎さん	80歳代半ば	女性	安定	長男
森さん	80歳代後半	女性	安定	夫
池田さん	90歳代前半	男性	安定～不安定	長女
山下さん	90歳代後半	女性	安定～死亡	長女
中島さん	90歳代前半	女性	安定～死亡	長男
前田さん	80歳代後半	女性	安定～死亡	後見人
藤田さん	90歳代前半	女性	安定～死亡	長男
後藤さん	80歳代後半	女性	不安定～死亡	長男
小川さん	100歳代	女性	不安定～死亡	長女

* 全て仮名

施設長 ** ** 様

日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科 博士後期課程
基礎看護学専攻 内山 孝子

博士論文作成のための研究活動へのご協力のお願い

拝啓

貴施設におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍しております、内山孝子と申します。本年1月～4月まで、貴施設において実習させていただきました。実習の折には皆様には、多大なるご協力とご高配を賜り、心より感謝申し上げます。

私は、生活の場で積極的に看取りに取り組んでいる特別養護老人ホームの看護について検討しております。これについて博士論文計画書を作成し本学審査会で審査を受けた後、本学の研究倫理審査委員会でも審査を受けた結果、本研究実施の許可を得ることが出来ました。施設長はじめ、職員の皆さまに、心より御礼申し上げます。本研究を貴施設において実施させていただきたく、お願い申し上げます。

お忙しい中お手数ではございますが、別紙の研究計画書および各書類をご確認、ご検討いただきまして、本研究にご協力賜りたくお願い申し上げます。

本研究のご説明につきましては、後日、ご都合を伺わせていただきたいと存じます。ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

謹白

記

添付資料

1. 研究計画書	1 部
2. 研究参加回答書	1 部
3. 職員の皆さまへの看護研究のご協力のお願いおよび同意書	1 部
4. 協力依頼のポスター	1 部
5. 施設用デモグラフィックシート	1 部
6. 職員用デモグラフィックシート	1 部
7. 入居者・ご家族への看護研究のご協力のお願いおよび同意書	1 部
8. 家族への看護研究のご協力のお願いおよび同意書	1 部
9. 職員・入居者家族用同意撤回書	1 部
10. 入居者用同意撤回書	1 部

この研究に関して、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

以上

【連絡先】研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学専攻

内山 孝子 E-mail：*****@redcross.ac.jp

指導教員：日本看護大学大学院 基礎看護学 教授 高田 早苗

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

TEL：03-*****

E-mail：*****@redcross.ac.jp

博士論文研究計画書

日本赤十字看護大学大学院博士後期課程 内山孝子

「生活の場で看取りに取り組んでいる先進的な特別養護老人ホームの看護」

I. 研究の背景と意義

特別養護老人ホーム（以下、特養）は全国に 6,590 施設あり、475,695 名が入所しており、入居者の 96.4%が認知症を伴い、医療依存度、介護度が高く、平均在所期間は約 4 年間（厚生労働省, 2012）である。看取る方針のある施設は 29.9%、速やかに病院等へ移す方針の施設は 35.6%（池崎・池上, 2012）である。入居者の医療ニーズの対応を行う看護職を 24 時間配置する特養は 5.3%（日本看護協会, 2013）にとどまっているが、死亡前 2 週間は、多職種と家族の関わりが増加するため、看護師をコーディネーターとしている施設は多い（田中, 2011）。入居者にとって特養が、穏やかに死に逝くためのケアを受けることができる場として普遍化すれば、高齢者自身が選択した場所で安心して死を迎えることも可能になり（金ら, 2009）、生活の場を支えるという看護の原点において、看護職としての力量を発揮しやすい場（鳥海, 2006）でもある。入居者にとって、できる限り苦痛の緩和がなされ、なじみの人に囲まれて過ごし、そこで看取られるということには意味がある。しかし、特養において、積極的に看取りに取り組むようになった歴史は浅い。特養における看取りについての研究は 2006 年以降、施設や看護職を対象とした質問紙、面接調査などによるもので、入所から看取りまでの看護実践内容の一部は明らかにされているが、特養という場で、看護職がどのように入居者の生活を支え、常駐していない医師や介護職との協働、入居者本人や家族の意思確認のあり様などを含む看取りケアを行っているのか、実際のところは明らかにされていない。特養で迎える死は、病院で迎える死とは異なり、高齢者のこれまでの人生を尊重したよりよい看取りを実現する可能性がある。また、看護教育や介護教育に対する具体的な示唆を提示することに役立つ可能性がある。そこで、入居者の穏やかな生活を維持し尊厳ある看取りを実現するため、先進的な取り組みをしている特養における具体的な事象や職員の行為に密着しながら、ますます重要となる生活の中での看取りケアを明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

本研究は、先進的な特養における、入居者と家族への看護師をはじめとする職員の関わり、どのように連携し看取りケアを行っているのか含む、生活の場における看取りケアの特徴と過程を明らかにすることを目的とする。

III. 用語の定義

看取りケア：終末期の亡くなる間際の短い時間の関わりを意味するのではなく、入居者とその家族を対象としたケアで、看取りを日常のケアの延長線上に位置づけ、日常のケアの中で、入居者が希望するよりよい死を迎えることができ、家族がよい看取りだったと実感できることを目標にして職員が行うケアである。
先進的な特養：看護職が施設長を勤め、24 時間看護職を配置し、看取りは生活の延長線上にあると捉えケアを提供している特養である。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

マイクロ・エスノグラフィーを用いる。特養は、人生の終焉を生きる人びとを中心に、その人を取りまく家族、介護、看護などのスタッフが、施設において看取るとはどういうことかを相互に確認し、意味づけ、理解しあいながら、看取りを実現している場ととらえることができる。マイクロ・エスノグラフィーという研究手法により、現在、特養が置かれている社会・文化の文脈を視野におくことができるだけでなく、そこで取り込まれつつある生活の場における看取りにかかわる様々な価値や意味づけを明らかにするとともに、それらが入居者、家族、介護、看護の関わり合いの中でどのように生み出され、実現されているのかを明らかにすることができる。

B. 研究期間

研究倫理審査承認後から 2015 年 9 月までを予定とする。

C. 研究参加者

研究参加施設の職員を研究協力者とし、本研究の趣旨を理解し、研究への参加の意思と同意が得られた職員（看護職、介護職、社会福祉士、ケアマネジャー等）15 名程度とする。約 1 年のデータ収集期間を予定しているが、特養入所から（死亡）退所まで、平均 4 年といわれているところから、入所から看取りまでのすべてを一人ひとりの入居者について経過を追うということは難しい。そのため、同意または代諾が得られた、入所間もない時期、安定している時期、医療介入が必要となる時期にある入居者 10 名程度とその家族とする。

1. 研究参加施設依頼手順

対象となる研究施設の施設長に連絡を取り、施設長宛に研究計画書、施設長用研究協力依頼書（資料 1）、研究参加回答書（資料 2）、職員（看護・介護職）用研究参加依頼書・同意書（資料 3）、職員（他職種）用研究参加依頼書・同意書（資料 4）研究参加依頼ポスター（資料 5）、研究参加施設デモグラフィックシート（資料 6）、職員デモグラ

フィックシート（資料7）、入居者用研究参加依頼書・同意書（資料8）、入居者家族用研究参加依頼書・同意書（資料9）、職員、家族同意撤回書（資料10）、入居者同意撤回書（資料11）、研究告知ポスター（資料12）をもって口頭で説明し、研究参加の可否を確認する。

2. 研究参加協力依頼手順

a. 職員

施設長の許可を得て、スタッフステーションにポスター（資料5）を掲示し、入居者と家族にサービスを直接提供する全ての職員を研究の対象者として職員会議で口頭と文書（資料3 看護・介護職用）（資料4 他職種用）で説明し研究協力を依頼する。研究参加入居者のケア場面を参与観察すること、その観察した内容を研究データとして使用してもよい場合は研究参加者、ケア場面に同行してもよいが、研究データとして使用してほしくない場合は研究協力者として、入居者が受けるケアを明らかにしたいため、参与観察させていただきたいことを依頼する。説明会当日に不在の職員については、施設長に文書（資料3）（資料4）の配布を依頼し、説明が必要な方には研究者から個別に説明する。研究参加の意思がある場合には、直接声をかけてもらうか、E-mail で返信してもらい、改めて倫理的配慮にそって文書（資料3）（資料4）及び口頭で説明する。研究参加の意思を再度確認した上で、同意書に署名を得る。同意書に署名した職員を研究参加者とし、参加希望者がいない場合には、再度説明会の機会を設定し協力を依頼する。

b. 入居者とその家族

施設長に許可を得て、研究者がフィールドに入ることを告知するポスター（資料14）を入居者と家族の目に付く、エレベータ付近に掲示する。フィールドの全体を観察しながら、研究者がフィールドに馴染み、フィールドの人々と関わりを持ちながら、協力を依頼したい入居者と家族に研究の趣旨を説明する。研究参加に関心を示した入居者と家族に文書（資料8）（資料9）と口頭で説明し、研究参加を依頼する。入居者には認知機能障害があり、その場での説明には同意できてもその記憶を維持することが難しいため、研究参加については最終的に家族からの代諾（資料8）を得る。入居者の同意が得られても、その家族の同意が得られない入居者は研究参加者とししない。

D. データ収集方法

参与観察、インタビュー、および記録物から情報収集を行ない、これらからフィールドノーツを作成する。

1. 参与観察

研究者は、職員と同様の着衣（ポロシャツにスラックス）と研究者であることが分かるよう名札をつけてフィールドに入る。フィールドワークは、研究者がフィールドの全体像が把握できるまでは週に3回程度、全体が把握でき、分析が可能になる程度のデータ収集が集積した後は週に1回程度とし、曜日や時間は研究参加者の状況を判断しながらフィールドと相談し決定する。参加同意が得られている入居者の看取りが近いと予想される場合には、フィールドと相談し、その都度、参与観察日時を決定する。

職員が日常どのように入居者に対応しているのか、また、どのように入居者の心身の変化の有無を理解しているのか、入居者の家族に対してはどのように関わり、情報を得たり、伝えたりしているのか、同職種・他職種間でのような情報を共有しているのか、どのように看取りをおこなっているのかなど、研究参加者の言動、表情、身振り、タイミングなどを参与観察する。

2. インタビュー

インフォーマルインタビューを主とし、研究参加者の言動の意味を理解するために行う。参与観察で、研究者が感じ、理解したことが正しいか否か確認し、今後の観察の方向を準備するため、職員に対し5～10分程度のインフォーマルインタビューを行う。研究者がフィールドの概要が理解でき、その場に馴染んだ後に、看取りケアをどのようにしているのかを理解することで、より深くデータの意味を解釈する目的で、研究参加者（職員、家族）の都合のよい時間帯と場所で、1～2回、1回30分程度、インタビューガイド（資料12, 13）をもとに1対1の半構造化インタビューを行う。家族にとって、インタビューのために来所するのは経済、労力、時間的に負担になるため、面会に来所された際に家族の都合を伺いながら、家族との関係性を作ったうえで実施する。了承が得られた場合は、その場でメモを取ることや、ICレコーダーに内容を録音させていただく。録音の許可が得られない場合は、メモの許可を取るか、インタビュー終了後速やかにメモを取り、逐語録を作成する。

3. 記録物

参与観察やインタビューデータを理解する資料として、入居者の個人記録や介護計画、連絡ノート等の記録物から、入居者の現在の状態、予定について職員、入居者、入居者の家族の許可を得てデータ収集する。また、施設の概要に関する情報をデモグラフィックシート（資料6）から収集する。また、看護職、介護職などについては年齢、職務経験など一般情報に関する情報をデモグラフィックシート（資料7）から収集する。

4. フィールドノーツ

参与観察した研究参加者の言動や行動など見聞きしたこと、研究者自身がそこで感じたことをできるだけ詳細に記憶の新しい当日のうちにフィールドノーツを記述する。毎回、このフィールドノーツを読み返し、次に何に焦点を当てて観察するのか、参与観察の進め方や改善点を確認してから次の参与観察を行う。

E. 分析方法

データ収集と分析は同時並行に進める。データは、入居者の日常生活上のケアについて職種間で了解していること、その都度確認していること、入居者本人や家族の意思確認のタイミング、療養の場の決定、看取り加算につながる看取り時期の決定、想定外のことが生じた場合にどのような対応をするのか、他職種との役割分担など、看取りケアの内容についてデータを整理し、看護職が多職種との協働において、高齢者の入居から看取りケアのプロセスにおいてどのような実践しているのか、その時語られた内容あるいは生じた出来事に含まれるテーマを暫定的に導き出し考察する。特に看取りケアに関して注目した点にコードをつけ、コード間の関係を比較し、分析する。介護職が主体となる生活の場における看取りがどのように行われているのか、どのような看取りを目指しているのか、そのことがどのように共有されているのかを考察する。さらに焦点を絞ったコーディング、考察を記述し、反復して出現する現象のパターンを発見し蓄積し読み解き、さらなる疑問について参与観察を行う。また、介護福祉施策の変更などマクロな事象との関係性も考察する。データ収集開始の時期から分析を終了し論文を作成するすべての段階で、研究指導者の指導と大学院生のゼミナールでピア・スーパービジョンを定期的に受け妥当性を高める。また、解釈内容の妥当性は、適宜、研究参加者に確認し信頼性を高めるように務める。

VI. 倫理的配慮

本研究は、介護度が高く、認知機能に障害がある入居者の生活の場である特養における看取りケアという本人や家族、職員にとってデリケートな問題を扱っており、倫理的な問題と常に直面しているという認識を持つ。フィールドの人々の立場や考えを尊重し、タイミングよく見て聞くこと、聞けるような人間関係をつくり、方法論的な問題点、フィールドでの居場所を含めて、フィールドにおける自分の役割の取り方などについて常に振り返り、研究指導教員の指導を受ける。

A. インフォームド・コンセント

研究対象者に対し、研究の目的、観察手続き、研究参加により期待される利益及び研究参加に伴う不快、不自由、不利益、研究成果の公表方法、研究終了後の対応について十分な説明を行い、理解されたかどうかを確認した上で、文書で同意を得る。説明を行う際には、研究に関して誤解が生じることがないように努め、研究への参加に同意するか否かは、本人の自由意志によって決定できるよう、同意を確認するまでに時間的余裕を持つ。研究への参加に同意するか否か、本人の自由意志によって決定したかを確認し、文書による同意を得る。研究の参加に同意した場合であっても、研究の途中であっても、いつでも取りやめることができることについて、同意撤回書を提示して説明する。ただし、同意撤回を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリ、コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態などの場合には、データを廃棄できない場合もあることを説明する。研究対象者が質問できる機会を作り、対象者の質問に十分に答える。また、研究者の連絡先、連絡方法を伝え、いつでも質問に答える準備があることを説明する。また、研究者は、学生として入居者と関わらせていただくため、吸引などの医療的ケアは一切行わず、食事・排泄・更衣・移動などの日常生活援助は、職員の許可のもと、職員と一緒にすること、入居者の体調・心理面での変化が生じた場合は、すぐに職員に報告し、速やかな対応がなされるように努めること、緊急を要す際は、入居者の安全・安楽を最優先することを説明する。

＜職員に対して＞

研究に不参加、または研究参加同意撤回後も、通常通り業務が行え、不利益を被ることがないことを保証する。

＜入居者・家族に対して＞

第三者と相談した上で決めてよいことを説明する。研究に参加しない場合、または、研究参加同意撤回しても、公平にケア提供が行われ、不利益を受けないことを説明する。また、説明を行う時期に配慮し、入所時、体調不安定時など、対象者が断りにくい状況、身体的苦痛や不安が強くなりやすい状況などを避ける。入居者は、認知症や高齢による認知機能の低下があるため、説明時に理解をしてもその記憶を留めておく事が困難である。そのため、高齢者の状態を十分にアセスメントし、可能な限り理解できるよう、低めの声にゆっくりとしたテンポで話し、雑音にも配慮し注意を集中できる環境に配慮し入居者の理解を得るためにできる分やりやすく最善を尽くし説明する。その努力にもかかわらず自由意思による研究参加の判断が不可能と考えられる場合には、そのときの反応で研究参加に拒否的ではないかを確認する。拒否的でなければ、家族が施設に来所した際、入居者と一緒に口頭と文書（資料 8）に従って、代諾を得る。入居者が研究参加に否定的でなくても、家族が研究参加に同意しない場合は、その入居者は研究参加者としない。本研究の代諾者は、職員が主介護者と認識している家族または、後見人であり、研究計画書に則り説明を行い、入居者本人であれば、研究参加についてどのように判断するかを鑑みて研究参加の代諾を依頼する。

B. 研究に参加・協力することにより起こりうる不快な状態とそれが生じた場合の対処方法

本研究は、研究者が研究協力者の職場や生活する場に約 1 年間にわたって、入居者が身体介護を受ける場面や、ケアを提供する場、看取りの方針を決定する場面などに参入することにより、職員にとって自分のケア場面を観察されるということは決して快いことではない。そのため、研究上の人間関係は対等を基本とし、関連する人々に対して公平で中立的な態度を保つなど、研究協力者の日常的活動に不利益にならない適切な人間関係を確立するよう

に努める。入居者やその家族にとっては生活の場に見知らぬ人が存在する違和感、恥ずかしさなどを感じる可能性がある。これらについては次のような配慮を行う。研究参加者から同意が得られていても、その都度、参与観察することに対する対象者の抵抗感や拒否感について敏感に感じ取り対応する。

<職員に対して>

研究者がケア場面に同行することで、入居者との関わりに不自由を感じる、評価されていると感じられるような言動を慎む。特に、介護職に同行して参与観察をする場合は、研究者が看護師であることが介護職に負担とならないよう配慮する。インタビューを依頼する際には、差支えない範囲で、ケアや業務に支障をきたさないよう配慮する。また、不用意な発言によって職員の信頼を損なわないようにする。研究者と職員の観点とが一致しない場合、そのずれは職員に不快や不利益をもたらすことも考えられるため、研究結果を公表する前に職員に開示し、ずれがないか確認を行い解決する。

<入居者や家族に対して>

研究者がフィールドに入る際は、入居者や家族に安心感を持っていただけるよう、毎回、挨拶にまわり、さりげないやり取りなどを通して研究者の存在を認識してもらえよう心掛ける。参与観察をする際には、毎回、入居者や家族にその都度、承諾を得る。羞恥心を伴う身体ケアを受けている場面や、看取りケアの決定など、困惑する場面への参与する際には、研究力者のためらい、不安、不信そうな表情やしぐさなどが見受けられる時には、敏感に感じ取り、参与観察を辞退する。

家族に対して、看取りに関するインタビューの際は、職員が看取りの時期が近いと判断し、そのことについて家族と面談が終了している参加者の家族に対してインタビューを行う。家族の心理的負担にならないよう細心の配慮をし、家族が話せる範囲でよいこと、予期悲嘆による心理的負担、体調不良が出現した際には適切な対処を行い、インタビューを中止し、その後の対応について施設責任者を含めて相談する。職員が看取りの時期が近いと判断し、そのことについて家族と面談が終了しており、インタビューを受けることに同意している参加者の家族に対してインタビューを行います。フィールドワークを通して家族と研究者の信頼関係を気づき、その関わりを通し、家族が看取りを行う心づもりができていないと判断できた時期に、家族にインタビューを依頼し、インタビューの日は家族と調整します。

C. プライバシー、個人情報の保護

収集する個人情報とその入手目的、利用方法に関しては、インフォームド・コンセントの手続きによって研究参加者から同意を得ておく。研究者が知り得た個人情報は、研究参加者の関係者や所属する集団、組織に漏洩することがないように保護、管理を厳重に行う。研究で得られたデータは、紛失、漏洩、取り違えなどを防ぐために、紙媒体による研究データの保管には施錠できる場所を利用し、電子媒体による保管の場合にはパスワードを設定しアクセスできる者を限定する。また、本研究で得られたデータは研究目的以外に使用しないことを確約する。

研究成果の公表により、研究対象者に不利益が生じないよう、研究対象者や周囲の人々、あるいは団体・組織名が特定できる情報は匿名化する。研究参加者の個人情報は研究上の必要性が消失した場合には、速やかに廃棄する。

<職員に対して>

研究者が知り得た個々の職員の情報を管理職に伝えるようなことはしないことを保障する。

<入居者や家族に対して>

個人情報保護法の規定を遵守し、職務上取り扱う資料（診療記録や介護記録など）は施設内の取り決めに基づき、適切な手続きで取り扱う。

D. 研究結果の公表方法

研究結果は博士課程の学位論文として執筆し、学位の授与に係る論文の全文を大学の協力を得て、インターネットの利用により公表する。また、学会、学術雑誌などで公表する。また、研究結果が知りたいという研究参加者の要望には、文書または口頭のいずれか望む方法で誠実に応える。研究結果の送付を希望する参加者には、研究参加同意書に記された郵送先に送付する。

<文献>

鳥海房枝（2006）．特養は看護職員が実力を発揮できるやりがいのある職場．*Community care*, 8（4）, 22-25.

池崎澄江・池上直己（2012）．特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析．*厚生指標* 59（1）, 14-20.

金貞任・鈴木隆雄・高木安雄（2009）．特別養護老人ホームの要介護高齢者の看取りケアの実施に関する施設長の判断とその規定要因．*老年社会学* 31（3）, 331-341.

厚生労働省（2013）．平成25年度版厚生労働白書．http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/より、2014/5/2 検索。

日本看護協会（2013）．平成24年度高齢者ケア施設で働く看護職員の実態調査報告書．<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2012/koreisha.pdf>より、2014/5/2 検索。

田中克恵（2011）．特別養護老人ホームの終末期ケアに関する研究～看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセス～．*社会福祉学研究*（6）, 11-19.

研究参加回答書

このたびは、研究にご協力いただき、誠にありがとうございます。
つきましては、フィールドワークの実施についてのご相談に伺いたいと存じます。
次の事項へのご記入をお願い申し上げます。

ご芳名 _____

連絡先連絡方法をご記入ください（電話・メールなど）

ご都合の良い時間帯がございましたらご記入ください。

通信欄：何かご意見などがございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございます。

なお、頂いた個人情報に関しては、目的以外には使用しません。また、本書類は厳重に管理し、研究終了時には破棄することをお約束いたします。

＊ ＊ ＊ ＊ 施設長 様

このたびはお忙しい中、研究にご協力いただきありがとうございます。
この用紙は、研究参加者の所属施設の背景についてお尋ねする用紙となっております。
2014 年〇月現在の状況についてご記入いただきますようお願い申し上げます。

1. 職員の人数を教えてください。

看護師	() 人	准看護師	() 人
夜勤専従看護師	() 人	夜勤専従准看護師	() 人
介護福祉士	() 人	ヘルパー	() 人
社会福祉士	() 人		
栄養士	() 人		
医師	() 人		

2. 入居待ち人数

() 人

3. 居者数

H25 年度 () 人	H26 年度 () 人
--------------	--------------

4. 退所者数。

H25 年度 () 人	H26 年度 () 人
--------------	--------------

5. 施設内死亡者数

H25 年度 () 人	H26 年度 () 人
--------------	--------------

6. 看取り介護加算算定件数

H25 年度 () 件	H26 年度 () 件
--------------	--------------

7. 平均入所日数

H25 年度 () 日	H26 年度 () 日
--------------	--------------

8. 入所者の要介護度平均

H25 年度 ()	H26 年度 ()
------------	------------

9. 胃ろう管理件数

H25 年度 () 件	H26 年度 () 件
--------------	--------------

10. 緊急搬送件数

H25 年度 () 件	H26 年度 () 件
--------------	--------------

以上です。ご協力ありがとうございました。

看護研究への協力をお願い

テーマ

「生活の場で看取りに取り組む

特別養護老人ホームの看護」



日本赤十字看護大学大学院博士後期課程で学んでいる
内山孝子と申します。

特別養護老人ホームにおける、よりよい看取りケアに
ついて学びたいと考えております。

皆さんの日頃のケアの場面を見せていただいたり、
お話を聞かせてください。

どなたでも参加ください。よろしくお願いいたします。



関心のある方はぜひお気軽に連絡
してください。お待ちしております。

連絡先 E-mail :

* * * * * @redcross.ac.jp

こんにちは

写真を貼り付ける
フィールドに入るときの
服装の写真

日本赤十字大学大学院博士後期課程で学んでいる

内山 孝子です。

2014年10月～2015年9月の間

職員の方々から、皆様へのお世話を

学ばせていただいています。

どうぞ、よろしくお願いします。

看護研究へのご協力のお願い

初秋の候、皆様におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。私は、これまで急性期病院で高齢者の看護をしておりました内山孝子と申します。これからますます重要となる看取りを含む高齢者の看護の学びを深めたいと考え、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程で学んでおります。

早速ですが、大学の審査委員会から研究の許可が得られ、施設長様にも研究協力の承諾をいただきました。職員の皆様が、24時間看護師を配置している特別養護老人ホームにおいて、看護職は介護職や他職種と共に、人生の終焉を生きる高齢者とその家族に対し、どのような入居から看取りまでのケアを提供しているのか教えていただきたいと考えております。この研究により、今後、重要性が増すと考えられる生活の場における看取りケアの実際について記述することができれば、その知見は、これから積極的に看取りに取り組もうとする施設にとって参考になるだけでなく、延命治療に傾きがちな医療現場における看取りケアのあり方を変えることに貢献する可能性があります。また、看護教育や介護教育に対する具体的な示唆を提示するために役立つと思われます。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 研究テーマ

生活の場で看取りに取り組んでいる先進的な特別養護老人ホームの看護

2. 研究目的

先進的な特養における、入居者と家族への看護師をはじめとする職員の関わり、どのように連携し看取りケアを行っているのか含む、生活の場における看取りケアの特徴と過程を明らかにすることを目的としています。

3. 研究期間

平成26年10月から平成27年9月、週1～3回程度を予定しています。

4. ご協力いただきたい内容

次の内容について、ご協力をお願い致します。

- 1) 職員の皆様が入居者や家族に関わる場で、その様子を観察させてください。
- 2) 必要時、観察した内容に関する短時間（5～10分程度）のインタビューをお願い致します。なお、インタビューは観察終了後の業務の支障にならないご都合の良い時間と場所をお願いしたいと思います。了承が得られた場合は、その場でメモを取ることや、ICレコーダーに内容を録音させていただきたいと思います。

5. お約束すること

- 1) 研究にご協力くださるかどうかはご自由です。一旦ご承諾いただいた場合でも途中辞退は可能です。お断りいただいた場合にも、皆様が不利益を被るようなことは決してありません。
- 2) 観察は、事前に方法などをご相談し、同意をいただきます。皆様のお仕事の支障がないよう十分配慮を致しますが、観察して欲しくない場面や負担を感じた場合は、遠慮なくお申し出ください。
- 3) インタビューをお願いする際には、ケアや業務に支障をきたさない時間を伺い、プライバシーを確保出来る場所でお話いただけるよう配慮いたします。お話は差し支えない範囲で結構です。
- 4) 観察やインタビューによる精神的負担が出現した際は、研究者または施設長にお申し出ください。研究活動を一旦中止とさせていただきます。今後の観察方法やインタビューの方法について、相談させていただきます。
- 5) この研究で知り得た内容は、全て匿名で記述して個人が特定できないように処理し、目的以外には使用いたしません。皆様のプライバシーを厳守いたします。
- 6) 研究者は学生として入居者の方に関わるため、医療的ケアは一切行わず、食事・排泄・更衣・移動・レクリエーション活動などのケア行為は、職員の方の許可の下、共に行わせていただきます。
- 7) この研究は個人の能力を評価するものではなく、皆様の普段の実践から教えていただくものです。ご負担になるようなことがございましたら、遠慮なくお知らせください。内容に応じて、研究活動を中止または改善させていただきます。
- 8) 研究結果は、学会や学術雑誌に発表する機会がありますことをご了承くださいますようお願いいたします。その際には、個人が特定されないよう、プライバシーを厳守致します。

研究参加同意書

このたび、「生活の場で看取りに取り組む先進的な特別養護老人ホームの看護」に関する研究に参加するに当たり、研究者より以下の項目につきまして十分に説明を受けました。

- ☐ 研究の目的と意義
- ☐ 研究方法・研究参加期間
- ☐ 不利益が発生した場合
- ☐ 研究への参加は参加者の自由意志によるものであり、研究への参加を随時拒否・撤回できること。また、これによって参加者が不利な扱いを受けないこと。
- ☐ データの管理には細心の注意を払うこと
- ☐ 研究結果の公表の仕方について、また、結果が公表される場合であっても、参加者のプライバシーは保全されること
- ☐ 研究者の氏名、連絡先

上記の内容を十分理解し、承知した上で、自ら本研究に参加することに同意いたします。

説明年月日 平成 年 月 日

説明者氏名：

説明者所属 日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程基礎看護学領域

同意年月日 平成 年 月 日

参加者氏名：

研究結果の送付を希望します。下記に郵送してください。

住所 〒 ー

個人情報、研究目的以外には使用いたしません。また、本書類は厳重に管理し、研究終了後は破棄します。本同意書は、研究参加者と研究者が一部ずつ保管します。

【連絡先】 研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程
内山 孝子 E-mail ****@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 基礎看護学 教授 高田 早苗
〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3
TEL：03-****-****
E-mail：*****@redcross.ac.jp

＊ ＊ ＊ ＊ 様

この度はお忙しい中、研究にご協力いただきましてありがとうございます。この用紙は、研究参加者の背景についてお尋ねする用紙となっています。

2014 年〇月〇日現在の状況についてご記入いただきますようお願い致します。
直接、研究者にお渡してください。

1. あなたの年齢を教えてください。

歳

2. あなたの職種を教えてください。

3. あなたの経験年数とこの施設での経験年数を教えてください。

経験年数 年 この施設 年

4. これまでの職歴について教えてください。

5. 看取り経験の有無

有 無

以上です。ご協力ありがとうございました。

看護研究への協力のお願い

私は、看護師で、日本赤十字看護大学大学院で勉強している内山孝子と申します。私は、皆様が安心して特別養護老人ホームで生活するためにどのようなお手伝いが必要か、勉強しています。このことがわかると、特別養護老人ホームに入居されている方々への看護がさらに良くなると考えられ、看護師や職員の勉強にも役立ちます。

1. お願いしたいこと

- 職員と一緒にお世話をさせてください。
- ＊＊＊＊＊様のことが書いてある記録物を見させてください。

2. お約束すること

研究への協力は自由で、嫌だと感じたときはいつでも伝えてください。すぐに取りやめます。また、後でも取りやめることもできます。お断りになっても、生活に影響することは一切ありません。困ったことがありましたら、職員やご家族もしくは内山に遠慮せずにお知らせください。

この研究でわかったことは、皆様の看護に必ず役立つようにします。そのため、わかったことを、インターネットを利用して公表します。この他に、看護師などが集まる会や雑誌で発表しますが、お名前はわからないようにします。また、私が知ったことについては、この研究以外に使わないことを約束します。どうぞ、この研究へのご協力をお願い致します。

研究同意書

私は、研究者から話を聞きました。

- ☐ 協力します
- ☐ 私の手伝いを職員と一緒にしてもよいです
- ☐ 私に関する記録物を見てもよいです

説明年月日 平成 年 月 日

説明者氏名： _____

同意年月日 平成 年 月 日

同意者氏名： _____

代諾者氏名： _____

個人情報、研究目的以外には使用しません。また、この書類は厳重に管理し、研究終了後、破棄することを約束します。本同意書は、研究協力者と研究者が一部ずつ保管します。

【連絡先】 研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 基礎看護学

内山 孝子

E-mail：*****@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 基礎看護学 教授 高田 早苗

〒105-0012 東京都渋谷区広尾 4 - 1 - 3

TEL：03-****-****

E-mail：*****@redcross.ac.jp

看護研究へのご協力をお願い

貴方様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、看護師の免許を得た後、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍している、内山孝子と申します。以前は病院で高齢者の看護をしておりました。これからますます重要となる高齢者の看護をさらに学びたいと考え、現在、大学院でその学びを深めております。そのような経緯から、看護師や職員が、特別養護老人ホームに入居されている方やその家族の方に、どのような看取りのときまでを含む看護を受けていらっしゃるのか教えていただきたいと思いますと考えました。

これらにより、看護師や職員が特別養護老人ホームでの援助のあり方を振り返り、入居者様やご家族へのよりよい援助を考えることができ、さらに看護師や介護職の教育に役立てることができると考えます。この研究の計画は、日本赤十字看護大学において倫理審査を受け、承認されています（承認番号 2014-94）。研究の趣旨をご理解いただき、以下の点についてご協力いただきますよう、心からお願い申し上げます。

ご不明な点やご意見がございましたら、いつでも直接、または研究者連絡先までご連絡ください。

1. ご協力いただきたいこと

- 1) 入居者様のお世話を職員と一緒に行わせてください。その場面でのやりとりの様子をメモに取らせていただきたいと思います。
- 2) 入居者様がここで生活することに対する思いを伺いたく、1回 30 分程度のインタビューを 1～2 回お願いすることがあります。
- 3) 入居者様の体調や予定に関する記録を拝見し、可能であればその一部を研究データに使わせてください。

2. お約束すること

- 1) 研究の協力については自由であり、お断りになられた場合にも、不利益を被ることは決してありません。一旦ご承諾いただいた場合でも同意の撤回は可能です。その際は、研究者又は施設責任者までお申し出くださいますようお願いいたします。
- 2) 職員と一緒に世話させて頂く場合は、事前に方法などを入居者様に説明し、同意を頂きます。
- 3) 研究者は学生として入居者の方に関わるため、医療的ケアは一切行わず、食事・排泄・行為・移動などの看護行為は、職員の方の許可のもと、職員と一緒に行わせていただきます。
- 4) 入居者様の体調には十分に配慮致しますが、この研究により、入居者様やご家族の方がご負担になるようなことがございましたら、遠慮なく研究者か施設責任者までお申し出ください。内容に応じて、研究活動を中止又は改善させていただきます。
- 5) 貴方様にインタビューをお願いする際には、あらかじめ都合の良い時間と場所を覗き、プライバシーを確保できる場所でお話いただけるよう配慮致します。お話は差支えのない範囲で結構です。
- 6) インタビューにより、精神的な負担を感じた場合は、研究者か施設責任者にお申し出ください。研究活動を一旦中止とさせていただきます。研究の継続については、施設責任者を含めてご相談させていただきます。
- 7) 参加してくださった家族の方に直接利益はありませんが、研究結果は将来の入居者の方たちに役立つ可能性があります。ご理解くださいますようお願いいたします。
- 8) この研究で知り得た内容は、個人が特定できないようにすべて匿名で処理し、研究目的以外には使用致しません。
- 9) 研究結果は博士課程の学位論文として執筆し、学位の授与に係る論文の全文を大学の協力を得て、インターネットの利用により公表致します。また、看護師が集まる学会や学術雑誌に発表する機会がありますことを、ご了承くださいますようお願い致しますその際には、個人が特定されないよう、プライバシーを厳守致します。

研究参加同意書

このたび、「生活の場で看取りに取り組む特別養護老人ホームの看護」に関する研究に参加するに当たり、研究者より以下の項目につきまして十分に説明を受けました。

私は、特別養護老人ホームの看護に関する研究に参加するに当たり、研究者より以下の項目について十分に説明を受けました。

- 研究の目的
- 研究の方法
- 研究への参加は協力者の自由意志によるものであり、研究への参加を随時拒否・撤回できること。また、これによって参加者が不利益な扱いを受けないこと。
- 結果の公表の仕方
- 協力者のプライバシーを厳守すること。
- 研究者の氏名、連絡先

上記内容を十分に理解し、承知した上で、

- ☐ 自ら本研究に参加することに同意します。
- ☐ 私の家族がケアを受ける場面に研究者が同席することを許可します。
- ☐ 施設が作成する、私の家族に関する記録物の閲覧を許可します。
- ☐ 必要に応じて、インタビューを受けることに同意します。

説明年月日：平成 年 月 日

説明者氏名： _____

同意年月日 年 月 日

同意者氏名： _____

研究結果の送付を希望します。下記に郵送してください。

住所 〒 ー _____

個人情報、研究目的以外には使用しません。また、本書類は厳重に管理し、研究終了後、破棄します。

本同意書は、研究協力者と研究者が一部ずつ保管します。

【連絡先】 研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程

内山 孝子 E-mail：*****@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 基礎看護学 教授 高田 早苗

〒105-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3

TEL：03-***** E-mail：*****@redcross.ac.jp

同 意 撤 回 書

私は、「生活の場で看取りに取り組んでいる先進的な特別養護老人ホームの看護」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

氏名（署名）_____

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

平成 年 月 日

所 属 _____

研究者氏名 _____

※いったん研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。
この「同意撤回書」2部にご記入・ご署名頂き、研究者までお申し出下さい。

※研究者が同意撤回書を受領した後、2部に署名し、1部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、同意撤回を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

＜同意を撤回する場合の連絡先＞

研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学専攻

内山 孝子

E-mail：*****@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 基礎看護学 教授 高田 早苗

〒105-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

TEL：03-*****

E-mail：*****@redcross.ac.jp

同意撤回書

私は、「生活の場で看取りに取り組んでいる先進的な特別養護老人ホームの看護」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

氏名 (署名)

代理氏名 (続き柄) (署名)

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

平成 年 月 日

所属

研究者氏名

※研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。

この「同意撤回書」2部にご記入・ご署名頂き、研究者までお申し出下さい。

※研究者が同意撤回書を受領した後、2 部に署名し、1 部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、同意撤回を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

＜同意を撤回する場合の連絡先＞

研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学専攻

内山 孝子

E-mail : * * * * *@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 基礎看護学 教授 高田 早苗

〒105-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

TEL : 03-****-****

E-mail : * * * * *@redcross.ac.jp