

介護老人保健施設での 死の看取りを可能にする要因の考察

看護管理者へのインタビューから

清水 みどり

新潟青陵大学看護学科

A study of the factors which enable terminal care at geriatric
intermediate care facilities in Japan: An interview of nurse managers

Midori Shimizu

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

Introduction: Most elderly people die in hospitals, but only 2.6% in institutions for the aged. We predict, however, that mortality rates for older people in institutions will increase rapidly in the future. The purpose of this study is to clarify the factors in providing terminal care at geriatric intermediate care facilities. Method: Data were generated by interviews with four nurse managers asking them the present condition and problems of terminal care. The nurse managers were associated with geriatric intermediate care facilities in E prefecture (23.0% of the aging rate) in Japan. Results: The results indicated that there were three types of factors which affect terminal care at geriatric intermediate care facilities: 1) whether a facility is established as an annex to a hospital or not, 2) the policies of the facility administrator, and 3) the attitude of the nurse manager toward terminal care. Current problems to be addressed for terminal care at geriatric intermediate care facilities are improving on circumstances of elderly residents, providing them with private rooms, training staff with regard to terminal care, retaining night nurses, and consistently confirming and coordinating the will of both the elderly and their families as to where, by whom, and how they want to be treated during their terminal care.

Key words

terminal care nurse manager geriatric intermediate care facility

要 旨

日本の高齢者は病院で亡くなる人が大半であり、病院以外の老人のための施設における死亡はわずか2.6%にすぎない。しかし今後は高齢化の進展に伴い施設での死亡が増加することが予測される。本研究の目的は介護老人保健施設で死の看取りを積極的に行うための要因を明らかにすることである。E県（高齢化率23.0%）の介護老人保健施設4施設の看護管理者4名にインタビューをおこない、死の看取りの現状について尋ねた。その結果以下のことが明らかになった。施設での死の看取りに影響を与える要因は、1)施設が一般病院に併設しているかどうか、2)施設長の方針、3)看護管理者の死の看取りに対する姿勢、であった。介護老人保健施設で死の看取りに取り組むにあたっての課題は、個室の整備、高齢者の死の看取りに関する職員教育、夜間の看護師の確保、死の看取りの過程で入所者と家族の希望（どこで、誰に、どのように看取られたいか）を絶えず確認し調整することであった。

キーワード

死の看取り 看護管理者 介護老人保健施設

はじめに

本研究の目的は、介護老人保健施設における死の看取りについてどのような取り組みがおこなわれているか、また死の看取りを可能にする要因について、事例をとおして考察することである。

介護老人保健施設（以下、老健とする）は、家族の介護負担の増大や、家庭介護の困難から病院での長期入院といった「社会的入院」が増加するなか、医療ニーズと生活ニーズの両方に対応する施設として誕生した。昭和61年に成立した老人保健法等の一部を改正する法律により設立された老人保健施設がその前身である。昭和62年度に全国7施設によるモデル事業の実施を経て、昭和63年度から本格実施、平成12年4月の介護保険法の施行に伴い、介護老人保健施設として運営されるようになった。平成14年度の開設（経営）主体別事業所数の構成割合は、医療法人が73.2%で最も多く、次いで社会福祉法人が15.5%である¹。老健での医療サービスの主はリハビリテーションであり、利用者100人に対する職員数の基準は常勤の医師（施設長）1名、看護師9名、介護職員25名、理学療法士または作業療法士1名の配置が義務づけられている。

老健は医療・福祉サービスの統合、医療機関と家庭との中間施設として誕生し、介護保険が導入されたのちも家庭復帰施設として位置づけられているが、入所者が退所後に家庭に戻る割合は、平成14年度の統計では54.1%にとどまっている²。これは介護保険の導入後、医療依存度の高い入所者の増加や入所期間の長期化³がみられることと併せて考えると、少子化・家族の多様化による家族介護力の低下と、家族介護力を上回る介護を要する高齢者の増加などで、本来の目的である家庭復帰が困難な者が約半数を占めることを示すといえよう。このような状況の中で、老健といえども高齢者の死の看取りに関わらざるを得ない状況⁴があることが推察される。梅津ら⁵の調査では、約2割の老健でターミナルケアについて組織的取り組みがおこなわれているという報告もある。

日常生活の場として位置づけられている老

人福祉施設（老人ホーム）では、「生活の場における看取り」という視点から施設での看取りに積極的に取り組む動きがみられ始め、また老人福祉施設に勤務する職員の8割が衰弱していく高齢者を施設で看取りたいと考えているという調査報告もある⁷。しかし老健は医療機関と家庭の中間施設という位置づけゆえに、病院あるいは家庭への通過地点にすぎないという認識が依然として強く、職員の理解を含めその取り組みには困難がともなうことが予測される。

本研究は老健で高齢者の死の看取りがどのようにおこなわれているのか、4人の看護管理者に聞き取り調査を実施し、各施設における取り組み状況と看取りを可能にする要因について分析しながら、老健における死の看取りについて考察する。

対象および方法

1. 対象

対象は、E県内でユニットケアに積極的に取り組んでいる老健のうち、調査協力が得られた4施設の、看護・介護職のトップマネージャーである看護管理者各1名である。

2. 面接期間

面接期間は平成15年12月～平成16年9月であった。

3. 面接方法・内容および倫理的配慮

面接に先立ち、対象者に事前に電話で研究の趣旨を説明し、了解を得た。各施設に研究者が訪問し、会議室などプライバシーに配慮できる場所で面接を行った。面接内容は本人の同意を得てテープレコーダーに録音し、逐語録を作成した。面接内容は研究目的以外には使用しないこと、個人や施設が特定されないよう配慮することを説明し了解を得た。面接内容は、回答者属性として年齢、職位、資格、職務経験、現施設での看護経験年数、施設属性として職員数と職員構成、併設機関と設置主体、定床数、地域・施設の特性について、であった。死の看取りへの取り組み状況については回答者に自由に

語ってもらい、時間は決めずに語りが終わるまでとした。

4. 分析方法

施設ごとに逐語録を繰り返し読み、死の看取りへの取り組みに関連している内容について述べている部分を抽出し、抽出した内容をできるだけ表現された言葉を使って要約し、類似性に基づいて分類し命名をおこなった。次に死の看取りへの取り組みを積極的に行っている施設について、看取りを可能にした要因について検討を行った。

5. 用語の定義

本研究では、死の看取りは、「近い将来に生命の終末が予測される高齢者に対して行う臨終場面を意識したケア」とした。

・ 結果

1. 回答者属性および施設属性

回答者属性と施設属性については、表1のとおりであった。

2. 各施設における死の看取りへの取り組み状況

次に4施設における死の看取りへの取り組み状況を記す。なお取り組みに関連していると思われる内容の要約をカギ括弧でくり表記した。

1) A施設での取り組み

地方中核都市の市街地にあり、交通の便がよく医療機関や高齢者施設・在宅サービスが多い地域にあるA施設の看護管理者は、「自身の親の終末期を、本人の希望を聞き入れずに病院で看取ったことを宿題として抱えて」おり、それがきっかけで訪問看護師として勤務、のち系列の老健に移動になった。彼女は、「亡くなる瞬間にはその人の生き様が凝縮している」と感じており、「人生の最後を安心して過ごすための居場所としての施設をめざしたい」、「入所者の希望があれば最後まで看取りたい」、「老年期の終末期のニードを汲んだケアを実践したい」、と考えていた。また「老健は病院やホスピスと比較して医療機器

の整備、看護師の人員配置、建物の構造上の違いにより特に夜間帯の医療的対応が困難であるが、それらが老健で終末期ケアができない理由にはならない、施設でもできることを検討すべきだ」と考えていた。最後の面接をおこなった時点より少し前に、要介護度5で本人の意志が確認できない入所者を家族の強い希望に沿うかたちで看取る機会があった。このことをきっかけに、「本人や家族の希望があれば老健でも積極的に死の看取りができるよう取り組み始め」ていた。以下、きっかけとなった事例を中心に死の看取りへの取り組みについて述べる。

死の看取りの実際 - 本人および家族への援助

援助に先立って「本人および家族の意志の確認」がおこなわれた。この事例の場合は本人の意志を直接確認できない状態にあったが、家族の話から若い頃に夫を病院で看取ったことを後悔していたことがわかった。家族は、入所者が長期入院の後に入所したこと、入所期間も長かったため住み慣れた施設でなじみの職員や入所者に見守られ、できるだけ自然死に近いかたちで逝かせたいという希望が強かった。そこで「家族の選択を尊重する」方針で看取りが行われた。そのさい家族に対し、老健でできる医療処置は限られていること、日祭日は医師が不在であることなど「老健で出来る範囲を説明し理解を得て」いた。この入所者は徐々に食事摂取が困難になり誤嚥性肺炎をくりかえしたが、経管栄養や入院による肺炎治療はしたくないという「家族の選択を受け入れ」、「老健で出来る範囲内で対応」した。具体的には本人の状態が改善したときに経口からの食物摂取を試みるといった「生活への援助を大切にする」関わりがなされ、3ヶ月間点滴による水分補給をおこない、肺炎に対しては抗生剤治療をおこなった。経口摂取については誤嚥性肺炎をたびたび繰り返すため最終的には絶食にした。点滴や抗生剤の投与は介護保険との関係で費用が施設の持ち出しになることが多く、一定期間以上の治療が必要になった段階で病院へ転院させるのが一般的である。しかし、A施設では「必要な場合は費用を持ち出しても治療を行うと

表1 回答者属性および施設属性

	A施設	B施設
回答者属性 年齢・性別 職位 資格 職務経験 現施設での経験年数	40歳代 女性 看護師長 看護師 ケアマネージャー 病院勤務 4年 企業看護婦 2年 訪問看護婦 4年 5年	50歳代 女性 看護師長 看護師 ケアマネージャー 病院勤務 10年 看護学校専任教員 11年 10年（開設時から）
施設属性 職員数と職員構成 看護職 介護職 併設機関 設置主体 定床数 地域の特性	（デイケアを除く） 13名 32名+夜勤専門3名 デイケア ショートステイ 社会福祉法人 110床 地方中核都市の市街地にあり、医療機関や高齢者施設・在宅サービスが多い地域にある。 高齢化率 17.5%	（デイケアを除く） 8名 29名 デイケア ショートステイ 病院（精神科） 医療法人 60床 地方中核都市に隣接する地域にあり、医療機関や高齢者施設、在宅サービスが少ない。 施設入所は最後の手段と考える家族が多く、入所者の大半が老人福祉施設の入所待ち。 高齢化率 25.1%
	C施設	D施設
回答者属性 年齢・性別 職位 資格 職務経験 現施設での経験年数	50歳代 女性 看護師長 看護師 ケアマネージャー 病院勤務 38年 養護教諭 2年 6年	40歳代 女性 看護主任 看護師 保健師 病院勤務 12年 6年（開設時から）
施設属性 職員数と職員構成 看護職 介護職 併設機関 設置主体 定床数 地域の特性	（デイケアを除く） 13名 30名 デイケア ショートステイ 病院 医療法人 98床 地方中核都市の郊外にあり、医療機関、高齢者施設・在宅サービスが多い地域にある。 高齢化率 17.5%	（デイケアを除く） 5名 18名 デイケア ショートステイ 病院 地方公共団体 50床 山間部の閉鎖された地域にあり、冬季は積雪が多いため利用者数が増加する。 医療機関や高齢者施設が少なく在宅サービスがほとんど無いため家庭復帰は望めず長期入所者が多い 高齢化率 35.0%

いう施設長の方針」があり、これらの治療がおこなわれた。

また回答者は、看取りのプロセスの中で「入所者や家族の状況が変化するたびにタイミングをみながら話し合いを持ち」、「そのつど家族の意志を確認する」こと、「家族の選択をサポートする」ことをおこなっていた。長い看取りの過程の中では当然「家族の揺れ」も生じるが、「それを受けとめながら援助する」ことがおこなわれていた。この事例では、家族がしばらく留守にせねばならなくなったとき、戻るまで入所者をもたせて欲しいという申し入れがあった。回答者は「老健として現状ではその保証はできない」こと、それを望むならば入院して管につなぎ生命維持を行う必要があることを説明した。その結果、家族は自分たちの都合で入所者をもたせるのは間違っているという結論をだし、「家族が出した結論を支持」して、「本人の寿命にまかせて自然に看取る」ことを続行した。

いよいよ最後を迎えられたとき、老健では霊安室がないため個室に移動して死後の処置をおこない、不必要なものをすべて片づけて花を一輪飾るなど「お別れのための場を整え」、職員や入所者などなじみの人によるお別れがおこなわれた。

取り組みのための方略

回答者は、老健は病院やホスピスと比較して医療設備の問題（心電図モニターによる監視ができない）、看護師の人員配置、構造上の違いにより特に夜間帯の医療的対応が困難であるが、それらが老健で終末期ケアができない理由にはならず「老健でもできることを検討すべき」という考えのもと強いリーダーシップを発揮していた。さまざまな制約や職員の不安があるなか、「施設で看取ってほしいという家族の強い希望に沿うかたちで押し通し」ていた。と同時に看取りを可能にする支援体制の整備をおこなっていた。医療職の配置問題、なかでも夜勤帯は1名の看護師に医療的判断や責任がすべて任される状況での職員の不安と人手不足に対しては、「看護管理者が24時間呼び出し可能な体制」をつくり対処していた。とくにA施設はマンパワー確保と人件費削減の両立という経営的戦略から

夜勤専門介護職（パートタイマー）が夜勤を担当し、看護師は入所者の日々の状況を十分に把握しているとは言いがたい彼らを指導監督するという役割を担わされていた。そのため看護職の精神的緊張が強く負担感も大きかったが、看護管理者がいつでも駆けつける体制を整えることで職員の理解と協力を得ていた。

いよいよ対象を看取ったあとは、「職員に、送った後の様子や家族の満足・感謝の言葉を伝える」ことで職員がおこなったケアを価値づけていた。さらに回答者は、今後も本人や家族の希望があればきちんと受けとめ最後まで看取りたい、出来る範囲内で本人と家族を見守りたい、といった、「回答者自身のケア方針と今後の方向性を示し、職員に理解と協力を依頼」していた。それに対する職員の反応は賛否両論があるが、きっかけとなった事例に関しては、最後まで看取ろうと考えた看護師が多かったこと、現在はおおかたの職員が「施設でもできる範囲内で死の看取りに取り組んでいかなければならない」と感じ始めているとのことであった。

課題と感じていること

終末期にある入所者の状態は刻々と変化し、それに伴って家族の気持ちに揺れや迷いが生じるので、その都度本人や家族の意志（どこで、誰に、どのように看取られたいか）を確認し援助の方向性を決定しなければならないが、回答者は「タイミングをみて家族の意志を確認することの難しさ」を感じていた。さらにA施設は病院併設型の施設でなく、容態が悪化し入院治療が必要と判断された場合は、救急車で協力病院に搬送するが、夜勤帯で搬送するさいは入所者に付き添って病院へ申し送りをおこなう看護師と、施設に残って夜勤専門介護士を指導監督する看護師の2名が必要になり、応援として看護管理者が駆けつけることで対応していた。今回の事例では「看護管理者が24時間呼び出し可能な体制」をつくることで職員の理解と協力を得たが、今後施設での看取りを希望する高齢者が増えた場合、「夜間応援体制が看護管理者1名では対応しきれない可能性がでてくる」ことが課題とされていた。

2) B施設での取り組み

B施設は地方中核都市に隣接し、医療機関や高齢者施設・在宅サービスが少ない地域にある。介護の地域特性として、施設入所は最後の手段と考える家族が多く、限界まで家庭で介護し力尽きて入所させるため在宅復帰は望めないケースが多い。在宅サービスが少ないこともあって入所者の大半が老人福祉施設への入所待ちである。看護管理者は、「家族や地域の輪を大切に施設」、「地域の中で魅力ある施設」をめざし、入所者に対しては「安心して生活が送れる場を提供したい」と考えていた。死の看取りについては「生き様が死に様」であり、「死はかなり苦しいものでなかなか死ねない」こと、「終末期の延命処置は意味がない」ので一番良い看取りは「延命処置をせずに家で家族に手を握られながら看取られること」だが、それは「どんなに本人が望んでも家族の協力がないと不可能」で、現状では「家で看取ることに対する家族の怖れ」が強いこともあって施設で引き受けざるを得ない。しかし可能であれば「家庭で看取られるのが良い」と考えていた。先ほども述べたように、B施設の入所者は家族の介護力が弱く、老健での看取りを希望する家族が多かったが、開設当初は施設で死の看取りは行わず、すべて病院に搬送していた。しかし新しく赴任した「施設長は希望があれば死の看取りをおこなう方針」であったことと、「併設病院が精神科で、容態の悪化した入所者は別の協力病院へ送らねばならず、検査・治療目的以外の高齢者の受け入れに病院側が難色を示す」ようになったことから、施設で看取る入所者が増えたという状況であった。

死の看取りの実際 - 本人および家族への援助

施設長も回答者も「終末期の延命処置は意味がない」と考えていた。そのため一時的な点滴や酸素投与はあるものの、「可能な範囲で経口から食事摂取や水分補充をおこなう」といった方法で自然に看取る」ことがおこなわれていた。また「付き添いや宿泊を希望する家族には許可」し、できるだけ家族に悔いが残らないよう配慮していた。毎日熱心に通い

付き添う家族がいる一方で、容態を連絡してもなかなか面会に来ない家族もあり、「終末期の家族の反応は様々でそれを受け入れ」ていた。B施設では終末期の入所者のほとんどが施設か病院で看取られていたが、少数だが自宅に戻ったケースもあった。それは本人が自宅に戻って最後を迎えたいと強く願っており、その気持ちを家族も受け入れて連れて帰る決心をしたケースだった。ある入所者は自宅に戻るまでもつかどうか危惧されるような状態であったが「本人と家族の選択を尊重」し医師と看護師が付き添うことで無事自宅に戻り、その数時間後に息を引き取った。回答者は「可能なら自宅で過ごす時間が2・3日あることが望ましい」が、タイミングを計るのが難しいと感じていた。以上のように「本人にとって満足がいく最後を迎えられることができるだけの援助」がおこなわれていたが、これらのケースは非常にまれであり、たとえ本人が自宅で息を引き取ることを強く希望しても、ほとんどの「家族は家で看取ることに対して怖れを抱いている」ため施設か病院で看取るのが現状とのことであった。

取り組みのための方略

B施設で死の看取りをおこなう際の問題点は、「夜間帯に看護師が不在の日があり介護職の不安が強い」こと、「看取りに対するスタッフの心理的負担感が大きい」ことであった。夜勤に看護師を入れるよう「勤務表を工夫する」が、不在の夜が2～3日/月あり、介護職の不安を軽減するため「ベテランと若い看護職を組み合わせる」、「回答者や医師が深夜近くまで残る」、「回答者がオンコールで応援に駆けつける」といった対策がとられていた。看取りに対するスタッフの心理的負担感については、看取りを希望する家族にあらかじめ「施設でできることの限界を説明し十分理解していただく」が、看取る側のスタッフは、先程訪室したときは大丈夫だったのに次に行くのと亡くなっていたという場合、自分を責めて辛い思いをするので、回答者は「自分の責任だと思ふ必要はないことをスタッフに伝え」ていた。さらに入所者が夜間死亡した場合は併設病院の当直医が死亡確認をおこなうが、「医師への気遣いとスタッフの応援を

かねて回答者もできるだけ駆けつけ死後の処置とお見送りを一緒におこなう」ようにしていた。最後に入所者が亡くなられた後、「家族のお礼の言葉をスタッフに伝え」、「看取りの事例を重ねてスタッフの理解を得る」ようにしていた。

課題と感じていること

一つは「個室の空きがなく大部屋で亡くなる方もおり、カーテンを閉めて対応する」場合があること、二つめはできれば家族の協力を得て入所者が自宅で看取られるよう援助していきたいが、現実には施設で引き受けざるを得ないケースが増えているため、「施設での看取りについて、一度職員らの意見をじっくり聞いて検討」していかなければならないこと、最後に「本人と家族の希望を調整することの難しさ」であった。

3) C施設での取り組み

C施設は地方中核都市の郊外で、交通の便がよく医療機関や高齢者施設・在宅サービスが多い地域にあり、病院に併設している施設である。回答者はリュウマチ専門病棟での勤務経験が長く、そこでの体験が在宅看護への興味となり現在の老健に勤めるきっかけになった。「利用者のニーズをできるだけ取り入れたケアの提供」を目標とし、「入所者と家族のニーズにズレがある場合は入所者のニーズを優先させたい」と考えていた。高齢者については、「状態が急変しやすく何が起こるかわからない」と考えていた。

死の看取りの実際

C施設では突然亡くなる高齢者以外は、容態が悪化すれば併設する病院か他の協力病院へ搬送しており、施設での死の看取りはおこなわれていなかった。その理由として、「入所者とその家族がC施設を選ぶ最大の理由が病院に併設していること」で緊急時を含めて病院で看てもらえることにメリットを感じており、「老健での看取りを希望する家族は今までいなかった」ためであった。面接の少し前に、がんで一年以上自宅療養していた人を、家族の介護疲れのためショートステイで預かったところ、入所中に急変し、病院に送ったがそのまま亡くなったケースがあった。回答

者は「家族に対して申し訳ない思い」で一杯だったが、家族からは「急変したのが施設で良かった、家だったらどう対応したらよいかわからなかった。」といわれ、ホッとした体験をしていた。回答者は「家族は家で看取するのに不安がある」、「家族は延命治療は望まないかもしれないが、何かの時には病院で対応して欲しいと考えている」という認識を持っており、今後も入所者の容態が悪化した場合は病院に搬送する方針だった。稀に年に3例ほど突然死亡する例があるが、病院には搬送できないのでそのまま死後の処置とお見送りをおこない、その場合は「回答者も駆けつけ一緒におこなう」ようにしていた。

4) D施設での取り組み

D施設は山間部の地理的に閉鎖された地域にある。医療機関や高齢者施設が非常に少なく、在宅サービスがほとんどない上に高齢化率が高く家族介護力が弱いため、入所者の多くが長期入所である。回答者は総合病院勤務ののち、施設の併設病院(公立)に移り、老健開設と同時に勤務移動になった。老年看護や在宅看護に興味があったわけではなく、移動当初は病院看護との差にとまどいを感じたが、今は「お年寄りの居場所」「居心地の良い生活が送れる場」としての施設を目指したいと考えるようになった。また「高齢者はいつ亡くなるかわからないので、できるだけ本人の意向に沿う援助が大切」であり、施設においては「医療より本人の希望が優先されるほうが良い」と考えていた。看取りについては「終末期の高齢者が入院しても延命にしかならない」と考えていた。

死の看取りの実際

D施設では入所者の最後を施設で看取ってほしいという家族の要望は多いものの、今まで行われていなかった。「併設病院と渡り廊下で繋がっているため、入所者の容態が悪化したときはもちろん、急変による死亡の場合でも病院に搬送して死亡確認がおこなわれ」ていた。これは施設長が病院と兼務であること、夜間帯は看護職が不在で入所者が容態悪化もしくは死亡した場合、介護職では対応しきれないことが関連していた。しかし回答者

は「今後は施設での看取りに取り組まなければならない」と考えていた。そのきっかけとなったのが102歳の入所者を併設病院に送ったことであった。徐々に食欲が落ち脱水から無呼吸が出現しはじめた入所者をどこで看取るか家族を含めて話し合ったさい、家族は施設での看取りを希望したが、「職員間で看取りの体制ができていない」こと、「夜間帯は介護職しかいないため、介護職の不安と負担感が大きい」ことが課題としてあげられ、「夜間家族の付き添いがあるならば」という条件付きで施設での看取りを進めようとしたが、家族が多忙で付き添いができず、結局病院に送ることになった。治療後は意識が戻らないまま入院中とのことであった。回答者は「家庭ならあのまま自然死の状態ですっど逝くことができたのに、と強いジレンマを感じて」いた。現在も100歳を超える入所者がおり、「家族からは施設で最後を看取って欲しいという要望がある」ので、早急に取り組まなくてはならないと考えていた。

課題と感じていること

回答者は「夜間、家族の付き添いがあれば施設での看取りは可能」と考えているが、職員とくに「介護職の不安や負担感をどう軽減し、理解と協力を得るか」が課題であると捉えていた。

3. 取り組みに関連していると捉えた内容の要約と分類項目

以上、4施設における死の看取りへの取り組みに関連していると思われる内容の要約を、類似性に基づいて分類し命名した結果が表2、表3である。積極的に取り組んでいるのがA、B施設であり、全く取り組んでいない、必要性は感じているが取り組んでいないのがC、D施設であった。

4. 死の看取りを可能にした要因

次に死の看取りへの取り組みを積極的に行っているA、B2つの施設について、看取りを可能にした要因について検討した。その結果、2施設とも同じ3つの要因があげられた。

一つは「老健が（一般）病院に併設しているかどうか」であった。併設病院をもたない、あるいは内科的治療ができない病院に併設する施設では、入所者を入院させる場合は協力病院との連携が必要になるが、病院側がいわゆる老衰の高齢者の受け入れに難色を示すと、必然的に施設で看取らざるを得なくなる。それに対しC、D施設は病院併設型であるため病院側の受け入れがよく、特にC施設の場合は利用者や家族が施設に期待するサービスの一つが「病院との連携で十分な医療処置がうけられること」であり、結果として施設での看取りを行わない状況にあった。

二つ目は「施設長の方針」である。老健の施設長は医師として入所者の健康管理・リハビリテーション治療にあたると同時に施設全体の意志決定をおこなう。A施設の事例は本来なら内科的入院治療の対象になるはずだったが、施設長の方針で施設でも必要な治療を受けることができ、入院をせずに施設で看取られた事例である。B施設では施設長の強い意向に看護・介護職が従うかたちで死の看取りがおこなわれていた。

三つ目が「看護管理者の死の看取りに対する姿勢」である。これは看護管理者の高齢者観、死生観、死の看取り体験などによって形成されるが、今回聞き取りをおこなった4人の回答者のうち、死の看取りに取り組んでいる、あるいはこれから取り組む予定と答えた3人は、「終末期高齢者を病院で治療するのは延命処置でありそれはすべきでない」、「自然死に近いかたちで逝くのがよい」、という共通した高齢者観、死生観を持っていた。また、「施設で看取ってほしいという家族の要望に対してできるだけ応えたい」という姿勢も3人とも共通していた。

表2 取り組みに関連していると捉えた内容の要約と分類項目 (A施設・B施設)

	A施設	B施設
回答者の施設ケア理念	<p>「人生の最後を安心して過ごすための居場所としての施設をめざす」</p> <p>「老年期の終末期のニードを汲んだケアを実践したい」</p> <p>「死の看取りについて老健でもできることを検討すべき」</p>	<p>「家族や地域の輪を大切に地域の中で魅力ある施設をめざす」</p> <p>「安心して生活が送れる場を提供したい」</p> <p>「延命処置をせず家で家族に手を握られながら看取られるよう援助したい」</p>
回答者の高齢者観・死生観	<p>「亡くなる瞬間にはその人の生き様が凝縮している」</p> <p>「親の最後を病院で看取ったことを宿題として抱えていた」</p> <p>「終末期の高齢者が入院しても延命にしなければならない」</p> <p>「できるだけ自然死に近い方がよい」</p>	<p>「生き様が死に様」</p> <p>「死はかなり苦しいものでなかなか死ねない」</p> <p>「終末期の延命処置は意味がない」</p> <p>「家族は家で看取ることに対して怖れを抱いている」</p>
施設長の方針 医療機関との連携	<p>「必要な場合は費用持ち出しでも治療するという施設長の方針がある」</p> <p>「病院併設型でなく治療が必要なときは救急車で協力病院へ搬送する」</p>	<p>「施設長は希望があれば死の看取りをおこなう方針」</p> <p>「併設病院が精神科で容態が悪化したときは他の協力病院へ送るので、治療目的以外の入所者は送りづらい」</p>
家族のニーズ	<p>「施設での死の看取りを希望される場合もある」</p>	<p>「施設での死の看取りを希望される家族が多い」</p>
死の看取りの取り組み	<p>「本人や家族の状況が変化する毎にタイミングをみて話し合いを持ち、家族の意志を確認し、家族の選択をサポートする」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「本人および家族の意志を確認する」 ・「家族の選択を尊重し支持する」 <p>「老健で出来る範囲を家族に説明し理解を得る」</p> <p>「家族の揺れを受けとめながら援助する」</p> <p>「老健で出来る範囲内で対応し、生活の援助を大切にする」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「本人の状態が改善したときは経口からの食物摂取を試みる」 ・「本人の寿命にまかせて自然に看取る」 ・「お別れのための場を整える」 	<p>「本人と家族の選択を尊重する」</p> <p>「家族に施設でできることの限界を説明し十分理解していただく」</p> <p>「終末期の家族の反応は様々でそれを受け入れる」</p> <p>「最後を自宅で過ごす場合、残された時間が2・3日あることが望ましいが、タイミングを計るのが難しい」</p> <p>「本人にとって満足がいく最後を迎えられるようできるだけ援助をする」</p> <p>「可能な範囲で経口からの食事摂取や水分補充をおこない自然に看取る」</p>
取り組みのための方略	<p>「看取りに対するスタッフの心理的負担感が大きい」ことに対して</p> <p>「家族の強い希望に沿うかたちで押し通す」</p> <p>「回答者を24時間呼び出し可能にし、職員の不安と夜間の人手不足に対処する」</p> <p>「職員に、送った後の様子や家族の満足・感謝の言葉を伝える」</p> <p>「自分のケア方針と今後の方向性を職員に示し、理解と協力を依頼する」</p>	<p>「夜間帯に看護師が不在の日があり介護職の不安が強い」</p> <p>「看取りに対するスタッフの心理的負担感が大きい」ことに対して</p> <p>「職員の支援体制を整備し不安を軽減する」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「勤務表を工夫しベテランと若い介護職を組み合わせる」 ・「回答者や医師が深夜近くまで残る」 ・「回答者がオンコールで応援に駆けつける」 ・「息を引き取る場面に立ち会えなくても、自分の責任だと思わないことをスタッフに伝える」 ・「協力病院の医師に気遣う」 <p>「家族のお礼の言葉をスタッフに伝える」</p> <p>「看取りの事例を重ねスタッフの理解を得る」</p>
今後の方針	<p>「今後も本人や家族の希望があれば最後まで看取りたい」</p>	<p>「希望があれば施設で看取るという施設長の方針に従う」</p>
課題	<p>「入所者や家族の状況が変化する毎にタイミングをみて家族の意志を確認することの難しさ」</p> <p>「今後施設での看取りが増えた場合、夜間応援体制が看護管理者1名では対応しきれない可能性がでてくる」</p>	<p>「個室の空きがなく、大部屋でカーテンをして対応することがある」</p> <p>「施設での看取りが増えているので、一度職員らの意見をじっくり聞き検討する必要がある」</p> <p>「本人と家族の希望を調整することの難しさ」</p>

表3 取り組みに関連していると捉えた内容の要約と分類項目（C施設・D施設）

	C施設	D施設
回答者の施設ケア理念	「利用者のニーズをできるだけ取り入れたケアを提供する」 「入所者と家族のニーズにズレがある場合は入所者のニーズを優先させる」	「お年寄りの居場所、居心地の良い生活が送れる場を提供したい」 「施設では医療より本人の希望が優先されるほうが良い」 「夜間家族の付き添いがあるならば、施設での看取りは可能」
回答者の高齢者観・死生観	「高齢者は急変しやすく何が起るかわからない」 「家族は家で看取るのに不安がある」 「状態の悪い方であっても入所期間中に急に亡くなると、家族に対して申し訳ないと思う」 「家族は延命治療を望まないかもしれないが、何かの時には病院で対応して欲しいと考えている」	「高齢者はいつ亡くなるかわからないので、できるだけ本人の意向に沿う援助がしたい」 「終末期の高齢者が入院しても延命だけになる」 「自然死のかたちでスッと逝くのがよいと思う」
施設長の方針 医療機関との連携	「突然亡くなる人以外は、容態が悪化すると併設する病院や協力病院へ搬送する」	「併設病院と渡り廊下で繋がっており、入所者の容態が悪化したときはもちろん、急変による死亡の場合でも病院に搬送して死亡確認がおこなわれる」
家族のニーズ	「老健での看取りを希望する家族は今までいなかった」 「入所者とその家族がC施設を選ぶ最大の理由が病院に併設していること」	「できるだけ施設で看取って欲しいという要望が多い」
死の看取りの取り組み	「容態が悪化すると併設する病院へ搬送するため施設での死の看取りはおこなっていない」 「夜勤帯に看護師が少なく、医療設備もないので施設での看取りは難しい」 「急変で亡くなった場合は、回答者が駆けつけ一緒に処置やお見送りをおこなう」	「夜間家族が付き添うことを条件に取り組みもとしたケースがあったが実現しなかった」 「職員間に看取りの体制ができていない」 「夜間帯は看護職不在のため、介護職の不安と負担感が大きい」
取り組みのための方略		
今後の方針	今後も老健では死の看取りはおこなわない	「家族からの要望もあり、施設での死の看取りを積極的に検討していく」
課題		「介護職の不安や負担感をどう軽減し、理解と協力を得るかが課題」

・ 考 察

1. 老健における死の看取りを可能にする要因について

今回4施設における死の看取りへの取り組みを分析した結果、看取りを可能にする要因は「老健が（一般）病院に併設しているかどうか」、「施設長の方針」、「看護管理者の死の看取りに対する姿勢」であることがわかった。なかでも「看護管理者の死の看取りに対する姿勢」として、看護・介護職を率いる回答者のトップマネジメント能力が大きく影響していることが推察された。現在老健に勤務する職員の間には施設で看取ることについて、夜間の看護職不在、心理的不安と負担感、個室

など環境面の未整備等を理由に賛否両論があり、そのなかで看護管理者がいかにケア方針を打ち出し、職員を方向付けられるかが鍵となっていた。施設での看取りを可能にするために回答者は、様々な制約や問題があるなかで今現在できることを見つけ実施し、それを積み上げるという現実的な対処行動をとっていた。たとえば高齢者や家族には、「可能な限り経口から食事や水分摂取ができるよう援助する」、「見守る」、など「老健でできる範囲で対応する」援助がおこなわれていた。職員に対しては、「勤務表の工夫」や「夜間の呼び出しに駆けつける」など、支援体制を整備することで彼らの不安や負担感を軽減し、理解と協力を得ていた。また看取ったあとの

「家族の感謝の言葉を伝える」ことで職員が実践したことを価値付け、ケアの方向付けをしていた。現在老健では本人・家族によるターミナルケアへのニーズが約8割の施設であるという報告があるが⁹、今回看取りをおこなっていた施設の回答者は、入所者や家族・地域のニーズに応えなければならないという姿勢が共通していた。以上のような看護管理者の取り組みの姿勢は、回答者自身の高齢者観、死生観、看取りの体験に基づいており、「高齢者の死はできるだけ自然死に近いたちが望ましい」、「終末期高齢者の延命処置は意味がない」という強い信念に基づくものであった。このような信念が原動力となり、看護管理者の強いリーダーシップが発揮され、職員を突き動かして施設での死の看取りに繋がったものと推察される。

つぎに「老健が（一般）病院に併設しているかどうか」、「施設長の方針」に関連する、老健でおこなわれる医療処置について考察する。現在老健では終末期の入所者の苦痛を軽減するためある程度の医療処置がおこなわれていると考えられる。A、B施設でも積極的ではないにせよ、一時的・断続的に酸素吸入や点滴治療がおこなわれていた。これらの処置は本人の苦痛を軽減するだけでなく、家族が本人の苦しむ様をみて施設で看取することに後悔の念を抱かないためにも必要な援助と考えられるが、このことが職員、とくに介護職が施設で看取ることへの不安を生じさせる要因の一つになっていると推察される。今回の調査でも4施設すべての回答者から「夜間帯の看護師の不足と、それに伴う介護職の不安」が課題としてあげられ、その対策については先ほど「看護管理者の死の看取りに対する姿勢」の項目で述べた。しかしそれだけでは根本的な解決にはならない。死の看取り＝医療処置という認識が職員側にある限り、施設での看取りには医療職の存在が不可欠となり、夜間帯の看護師確保ができなければ老健での看取りは困難という結論にならざるを得ない¹⁰。これは非常に難しい問題ではあるが、医療職を始め職員が高齢者の死に対する認識を変えること、つまり「生活の場での看取りに必要なのは、死のプロセスをアセスメント

する力と日常生活を整える確実なケア技術であって...（中略）...見守りに徹する「腹のくくり」が必要¹¹であるという認識を持つことが必要である。この点で職員を教育・指導する立場にある看護管理者が果たす役割は大きいと思われる。死が病院に隔離され、死のプロセスを間近に経験し学ぶ機会を失った現代においては、介護職に限らず看護師までもが死を看取することに強い不安を感じるのはいやむを得ないが、だからこそ看取りの経験を積み重ね、学んでゆく必要がある。またその中でしか「腹のくくり」は習得できないであろう。このような状況の中で死を看取る職員は大変な緊張と心理的負担感を強いられるが、それについては職員個人のストレスマネジメントだけでなく、チーム間のコミュニケーションを促進する、ケースカンファレンスを通じてディスカッションするなど^{12 13}、職場での組織的な対応も今後必要になってくるであろう。

2. 死の看取りの過程で本人・家族の意志を確認することの困難さについて

今回の調査の中で回答者は、死の看取りの過程で本人や家族の意志（どこで、誰に、どのように看取られたいのか）を確認し調整することの難しさを感じていた。ある回答者は、自宅での看取りは家族の協力なしには実現せず、ほとんどの家族が施設での看取りを希望するため、入所者が自宅に戻ることを強く希望しても実現が困難なことに對しジレンマを感じていた。また別の回答者は、入所者に認知症や意識障害がある場合は本人の意志を確認することが困難あるいは不可能であり、家族の意向が優先されがちなことに強いジレンマを感じていた。小島は看護師が終末期医療で直面する倫理的課題を分類しており¹⁴、それによると前者は入所者が終末期ケアに対する「自己決定が聞き入れられないこと」、後者は「自己決定できないこと」に対する看護師の倫理的ジレンマであるといえる。高齢者の終末期は本人の尊厳、特に自律の原則が脅かされやすい状況にある。高齢者ケアはたとえ障害等があっても残された高齢者の人生の質をできるだけ高く維持するための援助を指向す

るものであるから、高齢者が置かれたこのような状況は看護職に強い倫理的ジレンマを抱かせるものといえる。特別養護老人ホームに勤務する看護者を対象にした林らの調査¹⁵でも看護職は同様のジレンマを感じていた。本研究の回答者らはこれらのジレンマを抱えながらも家族とよく話しあい、最終的には家族の選択であっても受け入れ尊重するが、状況が変化するごとにタイミングをみて再度本人および家族の意志を確認するという作業を繰り返していた。その結果入所者の希望通り最後の数日間を自宅で過ごせたケースもあった。高齢者の終末期ケアにおいてこのような看護師の倫理的配慮とケアが大切であることが示唆された。

・まとめ

老健の看護管理者に聞き取り調査をおこなった結果、老健における死の看取りを可能にする要因は、1) 施設が一般病院に併設しているかどうか、2) 施設長の方針、3) 看護管理者の死の看取りに対する姿勢、であった。看護管理者は自らの高齢者観、死生観、看取り体験に基づいて死の看取りを実践しており、その取り組みには看護管理者の強いリーダーシップが影響していることが示唆された。老健における死の看取りの今後の課題として、個室の整備や夜間の看護師確保などのほかに、職員の死への意識改革を含めたターミナル教育、高齢者や家族の意志確認と調整に伴う倫理的問題への対応が重要であることが示唆された。

なお本調査はE県の4施設に限定されたものであり、さらに看護管理者のみを対象としているため、この傾向が他の地域でも認められるのか、スタッフの認識や取り組みについても今後検討が必要である。

謝辞

本研究を実施するにあたりご協力いただきました看護管理者のみなさまに深く感謝いたします。

なお本研究は平成15～16年度科学研究費補助金(基盤研究C)の助成を得て行った研究の一部である。

引用文献

- 1 平成14年介護サービス施設・事業所調査 厚生労働省大臣官房統計情報部編 厚生統計協会 2004
- 2 平成14年介護サービス施設・事業所調査 前掲書
- 3 平成14年介護サービス施設・事業所調査：前掲書
- 4 平成14年介護サービス施設・事業所調査 厚生労働省大臣官房統計情報部編 厚生統計協会 2002
- 5 梅津美香、小野幸子：老人保健施設の看護職者の施設内死亡に対する意識、老年看護学会誌 7 (1) 2003 p119 - 127 .
- 6 小西靖子：終のすみか、老人ホームの目指す看取り 日本死の臨床研究会編 死の準備 人間と歴史社 2003 p172 - 177 .
- 7 柳原清子 柄澤清美：介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因の分析、新潟青陵大学紀要第3号 2003 p 223 - 232 .
- 8 緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置を行った場合、同一の入所者について1月に1回、3日を限度として緊急時施設療養費の算定ができる。介護支援専門員テキスト編集委員会：介護支援専門員基本テキスト第2巻、2004 p363 .
- 9 梅津美香 坂田直美 小野幸子 原敦子：老人保健施設におけるターミナルケアについての看護職者の考え方と取り組み、岐阜県立看護大学紀要、2 (1) 2002 p76 - 82
- 10 時田純：老人福祉施設におけるターミナルケアの現状と課題、嶺学編「高齢者の在宅ターミナルケア」お茶の水書房、2000 p141 - 159 .
- 11 柳原清子他：前掲書
- 12 野末聖香：ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策、ターミナルケア 5 1995 p440 - 444
- 13 小島操子：ターミナルケアとケアギバーのストレス、ターミナルケア、2 (5) 1992 p287 - 292
- 14 小島操子：終末期医療における倫理的課題、アソシエイト監修「看護倫理」日本看護協会出版会、2002 p165 - 176
- 15 林幸子 小野幸子 坂田直美ほか：特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態 - その2 G県下CとT地区の看護職を対象に、岐阜県立看護大学紀要 4 (1) 2004 p45 - 51