

平成 28 年度 高知県立大学大学院 博士論文

高齢者を看取る過程における

介護福祉士の意識の変容

Changes in the Awareness of Certified Care Workers in the Process of
Providing End-of-life Care for Elderly Individuals

人間生活学研究科

博士後期課程

学籍番号：11G207

三好 弥生

指導教員 宮上 多加子 教授

論文要旨

高齢者を看取る過程における介護福祉士の意識の変容

三好弥生

2014年の「老人ホーム」における死亡割合は5.76%であり、20年ほどの間に約5倍に増加している。認知症や老衰が進行した高齢者の終末期は、経口摂取が難しくなることが知られるが、経管栄養の適応については、尊厳などの観点から慎重であるべきとの見方へ変わりつつある。

そこで、認知症や老衰が進行した要介護高齢者の緩やかに死に至る過程において、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識とその変容過程を明らかにすることとした。加えて、看取り介護における介護福祉士の対象を捉える観点について考察することを本研究の目的とした。

調査対象及び調査方法は、特別養護老人ホーム5ヶ所の参与観察、及び介護職として看取り経験のある実務経験3年以上の介護福祉士17名のインタビューからデータを収集した。なお、研究は高知県立大学社会福祉学部個人情報保護・倫理審査委員会の承認を得て開始した(第259号,平成24年11月12日)。データの分析は、質的記述的分析方法を用いて内容のコード化およびカテゴリー生成を行った。

介護福祉士の語りを分析した結果、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識は、【命を繋ぎとめる】【苦痛なく安らかに】【看取り介護への不安】【看取り介護における倫理的葛藤】【看取り介護の振り返り】【誇りとやりがい】【その人らしい生の終焉】【仕事を超えた特別な関係】【経管栄養への複雑な思い】の9つのカテゴリーで説明することができた。また、これらのカテゴリーの関係から、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識の変容について説明することもできた。さらに、【仕事を超えた特別な関係】は、介護福祉士が要介護高齢者に向き合う際の特性であることが明らかとなった。

これらの研究結果を基に、介護福祉士を対象を捉える観点について、先行理論や先行概念と比較し考察を行った。その結果、介護福祉士は、終末期にある高齢者の対象特性から「主観的な関わりが必要」とされていること、「いのちの受け止め手」になろうとしていることが考えられた。さらに、介護福祉士は、相対する人から「必要とされる」ことに支えられ、要介護高齢者に対して、「二・五人称としてともにある」という意識をもつことが示唆された。これらの結果は、積極的な医療を望まない高齢者の看取り過程における介護職の役割、介護方法を開発するための基礎的な知見となりうる。

Abstract

Changes in the Awareness of Certified Care Workers in the Process of Providing End-of-life Care for Elderly Individuals

Yayoi Miyoshi

The mortality rate at nursing homes in 2014 was 5.76%, approximately 5-fold higher than about 20 years ago. Elderly individuals with advanced dementia and senility are known to develop difficulty with ingestion during the terminal stage, but regarding the indications for tube feeding, there is a shift toward the view that caution should be exercised from the perspectives of dignity.

We therefore aimed to elucidate the awareness of certified care workers providing end-of-life care for elderly individuals with advanced dementia and senility requiring care during the gradual course toward death, as well as the process of change in this awareness. The present study additionally aimed to examine the perspectives of certified care workers toward care recipients in end-of-life care.

Regarding study subjects and methods, data were collected through participant observation at five special nursing homes and an interview survey on 17 certified care workers with at least 3 years of practical experience and experience in end-of-life care as a care professional.

Data were analyzed by encoding and categorizing contents using a qualitative descriptive method.

Analysis of the certified care workers' statements revealed that the awareness of certified care workers providing end-of-life care for elderly individuals requiring care could be explained by the following nine categories: "prolonging life", "promoting comfort and minimizing pain", "anxiety regarding end-of-life care", "ethical conflict in end-of-life care", "reflecting on end-of-life care", "pride and sense of reward", "an end of life that is characteristic of the individual", "a special relationship transcending work", and "complex feelings toward tube feeding".

In addition, the changes in the awareness of certified care workers providing end-of-life care for elderly individuals requiring care could be explained from the relationships of these categories. Moreover, "a special relationship transcending work" was found to be a characteristic of the times when certified care workers directly interact with elderly individuals requiring care.

Based on these results, we examined the perspectives of certified care workers toward care recipients in comparison to previous theories and concepts. The results indicated that, based on the characteristics of the elderly care recipients in the terminal stage, care recipients needed certified care workers to engage in "subjective interactions", and certified care workers were trying to become

“supporters of the care recipient’s life”.

Furthermore, the results suggested that certified care workers were supported by the fact that they were “needed” by the care recipients, and had the awareness of “being with the care recipient while having a semi-subjective perspective.

目 次

緒言	1
第1章 研究の背景	3
1 高齢者の看取りに関する動向	3
1) 急速な高齢社会の進展	3
2) 高齢者の医療・福祉政策の変遷	3
3) 介護保険施設における看取りの動向	5
4) 高齢者の終末期像	8
2 特別養護老人ホームにおける看取りに関する文献検討	10
1) 高齢者の胃瘻造設に関する動向	10
2) 介護福祉士の業務拡大	13
3) 介護職による看取り	13
3 看取りケア従事者の意識に関する文献検討	15
1) 高齢者の看取り介護に関連する概念	15
2) 看取りにおけるケア従事者の意識	18
第2章 研究方法	22
1 本研究の目的と意義	22
2 用語の定義	22
1) 看取り介護	22
2) 介護福祉士の意識	23
3 研究方法	23
1) 調査対象の選定	23
2) データの収集	23
3) 分析方法	24
第3章 特別養護老人ホームにおける看取りの現状	25
1 研究の結果	25
1) 調査対象施設の概要	25
2) データ収集の方法	25
2 看取り介護の現状	25
1) 看取り介護の実施状況	25
2) 食事介護	30
3) 経管栄養の受け入れ	33

3	摂食嚥下障害への対応と課題	36
第4章	高齢者を看取る過程における介護福祉士の意識の変容	37
1	研究の結果	37
1)	調査対象者の概要	37
2)	分析方法	38
3)	生成されたカテゴリーとその全貌	38
2	看取り介護意識の詳細	40
1)	<生命と尊厳と職責の間の葛藤>	40
2)	<前向きな看取り介護>	51
3)	【仕事を越えた特別な関係】	60
4)	【経管栄養への複雑な思い】	64
3	カテゴリー間の関係性	69
1)	<生命と尊厳と職責の間の葛藤>局面のカテゴリー間関係性	69
2)	<前向きな看取り介護>局面のカテゴリー間関係性	71
3)	介護福祉士の葛藤の変化	72
4)	利用者との関係の変化	74
第5章	考察	76
1	二・五人称としてともにあるという意識	76
1)	介護福祉士の関係性の特性	76
2)	対象の特性に基づく関わり	76
3)	死に逝く要介護高齢者に向き合う立場	78
2	今後の研究への示唆	81
3	研究の限界と課題	81
第6章	結論	82
文献		83

緒言

2014（平成 26）年、日本では 100 歳を越える高齢者が 6 万人を上回ったと発表されている（厚生労働省 2015a）。さらに今後総人口が減少していく中で、2060（平成 72）年には高齢化率は 39.9%、75 歳以上が 26.9%を占めるようになると予測されている（内閣府 2015；2014）。

今後の医療のあり方について、日本学術会議臨床医学委員会は、75 歳以上の人口のみが増え、未曾有の人口構造となることが予測される中、「特に後期高齢者の疾患は完治しない場合も多く、医療そのものを高齢社会にあったものに変えなければならない」として、「治す」医療から「治し支える」医療へとパラダイム転換の必要を提示している（日本学術会議 2014：ii）。

認知症や老衰により経口摂取が困難になった高齢者に対する、胃瘻による経管栄養は、安全かつ簡便な栄養補給法として 2000 年頃より急速に普及してきたとされている（仲口 2012）。全国老人福祉協会の特別養護老人ホームを対象とした 2011（平成 23）年の調査では、胃瘻を造設した利用者の割合は、1 施設平均 10.5%、その平均要介護度は 4.8 であったとされている（全国老人福祉協会 2011）。つまり、経管栄養等を必要とする医療依存度が高い重度障害を有する高齢者が、介護保険施設において、介護福祉士による生活支援を受けるようになってきたのである。

そして、介護サービス利用者の重度化に伴う医療や看取りニーズに対応するとして、2006（平成 18）年介護保険制度改定の際、特別養護老人ホームの介護報酬に「看取り介護加算」が創設された。また、2009（平成 21）年には介護老人保健施設に「ターミナルケア加算」が、認知症対応型共同生活介護においても「看取り介護加算」が算定できるようになり、介護保険施設における看取りが政策的に促進されるようになってきた（三好・上田 2014）。

さらに、2011（平成 23）年には、介護サービス基盤強化を目的とし、介護福祉士の業務に「喀痰吸引」および「経管栄養」という医療的ケアを加える方向で、社会福祉士及び介護福祉士法の改正が行われ、介護福祉士の業務が拡大されることとなった。しかし、今日、高齢者に対する経管栄養の適応については、本人の尊厳等の観点から、慎重であるべきとの見方へ変わりつつある（日本老年医学会 2012）。この動向は、要介護高齢者の看取り介護にも影響するものと考えられる。具体的には、終末期における食事のあり方、食事介護をどのように行っていくかが重要となってくると推察される。

近年、日本における医療機関での死亡割合は 8 割程度で推移しているが、2014（平成 26）年の「老人ホーム」における死亡割合は 5.76%であり、20 年ほどの間に約 5 倍に増加している（厚生労働省 2015a）。高齢者の場合、経口摂取困難が終末期へ以降する目安になることが複数の先行研究で示唆されている（川上・新谷 2007；葛谷 2009；宮岸・東・赤石・ほか 2007；流石・牛田・亀山・ほか 2006）。しかしながら、在宅や施設で生活する要介護高齢者には、摂食嚥下障害を評価する標準的な検査はほとんど行われておらず、医学的な診療

が提供されていない（三好 2016）。

介護職は、食事摂取が難しくなる要高齢者に対し、不安をもちながらも命を守るべく積極的に食事を摂らせようとしていると報告されている（全国高齢者ケア協会 2011）。また、介護職は食事介助場面で予測できない出来事に遭遇し、「あんな思いは二度としたくない」、「職員の身がもたない」など心理的に追い込まれかねない状況にあると指摘されている（小浦・杉澤 2010）。

終末期ケアについては、これまでがん患者に焦点が当てられ、研究の蓄積も豊富である。しかし、高齢者への医療のあり方そのものがパラダイム転換を迫られる中で、認知症や老衰等の進行による高齢者の看取りケアに関する研究はまだ進んでいない。

社会福祉の理論家である岡村は、「人生が、出生から始まって死に至る旅であることは、否定のしようがない事実である。つまり、生きていることは同時に死んでゆくことである。社会福祉がひとびとの生活を援助する仕事であるならば、当然そのなかには、ひとびとの死の準備を援助する仕事をも含めなくてはならない。それは人生旅行を援助する『トラベラーズ・エイド』である。さしあたりこの人生旅行の福祉事業は老人福祉の仕事でなくてはならない。ただ縁起が悪いとか、気味が悪いとかいう理由で、死の問題を無視し、考えない老人福祉事業は明らかに片手落ちである」と述べている。（岡村 1979：216）

また、介護福祉士資格創設に深く関与した一番ヶ瀬は、当時、社会福祉・社会保障研究連絡委員会委員長として「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について（意見）」を厚生大臣に提出している。その中に、ケアワーカーの専門性について次のような記述がある。「高齢時、とくに終末に近い時期にいかなるケアをうけて、人生を全うするかということは、ケアをうける側の立場にたって考える時、みずからの長い人生に対する想いを左右するくらい、きわめて重要な意味をもつ。非人間的なケアをうけるかそうでないかによって、安らかに終末期を送ってこの世を去ることができるかどうか、きまるといってもよいのである」（一番ヶ瀬 2003：287）。

これらのことから、積極的な医療を望まない高齢者の安全で安らかな看取りケアの方法を開発することは急務となると考える。

そこで、本研究の目的は、認知症や老衰が進行した要介護高齢者の緩やかに死に至る過程において、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識、及びその変容過程を明らかにすることとする。加えて、看取り介護における介護福祉士の対象を捉える観点について考察することを目的とする。また、本研究の成果は、積極的な終末期医療を望まない高齢者の看取り過程における介護職の役割、介護方法開発への基礎資料となりうる。また、看取り介護を実践する介護福祉士への支援や介護福祉士教育に寄与すると考える。

第1章 研究の背景

1 高齢者の看取りに関する動向

1) 急速な高齢社会の進展

1970（昭和45）年、日本の高齢者人口は739万1千人で、人口に占める高齢者の割合は7.03%、うち75歳以上の後期高齢者は僅か221万4千人（2.13%）であった。それが2014（平成26）年には、高齢者人口は3,286万6千人（26.2%）、後期高齢者も1,586万6千人（12.6%）にまで増加した（厚生労働省2015a）。さらに、今後総人口が減少していく中で、後期高齢者人口のみが増加し、2060（平成72）年には高齢化率は39.9%、75歳以上は26.9%を占めるようになると予測されている（内閣府2015；日本学術会議2014：1）。

一方、死亡数の推移をみてみると、第二次大戦後1966（昭和41）年の67万人が最も少なく、1975（昭和50）年代後半から増加に転じ、2003（平成15）年には100万人を超え、2014（平成26）年には127万3千人にまで増加している。年齢別死亡数の近年の動向をみると、若年者は漸減し、前期高齢者は横ばい、後期高齢者のみ増加していることがわかる（厚生労働省2015b）。

また、国民生活基礎調査から日本の世帯の推移をみてみると、1986（昭和61）年には総世帯数は3,754万4千世帯、平均人員は3.22人で、そのうち高齢者世帯（65歳以上の者のみ、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯）は236万2千世帯（6.3%）であった。これが2014（平成26）年には、総世帯数は5,043万1千世帯に増加し、一方で平均人員は2.49人に減少している。ここからは、一つひとつの世帯、家族が縮小してきたことが読み取れる。特に高齢者世帯は、1,221万4千世帯（24.2%）と、約30年の間に5倍以上に増加しており、そのうち単独世帯が595万9千世帯（58.8%）、夫婦のみの世帯が580万1千世帯（47.5%）と、高齢者の1人暮らしが非常に多くなっている（厚生労働省2015c）。

このような世帯の変化は、日本の現在の家族の姿、実情を示していると考えられる。高齢社会における老いの問題は、介護問題のみならず、人生の最期をどこで、誰に、どのように看取られるのか、というさらに深刻な問題に及んでいる。

2) 高齢者の医療・福祉政策の変遷

ここでは、高齢者の医療及び福祉政策の変遷について時系列で概観していく。

(1) 高齢者医療制度の変遷

まず、日本の医療制度は、1961（昭和36）年国民皆保険が成立しことに始まる。これによって、医療は一部の人のものではなく高齢者を含め誰もがいつでも平等な医療を少ない自己負担で受けられるようになった。高度経済成長を遂げる中、次は複数の病気を抱える高齢者の医療費負担をどのように軽減するかが問題とされた。そして、1973（昭和48）年国の施策として「老人医療費支給制度」が実施され、70歳以上（寝たきり等の場合65歳以上）

の高齢者の自己負担分が国と地方公共団体から支給されるようになった。これにより、高齢者の受診は促進され、ひいてはそれが平均寿命の延伸に繋がったとみられている（日本学術会議 2014）。

しかし、その反面、必要以上に高齢者の受診が増え、病院の待合室がサロンのようになり、高齢者への薬漬け・点滴漬けの医療を助長したとの問題が指摘されるようになった。加えて、医学的必要性が小さいにもかかわらず、社会的な理由により入院を継続する、いわゆる「社会的入院」が増え、病院が高齢者ケアの受け皿となった。その結果、短期間で老人医療費は増大、医療保険の財政を圧迫することとなり、高齢者医療費の無料化は 1983（昭和 58）年、わずか 10 年ほどで廃止されることとなった。そして、過剰な受診を防止すること、同時に健康維持への自助努力を促し、世代間の負担の公平化を目指すとして、再び高齢者にも自己負担を課す方向へと転換された（小沼 2007；三好 2009；内閣府 2015；日本学術会議 2014）。

1984（昭和 59）年、「特例許可老人病棟」は、慢性疾患の多い老人の心身の特性に合わせた診療報酬を設定するという観点から、医師や看護師の配置基準を下げ、介護職員の配置基準が設定された。また、1990（平成 2）年には、「介護力強化病院」が創設され、入院医療における介護力の充実が評価されるようになった。さらに、1993（平成 5）年には、1 ベッドあたり 6.4 m²以上の広さを確保することや食堂を設置するなど療養環境を整備することを条件とした「療養型病床群」が規定され、基準を満たすと比較的高い診療報酬が得られるようになった（小沼 2007；三好 2009）。これらの動向から、高齢者には医療のみならず、日常生活へのケアの必要性が認識されるようになってきたことが読み取れる。

1986（昭和 61）年には、この「社会的入院」を是正するために、患者を医学的管理の下で機能訓練や介護を行い、心身の自立を支援し、家庭への復帰を目指すとして「老人保健施設」が創設された。この施設は、患者を在宅復帰させることを目的としていたため、あくまで一時的な利用、3 ヶ月から 6 ヶ月を原則としていた。しかし、実際には老人保健施設と自宅の間を、あるいは病院や他の老人保健施設との間を行き来する者が多く、想定されていたようには十分機能しなかった（三好 2009）。

(2) 高齢者福祉と介護サービスの拡大

日本における高齢者福祉は、国民皆保険の 2 年後 1963（昭和 38）年に制定された高齢者福祉法に始まる。「特別養護老人ホーム」は、この法律に基づき設置された高齢者福祉施設の一類型である。また同時に、訪問型介護の原点となる「老人家庭奉仕員」が、地域が限定されたものではあったが制度化されている。急速に高齢化が進展する中、それから 20 年数年の時を経て、1986（昭和 61）年長寿化社会対策大綱が閣議決定され、高齢者への在宅介護サービスの充実が図られた。さらに、1989（昭和 64）年には「高齢者保健福祉推進 10 年戦略（通称ゴールドプラン）」が策定され、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイを在宅介護の 3 本柱として位置づけ、重点的に整備していくことが示された。同時に、特別養護老人ホーム等入所施設の設置についても具体的な目標を挙げ増設が図られ

るなど、急速に高齢者福祉施策が推進されることとなった（内閣府 2015；柴田・矢部・桑本・ほか 2015）。

このような一連の改革のもと、2000（平成 12）年「介護保険制度」の運用が始まった。この制度においては、老人福祉法に基づく特別養護老人ホームは「介護老人福祉施設」として、老人保健法に基づく老人保健施設は「介護老人保健施設」として、医療法に基づく療養型病床群の一部は「介護療養型医療施設」として、介護保険施設の 3 類型として再編されることとなった。したがって、特別養護老人ホームは、措置から介護保険適用施設となり、経済的な理由等を問われることなく、要介護認定を受けることで利用できるようになった（内閣府 2015；柴田・矢部・桑本・ほか 2015）。これ以後、「介護」という用語は急速に市民権を得て誰もが知るようになり、介護サービスの供給量も急速に増大していった。

(3) 在宅における療養・看取りを推進する政策

近年の医療制度改革は、主に増大する医療費をいかに抑制するかという方向で行われている。2006（平成 18）年には、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるようにと謳い、「在宅療養支援診療所」が創設された。これは、在宅医療における中心的な役割を担うことを目的とし、患者に対する 24 時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築することとされている。また、当初よりターミナルケア加算が設けられるなど診療報酬面でも高く評価されており、在宅療養及び在宅での看取りの要として機能することが目的とされていた（三好 2009）。現在も、2025（平成 37）年を目途に可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい人生を最期まで続けることができるよう「地域包括ケアシステム」の構築を目指すという政策が打ち出され、在宅での看取りを促進するという方向性は維持されている。

一方、介護保険施設においても政策的に看取りが促進されるようになってきた。2006（平成 18）年介護報酬改定の際、特別養護老人ホーム利用者の重度化に伴う医療や看取りニーズに対応する観点から、「看取り介護加算」が創設された。また、2009（平成 21）年には介護老人保健施設に「ターミナルケア加算」が、同年認知症対応型共同生活介護においても「看取り介護加算」が算定できるようになった（三好・上田 2014；柴田・矢部・桑本・ほか 2015）。

3) 介護保険施設における看取りの動向

(1) 介護保険施設の概況

介護保険施設には、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の 3 類型がある。2013（平成 25）年の介護保険施設の概況をみると、いずれの施設における利用者も 85 歳以上が 6 割ほどを占め、高齢化が進行していることが

わかる（表 1）。また、認知症があり（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上）、かつ寝たきり（障害高齢者の日常生活自立度のランク B 及び C）の要介護高齢者の割合は、44.6%～84.1%と 2 倍の開きはあるが、いずれも重介護を要する者が多いことが分かる。平均在所日数については、最も長いのが特別養護老人ホームで 1,405.1 日、最も短いのが介護老人保健施設 311.3 日となっており、4.5 倍以上の差がある。

また、医師や看護師、介護職等介護保険施設に従事する職種の割合をみると、医療従事者の割合は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の順に多くなっていることが確認できる（表 2）。

表 1. 介護保険施設利用者の概況

		特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
利用者の状況	85歳以上の割合	62.7%	58.7%	58.8%
	認知症があり寝たきり状態の者の割合	61.7%	44.6%	84.1%
利用期間	平均在所日数	1405.1日	311.3日	482.7日
退所後行き先	死亡	72.7%	8.7%	41.4%
	医療機関	21.6%	40.6%	31.1%
	家庭	1.8%	31.7%	9.3%

厚生労働省「介護保険施設利用者の状況：平成 25 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」

をもとに作成

表 2. 介護保険施設に従事する職種の概況

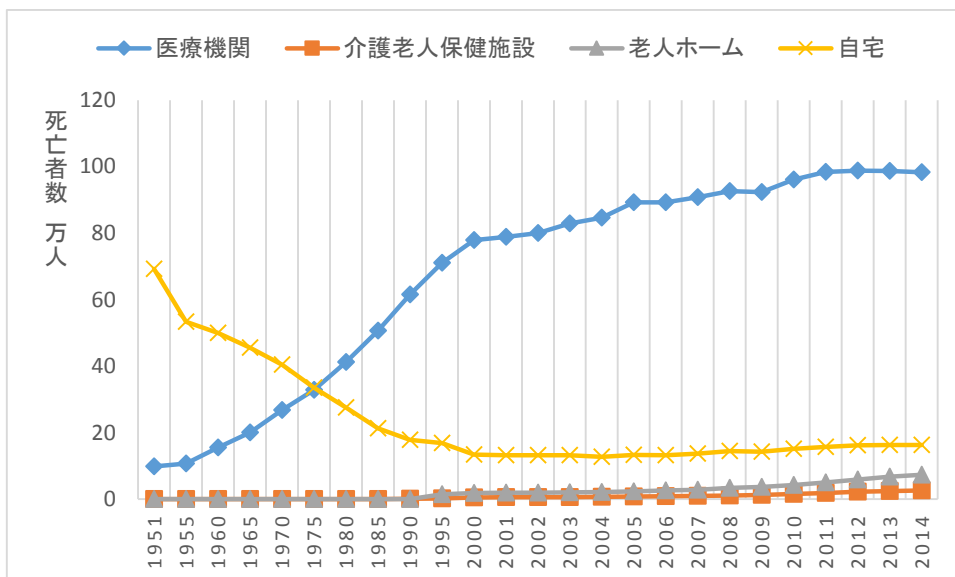
		特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
1施設当たり常勤換算従事者	医師	0.2人	1.1人	2.4人
	看護師	2.0人	4.5人	5.5人
	准看護師	2.0人	5.7人	6.6人
	介護職員	31.1人	29.7人	14.2人
	* 上記のうち介護福祉士	15.6人	16.8人	4.8人

厚生労働省「従事者の状況：平成 22 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」をもとに作成

(2) 介護保険施設における看取り件数

死亡場所に関する統計には、厚生労働省による人口動態統計の「死亡の場所別にみた年時別死亡数」がある。ここでは、病院、診療所、介護老人保健施設、助産所、老人ホーム、自宅、その他のカテゴリー別にその年の死亡数が挙げられている。かつては自宅で亡くなる者が大多数であったが、第 2 次大戦後、医療の発展、普及に伴い医療機関での死亡数が急増し、1976（昭和 51）年には逆転している（厚生労働省 2014b；図 1）。柏木は、在宅における看取りが減少したことについて、「こういう事態になったことについては、日本の医療政

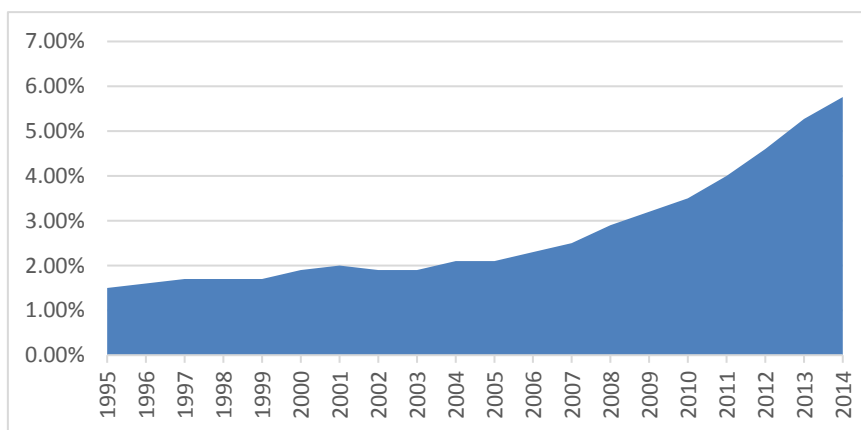
策も大いに関係しているでしょう」と述べている（柏木 2008 : 32）。



厚生労働省「平成 26 年人口動態調査 死亡の場所別にみた年次別死亡数」をもとに作成

* 病院，診療所，助産所をあわせて医療機関としている

図 1. 死亡場所の年次推移



厚生労働省「平成26年人口動態統計」より作成

図 2. 「老人ホーム」における死亡比率の推移

2014（平成 26）年の医療機関における死亡割合は、77.2%であり、近年漸減傾向である。一方、自宅死亡の割合は 12.8%となっており、こちらは微増傾向にある。藤井は、自宅死亡増加について、「問題は、その背後に隠れた在宅死である。病院を出され、行き場のない一人暮らしの高齢者が、自宅でひとり亡くなるという件数もこの在宅死に含まれている」と述べている（藤井 2015 : 7）。つまり、在宅死微増のデータには、看取り体制の不十分さによる

孤独死が含まれていることに留意しなければならないということである。

この統計で着目すべきもう一つのポイントは、「老人ホーム」における死亡が増加していることである。「老人ホーム」というカテゴリーは1995（平成7）年から設けられ、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームが含まれており、同年の老人ホーム死亡数は14,256人となっている。これが、2014（平成26）年には73,338人に増加しており、約20年の間で5倍以上となっている。また、全死亡数に対する「老人ホーム」の比率は1.5%から5.76%に上昇し、介護保険施設における見取りが急速に増加していることが分かる（厚生労働省2015a, 図2）。

4) 高齢者の終末期像

(1) 高齢者の終末期の病態と過程

2014（平成26）年、日本における死因の第1位は悪性新生物である。次いで、第2位は心疾患、第3位は肺炎となっている。肺炎は、2011（平成23）年より死因の第3位となった。女性は65歳、男性は70歳を過ぎると悪性新生物による死亡割合が徐々に減少し、肺炎や老衰による死亡が増加している（厚労省2015a）。

高齢者の肺炎のおよそ70%以上は誤嚥性肺炎であるとされている（Teramoto & Fukuchi & Sasaki. et al. 2008）。大類は、その危険因子として、不顕性誤嚥を併発しやすい大脳基底核の脳血管障害や脳変性疾患、および寝たきり状態を挙げている（大類2014）。また、摂食嚥下機能の低下は、特定の基礎疾患に基づく場合が多いが、活動性の低下や加齢による機能低下によっても生じ、誤嚥性肺炎を起こした場合、単に肺炎だけの問題ではなく、治療期間中の廃用による身体機能低下等さまざまな問題が発生することが指摘されている（石飛2008）。

日本老年医学会は、終末期とは「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義している。その論拠は、「高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その『終末期』の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、『終末期』の定義に具体的な期間の規定を設けなかった」としている（日本老年医学会2012）。

川上らも高齢者の終末期について、「医療における『治療の効果が期待できない状態』、『生命予後が6ヶ月以内である段階』といったとらえ方は、介護には馴染まない」。また、「生命の状態が目に見えて不活発になる経過があり、介護を中心とする日常生活の立てなおしによっても徐々に死に向かう過程が避けられない状態、ととらえる方が理解しやすい」と述べている（川上・新谷・ほか2007）。

平川は、高齢者の終末期の過程について、Lunneyらの研究結果を改変し以下4つのパターンを提示している。あわせて、高齢者の終末期の特徴は、ほとんどの国民が自分のあるい

は家族にとって身近な問題であるという「普遍性」、高齢者の死にゆく過程の「多様性」、および予後予測が極めて困難であるという「意外性」と述べている（平川 2011）。

①急変・突然死

突然死とは、通常的生活を営んでいた、健康にみえる人が 24 時間以内に急速に死に至ることを指す。原因としては、心疾患が最も多く、次いで脳血管疾患が多いとされる。高齢になるほど、要介護度が高いほど、急変・突然死の危険が高まる。

②終末期疾患

終末期疾患とは、がんなどのように治癒せず死亡の原因となる疾患を指す。末期がん患者は、様々な苦痛症状を伴いながら徐々に衰弱し、最期には死に至る経過を辿ることが多い。この場合、全身倦怠感、痛み、食欲不振、喘鳴など身体症状の出現頻度と出現時期や日常生活自立度の低下の度合いなどから、臨床経過と予後を予測することはある程度可能である。

③臓器不全

慢性心不全、慢性腎不全、肝不全、呼吸不全などの臓器不全の臨床経過の特徴は、進行性の悪化と急性憎悪の繰り返しの組合せである。つまり、臓器不全においては、臓器の機能が低下すると代償機構が働くが、さらに低下すると機構が破たんし、急性憎悪となる。急性期の治療に反応する場合は機能回復するが、多くは完全に回復しない。こうした経過を繰り返しながら、最期には非代償性となり、死に至る。

④脳卒中・認知症・寝たきり

脳卒中後遺症などにより寝たきり状態となり、長い経過を経て死に至るパターンである。この場合には、誤嚥性肺炎を繰り返しながら死に至ることが多い。死期の予測が極めて困難であり、期間による終末期の定義はほぼ不可能である。

（下線は筆者）

介護保険施設利用者の終末期の過程は、①から④全ての経過を辿る可能性があると考えられるが、老いが進行し、要介護状態となっていること等から、③もしくは④の長い経過を経て死に至るケースが多いことが推測される。

今永は、在宅医療において、医師が死因として「老衰」と診断する思考過程について、医師は、「“老衰”と考えられる臨床像」をそれぞれもっていたと述べている。それは、「80 歳～85 歳以上というような『年齢的な目安』をもちながら、『患者との継続的な関わり』のなかで、『緩徐な状態低下』をきたしており、『他に致命的な病気の診断がついていない』患者を老衰と考えていた」述べている。一方では、「『病気の診断を積極的に行わないことへの葛藤』や『病気の見逃しに対する不安』を抱えていた」など、医師が葛藤や不安をもっていることを明らかにしている（今永 2014）。

2 特別養護老人ホームにおける看取りに関する文献検討

1) 高齢者の胃瘻造設に関する動向

(1) 胃瘻栄養法の急速な普及

経口摂取困難となった高齢者に対する胃瘻による経管栄養は、2000年代に入り急速に普及してきたとされる(仲口 2012)。全国老人福祉施設協議会が実施した全国調査(平成23年7月1日を起点として)によると、回答のあった1,112カ所の特別養護老人ホームにおいて、胃瘻造設者の割合は1施設平均10.5%、平均年齢は85.1歳、平均要介護度は4.8であったという(全国老人福祉施設協議会 2011)。

会田によると、経皮内視鏡的胃瘻造設術、いわゆるPEG(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)は、脳の障害などにより摂食嚥下困難となった小児の負担の軽減を目的として、米国の小児外科医であるMichael Gaudererによって開発されたものである。開腹せずに胃瘻を造設するこの方法は、身体への侵襲が少なく、経鼻胃管栄養法と比較しても、患者の日常的な不快感が減少した。さらに、医療費削減にも資するという側面もあり、1980年代から米国で拡大し、90年代から徐々に日本でも施行されるようになったとされる(会田 2010)。

多くの患者にPEGを実施してきた鈴木は、「経鼻チューブが胃瘻に変わったのは、患者にとって苦痛が少なく、摂食嚥下のリハビリテーションが可能で、手足の抑制なく、介護にも有効であったから」と述べている(鈴木 2013)。

会田は、認知症末期で経口摂取困難な寝たきり全介助の高齢患者に人工的な栄養・水分補給法(=ANH(Artificial Nutrition and Hydration))を施した医師に調査を行っている。その結果、多くの医師は「ANHを施行しないことは、医療者と患者家族に深刻な心理的負担をもたらすので、ANHを施行しないという選択肢を患者家族に提示することはないと語った」と述べている。さらに、その中には、「死なせる決断の重さ」や「何もしないことの困難さ」、「餓死忌避」という要素があると分析している。さらに、治療の差し控えは、自身が罪に問われる恐れ、「触法懸念」があり、施行せざるを得ない状況となっているのではないかと分析している(会田 2010)。

(2) 関係者のジレンマ

佐藤は、高齢者への人工栄養について、「少なくとも栄養の問題で死ぬことが激減した半面、ここに、まったく回復する見込みのない患者(持続性植物状態やそれに近い病態)が長期間生存する、といった状況があらわれたのです。『ただ生きている』という状態をどう考えるのか、その経済的負担や医療資源の分配の問題など、倫理的にも多くの問題があります」と、問題提起している(佐藤 2002)。

原は、「高齢者医療において長期の寝たきりになる可能があっても、経管栄養を選択するのか、あるいは、誤嚥・窒息の危険性があり衰弱を見守ってゆくことになっても、高齢者の

尊厳と QOL を大切に最後まで経口摂取を続けていくのが良いか。高齢者の終末期にはこの栄養問題だけでなく、点滴や外科治療など正解のない多くの難しい問題がある」と述べている（原 2009）。

西岡は、「高齢者の終末期の現場では、高齢者本人の意思確認がきわめて難しいことが大きなジレンマとなる」と述べている（西岡 2010）。同様に平澤らも「認知症患者が何らかの理由で入院するときにはすでに判断能力が十分でないことが多く、さらに身体合併症を起こし終末期医療を考える時点では認知障害が高度となり、延命処置をどうするのかの判断は家族に委ねることになる」と述べている（平澤・桐谷・秋山・ほか 2007）。このように、要介護高齢者の場合、かなり早い段階であっても、終末期医療の意向を本人に確認することは難しく、多くは家族が判断しているのが現状である（三好 2012）。

一方、家族には、食べることができなくなっても、水分・栄養は与えてあげたいという思いがあるとされている（佐藤 2004）。原は、「北欧では、介護スタッフが食事介助することはなく、本人が食べなくなったら終わりという話を聴くが、日本人の死生観、家族感はそれとは違うのだろう」と述べている（原 2009）。佐藤は、これらの状況に対して、現時点においては「食べられなくなったとき、人工的な水分・栄養補給が必要かどうか」という問いに、「普遍的な回答はない」と述べている（佐藤 2002）。

(3) 胃瘻栄養法を見直す動き

全国老人福祉施設協議会の調査では、経口摂取を併用しているのは 9.5%であったと報告されている（全国老人福祉施設協議会 2011）。また、国立長寿医療センターは、高齢者の場合、「その後の施設では経口摂取再獲得の取り組みは困難であり、栄養摂取手段の選択は全量経口摂取かすべて経管栄養かの 2 択になってしまうことが考えられる」としている（国立長寿医療センター 2012）。つまり、高齢者施設においては、胃瘻栄養は再び食べることを目指すものとはなっていないと考えられる。それゆえ、今後の課題として「少しでも経口摂取の可能性が残されている患者に対して、その機能を保ち、QOL を確保するために、準備が簡単で安全な食事の開発、経口摂取の安全性を確保しながら機能に応じた食事介助の技術をもつスタッフの育成が求められる」とされている（国立長寿医療センター 2012）。

菊井らは、訪問看護師を調査し、経管栄養を受けている患者に対して、以下のように感じていたと述べている（菊井・竹田 2002）。

担当看護婦は、かつては要職に在り社会的にも家庭的にも尊敬されていた人が、今は家族とのコミュニケーションもなく、身体の前介助を受け、人生最期の時間を細々と操作的に生かされている姿に複雑な思いを抱いた。もし自分が介護される立場ならばとても悲しく辛い状況だと思った。規則による訪問看護婦としての勤めを確実に果たしたという満足感より、経管栄養という技術の進歩で不自然な生命の延長にかかわったことにやりきれなさを感じていた。

また、特別養護老人ホームの医師でもある石飛は、施設の配置医として、はじめて経管栄養を受ける利用者と出会ってからの思いを以下のように述べている（石飛 2010：14-15）。

そこで見たものは、かつて私が手術をして命を助けた方々と同年輩の方々の変わり果てた姿でした。いわば病院でともに病気と闘った昔の戦友との思いがけない再会でした。人間こうしてまで生きていなければならないのか。これまで幾多の苦難に耐え、それを乗り越えてきた人生、その果てにまたこのような試練に耐えなければならないとは、何とも言えない理不尽な思いを感じたというのが、その時の正直な私の気持ちでした。

あれから四年、私はほとんど毎日、朝最初にこの人たちを診て回ります。確かにご家族にしてみれば、一日でも長く生きて欲しい、その思いは当然であります。意識があつてご家族の努力に応えられる方ではお互いに救われるものがありましょう。しかし、ほとんどの方は喋れません。寝たきりで寝返りも打てません。今この人たちは何を考えておられるのだろう。どんな思いでおられるのだろう。鼻から管を入れられて、一日三回宇宙食のような液体を滴下され、定期的にしもの処理をされて、人によっては何年も生き続けるのです。この方々に、生きる楽しみがあるのでしょうか。胃に直接注入される“宇宙食”は、ご本人にはどのような味がするのでしょうか。その上この方たちは、「今日はお腹がすかないから、もう結構です」と言えないのです。この人たちは誰のためにこんな難行苦行を強いられなければならないのでしょうか。

石飛と同じく特別養護老人ホームの医師である中村は、「老人ホーム勤務も12年目に入り、最後まで点滴注射も、酸素吸入もいっさいしない『自然死』を数百例もみせてもらえるという、得がたい体験をしました」と、その経験から、「『死』という自然の営みは、本来、穏やかで安らかだったはずです。それを、医療が濃厚に関与することで、より悲惨で、より非人間的なものに変貌させてしまったのです」と述べている（中村 2012：5）。

これら石飛や中村の文献は、学術研究を目的としたものではなく、一般書として上梓されたものである。そして、この頃より、この終末期高齢者への胃瘻の是非等終末期医療について、国民の関心が高まり、新聞やテレビなどマスコミでも広く取り上げられるようになってきた。

日本老年医学会は、高齢者の終末期の医療およびケアに関して「立場表明 2012」を発表し、「胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は慎重に検討されるべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある」としている（日本老年医学会 2012）。

このように、近年高齢者に対する胃瘻栄養の考え方は大きく変わりつつあり、今後、胃瘻造設者は減少に転じる可能性があると考えられる。

2) 介護福祉士の業務拡大

介護福祉士は、1987（昭和 62）年わが国の急速な社会の高齢化を背景に創設された国家資格であり、2014（平成 25）年有資格者は 118 万人を超え（厚生労働省 2014a）、介護保険施設や在宅介護サービス事業において生活を支援する専門職として定着しつつある。

当初その業務は、「専門的知識及び技術をもって身体上若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して指導を行う」と規定されていた。そして、2007（平成 19）年、社会福祉士及び介護福祉士法の一部が改正され、その業務は「入浴、排せつ、食事その他の業務」から「心身の状況に応じた介護」へと改められた。さらに、2012（平成 24）年、介護福祉士の業務に医療的ケアが追加され、「心身の状況に応じた介護」の後に「(喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）」が追加された。この具体的な内容は以下に示す通りである。現在、この法改正により、全国で医療的ケアの研修が行われつつある状況である。

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則

第一条 社会福祉士及び介護福祉士法

第二条第二項の厚生労働省令で定める医師の指示の下に行われる行為は、次のとおりとする。

- 一 口腔内の喀痰吸引
- 二 鼻腔内の喀痰吸引
- 三 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 四 胃瘻又は腸ろうによる経管栄養
- 五 経鼻経管栄養

3) 介護職による看取り

清水らが、特別養護老人ホームに看取り介護加算が創設される直前に行った調査では、特別養護老人ホームにおける看護職と介護職、および相談職の 3 職種のうち、施設で看取りたいと答えた者が最も少なかったのは介護職で、看取りを避けたいと答えたのも介護職が最も多かったという。さらに、「終末期ケアに関する知識や技術が少ない」と答えた者が半数を占めたと指摘されている（清水・柳原 2007）。

一方、坂下らは、特別養護老人ホームにおける看取りが増加する中、介護職は「看取りに取り組み始めた当初は不安を強く抱いていたが、看取りに取り組む中で、少しずつ自信を獲得し、自分なりの不安の対処ができるようになっていた」と分析している。ここから、自信の獲得には、経験知を身につけることが影響していたとしている（坂下・西田・岡村 2013）。

また、介護職が看取りをどのように経験しているか、経験の浅い介護職を対象とした研究では、自分にとって看取ることの意味づけにおいて「看取りの経験が少なくとも看取り介護を避けようとする気持ちはなく、自分に有意義と感ずることが明らかとなった」と考察されている（小林・木村 2010）。これらの先行研究からは、介護職の看取りへの不安は、経験を重ねていくことで解消される可能性があることが示唆されている。

三菱総合研究所によれば、終末期には、経口摂取量の減少や誤嚥防止などへの対応を要するため、特別養護老人ホームにおける看取り介護実践においては、「ケアの時間がもっともかかるのは、栄養・食事に関することと考えられます」されている（三菱総合研究所 2007：10）。

また、介護職は、必ず食事を摂らせようとしている、一口でも多く食べてほしいという思いから負担をかけていたことがあるなどの指摘がなされている（全国高齢者ケア協会 2011：60）。

さらに、小浦らの研究では、介護職は食事介助場面で予測できない出来事に遭遇し、「あんな思いは2度としたくない」、「職員の身がもたない」などと心理的に追い込まれかねないことが指摘されている（小浦・杉澤ほか 2010）。

経管栄養など延命治療を望まない要介護者の看取りには、生命を直接左右する食事は最も重要なものとなる。先行研究からは、介護職が摂食嚥下障害を有する利用者への食事介護に不安をもちながらも、命を守るべく懸命に食事介護を行っていることが伺える。

3 看取りにおけるケア従事者の意識に関する文献検討

1) 高齢者の看取り介護に関連する概念

(1) ケア概念

広井によると、ケアという言葉は、最も広義のもので「配慮、気遣い」といった意味のものであり、およそ人が別の人を「気にかける」ことはすべて「ケア」に含まれる。また、少し限定された内容のもので、「世話」という言葉に相当するような意味があるとされている(広井 2000 : 14-15)。

また、村田は、ケア概念は人間関係を基礎にしているという。その理由について、人間存在がケア (Care) であるということ、そして、そのケア (Care) というものが、「気遣いと気掛かり」という二面性を持ち、他者とのかかわりのなかで存在するものであることから、ケア概念は関係概念であるといえるとしている(村田 1998 : 67)。これらの先行研究から、ケアの最も広い概念は、人間関係を基礎に他者を気遣うという意味をもつと読み取れる。

さらに、対象を高齢者と限定した場合のケアについて、広井は以下のように述べている。

高齢者の場合、身体の生理的な機能は、生物本来のメカニズムとして「不可逆的に」低下していく要素をもっており、したがって若い人(ないし通常の慢性疾患)と同じような「治療」は困難な面が強く、やみくもにすべてを「治療」というかたちで対応しようとするのは、かえってその「生活の質 (QOL)」を低めることになる場合がある。つまり、「医療モデル」に対する「生活モデル」、あるいは「疾病」ではなく「障害」ととらえたうえで、残された機能を積極的に生かしながら生活全体の質を高めていく、というより幅広いケアの姿が求められるのである(広井 2000 : 35-36)。

表 3. 村田によるキュア概念とケア概念の対比

	キュア概念	ケア概念
認識の基点	「生」を基点とする	「老い・病い・死」を基点とする
目的	生の現状回復 (客観的状況を変える)	意味ある生の完成 (想い・願い・価値感が変わる)
対象認識の方法	対象化による客観的認識 部分から細部への認識(細分化)	死へと立ち向かう人間の全体認識から 有限性の確認・超越へ
援助者のかかわり方	二者構造的(3人称的世界) 健康者: 病者(死に逝く者) 正常者: 異常者 強者: 弱者 教示的, 指導的	相互作用的(1・2人称的世界) 共に死すべき者 共に老いるべき者 共に病むべき者 共感的, 支持的
関係様態	上下関係, 一方向的関係	並列関係, 相互作用的關係 (人間的成長の学びと発見)

村田久行 (1998) 『改訂増補 ケアの思想と対人援助』川島書店, p 59.

つまり、広井によると高齢者のケアとは、あるいはその目的は、高齢者の残された機能を積極的に生かしながら生活全体の質を高めていくことである。

一方、村田は、対人援助の意味は「患者・クライアントの苦しみを緩和・軽減し、あるいは解消する」ことにあり、その方法にはキュアとケアがあるとして、その概念の違いを比較し、その構造と特性を明示している（表3）。

(2) 看取り介護に関連する概念

岡田は、“a guide to end-of-life care for seniors”の日本語訳にあたり、end-of-life や end of life という言葉について、前後の文意で、「晩年期」また「終末期」と訳したと述べ、「『晩年期』は、加齢によって老いるのではなく、人間として老いてきて、行動や認知能力に制限が加わった状態の時期を指し、『終末期』は予測できる死を前提にした数週間を指している」としている（National Advisory Committee =2001：1）。また、晩年期ケア（end-of-life care）、緩和ケア（Palliative care）、老年医学のケア（Geriatric care）の3つの治療とケアには、共通する土台が存在する。これらの3種類のケアは全て、高齢者に対する申し分のないケアの提供を目指しているとされている。そして、「老年医学のケアは、老化しつつある全ての年齢層を対象としているが、特に晩年期の問題に焦点を絞っているわけではない。一方、晩年期ケアは、緩和ケアでは完全にカバーできない分野（例えば、アルツハイマー病などの慢性疾患で進行性の状況が続いて死に至る高齢者へのケア）にも焦点を合わせる」としている（National Advisory Committee =2001：13）。

森塚らは、介護保険施設における End of Life Care の文献検討を実施し、End of Life Care の概念、定義はかならずしも明確になっておらず、ターミナルケアと混在していることが考えられると述べている。また、End of Life Care に関して共通していたこととして、「『高齢者の終末期』として捉えていることであった。今後、高齢者の生活を支援していく上で、End of Life Care の考え方がケアの行方に大きく影響することを示唆しているのではないかと述べている（森塚・多久島 2011）。

高山らは、End-of-Life Care の定義を「死が近づいていることを予見したうえで、できる限り苦痛を軽減し、高齢者に充実や安らぎを与えながら、最期をその人らしく送ることができるよう援助することを意識した心身両面にわたるケア」としている（高山・三重野 2005）。

流石ら（2006）は、高齢者の終末期（end-of-life）とは、「疾患と老化が進んで心身が衰弱し、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、死がそれほど遠くないと判断される状態にある高齢者の人生の終末（有終）の時期をいう。がんの終末期に特化せず、このような状態すべてを含む」と定義している（流石・牛田・亀山・ほか 2006）。

「看取り」の概念については、流石らは、死期が限りなく近い状態でのケアをいい、終末期のケアに包含される、としている（流石・牛田・亀山・ほか 2006）。

坂下らは、「看取り」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、入所者の状態が徐々に悪化し、回復の見込みが困難となり亡くなる過程にかかわる経験とする、としている（坂下・西田・岡村 2013）。

二橋らは、「看取り」とは、「人生の過程における一連の自然な流れなかで、高齢者の『弱り』や、死を特別なこととせず、死を視野に入れた包括的・全人的な暮らしの中での看取り介護を指している」とし、ホスピスケアや緩和ケアとの相違は、「医療ケア」ではなく、高齢者の老いの先にある死、生活の連続性の中での死に対するケアという意味で高齢者の終末期を「看取り」として捉えている（二橋・真家・仙田・ほか 2008）。

岡らは、「看取りケア」の定義を「利用者が終末期であると判断され、看取り介護が始められてから亡くなるまでのケア」としている（岡・新免 2014）。

また、小倉は、「看取りケア」とは、「死が近く延命を望まない患者に全人的苦痛をできる限り除き、その人らしく生を終えることができるよう援助することである」としている（小倉 2014）。

日本弁護士連合会は、「看取り介護」とは介護現場で看取りを行うことである、としている（日本弁護士連合会 2010）。岡本はこれを受け、「看取り介護」とは、「介護現場で行われている無益な延命治療をせずに自然の経過で死に逝く高齢者を見守るケアをすること」と定義している（岡本 2014）。

清水らは、「死の看取り」と「終末期ケア」の言葉を同義語として用いる一方で、「終末期ケアについて医療的なケアを含めた概念を説明する場合には『終末期ケア』を、文化的要素を加味した人々の行為や意識を『死の看取り』として使い分けて使用する」としている（清水・ほか 2007）。

柳原は、「死の看取り」とは、誕生のケアがあって、死の看取りがあるように、人生の過程における終末期という自然な流れがあり、死の文化的側面（風土・習慣・葬送儀礼など）も踏まえた、家族の関係性の中での死、地域のつながりの中での死をも視野にいれた視点であるとしている。また、「ターミナルケア」は、近い将来の死を「ほぼ6ヶ月以内の死」としているが、「死の看取り」は、死を視野に入れた包括的・全人的なケアの中身に重点を置いているとしている（柳原 2006）。

和田は、「ターミナルケア」を「治癒を目的とした治療が有効ではなくなったクライアントに対する、人間としても尊厳の維持と QOL の維持・向上の実現に向けた、チームによる積極的な全人的ケア（身体的・心理的・社会的・霊的）」とし、ただ見守るだけでなく、積極的に全人的ケアをすることとしている（和田 2008）。

このように先行研究では、高齢者の「エンド・オブ・ライフケア」、「看取り」、「看取りケア」、「終末期ケア」、「ターミナルケア」は、ほぼ同義的に使用されており、その共通するところは、近い将来に死が訪れる高齢者を対象としたケアであること、その期間が設けられていないことであった。日本老年医学会は、期間の設定が設けられないことについて、高齢者の終末期の経過はきわめて多様であり、「臨死期に至るまでは余命の予測が困難である」と

している（日本老年医学会 2012）。つまり、ここががん性疾患とは異なる、高齢者の終末期の特性であると考えられる。

また、先述したように介護保険制度において看取りに関する介護報酬は、特別養護老人ホーム及び認知症対応型共同生活では「看取り介護加算」、老人保健施設の場合は「ターミナルケア加算」とされている。これについて、各々施設の目的や提供可能な医療の違いなどから考えてみると、看取りにおける医療的介入が少ない方を「看取り」、多い方を「ターミナルケア」と区別されていると考えられる。

2) 看取りにおけるケア従事者の意識

(1) ケア従事者の不安・悩み

①看取りへの不安や悩み

和田は、特別養護老人ホームの介護職の不安に対する研究を行い、施設で看取りたいと考えている職員は、ターミナルケアに対する不安も低く、逆に看取りたくない職員は、不安が高かったとしている。これは、自分への「責任追及に対する不安」や「死が近い利用者に対する不安」、つまり「施設で看取することに不安」があり、看取りに積極的に関与できないのではないかと分析している。また、利用者の急変に対する不安も高く、「看取り体験が少ない介護職員の方が、体験が多い介護職員よりも、有意にターミナルケアに対する不安が高いことがわかった」としている（和田 2008）。

二橋らは、介護福祉士は、看護師や社会福祉士などその他の職種に比べ「使命感が強いほど、利用者の死に対しては責任を感じ、支えきれなかったという挫折感を持つ可能性がある」と述べている（二橋・真家・仙田・ほか 2008）。

加瀬田らは、特別養護老人ホームでターミナルケアを行う看護職が抱く悩みを分析し、その構成要素として【制度による制約への悩み】【関係者との連携困難による悩み】【入所者主体のターミナルケアに対する願望】【業務と責任への悩み】【本人以外の意思による方針決定への悩み】【ターミナルケアへの割りきれなさ】が抽出されたとしている（加瀬田・山田・岩本 2005）。

②食事介助や栄養方法に関する不安や葛藤

小浦らは、特別養護老人ホームの介護職の食事介助体験の心理過程を分析し、食事介助という日常的にありふれた介助のなかで、時に利用者の「生命を脅かすような経験をする」ところがあり、このような場合には、これまでの価値意識の変換をさせるような経験となることが示唆された」と述べている。また、食事介助は、命を守るという職業的倫理観と、入居者にとって食べることに意味があるという本人の意思を尊重するという価値の対立に当たると分析している。さらに、病院では、食事や水分が摂取できなくても、それに変わる手段として点滴や経管栄養といった処置があり、対象者の嚥下能力をきちんと評価する手段も整っ

ており、対象者の嚥下能力に合わせて食事の選択、リハビリの選択も可能である。しかし、「特別養護老人ホームでは、食事が摂取できないと脱水に陥る可能性が高く、その結果として生命が危険にさらされることもある。よって、病院よりも特別養護老人ホームで働く人の方が、食事介護の際に、このような『ジレンマ』を強く感じるのではないかと思われる」としている。さらに、「この『ジレンマ』は、入居者の嚥下能力の評価によってもバランスを異にし、十分な評価ができない場合には『命を守る』に比重が、他方、安全性が確保できると考える場合には『美味しく食べてほしい』というほうに比重が置かれることになる」と述べている（小浦・杉澤 2011）。

菊井らは、「経管栄養法の発達により、人間はたとえ嚥下困難に陥り食事が経口的に摂取できなくなっても身体への栄養補給が可能になった。食べたり飲んだり出来なくても経管栄養で生命を維持し続けている人たちが相当数いる。しかしながら、食の目的は単に細胞に栄養を補給することのみではなく、食を味わう喜びや他者と共に食卓を囲む楽しみなど、人間の心理的・社会的ニーズへの対応でもある。その意味で、治療困難な嚥下障害に陥った高齢者の食への援助を簡単に経管栄養に切り替えることに看護婦は倫理的なディレンマを感じている」と述べている（菊井・竹田 2002）。

介護職や看護職は、このように高齢者の終末期における食事や栄養方法に纏わる様々な問題に、不安や葛藤を抱えていることが明らかとなっている。

③ケア従事者の不安への対策

広瀬によると、デスカンファレンスとは、亡くなった患者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めることを目的として実施されるものである（広瀬 2010）。小倉は、療養型内科病棟においてデスカンファレンスを導入し、その効果について、「患者・家族、他の職員に対して関わる意識や行動が増えたことは、感情を表出し共有することで、看取りケアに対する肯定的な思いが生まれ、デスカンファレンスに『死に向き合う職員の葛藤を軽減し、互いの理解を深め、ケアへと繋げる』という効果が引き出されたと考えられる」と述べている（小倉 2014）。

また、星野らもデスカンファレンス導入前後の看護職の意識変化を調査し、その結果、「患者、家族を理解することの重要性が認識され、看護師が患者、家族に関わろうとする意識変化をもたらした」としている（星野・村田・新井・ほか 2009）。

川村らは、小児の看取りガイドライン作成による看護職の意識変化を研究し、その結果、小児科病棟看護師全員が感じていた不安が「ガイドラインを作成することにより看取り未経験者の不安が軽減した」と述べている。（川村・畑山・渡部・ほか 2014）。

このように先行研究では、デスカンファレンスや看取りガイドラインは、ケア従事者の看取りへの不安を軽減する効果があると報告されている。

(2) ケア従事者の看取り経験の意味

清水らは、特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識を調査し、職員の死の看取りに対する積極的な態度は、看取り経験を積み重ねることで形成されることがわかった、としている（清水・柳原 2007）。

大西は、看護職を対象とした研究で、ターミナルケアの実践は、「辛く苦しい経験だけではなく、患者や家族との相互関係から看護師自身が彼らからケアされるような経験でもある」といった『肯定的な気づき』が、患者やその家族から逃げずに関わることができる態度に結びつき、この『肯定的な気づき』は、『臨床での経験』や『教育的な働きかけの享受経験』や『ライフヒストリーの経験』によって促されることが明らかとなった」と述べている（大西 2009）。

小山は、特別養護老人ホームで「看取りケア」の改善に取り組んだ介護職の看取り意識の変化を分析し、看取りを経験することで、それまで業務を遂行することだけを目的とし、利用者の求めに応じようとするケアの視点が欠いていたことに気づき、意識が変容したとしている（小山 2012）。

坂下らは、特別養護老人ホームの看取りに積極的に取り組む看護職及び介護職の意識には、4つの共通するカテゴリーがあったとしている。彼らは、入所者の終末が近いことを感じ、今までの日々の関わりを振り返り【その人への思い】を巡らせる。そして、医療的判断が多く求められる「看取り」を特別養護老人ホームで叶えるために【看護師・介護士（専門職）の役割】を果たそうと意識した。さらに、入所者の日常を支えている他の専門職と、情報を共有し、意見を交わし看取りに取り組む中で、互いが【協力し合える仲間の存在】を実感する。この3つの意識が互いに影響し、看取りに真摯に取り組む思いとなり【安らぎを導くためのケア】を提供するために試行錯誤する構造があったとしている（坂下・西田・岡村 2013）。

岡らは、高齢者ケア施設（特別養護老人ホームと介護老人保健施設）における介護経験が1年未満の介護職を対象として調査し、看取り体験前に「【不安感】や【恐怖感】を感じていた人たちは、看取りケアを体験した後では70～80%の人が【成長の自覚・仕事への意欲】【生命への畏怖】へと意識を変化させていた」としている。「看取りの経験は、介護職員を人間として専門職として成長させる内的動機づけになっていることは明らかである」と述べている（岡・新免 2014）。

これらの先行研究から、職員の看取り体験は、看取りへの不安を軽減するのみならず、看取りへの積極的な意識、姿勢の形成に繋がること示されている。

(3) ケア従事者が高齢者の看取りで目指していること

平松らは、看護職、介護職がその人らしい終末期ケアを行うために目指していること、心がけていることは「安楽に過ごせること」「苦痛がないこと」「食べたい物をおいしく食べられる環境であること」「安らげるなじみの環境であること」「本人・家族の意向に添った援助

がなされること」「気持ちに寄り添うこと」「元気な頃の様子を基に自分に置き換え考えること」「本人が大切にしてきたと思われることを知ること」などであったと述べている（平松・大淵・北川 2011）。

谷口は、痴呆高齢者の終末期ケアについて、看護職・介護職が終末期ケアにおいて大切だと思っていることを調査し、介護職のみが 70%以上「大切だと思う」と回答した項目は、「一人きりで死なないこと」「親しい友人とすごすこと」、「体に触れていてもらうこと」であった、としている（谷口 2004）。

鈴木らは、介護老人福祉施設に勤務する熟練スタッフが考える、終末期におけるその人らしい最期を迎えるために必要なケアとは、「ひとり一人をよく知るために生活暦、価値観等について話を聴いたり、様々な方法を用いて注意深く観察する」こと、「その時のその人の意思やニーズを尊重し、関わる」こと、「看取りケアは、計画段階から家族も含めた関連他職種が協働して行う」こと、「亡くなった後も、本人と残された家族へのケアに職員全員で関わる」こと、「居室の環境を、安心して過ごせるよう整える」、「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スタッフ皆で見守る」こと、「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」こと、「感染防止と共に、苦痛を取り除き安楽にする」こと、8つが抽出されたと述べている（鈴木・流石 2012）。

(4) 福祉における高齢者の看取りの課題

柳原らは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）職員について、これからは、老年者の死は自然のことであり生きる延長線上にひろがるものである、という「生活モデル」からの死の看取りの視点が重要になると述べている。また、生活の場における看取りに必要なことは、死のプロセスをアセスメントする力と日常を整える確実なケア技術であって、医療技術が主ではない。さらに、老年者の「死」は自然のことであり、生きる延長上にひろがるものであるという、見守りに徹する「腹のくくり」が必要である。家族に説明し協調しながら、ともに見守り続ける姿勢がケアの質を高めていくとしている（柳原・柄澤 2003）。

また、柳原は、介護支援専門員の「死の看取りケアの意識」を分析し、「わが国の介護保険制度は、介護支援専門員の援助理念として、『自立支援』をあげ『介護予防』に力点を置いて、健やかさの中での高齢者の QOL をはかろうとしている。この方向に間違いはないが、視点の欠落として、老いがもたらす『弱り』の概念が抜け落ちていることを憂慮している。後期高齢者が急増する中で、老いの『弱り』の先にある『死』を見越した支援が不可欠である」と指摘している（柳原 2006）。

第2章 研究方法

1 本研究の目的と意義

本研究の目的は、認知症や老衰が進行した要介護高齢者の緩やかに死に至る多様な過程において、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識とその変容過程を明らかにすることである。加えて、看取り介護における介護福祉士の対象を捉える観点について考察することを目的とする。

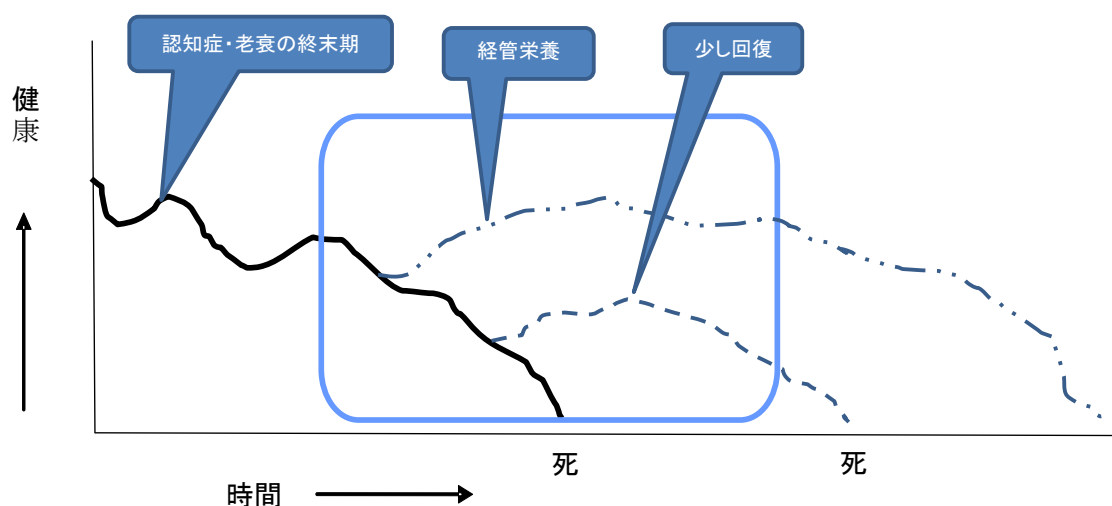
また、本研究の成果は、積極的な終末期医療を望まない高齢者の看取り介護方法の開発やモデル構築の資料となる。また、看取り介護を実践する介護福祉士への支援や介護福祉士教育に寄与すると考える。

2 用語の定義

1) 看取り介護

本研究において看取り介護とは、要介護高齢者の生命力が徐々に低下し、自然の経過で死に至る過程において、その人らしく生を終えられるようにすることとする。

また、高齢者の終末期は多様であるため、参与観察を実施する前に予め先行研究を参考に、終末期の過程の中で本研究が着目するところを図式化した（図3）。さらに、インタビュー調査にあたり研究の焦点を明確にするため、参与観察で得た知見に基づき四角い枠を追加し、研究を進めた。



Lynn, J. and Adamson, D. M. (2003) Living Well at the End of Life –Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. WHITE PAPER RAND Health. p.8 掲載図を参考に作成

図3 要介護高齢者が死に至る過程におけるインタビュー調査の焦点

2) 介護福祉士の意識

本研究における介護福祉士の意識とは、介護職としてのねらいや目的、目指していること、また人として感じる感情や思い、感覚、さらに自覚や認識のこととする。

3 研究方法

1) 調査対象の選定

要介護高齢者の死に至る過程において、看取り介護を実践する介護福祉士の意識に着目した研究は少なく、またその変容過程に着目した研究はほとんどない。したがって、本研究は質的帰納的アプローチを用いて、新たに高齢者を看取る過程における介護福祉士の意識、及びその変容を明らかにすることとする。

介護保険施設の中で、死亡退所が 61.7%と最も多かったのは特別養護老人ホームであった。また、ここは基本的に医療を目的としていない生活施設であるため、医療介入の少ない高齢者の看取りを行っている件数が多いと考えられる。

また、特別養護老人ホームの利用者は、85歳以上の割合が 62.7%と最も多く、要介護 4、5 の割合は、2000 年（平成 12）51.6%、2011 年（平成 23）67.8%と重度化が進行している。要介護度と嚥下障害の関係について、国立長寿医療センターが実施した調査によると「嚥下障害なし群に比べて嚥下障害あり群では要介護 4、5 の割合が著しく多かった」とされている（国立長寿医療センター 2012）。つまり、要介護度と嚥下障害は相関関係が認められ、特別養護老人ホームの利用者は、重度化の進行により嚥下障害を有する者が多いことが推測される。

実際、特別養護老人ホームにおいて看取り時期と判断された理由として最も多かったのは「のみ込みが悪くなり、食事摂取量が低下したり、食事摂取ができなくなったこと」とされており（全国高齢者ケア協会 2011）、高齢者の経口摂取の状況は生命予後に関連し、経口摂取困難が終末期へ以降する目安になることが複数の先行研究で示唆されている（川上・新谷 2007；葛谷 2009；宮岸・東・赤石・ほか 2007；流石・牛田・亀山・ほか 2006）。

したがって、特別養護老人ホームでは、医療を望まない要介護高齢者の、図 3 に示すような緩やかに死に至る看取り介護の実践がなされていることが推測され、特別養護老人ホームを調査対象に選定することとする。また、インタビュー対象者としては、特別養護老人ホームで介護職員として従事している、看取り介護の経験がある実務経験 3 年以上の介護福祉士とした。実務経験 3 年以上としたのは、看取り介護の意識が変容するにはある程度の経験が必要であるという見地からである。

2) データの収集

(1) 特別養護老人ホームの参与観察

対象施設は、まず看取り経験があることとし、次に施設法人の母体特性により看取りの方

針が異なることが予測されるため、宗教法人や医療法人との関連を有するなど様々な母体の法人が運営している特別養護老人ホームに調査を依頼することとした。

主な観察点は、認知症や老衰などにより経口摂取が困難になりつつある利用者の生活やコミュニケーションの状況、経管栄養を受ける利用者の状態や状況、及びそれに対する職員対応や介護についてである。調査方法については、業務に支障がなくかつ日常のありのままの現象が観察できるよう、予め観察（調査）者の立場について相談して実施し、得られた情報はフィールドノートに記録することとする。

(2) 介護福祉士へのインタビュー調査

終末期にある利用者の食事など介護を通して感じる葛藤や不安、またやりがいや充実感等について、半構造化面接を実施する。対象者は、参与観察を行った施設の管理者に、調査対象者の要件を説明し、調査対象者の紹介を受けることとする。

(3) 倫理的配慮

調査開始前に、高知県立大学社会福祉学部個人情報保護・倫理審査委員会の承認を得て研究を開始した（第 259 号，平成 24 年 11 月 12 日）。

研究への協力にあたっては、調査候補者に対して、予め文書及び口頭で研究内容と倫理的配慮について説明を行い、了解を得た上で研究参加への同意書に署名を受ける。倫理的配慮の説明内容は、以下の 6 点である。

- ・論文執筆にあたっては、個人名や施設名が特定できないようにデータを匿名化すること
- ・調査内容は本研究以外には使用しないこと
- ・データは厳重に保存し、適切に破棄すること
- ・調査協力は自由意志であり途中で中止することも可能であること
- ・協力の有無や中止によって不利益を被らないこと
- ・研究の成果は、博士論文、介護福祉及び社会福祉等の学術雑誌への投稿、学会報告を通じて公表すること

3) 分析方法

佐藤の質的データ分析方法を参考に、質的分析ソフト MAXqda を使用し、内容のコード化およびカテゴリ生成を行うこととする。オープン・コーディングから、焦点的コーディングという手順で進め、その際、コードとコードの間、コードとサブカテゴリの間などの関係について、継続して比較しながら分析を進めることとする（佐藤 2008a；佐藤 2008b）。

第3章 特別養護老人ホームにおける看取りの現状

1 研究の結果

1) 調査対象施設の概要

特別養護老人ホームに調査の依頼を行い、5ヶ所より承諾を得て実施した。調査対象施設の概要は下記の通りである（表3）。調査期間は2012年12月～2013年9月の間、述べ18日間である。

表3. 参与観察施設の概要

	法人・施設の特徴	設立年	タイプ	定員
A	キリスト教精神に基づく社会福祉法人が運営している特別養護老人ホーム	昭和40年代設立 平成20年代移転	ユニット型	80名
B	地域の中核医療機関が設立した社会福祉法人が運営している特別養護老人ホーム	昭和60年代設立	従来型	70名
C	仏教精神に基づく社会福祉法人が運営している特別養護老人ホーム	昭和50年代設立	従来型	115名
D	民生委員らが中心となりその地域で一番最初に設立された特別養護老人ホーム	昭和40年代設立	従来型	90名
E	地域住民に会費を募るなどその支援と協力を得て設立された特別養護老人ホーム	昭和60年代設立	従来型	100名

2) データの収集方法

協力が得られた特別養護老人ホームとは、予め観察（調査）者の立場について相談し、利用者にはボランティアまたは研修生という立場で関わった。具体的にはフロアの掃除や食事の配膳、後片付け、また体重やバイタルサイン測定の補助など、介護職及び看護職の通常業務に参加しつつ観察を行った。特に、食事場面について看護職、介護職には主に経口摂取が困難な利用者への食事介護や経管栄養に関して聞き取りを行った。さらに、施設長や相談員には看取りに関する方針や組織的な取り組みについて聞き取りを行った。また、ここではプライバシー保護の観点から、関係者の名称を全て匿名で示す。

2 看取り介護の現状

1) 看取り介護の実施状況

<A 施設>

近年、利用者の重度化が急速に進行しているため、利用者の意向により積極的に看取りが

実施されていた。終末期の利用者が死に至るまでの身体状況および療養場所の経過について整理すると以下ようになる（図4）。

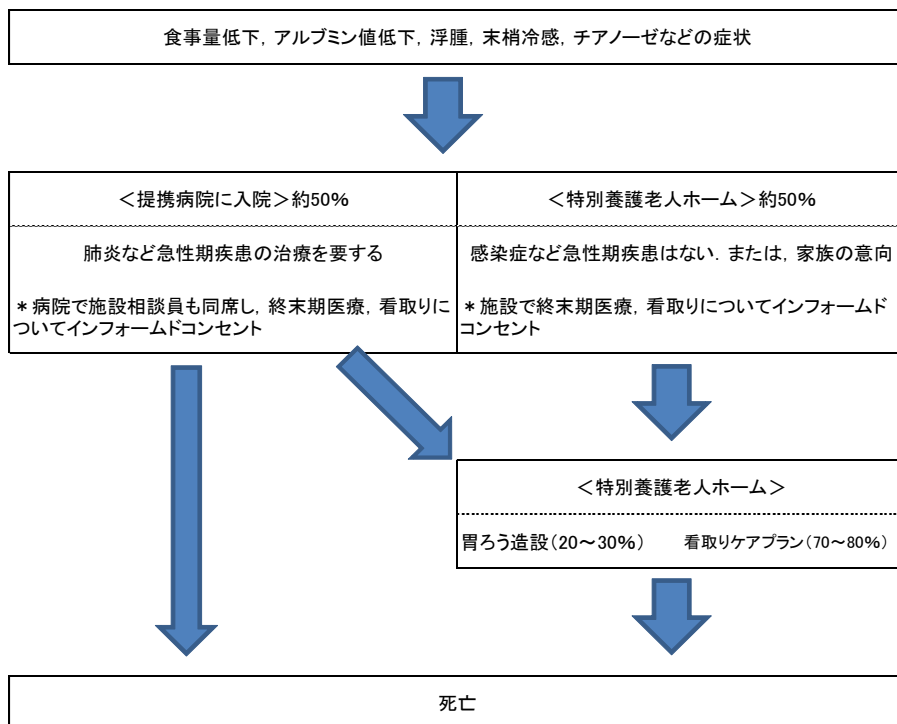


図 4. A施設における終末期利用者が死に至るまでの身体状況および療養場所

終末期医療や看取りに関する意向は入所時に書面にて確認し、終末期と見做された段階で再度意向を確認していた。施設での看取り希望があった場合、家族を交え、医師、相談員などでカンファレンスを実施した上で「看取りケアプラン」が作成されていた。また、「看取りケアプラン」を実施するに至っても、再び状態が安定することも稀ではないということであった。

A施設はユニット型施設で全室個室のため、静養室は別にあるものの、看取り環境については、敢えて本人にとってなじみの場所である居室で看取っているということであった。

数年前に施設を全面移転するまでは近くに運営母体が関連する教会があったため、利用者・家族の要望があれば亡くなった利用者を讃美歌で見送っていたという。しかし、現在は、新築移転したことなどにより実施されていなかった。また、年に1回、亡くなった利用者の家族を施設に招き、写真を飾るなど故人を偲ぶ会を開催しているということであった。

看取りに関する職員研修については、毎年、牧師でもある理事長が講師となり実施され、調査に訪れた年の研修テーマは「死生観～老いの逝き方に関わる～」であった。また、看取りを終えた後、スタッフには書面で振り返る機会が設けられていた。

施設長は看取り経験が職員に及ぼす影響について、「看取りは究極の個別援助にあたり、

それを通して職員が成長するのではないかと話していた。また、施設長がかつて勤務していた施設では、嘱託医の方針変更により一時期看取りを行わない時期があり、この時期介護事故が増えたことがあったという。施設長はこの現象について、介護職員の「利用者と向き合う姿勢に変化があったかもしれない」と、看取りの意義を語っていた。

<B 施設>

平均要介護度は 4.29 と今回の調査対象施設では最も高く、施設での看取りは近年増加傾向にあり、死亡退所のうち B 施設での看取りは約半数を超える状況であった。

どこで最期を迎えたいか、終末期医療はどこで受けたいか、心肺停止時に蘇生を希望するか、食事摂取困難時に経管栄養を希望するかといった意向確認は、入所時に書面で行われていた。しかし、「入所時には施設での看取りを望んでいたとしても、いざとなると家族の意向は変化することも多い」という。また、体調が変化した時、家族には医師が「これ以上治療は難しい」など状態を説明しているが、「家族は理解できていないこともあるようだ」と懸念されていた。

最終的に、医師により医学的に回復の見込みがないと判断された段階で、家族の意向を再確認し、関係する専門職が協働して「ターミナルケア計画書」が作成されていた。また、「ターミナルケア計画書」を実施してから亡くなるまでの期間は個人差があり、一度その状態に至っても「復活する人もいる」と、再び状態が安定するケースも稀ではないということであった。

看取りの場については、医務室の隣に「静養室」はあるものの、介護職の詰所から遠いなどの理由で使用せず、家族が希望すれば個室を準備しているとのことであった。付き添いが困難な家族の中には、「一人は可哀想、同室者等に迷惑でなければ今の部屋で」と希望する場合もあり、それまでの居室（多床室）で看取りを行うこともあるということであった。

医療機関との連携は、母体となる医療法人と日常的に、スムーズに連携が取れているということであった。

<C 施設>

調査時の利用者の平均要介護度は 4.0 であった。相談員は、「平成 19 年当時は 3.4 でした。数的にはたった 0.6 なんですけど、実際かなり重度化していると思います」と、重度化が実感されていた。

C 施設は、養護老人ホームに併設された特別養護老人ホームである。その養護老人ホームは、老人福祉法が制定されるより以前の養老院から運営されており、非常に長い歴史を有している。これまで看取りは、養護老人ホーム、特別養護老人ホームいずれにおいても実施していたが、特別養護老人ホームにおいては、「医療が必要になると医療機関に搬送すべき」という嘱託医の考えにより、ここ 1、2 年看取りはほとんど行っていない」ということであった。利用者側から看取りの要望があるが、現状では応じることができない。しかし、近々

看取りに積極的な嘱託医が就任することが決まっており、組織的に看取りを促進していく予定であるとされていた。

このような状況において、終末期の医療などに関する意向確認は、本人の体調が悪化するなど具体的に対応が必要になるまで行われていなかった。また、相談員は、入所時点では「これからここで生活を始める時に、最期はどうしたいかについては聴きにくい」と述べていた。

居室は4人部屋がほとんどで、前年、特別養護老人ホームでの看取り実施を想定し、看取り環境を整えるべく静養室が改築されていた。そこでは、ベッドの枕元に開閉できる棚があり、立派な仏像が安置されていた。

看護職は「ここに診療所をつくってほしいと訴えている」が、なかなか実現は難しく、医療機関との連携、及び医務室の役割を考えていくことが看取りを進める上での課題と述べていた。相談員も「この弱点は医療面です」と、嘱託医や連携病院との繋がりを持ちにくい点を課題として挙げていた。

C施設の施設長は僧侶で、平日毎朝敷地内の講堂で「勸業」や「法話」を行っていた。また、身寄りのない利用者や本人・家族の意向によっては、講堂で葬儀を行っているということであった。参与観察中にも養護老人ホーム利用者の葬儀があり、参列させていただいた。講堂では、大きな仏像の前に祭壇が設置され、養護利用者自治会からお花が供えられていた。葬儀は、荘厳な雰囲気の中、施設長による読経、参列者による焼香、故人への献花、出棺まで、利用者と職員20名程が参列して執り行われた。これらは、利用者の経済状況によってはすべて無償で行っているという。看護職が死後のケアを、相談員が祭壇の設置や納棺、葬儀会社の手配を行っていた。また、身寄りがない利用者の場合は、職員が斎場まで同行しているという。遺骨は、一旦講堂に安置して供養したのち、年2回の彼岸時に隣接する納骨堂に納骨しているとのことであった。

<D 施設>

平均要介護度は3.75で、施設における看取りの要望は増加傾向にあるという。これまでも看取りは実施してきたが、今年度、組織的な取り組みとして「看取り委員会」を発足し、他職種を交え検討を始めていた。また、職員に対する看取り教育や看取り後、それを振り返る「偲びの会」も開始したということであった。

嘱託医は複数名おり、主たる嘱託医は、調査した年度に就任したばかりで、これまでは自身が医療機関で利用者を診察する立場であったという。その時、医師として超高齢の要介護者を診て「これ以上どうしようというの？」と戸惑ったと語っていた。そのため「できるだけここ（特別養護老人ホーム）でと思う」と、施設で看取ることに肯定的であった。

D施設は、従来型特別養護老人ホームであり、構造的にはほとんどが多床室のため、看取り時には家族の意向を確認しながら、24時間家族が付き添えるよう、個室に移るなど配慮しているということであった。

<E 施設>

要介護度は平均 4.04 であり、ほとんどの利用者がここで最期を迎えていた。入所時には施設の看取り指針を提示し、施設での看取りの意向を確認しているが、その話をすると泣き出してしまう家族もいるということであった。終末期の医療処置等に対しては、同意書に署名を受け実施している。

施設内診療所があり、内科医は夜中でも死亡診断をするために来てくれるという。嚥下状態や食後の喘鳴などの重篤な変化については、介護職、看護職だけでなく、栄養士、ケアマネージャー、施設長、嘱託医などとも情報共有しながら終末期の判断が行われていた。しかし、施設長は終末期の点滴を行うべきかなどについて、職種間による見解の違いはありと述べていた。

機能訓練室兼仏間があり、仏壇にはここ 2～3 年の間に亡くなった身寄りのない利用者の写真が飾られていた。また、希望する利用者には、その場所を葬儀場として提供しており、利用者は葬儀に掛かる経済的負担が少ないというメリットがある。それでも葬儀費用の負担が難しい場合は、施設側がお別れ会を開くこともあるということであった。また、施設での葬儀の場合、利用者や職員も参列しやすく、参列することで利用者自身が自分の死をイメージしやすくなると考えられていた。さらに、「骨上げ」をする人がいない場合は、職員が斎場まで同行している。施設長によると、これには、介護職は進んで行こうとする様子はみられないという。また、身寄りのない利用者の遺骨は、別にある共同墓地や理解協力の得られている近隣の寺院に埋葬されている。

以前は、看取りのあと、施設全体で振り返りを行っていたが、現在は、看護は看護、介護は介護で振り返りを行っているという。看護主任は、職員には振り返りをして、そこから何かを学び取る姿勢を大事にしてほしいと考えていた。また、看取りに関する職員研修については、看取り経験のある介護職 1～2 名が講師となり看取り研修を行ったり、「自分の親の看取りの時に何をするか」をテーマにグループディスカッションを実施したりしていることであった。

施設長は、介護報酬の「看取り介護加算」について、「経済的にはほとんど意味ないですね」と話す一方で、看取り経験は職員にはよい教育になり、ひいては利用者及び家族の満足に繋がると考えていた。

(1) 看取り実施の要因

看取りの実施状況について、C 施設では、嘱託医が看取りに消極的であるとして、調査時は実施されていない状況であった。一方、D 施設では、就任したばかりの嘱託医が積極的な姿勢のため、組織的な取り組みとして大きく進展しようとしていた。また、E 施設は施設内診療所を備えており、終末期の医療処置にあたって医師と意見の相違はあるものの、夜間でも死亡確認に応じられる体制であった。

施設内での看取りの実施は、「医師の姿勢が多分に影響する」（三菱総合研究所 2010）とされているが、本調査結果においても、施設内での看取りは嘱託医の方針や考えにより左右

されることが示された。つまり、特別養護老人ホームにおける看取りの実践には、理解ある医師の存在が不可欠で、医療機関との連携が課題となることが確認された。

(2) 看取り実施の意義

今回の調査では、いずれの施設においても以前に比べ特別養護老人ホームでの看取りニーズが増加しており、施設で看取る必要性が認識されていた。統計から、特別養護老人ホームにおける看取りは増加傾向にあることは明らかとなっている。大西の研究では、「看取り介護加算」は看取りを促進する直接的効果は小さいものの、副次的な効果が大きいことが明らかにされている（大西 2008）。

E 施設の施設長は、「看取り介護加算」の経済的な意味はほとんどないが、看取り経験は職員にはよい教育になり、ひいては利用者及び家族の満足に繋がると考えていた。これは、大西の研究と同様の結果である。つまり、特別養護老人ホームにおける看取り実践は、職員を育成する機会となり、その効果が利用者や家族の満足に繋がると考えられる。そして、それらが特別養護老人ホームにおける看取りを促進していることが示唆された。

2) 食事介護

<A 施設>

組織的に誤嚥予防を重視し、各ユニットでは食事前に嚥下体操が実施されていた。また、嚥下障害の重い利用者には、個別に頸部や肩、唾液腺のマッサージが実施されていた。さらに、食事摂取時の体位については、言語聴覚士がアセスメントし、三角マットやクッションを使い一人ひとりに適した体位が取れるようポジショニングがなされていた。

嚥下困難を有する利用者の食事介助では、介護職は一匙ひとさじ嚥下を確認しながらゆっくり慎重に口に運び、1回の食事に1時間を要する場合もあった。

終末期における食事の介護は、家族の協力も得て、本人の好みのものを持参してもらうなど、食べたいものをだけ食べたいだけ、水分摂取も無理強いせず摂取できるだけとされていた。例えば、Fさんには餡やプリン、甘いクリームなどが提供され、Gさんの場合はきざみ食と家族が持参される副食が提供されていた。また、Gさんは、時間をかけて食べられるだけの量（1日の平均摂取量は約5割、水分は250ml程度）を摂取していた。また、FさんGさんいずれも終末期と判断されてから2ヶ月を過ぎていたが、状態が安定し、看取り期を脱しつつある状況であるということであった。

看護師は、介護職の食事介護の考え方について、「全量食べればいい、水分も多く取ればいいという考えが強く、それを美徳としているようなところがある」、さらに、それを『もういいよ』と止めるのがナースの役割になっている」と語っていた。

<B 施設>

職員が食事を口に運ぶ、全介助で摂取している利用者が非常に多く、その割合は約35%

であった。その食事形態は、ペーストあるいはゼリー状のもので、食事摂取量が少ない場合でも栄養が取れるよう、量を半分にして、高カロリー食を付けた「ハーフ食」と呼ばれる形態も多く提供されていた。

これらの利用者の多くは、一見表情の変化が乏しく、嚥下確認も難しいため、食事介助はかなり難しいと思われた。しかし、介護職は「これ（甘いもの）が好きなんです」と利用者の嗜好など個別性を把握し介助を行っていた。また、食事に時間を要する場合は、早めに介助を開始するなどの配慮がなされていた。さらに、重症者への食間の水分補給には、好みのジュースやお茶にとろみをつけたもの、市販の飲むゼリーなど利用者により様々な種類を準備し、居室をまわって介助していた。

看護師は、これらの利用者の嚥下状態について、「病院で嚥下テストを受けると、ほとんどの方が経口摂取不可になると思う」と話していた。そして、介護職は嚥下が難しくなり、何度も点滴を受けていた利用者に対しても、「アイスクリームなど食べられそうなものを一口ずつ、味を変え、時間を変え、人を変え、何度も食べてみましょうか？」と試みているという。介護職は、何としても最後まで経口摂取できるよう努力していた。それに対して看護職は、身体的な状況から「それ以上は…」と止めることもあるが、「実際この対応で何人も復活しているから、何が正しいか分からないです」と語っていた。

<C 施設>

上肢の機能低下や認知症により、食べこぼしが多い、ペースが遅いなど、部分的に介助を要する利用者が多く、全介助を要する方は少ないようであった。参与観察時、利用者の食形態は、約7割が「ペースト食」と「細きざみ食」であった。これらの食事は、外観から味や食感が想像できないとして、毎回試食分が準備され、職員は味や食感を確認してから介助できるようにになっていた。

看護職は、介護職は食事摂取が困難になっていく利用者について、食べられなくなっていくことが自然のことであることが理解できない人が多く、「自分が食べさせないと、という気持ちがあるようだ」と語っていた。そのため「無理に食べさせないで」と伝えることもあり、看取りについて介護職の研修が必要だと考えていた。一方で、介護職による食事介助によって「もうダメかな、もうダメかなという人が何度も持ち直している」と、評価もしているようであった。

<D 施設>

各利用者へ配膳するトレーの色で大まかな食形態が区別されていた。また、食事の全介助者は、定員90名中11名、12%程度と少なかったためか、他の施設と比較すると食事に掛かる時間が短いようであった。

咀嚼、嚥下障害への対応として、外観は普通食と変わらない「テリーヌ食」という形態が多く提供されていた。管理栄養士によると、その調理法は、肉や魚は圧力鍋で、野菜は重曹

で下茹でして調理しているという。そして、咀嚼や嚥下に障害がある利用者への食事について、「かつては、きざみ食やミキサー食でした。ここ 10 年くらいの変化はすごいです。便利な食材も出てきたし、見た目が劇的に変わりました」と語っていた。

D 施設では、昼食は、介護職だけでなく事務職も含め、皆同じメニューを利用者と同じ食堂で一緒にとっていた。

<E 施設>

食形態は、「普通食」、「やわらか食」、「なめらか食」に区分されており、やわらか食となめらか食が多く提供されていた。なめらか食の欠点として、すべて四角形で色がついた豆腐様で、「何を食べているか利用者が把握できない」ため、今後、「ゼリー食」も取り入れていくことを検討中であるとされていた。また、食形態を変えても、「どうしてもむせが起り、経口摂取が困難なこともある」という。

施設長は、食事に関する介護職の姿勢について、「介護職は口から食べることに美徳感を感じていることが多いが、それは自己満足かもしれない、利用者本人が一番大事であることを忘れてはいけない」と語っていた。さらに今後、終末期の食事をどう捉えていくかが課題であり、本人の意向を踏まえながら、「止めるべき時は止める」ことを、介護職のみならず他職種も含めて皆で考え検討していく必要があるとしていた。

(1) 食事介護の現状と課題

先行研究では、食事介助において、介護職は誤嚥の不安を感じつつ生命維持とのジレンマを抱えながら、創意工夫しているとされている（小浦ら 2010）。また、介護職は、利用者の命を守るという責任感から、食事介護にあたり水分や食事をできるだけとるべきという考えを持っている（全国高齢者ケア協会 2011）とされている。

今回の調査でも、どの施設においても介護職は、終末期にある利用者にも少しでも食べてもらおうと懸命に食事摂取を進めていた。また、このような介護職の食事支援により、再び利用者の状態が安定することもあることが複数の施設で認められた。しかしながら、看護職は、介護職の努力を認めつつ、利用者の状況によらず食事を進めようとする傾向に問題があるとしていた。食事に関して、介護職と看護職には、明らかに見解の違いがあった。

今後、特別養護老人ホームにおいて看取りを実施する上で、食事をどう捉えていくか、どう支援していかかが課題となると考える。また、介護職がどのような意識で食事を支援しているのか、介護職と看護職の見解の違いは何かを明らかにすることは今後の研究課題の一つとなる。

3) 経管栄養の受け入れ

<A 施設>

経管栄養については、受け入れを上限 10 名までとしており、管理が難しいという理由で、経鼻胃管による経管栄養は、受け入れていなかった。参与観察時は、胃瘻（腸ろう）栄養の利用者は上限 10 名であった。また、胃瘻造設は、まだ体力のある早目の段階で行われているということであった。

注入食（栄養剤）は、嘔吐があるなど医学的に配慮を必要とする 1 名を除き、同一の液状タイプのをイリゲーターに移して使用していた。注入回数は、基本的に朝と夕 2 回、昼食時のみ経口摂取を併用している利用者も数名いるという状況であった。

10 名中 7 名は入所前に経管栄養に移行し、すでに 5 年～7 年経過しているという。看護主任は、胃瘻の栄養の目的について、「もはや一時的なものではなく、延命となっている」と述べていた。また、家族が胃瘻造設を選択した経緯について、入院先で医師から「家で看れないのなら、施設では経鼻栄養ではなく胃瘻の方が受け入れやすいと言われ、よく分からず胃瘻造設を選択した家族が少なからずいる」と語っていた。また、その結果、「本人の病状は悪化し、後悔されている」家族もいるということであった。

<B 施設>

経管栄養の受け入れに制限は設けておらず、経管栄養の利用者は 9 名（胃瘻 6 名、経鼻胃管 3 名）であった。鼻腔胃管による経管栄養については、解剖学的理由のみならず、「利用者の体に穴を開けることに抵抗がある」という、家族の心理的負担から選択されることもあるということであった。

注入食（栄養剤）は、基本的にイリゲーターに移し変える必要のない、栄養剤と一体になったタイプが使用されていた。注入回数は 1 日 3 回、経口摂取との併用は、かつて 1 名いたとされるが、参与観察時は行っている利用者はいなかった。

<C 施設>

経管栄養の受け入れは制限しておらず、かつて胃瘻栄養の利用者は 10 名程いたこともあったそうだが、参与観察時は 1 名（入院中）のみであった。注入回数は朝と夕 2 回とされ、注入食（栄養剤）は特定のものとはせず、いろいろ試みているということであった。現在入院中の利用者の栄養剤は、パウチ容器をそのまま外袋に入れ、チューブを接続するようになっているものを使用しているということであった。

<D 施設>

胃瘻、経鼻胃管栄養とも受け入れを制限していないため、入所以前に胃瘻を造設している利用者が多く、参与観察時は胃瘻栄養 11 名、経鼻栄養 5 名（入院中の 2 名を除く）計 16 名であった。カテーテルの交換を含め、経管栄養に関する全般的な管理については、基本的に

胃瘻を造設した医療機関の指示を受けることを基本にしていた。そのため、D 施設では、多数の医療機関と連携を取り管理していた。

注入は、基本的に朝と夕 1 日 2 回、半固形タイプ栄養剤を数分掛けて直接注入していた。また、栄養剤注入の 30 分前には消化管の蠕動を促す目的で水分を注入し、かつ昼は水分のみを注入していた。半固形栄養剤の急速な注入によって嘔吐がみられるなど、それが適応しないケースや経鼻胃管栄養の場合には、液状タイプなど、個々の利用者に応じ数種類の栄養剤を、様々な注入方法で実施されていた。一方、経口摂取を併用している利用者はいなかった。

経管栄養を受けている利用者で会話が可能な方が数名おられた。中でも H さんは、重度の認知症があり、「イタイ、イタイ」など大きな声を出されていた。H さんは、嚥下困難のため入院し、そこで行われた嚥下検査の結果経口摂取は困難と診断されたという。そして、家族により経鼻胃管による経管栄養が選択され、D 施設に戻ってこられたとのことであった。H さんは、栄養剤注入中、チューブの自己抜去を防ぐため手にミトンを着用され、そのミトンはベッド柵に結ばれていた。この状況について、職員は、家族の意向は優先されるべきであると理解しつつも、複雑な思いを抱いていた。

I 嘱託医は、経口摂取が困難になった高齢者への経管栄養の適応について、「本人は喜んでいないと思う。(利用者の) 尊厳死といつまでも生きていてほしい家族。(その時点では) ご本人は分からない人が多い、(そのため、現状は) 家族の意思で動いているから」。また、「家族も(見送る) 覚悟が必要」だし、今後「本人が元気な間に(終わりについて) 話しておくこと、本人の意思をいかにつかんでおくか」が課題だと述べていた。

J 嘱託医は、医療でも介護でも「現状においては食べられなくなっても放置できない」として、「まず法律、制度の整備が必要でしょう」と、現状の問題を指摘していた。

<E 施設>

胃瘻栄養の利用者は 2 名であった。うち 1 名は、3 年前入所している時に胃瘻を造設したが、その後嚥下テストの結果、経口摂取可能であったため、現在は 3 食とも経口摂取し、水分のみ胃瘻から注入しているということであった。もう 1 名は調査時、入院中であったが、栄養剤の逆流による誤嚥性肺炎の危険が高いため、半固形タイプの栄養剤を使用していたということであった。

また、経管栄養受け入れの上限は定めておらず、以前は経鼻胃管栄養の利用者も含め 10 名以上受け入れていたこともあるが、すべてを受け入れているわけでもなく、その都度職員で検討しているということであった。施設長によると、現在も「胃瘻でも入所できるか」という問い合わせはあるが、胃瘻栄養に関しては、最近急速に減少しているという。その理由について、「厚労省や医者が勧めなくなったからでは」と語っていた。

(1) 経管栄養の受け入れの現状

経管栄養を受け入れていない施設は無かったが、管理上、受け入れの上限を設けているところが1ヶ所あり、経管栄養を受けている利用者数は、以下の通りであった(表4)。0~11名と差異があり、受け入れに制限を設けているところの方が多という結果であった。一方、最近経管栄養は急速に減少していると認識している施設もあり、胃瘻造設に慎重であるべきという動向、地域性等の要因があることが推察される。

また、経鼻胃管栄養の利用者もあり、その選択は解剖学的理由だけでなく、家族の胃瘻造設に対する心理的負担を避ける目的があること、また、胃瘻造設は、体力のある早目の段階で行われていることがわかった。

表4. 経管栄養の受け入れ状況

	制限	受け入れ人数	
		胃瘻・腸瘻	経鼻胃管
A	あり:10名	10	受け入れせず
B	なし	6	3
C	なし	0	0
D	なし	11	5
E	なし	2	0

3 摂食嚥下障害への対応と課題

いずれの調査先においても、利用者の重度化が認識されていた。C施設では、平均介護度の上昇について、「数字的にはたった0.6（の上昇）なんですけれど、実際かなり重度化していると思います」と数値上ではわずかな上昇にみられるが、介護負担感が強く増したと感じられていた。また、摂食嚥下障害に対応する食形態は、ペースト食、細きざみ食、テリース食、やわらか食、なめらか食等施設によって名称が異なる様々な形状のものがあつた。いずれにせよ、普通食よりも、全体的にこのような食事形態のものが多く提供されていたことから、摂食嚥下障害を有する利用者が多いと推察された。また、終末期に至る過程においては、徐々に摂食嚥下が難しくなる、食事摂取量が減少するなどの状況が認められ、そのため食形態を変える、食事時間を変えるなど様々な対応がなされていた。

大越によると、摂食嚥下障害に対応した食事形態は、1988年に特別養護老人ホーム潤生園で開発された「介護食」が専門雑誌『臨床栄養』で紹介され注目が集まった、とされている。そして、これ以降、各々病院や施設で独自に、「摂食嚥下障害者のためにトロミをつけたり、煮込んでやわらかくするなど工夫された食事が、「介護食」「嚥下食」「ソフト食」「やわらか食」など様々な名称で開発、提案されてきたとしている（大越2008）。しかし、これでは、病院から施設・在宅へ移行するなどの際、摂食嚥下障害を有する当事者のみならず、関係者の不利益になっているとして、日本摂食嚥下リハビリテーション学会は、『日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013』を発表している（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会2013）。

摂食嚥下障害を有する利用者が増加しているなか、管理栄養士や栄養士は、利用者が安全でかつ食が進むよう積極的に食事形態を工夫していた。また、嚥下状態や食後の喘鳴などの重篤な変化については、介護職、看護職だけでなく、栄養士も情報共有しながら終末期の判断に加わっていることがわかつた。

言語聴覚士を配置している特別養護老人ホームは1カ所のみであつた。食事摂取に適したポジショニングを行うなど専門的な視点での支援を行っていた。生活を支援する特別養護老人ホームにおいては、摂食嚥下に関する検査を受けるなど、専門的な判断はなされていないのが現状であつた。栗田ら（2012）は、特別養護老人ホームの常勤医の立場から、これまで実施してきた看取りケアの1つとして、言語聴覚士による「病態に応じた摂取・嚥下能力の調節」を挙げている。現在の制度において摂食嚥下障害に関する専門職は特別養護老人ホームの配置基準にはない。しかし、誤嚥を繰り返す危険を伴う利用者が増加しており、摂食嚥下障害を適格にアセスメントできる専門職の配置を検討すべきだと指摘している（栗田・品川・小谷・ほか2012）。

第4章 高齢者を看取る過程における介護福祉士の意識の変容

1 研究の結果

1) 調査対象者の概要

調査対象者は、特別養護老人ホームに勤務する介護福祉士17名、うち女性13名、男性4名である。年齢は26～58歳、平均38.5歳であった。また、経験年数は3年～24年、平均は11年であった(表5)。

インタビュー時間は約1人40分～80分であった。調査期間は、2012年12月～2013年12月である。インタビューに際しては、対象者に許可を得てインタビュー内容を録音した。

表5. 調査対象者の概要

対象者	年齢	性別	経験年数	略歴	勤務地
A	27	男性	5年	大学で介護福祉士資格取得/特別養護老人ホーム(ユニット型)に勤務	A府
B	28	男性	5年	大学で介護福祉士資格取得/特別養護老人ホーム(ユニット型)に勤務	A府
C	55	女性	17年	高校卒業後、別の仕事/実務経験を経て介護福祉士資格取得/特別養護老人ホーム(ユニット型)で勤務	B県
D	41	女性	6年	高校卒業後、別の仕事/実務経験を経て介護福祉士資格取得/介護老人保健施設を経て特別養護老人ホーム(ユニット型)で勤務	B県
E	41	女性	20年	短大専攻科で介護福祉士の資格取得/特別養護老人ホーム(従来型)で勤務	B県
F	30	女性	8年	短大で介護福祉士資格取得/介護老人保健施設を経て特別養護老人ホーム(従来型)で勤務	B県
G	43	女性	24年	短大で幼児教育と保育の免許を取得/介護福祉士は実務経験を経て取得/特別養護老人ホーム(従来型)に勤務/介護主任	B県
H	56	女性	13年	短大中退/子育てが一段落し、介護職に就く/実務経験を経て介護福祉士資格取得/特別養護老人ホーム(従来型)や通所介護に勤務	C県
I	30	女性	9年	短大で介護福祉士資格取得/養護老人ホームを経て特別養護老人ホーム(従来型)で勤務	C県
J	58	女性	19年	高校を卒業後、障害者施設で数年勤務/実務経験を経て介護福祉士資格取得/デイサービスや養護老人ホーム、特別養護老人ホームで勤務	C県
K	40	女性	18年	短大で幼児教育の資格取得/卒業後は特別養護老人ホーム(従来型)に就職/実務経験を経て介護福祉士資格取得	D県
L	38	女性	13年	短大で養護教諭の免許を取得/実務経験を経て介護福祉士資格取得/在宅部門などさまざまな現場を経て特別養護老人ホーム(従来型)に勤務	D県
M	50	女性	12年	短大で幼児教育を専攻/卒業後は金融関係の職に就く/実務経験を経て介護福祉士資格取得10年数年前より特別養護老人ホーム(従来型)に勤務	D県
N	33	男性	8年	大学卒業後介護福祉士養成校で資格取得/特別養護老人ホーム(従来型)に勤務	A府
O	32	女性	3年	高校卒業後、別の仕事/介護福祉士養成校で資格取得/特別養護老人ホーム(従来型)に勤務	A府
P	26	男性	4年	大学で介護福祉士資格取得/特別養護老人ホーム(ユニット型)に勤務	C県
Q	26	女性	4年	大学で介護福祉士資格取得/特別養護老人ホーム(ユニット型)に勤務	A府

2) 分析方法

佐藤の質的データ分析方法を参考に、質的分析ソフト MAXqda を使用し、内容のコード化およびカテゴリー生成を行った（佐藤 2008a；佐藤 2008b）。

具体的には、録音した音声データから逐語録を作成し、調査対象者が終末期にある要介護高齢者の介護にあたり何を目指し介護しているのか、嚥下が難しくなっている利用者への介護内容やその思い、死が迫っている利用者への思いなど、看取り介護を行う介護福祉士の意識に着目し、コード化を進めた。オープン・コーディングから、焦点的コーディングという手順に進めた。その際、コードとコードの間、コードとサブカテゴリーの間などの関係について、継続して比較した。

3) 生成されたカテゴリーとその全貌

特別養護老人ホームにおいて看取りを経験したことのある介護福祉士の語りを分析した結果、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識の変容は、【命を繋ぎとめる】【苦痛なく安らかに】【看取り介護への不安】【看取り介護における倫理的葛藤】【看取り介護の振り返り】【誇りとやりがい】【その人らしい生の終焉】【仕事を超えた特別な関係】【経管栄養への複雑な思い】の9つのカテゴリーで全容を説明することができた。

またこれらの中に、＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞＜前向きな看取り介護＞の2つの局面があることを導いた。

＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞の局面において、介護福祉士は何よりもまず利用者の【命を繋ぎとめる】ことを目指して介護していた。一方では、徐々に生命力が低下しつつある利用者が【苦痛なく安らかに】逝くことを願い介護していた。さらに他方では、食事介助の危険性や急変への対応など【看取り介護への不安】を感じていた。実際には、これらは複雑に絡み合い【看取り介護における倫理的な葛藤】が生じていた。

この葛藤は、利用者の【看取り介護の振り返り】を経て、積極的に【その人らしい生の終焉】を支援することを指向するようになっていた。また、介護実践そのものに対して【誇りとやりがい】を見出すことにも繋がっていると考えられた。ここから＜前向きな看取り介護＞の局面に至っていることが示された。

また、上記のようなプロセスは、介護福祉士と要介護高齢者との関係を【仕事を超えた特別な関係】へと深めることに繋がっていると考えられた。

一方、要介護高齢者が終末期の過程において、栄養摂取の方法が経口摂取から経管栄養に変更された場合、介護福祉士は【経管栄養への複雑な思い】を抱くこととなり、それまでに構築された【仕事を超えた特別な関係】にゆらぎが生じ、同時に＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞から解放されることが示唆された。

以下、要介護高齢者の看取り介護を実践する介護福祉士の意識の変容について、9つのカ

テゴリーについて、各々の内容をストーリーラインに沿って詳述する。また、カテゴリーを導く基となった調査対象者の語りについて、その最も特徴的なものを挙げ、記述していくこととする。

なお本論では、局面は< >、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは<< >>, コード[], 語りは「 」で表記する。また、調査対象者の語りの方言については、意味内容が変化しないよう一部言葉を置き換え表記することとする。

2 看取り介護意識の詳細

1) <生命と尊厳と職責の間の葛藤>

(1) 【命を繋ぎとめる】

介護福祉士は、その経験知から「食べるのが根本」という考えをもっていた。また、日々の介護を通して、利用者の「生命力の低下」から、残された時間が短いことを認識し、嚥下が難しくなると「誤嚥性肺炎を防ぐ」よう努めつつ、可能な限り栄養補給ができるよう「柔軟な食事介護」を行っていた。また、そのためには職員間の「情報共有・連携が大切」と考えていた。つまり、介護福祉士は何よりもまず利用者の【命を繋ぎとめる】ことを目指して介護しているということが示された。

表 6. 【命を繋ぎとめる】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
命を繋ぎとめる	食べるのが根本	食べられるうちは大丈夫
		生きるために食べなければ
	生命力の低下	嚥下が悪く食事摂取量が減少
		目力や意欲の低下
		出来ていた動作が難しくなる
		覚醒が悪く反応も低下
		顔色などいつもと何か違う
	誤嚥性肺炎を防ぐ	食事形態の適応を探る
		食べられるかどうか慎重に
		ムセたら食事は中止
		先輩や他職種からの学び
		口腔ケアの実施
	柔軟な食事介護	栄養補助食品を追加
		好みのものを提供
		食事の時間をずらし何度でも
		食事や水分は1日の総量で判断
	情報共有・連携が大切	職員間で詳細な情報共有
看護師ら医療との連携		

①「食べるのが根本」

特別養護老人ホームにおいて要介護高齢者の看取りを実践してきた介護福祉士は、経験知として「食べられるうちは大丈夫」と認識し、そのため「生きるために食べなければ」という信念をもち、食事量が確保できるよう積極的に介護していた。ここから「食べるのが根本」を導いた。

B氏「もう、あの、自分まあ、いままでの利用者さんみさせていただいてきて、食べられているうちは

元気っていうのが、すごい自分の中であります。とにかく口から食べてもらいたい、まあ、飲んでもらいたいっていう、そこがもう、譲れへんってところがあります。前の職場でその看取りさせてもらった時も、食べれなくなったらもう数日で逝かれたっていう方が…」

E氏「食べれる間は元気でいられる、という頭があるのかなとは思いますが。はい、少しでも食べて欲しいという気持ちが強いのかなって思います」

H氏「口から食べれる、一口でも二口でも食べれるようになると、やはりその力は出てくるのかなって思いますね。あの、口から食べるって大事だなってつくづく思います」

②《生命力の低下》

上記のように《食べることを根本》とする信念に反して、要介護高齢者の多くは、死に至る経過において、[嚥下が悪く食事摂取量が減少]する時が訪れる。それに伴い、[目力や意欲の低下]が認められ、それまで[出来ていた動作が難しくなる]。さらに[覚醒が悪く反応も低下]し、[顔色などいつもと何か違う]ことなどにより《生命力の低下》を認識していた。

I氏「その目であるとか、嚥下の状態であるとか、(認知症の方が発する)「あー」って言う声が少なくなってきたとか、そういうところですね」

Q氏「体の傾きとか、その身体的になんか明らかにこう落ちてきているとか、あのでも食事がほぼ多いですかね。あの一座れてたのがもう急に座れなくなったり」

H氏「目の力の強さであったりとか。やっぱり、あのすごく何となくっていうのか、そういうのは」

M氏「やっぱり、日頃の生活の中で、声掛けしても反応がだんだんだんだん鈍くなってきたりとか」

③《誤嚥性肺炎を防ぐ》

摂食嚥下が難しくなってきた利用者に対しては、まず状態を見極めつつ[食事形態の適応を探る]ことで誤嚥を防ぐようにしていた。そして、毎回の食事介助においては、[食べられるかどうか慎重に]観察しながら介助していた。また、原則として[ムセたら食事は中止]すべきであるという考えをもっていた。

組織的に誤嚥性肺炎を防止すべく、経験の浅い職員が、[先輩や他職種からの学び]を得る機会を設けたり、気軽に相談できるようにしていた。一方、[口腔ケアの実施]は、誤嚥性肺炎の予防策として取り入れられていた。これらのことから、利用者の嚥下が難しくなってきた段階においては、食事量を確保することと同時に《誤嚥性肺炎を防ぐ》ことを指向していることが示された。

M氏「もう嚥下が出来なくて、これ絶対口の中に残ってるっていう、状態がもう、一つひとつ落ちてきたって思う時には、一つひとつ、確認しながら。だから、状態の観察、様子観察もちょっと細かくはなっています」

I氏「一番最初はその、まあ、きざみで出してみても、そっからどうしていこう、もうちょっと食べれそうやなとか、あこれでもやっぱムセられるわ、もうちょっとペーストの方に落としてみようかって」

いう」

P氏「もうちょっとムセたら止めるっていうのが（職場の）ルールで決まってる、うんやっぱり誤嚥性とか、やっぱりこの人がやったからなったとかっていうね、後々そうになったらよくないので、それはもう止めるっていうふうに」

D氏「やっぱ、上の人と普通に話せる、というか他の職種の人と。前のところはもう看護婦さん、介護士、栄養士ってもうバラバラやったんですよ、ご飯食べよるところに栄養士さんが見に来てくれるなんてこともなかったし、栄養士さんとなんか話したことなんてほとんどないような状態やったんが、いろんなところで話す機会があったり」

H氏「まあ、でも最近誤嚥は、やっぱ口腔ケアが徹底してきたせいもあって、無いことはないですけど、減ってると思います。今までは、そのただティッシュで拭き取るとかそういう感じやったんですけど、口腔内のケアでだいぶ誤嚥が変わってきますし」

④《柔軟な食事介護》

食事摂取量の減少に対して、通常の食事や食間に〔栄養補助食品を追加〕をしたり、本人の〔好みのものを提供〕したり、通常の食事時間に食べられなくとも〔食事の時間をずらし何度でも〕提供するなど、少しでも栄養が確保できるよう、時間も労も掛けて個別に対応していた。また、毎回の食事量に拘らないよう〔食事や水分は1日の総量で判断〕するとしており、この段階においては《柔軟な食事介護》を行っていることが示された。

M氏「食事の量が少ないと思ったら、間で高栄養のゼリーとか、あのジュースとか、高栄養のジュースとかを取っていただいたりとか、はするようにはしますけれども」

H氏「それでも好きなお酒なら垂直（吸い飲み）でそのまま飲める人とかね。で、あのやっぱ人間って不思議やなって。その普段お粥さん食べてる人が、お寿司やったらそのほんとにその、バラ寿司とかちらし寿司やったらそのまま普通食状態で食べれるとか」

D氏「すごくもう、細切れに、目が開いてる時目が開いてる時に、他の仕事をほっといてでも、おいといてでも、水分いきましょう、っていう状態やった」

K氏「えーっと食事量がとれなくても、朝昼晩でトータルで、それを完璧に全量摂取することがいい事じゃなくて、私たちも食べたくない時とかもあるんで」

⑤《情報共有・連携が大切》

終末期にある利用者の介護においては、日々の食事や排泄の状況など〔職員間で詳細な情報共有〕が大切であり、〔看護師ら医療との連携〕が不可欠であると認識していた。これらのコードから、《情報共有・連携が大切》を導いた。

F氏「あ、でもこの人こうやったら食べるんよっていう、新しい情報っていうのも、加えることができるので、やっぱ、そういう中では、ターミナルにしても、そういう状態の人、嚥下状態が悪い人に対して、情報の共有、職員間でコミュニケーション取りもつての、情報を得ることは大切なことかなって」

N氏「その人らしさ、その人の思いを尊重して最期までっていうところあるんですけど、やっぱりターミナルになると、絶対介護職だけで対応はできなくなりますし、他職種連携であったり、ご家族の協力も必要になってくるんで、その思いとか確認とかしながら、必要なんで、より密な連携とかは、あの必要になってきますし、自分たちだけでできるっていうようなことは、もう介護職の傲慢だと思うんですよ。」

(2) 【苦痛なく安らかに】

利用者の残された時間が短いことを認識すると、【命を繋ぎとめる】ことを目指すのみならず、できるだけ「苦痛・不安がないように」日々の介護を実践し、「寂しい人生にしたいくない」という思いから、家族のような気持ちで可能な限り傍らに寄り添うようにしていた。このように、介護福祉士は、利用者が【苦痛なく安らかに】人生を終えられることを指向していた。

表 7. 【苦痛なく安らかに】を構成するサブカテゴリとコード

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
苦痛なく安らかに	苦痛・不安がないように	変化を察知すべく観察を密にする
		声を掛けながらそっと丁寧に
		傍にいて寄り添う
		少しでも体が楽なように
	寂しい人生の終わりにしたくない	一人で逝かせたくない
		家族の代わりとして
		みんなに囲まれて
		出来るだけ顔を合わせ声をかける
		多床室の賑やかな雰囲気

①「苦痛・不安がないように」

終末期にある利用者は、身体状態が不安定になってくるため、それまで以上に「変化を察知すべく観察を密にする」ことを心掛け、オムツ交換や体位変換時には、利用者にてできるだけ苦痛を与えないよう、「声を掛けながらそっと丁寧に」行うなど配慮していた。また、精神面における苦痛や不安を緩和するために、多忙な業務を縫って、可能な限り「傍にいて寄り添う」ことを重視し、「少しでも体が楽なように」と、体位を工夫するなどしていることが示された。これらのコードから「苦痛・不安がないように」を導いた。

K氏「もうちょっとあの状態が悪いなって思ったら、もう家族に連絡をして、ちょっと毎回廊下を通るたびに観察をすとか。」

C氏「あの、おむつ交換の時なんかでも、なるべくうん、いいように、そっとしてあげたりとか。」

G氏「やっぱりできるだけ一緒にいこう、傍にいてあげて、声を掛けてあげるとか、まあちょっとどっか辛そうなところがあったらこうさずってあげたりとか、なんかもう、ほんとにできるだけ一緒に時間を、過ごせたらいいのかな、やっぱりどうしても業務とかでばたばたしてるんですけど、やっぱりその中でも、こう職員が何人もいますので、交代ごうたいでもこうゆっくりと傍に寄り添ってあげられたらすごく、いいのかなと」

K氏「えーっと体、体のポジショニングとか、あとまあ、血流がねえ悪くなるので、そのクッションとか拳上してあげたりとか」

②《寂しい人生の終わりにしたくない》

介護福祉士は、死に逝く利用者を「一人で逝かせたくない」という思いをもっていた。可能ならば家族に見守られて、家族が付き添うことが難しい場合には、せめて自分が「家族の代わりとして」、親しかった人々「みんなに囲まれて」逝く、旅立つことを理想としていた。それ故に、もはや時間が残り少なくなったことを認識すると、「出来るだけ顔を合わせ声をかける」ように努めていた。これは、単に利用者への思いだけではなく、自分自身にとっても悔いが残らないようにする意味も含まれていると考えられる。

また、特別養護老人ホームが設立された年代によっては、4人部屋など多床室が基本となっているところがある。そこでは、利用者の個別性を踏まえ、「多床室の賑やかな雰囲気」で最期を迎える方がよいとの考えから、環境を変えず敢えて多床室のままで看取りを行うこともあった。これらのコードから《寂しい人生の終わりにしたくない》を導いた。

J氏「やっぱり、最期の最後はあの1人で逝かせたくない。逝かせたくないという事は、この人がこの世で生きてきた人生を、誰にも看取られないで、＜中略＞だってほんとうに、ほうとに、もうこと切れたって瞬間を、誰かに、誰かが看取ってなかったら、この人の人生なんか寂しいかなあとか。で、反対に自分にも置くんですよ、まああの元気なうちって、いいのよ1人で死んでいったらいいのよ、自分なんて誰にも看取られなくてもいいのよとって思うけれども、やっぱり寂しいかなと思います」

J氏「その人の最期ほんとの最後を、家族さんも看られない、あの連絡しても、すぐ来て下さる家族さんもいらっしゃいますけども、遠方であったり、ご都合がつかないという方もいらっしゃるの。私は家族の代わりになって、その人の最後をね」

F氏「自然な形で、管なんかをつけるんじゃないで、もう家族に手握ってもらいながら、それがまあ家だったらもっとええんだらうけれど、こういう施設であっても、みんなに囲まれて」

D氏「もう、できるこというたら、とにかく常に顔を見に行くとか、声を掛けに行く、ことはするようにはするんです。まあ、普段からすればいいんですけど、なかなかバタバタしてできなかったりするんですけど、とりあえず仕事に来たら、『来たよー』、帰る時は『帰るねー』みたいな感じで。なるべく顔を見にはいくようにはしてるかな、ターミナルの方には。いつ、いつかもわからないから、やっぱり、うん。」

H氏「で、夜間オムツ交換であったりとか、とつかえひつかえその職員の声であったり、利用者さんとの関わりの声であったり。そういうのを聞いている方がいい人なのか、それともそのまま看取りやからって、その静養室、その一家族さんが頻繁に来られる利用者さんなら、そちらも良いと思うんですけども。ただ、私らがその巡回みたいに、そのまあ、事務的とは言わないんですけど、観に行くと『あつ大丈夫』ほんでまた現場戻るといふよりも、むしろその4人部屋で今まで過ごされた音であったりとか、臭いであったりとか、声であったりとかっていうのを聞きながらの方がいいんじゃないかと」

(3) 【看取り介護への不安】

終末期にある要介護高齢者の嚥下障害の見極めは難しく、食事介助を通して誤嚥のリスクが高まっていることを感じ取り、《食事介助の危険性》を認識していた。また、この段階においては、自ら異変を訴えることが難しい利用者が多い中、《急変に対応できるか不安》であるとしていた。つまり、介護福祉士は、このような【看取り介護への不安】を感じている。

表 8. 【看取り介護への不安】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看取り介護への不安	食事介助の危険性	誤嚥・窒息が怖い
		どの人も状態が違う
		他職種に判断を委ねる
	急変に対応できるか不安	いつ何が起こるか分からない
		異変に気づけず亡くなっていたら
		きちんと対応できるか不安

①《食事介助の危険性》

要介護高齢者の看取り介護において、食事の問題は避けることができない。介護福祉士は、誤嚥のリスクが高いことを認識し、[誤嚥・窒息が怖い]と不安を抱えながらも、生命を繋ぎとめるため、できるだけ経口摂取を進めようとする傾向にあった。また、嚥下障害の現れ方は多様で、[どの人も状態が違う]ため、見極めには経験知を要するとされていた。そのため、経験の浅い介護福祉士は自らの判断に自信が持てず、[他職種に判断を委ねる]ことで安心するという一面もあった。これらのコードから《食事介助の危険性》を導き出した。

A氏「もし自分がそういう介助やってて、もしなんかあった時、自分の時になんかあったときについていう、ちょっとした怖さは、怖さっていうか、もしそれで亡くなってしまったとき、だいぶ落ち込んだりっていうのは、あるかもしれないですけども」

F氏「どうしようって、今どうしようかなくて、口のなか入ってるんかなと、飲み込めてないんじゃないだろうとか、あります。やっぱね、人形じゃないので、こう決まったロボットではないので、もうどの人も状態が違うから、どんなに年数重ねてもねえ、その人のねえ一番悪い状態が、今までおった（他の）人と同じとは限らない」

A氏「自分はまあ、もう逃げかもしれないですけど、専門職さんに相談して、栄養士さんとかナースに相談して、どうしましょうっていうので、相談して、んー、決めるというか、『しかたないかなあ』っていうのを一言言ってくれたら、もう無理には、いかんでいいかなっていうふうになんかちょっと思っ

②《急変に対応できるか不安》

終末期にある利用者は、身体状態が不安定で、自ら異変を訴えることが難しいとなると、[いつ何が起るかわからない] 状況にあると、介護福祉士は感じていた。特に、看護師が不在となる夜間帯においては、[異変に気づけず亡くなっていたら] という思いなどから、不安が強くなっていた。そもそも特別養護老人ホームは、生活施設であるが故に医療の専門職が少ない。このような中で介護福祉士は、急変にひやひやしながら、もしもの時に [きちんと対応できるか不安] を感じていた。これらのコードより《急変に対応できるか不安》を導き出した。

D氏「静かに寝られる方なんかはちょっと、こう、触ってみたりして、アハ、何か起こしちゃったかなあとか。呼吸状態一番怖いですよ。朝起きて行ったら亡くなるとったとかいうのがあったらやっぱり怖いから。」

M氏「その急に、すぐ、まあお亡くなりになるとか、そういうんじゃないんですけれど、以前すごいあのからだ健康で、病院もかかったことがないぐらいの方やっただけに、急な変化っていうのが怖いなって思っ。」

L氏「その時の対応をやっぱりその、看護師さんとかじゃないから、知識がまあそこまで、まあねえ十分でない部分があっ。いざその場面、緊急な場面に直面した時にその、(自分の)動きが不安だから病院に行ってほしいっていう、職員もやっぱり、中にはいるんじゃないかなあ、とは。んー、何か自分の時には当たってほしくないとかっていう、そのヘンの葛藤は、実際やっぱり、夜勤なんかしてる職員は、日中だったら皆がいるから、私も夜勤の時だと、ほんとにもう自分に掛かってくるって思った時に、その辺でたぶん不安は、もってるんじゃないかなあ」

(4) 【看取り介護における倫理的葛藤】

終末期ケアの意思決定について、利用者本人が意向を表明することが難しいため、家族が行うことが多い。しかし、その家族と利用者の関係は様々であり、家族によって温度差が強いため、介護福祉士は、《本人の意向と家族の意向》の間で葛藤を覚えていた。また、【命を繋ぎとめる】ために《栄養の確保は絶対だが》、食事自体が心身の負担となっていること、食事の目的が栄養摂取に偏っていくことを感じ取っていた。一方で、命を預かる責任や自分の食事介助技術への自信のなさなどから《簡単に食事を止めることができない》状況となっていた。これらは、介護福祉士の【看取り介護における倫理的葛藤】であるといえる。

表 9. 【看取り介護における倫理的葛藤】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看取り介護における倫理的葛藤	本人の意向と家族の意向	今の本人の意向がわからない
		家族さんの声が強い
		家族の温度差
		多様な家族の意向
	栄養の確保は絶対だが	無理強いしているかもしれない
		むしろ負担になっているのでは
		食事といえるのか
	簡単に食事を止めることができない	命を預かる責任
		介護職のエゴかもしれない
		技術不足の可能性

①《本人の意向と家族の意向》

要介護高齢者の看取り介護において最も悩ましいことは、認知症などにより比較的早い段階から終末期の医療やケアに関する本人の意向を聞くことが難しいことである。仮に、表明できる時に、意向を聴き取ることができていたとしても、[今の本人の意向がわからない]と、悩みの種の一つになっていた。そのため、実際的意思決定は家族によることとなり、[家族さんの声が強い]と認識していた。

また、家族と利用者本人との関係性は様々で[家族の温度差]が強く、[多様な家族の意向]があり、介護福祉士はその間で葛藤を感じていることが示された。これらのコードより《本人の意向と家族の意向》を導いた。

○氏「ほんとに最期の最後では、本人の意思っていうものも見えなく、見えにくくなってきて、で、過去の生活歴であったり、そういうものから推測したり、出来るだけって思うけど、ほんとにそこに正解があるのかっていう、迷いもありますし。〈中略〉今、言語での意思表示が出来なくなった時にその人は何を考えてるんやろうって、お元気な頃にそういう話をしたとしても迷いがあるし」

Ｍ氏「あの、でもそれをご家族さんがもう『いや危ないからもういいです』って言われたら、それを無理強いはやっぱり、うん、出来ない。その葛藤はありますよね。」

K氏「まあ家族さんにもよるんですけど、『体調が悪かったらすぐ電話下さい』という家族さんもおったり、まあ『(息を引き取る) ぎりぎりでもいいです』っていう家族さんもおったりとか」

F氏「それでも生きてもらいたいって願いで、胃瘻や鼻腔(栄養を)される家族。でも、何もしなくてもいい、やっぱり口からの方がいいので、そんな傷つけるようなことはしてもらいたくないっていう家族だっておるし」

②<<栄養の確保は絶対だが>>

本人の意向がわからない状況の中、介護福祉士は、生命を維持するためにあらゆる方法を駆使して経口摂取を試みる。しかし、食事介助をしながら、もう本人は欲しくないと思っているのに、[無理強いしているかもしれない]と感じるようになる。また、終末期にあってもそれまでと同じ量の食事・水分が提供されていることに、これは本人の[むしろ負担になっているのでは]と思うようになっていた。つまり、次第にその目的が単に栄養補給に偏っていくことに、これは[食事といえるのか]と疑問を抱くようになっていた。これらのコードより<<栄養の確保は絶対だが>>を導いた。

J氏「だけど、その人のなかにね、『もういい、いらぬ』とか、『寝かして寝かして』とかって言葉が出てくるってことは、本人にとっては食べることの苦痛とか、起きていることの苦痛の方が、食べることよりも強く出てるんだらうなって、それを認めてあげるのも、あのケアの1つなのかなと思いますけれど。」

D氏「それでもやっぱ、食べ終わった後でウーとか、言われたりしたら、ハハあーやっぱり食べすぎよねとか、ちょっと思ったりもするかな。結局なんか、同じ量を、ですよね、他の方とも、」

A氏「急に口開けてくれはらへんようになりまして、で受診とかしたけど、原因とかわからず、それ以降の落ち方が激しい感じかな。今はあの歯がけっこう残っていて、歯の隙間からペースト食を福祉用具を使って、で、嚥下咀嚼に関してはできるけれど、口を開けてくれはらへんっていうので、ん、歯の隙間から食事して、食べてもらっているっていう形にはしてますけれど...」

③<<簡単に食事を止めることができない>>

先に述べたように、介護福祉士は、利用者の命を繋ぎとめるために可能限り経口摂取を進めるのだが、それは[命を預かる責任]を自覚しているためでもあり、そこには責任の重さからくる自己保身も含まれていると考えられる。また、経口摂取に拘っていることについて、[介護職のエゴかもしれない]とも感じていた。さらに、食事が取れないのは自らの技術が未熟なためではないかという、[技術不足の可能性]も否定できず、<<簡単に食事を止めることができない>>状況となっていることが示された。

D氏「私らはこんだけの栄養をっていわれたら、それ(食べられないこと)を「いいよいいよ」とは言えない。そのせいで亡くなったとか、やっぱねえ、自分の責任になってしまうような気がして」

L氏「『食べたくない』って言うてるのを、頑張りましょうっていう声掛けっていうのもヘンですけど、でもなんか、食べてほしいがために、押しつけではないんですけど、ああいうのはちょっと葛藤。」

ほんまに食べたくないだったらもう、食べなくてもいいのかなって、そこは職員の考え方にもよるとは思うんですけど。それでも、一口でもって、でもほんとにその方は欲しくないって、言った時なんかには、どちらがいいのか、とは思いますが」

I氏「でもそれがもう、だんだん食べれなくなってきて、やっぱ点滴とご飯と、点滴とご飯で、だんだんだんだんやっぱ点滴点滴点滴って、やっぱなっていってしまうんですけど。ん、できるだけ、ん、っていう気持ちはありますね。それをどこで、介護職がもう折れるかの話なんですけど。だからちょっと、職員のエゴとかそういうなんも、ちょっとやっぱ入ってきてるとは思います」

E氏「自分の時だけ食べれないのではないかと、なんか自分の方法が悪いんでないかとか、悩まれる方も。みんな上手に介助しているのに、とかよく聞きます。はい。ベテランさんとかは、スムーズに介助するので」

2) <前向きな看取り介護>

(1) 【看取り介護の振り返り】

介護福祉士は、利用者を看取り終えたあと、亡くなった《利用者への思いを深める》ことを通して、《固有の生涯を労う》気持ちから、亡くなった利用者の人生の意味を考え、その尊厳を再認識していた。つまり、それは、利用者との比較的長いそれまでの《関わりや介護の見直し》を行い、その反省から得られた学びを具体的に次の介護に生かそうという思いに発展していた。これらから、【看取り介護の振り返り】を導いた。

表 10. 【看取り介護の振り返り】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看取り介護の振り返り	利用者への思いを深める	最初はただ悲しくて
		一人ひとり固有の人生・命
		看取りが利用者への思いを深める
		利用者の尊厳を再認識する
	固有の生涯を労う	皆さん頑張っていると思う
		家族でなくてごめんね
		ここでも幸せだったのか
		長くなってしんどかったかもしれない
	関わりや介護の見直し	思いを汲み取れていたのか
		もつとやれることがあったかもしれない
		経験を次のケアに生かす

②《利用者への思いを深める》

利用者の死そのものについて、[最初はただ悲しくて]涙が止まらなかったという。そして、亡くなった利用者と自分がどう関わってきたのかを振り返ることで、その死を身近に引き寄せて考えられるようになり、[一人ひとり固有の人生・命]と受け止めることができるようになっていく。これらのことから、[看取りが利用者への思いを深める]ことになっていることが推察された。また、葬送儀式への参加などは、改めて利用者の人生全体を見つめる機会となり、[利用者の尊厳を再認識する]ことに繋がっていた。《利用者への思いを深める》はこれらのコードから導き出した。

M氏「最初の3人ぐらいはもうその都度その都度涙が溢れてたんですけども、4人か5人目の時に涙が出なくなった自分でもびっくりしたことは覚えています。最初の3人までは、ほんとにその都度その都度涙が出て…止まらなかったんです」

K氏「例えばもう死に対してショックが無くなったりとか、あのもうこれが職業病か、『あー亡くなったわ』っていうのではなくて、やっぱりあの一つの命とゆうか、この人の、人生は良かったんかっていうのは、やっぱり大事なな一っていう」

J氏「最期の最後に目から涙が出てる方もいらっしやるし…んーだから、そこを迎えるまでの自分が、

利用者さんにどう接したかっていう思いが、こうずっとあると、もうやっぱり、自分の親のよう
とか、祖母のようとか、いう思いで、なっていくますよね」

K氏「お葬式にも参列しているんです。参列することで、あの介護はさせてもらっているっていう、こ
んな（大勢が）1人の人を取り巻いている。その1人の大切な人を、えーっと私たちはお世話をさ
してもらっているというのが、とても実感できる場所なんで、すごくあの御葬式の場所は意識が高
まるというか、はい。」

②《固有の生涯を労う》

それまで関わってきた利用者の最期の姿に向き合って、[皆さん頑張っていると思う]と、
遡ってその人生を労う思いをもっていた。

特別養護老人ホームにおいては、様々な理由で家族との関係が良好ではないケースは稀
ではない。最期はおそらく家族に看取られたいという本人の思いを汲み取り、家族に見送ら
れることができなかつた場合、[家族でなくてごめんね]という気持ちをもっていた。ま
また、人生の最期を特別養護老人ホームで終えることについて、[ここでも幸せだったのか]
と感じていた。また、本人の意思ではなく、何らかの延命処置が施された場合には、[長
くなってしんどかったかもしれない]と、その苦痛を慮って労う気持ちをもっていた。これら
のコードから《固有の生涯を労う》を導いた。

E氏「お疲れさんって、最後はみなさんに…たぶん最期はみなさん頑張っていると思うんです。はい、
はい。」

E氏「家族でなくてごめんね、と思いながら。はは。家族さんいらしてくれとったらいいんですけど、
はい。変わりはできないけれど、私でごめんね、いうて」

G氏「まあ穏やかにというか、やっぱりこう静かに、こうだんだんっていうか、まあ、んー、穏やか
な顔されてたら、亡くなった時に穏やかな顔されてたら、まあ、ここでも少しは幸せだったのか
なあと、いう感じはありますよね」

F氏「やっぱねえ、なんか、ほんとは、たぶんずっと逝きたかったらうなっていう方でも、やっ
ぱ、ねえ、家族の思いだったり。酸素とか、上げていたりはするんですけど、やっぱ、状態
がほんとに落ちてくると、酸素いって、長い、ちょっとでも長くなったことがしんどかったかも
しれんよね、とか」

③《関わりや介護の見直し》

看取り終えて、亡くなった利用者とのそれまでの関わりや、提供した介護内容を思い起こ
し、その[思いを汲み取れていたのか]、[もっとやれることがあったかもしれない]と反省
し、それを具体的に[経験を次の介護に生かす]としていた。つまり、今ある利用者の日々
の介護に、看取りから得た学びをフィードバックしていた。これらのコードから《関わりや
介護の見直し》を導いた。

H氏「だからこの人がその、食事に関して一匙食べることで、まあその1日命が長らえたとしたら、こ

の人はそれを望んでるんだろうか？ でも、介護職の現場として私たちは、食事介助をすることがプロだからとか、その全体を、そのターミナルってこの人の人生観までを私は背負てる（背負うことができています）だろうとか、なんかすごく自分の仕事に矛盾を感じます。」

D氏「でもやっぱこれでよかったのかなって思うんです、最期がこういう状態でよかったのかなって思うこともあるかな？ なんか、もっと他にしたかったことがあったとか、胃瘻さんなんか特になんか食べたかったとかあったのかなとか、まあそれはねえ、もう医療的に無理なんだけど、なんか、なんか方法があったかな、外出したかったかなとか」

M氏「ほんとにターミナルだから丁寧にするんじゃなくて、日頃のケアで、オシメ交換なりなんなりをちょっと丁寧にしていこうっていうのは、心掛けています。」

(2) 【誇りとやりがい】

介護福祉士は、《食事介助方法の熟練》には実践が必須であると認識していた。利用者がその熟練した技術により、終末期であっても再び状態が安定することもあるという経験を経て、《食事介護に自信》がもてるようになっていた。また、人生を終えようとしている利用者やその家族から《笑顔と感謝を得て》、看取り介護のやりがいや達成感を感じ、さらに仕事を超えた何らかの使命感《看取ることの意味・価値》を見出していた。換言すると、介護福祉士は利用者の【看取り介護の振り返り】を経て、看取り介護に【誇りとやりがい】を覚えていると考えられる。

表 11. 【誇りとやりがい】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
誇りとやりがい	食事介助方法の熟練	手から感じることもある
		実践を通して適切な方法を見つける
		経験しないと身につかない
	食事介護に自信	終末期からの回復
		食事形態が適切であれば大丈夫
		食事介助のプロ
		私たちの介助ならまだ食べられる
	笑顔と感謝を得て	利用者からのありがとうや嬉しい顔
		家族からの感謝
		必要とされる
	看取ることの意味・価値	最期と一緒にいられること
		やり尽くすことができた安堵感
		縁あって看取れたことの幸せ
看取る者として選ばれた喜び		

①《食事介助方法の熟練》

摂食嚥下が難しい状態にある利用者の食事介助は、食事を欲しているかどうかや嚥下しているかどうかを、[手から感じることもある]というほど判断が難しく、症状、状況が多様で全て言語化することが難しい。そのため、それは命の危険性が高く、心理的な負担も大きい。適切な食事介護は、[実践を通して適切な方法を見つける]、[経験しないと身につかない]と認識していた。これらのコードから《食事介助方法の熟練》を導いた。

H氏「あの食事介助の時に、割とやっぱり（手を）握られますし、で、いるよってということとか、背中を、肩をこう触れながらとか、やっぱ手から感じるものもありますし。」

F氏「少しでも関わって、もう少しでも経験、何回でもやらないと。やっぱその人を知らないと、どんなに大変な人でもどんなに簡単な人でも、ペースもわからなければ、こういい介助じゃないけどその人のペースに合った介助っていうのは絶対できないんですね。やってみないとわからない、やってみたら、この人難しいけど、こうしたら飲み込むっていう発見もあるだろうし」

G氏「そうですね、言葉って難しいっていうか、実際にこういう状況をみて、こういう場合はここがお

かしいでしょうか、こんな感じになってるっていうのは説明できるけど、やっぱりこう何もなくていうかまあ、あの、例えば参考書なり資料なりを説明しても、教えられた方は想像もつかないところだったり、なんかこうわかっているつもりでもずれてるところがあったりとか、っていうことも少々あるので、やっぱりこう体験しながらっていう、にはなってくると思います」

②《食事介護に自信》

特別養護老人ホームにおいては、ターミナルと診断された利用者が、熟練した食事介護により[終末期からの回復]がみられるようになることも稀ではないとされていた。そこから、[食事形態が適切であれば大丈夫]という自信が増し、誤嚥の不安も払拭されるようになっていた。そして、自らを[食事介助のプロ]であると認識し、中には医療的に経口摂取が難しいと判断された場合であっても、[私たちの介助ならまだ食べられる]とまで、《食事介護に自信》をもつに至っていた。

F氏「もうターミナルかなって診断が出て、家族にも、家族にも同意もらって。でも、食事量が増えた、調子が戻ったってなったら、ターミナル期って言っても、結構また普通にこう上がってくる方もおられるんですよ。今も、ターミナルって何年か前に診断されたけど、まだご存命の方もいたりとか」

I氏「んー だから、この人の、今の嚥下の状態と食事形態合ってるのだろうかとか、ちょっと能力下がられたかなとか。あんまり、怖いとは思わないですけど。やっぱり今の状態（と食事形態）がなんか違うんじゃないっていうふうには思いますね」

H氏「そうですね、出来る限り口からと思ってると思いますね。私ら専門職やからできるんやっていう思いももってるだろうし。だから、家族さんがたまに来られて、（食べさせている様子を見て）ええーって！？ 介助して下さるんですけど、とてもあれは家族やからできるんやなって、私らはできへんなって。その、食べさせるスピードが早かったりとか、そんな大丈夫なんっていうのを、家族やからできるなって、」

G氏「まあ介護職員にすれば、まだ頑張ったらこら（この状態）だったら食べらせてあげられるのって、なんか、すごいなんか、なんでしょう悔しいというか、辛いというか」

③《笑顔と感謝を得て》

利用者の長い人生の最期を看取り、介護福祉士は、[利用者からのありがとうや嬉しい顔]をみて送り出せたことにやりがいを感じ、[家族からの感謝]を受けることなどから、直接[必要とされる]ことを実感していた。これらのコードから《笑顔と感謝を得て》を導いた。

D氏「あんまりそんなこと考えて、したことがないんですけど、でも、やっぱ、ありがとうとかうれしい顔とかしてもらったら嬉しいですし、やってよかったですらうなっていう気も」

L氏「んー、（人生の最後を）一緒に過ごさせてもらってとか、で、そういうのをこうやった時に、あの家族さんとかから、あんたに会えてよかったとかって、そういうお言葉をもらったりとかしたら、何か嬉しいし」

L氏「何か、必要としてくれるじゃないですか、なんかその、そういうのが嬉しいし...」

④《看取ることの意味・価値》

一人の人生の最終ステージの生活を最期まで支援し看取ることができたことに、[最期と一緒にいられること]に意味があり、[やり尽くすことができた満足感]を感じていた。そして、[縁あって看取れたことの幸せ]、[看取る者として選ばれた喜び]という、仕事を超えた何らかの使命を見出していた。これらのコードより《看取ることの意味・価値》を導いた。

L氏「それこそほんとねえそんな最期の時を、そんなに過ごすねえ仕事なんてないと思うので、そういう意味でもやりがいはあるし」

I氏「でもやっぱり、病院で亡くならはったケースと、最後まで看取れたケースとやったら、だいぶその職員の温度差っていうか、その入院されてすぐ亡くなられたっていうんやったらまた別として、1ヵ月、2ヶ月入院されて、やっぱりあかんかったっていうのではやっぱりちょっと違ってくるかな、とは思いますが、気持ちが。〈中略〉その何かできへんかなって、食べれなくなっても、あれ（スポンジ口腔スワブ）でコーヒーをこうぬぐってあげたりとか、コーヒーの匂いを焚いてあげたりとか、その好きやった音楽を聞かせてあげたりとか、全部一通りの私たちがそのできたことをした上で、〈中略〉ほんとに、できること全部尽くしたあとに亡くなられたのではやっぱり全然違いますよね」

J氏「この私が何かの縁でこの施設にいた、利用者さんも縁でここに来た、ここに来なければ出会わなかった。あの、人同士なのに、でも出会えた。出会えてその人の最後を見届ける瞬間を、私は機会を与えられた」

G氏「この仕事をしてるからこそ、こう、あの、血のつながりのないような方の最期を看取ることができし、んー、なんかすごく幸せだっていうのは、ひしひしと感じるようになりました」

(3) 【その人らしい生の終焉】

介護福祉士は、利用者にとって最期は「家族と一緒に看取る」ことが望ましいと考えていた。また、【看取り介護の振り返り】を経て、食事は命を繋ぐための栄養の確保のみならず、「最期まで食べる楽しみを」という快の提供へと目的が変わっていく。また、最期は心残りがないように本人が望むこと「その人らしさを尊重」した介護をしたいと考えていた。これらのことから、介護福祉士は、【その人らしい生の終焉】を目指して介護をしていると考えられた。

表 12. 【その人らしい生の終焉】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
その人らしい生の終焉	家族と一緒に看取る	家族が参加できるよう配慮
		昔好きだったものを
		家族の協力を得て
	最期まで食べる楽しみを	欲しいかどうかの見極め
		食べたいものを食べられるだけ
		お酒が欲しい人お酒を
		一口でも食べてほしい
	その人らしさを尊重	生活をできるだけ変えない
		その時できる精一杯のことを
		会いたい人にあい、いたい人と過ごせるように
		コーヒーの香りだけでも
		好きな音楽をかける
		本人がしたいことをしてあげたい
思い出を棺に納めお別れする		

①「家族と一緒に看取る」

介護福祉士は、最期は家族に見守られて逝くことが望ましいと思っていた。何よりそれを本人が望んでいると推察される場合は、なお一層そう思っていた。そのため、[家族が参加できるよう配慮]し、具体的に[昔好きだったものを]提供するなど、積極的に働きかけ、[家族の協力を得て]、「家族と一緒に看取り介護」が実践できることを目指していることが示された。

M氏「ご家族の方にもお声掛けして、御面会を、あの多くしていただいたり、あの個室にソファを持って込んで、ご家族の方がちょっとくつろげる感じにしていたり、あの、御面会に来られた時はお茶を、お茶とかコーヒーとかをお出して、ご家族ともやっぱりコミュニケーション取っていくようになったのは、ほんとここ最近だと思います。何年かぐらいだと思います」

E氏「早い時期で、家族さんにも、最近食事が減ってきたんです、とかいって、ほんなら、なんか好きだったもんないですかって聞いてみて、それも本人の意向ではないんですが、昔食べられていたものとか、ちょっと進めてみたり...」

N氏「やっぱりターミナルになると、絶対介護職だけで対応はできなくなりますし、他職種連携であっ

たりご家族の協力も必要になってくるんで、その思いとか確認とかしながら、必要なんで」

②《最期まで食べる楽しみを》

【看取り介護の振り返り】を経て、食事の目的は、[欲しいかどうかの見極め]をした上で、栄養を取ることから、[食べたいものを食べられるだけ]、[お酒がほしい人にはお酒を]と、楽しみや満足といった快の提供という方向へ変わっていた。この段階における[一口でも食べてほしい]というのは、あくまで人生の最期に満足してもらいたいという思いからであった。《最期まで食べる楽しみを》はこれらのコードにより構成されている。

Q氏「なんか、やっぱり好きなものあるじゃないですか、それを渡しても食べられなかったりしたら、あやっぱり落ちてるのか、食欲が落ちてるのかなって。1つの判断基準ですけど、表情ですかねやっぱり、もう嫌そうな顔される、もう食べたくないっていう、言葉には出さはないですけど」

D氏「もう無理をせず食べたいものを食べれるだけ。だから、もしそのメニューにないものでも、食べたいという話があれば、また上に相談して… 栄養士に相談して、食べれるだけのことはしていく」

K氏「でね、もし意思があって最後までお酒を飲みたいとかっていうたら、やっぱり最後はお酒を一口でも飲ましてあげるとかっていうんは、ほんとに大切なことかなあと思うので…」

J氏「アイスクリーム一口でも、ん、食べてもらえたら、あの嬉しいかな。そのもし、最後のアイスクリーム一口で、それが誤嚥にね、繋がって肺炎を起こして、あの最後を迎えるとなったとしても、あ、この人口動かしてたねって、なんか食べたかったんだねって、じゃあ最後のものを食べられてよかったねとか、そういう気持ちって皆さんの胸の中には、介護職の中にはあるかもわかりませんか」

③《その人らしさを尊重》

それまでの生活の延長線でその人らしく人生を終えるためには、[生活をできるだけ変えない]ことを重視し、[その時できる精一杯のことを]して見送ろうとしていた。具体的には、[会いたい人に会い、いたい人と過ごせるように]する、嚥下することが難しい状態であっても、コーヒーが好きな利用者には、[コーヒーの香りだけでも]楽しんでもらう、音楽を好む人には[好きな音楽をかける]など、[本人がしたいことをしてあげたい]という思いで介護していた。また、特別養護老人ホームにおいて、そこで葬送儀式を実施しているところもあり、その人との[思い出を棺に納めお別れする]と、《その人らしさを尊重》して見送っていた。

F氏「あの結構ターミナル期だから、こう構えるっていう形ではない。やっぱ、今の生活をがらって変えるのではなくて、そのどれだけ変えなくて済んで、その人にとってゆっくりとした時間が送れる、つつがない状態ができるかっていうのを、私たちは関わりの中でしていっていると思うんです」

M氏「今、出来ることを考える。その先のことは、ちょっとあれですよ、あんまり考えたことはないですね。今何がしてあげれるだろうか、どうしたら笑い、いい表情してくれるかなぐらいのことしか考えてないですね」

Ｌ氏「傍にいてあげるとか、なかなかまあ、人数も多いので、いられない時もあるんですけど、と、思いますね、それが私たちじゃなくても、いたい人と、いれるようにこう、してあげたいかなと思う。」

Ｈ氏「で、横でその香りを楽しんで、コーヒーの臭いを嗅いでいただいたり、食べられなくてもね。」

Ｊ氏「好きな音楽をかけてあげる、ん、」

Ｄ氏「本人がしたいってことをしてあげることが、してあげれるのなら、意思を尊重してあげたいなと思う」

Ｉ氏「そうですね、あのちょうどお寺の関係もあるので、お棺に入られる時とかに、手紙を書いたりとか、とね、新聞もあったかな。ん、あなたの新聞、過ごしてきた新聞とかを作ったり、写真を、もう亡くなられた日に全部ピックアップして、こう入れてあげたりとか、だからもう、ほんとにそのお棺に入らばってからなんか出来ることないかなとか、他の仲の良かった利用者さんと、一緒に最後にお参りして、皆で泣いて、最後に拜んでお別れするっていうのができる」

3) 【仕事を越えた特別な関係】

特別養護老人ホームでは、認知症への対応として馴染みの関係ができるよう環境が作られている。実際、そこに集う人々には「帰属意識の形成」がなされていることが示唆された。そして、介護福祉士は、利用者に「少しでも長く生きてほしい」という思いをもちながら介護していた。そこで築かれた馴染みの関係は、利用者を客観的な仕事の対象・存在から、「お互いの人生に関与する関係」、「特別な存在」へと発展させていることが推察された。これらから、【仕事を越えた特別な関係】を導いた。

表 13. 【仕事を越えた特別な関係】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
仕事を越えた特別な関係	帰属意識の形成	ユニットケアが普及
		家族よりも一緒に時間が長い
		施設は第2の家
	少しでも長く生きてほしい	一緒に過ごしていきたい
		元気な時に死は想定しづらい
		老いの進行に辛さを感じる
		やるせない気持ち
	お互いの人生に関与する関係	築いてきた馴染みの関係
		家族のようなパートナー
		人生の先輩から教わる 自分も支えてもらっている
	特別な存在	情が深まっていく
		僅かな反応を感じる
		よい表情が見られると嬉しい
		ボソッとしゃべってくれるだけでも
		自分だけにしてくれたことが自慢 スペシャルな存在

①「帰属意識の形成」

特別養護老人ホームは、そもそも日常生活を支援することを目的とする施設であり、介護保険施設の中でも利用者の入居期間が最も長い。また、近年、認知症高齢者へのケアとして、馴染みの環境を提供する「ユニットケアが普及」している。

そこで、実際に介護福祉士は、利用者と「家族よりも一緒に時間が長い」、「施設は第2の家」という認識をもっていた。これらのコードより「帰属意識の形成」を導いた。

B氏「職員もあっちは私のユニットやから、あっちはもう私の範囲やないとか、あっちへ行ったら迷惑になるかもしれんとか、変な意識があって… せつかく隣同士なっているのに、協力とか、そういうのがうまく行ってないとか」

D氏「できるだけ、それこそ、お見送りまではしたい、もうやっぱ自分の家族よりも一緒にいる時間長

い人達なんで… やっぱ、どの時間でもできるだけ連絡もらうようにして、お見送りはしたいなという」

J氏「常にここは生活の場でしょうって、病院じゃないでしょうって、生活の場なんだから、っていうことは私たちは家族かな？と、他人だけれども家族。深入りはできないけれども、そういうこの深入りはしたって私はいいと思うんですよ」

②《少しでも長く生きてほしい》

介護福祉士は、介護という仕事を通して、利用者と日々の生活を「一緒に過ごしていきたい」と考えていた。だからこそ、「元気な時に死は想定しづらい」、「老いの進行に辛さを感じる」のではないかと考えられる。さらに、その死に「やるせない気持ち」になるなど、利用者に《少しでも長く生きてほしい》と願っていることが示された。

E氏「元気でいてほしい、という、1日でも長く、はい一緒に過ごせたらという、気持ちがあるのかなと思います」

D氏「元気なうちに聞いとこか、とかは、ちょっと思ったりもするんですけど… でも元気なうちってそんなこと思ったりもしないんですよ、なんかがあってから、ですもんね考えるんは。」

I氏「向き合って、その、認知症の誰々さんじゃなくて、その人をしっかり、ゆっくりしゃべっていく中で、やっぱり認知症が出てきて、ご飯が食べれなくなってっていうのをずっと一緒に、ずーっと3年も4年も過ごしてきて、やっぱ亡くなられると。だんだん歩けなくなってきて、『一緒に行こう一緒に行こう』って言って、それでもあかんようになって、車いすになってっていう、だんだんみて（いて）、老いていかれるのはやっぱり、みていくのは辛いとはあるんですけど」

Q氏「悲しいっていうか、こう、あ、一番最初に看取った方が、急変して、救急搬送になって亡くなったんですけど、あの一ご飯はすごく好きだった人で、なんかこう、なんかあつという間っていうか、あつけないというか… ほんとにそういう最後だったので、それまではなんかこう、こう、ガツとなりながらもこう、そういうふうな感じの人だったんですけども、ポンといなくなるのが… でも、今は、今もまあ悲しいんですけど、会えへんのは寂しいなって思う、ようになったような、なっていないような…」

③《お互いの人生に関与する》

介護福祉士は、比較的長い時間をかけて、「築いてきた馴染みの関係」から、利用者に「家族のようなパートナー」へと、関係性を変化させていた。そこには、介護する側、介護される側という一方向の関係ではなく、その「人生の先輩から教わる」ことで、「自分も支えてもらっている」という自覚があり、そこには《お互いの人生に関与する》相互関係があることが示唆された。

J氏「私、その利用者さんから、「あなたは明日来るの？」とか、「あなた来たらほっとするわ」とかいう声をやっぱり生に聴くと、あのその人のまあ最期のターミナルとか看取りとか、そこらへんはやっぱりぐっと思いがいきますね。」

K氏「業務は大変だけれど、仕事でありながら（私個人との）人間関係がある。家族のような、パートナーとして最後まで一緒に共に生きていきたいですね。これは介護職の魅力だと思います。」

M氏「一緒にというか人生の先輩に教えられてるなと感じることはあります。はい。それこそ一緒に、その生活、私たちも仕事時間は決まってますけれども、その関わりをもつ中で、一緒に時間を過ごす中で、教えられることはすごくあります。」

L氏「んー、仕事と割り切って... ん、でも割り切れ、割り切れてない感じです。それがいいのか悪いのかかわからないですけど。でも、仕事と思って、接してたら、何かほんとのこう関係って築けん、ないような気がするんですけども。私もあなたが必要だし、その利用者さんもこう必要としてくれるというか、こうお互いがこう持ちつ持たれつじゃないですけど、何かそんな関係？ 介護してあげてるっていったらいかんですけれど、なんかそんなんぱっかりじゃなくて、こう私も貰ってる部分があるので。だから楽しいんですかねえ」

④《特別な存在》

親密に関わってきた利用者が死に至る過程において、徐々に衰弱していく姿に、[情が深まっていく]と感じていた。また、働きかけに対して、反応の少なくなった利用者の[僅かな反応を感じる]ことや、[よい表情が見られると嬉しい]とも感じていた。また、[ボソツとしゃべってくれるだけでも]楽しくて、やりがいを感じ、[自分だけにしてくれたことが自慢]に思えるといい、利用者を[スペシャルな存在]と表するなど、利用者は介護福祉士にとって《特別な存在》となっていた。

B氏「まあ、なんていうんですかね、元気な頃の様子をみると、余計に、あ、この人食べもんがあんだけ好きやったし、食べさせようとか、理論とかそういう云々より、情のぶんが強くなっていくというのが、あるかなと思います」

D氏「Tさんのお風呂に行ったときに、たまたまの話で、ちょっと泡風呂にしようよとかいって、あの気泡風呂にしたら、いつも口開けてこう、お風呂の時に怒ってる顔やのに、うっとりして、えっ？ こんなん、やっぱいいんだってという発見がたくさん最近、あったりして... やっぱお風呂のブクブクっていうのは、体にもええみたいなこと、なんか本で読んだことがあって、それがみんなにええことかどうかもわかんないんですけど、負担もかかるやろうし、ただ、Tさんにはすごくうれしい顔してもらえて、ちょっとそういう喜びがあったりして」

K氏「自分がお世話してる声とか聞いとってニッココしたりとか、経管さん（経管栄養を受けている利用者）でも、表情が分かるんです。やっぱりこう緊張があってみたりとか、声を掛けることで、こう瞬きして、みてわかるとか、こうちょっとの顔きがあったりとか、そういうことがあって」

G氏「なんかこう、ボソツとこうほんとに一言でも、こうボソツとしゃべってくれるっていう時とか、なんかやりがいがあるというか嬉しいというか、うーん」

D氏「この仕事の楽しみっていうのが、その、何かその自分だけに、しかけてくれたことを自慢する。『Mさんが歌たってくれたんよ』とか、『おはよういうたら“おはよう”いうてくれたんよ』とかいう。なんか、そんなんを考えたって仕事してるかな」

○氏「すごく特別な他にない関係やと思うんですけど、家族ではないんですけど、なんかお客様でもないし、その人のことを知らない部分も大きいけれども、私しか知り得ないところもたくさんあって、その人が、生きた証を証言するんやったら自分しかいない部分というのもある。この人がそんな時、こういう表情をしていて、って語れるのは自分しかいないし。ん、もちろん対人間なんで、家族愛のようにがむしゃらに愛してるっていうことでもなく、時にはお互いイラとしたりするんですけど、スペシャルな存在ですねやっぱり、存在としては」

4) 【経管栄養への複雑な思い】

終末期においては、利用者の生命力の低下に比例して関わりが増していく。特に、食事介助には多くの時間を費やし、【生命と尊厳と職責の間で葛藤】が生じてくる。このような段階で、食事から経管栄養に変わることもある。そうすると介護福祉士は、葛藤しながら食事介助せずとも「栄養が確保され安心」する。一方で、濃厚な関わりは一転し、「関わりが減少する」ことになる。

また、経管栄養を受けている利用者は概して「コミュニケーションが困難」で、どのように関わればいいのか困惑していた。さらに、【仕事を越えた特別関係】にある利用者の立場になって考えると、本人は幸せなのか疑問が生じ、利用者の「尊厳の危機を感じる」ようになっていた。【経管栄養への複雑な思い】とは、これらを含むカテゴリーである。

表 14. 【経管栄養への複雑な思い】を構成するサブカテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
経管栄養への複雑な思い	栄養が確保され安心	食事介助からの解放
		栄養が確保され安堵
	関わりが減少する	経管栄養は看護師の仕事
		直接的な関わり減少
		意図的に関わりをもつ
		関わりへの偏りは不公平
	コミュニケーションが困難	最初はみんな同じに見えた
		行事への参加が難しくなる
		身体面のケアが中心に
		どこまで伝わっているのか
		一方通行で自己満足かもしれない
	尊厳の危機を感じる	まだ食べることができたのに
		本人は望んでいるのか
		家族の気持ちも分らないけれど
		個人的には賛成しかねる
		本人は幸せなのか

①「栄養が確保され安心」

終末期にある利用者の食事介助には、一口でも食べられるよう、誤嚥への不安を抱ながら、食べられるものを検討し、提供する時間を変えるなど、労と時間を費やしていく。これは、【生命と尊厳と職責の間で葛藤】を覚えながら踏ん張っている状況でもある。このような段階で経管栄養が導入されると、介護福祉士は、「誤嚥の不安から解放」されると同時に、「栄養が確保され安堵」するようになる。ここから「栄養が確保され安心」を導いた。

B氏「今まで必死に食べてもうてたぶんっていうのが、まあ無くなって、いつ喉詰めされるかわからへんし、その恐る恐る、でもたくさん食べてもらわなあかんっていう、まあ怖い中でやっとったって

というのがなくなるっていうのは大きいと思います」

D氏「まあ、安心っていうか、その栄養面での安心を失ってしまっていて、たぶんちょっと前よりは関わりが減った気はしますね」

②《関わりが減少する》

介護福祉士は、経管栄養は医療的ケアであり〔経管栄養は看護師の仕事〕と認識し、経管栄養を受ける利用者の場合、それ以外のケアでも看護師が主体となるという側面があるようであった。そして、多くの時間を割いていた食事介助が不要になると、物理的にも〔直接的な関わりが減少〕していた。そのため、利用者と〔意図的に関わりをもつ〕ようにしていた。しかし、それでも、相対的に経管栄養を受ける利用者への関わりが少ないことについて、〔関わりの偏りは不公平〕だと感じている介護福祉士もいた。これらのことから《関わりが減少する》を導いた。

K氏「そうですね、なんかナースによって、ナースが起こしたらいかんとか、ナース指示になりますよね経管さん（経管栄養を受けている利用者）ゆうたら」

O氏「食事の時がその関わりであったり、その方の情報を得る一つの時間やったものが、医療の看護職の方に、言葉は悪いんですけど、任せきりになってしまって、情報が特変があった時のみになってしまったり。その人がどのように暮らされているのかって部分が、見にくく、んーでもこっこの意識もあるやとも思うんですけど、見ないようにしてる部分もあるのかもしれないんですけど、いろんなことを言い訳に」

F氏「減りますね、でも、そうならないように、同じ部屋の水分回る時には声かけたり、口腔ケアしたり、話かけたりっていうのはプランに挙げながら」

D氏「やっぱ、私ちょっと、なんか、変な考え方で不公平だなんて、一緒のところにあって、この人たちとは関わってる、ここは関わってないっていうのが、と思ってる」

③《コミュニケーションが困難》

経管栄養を受ける利用者について、〔最初はみんな同じに見えた〕という。それは、寝たきり状態で、会話ができないだけでなく、表情が乏しいなどコミュニケーションも難しくなっている利用者が多いためである。この方々は、体力的理由で外出の制限があったり、経口摂取が難しいため季節の食事を楽しむことができないなど、〔行事への参加が難しくなる〕ため、〔身体面のケアが中心に〕なってしまう。そこで、香りや音楽など五感に働きかけてはみるものの、〔どこまで伝わっているのか〕分からず、〔一方通行で自己満足かもしれない〕と感じていた。このように経管栄養を受けている利用者は概して《コミュニケーションが困難》であることが示された。

D氏「ほんとに最初なんかはみんな同じに、みえますよね。寝たきりで、喋らないんで、なんか特徴があるわけでもなく」

I氏「やっぱり、胃瘻されると、やっぱり、まあ変な話、臥床してはる時間も多くなって、関わられるの

は関わられるんですけど、んーやっぱりその行事ごとのその楽しみとかもやっぱりねえ、あのご飯食べる楽しみであるとか、そういうなんの時に、あ一行ってもらってもいいのかなとか思ったり、んー…」

○氏「どうしても身体的介助が中心になってきて、まあ食事を抜かれたら、あの排泄であったり体位変換であったり、あの処置の部分とか入浴とか、ってなってしまうて、居室の環境であったり、音楽であったり、行事への参加とか、そういった部分が、今はおざなりになって、いつているなど、皆したい気持ちがあるのに… 为什么呢ね。」

Q氏「あの介護職としてやっぱり、その、離床増やし、あの離床してこの普通の食事の匂いとかを雰囲気と思っと思って離床とかをしてたんですけど、どこまで伝わってるんだろうとか、常にわからないですね。」

Ｌ氏「そここう、意見がはっきり答えられる、ねえ、方だったらええんですけど、まあ実際、胃瘻の方とかねえ意思疎通の困難な方なんかの場合は、ほんまに何がいいのかなってというのが、なんかその自己満足？ 目は見えてるからこう、見てもらえるのかなとかとは思うんだけど・・・」

④<< 尊厳の危機を感じる >>

利用者が経管栄養を受けることに、[まだ食べることができたのに] という思いをもつ介護福祉士もいた。さらに、その選択について [本人は望んでいるのか]、少しでも長く生きて欲しいという [家族の気持ちも分からなくないけれど]、何か明確な目的がない場合には、[個人的には賛成しかねる] という介護福祉士が多かった。【仕事を超えた特別な関係】にあるその利用者の立場になって考えると、[本人は幸せなのか] という疑問が生じ、その<< 尊厳の危機を感じる >> ようになっていた。

G氏「あのやっぱり発熱で誤嚥性肺炎だっということ、しばらく病院に入院したら、やっぱり病院でご飯が食べられない、じゃあもう胃瘻造設しますかと。で、もう家族がじゃあ是非ってなって、もう帰ってきた時には(胃瘻が造設されている)。やっぱり、まあ介護職員にすれば、まだ頑張ったところだったら食べらせてあげられるのにつて、なんか、すごいなんか、为什么呢くやしいというか、辛いというか、ふーん、でもやっぱりこれは家族の、家族さんの希望なんでって言われると」

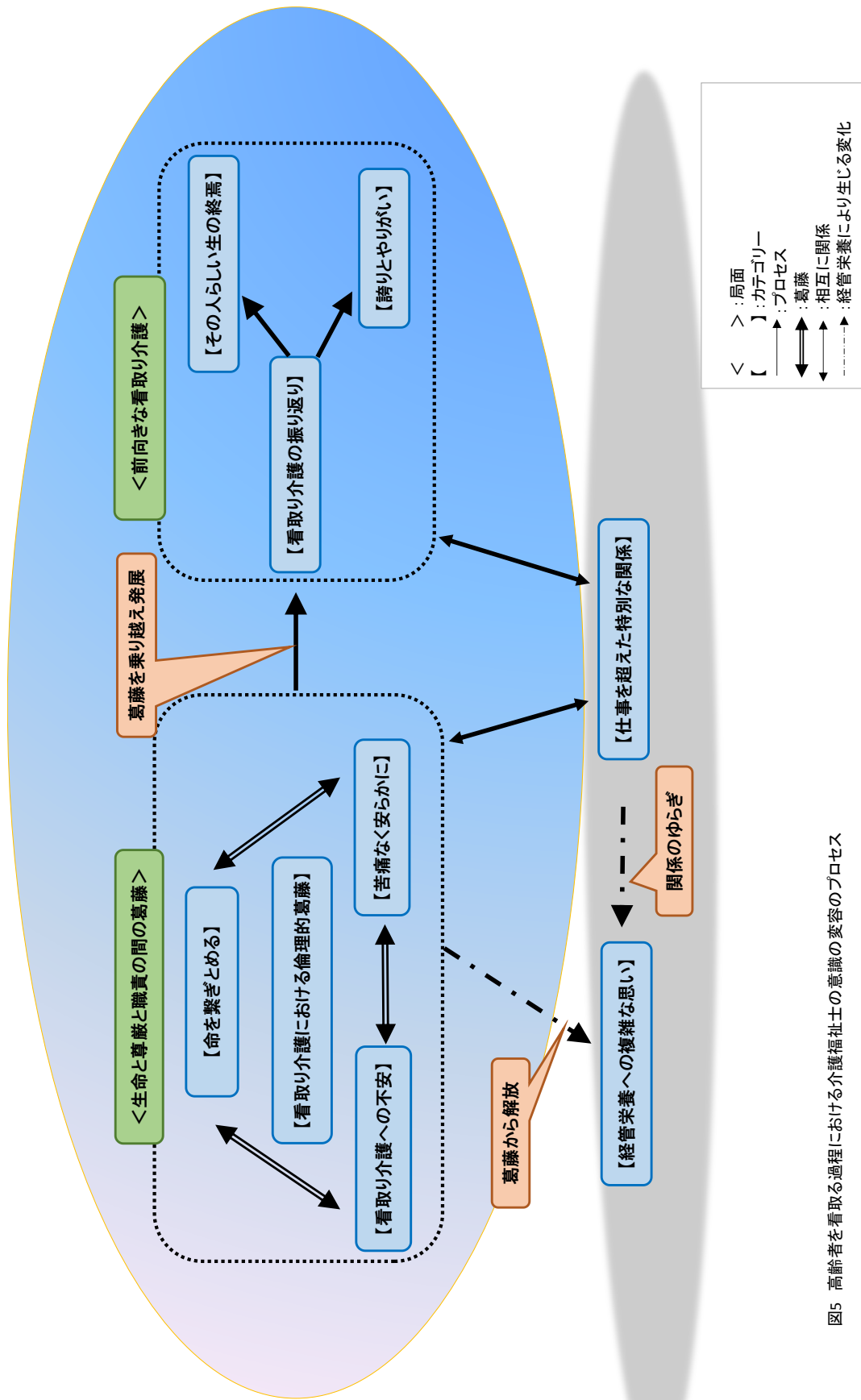
K氏「そこまで、えーっと親子関係でも把握できてないと思うんです。それを、望むかってゆったら、望むんだらうかっていう疑問は、ありますね。だけどやっぱそこは、病院に行って、直ぐ、じゃあ胃瘻造設お願いしますってなって帰ってきてしまうので、どうしても、もうレビン(経鼻経管)と胃瘻で帰ってこられるんです。この人食べれよったのにつて、いう方でも、病院のシステムというか、やっぱ病院は食事介助ゆっくり食べるってゆうんが、ねえ、嚥下がやっぱもう悪いととったら、胃瘻を直ぐ進めて、家族が OK したら、する。で、もうそれは家族さんの判断なんで、こちらから言えんのですけど」

J氏「でも家族さんって皆やっぱり、自分のおばあちゃん、おじいちゃん、奥さんとかには長生きしてほしいっていうのは、すごく分かりますけどね、分かりますけども、やっぱり、本人の尊重という

か、本人の意思の尊重を、やっぱり誰しもが認めてあげないと、いけないのかなということもありますね。そういう思いもあります。だから、ちょっと間に挟まれてっていうのもありますけれども、うん。でも私たちは家族さんにね、こうしなさい、ああしなさいも言えないし、ん。」

H氏「なんか個人的には、私個人としては、なんか胃瘻っていうのはすごくお可哀相やなって思いますね。その、もっと楽しみが、胃瘻をしてもテレビが好き、映画が好き、手仕事ができるとか、なんかその楽しみがあるために生きたい。それで胃瘻したっていうんなら、なんかわからんことはないんですけども。まあ家族は、いて欲しいってゆう、家族の気持ちもわからんことはないんですけども。私はなんかやっぱちょっとお可哀相な気はしますね。そこまで、せんとあかんのやろうかって」

M氏「ほんとに全く反応が無い方については、やっぱり... 今言われている平穏死であるとか、その、ね、いろんなもん言われてますよね、そのことについてちょっとやっぱり、何がいいんだろうかなあって、今幸せなんだろうか？とか、思う時はあります」



3 カテゴリー間の関係性

ここでは、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識の変容のプロセスについて、食事に関連するところに着目して、分析結果から見出されたカテゴリー相互の関係性から、どのように意識が変容していくのか分析する。

1) <生命と尊厳と職責の間の葛藤>局面のカテゴリー間の関係性

積極的な延命治療を望まず緩やかに死に至る高齢者の終末期は、多くの場合徐々に食事が取れなくなり死に至る。ここから介護福祉士の葛藤が始まっていると考えられる。介護福祉士は、その経験知から「食べるのが根本」という考えをもち、何よりもまず要介護高齢者の【命を繋ぎとめる】ことを目指して、生命維持のため栄養が確保できるよう「柔軟な食事介護」を行う等様々な工夫をし、時間と労を費やして介護している。一方、次第に「生命力の低下」が顕著になり、要介護高齢者の残された時間が短くなっていることを認識すると、【苦痛なく安らかに】人生を終えられるよう介護するようになる。さらに他方では、「食事介助の危険性」を覚えるなど【看取り介護への不安】を感じていた。

つまり、【看取り介護における倫理的葛藤】は、【命を繋ぎとめる】こと、【苦痛なく安らかに】看取ること、【看取り介護への不安】との間で生じるもので、そのため介護福祉士は、「簡単に食事を止めることができない」状況となっていることが示唆された。

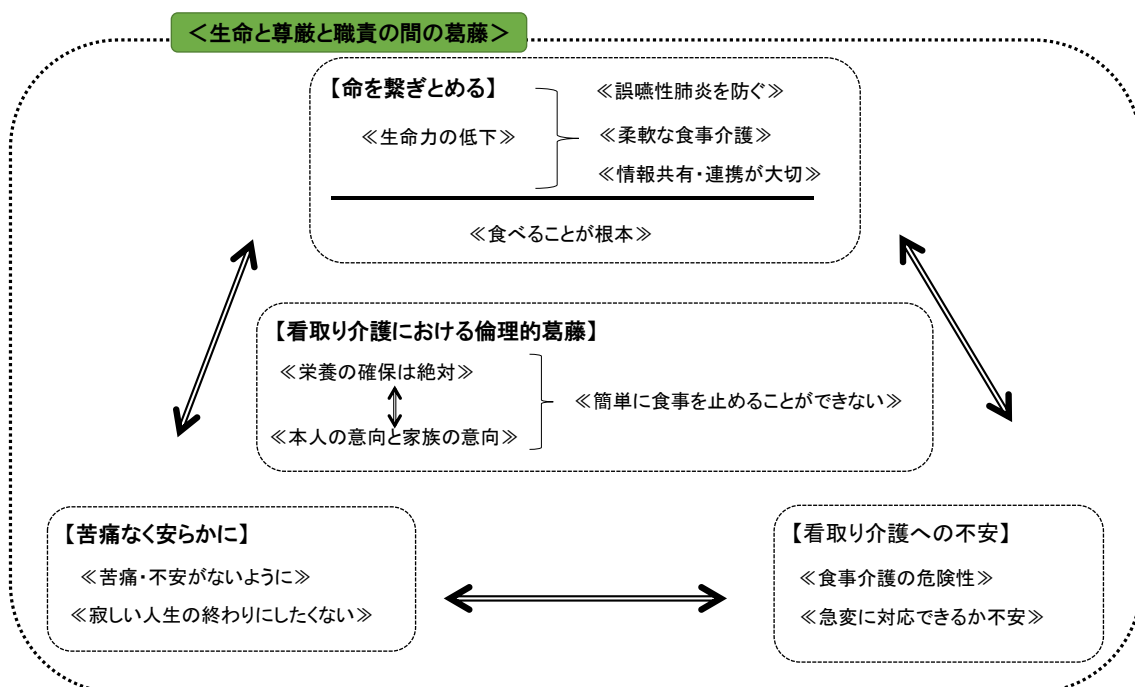


図6 <生命と尊厳と職責の間の葛藤>の局面を構成するカテゴリー間の関係

要介護高齢者の看取り介護において最も悩ましいことは、認知症などにより比較的早い段階から終末期の医療やケアの意向を確認することが難しいことである。そのため、実際的意思決定は家族によることが多い。しかし、その家族と要介護高齢者の関係は様々で、要介護高齢者への関わりにも温度差がある。また、その関係性によらず胃瘻造設を選ぶ家族もいれば、一切の延命処置を望まない家族もあり、その意向は多様である。そして、その決定がどのようなものであっても、職員は誰も異義を唱えることはできない状況にある。本人の意向が不明な状況下で、介護福祉士は食事を「食べてもいいのかな？止めてもいいのかな？」と判断に迷い、葛藤を覚えている。つまりこれは、【命を繋ぎとめる】ことと、【苦痛なく安らかに】という思いと、【看取り介護への不安】が絡み合い、判断できない状況となっていると考えられる。

菊井らは、「食事援助、つまり『食べさせる』ということは実に複雑な意味をもっている」と述べている。それは、「栄養補給という生理的供給への対応のみではなく、美味しいものを他者と共に楽しく食べるという心理・社会的要求への対応が重要である。特に対象がもはや回復の見込みの無い高齢者である場合、食べることに對する援助は栄養補給一辺倒の価値判断によるのではなく、ターミナルケアの一環として、患者の終末の日々が安らかで豊かなものであるように、そして本人の意思が尊重され本人が満足するようにケアすることこそ重要である」と述べている（菊井・竹田 2002）。

そもそも、要介護高齢者本人の意思が明確であれば、【看取り介護における倫理的葛藤】のある部分は解消される可能性がある。しかし、要介護高齢者の場合はそれが難しく、そこが、がん性疾患患者などとの相違点であり、要介護高齢者の看取り介護における特性でもあると考えられる。

また、「簡単に食事を止めることができない」というのは、介護福祉士として「命を預かる責任」を自覚しているからこそ生じるものでもある。加えて、その責任の重さからくる自分への責任を問われかねない恐れからくる、自己保身も含まれると考えられる。いずれにしても、要介護高齢者の終末期における食事介護には、＜生命と尊厳と職責の間で葛藤＞があり、ストレスになっていると考えられる。

2) <前向き看取り介護>局面のカテゴリー間の関係性

<前向きな看取り介護>の局面における重要なカテゴリーは【看取り介護の振り返り】である。介護福祉士が食事介護の不安を克服するには、《食事介助方法の熟練》が要となる。それは、[経験しないと身につかない]とされる判断力・技術力であるが、多様な嚥下障害を見極められるようになることで、危険であると判断すると勇気をもって中止することができるようになるからである。さらに、適切な食事介護により、要介護高齢者が終末期の状態から再び状態が安定することも稀ではないことを複数の介護福祉士が経験していた。これらのことから、介護福祉士は、《食事介護に自信》がもてるようになり【誇りとやりがい】を得られるようになる考える。

一方、看取りを終えて、【看取り介護の振り返り】を行うことで、食事の目的が栄養の確保から、《最後まで食べる楽しみを》といった快を提供する等【その人らしい生の終焉】を目指すように変容する。【看取り介護の振り返り】は、意思表示が難しい要介護高齢者の思いをどれだけ汲み取り介護をしてきたのか、自らの関わりや介護の根拠を見つめ直すことである。換言すると、終末期にある要介護高齢者にどのように向き合ってきたのか、食べてもらうことにどういう目的をもっていたのか、それは要介護高齢者にどういう意味があるのかを問うことでもある。この内省によって、食事介護への迷いが整理されると考えられる。

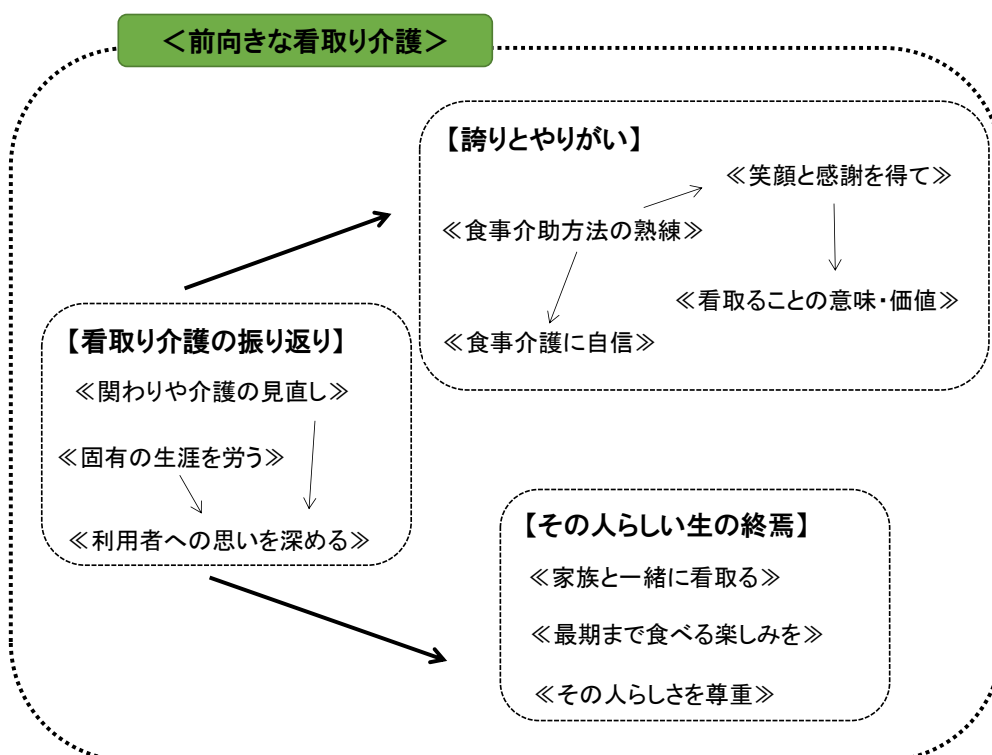


図7 <前向きな看取り介護>の局面を構成するカテゴリー間の関係

3) 介護福祉士の葛藤の変化

(1) 葛藤を乗り越え発展

介護職が食事介助に不安を感じていることについては、先行研究でも指摘されており（小浦ほか 2010）、本研究でも同様の結果であった。しかし同時に、経験を通して、食事介護に自信がもてるようになることも示された。ある看護師は、介護福祉士の技術について、「恐らく医療機関では食事はダメ（経口摂取が難しい）と言われるような人でもちゃんと食べさせて、介護さんはほんとにすごいです。あれで回復する人もかなりいるんですよ」と語っていた。

介護福祉士にとって、自らの食事介護により、再び利用者の状態が安定し、僅かでも健康を回復させることができる、またその技術を看護師など他職種にも認められていることは、非常に強い内発的動機づけとなるであろう。このように、《食事介助方法の熟練》は、＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞を発展的に変化させる要因の一つであると考えられる。

先行研究では、看取り経験が職員の看取りへの不安を軽減させることが明らかにされている（和田 2008：岡・ほか 2014）。また、それは死の看取りに対する積極的な態度、前向きな意識の形成に繋がることも多数報告されている（清水・ほか 2007：小山 2012：坂下・西田・岡村 2013）。岡らは、看取りの経験は、介護職員を人間として専門職として成長させる内発的動機づけになっていることが明らかになったとしている（岡・ほか 2014）。

本研究においても、看取り介護の葛藤を発展的に変化させる要因の 1 つは、看取り介護経験、及びその利用者の死そのものにあると考えられた。介護福祉士は、専門職として関わっていると同時に、要介護高齢者と【仕事を越えた特別な関係】を築き、そこには主観的な感情を伴っていた。それゆえその死は、いわゆる 3 人称の死という経験に留まらず、家族のような身近な存在を失った悲しさと同時に、どうあるべきだったのか自らの関わりや介護を見つめ直さざるを得ない経験となる。

つまり、要介護高齢者と介護福祉士の【仕事を越えた特別な関係】が前提としてあることで、死を看取る経験からの学びが深まり、ひいては＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞を＜前向きな看取り介護＞へと発展的に変化させることが示唆される。

(2) 葛藤から解放

2012（平成 24）年、要介護高齢者の重度化に対応して、介護福祉士も医療的ケアである喀痰吸引と経管栄養が実施できるよう法改正がなされた。現在、全国で医療的ケアの研修が行われつつある状況である。しかし、今回の調査では、調査対象者の多くが「経管栄養は看護師の仕事」とであると認識していた。また、参与観察の結果でも、介護福祉現場が慢性的な人手不足にあるため、「医療的ケアの研修に職員を出すゆとりがない」などの理由により、医療的ケアを実施できる介護福祉士は非常に少なかった。

経管栄養の導入により、その管理や責任は看護師へと移ることとなる。そして、介護福祉士は、それまで要介護者の生命を維持するために、誤嚥への不安を抱えながら懸命に食事介

助をしていたところから、一挙に＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞から心理的に解放されると考えられる。

また、＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞の局面と、＜前向きな看取り介護＞の局面は、ある時点で全てがそっくり転換するものではなく、各々の局面を言ったり来たりしながら、徐々に＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞が減少し、＜前向きな看取り介護＞へと移行していくものと考えられる。

4) 利用者との関係の変化

(1) 関係の醸成

介護福祉士は、食事や入浴、排泄などの生活介護を通して、日常的に要介護高齢者と触れ合っている。参与観察では、介護職は当然のように利用者に顔を近づけ、頬を寄せ合うなど濃厚なスキンシップを取り、物理的な距離が非常に近いことを確認した。また、その語りからは、要介護高齢者が「ボソッとしゃべってくれるだけでも」、あるいは「よい表情が見られると嬉しい」と感じていることが示された。これは、認知症の進行などにより、言葉によるコミュニケーションが難しくなっていること、不安が強いことなど、要介護高齢者の対象特性によるところがあると考えられる。

荒川は、この対象特性について、小児看護の対象が「意思表示の明確にできない子ども」であることが、看護師を自分がこの子のために何でもやってあげたい、自分が見てあげたいという主観的な気持ちにさせているとしていると分析している(荒川 2010)。子どもと高齢者では全く異なるが、敢えて要介護高齢者と小児の共通点をみても、意思表示が十分でなく、誰かの援助がなければ生きられない対象というところであると考えられる。

特別養護老人ホームは、基本的に入所期間に制限のない生活施設であり、介護保険施設の中でも入所期間が最も長い。そのため、介護福祉士が要介護と関わる期間が比較的長く、これは、特別養護老人ホームにおける環境の特性でもある。

張らは、知的障害者を看取る職員の思いを分析し、「利用者と職員間に血縁関係はないが、長年関わっていくなかで、職務上の関係だけでは語れない結びつきが形成されていくと推察される」と述べている(張・石野 2012)。本研究においても、「家族よりも長い時間一緒にすごしている」という調査対象者の語りもあり、関わる期間の長さは、介護福祉士と要介護高齢者に【仕事を越えた特別な関係】を形成する要因の1つとなっていると考えられる。

また、近年、特別養護老人ホームでは、空間を限定し少人数で馴染みの関係を作るユニットケアが主流となっている。ユニットケアを実施している介護福祉士は、「うちのユニット」という認識をもっていた。馴染みの関係を作ることを目的としたユニットケアとその環境は、要介護高齢者のみならず、職員に「帰属意識の形成」を促していることが推察される。

プライマリーナーシングとは、1人の患者を担当看護師が責任を持って担当しケアする看護方式である。荒川は、小児病棟の看護師を対象に、子どもの死について抱いている思いを調査し、看護師は受け持ち患者が固定されると自分の受け持ちである子どもに対して、「この子は自分の子、自分は第二の母親だ」という認識を持ってしまうことがあると述べている(荒川 2010)。ユニットケアも、プライマリーナーシングと同様の意識を生むと考えられる。つまり、ユニットケアという環境は、利用者との関係を職務上のものから【仕事を越えた特別な関係】に発展させる要因の1つとなると考えられる。

これらのことから、要介護高齢者の対象特性、そして特別養護老人ホーム及びユニットケアという環境は、介護福祉士が要介護高齢者と【仕事を越えた特別な関係】を醸成する直接的な要因となっていることが示唆される。また、この【仕事を越えた特別な関係】は、<生

命と尊厳と職責の間の葛藤>と<前向きな看取り介護>の局面とに、それぞれ相互に関係し、高齢者を看取る過程の意識の根底となるものであると考えられる。要するに、【仕事を超えた特別な関係】があるからこそ、介護福祉士の葛藤は深まり、より前向きな看取りを目指すことになると考えられるのである。

(2) 関係のゆらぎ

経口摂取から経管栄養に変わることは、<生命と尊厳と職責の間の葛藤>から心理的に解放されるだけでなく、食事介護を通して要介護者と関わる時間が増していたところから、一挙に物理的な<関わりが減少する>ことにもなる。また、【仕事を超えた特別な関係】を築いている要介護高齢者だからこそ、[本人は幸せなのか]などと、<尊厳の危機を感じる>ようになる。しかし、どうすることもできず、【経管栄養への複雑な思い】を抱くことになると考えられる。

木下は、「ケアにかかわっていると、いろいろな場面で喜怒哀楽の感情が活性化させられる」と述べている(木下 2001)。介護福祉士は、[ボソッとしゃべってくれるだけでも]、あるいは[よい表情が見られると嬉しい]と、対象の僅かな反応の中に感情を見出し、そのやり取りが楽しく喜びとなっていた。しかし、経管栄養を受けている利用者は概して<コミュニケーションが困難>で、[どこまで伝わっているのか]分からない、働きかけても[一方通行で自己満足かもしれない]と、積極的に関わることを躊躇させる。また、介護福祉士の業務は多忙である。これらのことから、結果的に【仕事を超えた特別な関係】にゆらぎをもたらす可能性があると考えられる。

第5章 考察

1 ニ・五人称としてともにあるという意識

1) 介護福祉士の関係特性

介護福祉士の語りを分析した結果、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識は、【命を繋ぎとめる】【苦痛なく安らかに】【看取り介護への不安】【看取り介護における倫理的葛藤】【看取り介護の振り返り】【誇りとやりがい】【その人らしい生の終焉】【仕事を超えた特別な関係】【経管栄養への複雑な思い】の9つのカテゴリーで説明することができた。また、これらのカテゴリーの関係から、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識の変容について説明することができた。

この分析結果から、介護福祉士は、要介護高齢者との関係について、【仕事を超えた特別な関係】があると認識していることが示された。また、仕事である介護を通して、要介護高齢者に「自分も支えてもらっている」、要介護高齢者は「家族のようなパートナー」と感じていることがわかった。これらは、介護福祉士が要介護高齢者に向き合う際の特性であると考えられる。

では、なぜ介護福祉士は要介護高齢者に対してこのような観点をもつに至ったのだろうか。また、この観点とはどういうものなのだろうか。本章では、本研究で明らかとなった結果、特に介護福祉士の関係性や観点に関するコードやカテゴリーと先行理論や先行概念とを比較することで、介護福祉士の対象を捉える観点について考察する。

2) 対象の特性に基づく関わり

(1) いのちの受け止め手が不在

芹沢は、高齢者が、いのちの受け止め手になろうとする誰かがそこに「いる」と感じられなければ、「ただ、いたたまれなさによるべなさをかかえ、途方に暮れるほかないだろう」と述べている(芹沢 2012: 203)。また、それは、親子と一緒に生活し、親族がその世話をこまめに行っているという状況にあっても、高齢者自身が、いのちの受け止め手が「いる」と認識できることが必要だとされている。つまり、いのちの受け止め手は、家族であることでも、その介護量でもなく、最も重要なことは、高齢者自身がどう感じているか、相手をどうみているかということであると解釈できる。

介護福祉士は、要介護高齢者を「一人で逝かせたくない」という意識をもっていた。実際に、身寄りがなく、あるいは家族との関係が疎遠であるなど、家族が看取れない場合には、「家族でなくてごめんね」という思いをもち、「家族の代わりとして」看取ろうとしていた。ここから、介護福祉士は、いのちの受け止め手がないと思われる対象に対して、芹沢のいう、「いたたまれなさ」や「よるべなさ」を感じ、積極的に自らいのちの受け止め手になろうとしていると考えられる。

(2) 主観的な関わりが必要とされる

介護の対象である要介護高齢者は、どれほど予防に力を注いでも、どれほど自立を支援しても、認知症や老衰の進行により心身機能は低下していき、できることが一つひとつ減っていく。死に至る過程においても、自ら発する言葉が減少するだけでなく、表情さえも乏しくなり、何がしたいのか、どう感じているのかもわかりにくくなっていくことが多い。介護福祉士は、そういった高齢者に、濃厚なスキンシップを図るなど様々に働きかけ、反応を引き出していた。

嶺村は、重度の障害を重複して有する、「歩けない、喋れない、やりたいことがあるようでもない」といった子どもたちとの関わりを通して、「名前を呼べばニコッと笑うとか、差し出したものを喜んで受け取ってくれるとか、体を揺ると笑顔になるとか、そういうことが、心のつながりを感じるためにどれほど大きな役割を果たしていることか！ <中略>そして、相手の方から笑いかけてくれたとか、手を引っぱってくれたとか、そんな小さな働きかけの積み重ねが、絆をさらに強化していく」と述べている（嶺村 1989）。

これは、介護福祉士が、高齢者が「ボソッとしゃべってくれるだけでも」嬉しいと感じ、[自分だけにしてくれたことが自慢]としていたこと重なる。これらのことは、重度の障害を有する子どもの保育と認知症や老衰の進行により意志の疎通が困難になった高齢者の介護は、援助する者の意識に共通するところが多いということを示唆している。

佐藤は、ケア行為が成り立つためには、前提が必要であると述べている。この前提とは、心理的土台であり、認知症や重度の障害は、この心理的土台を壊れやすくするリスク要因であるとして、「ケアが成り立つためのケア」が必要となるという。そして、この『ケアが成り立つためのケア』は、援助する側の身体感知によるほかなく、数値化も言語化もできにくいものであるという。その理由は、情動による深い交流を成り立たせるところから始めなくてはならないからであるとしている（佐藤 2010 : 79）。佐藤のいうこの情動による交流とは、客観ではなく、主観的な関わりと言い換えることができると考える。

峰村が対象としている重度の心身障害を抱える子どもと、認知症や老衰が進行した要介護高齢者の共通するところは、働きかけに対する反応が小さく、捉えにくいところである。いずれも、佐藤のいう「ケアが成り立つためのケア」が必要な対象であると考えられ、それゆえ、これらの対象には、まず情動による深い交流、すなわち喜怒哀楽を伴う主観的な関わりが必要とされると考えられる。

(3) ともにあるということ

作田は、「行為は、環境の中で起こる。行為者にとって意味をもつ環境の一部が状況 (situation) であり、行為者と状況との関連において行為が生ずる。というよりも、このような関連枠を通じて行動 (behavior) がとられえられる時、それは行為 (action) と呼ばれる」と述べている（作田 1972 : 3）。

峰村は、保育者と子どもとの関係について、保育者の視点や意味付与の仕方によって変容

し得るものであることに気づかされた。しかし、それは重度重複障害のある子どもたちとの出会いによって、問い直しを迫られることになったと述べている（嶺村 1989）。

私は、自分の行為に対する応えとして、彼らの表情に何らかの意味を見出そうとする。例えば、それは楽しそうに私の方を見たとか、文句を言いたそうな目をしたというような言葉で表現される。そして、確かに、そういう意味付与が、私を再び彼らに向かわせ、次なる行為をおこさせる契機となる。

彼らに対する私の行為に、あるいは、彼らの微妙な表情の変化に、何らかの意味を付与すること自体、自らの行為を正当化し、それに安住すること以外の何ものでもないかのように思われたからである。私とは決して対立することのない他者の出現によって、関係以前、意味以前の「共在」ということ、すなわちともに在ることそれ自体に、目を向けざるを得なくなったのである。

これは、介護福祉士が、要介護高齢者との《コミュニケーションが困難》になることによって、【仕事を超えた特別な関係】にゆらぎを与える過程と類似しているのではないだろうか。さらに、嶺村は、「反応の確かでない子どもを前にすると、日頃、自分がどれほど相手の反応に左右されているか、どれほど相手からの働きかけを期待し、それに助けられているかが、実によく分かる」と述べている。つまり、要介護高齢者の反応がいよいよ小さくなり、捉えきれなくなると、やがて、どのように働きかけても「一方通行で自己満足かもしれない」と、悩む姿に重なる。また、この、「かもしれない」というところには、「一方通行であっても」それでもともにありたいという思いも含まれていると考える。実際に、ある介護福祉士は「いい匂いであれしてみたり、肌が荒れていたの、リップクリームとか買ってきて、話しかけながらリップ塗ってみたり」、また別の介護福祉士も「目は見えてるから、何か見てもらえないかな」と映画や写真はどうかと考えていた。このように、彼らは、一方通行かもしれないと悩みながらも関わり続けようとしていた。

特別養護老人ホームにおける利用者の平均在所日数は、4年近くと介護保険施設の中で最も長い。介護福祉士は、利用者にとって特別養護老人ホームは生活の場であり、[施設は第2の家]であると認識していた。その中で介護福祉士は、ケアするという立場だけでなく、[自分も支えてもらっている]という関係を築き、[一緒に過ごしていきたい]という思いをもっていた。これらの感覚は、峰村の「共在」と同様のものであると考えられる。

3) 死に逝く要介護高齢者に向き合う立場

(1) 人称による視点

村田は、対人援助において、援助する側も同じ位置に立ち、そのときの援助者と被援助者

の関係は、相互作用的关系でなければならないとしている。この相互作用的というものを二人称的世界であるとしている（村田 1998 : 57-59）。

エリアスは、「死は、生きている者たちの問題である。死者たちはそもそも問題など持たない。〈中略〉あらゆる動物のうちで、自分が死ぬことを知っているのは人間だけである」と述べている（Elias=1985 : 6）

フランスの哲学者であるジャンケレヴィッチは、人の死を人称で捉え、区別している。一人称の死とは、「わたし自身の死は、つまり〈だれかの〉死ではなく、世界をくつがえす死、その種のものでは唯一で、いかなる他の死にも似ていない模倣不可能な死」であるとしている（Jankélévitch=1978 : 24）。三人称の死は、「死一般、抽象的で無名の死、あるいはまた、たとえば一人の医者が自分の病気を検討する、ないしは自分自身の症状を研究する、あるいは自分自身に診断を下す場合のように、個人の立場を離れて概念的に捉えられたもの」であると述べている（Jankélévitch=1978 : 25）そして、二人称の死は、「親しい存在の死は、ほとんどわれわれの死のようなもの、われわれの死とほとんど同じだけ胸を引き裂くものだ。父あるいは母の死はほとんどわれわれの死であり、ある意味では実際にわれわれの死だ」として、三人称の死との違いを説いている。（Jankélévitch=1978 : 29）

藤井は、二人称の死は、主観的であり、さまざまな感情を伴う出来事であるとしている。一方、三人称の死は、「語る人自身と個人的な関係をもたない人の死である。たとえば、テレビやニュースでみるような交通事故の犠牲者であったり、どこかの病院で亡くなる知らない人の死である」と述べている。そして、「二人称の死の見方は、三人称でいう客観的な死とは、根本的にその立場も感じ方も異なっているといえる」としている（藤井 2015 : 40）。

柳田は、人間の命や死には人称によって特性に違いがあることから、医療者に対し「二・五人称の視点」をもつことを提案している。その意図するところは、「医療者というのはある客観性を持って患者を診なければいけない。しかし、それは冷たく突き放す客観性ではなくて、その死にゆく人に対してよりよい最期の日々のためのお手伝いをし、家族にとってもいい別れの形をつくってあげなければいけない。そこにおいては、人間性豊かなかかわり合いが必要になってくる。それは二人称に限りなく近づくわけだけれど、〈中略〉本当に二人称の関係性になってしまったら客観性が保てなくなる。そこで二人称の手前で止まっておくのだけれど、しかし冷たい三人称ではなく二人称の立場を共感的に理解するという意味」であるとしている（柳田 2000 : 107-109）。

介護福祉士は、要介護高齢者を「家族のようなパートナー」としてみているが、この「のよな」というところに、あくまで家族そのもの、二人称ではなく、二・五人称の視点があると考えられる。柳田は、人の大事な場面で、非常に密接なかわり合いを持つ医療者は、患者への視点が三人称では十分ではないとして、二・五人称の視点を持つよう提案している。しかし、本研究の結果から、介護福祉士は、すでにこの二・五人称の視点をもって介護していると考えられる。また、【仕事を超えた特別な関係】は、二人称の関係でもなく、三人称の関係でもなく、二・五人称の関係という側面をもっているともいえるのではないだろうか。

(2) 二・五人称としてともにある

村田は、ケア概念が、キョア概念のように「あるべき健康な生」を認識の基点とせず、「若い・病い・死」という患者の「いま」と「ここ」を認識の基点とし、その地点から患者・クライアントの「生」の意味を求めるとのことであると述べている。そして、それは普遍妥当な方法ではなく、援助者の共感的で支持的な固有のかかわりを基礎とし、「共に死すべき者」「共に老いるべき者」「ともに病むべき者」として援助する側も同じ位置に立つ。そのときの援助者と被援助者の関係は、相互作用的关系でなければならないとしている（村田 1998 : 57-59）。

木下は、高齢者と職員の関係について、家事援助であれ食事や入浴の介助であれ高齢者のケアはその援助内容云々以前に、人間と人間との直接的、対面的相互作用であり、その目的にかかわらず行為者双方に感情的反応を引き起こすと述べている。そして、「援助者は援助者であると同時に 1 人の人間として、利用者もまた、利用者であると同時に 1 人の人間として、ある程度感情的自然さを開放して関わるのが積極的な意味をもつ」としている（木下 2001）。

嶺村は、「保育の目的とか、活動の意義とか、子どもとの関係とか、そういったものが、ことごとく不確かで曖昧になっていったとしても、彼らが存在し、そのために私たち保育者の存在が求められているという確認は、決して揺るがされることはない」とし、この確信の上に、保育の原点としての「共在」があるのではないかとしている（峰村 1989）。

メイヤーロフは、「対象によって必要とされている、という事実からくる帰属感を深く身に感じ取ると、その経験は私を根底から支える」と述べている（Mayeroff=2007 : 144）。

本研究の結果から、介護福祉士は、仕事である介護を通して、要介護高齢者に「自分も支えてもらっている」という思いをもち、「家族のようなパートナー」として「一緒に過ごしていきたい」という思いでいる。つまり、介護福祉士は、要介護高齢者と二・五人称としてともにあると考えられる。

2 今後の研究への示唆

終末期に積極的な終末期医療を望まない高齢者の看取りにおいては、誤嚥を防ぎかつ食事を楽しめるよう安全な食事介護が必要となる。介護職は、食事介助に不安を感じていることは先行研究でも指摘されており、本研究でも同様に食事介護に葛藤や不安をもっていることが明らかとなった。しかし、本研究結果から、その経験を通して食事介護の技術が熟練し、自信を得ることで看取りに前向きな姿勢に変容していくことが示された。これらの知見は、経口摂取の安全性を確保しながら、最期まで可能な限り食べるたのしみを得られるような食事の介護方法開発への示唆となる。

また、介護福祉士は、終末期にある高齢者の対象特性から「主観的な関わりが必要」とされていること、「いのちの受け止め手」になろうとしていることが考えられた。さらに、介護福祉士は、相対する人から「必要とされる」ことに支えられ、要介護高齢者に対して、「二・五人称としてともにある」ということが示唆された。これらの知見は、積極的な医療を望まない高齢者の看取り過程における介護職の役割、介護方法開発への基礎的資料となりうる。

3 本研究の限界と課題

本研究の調査対象施設は5件と少なく、参与観察期間も述べ18日間と短期間であったため、データは限られたものである。また、本研究の結果は、要介護高齢者を看取る過程において、介護福祉士が語った経験に基づき得られたものである。今回明らかとなった観点は、あくまで看取る過程における意識に焦点化しているため、介護福祉士の対象の捉え方を十分説明できるものではない。

終末期医療を望まない要介護高齢者の看取り介護には、食事支援の方法が非常に重要となる。しかしながら、介護福祉士においては、この技術は「経験しないと身につかない」とされていた。最期まで安全に食事介護を提供するには、この《食事介助方法の熟練》の内容を言語化し、一般化していく必要がある。これについては、今後の研究課題となると考える。

第6章 結論

1 要介護高齢者を看取る過程において、要介護高齢者を看取る介護職福祉士の意識は以下のように説明できた。

特別養護老人ホームにおいて看取りを経験したことのある介護福祉士の語りを分析した結果、要介護高齢者を看取る介護福祉士の意識の変容は、【命を繋ぎとめる】【苦痛なく安らかに】【看取り介護への不安】【看取り介護における倫理的葛藤】【看取り介護の振り返り】【誇りとやりがい】【その人らしい生の終焉】【仕事を超えた特別な関係】【経管栄養への複雑な思い】の9つのカテゴリーで全容を説明することができた。またこれらの中に、＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞＜前向きな看取り介護＞の2つの局面があることを導くことができた。

2 要介護高齢者を看取る過程において、要介護高齢者を看取る介護職福祉士の意識の変容は以下のような過程を経ていた。

要介護高齢者の対象特性とユニットケアは、介護福祉士が要介護高齢者と【仕事を超えた特別な関係】を醸成する直接的な要因となっていると考えられた。さらに、築かれたこの【仕事を超えた特別な関係】は、対象を看取る過程において、これを基に、＜生命と尊厳と職責の間の葛藤＞と＜前向きな看取り介護＞の局面とそれぞれ相互に関係していることが示唆された。また、介護福祉士は、対象から僅かな反応も感じられなくなると、感情のやり取りが難しくなり、関係にゆらぎをもたらすようになることが推察された。

3 看取り介護における介護福祉士の対象を捉える観点には以下のような特性が認められた。

介護福祉士は要介護高齢者との関係について、【仕事を超えた特別な関係】であると認識していることが示された。また、仕事である介護を通して、要介護高齢者に「自分も支えてもらっている」、要介護高齢者は「家族のようなパートナー」と感じていることがわかった。これらは、介護福祉士が要介護高齢者に向き合う際の特性であると考えられる。

介護福祉士は、要介護高齢者から「必要とされる」ことに支えられ、死に逝く要介護高齢者、二・五人称としてともにあることが示唆された。

文献

- 会田薫子 (2010) 「認知症の終末期と胃瘻栄養法—PEGの施行要因分析と価値判断を経た代替法の提案—」 勇美記念財団. (http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20110520022958.pdf. 2011.8.1).
- 荒川まりえ (2010) 「看護師が抱く子どもの死に対する思い—ターミナルケアの経験から—」 『東京女子医科大学看護学会誌』 5 (1), 11-19.
- 張貞京・石野美也子 (2012) 「知的障害者における介護と看取りの意味—施設職員の語りから—」 『京都文教短期大学研究紀要』 51, 41-51.
- Elias, N. (1982) *Über die Einsamkeit der Sterbenden* / (1985) *Aitem und Sterben*. (=1990, 中居実訳『死にゆく者の孤独』法政大学出版.)
- 藤井美和 (2015) 『死生学とQOL』 関西学院大学出版.
- 二橋那美子・真家年江・仙田志津代・ほか (2008) 「看護・介護専門職における仕事に対する意識と死に対する意識の関連-死の看取り教育プログラムに向けての基礎研究」 『研究助成論文集』 (44), 209-218.
- 原健二 (2009) 「療養型病院における終末期の栄養のあり方」 『日本老年医学会雑誌』 46 (6), 511-513.
- 平川仁尚 (2011) 「高齢者の緩和医療」 『日本老年医学会雑誌』 48, 216-220.
- 平松万由子・大淵律子・北川亜希子 (2011) 「介護老人保健施設における終末期ケアに関する実態調査—看護職・介護職の認識に焦点をあてて—」 『三重看護学誌』 13, 147-154.
- 平澤秀人・桐谷優子・秋山英恵・ほか (2007) 「認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査—入院・外来患者について—」 『老年精神医学雑誌』 18 (8), 884-891.
- 広井良典 (2000) 「ケア学」 医学書院.
- 広瀬寛子 (2010) 「明日の看護に生かすデスカンファレンス」 『看護技術』 56 (1), 64-67.
- 星野江梨・村田美佐子・新井清乃・ほか (2009) 『日本看護学会論文集 総合看護』 40, 428-430.
- 一番ヶ瀬康子 (2003) 『介護福祉学の探求』, 有斐閣.
- 今永光彦 (2014) 『在宅医療において, 医師が死因として「老衰」と診断する指向過程に関する探索』 勇美記念財団.
(http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20140912120859.pdf. 2016.3.7).
- 石飛幸三 (2010) 『口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ』 講談社.
- 石飛進吾 (2008) 「肺炎 (3) 誤嚥性肺炎の予防対策」 『臨床透析』 24 (8), 43-48.
- Jankélévitch, V. (1966) *LA MORT* (=1978, 中澤紀雄訳『死』みすず書房.)
- 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看護職者の悩み—全国調査における自由記述の分析—」 『南九州看護研究誌』 3 (1), 11-21.

- 柏木哲夫 (2008) 『いのちに寄り添う。ホスピス・緩和ケアの実際』 KK ベストセラーズ。
- 川上嘉明・新谷富士雄 (2007) 「特別養護老人ホームにおける要介護高齢者の看取り介護」『総合看護』42 (4), 5-19.
- 川村幸子・畑山清美・渡部郁子・ほか (2014) 『日本看護学会論文集 小児看護』44, 130-133.
- 木下康仁 (1998) 「老いと文化—老衰のケア的解釈をめぐって—」『老年社会学』20 (1), 9-15.
- 木下康仁 (2001) 「高齢者ケア—する人とされる人の人間学—」『こころの科学』96(3), 69.
- 菊井和子・竹田恵子 (2002) 「嚥下困難をきたした終末期高齢者の食事援助に関連する倫理的課題」『川崎医療福祉学会誌』12 (1), 83-90.
- 小林尚司・木村典子 (2010) 「特別養護老人ホームの新人介護職員の看取りのとらえ方」『老年社会科学』32 (1), 48-55.
- 国立長寿医療センター (2012) 『摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書』
(http://www.ncgg.go.jp/research/pdf/topics/cl_hokoku1_23.pdf.2016.3.7).
- 小沼敦 (2007) 「療養病床の再編」『調査と情報』(590), 1-10. 越谷美貴恵 (2006) 「中高年の希望する認知症終末期ケアに関する意識調査」『日本認知症ケア学会誌』5 (1), 35-43.
- 厚生労働省 (2011) 「従事者の状況：平成 22 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」
(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/dl/kekka-gaiyou_06.pdf).
- 厚生労働省 (2014a) 「介護保険施設利用者の状況：平成 25 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」
(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou_05.pdf.2016.3.7).
- 厚生労働省 (2014b) 「平成 26 年人口動態調査死亡場所別にみた年次別死亡数」
(https://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001137965&disp=Other&requestSender=dsearch.2016.3.7).
- 厚生労働省 (2014c) 「介護福祉士の登録者数の推移」
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi6.html>.2016.3.7).
- 厚生労働省 (2015a) 「平成 26 年人口動態統計（確定数）の概況」
(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei14/dl/00_all.pdf.2016.3.7).
- 厚生労働省 (2015b) 「平成 26 年人口動態統計月報年計（概数）の概況」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai14/dl/gaikyou26>.2016.3.7).
- 厚生労働省 (2015c) 「平成 26 年国民生活基礎調査の概況」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa14/dl/16.pdf>.2016.3.7).
- 小山千加代 (2012) 「特別養護老人ホームで「看取りケア」の改善に取り組んだ介護士Hの「看取りケア」に対する意識の変化」『人間科学研究会生と死』(14), 51-61.
- 小浦さい子・杉澤秀博 (2010) 「摂食・嚥下障害を伴う施設入居高齢者に対する介護職員の食事介助体験の心理過程：特別養護老人ホームの場合」『老年学雑誌』創刊号, 15-27.

- 栗田明・品川直介・小谷英太郎・ほか（2012）「特別養護老人ホームにおける看取りケアの経緯と医師の役割」『日本老年医学会雑誌』49（3），336-342.
- 葛谷雅文（2009）「高齢者終末期の医療連携—特に栄養ケアの連携について—」『日本老年医学会雑誌』46，524-527.
- Lynn, J. and Adamson, D. M. (2003) Living Well at the End of Life –Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. WHITE PAPER RAND Health.
- Mayeroff, M. (1971) ON CARING (=2007, 田村真・向野宣之訳『ケアの本質 生きることの意味』ゆるみ出版.)
- 宮岸隆司・東 琢哉・赤石康弘・ほか（2007）「高齢者終末期における人工栄養に関する調査」『日本老年医学会雑誌』44（2），219-223.
- 嶺村紀子（1989）「保育の原点としての『共在』」『幼児の教育』88（7），22-29.
- 三菱総合研究所（2007）『特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン—特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書』
- 三菱総合研究所（2010）『特別養護老人ホームにおける看取り対応に関する調査研究事業報告書』
- 三好弥生（2009）「終末期高齢者の看取りの課題—療養実態と在宅死促進政策の分析から—」『立命館大学産業社会学会』3，175—207.
- 三好弥生（2012）「胃瘻を造設した終末期高齢者の看取りに関する文献レビュー」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』61，133-144.
- 三好弥生・上田恵理子（2014）「特別養護老人ホームにおける看取りの現状と課題」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』63，103-117.
- 三好弥生（2016）「要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事ケアに関する基礎知識」『四国公衆衛生学会雑誌』61（1），57-62.
- 森塚恵美・多久島寛孝（2011）「介護保険施設における End of Life Care ～文献による考察」『保健科学研究誌』8，9-22.
- 村田久行（1998）「改訂増補 ケアの思想と対人援助」川島書店.
- 内閣府（2015）「平成 27 年度版高齢社会白書（概要版）」
(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html.2016.3.7).
- 仲口路子（2012）「PEG（胃ろう）問題—認知症高齢者への PEG の適応について—」『Core Ethics』8，291-303.
- 中村仁一（2012）『大往生したけりゃ医療とかかわるな 「自然死」のすすめ』幻冬舎新書.
- National Advisory Committee (2000) A guide to end-of-life care for seniors (=岡田玲一郎監訳 2001『高齢者の end-of-life ケアガイド』厚生科学研究所.)
- 日本弁護士連合会（2010）『終末期医療に関する報告書』
(http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/committee/list/data/syumatsuki_iryuu_houkoku.pdf. 2016.3.7).

- 日本学術会議臨床医学委員会老化分科会(2014)「提言 超高齢社会のフロントランナー日本：これからの日本の医学・医療のあり方」
(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t197-7.pdf>.2016.3.7).
- 日本老年医学会 (2012) 『日本老年医学会立場表明 2012』
(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>.2013.7.16).
- 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会 (2013)「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013」『日本リハビリテーション学会誌』17, 255-267.
- 西岡弘昌 (2010)「認知症の緩和ケアに必要な基本知識—高齢者の終末期の栄養ケア—」『緩和ケア』20 (6), 575-578.
- 大越ひろ (2008)「物性面からみた摂食・嚥下障害の段階的食事(特集 高齢者の接触・嚥下障害を考える--QOLを高めるために)」『保健の科学』50, 235-240.
- 小倉裕茉 (2014)「療養型内科病棟における看取りケアに対する看護職員の意識と行動の改善—デスカンファレンスを導入して—」『東京精神科病院協会誌別冊：東精協学会特集』28, 198-201.
- 大西次郎 (2008)「入所高齢者の重度・重度化へ即した，特別養護老人ホーム内における終末期ケア体制の構築に関する研究」『研究助成論文集』(44), 198-208.
- 大西奈保子 (2009)「ターミナルケアに携わる看護師の“肯定的な気づき”と態度変容過程」『日本看護科学会誌』29 (3), 34-42.
- 大類孝 (2014)「高齢者肺炎の現状と新たな予防策」『日本老年医学会誌』51, 222-224.
- 岡京子・新免理沙 (2014)「高齢者ケア施設で働く介護職員の看取りの経験と意識に関する調査(第1報)」『インターナショナル nursing care research』13 (4), 161-170.
- 岡本あゆみ (2014)「非がん高齢患者の終末期を経験した看護師の意識調査」『淑徳大学看護栄養学部紀要』6, 61-70.
- 岡村重夫 (1986)『新しい老人福祉』ミネルヴァ書房.
- 坂下恵美子・西田佳世・岡村絹代 (2013)「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.
- 作田啓一 (1972)『価値の社会学』岩波書店.
- 流石ゆり子・牛田貴子・亀山直子・ほか (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師への調査から」『老年看護学』11 (1), 70-78.
- 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師の悩み・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.
- 佐藤郁也 (2008a)『質的データ分析法 原理・方法・実践』新曜社.
- 佐藤郁也 (2008b)『QDA ソフトを活用する 実践 質的データ分析入門』新曜社.
- 佐藤幹夫 (2010)『人はなぜひとを「ケア」するのか—老いを生きる，いのちを支える』岩波書店.

- 佐藤伸彦 (2002) 「高齢者の終末期に関する諸問題—人工栄養（経管栄養）について—」『臨床倫理学』2, 18-23
- 佐藤伸彦 (2004) 「高齢者終末期に関する意思決定の諸問題」『臨床倫理学』3, 24-33
- 芹沢俊介 (2012) 『家族という意志—よるべなき時代を生きる』岩波新書.
- 園田芳美・石垣和子 (2009) 「明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルにおける意思決定に関する訪問看護支援」『老年看護』13 (2), 72-79.
- 柴田英明・矢部広明・桑本文幸・ほか (2015) 『介護保険白書 施行15年の検証と2025年への展望』本の泉社
- 清水みどり・柳原清子 (2007) 「特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識：介護保険改定直前のN県での調査」『新潟青陵大学紀要』7, 51-62.
- 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.
- 鈴木裕 (2013) 『『命の尊厳』は『胃瘻の是非』ではない～患者の幸せを考慮した選択を～』『胃瘻（PEG）と栄養の情報紙PDN通信』42号, 1面.
- 谷口寛子 (2004) 『『痴呆高齢者の終末期ケア』についての意識調査に基づく一考察—看護・介護従事者が終末期ケアにおいて『大切だ』』と知っていること』『こころの健康』19 (2), 77-85.
- 高山直子・三重野英子 (2005) 「介護老人福祉施設の看護師が行う End-of -Life Care の実際」『老年看護学』10, 62-68.
- Teramoto, S. and Fukuchi, Y. and Sasaki, H. et al. (2008) High Incidence of aspiration pneumonia in community -and hospital- acquired pneumonia in hospitalized patients : a multicenter, prospective study in japan. Journal of the American Geriatrics Society ; 56 : 577-579.
- 和田晴美 (2008) 「介護老人福祉施設で働く介護職員のターミナルケアの不安に関する研究Ⅱ—ターミナルケアの体験・意識及び自己の死の不安の影響—」『佐野短期大学研究紀要』(19), 119-133.
- 柳原清子・柄澤清美 (2003) 「介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因の分析」『新潟青陵大学紀要』3, 223-232.
- 柳原清子 (2006) 「介護支援専門員の『死の看取りケアの意識』とそれに関連する要因の分析」『新潟大学医学部保健学科紀要』8 (2), 3-14
- 柳田邦夫 (2000) 『緊急発言いのちへⅠ』講談社.
- 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』
- 全国老人福祉施設協議会 (2011) 『特別養護老人ホームにおける胃ろう等による経管栄養に関する実態調査 報告書サマリ』
- (<http://www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/121.2013.7.28>)