

特別養護老人ホームにおける 「看取り介護」に対する介護職の認識 —特別養護老人ホーム芦花ホームにおける調査—

安藤 美樹*

Key Words : 看取り介護, 介護職, 特別養護老人ホーム

I 緒言

1. 研究の背景

生活の場である特別養護老人ホーム（以下、特養とする）において、高齢者が人生の最期を迎えることは自然な営みであるといえよう。しかし、医療経済研究機構（2003）の調査によると実際には特養における退所者のうち、施設内で死亡する利用者は3割であり、5割の利用者の死亡場所は病院や診療所という結果が示されている（残りの2割は他施設、病院、自宅への退所）。

このような状況の中、2006年介護保険法一部改正により、特養における看取り介護加算と重度化対応加算が創設された。この改正によって特養において看取りを行う体制の整備が進み、介護保険制度の中に看取り介護加算が創設される前から行われていた「看取り介護」に対する評価として加算要件が明示され、特養にて看取りを行っていくという方向性がより強く示されるようになった。

そして実際に「看取り介護」をどのように提供していくか考えた場合、生活の場である特養における看取りと医療の場における看取りでは、重視する点が異なることは想像するに難くない。例えば、医療の場における看取りのひとつである緩和ケア病棟やホスピスでは、疾病に伴う痛みのコントロールを中心に、残された時間をどのように過ごしていくかという点が検討されるが、生活の場である特養における看取りでは、一般的に医療的な治療や処置は苦痛を取り除くためのものとして行い、利用者のこれまでの人生、生活、想いを尊重し、できる限り自然

* 人間学部人間福祉学科

な形で死を迎えることができるよう支援していくこととなる。このような違いからも生活の場である特養において「看取り介護」を提供していく際に、利用者の最も身近な存在である介護職にどのような支援が求められるのかを明らかにしていくことは急務といえよう。

2. 本研究に至った経緯

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム（以下、芦花ホームとする）は、1995年の開所時より「看取り介護」に取り組み、2006年4月から介護保険制度に創設された看取り介護加算に基づく「看取り介護」を実施している。

芦花ホームでは、よりよい「看取り介護」を目指し「特別養護老人ホーム芦花ホームにおける『看取り介護』の調査研究報告書」¹（2009年、場所づくり研究所プレイス）の作成や看取りシンポジウム²、スタッフ研修会を企画・開催している。

2009年の調査¹では、芦花ホームの常勤配置医・職員・利用者に対するヒアリングと遺族・他施設に対するアンケートが行われ、芦花ホーム職員に関する今後の課題の1つとして、「看取り介護」に対する不安や「看取り介護」を特別なものとするのかという問いが挙げられた。

本研究では、このような芦花ホームにおける「看取り介護」改善への取り組みを受け、2009年ヒアリング調査¹時の段階で常勤配置医が、「利用者に関わる職員が丸となって看取りに対する考え方を共有することが重要であると」語っていたことに立ち返り、共有しなければならない考え方や課題は何かという問いを中心に考察していく。

その際、2009年調査¹時に芦花ホーム職員に対するヒアリングで語られた“看取り介護”“日常の介護”という2つの区分に着目し、芦花ホーム介護職の「看取り介護」に対する認識を明らかにしていく。

3. 芦花ホームにおける看取り介護の指針

芦花ホームでは、2006年5月に看取り介護指針を制定している。看取り介護指針には「看取り介護」に対する考え方も明記されており、芦花ホームとしての考え方は、「利用者と家族が在宅と同じように安心して安らげる生活の場を提供しながら、自然な状態のままで残された余命を家族と共に過ごして頂くこと」³としており、「医師により終焉が避けられないと判断された場合の介護、看護を『看取り』と定義している。具体的には「嚥下能力の低下や食事摂取量の低下が見られ、食事形態の変更も功を奏せず、本人及び家族が治療や、それ以上の人工的栄養補給を望まないときは、終末期への移行期と考え、家族面談を行い受診、入院、または看取り介護の希望を確認する」³こととなっている。

また、看取り介護指針は「利用者や家族が治療を望まれる場合は、いつでも受診や入院を選択できる」⁴ことや看取り同意書についても説明されている。

4. 研究の目的

本研究では、特養で働く介護職が「看取り介護」と「日常の介護」の違いをどのように捉えているかを明らかにし、「看取り介護」を提供する際の課題、そして、介護職に求められる支援について考察していく。

II 研究方法

1. 研究方法

芦花ホームにおける「看取り介護」に関する介護職の認識を明らかにするとともに、今後の課題を抽出するために質的帰納的研究方法を用いた。

2. 研究対象

本研究の主旨を理解し、芦花ホームの介護職全体を把握している立場にある芦花ホーム職員へ、「看取り介護」に携わっている介護職員 10 名の選定を依頼した。

3. データ収集方法

2010年9月に、10名の対象者に対して1人約30分～40分の半構造化面接を行った。面接はプライバシーが保持できる芦花ホーム内の面接室にて行った。

インタビューの全てを筆者が担当し、面接者による聞き取り方法の違いが生じないようにデータを収集した。また、インタビューの内容については、研究協力者の承諾を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

4. インタビュー内容

「看取り介護」と「日常の介護」の違いの有無、および、「看取り介護」と「日常の介護」の違いに関する捉え方について半構造化面接によるインタビューを行った。

5. 分析方法

逐語録からインタビュー内容をコード化し、コードかされたデータの分析を行った。コード化するにあたり、ターミナルケアに関する質的研究の経験者1名を加え、両者の合意が得られるようコード化作業を行った。

6. 倫理的配慮

芦花ホーム及び研究対象者に対して、本研究の主旨について口頭と文書にて事前の説明を行い、本研究に対する協力への同意を得た。また、インタビューを行うにあたり、インタビュー調査への協力をいつでも辞退できること、途中でやめたりしても一切不利益は生じないこと、

話したくないことについては話さなくても構わないこと、インタビュー調査で知り得た内容は、研究目的以外には使用しないこと、インタビュー調査の内容は個人が特定されないよう修正しプライバシーを保護すること、データの処理には細心の注意をはらうことを口頭と文書にて説明し、同意を得た。なお、本論文のタイトル、及び、本文中の施設名掲載については、施設側からの了承を得ている。

Ⅲ 結果

1. 調査対象者の属性

インタビュー調査を行った介護職員10名の属性は表1のとおりである。年齢は25歳～43歳、介護職の経験年数は5ヶ月～14年、保有している資格は介護福祉士・ホームヘルパーのどちらか、または両方を有していた。

表1 調査対象者の属性

対象者	年齢	性別	介護職経験年数	現職場経験年数	資格
A	40代前半	男性	1年6ヶ月	1年6ヶ月	ホームヘルパー2級
B	30代後半	女性	5ヶ月	5ヶ月	ホームヘルパー2級
C	40代前半	男性	10年6ヶ月	8年6ヶ月	介護福祉士
D	20代前半	女性	3年6ヶ月	1年6ヶ月	ホームヘルパー2級
E	30代後半	男性	5年	4年6ヶ月	介護福祉士
F	30代前半	男性	14年	6年6ヶ月	ホームヘルパー2級 介護福祉士
G	30代前半	女性	10年	5年6ヶ月	ホームヘルパー1級・2級
H	40代前半	女性	2年6ヶ月	2年6ヶ月	ホームヘルパー2級
I	30代前半	女性	3年6ヶ月	3年6ヶ月	ホームヘルパー2級
J	30代後半	男性	4年6ヶ月	4年6ヶ月	介護福祉士

2. 「看取り介護」と「日常の介護」の違い

インタビュー内容をコード化する第一段階として、「看取り介護」と「日常の介護」の違いの有無に関するデータをコード1として①違いあり②違いなし③区別がつかない④「看取り介護」は「日常の介護」の延長線上にある、以上4つに分類した（表2）。さらに、これらの分類に至った調査対象者の捉え方に関するデータをコード1の①違いあり②違いなし③区別がつかない④「看取り介護」は「日常の介護」の延長線上にある、以上4つに当てはめながらコード2として分類した。コード1の①違いありに至った捉え方としては、「直接的なケアは変わる」「全身状態への注意力の変化」「家族への意思確認」「家族の看取りへの準備」「家族の思いへの配慮」「死に対する恐怖感の存在」「生命活動の低下」「職員の心の準備」、以上8つのコード2が抽出された。コード1の②違いなしに至った捉え方としては、「利用者への向き合い方は同じ」

「治療を行うわけではない」「全員急変の可能性がある」「全員が看取り介護」「看取り介護は特別ではない」「死は自然なこと」, 以上6つのコード2が抽出された. コード1の③区別がつかないに至った捉え方としては、「全員が看取り介護」「全員急変の可能性がある」, 以上2つのコード2が抽出された. コード1の④「看取り介護」は「日常の介護」の延長線上にある, に至った捉え方としては「利用者への向き合い方は同じ」「死は自然なこと」, 以上2つのコード2が抽出された(表3).

表2 コード1 「看取り介護」と「日常の介護」の違い

①違いあり
②違いなし
③区別がつかない
④「看取り介護」は「日常の介護」の延長線上にある

表3 コード2 「看取り介護」と「日常の介護」の違いに対する捉え方

コード1	コード2
①違いあり	<ul style="list-style-type: none"> ・直接的なケアは変わる ・全身状態への注意力の変化 ・家族への意思確認 ・家族の看取りへの準備 ・家族の想いへの配慮 ・死に対する恐怖感の存在 ・生命活動の低下 ・職員の心の準備
②違いなし	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者への向き合い方は同じ ・治療を行うわけではない ・全員急変の可能性がある ・全員が看取り介護 ・看取り介護は特別ではない ・死は自然なこと
③区別がつかない	<ul style="list-style-type: none"> ・全員急変の可能性がある ・全員が看取り介護
④「看取り介護」は「日常の介護」の延長線上にある	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者への向き合い方は同じ ・死は自然なこと

さらに, 10名の調査対象者別にインタビュー内容をコード化したものに当てはめていくと「看取り介護」と「日常の介護」の違いの有無については, 同一の調査対象者の中でも複数の捉え方が存在している対象者は8名であった(表4-1, 表4-2, 表4-3, 表4-4).

また, コード2「直接的なケアは変わる」と分類されたデータをさらに分類すると, 具体的なケアの内容として「環境への配慮」「孤独を感じないように関わる」「苦痛を和らげる」「本人の希望を叶える」「ゆっくり安らかに・穏やかに過ごせるよう関わる」といった項目が抽出された.

表 4-1 調査対象者別の「看取り介護」と「日常の介護」の違いに対する捉え方

	コード 1	①違いあり	②違いなし
調査対象者 A	コード 2	「家族への意思確認」 「家族の看取りへの準備」 「直接的なケアは変わる」 「全身状態への注意力的変化」	「利用者への向き合い方は同じ」 「治療を行うわけではない」
	インタビュー内容	・看取り介護の同意書をかわすことは施設側と預けられているご家族とのコミュニケーションの1つでありご家族の意思確認。	・利用者への接し方、介護のあり方としても基本的に違いはない。
		・看取り期に入ったことをご家族も納得されることによって、要望が変わってくることもあり、それによって介護が変わってくることはある。 ・「看取り介護」に入ると思慮深く、注意深くなる。	・特養は医療施設ではなく、治療のために入所されているわけではない。
調査対象者 B	コード 1	①違いあり	③区別がつかない
	コード 2	「全身状態への注意力的変化」	「全員急変の可能性がある」 「全員が看取り介護」
	インタビュー内容	・例えば健康状態で必ずこっちの向きから介助しなければならないという絶対的な規則というのはもう厳重に守ろうという心がけはある。	・介護職について日が浅い段階で、看取りではなくて急変してしまった人に出会い、急変していつ旅立たれても自分自身の心に引っ掛かりを持つような介護はなるべくしたくないなと感じてしまったので、通常介護と看取り介護の区別というのがついていない状態。 ・私の感覚の中では、どちらかと言うと全員が看取り介護っていう意識なんです。どの方も本当にいつ何時何があるか分からない状態ではあるので。
調査対象者 C	コード 1	①違いあり	②違いなし
	コード 2	「家族の想いへの配慮」 「直接的なケアは変わる」 「全身状態への注意力的変化」	「利用者への向き合い方は同じ」
	インタビュー内容	・看取り同意書を交わした後に、家族に対して強く気を使うというか、ご家族の方が終末期を迎えるにあたって、どういうふうに思っているんだろうかとか、ご家族に対してどう接していいかとか気になってしまう。家族が面会に来た時に、何を言ってあげたらいいのかなとか。	・看取り同意書をとって、介護計画書を立てて、ケアを行っていく、だからケアに関しては日常生活とそんなに変わらないですね。基本的には普通の他の人たちと変わらないようなケアを行っています。
		・あとは、ほんとに、ゆっくり安らかに最後迎えるように、ケアを行うっていう感じなんです。	
・環境に注意して、好きな音楽とか、昔聴いていた音楽とか、ご家族に持参してもらったりとか、孤独をなるべく感じないように、一人じゃない、みんないるよっていうことが伝わるようにケアを行う。			
	・急変とかもあるので、もちろん、利用者さんの表情とか、そういったところは、いつも注意してみますけどね。		

表 4-2 調査対象者別の「看取り介護」と「日常の介護」の違いに対する捉え方

調査対象者D	コード1	①違いあり	
	コード2	「直接的なケアは変わる」	
インタビュー内容		<p>・明らかに、この数日で亡くなるだろうということで看取り介護となり、本人がどんどん苦しくなって、痛みであったり、ご飯が食べれなくなったり、体力的にもそうですけど、精神的にも、孤独をもっと感じていくと思っているので、できる限り、苦痛を和らげることが看取りとしての介護かなと思っている。</p> <p>・日常の介護としては、「一日楽しかった」とか「笑えた」とか、生活する楽しみというふうを考えているので、看取り介護とは大きな違いがあると感じている。</p>	
調査対象者E	コード1	①違いあり	②違いなし
	コード2	「家族の想いへの配慮」 「家族の看取りへの準備」 「直接的なケアは変わる」	「看取りは特別ではない」
	インタビュー内容	<p>・ご家族に対する配慮は亡くなる間際のときとかは、一番大事にしたいなっていう思いはある。ご家族が来てくれるんで、その日その日の状況説明を詳しく話したり、できれば、ここで看取って良かったなって思っていただけのように。</p> <p>・看取り契約って、本人にとって言うより、ご家族と（交わっている）、安らかに過ごしてほしいというご家族の希望が強かったり、長生きしてほしいければ、病院に連れて行こうか、っていうご家族もいるでしょうし。</p>	<p>・看取りだからとか特に考えてはないですね。普通に、基本的には、どっちが大事だっていうふうには考えてないです。看取りの人にしても、普通の人にしても、快適に過ごしてもらえればいいかな、って感じで。</p>
		<p>・本人が意思を表示できて、何がしたいとかあれば、優先的にやってあげるのが、一番だと思う。看取りに入って、意思が表現できれば本人の食べたいものを買って来て、食べてもらったりっていうのはある。あとは、本人の「あぁしたい、こうしたい」といった意思ができれば、そのとおりにして、よほど無理なことじゃなければね。</p>	<p>・看取りに入って、意思が表現できれば本人の食べたいものを買って来て、食べてもらったりっていうのはある。あとは、本人の「あぁしたい、こうしたい」といった意思ができれば、そのとおりにして、よほど無理なことじゃなければね。とかはないけど。</p>
コード1	①違いあり	②違いなし	
コード2	「死に対する恐怖感の存在」	「看取りは特別ではない」 「死は自然なこと」 「利用者への向き合い方は同じ」	
インタビュー内容	<p>・最初の頃は自分のミスで言葉変ですけど死期を早めたんじゃないかとかっていうことが恐怖・・・自分の中で自問自答じゃないですけど、初めてのときもそうでしたし。</p>	<p>・はじめは緊張して関わる時間を多くしなきゃって思ってたのは確かですよね。特別な人という感覚がありましたけど、今は見送らしていただく中では他の方と同じような感覚で関わってますね。</p>	
	<p>・「呼吸が苦しい苦痛表情だ、背中をさすってあげればいいじゃん」とか。パニックするときそんな当たり前のことが当たり前じゃないっていうか、何て言うんでしょうかね。誰かにすがりたいんですよね。自分だけの責任だと怖いっていう感覚はあった。</p>	<p>・初めだってね、息が止まる人目の前にして何がやってあげられるんだって感じてる今、職員もいっぱいいると思うんですね。で、僕も少なからず一員なのかもしれないですけど、でもだいたいそれがなくなったのかなっていう意味で恐怖がなくなったっていう。</p>	
		<p>・今はしんどい人がいたら背中をさする、咳込んでいたら背中をたたく、熱が出れば頭冷やしてあげる。その感覚なんです。</p>	

表 4-3 調査対象者別の「看取り介護」と「日常の介護」の違いに対する捉え方

	コード 1	①違いあり	②違いなし
調査対象者 G	コード 2	「直接的なケアは変わる」 「全身状態への注意力の変化」	「利用者への向き合い方は同じ」
	インタビュー内容	<ul style="list-style-type: none"> ・何か、その利用者の好きなことを全部探してその利用者の好きなことを毎日していただくためにみんなで対応していく。 ・その利用者のペースで、毎日を送っていたかたちになる。あと最後まで穏やかに過ごしてもらいたいというのがあって、そういう気持ちで介助してますね。 ・日々の利用者の状態が変わっていくのが分かるので、呼吸状態とかもつらそうになってきたりとか、どんどん落ちていくのが分かってくるので、なるべくいっぱい声がけして観察力するというか、利用者が何を訴えるのかをすごく気にしていきますね。 	<ul style="list-style-type: none"> ・同意書を取ることによって、みんなその利用者と改めて向き合うというか、利用者に対する対応方法とかは日常の介護の中にも入ってると思う。
	コード 1	①違いあり	④延長線上にあるもの
調査対象者 H	コード 2	「家族への意思確認」 「生命活動の低下」 「全身状態への注意力の変化」	「死は自然なこと」
	インタビュー内容	<ul style="list-style-type: none"> ・家族も承諾していただいて、自然な形で、人間が食べなくなり、自分で呼吸をしなくなる。 ・もう少しで亡くなられてしまうのかなって言うときは、呼吸も荒くなるし、反応もなくなるから、声かけに反応がなくなる、普段と違ったご様子になったときはもう、看取りなんだと思う。 ・様子は細かく見るように、呼吸は大丈夫かな、体触って、体温をみたり、普段は見ないようなことも見るようになる。ちょっとした変化でも見落としたり、もしかしたら、もう少し永らえる命が、私がそれを見落としたりしたら、もしかしたら命を縮めてしまうようなことがあってはいけないと思う。人工的なことはしないにしても、判断は誤らないように細心の注意を払う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り時期に入りましたと言っても、私たちがすることは同じではないかな、無理に食べないで、自然に最後を迎えるっていう。
	コード 1	①違いあり	
調査対象者 I	コード 2	「家族への意思確認」 「直接的なケアは変わる」 「職員の心の準備」 「家族の看取りへの準備」	
	インタビュー内容	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の同意も得て、看取りを取って亡くなるということが出来る時点ですごくホームにとっては理想的な形。 ・看取りを取ってプランを立てて、安らかに亡くなられるというのは、ホームとしてはすごく理想の形なので、普通の介護とはちょっと違いますね。 ・日常の介護はどちらかというと前向きな感じですけど、看取りはもう本当に穏やかに最期を迎えましょうというプランになるので、そこがちょっと違いますね。無理せず、ゆったり亡くなりましょう、そういうふうな感じに言われますね。看取りは、食べれなくても良いじゃないですけど、安らかにゆくようにという感じですかね。 ・日々の関わりの中でも心の準備が、実際に、すぐに亡くなられる方も何人か見ているので。 ・緊急に亡くなってしまう方がいるので、家族の了承も得て看取りを取って亡くなられるというのはすごく理想の形なのではないかと。 	
	コード 1	①違いあり	
	コード 2		
	インタビュー内容		

表 4-4 調査対象者別の「看取り介護」と「日常の介護」の違いに対する捉え方

調査対象者J	コード1	①違いあり	②違いなし
	コード2	「直接的なケアは変わる」	「看取り介護は特別ではない」
	インタビュー内容	・死期が近づいてきた人に対して、やる介護というのは確かにまだお元気な方々と同じことはちょっとできないので、そのときに合った介護をするというやり方ですかね。	・その看取りというのが、そこまで特別なものなのかな、という気はすごしますね。
		・音楽を流したりとか、不安なので、なるべくそばにいてとか。ただ、元気な人も不安は不安ですからね。	・最終的には看取りになるとそこに対するケアプランなり看取り企画書というのがあるんですけど、ただその看取りだけをクローズアップしては介護はできない。結局、最終的にはどなたでも亡くなるので、やっぱり普段の介護。
			・看取り同意書も取らないで亡くなってしまっても実際いらっしゃったわけで、それはそれで精いっぱい介護はさせていただいて、突然お亡くなりにはなっただけでも、ちゃんと介護はできたし、自分的には納得したなっていうのはありますね。
	コード1	④延長線上にあるもの	
	コード2	「利用者への向き合い方は同じ」	
インタビュー内容	・看取りっていう意識は、正直、皆さんご高齢ですから、そういうことがいつあってもおかしくはないわけですから、普段からそういうつもりはやっぱりしています。看取りになると、ここの施設でいうところの看取り介護計画書とか、その最後をどうするか、そういう話を前もってして、どんな終末にするかみたいな話も多職種でしたりするんですけど、それはそれでね、そういう介護なんですけど、普段の介護も結局なんかそれと延長しているというか、つながっているものだと思いますけど。		

*インタビュー内容は敬称を略している。

IV 考察

1. 「看取り介護」と区分することに対するジレンマ

今回の調査結果として、同一の調査対象者であっても「看取り介護」と「日常の介護」の違いに対する捉え方の複数存在は、介護職の「看取り介護」と区分することに対するジレンマの表れともいえよう。実際に「看取り介護」を行っていく上で、このようなジレンマが生じる背景について考えたい。

1) 終の住処としての特養

老人福祉法に規定されている特養は、身体上または精神上に著しい障害があり、常時介護を必要とする居宅生活の困難な高齢者を入所させ、日常生活支援、療養上の世話をを行うことを目的とする施設である。つまり、特養は自宅で生活し続けることが困難となった高齢者が人生の最期を迎える場所であり、終の住処ともいわれている。特養に入所している利用者にとって施設は、生活の場であり、かつ、人生を終える場でもある⁵。この点については「看取り介護」の対象となっている利用者だけではなく、全ての利用者に対して言えることであり、ここにジ

レンマが生じる原因の1つがあると考える。

つまり、原則65歳以上の高齢者⁶が入所している特養では、全ての利用者が生命に関わるような急変を起こす可能性を秘めており、実際に「看取り介護」の対象ではない利用者であってもそのまま死に至ることもある。このような利用者の死に遭遇したときに、その最期の場面を振り返り、「看取り介護」の対象となっている利用者の最期との相違点を挙げ、「看取り介護」と「日常の介護」の違いに対するジレンマを感じるものと考えられる。何故ならば、「看取り介護」は息を引き取るまでの時間をどのように過ごすかということを前提に本人・家族、職員で話し合い、死を意識しながら日々の支援を提供していくが、「日常の介護」は毎日の生活をいかに過ごすかといった視点から支援が提供され、「看取り介護」には不可欠な死を視野に入れるという意識、すなわち、どのように死ぬかという視点は含まれていないからである。

これは、「看取り介護」を善しとする傾向が強ければ強いほど、より強く感じられるジレンマであろう。

2) 直接的なケアと利用者への向き合い方

「看取り介護」と区分することに対するジレンマが生じる原因の2つめとして、看取り介護同意書を交わし「看取り介護」の対象者となることによって、直接的なケアが変化するという点が挙げられる。

「看取り介護」の対象者となる利用者は、食事・水分の経口摂取が難しくなり、生命活動を表す血圧・脈拍などが少しずつ低下し、明らかに死が近づいている状態となる。そのような利用者に対してケアを行う際には「全身状態への注意力の変化」に加え、「環境への配慮」「孤独を感じないように関わる」「苦痛を和らげる」「本人の希望を叶える」「ゆっくり安らかに・穏やかに過ごせるよう関わる」といった「直接的なケアの変化」があることがわかった。しかし、このようなケアは「看取り介護」の対象者に限らず配慮できる点であることがジレンマの生じる原因であると推察される。それはコード2「利用者への向き合い方は同じ」と分類されたことからわかるように、「看取り介護」の対象者に限らず、できる限り利用者の希望を叶えたい、できる限り孤独を感じないように関わりたい、つまり利用者の気持ちに寄り添ったケアを行いたいという介護職の想いが反映された結果といえるだろう。

一方、「直接的なケアの変化」の中でも「看取り介護」の対象者であるからこそそのケアもある。芦花ホームの看取り介護マニュアルによると看取りの時期に入る際の判断の基準として、いかなる介護方法を試みても功を奏さず嚥下能力・食事摂取量の低下がみられる場合は終末期への移行期と考えるとのある。このことから「看取り介護」の対象者に限って行われるケアとして、食事・水分の介助は無理のない範囲で行い、少しずつ食事・水分摂取量が減っていくことを受け入れていくことが挙げられる。また、全身状態の不安定な利用者に対しては全身状態の急激な変化を避けるために通常の倍の人数、通常の倍の時間をかけてケアを行うこともある。このような「看取り介護」の対象者に限られるケアが何であるのかということを明確にしていくことによって「看取り介護」と区分することに対するジレンマが解消されていくこともあるので

はないかと考える。

ここまで「看取り介護」と区分することに対するジレンマについて述べてきたが、このようなジレンマが生じることは必ずしも負の効果を及ぼすとは限らないはずである。

例えば、コード2「看取り介護は特別ではない」は、「看取り介護」と区分することによって感じたジレンマから、介護職としての利用者との向き合い方は「看取り介護」の対象者であろうともなかりょうとも同じであり、「看取り介護」が特別という訳ではないという結論に至ったと解釈することができる。

また、コード2「全員が看取り介護」は、「看取り介護」の対象ではない利用者の死に立ち会うことによって生じたジレンマがあったからこそ、全ての利用者に対して生の延長線上にある死を意識することができるようになったといえよう。

当然のことながら生と死は切り離せないものであり、このような「看取り介護」と区分することに対するジレンマは、特養において「看取り介護」を継続していくには避けられないものである。今後は、介護職が感じるジレンマを一つひとつ整理し、語り、共有していくことによって「看取り介護」「日常の介護」そのものや、その捉え方も変化し充実していくと考える。

2. 「看取り介護」に対する利用者自身の意思確認

「看取り介護」と「日常の介護」の違いとして「家族への意思確認」「家族の思いへの配慮」「家族の看取りへの準備」というコード2が分類された結果より、「看取り介護」を行うにあたり家族への関わりが重視されていることが明らかになった。一方、この調査結果から読み取ることができないことは、実際に看取られる利用者本人の意思・想いの確認、看取られる準備はどのように行われているのかという点である。インタビュー調査によると、特養に入所されている高齢者の多くが認知症であること⁷や、身体機能の低下に伴い「看取り介護」の対象である利用者本人の意思を確認することは非常に難しい場合が少なくないとのことであった。このように利用者自身の意思確認が困難な状況の中で、介護職は利用者の表情、身体の動き、声の大きさなどから利用者の想いを知ろうと努力したり、家族から利用者に関する情報を集めたり、これまでの生活歴から本人の望む「看取り介護」を考え支援するわけだが、利用者自身の「看取り介護」に対する意思確認を行うには限界がある。

実際、看取られる利用者自身の意思を死が間近に迫ってから確認することは現実的に厳しいかもしれない。しかし、特養へ入所するかしないかに関わらず利用者自身が人生最期の瞬間をどのように迎えたいのかという点について、利用者本人が家族や介護職と話すことのできる関係性を築いていくこと、また、利用者・家族の意思も時間の経過とともに変化していくものであるということを理解した上で、残された時間をどのように生きたいか、どのような死を迎えたいのかについて話せるよう働きかけていくことも今後求められる介護職の支援と考える。要するに、看取られる本人の意思が可能な限り尊重される「看取り介護」について模索していくことは、特養に限らず人の生活を支援していく介護職にとって避けられない課題といえよう。

3. 「看取り介護」と区分することの意義

「看取り介護」と区分することに対するジレンマについては先述したが、ここでは「看取り介護」と区分することの意義について述べたい。

看取り介護同意書を交わし「看取り介護」の対象者となるまでには、利用者の水分・食事摂取量が減り、死が遠くない状況であることについて本人・家族と面談し、「看取り介護」への移行について話し合いをもつが、まずここで、本人・家族と共に残されている時間が少ないことを改めて確認することとなる。また、この面談の際に医療機関での治療や経口摂取ができなくなった場合の人工的栄養補給に関する説明があり、利用者・家族がそのような治療や人工的栄養補給を希望するか否かについて考えてもらうことができる。つまり、選択肢が示され、残された時間の過ごし方、人生最期の瞬間の迎え方について考えることができるのである。このような機会がもたれるのは「看取り介護」という区分が存在しているからこそであり、利用者・家族、そして介護職にとっても生の延長線上にある死を考える貴重な時間といえよう。さらに、コード2「家族の看取りへの準備」が分類されたように、家族にとっては「看取り介護」という区分が存在することによって大切な家族との死別に向けて心の準備をしながら、家族も一緒に看取りへ関わるのであり得るのである。

次に、「看取り介護」と「日常の介護」の違いとしてコード2「死に対する恐怖感がある」が挙げられた点に着目してみたい。この「死に対する恐怖感がある」というコードは、死そのものに対する恐怖というよりも、死に逝く人の介護に携わることにに対する恐怖であり、治療を行わずに少しずつ生命活動が低下していく過程を見守りながら自然な形で息を引き取る場面に立ち合うことから生じる恐怖であることがわかった。これには自然な形で息を引き取る場面に遭遇する機会が減ったことも大きく影響していると推察される。実際に、病院で死亡する人は1955年の時点で15%に過ぎなかったが、50年後の2004年には82%の人が病院で死亡しているとのことである。つまり、現在は自宅で最期を迎える人が減少したことによって、人間の自然な形で死を迎える場面に立ち合う経験が少ないことを表しており、自然な形の死がどのような過程を経るか知らないからこそ感じる恐怖と解釈することができる。これは「看取り介護」の経験を重ねていく中でコード2「死は自然なこと」として受け止められるようになった変化がみられたことからいえる。このように、介護職が「看取り介護」という区分の下、利用者の自然な形で死に携わることによって、死に対する恐怖感が、死は自然なことであると受け止められるようになるだけでなく、利用者・家族に加え、コード2「職員の心の準備」と分類されたように介護職も利用者の死に対する心の準備をする時間を与えられるのである。

V 結論

本研究では、特養で働く介護職が「看取り介護」と「日常の介護」の違いをどのように捉えているか分析していく過程で、「看取り介護」と区分することの意義が存在する一方、その区

分に対するジレンマも生じていることや、「看取り介護」を提供する際の利用者自身の意思確認の困難さとその必要性が明らかとなった。

この「看取り介護」という区分に対するジレンマの根底には、「看取り介護」も「日常の介護」もどちらも人間の生活に対する支援であり、生と死は切り離せないものであるという捉え方が存在しているといえよう。つまり、よりよい日常生活への支援はよりよい看取りへつながるとい認識である。そもそも、「看取り介護」と「日常の介護」を切り離して考えることは難しいのだが、「看取り介護」の対象者に限って行われるケアや「看取り介護」と区分することの意義も明らかになったため、今後はその違いを明確にしながら「看取り介護」に携わる職員間の認識を統一していくことが求められる。

また、「看取り介護」を提供する際の利用者自身の意思確認については、より利用者自身の生きること死ぬことに対する意思を尊重していくためにも大きな課題となるであろう。生活を支援する介護職であるからこそ、残された人生をどのように過ごすか、どのように最期の瞬間を迎えたいのかを利用者自身が何らかの方法で意思表示できるように支援する力も今後ますます求められるはずである。

注

- ¹⁾ 2009年、場所づくり研究所プレイスによって芦花ホームの常勤配置医・職員・利用者に対するヒアリング、遺族・他施設に対するアンケート調査が行われ、調査結果は「特別養護老人ホーム芦花ホームにおける『看取り介護』の調査研究報告書」としてまとめられた。
- ²⁾ 世田谷区社会福祉事業団芦花ホーム主催「看取りシンポジウム～家族とともに高齢者の安らかな旅立ちを看取りたい～」2010年2月13日開催
- ³⁾ 2006年5月1日に制定された特別養護老人ホーム芦花ホーム看取り介護指針2-(1)
- ⁴⁾ 2006年5月1日に制定された特別養護老人ホーム芦花ホーム看取り介護指針2-(3)
- ⁵⁾ 医療経済研究機構の調査によると、実際には入所者の5割は病院で死亡している。
- ⁶⁾ 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 によると芦花ホームの入所者の平均年齢は87.3歳である。
- 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 によると芦花ホームの入所者の約9割が認知症である。

参考文献

- 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
医療経済研究機構(2003)。「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究
内田富美江、岡本綾(2009)。「死にゆく人」へのケア 筒井書房
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－新潟青陵大学紀要第7号
鳥海房枝(2008)。「特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの実践 月刊福祉」3月、30-33
橋本美香(2009)。「特別養護老人ホームにおける望ましい看取りの研究 山形短期大学紀要 第41集
場所づくり研究所プレイス(2009)。「特別養護老人ホーム芦花ホームにおける「看取り介護」の調査研

究報告書

本間郁子（2008）. 利用者・家族の思いに添う看取りとは－その人らしく最期まで生き抜く支援をするために 月刊福祉,3月,34-37

謝辞

インタビュー調査にご協力くださいました芦花ホーム介護職員の皆様に心より感謝申し上げます.

(2010.10.6 受稿, 2010.11.9 受理)