

〔研究報告〕

特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態  
—その1 G県下HとS地区の看護職を対象に—

早 崎 幸 子<sup>1)</sup>      小 野 幸 子<sup>1)</sup>      坂 田 直 美<sup>1)</sup>      原      敦 子<sup>1)</sup>  
奥 村 美奈子<sup>1)</sup>      兼 松 恵 子<sup>1)</sup>      梅 津 美 香<sup>1)</sup>      田 中 克 子<sup>1)</sup>  
古 川 直 美<sup>1)</sup>      北 村 直 子<sup>1)</sup>      齋 藤 和 子<sup>1)</sup>      平 山 朝 子<sup>2)</sup>

The Reality Report of Nursing on Endstage of Life in the Nursing Home :  
Part 1 As the Target of the Nurse in H and S District of G Prefecture

Sachiko Hayazaki<sup>1)</sup>, Sachiko Ono<sup>1)</sup>, Naomi Sakata<sup>1)</sup>, Atsuko Hara<sup>1)</sup>,  
Minako Okumura<sup>1)</sup>, Keiko Kanematsu<sup>1)</sup>, Mika Umezu<sup>1)</sup>, Katsuko Tanaka<sup>1)</sup>,  
Naomi Furukawa<sup>1)</sup>, Naoko Kitamura<sup>1)</sup>, Kazuko Saito<sup>1)</sup>, and Asako Hirayama<sup>2)</sup>

はじめに

平成12年度, G県下の特別養護老人ホーム(以下, 特養と省略)に働く看護職の活動の現状を把握するために, G県下全特養55施設の看護職を対象に質問紙郵送法の調査をした。しかし, その回収率は50%に達せず<sup>1)</sup>, 十分な現状把握には至らなかった。平成13年度, 特養の看護職の活動の現状を把握するとともに, 質的向上を目指した看護実践研究指導事業<sup>注1)</sup>実施の機会を得た。これは, 3年計画で実施されるもので, G県下を5地区に分け地区別に全特養の看護職を対象に個別訪問面接研修<sup>注1)</sup>とそれをもとにしたワークショップを開催するというものである。本研究は, 平成13年度に個別訪問面接研修を行った5地区65施設(平成13年8月現在)のうち, 2地区の全特養17施設(H地区7施設, S地区10施設)の看護職の活動の現状の中で, 特養での死の看取りの現状と課題を検討したものである。特養での死の看取りの体験内容の実態を報告したものは検索できなかった。本結果は, 自宅に代わる生活の場かつ終の住処として特養に入所している高齢者にとって, また医療設備や看護体制上限界のある特養において望ましい死の看取りの在り方を検討する基礎資料になると考える。

I. 方法

1. 対象

G県下5地区のうち, H地区の全特養7施設とS地区の全特養10施設の看護職の回答内容である。なお, 完全回答でないものも回答された部分については採用した。

2. 方法および倫理的配慮

個別訪問面接研修の手続きは, まず, 施設長に電話で看護実践研究指導事業の趣旨・方法などの説明をして承諾を得, 看護職を紹介して頂いた。次いで, 同様に看護職に説明して承諾を得, 訪問面接研修日の日程調整をし, 本学成熟期看護学講座教員(H地区: 6名, S地区: 11名)が, 各施設に各々1~2名ずつ担当して訪問し, 個別あるいは複数の看護職を対象に, 半構成型面接法を用いて面接を行った。

面接内容は, (1)回答者(看護職)の属性, (2)施設について, (3)利用者について, (4)看護活動<sup>2)</sup>についてであり, その中で施設内での死の看取りの経験者を対象に「入所者の年齢, 性別, 状態, 死の看取りをすることになった経緯, 看取りを通じて良かったこと, 困ったことやジレンマなどを教えてください」と提示した。また,

1) 岐阜県立看護大学 成熟期看護学講座 Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 学長 President, Gifu College of Nursing

面接できなかった看護職については、調査用紙を配布し返送してもらった。なお、得られた回答の扱いについては、個人名や施設名が特定されないように配慮した。

### 3. 個別訪問面接の時期・期間

個別訪問面接の時期・期間は、平成13年7月27日から同年9月15日であった。

### 4. 分析方法

面接内容の(1)～(3)は単純集計を、(4)については、まず、①記述内容を繰り返し読み、設問に対応しない記述内容は分析対象から除き、②設問に対応した記述内容を繰り返し読み、その意味内容の異なるものに分割して1記述とし、③類似性に基づいて分類した。

## II. 結果

各施設の個別訪問面接研修時に面接できた看護職は1名もしくは2名であり、2名の場合は同時に行った。後日、返送してもらったものを合わせると、H地区21名、S地区31名の総計52名の看護職であった。

### 1. 回答者（看護職）の属性

年齢は、H地区では28～53歳で平均年齢が $42.1 \pm 7.4$ 歳であり、30歳以上40歳未満が最も多く40.0%を占めた。S地区では25～62歳で平均年齢が $42.9 \pm 12.8$ 歳であり、50歳以上60歳未満が最も多く35.7%を占めた。現職場での経験年数は、H地区では2週間～23年で平均経験年数が $7.7 \pm 7.9$ 年であり、S地区では3ヶ月～23年で平均経験年数が $5.3 \pm 5.0$ 年であった。2地区ともに、1年以上5年未満が占める割合が多い傾向を示した。現職場以前の看護職の経験年数は、H地区では1～21年で平均経験年数が $8.4 \pm 6.5$ 年であり、S地区では0～30年で平均経験年数が $15.1 \pm 9.8$ 年であった。また、両地区の年齢区分、性別、所有資格、職位、現職場での経験年数の内訳、現職場以前の看護職の経験年数の内訳、現職場以前の職場は表1に示す通りであった。

### 2. 所属施設について

2地区の設置主体、定床数、開設年代、併設施設の有無とその種類は、表2に示す通りであった。

### 3. 利用者について

2地区の利用者の年齢、性別、介護度、痴呆度、平成12年度の平均在所日数については、表3に示す通りであった。

表1 回答者（看護職）の属性

	H地区 (N=21)	S地区 (n=31)
<b>年齢</b>		
20歳代	1	7
30歳代	6	5
40歳代	4	2
50歳代	4	13
60歳代	0	1
未記入	6	3
<b>性別</b>		
女性	17	29
男性	0	2
未記入	4	0
<b>所有資格</b>		
看護師	8	11
看護師+ケアマネージャー	4	1
准看護師	4	15
准看護師+ケアマネージャー	0	1
准看護師+介護福祉士	1	0
准看護師+ケアマネージャー+介護福祉士	0	1
未記入	4	2
<b>職位</b>		
副施設長	0	1
施設部長	0	1
課長	0	1
看護長・チーフ	2	0
看護主任・主査	4	5
スタッフ	5	20
その他	0	1
未記入	10	2
<b>現職場での経験年数</b>		
1年未満	2	5
1年以上5年未満	5	11
5年以上10年未満	4	6
10年以上15年未満	1	2
15年以上	3	3
未記入	6	4
<b>現職場以前での経験年数</b>		
1年未満	0	1
1年以上5年未満	5	3
5年以上10年未満	5	5
10年以上15年未満	2	4
15年以上20年以上	1	4
20年以上	2	9
未記入	6	5
<b>現職場以前の職場（複数回答）</b>		
病院・総合病院	14	23
診療所・開業医・個人病院	3	5
老人保健施設	0	2
特養	2	1
デイサービス	1	1
訪問看護ステーション	0	1
福祉センター	1	0
未記入	6	6

### 4. 死亡者数と死亡場所について

平成12年度の施設内死亡者数は、H地区では1～15名、S地区では0～19名であった。また同年度、入院し病院での死亡者数は、H地区では0～8名、S地区では3～13名であった。なお、施設で死の看取りを行う方針である施設は、H地区では6施設（85.7%）であり、S地区では5施設（50.0%）であった。一方、施設内で死の看

表2 所属施設について

	H 地区 (N = 7)	S 地区 (n = 10)
設置主体		
社会福祉法人	4	6
広域連合	2	1
福祉施設事務組合	0	2
市立	0	1
一部事務組合	1	0
定床数		
50床	3	4
51～100床	2	2
100床	0	3
120床	1	0
130床	1	0
160床	0	1
開設年代		
1970年代	1	1
1980年代	3	3
1990年代	2	6
2000年代	1	0
併設施設		
なし	0	2
ある	7	8
併設施設の内訳（複数回答）		
ショートステイ	6	8
デイサービス	4	7
在宅介護支援センター	4	5
ホームヘルプサービス	1	1
その他	1	5

取りをしない方針であることを明言した施設は、H 地区では1施設、S 地区では4施設あったが、そのなかでも実際には施設内での死亡があった施設は、H 地区1施設、S 地区は2施設であった。また、このH 地区1施設は「利用者に身内がない」や「家族の希望」など状況に応じて、施設内での死の看取りを行っていた。

## 5. 施設内での死の看取りの経験者の経験内容

施設内での死の看取りの経験者で、その内容を回答した者は、H 地区では7施設21名中19名（7施設）であり、S 地区では10施設31名中15名（10施設）であった。

### 1) 施設内での死の看取りの体験事例

施設内での死の看取りの体験事例の回答は、H 地区では19名中15名から15事例、S 地区では15名中6名から5事例の合計20事例が得られた。

死の看取りの体験事例の年齢は、17名から16事例の回答が得られ、80～100歳の後期高齢者であった。死の看取りの体験事例の死の看取りに至った疾患や状態は、18名から17事例19記述数であり、【老衰事例】、【基礎疾患があり悪化した事例】、【基礎疾患があり急変した事例】、【急変・急死事例】の4つに分類された（表4）。死の看取りの体験事例の死の看取りに至った経緯は、16名から

表3 利用者について

	H 地区 (N = 7)	S 地区 (n = 10)
年齢		
65歳未満		
10%未満	6	8
65歳以上75歳未満		
10%未満	1	2
10%以上20%未満	5	4
20%以上	0	2
75歳以上85歳未満		
20%以上30%未満	0	1
30%以上40%未満	3	4
40%以上	3	3
85歳以上95歳未満		
30%以上40%未満	4	3
40%以上50%未満	2	4
50%以上	0	1
95歳以上100歳未満		
10%未満	6	8
100歳以上		
10%未満	6	8
未記入	1	2
性別		
女性が70%未満	1	0
女性が70%以上	5	8
未記入	1	2
介護度		
要介護1		
10%未満	1	2
10%以上20%未満	5	4
20%以上	0	1
要介護2～3		
20%以上30%未満	0	3
30%以上40%未満	2	2
40%以上	4	2
要介護4～5		
30%以上40%未満	0	2
40%以上50%未満	3	1
50%以上	3	4
未記入	1	3
痴呆度		
痴呆なし		
0%以上20%未満	2	4
20%以上40%未満	2	1
40%以上60%未満	1	1
60%以上	1	0
未記入	1	4
軽度～中度痴呆		
0%以上20%未満	1	0
20%以上40%未満	0	0
40%以上60%未満	4	4
60%以上80%未満	0	0
80%以上	1	0
未記入	1	6
重度痴呆		
0%以上20%未満	3	1
20%以上40%未満	2	2
40%以上60%未満	0	1
60%以上	1	0
未記入	1	6
平均在所要年数 <sup>*)</sup>		
1年以上3年未満	2	2
3年以上5年未満	2	3
未記入	2	5

\*) 2000年開設の施設の回答は含んでいない。

表4 施設内での死の看取りの体験事例：死の看取りに至った疾患・状態

分類	回答内容	地区	記述数
老衰事例	医師の診断は老衰であった。	H	1
	食事がとれなくなり脱水となった。	H	1
	老衰	H	5
		S	1
基礎疾患があり急変事例	脳血管障害があり経口摂取が困難であったが、ペースト食を摂取できるまでに回復してきていた。呼吸状態が悪化し亡くなった。	H	1
	ショートステイ利用当初から微熱が持続していた。SaO <sub>2</sub> が80台になったためかかりつけ医に連絡をとったが、医師が来苑したときには呼吸停止していた。	H	1
	心疾患があり、意識消失を起こし亡くなった。	H	1
	不整脈があり、亡くなる3日前から体調不良を訴えていた。診療所に受診した時は、自覚症状も不整脈もなかったため帰園した。寮母が気がついたときには死亡していた。	H	1
	糖尿病があった。心筋梗塞を起こし亡くなっていたのを発見した。	S	1
基礎疾患があり悪化事例	脳血管障害を発症したが、家族の希望で施設で嘱託医による対処療法を受けることになった。酸素療法と点滴を施行し少し状態が安定したが、医師から経口摂取の指示が出てしばらくして臨終となった。	H	1
	肝臓の末期であり、肝臓破裂で亡くなった。	H	1
	末期癌	S	1
	慢性腎不全	S	2
急変・急死事例	自発呼吸がなくなっている状態を発見した。	S	1

表5 施設内での死の看取りの体験事例：死の看取りに至った経緯

分類	回答内容	地区	記述数
家族の希望	家族の希望で入院・延命治療をしない方向になった。	H	1
	在宅での看取りの希望があったが、移動に危険を伴い、施設で死の看取りをした。	H	1
	家族の希望で、施設で嘱託医による対処療法を受けることになった。	H	1
	家族に確認し、施設で看取することを確認した。	H	1
	家族の希望。	H	1
	娘が看護婦をしており、病院へは入院せず園で最期を看取りたいという希望だった。病院で対応するような点滴・検査などの対応はできないことを説明した。毎日夜には、家族に付き添ってもらった。	H	1
	娘が病院に受診することを望まず、園で様子を見ることになった。寮母が気がついたときには死亡していた。	H	1
	入院時、最期まで施設で話し合っていたが、いざとなった時に家族が入院させるか否かで悩んだため、何度も話し合いを持ち病院へ入院可能であることを説明（ホスピスについても説明）し点滴のみで様子観察をした。最終的には家族の付き添いで看護職とともに施設で看取った。	S	1
	透析の話も出たが、家族が拒否をし、苑で看て欲しいと希望があり看取ることにした。	S	2
	本人が最期まで園で過ごしたいと希望したため、家族にそれを伝えてあった。	H	1
本人の希望	本人から最期まで園で過ごしたいという希望があり、家族にもそのことは伝えてあった。	H	1
本人と家族の希望	ADLは自立をしていた。お酒が好きで外泊時などに飲酒。家族との交流も良好で楽しんで毎日を過ごしていた。その人らしく過ごすことを支え、最後は肝臓破裂で施設でなくなった。	H	1
	本人・家族ともに自然死を望み看取った。	S	1
身内なし	家族がなく、身元引受人が町村だったため、施設で終末を迎えることになった。	H	1
	夫婦2人暮らしで、妻に痴呆症状が出現して介護ができなくなり、2人揃って入所した。妻は痴呆で寝たきりになり、夫は肺炎をきっかけに寝たきりになり、食事摂取困難で1ヶ月間程点滴をし亡くなった。	H	1

15事例16記述数であり、【家族の希望】、【本人の希望】、【本人と家族の希望】、【身内なし】の4つに分類された(表5)。

2) 施設内で死の看取りの体験事例を通じて良かったこと

施設内での死の看取りの体験事例を通じて良かったことは、14名13記述数であり、【本人や家族の求めに応じることができたことによる家族や職員の満足感】、【過剰、不必要な延命治療が避けられ自然な死が迎えられたこと】、【家族や職員に見守られながら死を迎えられたこと】、【若いワーカーが自然な死を体験し学習できたこと】の4つに分類された(表6)。

3) 施設内で死の看取りの体験事例を通じて困ったこと

やジレンマ

施設内での死の看取りの体験事例を通じて困ったことやジレンマは、8名8記述数であり、【病院に引き受けてもらえない現状】、【みなし医療と受け取れる事例に対する苦悩】、【家族と連携が取れない時】、【いざとなった時の家族の動揺】、【苦痛の除去に対応しない医師】、【看護職不在の夜間における介護職の対応】、【急変時の対応の困難さ】の7つに分類された(表7)。

Ⅲ. 考察

1. 対象(看護職)者の特徴

H地区の対象の特徴は、比較的若く病院での看護職の経験も現職場での経験年数も浅いスタッフの看護師が多

表6 施設内で死の看取りの体験事例を通じて良かったこと

分類	回答内容	地区
本人や家族の求めに応じることができたことによる、家族や職員の満足	家族が臨終に間に合わなかったが満足されていた。	H
	退所する時、娘さんが「これでよかったんです。本当にありがとうございました」といってくれた時。	H
	娘からは、病院ではこんなにしてもらえないと喜んでくれた。	H
	家族からも、最期まで兄弟皆で付き添って施設で送ることができ良かったといわれた。家族もやれることはやったと納得と満足された。	H
	20歳代の介護職員が多く、最期まで看取ってあげられないことが寂しい。何故という感覚を持つことが多いが、ぎりぎりまで見た時は、良かったという反応がある。	S
過剰、不必要な延命処置が避けられ自然な死が迎えられたこと	看取った後、家族から感謝された。	S
	病院と異なり、必要以上の延命処置をされることなく安らかに亡くなられて良かったと感じた。	H
	点滴でつながれることもなく、良かったと思えた事例であった。	H
	病院ではきちんと診断をするために検査づけになり、かつ治療目的で身体のアちこちにチューブが入り、結果的には苦痛を伴い、延命だけの治療となる。	S
家族や職員に見守られながら死を迎えられたこと	夜間は夜勤者のみとなるため、家族が毎日付き添われたことは良かったと思う。	H
	寮母さん達が次から次へと顔を出し、皆に看取られて良かったと思う。	H
	もともと頻回に苑を訪れる家族であったが、医師からターミナルであることが説明されてから、さらに家族が点滴時に手を握るなど、協力的になった。	S
若いワーカーが自然な死を体験し学習できたこと	皆が納得できる死を経験できると、ワーカーさんも死を恐れず、自然なことと思えるようになり、自分達も看取っていきたいという気持ちになってくる。	H

い傾向にあったといえよう。他方、S地区では、熟年で病院での看護職経験が20年以上と長い、現職場での経験が浅いスタッフの准看護師が多い傾向にあったといえよう。

## 2. 施設の特徴

2地区のいずれの施設も、社会福祉法人が多く、定床数が50床で何らかの併設施設を有していた。開設年代は、H地区では1980年代が多い傾向にあるものの各々の年代で開設され、S地区では年代毎に多くなり、1990年代が最も多いものの2000年代の開設はなかった。

## 3. 利用者の特徴

入所者は、2地区のいずれの施設も後期高齢者の女性で、中等度～重度痴呆を有する利用者が多い傾向にあったが、介護度は、2地区ともに施設によって異なり様々であったといえよう。

## 4. 2地区の特養における施設内の死の看取りについて

### 1) 死の看取りの現状

施設での死の看取りについての方針は、死の看取りを行う方針である施設と死の看取りを行わない方針の施設に2分されたものの、利用者の状況に応じて死の看取りを行わざるを得ない状況にある施設があることが明らかになった。特養は、医療設備や看護体制上、限界があるため、高齢者にとっても施設職員にとっても病院で看取られることが望ましい、もしくは高齢という理由のみで医療を受けさせないみなし医療<sup>注2)</sup>につながる可能性があるという施設側の捉え方が伺えた。一方、たとえ限界があってもそのことを踏まえつつ、利用者・家族の求め

に応じて終の住処として特養で看取れるようにできる限りのことは行いたいとする施設職員の在り方も伺えた。このように、常勤医のいない中で、また様々な限界のある特養で死の看取りを行うか否かを容易に決定できない現状にあることを示していよう。

施設で死の看取りに至った疾患や状態の4分類は、利用者の年齢が80歳前後の後期高齢者が最も多いことから、老人性変化に加えて何らかの機能的・器質的障害を有することが多い高齢者の脆弱さと老衰という高齢者特有の状態が示されているといえよう。

施設で死の看取りに至った経緯の4分類から、利用者個々の生き方や家族の思いを大切にその時々を利用者の状態を適確に判断し、利用者にとってどこでどのような死の看取りが最適か、個々に応じて対応できることが望まれよう。

### 2) 施設内での死の看取りを行う上での問題・課題

施設内での死の看取りの体験事例を通じて良かったことは、施設内で死の看取りを肯定的に受け止めていることを意味している。また、施設内で死の看取りの体験事例を通じて困ったことやジレンマは、看護職が施設で死の看取りを通して見出された問題と捉えることができる。つまり、施設内での死の看取りの体験事例を通じて良かったことおよび困ったことやジレンマを検討することは、2地区の看護職がどのような姿勢で施設での死の看取りに取り組み、その結果どのような問題や課題が生じているかを表すものである。

【過剰・不必要な延命治療が避けられ自然な死が迎え

表7 施設内で死の看取りの体験事例を通じて困ったことやジレンマ

分類	回答内容	地区
みなし医療と受け取れる事例に対する苦悩	食事が摂れなくなった人には、点滴をしてあげたいと思うが、医療費の問題もあり、毎日点滴ができないのが現実。隔日にしか点滴ができず、脱水でなくなることもある。看護婦が点滴をしてあげたいと思ってできないのがジレンマである。	H
家族と連携が取れない時	家族が付き添っていたが、入所者が亡くなるまで10日間にもわたったため、家族が疲れてしまい、4～5日目から日中は付き添わなくなり、結局家族の付き添っていない時間に急変して亡くなった。状態悪化の繰り返しに家族が慣れ、急変時に連絡しても「明日まで待ってください」と言われてしまった。	H
いざとなった時の家族の動揺	何もしない、入院もしないと決断していても、状態の悪化に直面すると家族の意思がぐらつくことがある。	H
苦痛の除去に対応しない医師	発熱時も、クーリングのみで何もしないという方針と医師がさじを投げてしまい、苦痛緩和もしない医師との間にジレンマを感じた。	S
看護職不在の夜間における介護職の対応	重症者がいると、介護職員から「夜間、眠れない」や「えらい」と不満がでる（介護職は状態の判断ができないために恐怖もあると思う）。	S
病院に引き受けてもらえない現状	病院に連れて行くか否かの判断が難しい。病院へ連れて行ってもその日に帰されることもあり、大袈裟なことをして嫌だとも思うこともある。	S
急変時の対応の困難さ	病院に入院を依頼するが、施設で点滴をしていれば良いと言われ、自宅にも帰せず、行き場がなく、苦勞することがある。	S
	わかっていれば対応できるが、急変は難しい。	S

られたこと】【家族や職員に見守られながら死を迎えられたこと】【本人や家族の求めに応じることができたことによる、家族と職員の満足感】は、施設の方針に関わらず、自然な死の体験、本人や家族の求めに応じた看護職自身、職員、家族の満足感が得られた体験を通じて、施設での死の看取りを肯定的に受け止めることができている。つまり、死の看取りを体験したいいずれの看護職もが、施設での死の看取りを行う時に本人や家族の求めに応じた死の看取りを実現させたいという基本姿勢を持っているといえよう。【若いワーカーが自然な死を体験し学習できたこと】は、G県下の特養では、100床に対し看護職4.9人、介護職37.6人<sup>3)</sup>であること、また、夜勤体制が組めない看護職は夜勤帯のケアを介護職に委譲せざるを得ないこと、医師が常勤ではなく嘱託医である<sup>4)</sup>ことなどから日々の介護の大半を介護職員が担っているのが現実である。しかし、核家族世帯・単独世帯83.0%<sup>5)</sup>と多く、自宅での死が少ない現代において、自然な死を体験する機会は稀であり、医療知識を持たない介護職員が死の看取りを行うことに不安を持つことは当然であろう。つまり、施設での死の看取りを行うためには、専門的知識がある看護職や医師の支援および施設の支援体制が不可欠であり、看護職は、介護職員の不安や心配を理解するとともに、適切な指示を与えて支援できるようにすることが求められよう。

施設での死の看取りの体験事例を通じて困ったことやジレンマでは、医師の対応、特養における看護職の勤務体制、医療施設との協力体制が十分でない現状によって、利用者にとってよりよい人生の終末へのケアができな

かった結果と言えよう。

以上のことから、利用者本人が死も含めてその人らしい人生の終末を送ることを可能にするためには、入所時もしくは折をみてどのような最期をどこで送るかについて、本人および家族とともに話し合い意思決定に基づく対応ができるようにする必要がある。また、医師・看護職・協力病院とのよりよい連携のために話し合いが必要であるといえよう。

## まとめ

本研究は、G県下2地区の全特養における死の看取りの現状を検討し、課題を見出すことである。『施設内での死の看取りの経験者を対象にした経験内容』を個別訪問面接で得たデータを分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. 医療設備および看護体制に限界がある福祉施設である特養において、施設内で死の看取りをしない方針をもつ施設がある一方、積極的に施設内での死の看取りに取り組んでいる施設があることが明らかになった。
2. いずれの地区の看護職も、施設の方針に関わらず、本人・家族の求めに応じた死の看取りを肯定的に受け止めていた。
3. 本人・家族の求めに応じて、施設での死の看取りをより充実するには、『本人や家族および施設内職員や医療機関との有機的連携』が課題であることが明らかになった。

## おわりに

G県下2地区の特養に働く看護職の方々には、大変お忙しい中、個別訪問面接研修に応じて頂き、貴重な情報を提供して頂きましたことを心よりお礼申し上げます。また、本研究は、本学の看護実践研究指導事業の一環として助成を得て行ったものであり、深く感謝いたします。なお、本報告は日本老年看護学会第7回学術集会で発表したものに加筆したものである。

注1) 看護実践研究指導事業：岐阜県より助成を受け、自己研鑽の機会に乏しい岐阜県内の看護職が本学の知的資源を利用して自己学習や業務改善ができるようになることを目的に、現状を把握し現場の実態に即応した適切な方法を用いて、看護の実践研究指導・研修を行うものであり、平成13年度は、「過疎地域診療所」と「特別養護老人ホーム」の看護職を対象に実施をしている。特別養護老人ホームの看護実践研究指導事業は、個別訪問面接研修とそれを基にしたワークショップから構成され、個別面接研修は個別の面接を通じてデータを得るとともに、面接すること自体が研修につながることを意図したものである。

注2) みなし医療とは、治療の必要性があっても積極的な医療をしないことを意味する。

## 引用文献

- 1) 小野幸子, 田中克子, 北村直子 : 岐阜県下の特別養護老人ホームにおける看護職の活動の現状と課題 ; 平成12年度岐阜県立看護大学共同研究報告書 ; 50-57, 2001.
- 2) 小野幸子, 坂田直美, 早崎幸子 : G県下2地区の特別養護老人ホームに働く看護職の看護活動に関する意識 ; 岐阜県立看護大学紀要 ; 2 (1), 83-89, 2002.
- 3) 厚生統計協会 : 平成12年度介護サービス施設・事業所調査 ; 138, 2000.
- 4) 前掲2)
- 5) 厚生統計協会 : 国民衛生の動向 ; 35, 2002.

(受稿日 平成15年3月4日)