Osaka University Knowledge Archive

Title	高齢者施設の介護職員による看取りケア行動の内容検討 : 教科書の内容分析を用いて
Author(s)	久保田, 彩
Citation	生老病死の行動科学. 2015, 19, p. 7-20
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/57149
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

生老病死の行動科学 2015 年　第 19 巻　pp.7 - 20

原著論文
Original Article

高齢者施設の介護職員による看取りケア行動の内容検討
―教科書の内容分析を用いて―

Content analysis of textbooks on end-of-life care provided by care workers at residential care facilities for the elderly

（大阪大学大学院人間科学研究科博士後期課程）　久保田　彩
(Osaka University, Graduate School of Human Sciences) Sayaka Kubota

Abstract

In our super-aged society, particularly in Japan, the demand for end-of-life care at residential care facilities for the elderly is increasing. The purpose of this study was to identify the content of end-of-life care provided by non-medical care workers at elderly care facilities in Japan. Through content analysis of descriptions in 10 selected textbooks on end-of-life care at elderly care facilities, 1,718 types of content were extracted. These contents were classified into 3 top-level categories, 11 mid-level categories, 46 lower-level categories, and 184 basic categories. The contents of end-of-life care provided by care workers included various topics within 184 categories. Many of the extracted topics such as "physical care" and "daily-life care," are ones that needed to be continually provided even before the terminal stage. Though it is necessary to provide attentions specific to the final stages of life, these results represent the key concept of end-of-life care at elderly care facilities: death is a continuation of life.

Key words: content analysis, end-of-life care, elderly care facilities, care workers

高齢者施設における看取りケアの増加

日本は，世界に類を見ない早さで少子高齢化が進み，2005 年には，死亡率が出生率を上回る多死社会を迎えた（国立社会保障・人口問題研究所，2014）。そして，その死亡者の大半は高齢者である（厚生労働省，2013a）。人間が死に至るまでのプロセスにはいくつかのパターンが想定されるが（Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003），高齢者の場合，認知症や老衰などにより比較的長い期間を要して徐々に心身機能が低下していき，要介護状態を経て死を迎えるパターンが多いと考えられる。高沸する医療費の削減に向けて病院の在院日数や病床数の削減をはかっている現在（厚生労働省，2006），集中的な医療処置を必要としない状態が長く続く高齢者が，医療施設で死を迎えることは難しくなってきている。また，終末期における胃瘻や点滴などの医療行為はかえって苦痛を助長するとして，積極的な医療を受けず自然な生命過程の結果として亡くなる「平穏死」（石飛，2010）という言葉が生まれるなど，医療との関わりの少ない死の在り方を提言する声も出てきている。このようなことから，現在，これまで長く病院が 8 割を超えていた「死に場所」に変化がみられつつある（厚生労働省，2010）。介護老人福祉施設やグループホームなど高齢者を対象とした福祉施設（以下，高齢者施設とする）における看取りが漸増しているのである。厚生労働省 (2013b) によると，1995 年には全死亡者のうち高齢者施設で

[1] Correspondence concerning this article should be sent to; Sayaka Kubota, Graduate school of Human Sciences, Osaka University, Osaka, 565-0871, Japan (e-mail: sayaka_k@hus.osaka-u.ac.jp)

亡くなる人の割合は1.7%であったが，2012年には6.3%に上昇している。また，2006年の介護保険法改正により，介護老人福祉施設に対する「看取り加算」制度が創設され，2009年には，介護福祉士養成カリキュラムに「死にゆく人のケア」の単元が追加されるなど，介護の場での看取りを支える人材育成への取り組みも始まった。この様な現状を踏まえると，今後，生活の場である高齢者施設における看取りはさらに増加すると考えられる。

看取りケアの質の評価

高齢者施設における看取りケアの課題の一つに，ケアの質の向上が挙げられる（日本介護支援協会，2007；小山・水野，2010；全国高齢者ケア協会，2012)。そして，ケアの質の向上のためには，現状のケアを評価し，評価を基に改善していくことが必要不可欠である。Morita, Hirai, Sakaguchi, Maeyama, Tsuneto, & Shima（2004）は，終末期ケアの評価について，評価すべきケアの側面を次の3つに分類している。死の過程と死の質という側面，満足感という側面，そして，ケアの構造や過程という側面である。そのいずれも重要な指標ではあるが，ケアの質を直接的に評価するためには，提供されたケアの構造と過程という側面に焦点を当てることが最も適切であると指摘している。

では，高齢者施設における看取りケアの構造や過程，すなわち，看取りケアに関連して提供されるケアの内容はどのようなものであろうか。高齢者施設では，そのケアの第一の担い手は，日々の生活支援を行う介護職員となる。看取りケアにおいても，介護職員が主要な担い手になることが期待されている。ところが，これまで介護職員の主な職務は利用者の健康管理や生活援助とされてきたため，終末期における役割は明確に示されてきていない（坂下・西田・岡村，2013)。介護職員自身も「何がターミナルケアなのか，どうすることがターミナルケアになるのか」と戸惑い（福田・徳山・千草，2013)，看取りケアにおいて行うべきケア内容を充分に認識できていないことが示されている。

以上のことから，ケアの質の評価を考える際に，高齢者施設での看取りケアにおいて介護職員が行うべきケア内容を明らかにすることが必要であると考えられる。この点については，先行研究においても部分的に検討されている（北村・石井・牧，2010；鈴木・流石，2012)。しかし，いずれも，看護師との業務の弁別が十分行われておらず，尺度作成の都合や対象者の少なさゆえに，ケアの内容が網羅的に抽出されているわけではない。そこで，本研究では，介護職員による看取りケアの具体的内容を網羅的に抽出するために，看取りケアに関する教科書，及び，教科書に類似する形で編纂されているハンドブックや手引書など（以下，教科書類似書籍とする）の内容を分析することとする。教科書及び教科書類似書籍は読み手に等しく理解されることを目的として書かれており，「誰が何をすべきか，すべきではないか」について明確に記述されている。また，その編纂過程で必要な行動を網羅するように注意深く内容が検討されていると考えられるため，文献による検討を行うことで，看取りケアの全体像を掴むことが可能であると考えられる。以上のことから，本研究の目的は，教科書・教科書類似書籍を対象に内容を分析することで，高齢者施設の介護職員が行うべき看取りケア内容を広く明らかにすることとする。

方法

分析対象書籍

分析対象は，高齢者施設における看取りケアについて記述された教科書・教科書類似書籍とした。2014年8月に国立情報学研究所が提供するCiNii Booksで検索可能な文献を対象とした。

介護保険法が改正された2006年以降の書籍に限定し，キーワード検索で「終末期」または「ターミナル」または「看取り」，と「高齢者」または「介護」のAND検索を実施し，その中からNOT検索で「看護」「在宅」をキーワードとするものを除外した。その結果，48件の文献が候補として挙げられた。Cinii Booksの書籍説明及び実際の書籍の内容を踏まえ，最終的に介護職員の看取りケアについて教科書形式で編纂された10件を分析対象とした（Table 1)。なお，除外された38件の内訳は，(a) 教科書・教科書類似書籍の形式で編纂されていない書籍28件（報

告書・講演録9件，人文社会系書籍6件，随筆・事例集・ルポタージュなど 13 件)，及び (b) 分析対象と異なる内容を含む書籍 10 件（高齢者施設の看取りケアに関連のない書籍5件，リハビリ・マネジメントなど特定の側面にのみ焦点を当てた書籍4件，介護支援専門員に焦点を当てた書籍1件）であった。

分析方法

分析方法は，Berelson の内容分析（Berelson, 1952；稲葉・金訳，1957）を採用した。Berelson の内容分析では，分析対象が「表明された」コミュニケーションに限定されており，行間を読むことや背景にある意図を推論することを認めていない。そのため，そこに何が書かれているかと知ることを目的とした研究に適している（舟島，2007）。本研究の分析対象である教科書・教科書類似書籍は，基本的に，読み手が等しく内容を理解できるように意図して書かれたものである。そこには記述されたこと以上の意図を推論する必要がないことから，Berelson の内容分析が適切であると考え採用した。そして，具体的な分析手続きについては，Berelson の内容分析を正確に展開するために分析過程を5段階に分けた舟島 (2007) の方法論に依拠した。なお，分析は2014年8月に著者1名で行った。

結果

舟島（2007）の手続きに従い，「高齢者施設で看取りを行う場合，介護職員がどのようなケアをするべきか」という研究に対する問いに対して，「高齢者施設で看取りを行う場合，介護職員は（ —空欄— ）するべきである」という回答文を設け，空欄にあてはまる単語，句，文章を1つの記録単位として各文

Table 1

分析対象書籍の一覧

	書籍名	著者	出版年	出版社
1	だんだんよ、涙がでるほどうれしいで：介護最前線の看取りケア	こうほうえん	2007	筒井書房
2	グループホームにおける福祉ターミナルケアの手引き	日本介護支援協会	2007	日本介護支援協会
3	看取りケアと重度化対応ケアマニュアル	シルバー総合研究所	2007	日総研出版
4	特別養護老人ホーム看取りケアの手引き	日本介護支援協会	2007	日本介護支援協会
5	高齢者介護施設の看取りケアガイドブック：「さくばらホーム」の看取りケアの実践から	櫻井紀子	2008	中央法規出版
6	介護福祉士養成テキスト 11 自立に向けた食事・調理・睡眠・排泄の支援と終末期の支援	川村佐和子他	2009	建帛社
7	「死にゆく人」へのケア：高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト	内田富美江，岡本綾	2009	筒井書房
8	介護福祉士国家試験対策基本テキスト 7巻．認知症患者への支援、ターミナルケア	木村久枝，片桐幸司	2012	日本医療企画
9	看取りケアの基本スキルがよくわかる本	諏訪免典子	2012	ぱる出版
10	尊厳ある最期を迎えるための看取りケアマニュアル	NPO法人全国高齢者ケア協会	2012	高齢者ケア出版

献から抽出した。その結果，1718 個の記録単位が得られた。基礎分析において，257 個の記録単位が抽象的または意味が不明瞭として除外された。残り 1461 個の記録単位に対して本分析を行ったところ，最終的に 184 個の基本カテゴリが抽出された。なお，死後の遺体のケアの手順など，特定のケア内容の具体的な手順について述べた記録単位については，各記録単位自体は異なる内容であるものの，その個別具体的な手順を明らかにすることが本研究の目的ではないことから，その特定のケア内容の記録単位としてまとめて扱った。ただし，記録単位数については，ケア内容とその手順とを分けて表記した。

ここで，例えば「コミュニケーションをとる」という一つのケア行為に対して，「身体的苦痛の緩和」や「精神的苦痛の緩和」といった異なる上位の目的が存在すること，また，「家族支援」といった抽象的内容から「家族への情報提供」といった具体的内容まで階層性が確認されたことから，整理を進めるために大カテゴリ，中カテゴリ，そして小カテゴリを設けた。まず，大カテゴリとして，「利用者に対するケア」「利用者以外に対するケア」，そしてケアの実施時期の異なる「特定の時期におけるケア」の 3 つを設けた。続いて，大カテゴリ「利用者に対するケア」に対して，ケアの側面別に，「身体的側面のケア」「心理的側面のケア」「社会的側面のケア」「日常生活のケア」，そしてそのいずれにも含まれない「利用者のその他のケア」の中カテゴリを設けた。また，大カテゴリ「利用者以外に対するケア」については，「家族ケア」，「チームケア」，「セルフケア」を中カテゴリとした。最後に，大カテゴリ「特定の時期におけるケア」については，「看取り期前のケア」「危篤時のケア」「死後のケア」にわけた。また，各中カテゴリについて，ケアの種類や対象の違いに基づき，更に小カテゴリを設けた。その結果，11 個の中カテゴリと 46 個の小カテゴリが抽出された（Table 2）。その後，舟島（2007）に倣い，本分析に用いた全 1461 個の記録単位の 10%にあたる 146 個の記録単位を無作為に抽出し，スコットの式（Scott, W.A., 1955）を用いて，一致率を算出した。老年学を専攻する大学院生 1 名との一致率は，78%であった。

Table 2-1

高齢者施設の介護職員による看取りケア内容一覧

大カテゴリ	中カテゴリ[a]	小カテゴリ[a]	基本カテゴリ	記録単位数[b]
利用者に対するケア	身体的側面のケア(2)	苦痛・不快感の緩和(14)	体位の工夫	15
			苦痛とその原因の把握	13
			保清など日常的なケアによる緩和	12
			医療との連携・医療対応	12
			マッサージなど非薬物的対処療法による緩和	9
			環境整備	6
			コミュニケーション（訴えの受容）	5
			体感温度の調整	4
			日常生活支援時の安楽の確保	4
			不動による褥瘡防止	1
		特定の身体症状への対応	発熱への対応	33
			呼吸困難の緩和	23
			嘔吐への対応	9
			浮腫への対応	7
			咳嗽・喀痰の除去	5
			口腔乾燥への対応	3

Table 2-2

高齢者施設の介護職員による看取りケア内容一覧

大カテゴリ	中カテゴリ[a]	小カテゴリ[a]	基本カテゴリ	記録単位数[b]
利用者に対するケア	続・身体的側面のケア(2)	医療対応	医療的ケア(経管栄養管理・与薬・吸引など)の補助	25/19
			医療との連携・状態変化時の報告	15
		清潔の保持(3)	利用者の状態を踏まえた適切な保清方法の選択	11
			入浴・部分浴・清拭の実施	9/19
			保清時の観察	3
		疾病の予防・進行防止	廃用症候群(拘縮や褥瘡など)の防止	14/4
			感染症の予防・対応	8
		その他	口腔ケア	8/18
			タッチングケア	7
			安楽な体位の確保	6
			清潔で適切な衣類の選択	4
			整容支援	3
			身体状態の把握	3
			プライバシーへの配慮	1
	心理的側面のケア(2)	精神的苦痛・否定的感情の緩和(7)	そばにいる・訪室	7
			声掛け・コミュニケーション	5
			タッチング・スキンシップ	5
			感情や訴えの受容	6
			身体的苦痛の緩和	2
			心理療法等による緩和ケア	2
			家族・馴染みの人との交流促進	2
			原因の把握	1
			環境整備	1
		実存的苦痛の緩和(5)	寄り添いと傾聴・受容	6
			安心感の創造	2
			スキンシップ	1
		傾聴と受容	表情や仕草などから想いの理解	7
			傾聴	6/14
		家族による支援	家族に支援について相談・協力要請	5
			家族との時間・空間の整備	1
		その他	安心感の創造	5
	社会的側面のケア	職員と利用者との良好な関係維持	尊厳に配慮した接遇	7
			言語的・非言語的コミュニケーション	6
			信頼関係の構築	4
		社会的苦痛の緩和(3)	生活相談員との連携	2
			利用者・家族間の関係の調整	1

Table 2-3

高齢者施設の介護職員による看取りケア内容一覧

大カテゴリ	中カテゴリ[a]	小カテゴリ[a]	基本カテゴリ	記録単位数[b]
利用者に対するケア	続・社会的側面のケア	社会関係の支援	外泊・外出が可能な場合は支援	3
			なじみの人との交流などの社会関係支援	2
			対人関係が希薄な人への支援	1
		その他	個別背景（生活歴・価値観など）を把握	17
			願い・生活上の希望を実現	14
			生活の活性化・いきがいの創造	8
	日常生活のケア(12)	食事のケア(2)	食欲不振への対応	11
			誤嚥・誤飲防止	9
			食べたいもの・見た目の良いものを提供	9
			身体状態に応じた食事介助	9/3
			可能な限りの経口摂取の維持	8
			栄養状態の管理	5
			食事に関する観察・アセスメントと報告	3
			環境整備	1
		排泄のケア(6)	排泄障害の予防と対応	23
			利用者の希望を踏まえた尊厳ある排泄を支援	8
			排泄に関する観察と記録	7
			排泄パターンを踏まえて排泄サインを見極める	6
			必要に応じて医療職に相談・報告	3
			清潔保持	3
			安全とプライバシーへの配慮	3
		心地よい環境整備(18/6)	騒音・刺激を減らした静かな環境を整備	9
			家族や親しい人とゆっくり交流できる空間整備	6
			快適な室内気候・照明・採光の工夫	5
			安全で適切な寝具を選択	3/8
			清潔・衛生的な状態を維持	3
			適切な環境（居室）の検討	3
			プライバシーに配慮	1
		睡眠ケア	発汗・失禁へのこまめな対応	2
			体位交換	2
			睡眠時の褥瘡予防	2
			安眠できる環境の整備	2
			手浴・足浴など安眠に繋がる支援	1
			不眠への対応	1
		起居・移動のケア(3/19)	適切な移動方法・移動用具の選択	3
			転倒・転落予防	2/5
	利用者のその他のケア	観察・見守り	状態を細かく観察し変化に対応	20
			死にゆく過程の見守り	7
			訪室	4
		ケアの計画・モニタリング	介護計画の作成と修正	9
			適切なケアの判断・モニタリング	9
			多様な情報に基づくアセスメント	3

Table 2-4

高齢者施設の介護職員による看取りケア内容一覧

大カテゴリ	中カテゴリ[a]	小カテゴリ[a]	基本カテゴリ	記録単位数[b]
利用者に対するケア	続・利用者のその他のケア	情報提供・意向確認	日常生活や会話の中から看取りへの意向確認	5
			本人が知りたい情報を適切に提供	4
			意向確認が可能な関係性を構築	3
			看取りの場の自己決定を支援	1
		基本的な業務管理	ケアプランに沿って看取りケアを実施	4
			効率的な業務管理	4
			安全管理	1
		サービス担当者会議・定期カンファレンスへの参加(6)	カンファレンスでケアを振り返り学習	1
			カンファレンスで介護職としての意見の提示	1
			カンファレンスの記録の作成	1
		その他	正確・詳細で有用な記録の作成	23
			他の入居者への配慮	4
利用者以外に対するケア	家族ケア(10)	利用者との関わり支援	家族の利用者への関わり・ケアを促進	20
			家族が利用者と過ごす環境の提供	19
			必要に応じて家族関係の修復・回復	7
		家族心理への対応	家族の心情に寄り添い支援	16
			家族の要望や願いを聞き取り対応	13
			利用者の死を受容できるように支援	4
		情報提供	利用者の状態・ケア内容を説明	25
			利用者の日常の様子を報告	4
			一般的な死への過程の説明	4
		家族の意向確認	看取りに対する意向確認	12
			看取りに対する意向の決定を支援	3
		個々の家族形態への対応	キーパーソン以外の家族への対応	6
			家族の形態・状態に応じた対応の調整	3
			家族内の関係（キーパーソン）の確認	2
		その他	コミュニケーション・声掛け	12
			家族の生活・心身への配慮	8
			職員間で連携し一貫した対応	5
			信頼関係の構築	3
	チームケア	他職種との連携(12)	介護職と他職種の専門的役割を理解	12
			他職種とのコミュニケーション	9
			他職種との情報共有	6
			介護職の立場から情報提供	4
		その他	経験者は未経験者のケアを指導	3
			チームの方針の理解	2
			家族との連携	2
	セルフケア	学習	死について考え、死生観を構築	15
			学習課題を設定しスキル・知識・態度を向上	13
		その他	介護職員自身の健康管理	4/12
			責任感・倫理観の構築	3

Table 2-5
高齢者施設の介護職員による看取りケア内容一覧

大カテゴリ	中カテゴリ[a]	小カテゴリ[a]	基本カテゴリ	記録単位数[b]
特定の時期におけるケア	看取りケア期前の	利用者や家族の意向・希望確認	必要に応じて家族・利用者の意向確認	12
			利用者の看取り期のケアに対する希望の把握	5
		その他	家族・医療職との信頼関係の構築	2
	危篤時のケア(1)	利用者に対するケア	状態変化の観察・把握・対応	29
			安心・安楽の為の細やかな訪室	7
			医療職との連携	5
			利用者の心身の苦痛の緩和	5
			タッチングや声掛け	4
			傍で見守り	3
			本人の好みや希望への対応	3
			心地よい環境整備	2
		家族に対するケア(2)	容態の変化をわかりやすく説明	4
			家族への連絡	3
			家族が利用者に対してできることを助言	3
			声掛け・コミュニケーション	3
			家族・親しい人が臨終に立ち会えるように支援	2
			家族の心の準備支援	2
			不安の緩和	2
		セルフケア	職員自身の心の準備	3
	死後のケア(6)	利用者に対するケア	死後の遺体ケア（湯灌・清拭・整容など）	26/49
			死後の儀式（末期の水）の補助	13
			葬儀に合わせて弔電・黙祷	6
			死後の環境・空間の整備	6
			状況に応じて葬儀へ参列	4
			利用者の生前の希望に配慮	4
			地域性を踏まえて対応	2
			家族と共に納棺のための準備	2
			退去時の見送り	2
			利用者への言葉がけ	2
		家族に対するケア(14)	家族が十分にお別れできるように支援	15
			家族に死後のケアへの参加を促す	9
			葬儀・諸手続きへの助言	7
			看取りケアの経過の説明	7
			手紙や電話による追悼	6
			遺族感情の理解・共有	5
			言葉がけ	4
			話し合い・寄り添い	3
			死後の対応への意向確認	2
			家族の心身の状態の確認	1

Table 2-6

高齢者施設の介護職員による看取りケア内容一覧

大カテゴリ	中カテゴリ[a]	小カテゴリ[a]	基本カテゴリ	記録単位数[b]
特定の時期におけるケア	続・死後のケア(6)	ケアの振り返りと評価	看取り後のカンファレンスへの参加	9
			次の看取りに向けての学習・課題検討	8
			ケアの振り返りと評価	7
			故人を偲ぶ	3
			死生観を涵養	2
			ケアの振り返りの記録の作成	2
		事務手続き	遺品の整理	2
			退去にともなう手続きの実施	2
		セルフケア	感情表出	3
			自己の状態の認知	3

[a]各カテゴリ名に続く括弧内の数字は（記録単位数/手順に関する記録単位数）を示す。
[b]斜線の含む項目については，記録単位数/手順に関する記録単位数を示す。

考察

本研究は，高齢者施設の介護職員が行うべき看取りケアの内容を網羅的に抽出することを目的として，看取りケアに関する教科書・教科書類似書籍の内容分析を行った。その結果，184 個の基本カテゴリが抽出された。それらは更に，46 個の小カテゴリと 11 個の中カテゴリ，そして 3 個の大カテゴリにまとめられた。以下の考察においては，中カテゴリを『』，小カテゴリを＜ ＞，そして基本カテゴリを「」で表記し考察する。

1．看取りケアの内容の特徴

まず，抽出されたケア内容の妥当性及び信頼性について検討する。抽出された 11 個の中カテゴリは，高齢者施設の職員が行うケア内容を検討した先行研究（北村他，2010; 鈴木他，2012）で示されたケア内容を全て包括していることから，内容的妥当性があると言える。加えて，それぞれの先行研究，あるいはいずれの先行研究でも抽出されなかった『日常生活のケア』や『チームケア』，『セルフケア』といったカテゴリが抽出されたことから，網羅的に検討するという本研究の目的に適う結果であると考える。また，老年学を専攻する大学院生 1 名との一致率が 78%であることから，一定の信頼性が確認された。

ここで，具体的なケア内容をみると，例えば，＜清潔の保持＞や＜傾聴と受容＞，＜食事のケア＞など，必ずしも看取りケアに限定せず，利用者が入居した段階から継続して行うケア内容が多く含まれていることがわかる。看取りに関するケアに限定してケア内容を抽出しても，高齢者施設における入居時からの日々のケア内容と重複する内容が抽出されたことに，「長期にわたる暮らしの延長線上の死」（櫻井，2008）という福祉施設である高齢者施設での看取りの特徴が表れていると考えられる。先行研究において，介護職員は看取りケアに対して何か特別なことをしなくてはいけないという意識を持っていることが指摘されているが（出村・中村，2011），本研究の結果から，看取りケアとして何か特別なケアばかりを行う必要が生じるのではなく，入居時からの生活支援を続けていくことも看取りケアにおいて重要であることが示された。無論，看取り期以前と同様のケアであっても，終末期の様々な機能の低下により利用者の状態が変化していること，また，明確に時間が限られていることから，終末期ゆえの配慮は必要であると考えられる。しかし，必ずしも看

取りゆえの特別なケアばかりが必要なわけではないことが示されたことは本研究の重要な点であると考える。

2．看取りケアにおいて特徴的なケア

次に，記録単位数の多いもの，及び，看取りケアとして特徴的であると考えられるケア内容を，中カテゴリ別に考察する。なお，記録単位数が多いこと，すなわち，「行うべきケア」として教科書などで複数回言及されているということは，看取りケアとして重要であることを示していると考えたため，以下では記録単位数の多いものを中心に考察する。

2－1．利用者に対するケア

身体的側面のケア　『身体的側面のケア』の中で多く挙げられるのが，＜苦痛・不快感の緩和＞や＜特定の身体症状への対応＞であった。身体的苦痛の緩和や身体症状のコントロールは，日本人が望む「理想の死（Good death）」の概念を構成する重要な側面の一つとして挙げられており（Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi, 2006），高齢者施設での看取り期においても，求められるケアの一つであると考えられる。また，＜医療対応＞も看取りケアにおいて重要性が増す内容であろう。高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く（日本老年医学会，2012），特に終末期は身体状態の変化が生じやすい。そのため，福祉の場での看取りとはいえども，医療的な対応，医療職との連携が重要になると考えられる。

心理的側面のケア　『心理的側面のケア』で多く挙げられたのが，＜精神的苦痛・否定的感情の緩和＞と＜実存的苦痛の緩和＞である。老年期では人生の終焉を覚悟しているとはいえ，特に施設で暮らしている利用者は，不安や恐怖など様々な否定的感情を感じている（櫻井，2008）。そうした心理面での苦痛を緩和することは，看取りに求められるケア内容である。また，＜実存的苦痛の緩和＞は，まさに死を目の前に控えた者にとって重要な問題であろう。一方で，内田・岡本・櫻井（2009）は，介護職員が「死後の世界はあるのかと聞かれ答えられなかった」と，死に関する問題に直面して戸惑う場合も少なくないことを指摘しており，困難なケアの一つでもあると考える。

社会的側面のケア　『社会的側面のケア』において最も多く挙げられたのが，＜職員と利用者との良好な関係維持＞することである。スタッフとの良好な関係を維持することは，先行研究（Cohen, Poppel, Cohn, & Reiter, 2001; Tong, McGraw, Dobihal, Baggish, Cherlin, & Bradley, 2003）においても「理想の死」の重要な側面の一つとして挙げられている。社会関係が限られている終末期において（中里，2008），接する機会の多い職員が利用者と良好な関係を保つことは必要なことであろう。

日常生活のケア　『日常生活のケア』では，＜食事のケア＞＜排泄のケア＞＜心地よい環境整備＞などが多く含まれた。これらの日常生活の支援は，介護職員自身や他職種から見て介護職の専門性が発揮される中心分野であり（寺嶋・小林・山村・安田・矢部，2004），看取り期に入る前から常に行われるものである。看取りに関する内容に限定してケア内容を抽出してもこれらが必要なケアとして含まれていることから，日常生活支援は看取り期に入っても変わらず，介護職が行うケアとして重要であると考えられる。一方で，先行研究（北村他，2010; 鈴木他，2012）において本カテゴリと同様の内容は示されていなかったことから，行っているにもかかわらず見落されがちなケアであると考える。

利用者のその他のケア　『利用者のその他のケア』に含まれた内容で看取り期であることを考えた際に特筆すべきは＜観察・見守り＞であろう。「死にゆく過程の見守り」は，具体的な動作よりもその場に留まることに焦点が当てられている。ホスピス創始者のシシリー・ソンダース博士は，ホスピスケアの原点は「Not doing, But being（何かをすることよりも，傍にいること）」であると説いた（柏木，2006）。見守る，傍にいるといったことがケア内容として明文化されて挙げられる点が，看取り期のケアの特徴であると考える。

2－2．利用者以外に対するケア

家族ケア　『家族ケア』では，＜利用者との関わり支援＞に関するケア内容が最も多く含まれた。入居までの長期に渡る介護のために，入居する時点で家族と利用者本人との関係性が崩れているケースは少なくない（苛原，2012）。そこで，＜利用者との関わり支援＞をし，家族関係が悪化している場合にその関係性を修復することは，家族にとっても後悔の少ない看取りに繋がると考えられる。また，家族は，必ず訪れる利用者の看取りについて，いつも心のどこかで不安を抱えているものである（江見，2008）。日頃から利用者と家族双方に関わる介護職員は，生活相談員と連携しながら，定期的に利用者の情報を伝え，次第に死に近づいていく過程について＜情報提供＞をしながら，＜家族心理への対応＞する必要があるだろう。

チームケア　『チームケア』では，＜他職種と連携＞に関する記述が最も多かった。高齢者施設での看取りケアは，医療と福祉の各専門職がそれぞれの役割を明確に機能させることによるチームケアで成り立つものである（櫻井，2008）。「介護職と他職種の専門的役割を理解」し「他職種とコミュニケーション」をとりながら，＜他職種と連携＞することは看取りケア全体を通して重要なことであろう。

セルフケア　『セルフケア』の中では，「死について考え，死生観を構築」することや「学習課題を設定しスキル・知識・態度を向上」させることが多く含まれた。介護福祉士養成カリキュラムに終末期ケアが含まれたのはまだ最近のことであり，介護福祉士資格を有さない介護職員もいるため，看取りケアに関する教育は現状十分とは言い難い。そのため，自ら学習し，死生観をはじめとした態度を養うことが，ケアに必要なこととして含まれたと考える。

2－3．特定の時期におけるケア

看取り期前のケア　『看取り期前のケア』では，看取り期のケアにも含まれていた＜利用者や家族の意向・希望確認＞することが挙げられた。看取りに対する意向は，利用者の状況や家族背景の変化により変動が起こり得ることも考えられるため（日本介護支援協会，2007），看取り期に入った後も常に意思確認をすることは必要である。しかし，認知症の問題や高齢者の終末期の展開の予想が難しいことなどから，看取り期を迎える前の早い段階で，終末期の意向を確認しておくことは必要であろう。

危篤時ケア　『危篤時ケア』では，＜利用者に対するケア＞が最多を占め，続いて＜家族に対するケア＞が多く含まれた。危篤時のケアにおいて最も重要なことは，利用者の変化に集中し最後のケアを集中して行うことであるから（日本介護支援協会，2007），＜利用者に対するケア＞が多く挙げられたことは妥当であると考える。一方で，危篤の時は家族にとって最も緊張感の高まるときであるため（櫻井，2008），家族の不安を和らげ，利用者と関われるように支援する＜家族に対するケア＞もまた，この時期に介護職が担うべきケアであると言える。

死後のケア　『死後のケア』では，『危篤時のケア』とは対照的に＜家族に対するケア＞に関するケア行動が増加する。死後においても＜利用者に対するケア＞をすることは勿論重要であるが，相対的に家族に対するケアの重要性が増すものと考えられる。高齢者の死は順番に皆に訪れるものという意識があり比較的受け入れやすいと考えられるが，なかには死を受け入れられない人や後悔する人もいると指摘されている（日本介護支援協会，2007）。このことから，『死後のケア』として＜家族に対するケア＞を行うことは，介護職員に求められる重要なケアの一つである。また，＜セルフケア＞について，記録単位数は比較的少ないものの，看取りケアにおいて重要であると考える。悲嘆は亡くなった利用者の家族にのみ生じるものではなく，職務として利用者の死に直面する介護職員にも生じるものである（遠藤，2012）。職務として経験する死別の悲嘆は「公認されない悲嘆（Disenfranchised grief）」と呼ばれ，社会的にその存在が認識されにくいと指摘されているが（Doka, 2002），実際に看取りを経験した介護職員は，時に悲嘆反応を表出しているという（早坂，2010）。このことから，看取り後に「感情表出」す

ることや，「自己の状態の認知」をすることは必要な行動であると言える。また，『死後のケア』の＜セルフケア＞に関する記録単位がわずか6個であること自体が，職務として死に携わる者の悲嘆が公認されていないことを示しているとも考えられる。人間の死に携わり続けることはストレスフルでバーンアウトに繋がる可能性がある（Vachon, 1995; 黒瀬, 1999）ことから，＜セルフケア＞も重要な要素であろう。

3．まとめ

本研究の結果，高齢者施設で看取りケアを行う際に介護職員が行うケア内容は，看取り期における利用者に対するケアである『身体的側面のケア』『心理的側面のケア』『社会的側面のケア』『日常生活のケア』，『利用者のその他のケア』，利用者以外に対するケアである『家族ケア』『チームケア』『セルフケア』，そして，特定の時期におけるケアである『看取り期前のケア』『危篤時のケア』『死後のケア』の 11 種類の多岐に渡ることが示された。

ここで，本研究の限界と今後の展望について言及する。まず，記録単位数についてである。本研究では，一定の基準に従って分析対象書籍を選択したが，編者名だけでなく分担執筆者まで含めて検討した場合，一部に複数回名前の挙がる著者が存在した。そのため，同じような文言や表現が使われることがあり，特定の記述の記録単位数が増幅してしまった可能性が考えられる。本研究は，看取りケアの内容を網羅的に明らかにすることが目的であり，記録単位数は大まかな傾向に言及するに留めたため問題はないと考えられるが，記録単位数の解釈については一定の留意が必要であろう。また，分析対象となった書籍は，介護福祉士の養成テキストと個人的に関心を持った者のみが読む特定の編者によって書かれた教科書類似書籍との双方であった。後者については，看取りケアに積極的に取り組む施設におけるケア内容について記述されており，その是非は別として，まだ看取りケアの設備や体制が整っていない施設では行うことが難しいケアが含まれている可能性がある。無論，最高水準のケアを目指すことは大切ではあるが，まだ高齢者施設における看取りケアの質の評価水準が確定していない現状では，まずは最低限必要とされるケアの水準を明らかにする必要があるだろう。本研究では，最低限必要なケアと目指すべき最高水準のケア行動が弁別できていないため，優先すべきケア内容を明らかにすることは今後の検討課題である。

以上の限界はあるものの，本研究によって，高齢者施設の看取りケアに必要な介護職員ケア内容が網羅的に明らかになった。このことにより，ケアの質の評価のための具体的な評価点が明確になると共に，その必要性が強く主張され続けている（清水・柳原, 2007; 橋本, 2009; 北村・石井・牧, 2010; 福田・徳山・千草, 2013）看取りケアに関する教育や研修内容を検討する一助にもなるであろう。今後は，本研究の結果を踏まえて，高齢者施設における看取りケアの評価指標の作成や教育カリキュラムの作成が行われることが期待される。

引用文献

Berelson, B. (1952). Content analysis in communication research. Free Press. (Berelson, B., 稲葉三千男・金 圭煥（訳）(1957)．内容分析 みすず書房)

Cohen, L. M., Poppel, D. M., Cohn, G. M., & Reiter, G. S. (2001). A very good death: measuring quality of dying in end-stage renal disease. *Journal of Palliative Medicine,* 4 (2), 167–72.

Doka, K. J. (2002). Disenfranchised grief: new directions, challenges, and strategies for practice. Research Press.

江見 恭幸 (2008)．家族ニーズへの支援 櫻井紀子（編），高齢者介護施設の看取りケアガイドブック：「さくらばホーム」の看取りケアの実践から 中央法規出版 pp. 84 - 86.

遠藤 幸子 (2012)．看取り介護の実践を支える要因-高齢者施設における新人教育に焦点を当てて- 東海学院大学紀要, 5, 27-34.

福田 洋子・徳山 貴英・千草 篤麿 (2013)．特別養護老人ホームにおける「看取り介護」の現状と課題. 高田短期大学紀要, 31, 49-60.

舟島 なをみ (2007)．質的研究への挑戦 (第 2 版)

医学書院, pp.40-80.

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, 41, 147-160.

早坂 寿美 (2010). 介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理: 看護師との比較から 北海道文教大学研究紀要, 34, 25-32.

Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31 (2), 140–7.

苛原 実 (2012). 家族と介護職のための看取りハンドブック メディカル・パブリケーションズ

石飛 幸三 (2010). 「平穏死」のすすめ: 口から食べられなくなったらどうしますか 講談社

柏木 哲夫 (2006). 序文. シシリー・ソンダース(編), ホスピス—その理念と運動

北村 育子・石井 京子・牧 洋子 (2010). 特別養護老人ホームで働くケアワーカーと看護師の終末期ケア行動の分析: 両職種の専門性にもとづく協働の可能性 日本福祉大学社会福祉論集, 122, 25-39.

国立社会保障・人口問題研究所 (2014). 平成26年版 社会保障統計年報

厚生労働省 (2010). 平成22年人口動態統計年表

厚生労働省 (2013a). 平成25年度人口動態統計月報年計 (概数)

厚生労働省 (2013b). 平成24年人口動態統計年表

小山 千加代・水野 敏子 (2010). 特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討 老年看護学: 日本老年看護学会誌, 14 (1), 59-64.

黒瀬 佳代子 (1999). 緩和ケア病棟に勤務する看護婦 (士) が陥る "燃え尽き" の構造 日本看護学会誌, 8 (1), 18-26.

Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *The Journal of the American Medical Association*, 289 (18), 2387–92.

Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y., Maeyama, E., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2004). Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (6), 492–501.

中里 和弘 (2008). 終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について 臨床哲学, 9, 25-37.

日本介護支援協会 (2007). 特別養護老人ホーム看取りケアの手引き 日本介護支援協会.

日本老年医学会 (2012). 高齢者の終末期医療に関する日本老年医学会の立場表明 2012 日本老年医学会 2012年1月28日 <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf> (2014年8月30日)

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.

櫻井 紀子 (2008). 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック: 「さくばらホーム」の看取りケアの実践から中央法規出版.

Scott,W.A. (1955). Reliability of Contents Analysis ; The Case of Nominal Scale Coding. *Public Opinion Quarterly*, 19 (3). 321-325.

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.

寺嶋 洋恵・小林 朋美・ 山村 江美子・安田 真美・矢部 弘子・板倉 勲子 (2004). 高齢者施設における介護福祉士の専門性ー医療行為に対する認識と専門性の分析ー 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要, 2, 153-160.

Tong, E., McGraw, S. A., Dobihal, E., Baggish, R., Cherlin, E., & Bradley, E. H. (2003). What is a good death? Minority and non-minority perspectives. *Journal of Palliative Care*, 19 (3), 168–75.

内田 富美江・岡本 綾・櫻井 紀子 (2009). 「死にゆく人」へのケア: 高齢者介護福祉施設での看取り

ケア指導テキスト 筒井書房.
Vachon, M. L. (1995). Staff stress in hospice /palliative care: a review. *Palliative Medicine,* 9 (2), 91–122.
全国高齢者ケア協会 (2012). 尊厳ある最期を迎えるための看取りケアマニュアル 高齢者ケア出版.