

〔原著論文〕

ここでゆっくり看取る

—特別養護老人ホームでの看取り体制整備から定着までの看護師の実践構造—

工藤 うみ¹⁾

要 旨

本研究では、特別養護老人ホームの看取り体制整備から定着までのプロセスをひとりの看護師の実践から現象学的に分析した。

日頃の健康管理が不十分であったり、職員が死を忌み嫌い隠すような傾向がある現場では、利用者が自然な老衰に至れるように医療とケアを整えること、職員が死に目を向ける機会を作ることがはじめに必要であった。そのようにして整備した場において、看取りは少しずつ職員や利用者家族に浸透し、やがて地域へも波及していった。ここまでに3年程度の時間を要しており、実践者の持つ看取りのための確固たる医療観が、年単位の長期的な取り組みを内側から支えていた。またそれは、自然な老衰をつくるための知識を提供し、様々な困難にも堂々と挑もうとする使命を実践者に与えていた。

キーワード：看取り、特別養護老人ホーム、看護師、看取りの医療観、現象学的質的研究

I. 研究背景

この10年で特別養護老人ホーム（以下、特養）での看取りは倍増¹⁾し、特養が終の棲家としての本来の役割を担うようになってきた。その背景には看取り場所の確保という社会的課題と、2006年の看取り介護加算の創設があり、これまで最後は病院に入院させることが多かった特養が、自分たちの手で看取るための体制を整えるようになってきた。

どこで最期をむかえるのかについては本人による意思決定が基本とされるが、特養の入居者の9割には何らかの認知症状があり²⁾、入所時にすでに意思表示が難しくなっているケースが多い。本人の意思が確認できない場合は、家族が本人の推定意思に基づいて最善の方針をとることになるが、最期のあり方に関する本人と家族の希望に相違があることは、以前から指摘されている^{3, 4)}。その理由として、家族と本人が疎遠で関心がないこと、看取りについてほとんど話し合ったことがないことなどが挙げられている⁵⁾。また、看取り期の過度な医療が身体への負担になり苦痛を生むことは、在宅医療を実践する医師らの尽力により一般的にも知られるようになってきたが、家族の意向、嘱託医の考え方、地域の慣習、現

場のケア体制などが複雑に絡み合っており、ひとことで看取りといっても、その現れ方は実に様々である。9割の特養には、医師は常駐していない。したがって特養の中で唯一の医療職である看護師が、本人の状態に合わせてどのような看取りを目指すのか、家族や医師への働きかけがどこまでできるかが、看取りの質、人生の最終段階のQOLに大きく影響する^{6, 7)}。しかし、特養の看護職が実際にどのようにして看取りを行なっているのか、その実践の姿はほとんど明らかになっていない。

II. 研究目的

本研究は、特別養護老人ホームで看取りを行う看護師の実践を可能な限り本人の経験するままに記述し、看取りの実践構造を共有可能な知として取り出すことを目的とした。

III. 倫理的配慮

本研究は、弘前医療福祉大学研究倫理委員会の承認（承認番号：2018-6）を得たうえで実施した。研究協力者にはいつでも中途離脱可能であり、離脱した際でも一

1) 弘前医療福祉大学（〒036-8102 青森県弘前市小比内3-18-1）
kudou@jyoto-gakuen.ac.jp

切の不利益はないことを説明した。そのうえで、インタビューのデータは逐語録とすることを説明し、同意を得たうえで録音を行った。研究の趣旨、個人情報の取り扱いについてインタビュー前に文書を用いて説明を行い、同意書への署名をいただいた。分析したインタビュー結果はインタビューイに読んでもらい、内容を確認してもらったうえで改めて掲載への同意を得た。

IV. 研究方法

1. 研究対象者

対象者は看取りを実践する特養の看護師とした。特養における看取りのパラダイムケースであると筆者が考える看護師に、その看護師が勤務する特養の施設長経由でインタビューを依頼した。今回は、その中のAさんのデータを対象とした。Aさんはインタビュー時点で特養に勤務し4年目であった。2年目から看護リーダーを任されており、特養の前は病院、クリニック等での臨床経験がある。Aさんと筆者の出会いは、筆者が特養の看護師をしていた時の看取りの研修会であった。そこから同じテーマに関心を持つ者同士としての交流が始まり、インタビューの時点で出会ってから4年が経っていた。

Aさんの勤務する特養C苑は、Aさんが入職した当初、利用者の経口摂取が不可能となった際や、病状悪化時、臨死期には連携病院に入院させることが多く、施設内で最期まで看取することに積極的ではなかった。Aさんは看護リーダーになってから施設内での看取りを推進するために様々な体制整備を行ってきた。現在C苑の施設内看取り率は8割を超えている。本研究ではAさんが看取りに取り組み始めた当初の様子から、それが現場に定着するまでの実践が語られた。

2. データ収集方法

インタビューは2018年10月に行った。インタビューは1回で、非構造化面接法で行った。場所はAさんの勤務する特養C苑の一室を借用した。

3. 分析方法の選択と説明

本研究では、死という予測不可能なものを取り巻く看護職、介護職、医師、家族、連携病院、利用者等、多様な人々の思いや行動のなかで、特養のひとりの看護師がどのようにして看取りの実践を行ったのかを明らかにし、その中から特養の看取り実践における共有可能な知を取り出すこと⁸⁾を目的とする。通常、個別の実践の意味は数値化することはできず、またその志向性は目に見えない。そこで、本研究では一事例がある普遍を体現しているという哲学としての前提に立つ⁹⁾現象学的質

的手法を分析方法として選択した。現象学的手法とは、個別の生の流れの中に意味を見出し、計量的な一般性とは異なる普遍を見つけることを目指す研究手法である。そのため現象学的手法では、経験を内側から、語り手の言葉をそのままに記述することが基本となる⁹⁾。このような内在的視点を取るにより、予測不可能な変化の中にある者や複数の層が複雑に絡み合った場など一般化が困難な事象の形を見えやすくし、構造として取り出すことが可能になる⁹⁾。また、脱文脈化されない生の言葉から抽出された実践の形が読み手を触発し、その人ごとの応答や行為を促す。現象学では、触発の力がもつアリティもまた真理の基準となる。分析では、語られた内容は研究者によって追体験され、語り手の体験と分析者の追体験が浸透し合う¹⁰⁾。このとき研究者は、自分の経験を重ねたり、感情移入するのではなく、自らと語り手とともに非人称化し、経験の現れの背後にある運動や構造に注目する¹⁰⁾。この分析の過程を現象学的還元と呼び、これにより個人の経験は他者にも理解可能なものとなる。ゆえに、個人の実践の主観的な語りはずべての人にとって潜在的にありうる地平となり、共有可能な知となることを可能にする。

4. 分析方法

現象学的研究の歴史と理論、特徴¹¹⁾について理解を深めた上で、令和2年8月31日～9月4日に行われた京都大学のオンライン講義『現象学的な質的研究』（講師：村上靖彦）の講義内容および講義資料を参考にして分析を進めた。

- (1) インタビューで得た語りをすべて逐語録に起こし、繰り返し読んだ。
- (2) その際には文脈に留意して読んだ。
- (3) 繰り返し出てくる単語や口癖に注意しながら読んだ。
- (4) (2)(3)を繰り返しながら全体のストーリーをつかまえた。
- (5) 全体のストーリーを内容と意味の単位でいくつかのパラグラフに分けた。
- (6) (5)の中から、大まかに引用を選んだ。
- (7) 引用した内容を順にならべて読み直し、引用の配列や引用の取捨について繰り返し検討した。
- (8) 全体のストーリーや構成をおさえながら、各パラグラフ内のデータを再度細かく読み、実践の濃淡やその変化をつかまえた。
- (9) (6)～(8)を繰り返し、実践の背後にある柱を探した。
- (10) 実践の柱となるいくつかのポイントをたどりながら、背景の構造を取り出した。

分析にあたっては、臨床実践の現象学会研究会（2020年12月5日）において発表し、現象学的質的研究の専門家たちにスーパーバイズを受け、分析の信頼性、妥当性を確保した。

V. 結果

インタビュー時間は102分であった。Aさんの語りは特養入職当初から現在までの4年間の時間を何度も行きつ戻りつしていた。また、インタビューの最後には特養での看取り実践を志すきっかけとなった病院での臨床経験が語られた。ここでは、Aさんの実践とその変化およびC苑の看取りの変化が捉えやすいよう、語りをパラグラフ毎に過去から現在という時間の流れに置き直し記述した。以下、分析結果の語りはゴシック体で示した。Kはインタビューアーである筆者、Aは対象者のAさんを表す。語りの中で筆者が補足した個所は〔 〕とし、分析中の語りの引用は「 」で示した。逐語録のページ数は各パラグラフの最後に記した。各パラグラフの冒頭にはパラグラフの内容と意味を示すタイトルをつけ、太字ゴシック体で示した。実践の背後にある柱には名称をつけ、【 】で示した。

1. 【実践の基盤をなす医療観】

死ぬ前の治療を発見する

K：Aさん〔特養に勤める前〕救急部にいたんだよね？

A：一番最初ね。

K：そこから、何て言うんだろ、救うことをやってきたわけじゃない。

A：でも救うことをやって、最終的に思ったのは、元気な人は、私らがちょっと手伝えれば治るなって思ったんですよ。30分、1時間の集中ケアをして、オベに行く人もいるだろうし、だけど元気な人は自分で治っていくって思ったんです。だけど私が、その救急室に運ばれている中で、この人はどうなっちゃうんだろみたいな人は、がんの末期の人とか。それで、ターミナルやりたいって言って終末期〔ケアの病棟〕に行ったんですよ。でもやっぱりまだ、緩和ケアとか全然広まってないときだったから、何でこんな癌で苦しんでるのに抗がん剤打つんだらうとか、放射線やり続けるんだらう、みたいなのをたくさん見てて。何か死ぬ前の治療って何だらうなって、思ってたんですよ。そのあと、心臓外科に行って循環器やった時も、心不全の最後って辛いんですよ。点滴して強心剤で心臓をたたいて、利尿剤入れて。で、心不全の2人の印象的な患者さんがいて、「もう俺には何もしないでいいから安らかにさせてくれ」、みたいなことを言ったんですよ。

それで先生方も、方針をたたく治療ではなく、本人が辛くないようにっていう。ま、結局呼吸器は付けただけ、逆に呼吸器つけて心臓の負担を減らしたら、すごいむくみが取れたんですよ。で、なにこのおしっここの量みたいな。ま、その人はICUにいったんだけど。ICUに行くたびにちらちら見てたら、すごいおしっこ出てるね、みたいな、顔もすごいきれいになったって。最期はきれいな感じで亡くなったんだけど。他にも何か、90歳のおばあちゃんが死にそうですって運ばれてきた時にも、家族が「もう何もしないでください」って言って。ま、点滴して酸素はしてたけど、最後は〔酸素を〕取ったんですよ。ほら、酸素取ったらほんと楽そうでしょ、みたいな。うん、確かに、みたいな。っていうのもあって、周りの先生たちも、何もしないっていう選択肢も出てきたんですよ。特養のおじいちゃんとか、こんな状態でここに来られても、みたいなケースも結構あって。ま、病院側の立場もよくわかるし、この状態で連れてこられても何もできないよっていう思いがあったから、じゃあここでゆっくり〔看取る〕、みたいな気持ちは強いかもしれない。

K：だからスムーズだったんだね。特養来ても。

A：そうですね。使命はこれだなと、思ってたから。

(逐語録p.13)

Aさんの看護経験は病院の救急部から始まるが、Aさんはそのなかでも「この人はどうなっちゃうんだらうな」という予後が不確実な患者に惹かれ、その姿を追いかけるように現場を異動してきた。がんの末期や心不全の末期に抗がん剤を「打ったり」、強心剤で心臓を「叩いたり」する辛い治療を手伝いながら、「死ぬ前の治療ってなんだろうな」とAさんは自問する。その問いに応えたのは、「何もしないで」という患者側の求めに医療が差し引かれた時に起きた「きれい」で「楽」になっていく患者たちの姿であった。「すごい」、「すごい」と繰り返しながら、Aさんはまだその時の驚きと感動の中にいる。そしてそこで発見した「死ぬ前の」医療を実践することがAさんの「使命」となり、「ここでゆっくり」看取することを志向しその現場を特養へと移す。

看取りを「使命」として特養に入職したAさんであったが、すぐに思ったような実践はできない状況がそこにはあった。Aさんの実践はそうした現場に巻き込まれつつ、看取り実践の障害となるものを取り除いたり、道を広げて見通しをよくしたりといった場の整備から始まった。

2. 【特養を看取りの場として拓く】

負担のかかっている医療を減らす

K：C苑の看取り、今の施設の状況はどんな感じですか？

A：ドクターの意向が素直に看取りっていう風にならなかったりとか、いちいち言ったらあれだけ。最後の最後、心不全が良くなって胸水とれてる人の利尿剤の調整とか、こちらから減薬の提案したりもするんだけど、ちょっとした、なんかコントロールの仕方が、ちょっと微妙に違ったりとかするので、その、老人に負担をかけない医療をしながら看取りに持っていくっていう感じにしたいんですけど、先生がまだ死を怖がっているイメージがあります。死を認められない、みたいな。さすがにこのごろは、「点滴しません」ってこっちの意向を伝えると、「それなら点滴無しでな」っていう感じにはなってくれましたけど。まだまだ、採血して納得してるって感じはします。100歳の、この前亡くなったケースでは、「もう脳梗塞の所見もあるし、飲み込めなくなってきてるので、そろそろ危ないです」って報告したら、「じゃあ採血」みたいな感じで【指示がきて】。熱が上がったら採血するっていうルーティンがあって。

K：そうなの？

A：こっちはこっちとして冷やしたりとか、本人が苦痛が無いように整えているのに、【連絡が遅れると】「何ていうことだ」みたいな感じで怒られるわけですよ。でもね、意外に【3】8度以上熱発しても、採血がルーティンだから採血すると、0.2とか0.4とかCRPはそんなに高くないんですよ。ま、そういう症例が続いて、冷やせばいいかなって思ったりするわけですよ。でも採血、みたいな感じで。(逐語録p.1-2)

Aさんから見ると嘱託医のやり方は「素直」じゃなく「コントロールの仕方がちょっと微妙に違」うように見える。そしてそれは嘱託医が「まだ死を怖がって」おり「死を認められない」でいるからではないかと感じている。そこでAさんは、嘱託医から指示が出る前に先に「点滴しません」と家族と現場の方針を伝えたり、採血という「ルーティン」の指示をなるべく回避しようとする。このような実践の背景には、心臓外科での心不全看護の経験や、38℃以上の発熱時も「CRPはそんなに高くない」といった根拠がある。Aさんの実践は、嘱託医の指示を容易には受け入れなかったり、過剰となっている医療を減らすよう促したりする形をとりながら、「老人に負担をかけない医療」をすること、「本人に苦痛が無いように整え」ることに向かっている。

自然な老衰をつくる

A：はじめ、私が来たときは、ご飯食べれなくなったら点滴する、とかそういうのが当たり前で。看護師さんも家族に、「じゃ点滴しましょうね」みたいに言っていて。【その様子に】何で？みたいな感じが【自分は】あったりとかして。具合が悪くなったら病院に運ぶ、みたいな感じが多かったと思います。だけど、急変時にばたばたして運ぶのも嫌だから、既往歴とかその人の介護度とかが書いてある救急搬送シート、救急車に出したらすぐわかる、みたいな様式を作った途端、救急搬送が少なくなりました。とか、どっちに対応してもいいようにやっていったら、全体が落ち着いた感じがします。わかんないけど。だから、急に具合が悪くなる人って少なくなったから、明らかに老衰だね、みたいな感じの人が多くなったので。

K：そっか、それってケアを変えていったから？

A：ケアも変えていったと思います。毎日のケアを大事にしてやっていったら、あんまり風邪ひきも少なくなったし。栄養剤も変えました。体重やBMIに合わせてちょっと減らすようにしました。そしたら具合悪くなくなった。心不全は必ずないし。あと心臓が悪い人とかって何人かいるじゃないですか。弁膜症を持ってたり、AFで心肥大がある人とか。そういう人をサービス担当者会議で、この人は心不全になる可能性が高い人だから、無理して歩かせたりとか、自操して食堂まで行って、っていうのを減らして、なるべくその人見たら手伝うようにしてくださいって心臓への負荷を減らしていったんですよ。そしたら風邪ひかなくなった。心不全コントロールが大事な、とは思いました。あと毎日体温測ったり、血圧測のを止めたんですよ。で、私が来たとき体温計が10個しかなくて。それで全員を測るから。体温計を消毒することもなく。みんなに次々と脇の下にさしていったんですよ。脇の下、ただれも水虫もひどいし、毎日測っていることが感染源になって、風邪ひきやすいことが多かったんですよ。それも無くしたら風邪ひきが減りました。(逐語録p.10-12)

Aさんにとって看取りとは「老人に負担をかけない医療」であり「本人に苦痛がないように整えること」である。しかし実際の現場には、ルーティンの点滴、具合が悪くなったら病院、という看取りとは程遠い対応が定着していた。また利用者の状態も「心不全」や「風邪ひき」が多く、看取り以前の体調管理にも問題があることが明らかだった。そこでAさんは、感染予防や心不全コントロールという観点から「毎日のケア」を変更する。人工栄養の量を本人の状態に合わせて調整し、感染源となる

慣習的な業務を廃止する。自立支援のための生活リハビリにも心不全の観点から見直しをかける。また、万が一の救急搬送に備えた書類等の整備も同時に行う。これらの実践の結果、「急に具合が悪くなる」人が減り救急搬送が減る。「風邪ひき」も減り、自然な老衰に至る人が増える。

死を隠さない

A：なんか今まで施設で亡くなってた人って、私が来る前までとかは偶発的な死だったような気がするんですよ。あれ、亡くなっている、みたい。今年から看取り介護加算を取るようになって、ちゃんとカンファレンスしなきゃいけないようになって、去年からカンファレンスし始めたんですよ。なんか衝撃的な死があったので。それでちょっとみんなの介護を振り返っていろいろみたいな感じでやり始めたら、それぞれの意見が出始めてきて、こういうのは良かったよね、こういうのはちょっと残念だったよねっていう。素直な意見が、その偲びのカンファレンスをやり始めたら出てきたので、そこで介護職と看護職の意識の違いのすり合わせができるようになってきたっていうか。[カンファレンスの中で] 点滴して離床っていう人を食堂に連れて行きたくないって介護職がいたりして。なんで!?みたいな。私たちは点滴してもどこ行ってもいいって思ってるんだけど、人前にそんな姿を見せるなんて恥ずかしいみたいな。だから胃ろうも何かみんながいる前ではやりたくない、みたいな。

K：それは介護職が本人の意思を推測してそう言ってるの？

A：そうですね。だから私たちは酸素しようが点滴しようがベグしようが、その人が生きてるから、それをみんなに見せるのもある意味、死への教育のような気もするし、いろんな人がいたっていいじゃないみたいなニュアンスなんだけど、何か隠そうとする。だから死を隠そうとする意識もあると思うんです。で、結構クリアなおじいちゃんがいる、同じ集落の人が亡くなった時に、なんで俺に教えてくれないんだ！って、朝、叫んだんですよ。で、夜中に亡くなって夜中に行っちゃったからね、合わせられなくてごめんねって言って。その時から、じゃこの人には[誰かが] 亡くなったあと職員と一緒に玄関先で送ってもらおうっていう話をして。[それを] やったら死は隠すことじゃない、なみたいな感じで少しずつ[介護職の] 認識が[変わった]。(逐語録p.4-5)

「恥ずかしい」という気持ちは、その対象を隠すことにつながる。ゆえに、「点滴して」いる姿は「人前にそ

んな姿見せるなんてはずかしい」と介護職によって隠される。隠されたものは、人目からは見えなくなる。人の目から見えないものは限りなく「無い」ものに近い。同じ「死」という出来事でも、それをみつめる目があればそこに何らかの死までのプロセスが生まれ、それは「看取り」となる。他方、それをみつめる目がなければそこにプロセスは生まれず死は「偶発的」で「衝撃的」となる。死は生の中の徴候から始まる。Aさんは「点滴して」いる利用者を隠そうとする介護職員の行為に、生の姿のなかに現れる死の徴候を隠そうとする意識を見つけ、「だから死を隠そうとする意識もある」と推察する。一方、Aさんら看護師は「酸素しようが点滴しようが」「その人」は「生きてる」から、その姿を見せるのが「死の教育」だと考えている。この考えが、「偲びのカンファレンス」の開催につながる。Aさんは死までのプロセスを後ろ向きにでも生み出すことによって死を見ることを支援し、職員が死と向き合えるようにする。

利用者の言動もそれを後押しする。同じ集落に暮らした仲間の死を知らせなかった施設に対して「なんで俺に教えてくれないんだ！」と叫んだ利用者をきっかけに、施設は亡くなった方の見送り方を変える。そしてそれが、死は隠すものという職員の認識を少しずつ変える。

3. 【場に浸透し、場から広がる看取り】 ケアマネジャーの変化

A：家族も[施設での看取りに対する] 理解度が低いから、「具合悪くなったら病院行くのが当たり前」みたいに思っている人がたくさんいるから。C苑で看取りしますっていうまで持っていくのにちょっと時間がかかったりします。病院を選択してもいいし、施設で看取ってもいいですよっていう、ある程度の選択肢を持ってもらって、私が無理強いしないような形にしていきたいと思って。最初の1、2年はすごい無理強いしてたような気がする。

K：振り返ると？

A：振り返ると。「ここ[C苑] でいいですよ。」みたいな感じで。でもその中でも、10人の中の6人はそこ[C苑] でお願いしますみたいな感じだけど、家族全員の頭の中、世間体も含めて病院に行くっていう考えが取り払えないから。

K：ちょっと今、無理強いするのをやめてみて、何か変わった？

A：周りが動いてくれるようになりました。「お前、A、それで終了するのか」みたいな。それで、サービス担当者会議とかで、ケアマネとかが、「ここで看取るという選択肢もあるし、病院行っても治らないものは治らないんですよ」って言うようになって。最初は先生

が「病院に行かないって決めるのはお前じゃない、家族だ」とかいう感じで言ってきたから、家族に念押ししたり、事前に話を合わせたりとかしてたんですけど。うーん、それも疲れたなって思い始めて。私が、色々な意見があるから、私の意見を押し通すんじゃなくて、家族の意見を取り入れてみようと思ったときに、周りが動き始めたって感じがします。

看取りに対する理解の無さや、最期は病院という慣習、そして「世間体」。これらが「家族全員の頭の中」から取り払われない限り、特養での看取りは実現しない。また、特養での看取りに積極的ではない嘱託医は、病院に利用者を入院させることを家族に提案し、看取りを知らない家族は「病院」という医師の言葉に素直に頷くというパターンも多い。Aさんは家族に「念押ししたり」、事前に話を合わせたりしながら、家族の中の「具合悪くなったら病院」という自動パターンの思考回路に何とかブレーキをかけ、施設での看取りへの道筋をつけようとしてきた。そのような強い説得がなければ最期は入院という慣習を回避することができない状況があったからである。

ところが「無理強い」を続けたAさんはやがてそれをするに「疲れたな」と感じ始める。そこからAさんは看取りを積極的に提案することを控え、「家族の意見を取り入れ」る対応をとるようになる。Aさんから積極的な看取りの提案がなされない話し合いでは、家族の要望は協議のないまま、そのままの形で了承され、「じゃ病院ですね」という結論に終わる。これまでの2年間、Aさんの言動を見てきた周りのスタッフは、結論を家族に委ねるAさんの態度に戸惑い、歯がゆさを感じる。そこでしびれを切らしたケアマネジャーが「ここで看取るという選択肢もあるし、病院行っても治らないものは治らない」ということをAさんに代わり家族に向けて語り始めるようになる。最期は病院に入院させることが長く続いておりそれがいわば慣習となっていたC苑にあって、このケアマネジャーの言葉は施設全体の方針が大きく転換したことを感じさせる瞬間である。Aさんの言葉や態度は知らず知らずのうちに周りの職員に浸透し、いつのまにか、それまでの慣習を塗り替える新たな基準となっていた。そしてそれはAさんが「グダグダ」した時に初めてケアマネジャーの言葉として立ち現れた。

嘱託医の変化

A：結局その100歳の方はデータがすごい悪くって、BNPも2万超えたと。ナトリウム高い、カリウム低い。んで、この看取りのパンフレット、「公表する前に俺にも見せる」って言ってて、ポッと玄関に置いて

たんですよ。そしたらいち早く見つけてくれたんですよ、先生が。で、なんか「俺は点滴したり内服したりしてこの値は治すことはできる。でもそれは所詮、医者者の数字遊びだ。この100歳の人はこのまま何もしないで天寿を全うしてもらおう」って言ってて。「天寿を全うする？先生から今までそんな言葉聞いた時ないな」って思ったら、私ここに書いたんだなって。フフ。ちゃんと読んでくれてると思って。フフ。(逐語録p.2)

「死を怖がっているようにみえ」た嘱託医にも、変化がみられるようになる。嘱託医は、利用者家族のための看取りのパンフレットを「公表する前に俺にも見せる」と言い、玄関に置かれたパンフレットを「いち早く見つけ」る。その行動には、施設内で行われている看取りを理解しようとする兆しがうかがえる。そして、看取り期の検査データの異常値を点滴や内服薬でコントロールしようとするのを、「所詮、医者者の数字遊び」と話すようになる。最期は病院に入院させることを治療方針としていた嘱託医が、特養内での看護師を中心とした看取りに初めは後ろ向きにでも参与しつづけることで、「何もしないで天寿を全う」することの価値を見出し、自らも体現するようになる。嘱託医の予想外の指示と言葉に驚きつつ、「ちゃんと読んでくれてる」と笑うAさんにも、嘱託医に対するまなざしの変化がみられる。

連携病院の変化

K：あとは病院は受けてくれないところが多くなったって。ま、D病院はまだ受けてくれるんですけど。D病院でも家族には何か、「施設で看取りしてるんだったらここに来なくていいじゃない」って言ったりとかするんですけど。だから行くの気が引ける、みたいな家族がいたり。

K：病院がそういう風に言ってくれるようになったんだ。

A：そうなんですよ。で、B病院も、「もう臍臓癌ってわかっていて治療もしないんだったら、来る必要ないでしょ」、みたいな感じで言うんですけど。だから行ったとしても拒否される場合が多いし、っていうのを〔家族に〕言っていると、確かにそうだなとか、確かにあの点滴の中では死にたくないな、みたいな感じで家族は思ってくれて。(逐語録p.4)

C苑のケア体制が整い、看取りが定着してきたことは、具合が悪くなった利用者をバタバタと救急搬送したり、看取り期の利用者を入院させたりすることが少なくなっていくことで、間接的に関連病院へも伝わり始める。そして病院側でも、入院に気持ちが傾く家族へ、「こ

こに来なくていいじゃない」「来る必要ないでしょ」と言葉をかけてくれるようになる。それはAさんもかつての病院時代に感じた「この状態で連れてこられても何もできない」という病院側の本心であり、C苑での看取りを理解しているからこそ入院を受けないという態度であろう。特養で看取ることができる利用者はなるべく特養で看取る、病院側も安心して特養に任せる、地域の中でこのような役割分担の意識が浸透し始めたことの現れである。「言うんですって」という少し距離をとった表現には、Aさんが半ば「無理強い」しながら行ってきた看取りが、ここにきて自分の手を離れ、地域の中で確実に律動しはじめたことを、Aさんが驚きながらもうれしく思う姿が混ざり合う。

VI. 考察

看取りはどのような現場でもすぐに実践できるものではない。日頃の健康管理が不十分であったり、職員が死を忌み嫌い隠すような傾向があるのであれば、まずはケアを整えること、死に目を向けてみることに先がある。それが、【特養を看取りの場として拓く】ことであった。そしてそれが少しずつ職員や家族や医師にも浸透し、最終的には地域へも流れていく。【場に浸透し、場から広がる看取り】になるまでには3年程度を要しており、そこには年単位の腰を据えた取り組みが求められる。この時間を支えていたのが【実践の基盤をなす医療観】であり、それは高齢者の身体に負担をかけない医療と自然な老衰をつくるための知識であり、様々な困難にも堂々と挑もうとする「使命」を看護師に与えていた。

職員が看取りを嫌がる、医師が協力しない、家族の理解が得られない、など看取りができない理由は数多く存在する¹²⁾。また、要件に沿った看取りは実践しているものの職員が困難感や不全感を抱えていることも多い¹³⁻¹⁵⁾。ここでは、それらを乗り越えるための考え方について、本研究の結果から導き出された以下の4つの点から考察する。

1. 自然な老衰をつくる

特養は積極的な医療をする場ではないので、いかに身体を自然な老衰の形に近づけ、本人に苦痛のない状態を作り出せるかが看取りにおける看護実践の要となる。現在行われている医療が本人の状況に見合わず、身体に負担をかけるものであるときには、それに気づき、ちょうど良いバランスを目指すことは、看護の責任である。万が一、連携する医師が自然な看取りのための医療を行わず利用者の安楽を阻害するようであれば、看取り期の医療に何が必要で何が不要かを提案し、医師の指示が適し

たものになるよう軌道修正することが必要となる。そのような看護師側からの働きかけは、はじめは医師から受け入れられないこともあるが、やがては医師が自然な老衰の価値を受け入れることに寄与することができる。

自然な老衰には日常のケアの見直しや整えも重要である。エビデンスに基づいたケアや自立支援を実践するためには、現在行っていることの害悪性への気づきが必要である。漫然と続けていることを疑い、そのエビデンスを検証してみることである。そしてまた、メリットとデメリットを天秤にかけたとき、デメリットの方が大きいのであれば、それを一旦やめ、やめてみたことで起こった変化を検証してみることである。このようにして検証を繰り返しながら、慣習的なケアを書き換えていくことが行われていなければならない。Aさんの実践からわかることは、自然な老衰の末の看取りには日々の医療とケアを一人ひとりの状態に合わせて細かく整えることが不可欠ということである。看取りは死の直前から始まるものではなく、「看取り」という言葉がまだそれほど実感されない時からの日々ケアから始まる。

2. 生活の中に死を見る場をつくる

かつては産まれることも死ぬことも地域の中にあった。誰かが亡くなれば、手を合わせ儀式で送ることを、暮らしのつながりの中で自分たちの手で行ってきた。いわば、死を見送ることは今生きている者の役割のひとつであった。

死を隠し、ともに暮らした利用者たちに知らせぬまま、何事もなかったかのように振る舞う施設はまだ多い。利用者が叫びをあげた場面が教えてくれることは、「死」を施設での生活の中に改めて位置付けることの重要性である。それは自宅ではない在宅、生活施設であるからこそ、施設の内部に意識して作っていかなければならないものなのかもしれない。「死」があることでそこは現実の生活の場になる。しかし「死」は誰かに見られることがなければ、なかったことになってしまう。だから「死」を見ることをこちらの一方的な考えで取り上げてしまうことは、利用者の生ける者としての役割や現実感、「死」を思う時間を奪うことになるのではないだろうか。それは、職員とて実は同じことであり、「死」を思うこと、「死」について考えることは遺された者として、今生きている者としての役割である。Aさんはそれを「死の教育」といい、職員と利用者がともに死を見る場を作り、死を語るカンファレンスを開く。

これは筆者の経験であるが、特養の利用者たちはたとえ重度の認知症であっても、人の死を驚くほど粛々と受け止める。焼香の順番を待ち、渡された線香を震える手でしっかり香炉に立てる。ご遺体を前に目を瞑り、頭を

垂れ、手を合わせる。その所作に、職員たちはご遺体の前での振る舞いを教わる。そしてその時、そこには「職員」と「利用者」はおらず、大切なひとを亡くした者たちがいるだけである。

3. 地域包括ケアとしての実践

特養で看取ることができる利用者は特養で看取る。そのようにして地域の中での看取りの役割を特養が積極的に担いその姿を見せていくことは、病院や関連職種の看取りへの理解に繋がる。また、特養の利用者家族はその地域の住民でもあり、看取りを理解する家族が一人増えることは、看取りを理解する地域住民が一人増えることでもある。つまり家族支援であると同時に地域支援の意味をもつ。地域に慣習として根付いてしまっているものを取り除くことは非常に骨の折れる気の遠くなる仕事であるが、施設での看取りを諦めずにこちらから提案したり、パンフレット等でその意味を伝えたりすることを地道に行っていくことは、少し時間はかかるがやがては理解される。このことは、地域が地域で看取る力をつけていくことであり、地域包括ケアとしての大切な意味を持つ。そうして地域が看取りを理解することは、特養の看取り実践のやがて支えになる。C苑の連携病院の医師の言葉「ここに来なくていいじゃない」がそれを証明している。

4. 自然な最期の美しさや穏やかさへの感性をはぐくむ

苦しまずに逝く際に現れる人間の美しさや穏やかさは、驚きの体験である。生物学者レイチェル・カーソンによれば、自然の中の美しいもの、未知なもの、神秘的なものに目を見張る感性はセンス・オブ・ワンダーと呼ばれ、知識や知恵を育むための土壌となる¹⁶⁾ という。不必要な医療を差し控えたときに患者に安楽がもたらされるという体験により、センス・オブ・ワンダーが呼び覚まされたAさんは、そこで自らの実践の基盤となる医療観を発見し、それが特養での看取りを支える。いまだに多くの場合、人間の自然な最期の姿は、過度な医療やケアによって見えにくくなっている。そのことが職員や家族をますます死を見ることから遠ざけ、看取りはできれば避けたいものになってしまう。まずは、利用者がより安楽な形で死を迎えることができるようにすること、つまり老衰に向かえるよう医療やケアを整えることを実践し、その中から職員や家族が自然な人間の最期の姿を発見できるようにすることが、死というものの現れ方に沿った本質的な看取りにつながる道なのではないだろうか。

利益相反

開示すべき利益相反はありません。

謝 辞

本調査を行うにあたり、調査にご協力くださいました特別養護老人ホームの皆様へ深く感謝申し上げます。

本研究は公益社団法人在宅医療助成勇美記念財団2018年度在宅医療助成「看取りを行う高齢者施設へのタイプ別サポートプログラム開発に向けた基礎的研究」の一部として行った。

文 献

- 1) 平成30年人口動態調査
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakuteil8/index.html> (最終閲覧日: 2020/12/14)
- 2) 全国老人福祉施設協議会: 第9回全国老人ホーム基礎調査報告書 特別養護老人ホーム版 (平成29年度実施)。
- 3) Ouslander JG, Tymchuk AJ, Rahber B: Health care decisions among elderly long-term care residents and the their potencial proxies. Arch Intern Med.149: 1367-1372. 1998.
- 4) Seckler Ab, Meier DE, Mulvihill M, et al: Substituted judgment: how accurate are proxy predictions?. Ann Intern Med. 115(2): 92-98. 1991.
- 5) 岩本テルヨ, 山田美幸, 加瀬田暢子: 特別養護老人ホーム所在者の最期の場の決定に関わる現状と課題—全国調査を通して—, 山口県立大学学術情報. 2: 8-14. 2009.
- 6) 橋本美香, 小野幸子: 特別養護老人ホームにおける看取りの阻害要因—看取りの推進に困難性を抱える施設調査—. 死の臨床. 37(1). 142-147. 2014.
- 7) 岩本テルヨ, 南家貴美代, 有松操, 森田敏子: 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究—看護師に対する面接調査から—. 熊本大学医学部保健学科紀要. 3. 3-23. 2007.
- 8) 西村ユミ: 現象学的看護研究の歴史と現状. 現象学的看護研究 理論と分析の実際 (第1版). 松葉祥一, 西村ユミ. 30-32. 東京: 医学書院. 2014.
- 9) 村上靖彦: 経験の流れを内側から捉える知. 看護研究. 50(4): 325-329. 2017.
- 10) 村上靖彦: 現象学的研究の方法—哲学の視点から.

- 現象学的看護研究 理論と分析の実際 (第1版).
松葉祥一, 西村ユミ. 57-64. 東京: 医学書院. 2014.
- 11) 松葉祥一: 現象学とは何か. 現象学的看護研究 理論と分析の実際 (第1版). 松葉祥一, 西村ユミ. 8-16. 東京: 医学書院. 2014.
- 12) 鎌田ケイ子: 「看護の本質」を実感できる特別養護老人ホームの看護. 実践から学ぶ特別養護老人ホームの看護. 日本看護協会出版会. 6-12. 東京: 日本看護協会出版会. 2018.
- 13) 原祥子, 小野光美, 大畑政子, 他: 介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ. 日本看護研究学会雑誌. 33(1): 141-149. 2010.
- 14) 清水みどり, 柳原清子: 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. 2007.
- 15) 小野光美, 原祥子: 介護老人保健施設における看取りケアに携わる介護職員の体験. 島根大学医学部紀要. 34: 7-16. 2011.
- 16) レイチェル・カーソン: センス・オブ・ワンダー. 23-27. 東京: 新潮社. 1996.

Terminal care provided by a nurse in a special nursing home for the elderly

Umi Kudo ¹⁾

1) Hirosaki University of Health and Welfare
(3-18-1 Sanpinai, Hirosaki 036-8102, Japan)

Abstract

This study is a phenomenological and qualitative analysis of the terminal care provided by a nurse in a special nursing home for the elderly. In environments where daily health care is inadequate and where staff tend to abhor and conceal death, the care intervention first needs to include making arrangements for medical and nursing care to create the impression of naturally developing senility and create opportunities where staff has to think about death. In an environment improved by such efforts, the terminal care needs were gradually understood by the staff and families. Then, the terminal care practices of the facility became understood by the immediate community. Here, it took about three years for terminal care to reach acceptance in this community, and it was the views of the nurse conducting the medical care needed for terminal care that supported the long-term efforts from the inside. The medical view for terminal care provided the nurse with the knowledge to create a facility for naturally developing senility and show the way ahead to address various difficulties.

Keywords: Terminal care, special nursing home for the elderly, nurse, medical view for terminal care
phenomenological qualitative analysis