

2014 年度 聖隷クリストファー大学大学院

看護学研究科 博士論文

特別養護老人ホームにおける看取りの質を評価する
看護実践能力の尺度開発に関する研究

生活支援看護学分野 老年看護学領域

11DN02 大村 光代

特別養護老人ホームにおける看取りの質を評価する 看護実践能力の尺度開発に関する研究

生活支援看護学分野老年看護学領域 11DN02 大村光代

I. 研究の背景

日本の超高齢社会の到来に伴う高齢者医療や老々介護などの社会問題を背景に、家族介護力の確保は困難となっている。そのため、医療福祉の専門職による生活支援を受けられる特別養護老人ホーム(以下特養)を、終の棲家として選択する高齢者や家族が増えている。国も、特養での看取り推進のために2006年に看取り介護加算を創設し、看取りの質確保のために常勤の看護師配置を義務付けた。本研究では、構造・過程・成果の3側面から医療サービスの質を評価するDonabedian modelを基盤に、特養での看取りの看護実践能力の尺度化と影響要因を明らかにし、特養での看取りの質の確保に示唆を得たいと考えた。

II. 目的

本研究の目的は、特養での看取りの看護実践能力の構造とその影響要因を明らかにし、特養での看取りの質を評価する看護実践能力尺度を開発することである。

研究目標は、以下の4点である。

- (1) 特養での看取りの看護実践能力の構造を明らかにする。(研究Ⅰ)
- (2) 特養での看取りの看護実践能力尺度としての信頼性および妥当性を検証する。(研究Ⅱ・Ⅲ)
- (3) 特養での看取りの看護実践能力への影響要因を明らかにする。(研究Ⅲ)
- (4) 特養での看取りの看護実践能力尺度の有用性を検討する。(研究Ⅲ)

III. 方法

研究Ⅰでは、特養での看取りの看護実践能力の構成要素を文献から抽出し、その内容と実際の看護実践との整合性を、特養Aでの参加観察等により確認した。研究Ⅱでは、研究Ⅰで作成した構成要素を質問紙として、B県内の特養に勤務する看取り経験のある看護職を対象に郵送法調査を実施し、探索的因子分析によって特養での看取りの看護実践能力の因子を抽出し、検証的因子分析を行った。研究Ⅲでは、全国の特養の看取り経験のある看護職を対象として郵送法調査を実施し、特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性および妥当性を継続的に確認した。さらに、Donabedian modelを基盤に、看取りの看護実践能力と環境要因および看取りの実績の因果モデルを仮定し、看護責任者と看護スタッフにおける共分散構造分析を行った。本研究は、所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

研究Ⅰでは、特養での看取りの看護実践能力の構成要素6カテゴリー60項目を作成した。研究Ⅱでは、154人の有効回答(回収率38.8%, 有効回答率97%)を得て、探索的因子分析により【看取り後の振り返り】($\alpha=.928$)、【入居者本意に沿った医療管理】($\alpha=.757$)、【安寧な臨終に向かう協働】($\alpha=.770$)、【予測準備的マネジメント】($\alpha=.707$)、【その人らし

い最期へのケア】($\alpha=.816$) の 5 因子 21 項目が抽出された (() 内は信頼係数)。また、検証的因子分析では、 χ^2/df 値=2.009、GFI=.831、AGFI=.781、IFI=.894、CFI=.892、RMSEA=.081 ($p=.000$) という適合度で収束した。研究Ⅲでは、298 人の有効回答 (回収率 33.6%, 有効回答率 97.3%) を得て、検証的因子分析を行い、 χ^2/df 値=3.012、GFI=.848、AGFI=.803、IFI=.917、CFI=.917、RMSEA=.081 ($p=.000$) という適合度で収束した。尺度の信頼性は、【看取り後の振り返り】($\alpha=.948$)、【入居者本意に沿った医療管理】($\alpha=.781$)、【安寧な臨終に向かう協働】($\alpha=.810$)、【予測準備的マネジメント】($\alpha=.878$)、【その人らしい最期へのケア】($\alpha=.823$)、と研究Ⅱよりも高かった。また、既存尺度との相関関係は、すべての因子間で中程度 ($.40 < r < .65$) ($p < .001$) の相関が認められた。さらに、特養での看取りにおける環境的構造 6 要素と看取りの看護実践能力および看取りの実績を Donabedian model に当てはめた因果モデルでは、看護責任者と看護スタッフ別に共分散構造分析を行い、両モデルとも同等の適合度で収束していた。環境的構造とした 6 要素のうち、看取り後のカンファレンスと研修の開催は、比較的パス係数が高かった。

V. 考察

入居者の意思に沿って過不足のない医療を見極め提供する【入居者本意に沿った医療管理】や、本人の個別性をケアに活かす【その人らしい最期へのケア】を特養の看護職が獲得することによって、看取りにおける入居者の尊厳は守られる。また、死の徴候を予測し、家族や多職種との調整を行う【予測準備的マネジメント】や、多職種とケア方針を統一して連携する【安寧な臨終に向かう協働】の獲得によって、入居者が苦痛のない安らかな臨終を迎えることを可能にする。これらの看護実践能力は、個々の看取りを振り返り内省を次に活かす【看取り後の振り返り】によってより高められ、特養での看取りの質を確保することが可能になると示唆された。開発した尺度は、看取りの看護実践能力を測定する尺度としての信頼性と妥当性を備え、職位に関わらず看取りに関わるすべての看護職に対して活用できると示唆された。また、看取り後のカンファレンスや研修の開催頻度とともに看護実践能力を測定することが、看取りの質の評価に有効であると考えられる。

VI. 結論

特養での看取りの看護実践能力尺度は、【入居者本意に沿った医療管理】5 項目、【予測準備的マネジメント】5 項目、【安寧な臨終に向かう協働】4 項目、【その人らしい最期へのケア】3 項目、【看取り後の振り返り】4 項目という 5 因子 21 項目であり、尺度としての信頼性と妥当性が確認された。また、看取り後のカンファレンスと研修の開催は、特養での看取りの看護実践能力に影響を及ぼしていた。

目 次

第Ⅰ章 序論

1 緒言	1
2 研究目的	3
3 研究の意義	3
4 用語の定義	4
5 研究の構成	4

第Ⅱ章 文献検討

1 特養をめぐる社会背景と看取りに関する環境的要素	7
2 特養での看取りにおける看護実践に関する研究	8
3 看取りに対する意思確認に関する研究	10
4 看護実践能力と評価尺度に関する研究	11
5 看取りの質を高めるための看護実践の評価と教育に関する研究	12

第Ⅲ章 研究Ⅰ：特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力の尺度項目の作成と 実際の看護実践との整合性の確認

1 研究目的	13
2 研究方法	13
(1) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素の作成	13
(2) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素と実際の看護実践との整合性の確認	15
3 倫理的配慮	16
4 結果	16
(1) 勤務交代時の引き継ぎでの参加観察における整合性の確認	16
(2) ケアカンファレンス・研修の参加観察	17
(3) カルテおよび看護記録の看取りに関する記事の閲覧	19
5 考察	20
6 研究Ⅱへの示唆	21

第Ⅳ章 研究Ⅱ：特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力の構造と

信頼性および構成概念妥当性と関連要因の検証

1	研究目的	22
2	研究方法	22
	(1) 対象者	22
	(2) データ収集方法	22
	(3) 質問紙の構成	22
	(4) 分析方法	23
3	倫理的配慮	23
4	結果	24
	(1) 対象施設の概要と対象者の属性に関する基本統計	24
	(2) 特養での看取りの看護実践能力の項目分析の結果	25
	(3) 特養での看取りの看護実践能力の因子構造	28
	(4) 特養での看取りの看護実践能力の関連要因	31
	(5) 特養での看取りの看護実践能力の検証的因子分析の結果	31
5	考察	34
	(1) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素	34
	(2) 特養での看取りの看護実践能力尺度としての信頼性および妥当性の検討	38
6	研究Ⅲへの示唆	39

第Ⅴ章 研究Ⅲ：特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力の環境要因と

看取りの質を評価する因果モデルの検証

1	研究Ⅲにおける概念枠組み	40
2	研究方法	42
	(1) 対象者	42
	(2) データ収集方法	42
	(3) 質問紙の構成	42
	(4) 分析方法	45
3	倫理的配慮	46

4	結果	46
(1)	対象施設の概要と対象者の属性	47
(2)	妥当性検証のために用いる尺度の基本統計	50
(3)	特養での看取りの看護実践能力尺度の検証的因子分析の結果	55
(4)	特養での看取りの看護実践能力尺度の相関分析の結果	59
(5)	看取りの実績に影響する看護実践能力と環境的構造の因果モデルの検証結果	62
(6)	自由記述の分析結果	65
5	考察	70
(1)	特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性および妥当性の検討	70
(2)	特養での看取りの質を評価する因果モデルの検証	71
第Ⅵ章 考察		
1	特養での看取りの看護実践能力の構造	72
2	特養での看取りの看護実践能力の影響要因	75
3	特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性・妥当性・有用性の検討	76
4	研究の限界と今後の課題	77
第Ⅶ章 結論		78
謝辞		79
引用文献		80
巻末資料		

表目次

表Ⅲ－1 特養での看取りの看護実践能力の構成要素	14
表Ⅳ－1 対象施設の概要に関する基本統計	25
表Ⅳ－2 対象者に関する基本統計	26
表Ⅳ－3 特養での看取りの看護実践能力尺度項目の記述統計量	27
表Ⅳ－4 特養での看取りの看護実践能力の探索的因子分析の結果	30
表Ⅳ－5 必要度と実践頻度の cronbach's α 係数の比較	31
表Ⅳ－6 特養での看取りの看護実践能力の関連要因	31
表Ⅳ－7 特養における看取りの看護実践能力尺度の尺度項目	38
表Ⅴ－1 看取りを実践する環境的構造の記述統計	48
表Ⅴ－2 平成 24 年における対象施設の環境的構造の記述統計	48
表Ⅴ－3 平成 24 年における対象施設の看取りの実績の記述統計	48
表Ⅴ－4 対象者の基本属性	49
表Ⅴ－5 CNCSS の記述統計	52
表Ⅴ－6 CNCSS によるコンピテンスの記述統計と信頼係数	53
表Ⅴ－7 一般病棟の看取りケア尺度の記述統計	53
表Ⅴ－8 高齢者の終末期ケアマネジメントツールの記述統計	54
表Ⅴ－9 特養での看取りの看護実践能力の記述統計	54
表Ⅴ－10 特養での看取りの看護実践能力因子と既存尺度との相関関係	60
表Ⅴ－11 看護責任者における看取りの看護実践能力因子と 環境的構造及び看取りの実績との関連	61
表Ⅴ－12 看護スタッフにおける看取りの看護実践能力因子と 環境的構造及び看取りの実績との関連	61
表Ⅴ－13 【本人へのケア】内の中カテゴリーと文節の一覧	67
表Ⅴ－14 【家族支援】内の中カテゴリーと文節の一覧	68
表Ⅴ－15 【連携】内の中カテゴリーと文節の一覧	68
表Ⅴ－16 【意思】内の中カテゴリーと文節の一覧	69
表Ⅴ－17 【看護師の思い】内の中カテゴリーと文節の一覧	69

図目次

図Ⅰ－１ 研究の枠組み	6
図Ⅳ－１ 特養での看取りの看護実践能力の必要度モデルの検証的因子分析の結果	32
図Ⅳ－２ 特養での看取りの看護実践能力の実践頻度モデルの検証的因子分析の結果	33
図Ⅴ－１ 研究Ⅲにおける概念枠組み	41
図Ⅴ－２ 特養での看取りの看護実践能力尺度の因子構造モデル	56
図Ⅴ－３ 看護責任者における看護実践能力の因子モデル	57
図Ⅴ－４ 看護スタッフにおける看護実践能力の因子モデル	58
図Ⅴ－５ 特養での看取りにおける看護責任者の実践能力と影響要因の因果モデル	63
図Ⅴ－６ 特養での看取りにおける看護スタッフの実践能力と影響要因の因果モデル	64
図Ⅴ－７ 大カテゴリー内の文節数	66
図Ⅴ－８ 中カテゴリー内の文節数	66

資料目次

【研究Ⅰにおける資料】

- 資料Ⅰ－１ 特別養護老人ホーム浜松十字の園看護部門の責任者宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅰ－２ 特別養護老人ホーム浜松十字の園施設全職員宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅰ－３ 特別養護老人ホーム浜松十字の園看護職宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅰ－４ 特別養護老人ホーム浜松十字の園入居者の家族宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅰ－５ 勤務交代時の引き継ぎへの参加観察に関する同意書
- 資料Ⅰ－６ 看護記録の閲覧に関する入居者の家族への同意書

【研究Ⅱにおける資料】

- 資料Ⅱ－１ 施設長及び看護部門の責任者宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅱ－２ 研究対象者である看護職宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅱ－３ 研究Ⅱにおける質問紙（対象者の属性等）
- 資料Ⅱ－４ 研究Ⅱにおける質問紙（特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度）

【研究Ⅲにおける資料】

- 資料Ⅲ－１ 施設長及び看護部門の責任者宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅲ－２ 研究対象者である看護職宛研究協力依頼文書
- 資料Ⅲ－３ 研究Ⅲにおける看護責任者への質問紙（施設概要）
- 資料Ⅲ－４ 研究Ⅲにおける質問紙（対象者の属性と高齢者の終末期ケアマネジメント
ツール）
- 資料Ⅲ－５ 研究Ⅲにおける質問紙（看護実践能力自己評価尺度 CNCSS）
- 資料Ⅲ－６ 研究Ⅲにおける質問紙（特養での看取りの看護実践能力尺度と自由記述欄）
- 資料Ⅲ－７ 研究Ⅲにおける質問紙（一般病棟の看取りケア尺度）

第 I 章 序論

1. 緒言

国は、今後の 65 歳以上の高齢者人口の見通しについて、2014 年 9 月時点の 3,296 万人から 2025 年には 3,657 万人に上昇し、そのうち 75 歳以上の後期高齢者は 2014 年の 1,590 万人から 2025 年には 2,179 万人になると予測している（総務省, 2014）。このような社会背景から、高齢者医療や介護問題など超高齢社会の到来に伴うあらゆる社会問題が浮上しており、高齢者が人生の最期を迎える場所や望ましい看取りのあり方を検討することは重要な課題となっている。

我が国の高齢者が死を迎える場所としては、病院が 78.4%、自宅が 12.4%、老人ホーム等の施設が 3.2%となっている（厚生労働省, 2009）。病院や自宅と比較して老人ホームでの死亡割合は低いが、女性の社会進出ならびに核家族化に起因する独居老人や老老介護の増加、病院の滞在日数の短縮化という社会背景も加わって、その死亡割合は 1995 年の 1.5%から緩やかに上昇し続けている。なかでも特別養護老人ホーム（以下特養）には、家族介護が期待できない要介護度の高い高齢者が、医療や福祉の専門職による生活支援を受けながら安心して暮らす終の棲家としての役割が求められてきている。これを裏付けるように、特養での看取りに関する生前の意思確認調査では、約 8 割の入居者および家族が、過剰な医療に依存せず住み慣れた施設内において老衰に近い自然な死を希望していると報告されている（NPO シルバー総合研究所, 2005）。また、日本人が望ましいと考える看取りには、高齢者本人の尊厳が守られることや QOL の向上に加えて家族との調和が重要視されている（国際長寿センター, 2011）。このように、本人にいかにか苦痛なく安楽に天寿を全うしていただけるかのみならず、高齢者本人と家族との意思の疎通や折り合いができるかが看取りの重要な課題となっている。そのため、2006 年に国が創設した看取り介護加算にも、その算定要件として看取りに関する指針を定め、それに対する入居者本人および家族へのインフォームドコンセントが義務付けられた。さらに、特養の看取りにおける生命の尊厳と看取り実践の質を保障する役割を担う常勤の看護師の確保が挙げられている。つまり、生活の場である特養において、高齢者が安寧な最期を迎えるための看取りを実現する看護実践に期待が高まっているといえる。

常勤の医師や看護職の配置割合が少ない特養が多い中で、看取り期にある高齢者の生命の危機に対する予測や緊急時の対応、医師や介護職をはじめ他職種との連携による高齢者の個性を尊重したケアの提供が看護職の役割として明らかにされており（高山, 三重, 2005）、このような役割を持つ看護師は、最期の場として特養を選択した入居者の QOL を維持し、安寧な臨終を迎えるための環境を整えるなど他職種連携の中での調整役を担っていた（井澤, 水野, 2009）。さらに、特養で看取りに積極的に取り組む看護師は、看取りが近づく過程で、入居者への思いに応えるために、医療的判断を多く求められる看取りを実現するという役割を意識し、介護職など他職種と情報共有する中で、協力し合える仲間の存在を実感

すると報告されている。そして、この協働の実感が、看取りに対する前向きな意識を強化し、安らぎを導くためのケアを模索していることが明らかになっている（坂下, 西田, 2012）。以上のように、特養での看取りの看護実践について、看取りの過程に沿った実践内容や看護師の役割認識については明らかにされてきているが、これらを看護実践能力として捉えた研究はまだ散見できない。看取りの看護実践能力を測定することができれば、その能力を可視化し評価することができる。看取りの尺度に関する先行研究として、吉岡, 小笠原, 中橋, 伊藤, 池内, 他 (2009) の開発した終末期癌患者の家族視点に焦点を当てた看取りケア尺度があるが、これは一般病院における癌終末期の尺度であり、高齢者が生活する特養において、老衰に近い安寧な死を迎える看取りに関する看護実践能力尺度は開発されていない。特養での看取りの質を保証する役割を担う看護チーム全体の成長を図るためには、看護職個々が共通の役割認識を持ち、実践したケアを個々に振り返って適切に自己評価し、同等の看護実践能力を獲得する努力が必要だと考える。高瀬, 寺岡, 宮腰, 川田 (2011) が、看護技術面だけでなく潜在能力としての多様な要素を測定できる厳密な尺度の開発が必要であると述べているように、特養の社会的意義や終末期高齢者の尊厳を踏まえた看取りの看護実践能力を的確に評価できる尺度の開発が望まれるといえる。そこで、本研究ではまず、特養での看取りの看護実践能力の構造を明らかにし、尺度化に向けて信頼性及び妥当性を検証する。

次に、特養という集団生活における看取りは、施設の構造をはじめ職員体制や同居者との関係に至るまでの、人的物的環境から受ける影響も大きい。そのため、入居者や家族が施設で安心して看取りを望める環境を整えていくことも、看取りの質確保のための重要な要因である。先行研究では、看取りに関する研修の充実や、看取りに関わる職員が話し合える環境作り、看取りに関する教育プログラムの作成などの重要性が多く示されている（田中, 石井, 松本, 2011；塚田, 浅見, 2012；坂下他, 2012）。また、プライバシーの保護のためのユニットケア対応や、高齢者の意思決定支援のための事前指示書の作成・管理なども、看取りの質に関連する環境的要因だと考えられる。Avedis Donabedian (1990) は、医療ケアの質を、構造・過程・成果の 3 側面から評価することを提唱している。本研究ではこの理論を基盤として、構造には特養での看取り方針や体制、施設設備の環境等を、過程には看取りの看護実践能力を、成果には入居者の看取り希望数や家族の立会い数など看取りの実績を当てはめ、これらの因果関係を仮説とした。この仮説を検証することによって、特養での看取りの看護実践能力に影響を与える要因を明らかにするとともに、看取りの看護実践能力のアウトカムとして実績への影響が明らかになると考えた。さらには、本研究の成果が、特養での看取りの質を評価する看護実践能力尺度の基盤作りとなり、看護の視点から看取りの質の確保に示唆を得たいと考えた。

2. 研究目的

本研究の目的は、特養での看取りの看護実践能力の構造とその影響要因を明らかにし、特養での看取りの質を評価する看護実践能力尺度を開発することである。

研究目標は、以下の4点である。

- (1) 特養での看取りの看護実践能力の構造を明らかにする。(研究Ⅰ)
- (2) 特養での看取りの看護実践能力尺度としての信頼性および妥当性を検証する。(研究Ⅱ・Ⅲ)
- (3) 特養での看取りの看護実践能力への影響要因を明らかにする。(研究Ⅲ)
- (4) 特養での看取りの看護実践能力尺度の有用性を検討する。(研究Ⅲ)

3. 研究の意義

我が国における少子高齢化や核家族化による介護力不足などを背景に、生活の場であり終の棲家としての機能を持つ特養への入所希望は増加しており、特養入居者およびその家族の約8割が、施設内での自然な死を希望している(NPO シルバー総合研究所, 2005)。高齢者の終末期には、本人の意思の尊重や苦痛の緩和を重要視する、生活支援を基盤としたエンドオブライフケアの確立が求められてきている(吉田, 2010)。特養は生活の場であり、医療者が少ない体制であるとともに、多職種連携に関する課題も指摘されているが、現代の高齢者のエンドオブライフケアを、家族とともに実現できる場所であるといえる。国も、特養における看取りを推奨し、2006年には看取りの質確保のために看取り介護加算を創設し、その算定要件に看護師の配置等を義務付けた。このような背景から、本研究は、特養の入居者および家族が望む、安寧な看取りを提供するための看護実践能力に焦点を当てており、特養で最期を迎えることを選択した高齢者および家族の、看取りの質確保に貢献するという社会的要請に対応している。

また、特養に勤務する看護職の教育背景や資格等が多様であることや、高齢者の看取りにおける医療的判断の困難さから、看護職個々の看取りの看護実践能力の獲得が看取りの質に影響すると考えられる。したがって、本研究で開発した看取りの看護実践能力尺度の活用が、高齢者施設における看取りの看護実践能力を向上する手立ての一つとなり、高齢者施設での看護チーム全体の成長に貢献することが期待される。

さらに、日本の特養には、未だ看取り方針を掲げていない特養や、看取りを実施していても、看取り介護加算の算定要件を満たせない特養も多く存在する。そのため、本研究は、これからの特養の看取りへの社会的要請の高まりに合わせて、看取りの質を確保する体制や環境の整備など、看取りの質を総合的に評価し改善するための取り組みであると考えられる。

以上の意義を踏まえて、本研究の成果が、特養入居者やその家族が望む看取りの質確保のために還元されることを期待する。

4. 用語の定義

本研究では、看取りと特養での看取りの看護実践能力および看取りの質を次のように定義する。

看取り

本研究では、看取りを「医師によって“回復の見込みがなく死期が近い”と判断された特養入居者およびその家族に対する全人的なケア」と定義する。

特養での看取りの看護実践能力

本研究における看取りの定義をふまえて、特養での看取りの看護実践能力という構成概念を次のように操作的に定義する。本研究では、特養での看取りの看護実践能力を「生活の場である特養での看取りを希望した入居者が、全人的苦痛のない穏やかな最期を迎えられるという家族支援も含めた看護目標を達成するための看護職の能力」と定義する。

看取りの質

本研究では、看取りの質を「特養の入居者本人に全人的苦痛がなく、最期まで本人の意思が尊重され、本人が望む場所で家族に見守られながら安らかな臨終を迎えること」と定義する。

5. 研究の構成

本研究では、特養における看取りの質を評価する看護実践能力の尺度開発に向けて、以下の3つの研究を段階的に行った。研究の枠組みを表Ⅰ－1に示す。

研究Ⅰ：特養での看取りの看護実践能力の構成要素の作成と実際の看護実践との整合性の確認

(1) 研究目的

- 1) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素を作成する。
- 2) 作成した構成要素の内容と実際の看護実践との整合性を比較検討する。

(2) 研究方法

- 1) 特養での看取りにおける実態調査や看護職の役割に関する文献から、看取りにおける看護実践能力のアイテムプールを抽出した。
- 2) Benner の看護理論と看取り介護のガイドライン（三菱総合研究所, 2007）を基盤に、アイテムプールを分類し、特養での看取りの看護実践能力の構成要素を作成した。
- 3) 入居者の希望を尊重した看取りを実践している特養Aにおいて、看護職の勤務交替時の引き継ぎやケアカンファレンスおよび看取り研修における参加観察、カルテ・看護記

録の閲覧を行い、特養での看取りの看護実践能力の構成要素と実際の看取りの看護実践との整合性を確認した。

研究Ⅱ：特養での看取りの看護実践能力の構造と信頼性および構成概念妥当性と関連要因の検証

(1) 研究目的

- 1) 研究Ⅰで作成した 60 項目（表Ⅲ-1）を用いて、特養での看取りの看護実践能力の因子構造を統計学的に明らかにする。
- 2) 特養での看取りの看護実践能力の信頼性および構成概念妥当性を検証する。
- 3) 特養での看取りの看護実践能力の関連要因を明らかにする。

(2) 研究方法

- 1) 研究Ⅰで作成した特養での看取りの看護実践能力の構成要素を尺度項目として、B 県の特養に勤務する看護職を対象に郵送法にて質問紙調査を実施した。
- 2) 項目分析後に、探索的因子分析によって特養での看取りの看護実践能力因子を抽出した。
- 3) 共分散構造分析による確認的因子分析によって信頼性及び構成概念妥当性を確認した。
- 4) 相関分析によって特養での看取りの看護実践能力の関連要因の探索を行った。

研究Ⅲ：特養での看取りの看護実践能力の環境要因と看取りの質を評価する因果モデルの検証

(1) 研究方法

- 1) 研究Ⅱで作成された特養での看取りの看護実践能力尺度を用いて、全国の看取りを実施している特養の看護職を対象に郵送法にて質問紙調査を実施した。
- 2) 継続的に尺度としての信頼性及び妥当性について検証するため、既存尺度との相関分析を行った。
- 3) 医療ケアの質を定義した Donabedian モデル（Avedis Donabedian, 1990）を基盤に作成した、特養の看取りにおける環境的構造と看取りの看護実践能力尺度、入居者の看取り希望数など看取りの実績の因果モデルを、共分散構造分析によって検証した。
- 4) 特養での看取りの看護実践能力尺度の有用性を検討した。

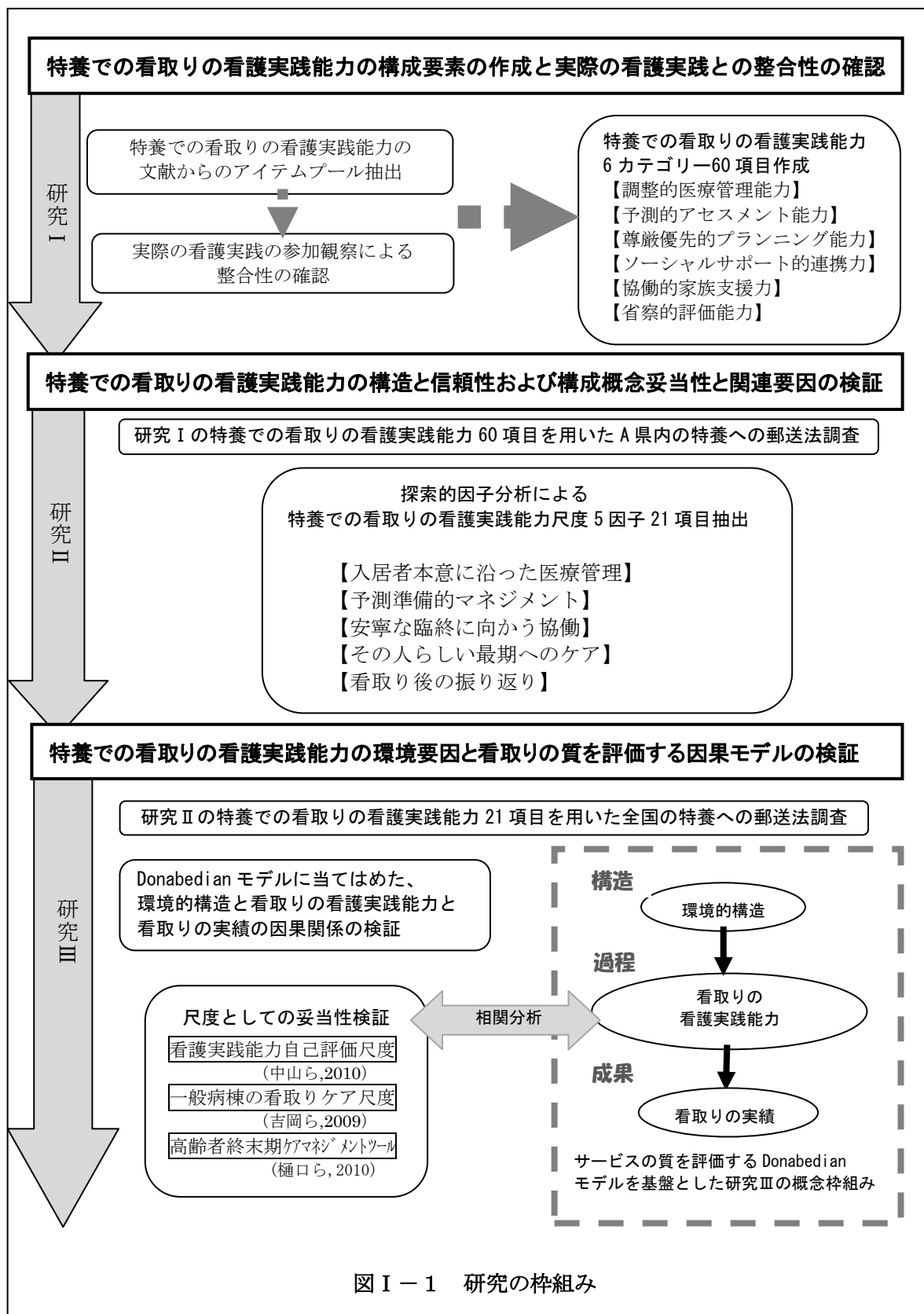


図 I - 1 研究の枠組み

第Ⅱ章 文献検討

1. 特養をめぐる社会背景と看取りの環境的要素

日本において、2012 年にはいわゆる「団塊の世代」が 65 歳に到達して前期高齢者人口が大幅に増加し、後期高齢者の人口を上回った。今後、2014 年以降には高齢者人口が減少に転じるが、高齢化率は上昇すると見込まれており、我が国における高齢者の終末期のあり方を検討することは重要な課題だといえる。高齢者を支える介護保険下の公的施設の中で、介護老人福祉施設（以下特養）数は最も多い。2000 年に 4,463 施設だった特養数は、2009 年には 6,395 施設となっており年々増加している。特養への入居を希望する待機者数も増加の一途をたどっており、2006 年に 38 万 5 千人だった待機者数は、2009 年には 42 万 1 千人となっている（厚生労働省, 2009）。さらに 2014 年 3 月の厚生労働省による発表では、2013 年度は特養待機者数が 52 万 2000 人に上るとの調査結果を発表した。

一方、厚生労働省は、2010 年にユニット型施設の居室面積基準について、従来の基準個室 13.2 m²からユニット型個室 10.65 m²に改正し、2014 年にはユニット型の施設割合を全体の 70%以上とすることを目指して整備を推進している。2003 年に 75 件であったユニット型施設が 2008 年には 1,630 件と急増し、全特養の 27.1%を占めている（厚生労働省, 2011）。2010 年の池上の全国調査では、ユニットケア「あり」が 40.3%、「なし」が 57.8%とさらに増加しており、特養入居者の尊厳重視の理念が浸透している状況を示している。

2000 年に 3.35 だった特養入所者の平均要介護度は、2011 年には 3.89 となり年々重度化している。2010 年の死亡退所者数は、全退所者数の 63.7%を占めており、これも介護保険下の 3 施設中で特養が最も多い（厚生労働省, 2013）。次第に重度化する特養入居者が増えていく現状への対策として、施設での看取りを推進するべく国は 2006 年に看取り介護加算を創設し、ケアの質を高めるために看取りのガイドラインも打ち出した。看取り介護加算創設以降、その算定数の増加に比例して施設内死亡数も高い増加傾向にあったと報告されている（池崎, 池上, 2012）。大西（2009）による特養の施設長に対する全国調査では、看取り介護加算の算定が「あり」47.6%、「なし」51.6%であった。また、看取り介護加算の算定が職員育成面に関して 81%のプラス効果があり、入居者および家族の満足面では 86%のプラス効果があるとの施設長の認識を報告している。このことから、看取り介護加算の算定要件を満たすことによって、施設の看取り体制の構築や職員教育の充実が図られ、看取りの実現や質の向上につながっていると考えられる。逆に、看取り体制の充実が加算算定率の向上につながり、算定の可否が看取りの質に関連する要因であることを示唆している。

特養のおもな職員の配置基準は、医師は非常勤可で必要数、看護職・介護職は入居者に対して 3 : 1 以上の配置が義務付けられ、看護職は入所者 100 人に対して 3 人以上必要と定められている。池上（2010）の調査では、配置医師の約 9 割が嘱託医である一方で、全特養の約 95%が協力病院を持っていた。入所定員数に対する常勤看護師の配置を定めた看護体制加算は、約 9 割の特養で算定されおり看護体制が確保されている特養が多い。また、看

護師の夜勤体制は 9 割の特養でオンコール体制をとっており、夜間は介護職のみの勤務体制が組まれている特養が多い。このような職員体制で質の高い看取りを行うためには、まず施設の方針として看取りを行う積極的な姿勢が必要である。「原則として施設内で看取る」という看取り方針について、2003 年における医療経済研究機構の全国調査で全体の 19.4%だった施設が、2010 年の池上による全国調査では 29.8%に増加している。さらに、この池上の調査では、入所者や家族から「看取りの希望があった場合には受け入れる」とした特養は 75.5%であり、看取りの希望の確認時期は、「入所時」54.3%、「状態変化時」66.4%、確認した内容を文書に残しているかについては、残していない特養が 13.5%のみであった。さらに、2008 年の退所者数は半年間で平均 7~8 人であると報告されており、そのうち約 7 割が死亡退所で、死亡退所の約 5 割が施設内死亡であった。死亡退所のうち施設内死亡率は、2002 年の医療経済研究機構の調査で 28.6%だったものが、池上の調査報告では 44.8%と増加している。以上のことから、特養における制度面をはじめ入居者や家族の意思を記した指示書の有無、研修等の教育体制、そして個人のプライバシーを守るユニットケア等の構造上の改善などが看取りに関連する環境要因になっていると考えられる。

2. 特養での看取りにおける看護実践に関する研究

特養での看取りの看護実践に関する調査では、看護職は入居者の状態観察と把握、医療処置、日常生活の援助、他職種との連携に時間を費やしており、状態観察、コミュニケーション、医師との連絡、家族の意思確認を重要視していると報告している(山田, 岩本, 2004)。山田は、少ない人員体制の看護職の役割が、直接的なケアから他職種や家族との連携において間接的な調整役割まで幅広いと述べている。特に緊急時の対応では、看護職の自律的な判断能力の必要性を述べ、特養の看護職の増員や質の向上および医療体制の確立がターミナルケアの充実につながると示唆した。同様に、入居者の身体状況が正確にアセスメントできる看護師の必要性を訴える文献も見られる。(塚原, 宮原, 2001; 小野他, 2003)。

また、特養の看護職は、入居者の生命力の減退に伴う状態変化と本人が発する死を予測する言葉から看取りの始まりを予測し、入居者の生命を脅かす身体的苦痛の出現や死に向かう身体的徴候の観察をもって死期を予測するなどの予測的アセスメント能力を発揮し(高山, 三重野, 2005)、看取りにおいても入所時から過ごしてきた入居者の生活を維持し、臨終の場を迎えた時の場を整え、残された時間を充実させるために各専門職をまとめるという役割を担っていた(井澤, 水野, 2009)。特養の看取りでは介護職との連携が不可欠であり、看護職は看取りを恐れる介護職の心理面を支え、対話を心がけながら協働することの重要性をはじめ、看取りに関わるすべてのスタッフの対話の充実が不可欠であると示唆されている(大村, 2013; 坂下, 西田, 2012)。さらに、看取りにおける看護アドボカシー実践は、入居者の身だしなみを整え清潔を保つこと、自然な経口摂取を重視したケアの工夫、入居者の希望の察知、苦痛の緩和、独りにしないこと等の精神的安寧を保つケアだとされている(岩本, 南家, 有松, 森田, 2007)。看護職は最期まで本人や家族の思いを尊重する姿勢で、

入居者に対する愛着を抱きながら、苦痛のない安楽な最期を迎えられるよう支援したいと考えおり、入居者が希望通り住み慣れた施設で、過剰な医療を行わず自然な死を迎え、家族やなじみの職員に見守られての臨終を迎えたことをよかったと感じていた(原他, 2003; 早崎他, 2003; 林他, 2004; 高山, 三重野, 2005)。長畑, 松田, 山内, 江口, 山地 (2012) の質的分析からは、これまで看護実践の要素として潜在していた他の入居者へのフォローや看取りのケアを振り返ることの重要性が示されていた。以上のように、特養の看取りの看護実践には生活の場で安寧な死を迎える人のための看護の専門性が求められている。これらの先行研究から、特養の看取りにおける看護実践や家族及び他職種との連携の中に、看護職のあらゆる能力や死生観などが潜在しているという示唆を得た。また、看取りでは、入居者をはじめ家族や関わる職員の満足感や達成感など精神面が重視され、看取りのケアの質には支援する職員のやりがいも影響する可能性が推察される。

一方、特養のターミナルケアに関する全国調査において、約 8 割の看護職が特養でのターミナルケアに取り組んでいきたいと考えている反面、特養の医療体制やターミナルケアに対する職員の考え方、個室の確保についてなどターミナルケアを実施する上で何らかの不满を持つ看護職が 76.1% といると報告されている(山田, 岩本, 2004)。他にも、みなし医療あるいは過剰医療の評価、急変の予測の困難性、他職種や家族との連携の困難性、本人の意思確認の困難性など特養での看取りの課題が明確化されている(原他, 2003; 早崎他, 2003; 林他, 2004)。Watson J, Hockley J, and Dewar B. (2006) は、終末期ケアの質を高める上で、疼痛コントロールのための薬剤や対症療法に関する知識不足、終末期ケアにあたる学際的人材の不足、臨終への準備不足、死のプロセスの知識不足、臨死期のアセスメントの不十分さ、家族との信頼関係の欠如という 6 つの障壁を明らかにした。そして、この研究が、エビデンスに基づく看取りの実践プロセスの開発に有用であったと述べている。

また、他職種が関わる特養の看取りでは、看護側の意向だけで看取りが実践されるわけではなく、体制や考え方の相違などが連携の阻害要因となり、施設長や介護職が看護職に期待する役割と看護職が担いたい役割の整合性がとれない状況も報告されている(上村, 2010a)。岩本, 山田, 加瀬田 (2009) は、最期の場の決定については家族および後見人が 38.8% と本人の希望よりも高い割合だったことを報告した。入居者の希望が優先されない理由には、認知症や意識障害による意思確認の困難さが約半数を占めていた。岩本は、家族や後見人が本人の希望より自分たちの希望を優先することを求める割合が 12.1% もあることを問題視し、認知症初期の段階での意思確認が必要だと述べている。鶴若, 仙波 (2010) は、入居者の意向確認が難しい理由として、入居者の判断能力なさ、高齢者と家族の実感のなさ、精神的ショックを与える、死について語ることのタブーを報告している。しかし、香港の Chan HY and Pang SM. (2007) は、10 カ所の高齢者施設の長期入居者に、生活上の不安と終末期について半構造化面接を行った結果、長期入居者はその施設での終末期のケア計画や医師の権威については高い評価ではなかったが、死についての議論は快く了解したと報告している。入居者自身の死に対する思いを聴くことは、本人の意思あるいは真のニ

ーズを確認することであり、精神的負担をかけないための配慮や気遣いを工夫しながらその思いを聴く必要性を検討していくべきだと考える。

池上（2010）の遺族調査では、施設内死亡の 7 割の家族が、施設内での看取りを希望していた。ところが、家族が本人の延命治療に対する希望を聞いていなかった割合は 63.4%であり、家族が本人の死を迎える場所への希望を聞いていなかった割合は 37.8%であった。また、施設内死亡を希望した家族のうち 63.4%が臨終時には別の場所にいて立ち会っておらず、実際に臨終に立ち会ったのは 31.7%であった。入居者本人の思いを可能な限り汲み取ることの重要性を家族に理解してもらえるように関わり、看取りケアの質を維持および向上していくための看護実践能力が求められている。

3. 看取りに対する意思確認に関する研究

加瀬田, 山田, 岩本による全国調査（2005）では、特養のターミナルケアにおいて入居者本人以外の意思によって看取り方針が決定されることが看護職の悩みとして挙げられている。それを受けて、岩本, 山田, 加瀬田の全国調査（2009）でも、入居者本人の意向が優先されない理由として、認知症や意識障害の入居者が全体の約 3 割を占めていることを明らかにしている。さらに、家族と疎遠な状況の入居者も約 8 割を占めている現状も報告されている。このような状況から、看護領域においても入居者の権利擁護の視点から意思確認に関する研究が数多く行われており、岩本, 南家, 有松, 森田（2007）は入居者の意思確認や意思決定の支援に努力することが重要として、特養での終末期の看護アドボカシーの推進を訴えている。曾根他（2011）による認知症高齢者の意思確認に関する調査によると、事前の意思聴取の時期は、入所時と病状悪化時が最も多く 6 割弱を占め、聴取する職種は 6 割以上が生活相談員、次いで看護職が 5 割弱であった。事前意思の聴取内容は、死を看取る場所、延命医療の希望についてが 7 割、ケアの希望や意見、経管栄養をするかについてが 5 割、苦痛緩和の治療、家族への連絡時期、家族の付き添いの時期についてが 4 割弱であった。事前意思聴取の優先順位は、7 割の特養が意思確認できる場合は入居者本人から聴取するであった。本人の意思確認ができない時は、家族に確認し入居者の健康状態について家族と情報を共有し、家族のみでの意思決定時には、可能な限り家族間で話し合うことを推奨すると報告した。オランダでは、進行した認知症者の場合、たとえ安楽死のための事前指示があっても決して認められない。Boer ME, Dröes RM, Jonker C, Eefsting JA, and Hertogh CM. (2011)の研究では、高齢者ケア専門の医師及び認知症患者の親族は、法的に認められていても安楽死のための事前指示を断行することに抵抗を示していることを報告している。認知症者の安楽死のための事前指示を検討するために、高齢者ケア専門の医者にとって患者とのコミュニケーションが不可欠だと述べている。曾根は、入居者の意識がはっきりしているうちに意思確認することの必要性や、医療者である看護職が看取り方の選択肢を情報提供することで、死期が近くなった場合の家族の判断も可能となると述べている。Liu LM, Guarino AJ, and Lopez RP. (2012)は、「家族の満足度」と「看護師と家族

のコミュニケーション」、「入居者の快適さ」および「看護師のケアに対する家族の満足度」との強い関連を明らかにしている。

看取りにおける意思決定には、家族の考え方が強く影響を及ぼす。そのため、家族の意向が優先されがちであるが、家族の意思も踏まえた上で、入居者本人の希望をいかに引き出し尊重していくかが、看取りに関わる看護職にとって重要な課題であるといえる。

4. 看護実践能力と評価尺度に関する研究

本研究では、特養での看取りの看護実践能力の構造が概念枠組みの中心である。看護実践能力を構造化するために看護実践能力の意味と尺度化の動向に関する文献を概観した。

平河(2007)は、看護実践能力を次の3種類(1)看護師が患者に直接関わり、働きかけるところに発現してくる実践的な能力、(2)先の実践的な能力の基礎となり、看護行為の中に潜在している能力、(3)看護という職業に対する職業観や看護師としてのキャリア形成に関与する看護観に類別している。平河はこの看護職の職業観を重要視している。なぜなら、看護職が仕事として看護をどう理解しているかは、業務内容、人事、勤務条件など現場の看護実践に関与する諸制度を成立させ、維持させ、時に変革させる要素だからだと述べている。さらに平河は、看護実践能力が制度の鍵を握ると示唆している。国外文献を基にした看護実践能力に関する概念分析では、看護実践能力とは看護実践における専門的責任を果たすために必要な個人適性、専門的姿勢・行動、そして専門知識と技術に基づいたケア能力という一連の属性を効果的に発揮できる能力と定義されている(高瀬, 寺岡, 宮腰, 川田, 2011)。高瀬他(2011)は、我が国における看護実践能力について次の3つの課題を提示している。(1)我が国の法制度や環境に適し活用できる看護実践能力の定義と構成要素を明らかにすること、(2)看護実践能力は技術力だけではなく倫理観や他職種との連携、看護管理能力や研究能力など多様な要素を含むものであるという正しい認識を浸透させること、(3)看護実践能力を厳密に評価できる尺度を開発することである。南家他(2005)の研究では、看護実践能力と看護ケアの質に有意な相関関係があることを統計学的に検証し、看護実践能力の向上がケアの質を高めると示唆している。また、松村(2004)は、在宅ターミナルに必要な看護実践能力について、看護実践能力が属性以外のどのような要因によって影響されるかを明らかにする必要性を示唆している。さらに、丸山他(2011)は、看護系大学卒業1～5年の看護師を対象に、看護実践能力自己評価尺度の開発を行った。丸山らは、64項目の看護実践能力を実施の頻度と達成の程度について測定した。その結果、丸山らが開発した看護実践能力自己評価尺度は、共分散構造分析の適合度の比較から、実施の頻度よりも達成の程度すなわち“自信を持ってできるかどうか”の測定方法が適切であると示唆している。吉岡他(2009)は、一般病棟の看護師を対象とした終末期がん患者の家族視点に焦点を当てた看取りケア尺度を開発した。看取りケアを構成する因子には、【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【苦痛緩和ケアの保証】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】が抽出されていたが、一般病棟の看取りケアには他職種との連携に関する

因子が見られないことなど、ケア内容にも一般病院と高齢者施設との機能的な相違が見られた。このように、各看護領域では看護実践能力の構造を明らかにし、その質を向上するために信頼性および妥当性の高い測定用具の開発が求められているが、特養の看取りの特性を反映した看護実践能力の測定用具に関する先行研究は散見できない。

5. 看取りの質を高めるための看護実践の評価と教育に関する研究

吉岡（2011）による一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムの展開と教育効果の評価は、看取りケア実践教育プログラムが看取りケア実践能力の向上に有効であることが証明された貴重な先行研究である。Ersek M, Grant MM, and Kraybill BM(2005)は、特養で働く看護師の能力強化のために、Palliative Care Educational Resource Team (PERT) program の開発と評価を行った。44 施設における 108 人の看護師が参加し、その結果、end-of-life care (EOL) の知識、EOL スキルの自己評価および他者評価において大幅な向上を示した。このプログラムの評価には、知識・技能・自信を評価する複数のツールが含まれており、このような介入研究をするための尺度開発も数多く散見できる。米国の Thompson S, Bott M, Boyle D, Gajewski B, and Tilden VP(2010)は、開発した特養における死のケアと医療の質に関する 2 つの測定モデルについて数年にわたって継続的な信頼性および妥当性の検証を行い、知識と実践の 2 側面が質の高い緩和ケアに不可欠な基盤であることを示唆した。オランダの Van der Steen JT, Gijsberts MJ, Knol DL, Deliens L, and Muller MT. (2009)は、終末期の認知症高齢者の生活評価のための End-of-life in Dementia Scales(EOLD)を用いて、看護師と遺族のスコアを比較した。その結果、看護師と遺族間のスコアはほぼ一致して正の相関が認められ、終末期の認知症高齢者の生活支援の必要性に関する看護師と遺族の考えは同等であることを報告した。また、施設入居者に対する保険制度を改善するために、オーストラリアの Reymond L, Israel FJ, Charles MA. (2011)が開発した高齢者施設対応型の終末期ケアパス RAC EoLCP (Residential Aged Care End-of-Life Care Pathway)の導入によって、緩和ケアスタッフのケアの質に変化が認められ、入居者の不必要な病院搬送の減少と緊急対応の短期ケアの質が改善されたと報告されている。このように、特養の看取りに関する海外文献では、尺度を活用してケアを評価し、ケアの改善や教育に役立てていく研究プロセスが多く散見される。本研究で作成する特養での看取りの看護実践能力尺度についても、評価から教育まで活用可能性の幅を広げ、看取りの質の向上に寄与することを期待する。

第Ⅲ章 研究Ⅰ：特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力の尺度項目の作成と 実際の看護実践との整合性の確認

1. 研究目的

- (1) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素を作成する。
- (2) 作成した構成要素の内容と実際の看護実践との整合性を比較検討する。

2. 研究方法

(1) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素の作成

1) アイテムプール抽出と分類

まず、特養での看取りの看護実践能力のアイテムプールを抽出するために医学中央雑誌から国内の特養の看取りの看護実践に関する原著論文を概観する。日本と海外の国民性による生活習慣の違いや、社会制度および施設の職員配置や教育体制など多様な面で状況が異なるため、国内の文献を対象とした。平成 25 年 5 月時点で、医学中央雑誌において「特養」「看取り」「看護実践」をキーワードに、2001 年から 2012 年までの文献検索を行った。その結果、45 件がヒットし、そのうち特養の看護職のみを対象としており、看取りにおける実態調査や看護職の役割に関する 20 文献をアイテムプール抽出のために選択した。

選択した 20 文献中から、看取りにおける看護実践とそこに潜在する判断や予測および配慮や工夫、あるいは倫理的な心構えなどを抽出し、実際の行動をもとに帰納的に理論化され看護実践を統合的あるいはホリスティックに説明できる Benner 理論の 7 領域に分類した。この理論で示される看護実践能力には、①援助役割、②教育とコーチングの機能、③診断とモニタリングの機能、④急変時の効果的な対応、⑤治療処置の実施と観察、⑥質の高いヘルスケア実践をモニターし保証する、⑦組織能力と役割遂行能力の 7 領域がある。

2) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素

抽出した項目について、厚生労働省が作成した特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン（三菱総合研究所, 2007）に照らして、特養の看取りという限定された領域での看護実践を示す文章表現およびカテゴリー分類の見直しを繰り返し、特性を踏まえたカテゴリー名を付けた。その結果、6 カテゴリー60 項目が、特養での看取りの看護実践能力の構成要素となった(表Ⅲ-1)。下位項目の意味内容とカテゴリー名を以下に述べる。

看取りにおいて死に向かう症状変化の知識をもとに常に予測をもったアセスメントが必要とされる看護内容 14 項目で構成されたカテゴリーを【予測的アセスメント能力】とした。また、入居者が最期までその人らしく尊厳を保ち、安らかな気持ちで生きることができるような配慮が必要とされる看護内容 8 項目で構成されたカテゴリーを【尊厳優先的プランニング能力】とした。次に、看取りにおける適切な疼痛コントロールや過不足のない医療の提供のために、医師をはじめとしたケアチームの調整が必要とされる看護内容 12 項目で

構成されたカテゴリーを【調整的医療管理能力】とした。さらに、医師や施設職員だけでなく入居者が会いたいと望む家族や友人等とも共に看取りに関わってもらえるような働きかけが必要とされる看護内容 9 項目で構成されたカテゴリーを【ソーシャルサポート的連携力】とした。そして、入居者の家族に施設での看取りの理解を促し、看取り教育や心理的な支援が必要とされる看護内容 13 項目で構成されたカテゴリーを【協働的家族支援力】とした。最後に、看取りを振り返って評価し次の看取りに活かしていく内省が必要とされる看護内容 4 項目で構成されたカテゴリーを【省察的評価能力】とした。項目の精練とカテゴリーの命名は、老年看護学の指導者からスーパーバイズを受けた。

表Ⅲ-1 特養での看取りの看護実践能力の構成要素

1	看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする	31	看取りと判断されたら、改めて治療・検査を見直す
2	医師に報告すべき状態かどうかを見極める	32	利用者の状態から、医師がするであろう指示を予測する
3	身体状況の安定性をアセスメントし、最期まで入浴を促す	33	施設で行える医療行為について利用者と家族に説明し了承を得る
4	利用者の尊厳保持のために、発生しやすい褥瘡を予防する	34	医師による死亡診断が適切に行えるよう調整する
5	利用者の尊厳保持のために、身体（口腔・陰部含む）の清潔を保つ	35	他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する
6	精神性の異常行動は、利用者の安全と尊厳を守る方法で対応する	36	他職種とは利用者の観察情報とアセスメントを密に情報交換し共有する
7	自然な便通を苦痛なくコントロールする	37	経験の浅い介護職が抱く看取りへの恐怖心を理解しサポートする
8	水分摂取量と排尿量のバランスを管理する	38	有効な食事ケアのために栄養士と協働する
9	最期まで安全かつ安楽な姿勢を保つためのケアを提供する	39	相談に対して、利用者とその家族に関する情報交換を密に行う
10	看取りに適した環境を利用者と家族に提供する	40	看取りを行う上で利用者の利益となる体制作りを施設長に提案する
11	誤嚥に注意しながら、できる限り経口摂取を促す	41	生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する
12	利用者の気持ちを察して共感的理解を示しながら寄り添う	42	利用者が会いたいと希望する人に会える調整をする
13	利用者や家族の孤独感や寂しさを和らげるコミュニケーションを図る	43	利用者の希望を実現するために必要な地域資源を活用する
14	利用者が看取りと判断される状態に近づいていることをアセスメントする	44	看取りに対する家族の気持ちに共感的理解を示し、不安の軽減を図る
15	利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる	45	家族に施設での看取り体制を理解してもらえるように説明する
16	できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する	46	家族に利用者の現状を密に連絡する
17	利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する	47	利用者本人と家族が互いの意思統一を図るように調整する
18	意思確認が困難であっても、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する	48	臨終を迎える心構えを家族が持てるように関わる
19	利用者の意思確認が困難な場合、家族から利用者の意思の代弁を聴く	49	看取りに対する家族の負担を軽減できるようサポートする
20	看取り以前から、利用者と「看取り」についての話ができる関係を築いておく	50	家族と医師の相互理解が深まるように調整する
21	看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係を築いておく	51	家族の意向をケアプランに活かして、看取りへの関心を持てるよう促す
22	看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を持つ	52	利用者と家族の状況に合わせて、適宜看取りの希望を確認する
23	医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う	53	家族が臨終に立ち会えるように連絡調整する
24	介護職それぞれの能力に合わせて医療行為を指導する	54	延命処置に関する利用者と家族の意思を確認する
25	医師と連携し、過不足のない医療行為を提供する	55	臨終後の家族の心情を受け止め、寄り添うケアを実践する
26	特養での高齢者の終末期医療に対する医師の考え方を理解しておく	56	臨終に間に合わなかった家族に対して、理解の得られる状況説明を行う
27	特養での高齢者の終末期医療に対する考えをチームで話し合う	57	利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する
28	日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する	58	実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する
29	起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を確認する	59	家族との交流場面や家族の反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する
30	利用者の急変の可能性を夜間ケアチームに引き継いでおく	60	利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する

(2) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素と実際の看護実践との整合性の確認

1) 調査場所

調査場所は、入居者の希望の尊重を施設の理念としており、看取りを実践している特養Aである。職員は、施設長をはじめ生活相談員（2人）、介護職員（50人）、看護職員（7人）、機能訓練指導員（1.2人）、介護支援専門員（2人）、管理栄養士（1人）で、医師（1人）は併設医療機関と兼務である。看護体制は指定基準よりも充実した人員配置で看取りを受け入れ、個人の尊厳を重んじたケアを提供している施設である。

2) 対象者

対象者は、特養Aに勤務している看取りを実践している看護職7人である。男性2人、女性5人であり、施設勤務歴は、3年が2人、10年以上が3人、20年以上が2人である。

3) 調査期間

平成24年2月～4月

4) 調査方法

①勤務交代時の引き継ぎの参加観察

調査期間中、4日間の朝の勤務交替時の引き継ぎにおいて参加観察を行った。調査期間に看取り期にあった入居者は2人であった。参加観察の内容と文献より抽出した特養での看取りの看護実践能力の構成要素（表Ⅲ-1）との整合性について確認した。

②看取りのケアカンファレンスおよび看取り研修の参加観察

特養Aでは、毎週のケアカンファレンスに付随して月替わりのテーマで研修を開催していた。本調査期間の研修テーマは看取りであり、2回のケアカンファレンスと研修にて参加観察を行った。参加観察の内容と文献より抽出した特養での看取りの看護実践能力の構成要素（表Ⅲ-1）との整合性について確認した。

③カルテおよび看護記録の閲覧

調査期間中に看取り期にあった2名の入居者のカルテおよび看護記録の閲覧を行った。記録内容や事前指示書の有無、指示書の内容等も閲覧した。記録内容と文献より抽出した特養での看取りの看護実践能力の構成要素（表Ⅲ-1）との整合性について確認した。

3. 倫理的配慮

研究Ⅰは、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：11051）。まず、施設長及び看護責任者に文書（資料Ⅰ-1）で研究協力依頼を行い、口頭で同意を得た。参加観察するケアカンファレンスに参加する全職種の職員に対しては、看護責任者から文書（資料Ⅰ-2）で説明してもらい、口頭で研究協力の同意を得た。対象となる看護職には、引き継ぎへの参加観察について文書（資料Ⅰ-3）で研究協力依頼を行い、書面での同意（資料Ⅰ-5）を得た。記録の閲覧については、看護責任者に看取り期にある入居者の家族に研究者による記録閲覧についての研究協力依頼を文書（資料Ⅰ-4）で説明してもらい、書面での同意（資料Ⅰ-6）を得た。各研究協力依頼文書には、倫理的配慮として研究への自由意思の参加、匿名性の遵守、データの厳密な管理等について明記した。

4. 結果

（1）勤務交代時の引き継ぎでの参加観察における整合性の確認

調査期間中、4日間の朝の勤務交替時の引き継ぎにおいて参加観察を行った。調査期間に看取り期にあった入居者は2人であった。

1) 一般状態の観察およびアセスメントに関する項目の整合性

調査期間中に看取り期にあった入居者について報告されたおもな観察ポイントは、バイタルサインおよび動脈血酸素飽和度（以下 SpO_2 ）、脈圧、呼名反応、意識の有無、呼吸状態、喀痰の有無、顔色、口唇色、口唇の乾き具合、口腔内の汚染状況、嘔吐の有無、眼脂の有無、表情、褥瘡好発部位の皮膚の状態、浮腫、排泄物の有無等であった。

報告された看護行為については、状態観察をはじめ経口摂取の介助、経管栄養の注入、点滴、吸引、体位変換、褥瘡処置、入浴時の状態観察、与薬および軟膏塗布、酸素吸入量の調整であった。

看護職からは、「前日の 38 度台の発熱について、指示通り座薬を挿入し様子を見た。今朝は 37.8 度である。数日前から 37 度台の微熱と咳嗽が続いており、誤嚥が原因ではないかと疑わしいため、介護職と連携して食事介助の見直しをする必要がある」という予測と判断に基づく報告と提案があった。その提案は、引き継ぎ後すぐに担当の看護職から介護職へ検討課題として連絡された。また、「昨日食事摂取ができ、排便もあった。最高血圧も 80 台から 90 台に回復している。点滴施行後から回復に向かっている様子」という報告について、看護責任者から看取り記録（看取り専用の記録用紙）を一旦中断して様子を見るよう指示が出された。看護職は入居者の症状の経過から今後の状況を予測しながら、引き継ぎで対応を話し合うよう課題を提示していた。

以上の内容から、看取り特有の症状アセスメント能力を基盤とした看護実践能力として、また看護職の症状の進行を予測する能力とその対応に関する実践能力として、【予測的アセスメント能力】の項目 1～5、7～9、11 に整合性が認められた。しかし、本調査期間での引

き継ぎ内容には、精神性の異常行動への対応や看取りを示唆する内容に関する項目 6、14 や、看取りに適した環境への配慮に関する項目 10、また入居者や家族に対する心理的援助に関する項目 12、13 に整合性を示す内容は見られなかった。

2) 多職種連携における看護師の役割に関する項目の整合性

特養Aでは、看護職のみで勤務交替時の引き継ぎを行っていた。そのため、引き継ぎ内容には他職種への連絡事項も含まれていた。おもな多職種への連絡事項は、介護職への発熱による入浴中止の連絡、褥瘡発生が危惧される部位の情報提供、家族の要望、あるいは医師への入居者の状態変化の連絡や与薬の指示確認について引き継がれていた。

これらの状況は、入居者の症状から常に状態を予測し、医療における管理とマネジメントに関する【調整的医療管理能力】項目 23～25、28～33 に整合性が認められた。また、介護職をはじめ看取りに関わる他職種（相談職、栄養士等）との連携に関する看護実践能力として、【ソーシャルサポート的連携力】の項目 35、36、38、39、41 に整合性が認められた。しかし、本調査期間での引き継ぎ内容には、終末期医療に対する考え方の理解に関する項目 26、27 や、死亡診断に関する医師との連携に関する項目 34、介護職への心理的サポートに関する項目 37、施設長への看取り体制の提案に関する項目 40、地域資源の活用に関する項目 42、43 に整合性を示す内容は見られなかった。

(2) ケアカンファレンス・研修の参加観察

特養Aでは、毎週のケアカンファレンスに付随して月替わりのテーマで研修を開催していた。本調査期間の研修テーマは看取りであり、2回のケアカンファレンスと研修にて参加観察を行った。

1) 多職種連携における看護師の態度に関する項目との整合性

おもな参加者は、介護主任、介護職、看護職、生活相談員、理学(作業)療法士、管理栄養士であり、司会は介護主任が担っていた。ケアカンファレンスでは、看取りに限らず生活支援における問題点や質問が介護職から多く挙がっていた。たとえば、経管栄養剤の逆流による誤嚥の危険性がある胃ろう造設者の経管栄養の滴下速度と姿勢との関係について介護職から質問が挙がった。これに対して、その入居者の日常生活における身体状況について各専門職が経時的に情報交換を行いながら問題点の焦点が絞られた。そして、経管栄養の基本的な留意点を踏まえることはもちろん、逆流しないときの滴下数と体位およびギャジアップの角度について毎回記録し、その入居者に合った滴下速度と安全な体位を見極めていく方針を看護職が提案した。また、理学療法士から枕の高さの工夫についても提案が出された。話し合いの経過では、入居者の身近で生活支援を行う介護職からの課題の提示が多いため、医療職からの指導というイメージが残るのは否めない。しかし、看護職は、改善点を提示する際には個人の言動を批判するような表現をせず、介護職の専門職として

のプライドに配慮した言葉づかいで話し合いながら改善すべき現象を具体的に伝えていた。介護職からの質問には親身に話を聞き、意見を尊重しながら他の職種の意見も含めてアドバイスをするという姿勢で今後の方針に示唆を与えていた。このような看護職の態度は、【ソーシャルサポート的連携力】の項目 35～37 との整合性が認められた。

2) 看取りの研修内容と項目との整合性

ケアカンファレンス後の 30 分程度で看取りに関する研修が行われた。研修リーダーは看護職が担い、カンファレンスを進める中で出席者全員がそれまで看取った入居者の具体的な場面を回想しながら、指導内容の重要性について再確認していた。看取りの研修は次のような内容で進められた。

- ①看取りと判断される状況になっているかを把握するために、嚥下障害の進んでいる入居者のチェックについて、夜間の情報や下肢の浮腫の出現、きざみ食からペースト食に変更になった入居者の情報について、看取りに入る以前からの職種間の密な情報提供の重要性を伝えた。
- ②看取り期に発生しやすい褥瘡について、皮膚の密な観察と処置について周知し、“絶対に作らない”という職員間の意思統一を図った。
- ③看取りの状態にある入居者への精神的配慮について、意思の疎通が図れない状態であっても聴覚は機能しているため入居者に不安を与えるような言動は慎むという認識を持つこと、ケアの際も心を込めた優しい言葉をかけることについて意思統一を図っていた。
- ④個別性を尊重したケアについて、入居者が元気なうちから入居者の好みや嗜好品、趣味等を覚えておくようにし、看取りのケアに活かすことを奨励していた。
- ⑤家族とのコミュニケーションを密に図り、看取りへの理解と協力を得られる関係作りに努めることを奨励していた。

このように研修内容は、学習会というよりも各職種が共通認識を持つために改めて看取りの心構えや意識の向上を促す内容であった。食事摂取の状況は医師による看取りの判断の指標となるため、状態変化の早期発見のために看護職への速やかな連絡が行えるよう周知し、苦痛の除去、安楽な体位、清潔の保持等の看取りの日常生活援助には、最期まで入居者の尊厳を守るという意味が含まれた行為であるという共通認識を持つよう促していた。

また研修自体が、看取りを実践している職員の振り返りの機会ともなっており、看取った入居者や家族との関わりを思い出して話し合いながら、反省や今後の課題を共有していた。このような他職種が参加する研修の内容は、看取りの日常生活援助に関する看護実践能力を示す【予測的アセスメント能力】および【尊厳優先的プランニング能力】、【ソーシャルサポート的連携力】、【省察的評価能力】の項目全体との整合性が認められた。しかし、本調査期間中に行われた研修内容には、【調整的医療管理能力】と【協働的家族支援力】との整合性は見られなかった。

(3) カルテおよび看護記録の看取りに関する記事の閲覧

1) 医師との連携に関する項目の関連性

カルテには、調査期間中に看取り期にあった入居者の状態の経緯について、「低アルブミン血症、老衰傾向、生気がなくまったくの無表情」、「生命体としての手ごたえが極めて乏しくなっている」、「いよいよターミナルか、完全な沈下状態」、「積極的治療の要求なし」、「顔貌は *emaciation* (やつれ、衰弱) 著明、脈微弱」等の記述があった。水分補給の指示については、「脱水状態、このままでは気の毒」「脈の促迫」の記事があり、アイソカル（栄養補助食品）補給開始から数日後のカルテには、「表情良く、眼に潤いあり」「心音は極めて弱いが頻脈改善」との医師による記述がみられた。

これらの内容には、看取りにおいて医師と円滑に連携するための看護実践能力を示す【調整的医療管理能力】の項目 23、26、27、34 との関連性が認められた。

2) 意思確認や事前指示書に関する項目の整合性

調査期間中に看取り期にあった入居者の看護記録において記録量の多かった内容は、本人の摂食状況、苦痛の状況、家族とのコミュニケーションの順であった。特に、家族とのコミュニケーションに関する内容は具体的であり、家族の希望や医師との面会に関して詳細に記録されていた。看護記録の後方には、署名済の入居時における延命医療についての希望確認書と看取りの同意書が添付されていた。また、医師によるインフォームドコンセントが実施された際の内容も記述されていた。入居時における医療についての希望確認書には、摂食困難となった際の経管栄養（胃ろう）の希望、点滴・酸素療法の希望、人工呼吸器の希望、代弁の許可等、延命処置の希望について書面で残していた。調査期間中に看取り期にあった入居者の確認書および同意書は、2 人とも家族の意思によるものだった。

これらの状況は、表Ⅲ－1 の【協働的家族支援力】の本人および家族に対する看取りや延命処置等の意思確認に関する看護実践能力項目 45～47、49、50、52～54 との整合性を示している。しかし、家族に対する心理的支援に関する項目 44、55、56 やデスエデュケーションに関する項目 48、51 との整合性は見られなかった。

また、【協働的家族支援力】の項目 55「臨終後の家族の心情を受け止め、寄り添うケアを実践する」、項目 56「臨終に間に合わなかった家族に対して、理解の得られる状況説明を行う」は、遺族へのグリーフケアに関する項目である。特養 A は看取られたことへの感謝の言葉が常に聞かれる施設であるが、入居者を看取った後の家族ケアの実践が今回の調査期間の記録からは浮き上がってこなかった。

5. 考察

先行研究から抽出した 60 項目の構成要素（表Ⅲ-1）は、特養 A における実際の看取りの看護実践との整合性が認められ、理論と実践の整合性が確認でき、看取りにおける潜在的な看護実践能力を裏付ける結果となった。【 】は、抽出した構成要素のカテゴリー名を示す。

看護職の勤務交代時の引き継ぎでは、前日の 38 度台の発熱に対して医師より指示された座薬を投与し経過観察を行っている入居者について、数日前からの継続的な微熱や咳嗽の出現が見られていたことも含めてアセスメントし、誤嚥性肺炎の発症を予測した報告が行われていた。そのため、身体状況の悪化を予防するために介護職と連携して食事介助を見直す必要性を提案するという【予測的アセスメント能力】が発揮されていた。また、このような看護職による【予測的アセスメント能力】は、入浴の実施や経管栄養の注入、あるいは吸引の必要性などの判断につながり、ケアチームの方向性を決定していた。さらに、施設に常駐していない医師が入居者の状態を正確に把握でき適切な指示を行えるように、食事摂取状況や摂取量、呼吸状態や咳嗽及び痰の量など一般状態の変化の報告のみならず、血圧低下や下顎呼吸の出現という臨終が近づいた緊急時の状況をも予測して、酸素吸入量や与薬の指示確認を前もって行っておくなど、その状況に応じた【調整的医療管理能力】が発揮されていた。引き継がれた報告は、医療の視点からの情報提供やエビデンスを踏まえたケアの指示として介護職など他職種へ迅速に伝達され、ケア方針の統一を図るなど【ソーシャルサポート的連携力】としてケアの協働に活かされていた。

看護職がリーダーシップをとりながら進められた看取り研修では、常に看取りに対する共通認識をもってケアに当たれるよう、死を看取ることの心構えや最期まで入居者の尊厳が守られるよう職員のモチベーションの向上に向けた話し合いが行われていた。特に、入居者のその人らしさを尊重した日常生活援助とは、看取りで実践される口腔ケアや褥瘡予防などの清潔ケアや、少量であっても好きな物を自分の口で味わえるための食事介助等であることが強調されており、これらは看護職の【尊厳優先的プランニング能力】に則していた。

また、研修内容には、今まで実践してきた看取りを振り返りながら入居者の反応を思い返して評価し、反省点が具体例として示される等メンバー内で共通認識が持ちやすい内容となっていた。例えば、看取りの状態になってきたのではと予測された入居者が、点滴施行後から血圧が 80 台から 90 台に回復し食事摂取できるようになったことや、少量でも好きなゼリーを経口摂取した際にわずかに笑顔が見られたことなどは、関わった職員それぞれが看取りでの反省点やケアの効果として受け止めていた。このような振り返りは【省察的評価能力】と同義であると考えられる。つまり、特養 A の看取り研修は、看護実践を主軸とした看取りが推奨された内容であった。

一方、看護記録の閲覧からは、本人および家族に対して施設での看取り希望の有無や施設での医療体制の理解、さらに胃ろうなど延命処置等の意思確認に関する【協働的家族支

援力】を裏付ける内容がみられた。特養は、家族と疎遠な関係である入居者が少なくないため、必ずしも看取りへの家族の参加が望める状況ではないが、意識障害のある入居者にとって意思決定の代弁者でもある家族は重要な存在である。そのため、家族の不安軽減や密な連絡、看取りに関心を持ってもらうための関わりなど【協働的家族支援力】には、できる限り家族に看取りに参加してもらい、入居者の最期を見送ってほしいという看護職の願いも反映していると考えられる。

以上のことから、文献から抽出した特養での看取りの看護実践能力の構成要素（表Ⅲ-1）は、特養Aにおける看取りの看護実践との整合性があることが確認できた。したがって、文献から抽出した構成要素を質問項目として現場の看護職に問うことの適切性も示されたと考える。

しかし、本調査のなかで整合性を示さなかった項目も存在する。本調査が特養Aという1施設のみの調査であったこと、調査期間における看取り件数の少なさ等が理由として明白であるが、整合性が見られなかった終末期医療に対する考え方の理解や施設長への看取り環境の改善提案等は、看取り実践の歴史が長い特養Aではすでに取り組みされた内容であり、看取りに対して一貫した施設の方針が確立されていることや、その確固たる方針ゆえに施設の建物の改築や人員配置に関する環境面の改善など看護職の立場からだけでは検討に至らないことも整合性が見られなかった要因であると推測する。現在の日本の特養の看取り体制や医療設備など看取りのための環境、入居者定員数等施設の規模や職員配置およびその施設における看取り受入れの歴史は多様であるため、本調査で整合性が見られなかった項目に関しても、特養での看取りの看護実践能力の構成要素として継続的に妥当性を検証していく必要がある。

6. 研究Ⅱへの示唆

研究Ⅰでは、特養での看取りの看護実践能力の構成要素（表Ⅲ-1）として、【予測的アセスメント能力】14項目、【尊厳優先的プランニング能力】8項目、【調整的医療管理能力】12項目、【ソーシャルサポート的連携力】9項目、【協働的家族支援力】13項目、【省察的評価能力】4項目の6カテゴリー60項目を作成した。これらは、特養Aにおける実際の看取りの看護実践との整合性が確認された。

これらの60項目は、特養での看取りの看護実践能力という概念を、理論的側面からも実践的側面からも内容妥当性を備えているといえる。しかし、整合性を確認したのは特養Aの1施設のみであることや、看取りの方針や体制はそれぞれの施設で異なっている現状であることを踏まえて、今後より多くの母集団を対象とした探索的な構造の解明が必要だと考えられる。

第Ⅳ章 研究Ⅱ：特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力の構造と信頼性および構成概念妥当性と関連要因の検証

1. 研究目的

- (1) 研究Ⅰで作成した60項目(表Ⅲ-1)を用いて、特養での看取りの看護実践能力の因子構造を統計学的に明らかにする。
- (2) 特養での看取りの看護実践能力の信頼性および構成概念妥当性を検証する。
- (3) 特養での看取りの看護実践能力の関連要因を明らかにする。

2. 研究方法

(1) 研究対象者

研究Ⅱの対象者は、B県内にある看取りを実践している特養に勤務する看取り経験のある看護職(1施設3人)とした。そのため、独立行政法人福祉医療機構 WAMNET に掲載されているB県内の特養の事業所概要を閲覧し、看取り介護を実施していること、看護職員が常勤で4～6人である132施設を選択した。そして、対象者の条件を特養での看取り経験が豊富な看護職(准看護師含む)とし、看護責任者に選出を依頼した。看護職が少人数の特養では、看護責任者も他の看護スタッフとほぼ同様の業務内容を担っており、看護責任者が看取りにおけるリーダーシップをとっているため、看護責任者を含む看護職を対象者とした。

(2) データ収集方法

調査期間は、平成24年7月～9月である。データ収集方法は、自記式質問紙郵送法で行った。本調査の研究協力依頼書は、対象とする施設長および看護責任者宛(資料Ⅱ-1)と、研究対象とする看護職宛(資料Ⅱ-2)を作成し同封した。看護責任者には、対象者の選定を文書で依頼した。また、自作の調査用紙(資料Ⅱ-3・4)と返信用封筒を各1部同封し、無記名で返送するよう研究協力依頼書に明記した。調査用紙の返送をもって研究への参加同意を得られたとみなした。

(3) 質問紙の構成

自作の調査用紙項目は、施設の概要及び対象者の基本属性14項目(資料Ⅱ-3)、特養での看取りの看護実践能力のアイテムプール60項目(資料Ⅱ-4)の合計74項目である。

1) 対象者の基本属性と対象施設の概要

対象者の基本属性は、年齢、性別、資格、職位、病院での臨床経験年数、高齢者施設での臨床経験年数、看取り経験数、身内との死別経験の有無、看取りの学習経験の有無の9項目である。対象施設については、入所者数と施設内死亡数(平成23年分)、施設の看取り方針、医師の協力性、事前指示確認時期の5項目を訪ねた。

2) 特養での看取りの看護実践能力のアイテムプール 60 項目

研究Ⅰで抽出された特養での看取りの看護実践能力の構成要素 60 項目を質問項目として、特養の看護職が認識する看取りの看護実践の必要度と実践頻度を測定した。看取りにおける看護実践の必要度は「必要ない：1 点」～「とても必要：4 点」まで、実践頻度は「していない：1 点」～「十分している：4 点」までの 4 段階のリッカート方式で測定した。なお、実践頻度の測定は、必要度との測定の混同を避けるため、「十分している：A」～「していない：D」とアルファベット表記とした。

(4) 分析方法

対象者の属性および施設概要の記述統計を算出した。そして、特養での看取りの看護実践能力の項目分析の後に、因子抽出のための探索的因子分析を実施した。特養での看取りの看護実践能力における構成概念妥当性は、共分散構造分析による検証的因子分析により確認した。また、対象者の属性および施設概要と特養での看取りの看護実践能力との関連は、相関分析を行った。検証的因子分析の適合度指標には、 χ^2/df 値、GFI、AGFI、CFI、IFI、RMSEA を用いた。統計解析ソフトは、SPSS ver19.0 for Windows および Amos ver.20 を使用した。

脚注

χ^2/df 値（乖離度/自由度）：0 に近似するほどモデルの適合が良い。

GFI (Goodness of Fit Index)：データの件数の影響を受けない指標で、0.9 以上あればモデルの適合が良い。

AGFI (Adjusted GFI)：修正済み GFI で、1 に近づくほどモデルの適合が良い。

CFI と IFI（比較適合度指標）：基準比較に基づく指標で、1 に近づくほどモデルの適合が良い。

RMSEA（平均二乗誤差平方根）：0.05 未満はモデルの適合が良く、0.1 以上は適合が良くない。

3. 倫理的配慮

研究Ⅱは、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得た（承認番号：11076）。対象施設の施設長および看護責任者宛の研究協力依頼書（資料Ⅱ-1）には、研究の主旨をはじめ、管理的立場での研究への協力依頼を重点にした説明文とともに、対象となる看護職への圧力がかからない配慮をお願いする旨を明記した。看護職宛の研究協力依頼書（資料Ⅱ-2）には、参加は自由意思であること、参加の有無に関わらず不利益が生じることはないこと、どのような場合にも匿名性を遵守すること、データの厳重な保管と研究後の破棄について明記した。アンケートの返送をもって、研究への参加同意とみなした。

4. 結果

看取りを実践する特養の看取り経験のある看護職総数 396 人中 159 人の回収を得た(回収率 38.8%)。そのうち、有効回答 154 人(有効回答率 97%)を分析対象とした。

(1) 対象施設の概要と対象者の属性に関する基本統計

1) 対象施設の概要

結果を表Ⅳ-1 に示す。研究Ⅱにおける対象施設の入居者数は、51～100 人の施設が最も多く 101 人(65.6%)であった。次いで、50 人以下の施設が 35 人(22.7%)、100 人以上の施設は 18 人(11.7%)であった。

平成 23 年の施設内死亡数は、11～20 人の範囲が最も多く 70 人(45.5%)、次いで 10 人以下が 61 人(39.6%)、21 人以上は 23 人(14.9%)であった。

施設の看取り方針は、「実施している」が 141 人(91.6%)であり、「希望があれば実施する」が 13 人(8.4%)であった。施設で行われる看取りでの医師の協力性については、「協力的だ」が 137 人(89%)、「どちらともいえない」が 15 人(9.7%)、「協力的ではない」が 2 人(1.3%)であり、医師の協力体制が整っている特養が多かった。看取りに関する事前指示の確認時期は、「入所時と状態変化時」が 138 人(89.6%)、「定期的に確認」が 14 人(9.1%)で、「入所時のみ」「していない」は 2 人であった。

2) 対象者の基本属性

結果を表Ⅳ-2 に示す。年齢は、50 歳代が 66 人(42.9%)と最も多く、次いで 40 歳代 49 人(31.8%)、30 歳代 22 人(14.3%)と続いた。20 歳代は 4 人(2.6%)と最も少なかった。性別は、女性が 147 人(95.5%)、男性が 7 人(4.5%)であった。

資格は、看護師が 111 人(72.1%)、准看護師が 42 人(27.3%)であった。職位は、スタッフナースが 97 人(63%)で、責任者は 47 人(30.5%)であった。

病院での臨床経験年数は、10 年以上が 79 人(51.3%)と半数を占め、4～10 年は 59 人(38.3%)で、1～3 年は 16 人(10.4%)と最も少なかった。高齢者施設での臨床経験年数は、4～7 年が 46 人、8～10 年が 43 人、10 年以上が 45 人とそれぞれ 30%弱でほぼ同等であった。3 年未満は 20 人(13%)であった。

対象者の看取り経験数は、「20 回以上」が 78 人(50.6%)、「6～19 回」が 59 人(38.3%)、「5 回以内」が 17 人(11%)であった。身内との死別経験は、「あり」が 134 人(87%)、「なし」が 20 人(13%)であった。

看取りの学習経験は、「施設外または自己学習」が最も多く 85 人(55.2%)、「施設内の勉強会」が 58 人(37.7%)、「していない」が 11 人(7.1%)であった。

(2) 特養での看取りの看護実践能力の項目分析の結果

結果を表Ⅳ-3 に示す。特養での看取りの看護実践能力の必要度および実施頻度について、どちらも天井効果・フロア効果は見られなかった。全体の平均値は、必要度が 3.74 ± 0.47 点、実施頻度が 3.13 ± 0.70 点であり、全体的に必要な度の方が得点が高かった。必要度の得点はすべて 3 点以上を示したが、実施頻度の得点は 3 点以下が約 3 割あった。また、標準偏差(SD)は実践頻度の方がより高く、得点も 2.43 点～3.38 点と回答に幅が出ていた。

特養での看取りの看護実践能力の必要度と実施頻度の関連を調べるため、データの正規性を確認したところ、どちらも正規分布を示さなかった。そのため、スピアマンの順位相関係数を算出した。表Ⅳ-3 の色つき項目が探索的因子分析によって選択された項目であり、これらの項目の必要度と実践頻度の関連はほぼ中程度の有意な正の相関を示した ($p < .001$ 、 $p < .01$)。一方、相関を示さなかったあるいは相関の弱い項目は、項目 4「利用者の尊厳保持のために、発生しやすい褥瘡を予防する」、項目 5「利用者の尊厳保持のために、身体(高校・陰部含む)の清潔を保つ」、項目 10「看取りに適した環境を利用者と家族に提供する」であり、これらの項目は探索的因子分析によっても抽出されなかった。

また、60 項目の共通性を算出した結果、60 項目すべての共通性の平均値は.436 であった。そのうち、探索的因子分析で抽出された項目の共通性の平均値は.520 であり、削除された項目の平均値は.390 であった。

表Ⅳ-1 対象施設の概要に関する基本統計		n=154	
		人数 (人)	割合 (%)
入所者数			
	50人以下	35	22.7
	51～100人	101	65.6
	100人以上	18	11.7
施設内死亡数 (平成23年度)			
	5人以下	22	14.3
	6～10人	39	25.3
	11～15人	26	16.9
	16～20人	44	28.6
	21～30人	23	14.9
施設の看取り方針			
	希望があれば実践する	13	8.4
	実践している	141	91.6
医師の協力性			
	協力的ではない	2	1.3
	どちらともいえない	15	9.7
	協力的だ	137	89.0
事前指示確認時期			
	していない	1	.6
	入所時のみ	1	.6
	入所時と状態変化時	138	89.6
	定期的に確認	14	9.1

表Ⅳ-2 対象者に関する基本統計		n=154	
		人数(人)	割合(%)
年齢			
	20歳代	4	2.6
	30歳代	22	14.3
	40歳代	49	31.8
	50歳代	66	42.9
	60歳代	12	7.8
	その他	1	.6
性別			
	女性	147	95.5
	男性	7	4.5
資格			
	看護師	111	72.1
	准看護師	42	27.3
	その他	1	.6
職位			
	スタッフナース	97	63.0
	師長または主任	47	30.5
	その他	10	6.5
病院経験			
	1～3年	16	10.4
	4～7年	34	22.1
	8～10年	25	16.2
	10年以上	79	51.3
施設経験			
	1～3年	20	13.0
	4～7年	46	29.9
	8～10年	43	27.9
	10年以上	45	29.2
看取り経験数			
	5回以内	17	11.0
	6～10回	30	19.5
	11～20回	29	18.8
	20回以上	78	50.6
身内との死別経験			
	なし	20	13.0
	あり	134	87.0
看取りの学習経験			
	していない	11	7.1
	施設外または自己学習	85	55.2
	施設内の勉強会	58	37.7

表IV-3 看取りの看護実践能力尺度項目の記述統計量 n=154								
		b-Mean (必要度)	b-SD (必要度)	c-Mean (実施頻度)	c-SD (実施頻度)	相関係数	有意確率	共通性
1	看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする	3.84	0.38	3.21	0.65	.304 ***		.363
2	医師に報告すべき状態かどうかを見極める	3.85	0.36	3.56	0.52	.348 ***		.308
3	身体状況の安定性をアセスメントし、最期まで入浴を促す	3.46	0.62	3.33	0.67	.524 ***		.243
4	利用者の尊厳保持のために、発生しやすい褥瘡を予防する	3.94	0.24	3.55	0.54	.191 *		.376
5	利用者の尊厳保持のために、身体(口腔・陰部含む)の清潔を保つ	3.96	0.20	3.53	0.59	.113 n.s.		.268
6	精神性の異常行動は、利用者の安全と尊厳を守れる方法で対応する	3.76	0.46	3.08	0.57	.302 ***		.441
7	自然な便通を苦痛なくコントロールする	3.61	0.50	3.09	0.63	.354 ***		.217
8	水分摂取量と排尿量のバランスを管理する	3.42	0.71	3.13	0.67	.532 ***		.241
9	最期まで安全かつ安楽な姿勢を保つためのケアを提供する	3.87	0.33	3.35	0.58	.355 ***		.462
10	看取りに適した環境を利用者と家族に提供する	3.91	0.29	3.19	0.69	.169 *		.197
11	誤嚥に注意しながら、できる限り経口摂取を促す	3.66	0.55	3.40	0.58	.536 ***		.229
12	利用者の気持ちを察して共感的理解を示しながら寄り添う	3.77	0.45	3.10	0.61	.397 ***		.411
13	利用者や家族の孤独感や寂しさを和らげるコミュニケーションを図る	3.79	0.42	3.11	0.66	.340 ***		.480
14	利用者が看取りと判断される状態に近づいていることを予測する	3.85	0.37	3.38	0.56	.348 ***		.415
15	利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる	3.56	0.58	2.72	0.85	.448 ***		.460
16	できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する	3.79	0.41	2.99	0.69	.301 ***		.412
17	利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する	3.68	0.48	2.91	0.76	.395 ***		.648
18	意思確認が困難でも、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する	3.68	0.47	2.89	0.73	.425 ***		.629
19	利用者の意思確認が困難な場合、家族から利用者の意思の代弁を聴く	3.75	0.48	3.18	0.72	.404 **		.561
20	看取り以前から、利用者と看取りについての話ができる関係性を築く	3.67	0.53	2.50	0.83	.258 **		.458
21	看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係性を築く	3.84	0.38	2.83	0.68	.256 **		.585
22	看取り以前から看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を持つ	3.81	0.44	2.93	0.76	.317 ***		.416
23	医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う	3.78	0.49	3.03	0.77	.392 ***		.367
24	介護職それぞれの能力に合わせて医療行為を指導する	3.53	0.62	2.92	0.71	.540 ***		.201
25	医師と連携し、過不足のない医療行為を提供する	3.42	0.73	3.06	0.73	.474 ***		.281
26	特養での高齢者の終末期医療に対する医師の考え方を理解しておく	3.78	0.46	3.22	0.72	.367 ***		.328
27	特養での高齢者の終末期医療に対する考えをチームで話し合う	3.84	0.38	2.99	0.77	.306 ***		.300
28	日動帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する	3.84	0.38	3.47	0.55	.338 ***		.408
29	起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ	3.65	0.54	3.27	0.64	.487 ***		.353
30	夜勤介護職に利用者の急変の可能性を引き継いでおく	3.90	0.30	3.62	0.54	.430 ***		.430
31	看取りと判断されたら、改めて治療・検査を見直す	3.60	0.60	3.20	0.78	.494 ***		.259
32	利用者の状態から、医師がするであろう指示を予測する	3.19	0.85	2.93	0.83	.703 ***		.256
33	施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する	3.91	0.28	3.65	0.54	.331 ***		.482
34	医師による死亡診断が適切に行えるよう調整する	3.72	0.64	3.57	0.73	.597 ***		.158
35	他職種の見解も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する	3.89	0.32	3.27	0.64	.246 **		.627
36	他職種とは利用者の観察情報とアセスメントを密に情報交換し共有する	3.85	0.36	3.19	0.67	.300 ***		.619
37	経験の浅い介護職が抱く看取りへの恐怖心を理解しサポートする	3.75	0.47	2.96	0.71	.327 ***		.656
38	有効な食事ケアのために栄養士と協働する	3.75	0.45	3.26	0.73	.433 ***		.492
39	相談職に対して、利用者とその家族に関する情報交換を密に行う	3.74	0.51	3.23	0.69	.419 ***		.603
40	看取りを行う上で利用者の利益となる体制作りを施設長に提案する	3.29	0.79	2.32	0.91	.309 ***		.289
41	生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する	3.86	0.38	3.25	0.65	.271 **		.714
42	利用者が会いたいと希望する人に会える調整をする	3.77	0.48	2.98	0.80	.387 ***		.332
43	利用者の希望を実現するために必要な地域資源を活用する	3.28	0.79	2.23	0.80	.390 ***		.261
44	看取りに対する家族の気持ちに共感的理解を示し、不安の軽減を図る	3.85	0.35	3.15	0.59	.366 ***		.514
45	家族に施設での看取り体制を理解してもらるように説明する	3.87	0.33	3.48	0.66	.449 ***		.473
46	家族に利用者の現状を密に連絡する	3.90	0.30	3.44	0.63	.346 ***		.456
47	利用者本人と家族が互いの意思統一を図るように調整する	3.77	0.42	2.92	0.77	.360 ***		.421
48	臨終を迎える心構えを家族が持てるように関わる	3.85	0.39	3.21	0.78	.388 ***		.405
49	看取りに対する家族の負担を軽減できるようサポートする	3.76	0.44	3.09	0.71	.414 ***		.485
50	家族と医師の相互理解が深まるように調整する	3.64	0.56	2.89	0.80	.553 ***		.488
51	家族の意向をケアプランに活かして、看取りへの関心を持てるよう促す	3.69	0.52	2.95	0.80	.414 ***		.516
52	利用者と家族の状況に合わせて、適宜看取りの希望を確認する	3.83	0.41	3.24	0.70	.416 ***		.461
53	家族が臨終に立ち会えるように連絡調整する	3.84	0.37	3.45	0.64	.397 ***		.275
54	延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する	3.88	0.38	3.54	0.65	.449 ***		.238
55	臨終後の家族の心情を受け止め、寄り添うケアを実践する	3.79	0.41	2.98	0.77	.350 ***		.585
56	臨終に間に合わなかった家族に対して、理解の得られる状況説明を行う	3.83	0.43	3.32	0.64	.419 ***		.471
57	利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する	3.75	0.51	3.01	0.90	.498 ***		.733
58	実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する	3.64	0.61	2.85	0.89	.544 ***		.831
59	家族との交流場面での反応を思い返し支援が適切だったかを評価する	3.66	0.59	2.86	0.86	.416 ***		.798
60	利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する	3.72	0.53	2.91	0.88	.451 ***		.758
n.s. notsignificant		* p<0.05		** p<0.01		*** p<0.001		

(3) 特養での看取りの看護実践能力の因子構造

1) 探索的因子分析のためのデータの選択

特養での看取りの看護実践能力の測定にあたり、必要度の平均値と実践頻度の平均値の間には、得点差はあるものの有意な正の相関が認められ($p < .01$) (表Ⅳ-3)、看護職が看取りに必要なだと考える看護実践ほど、十分に行われている傾向にあることが示された。

一方、特養での看取りのケアには、看護職だけでなく生活支援の専門職である介護職が実施するケアもあり、看護職のケアへの関わりの範囲がアセスメントおよびマネジメントに限局する場合から介護職とともに協働する場合まで幅が広い。つまり、必要だと認識している日常生活援助を含む看護ケアを、看護職がマネジメントしつつ介護職が実践している状況もありうる。このような背景から、特養での看取りの看護実践能力の因子構造を抽出するためには、実施頻度との有意な相関を確認した上で、看取りに必要な看護実践だという看護職の認識を示した必要度データを用いた方が信頼性が高いと判断した。

2) 探索的因子分析の結果

結果を表Ⅳ-4 に示す。特養での看取りの看護実践能力における必要度のデータを用いた探索的因子分析の結果から、5 因子 21 項目が抽出され、信頼性および因子間の相関が確認された。以下に、その分析過程を述べる。

研究Ⅰから導かれた特養での看取りの看護実践能力の構成要素が 6 カテゴリーであったことから、6 因子構造を仮定して最尤法・プロマックス回転にて探索的因子分析を行った。初回の分析では、6 因子構造あるいは 7 因子構造ともに回転が収束しなかった。そのため、5 因子構造を仮定した因子分析を継続した。因子負荷量が低い項目(.40 未満)、あるいは高い因子負荷量が重複する項目を削除しながら分析を進め、累積寄与率が 56.703 を示したこと、また下位項目の数と内容のまとまりを確認して 5 因子 21 項目に確定した。

探索的因子分析を進める上で、高い負荷量の重複を示したために削除されていた項目は、介護職と協働して実施する清潔ケアや排便コントロールなど日常生活ケアに関する項目や家族支援に関する項目であった。また、因子負荷量が低かった項目は、看取りの体制作りともいえる多職種連携や医師との看取り方針の統一に関する項目であった。一方、因子抽出後の共通性(表Ⅳ-4)を確認したところ、全体的にはほぼ共通性を保っていたが、第 4 因子の項目 54「延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する」については.224 と低い値を示した。しかし、この項目 54 の因子負荷量は.427 であるとともに、第 4 因子における他の項目との意味内容の関連性が認められたため、削除の対象ではないと判断した。

次に、抽出された因子の意味内容と命名について以下に述べる。第 1 因子は 4 項目で、看取った入居者が苦痛なく自然に死を迎えることができたかについて、実践したケアの効果や家族との交流場面なども思い返して評価する能力に関する項目に高い負荷量を示したため、【看取り後の振り返り】と命名した。第 2 因子は 5 項目で、看取り以前から医療行為に対する入居者および家族の意思を確認し、その意思を尊重したうえでの疼痛コントロー

ルおよび過不足のない医療提供に関する項目に高い負荷量を示したため、【入居者本意に沿った医療管理】と命名した。第 3 因子は 4 項目で、入居者にとって苦痛のない安らかな臨終に向けて他職種と連携してケア方針を統一しながら共に実践していく項目に高い負荷量を示したため【安寧な臨終に向かう協働】と命名した。第 4 因子は 5 項目で、臨終間近の急変や症状の経過を予測したフィジカルアセスメントから、他職種や家族への速やかな連絡等臨終への準備を整える管理能力に関する項目に高い負荷量を示したため【予測準備的マネジメント】と命名した。第 5 因子は 3 項目で、たとえ入居者の意思確認が困難であっても、入居者の趣味や生活歴等から最期の瞬間をその人らしく迎えるケアを模索するという働きかけを実践する項目に高い負荷量を示したため【その人らしい最期へのケア】と命名した。

因子間の関係性は、すべて中程度の正の相関を示し、抽出された 5 因子が相互に関連している関係性が認められた。最も高い相関係数を示したのは、第 2 因子の【入居者本意に沿った医療管理】と第 5 因子の【その人らしい最期へのケア】で、.637 であった ($p < .05$)。

3) 尺度の信頼性

結果を表IV-5 に示す。特養での看取りの看護実践能力の各因子について、必要度と実践頻度の両方におけるクロンバックの α 係数を算出した。必要度では、第 1 因子から順に、 $\alpha = .928$ 、.757、.77、.707、.816 を示し、信頼性が確認された。次に、必要度のデータから得られた 5 因子構造に実践頻度のデータを投入し、クロンバックの α 係数を算出した。その結果、実践頻度では第 1 因子から順に、 $\alpha = .952$ 、.740、.694、.707、.743 であった。必要度と実践頻度ともにほぼ同等の数値ではあったが、実践頻度の第 3 因子は.70 を下回っていた。

表Ⅳ-4 特養での看取りの看護実践能力の探索的因子分析の結果							N＝154	
質問項目			特養での看取りの看護実践能力因子					共通性
			第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	
1	b59	家族との交流場面での反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する	.920	.234	-.055	-.064	-.120	.892
2	b58	実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する・・・	.858	-.009	.031	-.018	.034	.784
3	b57	利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する・・・	.761	-.197	.122	.074	.185	.770
4	b60	利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する・・・	.660	.125	.122	-.042	.089	.739
5	b22	看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を持つ	.122	.788	-.105	.096	-.147	.590
6	b21	看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係を築く	.052	.695	-.065	.005	.123	.610
7	b31	看取りと判断されたら、改めて unnecessary 治療・検査を見直す・・・	.057	.534	.087	-.021	-.042	.339
8	b23	医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う・・・	-.040	.528	-.089	.175	.048	.350
9	b16	できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する・・・	-.123	.426	.174	-.040	.264	.412
10	b35	他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する・・・	-.044	-.014	.921	.025	-.049	.768
11	b41	生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する・・・	.153	-.011	.707	.096	-.044	.659
12	b1	看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする	.172	-.150	.545	.112	-.068	.358
13	b14	利用者が看取りと判断される状態に近づいていることを予測する・・・	-.048	.374	.436	-.201	.009	.380
14	b30	夜勤介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく・・・	-.001	.043	-.225	.927	.018	.811
15	b33	施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する・・・	.057	.090	.255	.519	.004	.539
16	b29	起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ・・・	.035	.143	.047	.454	-.003	.321
17	b28	日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する・・・	-.209	.129	.311	.445	.048	.396
18	b54	延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する・・・	.007	-.118	.174	.427	.020	.224
19	b18	意思確認が困難でも、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する・・・	.034	-.016	-.062	.005	.917	.811
20	b17	利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する・・・	.016	.157	.054	-.073	.735	.726
21	b15	利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる・・・	.081	-.062	-.135	.127	.638	.428
因子相関行列			1.000					
			.564	1.000				
			.565	.491	1.000			
			.340	.417	.327	1.000		
			.593	.637	.486	.426	1.000	
クロンバックの α 係数			.928	.757	.770	.707	.816	
累積寄与率			56.703					

表Ⅳ-5 必要度と実践頻度の クロンバックのα 係数の比較						n=154
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	
必要度	.928	.757	.770	.707	.816	
実践頻度	.952	.740	.694	.707	.743	

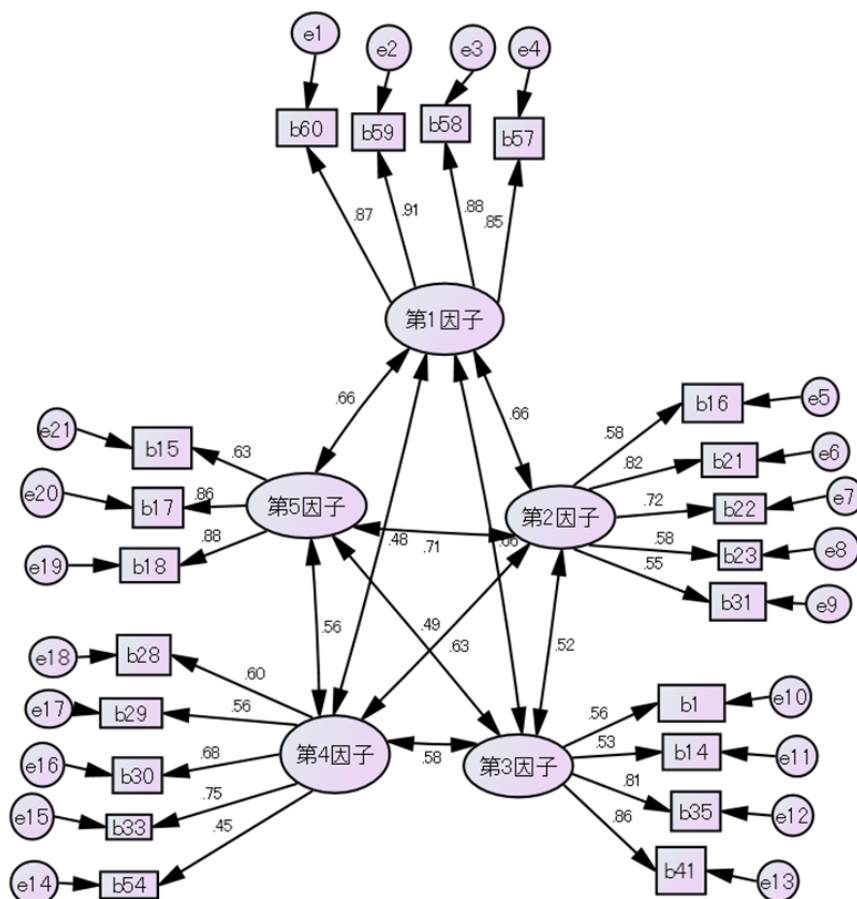
(4) 特養での看取りの看護実践能力の関連要因

結果を表Ⅳ-6 に示す。特養での看取りの看護実践能力との関連が予測される要因について、スピアマンの順位相関係数を算出した。その結果、必要度因子には施設の看取り方針が有意な相関を示した ($.18 < r < .29$ 、 $p < .05$ 、 $p < .01$ 、 $p < .001$)。一方、実践頻度因子には看取りの学習経験が有意な相関を示した ($.19 < r < .26$ 、 $p < .05$ 、 $p < .01$)。

表Ⅳ-6 特養での看取りの看護実践能力の関連要因											n=154
	実践頻度1	実践頻度2	実践頻度3	実践頻度4	実践頻度5	必要度1	必要度2	必要度3	必要度4	必要度5	
年齢	.082	.098	-.038	-.055	.087	-.033	-.133	-.034	-.126	-.105	
資格	.104	.105	.006	.057	.174 *	-.003	-.029	-.110	.070	.042	
職位	-.030	.034	-.033	-.007	.060	.034	-.040	-.057	-.051	-.028	
病院経験	-.016	.004	.014	.050	.010	-.022	.045	-.025	.039	.001	
施設経験	.139	.069	.099	.103	.062	.019	-.090	.013	.015	-.035	
施設の看取り方針	.135	.106	.175 *	.139	.150	.219 **	.281 ***	.182 *	.084	.262 **	
医師の協力性	-.031	.109	.000	-.007	.049	.026	-.060	-.001	-.095	.078	
事前指示確認時期	.130	.066	.097	.021	.090	-.034	-.149	-.055	-.034	-.064	
看取り経験数	.155	.106	.190 *	.196 *	.136	.124	.095	.192 *	.050	.163 *	
身内との死別経験	.084	.156	.126	.063	.096	.072	.169 *	.079	.071	.013	
看取りの学習経験	.155	.235 **	.231 **	.252 **	.193 *	.077	.115	.135	.055	.018	
			* p<.05	** p<.01	*** p<.001						

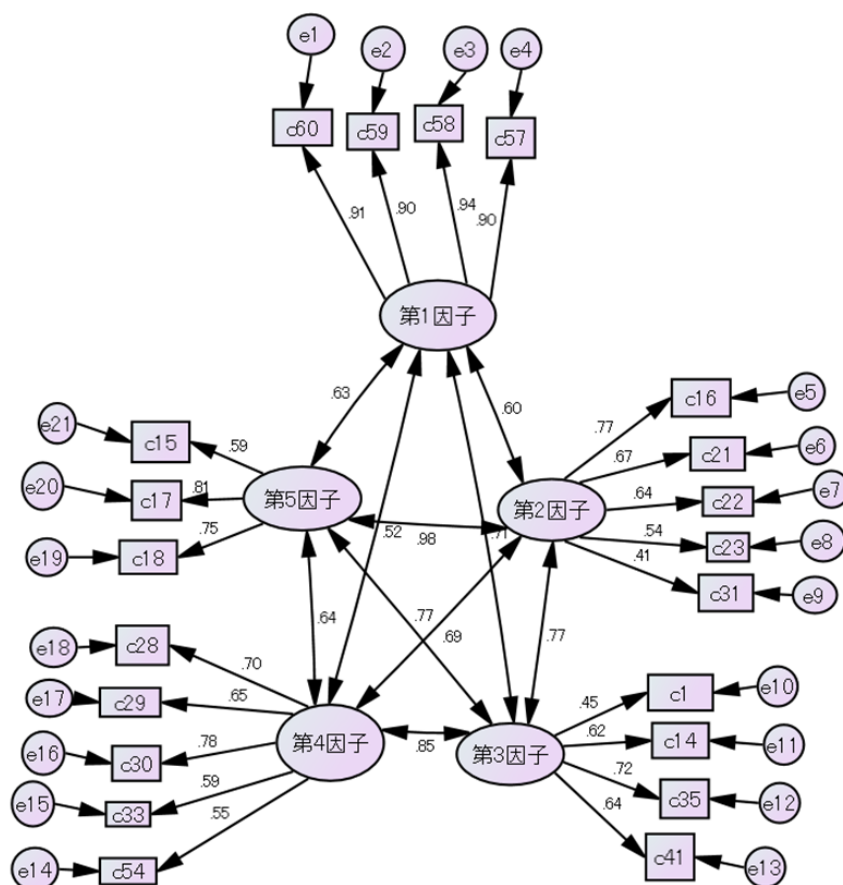
(5) 特養での看取りの看護実践能力の検証的因子分析の結果

結果を図Ⅳ-1、図Ⅳ-2 に示す。探索的因子分析の結果抽出された5因子21項目について、必要度と実践頻度ともに検証的因子分析を試みた。潜在変数は、第1因子から第5因子を示す。観測変数の項目bは必要度の下位項目、項目cは実践頻度の下位項目を示し、eは、誤差変数を示す。必要度モデルの適合度指標は、 χ^2/df 値=2.009、GFI=.831、AGFI=.781、IFI=.894、CFI=.892、RMSEA=.081 ($p=.000$)であった。実践頻度モデルの適合度指標は、 χ^2/df 値=1.515、GFI=.857、AGFI=.815、IFI=.946、CFI=.945、RMSEA=.058 ($p=.000$)であった。下位項目へのパス係数は、必要度モデルが推定値=.45～.91、実践頻度モデルが推定値=.41～.94であった。また、因子間のパス係数は、両モデルとも第2因子【入居者本意に沿った医療管理】と第5因子【その人らしい最期へのケア】間のパス係数が最も高値であった。



n = 154
 χ^2/df 値 = 2.009
 GFI = .831
 AGFI = .781
 IFI = .894
 CFI = .892
 RMSEA = .081
 p = .000
 b : 観測変数
 e : 誤差変数

図IV-1 特養での看取りの看護実践能力の必要度モデルの検証的因子分析の結果



n =154
 χ^2/df 値=1.515
 GFI=.857
 AGFI=.815
 IFI=.946
 CFI=.945
 RMSEA=.058
 p =.000

図IV-2 特養での看取りの看護実践能力の実践頻度モデルの検証的因子分析の結果

5. 考察

(1) 特養での看取りの看護実践能力の構成要素

研究Ⅰで作成した特養での看取りの看護実践能力の構成要素 60 項目から、研究Ⅱの探索的因子分析によって 21 項目が抽出され、その妥当性も検証された。そのため、研究Ⅰから導き出した 6 つのカテゴリー名について、特養での看取りの看護実践能力を尺度化し活用する際に現場の看護職に理解されやすいように、生活の場である特養の看取りの特性を踏まえた看護実践を想起しやすい簡潔明瞭な因子名に変更した。すなわち、研究Ⅰで作成した 6 カテゴリー、[尊厳優先的プランニング能力][調整的医療管理能力][予測的アセスメント能力][ソーシャルサポート的連携力][協働的家族支援力][省察的評価能力]は、研究Ⅱにおいて【入居者本意に沿った医療管理】【その人らしい最期へのケア】【予測準備的マネジメント】【安寧な臨終に向かう協働】【看取り後の振り返り】の 5 因子とした。これらは、ほぼ同様の意味内容を示していたが、構成要素を分類したカテゴリーの[協働的家族支援力]に相当する因子は抽出されなかった。家族支援に関する項目は、看取りや延命処置に対する家族の意思や希望を確認すること、あるいは施設での看取りに理解を得るための説明に関する項目として、【入居者本意に沿った医療管理】や【予測準備的マネジメント】の下位項目に入っていた。これは、家族にとって施設での看取りの理解が最も支援のポイントとなることから、施設での医療体制の理解や臨終を迎えるための心構えを支えるデスエデュケーションに関する内容が、【入居者本意に沿った医療管理】や【予測準備的マネジメント】の能力の中に潜在していると考えられる。池上(2010)の全国調査では、特養入居者の家族の 88.6%が施設内での看取りを希望している。特養での看取りにおける家族支援は、施設での看取りのあり方を理解してもらい、家族が心残りなく共に看取りに加わっていただけるように促す調整的な支援であるといえる。しかし、探索的因子分析によって家族支援に関する因子が抽出されなかったことについては、特養の看取りにおいてはまだ家族と疎遠な入居者が多く、家族支援が必要となる絶対数が少なかったことに起因すると考えられる。

次に、各因子の下位項目の構成と意味について以下に説明する。まず、生活の場である特養での看取りにおける意思確認に関する第 2 因子【入居者本意に沿った医療管理】の 5 項目は、入居者が元気なうちに看護職をはじめ周囲に気持ちを表出できる関係性を築き、施設での看取りについて入居者自身の意思を確認しながら実施するという[尊厳優先的プランニング能力]の項目 16、21、22 と、過不足のない医療の提供や疼痛コントロールにおける医師との連携などの医療管理に関する[調整的医療管理能力]の項目 23、31 で構成されていた。この[尊厳優先的プランニング能力]の項目 21、22 は、入居者が看取りと判断される以前から、医療者が少ない生活の場である特養で死を迎えることについての、入居者や家族の不安や要望を確認し施設での看取りに理解を得るために求められる看護実践能力を示している。入居者自身が自らの死をどこで誰とどのように迎えたいと思っているのか、またどのような不安を抱いているのかを知るためには、特養での入居者の生活に入り込んでなじみの関係を築き、施設での看取りについて入居者や家族が気兼ねなく不安を表出で

き、施設での看取りのあり方に理解を得られる関わりを継続的に持ち、関係性を構築することが必要である。特養の看護職は、入居者の真の望みに沿った看取りを実践したいという願望を持ち(加瀬田, 山田, 岩本, 2005)、そのためには入居者がしっかりしているうちに意思確認を行わなければならないという認識を持っている(曾根他, 2011)。このような認識を持った特養の看護職は、入居者の意識が鮮明な時期から入居者本人やその家族の意思や望みを確認する機会を設けるなど、医師による看取りのためのインフォームドコンセントの場を適宜調整している。それによって、入居者やその家族は、穏やかに死を迎えるために必要な点滴や吸引、酸素吸入などを特養でも提供できる医療体制が整っていることを理解し、病院へ搬送され昇圧剤の投与や気管内挿管など単に延命を図るためだけの医療に依存することなく、生活の場である特養であっても苦痛なく穏やかな死を迎えることが可能であるという看取りの理解と不安の軽減につながると考えられる。このように施設での安寧な看取りを望む入居者の思いに応えるためには、施設で可能な点滴や吸引、酸素吸入、疼痛のコントロール、さらには看取りへの経過の中で不要になっていく治療や検査の見直し等について、施設に常駐していない医師と円滑な連携を保ちながら、適切に医療管理を実施する看護実践能力が必要であった。このことは、生活の場である特養における医療体制の確立がターミナルケアの充実につながると示唆した山田他(2004)の研究を支持している。以上のことから、第2因子の因子名を【入居者本意に沿った医療管理】に変更した。

この【入居者本意に沿った医療管理】を有効に発揮するためには、症状の経過を予測したフィジカルアセスメントによって死を迎えるための準備を行う第4因子【予測準備的マネジメント】の5項目が必要不可欠である。この能力は、入居者の身体症状の急変やこれから起こりうる症状の経過を予測して医師をはじめ多職種と連携したり、家族が臨終に立ち会えるように連絡調整するなど入居者の人生最期の場を整えるための準備ができる能力であり、[調整的医療管理能力]の項目28、29、30、33と[協働的家族支援力]項目54で構成されていた。この結果は、特養の看護職が入居者の生命を脅かす身体的苦痛の出現や死に向かう身体的徴候の観察をもって死期を予測しているという高山他(2005)の先行研究を支持している。また、特養の全国調査では、内科の嘱託医が決まっている施設は94.6%だが、常勤の医師が配置されている施設は4%と報告されている(池上, 2010)。そのため、特養における嘱託医との連携は、与薬の指示や受診時、看取りにおけるインフォームドコンセント、臨終の際などに限られており、看護職の予測をもったアセスメントは、入居者の状態を見ていない医師に入居者の正確な情報を提供するとともに、その後の指示の適切さに活かされるなど看取りにおける医療の質に関わってくると考えられる。さらに、夜勤を担う介護職に急変の可能性を伝えたり、家族への入居者の状態変化について密な情報提供を行うなど、臨終に向けて的確な対応と家族の立会いができるよう調整する看護職のマネジメントが、家族にとっても心残りのない看取りとなると考える。

このような看護を実践するための【予測準備的マネジメント】と【入居者本意に沿った医療管理】によって、入居者が望む苦痛のない穏やかな状態や環境を保つことができ、そ

れによって看取りにおける入居者の尊厳や個別性を重視した第 5 因子の【その人らしい最期へのケア】を活かすことができる。この能力は、入居者の意識の有無や認知障害の程度に関わらず、最期までその人らしく生活が送れるよう、入居者本人のあらゆる情報をもとに推測したニーズをケアに反映することができる。例えば、歌が好きであった入居者の部屋で好みの音楽をかけたり、話し好きであった入居者の傍にゆっくり寄り添って思い出のある話題を話かけてみたり、あるいは入浴が好きであった入居者には看取りであっても可能な限り入浴を実施するなど、死を迎える最期までその人らしく生活するためのさまざまな工夫や配慮を積極的に試行錯誤するというパフォーマンス性の高いケア能力である。岩本他（2007）も、看取りにある入居者の希望を察知したり、独りにしないことなど精神的安寧を保つケアが、看取りにおける看護アドボカシー実践であると述べており、聴覚は最期まで残っていることを踏まえて【その人らしい最期へのケア】を駆使しながら、積極的に親身な関わりを持てることが必要だと考える。また、看取りでは他の入居者への配慮も必要であり（長畑他, 2012）、看護職の【その人らしい最期へのケア】を側で感じている同じ施設で共に生活してきた同居者、特に家族と疎遠な同居者から見れば、死が近づき意識がなくなってもこれほど親身に看てくれるという安心感や信頼感につながるとも考えられる。Chan HY, Pang SM (2007) は、香港の高齢者施設での長期入居者の生活上の不安と終末期ケアの質に関する研究において、入居者は死に関する議論はむしろ歓迎しているが、その施設で立案される終末期のケア計画や医師の権威については評価が低いことを報告している。つまり、どこで死にたいかということよりも、その施設での職員との関わり方や医師の対応が入居者自身の生活の質に強く影響することが推測される。【その人らしい最期へのケア】は、[尊厳優先的プランニング能力]の項目 15、17、18 で構成されており、入居者本人の人生そのものを尊重することができること、すなわちその人の人生を統合するという高齢者の終末期を締めくくるスピリチュアルケアの基盤でもあると考える。

また、特養の日常生活支援は介護職を中心に行われており、看取りも例外ではない。急変が危惧されるため看護職の関わりは増えるが、看護職の【その人らしい最期へのケア】は、介護職との連携によって入居者の真の望みにより近づくことができる（大村, 2013）。入居者の生活に密着している介護職は、入居者のその人らしさを熟知しており、家族との関係が疎遠な特養入居者にとって家族同様の関係性を持つ場合もある。そのため、介護職による毎日の食事摂取量や嚥下状態、発語や生活意欲などの情報は、看護職の【予測準備的マネジメント】や【入居者本意に沿った医療管理】の的確さや、看取りの状態を予測し医師への連絡の迅速さをもたらすと考えられる。さらに、看取りでは、可能な限り経口摂取を促すための食事形態の工夫を担う栄養士や、家族など入居者周囲の人間関係や経済面での相談支援を担う相談職との連携も、入居者のQOLを高める看取りに影響する。井澤他（2009）によれば、特養の看護職は、入居者が看取りの状態になっても施設で過ごしてきた生活を維持させ、臨終までの残された時間を充実させるために各専門職をまとめる役割を担っていると述べている。このように、第 3 因子の【安寧な臨終に向かう協働】は、看取

りの質を高めるために他職種と円滑に連携する能力であり、[予測的アセスメント能力]項目 1、14 と[ソーシャルサポート的連携力]項目 35、41 で構成されていた。

最後に、【看取り後の振り返り】は、[省察的評価能力]と同じ4項目で構成されていた。この看護実践能力は、看取った後で実践したケアを思い返して評価し、内省を次の看取りへと活かしていく能力を意味している。つまり、看取りを実践したケアの効果がどうであったかについて、入居者のご遺体の状況を確認し、苦痛のない自然な死を迎えたかについて評価して次の看取りに活かしていくことができる能力である。例えば、亡くなった入居者の皮膚の状態や四肢の拘縮の程度、眼や口腔、陰部等の状態、さらには臨終前後の苦痛の表情など入居者の身体面について看護の専門的視点から評価を行うことができる。また、入居者の思いを汲み取り寄り添っていたか、望みに応えることができていたかという入居者の意思の尊重について振り返り、精神面についても客観的に評価を行うことができる。さらに、入居者の生前に関わった家族との関係性についても、施設での看取りに対する理解が得られていたか、本当にこのままでいいのかという家族の不安や心のゆらぎに対して、不安を軽減するような関わりができたか、また家族が入居者の意思を尊重し、入居者にとっての最善を落ち着いて考えられたかなど、家族の満足度についても振り返る。長畑他(2012)が、特養の看護職が家族や他の入居者をフォローしつつ看取りのケアを振り返っていることを明らかにしたように、【看取り後の振り返り】によって得られた内省は、次の看取りに活かせる重要な資料となり、入居者と家族が穏やかな最期を迎えるという看護目標を達成するための原動力となると考えられる。

以上のように、生活の場である特養での看取りを支える看護実践能力には、住み慣れた施設で看取られたいと望む本人および家族の思いに応えるために最期まで穏やかに暮らすための過不足のない医療が提供できる【入居者本意に沿った医療管理】、高齢者の終末期にみられる不安定な症状の変化に迅速かつ的確に対応できる【予測準備的マネジメント】、毎日の生活に密着して生活支援を行う介護職など看取りのケアチームの連携を円滑化できる【安寧な臨終に向かう協働】、入居者らしい生活が最期まで安寧に送れるための演出ができる【その人らしい最期へのケア】、そして、これらの能力を評価し看取りの経験知として積み上げていける【看取り後の振り返り】が必要であると示唆された。これらの能力をバランスよく発揮することによって、入居者が望む環境で、家族に見守られながら苦痛のない穏やかな死を迎えるという看護目標を達成に導いていくことができる考えられる。

明らかになった特養での看取りの看護実践能力の構造は、生活の場である特養における高齢者の終末期の特性を示しており、その能力を測定するための尺度項目として妥当であることが示唆された。特養での看取りの看護実践能力の尺度項目を表Ⅳ－7に示す。

表Ⅳ-7 特養における看取りの看護実践能力尺度の尺度項目

<p>【安寧な臨終に向かう協働】4項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする 2. 利用者が看取りと判断される状態に近づいていることを予測する 3. 生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する 4. 他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する <p>【その人らしい最期へのケア】3項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる 6. 利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する 7. 意思確認が困難であっても、利用者の人柄から思いを推察しケアを模索する <p>【入居者本意に沿った医療管理】5項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する 9. 看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係を築いておく 10. 看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を待つ 11. 医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う 12. 看取りと判断されたら、改めて不必要な治療・検査を見直す <p>【予測準備的マネジメント】5項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. 日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する 14. 起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ 15. 夜間介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく 16. 施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する 17. 延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する <p>【看取り後の振り返り】4項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. 利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する 19. 実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する 20. 家族との交流場面や家族の反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する 21. 利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する
--

(2) 特養での看取りの看護実践能力尺度としての信頼性および妥当性の検討

5 因子構造の下位尺度の意味内容から、特養での看取りの看護実践能力尺度は、生活の場である特養において、そこで暮らす高齢者の尊厳を守りつつ全人的苦痛を軽減しながら看取るための看護実践能力の獲得度測定の物差しとなりうることが示唆された。

尺度の信頼性においては、必要度を調べたデータと実践頻度を調べたデータの両者とも、信頼係数の結果はほぼ同等であり、内的一貫性を確認できた。また、検証的因子分析により構成概念妥当性の確認はできたが、特養での看取りのケアは、生活支援の専門職である介護職と協働するケアもあり、実践頻度データには介護職の支援の影響が考えられる。そのため、特養での看取りの看護実践能力の因子抽出にあたり看取りに必要な看護実践だという看護職の認識を示した必要度データを用いたことは妥当だと考える。

尺度項目の取捨選択については、研究Ⅰで作成された 60 項目のアイテムプールが 21 項目に絞られたが、心理学者である Nunnally(1994)は組み立てられる項目の数は、最終的尺度として考案されたものの少なくとも 2~3 倍のサイズで項目のプールを作ること推奨している。研究Ⅱでは、理論的かつ実践的な内容妥当性を備えた看取りの看護実践能力のアイテムプールから 5 因子 21 項目を導き出すことができた。また、因子抽出後の共通性においても、削除された項目よりも抽出された項目の方が高かった。これらのことから、対象者が負担なく回答できる簡便な尺度としての有用性も備えていると考えられる。

一方、特養での看取りの看護実践能力と対象者の基本属性の関連要因を調べた(表Ⅳ-6)。その結果、【入居者本意に沿った医療管理】【その人らしい最期へのケア】【予測準備的マネジメント】【安寧な臨終に向かう協働】は、看取りの学習経験と有意な相関が認められた。つまり、施設内の勉強会への参加が多い看護職ほど、これらの看護実践能力が高いといえる。ところが、看取りの学習経験について回答した研究Ⅱの対象者の人数を見ると、施設内の勉強会よりも施設外の研修や自己学習をしている者が多かった(表Ⅳ-2)。これは、看取りに関する知識を得るために、対象者は施設外の研修に積極的に参加しているが、実際に看護実践能力として培える機会は、施設内の勉強会であることを意味していると考えられる。先行研究では、入居者の尊厳ある看取りについて職員同士で語り合える体制の充実や多職種が協働して看取りを実践できるように継続的な職員研修の必要性が叫ばれている(坂下, 西田, 2012 ; 塚田, 浅見, 2012)。看取りに関わる職員全員が参加できる施設内での研修の充実を図ることは、看取りの質確保には重要な要素であると考えられる。

6. 研究Ⅲへの示唆

研究Ⅱで作成した特養での看取りの看護実践能力尺度は、初期段階の検証であり適合度は十分とはいえなかった。しかし、豊田(2007)によれば、変数が 30 以上のパス図の場合、適合度指標の GFI が 0.9 以下であっても、GFI の低さの理由だけでそのパス図を捨てる必要はないと述べており、今後も、より大きな母集団を対象に、尺度としての信頼性および妥当性を継続的に検証していく必要がある。

また、特養での看取りの看護実践能力には、看取りの学習経験などその能力に関連する要因が様々に考えられる。看取りの質を総合的に捉えて、その質を確保するための要因を多角的に検証していく必要があると考える。

第Ⅴ章 研究Ⅲ：特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力の環境要因と看取りの質を評価する因果モデルの検証

1. 研究Ⅲにおける概念枠組み

研究Ⅲにおける概念枠組みを図Ⅴ-1 に示す。研究Ⅱの結果より導き出された【看取り後の振り返り】【入居者本意に沿った医療管理】【安寧な臨終に向かう協働】【予測準備的マネジメント】【その人らしい最期へのケア】という特養での看取りの看護実践能力の構造について、研究Ⅲでは尺度化に向けた信頼性および妥当性を継続的に確認する。そのため、まず研究Ⅱで明らかにした特養での看取りの看護実践能力の構造に、研究Ⅲの調査データを投入して検証的因子分析を行い、研究Ⅲにおいての構成概念妥当性を確認する。次に、看護実践能力自己評価尺度(CNCSS) (中山, 工藤, 松成他, 2010)、一般病棟の看取りケア尺度 (吉岡他, 2009)、高齢者の終末期ケアマネジメントツール(樋口, 篠田, 杉本, 近藤, 2010)との相関分析によって、尺度としての妥当性を確認する。

そのうえで、研究Ⅲでは構造と過程と成果の 3 側面から医療サービスの質を評価する Donabedian モデルを基盤に、特養において望ましい看取りを実現する看護実践能力と環境要因の因果関係を検証するモデルを作成し(図Ⅴ-1)、これを概念枠組みとして共分散構造分析による検証を行う。Donabedian モデルの構造には、特養の看護職者数、ユニットケア対応や事前指示書およびマニュアルの有無、看取り後のカンファレンスや研修の開催頻度を当てはめ、特養での看取りにおける環境要因として環境的構造という構成概念とする。また過程には、特養での看取りの看護実践能力尺度を当てはめる。成果には、平成 24 年の施設での看取り希望者数や臨終時の家族の立会い数および看取り介護加算の算定数を当てはめ、看取りの実績という構成概念とする。

この看取りの実績という構成概念の 3 つの実数のうち、施設での看取り希望者数と臨終時の家族の立会い数は、看取りの質の操作的定義とした「本人が望む場所で家族に見守られながら」看取られたいという入居者の意思に相当する意味内容を示す実数である。また、看取りの実績のもうひとつの実数とした看取り介護加算の創設目的は、全人的苦痛の緩和や入居者本人の意思の尊重、老衰の果ての安らかな臨終など看取りの質の確保であり、その算定要件には、施設の看取り指針を定めること、入居者および家族にインフォームドコンセントを徹底すること、看取りに関する職員研修を実施すること、看取り専用の個室を確保すること等が挙げられている。つまり、これら 3 つの看取りの実績は、生活の場である特養で最期まで安寧に生活するという看取りの質に関連するデータだといえる。

以上を踏まえ、特養の看取りにおける環境的構造が、看護実践能力に影響を及ぼし、施設での看取り希望数など看取りの実績にも影響を及ぼすという仮説を立てた。そして、職位による回答傾向の差を確認するために、看護責任者と看護スタッフの両者における因果モデルを仮定し、共分散構造分析によって検証する。

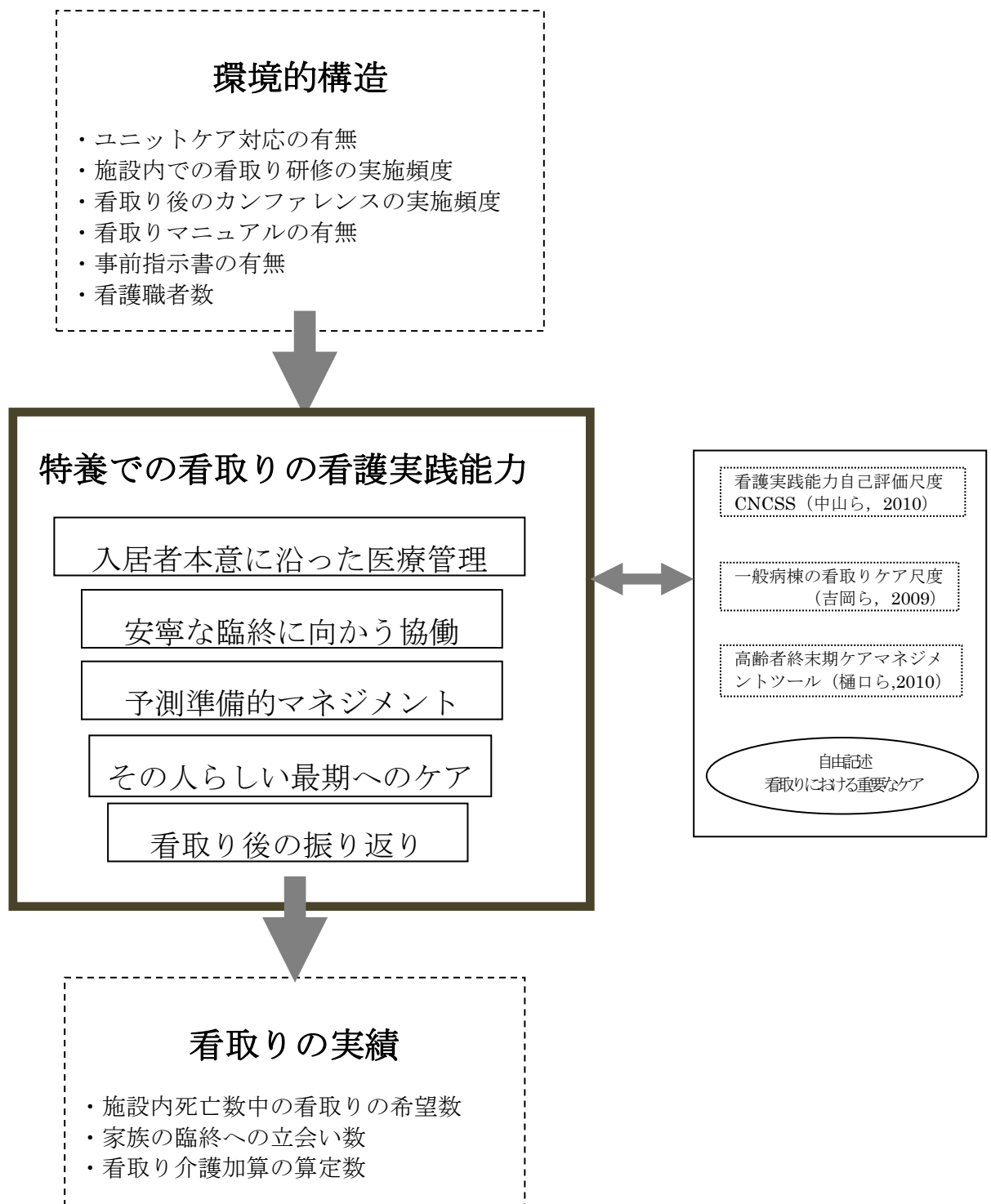


図 V-1 研究Ⅲにおける概念枠組み

2. 研究方法

(1) 対象者

WAMNET に掲載されている全国(東日本大震災の被災地を除く)の看取りを実践している特養から、ユニット型特養 200 施設と従来型特養 300 施設をランダムサンプリングし、選択した特養に勤務する看取り経験のある看護職 1000 人(1 施設 2 人)を対象とした。対象者は、看護責任者と看護スタッフ各 1 名ずつとした。

(2) データ収集方法

調査期間は、平成 25 年 2 月～4 月である。研究Ⅱで信頼性と妥当性が確認された自作の調査用紙による無記名の自記式質問紙郵送法を実施した。対象者用の研究協力依頼文書(資料Ⅲ-1・2)と調査用紙(資料Ⅲ-3～7)および返送用封筒を同封した封書を 2 通まとめて対象とする特養の看護責任者宛に郵送した。各施設の看護責任者には、研究の主旨と方法を説明した文書(資料Ⅲ-1)で研究協力への同意を求め、看取り経験の豊富な看護職 1 人を選出し、同封の封書を配布してもらうよう依頼した。看護責任者用依頼文(資料Ⅲ-1)には、看護責任者のみが回答する施設概要に関する調査用紙(資料Ⅲ-3)があることを明記した。研究に同意の得られる対象者には、回答した無記名の調査用紙を返送用封筒に入れ、差出人は明記せず各自で郵送してもらった。対象者の所属施設がわかるように、あらかじめ返信用封筒に施設番号を付記した。

(3) 質問紙の構成

調査用紙(資料Ⅲ-4・5・6・7)への回答に要する時間は、約 20～30 分程度である。

1) 対象施設の概要と対象者の基本属性(資料Ⅲ-4)

対象施設の概要として、平成 24 年における入居者数、死亡退所者数、施設内死亡者数を問う。また、基本属性は、年齢、資格、学歴、病院での臨床経験年数、高齢者施設での臨床経験年数の 5 項目である。

2) 環境的構造と測定方法(資料Ⅲ-3)

平成 24 年における以下の項目を測定する。

① ユニットケアの対応

特養入居者の尊厳重視のために国が推進しているユニット型の施設整備がされているかについて、対応していない、対応しているの 2 択で問う。

② 施設内での看取り研修の実施頻度

看取り介護加算の算定要件にも掲げられている職員の看取り研修の実施について、していない、年に 1 回程度、半年に 1 回程度、月に 1 回程度の 4 択で問う。

③ 看取り後のカンファレンスの実施頻度

特養での看取りの看護実践能力である【看取り後の振り返り】の育成の場ともな

る看取り後のカンファレンスについて、実施しない、たまに実施する、毎回実施する、の3択で問う。

④ 看取りのマニュアルの有無

その施設での看取りのガイドラインともなるマニュアルについて、ない、作成中、あるの3択で問う。

⑤ 意思確認を事前指示書に残しているか

生前における入居者や家族の延命医療や施設での看取り希望に対する意思を事前指示として書面で残しているかについて、残していない、残しているの2択で問う。

⑥ 看護職者数

生活の場で死を看取るために必要な医療者である看護職の人数(実数)を問う。

3) 看取りの実績と測定方法(資料Ⅲ-3)

平成24年の1年間における以下の項目を測定する。

① 施設内死亡者中の看取り希望者数

施設内で死亡が確認された入居者のなかで、事前に施設での看取り希望が確認されていた人数(実数)を問う。

② 家族の臨終への立ち合い数

家族が臨終に立ち会えた件数(実数)を問う。

③ 看取り介護加算の算定数

看取りの質確保のために策定された看取り介護加算の算定数(実数)を問う。

4) 特養での看取りの看護実践能力尺度(資料Ⅲ-6)

研究Ⅱによって、特養での看取りの看護実践能力を評価する尺度項目として抽出された21項目を用いる(資料Ⅲ-6)。この21項目は、医療者が少ない生活の場である施設において、終末期にある高齢者を老衰の果てに迎える苦痛のない穏やかな死へと導くための看護職の全人的な看護実践能力の獲得度を測定する尺度項目として、研究Ⅱにおいて構成概念妥当性が確認されている。この尺度は、【入居者本意に沿った医療管理】【安寧な臨終に向かう協働】【予測準備的マネジメント】【その人らしい最期へのケア】【看取り後の振り返り】という5つの因子構造を呈しているため、下位項目の点数によって因子間の比較検討が可能であり、補うべき能力を具体的に明らかにすることができる。特養での看取りの看護実践能力尺度は、自己評価尺度としての開発を目指すため、研究Ⅲでは達成の程度を問い、信頼性・妥当性を確認する。回答欄は、「できていない：1」～「十分できている：4」までの4段階リッカート方式とする。

5) 看護実践能力自己評価尺度(Clinical Nursing Competence Self-Assessment Scale (中山他, 2010) (資料Ⅲ-5)

特養での看取りの看護実践能力尺度の基準関連妥当性検証の目的で、中山他, (2010) の開発した看護実践能力自己評価尺度(以下 CNCSS) 64 項目を用いる。回答欄は、「自信がない: 1」～「自信をもってできる: 4」までの 4 段階リッカート方式である。

CNCSS は、看護系大学卒業の看護師の看護実践能力を測定するツールとして開発された。尺度開発の取り組みから 5 年間かけて継続的に信頼性および妥当性が確認されており、安定性の高い尺度である。基本的かつ総合的な看護実践能力を正確に測定することのできる尺度として、研究Ⅲでの活用を決定した。

6) 一般病棟の看取りケア尺度(吉岡他, 2009) (資料Ⅲ-7)

特養での看取りの看護実践能力尺度の収束的妥当性検証の目的で、一般病棟の看取りケア尺度 22 項目を用いる。回答欄は、「全く実施できていない: 1」～「よく実施できている: 5」までの 5 段階リッカート方式である。

一般病棟の看取りケア尺度は、一般病棟の看護師の看取りケアの実践力を測定する。この尺度の看取りケアの定義は、「患者を含む家族を 1 つのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」としている。状況は異なるが、家族も含めた終末期ケアの実践能力という視点は、特養での看取りの看護実践能力に相応の関連性を確認できると考え選択した。

7) 高齢者の終末期ケアマネジメントツール(樋口他, 2010) (資料Ⅲ-4)

看取りにおける看護実践では、医師をはじめ他職種との連携、家族との調整、ケア方針の統一などマネジメントを主軸にした看護業務が多い(上村他, 2011)。特養の看取りの看護実践能力にも、マネジメントの要素は多分に含まれると予測される。そこで、特養の看取りの看護実践能力の併存的妥当性を検証するために、高齢者の終末期ケアマネジメントツールに着目した。このツールは、高齢者のより質の高い終末期ケアの実現を目的として、生活の質全般を向上するためのケアマネジメントツールである。対象者の療養場所や記入者の職種も問わず、介護保険における一般的なケアマネジメントとは異なる。

このツールは、高齢者の終末期ケアの質を高めるために 4 つの条件を整備することを目標に、3 枚のシート(ケアマネジメントシート、振り返りシート、評価シート)と、各シートに対するチェックポイント表から構成されている。4 つの条件とは、「本人・家族の意思表示があること」「ケアを支える介護力や周りの人々のサポートがあること」「終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること」「本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメントがなされること」であり、これらの条件を整えるための 20 項目のチェックポイントがある。研究Ⅲでは、この 4 条件を整えるケアマネジメントのためのチェックポイント 20 項目をケアマネジメントの質を問う尺度項目として活用し、対象者のマネジメント能力を測

定することとした。4条件は、今後の論述過程で【本人・家族の意思表示があること】【周囲の人々のサポートがあること】【医学医療ケアが受けられること】【願いを実現するためのケアマネジメント】という潜在変数として扱うこととする。回答欄は、「していない：1」～「十分している：4」までの4段階リッカート方式とする。

8) 自由記述欄

対象者に「看取りに対して重要だと考えるケア」についての意見や思いを自由に記述してもらうため、自由記述欄を設けた。

(4) 分析方法

統計解析ソフトは、SPSS ver19.0 for Windows および Amos ver. 20 を使用した。

1) 各項目の記述統計の算出

記述統計では、平均値と標準偏差を求めるとともに、研究Ⅲのデータを投入した際のクロンバックの α 係数も同時に算出した。

2) 特養での看取りの看護実践能力尺度の検証的因子分析

研究Ⅲにおける特養での看取りの看護実践能力尺度の構成概念妥当性を確認するために、検証的因子分析を行った。適合度指標は、 χ^2/df 値、GFI、AGFI、IFI、CFI、RMSEA を確認した。

3) 特養での看取りの看護実践能力尺度と既存尺度との相関分析

特養での看取りの看護実践能力因子と基本属性をはじめ環境的構造および看取りの実績の下位項目との相関分析を行い、関連性を検証した。また、CNCSS(中山他, 2010) および一般病棟の看取りケア尺度(吉岡他, 2009)、高齢者の終末期ケアマネジメントツール(樋口他, 2010)との相関分析の結果をもとに、特養での看取りの看護実践能力尺度の基準関連妥当性および収束的妥当性、併存的妥当性を確認した。各尺度については、正規性を検定した上で、相関係数算出の方法を決定した。

4) 多母集団同時分析による因果モデルの検証

(3) で得られた関係性を基に、特養での看取りの看護実践能力 5 因子を中心とした環境的構造および看取りの実績について因果関係が予測される因果モデルを作成した。その際、研究Ⅲでは看護責任者と看護スタッフの業務内容に大きな差はないことを仮定して、同じ施設の看護責任者と看護スタッフから回答を得ており、職位による回答傾向に差がないことを確認するために看護責任者と看護スタッフの多母集団同時分析を行った。研究Ⅲでの共分散構造分析における適合度指標は、 χ^2/df 値、GFI、AGFI、CFI、IFI、RMSEA を確認し、分析ソフトには Amos19 を用いた。

5) 自由記述の分析

調査用紙には、“看取りにおいてあなたが重要だと思うケアを自由にお書きください”という自由記述欄を設けた。記述内容を一文一意味ごとの文節にコード化し、その意味ごとに中カテゴリー、大カテゴリーに分類し命名した。大カテゴリー内の文節数と中カテゴリー内の文節数を図にまとめ、大カテゴリーごとに中カテゴリー、文節の一覧を表で示した。

3. 倫理的配慮

研究Ⅲは、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得た(承認番号：12041)。研究対象とする特養の選定は、日本全国において東日本大震災の被災地を除いた地域からランダムサンプリングした。郵送する封書には、施設長および看護責任者への研究協力依頼文書(資料Ⅲ-1)を添付し、対象者の選定(看護責任者を含む2人)と対象者用の調査書類一式(研究協力依頼文書、調査用紙、返送用封筒)(資料Ⅲ-2・3・4・5・6・7)の配布を依頼した。その際、上司からの圧力がかからない選定と配布をお願いする旨を説明文書に明記した。対象者には、調査用紙は無記名であること、研究参加への自由意思、匿名性の遵守、データの厳重な保管と破棄に関する倫理的配慮を説明文に明記した。アンケートの返送を持って同意とみなした。また、尺度の妥当性検証のために使用した既存尺度については、あらかじめ本研究の目的等を文書で尺度開発者に説明し、借用許可を得た。

4. 結果

調査の結果、対象施設の回収数は161施設(回収率32.2%)で、有効回答数は159施設(有効回答率98%)であった。そのうち、返送された看護責任者に対する質問紙とともに施設概要の調査用紙が同封されていた156施設を対象施設の分析データとした。

また、対象者の総回収数は336人(回収率33.6%)で、有効回答数は298人(有効回答率97.3%)であり、その内訳は看護責任者は156人、看護スタッフは142人であった。

ただし、看護スタッフのみのデータで分析を行う場合(検証的因子分析・多母集団同時分析)には、看護スタッフ142人中で所属施設が明確な看護スタッフ127人を分析データとした。

(1) 対象施設の概要と対象者の属性

1) 対象施設に関する記述統計

①環境的構造

結果を表Ⅴ-1に示す。対象施設156施設の看取りを実践する環境的構造の記述統計を行った。対象施設のうち、ユニットケアに「対応している」施設は97施設(62.2%)、「対応していない」施設は59施設(37.8%)であった。施設内での看取りの研修の実施頻度では、「年に1回程度」が最も多く91施設(58.3%)、次いで「半年に1回程度」が40施設(25.6%)、「していない」施設が18施設(11.5%)、「月に1回程度」が7施設(4.5%)であった。対象

施設のうち、看取り後のカンファレンスを「毎回実施する」施設は 103 施設(66.0%)と最も多く、次いで「たまに実施する」30 施設(19.2%)、「実施しない」23 施設(14.7%)であった。看取りのマニュアルは「ある」と答えた施設が 138 施設(88.5%)、次いで「ない」10 施設(6.4%)、「作成中」8 施設(5.1%)であった。意思確認を事前指示書に残しているかの質問には、144 施設(92.3%)が「残している」と答えており、「残していない」と答えた施設は 11 施設(7.1%)であった。

また、表V-2 に示したとおり、対象施設 156 施設の平成 24 年における平均入居者数は 76.8 ± 26.4 人(範囲 30-240 人)、平均死亡退所者数は 15.3 ± 8.6 人(範囲 0-59 人)であった。施設内での平均死亡数は 10.3 ± 7.7 人(範囲 0-46 人)で、死亡退所者数に対する割合は 67% であった。看護職の平均配置人数は 1 施設につき 5.9 ± 2.1 人(範囲 2-15 人)であった。

②看取りの実績

結果は表V-3 に示す。対象施設 156 施設において、施設内死亡者中で看取りを希望していた人数は 1 施設につき平均 8.9 ± 7.1 人(範囲 0-42 人)、看取りにおける家族の臨終時の立会い数は平均 5.1 ± 4.8 人(範囲 0-26 人)、看取り介護加算の算定数は平均 6.4 ± 5.7 人(範囲 0-28 人)であった。

表 V-1 看取りを実践する環境的構造の記述統計(順序尺度)		n=156	
		人数(人)	割合(%)
ユニットケア対応			
	対応していない	59	37.8
	対応している	97	62.2
看取り研修の有無			
	していない	18	11.5
	年に1回程度	91	58.3
	半年に1回程度	40	25.6
	月に1回程度	7	4.5
看取り後のカンファレンス			
	実施しない	23	14.7
	たまに実施する	30	19.2
	毎回実施する	103	66.0
看取りマニュアルの有無			
	ない	10	6.4
	作成中	8	5.1
	ある	138	88.5
意思確認を事前指示書に残しているか			
	残していない	11	7.1
	残している	144	92.3

表 V-2 平成24年の対象施設の環境的構造の記述統計(間隔尺度)				n=156	
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
入居者数(人)	76.8	26.4	30	240	
死亡退所者数(人)	15.3	8.6	0	59	
施設内死亡数(人)	10.3	7.7	0	46	
看護職者数(人)	5.9	2.1	2	15	

表 V-3 平成24年の対象施設の看取りの実績の記述統計				n=156	
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
死亡者中の看取り希望者数(人)	9.0	7.1	0	42	
看取りの家族立会い数(件)	5.1	4.8	0	26	
看取り介護加算算定数(件)	6.4	5.7	0	28	

2) 対象者の基本属性

結果を表V-4に示す。対象者の年齢は、50歳代が最も多く123人(41.3%)で、次いで40歳代104人(34.9%)、30歳代39人(13.1%)、60歳代22人(7.4%)、20歳代8人(2.7%)であった。資格は、看護師が219人(73.5%)、准看護師が78人(26.2%)であった。学歴は、専門学校卒が最も多く264人(88.6%)、次いで短大卒18人(6.0%)、大学卒は2人(0.7%)であった。病院での臨床経験年数は、10年以上が最も多く162人(54.4%)、次いで4～7年が64人(21.5%)、8～10年が39人(13.1%)、1～3年が33人(11.1%)であった。高齢者施設での臨床経験年数において、最も多かったのは10年以上で109人(36.6%)、次いで4～7年が94人(31.5%)、8～10年が53人(17.8%)、1～3年が42人(14.1%)であった。

表V-4 対象者の基本属性		n=298			
		対象者総数(人)	割合(%)	看護責任者数(人)	看護スタッフ数(人)
年齢	20歳代	8	2.7	4	4
	30歳代	39	13.1	17	22
	40歳代	104	34.9	59	45
	50歳代	123	41.3	66	57
	60歳代	22	7.4	9	13
	その他	2	0.7	1	1
資格	看護師	219	73.5	117	102
	准看護師	78	26.2	39	39
学歴	専門学校卒	264	88.6	139	125
	短大卒	18	6.0	10	8
	大学卒	2	0.7	1	1
	その他	14	4.7	6	8
病院での 臨床経験年数	1～3年	33	11.1	18	15
	4～7年	64	21.5	31	33
	8～10年	39	13.1	18	21
	10年以上	162	54.4	89	73
高齢者施設での 臨床経験年数	1～3年	42	14.1	20	22
	4～7年	94	31.5	48	46
	8～10年	53	17.8	29	24
	10年以上	109	36.6	59	50
合 計		298		156	142

(2) 妥当性検証のために用いる尺度の基本統計

1) 看護実践能力自己評価尺度 (CNCSS) (中山他, 2010) の記述統計

結果を表V-5 に示す。対象者 298 人における看護実践能力自己評価尺度(以下 CNCSS)の記述統計を行った。CNCSS の各項目には、天井効果・フロア効果ともに見られなかった。64 項目すべての平均値は、 $2.89 \pm .63$ 点であった。また、各コンピテンスの平均値と標準偏差を表V-6 に示した。コンピテンスの下位項目の平均値が 2.9 点以上を示した因子は、得点の高い順に【倫理的実践】 $3.21 \pm .57$ 点、【クリニカルジャジメント】 $3.09 \pm .57$ 点、【基本的責務】 $3.07 \pm .58$ 点、【看護管理】 $3.06 \pm .57$ 点、【看護の計画的な展開】 $2.96 \pm .62$ 点、【リスクマネジメント】 $2.93 \pm .64$ 点であった。平均値が 2.9 点未満の因子は、【質の改善】 $2.84 \pm .65$ 点、【援助的人間関係】 $2.83 \pm .60$ 点、【継続学習】 $2.70 \pm .69$ 点、【専門性の向上】 $2.69 \pm .67$ 点、【ケアの評価】 $2.68 \pm .69$ 点、【ケアコーディネーション】 $2.67 \pm .68$ 点、【ヘルスプロモーション】 $2.48 \pm .72$ 点であった。

また、下位項目の平均値を因子得点として算出したクロンバックの α 係数を表V-6 に示す。各因子の α 係数は、【基本的責務】が $\alpha = .788$ 、【倫理的実践】が $\alpha = .754$ 、【援助的人間関係】が $\alpha = .820$ 、【クリニカルジャジメント】が $\alpha = .858$ 、【看護の計画的な展開】が $\alpha = .879$ 、【ケアの評価】が $\alpha = .831$ 、【ヘルスプロモーション】が $\alpha = .852$ 、【リスクマネジメント】が $\alpha = .708$ 、【ケアコーディネーション】が $\alpha = .628$ 、【看護管理】が $\alpha = .811$ 、【専門性の向上】が $\alpha = .777$ 、【質の改善】が $\alpha = .725$ 、【継続学習】が $\alpha = .804$ であった。

2) 一般病棟の看取りケア尺度の記述統計(吉岡他, 2009)

結果を表V-7 に示す。対象者 298 人における一般病棟の看取りケア尺度の記述統計を行った。一般病棟の看取りケア尺度の項目には、天井効果・フロア効果ともに見られなかった。平均値が最も高かった因子は、【有効なケアの調整】因子の $4.04 \pm .79$ 点であり、続いて【情報提供と意思決定のケア】因子の $3.75 \pm .83$ 点、【苦痛緩和ケアの保証】因子の $3.73 \pm .80$ 点、【悔いのない死へのケア】因子の $3.60 \pm .91$ 点、【癒しと魂のケア】因子の 3.19 ± 1.02 点であった。各因子の下位項目で平均値 4.0 点以上であった項目の平均得点は、【有効なケアの調整】因子の中の「家族が医師と話し合えるよう調整する」が $4.25 \pm .67$ 点、「患者と家族が最期の時を過ごすための場所と時間を確保する」が $4.21 \pm .72$ 点、および【悔いのない死へのケア】因子の中の「患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する」が $4.11 \pm .70$ 点であった。

クロンバックの α 係数は、【悔いのない死へのケア】因子が $\alpha = .810$ 、【癒しと魂のケア】因子が $\alpha = .828$ 、【苦痛緩和ケアの保証】因子が $\alpha = .857$ 、【情報提供と意思決定のケア】因子が $\alpha = .802$ 、【有効なケアの調整】因子が $\alpha = .692$ であった。

3) 高齢者の終末期ケアマネジメントツール（樋口他, 2010）の記述統計

結果を表V-8に示す。対象者 298 人における高齢者の終末期ケアマネジメントツールの記述統計を行った。天井効果・フロア効果ともに見られず、全体の平均値は $3.01 \pm .63$ 点であった。4 条件の各平均値は、高い順に【本人・家族の意思表示があること】 $3.24 \pm .56$ 点、【周りの人々のサポートがあること】 $2.95 \pm .65$ 点、【医学医療ケアが受けられること】 $3.0 \pm .66$ 点、【願いを叶えるケアマネジメント】 $2.87 \pm .64$ 点であった。

各条件ごとの α 係数は、【本人・家族の意思表示があること】4 項目の $\alpha = .834$ 、【周りの人々のサポートがあること】6 項目の $\alpha = .843$ 、【医学医療ケアが受けられること】5 項目の $\alpha = .781$ 、【願いを叶えるケアマネジメント】5 項目の $\alpha = .821$ であった。

4) 特養での看取りの看護実践能力尺度の記述統計

結果を表V-9に示す。対象者 298 人における特養での看取りの看護実践能力尺度の記述統計を行った。特養での看取りの看護実践能力尺度の項目には、天井効果・フロア効果ともにみられなかった。また、全体の平均得点は 3.08 ± 0.63 点であった。各因子の平均点は、高い順に【予測準備的マネジメント】 $3.29 \pm .59$ 点、【安寧な臨終に向かう協働】 $3.12 \pm .52$ 点、【入居者本意に沿った医療管理】 $3.03 \pm .65$ 点、【看取り後の振り返り】 $3.02 \pm .69$ 点、【その人らしい最期へのケア】 $2.96 \pm .68$ 点であった。

各因子のクロンバックの α 係数は、【看取り後の振り返り】4 項目が $\alpha = .948$ 、【入居者本意に沿った医療管理】5 項目が $\alpha = .781$ 、【安寧な臨終に向かう協働】4 項目が $\alpha = .810$ 、【予測準備的マネジメント】5 項目が $\alpha = .878$ 、【その人らしい最期へのケア】3 項目が $\alpha = .823$ であった。

表 V-5 CNCSSの記述統計		n=298	
		平均値	標準偏差
基本的責務	私は看護ケアを実施する時、利用者に目的と方法を説明し同意を得ている	2.95	0.61
	私は看護ケアを求められた時、自分の現在の能力で果たせるかを判断して実施するかを決めている	3.07	0.59
	私は利用者に今の病状について聞かれた時、看護師として責任を負える範囲で説明している	3.21	0.55
	私は利用者や家族に不安を抱かせないように、提供する看護ケアの効果とリスクについて説明している	3.05	0.56
倫理的実践	私は利用者が治療について十分に納得していないと察した時、気持ちや疑問を表出できるようにしている	2.87	0.60
	私は利用者が診断や治療について医師に聞かないで困っている時、代弁者の役割を果たしている	3.09	0.59
	私は利用者の尊厳を守ることを意識しながら日常生活援助を行っている	3.16	0.56
	私は看護師として知り得た利用者の個人情報や、外部に漏れることがないように守秘する	3.69	0.48
	私は日常生活援助を行う時、その必要性と選択肢を説明した上で、利用者の希望を尊重し実施している	3.05	0.62
	私は看護ケア上の倫理的問題に気づいた時、把握した状況を上司や同僚に報告相談する	3.40	0.56
援助の人間関係	私は自分の行った看護ケアに対して、利用者と話し合える関係を築いている	2.90	0.62
	私は利用者の意向に添えるように、個々の患者の人生観や価値観を尊重して対応している	2.91	0.60
	私は利用者が自分の病氣と向き合え、見通しが持てるように関わっている	2.72	0.62
	私は看護ケアを行う時、患者の反応を見ながら状況に即した方法を工夫している	3.08	0.54
	私は積極的に時間を作って、利用者の話を傾聴している	2.67	0.63
	私は利用者が困難な場面や悪観にある時、それを乗り越えられるよう関わっている	2.68	0.56
クリニカル ジャジメント	私は利用者の状態を観察し、看護上必要な情報を収集している	3.11	0.47
	私は利用者の健康状態を把握するために、利用者のこれまでの日常生活について聴いている	3.01	0.57
	私は利用者の状態の小さな変化から異常を予測し、大事に至る前に対応している	2.90	0.59
	私は医師の指示に疑問をもった時には、必ず確認している	3.15	0.61
	私は変化する利用者の状態や状況に応じて、看護ケアの優先度を判断している	3.16	0.53
	私は生命の危機にある利用者の利用者の緊急事態において、迅速に判断して行動している	3.23	0.59
	私は利用者に処方されている薬剤の目的、作用を確認してから投与している	3.11	0.62
看護の計画的な展開	私は観察とコミュニケーションから利用者の特性や状況を把握して、個別的な看護計画を立てている	2.50	0.73
	私は疾患によって異なる個別の問題を理解し、看護ケアを提供している	2.81	0.61
	私は利用者の痛みの種類を見極めて、適切に対処している	2.79	0.60
	私は看護ケアの効果を維持できるように、記録や報告を確実にに行っている	3.07	0.59
	私は中心静脈カテーテルやドレーン類を挿入している利用者には状態に適した方法で清潔ケアを行う	3.09	0.66
	私は利用者の褥瘡を予防するために、効果的な援助を工夫している	3.10	0.62
	私は終末期にある利用者の家族が、ケアに参加できるように配慮している	2.98	0.68
	私は処置や看護ケアを行う時は、必要物品を効率よく使用できるように配置している	3.13	0.59
	私は利用者が安全・安楽に検査や処置を受けられるように説明し、準備している	3.13	0.54
ケアの評価	私は看護ケアの結果を利用者の反応と目標達成との関連により評価している	2.62	0.66
	私は自分の行った看護ケアを経済性・効率性から評価している	2.48	0.66
	私は自分の行った看護ケアを評価し、その内容を看護記録に残している	2.78	0.76
	私は看護ケアをその利用者の安楽・安心・安全の観点から評価している	2.87	0.63
	私は看護計画をカンファレンスを通してチームで評価し、修正している	2.67	0.72
ヘルスプロモーション	私は入所時から退所後の生活を見通して、療養生活について指導している	2.36	0.74
	私は利用者が日常生活を自分自身でコントロールできている実感が持てるように援助している	2.38	0.71
	私は利用者のリハビリテーションにつながるように、利用者の日常生活援助を工夫している	2.56	0.70
	私は入所中に受けた治療を退所後も利用者が継続できるように援助している	2.52	0.77
	私は家族が利用者の病氣に伴う生活の変化を受け止め、ストレスを軽減できるように働きかけている	2.58	0.66
リスクマネジメント	私はスタンダードプリコーションを遵守している	2.98	0.71
	私は自分の行動傾向を知り、ミスを起こさないように工夫している	3.03	0.56
	私は施設で起こりやすいリスクの情報を共有し、他のスタッフと協働して対策を立てている	3.03	0.56
	私は災害発生時の対応マニュアルに沿った利用者の避難方法を把握している	2.69	0.71
ケア コーディネーション	私は利用者に関することが予測される問題について、事前に医師と対策を立てる	2.72	0.68
	私は利用者の退所に向けて状況にあった社会資源や制度を活用できるように調整している	2.26	0.78
	私は治療が効果的に行われるために、利用者の情報を他の専門職に明確に伝える	3.03	0.59
看護管理	私は自分の施設における役割分担とその責任を自覚して、看護ケアを行っている	3.13	0.56
	私はケアの質と時間的効率性を考慮しながら、業務上の優先順位を決めて行動する	3.16	0.55
	私は自分に割り当てられた仕事だけでなく、同僚看護師の看護ケアの進行状況を考えながら仕事をしている	3.13	0.57
	私はチームメンバーの長所を認めて、メンバーが能力を最大限に発揮できるように支援している	2.84	0.63
専門性の向上	私は常に看護実践の根拠を意識して看護ケアを行っている	2.79	0.66
	私は看護職団体（看護協会等）や学会等から発信される情報に目を通している	2.26	0.77
	私は看護職の役割と機能が利用者や家族に伝わるように、看護ケアを行っている	2.77	0.68
	私は看護の専門性や独自性を明確にして、他の医療チームメンバーと協働している	2.93	0.59
質の改善	私は施設の看護手順やマニュアルが、最新の知見に基づいているかどうかを確認しながら活用している	2.58	0.66
	私は施設で問題となった業務については看護師長や看護スタッフと話し合い、改善に取り組んでいる	3.10	0.58
	私は施設の設定や備品が利用者にとって不具合であれば、使用しやすいように調整している	2.84	0.70
継続学習	私は実施した看護技術の評価を行い、スキルアップを図っている	2.60	0.68
	私はわからないことは文献で調べたり、先輩看護師、医師に質問し解決している	3.10	0.61
	私は専門職として能力を維持・向上させるために研修会・学会に参加している	2.57	0.79
	私は看護師としての今後の目標を明確にし、それに向かって自己研鑽している	2.53	0.70

表V-6 CNCSSによるコンピテンスの記述統計と信頼係数				n=298
コンピテンス	項目数	平均値	標準偏差	α 係数
基本的責務	4	3.07	0.58	.788
倫理実践	6	3.21	0.57	.754
援助的人間関係	6	2.83	0.60	.820
クリニカルジャジメント	7	3.09	0.57	.858
看護の計画的な展開	9	2.96	0.62	.879
ケアの評価	5	2.68	0.69	.831
ヘルスプロモーション	5	2.48	0.72	.852
リスクマネジメント	4	2.93	0.64	.708
ケアコーディネーション	3	2.67	0.68	.628
看護管理	4	3.06	0.57	.811
専門性の向上	4	2.69	0.67	.777
質の改善	3	2.84	0.65	.725
継続学習	4	2.70	0.69	.804

表V-7 一般病棟の看取りケア尺度の記述統計				n=298
		平均値	標準偏差	α 係数
【悔いのない死へのケア】		3.60	0.91	
d15	臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する	3.96	0.82	.810
d16	患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する	4.11	0.69	
d17	希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する	3.02	1.12	
d18	患者と家族間のコミュニケーションを促進する	3.64	0.81	
d20	疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用などについて、医師に働きかける	3.25	1.12	
d21	家族が患者の側にいることの意義を家族に伝える	3.65	0.90	
【癒しと魂のケア】		3.19	1.02	
d9	患者にアロマテラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する	2.71	1.18	.828
d13	家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知るための十分なアセスメントを行う	3.33	0.93	
d14	患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する	3.28	1.04	
d19	ライフレビュー（回想）や家族の思い出づくりを行うなど、家族全体の悲観のプロセスを促す	3.02	1.06	
d22	状況に応じて 死について患者や家族と話し合う	3.58	0.90	
【苦痛緩和ケアの保証】		3.73	0.80	
d8	患者の呼吸困難をアセスメントし緩和するための介入をする	3.74	0.84	.857
d10	苦痛の緩和に対処するため、患者の状態の変化に迅速に対応する	3.79	0.79	
d11	患者の悪心・嘔吐をアセスメントし緩和するために介入する	3.73	0.78	
d12	患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する	3.66	0.79	
【情報提供と意思決定のケア】		3.75	0.83	
d1	必要に応じて、死が近づいた時の積極的治療、蘇生、看取りの場所について家族で話し合うよう促す	3.90	0.90	.802
d2	治療や薬物の使用目的、副作用についての情報を患者と家族に十分に提供する	3.62	0.86	
d3	状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的変化について家族に説明する	3.97	0.70	
d4	直接家族に伝えられない患者の思いを家族に伝える	3.51	0.85	
【有効なケアの調整】		4.04	0.79	
d5	患者や家族の希望（外出・外泊など）が取り入れられるよう調整する	3.65	0.97	.692
d6	家族が医師と話し合えるよう調整する	4.25	0.67	
d7	患者と家族が最期の時を過ごすための場所と時間を確保する	4.21	0.72	

表 V-8 高齢者の終末期ケアマネジメントツールの記述統計				n=298
		平均値	標準偏差	α 係数
【本人家族の意思表示があること】		3.24	0.56	.834
a1	利用者本人の療養上の希望、死の迎え方の希望は確認されている	3.17	0.47	
a2	家族の看取り方についての希望は確認されている	3.46	0.58	
a3	利用者・家族の希望や意思の変化、気持ちのゆらぎに対して対応されている	3.31	0.54	
a4	希望の実現度と本人・家族の反応（満足度）は確認されている	3.01	0.65	
【周りの人々のサポートがあること】		2.95	0.65	.843
a5	家族に対する利用者の情報提供や医師との調整は行われている	3.46	0.56	
a6	家族が自信を持って看取ることができるようサポートされている	2.97	0.62	
a7	家族にしかできない役割を臨終まで継続的に担えるようサポートされている	2.90	0.68	
a8	利用者にとって生きる張り合いや希望の実現をサポートする人が確保されている	2.53	0.70	
a9	利用者と家族および社会とのつながりは最期まで確保されている	2.89	0.68	
a10	家族介護力の変化に合った家族支援が行われている	2.94	0.70	
【医学医療ケアが受けられること】		2.99	0.66	.781
a11	医療サービス提供体制（日中、夜間、急変時、死亡時）は確保されている	3.54	0.58	
a12	利用者のQOLを高める医療が提供されている	2.82	0.66	
a13	安らかな死をサポートする過不足のない医療が提供されている	3.02	0.61	
a14	病状や予後の説明および死別の準備、心構えができるケアが提供されている	3.12	0.59	
a15	看取り後の家族に対するグリーフケアが行われている	2.46	0.88	
【願いを叶えるケアマネジメント】		2.87	0.64	.821
a16	利用者の希望を中心においたケア目標の設定と情報共有が行われている	2.94	0.68	
a17	介護の見通しに応じたインフォーマルサービスが活用されている	2.73	0.64	
a18	希望の変化やゆらぎ、家族の余力に応じて施設側が柔軟に対応している	3.19	0.55	
a19	一貫した方針で最期までサポートできる医療福祉チーム体制をとっている	2.99	0.66	
a20	職員個々の能力、チーム力の向上のために必要な地域資源を活用している	2.49	0.69	

表 V-9 特養での看取りの看護実践能力の記述統計				n=298
		平均値	標準偏差	α 係数
【第1因子：看取り後の振り返り】		3.02	0.69	.948
c 18	利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する	3.11	0.66	
c 19	実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する	3.01	0.71	
c 20	家族との交流場面や家族の反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する	2.98	0.69	
c 21	利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する	2.97	0.68	
【第2因子：入居者本意に沿った医療管理】		3.03	0.65	.781
c 8	できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する	3.14	0.59	
c 9	看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係性を築いておく	2.96	0.66	
c 10	看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を持つ	2.94	0.63	
c 11	医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う	3.03	0.68	
c 12	看取りと判断されたら、改めて unnecessary 治療・検査を見直す	3.05	0.68	
【第3因子：安寧な臨終に向かう協働】		3.12	0.52	.810
c 1	看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする	2.97	0.51	
c 2	利用者が看取りと判断される状態が続いていることを予測する	3.16	0.47	
c 3	生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する	3.15	0.55	
c 4	他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する	3.20	0.56	
【第4因子：予測準備的マネジメント】		3.29	0.59	.878
c 13	日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する	3.21	0.56	
c 14	起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ	3.14	0.63	
c 15	夜勤介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく	3.36	0.54	
c 16	施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する	3.39	0.61	
c 17	延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する	3.36	0.62	
【第5因子：その人らしい最期へのケア】		2.96	0.68	.823
c 5	利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる	2.91	0.72	
c 6	利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する	2.97	0.69	
c 7	意思確認が困難であっても、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する	3.00	0.64	

(3) 特養での看取りの看護実践能力尺度の検証的因子分析の結果

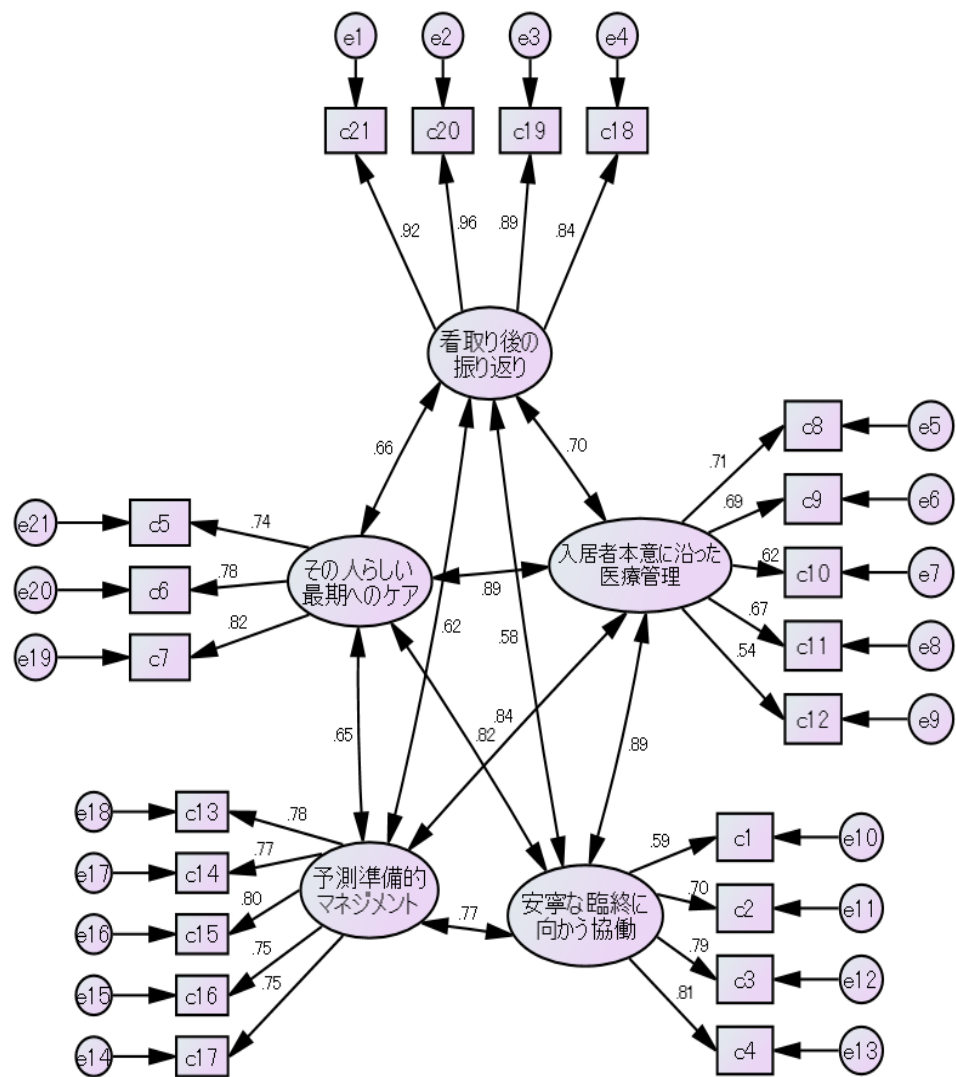
研究Ⅱから導き出された特養での看取りの看護実践能力の 5 因子構造に研究Ⅲのデータを当てはめ、適合度を確認した。結果を図V-2～4に示す。

対象者の総数 298 人の場合の適合度指標は、 χ^2/df 値=3.012、GFI=.848、AGFI=.803、IFI=.917、CFI=.917、RMSEA=.081 ($p = .000$) であった。潜在変数間のパス係数の範囲は.58-.89 で、下位項目へのパス係数の範囲は.54-.96 であった。結果を図V-2に示す。

看護責任者 156 人の場合の適合度指標は、 χ^2/df 値=2.261、GFI=.798、AGFI=.74、IFI=.897、CFI=.896、RMSEA=.09 ($p = .000$) であった。潜在変数間のパス係数の範囲は.60-.96 で、下位項目へのパス係数の範囲は.53-.96 であった。結果を図V-3に示す。

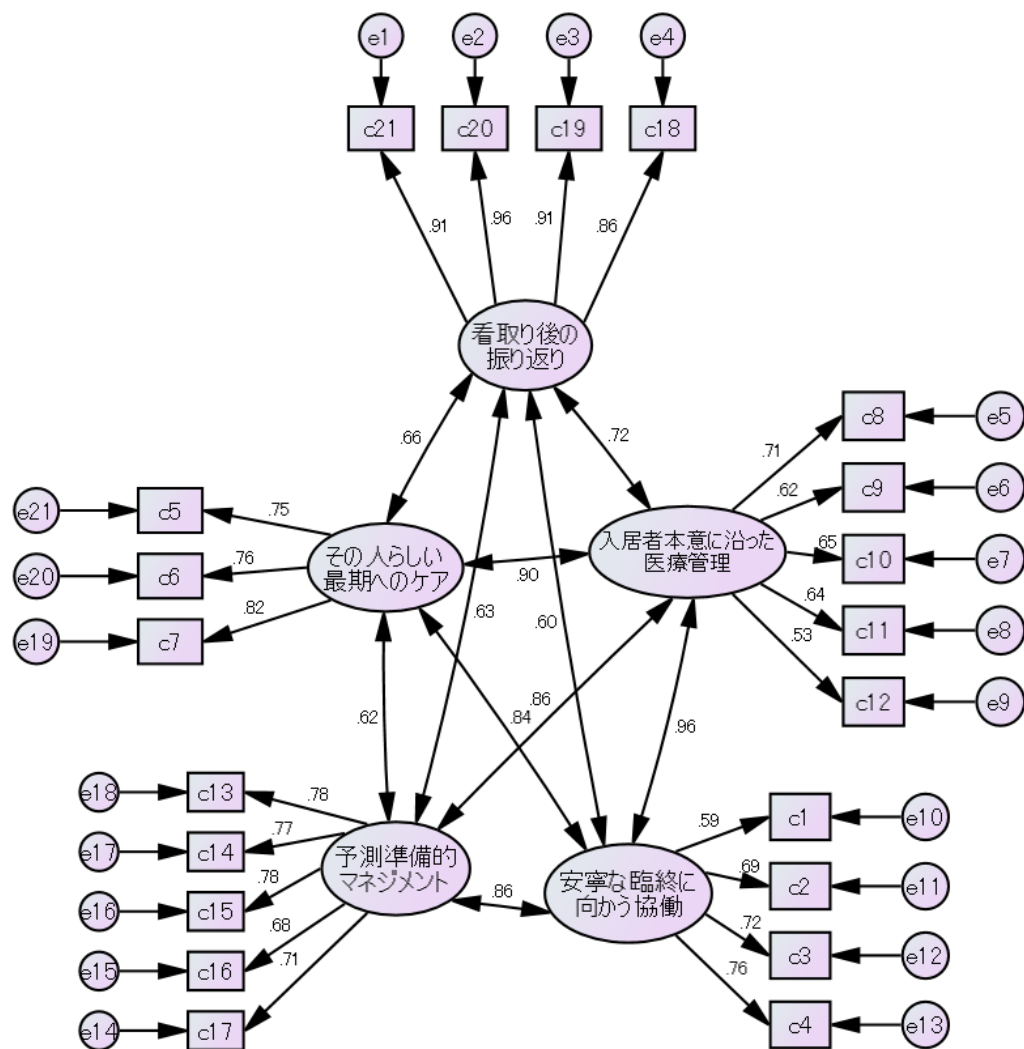
看護スタッフ 127 人の場合の適合度指標は、 χ^2/df 値=2.071、GFI=.788、AGFI=.726、IFI=.898、CFI=.896、RMSEA=.092 ($p = .000$) であった。潜在変数間のパス係数の範囲は.57-.86 で、下位項目へのパス係数の範囲は.51-.97 であった。結果を図V-4に示す。

また、潜在変数間の関係性については、すべて.57以上のパス係数を示した。



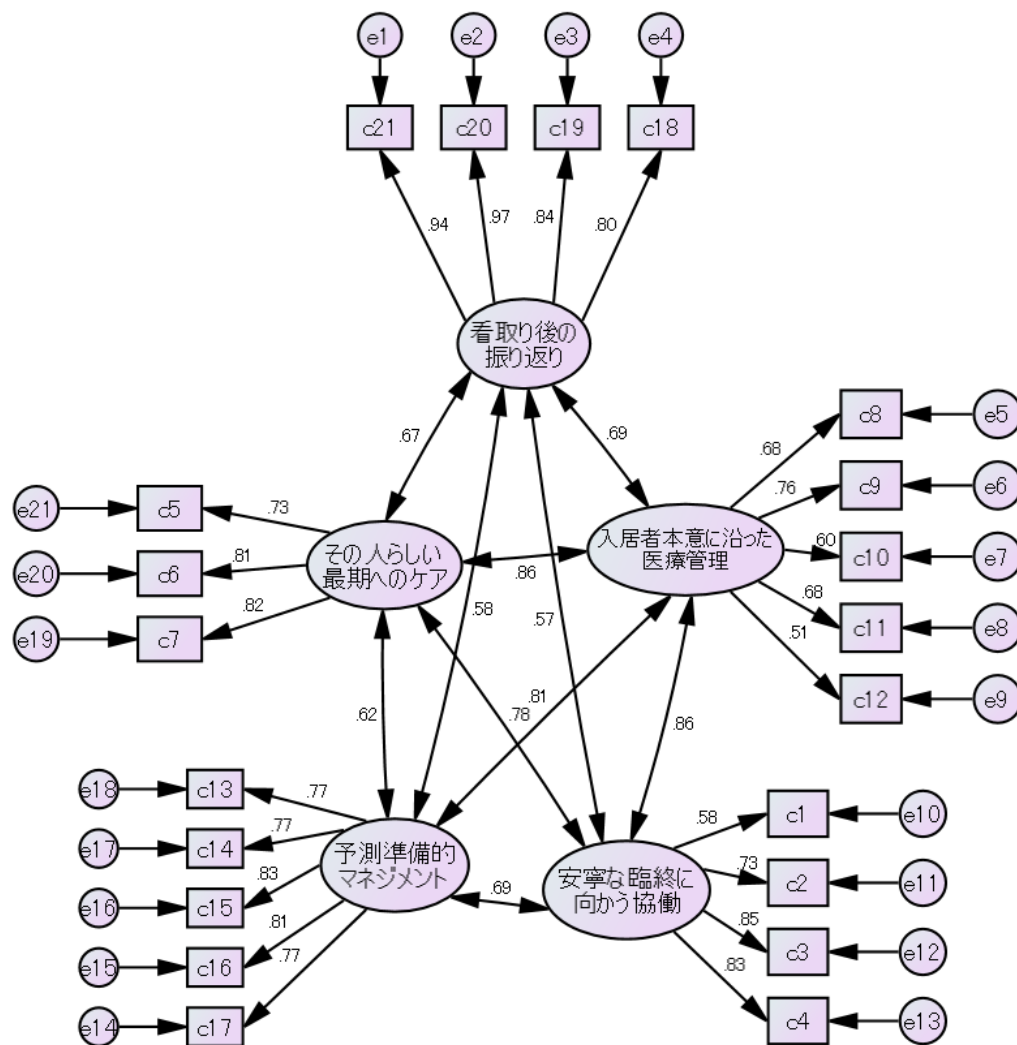
n=298
 χ^2/df 値=3.012
 GFI=.848
 AGFI=.803
 IFI=.917
 CFI=.917
 RMSEA=.081
 p=.000
 b : 観測変数
 e : 誤差変数

図V-2 特養での看取りの看護実践能力尺度の因子構造モデル



n = 156
 χ^2/df 値 = 2.261
 GFI = .798
 AGFI = .74
 IFI = .897
 CFI = .896
 RMSEA = .09
 p = .000
 b : 観測変数
 e : 誤差変数

図 V-3 看護責任者における看護実践能力の因子モデル



n = 127
 χ^2/df 値 = 2.071
 GFI = .788
 AGFI = .726
 IFI = .898
 CFI = .896
 RMSEA = .092
 p = .000
 b : 観測変数
 e : 誤差変数

図 V-4 看護スタッフにおける看護実践能力の因子モデル

(4) 特養での看取りの看護実践能力尺度の相関分析の結果

結果を表V-10に示す。それぞれの尺度の下位項目の平均値を因子得点として、尺度としての妥当性を検証するために相関分析を行った。その結果、すべて0.1%水準で正の相関が認められた。

1) 看護実践能力自己評価尺度(CNCSS)(中山他, 2010)との関連

特養での看取りの看護実践能力尺度の基準関連妥当性を確認するために、CNCSSとの相関分析を行った。その結果、すべての因子間で中程度($.40 < r < .65$)の相関が認められた($p < .001$)。相関係数が.60以上を示した因子は、【入居者本意に沿った医療管理】に対して【援助的人間関係】($r = .628$)、【看護の計画的な展開】($r = .642$)、【ヘルスプロモーション】($r = .613$)、【質の改善】($r = .605$)であった。また、【予測準備的マネジメント】に対しては、【クリニカルジャジメント】($r = .616$)の相関が認められた。

2) 一般病棟の看取りケア尺度(吉岡他, 2009)との関連

特養での看取りの看護実践能力尺度の収束的妥当性を確認するために、一般病棟の看取りケア尺度との相関分析を行った。その結果、すべての因子間で中程度($.47 < r < .65$)の相関が認められた($p < .001$)。相関係数が.60以上を示した因子は、【入居者本意に沿った医療管理】に対して【悔いのない死へのケア】($r = .631$)、【癒しと魂のケア】($r = .603$)、【情報提供と意思決定のケア】($r = .629$)であった。また、【予測準備的マネジメント】に対して【苦痛緩和ケアの保証】($r = .606$)、【その人らしい最期へのケア】に対して【癒しと魂のケア】($r = .622$)、【情報提供と意思決定のケア】($r = .603$)、【有効なケアの調整】($r = .612$)であった($p < .001$)。

3) 高齢者の終末期ケアマネジメントツール(樋口他, 2010)との関連

特養での看取りの看護実践能力尺度の併存的妥当性を確認するために、高齢者の終末期ケアマネジメントツールとの相関分析を行った。その結果、すべての因子間でやや低い相関($.34 < r < .52$)が認められた($p < .001$)。相関係数が.50以上を示した因子は1因子で、【安寧な臨終に向かう協働】に対して【周りの人々のサポートがあること】($r = .511$)であった。

4) 特養での看取りの看護実践能力因子と環境的構造および看取りの実績との関連

結果を表V-11、表V-12に示す。特養での看取りの看護実践能力尺度の関連要因探索のために、対象者の属性および看取りの環境的構造、看取りの実績との相関係数を算出した。また、職位による関連要因の回答傾向を確認するために、看護責任者と看護スタッフ別に相関分析を行った。看護責任者(156人)と看護スタッフ(127人)の関連要因で類似した相関関係が認められたのは、【看取り後の振り返り】【入居者本意に沿った医療管理】【安寧な臨

終に向かう協働】と看取り後のカンファレンスの関連であった ($p < .05$ 、 $p < .01$ 、 $p < .001$)。また、【入居者本意に沿った医療管理】と看取り研修の有無も弱い相関が認められた ($p < .05$)。

看護責任者における看護実践能力との関連要因(表V-11)は、すべての能力と高齢者施設での臨床経験年数 ($p < .05$ 、 $p < .01$ 、 $p < .001$)、【看取り後の振り返り】と看取り研修の有無 ($p < .01$) が正の相関関係を示した。一方、看護スタッフにおける看護実践能力の【その人らしい最期へのケア】は、看取り後のカンファレンスにも正の相関を示した ($r = .278$ 、 $p < .01$) (表V-12)。【安寧な臨終に向かう協働】と看護職者数 ($r = .193$ 、 $p < .05$)、【予測準備的マネジメント】とユニットケア対応 ($r = .177$ 、 $p < .05$) も弱い正の相関関係を示した。看護スタッフの臨床経験年数は、病院・高齢者施設とも有意な関連は認められなかった。

表 V-10 特養での看取りの看護実践能力因子と既存尺度との相関関係						n=298	
	看取り後の振り返り	入居者本意に沿った医療管理	安寧な臨終に向かう協働	予測準備的マネジメント	その人らしい最期へのケア		
【CNCSS】							
基本的責務	.416 ***	.454 ***	.454 ***	.513 ***	.424 ***		
倫理の実践	.493 ***	.588 ***	.536 ***	.571 ***	.513 ***		
援助的人間関係	.503 ***	.628 ***	.508 ***	.450 ***	.542 ***		
クリニカルジャジメント	.515 ***	.587 ***	.579 ***	.616 ***	.494 ***		
看護の計画的な展開	.520 ***	.642 ***	.580 ***	.575 ***	.594 ***		
ケアの評価	.494 ***	.595 ***	.471 ***	.467 ***	.505 ***		
ヘルスプロモーション	.427 ***	.613 ***	.457 ***	.400 ***	.474 ***		
リスクマネジメント	.491 ***	.544 ***	.541 ***	.518 ***	.531 ***		
ケアコーディネーション	.435 ***	.569 ***	.480 ***	.435 ***	.515 ***		
看護管理	.476 ***	.546 ***	.589 ***	.553 ***	.491 ***		
専門性の向上	.494 ***	.575 ***	.504 ***	.429 ***	.534 ***		
質の改善	.480 ***	.605 ***	.539 ***	.517 ***	.519 ***		
継続学習	.404 ***	.517 ***	.442 ***	.406 ***	.466 ***		
【一般病棟の看取りケア尺度】							
悔いのない死へのケア	.487 ***	.631 ***	.542 ***	.524 ***	.565 ***		
癒しと魂のケア	.532 ***	.603 ***	.539 ***	.470 ***	.622 ***		
苦痛緩和ケアの保証	.519 ***	.596 ***	.579 ***	.606 ***	.516 ***		
情報提供と意思決定のケア	.540 ***	.629 ***	.533 ***	.576 ***	.603 ***		
有効なケアの調整	.472 ***	.548 ***	.523 ***	.525 ***	.612 ***		
【高齢者の終末期ケアマネジメント】							
本人家族の意思表示があること	.413 ***	.404 ***	.454 ***	.454 ***	.374 ***		
周りの人々のサポートがあること	.481 ***	.480 ***	.511 ***	.443 ***	.497 ***		
医学医療ケアが受けられること	.481 ***	.472 ***	.453 ***	.448 ***	.408 ***		
願いを叶えるケアマネジメント	.400 ***	.489 ***	.405 ***	.341 ***	.462 ***		
				*** $p < .001$			

表 V-11 看護責任者における看取りの看護実践能力因子と環境的構造および看取りの実績との関連							n=156
	看取り後の振り返り	入居者本意に沿った医療管理	安寧な臨終に向かう協働	予測準備的マネジメント	その人らしい最期へのケア		
年齢	.038	.081	.080	.064	.005		
資格	.009	-.117	.009	-.090	.003		
学歴	.106	-.006	.000	.073	.022		
病院の臨床経験年数	.016	-.006	-.027	.020	-.003		
高齢者施設の臨床経験年数	.209 **	.288 ***	.237 **	.193 *	.184 *		
平成24年入居者数	-.047	-.072	-.049	-.080	-.045		
平成24年死亡退所者数	-.009	.011	.024	.059	.043		
平成24年施設内死亡数	.008	.046	.057	.055	.065		
平成24年看護職者数	.049	.102	.148	-.001	.054		
ユニットケア対応	.066	.116	.071	.086	.105		
看取り研修の有無	.256 **	.159 *	.126	.109	.052		
看取り後のカンファレンス	.323 ***	.228 **	.170 *	.202 *	.072		
看取りマニュアルの有無	.201 *	.083	.017	.069	.013		
意思確認を事前指示書に残しているか	.065	.007	-.007	.032	.003		
死亡者中の看取り希望者数	.039	.080	.047	.080	.108		
平成24年看取りの家族立会い数	-.002	.100	.105	.056	.083		
平成24年看取り介護加算算定数	.029	.144	.116	.077	.130		
			* $p > 0.05$	** $p > 0.01$	*** $p > 0.001$		

表 V-12 看護スタッフにおける看取りの看護実践能力因子と環境的構造および看取りの実績との関連							n=127
	看取り後の振り返り	入居者本意に沿った医療管理	安寧な臨終に向かう協働	予測準備的マネジメント	その人らしい最期へのケア		
年齢	.013	.031	.065	.002	-.013		
資格	-.104	-.010	-.038	-.031	-.057		
学歴	.013	-.077	-.045	-.041	-.042		
病院の臨床経験年数	.080	.102	.091	.064	.081		
高齢者施設の臨床経験年数	-.075	.051	.090	-.026	.043		
平成24年入居者数	-.038	-.050	-.038	.045	-.040		
平成24年死亡退所者数	-.046	-.113	.017	-.028	.058		
平成24年施設内死亡数	.022	.041	.065	-.008	.112		
平成24年看護職者数	.150	.071	.193 *	.108	.066		
ユニットケア対応	.115	.149	.027	.177 *	.084		
看取り研修の有無	.165	.194 *	.179 *	.086	.171		
看取り後のカンファレンス	.347 ***	.235 **	.276 **	.077	.278 **		
看取りマニュアルの有無	.129	.093	.060	.118	.115		
意思確認を事前指示書に残しているか	-.006	-.098	-.157	-.116	-.038		
死亡者中の看取り希望者数	.019	.020	.079	.004	.076		
平成24年看取りの家族立会い数	.000	.105	.079	.069	.150		
平成24年看取り介護加算算定数	.041	.095	.080	.084	.097		
			* $p > 0.05$	** $p > 0.01$	*** $p > 0.001$		

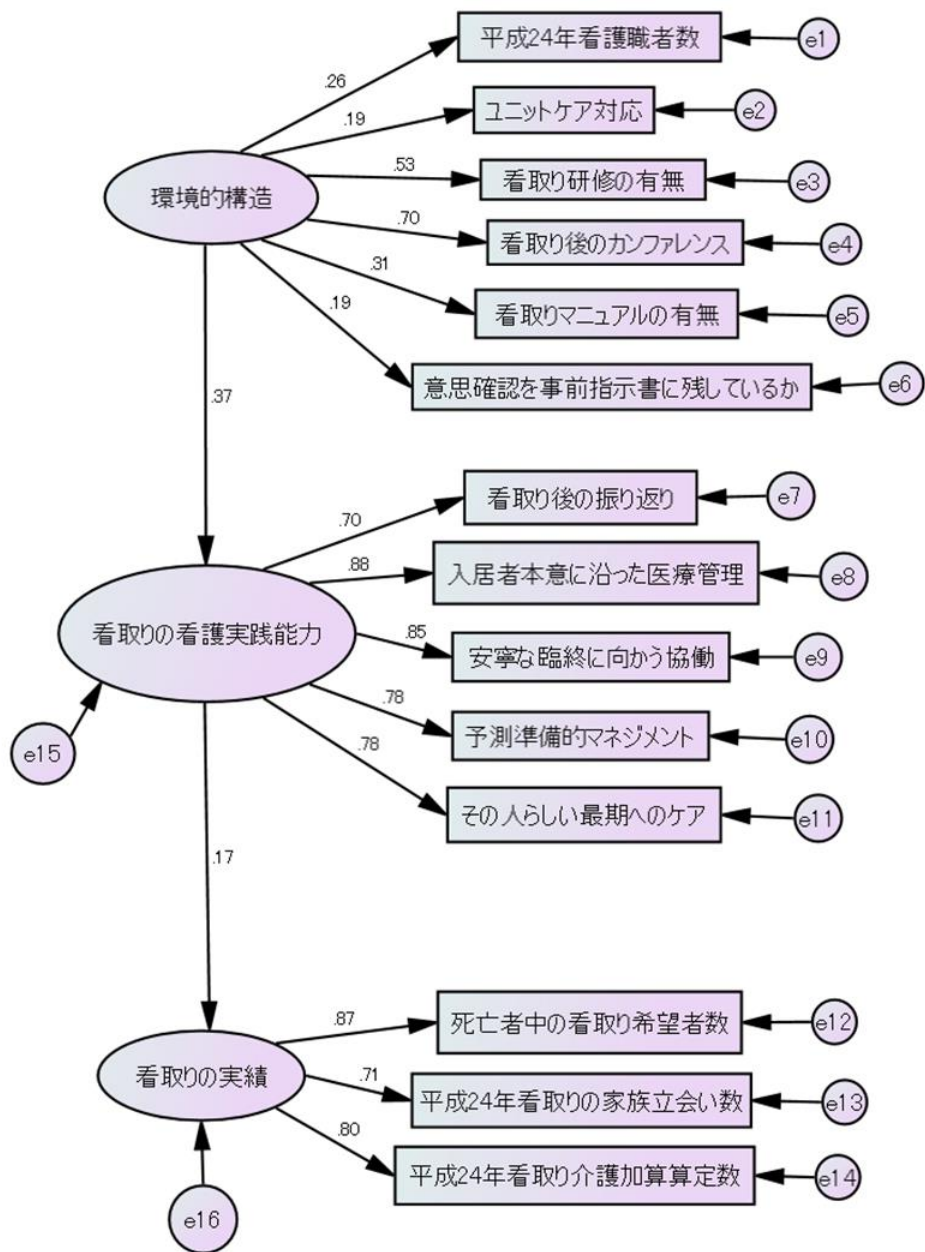
(5) 看取りの実績に影響する看護実践能力と環境的構造の因果モデルの検証結果

結果を図V-5、図V-6に示す。看取りの実績に影響する看護実践能力と環境的構造の因果モデルに、特養の看護責任者と看護スタッフのデータをそれぞれ投入し、多母集団同時分析を行った。その結果、以下のような適合度で収束した。分析の結果、看護責任者(n=156)のモデルの適合度指標は、 χ^2/df 値=1.433、GFI=.916、AGFI=.882、IFI=.956、CFI=.955、RMSEA=.053(p =.008)であった。看護スタッフ(n=127)のモデルの適合度指標は、 χ^2/df 値=1.185、GFI=.912、AGFI=.877、IFI=.975、CFI=.974、RMSEA=.038(p =.13)であり、両モデルともほぼ良好な適合度を示して収束した。また、両者間の適合度指標およびパス係数ともに近似値を示し、回答傾向に差は見られなかった。

看護責任者モデルの環境的構造は、特養での看取りの看護実践能力に影響を及ぼす(.37)とともに、その影響を受けた看護実践能力は看取りの実績に影響を及ぼしていた(.17)。

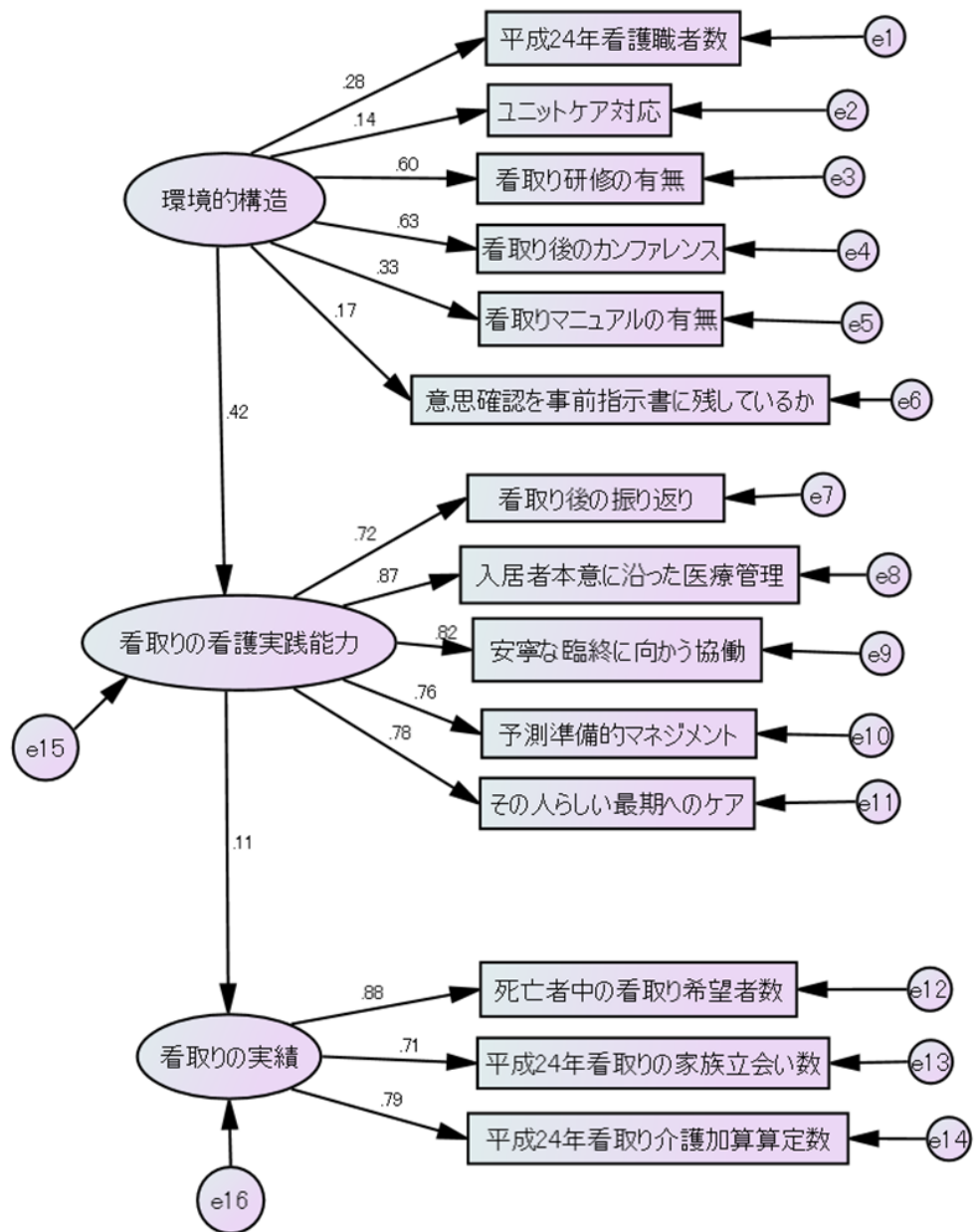
()内は、パス係数を示す。環境的構造の下位尺度へのパス係数は、「看取り後のカンファレンス」(.70)が最も高値で、次いで、「看取り研修の有無」(.53)、「看取りマニュアルの有無」(.31)、「看護職者数」(.26)、「ユニットケア対応の有無」(.19)、「事前指示書の有無」(.19)と続いた。特養での看取りの看護実践能力の下位尺度のパス係数は、「入居者本意に沿った医療管理」(.88)が最も高値で、次いで、「安寧な臨終に向かう協働」(.85)、「予測準備的マネジメント」(.78)、「その人らしい最期へのケア」(.78)、「看取り後の振り返り」(.70)と続いた。看取りの実績の下位尺度のパス係数は、「施設内死亡者中の看取り希望者数」(.87)が最も高値を示し、次いで、「看取り介護加算の算定数」(.80)、「家族の臨終時の立会い数」(.71)と続いた。

看護スタッフモデルにおいても、環境的構造から特養での看取りの看護実践能力への影響(.42)と、看取りの実績への影響(.11)を確認できた。環境的構造の下位尺度のパス係数も、「看取り後のカンファレンス」(.63)が最も高値で、次いで、「看取り研修の有無」(.60)、「看取りマニュアルの有無」(.33)、「看護職者数」(.28)、「事前指示書の有無」(.17)、「ユニットケア対応の有無」(.14)と続いた。特養での看取りの看護実践能力の下位尺度のパス係数は、「入居者本意に沿った医療管理」(.87)、「安寧な臨終に向かう協働」(.82)、「その人らしい最期へのケア」(.78)、「予測準備的マネジメント」(.76)、「看取り後の振り返り」(.72)の順であった。看取りの実績の下位尺度のパス係数は、「施設内死亡者中の看取り希望者数」(.88)、「看取り介護加算の算定数」(.79)、「家族の臨終時の立会い数」(.71)であった。



n=156
 χ^2/df 値=1.433
 GFI=.916
 AGFI=.882
 IFI=.956
 CFI=.955
 RMSEA=.053
 p=0.008

図 V-5 特養での看取りにおける看護責任者の実践能力と影響要因の因果モデル



$n = 127$
 χ^2 / df 値 = 1.185
 GFI = .912
 AGFI = .877
 IFI = .975
 CFI = .974
 RMSEA = .038
 $p = 0.13$

図V-6 特養での看取りにおける看護スタッフの実践能力と影響要因の因果モデル

(6) 自由記述の分析結果

1) 自由記述の回答数

「看取りに対して重要だと思うケア」についての自由記述の回答数は、有効回答 298 人中 83 人であった。

2) 分析結果

看護職の自由記述から一意味を一文とした文節にコード化し、類似する意味ごとに中カテゴリーへと分類し、中カテゴリーをさらに大カテゴリーに分類した。その結果、471 の文節、20 の中カテゴリー、5 の大カテゴリーが作成された。文中の【 】は大カテゴリー、＜ ＞は中カテゴリーを示す。

大カテゴリーは、文節の多い順に【本人へのケア】、【家族支援】、【連携】、【意思】、【看護師の思い】の 5 つに分類された。大カテゴリー内の文節数を図 V-7 に示す。また、中カテゴリー内の文節数を図 V-8 に示す。中カテゴリー内の文節数の平均値は 24.8 であった。平均値以上の文節数を含む中カテゴリーは、多い順に＜苦痛緩和＞、＜意思決定は家族に委ねられている＞、＜看取りは他職種チームで支える＞、＜安心を与えるケア＞、＜臨終に適した環境づくり＞、＜倫理的態度＞、＜家族の看取りの理解を促す＞であった。つぎに、大カテゴリー内の中カテゴリーについて、以下に述べる。

【本人へのケア】は、＜その人らしさの尊重＞、＜苦痛緩和＞、＜安心を与えるケア＞、＜臨終に適した環境づくり＞、＜清潔保持＞、＜倫理的態度＞、＜命を守るフィジカルアセスメント＞、＜必要な分だけの医療提供＞に分類された。

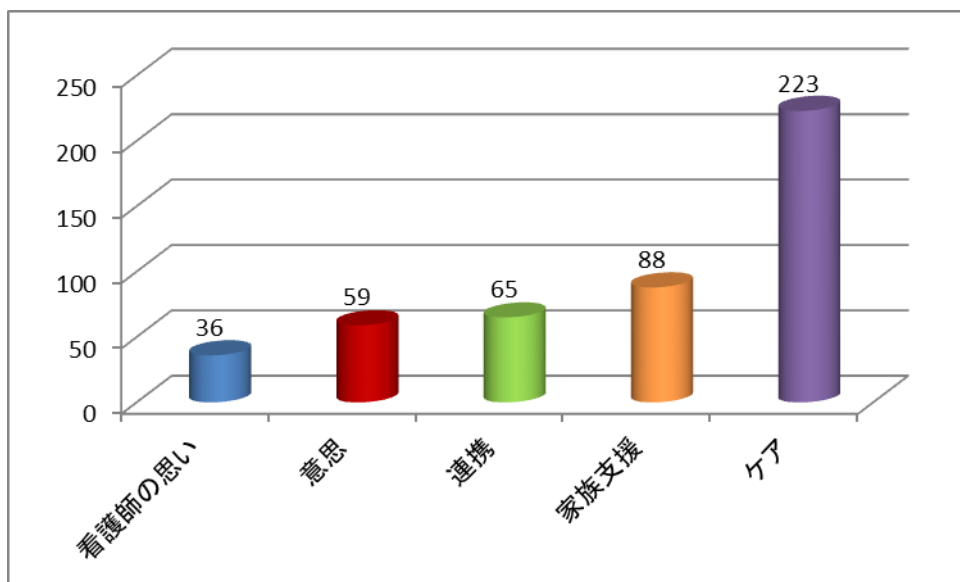
【家族支援】は、＜家族の看取りの理解を促す＞、＜家族の心構えを支える＞、＜家族の気持ちに寄り添う＞、＜看取りの評価はケアの満足度＞、＜本人を忍んでのグリーフケアが大切＞に分類された。

【連携】は、＜看取りは他職種チームで支える＞、＜看取りに対する共通認識を持つための研修＞、＜生活を支える介護職の育成とサポート＞に分類された。

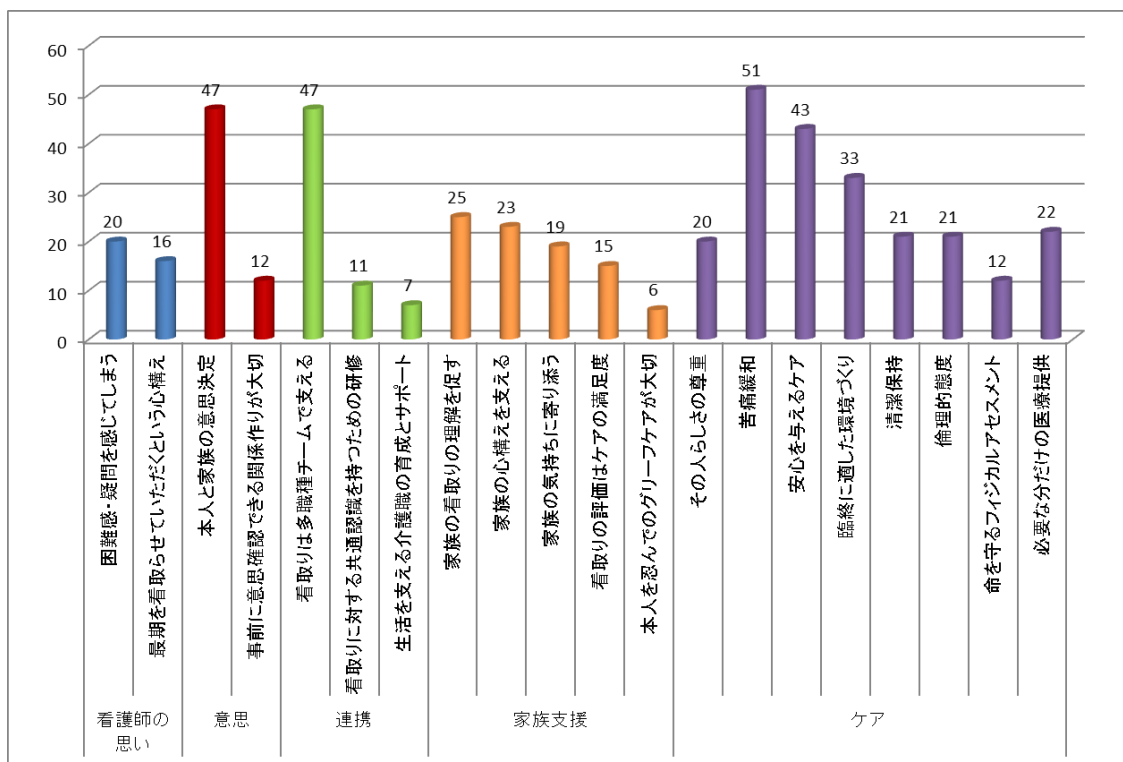
【意思】は、＜本人と家族の意思決定＞、＜事前に意思確認できる関係作りが大切＞に分類された。

【看護師の思い】は、＜困難感・疑問を感じてしまう＞、＜最期を看取らせていただくという心構え＞に分類された。

また、大カテゴリー内の中カテゴリーと文節の一覧を、表 V-13 から表 V - 17 に示す。



図V-7 大カテゴリー内の文節数



図V-8 中カテゴリー内の文節数

表V-13 【本人へのケア】内の中カテゴリーと文節の一覧（ ）内は文節数

中カテゴリー	小項目
その人らしさの尊重 (20)	1 最期までその人らしくいられるよう援助したい(7)
	2 好きなものや好きな人に囲まれて最期の時を過ごせようにしたい(5)
	3 食事に限らず、好きな時に好きなものを食べてもらう(3)
	4 好きな音楽を流したり、手を握って話しかける(2)
	5 入居者一人一人への生活歴、家族歴、好みを知ったうえでの会話
	6 利用者の社会的つながりや宗教、意思など大切にしないといけない
	7 エピソードづくりを大切にしている
苦痛緩和 (51)	1 利用者の苦痛を取り除く援助を行いたい(36)
	2 利用者が苦痛を感じないような体位を保つ(7)
	3 褥瘡を予防することも大切な苦痛軽減だと思う(4)
	4 疼痛コントロール(2)
	5 のどが渇くという苦痛を取り除く
	6 家族の方から、「眠り薬が入っていますか」と聞かれるくらい穏やかなことが多い
安心を与える ケア (43)	1 常に誰かがそばにいて見守る(8)
	2 寄り添うケア(スキンシップ、手浴、足浴、マッサージ)(6)
	3 家族と利用者の関係性の維持・回復(6)
	4 精神的ケア：孤独感を与えないようにする(5)
	5 傾聴に心掛ける。(3)
	6 アロマ、リラクゼーションなど活用(2)
	7 不安・不満を取り除けるよう支援す(2)
	8 よき思い出を語り合い(2)
	9 利用者・家族のニーズの実現を目指している(2)
	10 少しでも死への恐怖が軽減するよう、聴覚・視覚などから働きかける(2)
	11 音楽や光、話し方にも注意を払う
	12 体調をみて散歩や気分転換
	13 家族の写真などを飾っている
	14 利用者のこれまでの人生に対し敬意を表し
	15 本人や家族の心の変化にも寄り添ったケアができることが大切
臨終に適した 環境づくり (33)	1 居心地の良い環境で安らかな環境を作るよう努める(9)
	2 最期の時間を家族とすごせるように環境を整える(7)
	3 医療中心の病院ではない(6)
	4 穏やかに安らかな最期の時を迎える(4)
	5 住み慣れた居場所(2)
	6 声掛け、密な訪室
	7 その人に合った環境づくり
	8 看取りの環境づくりを家族とともに行える体制を整える
	9 呼吸苦や疼痛がない場合、静かにユニット内で自宅にいるような感覚で死を迎える
	10 看取り専用の部屋はないところもある
清潔保持 (21)	1 清潔保持(7)
	2 入浴して清潔を保つ(6)
	3 永眠時に、体がきれいであるケアが大切。(2)
	4 うがいや口腔ケア(2)
	5 清拭や髭剃り、爪切り、入浴できないときにはシャンプー、足浴等を行っている
	6 口では、ケアをしているといっても、ご遺体の皮膚の状態をみればよくわかる
	7 循環障害の予防のために末梢の保温に努める
	8 入院では入浴させてもらえない
倫理的態度 (21)	1 一人の人間として敬う気持ちでケアすることが大切(8)
	2 日々のケアを一つ一つ丁寧に、思いやりの心で対応(7)
	3 日常のかかわりの深さや入居者・家族との関係性(信頼)を築く(6)
命を守る フィジカルアセスメント (12)	1 専門的な観察力や判断力を求められる(6)
	2 今後を予測できる専門性をもって(3)
	3 ケアの優先順位を決定する(2)
	4 できる限り経口摂取を試みる
必要な分だけの医療提供 (22)	1 医療的ケアは最小限(9)
	2 たん吸引、酸素吸入は呼吸を楽にするため、その程度の医療行為はよい(4)
	3 酸素や点滴などは苦しみを長引かせるだけだと思う。(4)
	4 看取りになるまでには、できるだけ治療は高齢者とはいえずしてほしいと思う
	5 酸素吸入など、本人や家族の強い希望がなければ必要性が少ない
	6 高齢者が多く、検査することが本人のためか
	7 病院のように24時間点滴をしたり、バルンを入れたり、モニターをつけたりはできない
	8 内服薬も不要

表V-14 【家族支援】内の中カテゴリーと文節の一覧（（ ）内は文節数）

中カテゴリー		小項目
家族の看取りの理解を促す (25)	1	家族が納得するまで、インフォームドコンセントを繰り返す(7)
	2	看取りの話をする前の段階で、老いによって全身の機能が低下していくことについての理解が必要(5)
	3	利用者のレベルの低下を受け入れるのが困難な家族もいる(5)
	4	医師の病状説明の際には、わかりやすい説明の補足も大切な仕事の一つ(3)
	5	看護師からの説明では不安なこともあり、医師からの説明が必要な時もある。(2)
	6	看取り説明時、老衰や自然死について十分話し合う
	7	医療者としてあらゆる選択肢をしめし、決定してもらう
	8	特養でできる治療や検査、夜間や休日は医師が不在になることなどを伝えるようにしている
家族の心構えを支える (23)	1	家族に常に体調変化の報告(5)
	2	家族と会う機会を見つけてはコミュニケーションをとる(4)
	3	ご家族やスタッフと心の準備できているか(3)
	4	相談しやすい環境を整える(2)
	5	できる限り家族にも参加してもらえるように意義を伝えることが大切(2)
	6	なるべく臨終の場においてもらえるよう調整(2)
	7	最期を迎えるに当たり、利用者は家族にとって大切な存在(2)
	8	看取りに入る前から本人と家族とのかかわりを大切にする
	9	家族と話ができるよう、覚醒している時間帯を家族に伝える
	10	家族との協働により看取りケアを行う
家族の気持ちに寄り添う (19)	1	常に家族に寄り添う気持ちを持ちながら接していきたい。(10)
	2	心の動揺はあるんだなあと思う(5)
	3	家族への心からのねぎらいの言葉や配慮(2)
	4	どのような最期を迎えたとしても、家族は、ああすればよかった、こうすればよかったといつまでも思う
	5	家族の思いが変われば即座に対応しなければならない。
看取りの評価はケアの満足度 (15)	1	残されたもの(家族・スタッフ)が納得するケアができたかどうかだと思う(9)
	2	利用者も家族も当施設を選んでよかったと思ってもらえたらということ(4)
	3	家族の満足が、ケアの評価につながっていると思う。(2)
本人を忍んでのグリーフケアが大切 (6)	4	残された家族の方へのグリーフケアを大切に(3)
	5	残された家族にとっても、本人の意思が受け継がれていくものだと思う。
	6	死後も一緒に語り合える時間がとれるような環境作りを心掛けたい
	7	家族はその死を受け入れ、新たな人生に向けて思い出を持ちながら生きていく。

表V-15 【連携】内の中カテゴリーと文節の一覧（（ ）内は文節数）

中カテゴリー		小項目
看取りは多職種チームで支える (47)	1	多職種と密な連絡を取り合い、ケア方針を統一する(14)
	2	チームとして他職種と連携をとる(10)
	3	多職種間・家族と話し合い、ケアする(8)
	4	スタッフ間の専門的な知識や情報を共有する(5)
	5	医師と密に連携(4)
	6	口腔ケアも介護職員と連携して行っている
	7	スタッフが家人とともにサポートしていくことを前提
	8	家族への連絡・調整は生活相談員の役割
	9	必要に応じて医師から説明してもらう
	10	協力病院との連携は重要
	11	介護職や医師にもなかなか理解してもらえないのが現状
看取りに対する共通認識を持つための研修 (11)	1	看取りの研修会を職員及び家族も含めた内容で実施したい(5)
	2	若い職員への研修
	3	思いを受け止める準備が必要
	4	担当医が毎月看取りについて講演会を開いてくれた
	5	個々の職員の死生観が確立されて、利用者や家族のケアが充実する
	6	担当医も死生学を学ぶ
	7	宗教的観点から看取りを考えるために、キリスト教の牧師様と、仏教寺の副住職を招いた
生活を支える介護職の育成とサポート (7)	1	介護職員等の安心感につながる働きかけを行う(3)
	2	介護職員の死に対する恐怖心を取り除く(2)
	3	介護職員は、経験・資格の有無等が様々で、レベルの差が大きい
	4	1番身近な存在である介護職を育てること

表V-16 【意思】内の中カテゴリーと文節の一覧（ ）内は文節数

中カテゴリー		小項目
本人と家族の 意思決定 (47)	1	家族の意思にゆだねられることが多い(13)
	2	本人・家族の希望する方向で最期を迎える(10)
	3	利用者の多くは、意思確認が不可能に近い状態(10)
	4	本人の意思をどれだけ聞き取り尊重することができるかが重要(7)
	5	施設に入所しているのだから施設が見てくれればよいと関係性が希薄になる家族もいる(3)
	6	家族も高齢であり、自身も介護を受けておられる方もいる(3)
	7	入所時に、家族に看取りの意向について確認する
事前に 意思確認できる 関係作りが大切 (12)	1	元気な時から死について会話する(6)
	2	利用者が元気な時に死に対する話はほとんどしない(2)
	3	医療現場、法的立場の方々为中心となり、事前指示書づくりがスタンダードになるといい
	4	意思疎通のできるうちに良い関係づくりをしておくことが重要
	5	最期をどうしたらよいかをストレートに質問紙、答えをせかさずに待つ
	6	死を自覚させない穏やかな日常生活を送ってもらう面もある

表V-17 【看護師の思い】内の中カテゴリーと文節の一覧（ ）内は文節数

中カテゴリー		小項目
困難感・疑問を 感じてしまう (20)	1	施設(特養)では、老衰(自然死)以外の看取りは難しい(7)
	2	本人の意志よりも家族、施設、行政側の都合で動いている感じ(3)
	3	看取りを進めるなら、施設ナースの負担も考えてもらいたい。(3)
	4	この対応でよいのかなど試行錯誤することが多い(2)
	5	連携病院が離れている(2)
	6	施設での看取りを受け入れてもらうにはどうしたらよいかと最近悩む
	7	看取りの方々が重なると、自分自身介護する家族を抱えているので、正直言ってちょっときついと思う
	8	個人の思いやもろもろを思いやる心を忘れてしまう
最期を看取らせて いただくという 心構え (16)	1	精一杯生きている本人の最期を家族同様に見守るケアも重要(4)
	2	積極的に死について考え、自分の気持ちや考えを見つめる(2)
	3	職員が、人の死に携わることが大変貴重でありがたいことであることを自覚する(2)
	4	看取りケアは特別ではないが、大事な時間(2)
	5	入所した時から看取りは始まっている
	6	「これが良い看取り」という明確な答えはない
	7	看取りも含めて施設での看護にやりがいを感じている。
	8	本人様の立場になって考えたら、もっと自然な方法が考えられるとよい
	9	私自身も、両親を看取り、スタッフの言葉に救われた
	10	看取りは家族にその利用者の歴史を引き継ぐこと

5. 考察

(1) 特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性および妥当性の検討

特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性は、クロンバックの α 係数を算出して確認し、研究Ⅱ(P31, 表Ⅳ-5)および研究Ⅲ(P54, 表Ⅴ-9)とも十分な内的一貫性を有していた。研究Ⅲの信頼係数は研究Ⅱよりも高値を示し、より高い内的一貫性が支持された。しかし、【入居者本意に沿った医療管理】の α 係数が.781 と他の因子よりも若干低値であることから、継続的な下位尺度の精練が必要であると考ええる。

一方、特養での看取りの看護実践能力尺度の妥当性においては、3つの既存尺度においてすべての項目で相関関係が検証された(P60, 表Ⅴ-10)。まず、CNCSSとの相関分析において、本尺度の基準関連妥当性を確認できたことは、本尺度が基本的な看護実践能力を測定する尺度としての妥当性を有していることを意味すると考えられる。塚原, 宮原(2001)は、看取り介護加算創設前の特養での看取りについて医療体制の充実が急務である実態を述べ、入居者の健康状態が正確に評価できる看護師の配置を訴えた。現状では、特養の看護職の教育背景や資格は多様であるが、特養の看護職を対象とした看取りの看護実践能力の評価において、本尺度の妥当性が支持されたといえる。

つぎに、一般病棟の看取りケア尺度との相関分析において(P60, 表Ⅴ-10)、本尺度の収束的妥当性を確認できたことは、どちらの尺度においても“看取り”という同じ構成概念を測定する尺度としての妥当性を有していることを意味すると考えられる。一般病棟と特養という環境の相違から下位尺度の意味は異なっているが、回復の見込みがなく死期が近い人に対する家族も含めた全人的ケアの評価尺度として支持されたと考えられる。

さらに、高齢者の終末期ケアマネジメントツールとの相関分析において(P60, 表Ⅴ-10)、本尺度の併存的妥当性を確認できたことは、特養での看取りの看護実践能力にマネジメント能力が併存していることが裏付けられたといえる。この結果は、特養の看取りが多職種連携によって成り立っており看護師がその調整役であることや、看護職は医師が常駐していない生活の場で看取りを支える医療体制の要であると述べた上村, 山内, 佐藤他, (2011)や島田(2012)の先行研究を支持している。以上のことから、本研究の概念枠組みで関連があると仮定した既存尺度は、予想通り正の相関関係を示し、本尺度の妥当性が検証された。

また、研究Ⅲの対象者の基本属性と看護実践能力の関連について、看護責任者と看護スタッフを比較すると、看護責任者においては、高齢者施設におけるケア経験年数と看護実践能力の間に低い相関がみられた(P61, 表Ⅴ-11)。しかし、看護スタッフにおいては、相関は認められなかった。この結果から、高齢者施設でのケア経験が長い看護責任者は、看取りの看護実践能力が高い傾向にあるといえ、看取りの看護実践能力には、管理的能力も潜在すると考えられる。厚生労働省が実施するこれからの特養における看護リーダー研修の2013年度の研修内容には、地域に果たす特養の役割や特養の経営の視点にまで目を向けた管理的教育内容を盛り込み、特養入居者の尊厳ある生活を支えるケアの指導を看護師に委ねている。すなわち、特養での看取りの看護実践能力を高めるためには、看護責任者は

もちろん看護スタッフであっても、看取り経験を積み重ねる中で、管理者としての視点でも養う必要があると示唆されている。言い換えれば、特養での看取りの看護実践能力尺度は、看護責任者としての資質を問う尺度としての妥当性も備えているといえる。

(2) 特養での看取りの質を評価する因果モデルの検証

研究Ⅲの概念枠組みの基盤とした Donabedian モデル(Avedis Donabedian, 1990)は、構造、過程、成果の 3 側面の関係性から医療サービスの質を評価することを提唱した。研究Ⅲでは、この 3 側面に特養での看取りの環境的構造と看取りの看護実践能力および看取りの実績を当てはめ、それらの因果関係の検証を試みた。その結果、特養での看取りの看護実践能力は環境的構造から影響を受け、さらにその看護実践能力が看取りの実績に影響するという仮説は検証された。この検証によって、図 V-5(P63)、図 V-6(P64) に示したようないくつかの要素を含んだモデル全体が看取りの質に関連する項目であると捉えることができ、看護の視点から看取りの質を客観的に評価する基盤が示されたと考える。

環境的構造の 6 つの要素は、看護職者数、ユニットケア対応の有無、看取り研修の開催頻度、看取り後のカンファレンスの開催頻度、看取りマニュアルの有無、事前指示書の有無であり、これらは、医療ケアを提供するのに必要な人的、物理的、財政的資源をはじめ、制度や待遇面までを含有し、医療職の組織や医療の質の吟味活動(マニュアル、研修、カンファレンス等)に至るまでを含む Donabedian モデルという構造にあたる。また、研究Ⅱで構造化した特養での看取りの看護実践能力である【看取り後の振り返り】【入居者本意に沿った医療管理】【安寧な臨終に向かう協働】【予測準備的マネジメント】【その人らしい最期へのケア】は、医療技術やケア技術から社会的倫理観や価値観、対人関係までを含む Donabedian モデルという過程にあたる。Donabedian は、この過程が医療者と患者間および医療者の内部で起こっている直接的な活動であり、質の評価の中心となると述べている(Avedis Donabedian, 1990)。さらに、看取りの実績とした施設内死亡者中の看取り希望者数、家族の臨終時の立会い数、看取り介護加算の算定数は、医療ケアによって患者にもたらされる現状とその後の健康変化を意味し、患者の満足など患者の利益に寄与するものであり、Donabedian モデルという成果にあたる。

このように、医療の質を評価する Donabedian モデルの構造、過程、成果に投入した特養での看取りの環境的構造 6 要素、看取りの看護実践能力尺度 21 項目、そして看取りの実績 3 要素という項目全体が、看取りの質を評価する尺度としての活用可能性をもつという示唆を得た。

第VI章 考察

生活の場である特養で看取ることの社会的意義の一つに、家族の介護負担の軽減がある。特養に入所を申し込んでいる高齢者の家族は、特養に対して自分の配偶者あるいは親のことを常に見守ってもらい、最期まで看てもらうことを期待しており、他方特養に入所を希望して申し込んでいる待機者の6割が家族の負担を配慮しての希望である(厚生労働省, 2012)。つまり現代では、家族に負担をかけず、安全な生活が送れる施設に身を置いて自分らしく生活することを人生の終焉に求める望みと考える高齢者は比較的多く、家族もそれを安心・安全と捉えているといえる。本研究では、このような高齢者やその家族の思いに応え、特養で最期を迎えることを望む高齢者の看取りの質を確保する看護実践能力の尺度開発に取り組んだ。以下に、1. 特養での看取りの看護実践能力の構造、2. 特養での看取りの看護実践能力への影響要因、3. 特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性・妥当性・有用性の検討という視点からの考察を述べる。

1. 特養での看取りの看護実践能力の構造

生活の場である特養で看取りを積み重ねながら培ってきた看護職の経験知から導かれた看護実践能力は、【入居者本意に沿った医療管理】、【安寧な臨終に向かう協働】、【予測準備的マネジメント】、【その人らしい最期へのケア】、【看取り後の振り返り】であった。多様な課題が山積する特養の看取りにおいて、これらの能力がどのように入居者の尊厳を守り、安寧な最期を迎えられる看護実践につながるのかについて次のように考察した。

約10年前の先行研究では、高齢者の終末期におけるフィジカルアセスメントや急変の予測に対応する困難さが報告され(原, 小野, 早崎, 坂田, 奥村, 2003; 早崎, 小野, 坂田, 原, 奥村他, 2003; 林, 小野, 坂田, 原, 兼松他, 2004)、病院のように医療設備の整っていない生活の場である特養で看取ることに対して、みなし医療あるいはみなし看取りではないかという不安や不満を持つ看護職が7割強もいると報告されていた(山田, 岩本, 2004)。しかし、このような状況下でも、本研究で対象とした特養の看護職は、看取りを積み重ねるなかで医師との連携を円滑化しながら、本人が看取りの状態になる以前から入居者やその家族と関係性を育み、施設での看取りの希望確認はもとより無意味な治療や検査等を見直すことや、適切な疼痛コントロールを行うことを通して、本人の意思に沿った過不足のない医療提供ができる能力として【入居者本意に沿った医療管理】を培ってきたといえる。近年の先行研究では、田中, 石井, 松本(2011)による特養で看取った遺族調査において、本当に医療行為をしなくて良かったのか、あるいは本人の意思を汲み取れていたのかという家族の精神的負担はあるものの、看護および介護への満足度は高いと報告している。また、池上(2010)による特養で死亡退所した入所者の遺族調査では、特養での看取りにおいて身体的苦痛を緩和する対応に満足する遺族は多いと報告されており、特養での最期の数日間に入居者に痛みがあり痛み止めの薬を使った割合は全体のわずか8.5%、苦しそうな呼吸への対応が不

十分であると答えた割合も 8.1%と少数であった。これらの状況に対して、生活の場である施設で医療を担う看護職の【入居者本意に沿った医療管理】の向上が、少なからず寄与してきたと考えられる。しかし、池上(2010)によれば、死亡場所に関する入居者本人の希望が不明な状況は 77.1%で、さらに 37.8%の家族が本人の希望を知らないうえに、延命医療に関する本人の希望を知らない家族も 63.4%との報告もある。島田(2012)は、胃ろうの造設や点滴等の継続、投薬や栄養剤の処方などは、医師に対して本人や家族の意向をはじめ施設の方針も含めて医師に伝え、本人および家族と医師と施設の足並みが揃うような調整が必要であり、その調整役割を担う看護職は特養の医療体制の要であると述べている。生活の場である特養での看取りにおいて、本人の意思を尊重し、過不足のない医療を見極め提供するためには、【入居者本意に沿った医療管理】を獲得し、看取りチームにおいて医療面からリーダーシップを発揮することが看護師の重要な役割の一つであると考ええる。

一方、特養への入所時にはすでに認知症により意思確認が困難であり、家族によって施設での看取りを選択されるケースが多く、そのことが看護職の悩みとして報告されている(岩本他, 2009 ; 加瀬田他, 2005)。また、特養入居者のうち認知症高齢者の日常生活自立度がⅣ以上の意思疎通が困難な入居者は約 3 割であり(厚生労働省, 2012)、日常生活での細やかな意思決定でさえも、他者に委ねざるを得ない入居者は多い。このように、本人の意思が不明瞭な状況で看取りを実践している現状では、看護職をはじめ医師や介護職、家族も含めた看取りのケアチームの方針の統一が必要であり、【安寧な臨終に向かう協働】を発揮する中でケアの方向性を示していく看護師のリーダーシップが必要だといえる。島田(2012)は、認知症終末期には本人の意思を尊重しつつ、その人の人生にとって最善であるかどうかについて、ケアチームや親族、後見人など関係者間で納得いくまで話し合い、合意による意思決定を目指すことを多職種協働の課題としている。つまり、【入居者本意に沿った医療管理】と【安寧な臨終に向かう協働】をバランスよく発揮できる看護職は、生活と医療の中立的視点からのアセスメントをケアチームや家族と共有し、入居者本人にとっての最善を検討し合意するための話し合いを円滑化し、ケアの方向性を調整することができると思われる。

また、意思確認が困難な入居者の看取りにおいて、看護職はできる限り本人の真のニーズを理解するよう努力し、元気な頃の入居者の性格や嗜好等から、終末期の生活に細やかなその人らしさを取り入れたケアプランを立案し実践する能力として【その人らしい最期へのケア】を発揮しているといえる。この能力には、例えば、意識障害のある胃ろう造設者であっても、嚥下機能をアセスメントして医師に了解をとり、好んでいたアイスクリームを少量でも自分の舌で味わえるよう経口での食事ケアに取り入れるなど、個別性を踏まえたケア計画立案への創造性や応用力、あるいは、入居者の考え方や価値観についても家族や介護職らの情報をもとに、この入居者ならならこう望むのではないかと推察する想像力や老年期の心理に関する専門知識も必要とされると考える。研究Ⅲの自由記述では、“好きな物や好きな人に囲まれて最期の時を過ごせるように援助したい” また “入居者の社会

的つながりや宗教、考え方を大切にしなければいけない”と入居者のその人らしさを尊重し、個別性をケアに活かすことの重要性を認識していることが伺える。中西(2012)は、高齢者本人の意思確認が困難な場合には、家族や周囲の親しい人が記憶に残る会話やエピソードから本人の意向を推測しながら、ケアチームで話し合いケア方針を決めていくことも必要だと述べている。そのため、【その人らしい最期へのケア】や【安寧な臨終に向かう協働】を駆使して、一方的なケア提供にならないよう、家族や介護職と連携することが不可欠だと考える。これらの能力は、看取りであっても最期まで生きる楽しみを提供できるよう看護職と介護職がともにケアを試行錯誤することの重要性を示唆した先行研究(大村, 2013)を支持するものである。

また、看取りの実現を妨げている要因として、特養は常勤の医師が不在であることや看護職に夜勤体制がないことが挙げられている(清水他, 2007 ; 山田, 2004)。その上、少ない人数で夜勤を担う介護職は、医療者のいない夜間の医療行為や入居者の急変や死に対する不安や恐怖を抱えながら対応しており、看取りの受け入れに消極的であることも報告されている(浅井, 佐藤, 天野, 2008 ; 清水他, 2007)。現状の体制で、このような不安を持つ介護職と連携しながら看取りを実現するためには、看護職が、介護職と入居者の生活上の細やかな身体状況の変化を密に情報共有し、さまざまな看取りの段階で次に起こってくるであろう状況を迅速かつ的確にアセスメントして、夜間の急変の可能性を前もって夜勤介護職に引き継ぎ、緊急時の対応を示唆したり、近いうちに必要となるであろう薬剤について医師に処方事前確認を行い、臨終を予期した家族への連絡のタイミングを判断し調整するなどの【予測準備的マネジメント】を獲得していることが必要だと考えられる。この【予測準備的マネジメント】と【安寧な臨終に向かう協働】を獲得している看護職は、介護職の看取りへの心構えを促し、介護職の不安を軽減することができると考えられる。これらの能力は、特養の看取りにおける入居者の生命を脅かす身体的苦痛の出現や、死に向かう身体徴候から死期を予測する看護職のアセスメントの重要性や、看護職が看取りを恐れる介護職の心理面を支え、対話を心がけながら協働することの重要性を訴えた先行研究を支持している(高山, 三重野, 2005, 大村, 2013)。

以上のような看取りの看護実践能力を向上していくために、本研究で対象とした看取りを実践する看護職は、一つ一つの看取りを振り返り実践したケアを評価し、内省を次の看取りへ活かすための能力として【看取り後の振り返り】を獲得していた。【看取り後の振り返り】は、自ら実践したケアを入居者のご遺体や家族との交流場面から客観的に評価することで、看護職個々の能力の向上だけでなく看護チーム全体の成長を促すことに役立つと考えられる。島田(2012)も、終末期ケア終了後の振り返りの必要性を述べており、なかでも重要なことは、死を迎えた瞬間の出来事にとらわれず終末期ケアのプロセス全体を振り返ることであり、死に至った原因が何かということではなく、入居者にとってふさわしい生き方であったかという視点が大切であり、それが次の終末期ケアの向上につながると述べている。つまり、【看取り後の振り返り】は、特養で最期を迎える高齢者のQOLを看護

の視点から評価する能力であるともいえる。

特養の看護職が、これら 5 つの看取りの看護実践能力をバランスよく獲得し発揮することによって、入居者が苦痛のない安寧な最期を迎えられることができると示唆された。潘、新田(2011)は、グループホームでの終末期ケアとして、その人らしく生きるための援助、馴染みの生活の維持、苦痛の軽減、希望する医療の活用、家族への支援を挙げ、グループホームの看護師は安楽を支えるのみならず、医療体制を整え、他の職員を支援する役割が期待されていると述べており、本研究で明らかにした特養での看取りの看護実践能力の構成要素に一致している。つまり、高齢者の人生の最期を支えること、いろいろな専門職と連携すること、看護師が医療面でリーダーシップを発揮すべき環境にあること等の条件が同等である施設において、そこで看取りを実践する看護職が、本研究で明らかにした看護実践能力を獲得できれば、高齢者の看取りの質が確保できると示唆された。

2. 特養での看取りの看護実践能力への影響要因

研究Ⅲにおける特養での看取りの質を評価する因果モデルの検証によって、特養における看護職者の確保数、ユニットケア対応の有無、看取り研修の開催頻度、看取り後のカンファレンスの開催頻度、看取りマニュアルの有無、事前指示書の有無が特養での看取りの看護実践能力への影響要因であることが示唆された(P 63, 図 V-5, P 64, 図 V-6)。

看取りのガイドラインには、看取りに関わった職員で看取った入居者を偲んで思い出を語り合ったり、ケアについてよかった点や工夫した点を明らかにし、次の看取りへとつなげるプロセスを経ることが重要だと示されている(三菱総合研究所, 2007)。また、塚田他(2012)は、特養における看取り体制構築のための勉強会や研修体制など、継続的な教育体制を充実させていく必要性を述べている。継続的な看取り研修やマニュアルの作成は、入居者本人の尊厳を守るための具体的方法やその重要性について、多職種間で一定水準の共通認識をもつことができ、ケア方針の統一に効果的だと考えられる。さらに、池上(2010)の全国調査では、49.2%の特養が指示書を残していたのに対し、研究Ⅲでは 92.3%の特養が指示書を残していた。看取りのガイドライン(三菱総合研究所, 2007)にも、延命治療の意思確認から緊急時の対応などを明記しておく必要性が示されている。看取りを実践している研究Ⅲの対象施設は、事前指示書を残すことの重要性を理解していると考えられる。また、ユニットケアなど個室を確保することは、看取り介護加算の算定要件にも挙がっている。出村他(2011)の研究では、最期の時を過ごす場として静養室に移ることで、他の入居者に気兼ねすることなく静かな環境で過ごせたという家族の満足感が報告されている。ユニットケア対応の施設だけでなく従来型の施設であっても、看取りという尊厳を保つべき環境作りへの配慮が望まれると考える。

一方、生活の場である特養では看護職者の割合は少なく、入居者 100 人に対して看護職 3 人という配置基準である。研究Ⅲにおける看護職者数は平均 5.9 人であり、他方、介護職への医療的ケアの指導看護師を養成する研修に参加した特養の平均看護職者数も 6.0 人と

同等であった(日本能率協会総合研究所, 2009)。看取りや医療ニーズの高い重度要介護者を受け入れている特養では、配置基準以上の看護職員を配置していることがわかる。そのため、少人数ながらも看取りの質を確保するための均一した能力を獲得した看護職が揃っているという安定した看護体制を整えることが重要であると考ええる。

以上のことから、特養での看取りの看護実践能力への影響が示された環境的構造 6 要素(特に影響が大きかった看取り後のカンファレンスや研修の開催頻度)とともに、看取りの看護実践能力を測定することが、看取りの質の評価に有効であるとの示唆を得た。

3. 特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性・妥当性・有用性の検討

開発した特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性および妥当性は、研究ⅡおよびⅢで継続的に検証され、生活の場である特養において、身体症状が不安定な終末期にある高齢者が老衰の果てに迎える苦痛のない穏やかな臨終を迎えるための、看護職の全人的な看護実践能力の獲得度を測定する尺度であることが継続的に確認された。したがって、本尺度の得点が高いほど、看取りの看護実践能力の獲得度も高いと考えられ、看取りの看護実践の質も高まるといえる。

研究Ⅲでは、本尺度全体の平均点が $3.08 \pm .63$ 点であることや、本尺度が 4 段階リッカート方式であり 3 点を「まあまあできている」としていることから、自己評価において全 21 の各項目を 3 点以上取得できることが看取りの看護実践能力の獲得目標となると考える。さらに、本尺度は 5 因子構造を呈しており、因子ごとの得点の算出も可能である。研究Ⅲの対象者の平均得点が最も低かった因子は、【その人らしい最期へのケア】の $2.96 \pm .68$ 点であった。このように、特養の看取りにおける看護実践の改善点や補足すべき能力が明確化され、看取りの看護実践能力の向上に役立てることが期待できると考える。

また、研究Ⅲの対象施設では、看取り後のカンファレンスを毎回あるいはたまに実施する特養が約 8 割以上を占めた。看取り後のカンファレンスが、看取りの看護実践能力を高める影響要因であることが検証されたことによって、看取り後のカンファレンスを実施する中で本尺度を活用し、看護チーム全体として看取りの評価を行えば、焦点を絞った効率的な評価が行え、チームの成長にも有益な活用方法であると考ええる。それが多職種を交えたカンファレンスであっても、看護の専門性の理解や看取りに対する考え方の共有につながり、連携の円滑化にも効果的であると考えられる。

一方、本尺度は、施設の方針として積極的に看取りに取り組んでいる特養において、看取り経験の多い看護責任者や看護スタッフによる自己評価によって検証された尺度である。対象者は、40 歳代～50 歳代の看護師が多く、半数以上が 8 年以上の病院や高齢者施設での臨床経験を有しており、ベナーの言う中級または上級看護師であるといえる。にもかかわらず、自由記述(表 V-17, P 69)には“特養では老衰以外の看取りは難しい”“この対応でよいのかなど試行錯誤することが多く負担が大きい”など困難感や疑問を感じるとの記述がみられた。看取りを実践している特養の看護責任者を対象とした先行研究でも、看取りに

において入居者本人以外の意思による方針決定に対する悩みや生活の場である施設でのターミナルケアの割り切れなさを感じていることが明らかにされている(加瀬田他, 2005)。このことから、特養での看取りの看護実践能力は、それまでに培ってきた看護実践能力を駆使して、入居者の安寧な看取りのために個別的に応用し、試行錯誤しながら積み上げる独自性をもった能力であるといえる。そのため、本尺度は、病院での臨床経験年数や職位、あるいは教育背景や資格などに関わらず測定対象となると考えられる。

現在、特養における看取り研修の開催においては、看護職をはじめ施設職員全員の看取り経験に応じた施設内教育を検討し、新人、中堅、ベテランに分けて研修を行う取り組みも始まっている(馬籠, 2014)。このような看取り環境の評価も含めて、看取りの看護実践能力尺度を活用することが、看取りの質確保に有効であると考えられる。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界の一つは、研究対象とした施設を、看取りを実践している施設に限定したことである。池上(2010)の全国調査では、施設で看取る方針の特養は 29.8%、特に方針がない特養は 26.6%、速やかに病院へ移す特養が 35.5%となっており、10 年前より病院へ移す特養は減少し、施設で看取る特養が増加してきたと報告している。このように、特養の看取りの実践に関する施設側の方針は多様である。そのため、今後は、施設の看取りに関する理念や施設の規模、看取りを始めてからの期間、協力病院の有無などの医療体制等との関連にも着目し、看取りの質に関連する要因の探究が必要だと考える。

また 2 つ目の限界は、研究対象者を特養での看取り経験豊富な看護職であると限定したことである。今後は、看取り経験の少ない看護職と、看取り経験の多い看護職の能力の差、あるいは看取りを実践している特養と、受け入れていない特養の看護職の能力の差について比較するなど、特養での看取りの看護実践能力尺度の精錬に努める必要がある。

以上のように、本研究で開発された尺度は、今後も継続的な妥当性検証を積み重ねるとともに、高齢者の終末期ケアにおける新たな老年看護の役割を見出す糸口としていかなければならないと考える。そのため、グループホームなど高齢者の生活の場である施設での汎用性の検証や、【その人らしい最期へのケア】などそれぞれの尺度因子をテーマにした質的な探索的研究にも着手し、高齢者の個別性に臨機応変に対応していける看護の応用力なども明らかにしていきたいと考える。

一方、本研究の成果として、看取りの環境からケアのプロセスまでを統合して、看護の視点から客観的に看取りを評価できる尺度の基盤ができたといえる。そのため、今後は、本研究で検証された特養での看取りの質を評価する看護実践能力尺度の下位項目を用いた研究に着手したり、看取りの教育プログラム作成の資料として活用していきたい。それによって、特養での看取りの質を支える看護実践能力の向上をめざし、地域単位で施設での看取りの質が同等に確保されるよう、開発した尺度を役立てていきたいと考える。

第Ⅶ章 結論

本研究では、研究Ⅰ～Ⅲにわたり特養での看取りの看護実践能力尺度の、尺度項目の作成から尺度としての信頼性および妥当性における統計学的検証を行った。

また、Donabedian model を活用して、特養での看取りの看護実践能力への影響要因を明らかにするとともに、看護の視点から看取りの質を評価するための尺度の基盤を検証した。以下に、本研究の結論を述べる。

1. 特養での看取りの看護実践能力の構造は、看取り以前から本人や家族の意思を尊重し
つつ、過不足のない医療の見極めと提供を行う【入居者本意に沿った医療管理】5項目、
死の徴候を予測し、家族や他職種と迅速かつ的確な調整を行う【予測準備的マネジメント】5項目、
ケア方針を統一しながら多職種と円滑に連携する【安寧な臨終に向かう協働】4項目、
本人の個別性を尊重しケアに活かす【その人らしい最期へのケア】3項目、
一つ一つの看取りを振り返り内省を次に活かす【看取り後の振り返り】4項目とい
う5因子21項目で構成されていた。
2. 特養での看取りの看護実践能力尺度は、尺度としての信頼性および構成概念妥当性が
確認された。また、同じ概念を測定している既存尺度との相関関係が検証され、基準
関連妥当性、収束的妥当性、併存的妥当性が確認された。
3. 特養での看取りの看護実践能力への影響が大きかった環境的構造は、看取り後のカン
ファレンスおよび看取り研修の開催頻度であった。
4. 特養での看取りの看護実践能力は、看取りの実績である入居者が希望していた施設で
の看取りの実数、家族が看取りに参加し臨終にも立ち会うことができた看取りの実数、
看取り介護加算の算定数に影響を及ぼしていた。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象施設の責任者様および対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

また、本研究の遂行にあたり 3 年間にわたる段階的な研究プロセス全般を支えていただくとともに熱心なご指導をいただきました聖隷クリストファー大学大学院老年看護学領域の山下香枝子教授、同じく尺度開発についての厳密なルール確認の重要性に示唆をいただきました慢性看護学領域の木下幸代教授、同じく研究計画段階から幅広い視野でアドバイスをいただきました小児看護学領域の市江和子教授、同じく論文の構成等についても的確なコメントを頂きました研究科長の川村佐和子教授および精神障害作業療法開発学領域の新宮尚人教授に深く感謝申し上げます。そして、本研究の分析方法の中心とした共分散構造分析に関する適合度の種類の選定や結果の解釈の仕方、さらには研究の枠組みにおける考え方への貴重なご意見やご指導を頂きました静岡県立大学大学院看護学研究科西川浩昭教授に重ねて感謝申し上げます。

さらに、尺度の借用に関して快くご快諾くださいました福島県立医科大学看護学部の中
山洋子教授、国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科の吉岡さおり准教授、大阪市
立大学大学院看護学研究科教授樋口京子教授に深く感謝申し上げます。

最後に、本研究を通してご意見やご示唆を頂き、分析にご協力いただきました特別養護
老人ホーム十字の園の看護師の皆様はじめ職員の皆様、豊川市の社会福祉法人明世会特別
養護老人ホーム秋桜の里の看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 浅井幹一, 佐藤 芳, 天野瑞枝 (2008). 終末期に関する認識. *日本老年医学会雑誌*, 45(4), 391-394.
- Allen RS et al. (2003). Advance care planning in nursing homes: correlates of capacity and possession of advance directives. *Gerontologist*, 43(3), 309-317.
- Avedis Donabedian. (1990). 東 尚弘訳. (2007). *医療の質の定義と評価方法*. 認定 NPO 法人健康医療評価研究機構; iHope.
- 伴英美子 (2007). 高齢者ケア従事者のソーシャルサポートとメンタルヘルスに対する上司コーチング研修と面談の効果. *総合政策学ワーキングペーパーシリーズ*, 114, 1-30.
- Badger F et al. (2012). An evaluation of the impact of the Gold Standards Framework on collaboration in end-of-life care in nursing homes. A qualitative and quantitative evaluation. *Int J Nurs Stud*, 49(5), 586-595.
- Boer ME, Dröes RM, Jonker C, Eefsting JA and Hertogh CM. (2011). Advance directives for euthanasia in dementia: how do they affect resident care in Dutch nursing homes? Experiences of physicians and relatives. *J Am Geriatr Soc*, 989-996.
- Cartwright JC, Miller L and Volpin M. (2009) Hospice in assisted living: promoting good quality care at end of life. *Gerontologist*, 508-516.
- Chan HY and Pang SM. (2007). Quality of life concerns and end-of-life care preferences of aged persons in long-term care facilities. *J Clin Nurs*, 16(11), 2158-2166.
- Cohen-Mansfield J, Jensen B, Resnick B and Norris M. (2012). Assessment and treatment of behavior problems in dementia in nursing home residents: a comparison of the approaches of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *Int J Geriatr Psychiatry*, 135-145.
- 千葉真弓, 楠本祐子, 奥野茂代, 他 (2009) グループホームにおける認知症高齢者への終末期ケアに期待される看護師の役割. *日本看護福祉学会誌*, 14 (2) : 53-67
- 千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子 (2010). 介護老人福祉施設での終末期における対応方針と施設の体制-終末期ケアの取り組みの有無による比較-. *長野県看護大学紀要*, 163-175.
- 茅根義和 (2005). *リバプール・ケア・パスウェイ (LCP) 日本語版の作成と評価に関する研究*. 日本赤十字社医療センター. ホスピス・緩和ケアに関する調査報告書.
- Davies S and Crippace CG. (2008). Supporting quality improvement in care homes for older people: the contribution of primary care nurses. *J Nurs Manag*, 16(2), 115-120.
- 江口恭子, 長畑多代, 松田千登勢, 山内加絵, 山地佳代 (2013). 特別養護老人ホーム看護職を対象とした看取りケア教育プログラムにより見出された課題と取り組み. *大阪府立大学看護学部紀要*, 19(1), 31-40.

- Ersek M, Grant MM and Kraybill BM. (2005). Enhancing end-of-life care in nursing homes: Palliative Care Educational Resource Team (PERT) program. *J Palliat Med*, 8(3), 556-566.
- Finucane AM, Stevenson B, Moyes R, Oxenham D and Murray SA. (2013). Improving end-of-life care in nursing homes: Implementation and evaluation of an intervention to sustain quality of care. *Palliat Med*.
- Flock P and Terrien JM. (2011). A pilot study to explore next of kin's perspectives on end-of-life care in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc*, 12(2), 135-142.
- Furman CD, Kelly SE, Knapp K, Mowery RL and Miles T. (2007). Eliciting goals of care in a nursing home. *J Am Med Dir Assoc*, 8, 35-41.
- Gadsby R, Barker P and Sinclair A. (2011). People living with diabetes resident in nursing homes--assessing levels of disability and nursing needs. *Diabet Med*, 28(7), 778-780.
- Gijsberts MJ, van der Steen JT, Muller MT and Deliens L. (2008). End-of-life with dementia in and traditional nursing homes. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 39(6):256-264.
- Goodridge D, Bond JB Jr, Cameron C and McKean E. (2005). End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *Int J Palliat Nurs*, 11(5), 226-32.
- 原 敦子, 小野幸子, 早崎幸子, 坂田直美, 奥村美奈子, 兼松恵子他 (2003). G 県の特別養護老人ホームに働く看護職の“やりがい” (第 1 法). *岐阜県立看護大学紀要*, 3(1), 22-28.
- 原 祥子, 小野光美, 吉岡佐知子, 太湯好子 (2009). ユニットケア施設で働くスタッフの認知症ケアの価値観と困難性の本質に関する研究. *木村看護教育振興財団看護研究集録*, 16, 115-127.
- 橋本美香 (2005). 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*, 147-160.
- 畑瀬智恵美, 寺山和幸, 久保田 宏 (2005). 特別養護老人ホームにおけるターミナル・ケアの実態調査. *日本看護学会論文集, 看護総合*, 36, 238-240.
- 畑瀬智恵美, 寺山和幸, 久保田 宏 (2006). 農村地帯にある特別養護老人ホームの介護員のターミナル・ケアに対する意識調査 全道調査と比較して. *日本看護学会論文集, 看護管理*, 36, 300-301.
- 林幸子, 小野幸子, 坂田直美, 原敦子, 兼松恵子, 奥村美奈子他 (2004). 特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態—その 2 G 県下 C と T 地区の看護職を対象に—. *岐阜県立看護大学紀要*, 4(1), 45-51.
- 早崎幸子, 小野幸子, 坂田直美, 原 敦子, 奥村美奈子, 兼松恵子他 (2003). 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—. *岐阜県*

- 立看護大学紀要, 3(1), 29-35.
- Heyland DK et al. (2009). Satisfaction with end-of-life care: a longitudinal study of patients and their family caregivers in the last months of life. *J Palliat Care*, 25(4), 245-256.
- 日野恭徳, 金子裕憲(2002). 特養における終末期症例の医療面からの検討 施設における終末期のあり方を考える. *東京都老年学会誌*, 9, 64-66.
- 平河勝美(2007). 看護実践能力に関するライフヒストリー研究(博士論文). 神戸大学大学院.
- 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 近藤克則(2010). 高齢者の終末期ケアケアの質を高める 4 条件とケアマネジメントツール. 中央法規.
- 細田泰子, 荒木孝治, 古山美穂, 吉川彰二, 森 一恵, 星 和美他(2007). 看護学士課程の学生の情報活用の実践力と看護実践力の関連: e ラーニング導入前における学年間比較. 大阪府立大学看護学部紀要, 13(1), 19-26.
- 堀江尚子(2011). 看護師と重要な他者のソーシャルサポートの互恵性. *奈良看護紀要*, 7, 8-15.
- Hockley J, Watson J, Oxenham D and Murray SA. (2010). The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *Palliat Med*, 24(8), 828-838.
- 深澤圭子, 紺谷英司, 伊藤美和, 高岡哲子 (2009). 特別養護老人ホームで高齢者の死を看取った家族の体験-看取りへの合意-. *名寄市立大学紀要*, 27, 29-38.
- 古田さゆり, 小野幸子(2009). B 特別養護老人ホームにおける看取り介護実現への取り組みと課題. *岐阜県立看護大学紀要*, 10(1), 33-41.
- 出村佳子, 村中孝枝(2010). 特別養護老人ホームで看取りをした家族の満足感の要因の特徴 遺族へのアンケート調査の結果から. *日本看護学会論文集, 地域看護*, 41, 155-158.
- 池上直己(2010). 地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究(Ⅱ)報告書.
http://www.hpm.med.keio.ac.jp/pdf/roken_21.pdf
- 池上直己, 池崎澄江(2013). 遺族による終末期ケアの評価—病院と特別養護老人ホームの比較—. *日本医療・病院管理学会誌*, (127), 5-16.
- 池崎澄江, 池上直己(2012). 特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析. *厚生指標*, 59(1), 14-20.
- Ikegami N and Ikezaki S. (2012). Japan's policy of promoting end-of-life care in nursing homes: impact on facility and resident characteristics associated with the site of death. *Health Policy*, 105(2-3), 303-311.
- 生田京子, 井上由起子, 小野幸子, 坪井桂子(2007). ユニット型介護保険施設における看取りに関する研究. *日本建築学会計画系論文集*, 622, 49-56.
- 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.
<https://www.ihep.jp/>

- 医療経済研究機構(2011). 特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書. <http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?y=2010>
- 石井京子, 近森栄子(2005). 高齢者への家族の看取り時の介護行動と介護行動に影響する要因に関する研究. *日本看護研究学会雑誌*, 28(4), 61-67.
- 石井京子, 藤原千恵子, 星 和美, 高谷裕紀子, 河上智香, 西村明子他(2005). 看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本看護研究学会誌*, 28(2), 21-30.
- 石井京子, 牧洋子, 北村育子(2010). 特別養護老人ホームにおける終末期ケア行動に関する研究-看護師とケアワーカーの役割認知と実践の比較-. *死の臨床*, 33(1), 86-93.
- 石野育子, 岡田節子(2005). 介護保険施設における第3者評価尺度の開発に関する研究. 静岡県立大学短期大学部教員特別研究(平成17年度), 1-12.
- 岩本テルヨ, 南家貴美代, 有松 操, 森田敏子(2007). 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, 13-23.
- 岩本テルヨ(2009) 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアに関する研究 医療的処置の実態からの検討. *死の臨床*, 32(1), 88-95.
- 岩本テルヨ, 山田美幸, 加瀬田暢子(2009). 特別養護老人ホーム在所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*, 第2号, 看護栄養学部紀要, 2, 8-14.
- 井澤玲奈, 水野敏子(2009). 特別養護老人ホームにおいて最期を迎える入居者への援助. *東京女医大看会誌*, 4(1), 29-36.
- Kaarbø E. (2011). End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions. *J Clin Nurs*, 20(7-8), 1125-1132.
- 門井貴子, 太田勝正(2006). 患者役割測定尺度の開発プロセス: 入院患者の認識と看護師の期待から. *看護科学研究*, 7, 7-15.
- 神原裕子, 荒川千秋, 佐藤亜月子, 吉野由紀江, 川中淑恵, 杉本龍子他(2008). 国内外における看護実践能力に関する研究の動向-看護基礎教育における看護実践能力育成との関連. *目白大学健康科学研究 I*, 149-158.
- 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ(2005). 特別養護老人ホーム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.
- 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ(2006). 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護職者と医師の看護職者に対する期待. *南九州看護研究誌*, 4(1), 23-28.
- 笠原幸子(2008). ケアワーカーによる情報把握の構造とその関連要因に関する研究~施設高齢者の社会環境状況の情報把握に焦点を当てて~. *四天王寺大学紀要*, 46, 121-138.
- 川島理恵, 定廣和香子, 杉森みどり(2000). 単語の対象理解に関する自己評価尺度開発における初期的研究-質的帰納的研究成果に基づく質問項目の作成と選定- *看護教育学研究*, 9(1), 26-39.

- Kelly K, Ersek M, Virani R, Malloy P and Ferrell B. (2008). End-of-Life Nursing Education Consortium. Geriatric Training Program: improving palliative care in community geriatric care settings. *J Gerontol Nurs*, 34(5), 28-35.
- 菊池昭江, 原田唯司(1997). 看護の専門性における自律性に関する研究. *看護研究*, 30(4), 23-35.
- 木村勇介, 深谷安子(2008). 施設入所高齢者の日常生活行動に関する要望や困りごとの構成要素. *老人看護学*, 13(1), 49-56.
- Kinley J, Froggatt K and Bennett MI. (2013). The effect of policy on end-of-life care practice within nursing care homes: a systematic review. *Palliat Med*, 27(3), 209-20.
- 金 貞任, 鈴木 隆雄, 高木 安雄(2009). 特別養護老人ホームの要介護高齢者の看取りケアの実施に関する施設長の判断とその規定要因. *老年社会科*, 46, 31(3), 331-341.
- 北村育子(2008). 認知症高齢者の医療ニーズと特別擁護老人ホームにおける緩和ケアを含む対応をめぐる. *日本福祉大学社会福祉論集*, 118, 19-31.
- 北村育子, 牧洋子, 石井京子(2009). 特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題. *日本福祉大学社会福祉論集*, 120, 75-88.
- 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.
- 木内千晶, 吉田千鶴子(2004). 高齢者の希望する終末期の迎え方. *岩手県立大学看護学部紀要*, 6, 77-82.
- Kim K. Kuebler, Patricia H. Berry and Debra E. Heidrich. (2002). 鳥羽研二(2007). エンドオブライフ・ケア 終末期の臨床指針. 医学書院.
- 小林未果, 松島英介, 野口海, 松下年子, 平澤秀人(2008). 特別養護老人ホームにおける尊厳ある死に関する研究-その現状と課題について-. *日社精医誌*, 16, 255-262.
- 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りえ方. *老人社会科学*, 32, (1), 48-55.
- 高齢社会白書(2013). 平成24年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf_index.html
- 国際長寿センター(2011). 日本の看取り, 世界の看取り-理想の看取りと死を考える. 平成22年度在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書 SUMMARY.
http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1001.pdf
- 厚生労働省(2004). 特別養護老人ホームにおける看護サービスのあり方に関する検討会報告書.
- 厚生労働省(2005). 高齢者権利擁護等推進事業実施要項.
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dl/kenriyogo_suishinjigyou_jisshigaiyou.
- 厚生労働省(2006). 介護保険3施設の入退所の状況.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1025-5a.pdf>

- 厚生労働省(2009). 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html>
- 厚生労働省(2009). 特別養護老人ホームの入所申込者の状況.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000003byd.html>
- 厚生労働省(2010). 特別養護老人ホームにおける医療的ケアの提供体制の整備に関する調査研究事業報告書.
http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/h22_03a.pdf
- 厚生労働省(2011). 介護保険施設について. 社会保障審議会介護給付費分科会. 第75回. 資料2.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001dzdp-att/2r9852000001dzhk.pdf>
- 厚生労働省(2012). 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業—待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究—. 介護給付費分科会. 第90回. 資料7.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002axxr-att/2r9852000002ay1l.pdf>
- 厚生労働省(2013). 特別養護老人ホームの重点化について.
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikan-shitsu_Shakaihoshoutantou/0000027994.pdf
- 厚生労働省(2014). 特別養護老人ホームの入所申込者の状況.
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf>
- 小山千加代, 水野敏子, 横山享子, 鈴木博, 後藤五月, 垣花隆広他(2009). 特別養護老人ホームにおける看取りの改善への取り組み(第一報)―「看取りの勉強会」での試みとチーム全体の変化の過程―. *生と死*, 11, 33-47.
- 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*, 14(1), 59-65.
- 工藤真由美, 中山洋子, 石原 昌, 東 サトエ, 永山くに子(2012). 看護実践能力を測定する2つの質問紙(尺度)の構成概念の比較検討. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 14, 13-22.
- Kuebler, K. K., Berry, P. H and Heidrich, D. E. (2002). *End of life care: Clinical Practice Guideline*. W. B. Saunders Company.
- Liu LM, Guarino AJ and Lopez RP. (2012). Family satisfaction with care provided by nurse practitioners to nursing home residents with dementia at the end of life. *Clin Nurs Res*, 350-367.
- Mackin ML et al. (2009). Research participation by older adults at end of life: barriers and solutions. *Res Gerontol Nurs*, 2(3), 162-171.
- 松村ちづか(2004). 在宅ターミナルで看護師に必要な実践能力―必要な看護実践能力の内容と課題―. *埼玉県立大学紀要*, 6, 61-66.
- 丸山育子, 松成裕子, 中山洋子, 工藤真由美, 石井邦子, 石原 昌他(2011). 看護系大学卒業の看護師の看護実践能力を測定する「看護実践能力自己評価尺度(CNCSS)」の適合度の検

- 討. 福島県立医科大学看護学部紀要, 13, 11-18.
- 前田展弘(2008). 要介護高齢者の QOL とケアの質に関する一考察-QOL ケアモデルの介入調査をもとに-. ニッセイ基礎研所報, 50, 91-126.
- 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隅香他(2010). 看護実践能力: 概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌, 14(2), 18-28.
- Michael E. Porter, 山本雄士訳.(2009).医療戦略の本質—価値を向上させる競争.日経 BP 社.
- 三谷伸次郎, 黒田研二(2011). 特別養護老人ホームにおける介護リーダーの行動と職員のモラルとの関連について. 社会問題研究, 60, 105-117.
- 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—. 平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)報告書別冊.
- 三菱総合研究所(2011). 特別養護老人ホームにおける医療的ケアの提供体制の整備に関する調査研究事業報告書. 厚生労働省老人保健事業.
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング(2012). 介護施設等における高齢者権利擁護等の取り組みの推進を担う看護職員の養成に関する調査研究事業報告書.
http://www.murc.jp/uploads/2012/07/report_4.pdf
- 三浦弘恵, 舟島なをみ, 鈴木恵子(2005). 在宅における看護実践自己評価尺度の開発. 千葉看護会誌, 11(1), 6, 31-37.
- 本村美和, 川口孝泰(2013). 中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発. 日本看護研究学会雑誌, 36(1), 61-70.
- 百瀬由美子(2011). 病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア. 日本老年医学会雑誌, 48, 227-234.
- 中山洋子, 工藤真由美, 松成裕子他(2010). 看護実践能力の評価と評価方法に関する調査. 平成 18-21 年度科学研究費補助金(基盤研究 (A))研究成果報告書.
- 中山洋子, 横田素美(2012). 看護基礎教育から継続教育における看護実践能力の育成内容. 福島県立医科大学看護学部紀要, 14, 1-11.
- 長濱文与, 安永 悟, 関田一彦, 甲原定房(2009). 共同作業認識尺度の開発. 教育心理学研究, 57, 24-37.
- 長畑多代, 松田千登勢, 山内加絵, 江口恭子, 山地佳代(2012). 生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容. 老年看護学, 16(2), 72-79.
- 中村美恵子, 岩寄みどり, 斉藤秀子, 小山久美子(2002). 板橋ナーシングホームにおける痴呆性高齢者モデル寮の試み(その 1)混合型ユニットケア方式の取り組み. 東京都老年学会誌, 9, 75-78.
- 二橋那美子, 真家年江, 仙田志津代他(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. 明治安田こころの健康財団, 研究助成論文集, 44, 209-218.

- 西田伸一, 玉木一弘, 高瀬 茂, 清水恵一郎, 新田國夫, 狩野信夫(2012). 東京都における介護施設の医療提供体制に関する調査. *日本医師会雑誌*, 141(8), 1760-1764.
- 南家貴美代, 宇佐美しおり, 有松操, 梅木彰子, 木子莉瑛, 谷口まり子(2005). 看護ケアの質と看護実践能力との関連. *熊本大学医学部保健学科紀要*, 1, 39-46.
- 日本看護協会(2013). 平成 24 年度高齢者ケア施設で働く看護職員の実態調査報告書.
<http://www.nurse.or.jp/home/news/2012.html>.
- 日本能率協会総合研究所(2010). 特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアのあり方に関するモデル事業報告書. 厚生労働省老人保健健康推進事業, 資料 5. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0325-17e.pdf>
- 日本老年医学会(2012). 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明 2012」.
- Nunnally, J. C. and Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed). New York:Mcgraw-Hill.
- Nancy Burns, & Suzan K. Grove. 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 逸見 功 訳. (2007). *Burns & Grove 看護研究入門-実施・評価・活用*. エルゼビア・ジャパン.
- NPO シルバー総合研究所. (2005). 高齢者介護におけるターミナルケア調査研究事業報告書.
- Nunnally, J. C. and Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed). New York:Mcgraw-Hill.
- National Advisory Committee(カナダ政府諮問委員会). (2000). 岡田玲一郎監訳. (2010). *高齢者の end-of-life ケアガイド*. 厚生科学研究所.
- 小笠原知枝, 松本光子(2007). *これからの看護研究-基礎と応用*. ヌーヴェルヒロカワ.
- 小楠範子(2008). 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの課題; 文献的考察. *鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要*, 12, 41-52.
- 大淵律子(2009). 老年看護学の看護実践能力を高める教育のあり方. *三重看護学雑誌*, 11, 1-8.
- 大村光代, 倉田貞美(2011). 特別養護老人ホームにおける看護職と介護職の看取りの連携プロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 34(3), 334.
- 大村光代(2013). 特別養護老人ホームの看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造. *日本看護研究学会雑誌*, 36(4), 47-53.
- 大西次郎, 白瀧貞昭(2006). 兵庫県下の特別養護老人ホームの入所者に対する終末期医療に関する調査. *神緑会学術誌*, 22, 104-105.
- 大西次郎 (2009). 経営面, 職員育成面, 入居者・家族の満足面から検証する特別養護老人ホームの看取りー看取り介護加算の算定を通して聞く施設長調査ー. *武庫川女子大紀要*, 59-67.
- 小野幸子, 坂田直美, 早崎幸子, 原 敦子, 兼松恵子, 奥村美奈子他(2003). G 県下 2 地区の特別養護老人ホームの現状と看護職が認識している看護活動の課題: 第 2 報. *岐阜県立看護大学紀要*, 3(1), 36-41.

- Ora Lea, Strickland, and Colleen Dilorio. (2006). 井部俊子, 中岡ひさ子 訳. *看護アウトカムの測定-患者満足とケアの質指標*. エルゼビア・ジャパン.
- 小塩真司(2005). *研究事例で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析*. 東京図書.
- 尾崎拓郎(2007). 特別養護老人ホームにおける医療行為のある入居者の受入れについての考察. *西尾市民病院紀要*, 18(1), 20-22.
- Patricia Benner. (2001). 井部俊子監訳(2005). *ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ*. 医学書院.
- Reymond L, Israel FJ and Charles MA. (2011). A residential aged care end-of-life care pathway(RAC EoLCP) for Australian aged care facilities. *Aust Health Rev*, 350-356.
- Schon, D. A. (1983). The Reflective Practitioner.
- Rosenfeld P, Kobayashi M, Barber P and Mezey M. (2004). Utilization of nurse practitioners in long-term care: findings and implications of a national survey. *J Am Med Dir Assoc*, 5(1), 9-15.
- 斎田菜穂子, 阿蘇品スミ子(2010). 新卒看護師が就職後 1 年間で獲得した看護実践能力-自己評価と他者評価の比較-. *九州看護福祉大学紀要*, 10(1), 13-20.
- 坂井恵子(2005). 看護教員のストレス要因を測定するストレッサー尺度の開発-専修学校の看護教員を対象として-. *日本看護研究学会雑誌*, 28(5), 25-35.
- 坂本沙弥香, 浅井篤, 小杉真司(2007). 日本の終末期医療に携わる臨床看護師による終末期看護教育コンソーシアム(ELNEC:End-of-Life Nursing Education Consortium)の教育プログラムを用いた終末期看護倫理教育法の評価. *先端倫理研究II*, 54-65.
- 坂下恵美子, 西田佳世(2012). 特別養護老人ホームで積極的に看取りに取り組む看護師の意識の構造. *ホスピスケアと在宅ケア*, 20(3), 268-274.
- 櫻井紀子(2009). *高齢者介護施設の看取りケアガイドブックー「さくばらホーム」の看取りケアの実践から*. 中央法規.
- 流石ゆり子, 伊藤康児(2007). 終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者の QOL とその関連要因. *老年看護学*, 12(1), 87-93.
- 流石ゆり子, 牛田貴子, 亀山直子, 鶴田ゆかり(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職への調査から-. *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職の悩み・困難. *保健の科学*, 49(12), 849-854.
- 佐藤紀子, 牛田貴子, 内藤理英, 出口昌子, 土佐千栄子(2007). 「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver. 3」作成の試み. *日看護会誌*, 10(2), 32-39.
- Silvester W et al. (2013). Development and evaluation of an aged care specific Advance Care Plan. *BMJ Support Palliat Care*, 3(2), 188-195.
- 島田千穂(2012). 特別養護老人ホームにおける終末期ケア実践と他職種協働の課題. *認知症ケア学会誌*, 11(2), 470-476.

- 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 市での調査-. *新潟青陸大学紀要*, 7, 51-62.
- 曾根千賀子, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 渡辺みどり (2010). 長野県の介護老人福祉施設の終末期ケア体制の特徴 看取りへの対応に焦点をあてて. *長野県看護大学紀要*, 12, 21-31.
- 曾根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 柄澤邦江他 (2011). 介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法-長野県内介護老人福祉施設の特徴-. *長野県看護大学紀要*, 13, 39-50.
- 総務省白書 (2012). 平成 24 年版, 少子高齢化・人口減少社会.
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h24/html/nc112120.html>
- 総務省 (2014). 統計からみた我が国の高齢者 (65 歳以上) —「敬老の日」にちなんで—. 統計トピックス No. 8.
<http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics84.pdf>
- Steen JT, Gijssberts MJ, Knol DL, Deliens L and Muller MT. (2009). Ratings of symptoms and comfort in dementia patients at the end of life: comparison of nurses and families. *Palliat Med*, 23 (4), 317-24.
- Steen JT et al. (2011). Physicians' and nurses' perceived usefulness and acceptability of a family information booklet about comfort care in advanced dementia. *J Palliat Med*, 14 (5), 614-622.
- 杉本浩章, 近藤克則 (2006). 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題. *社会福祉学*, 46 (3), 63-74.
- 杉谷栄美子, 貫金 栄, 太湯好子 (2011). 訪問看護師による入居者を尊重した看護実践の評価. *川崎医療福祉学会誌*, 21 (1), 135-144.
- 社会保障審議会-介護給付費分科会資料 1 (2011). *介護老人福祉施設の基準・報酬について (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む)*.
- 高橋朝子, 木村紫乃, 西山悦子 (2012). 特別養護老人ホームで看取りを行う看護師の心理に関する研究 達成感、充実感につながる看取りの心理的プロセス. *日本看護学会論文集: 老年看護*, 42, 132-135.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子 (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. *日本看護研究学会雑誌*, 34, 103-109.
- 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 (1), 62-68.
- 竹田恵子 (2010). 看護学からみた高齢者への健康生活の支援-人生の最終章を生きる高齢者への看護-. *川崎医療福祉学会誌, 増刊号*, 45-55.
- 竹迫弥生, 梶井英治 (2007). 介護保険施設における終末期ケア: 介護老人福祉施設入居者家族の終末期に関する希望. *プライマリ・ケア*, 30 (4), 328-336.

- 田中結花子, 石井英子, 松本文恵 (2011). 特別養護老人ホームにおいて最後を迎えた認知症入居者の家族の施設に対するニーズ 看取りの事例 最期まで自己決定を尊重した支援. *医学と生物学*, 155(10), 670-675.
- Tambağ H and Oz F. (2013). Evaluation of the Psychoeducation Given to the Elderly at Nursing Homes for a Healthy Lifestyle and Developing Life Satisfaction. *Community Ment Health J*.
- Taylor AJ and Randall C. (2007). Process mapping: enhancing the implementation of the Liverpool Care Pathway. *Int J Palliat Nurs*, 13(4), 163-167.
- Thompson S, Bott M, Boyle D, Gajewski B, and Tilden VP. (2010). A Measure of Palliative Care in Nursing Homes. *J Pain Symptom Manage*, 24.
- Thompson SA, Bott M, Gajewski B, and Tilden VP. (2012). Quality of care and quality of dying in nursing homes: two measurement models. *J Palliat Med*, 6, 690-695.
- Tinetti ME (2012). The Retreat From Advance Care Planning. *JAMA*, 307(9), 915-916.
- 戸塚恵子 (2010). 特別養護老人ホームで働く看護師が施設看護を見出す過程に関する研究. *自立支援介護学*, 4(1), 34-40.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析[Amos 編]. 東京書籍.
- 坪井桂子, 岩崎佳世, 古川直美, 古田さゆり, 奥田浩子, 平岡葉子, 小野幸子 (2007). 特別養護老人ホームで働く看護職の研修会を通しての「連携・協働」に関する学びの分析. *岐阜県立看護大学紀要*, 7(2), 73-80.
- 坪井桂子 (2008). 高齢者看護の実践能力を構成する項目作成の試み. *老年看護学*, 13(1), 83-94.
- 辻 ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 片山由加里, 井村香積, 永山弘子 (2007). 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. *日本看護研究学会誌*, 30(5), 31-38.
- 塚田久恵, 浅見 洋 (2012). 石川県の指定介護老人福祉施設における終末期ケアの現状と課題. *石川看護雑誌*, 9, 61-70.
- 塚原貴子, 宮原伸二 (2001). 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討ー全国の特別養護老人ホームの調査よりー. *川崎医療福祉学会誌*, 11(1), 17-24.
- 鶴若麻理, 仙波由加里 (2010). 特別養護老人ホームの看取り介護についての入居時の意向確認に関する研究. *生命倫理*, 20(1), 158-164.
- 上村聡子 (2009). 特別養護老人ホームのがん終末期ケアに関する研究. *甲南女子大学研究紀要*, 3, 69-77.
- 上村聡子 (2010a). 介護職・施設長から期待される特別養護老人ホームの看護職の役割 終末期ケアを中心に. *甲南女子大学研究紀要*, 4, 135-143.
- 上村聡子 (2010b). 特別養護老人ホームの看護職と介護職の連携を阻害する要因 終末期ケアにかかわる看護職と介護職のズレを中心に. *甲南女子大学研究紀要*, 4, 145-152.

- 上村聡子, 山内恵美, 佐瀬美恵子, 兼田美代, 藤永新子, 中野美加 (2011). 特別養護老人ホームにおけるターミナル期の食事援助の様相 ケアカンファレンス記録に見る看護職の役割. *甲南女子大学研究紀要*, 5, 107-117.
- 上野栄一 (2005). 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 25 (2), 47-55.
- 内田富美江, 守屋真季, 三宅恋子, 大塚孝文, 杉本 瞳, 伏見竜太郎他 (2006). 特別養護老人ホームにおける看取りの現状と課題 介護福祉学生の視点から. *ホスピスケアと在宅ケア*, 14 (3), 206-211.
- 内山加絵, 長畑多代, 白井みどり, 松田千登勢, 柴木教子, 緒方敏子他 (2009). 介護保険施設における看護ケアの実施状況及び研修ニーズに関する実態調査. *大阪府立大学看護学部紀要*, 15 (1), 31-42.
- 牛田貴子, 流石ゆり子, 亀山直子, 鶴田ゆかり, 秋山小枝子, 藤原三千代他 (2006). Y 県下の介護保険施設に勤務する看護職が捉えた終末期 (end-of-life) における意思決定の現状. *山梨県立大学看護学部紀要*, 8 (9), 9-15.
- 馬籠順子 (2014). 施設の看護の質を向上させる特養の看護リーダーへの期待. *コミュニティケア*, 8, 48-60.
- Van der Steen JT, Gijsberts MJ, Knol DL, Deliens L, and Muller MT. (2009). Ratings of symptoms and comfort in dementia patients at the end of life: comparison of nurses and families. *Palliat Med*, 23 (4), 317-324.
- Van der Steen JT, de Graas T, Arcand M, and Hertogh CM. (2011). Evaluation of a family booklet on comfort care in dementia by professional and family caregivers. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 42 (5), 215-225.
- Watson J, Hockley J, and Dewar B. (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *Int J Palliat Nurs*, 12 (5), 234-240.
- 涌波 満, 前沢政次, 棚原陽子, 涌波淳子 (2007). 高齢者の終末期医療に対する本人の意思と家族意向の形成プロセスに関する質的研究. *プライマリ・ケア*, 30 (1), 45-52.
- 山田美幸, 岩本テルヨ (2004). 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題. *南九州看護研究誌*, 2 (1), 27-37.
- 柳原清子, 柄澤清美 (2003). 看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. *新潟青陸大学紀要*, 3, 223-232.
- 吉田千鶴子, 木内千晶 (2004). M 市老人クラブ員の END OF LIFE 関する意識調査. *岩手県立大学看護学部紀要*, 67-76.
- 吉田千鶴子 (2010). 高齢者が考えるエンドオブライフ期の迎え方—エンドオブライフ期への支援システム構築をめざして—. *豊橋創造大学紀要*, No14, 95-110.
- 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文 (2009). 終末期癌患者の家族

視点に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 29(2), 11-20.

吉岡さおり (2011). 一般病棟の看護師を対象とした終末期がん患者と家族を支援する看取りケア実践教育プログラムの開発と有効性の検証(博士論文). 広島大学大学院保健学研究科.

資 料

資料 I - 1

特別養護老人ホーム浜松十字の園
施設長様
看護部門の責任者様

平成 24 年 1 月吉日
聖隷クリストファー大学大学院
博士後期課程看護学研究科 1 年
大村光代

研究協力へのお願い

このたび、私、大村光代は、博士論文作成にあたり「特別養護老人ホーム（以下特養）の入居者が安寧に死を迎えるための看護行動に影響を与える看護実践能力に関する研究」の予備調査として「特養の看取りにおける看護実践の検討」に取り組むことになりました。

現在特養は、在宅での看取りが伸び悩む中、終の棲家としての役割が注目されています。そして、多くの利用者様が、ご家族はもちろん慣れ親しんだなじみの深い職員の方々に温かく見守られ、住み慣れた施設で静かに人生を終えたいと望まれています。

今回の調査目的は、特養の看取りにおいて重要な役割を担う看護職の皆様の看護行動とそこに潜在する認識を明らかにすることです。特養の看取りにおける看護実践の裏にどのような看護観や思いが潜在するのかについての検証は、看取りの質の向上と老年看護教育の充実につながるものと考えます。今回の調査において、質の高い看取りに積極的に取り組まれている貴施設の看取りから、本研究への重要な示唆を得たいと希望しています。

研究対象者は、貴施設に勤務する看取りを経験している看護職の皆様です。研究期間は、平成 24 年 2 月から平成 24 年 4 月です。

【研究方法】

- ① カンファレンスおよび勤務交代時の引き継ぎの参与観察（5 日間程度）
- ② 看護記録の閲覧（2 日間程度）・・・（利用者様のご家族の同意を頂く）

なお、研究対象となる看護職の皆様をはじめ引き継ぎに参加される他の施設職員様に対して、自由参加の研究説明会を実施させて頂きたく企画しております。本研究の調査が、業務への支障とならないよう十分な配慮のもと、進めていきたいと思っております。

【看護部門の責任者様へのお願い】

- ・ 研究説明会の日程調整と施設職員の皆様への開催日等の周知をお願い致します。
- ・ 研究説明会后に、職員の皆様の同意を口頭でご確認して頂きますようお願い致します。
- ・ 閲覧する看護記録の同意を得ることが可能な対象者とそのご家族の選定をご相談させて頂きます。

【倫理配慮】

本調査では、匿名性を遵守し、個人の身元が明らかになるような行為や記載は一切致しません。研究への参加も自由意思であり、どの時点で中止されても不利益が生じることはありません。利用者様および職員の皆様のプライバシーの確保に留意し、施設内で得た情報の漏えいがないよう細心の注意を払います。研究終了時には、すべてのデータは速やかに処分致します。

お忙しいとは存じますが、本研究へのご協力を何卒よろしくお願い致します。ご不明な点やご意見等がありましたら、下記までご連絡頂きますようお願い致します。

◆研究責任者：聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村光代

連絡先：愛知県豊川市御津町上佐脇南区 91-1

携帯電話：080-5152-4012

E-mail: 11dn02@g.seirei.ac.jp

◆指導教員：聖隷クリストファー大学 大学院 老年看護学 教授 山下香枝子

連絡先：浜松市北区三方原町 3453 聖隷クリストファー大学内

電話：053-439-1400

ファクス：053-439-1452

E-mail: kaeko-y@seirei.ac.jp

特別養護老人ホーム浜松十字の園
施設職員の皆様

平成 24 年 1 月吉日
聖隷クリストファー大学大学院
博士後期課程看護学研究科 1 年
大村光代

研究協力へのお願い

本日は、研究説明会にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

このたび、「特別養護老人ホームの入居者が安寧に死を迎えるための看護行動に影響を与える看護実践力に関する研究」に向けて看取りにおける看護実践力を検討するための尺度項目の妥当性を検討するための予備調査を計画致しました。この調査内容を十分理解された上で、調査への参加をご検討頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

研究の背景と目的

現在特養は、在宅での看取りが伸び悩む中、終の棲家としての役割が注目されています。そして、多くの利用者様が、ご家族はもちろん慣れ親しんだなじみの深い職員の方々に温かく見守られ、住み慣れた施設で静かに人生を終えたいと望まれています。医療の手薄な生活の場である特養の看取りにおいて利用者様が安寧な死を迎えるためには、どのようなことが必要であり影響を及ぼしているのかについて明らかにし検証していく必要があります。

今回の調査目的は、特養の看取りにおいて医療面でも重要な役割を担う看護職の皆様の看護行動とそこに潜在する実践力を明らかにすることを目的としています。特養の看取りにおける看護実践力の解明は、看取りの質の向上と老年看護教育の充実につながるものと考えます。今回の調査において、質の高い看取りに積極的に取り組まれている貴施設の看取りから、本研究への重要な示唆を得たいと希望しています。

研究方法

研究対象者は、貴施設に勤務する看取り経験のある看護職の皆様です。調査方法は以下の3つです。

1. 引き継ぎでの看取りに関する情報交換について参加観察をします。(5日間程度)
2. 看護記録の看取りに関する記述を閲覧します。(2日間程度)

引き継ぎでの参加観察においては、看護職の皆様だけでなく、他職種の職員様も同席されておりますので、引き継ぎの支障とならないよう十分気をつけて参加させて頂く所存です。また、貴施設の業務遂行に支障のないよう、様々な角度から柔軟に配慮し、調査を遂行致します。

プライバシーの保護について

利用者様および職員の皆様のプライバシーの確保に留意し、施設内で得た情報の漏えいがないよう細心の注意を払います。研究対象となる看護職の皆様だけでなく、他職種の職員の皆様に対しても、プライバシーの保護について同様の配慮を致します。

論文表記の際には、各名称についてすべてコード化し、個人の身元が明らかになるような行為や記載は一切致しません。また、調査によって得られたデータは、研究終了時まで厳重に保管し、研究終了から一定期間を経た後、すべてのデータは再生不可能な状態に裁断するなど速やかに処分致します。

研究の成果は、聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科博士論文として提出すると共に、学会発表等で学術論文として公表する予定です。その際も同様に、匿名性を遵守致します。

研究への同意について

この研究への参加は、強制するものではありません。また、一旦同意された場合でも、その後いつでも撤回することができます。同意されなかったり、同意を撤回されても、それによって今後の貴施設の業務に何ら不利益になることはありません。この研究に対する不信感や不安感などがありましたら、遠慮なく申し出て頂き、ご希望に沿える対応もしくは研究を中止致します。また、他職種の職員の皆様からのご意見に対しても真摯に受け止め、同様の対応をさせていただきます。

なお、調査期間中および調査期間後の研究者へのご連絡は、下記までお願い致します。研究の成果についてご要望がありましたら、いつでもご連絡ください。

お忙しいとは存じますが、本研究へのご協力をよろしくお願い致します。

◆研究責任者：聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村 光 代

連絡先：愛知県豊川市御津町上佐脇南区 91-1

・携帯電話：080-5152-4012

・E-mail: 11dn02@g.seirei.ac.jp

◆指導教員：聖隷クリストファー大学 大学院 老年看護学 教授 山下 香 枝 子

連絡先：浜松市北区三方原町 3453 聖隷クリストファー大学内

・電話：053-439-1400

ダイレクト：053-439-1452

・E-mail: kaeko-y@seirei.ac.jp

特別養護老人ホーム浜松十字の園
看護職の皆様へ

平成 24 年 1 月吉日
聖隷クリストファー大学大学院
博士後期課程看護学研究科 1 年
大村光代

「特別養護老人ホームの入居者が安寧に死を迎えるための
看護行動に影響を与える看護実践能力に関する研究」に向けた
～特養の看取りにおける看護実践能力測定のための尺度項目の妥当性の検討～に関する説明書

この説明書は、「特別養護老人ホームの入居者が安寧に死を迎えるための看護行動に影響
を与える看護実践能力に関する研究」に向けた予備調査としての「特養の看取りにおける
看護実践能力測定のための尺度項目の妥当性の検討」について説明したものです。この調
査内容を十分理解された上で、調査への参加をご検討ください。この説明書には、研究に
際してお願いする内容が記載されています。ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお尋
ねください。

調査方法

研究対象者は、貴施設に勤務する看取り経験のある看護職の皆さんです。

調査方法は以下の 4 点です。

3. 勤務交代時の引き継ぎに参加し、看取りに関する情報交換の状況を観察します。(5 日間程
度)
 - ・職員の皆さんの最後部で、皆さんの話し合いや引き継ぎの内容を静かに聴きます。
 - ・退席の指示があれば、速やかに退席いたします。遠慮なく指示してください。
2. 看護記録の看取りに関する記述を閲覧します。(2 日間程度)
 - ・看護記録を閲覧する対象者は、看取りの状態にある利用者様です。
 - ・看護記録の閲覧は、看取りの状態にある利用者様のご家族に同意を得て実施します。
 - ・閲覧する看護記録の対象者については、看護部門の責任者様に選定をご相談します。
 - ・調査項目の中の「看護行動」について照らし合わせます。
 - ・記録閲覧の中止の指示があればいつでも中止し、速やかに記録をお返しいたします。

プライバシーの保護について

調査中は、利用者様および職員の皆様のプライバシーの確保に留意し、施設内で得た情
報の漏えいがないよう細心の注意を払います。例えば、持参しているメモや資料に個人名
を書かない、メモや資料の置き忘れや紛失等に注意する、調査終了時にメモや資料をご確
認いただく等、プライバシーの保護と情報の漏えい防止等に努めます。

研究への同意について

この研究への同意は、あなたの自由意思であり、強制するものではありません。まず、研究の主旨をご理解いただき、無理のない範囲でのご協力を頂ければ幸いです。勤務交代時の引き継ぎへの研究者の参加については、お手数ですが同意書の提出をお願いいたします。

なお、この調査は、貴施設の看護職の皆さんの評価をするものではありません。

調査期間中および調査期間後の研究者へのご連絡は、下記までお願い致します。

研究の成果についてのご希望がありましたら、いつでもご連絡ください。

お忙しいとは存じますが、本研究へのご協力をよろしくお願い致します。

◆研究責任者：聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村光代

連絡先：愛知県豊川市御津町上佐脇南区 91-1

・携帯電話：080-5152-4012

・E-mail: 11dn02@g.seirei.ac.jp

◆指導教員：聖隷クリストファー大学 大学院 老年看護学 教授 山下香枝子

連絡先：浜松市北区三方原町 3453 聖隷クリストファー大学内

・電話：053-439-1400

ダイレクト：053-439-1452

・E-mail: kaeko-y@seirei.ac.jp

資料 I-4

_____様のご家族様

平成 24 年 月 日
聖隷クリストファー大学大学院
博士後期課程看護学研究科
大村光代

記録拝見のお願い

_____様のご静養をお見舞い申し上げます。

聖隷クリストファー大学大学院に所属する大村光代と申します。

このたび、浜松十字の園の看取りについて学びを深め、高齢者の方へのよりよい看護ケアをめざして、研究を行うことになりました。

つきましては、_____様の看護記録を拝見し、看取りに関する看護の状況を確認し、研究の資料に活用したいと希望しております。

_____様のご静養中に恐縮ではございますが、記録の拝見について、ご家族様にご同意いただきたくお願いに参りました。ご検討をよろしくお願い申し上げます。

なお、同意については_____様のご容体に配慮し、ご本人に代わってご家族様のご判断にお任せいたします。もし、同意されない場合でも、一旦同意してから拒否された場合でも、_____様やご家族様にとって不利益になるようなことは一切ございませんので、ご安心ください。また、個人情報厳重に守り、個人名等が外部へ漏出することは決してありません。

お忙しい中誠に恐縮ではございますが、同意して頂ける際には、同意書のご提出をお願い申し上げます。同意書の代諾者の欄に、ご署名とご捺印をお願い致します。

ご意見・ご質問は下記までご連絡頂きますよう、お願い致します。

◆研究責任者

聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村光代

連絡先：愛知県豊川市御津町上佐脇南区 91-1

・携帯電話：080-5152-4012

・E-mail: 11dn02@g.seirei.ac.jp

◆指導教員

聖隷クリストファー大学 大学院 老年看護学 教授 山下香枝子

連絡先：浜松市北区三方原町 3453 聖隷クリストファー大学内

・電話：053-439-1400

ダイレクト：053-439-1452

・E-mail: kaeko-y@seirei.ac.jp

同 意 書

研究テーマ：特別養護老人ホームの入居者が安寧に死を迎えるための看護行動に影響を
与える看護実践能力に関する研究
—看取りの看護行動と看護実践能力測定のための尺度項目の検討と
パイロットスタディによる妥当性の検証—

- ☐ 1. 研究の目的・意義
- ☐ 2. 研究の方法・手順
- ☐ 3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
- ☐ 4. 予測される不利益に対する安全対策
- ☐ 5. 参加は本人の自由意志であること
- ☐ 6. 同意した後でも、同意を撤回できること
- ☐ 7. 個人情報・プライバシーが守られること
- ☐ 8. 研究結果の公表について
- ☐ 9. 研究について自由に質問できること

引き継ぎ時の参加観察

☐ 同意します

☐ 同意しません

私は上記内容について、大村 光代 から説明を受けて納得し了承しましたので、
この研究に参加することに同意します。

代表者（署名）

署名年月日

平成 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名）

説明年月日

平成 年 月 日

研究者（署名）

署名年月日

平成 年 月 日

同 意 書

研究テーマ：特別養護老人ホームの入居者が安寧に死を迎えるための看護行動に影響を
与える看護実践能力に関する研究
—看取りの看護行動と看護実践能力測定のための尺度項目の検討と
パイロットスタディによる妥当性の検証—

- ☐ 10. 研究の目的・意義
- ☐ 11. 研究の方法・手順
- ☐ 12. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
- ☐ 13. 予測される不利益に対する安全対策
- ☐ 14. 参加は本人の自由意志であること
- ☐ 15. 同意した後でも、同意を撤回できること
- ☐ 16. 個人情報・プライバシーが守られること
- ☐ 17. 研究結果の公表について
- ☐ 18. 研究について自由に質問できること

看護記録の閲覧

☐同意します

☐同意しません

私は上記内容について、大村 光代 から説明を受けて納得し了承しましたので、
この研究に参加することに同意します。

代諾者（署名） _____
（関係： _____）
署名年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） _____
説明年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
研究者（署名） _____
署名年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

資料Ⅱ－１

施設長様および看護部門の責任者様 各位

平成 24 年 4 月 吉日

聖隷クリストファ大学大学院博士後期課程

看護学研究科老年看護学専攻

大村 光代

“看取り”に関する研究協力をお願い

このたび、「特別養護老人ホーム（以下特養）の入居者が安寧な最期を迎えるための看取りの看護実践に関する研究」に取り組むことになりました。医療の手薄な生活の場で、看護職の皆様がどのようにご利用者の安寧な最期を看取られているかを、統計的に検証したいと思っております。この研究の成果は、老年看護学の教材の貴重な資料となり、看護師を目指す学生の高齢者ケアの指針となるでしょう。研究の主旨をご理解いただき、アンケートへのご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、このアンケートは回答される看護職の皆様を評価するものではありません。

研究の背景と目的

現在特養は、在宅での看取りが伸び悩む中、終の棲家としての役割が注目されています。そして、多くの利用者が、ご家族はもちろん慣れ親しんだなじみの深い職員の方々に温かく見守られ、住み慣れた施設で静かに人生を終えたいと望まれています。医療の手薄な生活の場である特養の看取りにおいて利用者が安寧な最期を迎えるためには、どのようなことが必要であり影響を及ぼしているのかについて明らかにし検証していく必要があります。

今回の調査目的は、特養の看取りにおいて医療面でも重要な役割を担う看護職の皆様に潜在する看護実践力を明らかにし、利用者の安寧な最期への影響を検証することを目的としています。今回の調査において、積極的に看取りに取り組まれている貴施設の看取りから、本研究への重要な示唆を得たいと希望しています。

研究方法

【対象者】 看取り経験の多い看護職の方 3 名様をお願い致します。

【アンケート回収期間】 平成 24 年 4 月 吉日までにご返信をお願い致します。

【調査方法】 無記名でアンケートに回答して頂きます。回答には、約 10～15 分程度かかります。

【配布・回収方法】 看護部門の責任者様に対象者の選出とアンケートの配布をお願い致します。回収は、対象者である看護職の方が回答後に各自で返送して頂きます。

看護部門の責任者様へのお願い

本研究の対象者の条件は、看取り経験のある看護職の方です。勤務されている看護職の方の中から、本研究に同意が得られ、看取り経験の豊富な看護職の方を3名選出して頂き、研究協力の依頼をお願い致します。その際、研究への参加の自由意思を尊重し、圧力のかからないご配慮をお願い致します。

選出した看護職の方に、「対象者用研究協力依頼文書」「アンケート用紙」「返送用封筒」が各1部ずつ入った封書をお渡しく下さい。回答後の返送は、回答された看護職の方各自にお願いいたします。

倫理的配慮

協力して頂く皆様へ、下記のような配慮を行います。

- (1) 研究への参加は自由意思であり、どの時点で中止されても、回答者はもちろん貴施設にとっても不利益が生じることは決してありません。特にご配慮いただきたいのは、上司にあたる方からの調査協力依頼の圧力です。あくまでも個人の自由意思での参加であることを前提に、アンケート用紙の配布・回収をお願い致します。
- (2) 個人情報保護法に則り、匿名性を遵守し、個人が特定されないように情報を処理致します。
- (3) 回収したデータは、漏えいや紛失、盗難に合わないよう厳重に保管いたします。
- (4) 研究終了時には、すべてのデータが再現不可能となるよう処分致します。
- (5) 研究成果を公表する際も、個人が特定されないよう匿名性を遵守致します。

研究の成果は、聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科博士論文として提出すると共に、学会発表等で学術論文として公表する予定です。その際も同様に、個人が特定されないよう記号化するなどの配慮をし、匿名性を遵守致します。

ご意見・ご質問への対応

この研究に対するご意見やご質問等がありましたら、遠慮なく申し出て頂き、ご希望に沿える対応をさせていただきます。なお、調査期間中および調査期間後の研究者へのご連絡は、下記までお願い致します。聖隷クリストファー大学への直接のご連絡は、研究者本人まで直接つながりませんので、ご了承ください。研究の成果についてご要望がありましたら、いつでもご連絡ください。お忙しいとは存じますが、本研究へのご協力をよろしくお願い致します。

<連絡先>

聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村 光代

携帯：080-5152-4012

E-mail：11dn02@g.seirei.ac.jp

資料Ⅱ－２

看護職の皆様 各位

平成 24 年 4 月 吉日

聖隷クリストファ大学大学院博士後期課程

看護学研究科老年看護学専攻

大村 光代

“看取り”に関するアンケート調査のお願い

このたび、「特別養護老人ホーム（以下特養）の入居者が安寧な最期を迎えるための看取りの看護実践力に関する研究」に取り組むことになりました。医療の手薄な生活の場で、看護職の皆様がどのようにご利用者様の安寧な最期を看取られているかを、統計的に検証したいと思っております。この研究の成果は、老年看護学の教材の貴重な資料となり、看護師を目指す学生の高齢者ケアの指針となるでしょう。研究の主旨をご理解いただき、アンケートへのご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、このアンケートは回答される看護職の皆様を評価するものではありません。お気軽にご回答ください。

研究の背景と目的

現在特養は、在宅での看取りが伸び悩む中、終の棲家としての役割が注目されています。そして、多くの利用者が、ご家族はもちろん慣れ親しんだなじみの深い職員の方々に温かく見守られ、住み慣れた施設で静かに人生を終えたいと望まれています。医療の手薄な生活の場である特養の看取りにおいて利用者が安寧な最期を迎えるためには、どのようなことが必要であり影響を及ぼしているのかについて明らかにし検証していく必要があります。

今回の調査目的は、特養の看取りにおいて医療面でも重要な役割を担う看護職の皆様に潜在する看護実践力を明らかにし、利用者の安寧な最期への影響を検証することを目的としています。今回の調査において、積極的に看取りに取り組まれている貴施設の看取りから、本研究への重要な示唆を得たいと希望しています。お忙しい中、恐れ入りますが、ご協力の程よろしくお願い致します。

研究方法

【対象者】 勤務する看護職の方のうち、看取り経験の多い看護職の方 3 名様にお願い致します。（可能な範囲で結構です）

【アンケート回収期間】 平成 24 年 4 月 吉日までにご返信をお願い致します。

【調査方法】 アンケート項目は 99 項目あり、回答には約 10～15 分程度かかります。

1. アンケートは無記名で行ってください。
2. 各項目のあてはまるアルファベットに○をつけてください。○は 1 項目

につき1つです。

3. あまり考え込まず、直感で気楽にお答えください。

【回収方法】

看護部門の責任者様に、この研究協力依頼文書とアンケート、返送用封筒を1部ずつ配布して頂きます。この依頼文を読んで本研究への同意を頂ける場合には、アンケートに回答をお願い致します。アンケートは無記名でご回答ください。回答したアンケートは、各自で返送用封筒に入れ郵送してください。また、封筒の差出人の記入は必要ありません。アンケートの返信をもって、本研究に同意を得られたと理解させていただきます。

倫理的配慮

協力して頂く皆様へ、下記のような配慮を行います。

- (6) 研究への参加は自由意思であり、どの時点で中止されても、回答者はもちろん貴施設にとっても不利益が生じることは決してありません。
- (7) 個人情報保護法に則り、匿名性を遵守し、個人が特定されないように情報を処理致します。
- (8) 回収したデータは、漏えいや紛失、盗難に合わないよう厳重に保管いたします。
- (9) 研究終了時には、すべてのデータが再現不可能となるよう処分致します。
- (10) 研究成果を公表する際も、個人が特定されることがないよう匿名性を遵守致します。

研究の成果は、聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科博士論文として提出すると共に、学会発表等で学術論文として公表する予定です。その際も同様に、個人が特定されないよう記号化するなどの配慮をし、匿名性を遵守致します。

ご意見・ご質問への対応

この研究に対するご意見やご質問等がありましたら、遠慮なく申し出て頂き、ご希望に沿える対応をさせていただきます。なお、調査期間中および調査期間後の研究者へのご連絡は、下記までお願い致します。聖隷クリストファー大学への直接のご連絡は、研究者本人まで直接つながりませんので、ご了承ください。研究の成果についてご要望がありましたら、いつでもご連絡ください。お忙しいとは存じますが、本研究へのご協力をよろしくお願い致します。

<連絡先>

聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村 光代（おおむらみつよ）

携帯：080-5152-4012

E-mail：11dn02@g.seirei.ac.jp

資料Ⅱ-3

看護職の皆様へ

I はじめに、あなたご自身と所属施設についてお聞きます。 下記の項目について、

() 内に回答を記入するか、当てはまる番号に○を付けてください。

ここでいう『看取り』とは、医師によって“回復の見込みがない”と判断された時期から臨終までの終末期ケアを意味します。

1. 年齢 () 歳
2. 性別 ① 女性 ② 男性
3. 資格 ① 看護師 ② 准看護師 ③ 認定看護師(分野:) ④ その他()
4. 職位 ① スタッフナース ② 師長または主任 ③ その他()
5. 病院での臨床経験年数 ① 1～3年 ② 4～7年 ③ 8～10年 ④ 10年以上
6. 高齢者施設での臨床経験年数 ① 1～3年 ② 4～7年 ③ 8～10年 ④ 10年以上
7. あなたの施設の入所者数 () 名
8. あなたの施設の昨年の施設内死亡者数 () 名
9. あなたの施設では、看取りを実践していますか。
① 実施している ② 希望があれば実施する ③ 実施していない
10. 医師は、看取りに協力的ですか。
① 協力的だ ② 協力的ではない ③ どちらともいえない
11. 事前指示確認時期
① 入所時のみ ② 入所時と状態変化時 ③ 定期的に確認 ④ していない
12. あなたの看取りの経験回数
① 5回以内 ② 6～10回 ③ 11～20回 ④ 20回以上
13. 近い身内との死別経験 ① あり ② なし
14. 看取りに関する学習経験
① 施設内の勉強会 ② 外部の研修等への参加 ③ 自己学習 ④ していない
15. あなたは、看取りの看護実践に対して、自信を持っていますか。
① 自信がある ② まあまあ自信がある ③ あまり自信はない ④ 全く自信がない
16. あなたは、看取りに対する充実感を感じますか。
① いつも感じる ② ときどき感じる ③ あまり感じない ④ 全く感じない
17. あなたは、看取りに対して困難感を感じますか。
① いつも感じる ② ときどき感じる ③ あまり感じない ④ 全く感じない
18. それはどのような困難感ですか。簡単にお書きください。
()

資料Ⅱ-4

Ⅱ 看取りにおける看護実践について、以下の援助内容の【必要度】と【実践頻度】について

最もよく当てはまる記号に1つずつ○をつけて下さい。

【必要度】

【実践頻度】

【看護援助の内容】		とても必要	まあまあ必要	あまり必要ない	必要ない	十分している	まあまあしている	あまりしていない	していない
1	看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする・	4	3	2	1	A	B	C	D
2	医師に報告すべき状態かどうかを見極める	4	3	2	1	A	B	C	D
3	身体状況の安定性をアセスメントし、最期まで入浴を促す	4	3	2	1	A	B	C	D
4	利用者の尊厳保持のために、発生しやすい褥瘡を予防する	4	3	2	1	A	B	C	D
5	利用者の尊厳保持のために、身体(口腔・陰部含む)の清潔を保つ	4	3	2	1	A	B	C	D
6	精神性の異常行動は、利用者の安全と尊厳を守れる方法で対応する	4	3	2	1	A	B	C	D
7	自然な便通を苦痛なくコントロールする……………	4	3	2	1	A	B	C	D
8	水分摂取量と排尿量のバランスを管理する……………	4	3	2	1	A	B	C	D
9	最期まで安全かつ安楽な姿勢を保つためのケアを提供する	4	3	2	1	A	B	C	D
10	看取りに適した環境を利用者と家族に提供する……………	4	3	2	1	A	B	C	D
11	誤嚥に注意しながら、できる限り経口摂取を促す……………	4	3	2	1	A	B	C	D
12	利用者の気持ちを察して共感的理解を示しながら寄り添う・	4	3	2	1	A	B	C	D
13	利用者や家族の孤独感や寂しさを和らげるコミュニケーションを図る	4	3	2	1	A	B	C	D
14	利用者が看取りと判断される状態に近づいていることを予測する	4	3	2	1	A	B	C	D
15	利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる・	4	3	2	1	A	B	C	D
16	できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する……………	4	3	2	1	A	B	C	D
17	利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する	4	3	2	1	A	B	C	D
18	意思確認が困難でも、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する・	4	3	2	1	A	B	C	D
19	利用者の意思確認が困難な場合、家族から利用者の意思の代弁を聴く・	4	3	2	1	A	B	C	D
20	看取り以前から、利用者と看取りについての話ができる関係性を築く・	4	3	2	1	A	B	C	D
21	看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係性を築く	4	3	2	1	A	B	C	D
22	看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を持つ	4	3	2	1	A	B	C	D
23	医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行うこと……………	4	3	2	1	A	B	C	D
24	介護職それぞれの能力に合わせて医療行為を指導する…	4	3	2	1	A	B	C	D
25	医師と連携し、過不足のない医療行為を提供する	4	3	2	1	A	B	C	D
26	特養での高齢者の終末期医療に対する医師の考え方を理解しておく…	4	3	2	1	A	B	C	D
27	特養での高齢者の終末期医療に対する考えをチームで話し合う	4	3	2	1	A	B	C	D
28	日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する……………	4	3	2	1	A	B	C	D

29	起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ……	4	3	2	1	A	B	C	D
30	夜勤介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく……	4	3	2	1	A	B	C	D
31	看取りと判断されたら、改めて不必要な治療・検査を見直す……	4	3	2	1	A	B	C	D
32	利用者の状態から、医師がするであろう指示を予測する……	4	3	2	1	A	B	C	D
33	施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する……	4	3	2	1	A	B	C	D
34	医師による死亡診断が適切に行えるよう調整する……	4	3	2	1	A	B	C	D
35	他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する・	4	3	2	1	A	B	C	D
36	他職種とは利用者の観察情報とアセスメントを密に情報交換し共有する	4	3	2	1	A	B	C	D
37	経験の浅い介護職が抱く看取りへの恐怖心を理解しサポートする	4	3	2	1	A	B	C	D
38	有効な食事ケアのために栄養士と協働する……	4	3	2	1	A	B	C	D
39	相談職に対して、利用者とその家族に関する情報交換を密に行う	4	3	2	1	A	B	C	D
40	看取りにおいて利用者の利益となる体制作りを施設長に提案する	4	3	2	1	A	B	C	D
41	生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する……	4	3	2	1	A	B	C	D
42	利用者が会いたいと希望する人に会える調整をする……	4	3	2	1	A	B	C	D
43	利用者の希望を実現するために必要な地域資源を活用する・	4	3	2	1	A	B	C	D
44	看取りに対する家族の気持ちに共感的理解を示し、不安の軽減を図る・	4	3	2	1	A	B	C	D
45	家族に施設での看取り体制を理解してもらえるように説明する・	4	3	2	1	A	B	C	D
46	家族に利用者の現状を密に連絡する……	4	3	2	1	A	B	C	D
47	利用者本人と家族が互いの意思統一を図れるように調整する……	4	3	2	1	A	B	C	D
48	臨終を迎える心構えを家族が持てるように関わる……	4	3	2	1	A	B	C	D
49	看取りに対する家族の負担を軽減できるようサポートする……	4	3	2	1	A	B	C	D
50	家族と医師の相互理解が深まるように調整する……	4	3	2	1	A	B	C	D
51	家族の意向をケアプランに活かして、看取りへの関心を持てるよう促す	4	3	2	1	A	B	C	D
52	利用者と家族の状況に合わせて、適宜看取りの希望を確認する	4	3	2	1	A	B	C	D
53	家族が臨終に立ち会えるように連絡調整する……	4	3	2	1	A	B	C	D
54	延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する……	4	3	2	1	A	B	C	D
55	臨終後の家族の心情を受け止め、寄り添うケアを実践する……	4	3	2	1	A	B	C	D
56	臨終に間に合わなかった家族に対して、理解の得られる状況説明を行う	4	3	2	1	A	B	C	D
57	利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する……	4	3	2	1	A	B	C	D
58	実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する	4	3	2	1	A	B	C	D
59	家族との交流場面での反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する	4	3	2	1	A	B	C	D
60	利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する……	4	3	2	1	A	B	C	D

資料Ⅲ－１

施設長様および看護部門の責任者様 各位

平成 25 年 2 月 吉日

聖隷クリストファ大学大学院博士後期課程

看護学研究科老年看護学専攻

大村 光代

“看取り”に関する研究協力をお願い

このたび、「特別養護老人ホーム（以下特養）における看取りの看護実践に関する研究」に取り組むことになりました。生活の場である特養で、看護職の皆様がどのようにご利用者様の安寧な最期を看取られているかを、統計的に検証したいと思っております。この研究の成果は、老年看護領域における継続教育および老年看護学の教材の貴重な資料となり、看護師を目指す学生の高齢者ケアの指針となるでしょう。研究の主旨をご理解いただき、アンケートへのご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、このアンケートは回答される看護職の皆様や特定の施設を評価するものではありません。

研究の背景と目的

現在特養は、在宅での看取りが伸び悩む中、終の棲家としての役割が注目されています。そして、多くの利用者が、ご家族はもちろん慣れ親しんだなじみの深い職員の方々に温かく見守られ、住み慣れた施設で静かに人生を終えたいと望まれています。生活の場である特養の看取りにおいて利用者が安寧な最期を迎えるためには、どのようなことが必要であり影響を及ぼしているのかについて明らかにし検証していく必要があります。

今回の調査目的は、特養の看取りにおいて医療面でも重要な役割を担う看護職の皆様に潜在する看護実践能力を明らかにし、利用者の安寧な最期への効果を検証することを目的としています。今回の調査において、積極的に看取りに取り組まれている貴施設の看取りから、本研究への重要な示唆を得たいと希望しています。

研究方法

【対象者】 勤務する看護職の方のうち、看取り経験の多い看護職の方 2 名様にお願い致します。

【アンケート回収期間】 平成 25 年 3 月 31 日までにご返信をお願い致します。

【調査方法】 無記名でアンケートに回答して頂きます。回答には、約 20～30 分程度かかります。

【配布・回収方法】 看護部門の責任者様に対象者の選出とアンケートの配布をお願い致します。回収は、対象者である看護職の方が回答後に各自で返送して頂きます。

看護部門の責任者様へのお願い

本研究の対象者の条件は、看取り経験のある看護職の方です。勤務されている看護職の方の中から、本研究に同意が得られ、看取り経験の豊富な看護職の方を選出して頂き、研究協力の依頼をお願い致します。その際、研究への参加の自由意思を尊重し、圧力のかからないご配慮をお願い致します。

選出した看護職の方に、「対象者用研究協力依頼文書」「アンケート用紙」「返送用封筒」が各 1 部ずつ入った封書をお渡しく下さい。回答後の返送は、回答された看護職の方各自にお願いいたします。

倫理的配慮

協力して頂く皆様へ、下記のような配慮を行います。

- (1) 研究への参加は自由意思であり、どの時点で中止されても、回答者はもちろん貴施設にとっても不利益が生じることは決してありません。特にご配慮いただきたいのは、上司にあたる方からの調査協力依頼の圧力です。あくまでも個人の自由意思での参加であることを前提に、アンケート用紙の配布・回収をお願い致します。
- (2) 個人情報保護法に則り、匿名性を遵守し個人が特定されないように情報を処理致します。
- (3) 回収したデータは、漏えいや紛失、盗難に合わないよう厳重に保管いたします。
- (4) 研究終了時には、すべてのデータが再現不可能となるよう処分致します。
- (5) 研究成果を公表する際も、個人が特定されないよう匿名性を遵守致します。

研究の成果は、聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科博士論文として提出すると共に、学会発表等で学術論文として公表する予定です。その際も同様に、個人が特定されないよう記号化するなどの配慮をし、匿名性を遵守致します。

ご意見・ご質問への対応

この研究に対するご意見やご質問等がありましたら、遠慮なく申し出て頂き、ご希望に沿える対応をさせていただきます。なお、調査期間中および調査期間後の研究者へのご連絡は、下記までお願い致します。聖隷クリストファー大学への直接のご連絡は、研究者本人まで直接つながりませんので、ご了承ください。研究の成果についてご要望がありましたら、いつでもご連絡ください。

お忙しいとは存じますが、本研究へのご協力をよろしくお願い致します。

<連絡先>

聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村 光代

携帯：080-5152-4012

E-mail：11dn02@g.seirei.ac.jp

資料Ⅲ－２

看護職の皆様 各位

平成 25 年 2 月 吉日

聖隷クリストファ大学大学院博士後期課程

看護学研究科老年看護学専攻

大村 光代

“看取り”に関するアンケート調査のお願い

このたび、「特別養護老人ホーム（以下特養）における看取りの看護実践に関する研究」に取り組むことになりました。生活の場である特養で、看護職の皆様がどのようにご利用者様の安寧な最期を看取られているかを、統計的に検証したいと思っております。この研究の成果は、老年看護領域の継続教育および老年看護学の教材の貴重な資料となり、看護師を目指す学生の高齢者ケアの指針となるでしょう。研究の主旨をご理解いただき、アンケートへのご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、このアンケートは回答される看護職の皆様や特定の施設を評価するものではありません。

研究の背景と目的

現在特養は、在宅での看取りが伸び悩む中、終の棲家としての役割が注目されています。そして、多くの利用者が、ご家族はもちろん慣れ親しんだなじみの深い職員の方々に温かく見守られ、住み慣れた施設で静かに人生を終えたいと望まれています。生活の場である特養の看取りにおいて利用者が安寧な最期を迎えるためには、どのようなことが必要であり影響を及ぼしているのかについて明らかにし検証していく必要があります。

今回の調査目的は、特養の看取りにおいて医療面でも重要な役割を担う看護職の皆様に潜在する看護実践能力を明らかにし、利用者の安寧な最期への効果を検証することを目指としています。今回の調査において、積極的に看取りに取り組まれている貴施設の看取りから、本研究への重要な示唆を得たいと希望しています。お忙しい中、恐れ入りますが、ご協力の程よろしくお願い致します。

研究方法

【対象者】 勤務する看護職の方のうち、看取り経験の多い看護職の方 2 名様にお問い合わせ致します。（可能な範囲で結構です）

【アンケート回収期間】 平成 25 年 3 月 31 日までにご返信をお願い致します。

【調査方法】 アンケート項目は 132 項目あり、回答には約 20～30 分程度かかります。

アンケートは無記名で行ってください。各項目のあてはまるアルファベットに○をつけてください。○は1項目につき1つです。あまり考え込まず、直感で気楽にお答えください。

【回収方法】

看護部門の責任者様に、この研究協力依頼文書とアンケート、返送用封筒を 1 部ずつ配布して頂きます。この依頼文を読んで本研究への同意を頂ける場合には、アンケートに回答をお願い致します。アンケートは無記名でご回答ください。回答したアンケートは、各自で返送用封筒に入れ郵送してください。また、封筒の差出人の記入は必要ありません。アンケートの返信をもって、本研究に同意を得られたと理解させていただきます。

倫理的配慮

協力して頂く皆様へ、下記のような配慮を行います。

- (1)研究への参加は自由意思であり、どの時点で中止されても、回答者はもちろん貴施設にとっても不利益が生じることは決してありません。
- (2)個人情報保護法に則り、匿名性を遵守し個人が特定されないように情報を処理致します。
- (3)回収したデータは、漏えいや紛失、盗難に合わないよう厳重に保管いたします。
- (4)研究終了時には、すべてのデータが再現不可能となるよう処分致します。
- (5)研究成果を公表する際も、個人が特定されないよう匿名性を遵守致します。

研究の成果は、聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科博士論文として提出すると共に、学会発表等で学術論文として公表する予定です。その際も同様に、個人が特定されないよう記号化するなどの配慮をし、匿名性を遵守致します。

ご意見・ご質問への対応

この研究に対するご意見やご質問等がありましたら、遠慮なく申し出て頂き、ご希望に沿える対応をさせていただきます。なお、調査期間中および調査期間後の研究者へのご連絡は、下記までお願い致します。聖隷クリストファー大学への直接のご連絡は、研究者本人まで直接つながりませんので、ご了承ください。研究の成果についてご要望がありましたら、いつでもご連絡ください。お忙しいとは存じますが、本研究へのご協力をよろしくお願い致します。

<連絡先>

聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科 大村 光代（おおむらみ つよ）

携帯：080-5152-4012

E-mail：11dn02@g.seirei.ac.jp

資料Ⅲ－３

看護部門の責任者様へ

貴施設の平成 24 年における看取りの状況について、下記の項目にご回答ください。
当てはまる番号に○をつけるか、記入欄へのご記入をお願い致します。

1. 貴施設の看取り方針について当てはまる番号に 1 つ○をつけて下さい。

- ① 方針は特にない ② 希望があれば実施する ③ 積極的に実施する

2. 平成 24 年の入居者数・介護職者数・看護職者数（パート含む）をご記入ください。

- ① 入居者数 名 ② 介護職者数 名 ③ 看護職者数 名

3. 看取り専用の個室はありますか？

- ① ない ② ある

4. ユニットケア対応ですか？

- ① 対応していない ② 対応している

5. 施設内での看取りの研修はどの程度行われますか？

- ① していない ② 年に 1 回程度 ③ 半年に 1 回程度 ④ 月に 1 回程度

6. 看取り後のカンファレンスは実施しますか？

- ① 実施しない ② たまに実施する ③ 毎回実施する

7. 看取りのマニュアルはありますか？

- ① ない ② 作成中 ③ ある

8. 平成 24 年の死亡退所人数は何名ですか？（なければ 0） 名

① そのうち施設内死亡は何名ですか？ 名

② そのうち看取りの希望者は何名ですか？ 名

③ そのうち家族の立会いは何件ですか？ 名

④ 看取り介護加算を算定したのは何件ですか？ 名

9. 看取りに対する本人・家族の意思確認の時期は次のうちどれですか？

- ① していない ② 入所時のみ ③ 入所時と状態変化時

10. 意思確認は書面（事前指示書等）に残していますか？

- ① 残していない ② 残している

11. 平成 24 年の看取り期間中の状況についてお答えください。（なければ 0）

（病院搬送数）／（看取り件数）

① 看取り数に対する希望の変更（病院搬送）は何件でしたか？ 件／ 件

② 看取り期間中の褥瘡の発生はありましたか？ 件

③ 看取り期間中の合併症・感染症の発症はありましたか？ 件

④ 看取りに関する苦情はありましたか？

本人から： 件 家族から： 件 その他から： 件

ご協力ありがとうございました。

資料Ⅲ-4

【Ⅰ】 あなたご自身についてお尋ねします。下記の項目について、当てはまる番号に○をつけるか、() 内に回答を記入してください。

1. 年齢： ① 20歳代 ② 30歳代 ③ 40歳代
④ 50歳代 ⑤ 60歳代 ⑥ その他
2. 資格： ① 看護師 ② 准看護師
3. 学歴： ① 専門学校卒 ② 短大卒 ③ 大学卒 ④ その他
4. 病院での臨床経験年数
① 1～3年 ② 4～7年 ③ 8～10年 ④ 10年以上
5. 高齢者施設での臨床経験年数
① 1～3年 ② 4～7年 ③ 8～10年 ④ 10年以上

【Ⅱ】 高齢者の終末期ケアについてあなたの施設の状況に最もよく当てはまる番号に○をつけて下さい。

	できていない	あまりできていない	まあまあできている	十分できている
1. 利用者本人の療養上の希望、死の迎え方の希望は確認されている	1	2	3	4
2. 家族の看取り方についての希望は確認されている	1	2	3	4
3. 利用者・家族の希望や意思の変化、気持ちのゆらぎに対して対応されている	1	2	3	4
4. 希望の実現度と本人・家族の反応(満足度)は確認されている	1	2	3	4
5. 家族に対する利用者の情報提供や医師との調整は行われている	1	2	3	4
6. 家族が自信を持って看取ることができるようにサポートされている	1	2	3	4
7. 家族にしかできない役割を臨終まで継続的に担えるようサポートされている	1	2	3	4
8. 利用者にとって生きる張り合いや希望の実現をサポートする人が確保されている	1	2	3	4
9. 利用者と家族および社会とのつながりは最期まで確保されている	1	2	3	4
10. 家族介護力の変化に合った家族支援が行われている	1	2	3	4
11. 医療サービス提供体制(日中、夜間、急変時、死亡時)は確保されている	1	2	3	4
12. 利用者のQOLを高める医療が提供されている	1	2	3	4
13. 安らかな死をサポートする過不足のない医療が提供されている	1	2	3	4
14. 病状や予後の説明および死別の準備、心構えができるケアが提供されている	1	2	3	4
15. 看取り後の家族に対するグリーフケアが行われている	1	2	3	4
16. 利用者の希望を中心においたケア目標の設定と情報共有が行われている	1	2	3	4
17. 介護の見通しに応じたインフォーマルサービスが活用されている	1	2	3	4
18. 希望の変化やゆらぎ、家族の余力に応じて施設側が柔軟に対応している	1	2	3	4
19. 一貫した方針で最期までサポートできる医療福祉チーム体制をとっている	1	2	3	4
20. 職員個々の能力、チーム力の向上のために必要な地域資源を活用している	1	2	3	4

資料Ⅲ－５

【Ⅲ】 看護の基本的な実践能力について、あなた自身の考えに
最もよく当てはまる番号に○を１つ付けてください。

	自信がない	あまり自信がない	まあまあ自信がある	自信をもってできる
１．私は看護ケアを実施する時、利用者に目的と方法を説明し同意を得ている	１	２	３	４
２．私は看護ケアを求められた時、自分の現在の能力で果たせるかを判断して実施するかを決めている	１	２	３	４
３．私は利用者に今の病状について聞かれた時、看護師として責任を負える範囲で説明している	１	２	３	４
４．私は利用者や家族に不安を抱かせないように、提供する看護ケアの効果とリスクについて説明している	１	２	３	４
５．私は利用者が治療について十分に納得していないと察した時、気持ちや疑問を表出できるようにしている	１	２	３	４
６．私は利用者が診断や治療について医師に聞けないで困っている時、代弁者の役割を果たしている	１	２	３	４
７．私は利用者の尊厳を守ることが意識しながら日常生活援助を行っている	１	２	３	４
８．私は看護師として知り得た利用者の個人情報、外部に漏れることがないように守秘する	１	２	３	４
９．私は日常生活援助を行う時、その必要性と選択肢を説明した上で、利用者の希望を尊重し実施している	１	２	３	４
１０．私は看護ケア上の倫理的問題に気づいた時、把握した状況を上司や同僚に報告相談する	１	２	３	４
１１．私は自分の行った看護ケアに対して、利用者と話し合える関係を築いている	１	２	３	４
１２．私は利用者の意向に添えるように、個々の患者の人生観や価値観を尊重して対応している	１	２	３	４
１３．私は利用者が自分の病気と向き合え、見通しが持てるように関わっている	１	２	３	４
１４．私は看護ケアを行う時、患者の反応を見ながら状況に即した方法を工夫している	１	２	３	４
１５．私は積極的に時間を作って、利用者の話を傾聴している	１	２	３	４
１６．私は利用者が困難な場面や悲観にある時、それを乗り越えられるよう関わっている	１	２	３	４
１７．私は利用者の状態を観察し、看護上必要な情報を収集している	１	２	３	４
１８．私は利用者の健康状態を把握するために、利用者のこれまでの日常生活について聴いている	１	２	３	４
１９．私は利用者の状態の小さな変化から異常を予測し、大事に至る前に対応している	１	２	３	４
２０．私は医師の指示に疑問をもった時には、必ず確認している	１	２	３	４
２１．私は変化する利用者の状態や状況に応じて、看護ケアの優先度を判断している	１	２	３	４
２２．私は生命の危機にある利用者の利用者の緊急事態において、迅速に判断して行動している	１	２	３	４
２３．私は利用者に処方されている薬剤の目的、作用を確認してから投与している	１	２	３	４
２４．私は観察とコミュニケーションから利用者の特性や状況を把握して、個別的な看護計画を立てている	１	２	３	４
２５．私は疾患によって異なる個別の問題を理解し、看護ケアを提供している	１	２	３	４
２６．私は利用者の痛みの種類を見極めて、適切に対処している	１	２	３	４
２７．私は看護ケアの効果を維持できるように、記録や報告を確実にしている	１	２	３	４
２８．私は中心静脈カテーテルやドレーン類を挿入している利用者には状態に適した方法で清潔ケアを行う	１	２	３	４
２９．私は利用者の褥瘡を予防するために、効果的な援助を工夫している	１	２	３	４
３０．私は終末期にある利用者の家族が、ケアに参加できるように配慮している	１	２	３	４
３１．私は処置や看護ケアを行う時は、必要物品を効率よく使用できるように配置し行っている	１	２	３	４
３２．私は利用者が安全・安楽に検査や処置を受けられるように説明し、準備している	１	２	３	４
３３．私は看護ケアの結果を利用者の反応と目標達成との関連により評価している	１	２	３	４
３４．私は自分の行った看護ケアを経済性・効率性から評価している	１	２	３	４
３５．私は自分の行った看護ケアを評価し、その内容を看護記録に残している	１	２	３	４

	自信がない	あまり自信がない	まあまあ自信がある	自信をもつてできる
36. 私は看護ケアをその利用者の安楽・安心・安全の観点から評価している	1	2	3	4
37. 私は看護計画をカンファレンスを通してチームで評価し、修正している	1	2	3	4
38. 私は入所時から退所後の生活を見通して、療養生活について指導している	1	2	3	4
39. 私は利用者が日常生活を自分自身でコントロールできている実感が持てるように援助している	1	2	3	4
40. 私は利用者のリハビリテーションにつながるように、利用者の日常生活援助を工夫している	1	2	3	4
41. 私は入所中に受けた治療を退所後も利用者が継続できるように援助している	1	2	3	4
42. 私は家族が利用者の病気に伴う生活の変化を受け止め、ストレスを軽減できるように働きかけている	1	2	3	4
43. 私はスタンダードプリコーションを遵守している	1	2	3	4
44. 私は自分の行動傾向を知り、ミスを起こさないように工夫している	1	2	3	4
45. 私は施設で起こりやすいリスクの情報を共有し、他のスタッフと協働して対策を立てている	1	2	3	4
46. 私は災害発生時の対応マニュアルに沿った利用者の避難方法を把握している	1	2	3	4
47. 私は利用者に起こることが予測される問題について、事前に医師と対策を立てる	1	2	3	4
48. 私は利用者の退所に向けて状況にあった社会資源や制度を活用できるように調整している	1	2	3	4
49. 私は治療が効果的に行われるために、利用者の情報を他の専門職に明確に伝える	1	2	3	4
50. 私は自分の施設における役割分担とその責任を自覚して、看護ケアを行っている	1	2	3	4
51. 私はケアの質と時間的効率性を考慮しながら、業務上の優先順位を決めて行動する	1	2	3	4
52. 私は自分に割り当てられた仕事だけでなく、同僚看護師の看護ケアの進行状況を考えながら仕事をしている	1	2	3	4
53. 私はチームメンバーの長所を認めて、メンバーが能力を最大限に発揮できるように支援している	1	2	3	4
54. 私は常に看護実践の根拠を意識して看護ケアを行っている	1	2	3	4
55. 私は看護職能団体（看護協会等）や学会等から発信される情報に目を通してしている	1	2	3	4
56. 私は看護職の役割と機能が利用者や家族に伝わるように、看護ケアを行っている	1	2	3	4
57. 私は看護の専門性や独自性を明確にして、他の医療チームメンバーと協働している	1	2	3	4
58. 私は施設の看護手順やマニュアルが、最新の知見に基づいているかどうかを確認しながら活用している	1	2	3	4
59. 私は施設で問題となった業務については看護師長や看護スタッフと話し合い、改善に取り組んでいる	1	2	3	4
60. 私は施設の設備や備品が利用者にとって不具合であれば、使用しやすいように調整している	1	2	3	4
61. 私は実施した看護技術の評価を行い、スキルアップを図っている	1	2	3	4
62. 私はわからないことは文献で調べたり、先輩看護師、医師に質問し解決している	1	2	3	4
63. 私は専門職として能力を維持・向上させるために研修会・学会に参加している	1	2	3	4
64. 私は看護師としての今後の目標を明確にし、それに向かって自己研鑽している	1	2	3	4

資料Ⅲ－6

【Ⅳ】 看取りにおける看護実践について、あなた自身の考えに最もよく当てはまると思われる番号に1つ○をつけて下さい。

	できていない	あまりできていない	まあまあできている	十分できている
	1	2	3	4
1. 看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする	1	2	3	4
2. 利用者が看取りと判断される状態に近づいていることを予測する	1	2	3	4
3. 生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する	1	2	3	4
4. 他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する	1	2	3	4
5. 利用者の宗教的慣習や個人的信条の要望を取り入れる	1	2	3	4
6. 利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する	1	2	3	4
7. 意思確認が困難であっても、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する	1	2	3	4
8. できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する	1	2	3	4
9. 看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係性を築いておく	1	2	3	4
10. 看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を持つ	1	2	3	4
11. 医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行うこと	1	2	3	4
12. 看取りと判断されたら、改めて不必要な治療・検査を見直す	1	2	3	4
13. 日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する	1	2	3	4
14. 起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ	1	2	3	4
15. 夜勤介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく	1	2	3	4
16. 施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する	1	2	3	4
17. 延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する	1	2	3	4
18. 利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する	1	2	3	4
19. 実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する	1	2	3	4
20. 家族との交流場面や家族の反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する	1	2	3	4
21. 利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する	1	2	3	4

【Ⅴ】 あなたが看取りに対して重要だと考えるケアについて、自由にお書きください。

資料Ⅲ－7

【Ⅵ】 以下の看取りと家族支援について、あなたの考えに最もよく当てはまる番号に1つOをつけて下さい。

	全く実施できていない	あまり実施できていない	どちらともいえない	まずまず実施できている	よく実施できている
	1	2	3	4	5
1. 必要に応じて、死が近づいた時の積極的治療、蘇生、看取りの場所について利用者と家族で話し合うよう促す					
2. 治療や薬物の使用目的、副作用についての情報を患者と家族に十分に提供する	1	2	3	4	5
3. 状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的変化について家族に説明する	1	2	3	4	5
4. 直接家族に伝えられない患者の思いを家族に伝える	1	2	3	4	5
5. 患者や家族の希望（外出・外泊など）が取り入れられるよう調整する	1	2	3	4	5
6. 家族が医師と話し合えるよう調整する	1	2	3	4	5
7. 患者と家族が最期の時を過ごすための場所と時間を確保する	1	2	3	4	5
8. 患者の呼吸困難をアセスメントし緩和するための介入をする	1	2	3	4	5
9. 患者にアロマテラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する	1	2	3	4	5
10. 苦痛の緩和に対処するため、患者の状態の変化に迅速に対応する	1	2	3	4	5
11. 患者の悪心・嘔吐をアセスメントし緩和するために介入する	1	2	3	4	5
12. 患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する	1	2	3	4	5
13. 家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知るための十分なアセスメントを行う	1	2	3	4	5
14. 患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する	1	2	3	4	5
15. 臨終の時は家族中心に静かに迎えらるよう配慮する	1	2	3	4	5
16. 患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する	1	2	3	4	5
17. 希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する	1	2	3	4	5
18. 患者と家族間のコミュニケーションを促進する	1	2	3	4	5
19. ライフレビュー（回想）や家族の思い出づくりを行うなど、家族全体の悲観のプロセスを促す	1	2	3	4	5
20. 疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用などについて、医師に働きかける	1	2	3	4	5
21. 家族が患者の側にいることの意義を家族に伝える	1	2	3	4	5
22. 状況に応じて 死について患者や家族と話し合う	1	2	3	4	5

ご協力ありがとうございました。