

介護施設職員の看取りに対する認識の探索的研究

A Study on the Recognition of Deathwatches for Terminal Care
by the staff of Nursing Facilities

濱 田 佐知子・熊 谷 悦 生
Sachiko HAMADA・Etsuo KUMAGAI

四天王寺大学紀要
大 学 院 第16号
人文社会学部・教育学部・経営学部 第55号 2013年3月
短期大学部 第63号
(抜刷)

介護施設職員の看取りに対する認識の探索的研究

濱 田 佐知子・熊 谷 悦 生

要旨：目的は、「看取り」について、介護施設における看取り経験のある職員はどのようにとらえているのか、特に延命治療に頼らない穏やかで自然な看取りを含んだ質的研究を行い探索することである。協力を得た府内の高齢者介護施設の 3 施設における職員 15 名のインタビューから、看取りに対する職員の意識や認識についてグラウンデッド・セオリー・アプローチによるカテゴリー化を行い、“＜施設内での「死」の扱い＞は死を積極的に受入れて語らうのか否かで分かれ、それは必然的に＜看取りは施設方針による死への過程＞として看取りの認識や看取りの体制として現れ、施設での＜チームワーク体制における看護依存＞から＜自然死における胃瘻の是非＞が施設職員の中でも認識が分かれている。看取り介護ではやはり死を目の前にして＜介護者の達成感の無い満足感＞という一見矛盾した認識となるため、＜介護者のストレスへの対処＞も必要となる一方、死に何度も対面することによる＜恐怖から感謝への意識変化＞も介護者に起こり＜介護者の肯定的な意識変化＞を引き起こしている。しかしながら施設間や施設職員間にも当然＜看取り認識の齟齬＞は存在するのであるが、＜看取りに対する積極的な反省＞が職員によってなされ、次の看取りへと引き継がれている。”というストーリーラインにより、〈〈看取りは施設方針による死への過程〉〉、〈〈看取りへの恐怖から看取りによる感謝への移行〉〉という統括カテゴリーを得ている。

キーワード：介護施設職員、看取り、穏やかで自然な看取り、質的研究

I 研究背景と目的

わが国の全死亡者のうち約 8 割を高齢者が占めており、人の死は高齢者に集中している(内閣府 2012)。そして、人生の最期を迎える場所として、病院や診療所などの医療機関での死亡が 80%以上におよび、在宅での死亡はわずか 12%台にまで減少している。また、生活の場である老人ホーム及び介護老人保健施設で死亡する人の割合をみると、平成 7 年は 1.5%であったが、平成 22 年には 4.8%と徐々に増加の傾向を辿っており(厚生労働省 2010)、自宅以最期を迎えることは難しいと考える国民も 66%を超える(厚生労働省 2009)。このようなことから、今後は高齢者の終末期ケアは、介護施設等の生活の場が選択肢の一つになると期待され、同時にそのケアあり方が注目されている。2006 年の介護保険制度の改正により、特別養護老人ホームで「看取り介護加算」が創設され、それ以降 2009 年には認知症対応型生活共同介護、2012 年には特定施設入居者介護(有料老人ホーム)が追加され、生活の場である施設での看取り体制は裾野を広げつつある。介護保険法の介護老人施設等における看取り介護の基準の中には、『看取り』の

用語が用いられ「医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者」となっている。

介護施設の看取りとは、内田ら(2009:30)は、「最期の瞬間まで人として精一杯生き抜き、安心して安楽に死を迎える橋渡し」であり、櫻井(2009:2)は、「いま生きている世界と死を迎えた後の世界、その境界への旅立ち・橋渡しをするためのケア」だという。箕岡(2012:449)は「無益な延命治療をせずに、自然の経過で死に逝く高齢者を見守るケアをすること」であると定めている。施設の常勤医でもある石飛(2010:134)は、「入居者が苦しまず、自然な終焉の過程であるならば、あえて病院には送らずに穏やかにホームで死を迎えられるように職員全員が知恵を絞る」ことが必要であると自らの実践について語っており、老衰により経口摂取が困難になってきたら過剰な医療を施さないで施設で平穏死することも選択肢としてすすめている。また、施設長でもある川上(2008:118.119)も、医療行為のない場合の施設内の看取りについて「生活の延長上において死を迎えることができ、遺体がきれいであり、家族が参加できて満足度も高く、職員にも印象深い」という。このように、介護施設における看取りとは、すなわち「その人らしい最期を迎えるには、延命治療に頼らない、穏やかで自然な死への旅立ちができるように家族を含む職員全員で見守ってケアをする」ことであるといえる。

先行研究では、柳原と柄澤(2003: 223-232)は、そもそも看取りは「メディカルケアではない」と主張し、かつ必要なのは、「死のプロセスをアセスメントする力と日常生活を整える確実なケア技術であって、医療技術が主ではない」とし、また、高齢者の死は「自然のことであり、生きる延長上にひろがるものである」から、「見守りに徹する腹のくくりが必要であり、家族に説明し協調しながらともに見守り続ける姿勢がケアの質を高めていく」のだと自然な看取りを強調している。清水と柳原(2007:51-62)は、「終末期ケアに対する積極的な態度は、実際に看取り経験を積み重ねていくことで形成」され、「介護職は入所者の家族ケアや死にゆく人とのコミュニケーションが他職種より消極的」であるという。また、寺門と佐伯ら(2005:141-151)も、介護老人福祉施設における職員は、「医療専門職への期待が高い」ことを指摘している。このことから、介護施設における終末期ケアは医療が主ではないが、職員の大半を占める介護職員は看取りに消極的で、終末期にある利用者や家族との関わりも消極的であり、医療職への依存が高い、ということになる。しかし、これからの介護施設で期待されるであろう「延命治療に頼らない穏やかで自然な死」を含む看取りについて、看取り経験のある職員はどのようにとらえているのか、といった質的研究は少ない。深澤と高岡(2011:49-55)が行った施設職員への調査では、看取りは「未整理な現状」でありながら、職員らは「職種の役割を認識して連携」し、「自己成長へつながっていることを実感」しているとまとめている。このほかの質的先行研究は見当たらず、探索的な研究は有効であると考え本研究の目的とした。

Ⅱ 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、高齢者の生活の場である介護施設で看取りを実施している施設職員の取り組みと

意識から、よりよいケアのあり方を探るためにインタビューを実施して、面接内容から思考プロセスを抽出し、そのデータを分析する質的帰納的研究である。

2. 調査参加者

府下の特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)2施設、介護付有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)1施設、計3施設の看取り経験が複数ある常勤の介護職員を中心として、各施設から職員を5人、計15名とした。対象者の選出は、施設側が行った。

対象者の基本属性は、男性10名、女性5名の計15名、平均年齢は36.9歳〈SD11.0〉、現施設での勤務年数の平均は7.9年〈SD3.6〉であった。所持資格は介護福祉士12名、介護支援専門員7名、ヘルパー2級2名、看護師1名、社会福祉士1名であった。現職種は介護職員が11名、生活相談員が2名、看護職員が1名で、施設長が1名であった。役職者及び介護支援専門員を兼務している者も含まれていた。

3. データ収集方法

インタビューの場所は、面接室及び応接室の人の出入りが無い個室、ロビーの比較的静かな場所で、インタビュー・ガイドをもとに半構成的面接法で実施した。インタビュー・ガイドは、「基本属性」のほかに、「勤務施設の看取りの認識」、「看取りの経験」、「自然な死と看取り」、「看取りを通してやりがいやストレスを感じたときの経験やストレスの対処方法」、「看取り実施前後の変化」、「施設の看取り方針の賛否」、「施設での看取り時の医療行為」、「チームアプローチ」、「家族との連携」、「入居者との死や看取りの共有」、「どこまでが看取りであるかといった認識」、「必要なサポートや教育研修」などを設定し、面接対象者の想いをなるべく自由に話してもらえるように、話の流れに配慮しながら質問する方法にした。面接時間はおよそ40～60分であった。インタビューの内容は、参加者の同意を得てICレコーダーに録音し、メモをとった。データ収集期間は、2010年8月～9月の2ヶ月間である。

4. 分析方法

介護施設において、職員が看取りについてどのように認識をして想いを抱いているのか、グラウンデッド・セオリー・アプローチ(GTA) (Strauss & Cobin(第2版))を用いて分析を行った。まず、ICレコーダーに録音したインタビュー内容と対象者の語りを逐語録に起こし、繰り返し読みなおした。そして、対象者が語った内容について、文脈や意味のまとまりを抽出しコード化したが、各コードがどのサブカテゴリーに対応するのかに重点を置くのではなく、構造的側面とプロセス的側面による統合による把握に重点をおいて、関連するコードをまとめてサブカテゴリーとし、サブカテゴリーの中から関連する意味合いをまとめて1つの抽象化したカテゴリーとした。その結果10個のカテゴリーを得たので、それらの関連性から包括出来るカテゴリーをまとめてより抽象化したカテゴリーを作り、最終的に更にまとめて抽象化した2個の統括カテゴリーを作ることで、職員による看取りへの認識や思いを抽象的なカテゴリーとして把握した。

5. 倫理的配慮

対象施設の理事長ならびに施設長に対して口頭と研究依頼文を用いて、研究の目的及び方法について説明して承諾を得た。その後、各施設の担当者とインタビュー対象となる職員に対して、書面と口頭で説明を行って、研究協力の同意を得た。録音及び記録化されたデータは研究者の責任において厳重な保管管理の下で扱うこと、保存データについては調査施設及び協力者が特定できないようにすることを書面と口頭で説明して同意を得た。

Ⅲ 結果

調査内容から抽出した 10 個のカテゴリー（表 1）による概要は以下の通りである：

“＜施設内での「死」の扱い＞は死を積極的に受入れて語らうのか否かで分かれ、それは必然的に＜看取りは施設方針による死への過程＞として看取りの認識や看取りの体制として現れ、施設での＜チームワーク体制における看護依存＞から＜自然死における胃瘻の是非＞が施設職員の中でも認識が分かれている。看取り介護ではやはり死を目の前にして＜介護者の達成感の無い満足感＞という一見矛盾した認識となるため、＜介護者のストレスへの対処＞も必要となる一方、死に何度も対面することによる＜恐怖から感謝への意識変化＞も介護者に起こり＜介護者の肯定的な意識変化＞を引き起こしている。しかしながら施設間や施設職員間にも当然＜看取り認識の齟齬＞は存在するのであるが、＜看取りに対する積極的な反省＞が職員によってなされ、次の看取りへと引き継がれている。”

表 1 抽出したカテゴリー（サブカテゴリーは上段が構造的側面、下段がプロセス的側面）

カテゴリー	サブカテゴリー	データの一部
看取りは 施設方針 による死 への過程	精神的満足感	自己の成長・高齢者や施設への感謝・介護者の精神的安堵感
	本人の望む苦痛のない最期	本人や家族の希望としてのいい最期・身体的あるいは精神的苦痛の緩和・身体的精神的苦痛の少ない本人らしい最期
	看取りに対する施設方針への依存	消極的な行為・施設の方針・看取り希望ならば医療措置は控える・病院搬送という医療措置の有無に関しては施設の方針に依存
	看取りは自宅で迎える死に対応	誰もいない状態での永眠（反対事象）・昔ならば自宅で亡くなりエンゼルケアも葬式も自宅・自宅で迎える死に対応
	平穏なる死へのケア	日常的な声掛け・看取り希望によるケアへ移行・穏やかに自然に亡くなるようなケア・穏やかで本人が納得した死に至るケア・充実して納得して生き抜けるような援助
	看取りよりも治療が優先	急性期の疾患で治る可能性があるならば病院搬送
	精神的満足感	本人の思いが重要・死の直前に本人のいい笑顔・看取り後に家

介護者の達成感の無い満足感		族からの感謝・感謝の言葉が救い・一番いい形で終わることが出来たという家族からの感謝
	達成感の無さ	人間の死故に達成感はない・仕事としての看取りには達成感はない
	看取りでの満足感	嚥下しやすい食形態の改善
看取り認識の齟齬	自省感	自意識過剰・気持ちの整理がつかない
	立場による思いの違い	医療職と介護職のおもいの違い・家族と介護職のおもいの違い・医療面には踏み込めない部分がある
	認知症なら家族による意向が最優先	介護職員は最期のときに家族との語らいが少ない・本人が尊厳死を希望していても認知症になると無効になりがち・認知症では家族の意向が最優先
	日々のケアにおける看取り継承	介護職は日々のケアが中心・看取り経験のある介護職員の異動
	最期故のジレンマ	誤嚥性肺炎でも本人が病院に行きたくない医療職のジレンマ・最期だから本人の好きにさせたい・最期でも安全第一でリスクは負えない
	長生きの是非	出来るだけ長く生きてほしい・胃瘻になってまで生きるのはしんどそう
	飲食の強要	栄養状態の悪いときは無理しても食べさせる・家族が強引に苦しんでいる本人に飲食させようとする
	馴染み関係の崩壊	痰の吸引が多いと医務室の近くに移動・医療が優先すると介護職と本人や家族の馴染み関係の崩壊
介護者のストレスへの対処	相談	同僚や友達に相談や愚痴・相談できるときは相談あとは我慢
	声掛け	声掛け・食事後の部屋訪問
	挽回	嫌な思いのあとは喜ぶことをする
介護者の肯定的な意識変化	難しい万全の対応	意外と特別その方を中心のケアが出来ない・後悔はつきもの
	亡くなった時の表情の違い	亡くなり方によって異なる・結構いい表情で亡くなっている
	辛い気持ちから受け入れへ	一人目のときは辛い仕事だと思ったが3人目くらいから考え方が変わった・最初は辛い気持ちが強かったが第二の人生に付けてよかったねという気持ちに変わっていった
	施設の本来の役割	施設がやる役割っていうのは何かなと考えるようになった・施設がやる役割は何かなと考えることが出来るようになった

自 然 死 に お け る 胃 瘻の是非	家族意向への偏向	家族と本人の意見の一致の難しさ・家族の意向に沿っていい
	医療行為の有無での葛藤	医療行為による安心・医療行為の線引きの難しさ・どちらにせよ微妙な感じ
	苦痛のない自然死への医療行為	単なる延命ではなく苦痛のない自然に逝けるための手段・施設内での医療行為は最低限本人の意思で苦痛を減らす程度
	医療機関との連携	介護施設なので医療行為は老人保健施設とかに比べたら少ない・感染症で病院に受診したらそのまま入院・管がはいっていないことはなかった・点滴や膀胱留置カテーテルはしていた
	胃瘻による本人の変化	胃瘻などの人は一度退所という形で別の階に移る・胃瘻にしても本当に元気で過ごす方もいる・胃瘻にしたら喋れた方も全く目を閉じて寝たきりになってしまう方が多い
	胃瘻に対する疑問	本当に寝たきりの方に胃瘻をするのはちょっとどうかな・胃瘻とか経管栄養になるとやっぱり考える・そのまま飲まず食わずでってそのままにしておいていいのかな
	医療機関としての本分	家族は点滴もいらないといったが医師看護師が出来る限りの事はしていた
チ ー ム ワ ー ク 体 制 に お け る 看 護 依 存	苦痛のない最期	最期の苦痛の緩和
	家族中心のチームワーク	家族さんの協力が大切・本人に一番良いと思うことを家族やドクターとも手を組めることが最低限必要
	ケアマネ中心の看取りプラン	家族さんと話すのはケアマネや相談員・看取りプランはケアマネ（もしくは介護職員）が作成
	チームワークの欠損	カンファレンスやゆっくり話し合う機会が必要・カンファレンスに入らない栄養士・カンファレンスに入らない理学療法士や医師
	看護職に対する安心感	24 時間看護師がいることは家族にとっての安心感・看護師には介護的側面を介護するスタッフには看護的な側面を
	限定的な接触や説明	家族会での看取りの説明会はない・ケアマネも利用者や介護職員と関わった家族との対応
施 設 内 での「死」の	介護依存よりも看護依存	家族から看護師への個人的な伝達・看護主導部分が大きい・介護主導を希望するが看護依存・介護職の医務室依存度は高い
	積極的に知らせない	（最期のお別れの言葉をかけるのは）個人的にはないほうがいい・家族でも亡くなったことはよくない・伏せておいた方がいい・他の利用者さんには積極的に知らせなくてもいい・認知症

扱い		の状態では人と関わらない方や重度の方が多い・死が怖くて不安に思っている方には言わない・認知症だと恐怖心や不穏になるので知らせないほうがいい・利用者さんがそういうのを望まないこともある・あまり考えないようにして欲しいかな・死というのはすごく悲しく不幸なこと
	出来ることなら知らせたい	かなりADLが高く介護度も低くて仲がいい場合なら例外的・認知症のこともあるが出来るならしてあげてもいい・出来る範囲のことはしてあげたい
	看護者への依存	介護職員がやると専門の資格ではないので不安・看護師さんがいてくれれば心強い
	利用者への配慮	出棺時は一応見えないようにと時間的にも利用者が寝ているときのほうが多い・日中とかもエレベーターとかで降りていくと結構誰にも見られない・空気をなんとなく感じて不穏になることもある
	死について語らいのなさ	8割くらいが認知症なので死について語り合うことが少ない
	参列による最期への希望	身寄りがないと葬式&告別式の参列で最期の希望をもつ
恐怖から感謝への意識変化	看取りの期間は2週間ほど	看取りは亡くなる1〜2週間前・看取りは状態が悪くなってから・ドクターの宣言であら看取りのケアが終わったなあ
	グリーフケアの実施	亡くなってから元気なころの写真を葬儀にもって行き話をする
	死への対処の無知なる恐怖	死が怖いのではなくどのように対処したらいいのか分からない怖さ
	感謝と納得への変化	これで良いのかという思いからこの人の希望だから良いと思へへの変化・「何でもっと頑張って長く生きなかったのか」から「ほんまに有難う」へ
	看取りに対する不十分な対応	体調不良で入院してそれが長期化していったら亡くなる・看取りの状態になってからは病院に行く事はない
看取りに対する積極的な反省	コミュニケーションの多様さ	話という意味疎通だけがコミュニケーションではない
	医療ニーズの高まりと看護師数制限	医療的なニーズが高くなりすぎ・看護師の数かなり制限
	多方面からの看取りの認識	栄養面からの看取り、介護面からの看取り、家族もしくは遺族からの看取りを知りたい
	施設としての制限	他の施設とか不明・特養が受入れなかったら行く場はない

ターミナルケアにおける反省	最期をどういう風に迎えたいかを聞いておきたかった・一生懸命やって最期これでよかったのかな・ターミナルケア後の振り返りを希望
終末の時に於ける看護師不在の不満	夜間は看護師に施設にいて欲しい・生死をさまようような状態での適切なケア・介護よりも看護の方が強くなりがち・終末期の時に当直の看護師がいれば、介護職員も精神的負担が軽くなる

以下では、各カテゴリーに関して、得られたコードからサブカテゴリー化、カテゴリー化への詳細を述べる。コードは「」、サブカテゴリーは『』、カテゴリーは<>で示している。

1. カテゴリー <看取りは施設方針による死への過程>

得られた構造的側面からは、「自己の成長」「高齢者や施設への感謝」「介護者の精神的安堵感」という介護者からの視点における『精神的満足感』、「本人や家族の希望としてのいい最期」「身体的あるいは精神的苦痛の緩和」「身体的精神的苦痛の少ない本人らしい最期」という本人や家族からの視点における『本人の望む苦痛のない最期』、「消極的な行為」「施設の方針」「看取り希望ならば医療措置は控える」「病院搬送という医療措置の有無に関しては施設の方針に依存」という施設からの視点における『看取りに対する施設方針への依存』、「誰もいない状態での永眠（反対事象）」「昔ならば自宅で亡くなりエンゼルケアも葬式も自宅」「自宅で迎える死に対応」という自宅での死からの視点における『看取りは自宅で迎える死に対応』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセスの側面からは、「日常的な声掛け」「看取りの希望によるケアへ移行」「穏やかに自然に亡くなるようなケア」「穏やかで本人が納得した死に至るケア」「充実して納得して生き抜けるような援助」という看取り行為からの視点における『平穏なる死へのケア』、「急性期の疾患で治る可能性があるならば病院搬送」という医療行為からの視点における『看取りよりも治療が優先』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者からの視点における『精神的満足感』、本人や家族からの視点における『本人の望む苦痛のない最期』、施設からの視点における『看取りに対する施設方針への依存』、自宅での死からの視点における『看取りは自宅で迎える死に対応』、看取り行為から視点における『平穏なる死へのケア』、医療行為からの視点における『看取りよりも治療が優先』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、『看取りは自宅で迎える死に対応』しており、『平穏なる死へのケア』であり、『本人の望む苦痛のない最期』を家族から期待されており、看取りをした介護者は『精神的満足感』を得ている。しかし、医療行為として『看取りよりも治療が優先』する場合もあり『看取りに対する施設方針への依存』が高いことも否めない、となるであろう。故に、看取りをめぐる三者（本人・家族・介護者）の希望は『平穏なる死へのケア』という死への過程が中心となっているが、その過程には、『看取りよりも治療が優先』という医療行為の介入もあり、それらは『看取りに対する施設方針への依存』で決

定されるので、これらを統合するカテゴリーとしては、＜看取りは施設方針による死への過程＞と把握することが出来る。

2. カテゴリー ＜介護者の達成感の無い満足感＞

得られた構造的側面からは、「本人の思いが重要」という看取りでの満足感に関してあくまで主体は本人であるという認識からの回答もあったが、「死の直前に本人のいい笑顔」「看取り後に家族からの感謝」「感謝の言葉が救い」「一番いい形で終わることが出来たという家族からの感謝」という介護者からの視点における『精神的満足感』がある一方で、「人間の死故に達成感はない」「仕事としての看取りには達成感はない」という介護者からの視点における『達成感の無さ』というサブカテゴリーが得られた。一方プロセス的側面からは、「嚥下しやすい食形態の改善」という介護者からの視点における『看取りでの満足感』、というサブカテゴリーが得られるが、項目が1つしかないため、サブカテゴリーとしては不十分といえよう。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者からの視点における『精神的満足感』、介護者からの視点における『達成感の無さ』、介護者からの視点における『看取りでの満足感』となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、介護者による『看取りでの満足感』もあるのだが、看取り自体に対する『達成感の無さ』は顕著で、家族からの感謝の言葉によってある程度の『精神的満足感』を得ている、となる。故に、看取りケアでの満足感におけるこれらを統合するカテゴリーとしては、＜介護者の達成感の無い満足感＞と把握することが出来る。

3. カテゴリー ＜看取り認識の齟齬＞

得られた構造的側面からは、「自意識過剰」「気持ちの整理がつかない」という介護者からの視点における『自省感』、「医療職と介護職のおもいの違い」「家族と介護職のおもいの違い」「医療面には踏み込めない部分がある」というそれぞれ立場の違いからくる『立場による思いの違い』、「介護職員は最期のときに家族との語らいが少ない」「本人が尊厳死を希望していても認知症になると無効になりがち」「認知症では家族の意向が最優先」という本人が認知症の場合『認知症なら家族による意向が最優先』、「介護職は日々のケアが中心」「看取り経験のある介護職員の異動」という介護者からの視点による『日々のケアにおける看取り継承』、「誤嚥性肺炎でも本人が病院に行きたくない医療職のジレンマ」「最期だから本人の好きにさせたい」「最期でも安全第一でリスクは負えない」という介護者と看護者の視点による『最期故のジレンマ』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセス的側面からは、「出来るだけ長く生きてほしい」「胃瘻になってまで生きるのはしんどそう」という本人に対する視点による『長生きの是非』、「栄養状態の悪いときは無理しても食べさせる」「家族が強引に、苦しんでいる本人に飲食させようとする」という家族や介護者の視点による『飲食の強要』、「痰の吸引が多いと医務室の近くに移動」「医療が優先すると介護職と本人や家族の馴染み関係の崩壊」という要治療となった本人の視点による『馴染み関係の崩壊』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者からの視点における『自省感』、それぞれ立場の違いからくる『立場による思いの違い』、本人が認知症の場合『家族による意向が最優先』、介護者からの視点による『日々のケアにおける看取り継承』、介護者と看護者の視点による『最期故のジレンマ』、本人に対する視点による『長生きの是非』、家族や介護者の視点による『飲食の強要』、要治療となった本人の視点による『馴染み関係の崩壊』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、本人が認知症の場合『家族による意向が最優先』となるが、通常は本人・家族・介護者・医療者における『立場による思いの違い』があるため、『最期故のジレンマ』として最期だから好きにさせるのか最期だからリスクを避けるのか、本人にとっての『長生きの是非』を自問したり、家族や介護者からの『飲食の強要』をさせられたりしているが、介護者においては『自省感』もあり『日々のケアにおける看取り継承』が必要になっている、となる。故に、『立場による思いの違い』があるため『最期故のジレンマ』や『長生きの是非』を特に介護者は自問自答しながら『日々のケアにおける看取り継承』を求めているので、これらを統合するカテゴリーとしては、＜看取り認識の齟齬＞と把握することが出来る。

4. カテゴリー ＜介護者のストレスへの対処＞

得られた構造的側面からは、「同僚や友達に相談や愚痴」「相談できるときは相談あとは我慢」という本人の対処としての『相談』、『声掛け』、『食事後の部屋訪問』という利用者への対処としての『声掛け』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセス的側面からは、「嫌な思いのあとは喜ぶことをする」という利用者への対処としての『挽回』というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、本人の対処としても『相談』、利用者への対処としての『声掛け』、利用者への対処としての『挽回』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、ストレスを感じたときの対処には、本人がストレスを感じた場合に同僚や友達への『相談』が主な対処法となり、利用者がストレスを感じたであろう場合に、介護者による『声掛け』や気分の『挽回』をはかろうとする対処法がある、となる。故に、ストレスやジレンマの対処におけるこれらを統合するカテゴリーとしては、＜介護者のストレスへの対処＞と把握することが出来る。

5. カテゴリー ＜介護者の肯定的な意識変化＞

得られた構造的側面からは、「意外と特別その方を中心のケアが出来ない」「後悔はつきもの」という介護者の視点による『難しい万全の対応』、『亡くなり方によって異なる』『結構いい表情で亡くなっている』という介護者の視点による『亡くなった時の表情の違い』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセス的側面からは、「一人目のときは辛い仕事だと思ったが 3 人目くらいから考え方が変わった」「最初は辛い気持ちが強かったが、第二の人生にいけてよかったという気持ちに変わっていった」という介護者の意識における『辛い気持ちから受け入れへ』、『施設がやる役割ってというのは何かな、と考えるようになった』『施設がやる役割は何かな、と

考えることが出来るようになった」という介護者の意識による『施設の本来の役割』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者の視点による『難しい万全の対応』、介護者の視点による『亡くなった時の表情の違い』、介護者の意識における『辛い気持ちから受け入れへ』、介護者の意識による『施設の本来の役割』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、介護者の意識では『難しい万全の対応』となる看取りではあるが、『亡くなった時の表情の違い』はあるものの、良い表情で亡くなる利用者を看取るにつけ、『辛い気持ちから受け入れへ』と気持ちの変化が生じていき、その結果『施設の本来の役割』を考えている、となる。故に、看取りのイメージにおけるこれらを統合するカテゴリーとしては、＜介護者の肯定的な意識変化＞と把握することが出来る。

6. カテゴリー ＜自然死における胃瘻の是非＞

得られた構造的側面からは、「家族と本人の意見の一致の難しさ」「家族の意向に沿っていい」という介護者の視点からの『家族意向への偏向』、「医療行為による安心」「医療行為の線引きの難しさ」「どちらにせよ微妙な感じ」という看護者や介護者の視点からの『医療行為の有無での葛藤』、「施設内での医療行為は、最低限本人の意思で苦痛を減らす程度」「単なる延命ではなく、苦痛のない自然に逝けるための手段」という自然死の視点からの『苦痛のない自然死への医療行為』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセスの側面からは、「介護施設なので医療行為は老人保健施設とかに比べたら少ない」「感染症で病院に受診したらそのまま入院」「管がはいっていないことはなかった」「点滴や膀胱留置カテーテルはしていた」という施設からの視点による『医療機関との連携』、「胃瘻などの人は一度退所という形で別の階に移る」「胃瘻にしても本当に元気で過ごす方もいる」「胃瘻にしたら喋れた方も全く目を閉じて寝たきりになってしまう方が多い」という介護者の視点からの『胃瘻による本人の変化』、「本当に寝たきりの方に胃瘻をするのはちょっとどうかな」「胃瘻とか経管栄養になるとやっぱり考える」「そのまま飲まず食わずでってそのままにしておいていいのかな」という介護者の視点からの『胃瘻に対する疑問』、「家族は点滴もいらないといったが、医師看護師が出来る限りの事はしていた」という看護者からの視点による『医療機関としての本分』、「最期の苦痛の緩和」という介護者からの視点による『苦痛のない最期』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者の視点からの『家族意向への偏向』、看護者や介護者からの視点による『医療行為の有無での葛藤』、自然死の視点からの『苦痛のない自然死への医療行為』、施設からの視点による『医療機関との連携』、介護者の視点からの『胃瘻処置による本人の変化』、介護者の視点からの『胃瘻処置に対する疑問』、看護者からの視点による『医療機関としての本分』介護者からの視点による『苦痛のない最期』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、基本的には本人の意向が大事ではあるが『家族意向への偏向』が生じやすく、施設側としても『医療機関との連携』により『医療行為の有無での葛藤』はあるものの『苦痛のない自然死への医療行為』『苦痛のない最期』を目指すことになるのであるが、『胃瘻処置による本人の変化』が大きいため『胃瘻に対する疑

問』も生じている、となる。故に、『医療行為の有無での葛藤』はあるものの施設として『苦痛のない自然死への医療行為』を考えると『胃瘻に対する疑問』も生じていることから、これらを統合するカテゴリーとしては、＜自然死における胃瘻の是非＞と把握することが出来る。

7. カテゴリー ＜チームワーク体制における看護依存＞

得られた構造的側面からは、「家族さんの協力が大切」「本人に一番良いと思うことを家族やドクターとも手を組めることが最低限必要」という介護者の視点からの『家族中心のチームワーク』、「家族さんと話すのはケアマネや相談員」「看取りプランはケアマネ（もしくは介護職員）が作成」という看取りの視点からの『ケアマネ中心の看取りプラン』、「カンファレンスやゆっくり話し合う機会が必要」「カンファレンスに入らない栄養士」「カンファレンスに入らない理学療法士や医師」というカンファレンス構成における『チームワークの欠損』、「24時間看護師がいてことは家族にとっての安心感」「看護師には介護的側面を、介護するスタッフには看護的な側面を」という家族からの視点による『看護職に対する安心感』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセス的側面からは、「家族会での看取りの説明会はない」「ケアマネも利用者や介護職員と関わった家族との対応」という家族からの視点による『限定的な接触や説明』、「家族から看護師への個人的な伝達」「看護主導部分が大きい」「介護主導を希望するが看護依存」「介護職の医務室依存度は高い」という家族や介護者からの視点による『介護依存よりも看護依存』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者の視点からの『家族中心のチームワーク』、看取りの視点からの『ケアマネ中心の看取りプラン』、カンファレンス構成における『チームワークの欠損』、家族からの視点による『看護職に対する安心感』、家族からの視点による『限定的な接触や説明』、家族や介護者からの視点による『介護依存よりも看護依存』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、看取りにおけるサポート体制は、『家族中心のチームワーク』ではあるが、家族に対する『限定的な接触や説明』や『ケアマネ中心の看取りプラン』のためともすればカンファレンス構成にも『チームワークの欠損』があり、『看護職に対する安心感』のためか『介護依存よりも看護依存』する状況である、となる。

故に、看取りケアにおいては『家族中心のチームワーク』が理想ではあるが、ともすれば『看護師に対する安心感』から『介護依存よりも看護依存』となりがちであるので、これらを統合するカテゴリーとしては、＜チームワーク体制における看護依存＞と把握することが出来る。

8. カテゴリー ＜施設内での「死」の扱い＞

得られた構造的側面からは、「（最期のお別れの言葉をかけるのは）個人的にはないほうがいい」「家族でも亡くなったことはよくない、伏せておいた方がいい」「他の利用者さんには積極的に知らせなくてもいい」「認知症の状態では、人と関わらない方や重度の方が多い」「死が怖くて不安に思っている方には言わない」「認知症だと恐怖心や不穏になるので、知らせないほうがいい」「利用者さんがそういうのを望まないこともある」「あまり考えないようにしてほしいかな」「死というのはすごく悲しく不幸なこと」という介護者からの視点の『積極的には知らせ

ない』、「かなりADLが高く介護度も低くて仲がいい場合なら例外的」「認知症のこともあるが、出来るならしてあげてもいい」「出来る範囲のことはしてあげたい」という介護者からの視点の『出来ることなら知らせたい』、「介護職員がやると専門の資格ではないので不安」「看護師さんがいてくれれば心強い」という介護者からの視点の『看護者への依存』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセス的側面からは、「出棺時は一応見えないようにと時間的にも利用者が寝ているときのほうが多い」「日中とかも、エレベーターとかで降りていくと結構誰にも見られない」「空気をなんとなく感じて不穏になることもある」という見送りにおける『利用者への配慮』、「8割くらいが認知症なので死について語り合うことが少ない」という日常ケアにおける『死についての語らいの無さ』、「身寄りがないと、葬式&告別式の参列で最期の希望をもつ」という本人からの視点の『参列による最期への希望』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者からの視点の『積極的には知らせない』、介護者からの視点の『出来ることなら知らせたい』、介護者からの視点の『看護者への依存』、見送りにおける『利用者への配慮』、日常ケアにおける『死についての語らいの無さ』、本人からの視点の『参列による最期への希望』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、見送りにおける『利用者への配慮』はあるものの介護者からは『積極的には知らせない』場合と『出来ることなら知らせたい』場合があり、そこには『看護者への依存』も存在するが、日頃のケアでの『死についての語らいの無さ』に対して利用者からは『参列による最期への希望』も存在する、となる。故に、施設に応じて『積極的には知らせない』場合と『出来ることなら知らせたい』場合があるものの日頃のケアでの『死についての語らいの無さ』が利用者の希望を聞けていないことから、これらを統合するカテゴリーとしては、＜施設内での「死」の扱い＞と把握することが出来る。

9. カテゴリー ＜恐怖から感謝への意識変化＞

得られた構造的側面からは、「看取りは亡くなる 1～2 週間前」「看取りは状態が悪くなってから」「ドクターの宣言で、ああ看取りのケアが終わったなあ」という経験としての『看取りの期間は 2 週間ほど』、「亡くなってから元気なころの写真を葬儀にもって行き話をする」という介護職の視点からの『グリーフケアの実施』、「死が怖いのではなく、どのように対処したらいいのか分からない怖さ」という介護職の視点からの『死への対処の無知なる恐怖』、というサブカテゴリーが得られた。一方プロセス的側面からは、「これで良いのかという思いから、この人の希望だから良いと思いへの変化」「「何でもっと頑張って長く生きなかったのか」から「ほんまに有難う」へ」という介護者の視点からの『感謝と納得への変化』、「体調不良で入院してそれが長期化していつ亡くなる」「看取りの状態になってからは、病院に行く事はない」という施設の都合による『看取りに対する不十分な対応』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、経験としての『看取りの期間は 2 週間ほど』、介護職の視点からの『グリーフケアの実施』、介護職の視点からの『死への対処の無知なる恐怖』、介護者の視点からの『感謝と納得への変化』、施設の都合による『看取りに対する不十分な対応』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、『看取りの期間は2週間ほど』で、施設の都合による『看取りに対する不十分な対応』や介護職の『死への対処の無知なる恐怖』もあるが、『グリーフケアの実施』を行うこともあるし、とりわけ介護者による看取りにおける『感謝と納得への変化』が顕著である、となる。故に、看取りによって死への対処において恐怖から感謝と納得への変化があったことから、これらを統合するカテゴリーとしては、＜恐怖から感謝への意識変化＞と把握することが出来る。

10. カテゴリー ＜看取りに対する積極的な反省＞

得られた構造的側面からは、「話という意味疎通だけがコミュニケーションではない」という介護者の視点からの『コミュニケーションの多様さ』、「医療的なニーズが高くなりすぎ」「看護師の数がかなり制限」という医療的な視点からの『医療ニーズの高まりと看護師数制限』、「栄養面からの看取り、介護からの看取り、家族もしくは遺族からの看取りを知りたい」という看取りに対する『多方面からの看取りの認識』、「他の施設とか不明」「特養が受け入れなかったら行く場はない」という特養という『施設としての制限』、というサブカテゴリーが得られた。

一方得られたプロセス的側面からは、「最期をどういうふうに迎えたいかを聞いておきたかった」「一生懸命やって最期これでよかったのかな」「ターミナルケア後の振り返りを希望」という介護者の視点からの『ターミナルケアにおける反省』、「夜間は看護師に施設にいてほしい」「生死をさまようような状態で（看護師の）適切なケア」「介護よりも看護の方が強くなりがち」「終末の時に当直の看護師がいれば、介護職員も精神的な負担が軽くなる」という『終末の時にける看護師不在の不満』、というサブカテゴリーが得られた。

以上得られたサブカテゴリーだけを抽出すると、介護者の視点からの『コミュニケーションの多様さ』、施設からの視点の『医療ニーズの高まりと看護師数の制限』、看取りに対する『多方面からの看取りの認識』、特養という『施設としての制限』、介護者の視点からの『ターミナルケアにおける反省』、『終末の時にける看護師不在の不満』、となる。

これらのサブカテゴリーを使って、一つの文章にまとめると、施設における『医療ニーズの高まりと看護師数の制限』や特養という『施設としての制限』もあるため『終末の時にける看護師不在の不満』が出てきやすいが、介護者の視点からの『ターミナルケアにおける反省』を踏まえて、利用者との『コミュニケーションの多様さ』や『多方面からの看取りの認識』を求めている、となる。故に、看取りや『ターミナルケアにおける反省』や『終末の時にける看護師不在の不満』はあるものの、『多方面からの看取りの認識』を知りたがっていることから、これらを統合するカテゴリーとしては、＜看取りに対する積極的な反省＞と把握することが出来る。

IV 考察

得られた 10 個のカテゴリーを内容の関連度に応じて分類していくと、まず介護者に関するカテゴリーとしては、＜介護者の達成感の無い満足感＞、＜介護者のストレスへの対処＞、＜介

護者の肯定的な意識変化>、<恐怖から感謝への意識変化>が選ばれ、介護者に関して、本人がストレスを受けると頻繁な声掛けを行いながら、看取りにおける達成感の無い満足感を得ているので、カテゴリー<介護者のストレスへの対処>はカテゴリー<介護者の達成感の無い満足感>に内包され、看取りを行う回数が多くなるにつれて辛さや恐怖という気持ちから受け入れたり感謝する気持ちへの意識変化が顕著であるので、カテゴリー<介護者の肯定的な意識変化>はカテゴリー<恐怖から感謝への意識変化>に内包されることから、このカテゴリーを包括するカテゴリーとしては<<介護者の達成感の無い満足感>>と<<恐怖から感謝への意識変化>>の2つとなるであろう。

施設に関するカテゴリーとしては、<看取りは施設方針による死への過程>、<施設内での「死」の扱い>、<自然死における胃瘻の是非>、<チームワーク体制における看護依存>が選ばれ、施設に関して、看取り自体が施設方針に強く依存しているため、仮に苦痛のない自然死を本人が望んだとしても、チームワーク体制における看護依存があるので、医療行為を行うこともあり、カテゴリー<自然死における胃瘻の是非>とカテゴリー<チームワーク体制における看護依存>はカテゴリー<看取りは施設方針による死への過程>に内包され、果たして本人の望む死であるのか否かはもともとそのような死に関する話をしていないため不明なことが多いので、カテゴリー<施設内での「死」の扱い>がそのままあることから、このカテゴリーを包括するカテゴリーとしては<<看取りは施設方針による死への過程>>と<<施設内での「死」の扱い>>の2つとなるであろう。

関係者全員に関するカテゴリーとしては、<看取り認識の齟齬>、<看取りに対する積極的な反省>が選ばれ、本人の看取りに関わるのは介護者、看護者、家族ではあるが、それぞれの立場により看取りの認識が異なり齟齬もあるが故に、看取りに対する反省が将来を見据えた積極的な反省として行われているので、カテゴリー<看取り認識の齟齬>は<看取りに対する積極的な反省>に内包されることから、このカテゴリーを包括するカテゴリーとしては<<看取りに対する積極的な反省>>となるであろう。

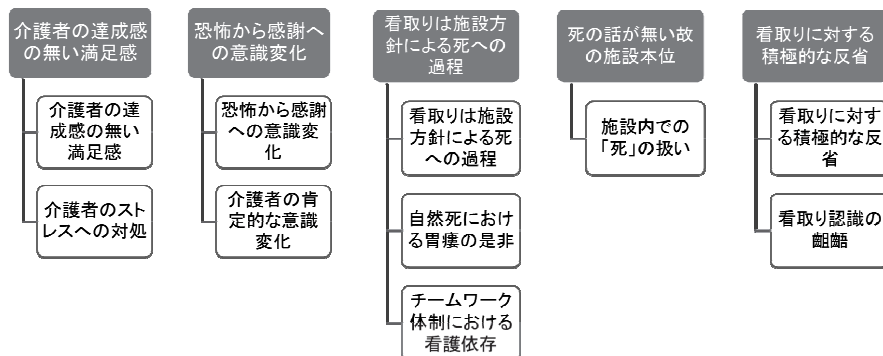


図1 10個のカテゴリーの関係

以上の包括するカテゴリーを列挙すると、介護者に関しては〈〈介護者の達成感の無い満足感〉〉、〈〈恐怖から感謝への意識変化〉〉、施設に関しては〈〈看取りは施設方針による死への過程〉〉、〈〈施設内での「死」の扱い〉〉、関係者全員に関しては〈〈看取りに対する積極的な反省〉〉を得るので、関係者による意識変化として3つのカテゴリー〈〈介護者の達成感の無い満足感〉〉、〈〈恐怖から感謝への意識変化〉〉、〈〈看取りに対する積極的な反省〉〉を統括するカテゴリーとしては、達成感はないのであるがある種の満足感を得ていることにより看取りに対する積極的な反省を行うことが出来、その結果看取りを重ねるにつれて看取りへの恐怖心から看取りが出来てありがたいという感謝の気持ちへ変化していることから、〈〈看取りへの恐怖から看取りによる感謝への移行〉〉なるカテゴリーに統括することが出来るだろうし、施設方針における対応の違いとして2つのカテゴリー〈〈看取りは施設方針による死への過程〉〉、〈〈施設内での「死」の扱い〉〉を統括するカテゴリーとしては、利用者と生前に死に関する話をする事がほとんどないため利用者の看取りなどに対する意向が介護者等に伝わりにくく、それもあり認知症の利用者においては家族の意向を中心に考えざるを得ない施設側の都合もあり、看取りへの移行においても医療行為をどこまで実施するのかは施設方針に大きく依存していることから、〈〈看取りは施設方針による死への過程〉〉なるカテゴリーに統括することが出来るだろう。

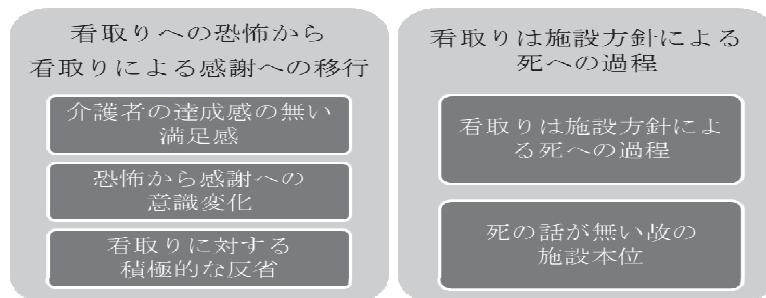


図2 2つの統括カテゴリー

V まとめ

介護施設職員への看取りに関するインタビューに対して、グラウンデッド・セオリー・アプローチを通じて〈〈看取りへの恐怖から看取りによる感謝への移行〉〉と〈〈看取りは施設方針による死への過程〉〉の2つの重要な統括カテゴリーを得た。

〈〈看取りへの恐怖から看取りによる感謝への移行〉〉からは、今後看取りが介護施設で普及すればそれに関わる職員も増えていくことで、看取りへの感謝という介護職員にとっても利用者本人にとっても良好な最期を迎えることが可能になっていくことが考えられる。石飛(2010:190)は、「死を怖いと思うのは、それがよくないことと想像するからで自然で穏やかな最期を看取ったとき、見送られた人と見送った人両者の安堵感があり、お互いが精一杯生きてきたことの証である」という。また、鳥海(2010:122)は、入居者自身の不安材料は「身体が不自

由になること・死ぬこと・認知症が重度化すること」であるという。このようなことから、職員は看取りの経験を積むだけでなく、教育研修を受けるなかで死生観と入居者本位の看取りに関する知識を得ることも必要であろう。そうすることで施設での看取りの普及に弾みをつけることになることも予想される。鷺田(2001:217)は、最期を迎える場所よりも、「自分が誰に看取られつつ死を迎えたいか(略)、そのだれとは家族とは限らない。時に施設や病院のスタッフやボランティアのひとが家族よりもはるかにその『だれ』にふさわしいことがある」と述べている。今後は家族等の身寄りのない入居者も増加することが予測されており、これに関する追跡調査を行うことでその傾向が正しいのか否かを確認することが必要になるであろう。

また、〈〈看取りは施設方針による死への過程〉〉からは施設における看取り体制によっては、医療行為等のうちできることとできないことが生じることや、穏やかで自然な死と胃瘻などの医療行為の是非について職員のアンビバレントな感情が起きていると推測される。また、認知症の進行や脳血管疾患に伴う心身の重症化によって意思疎通が困難であり、本人の自己決定が難しいため家族が決断をすることが多く(時田 1996:62-71)、施設で最期を迎えた入居者の場合でも、「本人の意思を確認することは極めて困難」(平野ら:2011:509-515)である。このように、本人の希望を如何に汲み取り看取りの方針へ積極的に取り入れていくのが課題のひとつである。本人と家族と職員が「死」、「穏やかで自然な死」について話し合う契機として、リビングウィルやアドバンス・ディレクティブを入所時及び定期的に出している施設もあり(近藤他 2010:13)、今後の施設での看取り普及のポイントとなるであろう。

謝辞

介護施設の職員の皆様に心から御礼を申しあげたいと思います。また、大阪大学大学院人間科学研究科山中浩司教授から本論文に対する有益なコメントを頂き、論文内容をより良きものにすることが出来ましたことを感謝致します。

あとがき

全体構成部分を濱田が担当し、インタビューのGTAカテゴリ解析の一部を熊谷が担当した。

文献

内閣府「平成 24 年版高齢社会白書」

厚生労働省「平成 22 年人口動態調査」死亡の場所別にみた年次別死亡数

厚生労働省「終末期医療のあり方に関する懇談会第 1 回『終末期医療に関する調査』」平成21年10月27日

内田富美江著(2009)『『死にゆく人』へのケア』筒井書房

櫻井紀子著(2008)「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」

中央法規出版

箕岡真子(2012)「認知症の終末期ケアにおける倫理的視点」日本認知症ケア学会誌 11(2)

石飛幸三著(2010)『『平穏死』のすすめ 口から食べられなくなったらどうしますか』講談社

- 川上嘉明(2008)「自然死を創る終末期ケア ― 高齢者の最期を地域で看取る」現代社
- 柳原清子・柄澤清美(2003)「介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」新潟青陵大学紀要 3
- 清水みどり・柳原清子(2007)「特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識―介護保険改定直前の N 県での調査―」新潟青陵大学紀要 7
- 寺門とも子・佐伯あゆみ・稲留由紀子・原等子・A.シュライナー (2005)「介護老人福祉施設におけるケアスタッフの終末期ケアに対する認識―M 市内介護老人福祉施設調査より―」日本赤十字九州国際看護大学紀要 4
- 深澤圭子・高岡哲子(2011)「福祉施設における終末期高齢者の看取りに関する職員の思い」北海道文教大学研究紀要 35
- Strauss,A and Corbin, J(1998)「Basics of Qualitative Research」Second Edition, SAGE Publications.
- 大田仁史・鳥海房枝・田邊康二(2010)「終末期介護への提言―死の姿から学ぶケア―」中央法規
- 鷲田(2001)『『弱さ』のちから』講談社
- 時田純(1996)「施設における高齢者のターミナルケア」『琵琶湖長寿科学シンポジウム編:高齢者の介護とターミナルケア』医歯薬出版株式会社
- 平野美理香・萩原美砂子・坂本安令他(2011)「特別養護老人ホームにおける看取りに関する研究:施設内で最期を迎えた入居者の特徴と終末期の意思確認の現状-」日本老年医学学会誌 48・5
- 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・近藤克則編著 (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」中央法規出版

A Study on the Recognition of Deathwatches for Terminal Care by the staff of Nursing Facilities

Sachiko HAMADA and Etsuo KUMAGAI

Abstract: Based on qualitative research for terminal care and Mitori (deathwatches) in some nursing facilities, we aim to recognize the role of the nursing staff for Mitori, especially for calm and natural Mitori, which do not depend on life-prolonging treatment. Based on interviews of 15 members of the staffs of three elderly nursing facilities, we discovered ten categories and procedures as follows: the treatment of death in facilities distinguished based on whether or not they positively accept and talk about death, so that Mitori are a process of death in these facilities, the recognition of the nursing staff and the Mitori system become inevitable. However, nursing dependence based on a teamwork system often divides the recognition of whether or not it is right or wrong of using PEG for a painless natural death. There is satisfaction without the sense of achievement of the nursing staff in Mitori and the facilities need the treatment of the nursing staff to be without stress. The change of consciousness from fear to appreciation for Mitori causes a positive change of feeling among the nursing staff. Although different recognition of Mitori due to different viewpoints exists among the nursing staff, they continue Mitori under a positive review of Mitori. Based on these categories, we obtained two unified caregories: Mitori as a process of death in facilities and a change from the fear of the Mitori to its appreciation.

Keywords: staff of nursing facilities, Mitori, naturally peaceful Mitori, qualitative research