

看護職者が考える特別養護老人ホームの 看取りケアの開始時期

白岩千恵子*¹ 竹田恵子*¹

1. はじめに

介護保険制度の導入により、高齢者が最期を過ごす場はその選択肢がひろがってきている。なかでも特別養護老人ホーム（以下、特養）は「終の棲家」といわれ、介護を必要とする高齢者の「生活の場」としての機能がある¹⁾。また「重度化対応加算」や「看取り介護加算」の創設により、看取りを実践する体制が整いつつあり、老人ホームにおける死亡場所の年次推移では2000年の約17800人から2010年の約42000人へと急激に増加している²⁾。しかし入所者の多くが後期高齢者や認知症の高齢者であるため終末期の見極めが難しいこと^{3,4)}、様々な疾患をあわせもつ医療依存度の高い人が増えていること⁵⁾、福祉施設であるため医療的処置やケアの実施が難しいこと⁶⁾など多くの課題もある。今後さらに特養での看取りが増えていくと予想されるなか、高齢者1人ひとりの生き方を尊重した看取りの実現が期待されている⁷⁾。

ところで「看取り」は「多くの場合、死を迎える過程から死までのケア（死の看取り）を看取りと呼ぶ⁸⁾」と事典に記されているが、高齢者にとって誰に看取られてどのような最期を迎えるかということは、その人の生きてきた過程の集大成ともいえ、とても重要である⁹⁾。筆者らが行った「看取り」の概念分析¹⁰⁾において、看取りには「看取りの場」「看取られる人」「看取る人」「看取りの期間」が関係することが明らかになっている。なかでも「看取りの期間」は死周期や臨終前後、ターミナル期（終末期）の最終段階としてとらえているものなどさまざまであった。また高齢者の終末期の経過はきわめて多様で具体的な期間の規定は設けないとする日本老年医学会の定義¹¹⁾においても、いつから始まるかは明らかにされていない。このようにひとことで

看取りといっても、開始時期のとらえかたは多様であることがわかる。特養の看取りの現状に関する調査¹²⁾では、8割以上の特養で今後看取りケアや終末期ケアを充実させたいとしているが、各施設で作成された看取りの指針は一般化されておらず、看取りの定義も決まっていないことが指摘されている。高齢者の看取りケアをどのようにとらえるかは看護職者の死生観も影響すると考えられるが、特養の平均在所要年数が4年と長い現状のなか³⁾、看護職者は看取りケアがいつから始まるととらえているのか、またそれはどのような状況から判断しているのか、その具体的状況を明らかにした研究はあまり見当たらない。

そこで今回、特養の看護職者は看取りケアがいつから始まると考えているのか、看取りケアの開始時期のとらえ方について明らかにすることを目的に研究を行った。

尚、本研究で「看取りケア」とは、「高齢者とその家族を対象としたケアで、高齢者が希望する死を迎えることができ、家族がよい看取りだったと実感できることを目標にして看護職者が行うケア」と定義^{13,14)}する。

2. 研究方法

2.1 調査対象

調査対象者は福祉保健医療情報 WAMNET に掲載されている特養のうち（2010年6月4日現在）、「看取り介護体制あり」の表記があり、開設後4年以上経過している A 県内の84施設に勤務する看護職者とした。

2.2 調査方法

郵送による自記式質問紙調査を実施した。調査は調査対象施設の施設長に対しあらかじめ調査依頼を

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
（連絡先）白岩千恵子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: c-shiraiwa@mw.kawasaki-m.ac.jp

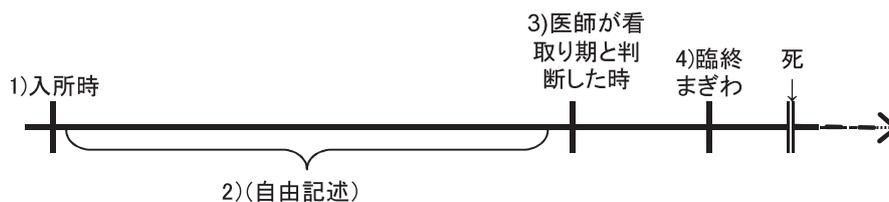


図1 看取りケアの開始時期の質問項目

行ったうえで、施設長宛に対象者の人数分の文書と調査票を送付した。調査は無記名で行い、回答した調査票は同封している返信用封筒に入れ対象者各自で返送してもらうこととした。調査期間は2010年8月から同年11月であった。

2.3 調査内容

「あなたはいつから特養の看取りケアが始まると思いますか」という問いを図1のように示し、「入所時」「医師が看取り期と判断した時」「臨終まぎわ」と具体的な時期の記述（以下、自由記述）の4つの時期から1つを選択するよう回答を求めた。また、対象者の属性として性別、年代、現在の特養での勤務年数を尋ねた。尚、自由記述を「入所時」から「医師が看取り期と判断した時」のあいだに設定した理由は、入所者の平均在所期間が4年と長く、その多くの期間がこの時期に当てはまることと、看取りは死が明らかに近いと思われる時期だけではなく、看取りケアは入所時から続く日々のケアの積み重ねによるものであると筆者らは考えているためである。

2.4 分析方法

「入所時」「医師が看取り期と判断した時」「臨終まぎわ」と自由記述の4つの選択肢ごとに属性の各項目について割合を算出した。自由記述は回答部分を取り出して生データをコード化し、意味や内容が類似しているものをサブカテゴリーに整理し抽象度

を高めカテゴリーとした。カテゴリー化の際には、研究者に加え特養での看取りの経験がある看護職者間で協議し、検討することで信頼性を確保した。

2.5 倫理的配慮

調査の実施にあたり、調査対象施設の施設長に対しあらかじめ調査依頼を行ったうえで、調査の目的と内容、方法や倫理的配慮等を明記した文書を送付した。次に施設長の同意が得られた施設の対象者に対し、調査の目的と内容、方法に加え調査への参加の有無は対象者の自由意思を尊重すること、調査への協力の有無により不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護に努めること、データの管理は厳重に行うこと、分析結果は学会などの学術的な場で公表することなどについて明記した文書と調査票を送付した。調査票の返送は同封の返信用封筒を用いて対象者各自に返送してもらうこととし、返送をもって研究への同意が得られたものとした。本調査は川崎医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号196）。

3. 研究結果

施設長の同意が得られた82施設の看護職者に対し、調査票を360部配布し276名から回答を得た（回収率76.7%）。有効回答は232名であった。

表1 対象者の属性

		全体 n=232	入所時 n=36	自由記述 n=60	医師が看取り 期と判断 した時 n=132		臨終まぎわ n=4
性別	女性	218 (94.0)	31 (86.1)	59 (98.3)	124 (93.9)	4 (100.0)	
	男性	3 (1.3)	1 (2.8)	0 -	2 (1.5)	0 -	
	無回答	1 (4.7)	4 (11.1)	1 (1.7)	6 (4.5)	0 -	
年代	20歳代	10 (4.3)	1 (2.8)	4 (6.7)	5 (3.8)	0 -	
	30歳代	39 (16.8)	11 (30.6)	12 (20.0)	15 (11.4)	1 (25.0)	
	40歳代	73 (31.5)	11 (30.6)	16 (26.7)	45 (34.1)	1 (25.0)	
	50歳代	74 (31.9)	9 (25.0)	20 (33.3)	44 (33.3)	1 (25.0)	
	60歳代以上	35 (15.1)	4 (11.1)	8 (13.3)	22 (16.7)	1 (25.0)	
	無回答	1 (0.4)	0 -	0 -	1 (0.7)	0 -	
現在の 特養での 勤務年数	1～3年目	83 (35.8)	15 (41.7)	19 (31.7)	49 (37.2)	0 -	
	4～7年目	67 (28.9)	9 (25.0)	16 (26.7)	39 (29.5)	3 (75.0)	
	8年目以上	82 (35.3)	12 (33.3)	25 (41.6)	44 (33.3)	1 (25.0)	

() はnの%

3.1 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。看取りケアの開始時期を「入所時」と回答した人は36名(15.5%)、自由記述に回答した人は60名(25.9%)、「医師が看取り期と判断した時」は132名(56.9%)、「臨終まぎわ」は4名(1.7%)であった。

対象者全体では女性がほとんどを占めており、年代は50歳代が74名(31.9%)と最も多く、次いで40歳代が73名(31.5%)であった。現在の特養での勤務年数は1～3年目が83名(35.8%)、8年以上が82名

(35.3%)でほぼ同様の割合となっており、4～7年目が67名(28.9%)であった。開始時期ごとにみると、年代では「入所時」が30歳代と40歳代がそれぞれ11名(30.6%)、自由記述では50歳代が20名(33.3%)、「医師が看取り期と判断した時」では40歳代が45名(34.1%)、「臨終まぎわ」では30歳代～60歳代以上が各1名(25%)であった。また現在の特養での勤務年数は「入所時」では1～3年目が15名(41.7%)、自由記述では8年目以上が25名(41.6%)、「医師が看取り期と判断した時」では1～3年目が49名(37.2%)、

表2 看取りケアの開始時期の自由記述

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
食事をうけつけなくなり、体重減少がみられる	食事がいつものように食べられなくなる	食事がいつものように食べられなくなる/食事摂取量がいつもの半分以下/嗜好食の量が減る/食事が減る/(意思疎通ができない人は)食事摂取の低下/食事摂取量の低下が続く 嚥下できなくなる/誤飲/ 経口摂取ができなくなる/寝たきりで経口摂取ができない/ 経口摂取不可能で経管栄養もせず点滴を開始/ 食事ができなくなり1週間たった時/ 食事がとれなくなる/食事が3日以上食べられなくなる/ 食事をうけつけなくなる/食事がとれず水分摂取量が減少/ 食事などからだがうけつけなくなる
	食事をうけつけなくなる	食量の減少と体重減少/食事が食べられず体重減少が目立ってくる/ 食べられないことと体重減少/ 体重減少があり食量がいつもの半分以下になる
	食事が食べられず体重減少がある	経口摂取できず発語が減り終日嗜眠状態になる/ 食事がとれず傾眠傾向/食思の低下と睡眠時間の延長/ 食事摂取ができなくなり傾眠状態が続き始める/ 食事が食べられず反応が鈍くなる/食事摂取量が低下し体力的に弱る/ 食事がとれず離床できない/ 食事がとれず入浴もままならない/ レベルの低下と食事が今まで通り食べられない
からだ全体のレベルダウンがみられる	食事がとれず反応が鈍くなる	嚥下できない、疾患の罹患や発症など何らかの身体的変化/ 嚥下できない、体動や発語の低下、バイタルサインの変動/ 食事がとれない、尿の出が悪い、反応が鈍い/ 食事摂取量の低下、意識レベル低下、バイタル低下/ 食事摂取量・反応・活動性の低下、嚥下障害/呼吸状態不良/ ADLが低下しバイタルが不安定となる/ 全身状態(バイタル)の低下/レベルダウンが目に見える/ 体全体のレベルダウン/体力や心身の著しい低下/ 体の動きが悪くなる/ 食事摂取など生活レベルの低下をケアカンファレンスで判断
	意識レベルや反応、バイタルサインや食事摂取量の低下などのレベルダウンがみられる	食欲や体調の変化/身体状態の変化/ 体調の変化など何らかのサインを感じる/ 病状の変化/肺炎などで入退院を繰り返す/ 日常の意識反応の悪化/意識レベル低下/反応がなくなる
	病状の変化や意識レベルの低下がみられる	状態の悪化と家族が医療行為を望まなくなる/ 食事がとれないことと家族が医療行為を希望しない/ 食事が食べられないことと家族又は本人が次の処置を希望しない/ 家族が次を望まない
本人や家族が看取りを希望したとき	食事が食べられず状態の悪化がみられ、家族(又は本人)が医療行為を望まないとき	食事摂取量の低下(病的ではない)/家族が看取りを希望
	食事が食べられなくなり家族が看取りを希望したとき	本人の死を意識した発言/本人の看取りの希望
看護師が死を肌で感じ取る	もうそろそろ近いと思う看護師が死を肌で感じ取る	もうそろそろ近いと思う/死を肌で感じ取る/ 状態が低下してきていると感じる

注)コードはそれぞれを/で区切る

「臨終まぎわ」では4~7年目が3名(75.0%)であった。

3.2 看取りケアの開始時期の自由記述

自由記述に回答した60名の結果を表2に示す。80の生データから62のコードが得られ、4の 카테고リーに分類された。文中では、コードを [], サブカテゴリーを < >, カテゴリーを < > で示す。

「食事を受けつけなくなり、体重減少がみられる」は「食事がいっものように食べられなくなる」<「食事を受けつけなくなる」>「食事が食べられず体重減少がある」の3サブカテゴリーと21のコードからなる。これは「経口摂取ができなくなる」ことや「嚥下できなくなる」ことで「食事摂取量がいっもの半分以下」や「食事がとれなくなる」ことが続き、「経口摂取不可能で経管栄養もせず点滴を開始」したり「食べられないことと体重減少」がみられる状態をあらわしていた。

「からだ全体のレベルダウンがみられる」は「食事がとれず反応が鈍くなる」<「意識レベルや反応、バイタルサインや食事摂取量の低下などのレベルダウンがみられる」>「病状の変化や意識レベルの低下がみられる」の3サブカテゴリーと30のコードからなる。これは「食事摂取がとれず傾眠傾向」になることや「食事がとれず離床できない」ことだけでなく、「ADLが低下しバイタルが不安定となる」ことや「肺炎などで入退院を繰り返す」こと、「反応がなくなる」ことなどが続く状態をあらわしていた。

「本人や家族が看取りを希望したとき」は「食事が食べられず状態の悪化がみられ、家族(又は本人)が医療行為を望まないとき」<「食事が食べられなくなり家族が看取りを希望したとき」>「本人が死を意識した発言や看取りを希望したとき」の3サブカテゴリーと8のコードからなる。これは「本人の死を意識した発言」だけでなく「状態の悪化と家族が医療行為を望まなくなる」ことや「家族が看取りを希望」することにより本人や家族が医療行為を望まなくなることをあらわしていた。

「看護師が死を肌で感じ取る」は「もうそろそろ近いと看護師が死を肌で感じ取る」の1サブカテゴリーと3のコードからなる。これは看護師が「状態が低下してきていると感じる」ことがあり、「もうそろそろ近いと思う」ことが続き、「死を肌で感じ取る」感覚をあらわしていた。

4. 考察

4.1 看取りケアの開始時期の自由記述

「入所時」から「医師が看取り期と判断した時」までを自由記述として回答を求めた結果、4カテゴリーが抽出された。コードとして最も多かったもの

が食事に関するものであった。このことから看護職者は入所者の日々の生活の中でも特に食事に関する変化に注目し、入所者の変化をとらえていることがわかった。これは特養が生活の場であり、人間の基本的欲求の1つである食が生命を維持する重要な営みであると考えられ¹⁵⁾、その人らしい生活の継続を確認する際の1つの指標となるからであろう。「食事を受けつけなくなり、体重減少がみられる」の「食事がいっものように食べられなくなる」や「食事を受けつけなくなる」は、先行研究¹⁶⁾で「死期が近づいていると感じた変化」のうち最も多かった「食事量の変化」と一致している。特養の高齢者は経管栄養や胃ろう、褥瘡の管理が必要な高齢者が多く重度化しており¹²⁾、栄養状態の把握はとても重要となってくる。食事がいっものように食べられない、受けつけないと判断するためには、毎日その高齢者がどのようなものをどれくらい食べられているか把握しておく必要がある。このカテゴリーからは日々の小さな変化をとらえている看護職者の観察力がうかがえる。また「からだ全体のレベルダウンがみられる」の「食事がとれず反応が鈍くなる」や「病状の変化や意識レベルの低下がみられる」では、コードをみると食事量の低下に伴う体重減少だけでなく食事以外の面での変化も併せて“いっもの違い”を感じ取っている。このことからバイタルサインの変化や意識レベルの変化など、医療専門職としての看護職者の役割を發揮しながら日々の業務にあたっていることがうかがえる。特養のターミナルケアの実態と看護職の役割について山田ら¹⁷⁾が行った全国調査でも、看護職者の役割は状態観察・把握や医療処置、日常生活の援助や他職種との連携など多岐にわたっていることを明らかにしており、看護職者には高齢者の状態をふまえたケアを行うための能力や状況を判断できる能力が必要であると述べている。以上のことから、特養の看護職者は高齢者1人ひとりの特徴を見極め、その人に応じたケアを行っていくことが求められているといえる。

一方、「看護師が死を肌で感じ取る」はこれまで抽出されたカテゴリーを統合した結果ととらえられる。すなわち食事量や状態など入所者の様々な変化からもうそろそろ近いのではないかと看護職者が感じ取っている状況をあらわしたものと考えられる。

4.2 看護職者が考える看取りケアの開始時期

問いでは「入所時」から「医師が看取り期と判断した時」のあいだを自由記述としたが、カテゴリーをみるとその時期は「入所時」から「臨終まぎわ」までの長い期間でとらえられていることが明らかとなった。すなわち、対象者は実際には「入所時」か

ら「臨終まぎわ」に渡る長い期間のなかで高齢者におこる変化や状況を看取りケアの開始時期ととらえていた。また高齢者の死は多様であり、「この時期から看取りがはじまる」とある特定の時期を看取りケアの開始時期と決定することはできないことも改めて明らかになったと考えられる。回答が最も多かった「医師が看取り期と判断した時」は、看取り介護加算の基準に関連した内容である。しかし医師は常勤でないことが多いため、看取り期の判断には看護職者や介護職者からの情報が多く含まれていると考えられる。これは看取り介護加算の算定要件に医師、看護師、介護職員等が共同して介護を行うことが明記されていること、また実際のところ医師による定期的な1ヵ月の診察回数は3回未満である施設が多い¹⁸⁾ ことから推察できる。以上のことから看護職者は高齢者の長い入所期間のなかで日々の変化を見極めてケアを提供していることがうかがえた。

次に看取りケアの開始時期に対する回答と「食事をうけつけなくなり、体重減少がみられる」「からだ全体のレベルダウンがみられる」「本人や家族が看取りを希望したとき」「看護師が死を肌で感じ取る」の4つのカテゴリーを時間軸に沿って整列させると図2のようにあらわすことができた。すなわち高齢者のたどる終末期のプロセスに沿ってカテゴリーを並べてみると、入所者の状態の変化は死に至る経過の4類型¹⁹⁾ のなかの臓器不全や老衰のプロセスに合致すると考えられる。臓器不全は慢性疾患によって機能低下や障害が徐々に進み、その過程で肺炎などを繰り返しながら進む経過であり、また老衰は認知症があるなど身体疾患を合併していない

高齢者が少しずつ衰退していく経過をあらわしている。特養の高齢者の特徴として、前述したとおり医療依存度が高く入所者の多くが後期高齢者や認知症があり終末期の見極めが難しいといわれているが、今回の結果はこの特徴をあらわしていると考えられる。「枯れるように亡くなっていく」とはまさにこのことである。先行研究では終末期と判断する入所者の変化について、食事量、呼吸状態、水分摂取量などから死期が近づいていると感じていること、また死期が近づいていると感じた時期は1か月以内が多かったと報告されているが¹⁶⁾、看取りケアの開始時期も、終末期と判断する入所者の変化と類似していることが明らかになったといえる。そして、高齢者の状態は食事という日々の生活のなかで基本となる動作が判断の指標となっていることが推察された。

以上のことから図2の特養の看護職者が考える看取りケアの開始時期は、入所時にはある程度保たれていた入所者の身体機能が長い月日を過ごすなかで緩やかに、また肺炎などの疾患によりある時期には急激に低下していく。このような日々を重ねていくなかで「食事をうけつけなくなり、体重減少がみられる」ことや、食事量の減少が続くことで徐々に「からだ全体のレベルダウンがみられる」ようになり、これらが顕著になって「本人や家族が看取りを希望したとき」という、誰もがこの先あまり長くないと感じる時期を迎える。この誰もが、という部分は医師が看取り期と判断した時と重なると考えられる。そして日々のかかわりで得ている入所者のこのような状況をもとに、「看護師が死を肌で感じ取る」ことが全体を含めたところに位置すると考えら

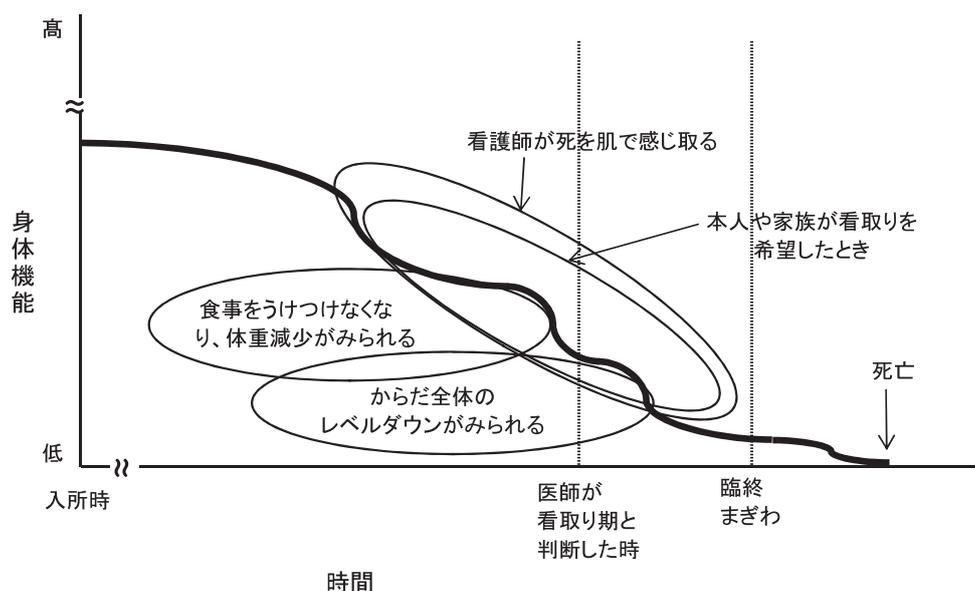


図2 特養の看護職者が考える看取りケアの開始時期

れる。

看取りケアは特別なものではなく、日々のケアの延長線上にあり日常のケアの充実が基本となるといわれている²⁰⁾。“いつもとちがう”変化をとらえるためには入所時からのかわりが重要となること、そして入所時から看取りを意識したかわりを行うことが、1人ひとりの高齢者の希望に沿った看取りケアを提供することにつながると考えられる。

5. 本研究の限界と今後の課題

今回看取りケアの開始時期として、比較的確定しやすい「入所時」「医師が看取り期と判断した時」「臨終まぎわ」の3つの時期と、「入所時」から「医師が看取り期と判断した時」のあいだの時期を自由記述で回答を求めた。しかし自由記述の結果は「入所時」から「臨終まぎわ」までの幅広い時期にわたっていた。当初「医師が看取り期と判断した時」は、介護保険の看取り介護加算の算定を見越して項目を

作成したが、実際には介護保険という制度と看護職者自身の見極めの部分が重なり、複雑な回答結果となった。これは本研究の限界でもあり、看護職者の認識をより正確に把握するためには更なる質問項目の検討が必要である。また、一方で看取り介護加算の算定要件には医師の判断基準について具体的に明記されておらず、看護職者や介護職者等は実際にどのような情報を医師に伝えているのか明らかになっていない。より良い看取りケアを提供するためには医師や介護職等との情報の共有と連携が不可欠であるが、看取り介護が加算される時期と看護職者がとらえた看取りケアの時期は必ずしも一致するものではないため、今後はこれらについても明らかにすることが課題であると考えられる。

本研究の一部は日本看護研究学会中国・四国地方会 第25回学術集会で発表した内容を含む。

文 献

- 1) 山崎章郎：系統看護学講座別10 ターミナルケア。柏木哲夫、藤腹明子編，第3版，医学書院，東京，8，2005。
- 2) 厚生労働省 大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：平成22年人口動態統計の概況 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移，2011。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/deth5.html> (参照2012/3/15)
- 3) 厚生労働省：平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況 4介護保険施設の利用者の状況。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka4.html> (参照2009/7/1)
- 4) 櫻井紀子：高齢者介護福祉施設での看取り 死の質を求めた看取りケア。病院，69(7)，529-532，2010。
- 5) 時田純：介護保険施設におけるターミナルケアの実践 (1)介護老人福祉施設 信頼に応え全人的痛みに適切に対応するターミナルケアを。GPnet，48(9)，30-33，2001。
- 6) 井澤玲奈，水野敏子：特別養護老人ホームにおいて最期を迎える利用者への援助。東京女子医科大学看護学会誌，4(1)，29-36，2009。
- 7) 長畑多代，松田千登勢，山内加絵，江口恭子，山地佳代：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)，72-79，2012。
- 8) 庄司洋子，木下康仁，武川正吾，藤村正之編：福祉社会事典。初版，弘文堂，東京，958-959，1999。
- 9) 中島紀恵子監，井出訓著：実践看護技術学習支援テキスト 老年看護学。第1版，日本看護協会出版会，東京，179-180，2002。
- 10) 白岩千恵子，竹田恵子：日本における「看取り」の概念に関する一考察。日本老年看護学会第15回学術集会抄録集，263，2010。
- 11) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012。
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf> (参照2012/3/15)
- 12) 草場美千子：2006 介護老人福祉施設(特養)・介護老人保健施設(老健)における看取りの現状。日本看護学会論文集，第38回地域看護，118-120，2007。
- 13) 藤腹明子：看取りの心得と作法17カ条。第1版，青海社，東京，4-5，2004。
- 14) 白岩千恵子：特別養護老人ホームの看護職者の死生観と看取りケアの態度。川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健看護学専攻修士論文(未公刊)，13-14，2011。
- 15) 笹谷真由美，松田千登勢，長畑多代：特別養護老人ホームにおいて認知症高齢者への食事ケアを協働することについての看護・介護職の認識。老年看護学，17(2)，38-46，2013。
- 16) 日本介護支援協会：平成16年度日本自転車振興会補助事業報告書 高齢者介護におけるターミナルケア調査研究事業報告。46-48，2005。

- 17) 山田美幸, 岩本テルヨ: 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, 2004.
- 18) 三菱総合研究所: 介護施設における医療提供に関する調査研究, 2010.
- 19) 北川公子: 系統看護学講座専門分野Ⅱ 老年看護学. 医学書院, 第7版, 301-302, 2012.
- 20) 櫻井紀子: 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック「さくばらホーム」の看取りケアの実践から. 中央法規出版株式会社, 東京, 5, 2008.

(平成25年5月31日受理)

Starting Point for End-of-life Care for Special Nursing Home Nurses

Chieko SHIRAIWA and Keiko TAKEDA

(Accepted May 31, 2013)

Key words : special nursing home, nurses, end-of-life care

Correspondence to : Chieko SHIRAIWA

Department of Nursing

Faculty of Health and Welfare

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-Mail : c-shiraiwa@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.23, No.1, 2013 169 – 176)