

看護職による呼吸停止確認が実施されている現状と 当該職種が感じている課題

— 全国介護老人保健・福祉施設への調査から —

川原 礼子¹, 齋藤 美華², 佐々木 明子³

¹東北大学大学院医学系研究科, ²山形県立保健医療大学, ³東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科

Present State and Problem of Daily Nurse Confirmation of Respiratory Arrest for Elderly People Who Are Near Death : Questionnaire Survey of Nurses at a Long-term Care Health Facility and Special Nursing Home

Reiko KAWAHARA¹, Mika SAITO² and Akiko SASAKI³

¹Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Tohoku University

²Yamagata Prefectural University of Health Sciences

³Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University

Key words : End-of-life Care, Confirmation of Respiratory Arrest, Nurse, Long-term Care Health Faculty,
Long-term Care Special Nursing Home

This study was conducted to clarify nurses' present state and recognition of difficulties related to respiratory arrest confirmation for elderly people who are near death, receiving end-of-life care.

Data were collected from responses of 62 nurses to a questionnaire administered to nurses working at a long-term care health facility and special nursing home.

20 nurses are working at a long-term care health facility or special nursing home confirming respiratory arrest. 7 nurses confirm respiratory arrest during weeknights and holidays because doctors are not present. 7 nurses doing respiratory arrest confirmation improve their skills during post-graduate education. They recognize ethical and emotional problem to respiratory arrest, and feel difficult to timely care and management to respiratory arrest confirmation related to their work.

Results underscore the need for reconstructing legal and educational conditions related to respiratory arrest confirmation for elderly people who are near death.

はじめに

わが国は、平成 25 年の総人口に占める 65 歳以

上の高齢者の割合は 25.1% となり、世界のどの国も経験したことのない高齢社会を迎えているが、厚生労働省の調査¹⁾によれば、死亡の場所に

については、近年、介護老人保健施設や有料老人ホームを含む老人ホームで増加しており、高齢者の終末期ケアを提供する場として、これらの施設の役割は拡大している現状にある。

人の死に際しては、我が国ではこれまで医師法に基づいて死亡診断書を作成する医師が、24時間態勢で立ち会う形がとられてきており、看護職には、医師が到着するまでは、患者に手を触れてはいけないという教育がなされてきた²⁾。しかしながら、その原則は、多死時代を迎えている今日、医師の立ち会いが保障できずに看取りの安寧を脅かしている状況にある^{3,4)}。

近年、厚生労働省⁵⁾は、健康・医療ワーキンググループにて「在宅での看取りにおける規則の見直し」について検討し、「将来的に死亡者数の大幅な増加が見込まれることを踏まえ、地域での看取りを円滑に進めるための包括的な対策を早急に検討し、推進すべきではないか」と提案して、「診療の経過から早晩死亡することが予測されている」等の5つの要件を満たす場合、医師が対面での死後診察によらず、死亡診断書を交付できることを検討している。

すなわち、いわゆる老衰や終末期という概念に包括され、状態の急激な変化や事故、虐待などによる死の場合は除外して、病状のこれまでの経過から確実に予想される死（以下、「予想される死」とする）における死亡診断を含めた包括的看取りの在り方が問われており、看護師の裁量拡大が検討されている状況にある。いうまでもなくその課題は、在宅のみならず、介護保険施設等の看取りの場にも該当することである。もし、看護職が「予想される死」に際しては死亡確認を実施し、在宅や介護保険施設で看取りを促進できれば、対象者を、より安らかな永眠に導きうると考えられるが、そのためには、看取りの在り方が包括的な次元で検討されていく必要がある。そして、看護職が看取りの場でその役割を担うためには、法律的・制度的変革が行われなければならないが、また、基礎教育あるいは卒後教育において、死亡確認を含めた教育が必要とされる。

研究者らは、キュアとケアの統合の観点から、

呼吸停止確認を含む包括的な看護実践による穏やかな看取りへの支援のために、「高齢者の予想される死への看護職による教育プログラム開発」を目指す企画に取り組んできた。すなわち、社会全体で看護職による死亡確認を支えるしくみを作っているスウェーデンから end-of-life care システムを学び、その理念を取り入れ、日本における看取りの現場の現状、認識およびニーズを把握して、総合的な視点・観点に基づいた教育プログラム構築を目指すものである。

そのために研究者らは2013年にスウェーデンを訪問して、予想される死に対する看護職による死亡確認の現状、理念、および法的環境等について、緩和ケアの現場と教育の場で実践に臨んでいる看護職にヒアリングを実施して報告⁶⁾し、次いでわが国の介護老人保健・福祉施設に勤務する看護職に調査して、看護職による呼吸停止確認の現状とその認識について報告⁷⁾した。

今回は、同じ調査において、看護職の呼吸停止確認の実施について、時間帯や受けた教育の背景等の現状と、実施している場合に看護職が感じている課題に焦点をあてて報告する。その際は、施設の設置基準^{8,9)}上、医師の配置において、介護老人保健施設と異なり介護老人福祉施設については常勤が義務付けられておらず、非常勤医師が勤務していることが殆どであり、看護師数については入所者に対する数が少ないため、両者を比較し、相違についても明らかにする。

なお、研究者らは、死亡確認については、医師法という法律があるため、死亡診断との混同を極力避ける必要性を認識している。したがって、調査においては、予想される死における実質的死亡確認行為すなわち、医師が到着する前に呼吸停止確認、心肺停止確認、およびエンゼルケアなどの死後の処置を実施しているかどうかとの表現を用いて質問とした。論述においても、死亡という表現を避けて、死の三徴候の一つであり、一般的に看護職が最初にアセスメントしている「呼吸停止確認」について実質的死亡確認を包括するものとして定義したい。

研究方法

1. 調査対象者および調査方法

厚生労働省¹⁰⁾の平成25年介護サービス施設・事業所調査では、全国の介護老人保健施設（以下、老健とする）H25年10月1日現在活動中で平成24年の施設数は、3,931施設とされているが、そのうち、全国老人保健施設協会¹¹⁾のサイトに登録している施設を150無作為に抽出した。また、全国の介護老人福祉施設（以下、特養とする）は6,590施設とされ、全国老人福祉施設協議会¹²⁾のサイトに登録してある施設を無作為に150施設抽出し、合計300施設に勤務する看護職1名で本研究の趣旨に同意し、協力できるものを調査対象とした。

調査方法は、抽出された施設の看護職の責任者宛てに研究の趣意書と自記式の質問紙を郵送し、看取りに関心ある看護職1名の回答を依頼した。質問紙は研究者の所属大学を郵送先とし、回収をもって同意とした。

また、本研究は、「呼吸停止確認」の実施についての課題に焦点をあてるために、調査票の返送のあった62名（回収率20.7%）のうち、日常的に実施していると回答したものを本研究の対象者とした。

なお、調査については、あらかじめ施設の協会・協議会等の窓口にもメールによる連絡を行い、趣旨を簡単に説明して協力を依頼し、また、代表者宛には依頼文書と趣意書および質問紙を送付し、協力を依頼した。

調査期間は、平成27年1月～2月である。

2. 調査内容

1) 対象者の基本属性

対象者の基本属性として、性別、年齢、取得免許、看護歴、看護教育歴について尋ねた。

2) 「呼吸停止確認」の有無

老健および特養において看護師が日常で高齢者の「予想される死」に対して、医師が到着する前に実質的死亡確認（呼吸停止確認、心肺停止確認、およびエンゼルケアなど死後の処置を含む）を実施しているかどうか、その有無を尋ねた。

3) 「呼吸停止確認」をしている場合はその時間帯について「常に」「夜勤のみ」「平日の夜勤と休日」および「その他」のいずれかを選択してもらい、「その他の場合」は自由記載欄を設けた。

4) 「呼吸停止確認」をしている場合は、受けた教育の機会について、重複回答にて「看護師養成機関」「卒後教育」「その他の方法」、および「特別な教育は受けなかった」、のいずれかを選択してもらい、「その他の方法」については自由記載欄を設けた。

5) 「呼吸停止確認」をしている場合に感じている困難や課題について自由記載形式で尋ねた。

3. 分析方法

本研究における対象者は「呼吸停止確認」を実施している施設のみとした。対象者の基本属性については単純集計を行った。年齢および看護歴に関しては、介護老人保健施設と特別養護老人ホームとの間でt検定による比較を行い、 $p < 0.05$ をもって有意とした。自由記載に関しては、その記述内容を精読し、データの意味内容の類似性に基づきコード化し、抽象度を高めてカテゴリ分類をした。なお、分析は共同研究者3人で行った。

4. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の趣旨、目的、方法、個人情報保護、研究協力拒否の自由、研究結果の公表の方法などの倫理的配慮について、同封した文書で説明した。また、調査票の返送をもって研究への同意を得たものとする旨を説明した。なお、本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会に申請し、平成26年11月17日の審査・承認を得て実施した（受付番号2014-1-525）。

研究結果

1. 対象者の概要

調査の回答者62名中、日常的に「呼吸停止確認」をしているのは20名（32.3%）であり、それら看護職を本研究の対象者とし、基本属性を表1に示した。施設の内訳は老健が8名、特養が12名であった。平均年齢は 52.6 ± 7.6 歳であった。年齢分布については30～39歳は1名（老健）であり、40～49歳は6名（老健、特養ともに3名）、50～

表 1. 対象者の基本属性

		合計 n=20		介護老人保健施設 n=8		介護老人福祉施設 n=12	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
属性	年齢 ¹⁾	平均年齢 52.6±7.6 (36-65) 歳		51.5±8.4 (40-65)		53.33±6.6 (36-65)	
	年齢分布	30～39 歳	1 (5.0)	1	(12.5)	0	(0.0)
		40～49 歳	6 (30.0)	3	(37.5)	3	(25.0)
		50～59 歳	10 (50.0)	3	(37.5)	7	(60.4)
		60～69 歳	3 (15.0)	1	(12.5)	2	(16.7)
	性別	男性	0 (0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
		女性	20 (100.0)	8	(100.0)	12	(100.0)
	取得免許	看護師	19 (95.0)	7	(87.5)	12	(100.0)
		准看護師	1 (5.0)	1	(12.5)	0	(0.0)
		認定看護師	0 (0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	看護歴 ²⁾	16 年 9 か月 [3 年 9 か月-42 年 0 か月]		19 年 3 か月 [4 年-42 年]		15 年 1 か月 [3 年 9 か月-35 年 1 か月]	
	看護教育歴	専門学校卒	19.0 (95.0)	8.0 (100.0)	11.0 (91.7)		
		短大卒	1.0 (5.0)	0.0 (0.0)	1.0 (8.3)		

¹⁾数値は、平均値±標準偏差 [最小値-最大値] とする

²⁾数値は、平均値 [最小値-最大値] とする

59 歳は 10 名（老年 3 名，特養 7 名），60 歳～69 歳は 3 名（老健 1 名，特養 2 名）であった。性別については 20 名全員が女性であった。資格については看護師が 19 名（老健 7 名，特養 12 名），准看護師 1 名（老健）であり，認定看護師はみられなかった。対象者の看護歴の平均は 16 年 9 か月（老健 19 年 3 か月，特養 15 年 1 か月）であった。両者間の平均年齢および看護歴には有意の差がみられなかった。

2. 「呼吸停止確認」をしている時間帯

「呼吸停止確認」をしている時間帯を表 2 に示した。「常に」は老健 1 名，特養 7 名であり，「夜勤のみ」は老健と特養がそれぞれ 1 名ずつであった。「平日の夜勤と休日」は老健 4 名，特養 3 名であった。「その他」は老健 2 名，特養 1 名であったが，そのうち 1 名ずつが具体的に医師不在の時と記載していた。

3. 「呼吸停止確認」の教育を受けた機会

「呼吸停止確認」の教育を受けた機会について

表 2. 「呼吸停止確認」をしている時間帯

	n=20 n (%)	
	介護老人 保健施設 n=8	特別養護 老人ホーム n=12
常に	1 (12.5)	7 (58.3)
夜勤のみ	1 (12.5)	1 (8.3)
平日の夜勤と休日	4 (50.0)	3 (25.0)
その他	2 (25.0)	1 (8.3)
内訳：医師不在の時	1 (12.5)	1 (8.3)

表 3 に示した。「看護師養成機関にて」が老健 1 名，特養が 2 名，「卒後教育にて」が老健 5 名，特養 7 名あった。「その他」については特養 4 名であり，具体的には「外部研修」3 名，「嘱託医から」が 1 名であった。一方，「特別な教育は受けていない」と回答したのは老健 5 名，特養 4 名であった。

表 3. 「呼吸停止確認」に関する教育を受けた機会
(重複回答)

	n=20 n (%)	
	介護老人 保健施設 n=8	特別養護 老人ホーム n=12
看護師養成機関にて	1 (12.5)	2 (16.7)
卒後教育にて	5 (62.5)	7 (58.5)
その他 (内訳)	0 (0.0)	4 (33.3)
		外部研修 3 (25.0)
		嘱託医から 1 (8.3)
特別な教育は受けていない	5 (62.5)	4 (33.3)

4. 「呼吸停止確認」をしている場合に感じている困難や課題

「呼吸停止確認」をしている場合に感じている困難や課題について表 4 に示す。

看護職による「呼吸停止確認」をしている場合において感じている困難や課題については、記載した看護職数は 13 名であり、記載数は 18 であった。記載内容の分析からは、【実施に関する倫理的・感情的なこと】【看取りのタイミングに関すること】【看取りのマネジメントに関すること】【家族への対応に関すること】【医師との調整に関すること】【「呼吸停止確認」の技術的なこと】の 6 つのカテゴリが抽出された。

以下、カテゴリは【 】, コードは< >を用いて説明する。

表 4. 「呼吸停止確認」をしている場合に感じている困難・課題
(コード総数 18, 記載した看護職数 13)

カテゴリ	コード
1. 実施に関する倫理的・感情的なこと	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が死亡確認を行うことは倫理的にも感情的にも複雑なものを感じる ・ターミナルケアとて死亡確認は抵抗感がある ・特養や施設在宅で看取りを進めていくには不可欠であると思う ・人生の最期を自分のようなものが宣言していいのか ・本当にこれでよいのか不安を抱いているものもある。法的根拠があればと思う ・病院勤務が長かった場合は医師が利用者の傍にいない最期は混乱する
2. 看取りのタイミングに関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸停止確認よりむしろ医師が看取り開始を伝えるタイミングのほうが難しい ・いつ経口摂取を中止するかタイミングが難しい ・状況の判断と見極めのタイミングが難しい ・医師の到着まで時間がかかるときは、どの程度まで処置を行えばいいのか
3. 看取りのマネジメントに関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、介護等の多職種の協働により家族から「良かった」と評価されている ・全スタッフへの教育が必要である
4. 家族への対応に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンとの密な連携が必要である ・家族に連絡がつかないときに困る
5. 医師との調整に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への協体制の整備が必要である ・「命が優先」と救搬する場合、家族や介護職から疑問・不満がでるときがある ・家族のためにも医師が近くにいてほしいが現状ではなかなか難しい
6. 呼吸停止確認の技術的なこと	<ul style="list-style-type: none"> ・ハートモニター等の医療機器がないため、家族への証拠が不確かかも

1) 【実施に関する倫理的・感情的なこと】

高齢者の予想される死に際して、看護職が「呼吸停止確認」をしていることについて、〈人生の最期を自分のようなものが宣言していいのか〉〈自分が死亡確認を行うことは倫理的にも感情的にも複雑なものを感じる〉〈病院勤務が長かった場合は医師が利用者の傍にいない最期は混乱する〉〈ターミナルケアとして死亡確認は抵抗感がある〉等と、倫理的・感情的な抵抗を感じている一方では、〈特養や施設在宅で看取りを進めていくは不可欠であると思う〉と考え、〈本当にこれでよいのか不安を抱いているものもいる。法的根拠があればと思う〉と認識していた。

2) 【看取りのタイミングに関すること】

看取りの場にある看護職は、看取りケアのタイミングについて〈「呼吸停止確認」よりむしろ医師が看取り開始を伝えるタイミングのほうが難しい〉〈いつ経口摂取を中止するかタイミングが難しい〉、そして〈医師の到着まで時間がかかるときは、どの程度まで処置を行えばいいのか〉といったことに対して〈状況の判断と見極めのタイミングが難しい〉と認識していた。

3) 【看取りのマネジメントに関すること】

看取りの場にある看護職は、最期の場におけるマネジメントに関して、〈医師、介護等の多職種協働により家族から良かったと評価されている〉とし、〈全スタッフへの教育が必要である〉と認識していた。

4) 【家族への対応に関すること】

家族への対応については、〈家族に連絡がつかないときに困る〉と最期の場面における連携について課題を挙げ、〈キーパーソンとの密な連携が必要である〉と認識していた。

5) 【医師との調整に関すること】

医師との調整に関しては、〈医療機関への協体制の整備が必要である〉として、終末期でありながら、キュアを要する状態の救急搬送の態勢整備に関する課題を挙げ、一方では、〈命が優先と救搬する場合、家族や介護職から疑問・不満がでるときがある〉という現場での判断における葛藤を挙げ、〈家族のためにも医師が近くにいてほし

いが現状ではなかなか難しい〉と認識していた。

6) 【「呼吸停止確認」の技術的なこと】

「呼吸停止確認」の技術的なことに関する記載は、〈ハートモニター等の医療機器がないため、家族への証拠が不確かかも〉の一件であった。

考 察

1. 高齢者の予想される死における介護老人保健・福祉施設の看護職の呼吸停止確認の現状

看護職の「呼吸停止確認」に関する文献は乏しい現状にあるが、実施者が62名中20名(32.3%)であったことは、石川ら⁴⁾の報告にある訪問看護師への調査で医師が到着する前に対象者75人中、20名(26.7%)が医師の立ち会いがないときに死亡確認を行ったという数値に近いものである。医師法や、一般的に看護師教育では医師が到着するまでは触れてはいけないと教育されている²⁾ことを考慮すると、低い値とはいえないと考える。

本研究の対象者である介護保険施設の回答者の基本属性については、看護職の平均年齢は、先行研究⁷⁾で報告したように老健、特養とも50歳代と高く、一般的に施設看護の現場は中高年の年齢の看護職に支えられていると考えられるが、年齢については、調査方法、すなわち、質問紙への回答は管理的立場にあるものが看取りに関心のある看護職に依頼するという手法がとられたことが影響している可能性がある。自らが年齢を重ねてきたからこそ、看取りへの関心もまた高くなっていることが推察される。

本研究結果から「呼吸停止確認」の時間帯については老健に比べて特養において「常に」との回答が多かった。これらの理由については、老健よりも特養の場合は利用者の臨終の場面にしばしば医師が不在であることが推察される。そして、老健では平日の夜勤と休日と回答したのは4名と最多であったことから、特養のみならず老健においても医師不在の時間帯には看護職による「呼吸停止確認」が行われている現況にある。

「呼吸停止確認」に関する教育については、卒後教育との回答が多かったが、「その他」に記載

されてある外部研修や嘱託医からの教育も実質的には卒後教育に入るものであり、合計すると、多くの看護職は卒後教育によって、「呼吸停止確認」に関して学んでいた。一方、「特別な教育を受けていない」との回答は老健と特養で合計9名であり、自己学習で現場に臨んでいることが推察され、後述する倫理的な課題につながっている可能性がある。「呼吸停止確認」は看護基礎教育では取り扱われていない現況にあり、その充実が看取りの現場におけるニーズと考えられる。

2. 看護職による「呼吸停止確認」の困難・課題

看護職による「呼吸停止確認」をしている場合に感じている困難や課題については、人生の最期を自分のようなものが宣言してよいのかといった【実施に関する倫理的・感情的なこと】の記載数が最も多かった。研究者らの先行研究⁷⁾においては「呼吸停止確認」をしていない場合の理由については、医師がすべきことだからに集約されており、医師法という法律の問題やこれまで医師が来るまで手を触れてはいけないという教育を受けながら、相反する形で実践していることへの倫理的な抵抗感とその背景にあると考えられる。そして、一方では、看取りを進めていくには不可欠であるという認識や、法律的根拠があればといった法的環境整備へのニーズも明らかになり、これら倫理的なジレンマのなかで日々の看取りの実践に臨んでいる現実が推察される。

すなわち、本研究から、介護老人保健・福祉施設においては、看取りの場で看護職による「呼吸停止確認」が日常的に行われており、それはこれでいいのかという倫理的なジレンマの中で実施されていることが明らかになった。したがって、「呼吸停止確認」という医行為については、社会的コンセンサスを得て、看取り加算に組み入れたり、ガイドラインを作成するなどの法的・制度的環境整備を行い、利用者の不利益や看護職の負担を軽減することが急務と考える。

【看取りのタイミングに関すること】も記載数が多く、現場においては、家族や他職種との信頼関係を構築するために、経口摂取中止の時期など

いろいろな意味でのタイミングの判断が極めて重要な技術と認識していると考えられる。

【看取りのマネジメントに関すること】については関連する職種間の協働が課題に挙げられていたが、近年、他職種連携の促進・強化に関する提言は多い^{13,14)}。本研究での「協働」は、具体的には鴻江の報告¹³⁾にあるそれぞれの職種の役割の明確化や死生観の共有を支えることを意味すると考えられる。

【家族への対応に関すること】については連絡を含めた密な連携があげられていたが、橋本¹⁵⁾は看取りが進まない要因として、入居者本人の意思が分からない、家族が高齢者の自然な死を理解していない、親族の意思統一が図れないといった課題を報告している。研究者らの先行研究⁷⁾でも「呼吸停止確認」をしている場合の注意点は、家族へ状況を十分説明し、信頼関係を結ぶことの記載数が最も多かったが、家族との密な連携態勢は、穏やかな死を迎えるために極めて重要な要素と考えられる。

【医師との調整に関すること】も看取りの現場では切実な問題である。予想される死の場合は、前述したように、臨死の状態で救急搬送される場合は、その人らしい最期であったかが問われる。家族のためにも医師が近くにいるほしいが現状ではなかなか難しいという素朴な思いが浮上している。

【「呼吸停止確認」の技術的なこと】の記載が1件のみであったことは興味深い結果である。すなわち、「予想される死」の看取りの現場においては、死の徴候のアセスメントよりも、倫理的問題や家族への対応に関することが、より関心のある課題となっているといえる。そして、日々の生活の中で迎える「予想される死」は、看取る看護職にとっては単にフィジカルな問題ではなく、家族の状況に対する理解や納得をはじめとして包括的次元で捉えられていることが推察される。

3. 本研究の限界と課題

本研究は得られたサンプル数から、一般化することには限りがある。また、前述したように、対象者が看取りに関心のある看護職となっているた

めに、一方向的な見解である可能性がある。

さらに、前述したように、本研究は「呼吸停止確認」を、医師の到着を待たずに死後の処置に入るケアを含む実質的死亡確認を包括するものとして定義し、看護職による「呼吸停止確認」を、医師による死亡診断書とは違った位置づけ、すなわち、死亡診断のプロセスにおいて新たに「呼吸停止確認」およびそれに伴うある種のフォーマット、もしくはカルテ記載に対して診療・介護報酬が加算される等の制度的なニーズについて明らかにすることであったが、調査においては研究の意図が必ずしも伝わっていなかった可能性がある。先行研究でも医師法に基づいて医師により行われる死亡診断との混同が推察される回答が認められた⁷⁾が、本研究におけるカテゴリ【実施に関する倫理的・感情的なこと】もまた、医師の死亡診断との混同がされている可能性があり、研究者らは改めて問題の複雑性を認識した。

今後、その課題を踏まえた形で調査すれば、現場のニーズがより具体的な形で浮上しうると考える。

結 語

介護老人保健・福祉施設における看取りに際して「呼吸停止確認」を実施している看護職は、調査の回答のあった62名中、老人保健施設が8名、老人福祉施設が12名の合計20名(32.3%)であった。「呼吸停止確認」の「時間帯」については平日の夜勤や休日が多くなっていた。技術に関する教育については「卒後教育」にて、との回答が10名にみられた。実施している場合に感じている課題は、人生の最期を自分のようなものが宣言してよいのかといった倫理的・感情的なことが最多であり、早急なる法的・制度的な整備の必要が示唆された。

本研究を行うにあたり、調査にご協力くださいました介護老人保健施設および特別養護老人ホームの看護職の皆様に深く感謝申し上げます。

本稿は、平成25年度日本学術振興会研究費補

助基盤研究C：高齢者の「予想される死」における看護職の看取り教育プログラム開発（課題番号：25463285）（研究代表者：川原礼子）により実施した研究の一部である。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html>（参照日2016年3月1日）
- 2) 池田洋子，隅倉芽子，田尻友子，他：臨死期ケアの実際，コミュニティケア6(6)，58，52-54，2004
- 3) 川越厚：在宅末期がん患者に対する医療行為，訪問看護と介護，13(3)，222-226，2008
- 4) 石川美智：在宅での看取りに関わる訪問看護師の臨終の現状，死の臨床，34(1)，134-140，2011
- 5) 内閣府ホームページ（2016年3月1日参照）：<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg4/kenko/151023/item1-1-2.pdf>
- 6) 川原礼子，佐々木明子，齋藤美華，他：看護におけるend-of-life care教育システムの再構築への提言スウェーデンにおける予想される死への看護職による死亡確認の現状から，看護研究，医学書院，48(6)，596-604，2015
- 7) 川原礼子，齋藤美華，坂川奈央，他：高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認の現状と認識—全国老人保健・福祉施設の看護職への調査から—，東北大学医学部保健学科紀要，24(2)，65-75，2015
- 8) 厚生労働省令：<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F0360100040.html>（参照日2016年3月1日）
- 9) 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，9-20，2012
- 10) 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/13/>
- 11) (公益社団法人)全国老人保健施設協会：<http://www.roken.or.jp/wp/archives/category/kenshu>（平成26年12月参照）
- 12) 全国老人福祉施設協議会：<http://www.roushikyoo.or.jp/contents/>
- 13) 鴻江圭子，八坂妙子：特別養護老人ホームにおける看取りの実態，老年精神医学雑誌，25(2)，159-164，2014
- 14) 江口恭子，長畑多代，松田千登勢，他：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)，31-40，2013

看護職による呼吸停止確認が実施されている現状と当該職種が感じている課題

- 15) 橋本美香, 小野幸子: 特別養 4 護老人ホームにおける看取りの阻害要因—看取りの推進に困難性を抱える施設調査—, 死の臨床, **37**(1), 142-147, 2014