

〔原著〕

病院における人生の終末にある高齢患者の意向の実現に向けた援助

宇佐美 利佳 奥村 美奈子

Nursing Care for Fulfilling Desires of Terminal Elderly Patients in the Hospital

Rika Usami and Minako Okumura

要旨

本研究の目的は、人生の終末にある高齢患者の意向を入院中の関わりの中で確認し、意向の実現に向けた実践を記述することを通して、高齢患者の意向の実現に向けた援助のあり方について検討することである。

意向表出できる80歳以上の高齢患者と家族に、日々の関わりの中で意向の実現に向けた援助を実践し、患者の退院後に振り返りのカンファレンスを行った。患者の意向や援助等、一連の関わりを記録し、意向の実現に向けた援助を抽出した。

積極的治療を希望しないがん患者や症状悪化で入退院を繰り返す患者等4名の女性患者は、全員認知機能が低下していたが、ゆっくりコミュニケーションを図ることで意向表出できた。介入当初、対象は日々感じている身の回りのことに関する意向を多く表出したが、一つ一つ叶えたことで、最終的に人生の最期に関する意向を表出した。

高齢患者の意向の実現に向けた援助として、まずは患者との関係構築を図るため、老性変化を意識しながら意向把握しようとする姿勢・態度を心掛け、情報収集することを基本姿勢とする。そして意向確認・意向実現を継続的に行うよう、日々の意向確認や身内の死の経験等を話題にすることや病状理解・終末期の受容の程度に応じた情報提供を行い、安楽に過ごせるような援助等を行う。看護師間の情報共有やケアの検討を繰り返すことでケアを統一し、日々の患者と家族の反応や看取り後の家族の満足度により援助を評価することが明らかになった。

振り返りのカンファレンスでは、看護師は患者の意向を改めて知り、援助の意味を実感できたという意見があった。

状況変化しやすく生老病死を意識せざるを得ない病院だからこそ、高齢患者は今この瞬間やこれから先の過ごし方について折り合いをつけながら考えることができる。看護師は高齢患者に寄り添い、意向の実現に向けた援助を繰り返し行い、援助後に振り返る等、継続的に援助が行えるようにする必要があると考える。

キーワード：高齢者、エンド・オブ・ライフケア、意向、病院

I. はじめに

近年、高齢多死の時代を迎え、最期まで自分らしく過ごすための準備等に関心が高まり（終末期医療に関する意識調査等検討会，2014）人生の終末をどう生きるかということについて議論されてきている。

End-of-Life Care（以下、EOLケア）は、死が近い状態にある人に対して、亡くなるその時までその人の意思決定を尊重し、その人らしく生き生きと生きることができ

るようなケアと論じられており（堀内，2006）、高齢者のEOLケアの重要性が高まってきている。病状が不安定で積極的治療を要する高齢患者が多いA病院の一般病棟にて、筆頭筆者が研修を行った際、看護師は本人の意向を十分確認できないまま医療処置を行い、そのまま回復せず最期を迎えることがあり、患者が望む最期であったか疑問に感じていた。筆頭筆者は入院している高齢患者への関わりの中で、容態悪化を機に自身の生命の限りを実感し、この先ど

う過ごしたいか自分なりに考えている高齢患者の様子を捉えた。残された時間をどう生きるか考えるという高齢患者のニーズの高まりに対し、看護師はその機会が持てるよう援助する必要があるが、治療の場である一般病棟において、死を連想する等の理由でこれからの生き方についての話題に触れることに抵抗感があった。また、入院期間の短縮化や病状が不安定な患者の処置等に追われ、ゆっくり話を聴くことの困難さもあった。

高齢者の意向の実現に向けた援助に関する先行研究として、終末期医療に関する意思決定支援の難しさや実際（森，2012）、代理意思決定する家族の苦悩やその支援（矢野，2015）、在宅や高齢者ケア施設における高齢者のEOLケア（塩田，2013；曾根，2011）に関する報告がなされており、終末期医療の意思決定や在宅・高齢者ケア施設におけるEOLケアの充実が図られつつあると考えられる。しかし、一般病棟において高齢患者の最期までの生き方に関する意向を確認する研究は確認できなかった。

容態悪化と軽快を繰り返しながら人生の終末に向かう高齢患者に対し、意向を確認することは患者や家族にとって残された時間をどう過ごすか、考えることができる大切な機会となり、回復または状態安定して患者が望む生活が送れるよう支援する一般病棟において重要な援助であると考えられる。そこで本研究では、病院に入院している高齢患者の意向に沿ったEOLケアを実現するため、人生の終末にある高齢患者の意向を入院中の日々の関わりの中で確認し、意向の実現に向けた援助の実践を記述することを通して、病院における人生の終末にある高齢患者の意向の実現に向けた援助のあり方について検討することを目的とする。

II. 用語の定義

人生の終末とは、日本老年医学会（2012）の終末期の定義を参考にし、老化、がん、慢性疾患の急性増悪の繰り返しによる予後不良な状態など、状態が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても状態の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態とする。

患者の意向とは、日々をどう過ごしこれからの人生をどう生きたいのかという考えや、様々なことに対し感じている思いのこととする。

III. 研究方法

1. 対象

言語的コミュニケーションが可能で、理解力や判断力があり、患者本人から同意が得られ、A病院一般病棟（地域包括ケア病床含む）に入院している人生の終末にある65歳以上の高齢患者とその家族とする。明確な意向が確認されておらず、人生の終末であると看護師長や主治医が判断した対象を選定する。

2. 対象施設の概要

A病院は、地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病棟を備えた在宅療養支援病院として、多くの高齢患者への治療・看護・介護を行っている。一般病棟は病床数60床（内、地域包括ケア病床30床）で看護師41名は一般病棟と地域包括ケア病床の2チームに分かれている。病状が不安定で積極的治療が必要な高齢患者が入退院を繰り返すことが多い。

3. データ収集方法

筆頭筆者が研修生としてA病院一般病棟の看護師と共に課題共有し、チームとして患者や家族とのコミュニケーションや日常生活援助を実践する。患者と家族への関わりの中で、患者の意向の実現に向けて援助を行い、チームで情報共有やケアの検討を繰り返し行う。患者の退院後または死去後に援助の経過をまとめ、ケア評価のためのカンファレンスを行う。

患者の状況や意向と思われる言動、家族の言動及び状況、行った援助の診療録や看護記録、筆頭筆者と患者や家族との会話や介入、筆頭筆者や看護師の介入による患者及び家族の反応の記録、筆頭筆者が看護師等から聞いた患者と家族の言動及び状況の記録をデータとする。

筆頭筆者の患者や家族への介入、介入による患者と家族の反応は、関わりを終えたらすぐに患者と家族の言動ができるだけ忠実に残せるよう記録する。筆頭筆者が看護師から把握した患者と家族の言動及び状況は、メモを取りながら聞き、できるだけ忠実に残せるよう記録をまとめる。筆頭筆者が不在時の患者と家族の状況や看護介入については筆頭筆者が看護師に直接確認して記録に残す。

カンファレンス内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成しデータとする。カンファレンス時の看護師の反応は、筆頭筆者が状況を忠実に残せるよう記録しデータとする。

4. データ収集期間

平成26年7月～平成27年9月であった。

5. 分析方法

1) 各事例のデータを熟読し、患者の身体状況、患者の言動、家族の言動、看護介入、関連職種間連携についてデータから抽出し、時系列に整理する。患者の言動から患者の意向と捉えられる内容、家族の言動から家族の思いと捉えられる内容を抽出し、意味を損なわないよう要約する。一連の看護介入と関連職種間連携の中で身体状況や患者の言動、家族の言動から患者の意向を捉えて実現に向けて援助できたと解釈した看護介入と関連職種間連携を抽出し、意味を損なわないよう要約する。ケア評価のためのカンファレンス内容は、逐語録を繰り返し読み、意味を損なわないよう文脈単位で要約する。

2) 1) で要約した患者の意向を捉え実現に向けて行った援助の全事例分を、意味内容の類似性で分類整理する。得られた結果を用いて、各事例において意向を捉え実現に向けて行った援助を端的に表現する。

6. 倫理的配慮

研究協力者である看護師及び患者・家族に、本研究の目的、方法、自由意思による参加、拒否権の保障、個人情報保護について口頭及び文書で説明し、文書にて同意を得た。対象となる患者には、提供される診療や看護に影響しないことを保障し、身体的・心理的苦痛とならないよう、状況を見ながら実施することを患者が理解できるように言葉で患者及び代理人となる家族に口頭で説明し、文書にて同意を得た。本研究は岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認を受けた（通知番号

26-A001M-2、承認年月平成26年6月）。

IV. 結果

1. 対象の概要

対象4名の概要を表1に示す。80歳代1名、90歳代3名で、全員女性であった。4名とも日常的に意向確認が可能な軽度の認知症であった。A氏は食欲低下のため入院した後、食事摂取量増加し、一旦退院したが、再び食欲低下し再入院となった。D氏は蜂窩織炎と胃がん再発のため入院し、状態安定後に退院したものの入退院を繰り返した。

2. 患者の意向の実現に向けた援助の実践

対象4名に対し取り組んだ順は①A氏、②B氏、③A氏(再入院)、④C氏、⑤D氏、⑥D氏(再入院)である。対象選定は、A氏とB氏は看護師長、C氏はチームの看護師、D氏は主治医から提案された。4事例への意向の実現に向けた援助の実践の一部を経過に沿って述べる。本文中の《 》は患者の意向、[]は家族の思い、(アルファベット番号)は看護介入と関連職種間連携のデータから解釈した意向を捉え実現につなげることができた援助、【 】はケア評価のためのカンファレンスにおける参加者の意見の要約を示す。全4事例の患者の意向を捉え実現に向けて行った援助は、表2の通り16に分類できた。この分類を用いて、各事例において意向を捉え実現に向けて行った援助を各事例の実践の経過の後に< >で示す。

1) 事例1 (A氏) の援助の実践

地域包括ケア病床での取り組みの最初の事例であるため、看護師が意向把握の方法を了解できるよう、筆頭筆者が中心となって意向把握し具体的な方法を提示しようと考え

表1 対象の概要

事例	事例1		事例2	事例3	事例4	
	A氏	A氏(再入院)	B氏	C氏	D氏	D氏(再入院)
年齢/性別	80歳代/女性		90歳代/女性	90歳代/女性	90歳代/女性	
診断名	急性出血性胃潰瘍	肝障害、胸水、心不全	左大腿骨頸部骨折	上行結腸がん、認知症、慢性心不全	左下腿蜂窩織炎、胃がん再発、貧血	下腿皮膚潰瘍、貧血、胃がん再発、蜂窩織炎
認知症・障害高齢者の日常生活自立度	III b・B2		II b・B2	I・A2	III a・A2	
介護度	要介護1	要介護3	要介護2	要介護1	要介護4	
家族構成	長男夫婦		妹、甥(協力者)	甥・姪(協力者)	長男夫婦	
取組病棟チーム	地域包括	一般	地域包括	一般・地域包括	一般	
入院期間	43日間	43日間	54日間	80日間	34日間	14日間
取組開始日	20病日目	1病日目	31病日目	15病日目	8病日目	7病日目
取組期間	23日間	43日間	23日間	65日間	26日間	7日間
対象提案	師長	師長・筆者	師長	病棟看護師	主治医	師長・筆者
転帰(退院後)	自宅(退院26日後に再入院)	死去	介護老人保健施設	死去	サービス付高齢者向け住宅(退院4日後に再入院)	特別養護老人ホーム(退院8日後再入院、6日間入院。退院3日後特養にて死去)

表2 4事例を通して見出された病院における人生の終末にある高齢患者の意向の実現に向けて実施した援助

分類	援助
患者との関係構築を図るため、老性変化を意識した関わり方や意向把握をしようとする姿勢・態度を心掛ける	A-1、B-1・5、C-1・6・7・8・16・22
意向把握に向けて家族関係、患者や家族の病状理解等を情報収集する	C-17、D-27
入院時、日々、状態変化時に意図的に意向確認を行う	A-3、C-23、D-2・4・13・23・24
過去の生活、退院、身内の死の経験等を話題にする	A-6、B-2、C-13、D-28
家族関係・病状の理解度・終末期の受容の程度をみながら、患者と家族に情報提供を行う	C-18・19
家族に患者の意向を伝え、その後のフォローを行う	A-2・8
意向実現に向けた家族の調整や社会資源の調整を行う	A-4、C-10・20、D-3・18・26
今後予測される患者の状態について家族が実感できるよう具体的に説明したり、ケアを一緒に行う	C-29・30、D-8
安楽に過ごすためのケアを実践する	C-5・21・26、D-14・19
残存機能発揮の機会を提供する	C-15・25・27、D-7・12
看護師間でカンファレンスや個別の話し合い等を行い、検討内容を記録や申し送り等で共有する	A-7・9、B-3・6、C-4・9・12・14、D-9・11・15・25
患者の意向や家族の思いを看護記録に記載する	C-2・11、D-17
医師と情報共有や介入の検討、方向性の確認を行う	C-3、D-1・5・10・16・20・21
他職種と情報共有し、介入の検討を行う	C-24、D-6
多職種カンファレンスにて患者の意向を代弁する	B-4
日々の患者・家族の反応や看取り後の家族の満足度による評価を行う	A-5・10、C-28、D-22

えた。そして、受け持ち看護師やチームの看護師に筆頭筆者が把握した患者の意向や把握した方法について情報共有し、ケアの方向性を検討することとした。

A氏のADLはほぼ自立しているが、巨大潰瘍性病変があり食事ができず、精査と点滴加療目的で地域包括ケア病棟に入院した。看護師は体調管理しながら患者の話を聞き「気持ち悪くなるから食べたくない」「家に帰りたい」という意向を記録できていた。家族は「食事がとれるようになってほしい」と思うものの、在宅介護に対する抵抗は強かった。看護師長はA氏の意向を捉える必要があると考え対象として提案し、20病日から介入を開始した。

22病日、筆頭筆者は食べようと頑張っているが食べられないA氏の状態について、筆頭筆者が同じ立場だったらつらいと感じるがA氏はどう感じているか尋ねると(A-1)「食事のことばかり言われて嫌気がさす」と話した。28病日には家族が患者の意向を知ることができるよう、筆頭筆者は家族の面会時に意向とその理由を引き出すよう患者に尋ねた。患者は「ここは寂しい。家族のいる家に帰りたい」「家族と一緒にいたい」と話した。家族は患者の意向を知り、自宅退院に向けて動き始め、看護師は家族と共に自宅退院に向けて調整し始めた(A-2)。筆頭筆者は、患者が食べることを楽しめるよう、患者の嗜好を探った(A-3)。患者は「あられが食べたい」と話したため、家族に依頼した(A-4)。

状態安定した38病日に現在感じていることや今回の入院で感じたことを尋ねたり(A-5)退院後の生活の希望を

患者に尋ねると(A-6)「最初は孤独だった。今は家族が色々やってくれるため幸せ」「知っている人に会いたい」と話した。

退院後、A氏は小規模多機能型居宅介護を利用し在宅で過ごしたが、再び食事摂取量低下し、退院26日後に一般病棟に再入院した。A氏は認知機能や活動量が低下していた。一般病棟での取り組みの最初の事例だったが、受け持ち看護師が取り組みについて理解できていたため、筆頭筆者と共に患者の意向を把握できるよう介入することとした。入院当日、受け持ち看護師と筆頭筆者は一般病棟の看護師に、前回入院時のA氏の状態の周知と今後の介入方法について説明した(A-7)。17病日に受け持ち看護師は家族に終末期に関する思いを確認した。家族は「患者の苦しみたくはないという思いを優先したい。胃瘻はしない」と話したため、受け持ち看護師は患者と家族の思いにずれがないことを伝え、家族の気持ちに寄り添った(A-8)。受け持ち看護師は、家族に終末に関する話を切り出すことに勇気を要したが、家族が患者の意向を理解した上で意思決定できたと筆頭筆者に話した。23病日、受け持ち看護師はカンファレンスで、A氏が食べる意欲がある時に補助食品を提供することや褥瘡予防としてエアマットに変更すること等情報共有し検討できた(A-9)。その後徐々に状態悪化し、43病日に療養病棟にて死去し、療養病棟看護師長より「家族は穏やかに患者の死を受け入れている様子だった」と情報を得た(A-10)。

初回入院のケア評価のためのカンファレンスを退院19

日後に地域包括ケア病床の看護師と行った。【取り組み対象としたことで看護師の声掛けが増え、患者の思いの表出が多くなり意向把握できた】【振り返りのカンファレンスを繰り返すことで看護師の力を向上できる】等の意見があった。

再入院のケア評価のためのカンファレンスは死去32日後に行い、一般病棟の看護師は振り返りながらほぼ全員が涙を流した。【ある程度の意向は知っていたつもりだったが、細かく見ると患者の思いを改めて知り、思いが込み上げた】【患者は全く知らない場所ではなく、関係性が築けた場所で看取ることができた】【受け持ち看護師はチームで看れていると思えると安心感がある】等の意見があった。

事例1では、意向を実現するために<家族に患者の意向を伝え、その後のフォローを行う><看護師間でカンファレンスや個別の話し合い等を行い、検討内容を記録や申し送り等で共有する><日々の患者と家族の反応や看取り後の家族の満足度による評価を行う>という援助を行った。これにより家族が患者の意向を知り、家族と共に意向実現でき穏やかな最期を迎えることができた。また看護師はケアが統一でき、振り返ったことで行った援助の意味を実感できた。

2) 事例2 (B氏) の援助の実践

地域包括ケア病床での取り組みの2事例目で、受け持ち看護師が筆頭筆者と共に介入できると判断し、共に患者の意向を把握できるよう介入することとした。

B氏は大腿骨頸部骨折術後のリハビリ目的で入院した。入院が長期化し、今後の生活の場について意向確認が必要な時期であったが、看護師が踏み込めていないと看護師長が判断し、対象として提案された。

取り組み開始前《トイレは自分で行きたい》等の意向を捉え、看護記録に記載できたが、意向の真意まで聴く必要性を感じていない可能性があると思われた。取り組み開始の31病日、面識のない筆頭筆者が患者にどう過ごしたいか尋ねると、患者は《どうしてそんなこと私に聞くのか》と警戒した。筆頭筆者は、患者は認知機能が低下しているため、不安を抱かせないような関わりが必要と考え、関わる度に挨拶や自己紹介をし、世間話から会話を始め徐々に意向を尋ねた (B-1)。難聴や認知症患者が多い病棟について患者は《知り合いや話し相手がいないこの環境は嫌だ》と言い、会話できる人を求めている。また、患者が同級生

の死について話した際、自身の最期について考えることがあるか、それまでどのように過ごしたいか尋ねた (B-2)。患者は《自分が死んだ後、妹が一人になることが心配。早く家に帰りたい》と話した。受け持ち看護師と筆頭筆者は、会話したい、妹と一緒にいたいという意向をカンファレンスで共有した (B-3)。36病日の退院調整カンファレンスでは、患者は同席しているもの大勢の専門職者や家族がいる中で意向を伝えられずにいた。筆頭筆者は何よりも妹と一緒にいたいという患者の意向を代弁し、今後は患者が妹と暮らす方向性で検討していくこととなった (B-4)。43病日には《看護師に排泄介助を頼みづらい》《看護師によって起き上がる時の介助方法が異なることに戸惑う》《自分のペースで動けば痛みがない》と話したため、筆頭筆者は患者の困り事の改善を約束した (B-5)。患者は筆頭筆者に《話をしていると心許せて嬉しい》と手を握り話した。受け持ち看護師と筆頭筆者は起き上がりの介助方法が統一されていないことで苦痛が生じていること、夜間帯の排泄介助の頼みづらさについて共有し、46病日のカンファレンスで起き上がりの介助方法の統一と看護師の夜間帯の排泄介助時の態度を見直した (B-6)。その後看護師の見守りの下、B氏は排泄動作がとれた。54病日に介護老人保健施設へ退院し、なじんで生活することができた。

退院52日後にケア評価のためのカンファレンスを行い【介助量が少ない患者であったため、意向に気づけなかった】【退院調整の際、家族の意向ばかり聞いていたが、もっと患者の意向を汲んで調整していきたい】等の意見があった。

事例2では、意向を実現するために<患者との関係構築を図るため、老性変化を意識した関わり方や意向把握をしようとする姿勢・態度を心掛ける><過去の生活、退院、身内の死の経験等を話題にする><多職種カンファレンスにて患者の意向を代弁する>という援助を行った。これにより患者は安心できる関係性の中で具体的に意向表出でき、患者が望むような生活が今後送れるよう調整できた。

3) 事例3 (C氏) の援助の実践

C氏は上行結腸がんの症状緩和目的で一般病棟に入院した。身内と疎遠なC氏は《このまま死んだ方がいい》と思いをはっきり表出する患者だった。A氏に介入した一般病棟の看護師は家族に頼れず死にたいと訴えるC氏に何かできないかと考え、対象として提案した。

一般病棟の取り組みの2事例目で、受け持ち看護師も積極的に意向を捉えながら介入できると筆頭筆者は判断したため、受け持ち看護師を中心にチームで援助を行えるよう、筆頭筆者はサポーターになることとした。

取り組み開始前から看護師は、難聴である患者にはっきりとした声の大きさをコミュニケーションを図り (C-1) 《自分でできることはしたい》という意向を捉え、看護記録に記載できていた (C-2)。

15 病日、取り組み開始し看護師は患者の訴えを丁寧に聴いた。《腹痛や排泄のことで迷惑をかけている。死んだほうがまし》と話し、この頃からがん性疼痛である腹痛が出現し始めた。さらに、自力でトイレに行きたいという意向が強かったが、17 病日に下痢でシーツ汚染し落ち込んだため、受け持ち看護師は疼痛コントロールと症状コントロールを主治医に相談し (C-3) 「安楽の変調：疼痛」の看護計画も立案できた (C-4)。看護師は17 病日に《買い物等外に行きたい。ずっと院内にいと惨め》《足の浮腫が気になる》という意向を捉え、まずは売店に行き散歩した (C-5)。この頃から患者は関わる人に《家に帰りたい。死ぬ前に身辺整理をしたい》と涙を流して何度も訴えるようになった。家に帰りたいが甥が対応してくれないとスタッフに訴えるが、対応は難しいと知ると患者は《死にたい》と言って泣いた。スタッフは解決策が見つからず、対応に頭を悩ませているのではないかと筆頭筆者は捉えた。患者は意向を汲みとられない上に身体的・精神的な制限が多く、絶望感を抱いているのではないかと考えた。また、応えられない意向をC氏が何度も訴えるとスタッフの足が遠のく様子があり、C氏の訴えが長くなると業務の都合上、話を中断せざるを得なくなるため、看護師が意向を全て聞き取るとは難しいと筆頭筆者は判断した。17 病日、筆頭筆者は少しでも意向実現したいと考えていることを患者に伝えた (C-6)。時間を確保してベッドサイドに座り、メモを取りながら患者の訴えをすべて具体的に尋ねた (C-7)。患者は大切にしている物や生活に必要な日用品等について次々と話し、話を遮ることなく話し終えるまで聴く (C-8) と患者は穏やかになった。筆頭筆者は受け持ち看護師と情報共有し (C-9) 受け持ち看護師は甥に家に帰ることへの協力を依頼したが (C-10) 甥は「介助量が多く1人では対応できない」と話した。患者の意向と甥の状況をチームで共有し (C-11) 21 病日の地域包括ケア病床への転床時

には、受け持ち看護師が患者の意向について申し送ることができた (C-12)。

24 病日、C氏の除痛が図れた際に筆頭筆者と一緒に喜んでいると、C氏は涙ぐみ過去の生活や家族の話を始めたため思いを尋ねた (C-13)。患者は《身の回りのことや得意なことができなくなった今の自分を惨めに感じる》と話したため、意向を看護師間で共有し (C-14) 日中の活動を増やすと共に、活動制限している下肢の浮腫軽減に努めた (C-15)。患者は度々「死にたい」と大声で泣き叫び、看護師はベッドサイドで手を握りながら傾聴し、記録に残した (C-16)。その際、患者は《家族が来ない。親戚に見放された》と話した。31 病日、筆頭筆者は家族の介入が必要であると考え、面会に訪れた甥と姪の患者との関わりや患者の反応を観察した (C-17)。受け持ち看護師がC氏の身体状況や患者の気持ちを甥と姪に伝えると (C-18) 姪は患者の気持ちを理解し「辛いね」とC氏の手に触れた。さらに、鎮痛剤を希望したことを伝えると (C-19) 姪は「我慢する人だから、薬を欲しがったということはよっぽど痛かったのだろう」と話した。このことから、姪は患者を理解し希望に応じようとしていることが分かった。筆頭筆者は姪にケアに参加してもらえよう患者の意向を伝えると、姪はC氏の望む食べ物が用意できると話した。受け持ち看護師と姪の介入方法について検討した結果、C氏の望んだ食べ物を看護師が手紙に記載し姪宛にベッドサイドに置くこととなった (C-20)。

37 病日、受け持ち看護師は浮腫軽減のための下肢マッサージを行い (C-21) ゆっくりとした雰囲気に関わると (C-22) 患者は《マッサージが気持ちいい。一番嬉しい》と喜んだ。また、姪の面会前に依頼することをC氏に尋ねると (C-23) 《味噌汁ご飯が食べたい》と言った。受け持ち看護師はすぐに栄養士に相談して提供できたため (C-24) C氏が大変喜んだ。筆頭筆者は受け持ち看護師に、心地よいケアやゆっくり時間をとることで患者に安心感や満足感を与えられたと伝えた。

45 病日、状態安定すると《トイレで排泄したい》《外の空気を吸いたい》と話し、看護師は安全に排泄介助したり (C-25) 散歩したことで (C-26) 心穏やかに笑顔でいる時間が増えた。体調を見ながら無理のないようADL介助を行うと (C-27) 《自分でできたことを自覚すると活動意欲がわく》様子があった。筆頭筆者が日々の生活で気になる

ことを尋ねると (C-28) C氏は《入院生活に満足している》と話した。

61 病日頃から徐々に体調悪化してきた。73 病日、胸部不快で状態の悪い C氏を見て驚く姪に、筆頭筆者は病状の進行や老性変化で患者の状態は今後徐々に悪化することが予測されると話した (C-29)。姪は理解した様子で自ら C氏に望んでいることを尋ね、C氏が好みそうな飲み物を用意した。C氏がすぐに飲もうとしたため筆頭筆者が体位を整えると (C-30)「おいしい、ありがとう」と言って飲んだ。姪が帰る際に C氏は姪の手をとり「いつもありがとうね。色々やってくれて本当にありがとう」と姪に伝えた。姪は「そんなこと気にしないでいいよ」と言って微笑んで帰った。筆頭筆者が帰る際の姪に C氏に対する思いを尋ねると姪は「患者の話をお願いしたい」と言った。C氏はその後「姪が心配していたね」と笑顔で話した。78 病日 C氏は療養病棟に転棟し、2 日後に姪に見守られながら息を引き取った。

C氏の死去 22 日後に一般病棟と地域包括ケア病床の合同でケア評価のためのカンファレンスを行った。【受け持ち看護師がマッサージの時間に会話できた。そのようなケアが大事だと感じた】【傾聴して一つずつ意向を叶えたことで患者は穏やかになった】等の意見があった。

事例 3 では、意向を実現するための基本姿勢で関わると患者は意向を受け止めてもらえると感じ意向表出できた。そして＜意向把握に向けて家族関係、患者や家族の病状理解等を情報収集する＞＜今後予測される患者の状態について家族が実感できるよう具体的に説明したり、ケアを一緒に行う＞＜安楽に過ごすためのケアを実践する＞等の援助を行った。継続的に意向確認や意向実現したことで患者は穏やかに過ごすことができたと共に患者との関係性も深まったことで、患者はその後も意向表出し続けることができた。また、協力可能な家族員を見極め家族と共に患者の意向を実現したことで、患者と家族の満足感が得られ穏やかな最期を迎えることができた。＜他職種と情報共有し、介入の検討を行う＞等の援助も行ったことで、患者に関わる人々の統一したケアが継続され、患者は安心して援助を受けることができた。

4) 事例 4 (D 氏) の援助の実践

D氏は下腿蜂窩織炎と胃がんの再発の点滴治療目的で一般病棟に入院した。D氏は食事がとれず、看取りの方針だ

った。これまで看護師が意向把握しながら援助を行う様子を見てきた主治医が D氏の意向を捉えたいと考え、対象として提案した。

一般病棟の取り組みの 3 事例目で、受け持ち看護師も積極的に意向を捉えながら介入できると筆頭筆者は判断したため、受け持ち看護師を中心にチームで援助を行えるよう、筆頭筆者はサポーターになることとした。

取り組み開始の 8 病日、主治医は家族に予後 1 か月程度と伝え、終末期医療に関する家族の思いを確認し記録した (D-1)。家族は患者が穏やかに過ごすことを望み、ルート確保可能な時期まで末梢点滴を希望した。患者はほとんど食べられず、食べても食後に嘔吐した。9 病日、看護師は少量でも食べたいと思える物を提供したいと考え、食べたい物や食べられそうな物を尋ね (D-2) 患者は《せんべい、うどんが食べたい》と話した。看護師は栄養士に相談し、D氏の状態や好みに応じた食事内容を提供したり、家族に依頼した (D-3)。13 病日、筆頭筆者が時間を確保し、ベッドサイドで患者にどのように生活したいか尋ねると (D-4)《自分の足で歩きたい》と話した。筆頭筆者は主治医とリハビリスタッフにこの意向を D氏の前で伝えた。主治医は散歩を許可し (D-5) リハビリ計画に散歩が追加された (D-6)。その後、看護師はリハビリスタッフと協力して患者の体調や希望に応じて離床の機会を提供すると (D-7)《体は多少つらいが車いすに座ってほしい》と話した。また、受け持ち看護師は家族に対して D氏は脱水が改善し食べられるようになってきたが、胃全摘し食べられる量は限られていることを伝えた。嘔吐は体力消耗するため、食事を増やすことは患者の負担になることについて家族の理解が得られた (D-8)。14 病日、受け持ち看護師は看護計画の変更を筆頭筆者に相談し「栄養必要量以下」から「安楽障害」へ変更できた (D-9)。15 病日には受け持ち看護師と筆頭筆者が相談し、胃全摘している D氏にとって食事の 1 回量が多いことを主治医に伝え対応された (D-10)。16 病日、D氏は全量摂取しても嘔吐しなくなった。

状態安定してきた 17 病日、D氏は担当看護師に《編み物をしたい》と話した。担当看護師は家族に物品を依頼したが「編み物はできないから無理」という返答だった。担当看護師は実際に編み物ができなくても見て、触れることで楽しめると考えたが、その援助の意味に自信が持たず筆頭筆者に相談した (D-11)。筆頭筆者は担当看護師が考え

る援助の意味に間違いはないと保障した。患者に物品を提供したところ (D-12) 患者は毛糸や編み棒の違いを嬉しそうな表情で担当看護師に教えた。20 病日、筆頭筆者は D 氏と散歩しながらどのように生活したいか尋ねると、D 氏は《ご飯を食べることが一番大事》《嫁に気兼ねなく生活したいため施設で暮らしたい》と話した (D-13)。また、D 氏の希望に応じて一緒に売店へ行くと (D-14) 《サンドイッチが食べたい》と話したため、担当看護師や主治医に報告する (D-15/D-16) と共に連絡ノートに記載した (D-17)。担当看護師は主治医から許可を得てサンドイッチの希望を家族に伝えた (D-18)。家族が持参するとリハビリスタッフは安全に食べられるよう介入し、食べることができた D 氏は満足した (D-19)。主治医は筆頭筆者に、家族が [サンドイッチを食べたいと思っていたことに驚いたが、患者に食べてもらえて喜んだ] と情報提供した (D-20)。その後、D 氏が《友達がいる前の施設に早く帰りたい》と家族に伝え、家族は [患者の望み通り前の施設に戻せたい] と主治医に伝えた。主治医は患者の意向と家族の思いについて診療録に記載し、D 氏に関わるスタッフ全員で共有できた (D-21)。

31 病日に今の状況をどう感じているか尋ねると、D 氏は《食事が摂れるようになったことは何よりも嬉しい。それだけでもできて良かったと思える》と話し、意向が一つでも実現したことに患者が満足したことを看護師間で共有した (D-22)。34 病日、D 氏は嬉しそうに退院した。

退院後 4 日間は以前入所していたサービス付高齢者向け住宅で過ごしたが、転倒し下腿を損傷したため一般病棟へ再入院した。7 病日、筆頭筆者は D 氏に前の施設での状況や現状の理解、意向を確認した (D-23)。D 氏は《前の施設に少しだけ戻って知り合いに会えた。今はこの場所の方が色々な人と話ができて良い》と話した。そして、これからどう過ごしたいか尋ねると (D-24) 《話すことが一番好きで、その次に食べることが好き》と話した。D 氏は状況を理解しており、意向が変化したことを捉えられた。受け持ち看護師と情報共有すると (D-25) 受け持ち看護師は意向実現するには施設での生活が最も適していると考え、早期に退院調整を開始した (D-26)。筆頭筆者は D 氏に施設を転々としている現状をどう感じているか尋ねると (D-27) 《施設を転々とするのは歳だから仕方ない。こうしているうちに最期を迎える》と話した。また、受け持ち看護師

は D 氏から《新しい施設で新しい友達をつくりたい》と退院後の意向を聴くことができた (D-28)。その後、D 氏は特別養護老人ホームへ退院した。退院 6 日後、誤嚥性肺炎疑いで再々入院したが処置により症状改善して退院し、3 日後に家族が見守る中、息を引き取った。

退院 14 日後 (死去 11 日後) にケア評価のためのカンファレンスを行った。参加者は振り返りながら涙を我慢していた。【最期が近づくと家族は何をしたらいいかわからないが、患者の意向を伝えることで家族が意向に応じることができた】【意向を叶えることで、療養場所の決定等がスムーズで、さらに患者と家族にとって後悔が残りにくい】等の意見があった。

事例 4 では、意向を実現するための基本姿勢で関わり <入院時、日々、状態変化時に意図的に意向確認を行う> <意向実現に向けた家族の調整や社会資源の調整を行う> <残存機能発揮の機会を提供する>等の援助を行った。日々抱くささやかな意向から生きる希望も含めた最期までの過ごし方に関する意向が確認でき、また、継続的に意向確認や意向実現を行ったことで、状況によって変化する患者の意向を把握し、その都度実現することができた。そして <医師と情報共有や介入の検討、方向性の確認を行う>ことで、患者の身体状況への対応や今後の方針決定に大きく影響し、患者の意向に確信をもってタイムリーに応じることができた。

V. 考察

1. 病院における人生の終末にある高齢患者の意向の実現に向けた援助方法

B 氏が初めて会う看護師に意向確認され警戒したように、単に聴くだけでは意向は確認できない。高齢患者は加齢に伴い感覚機能や認知機能が低下するため、病院という非日常に置かれた高齢患者の不安や生活のしづらさに配慮した関わりが必要となる。そこで、基本姿勢として、まずは意向表出してもよいと思えるよう <患者との関係構築を図るため、老性変化を意識した関わり方や意向把握をしようとする姿勢・態度を心掛ける>ことや患者の背景を踏まえて、これからどう過ごすかということに心を寄せるよう <意向把握に向けて家族関係、患者や家族の病状理解等を情報収集する>ことで患者は意向表出しやすくなる。

継続的に意向確認や意向実現を行うよう <入院時、

日々、状態変化時に意図的に意向確認を行う。過去の生活、退院、身内の死の経験等を話題にする。家族関係・病状の理解度・終末期の受容の程度をみながら、患者と家族に情報提供を行う。ことは、D氏が日々抱くささやかな意向から生きる希望も含めた最期までの過ごし方に関する意向が表出されたように、高齢患者にとって残された日々をどのように過ごせるか、どう過ごしたいか具体的に考える機会となり、高齢患者が自分の意向に気づくことができると考える。そして、安楽に過ごすためのケアを実践する。残存機能発揮の機会を提供することでC氏やD氏のようにこれからについて考える心のゆとりが持てたり、D氏のように意欲が向上し、新たな意向が引き出されると考える。このような援助が繰り返されることで患者との関係性が深まり、さらに意向が表出されると考えられる。意向を実現するには、家族に患者の意向を伝え、その後のフォローを行う。意向実現に向けた家族の調整や社会資源の調整を行う。今後予測される患者の状態について家族が実感できるよう具体的に説明したり、ケアを一緒に行う。ことで今回の事例のように患者の意向を家族が知ると、退院後の生活環境や場所を迅速に準備する等家族が確信をもって意向の実現に向けて対応でき、患者は家族に大切にされていると実感して感謝の気持ちを抱く。患者と家族は互いの存在意義を実感できると、後悔なく穏やかに最期を迎えることができると考える。このように状況によって変化する日々のささやかな意向を丁寧に捉え、その意向一つひとつを実現し続けるよう継続的に意向確認や意向実現を行うことで、患者は穏やかで満足のいく生活を送ることができ、その中で最期までの過ごし方を考え意向として表出できると考える。

これらは看護師個々で行うことは難しく、看護師間でカンファレンスや個別の話し合い等を行い、検討内容を記録や申し送り等で共有する。患者の意向や家族の思いを看護記録に記載することでケアの統一を図り、医師と情報共有や介入の検討、方向性の確認を行う。他職種と情報共有し、介入の検討を行う。ことで多様な意向に柔軟に幅広く対応できると考える。その中で患者の最も近くにいる看護師は、多職種カンファレンスにて患者の意向を代弁することで意向の実現に向けて着実に調整できると考える。そして、日々の患者と家族の反応や看取り後の家族の満足度による評価を行う。ことは関わる人々が援助の意味

を実感でき、次への看護の力につなげることができると考える。

人生の終末にある高齢患者の意向の実現に向けた援助とは、患者が最期を迎えるその時まで人として尊重され、安楽に過ごしながら後悔のない日々を送り、生きる意欲を持ちながら最期まで生きることを支える援助であると考えられる。長江（2014a）は、人が生まれ、年を重ねるその先に、誰にでも訪れる死を遠くに意識しながら、生活の延長線を描き続け、その軌跡の途中でその人が立ち止まって生老病死を意識した時に、看護師はさまざまな場面や立場で向き合うと述べており、高齢者と関わる看護師は人生の終末を意識した関わりが求められる。高齢者ケア施設は生活の場として、高齢者を人生の終末を生きる人として意識し、入所時から看取りを意識した援助を行っている。一方、病院は治療の場として治療や症状コントロールを行うため、医療主導型で延命治療が優先されやすく（百瀬，2011）高齢患者の意向を捉えた援助が十分行っているとは言い難い。しかし今回の取り組みで、高齢患者は日々の中で抱くささやかな意向から最期に関する意向を表出した。さらに、D氏のように最期を意識しながらも、これから過ごす日々の中に現状と折り合いをつけ、希望をもって生きようとする高齢者の姿も捉えられた。生老病死を意識せざるを得ない病院で継続的に援助するからこそ、高齢患者はこれからの生き方を具体的に考えることができ、関わる人々も患者の意向の変化や終末に関する意向を捉えることができると考える。深澤ら（2010）は自らの意思で行動してきた高齢者が、最期の時まで、自らの意思が尊重されるように、死の準備を早めに行うことは必要であると述べており、最期まで生を全うできるよう、自分の人生を自分で決めるという高齢患者の自律性を支え、最期まで自分の生きたいように生きることを保障する必要があると考える。

2. 病院における高齢患者の意向の実現に向けた援助の推進方法

B氏のケア評価のためのカンファレンスで、介助量の少ないB氏の意向に気づけなかったという意見があったように、生命を脅かすような疾患がなくはっきり意思表示しない高齢患者に対して、看護師は意識して介入しない限り意向に気づきにくく、意向把握しようという意識にもなりづらい。一方、C氏のようにはっきり自分の意思表示ができる高齢患者や、生命を脅かすような疾患があり医師から看

取りと判断された高齢患者に対しては、看護師が対象として提案したように意向把握の必要性を強く感じる傾向にあった。しかし、C氏のように意思表示が強すぎる場合は対応しきれず、足が遠のく傾向もあった。また、A氏の再入院時の受け持ち看護師は、終末に関する家族の意向確認の際に勇気を要したと述べた。医師や看護師は死について患者や家族と話すことはつらいことで話題にすることを避ける傾向にある(長江, 2014b)との指摘もあり、一般病棟の看護師にとって終末に関する意向確認は容易ではなく、看護師は死が間近にある患者と関わる際に自身の無力感を抱きやすい。そのため、まずは高齢者に関わる看護師自身が死と向き合い、限りある命であることを認識するという価値の転換が必要で、それによって人生の終末にある高齢患者への看護の意味を見出すことができると考える。そして、意思表示の有無や認知機能の程度で意向把握する対象を決めるのではなく、すべての高齢患者に対して意向の実現に向けた援助を行うことを意識し続ける必要がある。

D氏の意向実現の際、看護師は援助の意味に自信が持てなかった。また、A氏の再入院時のケア評価のためのカンファレンスで【受け持ち看護師はチームで看ていると思えると安心感がある】という意見があった。そのため、受け持ち看護師をはじめとした看護師が安心して自信をもって看護が行えるよう、受け持ち看護師をサポートする存在や、援助の意味を保障し評価する存在や体制が必要である。

援助の振り返りは看護師にとって患者の意向を改めて知ったり、援助の意味や効果を実感でき、満足感や達成感が得られると考えられる。また、C氏のように患者に関わった看護師が参加する合同カンファレンスは、短期間の関わりでは分からない患者の意向やその変化、援助の意味を知ることができる。高齢患者の意向は日々抱くささやかな意向から終末を意識した意向まで幅が広く、看護師は意向を把握することを意識していなければ気づかず過ぎてしまう。そのため、看護師が意識的に高齢患者の意向を日々把握できるよう、感度を高めるため、他病棟との連携も強化し、援助の振り返りを行う機会を設ける必要があると考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様、ご指導いただきました諸先生方に心より感謝申し上げます。

本研究は平成27年度岐阜県立看護大学大学院看護研究科の修士論文の一部に加筆、修正を加えたものである。

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 深澤圭子, 高岡哲子, 根本和加子ほか. (2010). A地域の高齢者が考える自らの終末期. 名寄市立大学紀要, 4, 63-68.
- 堀内ふき. (2006). 高齢者の「End-of-Life Care」. 老年社会科学, 28(1), 35-40.
- 厚生労働省. (2015). 平成27年人口動態調査. 2017-8-17. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001158057>
- 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(3), 227-234.
- 森一恵, 杉本知子. (2012). 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題. 岩手県立大学看護学部紀要, 14, 21-32.
- 長江弘子. (2014a). エンド・オブ・ライフケアの意味するもの. 家族看護, 12(1), 10-19.
- 長江弘子. (2014b). アドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の役割. 長江弘子(編), 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア(第1版)(pp. 45-49). 日本看護協会出版会.
- 塩田絹代, 角田ますみ. (2013). 人生の終末期に視点を置いた利用者本位の意思決定の支援 - 90歳代夫婦の在宅支援の事例 -. 東邦看護学会誌, 10, 29-34.
- 曾根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓ほか. (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.
- 終末期医療に関する意識調査等検討会. (2014). 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書. 2017-8-17. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf
- 矢野真理. (2015). 超高齢者の終末期医療における家族の代理意思決定に対する看護師の臨床判断. 日本赤十字九州国際看護大学紀要, 14, 1-12.

(受稿日 平成29年8月28日)

(採用日 平成30年1月29日)

Nursing Care for Fulfilling Desires of Terminal Elderly Patients in the Hospital

Rika Usami and Minako Okumura

Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to grasp the desires of elderly patients at the end of their life during hospitalization, describe the practice for achieving their desires, and examine ways to provide nursing care for fulfilling their desires.

We examined nursing care provided to elderly patients aged 80 years and above in fulfilling their desires. A conference was conducted amongst nurses after the patients' discharge or death. We described patients' desires and nursing care and extracted nursing care that fulfilled their desires.

All four cases had lower cognitive functioning. However, they were able to express desires by communicating slowly. At the beginning of the intervention, they expressed a lot of personal and daily desires. Later, they began expressing deeper wishes regarding their end-of-life decisions.

To provide nursing care to them in fulfilling their desires, nurses first built a relationship with the patients and then adopted an attitude of openness in understanding patients' desires. In addition, nurses gathered information on their familial relations and understanding of their medical condition. Then, nurses continually confirmed the desires of patients and fulfilled them. Nurses confirmed with the patients, their desires regarding their end of life by talking with them about the experience of death of family members and so on. In addition, nurses provided information according to the degree of understanding of the patients and family members regarding their medical condition and the degree of acceptance regarding the terminal stage. Then, nurses provided assistance such that patients could spend their days in the hospital comfortably. Nurses provided nursing care by sharing information with other nurses and repeatedly discussing them. Nurses evaluated nursing aid for patients based on the daily reactions of patients and their family members and the satisfaction of their family after patients' death.

As a result of the conference, there were opinions that the nurses understood the patients' desires, and realized the meaning of nursing care.

In the hospital, the situation of the patient is easy to change, and they must be conscious of death and aging. Hence, they can think about how to spend their time ahead. Nurses need to be considerate of elderly patients' feelings and repeatedly provide nursing care to realize their desires. We think that it is necessary for nurses to be able to continuously provide nursing care such as by conducting conferences for review after aid.

Key words: elderly, end-of-life care, desire, hospital

