

## 博士論文要約

### 論文題目

人生の終末にある高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方に関する研究  
Investigating the Support Practices That Allow Elderly End-of-Life Patients to Live Authentically  
in Their Final Days

岐阜県立看護大学大学院看護学研究科

学籍番号 1217001

宇佐美 利佳

Rika Usami

### 第1章 序論

#### I. 研究の背景と意義

わが国は高齢多死の時代を迎えた。後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存し(Mitsutake, S. et al, 2019)、死因は悪性新生物や心疾患、脳血管疾患、肺炎が上位を占める(厚生労働省, 2018a)。これらは経過が不可逆的、進行性であり、かつ非常に個人差が大きいことが指摘され、いずれの疾患も生命予後の予測は難しく具体的な期間は提示されていない(田村, 2017)。老性変化による認知・身体機能低下が避けられなくても、いつ訪れるか分からない最期までの日々を高齢患者が自分らしく過ごせるよう支援することは重要であると考えられる。

近年、最期まで自分らしく過ごすための準備に関心が高まり(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議論されている。終末期ケアについて、1990年代後半から End-of-Life Care(以下、EOL ケア)という用語が用いられるようになり「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつか来る死について考える人が、生が終わるときまで最善の生を生きることができるよう支援すること」と定義づけられ(長江, 2018)重要性が高まっている。厚生労働省は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を策定し(厚生労働省, 2018b)早期からの意向確認が行えるよう進められている。しかし、死が間近に迫った際に受ける終末期医療に関する意向確認が中心となる傾向にある。高齢者が最善の生を生きるために必要な、最期までの過ごし方に関する意向を確認する方法として、筆者は入退院を繰り返す高齢患者に対し日々の生活で抱くささやかな意向に丁寧に応じ続けることで、高齢患者は次第に人生の最期に関する意向を表出できるようになること(宇佐美ら, 2018)を指摘しており、他に具体的な方法を示す研究は見当たらない。

#### II. 研究目的

本研究は、人生の終末を生きる高齢者が最期まで生への主体性と個性を保持することができるよう、高齢患者に関わる援助者が抱える課題を明確にし、課題解決に向けた取り組みを通して、高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方を検討することを目的とする。

#### III. 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、病状が不可逆的かつ進行性でその時代に可能な最善の治療により病状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事に対し感じている思いのこととする。

#### IV. 研究の全体構成

##### 1. 研究プロセス

本研究は3つの研究で構成される。

研究1では、研修施設であるA病院の高齢外来患者への面接調査とA病院の外来及び一般病棟看護師(以下、病棟看護師)、地域連携室スタッフへの質問紙調査を行い、A病院の高齢患者のEOLケアの課

題を見出す。高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援の指針(以下、指針)作成を目指した A 病院外来・病棟看護師等が対象の学習会の開催、高齢患者の EOL ケアに先駆的に取り組む医療機関の老人看護専門看護師等への面接調査、A 病院のコアメンバーと筆者による指針案の作成、A 病院外来・病棟看護師等が対象の指針案の内容共有と共通理解の場の開催により、指針を完成させる。

研究 2 では、作成した指針に基づきながら、患者・家族に対し支援を実践する。患者退院後には患者・家族への面接調査、対象患者に関わる関連施設の関連職種との多施設カンファレンス、病棟及び外来看護師による振り返りカンファレンスを行い、継続的支援につなげると同時に支援の評価を行う。

研究 3 では、取り組みの評価として、A 病院の外来及び病棟看護師、地域連携室スタッフ、多施設カンファレンス参加者への質問紙調査、コアメンバーへの面接調査を行い、取り組みの評価を行う。

## 2. 研究体制

研修施設である A 病院は、地域包括ケア病床を含む一般病棟(以下、病棟)と回復期リハビリテーション病棟の 2 病棟(113 床)、外来、地域連携室を備えた在宅療養支援病院である。筆者はリーダー看護師であるコアメンバーと共に取り組んだ。コアメンバーは病棟・外来看護師長及び地域連携室室長業務を兼務する副看護部長(以下、看護師長)と病棟看護主任(以下、看護主任)、病棟リーダー看護師(以下、病棟リーダー)、外来リーダー看護師(以下、外来リーダー)、病棟看護師の計 5 名である。

## V. 倫理的配慮

各施設の病院長及び看護部長に本研究の趣旨や目的、方法、倫理的配慮について口頭と文書で説明し書面にて承諾を得た。また研究協力者である看護師・MSW 及び患者に本研究の趣旨や目的、方法、研究への参加は自由意思であること、個人情報保護等について口頭及び文書で説明し書面にて同意を得た。

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得て実施した(2018 年 5 月、通知番号:30-A002D-2)。

## 第 2 章 研究 1

### I. 目的

A 病院における高齢患者が自分らしく過ごすための支援の課題を明確にし、高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援の指針を実践現場において考案する。

### II. 方法

#### 1. A 病院に外来通院する高齢患者の経験や思いの現状把握

A 病院に外来通院する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慢性疾患で入退院を繰り返す 75 歳以上の患者 5 名に対し、半構造化面接調査を行う。逐語録を作成し、質的分析を行う。

#### 2. A 病院の外来・病棟、地域連携室の支援の現状把握

A 病院に所属する外来・病棟看護師、地域連携室スタッフ(MSW)に対し、自記式質問紙調査を行い、記述内容は質的分析を行う。

#### 3. A 病院の EOL ケアの課題の明確化

上記 1 と 2 の結果から、高齢患者が自分らしく過ごすにあたって生じる障壁やそれに対する必要な支援に関する内容を集約し、A 病院の支援の課題と判断して整理する。

#### 4. A 病院外来・病棟看護師による指針作成を目指した高齢者の EOL ケアに関する意識向上と知識の習得のための学習会の開催

A 病院に所属する外来及び病棟看護師対象の、高齢者の EOL ケアの意義や方法に関する学習会を筆者がコアメンバーとともに準備・開催する。また、学習会終了時に自記式質問紙調査を行う。学習会開催のプロセスは話し合いの時期に分けて整理し、質問紙調査の記述内容は質的分析を行う。

#### 5. 高齢患者の EOL ケアを意識した支援に先駆的に取り組む医療機関の支援の現状把握

高齢患者の EOL ケアに先駆的に取り組む医療機関に所属し、その実践を論文等で公表している老人

看護専門看護師等(以下、CNS)に、半構造化面接調査を行う。逐語録を作成し質的分析を行う。

#### 6. 高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援の指針案作成

上記 5 と 2 の結果を参考にしながら筆者が指針の素案を考案する。コアメンバーと筆者がすべての調査結果と課題を共有し、指針の素案を素材にして話し合い、その結果を筆者がまとめ、繰り返し話し合いを行った上で指針案を作成する。逐語録を作成し、話し合いの時期と課題ごとに整理して、指針案を作成する。

#### 7. 指針作成に向けた指針案の共有及び共通理解のための検討会の開催

A 病院の外来及び病棟看護師、医師、リハビリスタッフ等対象に、指針作成に向けた指針案の共有及び共通理解のための検討会を開催し、上記 1 と 2 の調査結果報告と指針案を提示する。参加者の意見は、逐語録を作成し、質的分析を行う。

### III. 結果

#### 1. A 病院に外来通院する高齢患者の経験や思いの現状

対象は 70 歳代～90 歳代の計 5 名であった。高齢患者の経験や思いの現状は【自分なりに自分の状況を受け止めながら生活している】【疾患や症状、医療についての理解や対応が難しい】【自分なりに自律して対応できることもある】等であった。

#### 2. A 病院の外来・病棟、地域連携室の支援の現状

A 病院の病棟看護師 32 名、外来看護師 4 名、地域連携室スタッフ 3 名に質問紙を配布し 30 名(回収率 76.9%)の回答があった。継続的な支援を行うことに難しさや不安に感じることは[具体的な介入が難しい][患者の状態が、意向が捉えづらく、自分らしく過ごせる病状でない場合がある][患者の意向を中心にした介入が十分に行えないことがある]等であった。継続的支援として行えると良いことは《思いをゆっくり傾聴するための時間を確保する》《高齢患者のこれまでの生活パターンや職業歴、趣味、嗜好等をケアに取り入れる》《スタッフの技術向上や知識の習得等、資質向上を図る》等であった。

#### 3. A 病院の EOL ケアの課題

課題は、『課題 1 思いをゆっくり傾聴するための時間の確保やアセスメントを行うこと、話を傾聴して意向把握する姿勢が必要である』『課題 2 高齢患者の現状や今後についての患者・家族の理解や受容を支え、患者が意向表出できるタイミングに意図的に介入し、意向を確認していく必要がある』等、7 つ見出された。

#### 4. A 病院外来・病棟看護師による指針作成を目指した高齢者の EOL ケアに関する意識向上と知識の習得のための学習会の開催

学習会は、A 病院の全職員(医師、リハビリスタッフ、事務職員等)を参加対象とし、合計 65 名が参加した。終了後の質問紙調査は、同意の得られた参加者(外来・病棟看護師)20 名に配布し、17 名(回収率 85.0%)の回答があった。学習会の内容の理解度は 16 名(94.1%)が「理解できた」「やや理解できた」と回答した。分かったことは<日々の関わりにおいて EOL ケアを意識して実践すること>等で、より理解を深めたいことは<思いや意向を確認するための方法について>等であった。行えると良いことは<患者の一言一言を大切に言葉に含まれる意味を確認していく>等であった。

#### 5. 高齢患者の EOL ケアを意識した支援に先駆的に取り組む医療機関の支援

対象は病院に所属する老人看護 CNS3 名、特定行為に係る看護師 1 名の計 4 名であった。EOL ケアとして取り組んでいることや取り組めると良いと考えていることは<意向確認に必要な環境や看護師の姿勢>(<意向確認に向けた具体的な介入> <症状マネジメント>)等であった。

#### 6. 高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援の指針案作成

コアメンバーと筆者は現状と課題を共有し、筆者が考案した指針の素案を素材にして 4 回話し合い、指針案を考案した。指針の素案には[意向確認の環境づくり/看護師の聴く姿勢][意向確認に向けた介入方法/意向確認するタイミング・方法]等が挙がり、話し合いの結果、指針案には『人的・物的環境づくり』『患者の意向や家族の思いの確認』等を示すこととなった。また、話し合いを重ねることでメンバーそれぞれの用語の捉え方が異なること等、新たな気づきや共通認識ができた。指針を用いて適切な支援を実施するに

は基盤となる視点や姿勢が必要であること、また、医療者が病院で“生と死”に関する話題を患者に投げかけることは患者や家族に不安をもたらす可能性もあると考え、指針を適切に活用するため支援の基盤として指針の趣旨等を示した。

## 7. 指針作成に向けた指針案の共有及び共通理解のための検討会の開催

参加対象は A 病院の全職員(医師、リハビリスタッフ、事務職員等)とし、合計 26 名が参加した。検討内容は、《人生の終末に関する意向への支援の具体的方法の理解と実践》《人生の最終段階における医療処置に関する意向を確認することの意義》等で、人生の終末を生きる高齢者が最期まで自分らしく安心して過ごすためには、今回作成した指針案の内容が必要であることや、具体的な意向の確認方法や情報共有の方法等について共通理解できた。

完成した指針は A4、6 ページとなった。【指針の趣旨】は『人生の終末にある高齢患者が自分らしい生活を送ることを目指すものである』とした。【基本原則】は『患者が苦痛なく納得して人として当たり前の生活を送ることができるようにすること』とし【留意が必要なこと】として『終末期に関する支援を行うという自覚をもって患者・家族の負担や侵襲性を考慮して関わること』等を示した。高齢患者が自分らしい生活を送るには【1. 高齢患者が自身の考えや思いに気づき、それらを整理して意向として表出するための支援】と【2. 高齢患者の意向を継続的に捉え、実現し続けるための支援】が必要でこのプロセスを踏む必要があることを示した。【1. 高齢患者が自身の考えや思いに気づき、それらを整理して意向として表出するための支援】は 5 項目で構成され『看護師は病態生理の知識やアセスメント能力、患者への関心をもち、いつ、どの患者の意向を確認する必要があるか見極める』等の【1）人的・物的環境づくり】、『患者の現状や今後について患者や家族の理解・受容を支える』等の【2）患者の意向や家族の思いの確認】等が含まれた。【2. 高齢患者の意向を継続的に捉え、実現し続けるための支援】は 2 項目で構成され『家族や関連職種、関連部署、関連施設と情報共有し、ケアを検討する』等の【1）家族や関連職種、関連部署、関連施設との連携】等が含まれた。

## 第 3 章 研究 2

### I. 目的

高齢患者と家族に対し、指針に基づいて高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援を実施・評価し、高齢患者が自分らしく過ごすために必要な支援について考察する。

### II. 方法

#### 1. 高齢患者と家族に対する指針に基づいた継続的支援の実施

言語的コミュニケーション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る 75 歳以上の入院患者とその家族に対し、指針に基づき地域連携室や関連施設と連携しながら継続的に支援する。支援の過程において、患者や家族の言動や状況、支援について看護記録に記録する。また、看護記録に記載されていない内容は、筆者が看護師等に聞き取り、フィールドノートに記載する。一連の支援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したと解釈した支援を抽出し、意味を損なわないよう要約する。患者の意向や思い、家族の思いと支援を、指針の項目に沿って整理する。

#### 2. 退院後の患者と家族による支援の評価

上記 1 の対象患者の退院後、筆者が対象患者に対して半構造化面接調査を行う。逐語録を作成し質的分析を行う。

#### 3. 病院にて把握した患者の意向や実施した支援の多施設間での共有と今後の支援の検討

上記 2 の後、対象患者の継続的支援に関連する A 病院外来・病棟看護師を含めた保健医療福祉スタッフとともに多施設カンファレンスを行う。話し合いの内容は、逐語録を作成し質的分析を行う。

#### 4. A 病院外来・病棟看護師による支援の評価

上記 3 の後、対象患者への支援に関与した A 病院外来・病棟看護師が参加して、振り返りカンファレンスを行う。話し合いの内容は、逐語録を作成し質的分析を行う。

### III. 結果

#### 1. 事例の概要

作成した指針に基づいて支援を実践した対象は、80～90 歳代の入院患者 3 名で、事例 1、事例 2、事例 3 の順に取り組んだ。

事例 1 は、80 歳代後半の女性で、癒着性イレウス等と診断され入院となった。今後徐々に ADL が低下すると予測され、訪問看護等のサービスを検討する必要があると考えられ、コアメンバーから対象として提案された。15 日間の介入後、ケアハウスへ退院した。

事例 2 は 80 歳代前半の女性で、腰椎ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症と診断され、リハビリ目的で入院となった。人生の終末を意識した意向確認をしておらず、退院後の生活に関する意向確認も必要であるとコアメンバーが考えたため、対象として提案された。38 日間の介入後、自宅に退院した。

事例 3 は、90 歳代前半の女性で、自宅で意識消失し他院にて一時心停止したが、その後すぐ自己心拍再開した。敗血症が改善し、リハビリ目的で転院となった。高度の難聴で、コミュニケーションのしづらさがあり、人生の終末を意識した意向確認が行えていなかったためコアメンバーから対象として提案された。24 日間の介入後、自宅に退院した。

#### 2. 高齢患者が自分らしく過ごすために必要な支援

3 事例に対して、高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援を行った中で、高齢患者が自分らしく過ごすために必要な支援として、「高齢患者が自身の考えや思いに気づきそれらを整理して意向として表出するための支援」と「高齢患者の意向を継続的に捉え実現し続けるための支援」が見出された。「高齢患者が自身の考えや思いに気づきそれらを整理して意向として表出するための支援」としては<a. 意向把握する姿勢をもって関わる><b. 心身の苦痛を取り除く><c. これまでの病の体験における思いや考えを言語化できるよう関わる><d. 誰かとともに生きている高齢患者の暮らしを捉える><e. 高齢患者と家族のお互いの思いやこれまでの関係性、これからの生き方を大切にしたい支援を行う>ことが重要であると考えた。そして、「高齢患者の意向を継続的に捉え実現し続けるための支援」としては<f. 高齢者本人を中心とした家族や援助者のチームで ACP を実践する><g. 高齢者の意向を中心とした支援を意識して専門性を発揮する><h. 高齢患者に関わる人々が“生と死”の考えを深める>ことが重要であると考えた。

##### 1) 高齢患者が自身の考えや思いに気づきそれらを整理して意向として表出するための支援

実践の過程から見出した「高齢患者が自身の考えや思いに気づきそれらを整理して意向として表出するための支援」について、事例 3 への支援の経過の一部を示し、以下に述べる。本文中、高齢患者が自分らしく過ごすために必要な支援と考えた内容を、文末にアルファベットで示す。

看護師は、意思表出可能だが高度の難聴でコミュニケーションがとりづらい患者に対し、指針を活用しながら、チームで看護診断を立案して、患者のペースに合わせながら話を傾聴した(a,f,g)。退院後の心配事は多いが具体的には表現できない患者であったが、徐々に、本を読むことや、ひ孫の成長を見守ること、のんびり過ごす等、自身の意向に気づき、表出するようになった。看護師が、これまでの病の体験における思いや考えを言語化できるよう関わりと(c,f,g)、「こんなにお世話になり、この恩義をどう返したらいいのか。あのまま眠るようにあの世に逝けていたら」「助かってくれて良かったと家族に言われ、それだけでもよかった」と周囲への感謝と、命が助かったことへの戸惑いについて語り、受けた医療やケアについての希望も語った。長男の妻は面会に訪れるが、いつも表情が硬く、患者からの話題も娘の話ばかりであった。長男の妻に筆者が思いを尋ねると(e)、「急変時の対応は家族で話していたが、嫁の立場で義姉妹からいろいろ言われ、つらい思いをしてきた」等、在宅介護しながら、家族の中での立場や役割に苦悩を抱えていたことが分かり、退院後も「本人が望むように過ごせるよう支えていても、結論が出せない立場で、関わりも望まれていないと感じる」と語った。その際、筆者は、患者は一番身近で支えている長男妻を頼りにしていること、患者と娘が共に過ごせる時間を設定する長男妻の支援は患者の意向に沿っていることを伝え(e,f,g)、長男妻は安心した様子を見せ、これからの過ごし方について、家族と患者が考える機会となった。退院日には、

患者と長男の妻、主治医、受け持ち看護師等が参加して、今後予測される身体状況等の説明やこれからの過ごし方について考える機会として IC を行った(c,f,g)。これまで把握した患者の意向も看護師が代弁し(c,f,g)、共有した。意思決定困難時は長男夫婦が代諾者であること、延命処置は希望しないという意向を表出した。どこでどのように生活したいか考える必要があることや、意向を家族とともに考え、表出しておく必要があることが説明され、了解した。しかし、退院後、患者は、その説明を覚えておらず、長男妻も「延命処置を望まない本人の気持ちを大事にしながら、救急車を呼ぶことが家族としてできることだと思う」と意向に反する対応を予定していたことが分かった。家族には意向実現に向けた対応方法をアドバイスし、多施設カンファレンスにてケアマネジャーに情報提供を行い、主治医や看護師等とも情報共有を行った(f,g,h)。

事例 3 への支援の実践から、高齢患者が自分らしく過ごせるよう、高齢患者が自身の考えや思いに気づきそれらを整理して意向として表出するために<a. 意向把握する姿勢をもって関わる><c. これまでの病の体験における思いや考えを言語化できるよう関わる><e. 高齢患者と家族のお互いの思いやこれまでの関係性、これからの生き方を大切にしたい支援を行う>ことが重要であると考えた。

## 2) 高齢患者の意向を継続的に捉え実現し続けるための支援

3 事例への支援の過程から見出した、「高齢患者の意向を継続的に捉え実現し続けるための支援」について、事例への支援の過程の一部を以下に述べる。

取り組みの最初の事例である事例 1 に対して、看護師は意向を捉えるための支援を行うことに戸惑っていたため、筆者がロールモデルとなって意向を確認し、患者の反応を看護師にフィードバックした。作成した指針が実践に活用しづらい様子であったため、筆者は指針の簡略版を作成し、それを用いながら、振り返りカンファレンスにて、行った支援の意味づけや具体的な支援方法を提案した。これにより看護師は患者の思いや状況、具体的な介入方法を理解することができた。事例 2 では、受け持ち看護師を中心に看護師が患者の意向を確認できるようになった。患者は順調に回復したため、今後専門職の介入が不要となることが予測された。多施設カンファレンスでは、専門職の介入が途切れる状況を見越し、家族とともに意向確認のプロセスを踏む必要があるという意見が出された。このことから、高齢者の自立度や思い、状況に応じた関わりが重要であるという共通認識できた。事例 3 では、前述したように、入院中にこれからの過ごし方を話し合う IC を行ったが、退院後、患者は覚えておらず、家族も誤った認識をしていたことから、多施設カンファレンスでは、高齢患者の身体・認知機能に応じた関わりの工夫や継続的支援が重要であるという共通認識することができた。これらにより、<f. 本人を中心とした家族や援助者のチームで ACP を実践する>ことが重要であると考えた。

事例 1 では多施設カンファレンスで患者の思いと意向に応じる各職種の思いも共有した。医療職は高齢者や高齢者を支える援助者に安心感を与える役割を担う等、各職種が各々の役割を再認識でき、さらには他職種の専門性も認識し連携のあり方を見直すきっかけとなった。事例 2.3 では専門性の発揮を意識して支援した。事例 2 では意思決定能力を見極めて話を聞く姿勢を持つことや、看護計画の立案・記録により看護師が意向把握でき継続的な支援が行えた。これらから、看護師は専門性を発揮し連携できると実感できた。それにより<g. 高齢者の意向を中心とした支援を意識して専門性を発揮する>ことが重要と考えた。

事例 1 では、終末を意識した意向を中心にしたカンファレンスを行った。日々のカンファレンスのあり方について意見があり、話し合うことの意義を看護師が認識できた。多施設カンファレンスの準備段階では、受け持ち看護師が、死に関する不安な気持ちを表出したり、振り返りカンファレンスで、看護師が、意思表示可能な時に意向把握する必要があると語ったことから、死に関する不安な気持ちの共有や目指す EOL ケアについて共有する機会がもてた。事例 2.3 でも、終末を意識した意向を中心にしたカンファレンスを行った。事例 3 の振り返りカンファレンスでは、看護師から、日々のカンファレンスを含む普段の業務のあり方の見直しが必要という気づきが得られ、事例 2 の多施設カンファレンスでは、勉強になったとケアマネジャーが語った。これにより、高齢者に関わる援助者の EOL ケアへの関心の高まりや能力向上を図る機会がもてたと考えられ、<h. 高齢患者に関わる人々が“生と死”の考えを深める>ことが重要と考えた。

## 第4章 研究3

### I. 目的

高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援の取り組みの評価を行い、援助者にとっての取り組みの意義を考察する。

### II. 方法

#### 1. A病院の外来・病棟看護師、地域連携室スタッフによる取り組みの評価

取り組みを行ったA病院の外来・病棟看護師、地域連携室スタッフ(MSW)に、取り組みを通じて感じたことや考えたことについて自記式質問紙調査を行い、記述内容は質的分析を行う。

#### 2. 多施設カンファレンス等の実践に協力した参加者による取り組みの評価

研究2で多施設カンファレンス等の実践に協力した参加者に、取り組みを通じて感じたことや考えたことについて自記式質問紙調査を行い、記述内容は質的分析を行う。

#### 3. コアメンバーによる取り組みの評価

筆者がA病院に直接赴いて個別で半構造化面接調査を行う。逐語録を作成し、質的分析を行う。

### III. 結果

#### 1. A病院の外来・病棟看護師、地域連携室スタッフによる取り組みの評価

質問紙は同意の得られたA病院の外来看護師4名、病棟看護師27名、地域連携室スタッフ(MSW)2名に配布し、19名(回収率70.4%)の回答があった。日々の関わりの中で指針を活用して感じ、考えたことは「患者の思いや今後について意識して介入できた」等で、指針を活用して継続的支援を行う中で意識して行ったことは「日々の関わりの中で意図的にタイミングを図り、患者・家族の思いや理解度を確認する」等であった。高齢患者がどの場所で過ごしていても自分らしく暮らし続けることができるようにするために行えると良いことは「関連職種や関連施設が、患者の意向を尊重して話し合う機会を設ける」等であった。

#### 2. 多施設カンファレンス等の実践に協力した参加者による取り組みの評価

質問紙は同意の得られた多施設カンファレンス等の実践に協力した参加者12名(医師3名、ケアマネジャー3名、訪問看護師2名、看護師1名、リハビリスタッフ1名、訪問介護員1名、施設職員(相談員)1名)に配布し、7名(回収率58.3%)の回答があった。支援の実践や多施設カンファレンス参加を通して感じ、考えたことは「患者・家族との関わりにおいて大切にしたいことが見出された」等で、カンファレンス後意識的に行ったこと、あるいは行っていることは「外来において人生の終末に関する話し合いを始めた」等であった。高齢患者がどの場所で過ごしていても自分らしく暮らし続けられるために行えると良いことは「高齢患者の意向を実現するために専門職としての役割を発揮する」等であった。

#### 3. コアメンバーによる取り組みの評価

コアメンバーが捉えたスタッフの変化は「高齢者のEOLケアやACPについて理解したり、意識することができた」等で、自身の変化は「スタッフ看護師や他職種の考え等が分かった」等であった。関連職種及び関連施設、自施設の変化と影響は、「医師が患者の意向を記録するようになり、担当医師間の引継ぎや外来看護師による確認ができるようになった」等であった。今後の課題は、継続的に取り組む必要があることや高齢者本人だけでなく家族も含めたEOLケアの実践を行うこと等であった。

## 第5章 全体考察

### I. 高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方

#### 1. 高齢者の特徴や抱いている思いを理解して尊重すること

##### 1) 高齢者特有のコミュニケーションに応じる

高齢者は、身体機能の老性変化によって、思うような動作がとりにくく、円滑なコミュニケーションも困難になる。そのため、自分が望むような生活を送ることや、自身の思いを他者に伝えることを諦めてしまうことがある。援助者は高齢者の理解度に応じて対応することや、意向を確認するタイミングを見極めながら介入す

る力など、高齢者の特徴や思いに応じた援助者の能力が必要であると考ええる。

## 2) 高齢者が抱く価値観を早期から捉え尊重する

高齢者の予後予測は困難であるからこそ、援助者は、これから起こりうることについて、あらかじめ情報提供し、意思決定できる時期から、高齢者と家族が考えられるようにする必要があると考える。野口(2016)が、高齢者が人生を終えるにあたって、人生を生ききるためには、老化にかかわる理論を理解したうえで、老年者、その人が、今、「大切にしていることを参考に考える」「今、もてる力を生かす」「それまでの生き方、培ったことを生かす」視点が大切であると述べているように、これまで自立・自律して生きてきた高齢者だからこそ、今の時点でできる方法を探り、人としての尊厳を守ることが重要であると考ええる。

## 2. 誰かとともに生きている高齢者の暮らしや人生に焦点をおくこと

### 1) 誰かとともに生きる高齢者の生きがいや生きる意味を捉え支える

高齢者の意向には、“誰かのために”という意向が多く含まれていた。高齢者は、これまで生きてきた中で、多くの役割を果たし、ともに生きる自分以外の誰かのために役割を果たしてきた。長い年月をともに生きてきた家族等と、どのような暮らしを送り、その中で培ってきたものが何かということを捉えることは、どう生きるかという高齢者の意向の根拠として、生きがいや生きる意味を理解することにつながると思う。また、家族にとっても、高齢者の意向に応じたいと思いながらも、どう支えるとよいか分からないことが多い。支えることが家族にとっての満足や納得につながり、支えられることは高齢者にとって、大事にされているという実感につながるため、援助者は、家族が高齢者の意向に応じられるよう支援することが重要であると考ええる。

### 2) 自分らしく生きる姿をともに生きる人に示せるよう支える

高齢者は、先を生きる者として、人生の終末を生きる者として、自分らしく生きる日々を、ともに生きる人に示すことで、その人々がいつか訪れる自身の終末をどう生きるか、考え、自分らしく過ごすことにつながれると考える。たとえ高齢者が終焉を迎えたとしても、その高齢者が大切にしてきた人々が、自分らしく生きることができるとは、自分らしい生をつなぐこととなり、それが高齢者の大きな役割や生きる意味になると考える。そのため、援助者は、高齢者の暮らしや人生に焦点をあてながら、家族等とともに意向を実現していく必要があると考えられる。

## 3. “生と死”について考え続けること

### 1) 援助者は死生観を生涯育み続ける

人生の終末にある高齢者が、残された時間をどう過ごしたいかという意向を捉えるには、必然的に“死”と向き合うことになる。高齢者が最期を迎える場所の7割以上が病院であることから、現在は、高齢者の家族だけでなく、援助者自身も生活体験において死を体験することはほとんどないと言える。看護師は、死に関する話題を避ける傾向にあり、高齢者は先のことはあまり考えていないのではないかと捉えていた。喪失体験を重ねる高齢者が、これからの生き方についてどう考えているのか、個人差もあると思われるが、いつか訪れる最期までどう生きるか考え、表出する機会を設けることは重要なことであると考ええる。佐藤(2011)は、人は、他者へ語りながら、自己の思いを明確にし、決断すると述べており、他者に語ることで自身の思いに気づき、それに基づいてこれからのことを決めていくことができると考えられる。そのため、援助者は、意図的に話し合える場を設ける必要がある。最期までの過ごし方について話し合うことは、死を意識させるもので、本人と家族のみでは話し合いづらいことであると考えられる。国民への意識調査の結果から、自身や家族が病気になった時が、話し合うきっかけとなることが明らかになっていることから、病院の看護師をはじめとした援助者には、話し合いの場を意図的に設けるという役割が求められていると考えられる。それらを実現するためには、援助者自身の死生観を育むことが必要で、“生と死”について考え続けられるような教育を行う必要があると考える。

### 2) 援助者間で“生と死”について考える

新藤ら(2012)は、生きる苦悩を抱えている患者に接するには、コミュニケーションの方法論のトレーニングだけではなく、終末期ケアの知識や信念を高め、人間観や死生観、援助観などを基盤にした援助的コミ



コミュニケーションプログラムが必要で、そのプログラムでは、人間にとっての病の意味や生きる意味を理解し、患者の苦しみや希望にいかに関心を当てるのかを学び、自分の経験の振り返りと実践を繰り返す必要があると述べている。高齢者が自分らしく過ごすことに焦点を置いて支援するためには、単なる方法論ではなく、高齢者の置かれている状況や抱えている思いを理解し、人としてどう生きるかということに目を向けられるような、振り返りの機会をもつ必要がある。答えがないことは、曖昧で苦しいことだが、“自分らしい過ごし方”は、人それぞれ異なるのは当然であるからこそ、その人に関わる多職種や多施設が、それぞれの考えや思いを集結させて、役割を発揮し関わることで、高齢者の“自分らしい過ごし方”に近づけることができるのだと考える。高齢者に関わる援助者や、援助者を育成する教育関係者は、援助対象者への関わりを通し、“生と死”を考え、振り返り、次の実践へとつなげていく必要があると考える。

## II. 高齢者が自分らしく過ごすことを実現するための体制

### 1. 高齢者の人としての暮らしに焦点を置いた連携

高齢者は、長い人生の中で培ってきた価値観があり、多様な暮らしもある。その多様性に応じるには、高齢者に関わる多くの職種や施設の人々が、連携することが重要であると考え。その際、高齢者の一時的な訴えや状態だけに関心を寄せるのではなく、その人の暮らしについて継続的な視点を持ち、生活を思い描きながら、それぞれの専門性を発揮する必要があると考える。高齢者の自分らしい暮らしを実現するには、高齢者の一歩二歩先を考えた内容についても情報共有し、支援を検討する必要があると考える。

高齢者は生活の場や治療の場において様々なことを経験し様々な考えや思いを抱えてきた。それが今の高齢者の価値観となり意向の元になっているため、それらを捉えて支援につなげることが高齢者の自分らしい暮らしを実現することにつながると考える。援助者は高齢者に関わる全ての人々と、捉えた価値観を共有しその人にあった多様な支援方法を導き出す必要があると考える。地域包括ケアシステムを構築するためには、高齢者に関わる援助者全てが高齢者の暮らしを思い描き、本人が望むその先の過ごし方について考えながら支援できるようにすることが重要であると考えられる。そして、できるだけ長く住み慣れた地域で暮らすためには、さまざまな場の連携が重要で、複数の慢性疾患を抱えながら生きる高齢者にとって外来における日々の関わりが重要になる。外来での対応を可能にするためには外来における相談対応の時間確保に向けた入退院支援加算の見直しや、看護補助者の配置も含めた人員配置の整備、外来看護師の生活アセスメント能力の向上を目指す必要があり、外来看護の体制整備や教育が必要であると考え。

### 2. 高齢者本人が主体のチームづくり

専門職が介入することなく、地域で自立して生活している高齢者も多くいる。高齢者が自分らしく過ごすことを実現するには、高齢者や家族自身が考え、実現できるよう、高齢者本人が主体となることが最も重要と考える。高齢者本人が主体のチームとなり、家族や専門職がチームメンバーとして支えることで、高齢者が自分らしく過ごすことが実現できると考える。高齢者にとって、日々の暮らしの中で、高齢者自身が自分の意向について、考え、気づく場面が必要であるため、高齢者に関わる全ての援助者は、日々のあらゆる関わりの中で、意図的にその場面を設ける必要があると考える。

### 3. 高齢者が自分らしく過ごすことを実現するための看護の役割

いつ最期が訪れるか予測不可能な状況にある高齢者にとって、今をどう生きるか、残された時間をどう過ごすかということを考えることが重要である。看護師は、高齢者の一番身近な医療者として、“生と死”を意識しながら、高齢者の過去、現在、未来を広く見て、予測的に介入することが必要で、高齢者が“自分らしく過ごす”ことを中心に考えて、高齢者の思いを汲み取り、それらの表明をサポートする役割がある。さらに、高齢者が自分らしくあるために、高齢者の持つ力を見極め、最期まで自立・自律して過ごせるよう、高齢者の生活のしづらさを補ったり、高齢者に代わり支援体制を調整する役割があると考えられる。

## III. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、対象施設数と対象者数が少ないことから、結果に偏りがあることは否めない。また、対象患者が主となり、家族への聞き取り等も十分とは言えず、家族の思いについての十分な調査が行えてい

ないため、患者と家族の両側面からの検討結果が示せていない。今後は、対象施設数や対象者数を増やし、さらには、家族の思いや家族関係、役割なども吟味し、家族に関する考察をより深める必要がある。

## 文献

厚生労働省. (2018a). 人口動態統計 主な死因(死因年次推移分類)別にみた性・死亡の場所・年齢(特定階級)別死亡数及び百分率. 2019-12-19.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/index.html>

厚生労働省. (2018b). 人生の最終段階における医療・ケアのプロセスに関するガイドライン. 2019-1-8.

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saisyuu\\_iryuu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html)

Mitsutake, S. Ishizaki, T. Teramoto, C. et al. (2019). Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. Preventing Chronic Disease, 16, 1-11.

長江弘子. (2018). 第 1 章 生活文化に即したエンド・オブ・ライフケア. 長江弘子(編). 看護実践に活かすエンド・オブ・ライフケア(第 2 版) (pp.2-17). 日本看護協会出版会.

野口美和子. (2016). 老年看護の理念. 正木治恵, 真田弘美(編), 看護学テキスト NiCE 老年看護学概論(改訂第 2 版) (pp.58-61). 南江堂.

佐藤泰子. (2011). 苦しみと緩和の臨床人間学—聴くこと, 語ることの本当の意味—(第 1 版) (pp.12-45). 晃洋書房.

新藤悦子, 茶園美香, 近藤咲子. (2012). 「生きる意味がない」と訴える終末期がん患者とコミュニケーションをとる大学病院看護師の態度. 死の臨床, 35(1), 95-100.

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. 2019-12-2.

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042775.pdf>

田村恵子. (2017). II 終末期と終末期医療の理解. 田村恵子(編). 新体系看護学全書 経過別精神看護学 4 終末期看護: エンド・オブ・ライフ・ケア(第 1 版) (pp.13-19). メヂカルフレンド社.

宇佐美利佳, 奥村美奈子. (2018). 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. 岐阜県立看護大学紀要, 18(1), 51-61.