

〔原著〕

人生の終末を生きる高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方の検討 —高齢患者が自分らしく過ごすための支援指針に基づいた支援の実践と評価—

宇佐美 利佳

Examining the Support for Elderly Patients Living at the End of Their Lives in a Way that Suits Them —Practice and Evaluation of Support based on the Guidelines for Helping Elderly Patients to Live Their Own Lives—

Rika Usami

要旨

本研究では、人生の終末を生きる高齢患者が自分らしく過ごすための支援指針に基づいて組織全体で支援を実践し、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。

筆者が先行研究で考案した「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）」を用いて支援を実践するため、まずは関連職種の意識向上と知識習得に向けた学習会を開催した。次に、高齢入院患者3名に対し指針に基づいた支援を実践し、支援の評価として退院後の患者への面接調査や振り返りのカンファレンスを行った。最後に、関連職種の質問紙調査やリーダー看護師の面接調査を行い取り組みを評価した。

多職種・多施設で意向の実現に向けた支援を行う意義や方法を考えながら、事例を重ねたことで、援助者は日々の関わりの中で人生の終末に関連する高齢患者の意向を捉え、実現に向けた支援を継続できた。そして、高齢者本人が考える生きる意味や目的を捉えて支援する重要性が明らかになった。

取り組みにより、援助者の高齢者のエンド・オブ・ライフケアに関する理解や意識が高まり、多職種・多施設で高齢患者が自分らしく過ごすための継続的な支援を行う風土がつけられた。

指針に基づいた支援の実践の結果から、高齢患者が自分らしく過ごすためには「意向把握する姿勢をもって関わる」「心身の苦痛を取り除く」「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」「誰かと共に生きている高齢患者の暮らしを捉える」等が必要であると考えた。

指針に基づいて組織全体で支援を行うことは、援助者の意識向上や能力向上につながり、高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援を可能にすると考えられる。

支援のあり方として「高齢者の特徴や抱えている思いを理解して尊重すること」「誰かと共に生きている高齢者の暮らしや人生に焦点をおくこと」「“生と死”について考え続けること」が重要であると考えられる。

キーワード：高齢者、エンド・オブ・ライフケア、アドバンス・ケア・プランニング、意向、連携

I. はじめに

人として、自分らしく暮らし、自分らしく人生を締めくくるとは、自然な願いではないだろうか。人生の終末を生きる高齢者は認知・身体機能の低下が避けられず、周囲から助けを得なければ暮らしの維持が難しいことも多い。たとえその状況であっても、高齢者本人が人生の主人公として、最期までの日々を主体的に自分らしく過ごせるよう支援することは重要と考える。

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、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP) の概念を盛り込み(人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会, 2018) 早期から意向確認が行えるよう進めている。彦ら(2011) は終末期を迎える高齢者に対する支援では、死を意識しつつも家族や社会の中で「生きがい」を考えていけるような支援が必要であること、高齢者が意思表示できるような場づくりが必要であることを指摘している。宇佐美ら(2018) は、入退院を繰り返す高齢者に対し日々の生活で抱く細やかな意向に丁寧に応じ続けることで、高齢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と指摘しており、他に具体的な方法を示す研究は見当たらない。

そのため、高齢者が暮らしの中で生老病死を意識した時をきっかけとし、今後の過ごし方を自分なりに考えることができるよう、援助者が意向把握の必要性を認識した上で支援する方法を見出す必要があると考える。筆者はそれらを見出すため、看護実践研究として取り組み、そのプロセスにおいて課題及び課題解決に向けた支援の指針とその必要性を共通認識して実践することで、入院中から退院後の通院まで切れ目ない支援が可能になると考え、現場看護職と組織全体で取り組み、博士論文としてまとめた。本稿は博士論文「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」の一部である。当該博士

論文は、高齢患者の EOL ケアの現状分析と課題の明確化及び課題解決に向けた支援の指針考案、組織全体で行う指針に基づいた支援の実践、支援のあり方の検討で構成され、看護実践研究の手法を用いた。筆者はフィールドとなる A 病院で研修生として取り組んだ。筆者は先行研究(宇佐美, 2021) で、課題 1. 意向把握する姿勢をもつ必要がある、課題 2. 高齢患者と家族の現状や今後についての理解を支え意向表出できるタイミングで意向確認する必要がある、課題 3. 高齢患者の状態に応じた症状マネジメントの必要がある、課題 4. 高齢患者が先を見越して自分なりに行っていることも踏まえた意思決定支援が必要である、課題 5. 人として当たり前の生活を保障し意向を実現する必要がある、課題 6. 高齢患者に関わる関連職種がその人らしい生活を支えるという継続的な視点をもって連携する必要がある、課題 7. 高齢患者の EOL に関わるスタッフの資質向上が必要であると整理した。そして、課題解決に向けて「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)」を考案した。本稿は、組織全体で課題解決に向けて指針に基づいた支援を実践し、支援のあり方を検討した部分の報告である。

そこで、本稿では、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できるよう、組織全体で指針に基づいて支援を実践し、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。

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、病状が不可逆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かという考えや様々なことに対し感じている思いとする。

III. 研究方法

1. A 病院における取り組み体制及び考案した指針

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。取り組みは主に一般病棟で行い、筆者は現場での取り組みを推進する中核メンバー(以下、コアメンバー)と共に取り組んだ。コ

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と病棟看護主任、病棟リーダー看護師、外来リーダー看護師、病棟看護師の計5名である。

指針は、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ことを趣旨とし、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を基本原則としている。高齢患者が自分らしく過ごすための支援のプロセス（以下、項目は【】で示す）として【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】の2つの上位項目がある。【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つの下位項目で構成され「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】等が含まれる。【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つの下位項目で構成され、「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】等が含まれる。

2. 高齢者のEOLケアに関する意識の向上と知識習得の機会の創出

1) 高齢者のEOLケアに関する学習会の開催

対象は2018年9月にA病院に所属する外来・病棟看護師である。

高齢者のEOLケアに関する学習会（以下、学習会）をA病院の職員全員を対象に筆者がコアメンバーと共に行う。学習会終了後、対象の看護師に無記名の自記式質問紙調査を行う。学習会終了時、筆者が対象に目的・方法を説明して質問紙を配付し、回収箱を設置して回収する。調査項目は、①学習会の内容の理解度、②分かったこと、③理解を深めたいこと、④A病院で行えると良いことである。データ収集期間は2018年9月である。

分析方法は、選択式質問項目については単純集計を行う。自由記載については、記述内容を繰り返し読み、意味を損なわないよう要約する。意味内容の類似性に基づいて分類整理する。

2) 指針の共通理解のための検討会の開催

対象は2019年1月にA病院に所属し、指針の共通理

解のための検討会（以下、検討会）に参加したA病院の外来・病棟看護師、医師等である。

検討会を開催し、A病院の高齢外来患者の現状や外来・病棟・地域連携室の支援の現状の共有と指針提示をして意見交換を行う。参加者の意見は同意を得た上で録音して、逐語録を作成しデータとする。データ収集期間は2019年1月である。

分析方法は、逐語録を熟読し意味を損なわないよう文脈単位で要約し、意味内容の類似性に基づいて分類整理する。

3. 指針に基づいた支援の実践と評価

1) 対象及びデータ収集方法

(1) 高齢患者と家族に対する指針に基づいた支援の実践

看護実践の対象は、75歳以上で2019年2月～7月にA病院に入院し、言語的コミュニケーション可能で理解力や判断力がある患者とその家族である。

コアメンバーが中心となって関連職種・施設と連携しながら指針に基づいた支援を実践する。筆者はチームの一員として患者や家族と関わる。

患者の状況や意向と思われる言動、家族の言動や状況、行った支援の診療録や看護記録、筆者の患者・家族への支援の記録をデータとする。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しデータとする。データ収集期間は2019年2月～7月である。

(2) 退院後の患者と家族による支援の評価

対象は(1)で支援を受けた後に退院した者である。

退院1～2週間後に、筆者が対象の外来受診時又は対象の都合に応じて自宅に直接赴き半構造化面接調査を行う。面接の主な内容は、①入院中の支援で良かったこと、改善してほしいこと、②退院後、外来の支援で良かったこと、改善してほしいこと、③現在の日々の過ごし方、今受けているサービスで感じること、④今後の生活の望み、⑤サービス提供者に求めることである。面接内容は対象の承諾を得て録音し、逐語録を作成しデータとする。データ収集期間は2019年3月～7月である。

(3) 支援の継続に向けた多施設カンファレンスの開催

対象は(1)(2)の対象に関与するA病院と多施設の保健医療福祉スタッフである。

退院後、筆者とコアメンバーが調整・運営し、患者に関与する医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（以下、

MSW)、ケアマネジャー（以下、CM）、介護職等が参加して、支援の継続に向けた多施設カンファレンス（以下、多施設CF）を行う。コアメンバーと筆者が、指針を基に整理した入院中の患者の意向やA病院の看護師等が実施した支援、退院後の患者の意向を報告し、今後の支援の検討や各々の役割について意見交換を行う。話し合いの内容は参加者の同意を得て録音し、逐語録を作成しデータとする。データ収集期間は2019年5月～7月である。

(4) 支援の評価のための外来・病棟看護師による振り返りカンファレンスの開催

対象は(1)(2)の対象に關与するA病院の外来・病棟看護師である。

多施設CF後、筆者とコアメンバーが調整・運営し、患者に關与したA病院看護師が参加して振り返りカンファレンス（以下、振り返りCF）を行う。コアメンバーと筆者が指針を基に整理した入院中の患者の意向や看護師等が行った支援、退院後の患者の意向、多施設CFの結果を報告し、支援を振り返って意見交換する。さらに、指針の内容に關する具体的な支援方法や課題を提案し検討する。検討の結果、必要に応じて指針を修正し、次の対象への支援に用いる。話し合いの内容は参加者の同意を得て録音し、逐語録を作成しデータとする。データ収集期間は2019年5月～7月である。

2) 分析方法

事例1から1事例ずつデータを熟読し、患者の身体状況・言動、家族の言動、支援について時系列に整理する。患者の言動から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。退院後の面接やCF内容は逐語録を熟読し、意味を損なわないよう文脈単位で要約し、意味内容の類似性に基づいて分類整理する。指針に基づいた日々の支援や、退院後の面接、多施設CF、振り返りCFの結果を、一連の支援として事例ごとに整理し、高齢患者の意向を捉え自分らしく過ごせるよう支えたと解釈した支援を要約し、指針の項目と照合して整理する。1事例ずつ分析した後、3事例全ての結果を統合して整理する。

4. 取り組みの評価

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

対象は2019年7月～8月にA病院に所属し、方法2・

3に参加した外来・病棟看護師、地域連携室スタッフ（MSW）（以下、A病院スタッフ）である。

データ収集方法は、無記名の自記式質問紙調査である。筆者が対象全員に質問紙調査の目的・方法を説明して質問紙を配付し、回収袋を設置して回収する。調査項目は、①指針を活用して感じ考えたこと、②継続的支援を行う中で意識したこと、③取り組みでのコアメンバーの役割・意味である。

分析方法は、記述内容を繰り返し読み、意味を損なわないよう要約する。意味内容の類似性に基づいて分類整理する。

2) 多施設CF参加者による取り組みの評価

対象は方法3の多施設CF参加者である。

データ収集方法は、無記名の自記式質問紙調査である。筆者が対象全員に質問紙を送付し、郵送により回収した。調査項目は、①取り組みを通じて感じ考えたこと、②CF参加後に意識したこと、③その他である。データ収集期間は2019年8月である。

分析方法は、記述内容を繰り返し読み、意味を損なわないよう要約する。意味内容の類似性に基づいて分類整理する。

3) コアメンバーによる取り組みの評価

対象はコアメンバー5名である。

取り組み終了後、筆者が個別で半構造化面接調査を行う。面接の導入として、A病院スタッフと多施設CF参加者の質問紙調査結果を報告する。面接の主な内容は、取り組みを通じて、①自身が感じ考え行動したこと、②スタッフの変化、③意図的にスタッフに行ったことである。面接内容は対象の承諾を得て録音し、逐語録を作成する。データ収集期間は2019年8月～9月である。

分析方法は、逐語録を熟読し、意味内容を損なわないよう文脈単位で要約し、意味内容の類似性に基づいて分類整理する。

なお、上記2～4の分析及び検討過程において、質的研究の経験が豊富で看護実践を熟知している看護教育者9名のスーパーバイズを複数回受け、妥当性を確保する。

本文中の結果の記述において、分類は<>で示す。

5. 倫理的配慮

A病院の病院長及び看護部長、多施設CF参加者の所属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関連職種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の承認を得て実施した(2018年5月、通知番号:30-A002D-2)。

IV. 結果

1. 高齢者のEOLケアに関する意識の向上と知識習得の機会の創出

1) 高齢者のEOLケアに関する学習会の開催

参加対象はA病院の全職員とし65名が参加した(図1)。質問紙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%)が回答した。学習会の内容は16名(94.1%)が理解できたと回答し「意向を汲み取ることや意向を実現することの大切さ」等が分かったと回答した(表1)。

2) 指針の共通理解のための検討会の開催

参加対象はA病院の全職員とし26名が参加した(図2)。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」等で指針の支援の必要性や具体的な意向の確認方法等が共通理解できた(表2)。

目的: 高齢者のEOLケア充実に向けて意識の向上と知識の習得をする
内容: 高齢者のEOLケアとは/A病院の患者の特徴・傾向/高齢患者へのEOLケアの必要性・具体的方法等
時期: 2018年9月の2日間(約30分)
参加: 看護師41名(病棟18, 外来4, 他病棟19), MSW1名, 医師3名, リハビリスタッフ18名, 看護部長, 事務1名 計65名

図1 学習会の概要

2. 指針に基づいた支援の実践と評価

1) 事例の概要

対象は入院患者3名で、事例1、事例2、事例3の順に取り組んだ(表3)。

事例1は80歳代女性で癒着性イレウス等と診断され入院した。ADLの低下が予測され、在宅サービスの検討が必要と考え対象となった。

事例2は80歳代女性で腰椎ヘルニア等と診断され、リハビリ目的で入院した。人生の終末を意識した意向が未確認で、退院後の生活の意向確認も必要と考え対象となった。

事例3は90歳代女性で、自宅で意識消失し他院にて一時心停止したがその後回復し、リハビリ目的で転院した。人生の終末を意識した意向が未確認のため対象となった。

2) 支援の実践

支援開始前、短い時間での意向把握は難しいと感じる看護師もいたが、事例1で患者の思いを知り、意向把握の必要性を改めて実感できたことで、具体的な方法を探るようになった。指針は具体的に理解できるよう【1. 1) 人的・物的環境づくり】の項目名を【1. 1) 高齢患者が意向表出しやすい人的・物的環境づくり】へ修正し、事例2, 3の支援で用いた。修正した指針は図3に示し、一連の支援の

目的: 高齢者のEOLケアについて考え、指針について共通理解する
内容: 前回の学習会の振り返り(ACPの定義及び事前指示書について)/「A病院外来通院高齢患者の現状」紹介/指針紹介/意見交換
時期: 2019年1月の2日間(約60分)
参加: 看護師20名(病棟10, 外来5, 他病棟5), 医師1名, リハビリスタッフ3名, 薬剤師1名, 看護部長 計26名

図2 指針の共通理解のための検討会の概要

表1 学習会終了後の質問紙調査結果 ():記述数

項目	分類
分かったこと (24)	日々の関わりにおいてEOLケアを意識して実践すること (5)
	意向を汲み取ることや意向を実現することの大切さ (9)
	家族等への関わりの必要性 (4)
	その人らしく過ごせるよう支援することの大切さ (3)
	多職種と連携して意向を実現する必要性 (1)
理解を深めたいこと (12)	支援の必要性 (2)
	思いや意向を確認する方法 (3)
	意向を実現する方法 (2)
	安心感を与える関わり方 (2)
行えると良いこと (22)	家族等への関わり (2)
	情報共有や検討すること (3)
	多職種が連携して意向の実現に向けて取り組むこと (10)
	チームで話し合っ考えること (6)
患者の自立したい思いを大切に支援すること (3)	患者の自立したい思いを大切に支援すること (3)
	患者・家族との関わりや表出される言葉の意味を大切にすること (3)

表2 指針の共通理解のための検討会における検討内容 ():要約数

検討内容	分類
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 (6)	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 (6)
人生の最終段階における医療処置の確認をする時期や方法に関する注意点や工夫 (4)	人生の最終段階における医療処置の確認をする時期や方法に関する注意点や工夫 (4)
意思決定や意向実現の際に患者・家族が安心感を得られる方法 (5)	意思決定や意向実現の際に患者・家族が安心感を得られる方法 (5)
患者の意向や思いを共有するための工夫 (9)	患者の意向や思いを共有するための工夫 (9)
人生の最終段階における医療処置の確認に関する医師の認識や医師からの説明による影響 (3)	人生の最終段階における医療処置の確認に関する医師の認識や医師からの説明による影響 (3)
人生の最終段階における医療処置に関する確認内容の言葉の難しさと説明後のフォローのしづらさ (3)	人生の最終段階における医療処置に関する確認内容の言葉の難しさと説明後のフォローのしづらさ (3)
“指針”という言葉の意味の理解のしづらさ (1)	“指針”という言葉の意味の理解のしづらさ (1)

表3 対象の概要

対象	事例1	事例2	事例3
年齢 / 性別	80歳代後半 / 女性	80歳代前半 / 女性	90歳代前半 / 女性
主疾患	癒着性ウイルス、感染性腸炎	腰椎ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症	運動器不安定症
入院目的	補液、絶飲食、胃管挿入	リハビリ	リハビリ
介護度	要支援1→要支援1	要支援1→要介護4	要支援1→要介護1
入院前→退院後			
認知症者・障害高齢者の日常生活自立度	I・A2	自立・A2	IIa・A2
入院期間	18日間	40日間	37日間
取組開始日 / 期間	4病日 / 15日間	3病日 / 38日間	14病日 / 24日間
生活場所	ケアハウス	自宅	自宅
家族構成	長女（別居・主介護者）	夫、孫（同居）、娘（別居）	長男夫婦（同居）

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

1) 高齢患者が意向表出しやすい人的・物的環境づくり
 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

2) 患者の意向や家族の思いの確認
 (1) 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
 (2) 患者が考えや思いに気づく機会や、意向表出できるタイミングに意向確認する等

3) 患者の苦痛を軽減するための症状マネジメント
 患者の苦痛をキャッチし、老化を踏まえて症状マネジメントを行い、医師と連携して苦痛を取り除く等

4) 患者が望む適切な医療を安心して受けられるような支援
 (1) 病名告知や病状・治療等の説明の際に、患者が理解できるよう努め、患者の伝えたいことが表現できるよう支援する等
 (2) 患者自身が考え行おうとしていることや患者が持っている力を重視し、できる限り患者が意思決定できるように努める等

5) 患者の人としての生活やその人らしさを大切にしたり関わり
 患者が今日生きていてよかった、人として大事にされていると思えるよう関わる等

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

1) 家族や関連職種、関連部署、関連施設との連携
 (1) 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
 (2) 退院後やその後の生活の場をイメージして継続的支援を行う

2) EOLケアに携わる援助者の能力の向上及び病院全体の風土づくり
 (1) EOLケアについて実際のケアにつなげられるよう学ぶ機会や、援助の振り返りを行う場を設けてケアの質向上を図る
 (2) 病院全体でよりよいEOLケアについて話し合える風土をつくる

図3 高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援の指針（一部抜粋）*下線部：実践後に追加された内容

経過について以下に述べる。本文中、自分らしく過ごせるよう支えたと解釈した支援は、文末に【図3の指針の中の項目番号】と示す。事例3への支援の過程の一部と、3事例通して整理された関連職種・関連施設の取り組みの過程の一部を以下に述べる。

(1) 事例3への支援

患者は高度の難聴でコミュニケーションがとりづらく、看護師は指針を活用しながら、チームで看護計画を立案し患者のペースに合わせて話を傾聴した【1. 1), 2. 1)】。退院後の心配事等を具体的に表現できない患者だったが、本を読むこと等、徐々に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ると【1. 2) 4)】「こんなにお世話になりこの恩義をどう返したらいいか。あのまま眠るような世に逝けていたら」「助かってくれて良かったと家族に言われそれだけでも良かった」と周囲への感謝と命が助かったことへの戸惑いを語り、受けた医療やケアに関する希望も語った。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だった。長男の妻に筆者が思いを尋ねると【1. 2) 5)】「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色々言われ辛い思いをしてきた」「本人が望む生活を支えていても結論が出せない立場に関わりも望まれていないと感じる」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ることが分かった。筆者は、一番身近で支える長男の妻を患者は頼りにしていること、患者と娘が共に過ごせる時間をつくる長男の妻の支援は患者の意向に沿っていると伝え【1. 2) 5), 2. 1)】長男の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が考える機会となった。今後予測される身体状況の説明やこれからの過ごし方を考える機会として、退院日に患者と長男の妻、主治医、受け持ち看護師が参加し病状説明を行った【1. 2) 4), 2. 1) 2)】。これまで把握した患者の意向は看護師が代弁し【1. 2) 4), 2. 1)】共有した。意思決定困難時の代諾者は長男夫婦であること、延命処置は希望しない意向を表出した。主治医から、どこでどのように生活したいか考えることや、意向を家族と共に考え伝えてお

くことが必要と説明され了解した。しかし、退院後、患者は説明を覚えておらず、長男の妻も「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」と語り、意向に応じたいと思う一方で、どうすべきか分からない家族の状況を捉えた。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 CF で CM に情報提供し、主治医や看護師等とも情報共有した【2. 1) 2)】。

(2) 3 事例通して整理された関連職種・関連施設の取り組み
事例 1 では、意向確認することに看護師が戸惑いを抱いたため、筆者がロールモデルとなって意向確認し、患者の反応を看護師にフィードバックした。指針が実践に活用しづらい様子から、筆者は指針の簡略版を作成し、振り返り CF ではそれを用いて、行った支援の意味づけや具体的な支援方法を提案した【2. 1) 2)】。これにより看護師は患者の思いや状況、具体的な支援方法が理解できた。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【1. 2)】。患者が順調に回復し、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 CF では専門職の介入が途切れる状況を見越し、家族と共に意向確認のプロセスを踏むことが必要という意見が出た【2. 1) 2)】。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と共通認識できた。事例 3 では前述したように、これからの過ごし方を話し合う機会を設けたが、退院後患者は覚えておらず、家族も患者の意向に応じたいと思う一方で、どうすべきか分からない状況であったため、多施設 CF 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と共通認識できた【2. 1) 2)】。また、事例 1 で「ひ孫のために編み物をしたい」、事例 2 で「夫よりも 1 日も長く生きなければいけない。夫を見送る役目がある」という意向を捉え CF で共有した【1. 2) 5)】。これにより意向表出を支えるには、誰かと共に生きている高齢患者の暮らしを捉えることが重要と共通認識できた。

事例 1 では多施設 CF で患者の思いと意向に応じる各職種の思いも共有した【2. 1) 2)】。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機会となった。事例 2, 3 では専門性の発揮を意識して支援した【2. 1)】。事例 2 では意思決定能力を見極めて話を聞く姿勢をもつことや、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支援が行え

た【2. 1)】。これにより、看護師は専門性を発揮し連携できると実感できた。

事例 1 の受け持ち看護師は、死に関する意向について、患者が落ち込むのではないかと思い、踏み込んで聞くことができなかつたと語った【2. 1) 2)】。振り返り CF では看護師が、意思表示可能な時に意向把握する必要があると語り、死に関する不安な気持ちの共有や目指す EOL ケアを共有できた【2. 1) 2)】。事例 2, 3 では、終末を意識した意向を中心に CF を行った【2. 1) 2)】。事例 3 の振り返り CF では看護師から、日々の CF を含む普通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 CF では勉強になったと CM が語った【2. 1) 2)】。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。

3. 取り組みの評価

1) A 病院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 病院看護師、外来 4 名、病棟 27 名と MSW2 名に配付し、19 名（回収率 70.4%）が回答した。感じ考えたことは<指針の活用は有効であった>等の 5 分類で、意識したことは<患者の意向や生活を中心に置きながら意向の実現に向けた支援を行う>等の 4 分類、コアメンバーの役割は<スタッフの意識や知識の向上を図る機会をつくった>等の 3 分類であった（表 4）。

2) 多施設 CF 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 CF 参加者 12 名（医師 3 名、CM3 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、生活相談員 1 名）に配付し、

表4 A病院スタッフによる評価 ():記述数

項目	分類
感じ考えたこと(19)	患者の思いや今後について意識して介入できた (2)
	指針の活用は有効であった (4)
	振り返りのカンファレンスが有効であった (2)
	意向把握や具体的な対応の難しさがある (5)
意識したこと (15)	患者と家族への支援が必要である (6)
	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 (4)
	患者の意向や生活を中心に置きながら意向の実現に向けた支援を行う (6)
	意識の共有や情報共有、カンファレンスの実施などチームで支援する (4)
コアメンバーの役割 (11)	専門性の発揮や他職種連携について指針を元に振り返る (1)
	自ら患者の意向の実現に向けた支援を実践した (6)
	スタッフの意識や知識の向上を図る機会をつくった (3)
	分からなかった (2)

7名（回収率 58.3%）が回答した。多施設 CF 等を通して感じ考えたことは<多職種連携の意義を感じた>等の4分類で、意識したことは<人生の終末に関する考えを確認すること>等の3分類、その他として<新たな気づきや学びの機会となった>等の2分類であった（表5）。

3) コアメンバーによる取り組みの評価

対象はコアメンバー5名全員で面接時間は17分～67分であった。スタッフの変化は<組織全体で指針に基づいて支援を実践したことで意識が変化した>等の6分類、自身の変化は<患者の意向の実現に向けた援助の意味や大切にすべきことが分かった>等の6分類、関連職種・施設の変化は<患者が自分らしく過ごすための支援を医師が実践するようになった>等の5分類であった（表6）。

表5 多施設カンファレンス参加者による評価

():記述数

項目	分類
感じ考えたこと(10)	患者・家族の状況や思いを理解できた (2)
	患者の意思に寄り添う支援について日頃の関わりを振り返ることができた (2)
	日頃のEOLケアで大切にすべきことが見出された (2)
	多職種連携の意義を感じた (4)
意識したこと (7)	人生の終末に関する考えを確認すること (2)
	望む過ごし方を実現できるよう支援すること (3)
	家族も援助の対象として支援すること (2)
その他 (5)	新たな気づきや学びの機会となった (4)
	カンファレンス開催方法の提案 (1)

表6 コアメンバーによる評価

():要約数

項目	分類
スタッフの変化 (40)	チームで支援できるようになった (15)
	高齢患者が自分らしく過ごせるよう支援できるようになった (8)
	高齢者のEOLケアやACPの理解や意識ができた (5)
	組織全体で指針に基づいて支援を実践したことで意識が変化した (5)
	事例を通して患者の意向を知ることができた (3)
自身の变化 (56)	事例を通して支援方法が理解できた (4)
	看護師と他職種の状況や考えが分かった (16)
	多職種と協力して取り組むことができた (6)
	患者の意向確認や共有ができた (9)
	患者の意向の実現に向けた援助の意味や大切にすべきことが分かった (7)
関連職種・施設の変化 (12)	リーダーとして推進することができた (11)
	新たな課題を見出すことができた (7)
	患者が自分らしく過ごすための支援を医師が実践するようになった (4)
	医師が患者・家族と話し合うようになり看護師の意識も高まった (3)
	在宅の関連職種と支援の振り返りの機会を設けるようになった (2)
関連職種・施設の変化 (12)	関連職種・施設がEOLケアに関する知識・技術の向上に努めるようになった (2)
	リーダーの成長により自施設の組織の成長につながった (1)

V. 考察

1. 高齢患者が自分らしく過ごすために必要な支援

指針に基づいた支援の実施・評価の結果から、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。

1) 意向把握する姿勢をもって関わる

看護師は日々の関わりにおいて、指針1. 1) のように意向把握する姿勢で関わることで意向が把握できた。一見細やかな意向も丁寧に捉えることで、この先の過ごし方に関する意向が把握できる。一方、事例3のように難聴や理解力の低下があると、家族に意思決定を任せ、自身の意向を表出することを諦めることがある。援助者は、高齢患者が理解しやすいよう支援するとともに、日々の暮らしで抱く意向を言語的・非言語的サインで表出しやすいよう、共感的態度で傾聴し、意向把握する姿勢をもって関わる必要があると考える。

2) 心身の苦痛を取り除く

3事例とも支援を行う時には病状が安定していた。誰も苦痛がある時は、先を見通せずこれからのことに考えが及ばない。そのため、疾患や老化に伴う心身の苦痛が高齢患者にある場合は、先のことを考えられるよう、指針1. 3) のように苦痛を取り除くことが重要と考える。

3) 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

指針1. 2) 4) の支援により、事例3は状態が悪化し最期を意識したことや、病の経験から自分なりに望む医療やケアについて語ることができた。援助者は、高齢患者がこれまでの病の体験から感じ考えたことを言語化できるよう尋ね、医療やケアに対する自身の意向に気づく機会をつくることが重要と考える。

4) 誰かと共に生きている高齢患者の暮らしを捉える

指針1. 2) 5) の支援により、事例2の「夫を見送る役目がある」や事例1の「ひ孫のために編み物をしたい」という意向を捉えた。老性変化や疾患による身体・認知機能の低下を感じつつも、誰かのために生きる、誰かのために頑張ることが高齢患者の生きがいや生きる意味となると考えた。高橋ら(2014)は、人は自分一人のためだけに生きているのではなく親しい人のためにも生きているのであり、このような情報は終末期医療の決定の重要な根拠であると述べている。長い人生を家族等と支え合い過ごしてきた高齢患者にとって、誰かのために生きる等の生きがいや役割が生きる意味や目的となることに価値を置き支援することが重要と

考える。

- 5) 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

事例3の長男の妻に対し指針1. 2) 5) の支援を行ったことで、家族員それぞれの思いや立場、役割、関係性がある中でも、これからの過ごし方について家族員が考える機会をもつことができた。これまで、そしてこれから高齢患者と共に歩み、生きる存在である家族が、お互いの役割や存在意義をどのように持って過ごすか、考え気づく機会を援助者がつくる必要があると考える。

- 6) 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

事例2のように回復に伴い専門職の介入が不要となったり、事例3のようにこれからの過ごし方を話し合う場を設けても患者や家族が忘れていたり、家族が患者の意向に応じたいと思ってもどうすべきか分からないことがある。援助者は、指針2. 1) 2) の支援のように、高齢者本人を中心に家族や援助者がチームとなって意向実現のプロセスを共に辿り、どのような価値観から意向が形成されたか把握しながら支援し続ける必要があると考える。

- 7) 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

指針2. 1) 2) のように、事例1の多施設CFで患者の意向を中心に話し合ったことで各職種の思いが共有でき、役割の再認識や連携のあり方が見直された。事例2では看護師が専門性を発揮し継続的に支援できた。援助者が高齢者の意向を中心に支援の実践や振り返りを重ねることは、専門性の発揮に繋がり、患者の意向が実現されると考える。援助者は高齢者の背景や現在の状況、これからの生活に目を向け、各職種・施設に求められる役割を果たし、人として当たり前の生活を最期まで支える必要があると考える。

- 8) 高齢者に関わる人々が“生と死”の考えを深める

事例1では、看護師が死に関する患者の意向について踏み込めなかったが、振り返りCFで看護師の不安な気持ちの共有や目指すEOLケアを共有したことで、事例2, 3では終末を意識した意向を中心に支援することができた。指針2. 2) のようにEOLを意識してCFを行うことは、援助者が高齢患者の“死”を考えることとなり、援助者のEOLケアへの関心の高まりや能力向上を図ることができたと考える。生活の延長線上にある“死”を見据え、残された

時間をどう生きるかという“生”を考える機会をもつことが必要であると考えた。

2. 組織全体で指針に基づいて支援を実践することの有用性

- 1) 援助者のEOLケアに関する意識が向上し意向を汲み取る姿勢がもてる

学習会や事例を重ねたことで、事例3では看護計画の立案や患者の状況、ペースにあわせた傾聴ができた。取り組み後、A病院スタッフは「指針の活用は有効であった」とやコアメンバーの役割について「スタッフの意識や知識の向上を図る機会をつくった」とあり、コアメンバーはスタッフの変化について「組織全体で指針に基づいて支援を実践したことで意識が変化した」とあった。これらから、意向把握する姿勢をもつ必要があるという課題1に対し、支援の目指すべき方向を示す現場考案の指針と援助者の共通理解、そして推進者が推進しながら指針に基づいた実践と振り返りを重ねることで、高齢者のEOLケアに関する意識の向上や意向を汲み取る姿勢がもてたと考える。

- 2) 高齢者の自立性や自律性に着目し継続的な支援が行える

事例2では家族と共に意向確認のプロセスを踏むことや、高齢者の自立度、思いに応じた関わりの重要性を援助者間で共通認識できた。取り組み後、多施設CF参加者は「高齢患者の生い立ちや人生経験、価値観等を捉え、深くアセスメントするようにしている」とあった。意向表出できるタイミングで意向確認するという課題2や、高齢患者の意思決定を支えるという課題4、人として当たり前の生活を保障するという課題5に対し、学習会や指針に基づいた支援の実践や振り返りによって、援助者は高齢者の人として当たり前の生活や自立性・自律性に気づき、それらに着目した支援を模索するようになったと考える。

- 3) 多職種が専門性を発揮しながらチームで支援を行う意味を認識できる

事例1では多施設CFで患者の意向を中心に、多職種がお互いの考えを共有し、各職種の専門性の再認識や連携のあり方の見直しが見直しができた。さらに、事例3では主治医と看護師が、患者・家族と今後の過ごし方について話し合う場を設け支援できた。取り組み後、多施設CF参加者は「多職種連携の意義を感じた」とあり、関連職種・施設間連携が行われるようになった。その人らしい生活を支えるという継続的な視点を関連職種がもち連携するという課題6に

対し、患者の意向を中心に多職種・多施設間で話し合いを重ねることで、全ての援助者がチームで専門性を発揮しながら支援する重要性や意味を実感でき、高齢者がどこで暮らしていても自分らしく過ごすための支援を提供できると考える。

4) 高齢者の EOL ケアに関する援助者の能力向上や意識の向上の必要性が認識できる

事例1で看護師は意向を捉えることに戸惑ったが、ロールモデルの存在や指針を用いた支援の振り返りにより、次の事例では受け持ち看護師が支援を実施できた。取り組み後、A病院スタッフは「指針の活用は有効であった」、多施設CF参加者は「新たな気づきや学びの機会となった」、コアメンバーは「患者の意向の実現に向けた援助の意味や大切にすべきことが分かった」とあった。EOLケアに関するスタッフの資質向上が必要という課題7に対し、学習会や検討会だけでなく、現場で考案した指針に基づき支援を振り返り、チームとして実践と改善を重ねることで、新たな課題を見出したり改善策を考えることができ、援助者の能力向上や意識の向上に繋がったと考える。

3. 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尊重すること

高齢者は事例3のように難聴で理解に時間がかかるため、援助者は高齢者の理解度に応じた対応や、意向確認のタイミングを見極める等、高齢者特有のコミュニケーションに応じながら意向確認する必要がある。また、事例3で患者と家族に対し、今後予測される身体状況の説明やこれからの過ごし方を考える機会を設けたことで、患者の意思決定を支えることができ、さらには援助者が継続的に支援する必要性を認識できた。予後予測が困難な高齢者だからこそ、援助者はこれから起こりうることを高齢者と家族に情報提供し、意思決定できる時期から考えられるようにする必要があると考える。野口(2016)は、高齢者が人生を終えるにあたって、人生を生きるためには、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」視点が大切と述べている。これまで自立・自律して生きてきた高齢者だからこそ、今できることを探り高齢者が抱く価値観を早期から捉え、人としての尊厳を守ることが重要と考える。

2) 誰かと共に生きている高齢者の暮らしや人生に焦点をおくこと

事例1の「ひ孫のために編み物をしたい」という意向のように、高齢者の意向には「誰かのために」という思いが多く含まれた。長い年月共に生きてきた家族との暮らしで大切にしてきたことを捉えることは、生きがいや生きる意味を捉えることに繋がる。また、事例3の長男の妻が「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」と語ったように、家族は高齢者の意向に応じたいと思う一方、どうすべきか分からないこともある。援助者は、誰かと共に生きる高齢者の生きがいや生きる意味を捉え支えると同時に、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。高齢者の暮らしや人生に焦点をあてながら、家族等と共に意向を実現し、高齢者が自分らしく生きる姿を共に生きる人に示せるよう支えることが重要と考える。

3) “生と死”について考え続けること

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、それに基づいて意思決定すると考える。援助者は高齢者が思いや意向を表出できる場を設ける必要がある。事例1では看護師が死に関する患者の意向に踏み込めないこともあったが、事例を重ねたことでその後は終末を意識した意向を中心に支援できた。また、学習会で「日々の関わりにおいてEOLケアを意識して実践すること」を理解し、その後、支援の実践と振り返りを重ねたことで「日頃のEOLケアで大切にすべきことが見出された」と多職種CF参加者が評価しており、支援の実践と振り返りによって援助者のEOLの理解が深まった。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ん焦点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。このことから、高齢者への関わりを通し“生と死”を考え振り返り、次の実践につなげることを繰り返しながら、援助者自身の死生観を育み続けることが重要と考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は令和元年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科博士論文の一部を加筆・修正したものである。

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 彦聖美, 田島祐佳. (2011). 高齢者が捉える生と死に関する文献検討. ホスピスケアと在宅ケア, 19(1), 42-49.
- 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. (2018). 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解説編. 2021-11-30. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>
- 長江弘子. (2018). 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)(p.4). 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.
- 高橋方子, 布施淳子. (2014). 在宅療養高齢者の終末期医療における意思把握に関する研究 訪問看護師が意思把握に必要なコア情報の特定. 日本看護研究学会雑誌, 37(1), 49-60.
- 宇佐美利佳. (2021). 人生の終末を生きる高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方の検討—高齢患者への支援の課題の明確化と支援指針の考案—. 岐阜県立看護大学紀要, 21(1), 73-85.
- 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.

(受稿日 令和3年8月25日)

(採用日 令和4年1月 5日)

**Examining the Support for Elderly Patients Living at the End of Their Lives
in a Way that Suits Them
—Practice and Evaluation of Support based on the Guidelines for Helping Elderly
Patients to Live Their Own Lives—**

Rika Usami

Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

Abstract

This study aimed to implement organization-wide support to elderly patients, based on the guidelines for end-of-life care, live their own lives. Further, it examined how to support elderly patients to live their lives to the fullest.

In implementing support using the “Guidelines for Continuous Support for Elderly Patients to Live Their Own Lives (after this referred to as the ‘Guidelines’),” which I devised in a previous study, a study session was held first to raise awareness and share knowledge among related professions. Next, we practiced support based on the guidelines for three elderly inpatients and conducted post-discharge interviews and review conferences with the patients to evaluate our support. Finally, a questionnaire survey of related professions and an interview of the lead nurse were conducted to evaluate the efforts.

By considering the significance and methods of providing support for the realization of patients’ intentions in a multi-professional, multi-facility environment, and by accumulating the case studies, the caregivers were able to capture the preferences of elderly patients related to the end of life in their daily interactions and continue to provide support for their realization. Additionally, the results revealed the importance of capturing and supporting the meaning and purpose of life as perceived by the elderly themselves.

These efforts increased the understanding and awareness of the end-of-life care of the elderly among caregivers. Further, they created a culture of continuous support for elderly patients to live their lives to the fullest in a multi-professional and multi-facility environment.

The results of the support practices based on the guidelines showed that for elderly patients to live their own lives, it is necessary for caregivers to “engage with them with an attitude of understanding their intentions,” “remove their physical and mental pain,” “engage with them so that they can verbalize their thoughts and ideas about their past experiences of illness,” and “understand the lives of elderly patients who are living with someone else.”

We believe that providing organization-wide support based on the guidelines will lead to increased awareness and competence among caregivers and enable them to provide continuous support to elderly patients to live their lives to the fullest.

We believe that it is essential “to understand and respect the characteristics and thoughts of the elderly.” Further, “to focus on the lives of the elderly who are living together with others,” and “to keep thinking about life and death.”

Key words: elderly, end-of-life care, advance care planning, desire, cooperation