

〔原著〕

## 人生の終末を生きる高齢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—

宇佐美 利佳

### Examining the Support for Elderly Patients Living at the End of Their Lives in a Way that Suits Them —Clarifying Issues and Devising Guidelines—

Rika Usami

#### 要旨

本研究では、人生の終末を生きる高齢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で考案する。そして支援の課題の特質や支援指針の意義を検討することを目的とする。

入退院を繰り返す高齢外来患者の面接調査と病棟・外来看護師の質問紙調査から、支援の課題を整理した。高齢患者のエンド・オブ・ライフケア（以下、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の面接調査から、課題解決に向けた指針を考案する資料を得た。病院のリーダー看護師と筆者は検討を重ね、指針を作成した。

高齢患者は「自分なりに自分の状況を受け止めながら生活している」等感じていた。看護師は「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」等支援の難しさを感じ、継続的支援として「思いをゆっくり傾聴するための時間を確保する」等行えると良いと考えていた。老人看護専門看護師が考える支援は「意向確認に必要な環境や看護師の姿勢」等、7つに整理された。課題は「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」等、7つ見出された。これらを共有し検討した結果、指針として【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】を挙げた。

高齢者のEOL ケアの意義を認識しづらい等の課題の特質があると考えた。指針は、意向表出を阻害する苦痛除去により、意向表出できるタイミングで援助者に伝えることができ、高齢患者と家族が意向の実現に向けた支援が受けられると考える。高齢患者に関わる全ての援助者が本人の思いを中心に話し合うことで、同じ方向性で支援でき、EOL ケアについて援助者間で話し合う風土ができることで、援助者の意識の高まりや能力向上につながると考える。

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

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。

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。

筆者が先行研究（宇佐美ら，2018）で取り組んだA病院は高齢患者が多く、意向を十分確認できないまま最期を迎えることに対し、患者が望む最期だったのか看護師はジレンマを抱いていた。先行研究で明らかになった最期までの過ごし方に関する意向の実現に向けた援助について、A病院の病棟看護師は残された時間を高齢者が望むように過ごす上で意義があると考え、高齢者との深く入り込んだ対話に抵抗感を抱いたり、チームでの継続的な支援が不十分と感じていた。また、吉岡（2015）は死を間近に感じてからではなく、外来への通院時、短期間の入院の際にもあらゆる場面で高齢者の話に耳を傾けることから始めることが必要であると指摘しており、継続的な意向把握が必要である。しかし、A病院の外来看護師はその必要性を感じていない現状があった。高齢者が暮らしの中で生老病死を意識した時、今後の過ごし方を考える機会をもつには、援助者が意向把握の必要性を認識することが重要と考える。支援の必要性を感じていない外来看護師と、支援の必要性を感じている病棟看護師と共に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を明確にして共有す

ること、さらに課題解決策を見出し実践することで継続的支援の必要性の認識に繋がり、入院中から退院後の通院まで切れ目ない支援を行えるようになることを考える。

そこで本研究では、人生の終末を生きる高齢者が最後まで生への主体性と個性を保持できるよう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。それらを通して支援の課題の特質や支援指針の意義を検討することを目的とする。

本研究は博士論文「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、指針に基づいた実践的取り組み、支援のあり方の検討で構成される。フィールドとなるA病院において筆者は研修生として取り組んだ。本研究は上記の現状分析と課題の明確化及び指針考案である。

## 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のかという考えや様々な事に対し感じている思いの事とする。

## III. 研究方法

### 1. A病院における取り組み体制

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。

## 2. 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

対象は2018年8月～9月に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歳以上の患者の内、面接調査が可能な5名である。

データ収集方法は筆者が対象の外来受診時に半構造化面接調査を行う。主な内容は日々の生活や生活に望むこと等である。対象の承諾を得て録音し逐語録を作成する。

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、意味内容が類似するものを分類整理して分類名をつける。

## 3. A病院の外来・病棟、地域連携室の支援の現状把握

対象は2018年7月にA病院に所属する外来及び病棟看護師、地域連携室スタッフ（医療ソーシャルワーカー（以下、MSW））の内、研究協力が同意が得られる者である。

データ収集方法は自記式質問紙調査である。対象に目的・方法を説明後、質問紙を配布し設置した回収袋にて回収する。調査項目は、①日々の関わりの中で高齢患者が自分らしく過ごせるよう継続的に支援することが難しいと感じることや不安に感じる事、②継続的支援として行えるとよいことである。

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。意味内容や類似するものを分類整理し分類名をつける。

## 4. 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

対象は高齢患者の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（以下、CNS）等の内、研究協力が同意が得られる者である。

データ収集方法は筆者が対象に半構造化面接調査を行う。主な内容は高齢者の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である。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2018年7月～9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、意味内容が類似するものを分類整理して分類名をつける。

## 5. 高齢患者が自分らしく過ごすための支援の課題の明確化と支援の指針考案

「A病院の外来患者の経験や思いの現状」の大分類と、A病院の看護師等の「継続的な支援を行うことに難しさや不安に感じる事」の大分類、「継続的支援として行えると良いこと」の分類の中で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。

次にCNSの「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」の大分類とA病院の看護師等の「継続的支援として行えると良いこと」の分類を課題ごとに整理して、それぞれの分類の要約を参考にしながら筆者が指針の素案を考案する。

A病院の研究協力者であ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う。話し合い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を作成する。検討内容は同意を得た上で録音し逐語録を作成しデータとする。話し合いの時期ごとに逐語録を熟読し意味を損なわないよう文脈単位で要約する。課題ごとに指針として必要な内容の要約を整理する。データ収集期間は2018年10月～11月である。

なお、上記2～5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。

## 6. 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、個人情報の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）。

## IV. 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

#### 1) 対象の概要

対象は70歳代～90歳代の計5名であった（表1）。

表1 対象の概要

対象	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏
年齢/性別	80歳代後半/女性	90歳代前半/男性	70歳代後半/男性	70歳代後半/男性	80歳代後半/女性
疾患	糖尿病、アルツハイマー型認知症等	うっ血性心不全、腹部大動脈瘤等	血管内大細胞型細胞性リンパ腫等	多発性骨髄腫、アルツハイマー型認知症等	パーキンソン病等
介護度/入院回数	要支援2/3回	要介護3/10回	要介護2/4回	要介護2/2回	要支援2/2回
面接時間	56分	34分	30分	42分	25分
生活場所	ケアハウス	ケアハウス	自宅	自宅	自宅

表2 A病院に外来通院する高齢患者の経験や思いの現状(要約101データ)

( ): 要約数

大分類	中分類
自分なりに自分の状況を受け止めながら生活している(28)	苦痛なく自分なりに生活できていることに満足している(3)
	老性変化や状態の変化に不安や驚きを抱いたり、それらを理解し、受けとめている気持ちもある(17)
	体調が悪い時には今後の見通しが立たず生きがいも持てないが、良くなってくると自分でやろうと前を向けるようになってくる(8)
疾患や症状、医療についての理解や対応が難しい(16)	病気や必要な医療についての説明を理解することが難しい(6)
	疾患や症状に対して自分なりに対応しようと思う一方で、対応が難しいことがある(8)
	専門的な内容の話の際に抱く不安や、先が見えずわからない気持ちを相談したいが、相談できない(2)
自分なりに自律して対応できることもある(10)	医師からの告知や言葉によりショックを受けることもあれば、前向きになることもある(3)
	先を見越して自分なりに行っていることがある(4)
	これまでの人生において誇りに思うことがある(3)
少しでも自立して、人として当たり前の生活をしたい(38)	自由に生活したり、家族をはじめとした他者との関わりの中で、人として当たり前の生活をしたい(10)
	それぞれ思い描いていた家族との生活や、これから残していく家族への思いがある(2)
	寝たきり状態を回避したり、苦痛を軽減したい(5)
	家族などに迷惑をかけないようにするため、少しでも自立して生活していきたい(11)
	家族をはじめとした介護提供者を頼りにして生活できていると感じている(4)
	看護師に病状の変化に対応してもらえたり、相談できると安心できる(4)
	今は看護師に迷惑をかけていないと思う(1)
病院でおいしい食事を提供してもらえてよかった(1)	
自分なりに満足のいく生活を送ることができていない(9)	自身の状態に関するあきらめや無力感、家族に対する引け目を感じている(4)
	自宅での生活において、家族に気を遣ったり、家族が心配したりするため、生活のしづらさや納得できないことが生じることがある(5)

2) A病院に外来通院する高齢患者の経験や思いの現状

高齢患者の経験や思いの現状は、発言内容の要約101データから53小分類が得られ、さらに類似性に従い19中分類、5大分類(本文中は【 】で示す)に整理された(表2)。

【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5つに分類された。

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。

1) 継続的な支援を行うことに難しさや不安に感じること  
調査項目①「日々の関わりの中で高齢患者が自分らしく過ごせるよう継続的に支援することが難しいと感じることや不安に感じることに」29名(96.7%)が回答し、記述内容の要約70データから36小分類、8大分類(本文中は〔 〕で示す)に整理された(表3)。

【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〕等の8つに分類された。

2) 継続的支援として行えると良いこと

調査項目②「継続的支援として行えるとよいこと」に30名(100%)が回答し、記述内容の要約38データから14分類(本文中は《 》で示す)に整理された(表4)。

《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14に分類された。

3. 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

1) 対象の概要

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(表5)。

表3 継続的な支援を行うことに難しさや不安に感じること (記述数 70) ( ): 記述数

大分類	小分類
具体的な介入が難しい (11)	家族が高齢患者の終末を十分に受け入れて考えることができていない時がある (1)
	具体的にどのタイミングで、どのように聴けばよいか難しく感じる (1)
	限られた短い時間の中で高齢患者の意向を把握しきれない (2)
	時間が限られているため、自分らしく過ごせるような関わりが十分にできていない (4)
	短い入院期間で意向を確認し、実現するにはマンパワー不足や制度上の限界がある (1)
	外来では一人一人にかかる時間が短く、関わる看護師も異なるため、意向に対して満足できる援助が行えているか考えることがある (1)
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 (4)	介護者の負担等がある (1)
	自分らしく過ごせる病状でない場合がある (1)
	高齢患者との意思疎通の難しさがある (1)
	何を望むかわからない (1)
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 (19)	食べることを拒否する (1)
	高齢患者の意向ではなく家族の意向が優先されることが多い (4)
	家族の自己満足になっていることが多い (1)
	高齢患者と家族または家族間の意向が異なっていることがある (7)
	高齢患者と家族または家族間で意向が異なる時の介入が難しい (3)
意思表示が難しい患者は意向確認が難しい (9)	患者の状態や希望する生活の場の状況によって、今後の生活の場の検討が困難となることもある (3)
	医師の病状説明の仕方で変わる (1)
	高齢患者の意思表示が難しい場合の代理意思決定が本人の本心かわからない (1)
	意向を確認できる高齢患者が少ない (1)
患者の個別性に応じた援助を行うことが難しい (6)	意向を確認できない (2)
	意思表示できない高齢患者や意思疎通が難しい高齢患者の意向確認が難しい (5)
	高齢患者の個別性のある援助を見出すことが難しい (2)
チームで継続的な視点を持って介入することができていない (8)	病院では治療中心となるところがあるため、高齢患者の意向に沿うことに限界がある (3)
	家族がそばにいない等の環境だと支援が難しい (1)
	情報共有ができていない (1)
	外来は患者にじっくり関われず、カルテからの情報収集とスタッフ間での情報共有のみで不十分と感じる (1)
高齢患者に行っている援助が適切かわからない (9)	他部署との連携が十分にできておらず、継続的に援助できてないことがある (3)
	退院支援をする際、その人らしい生活を支えるという継続的な視点が十分ではない (3)
	高齢患者の思いや望んでいることを十分に捉えられているか不安に思うことがある (2)
	行っている看護が高齢患者の終末期にどのような影響を与えているか (1)
	嚥下が悪い高齢患者の食事への介入等に色々限界を感じることもある (1)
人生の終末に関する意向を実現するために必要な能力が十分ではないと感じる (4)	意向が全て把握できず、援助が適切であったかわからない (3)
	高齢患者の状況に応じて継続的に支援する中で、適切に援助することができたのだろうか考えることがある (2)
	終末期の意向を把握することや援助することが難しい (1)
	高齢患者と家族の思いに寄り添って関わることができていない (2)
	コミュニケーション能力が不足している (1)

表4 継続的支援として行えると良いこと (記述数 38) ( ): 記述数

分類	要約 (一部抜粋)
思いをゆっくり傾聴するための時間を確保する (1)	思いをゆっくり傾聴するための時間が必要。
高齢患者や家族の意向把握やアセスメントをきちんと行う (1)	高齢患者や家族の意向の把握やアセスメントをきちんと行う。
話を傾聴し、高齢患者の思いを汲み取る (2)	話を傾聴し高齢患者の思いを汲み取る。 看護の原点である傾聴をし、そこから見出していく。
家族も含めて支援していけるようにする (2)	家族とのつながり。
相談できる窓口を明確にする (1)	いつも相談できる窓口を明確にする。
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 (1)	今までの生活パターンや職業歴、趣味、嗜好等をケアの中に取り入れる。
高齢患者や家族の「したいこと」や「できること」等の意向が実現できるよう援助する (9)	高齢患者の「したいこと」が行えるよう支援する。 できることは自分でできるよう援助する。
排泄や清潔に関する援助を行う (1)	排泄援助、清潔援助。
住み慣れた環境に戻れるように支援したり、住み慣れた環境に近い環境となるよう整える (4)	住み慣れた自宅に戻る。 より在宅に近い環境に整える。
情報共有やケアの検討などにより多職種連携を図ってケアを行う (6)	病棟、外来、地域連携室、リハビリ、訪問看護等、高齢患者の生活を多方面から援助できるよう、カンファレンスを通して情報交換する。
在宅での生活をイメージしながら関連職種と連携を図る (2)	入院中から在宅生活をイメージして、ケアマネジャー等と密な連携を図る。
日々の生活で利用できるサービスの調整や支援を行う (3)	生活環境を変えることなく、家族や訪問看護等のサービスが介護に携わる。
日々の生活で利用できるサービスの調整や地域住民との連携を図る等の支援を行う (2)	他職種、地域住民等との連携。
スタッフの技術向上や知識の習得等、資質向上を図る (3)	コミュニケーションの取り方や看護技術の向上。

表5 対象の概要

対象	A氏	B氏	C氏	D氏
職種	老人看護専門看護師	(特定行為に係る)看護師	老人看護専門看護師	老人看護専門看護師
所属施設	高齢者の急性期・回復期を支援する病院		地域医療支援病院	医療・介護療養型病院
病床数	約300床		約400床	約300床
面接時間	46分	51分	67分	68分

表6 老人看護専門看護師等が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

大分類	中分類
意向確認に必要な環境や看護師の姿勢	人生の終末における意向確認のために話を聴く際に話しやすい空間を作ること
	意向表出のタイミングを図ることや、高齢患者に応じたコミュニケーションスキルを身につけること
	看護師がEOLケアに必要な姿勢や能力をもつこと
意向確認に向けた具体的な介入	医師や看護師が高齢患者や家族にEOLに関する説明や話をする
	人生の終末の過ごし方についての意向は、患者や家族の理解度や必要性を感じている時等に応じて確認すること
	患者の意思決定や意向表出できるように支援すること
	外来において工夫しながらEOLケアを行うこと
症状マネジメント	患者の苦痛をキャッチし症状マネジメントすること
意思決定支援	家族に患者の思いや意向が伝わるようにしたり、一緒に悩んだりして丁寧に関わる
	人生の終末にある患者の代理意思決定者である家族の意思決定を支援すること
	最期までの生き方について高齢者本人の意向を中心にするため患者や家族にアプローチすること
その人らしさや人としての生活を大切にしたい関わり	少しでも自力で日常生活動作が行えるよう介入すること
	高齢者の思いに寄り添い、人として大事にされていると感じられるように関わる
	迷惑をかけたくないという高齢者の気持ちを理解して、その人らしさを考える
	高齢者に影響を与えてきた文化について情報収集すること
患者の思いやその人らしい生活を考えた継続的支援	EOLケアを継続的に行うために患者の思いや意向などを記録していくこと
	同職種や多職種間で患者・家族の思いを情報共有すること
	EOLケアを継続的に行う意識を持ってその人らしい生活を考えた支援を行うこと
EOLケアに携わる者の資質向上	EOLケアの実践の質向上を図るための教育の場面や機会を設けること
	EOLケアや認知症患者へのケアについて十分に理解すること
	医師を含めたチームで話し合いをしていくこと
	看護師がEOLケアに関する意識を持ち続けられるようにすること

2) 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

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、発言内容の要約115データから59小分類が得られ、さらに類似性に従い22中分類、7大分類(本文中はく)で示す)に整理された(表6)。

〈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7つに分類された。

#### 4. 高齢患者が自分らしく過ごすための継続的支援の指針の考案

##### 1) 課題の明確化

支援の課題は7つ見出され、そのプロセスは図1に示す。看護師は《思いをゆっくり傾聴するための時間を確保する》等行うと良いと考えており『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』が見出された。

看護師の[具体的な介入が難しい]という思い等から『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援、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』が見出された。

看護師の[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]という意見から『課題3 高齢患者の状態が、意向を捉えづらく、自分らしく過ごせる病状ではない場合がある』が見出された。

外来患者の【疾患や症状、医療についての理解や対応が難しい】現状等から『課題4 高齢患者の相談相手やフォローしてくれる存在が必要となる。また、高齢患者も先を見越して自分なりに行っていることもあるため、それらを踏まえた意思決定支援が必要となる』が見出された。

外来患者の【少しでも自立して、人として当たり前の生活をしたい】現状等から『課題5 意思表示の可否に限らず患者の思いを汲み取ることや、患者のこれまでの生活などを捉えてケアに取り入れていく必要がある。さらに、高齢患者の人として当たり前の生活を保障し、患者や家族の意向が実現できるよう援助していく必要がある』が見出さ

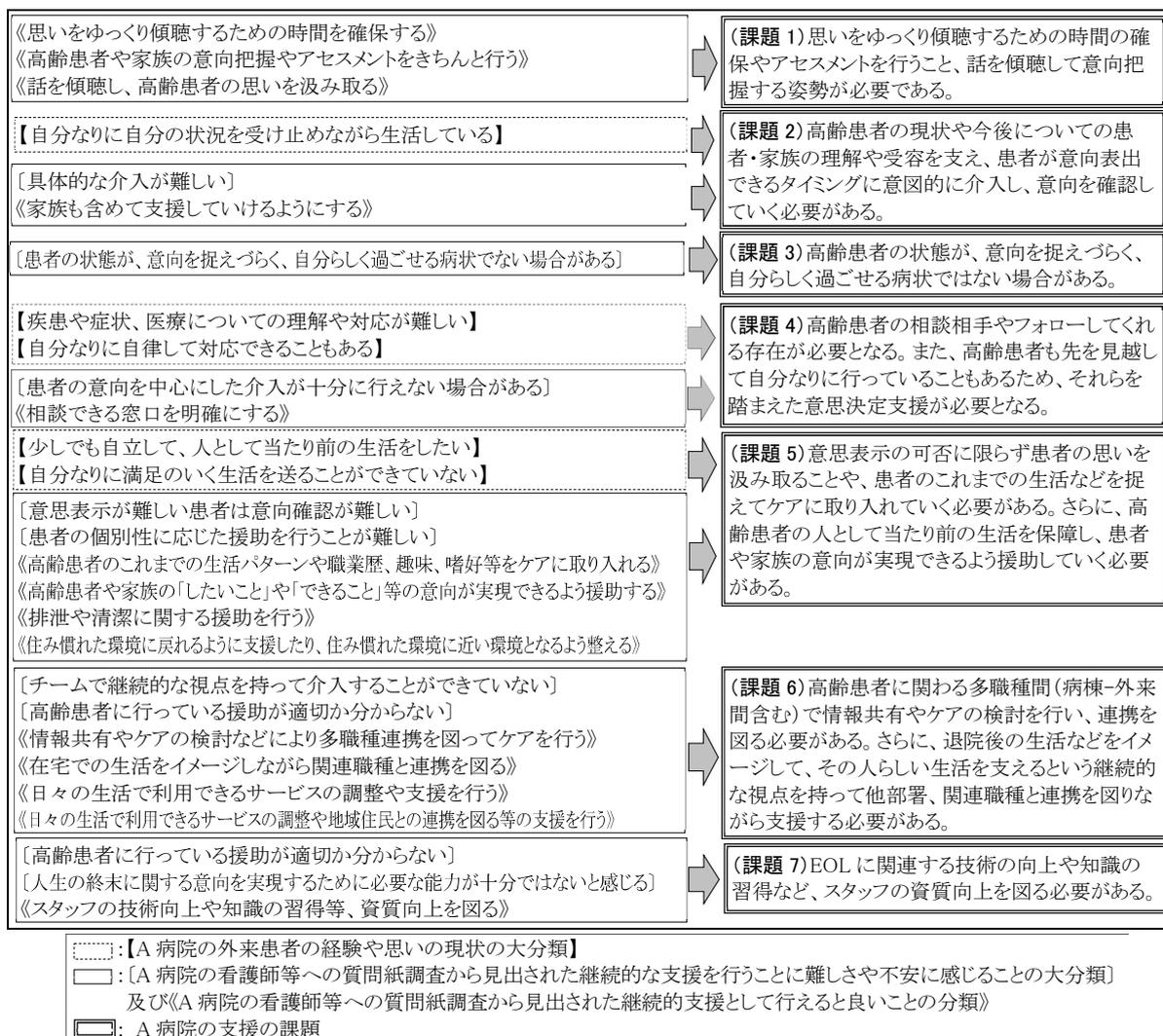


図1 A病院の高齢患者への支援の課題を見出したプロセス

れた。

看護師の《情報共有やケアの検討などにより多職種連携を図ってケアを行う》と良い等の思いから『課題6 高齢患者に関わる多職種間(病棟-外来間含む)で情報共有やケアの検討を行い、連携を図る必要がある。さらに、退院後の生活などをイメージして、その人らしい生活を支えるという継続的な視点を持って他部署、関連職種と連携を図りながら支援する必要がある』が見出された。

看護師の《スタッフの技術向上や知識の習得等、資質向上を図る》と良いという思い等から『課題7 EOLに関連する技術の向上や知識の習得など、スタッフの資質向上を図る必要がある』が見出された。

2) 指針考案の過程

筆者は指針の素案として課題ごとに内容を整理した。コアメンバー5名と筆者は4回話し合い、現状と課題を共有

し指針を考案した。その経過の概要は表7に示す。[ ]は素案の項目、<>は素案を修正した指針の下位項目を示す。

筆者は看護師の《思いをゆっくり傾聴するための時間を確保する》という考えやCNSの「意向表出のタイミングを図ることや、高齢患者に応じたコミュニケーションスキルを身につけること」が必要等の語りから「意向確認の環境づくり/看護師の聴く姿勢」を課題1に対する指針の素案とした。第1回話し合いでは患者への関心の持ち方が重要であることや意向確認のタイミングの見極めが難しいが必要であること、第4回では意思表示が困難な患者も非言語的サインから意思を汲み取る必要があることを共通認識し、意向把握する姿勢の持ち方を強化するよう指針として<人的・物的環境づくり>を挙げた。

筆者はCNSの「人生の終末の過ごし方についての意向は、患者や家族の理解度や必要性を感じている時等に応じて確

認すること)が必要等の語りから「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」を課題2に対する素案とした。第2回話し合いでは意向確認のタイミングの見極めや具体的介入方法が示されていないと実践しづらいため、患者の状態を段階に分けた意向確認のタイミングや方法例を示すとよいと意見があった。第3回では患者・家族が終末に関する意向を考えられるよう説明する必要があると意見があった。また第4回には延命処置等の意向確認の際のフォロー体制を整える必要があると意見があった。これらから、適切なタイミングを見極めて意向を確認する等、具体的な意向確認の方法を示すよう指針として「患者の意向や家族の思いの確認」を挙げた。

筆者はCNSの「患者の苦痛をキャッチし症状マネジメントすること」が必要という語りから「症状マネジメント」を課題3に対する素案とした。第1回話し合いでは予後予測の困難さや症状マネジメントが不十分な現状があるが、症状マネジメントが必要であると共通認識したことから強化するよう指針として「患者の苦痛を軽減するための症状マネジメント」を挙げた。

筆者はCNSの「最期までの生き方について高齢者本人の意向を中心にするため患者や家族にアプローチすること」が必要等の語りから「患者が望む適切な医療を安心して受けられるようにする支援/患者・家族の意思決定支援」を課題4に対する素案とした。第1回話し合いでは病状説明の場に家族だけ参加する現状やチームでフォローできていない現状が語られた。第2回では病状説明の際は理解度に合わせた支援や患者が意思決定できるような支援、代理意思決定支援の重要性について意見があり、患者自身の意思決定を重視した支援を強化するよう指針として「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」を挙げた。

筆者はCNSの「高齢者の思いに寄り添い、人として大事にされていると感じられるように関わること」が必要という語りや看護師の「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」という考え等から「その人らしさを捉える/人としての生活を大切にしたい関わり」を課題5に対する素案とした。第1回話し合いでは患者の思いや考えを知る大切さを実感し、それらを記録に記載する必要があると意見があった。また、第2回には人として当たり前の生活が送れるような支援や退院後の

生活を見越した支援の必要性について意見があり、人として当たり前の生活を保障しながら支援する視点を示すよう指針として「患者の人としての生活やその人らしさを大切にしたい関わり」を挙げた。

筆者はCNSの「EOLケアを継続的に行う意識を持ってその人らしい生活を考えた支援を行うこと」が必要という語りや看護師の《情報共有やケアの検討などにより多職種連携を図ってケアを行う》という考え等から「家族や関連職種、関連部署、関連施設との情報共有/退院後やその後の生活の場をイメージした支援」を課題6に対する素案とした。第1回話し合いでは予後予測困難な患者への支援を見出すことや看護師個々の能力差を補うためにはチーム連携が必要という意見があった。それに対し、第2回では関連職種・施設、家族との情報共有が必要で、さらには多職種がお互いの考えを理解し合う必要があると意見があった。第3回では継続的支援について、意向を中心に多職種で繰り返し話し合えるよう、担当看護師が意識的に情報収集する必要があると意見があった。そのためには、意向を重視した看護計画を立案し意向の変化が把握できるよう記録する必要があるという意見もあった。第2回には看護師が生活の場の一歩二歩先を見据えて考えられるよう、退院後訪問の結果をフィードバックする必要があるという意見もあった。外来看護師からは、第1回に退院後の生活の情報を病棟の記録から確認できると良いと意見があり、入院中の意向はサマリーを用いて次の生活の場に情報提供できると良いと意見があった。また、外来では医師が患者の意向を確認しても記録していないため、記録が必要であると意見があった。これらから、その人らしい生活を支えるという継続的な視点を持った多職種連携を強化するよう指針として「家族や関連職種、関連部署、関連施設との連携」を挙げた。

筆者はCNSの「医師を含めたチームで話し合いをしていくこと」が必要という語りや看護師の《スタッフの技術向上や知識の習得等、資質向上を図る》という考え等から「看護師のEOLケアの理解促進/看護師のモチベーションの維持/病院全体で話し合える風土づくり」を課題7に対する素案とした。第2回話し合いでは研修会等は知識・技術の向上や日々の業務では知り得ないスタッフの思いを知る機会になると意見があった。また、行った援助の評価やお互いの労いがモチベーションの維持向上につながると

意見があった。さらに、第2回には振り返ることで話し合える風土をつくる等、病院全体で取り組めるような体制を整える必要があると意見があり、能力向上の機会や継続的に話し合える体制づくりを強化するよう指針として「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」を挙げた。

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。このことから、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と考えた。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。

### 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

考案した指針はA4、6ページとなった。本文中は指針の上位項目を「>」、下位項目を「<」で示す。

「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(図2)。

「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。

表7 コアメンバーと筆者による指針考案の経過の概要

第1回 (2018年10月:76分)「CNSの支援の現状」「外来患者の現状」「A病院の支援の現状」結果共有。筆者考案の『指針の素案』共有。
第2回 (2018年11月:84分)『指針の素案』に関する意見交換。
第3回 (2018年11月:71分)『修正した指針の素案』共有、意見交換。
第4回 (2018年12月:55分)「外来患者の現状」のリスト資料と『指針』共有。A病院スタッフとの指針共有の準備と運営の検討。病院管理者会議に資料提出・承認。

## V. 考察

### 1. 高齢患者が自分らしく過ごすための支援の課題の特質

看護師は「話を傾聴し、高齢患者の思いを汲み取る」等行えると良いと考える一方「高齢患者との意思疎通の難しさがある」と述べた。入院高齢患者は認知機能の障害やコ

**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) 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い関わり  
患者が今日生きてよかった、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2 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)

コミュニケーション障害を有する者も多く、高齢者の意思をくみ取るためにはより専門的なコミュニケーション技術が求められる（鳥田，2012）との指摘もあり、意向確認には高齢者特有のコミュニケーションに応じる能力が必要となる。さらに時間も要するため、その時間を捻出するには支援の意味の認識が必要となる。また、看護師は「高齢患者に行っている援助が適切か分からない」と支援に自信が持てず「チームで継続的な視点を持って介入することができていない」と感じていた。現状では在宅療養移行後に在宅から病院への連携が図れていないことが推察される（岡本ら，2015）と指摘もあり、病院看護師が退院後の様子を知り支援を評価することが少ないため、患者が自分らしく過ごすための支援を行っている実感を持ちにくい傾向にあると考えられた。このことから高齢患者のEOLケアを行う意義を認識しづらいと考えられた。

患者は【体調が悪い時には今後の見通しが立たず生きがいがもっていないが、よくなってくると自分でやろうと前を向けるようになってくる】と述べ、体調不良時は先の過ごし方について考えにくいことが分かった。そして、看護師は意向を捉えて支援する必要性を感じる一方「意思表示が難しい患者は意向確認が難しい」「病院では治療中心となる場所があるため、高齢患者の意向に沿うことに限界がある」と感じていた。一般病院は急性期にある患者のケアも重要で終末期にある高齢者への援助が置き去りになってしまうのではないかという思いがあり（業務に流されケアに集中できない）ジレンマを感じ、援助する行動が躊躇されていた（加藤ら，2014）と報告があり、体調が悪い高齢患者は意向表出が難しい上に治療の場における意向の実現に向けた支援が難しいと捉えられている。

患者は【少しでも自立して、人として当たり前の生活をしたい】【自分なりに自律して対応できることもある】と自分なりに満足した生活を送ろうとする一方【疾患や症状、医療についての理解や対応が難しい】状況もあった。看護師は「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」等感じ、看護師は高齢者の自律性や思いを捉えきれず、終末に関する意向の具体的な確認方法や意思決定の支援方法が分からない状況があると考えられた。

このことから、意向確認のための支援の意味を看護師が認識する必要があるものの認識しづらいということや、体調が悪い高齢患者は意向表出が難しい上に看護師は治療の

場における意向の実現に向けた支援が難しいと捉えていること、さらに看護師は高齢者の自律性や思いを捉えきれず、終末に関する意向の具体的な確認方法や意思決定の支援方法が分からない状況があることが支援の課題の特質であると考えた。

## 2. 高齢患者が自分らしく過ごすための支援の課題を解決するための支援指針の意義

1) 高齢患者が意向表出でき意向の実現に向けた支援が受けられる

高齢者特有のコミュニケーションや病状悪化に伴う苦痛症状は高齢患者の意向表出を難しくさせる。＜患者の苦痛を軽減するための症状マネジメント＞は苦痛軽減のニーズを満たすと共に、先のことを考えられるよう心身の状態を整えることにつながる。終末期の医療や生活に対する意向は、その人の人生観や価値観が反映する（菅沼ら，2019）と指摘があり、病状悪化の経験から生まれた価値観も含まれると考える。＜人的・物的環境づくり＞や＜患者の意向や家族の思いの確認＞は高齢患者の意向表出できるタイミングで意向が捉えられ、実現に向けた支援を受けることができると考える。

患者は自分なりに納得して満足のいく生活を送りたいと考え、不安に配慮した意思決定支援を必要としている。山出ら（2019）は将来の意思決定能力の低下に備え、患者や家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合うアドバンス・ケア・プランニングは不可欠で、患者の意思が伝えられる段階で確認しておくことが必要と述べている。＜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＞は医療やケアを適切に受けたいという患者の思いを実現すると共に、支える家族も納得しながら共にいることができると考える。

看護師は入院環境を生活の場としてとらえ、後期高齢者の自尊心やその人らしさを大切に医療や看護を提供する必要がある（瓜生，2013）と指摘がある。患者は人として当たり前の生活を望んでいる。その人らしい生活を諦めがちな入院生活において＜患者の人としての生活やその人らしさを大切にした関わり＞は人として当たり前の生活が保障され、家族と過ごす時間やこれからの生き方を大切にするにつなぐと考える。

2) 援助者が高齢患者の意向を継続的に捉えて実現し続けることができる

高齢患者を様々な場で支える援助者が先を見据えて継続的に支援することは“最期を迎えるまでの生活を支援すること”を意味すると考える。＜家族や関連職種、関連部署、関連施設との連携＞は援助者それぞれの視点で高齢患者の生活について情報共有することを可能にする。さらに援助者同士がつながり、本人の思いを中心に話し合うことで同じ方向性で支援できる。それにより援助者は継続的なEOLケアの意義を実感できると考える。

大原ら(2019)は看護師は時間がない中でも高齢者と何気ない普通の会話を通して関わりを持つよう心がけ、会話の中にある高齢者の背景・望みあり方や体調の変化などを自然に把握しケアに繋げることを大切にしていると述べている。何気ない関わりから意向を捉えるには、患者の言動から意識的に意向を汲み取る必要がある。＜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＞は援助者が高齢患者の“生と死”について向き合い考える機会をつくり、EOLケアを正しく理解する機会になると考える。そして、EOLケアについて話し合える風土ができると全ての援助者のEOLケアに関する意識がより高まると考える。EOLケアの話し合いは高齢者本人の意向を中心に話し合うため、必然的に高齢者の意向を知ろうという意識が芽生えることにつながる。これらは援助者にとって与えられた学びではなく、援助者同士のディスカッションによって得られる学びであり、継続的支援の実践につなげることができると考える。

## 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

加藤和子, 百瀬由美子. (2014). 一般病院において看護師が実践した終末期にある高齢者と家族への援助とその影響要因. 愛知県立大学看護学部紀要, 20, 17-23.

厚生労働省. (2018a). 人口動態統計 死因順位別にみた性・年

齢(5歳階級)別死亡数・死亡率(人口10万対)及び割合. 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.4). 日本看護協会出版会.

日本老年医学会. (2012). 「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. 2020-8-24. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>

岡本双美子, 松延さゆり, 河野政子ほか. (2015). 終末期がん患者とその家族への在宅療養における支援内容とその評価—遺族インタビューから—. *死の臨床*, 38(1), 160-165.

大原裕子, 河井伸子, 黒田久美子ほか. (2019). 高齢者ケアの継続に向けた急性期病院看護師のコーディネート機能(第1報: 看護師の視点から). *日本看護科学会誌*, 39, 202-210.

菅沼真由美, 新田静江, 東福寺愛実ほか. (2019). 要介護高齢者の終末期への意思表示に関わるケアマネジャーの支援方法と心情. *老年看護学*, 23(2), 59-67.

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.

鳥田美紀代. (2012). 入院している高齢者の主体的な療養生活を支援することに関連した医療現場の課題と対策. *千葉看護学会会誌*, 18(1), 11-18.

瓜生智重子. (2013). 疾病と共に生きる後期高齢者の思い. *日本看護福祉学会誌*, 18(2), 1-13.

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.

山出瑠望, 糸島陽子. (2019). 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識. 人間看護学研究, (17), 15-21.

吉岡佐知子. (2015). アドバンス・ケア・プランニングで実現する“自分らしい最期”. 岡本充子, 桑田美代子, 吉岡佐知子ほか(編). エンド・オブ・ライフを見据えた“高齢者看護のキホン” 100(第1版)(pp. 67). 日本看護協会出版会.

(受稿日 令和2年8月26日)

(採用日 令和3年1月25日)

## **Examining the Support for Elderly Patients Living at the End of Their Lives in a Way that Suits Them —Clarifying Issues and Devising Guidelines—**

Rika Usami

Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

### **Abstract**

The purpose of this study is to clarify the challenges in providing support to elderly patients living at the end of their lives in a way that suits them and to develop guidelines to solve these challenges.

The challenges in providing support were organized based on interview surveys conducted with elderly outpatients who are repeatedly hospitalized and discharged from hospitals, and questionnaire surveys for hospital ward nurses and outpatient nurses. Interview surveys were conducted with nurses specializing in geriatric nursing care at medical institutions that are pioneers in end-of-life care of elderly patients, to obtain materials to be used in devising guidelines for solving these challenges. Hospital chief nurses and the authors repeatedly reviewed and developed these guidelines.

While the elderly patients wished to live in a way that suits them, they found it difficult to do so because they felt that their lives were not worth living due to their uncertain prospects and their difficulty in handling situations in their own ways. Nurses struggled to grasp the intentions of elderly patients and had difficulty in actualizing their plans. From the narrative of the nurses specializing in geriatric nursing care, seven kinds of support which can be undertaken – including the environment necessary to confirm elderly patients' intentions, the attitude of nurses, symptom management, decision support, and the like – were organized. As a guideline, we identified [support for elderly patients to help become aware of their ideas and thoughts, and help them organize and express these as their intentions] and [support to continue actualizing their intentions by understanding them continuously].

Challenges included distinctive aspects such as the failure to capture the autonomy of elderly patients and to understand how to confirm their intentions, as well as the limited opportunities to improve the ability to provide end-of-life care to elderly patients. To respond to these challenges, it was considered essential to continue providing support that helps elderly patients achieve actualization of their intentions while encouraging them to express their intentions. It is similarly necessary to cooperate with their families and other people in related occupations. These may be done by alleviating their mental and physical pain and having a relationship with them that respects their values, their lives as a person, and who they are.

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