

介護老人保健施設の終末期ケアにおける看護管理者の役割

—終末期ケアへの認識、取り組みおよび困難感を解決するための工夫の分析から—

清水みどり¹⁾・吉本 照子²⁾・緒方 泰子²⁾

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

2) 千葉大学大学院看護学研究科

The Role of Nurse Managers in End-of-Life Care in Geriatric Health Service Facilities
-Based on an Analysis of Their Perceptions of End-of-Life Care, of How to Solve Their
Misgivings About It and of Ways of Dealing With It-

Midori Shimizu,¹⁾ Teruko Yoshimoto,²⁾ Yasuko Ogata²⁾

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) CHIBA UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF NURSING

要旨

介護老人保健施設の終末期ケアにおける看護管理者の役割を抽出する目的で、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる3施設の看護管理者3名と看護師1名に、半構成的面接を行い、管理者の終末期ケアへの認識や取り組み、困難を感じている点とそれを解決するための工夫を分析した。

老健の看護管理者は、施設特性や終末期ケアの経験・認識の違いによって異なる役割を果たしていた。管理者はこうした影響を認識し、それらの違いを超えて、高齢者・家族が意思決定できる仕組みを作り、症状緩和の処置と高齢者の苦痛のバランスの調整、日常生活重視のために、医師・他職種・家族と調整を行い、連携に必要な介護職の能力向上のための教育を行う必要がある。

キーワード

介護老人保健施設、看護管理者、終末期ケア、役割

Abstract

In order to deduce the role of nurse managers in end-of-life care at Geriatric Health Service Facilities, semi-structural interviews were conducted with nurse managers and nurse at three facilities which had different characteristics and which began to tackle end-of-life care at different periods. An analysis was made of these managers' perceptions of end-of-life care and their ways of tackling it, and of aspects about which they felt misgivings and how they set about finding solutions to these.

Nurse managers in Geriatric Health Service Facilities performed different roles depending on the characteristics of the facilities and their experience and perceptions of end-of-life care. There is a need for managers to perceive such influences and go beyond the differences in order to build a mechanism that enables elderly persons and families to make decisions; to adjust the balance between symptom relief procedures and elderly patients' suffering; to liaise among doctors, other personnel and families in order to emphasize daily life; and to provide education essential for improving care-givers' ability at liaison.

Key words

geriatric health services facilities, nurse managers, end-of-life care, role

I はじめに

介護老人保健施設（以下、老健）は、医療機関と在宅をつなぐ中間施設として誕生し、医療者および家族の在宅支援は重要な役割の1つである。介護保険がスタートして10年以上が経過し、在宅と施設の入退所を繰り返すいわゆる往復型利用者においては、加齢に伴う諸機能の低下によって施設介護の比率が増大し、やがては最後の時を迎える。これは疾病が直接の死因ではない高齢者の老衰死をどこで看取るのか、という問題に老健が直面することを意味する。老健での終末期ケアについては賛否両論あるものの、2009年の介護報酬の改定で終末期ケア加算が新設され、それに先立つ2008年の調査では終末期医療を行ったことがあると答えた施設は41.1%にのぼり¹⁾、在宅支援の一環としての終末期ケアを容認する方向にあることを示唆している。

老衰死は終末期か否かの判断が非常に難しいこと、認知機能の低下で意思決定が困難なことなど、高齢者固有の要因により、ケアのエビデンスが蓄積しにくく、終末期ケアに困難を感じている施設は多いと思われる。しかし老健の終末期ケアにおける困難感や、それを解決するための工夫に関する知見の蓄積はほとんどなく、このような状況下で看護管理者は自施設のケアの質を保証しなければならない立場にある。

終末期ケアの取り組みや困難感は、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期の違いによって異なる可能性がある。また清水の研究から、看護管理者の認識が、老健での死の看取りに影響していることから、管理者の終末期ケアへの認識が、取り組みや困難感に影響している可能性もある。

本研究の目的は、2009年の介護報酬改定から1年が経過した時点で、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる3施設のケーススタディを通して、終末期ケアにお

ける看護管理者の認識や取り組み、困難を感じている点とそれを解決するための工夫を質的帰納的に分析し、老健の終末期ケアにおける看護管理者の役割を抽出することである。

II 研究方法

1. 調査対象：施設特性および終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる3施設の老健看護管理者3名、および1施設の看護職1名を対象とした。対象者および施設特性については表1に示した。

2. 調査期間：2010年3月

3. 調査方法：老健看護管理者の終末期ケアへの認識、取り組みおよび困難感を解決するための工夫について広く収集するために、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる施設を選定した。東の研究から終末期ケアの実施と関係している施設特性は、要介護3以上の割合が高く、在宅復帰率が高いことなどが明らかになっていることから、在宅支援機能別に選定する必要があり、類型化にあたっては、老健の在宅支援機能から往復型、滞在型、など6類型に分類した井上の文献を参考に、利用者が在宅と施設の入退所を繰り返す「往復型」、在宅と往復しない「滞在型」、往復型と滞在型が混在する「混在型」の3タイプとした。

以上の方法で選定された3施設の看護管理者に、①終末期ケアへの認識、②取り組み、③困難感とそれを解決するための工夫、について1人1回40～60分の半構成的面接を行い、許可を得て内容を録音し逐語録を作成した。面接の順序は終末期ケアへの取り組み時期が早く、豊富な経験を持つ施設の管理者から行い、次の面接者には自由に語ってもらったあとでそれ以前の面接者から得た取り組み・困難感・工夫がないか確認することにした。なお協力が得られた場合は、施設での取り組みを補足する目的で看護職にも同様の半

表 1 対象者・施設の概要と終末期ケアへの認識・取り組み状況

	A 施設	B 施設	C 施設
対象者の属性 年齢・性別 当該施設での勤務年数	看護管理者 60代・女性 15年	看護管理者 50代・女性 10年	看護管理者 50代・女性 12年
施設特性 開設年数 定数 在宅支援のタイプ 認知症専門種の有無 併設病院の有無 開設地域	15年 100名 往復型 認知症専門施設 あり 首都圏 農・漁村地域	22年 81名 滞在型 認知症専門棟なし あり 首都圏 大規模団地	12年 100名 滞在型 認知症専門棟なし なし 地方都市 市街地
利用者の特徴	家族との関係性が良好に保たれている 近隣都県からの利用者も多い	家族との関係性が比較的保たれている 市内の利用者が多い	家族との関係性はあまり保たれていない 市内の利用者が多い
終末期ケアへの認識	ターミナルだからといって特別なことはなく、日頃やっていたケアをそのまま継続する 普通の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の量・質を下げない	終末期だからといって特別なケアはしない、その方が普通に施設で生活していきと同じタイムスケアモデルで、喜ばれた関わりを中心に援助する 終末期は、一息すると普通のケアでも細心の注意を払っている	老健は終の棲家ではなく、最後は病院か在宅でという思いがあったが、加算がつき、希望者も多いので取り組みざるを得ない。
取り組み状況 開始時期	開設時から	開設時から	介護報酬改定後
介護報酬改定前	希望者全員に実施 ケアは看護・介護職が協働で担当 死後処置は看護・介護職が協働で実施	希望者全員に実施 ※夜間・休日は臨終直前に死亡確認のため併設病院に搬送 ケアは看護職が担当 死後処置は看護職が実施	急変で亡くなる以外は原則として病院に搬送し、終末期ケアは実施せず
介護報酬改定後	希望者全員に実施 ケアは看護・介護職が協働で担当 死後処置は看護・介護職が協働で実施	希望者全員に実施 ケアは看護・介護職が協働で担当 死後処置は看護職が協働	希望者全員に実施 ケアは主に看護職が担当 死後処置は主に看護が実施
マニュアルの有無	あり	あり	あり
意思確認の時期	入所時全員に実施・以後状態変化時に適時実施	入所時全員に実施・以後状態変化時に適時実施	終末期の診断時
医療処置の取り決め	輸液に関する取り決め 静脈穿刺は3回/日まで 夜間就眠時に実施し日中の活動を妨げない	輸液に関する取り決め 原則行わない 家族の了解を得て最長1週間実施 輸液量500~200ml/日 静脈穿刺は3回/日まで	酸素吸入の実施 24時間の輸液実施 1000~1500ml/日 希望があれば経管栄養実施（胃瘻を除く）

構成的面接を行い、逐語を作成した。また併設病院の有無、認知症専門棟の有無、利用者の特徴、立地場所、さらに終末期ケアの取り組み状況として、介護報酬改定前後の状況、マニュアルの有無、意思確認の時期、についてもデータ収集した。

4. 分析方法：逐語録から、①終末期ケアへの認識、②取り組み、③困難感、④困難感を解決するための工夫、に関する記述を切り出して要約しデータとした。次に困難感を示すデータを類似性に基づいてカテゴリー化し、その内容を考慮してカテゴリー名をつけ、困難感の要素とし、施設ごとに困難感の要素別に困難感を解決するための工夫を示すデータを整理した。データ及び分析の信頼性・妥当性を確保するため、作業は高齢者施設看護と看護管理を専門とする研究者3名が協働して行った。得られたデータと分析結果を面接者に提示して信頼性・妥当性を確認した。面接者に確認後、前述の研究者3名が協働して施設特性、終末期ケア開始時期および管理者の認識ごとに各施設のデータを比較した。

5. 用語の定義：本稿では、流石²⁾の定義に従い、「終末期」とは「疾患と老化が進んで心身が衰弱し、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できなくなり、死がそれほど遠くないと判断される状態にある高齢者の人生の終末の時期」をさす。「看取り」とは死期が限りなく近い状態でのケアをいい、終末期のケアに包含される。

6. 倫理的配慮：看護・介護職を統括する看護管理者に調査協力について書面で依頼し承諾を得た。対象者への調査依頼書および同意書に調査参加に関する任意性の保証、プライバシー保護のための匿名性、個人情報の保護を明記し、面談時に書面及び口頭で再度確認し、書面をもって承諾を得た。

Ⅲ 結果

看護管理者の終末期ケアへの認識、取り組みおよび困難感を解決するための工夫、について表1、表2にまとめた。

1. A施設

管理者は、首都圏にある「往復型」で認知症専門の施設に15年間勤務していた。開設時から看護職と介護職が協働で終末期ケアに取り組み、管理者の終末期ケアに対する認識は、特別なことではなく日頃やっているケアをそのまま継続する、普段の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の量・質を下げない、だった。

職員が何度も話し合いを重ねることで、ケアの手順や意思確認の方法などは確立されており、それに関する困難感はなかったが、医師が家族に対して適切な選択をするための十分な情報を提供できていないこと、具体的には看護職からみて入院治療で改善可能と思われるのに、病院での治療ではなく施設での看取りを誘導するような説明をしがちなことに困難を感じていた。また家族が高齢、認知症、再入所困難を理由に入院治療を希望しないことにも困難感を感じ、それらを軽減する工夫として、遺族にアンケートを行って課題を抽出したり、家族が治療を選択しなかったことを将来後悔しないか投げかけてみたり、再入所可能なことを説明したりしていた。

さらに、栄養士が誤嚥を恐れて食形態をどんどん落とそうとしたり、医師が浮腫のある高齢者の輸液を継続しようとしたり、また過去には介護職が終末期と診断されたとたんにケアに消極的になることにも困難を感じていた。対応として、認知症高齢者の摂食行動には様々な要因が影響していることから、嚥下機能・環境・メニューをその都度タイムリーに評価するだけでなく、評価方法を工夫していた。医師に対しては倫理問題を提示したり、職員の代弁者として説得したり、苦痛を

伴う輸液の処置にルールを設けていた。介護職に対しては、終末期ケアは普通の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の質・量を下げないよう教育したり、死のプロセスの教育、高齢者に対する観察機能の向上と次に取るべき行動の予測についての教育を行っていた。

2. B施設

管理者は首都圏にある「混在型」老健で、開設時から看護職が終末期ケアを担当してきた施設に10年間勤務していた。終末期ケアに対する認識は、特別なケアをすることではなく、その方が普通に施設で生活していたときと同じタイムスケジュールで喜ばれた関わりを中心に援助する、終末期は一見すると普通のケアでも細心の注意を払っている、だった。

この施設も事例を重ねて職員が話し合う中で、ケアの手順や意思確認の方法などは確立され、それに関する困難感はなかったが、施設での看取りを希望する高齢者・家族が、併設病院の医師の判断で退院のタイミングを逃して病院で亡くなることや、高齢者の終末期でも1000～1500mlの輸液は必要という医師の考え方に困難感を感じていた。それに対しては、病院に向いて高齢者の状態を把握し、高齢者・家族の希望や施設で受入可能なことを病院側に伝えたり、加齢による身体機能の低下を医師に説明し、理解を得ながら輸液のルールを設けたりしていた。また家族に対しては、死期が近いことを理解できなかったり、直前に看取り場所を変更することに困難を感じており、それに対しては普段から家族をアセスメントし、医師の説明を噛み砕いて再度説明しつつ、家族がやるべきことを一緒に確認し、家族自身が死のプロセスを確認しながら区切りをつけられるよう援助したり、死の直前に家族に看取り場所の最終確認をしたりしていた。

また過去に、摂食飲水ができなくなった入

所者に輸液もしないのは職員に悔いが残るが、血管確保が困難になり浮腫が出現すると入所者の苦痛が増す、といった輸液治療と高齢者の苦痛の板挟みになったり、膝関節の拘縮が強い状態で亡くなった利用者がいた経験から、輸液のルールを設けたり、終末期ケアにリハビリ職も関わって協働して拘縮予防に努めるようにしていた。この施設では、介護報酬改定前は看護職のみが終末期ケアを担当していたが、改訂後は介護職も協働して行うようになった。知識不足から生じる介護職の不安や動揺に対しては、死のプロセスと身体機能の変化だけでなく、ケアの根拠をわかりやすく説明し、看護職と一緒にケアに入って経験を積めるようにしたり、業務や精神面のサポートを行ったりしていた。

3. C施設

管理者は地方都市の「滞在型」老健で、介護報酬改定後に看護職が終末期ケアに取り組み始めた施設に12年間勤務していた。終末期ケアに対する認識は、老健は終の棲家ではなく、最後は病院か在宅でという思いがあったが、加算がつき、希望者も多いので取りまざるを得ない、だった。

施設では、終末期と判断されてから家族に意思確認を行っていたが、意思確認のタイミング、意思確認できていない時点での急変、本人の意思確認ができないこと、に対して困難感を感じていた。また、家族と高齢者の関係が疎遠になり、普段見ていないために死期が近いことを説明しても家族が理解できずに面会に来ないことにも困難を感じており、入所者の状態の変化をそのつど説明するようにしていた。

この施設では、終末期の医療処置として24時間の輸液と酸素吸入を行い、家族の希望を確認して経管栄養（胃瘻は除く）も行うことから、医療処置が増えることによる看護師の負担や血管確保の難しさに困難を感じていた。それについては、施設でできる範囲を家

表2 終末期ケアの困難感と解決するための工夫

困難感の要素	終末期ケアの困難感	解決するための工夫
高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関する事	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が、家族に対し適切な選択をするための十分な情報を提供できていない（入院治療可能と思われる症例でも、医師が家族に施設での看取りを誘導してしまう。） ・家族が、認知症があり高齢だからという理由で入院治療を希望しない。 ・家族が、治療のため退所すると再入所出来なくなることを恐れて入院治療を希望しない 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設で亡くなった入所者の家族に振り返りのアンケートを実施し、課題を明らかにする予定 ・家族に治療で改善する可能性があることを説明する。 ・家族が治療拒否したことを将来悔やむのでは、と投げかける ・家族の不安を意識しながら、再入所は可能であることを説明する。
A施設	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士が誤嚥を恐れ食形態をどんどん落としてしまう。 ・医師が、脱水を理由に浮腫がある高齢者の輸液を継続する。 ・医師が、医学的立場から入浴を許可しない 	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能をタイムリーに評価しつつ、この環境でこのメニューは適切か否かを見極める。 ・食事は1日の総量および1週間の総量の2段階で評価し、無理に食べさせない。 ・医師に、治療の中断は倫理問題になるので補液の適用を慎重に検討するよう依頼する。 ・医師に、浮腫の状況と、見るに忍びない職員の気持ちを取りまとめて説明し、補液を絞ってもらう。 ・静脈穿刺のルール（3回/日まで）を設ける。 ・綺麗な身体でお見送りたいという看護・介護職の気持ちを家族に伝え、家族を巻き込んで医師を説得する。
介護職との連携のあり方や方法に関する事	<ul style="list-style-type: none"> ・死のプロセスがわからず、終末期になると介護職が生活支援のケアに消極的になる。（訪室を控える、日中ホールに出さないなど） 	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期ケアは普通の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の質・量を下げないよう介護職に教育する。 ・死のプロセスを教育する ・介護職の観察機能を高め、次取るべきアクションの予測ができるよう教育する。
高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関する事	<ul style="list-style-type: none"> ・施設での看取りを希望する高齢者・家族が、併設病院の医師の判断で退院のタイミングを逃し病院で亡くなる。 ・死の直前に看取り場所の希望を変更する家族がいる。 ・死期が近いことを家族が理解できない。（医師の病状説明が理解できない） 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院を退院し入所を希望する家族の相談に応じる。 ・病院に病状を見に行き、看護師から情報収集し、施設での受入は可能だが退院はまだか確認する。 ・病院医師に、施設での看取りを希望していることを伝える。 ・普通の会話の中からぶれそうな家族か否か判断する。 ・死亡の直前に看取り場所について家族に最終確認する。 ・医師の説明後に噛み砕いて説明し、家族がやるべきことを確認する。 ・家族に、死のプロセスの1段1段を確認し区切りがつけられるよう援助する。（食べられなくなった、意識がなくなった）
B施設	<ul style="list-style-type: none"> ・施設医は以前、高齢者の終末期も病院で治療すべきと考えていた。 ・関節拘縮が強く、死後に膝が伸びない入所者がいて看護職として恥ずかしい思いをした。 ・医師は以前、脱水予防のために補液を1000～1500ml/日入れたががったが、浮腫が生じた。 ・摂食飲水ができなくなった入所者に輸液もしないのは職員に悔いが残るが、血管確保が困難になり、浮腫が出現すると入所者の苦痛が増す 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に、高齢者が口から入らなくなることの意味について説明し、施設での終末期ケアについて理解してもらった。 ・終末期でもリハ職が関節可動域訓練を実施するようにし、介護職と協力して関節拘縮を予防する。 ・終末期の高齢者の身体機能の低下を医師に説明し、施設で輸液量の取り決めを行った。（500～200ml/日） ・本人の食べたいものを食べ、飲みたいものを飲んでもらう。 ・輸液は原則行わないが、家族の了解を得て最長1週間実施し、やれることはやったと職員が納得できるようにする。 ・輸液量は500～200ml/日 ・静脈穿刺は3回/日まで

介護老人保健施設の終末期ケアにおける看護管理者の役割

B施設	介護職との連携のあり方や方法に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間死亡の場合、看護職が病院・家族に連絡し、介護職に指示して業務を調整することに負担を感じている。 ・死後の処置に対する介護職の動揺が大きく、業務に支障をきたす ・死のプロセスに関する看護職と介護職の知識の差が大きく、介護職の不安につながっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職が業務を補助し、処置に関われたことを褒めて精神面のサポートを行う ・看護職が介護職を連れて一緒にケアに入り、観察ポイントやどの程度なら動かして良いかなどを指導する。 ・死のプロセスと身体機能の変化、およびケアの根拠を介護職にわかりやすく説明する。
	高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期ケアの意思確認を入所時に行うと、終の棲家と認識されるため、終末期と診断されてから家族に行っているが、どのタイミングで行うべきか迷っている。 ・ADLは全介助、コミュニケーションもとれない人が誤嚥性肺炎になり、苦痛の訴えがない場合は病院に搬送すべきか迷うし、家族も希望しない ・終末期ケアに関する高齢者自身の意向が確認できない。 ・最後の時を一緒に過ごせるよう家族に勧めますが、疎遠な家族は普段見ていないため、死期が近いことを理解できずに面会にもこない 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状態の変化をそのつど家族に説明する。(食べなくなった、声がけに反応しなくなった)
C施設	高齢者終末期のあり方と医師・他職種・家族との調整に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液のための血管確保が困難になる ・高齢者が徐々に悪くなる場合は決め手になる症状がないと病院には送れない。 ・何もしないで見守るにはかなりの覚悟が必要になり、輸液をすれば浮腫が生じる。 ・看護師が、定期的な状態観察、点滴、吸引、経管栄養、褥瘡処置などの医療処置が増え、負担が大きい。 ・(看護師) 経口摂取から経管栄養への切り替えのタイミングに迷う 	<ul style="list-style-type: none"> ・何度か試みてダメな場合は他の看護師が代わって行う、医師が行う。 ・点滴が入りにくくなった段階で医師が家族に説明する。 ・看護師として諦めきれず何度も試みる。 ・医師に症状や状態を報告し、病院での治療を働きかける。 ・浮腫の出現を医師に報告し輸液量を調整してもらう。 ・施設で出来る範囲を家族に説明し理解してもらう。
	介護職との連携のあり方や方法に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が、定期的な状態観察、点滴、吸引、経管栄養、褥瘡処置などの医療処置が増え、負担が大きい。 ・(看護師) 介護職・リハ職は終末期になるとケアから引いてしまい、看護師が全て行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が手伝っている介護業務が出来なくなること介護職に理解してもらう。 ・介護職に出来る範囲で看護師をサポートしてもらう。(医師・家族への連絡、物品の準備) ・低栄養による褥瘡を作らないよう介護職と協力して予防する。 ・(看護師) 死後の処置は経験のない介護職を選んで一緒に行う。 ・(看護師) ケアの根拠と必要性を説明する。

族に説明して理解してもらい、看護職が手伝っている介護業務ができなくなることを介護職に説明し協力を求める、などで対応していた。何もしないで見守るにはかなりの覚悟が必要になり、輸液をすれば浮腫が生じることにも困難感を感じていたが、輸液は最後まで諦めずに何度も穿刺し、浮腫が出現した場合は医師に報告して輸液量を調整しながら24時間継続して実施していた。また高齢者は決め手になる症状がないと病院に送れないため、医師に症状や状態を報告し、病院での治療を働きかけていた。

以上の結果から、老健の看護管理者が認識する終末期ケアの困難感は、その類似性から3つの要素に分類できた。①高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関すること、②高齢者終末期ケアのあり方と、医師・他職種・家族との調整に関すること、③介護職との連携のあり方や方法に関すること、であった。

IV 考察

1. 管理者の困難感を構成する3つの要素

今回の調査で老健看護管理者の困難感を構成する3つの要素と、坂田の介護療養型医療施設の管理者が捉えた高齢者の終末期ケアにおける問題点を比較すると、坂田は高齢者の意思決定のあり方、終末期医療のあり方と医師・家族との調整、独居高齢者への精神的サポート、家族との連携、等をあげていることから、老健と療養型医療施設の管理者は共通する問題認識を持っていることがわかった。異なる点は、老健では介護職を始めとする他職種との連携のあり方や方法に困難を感じており、これは療養型医療施設と比較して看護職が少なく、介護職の協力なしに終末期ケアが成り立たないこと、生活重視の視点から終末期であっても栄養士やリハビリ職の介入が療養型医療施設より多い可能性があること、などが背景にある可能性がある。また終末期

医療のあり方について、療養型医療施設では高度救命処置など、過剰医療を問題にしているのに対し、今回の調査では過剰医療は輸液による浮腫のみだった。これは施設の医療資源の差が影響していると考えられる。しかし対象施設が少ないため、今後は対象を増やして分析する必要がある。

2. 施設特性と看護管理者の役割

意思決定のあり方や方法に関することでは、「滞在型」「混在型」では、死期が近いことを家族が理解できないことに困難を感じていた。背景には、在宅で介護できなくなり入所した高齢者は、家族との関係性の維持が難しく、疎遠になった家族が高齢者の状態を適切に把握することが困難になることがある。看護管理者は、B施設の取り組みのように、高齢者の状態が変化するごとに意思決定に必要な情報を、家族の理解度にあわせながら提供し、家族がやるべきことを一緒に確認しつつ、家族が死のプロセスに区切りがつけられるような、意思決定支援の仕組みを構築する必要がある。

「往復型」認知症専門施設であるA施設の管理者は、治療可能と思われる事例でも、高齢・認知症を理由に家族が入院治療を希望しないこと、医師が治療でなく施設での看取りを誘導することに困難を感じていた。内藤⁴⁾は医師の立場から、認知症高齢者における終末期について、後期高齢者のもつ多重な慢性期疾患をコントロールし尽くした上での多臓器不全（老衰）であり、終末期があり、終末期ケアを医療中心型から看護・介護中心型へ、といった「みなし看取り」論は、医療は介護によって代用できないことから歯止めが必要である、と述べている。また園田は明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族の意思決定に関する訪問看護師の支援として、高齢者の望む生活や意思を押し量り、代理となって家族に働きかけること、よりよいと看護師が考える看取りを家族に働きかけていること

を明らかにしており、A施設の看護管理者の実践と類似していた。以上のことから、看護管理者は意思表示できない高齢者の代理となっており、疾病のコントロールやより良い看取りに向けて家族や医師に働きかける必要がある。今回は各類型につき1施設しか調査していないため、今後は施設数を増やして分析する必要がある。

3. 終末期ケアの経験・認識と看護管理者の役割

A・B両施設は終末期ケアを開始して10年以上が経過しており、職員が事例を通して話し合いを重ねることでケアの枠組みや手順がある程度確立されていたが、C施設は1年弱で試行錯誤の段階にあり、その差が困難の内容の違いに現れていた。たとえば意思決定のあり方や方法に関することでは、C施設は意思確認のタイミングに困難感を感じていたが、A・B施設では入所時に全員に意思確認を行い、状態の変化に合わせて適宜再確認するという手順が確立し、急変時でも何らかのコンセンサスが家族と施設の間で担保される仕組みができていた。しかし意思決定に必要な情報提供や合意形成のあり方に困難感を感じていた。このことから看護管理者は、入所時から終末期ケアの意思確認を行う仕組みを作るだけでなく、自施設の情報提供や合意形成のあり方を常にモニターし評価していく必要があると考える。

また、症状緩和の処置である輸液と、穿刺痛や浮腫といった輸液に伴う入所者の苦痛に関する困難感では、A・B施設の管理者は両者のバランスを取るための取り決めを設けたり、職員の意見を集約して医師を説得したりしていた。全国老人保健施設協会の調査によると⁵⁾終末期と判断した時期に行った医療的処置として、最も多いのは「末梢静脈からの点滴」(81.1%)で、死亡前24時間以内に行った医療行為は「痰吸引」(83.3%)「点滴」(82.6%)、「酸素療法」(79.1%)で、輸液は約

8割の施設で実施されていた。

老年医学のテキスト¹⁰⁾では、輸液は衰弱した終末期患者に腹水の増加、末梢や全身の浮腫、肺水腫、分泌物の過剰を引き起こすため、エビデンス(延命・快適さ・痰吸引の減少、QOLの改善など)を考える必要があるとし、経管栄養については延命に関してエビデンスはなく、肺炎を含む炎症や吸引を有意に減少させた報告はない、としている。

老健で終末期に輸液が行われる背景には、管理者らが「何もしないで終わってしまうと、関わった私たちが悔いを残す」、「何もしないでただ見ているというの、結構覚悟がある」と語るように、職員の対象への無力感を軽減し、できる範囲の手は尽くした、と納得するために必要な医療処置であることが考えられる。終末期ケアは高齢者とその家族の安楽と満足を最優先することは言うまでもないが、ケアに携わる職員の満足もまた重要である。従って、症状緩和目的で医療処置を行う場合は、看護管理者がそれによる高齢者のメリットとデメリットのバランスを継続的にモニターし、実施/中断の判断の手助けとなる取り決めを、職員の合意のもとに設定する必要がある。

さらにA・B施設の管理者は、高齢者の終末期ケアは日常生活の延長線上にあるという認識を持ち、医学上の理由で入浴や食事を楽しむことに制限を加えようとする医師や栄養士、終末期にリハビリは不必要と考えるリハビリ職に対して困難を感じつつも、ケアの根拠を示しながら説得し調整していた。Patrick⁷⁾らは終末期の質を「死にゆく過程と死の質」(quality of dying and death)、「終末期における生活の質」(QOL at the end of life)、「終末期ケアの質」(quality of end-of-life care)の3つの側面から評価することを提案している。「終末期における生活の質」とは、死が間近に迫ったときでも機能状況や生活に不可欠なニーズを満たすことを重視することであり、

「死にゆく過程と死の質」とは、症状と個別ケアに対する満足感であり、前述の輸液と苦痛の調整などが含まれる。病院では「死にゆく過程と死の質」が最優先されるが、A・B施設の管理者は最後まで「終末期における生活の質」も重視し、誤嚥のリスクが少ない（しかし見た目も味も悪い）食事や経管栄養より、少量でも普通の食事を経口摂取することを大切にしている。

以上のことから、看護管理者は自施設における高齢者終末期ケアのあり方について、医師や他職種、家族と合意形成を行い、高齢者の状態の変化を常にモニターしながら、その合意に基づいて「死にゆく過程と死の質」と、「終末期における生活の質」のバランスを調整していく必要がある。

最後に、介護職との連携のあり方や方法に関することでは、A・B施設の看護管理者は、「終末期における生活の質」を重視していることから、老健の終末期ケアは看護職と介護職の連携が不可欠と考えていた。しかし介護職の知識不足がケアへの不安や消極的態度につながっているとして、介護職のアセスメント能力を向上させる教育を行っていた。小楠⁸⁾は、特別養護老人ホームの職員が終末期ケアをおこなって難しかったこととして、看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味の説明不足、状態変化の表現の難しさ、などを上げている。看護管理者は、介護職のアセスメント能力向上のためにケアが必要な根拠を含めて説明し、言語化に必要な用語はもとより、観察ポイントも併せて教育する必要がある。なお本研究は3施設のケーススタディであり、結果の信頼性・妥当性は非常に限定される。今後は対象数を増やして分析する必要がある。

V まとめ

老健の看護管理者は、施設特性や終末期ケアの経験・認識の違いによって異なる役割を果たしていた。看護管理者はこうした影響を認識し、それらの違いを超えて、高齢者・家族が意思決定できる仕組みを作り、症状緩和の処置と高齢者の苦痛のバランスの調整、日常生活重視のために、医師・他職種・家族と調整を行い、連携に必要な介護職の能力向上のための教育を行う必要がある。

注・引用文献

- 1) 全国老人保健施設協会. 介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業報告書. 70. 東京:全国老人保健施設協会; 2009.
- 2) 流石ゆり子, 牛田貴子, 亀山直子, 他. 高齢者の終末期のケアの現状と課題—介護保険施設に勤務する看護職への調査から—, 老年看護学. 2006;11(1):71.
- 3) 坂田直美, 原敦子, 小野幸子, 他. 介護療養型医療施設における看護管理者が捉えた高齢者の終末期ケアの現状と課題. 岐阜県立看護大学紀要. 2003;3(1):58.
- 4) 内藤圭之. 認知症介護における老人保健施設の役割. 老年精神医学雑誌. 2008;19(1):31.
- 5) 江澤和彦. 老人保健施設の医療. 日本老年医学会雑誌. 2011;48(4):343.
- 6) Audrey Chun, R. Sean Morrison: Palliative Care. Jeffrey B. Halter et al. : Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Six Edition. 382. U.S.A.: Mc Grae Hill; 2009.
- 7) Patrick D.L., Curtis J.Ret al. Measuring and Improving the quality of dying and death. Annals of Internal Medicine. 2003;139(5):410.
- 8) 小楠範子, 萩原久美子. 特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方—終末期ケア

における「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当てて一. 老年社会科学:2007;29(3):347.

文献一覧

清水みどり. 介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察—看護管理者へのインタビューから—. 新潟青陵大学紀要. 2005;5:347-358.

東憲太郎. 老人保健施設における看取りと看護に期待されること. コミュニティケア. 2009;11(9):12-17.

井上由紀子, 他. 在宅支援機能からみた老人保健施設のあり方に関する考察—「往復型老人保健施設」の利用特性を通して—. 病院管理. 2001;38(2):25-35.

園田芳美, 石垣和子. 明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルケアにおける意思決定に関する訪問看護支援. 老年看護学. 2009;13(2):72-79.