

# 医療療養病床の慢性期高齢患者に対するエンドオブライフケアにおける看護師の認識と実践

Perception and Practices of Nurses on the End-of-life Care for the Elderly with Chronic Phase in Long-term Care Beds

増田 繁美<sup>1)</sup>\*, 筒井 裕子<sup>2)</sup>, 安田 千寿<sup>2)</sup>  
Shigemi Masuda, Sachiko Tsutsui, Chizu Yasuda

キーワード 医療療養病床, 慢性期高齢患者, エンドオブライフケア, 看護師, 意思決定支援  
Key Words Long-term Care Beds, Elderly with chronic phase, End-of-life care, Nurse, Decision-making support

## 抄 録

**目的** 医療療養慢性期高齢患者のエンドオブライフケアに対する看護師の認識と実践を明らかにする。  
**方法** 医療療養3年以上勤務の看護師10名に面接を実施し、質的帰納的に分析した。  
**結果** エンドオブライフケアに対する看護師の認識は【生活ケアにおいて患者の尊厳を守る】【家族の悲嘆ケアを考える】【終末期の延命・治療についてよく考えないといけない】【患者と家族のつながりを大切に考える】【いつ死が訪れるかわからない】【療養を支える家族の負担を考える】【苦痛なく穏やかに過ごせる】【安全に気を付ける】【持てる力を維持・高める】となった。エンドオブライフケアに対する看護師の実践は【患者に敬意を持った態度で接する】【終末期に後悔のない決定ができるよう支援する】【家族への配慮を考えた対応をする】【療養場所を考える支援をする】【健康の維持に努める】【死を意識した患者とのかかわりをもつ】【心身の苦痛を緩和する】となった。  
**考察** 医療療養の看護師は意思決定支援を希薄に感じていたが、日常生活援助の中にある意思決定支援はエンドオブライフケア実践である。

## Abstract

**Purpose** The purpose of this study was to clarify the perceptions and practices of nurses involved in end-of-life care in chronic phase elderly patients.  
**Method** 10 nurses who had been engaged in medical care and caregiving for 3 or more years were interviewed, and the results were analyzed qualitatively and inductively.  
**Results** Nurses perceived that end-of-life care involves the following elements: [preserving a patient's dignity when providing lifestyle care], [considering grief counseling for patients' families], [careful consideration of life expectancy and treatment during the terminal period], [recognizing the importance of the connection between patients and their families], [not knowing when a patient may pass away], [considering the burden on patients' families who provide care support], [allowing patients to spend their time peacefully and without pain], [exercising due care regarding safety concerns], and [maintaining/enhancing patient's existing capacities]. Nurses perceived that the actual practice of end-of-life care involved the following: [interacting with patients in a respectful way], [supporting patients in making regretless decisions at the end of life], [acting in a way that is considerate of families], [providing support for thinking about where to receive care], [striving to maintain patient health], [maintaining relationships with patients aware of the terminal nature of their condition], and [alleviating psychosomatic pain].  
**Discussion** Although nurses engaged in medical care and caregiving felt only sparse support in their decision-making, decision-making support in daily caregiving is a reality of end-of-life care practice.

1) 公益財団法人近江兄弟社ヴォーリス記念病院 Omi Brotherhood Foundation Vories Memorial Hospital

2) 聖泉大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Seisen University

\* E-Mail kuulei21se@outlook.jp

# I. 序 論

## 1. 研究の背景

現在、わが国は超高齢化社会の到来により多死時代を迎える。高齢者は加齢に伴う多くの疾患や障害をもち、長い時間をかけて心身の機能が低下する。そして、死に至るプロセスも多様であることから、終末期はいつからなのか曖昧である。

エンドオブライフケアという言葉は、終末期医療や緩和ケアを内包する新しい概念として近年使われ、病や老いなどにより人生を終える時期に必要なケアとされている。その人の生活・人生に焦点を当て、患者・家族・医療スタッフが死を意識した頃から始まるケアであり、疾患を限定せず高齢者も対象とするのが特徴である。エンドオブライフケアはQOL (Quality of Life: 以下 QOL) を最後まで最大限に保ち、その人にとってのよい死を迎えられるようにすることを目標としている (ELNEC-J, 2013)。高齢者においては、「いつかは来る死」から「差し迫った死」までエンドオブライフの時期や状態に幅があるが、エンドオブライフという時期をどう考えるかが重要である。

急性期病院での治療を終えた高齢者は、身体機能の低下により生活の再構築が必要となってくる。医療度の高い慢性期の高齢患者は、介護施設では医療機関との連携・設備の問題により対応困難 (梅津, 小野, 2002) であり、医療療養病床の対象とされることが多い。従って医療療養病床では、医療度の高い慢性期の高齢患者の生活を再構築していかなければならないといえる。また、医療療養病床で最期を迎える患者は入院患者の 30.77% を占め、在宅復帰はそれより少ない 23.91% (日本慢性期医療協会, 2009) であることから、看取り・終末期ケアが増加傾向にある (社会保障審議会医療部会議事録, 2016) ことがわかる。従って医療療養病床では、終末期ケアと在宅復帰困難な患者に対しての QOL を高めるケアを行い、効果的に幅広いエンドオブライフケアを提供することが必要であるといえる。

高齢者の終末期医療やケアに関する先行研究では、延命や蘇生処置、栄養補充などについて議論されており、過剰でない AHN (artificial hydration and nutrition: 人工的水分・栄養補給法) は、多職種スタッフと家族で総合的に検討されるべきである (三木ら, 2015) と報告されている。

看護師が終末期看護に興味関心が高いと「死」の受容へ導くための援助や、患者だけではなく家族へも積極的に介入している (吉岡ら, 2006)。しかし、療養病床は終末期看護に関心をもつ看護師が多い集団という特徴があるが、終末期看護に対する不安から積極的なかわりに影響することが示唆されている (高原, 竹田, 2014)。緩和ケア病棟と一般病棟の看護師が抱く「よい最期」については、何を理想としているのかに大きな違いはないが、よい最期が実現されているかについて違いがあり (上山, 2007)、効果的な教育的介入があれば終末期ケアの質を向上できる (大町ら, 2009) と報告されている。

エンドオブライフケア実践についての先行研究は、一般病院の専門看護師を対象として、診断初期より関わる医療者の意識向上と、患者の意思決定を支える支援技術向上の必要性が示唆されている (谷本ら, 2015)。また、医療療養病床についても、意思決定支援の課題として教育や指針となるシステムの構築の必要性が報告されている (中村ら, 2016)。意思決定支援については、一般病院と医療療養病床のどちらにおいても課題があることが明らかになっていた。しかし、病期や疾患を選ばず、死を意識した頃から始まるエンドオブライフケアをどのように捉えているのか、医療療養病床の看護師の慢性期高齢患者に対する認識を明らかにした先行研究は見当たらなかった。今後、医療療養病床の看護師は、終末期以前からの高齢者の尊厳を守るかわりににおいて看護師の高い意識が必要であると考えられる。本研究では、医療療養病床において、慢性期高齢患者のエンドオブライフケアに対する看護師の認識と実践について明らかにすることを目的とした。

本研究のエンドオブライフケアとは、急性期の治療を終えた終末期以前の状態の高齢患者を対象として、看護師が死を意識して患者・家族にかわり、身体的・精神的・社会的・霊的側面から最期まで尊厳をもって自律する支援とした。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、質的帰納的研究方法とした。

## 2. 調査対象者

研究対象者（以下、対象者）は、全人的視点でのケア展開能力が求められる。意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる日本看護協会のクリニカルラダーⅣレベルが必要である。よって医療療養病床で3年以上勤務し、看護師経験10年以上の看護師（看護管理者以外）を対象者とした。

## 3. 対象者選定方法

A県内の医療療養病床を有する病院28施設中、ホームページの紹介にて教育目標やラダーを掲げて教育体制が充実している5施設を対象施設とし、データの偏りがないように1施設につき対象者は3名までを上限とした。対象施設の看護管理者より、対象者条件に合った看護師へ文書での協力依頼を配布してもらい、同意が得られた対象者に希望の方法にて連絡をとり訪問し、1人ずつ分析を行いながらすすめ、10名に調査を行った。

## 4. 調査方法

インタビューガイドによる半構成的面接法とし、プレテストを1名に実施後、インタビューガイドを修正した。施設概要は質問紙にて看護管理者へ尋ね、郵送で回答を得た。対象者の特性は、面接時に質問紙にて回答を得た。面接はICレコーダーに録音し、1時間以内とした。面接内容はエンドオブライフケア実践の構成要素とされる6項目を参考にして質問（①日常生活ケアで大切に思う事と実践内容、②人間らしさ、尊厳を守るケアの実践内容、③家族ケアに対する考えと実践内容、④終末期ケア・延命に対する考え、⑤患者・家族の意思決定を支えるケアの実践内容、⑥死を見据えたケアに対する考えと実践内容）し、医療療養病床の慢性期高齢患者ケアについて語ってもらった。調査期間は2017年3月～2017年7月であった。

## 5. 分析方法

Berelson, B. の手法を参考に内容分析(帰納的)を行った。面接記録を逐後録に起こし、意味内容の類似性に従い分類してコード化した。コードの中で考え方を示したものを認識、行動を示したものを実践と判断した。認識と実践を分けて意味内容の類似したコードをサブカテゴリ化し、さらに類似性に着目してカテゴリを生成した。指導教員

のスーパーバイズを受けて妥当性を確保し、分析終了後に看護教育者3名によるカテゴリ分類への一致率をスコット式に基づき算出し、分析結果の信頼性を検討した。

## 6. 倫理的配慮

対象者選定は、対象施設の看護管理者へ文書と口頭にて研究の趣旨と協力内容について説明を行い、同意書の郵送にて同意を得た。看護管理者より候補者へ研究の趣旨と協力内容・参加任意性・撤回の自由についての説明文書を配布後、同意書の郵送にて同意を得た候補者を対象者とした。調査は対象者が勤務先での不利益なくできる時間と場所とし、研究協力は自由意志であり、撤回書にて不利益なく途中辞退できることを説明し、保障した。面接は同意を得てからICレコーダーに録音し、収集・生成されたデータは本研究以外に使用せず、個人を記号化して取り扱い特定されないようにした。本研究は、聖泉大学看護学研究科研究倫理審査の承認を得て実施した（承認番号016-010、平成28年12月20日付け）。

## Ⅲ. 結果

対象となった10名の記述から6つの問いごとに基礎分析を行い、258コードが抽出された。抽象度が高く意味不明の記述32コードを除く226コードの中で認識と実践に分類し、認識152コード、実践74コードであった。本分析にて分類した結果、認識38サブカテゴリ、実践22サブカテゴリが抽出され、さらに類似性に従って分類し、生成された慢性期の高齢患者に対する看護師の認識9カテゴリを表3、実践7カテゴリを表4に示す。カテゴリ分類への一致率は、スーパーバイズを受けた教員3名の平均値とし、認識9カテゴリ（表3）72%、実践7カテゴリ（表4）82.2%にて、16カテゴリが信頼性を確保していることを示した。結果の記述にあたって、A～Jの話した内容は「」で示し、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉で示した。

### 1. 対象者の背景

#### 1) 施設概要（表1）

対象施設の概要について表1に示す。回答を得られた4施設のうち、療養病床の入院基本料は、

20：1が3施設，25：1が1施設であった。病床数は平均45.25床，年間入院患者数は平均57.33名，年間死亡患者数は平均30.33名であった。年間平均在宅復帰率は平均31.06%であるが施設差がみられた。研究対象となる経験10年・配置3年以上看護師数は平均4.25名あり，新人から配属3年以内の中堅看護師が半分以上の看護配置であった。

## 2) 対象者の特性 (表2)

対象者の背景に関する詳細を表2に示す。対象者10名は，性別は全員女性，平均年齢は45.6歳であった。平均看護師経験年数は22.7年，療養病床平均配属年数は6.9年であった。エンドオブライフケアの教育や研修の受講歴は全員が無かった。死別経験については9名が有り，看取り経験は全員が有った。「一人の人の死が，いつ起こってもおかしくないのだから，死を意識して特別何も変わらない。」という語りもあり，個人の死生観が覗えた。面接時間は27分～65分であった。看護師の役割・業務については，入院説明・リハビリ・面談において3割ほどが携わっていないという回答であった。また，多職種との関係については，介護職とは良好，医師や他のスタッフとはあまりかわっていないという回答が多く，機能・役割別に活動していた。

ない。」という語りもあり，個人の死生観が覗えた。面接時間は27分～65分であった。看護師の役割・業務については，入院説明・リハビリ・面談において3割ほどが携わっていないという回答であった。また，多職種との関係については，介護職とは良好，医師や他のスタッフとはあまりかわっていないという回答が多く，機能・役割別に活動していた。

## 2. 看護師のエンドオブライフケアにおける認識について

### 【生活ケアにおいて患者の尊厳を守る】

〈排泄は羞恥心に気を付ける〉では，プライバシーの保護の意識を語った。〈患者の気持ちを汲み取る〉，〈患者の自尊心を保つ〉，〈高齢者に敬意を持つ〉では，「認知症や寝たきりで忘れてる

表1 施設概要

施設	病床数	入院数	在宅復帰率	死亡数	在院日数	看護師数	対象者数	補助者数
A	32	-	12.5	6	297.8	14	2	9
B	40	51	20	34	68.9	13	6	13
C	57	28	-	70	130.4	18.5	7	3
D	52	93	60.7	51	45.2	16	2	8
平均	45.3	57.3	31.1	40.2	135.5	15.3	4.3	8.2

※A B C は入院基本料 I (20:1)，D は入院基本料 II (25:1)

表2 研究対象者の特性

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	平均
性別	女	女	女	女	女	女	女	女	女	女	
年齢	47	62	58	38	56	30	36	43	38	48	45.6歳
経験年数	25	40	35	17	30	10	15	20	15	20	22.7年
配属年数	17	4	15	3	4	4	3	10	5	3	6.9年
研修受講歴	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	—
死別経験	有	有	有	有	有	有	無	有	有	有	—
看取り経験	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	—
業務・役割	入院説明以外	入院説明・カンファレンス・リハビリ以外	リネン交換・リハビリ以外	入院説明・面談以外	全て行う	リハビリ以外	退院支援・リハビリ・レクリエーション以外	全て行う	全て行う	全て行う	—
多職種との関係	良	—	普通	介護職とは良好	—	医師・介護職とは良好	医師による。介護職とは良好	医師による。介護職とは良好	—	介護職とは良好	—
面接時間	38分	48分	33分	47分	37分	27分	65分	30分	31分	39分	39.5分

からと思わずに接する」と高齢者を敬う看護師の態度を語った。〈本人の意思を尊重する〉、〈その人らしく過ごせる〉、〈生活の中で患者にとっての当たり前を実現する〉では、高齢者の生活史の延長で、高齢者自身の価値を敬いケアする認識を語った。また、〈食事を楽しむ〉、〈家族の意向がわからない時はスタッフでケアを考える〉、〈人としての生活を考える〉では、「孤立化しないように少しでも人とかがかわれるようにする」と語った。

#### 【家族の悲嘆ケアを考える】

〈患者の状況を理解することで家族は看取る心の準備ができる〉、〈家族が患者の状態を受け入れられるようにする〉では、「死を見据えたケアは、家族に言わなくてはいけない事は、きちんと伝える」と語った。〈終末期は家族にかかわり家族だけの時間をつくる〉、〈家族が看取りに間に合うようにする〉、〈患者の苦しい場面が印象に残らないようにする〉では、看取りに対する家族へのケアを語った。

#### 【終末期の延命・治療についてよく考えないといけない】

〈死後の体のイメージをきれいに保ちたい〉では、家族ケアの観点から治療による変貌した姿を避けるため、点滴は控えた方がよいという看護師の認識を語った。延命については、〈延命処置は苦痛を与えるので自然な形で看取の方がいい〉と、患者にこれ以上の苦痛を与えたくないという看護師の思いがあった。〈終末期の生き方・延命処置の選択についてよく考える必要がある〉、〈終末期の本人の意向を聞く必要がある〉、〈治療方針の説明後、患者・家族の考える時間が必要である〉では、「延命について最終的にどうするのかではなく、最初にどこまでしてほしいのか話しておくべきである」と意思決定支援について語った。

#### 【患者と家族のつながりを大切に考える】

〈家族とのつながりを大切に〉、〈日常生活ケアにおいて家族の気持ちを考える〉では、「家族に患者の様子を伝え、患者にかかわり一緒に過ごす時間もケアになる」と語った。〈家族が患者に寄り添い、ケアできる環境が必要〉、〈家族がいない看取りは寂しい〉、〈最期は家族や親しい人と出会えるようにしていく〉、〈最期は人生を振り返り、誰かの助けを必要とする〉では、最期の迎え方について語った。

#### 【いつ死が訪れるかわからない】

〈高齢患者はいつ死が訪れるかわからない〉、〈今を大切に考える〉、〈高齢で身体機能が低下する変化が起きてくると死を意識する〉では、「患者の身のまわりの生活が徐々に落ちてくると死を意識する」と語った。

#### 【療養を支える家族の負担を考える】

〈家族と医療者の関係性を築く〉では、「些細なことも全部家族に報告しておく事が家族の信頼となり、任せられる関係に繋がってくる」と語った。また、〈次の療養先の不安がある〉、〈在宅療養は家族の暮らしを考えた支援が必要〉、〈患者を支える家族の負担を考え決めていく〉では、「最後はいい感じで思えるように患者を支える家族の負担にならないように考え、患者の意思だけで決められない」と看護師の葛藤を語った。

#### 【苦痛なく穏やかに過ごせる】

〈負担・消耗させない〉、〈苦痛なく過ごせる〉では、生活の中で患者の負担や拘縮による身体的苦痛がないようにする意識を語った。〈苦痛緩和は必要である〉では、「ガン終末期の人の苦痛を緩和して日常生活に安心や今できることをしてあげたい」と語った。

#### 【安全に気を付ける】

〈安全に気を付けてケアを行う〉では、「口腔ケアは感染予防になり、食事にも影響するので、おろそかにせず、きちんとケアしなくてはならない」と、高齢者のQOLを保障するために、安全な生活への看護を提供することが重要であると語った。

#### 【持てる力を維持・高める】

〈持てる力を維持・高める〉では、「保清ではできるところは自分でなるべくしてもらい、次回の意欲につながるように声掛けを行っている」と語った。

### 3. 看護師のエンドオブライフケアにおける実践について

#### 【患者に敬意を持った態度で接する】

〈声掛けでコミュニケーションをはかる〉、〈態度・言葉使いに気を付ける〉、〈人として尊重した態度で接する〉では、「患者に対して目上の方として尊重した、丁寧に接する言葉使いができるように心がけている」と語り、〈身だしなみを整える〉では、患者が当たり前できないことをケア

表3 慢性期高齢患者に対する看護師のエンドオブライフケアの認識カテゴリ（コード数）  
カテゴリ分類一致率72%

9カテゴリ	38サブカテゴリ
1. 生活ケアにおいて患者の尊厳を守る。(55)	<p>患者の自尊心を保つ。(10)</p> <p>生活の中で患者にとっての当たり前を実現する。(9)</p> <p>人としての生活を考える。(7)</p> <p>高齢者に敬意を持つ。(7)</p> <p>その人らしく過ごせる。(5)</p> <p>患者の気持ちを汲み取る。(5)</p> <p>食事を楽しむ。(4)</p> <p>本人の意思を尊重する。(3)</p> <p>排泄は羞恥心に気を付ける。(3)</p> <p>家族の意向がわからない時はスタッフでケアを考える。(2)</p>
2. 家族の悲嘆ケアを考える。(26)	<p>終末期は家族にかかわり家族だけの時間をつくる。(8)</p> <p>患者の状況を理解することで家族は看取る心の準備ができる。(7)</p> <p>家族が患者の状態を受け入れられるようにする。(6)</p> <p>家族が看取りに間に合うようにする。(4)</p> <p>患者の苦しい場面が印象に残らないようにする。(1)</p>
3. 終末期の延命・治療についてよく考えないといけない。(21)	<p>延命処置は苦痛を与えるので自然な形で看取の方がいい。(7)</p> <p>終末期の生き方・延命処置の選択についてよく考える必要がある。(5)</p> <p>死後の体のイメージをきれいに保ちたい。(4)</p> <p>治療方針の説明後、患者・家族の考える時間が必要である。(3)</p> <p>終末期の本人の意向を聞く必要がある。(2)</p>
4. 患者と家族のつながりを大切に考える。(16)	<p>日常生活ケアにおいて家族の気持ちを考える。(4)</p> <p>家族が患者に寄り添い、ケアできる環境が必要。(3)</p> <p>家族がいない看取りは寂しい。(3)</p> <p>家族とのつながりを大切にする。(2)</p> <p>最期は人生を振り返り、誰かの助けを必要とする。(2)</p> <p>最期は家族や親しい人と出会えるようにしていく。(2)</p>
5. いつ死が訪れるかわからない。(12)	<p>高齢で身体機能が低下する変化が起きてくると死を意識する。(6)</p> <p>高齢患者はいつ死が訪れるかわからない。(4)</p> <p>今を大切に考える。(2)</p>
6. 療養を支える家族の負担を考える。(12)	<p>家族と医療者の関係性を築く。(6)</p> <p>患者を支える家族の負担を考え決めていく。(2)</p> <p>在宅療養は家族の暮らしを考えた支援が必要。(2)</p> <p>次の療養先の不安がある。(2)</p>
7. 苦痛なく穏やかに過ごせる。(7)	<p>負担・消耗をさせない。(3)</p> <p>苦痛なく過ごせる。(3)</p> <p>苦痛緩和は必要である。(1)</p>
8. 安全に気を付ける。(5)	安全に気を付けてケアを行う。(5)
9. 持てる力を維持・高める。(4)	持てる力を維持・高める。(4)

する様子を語った。

**【終末期に後悔のない決定ができるよう支援する】**

〈延命処置は家族の意思を確認する〉、〈終末期の意向を家族にきく〉、〈家族の考えを理解するかかわりを持つ〉では、家族の考えを理解するための意図的なかわりを語った。〈家族が本人の意思を代弁できる支援をする〉、〈患者・家族の意向を確認して医療チームで共有する〉では、患者の意思を代理決定する家族の意向を医療者で共有する実践を語った。〈治療方針について後悔のない決定ができるよう考えてもらう〉では、治療方針の決定後も意思確認を行っていた。しかし、〈方針の決定を支える言葉掛けをする〉では、「意思決定はかかわれていないように思うが、医師の方針に則って言葉かけはしている」と語った。

**【家族への配慮を考えた対応をする】**

〈患者と家族の関係性を保持する〉では、看護師が家族と接点を持ち、患者と家族のつながりを保持すると語った。〈患者を抱える家族を労う〉、〈家族への接遇に気を付ける〉では、「家族は色々な生活があって患者の世話をしているので、当たり前にも思わず帰る時には労いの言葉をかけてい

る」と語った。

**【療養場所を考える支援をする】**

〈療養場所を決める支援をする〉、〈次の療養場所を相談し考える〉では、「在宅療養が不安な家族に、決心できる動機づけの声掛けをする」と語り、看護師は家族のストレスや負担を軽減し、退院支援をしていた。

**【健康の維持に努める】**

〈栄養を確保する〉では、「提供された食事はできるだけ食べてもらう」と語った。〈患者にできることはやってもらう〉、〈終末期以外の患者はADLの維持に努める〉では、「リハビリを頑張っ

**【死を意識した患者とのかかわりをもつ】**

てADLがアップすると療養先の幅が広がり、自分らしく過ごせる穏やかな生活がある」と語った。〈死を意識した患者とのかかわりをもつ〉では、「死を見据えた患者の話を傾聴し支える」、〈死を意識した患者の希望を叶える働きかけをする〉では、「患者の希望を医師に伝え、自分の命が長くないことを気づいている患者に制限のある生活でなく、どれだけ自分らしく迎えられるか考える」と語った。

表4 慢性期高齢患者に対する看護師のエンドオブライフケアの実践カテゴリ (コード数)  
カテゴリ分類一致率82.2%

7カテゴリ	22サブカテゴリ
1. 患者に敬意を持った態度で接する。(24)	人として尊重した態度で接する。(10) 声掛けでコミュニケーションをはかる(6) 態度・言葉使いに気をつける。(6) 身だしなみを整える。(2)
2. 終末期に後悔のない決定への支援をする。(24)	家族が本人の意思を代弁できる支援をする。(4) 延命処置は家族の意思を確認する。(4) 患者・家族の意向を確認して医療チームで共有する。(4) 治療方針について後悔のない決定ができるよう考えてもらう。(3) 家族の考えを理解するかかわりを持つ。(3) 方針の決定を支える言葉掛けをする。(3) 終末期の意向を家族にきく。(3)
3. 家族への配慮を考えた対応をする。(11)	患者と家族の関係性を保持する。(5) 患者を抱える家族を労う。(4) 家族への接遇に気を付ける。(2)
4. 療養場所を考える支援をする。(8)	療養場所を決める支援をする。(5) 次の療養場所を相談し考える。(3)
5. 健康の維持に努める。(7)	患者にできることはやってもらう。(4) 終末期以外の患者はADLの維持に努める。(2) 栄養を確保する。(1)
6. 死を意識した患者とのかかわりをもつ。(4)	死を見据えた患者の話を傾聴し支える。(2) 死を意識した患者の希望を叶える働きかけをする。(2)
7. 心身の苦痛を緩和する。(3)	苦痛を軽減し穏やかに過ごせるようにする。(3)

## 【心身の苦痛を緩和する】

〈苦痛を軽減し穏やかに過ごせるようにする〉では、「その人の気持ちを汲み取って声をかけ、体の向きを変えたり、さすったりして病気や拘縮の痛みをなるべく軽減できるようにする」と語った。

## IV. 考 察

### 1. 看護師のエンドオブライフケアにおける認識について

患者の疼痛や不快な身体症状は日常生活に影響を与える。A. Deeken (2003, :170) は、病院が対象とするのは、ほとんどが肉体的苦痛ですが、ホスピスではトータル・ペインという概念を重視します、と述べている。看護師は、【苦痛なく穏やかに過ごせる】ために身体の苦痛緩和と終末期における苦痛緩和の必要性を捉えているが、トータル・ペイン（以下、全人的苦痛と称す）については認識されていないと推察される。

終末期の治療方針において、患者の意思が確認できない場合は、チームで患者の推定意思を検討することは臨床倫理であり、【終末期の延命・治療についてよく考えないといけない】。小原、森下 (1993, :313) は、「生の長さ」(length in time)はその人の「生の深さ」(depth in life)を意味しないと述べている。今後の治療や療養について、患者・家族で話し合い、人間らしく生きること死ぬことを考えることが患者の尊厳の保持に繋がる。〈延命処置は苦痛を与えるので自然な形で看取る方がいい〉という看護師自身の思いや〈終末期の本人の意向を聞く必要がある〉という倫理観から、意思決定における看護師の役割について捉えていると考える。

療養場所を考える支援においては、看護師は患者の話聴くと同時に家族の話も聴き、【療養を支える家族の負担を考える】ことを必要としていた。柏木 (2006, :238) は、孤独を癒すのは技術ではなく人との交わりです、と述べている。患者の精神的な痛みを癒す【患者と家族のつながりを大切に考える】ことは、【家族の悲嘆ケアを考える】ことに繋がると考える。また、末永 (2003, :139) は、人はショックを受けた時、支えを必要とするのです。医療者側に、その痛みを分かち合う心と覚悟がなければいけません、と述べている。看護師は

死を見据えたケアをする覚悟を持って、伝えるべき事を家族に伝え、看取りが家族にとって大切な場面であると捉えていたことは家族ケアの認識であると考ええる。

超高齢期には認知・身体機能の低下が避けがたく、そしてそれがその人の生活に与える影響のすべてを抱えながら生きなければならない。【持つる力を維持・高める】ために、生活意欲につながる声掛けは、患者の自己効力感を高めるものである。日常生活能力の維持・改善が患者のQOL向上につながると捉え、高齢者のQOLを保障するために【安全に気を付ける】ことが重要だと看護師は認識していたことは人間尊重であると考ええる。

細井 (2014, :39) は、患者さんや家族が「今日はよい一日であった」と、その日の終わりに振り返ることができたら、どんなに安らかに床に就くことができよう、と述べている。看護師が患者の身体機能の低下から死を意識し、今日一日をその人らしく生きることを考えることは、【いつ死が訪れるかわからない】からこそ、今日一日に命を与える有終の時間を模索しているものだと考える。

高齢者を敬う看護師の態度は、高齢者を肯定することであり、患者が自己の存在を肯定的に捉え、生きる意味や目的を見出す尊厳あるケアに繋がるものである。これらは【生活ケアにおいて患者の尊厳を守る】看護師の認識であると考ええる。

### 2. 看護師のエンドオブライフケアにおける実践について

痛みがある体をさすり、体位を変える看護ケアは手当をするぬくもりが患者へと伝わり【心身の苦痛を緩和する】。真心を込めたメッセージを送ることが患者に寄り添うケア実践であると考ええる。

看護師が家族と接点を持ち、家族を労い、家族を気遣うコミュニケーションをとるなどの【家族への配慮を考えた対応をする】ことは信頼関係に繋がる実践である。また、慢性期の患者においては、家族の意向を聞きながら情報提供を行い、【療養場所を考える支援をする】ことが求められる。長期の療養を支える家族の負担を考え、家族としての時間が持てるように場をつくり、患者との関係性を保持・強化ができるように調整することは、



家族ケアの実践であると考える。

治療の選択・意思決定における看護師の役割については、【終末期に後悔のない決定ができるよう支援する】ことが大切である。家族の意向を医療者で共有し、治療方針の決定後も意思確認を行っていた。しかし、看護師は「意思決定はかかわれていないように思うが、医師の方針に則って言葉かけはしている」と語っており、意思決定支援の実感が薄いことが考えられる。

長江(2014, :29)は、死をタブー視するのではなく、死を見据えてケアすることが患者や家族の望みをつなげることにもつながる、と述べている。患者が死を意識したとき、看護師は死を遠のかせることではなく、その心に向き合い、寄り添う姿勢が大切であり、【死を意識した患者とのかかわりをもつ】実践は、人生のQOLの焦点化に繋がると考える。

川島(2007, :2)は、看護における生活行動援助は、生命を維持する生理学的なメカニズムの上に、より人間らしく生きようとする個人の文化的価値感や生活習慣と、その人をとりまく環境因子などの影響を配慮して行う援助活動である、と述べている。【患者に敬意を持った態度で接すること、つまり高齢者に対して、毎日丁寧に行われるケアは、患者が人間らしく生きることを支援する看護実践である。また、看護師は患者の【健康の維持に努める】ために、残存機能を評価し、生活行動の自立支援を行っていた。患者が当たり前でできたことができなくなった時、患者の心の痛みに寄り添い、自律性を支持する援助が大切であり、患者が自己存在を肯定し、生存価値を感じられるケアに繋がる実践であると考える。

### 3. 医療療養病床のエンドオブライフケアについて

終末期における症状緩和は苦痛緩和の一部であり、患者が死へのプロセスで体験する精神的、社会的、さらに霊的苦痛を全人的にケアするという視点を考えなければならない。大町ら(2009)は、看護師のターミナルケア態度の積極性には、死生観育成が必要であり、看取り・死別経験が多いほど自身の死生観を深めることに繋がると報告している。本研究の対象看護師は、平均年齢が45.6歳であり、殆どが看取り・死別経験が有った。対象者の特性からエンドオブライフケア教育の受講歴

はなく、全人的苦痛についての概念は理解されていないと推察されるが、身体と終末期における苦痛緩和の必要性を捉えていることは明らかであり、痛みがある体をさすり患者に寄り添う看護ケアを実践していた。これらの背景からも、個々の死生観による死を見据えたケアを実践していると考ええる。

中村ら(2016)は、医療療養病床において、患者の意思決定が困難なことから、患者の意思確認をどのように行うかが課題であり、意思決定支援の教育や指針となるシステム構築の必要性を報告している。本研究においても、苦痛な延命はしない方がよいという看護師自身の思いを持ち、【終末期の延命・治療についてよく考えないといけない】と捉えていた。しかし、患者にとって最善の決断ができる意思決定支援を看護師は希薄に感じていた。また、慢性期の「どう生きたいか」を支える日常生活ケア実践や療養先を決める中に、意思決定支援があると思われるが、看護師は意思決定支援だと自覚していなかった。意思確認が困難な患者が多い医療療養病床は、患者本人ではなく家族の意思確認が多くなり、患者自身の決定に対する倫理観から意思決定支援を消極的に捉えていると考える。また、終末期の治療方針は、前病院にて決定している施設が多いことから、意思決定における看護実践としての実感が得られないものであると考える。小澤(2012, :3)は、誰かの支えになろうとする人こそ、一番、支えを必要としています、と述べている。患者・家族の支えである看護師の支えとなるのは、全人的ケアを展開するチームアプローチである。また、古川ら(2014)は、医療療養病床における看護活動の課題・教育支援のあり方について、多職種間で連携するには、情報や方針を共有し、各自が役割を認識して活動できることが大切であると報告している。医療療養病床は体制的に、日常業務が機能的に運営されていると推察され、多職種との協働によるチームケアを行うことが、看護師の役割に対する働きの自覚となり、自身のケア実践を肯定的に捉える意思決定支援の認識に繋がるものであると考える。

谷本ら(2015)は、非がん疾患患者のケアに早期から携わる医療者のエンドオブライフケア実践に対する意識と支援技術を高めることで、患者が最期まで自分らしく生きることを支えるケアを拡

充することが必要であると報告している。本研究において、高齢者に対し、丁寧に行われるケアは、尊厳の保持につながり、人間らしく生きることを支援する看護実践であった。医療療養病床において、日常のケアこそ価値があり、エンドオブライフケア実践であると考え、K.K.Garner (2013)らは、質の高いエンドオブライフケアを提供するためには、教育と病院システム改善の必要性を報告している(2013)。本研究においても、エンドオブライフケアの教育的な取り組みが、医療療養病床で日々繰り返されるケアを意味づけ、慢性期からのエンドオブライフケア実践の充実に繋がるものであると考える。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究の10名の看護師の面接は、病院での実践能力が高い看護を示し、終末期の実践も含まれていた。今後は慢性期のケアに局限した実践を示すこと、また中堅看護師以外の認識と実践を明らかにし、慢性期高齢者ケアのあり方を検討することが必要である。

## VI. 結論

医療療養病床で勤務する看護師の面接調査から、明らかになった慢性期高齢者に対するエンドオブライフケアにおける認識と実践は、以下の3点であった。

1. 看護師のエンドオブライフケアに対する認識は、死を見据えた高齢者ケアにおいて身体の苦痛緩和と患者・家族の心に寄り添うこと、日常生活の中で患者の意思を尊重し尊厳を守ること、治療の選択において意思決定支援が必要だと捉えていた。
2. 看護師のエンドオブライフケアに対する実践は、患者の安全安楽と家族への配慮であり、高齢者に対する丁寧なケアが人間らしく生きることを支援するケアであった。経験に基づく高齢者観、死生観、倫理観、看護観から、エンドオブライフケア実践をしていることが示唆された。
3. 医療療養において、看護師は意思決定支援を希薄に感じていたが、日常生活援助の中にある意思決定支援はエンドオブライフケア実践であ

る。慢性期の「どう生きたいか」を支える看護師の意識向上には教育的な取り組みが必要である。

## 謝辞

本研究に協力いただきました対象施設の看護部長様、対象者の皆様、研究をすすめるにあたりご指導をいただきました聖泉大学院看護学研究科の諸先生方に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成29年度聖泉大学看護学研究科の修士論文を一部追加・加筆した。

## 文献

- Alfons Deeken (2003) : よく生きよく笑いよき死と出会う, 170. 株式会社新潮社, 東京.
- ELNEC-J コアカリキュラム. (2013) : 看護師教育プログラム, 参加者ハンドブック.
- 古川直美, 坪井桂子, 浅井恵理, 他. (2014) : 医療療養病床における看護活動の現状と課題および教育支援のあり方, 岐阜県立看護大学紀要, 14 (1), 121-130.
- 細井順. (2014) : 希望という名のホスピスで見つけたこと, 39, いのちのことは社フォレストブックス, 東京.
- 柏木哲夫. (2006) : ホスピス・緩和ケア, 238, 株式会社青梅社, 東京.
- 川島みどり. (2007) : 新訂 生活行動援助の技術—人間として生きていくことを—, 2, 看護の科学社, 東京.
- K. K. Garner, J. A. Goodwin, J. C. McSweeney, et al. Nurse Executives' Perceptions of End-of-Life Care Provided in Hospitals. *Journal of Pain and Symptom Management* 235. Vol.45 No. 2. February 2013.
- 厚生労働省. (2016) : 社会保障審議会医療部会議事録, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/gijiroku45.pdf>, [検索日2016年8月4日].
- 三木秀生, 足立佳世子, 東祐一郎, 他. (2015) : 療養病床におけるQOD, 山口県医学会誌, (49).
- 長江弘子. (編). (2014) : 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, 29, 株式会社日本看護協会出版会, 東京.
- 中村美紀, 小泉由香理, 相良真由美. (2016) : 療養病床

- 入院患者の終末期に対する意思決定支援の現状と課題—N県内アンケート調査より—, 日本看護学会慢性期看護, (46), 110-113.
- 日本慢性期医療協会: 入退院経路調査, 平成21年4月1～9月30日,  
[https://jamcf.jp/enquete/091222\\_nyuin4-9.pdf](https://jamcf.jp/enquete/091222_nyuin4-9.pdf), [検索日2016年9月6日].
- 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千沙, 他. (2009): 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析, 保健学研究, 21(2), 43-50.
- 小澤竹俊. (2012): 小澤竹俊の緩和ケア読本 苦しむ人と向き合うすべての人へ, 3, 日本医事新報社, 東京.
- 小原 信, 森下直貴(編). (1993): 日本社会と生命倫理, 313, 株式会社以文社, 東京.
- 末永和之. (2003): いのちの響 ホスピスの春夏秋冬, 139, 株式会社青海社, 東京.
- 高原和恵, 竹田恵子. (2014): 医療療養病床看護師の終末期看護に対する態度—終末期看護に対する不安の有無別にみた特徴—, 川崎医療福祉学会誌, 23(2), 285-290.
- 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 他. (2015): 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践, Palliative Care Research, 10(2), 108-115.
- 上山千恵子. (2007): 終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」, 日本看護科学会誌, 27(3), 75-83.
- 梅津美香, 小野幸子. (2002): 老人保健施設の看護職者の施設内死亡に対する意識, 老年看護学, 7(1), 119-127.
- 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 他. (2006): 看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関する要因, 大阪大学看護学雑誌, 12(1), 1-9.

