

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2013年度（前期）一般公募 在宅医療研究への助成

完了報告書

高齢者施設で介護職のおこなう高齢者看取りケアと
在宅で看護職のおこなう高齢者看取りケアの
相違点および共通点

北摂総合病院訪問看護ステーション

所長 野口 忍

在宅看護専門看護師

2014.8.18

研究の目的と背景

近年、医療費抑制、エンドオブライフ充実のため在宅死が推進されているが、いまだ在宅死は全体の13%にとどまる（総務省統計局,2012）。

在宅死の中でも終末期がん患者に対する在宅終末期ケアの研修等が各地で開かれている。調査でも、終末期がん患者に訪問看護師が介入した際の在宅看取り率は4割であり（日本訪問看護振興財団,2008）、今後、終末期がん患者の在宅死率は上昇していくと思われる。

一方、増加する高齢者の老衰での在宅看取り率の調査報告は少なく、体系的な高齢者看取りケアの研修等も日本健康科学学会のELNEC-Gプログラム（2013年初開催）でしかみられない。

老衰の死のプロセスはゆるやかであり、長谷川ら（2013）が、老衰が原因の自宅死が96%、病院死が4%と指摘しているように、家族の覚悟と介護力があれば在宅での看取りは可能である。しかし核家族化で老老介護が増える状況では在宅看取りは困難を伴う。

よって在宅死以外の選択肢が必要であり、入所施設での死（施設死）もそのうちのひとつである。

2006年の診療報酬改定で、施設での看取り介護加算がつくようになり、看取りに取り組む施設も増えつつある。特養の看護師は、自分自身が看取りケアに取り組んでいきたいかについて、とてもそう思う、ややそう思うと81.1%が答えているが、特養看取りケアの経験者は施設での看取りケアを67.3%がやや難しい、非常に難しいと回答している（日本看護協会,2013）。これらから、特養の看護師が施設看取りに積極的とは言いがたい。

看取り介護加算は、常勤の看護師を一名配置するか病院等の職員と24時間連絡体制がとれることが算定条件で、特に利用者にとっては住居となる、老人福祉施設（別称：特別養護老人ホーム、以下、特養）の92.6%は24時間連絡体制で対応している（日本看護協会,2013）。特養での実際の看取りには介護職が中心に関わっていると推測される。

特養の介護職は、看取りは特養として当然提供すべきサービスのひとつとし（北村ら,2009）、特養は利用者にとって最終的な生活の場として捉えている。また特養の死亡者割合のうちがんは4.8%に過ぎず、老衰が49.4%を占めている（全日本病院協会,2012）。

そこで今回、施設死を推奨し、特に介護職が中心に看取りをおこなっている特養を対象に、介護職のおこなう高齢者看取りケアを調査する。比較検討のため、在宅死率が6割を超える訪問看護ステーションで、在宅で看護職がおこなう高齢者看取りケアを調査する。

本研究の目的は介護職と看護職の高齢者看取りケアの共通点および相違点を明らかにし、高齢者の施設死、在宅死を増やすための看取りケア教育方法の示唆とすることである。

研究方法

1) 研究対象者

研究協力施設は便宜的抽出法で選んだ、関東圏の特別養護老人ホーム1ヶ所、関西圏の訪問看護ステーション1ヶ所。高齢者看取りケアを積極的におこなっている施設とした。介護職、看護職共にケア経験年数5年以上でがん以外の高齢者看取りケア経験が1名以上ある。研究の趣旨について理解が得られ、研究参加の同意が得られた者

2) 定義

高齢者看取りケア

がん以外の高齢者が、余命2、3か月以内と診断されてから、死亡するまでに行われる介護福祉士もしくは訪問看護師のおこなうケア

介護職

特養の介護福祉士

看護職

訪問看護師

3) データ収集期間

2013年9月～2014年3月

4) データ収集法

- ① インタビューガイドを作成
- ② 有識者にスーパーバイズを受ける
- ③ インタビューガイドの完成

- ④ 対象施設の責任者に説明し了承を得る
- ⑤ 対象者1人あたり45分を限度にインタビューをおこなう
- ⑥ 面接終了後、速やかに録音記録を基に逐語録を作成
- ⑦ 逐語録から、必要な部分を抽出、意味内容が損なわれないよう簡潔な一文で表現し、コード化する
- ⑧ コードを比較し、意味内容が類似したものを集めて名称をつけてカテゴリー化する

面接データは常に「高齢者看取りケア」の視点から分析をおこない、二人目以降は一人目の参加者との共通点と相違点を考えながら、継続比較分析を行い、類似する概念をまとめカテゴリーを生成した。分析の過程において、グランデットセオリーアプローチ法に熟練した研究者からスーパーバイズを受けた。

5) 面接法

介護と看護の高齢者看取りケアの共通点、相違点を明らかにするために、研究依頼者が作成した半構成的質問用紙を用いて面接を行った。質問項目は、「高齢者を看取った経験について」「高齢者を看取った経験からの学びについて」などした。面接は、研究参加者に著しい心身の苦痛がないことを確認し、研究参加者の業務の妨げにならないような時間帯にプライバシーが保てる個室で行った。面接時間は1回45分を限度とした。面接内容は研究参加者の同意を得て録音した。

6) 倫理的配慮

本研究は、高齢者施設で介護職のおこなう高齢者看取りケアと在宅で看護職のおこなう高齢者看取りケアの共通点および相違点を調査で明らかにするために、プライバシーや過去の経験に関わる内容を質問し、心理的負担感を与える可能性がある。したがって、本研究を遂行するにあたり、以下に挙げる点について十分な倫理的配慮を行う。

(1) 研究協力施設への研究協力依頼に関する倫理的配慮

- ① 研究協力施設の責任者に対し、研究の趣旨と倫理的配慮について文書で説明し、研究協力の同意を得た。
- ② 研究への協力は自由意志に基づくものであり、介護職、看護職の研究への協力の有無や協力状況は、今後の関係性等になんら影響がないことを保証した。
- ③ 聞きとり調査を行うにあたり、対象者の日々の業務に支障をきたさない日時を設定できるよう配慮した。

- ④ 本研究は、在宅医療研究報告書としてまとめ、学会等の発表や投稿を行うことの承諾を得た。
- ⑤ 研究結果に関しては、報告書の提出後、研究協力施設の責任者に報告書の提出をもって報告とする。

(2) 研究対象者への研究協力依頼に関する倫理的配慮

- ① 研究協力を依頼する対象者には、文書により研究の趣旨と倫理的配慮について説明し、同意書へのサインをもって同意を得た。
- ② 研究への協力は自由意志に基づくものであり、研究の協力を断った場合、あるいは研究への協力を中断した場合に、人事考課査定等なんら不利益が被ることはないことを説明した。
- ③ 責任者に対して調査への強制力を行使しないことを依頼した。
- ④ 本研究は、在宅医療研究としてまとめ、学会等の発表や投稿を行うことの承諾を得た。

(3) 質問紙調査に関する倫理的配慮

- ① 調査票には個人名を記入しない。
- ② 調査後の調査票は、鍵のかかる所で厳重に保管した。

(4) 個人情報に関する配慮

- ① 収集したデータは、匿名化を保持するために、個人が特定されないように数値化して厳重に管理した。
- ② データの保存には認証つき USB フラッシュメモリを使用する。データの保存に使用するパソコンは、院内の LAN に接続せず、使用者認証による管理を行った。
- ③ 収集したデータは、本研究目的のみに使用することを保証した。
- ④ 研究結果について課題研究発表会や学会等において発表する際に、個人・施設が特定できないように十分配慮した。
- ⑤ 収集したデータに関する記録物及び調査票は、研究の全てのプロセスが終了した時点で処分した。

結 果

1) 研究協力者

研究協力者は 8 名、性別は男性 3 名、女性 5 名、平均年齢は 41.1 歳であった。
介護福祉士は 5 名、訪問看護師は 3 名、平均ケア経験年数は 12 年であった

2) 研究結果の概要

データ分析の結果、3つのカテゴリーが抽出された。以下、本文中カテゴリーは【】、サブカテゴリーは[]、コードは『』で示す。なお一覧は表 1 に示す。

表 1 カテゴリー、サブカテゴリー、コードの一覧

*は看護職から抽出

<p>家族ケア</p>	<p>家族への意思決定支援</p>	<p>家族への延命処置の意思確認</p> <p>家族と本人との日ごろの会話から最期の希望を推し測る</p> <p>本人の延命処置への意向を家族に伝える</p> <p>家族間の意向のすり合わせを含めた意思決定支援*</p> <p>現状を説明し家族の意向を支える*</p>
	<p>看取る家族へのケア</p>	<p>最近の食事・トイレの様子を家族に伝える</p> <p>ターミナル臨死期に家族に連絡し臨終まで一緒に過ごす時間を作る</p> <p>家族の実際の最期の対応を見届ける</p> <p>本人のいないところで家族の体調を気遣い休息を促す*</p> <p>家族への在宅看取りについての説明*</p> <p>週単位日にち単位の変化がある時に家族に最期の時に備えてもらうよう状態変化について説明*</p>
<p>生活活動ケア (睡眠の該当なし)</p>	<p>食事介助</p>	<p>本人の残存能力に合わせた食事介助</p> <p>食事形態の工夫</p> <p>食事摂取の工夫</p>
	<p>清潔援助</p>	<p>利用者の状態に合わせた清潔援助の工夫</p> <p>ターミナル期の最低限のケアとして口腔ケア、基本</p>

合併症へのケア	排泄介助 活動支援 老衰による合併症への対応	<p>的な清拭、洗髪、陰部洗浄を徹底する</p> <p>重要な生活活動ケアは状態に合わせた清潔援助*</p> <p>残存能力に合わせた排泄介助</p> <p>外出支援</p> <p>合併症への対応</p> <p>効果の上がない褥創ケア</p> <p>工夫しても悪化する褥創へのケアを模索</p> <p>褥創予防を兼ねた最小限の陰部洗浄*</p> <p>苦痛軽減のための排便処置*</p> <p>排便処置による腹部苦痛症状の軽減*</p>
---------	------------------------------	--

3) 介護職、看護職の高齢者看取りケア

(1) 家族ケア

① 家族への意思決定支援

介護職では入所時に事前指示書を作成しており、「家族への意思決定支援」として『家族への延命処置の意思確認』『家族と本人との日ごろの会話から最期の希望を推し測る』『本人の延命処置への意向を家族に伝える』が挙げられた。

看護職では『家族間の意向のすり合わせを含めた意思決定支援』『現状を説明し家族の意向を支える』をおこなっていた。

② 看取る家族へのケア

介護職は『最近の食事・トイレの様子を家族に伝える』『ターミナル臨死期に家族に連絡し臨終まで一緒に過ごす時間を作る』『家族の実際の最期の対応を見届ける』があがった。

看護職は『本人のいないところで家族の体調を気遣いかい休息を促す』『家族に在宅看取りを説明』『週単位日にち単位の変化がある時に家族に最期の時に備えてもらうよう状態変化について説明』していた

(2) 生活活動ケア

【生活活動ケア】の中で「清潔援助」だけが共通してあがっていた。

介護職の「清潔援助」は『ターミナル期の最低限のケアとして口腔ケア、基本的な清拭、洗髪、陰部洗浄を徹底する』としていた。

看護職は『重要な生活活動ケアは状態に合わせた清潔援助』としていた。

(3) 合併症へのケア

[老衰による合併症への対応]は、主に褥創、便秘があった。

介護職では『効果があがらない褥瘡ケア』『工夫しても悪化する褥瘡へのケアを模索』としていた。

看護職では、褥創発生はなく『褥創予防を兼ねた最小限の陰部洗浄』をおこなっていた。また便秘には『苦痛軽減のための排便処置』『排便処置による腹部苦痛症状の軽減』といった医療処置をおこなっていた。

考 察

1) 高齢者看取りケアの相違点

特養で介護職が、在宅で看護職がおこなう高齢者終末期ケアは、場や関係性の違いから、高齢者看取りケアに違いが生じていることが明らかになった。

表 2 職種別相違点一覧

	特養介護職	在宅看護職
利用者に関わった期間	年単位	月単位
ケアを提供する時間	24 時間	多くても 1 日 1 時間
ケア対象	利用者	利用者と家族
生活活動ケア内容	食事介助、清潔援助、排泄介助、活動支援	清潔援助
生活活動ケアを家族と共におこなう	なし	あり、もしくは指導
合併症へのケア	褥創ケア	褥創予防、排便処置
利用者の認知機能低下	あり	なし、あっても軽度
利用者の延命処置についての意思表示	なし	あり
利用者の意思の確認方法	入所以降の様子から類推する	本人に尋ねるか、家族に利用者の意思を類推してもらう
家族への意思決定支援	主に延命処置についての意向の確認	家族の意向のすり合わせや現状の説明

特養の場の特徴として、利用者の認知機能低下が多く見られ、年単位で関わってきた介護職によって 24 時間の【生活活動ケア】と【合併症へのケア】がおこなわれていた。

在宅は利用者の認知機能低下は少なく、月単位で関わる看護職が多くても 1 日 1 時間程度の【生活活動ケア】と【合併症へのケア】を利用者におこない、家族に対しても【生活活動ケア】を指導していた。

また、インタビューの際、「高齢者を看取った経験について」を尋ねたところ、介護職は 5 名全員が、まず【生活活動ケア】を挙げていた。介護職は利用者の老衰で徐々

に低下していく身体機能に合わせながら【生活活動ケア】行なうことを高齢者看取りケアと認識していたといえる。

看護職は3名共に、高齢者看取りケアでは【家族ケア】が重要であると答えていた。利用者への直接的なケアではなく、【家族ケア】を高齢者看取りケアと認識していた。

2) 高齢者看取りケアの共通点

施設の高齢者看取りでは、本人の認知症や意識障害によって本人の意向が確認できないケースが多く、看取り介護加算の算定要件にもあるように、意思確認のできない本人の代わりに家族に説明し、合意を得て看取りケアをおこなっている。

百瀬（2011）は、家族は意思決定のプロセスにおいて戸惑いや不安が大きく、施設で看取することを決定した場合でも、その思いが揺れ動く家族も多いとしている。よって介護職であっても、事前指示を聞いておくことや、その都度、家族と話し合うことを重要視している様子が伺える。在宅においても家族の思いには同様の傾向がある。これらが介護職、看護職双方で高齢者看取りケアとして【家族ケア】が多くあがった要因と考えられる。

【家族ケア】で、看護職の「家族への意思決定支援」が、『家族間の意向のすり合わせを含めた意思決定支援』『現状を説明し家族の意向を支える』といった直接介入をするのに対し、介護職は、『家族への延命処置の意思確認』『家族と本人との日ごろの会話から最期の希望を推し測る』『本人の延命処置への意向を家族に伝える』といった意向の確認に留まる。

介護職では、福祉分野では対人援助にかかわる援助者の行動規範として知られる「バイステックの7原則」（アメリカの社会福祉学者バイステックが定義した相談援助技術の基本）が反映されていると思われる。受容（クライアントのあるがままの現実《思想・態度・行動を含む》において、そのまま無条件に受け入れること）や非審判的態度（自分の価値観や倫理的判断によって、クライアントの行動や態度を批判したり、問題の発生原因について有罪を審判・非難しない）（山縣ら，2013）である。

看護職の行動規範としては、「看護者の倫理綱領」があり、第4条で看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護するとされ、対象となる人々の理解度や意向を確認しながらわかりやすく説明し、意思表示をしやすい場づくりや調整、他の保健医療福祉関係者への働きかけを行う役割がある。

両者の役割の違いが高齢者看取りケアにおける「家族への意思決定支援」の違いに現れている。

3) 高齢者看取りケア教育

施設の終末期ケアに関する職員教育として、終末期の身体、心理的变化に対応するための知識・技術、死生観、家族支援、倫理的課題への判断、解決能力がある（百瀬,2011）。

本研究の結果を踏まえ、高齢者看取りケアについて、合同で教育をおこなうとすれば、家族への意思決定支援を含めた家族ケアである。各職種の役割の違いはあるが、施設や在宅において、生活の延長上にある死を支えていく視点は共通している。具体策として「緩和ケアマニュアル」（淀川キリスト病院，2007）にある「終末期のプロセス表現」の検査データにたよらない予後予測などを活用した意思決定支援の方法の研修を検討している。

結 論

- ① 特養で介護職が、在宅で看護職がおこなう高齢者終末期ケアは、場や関係性の違いから、高齢者看取りケアに違いが生じていることが明らかになった。
- ② 介護職は【生活活動ケア】行なうことを高齢者看取りケアと認識し、看護職は【家族ケア】を高齢者看取りケアと認識していた。
- ③ 介護職と看護職の「家族への意思決定支援」の違いは、職種の役割の違いから考えると考えられる。
- ④ 高齢者看取りケアに必要な合同教育の内容は、家族への意思決定支援を含めた家族ケアである

おわりに

高齢者の終末期にあっては、高度で特殊な医療よりも、日々繰り返される丁寧なケアこそが重要であり、高齢者にとって快適で、“大切にされている”と実感できるケアこそ、目指すべきもの（日本看護協会看護倫理検討委員会,2010）である。生活を支え、ケアを重視する特養の介護福祉士と訪問看護師が、合同でケアの共有や教育を受けることで、よりよい高齢者看取りケアが実践できるようつなげていきたい。

謝辞

本研究にあたり、お忙しい業務の中を快く研究にご協力をいただいた両施設のみなさまに心より感謝申し上げます。

本研究は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の在宅医療研究助成金を受けたものである。ここに記して謝意を表する

引用文献

- ・長谷川潤、榎裕美、井澤幸子、廣瀬貴久、葛谷雅文（2013）：在宅療養要介護高齢者の死亡場所ならびに死因についての検討,日本老年医学会雑誌 50 巻 797-803
- ・北村育子、牧洋子、石井京子（2009）：特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題,日本福祉大学社会福祉論集第 120 号 75-88
- ・百瀬由美子（2011）特集高齢者終末期の医療とケア, 4.病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア,日本老年医学会雑誌 48 巻 3 号 227-234
- ・日本看護協会看護倫理検討委員会（2010）：看護職のための自己学習テキスト, 高齢者の意思決定の支援, (<http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/shien/> (2014.8.16))
- ・日本看護協会(2013)：平成 24 年度高齢者ケア施設で働く看護職員の実態調査
- ・総務省統計局（2012）：政府統計の総合窓口,人口動態統計 (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001028897>(2014.7.25))
- ・淀川キリスト教病院（2007）終末期プロセス表現,緩和ケアマニュアル第 5 版,最新医学社
- ・山縣文治・柏女霊峰編集（2013）社会福祉用語辞典第 9 版,ミネルヴァ書房
- ・全日本病院協会（2012）：終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究報告書