

られた。この一方、現状では標準化されたものではなく、さらなる検討を必要とする。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成
(高齢者の終末期看護・介護と家族支援に関する研究)
研究分担者 林 尚子 (国立長寿医療センター 副看護部長)

研究要旨

前回の研究で高齢者の終末期看護を考える場合、患者が自己決定できそれを尊重するためには環境(家族=介護者)作りへの支援活動を行うことであると述べた。その支援活動における看護の標準化を目指すため、患者が望む最期の場「自宅」の環境(在宅)の実態把握を行った。また看護師の役割を考えるにあたり「高齢者の終末期医療の現状」として看護師に調査を行った。

患者の環境の実態把握は佐久総合病院を視察し、その結果、医療従事者と患者家族との信頼関係が成立していること、QOLが自立(状態は個々違う)していることで患者の思いが実現することが再認識できた。高齢者の終末期医療について看護師の調査では、「思い」と「実際の看護」とは乖離し、数年前の実態調査と殆ど結果が同じであった。病院で何ができるか、看護師としての役割は何か等考えさせられたと同時に、「高齢者の終末期医療」は難しいということも言える。今後は、看護の一つ一つを標準化していきたいと考える。

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアにおける看護師の役割は、患者の意思にそって安寧な死を迎えることができるよう、人間らしい生活が送れるよう援助を行うことである。多くの高齢者は「最期は自宅で迎えたい」と願っている。

前回の研究で患者の自己決定を支援するためには、その環境(家族=介護者)づくりが必要であることがわかった。そこで患者の自宅(在宅医療)での生活を実際に視察し看護の支援活動を明確にしたいと考えた。また「高齢者の終末期医療」対しての看護師が抱えている問題、悩み等の調査を行った。

B. 研究方法

1. 佐久総合病院への視察

1) 訪問診療

2) 遺族訪問

2. 高齢者の終末期医療の現状」についての看護師へのアンケート調査

1) 対象: A病院病棟勤務看護師 204名

2) 期間: 平成20年7月

3) 方法: 質問紙法(自由記載)

(倫理的配慮)

調査対象となる、看護師に文書で同意を得て、個人が特定されないよう、アンケートは無記名方式とし、データはナンバーリングとして、取り扱った。

C. 結果

1. 佐久総合病院への視察

1) 訪問診療

2名一組体制で3班に分かれ、医師と看護師に同行した。

訪問事例から得た生活状況と家族の思

いについて以下に述べる。

- 退院時は介護していけるか家族は不安を持っていた。
- 医療者側との速やかな連携があった。
- 生活の場に最期まで介護できたという家族の満足があった。
- 自宅は患者にとってマイペースで生活できる利点があった。
- 排泄が自立していることで生活できる。
- 患者は「いつ、お迎えがくるだろうか」と死について医師と会話していた。
- 社会資源を有効に活用していた。

2) 遺族訪問

佐久総合病院地域ケア科における遺族訪問の実際。

目的：ケアの振り返り。グリーフケア

対象者：死別後一ヶ月～半年経過された

ご遺族、なるべく平日都合がつくご遺族

訪問スタイル：①訪問診療同行看護中心となり、2名体制で訪問。

②訪問記録用紙、カルテ、花束を携帯していく。③1時間30分の訪問時間④訪問後、関わった看護師、STや医師、他スタッフへの報告実施。

今回は延命治療を望まず自宅で最期を迎えた患者の訪問をおこなった。お元気だった頃の患者のお話で家族の方は、患者の最期にとっても満足していた。

2. 「高齢者の終末期医療の現状」についての看護師への調査

1) 終末期について日頃あなたが困ったこと、感じていること

① 患者との関わり

- 本人の意思を尊重したい
- 本人への声掛けに困る
- 本人の意思を確認する場合、話すタイミングが難しい

② 家族との関わり

- 家族へのケアまで手が届かない。
- 家族が取り乱しているときの対応が難しい。
- 家族の思いを引き出すのが難しい。
- 家族の精神的ケアが難しい。
- 家族の協力が得られない。
- 家族への終末期の指導が必要

2) 高齢者の自己決定について、日頃感じていること

- 本人への意思確認が難しい。
- 家族による決定が多い。
- 本人と家族との意見の違い。
- 認知障害がある場合の難しさ。
- 日常での話し合いの大切さ。
- もっと早く自分の最後の選択ができるように普及が必要。

3) あなたは終末期にどのようなケアをしてほしいですか。

- 苦痛や痛みがなく静かに過ごしたい
- 自分らしくいたい
- 自分の意思に合わせたケア
- 自宅で治療せず看取ってほしい
- できる限り排泄はトイレで今までと変わらない習慣を維持したい。清潔ケアもしてほしい。

D. 考 察

前回の研究において、患者が自己決定できそれを尊重するためには環境（家族＝介護者）作りへの支援活動が必要であ

ると述べた。その環境作りのため、患者の自宅での生活と医療の実態を調査することにした。そこで在宅医療を長年実践している佐久総合病院を視察した。視察の実際として訪問診療及び遺族訪問に随行した。訪問先は、独居、家族との同居、家族との関係希薄ながらも同居しているなど患者の置かれている状況は様々であった。自宅訪問では、患者・家族が医師や看護師を待っている状況で、医療関係者と患者・家族と信頼関係の深さを思い知らされた。患者が「自宅で死を迎えたい」と言っても、患者と医師、看護師、訪問看護師などと信頼関係が成立していることが条件として必要であることがわかった。また排泄が自力しているなどADLの自立が患者家族の意思決定に影響することがわかった。今回の視察によりこれまでの研究結果をさらに裏づける結果となった。

看護師へのアンケート調査では、「実際の看護」と、看護師自身が終末期ケアに望むこととの乖離があった。これは、平成16年度17年度の「高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担と連携に関する研究」の分担研究結果がほぼ同様の結果となったことは、「高齢者の終末期ケア」がいかに難しいかということではないかと考える。

看護師は、日頃多忙な業務の中で看護場面でのジレンマを感じている。今後、高齢者の終末期を取り巻く医療の変化は病院、在宅とも多くなり看護師の役割も多様化すると考える。病院と在宅との連携の重要性、病院内での看護師の役割を考えると医療コーディネーターとしての

看護師の育成を考えていきたい。

E. 結 論

本研究において、高齢者の終末期ケアを考える場合、患者・家族と医師、看護師、訪問看護師等医療従事者との信頼関係が成立していることだった。患者の自立には個々の違いはあるものADLが自立していることであった。

現在も進めている標準看護計画の症例数を増やし標準化を目指す。そして病院内において医療をコーディネートできる看護師の育成を考えていきたい。

F. 研究発表

1. 横江由理子

「自己決定」と「家族の思い」

佐藤はるか

患者の自己決定を支えた看護

第32回日本死の臨床研究会、

2008年10月4日、5日、至札幌

2. 林 尚子 これからの高齢者の終末期医療を考える「高齢者の終末期医療における看護の役割」パネルディスカッション 研究成果発表会 2008年12月20日 大府

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

【研究協力者】

看護師長

市場綾子、坂井伸子、野竹恵美子

看護師

横江由理子、中村孔美、梅津 恵

三角美智子、伊藤豊美、佐藤はるか

高齢者看護排泄チームメンバー
「排泄ケアマニュアル」の作成
視察の報告会の実施

佐久総合病院見学報告会

● 地域ケア科の活動

2008年9月10日

高齢者看護開発ターミナルケアチーム

ターミナルチームの施設見学の動機

- 在宅でどのように生活しているのか
- 他の病院ではどのように取り組んでいるのか
- 60年前から出張診療活動をはじめ、20年前から在宅ケア活動を・・・機能的にネットワークを形成し、地域包括的医療行っている佐久総合病院

見学日程

6月19日

講義:佐久総合病院の概要
地域ケア科のあゆみと活動スタイル
フットケア、エンジェルメイク

訪問診療に同伴

6月20日

訪問診療・遺族訪問に同伴
施設見学:小海分院、宅老所「やちほの家」
老人保健施設「こうみ」

佐久総合病院の概況

長野県佐久地方
南佐久市、佐久市、北佐久郡、小諸市
農業が盛んな、準農業地帯
* 佐久市 人口約17000人
* 南佐久地方
高齢化率30%越え 超高齢地域
* 病床数821床
他、美里分院120床、小海分院99床
佐久老健94床、老健こうみ59床

地域ケア活動の基本理念

～障害をもつても住み慣れた地域で安心して暮らせるために～

1)モットー

「いつでも、どこでも、だれでも、必要な医療サービスを受けられる」

2)対象者

「介護を必要とする人とその介護者」

3)地域ケア科の活動の柱

「生命(いのち)を守る援助」=在宅医療

「生活(くらし)を守る援助」=在宅福祉

地域ケア活動の経緯

1988年 在宅ケア活動の開始

対象地区:佐久市、佐久穂市

内容:利用者に対する月1回の訪問診療、又は緊急時には24時間体制での電話の相談、往診、入院受け入れなど

* 1987年「老人保健施設」モデル事業設置

1990年小海診療所開院

1992年本院において訪問看護活動開始

* 1994年「地域ケア科」の設立
 2008年4月1日現在の在宅訪問診療
 医師17名(兼務)内科、総合診療科、精神科、
 地域健康管理科、研修医などが
 地域ケア科看護師のマネジメントで実施
 登録患者:357名
 訪問看護ステーション 5ヶ所、出張所 1ヶ所
 地域包括支援センター 2ヶ所
 居宅介護支援事業所 5ヶ所、宅老所 1ヶ所
 の運営及び訪問リハビリテーションを行っている。
 また、JAの生活福祉相談センターに介護支援専門
 員を派遣し、JAの福祉事業の支援を行っている

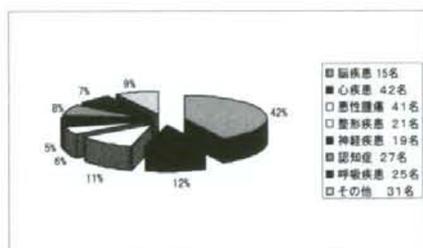
佐久総合病院 地域ケア科

- 登録者数 360人(2008. 4. 9現在)
- 訪問診療参加医師 24名(専門科含む)
- 院内看護師 5名
- 訪問看護師 常勤 20名
非常勤 17名(5ヶ所)
- PT 専任2名 PT/OT 兼務21名
- 包括支援センター 5名(佐久穂、臼田)
- 宅老所 常勤3名 非常勤5名
- 事務 6名

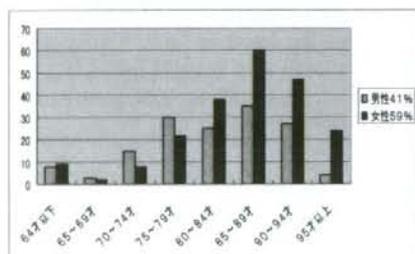
外来からの紹介

- 主治医が訪問診療をすすめる
 - 患者、家族が訪問診療を希望
 - ケアマネ・STからすすめられる
 - 他開業医、施設からの紹介
1. 原則は主治医から地域ケア科へ連絡
 2. 主治医とケア科地区担当医と相談
 3. 患者、もしくはご家族と面談

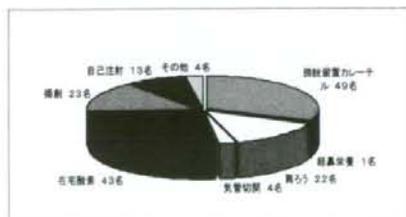
訪問患者疾患別統計別



訪問患者年齢別構成

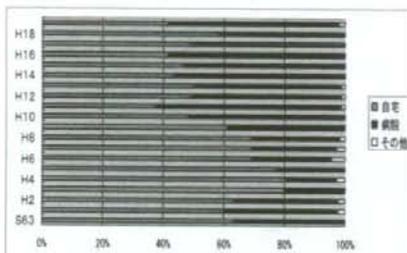


医療処置患者数(159名)

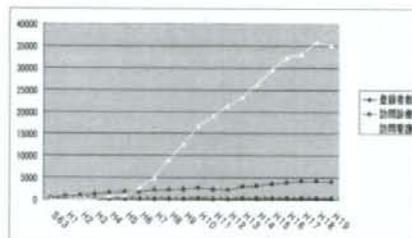


登録患者死亡場所統計

昭和63年度～平成19年度 1599名



地域ケア科訪問実績年次推移(S63～H19)



地域ケア科における遺族訪問

(H17年10月より開始)

目的: 1) 地域ケア科で提供してきたケアの振り返り

2) グリーフケア

対象者: 死別後1ヶ月～半年経過されたご遺族
なるべく平日に都合がつかうご遺族

訪問スタイル

1) 訪問診療同行看護師が中心となり、2名体制で訪問

2) 携帯品、訪問記録(質問)用紙、カルテ、花束

3) 訪問時間: 1時間30分程度

4) 訪問後、関わった訪問看護STや医師、他スタッフへ報告

訪問件数: 年60件が限度 (約1割)

その他: H19年9月に第1回遺族会(故人を偲ぶ会)を開催
2時間の茶話会形式、スタッフからの歌の贈り物を行う

グリーフケア(遺族に対する悲嘆ケア)

● グリーフケアの具体的な方法

- ① 感情を表現できる場をつくる
- ② 悲しみを共有する
- ③ 防衛反応(否認・現実逃避)を表している場合は、励まさずに見守る、又は関心を示す。

佐久総合病院研修報告

2008年9月10日
坂井 伸子

研修内容

- ・ 訪問診療
- ・ 訪問看護
- ・ 家族支援
- ・ エンゼルメイク
- ・ フットケア
- ・ 地域活動

死後ケア(エンゼルケア)の概念

死亡確認後の一切のケアがエンゼルケアとも呼ばれる”死後ケア“であり、その中で、

- ・ エンゼルメイク
- ・ グリーフケア
- ・ 身体部分の整え

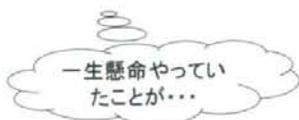
この3つが重なり合い、運動しつつ存在する

「死後の処置」を「死後のケア」に

従来の死後の処置よりも
広い意味を持つ

死体现象が関係したトラブル

- ・ ひげ剃りの革皮様化現象
- ・ 顎を包帯で縛ったあとのお面の様な顔
- ・ 手を組んで縛ったあと、包帯が食い込んでしまう



エンゼルメイクの定義

エンゼルメイクとは、医療行為による侵襲や病状などによって失われた生前の面影を可能な範囲で取り戻すための顔の造作を整える作業や保清を含んだ“ケアの一環としての死化粧”である。またグリーフケアの意味合いも併せ持つ行為であり、最期の顔を大切なものと考えた上で、その人らしい容貌・装いに整えるケア全般のことである。

(エンゼルメイク研究会)

エンゼルメイクの実際

I. 保清

1. 頭髪
2. 耳・鼻
3. 眼内
4. 口腔
5. 更衣・衣類の整え

II. 表情と肌を整える

1. クレンジング、マッサージ
2. リップケア
3. 蒸しタオルパック
4. むだ毛処理

III. メイク

1. 化粧水
2. 乳液
3. ファンデーション、チーク
4. 肌色の仕上げ
5. 眉を整える
6. アイライナー、マスカラ
7. 口紅
8. 整髪

この間20～30分くらい・・・家族と共にメイクを行う事がケアの一環としてのメイクなのだと言葉を聞いて実感！



「自己決定」と「家族の思い」

—NIPPVの着脱を繰り返した事例を通して—

国立長寿医療センター

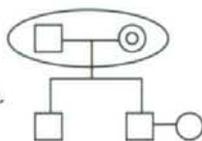
横江由理子 佐藤はるか 西川満則 中島一光

はじめに

- 医療において、患者の自己決定を尊重することは大切である。しかし、今の日本では、患者の自己決定にまして家族の思いが優先される場合もあると思われる。
- 今回、私たちは、延命治療の中止を訴える患者と、延命治療の続行を望む家族との間に立ち、援助の方向性について悩む事例に出会った。
- この事例を通して“患者の自己決定”と“家族の思い”とが相反する場合の医療者の関わり方について考えてみたい。

事例紹介

- A氏 60歳代 女性
- 夫と二人暮らし
- 二人の息子はそれぞれ独立している
- キーパーソンは夫
- 診断名：非定型抗酸菌症および肺炎



経過 <自己決定のとき>

- 3年前
非定型抗酸菌症と診断され通院治療をしていた。
- 1年ほど前から
るいそうが著明にあり、胸部レントゲン写真上「荒ぶ肺」がみられていた。
- X年12月15日(第1病日)
食欲不振、発熱のため入院した。

□ 12月20日(第6病日)

CO₂ナルコーススの兆しがあり、人工呼吸器を含む延命治療について話し合いをした。
A氏は、気管内挿管による人工呼吸器の装着は希望しないことを表明したが、NIPPVについては「いつでも中止できる」と聞いて装着に同意した。
夫は、本人の意思に沿う形で了承した。

□ 12月26日(第12病日)

話し合いの後も相変わらず、経口摂取が十分取れない状態が続いたため、高カロリー輸液を開始した。抗菌剤治療を続行したが、病状は悪化しADLは低下していった。年が明けるとCO₂ナルコーススによる意識障害が頻繁に現れるようになった。

□ 1月3日(第20病日)

主治医は夫と二男からインフォームド・コンセントを得て、まず呼吸促進剤から開始してみるが、改善がみられなければNIPPVを開始すること、本人が希望していなかったため気管内挿管はしないことを再確認した。

＜感情表出のとき＞

□ 1月5日(第22病日)

NIPPVを開始した。開始当初は、順調に装着することができ、血液ガス分析結果も改善傾向となっていた。

「もう嫌だー」と半泣きになりながら、マスクを外そうとする行動が見られ始めた。

□ 1月8日(第25病日)

「毎日、毎日つらいだけ。マスクは着けたくない。もう心残りはない。治る見込みもないのにこれ以上頑張ってもいいことはない。もういいから楽にして欲しい。もう頑張らなくていい。私の人生をぐちゃぐちゃにしないで、もう終わりにして欲しい。」とはっきりとNIPPVを中止するよう訴えた。

「あの人(夫)はだめ、息子に話してみたい。息子なら自分の気持ちを分かってくれると思うから」と、看護師に依頼した。このとき、CO2ナルコースによる意識障害はなく、A氏の強い意思を感じたため、A氏の思いを看護師がサポートする形で、A氏の許で二男に伝えた。

二男は、「自分一人では決められないから、父親と長男を呼んで主治医と話がしたい」と申し出た。

□ 1月9日(第26病日)

家族に集合してもらい、主治医とともにA氏の意思を確認したところ、「延命治療は止めて欲しい」とA氏は明言した。主治医と夫と二男と3人で今後のNIPPV装着について話し合いをしたが、夫はNIPPVを中止することに快諾しなかった。

そこで、A氏と家族双方の意向をくむかたちで、本人が拒否するときには無理にはNIPPVマスクの装着はしないが、家族からの申し出があれば装着することになった。

□ 1月10日(第27病日)

「いやだ、もう止めて！」と、A氏が夫を叩きながら泣いて訴えたためNIPPVを中止した。

夫は、「ボーツと眠ったら着けてみてほしい」とNIPPVマスクの再装着を希望した。

一貫してマスクを嫌がるA氏をみて二男は、「今日はマスクを着けず、このままでそっとしておいてください。」と言うこともあった。

カニューラで過ごすときには、比較的穏やかな時間を過ごすこともできていた。

□ 1月11日(第28病日)

マスクを外そうとする言動・行動だけでなく、看護師が近寄るだけで「いや」と両手で顔をかくし拒否するなど、A氏のNIPPVマスク装着に対する拒否は頑なに続いた。

夫は「しかたないねえ」と呟いたり、二男は「今はマスクを着けなくてもいいです」と言うなど、A氏の行動を受け入れた言動がみられることもあった。

□ 1月21日(第38病日)

A氏がマスクを外そうとするたびに、夫が「我慢しんといかん」と手をどけていた。しかし、その30分後には「やっぱりかわいそうだから外してやって下さい」ということもあり、心の揺らぎが垣間見られた。

看護師も、このように患者が嫌がる医療を進めることに疑問を持ちながら、家族の希望でマスクを装着し、A氏の訴えでマスクを外すことを繰り返していた。

□ 1月28日(第45病日)

二男は、「母が望むようにそっとしておいてやってもいいと思う。ただ、父はふんざりがつかないんだと思う。ひょっとしたら奇跡がおこるのではないかと微かな期待をしているのだと思う。」

「自分あまり面会に来れなかったことが心残りだ。何も話していないのでもう少し生きていて欲しい」と話した。

<別れのとき>

□ 1月29日(第46病日)

「本人が今嫌がっているとは思えない。SpO₂の数字が下がるとこわいので着けておいて下さい」と、夫や息子はNIPPVの継続を希望した。その後も、A氏の嫌がる行動、呼吸状態をみながらのNIPPV着脱を繰り返していた。

□ 1月31日(第48病日)

マスクを外そうとする行動を最期に、意識レベルの改善がみられなくなった。

□ 2月5日(第53病日)

夫と2人の息子に看取られて永眠した。

事例のまとめ 1

	入院当初	NIPPV開始後
A氏	気管内挿管は希望せず NIPPVは同意	NIPPVの中止を希望
家族	気管内挿管は希望せず NIPPVは同意	NIPPVの継続を希望

事例のまとめ 2

<A氏の希望> <家族の希望>
人工呼吸器治療中止 ↔ 人工呼吸器治療継続

医療者は患者の意志を最大限に尊重したケアを行うことが望ましいと思う。
しかし家族の“少しでも長く生きて欲しい”という気持ちも理解できる。

↓
どのように対応したらいいか？

論点 1

- 患者の思いは家族に伝わっていたか？
「今日はマスクを着けず、このままでそっとしておいてください。」
「今はマスクを着けなくてもいいです。」
「やっぱりかわいそうだから外してやって下さい」
「母の性格を思うと母が望むようにそっとしておいてやってほしいと思う。」

↓
伝わっていた

論点 1

「母が望むようにそっとしておいてやってほしいと思う。ただ、父はふんざりがつかないんだと思う。ひょっとしたら奇跡がおこるのではないかと微かな期待をしているのだと思う。」
「自分もあまり面会に來れなかったことが心残りだ。何も話していないのでもう少し生きて欲しい。」
↓
死期が早まることに対して受容できていなかった。

論点 2

- 医療者として家族への対応は、適切だったか？

↓
A氏のことを家族に伝える関わりにはあまり気をとられていた。
死を受容できない家族の、“少しでも長く生きて欲しい”という思いや苦しみを共有し、家族の思いに寄り添う必要があった。

論点 3

- 患者の思いと家族の思いが相反したときの医療者の関わり方はどうあるべきか？

<A氏の希望> <家族の希望>
人工呼吸器治療中止 ↔ 人工呼吸器治療継続

↓
医療者は？

論点 3

患者の思い ↔ 家族の思い
↓
医療者は

患者と家族の思いが相反する場合、家族の思いに十分配慮しながらも、誰のための医療なのかを共に考えていく姿勢が必要だった。

論点 4

- NIPPVを続けたことはいつでも止められると同意したICに違反していないか？



意思決定能力のあったA氏の希望を十分に受け入れた医療とは言えないものであり、インフォームドコンセントに違反していたとも考えられる。

患者の自己決定を支えた看護

国立長寿医療センター
佐藤はるか 横江由理子 西川満則 中島一光

はじめに

- ❖ 病状に応じて患者の自己決定を支えることは大切である。
- ❖ 今回私たちは、当初人工呼吸器装着を希望したが、抜管困難症に陥り次第に判断力が低下し終末期を迎えた重症呼吸不全患者と出会った。
- ❖ この出会いを振り返り、患者の自己決定について考察する。

事例紹介

- ❖ A氏：80歳代 男性
- ❖ 診断名：肺気腫
肺結核後遺症による慢性呼吸不全
- ❖ 家族構成：6人暮らし（長男夫婦と同居）
- ❖ キーパーソン：長男
- ❖ 信仰：天理教

経過

- ❖ 第1病日
意識レベルが低下し、重症呼吸不全によるCO2ナルコーシスと診断された。意識レベルが回復後、主治医とA氏と家族で、気管内挿管を行うかどうか話し合い、A氏は、強い意志で気管内挿管を希望した。
- ❖ 第3病日
再び意識レベルが低下したため、人工呼吸器が導入された。その後、人工呼吸器離脱を何度か試みたが、離脱することは出来なかった。

❖ 第30病日

人工呼吸器を装着しながら在宅療養を目指す方針となった。A氏は自宅に帰れると聞き笑顔を見せた。退院準備を進めていたが、在宅用人工呼吸器への移行ができず病院での治療が継続された。

気管カニューレや人工呼吸器を外す行動や苦痛表情が見られ、不眠・不穏状態が現れた。

- ❖ 時折、「寂しい」という言動も聞かれたため、家族に本人の気持ちを伝え、できるだけ来院することはできないか声をかけ、家族と過ごす時間を作った。

❖ 第90病日

肺炎を再発し再度病状は悪化していった。主治医と家族でICを行い、在宅療養を諦め病院で最期を過ごす方針となった。

◆第100病日

不眠、不穏状態が続いたため、A氏、家族にセデーションについて説明した。日中、家族と過ごす時には笑顔が見られたため、夜間のみセデーションを開始した。しかし徐々に日中も手足をバタバタさせベッド柵をたたく行動など苦痛行動がみられるようになっていった。単語でコミュニケーションを取りながら、A氏の意思を確認していた。

◆第130病日

看護師、医師と現在の病状について話し合い、昼間も苦痛があればセデーションを一時的に行うことを家族に了承を得て開始した。痰の喀出困難や腹部不快に対しては、アンビューバック換気、肺理学療法、排ガスの援助などを行い対処したが、緩和されずA氏の苦痛行動は続いた。

◆第181病日

A氏にゆっくり眠りたいが尋ねると大きくうなずき、家族も持続鎮静を希望したため、家族の見守りのもと持続セデーションが開始された。持続セデーション導入後は、苦痛表情なく経過した。妻は「十分頑張った、満足」と涙ぐまれた。

◆第190病日、

家族に見守られ永眠された。

考察①

～最初の自己決定～

◆ICは正しく行われていたのだろうか？

A氏は強い意志で挿管を希望した。

挿管するということかどうということか正しく理解できていたのだろうか？

Nsサイドは本人がどのように理解していたのか把握できていなかった。

Nsサイドも、ICに立会い、A氏の意味、理解度を確認して、支援する必要があった。

考察②

～自己決定が揺らいだとき～

A氏は当初、挿管を希望された

状態の改善が見られないなかで、挿管を希望するような動作を示すようになった。

しかし、死が予想される抜管は、患者本人も医療者側も容易に受け入れられなかった。日本では自然死の概念は一般に受け入れられておらず安楽死と判断される可能性がある。

当初の自己決定を支える看護を継続した。

考察③

～A氏・家族の心のゆらぎと医療者側の対応～

経過	挿管前	挿管後～在宅調整中	在宅を断念した時期
A氏	挿管して欲しい	挿管しても再度悪化した時も挿管を希望した	気管カニューレや人工呼吸器を外す行動を示したり 手足をバタバタさせベッド柵をたたく行動をした 「寂しい」という言動あり
家族	A氏が望むなら挿管して欲しい	A氏が望むなら挿管して欲しい	「十分頑張った、満足」
医療者側の対応	回復を期待して、人工呼吸管理を進めた	ウィーニングで呼吸状態悪化したため、本人の希望通り、人工呼吸器つけて在宅療養を目指した	抜管やセデーションについて考えた 家族に本人の気持ち伝え、家族と過ごせる時間を増やした

まとめ

- ❖ 人工呼吸器をつけて病氣と闘いたいというA氏の自己決定を支えるのに、本人も家族も医療者側もとても苦労した。
- ❖ A氏の笑顔に自己決定の重みを感じ、回復不能な呼吸不全と闘いたいという思いを、医療者側も同じ気持ちで支えた。
- ❖ その結果、A氏と家族が、病に対してよく頑張ったという思いを持つことができ、死を受容できたのだと考える。
- ❖ 判断力のある時の意思を尊重し、常に何が患者の利益になるかを考えながら援助していくことが重要と思われた。

高齢者の終末期医療における看護の役割

患者・家族の支援を考える

研究経過 平成17年度

目的 高齢者の自己決定を支援する看護師の支援行動を明らかにする。

方法 病棟勤務看護師171名を対象にアンケート調査。有効回答 114名

結果

「病状や治療法の説明の場に同席する」「説明後の患者家族の思いを表出する」について支援できていない傾向にあった。

研究経過 平成18・19年度

目的 高齢者の終末期看護における看護師の役割とその標準化

方法 実際の看護場面の検討
看護師へのインタビュー

結果 ○計画的に関わることで「自宅に戻りたい」と意思表示がある。

○いつの段階(介入時期)に、誰が、どのような支援を行うか課題となった。

○家族への支援が不十分であった。

症例

- 本人は自宅に帰りたい意思をもっている。
- 歩行介助必要
- 退院予定が家族の事情により入院継続

↓
家族の介護力

症例

- 本人の意思は明確ではない。
- ベッド上の療養
- 医師・看護師・家族との話し合い
- 外出を試みる
- 自宅での過ごし方の説明

↓
自宅に戻ることができた

↓
十分な説明・家族の理解協力

高齢者の「自己決定」に影響する項目

- 苦痛の有無
- 症状が安定している。
- 家族(介護者)の介護力の問題
- 本人・家族が意思表示できる
- ADL(日常生活行動)

病棟で勤務する看護師の「悩み・疑問・葛藤」

- 今行われている治療が、本当に患者が望んでいるのかわからない
- 業務が忙しくて患者・家族の方と話す時間がない。
- 死を意識した言葉を患者や家族から言われると、どう返答していいのかわからない
- 終末期にある患者や家族から、思いを聞くことが難しい。

平成17年8月調査

高齢者が自己決定するのが困難と思われる状況

- 情報や知識が少ない
- 患者が家族に対して遠慮がある。
- 高齢者は医師に対して自分の意見を言うのが好ましく思わない傾向がある。

平成17年8月調査

終末期看護に対して、日ごろ困ったこと、感じていること

- 患者・家族の思いをどのように引き出せば話すタイミングが難しい
- 業務に追われ患者家族との会話ができない
- 本人の希望がどこまで反映されているのかと考えることがある。

平成20年11月調査

高齢者の自己決定について日ごろ感じていること

- 信頼関係がないと介入が難しい
- いつの段階で話すのがよいかかわからない
- 本人と家族の意見と違う場合どのように関わればよいか。
- もっと早く自分の最後の選択ができるように普及が必要
- 認知障害がある場合どうするのがよいか

平成20年11月調査

まとめ

病院内における高齢者の「自己決定」を支援するために、ケアコーディネーター(看護師)が必要であり、その看護師の育成を考えていきたい。