
 研究報告

医療看護研究32 P.31-39 (2023)

介護老人保健施設の看護管理者が捉えている看取りの課題

End-of-life Care Issues as Perceived by Nursing Managers in Health Services Facilities for the Aged

東 森 由 香¹⁾
HIGASHIMORI Yuka湯 浅 美千代²⁾
YUASA Michiyo島 田 広 美²⁾
SHIMADA Hiromi

要 旨

目的：本研究の目的は、介護老人保健施設(以下 老健)の看護管理者が捉えている看取りの課題を明らかにすることである。

方法：老健に勤務し看護管理の実務を担う者、計10名に半構造化面接を行い、質的記述的に分析した。
結果：老健の看護管理者が捉えている看取りの課題は、《本人と家族の看取りに関する意向確認の困難さ》《本人の意向を優先できない看取りケア・医療への葛藤》《看取りへ切り替えるタイミングの判断の難しさ》《家族に対する看取り期のケア不足》《老健の特性による看取りの時期に適したケア・医療の不十分さ》の5つのコアカテゴリーで示された。

結論：5つのコアカテゴリーは、利用者の機能回復と在宅復帰を目指すという従来の老健の特性およびコロナ禍の影響を受け、本人の意向を重視した看取りの困難さや葛藤を意味していると考えられた。これらの課題解決に向けて看護管理者が教育的介入を行い、老健における看取りの質を担保する必要性が示唆された。

キーワード：看取り、看護管理者、介護老人保健施設

Key words：end-of-life care, nursing manager, health services facility for the aged

I. はじめに

介護老人保健施設(以下 老健)は、創設当初より、要介護者に対して施設サービス計画書に基づき、看護、医学的管理下における介護およびリハビリテーションを中心とした、在宅復帰を目的とする中間施設としての機能を果たしてきた(介護保険法平成9年法律第123号)。しかし、老健においても2009年に「ターミナルケア加算」が導入され、2017年には7割以上の老健で看取りを行っている(折茂, 2019)。多死社会となる日本において、老健は、在宅復帰・在宅療養支援の

機能の延長線上に看取りのケア体制を位置づけることが求められていると考える。さらに、2021年介護報酬改定でのターミナルケア加算要件には、「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」に基づく判断、「本人の意向を尊重した医療・ケア方針決定」が加えられ(厚生労働省, 2018)、Advance Care Planning(以下 ACP)の概念を盛り込んだ、利用者を中心とした質の高い看取りが求められている。

質の高い看取りを行うために、介護老人保健施設における看取りのガイドラインが策定され、職員の教育や精神面のサポートのあり方が明示されている(公益社団法人全国老人保健施設協会, 2012)。一方、多忙な現場においては、職員に負担が生じやすく、老健の看取りに関わる職員教育を実施している施設は約3割

1) 順天堂大学大学院医療看護学研究所博士後期課程
Doctor's Course, Graduate School of Health Care and Nursing,
Juntendo University

2) 順天堂大学大学院医療看護学研究所
Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(May. 6. 2023 原稿受付)(Jul. 26. 2023 原稿受領)

弱と少ない（千田 他, 2019）。利用者にとって最善の看取りを遂行するためのサポート体制の構築や教育体制を整えることは老健における重要な課題であると考ええる。

この体制を整えるには、職員の日々のケアの質を保証する立場、看護・介護職員への教育を担う立場にある看護管理者のリーダーシップが重要である。実際、老健の看取りにおける看護管理者の実践や役割について焦点を当てた研究において老健の看護管理者は、利用者に関わって状態を直接捉え、職員全員が統一したケアを提供するための指導や教育、職員の精神面でのサポートを行っていた（小野, 2015；清水 他, 2012）。しかし、そもそも老健で働く職員は、看取りについて、機能回復を目指すという老健本来の役割から外れていることや、医療ケアの制限により十分に関わりきれていないという葛藤を抱いている（小野 他, 2014）。老健の介護職の5割は看取りに不安がある（岡 他, 2014）ことや、看護職では、病状把握の困難感、医療処置の限界や麻薬使用への不安や葛藤（丸山, 2013；丸山 他, 2018）もある。このような困難さに対し、看取りを行う老健では何らかの対策をとる必要があると言える。

老健の看護管理者が自施設の看取りの現状や課題を的確に捉え、看取りの困難さや状況を理解して介入することで、利用者を中心とした看取りの質向上に繋がると考える。そこで、老健での看取りの導入や質の改善に取り組んだ経験を持つ看護管理者が捉えている看取りの課題を明らかにしたいと考えた。

看護管理者が認識している課題は、老健で質の高い看取りを目指すために乗り越えたい壁である。つまり、老健での質の高い看取りに向けた目標となり得ると考えた。また、課題にそって看護管理者が介入すべき内容を検討して示したい。

II. 研究目的

本研究は、介護老人保健施設の看護管理者が捉えている看取りの課題を明らかにすることを目的とする。

III. 用語の定義

看取りとは、「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」（厚生労働省, 2018）を参照し、医師が終末期と診断した上で、老健の職員が、利用者が亡くなるまで、本人の意向を反映した医療・看護・介護、その他の支援を行うことと

定義した。

老健の看護管理者とは、病院看護管理者の定義（公益社団法人日本看護協会, 2019）を参照し、財政的、物質的、人的資源を組織化し、利用者のニーズと職員の知識・技術が合致するよう計画し、目標に向けて職員を導き、目標の達成を評価する役割を担う者として定義した。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

老健における看取りは新しい取り組みであり、看護管理者の視点から課題を捉え表現したものは少ない。対象者の認識をその人の語りから率直に取り出し表現することが有用と考えられたため、研究デザインを質的記述的研究とした。

2. 対象者

対象者は、老健の看取りに関心があり、看取りに関する自施設での看護管理の実践内容を具体的に語ることができる者とし、全国老人保健施設協会の会員施設である老健の看護管理者に依頼することとした。各施設1名の計10名とした。

対象者は、日本看護協会ホームページに公開されている老人看護専門看護師（以下GCNS）、認定看護管理者（以下CNA）、認知症看護認定看護師（以下DCN）のうち、所属が老健である者を選定した。また、看取りの事例報告や学会発表や雑誌投稿を行っている老健の看護管理実務者を選定した。研究協力は、選定した対象者が所属する施設の施設長を通して依頼した。

3. 調査期間

2022年5月1日～10月31日

4. データ収集方法

半構造化面接法による個別面接を1名につき1回、60分を目安として実施した。インタビュー内容は、対象者が日頃の業務において、看取りについて問題や課題と捉えている事柄や状況とした。また、対象者の基本属性として、職位、看護職としての経験年数、老健の看護管理経験年数、所有資格を聴取し、所属施設の概要として、施設類型、ターミナルケア加算算定の有無、2021年4月1日～2022年3月末までの看取り件数を聴取した。面接内容は、対象者の許可を得てICレ

コーダーに録音し、逐語録を作成した。

5. 分析方法

1) 個別分析

対象者ごとに逐語録から、老健の看護管理者が捉えている自施設の看取りの課題に関する語りを取り出し、文脈や意味内容が変わらないように要約した。

2) 全体分析

個別分析の要約を比較検討しながら、老健の看護管理者が捉えている看取りの課題とは何かを視点に、意味内容の類似性に基づき統合し、意味内容を損なわないように簡潔に記述してコードとし、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーを導いた。

分析は第一著者が行い、質的研究の経験と看護実践を熟知している老年看護学の共同研究者全員の合意を得るまで繰り返し修正を行った。

V. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認（順看倫第2021-119）を得て実施した。主な配慮点は、自由な意思での研究協力・辞退の保障、個人情報保護等であり、調査前に依頼内容と倫理的配慮について文書と口頭で説明し、対象者の署名による同意を得た。

VI. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、GCNS 2名、CNA 5名、DCN 1名のほか、特別な資格をもたない2名であった。臨床経験年数は20年～42年（平均33.6年）であり、老健の看護管理経験年数は1.5～18.4年（平均7.4年）であった。インタビュー時間は、1名につき1回、42分～70分（平均55分）であった。

対象者が所属している施設の種類の内訳は、超強化型7施設、在宅強化型1施設、強化型1施設、加算型1施設であった。全施設がターミナルケア加算を算定していた。2021年4月1日～2022年3月末までの看取り件数は、4～38件（平均16.5件）であった。

2. 老健の看護管理者が捉えている看取りの課題

対象者の語りから、老健の看護管理者が捉えている看取りの課題の内容を抽出した。分析の結果、43コード、25サブカテゴリー、10カテゴリーは、《本人と家族の看取りに関する意向確認の困難さ》《本人の意向

を優先できない看取りケア・医療への葛藤》《看取りへ切り替えるタイミングの判断の難しさ》《家族に対する看取り期のケア不足》《老健の特性による看取りの時期に適したケア・医療の不十分さ》の5コアカテゴリーに統合された（表1）。以下、コアカテゴリーを《 》、カテゴリーを【 】,サブカテゴリーを〈 〉、コードを『 』で示す。

5つのコアカテゴリーについて説明する。

1) 《本人と家族の看取りに関する意向確認の困難さ》

コアカテゴリー《本人と家族の看取りに関する意向確認の困難さ》は、【回復を目指す老健の特性と本人の状態による本人と家族への看取りに関する意向確認の難しさ】【コロナ禍による本人と家族の看取りの意向確認の難しさ】の2つのカテゴリーから成る。

『在宅復帰を目指す老健において、職員は利用者と家族に終末期医療とケアの意向を尋ねることに抵抗感がある』『職員は看取りケアに入るタイミングを見極められず、本人からの意向確認が難しい』など、〈回復を目指す老健において利用者と家族に終末期医療とケアの意向を尋ねる困難さ〉と、『認知症者は話の内容が変化するため看取りの意向確認が難しい』『急激な状態の変化によって、本人からの意向が確認できない』という〈急激な状態の変化や認知機能低下による本人の意向確認の困難さ〉というサブカテゴリーが含まれた。これに加えて、『職員はコロナ禍の面会制限によって、家族から看取りの意向を聞き取れない』などのコードを含む【コロナ禍による本人と家族の看取りの意向確認の難しさ】が挙げられ、看取りに関して本人や家族の意向を確認したいが、それが難しい状況が課題として示された。

2) 《本人の意向を優先できない看取りケア・医療への葛藤》

コアカテゴリー《本人の意向を優先できない看取りケア・医療への葛藤》は、【本人の意向を優先できない医療・ケア選択により職員に生じる倫理的葛藤】【看取りの時期にある利用者に対する医療職主導の医療的判断に対する葛藤】の2つのカテゴリーから成る。

『本人の希望よりも家族の希望が優先され病院に転院するケースは、延命と本人の幸福という観点から倫理的葛藤が生じる』ことや『本人の希望を通すと家族の意向に反する上にリスクも生じるため希望通りのケアができない』などのコードを含む【本人の意向を優先できない医療・ケア選択により職員に生じる倫理的葛藤】が挙げられた。これに加えて、『医師は看取り

表1 介護老人保健施設の看護管理者が捉えている看取りの課題

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
本人と家族の看取りに関する意向確認の困難さ	回復を目指す老健の特性と本人の状態による本人と家族への看取りに関する意向確認の難しさ	回復を目指す老健において利用者と家族に終末期医療とケアの意向を尋ねる困難さ	在宅復帰を目指す老健において、職員は利用者と家族に終末期医療とケアの意向を尋ねることに抵抗感がある 機能回復を目指す老健において、職員は家族に看取りの意向を聞いてよいかどうかの切り替えが難しい 職員は看取りケアに入るタイミングを見極められず、本人からの意向確認が難しい 本人と家族間で、延命処置に対する意思確認がされていない
		急激な状態の変化や認知機能低下による本人の意向確認の困難さ	認知症者は話の内容が変化するため看取りの意向確認が難しい 急激な状態の変化によって、本人からの意向が確認できない
		コロナ禍による本人と家族の看取りの意向確認の難しさ	職員はコロナ禍の面会制限によって、家族から看取りの意向を聞き取れない 職員はコロナ禍の面会制限によって、家族から本人の看取りの意向を聞き取れない
本人の意向を優先できない看取りケア・医療への葛藤	本人の意向を優先できない医療・ケア選択により職員に生じる倫理的葛藤	本人の意向よりも家族の意向優先による医療選択への職員の倫理的葛藤	家族が病院での治療を強く望む場合には、家族の意向に沿うが、本人・家族・職員間でうまくいっていないと思う 本人の希望よりも家族の希望が優先され病院に転院するケースは、延命と本人の幸福という観点から倫理的葛藤が生じる 本人の終末期医療に対する意向を明らかにしないまま、家族が施設での看取りを決めてしまうケースは対応に迷う 入所判定時の書類に書かれている内容が本人の意向かどうか疑わしい
		本人の意向が分からないまま、看取りに介入しない家族の終末期医療選択に対する倫理的葛藤	看取りに介入してこなかった家族に、終末期医療の方針をなかなか決めてもらえず対応が難しい 本人の意向が分からないまま、看取りを施設に一任してしまう疎遠な家族への対応に迷いを感じる
		本人の希望と家族の意向の相違に対して本人の思いとリスクとの間の葛藤	本人の希望を通すと家族の意向に反する上にリスクも生じるため希望通りのケアができない
	看取りの時期にある利用者に対する医療職主導の医療的判断に対する葛藤	医師主導による看取りの時期にある利用者への医療的処置打ち切りに対する葛藤	医師は看取りの時期と判断すると医療的処置を打ち切るため戸惑いを感じる
		医師主導による看取りの利用者への治療推進に対する葛藤	医師は家族から緩和的医療の同意を得ていても、亡くなる寸前まで治療を進めるため疑問を感じる
		看護職の経験的医療的アプローチが本人に負担を与えていることへの葛藤	看護職の経験による医療的アプローチによって本人に負担がかかることに葛藤を感じる
看取りへ切り替えるタイミングの判断の難しさ	高齢者の状態による看取りにケアを切り替えるタイミングを判断する難しさ	状態の変化の繰り返しや長い衰退の経過による看取りにケアを切り替えるタイミングの判断の難しさ	状態変化を繰り返す利用者は、看取りにケアを切り替えるかどうかの判断が難しい 長い終末期を経て衰退の経過をたどるケースは、看取りにケアを切り替えるタイミングの判断が難しい
		不慮の事故や急死による判断の困難さに伴う本人と家族への後悔	不慮の事故や急に亡くなるケースは、本人と家族に十分に関わらず後悔が生じる 不慮の事故や急に亡くなるケースは、事前予測が難しく家族に話が及ばず残念である
	職員の経験不足による看取りの経過把握の困難さに伴う看取りにケアを切り替える困難さ	職員の経験不足による看取りの経過把握の困難さに伴う看取りにケアを切り替える困難さ	職員は経験不足によって看取りの経過を把握できないため、看取りにケアを切り替えられない
家族に対する看取り期のケア不足	コロナ禍の面会制限による家族の看取りの状態理解の難しさ	コロナ禍の影響による看取り期の面会制限	コロナ禍での面会は本人の状態が悪化しない限り家族は面会が許可されない コロナ禍での面会制限によって、臨終の際にも家族は立ち会えない
		コロナ禍での面会制限による家族の看取りの状態変化理解の困難さ	家族はコロナ禍での面会制限によって本人の状態変化を理解しにくい コロナ禍での面会制限のため、職員が家族に連絡するが家族は看取りに近い状態を十分に理解できない 急な状態変化によって亡くなるケースは、家族は施設に対して不信感を抱きかねない
	家族の看取り準備の支援不足	家族の看取りの意向確認の不足	看護職は家族に看取りの同意を得てしまうと、家族の意向を確認しようとしにくい
		臨終予測を繰り返す利用者の家族への病状説明の不足	回復と悪化を繰り返す本人の病状説明が不足し、家族は看取りの状態を理解できない 臨終予測を繰り返すケースでは、職員は家族への病状説明の不足を感じ心残りが生じる

コアカテ ゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
		臨終前の面会のタイミングの判断の困難さに伴う支援不足	コロナ禍によって最期を迎えるにあたり、面会のタイミングの判断が難しく対面でのお別れの支援が十分にできない
		記録の不足による看取りを迎える家族との関りの困難さ	職員は、看取りを迎える家族への説明内容を記録していないため、家族がどこまで理解しているのか評価できず、家族との関りができない
老健の特性による看取りの時期に 適したケア・医療の 不十分さ	老健の特性に起因する看取りの時期に適さないケア	看取りの時期にある利用者に対する身体自立と回復を促す支援の推進	老健の特性上、介護職とリハビリテーション職は、看取りの時期にある利用者へ身体自立と回復を促す支援を推し進める
		介護職の看取りの経験不足による心理的不安に伴う看取りの時期のケアの不足	介護職は看取りの経験不足による不安があるため、看取りの時期に適したケアが不足する 介護職は看取りの時期になると積極的に関わろうとしないため、これまでのケアが継続されない
		看護職の看取りの時期のある利用者への関りの不足	看取りの時期になると、利用者との関わりをもつ努力をしない看護職がいる
		看取りの時期にある利用者へのケアの遅れ	職員は、機能回復を目指したケアが合っていないと気付いていながらも伝えられないため、看取りの時期のある利用者へのケアが遅れる
	老健での医療体制の限界による緩和的医療の不十分さ	老健での緩和的医療体制の限界	老健では使用できる薬剤に限りがあるため、がん性疼痛コントロールが難しい 老健では継続的な医療的処置が難しく、利用者は病院に転院せざるを得ない
		看護職の疼痛緩和の知識不足	看護職のがん性疼痛コントロールの知識不足から、医師への報告が不足し適切な薬剤使用ができない
		老健での医師の配置や体制の限界による利用者への対応の遅れ	施設医から当直医に担当が変更になると、治療方針の異なりから利用者への対応が遅れる 老健では医師は24時間常駐していないため、死亡確認までに時間を要する 場合がある

の時期と判断すると医療的処置を打ち切るため戸惑いを感じる』などのコードを含む【看取りの時期にある利用者に対する医療職主導の医療的判断に対する葛藤】が挙げられ、本人の意向が分からない中で、家族や医療職が一方的に看取りの方針や医療を決めてしまうことへの職員の葛藤や、本人と家族の意向の相違に対する職員の葛藤が課題として示された。

3) 《看取りへ切り替えるタイミングの判断の難しさ》

コアカテゴリー《看取りへ切り替えるタイミングの判断の難しさ》は、【高齢者の状態による看取りにケアを切り替えるタイミングを判断する難しさ】【職員の経験不足による看取りにケアを切り替える困難さ】の2つのカテゴリーから成る。

『長い終末期を経て衰退の経過をたどるケースは、看取りにケアを切り替えるタイミングの判断が難しい』ことや『不慮の事故や急に亡くなるケースは、事前予測が難しく家族に話ができず残念である』などのコードを含む【高齢者の状態による看取りにケアを切り替えるタイミングを判断する難しさ】が挙げられた。

これに加えて、『職員は経験不足によって看取りの経過を把握できないため、看取りにケアを切り替えられない』という、【職員の経験不足による看取りにケアを切り替える困難さ】が含まれ、状態変化の繰り返しや不慮の事故など、職員の経験不足による看取りに

ケアを切り替える困難さが課題として示された。

4) 《家族に対する看取り期のケア不足》

コアカテゴリー《家族に対する看取り期のケア不足》は、【コロナ禍の面会制限による家族の看取りの状態理解の難しさ】【家族の看取り準備の支援不足】の2つのカテゴリーから成る。

『コロナ禍での面会制限によって、臨終の際にも家族は立ち会えない』などのコードを含む〈コロナ禍の影響による看取り期の面会制限〉と『家族はコロナ禍での面会制限によって本人の状態変化を理解しにくい』『急な状態変化によって亡くなるケースは、家族は施設に対して不信感を抱きかねない』などのコードを含む〈コロナ禍での面会制限による家族の看取りの状態変化理解の難しさ〉というサブカテゴリーが挙げられた。

これらに加え、『回復と悪化を繰り返す本人の病状説明が不足し、家族は看取りの状態を理解できない』ことや『コロナ禍によって最期を迎えるにあたり、面会のタイミングの判断が難しく対面でのお別れの支援が十分にできない』などのコードを含む【家族の看取り準備の支援不足】が挙げられ、コロナ禍での面会制限の影響に伴う、家族の本人に対する状態理解の困難さや、家族が看取りを受け入れ準備するための支援不足が課題として示された。

5) 《老健の特性による看取りの時期に適したケア・医療の不十分さ》

コアカテゴリー《老健の特性による看取りの時期に適したケア・医療の不十分さ》は、【老健の特性に起因する看取りの時期に適さないケア】【老健での医療体制の限界による緩和的医療の不十分さ】の2つのカテゴリーから成る。

『老健の特性上、介護職とリハビリテーション職は、看取りの時期にある利用者に身体の自立と回復を促す支援を推し進める』ことや『介護職は看取りの経験不足による不安があるため、看取りの時期に適したケアが不足する』などのコードを含む【老健の特性に起因する看取りの時期に適さないケア】が挙げられた。

これらに加え、『老健では使用できる薬剤に限りがあるため、がん性疼痛コントロールが難しい』などのコードを含む、【老健での医療体制の限界による緩和的医療の不十分さ】が挙げられ、老健の方針や医療体制の限界による、看取りの時期にある本人に適さない医療やケアおよび緩和的医療の不十分さが課題として示された。

Ⅶ. 考察

1. 老健の看護管理者が捉えている看取りの課題

本調査で得られた老健の看護管理者が捉えている看取りの課題は、言い換えればその課題を解決すべきという対象者たちの思いを含んでいる。まず、《本人と家族の看取りに関する意向確認の困難さ》《本人の意向を優先できない看取りケア・医療への葛藤》は、「本人の意向にそった看取りを実現したい」という考えがあるから認識される課題である。なぜ課題となるかは、老健だからこそ職員が看取りの意向を本人や家族に問うことに抵抗があるなど職員側の問題、高齢者の身体状況による意向確認の困難さという高齢者本人の問題、そしてコロナ禍での面会制限の問題が示されていた。また、家族主導・医療者主導での看取りにならざるを得ない日本的なパターンリズムの問題も示されていた。急性期病院では、終末期の高齢者に対して、本人の意向に関係なく胃瘻造設術が行われていることや、点滴が実施されていることが報告されている（諏訪, 2014）が、老健においても「本人の意向を尊重した医療・ケア方針決定」が重要と言われる中、さまざまな障壁が存在することが改めて示された。

また、《看取りへ切り替えるタイミングの判断の難しさ》は、回復を目指す老健であっても、高齢者の身

体状況から看取りに向かうことが予測されれば「穏やかな死に至るよう本人と家族に関わりたい」という考えを示している。回復や自立を目指す中で看取りへとケアを切り替えるにはそのタイミングの判断が重要であるが、高齢者だからこそ長い経過の中で、あるいは急変という状況があるために、タイミングを逃して本人や関係者が理想とする看取りには至らないことが生じる。タイミングの判断には、日頃回復を目指す関わりをしていて看取りの経験が少ない職員ではさらに難しいことと言える。長期に虚弱な高齢者にケアを提供する施設では同様の課題があると考えられるが、老健では回復・自立を目指す方向からの切り替えという点でより難しさがあると考えられる。

《家族に対する看取り期のケア不足》のコードやサブカテゴリーを見ると、「よい看取りは家族も理解、納得した状態が必要」という考えが基盤にあることがわかる。そのためにケアが必要であるが、コロナ禍による面会制限が大きな壁となっていた。また、家族への継続的な支援が必要と理解していない、病状が不安定な高齢者では家族への説明が不十分になる、記録不足に起因する家族への関わり方の困難さといった職員の問題も挙げられていた。看取り期に家族への支援が重要ということはさまざまな場での看取りにおいて既に言われていることである。松本ら（2022）は、一般病棟の看護職がコロナ禍の面会制限に対して、患者の状況を家族と共有する困難さや、家族への精神的なケアや支援の困難さを挙げ、コロナ禍での面会制限での問題を報告しているが、老健でも同様であることが示された。職員の問題に関しては実務を通じて学ぶ、On the Job Trainingが重要となるが、コロナ禍での面会制限はそれを現場で学ぶ機会を少なくさせていると考えられた。

《老健の特性による看取りの時期に適したケア・医療の不十分さ》は、「看取りの時期に適したケアや医療が必要」という看護管理者の考えを示している。しかし、回復や自立を目指す職員の意識や看取りの経験不足からケアが不足すること、また、老健の医療体制は病院ほど整っていないことから緩和的医療に限界があることを示している。老健における緩和的医療の限界（丸山, 2013）や職員の看取りに対する不安（川上他, 2019）は報告されているが、回復を目指すケアが進められ、現在の状態に合わなくてもそれを言えないという職員間の認識の違いや看護職の看取り期での関わり方の不足については老健特有の問題と考えられた。

2. 質の高い看取りに向けた看護管理者の介入内容の検討

結果で示した課題やその基盤となる看護管理者の考えに基づいて、老健における質の高い看取りに向けた看護管理者の介入内容を検討した。

「本人の意向にそった看取り」の実現のために看護管理者は、生活の延長線上にある看取りを見据え本人の意向を日々のケアに組み入れていく体制を整える必要があると考えられた。例えば、施設入所の段階で老健の職員が本人や家族に対して看取りの意向を確認することがある。そのほか、報告の際などに本人の意向はどうかを職員に問いかけることも職員への教育となる。また、職員が看取りの意向確認のためのコミュニケーション方法を習得するための教育支援を施設全体で取り組む必要があると考えられた。

「看取りへ切り替えるタイミングの判断」は難しいが、川上ら(2014)は、BMI (Body Mass Index) の推移を根拠に看取りの時期および死期の推定が可能であることを示している。このことを参照すると、利用者の衰退の経過や状態変化を職員が把握するためのデータの蓄積や記録の仕組みの整備に向けて看護管理者が働きかけ、そのデータを活用するための教育支援を行う必要があると考えられた。

「家族に対する看取り期のケア」の充実のため、まずはその必要性を職員が認識できるように教育する体制を整える必要があると考えられた。また、適切なタイミングで家族に情報を提供するための仕組みを整える必要があると考えられた。一方、家族に対する看取り期のケアが不足する原因としてコロナ禍での面会制限の問題が大きかった。コロナ禍での高齢者施設において、家族に悔いのない看取りを支援するためには、面会方法の工夫や、家族と職員との情報共有の重要性が報告されている(武井 他, 2022)。家族の看取りの満足度は、多職種連携による病状悪化に対する早期の説明が大きく影響する(小竹 他, 2020)という報告がある。これらから、看護管理者は、利用者の状態変化や家族との関わりを職員が正確に記録できるよう支援する必要がある。そして、記録をもとに適切な情報を申し送りできるような、職種間の情報共有のしくみを整える必要があると考えられた。

「看取りの時期に適したケアや医療」に向けては、緩和医療について看護職が学ぶことのできる教育支援のほか、介護職員の看取りに対する不安の緩和が挙げられる。そして、職員間の認識の違いや意見を出しに

くいことに対して、本人にとって最善を目指すことを軸にカンファレンスを行う仕組みづくりやそのための学習の推進を行う必要があると考えられた。

3. 本研究の限界と今後の課題

今回の調査対象者は、老健の看取りに関する自施設での看護管理の実践内容を語ることができる看護管理者10名であった。老健の看取りの課題は、看護管理者のリーダーシップや、施設長の方針、医療機関との連携の状況が影響していると考えられるため、本調査結果は、全ての看取りの実態や課題を反映しているとは言えない。このため、看取りを数多く行っている施設と、看取りを行っていない、あるいは看取り件数が少ない施設では、看取りの課題が異なると推察され、今後も調査を進める必要があると考えられる。また、職種ごとに異なる課題が内在すると考えられるため、並行して調査が必要であると考えられる。

今後は、今回考察で示した看護管理者の介入について、実際の取り組み状況について明らかにする必要があると考えられる。

VIII. 結論

本研究は、老健に勤務し看護管理の実務を担う者、計10名に半構造化面接を行い、質的記述的に分析した。その結果、老健の看護管理者が捉えている看取りの課題は《本人と家族の看取りに関する意向確認の困難さ》《本人の意向を優先できない看取りケア・医療への葛藤》《看取りへ切り替えるタイミングの判断の難しさ》《家族に対する看取り期のケア不足》《老健の特性による看取りの時期に適したケア・医療の不十分さ》の5つのコアカテゴリーが抽出された。

これらの課題解決に向けて看護管理者が教育的介入を行い、老健における看取りの質を担保する必要性が示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたり、インタビューにご協力いただきました各施設の看護管理者の皆様方に心より感謝申し上げます。

本研究は第28回日本老年看護学会学術集会で発表された。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 千田睦美, 鈴木美代子, 伊藤収(2019). 岩手県内の介護老人保健施設におけるデスカンファレンスおよび死生教育の現状. 岩手看護学会誌, 13(1), 19-23.
- 川上嘉明, 前田樹海(2014). BMIの推移を根拠とした高齢者の看取りの時期および死期の推定－介護保険施設で死亡した高齢者の調査から－. 東京有明医療大学雑誌, 6, 13-19.
- 川上嘉明, 浜野淳, 小谷みどり, 他(2019). 介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因－混合研究法を用いた探索的研究－. Palliative Care Research, 14(1), 43-52.
- 小竹理奈, 羽成恭子, 岩上将夫, 他(2020). 介護老人保健施設で看取りを行った遺族における看取り満足度との関連要因. 日本公衆衛生雑誌, 67(6), 390-398.
- 公益社団法人日本看護協会(2019). 病院看護管理者のマネジメントラダー日本看護協会版. 公益社団法人日本看護協会ホームページ. https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/nm_managementladder.pdf. (Aug. 20, 2023)
- 公益社団法人全国老人保健施設協会(2012). 介護老人保健施設における看取りのガイドライン. 公益社団法人全国老人保健施設協会ホームページ. <https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/08/terminal.doc>. (Jun. 26, 2023)
- 厚生労働省(2018). 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>. (Aug. 7, 2021)
- 丸山純子(2013). 介護老人保健施設の看取りに対する看護職者の関わりと課題 過去13年間の関連文献のレビューから. インターナショナルNursing Care Research, 12(4), 125-135.
- 丸山純子, 太湯好子(2018). 介護老人保健施設の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難さとその構造. 日本看護研究学会雑誌, 41(2), 159-170.
- 松本淳, 副島堯史, 上別府圭子(2022). 新型コロナウイルス感染症の流行やそれに伴う面会制限によって看護師が家族に関わる際に抱く困難とその対応. 家族看護学研究, 28(1), 15-29.
- 岡京子, 新免理沙(2014). 高齢者ケア施設で働く介護職員の看取りの経験と意識に関する調査(第1報). インターナショナルNursing Care Research, 13(4), 161-170.
- 小野光美, 原祥子(2014). 介護老人保健施設の看取りにおいて専門職が提供するケアと多職種連携の実態. 島根大学医学部紀要, 37, 9-25.
- 小野光美(2015). 介護老人保健施設の看取りにおける看護管理者の実践内容. 日本看護倫理学会誌, 7(1), 68-76.
- 折茂賢一郎(2019). 高齢終末期に向かう医療 終末期医療の現場 介護老人保健施設における看取りの現状と課題, 病院との連携. 診断と治療, 107(10), 1195-1198.
- 清水みどり, 吉本照子, 緒方泰子(2012). 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. 新潟青陵学会誌, 4(3), 71-81.
- 諏訪さゆり(2014). 認知症ケアの倫理. 老年看護学, 18(2), 14-21.
- 武井浩子, 畔上一代, 百瀬ちどり, 他(2022). 新型コロナウイルス感染症流行下における介護関連施設での看取りに関する研究－看取りを終えた家族介護者の語りの分析－. 松本短期大学研究紀要, 32, 39-48.

Research Report

Abstract**End-of-life Care Issues as Perceived by Nursing Managers in Health Services Facilities for the Aged**

Objectives : The purpose of this study was to identify the challenges of end-of-life care as perceived by nursing managers in health services facilities for the aged.

Method : A total of 10 nurse administrators participated in interviews. Qualitative descriptive analysis of the collected data was performed.

Result: Various difficulties related to end-of-life care were arranged into the following five categories: "Difficulty of confirming the intent of both the patient and his/her family," "Conflicts in end-of-life care and medical services when unable to prioritize the patient's wishes," "Difficulty in the timing of the decision to switch to end-of-life care," "Lack of medical resources," and "Lack of support for family during end-of-life care."

Conclusion : The five categories identified show the conflict and difficulties faced by nursing managers at health services facilities for the aged in providing end-of-life care according to the client's wishes and in striving for high-quality care. In addition, issues related to Covid-19 have affected the management of these facilities. To address these challenges, it is proposed that nurse administrators intervene from an educational perspective in order to ensure high-quality end-of-life care.

Key words : end-of-life care, nursing manager, health services facility for the aged

HIGASHIMORI Yuka, YUASA Michiyo, SHIMADA Hiromi