

特別養護老人ホーム入居者のエンドオブライフにおける ケアニーズの構造化

Structuring the Care Needs of Nursing Home Residents at the End of Life

[第11期(2020～2021年度)日本老年看護学会老年看護政策検討委員会]

藤田 冬子¹⁾, 村松 真澄²⁾, 辻村真由子³⁾, 黒河内仙奈⁴⁾,
伊藤 裕佳⁵⁾, 福井小紀子⁶⁾, 酒井 郁子⁷⁾

抄録

本研究の目的は、特別養護老人ホーム(以下、特養)入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズの構造を明らかにし、入居時から死亡までのケアニーズに基づくケアの体系化への示唆を得ることである。特養での看護経験があるエキスパート看護師36人を対象にフォーカスグループインタビューを実施し、語られた118事例を質的帰納的に分析した。特養入居者のエンドオブライフのケアニーズは、【いつもと違う症状を言語で表出できない】【身体機能が低下し続け新たな健康障害が生じる】【痛みと意欲低下により動くことが難しい】【嚥下機能が低下し満足できる食事摂取が難しい】【不安で気持ちが落ち着かない】【安らかに最期までなじみの場で過ごすことが難しい】の6カテゴリーが互いに影響し合い、コンフォートな状態を目指す際のケアの必要性が拡大していく構造化が示された。その根本には、避けることができない老衰がある。生活の延長線上で死を迎えるまで、急変の回避や苦痛の低減などを意図した高度な予後予測と適切な判断をもとに、長期的にケアニーズを充足する援助が必要である。

● **Key words** : 高齢者, 特別養護老人ホーム, エンドオブライフ, ケアニーズ

老年看護学, 28(1):62-71(2023)

I. 緒 言

日本の高齢者は施設内で81%が死亡しており、その

内訳は医療機関である病院65.9%、診療所1.5%、介護施設である老人ホーム10%、介護医療院・介護老人保健施設3.5%となっている(厚生労働省, 2022)。高齢化率は2040年には35.3%となり、死亡者数は168万人となる見込みで、そのうち49万人の看取りの場所が不足するといわれている(総務省統計局, 2022; 厚生労働省, 2011)。そのため、介護保険施設での看取り介護の推進は喫緊の課題であり、平成30年度介護報酬改定で特別養護老人ホーム(以下、特養)などの施設内での看取りに対して看取り介護加算(Ⅱ)が新設された(厚生労働省, 2020)。特養の平均入居期間は3.3年であり、死亡による退居者は73.6%を占め、エンドオブライフケアが行われている(独立行政法人福祉医療機構, 2020)。

特養入居者の死亡1か月前の臨死期症状では、経口摂取困難が進行し食事摂取機能の低下、形相の変化、眼の

受付日: 2022年8月1日

受理日: 2023年6月15日

1) Fuyuko Fujita: 神戸女子大学
Kobe Women's University

2) Masumi Muramatsu: 札幌市立大学
Sapporo City University

3) Mayuko Tsujimura: 滋賀医科大学
Shiga University of Medical Science

4) Kana Kurokouchi: 神奈川県立保健福祉大学
Kanagawa University of Human Services

5) Yuka Ito: 富山県立大学
Toyama Prefectural University

6) Sakiko Fukui: 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
Graduate School of Health Care Science, Tokyo Medical and Dental University

7) Ikuko Sakai: 千葉大学大学院看護学研究科
Graduate School of Nursing, Chiba University

変化、声の変容、活動性の低下、呼吸困難、浮腫といった身体機能面の変化と、死の恐怖や意欲の減弱といった精神心理面の変化が報告されている(岩瀬, 2018)。しかし、特養入所後から中長期にわたるエンドオブライフにおけるケアニーズは明らかにされていない。

高齢者のエンドオブライフでは、疼痛、経口摂取困難、呼吸困難、排便困難、抑うつ、皮膚の脆弱さ、下肢浮腫、睡眠障害などさまざまな症状が重なり出現する(川村ら, 2022)。これらは、早期の適切な治療やケアにより重症化を予防し回復できる時期もあるが、徐々に悪化し医療的処置よりも個別の症状に対応した緩和的アプローチが重要となる(平原, 2022)。また、エンドオブライフの症状マネジメントでは、重症化の抑制や合併症の発症予防を行い、高齢者のもつ力にも着目しつつ過剰でも過小でもない医療・ケアの提供や、残された時間の最期までQOL (quality of life; 生活の質) を維持できるような援助が求められる(西山, 2021)。

そこで、特養における中長期的な看取りケアをシステム化することに向け、日本老年看護学会老年看護政策検討委員会では、特養入居者のエンドオブライフのケアニーズに着目した。介護施設からの救急搬送の93.6%が後期高齢者であることから、医療依存度が高い入居者に必要なケア環境を整えていくことは重要である(伊藤ら, 2016)。特養で身体機能や言語的意思表示が低下している入居者へのエンドオブライフケアにおいては、医療依存度の状態を把握し搬送の判断も的確にできるよう、ケアニーズに応じた看取りケアに向けた施設内体制の整備を行うことが急務である(柿田ら, 2020)。

本研究の目的は、特養入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズの構造を明らかにし、入居時から死亡までのケアニーズに基づくケアの体系化への示唆を得ることとした。

II. 用語の定義

1. エンドオブライフケア

エンドオブライフケアとは、診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるように支援することである(長江, 2014)。エンドオブライフケアには、臨死期をエンドオブライフと捉えてケアを行うことを意味する狭義の定義と、病気の発症や老衰が始まってから死を迎えるまでを

エンドオブライフと捉えてケアを行うことを意味する広義の定義がある(小笠原, 2018)。本研究では、広義のエンドオブライフケアとする。そのため、本研究のエンドオブライフケアは、急変時、苦痛緩和、最期まで高齢者自身のもつ力を支えるだけでなく、重症化の抑制や合併症の予防も含むものとする(大蔵, 2013; 高山ら, 2005)。

2. エンドオブライフにおけるケアニーズ

エンドオブライフにおけるケアニーズとは、コンフォートな状態を目指す際のケアの必要性が生じている状態である。ここでのコンフォートとは、生活のなかで、自らが心地よいと実感している状態であり、心身の不快感が最小化され、療養の場で人として尊重されることを意味する(Kobayashi et al., 2008; 金正, 2016)。

III. 方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとした。

2. 研究参加者

研究参加者は、特養での看護経験があるエキスパート看護師とした。研究参加者の選定条件として、①特養での看護経験については「現在、特養に勤務している」もしくは「特養での看護実践の経験を有する」者とし、②エキスパート看護師については「専門看護師(Certified Nurse Specialist: CNS)、認定看護師(Certified Nurse: CN)、特定行為研修修了者、診療看護師、訪問看護師、もしくは特養でのエンドオブライフケアの経験がある看護師」のいずれかとした。この①と②の両条件を満たす者を日本老年看護学会のネットワークおよび日本看護協会ホームページより探したところ、48人が選定された。このうち、同意が得られた36人を最終的な研究参加者とした。

3. データ収集方法

データ収集は、フォーカスグループインタビュー(focus group interview: FGI)をWeb会議システムで実施し、許可を得て録画し逐語録を作成した。

FGIのグループの参加者数については通常4~10人とされているが(梅澤, 1981)、支援および体験などのプロセスを聞き取る先行研究においては、共通の経験や

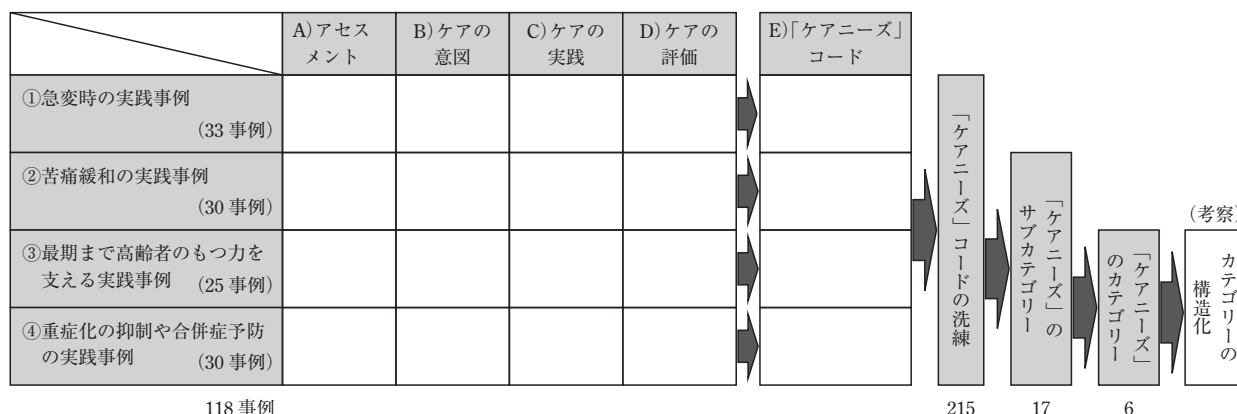


図1 分析方法

特徴といった看護経験の同質性を考慮し、1グループ3～4人の編成で詳細な状況を相互に理解し、関心領域に関連した特定の話題や問題についての発想や考え、認識を引き出していた(光来出ら, 2022)。そこで、本研究でも研究参加者の同質性を考慮し、1回のFGI構成人数は4人程度を目安とした。

研究参加者には、事前にインタビューの内容を伝え、特養入居者の①急変時の実践事例、②苦痛緩和の実践事例、③最期まで高齢者のもつ力を支える実践事例、④重症化の抑制や合併症予防の実践事例について、よい看護実践だったと考えた事例を紹介できるように準備を依頼した。また、それぞれの事例のケアプロセスについて、A)アセスメント、B)ケアの意図、C)ケアの実践、D)ケアの評価の言語化ができるよう準備を依頼した。司会は研究者1人が行った。研究参加者は、①～④の実践事例の概要およびA)～D)を紹介し、他の研究参加者との相互作用により、さらに自分の考えや気づきを語った。

FGIは、2021年11月～2022年3月に実施した。

4. データ分析方法 (図1)

FGIの結果から得た逐語録を精読後、事例・コード・マトリックス(佐藤, 2008)の手法を参考にマトリックス表を用い、縦軸に①急変時の実践事例、②苦痛緩和の実践事例、③最期まで高齢者自身のもつ力を支える実践事例、④重症化の抑制や合併症予防の実践事例の4つ、横軸をケアプロセスとしてA)アセスメント、B)ケアの意図、C)ケアの実践、D)ケアの評価とし、逐語録から実践事例を①～④に振り分け、A)からD)に分類した。次に、事例ごとにA)からD)のケアプロセスを研究者間で熟読し、プロセスから見出された「ケアニーズ」をE)として記入し、これを「ケアニーズ」コード

とした。このコードの抽出を複数の研究者間で検討し、コードを洗練した。最終的に抽出された「ケアニーズ」コードとエンドオブライフにおけるケアニーズの定義との整合性を確認したうえで、カテゴリ化を繰り返し、「ケアニーズ」コードからサブカテゴリ、カテゴリを抽出した。最後に、「ケアニーズ」のカテゴリ間の関係を検討し、構造化し、これを特養入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズの構造とした。

研究代表者は、老人看護専門看護師(CNS in Gerontological Nursing: GCNS)で、質的研究の経験をもつ。加えて分析では、看護実践の言語化に長けた質的研究経験をもつ複数のGCNSと研究者が参加し、信頼性・妥当性を高めた。データ分析の厳密性と真実性を確保するため、研究参加者間で該当する分析箇所的事例・コード・マトリックス表のケアプロセスおよびケアニーズの認識と文脈について確認した。

IV. 倫理的配慮

一般社団法人日本老年看護学会研究倫理審査委員会の承認を受け実施した(承認番号21-1)。研究参加者に研究の概要を説明し内諾を得た後、所属長に研究目的や方法、個人情報保護、同意後の撤回の自由、研究成果の公表について依頼文を用いて説明し承認を得た。その後、改めて研究参加者にも同様の文書を用いて口頭で説明し同意を得た。FGI開始前には参加者全員に再度、依頼時の文書を用いて説明するとともに研究参加の意思を確認し、許可を得て録画した。オンライン入室時に個人名を記号に変更し、お互いの名前を呼ぶときも表示記号で呼び合うように依頼した。また、研究参加者が語る事例については、「A氏は」のように匿名化を依頼し個人

表 1 研究参加者の概要 N=36

項 目		n (%)
性別	女性	36 (100.0)
特養での看護経験	特養に勤務しての看護経験あり	20 (55.6)
	特養に勤務していないが看護経験あり (現在の勤務場所)	16 (44.4)
	訪問看護ステーション	11 (30.6)
	小規模多機能型居宅介護事業所	2 (5.6)
	看護小規模多機能居宅介護事業所 (看多機)	1 (2.8)
	グループホーム	1 (2.8)
	地域包括支援センター	1 (2.8)
資格	なし	7 (19.4)
	あり (資格の内訳)	29 (80.6)
	老人看護専門看護師	7 (19.4)
	老人看護専門看護師と認知症看護認定看護師	1 (2.8)
	急性・重症患者看護専門看護師	1 (2.8)
	診療看護師	5 (13.9)
	特定行為研修修了者	3 (8.3)
	認知症看護認定看護師	5 (13.9)
	摂食・嚥下障害看護認定看護師	6 (16.7)
	緩和ケア認定看護師	1 (2.8)

特養：特別養護老人ホーム

が特定されないよう配慮した。研究協力の撤回は、FGI 実施後 1 週間以内は可能であることを説明した。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要 (表 1)

研究参加者は 36 人全員が女性であった。特養での勤務経験がある者が 20 人 (55.6%)、特養での看護経験のある者が 16 人 (44.4%) で、16 人の勤務場所は、訪問看護ステーション 11 人 (30.6%)、小規模多機能居宅介護事業所 2 人 (5.6%)、看護小規模多機能居宅介護事業所 1 人 (2.8%)、グループホーム 1 人 (2.8%)、地域包括支援センター 1 人 (2.8%) であった。研究参加者のなかで何らかの資格を保有する看護師は 29 人 (80.6%) で、資格は GCNS が 7 人 (19.4%)、GCNS と認知症看護認定看護師 (Certified Nurse in Dementia Nursing : DCN) の両資格保持者が 1 人 (2.8%)、急性・重症患者看護 CNS が 1 人 (2.8%)、診療看護師が 5 人 (13.9%)、特定行為研修修了者が 3 人 (8.3%)、DCN が 5 人 (13.9%)、摂食・嚥下障害看護 CN が 6 人 (16.7%)、緩和ケア CN が 1 人 (2.8%) であった。

2. FGI の実施状況

FGI は特養での看護実践状況、資格認定等によりフォーカスグループを 16 グループに分け、各グループ

1 回ずつ FGI を実施した。研究参加者の勤務状況に応じて 1 回あたりのグループ人数は 2～4 人となり、インタビュー時間は 1 回あたり 41～88 分で、合計時間は 17 時間 23 分であった。FGI で語られた特養での看護実践は 118 事例であった。

3. 事例-コード・マトリックス表による分析結果と「ケアニーズ」コードの抽出

FGI で語られた 118 事例は、①急変時の実践事例は 33 例、②苦痛緩和の実践事例は 30 例、③最期まで高齢者のもつ力を支える実践事例は 25 例、④重度化の抑制や合併症予防の実践事例は 30 例に分類され、「ケアニーズ」コードが 215 コード抽出された。以下に①～④の該当事例と「ケアニーズ」コード [E] の抽出法を示す。なお、ケアプロセスの分析は、[A] がアセスメント、[B] がケアの意図、[C] がケアの実践、[D] がケアの評価を示す。

①急変時の実践事例 (90 歳代の認知症高齢者が狭心症を発症し救急搬送されたが入院治療後も特養に再入居できた事例)：排泄後に左胸部から肩付近を触る動作と不快そうな表情があるが、認知症があり苦痛を言語で訴えられないのだろうとアセスメントした [A]。休養してもらい経過を観察し、一時的に回復したが、再度同じ症状が出現し回復しないため、重篤な症状を疑い治療が必要であると考え [B]、総合病院への救急搬送を行っ

た [C]. 狭心症の診断により入院して治療開始後に回復し、元の特養に再入居でき、その後は服薬コントロールで、胸痛はなくコンフォートな状態を継続できた [D]. 「ケアニーズ」コードは、[E]「いつもと違う異常な症状があいまいな訴え方となる」とした（特養看護師① 3A1）.

②苦痛緩和の実践事例（70歳代のレビー小体型認知症高齢者が卵巣がんによる疼痛を繰り返し訴えた事例）：日中は痛みの訴えが少ないが、夜間になるとナースコールで何度も痛みを訴え、興奮して杖を振り回すのは、不安が痛みを感じやすくしているとアセスメントした [A]. 痛みの緩和と不安を軽減するためのケアが必要であると考え [B], 側にいて痛いところをさすり、湿布を貼り傾聴した [C]. 痛みが軽減し、入院せずに希望する施設で穏やかに過ごしコンフォートな状態を継続できた [D]. 「ケアニーズ」コードは、[E]「不安により痛みが高まり興奮する」とした（DCN ③ 3B13）.

③最期まで高齢者のもつ力を支えるケアの実践事例（90歳代の摂食嚥下障害が進行していく高齢者が最期まで大好きな「餃子の味」を楽しめた事例）：大好きで食べ慣れていた饅頭の摂取後に口腔内を観察し、饅頭が口腔内に食物残渣として張り付いていたことから咽頭に食塊を送り込む力（嚥下機能）の低下をアセスメントした [A]. 好きなものを嚥下機能に応じた食形態に変える必要があると考え [B], 好きなものを楽しめるように水羊羹に変更し、嚥下状況をみて餡を液体状にして経口摂取できるようにした [C]. 亡くなる最期まで口から食べることができ、家族も感謝していた [D]. 「ケアニーズ」コードは、[E]「最期まで好きなものを食べることは難しい」とした（特定行為研修修了者⑤ 1GC11）.

④重度化・合併症予防の実践事例（80歳代の認知症高齢者で残尿が人工肛門を圧迫して膀胱留置カテーテルを挿入するが、自己抜去や閉塞、発熱を繰り返した事例）：記憶障害により膀胱留置カテーテル（以下、カテーテル）の必要性を認識できず、カテーテルへの注意を保持できないでいる。カテーテル閉塞の誘因として飲水量の低下にも着目した。閉塞による腹部膨満がカテーテル抜去や尿路感染による発熱を誘発するとアセスメントした [A]. 摂取水分量を増やし、カテーテルの閉塞を改善し腹部不快感を除去する必要があると考え [B], 飲水量の確保とともに閉塞予防のクランベリージュースを提供し、カテーテルの閉塞状況、発熱状況、不快感の有無を観察した [C]. カテーテルの閉塞、尿路感染による発

熱がなくなり、自己抜去をしなくなった。カテーテルの留置期間が10日程度延長し、トラブルのたびに通院していたストーマ外来への受診回数が減少した [D]. 「ケアニーズ」コードは、[E]「繰り返し尿路感染を生じやすい」とした（特養看護師① 2GA40）.

4. 特養入居者の「ケアニーズ」の 카테고리とその構造

上記の実践事例の分析によって抽出された特養入居者の「ケアニーズ」の215コードから、17サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された（表2）。以下は、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 代表的なコードを《 》で示す。（ ）および下線は意味が通じやすいよう文脈に応じ補足した。表2では代表的なコードの右列に抽出事例の番号を示した。

特養入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズの6カテゴリーは、【いつもと違う症状を言語で表出できない】【身体機能が低下し続け新たな健康障害が生じる】【痛みと意欲低下により動くことが難しい】【嚥下機能が低下し満足できる食事摂取が難しい】【不安で気持ちが落ち着かない】【安らかに最期までなじみの場で過ごすことが難しい】であった。

1) 【いつもと違う症状を言語で表出できない】

このカテゴリーは、<いつもと違う症状を伝えることが難しい><いつもと違う症状の治療を受けるまでに時間がかかる><いつもと違う症状があってもタイムリーに受診することが難しい>というサブカテゴリーから構成された。特養入居者は《いつもと違う異常な症状があいまいな訴え方となる》ため、<いつもと違う症状を伝えることが難しい（い）><（いつもと違う症状の）治療を受けるまでに時間がかか（る）>り、<（いつもと違う）症状があってもタイムリーに受診することが難しい（い）>くなっていた。

2) 【身体機能が低下し続け新たな健康障害が生じる】

このカテゴリーは、<心機能に応じ安らかに過ごすことが難しい><これまで服用していた薬の量と内容があわなくなる><新たな感染が生じる><最期までトイレで排泄することが難しい>というサブカテゴリーから構成された。特養入居者は、<心機能（に）の低下により安らかに過ごすことが難しい（い）>くなり、《抗凝固剤の服用継続で血尿が出現する》など、身体機能の低下により<これまで服用していた薬の量と内容があわなくなる>ことが生じていた。また、身体機能の低下から《繰り返し尿路感染を生じ（やすい）》るなど<新たな感染

表 2 特別養護老人ホーム入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	抽出事例	
いつもと違う症状を言語で表出できない	いつもと違う症状を伝えることが難しい	いつもと違う異常な症状があいまいな訴え方となる	①	
		いつもと違う症状として異常が現れる	②	
		いつもの痛みと違うことを伝えられない	①	
	いつもと違う症状の治療を受けるまでに時間がかかる	いつもと違う症状が治療につながるまで時間がかかる	①	
		急変時に速やかに治療がうけられない	③	
		タイミングよく受診することができない	①	
身体機能が低下し続け新たな健康障害が生じる	心機能に感じ安らかに過ごすことが難しい	日常生活でも心負荷がかかる	③	
		心機能に応じた適切な食事水分補給が難しい	③	
		抗凝固剤の服用継続で血尿が出現する	③	
	これまで服用していた薬の量と内容があわなくなる	再梗塞予防対策のワーファリンで消化管出血がつづく	①	
		新たな感染が生じる	繰り返す尿路感染を生じやすい	③
		足白癬が感染し蜂窩織炎となる	①	
最新の皮膚は発赤し皮膚剥離を起こしやすい	陰部の皮膚は発赤し皮膚剥離を起こしやすい	②		
	膀胱機能に応じた排尿誘導を受けられない	③		
	希望しても最期までトイレで排泄することは難しい	④		
痛みと意欲低下により動くことが難しい	機能低下と痛みにより動くことが難しい	ふらついて不安定な歩行になる	④	
		動く痛みため動きづらい	②	
		支援がないと歩けるようにならない	②	
	痛みを自分だけではコントロールできない	上手く伝えられず痛みを鎮めることができない	②	
		ケアにより誘発される痛みがある	②	
		不安により痛みが高まり興奮する	②	
痛みで活動への意欲を保つことが難しい	痛みで自分が思うように動ける気がしない	②		
	望みどおりに自分で動くことができない	④		
	嚥下機能が低下し満足できる食事摂取が難しい	嚥下力が低下し好きなように食べることができない	③	
嚥下機能が低下し満足できる食事摂取が難しい	低下していく嚥下力に応じた食事でない食べられない	安全に誤嚥できる食事形態に限られる	①	
		老衰によりさらなる嚥下困難が出現する	④	
		嚥下機能が低下し必要な栄養摂取量は経口摂取できない	④	
	最期は食べることを楽しめない	最期まで好きなものを食べることは難しい	④	
		最期は安全が優先され好きなものを食べられない	②	
		不安で気持ちが落ち着かない	突発的に生じた症状の理由が理解できず不安が高まる	①
不安で気持ちが落ち着かない	混乱により不安が高まる	不安が募り眠ることができない	②	
		術後の早期退院による環境変化で混乱がおさまらない	④	
		気持ちが落ち着かず不安が高まる	②	
安らかに最期までなじみの場で過ごすことが難しい	なじみの場で看取りを受けることが難しい	重症化し治療が必要になると特養での入居が続けられない	①	
		慣れた施設で最期を過ごすことができない	①	
	回復を優先すると QOL が保ちにくい	なじみの職員に囲まれ穏やかに看取りを受けることが難しい	①	
		病状の回復に向けた治療を優先すると QOL の維持が難しい	②	
		もてる力の限界まできても回復は難しい	③	

①：急変時の実践事例、②：苦痛緩和の実践事例、③：最期まで高齢者のもつ力を支えるケアの実践事例、④：重度化の抑制や合併症予防の実践事例

が生じ(る)たり、排泄機能の低下から最期までトイレで排泄することが難し(い)く³⁾なったりしていた。

3) 【痛みと意欲低下により動くことが難しい】

このカテゴリーは、<機能低下と痛みにより動くことが難しい><痛みを自分だけではコントロールできな

い><痛みで活動への意欲を保つことが難しい>というサブカテゴリーから構成された。特養入居者は、<機能低下と痛みにより動くことが難し(い)く、《上手く伝えられないため痛みを鎮めることができ(ない)》ず、《ケアにより誘発される痛み》があるなど<痛みを自分だけ

ではコントロールできない>でいた。また、《痛みで自分が思うように動ける気がしない》などから<痛みで活動への意欲を保つことが難し (い)>くなっていた。

4) 【嚥下機能が低下し満足できる食事摂取が難しい】

このカテゴリーは、<低下していく嚥下力に応じた食事でないと食べられない><嚥下機能低下が進行し経口での栄養補給が難しい><最期は食べることを楽しめない>というサブカテゴリーから構成された。特養入居者は、《嚥下力が低下し好きなように食べることができない (い)》ず、<低下していく嚥下力に応じた食事内容でないと食べられ (い)>くなり、《老衰によりさらなる嚥下困難が出現する》など<嚥下機能低下が進行し経口での栄養補給が難し (い)>くなっていた。また、《最期まで好きなものを食べることが (は) 難しい》いため、<最期は食べることを楽しめない (い)>くなっていた。

5) 【不安で気持ちが落ち着かない】

このカテゴリーは、<気持ちを静めることが難しい><混乱により不安が高まる>というサブカテゴリーから構成された。特養の入居者は、《突発的に生じた症状の理由が理解できず不安が高ま (る)》り、《不安が募り眠ることができない》などから<気持ちを静めることが難し (い)>くなる。また、《術後の早期退院による環境変化で混乱 (がおさまらない)》が生じるなど、<混乱により不安が高ま (る)>っていた。

6) 【安らかに最期までなじみの場で過ごすことが難しい】

このカテゴリーは、<なじみの場で看取りを受けることが難しい><回復を優先すると QOL が保ちにくい>というサブカテゴリーから構成された。特養入居者は《重症化し治療が必要になると特養での入居が続けられ (ない)》ず、《慣れた施設で最期を過ごすことができない》ため<なじみの場で看取りを受けることが難し (い)>くなっていた。また、《病状の回復に向けた治療を優先すると QOL の維持が難しい》ことから<回復を優先すると QOL が保ちにく (い)>くなっていた。

VI. 考 察

1. 特養入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズの構造の特徴

特養は高齢者が入居から死を迎えるまでを過ごす広義のエンドオブライフケアの場であるが、特養入所後から中長期にわたるエンドオブライフのケアニーズは明らかにされていない。そこで、本研究ではエキスパート看

護師の実践をもとに、特養入居者の入居時から死亡までのエンドオブライフにおけるケアニーズの構造を明らかにすることを目的とした。

特養入居者は【いつもと違う症状を言語で表出できない】ために、適切な医療やケアが受けられず【身体機能が低下し続け新たな健康障害が生じ (る)】【痛みと意欲低下により動くことが難し (い)】くなり、【嚥下機能が低下し満足できる食事摂取が難し (い)】くなるなど、それぞれの症状が影響し合いケアニーズが生じていた。これらの症状が進行していくなかで、【不安で気持ちが落ち着かない (い)】くなり、【安らかに最期までなじみの場である特養で過ごすことが難し (い)】くなっていたことが示された。

高齢者は基礎疾患や加齢による生体反応の遅れや、症状が典型的に表れにくく (大蔵, 2013; 宅間ら, 2022)、認知症やせん妄など認知機能の低下による影響は正確に異常を訴えることを難しくする (大津, 2014)。そのため【いつもと違う症状を言語で表出でき (ない)】ず、悪化が見逃されケアの不足からコンフォートが阻害されると考えられた。

身体機能の低下により発生した健康障害の進行は、痛みによる意欲低下をもたらす、さらに痛みを発生させる。ADL (activities of daily living; 日常生活動作) が低下し介助を受ける高齢者は、不動となる要因として、同一姿勢による筋緊張の亢進、関節や皮膚にみられる器質的変化や知覚過敏があるといわれており、痛みが増強する要因として、ケアを受けるときの痛みの記憶や確認されない意思、自分で動けない苦痛がある (山下ら, 2021)。本研究でも《ケアにより誘発される痛み (がある)》が抽出され、痛みで意欲低下が引き起こされ、不動による痛みが発生し更なるケアニーズが生じていた。

また、摂食嚥下障害は、ADL と密接な関係があり、日常生活の活動性低下は誤嚥性肺炎を生じやすくするといわれている (福田ら, 2018)。本研究においても、身体機能の低下が ADL の低下を招くとともに全身の筋力低下をきたし、嚥下筋の筋力低下が嚥下障害となり、新たなケアニーズの発生へとつながっていた。

これらのケアニーズは互いに影響し合い、コンフォートな状態を目指す際のケアの必要性が拡大していく構造が、本研究によって示されたといえる。その根本には、高齢者の身体機能が全体的に低下し、生体におけるホメオスターシスの維持機構が、特定の著明な臓器疾患や系統疾患なしに崩れて招来される死に向かう老衰 (中橋ら,

2010) という老化現象がある。したがって、エンドオブライフケアは急変時のケア、苦痛緩和のケア、最期まで高齢者自身のもつ力を支えるケア、重症化の抑制や合併症予防のケアという4つに分けられるものではなく、それらが幾度も順不同に重なりつつ必要となる。さらに、高齢者が死に向かうなかで安らかに人生を終えるためには、混乱と心に残る問題を可能な限り少なくして苦悩を和らげるケアが求められる(兼子, 1988)。【不安で気持ちが落ち着か(ない)】ず、【安らかに最期までなじみの場である特養で過ごすことが難し(い)】くなるケアニーズは、避けられない死に向かう苦悩から絶望感を高める。高齢者が力動的なバランスを取り、英知の感覚を高めて人生の統合へと向かうためには、ケアニーズが充足され、安寧を得てコンフォートな状態で人生の最晩年を過ごせるようなエンドオブライフケアが求められる。

特養入居者のエンドオブライフでは、このような身体機能の低下に伴い出現する複合的ケアニーズを予測し、予防的観点からのケアや残された力を発揮できるようなケアを基盤とする。基本的に急変が生じないようにし、また急変した場合もその人なりの回復が見込めるレベルを見出し、中長期のエンドオブライフから臨死期に至るまでの期間を、コンフォートな状態を維持しソフトランディングとなるようなエンドオブライフケアが重要になる。

2. 特養におけるエンドオブライフケアの示唆

特養入居者のエンドオブライフは、入居から退所までが約3年と長く、老衰が進行し老年症候群も進行する。このような時期においては、加齢に伴う特徴的な疾患の急変時および症状進行期における重症化を予防するための早期発見が重要である。本研究では、臨死期に限らない広義の中長期にわたるエンドオブライフのケアニーズを明らかにした。これらのケアニーズに応じたエンドオブライフケアが行われることは、特養入居者が最期までコンフォートな状態を保つことを可能にする。

研究参加者の80.6%は、GCNSをはじめとする何らかの資格もっていた。そのため、語られたケアプロセスにおいては、虚弱な特養入居者が示す些細な反応をキャッチし、臨床推論に基づいたケアが提供されていた。特養入居者は何らかの異常をいつもと違う症状と自覚できるものの、それらを言葉にして表現することが難しく、そこからケアニーズは折り重なるように発生していた。このような特養入居者のケアニーズを満たすケアをひと

つずつ、ていねいに積み重ねていくことこそ、エンドオブライフにおけるコンフォートな状態を導くものとなる。さらに、これらのケアを体系化していくためには、確かな臨床推論に基づく高度実践看護が重要であり、それらが特養で実践されることが求められている。

特養入居者が中長期にわたるエンドオブライフを急変することなくソフトランディングできるためにも、苦痛緩和を基本に生活の延長として安らかな死を迎えられることを目指したケアのコーディネイトが必要である。そのためにも、特養の中長期にわたるエンドオブライフのケアニーズを捉え、身体機能と症状の関連をアセスメントできる高度な知識とそれらにタイムリーに対応できるスキルをもつ看護師が、特養に配置されることが重要となる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、FGIの研究参加者は、特養に勤務していないが特養での看護経験がある者が16人(44.5%)で、エキスパートの資格も多様である点にある。また、FGIをグループごとに複数回実施することができなかったため、ほかの研究参加者から影響を受けさらにケアニーズを想起するという相互作用は十分ではなかった。今後は、さらに、本研究で得た示唆をもとに、ケアの体系化を行っていくことが課題である。

VII. 結 論

本研究では、特養入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズの構造を明らかにするため、特養での看護経験があるエキスパート看護師36人に、特養入居者への急変時の看護実践、苦痛緩和の看護実践、最期まで高齢者のもつ力を支える看護実践、重度化の抑制や合併症予防の看護実践についてFGIを行った結果、118事例が語られた。特養入居者のエンドオブライフにおけるケアニーズの構造は、【いつもと違う症状を言語で表出できない】【身体機能が低下し続け新たな健康障害が生じる】【痛みと意欲低下により動くことが難しい】【嚥下機能が低下し満足できる食事摂取が難しい】【不安で気持ちが落ち着かない】【安らかに最期までなじみの場で過ごすことが難しい】の6カテゴリーが互いに影響し合い、コンフォートな状態を目指す際のケアの必要性が拡大していく構造が示された。その根本には、加齢により生体機能が衰え続け自然死に至る老衰という避けることのでき

ない老化現象がある。特養入居者が中長期にわたるエンドオブライフを急変することなくソフトランディングできるためにも、苦痛緩和を基本に安らかな死を迎えられることを目指したケアのコーディネートが必要である。今後も特養で死を迎える高齢者の増加を鑑み、特養には、身体機能と症状の関連をアセスメントできる高度な知識とそれらに対してタイムリーに対応できるスキルをもつ看護師を配置されることが重要となる。

【謝辞】

研究にご協力くださいました研究参加者のみなさま、施設長・管理者の皆様へ深く感謝申し上げます。なお、本研究は、一般社団法人看護系学会等社会保険連合 2021 年度研究助成を受け、2020～2021 年度日本老年看護学会老年看護政策検討委員会の活動として行ったものである。

【文献】

平原佐斗司(2022)：認知症高齢者のエンドオブライフ・ケアと臨床倫理。老年精神医学雑誌, **33**(6), 579-586.

独立行政法人福祉医療機構(2020)：令和元年度 施設・居住系サービス事業者運営状況調査報告書, 2022 年 7 月 20 日, <https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisaku/28jigyoshachosa/01jigyoshachosa.files/001.pdf>.

福田浩巳, 石橋雄介, 西田宗幹, 他(2018)：地域包括ケア病棟から介護老人福祉施設へ退院した患者の再入院に影響を及ぼす因子の検討, 理学療法科学, **33**(4), 647-651.

伊藤重彦, 田口健蔵, 井上征雄, 他(2016)：北九州市における高齢者医療の現状と問題点：とくに介護施設からの搬送事案について, 日本臨床救急医学会雑誌, **19**(1), 7-12.

岩瀬和恵(2018)：介護老人福祉施設に勤務する看護師が高齢者の死の約 1 ヶ月前に察知した症状や変化, 日本看護科学会誌, **38**, 115-123.

柿田尚子, 會田信子(2020)：特養の看護責任者が認識している施設病院間連携の困難と課題：終末期と診断された入所者の終末期医療・ケア決定プロセスに焦点を当てて, 日本在宅医療連合学会誌, **1**(2), 1-9.

金正貴美(2016)：Comfort の概念分析, 香川大学看護学雑誌, **20**(1), 1-14.

兼子 宙(1988)：老いを生きる(初版), 154-155, 大日本図書, 東京.

Kobayashi S, Yamamoto-Mitani N, Nagata S, et al.(2008)：End-of-life care for older adults with dementia living in group homes in Japan, *Japan Journal of Nursing Science*, **5**(1), 31-40.

厚生労働省(2011)：中央社会保険医療協議会 総会 (第 190 回) 資料(2 号側委員提出資料)わが国の医療についての基本資料, 2023 年 1 月 3 日, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001bu83-att/2r9852000001bval.pdf>.

厚生労働省(2020)：第 176 回社会保障審議会介護給付費分科会, 資料 1 介護分野をめぐる状況について, 2023 年 1 月 3 日, <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000608284.pdf>.

厚生労働省(2022)：令和 3 年人口動態統計, 上巻 5-6, 死亡の場所別に見た年次別死亡数百分率, 2023 年 1 月 3 日, https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?stat_infid=000032235937.

川村三希子, 橋本 裕, 戸谷幸佳, 他(2022)：D 老年症候群における症状マネジメントの実際, 5 章 高齢者の症状マネジメント；生活を安楽にするために, 桑田美代子, 吉岡佐知子, 西山みどり編, 超高齢者の緩和ケア(初版), 118-153, 南山堂, 東京.

西山みどり(2021)：A 症状マネジメントの重要な視点, 5 章 高齢者の症状マネジメント；生活を安楽にするために, 桑田美代子, 吉岡佐知子, 西山みどり編, 超高齢者の緩和ケア(初版), 103-108, 南山堂, 東京.

光来出由利子, 田場由紀, 山口初代, 他(2022)：要介護高齢者の関係他者とのつながりを目的とした外出ニーズとその支援, 沖縄県立看護大学紀要, **23**, 47-56.

長江弘子(2014)：看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, 7, 日本看護協会出版会, 東京.

中橋 毅, 森本茂人(2010)：2.1 高齢者の死因, 大内尉義, 秋山弘子, 折茂 肇編, 新老年学(第 3 版), 351-353, 東京大学出版会, 東京.

小笠原知枝編著(2018)：エンドオブライフケア看護学；基礎と看護学(初版), 23-25, ヌーヴェルヒロカワ, 東京.

大蔵 暢(2013)：第 15 章 高齢者終末期医療, 「老年症候群」の診察室, 49-53, 156-165, 朝日新聞出版, 東京.

大津美香(2014)：認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の疾病管理の支援における訪問看護師の困難な状況と実施している対応および効果的対応, 日本循環器看護学会誌, **10**(1), 82-90.

佐藤郁也(2008)：質的データ分析法；原理・方法・実践, 59-144, 新曜社, 東京.

総務省統計局(2022)：統計トピックス No.132 統計からみた我が国の高齢者：「敬老の日」にちなんで, 1. 高齢者の人口, 2023 年 1 月 28 日, <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html>.

高山尚子, 三重野英子(2005)：介護老人福祉施設の看護師が行う End-of Life Care の実際, 老年看護学, **10**(1), 62-68.

宅間健介, 岡野直樹, 伊藤 謙, 他(2022)：高齢者(75 歳以上)の膵胆道疾患の特徴と診断・治療方針 高齢者の胆嚢炎・胆管炎の特徴と診断・治療方針, 胆と膵, **43**(10), 973-979.

梅澤伸嘉(1981)：グループ・インタビュー調査；実施と分析の技術, 154, ダイアモンド社, 東京都.

山下由香, 諏訪さゆり(2021)：高齢者の不動による痛みの特徴：ケア提供者の語りから, 千葉看護学会会誌, **27**(1), 121-130.

Structuring the Care Needs of Nursing Home Residents at the End of Life

Fuyuko Fujita¹⁾, Masumi Muramatsu²⁾, Mayuko Tsujimura³⁾, Kana Kurokouchi⁴⁾,
Yuka Ito⁵⁾, Sakiko Fukui⁶⁾, Ikuko Sakai⁷⁾

1) Kobe Women's University

2) Sapporo City University

3) Shiga University of Medical Science

4) Kanagawa University of Human Services

5) Toyama Prefectural University

6) Graduate School of Health Care Science, Tokyo Medical and Dental University

7) Graduate School of Nursing, Chiba University

This study clarified the structure of the end-of-life care needs of residents in nursing homes, and obtained suggestions for the systematization of care based on care needs from the time of their admission to death. Focus group interviews were conducted with 36 expert nurses with nursing experience in nursing homes. A total of 118 cases were analyzed qualitatively and inductively. The end-of-life care needs of residents in nursing home were as follows: [inability to verbally express abnormal symptoms], [new health problems following the continued decline in physical functions], [difficulty moving as a result of pain and decreased motivation], [difficulty eating satisfactorily consequent to decreased swallowing function], [anxiety and restlessness] and [difficulty in spending time in a familiar place until the end of life]. The structure of care needs revealed that these six categories interacted with each other, and the lack of care that effectively met the needs of the residents expanded. At the root of this dilemma is the inevitable senility faced by most residents, which requires assistance based on an advanced predictive judgment to prevent the expansion of the care needs by avoiding sudden changes during their stay and reducing the total pain they experienced until death as a way of extending their lives.

Key words : older adults, nursing home, end-of-life, care needs