

老人看護専門看護師の立場 —推進するための戦略等—

猪口里永子[†]

IRYO Vol. 77 No. 3 (194-197) 2023

要旨

国立長寿医療研究センター（当院）において意思決定支援ならびにアドバンスケアプランニング（ACP）に関し、エンドオブライフケアチーム（EOLケアチーム）とEOLケアリンクナース会（リンクナース会）が活動している。EOLケアチームは、がんに加え、非がん疾患や加齢や認知症による判断力低下・フレイルの患者を対象に苦痛緩和や意思決定支援を実践する多職種チームである。現在、筆者が所属している認知症対応病棟では、看護カンファレンスやデスカンファレンスの実施、院内の専門職種との連携や調整役、看護職員の教育に携わっている。デスカンファレンスを行い事例を振り返り、学びや次の事例に活かしたいことの共有を積み重ねることで本人や家族の意思決定支援やEOLケア、患者・家族を支える力が育成され、患者自身の願いや想いを叶えることにつながると考える。しかし、個々人や各職種間の価値観の違いによる対立、短い在院日数の中での患者が望む意思を確認するための時間の少なさ、認知症の人の意思を確認する看護職員のスキルの差など、ACP活動がスムーズに進まない現状がある。これらの問題を解決するには入院前、入院中、退院後（在宅）も含めた切れ目のない支援を提供し、患者が望む生活を継続できるシステムの構築、患者・家族を支え続けられる医療従事者の育成が重要である。

これまでの活動を通して、老人看護専門看護師として果たすべき役割、課題解決に向けた提案、今後の展望を述べる。

キーワード エンドオブライフケア、意思決定支援、老人看護専門看護師

当院の意思決定支援に関わる チームと活動内容

1. 当院の紹介

国立長寿医療研究センター（当院）の理念は「高齢者の心と体の自立の促進、健康長寿社会の構築への貢献」である。当院はベッド数301床、看護単位

は7病棟である。急性期一般病棟が5病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟が各1病棟である（シンポジウム発表時）。

2. エンドオブライフケアチーム活動

当院には意思決定支援に関わる多職種チームとしてエンドオブライフケアチーム（EOLケアチーム）がある。2011年開設当時、医師と看護師、薬剤師に

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 看護部 †看護師

著者連絡先：猪口里永子 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 〒474-8511 愛知県大府市森岡町7-430

e-mail : inokuchi@ncgg.go.jp

(2022年3月28日受付, 2023年2月10日受理)

Position of Certified Nurse Specialist in Gerontological Nursing ; Strategies for Promotion, etc.

Rieko Inokuchi, National Center for Geriatrics and Gerontology

(Received Mar. 28, 2022, Accepted Feb. 2, 2023)

Key Words : end of life care, decision-making support, certified nurse specialist in gerontological nursing : GCNS

よるチーム活動であったが患者や家族の持つ多様な問題に対応するため、現在コアメンバーは、医師、老人看護専門看護師（GCNS）、薬剤師、医療ソーシャルワーカー（MSW）、管理栄養士で構成されている。GCNSには患者の意向をキャッチし、それを多職種や同職種間で共有し、途切れることなく支援できるマネジメントが期待されている。EOLケアチームの対象は、がん、非がん疾患、加齢や認知症による判断力低下・フレイルの患者である。チームへの介入依頼の割合は、がんと非がん疾患ではほぼ半々である。しかし、非がん疾患の患者の意思決定支援や倫理判断支援についての介入依頼はがん患者の介入依頼の約2倍である。また、全介入数における意思決定支援・倫理判断支援の割合もGCNSの加入後、17.2%から39.4%と約2倍に増加している。

3. EOLケアリンクナース会

さらに、看護部にはEOLケアリンクナース会（リンクナース会）がある。メンバーは、看護師長、各病棟ナース、GCNSである。

リンクナース会ではEOLケアチームでの専門的な知識や技術、各病棟で実施したデスカンファレンスについてディスカッションを行い、チーム会での学びを所属部署に伝え、浸透させEOLケアの質の向上を図ることを目的に活動している。また、当院独自の終活ノート「私の望み・終活ノート」を作成・配布し、本人がエンドオブライフケアに対する意向を書面により表明できるようにしている。

昨年度、私の望み・終活ノートの活用促進を目標の一つにあげ活動した。

リンクナース会の課題として、各病棟メンバーから私の望み・終活ノートの配布時の説明やタイミングが難しいこと、看護職員、患者・家族ともに認知度が低いことがあげられていた。

自部署でも、私の望み・終活ノートの配布はほとんどなく、自分自身も同じ課題を持っていた。

今後、自分自身が私の望み・終活ノートの活用を促進することと同時に、スタッフへの活用方法を周知し、スタッフがノートを渡すか困っているときに一緒に考え、スタッフがノートを渡せるよう支援していきたいと考えている。

フは23名（シンポジウム発表時）である。病棟スタッフは5年目以下のスタッフが半数を占めている。この年代のスタッフは、ラダーレベル1から5の研修を受け、意思決定支援を学んでいるスタッフである。

スタッフは、日常生活支援の場面では認知症患者の思いや希望を確認しながらケアを実施し、スタッフ間でうまくいったケアや関わり、本人の思いに反するケアや関わりをした時の本人の反応などについて情報共有ができています。しかし、病状、治療方針や退院後の生活の場を決定する場面では、患者本人の意向を把握していても、情報共有ができず、医師や家族の意向が尊重されてしまうということがある。このように、認知症の本人の意向をキャッチできていても、状況により本人の意向を尊重するための働きかけが不十分な時があるという病棟の課題がある。

この課題に対して、私はGCNSとして、本人に病状、治療方針や退院先について伝えられていないことが多いが、その人の認知機能やコミュニケーション能力に合わせた方法で意思確認を実施し、家族、看護師間、医師、MSWなどの医療者と共有していきたいと考えている。さらに病棟での意思決定支援であるが、病院でキャッチした本人や家族の意向、退院後の望まれている生活について退院カンファレンスなどの機会を通し地域の関係者とも情報共有を行い切れ目のない支援を行えるようになりたいと考えている。そのために、看護カンファレンスやデスカンファレンスを通じた意思決定支援や「私の望み・終活ノート」を使用しながら患者・家族を支える力を病棟スタッフと一緒に育成していきたいと考えている。

ここから、本人・家族、当院と施設の間で意思決定支援にずれが生じていた事例を振り返り、GCNSとして求められる役割と課題について考察する。

<事例>

A氏 70代男性 前頭側頭型認知症 要介護度5である。A氏と言語的コミュニケーションは困難であり、A氏が「嫌」と思うことは声を出して泣くという反応があるため、反応をみながらケアを行っていた。このためA氏に直接意向を確認することは困難な状況であった。

<経過>

A氏は数年前からB施設に入所し当院に入退院を繰り返していたが、経口摂取量と嚥下機能の低下ということで胃ろう造設目的のため入院した。キー

老人看護専門看護師として 求められる役割と課題

現在、所属する認知症病棟の体制は、30床、スタッ

パーソンは妻である。妻はB施設で看取りを迎えたいという意向を持っていた。また食べることが好きだったA氏に意向を直接確認できない中で経口摂取や胃ろう造設を決定しなければならないことに悩まれていた。さらに、可能な限り経口摂取を継続してほしいという意向があったが、胃ろう造設は施設入所継続のため必要と妻自身の気持ちに折り合いをつけようとされていた。入院中、A氏は食事介助の工夫や環境調整により時間はかかるが、全量摂取できる時もあった。検査を実施し胃ろう造設はできず、選択肢は腸ろう造設になるという結果であった。

<退院前病状説明>

主治医、妻、弟夫婦、病院スタッフ、施設スタッフが病状説明に出席し、A氏の食事形態や必要時間、胃ろう造設後に経口摂取との併用等の情報提供を実施した。施設からは、病院と同じケアの継続や、胃ろう以外の栄養方法は受け入れできないとのいう返事であった。結果として、A氏は経口摂取のみで退院することとなった。

<退院当日>

退院当日、MSWが妻から「受診が継続できないのはどうしてか。もう（当院で）診てはもらえないのか」と相談を受けた。当日は受診希望があれば今後も当院の受診は可能であることを伝えたが、施設への移動時間などから妻に時間をかけての対応は困難であったため、後日、妻のみ看護外来受診という形で、GCNSが面談を行った。

妻との面談から、妻の意向と施設の考えにずれが生じていたことが明らかになり、A氏には当院で意思決定支援が必要と多職種で判断し外来通院継続となった。

<B施設への退院前病状説明での情報提供とB施設のA氏・妻への対応>

この事例では、退院前病状説明時にB施設に入院中の食事介助の方法など情報を提供することで、B施設に可能な限り対応してもらえると病棟としては考えていた。しかし実際は、A氏へ提供している、される予定のケア内容は異なっていた。その一方、退院前の病状説明から退院日までの間に施設から妻や家族に当院退院後は、A氏の通院による疲労感軽減のため近医に通院先を変更することが提案されていたが、当院の職員は退院当日まで知らなかった。

さらに、退院後に施設とご家族間で経口摂取がさらに困難になった時のことを話し合われていたが、1回の話し合いにより決定されており、ご家族は納

得していなかったことが明らかになった。

事例を振り返ってみて…

- ・本人・家族と医療（病院）、施設との合意形成に向けた話し合いが不十分であった
- ・本人にとっての最善の方針を医療、施設で時間をかけて検討できなかった
- ・当院と施設間の意思決定支援に関する考え方の違いをキャッチできていなかった

当院は本人、家族、多職種で話し合いを重ね、プロセスによる支援を行っている。しかし、施設では家族と施設スタッフ間で話し合う場を持ちその場で決定するという点の支援が行われていた。

本事例から本人や妻が今後のことに納得できているか最後まで確認すること、施設で実践可能なケアを入院中に検討し施設に提案ができるよう院内のスタッフに働きかけること、施設の考え方を日ごろから把握することが必要であるということ学んだ。病棟配属のGCNSとしてもとめられる役割と課題は、

<実践モデル>

- ・高齢者や家族の意思決定支援やアドバンスケアプランニング（ACP）に関する情報提供、退院後の継続支援依頼。
- ・入院前や入院時からの意思決定支援やACPに取り組むこと。

<教育>

- ・スタッフが各施設の環境や考え方の違いが理解できるようにするためやカンファレンスを通じた意思決定支援やEOL期の患者・家族を支える力を育成するための日常場面での教育的な関わり。

<研究>

- ・近隣施設の意思決定支援やACPに対する実態調査。

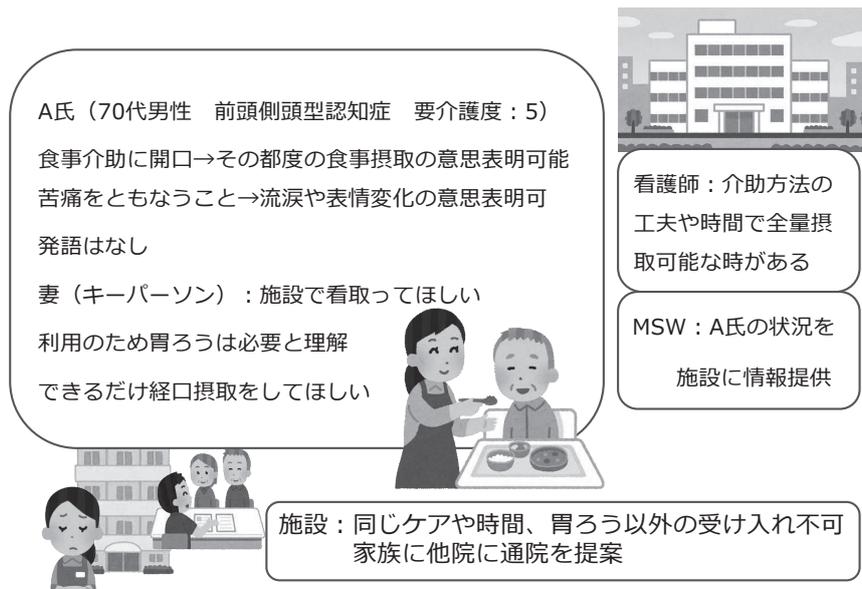
があると考えている。

課題解決に向けた提案と今後の展望

最後に課題解決に向け、提案と今後の展望を3つ提示する。

1つ目は、高齢者の意思決定支援やACPに対する看護師教育の方法である。

現在、ラダー教育の中で意思決定支援の研修を行っている。研修では主に事例の振り返りを行っているが、看護師自身が意思決定支援やACPを自分が「高齢者本人だったら」「高齢者の家族だったら」と自分のこととして考えられるような教育の内容を



特別養護老人ホーム入所中の高齢者の意思決定支援の事例

検討していきたいと考えている。

2つ目は、高齢者の意思決定支援やACPに関する環境整備である。

まず、電子カルテに本人や家族が過去からその時まで意思決定支援やACPに関して、どのような意向を持っていたのか把握できるような記録方法の検討が必要と考える。

次に現在紙媒体の終活ノートであるが、医療や介護に関する項目は記載されていないことがある。今後は、本人や家族を対象に少人数の「終活ノート書き方講座」を開催したり、電子媒体で使用できるようにしていくことも、本人や家族に病状が悪くなる前から意思決定支援やACPを考えていただく支援になると考える。この支援は、「食べられなくなってきた」など、実際意思決定を求められる時に本人や家族だけでなく、決定を支える私たちにも役立つ支援になると考える。

3つ目に、コロナ禍で退院前カンファレンスの開催や本人面談が難しくなっているが、Web環境を整え、オンラインでカンファレンスや本人面談を行うことで、病棟、施設両方がお互いのケア方法や環

境を画面で確認できるメリットがあると考え、本人、家族の意向や退院後の望む生活が継続できるよう、院外の関係者と病棟間でも顔見知りの関係作りを目指していきたいと考える。

今回、「老人看護専門看護師の立場 推進するための戦略等」というシンポジウムのテーマをいただき、自分の実践を振り返る機会となった。発表内容をまとめる中、意思決定支援やACPを戦略的に進めるために教育や看護管理の視点をもちながらスタッフへ関わること、近隣施設のACPに対する考え方や関わり方の把握や施設との情報共有の方法が不十分だったことを学ぶことができた。今後、自分の実践に今回の学びをいかしていきたいと考えている。

〈本論文は第75回国立病院総合医学会シンポジウム「意思決定支援とACPの現状と今後の課題」において「老人看護専門看護師の立場:推進するための戦略等」として発表した内容に加筆したものである。〉

利益相反自己申告：申告すべきものなし。