

特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究 —看護師に対する面接調査から—

岩本テルヨ、南家貴美代、有松 操、森田敏子¹⁾

A study on the practice of nursing advocacy in the terminal care
division of a specialized nursing home
—Interviews with nurses—

Teruyo Iwamoto, Kimiyo Nanke, Misao Arimatsu, Toshiko Morita

Abstract : This study was conducted to clarify the practice of nursing advocacy in the terminal care division of a specialized nursing home. Interviews were conducted with 18 nurses employed at a specialized nursing home and were analyzed using the KJ method.

Analyses classified the practice of nursing advocacy into five domains. To solve the "nursing dilemmas of terminal care treatment decision-making with a person other than the resident," a nurse would "continue close observation of the resident and provide information to the family and/or physician." Also while trying to "encourage the understanding of a resident's intentions and feelings so that they are reflected in the decision-making," nurses, in the terminal care division, attempted to "encourage the ability for residents to live peacefully until the end of their lives." The fundament for these four domains was "to respect dignity as a person."

These findings suggest that in order to protect the rights of nursing home residents in the terminal care division of specialized nursing homes, nurses need to collaborate with other professionals, and also need to propose a policy of rights protection for residents who have difficulty with the maintenance of their environment and with self-determination in relation to terminal care.

Key words : specialized nursing home, the elderly, terminal care, nursing advocacy, nursing ethics

I. はじめに

1970年代初めより米国の医療・看護の論文に患者の権利擁護 (patient advocacy) という用語が登場し始め、1970年後半から1980年初頭にかけて看護理論家のアドボカシー (advocacy) 論の高まりにより、米国では1982年にナースの役割とし

てアドボカシーが合法的に承認された¹⁾。わが国においては、アドボカシーという概念が本格的に取り上げられたのは1990年代になってからであり²⁾、紹介されて間がないこともあり、広く浸透しているとは言いがたい状況にある。わが国では、2003年に改訂された看護者の倫理綱領 (日本看護協会) 第4条において、「看護者は、人々の知る権

1) 熊本大学医学部保健学科看護学専攻

利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。」と明記され、患者の権利の擁護者としての看護者の役割が打ち出された。しかし、アドボカシーは「権利擁護」「代弁」の訳が当てられることが多いが、看護におけるその意味合い、特に実践的な含意について検討が進んでいるわけではない³⁾。アドボカシーについては概念の定義等の観念論が先行し、具体的にどう実践していくのかといった方法論等についてはあまり論じられていない⁴⁾。さらにアドボカシーの定義は論者によって様々であり⁵⁾、患者への情報提供と自己決定支援の意に用いられ⁶⁾、またS.ガドウ (Sally Gadow) のように患者の実存的状況に相互作用的に関わる全体論的ケアに看護におけるアドボカシーの役割があると主張する論者もある⁷⁾。このようにアドボカシーの意味内容は多義的で、このことが看護におけるアドボカシーの理解を難しくしている。そのこともあって、具体的な看護アドボカシー実践についての研究は数少ない状況にある。

そこで、医療施設外の施設、高齢者、ターミナルケアなど患者の権利に関する様々な問題が潜在するであろうと推測される場、対象等に注目した。訪問看護における権利擁護に関する我が国の研究には、「在宅高齢者の虐待に関する研究」(古川ら、2006)、「ターミナルケアの自己決定を支える看護師の役割」(黒岩ら、2006)、「熟練訪問看護師の判断内容から導かれる終末期療養者の自己決定を実現するためのケア機能」(松村、2001)などがあるが、特別養護老人ホーム(以下特養と略記)のターミナルケアにおける看護アドボカシーについて明らかにした研究は見当たらない。

本研究は、特養のターミナルケアにおける看護アドボカシー実践について明らかにし、ターミナル期にある高齢者の権利擁護を支援するための看護実践について示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象者

対象者は、研究への同意の得られた、A市内の特別養護老人ホーム8施設(A市全特養の44%に当たる)に勤務する看護者18名である。

2. データ収集方法

まず、看護アドボカシーについてどのように理解しているかを問い、その後特養のターミナルケアにおける看護アドボカシー実践について、特養内の個室(或いはそれに近い場所)で約30~60分程度、半構成的面接を行った。対象者の了解を得て面接内容をテープに録音し、逐語録を作成した。しかし、許可を得られない場合は面接後その内容をできるだけ詳細に記録した。面接調査は看護者1名ずつ行ったが、2つの特養においてのみ2名の看護者を同時に面接した。データ収集期間は平成17年11月から平成18年2月である。

なお、ターミナル期とは死亡前6ヶ月間とし、高齢者とは満65歳以上とした。

3. データ分析方法

分析は、逐語録を読み込み、類似した内容によってまとめ、KJ法の考え方をを用いて、共通した概念を抽出する方法で行った。ひとつのまとまったエッセンスをもつセンテンスを1単位として逐語録より取り出し、1単位ごとに「ラベル」を作成した。意味内容に類似性のある複数のラベルを集める「ラベル集め」を行い、グループを編成した各ラベルが包含する意味内容の類似性を表す「表札(見出し)づくり」を実施した。「ラベル集め」と「表札(見出し)づくり」は研究者全員の協議で実施した。「ラベル集め」と「表札(見出し)づくり」を繰り返し、データを収束した。次にグループ間の関係を図で示す「図解化」を実施した。これらの過程も研究者全員が参加して実施した。

4. 倫理的配慮

熊本大学医学薬学研究部倫理審査委員会に倫理審査申請を行い、承認を受けた。承認を得た研究計画書に基づき、まずA市内にある特別養護老人ホーム長に対し、研究の趣旨および方法について口頭および文書で説明し、署名にて同意を得た後、看護者を紹介してもらった。研究対象の看護者に対しても同様に口頭および文書で説明し、署名にて同意を得た。協力の依頼にあたっては、研究の趣旨、研究への参加の自由、途中辞退の自由、プライバシーの保護、個人情報守秘の厳守、データは研究目的以外に使用することはないこと、協力を拒否しても不利益を被ることはないこと、研究論文の公開の可能性について説明した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要

対象者の概要は表1に示すとおりである。平均年齢46.6±7.4歳、特別養護老人ホーム平均勤務年数5.6±5.0年、医療施設での平均勤務年数14.4±7.9年、ターミナルケアの経験事例は0～150例(26.7±44.1例)であった。対象者の中で経験事例が不明な者があったが、特養における勤務年数が17年あることからターミナルケアの経験は十分にあると考え、分析データに加えた。また、経験事例が0の者についても、特養入居者は潜在的に常にターミナル状態にあるとも言えることから、特養における勤務年数は短い(但し医療施設勤務年数15年と長いことも考慮)同様に分析データ

表1 対象者の概要

	性	年齢	勤務形態	資格	勤務年数	ターミナル事例経験数	医療施設勤務年数	所属施設入所定員
1	女	54	常勤	看護師	5.00	10	13	120
2	女	49	常勤	助産師	4.00	10	10	120
3	女	30	常勤	看護師	3.00	10	10	120
4	女	41	常勤	准看護師	3.00	5	8	120
5	女	47	常勤	看護師	17.00	不明	4	120
6	女	52	常勤	看護師	14.00	150	17	50
7	女	50	非常勤	准看護師	5.00	50	15	50
8	女	44	常勤	准看護師	1.00	3	20	54
9	女	56	常勤	准看護師	0.83	3	10	54
10	女	44	常勤	准看護師	5.00	2	1	54
11	女	37	非常勤	看護師	0.33	0	15	54
12	女	57	常勤	准看護師	7.83	30	26	54
13	女	44	常勤	看護師	15.00	120	15	74
14	女	50	常勤	看護師	5.00	5	20	54
15	女	55	常勤	看護師	2.00	2	30	70
16	女	43	常勤	看護師	5.00	2	23	70
17	男	37	常勤	准看護師	8.00	50	3	52
18	女	53	常勤	准看護師	2.00	1	20	52

に加えた。

2. 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護アドボカシー実践の内容

逐語録から抽出したセンテンスをKJ法を参考にして173枚のラベルを作成した。これをグループ編成し、59の表札(見出し)を作成した。さらにボトムアップすると16グループが編成され、最終的に集められたグループ(島)は5つとなった。5つのグループ(島)を空間配置して全体構造を捉え、グループ間の関係性を見た。「図解化」によって得られた結果の概略と相互関係を図1「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護アドボカシー実践のインデックス図解」で示した。以下に5つのグループ(島)について結果を示す。

1) 本人以外の意思によるターミナルケア方針決定の現実に対するディレンマ

ターミナル期にある入居者の病態変化時に、その後のケア方針を決定するのは【本人の意思というより家族がケア方針を決定することが多い現状】がある。《認知症の方も半分いるし、寝たきりの方もいるし、もちろん言葉の出ない方もいらっしゃいますし、意思表示が本当に出来ない方が多いじゃないですか・・・》ということも影響して、《家族とどこで最期を迎えるかを決めていく状況がある》し、既に《入所時に今後どうするか、家族に希望を聞いている。(病態変化時に)家族にそれを確認している》状況がある。さらに《認知症の方も半分いるし、・・・意思表示が出来ない方が多い》ことも影響して、《やっぱり本人が言っても家族の思いが強くなるんですよ》という状況となる。しかし、ターミナルケア方針に対して《本人さんと家族の思いは必ずしも一緒ではない》というズレもしばしば見られる。《本人はほとんどここにいたいという方が多いがご家族が病院を希望するケースとか・・・急変したら困ると言う家族には・・・》【特養の医療機能の限界】があるので、《こちらとしても病院に移送することになる》。【特養の

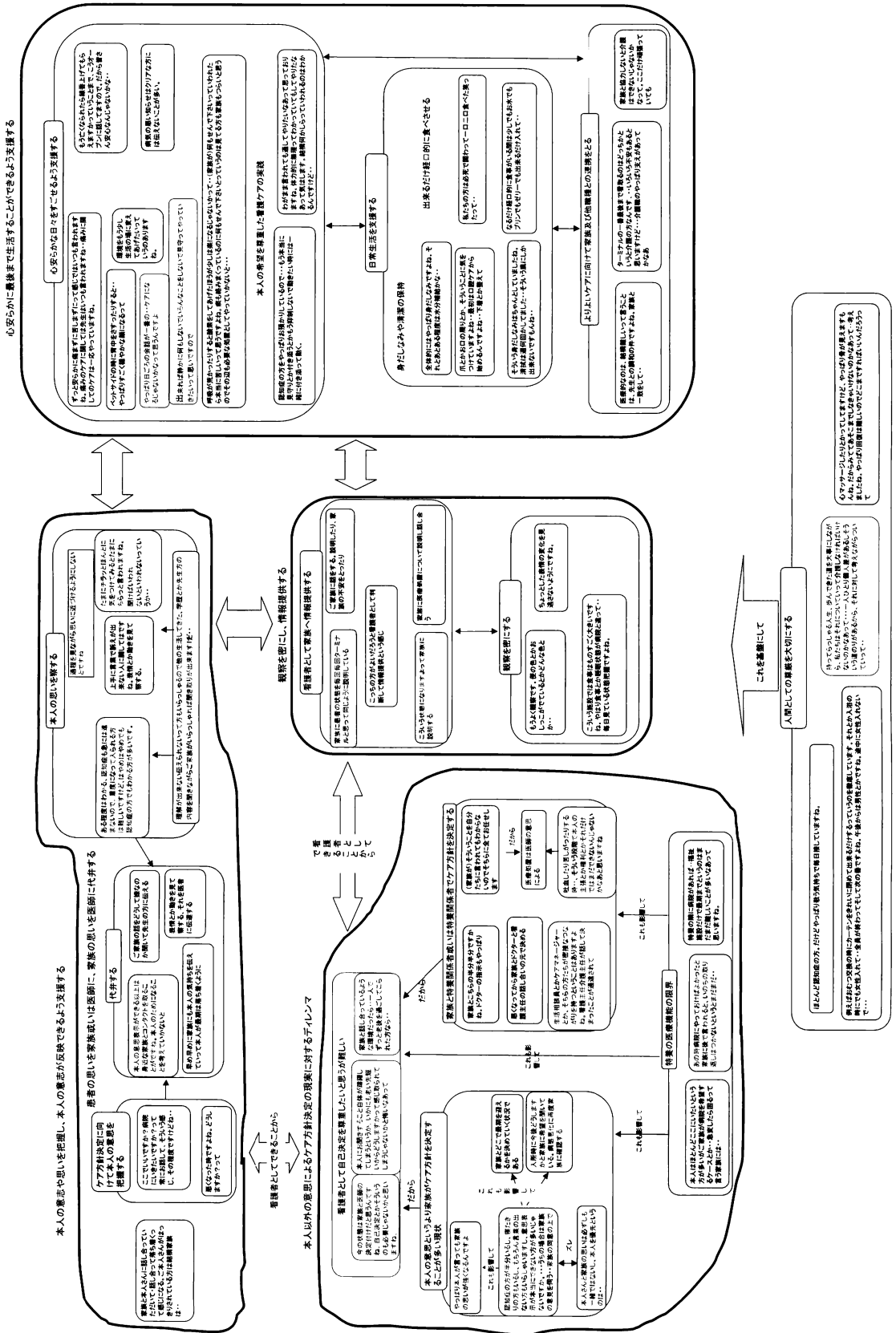


図1 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護ドボカーシー実践のインテックス図解

医療機能の限界】があるために《あの時病院にやっておけばよかったと家族に後で言われると・・・いのちの取り返しはつかないというとまだまだ・・・》本人の希望を優先するというわけにはいかないという事情がある。また、【家族と特養関係者或いは特養関係者間でケア方針を決定する】こともある。《家族とこちらの半分半分ですかね・・・》というように家族と特養関係者のもとで決めることもあるし、《悪くなってから家族とドクターと看護主任の話し合いのもとで決める》と3者で決めたり、《生活相談員とかケアマネージャーとか・・・》が加わって決めることもある。しかし、《医療処置については医師の意思による》。例えば《家族がそういうことを自分たちに言われてもわからないのでそちらに全てお任せします》といったことが経管栄養などのときにしばしばあるが、そのときは《医療処置については医師の意思による》ことになる。このことと関連して、ある看護者は《吐血したり苦しがりたりする時・・・そういう段階で本人の主張とか権利とかそれだけではまだ出来ないんじゃないかと思えますね》と予測外の事態において、どこまで医療処置を本人の意思によるものとするのが出来るのかについて疑問を投げかけている。

こういった現状に対して看護者は《今の状態は家族と医師の決定づけだと思うんですよね。自己決定とかそういうものも必要じゃないかと思えますね》と現状に批判的であり、入居者が《家族と話し合っているような環境だったら・・・。一人でずっと老後を過ごしてこられた方なら・・・》と言っている様に、そこには家族との意思疎通がないまま長い時間が経ち、その結果として本人の意思とのズレが生じ、意思が反映されない現状につながっている。しかし、看護者として例えば入所時に最期はどのようにするつもりですかと《本人にお聞きすること自体が躊躇してしまうというか、いかにも老い先短いからどうしますかって感じに取られてしまうんじゃないかと・・・怖いなあ》と思ってしまう、死に関わる問題であるだけに正面き

て聞きにくいと語っている。【特養の医療機能の限界】もあって、本人の意思を尊重したいと思うのが難しいというディレンマもある。

2) 本人の意思や思いを把握し、本人の意思が反映できるように支援する

本人以外の意思によるケア方針決定の現実に対して、看護者として《家族と本人さんに話し合っていたら、話し合って落ち着くって感じになる・・・》ように家族と本人との話し合いの場を設ける、【ケア方針決定に向けて本人の意思を把握する】【代弁する】【本人の思いを察する】事を行っていた。《悪くなった時ですよ。どうしますかって》問いかけたり、《ここでいいですか？病院にいきたいですか？って常にお話して》、本人の意思を把握しようと努めている。入居者の多くは認知症であるが、《ある程度はわかる。認知症も急には進まないで、重度になって入られる方は難しいですけど、はやめはやめでは認知症の方でもわかる方が多いです。》と入居者の状況をみきわめて看護者はその意思を把握しようと努め、《上手に言葉で訴えが出来ない人に関してはですね。表情とか動きを見て察し》たり、《たまにちらっとほんとに気をつけてみるとたまにチラッといわれます。聞けばいわれる。聞かないといわれないっていうか・・・》と機会を捉えて入居者の意思や思いを察するよう努めている。それは《過程を見ながら思いに近づけるようにしないとですね・・・》という看護者の言葉にあらわれている。入居者の思いを察するためにまず《理解が出来ない、伝えられない方もいらっしゃるの他の生活をしてきた、学歴とか先生方の内容を聞きながらご家族がいられれば聞き取りが出来ますけど》と入居者の今までの生活史を踏まえて本人の思いを汲み取ろうと努めている。こうして把握した本人の意思や思いを看護者は家族に代弁したり、本人が意思表示が出来るようならば家族とコンタクトを取って本人の思いを伝えられるよう働きかけている。一方、家族の思いを医師に伝える役割もとり、さ

らに看護者は入居者の表情や動きから本人の思いを察して、それを医師に伝える役割も担っている。

3) 観察を密にし、情報提供する

特養では《もうよく観察です。便の色とかおしっこがでているとかどんな色とか・・・》《こういう施設では食事はものすごく大きいですね。やはり食事とか睡眠状態が病院と違って・・・毎日見ている状態把握ですよ。》と観察を強調し、《ちょっとした表情の変化を見逃さないように(ね)》努めている。こういった観察の結果を《家族には患者の状態を毎回毎回ターミナルと思って(ターミナル状態)と同じように説明している》し、《家族に話をする、説明をしたり》するだけでなく、《家族の不安をとったり》している。一方、看護者として《家族にこっちの方がよいだろうと判断して情報提供》したり、入居者の状態が今後《こういう状態になりますよ》と家族に予告したりしている。また、家族に《医療処置を説明したりそれについて話し合う》こともある。

4) 心安らかに最期まで生活することが出来るよう支援する

高齢でしかもターミナル期にあって日常生活が自力で出来難い入居者に対して、看護者は《全体的にやっぱり身だしなみですよ。それとあとある程度は水分補給かな。》《爪とかお口の周りとか、そういうことに気をつけていますよね。》《身だしなみはちゃんとしていましたね。清拭は週何回かしていましたね。》と語っているように、入居者が心地よく過ごせるように身だしなみや清潔の保持に努めていた。特養においては、特に経口的に食事摂取することに《私たちは必死で関わって一口二口食べた笑ったって》とあるように熱心に取り組んでおり、《なるだけ食事がある間は少しでもお水でもプリンでもゼリーでも出来るだけ入れて》経口的に食べるように工夫をし、日常生活を支援している。日常の看護ケアにおいて、たとえ認知症の入居者であっても出来るだけ《もう

本当に見守りとか付き添うとかもう抑制しないで動きたい時には一緒に付き添って動く》ように、その希望を尊重した援助をしている。ターミナル期にある入居者に対して残り少ない日々を出来るだけ本人の意に沿うように過ごさせてやりたいという思いを《わがまま言われても通してやりたいなああって思っておりますね。体力的には無理ってわかっているんですけどやりたいなああって気はします。》と語っている。また、心安らかな日々を過ごせるよう、《ずっと安らかに痛まずに苦しまずになって感じではいつも言われますね。》と疼痛の緩和に努めたり、《・・・背中をさすったり・・・》、《日ごろの会話が一番の・・・ケアになるんじゃないかって思うんですよ》と会話に心がけたり、《環境をもう少し生活の場に変えてあげたいって》と生活環境を整える必要性を語っている。また、ターミナル期の医療処置について、《出来れば静かに何もしないでいろんなことをしないで見守っていきたい》と考えている。しかし、《呼吸が荒かったりすると酸素をしてあげたほうが少しは楽になるんじゃないかって・・・(家族が)何もせんで下さいといわれたら本当に苦しいって思うですよ。痰も絡みまくっているのに何もせんで下さいってというのは見ている方も家族もつらいと思うのでその辺も必要な処置としてやっていかないと》と語っているように、患者の苦痛に対しては看護者として苦痛の緩和処置を家族の意向に関わらず行っている。さらに入居者が自分自身の死後の取り扱いが気になることに対して《もう亡くなられたら線香上げてもらえますかっていうことまでオープンに話していますので、だから皆さん安心なんじゃないかな》とあるように対処している。

他職種との連携、特に介護職との連携について《ターミナルの一番最後まで看取るのはどっちかという介護の方なんです、・・・(介護職も)いろいろ不安もあると思いますけど・・・介護職の支えがあつてかなあ・・・》と介護職との密接な連携の上にケアが成り立っていることを話している。《医療的なのは結構難しいって言うことは、先生

との調和の件ですよね。家族と一致して》医療を行っていくために、医師と家族との調整を図っている。また《家族と協力しないと介護は出来なんじゃないかって。ここだけ頑張っているも・・》と入居者にとって大切な家族との連携がケアに必須であることを語っている。

5) 人間の尊厳を大切に

これは前述した4つのグループ（島）の基盤となるテーマである。入居者が《ほとんど認知症の方。だけどやっぱり敬う気持ちで毎日接していますね。》とケアの心を語り、《持っていらっしゃる人生、歩んできた道を大事にしながら、私たちはそれについて介護しなければならないかなって・・》と入居者を人生の先輩として敬い理解し接する気持ちを語っている。日常生活援助の場面におけるプライバシー保護について、例えば《おむつ交換のときにカーテンをきれいに閉めて出来るだけするっていうのを徹底しています。》と、しばしば効率性のみが優先されがちなおむつ交換等のケアについて、高齢者への尊厳に配慮した対応の状況を語っている。また、人間としての尊厳ある最期とはどうあるべきかについて、《心マッサージしたりとかってしてますけど、やっぱり骨が見えますもんね、だから見ててあそこまでしなきゃいけないのかなあって・・考えましたね。やっぱり回復は難しいので、どこまですればいいんだらう》と語り、高齢者の最期の時点の救命処置のあり方について疑問を投げかけている。

IV. 考 察

1. 特養及び特養入居者の特性と看護アドボカシー実践

特養は「生活の場」として規定されており、そのため医療機能体制が整備されているわけではない。医療職をみる（入居者数67.0±24.8人、2002年の調査⁸⁾）と、94.6%の特養が医師は非常勤であり、看護職（常勤）は平均3人である。併設す

る診療所がある特養は24.2%であり、医務室が保健医療機関でない特養は83.5%に上っている⁹⁾。医療機器の保有¹⁰⁾に関しても、吸引器（97.6%）、酸素吸入用機器（92.6%）は9割台であるが、ネブライザー（59.4%）、心電計（46.1%）、経皮的動脈血酸素飽和度測定器（41.0%）、モニタリング用自動血圧計（8.1%）、シリンジポンプ・輸液ポンプ（5.5%）と保有率は低くなり、充実しているとはいえない。家族が病院なみの医療を受けさせたいと望むならば、現在の特養ではそれに応えることは難しい。《本人はほとんどここにいたいという方が多いが、ご家族が病院を希望するケースとか・・急変したら困るっていう家族には》と語っているように、入居者の希望に沿いたいと思いつつも、特養の医療機能の限界ゆえに病院に送らなければならないディレンマがある。しかし、入居者の51.0%が特養を最期の場として希望している¹¹⁾ことを考えると、ターミナルケアの場として特養の医療機能をどこまで整備していくべきか、特養の唯一の医療職（常勤）である看護者が他職種を理解を求め、発言していく必要がある。特養入居者の平均年齢は84.0±1.9歳¹²⁾であり、高齢者のターミナルケアにおいて必ずしも高度な医療機器が必要なわけではない。特養の6割以上がターミナルケアに取り組んでいる現在¹³⁾、入居者の意思があれば受け入れることが出来るターミナルケアの環境づくりに看護者は取り組んでいかねばならない。特養の他職種とターミナルケアに関する意識の統一を図るために、勉強会の開催等を含め、家族にも特養のターミナルケアについて理解を求め、その方針・考え方など説明し、どの選択が入居者の意に沿うものであるか家族と継続的に話し合っていく必要がある。

さらに大きな問題は、特養の入居者の90.5%に何らかの認知症状があり¹⁴⁾、その上ターミナル期にあって自発的な発語が少ないことである。既に入所時に認知症状がある者も多いと推測され、本人の意思を理解することが困難な状況にある。従って、現実には家族がケア方針の代理決定をするこ

とが多く、入所時にすでに家族と今後のケア方針を決定したうえで入所を条件にしている特養もある。わが国では家族が高齢者の代理決定をすることは当然とする傾向があり、また一般に家族が本人にとって不利益な決定をするはずがないと考えられている。しかし、最期の場の選択において、家族と本人の思いにズレがあることが指摘されている¹⁵⁾。これは家族と本人の願いや意思や価値の正確な共有¹⁸⁾に問題があることを示しており、特養入居者の6割が医療機関等居宅以外からの入居であること¹⁶⁾、家族の状況が「配偶者、子どもがいる」のは17.5%に過ぎないこと¹⁷⁾などが影響していると考えられる。《今の状態は家族と医師の決定付けだと思うんですね。自己決定とかそういうのも必要じゃないか》と考え、看護者は傍にいる強みを活かし、まず入居者を生活史も含めて理解したうえで、《認知症も急には進まないで、はやめはやめに(聞くと)わかる方が多い》《表情や動きを見て察する》ことなど、本人を主体にした関係性の深まり¹⁹⁾の中でのささやかな手がかりから入居者の意思や思いを察したり、また家族と本人の話し合いの場の設定を行うなど、出来るだけ本人の意思が反映されたケア方針・医療となるように支援していた。また、観察を密にしてその情報を家族や医師に提供したり、看護者として入居者の病態・医療処置に関する情報を家族に説明し、入居者にとって最善の判断ができるよう働きかけをしていた。これは、コーンク(Kohnke, M.F.)²⁰⁾のいうアドボカシー「ある人が自分自身のために最善の行為が出来るように情報を提供し、サポートしていく行為」といえよう。これらの支援は、確かに直接的な自律の支援、自己決定の支援とはいえないかもしれないが、意思把握が困難な状況の中で本人の意思を最大限反映させようとする努力は、最善に向けての権利擁護といえるのではなからうか。さらに、入居者の17~20%は配偶者・子どももいない状況にある²¹⁾。成年後見人も医療内容の代理決定は出来ないとされている中で、入居者の意思を把握する努力や意思

決定支援に一層努力していく必要がある。例えば入居時或いは折にふれて家族・後見人も含めた面接をする、入居者と交流している宗教者等とのカンファレンス等である。特養の看護者数は少なく、声を大にして発言することが難しい状況も考えられる。介護職等とチームを組み、入居者にとって最善の医療・ケアとするための検討に取り組んでいくことも必要であろう。近年、認知症患者の権利擁護が大きな問題となっている。認知症それ自体は意思決定能力がないことを意味しない²²⁾。特養という9割以上が認知症である入居者のケアを担う看護者は、ターミナルケア方針決定における様々な方策について提言していくことも重要な役割ではなからうか。

「人間をアドボカイトするには、その人を尊重した真の意味の努力が必要」とリア L.カーティン(Leah L. Curtin)²³⁾は述べている。認知症の入居者のケアを担う看護者が、働きかけの基盤に【人間としての尊厳を大切にする】をあげているのは看護アドボカシーを推進する上において欠くべからざる重要なことといえよう。

2. 人間としての尊厳を保ちながら生きていくことを支援する特養の看護アドボカシー実践

アドボカシーの定義の多くが自己決定権に注目しているなかで、特養入居者の多くが認知症であり、しかもターミナル期にあつて意思表示が非常に少なく意思確認が困難な状況において、看護アドボカシー実践は成立し得るのであろうか。

本研究結果は、特養の高齢でターミナル期にある入居者にとって、人間としての基本的権利を尊重していく看護アドボカシー実践とは、自己決定の尊重と同時に、むしろその基本的欲求を一つ一つ満たし、【日々の生活の中で身だしなみを整え、心地よい思いを少しでも多く出来るよう援助し】、【心安らかに日々を過ごせる】癒しの環境をつくるのが重要であることを示している。

特養入居者の日常生活自立度調査結果²⁴⁾をみると、「寝たきり」が68.3%を占め、「準寝たきり」

は26.4%の状況にある。このように特養入居者はそもそも自立度が低い状態に加えて、ターミナル期ともなると身体は衰弱し、苦痛も増し、日常生活を自立して過ごすことが一層困難になってくる。発語も少なくなり、意思把握が難しい状況にある。ターミナルケアにおいて特養の看護師は、日々の生活を心地よく過ごせるよう日常生活を支援することにケアの力点をおいていた。寝たきりで意思表示もできない入居者に対して《全体的にはやっぱり身だしなみですね。それとあとある程度は水分補給かな》《身だしなみですね。・・それが重点ですかね》と語り、《そういう身だしなみはちゃんとしていましたね。お風呂はちょっともう・・一応中止だったので、清拭は週何回かしていました。そういう風にしか出来ませんがもうね。・・》と回復の望めないターミナル期にある入居者に対して医療者として限界を感じつつも、看護師として日々の生活の中で心地よさを与える清潔の保持や身だしなみを整える援助に力を入れていた。きちんとした身だしなみは肯定的な自尊心を維持させる効果があり、何よりも清潔できちんとした身だしなみはさっぱりとしてさわやかな気分させる。身だしなみや清潔の保持と同様に、或いはそれ以上に特養の看護師が力を入れこだわっているケアが、経口的に食べさせることであった。《なるだけ経口的に食事はいる間は少しでもお水でもプリンでもゼリーでも出来るだけ入れて・・》と語り、《私たちの方は必死で関わって一口二口食べた笑ったって・・》と点滴注射というより、命の糧といえる食物を経口的に摂取させることに最期までこだわり、様々な工夫をしていた。こういった「療養上の世話」は「診療の補助」と異なり、看護師が独立して裁量出来る領域であり²⁵⁾、生きることを支えるために看護師は自らで判断し工夫しつつ懸命にケアしていた。看護師が身近な存在でニーズを把握しやすい立場にあることを活かし、入居者の希望を察し、《わがまま言われても通してやりたいなあって思っておりますね。体力的に無理ってわかっていてもしてやりたいなあって気

はします。・・》とあるように、希望を最大限にかなえようと努力していた。ターミナル期になると次第に苦痛が増してくるが、苦痛は心身の安寧を脅かし人間の尊厳を保つことを困難にする。そのため、《ずっと安らかに痛まずに苦しまずに・・》とケアの目標を立て、家族の意向が《何もせんでよい》であったとしても、看護師として苦痛の緩和には常に留意し取り組んでいた。リア L. カーティン (Leah L. Curtin)²⁶⁾は「看護師が患者のアドボケイトになれるのは、ひとつには苦痛を軽減させる場合である」と述べている。マズロー (Maslow, A.H.)²⁷⁾は人間の欲求階層説の中で生理的欲求が満たされないと次の段階の安全の欲求を満たすことが出来ないと言う。さらにこれら低次の欲求が満たされないと愛情・所属の欲求、さらには承認の欲求といった人間として生きるための高次の欲求を満たすことは出来ないとする。従って、人間として生きることを支援するために看護師はこれらの低次の欲求を満たす努力が必要である。これらの支援が人間としての尊厳を保ちながら生きていくことを可能にするし、このようなケアがすなわち看護におけるアドボカシーの一つの形といえるのではなからうか。さらに、《背中をさすったり・・》といったヒーリングタッチや、《やっぱり日ごろの会話が一番のケアになるんじゃないかな・・》と入居者を一人にしておかない、注意を傾けるなどの精神的安寧を図るためのケアを行っていた。また、入居者の自分自身の死後の扱いに対する不安に対して他の入居者の死後の対応をオープンにすることで不安解消を図り、【心安らかな日々を過ごせるよう支援】している。

「在宅ホスピスケアのケア目標はこの世で残された限りある時間を、人間としての尊厳を保ちながら最期まで輝いて生き抜いていくことであり、在宅ホスピスケアは『癒す医療』である」と川越²⁸⁾は述べ、それは「日常生活を支援する医療」「自然の経過にゆだねる医療」としている。本研究結果を見ると、こういった在宅ホスピスケアの基本的考え方と重なる部分も多く、特養は入

居者にとって最後の「家」であり、職員は「家族」であり、入居者は「友人」であるといえよう²⁹⁾。リア L. カーティン (Leah L. Curtin) は、「アドボケイトは人とその人が必要とすることに配慮することである」とし³⁰⁾、「看護師は人権や患者のニーズを尊重する環境づくりを支援する重大な立場にいる³¹⁾」と述べている。ターミナル期にある高齢者にとって、日々の当たり前の生活をなじみの場所で心安らかに過ごせることこそ、人間としての尊厳を保ちながら生きていくことにつながるといえるのではなからうか。その支援にこそ看護アドボカシーがあるといえよう。

V. まとめ

特養の看護アドボカシー実践について、特養に勤務する看護者の逐語録を分析した結果、5つのグループ(島)、つまり【本人以外の意思によるケア方針決定の現実に対するディレンマ】【意思や思いを把握し本人の意思が反映できるよう支援】【観察を密にし、情報提供する】【心安らかに最期まで生活することが出来るよう支援】【人間としての尊厳を大切にする】に分類された。

これらの結果から、特養の看護アドボカシーとは、看護者が入居者の人間としての尊厳を大切にすることを基盤に、入居者の意思・状態を把握して、家族や医師に情報提供し、本人の意思を最大限ケア方針や医療に反映させるよう努めながら、一方で日常生活を整え、状態を丁寧に見守り、苦痛・不安を緩和しながら心安らかな日々を過ごせるよう支援することにあると示唆された。

本研究は、研究対象が特定の地域や施設という点において限界があり、今後さらに対象施設を全国に広げ対象数を増やして継続調査を実施していく必要がある。また、看護アドボカシー実践上の看護者のリスクや入居者の家族的背景、入所期間など入居者の持つ属性によって看護アドボカシーがどのように変容するのか、それぞれの特養の状況や地域差などによる相違があるのかを検討して

いくことが今後の課題である。

最後に、本研究への協力を快く受けて下さいました関係施設の皆様に厚く御礼申し上げます。

本研究は、平成17年度文科省科学研究費補助金(基盤研究(C)課題番号17592209)の助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 石本傳江：看護アドボカシーとは何か—その意義と課題—, 臨床看護,32 (14) : 2056-2062,2006.
- 2) 石本傳江：看護におけるアドボカシー研究ノート わが国の議論の動向とJohnstoneの見解, 日本赤十字広島看護大学紀要,1 : 19-28,2001.
- 3) 高田早苗：看護実践におけるアドボカシーの意味, インターナショナルナーシングレビュー,26 (5) : 26-33,2003.
- 4) 前掲 1)
- 5) Maggie Mallik : Advocacy in Nursing ; A Review of the Literature. Journal of Advanced Nursing,25 (1) : 130-138,1997.
- 6) 服部高宏：看護専門職とアドボカシー —アドボカシーの諸相と看護の可能性—, 臨床看護, 32 (14) : 2050-2055,2006.
- 7) 松元幸子：看護におけるアドボカシー;サラーがどうの「実存的アドボカシー論」について, 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要, 創刊号 : 35-48,2000.
- 8) 岩本テルヨ他：特別養護老人ホームにおけるターミナルケア充実のための要件—看護職の役割を中心として—, 平成14-15年度文科省科学研究費補助金研究成果報告書,2004.
- 9) 全国老人福祉施設協議会：全国老人ホーム基礎調査報告書, p.6,2005.
<http://www.roushikyo.gr.jp/kenkyu/kiso.html>
- 10) 前掲8)
- 11) 人見裕江他：特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの実態, 日本看護研究学会雑誌,21 (3) : 386-389,1998.
- 12) 前掲8)
- 13) 前掲9) p.94
- 14) 前掲9) p.66
- 15) 前掲11)
- 16) 前掲9) p.65
- 17) 前掲9) p.63
- 18) 袖井孝子, 酒井忠昭, 光石忠敬他：老年期における自己決定のあり方に関する調査研究,55-66,国際長寿センター,1998.
- 19) 前掲18)
- 20) 前掲 1)
- 21) 前掲 9) p.64
- 22) 浅井篤, 田上美季：意思決定能力の見極めから意思決定支援まで②何を指針として見極めるべきか, 看護59 (2) : 48-53,2007.

- 23) リアル・カーティン：アドボケイトとしての看護師；患者を人として尊重すること,インターナショナルナーシングレビュー, 26(5)：34-38, 2003.
- 24) 前掲9)p.69
- 25) 土井英子：『療養上の世話』中心の看護業務概念に関する一試論,Quality nursing,9(2):63-74,2003.
- 26) リアル・カーティン：アドボケイトとしての看護師；患者を人として尊重すること,インターナショナルナーシングレビュー, 26(5):34-38, 2003.
- 27) Maslow,A.H.:Motivation and Personality,1970,小口忠彦訳：人間性の心理学,55-90.産業能率大学出版部,東京,1987.
- 28) 川越厚 他：家で看取るといふこと,48-75.講談社,東京,2005.
- 29) 石井敏：特別養護老人ホームにおけるターミナルケア,病院建築,115：11-13,1997.
- 30) 前掲21)
- 31) 石本傳江：リア・カーティンの「ヒューマン・アドボカシー」,臨床看護,32 (14)：2063-2065,2006.