

日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質指標の 作成とその内容の妥当性の検討

段 暁 楠 (千葉大学大学院看護学研究科)
山 崎 由利亚 (千葉大学大学院看護学研究科)
正 木 治 恵 (千葉大学大学院看護学研究院)

目的: 日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア (以下: EOL ケア) 質指標を作成し, その内容の妥当性を検討する。

方法: 既存の高齢者の終末期ケア質指標と文献検討によって, 日本の病院における高齢者のEOLケア質指標を作成した。作成した質指標の内容の妥当性を, 老人看護専門看護師8名, 看護管理者20名, 計28名を対象にした質問紙調査で検討した。内容の妥当性について, 「重要性」「適切性」「実施可能性」「反応性」「実行可能性」は1~5段階のリッカート尺度の評価と記述より, 「解釈可能性」は記述より回答を得た。

結果: 本質指標の内容の妥当性が確認できた。各項目の平均値は, 「重要性」「適切性」はすべて4.0以上, 「実施可能性」は9割の項目が3.0以上であった。項目全体としての平均値は, 「反応性」は4.5, 「実行可能性」は4.0であった。項目の平均値を参考にしながら, 対象者の意見に基づき, 22項目を削除し, 59項目を修正し, 1項目を統合し, 新たに1項目を作成した。その結果, 本質指標は, (1) 看護職の基本姿勢と態度 (3項目), (2) 高齢者の状況に合わせたケア (129項目), (3) 組織の体制づくり (9項目) となった。

考察: 本質指標は, 省察的なツールとして, 日本の病院における高齢者のEOLケアの質を看護職が評価することに活用でき, 高齢者のEOLケアに関する看護職の知識の確認と, 看護職の認識, 評価, 行動の手がかりになる。今後の研究では, 質指標の有用性を検討する。

KEY WORDS: end-of-life care, older people, quality indicators

1. はじめに

エンドオブライフケア (以下: EOL ケア) は, 1990年代米国やカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されている¹⁾。日本では, 2013年前後からEOLケアの日本語にあたる「人生の最終段階の医療」という言葉が公的に使用され, かつて「終末期医療」と呼ばれていた言葉を変更したものとして認識されている²⁾。長江³⁾は, EOLケアがその人の生活と必要な医療・ケアを結びつけていく看護の本質であり, 病院など多様な現場で働く看護師を支える看護の心であると示している。

1990年代から日本の病院における死亡数は総数の7割以上⁴⁾で経過しているが, 遺族による終末期ケアの評価では, 病院と特別養護老人ホームを比較し, 「患者を尊重したケア」などの6分野において, いずれも病院の方が「不十分」とする割合が高い⁵⁾。入院患者のうち,

65歳以上の高齢者は全患者の7割以上を占める⁶⁾状況を考慮し, 病院における高齢者の終末期ケア, いわゆる, 高齢者のEOLケアの質向上が喫緊の課題であると考えられる。

多忙な病院の現場では, 看護職が多重の業務に奔走し, ケアの不十分なところに気付かない状況がある。そこで, 一定の基準があれば, 看護職個人や看護管理職はそれを用いて, 自身あるいは所属する病棟や組織が行っている高齢者のEOLケアを振り返りつつ評価し, 不十分な点を見出すこと, 基準を実践のきっかけとして活用することができ, 病院における高齢者のEOLケアの質向上につながるのではないかと考える。

質指標は専門技術的なケアの質を明文化したもの⁷⁾として示されている。質指標は医療の質を数値化して表す際に必要であり, 医療を改善する取り組みの中心となる⁸⁾。「プロセス」に関する質指標は, 医療従事者にとって行うべき活動が明確であり, 結果の評価, 改善を行いやすいという特徴がある⁸⁾。医療の質を知り, 改善する

ためには「プロセス」の評価が最も望ましい⁹⁾とされている。そのため、病院における高齢者のEOLケアの質向上を図るために、「プロセス」の質指標を用いるのが適切であると考えられる。

日本国内では、高齢者の人生の最終段階のケアに関する「プロセス」の質指標は、介護老人保健施設¹⁰⁾と訪問看護¹¹⁾を背景としたものが開発されており、また、病院も含めてケアの場所を限定しない質指標として、正木らが開発した7領域、33項目のquality indicators for end-of-life care for elders¹²⁾、日本語版である高齢者の終末期ケア質指標⁷⁾があった。しかし、その質指標は、2013年までの文献レビューを通して作成されたものであり、加えて、英語表記及び各項目が長文であることから、日本の病院の看護職にとって、使用が限定的であると考えられる。

そこで、日本の病院における高齢者のEOLケアの質向上を目指し、高齢者の終末期ケア質指標⁷⁾を基盤として、「プロセス」に関する、病院の看護職が直接活用できる新たな質指標を作成する必要があると考える。EOLケアという用語が広く使われ、浸透していること²⁾から、本質指標を「日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質指標」と名付け、病院の看護師に広範囲に普及することを目指す。

II. 研究目的

正木らが開発した高齢者の終末期ケア質指標⁷⁾を基盤として、日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質指標を作成し、その内容の妥当性を検討する。

III. 用語の定義

病院：精神科病院を除く急性期病院、慢性期病院、ケアミックス病院など高齢者の終末期医療・ケアを担う病院
高齢者のエンドオブライフケア質指標：老いや病いを人間の一生の厳粛な事実として捉え、そのような状況や場面にケア提供者としてかかわる看護職者が、単なる健康上の問題解決に終わらず、高齢者の豊かな最晩年を創出する専門技術的なケアの質を明文化したもの⁷⁾

IV. 研究方法

1. 研究1：日本の病院における高齢者のEOLケア質指標の作成

1) 高齢者の終末期ケア質指標に基づく質指標の作成

高齢者の終末期ケア質指標⁷⁾の33項目それぞれを1～5個の項目に分けた。表現を微調整し、内容をより簡潔にした。

2) 新規文献に基づく質指標の作成と追加

高齢者の終末期ケア質指標⁷⁾を引継ぎ、2014年以降の新規知見を検討するため、以下の①～③を行った。① 医中誌Webを用いて、キーワードを、「高齢者」and「エンドオブライフケア」or「ターミナルケア」or「終末期ケア」or「緩和ケア」or「スケール」or「質指標」or「ガイドライン」にして組み合わせ、2014～2020年の日本国内の文献を検索した。② CINAHLを用いて、キーワードを、「older」and「end-of-life care」or「palliative care」and「quality」or「quality indicator」or「quality measurement」or「quality measures」にして組み合わせ、2014～2020年の海外の文献を検索した。③ Google日本Webを用いて、2014～2020年の医療・看護・介護に関するガイドライン、提言、報告書を検索した。①～③の検索では、採用基準に満たす文献が少なく、文献を補足する必要があると考えた。日本の病院における高齢者のEOLケアに関する研究者の臨床経験などに基づき、①の検索式に加え、キーワードに「ACP」or「フレイル」or「認知症高齢者の意思決定」or「身体拘束」or「転倒転落」or「誤嚥性肺炎」or「排尿」or「エンゼルケア」or「AHN」or「経腸栄養」or「輸液」or「遺族ケア」or「ケアの継続」or「ケアの評価」or「望ましい死」を追加し、2010～2020年の日本国内の文献を検索した。

文献の採用基準は、以下の①～③のうち、① 人生の最終段階にいる高齢者の病状と状況、② 高齢者の人生の最終段階のケアの状況、③ 高齢者の人生の最終段階のケアにおいて、看護師の態度、認識、評価、行動、多職種との連携活動など看護実践の内容と看護実践への示唆、のいずれかを詳細に記述されたものとした。

Karl A. Lorenz¹³⁾、正木ら^{7),12)}の手法を参考に、質指標を作成した。質指標の記述では、看護の「プロセス」を、「アセスメント」「看護目標」「実践」として表示した。

高齢者訪問看護の質評価指標¹⁴⁾を参考に、1) 2)で作成した質指標の項目を評価項目にし、看護職個人の自己評価と看護管理職の病棟や組織の評価に活用可能な、「1：全くできていない」「2：あまりできていない」「3：おおむねできている」「4：必ずできている」の4段階で尋ねる評価票に入れた。

2. 研究2：日本の病院における高齢者のEOLケア質指標の内容の妥当性の検討

1) 調査期間：2020年8月中旬～9月下旬

2) 対象者：高齢者のEOLケアの専門家として、以下の基準を満たすものを対象者とした。日本の病院で勤務している、① 老人看護専門看護師（以下：GCNS）、② 高齢者のケアにおいて、臨床経験、管理経験、臨床にお

表1 質指標の内容の妥当性を評価する基準

項目毎	重要性	高齢者のEOLケアの質に大きな影響を与えるか
	適切性	高齢者のEOLケアにおいて、項目内容は適切か
	実施可能性	どの程度の看護師が実施できるか
	解釈可能性	意味や内容を理解しやすいか・改善点
項目全体	反応性	高齢者のEOLケアにおいて、よく発生する現象を扱っているか
	実行可能性	高齢者のEOLケアの質評価にあたって、日々の観察、申し送り、記録などの利用可能なリソースから、項目に関する情報を得られるか

ける教育経験が豊富な看護管理者。

3) データ収集方法：スノーボールサンプリング法を用いて、郵送による質問紙調査を行った。

4) 検討内容：先行文献^{8), 11), 12)}を参考に、本研究では、質指標の内容の妥当性を評価する基準を、「重要性」「適切性」「実施可能性」「解釈可能性」「反応性」「実行可能性」とした(表1)。対象者に過剰な時間的、精神的負担が生じないように、6つの基準の重要度から、優先順位をつけた。先行研究^{11), 12)}で用いられた「重要性」「適切性」「実施可能性」「解釈可能性」は最重要基準と考えて項目毎の検討とし、「反応性」「実行可能性」は項目全体に対する検討とした。「解釈可能性」のみ記述式で対象者の意見を尋ね、その他の5つの基準については、1～5段階のリッカート尺度(1:最も悪い～5:最も良い)で対象者の評価と、記述式で意見を尋ねた。

5) データ分析方法

質的分析を主とし、量的分析を補助とする分析方法を使用した。返送された質問紙調査の結果は、各項目・項目全体・各評価基準の平均値を算出した。平均値を参考にしながら、主に対象者の意見に基づき、項目を修正するか、統合するか、削除するか、新たに作成するかを項目ごとに判断し、質指標を洗練した。

3. 倫理的配慮

対象者へは、研究の趣旨と内容、研究参加は自由意思であり、いつでも研究協力を辞退することができること、データの厳重な管理などについて、メールや文書で説明し、回答・返信をもって研究参加に同意したものとした。千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号：R2-19)。

V. 結果

1. 研究1：日本の病院における高齢者のEOLケア質指標の作成

1) 高齢者の終末期ケア質指標に基づく質指標の作成：高齢者の終末期ケア質指標⁷⁾に基づき、33カテゴリー、91項目の質指標を作成した。その作成例を、図1に示す。

2) 新規文献に基づく質指標の作成と追加：文献検討により、ガイドライン・提言・報告書16本、日本国内の文献49本、海外文献4本、計69本の文献を採用した。文献検討により72項目を作成・追加し、計44カテゴリー、163項目の質指標を作成した。

2. 研究2：日本の病院における高齢者のEOLケア質指標の内容の妥当性の検討

1) 対象者の属性：15病院からGCNS 8名、看護管理者20名、計28名の返信を得た。対象者の平均年齢は45.6歳、看護師の平均経験年数は21.5年、看護管理の平均

高齢者の終末期ケア質指標	症状アセスメント 穏やかに終末期を過ごすために、呼吸苦、嘔気、不眠、腹部症状(便秘)、倦怠感、抑うつ、不安など疼痛以外の症状についてもアンテナを上げ、初期ならびに継続的なアセスメント、個々に合わせた評価、適切な介入を行う。また、認知機能障害や意識障害のある患者の場合には、言語的な表現だけでなく、表情や行動の変化、BPSDやせん妄も苦痛が存在する可能性を念頭に置いておく
調整過程	調整点① 1つの質指標を、2つに分ける。
	調整点② エンドオブライフケア質指標と名付けたため、「終末期を過ごす」から「エンドオブライフを過ごす」へ変更した。
	調整点③ 「アンテナを上げ」が不要な表現であると考え、削除した。腹部症状の例を示さなくても、現場の看護師が理解できるため、「便秘」を削除する。「個々に合わせた評価」を示さなくても、現場でそのように実施しているため、削除した。
	調整点④ 認知機能障害や意識障害のある患者の場合には、言語的な表現だけでなく、表情や行動の変化、BPSDやせん妄も苦痛が存在する可能性を念頭に置いておく」という文の構成を見直し、内容を短縮した。
	調整点⑤ 症状管理に関する各カテゴリーに、症状アセスメントの項目が既に記載されているため、「症状アセスメント」を、カテゴリー「継続的な症状アセスメント」へ変更した。
調整した結果	
カテゴリー	継続的な症状アセスメント
質指標	高齢者が穏やかにエンドオブライフを過ごすために、疼痛のみならず、呼吸苦、嘔気、不眠、腹部症状、倦怠感、抑うつ、不安などの症状も、初期から継続的にアセスメントし、適切な介入を行う 認知機能障害や意識障害のある高齢者が苦痛を感じる場合には、言語的な表現だけでなく、表情や行動の変化、BPSDやせん妄として現れる可能性があることを念頭に置く

図1 高齢者の終末期ケア質指標に基づく質指標の作成例

表2 対象者の概要 (n=28)

項目	人数	(%)	
職業	老人看護専門看護師	8	28.6
	看護管理者	20	71.4
性別	女性	26	92.9
	男性	2	7.1
所属病院	一般病院 ¹⁾	20	71.4
	慢性期病院 ²⁾	7	25.0
	回復期リハビリテーション病院	1	3.6
所属部署	看護部	5	17.9
	病棟	22	78.5
	血液浄化センター	1	3.6

¹⁾ 主に地域医療を支える総合病院

²⁾ 主に慢性期医療を担う療養病院

年数は4.8年であった。表2に対象者の概要を示す。

2) 日本の病院における高齢者のEOLケア質指標の内容の妥当性の検討

(1) 質指標の平均値と対象者の意見

163項目の「重要性」の平均値は、8項目が4.0~4.4、155項目が4.5~4.9であった。163項目の「適切性」の平均値は、18項目が4.0~4.4、145項目が4.5~4.9であった。163項目の「実施可能性」の平均値は、15項目が2.9以下、111項目が3.0~3.9、37項目が4.0以上であった。「実施可能性」の平均値が2.9以下の項目のコメントでは、否定的な意見が集中的に記載されていたため、本研究では、「実施可能性」の平均値が2.9以下の項目を比較的低いと設定した。

項目全体の「反応性」の平均値は4.5であり、「全体的によく発生する現象」との意見があった。項目全体の「実行可能性」の平均値は4.0であり、「そもそも情報収集不足である。日々の観察、申し送り、記録などから、項目に関する情報を得られるものもあるが、ケアの質の評価にあたって、難しい」との意見があった。

(2) 質指標の洗練基準と洗練例

質指標の洗練は、主に以下の①~⑥の基準で行った。①対象者の意見で、あまり発生しない現象である、あるいは病院の体制や環境、看護師の知識やスキルの限界などによって実施が困難であると記載され、且つ「実施可能性」の平均値が比較的低い場合(2.9以下)は、項目を削除した。ただし、「実施可能性」の平均値が2.9以下であっても、提言やガイドラインで強調された内容である場合は、内容を再構成し、項目を残した。②対象者の意見で項目内容について指摘された場合は、項目を修正した。③対象者の意見で1つの項目に2つの設問が含まれていると記載されている場合、内容を修正した。④対象者の意見で項目の意図が重複する場合は、項目を統合した。⑤対象者の意見で質指標の内容の不足が指摘されている場合は、新たな項目を作成した。⑥全体的に、表現を簡潔にした。質指標の洗練例として、図2に内容を修正した1項目を示す。

(3) 質指標の洗練結果

質指標の洗練では、22項目を削除し、59項目を修正し、1項目を統合し、新たに1項目を作成した。その結果、【看護職の基本姿勢と態度】【高齢者の状況に合わせたケア】【組織の体制づくり】の3大区分、〔I. 看護職の基本姿勢と態度〕から〔XI. 組織の体制づくり〕までの11小区分、《1. 看護職の基本姿勢と態度》から《44. EOLケアにおける安全管理》までの44カテゴリー、141項目で構成する質指標となった。質指標の具体的な内容

元の質指標	医療・ケアに関する意思決定ができない状態にいる高齢者が医療・ケア施設にアクセスしてから48時間以内に、意思決定代理人をカルテに記載する。意思決定代理人を決めていない場合は、代理人の検索及びその結果に関する話し合いをカルテに記載する
平均値	重要性: 4.4, 適切性: 4.1, 実施可能性: 2.9 Cは老人看護専門看護師, Kは看護管理者を表す
対象者の意見	48時間以内は実施困難(C2); 48時間以内という根拠が分かりづらい(K3); 48時間以内に対応するのは難しい(K15); 48時間以内の基準が分かりませんでした(K19); 48時間以内は厳しい、土日はMSWもいないため、介入依頼はできない(K14); 「48時間以内」には何か根拠があるのか疑問。状況によっては48時間は長すぎる(C4) 病院ごと、MSWが対応することが多いため(K9) 問われている内容を理解できる人は少なく、実施可能かは難しいと思ってしまう(C3) 全てに記録を残す、当院の課題です(K4)
洗練過程	「48時間以内」に対して、実施困難であるなど批判的な意見が多く、そのため、「実施可能性」の平均値が2.9と比較的に低く評価されたと考える。指摘された「48時間以内」を、「早期に」へ修正する。 MSWが対応すると指摘されているため、「MSWと連携し」を追加する。 内容を短縮し、表現を簡潔にする。
洗練結果	19) 意思決定ができない状態にいる高齢者が医療・ケア施設にアクセスしてきた場合、MSWと連携し、早期に意思決定代理人に関する情報をカルテに記載する

図2 質指標の洗練例

を表3に示す。

VI. 考察

本研究では、看護の「プロセス」を重視して、既存の質指標と文献検討によって日本の病院における高齢者のEOLケア質指標を作成し、専門家による内容の妥当性の検討を経て項目を洗練した。

1. 質指標の内容の妥当性について

専門家による検討では、質指標の各項目の「重要性」と「適切性」が高く評価された点から、病院の特徴を踏まえた質指標を概ね抽出でき、質指標の示した看護実践が病院の現場で望まれていると考える。「実施可能性」が比較的低く評価された点から、病院における高齢者のEOLケアが不十分な現状にあることが伺われる。項目全体の「反応性」が高く評価され、専門家から肯定的な意見を得た点から、質指標は病院における高齢者のEOLケアではよく発生する現象を扱っていると言える。「実行可能性」が比較的低く評価され、専門家から情報収集が不足するため、ケアの質の評価は難しいという意見を受けた点から、質指標を使用する病院の看護管理者は、周囲の資源から病棟や組織で行っているケアの状況を十分把握できている方が適切であると考えられる。以上、専門家の検討によって、質指標の内容の妥当性が確認できたと考えられる。

2. 質指標の特徴について

日本国内で開発された高齢者看護の「プロセス」の質指標と比較し、本質指標に特徴的な領域は以下の3領域である。

【看護職の基本姿勢と態度】は、老人訪問看護の質評価指標¹¹⁾の1つである認知症ケアには含まれるものの、既存の高齢者看護の質指標には含まれていないことが多かった。看護職の重要視する看護サービスの特徴とし

表3 日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質指標

大区分	小区分	カテゴリー	項目
看護職の基本姿勢と態度			
I. 看護職の基本姿勢と態度			
1	看護職の基本姿勢と態度		1) 目の前の高齢者がエンドオブライフを生活している人であると認識し、一人の人格ある個人として尊重する 2) 高齢者・家族が望む医療・ケアを実現するために、その思いに寄り添い、信頼関係を構築する 3) 倫理的問題に気付くために、日常ケアの出来事に対して、倫理的感受性（モヤモヤの感じ）を持ち、行動する
高齢者の状況に合わせたケア			
II. 老化の諸相が顕著に表れる			
2	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う		4) 高齢者個人の価値観や選好に合致した治療・ケアを実現できるように、CMやMSWと連携し、家族と共に、高齢者が今までの人生を振り返りつつ、これからどう生きたいかを話し合う場を設ける 5) 高齢者・家族・医療職が、本人の価値観、人生の目標、今後の医療・ケアに関する意向、療養の場や最期の場に関する意向、意思決定代理人などについて、話し合う 6) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定は、原則として、高齢者本人の意向を基本として行う。状況に応じて、家族の意向や気持ちを考慮する 7) 高齢者と家族の意向が分岐する場合は、医療職は各分岐点で利用可能な選択肢を挙げ、各選択肢のメリットとデメリットを比較検討する。関係者皆で一緒に考えるコミュニケーションのプロセスを通して本人の人生にとっての最善のものを選択する 8) 医療・ケアの希望を表明した文書があるかどうか、文書を記載するかどうかを高齢者に確認する
III. 老年症候群が顕著または病状が進行している			
3	高齢者・家族の意向の把握		9) 高齢者の老性変化を意識しながら意向把握しようとする姿勢を心掛け、情報収集し、高齢者・家族のニーズを把握する 10) 看護職は情報提供を行う自らの役割を認識し、いつでも致命的なイベントが起こる可能性があること、今後起こりうる状況、介護の方法などについて、本人と家族のニーズに基づき、十分な情報を提供する 11) 高齢者の心身状態の変化に応じて意向は変化するものであると理解し、その都度意向を再確認し、医療・ケアチームと意向の共有を図る 12) 自らの生死に関する意思決定が求められる高齢者本人の負担感や、高齢者と家族の意向にずれが生じる可能性があることを理解した上で、意向を確認する
4	認知症高齢者の意向の把握		13) 認知機能が低下していても、認知症高齢者には意思があり、本人の意思決定は尊重されるべきであると理解する 14) 認知症高齢者の理解力や認知機能が正常な時または軽度低下した早期の段階で、高齢者・家族・医療者が将来の医療・ケアについて、本人を主体として話し合う 15) 認知症高齢者の自己決定権を尊重するために、本人の意思決定能力を安易に低く評価せず、自己決定に必要な情報を、本人が有する認知能力に応じて理解できるように説明する 16) 認知症高齢者の身振り・手振り、表情の変化など日常の反応から意思を読み取る 17) 認知症高齢者の意思表示が乏しい場合は、本人の意思を推定するために、日常生活で本人に接する本人をよく知る人に、「ご本人がもし意思表示できるとしたら、どのようにおっしゃると思いますか」のように問う
5	高齢者の意向の尊重		18) 高齢者が自分の意向と異なる場でエンドオブライフを迎えていくとしても、本人が望んでいる（望んだ）過ごし方やケアの意向に基づき、現在いる場で提供できる本人にとって最善のケアについて、MSWと連携し、本人・家族と共に話し合った上で決める
IV. 治療が開始される			
6	意思決定代理人の選定への関与		19) 意思決定ができない状態にいる高齢者が医療・ケア施設にアクセスしてきた場合、MSWと連携し、早期に意思決定代理人に関する情報をカルテに記載する 20) 成年後見人・任意後見人は患者の医療・ケアに同意する権限は認められていないことを認識し、高齢者に身寄りがいない場合は、医療・ケアチームが把握できる介護従事者や自治体の福祉担当者に相談する
7	疾病治療の選択と決定への関与		21) 治療の生活への影響を予測するために、高齢者・家族の治療目的・期待、家族背景・生活様式、ADL・認知機能など多様な視点から情報収集し、医療・ケアチームで共有する 22) 病状説明の場面に同席し、医師が治療方針を説明した後、高齢者・家族に説明について理解できたかを確認し、理解度に合わせて必要な場合に補足説明を行う 23) 医療・ケアチームは高齢者・家族の治療方針に対する意思を確認し、本人による選択・決定を基本とする。本人が意思表示できない場合は、本人をよく知る人に本人の意思を推定し、医療・ケアチームとよく話し合い、本人にとって最善の選択・決定をする 24) 高齢者・家族が治療選択についての意思決定を行なえるように、不安や質問を表出しやすい環境を作る 25) 治療をしない選択や決定を変更することも尊重し、その決定が実現できるように、医療・ケアチームで共有する

8	延命治療の選択と決定への関与	<p>26) 延命治療が必要となる身体状態に至る前から、慢性疾患の治療による生活への影響、終末期の延命治療のメリット・デメリット、周囲の人への意向伝達の必要性について、主治医と共に情報提供をする</p> <p>27) 高齢者・家族がエンドオブライフの生き方を考えるよう促し、延命治療の開始・継続・見合わせに関する意思決定プロセスを支援し、医療・ケアチームで共有する</p> <p>28) 慢性疾患治療中に緊急に延命治療が必要となる場合は、その人にとってのメリット・デメリットを多職種を含めた医療・ケアチームで検討した上で、延命治療の内容・選択肢、回復の可能性、その後のQOLを含めて高齢者・家族に説明し、本人の意思を基本とした上で決定する</p>
9	人工的水分・栄養補給法(AHN)の選択と導入への関与	<p>29) 経口食事摂取が困難となっている高齢者には、本人・家族の事情や生活環境、人工的水分・栄養補給法に関する意思表示があるかどうかについて情報収集し、医療・ケアチームで共有する</p> <p>30) 医療・ケアチームは、経口食事摂取が困難となる原因を査定し、人工的水分・栄養補給法導入の可否・選択肢(導入しない選択を含む)について、高齢者の人生にとってのメリットとデメリットを、本人と家族と検討し、目的を明確にしつつ、最善の選択を見出す</p> <p>31) 医療・ケアチームは、高齢、重度の認知症、予後不良の予測などAHNの効果期待できない予測因子を検討し、適切なAHN選択を行う(導入しない選択を含む)</p>
10	手術療法の選択への関与	<p>32) 手術療法の決定に際しては、以下の項目について、多職種を含めた医療・ケアチームと共にアセスメントし、総合的に手術適応を検討する ①高齢者・家族の手術目的や期待 ②高齢者の認知機能や手術についての理解力 ③アルコールや他の依存症のスクリーニング、循環動態、身体機能、転倒の既往、フレイル、栄養状態 ④高齢者の術後の安静保持、呼吸器合併症と術後せん妄のリスクファクターの特定、術後の生活、家族や社会的サポート</p> <p>33) 手術を行わない場合には、症状緩和や廃用予防に努め、QOLを維持する</p> <p>34) 手術を行った場合は、術後の廃用予防・早期離床に努め、QOLを維持する</p>
V. 治療を受けている		
11	フレイルの予防・改善	<p>35) 医原性フレイルを予防・改善するために、多職種と連携し、入院後早期に全身状態・摂食嚥下機能を評価した上で、離床・食事を開始する</p>
12	疾病治療継続中のケア	<p>36) 高齢者が安楽に過ごせるよう、多職種と連携し、不安定な身体機能を整えながら、人間の基本的ニーズを満たすための日常ケアを行う</p> <p>37) 高齢者・家族が感じている病状の変化を理解し、それに対する思いを語る際に、語りに傾聴・共感する</p> <p>38) 日常生活で見られた高齢者のセルフケアに対する意思や思いに着目し、それに含めた高齢者自らにとっての価値(やりがい・楽しさなど)を、本人が気付くように本人と共に語り、日常生活・ケアに活かす</p>
13	認知症高齢者のケア	<p>39) 認知症高齢者の尊厳を守るために、その人に認知機能障害があっても、人生で培われた価値観、好み、自尊心を持つ一人の人間であることを前提に関わる</p> <p>40) 認知症高齢者の認知機能をアセスメントし、認知機能に応じて日常ケアに関する説明の仕方を変える</p> <p>41) 認知症高齢者が苦痛を感じる場合には、BPSDやせん妄として現れる可能性があるとして理解し、言葉や発声だけではなく、表情や動作、身体の緊張などの情報からアセスメントし、緩和を図る</p> <p>42) 認知症高齢者の不安・混乱を減らすために、現在の時間、いる場所、周囲の人物を明確に伝えるようなコミュニケーションを工夫する。愛用品や身近なものを目のつく所に置くような馴染みの環境を整える</p> <p>43) 老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、認知症の研修を受けた看護師など認知症ケアの専門家を活用し、本人の認知機能に応じて安全に実施できる治療方法を選択する</p>
14	栄養管理	<p>44) 高齢者の脱水を防ぐため、適切な室温を調節し、下痢、尿量の減少、口腔内・皮膚の乾燥状況をアセスメントする</p> <p>45) 低栄養など栄養障害を早期発見するため、高齢者の食事摂取量・体重・血清アルブミンなどの血液データについてアセスメントする</p> <p>46) 高齢者に必要なエネルギー量・タンパク量を充足するために、管理栄養士を活用し、栄養補給法を検討する</p> <p>47) 経腸栄養の実施中においても、多職種と連携し、定期的にも高齢者の栄養状態・消化管機能・嚥下機能を評価し、経腸栄養から経口栄養への移行を検討する</p> <p>48) 経腸栄養を中止している高齢者の良好な腸管機能を維持するために、絶食後、早期に経腸栄養を再開することを、主治医と共に検討する</p>
15	身体拘束の管理	<p>49) 厚生労働省が定めた身体拘束11種類を認識し、日本老年看護学会が示した「身体拘束を当たり前としない」という指針を理解する</p> <p>50) 「切迫性」「一時性」「非代替性」の身体拘束の例外3原則に従って判断し、やむを得ず身体拘束を行う場合は、高齢者・家族に十分な説明をした上で書面で同意を得る</p> <p>51) 身体拘束についてチームで定期的に個別にアセスメントし、開始・解除を行う</p> <p>52) 身体拘束に代わって高齢者の安全を守る方法、点滴ルート・カテーテル管理の方法を定期的にチームで検討する</p> <p>53) 身体拘束の実施を削減するために、個人の意思のみではなく、病棟全体の取り組みとして事例検討や勉強会を行う</p>

16	転倒予防	<p>54) 高齢者の「他人に迷惑かけたくない」思いに寄り添い、介助バーの設定や補助具の使用など心身状態に合わせて生活行動を支える</p> <p>55) 転倒リスクがある高齢者に転倒リスクを説明し、本人が自立した行動を取る上で危険がないかを本人と一緒に確認し、夜間の排泄は看護師を呼ぶようにお願いする</p> <p>56) 見当識障害・せん妄による転倒を防ぐために、ラインやモニターを最小限にし、高齢者の周囲に障害物がないよう生活環境を整える</p> <p>57) 多職種が連携し、高齢者の睡眠・精神状態に応じて、睡眠薬など内服薬の量・種類・内服時間を検討する</p>
17	スピリチュアルケア	<p>58) 生死に対して顕在的、潜在的な不安や恐怖を持つ高齢者には、身体的、心理精神的、社会的、スピリチュアル的、知的なニーズやストレスについてアセスメントする</p> <p>59) 高齢者の心の安定を図るために、音楽・リラクゼーション・回想、ライフストーリー・生死についての考えや生きる上での重要な価値の共有を行いながら、高齢者のスピリチュアリティを見出し、高齢者とのつながりを促進する</p> <p>60) 高齢者の生きてきた時代・場所で起こった出来事を、その人の経歴や家族から情報を得て理解し、本人がそれについて語る時には、語りに傾聴する</p> <p>61) 高齢者の意向を日々のケアに反映するために、「どのように過ごしたいか・どのように寿命をまっとうしたいか」を意識的に確認する</p>
18	疾病治療中の家族ケア	<p>62) 家族もケアの対象であり、高齢者と共に病気の体験の軌跡を歩むパートナーであることを理解し、関わっていく</p> <p>63) 家族の声に耳を傾け、家族の身体的、心理精神的、社会的、治療やケアに関する知的なニーズやストレスをアセスメントする</p> <p>64) 終末期医療は高齢者のみならず、家族の生活状況とも密接に関連すると認識し、家族に過大な負担がかからないように、家族の生活状況に目を向け、情報提供を行う</p>
19	転院や自宅退院への関与	<p>65) 転院に対する高齢者・家族の不安や心配を取り除き、了解を得るために、MSWと連携し、転院先の状況・転院の目的を説明する</p> <p>66) 高齢者が望む治療・ケアが継続できるように、転院先の状況を踏まえ、本人の意向や転院の目的を伝達する</p> <p>67) 人生の最終段階において自宅退院を希望される場合は、病態の正確な把握、コミュニケーション、情報共有、目標の統一について多職種チームで協力・連携し、退院支援を行う</p>
VI. 症状がある		
20	継続的な症状アセスメント	<p>68) 高齢者が穏やかにエンドオブライフを過ごすように、疼痛のみならず、呼吸苦、嘔気、不眠、腹部症状、倦怠感、抑うつ、不安などの症状も、初期から継続的にアセスメントし、適切な介入を行う</p>
21	疼痛へのケア	<p>69) 疼痛のアセスメントは最も重要であることを理解し、既存の疼痛スケールで評価するほか、高齢者の言語的表現や表情・日常生活活動の変化などの非言語的表現から総合的にアセスメントする</p> <p>70) 高齢者が使用している鎮痛剤の作用機序、作用時間、副作用を把握し、本人の状態変化を観察しながら、疼痛コントロールの効果を確認する</p> <p>71) 高齢者個々に応じてテレビラジオのような娯楽、面会、保温・マッサージのような非薬物による疼痛管理を取り入れる</p>
22	呼吸へのケア	<p>72) 呼吸困難は主観的な症状であると理解し、SpO2などで呼吸機能を評価するだけでなく、呼吸困難感や日常生活動作への影響もアセスメントする</p> <p>73) 呼吸困難は不安・恐怖と関連するものであると理解し、精神状態をアセスメントする</p> <p>74) 呼吸困難を緩和するために、安楽の確保、環境調整、日常生活動作の保持、排痰援助、体位の工夫、リラクゼーションを行う</p> <p>75) 疾患の終末期状態や老衰の過程にある高齢者が肺炎を繰り返す場合は、肺炎の根治的な治療以上に、苦しみを取る緩和ケアを優先して行う必要があると認識する</p> <p>76) 前記を踏まえて、高齢者の状況に応じて、排痰困難に対する輸液量の減少、浮腫に対する利尿剤の投与などの緩和ケアを医療・ケアチームで検討する</p>
23	せん妄へのケア	<p>77) せん妄を早期に発見するために、睡眠障害、環境の変化による混乱などの原因や誘因をアセスメントする</p> <p>78) 睡眠障害を予防・改善するために、朝にまぶしい光を浴びる、日中の活動性を上げる、痛みや身体的不快感を除去する</p> <p>79) 高齢者が安心できる環境を整えるために、カレンダーや時計を見やすい位置に置く、眼鏡・補聴器を使用させる、可能な限り身体拘束を行わない</p> <p>80) せん妄発生時に、精神症状・程度・出現パターン、日常生活への影響などをアセスメントする</p> <p>81) せん妄発生時に、高齢者のストレスや不安を緩和するために、本人の不安・困惑に共感し、ゆっくりとした明瞭な口調で話しかける</p>
24	倦怠感へのケア	<p>82) 高齢者の言動・表情から、倦怠感及び倦怠感が日常生活活動に及ぼす影響をアセスメントする</p> <p>83) 倦怠感は随時変化していると理解し、その変化に応じて日常生活援助を行う</p> <p>84) 倦怠感の増強を防ぐために、できる限り高齢者のベース・タイミングに合わせて日常生活を調整する</p> <p>85) 高齢者の自律の感覚が保たれるように、日常生活への支援が必要であっても、本人の残された能力を活用しながら日常生活を調整する</p>

25	排便へのケア	<p>86) 食事・水分の摂取状況、排便状態・苦痛など随伴症状を確認しながら、腹部の視診・触診・聴診を行い、便秘のアセスメントを行う</p> <p>87) 単に「便を出す」という観点だけではなく、高齢者の苦痛・不快感を軽減することを最優先にし、最適な排泄助動方法を考え、マッサージ・温罌法など排便を促す方法を工夫する</p> <p>88) 高齢者の要望に応じながら、できる限りトイレで排泄するように、トイレ環境の整備、疼痛の緩和、体位の工夫を行う</p> <p>89) 薬物療法を行う場合には、多職種と連携し、本人の排便状態に合わせてながら、適切な薬剤を選択する</p>
26	排尿へのケア	<p>90) 排尿機能を低下させる要因を除去する ①疾患による制限がない限り、一日の水分摂取量の目標を決めて飲水を促す②トイレへの移動がしやすく、排泄行動をスムーズ且つ安全に行えるよう環境を整える</p> <p>91) 高齢者の失禁への心配や不安を軽減するために、高齢者の言動を見ながら適時にトイレ誘導をする。</p> <p>92) 排尿回数・量・パターン、下腹部膨満程度をアセスメントし、残尿があるかどうかに注意する。おむつの汚れ、尿道留置カテーテルの蓄尿の混濁をアセスメントし、尿路感染があるかどうかに注意する</p> <p>93) 尿路感染が頻発する場合は残尿があると認識し、尿閉・尿路感染が発生した場合は、導尿と尿道バルーンカテーテル挿入のメリットとデメリットについて、高齢者・家族に十分説明した上で本人のADLと希望を踏まえて選択する</p> <p>94) 尿閉の薬物療法や外科治療が無効な場合を除き、尿道留置カテーテルの長期使用による尿路感染や尿路結石を防ぐために、尿道留置カテーテルの抜去を積極的に検討する</p>
VII. 治療効果が現れないあるいは治療継続が困難となる		
27	高齢者・家族の意向の再把握と意思決定支援	<p>95) 治療効果が現れない、治療継続が困難となる場合は、病状の進行、加齢に伴う機能低下、病期を踏まえた治療目標を医療・ケアチームで共有する</p> <p>96) 主治医と共に高齢者・家族に対して、病状が治療を続けても効果が現われず、徐々に進行していることを経過とともに説明する</p> <p>97) 高齢者・家族にエンドオブライフでの生き方、DNRを含む治療・ケアの意向を再確認し、高齢者本人の意思を基本とする上で決定し、それを記録に残してチームで共有する</p>
28	延命治療の見合わせへの関与	<p>98) 延命治療の継続が困難となった高齢者には、延命治療に関する意思決定を行う過程で、本人の体験してきた苦痛や本人にとっての延命治療の意味を理解し、共感する</p> <p>99) 見合わせた治療は状況に応じて再開されうると高齢者・家族に説明する</p> <p>100) 延命治療を見合わせた高齢者の意思に基づいたケア計画を策定し、医療・ケアチームとともに緩和ケアを提供する</p>
29	経腸栄養の中止・減量への関与	<p>101) 経腸栄養の実施中に、高齢者が誤嚥性肺炎、下痢などの合併症を繰り返し、全身状態の悪化と強い苦痛が見られる場合は、主治医と共に、本人の現在の状況と今後予測される状況について、本人・家族に十分に説明する</p> <p>102) 経腸栄養の中止・減量について、継続するよりも高齢者の人生にとって有益であると見込まれる場合や、本人・家族から中止の要求がある場合には、本人の人生にとって最善の選択となるよう、医療・ケアチームが本人・家族とよく話し合い、合意形成のプロセスを踏み、決定する</p>
30	輸液法の選択と輸液の減量・中止への関与	<p>103) 高齢者の終末期において、皮下輸液と静脈輸液の予後期間は同様であり、皮下輸液は静脈輸液と比べ、循環器への水分負荷が緩徐で心不全や浮腫など副作用を引き起こすリスクが少ないと認識する</p> <p>104) 高齢者の終末期において、血管確認・確保が困難であり、且つ、生理食塩水・リンゲル液などの等張液を使用する場合は、静脈への頻回な穿刺による高齢者の痛みや出血を減らすために、静脈輸液より皮下輸液を優先的に使用することを、主治医と検討する</p> <p>105) 終末期における飢餓状態を防ぐ目的の輸液の継続が、高齢者にとってどの程度の苦痛をもたらすのか・有意となるのかを、医療・ケアチームで熟慮した上で家族に説明する。家族とよく話し合い、高齢者本人の人生にとっての最善となるよう、輸液の減量・中止を検討する</p>
31	ICUでの関与	<p>106) ICUでの治療を継続するにも関わらず、死が間近に迫っている高齢者とその家族には、本人の有効な事前指示や事前に家族に語った本人の意向を確認し、それを治療とケアに反映する</p> <p>107) 主治医が家族など関係者に対して、高齢者の病状が治療を続けても救命の見込みが全くない状態であることを説明することを、時期を逸さず適切なタイミングで行えるように調整する</p> <p>108) 高齢者がより良い最期を迎えるように、家族が「高齢者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準で最良の治療を尽くしても救命できない」ことを受け入れる意思決定のプロセスを支援する</p>
VIII. 臨死期にある		
32	臨死期の判断	<p>109) 臨死期に近い高齢者には、以下の症状についてアセスメントする ①生活動作の低下(ベッドから起き上がらない) ②食生活の変化(食事量の低下) ③生活リズムの変化(傾眠が強くなる) ④コミュニケーションの変化(会話が少なくなる) ⑤外的刺激に対する反応の低下(話しかけても目を開けなくなる) ⑥治療抵抗性の出現(治療効果が無くなる) ⑦血流の低下(褥瘡が治らない)</p>
33	環境調整	<p>110) 看取りの時期を早い段階から捉え、高齢者が望む最期の過ごし方に沿うように、本人の事前意思をケアに反映し、家族と共に環境設定し、死を迎える準備をする</p> <p>111) 穏やかな終末を迎えるために、長い人生経験で形成してきた高齢者の生活様式に着目する</p> <p>112) 新鮮な空気、適切な温度、清潔さ、静かさなど基本的な環境を調整するとともに、家族との交流など高齢者の生活様式を維持する</p>

34 食へのケア	113) 経口食事摂取量が低下してきた高齢者には、エネルギー補給より高齢者の満足を優先にし、「欲しい時に、口のできるものを、欲しいだけ」食べられるよう食を提供する 114) 高齢者に計画的で徹底した口腔ケアを行う 115) 高齢者の個人的な味の好みや食習慣を尊重し、多職種と連携し、適切な食事介助方法・食形態・食事スタイル(少量頻繁に提供する)・食事環境を工夫する
35 スキンケア	116) 皮膚が脆弱な高齢者には、病状の悪化、日常生活行動や介護力などの要因も考慮し、褥瘡の発生リスクや創の状態をアセスメントする 117) 老人性紫斑、斑状出血、浮腫などスキンテア(高齢者の四肢に発生する外傷性創傷)の要因をアセスメントする 118) 四肢の保湿に努め、機器・介護者の手による圧迫や張力による損傷が生じないように注意する 119) 単に創傷治癒を目標にドレッシング材を選択するだけでなく、痛み等も含めた総合的な症状コントロールの視点を持ち、症状を緩和する。他職種と協働し、創傷の予防・アセスメント・継続治療を行う
36 臨死期の家族ケア	120) 終末に向かっていく高齢者の状況を理解し受け入れることができるように、高齢者の状態・変化、行われているケア、今後の予測を適宜に家族に説明する 121) 高齢者の食欲不振と体重減少が家族にとって、特に辛いと感じる症状であると認識し、家族の精神的苦痛を緩和するために、食欲不振・食事摂取量の低下・体重減少について、事前に家族に説明する 122) 高齢者・家族と関わる中で、家族内の人間関係や高齢者が果たしている役割に留意し、家族関係をアセスメントする 123) 家族のサポート資源の欠如、高齢者との過度の依存関係の存在など家族に強い悲嘆反応が生じるリスクを予測し、必要であれば、MSWと連携し、専門家・ピアサポートの情報を提供する

IX. 死後

37 エンゼルケア	124) 遺族にエンゼルケアの目的・効果について説明する 125) 遺族の意向を伺いながら、遺体の目や口を閉じる、両手を胸元で組む、着物を左前合わせにする、着物の紐を立て結びにするなどを行う 126) 遺族の意向を伺いながら、穏やかな表情になるようメイクを施し、生前と同じような配慮で遺体を扱う
38 遺族ケア	127) 遺族の話を傾聴し、「泣くこと」が自然な反応であることを保証し、感情表出を支える 128) 高齢者との関係性や喪失体験の違いによって、異なる悲嘆プロセスがあることに留意し、遺族の悲嘆プロセスに寄り添う

X. エンドオブライフ全過程において

39 ケアの継続	129) チーム全体としてケアを提供するだけでなく、看護体制の許容範囲内で、病みの軌跡の局面から高齢者の状態を継続的にフォローする看護師を定める 130) チーム内に適時に情報交換し、すべてのチームメンバーはケア目標に合致した高齢者のEOLケア計画を実行する
40 ケアの評価・フォローアップ	131) 実施した高齢者のEOLケアについて、期限を決めて、目標がどの程度達成されたかを評価し、状況に応じてケア計画を変更する 132) 高齢者のEOLの全期間を通じて、本人・家族の身体的、心理精神的、社会的、知的な苦痛やストレスが軽減できているかどうかを、症状観察および家族の言動から把握する

組織の体制づくり

XI. 組織の体制づくり

41 看護管理職の役割	133) 看護管理職自らが高齢者のEOLケアに関する知識を習得し、組織におけるそのケアに関する看護目標を掲げて管理を行う
42 「死の教育」・EOLケアの教育	134) 看護職が「死」の理解を深めるために、ケーススタディを通し、死生観、死の受容過程に関する「死の教育」を行う 135) 看護職が高齢者ケアやEOLケアを学習できるように、ELNEC-JGなど研修機会を設ける
43 「望ましい死」・EOLケアの体験の話し合い	136) 看護職が高齢者のEOLケア体験を共有し、それに関する感情を吐露できるように、デスカンファレンスやピアカウンセリングなどを行う 137) 看護職が「死」に対する積極的な態度を持つことができるように、勉強会などで「望ましい死」について話し合う 138) 日頃から死のあり方の多様性と、それに応じたケアについて話し合う
44 EOLケアにおける安全管理	139) 高齢者の生命や安全を守ること、身体機能や生活リズムを保持すること、安楽を保持することが可能な限り調和するように、日常のケアや処置を工夫する 140) 安全への配慮のあまり、高齢者の安心・安楽が阻害されることがないように十分注意し、定期的に評価する 141) 安全管理における安楽を妨げる出来事に対する倫理的感受性を高めるために、多職種との倫理カンファレンスや勉強会の機会を設け、共に考える

て、安全に関する意識が高く、患者との信頼関係や患者に共感する姿勢の意識が低い傾向にある¹⁵⁾。また、病院という特定の環境では、エンドオブライフを過ごしている高齢者の中には、疾病により機能障害が残存し、認知機能が低下している高齢者と同様に、人間の尊厳が失われやすい状況にいる方が多く存在している。しかし、臨床における高齢者のエンドオブライフでは、倫理的問題が発生する背景の1つとして高齢者への偏った見方¹⁶⁾が挙げられ、看護職の姿勢と態度の向上が求められる。本質指標の【看護職の基本姿勢と態度】の3項目に、高齢者への尊重、信頼関係の構築と倫理的感受性の保持に関する内容を含めており、病院における高齢者のEOLケアの質を保証する根幹となる。

《認知症高齢者の意向の把握は》、老人訪問看護の質評価指標¹¹⁾の1つである認知症ケアには含まれるが、高齢者の終末期ケアの質指標に包含されていないことが多い。2025年には5人に1人、高齢者人口の20%が認知症になると予測される¹⁷⁾が、認知症高齢者の同意能力が不十分と見なされ、本人の意向が無視される実態¹⁸⁾もある。今後、エンドオブライフを過ごす入院中の認知症高齢者がますます多くなると予測し、高齢者のEOLケアにおける認知症高齢者の意向を把握する重要性も高まる。2018年認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン¹⁹⁾が発表され、病院の看護職を含む医療職に、認知症高齢者の意向を把握することを求めている。本質指標は、関連する5項目を網羅し、病院での高齢者のEOLケアにおける認知症高齢者の意向の把握に関する質の評価と質の担保に活用できる。

《人工的水分・栄養補給法（AHN）の選択と導入への関与》《経腸栄養の中止・減量への関与》は、病院という特定の背景から考えて網羅した内容であり、ほとんどの高齢者看護の質指標に含まれていない領域である。終末期の栄養問題について、多くの人が十分な知識を持たず、日頃から考えて話し合う機会も少なく²⁰⁾、家族が胃瘻造設を代理決定して経管栄養が導入され²¹⁾、痰の吸引で苦しむ場合²²⁾がしばしばある。その事態を明白にし、慎重な選択と導入、適時の中止や減量を行うことが重要となる。本質指標の関連する5項目は、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン-人工的水分・栄養補給の導入を中心として」²³⁾に準じ、AHNに関わる人生の最終段階にいる入院中の高齢者の人間としての尊厳を保持し、安寧を導くための看護職の判断と実践の糸口となる。

3. 医療現場への貢献

本研究では、既存の質指標を基に日本の病院の現状を

踏まえて、《認知症高齢者の意向の把握》《栄養管理》《身体拘束の管理》《転倒予防》《排尿へのケア》《経腸栄養の中止・減量への関与》《エンゼルケア》《ケアの継続》《ケアの評価・フォローアップ》などに関する内容を追加した。また、質指標の項目を4段階の評価票に入れて病院の看護師が直接使用できる形に整えた。

本質指標は、省察的なツールとして、日本の病院における高齢者のEOLケアの質を、「プロセス」の側面から看護職の自己評価と看護管理職の病棟や組織の評価に使用することを想定している。また、高齢者のEOLケアに関する看護職の知識の確認と、看護職の認識、判断、行動の手がかりになる。以上により、本質指標は病院における高齢者のEOLケアの質向上に寄与できると考える。

4. 今後の課題

今後の研究では、実際に病院の看護職を対象として有用性の検討を行う必要がある。

VII. 結論

既存の質指標と文献検討によって、看護職が使用できる日本の病院における高齢者のEOLケアの質指標を作成した。専門家の検討によって、その内容の妥当性が確認できた。今後、さらに質指標の有用性の検討を行う。

謝 辞

研究協力施設および老人看護専門看護師と看護管理者の皆様にご心より感謝申し上げます。言語について、丁寧なご指導をいただきました石井彩様に心より感謝申し上げます。本研究の一部はThe 11th Hong Kong International Nursing Forumにて発表した。本研究に利益相反はない。

引用文献

- 1) 正木治恵, 真田弘美: 老年看護学概論「老いを生きる」を支えることは, 改定第2版, 南江堂, 295, 2017.
- 2) 三浦久幸: 高齢者のエンドオブライフ・ケアの現状 <https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/koreisha-end-of-life-care/endoflifecare-genkyo.html> (検索日: 2021年8月20日)
- 3) 長江弘子: 看護実践にいかす エンド・オブ・ライフケア, 第2版, 日本看護協会出版会, 7, 2019.
- 4) 厚生労働省: 人口動態統計年報 主要統計表 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii04/> (検索日: 2021年8月20日)
- 5) 池上直己, 池崎澄江: 遺族による終末期ケアの評価 病院と特別養護老人ホームの比較, 日本医療・病院管理学会誌, 50(2): 127-128, 2013.
- 6) 厚生労働省: 平成29年(2017)患者調査の概況 結果の概要 推測

- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>
(検索日：2021年8月20日)。
- 7) 正木治恵：高齢者の終末期ケア質指標（未発表）基盤研究（B）「高齢者の豊かな最晩年を創出する終末期ケア質指標の開発」, 2012-2014.
 - 8) 卯野木健：クリティカルケア看護のquality indicator, 日本集中治療医学会雑誌, 20(3)：381-386, 2013.
 - 9) 福井次矢：Quality Indicator 2017「医療の質」を測り改善する, インターメディアカ, 16, 2017.
 - 10) 横矢ゆかり, 百瀬由美子：看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標の開発, 日本看護研究学会雑誌, 37(4)：31-43, 2014.
 - 11) 石垣和子：老人訪問看護の質評価指標の開発 ベストプラクティスに基づく評価項目策定及び標準化（未発表）, 平成16年度～平成18年度科学研究費補助金（基盤研究B）研究成果報告書, 2007.
 - 12) Hurue Masaki, Nobuko Kawai, Keiko Matsumoto, Miyoko Kuwata, Sachiko Yoshioka, Midori Nishiyama, Ryoko Uchino, Hiroko Nagae, Megumi Teshima, Sayuri Sakai, Kazuko Endo: Consensus development of quality indicators for end-of-life care for elders in Japan, International Journal of Nursing Practice, 23(S1), 1-27, 2017.
 - 13) Karl A. Lorenz, Kenneth Rosenfeld, Neil Wenger: Quality Indicators for Palliative and End-of-Life Care in Vulnerable Elders, Journal of the American Geriatrics Society, 55(S2), S318-S326, 2007.
 - 14) 石垣和子, 金川克子, 山本則子：高齢者訪問看護の質指標 ベストプラクティスを目指して. 日本看護協会出版会, 2008.
 - 15) 島田純子, 細川恵, 岩川洋子, 西和田ゆり子, 橋田るり子, 吉村千冬：看護者の考える看護サービスの特徴 アンケート調査を通して, 国立高知病院医学雑誌, 8-9：45-51, 1999.
 - 16) 吉岡佐知子：臨床での倫理調整 高齢者のエンド・オブ・ライフにおける倫理的問題にむけて, 老年看護学, 21(2)：9-14, 2007.
 - 17) 内閣府：平成29年版高齢社会白書（概要版）3 高齢者の健康・福祉
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/hml/gaiyous1_2_3.html（検索日：2021年8月20日）
 - 18) 銘苅尚子, 住江浩美, 清家理, 武田章敬：高齢者の退院支援における意思決定の実態 家族への聞き取り調査より, 国立病院看護研究学会学術集録集, 13：80, 2015.
 - 19) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/file/06Seisakujouhou12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>（検索日：2021年8月20日）
 - 20) 杉山英子, 竹腰節子, 横山伸：高齢者の胃瘻栄養法などの経管栄養に関する選択と意思表示について. 長野県短期大学紀要, (70)：13-24, 2016.
 - 21) 中村享子, 岡村世里奈：高齢で意思表示できない患者の胃瘻造設を代理決定した家族の意識調査を通して. コミュニティケア, 15(3)：64-69, 2013.
 - 22) 宮本顕二, 宮本礼子：我が国の高齢者終末期医療の現状と課題 個人的宣言. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 27(3)：252-256, 2018.
 - 23) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として
https://jpngeriatricsoc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf（検索日：2021年8月20日）

DEVELOPMENT AND CONTENT APPROPRIATENESS VERIFICATION OF END-OF-LIFE CARE
QUALITY INDICATORS FOR OLDER PEOPLE IN HOSPITALS IN JAPAN

Xiaonan Duan, Yuria Yamasaki, Harue Masaki
Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

end-of-life care, older people, quality indicators

Objective: To develop end-of-life (EOL) care quality indicators for older people in hospitals in Japan and verify their content appropriateness.

Methods: Based on a review of literature and the existing EOL care quality indicators for older people, new quality indicators were developed. A survey, which included eight Certified Nurse Specialists in Gerontological Nursing and twenty nursing managers, was conducted to examine the content appropriateness of the indicators. They were asked to evaluate the indicators' importance, validity, practicability, responsiveness, and feasibility on a 5-point Likert scale and provide comments regarding these aspects. Additionally, they were asked to provide comments on their interpretability.

Results: The content appropriateness of the quality indicators was confirmed. The average values of items were found to be as follows: the importance and validity of each item was over 4.0; the practicability of 90% of all items was over 3.0; the responsiveness of all items was 4.5; and the feasibility of all items was 4.0. According to the evaluation and comments, 22 items were deleted, 59 items were modified, 1 item was integrated, and 1 new item was created. The quality indicators were revised as follows: (1) Basic attitude of nurses (3 items); (2) Care tailored to the situation of older people (129 items); (3) Creating an organizational structure (9 items).

Discussion: The quality indicators can be used as a reflective tool for nurses to evaluate the quality of EOL care for older people in hospitals in Japan. It is essential in reinforcing nurses' knowledge and aid in their recognition, assessment, and practice pertaining to EOL care for older people. Future research will verify the utility of the indicators.