

高齢者の「予想される死」における看護職による 呼吸停止確認の現状と認識

— 全国老人保健・福祉施設の看護職への調査から —

川原 礼子¹, 齋藤 美華¹, 坂川 奈央², 東海林志保¹

¹東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻, ²元 東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻

Present State and Recognition of Daily Nurse Confirmation of Respiratory Arrest for Elderly People Who Are Near Death : Questionnaire Survey of Nurses at a Long-term Care Health Facility and Special Nursing Home

Reiko KAWAHARA¹, Mika SAITO¹, Nao SAKAGAWA² and Shiho TOUKAIRIN¹

¹Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Tohoku University

²Former, Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Tohoku University

Key words : end-of-life care, nurse recognition, confirmation of respiratory arrest, long-term care facility, long-term care special nursing home

This study was conducted to clarify the present state and nurse's recognition of daily nurse's confirmation of respiratory arrest in cases of elderly people who are near death, receiving end-of-life care. Data were collected from responses to a questionnaire administered to nurses working at a long-term care health facility and special nursing home. Questionnaire respondents were 62 nurses.

Agreeable attitudes were significantly more common among nurses working at the special nursing home than at long-term care health facilities.

Nurse recognition is beneficial for patients and families. That perspective is extremely important for nurses. Moreover, no doctors are present at night, only nurses are present near a patient's bed.

Opposite opinions center upon the reason that the diagnosis of death is a physician's duty.

Regarding points of caution related to the time of confirming respiratory arrest, informed consent for this study was obtained from family and associated medical team members.

はじめに

我が国は、厚生労働省の人口動態統計によれば、近年、死亡総数が増加し、2010年の統計¹⁾にお

ける高齢者の死亡の場所は、病院のみならず介護老人保健施設、老人ホーム、および自宅といった生活の場が挙げられている。したがって、それらの死に対する医師、看護職、介護職、および家族

による看取りのあり方への関心が一層高まっている状況にある。

人々の穏やかな死を支えるために、そして、人生をまっとうする死²⁾を支えるために、ケア提供者は看取りの場でどのような関わりをしていけばよいのだろうか。それを解き明かす重要なキイの一つが、「死亡診断書」であると考ええる。

人の死に際しては、我が国では医師法に基づいて死亡診断書を作成する医師が、24時間態勢で立ち会う形がとられてきた。しかしながら、近年、介護保険施設や在宅療養の場等における昼夜を問わない立ち会いは、医師に大きな負担がかかるため、状態の急激な変化や事故、虐待などによる死の場合は除外して、病状のこれまでの経過から確実に予想される死（以下、「予想される死」とする）については一部、看護師による死亡確認が行われている状況にある。

石川³⁾は、訪問看護師の臨終時の対応について調査した結果、回答のあった79名のうち、20名(26.7%)が医師の立会いがない時に死亡確認を行っていた一方で、死の三徴候がみられた後、医師の死亡確認を待つために患者に触れずに医師を待った経験があったのは36名(48.0%)、医師の死亡確認を待たずに死後の処置を行ったのは13名(17.3%)であったことを報告し、看取りの現場における本人および家族の不利益や看護職の葛藤が示唆されていた。また、看護職の医行為に関する先行研究⁴⁾においては、訪問看護師が看護師の判断で行えると考えている医行為について、訪問看護師85名中34名(40%)が「呼吸停止確認」を、さらに5名がその他の項目の欄に「死亡確認」を挙げており、呼吸停止・死亡確認をめぐる課題が明らかになっていた。

「予想される死」における看護職による呼吸停止確認は、医師の負担軽減をもたらすことは当然であるが、看取りのプロセスにおける安寧にも関わってくる。在宅看護や介護保険施設看護の場において、看取り体制の問題から、死亡直前に救急病院に搬送されたりすることは、慌ただしさのなかで、別れの言葉が言えなかった等、遺族の心残りにつながる可能性がある⁵⁾。東京都内1,909の

介護施設を対象にした看取りに関するアンケートでの結果によると、心肺停止で搬送され、病院で最期を迎えた人は6.1%、心肺停止以外で搬送され、施設に戻ることなく病院死した人は32.3%に上ったとの報告がある⁶⁾。後者については状況から、臨死に近い状態で搬送されたことが推察され、介護施設でのリビングウイルの確認や看取りのあり方が問われている。したがって、看護職により適切な呼吸停止確認がなされれば、家族とのこれまでの信頼関係が途切れない形でのケア環境を維持でき、対象者を、より安らかな永眠に導きうると考える。そのためには、看護職が基礎教育で技術を支える理念や知識を学び、卒後教育の場でも研鑽を積む必要があり、高齢者の「予想される死」における看護職の呼吸停止確認を含む看取りの教育プログラム開発を目指し、よりよい看取り方法の実施につなげることが求められる。そのためには、我が国の看取りの場における看護職の呼吸停止確認の現状とそれに関する看護職自身の認識、すなわち、看取りの教育に対するニーズを明らかにすることが必要である。

そこで本研究は、我が国の看取りの現場であり、介護保険施設を代表する介護老人保健施設（以下、老健とする）および介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム：以下、特養とする）に勤務する看護職に焦点を当て、高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認の現状と認識について明らかにすることを目的とした。

なお、本研究において、本来は死の三徴候の一つである呼吸停止確認を、呼吸が停止していることを家族へ説明することや医師が到着する前にエンゼルケア等の死後の処置に入るといった実質的死亡確認を包括するものとして定義した。

その理由は、人の死に関しては、前述したように我が国では医師法という法律によって医師が確認し、その死亡診断書を作成するということが定められているため、看取りの現場における呼吸停止確認は実質的死亡確認と同義といえる状況にあっても、法的な位置づけを考えると「死亡確認」ではなく、「呼吸停止確認」としての表記が妥当であろうと判断したためである。

研究方法

1. 調査対象者および調査方法

介護事業所のサイトに登録されている介護老人保健施設および介護老人福祉施設を、無作為に各150施設、合計300施設抽出し、そこに勤務する看護職1名で本研究の趣旨に同意し、協力できるものとした。

調査方法は、抽出された施設の看護職の責任者宛てに研究の趣意書と自記式の質問紙を郵送し、看取りに関心ある看護職1名の回答を依頼した。質問紙は研究者の所属大学を郵送先とし、回収をもって同意とした。

調査票の返送のあった介護老人保健施設38名、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）24名、計62名（回収率20.7%）を本研究の調査対象者とした。

なお、あらかじめ、調査に協力について、施設の協会・協議会等の窓口にもメールによる連絡を行い、趣旨を簡単に説明して協力をお願いし、また、代表者宛には依頼文書と趣意書および質問紙を送付し、協力を依頼した。

調査期間は、平成27年1月～2月である。

2. 調査内容

1) 対象者の基本属性

対象者の基本属性として、性別、年齢、取得免許、看護歴、看護教育歴、施設での経験年数について尋ねた。

2) 呼吸停止確認の有無および賛否

介護老人保健・福祉施設において看護師が日常で高齢者の「予想される死」に対して、呼吸停止確認（心肺停止確認、呼吸が停止していることを家族へ説明することや医師が到着する前にエンゼルケア等の死後の処置に入るといった実質的死亡確認を含む）を行っているかどうかの有無を尋ねた。また、「していない」場合は、① しかしすべきと考える、② 条件が整えば実施してよいと考える、③ そもそも反対である、④ どちらともいえない、のいずれかを選択してもらい、その理由や具体的条件について自由に記述してもらった。一方、「している」の場合は、① しかし、すべき

ではないと考える、② 賛成である、③ どちらともいえない、のいずれかを選択してもらい、その理由および、実施している際の看取りを行う上での注意点について自由に記述してもらった。

3. 分析方法

対象者の基本属性および呼吸停止確認の有無については単純集計を行った。介護老人保健施設および特別養護老人ホームの介護老人施設別における死亡確認の有無について、pearsonの χ^2 検定を行い、 $p < 0.05$ をもって有意とした。

呼吸停止確認に対する賛否およびその理由に関する自由記載については、その記述内容を精読し、データの意味内容の類似性に基づきコード化し、抽象度を高めてカテゴリ分類をした。なお、分析は共同研究者3人で同じ内容を行った。

4. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の趣旨、目的、方法、個人情報保護、研究協力拒否の自由、研究結果の公表の方法などの倫理的配慮について、同封した文書で説明した。また、調査票の返送をもって研究への同意を得たものとする旨を説明した。なお、本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の審査・承認を得て実施した。

研究結果

1. 対象者の概要

対象者の基本属性を表1に示す。性別については老健が男性2名、女性36名、特養が男性1名、女性23名であった。平均年齢は老健で 52.6 ± 8.4 歳、特養で 53.9 ± 5.4 歳であり、両者に有意な差はなかった。資格については看護師が老健31名、特養19名、准看護師は老健と特養でそれぞれ4名ずつであった。老健と特養のいずれの勤務場所においても保健師および助産師の有資格者はみられなかった。認定看護師については老健で3名、特養で1名であり、専門性の内訳は看護管理が老健で1名、特養で1名であり、褥瘡は老健で1名、訪問看護は老健で1名であった。専門看護師はみられなかった。

対象者の看護歴は老健が21年8か月、特養が15年7か月であった。年齢分布は両施設とも40

表1. 対象者の基本属性

		合計 n = 62		介護老人保健施設 n = 38		特別養護老人ホーム n = 24	
属性		n	(%)	n	(%)	n	(%)
年齢 ¹⁾		53.1±7.4	[36-69]	52.6±8.4	[36-69]	53.9±5.4	[40-65]
年齢分布	30~39歳	1	(1.6)	1	(2.6)	0	(0.0)
	40~49歳	19	(30.6)	14	(36.9)	5	(20.8)
	50~59歳	29	(46.8)	13	(34.2)	16	(66.7)
	60~69歳	13	(21.0)	10	(26.3)	3	(12.5)
性別	男性	3	(4.8)	2	(5.3)	1	(4.2)
	女性	59	(95.2)	36	(94.7)	23	(95.8)
取得免許 (複数回答)	看護師	50	(80.6)	31	(81.6)	19	(79.2)
	准看護師	8	(12.9)	4	(10.5)	4	(16.6)
	認定看護師	4	(6.5)	3	(7.9)	1	(4.2)
	(看護管理)	2	(3.2)	1	(2.6)	1	(4.2)
	(褥瘡)	1	(1.6)	1	(2.6)	0	(0.0)
	(訪問看護)	1	(1.6)	1	(2.6)	0	(0.0)
看護歴 ²⁾		19年8か月 [3年0か月-42年0か月]		21年8か月 [3年6か月-42年0か月]		15年7か月 [3年0か月-36年10か月]	
施設での 経験年数 ²⁾		9年5か月 [0年6か月-23年5か月]		8年6か月 [0年6か月-22年9か月]		10年7か月 [1年6か月-23年5か月]	
看護教育歴 ²⁾	専門学校卒	53	(85.5)	34	(89.5)	19	(79.2)
	短大卒	7	(11.3)	3	(7.9)	4	(16.6)
	その他	2	(3.2)	1	(2.6)	1	(4.2)

¹⁾数値は、平均値±標準偏差 [最小値-最大値] とする

²⁾数値は、平均値 [最小値-最大値] とする

代と50代が多くなっていた。看護教育歴は専門学校卒が老健34名、特養19名であり、短大卒が老健3名、特養4名であった。大学および大学院の卒業者はみられなかった。施設での平均経験年数は老健で8年6か月、特養で10年7か月であった。

2. 看護職による呼吸停止確認の現状と是非

呼吸停止確認を「している」群は合計20名で、その内訳は老健8名(21.1%)、特養12名(50.0%)であり、特養が有意に多かった($p < 0.05$)。「している」群において、「すべきではない」が老健1名(12.5%)であり特養にはみられなかった。「賛成」は老健6名(75.0%)、特養7名(58.3%)であり、「どちらともいえない」が老健1名(12.5%)、

特養5名(41.7%)であり、特養に有意に多かった($p < 0.05$)。

「していない」群は老健30名(78.9%)、特養12名(50.0%)、合計42名であり、「しかしすべきである」は老健が3名(10.0%)であった。「条件を整えばすべきである」が老健13名(43.4%)、特養5名(41.7%)、合計18名であった。

呼吸停止確認への「反対」は老健7名(23.3%)、特養3名(25.0%)、合計10名であり、「どちらともいえない」が老健7名(23.3%)、特養4名(33.3%)、合計11名であった(表2)。

3. 看護職による呼吸停止確認を「している」群における是非とその理由

看護職による呼吸停止確認を「している」群に

高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認の現状と認識

表 2. 介護老人施設別における看護職による呼吸停止確認の現状と是非

		n=62	
		n (%)	
		介護老人保健施設 38	特別養護老人ホーム 24
呼吸停止 確認の有無	呼吸停止確認をしている	8 (21.1)	12 (50.0)*
	すべきではない	1 (12.5)	0 (0.0)
	賛成	6 (75.0)	7 (58.3)
	どちらともいえない	1 (12.5)	5 (41.7)*
	呼吸停止確認をしていない	30 (78.9)	12 (50.0)
	しかしすべきである	3 (10.0)	0 (0.0)
	条件を整えればすべきである	13 (43.4)	5 (41.7)
	反対	7 (23.3)	3 (25.0)
	どちらともいえない	7 (23.3)	4 (33.3)

pearson の χ^2 検定

* $p < 0.05$

における是非とその理由を表 3 に示す。

看護職による呼吸停止確認を「している」群において「賛成である」理由のカテゴリは、【家族の理解が得られていればよい】【医師が不在という現実がある】【高齢者本人に対する尊重の気持ちがある】【状況を考えるとやむを得ない】が抽出された。

以下、カテゴリは【】、コードは<>を用いて説明する。

1) 【家族の理解が得られていればよい】

介護保険施設の看護職は、予想される死における呼吸停止確認について、<看取りの意向をしっかりと確認している>状況にあり、<家族とのコミュニケーションが図れている>ことにより<家族への十分な説明と納得>や<家族の了解>を得ていた。また、本人が<家族と早く面会することも大事である>との観点が理由に挙げられていた。その際は、<家族には呼吸停止確認のみを伝えている>との記載もあった。

2) 【医師が不在という現実がある】

<施設医が非常勤>であったり、常勤であっても、<医師が不在の夜間に看取りが多く>、<夜間の医療受け持ち者は看護職 1 名のみ>であり、また、<医師到着は数時間後か翌朝のことが多

い>現実があり、<協力医とチームで連携を深めながら>呼吸停止確認を実施しているため、「賛成」であると認識していた。

3) 【高齢者本人に対する尊重の気持ちがある】

看取りの場にある看護職は、<ご遺体を早くきれいにしたい>と思い、また、エンゼルケアは<死後硬直がないうちに>やく状況に応じてしたほうがいい>と考え、高齢者に対する尊重の気持ちから呼吸停止確認を賛成と認識していた。

4) 【状況を考えるとやむを得ない】

呼吸停止確認については<施設の看取りを促進するためにやむを得ない>ので「賛成」と認識していた。

「している」群において「どちらともいえない」理由のカテゴリとして、【状況によって看取り体制も変わる】が抽出された。

看護職は、<常勤医がいない。来苑の時間が不確定のこともある>など医師の体制や<家族の背景など、時と場合による>状況があり、また<心肺停止を囑託医に連絡して死亡確認している>場合もあり、状況によって看取り体制が変わるので、どちらともいえないと認識していた。

表3. 介護老人保健・福祉施設において看護職が日常で呼吸停止確認を「している」群における是非とその理由
(コード総数 22, 記載した看護師数 14)

賛 否	カテゴリ	コード		
I. 賛成である	1. 家族の理解が得られていればよい	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の了解を得ているから ・家族の負担を軽くできる ・家族と早く面会することも大事だと思う ・家族には呼吸停止のみを伝えている ・家族への十分な説明と納得があればいい ・看取りの意向をしっかりと確認している ・家族とのコミュニケーションが図れていればよい ・家族への十分なインフォームドコンセントがあればよい ・家族が納得すればいいと思われる 		
		2. 医師が不在という現実がある	<ul style="list-style-type: none"> ・医師不在時は協力医とチームで連携深めている ・老健では夜間の医療受持者は看護職 1 名のみである ・施設医が非常勤であり判断できない ・看取りは医師不在の夜間に多い ・医師到着は数時間後か翌朝のことが多い ・特養は医師が常勤でないのすぐ来れない 	
			3. 高齢者本人に対する尊重の気持ちがある	<ul style="list-style-type: none"> ・ご遺体を早くきれいにしたい ・死後硬直のないうちにエンゼルケアしたほうがいい ・エンゼルケアは状況に応じてしたほうがいい
				4. 状況を考えるとやむを得ない
II. どちらともいえない	1. 状況によって看取り体制も変わる	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤医がいない。来苑時間が不確定のことがある ・家族の背景など、時と場合による ・心肺停止を囑託医に連絡し、死亡確認している 		

4. 看護職による呼吸停止確認を「していない」群における是非とその理由

看護職による呼吸停止確認を「していない」群における是非とその理由を表4に示す。

看護職による呼吸停止確認を「していない」群において「しかしすべきである」の理由のカテゴリは、【社会のニーズである】【家族のために死亡確認をすべきである】が抽出された。

1) 【社会のニーズである】

＜社会のニーズである＞が挙げられていた。

2) 【家族のために死亡確認をすべきである】

看護職は＜現在の状況を随時家族に伝えるべきである＞と考え、＜医師を待っている間に何かできないか＞との観点もっていた。

「していない」群において「条件が整えば実施

してよい」については【高齢者本人や家族が了解すれば高齢者や家族のためにもよい】【熟練したスキルがあればよい】【責任を明らかにするならばよい】【ハード面での環境整備があればよい】【人的資源が充実していればよい】のカテゴリが抽出された。

1) 【高齢者本人や家族が了解すれば高齢者や家族のためにもよい】

看護職は、＜家族が到着しても数時間医師待ちをすることがあり＞それは＜家族を待たせるのはどうかと思う＞＜本人・家族に辛すぎる＞と思いつながり、＜家族の理解が得られれば＞＜同意が得られれば＞＜あらかじめオリエンテーションすれば＞等の条件が整えば実施してよいと認識していた。

高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認の現状と認識

表 4. 介護老人保健・福祉施設において看護職が日常で呼吸停止確認を「していない」群における是非とその理由
(コード総数 46, 記載した看護師数 39)

賛 否	カテゴリ	コード
I. しかしすべきである	1. 社会のニーズである	・ 社会のニーズである
	2. 家族のために死亡確認をすべきである	・ 現在の状況を随時家族に伝えるべきである ・ 医師を待っている間に何かできないか
II. 条件が整えば実施してよい	1. 高齢者本人や家族が了解すれば高齢者や家族のためにもよい	・ 利用者の理解が得られればよい ・ 家族の同意があればよい ・ 医師の到着を何時も待つのは本人・家族に辛すぎる ・ 家族との信頼関係があればよい ・ 家族の同意があるときであればよい ・ 家族にあらかじめ IC されて家族が納得されていればよい ・ 家族が到着しても数時間 Dr 待ちすることがある ・ 家族にあらかじめオリエンテーションすればよい ・ 家族を長時間待たせるのはどうかと思う ・ 家族の承諾があればよい ・ 家族への十分な説明があればよい
	2. 熟練したスキルがあればよい	・ 死亡診断への正しい知識があればよい ・ 明らかに心肺停止が確認されればよい ・ 経験など一定の条件があればよい ・ 心肺停止確認は心電図で確実に言うならばよい ・ 看取りの研修で確認行為技術が上げればよい ・ 判定できる熟達したものが担う ・ 施設での決め事があればよい
	3. 責任を明らかにするならばよい	・ 医師の常駐ができればよい ・ 制度化するならばよい ・ 決め事をするならばよい ・ 医師より指示があればよい ・ 法的根拠と責任の明確化 ・ 医師より指示があればよい
	4. ハード面での環境整備があればよい	・ 家族の来訪などに配慮したスペースの確保 ・ ハード面での環境整備が必要
	5. 人的資源が充実していればよい	・ 看護師や介護士の十分な人数がいればよい
III. そもそも反対である	1. 死亡確認は医師の責務である	・ 死亡確認は医師が行うと教育を受けている ・ 死亡確認行為は医師のみがすべきと考える ・ 職務上、医師の確認のあとのほうが良いと思う ・ 現在の自分自身の知識のみで反対できない ・ 死亡確認行為は医師のみが行うべき ・ 処置は医師が死亡確認行ったあとでなければいけない
IV. どちらともいえない	1. 看護師による看取りの体制を整備することが必要	・ 医師の仕事と想っていたが考え直す時期かもしれない ・ まだ法的に整備されていない ・ 施設長方針で老衰に近ければ見送るケアとしている ・ 本人・家族の同意が必要
	2. 死亡確認は医師の責務である	・ 老健では医師がいる ・ 看護であり、生死の判断をするのは医師である

2) 【熟練したスキルがあればよい】

＜明らかに心肺停止が確認される＞＜死亡診断への正しい知識がある＞等の重要な技術については＜看取りの研修で確認行為技術を上げる＞ための環境が整えられたり、＜判定できる熟達したものが担う＞ことによりクリアできると考え、条件を整えば実施できると認識していた。

3) 【責任を明らかにするならばよい】

＜医師の常駐＞＜施設の決め事＞＜医師の指示＞＜制度化＞＜法的根拠と責任の明確化＞等の条件が整えば実施してよいと認識していた。

4) 【ハード面での環境整備があればよい】

＜家族の来訪等の配慮したスペースの確保＞や＜ハード面での環境整備＞という条件が整えば実施してよいと認識していた。

5) 【人的資源が充実していればよい】

＜看護師や介護士の十分な人数がいればよい＞と認識していた。

「していない」群において「そもそも反対である」の理由としては【死亡確認は医師の責務である】が抽出された。

その内容としては＜死亡確認は医師が行うと教育を受けている＞＜死亡確認は医師のみが行うと考えている＞＜死亡確認は医師のみがすべきである＞＜職務上、医師の確認のあのほうが良いと思う＞といった医師が行うべきものとの認識か

ら反対であることに集約された。

「していない」群において「どちらともいえない」に関する理由としては【看護師による看取りの体制を整備することが必要】【死亡確認は医師の責務である】が抽出された。

その内容としては＜老健では医師がいる＞＜医師の仕事とっていたが考え直す時期かもしれない＞＜まだ法的に整備されていない＞といった多様な記載がみられた。

5. 看護職による看取りを行う上での注意点

呼吸停止確認をしている群におけるその際の看取りを行う上での注意点に関するカテゴリとして【家族へ状況を十分説明し信頼関係を結ぶ】【家族を含めたチーム内で共通認識し連携を深める】【死の徴候について再確認する】が抽出された(表5)。

1) 【家族へ状況を十分説明し信頼関係を結ぶ】

家族に対しては＜看取りの同意を得ている＞状態で、＜家族とのコミュニケーションがとれるようにしている＞日常の中で、＜医師が来れない状況について家族に説明＞したり＜事前に十分家族と話し合っている＞＜家族への説明をしっかりとしている＞＜家族との信頼関係を結んでいる＞ことの注意点が挙げられていた。

2) 【家族を含めたチーム内で共通認識し連携を深める】

＜死亡したという言葉は使わずに確認したこと

表5. 介護老人保健・福祉施設における看護職による看取りを行う上での注意点

(コード総数 11, 記載した看護師数 11)

カテゴリ	コード
1. 家族へ状況を十分説明し信頼関係を結ぶ	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への説明をしっかりとしている ・家族との信頼関係を結んでいる ・事前に十分家族と話し合っている ・家族とのコミュニケーションがとれるようにしている ・医師が来れない状況について家族に説明する ・看取りの同意を得ている ・家族に十分配慮している
2. 家族を含めたチーム内で共通認識し連携を深める	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡したという言葉は使わずに確認したことをスタッフに伝える ・家族を含めてスタッフの連携がとれるようにしている ・家族に施設の医療体制を理解してもらう
3. 死の徴候について再確認する	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図で確認したりしている

をスタッフに伝える>ことに配慮して<家族を含めてスタッフの連携がとれるようにしている>ことや、<家族に施設の医療体制を理解してもらおう>ことが挙げられていた。

3) 【死の徴候について再確認する】

死の徴候の確認については<心電図で確認したりしている>が挙げられていた。

考 察

1. 高齢者の予想される死における介護老人保健・福祉施設の看護職の呼吸停止確認の現状

死亡確認に関する法律について川越⁷⁾は、医師と看護師が常時身近に存在することを前提として整備されてきたそれまでの法律は、在宅という新しい環境を十分カバーしていないため、結果的にサービスを受ける患者が不利益を被り、携わる医療者に過度の負担がかかることになったと指摘している。この課題は在宅のみならず近年、看取りが増加している介護保険施設等の高齢者の生活の場にも該当することである。したがって、看護職による呼吸停止確認という医行為については、社会的コンセンサスを得て、看取り加算に組み入れたり、ガイドラインを作成するなどの法的・制度的環境整備を行い、利用者の不利益や看護職の負担を軽減することが急務であると考えられる。

本研究の対象者である介護保険施設の回答者の基本属性については、看護職の平均年齢は、老人保健施設、特別養護老人ホームとも50代と高く、施設看護の現場は中高年の年齢の看護職に支えられていることが明らかになった。その背景としては、病院の場合、2交代制もしくは3交代制で勤務することが一般的であり、加齢により生活リズムの不規則が体調に影響を与えうが、介護保険施設においては、看護職の人数からオンコール体制や当直制をとっていることが多いため、勤務しやすい状況にあると考えられる。また、予想される死の臨死における尊厳死の普及とともに、無理な延命治療が避けられる趨勢にあるため、看護業務においては慌ただしく救命救急処置に追われることなく、対象者および家族に関わることができ

ることも中高年の看護職が多くなっている原因と推察される。

大学を卒業した看護職がみられなかったことについては、育成機関の増加が1990年代頃から起こっており、40代以上の大学卒看護師については、母集団が少ないことが原因として考えられる。介護保険施設看護については、専門看護師よりも認定看護師に対するニーズが高い現状にあるといえる。

「予想される死」における看護職の呼吸停止確認の現状については、本研究結果から、介護保険施設における死亡確認は、老人保健施設より特別養護老人ホームで日常的に多く実施されていることが明らかになった。この理由の第一には、「している」理由に多く記載されていたように、特別養護老人ホームには医師が常勤していないということが挙げられる。施設の設置基準上、老人保健施設と違って特別養護老人ホームについては医師の常勤が義務付けられておらず、非常勤医師が勤務していることが殆どであり、勤務日数については7割が10日未満であったとされている⁸⁾。したがって、利用者の臨終の場面にしばしば医師が不在であり、唯一の医療職である少数の看護職による呼吸停止確認が日常的に行われていると推察される。

理由の第二には、近年の政策やその背景にある社会的ニーズが挙げられる。いわゆる終の住み家とされる特別養護老人ホームでは2006年から一定の要件を満たすと介護報酬上、看取り加算が算定されるようになっており、死亡日やその前日および前々日の単価は非常に高く算定されている。このような政策が看取り自体を増加させ、看護職による看取りを増加させている⁹⁾。そして、その場面においてただ一人の医療職である看護職による呼吸停止確認が多くなっていることが推察される。一方、老人保健施設においては、看取り加算が算定されたのは2012年からであり職員の意識をはじめとして、体制がまだ整っていない状況にあると考えられる。

2. 看護職による高齢者の死亡確認に対する認識

看護職による死亡確認に対する認識については、本研究結果から、賛成もしくは条件が整えば賛成が特別養護老人ホームと老人保健施設を合わせて対象者の半数以上を占め、少なからず肯定的に捉えていることが明らかになった。

前述したように、研究者らの先行研究では、看護職の判断で行えると認識しているものに呼吸停止確認や死亡確認が挙げられており、「予想される死」における看護職による死亡確認の日常的な実施が推察されていたが、看護の場を施設看護に移しても、同様の認識状況が明らかになったといえる。なお、今回の調査は看取りに関心ある看護職を責任者に推薦してもらう形をとっているため、それが結果に影響を与えている可能性がある。

呼吸停止確認の賛成者における理由について【家族の理解が得られていればよい】および【高齢者本人に対する尊重の気持ちがある】が挙げられた。研究者らは、前述の先行研究において、訪問看護師の医行為を支えている2つの理念、すなわち、「速やかに苦痛を軽減する有効な方法である」および「対処方法を実行できる要素が揃っている」について報告してきた^{7,8)}。本研究結果から、呼吸停止確認という医行為について看護職は、本人および家族の苦痛の軽減を最優先するという認識のもとに、対処方法を実施できる条件が看護職には揃っているがゆえに賛成していると捉えられる。今回の調査による認識は研究者らの先行研究と一致する結果であった。とくに医師の到着を何時間も待つことの不利益が理由に多く挙げられていたが、それは、時には耐え難い苦痛を伴うことが推察される。例えば、<エンゼルケアは死後硬直が始まる前に行ったほうがよい>との記述が示唆しているように、硬直が始まってしまうと、死後の処置の過程で様々な不都合を伴い、それらは家族の苦痛や、ひいては亡くなった本人の不利益にも繋がる。それは清水²⁾が提唱する人生をまっとうする、を目指す看取りのケアには程遠い現実である。本人・家族の不利益に対し、自分には対処できる条件が揃っているからその方法を実施す

るという考えは、看護における普遍的で重要な観点と考えられる。

また、特別養護老人ホームにおいては、日常で死亡確認を実施している群に「どちらともいえない」が多くみられたが、これは、看取りの実施が多ければ、その理由にも挙げられていたように、医師の体制や家族の状況から、どちらともいえないケースもまた多いことが原因と考えられる。

介護老人保健施設においては、死亡確認をしており「賛成」である、死亡確認していないが「しかしすべきである」「条件が整えばすべきである」を合わせると22名であり、半数を超えている。かつて病院と自宅との中間型とされてきた介護老人保健施設は、近年、療養型介護老人保健施設が設置され始める等、時代とともにその姿を変えてきており、前述した看取り加算が算定されてきている。常勤医が配置されているとはいえ、夜間に到着を待つ時間が長いということが少なくない現実が推察され、呼吸停止確認の是非に影響を与えていることが推察される。

一方、呼吸停止確認を反対する理由としては、死亡診断は医師がすべきといった医師の責務に関することに集約された。現在の死亡診断に関する法律であるため、その認識のもとに実践しているのは当然のことである。しかしながら、記載内容には看護職が呼吸停止確認したがゆえに問題が生じたという例は見当たらない。この結果からも看護職が取り急ぎ呼吸停止確認していることに対しては家族への十分なインフォームドコンセントがあれば、あまりトラブルが生じていないことが推察できる。川越⁴⁾が指摘しているように、死亡確認に関する法律については、新しい環境をカバーする形での整備が望まれる。そして、その解決の糸口を見出す作業が求められる。

条件付賛成には知識や技術の向上に関するものが多く挙げられており、責任への重圧が示唆されている。教育プログラムには、看護基礎教育だけでなく、卒後教育においても、十分な配慮や検討が求められる。

看護職による看取りを行う上での注意点には、「家族に状況を十分説明し信頼関係を結ぶ」が挙

げられており、それがあってこそその実践を意味するものである。また、看取りはチームで行うものであり、注意点に記載されている共通認識を持ちながら連携を深めることは、医師不在の状況であれば一層、重要性を意味しているものと考ええる。

3. 本研究の限界と課題

本研究においては呼吸停止確認を、医師の到着を待たずに死後の処置に入るケアを含む実質的死亡確認を包括するものとして定義して調査したが、表3にはく呼吸停止確認のみを家族に伝えている><心肺停止を嘱託医に連絡し、死亡確認している>とあえて分けて説明した記述がみられている。本研究企画の意図することは、看護職による呼吸停止確認を、医師による死亡診断書とは違った位置づけ、すなわち、死亡診断のプロセスにおいて新たに呼吸停止確認およびそれに伴うある種のフォーマット、もしくはカルテ記載に対して診療・介護報酬が加算される等の制度的なニーズについて明らかにすることであった。呼吸停止確認と死亡確認を分けた記述は、本研究の趣旨をくみ取った形での回答と考えられるが、他の回答については、本研究の意図が必ずしも伝わっていなかった可能性がある。今後、その課題を踏まえた形で調査すれば、現場のニーズがより具体的な形で浮上する可能性がある。

結 語

高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認は、介護老人保健施設より特別養護老人ホームで多く実施されていた。賛否については、特別養護老人ホームで「どちらともいえない」が多かった。肯定的認識の理由としては、家族の理解が得られていればよいが最も多く、医行為を支える重要な理念と考えられた。反対者の理由については医師の責務であるからに集約された。

看護職による看取りを行う上での注意点には、家族に対する十分なインフォームドコンセントが挙げられていた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力くださいました介護老人保健施設および特別養護老人ホームの看護職の皆様には深く感謝申し上げます。

本稿は、平成25年度日本学術振興会研究費補助基盤研究C：高齢者の「予想される死」における看護職の看取り教育プログラム開発（課題番号：25463285）（研究代表者：川原礼子）により実施した研究の一部である。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf>
- 2) 清水哲郎：<人生をまっとうする>を目指す看取りケアとしての“end-of-life care”―臨床死生学と臨床倫理学との交差する場面で―、老年看護学，**36**(2)，152，2013
- 3) 石川美智：在宅での看取りに関わる訪問看護職の臨終の現状、死の臨床，**34**(1)，134-140，2011
- 4) 川原礼子、齋藤美華、大槻久美：訪問看護場面の尿閉に対する医行為の実態およびその認識 アセスメント状況と看護師の判断でできると考え得る理由、看護実践の科学，**37**(2)，30-37，2012
- 5) 坂口幸弘、池永昌之、田村恵子、他：ホスピスで遺族を亡くした遺族の心の心残りに関する検索的検討、死の臨床，**31**(1)，74-81，2008
- 6) 東憲太郎：終の棲家からの救急搬送、日本医事新報，**4728**，18-19，2014
- 7) 川越厚：在宅末期がん患者に対する医療行為、訪問看護と介護，**13**(3)，222-226，2008
- 8) 三菱総合研究所：介護施設における医療提供に関する調査研究，9-20，2012
- 9) 今川孝枝、荒木晴美、新鞍真理子、他：富山県における介護老人福祉施設での看取りの現状の調査と分析、共創福祉，**9**(1)，25-34，2014
- 10) 齋藤美華、大槻久美、川原礼子：訪問看護師の裁量拡大に対する当該職種への認識の内容、東北大学医学部保健学科紀要，**21**(1)，33-39，2012
- 11) 齋藤美華、大槻久美、川原礼子：高齢者の排便ケアに関する医行為が訪問看護師の判断で行えると考えた理由、老年看護学，**16**(2)，65-71，2012