

“Nurse Executives’ Perceptions of End-of-Life Care Provided in Hospital”

Kimberly K Garner, Julia A Goodwin et al. USA

JPSM vol.45 No2. Feb. 2013

5 人に一人または、人口の 19%が、2030 年には 65 歳以上になるだろう。多くの人たちが、病院が提供する最近の終末期ケアや高齢者に対する医療に懸念を持っている。

この研究の目的は、病院で提供される終末期ケアに対する看護管理者の認識を知る。

方法は、パイロットを施行後に質的な記述式インタビュー。内容は、看護管理者の理解、信念、彼らの施設の終末期ケアへの認識である。

結果は、10 名の看護管理者インタビュー。病院の終末期ケアについて、1) 不十分なコミュニケーション 2) 不適切な教育 3) 病院システムによる制約 4) ホスピスサービスの利便性 5) 看護管理者の支持 が看護管理者の認識から明らかになった。

まとめは、介入の必要性に焦点が当てられた。ベッドサイドと移行期におけるコミュニケーションの向上と教育的介入の強化、患者中心のケアシステムの開発、これらは、患者、家族へのより質の高い終末期ケア提供につながる。看護管理者は、終末期ケアのリソースの使用が少ないが、モデルの開発や文化の違いを統合して、質の高いケアを患者に提供できる。

導入

今後さらに高齢者が増えると予想される。高齢者は 1 つ以上の慢性疾患を持ち、しばしば、経過の見通しが立たないことが多い。USA のヘルスケアシステムは、急性期とエピソードベースであり、しばしば慢性疾患の悪化による患者のニーズに対応できていない。

The Institute of Medicine の報告では、90%の患者が家族や友人に囲まれて、自宅で最後を迎えたいと希望しているが、実際は、56%急性期病院、19%長期療養施設で亡くなるまで治療を受け続けて亡くなっている。

このように希望する選択が受けられない主なバリアは？

- (1) 医療者、患者、家族間のコミュニケーション不足
- (2) cure と技術に医療の焦点が当たっている
- (3) 現実的でない患者と家族の希望

最近の研究では、「先を見通した経験豊富なマネジメントは、病院の終末期ケアのシステムチックな変化に不可欠である」とされている。終末期ケアの向上には、戦略的計画、地域の教育、ポリシーと手順の評価が必要とされる。看護管理者は、知識、臨床経験に責任

を持ち、効果的な変化の権限を持っており、キーとなる人物である。

この研究は、看護管理者の病院における終末期ケアの提供についての考えを探索する。

方法

個人へのインタビューによる質的研究

アーカンサス大学などからリクルートを行い、文書による IC を行なった。

インタビューガイド使用。1.5～2 時間。25 ドルのギフトカード提供。

分析

ATLAS-ti(ver5.2)使用。

結果

10 名 看護管理者。平均 51.2 歳。9 名は修士号取得。Vice president of Patient care services から chief nursing officer ,nurse executive officer. 20～500 ベッドの病院の看護スタッフの管理、病院は地域病院。

病院での終末期ケアのバリア

すべての看護管理者が、ベッドサイドナース、患者、家族、医師のコミュニケーション不足をあげた。効果的なコミュニケーションは、患者の病状に対する気づきを促し、治療の選択肢の話し合い、治療の意思決定のサポート、適切なヘルスサービスの利用につながる。しかし医療者は、終末期のプランのような難しい話し合いについてのトレーニングを受けてきていない。研究の参加者は、終末期のケアのゴールについての話し合いや治療決定の話し合い不足や遅れは、突然の移行になり、衝突に結びつくと言っている。

例 1

姉妹の一人は、蘇生について「すべてやって欲しい」と希望。しかし、リビングウィルは、No である。医師は指示を書いていない。ナースプラクティショナーである姉妹は、電話で「彼女はリビングウィルで No と言っており、私達は何もして欲しくない」と述べた。最終的には、指示がないため、挿管となった。その時の看護師は後で医師から「彼女はターミナルのがんでリビングウィルを持っていたんだ」と責められた。それなら、なぜ指示を書かなかったのでしょうか。

複雑な状態に対して、複数の医師で治療が行なわれている場合のコミュニケーション欠如が顕著である。これは、患者や家族が事前に総合的な健康状況と見通しについて話し合わないことにつながっている。

例 2

医師たちは、共に話すことなく、全体像を告げることがないのでより混乱します。

病院は、患者に情報を提供し、アドバンスディレクティブをオプションとして示しますが、患者たちにとっては、それは漠然としており、医学的なケア決定には十分でないようである。

例 3

私は、人々の希望はつらい状態になる前に聞くべきだと思う。そうすれば、紙にサイン

ができるし、医療者はサインがあることを知ることができる。

終末期ケアの提供に関わる教育不足

患者の個別的なニーズに答えるためにもっと教育が必要である。特に、ベッドサイドナースと看護管理者の教育の必要性を述べている。終末期の新しい治療モデルが病院のナース、看護管理者、その他の医療者が患者中心のケアを提供するために必要。管理者は、ナースやその他の医療者のトレーニングやエンパワーの必要性を認めている。1) 傾聴 2) 質問を促す 3) 患者が終末期について話す準備ができた時に受け止める。すべての医療者、特にナースは患者と共にどのようにゴールを目指すかを知っていなければならない。終末期ケアのトレーニングは、これから医療者として働くすべての人にも、すでに働いている医療者にも継続して教育される必要がある。

例 1

患者が安楽で自然にすごすために、ルールを曲げるなどが必要かもしれない。例えば、面会時間、ペットを連れ来るなど、なぜ、できないのでしょうか。

数人の看護管理者は、ナースやその他の医療者にたいするメンターシステムが助けになるかもしれないと述べている。終末期ケアは共通の介入ではないため、教育は難しい。

例 2

なぜ終末期教育が難しいかという、誰にでも当てはまる正しい道や行動がないからです。それがたとえ、普通でないとしても、状況や患者、家族にすべての可能性が開かれている。

病院のシステムが、終末期ケアの提供を束縛している

急性期病院が患者の終末期に多大な役割を果たしていると看護管理者は、知っている。しかし、リソースや経済は、大きなバリアとなっている。短い入院期間は、医療者が関係を作り、話し合いをサポートし、繊細な問題について扱うのを難しくしている。個別的なケアプランは、必要でもあり、問題でもある。

例 1

病院はその場ではない、例えばそれらの意思決定をする時間を持つ、緩和ケアを提供するような…さまざまな理由で入退院する状況で看護管理者は、プレッシャーにさらされている。患者、家族は、次の段階のケアについて前もって話されていたとしても、多くは準備ができていない。管理者は、その人たちを、行きたくないと足を踏ん張っている人をドアから押し出すような気持ちです。

例 2

ケアのプランに Ns, 栄養サービス, RT, PT をチームに入れることができればラッキーです。しかし、地域病院では、計画に医師は入りません。プランはおおまかなもので個別性も必要ですが、うまく機能しません。そして、Ns はそれを嫌います。私は長い間、何か道を見つけなければいけないと思ってきました。全体的な図が欲しい、患者たちはどこに向かう

のでしょうか。そこにたどり着くのになにをすべきなのでしょう？

終末期のケアプランをホスピス、その他のリソースと共に自宅で過ごせるように病院で立てたとしても、症状コントロール（疼痛など）が難しければうまくいきません。介護者のストレスや燃え尽き、在宅死への文化的なバリアも要因です。ナーシングホームに退院させる場合にも同様のバリアがあります。

例 3

今まで数多く、ホームは入院が必要でない場合にも居住者の終末期ケアを病院に移してきました。長い道のりをきましたが、たどり着いていません。ナーシングホームも多くの教育が必要です。

例 4 小規模病院からの研究参加者は、終末期ケアの提供は、都会の大きな規模の病院とは違い、小規模病院では重要なサービスだと述べました。

私達には、内科医がいません。スペシャリストも少ない。病室は手術後と家庭医からの患者です。私達は喜んで終末期の患者を診ます、ホスピスを続ければ私達は支払いを受けます。彼女は、地域では在宅や長期療養施設などの選択肢は制限があると言います。長期療養施設では、家族のためのスペースの確保ができません。そして症状コントロールが困難な場合、すぐにとりか、頻繁に調節することはできないと言います。

終末期ケアを進める因子

ホスピスサービスへのアクセス向上や終末期ケアトレーニングを進めること。看護管理者の役割は、患者中心の終末期ケアに特化した代弁者になること。ホスピスへアクセスすることは、4人の管理者に終末期ケア向上へのポジティブな因子としてあげられた。ホスピスに対立するのではなく、包含すべきである。

選択肢が増えているにも関わらず、医療者は話し合いを避けたり、遅らせたりしている。これは、医療提供者の受けてきたトレーニングが不適切であることに関連している。そのため、ホスピスの支援は治療コースの終わりにしか、希望されない。

終末期ケア実施の代弁者としても看護管理者

管理者は、問題を解決し、患者の代弁者となる。方針、やり方を整える。管理者は病院での終末期ケアのポリシーを作り、適用するのに重要な役割を果たしているが、多くの病院では患者中心ではなく、システム中心になっている。悪いコミュニケーションでは、リソースの利用が増え、入院期間が延長し、提供したケアの満足度が減少する。

例 1

私は、すべてのルールを壊しました。人々が安楽に過ごせるようにするために管理者になったのだと考えています。

看護管理者は、経過、治療のゴール、終末期ケアのコミュニケーションについて、代弁者（患者、家族、ベッドサイドナース）の役割があります。

例 2

管理者は定期的に介入して、全員を集めて、誰が中心人物か、家族と話しているのはどれか確認します。それぞれが異なったメッセージを発信しており、そのため家族はメッセージを受け取っていないからです。

例 3

管理者は、終末期の難しい状況になった場合の相談が遅いと感じています。

私は時々、人々がもっと早く私を入れてくれればと思います。たった一人の患者と家族が病棟すべてをひっくり返しているからです。

この研究の看護管理者は、組織を代表し、患者、家族、Ns,その他の医療者の代弁者と自身をみています。多くの管理者は、自身の最初の看護経験をベッドサイドナースとしてまたは、看護補助者として始めています。そして、患者中心のケア提供のキーになれると考えています。

【考察】

看護管理者が認識している終末期ケアを病院で提供する場合の問題は、以下のようにまとめられる。

1) コミュニケーション不足 2) 教育のニード 3) 病院のシステムの制約 これらが、病院で適切な終末期ケアを提供するのを妨害している。看護管理者は、どのようにすごしたいかを確認するための話し合いやホスピスサービスは終末期ケアに提供されるケアを向上させているにもかかわらず、ホスピス紹介が遅いまたは、行なわれないことに気づいている。リソースの使用が十分でないことや病院において終末期ケア向上の代弁者であることも意識している。そして患者、家族は、効果的なコミュニケーションをとる十分な時間もなく、人生の最後や喪失を迎えて、不安や抑うつ、喪失に苦しんでいる。

病院のシステムの制約；ヘルスケアシステムは急性期を対象としており、終末期ケアプランを含む、慢性疾患の長期ケアニーズに適していない。最近では、不適切なコミュニケーションが、リソースの使用の増加や患者・家族の混乱に関係していると言われている。

教育のニード；残念ながら、効果的なコミュニケーションや包括的で学際的な終末期ケアの教育は、最近のカリキュラムではまれである。これらのトレーニングは、すべての医療提供者のカリキュラムコアや継続教育で提供されるべきである。

管理者は、入院期間の短縮や仕事量の増加により、ベッドサイドナースや他の医療者が、患者と過ごす時間が減り、これらの複雑な状況やニーズを包括的に捉えることが難しくなっていることも理解している。時間の不足は、本研究以外の病院の終末期ケア提供に関する研究でも報告されている。また、これまで看護師は患者の代弁者としての役割を伝統的に果たしてきたが、患者が何を求めているかがわからなくなり、ベッドサイドナースがその役割を果たせなくなっている。

【研究の限界】

質的研究は、確認されたテーマの広がりをアセスメントするにはデザインされてい

ない。また、この研究は、管理者の認識した問題の解決を引き出すデザインではない。今後、確認された問題の解決を目指した研究が必要だろう。加えて、量的な研究により、より一般的な看護管理者を対象に調査が必要だろう。

本研究は、管理者が終末期ケアリソースを十分に利用していないが、重症疾患や慢性疾患にある患者に対する高いレベルのケア提供の革新的なモデルの支持者になりうることも示している。