＜特集「看護の本質を探究する専門看護師の未来」＞

看護の本質を探究する専門看護師の未来 ～地域で活躍する老人看護専門看護師の立場から～

関　川　加奈子*

医療法人社団都会 訪問看護ステーションにしがも
京都市北区・上京区認知症初期集中支援チーム

The Future of Certified Nurse Specialist Exploring the Essence of Nursing ～From the Perspective of Gerontological Specialist Nurses Active in the Community

Kanako Sekigawa

The Medical Corporation MIYAKOKAI
Dementia Initial Intensive Support Team for Kita Ward and Kamigyo Ward, Kyoto City

抄　録

高齢者の数がほぼピークを迎える 2040 年を見据え，医療機関の機能分化が促進されており，「病院完結型」の医療から「地域完結型」へのパラダイムシフトが叫ばれている．高齢者の看護の質を向上させる役割をもつ老人看護専門看護師は全国で 288 名であり，そのうち訪問看護ステーション，介護保険施設，診療所・クリニックと地域に勤務する老人看護専門看護師は，約 1 割に過ぎない．高齢者が住み慣れた地域で暮らすことを支える地域の看護機能の強化が課題であり，地域で活躍する老人看護専門看護師の役割は大きい．

キーワード：高齢者，認知症，老人看護専門看護師，End-of-life.

Abstract

Looking ahead to 2040, when the number of elderly people in Japan is expected to peak, the functional differentiation of medical institutions is being promoted. People are required to shift from hospital-centered healthcare to community-centered healthcare.

There are 288 Certified Nurse Specialists in Gerontological Nursing（GCNS）nationwide who are tasked with improving the quality of elderly care. However, only about 10% of them are working in the community, such as in home-visit nursing stations, long-term care insurance facilities, clinics, and other local settings. Strengthening nursing functions within the community to support elderly people living in familiar surroundings is an essential challenge, and the role of（GCNS）in community settings is substantial.

Through this article, I would like to think about our tasks and duty, and objectives that certified geriatric nursing specialists in communities have been facing in recent years.

Key Words: Elderly people, Dementia, Certified Nurse Specialist in Gerontological Nursing, End-of-life.

令和 7 年 3 月21日受付　令和 7 年 3 月21日受理
*連絡先　関川加奈子　〒603-8832　京都市北区大宮南田尻町59 医療福祉複合施設にしがも3F
sekigawa@miyakokai.or.jp
doi:10.32206/jkpum.134.04.241

はじめに

高齢者の数がほぼピークを迎える2040年を見据え，厚生労働省は医療機関の機能分化や連携を促進し，良質な医療の効率的な提供体制の方針として「地域医療構想」[1]案を公表した．また「治す医療」から「治し，支える医療」，つまり，「病院完結型」の医療から「地域完結型」へのパラダイムシフト[2]が叫ばれている．

全国にいる専門看護師3473名のうち，老人看護専門看護師は全国で288名である．勤務場所の内訳では，7割が病院であり，訪問看護ステーション，介護保険施設等，診療所・クリニックと，地域で活躍する老人看護専門看護師は，併せて約1割に過ぎない[3]．高齢者が住み慣れた地域で暮らすことを支える地域の看護機能の強化が課題であり，地域で活躍する老人看護専門看護師の役割は大きいと考える．

今回，老人看護専門看護師になろうとした動機，大学院修了後から，地域に拠点をおいて，高齢者が住み慣れた地域でEnd-of-lifeを支える看護実践の現状と課題を報告する．

老人看護専門看護師への動機

私は，大学病院の内科・外科・緩和ケア病棟等で25年以上勤務するなかで，がん性疼痛看護認定看護師を取得し，病棟や緩和ケアチームで主にがん患者の緩和ケアに携わってきた．患者の高齢化が進み，がん治療中にもかかわらず容易に肺炎を併発したり，入院環境の変化によりせん妄や認知機能低下が惹起されたりなど，高齢者特有の脆弱性ゆえに，医療と生活の両面で支障が生じる事象にしばしば直面した．End-of-lifeをどのように過ごすかACP（Advance-care-planning）の話し合いをするなかで，本人や家族から，「病気は治ったが，すっかり弱ってしまった」「トイレくらいは一人で行けるようになるまで動けるようにならないとこのままでは家に帰れない」等と言われることもあり，高齢者の医療・ケアに課題を感じるようになった．

そのような時期，認知症を有するがん患者が，食事を摂ろうとしなくなったとスタッフから相談を受けた．医療者は「食事が摂れないのは，がん終末期に生じる自然な経過で，積極的な食事介助がかえって苦痛につながるため差し控えることが適切」と考えた．一方，家族は「認知機能の低下から食べ物だと認識できないために食べられないのであって，認知機能を強化した食事介助を積極的に行ってほしい」と希望された．

「食事を摂ろうとしない」ことが，がん終末期の食欲低下を意味するのか，認知症特有の視空間認知の低下から食事を認識できないゆえか，あるいは両方の影響か．がんはかなり進行していたため，終末期の症状としての「食欲不振」という見解は間違いではないかもしれない．しかしながら，「がん患者」という主病名の患者理解では描ききれない道のりを，医療者は理解しようと努めなければならなかったのではないかと考えさせられた．

多併存疾患を有する高齢者は，「主病名」「既往歴」という枠組みにとらわれず，複数の疾患の病みの軌跡を重ね合わせて捉えなければならないことを痛感すると同時に，老年期にある人々を支える看護の専門性を探究したいと考え，大学院に進学した．

活動場所の特徴

大学院教育を修了し，当法人に就職して2年になる．当法人の特徴は，外来診療，訪問での診療・看護・リハビリ・介護・栄養部門，通所および入所施設，居宅療養支援事業所といった，複合的に事業所を有し，あらゆるニーズに対応しうる体制が整っている．訪問診療の患者数は600名を超え，新規利用者の主疾患は「がん」，「認知症」であり，継続利用者の約3割が「認知症」を有している．主な訪問地域である京都市北区の高齢化率は29.7%[3]であり，ブランド野菜などの地場産業が盛んで，強い地元愛をもって暮らす高齢者が多い．

役割別活動内容

当法人のなかで，私が業務を担うのは，訪問看護と訪問診療，および，京都市の委託事業で

ある認知症初期集中支援チームである．高度急性期病院から地域に実践のフィールドを移して3年，老人看護専門看護師の資格を取得して2年の活動を通して，「（認知症）高齢者が住み慣れた地域で安心してEnd-of-lifeを過ごす」視点で，自身の実践と課題を整理する．

1．実践

訪問診療では，600名を超える利用者のうち，6割を在宅で看取っている．高齢者のEnd-of-lifeを在宅で伴走するプロセスは，まさに「地域完結型」である．利用者や家族がもつ個々の人生経験や価値観を形作ってきた物語に一番近いところが自宅である．そのため，自宅はACPにおける話し合いのきっかけづくりがしやすい場ともいえると古瀬は述べている[4]．私自身，高度急性期病院では「人生最終段階の医療やケア」の意思決定を中心の支援をしていたが，現在では，日常生活場面の延長線上で医療やケアへの思いをくみ取り，多職種でつなぎながら，ACPを積み重ねることができている．

一方で，認知症のEnd-of-lifeにおいては，家族によって代理意思決定がなされることが多く[5]，認知機能低下によりコミュニケーションが十分に図れず，治療的パートナーシップの形成が困難なケースは高度実践を必要とする[6]．

老人看護専門看護師として，特に認知機能低下をきたしている高齢者が最大限にコミュニケーションを取れるよう心身の状態を整え，日常の環境のなかで本人のもつ力を十分に引き出し，アドボカシーの役割を担うこと，周囲の人を含めた対話や多様な価値を有する多職種での協働を促進する役割を果たすことが課題である．

2．相談

地域では相談の本質の見極めに非常に難渋することがある．80代の高齢者が50代の引きこもりの子供の世話をしていることに象徴される「8050問題」といった重層支援を要するような状況などである．

例えば，あるケースでは認知機能低下のある高齢者の場所の見当識障害による行方不明，訪問介護者への性的ハラスメントや支援拒否，家族成員の死去，主介護者である家族成員の精神疾患の増悪など，あらゆる要因が複雑に影響しあっているような相談である．このケースでは，本人や家族，支援者らと話し合い，本人の一定期間の入院を試みることとなった．入院施設に付き添い，入院の手配が整った途端，本人からの意向表明は困難だったが，家族は本人につらい思いをさせる自責の念から，涙ながらに入院をとりさげられた．この家族の背景にある思いを改めてよく聞くと，元気だった元の姿に戻ってほしいという切なる願い，身体的には存在しているが心理的に不在であると認知されることにより経験されるような「曖昧な喪失」[7]の体験，家族自身の精神疾患が背景にあり，この家族の本人と家族の重層的な支援ニーズが相談の本質であったと思われ，私自身，それを見極められていなかった．

Bennerは，熟練者の実践の概念のコンサルテーションへの適用性について次のように述べている．「熟達は熟練者の実践をもたらし，看護師が状況に関連する問題を直感的に理解して対応する能力によって特徴づけられる．熟練者の実践に関わることはコンサルテーションのプロセスをより効果的かつ容易にする．熟練者の看護実践は，実践的な推論を用いて状況のより広い視野を促進する[8]」つまり，直感的な状況理解や熟達がコンサルテーションの効果的なプロセスと広い視野の状況理解につながることから，老人看護専門看護師としての相談において，相談内容における本質を見極める力を熟達させることが課題である．

3．調整

住み慣れた場所で安心してEnd-of-lifeを過ごすことを実現するためには，認知症になっても，人権や個性が尊重され，適切な医療や介護を受けられる社会を目指す『京都式オレンジプラン～10のアイメッセージ～[9]』（図1）の認知症の人の視点「私は，体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ，具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて，すこやかにすごしている」というメッセージがヒントになる．これは，体調を崩

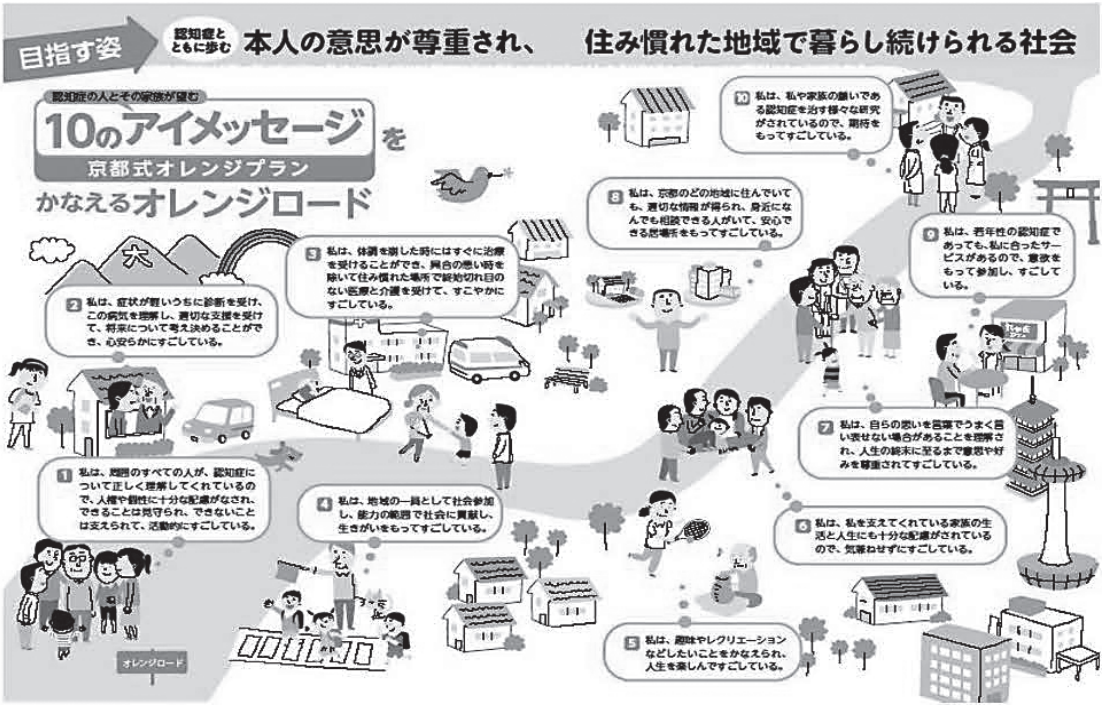

図1　京都式オレンジプラン～10のアイメッセージ～
（出典）京都地域包括ケア推進機構
きょうと認知症あんしんナビ「京都式オレンジプラン」
https://www.kyoto-ninchisho.org/?page_id=444

して，急性期医療が必要となった際にも，過不足のない状況に応じた医療・介護・福祉サービスを受け，速やかに住み慣れた場所に戻れること，その切れ目のない支援の必要性を示しているものである．

在宅療養のなかで，骨折や何らかの急性期的な状態で入院をすることになったとしても，早期に住み慣れた環境に戻れるよう，積極的に本人の暮らしぶりや思いをつなぎ，架け橋となるような調整が必要であると考える．

私自身，大学病院で勤務していた時には，入院してきた高齢者の認知機能がかなり低下しているようにみえても，地域の支援者に確認すると本来はしっかりされていると判明した経験がしばしばあった．高齢者は，環境の変化に容易に影響を受けること，適切なケアのためには，その人が本来もっている力を知らなければならないと痛感した．

現在は，本来のその人のADLや暮らしの様子，家族との関係性，医療やケアに関する希望といった情報を医療機関につなぐことで，入院先での治療・ケアが迅速かつ適切に行われ，早期に住み慣れた環境に戻れるよう，架け橋となる連携・調整を図っている．これらの調整活動を積み重ねるなかで，地域の支援者同士の輪を広げ，地域の看護機能を高められるように取り組むことが課題である．

4. 倫理調整

病院の看護職がとらえる高齢者に関する倫理的問題は，せん妄時や認知症高齢者のチューブ類の自己抜去，薬物療法，転倒予防，身体拘束に関する問題などが多く，生命と直結する医療に関わり，訪問看護師がとらえる問題では，在宅で高齢者の虐待や無視などの高齢者の尊厳にかかわる問題，家族や重要他者にとっての利害や何が最善なのかの判断の難しさが問題となっ

ていることが指摘されている[9]．認知症高齢者の暮らしのなかで生じる倫理的問題はあらゆるところに潜んでいると感じる．虐待といった明らかな倫理的問題から，支援者が各々に自宅へ訪れた際に感じるモヤモヤする違和感のようなレベルのものまで多様である．「今，ここ」の現場には訪問している支援者しかおらず，何かを感じたとしても共有されにくい．シビアな問題に発展する場合には，カンファレンスを行うが，医療・介護・福祉といった多職種の支援者の教育背景は多様であり，倫理的思考のプロセスを共有することは難しいと感じる．まずは何かモヤモヤを感じた時に，そのままにしない倫理的感受性を育むこと，支援者らで共有すること，「臨床倫理 4 分割法」などの検討ツールを用いて倫理的なプロセスで正しく悩むことを，今後の課題として取り組みたい．

5. 教育

当法人の訪問診療・看護部門は「強化型在宅療養支援診療所」「機能強化型訪問看護ステーション」であり，24 時間対応や End-of-life ケアなどといった高度な支援体制をもち，医療依存度の高い利用者への医療･ケアが求められる．看護師の多くが 40〜60 歳代のベテラン看護師であり，高い実践力をもっている．一方で，1989 年看護教育課程で，老年看護学が成人看護学から独立したカリキュラム改正を経験しておらず，系統的に老年看護を学んでいない者もいる．老人看護専門看護師として，意図的に，老年看護に関する教育的関わりをもち，自分たちの看護実践の言語化，根拠のある実践にしていくことが課題である．

また，地域の民生委員にむけて認知症の人への関わりについて教育的な実践を行った際，普段の取り組みへの裏付けとなり自信が持てたといった声が聞かれた．認知症高齢者の地域の支援の輪を支えているや介護職，福祉職らが自信をもって支援にあたれるよう，あるいは，一般市民にも「老い」や「認知症」の啓蒙を発信していくことが課題である．

6. 研究

大学院では「軽度から中等度アルツハイマー型認知症高齢者の自己決定に関する思い」として，認知症高齢者の End-of-life ケアにあたっては，「医療とケア」の意思を取り出して確認すること以前に，その人の日常生活の自己決定，つまり，大切にしている行動や価値，その背景にある思いを聴くことに注目し，研究を進めた．日常生活のなかでこれは自分で決めたいと思うこと，身近な人に委ねたいと思う意向の両側面があり，その背景にある思いを語ることができると明らかになり，そのうえで，日常生活の自己決定の延長線にある，医療やケアの決定を支える必要性を探求した．

現在，在宅療養の現場で，自己決定の意向と背景にある思いを聴く必要性を再認識し，語りを聞くプロセスを実践している．認知機能が低下しつつある人でも，丁寧に尋ねることでくみ取ることは可能であると考える．日常生活に関する思いを，そして，その思いを周囲の人につなぐことにより，高齢者が住み慣れた場所で過ごせるよう実践しているところである． このような取り組みを重ねるなかで，実践を研究的視点で捉え，研究と実践をつないでいくことが課題である．

お　わ　り　に

老人看護専門看護師として歩み始めたばかりではあるが，「治し，支える」地域医療構想のなか，高齢者が住み慣れた場所で安心して End-of-life を過ごせるよう，日々実践を積み重ね，精進していきたい．

開示すべき潜在的利益相反状態はない．

文　　献

1）厚生労働省．“新たな地域医療構想の検討状況について”．第 110 回社会保障審議会医療部会．（参照 2025-3-10）
2）公益社団法人 日本看護協会．“2025 年に向けた看護

の挑戦 看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～”. 看護の将来ビジョン .https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/.（参照 2025-3-10）
3）公益社団法人 日本看護協会.“データーで見る専門看護師”.https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cns/index.html.（参照 2025-3-10）
4）日本医師会.“地域医療情報システム”. https://jmap.jp/cities/detail/city/26101（参照 2025-3-10）
5）古瀬みどり , 東海林美幸. 訪問看護師が要介護高齢者のアドバンス・ケア・プランニングを支援するプロセス . 家族看護学研究, 27: 63-75, 2021.
6）古瀬みどり, 東海林美幸. 訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のアドバンスケアプランニングの課題. 北日本看護学会誌, 23: 19-28, 2020.
7）Mary Fran Tracy・Eileen T. O’Grady（編）, 中村美鈴・江川幸二訳 高度実践看護 統合的アプローチ第二版. 東京：へるす出版. 170, 2020.
8）坂口 幸弘. 悲嘆学入門 死別の悲しみを学ぶ. 昭和堂, 3, 2015.
9）京都地域包括ケア推進機構.“第 3 次京都式オレンジプラン（第 3 次京都認知症総合対策推進計画）”. https://www.kyoto-houkatucare.org/ninchisho/orangeplan/#i-message_hd.（参照 2025-3-10）9）Mary Fran Tracy・Eileen T. O'Grady（編）, 中村美鈴・江川幸二訳 高度実践看護 統合的アプローチ第二版. 東京：へるす出版. 238, 2020.
10）中尾久子, ナカオヒサコ, 潮みゆき, ウシオミユキ, 金岡麻希, カナオカマキ, キノシタユミコ. 看護職・介護職がとらえる高齢者の倫理的問題に関する文献検討. 第一薬科大学研究年報, 39: 75-87, 2023.

著者プロフィール

関川加奈子　Kanako Sekigawa
所属・職：医療法人社団都会　訪問看護ステーションにしがも　京都市北区・上京区認知症初期集中支援チーム
略　　歴：1993 年 3 月　京都府立医科大学看護専門学校卒業
1993 年 4 月～ 2021 年 3 月　京都府立医科大学附属病院
2009 年 6 月　がん性疼痛看護認定看護師取得
2021 年 4 月　医療法人社団都会　訪問看護ステーション
2022 年 4 月　京都市認知症初期集中支援チーム（兼務）
2023 年12月　老人看護専門看護師取得
専門分野：緩和ケア, 老年看護
主な業績：関川加奈子. 看護師だからできるケミカルコーピングへの対応　ケミカルコーピングに対する看護介入. 消化器看護, 25: 83-90, 2020.
関川加奈子, 谷口彩乃. オピオイド鎮痛薬の依存が疑われた症例. 看護技術, 66: 53-56, 2020.