

笹川記念保健協力財団 奨学金支援

助成番号：2016-

(西暦) 2017年3月17日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

理事長 喜 多 悦 子 殿

2016年度奨学金支援

完 了 報 告 書

標記について、下記の通り完了報告書を添付し提出いたします。

記

所属機関・職名 大阪府立大学大学院 看護学研究科 博士前期課程 在宅看護 CNS コース

氏名 清水 奈穂美

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
2016 年度奨学金支援 完了報告書

課題研究

「Shared Decision Making の観点からみた在宅高齢者の終末期栄養療法に関わる
チームの合意形成における訪問看護師の支援」

大阪府立大学大学院看護学研究科博士前期課程
生活支援看護学領域 在宅看護学 CNS コース
清水奈穂美

I. 研究背景

わが国では、高齢化の急激な進展の中で、人生の最後の時期をどう過ごすか、どのような医療を受けたいかだけに留まらず、最期まで自分らしく過ごすことへの関心が高まっている（厚生省，2014）。特に、在宅高齢者が「食べること」ができなくなった時の栄養療法の選択は、療養の場やどのような終末期を過ごすのかを考えることになるため、在宅高齢者本人や家族を含む医療者や介護職のチームによる話し合いが重要となる。高齢者の栄養療法に対する価値観は様々であり（会田，2012；山岸，森田，2012；小野ら，2005；土井ら，2011；久保川ら，2014）、選択の決定に合意することが難しい場合がある。価値観の相違がある中で、在宅高齢者の終末期における栄養療法に関わるチームの合意を図ることは最善の医療とケアを実現するために必要である。

高齢者の栄養療法を中心とした意思決定プロセスに関するガイドライン（日本老年医学会，2012）では、医療者や介護職と本人と家族がコミュニケーションを図り合意を目指すプロセスを通して共に選択・決定することを推奨している。病院や施設では、高齢者の栄養療法を検討するために、看護師は意思決定プロセスを開始し、情報共有や関係者間の調整、継続的な支援を行う役割がある（佐伯，諏訪，2014）といわれているが、具体的な内容は示されていない。

訪問看護師の意思決定支援に関する調査（万代，金山，2015）では、訪問看護師はチーム間の葛藤を認識し支援しているが、どのように状況を判断し支援につなげているのかは明らかにされていないと報告している。在宅において、訪問看護師は輸液や経管栄養に関する知識や技術と情報をもつ専門職であり、在宅高齢者本人の意向を確認し、チーム内の葛藤をとらえ、共に話し合いをすすめることができると考えるが、栄養療法に関わるチームの合意形成における支援を明確にした研究は殆ど行なわれていない。

欧米では、治療やケアの選択における意思決定の方法論として **Shared Decision Making**（協働意思決定プロセス、以下 **SDM**）が用いられている。**SDM** は、患者の価値観や選好、最善のエビデンスに基づく治療選択肢と起こりうる有益性と有害性について、患者と医療者といった少なくとも 2 人以上の関係者が、情報を共有し、治療の選択にむけて合意を形成し、選択・決定した治療に同意するプロセスである（Charles et al., 1997；Elwyn et al., 2012）。高齢者の **SDM** では、**Preparation**（意向の確認）、**Goal Talk**（目標）、**Choice talk**（話し合いの計画）、**Option Talk**（選択肢の話し合い）、**Decision Talk**（決定の話し合い）、**Evaluation**（評価）の全てのプロセスで話し合い、対話を継続し、高齢者個人の事情を考慮した決定を支えるとしている（Van de Pol et al., 2015）。**SDM** における看護師の役割は、意思決定を支える中心的存在であり、意思決定に伴う葛藤を評価し、問題を明確化し支援すること、患者が意思決定できるよう見守ること、患者の決定を支持すること（Stacy et al., 2008）が明らかにされている。

国内では、在宅における **SDM** の有用性は報告されているが（大原，佐藤，2014a, 2014b）**SDM** の観点から在宅高齢者の終末期栄養療法に関する具体的な実践を明らかにした研究は少ない。そのため、訪問看護師がどのようなタイミングで話し合いをすすめ、どのように調

整を行いチームの合意を支援し決定に至るのかを明らかにする必要がある。

そこで本研究は、SDM の観点から在宅高齢者の終末期栄養療法に関わるチームの合意形成において、訪問看護師の実践を詳細に記述し支援を明らかにすることにした。

II. 研究目的

本研究の目的は、SDM の観点から在宅高齢者の終末期栄養療法に関わるチームの合意形成における訪問看護師の支援を明らかにすることである。

III. 用語の操作的定義

1. 終末期栄養療法

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（日本老年医学会，2012）を参考に経口摂取が困難となり生命に必要な栄養補給ができなくなった時に、自然な経口摂取、胃瘻、経鼻経管栄養、中心静脈栄養、末梢静脈輸液、皮下輸液から選択し実施することとする。

2. 合意形成

Charles ら（1997）の SDM を参考に、訪問看護を利用している在宅高齢者とその家族、在宅医、訪問看護師、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）、ホームヘルパー（以下、ヘルパー）などにより構成された関係者が、情報を共有し、話し合いを通して、チーム内の調整を行い、共に納得した選択・決定をすることとする。

3. チーム

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（日本老年医学会，2012）を参考に、訪問看護を利用している在宅高齢者とその家族、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなどの関係者により構成されるグループとする。

4. 支援

チームの合意形成にむけた訪問看護師の実践活動とする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究協力者

研究協力者は、在宅高齢者の終末期栄養療法におけるチームの合意形成に関わった経験がある訪問看護師 11 名とした。専門看護師（在宅看護、地域看護、慢性看護、がん看護の領域とする）や認定看護師（訪問看護、緩和ケア、認知症看護、摂食・嚥下障害看護の領域とする）の資格を有し、訪問看護の実践が 5 年以上あることを条件とした。

訪問看護の実践が 5 年以上という条件は、ベナーの看護論および先行研究の文献をもとに設定した。ベナーによると、中堅レベルは類似の科を推定 3～5 年ほど経験した看護師に認められており、達人レベルはそれ以上の経験が必要とされる (Benner, 2005)。先行研究においては、在宅療養者と家族に意見の不一致があった場合の意思決定を支援する能力が、5 年以上の訪問看護経験を有する看護師に認められたと報告されている (伊達, 斉藤, 1999)。専門看護師や認定看護師とした理由は、各分野で 3 年以上の経験があることが資格取得の条件であり、終末期における栄養療法の選択には倫理的問題に対する認識と高度な実践が必要なことが考えられるためである。

3. 研究協力者の選定と研究協力の依頼

リクルート方法は、日本看護協会ホームページに登録されている近畿 2 府 4 県の訪問看護ステーションに所属する専門看護師及び認定看護師を便宜的抽出し選定した。

電話にて調査概要を説明し、「在宅高齢者の終末期における栄養療法について、療養者本人とその家族、在宅医、ケアマネジャー、ヘルパーらと共に話し合い選択・決定をした経験があるか」を確認し、経験したことがあると回答した訪問看護師へ協力を依頼した。

4. データの収集期間

2016 年 6 月～2016 年 10 月末

5. データ収集方法

半構成的インタビューを用いる。研究協力者の基本属性として、年齢、性別、看護師の経験年数、訪問看護師の経験年数、専門看護師・認定看護師の活動年数、所属する訪問看護ステーションの概要について質問した。研究協力者へ在宅高齢者の終末期栄養療法においてチームによる合意形成が必要だった事例を想起してもらいインタビューを行った。

インタビューガイドに基づき「いつ、どこで、どのようなタイミングで話し合いをしたのか」、「なぜ話し合いが必要だと考えたのか」、「誰とどのように調整したのか」、「なぜ調整が必要だと考えたのか」、「合意にむけて何をどのように支援したのか」、「合意に至ることができた結果をどのように評価したか」について質問した。インタビュー時間は 60 分程度とし了解が得られた場合は録音した。

6. 分析方法

作成した逐語録を繰り返し読み、研究協力者ごとに語られた内容を意味のある文節を取り出しコード化した。コードについては、文脈を考慮し、意味内容の類似性や相違性を比較分析し、新たなコードの抽出がみられなくなった段階で飽和に至ったと判断した。類似したコードは、ひとつにまとめ、概念の抽象度を上げ、サブカテゴリー、カテゴリーを生成し、SDM の観点から支援内容を検討した。SDM は、高齢者のモデルである Preparation : 意向の確認、Goal Talk : 目標、Choice talk : 話し合いの計画、Option Talk : 選択肢の話し合

い、Decision Talk : 決定の話し合い、Evaluation : 評価のプロセスを用いた (Van de Pol et al., 2015)。分析過程において、真実性、信頼性、妥当性を確保するために、メンバーチェックを行い、在宅看護の専門家、質的研究者の助言・指導を受けながら進めた (グレッグ, 2007)。

7. 倫理的配慮

大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の倫理審査において、承認を得た後に本研究を開始した (申請番号 28-12)。

研究協力者へ、電話で、研究の目的、調査概要を説明し、面接に協力してもよいと回答した訪問看護師に希望をきき面接日時を調整した。面接場所は、研究協力者と話し合い個人情報保護できる場所を調整した。施設管理者へ研究参加の承諾が必要かどうかを確認し、必要な場合は依頼文書を送付した。面接時に、研究協力者へ依頼文書にて再度説明を行い、承諾が得られた場合は同意書を交わし、研究協力の任意性、中断する自由の随時保障、研究協力者及び語られた高齢者、家族、医療や介護の関係者のプライバシー保護の遵守を約束することを説明した。

また、得られたデータは全て個人情報として取り扱い、施錠できる場所に保管すること、研究終了後 5 年間は施錠できる場所に保管すること、本研究以外に使用しないこと、研究結果は課題研究として提出することや学会等での発表及び学会誌等に投稿することを説明した。

V. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は、近畿圏内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護の経験が 5 年以上の在宅看護専門看護師 3 名、訪問看護認定看護師 8 名の 11 名であった。全員女性で、年齢は 40~58 歳 (平均 49.9 ± 5.0 歳)、看護師としての経験年数は 11~38 年 (平均 25.2 ± 6.7 年)、訪問看護における経験年数は 10~25 年 (平均 15.6 ± 5.1 年) であった。専門看護師、認定看護師としての活動年数は 4~7 年 (平均 5.2 ± 0.8 年) であった。

2. 研究協力者の所属機関の概要

所属機関は、医療法人の訪問看護ステーション 5 施設が最も多く、公益社団法人・公益財団法人の訪問看護ステーション 3 施設、NPO 法人の訪問看護ステーション 1 施設、市町村の訪問看護ステーション 1 施設、株式会社の訪問看護ステーション 1 施設であった。全ての施設で 24 時間の緊急対応をしていた。機能強化型 I を取得している訪問看護ステーションは 4 施設、機能強化型 II の訪問看護ステーションは 1 施設であった。訪問看護ステーションのスタッフ数は常勤者数 3~12 人 (平均 6.6 ± 2.2 人)、非常勤者数 1~15 人 (平均 5.9 ± 4.8 人)、ケアマネジャーが在籍している施設は 8 施設、理学療法士が在籍している施設は 9 施設、作業療法士が在籍している施設は 5 施設であった。ヘルパー事業所を併設して

いる施設は 2 施設であった。

3. 研究協力者が語った事例の概要

研究協力者 11 名が語った 12 事例の概要は、年齢は 60～90 歳代、性別は男性 7 名、女性 4 名、主な疾患名は、認知症 4 人、神経難病 3 名、脳梗塞後遺症 2 名、がん 2 名、高血圧症 1 名であった。研究協力者が捉えた事例の食べることができなくなった理由は、誤嚥性肺炎 5 人、認知症の進行に伴う嚥下障害 1 人、脳梗塞後遺症による嚥下障害 1 名、意識レベルの低下 2 名、がんの進行に伴う経口摂取困難 2 名、老衰に伴う経口摂取困難 1 名であった。

4. SDM の観点から捉えた在宅高齢者の終末期栄養療法に関わるチームの合意形成における訪問看護師の支援

在宅高齢者の終末期栄養療法に関わるチームの合意形成における訪問看護師の支援について語られた内容を、本人と家族や医療と介護の関係者による治療選択と決定の合意形成プロセスである SDM の観点から捉えた結果、6 カテゴリー、32 サブカテゴリー、152 コードを抽出した。以後、文中のカテゴリーは【 】にて示す。

在宅高齢者の終末期栄養療法に関わるチームの合意形成にむけて、訪問看護師は【食べることに對する本人や家族の意向を把握しておく】ことから対話を始め、実際に食べることが困難になった時に【本人や家族の栄養療法の意向を関係者間で情報共有し話し合いの準備】をしていた。そして、話し合いの過程で生じたチームの揺れに応じて【本人や家族と医療や介護の関係者の栄養療法に対する方向性を整える】ことを行いながら【話し合いの場で本人や家族の意向に沿った栄養療法を選択を支える】ことをしていた。栄養療法を選択後も【安らかな最期を迎えられるように食べることや点滴をやめる選択を支える】ことを継続し【本人や家族や関係者の思いを通して選択した栄養療法の評価をする】という支援をしていた。

VI. 考察

チームの合意形成における訪問看護師の支援は、高齢者の SDM と類似していた。訪問看護師は、食べることに對する本人や家族の意向を把握する時に SDM プロセスを開始し、食べることの変化を通して繰り返し意向を確認していた。これは、本人や家族の意向を尊重した栄養療法を選択を支える準備であり、最期の生き方に対する望みを捉えていたこと、意向の変化を判断すると共に、意向の変更に対応していたと考える。栄養療法を選択が必要な時には、関係者の意向も把握し、医師とステーションのスタッフと情報共有し、話し合いの準備と事前の根回しをしていた。話し合いの場では、本人や家族の意向や理解力に合わせた選択肢の提示、栄養療法に応じた療養生活と予後の見通しに関する情報提供をしていた。そして、訪問看護師は、本人や家族や関係者それぞれの栄養療法に対する意向とその理由についての対話を促進し、何を大事にするのかを問いかけ、選択の決定を支えていた。点滴や食べることが本人に有益性がないと判断した時には、本人や家族と関係者の意向を確認し、安らかな最期を迎えるために栄養療法をやめる選択も支えていた。訪問看護師は、チーム内の合

意形成のプロセスと選択の結果について評価していた。

本研究の結果より、訪問看護師は常に本人と家族を中心に話し合い、栄養療法に対する本人の意向を基軸に、家族や医療や介護の関係者の意向も整え、対話を継続ながらチームの合意を図っていた。この支援は、本人や家族と関係者間の橋渡しとなり終末期栄養療法に関わる在宅チームの合意形成を推進することになると考える。また、本人を中心とする SDM に対し、本邦では、本人を尊重しつつも家族や周囲との関係性を大切にする日本の文化を踏まえた支援であることが示唆された。

VII. 本研究の限界

本研究の研究協力者は、近畿圏内で訪問看護を実践している在宅看護専門看護師や訪問看護認定看護師 11 名に限られており、一般的な特性を代表するものではなく、本研究結果を他の訪問看護師にそのまま適用するには限界がある。

また、研究協力者が想起した一事例をもとにしたインタビュー調査であり、本研究の全過程を指導教員のスーパーバイズを受けて検討したが、筆者自身が測定用具であるために筆者の能力が結果に影響する。

また、人工的水分・栄養補給に関する意思決定については 2012 年に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」（日本老年医学会，2012）が推奨されているが、地域でどのように活用されているかまでは検討できていない。今後、訪問看護師の活動地域による違いや地域の医療職と介護職のチームの特性による違いなどを調査する必要がある。

VIII. 謝辞

本研究を行うにあたり、インタビュー調査に快くご協力くださった訪問看護ステーションの専門看護師や認定看護師の皆さまに心から感謝申し上げます。

IX. 研究成果等の公表の予定

研究成果は、国内外の関連学会および関連雑誌に発表を行う予定である。

文献

- ・ 会田薫子. (2012). 認知症末期患者に対する人工的水分・栄養補給訪の施行実態とその関連要因に関する調査から. 日本老年医科学会雑誌, 49 (1), 71-74.
- ・ Benner Patricia. (2005). 井部俊子 (訳), ベナー看護論 初心者から達人へ (新訳版) (pp26-27). 東京: 医学書院.
- ・ Charles, C., Gafni, A., Whelan, T., (1997). Shared decision-making in the medical encounter : What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44 (5), 681-692.
- ・ Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., et al. (2012). Shared decision making : a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, (10), 1361-1367.
- ・ グレック美鈴, 麻原きよみ, 横江美江. (2007). よくわかる質的研究のすすめ方・まとめ方ー看護研究のエキスパートを目指して. (第1刷) (pp54-72), 東京: 医歯薬出版.
- ・ 久保川真由美, 近藤由香, 大沼久史, 渡辺美奈子. (2014). 在宅療養中の終末期非がん高齢者 10 例にかかわる家族・多職種へのインタビュー・参加観察からエンドオブライフ・ケアの現状と困難を探り連携とケアのあり方についての指針を作成する.
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20140828044440.pdf
(検索日 2016 年 3 月 1 日)
- ・ 厚生労働省. (2014). 平成 26 年終末期医療に関する意識調査等検討会報告書.
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf (検索日 2015 年 8 月 25 日)
- ・ 万代ゆかり, 金山時恵. (2015). 訪問看護師による在宅終末期の意思決定支援に関する研究の動向と課題. *インタナショナル Nursing Care Research*, 14(4), 73-82.
- ・ 日本老年医学会. (2012). 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.
http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
(検索日 2016 年 3 月 1 日)
- ・ 小野若菜子, 押川真喜子, 西田志穂, 他. (2005). 高齢者における在宅経管栄養療法の選択とその意味に関する検討病院訪問看護科における調査から. *日本看護学会誌*, 15 (1), 54-62.
- ・ 大原宏夫, 佐藤睦子. (2014a). 在宅医療での看取り, 療養に際しての Shared decision making の有用性の検討. *癌と化学療法*, 41 (12), 39-41.
- ・ 大原宏夫, 佐藤睦子. (2014b). 死に至る経過における臨床的対話, *医療コンフリクト・マネジメント*, 3, 3-7.

- ・ 佐伯恭子, 諏訪さゆり. (2014). 高齢者への人工的水分・栄養補給法 (AHN) の検討に関する現状—看護師の認識に焦点をあてて—. 生命倫理, 24 (1), 197-205.
- ・ Stacey, D., Murray, M. A., Légaré, F., et al. (2008). Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5 (1), 25-35, doi : 10.1111/j.1741-6787.2007.00108.x.
- ・ 伊達久美子, 斉藤明子 (1999). 訪問看護における在宅療養者・家族の自己決定と支援に関する研究—療養者・家族間で意思が異なる場面の分析結果を中心に—. 山梨医大紀要, 16, 52-59.
- ・ 土井英子. (2011). 終末期在宅高齢者の経管栄養に携わる訪問看護師の倫理的ディレンマ. *国際ナショナル Nursing Care Research*, 10 (3), 1-8.
- ・ Van de Pol, M. H., Fluit, C. R., Lagro, J., et al. (2015). Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. *Patient Education and Counselling*, 30165-30168, doi : 10.1016/j.pec.2015.12.014.