

原著論文

高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定 ～倫理的意思決定プロセスにおける決定に焦点をあてて～

The Decision in ethical decision-making process by home visit nurses providing end-of-life care for the elderly

川上理子 (Michiko Kawakami)*¹

要 約

本研究の目的は、高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスで、「(倫理的意思決定における) 決定」はどのようなものか、どのような要因が影響しているかを明らかにすることであった。

研究方法は、自記式質問紙を用いた量的研究であり、対象者は、高齢者の在宅看取りに関わった経験のある訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師とした。

平成26年6月1日～7月25日に1,018通のアンケート用紙を送付し719通の回答を得た。回収率70.6%であり、有効回答数は698通、有効回答率68.6%であった。

高齢者の在宅看取りにおいて、看護師の「倫理的意思決定における決定」は、『自分が思う正しい方法を選択する』という決定よりも『倫理原則を遵守する決定』や『看護師としてよい看取りになるようにする』決定を行っていた。「倫理的意思決定における決定」には、看護師の要因、家族の要因、療養者の要因が影響していた。

Abstract

The purpose of this study was to clarify what “decisions” (in ethical decision making) of home-visiting nurses in home nursing are made and their factors in ethical decision making process by home-visiting nurses in home nursing for elderly people. This study is a quantitative study based on self-administered questionnaire. The subjects for the study were home-visiting nurses working at home nursing station who had experience in home nursing for elderly. The authors sent 1,018 questionnaires to the subjects during the period from June 1 to July 25, 2014 and obtained 719 responses. The collection ratio was 70.6%, the number of effective responses was 698, and the effective response rate was 68.6%. For “decisions in ethical decision making” by the nurses in home nursing of elderly, the nurses selected “decisions to obey ethical principles” and decisions “to provide good care as a nurse” rather than decisions by “choosing what I think the correct method is”.

The result revealed that nurse’s factors, family’s factors and patients’ factors influenced “decisions in ethical decision making”.

キーワード：高齢者 在宅看取り 訪問看護師 倫理的意思決定

I. はじめに

近年、病院や施設中心の医療体制を見直し、在宅医療・在宅療養の重視や高齢者への適切な医療提供への方向転換が推進されている。2000年の介護保険法は、在宅での医療・介護をより

いっそう強化する施策であり、介護を家族だけでなく地域・社会全体で支えることを明確にしたものである。さらに、2006年の介護保険法改正や診療報酬改定にともなう在宅療養支援診療所の新設と在宅医療における診療報酬点数の引き上げは、在宅重視をより明確に示した施策で

*¹高知県立大学看護学部

あり、今後、在宅において慢性期を過ごすだけでなく終末期を迎える高齢者が増加すると予測される。急性期を脱した長期療養者を病院に入院させ続けることは安全を確保するかもしれないが、患者の自由や人権を侵害する可能性もあり、QOLを尊重する観点からも、医療経済の観点からも在宅推進は必然であるとも言われている(鈴木, 2008)。75歳以上の死亡者は94.5万人(73.2%) (厚生労働省人口動態統計, 2015)と年々増加している現状であり、在宅での高齢者の看取りについて考えていくことは重要である。慢性的に経過しながら徐々に状態が悪化していく高齢の在宅療養者に対し、在宅継続を支援する援助だけではなく終末期の段階的な看護援助を考えていくことは必須の課題であり、一人一人の価値観に基づいた「死の迎え方」や意思決定を尊重する幅広いケアが求められている(荒木, 2008)。

在宅看取りにおいては「介護者の87.8%が訪問看護師の支援が在宅で看取る決意に影響したと回答した」と報告されており(川越, 2002)、高齢者の在宅での終末期ケアにおいて看護師は、重要な役割を果たしている。在宅看取りについて、島内(2008)は非がん事例の在宅エンド・オブ・ライフケアの目的として、①基本的ニーズの援助、②ペインマネジメント、③心理・精神的援助、④スピリチュアルペインへの援助、⑤デスマネジメント、⑥家族・親族との関係調整、⑦喪失・悲観・死別サポート、⑧ケア体制の確立であると述べている。吉岡ら(2009)は、看取りケアの構成要素として【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【苦痛緩和ケアの保証】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】があると分析している。これらから、訪問看護師が行う死へのケアとしての「看取り」そのものが倫理的側面を持っており、その中で関係調整・マネジメント・意思決定の支援が求められているため、訪問看護師の倫理的な意思決定が重要であると考えられる。

「倫理的な意思決定」について、トンプソンは、看護倫理のための意思決定のアプローチとして、10のステップモデルを開発している(J.E. Thompson & H.O. Thompson, 2004)。一方、ジョンストンの道徳的意決定は5段階の過程である

と述べている(S.T. Fry & M.J. Johnstone, 2008)。ハステットは、臨床実践のための看護倫理として、倫理的な意思決定へのアプローチモデルを提唱し、倫理的な意思決定は、それに先立つプロセスが必要であり、さらにそのプロセスに先立って、倫理的な判断が必要であると述べている(G.L. Husted & J.H. Husted, 2009)。フライは看護実践における倫理的な分析と意思決定のためのモデルには4つの課題、すなわち、①価値の対立の背景にある事情は何か、②状況に含まれている価値の重要性は何か、③関係する人それぞれにとって対立の意味するものは何か、④何をすべきか、が含まれると述べている(S.T. Fry & M.J. Johnstone, 2008)。オルセンは、倫理的な意思決定を、価値の対立の状況や倫理的な不確かさを明らかにし、理解のために必要不可欠な事例の諸側面を集め、方法に基づく秩序だった分析を行い、より良い倫理的な成果に到達するために対人関係技能という徳を用いるプロセスであると定義している。倫理的な不確かさや価値の対立の影響を受けやすい状況として「非健康的な行動」「優先度への感受性」「曖昧な確かさ」があり、状況を十分に理解するために不可欠な5つの側面は、1) 事実、2) 問題解決に必要な決定、3) 問題解決の為に必要とされる重要な区別の明確化、4) 社会的文脈の影響の明確化、5) 関連する権力と権限の系統の明確化、であると述べている(D.P. Olsen 2012, 2013)。

以上のことから、看護実践における倫理的な意思決定とは、倫理的な意思決定に必要な状況、状況についての情報収集・整理・分析・倫理原則等に基づいた決定、決定したことの評価のプロセスであると考えられる。

そこで、本研究では高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的な意思決定のプロセスで、「倫理的な意思決定における決定」はどのようなものかを明らかにすることを目指す。本研究によって、高齢者の在宅看取りにおいて倫理的な意思決定のプロセスで抱えている困難さを明らかにするという訪問看護師の現状分析となるほか、訪問看護師の課題を明確化することによって、課題の解決方法として、教育プログラムの提案や、悔いの残らない看取りを生み出すことのできる訪問看護師の援助モデルを提案する上での一助となる点で有意義であると考えられる。

II. 研究の概念枠組み (図1)

在宅看取りにおける訪問看護師の《倫理的意思決定》とは、在宅看取りで訪問看護師が会う「倫理的価値の対立や倫理的に不確かな状況」を認識し、状況についての「分析」することによって、倫理原則等に基づいて「決定」し、「決定の評価」をする一連のプロセス（下から上への↑で示す）であり、「決定の評価」する際は、「状況」「分析」「決定」のそれぞれのプロセスを振り返ることによって最終的に決定を評価することとなる。

倫理的意思決定における「決定」とは、分析を踏まえどのような決定をしたかということ

あり、『原則遵守する決定』『正しい方法を選択する決定』『よい看取りになる決定』という3つの視点から評価するものであるとする。

《倫理的意思決定》には、「療養者の要因」「家族の要因」「看護師自身の要因」が影響要因となるものとする。

III. 研究目的

高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスで、「倫理的意思決定における決定」はどのようなものか、影響要因はどのようなものであるかを明らかにすることである。

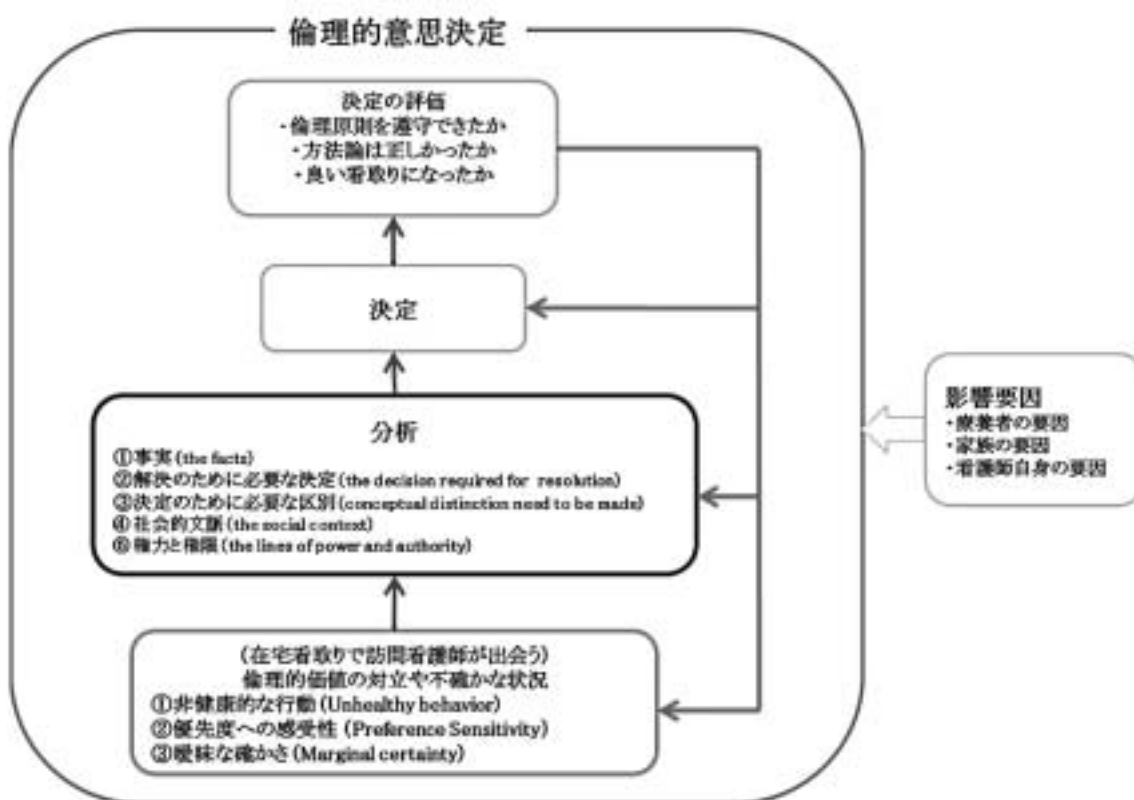


図1 在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定の概念枠組み

IV. 研究 方 法

1. 研究デザイン

質問紙調査による量的研究

2. 研究対象

高齢者の在宅看取りに関わった経験のある訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師約500名とする。

3. 質問紙

Olsen (2013) の倫理的意思決定モデル、Husted (1995) の倫理的意思決定のアプローチモデル、Thompson (1992) の看護倫理のための意思決定の10のステップによるアプローチ、Fry (2008) の看護実践における倫理的分析と意思決定のためのモデル、Johnstone (2008) の道徳的意思決定プロセス、野嶋 (2003) の意思決定のプロセス等の文献検討から、研究の概念枠組みを作成し、さらに文献検討を重ねて、質問項目を検討し自作の質問紙を作成した。質問紙はパイロットスタディを行い、内容・表現や言葉遣いの適切さについて、パイロットスタディ対象者と領域専門家・質的研究の専門家から助言や指導を受けながら検討・修正した倫理的意思決定のプロセス36項目、影響要因22項目からなる。倫理的意思決定のプロセスは、在宅看取りで訪問看護師が会う《価値の対立や倫理的に不確かな状況》10項目、《倫理的意思決定における分析》20項目、《倫理的意思決定における決定》3項目、《倫理的意思決定における評価》3項目とした。《倫理的意思決定に影響する要因》は【看護師の要因】【療養者の要因】【家族の要因】が中位項目としてあげた。【看護師の要因】の下位項目として、「看護師経験年数」「訪問看護経験年数」「在宅での看取り頻度」「学習した倫理の内容」「倫理を学習した機会」、【家族の要因】の下位項目として「介護負担」「健康状態」「在宅看取りへの意欲」「経済状態」「価値観」「人間関係」、【療養者の要因】の下位項目として「意思決定能力」「QOL」「医療依存度」「予後予測」を抽出した。

《価値の対立や倫理的に不確かな状況》《倫理的意思決定における分析》《倫理的意思決定

における決定》《倫理的意思決定における評価》および、家族の要因、療養者の要因の項目については、「-2：まったくそう思わない」～「2：とてもそう思う」のリッカート尺度による5段階評価で回答を求めた。看護師の要因については、「経験年数」「看取り頻度」を数字で記入するものとし、倫理に関する学習経験は複数回答可で有無を問うものとした。

4. データ収集方法

対象者へのアクセス方法として、HP上に公開されている全国訪問看護事業会正会員および各都道府県訪問看護協議会会員の名簿をもとに、無作為抽出した各訪問看護ステーションに電話をかけて、ステーション所長または施設長に研究協力を依頼した。口頭による同意の得られたステーションに、研究依頼書（施設用）とともに、返信用封筒を添付した承諾書、および研究依頼書（研究参加者用）と返信用封筒を添付した質問紙を協力可能な部数送付し、各ステーションの対象となる訪問看護師に1部ずつ配布していただくこととした。対象となる訪問看護師は、ステーション勤務の中で高齢者の在宅看取りを経験したことのある者とした。研究参加者用の研究依頼書に、参加は自由であり、個人・施設が特定されることのない調査であること、返信用封筒の投函をもって研究への参加同意が得られたと扱うことを明記した。そして、返信用封筒の送信者欄を空欄にするよう依頼した上で、郵送法による無記名個別回収とした。

5. データ分析

データは統計用ソフト（SPSS22.0J）を用いて、記述統計の算出、一元配置分散分析を行った。

6. 倫理的配慮

研究者が所属する機関の研究倫理審査委員会の承認を得た。対象者が不利益を受けない権利の保証、自己決定の権利の保証、プライバシー、匿名性、機密性の保持などについて書面で説明した。

V. 結 果

21都府県の175件の訪問看護ステーションに、1,018通のアンケート用紙を送付した。

アンケート回収期間は、2014年6月1日から7月25日とした。141件（80.1%）の訪問看護ステーションから研究協力の承諾書が得られ、アンケート回収数は719通（回収率70.6%）、有効回答数698通（有効回答率68.6%）であった。

1. 対象者の概要

対象者の看護師経験年数：平均21.13年（SD=8.10）、訪問看護経験年数：平均8.14年（SD=5.62）であり、在宅看取り頻度：平均8.23件（SD=11.81）／1年間であった。

倫理を学習した機会（複数回答可）については「学校で学習した」423名（60.6%）、「研修会で学習した」410名（58.7%）、「勉強会で学習した」：296名（42.4%）、「事例検討会で学んだ」：245名（35.1%）であった。倫理について学んだ内容（複数回答可）については、看護倫理：618名（88.5%）、医療の倫理：286名（41.0%）、生命倫理：249名（35.7%）、倫理学：131名（18.8%）、研究の倫理：117名（16.8%）であった。

2. 《倫理的意思決定における決定》

《倫理的意思決定における決定》について、「高齢者の在宅看取りにおける倫理的な課題についてあなたはどのように意思決定しますか」

という問いで、3項目について、「-2：まったくそう思わない」～「2：とてもそう思う」のリッカート尺度による5段階評価で回答を求めた。

1) 《倫理的意思決定における決定》の記述統計
「看護師としての倫理原則を遵守する」（以下『原則遵守する決定』）は、AV=0.70（SD=0.816）であった。

「看護師として自分が正しいと思う方法を選択する」（以下、『正しい方法を選択する決定』）は、AV=0.08（SD=0.976）であった。

「看護師としてよい看取りになるようにする」（以下、『よい看取りになる決定』）は、AV=0.66（SD=1.101）であった（表1）。

2) 経験の差による《倫理的意思決定における決定》の比較

(1) 訪問看護経験年数の差による平均値の差の検定

訪問看護経験年数を①2年未満、②2年以上5年未満、③5年以上15年未満、④15年以上の4群に分けて、一元配置分散分析を実施したところ有意差の出現した項目はなかった。

(2) 在宅看取り件数の差による平均値の差の検定

在宅看取り件数を1年に何例あるか換算し、①4ヶ月に1例未満、②4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満、③2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満、④1ヶ月に1例以上の4群に分けて、一元配置分散分析を実施したところ有意差が出現した項目はなかった。

表1 《倫理的意思決定における決定》の基礎統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
看護師としての倫理原則を遵守する	692	-2	2	0.70	0.816
看護師として自分が正しいと思う方法を選択する	693	-2	2	0.08	0.976
看護師としてよい看取りとなるようにする	694	-2	2	0.66	1.101

3. 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・家族・療養者の要因

《倫理的意思決定における決定》3項目をそれぞれ目的変数、「看護師の要因」12項目「家族の要因」6項目、「療養者の要因」4項目を説明変数として、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。

1) 対象者全体（表2）

「原則を遵守する決定」には、看護師の要因：「研究の倫理についての学習経験（ $\beta = 0.095$, $p < 0.05$ ）」「倫理について研修で学習経験（ $\beta = 0.092$, $p < 0.05$ ）」、家族の要因：「家族の意欲（ $\beta = 0.157$, $p < 0.01$ ）」、療養者の要因：「療養者の予後予測（ $\beta = 0.189$, $p < 0.01$ ）」が影響していた（ $R^2 = 0.075$ ）。

「正しい方法を選択する決定」には、看護師の要因：「医療の倫理についての学習経験（ $\beta = 0.102$, $p < 0.01$ ）」「倫理について勉強会で学習経験（ $\beta = -0.125$, $p < 0.01$ ）」、家族の要因：「家族の経済状態（ $\beta = 0.105$, $p < 0.05$ ）」、療養者の要因：「療養者の医療依存度（ $\beta = 0.203$, $p < 0.01$ ）」が影響していた（ $R^2 = 0.081$ ）。

「よい看取りになる決定」には、家族の要因：

「家族の意欲（ $\beta = 0.114$, $p < 0.01$ ）」「家族の人間関係（ $\beta = 0.103$, $p < 0.05$ ）」、療養者の要因：「療養者の医療依存度（ $\beta = 0.125$, $p < 0.01$ ）」が影響していた（ $R^2 = 0.050$ ）。

2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析（表3～表7）

① 訪問看護経験2年未満の群（ $n=94$ ）

訪問看護経験2年未満の群（ $n=94$ ）の「原則を遵守する決定」には、家族の要因：「家族の価値観（ $\beta = 0.307$, $p < 0.01$ ）」、「家族の経済状態（ $\beta = -0.266$, $p < 0.05$ ）」が影響していた（ $R^2 = 0.107$ ）。

訪問看護経験2年未満の群（ $n=94$ ）の「正しい方法を選択する決定」には、療養者の要因：「療養者の医療依存度（ $\beta = 0.265$, $p < 0.05$ ）」が影響していた（ $R^2 = 0.058$ ）。

訪問看護経験2年未満の群（ $n=94$ ）の「よい看取りになる決定」には、看護師の要因：「看護師経験年数（ $\beta = 0.334$, $p < 0.01$ ）」「看護倫理についての学習経験（ $\beta = 0.338$, $p < 0.01$ ）」「医療の倫理についての学習経験（ $\beta = -0.320$, $p < 0.01$ ）」「倫理学についての学習経験（ $\beta = 0.466$, $p < 0.01$ ）」が影響していた（ $R^2 = 0.272$ ）（表3）。

表2 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因（ $N=698$ ）

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
		$R^2=0.075$		$R^2=0.081$		$R^2=0.050$	
調整済決定係数							
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	医療の倫理についての学習経験			0.102	**		
	研究の倫理についての学習経験	0.095	*				
	倫理について勉強会での学習経験			-0.125	**		
	倫理について研修での学習経験	0.092	*				
家族の要因	家族の意欲	0.157	**			0.114	**
	家族の経済状態			0.105	*		
	家族の人間関係					0.103	*
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.203	**	0.125	**
	療養者の予後予測	0.189	**				

有意水準 **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$

表3 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(訪問看護経験2年未満 n=94)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R ² =0.107		R ² =0.058		R ² =0.272	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	看護師経験年数					0.334	**
	看護倫理についての学習経験					0.338	**
	医療の倫理についての学習経験					0.320	**
	倫理学についての学習経験					0.466	**
家族の要因	家族の価値観	0.308	**				
	家族の経済状態	0.266	*				
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.265	*		
	療養者の予後予測						

有意水準 **: $p<0.01$ 、*: $p<0.05$

② 訪問看護経験2年以上5年未満の群 (n=134)

訪問看護経験2年以上5年未満の群 (n=134)の「原則を遵守する決定」には、看護師の要因：「研究の倫理についての学習経験 ($\beta = 0.095$, $p < 0.05$)」「倫理について事例での学習経験 ($\beta = 0.092$, $p < 0.05$)」、家族の要因：「家族の意欲 ($\beta = 0.157$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ($\beta = 0.189$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.075$)。

訪問看護経験2年以上5年未満の群 (n=134)の「正しい方法を選択する決定」には、看護師の要因：「看護師経験年数 ($\beta = 0.102$, $p < 0.01$)」「倫理について勉強会での学習経験 ($\beta = -0.125$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.203$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.081$)。

訪問看護経験2年以上5年未満の群 (n=134)の「よい看取りになる決定」には、家族の要因：「家族の意欲 ($\beta = 0.114$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.125$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.050$)。(表4)

③ 訪問看護経験5年以上15年未満の群(n=351)

訪問看護経験5年以上15年未満の群 (n=351)の「原則を遵守する決定」には、看護師の要因：「看護倫理についての学習経験 ($\beta = 0.116$, p

< 0.05)」「倫理について研修で学習経験 ($\beta = 0.172$, $p < 0.05$)」、家族の要因：「家族の意欲 ($\beta = 0.147$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ($\beta = 0.116$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.096$)。

訪問看護経験5年以上15年未満の群 (n=351)の『正しい方法を選択する決定』には、看護師の要因：「医療の倫理についての学習経験 ($\beta = 0.138$, $p < 0.05$)」「倫理について事例で学習経験 ($\beta = -0.154$, $p < 0.01$)」、家族の要因：「家族の人間関係 ($\beta = 0.108$, $p < 0.05$)」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ($\beta = 0.240$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.100$)。

訪問看護経験5年以上15年未満の群 (n=351)の「よい看取りになる決定」には、家族の要因：「家族の意欲 ($\beta = 0.129$, $p < 0.05$)」「家族の健康状態 ($\beta = -0.176$, $p < 0.01$)」「家族の人間関係 ($\beta = 0.209$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.130$, $p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.071$)。(表5)

表4 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(訪問看護経験2年以上5年未満 n=134)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R ² =0.075		R ² =0.081		R ² =0.050	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	看護師経験年数			0.102	**		
	研究の倫理についての学習経験	0.095	*				
	倫理について勉強会での学習経験			-0.125	**		
	倫理について事例での学習経験	0.092	*				
家族の要因	家族の意欲	0.157	**			0.114	**
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.203	**	0.125	**
	療養者の予後予測	0.189	**				

有意水準 **: $p < 0.01$ 、*: $p < 0.05$

表5 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(訪問看護経験5年以上15年未満 n=351)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R ² =0.096		R ² =0.100		R ² =0.071	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	看護倫理についての学習経験	0.116	*				
	医療の倫理についての学習経験			0.138	*		
	倫理について事例での学習経験			-0.154	**		
	倫理について研修での学習経験	0.172	**				
家族の要因	家族の意欲	0.147	**			0.129	*
	家族の健康状態					-0.176	**
	家族の人間関係			0.108	*	0.209	**
療養者の要因	療養者の医療依存度					0.130	*
	療養者の予後予測	0.116	**	0.240	**		

有意水準 **: $p < 0.01$ 、*: $p < 0.05$

④ 訪問看護経験15年以上の群 (n=117)

訪問看護経験15年以上の群 (n=117) の「原則を遵守する決定」には、家族の要因：「家族の価値観 ($\beta = 0.207$, $p < 0.05$)」、「家族の経済状態 ($\beta = 0.221$, $p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.103$)。

訪問看護経験15年以上の群 (n=117) の「正しい方法を選択する決定」には、家族の要因：

「家族の介護負担 ($\beta = 0.214$, $p < 0.05$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.199$, $p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.101$)。

訪問看護経験15年以上の群 (n=117) の「よい看取りになる決定」には、家族の要因：「家族の健康状態 ($\beta = 0.320$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.094$)。(表6)

表6 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(訪問看護経験15年以上 n=117)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R ² =0.103		R ² =0.101		R ² =0.094	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
家族の要因	家族の価値観	0.207	*				
	家族の健康状態					0.320	**
	家族の介護負担			0.214	*		
	家族の経済状態	0.221	*				
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.199	*		

有意水準 **: $p<0.01$ 、*: $p<0.05$

3) 在宅看取り頻度の層別での重回帰分析

(表7～表10)

① 在宅看取り件数が4ヶ月に1例未満の群 (n=209)

在宅看取り件数が4ヶ月に1例未満の群 (n=209) の「原則を遵守する決定」には、看護師の要因：「医療の倫理についての学習経験 ($\beta = 0.143$, $p < 0.05$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.226$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.059$)。

在宅看取り件数が4ヶ月に1例未満の群 (n=209) の「正しい方法を選択する決定」には、家族の要因：「家族の経済状態 ($\beta = 0.164$, $p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.022$)。

在宅看取り件数が4ヶ月に1例未満の群 (n=209) の「よい看取りになる決定」には、家族の要因：「家族の経済状態 ($\beta = 0.148$, $p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.017$)。(表7)

② 在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群 (n=168)

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群 (n=168) の「原則を遵守する決定」には、看護師の要因：「医療の倫理についての学習経験 ($\beta = 0.156$, $p < 0.05$)」、家族の要因：「家族の価値観 ($\beta = 0.229$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ($\beta = 0.181$, $p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.191$)。

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群 (n=168) の「正しい方法を選択

する決定」には、看護師の要因：「医療の倫理についての学習経験 ($\beta = 0.186$, $p < 0.05$)」「倫理について事例で学習経験 ($\beta = -0.199$, $p < 0.01$)」、家族の要因：「家族の人間関係 ($\beta = 0.195$, $p < 0.05$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.268$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.154$)。

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群 (n=168) の「よい看取りになる決定」には、家族の要因：「家族の人間関係 ($\beta = 0.266$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ($\beta = 0.162$, $p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.099$)。(表8)

③ 在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群 (n=110)

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群 (n=110) の「原則を遵守する決定」には、療養者の要因：「療養者の予後予測 ($\beta = 0.290$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.075$)。

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群 (n=110) の「正しい方法を選択する決定」には、看護師の要因：「看護師経験年数 ($\beta = -0.174$, $p < 0.05$)」、家族の要因：「家族の介護負担 ($\beta = -0.282$, $p < 0.05$)」「家族の健康状態 ($\beta = 0.368$, $p < 0.01$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.378$, $p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.218$)。

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に

1例未満の群 (n=110) の「よい看取りになる決定」には、家族の要因：「家族の意欲 ($\beta = 0.214, p < 0.05$)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.255, p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.102$)。(表9)

④ 在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群 (n=171)

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群 (n=171) の「原則を遵守する決定」には、看護師の要因：「看護師経験年数 ($\beta = 0.243, p < 0.01$)」「倫理について研修での学習経験 ($\beta = 0.164, p < 0.05$)」、家族の要因：「家族の意欲 ($\beta = 0.197, p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 =$

0.142)。

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群 (n=171) の『正しい方法を選択する決定』には、看護師の要因：「看護師経験年数 ($\beta = 0.153, p < 0.05$)」「倫理について研修での学習経験 ($\beta = -0.248, p < 0.01$)」、家族の要因：「家族の経済状態 ($\beta = 0.210, p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.111$)。

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群 (n=171) の「よい看取りになる決定」には、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ($\beta = 0.248, p < 0.01$)」「療養者のQOL ($\beta = -0.189, p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.044$)。(表10)

表7 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(看取り件数4ヶ月に1例未満 n=209)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		$R^2 = 0.059$		$R^2 = 0.022$		$R^2 = 0.017$	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	医療の倫理についての学習経験	0.143	*				
家族の要因	家族の経済状態			0.164	*	0.148	*
療養者の要因	療養者の医療依存度	0.226	**				

有意水準 **: $p < 0.01$ 、*: $p < 0.05$

表8 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(看取り件数4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満 n=168)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		$R^2 = 0.191$		$R^2 = 0.154$		$R^2 = 0.099$	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	医療の倫理についての学習経験	0.156	*	0.186	*		
	倫理について事例での学習経験			-0.199	**		
家族の要因	家族の価値観	0.229	**				
	家族の人間関係			0.195	*	0.266	**
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.268			
	療養者の予後予測	0.181	*			0.162	*

有意水準 **: $p < 0.01$ 、*: $p < 0.05$

表9 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満 n=110)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R ² =0.075		R ² =0.218		R ² =0.102	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	看護師経験年数			-0.174	*		
家族の要因	家族の意欲					0.214	*
	家族の介護負担			-0.282	*		
	家族の健康状態			0.368	**		
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.378	**	0.255	**
	療養者の予後予測	0.290	**				

有意水準 **:p<0.01、*:p<0.05

表10 《倫理的意思決定における決定》に影響する看護師・療養者・家族の要因

(看取り件数1ヶ月に1例以上 n=171)

倫理的意思決定の決定		原則を遵守する決定		正しい方法を選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R ² =0.142		R ² =0.111		R ² =0.044	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	看護師経験年数	0.243	**	0.153	*		
	倫理について勉強会での学習経験			-0.248	**		
	倫理について研修での学習経験	0.164	*				
家族の要因	家族の意欲	0.197	**				
	家族の経済状態			0.210	**		
療養者の要因	療養者の医療依存度					0.248	**
	療養者のQOL					-0.189	*

有意水準 **:p<0.01、*:p<0.05

VI. 考 察

(1) 「倫理的意思決定における決定」の特徴

「倫理的意思決定における決定」では、看護師として「倫理原則を遵守する」決定や「看護師としてよい看取りになるようにする」決定よりも、「看護師として自分が正しいと思う方法を選択する」という項目の平均値が低かった。

これは、在宅看取りにおける倫理的意思決定の中心は療養者を含めた家族であり、療養者・家族を含めた多職種で検討し意思決定をしていく現場の中で、療養者の希望や家族の希望を重視する訪問看護師として、自身が考える正しい方法ではなく、療養者と家族が望む形での方法を選択していると捉えているためではないか。また、倫理的課題のある状況について、必ずしも

十分に分析ができているという自信・自覚があるとはいえないため、決定したことが正しい方法かどうかについて自信を持ってないことも、「正しい方法を選択する」という回答が低くなる原因になることも考えられるのではないか。また、倫理的価値の対立がある状況において、絶対的に「正しい方法」であると断定的に考えることそのものが倫理的に問題である場合もある。Sahakian (1974) の「正しい方法を選択したかどうか」は、義務論的な倫理学の捉え方であり、「(義務論的倫理に従えば) 行為の結果に、それがどのような結果でも道徳的責任を負う必要はない。義務があるのは、道徳法則に対してである。この法則は経験や事実に基づいているのではない。理性的意志は自由に、自分の責任においてこの法則に従うのである。」と言う考え方に対し、フライ (2010) は、「看護師は結果を気にせずに行った行為を正当化することはできない。看護師は常に自分の決定を正当化できなくてはならない。」と述べ、選択した方法が正しいかどうかよりも、そこから生み出される結果によってこそ看護師がよい決定だったかどうかを判断できると述べている。本研究結果からも、方法論が正しいかどうかよりも「原則を遵守する」「良い看取りになる」ことを重視して決定している訪問看護師の傾向が伺える。

さらに、「看護師として自分が正しいと思う方法を選択する」「看護師としてよい看取りとなるようにする」の項目についてばらつきが大きかったのは、倫理的課題のある状況について、「最終的に意思決定をするのは看護師ではなく療養者本人と家族である。看護師は本人と家族が自分たちらしい意思決定をすることを支援する存在である」と考える、患者・家族中心の看護を基本とする訪問看護師にとって、状況を分析しながら看護師として自身が倫理的な意思決定をしているということを経験し意識していない状況も存在するためではないだろうか。野嶋 (2003) は、[家族看護] 創刊号で「家族の意思決定を支援する」という特集を組み、その中で「家族の合意形成を支えるケアガイドライン」を紹介しながら、家族のオートノミーを発揮して意思決定することを支えることを看護師の責務であると述べている。また、星川 (2014) は、

エンド・オブ・ライフケアにおける家族の合意形成のあり方について述べる中で、「家族の合意形成」を「病気の家族員を抱えながら家族生活を営む中で、家族としてどのようにしていくのか、1つの方向性を見出し、意思決定していくことである」と捉え、看護師は合意形成を支える援助をする存在であると位置づけている。

一方で、野嶋 (2003) は、家族の意思決定をそのまま受け入れるのではなく、家族がオートノミーを発揮して意思決定を行うために、「家族の意思決定を尊重するとは、誠実の原則に基づいて真実を告げる、嘘を言わないことなどが求められる。さらに、家族に対して、真実の原則に基づいて十分な説明を行い、インフォームド・コンセントを得、家族に対して誠実に関わり、守秘義務や約束を守ることなど基本的なことを確実に起こすことが求められる。」「看護師として家族の意思決定を確認することが重要である」家族とともに意思決定に参加していくことの重要性を論じている。

看護師の倫理的な意思決定とは、倫理的な価値の対立や不確かな状況に対して、倫理的な視点をもって状況を整理・分析し、看護師として倫理的に意思決定していくことである。価値の対立や不確かな状況に対し、看護師として自分が何をどうすべきなのか決定していくことは重要であると考えられる。勿論、その状況に対する看護師個人の倫理的な意思決定が存在するというよりも、関わっている人全ての情報や価値の対立を整理し、目標を明確にし、一緒に解決策を検討していくことも含まれているが、看護師自身が倫理的な判断基準を基盤に意思決定をすることの必要性について啓発していくことが必要であると考えられる。しかしながら、本研究の対象者は倫理的課題があると捉えた状況の分析において、『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』の項目の平均値が低く、また、『状況が存在する場の社会的意味の探求』の「平等性」「真実性」の平均値も低い (川上, 2017)。つまり倫理綱領やガイドライン等の倫理的判断基準となる権限の考慮が不十分で、倫理原則が守られているかの分析も不十分な「決定」について、必ずしも正しい倫理的な意思決定をしているという自信を持ちにくい面もあることが、『正しい方

法を選択する』決定の平均値が低いという結果になったのではないかと推測される。本研究の対象者である訪問看護師がしている「決定」が真の意味での「倫理的意思決定」となるためには、臨床での実践を具体的な事例を通して、看護倫理を基盤とした倫理的意思決定についてのオンザジョブトレーニングや、何らかの教育的なプログラムの提案が必要ではないかと考えられる。

(2) 「倫理的意思決定における決定」に影響する要因

『原則を遵守する決定』には看護師の要因・家族の要因・療養者の要因がそれぞれ影響していた。しかしながら、訪問看護経験2年未満、および訪問看護経験15年以上の看護師は「家族の価値観」「家族の経済状態」のみが『原則を遵守する決定』に影響していた。「家族の価値観」「家族の経済状態」はその家族のあり方の基盤となるものであり、訪問看護経験年数の少ない看護師と、15年以上の経験のある看護師は、家族としての自己決定を尊重するという倫理原則を遵守する決定の情報源として重要視していることがうかがえるのではないかと。一方、訪問看護経験2年以上15年未満の看護師は、「倫理についての学習経験」という看護師の要因、「家族の意欲」という家族の要因、「療養者の予後予測」という療養者の要因が『原則を遵守する決定』に影響していた。ある程度実践経験を重ね、第一線で活躍している訪問看護師は、倫理原則を多面的に捉えながら『原則を遵守する決定』を行っていると考えられる。

『正しい方法を選択する決定』に最も影響している要因は「療養者の医療依存度」であった。訪問看護経験5年未満、および訪問看護経験15年以上の看護師は『正しい方法を選択する決定』に「療養者の医療依存度」が影響しており、特に訪問看護経験2年未満の群はその傾向が高かった。一方で訪問看護経験5年以上15年未満の中堅看護師(n=351)は「療養者の予後予測」が『正しい方法を選択する』決定に影響していた。療養者の「意思決定能力」と療養者の「QOL」ではなく、療養者の「医療依存度」「予後予測」が影響していたことから、在宅看取りで倫理的

意思決定が必要な状況において『看護師として自分が正しいと思う方法を選択する』決定は、医学・看護知識や看護専門職としての経験を基盤として、「正しい」という判断により倫理的意思決定をしていることが示唆された。

『よい看取りになるよう決定すること』には、「家族の意欲」「家族の人間関係」といった家族の要因と、「療養者の医療依存度」という療養者の要因の影響が示唆された。『よい看取り』になったかどうかは倫理的意思決定後の結果を表すものであり、『よい看取り』であるかどうかを判断し決定するのは、残される家族である。今回の質問紙調査では、今までの事例を振り返って回答することを求めており、結果としての『よい看取り』となった事例についての倫理的意思決定を回答してもらっている。従って『看護師としてよい看取りになるようにする』決定には、家族の要因が影響することは必然であると考えられる。一方で、訪問看護経験2年未満の群では『よい看取りになる決定』に「看護師経験年数」「看護倫理についての学習経験」「倫理学についての学習経験」「医療倫理についての学習経験」が影響していた。訪問看護の経験の少ない看護師にとって、「よい看取り」とは、経験を積み重ねる中での実践知というよりも、学習で獲得した観念的なものである可能性が示唆されるのではないかと。また、看取り件数の頻度が高い群、特に1ヶ月に1例以上という看取り頻度が高い群において、『よい看取りになる決定』には家族の要因ではなく、「療養者の医療依存度」「療養者のQOL」という療養者の要因が影響していた。さまざまな看取りを頻回に経験している中で、最期まで療養者を中心に療養者の状態をアセスメントしながら『よい看取りになる決定』を実践していることが示唆された。

(3) 看護への示唆

今回の研究により、訪問看護師は、倫理的意思決定における「決定」では「正しい方法を選択する」という自信がやや低く、倫理原則を重視すると回答する傾向があったが、「分析」のプロセスでは、必ずしも倫理原則について十分に考慮しているとはいえないことが示唆されている(川上, 2017)ことから、看護基礎教育が

ら、より倫理原則に基づいての実践を分析できる能力をはぐくむことが求められると考える。また、経験を重ねることによって価値の対立や倫理的に不確かな状況の分析する能力を獲得していくことが明らかになっており(川上, 2017)、在宅看取り件数の少ない訪問看護師に対し、経験によって獲得できると思われる能力を付与するためには、倫理的価値の対立や不確かな状況に対し、倫理原則を具体的な行動レベルで分析できるような事例を用いての教育プログラムが有効ではないかと考える。

今後、対象者を増やし、学習経験・実戦経験・勤務環境を含めた調査の実施を検討していくことにより、高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスをより明確していくことが出来る、あるいはプロセスの類型化を見いだすことを可能にできるのではないかと考える。また、病棟看護師との比較調査を実施することで、より訪問看護師の特徴や強みを見だし、訪問看護師のエンパワメントに寄与することができるのではないかと考えられる。

VIII. 結 論

「倫理的意思決定における決定」では、看護師として『自分が思う正しい方法を選択する』という決定よりも『倫理原則を遵守する』決定や『看護師としてよい看取りになるようにする』決定を行っていた。「倫理的意思決定における決定」は、訪問看護経験や在宅看取り頻度の違いによる有意差は見られなかった。

『原則を遵守する決定』には、訪問看護経験2年未満、および訪問看護経験15年以上の看護師は「家族の価値観」「家族の経済状態」のみが『原則を遵守する決定』に影響していた。一方、訪問看護経験2年以上15年未満の看護師は、「倫理についての学習経験」という看護師の要因、「家族の意欲」という家族の要因、「療養者の予後予測」という療養者の要因が『原則を遵守する決定』に影響しており、倫理原則を多面的に捉えながら『原則を遵守する決定』を行っていると考えられた。

『正しい方法を選択する決定』に最も影響している要因は「療養者の医療依存度」であり、

訪問看護経験5年以上15年未満の中堅看護師(n=351)では「療養者の予後予測」が『正しい方法を選択する』決定に影響していた。訪問看護師は、医学・看護知識や看護専門職としての経験を基盤として、「正しい」という判断から倫理的意思決定をしていることが示唆された。

『よい看取りになるよう決定すること』には、「家族の意欲」「家族の人間関係」といった家族の要因と、「療養者の医療依存度」という療養者の要因の影響がみられた。看取り件数の頻度が高い群、特に1ヶ月に1例以上という看取り頻度が高い群において、『よい看取りになる決定』には家族の要因ではなく、「療養者の医療依存度」「療養者のQOL」という療養者の要因が影響していた。さまざまな看取りを頻回に経験している中で、最期まで療養者を中心に療養者の状態をアセスメントしながら『よい看取りになる決定』を実践していることが示唆された。

※本論文は、科学研究費助成事業(課題番号26463502)による学術研究助成基金助成金を受けたものである。

<引用文献>

- Douglas P. Olsen (2013). 倫理的意思決定—原則と関係性. 日本看護倫理学会誌, 5(1), 84-102.
- Gladys L.Husted & James H.Husted, Ethical Decision Making in Nursing 2nd edition, Elsevier, 1995, 藤村龍子監訳 (2009). 臨床実践のための看護倫理—倫理的意思決定へのアプローチ. 226-229. 東京:医学書院.
- 橋本和子 (2010). Sara T.Fryの倫理的意思決定モデル活用した事例の分析方法. インターナショナルNursing Care Research, 9(1), 11-17.
- 橋本和子 (2010). Thompson, J. E & Thompson, H. 0の倫理的意思決定モデル用した事例の分析. 看護・保健科学研究誌, 10(1), 120-128.
- 東清巳, 永田千鶴 (2003). 在宅ターミナルケアにおける家族対処の特徴と看護介入. 日本地域看護学会誌, 6(1) 40-48.
- 石井京子 (2008). 高齢者への死の準備学習を促進するプログラムの実践活動. ヒューマン・ケア研究, 9, 53-63.

- Joyce E. Thompson & Henry O. Thompson, *Bioethical Decision Making for Nurses*, University Press of America., 1992, ケイコ・イマイ・キシ他監訳 (2004). 看護倫理の為の意思決定10のステップ. 97-210. 東京: 日本看護協会出版会.
- 川越博美 (2002). 在宅ターミナルケアのすすめ. 10, 日本看護協会出版会.
- 川上理子 (2017). 高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定～倫理的意思決定の必要な状況での分析に焦点をあてて～. 高知女子大学看護学会誌, 43(1), 46-57.
- 川上理子 (2014). 高齢者の在宅看取りにおいて訪問看護師が捉える「価値の対立や倫理的に不確かな状況. 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 41-51.
- 新田國夫 (2014). 在宅医療の現状と問題点, その延長上にある看取り. *Expert Nurse*, 30(9), 77-80.
- 野嶋佐由美 (2003). 【家族の意思決定を支援する】家族の意思決定を支える看護のあり方. *家族看護*, 1(1), 28-35.
- 野嶋佐由美, 横尾京子他 (2005). 倫理的判断を基盤として看護ケアを支援する看護倫理の教育モデルの開発, 平成14～16年度科学研究費補助金研究報告書.
- Olsen, D (2012). *Deceiving patients: "Let's just put the meds in applesauce."* *American Journal of Nursing*, 112(3), 67-69.
- Sara T. Fry & Megan-Jane Johnstone, *Ethics in Nursing Practice -A Guide to Decision Making*, International Council of Nurses, 2008, 片田範子、山本あい子訳 (2010). 看護実践のための倫理 (第3版) 倫理的意思決定のためのガイド. 76-83. 東京: 日本看護協会出版会.
- 島内節 (2008). 在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時期別に見た緊急ニーズ. *日本看護科学会誌*, 28(3), 23-33.
- 田中真弓, 岡光京子 (2013). 終末期がん患者の自立した日常生活行動を援助する上で生じる看護師の倫理的問題を解決する影響要因に関する研究. *日本看護倫理学会誌*, 5(1), 58-62.
- 谷本真理子, 黒田久美子, 田所良之他 (2010). 高齢者ケアにおける日常倫理に基づく援助技術. *日本看護科学会誌*, 30(1), 25-33.
- 山口小百合, 柳原清子 (2008). 在宅ターミナルケアにおける家族の「死の看取りのプロセス」の構造化. *新潟大学医学部保健学科紀要*, 9(1), 45-56.
- 渡辺裕子 (2005). 患者・家族との関係性の構築. *家族看護*, 3(1), 33-39.