

原 著 論 文

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」

**Value conflict and ethical uncertainty
as perceived by home care nurses
providing palliative care to the elderly**

川 上 理 子 (Michiko Kawakami)*

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において、価値の対立や倫理的に不確かな状況とはどのようなものか明らかにすることであった。2014年6月1日から7月25日にかけて1,018通の自記式アンケートを送付し、郵送法により回収した。回収数は719通（回収率70.6%）、有効回答数698通（有効回答率97.1%）であった。《価値の対立や倫理的に不確かな状況》で平均値の高い項目は「療養者の安寧と家族の負担のバランスをどうするか迷うことがある」であり、最も平均値の低い項目は「呼吸状態悪化時に療養者・家族の希望に合わせて鎮痛剤を投与するかどうか迷うことがある」であった。訪問看護師は高齢者の在宅看取りにおいて、『生命維持に関わる医療処置の選択』を求められる状況と、選択肢に対する『優先度への感受性のずれと迷い』のある状況で倫理的意思決定の必要性を認識していた。『優先度への感受性のずれと迷い』のある状況では、経験の豊かな看護師のほうが倫理的意思決定を必要だと認識している割合が低かった。

Abstract

This study sought to clarify the value conflict and ethical uncertainty that home care nurses providing palliative care to the elderly faced in the process of ethical decision-making. We mailed out 1,018 self-administered questionnaires between 1 June and 25 July 2014, and collected the responses via post. In all, we received 719 responses (70.6% response rate), of which 698 were valid (valid response rate: 97.1%).

The questionnaire response relating to conflict and uncertainty of ethical values that had a high mean score was "Uncertainty on how to achieve a balance between the wellbeing of the patient and the burden on family members". Meanwhile, the response with the lowest mean score was "Uncertainty on whether to administer pain relief medication in response to patient and family requests when the patient is experiencing respiratory distress".

In providing palliative care to elderly patients, the home care nurses recognized the need for ethical decision-making in circumstances where choices have to be made on life-sustaining medical procedures, and circumstances where there is disparity and confusion in terms of sensitivity to priorities. In this latter set of circumstances, recognition of the need for ethical decision-making was lower among highly-experienced nurses.

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

2005年の介護保険法改正や診療報酬改定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

*高知県立大学看護学部

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。

2011年の年間死亡者数は125.3万人であるが、そのうちがんによる死亡が最も多く35.7万人(28.5%)を占めている。がんに対しては1995年の「対がん10カ年総合計画」、2005年から第三次対がん10カ年総合計画、2006年がん対策基本法施行等により、多くの対策や研究が推進されている。一方、がん以外での死亡は89.6万人(71.5%)と年々増加傾向にあり、また75歳以上の死亡者も87.2万人(69.6%)と年々増加している現状であり、がん以外の者の看取りや在宅での高齢者の看取りについて考えていくことも重要である。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。

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」と報告されている¹⁾。遠藤は高齢者の在宅での終末期ケアにおける看護師の役割として「①最後まで安心の提供、②家族の思いと向かい合うケア、③関係者間の医師のズレの調整、④明確な責任感、使命感、役割意識を自覚した家族へのサポート」をあげている²⁾。角田は終末期ケアにおける訪問看護師は「在宅療養のコーディネータの役割を担い、利用者・家族の意思確認、不安の表出と対応、ケアチームへの期待や要望聞き取り等を行う」と述べている³⁾。訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合について都道府県別に比較した厚生労働省調査(2010年)では訪問看護の利用の多いほうが自宅死亡の割合が高い($r=0.64$)ことが明らかになっている⁴⁾。このようなことから、訪問看護師は、在宅での看取りについて重要な役割を果たしていることがわかる。

在宅看取りについて、島内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⁵⁾。吉岡は、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⁶⁾。訪問看護師が行う死へのケアとしての「看取り」は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意思決定が重要であると考えられる。

「倫理的意思決定」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、ステップ1. 状況を再検討する、ステップ2. 補足的情報を収集する、ステップ3. 倫理的問題を識別する、ステップ4. 個人的価値観と専門的価値観を明確にする、ステップ5. キーパーソンの価値観を明確にする、ステップ6. 価値の対立があれば明確にする、ステップ7. 誰が意思決定すべきかを定める、ステップ8. 行動範囲と予想される結果を関連づける、ステップ9. 行動方針を決定し実行する、ステップ10. 結果を評価するという10のステップモデルを開発している⁷⁾。

一方、ジョンストンの道徳的意思決定では①批判的・内省的な状況アセスメント、②道徳的問題の明確化と‘診断’、③明確になった問題に対する適切な行為の計画、④計画した行為の実施、⑤行為の道徳的成果を評価という5段階の過程が見られる⁸⁾。

ハステットは、臨床実践のための看護倫理として、倫理的意思決定へのアプローチモデルを提唱し、倫理的意思決定は、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、倫理的判断が必要であると述べている⁹⁾。

フライは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¹⁰⁾。

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¹¹⁾。

長江らは、保健師の実践の中から倫理的な意思決定の4ステップモデル(ステップ1.事例の全体状況を確認する、ステップ2.登場人物それぞれが持っている価値観について言語化して確認する、ステップ3.登場人物の価値観に基づいて保健師としてどのような行動が取り得るか考える、ステップ4.1~3ステップでの意見や考えを統合し、保健師として責任ある最善のケアを選択する)¹²⁾を提唱し、実践で活用している。

田中・岡光は看護師の倫理的判断について、①援助する上で生じた倫理的問題を認識し、解決まで【看護をする上で大切にしていること】である信念、価値観を基盤に思考する、②看護師は【身体的状態のリスク】【臨床経験に裏付けられた結果の予測】をアセスメントする、③アセスメントには【患者を取り巻く療養環境】【看護師の置かれている状況】【医療チームの判断】が影響する、④【看護師としての責任】から判断し、倫理的問題を解決するというプロセスであると述べている¹³⁾。

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、高齢の在宅療養者の看取りにおける訪問看護師の倫理的な意思決定とはどのようなものかを明らかにし、訪問看護師が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や課題を明確化することによって、課題解決のための教育プログラムの提案および、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することを旨とする。

本研究での目的は、訪問看護師が高齢者の在宅看取りで出会う価値の対立や不確かな状況がどのようなものかを明らかにすることとする。

II. 用語の定義

1. 在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的な意思決定

在宅看取りで訪問看護師が出会う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によって、倫理原則等に基づいて決定し、決定したことの評価する一連のプロセス

2. 在宅看取りで訪問看護師が出会う価値の対立や倫理的に不確かな状況

【非健康的な行動】看護師からみた対象者自身にとって最善の利益と思うものに反した対象者・家族の行動

【優先度への感受性】複数の選択肢の中で対象者と家族が何を好んでいるか

【曖昧な確かさ】ケアの効果や利益とコストのバランスが曖昧である、という状況

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な意思決定のプロセスにおいて、価値の対立

や倫理的に不確かな状況とはどのようなものか明らかにする。

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

1) 質問紙の作成

「倫理的意思決定」「在宅看取り」について文献検討し、オルセンの倫理的意思決定モデルを基盤に研究の概念枠組みを作成した。在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定は、《価値の対立や倫理的に不確かな状況》を認知し、《状況の分析》をすることによって《決定》し、《評価》するプロセスとし、それぞれのプロセスにおいて、「看護師の要因」「家族の要因」「療養者の要因」が《影響要因》として影響しているものとした。《価値の対立や倫理的に不確かな状況》については、「非健康的な行動」「優先度への感受性」「曖昧な確かさ」から構成されるものとした。《状況の分析》とは「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行動として操作化するために、文献検討および訪問看護ステーション所長および所長経験者3名にインタビューを行い、質問項目を作成した。作成した質問紙案について、2名の訪問看護ステーション所長経験者にパイロットテストを行い、設問の分かりやすさ、所要時間について意見をもらい、質問紙を作成した。

2) 質問紙の構成

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出会う《価値の対立

や倫理的に不確かな状況》10項目、《状況の分析》20項目、《決定》3項目、《評価》3項目であった。影響要因は、看護師の要因12項目、家族の要因6項目、療養者の要因4項目であった。《価値の対立や倫理的に不確かな状況》《状況の分析》《決定》《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、「倫理についての学習経験」は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基に、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。

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、因子分析、一元配置分散分析、重回帰分析を行った。

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97.1%)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。

2. 価値の対立や倫理的に不確かな状況

1) 価値の対立や倫理的に不確かな状況の記述統計

《価値の対立や倫理的に不確かな状況》で、平均値の高い項目は、「療養者の安寧と家族の負担のバランスをどうするか迷うことがある」

(AV=1.01, SD=0.773)であり、最も平均値の低い項目は、「呼吸状態悪化時に療養者・家族の希望に合わせて鎮痛剤を投与するかどうか迷うことがある」(AV=0.19, SD=1.043)であった。(表1)

2) 《価値の対立や倫理的に不確かな状況》についての因子分析

倫理的意味決定が必要な状況について主因子法(プロマックス回転)による因子分析を実施した因子1は、生命維持に関わる医療処置の選択が求められる状況の項目であり、『生命維持に関わる医療処置の選択』と命名した。「呼吸状態悪化時に療養者・家族の希望に合わせて鎮痛剤を投与するかどうか迷うことがある」は、因子1の因子負荷量が0.309、因子2の因子負荷量が0.361といずれもやや小さかったが、内容から状況因子1に含めたため、表2の5項目から構成されるものとした。因子2は、5項目から構成されるものとし、選択肢に対する優先度への感受性のずれと迷いのある状況であり、『優先度への感受性のずれと迷い』と命名した。

表1 倫理的価値の対立や不確かな状況の基礎統計量

質 問 項 目	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
経口摂取困難になった方への経管栄養をどうするか迷うことがある	697	-2	2	0.51	1.079
経口摂取困難になった方への胃ろう造設をどうするか迷うことがある	697	-2	2	0.59	1.145
心機能低下・心不全の方への輸液を補給するかどうか迷うことがある	696	-2	2	0.56	1.067
腎機能低下・腎不全の方への輸液を補給するかどうか迷うことがある	696	-2	2	0.51	1.062
呼吸状態悪化時に療養者・家族の希望に合わせて鎮痛剤を投与するかどうか迷うことがある	690	-2	2	0.19	1.043
療養者と家族の希望が異なっている	695	-2	2	0.59	0.902
看護師の勧めたいことと療養者の希望が異なっている	697	-2	2	0.34	0.909
看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている	694	-2	2	0.43	0.904
療養者の安寧と家族の負担のバランスをどうするか迷うことがある	693	-2	2	1.01	0.773
在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある	691	-2	2	0.33	1.008

表2 倫理的価値の対立や不確かな状況についての因子分析

質 問 項 目		因子	
		1	2
因子1 生命維持に 関わる医療 処置の選択	心機能低下・心不全の方への輸液を補給するかどうか迷うことがある	0.854	-0.006
	腎機能低下・腎不全の方への輸液を補給するかどうか迷うことがある	0.837	0.009
	経口摂取困難になった方への胃ろう造設するかどうか迷うことがある	0.801	0.007
	経口摂取困難になった方への経管栄養するかどうか迷うことがある	0.743	0.011
	呼吸状態悪化時に療養者・家族の希望に合わせて鎮痛剤を投与するかどうか迷うことがある	0.309	0.361
因子2 優先度への 感受性のず れと迷い	看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている	-0.107	0.907
	看護師の勧めたいことと療養者の希望が異なっている	-0.037	0.868
	療養者と家族の希望が異なっている	0.002	0.649
	療養者の安寧と家族の負担のバランスをどうするか迷うことがある	0.091	0.494
	在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある	0.102	0.452
	因子相関行列 1	1.000	0.347
	2	0.347	1.000

3) 経験の差による《価値の対立や倫理的に不確かな状況》の認知の比較

(1) 訪問看護経験年数による平均値の差

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「看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている」の項目において有意差 ($p=0.028$) が見られ、Tukeyによる多重比較では経験2年未満の群は、15年以上の訪問看護師経験のある群より、有意に平均値が高かった。

(2) 在宅看取り頻度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「在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある」の項目において有意差 ($p=0.044$) が見られ、Tukeyによる多重比較では在宅看取り件数が4ヶ月に1例未満の群は、4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群より、有意に平均値が高かった。

4) 《価値の対立や倫理的に不確かな状況》に影響する看護師・家族・療養者の要因

(1) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析

《価値の対立や倫理的に不確かな状況》10項目をそれぞれ目的変数、「看護師の要因」12項目から「訪問看護経験年数」を除外した11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。

訪問看護経験年数2年未満の看護師 ($n=94$) の群は、「鎮痛剤投与」の項目において、療養者の要因「療養者の予後予測 ($\beta=0.224$, $p<0.05$)」、看護師の要因「看護倫理について学習経験 ($\beta=0.306$, $p<0.01$)」「医療の倫理について学習経験 ($\beta=0.303$, $p<0.01$)」が影響していた ($R^2=0.193$)

訪問看護経験年数15年以上の看護師 ($n=117$) は、「鎮痛剤投与」の項目において、家族の要因「家族の介護負担 ($\beta=0.454$, $p<0.01$)」が影響していた ($R^2=0.198$)

訪問看護経験年数15年以上の看護師 ($n=117$) は、「療養者と家族の希望が異なる」の項目に

において、看護師の要因「医療の倫理について学習経験 ($\beta = -0.279, p < 0.01$)」「倫理について事例での学習経験 ($\beta = 0.205, p < 0.05$)」、家族の要因「家族の介護負担 ($\beta = 0.376, p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.180$)

訪問看護経験年数15年以上の看護師 ($n=117$) は、「看護師の薦めたいことと家族の希望が異なる」の項目において、看護師の要因「医療の倫理について学習経験 ($\beta = -0.252, p < 0.01$)」、家族の要因「家族の介護負担 ($\beta = 0.409, p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.207$)

訪問看護経験年数15年以上の看護師 ($n=117$) は、「安寧と負担のバランス」の項目において、看護師の要因「倫理について勉強会での学習経験 ($\beta = 0.250, p < 0.01$)」「医療の倫理について学習経験 ($\beta = -0.191, p < 0.05$)」、家族の要因「家族の人間関係 ($\beta = 0.224, p < 0.05$)」「家族の介護負担 ($\beta = 0.189, p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.180$)

(2) 在宅看取り頻度の層別での重回帰分析

《価値の対立や倫理的に不確かな状況》10項目をそれぞれ目的変数、「看護師の要因」12項目から「在宅看取り頻度」を除外した11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。

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満/年と回答した看護師 ($n=110$) は、「腎不全時の輸液」の項目において看護師の要因「看護倫理の学習経験 ($\beta = 0.403, p < 0.01$)」が影響していた ($R^2 = 0.171$)

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満/年と回答した看護師 ($n=110$) は、「心不全時の輸液」の項目において看護師の要因「看護倫理の学習経験 ($\beta = 0.361, p < 0.01$)」、家族の要因「家族の価値観 ($\beta = 0.188, p < 0.05$)」が影響していた ($R^2 = 0.177$)

VI. 考 察

今回の調査結果では、訪問看護師は高齢者の

在宅看取りにおいて、『生命維持に関わる医療処置の選択』が求められる状況、および選択肢に対する『優先度への感受性のずれと迷い』のある状況で、倫理的意思決定の必要性を認識していた。

1. 生命維持に関わる医療処置の選択

『生命維持に関わる医療処置の選択』を倫理的な課題であると捉えるのは、日本人の看取りに対する捉え方が影響しているのではないかと考えられる。日本では、平安中期以降の臨終看護のあり方は仏教思想ともつながり、終末期には除痛の行為を除いて延命の為の医療を行わない文化があったが、明治以降、医学の西洋化・伝統医学否定・廃仏毀釈により、看取りの主体は家族・親族・隣組・進行仲間から、医療従事者に移り延命を最優先する医療が推進された。1980年代以降、医療者主導から患者の自己決定を支える方向への動きはあるが、延命を最優先する姿勢は継続している。2010年に日本老年医学会の医師会員を対象にした調査¹⁴⁾でも、「認知症末期で摂食困難な患者の家族に提示する選択肢」として半数以上の医師は「胃ろう」を挙げ、「何もしないこと」「餓死させること」への抵抗があったと述べている。実際は、終末期の患者への輸液や補液は本人に害となるというエビデンスもあり、「医療処置を選択すること」は本人に害になるために、「最善の原則」に抵触する可能性があり、一方で「医療処置を選択しないこと」が医療従事者として「何もせず死なせてしまう」ことへの抵抗感もあり、在宅看取りでの倫理的な課題であると捉えているのではないかと考えられる。

『生命維持に関わる医療処置の選択』において、「呼吸悪化時に療養者・家族の希望に合わせての鎮痛剤の投与」の平均値が低く、バラつきも多かったのは、「鎮痛剤投与」は実施すると呼吸抑制により数分～数十分で呼吸停止の可能性もあるリスクの高い行為であり、医師の包括的指示で看護師が実施する場合もあるが、絶対的医療行為として医師が直接実施する場合も多いため、看護師の意思決定の範疇ではないという捉え方があるためではないかと考えられる。

また、在宅看取りができた高齢者の関わる主病名は脳血管障害が最も多く¹⁵⁾、高齢者の在宅看取りにおける最期の時期の課題は、「疼痛管理」というよりも「認知機能低下」「多臓器不全による状態悪化」であるため、「鎮痛剤投与」の選択を考える機会ががん患者とは異なって少なく、倫理的意思決定が必要な状況として遭遇した経験のない看護師もいたため、倫理的意思決定が必要だと思うという回答が少なかったのではないかと考えられる。また、「鎮痛剤」という表現がやや曖昧で、「鎮静剤」という表現のほうが回答しやすかった可能性も考えられる。ただし、生命維持に直接関わるリスクの高い行為であるゆえに、その状況を経験した看護師は、倫理的意思決定の必要性を感じていると思われ、全体として回答にばらつきがあったと考えられる。

「鎮痛剤投与」の回答に影響する要因として「療養者の医療依存度」「家族の介護負担」「看護倫理についての学習経験」が挙げられており、特に、訪問看護経験の長い（15年以上）訪問看護師は「家族の介護負担」をより強い影響要因としてあげている。一方で訪問看護経験2年未満の群は「看護倫理についての学習経験」「医療倫理についての学習要因」に影響要因としてあげている。これは、訪問看護師経験の長い看護師は、「鎮痛剤投与」を「家族の介護負担」といった影響要因も含めて現実的に状況を捉えているのに対し、訪問看護経験2年未満の看護師にとって、「鎮痛剤投与」は看護師が実施すべき医療行為かどうかという観念的な状況の捉えになっているためではないかと考えられる。

2. 優先度への感受性のずれや迷い

本研究で明らかになった『優先度への感受性のずれや迷い』のある状況は、家族にとって「在宅看取り」が、死が迫った療養者のさまざまな苦痛を最小限にすることを目指しながら、家族自身が感情的・情緒的・あるいはスピリチュアルな苦痛を感じて揺れ動くプロセスであるためだと考えられる。石井は、がん患者と異なり高齢者の終末期を特定することの困難性が、高

齢者の看取りの特徴であることを指摘し、家族は終末期の看取りの困難さを理解すると共に看取りをしたという満足度を求めていると述べている¹⁶⁾。本研究でも「療養者と家族の希望が異なっている」「看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている」状況において倫理的意思決定が必要だと捉えている看護師が多かった。明確な徴候が少なく、終末期であることの特定が困難な高齢者の在宅看取りで、家族の迷いや揺れ動きによって、方向性が曖昧になる状況が存在することを示唆していると考えられる。

また、今回の結果では、訪問看護師が最も倫理的意思決定の必要性を認識していた状況は『優先度への感受性のずれと迷い』の「療養者の安寧と家族の負担のバランス」についての迷いであった。これは訪問看護師ならではの結果ではないか。訪問看護師は、生活している場に訪問して看護するという特徴から、在宅看取りの状況で、徐々に状態が悪化していく高齢者の状態と、増えていく介護量に対応している家族の状態を目の当たりにすることになる。在宅では、基本的に24時間の介護と生活を管理するのは家族であり、病院で実施されている「患者中心の看護」ではなく、「家族全体の看護」が必須である。訪問看護師は、療養者の安全・安楽・安寧を守りつつ、そのために必要な介護が家族の負担になりすぎないように、つまり家族が「このくらいの負担なら、このまま最期まで自宅で看取ろう」と思うことができるようバランスを考える中で、療養者にとっての「最善の原則」と家族にとっての「最善の原則」が一致しないと迷う状況によく出会うのではないかと考えられる。

3. 経験の差による状況認知の差

今回の結果では、『生命維持に関わる医療処置の選択』が求められる状況について経験による状況認知の差はなかったが、選択肢に対する『優先度への感受性のずれと迷い』のある状況については、経験の豊かな看護師のほうが倫理的意思決定を必要だと認識している割合が低かった（表3、表4）。

表3 訪問看護経験年数による《倫理的価値の対立や不確かな状況》の平均値の差

価値の対立や 不確かな状況	訪問看護経験年数	度数	平均値	一元配置分散分析		多重比較 有意確率
				F	有意確率	
看護師の勧め たいことと家 族の希望が異 なっている	2年未満	93	0.60	3.043	0.028	0.017
	2年以上5年未満	134	0.43			
	5年以上15年未満	349	0.45			
	15年以上	116	0.23			

表4 在宅看取り頻度による《倫理的価値の対立や不確かな状況》の平均値の差

価値の対立や 不確かな状況	在宅看取り頻度	度数	平均値	一元配置分散分析		多重比較 有意確率
				F	有意確率	
在宅が療養者 にとってよい ことかどうか の迷いがある	4ヶ月に1例未満	206	0.49	2.717	0.044	0.040
	4ヶ月に1例以上2ヶ月 に1例未満	166	0.21			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月 に1例未満	109	0.28			
	1ヶ月に1例以上	170	0.28			

「看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている」ことに倫理的な課題を感じる割合は訪問看護経験2年未満の看護師と比較して15年以上の看護師は有意に少なかったのは、何を優先したいかという感受性のズレに対し、経験のある看護師は、ズレを解消・解決するための交渉能力を獲得しているためではないかと考えられる。訪問看護経験15年以上の看護師は2000年に介護保険法が施行される以前から訪問看護をしているベテランであり、「家族の負担」を考慮しながら(表5)、うまく倫理的な意思決定ができるため課題としては感じていないと思われる。

また、「在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある」という課題を感じる割合が高いのは、在宅看取り頻度が4ヶ月に1例未満の群であった。在宅看取りの頻度の高い群は、

看取り後のデスカンファレンスや、家族訪問での家族からの肯定的評価によって、在宅看取りのメリットをより体験から感じることができると、在宅療養を迷う割合が低いと思われる。

VII. 結 論

今回の調査結果では、訪問看護師は高齢者の在宅看取りにおいて、『生命維持に関わる医療処置の選択』が求められる状況、および選択肢に対する『優先度への感受性のずれと迷い』のある状況で、倫理的な意思決定の必要性を認識していた。

選択肢に対する『優先度への感受性のずれと迷い』のある状況については、経験の豊かな看護師のほうが倫理的な意思決定を必要だと認識している割合が低かった。

表5 「倫理的意思決定の必要な状況」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）

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養		胃ろう造設		心不全時の輸液		腎不全時の輸液		鎮痛剤投与	
調整済決定係数		R ² =0.122		R ² =0.075		R ² =0.058				R ² =0.193	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師要因	看護倫理について学習経験									0.306	**
	医療の倫理について学習経験									0.303	**
家族の要因	家族の経済状態	0.252	*	0.294	**	0.266	*				
療養者の要因	療養者のQOL										
	療養者の予後予測	0.229	*							0.224	*
倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる		看護師療養者希望異なる		看護師家族希望異なる		安寧と負担のバランス		在宅でもかどうかの迷い	
調整済決定係数		R ² =0.064						R ² =0.067			
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
家族の要因	家族の経済状態	0.254	*								
療養者の要因	療養者のQOL							0.282	*		
	療養者の予後予測										

表6 「倫理的意思決定の必要な状況」に影響する看護師・療養者・家族の要因（訪問看護経験15年以上の看護師 n=117）

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養		胃ろう造設		心不全時の輸液		腎不全時の輸液		鎮痛剤投与	
調整済決定係数		R ² =0.069		R ² =0.075		R ² =0.117		R ² =0.146		R ² =0.198	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
家族の要因	家族の介護負担	0.279	**	0.288	**	0.242	*	0.288	**	0.454	**
	家族の人間関係					0.211	*				
	家族の価値観							0.213	*		
倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる		看護師療養者希望異なる		看護師家族希望異なる		安寧と負担のバランス		在宅でもかどうかの迷い	
調整済決定係数		R ² =0.180		R ² =0.155		R ² =0.207		R ² =0.160		R ² =0.070	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師要因	医療の倫理について学習経験	-0.279	**			-0.252	**	-0.191	*		
	生命倫理について学習経験			-0.247	**						
	倫理について事例で学習経験	0.205	*								
	倫理について勉強会で学習経験							0.250	**		
家族の要因	家族の介護負担	0.376	**	0.328	**	0.409	*	0.189	*		
	家族の人間関係							0.224	*		
療養者の要因	療養者の意思決定能力									0.279	**

表7 「倫理的意思決定の必要な状況」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/年 n=110)

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養		胃ろう造設		心不全時の輸液		腎不全時の輸液		鎮痛剤投与	
調整済決定係数		R ² =0.139		R ² =0.088		R ² =0.177		R ² =0.171		R ² =0.152	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	看護倫理について学習経験	0.235	*			0.361	**	0.403	**	0.346	**
	医療の倫理について学習経験			0.237	*						
	研究の倫理について学習経験									-0.240	**
	倫理学について学習経験									0.246	**
家族の要因	倫理について事例で学習経験	0.269	**								
	家族の意欲			0.237	*						
	家族の価値観	0.191	*			0.188	*				
倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる		看護師療養者希望異なる		看護師家族希望異なる		安寧と負担のバランス		在宅でもかどうかの迷い	
調整済決定係数		R ² =0.066		R ² =0.066		R ² =0.066		R ² =0.092		R ² =0.043	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	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							-0.204	*		
家族の要因	家族の人間関係							0.281	**		
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.274	**					0.229	*

<引用・参考文献>

- 1) 川越博美：在宅ターミナルケアのすすめ、10、日本看護協会出版会、2002.
- 2) 遠藤美由紀：在宅ターミナルケアにおける家族への看護、家族看護、1(2)、77-82、2003.
- 3) 角田直枝：看取りの“最期の1週間”に利用者家族を支える看護を、コミュニティケア、10(13)12-15、2008.
- 4) 厚生労働省資料：訪問看護の現状等について (PDF)：2014.1.10引用
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0118-7b_0001.pdf
- 5) 島内節：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、2008.
- 6) 吉岡さおり、小笠原知枝、中橋苗代、伊藤朗子、池内香織、河内文：終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発、日本看護科学会誌29(2)、11-20、2009.
- 7) 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：看護倫理の為の意思決定10のステップ、97-210、日本看護協会出版会、2004.
- 8) 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：看護実践のための倫理 (第3版) 倫理的意決定のためのガイド、76-83、日本看護協会出版会、2010.
- 9) Gladys L. Husted & James H. Husted, Ethical Decision Making in Nursing 2nd edition, Elsevier, 1995, 藤村龍子監訳：臨床実践のための看護倫理—倫理的意決定へのアプローチ、226-229、医学書院、2009.
- 10) 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：看護実践のための倫理 (第3版) 倫理的意決定のためのガイド、76-83、日本看護協会出版会、2010.
- 11) Douglas P. Olsen：倫理的意決定—原則と関係性、日本看護倫理学会誌、5(1)、84-102、2013.
- 12) 長江弘子、百瀬由美子他、4ステップモデルを用いた倫理教育プログラムの展開方法、保健師ジャーナル、64(2)、149-163、2008.
- 13) 田中真弓、岡光京子：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、2013.
- 14) 会田薫子：終末期医療—終末期における人工的水分・栄養補給法に関する医師の意識変化 3つの国内調査の結果から、医学のあゆみ、239(5)、564-568、2011.
- 15) 宮田和明、近藤克則、樋口京子：在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーションの調査に学ぶ、27-81、中央法規、2005.
- 16) 石井敏明、斉藤佐知子、天羽悦子、藤山美津子：高齢者の在宅介護障害要因、公衆衛生、64(2)、135-138、2000.
- 17) 野嶋佐由美、横尾京子他：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、2005.