

平成26年度 高知県立大学大学院 博士論文

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

Ethical decision-making of home visit nurses  
providing end-of-life care for the elderly

看護学研究科看護学専攻  
博士後期課程  
学籍番号：09G203  
氏名：川上 理子

指導教員 山田 覚 教授

## 論文要旨

### 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

G09203

川上 理子

本研究の目的は、①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過程はどのようなものか、②倫理的意思決定に影響する要因は何か、③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はどのようなものかの3点を明らかにし、訪問看護師が家族とともに、悔いの残らない看取りができるような援助モデルを示唆する上での一助とすることであった。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日にかけて、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、141件の訪問看護ステーションから、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97.1%であった。

高齢者の在宅看取りにおいて、訪問看護師は『生命維持に関わる医療処置の選択』『優先度への感受性のずれと迷い』という状況で、『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況に関わるものを明確にする権限の考慮』『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』『状況が存在する場の社会的意味の探求』の分析を行い、『倫理原則を遵守する』『よい看取りになるようにする』決定を行い、『倫理原則が遵守できたか』『よい看取りになったか』という評価を行っていた。分析にもっとも影響する状況は「療養者の安寧と家族の負担のバランス」であった。『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』する分析は『倫理原則を遵守する』決定に影響を及ぼし、『状況が存在する場の社会的意味の探求』の分析は『よい看取りになるようにする』決定に影響していた。

分析では、『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』といった分析はよく出来ていたが、『状況に関わるものを明確にする権限の考慮』『状況が存在する場の社会的意味の探求』といった倫理的な判断基準となるものに関する分析は十分とはいえなかった。

この倫理的意思決定に影響する要因として、「訪問看護経験」や「在宅看取り頻度」という訪問看護師の経験があげられた。家族の要因は、「家族の介護負担」「家族の意欲」であった。訪問看護師は高齢者の在宅看取りにおける倫理的意思決定では、家族の要因を、療養者の要因よりも影響すると捉えていた。

**Abstract**  
**Ethical decision-making of home visit nurses**  
**providing end-of-life care for the elderly**

Michiko Kawakami

**Purpose**

The aim of this study was to clarify three points that would provide hints for an assistance model that can lead to no regrets in end-of-life care by home visit nurses together with the family. The three points are (1) What is the process of ethical decision-making by home visit nurses in end-of-life care for the elderly?, (2) What are the factors that affect ethical decision-making?, and (3) What is ethical decision-making by home visit nurses in end-of-life care for the elderly?

**Method**

This was a quantitative study using a self-administered questionnaire.

**Subjects**

The subjects were home visit nurses employed at home visit nursing stations, who had experience in providing end-of-life care for the elderly.

**Results**

A total of 1,018 questionnaires were sent out and 719 were returned (response rate 70.6%), of which 698 were valid responses (valid response rate 97.1%).

In end-of-life care for the elderly, an analysis was conducted of "subjective and objective understanding of facts related to the situation," "consideration of one's authority to clarify matters related to the situation," "clarification of the nature and content of ethical determinations depending on the situation presented," and "pursuit of social significance in the setting where the situation exists" in situations involving "choosing medical procedures related to the maintenance of life" and "feelings of uncertainty when there is an emotional discrepancy with respect to priorities." Subjects made decisions to "respect ethical principles" and "provide good end-of-life care" and assessed whether "ethical principles were respected" and if "end-of-life care was good." The situation that most greatly affected the analysis was the "balance between the inner peace of the person receiving care and the burden on the family." Analysis of "subjective and objective understanding of facts related to the situation" affected the decision to "respect ethical principles," and the analysis of "pursuit of social significance in the setting where the situation exists" affected the decision to "make end-of-life care good."

Among factors affecting this ethical decision-making, "home visit care experience" and "frequency of end-of-life care" had a greater influence than "learned experiences in school" for nurses. For the family, the factors were "family care burden" and "family motivation." It is seen from these results that family factors have a stronger influence than factors related to the care recipient in the ethical decision-making of home visit nurses providing end-of-life care for the elderly.

第6章 結果	
I. 質問紙の配布数及び回収数	21
II. 対象者の概要	21
III. データ分析結果	21
1. 倫理的価値の対立や不確かな状況	21
2. 倫理的意思決定における分析	23
3. 倫理的意思決定における決定	28
4. 倫理的意思決定における評価	28
5. 倫理的意思決定に影響する要因	29
6. 《倫理的意思決定における分析》に影響する《倫理的価値の対立や不確かな状況》	33
7. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》	45
8. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》	50
9. 《倫理的価値の対立や不確かな状況》に影響する看護師・家族・療養者の要因	56
10. 《倫理的意思決定における分析》に影響する看護師・家族・療養者の要因	69
11. 《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	89
12. 《倫理的意思決定における評価》に影響する看護師・家族・療養者の要因	96
第7章 考察	
I. 考察の構成	104
II. 考察	105
1. 訪問看護師の倫理的意思決定について	105
1) 「倫理的価値の対立や不確かな状況」の認知の特徴	105
2) 「倫理的意思決定における分析」の特徴	108
3) 「倫理的意思決定における決定」の特徴	114
4) 「倫理的意思決定における評価」の特徴	115
2. 倫理的意思決定に影響する要因	116
3. 倫理的意思決定についてのまとめ	118
III. 研究の限界と課題	120
1. 研究の限界と課題	120
2. 看護への示唆	120
第8章 結論	
I. 結論	122
第9章 謝辞	124
【参考・引用文献】	125



## 目次

第1章 序論	
I. 研究の背景	1
II. 研究目的	3
III. 研究課題	3
IV. 研究の意義	3
第2章 文献検討	
I. 「看取り」について	4
1. 看取りとは	4
2. 家族にとっての看取り	4
II. 「在宅での看取り」について	5
1. 家族にとっての「在宅での看取り」	5
2. 高齢者の在宅での看取り	6
3. ケアシステムとしての看取り	7
4. 看護者にとっての看取り	8
5. プロセスとしての在宅での看取り	8
III. 倫理的意思決定について	9
1. 看護師にとって「よい看取り」を考えるための方法としての倫理	9
2. 意思決定	10
3. 倫理的意思決定	10
第3章 研究の枠組み	
I. 概念の枠組み	12
II. 研究課題	13
第4章 研究方法	
I. 研究デザイン	14
II. 研究対象者	14
III. データ収集方法	14
1. データ収集	14
2. データの信頼性・妥当性への配慮	14
IV. 分析方法	14
V. 対象者の保護	14
1. 不利益を受けない権利の保証	14
2. 完全な情報公開の権利の保証	15
3. 自己決定の権利の保証	15
4. プライバシー、匿名性、機密性の保持	15
第5章 質問紙の作成	
I. 質問項目の検討	16
II. 質問紙の構成	17
1. 質問性の構成	17
2. 質問内容	17

## 第1章 序論

### I. 研究の背景

わが国は第二次世界大戦後、医療技術の進歩に伴い平均寿命が延長し、世界屈指の長寿国となっている。このような平均寿命の延長は、一日でも長く生きるための救命・延命をめざす医療技術の進歩ゆえであり、それは入院治療の延長・病院死の増加を招くことになった。1955年当時約77%を占めていた在宅での死亡数は減少し、年々病院での死亡数が増え続け、1977年に病院での死亡数は自宅で死亡数を越えた。2010年現在、自宅での死亡は死亡数全体の約11%となっている。かつては自宅で、家族に見守られなくなっていくことが一般的な死亡であったが、現在は大多数の人が病院や施設で亡くなっている。1980年に行われた総理府老人対策室による『「つい」の看取りに関する調査』による死亡したい場所では、生前に希望場所があった人(30.4%)のうち、94.4%は自宅を希望し、また、厚生省官房情報部での面接統計でも、死亡場所として、89.1%の人が自宅を希望していたのに対し、2003年に厚生労働省が実施した「終末期医療に関する調査」によると、高齢で脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに治る見込みのない疾患に冒された場合、一般市民が最期まで療養したい場所は、在宅23%、病院38%、老人ホーム25%という結果で、病院や施設を希望して選択する実態が示されている。

在宅での死亡の減少によって、人の死は生活の中の身近な体験ではなくなり、家族あるいは自分自身の死について意識や心構えをする機会が少なくなるとともに、高度化され、医療従事者主導の医療では「尊厳ある生と死」を実現することが困難になっていった。このような中で、終末期の人間性の回復を目指して、1980年代初めから我が国でのホスピスの考え方やQOL、自己決定、リビングウィルの考え方があらわれ、本人・家族主体の死の迎え方を考えていく重要性が提唱されはじめた。

また、高齢化社会の進行・医療の高度化に伴う高齢者医療費の急騰は社会問題ともなり、療養病床群の減少・在院日数短縮・後期高齢者の医療のあり方も見直しが推進されている。これは、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である。1992年医療法改正時には「在宅」を医療提供の場であると位置づけ、1992年老人保健法改正によって老人訪問看護ステーションが誕生した。1994年健康保険法改正では「訪問看護制度」が創設され、在宅で医療・看護の必要な療養者への看護提供ができるようになった。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)。

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～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」(川越2002)と報告されている。遠藤(2003)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。角田(2008)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。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)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。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

高齢者にとってのエンド・オブ・ライフケアとは、高齢者が長く過ごしてきた生活の延長線上に死があるという視点を持ち、本人・家族にとって「あるがまま」「自然の」死を迎えるためのケアである(柏木2006, 松根2006, 高澤2008)。高齢者本人のエンド・オブ・ライフとしての「死」あるいは家族にとっての「看取り」は、長年に渡って営まれてきた家族の生活と、「死」の後にまた続いていく家族の人生・生活にとって重要な出来事であり、よりよい「看取り」ができるように援助することが必要であると考えられる。従来「死」はタブー視されるものであった。死を避け、生命を維持するべくあらゆる治療を行ってきた医療にとって、死んでいくことに向けて援助していく「看取り」のケアについては、1990年代以降徐々に研究や実践報告が増えているとはいえ、必ずしも十分明らかにされているわけではないとはいえ、「看取り」とは、近い将来に死に至ることが予測される患者に対し、家族が患者に寄り添いながら、死に至るまでの期間を、患者が尊厳を持って、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛をできるだけ緩和しながら生きる、あるいは日々の暮らしを営むことができることを目指してケアすると同時に、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と考えられる。

「看取り」に対する看護者による捉え方としては、ホスピス看護師にとっての「よい看取り」、小児病棟看護師にとっての「よい看取り」等の研究が見られ(吉田1999, 戈木2000, 上山2007)、看護師にとって「看取り」は、患者の死の迎え方に関わる事象であると捉えていることが伺える。「看取り」とは、患者の苦痛緩和や安寧を目指すと共に、家族が患者の死が近いことを理解して、揺れながらも家族が患者に寄り添うことを意味し、看護師は、よりよい「看取り」ができるよう支援する役割を持っていると考えることができる。

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(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。

そこで、本研究は、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目指す。

## II. 研究目的

本研究は、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、訪問看護師が家族とともに、悔いの残らない看取りを生み出すことのできる援助モデルを示唆する上での一助とする。

## III. 研究課題

1. 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過程はどのようなものか
  - 1-①倫理的な意思決定に必要な「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
  - 1-②倫理的な意思決定に必要な状況の「分析」はどのようなものか
  - 1-③状況の分析を踏まえての「決定」とはどのようなものか
  - 1-④決定したことの「評価」とはどのようなものか
2. 高齢者の在宅看取りにおける倫理的な意思決定に影響する要因は何か
3. 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とはどのようなものか

## IV. 研究の意義

本研究によって、訪問看護師の現状分析—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、訪問看護師の課題の明確化—在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的な意思決定が必要な状況に対する感受性、分析力、決定の不十分な部分、影響要因を明らかにする、課題の解決方法の提案—教育プログラムの提案が可能となる点で有意義であると考えられる。

## 第2章 文献検討

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意思決定をあきらかにするために、医学中央雑誌、CINALで「看取り」「在宅看取り」「訪問看護師」「意思決定」「倫理的意思決定」「ethical decision making」「ethical dilemma」をキーワードに文献検討した。

### I. 「看取り」について

#### 1. 看取りとは

「看取る」とは、一般的には、「病人の世話をする。看病する」ことであり、「病気の父を看取る」「母の最期を看取る」という用法が記述されている(広辞苑 2008)。医療・看護の領域では、多くの文献において、「看取り」「看取る」ことは、一般的な意味としての「看病する」ことだけでなく、「終末期の看取り」「在宅ターミナルを看取る」「死の看取りケア」等、「最後の時期」の「看病をする」「介護する」「ケアする」という意味で用いられている。

医療・看護の領域での「看取り」は死を迎える患者のケアであるため、「看取り」についての研究が見られるのは、1990年代後半以降が中心となる。1990年に厚生省(当時)が認可した施設において末期医療への保険適用の認可、1994年訪問看護療養費におけるターミナルケア療養費加算の創設等、施策として死を迎えるためのケアの存在がクローズアップされるようになってから、徐々に、単に患者の延命を臨むのではなく生命の質や死ぬ権利を求め、死を否定する医療から、死を受け入れる医療への転換が始まり、ターミナルケア、ホスピスケアにおいて「看取り」が注目されるようになったのである。

#### 2. 家族にとっての看取り

家族にとっての「看取り」とはどのようなものであろうか。

深澤(2004)は、長期療養型病床群における終末期高齢者家族の「看取り」の過程を、「家族は<医師の説明><看護職の行動><家族がとらえた高齢者の様子>から高齢者の死が近づきつつあることを察知し、様々な<家族の行動>を行っていた。その中で<医療者に対する家族の印象>と<家族の感情>は、肯定的なものとの否定的なものとの狭間で揺れ動いていた」とし、看取りをプロセスと捉え、様々な情報から高齢者の死を予測し、感情的・情緒的な揺れを体験しながら家族が行動していくと述べ、「看取り」を家族の行動として捉えるとともに、情緒的側面に焦点を当て分析している。

雲(2005)は緩和ケア病棟で患者の死を看取った家族の思いとして、「患者の苦痛が少なく、安らかな看取りができたと感じながらも、十分な世話が出来なかったこと、治療を継続しておけばもう少し生きながらえることができたのではないかという後悔も示す」とし、医療者に求める姿勢について「心のケアや配慮ある対応、医療者との十分なコミュニケーション等、最も基本的な姿勢を求め、また、家族は医療者に声をかけることに戸惑いを感じている」と述べ、看取りにおいては、患者の苦痛の緩和と、医療者に対する配慮あるケアやコミュニケーションの希望があることを明らかにしている。

山本(2005)は、成人期の子が、親の死が避けられない、あるいは死が迫っていることに気づいたときの反応と対処行動について研究した中で、8つの反応【衝撃を受けた】、【親が死ぬとは信じられない】、【何かをしなければという焦り】、【今後起こることに対する不安と恐怖】、【親の死が迫ってきているのを感じ然然とする】、【衰弱した親を見てつらくなる】、【自分自身に対する後悔と怒り】、【身体的な反応】と、9つの対処行動【闘病を支え

る】、【親の安寧に役立つことをする】、【病状を把握する】、【サポートを求める】、【傍にいる時間をもつ】、【家族で協力する】、【自分の気持ちを整える】、【親が充実した時間をもてるようにする】、【死別の準備を進める】があったとし、不安や感情的・情緒的な動揺といった反応をしながら、親の死が安寧であるよう、残された時間を充実できるように援助しながら死別の準備を進めるよう対処すると述べ、認知行動理論をベースにして「看取り」を認知的側面、行動的側面および認知から生じる情緒的側面を論じている。

渡辺(2005)は、「看取り」をさまざまなスピリチュアルペインを伴う家族の体験として捉えている。そして、スピリチュアルペインとは魂の叫びであり、具体的には「人生の苦難への叫び、患者と共に生きてきた自己の人生の意味を問いかける叫び、患者への愛情と憎しみの狭間に引き裂かれる叫び、未解決な過去の死別体験が再現される魂の苦悩、患者と過ごした過去を悔やむことによる叫び、死をめぐる叫び、希望を求める魂の叫びである」とし、家族が死にゆく患者と向き合いながら、患者と過ごしてきた人生を振り返り、魂の叫びとも言うべき苦痛を感じていると述べている。

以上のことから、家族にとっての「看取り」とは、近い将来に死に至ることが予測される患者に対し、寄り添いながら、死に至るまでの期間を、患者が尊厳を持って、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛をできるだけ緩和しながら生きる、あるいは日々の暮らしを営むことができることを目指してケアすると同時に、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と考えられる。

## II. 「在宅での看取り」について

鈴木(2008)は、「「昼の上で死にたい」というのは、わが国の歴史的精神的文化とも考えられるが、患者や家族にとっての在宅死は、人間本来のなるべく管理されない、自由な存在としてのQOL, 自己決定尊重の立場から、また遺されるものへの死の準備教育としてきわめて意義は大きいと考えられる。」と述べ、在宅での看取りの有用性を、病院での終末期と比較して、時間の自由、空間の広さ、衣食住の自由、CureではなくCare中心、人間中心・患者中心という観点から論じている。鈴木(2008)の主張は、在宅ホスピスケアの考え方を基盤とした1980年代以降の脱施設化の流れであるが、「看取り」の本質を明らかにしたものではない。

### 1. 家族にとっての「在宅での看取り」

東(2003)は、在宅での看取りを達成するために、家族がケアの過程で生じる困難な状況にどのように対処しているかを検討している。「家族対処の構造の特徴は、核に在宅療養への【こだわり】があり、それを前提に【療養者の意向に添う】【介護者役割を引き受ける】があり、これらが他の家族対処を支えていた。また、家族対処を促す看護介入としては11項目が認められた。その特徴は、核に在宅療養への【こだわり】と【専門的知識・技術がある】ことがあり、これらを基盤にして在宅での看取りに向けて【関わりを続ける】ために、その他のケアがバランスをとりながら提供されていた。」とし、まず、在宅療養を療養者の意思を尊重し、家族が介護者役割を引き受けることが前提条件にあり、在宅療養にこだわるのが核になり、看護介入はその核を基盤にして関わりを続けることであると述べている。

今(2005)は、在宅死を看取った介護者の思いについて、25例へのアンケート調査で、介護者が在宅での看取りを希望した理由は「本人の希望優先」が最も多く、「一緒にいた

い」を含めて、利用者に寄り添った介護者の思いがあること、在宅ターミナルで困ったことは「病状変化」「緊急時訪問」であり、介護者は利用者の状況の変化に対応しながら、死を看取る覚悟のもとに生活していることを明らかにした。

柴田(2007)は終末期がん患者を在宅で介護している家族員の体験について、1)患者の思い通りに過ごさせるための在宅介護の決意、2)介護継続のための自分自身の鼓舞と工夫、3)在宅で得る医療者からの支援に対する安心と満足、4)24時間の介護に追われることによる疲労困憊、5)介護の日常雑事に翻弄される生活、6)つきまとう介護への無力感と焦燥感、7)患者の安寧をめざした必死の工夫、8)過去の治療への尽きない憤りや満足、9)心を砕く患者への思い、10)身内の存在や気遣いによる癒し、11)払拭できない周囲の人々への不満、12)看取り残される身の辛苦、13)対峙する生と死への思いに対する苦悩という13のテーマを明らかにした。

蒔田(2009)は、修正版グランデッドセオリーによる研究で、ガンの夫を看取った女性配偶者は、看取り体験を「期限付非日常生活」と捉えていたこと、介護には持続する緊張と閉塞感があったという面と、穏やかな時間の共有ができたという肯定的な面があり、これらは流動的に動いていたこと、夫の死は、看取りの緊張からの開放であり、夫にとっては苦痛からの開放と捉えていたことを明らかにした。蒔田の研究は、特に在宅での看取りはがん患者を対象としており、予後がある程度予測出来るという特徴から、「期限付非日常生活」という体験を見いだしている。

高齢者にとっての看取りケアについては、高齢者が長く過ごしてきた生活の延長線上に死があるという視点を持ち、本人・家族にとって「あるがまま」「自然の」死を迎えるためのケアであるといわれている(柏木2006, 松根2006, 高澤2008)。石井(2000)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、終末期を特定することが困難な高齢者の状態の特徴が看取りと満足度に関連すること述べている。

家族看護学の渡辺(2005)は、「家族にとって『看取り』とは、死が迫った患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」と述べている。訪問看護師である宮崎(2006)、山口(2008)は、「家族は、看取りのプロセスを通して浮き沈む心情や不安・困難を抱え、その思いはプロセスを追って変化する」と述べている。

つまり、家族にとっての在宅での看取りは、近い将来に死に至ることが予測される療養者に寄り添いながら、死に至るまでの期間を、療養者が尊厳を持って、苦痛をできるだけ緩和しながら生きる、あるいは日々の暮らしを営むことができることを目指してケアすると同時に、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を、本人の希望と家族の決意によって選択するものであり、介護者として対象者に関わり、死を看取る覚悟を決めながら生活していくことであると考えられる。

## 2. 高齢者の在宅での看取り

高齢者(非がん疾患)の在宅での看取りについて、石井(2005)は「高齢者への介護から看取りの時の介護行動は連続しており、看取りは高齢者介護の延長線上に付置する」と述べている。

在宅ホスピス・緩和ケアを積極的に行っている2つの診療所の在宅死率の調査（平原2006）では、がんの在宅死率が56%と65%であるのに対し、非がんの在宅死率は33%と38%であったと報告されている。これは、在宅ケアを提供している医療従事者および家族にとって、予後予測が比較的容易で、症状緩和の方法がほぼ確立しているがん疾患よりも、非がん疾患の看取りが難しいことを示している。Lynnらは疾患群別予後予測モデルとして、終末期の軌道を「がん等：比較的長い間機能は保たれ、最期の2ヶ月くらいで休息に機能が低下する経過」「心・肺疾患末期：急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過」「認知症・老衰等：機能が低下した状態が長く続き、ゆっくり徐々にさらに機能が低下していく経過」の3タイプに分類している。（Lynn 2001）平原（2006）は、2000～2006年にかけて7つの施設から訪問診療を受けた非がん疾患の在宅死亡例242例について主治医に聞き取り調査を行った結果や、Lynnの予後予測モデルを踏まえ、予後予測が容易な疾患群を認知症・腎不全・老衰とし、予後予測の困難さが中等度の群として呼吸器疾患とALS（呼吸器未装着）、予後予測が困難な疾患群として脳血管障害と心不全をあげている。

在宅医である新田（2007）は、「高齢者の看取りががんの看取りと違うのは、最善の医療を行いながらも結果としてそれが看取りになることである。がん終末期においては、疼痛や呼吸困難の解決が重要な要素であるが、高齢者は、終末期の状態においても基本的生活が保たれていることが多い。一方で要介護高齢者の過半数は認知症であるが、認知機能が冒されることは、家族関係や基本的生活の安全が冒されてしまう。つまりがんと違い、人としての基本的な自尊心や感情への対策が肉体的苦痛の対策よりも先に求められる」と述べている。

以上より、高齢者の在宅での看取りは、日常介護の延長上にあり、終末期の状態においても基本的生活が保たれていることが多く、予後予測が困難であり、人としての基本的な自尊心や感情への対策が身体的な苦痛への対策よりも優先されるものである。

### 3. ケアシステムとしての看取り

厚生労働省においては、2006年の診療報酬改定で初めて保険医療の中でターミナルケアの言葉が使用されるとともに、2006年介護保険法改正によって、「看取り介護加算」が創設され、「看取り」をターミナル期に重要で加算されるべきケアとして捉えるとともに、「看取り」を在宅医療推進の地域医療ケアシステムの中に位置づけている。

2008年75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度における終末期相談支援料について論議された。終末期相談支援料は、高齢者の終末期における意思決定を診療報酬上に反映させるというリビングウィルの概念に基づいた提案。実際後期高齢者医療制度原案には終末期相談支援料における訪問看護指導料として「（保健医療機関の）保健師・助産師または看護師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと（保険医療機関の保険）医師が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保健医療機関の医師と協同し、患者及びその家族と共に終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合、患者一人につき1回に限り所定点数に200点加算する」と記された。2008年末に開始から3ヶ月で事実上の凍結となり、平成22年度の診療報酬改定で、終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民から望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていないとして廃止された。



但し、施策としての「看取り」はケアの内容ではなく、チームで連携体制を作ること、「死亡日以前 30 日」という時間的な区切り、病院に搬送して入院させることなく「その施設で死亡する」という空間的な限定においてのみ定義されている（厚生労働省告示第 126 号 2006）。

#### 4. 看護者にとっての看取り

「看取り」は、看護介入分類（NIC）においてはコーピング援助としてのダイニングケアに位置づけられ、「人生の最期の段階において、身体の安楽と精神の暗影を促進する」ケアとして定義されている。

吉田(1999)は、ホスピス看護師にとっての「良い看とり」は、看護師相互の間で共有されていた患者の死の迎え方の理想像を示すものであり、看護師は「身体的症状がコントロールされた死の過程/穏やかな死に際」「死までの過程を有意義に過ごした死」「家族が納得する死」「臨終期に家族に見守られた死」を望ましい死の迎え方だと捉え、「良い看とり」は看護実践の指針となっていたと述べている。

戈木ら(2000)も、小児病棟においてターミナル期の看護師の役割は「よい看取り」の演出であると捉え、「よい看取り」の状況を「最後の場では必要な人物をタイミング良くそろえ、家族と子どもとの距離を近くして、穏やかな死がむかえられる」こととし、看護師はそのために、家族の不安や迷いによるゆれにつきあいつつ、家族が近い将来に子どもの死が訪れるという心の準備ができるように、またよりよい選択ができるように促し続けたと述べている。

上山(2007)は、終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」について質的帰納的研究デザインを用いて「家族に囲まれて亡くなっていく」「症状のコントロールができており苦しみが少ない」「残された時間を充実して過ごす」「静かな最期」「死を覚悟する」の 5 カテゴリーを見出し、苦痛が少なく、余計な処置がなく、患者と家族が死を覚悟することによって残された時間を有意義に過ごすことが、よい最期であると述べている。

吉岡ら(2009)は、がん看護領域において、終末期の家族への介入を「看取りケア」として捉え、「家族のセルフケア能力を高め、家族としてのまとまりを維持、強化し、家族の平穏な看取りを支援するために、看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」と定義している。

このように看護師にとって「看取り」は、患者の死の迎え方に関わる事象であり、患者の苦痛緩和や安寧を目指すと共に、家族が患者の死が近いことを理解して、揺れながらも家族が患者に寄り添うことを意味し、看護師は、よりよい「看取り」ができるよう支援する役割を持っていると考えることができる。

#### 5. プロセスとしての在宅での看取り

在宅での看取りは、本人の希望と家族の決意によって在宅療養を選択することから始まり、本人が亡くなることで終了するという時間的経過をもつという点でプロセスとして捉えられる。

山口(2008)は、在宅で看取る家族の思いに焦点を当てて質的研究を行い、「家族は告知、在宅への移行、死の看取りを通して浮き沈む心情や、強い不安と困難感をかかえていた。在宅ターミナルケアにはやるだけやったという充実感や満足感などの喜びにつながる側面があった。在宅ターミナルケアは心さまよいながらも最期まで自分らしくいたい患者

と、できる限りの世話をする家族が中心で支え合い成り立っていた。家族の思いは告知前後の揺れる思い、患者を支える懸命な思い、できる限りの世話を、悪化に涙し葛藤する、看取ったあとの痛手と自問自答とプロセスを追って変化した。」と述べ、家族は、プロセスを通して浮き沈む心情や不安・困難を抱え、その思いはプロセスを追って変化すると述べた。

宮崎(2006)は、実践者としての立場から在宅を準備するときから死別までを5つの時期に分類し、各時期に必要なアプローチ論として「①準備期：在宅ケアを希望しているか、果たしてそれでよいのか、そして本当にやっていけるのだろうか」と本人・家族とも不安な時期。家族と面接し、本人の病状や精神面の情報を聞く。本人からも話を聞く。訪問看護の役割・ケアチームの紹介と連携を説明する。病院から情報収集し、訪問看護計画を立てる。②開始期：実際に在宅生活が始まり、何かと落ち着かない時期。本人・家族からよく話を聞き、少しでも不安が解消されるよう介護指導を行い、同時に精神面のケアを行う。③安定期：在宅生活にもなれ、症状も比較的安定している時期。本人が最期まで家族と充実した生活を送ることができるよう家族のケアへの参加に配慮する。そして死の受容ができるよう死の準備教育もしなければならない。④終末期/臨死期：いよいよ死に向かい、症状が不安定的になる時期。家族もこれでいいのだろうか」と動揺することもある。予測される症状を説明し、落ち着いて最期までケアを行うことができるよう支援する。最期に悔いが残らないよう、本人・家族の希望を尊重しながらケアに当たる。⑤死別期：別れの時期。まず、今まで頑張ってきた介護をおこなってきた家族をねぎらう。できれば家族と一緒に死後のケアを行う。1～2週間後、改めてグリーフケアを行う。」と述べている。

これらのことから、プロセスとしての在宅での看取りの中で、家族は、状況の変化や本人の病状の変化につれて、浮き沈む心情や不安・困難を抱えながら、「死」を迎えられるようさまざまな意思決定をしながら、生活していくことであると考えられた。

### III. 倫理的意思決定について

#### 1. 看護師にとって「よい看取り」を考えるための方法としての倫理

倫理学は、よいこと、およびよいことを識別するための方法に関する研究であると言うことが含まれている。オルセン(2011)は、ヘルスケアにおいて倫理学とは、①悪い行いを名付けること、②価値が対立するときのジレンマを記述すること、③適切な専門職の価値を同定し記述することという3つの文脈で用いられると述べている。

倫理学の創始者ともいわれるソクラテスは、「人間にとって一番大切なことは、単に生きることではなく善く生きることである」と「徳(アレテー)」を大切に「よい生き方」を実践することが幸せだという考え方(徳倫理学)を主張したとされている。人間の幸福を促進することが「善」であり、人間の幸福に関することは「悪」であり、成功した人生とは生きる価値のある人生だという考え方である。

ソクラテスに従って、紀元前300年頃にストア派の哲学者達によって唱えられた倫理学の中心に義務を置く見解を強力に推し進めたのはカントであり、彼が主張する倫理は「義務論」とも言われている。義務論は、「正」「不正」を倫理学の中心概念とし、義務は心の中に生まれながらにある観念であり、倫理的行為とは義務を果たすことであり、果たすことは正しく、果たさないことは不正であるとみなした。(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 (Sahakian, 1974)。看護者は倫理的行為者の役割を果たすことが求められるが、結果を気にせず行為を正当化することはできず、看護師は常に自分の決定を正当化することができなくてはならない。

一方、ベンサムは「善」と「悪」を倫理学の中心概念にする「功利論」を唱えた。功利論は、心理的快楽主義の理論を基礎にしており、倫理的行為の動機は「快楽」と「苦痛」であるべきだと述べている。可能な最大の善は全てのひとの善、あるいは最大多数の善であり、道徳的判断をするときには行為の結果を考慮することを重要視している。そして、「最大多数の最大善」を追求する最大幸福原理を個々の行為の正しさの基準とするか一般的な行為規則の正しさの基準とするかで「行為功利論」と「規則功利論」の2つに分類されている。「行為功利論」では、行為の価値は何を目標にしているか(行為が利益をもたらすか—それをすれば利益があるか)によって決まる。行為者には特定の目標を目指す義務、つまり最大多数の最大善を実現する行為をする義務がある。一方「規則功利論」では、行為者には規則に従う義務がある。その規則とは最大多数の最大善に適した規則(それにみんなが従えば利益があるか)である。

看護実践における重要な倫理原則として、善行(beneficence)、無害(non-maleficence)、正義(justice)、自律(autonomy)、誠実(veracity)、忠誠(fidelity)が挙げられる。( Fry&Veatch 2006 Johnstone 2004)日本看護協会も、看護倫理として上記6つをあげ説明し、2003年日本看護協会「看護者の倫理綱領」の基盤になっている。

## 2. 意思決定

意思決定とは意思あるいは動機づけに基づいて、何らかの目標、意図を達成するための行動の選択肢を想定し、それらの中から何らかの価値に基づいて行動を決定し、実践し、それを評価するという、ある行動を意識的に選択、決定していく一連の行動プロセスであり、一般的に①問題などの状況を分析し、認識する(状況認識)、②自己の健康状態や能力に関して分析し、認識する(自己認識)、③目的・目標を設定する、④選択肢を探索し、優先順位を検討する、⑤意思決定の方向に向けて実現するように計画を立てる、⑥計画を実現した後その結果を評価するというプロセスを歩む(野嶋2003)といわれている。

## 3. 倫理的意思決定

ハステット(2010)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ている。そのなかで、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。倫理的意思決定はその基礎にある判断より優れたものにはなりえず、合理的で正当な判断は個人の自立の諸要素—欲求、理性、生命(生活)、目的、行為能力を指標としている。

フライ(2010)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。

トンプソン(2004)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。

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び5段階の過程が見られる。

オルセン(2013)は、倫理的な意思決定について、「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。」ものであると述べている。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「非健康的な行動をとる患者」「好みに応じる条件を有する患者」「曖昧な確かさをもつ状況」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。とのべている。

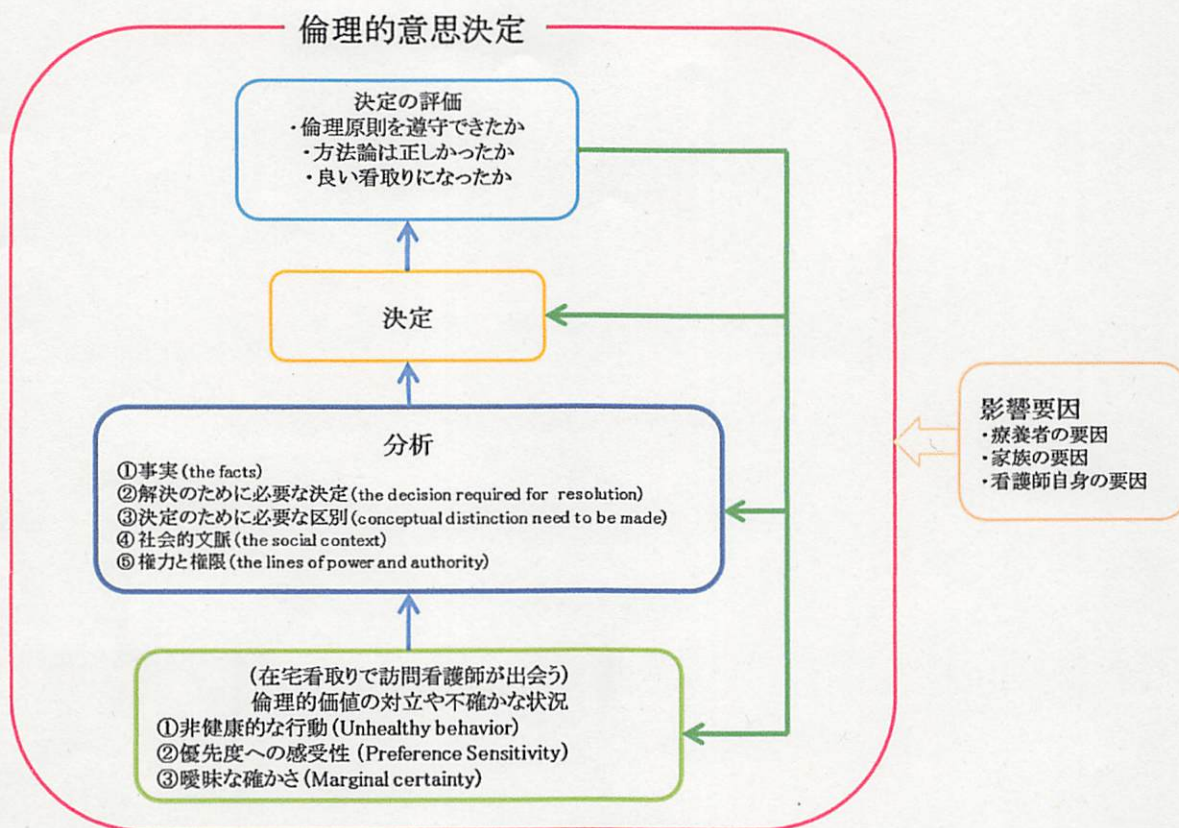
長江ら(2008)は、保健師の実践の中から倫理的な意思決定の4ステップモデル(ステップ1: 事例の全体状況を確認する、ステップ2: 登場人物それぞれが持っている価値観について言語化して確認する、ステップ3: 登場人物の価値観に基づいて保健師としてどのような行動が取り得るか考える、ステップ4: 1~3ステップでの意見が考えを統合し、保健師として責任ある最善のケアを選択する)を提唱し、実践で活用している。

田中・岡光(2013)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。

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。

### 第3章 研究の枠組み

#### I. 概念の枠組み



在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意意思決定の概念枠組み

#### 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意意思決定

在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意意思決定とは、在宅看取りで訪問看護師が出会う倫理的価値の対立や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である。

##### 2. 在宅看取りで訪問看護師が出会う倫理的価値の対立や不確かな状況

在宅看取りで訪問看護師が出会う倫理的価値の対立や不確かな状況とは、【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、という状況である。

##### 3. 分析

分析とは、多面的な要素を分類し、同時に比較検討することによって以下の5つの側面から倫理的に分析することである。



①事実

事実には単純で実証的な事実と、主観的な事実が存在する。事実は状況に関連するものであり、常に解釈を必要とするものであるが、それを解釈し把握する

②決定

問題解決のために必要とされる倫理的な決定の性質と内容を明確化する

③区別

倫理的な決定のため、1つの状態あるいは状況と、それとは反対の状態や状況を明確にする

④社会的文脈

その状況が存在している環境によってもたらされる社会的意味を探求する

⑤権力と権限

法律等で定められた公的な権限と、専門職との関係性・家族の関係性からくる非公式な権限があり、状況に関わるものを明確にする

4. 決定

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である。

5. 決定の評価

決定の評価とは、決定したことを倫理原則の遵守、選択した方法論の正当性、看取りについての倫理的価値について評価することである。

6. 影響要因

影響要因とは、在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定に影響する要因であり、療養者の要因、家族の要因、看護師自身の要因がある。

### Ⅲ. 研究課題

1. 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過程はどのようなものか

1-①倫理的意思決定に必要な「倫理的価値の対立や不確かな状況」とはどのようなものか

1-②倫理的意思決定に必要な状況の「分析」はどのようなものか

1-③状況の分析を踏まえての「決定」とはどのようなものか

1-④決定したことの「評価」とはどのようなものか

2. 高齢者の在宅看取りにおける倫理的意思決定に影響する要因は何か

3. 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とはどのようなものか

## 第4章 研究方法

### I. 研究デザイン

本研究の目的は、本研究は、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、訪問看護師が家族とともに、悔いの残らない  
看取りができるような援助モデルを示唆する上での一助とすることである。

本研究のテーマである「倫理的意意思決定」については既存の文献より概念枠組みを作成す  
ることが可能であり、それに基づいて質問紙を作成し、質問紙調査による量的研究とする。

### II. 研究対象者

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。

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、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する。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、返送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)と返送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。

### III. データ収集方法

#### 1. データ収集

郵送法による個別回収とする

#### 2. データの信頼性・妥当性への配慮

質問し作成に当たっては、質問項目に適切性があるかについて、在宅看護領域、終末期  
看護領域および量的研究の専門家に依頼し、助言を受ける。

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・  
修正する。

回収した質問紙は通し番号をつけて整理し、データ入力に誤りがないようダブルチェ  
ックする。

### IV. 分析方法

データ分析は、統計用ソフトを用い、各項目の記述統計、概念の因子分析、重回帰分  
析を行う。

### V. 対象者の保護

#### 1. 不利益を受けない権利の保証

対象者が研究参加によって、あるいは研究不参加によって不利益を受けない権利を保証  
する。研究協力を施設が同意していても、対象者が参加するかどうかは自由意思であり、返  
送用封筒で回答した質問紙を研究者に送付したかどうかは、施設側にわからないことを保  
証する。本研究は、質問紙法による研究であり、身体的侵襲は少ないと思われるが、質問項

目が心身両面に与える影響に配慮し、研究者は対象者の自尊心を傷つけないように質問項目の作成に注意する。

## 2. 完全な情報公開の権利の保証

対象者が研究参加に同意する前に、研究に関する情報（研究目的・内容・方法等の概要）と、研究参加にかかわる潜在的リスクと利益について、研究者が文書で説明する。リスクとして研究テーマは「看取り」「倫理」に関する現象であるため、思い出して回答してもらうことでの情緒的混乱等ネガティブな感情が出現する可能性である。利益としては、思い出して回答することがリフレクションとなり、自身を客観視し、看取りの体験をポジティブに捉え直すことができる可能性、データをまとめることにより訪問看護師が家族とともに、悔いの残らない看取りができるような援助モデルを示唆する上での一助とすることができる可能性と考える。

研究結果については、何らかの形で結果を還元することを説明する。

## 3. 自己決定の権利の保証

1. 2について説明した後、対象者が研究に参加するかどうかの自己決定をする権利を保証する。また、質問紙に回答して研究者に送付した後は、匿名性が保たれているため、研究参加の撤回が困難であることを事前に十分書面で説明する。

## 4. プライバシー、匿名性、機密性の保持

対象者の匿名性を守るために、個人が特定されるような質問はしないようにする。質問紙によって提供されたデータのうちプライバシーや個人特定に関わるものが記入されていた場合、データ入力の際、記号を用いる等配慮する。回答された質問紙を、通し番号のみで管理し、質問紙を返送してきた封筒は、個人名等が書かれている場合もそうでない場合も、封筒のみを迅速にシュレッダーにかける。

回収した質問紙は施錠可能な部屋に保管し、質問紙・研究参加同意書は、研究完了後破棄する。研究参加の同意書は、回答された質問紙および入力データと別に保管し、参加した施設を特定できないようにする。研究を発表する場合には、個人・施設が特定されないようにし、匿名性を守る。



## 第5章 質問紙の作成

### I. 質問項目の検討

#### 1. 文献検討による質問項目の検討

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上位項目として《倫理的価値の対立や不確かな状況》《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》《倫理的意思決定に影響する要因》が抽出された。

#### (1) 《倫理的価値の対立や不確かな状況》

在宅看取りで訪問看護師が出会う《倫理的価値の対立や不確かな状況》には、【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、という中位項目が抽出された。【非健康的な行動】の下位項目として、「経口摂取困難時の栄養補給」「心機能低下時の輸液」「腎機能低下時の輸液」「状態悪化時のセデーション」、【優先度への感受性】の下位項目として「療養者と家族の希望のずれ」「看護師の勧めたいことと療養者の希望のずれ」「看護師の勧めたいことと家族の希望のずれ」、【曖昧な確かさ】の下位項目として「療養者の安寧（利益）と家族の負担（コスト）のバランス」「在宅継続のメリットの不確かさ」が抽出された。

#### (2) 《倫理的意思決定における分析》

倫理的意思決定の場面での《倫理的意思決定における分析》には、【事実】：事実には単純で実証的な事実と、主観的な事実が存在する、【決定】：問題解決のために必要とされる倫理的な決定の性質と内容を明確化する、【区別】：倫理的な決定のため、1つの状態あるいは状況と、それとは反対の状態や状況を明確にする、【社会的文脈】：その状況が存在している環境によってもたらされる社会的意味を探究する、【権力と権限】：法律等で定められた公的な権限と、専門職との関係性・家族の関係性からくる非公式な権限があり、状況に関わるものを明確にする、の5つの中位項目が抽出された。

【事実】の下位項目として、「実証的事実」「主観的事実」、【決定】の下位項目として、「価値の対立の整理」「目標の明確化」「解決策の検討」、【区別】の下位項目として、「自律性の尊重」「善行の原則」「公平の原則」「誠実の原則」、【社会的文脈】の下位項目として、「社会的妥当性」「訪問看護としての妥当性」、【権力と権限】の下位項目として、「法律に定められるもの」「専門学会のガイドライン」「専門家への服従」「家族の関係性からくるもの」が抽出された。

#### (3) 《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》には、【義務論を基盤にする決定】【功利論を基盤にする決定】【徳を基盤にする決定】の中位項目があり、【義務論を基盤にする決定】の下位項目として、「倫理原則を遵守した決定」、【功利論を基盤にする決定】の下位項目として「正当な方法を選択する決定」、【徳を基盤にする決定】の下位項目として「よい看取りになるような決定」が抽出された。

#### (4) 《倫理的意思決定における評価》

《倫理的意思決定における評価》には、【義務論を基盤にする評価】【功利論を基盤にする評価】【徳を基盤にする評価】の中位項目があり、【義務論を基盤にする評価】の下位項目として、「倫理原則を遵守したかの評価」、【功利論を基盤にする評価】の下位項目として「正当な方法を選択したかの評価」、【徳を基盤にする決定】の下位項目として「よい看取りになったか評価」が抽出された。

#### (5) 倫理的意思決定に影響する要因

《倫理的意思決定に影響する要因》には【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られた。【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」が抽出された。

## II. 質問紙の構成

### 1. 質問紙の構成

高齢者の在宅看取りにおける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《倫理的価値の対立や不確かな状況》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 13 項目、家族の要因 6 項目、療養者の要因 4 項目とした。《倫理的価値の対立や不確かな状況》の内訳は、「非健康的な行動」「優先度への感受性」「曖昧な確かさ」であった。

《倫理的価値の対立や不確かな状況》10 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。

### 2. 質問内容

#### 1) 倫理的価値の対立や不確かな状況

在宅看取りで訪問看護師が出会う《倫理的価値の対立や不確かな状況》10 項目は、[価値の対立]：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=(善行)と(自立)の対立の 5 項目、[優先度への感受性]：複数の選択肢の中で、対象者の家族が何を好んでいるかについて 3 項目、[不確かな状況]：利益とコストのバランスや治療効果の 2 項目とした。

表 1. 倫理的意思決定に必要な《倫理的価値の対立や不確かな状況》

中位項目	下位項目	質問内容
非健康的な行動	経口摂取困難時の栄養補給	経口摂取困難になった方への経管栄養をするかどうか迷うことがある
	経口摂取困難時の栄養補給	経口摂取困難になった方への胃ろう造設をするかどうか迷うことがある
	心機能低下時の輸液	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

	腎機能低下時の輸液	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
	状態悪化時のセデーション	全身状態悪化時に鎮痛剤を投与するかどうか迷うことがある
優先度への感受性	療養者と家族の希望のずれ	本人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のずれ	看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている
	看護師の勧めたいことと療養者の希望のずれ	看護師の勧めたいことと本人の希望が異なっている
曖昧な確かさ	利益とコストのバランス	本人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
	在宅継続のメリットの不確かさ	在宅が本人にとってよいことかどうかの迷いがある

## 2) 状況の分析

《状況の分析》20項目は、5つの要素のうち、事実：状況に関するものであり、常に解釈を必要とするもの4項目（実証的な事実2項目、主観的な事実2項目）、決定の性質と内容の明確化：3項目、区別：倫理原則を適用するために必要な区別5項目、社会的文脈と価値2項目、権力と権限：法律に定められる、或いは専門学会のガイドライン等の公的権限に関するもの4項目、専門家への服従・家族の関係性からくる非公式な権限に関するもの2項目とした。

表2. 《倫理的意思決定における状況の分析》

中位項目	下位項目	質問内容
事実	実証的事実	療養者の病態（予後予測含む）を把握する
	実証的事実	家族の生活についての情報（介護者の健康状態・経済状態・介護能力・認知力）を把握する
	主観的事実	療養者の希望を把握する
	主観的事実	家族の希望を把握する
決定	価値の対立の整理	倫理的な価値の対立が起こっているか整理する
	目標の明確化	看取りに向けて目標を明確にする
	解決策の検討	看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する
	自律性の尊重	療養者が意思決定能力を有しているかを確認する
区別	善行の原則	現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する
	善行の原則	現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する
	公平の原則	ケアがボランティアや持ち出しにならないか検討する

	誠実の原則	すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する
社会的文脈	社会的妥当性	現在の社会的な風潮のなかで、妥当かどうか検討する
	訪問看護としての妥当性	現在の訪問看護のあり方として、妥当かどうか検討する
権力と権限	法律に定められるもの	「保健師助産師看護師法」を考慮して検討する
	専門学会のガイドライン	「日本看護協会看護者の倫理綱領」を考慮して検討する
	専門学会のガイドライン	「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会2008)を考慮して検討する
	専門学会のガイドライン	「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインー人工的水分・栄養補給の導入を中心としてー」(日本老年医学会2012)を考慮して検討する
	専門家への服従	主治医の意向を考慮して検討する
	家族の関係性からくるもの	家族の関係性を考慮して検討する

### 3) 決定

《決定》3項目は、義務論を基盤にする倫理決定1項目、功利論を基盤にする倫理に決定1項目、徳を基盤にする倫理決定1項目の3項目とした。

表3. 《倫理的意思決定における決定》

中位項目	下位項目	質問内容
義務論を基盤にする決定	倫理原則を遵守した決定	看護師としての倫理原則を遵守する
功利論を基盤にする決定	正当な方法を選択する決定	看護師として自分が正しいと思う方法を選択する
徳を基盤にする決定	よい看取りになるような決定	看護師としてよい看取りとなるようにする

### 4) 評価

《評価》3項目は、義務論を基盤にする倫理評価1項目、功利論を基盤にする倫理評価1項目、徳を基盤にする倫理評価1項目の3項目とした。

表4. 《倫理的意思決定における評価》

中位項目	下位項目	質問内容
義務論を基盤にする評価	倫理原則を遵守したかの評価	看護師としての倫理原則を遵守した意思決定になっている
功利論を基盤にする評価	正当な方法を選択したかの評価	看護師として選択した方法論は正しい
徳を基盤にする評価	よい看取りになったかの評価	看護師としてよい看取りができている

5) 看護師の要因

高齢者の在宅看取りにおける倫理的意思決定のプロセス 36 項目に影響する看護師の要因として、看護師歴、訪問看護師歴、在宅看取りに関わる頻度、倫理について勉強した機会 5 項目、倫理について勉強した内容 5 項目とし、以下の通りの数字記入・選択を求めた。

6) 家族の要因

高齢者の在宅看取りにおける倫理的意思決定のプロセス 36 項目に影響する家族の要因として、家族の健康状態、家族の介護負担、家族の在宅看取りへの意欲、家族の経済状態、家族の価値観、家族を取り巻く人間関係の 6 項目とし、意思決定に影響すると思うかどうかを「-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。

7) 療養者の要因

高齢者の在宅看取りにおける倫理的意思決定のプロセス 36 項目に影響する療養者の要因として、療養者の意思決定能力、療養者の QOL、療養者の医療依存度、療養者の予後予測の 4 項目とし、意思決定に影響すると思うかどうかを「-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。

表 5. 《倫理的意思決定に影響する要因》

中位項目	下位項目	質問内容
看護師の要因	看護師経験年数	看護師歴 ( ) 年
	訪問看護経験年数	訪問看護師歴 ( )
	在宅での看取り頻度	在宅看取りに関わる頻度 だいたい ( ) ヶ月に ( ) 例ぐらい
	倫理を学習した機会	倫理について勉強した機会(複数回答可) ① 学校で学んだ ② 事例検討会で学んだ ③ 勉強会で学んだ ④ 研修で学んだ ⑤ その他 ( )
	学習した倫理の内容	倫理について勉強した内容(複数回答可) ① 生命倫理 ② 医療の倫理 ③ 看護倫理 ④ 研究の倫理 ⑤ 倫理学
家族の要因	家族の健康状態	家族(主介護者)の健康状態がよい
	家族の介護負担	家族(主介護者)の介護負担が少ない
	在宅看取りへの意欲	家族(主介護者)の在宅看取りへの意欲がある
	家族の経済状態	経済状態がよい
	家族の価値観	家族で大切にしている価値観がある
	家族の人間関係	家族を取り巻く人間関係がよい
療養者の要因	療養者の意思決定能力	療養者の意思決定能力がある
	療養者の QOL	療養者の QOL が高い
	療養者の医療依存度	療養者の医療依存度が低い
	療養者の予後予測	予後予測による療養者に残された時間が多い

## 第6章 結果

### I. 質問紙の配布数及び回収数

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。

### II. 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。

### III. データ分析結果

#### 1. 《倫理的価値の対立や不確かな状況》

倫理的価値の対立や不確かな状況について、「高齢者の在宅看取りの事例に関わるなかで、倫理的な課題(価値の対立や不確かな状況)だと感じたことはありますか」という問いで、10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) 《倫理的価値の対立や不確かな状況》の記述統計

《倫理的価値の対立や不確かな状況》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6. 《倫理的価値の対立や不確かな状況》の基礎統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
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
経口摂取困難になった方への胃ろう造設をどうか迷うことがある	697	-2	2	0.59	1.145
療養者と家族の希望が異なっている	695	-2	2	0.59	0.902
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
経口摂取困難になった方への経管栄養をどうか迷うことがある	697	-2	2	0.51	1.079
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
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
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
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
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

## 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

《倫理的価値の対立や不確かな状況》について主因子法による因子分析を実施した。初期の固有値は、4.13、2.04、0.84・・・であり、固有値1以上とすると2因子構造が妥当であった。10項目すべてにおいて因子負荷量が0.30を上回っていたため、項目の除外はせず、10項目を変数とし、2因子を仮定して、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行ったところ、表7の通りの因子パターンと因子相関となり、「生命維持に関わる医療処置の選択の迷い」「優先度への感受性のずれと迷い」の2因子が抽出された。なお、回転前の2因子で10項目の全分散を説明する割合は、53.90%であった。

表7. 《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
状況因子1： 生命維持に 関わる医療 処置の選択 への迷い	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
状況因子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《倫理的価値の対立や不確かな状況》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<0.05)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。

(p<0.05)

表 8. 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 有意水準
				F	有意水準	
看護師の勧め	2年未満	93	0.60	3.043	*	* ┌ └
たいことと家	2年以上5年未満	134	0.43			
族の希望が異	5年以上15年未満	349	0.45			
なっている	15年以上	116	0.23			

有意水準 \*:  $p < 0.05$

(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( $p < 0.05$ )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 ( $p < 0.05$ )。

表 9. 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 有意水準
				F	有意水準	
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	*	* ┌ └
	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			

有意水準 \*:  $p < 0.05$

2. 《倫理的意思決定における分析》

倫理的価値の対立や不確かな状況の分析について、「今までに関わった事例で倫理的な課題があると思ったとき、課題を解決するために、どのようなことを検討しましたか」という問いで、20項目について、「-2: まったくあてはまらない」～「2: 非常にあてはまる」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分析》の記述統計

倫理的価値の対立や不確かな状況についての《倫理的意思決定における分析》で、平均値の高い項目は、「療養者の希望を把握する」(AV=1.59, SD=0.687)、「家族の希望を把握する」(AV=1.56, SD=0.687)、「家族の生活についての情報を把握する」(AV=1.48, SD=



0.681)であった。平均値の低い項目は、「保健師助産師看護師法を考慮して検討する」(AV = -0.09, SD=1.001)、「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—(日本老年医学会 2012)を考慮して検討する」(AV = -0.08, SD=0.978)「日本看護協会看護者の倫理綱領を考慮して検討する」(AV = -0.04, SD=1.004)であった。

表10. 《倫理的意思決定における分析》の基礎統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
療養者の希望を把握する	697	-2	2	1.59	0.687
家族の希望を把握する	692	-2	2	1.56	0.687
家族の生活についての情報(介護者の健康状態・経済状態・介護能力・認知力)を把握する	694	-1	2	1.48	0.681
現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する	695	-1	2	1.47	0.668
療養者の病態(予後予測含む)を把握する	687	-2	2	1.37	0.701
療養者が意思決定能力を有しているかを確認する	694	-1	2	1.35	0.753
看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する	691	-1	2	1.34	0.732
看取りに向けて目標を明確にする	694	-2	2	1.33	0.768
家族の関係性を考慮して検討する	696	-2	2	1.28	0.697
すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する	694	-2	2	1.10	0.824
現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する	694	-2	2	1.07	0.839
倫理的な価値の対立が起こっているか整理する	691	-1	2	1.02	0.810
現在の訪問看護のあり方として、妥当かどうか検討する	694	-2	2	0.78	1.019
主治医の意向を考慮して検討する	696	-2	2	0.63	0.891
ケアがボランティアや持ち出しにならないか検討する	690	-2	2	0.48	0.969
現在の社会的な風潮のなかで、妥当かどうか検討する	693	-2	2	0.34	0.944
「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会 2008)を考慮して検討する	694	-2	2	0.10	0.969
「日本看護協会看護者の倫理綱領」を考慮して検討する	691	-2	2	-0.04	1.004
「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—(日本老年医学会 2012)を考慮して検討する	693	-2	2	-0.08	0.974
「保健師助産師看護師法」を考慮して検討する	689	-2	2	-0.09	1.001

## 2) 《倫理的意思決定における分析》の因子分析

《倫理的意思決定における分析》について主因子法による因子分析を実施した。初期の固有値は、7.17、3.56、1.38、1.09、0.93・・・であり、固有値1以上とすると4因子構造が妥当であった。20項目すべてにおいて因子負荷量が0.30を上回っていたため、項目の除外はせず、20項目を変数とし、4因子を仮定して、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行ったところ、表11の通りの因子パターンと因子相関となった。4因子は「状況に関連する主観的・客観的事実の把握」「状況に関連する事柄明確にする権限の考慮」「状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化」「状況が存在する場の社会的意味の探求」とした。なお、回転前の4因子で20項目の全分散を説明する割合は、57.75%であった。

表11. 《倫理的意思決定における分析》の因子分析

	倫理的意思決定における分析の変数	因子			
		1	2	3	4
状況因子1： 状況に関連する主観的・客観的事実の把握	家族の希望を把握する	0.950	-0.053	-0.128	0.048
	療養者の希望を把握する	0.885	0.015	-0.009	-0.090
	家族の生活についての情報（介護者の健康状態・経済状態・介護能力・認知力）を把握する	0.795	0.004	0.014	0.037
	療養者の病態（予後予測含む）を把握する	0.616	0.072	0.121	-0.070
	家族の関係性を考慮して検討する	0.364	-0.115	0.036	0.361
状況因子2： 状況に関連する事柄明確にする権限の考慮	「日本看護協会看護者の倫理綱領」を考慮して検討する	0.066	0.918	-0.060	-0.014
	「終末期医療に関するガイドライン」を考慮して検討する	-0.017	0.856	0.071	-0.072
	「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—」（日本老年医学会2012）を考慮して検討する	-0.049	0.832	0.032	-0.012
	「保健師助産師看護師法」を考慮して検討する	0.015	0.760	-0.087	0.151
状況因子3： 状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化	看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する	0.009	0.002	0.914	-0.096
	看取りに向けて目標を明確にする	-0.009	-0.020	0.870	-0.057
	現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する	-0.071	-0.057	0.567	0.181
	療養者が意思決定能力を有しているかを確認する	0.253	0.045	0.548	0.031
	現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する	0.327	-0.077	0.531	0.034
	倫理的な価値の対立が起こっているか整理する	0.316	0.120	0.359	-0.011
状況因子4： 状況が存在する場の社会的意味の探求	現在の社会的な風潮のなかで、妥当かどうか検討する	-0.129	0.035	-0.067	0.855
	現在の訪問看護のあり方として、妥当かどうか検討する	-0.011	0.090	0.050	0.659
	アがボランティアや持ち出しにならないか検討する	0.010	0.014	0.093	0.582
	主治医の意向を考慮して検討する	0.113	-0.046	-0.057	0.364
	すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する	0.167	0.053	0.275	0.317
	因子相関行列 1	1.000	0.037	0.717	0.322
	2	0.037	1.000	0.274	0.521
	3	0.717	0.274	1.000	0.479
	4	0.322	0.521	0.479	1.000

### 3) 経験の差による《倫理的意思決定における分析》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「倫理的な価値の対立が起こっているか整理する」の項目において有意差( $p < 0.01$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では経験2年以上5年未満の群は、15年以上の訪問看護師経験のある群より、有意に平均値が低かった( $p < 0.05$ )。

表 12. 訪問看護経験年数による《倫理的意思決定における分析》の平均値の差

倫理的意思決定における分析	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 有意水準
				F	有意水準	
倫理的な価値の対立が起こっているか整理する	2年未満	94	.95	4.247	**	* ]
	2年以上5年未満	132	.84			
	5年以上15年未満	347	1.07			
	15年以上	116	1.17			

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

#### (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次表の5項目において有意差が見られた。

「倫理的な価値の対立が起こっているか整理する」の項目において有意差( $p < 0.05$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、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( $p < 0.05$ )。

「看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する」の項目において有意差( $p < 0.05$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、4ヶ月に1例未満の群より、有意に平均値が高かった( $p < 0.05$ )。

「現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する」の項目において有意差( $p < 0.05$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群より、有意に平均値が高かった( $p < 0.05$ )。

「現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する」の項目において有意差( $p < 0.01$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、4ヶ月に1例未満の群より、有意に平均値が高かった( $p < 0.01$ )。

「すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する」の項目において有意差( $p < 0.05$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、4ヶ月に1例未満の群より、有意に平均値が高かった( $p < 0.05$ )。

表 13. 在宅看取り頻度による《倫理的意思決定における分析》の平均値の差

倫理的意思決定 における分析	在宅看取り頻度	度数	平均値	一元配置分散分析		多重比較 有意水準
				F	有意水準	
倫理的な価値の 対立が起こって いるか整理する	4ヶ月に1例未満	206	.98	3.666	*	* ]
	2ヶ月に1例以上1ヶ月 に1例未満	110	.88			
	4ヶ月に1例以上2ヶ月 に1例未満	166	1.01			
	1ヶ月に1例以上	170	1.19			
看取りに向けた 目標を達成する ための 解決策を検討す る	4ヶ月に1例未満	207	1.23	3.210	*	* ]
	4ヶ月に1例以上2ヶ月 に1例未満	165	1.37			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月 に1例未満	109	1.33			
	1ヶ月に1例以上	171	1.46			
現在提供してい る看護ケアが療 養者と家族にと って有益である かどうか検討す る	4ヶ月に1例未満	208	1.43	3.088	*	* ]
	4ヶ月に1例以上2ヶ月 に1例未満	167	1.52			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月 に1例未満	110	1.34			
	1ヶ月に1例以上	171	1.56			
現在提供されて いる医療が医学 的に必要か不要 か検討する	4ヶ月に1例未満	207	0.93	4.283	**	** ]
	4ヶ月に1例以上2ヶ月 に1例未満	167	1.11			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月 に1例未満	110	1.03			
	1ヶ月に1例以上	171	1.56			
すべての情報を 正しく理解でき る言葉で伝えて いるか確認する	4ヶ月に1例未満	209	1.00	3.310	*	* ]
	4ヶ月に1例以上2ヶ月 に1例未満	165	1.13			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月 に1例未満	110	1.06			
	1ヶ月に1例以上	171	1.26			

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

### 3. 《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」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」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」は、AV=0.66(SD=1.101)であった。

表14. 《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

#### 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。

### 4. 《倫理的意思決定における評価》

《倫理的意思決定における評価》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意思決定したことをあなたはどのように評価しますか」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評価》の記述統計

「看護師としての倫理原則を遵守する」は、AV=0.44(SD=0.742)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」は、AV=0.17(SD=0.719)であった。

「看護師としてよい看取りになるようにする」は、AV=0.44(SD=0.738)であった。

表15. 《倫理的意思決定における評価》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した意思決定になっている	691	-2	2	0.44	0.742
看護師として選択した方法論は正しい	693	-2	2	0.17	0.719
看護師としてよい看取りができています	693	-2	2	0.44	0.738

## 2) 経験の差による《倫理的意思決定における評価》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『看護師としてよい看取りができてい』という項目において有意差( $p < 0.05$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では訪問看護師経験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、有意に平均値が低かった( $p < 0.05$ )。

表 16. 訪問看護経験年数による《倫理的意思決定における評価》の平均値の差

倫理的意思決定における評価	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 有意水準
				F	有意水準	
看護師としてよい 看取りができてい る	2年未満	93	0.26	3.068	*	* ]
	2年以上5年未満	133	0.44			
	5年以上15年未満	348	0.47			
	15年以上	117	0.56			

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

### (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『看護師としてよい看取りができてい』という項目において有意差( $p < 0.01$ )が見られ、Tukeyによる多重比較では在宅看取り件数4ヶ月に1例未満の群は、1ヶ月に1例以上の群より、有意に平均値が低かった( $p < 0.01$ )。

表 17. 在宅看取り頻度による《倫理的意思決定における評価》の平均値の差

倫理的意思決定における評価	在宅看取り頻度	度数	平均値	一元配置分散分析		多重比較 有意水準
				F	有意水準	
看護師としてよい 看取りができてい る	4ヶ月に1例未満	207	0.31	3.912	**	** ]
	4ヶ月に1例以上2 ヶ月に1例未満	110	0.43			
	2ヶ月に1例以上1 ヶ月に1例未満	167	0.49			
	1ヶ月に1例以上	170	0.56			

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

## 5. 倫理的意思決定に影響する要因

### 1) 看護師の要因

(1) 看護師の要因についての記述統計(表 18)

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。

表 18. 倫理的価値に影響する看護師の要因の基礎統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
看護師経験年数	696	1.00	45.00	21.131	8.097	65.559
訪問看護経験年数	696	0.01	28.00	8.141	5.622	31.604
看取り頻度/年	658	0.00	120.00	8.233	11.808	139.448

倫理についての学習した機会の有無について複数回答可で質問した結果、「学校で学習した」と回答した者は 423 名 (60.6%)、「研修で学習した」：410 名 (58.7%)、「勉強会で学習した」：296 名 (42.4%)、「事例検討会で学習した」：245 名 (35.1%) であった。

表 19. 看護師が倫理についての学習した機会の有無

	あり		なし	
	度数	(%)	度数	(%)
学校で学習した	423	60.6	275	39.4
研修で学習した	410	58.7	288	41.3
勉強会で学習した	296	42.4	402	57.6
事例検討会で学習した	245	35.1	453	64.9

倫理についての学習した内容について複数回答可で質問した結果、「あり」と回答したものは「看護倫理」：618 名 (88.5%)、「医療の倫理」：286 名 (41.0%)、「生命倫理」：(35.7%)、「倫理学」：131 名 (18.8%)、「研究の倫理」：117 名 (16.8%) であった。

表 20. 看護師が倫理についての学習した内容の有無

	あり		なし	
	度数	(%)	度数	(%)
看護倫理	618	88.5	80	11.5
医療の倫理	286	41.0	412	59.0
生命倫理	249	35.7	449	64.3
倫理学	131	18.8	567	81.2
研究の倫理	117	16.8	581	83.2

### 2) 家族の要因

(1) 家族の要因についての記述統計

家族の要因について、「高齢者の在宅看取りにおける倫理的な課題についてどのような要因が、訪問看護師の意思決定に影響すると思われますか」という問いで、6 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。

その結果、最も平均値の高い項目は「家族の意欲」(AV=1.63, SD=0.605)であり、以下「家族の価値観」(AV=1.43, SD=0.690)、「家族の健康状態」(AV=1.30, SD=0.732)、「家族の人間関係」(AV=1.25, SD=0.745)、「家族の介護負担」(AV=1.07, SD=0.841)、「家族の経済状態」(AV=0.58, SD=0.842)であった。

表 21. 倫理的価値に影響する家族の要因の基礎統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
家族意欲	695	-2	2	1.63	0.605	0.366
家族価値観	696	-2	2	1.43	0.690	0.476
家族の健康状態	692	-2	2	1.30	0.732	0.536
家族の人間関係	692	-2	2	1.25	0.745	0.555
家族の介護負担	696	-2	2	1.07	0.841	0.708
家族の経済状態	696	-2	2	0.58	0.842	0.709

## (2) 経験の差による家族の要因の比較

### 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。

## 3) 療養者の要因

### (1) 療養者の要因についての記述統計

療養者の要因について、「高齢者の在宅看取りにおける倫理的な課題についてどのような要因が、訪問看護師の意思決定に影響すると思われますか」という問いで、4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。

その結果、最も平均値の高い項目は「療養者の意思決定能力」(AV=1.07, SD=0.879)であり、以下「療養者のQOL」(AV=0.72, SD=0.987)、「療養者の予後予測」(AV=0.15, SD=0.953)、「療養者の医療依存度」(AV=0.12, SD=0.938)であった。

表 22. 倫理的価値に影響する療養者の要因の基礎統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
療養者の意思決定能力	692	-2	2	1.07	0.879	0.773
療養者のQOL	693	-2	2	0.72	0.987	0.975
療養者の予後予測	687	-2	2	0.15	0.953	0.908
療養者の医療依存度	691	-2	2	0.12	0.938	0.879



(2) 経験の差による療養者の要因の比較

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。

## 6. 《倫理的意思決定における分析》に影響する《倫理的価値の対立や不確かな状況》

《倫理的意思決定における分析》の20項目をそれぞれ目的変数、《倫理的価値の対立や不確かな状況》10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 23)

《倫理的意思決定における分析》に影響する《倫理的価値の対立や不確かな状況》はバラツキがあった。分析因子それぞれに対する状況因子の影響は、 $R^2$ 値が0.006～0.061であった。

影響要因からみると、状況因子1の「安寧と負担のバランス」は、分析20項目中12項目－分析因子1『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』の5項目中5項目、分析因子2『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』の4項目中1項目、分析因子3『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』6項目中5項目、分析因子4『状況が存在する場の社会的意味の探求』5項目中1項目において影響を及ぼしていた ( $R^2=0.006\sim0.061$ ,  $\beta=0.081\sim0.180$ )。

状況因子1の「経験栄養」は、分析20項目中6項目－分析因子3の4項目、分析因子4の2項目において影響を及ぼしていた。 ( $R^2=0.025\sim0.061$ ,  $\beta=0.085\sim0.116$ )

状況因子2の「在宅でいいかどうかの迷い」は、分析20項目中4項目－分析因子4の4項目において影響を及ぼしていた。 ( $R^2=0.025\sim0.061$ ,  $\beta=0.083\sim0.112$ )

表23. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「価値の対立や倫理的に不確かな状況」 [N=698]

	因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮		
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.046	療養希望把握 R <sup>2</sup> =0.026	生活把握 R <sup>2</sup> =0.037	病態把握 R <sup>2</sup> =0.023	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.035	倫理綱領 R <sup>2</sup> =0.008	終末期医療 R <sup>2</sup> =0.006	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.020
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
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	
経管栄養								
胃ろう造設	0.096 *							
心不全時の輸液								
腎不全時の輸液			0.094 *					
鎮痛剤投与					0.090 *			
療養者家族希望異なる							0.087 *	
看護師療養者希望異なる						0.095 *		0.160 **
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス	0.180 **	0.167 **	0.156 **	0.157 **	0.148 **			-0.082 *
在宅でいいかどうかの迷い								
	因子2		因子3: 状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化					
	保助看法 R <sup>2</sup> =0.010	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.028	目標明確化 R <sup>2</sup> =0.028	医療必要性 R <sup>2</sup> =0.033	意思決定能力 R <sup>2</sup> =0.042	ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.006	対立整理 R <sup>2</sup> =0.034	
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
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	
経管栄養			0.085 *	0.085 *	0.108 **	0.098 *		
胃ろう造設								
心不全時の輸液								
腎不全時の輸液								
鎮痛剤投与	0.109 **							
療養者家族希望異なる							0.149 **	
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		0.172 **	0.136 **		0.161 **	0.139 **	0.081 *	
在宅でいいかどうかの迷い								
	因子4: 状況が存在する場の社会的意味の探求							
	社会的妥当性 R <sup>2</sup> =0.038	看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.025	平等性 R <sup>2</sup> =0.061	主治医意向 R <sup>2</sup> =0.047	真実性 R <sup>2</sup> =0.011			
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準			
標準偏回帰係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準			
経管栄養	0.116 **		0.114 **					
胃ろう造設								
心不全時の輸液		0.111 **						
腎不全時の輸液				0.121 **				
鎮痛剤投与	0.084 *		0.128 **					
療養者家族希望異なる					0.111 **			
看護師療養者希望異なる		0.100 *						
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス				0.111 **				
在宅でいいかどうかの迷い	0.084 *		0.112 **	0.083 *				

有意水準 \*\*:p<0.01, \*:p<0.05

## 2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析(表 24~表 27)

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師(n=117)は、分析因子 4:「看護(としての)妥当性」の項目において、「看護師の働めたいことと療養者の希望異なる ( $\beta = 0.270, p < 0.01$ )」「腎不全時の輸液 ( $\beta = 0.253, p < 0.01$ )」の状況が影響していた ( $R^2 = 0.168$ )。

(目的変数  $\square$ 、説明変数  $\circ$  で表す。 $\beta$  値  $\geq 0.40$  では太線、 $\beta$  値  $< 0.00$  は点線で表記する。有意水準  $p < 0.05$  : \*、 $p < 0.01$  : \*\* とする。以下の図も同様)

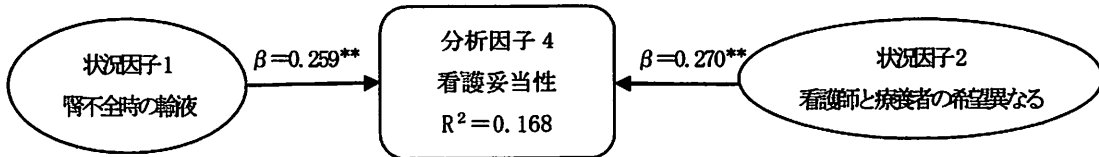


図 1. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 4「看護妥当性」に影響する状況因子

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師(n=117)は、分析因子 4 の「社会的妥当性」の項目において、「看護師の働めたいことと療養者の希望異なる ( $\beta = 0.442, p < 0.01$ )」「腎不全時の輸液 ( $\beta = 0.259, p < 0.01$ )」「在宅でいいかどうかの迷い ( $\beta = 0.223, p < 0.05$ )」「療養者と家族の希望異なる ( $\beta = -0.278, p < 0.05$ )」の状況が影響していた ( $R^2 = 0.284$ )。

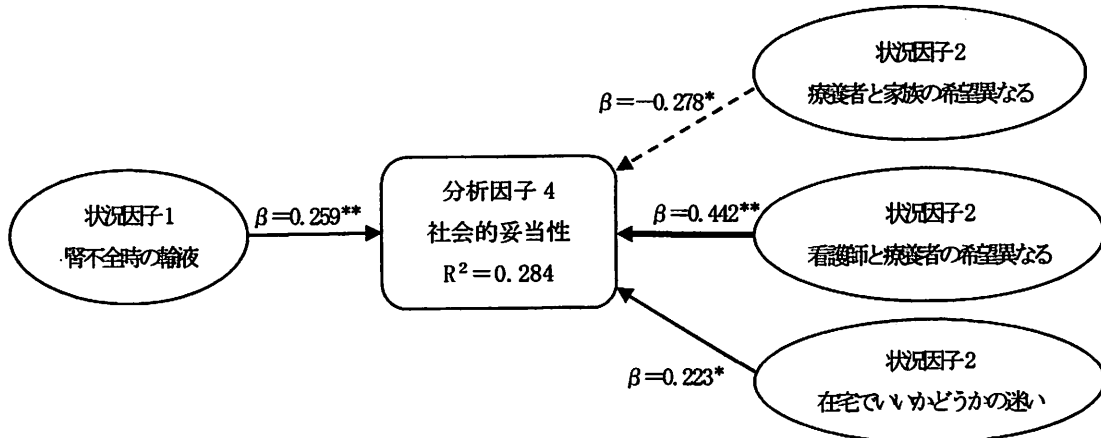


図 2. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 4「社会的妥当性」に影響する状況因子

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師(n=117)は、分析因子 4 の「ケアの平等性」の項目において、「心不全時の輸液 ( $\beta = 0.246, p < 0.01$ )」「在宅でいいかどうかの迷い ( $\beta = 0.329, p < 0.05$ )」の状況が影響していた ( $R^2 = 0.191$ )。

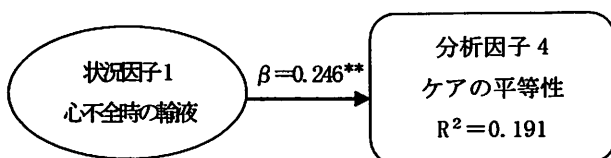


図 3. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 4「ケアの平等性」に影響する状況因子

表24. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(訪問看護師経験2年未満の看護師 n=94)

	因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮										
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.087		療養希望把握		生活把握		病態把握		家族関係性 R <sup>2</sup> =0.064		倫理綱領		終末期医療		高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.047	
調整済決定係数	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		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
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		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
経管栄養																
胃ろう造設	0.295 **															
心不全時の輸液																
腎不全時の輸液																
鎮痛剤投与																
療養者家族希望異なる									0.272 **						-0.217 *	
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																
在宅でいいかどうかの迷い																
	因子2					因子3: 状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化										
	補助看法		解決策検討		目標明確化		医療必要性		意思決定能力		ケアの有益性		対立整理			
調整済決定係数	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		β 有意水準		β 有意水準			
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		β 有意水準		β 有意水準			
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																
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																
在宅でいいかどうかの迷い																
	因子4: 状況が存在する場の社会的意味の探求															
	社会的妥当性		看護妥当性		平等性 R <sup>2</sup> =0.077		主治医意向 R <sup>2</sup> =0.043		真実性 R <sup>2</sup> =0.120							
調整済決定係数	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							
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							
経管栄養																
胃ろう造設																
心不全時の輸液					-0.248 *											
腎不全時の輸液																
鎮痛剤投与					0.355 **											
療養者家族希望異なる																
看護師療養者希望異なる									0.610 **							
看護師家族希望異なる							0.231 *		-0.450 **							
安寧と負担のバランス																
在宅でいいかどうかの迷い																

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表25. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(訪問看護師経験2年以上5年未満の看護師 n=134)

	因子1:状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2:状況に関わるものを明確にする権限の考慮		
	家族希望把握	療養希望把握	生活把握	病態把握	家族関係性	倫理綱領	終末期医療	高齢者ケア
調整済決定係数	R <sup>2</sup> =0.050	R <sup>2</sup> =0.120	R <sup>2</sup> =0.063	R <sup>2</sup> =0.080				R <sup>2</sup> =0.026
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	β 有意水準	β 有意水準	β 有意水準
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								
療養者家族希望異なる								
看護師療養者希望異なる								0.185 *
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス	0.240 **	0.317 **	0.264 **	0.295 **				
在宅でいいかどうかの迷い		-0.294 **						
	因子2	因子3:状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化						
	保助看法	解決策検討	目標明確化	医療必要性	意思決定能力	ケアの有益性	対立整理	
調整済決定係数			R <sup>2</sup> =0.034		R <sup>2</sup> =0.079	R <sup>2</sup> =0.034		
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	β 有意水準	β 有意水準	
経管栄養					0.190 *			
胃ろう造設								
心不全時の輸液								
腎不全時の輸液								
鎮痛剤投与								
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			0.203 *					
安寧と負担のバランス					0.235 **	0.203 *		
在宅でいいかどうかの迷い								
	因子4:状況が存在する場の社会的意味の探求							
	社会的妥当性	看護妥当性	平等性	主治医意向	真実性			
調整済決定係数	R <sup>2</sup> =0.028		R <sup>2</sup> =0.078	R <sup>2</sup> =0.025				
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			
経管栄養	0.190 *							
胃ろう造設								
心不全時の輸液								
腎不全時の輸液			0.293 **	0.181 *				
鎮痛剤投与								
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								
在宅でいいかどうかの迷い								

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表26. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(訪問看護師経験5年以上15年未満の看護師 n=351)

	因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関わるものを明確にする権限の考慮			
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.055	療養希望把握 R <sup>2</sup> =0.042	生活把握 R <sup>2</sup> =0.043	病態把握 R <sup>2</sup> =0.016	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.036	倫理綱領 R <sup>2</sup> =0.019	終末期医療 R <sup>2</sup> =0.019	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.028	
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		
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		
経管栄養	0.107 *		0.148 **						
胃ろう造設		0.115 *							
心不全時の輸液									
腎不全時の輸液									
鎮痛剤投与									
療養者家族希望異なる							0.139 *	0.176 **	
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	0.201 **	0.163 **	0.136 *	0.139 *	0.198 **				
在宅でいいかどうかの迷い									
	因子2		因子3: 状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化						
	補助看法	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.040	目標明確化 R <sup>2</sup> =0.036	医療必要性	意思決定能力 R <sup>2</sup> =0.025	ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.050	対立整理 R <sup>2</sup> =0.054		
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		
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		
経管栄養						0.127 *			
胃ろう造設									
心不全時の輸液									
腎不全時の輸液									
鎮痛剤投与									
療養者家族希望異なる							0.157 **		
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		0.206 **	0.197 **		0.166 **	0.174 **	0.142 *		
在宅でいいかどうかの迷い									
	因子4: 状況が存在する場の社会的意味の探求								
	社会的妥当性 R <sup>2</sup> =0.018	看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.019	平等性 R <sup>2</sup> =0.035	主治医意向 R <sup>2</sup> =0.043	真実性 R <sup>2</sup> =0.040				
調整済決定係数	β 有意水準								
標準偏回帰係数	β 有意水準								
経管栄養	0.145 **	0.147 **	0.154 **						
胃ろう造設									
心不全時の輸液				0.118 *					
腎不全時の輸液									
鎮痛剤投与									
療養者家族希望異なる					0.139 *				
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				0.145 **	0.167 **				
在宅でいいかどうかの迷い			0.112 *		-0.161 *				

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$

表27. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(訪問看護師経験15年以上の看護師 n=117)

	因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関わるものを明確にする権限の考慮			
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.050	療養希望把握	生活把握 R <sup>2</sup> =0.046	病態把握 R <sup>2</sup> =0.029	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.070	倫理綱領 R <sup>2</sup> =0.144	終末期医療 R <sup>2</sup> =0.027	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.065	
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		
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		
経管栄養									
胃ろう造設									
心不全時の輸液									
腎不全時の輸液	0.242	*		0.233	*	0.194	*	0.279	**
鎮痛剤投与						0.219	*		
療養者家族希望異なる						0.230	*	0.188	*
看護師療養者希望異なる								0.271	**
看護師家族希望異なる									
安寧と負担のバランス									
在宅でいいかどうかの迷い									
	因子2		因子3: 状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化						
	扶助看法 R <sup>2</sup> =0.108	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.049	目標明確化 R <sup>2</sup> =0.042	意思決定能力 R <sup>2</sup> =0.060	医療必要性	ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.038	対立整理 R <sup>2</sup> =0.056		
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		
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		
経管栄養			0.225	*					
胃ろう造設									
心不全時の輸液									
腎不全時の輸液		0.239	*		0.262	**	0.217	*	
鎮痛剤投与	0.340	**							
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									
在宅でいいかどうかの迷い									
	因子4: 状況が存在する場の社会的意味の探求								
	社会的妥当性 R <sup>2</sup> =0.284	看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.168	平等性 R <sup>2</sup> =0.191	主治医意向 R <sup>2</sup> =0.069	真実性 R <sup>2</sup> =0.032				
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準				
標準偏回帰係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準				
経管栄養									
胃ろう造設									
心不全時の輸液			0.246	**		0.202	*		
腎不全時の輸液	0.259	**	0.253	**					
鎮痛剤投与									
療養者家族希望異なる	-0.278	*							
看護師療養者希望異なる	0.442	**	0.270	**					
看護師家族希望異なる									
安寧と負担のバランス				0.279	**				
在宅でいいかどうかの迷い	0.223	*		0.329	**				

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 28~表 31)

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師(n=110)は、分析因子2の「看護者の倫理綱領」の項目において「看護者の勧めたいことと療養者の希望異なる ( $\beta = 0.410, p < 0.01$ )」「腎不全時の輸液 ( $\beta = 0.256, p < 0.01$ )」の状況が影響していた ( $R^2 = 0.240$ )。

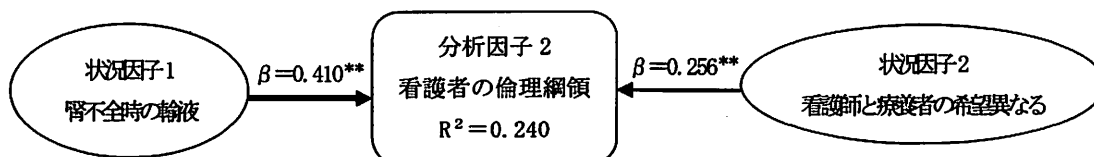


図4. 在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子2「看護者の倫理綱領」に影響する状況因子

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師(n=110)は、分析因子4の「ケアの平等性」の項目において「看護者の勧めたいことと療養者の希望異なる ( $\beta = 0.734, p < 0.01$ )」「腎不全時の輸液 ( $\beta = 0.641, p < 0.01$ )」「心不全時の輸液 ( $\beta = -0.417, p < 0.05$ )」「看護者の勧めたいことと家族の希望異なる ( $\beta = -0.435, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.282$ )。

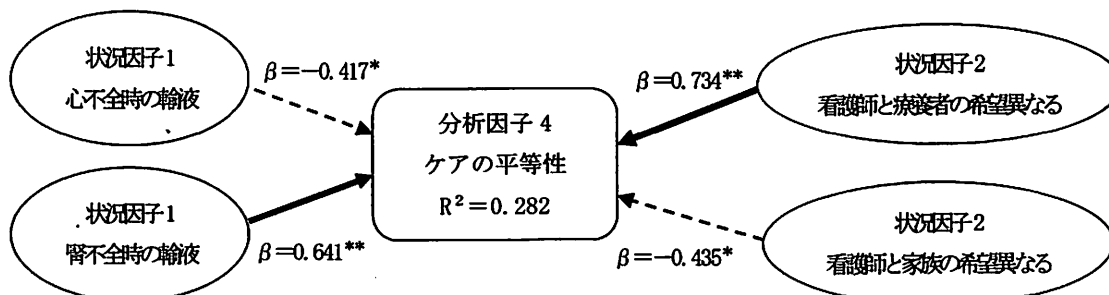


図5 在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子4「ケアの平等性」に影響する状況因子

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の看護師(n=171)は、分析因子4の「社会的妥当性」の項目において「看護者の勧めたいことと療養者の希望異なる ( $\beta = 0.233, p < 0.01$ )」「看護者の勧めたいことと家族の希望異なる ( $\beta = -0.239, p < 0.01$ )」「胃ろう造設 ( $\beta = 0.172, p < 0.05$ )」「鎮痛剤投与 ( $\beta = 0.199, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.153$ )。

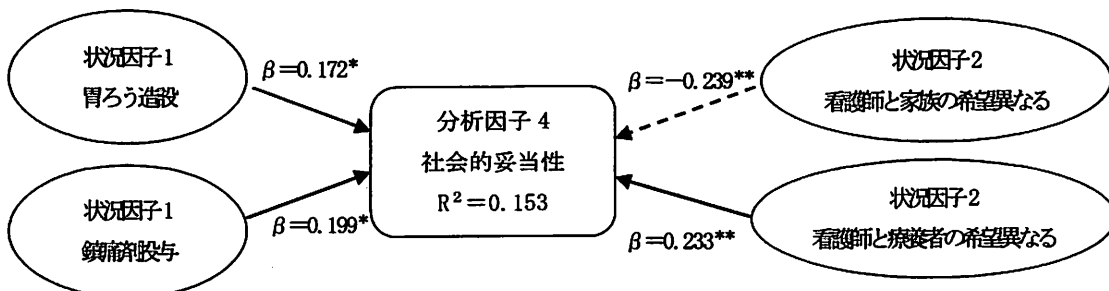


図6 在宅看取り件数1ヶ月に1例以上の看護師群の分析因子4「社会的妥当性」に影響する状況因子

表28. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(在宅看取り件数が4ヶ月に1例未満の看護師 n=209)

	因子1:状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2:状況に関わるものを明確にする権限の考慮		
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.060	療養希望把握 R <sup>2</sup> =0.092	生活把握 R <sup>2</sup> =0.066	病態把握 R <sup>2</sup> =0.050	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.050	倫理綱領	終末期医療	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.017
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
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	
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		-0.180 *		-0.211 **		-0.173 *		
療養者家族希望異なる				0.191 *				
看護師療養者希望異なる								0.147 *
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス	0.255 **	0.312 **	0.174 *	0.217 **	0.233 **			
在宅でいいかどうかの迷い								
	因子2		因子3:状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化					
	保助看法 R <sup>2</sup> =0.015	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.024	目標明確化	医療必要性 R <sup>2</sup> =0.016	意思決定能力 R <sup>2</sup> =0.056	ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.016	対立整理 R <sup>2</sup> =0.044	
調整済決定係数	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	β 有意水準	
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	β 有意水準	
経管栄養					0.149 *			
胃ろう造設								
心不全時の輸液								
腎不全時の輸液								
鎮痛剤投与								
療養者家族希望異なる								
看護師療養者希望異なる	0.141 *							
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス		0.169 *			0.182 *	0.144 *	0.220 **	
在宅でいいかどうかの迷い				0.146 *				
	因子4:状況が存在する場の社会的意味の探求							
	社会的妥当性	看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.023	平等性 R <sup>2</sup> =0.031	主治医意向 R <sup>2</sup> =0.019	真実性			
調整済決定係数	β 有意水準							
標準偏回帰係数	β 有意水準							
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								
療養者家族希望異なる								
看護師療養者希望異なる			0.190 **					
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス		0.166 *		0.155 *				
在宅でいいかどうかの迷い								

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表29. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の看護師 n=168)

	因子1:状況に関連する主観的・客観的事実の把握								因子2:状況に関わるものを明確にする権限の考慮							
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.021		療養希望把握		生活把握 R <sup>2</sup> =0.031		病態把握		家族関係性		倫理綱領		終末期医療		高齢者ケア	
調整済決定係数	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		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
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		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
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																
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	0.166	*			0.192	*										
在宅でいいかどうかの迷い																
	因子2		因子3:状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化													
	保助看法 R <sup>2</sup> =0.034		解決策検討		目標明確化 R <sup>2</sup> =0.019		医療必要性		意思決定能力		ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.040		対立整理 R <sup>2</sup> =0.033			
調整済決定係数	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		β 有意水準		β 有意水準			
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		β 有意水準		β 有意水準			
経管栄養																
胃ろう造設																
心不全時の輸液					0.158	*										
腎不全時の輸液																
鎮痛剤投与	0.201	*														
療養者家族希望異なる													0.198	*		
看護師療養者希望異なる											-0.166	*				
看護師家族希望異なる																
安寧と負担のバランス											0.211	*				
在宅でいいかどうかの迷い																
	因子4:状況が存在する場の社会的意味の探求															
	社会的妥当性		看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.023		平等性 R <sup>2</sup> =0.055		主治医意向 R <sup>2</sup> =0.033		真実性							
調整済決定係数	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							
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							
経管栄養																
胃ろう造設			0.171	*	0.154	*										
心不全時の輸液																
腎不全時の輸液																
鎮痛剤投与																
療養者家族希望異なる					0.193	*										
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																
在宅でいいかどうかの迷い							0.197	*								

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表30. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師 n=110)

	因子1:状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2:状況に関わるものを明確にする極限の考慮		
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.102 β 有意水準	療養希望把握 R <sup>2</sup> =0.103 β 有意水準	生活把握 R <sup>2</sup> =0.010 β 有意水準	病態把握 R <sup>2</sup> =0.122 β 有意水準	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.033 β 有意水準	倫理綱領 R <sup>2</sup> =0.240 β 有意水準	終末期医療 R <sup>2</sup> =0.006 β 有意水準	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.067 β 有意水準
調整済決定係数								
標準偏回帰係数								
経管栄養								
胃ろう造設	0.236 *	0.223 *	0.235 *	0.263 **				
心不全時の輸液								
腎不全時の輸液						0.410 **		
鎮痛剤投与							0.229 *	0.276 **
療養者家族希望異なる		0.225 *	0.208 *	0.219 *	0.205 *		0.205 *	
看護師療養者希望異なる						0.256 **		
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス	0.198 *							
在宅でいいかどうかの迷い								
	因子2		因子3:状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化					
	保助看法 R <sup>2</sup> =0.155 β 有意水準	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.136 β 有意水準	目標明確化 R <sup>2</sup> =0.156 β 有意水準	医療必要性 R <sup>2</sup> =0.029 β 有意水準	意思決定能力 R <sup>2</sup> =0.085 β 有意水準	ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.077 β 有意水準	対立整理 R <sup>2</sup> =0.139 β 有意水準	
調整済決定係数								
標準偏回帰係数								
経管栄養	-0.256 *							
胃ろう造設								
心不全時の輸液						0.220 *		
腎不全時の輸液	0.443 **							
鎮痛剤投与		0.258 *	0.405 **				0.208 *	
療養者家族希望異なる				0.195 *			0.279 **	
看護師療養者希望異なる	0.202 *							
看護師家族希望異なる								
安寧と負担のバランス		0.209 *			0.306 **	0.188 *		
在宅でいいかどうかの迷い								
	因子4:状況が存在する場の社会的意味の探求							
	社会的妥当性 R <sup>2</sup> =0.087 β 有意水準	看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.063 β 有意水準	平等性 R <sup>2</sup> =0.282 β 有意水準	主治医意向 R <sup>2</sup> =0.071 β 有意水準	真実性 R <sup>2</sup> =0.115 β 有意水準			
調整済決定係数								
標準偏回帰係数								
経管栄養								
胃ろう造設								
心不全時の輸液			-0.417 *					
腎不全時の輸液			0.641 **					
鎮痛剤投与	0.308 **			0.283 **	0.261 **			
療養者家族希望異なる		0.522 **			0.207 *			
看護師療養者希望異なる			0.734 **					
看護師家族希望異なる		-0.336 *	-0.435 *					
安寧と負担のバランス								
在宅でいいかどうかの迷い					-0.256 *			

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表31. 「倫理的意思決定における分析」に影響する「倫理的価値の対立や不確かな状況」(在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上1の看護師 n=171)

	因子1:状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2:状況に関わるものを明確にする権限の考慮			
	家族希望把握 R <sup>2</sup> =0.049	療養希望把握 R <sup>2</sup> =0.028	生活把握 R <sup>2</sup> =0.026	病態把握	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.085	倫理綱領	終末期医療	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.059	
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		
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		
経管栄養		0.184 *							
胃ろう造設	0.235 **								
心不全時の輸液			0.178 *						
腎不全時の輸液									
鎮痛剤投与					0.300 **				
療養者家族希望異なる									
看護師療養者希望異なる								0.517 **	
看護師家族希望異なる								-0.363 *	
安寧と負担のバランス									
在宅でいいかどうかの迷い									

	因子2		因子3:状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化					
	補助看法	解決策検討	目標明確化	医療必要性	意思決定能力 R <sup>2</sup> =0.023	ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.037	対立整理 R <sup>2</sup> =0.027	
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
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	
経管栄養						0.207 **		
胃ろう造設								
心不全時の輸液								
腎不全時の輸液								
鎮痛剤投与								
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					0.169 *		0.182 *	
在宅でいいかどうかの迷い								

	因子4:状況が存在する場の社会的意味の探求					
	社会的妥当性 R <sup>2</sup> =0.153	看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.083	平等性 R <sup>2</sup> =0.116	主治医意向 R <sup>2</sup> =0.084	真実性 R <sup>2</sup> =0.019	
調整済決定係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
標準偏回帰係数	β 有意水準		β 有意水準		β 有意水準	
経管栄養			0.162 *			
胃ろう造設	0.172 *					
心不全時の輸液				0.176 *		
腎不全時の輸液						
鎮痛剤投与	0.199 *	0.298 **	0.262 **		0.159 *	
療養者家族希望異なる	-0.239 **					
看護師療養者希望異なる				0.196 *		
看護師家族希望異なる						
安寧と負担のバランス						
在宅でいいかどうかの迷い	0.233 **					

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$

## 7. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《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》3項目をそれぞれ目的変数、《倫理的意思決定における分析》20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

「原則を遵守する決定」には、分析因子1の「生活の把握 ( $\beta = 0.119, p < 0.01$ )」、分析因子2の「看護者の倫理綱領の考慮 ( $\beta = 0.255, p < 0.01$ )」、分析因子4「主治医の意向 ( $\beta = 0.118, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.103$ )。

「正当な方法選択する決定」には、分析因子4「社会的妥当性 ( $\beta = 0.086, p < 0.05$ )」「主治医の意向 ( $\beta = 0.151, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.034$ )。

「よい看取りになる決定」には、分析因子3の「解決策検討 ( $\beta = 0.128, p < 0.01$ )」「対立整理 ( $\beta = -0.115, p < 0.05$ )」、分析因子4の「看護妥当性 ( $\beta = 0.084, p < 0.05$ )」「主治医の意向 ( $\beta = 0.134, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.040$ )。

表 32. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》 (N=698)

	調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守する決定 $R^2 = 0.103$		正当な方法選択する決定 $R^2 = 0.034$		よい看取りになる決定 $R^2 = 0.040$	
		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
分析 因子1	家族希望把握						
	療養希望把握						
	生活の把握	0.119	**				
	病態の把握						
	家族関係性						
分析 因子2	倫理綱領	0.255	**				
	終末期医療						
	高齢者ケア						
	保助看法						
分析 因子3	解決策検討					0.128	**
	目標明確化						
	医療必要性						
	意思決定能力						
	ケアの有益性						
	対立整理					-0.115	*
分析 因子4	社会的妥当性			0.086	*		
	看護妥当性					0.084	*
	ケアの平等性						
	主治医の意向	0.118	**	0.151	**	0.134	**
	真実性						

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

## 2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析(表 33~表 36)

訪問看護経験年数 2 年未満の群(n=94)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子 2「看護者の倫理綱領の考慮 ( $\beta = 0.227, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.041$ )。

訪問看護経験年数 2 年未満の群(n=94)では、「正当な方法選択する決定」には、分析因子「2 終末期医療ガイドラインの考慮 ( $\beta = 0.456, p < 0.01$ )」「高齢者ケアガイドラインの考慮 ( $\beta = -0.319, p < 0.05$ )」、分析因子 4「主治医の意向 ( $\beta = 0.213, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.134$ )。

訪問看護経験年数 2 年未満の群(n=94)では、「よい看取りになる決定」には、分析因子 4「主治医の意向 ( $\beta = 0.351, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.113$ )。

表 33. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

		訪問看護師経験 2 年未満の看護師 [n=94]					
		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
		$R^2 = 0.041$		$R^2 = 0.134$		$R^2 = 0.113$	
調整済決定係数		$\beta$		$\beta$		$\beta$	
標準偏回帰係数		有意水準		有意水準		有意水準	
分析因子 2	倫理綱領	0.227	*				
	終末期医療			0.456	**		
	高齢者ケア			-0.319	*		
分析因子 4	主治医意向			0.213	*	0.351	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験年数 2 年以上 5 年未満の群(n=134)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子 1「生活の把握 ( $\beta = 0.221, p < 0.05$ )」、分析因子 3「医療の必要性 ( $\beta = 0.261, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.124$ )。

訪問看護経験年数 2 年以上 5 年未満の群(n=134)では、「正当な方法選択する決定」には、分析因子 1「家族の希望の把握 ( $\beta = 0.368, p < 0.01$ )」、「療養者の希望の把握 ( $\beta = -0.231, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.061$ )。

訪問看護経験年数 2 年以上 5 年未満の群(n=134)では、「よい看取りになる決定」には、分析因子 3「意思決定能力 ( $\beta = 0.239, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.049$ )。

表 34. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

		訪問看護師経験 2 年以上 5 年未満の看護師 [n=134]					
		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
		$R^2 = 0.124$		$R^2 = 0.061$		$R^2 = 0.049$	
調整済決定係数		$\beta$		$\beta$		$\beta$	
標準偏回帰係数		有意水準		有意水準		有意水準	
分析因子 1	家族希望把握			0.368	**		
	療養希望把握			-0.231	*		
	生活把握	0.221	*				
分析因子 3	医療必要性	0.261	**				
	意思決定能力					0.239	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験年数5年以上15年未満の群(n=351)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子1「家族の関係性 ( $\beta = 0.130, p < 0.05$ )」、分析因子2「看護者の倫理綱領 ( $\beta = 0.501, p < 0.01$ )」「保健師助産師看護師法 ( $\beta = -0.228, p < 0.01$ )」、分析因子4「主治医の意向 ( $\beta = 0.130, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.165$ )。

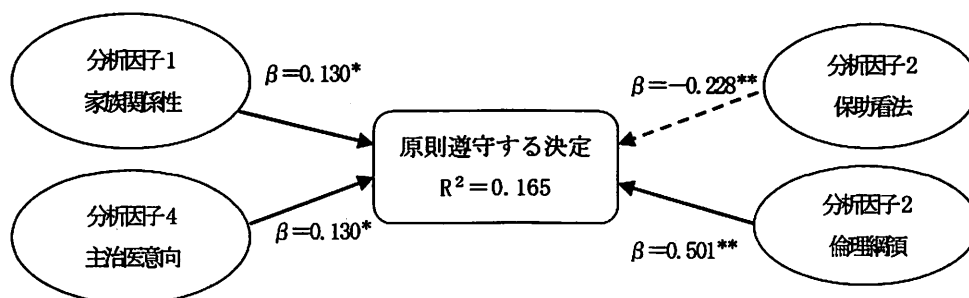


図7在宅看取り件数1ヶ月に1例以上の看護師群の「原則を遵守する決定」に影響する分析因子

訪問看護経験年数5年以上15年未満の群(n=351)では、「正当な方法選択する決定」には、分析因子4「看護としての妥当性 ( $\beta = 0.113, p < 0.05$ )」「主治医の意向 ( $\beta = 0.154, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.035$ )。

訪問看護経験年数5年以上15年未満の群(n=351)では、「よい看取りになる決定」には、分析因子1「家族の関係性 ( $\beta = 0.174, p < 0.01$ )」、分析因子4「社会的妥当性 ( $\beta = 0.185, p < 0.01$ )」「真実性 ( $\beta = -0.169, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.049$ )。

表35. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

訪問看護師経験5年以上15年未満の看護師[n=351]

調整済決定係数 標準偏回帰係数		原則遵守する決定 $R^2 = 0.165$		正当な方法選択する決定 $R^2 = 0.035$		よい看取りになる決定 $R^2 = 0.049$	
		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
分析因子1	家族関係性	0.130	*			0.174	**
分析因子2	倫理綱領	0.501	**				
	保助看法	-0.228	**				
分析因子4	社会的妥当性					0.185	**
	看護妥当性			0.113	*		
	主治医意向	0.130	*	0.154	**		
	真実性					-0.169	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験年数15年以上の群(n=117)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子4「看護としての妥当性 ( $\beta = 0.306, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.085$ )。

訪問看護経験年数15年以上の群(n=117)では、「正当な方法選択する決定」には、分析因子4「社会的妥当性 ( $\beta = 0.212, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.036$ )。



表 36. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

訪問看護師経験 15 年以上の看護師 [n=117]

調整済決定係数 標準偏回帰係数		原則遵守する決定 R <sup>2</sup> =0.085		正当な方法選択する決定 R <sup>2</sup> =0.036		よい看取りになる決定 R <sup>2</sup> =0.091	
		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
分析因子 4	社会的妥当性			0.212	*		
	看護妥当性	0.306	**				

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 37~表 40)

在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の群(n=209)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子 2「看護者の倫理綱領の考慮 (β = 0.311, p<0.01)」、分析因子 3「目標の明確化 (β = 0.149, p<0.05)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.120)。

在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の群(n=209)では、「正当な方法選択する決定」には、分析因子 2「保健師助産師看護師法の考慮 (β = 0.227, p<0.01)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.038)。

在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の群(n=209)では、「よい看取りになる決定」には、分析因子 2「高齢者ケアガイドラインの考慮 (β = 0.208, p<0.01)」、分析因子 4 の「看護としての妥当性 (β = 0.208, p<0.01)」「真実性 (β = -0.174, p<0.05)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.091)。

表 37. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の看護師 (209 名)

調整済決定係数 標準偏回帰係数		原則遵守する決定 R <sup>2</sup> =0.120		正当な方法選択する決定 R <sup>2</sup> =0.038		よい看取りになる決定 R <sup>2</sup> =0.091	
		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
分析因子 2	倫理綱領	0.311	**				
	高齢者ケア					0.208	**
	保助看法			0.207	**		
分析因子 3	目標明確化	0.149	*				
分析因子 4	看護妥当性					0.208	**
	真実性					-0.174	*

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

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)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子3「目標の明確化 ( $\beta = 0.251, p < 0.01$ )」「医療の必要性 ( $\beta = 0.177, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.115$ )。

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)では、「正当な方法選択する決定」には、分析因子2「終末期医療ガイドラインの考慮 ( $\beta = 0.165, p < 0.05$ )」、分析因子4「主治医の意向 ( $\beta = 0.210, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.063$ )。

表 38. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の看護師(168名)

調整済決定係数 標準偏回帰係数		原則遵守する決定 $R^2 = 0.115$		正当な方法選択する決定 $R^2 = 0.063$		よい看取りになる決定	
		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
分析因子2	終末期医療			0.165	*		
分析因子3	目標明確化	0.251	**				
	医療必要性	0.177	*				
分析因子4	主治医意向			0.210	**		

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

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)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子4「主治医の意向 ( $\beta = 0.261, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.059$ )。

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)では、「正当な方法選択する決定」には、分析因子4「主治医の意向 ( $\beta = 0.352, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.115$ )。

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)では、「よい看取りになる決定」には、分析因子3「目標の明確化 ( $\beta = 0.242, p < 0.05$ )」、分析因子4「主治医の意向 ( $\beta = 0.280, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.124$ )。

表 39. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師(110名)

調整済決定係数 標準偏回帰係数		原則遵守する決定 $R^2 = 0.059$		正当な方法選択する決定 $R^2 = 0.115$		よい看取りになる決定 $R^2 = 0.124$	
		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
分析因子3	目標明確化					0.242	*
分析因子4	主治医意向	0.261	**	0.352	**	0.280	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

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)では、「原則を遵守する決定」には、分析因子2の「看護者の倫理綱領の考慮 ( $\beta = 0.337, p < 0.01$ )」、分析因子4「主治医の意向 ( $\beta = 0.151, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.134$ )。

表 40. 《倫理的意思決定における決定》に影響する《倫理的意思決定における分析》

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の看護師(171名)

調整済決定係数 標準偏回帰係数		原則遵守する決定 R <sup>2</sup> =0.134		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
分析因子2	倫理綱領	0.337	**				
分析因子4	主治医意向	0.151	*				

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

### 8. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《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》3項目をそれぞれ目的変数、《倫理的意思決定における決定》3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

「原則を遵守したか評価」は、「原則を遵守する決定(β=0.381, p<0.01)」「正当な方法を選択する決定(β=0.167, p<0.01)」「よい看取りになる決定(β=0.097, p<0.05)」の影響を受けていた(R<sup>2</sup>=0.258)。

「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する決定(β=0.173, p<0.01)」「正当な方法を選択する決定(β=0.238, p<0.01)」「よい看取りになる決定(β=0.213, p<0.01)」の影響を受けていた(R<sup>2</sup>=0.166)。

「よい看取りになったか評価」は「原則を遵守する決定(β=0.098, p<0.01)」「よい看取りになる決定(β=0.373, p<0.01)」の影響を受けていた(R<sup>2</sup>=0.229)。

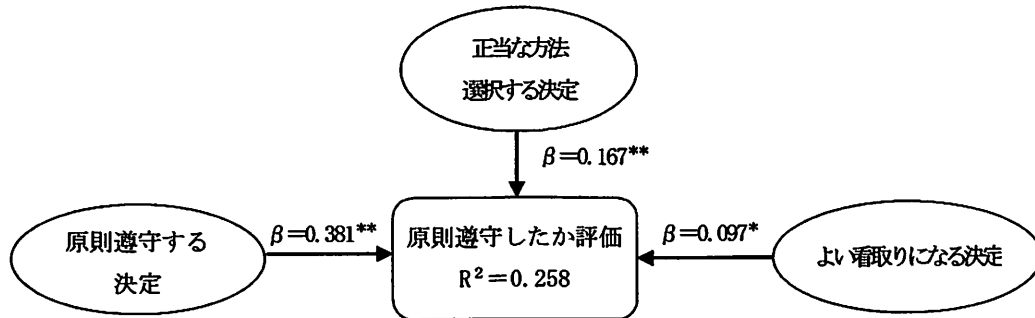


図8「原則を遵守したか評価」に影響する《倫理的意思決定における決定》

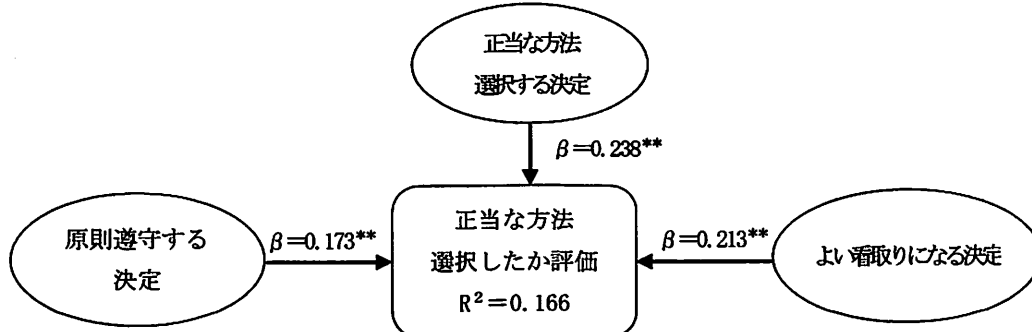


図9「正当な方法を選択したか評価」に影響する《倫理的意思決定における決定》

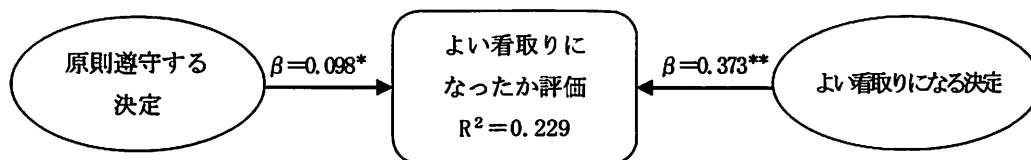


図 10 「よい看取りになったか評価」に影響する《倫理的意思決定における決定》

表 41. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》 (N=698)

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 R <sup>2</sup> =0.258		正当な方法選択したか評価 R <sup>2</sup> =0.166		よい看取りになったか評価 R <sup>2</sup> =0.229	
	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
原則遵守する決定	0.381	**	0.173	**	0.098	*
正当な方法選択する決定	0.167	**	0.238	**		
よい看取りになる決定	0.097	*	0.213	**	0.373	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

## 2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析(表 37~表 40)

訪問看護経験 2 年未満の群では、「原則を遵守したか評価」は、「原則遵守する決定 ( $\beta = 0.564$ ,  $p < 0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.199$ ,  $p < 0.05$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.392$ )。

訪問看護経験 2 年未満の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.188$ ,  $p < 0.05$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.377$ ,  $p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.234$ ,  $p < 0.05$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.336$ )。

訪問看護経験 2 年未満の群では、「よい看取りになったか評価」は「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.495$ ,  $p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.237$ )。

表 42. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》

訪問看護師経験 2 年未満の看護師 [n=94]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 R <sup>2</sup> =0.392		正当な方法選択したか評価 R <sup>2</sup> =0.336		よい看取りになったか評価 R <sup>2</sup> =0.237	
	β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
原則遵守する決定	0.564	**	0.188	*		
正当な方法選択する決定	0.199	*	0.373	**		
よい看取りになる決定			0.234	*	0.495	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験 2 年以上 5 年未満の群では、「原則を遵守したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.317$ ,  $p < 0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.328$ ,  $p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.224$ ,  $p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.413$ )。

訪問看護経験 2 年以上 5 年未満の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.224$ ,  $p < 0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.298$ ,  $p < 0.01$ )」

「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.247, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.337$ )。

訪問看護経験2年以上5年未満の群では、「よい看取りになったか評価」は「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.265, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.422, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.300$ )。

表 43. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》

訪問看護経験2年以上5年未満の看護師 [n=133]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 $R^2 = 0.413$		正当な方法選択したか評価 $R^2 = 0.337$		よい看取りになったか評価 $R^2 = 0.300$	
	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
原則遵守する決定	0.317	**	0.224	**	0.265	**
正当な方法選択する決定	0.328	**	0.298	**		
よい看取りになる決定	0.224	**	0.247	**	0.422	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験5年以上15年未満の群では、「原則を遵守したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.354, p < 0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.172, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.198$ )。

訪問看護経験5年以上15年未満の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.151, p < 0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.213, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.180, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.172$ )。

訪問看護経験5年以上15年未満の群では、「よい看取りになったか評価」は「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.350, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.120$ )。

表 44. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》

訪問看護経験5年以上15年未満の看護師 [n=347]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 $R^2 = 0.198$		正当な方法選択したか評価 $R^2 = 0.172$		よい看取りになったか評価 $R^2 = 0.120$	
	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
原則遵守する決定	0.354	**	0.151	**		
正当な方法選択する決定	0.172	**	0.213	**		
よい看取りになる決定			0.180	**	0.350	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験15年以上の群では、「原則遵守したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.349, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.256, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.225$ )。

訪問看護経験15年以上の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する

決定 ( $\beta = 0.180, p < 0.05$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.326, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.156$ )。

訪問看護経験 15 年以上の群では、「よい看取りになったか評価」は「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.382, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.138$ )。

表 45. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》  
訪問看護経験 15 年以上の看護師 [n=117]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 $R^2 = 0.225$		正当な方法選択したか評価 $R^2 = 0.156$		よい看取りになったか評価 $R^2 = 0.138$	
	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
原則遵守する決定	0.349	**	0.180	*		
正当な方法選択する決定			0.326	**		
よい看取りになる決定	0.256	**			0.382	**

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 46~表 49)

在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の群では、「原則を遵守したか評価」は、原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.303, p < 0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.289, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.218$ )。

在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.192, p < 0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.236, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.211, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.216$ )。

在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の群では、「よい看取りになったか評価」は「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.303, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.219, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.157$ )。

表 46. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》  
在宅看取り件数が 4 ヶ月に 1 例未満の看護師 [n=205]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 $R^2 = 0.218$		正当な方法選択したか評価 $R^2 = 0.216$		よい看取りになったか評価 $R^2 = 0.157$	
	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
原則遵守する決定	0.303	**	0.192	**	0.303	**
正当な方法選択する決定	0.289	**	0.236	**		
よい看取りになる決定			0.211	**	0.219	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群では、「原則を遵守したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.309, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.237, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.193$ )。

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「正当な方法を選択する決定 ( $\beta = 0.359, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.242, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.271$ )。

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群では、「よい看取りになったか評価」は「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.493, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.237$ )。

表 47. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》

在宅看取り件数が4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の看護師 [n=166]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 $R^2 = 0.193$		正当な方法選択したか評価 $R^2 = 0.271$		よい看取りになったか評価 $R^2 = 0.238$	
	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
原則遵守する決定	0.309	**				
正当な方法選択する決定			0.359	**		
よい看取りになる決定	0.237	**	0.242	**	0.493	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群では、「原則を遵守したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.506, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.249$ )。

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta = 0.246, p < 0.01$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.337, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.220$ )。

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群では、「よい看取りになったか評価」は「よい看取りになる決定 ( $\beta = 0.320, p < 0.01$ )」の影響を受けていた ( $R^2 = 0.094$ )。

表 48. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師 [n=110]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 $R^2 = 0.249$		正当な方法選択したか評価 $R^2 = 0.220$		よい看取りになったか評価 $R^2 = 0.094$	
	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
原則遵守する決定	0.506	**	0.246	**		
正当な方法選択する決定						
よい看取りになる決定			0.337	**	0.320	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群では、「原則を遵守したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta=0.549, p<0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta=0.181, p<0.01$ )」の影響をうけていた ( $R^2=0.379$ )。

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群では、「正当な方法を選択したか評価」は、「原則を遵守する決定 ( $\beta=0.267, p<0.01$ )」「正当な方法を選択する決定 ( $\beta=0.181, p<0.05$ )」「よい看取りになる決定 ( $\beta=0.182, p<0.05$ )」の影響をうけていた ( $R^2=0.201$ )。

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群では、「よい看取りになったか評価」は「よい看取りになる決定 ( $\beta=0.383, p<0.01$ )」の影響をうけていた ( $R^2=0.142$ )。

表 49. 《倫理的意思決定における評価》に影響する《倫理的意思決定における決定》

在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の看護師 [n=171]

調整済決定係数 標準偏回帰係数	原則遵守したか評価 $R^2=0.379$		正当な方法選択したか評価 $R^2=0.201$		よい看取りになったか評価 $R^2=0.142$	
	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
原則遵守する決定	0.549	**	0.267	**		
正当な方法選択する決定	0.181	**	0.181	*		
よい看取りになる決定			0.182	*	0.383	**

有意水準 \*\*: $p<0.01$ 、\*: $p<0.05$



## 9. 《倫理的価値の対立や不確かな状況》に影響する看護師・家族・療養者の要因

《倫理的価値の対立や不確かな状況》10項目をそれぞれ目的変数、「看護師の要因」12項目、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) 対象者全体の重回帰分析(表 50)

《倫理的価値の対立や不確かな状況》に影響する「看護師の要因」「家族の要因」「療養者の要因」はバラツキがあった。状況因子それぞれに対する影響は $R^2$ 値が0.020～0.056であった。

影響要因からみると、家族の要因「家族の介護負担」は、状況因子10項目中7項目「経管栄養 ( $\beta=0.146, p<0.01$ )」「胃ろう造設 ( $\beta=0.146, p<0.01$ )」「心不全時の輸液 ( $\beta=0.130, p<0.01$ )」「腎不全時の輸液 ( $\beta=0.146, p<0.01$ )」「鎮痛剤投与 ( $\beta=0.097, p<0.05$ )」「療養者と家族の希望が異なる ( $\beta=0.154, p<0.01$ )」「看護師の薦めたいことと家族の希望が異なる ( $\beta=0.105, p<0.01$ )」が影響を及ぼしていた ( $R^2=0.020\sim0.056$ )。

表50. 「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 [N=698]

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養 R <sup>2</sup> =0.020、 β 有意水準	胃ろう造設 R <sup>2</sup> =0.031 β 有意水準	心不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.032 β 有意水準	腎不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.032 β 有意水準	鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.056 β 有意水準
調整済決定係数 標準偏回帰係数						
看護師要因	訪問看護経験年数					
	看護倫理について学習経験					0.102 **
	医療の倫理について学習経験					-0.095 *
	倫理について事例で学習経験					
	倫理について研修で学習経験					
	倫理について勉強会で学習経験					
家族の要因	家族の人間関係					
	家族の介護負担	0.146 **	0.146 **	0.130 **	0.130 **	0.097 *
	家族の価値観					
療養者の要因	療養者の医療依存度					0.159 **
	療養者のQOL			0.101 *	0.103 *	
	療養者の予後予測		0.084 *			

倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.029 β 有意水準	看護師療養者希望異なる R <sup>2</sup> =0.044 β 有意水準	看護師家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.042 β 有意水準	安寧と負担のバランス R <sup>2</sup> =0.054 β 有意水準	在宅でいいかどうかの迷い R <sup>2</sup> =0.025 β 有意水準
調整済決定係数 標準偏回帰係数						
看護師要因	訪問看護経験年数			-0.098 *		
	看護倫理について学習経験					
	医療の倫理について学習経験					
	倫理について研修で学習経験				0.080 *	
	倫理について勉強会で学習経験	0.094 *				
家族の要因	家族の人間関係				0.196 **	
	家族の介護負担	0.154 **		0.105 **		
	家族の価値観		0.108 **			0.097 *
療養者の要因	療養者の医療依存度		0.178 **	0.138 **		0.13 **
	療養者のQOL					
	療養者の予後予測				0.084 *	

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析(表 51~55)

訪問看護経験年数 1 年未満の看護師(n=41)は、状況因子 1「経管栄養」の項目において、家族の要因「家族の経済状態 ( $\beta=0.479, p<0.01$ )」が影響していた ( $R^2=0.202$ )

訪問看護経験年数 1 年未満の看護師(n=41)は、状況因子 1「胃ろう造設」の項目において、家族の要因「家族の経済状態 ( $\beta=0.514, p<0.01$ )」が影響していた ( $R^2=0.238$ )

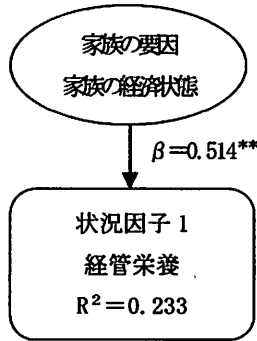


図 11. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の状況因子 1「経管栄養」に影響する要因

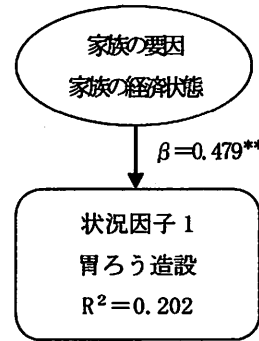


図 12. 訪問看護経験年数 1 年未満の看護師群の状況因子 1「胃ろう造設」に影響する要因

訪問看護経験年数 1 年未満の看護師(n=41)は、状況因子 1「腎不全時の輸液」の項目において、看護師の要因「生命倫理についての学習経験 ( $\beta=-0.439, p<0.01$ )」が影響していた ( $R^2=0.165$ )

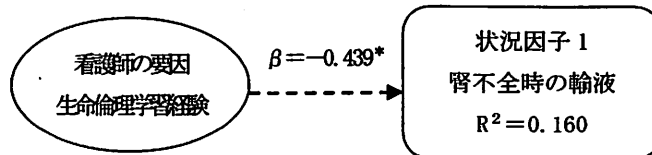


図 13. 訪問看護経験年数 1 年未満の看護師群の状況因子 1「腎不全時の輸液」に影響する要因

訪問看護経験年数 1 年未満の看護師(n=41)は、状況因子 1「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 ( $\beta=0.575, p<0.01$ )」、看護師の要因「倫理について研修での学習経験 ( $\beta=-0.302, p<0.05$ )」、家族の要因「家族の経済状態 ( $\beta=0.382, p<0.05$ )」が影響していた ( $R^2=0.424$ )

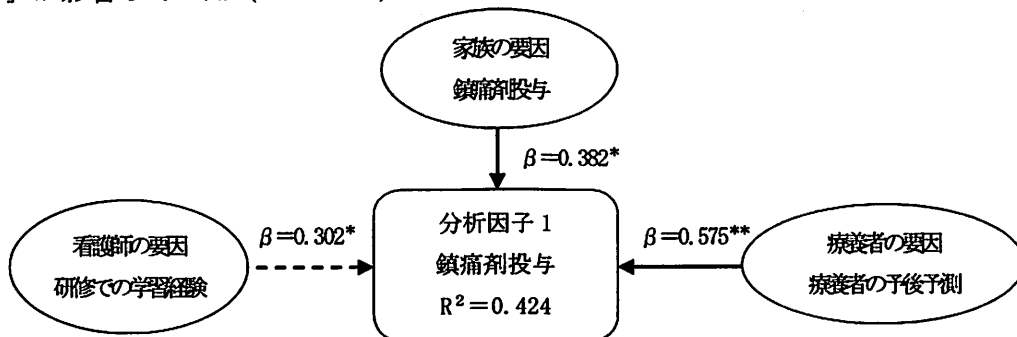


図 14. 訪問看護経験年数 1 年未満の看護師群の状況因子 1「鎮痛剤投与」に影響する要因

訪問看護経験年数 2 年未満の看護師 (n=94) の群では、状況因子 1「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「看護倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.306, p < 0.01$ )」「医療の倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.303, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.193$ )

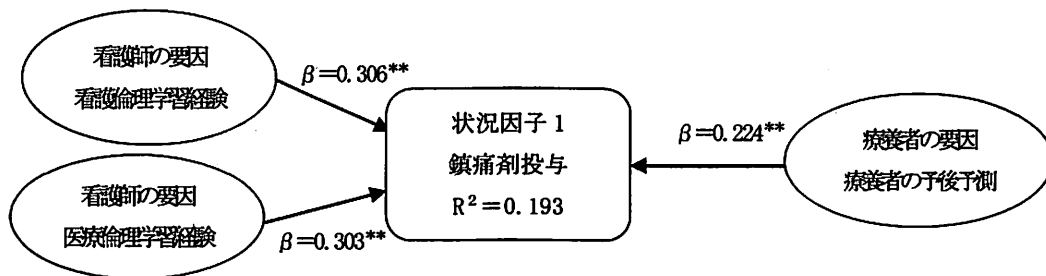


図 15. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の状況因子 1「鎮痛剤投与」に影響する要因

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師 (n=117) は、状況因子 1「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 ( $R^2 = 0.198$ )

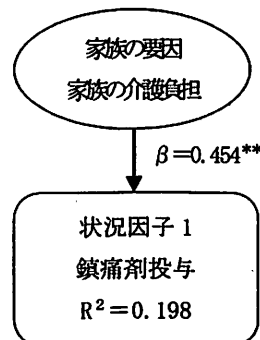


図 16. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の状況因子 1「鎮痛剤投与」に影響する要因

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師 (n=117) は、状況因子 2「看護師の働きたいことと療養者の希望が異なる」の項目において、看護師の要因「生命倫理についての学習経験 ( $\beta = -0.247, p < 0.01$ )」、家族の要因「家族の介護負担 ( $\beta = 0.328, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.155$ )

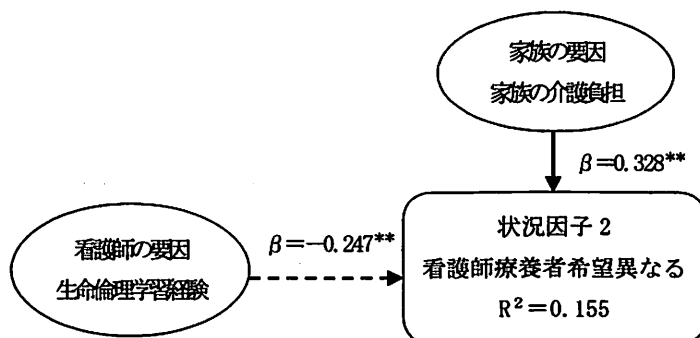


図 17. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の状況因子 2「看護師療養者希望異なる」に影響する要因

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師(n=117)は、状況因子 2「療養者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の学習経験 ( $\beta = -0.279, p < 0.01$ )」「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 ( $R^2 = 0.180$ )

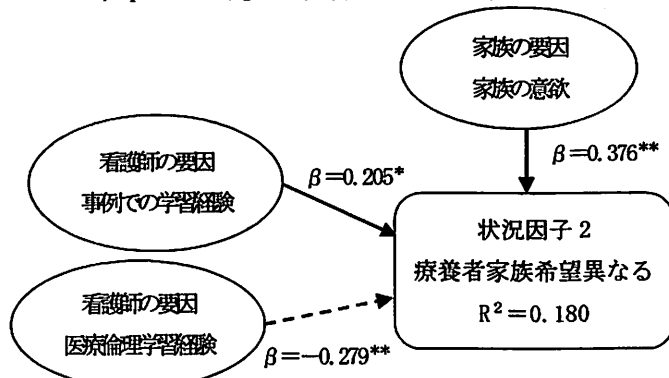


図 18. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の状況因子 2「療養者家族希望異なる」に影響する要因

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師(n=117)は、状況因子 2「看護師の働き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の学習経験 ( $\beta = -0.252, p < 0.01$ )」、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 ( $R^2 = 0.207$ )

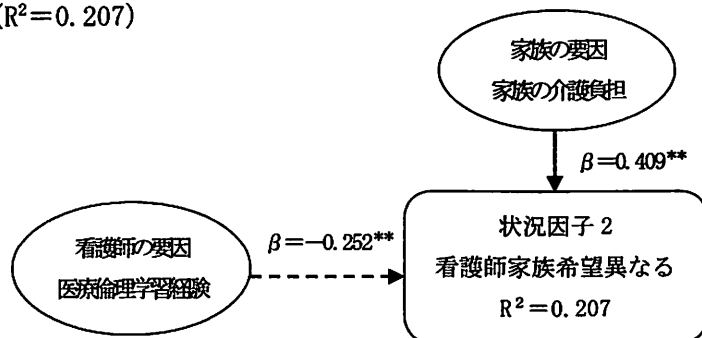


図 19. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の状況因子 2「看護師家族希望異なる」に影響する要因

訪問看護経験年数 15 年以上の看護師(n=117)は、状況因子 2「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の学習経験 ( $\beta = -0.191, p < 0.05$ )」、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 ( $R^2 = 0.180$ )

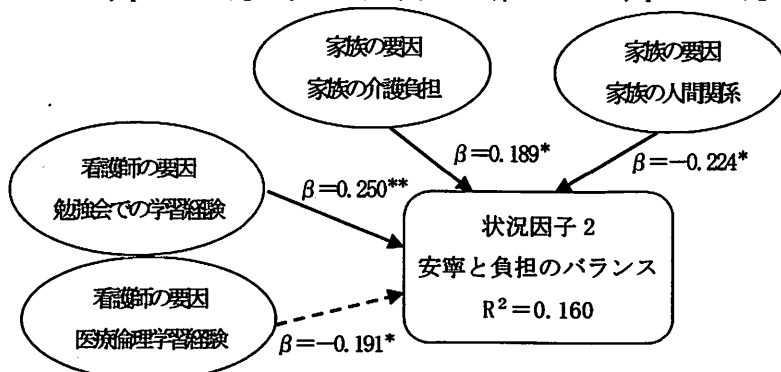


図 20. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の状況因子 2「安寧と負担のバランス」に影響する要因

表51. 「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1年未満 n=41)

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養 R <sup>2</sup> =0.202	胃ろう造設 R <sup>2</sup> =0.238	心不全時の輸液	腎不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.165	鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.424
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	β 有意水準	β 有意水準
看護師要因	生命倫理について学習経験				-0.439 *	
	倫理について研修で学習経験					-0.302 *
家族の要因	家族の経済状態	0.479 **	0.514 **			0.382 *
療養者の要因	療養者の予後予測					0.575 **
	療養者のQOL					
倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.064	看護師療養者希望異なる	看護師家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.096	安寧と負担のバランス R <sup>2</sup> =0.138	在宅でいいかどうかの迷い
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	β 有意水準	β 有意水準
看護師要因	生命倫理について学習経験					
家族の要因	家族の経済状態					
	家族の介護負担			0.355 *		
療養者の要因	療養者の予後予測					
	療養者のQOL				0.408 *	

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表52. 「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 R <sup>2</sup> =0.122	胃ろう造設 R <sup>2</sup> =0.075	心不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.058	腎不全時の輸液	鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.193
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	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 R <sup>2</sup> =0.064	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 R <sup>2</sup> =0.067	在宅でいいかどうかの迷い
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	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					
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					

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表53. 「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年以上5年未満 n=134)

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養 R <sup>2</sup> =0.019		胃ろう造設 R <sup>2</sup> =0.035		心不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.049		腎不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.039		鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.081	
調整済決定係数 標準偏回帰係数		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
看護師要因	看護倫理について学習経験									0.192	**
	医療の倫理について学習経験							-0.177	*		
	研究の倫理について学習経験					-0.166	*			-0.145	*
家族の要因	家族の経済状態	0.154	*	0.199	**	0.179	*				
	家族の価値観							0.144	*		
療養者の要因	療養者の意思決定能力										
	療養者の予後予測										
	療養者の医療依存度									0.198	*
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 R <sup>2</sup> =0.020		安寧と負担のバランス R <sup>2</sup> =0.027		在宅でいいかどうかの迷い R <sup>2</sup> =0.025	
調整済決定係数 標準偏回帰係数		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
看護師要因	看護倫理について学習経験										
	医療の倫理について学習経験										
	研究の倫理について学習経験									-0.173	*
家族の要因	家族の経済状態										
	家族の価値観										
療養者の要因	療養者の意思決定能力							0.180	*		
	療養者の予後予測					0.158	*				
	療養者の医療依存度										

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表54. 「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5年以上15年未満の看護師 n=351)

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 標準偏回帰係数		R <sup>2</sup> =0.012 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.025 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.026 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.025 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.023 β 有意水準
看護師の要因	研究の倫理について学習経験											
	倫理について研修で学習経験			0.11	*							
	倫理について勉強会で学習経験											
家族の要因	家族の介護負担			0.137	*							
	家族の健康状態状態	0.124	*									
	家族の人間関係											
	家族の価値観											
療養者の要因	療養者の意思決定能力											
	療養者のQOL					0.169	**	0.168	**			
	療養者の予後予測											
	療養者の医療依存度									0.161	**	
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		在宅でいいかどうかの迷い		
		調整済決定係数 標準偏回帰係数		R <sup>2</sup> =0.052 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.073 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.048 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.055 β 有意水準		R <sup>2</sup> =0.051 β 有意水準
看護師の要因	研究の倫理について学習経験							0.137	*			
	倫理について研修で学習経験	0.125	*									
	倫理について勉強会で学習経験	0.139	*									
家族の要因	家族の介護負担	0.160	**					0.132	*			
	家族の健康状態状態											
	家族の人間関係								0.240	**		
	家族の価値観					0.181	**				0.170	**
療養者の要因	療養者の意思決定能力											
	療養者のQOL											
	療養者の予後予測							0.126	*		0.165	**
	療養者の医療依存度					0.200	**					

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$



表55. 「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 <sup>2</sup> =0.069		R <sup>2</sup> =0.075		R <sup>2</sup> =0.117		R <sup>2</sup> =0.146		R <sup>2</sup> =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
看護師要因	医療の倫理について学習経験										
	生命倫理について学習経験										
	倫理について事例で学習経験										
	倫理について勉強会で学習経験										
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	*		
療養者の要因	療養者の意思決定能力										
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		在宅でいいかどうかの迷い	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.180		R <sup>2</sup> =0.155		R <sup>2</sup> =0.207		R <sup>2</sup> =0.160		R <sup>2</sup> =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	*		
	家族の価値観										
療養者の要因	療養者の意思決定能力									0.279	**

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 56～表 59)

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

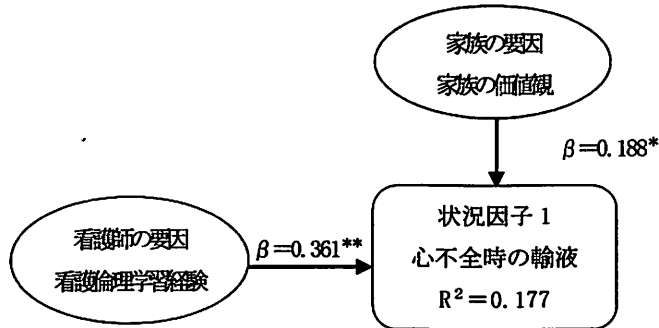


図 21. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の状況因子1「心不全時の輸液」に影響する要因

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師(n=110)は、状況因子1「腎不全時の輸液」の項目において看護師の要因「看護倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.403$ ,  $p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.171$ )。

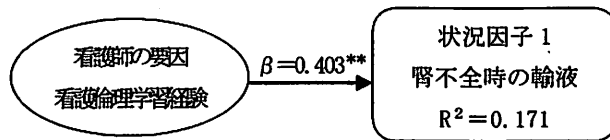


図 22. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の状況因子1「腎不全時の輸液」に影響する要因

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師(n=110)は、状況因子1「鎮痛剤の投与」の項目において看護師の要因「看護倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.346$ ,  $p < 0.01$ )」「事例での学習経験 ( $\beta = 0.246$ ,  $p < 0.01$ )」「研究倫理についての学習経験 ( $\beta = -0.240$ ,  $p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.152$ )。

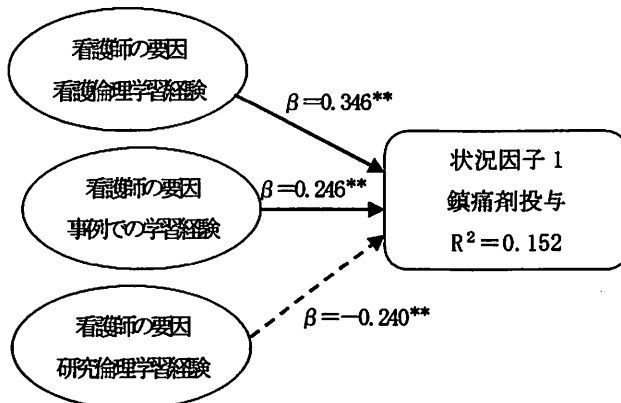


図 23. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の状況因子1「鎮痛剤投与」に影響する要因

表56. 「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4ヶ月に1例未満/年 n=209)

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養 R <sup>2</sup> =0.032 β 有意水準	胃ろう造設 β 有意水準	心不全時の輸液 β 有意水準	腎不全時の輸液 β 有意水準	鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.024 β 有意水準
調整済決定係数 標準偏回帰係数						
看護師の要因	訪問看護経験年数	0.192 *				
	医療の倫理について学習経験					
	生命倫理について学習経験					-0.170 *
	研究の倫理について学習経験					
家族の要因	家族の意欲					
療養者の要因	療養者予後予測					
倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.017 β 有意水準	看護師療養者希望異なる R <sup>2</sup> =0.060 β 有意水準	看護師家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.060 β 有意水準	安寧と負担のバランス R <sup>2</sup> =0.042 β 有意水準	在宅でいいかどうかの迷い β 有意水準
調整済決定係数 標準偏回帰係数						
看護師の要因	訪問看護経験年数					
	医療の倫理について学習経験				0.138 *	
	生命倫理について学習経験					
	研究の倫理について学習経験			0.214 **		
家族の要因	家族の意欲				0.171 *	
療養者の要因	療養者予後予測		0.146 *	0.184 **		

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表57. 「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4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満/年 n=168)

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養 R <sup>2</sup> =0.072 β 有意水準	胃ろう造設 β 有意水準	心不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.027 β 有意水準	腎不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.037 β 有意水準	鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.086 β 有意水準
調整済決定係数 標準偏回帰係数						
看護師の要因	看護師経験年数					0.163 *
	医療の倫理について学習経験					-0.251 *
	生命倫理について学習経験					
家族の要因	家族の介護負担					
	家族の人間関係					
療養者の要因	療養者の意思決定能力					
	療養者のQOL			0.182 *	0.206 **	
倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.072 β 有意水準	看護師療養者希望異なる β 有意水準	看護師家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.036 β 有意水準	安寧と負担のバランス R <sup>2</sup> =0.108 β 有意水準	在宅でいいかどうかの迷い R <sup>2</sup> =0.081 β 有意水準
調整済決定係数 標準偏回帰係数						
看護師の要因	看護師経験年数					
	医療の倫理について学習経験					
	生命倫理について学習経験	-0.157 *				
家族の要因	家族の介護負担			0.206 **		
	家族の人間関係				0.337 **	
療養者の要因	療養者の意思決定能力	0.24 **				0.295 **
	療養者のQOL					

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表58. 「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 R <sup>2</sup> =0.139		胃ろう造設 R <sup>2</sup> =0.088		心不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.177		腎不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.171		鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.152	
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	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	看護師経験年数										
	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	**
	倫理について事例で学習経験	0.269	**								
家族の要因	家族の意欲			0.237	*						
	家族の人間関係										
	家族の価値観	0.191	*			0.188	*				
療養者の要因	療養者の医療依存度										
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 R <sup>2</sup> =0.066		看護師家族希望異なる		安寧と負担のバランス R <sup>2</sup> =0.092		在宅でいいかどうかの迷い R <sup>2</sup> =0.043	
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	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	*		
	看護倫理について学習経験										
	医療の倫理について学習経験										
	研究の倫理について学習経験										
	倫理学について学習経験										
	倫理について事例で学習経験										
家族の要因	家族の意欲										
	家族の人間関係							0.281	**		
	家族の価値観										
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.274	**					0.229	*

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

表59. 「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12例以上/年(170名)）

倫理的意思決定の必要な状況		経管栄養 R <sup>2</sup> =0.083		胃ろう造設 R <sup>2</sup> =0.123		心不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.104		腎不全時の輸液 R <sup>2</sup> =0.107		鎮痛剤投与 R <sup>2</sup> =0.080	
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	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	訪問看護経験年数										
	看護倫理について学習経験										
	研究の倫理について学習経験					-0.164	*				
	倫理について事例で学習経験										
	倫理について勉強会で学習経験			0.157	*						
家族の要因	家族の意欲										
	家族の介護負担	0.297	**	0.323	**	0.299	**	0.235	**		
	家族の価値観										
療養者の要因	療養者予後予測							0.170	*		
	療養者の医療依存度									0.293	**
倫理的意思決定の必要な状況		療養者家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.021		看護師療養者希望異なる R <sup>2</sup> =0.125		看護師家族希望異なる R <sup>2</sup> =0.085		安寧と負担のバランス R <sup>2</sup> =0.044		在宅でいいかどうかの迷い R <sup>2</sup> =0.058	
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	β	有意水準	β	有意水準
看護師の要因	訪問看護経験年数					-0.163	0.034				
	看護倫理について学習経験	0.202	**								
	研究の倫理について学習経験										
	倫理について事例で学習経験	0.175	*	0.159	*						
	倫理について勉強会で学習経験										
家族の要因	家族の意欲					0.172	*	0.158	*		
	家族の介護負担	0.202	**								
	家族の価値観			0.226	**					0.196	*
療養者の要因	療養者予後予測			0.262	**			0.172	*	0.154	*
	療養者の医療依存度					0.204	**				

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

## 10. 《倫理的意思決定における分析》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分析》20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 60）

《倫理的意思決定における分析》に影響する「看護師の要因」「家族の要因」「療養者の要因」はバラツキがあった。分析因子それぞれに対する影響は、 $R^2$ 値が0.041～0.132であった。

影響要因からみると、家族の要因「家族の意欲」は、分析因子1の5項目すべて「家族の希望把握 ( $\beta = 0.256, p < 0.01$ )」「療養者の希望把握 ( $\beta = 0.236, p < 0.01$ )」「家族の生活の把握 ( $\beta = 0.252, p < 0.01$ )」「療養者の病態把握 ( $\beta = 0.243, p < 0.01$ )」「家族の関係性の把握 ( $\beta = 0.190, p < 0.01$ )」において (+) の影響があり ( $\beta = 0.256, p < 0.01$ )、因子2の4項目中2項目「看護者の倫理綱領 ( $\beta = -0.166, p < 0.05$ )」「高齢者ケアのガイドライン ( $\beta = 0.148, p < 0.05$ )」において (-) の影響がみられた。また、因子3の1項目「ケアの有益性 ( $\beta = 0.151, p < 0.05$ )」、分析因子4は5項目中1項目「主治医の意向 ( $\beta = 0.156, p < 0.01$ )」において (+) の影響がみられた。

家族の要因「家族の価値観」は、分析因子3の6項目すべて「解決策の検討 ( $\beta = 0.250, p < 0.01$ )」「目標の明確化 ( $\beta = 0.219, p < 0.01$ )」「医療の必要性 ( $\beta = 0.196, p < 0.01$ )」「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.191, p < 0.05$ )」「ケアの有益性 ( $\beta = 0.207, p < 0.01$ )」「対立の整理 ( $\beta = 0.202, p < 0.01$ )」において (+) の影響がみられた。(因子4は5項目中3項目「看護妥当性 ( $\beta = 0.155, p < 0.01$ )」「ケアの平等性 ( $\beta = 0.115, p < 0.01$ )」「真実性 ( $\beta = 0.180, p < 0.01$ )」において (+) の影響がみられた。

表60. 「倫理的意決定における分析」に影響する看護師・療養者・家族の要因 (N=698)

「倫理的意決定における分析」		因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮				因子3													
		家族希望把握		療養希望把握		生活把握		病態把握		家族関係性		倫理観		終末期医療		高齢者ケア		保助看法		解決策検討				
		R <sup>2</sup> =0.078		R <sup>2</sup> =0.079		R <sup>2</sup> =0.093		R <sup>2</sup> =0.086		R <sup>2</sup> =0.118		R <sup>2</sup> =0.064		R <sup>2</sup> =0.041		R <sup>2</sup> =0.055		R <sup>2</sup> =0.070		R <sup>2</sup> =0.089				
調整済決定係数		β		β		β		β		β		β		β		β		β		β				
標準偏回帰係数		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準				
看護師要因	看護師経験年数																							
	訪問看護経験年数																							
	看護力程度																							
	医療の倫理について学習経験			0.123	**			0.079	*												0.109	**		
	生命倫理について学習経験																							
	研究の倫理について学習経験											0.116	**											
	倫理について学校で学習経験																0.079	*	0.100	*				
	倫理について事例で学習経験						0.106	**	0.107	**							0.097	*	0.094	*	0.085	*		
家族の要因	家族の介護負担									0.143	**													
	家族の価値観					0.100	*			0.177	**									0.179	**	0.139	**	
	家族の意欲	0.216	**	0.252	**	0.173	**	0.258	**	0.128	**									-0.113	*	0.179	**	
	家族の人間関係																							
	家族の健康状態	0.107	*			0.093	*																	
	家族の経済状態																							
療養者の要因	療養者の意思決定能力																							
	療養者の医療依存度											0.151	**				0.198	**	0.156	**				
	療養者の予後予測														0.104	**								
「倫理的意決定における分析」		因子3: 状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化					因子4: 状況が存在する場の社会的意味の探求																	
		目標明確化		医療必要性		意思決定能力		ケアの有益性		対立整理		社会的妥当性		看護妥当性		ケアの平等性		主治医意向		真実性				
		R <sup>2</sup> =0.078		R <sup>2</sup> =0.060		R <sup>2</sup> =0.125		R <sup>2</sup> =0.132		R <sup>2</sup> =0.093		R <sup>2</sup> =0.080		R <sup>2</sup> =0.096		R <sup>2</sup> =0.063		R <sup>2</sup> =0.075		R <sup>2</sup> =0.096				
調整済決定係数		β		β		β		β		β		β		β		β		β		β				
標準偏回帰係数		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準		有意水準				
看護師要因	看護師経験年数																							
	訪問看護経験年数												0.094	*										
	看護力程度																					0.085	*	
	医療の倫理について学習経験	0.115	**			0.100	**																	
	生命倫理について学習経験												0.099	*	0.087	*								
	研究の倫理について学習経験																							
	倫理について学校で学習経験	0.077	*	0.095	*	0.102	**	0.097	**															
	倫理について事例で学習経験									0.091	*	0.138	**										0.096	*
家族の要因	家族の介護負担																							
	家族の価値観	0.158	**	0.232	**	0.163	**	0.229	**	0.163	**				0.151	**	0.081	*				0.14	**	
	家族の意欲	0.122	**			0.119	**	0.166	**	0.109	*													
	家族の人間関係																							
	家族の健康状態												0.098	*	0.152	**	0.140	**					0.175	**
	家族の経済状態												0.137	**										
療養者の要因	療養者の意思決定能力					0.134	**																	
	療養者の医療依存度												0.146	**	0.096	*					0.111	**	-0.134	*
	療養者の予後予測																0.160	**					0.182	**

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$

## 2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析(表 61～表 65)

訪問看護経験 1 年未満の群(n=41)では、分析因子 1「家族の希望把握」には、看護師の要因「看取り頻度 ( $\beta = -0.361, p < 0.05$ )」、「研究の倫理についての学習経験 ( $\beta = -0.332, p < 0.05$ )」療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.670, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.400$ )。

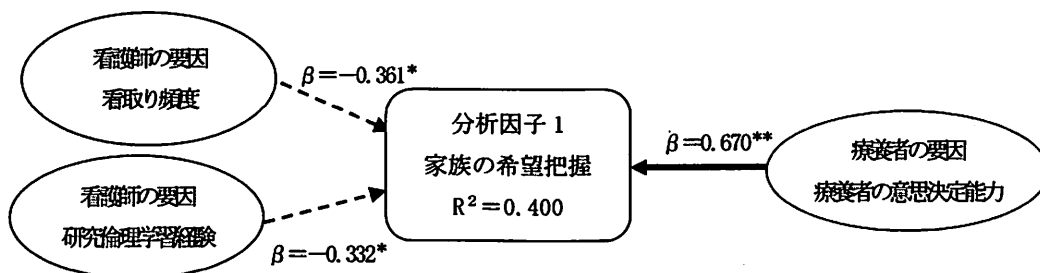


図 24. 訪問看護経験年数 1 年未満の看護師群の分析因子 1「家族の希望把握」に影響する要因

訪問看護経験 1 年未満の群(n=41)では、分析因子 1「療養者の希望把握」には、看護師の要因「看取り頻度 ( $\beta = -0.389, p < 0.05$ )」、「倫理学についての学習経験 ( $\beta = -0.355, p < 0.05$ )」療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.606, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.421$ )。

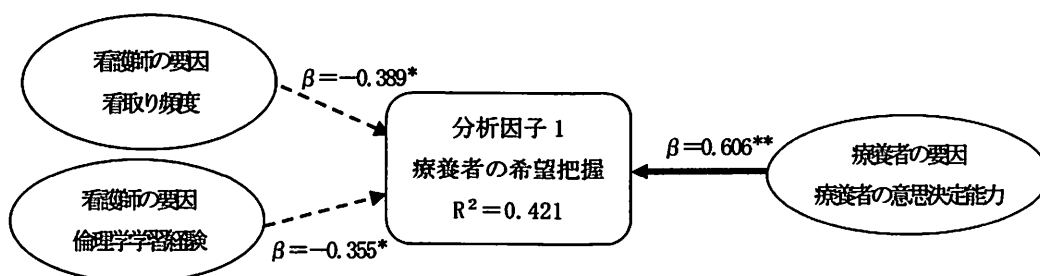


図 25. 訪問看護経験年数 1 年未満の看護師群の分析因子 1「療養者の希望把握」に影響する要因

訪問看護経験 1 年未満の群(n=41)では、分析因子 1「生活把握」には、看護師の要因「倫理学についての学習経験 ( $\beta = -0.419, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.441, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.352$ )。

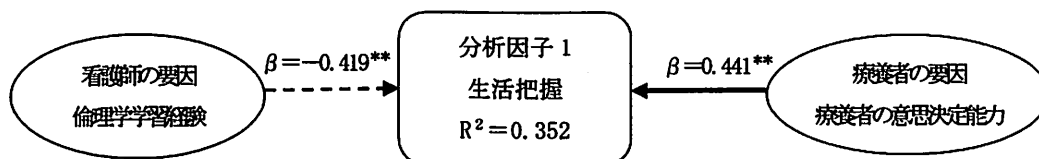


図 26. 訪問看護経験年数 1 年未満の看護師群の分析因子 1「生活把握」に影響する要因



訪問看護経験1年未満の群(n=41)では、分析因子1「病態把握」には、看護師の要因「倫理学についての学習経験 ( $\beta = -0.322, p < 0.05$ )」療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.487, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.316$ )。

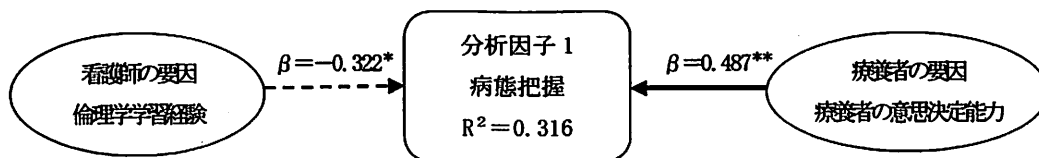


図 27. 訪問看護経験年数1年未満の看護師群の分析因子1「病態把握」に影響する要因

影響要因からみると、訪問看護経験1年未満の群(n=41)では、看護師の要因「倫理学についての学習経験」は分析因子1「療養者の希望把握 ( $\beta = -0.355, p < 0.05$ )」「家族の生活の把握 ( $\beta = -0.252, p < 0.01$ )」「療養者の病態把握 ( $\beta = -0.243, p < 0.05$ )」に (-) の影響が見られ、療養者の要因「療養者の意思決定能力」は分析因子1「家族の希望把握 ( $\beta = 0.670, p < 0.01$ )」「療養者の希望把握 ( $\beta = 0.606, p < 0.01$ )」「家族の生活の把握 ( $\beta = 0.441, p < 0.01$ )」「療養者の病態把握 ( $\beta = 0.487, p < 0.01$ )」において (+) 影響がみられた。

訪問看護経験2年未満の群(n=94)では、分析因子1「生活の把握」には、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.345, p < 0.01$ )」「家族の意欲 ( $\beta = 0.261, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.261$ )。分析因子1「病態把握」には、看護師の要因「倫理についての勉強会での学習経験 ( $\beta = 0.222, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.366, p < 0.01$ )」「家族の介護負担 ( $\beta = 0.253, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.235$ )。

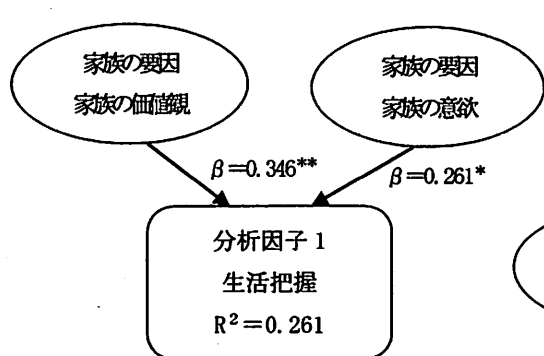


図 28. 訪問看護経験年数2年未満の看護師群の分析因子1「生活把握」に影響する要因

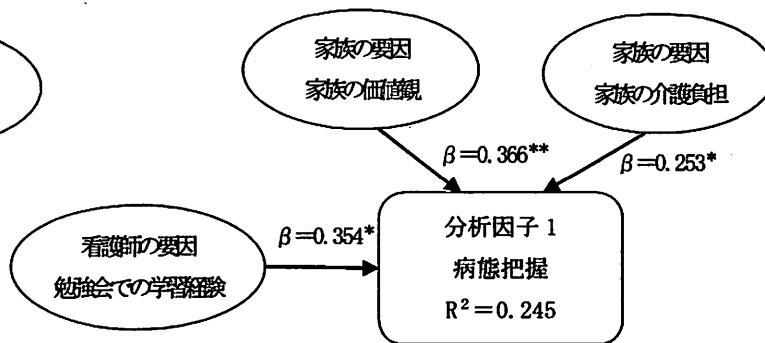


図 29. 訪問看護経験年数2年未満の看護師群の分析因子1「病態把握」に影響する要因

また、訪問看護経験2年未満の群(n=94)では、家族の要因「家族の価値観」は分析因子3「解決策の検討 ( $\beta = 0.375, p < 0.01$ )」「目標明確化 ( $\beta = 0.517, p < 0.01$ )」「医療の必要性 ( $\beta = 0.429, p < 0.01$ )」「意思決定能力 ( $\beta = 0.280, p < 0.05$ )」「ケアの有益性 ( $\beta = 0.567, p < 0.01$ )」「対立の整理 ( $\beta = 0.494, p < 0.01$ )」「真実性 ( $\beta = 0.232, p < 0.05$ )」にもそれぞれ (+) に影響していた。

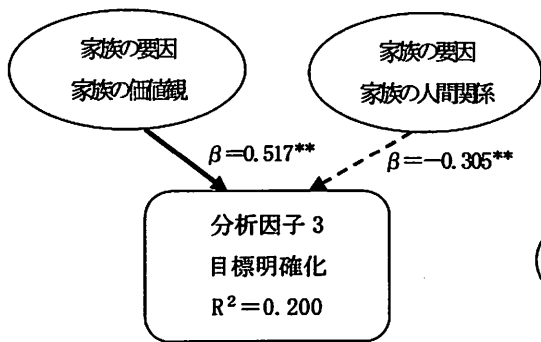


図 30. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の分析因子 3「目標明確化」に影響する要因

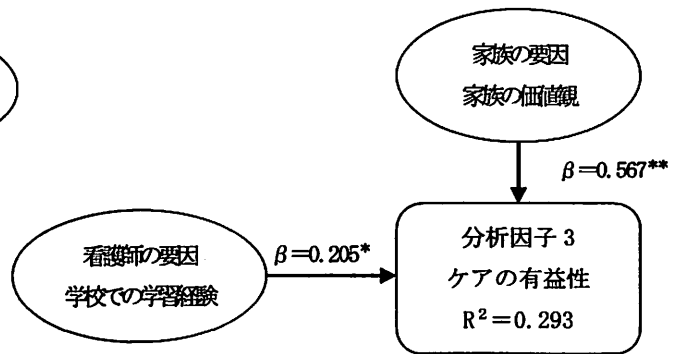


図 31. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の分析因子 3「ケアの有益性」に影響する要因

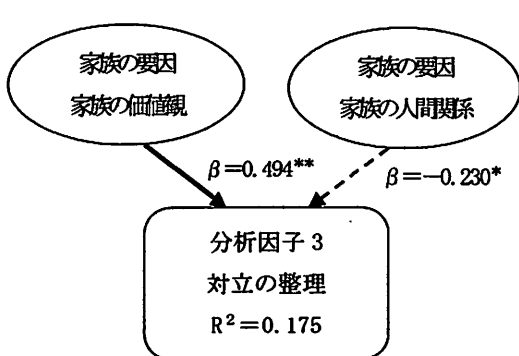


図 32. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の分析因子 3「対立の整理」に影響する要因

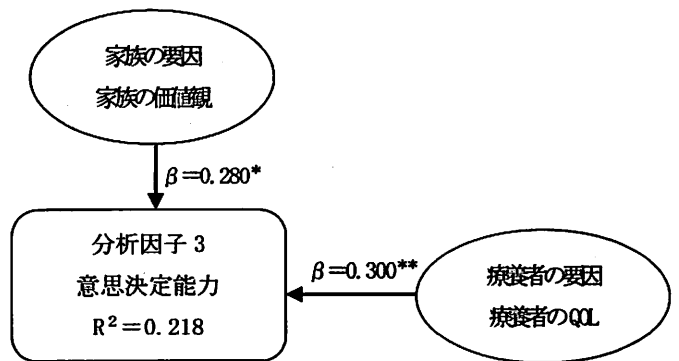


図 33. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の分析因子 3「意思決定能力」に影響する要因

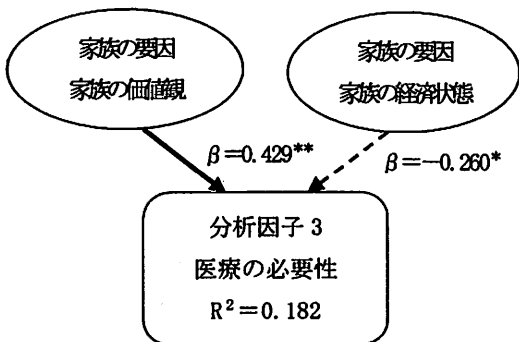


図 34. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の分析因子 3「医療の必要性」に影響する要因

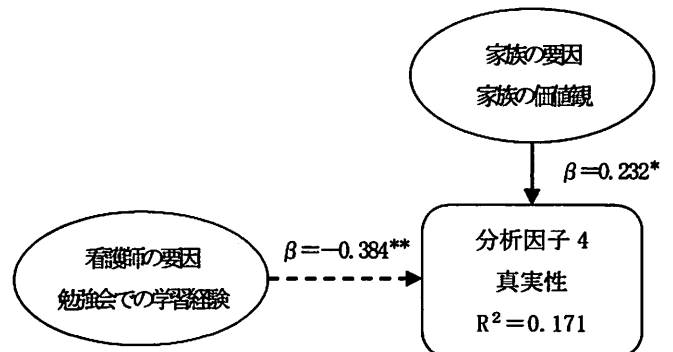


図 35. 訪問看護経験年数 2 年未満の看護師群の分析因子 4「真実性」に影響する要因

訪問看護経験 15 年以上の群 (n=291) では、分析因子 1「生活の把握」には、看護師の要因「研究倫理学習経験 ( $\beta = 0.192, p < 0.05$ )」「事例での学習経験 ( $\beta = -0.228, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.294, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.152$ )。分析因子 1「家族の関係性」には、家族の要因「家族の人間関係 ( $\beta = 0.255, p < 0.01$ )」「家族の介護負担 ( $\beta = 0.354, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.180$ )。分析因子 1「病態把握」には、看護師の要因「医療倫理学習経験 ( $\beta = 0.202, p < 0.05$ )」「事例での学習経験 ( $\beta = -0.222, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の意欲 ( $\beta = 0.311, p < 0.01$ )」「家族の経済状態 ( $\beta = -0.193, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.158$ )。

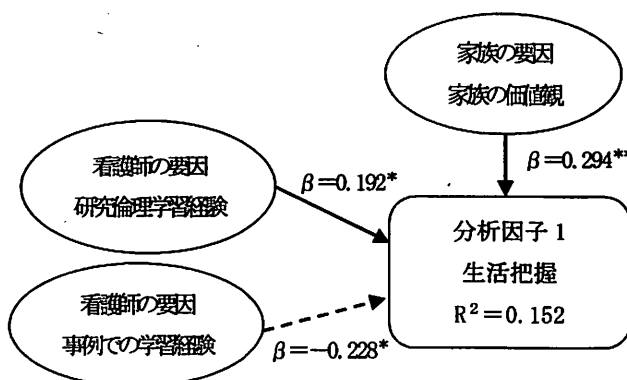


図 36. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 1「生活把握」に影響する要因

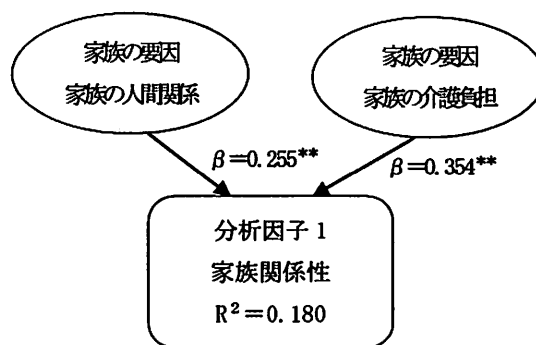


図 37. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 1「家族の関係性」に影響する要因

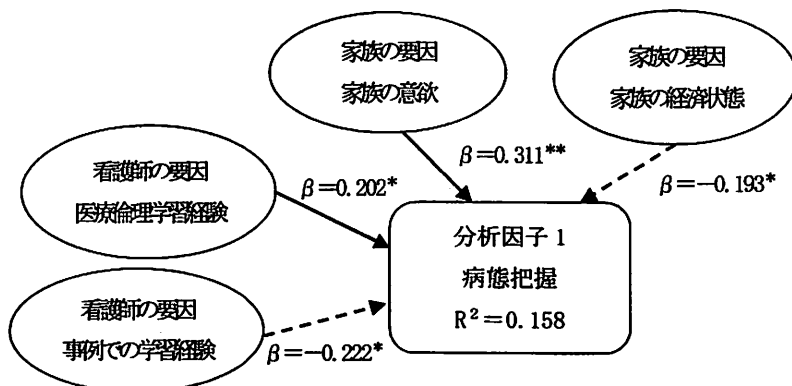


図 38. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 1「病態把握」に影響する要因

また、分析因子 4「主治医の意向」には、看護師の要因「事例での学習経験 ( $\beta = -0.179, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の介護負担 ( $\beta = 0.311, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の医療依存度 ( $\beta = 0.207, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.194$ )。

分析因子 4「真実性」には、看護師の要因「看取り頻度 ( $\beta = 0.243, p < 0.01$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.201, p < 0.05$ )」「家族の人間関係 ( $\beta = 0.213, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.156$ )。

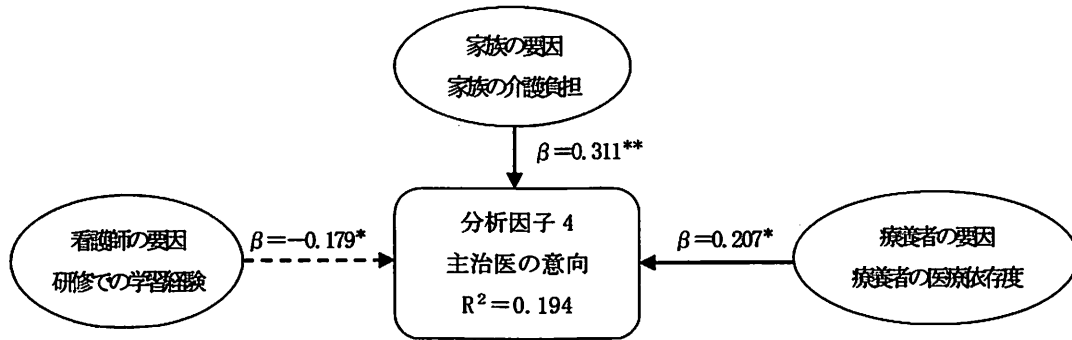


図 39. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 4「主治医の意向」に影響する要因

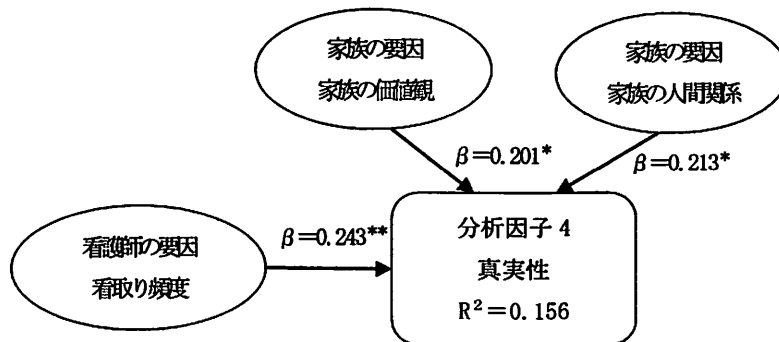


図 40. 訪問看護経験年数 15 年以上の看護師群の分析因子 4「真実性」に影響する要因

表61. 1. 倫理的意識決定における分析に影響する要因(初回研修生1年次)の要因(図1)

倫理的意識決定における分析	図1: 状況に因する主観的・客観的要素		図2: 状況に因する主観的・客観的要素		図3: 状況に因する主観的・客観的要素	
	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β
有識者要因	親戚希望程度	-0.381	親戚希望程度	-0.389	親戚希望程度	-0.399
	親戚希望程度	β	β	β	β	β
	親戚希望程度	R <sup>2</sup> =0.400	R <sup>2</sup> =0.421	R <sup>2</sup> =0.352	R <sup>2</sup> =0.316	R <sup>2</sup> =0.220
家族の要因	家族の意識	-0.352	家族の意識	-0.355	家族の意識	-0.322
	家族の意識	β	β	β	β	β
	家族の意識	R <sup>2</sup> =0.400	R <sup>2</sup> =0.421	R <sup>2</sup> =0.352	R <sup>2</sup> =0.316	R <sup>2</sup> =0.220
親戚者の要因	親戚者の意識	0.670	親戚者の意識	0.606	親戚者の意識	0.487
	親戚者の意識	β	β	β	β	β
	親戚者の意識	R <sup>2</sup> =0.400	R <sup>2</sup> =0.421	R <sup>2</sup> =0.352	R <sup>2</sup> =0.316	R <sup>2</sup> =0.220

表62. 2. 倫理的意識決定における分析に影響する要因(初回研修生2年次)の要因(図2)

倫理的意識決定における分析	図2: 状況に因する主観的・客観的要素		図3: 状況に因する主観的・客観的要素		図4: 状況に因する主観的・客観的要素	
	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β
有識者要因	親戚希望程度	0.288	親戚希望程度	0.232	親戚希望程度	0.200
	親戚希望程度	β	β	β	β	β
	親戚希望程度	R <sup>2</sup> =0.135	R <sup>2</sup> =0.136	R <sup>2</sup> =0.281	R <sup>2</sup> =0.253	R <sup>2</sup> =0.077
家族の要因	家族の意識	0.311	家族の意識	0.339	家族の意識	0.289
	家族の意識	β	β	β	β	β
	家族の意識	R <sup>2</sup> =0.135	R <sup>2</sup> =0.136	R <sup>2</sup> =0.281	R <sup>2</sup> =0.253	R <sup>2</sup> =0.077
親戚者の要因	親戚者の意識	-0.280	親戚者の意識	-0.260	親戚者の意識	-0.230
	親戚者の意識	β	β	β	β	β
	親戚者の意識	R <sup>2</sup> =0.200	R <sup>2</sup> =0.182	R <sup>2</sup> =0.218	R <sup>2</sup> =0.283	R <sup>2</sup> =0.175

表63. 「倫理的意思決定における分析」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年未満の看護師 n=134)

「倫理的意決定における分析」		因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮					因子3												
		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.123		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.122		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.151		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.175		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.130		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.106		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.026		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.098		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.112		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.111				
		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	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	看護師経験年数																							
	看護倫理について学習経験																							
	医療の倫理について学習経験																							
	倫理学について学習経験																							
	倫理について学校で学習経験																							
	倫理について勉強会で学習経験																							
	倫理について事例で学習経験																					0.174 *		
家族の要因	家族の価値観																					0.159 *		
	家族の意欲	0.204 **																				0.148 *		
	家族の人間関係	0.231 **				0.321 **		0.164 *														0.248 **		
	家族の健康状態																							
	家族の介護負担																							
療養者の要因	療養者の意思決定能力																							
	療養者のQOL																							
	療養者の医療依存度																							
「倫理的意決定における分析」	調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.124 標準偏回帰係数	因子3: 状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化					因子4: 状況が存在する場の社会的意味の探求																	
		目標明確化 R <sup>2</sup> =0.124		医療必要性 R <sup>2</sup> =0.154		意思決定能力 R <sup>2</sup> =0.256		ケアの有益性 R <sup>2</sup> =0.211		対立整理 R <sup>2</sup> =0.131		社会的妥当性 R <sup>2</sup> =0.116		看護妥当性 R <sup>2</sup> =0.134		ケアの平等性 R <sup>2</sup> =0.103		主治医意向 R <sup>2</sup> =0.101		真実性 R <sup>2</sup> =0.092				
		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	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	β	有意水準	
		看護師経験年数																						
		看護倫理について学習経験																						
		医療の倫理について学習経験																						
		倫理学について学習経験																						
		倫理について学校で学習経験																						
		倫理について勉強会で学習経験																						
		倫理について事例で学習経験																						
		倫理について研修で学習経験																						
		家族の要因	家族の価値観																					
			家族の意欲	0.174 *				0.314 **		0.179 *		0.253 **		0.211 **										
家族の人間関係	0.167 *							0.203 **		0.252 **		0.159 *												
家族の健康状態																								
療養者の要因	家族の介護負担																							
	療養者の意思決定能力																							
	療養者のQOL																							
	療養者の医療依存度																							
療養者の予後予測																								

有意水準 \*\*p<0.01, \*p<0.05



表65. 「倫理的意志決定における分析」に影響する看護師・患者・家族の要因 (訪問看護経験15年以上の看護師 n=291)

倫理的意志決定における分析	因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の程度							因子2: 状況に関連する専門的知識による程度の程度				因子3						
	家族希望程度 R <sup>2</sup> =0.119 β	職業希望程度 R <sup>2</sup> =0.114 β	生活抱負 R <sup>2</sup> =0.182 β	病歴把握 R <sup>2</sup> =0.168 β	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.180 β	倫理知識 R <sup>2</sup> =0.078 β	終末期医療 R <sup>2</sup> =0.067 β	保助方法 β	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.102 β									
看護師要因																		
家族の要因																		
患者の要因																		
看護師要因																		
家族の要因																		
患者の要因																		
看護師要因																		
家族の要因																		
患者の要因																		
看護師要因																		
家族の要因																		
患者の要因																		
看護師要因																		
家族の要因																		
患者の要因																		



### 3) 在宅看取り頻度の層別での重回帰分析(表 66~表 69)

在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例未満の群(n=209)では、分析因子 1「療養者の希望把握」は、看護師の要因「研究倫理の学習経験 ( $\beta = 0.131, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の意欲 ( $\beta = 0.285, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.202, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.161$ )。

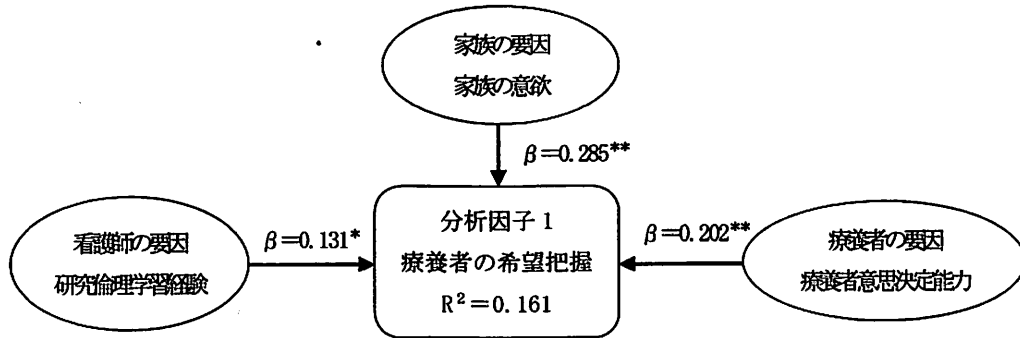


図 41. 在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例未満の看護師群の分析因子 1「療養者の希望把握」に影響する要因

在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例未満の群(n=209)では、分析因子 3「ケアの有益性」は、看護師の要因「看護師経験年数 ( $\beta = 0.158, p < 0.05$ )」「倫理についての学校で学習経験 ( $\beta = 0.147, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.171, p < 0.05$ )」「家族の意欲 ( $\beta = 0.233, p < 0.01$ )」「家族の介護負担 ( $\beta = 0.164, p < 0.05$ )」「家族の経済状態 ( $\beta = -0.215, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.172, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.243$ )。

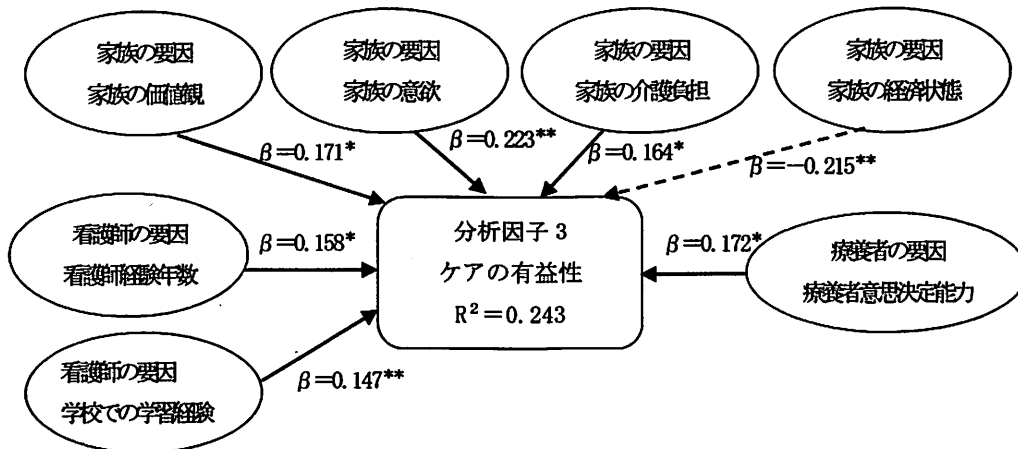


図 42. 在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例未満の看護師群の分析因子 3「ケアの有益性」に影響する要因

また、影響要因からみると、在宅看取りの件数が 4 ヶ月に 1 例未満の群(n=209)では、家族の要因「家族の意欲」は、分析因子 1「家族の希望把握 ( $\beta = 0.393, p < 0.01$ )」「療養者の希望把握 ( $\beta = 0.2856, p < 0.01$ )」「家族の生活の把握 ( $\beta = 0.313, p < 0.01$ )」「療養者の病態把握 ( $\beta = 0.272, p < 0.01$ )」、分析因子 3「解決策の検討 ( $\beta = 0.254, p < 0.01$ )」

「目標明確化 ( $\beta = 0.272, p < 0.01$ )」「意思決定能力 ( $\beta = 0.257, p < 0.01$ )」「ケアの有益性 ( $\beta = 0.233, p < 0.01$ )」「対立の整理 ( $\beta = 0.170, p < 0.05$ )」に対して影響がみられた。

在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例以上 2 ヶ月に 1 例未満の群 ( $n=335$ ) では、分析因子 2 「保健師助産師看護師法」は、看護師の要因「訪問看護経験年数 ( $\beta = 0.257, p < 0.01$ )」「研究倫理学習経験 ( $\beta = 0.213, p < 0.01$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.320, p < 0.01$ )」「家族の意欲 ( $\beta = -0.337, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.181$ )。

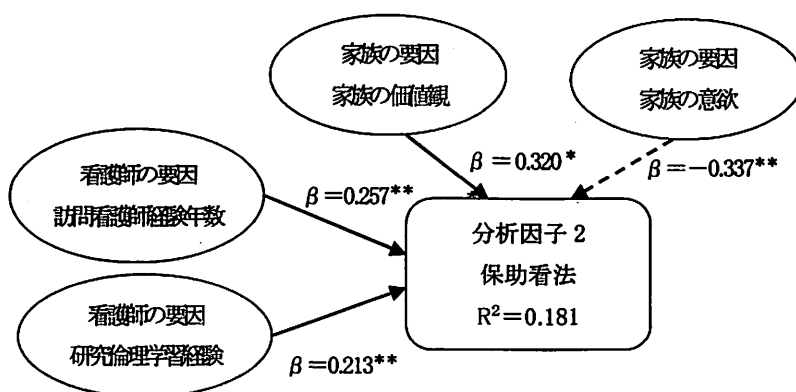


図 43. 在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例以上 2 ヶ月に 1 例未満の看護師群の分析因子 2 「保助看法」に影響する要因

在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例以上 2 ヶ月に 1 例未満の群 ( $n=335$ ) では、分析因子 4 「社会的妥当性」は、看護師の要因「看護師経験年数 ( $\beta = 0.166, p < 0.05$ )」「生命倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.150, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の健康状態 ( $\beta = 0.171, p < 0.05$ )」、療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = -0.169, p < 0.05$ )」「療養者の予後予測 ( $\beta = 0.365, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.175$ )。

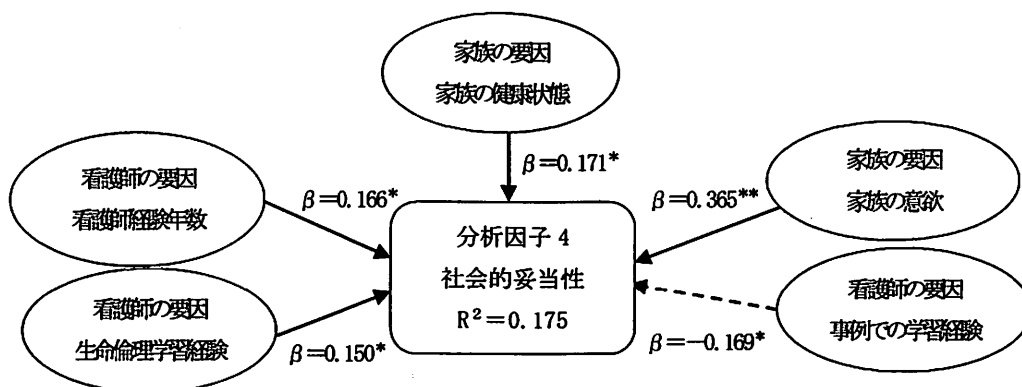


図 44. 在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例以上 2 ヶ月に 1 例未満の看護師群の分析因子 4 「社会的妥当性」に影響する要因

また、影響要因からみると、在宅看取り件数 4 ヶ月に 1 例以上 2 ヶ月に 1 例未満の群 ( $n=335$ ) では、家族の要因「家族の価値観」は、分析因子 1 「家族の生活の把握 ( $\beta = 0.222,$

p<0.01)」「療養者の病態把握 ( $\beta = 0.306, p < 0.01$ )」「家族の関係性の把握 ( $\beta = 0.197, p < 0.05$ )」、分析因子2「終末期医療ガイドラインの考慮 ( $\beta = 0.294, p < 0.01$ )」「保健師助産師看護師法の考慮 ( $\beta = 0.320, p < 0.01$ )」、分析因子3「解決策の検討 ( $\beta = 0.345, p < 0.01$ )」「目標明確化 ( $\beta = 0.260, p < 0.01$ )」「医療の必要性 ( $\beta = 0.283, p < 0.01$ )」「意思決定能力 ( $\beta = 0.283, p < 0.01$ )」「ケアの有益性 ( $\beta = 0.374, p < 0.01$ )」「対立の整理 ( $\beta = 0.310, p < 0.01$ )」に対して影響がみられた。

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子1「家族の希望把握」は、看護師の要因「事例での学習経験 ( $\beta = 0.308, p < 0.01$ )」「看護師経験年数 ( $\beta = -0.237, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の意欲 ( $\beta = 0.272, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.163$ )。

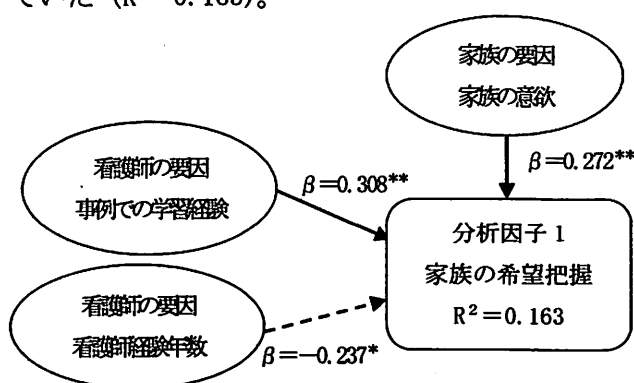


図 45. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子1「家族の希望把握」に影響する要因

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子1「生活把握」は、看護師の要因「事例での学習経験 ( $\beta = 0.316, p < 0.01$ )」「看護師経験年数 ( $\beta = -0.240, p < 0.01$ )」、家族の要因「家族の意欲 ( $\beta = 0.342, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の医療依存度 ( $\beta = -0.243, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.224$ )。

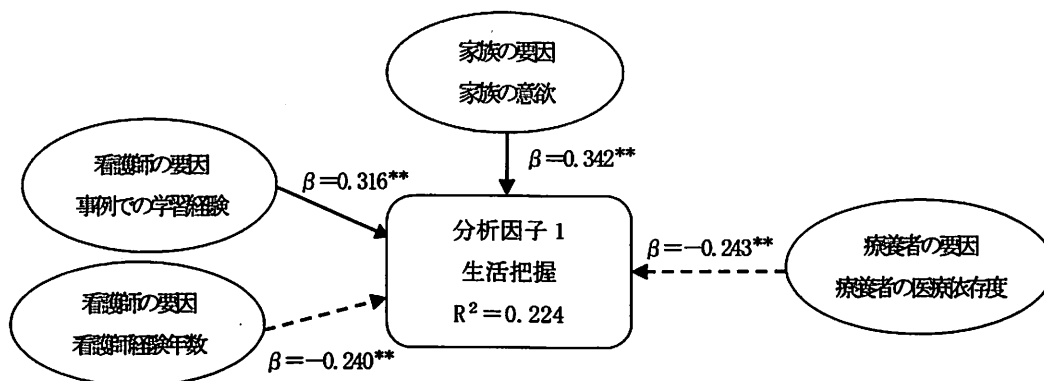


図 46. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子1「生活把握」に影響する要因

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子1「病態

把握」は、看護師の要因「事例での学習経験 ( $\beta = 0.364, p < 0.01$ )」、家族の要因「家族の意欲 ( $\beta = 0.318, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の医療依存度 ( $\beta = -0.260, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.209$ )。

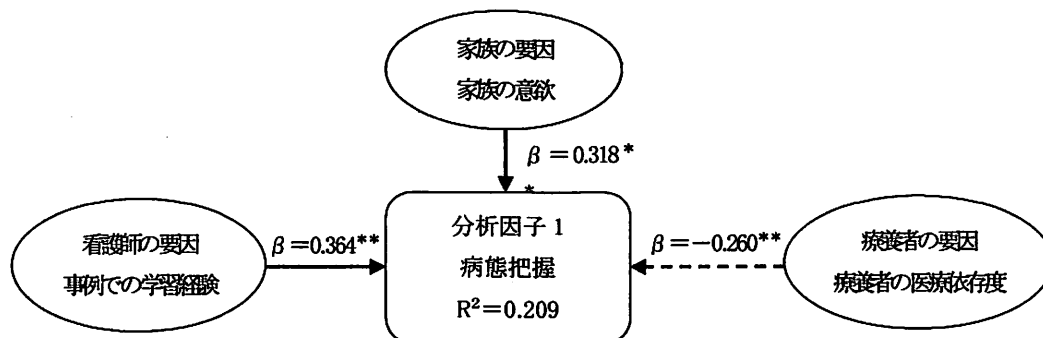


図 47. 在宅看取り件数 2 ヶ月に 1 例以上 1 ヶ月に 1 例未満の看護師群の分析因子 1「病態把握」に影響する要因

在宅看取り件数 2 ヶ月に 1 例以上 1 ヶ月に 1 例未満の群 (n=110) では、分析因子 2「高齢者ケアガイドラインの考慮」は、看護師の要因「勉強会での学習経験 ( $\beta = 0.202, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の経済状態 ( $\beta = 0.268, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の医療依存度 ( $\beta = 0.219, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.174$ )。

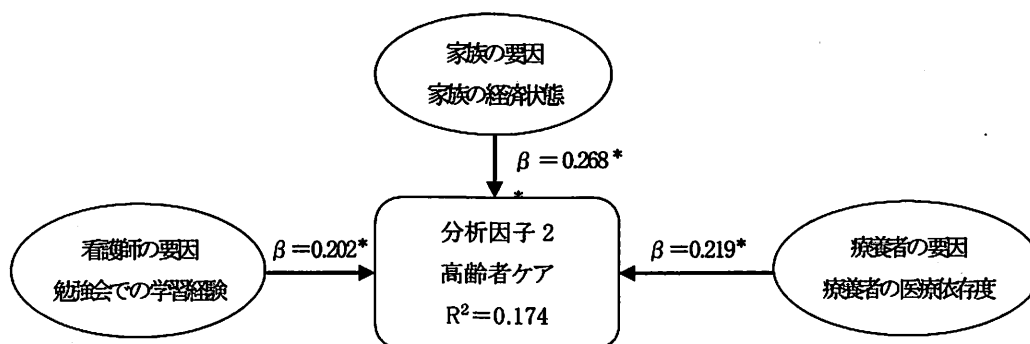


図 48. 在宅看取り件数 2 ヶ月に 1 例以上 1 ヶ月に 1 例未満の看護師群の分析因子 2「高齢者ケア GL」に影響する要因

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子3「解決策検討」は、看護師の要因「看護師経験年数 ( $\beta = 0.202, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.384, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.152$ )。

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子3「意思決定能力」は、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.399, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.151$ )。

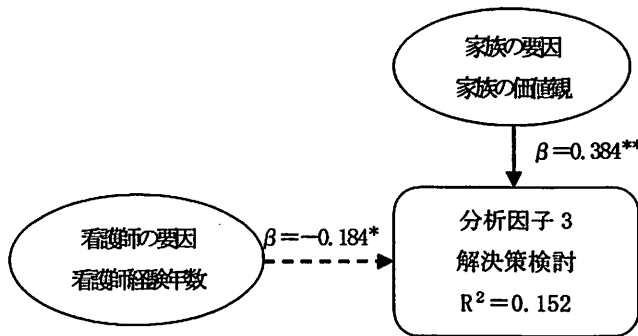


図 49. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子3「解決策検討」に影響する要因

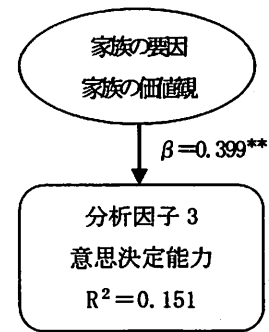


図 50. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子3「意思決定能力」に影響する要因

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子3「医療の必要性」は、看護師の要因「看護師経験年数 ( $\beta = -0.233, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の経済状態 ( $\beta = 0.388, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の意思決定能力 ( $\beta = 0.231, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.179$ )。

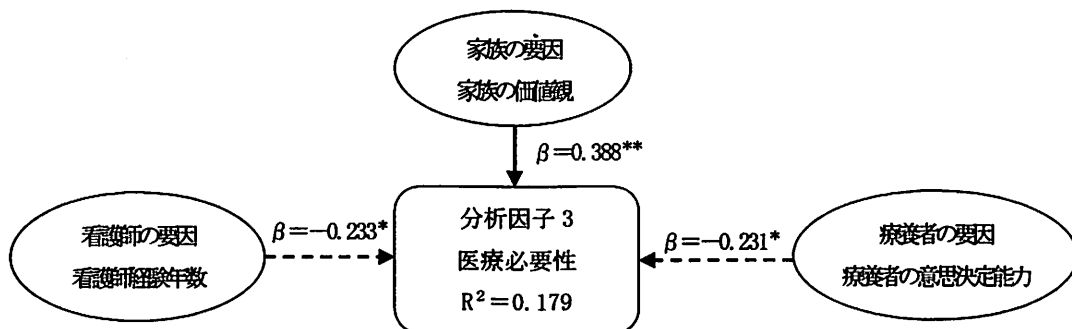


図 51. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子3「医療必要性」に影響する要因

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子3「ケアの有益性」は、看護師の要因「医療の倫理についての学習経験 ( $\beta=0.190, p<0.05$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta=0.327, p<0.01$ )」、療養者の要因「療養者の医療依存度 ( $\beta=-0.283, p<0.01$ )」が影響していた ( $R^2=0.194$ )。

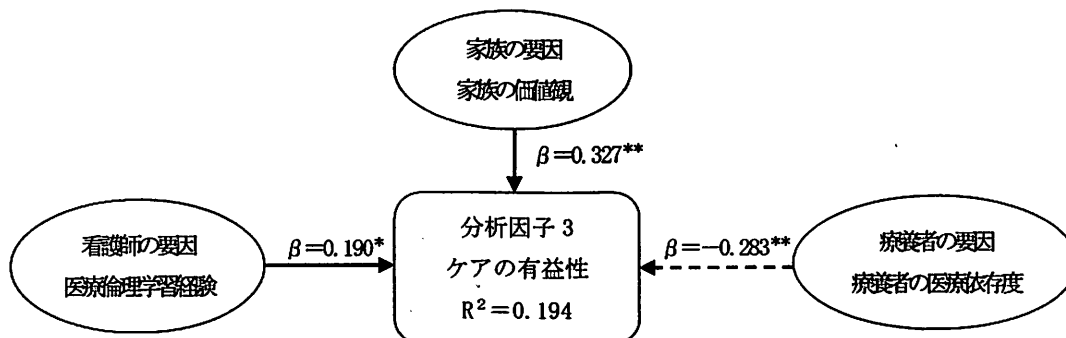


図 52. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子3「ケアの有益性」に影響する要因

在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、分析因子4「主治医の意向」は、看護師の要因「看護師経験年数 ( $\beta=-0.273, p<0.01$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta=0.201, p<0.05$ )」、療養者の要因「療養者の医療依存度 ( $\beta=0.427, p<0.01$ )」が影響していた ( $R^2=0.273$ )。

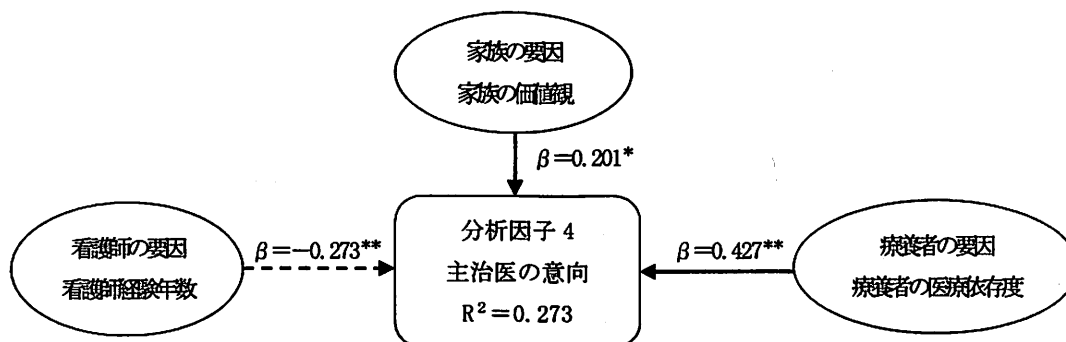


図 53. 在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の分析因子4「主治医の意向」に影響する要因

また、影響要因からみると、在宅看取り件数2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群(n=110)では、家族の要因「家族の意欲」は、分析因子1「家族の希望の把握 ( $\beta=0.272, p<0.01$ )」「療養者の希望の把握 ( $\beta=0.2244, p<0.01$ )」「家族の生活の把握 ( $\beta=0.342, p<0.01$ )」「療養者の病態把握 ( $\beta=0.318, p<0.01$ )」「家族の関係性の把握 ( $\beta=0.354, p<0.05$ )」、に対して影響がみられた。家族の要因「家族の価値観」は、分析因子3「解決策の検討 ( $\beta=0.384, p<0.01$ )」「目標明確化 ( $\beta=0.337, p<0.01$ )」「医療の必要性 ( $\beta=0.388, p<0.01$ )」「意思決定能力 ( $\beta=0.399, p<0.01$ )」「ケアの有益性 ( $\beta=0.327, p<0.01$ )」「対立の整理 ( $\beta=0.283, p<0.01$ )」、分析因子4「看護の妥当性 ( $\beta=0.201, p<0.05$ )」「真実性 ( $\beta=0.226, p<0.05$ )」に対して影響がみられた。

在宅看取り件数1ヶ月に1例以上の群(n=171)では、分析因子1「家族の関係性」は、看

看護師の要因「勉強会での学習経験 ( $\beta = 0.142, p < 0.05$ )」、家族の要因「家族の価値観 ( $\beta = 0.296, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者のQOL ( $\beta = 0.203, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.152$ )。

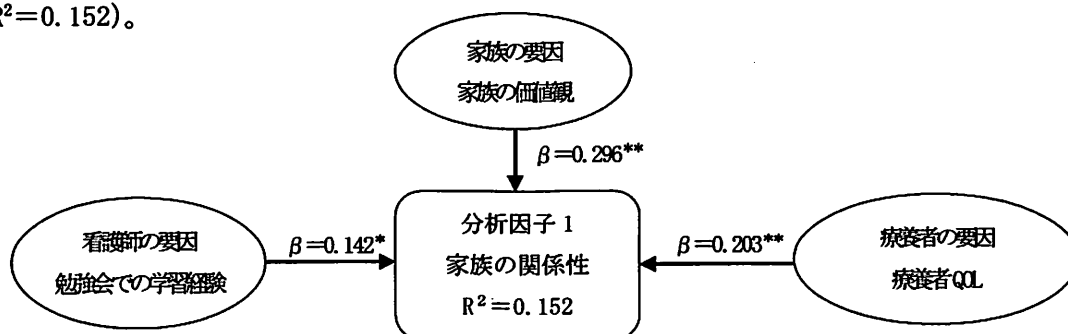


図 54. 在宅看取り件数1ヶ月に1例以上の看護師群の分析因子1「家族の関係性」に影響する要因

在宅看取り件数1ヶ月に1例以上の群(n=171)では、分析因子1「家族の関係性」は、看護師の要因「研究倫理についての学習経験 ( $\beta = -0.219, p < 0.01$ )」、家族の要因「家族の意欲 ( $\beta = 0.306, p < 0.01$ )」、療養者の要因「療養者の予後予測 ( $\beta = 0.160, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.167$ )。

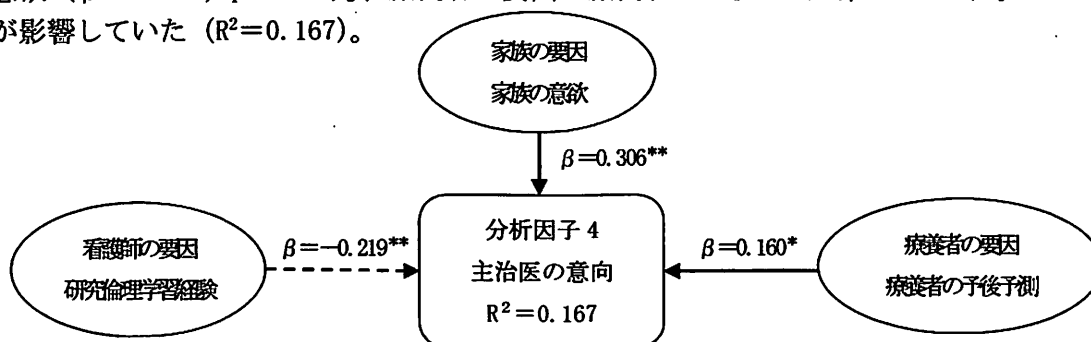


図 55. 在宅看取り件数1ヶ月に1例以上の看護師群の分析因子4「主治医の意向」に影響する要因

また、影響要因からみると、在宅看取り件数1ヶ月に1例以上の群(n=171)では、家族の要因「家族の意欲」は、分析因子1「家族の生活の把握 ( $\beta = 0.259, p < 0.01$ )」「療養者の病態把握 ( $\beta = 0.238, p < 0.01$ )」、分析因子3「解決策の検討 ( $\beta = 0.189, p < 0.05$ )」「目標明確化 ( $\beta = 0.181, p < 0.05$ )」「意思決定能力 ( $\beta = 0.189, p < 0.05$ )」「ケアの有益性 ( $\beta = 0.327242, p < 0.01$ )」「対立の整理 ( $\beta = 0.229, p < 0.01$ )」に対して影響がみられた。

家族の要因「家族の健康状態」は、分析因子1「家族の希望の把握 ( $\beta = 0.217, p < 0.01$ )」、分析因子2「看護者の倫理綱領の考慮 ( $\beta = 0.242, p < 0.01$ )」「保健師助産師看護師法の考慮 ( $\beta = 0.241, p < 0.05$ )」、分析因子4「社会的妥当性 ( $\beta = 0.186, p < 0.05$ )」「看護妥当性 ( $\beta = 0.227, p < 0.01$ )」「ケアの平等性 ( $\beta = 0.258, p < 0.01$ )」「真実性 ( $\beta = 0.190, p < 0.05$ )」に対して影響が見られた。看護師の要因「学校での学習経験」は、分析因子1「家族の希望の把握 ( $\beta = -0.248, p < 0.01$ )」「療養者の希望の把握 ( $\beta = -0.222, p < 0.01$ )」、分析因子2「終末期医療ガイドラインの考慮 ( $\beta = 0.168, p < 0.05$ )」「高齢者ケアガイドラインの考慮 ( $\beta = 0.181, p < 0.05$ )」に対して影響がみられた。

表66. 「倫理的意図決定における分析」に影響する看護師・療養者・家族の要因 (看護リ件数4ヶ月に1例未満/年 n=209)

「倫理的意図決定における分析」		因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮				因子3	
		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.150 標準偏回帰係数 β 有意水準	療養希望把握 R <sup>2</sup> =0.161 β 有意水準	生活把握 R <sup>2</sup> =0.094 β 有意水準	病態把握 R <sup>2</sup> =0.121 β 有意水準	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.101 β 有意水準	倫理綱領 R <sup>2</sup> =0.046 β 有意水準	終末期医療 R <sup>2</sup> =0.017 β 有意水準	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.018 β 有意水準	援助者法 R <sup>2</sup> =0.044 β 有意水準	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.112 β 有意水準	
看護師の要因	看護師経験年数					0.155 *	0.149 *		0.154 *			
	研究の倫理について学習経験		0.131 *									
家族の要因	家族の価値観				0.144 *							
	家族の意欲	0.393 **	0.285 **	0.313 **	0.272 **	0.163 *				0.254 **		
療養者の要因	家族の健康					0.232 **						
	療養者の意思決定能力		0.202 **		0.138 *					0.174 *		
	療養者の医療依存度					0.165 *		0.153 *	0.163 *			
	療養者のQOL											

有意水準 \*\*p<0.01, \*p<0.05

表67. 「倫理的意図決定における分析」に影響する看護師・療養者・家族の要因 (看護リ件数4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満/年 n=335)

「倫理的意図決定における分析」		因子1: 状況に関連する主観的・客観的事実の把握					因子2: 状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮				因子3	
		調整済決定係数 R <sup>2</sup> =0.059 標準偏回帰係数 β 有意水準	療養希望把握 R <sup>2</sup> =0.113 β 有意水準	生活把握 R <sup>2</sup> =0.121 β 有意水準	病態把握 R <sup>2</sup> =0.133 β 有意水準	家族関係性 R <sup>2</sup> =0.142 β 有意水準	倫理綱領 R <sup>2</sup> =0.088 β 有意水準	終末期医療 R <sup>2</sup> =0.107 β 有意水準	高齢者ケア R <sup>2</sup> =0.104 β 有意水準	援助者法 R <sup>2</sup> =0.180 β 有意水準	解決策検討 R <sup>2</sup> =0.113 β 有意水準	
看護師の要因	訪問看護師経験年数					0.157 *			0.257 **			
	医療の倫理について学習経験			0.200 **	0.267 **							
家族の要因	生命倫理について学習経験		0.147 *									
	研究の倫理について学習経験				-0.216 **		0.300 **	0.197 *	0.169 *	0.213 **		
療養者の要因	倫理について事例で学習経験							0.183 *				
	倫理について勉強会で学習経験			0.222 **	0.306 **	0.197 *			0.320 **	0.345 **		
家族の要因	家族の価値観						0.294 **		-0.337 **			
	家族の意欲	0.254 **	0.315 **	0.178 *								
療養者の要因	家族の健康状態					0.260 **						
	家族の介護負担					-0.198 **		0.278 **				

有意水準 \*\*p<0.01, \*p<0.05





## 11. 《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 70）

「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（ $R^2 = 0.075$ ）。

「正当な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（ $R^2 = 0.050$ ）。

表 70. 《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		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		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		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	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学習経験			-0.125	**		
	倫理について研修で学習経験	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 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$

### 2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析(表 71～表 75)

訪問看護経験1年未満の群(n=41)の「原則を遵守する決定」には、家族の要因：「家族の意欲（ $\beta = 0.382$ ,  $p < 0.05$ ）」、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（ $R^2 = 0.116$ ）。

訪問看護経験1年未満の群(n=41)の「正当な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（ $\beta = 0.404$ ,  $p < 0.05$ ）」が影響していた（ $R^2 = 0.135$ ）。

表 71. 《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 1 年未満 n=41)

倫理的意思決定の決定		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数 標準偏回帰係数		R <sup>2</sup> =0.116		R <sup>2</sup> =0.135			
		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
家族の要因	家族の意欲	0.382	*				
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.404	*		

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$

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「正当な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 ( $R^2 = 0.272$ )。

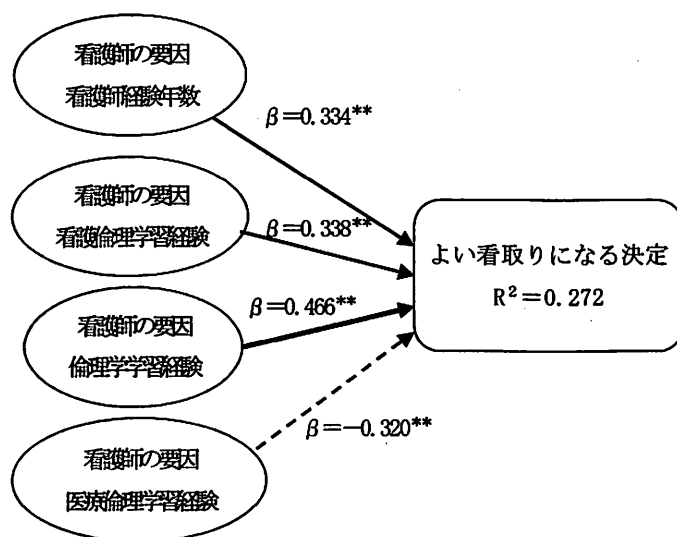


図 56. 訪問看護経験 2 年未満の看護師群の「よい看取りになる決定」に影響する要因

表 72. 《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		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.107		R <sup>2</sup> =0.058		R <sup>2</sup> =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

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 (β = 0.095, p < 0.05)」「倫理について事例での学習経験 (β = 0.092, p < 0.05)」、家族の要因：「家族の意欲 (β = 0.157, p < 0.01)」、療養者の要因：「療養者の予後予測 (β = 0.189, p < 0.01)」が影響していた (R<sup>2</sup> = 0.075)。

訪問看護経験 2 年以上 5 年未満の群 (n=134) の「正当な方法を選択する決定」には、看護師の要因：「看護師経験年数 (β = 0.102, p < 0.01)」「倫理について勉強会での学習経験 (β = -0.125, p < 0.01)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β = 0.203, p < 0.01)」が影響していた (R<sup>2</sup> = 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 (β = 0.114, p < 0.01)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β = 0.125, p < 0.01)」が影響していた (R<sup>2</sup> = 0.050)。

表 73. 《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		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.075		R <sup>2</sup> =0.081		R <sup>2</sup> =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学習経験			-0.125	**		
	倫理について事例で学習経験	0.092	*				
家族要因	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

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『正当な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 74. 《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 調整済決定係数 標準偏回帰係数		原則遵守する決定 $R^2 = 0.096$		正当な方法選択する決定 $R^2 = 0.100$		よい看取りになる決定 $R^2 = 0.071$	
		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	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学習経験			-0.154	**		
	倫理について研修で学習経験	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 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

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「正当な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 75. 《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		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.103		R <sup>2</sup> =0.101		R <sup>2</sup> =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 76~表 79)

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(β=0.143, p<0.05)」、療養者の要因:「療養者の医療依存度(β=0.226, p<0.01)」が影響していた(R<sup>2</sup>=0.059)。

在宅看取り件数が4ヶ月に1例未満の群(n=209)の「正当な方法を選択する決定」には、家族の要因:「家族の経済状態(β=0.164, p<0.05)」が影響していた(R<sup>2</sup>=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(β=0.148, p<0.05)」が影響していた(R<sup>2</sup>=0.017)。

表 76. 《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		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.059		R <sup>2</sup> =0.022		R <sup>2</sup> =0.017	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師要因	医療の倫理についての学習経験	0.143	*				
家族要因	家族の経済状態			0.164	*	0.148	*
療養者要因	療養者の医療依存度	0.226	**				

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

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(β=0.156, p<0.05)」、家族の要因:「家族の価値観(β=0.229, p<0.01)」、療養者の要因:「療養者の予後予測(β=0.181, p<0.05)」が影響していた(R<sup>2</sup>=0.191)。

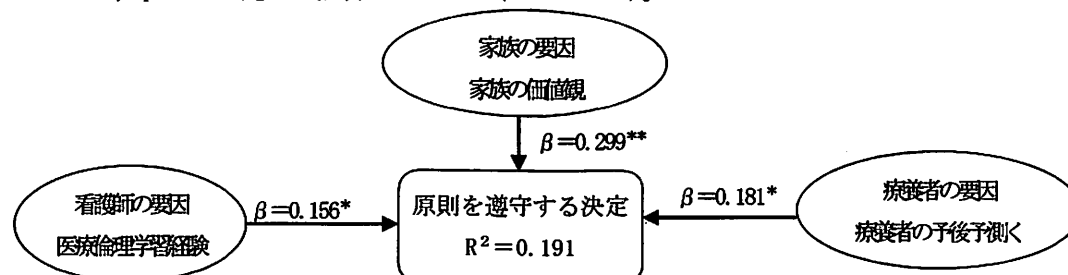


図 57. 在宅看取り件数4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の看護師群の「原則を遵守する決定」に影響する要因

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「正当な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 ( $R^2 = 0.154$ )。

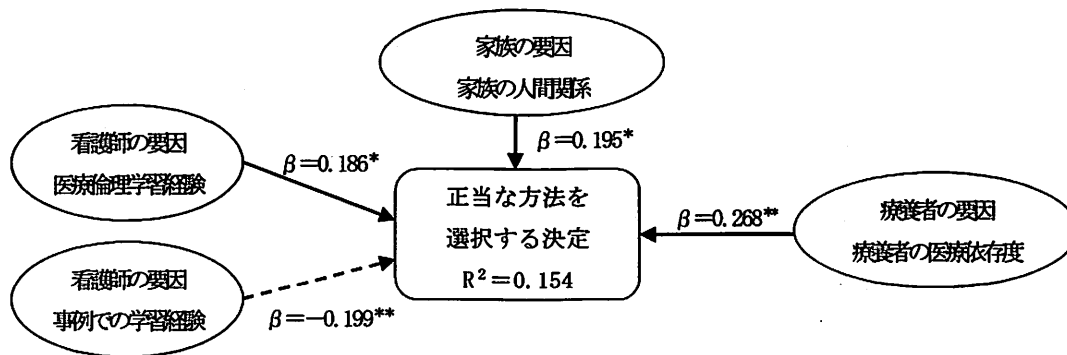


図 58. 在宅看取り件数4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の看護師群の「正当な方法を選択する決定」に影響する要因

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77. 《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/年 n=168)

倫理的意思決定の決定		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		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		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	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	療養者の予後予測	0.181	*			0.162	*
	療養者の医療依存度			0.268	**		

有意水準 \*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$

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「正当な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 ( $R^2 = 0.218$ )。

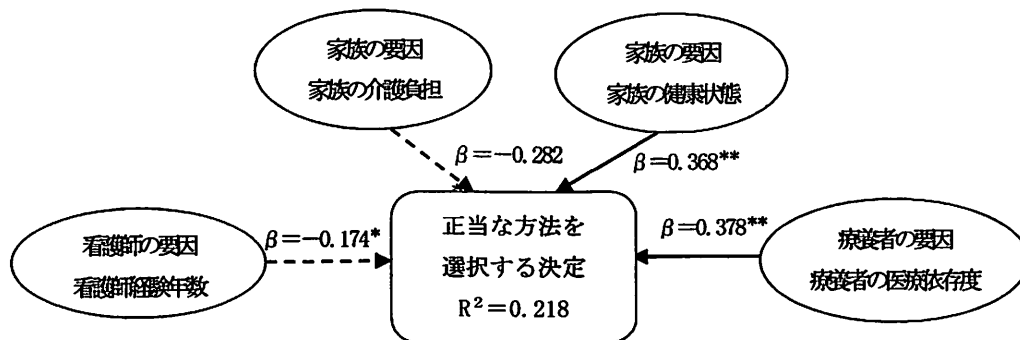


図 59. 在宅看取り件数 2 ヶ月に 1 例以上 1 ヶ月に 1 例未満の看護師群の「正当な方法を選択する決定」に影響する要因

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 (β=0.214, p<0.05)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β=0.255, p<0.01)」が影響していた (R²=0.102)。

表 78. 《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/年 n=110)

倫理的意思決定の決定		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		よい看取りになる決定	
調整済決定係数		R²=0.075		R²=0.218		R²=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

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 (β=0.243, p<0.01)」「倫理について研修での学習経験 (β=0.164, p<0.05)」、家族の要因：「家族の意欲 (β=0.197, p<0.01)」が影響していた (R²=0.142)。

在宅看取り件数が 1 ヶ月に 1 例以上の群 (n=171) の『正当な方法を選択する決定』には、看護師の要因：「看護師経験年数 (β=0.153, p<0.05)」「倫理について研修での学習経験 (β=-0.248, p<0.01)」、家族の要因：「家族の経済状態 (β=0.210, p<0.01)」が影響していた (R²=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 ( $\beta = 0.248, p < 0.01$ )」「療養者の医療依存度 ( $\beta = -0.189, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.044$ )。

表79. 《倫理的意決定における決定》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/年 n=171)

倫理的意決定の決定		原則遵守する決定		正当な方法選択する決定		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		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	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学習経験			-0.248	**		
	倫理について研修で学習経験	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 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

## 12. 《倫理的意決定における評価》に影響する看護師・家族・療養者の要因

《倫理的意決定における評価》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80)

「原則を遵守したか評価」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 ( $R^2 = 0.075$ )。

「正当な方法を選択したか評価」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 ( $R^2 = 0.081$ )。

「よい看取りになったか評価」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 ( $R^2 = 0.050$ )。

表 80. 《倫理的意思決定における評価》に影響する看護師・療養者・家族の要因 (N=698)

倫理的意思決定における評価		原則遵守したか評価		正当な方法選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.083		R <sup>2</sup> =0.050		R <sup>2</sup> =0.059	
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	訪問看護経験年数			0.107	**	0.102	**
	在宅看取り頻度	0.093	*	0.081	*	0.085	*
	看護倫理についての学習経験					-0.093	*
	研究の倫理についての学習経験	0.116	**				
	倫理学についての学習経験	0.109	**	0.079	*	0.086	*
家族の 要因	家族の意欲	0.141	**			0.096	*
	家族の人間関係			0.122	**	0.109	*
療養者 の要因	療養者の医療依存度			0.105	**		
	療養者の予後予測	0.163	**				

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

## 2) 訪問看護経験年数の層別での重回帰分析(表 81~表 85)

訪問看護経験 1 年未満の群 (n=41) の「原則を遵守したか評価」には、家族の要因：「家族の健康状態 (β=0.384, p<0.01)」「家族の経済状態 (β=-0.473, p<0.05)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.263)。

訪問看護経験 1 年未満の群 (n=41) の「正当な方法を選択したか評価」には、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β=0.449, p<0.05)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.337)。

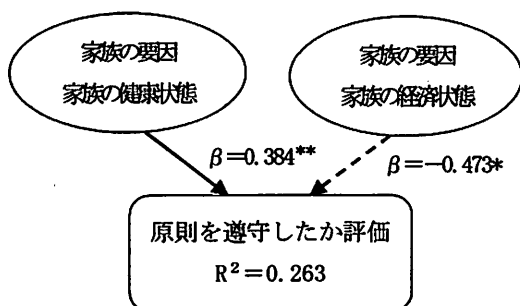


図 60. 訪問看護経験 1 年未満の看護師群の「原則を遵守したか評価」に影響する要因

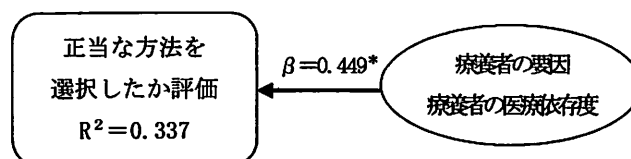


図 61. 訪問看護経験 1 年未満の看護師群の「正当な方法を選択したか評価」に影響する要因

訪問看護経験 1 年未満の群 (n=41) の「よい看取りになったか評価」には、看護師の要因：「看護師経験年数 (β=0.523, p<0.01)」「生命倫理についての学習経験 (β=-0.454, p<0.01)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β=0.385, p<0.05)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.175)。

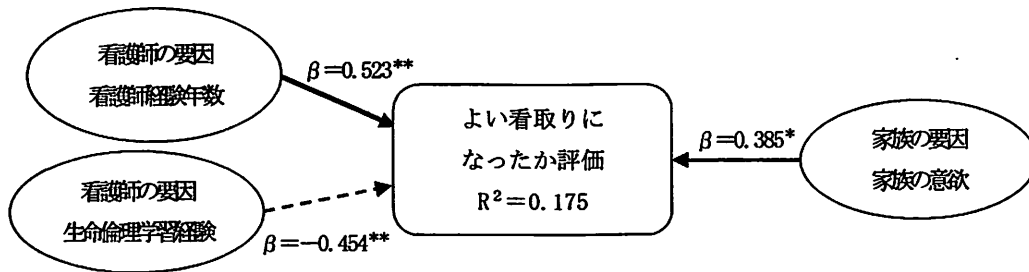


図 62. 訪問看護経験 1 年未満の看護師群の「よい看取りになったか評価」に影響する要因

表 81. 《倫理的意思決定における評価》に影響する看護師・療養者・家族の要因 (訪問看護経験 1 年未満 n=41)

倫理的意思決定における評価		原則を遵守したか評価		正当な方法選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.263		R <sup>2</sup> =0.337		R <sup>2</sup> =0.175	
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					0.523	**
	生命倫理についての学習経験					-0.454	**
家族の要因	家族の健康状態	0.384	**				
	家族の経済状態	-0.473	*				
療養者の要因	療養者の医療依存度			0.449	*	0.385	*

有意水準 \*\*:p<0.01、\*:p<0.05

訪問看護経験 2 年未満の群 (n=94) の「原則を遵守したか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 (β = 0.355, p<0.01)」、家族の要因：「家族の価値観 (β = 0.276, p<0.01)」「家族の経済状態 (β = -0.309, p<0.01)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β = 0.231, p<0.01)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.267)。

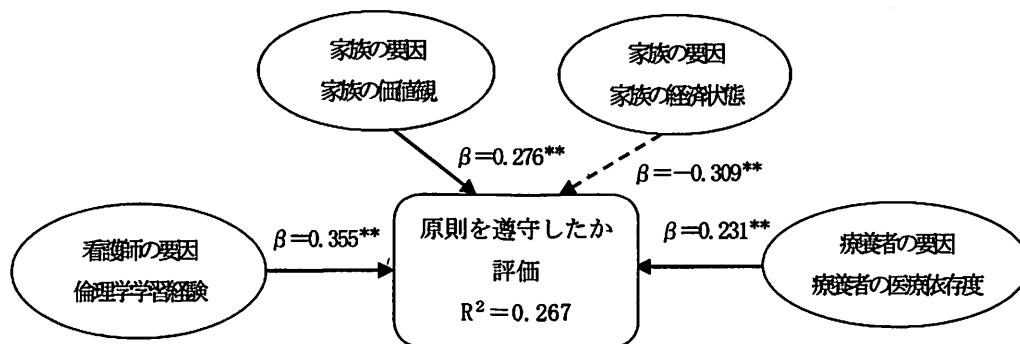


図 63. 訪問看護経験 2 年未満の看護師群の「原則を遵守したか評価」に影響する要因

訪問看護経験 2 年未満の群 (n=94) の「正当な方法を選択したか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 (β = 0.409, p<0.01)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β = 0.233, p<0.05)」が影響していた (R<sup>2</sup>=0.181)。

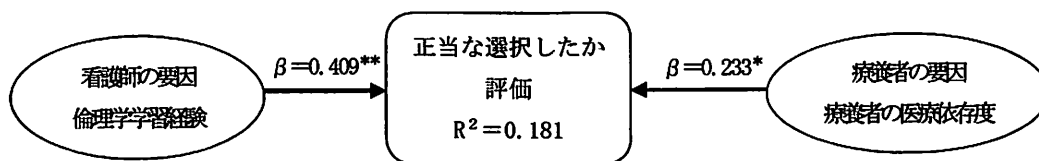


図 64. 訪問看護経験 2 年未満の看護師群の「正しい方法を選択したか評価」に影響する要因

訪問看護経験 2 年未満の群 (n=94) の「よい看取りになったか評価」には、看護師の要因：「看護師経験年数 (β = 0.262, p<0.05)」「生命倫理についての学習経験 (β = 0.369, p<0.01)」が影響していた (R²=0.174)。

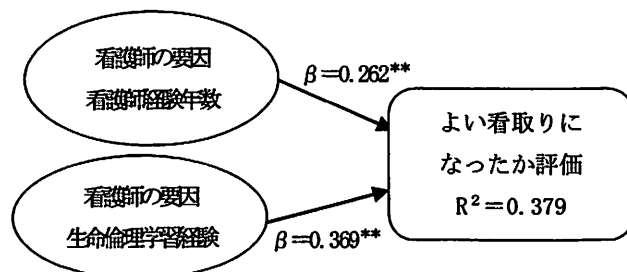


図 65. 訪問看護経験 2 年未満の看護師群の「よい看取りになったか評価」に影響する要因

表 82. 《倫理的意思決定における評価》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)

倫理的意思決定における評価		原則遵守したか評価		正しい方法選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		R²=0.267		R²=0.181		R²=0.174	
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					0.262	*
	倫理学についての学習経験	0.355	**	0.409	**	0.369	**
家族の要因	家族の価値観	0.276	**				
	家族の経済状態	-0.309	**				
療養者の要因	療養者の医療依存度	0.231	*	0.233	*		

有意水準 \*\*: $p<0.01$ 、\*: $p<0.05$

訪問看護経験 2 年以上 5 年未満の群 (n=133) の「原則を遵守したか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 (β = 0.178, p<0.05)」、家族の要因：「家族の意欲 (β = 0.154, p<0.05)」「家族の価値観 (β = 0.146, p<0.05)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β = 0.173, p<0.05)」が影響していた (R²=0.133)。

訪問看護経験 2 年以上 5 年未満の群 (n=133) の「正しい方法を選択したか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 (β = 0.157, p<0.05)」、家族の要因：「家族の人間関係 (β = 0.171, p<0.05)」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 (β = 0.172, p<0.05)」が影響していた (R²=0.079)。

訪問看護経験2年以上5年未満の群 (n=133) の「よい看取りになったか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 ( $\beta = 0.134, p < 0.05$ )」、家族の要因：「家族の価値観 ( $\beta = 0.210, p < 0.01$ )」「家族の人間関係 ( $\beta = 0.186, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.121$ )。

表 83. 《倫理的意思決定における評価》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=133)

倫理的意思決定における評価		原則遵守したか評価		正当な方法選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		$R^2 = 0.133$		$R^2 = 0.079$		$R^2 = 0.121$	
標準偏回帰係数		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
看護師の要因	倫理学についての学習経験	0.178	*	0.157	*	0.134	*
家族の要因	家族の意欲	0.154	*				
	家族の価値観	0.146	*			0.210	**
	家族の人間関係			0.171	*	0.186	**
療養者の要因	療養者の医療依存度	0.173	*	0.172	*		
	療養者の予後予測						

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験5年以上15年未満の群 (n=351) の「原則を遵守したか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 ( $\beta = 0.110, p < 0.05$ )」「研究の倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.146, p < 0.01$ )」、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 ( $R^2 = 0.067$ )。

訪問看護経験5年以上15年未満の群 (n=351) の「正当な方法を選択したか評価」には、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ( $\beta = 0.142, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.017$ )。

訪問看護経験5年以上15年未満の群 (n=351) の「よい看取りになったか評価」には、療養者の要因：「療養者のQOL ( $\beta = 0.134, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.015$ )。

表 84. 《倫理的意思決定における評価》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)

倫理的意思決定における評価		原則遵守したか評価		正当な方法選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		$R^2 = 0.067$		$R^2 = 0.017$		$R^2 = 0.015$	
標準偏回帰係数		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
家族の要因	倫理学についての学習経験	0.110	*				
	研究の倫理についての学習経験	0.146	**				
療養者の要因	療養者のQOL					0.134	*
	療養者の医療依存度			0.142	*		
	療養者の予後予測	0.189	**				

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ 、\*: $p < 0.05$

訪問看護経験 15 年以上の群 (n=116) の「原則を遵守したか評価」には、家族の要因：「家族の意欲 ( $\beta = 0.313, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.090$ )。

訪問看護経験 15 年以上の群 (n=116) の「正当な方法を選択したか評価」には、看護師の要因：「倫理について勉強会での学習経験 ( $\beta = 0.200, p < 0.05$ )」、家族の要因：「家族の人間関係 ( $\beta = 0.197, p < 0.05$ )」「家族の介護負担 ( $\beta = 0.186, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.123$ )。

訪問看護経験 15 年以上の群 (n=116) の「よい看取りになったか評価」には、家族の要因：「家族の人間関係 ( $\beta = 0.304, p < 0.01$ )」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ( $\beta = -0.192, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.073$ )。

表85. 《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年以上の看護師 n=116)

倫理的意思決定における評価		原則遵守したか評価		正当な方法を選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		$R^2 = 0.090$		$R^2 = 0.123$		$R^2 = 0.078$	
標準偏回帰係数		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
看護師要因	倫理について勉強会で学習経験			0.200	*		
家族の要因	家族の人間関係	0.313	**	0.197	*	0.304	**
	家族の介護負担			0.186	*		
	家族の経済状態						
療養者要因	療養者の医療依存度					-0.192	*

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 86~表 89)

在宅看取り頻度 4 ヶ月に 1 例未満の群 (n=209) の「原則を遵守したか評価」には、家族の要因：「家族の意欲 ( $\beta = 0.183, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.029$ )。

在宅看取り頻度 4 ヶ月に 1 例未満の群 (n=209) の「正当な方法を選択したか評価」には、家族の要因：「家族の経済状態 ( $\beta = 0.187, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.030$ )。

在宅看取り頻度 4 ヶ月に 1 例未満の群 (n=209) の「よい看取りになったか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 ( $\beta = 0.152, p < 0.05$ )」、家族の要因：「家族の健康状態 ( $\beta = 0.144, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.036$ )。

表86. 《倫理的意思決定における評価》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例未満年 n=209)

倫理的意思決定における評価		原則遵守したか評価		正当な方法を選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		$R^2 = 0.029$		$R^2 = 0.030$		$R^2 = 0.036$	
標準偏回帰係数		$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準	$\beta$	有意水準
看護師要因	倫理学についての学習経験					0.152	*
家族の要因	家族の意欲	0.183	*				
	家族の健康状態					0.144	*
	家族の経済状態			0.187	**		

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$

在宅看取り頻度4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群 (n=168) の「原則を遵守したか評価」には、看護師の要因：「医療の倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.168, p < 0.05$ )」「倫理学についての学習経験 ( $\beta = 0.159, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.047$ )。

在宅看取り頻度4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群 (n=168) の「正当な方法を選択したか評価」には、看護師の要因：「看護師経験年数 ( $\beta = 0.189, p < 0.05$ )」、家族の要因：「家族の人間関係 ( $\beta = 0.206, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.085$ )。

在宅看取り頻度4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群 (n=168) の「よい看取りになったか評価」には、家族の要因：「家族の人間関係 ( $\beta = 0.194, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.032$ )。

表87. 倫理的意決定における評価に影響する看護師・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/年 n=168)

倫理的意決定における評価		原則遵守したか評価	正当な方法を選択したか評価	よい看取りになったか評価
調整済決定係数		$R^2 = 0.047$	$R^2 = 0.085$	$R^2 = 0.032$
標準偏回帰係数		$\beta$ 有意水準	$\beta$ 有意水準	$\beta$ 有意水準
看護師要因	看護師経験年数		0.189 *	
	医療の倫理についての学習経験	0.168 *		
	倫理学についての学習経験	0.159 *		
家族の要因	家族の人間関係		0.206 **	0.194 *

有意水準 \*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$

在宅看取り頻度2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群 (n=110) の「原則を遵守したか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 ( $\beta = 0.289, p < 0.01$ )」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ( $\beta = 0.298, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.159$ )。

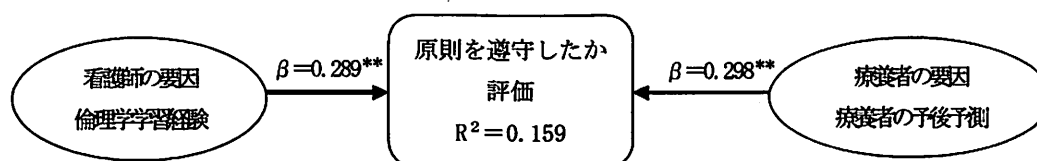


図 66. 在宅看取り頻度2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群の「原則を遵守したか評価」に影響する要因

在宅看取り頻度2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群 (n=110) の「正当な方法を選択したか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 ( $\beta = 0.218, p < 0.05$ )」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ( $\beta = 0.204, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.073$ )。

在宅看取り頻度2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群 (n=110) の「よい看取りになったか評価」には、看護師の要因：「倫理学についての学習経験 ( $\beta = 0.254, p < 0.01$ )」「研究の倫理についての学習経験 ( $\beta = -0.194, p < 0.05$ )」、療養者の要因：「療養者の予後予測 ( $\beta = 0.222, p < 0.05$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.121$ )

表88. 《倫理的意図決定における評価》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)

倫理的意図決定における評価		原則遵守したか評価		正当な方法選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.159		R <sup>2</sup> =0.073		R <sup>2</sup> =0.121	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師要因	倫理学についての学習経験	0.289	**	0.218	*	0.254	**
	研究の倫理についての学習経験					-0.194	*
療養者要因	療養者の予後予測	0.298	**	0.204	*	0.222	*

有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$

在宅看取り頻度1ヶ月に1例以上の群 (n=171) の「原則を遵守したか評価」には、看護師の要因：「研究の倫理についての学習経験 ( $\beta = 0.196, p < 0.05$ )」、家族の要因：「家族の人間関係 ( $\beta = 0.225, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.085$ )。

在宅看取り頻度1ヶ月に1例以上の群 (n=171) の「正当な方法を選択したか評価」には、看護師の要因：「看護師経験年数 ( $\beta = 0.262, p < 0.01$ )」「倫理について研修で学習経験 ( $\beta = 0.172, p < 0.05$ )」、療養者の要因：「療養者の医療依存度 ( $\beta = 0.271, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.160$ )。

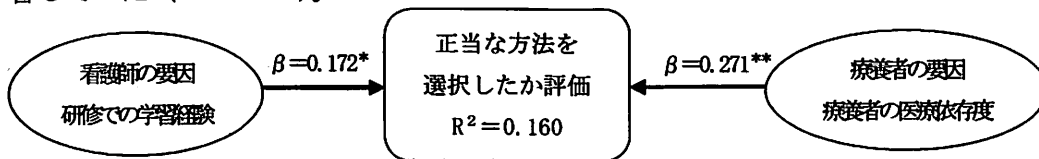


図 67. 在宅看取り頻度1ヶ月に1例以上の看護師群の「正当な方法を選択したか評価」に影響する要因

在宅看取り頻度1ヶ月に1例以上の群 (n=171) の「よい看取りになったか評価」には、看護師の要因：「看護倫理についての学習経験 ( $\beta = -0.185, p < 0.05$ )」、家族の要因：「家族の意欲 ( $\beta = 0.217, p < 0.01$ )」が影響していた ( $R^2 = 0.069$ )。

表89. 《倫理的意図決定における評価》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/年 n=171)

倫理的意図決定における評価		原則遵守したか評価		正当な方法選択したか評価		よい看取りになったか評価	
調整済決定係数		R <sup>2</sup> =0.085		R <sup>2</sup> =0.160		R <sup>2</sup> =0.069	
標準偏回帰係数		β	有意水準	β	有意水準	β	有意水準
看護師要因	訪問看護師経験年数			0.262	**		
	看護倫理についての学習経験					-0.185	*
	研究の倫理についての学習経験	0.196	*				
	倫理について研修で学習経験			0.172	*		
家族要因	家族の意欲					0.217	**
	家族の人間関係	0.225	**				
療養者要因	療養者の医療依存度			0.271	**		

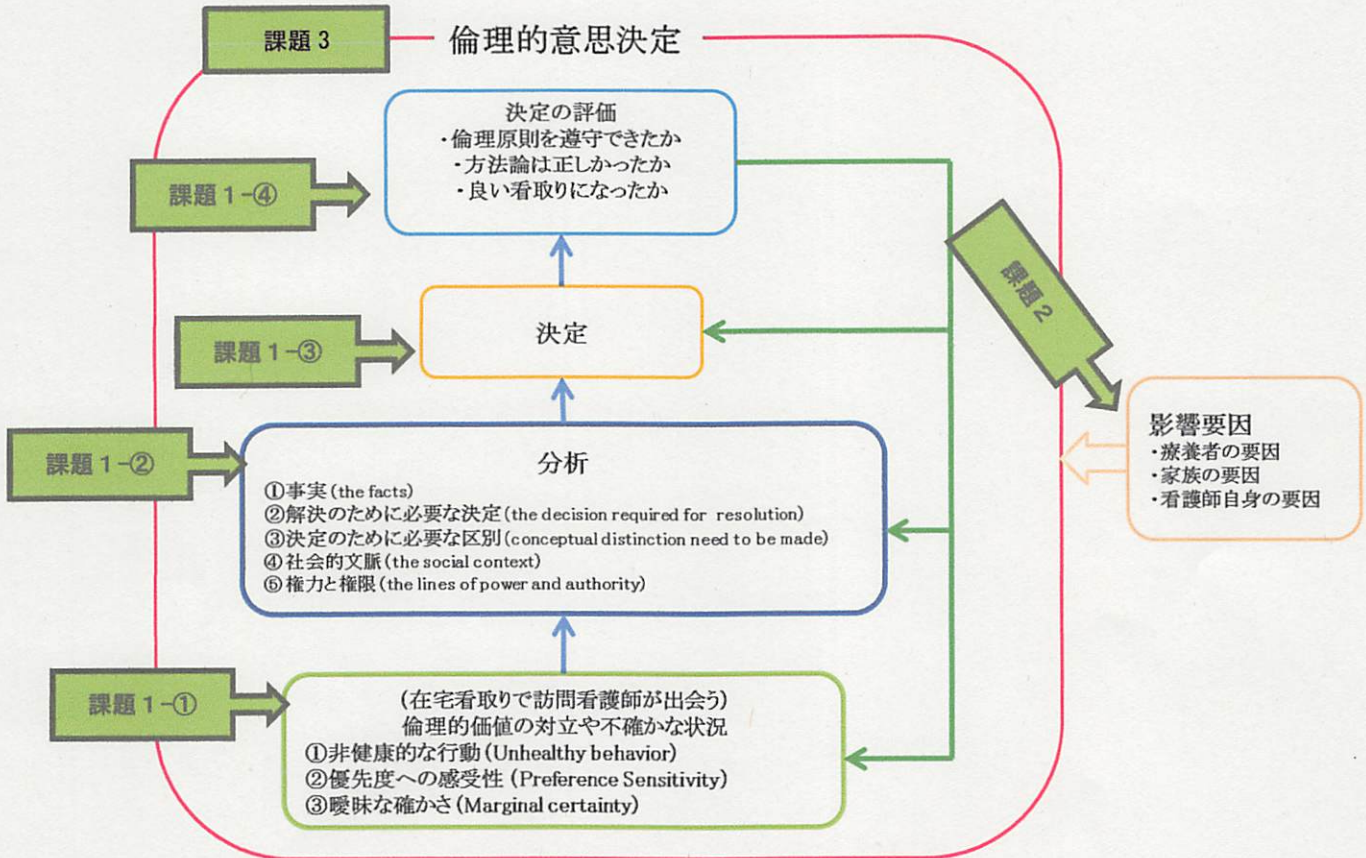
有意水準 \*\*: $p < 0.01$ , \*: $p < 0.05$



## 第7章 考察

### I. 考察の構成

考察は、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とはどのようなものか示唆を得るために、研究課題を検討することを目的として組み立てた。研究の枠組みと研究課題については、下図の通りである。



### 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

#### 研究課題

1. 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過程はどのようなものか
  - 1-①倫理的意思決定に必要な「倫理的価値の対立や不確かな状況」とはどのようなものか
  - 1-②倫理的意思決定に必要な状況の「分析」はどのようなものか
  - 1-③状況の分析を踏まえての「決定」とはどのようなものか
  - 1-④決定したことの「評価」とはどのようなものか
2. 高齢者の在宅看取りにおける倫理的意思決定に影響する要因は何か
3. 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とはどのようなものか

## II. 考察

### 1. 訪問看護師の倫理的意思決定について

#### 1) 「倫理的価値の対立や不確かな状況」の認知の特徴

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、「倫理的価値の対立や不確かな状況」は2つの因子から成り立っていた。

因子1は、生命維持に関わる医療処置の選択の迷いが求められる状況の項目であり、状況因子1：『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』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85の5項目から構成されるものとした。

表 90. 倫理的価値の対立や不確かな状況の因子1

因子名	変数	因子負荷量
状況因子1： 生命維持に関わる 医療処置の選択の 迷い	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
	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
	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
	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
	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

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、状況因子2：『優先度への感受性のずれと迷い』と命名した。

表 91. 倫理的価値の対立や不確かな状況の因子2

因子名	変数	因子負荷量
状況因子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	0.907
	看護師の勧めたいことと療養者の希望が異なっている	0.868
	療養者と家族の希望が異なっている	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	0.494
	在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある	0.452

#### (1) 状況因子1：『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』

『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』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(会田2011)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」が本人に害になるという最善の原則に抵触し、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。

『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』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(宮田他 2009)、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(新田 2007)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。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、特に在宅看取り頻度の多い(月1例以上)の訪問看護師は「療養者の医療依存度」が「鎮痛剤投与」についての倫理的意思決定が必要な状況だという認知に影響すると回答する傾向があり、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5年未満の群だけが「看護倫理についての学習経験」に影響要因としてあげている。これは、在宅看取り経験の多い、あるいは訪問看護師経験の長い看護師は、「鎮痛剤投与」を「療養者の医療依存度」や「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5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。

さらに「鎮痛剤投与」についての状況認知は、「家族の関係性の把握」「保健師助産師看護師法の考慮」「社会的妥当性の検討」「ケアの平等性の検討」という分析に影響を及ぼしている(表13)という回答は、訪問看護師の特徴ではないかと考える。病院においては、看護師が管理する麻薬も在宅では療養者・家族の自己管理であり、症状出現時の対処についても、訪問看護師に包括で指示が出され、緊急時に訪問して実際に看護師が対応していることの多い現状で、「鎮痛剤投与」そのものを看護師が意思決定し、実施すべき行為なのかどうかを検討し続けながら対応している訪問看護師の姿が伺える。

## (2) 状況因子2:『優先度への感受性のずれと迷い』

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(2000)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。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。

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に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だろうか。そのため、この「療養者の安寧と家族の負担のバランス」についての状況認知は、【分析因子1：状況に関連する主観的・客観的事実の把握】－「家族の希望の把握」「療養者の希望の把握」「家族の生活情報の把握」「療養者の病態の把握」「家族の関係性の把握」と【分析因子3：状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化】－「対立の整理」「目標明確化」「解決策検討」「療養者の意思決定能力の確認」「ケアの有益性」の項目に影響を及ぼしていたと考えられる。

### (3) 経験の差による「倫理的価値の対立や不確かな状況」の認知の差

今回の結果では、『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』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。

「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、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・7カンファレンスや、遺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ため、在宅療養を迷う割合が低いと思われる。



#### (4)「倫理的価値の対立や不確かな状況」の認知に影響する要因

本研究では、対象者全体では状況の認知に影響する要因にはバラツキがあり、それぞれの影響は弱かったが、訪問看護経験1年未満の看護師群では、「経管栄養」「胃ろう造設」の選択に関わる状況を倫理的価値の対立や不確かな状況であると捉えるかどうかは、「家族の経済状態」が影響していた。経管栄養と胃ろう造設は、嚥下困難な療養者への食事介助という介護負担が軽減し、消化機能を用いて栄養補給することで延命を図る医療処置である。ただし、状態が安定することで在宅介護が延長することと、医療処置にかかる一定の経済的な自己負担が増えることになり、訪問看護経験の短い看護師にとっては、「家族の経済状態」によってその状況が倫理的な課題となると考えるのではないかと。訪問後経験1年以上の看護師群では「経管栄養」「胃ろう造設」の状況に「家族の経済状態」が影響要因になっていないのは、事例を重ねる中で「家族の経済状態」以外の様々な影響要因があるととらえるためではないだろうか。また、訪問看護経験年数1年未満の看護師群では、「生命倫理についての学習経験」や「倫理についての研修での学習経験」があるほうが、「腎不全時の輸液」「鎮痛剤投与」の状況を「倫理的価値の対立や不確かな状況」と認知していなかった。これは訪問看護での事例の経験が少ない看護師は、学習経験によって生命維持に関わる医療処置の選択についての迷いが減少するためだと考えられる。

訪問看護経験15年以上の看護師群では、「家族の介護負担」が「鎮痛剤投与」と「看護師と療養者の希望異なる」という「倫理的価値の対立や不確かな状況」の認知に影響していた。訪問看護経験の長い看護師にとっては、在宅看取りにおいて「家族の介護負担」は常に考慮すべき要因であると捉えていると考えられる。在宅看取りに対する看護実践を最終的に評価するのは家族であり（島内2009）、訪問看護師が支援する在宅での看取りにおいて、経験の豊かな看護師は、より家族の負担について意識していることが伺える。

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群では、「看護倫理についての学習経験」があるほうが、「心不全時の輸液」「腎不全時の輸液」「鎮痛剤投与」の状況を「倫理的価値の対立や不確かな状況」と認知していた。つまり、年間数例の在宅看取りの経験の看護師は、『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』の状況を捉えるとき、事例からの学びや療養者の要因よりも自身の看護倫理の学習経験から倫理的な課題をもつ状況だと捉えていた。看護師としてのケア実践が生命維持に直接関わる事になる状況を、倫理的価値の対立や不確かな状況であると捉えるかどうかは、看護倫理という看護の基本となるものの学習経験が影響するという本研究の結果からも、看護倫理の基礎教育において、事例を活用した具体的な倫理的意思決定について教育していくことは必要であると考えられる。

#### 2)「倫理的意思決定における分析」の特徴

今回の調査結果では、高齢者の在宅看取りでの「倫理的意思決定における分析」は4因子が抽出された。

因子1は、「家族の希望の把握」「療養者の希望の把握」という状況に関連する当事者の主観的情報と「家族の生活情報の把握」「療養者の病態の把握」という客観的情報、「家族の関係性の把握」という事実からの解釈による情報を把握する5項目から含まれており、分析因子1：『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』と命名した。

表 92. 倫理的意思決定における分析の因子 1

因子名	倫理的意思決定における分析の変数	因子負荷量
分析因子 1	家族の希望を把握する	0.950
状況に関連する主観的・客観的事実の把握	療養者の希望を把握する	0.885
	家族の生活についての情報（介護者の健康状態・経済状態・介護能力・認知力）を把握する	0.795
	療養者の病態（予後予測含む）を把握する	0.616
	家族の関係性を考慮して検討する	0.364

因子 2 は、「保健師助産師看護師法」という法律等で定められた公的な権限と、「看護者の倫理綱領」「終末期医療に関するガイドライン」「高齢者ケアのガイドライン」等の専門職による綱領・ガイドラインによる権限によって、状況に関わるものを明確にする内容が含まれており、分析因子 2：『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』と命名した。

表 93. 倫理的意思決定における分析の因子 2

因子名	倫理的意思決定における分析の変数	因子負荷量
分析因子 2	「日本看護協会看護者の倫理綱領」を考慮して検討する	0.918
状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮	「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会 2008）を考慮して検討する	0.856
	「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—」（日本老年医学会 2012）を考慮して検討する	0.832
	「保健師助産師看護師法」を考慮して検討する	0.760

因子 3 は、「療養者の意思決定能力の確認」「対立の整理」「目標明確化」「解決策検討」「医療の有益性」「ケアの有益性」という課題解決のために必要とされる倫理的な決定の性質と内容を明確化する内容の 6 項目が含まれており、分析因子 3：『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』と命名した。

表 94. 倫理的意思決定における分析の因子 3

因子名	倫理的意思決定における分析の変数	因子負荷量
分析因子 3	看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する	0.914
状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化	看取りに向けて目標を明確にする	0.870
	現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する	0.567
	療養者が意思決定能力を有しているかを確認する	0.548
	現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する	0.531
	倫理的な価値の対立が起こっているか整理する	0.359

因子4は、「社会的妥当性」「看護の妥当性」「主治医の意向」「ケアの平等性(ケアの持ち出し)」「真実性(正しい情報提供)」状況が存在している場の、社会的文脈についての内容が含まれており、分析因子4『状況が存在する場の社会的意味の探求』の4因子と命名した。

表 95. 倫理的意思決定における分析の因子4

因子名	倫理的意思決定における分析の変数	因子負荷量
分析因子4	現在の社会的な風潮のなかで、妥当かどうか検討する	0.855
状況が存在する場の社会的意味の探求	現在の訪問看護のあり方として、妥当かどうか検討する	0.659
	ケアがボランティアや持ち出しにならないか検討する	0.582
	主治医の意向を考慮して検討する	0.364
	すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する	0.317

全体の傾向としては、分析因子1については平均値が高く、状況を把握するための情報収集は十分行っていることが明らかになったが、一方で分析因子2および分析因子4は、平均値が低くばらつきも大きいいため、個人差が大きいと思われる。

以下、それぞれについて述べていく。

#### (1) 分析因子1：『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』

今回の結果で4因子中、最も平均値の高いのが分析因子1：『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』であった。状況に関連する事実を把握することは看護過程の基本であり、ケアを展開するために必須の看護技術であるため、平均値の高いことは当然である。ただ、「療養者の希望の把握」だけでなく、「家族の希望の把握」「家族の生活情報の把握」「家族の関係性の把握」の平均値も高いことは、「家族全体を看護する」訪問看護師の特徴であり、強みであると考えられる。高齢者の終末期ケアに関する調査(宮田他1998)での『「自宅で死にたい」という意思を文書で示していた人はわずかに0.5%、口頭で24.1%であった。一番多いのは不明31.3%、障害のために意思表示不能が16.7%存在する』という結果からも、高齢者の在宅看取りにおいては、意思や今後の方向性について不確かな状況であることも多いことは明らかである。そのため、在宅での看取りを視野に入れた訪問看護師は、その可能性について情報を収集していくことが求められる。情報収集に際しては、在宅看取りを中心であり、必要な決定やサービスを調整し、そのケアのあり方を最終的に評価する役割の家族とその生活を把握することは重要課題であろう。訪問看護師は、常日頃から、それぞれも家族の力(理解力・介護力・経済力他)に合わせて個別ケアを提案したり実施することがもとめられるため、分析因子1『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』には、自信をもって「実施している」と回答していると思われる。

「看護倫理のための意思決定10のステップ(J.Eトンプソン2004)では、「ステップ1:健康問題、必要な決定、倫理的構成要素およびキーパーソンを決定するために状況を再検討する。ステップ2:状況を明らかにするために、補足的情報を収集する」のように意思決定モデルの最初のステップを状況把握のための情報収集と位置づけている。今回の調査結果では、必ずしも倫理的意思決定を意識しての情報把握ではないかもしれないが、十分に実施できていた。

## (2) 『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』

今回の調査結果では、倫理的な課題があると思ったときに課題を分析する際、看護師としての判断の基準となる法律・綱領・ガイドラインを検討すると回答した者は約 25～35% であり、最も平均値が低く、標準偏差の大きかった因子であった。日常的なケアの中で倫理的な課題を分析的に考える時に、抽象的・一般的な表現で示される法律・綱領・ガイドラインは、具体的な事例で解釈、理解、適用する余裕が充分にない、またはそのような経験が十分でないために低くなったのではないかと考えられる。しかし、倫理的課題を分析する際、その倫理的な判断の基準となるものなしに決定することは「決定」内容そのものに影響するであろう。今回の調査では「看護師としての倫理原則を遵守する決定」には「看護者の倫理綱領」の分析が影響していたが、一方で、分析因子 4 の「ケアの平等性」「真実性」「社会的妥当性」の項目の平均値は低く、「平等」「誠実」「正義」「正当」といった倫理原則に状況を照らし合わせて分析できているとは言い難く、法律・綱領・ガイドラインを意識しなくても根本的・基本的な倫理的前提として頭の中にあるわけではないと思われる。

今回の結果では、分析において「保健師助産師看護師法の検討」に影響する倫理的状況として「鎮痛剤投与」のみが挙げられていた。このことから「鎮痛剤投与」について「看護師が実施すべき医療行為かどうか」を、事例の状況に合わせて検討していることが伺えるのではないかと考えられる。在宅看取りの場では、緊急時にまず訪問看護ステーションに連絡が入り、訪問後状態を主治医に報告する。その際、電話での口答指示や事前の包括指示で訪問看護師が薬剤を投与する。研究者が質問紙作成前に数名の訪問看護師に聞き取り調査をした折、ある訪問看護師は「本人の苦しそうな様子をみて家族が薬を望み、主治医にも連絡を取ったが『指示通りやって』と言われて、『このまま呼吸が戻らなくなる可能性もある』ことを家族にも説明をした後、投与した。その後本人の表情が穏やかになるのを家族が見守る中、十数分程度で呼吸が止まり、家族とともに死後処置をしてから帰ったが、『とどめを刺した』感覚がいつまでも残っている」と述べ、「家族にとってよい在宅看取りになった」という評価はしているものの、「本人の安寧」「家族の希望」を大切に【最善のケア】と、最期まで命を大切に【看護師の正義】、そして適切な医療行為であるかどうかという【看護の正当性】について葛藤を抱えていた。対象者を目の前にして、差し迫った状況がある場合、倫理的な課題であることを意識しながらも、課題を整理し、倫理的な基準に照らし合わせる分析より「本人の希望」「家族の希望」を中心に決定することは決して稀なことではないだろう。しかし、十分な分析をしないまま決定すると、自身の看護について消化しきれないものが残るのではないかと考えられる。

本調査結果でも、価値の対立や不確かな状況に出会った訪問看護師は「療養者の希望」「家族の希望」を把握すると回答した割合が高く、「療養者の希望」「家族の希望」を検討することは十分にできている。訪問看護経験 5 年以上の看護師においては、「療養者と家族の希望が異なる」状況では、倫理綱領・終末期医療ガイドライン・高齢者ケアガイドラインを検討すると回答しており、「療養者の希望」と「家族の希望」に対して、経験のある訪問看護師は、倫理的な基準をもとに検討していることがわかる。しかしながら、「倫理的な価値の対立」についての検討、あるいは倫理綱領やガイドラインといった判断基準になるものについては充分しているという回答割合が低く、検討できていないことが伺える。



1人で療養者・家族が生活する場に入って、ケアする訪問看護師にとって、倫理的な課題に対する分析の力、特に『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』を踏まえた分析力は重要な課題であると考えられる。

### (3) 『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』

この分析因子3：「対立の整理」「目標明確化」「解決策検討」「療養者の意思決定能力の把握」「ケアの有益性検討」「医療の必要性検討」は、分析因子1に次いで平均値が高く、また因子1との相関も高かった。これは、課題のある状況の課題解決のために、集めた情報を解釈・整理し、方向性や内容を明確にして決定していくことが、看護過程の学習と経験を通して基本的に看護師が身につけている方法論であるため、情報の把握をする分析因子1と、状況の整理をする分析因子3の相関が高くなり、また分析因子3そのものの平均値も高くなったと考えられる。

分析因子3の分析はどのような状況において活用されているのだろうか？今回の調査結果で、「療養者の安寧と家族の負担のバランス」について迷っている状況では、分析因子3：の6項目中、「医療の必要性検討」を除いた5項目「対立の整理」「目標明確化」「解決策検討」「療養者の意思決定能力の把握」「ケアの有益性検討」が活用されていた。「療養者の安寧と家族の負担のバランス」について迷っている状況では、分析因子1：『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』についても全て活用されており、得た情報をもとに、状況を整理して倫理的課題を明確化し、それに合わせた目標と解決策を検討していることが分かる。

また、「経口摂取困難な時の経管栄養」をどうするか迷っている状況では、「解決策検討」を除いた5項目「対立の整理」「目標明確化」「医療の必要性検討」「療養者の意思決定能力の把握」「ケアの有益性検討」が活用されていた。「経口摂取困難な時の経管栄養」をどうするか検討するとき「解決策検討」が入らなかったのは「経管栄養」そのものが解決策であるためであると思われる。経口摂取が困難になった高齢者への栄養補給をどうするかについては、日本の文化的背景から独特な対応をしていることが従来からいわれている。欧米では、自力で食事摂取できなくなり、回復の見込みのない高齢者に栄養補給することは殆どないが、日本では「何もしないこと」の罪悪感や、「餓死させることはできない」という価値観から、何らかの医療処置を実施することが多かった。それを受けて、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—人工的水分・栄養補給の導入を中心として—」（日本老年医学会2012）が作られたが、十分普及しているとは言い難い現状であると考えられる。

### (4) 『状況が存在する場の社会的意味の探求』

看護は、対象者へのケアを提供するサービスであるため、社会・医療の状況や政策等さまざまな影響を受けているが、在宅での看取りは、生活の場でのケアであること、看取りという生命を扱う倫理的な側面を持っていることからいっそう社会的な意味を考えることが重要であると考えられる。今回の調査結果では、「在宅でいいかどうかの迷い」がある状況で、訪問看護師は、「社会的妥当性」「ケアの平等性」「主治医の意向」を検討していた。在宅での看取りのメリット・デメリットを具体的に理解し、在宅の看取りが少数派である現実を踏まえて、在宅でいいかどうかについて社会的な意味も含めて迷う状況があるのではないかと考えられる。

#### (5) 経験による倫理的意思決定における「分析」の差

分析因子3『状況の整理による倫理的意思決定の性質と内容の明確化』の「対立の整理」については経験年数の高い群と在宅看取り頻度の高い群、「解決策検討」「医療の必要性検討」「ケアの有益性検討」は、在宅看取り頻度の高い群の平均値が有意に高く、この分析力は経験も重要であると考えられる。訪問看護経験あるいは、在宅看取りの経験が多い看護師は、倫理的価値の対立や不確かな状況で倫理的な課題に出会う機会も多く、その状況を解決するための分析力を身につけてきたのであろう。どのような対立があるのかを整理するためには、一つ一つの情報を関連づけ、統合しながら、俯瞰的視野で状況を検討できる力が必要であり、それらは、経験により磨かれる側面が大きいのではないか。しかし、「対立を整理」することは、価値の対立のある状況では重要な分析であり、経験がないとしても活用することができるような方策が必要ではないか。具体的には、ステーション内あるいは他のステーションとの合同での事例検討や研修会・勉強会参加による知識・技術の獲得や、倫理的な意思決定の必要な状況の整理を容易にするツールの開発が今後の課題である。

分析因子4『状況が存在する場の社会的意味の探求』の「ケアの有益性」「医学の必要性」の検討および「真実性」の項目で、在宅看取り頻度の高い群の平均値が有意に高く、在宅看取り頻度の高い看護師は、在宅看取りの場で行われているケア・処置に対しそれが本当に意味のある事であるかどうか、「真実性」を確保しているかどうかを分析していることが明らかになった。在宅看取り頻度の高い群は、事例を重ねる中で、ケアを実施するだけでなく、その意味を考え、実施していることや今後の予測などの情報をきちんと伝えることを重要だと捉えていると考える。

#### (6) 倫理的意思決定における「分析」に影響する要因

訪問看護経験1年未満の看護師群では、分析因子1の「家族の希望把握」「療養者の希望把握」「生活把握」「病態把握」の項目において、「療養者の意思決定能力」が影響を及ぼしていた。これは、訪問看護1年未満の看護師において状況を分析するにあたり、まず対象者自身の状況を考慮する「患者中心の看護の考え方」が基本にあると考えられる。一方、訪問看護経験2年未満の看護師群では分析因子1の「生活把握」「病態把握」に対し「家族の価値観」「家族の介護負担」が影響していた。また、訪問看護経験2年未満の看護師は、さらに分析因子3の「対立の整理」「目標明確化」「意思決定能力」「ケアの有益性」「医療の必要性」についても「家族の価値観」が影響していた。訪問看護が1年以上になると家族の状況についても考慮する事が出来るようになると考えられる。さらに、訪問看護経験15年以上の看護師群では、分析因子1「生活把握」「病態把握」「家族の関係性」に対し、「家族の価値観」「家族の意欲」「家族の介護負担」「家族の人間関係」「家族の経済状態」が影響しており、家族の状況についてもより多方面から捉えていることがうかがえる。

在宅看取り件数が2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の看護師群では、分析因子1「家族の希望把握」「生活把握」の項目において、「看護師経験年数」はマイナスの影響を及ぼしていた。訪問看護では、家族と常に関わり、生活に密着した場での看護実践を求められる。在宅看護が看護教育の柱として位置づけられたのは平成9(1997)年であり、本研究の対象者の看護師経験年数の平均が20年を超えていることから、看護経験年数の長い看

護師の生活や家族への視点が少ないのは、在宅看護を基礎看護教育の中で体系的に学び身に着ける機会がなかったことも影響していると考えられる。

### 3) 「倫理的意思決定における決定」の特徴

#### (1) 「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」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、在宅看取りの中心は療養者を含めた家族であり、「療養者の希望」「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するからだと思えたためではないか。

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いないことも、「正しい方法を選択する」という回答が低くなる原因であるかもしれない。

一方で、「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 (Sahakian, 1974).」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、倫理的意思決定をしているという自覚が薄い看護師も存在するためであると考えられる。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、一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ことではなく、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こころ

とが求められる。」「看護者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り、療養者や家族が決定するものではないのではないかと。勿論、その状況に対する看護師個人の倫理的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。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」は、果たして倫理的意思決定といえるのであろうか。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あると考えられる。

## (2) 「倫理的意思決定における決定」に影響する要因

「倫理的意思決定における決定」に影響する看護師・療養者・家族の要因にはばらつきがあり、対象者全体ではそれぞれの項目への影響は弱かったが、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ことが示唆されるのではないかと。

## 4) 「倫理的意思決定における評価」の特徴

### (1) 「倫理的意思決定における評価」

「倫理的意思決定における評価」においても「選択した方法論が正しい」という項目の平均値が低かった。「倫理的意思決定における決定」と同様に、「方法論」を評価するよりも、「原則遵守」と「結果」を重視する看護の特性が表れていると思われる。

また、「選択した方法論が正しい」という評価は、実践した上で可能になる評価であるが、本研究では、倫理的意思決定のプロセスを認知領域に着目して質問紙を作成したため、「決定したことの評価」を問うており、「実践の評価」を問う質問項目ではなかったことが「選択した方法論が正しい」という評価の平均値が低かったとも考えられる。今回の結果から、実際には、倫理的意思決定がどのようなものであったかを評価するには決定後の実践が存在していることが示唆された。

「倫理的意思決定における評価」の項目：「原則遵守」、「正しい方法論」、「(結果としての)よい看取り」は「倫理的意思決定における決定」の「原則遵守」、「正しい方法論」、「よい看取り」のそれぞれに影響をうけており、どのような決定をしたかによって、どのように評価するかは左右されることが明らかになった。

## (2) 「倫理的意思決定における評価」に影響する要因

「倫理的意思決定における評価」では「看護師として良い看取りができています」の項目では、訪問看護年数15年以上の群および在宅での看取り頻度が1ヶ月に1例以上の群が有意に平均値が高かった。この結果から、実践を重ねることで「よい看取り」を支援した経験を実感することができると、自身の実践を肯定的に評価できるようになると考えられる。

「倫理的意思決定における評価」に影響する看護師・療養者・家族の要因にはばらつきがあり、対象者全体ではそれぞれの項目への影響は弱かったが、訪問看護経験2年未満の看護師群では、評価3項目に対し、看護師の倫理についての学習経験と、療養者の医療依存度に影響していた。訪問看護経験の浅い看護師にとって学習経験は倫理的意思決定で評価する際の自信になり、また医療依存度の高い療養者の看取りのほうがより肯定的に評価しやすいためではないだろうか。

また、看取り頻度が1ヶ月に1例以上と頻度が高い看護師群でも、療養者の医療依存度は、「正当な方法を選択したか」という評価にプラスに影響していた。つまり、医療依存度の高い療養者は、日々の看護実践において、目に見える具体的なケアを提供することで看護の専門性を発揮しやすく、看護師にとってもよりよい評価をしやすくと考えられる。

## 2. 倫理的意思決定に影響する要因

### 1) 看護師の要因

倫理について学んだ経験についての問いで、「学校で学んだ」回答した者は6割台にとどまり、看護師経験年数の平均が20年を超えている今回の対象者にとって、対象者がうけた看護基礎教育では看護倫理の教育が必ずしも十分とはいえなかったことが推測される。しかしながら「看護倫理について学んだ」と回答した対象者は9割近くにのぼり、看護師になってからそのアイデンティティを確立するために、何らかの機会に看護倫理を学んでいると思われる。看護師の要因としてとりあげた倫理に関する学習経験は、「価値の対立や不確かな状況」の捉えにマイナスに影響している傾向があった。つまり、倫理に関する学習経験があると答えた群の方が、「価値の対立や不確かな状況」でどうするか迷うことが少ないということである。これは、倫理的な課題のある状況認知の感受性が低いのではなく、状況を判断し対処できる方法を学んでいるために、課題のある状況に出会っても困難さを感じるものが少ないのだと考えられる。

同様に訪問看護経験年数の長い群、在宅看取り頻度の多い群では状況因子2：『優先度への感受性のずれと迷い』項目の平均値が低く、経験を積み重ねることによって、状況への対処能力を獲得していることが伺える。

## 2) 家族の要因

家族の要因として、最も倫理的意思決定に影響すると訪問看護師が考えている項目は「家族の意欲」であった。「家族の意欲」は、分析因子1:『状況に関連する主観的・客観的情報の把握』と分析因子3:『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』の項目に影響を与えていた。同時に、「原則遵守した決定」「良い看取りになる決定、という決定項目」「原則遵守できたか評価」「よい看取りになったか評価」の評価項目の影響要因ともなっていた。

在宅看取りそのものが死亡割合の10%程度である現在、病院・施設に入院入所させずに在宅看取りを選択する家族は、基本的には意欲のある家族であるといえるであろう。在宅看取りのために、家族は、長期にわたって療養者の病状管理と介護、家族の生活管理を並行することを求められ、在宅を継続する意欲がなければ継続困難になる。

野嶋ら(2003)の「家族の合意形成を支えるケアガイドライン」でも、「家族の力を保持する技術」を中核となる技術とし、「ありのままの家族を受け入れ家族に沿いながら、家族の持つ力を守り大切にしていく」ことを重要視している。山下(2014)は、エンド・オブ・ライフケアにおける看護の役割を「家族が看取りという大きな課題を乗り越えるべく、直面している健康問題に対して主体的に対応し、問題解決し、対処し、適応していく能力を高めるよう援助する」ことであるとし、「家族が最大限の能力を発揮し看取ることができるように支援する。家族が『できる限りのことをした』と思えるように関わる」ことの必要と述べ、家族の力を発揮できるような支援が重要であると考えている。このように看取りでの家族の力を発揮させるためには、家族のやる気、すなわち家族の意欲を引き出し、維持することは必須である。今回の調査結果からも、訪問看護師は、高齢者の在宅看取りに関わる場面で倫理的価値の対立や不確かな状況を分析し、決定・評価するプロセスで「家族の意欲」があるかどうかを常に意識していることが明らかになった。意欲を維持できているか、低下がないか確認しながら、家族の力を支えようとしていると考える。

「家族の介護負担」は、特に、状況因子1:『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』について迷っている項目「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」において、「倫理的価値の対立や不確かな状況」だという状況の捉えに影響していた。これは、在宅では、医療処置についても多くの場合、家族が毎日実施することになる(輸液の場合も、観察や抜針は家族が行うことも多い)ため、医療処置を選択するかどうか迷うときに「家族の介護負担」について考慮しているのだと思われる。同様に、「療養者と家族の希望が異なる」「看護師と家族の希望が異なる」状況でも、「家族の介護負担」が状況の捉えに影響していた。また、訪問看護経験15年以上の群では、倫理的意思決定の必要な状況だという認知に「家族の介護負担」がより強く影響していた。「家族の介護負担」は、1980年代以降、家族看護の中で家族を捉える1つの重要な視点として挙げられている。家族の介護負担は、在宅では必然的にクローズアップされる視点であるが、看取りの状況では、より考慮が必要な視点であると考えられ、訪問看護の経験豊かな看護師は、「家族の介護負担」を常に考慮して状況を捉えていると考えられる。

「家族の価値観」は、分析因子3:『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』の「対立の整理」「意思決定能力」「目標明確化」「解決策検討」「ケアの有益性」「医療の必要性」、分析因子4『状況が存在する意味の探求』の「看護の妥当性」「平等性」「真实性」の項目に影響していた。状況を整理して今後の方向性を考えていく分析や、倫理的に適切であるかどうかを検討する分析で、訪問看護師が「家族の価値観」を重視していることが示唆さ

れた。在宅での看取りは、その家族自身の価値観によってその家族らしい看取りがあり、訪問看護師はそれを支援する役割を担っている(小松 1997)ため、状況の分析に「家族の価値観」が影響するのは当然の結果と言えるのではないか。

### 3) 療養者の要因

今回の調査結果では、倫理的意思決定に影響すると訪問看護師が考えている療養者の要因については、ばらつきはあるものの、家族の要因と比較すると平均値が低い傾向があった。高齢者の看取りの事例では、療養者の医療依存度、予後予測、意思決定能力はさまざまであり、事例によって影響する者が異なるためではないか。また、看取りケアについて選択決定し、評価するのは、最終的には療養者ではなく家族であり、家族の満足度を高めるべく、看護師は療養者へのサービス提供といえども、家族の要因でさまざまな意思決定をするためだと思われる。

### 3. 倫理的意思決定についてのまとめ

高齢者の在宅看取りにおいて、訪問看護師は『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』『優先度への感受性のずれと迷い』という状況で、『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』『状況が存在する場の社会的意味の探求』の分析を行い、『倫理原則を遵守する』『よい看取りになるようにする』決定を行い、『倫理原則が遵守できたか』『よい看取りになったか』という評価を行っていた。

《倫理的価値の対立や不確かな状況》の捉えで、最も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、訪問看護師は生活の場で看護を提供する中で、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に負担になりすぎないように考える中で、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」が一致しない状況で倫理的な課題を感じていた。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が迷うことがある」であった。① 高齢者の在宅看取りの状況では、がんと異なり鎮痛剤使用の頻度が少ないこと、② 鎮痛剤投与を医師が実施する医療行為として扱う場合も多いことが理由として考えられた。鎮痛剤投与が看護師の実施すべき行為かどうかという捉えが、鎮痛剤投与についての状況は「保健師助産師看護師法を考慮して検討する」分析にも影響を及ぼしていたと考えられる。

《倫理的意思決定における分析》で、最も平均値の高い因子は『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』であった。事実の把握のための情報収集は、看護過程によって看護実践する看護師にとっては基本的な方法論であり、平均値が高くなったと考えられる。療養者だけでなく家族と生活の情報を十分に得ようとするのは、訪問看護師の特徴であり強みであるだろう。一方、最も平均値の低く、ばらつきの大きい因子は『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』であり、「保健師助産師看護師法の考慮」「看護師の倫理綱領」「高齢者の意思決定に関するガイドラインの考慮」は、それぞれ、マイナスの平均値であった。日常的なケアの中で倫理的な課題を分析的に考える時に、抽象的・一般的な表現で示される法律・綱領・ガイドラインを、具体的な事例で解釈、理解、適用する力と余裕がない現状が示

唆された。『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』に含まれる「倫理的価値の対立の整理」は訪問看護経験年数の長い群および在宅看取り頻度の多い群で、「解決策の検討」「看護の有益性の検討」「医学的必要性の検討」は、在宅看取り頻度の多い群で有意に平均値が高かった。在宅看取りの経験を重ねることで、状況を整理し、課題を明確化する分析ができていた。『状況が存在する場の社会的意味の探求』の分析では、「在宅でいいかどうかの迷い」がある状況で、訪問看護師は、「社会的妥当性」「ケアの平等性」「主治医の意向」を検討していた。在宅の看取りが少数派である現実を踏まえて、在宅でいいかどうかについて社会的な意味も含めて迷う状況があると思われる。また、在宅看取り頻度の高い群は、「真実性(正しい情報提供)」についての分析の平均値が有意に高かった。

《倫理的意思決定における決定》で、訪問看護師は『正しい方法論の選択する』かどうかよりも『倫理原則を遵守して決定すること』と『よい看取りになるよう決定すること』を重視していた。看護師は選択した方法が正しいかどうかによって、行為を正当化することよりも、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すべき責務を持っているためと考えられる。

《倫理的意思決定における評価》では、《決定》と、同様に、訪問看護師は『正しい方法論の選択ができた』かどうかよりも『倫理原則を遵守したいし決定になった』かどうか、『よい看取りができた』かどうかの評価を重視していた。「良い看取りができています」という評価は、訪問看護経験年数の長い群、在宅看取り頻度の多い群で、有意に平均値が高かった。在宅看取りの経験の中で、デス・カンファレンスによって自身の看護を振り返ったり、遺族訪問等により家族から肯定的な評価を得られたりする機会が多く、よい看取りができていのかどうかという評価をしやすと思われる。

この倫理的意思決定に影響する要因として、看護師の要因では「訪問看護師経験年数」「在宅看取り頻度」は、倫理的意思決定が必要な状況への認知、その状況の分析に影響していた。看護師の要因としてあげた倫理についての学習経験では、「学校で学んだ」と回答したのは全体の6割台であったが、「看護倫理を学んだ」と回答した者は9割近かった。倫理について「学校で学んだ経験」は、「鎮痛剤投与」についての分析のみに影響していた。家族の要因では「状況」認知に影響の大きい項目は「家族の介護負担」であり、「分析」により影響している項目は「家族の意欲」であった。療養者の要因では「療養者の医療依存度」が、倫理的意思決定全体に影響していた。高齢者の在宅看取りにおいて、訪問看護師は療養者の要因より、家族の要因が倫理的意思決定に影響すると捉えていた。



### Ⅲ. 研究の限界と課題

#### 1. 研究の限界と課題

今回の研究での対象者は、高齢者の在宅看取りの経験のある訪問看護ステーション勤務の訪問看護師であった。訪問看護師経験年数の長いことや在宅看取り頻度が高いという経験があることによって、目の前の状況を倫理的価値の対立や不確かな状況であると捉えることが少なくなったり、状況の分析において、より状況を整理して統合的に分析しているといった結果から、訪問看護や在宅看取り経験によって、倫理的意思決定のプロセスが異なることが明らかになったが、今回の質問紙では、倫理的意思決定のプロセスに影響する具体的な経験の内容についての問いは含まれていなかった。倫理に関する学習経験についても、詳細な内容まで確認するような質問にすることには限界があり、今回は学習経験があるかどうかを問うにとどまっている。今後は、具体的にどのような学習経験や実践経験が、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形成に影響するかについても研究を進めていきたい。

本研究では、全国 12 都府県、141 件の訪問看護ステーションから 700 名以上の訪問看護師より回答を得、さまざまな経験や在宅看取りの関わりの中かで倫理的意思決定のプロセスを辿っていることが示唆されたが、訪問看護ステーションの特徴や規模・対象者の勤務形態等の訪問看護師の職場環境の影響について今回の質問紙に含めることが出来ず、今後、新たに対象者を増やして研究する際には検討すべきである。

また、高齢者の在宅看取りにおいては、訪問看護師だけでなく、家族もともに倫理的意思決定のプロセスを辿ると考えられる。訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスが、家族にとって妥当性があって信頼でき、ともに歩むことの出来る援助になっているかどうかを評価するために、家族に対し、看護師の倫理的意思決定のプロセスでの関わりについての調査を実施することも求められる。

さらに、今回の結果が、看護師全般ではなく、訪問看護師の個別的な特徴であるかどうかについては必ずしも明言することができない。訪問看護師の個別的な特徴であるかどうかを明確にするためには、対照群としての病棟看護師への同様の調査も今後検討していく必要がある。

#### 2. 看護への示唆

今回の研究により、訪問看護師は、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た。また倫理的意思決定における「決定」では倫理原則を重視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。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・実践経験・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。

本研究の目的は、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意思決定とはどのようなものを明らかにすることと、それによって訪問看護師が家族とともに、悔いの残らない看取りを生み出すことのできる援助モデルを示唆する上での一助とすることである。今後、さらに上記のように研究を積み重ねることにより、訪問看護師自身が、倫理的意思決定のプロセスを意識しながら、家族とともに悔いの残らないように高齢者の在宅看取りに関わっていけるような教育プログラムの開発も目指していきたい。

## 第8章 結論

### 1. 結論

1. 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過程はどのようなものか

1-①倫理的意思決定に必要な「倫理的価値の対立や不確かな状況」とはどのようなものか

- ・倫理的価値の対立や不確かな状況として『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』『優先度への感受性のずれと迷い』という2つの因子が抽出された。
- ・最も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」であった。
- ・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。
- ・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、「看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている」ことを、倫理的価値の対立や不確かな状況だと捉えていた。
- ・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、「在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある」ことを、倫理的価値の対立や不確かな状況だと捉えていた。

1-②倫理的意思決定に必要な状況の「分析」はどのようなものか

- ・倫理的意思決定における「分析」として、『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』『状況が存在する場の社会的意味の探求』の4因子が抽出された。
- ・最も平均値の高い因子は『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』であった。
- ・最も平均値の低く、ばらつきの大きい因子は『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』であり、「保健師助産師看護師法の考慮」「看護者の倫理綱領」「高齢者の意思決定に関するガイドラインの考慮」は、それぞれ、マイナスの平均値であった。
- ・『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』に含まれる「倫理的価値の対立の整理」は訪問看護経験年数の長い群および在宅看取り頻度の多い群で、「解決策の検討」「看護の有益性の検討」「医学的必要性の検討」は、在宅看取り頻度の多い群で有意に平均値が高かった。
- ・『状況が存在する場の社会的意味の探求』の分析では、「在宅でいいかどうかの迷い」がある状況で、訪問看護師は、「社会的妥当性」「ケアの平等性」「主治医の意向」を検討していた。また、在宅看取り頻度の高い群は、「真实性(正しい情報提供)」についての分析の平均値が有意に高かった。

1-③状況の分析を踏まえての「決定」とはどのようなものか

- ・訪問看護師は『正しい方法論の選択する』かどうかよりも『倫理原則を遵守して決定すること』と『よい看取りになるよう決定すること』を重視していた。

1-④決定したことの「評価」とはどのようなものか

- ・訪問看護師は『正しい方法論の選択ができた』かどうかよりも『倫理原則を遵守した意

思決定になった』かどうか、『よい看取りができた』かどうかの評価を重視していた。

- ・「良い看取りができています」という評価は、訪問看護経験年数の長い群、在宅看取り頻度の多い群で、有意に平均値が高かった。

## 2. 高齢者の在宅看取りにおける倫理的意思決定に影響する要因は何か

- ・看護師の要因とである「訪問看護師経験年数」「在宅看取り頻度」は、倫理的意思決定が必要な状況への認知、その状況の分析に影響していた。
- ・看護師の要因としてあげた倫理についての学習経験では、「学校で学んだ」と回答したのは全体の6割台であったが、「看護倫理を学んだ」と回答した者は9割近かった。倫理について「学校で学んだ経験」は、「鎮痛剤投与」についての分析のみに影響していた。
- ・家族の要因では「状況」認知に影響の大きい項目は「家族の介護負担」であり、「分析」により影響している項目は「家族の意欲」であった。
- ・療養者の要因では「療養者の医療依存度」が、倫理的意思決定全体に影響していた。
- ・高齢者の在宅看取りにおいて、訪問看護師は療養者の要因より、家族の要因が倫理的意思決定に影響すると捉えていた。

## 3. 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とはどのようなものか

高齢者の在宅看取りにおいて、訪問看護師は『生命維持に関わる医療処置の選択の迷い』『優先度への感受性のずれと迷い』という状況で、『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』『状況が存在する場の社会的意味の探求』の分析を行い、『倫理原則を遵守する』『よい看取りになるようにする』決定を行い、『倫理原則が遵守できたか』『よい看取りになったか』という評価を行う。

この倫理的意思決定に影響する要因として、看護師の要因は「学校での学習経験」よりも「訪問看護経験」や「在宅看取り頻度」であった。家族の要因は、「家族の介護負担」「家族の意欲」であった。訪問看護師は家族の要因が、療養者の要因よりも影響すると捉えていた。

## 謝辞

本研究を終えるにあたり、アンケート調査参加にご協力の承諾を賜りました訪問看護ステーション管理者の皆様および、回答にご協力いただきました多くの訪問看護師の皆様に感謝いたします。

データ収集や研究に取り組む時間を確保することについて、多大な協力をしていただいた在宅看護領域の森下安子先生、小原弘子先生、森下幸子先生、高知県立大学看護学部の諸先生方に感謝いたします。

そして、本研究全般にわたり、ご指導を賜りました高知県立大学大学院看護学研究科の山田覚先生に心より感謝いたします。

### 【参考・引用文献】

- 1) 相澤亜津砂, 北原奈津美, 柳沢沙織, 他 (2000) : 在宅支援病棟での看取りの条件 3例の癌患者の遺族訪問を通して在宅支援病棟のあり方を考える, ホスピスケアと在宅ケア, 8(3), 262-266.
- 2) 会田薫子(2011) : 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.
- 3) 秋山明子, 沼田久美子, 三上洋(2007) : 在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究 療養者の遺族を対象とした調査による検討, 日本老年医学会雑誌 44(6), 740-746.
- 4) Alice Gaudine, Linda Thorne(2012) : Nurse's ethical conflict with hospitals: A longitudinal study of outcomes, Nursing Ethics 19(6), 727-737.
- 5) Anne Dreyer, Reidun Forde, Per Nortvedt(2011) : Ethical decision-making in nursing homes: Influence of organizational factors, Nursing Ethics 18(4), 514-525.
- 6) 青木万由美, 渡部啓子他(2008) : 在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割, ホスピスケアと在宅ケア, 16(3), 218-224,
- 7) 荒木晴美, 新鞍真理子, 炭谷靖子(2008) : 介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討, 富山大学看護学会誌 7(2), p. 51-60.
- 8) アルフォンス・デーケンメヂカルフレンド社編集部編(1986) : 死の準備教育 Death Education, 第1巻死を教える, 2-48, メヂカルフレンド社,
- 9) アルフォンス・デーケン(2004) : 死とどう向き合うか, NHK 出版, 216-218,
- 10) 浅井幹一、佐藤芳、天野瑞枝(2008) : 高齢者終末期医療 高齢者はどこへ行くのか—終末期医療に対する認識, 日本老年医学回雑誌, 45(4), 391-493.
- 11) 浅井篤, 福山美季, 会澤久仁子, 尾藤誠司編、臨床倫理支援・教育プロジェクト著(2009) : ともに考える臨床倫理チェックリスト, 熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学, 1-26.
- 12) 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.
- 13) Bernadette Dierckx de Casterle, Shigeko Izumi, Nelda S. Godfrey(2008) : Nurse's responses to ethical dilemmas in nursing practice; meta-analysis, JAN:Review Paper, 540-549.
- 14) Bela Blasszauer, Ilona Palfi(2005) : Moral dilemmas of nursing in end-of-life care in Hungary : a personal perspective, Nursing Ethics, 12(1), 92-105.
- 15) College and Association of Registered Nurses of Alberta(2005) : Ethical Decision Making for Registered Nurses in Alberta: Guidelines and Recommendations, www.nurses.ab.ca.
- 16) Dalton CC(2003); Gottlieb LN: The concept of readiness to change, Journal of Advanced Nursing, 42(2), 108-117.
- 17) Dierckx de Casterle B., Grypdonck M. & Vuylsteke-Wauters M. (1997) : Development, reliability, validity testing of the Ethical Behaviour Test: a measure for nurses' ethical behaviour. Journal of Nursing Measurement 5, 87-112.
- 18) 堂園俊彦(2007) : 看取りとケアの倫理, 緩和ケア, 17(2), 124-127.

- 19) 深田順子, 鎌倉やよい, 万歳登茂子, 北池正(2006): 高齢者における嚥下障害リスクに対する他者評価尺度に関する研究, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 10(3), 220-230.
- 20) 深澤圭子, 長谷川真澄, 平山さおり, 横溝輝美(2004): 長期療養型病床群における終末期高齢者家族の看取りの過程, 札幌医科大学保健医療学部紀要 7, 31-37.
- 21) 神前裕子(2004): 介護満足感の高い看取りとは-在宅介護者の事例分析, ターミナルケア, 14(4), 331-337.
- 22) グラディス L.ハステッド、ジェームス H.ハステッド著、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, 医学書院, 5-19, 226-229,
- 23) Hala A. Abdou, Fatma M. Baddar(2019): The Relationship Between Work Environment and Moral Sensitivity among the Nursing Faculty Assistants, World Applied Sciences Journal, 11(11), 1375-1387.
- 24) Hebert RS; Schulz R(2009); Copeland VC; Arnold RM: Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients., Journal of Pain & Symptom Management , 37(1), 3-12.
- 25) 樋口京子, 久世淳子, 森扶由彦, 島田千穂, 篠田道子(2004): 高齢者の終末期ケアにおける「介護者の満足度」の構造 全国訪問看護ステーション調査から, 日本在宅ケア学会誌, 7(2), 91-99.
- 26) 平山正美(1992): 死生学とは何か, 日本評論社, 277-284.
- 27) 星川理恵(2014): 【患者・家族を尊重するエンド・オブ・ライフケア】 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, 家族看護, 12(1), 57-65.
- 28) 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.
- 29) 石井敏明, 斉藤佐知子, 天羽悦子, 藤山美津子(2000): 高齢者の在宅介護阻害要因, 公衆衛生, 64(2), 135-138.
- 30) 伊藤恵一, 小西恵美子 (2013): 様々な臨床における倫理的意思決定のための支援, 日本看護倫理学会誌, 5(1), 107.
- 31) ジョイス E. トンプソン、ヘンリー O. トンプソン著、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, 日本看護協会出版会, p97-210.
- 32) 城内啓子, 池田清子, 佐藤千史他(2008): 在宅終末期の看取りに関する家族の満足感について—「看取りの場所」「意思の尊重」「苦痛の緩和」「一緒にすごした時間」に焦点をあてて, 神戸市看護大学紀要, 12, 37-43.
- 33) Judith A. Erlen(1997): Critical care nurses, ethical decision-making and stress, Journal of Advanced Nursing, 26, 953-961
- 34) 上山千恵子(2007): 終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」, 日本看護科学会誌, 27(3), 75-83
- 35) 葛西好美(2006): 末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断, 日本がん看護学会誌, 20(2), 39-50.
- 36) 柏木哲夫(2006): 【医の倫理 ミニ事典】 ターミナルケアとエンド・オブ・ライフ・ケア, 日本医師会雑誌, 134(12)付録 p, 80-81.
- 37) 加藤源太(2008): 【エンド・オブ・ライフの意思決定 厚生労働省ガイドラインが語るもの】 死をどう知らせるか—最善の意思決定を導くために, インターナショナルナース

- グレビュー, 31(2). 39-42.
- 38) 桂晶子, 佐々木明子(2006):在宅介護終了後の家族介護者の達成感・満足感および空虚感と死別前要因との関連, 宮城大学看護学部紀要 9(1), 1-9.
- 39) 川越博美(2002):在宅ターミナルケアのすすめ, 日本看護協会出版会, p. 10,
- 40) Khalil Gholami, Kirsi Tirri(2012): The Cultural Dependence of the Ethical Sensitivity Scale Questionnaire, Education Research International, volume 2012, Article ID 387027 9page
- 41) 北村愛子(2008):専門看護師の倫理調整の役割と実践, 看護倫理, 1(1), 12-17.
- 42) 小松浩子(1997):デス・エデュケーションへの取り組み 看護婦の役割とその課題・展望, 臨床死生学, 2, 18-21.
- 43) 今千晴, 下雅美, 今由美, 舟山香, 勝見友子, 高橋裕美, 渡部つや子, 木村淳子, 阿部吉弘(2005):在宅で看取る介護者に関する考察 介護者も支えたい, 地域医療 44 , 85-287.
- 44) 近藤真紀子(2008):死に逝く患者をケアし死を看取る看護師の限界感の構造, 臨床姿勢学, 13, 81-90
- 45) 小瀬古伸幸, 藤田みゆき, 大谷須美子(2008):急性期治療病棟における退院クリニカルパスを用いたアプローチ 看護師の継続看護に対する意識変化, 日本精神科看護学会誌, 51(2), 290-293.
- 46) 厚生労働省:終末期医療に関する調査等検討報告書, 2004.7, 2010/02/21 引用 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html#4>
- 47) 厚生労働省告示第 126 号:指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準:2006.3.14.
- 48) 広辞苑第 6 版(電子辞書版)(2008), 岩波書店,
- 49) 窪田真理, 中村美和子他(1999):臨床看護婦の葛藤場面に対する認識の特徴, 山梨医科大学紀要, 16, 65-70.
- 50) 雲かおり, 岡田美登里, 槌田洋子, 石原辰彦, 木村秀幸(2005):死を看取った家族の心理 遺族への面接を試みて, 緩和医療, 13(1), 82-84.
- 51) 桑田美代子(2007):豊かないのちの看取りー生活の中のケアー, 緩和ケア, (17(2), 96-101
- 52) Lowey S.E(2008):Letting go before a death: a concept analysis, Journal of Advanced Nursing, 63(2), 208-215.
- 53) 前田樹海, 小西恵美子(2012):改訂道徳的感受性質問紙日本語版(J-MSQ)の開発と検証第1報, 日本看護倫理学会誌, 4(1), 32-38.
- 54) 蒔田寛子, 大石和子, 山村江美子, 中野照代(2009):がんターミナル期の夫を在宅で介護し看取った女性配偶者の看取り体験の分析 医師と訪問看護師による継続的な支援を受けての看取り体験, 家族看護学研究, 15(1), 51-57.
- 55) 真鍋範子, 西条文子, 猪熊美智子, 福崎叔子(2006):ターミナル患者の在宅死に向けた家族支援の1症例, 香川労災病院雑誌 2, 147-149.
- 56) 松井美帆, 森山美知子(2004):高齢者のアドバンス・ディレクティブへの産道と関連要因, 病院管理, 41(2), 137-145.
- 57) 松久宗丙(2008):在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア実践の現状と課題ー居宅介護支援事業所アンケート調査から, ホスピスケアと在宅ケア, 16(3), 230-235.



- 58) 松村ちづか, 中山和弘, 川越博美(2006) : 主介護者の満足感に影響する在宅ターミナルケア要素に関する研究, 緩和ケア 16(3), 269-274.
- 59) 松根敦子 (2006) : エンド・オブ・ライフを考えるための臨床倫理の考え方 あるがままに, 人間の医学 42(3), 134-136.
- 60) 宮崎和加子(2006) : 在宅での看取りのケア-家族支援を中心に, 日本看護協会出版会, 98-99.
- 61) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子(2005) : 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,
- 62) 長江弘子, 百瀬由美子他(2008) : 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.
- 63) 永池京子(2008) : 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が語るもの, インターナショナルナーシングレビュー, 31(2), 16-20.
- 64) 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江 (2006) : Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討-尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで-, がん看護, 11(6), 723-729.
- 65) 長倉真寿美 (2008) : 居宅サービス利用水準の地域差と在宅化推進に関する一考察, 厚生生の指標, 55(13), 10-17.
- 66) 中村美知子, 石川操, 西田文子ほけ(2003) : 臨床看護師の道徳的完成尺度の信頼性・妥当性の検討, 日本赤十字看護学会誌, 3(1), 49-56.
- 67) 中野りか (2005) : 当院における在宅死増加の要因 在宅死 16 例と非在宅死 5 例の相違, 幌南病院医学雑誌, 2(1), 26-29.
- 68) 日本老年医学学会(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-, 1-20, [www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)
- 69) 仁科聖子, 湯浅美千代, 小川妙子 (2008) : 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助, 医療看護研究 4(1), 50-56.
- 70) 野嶋差由美(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.
- 71) 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.
- 72) 野田京(2008) : 単身高齢者の在宅ターミナルケアの条件, 医療と福祉, 42(1), 57-81.
- 73) Olsen, D (2007) : Ethical issues of arranging live organ donation over the internet. American Journal of Nursing, 107 (3), 6-72.
- 74) Osen, D. P., 八尋道子, 和泉成子訳(2011) : 看護倫理のための価値-西洋からみた Good Nurse 研究. 看護研究, 44(7), 678-683.
- 75) Olsen, D(2012) : Deceiving patients: "Let's just put the meds in applesauce." American Journal of Nursing, 112 (3), 67-69
- 76) Olsen Douglas P(2013) : 倫理的な意思決定-原則と関係性, 日本看護倫理学会誌, 5(1), 84-102.
- 77) 小野若菜子, 麻原きよみ(2007) : 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観, 日本看護科学会誌, 27(2), 34-42.

- 78) 大西香代子(2004) : ターミナルケアに携わる看護師の『理想の看取り』, 臨床死生学, 9, 87-98.
- 79) 大西香代子, 中原純, 北岡和代他(2012) : 日本とイングランドの精神科看護師が体験している倫理的悩みの比較—MDS 尺度精神科版を用いて—, 日本看護研究学会雑誌, 35(4), 101-108.
- 80) Randy S. Hebert, Valire C. Copeland, Robert M. Ainold(2009) : Preparing Family Caregivers for Death and Bereavement. Insights from Caregivers pf Terminally ill Patients, Journal of Pain and Symptom Management, 37(1), 3-12.
- 81) 戈木クレイグヒル滋子, 渡会丹和子, 児玉千代子(2000) : よい看取りの演出 ターミナル期の子どもをもつ家族へのナースの働きかけ, 日本看護科学会誌 20(3), 69-79.
- 82) サラ T. フライ他著, 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 決定のためのガイド, 日本看護協会出版会, p. 76-83.
- 83) 柴田純子, 佐藤禮子(2007) : 在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験, 千葉看護学会会誌, 13(1), 1-8.
- 84) 島内節, 小野恵子(2009) : 遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価, 日本在宅ケア学会誌, 12(2), 36-43.
- 85) 島田千穂, 近藤克則, 樋口京子, 本郷澄子, 野中猛, 宮田和明(2004) : 在宅療養高齢者の看取りを終えた介護者の満足度の関連要因 在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査から, 厚生指標, 51(3), 18-24.
- 86) 志田久美子, 山本澄子, 渡邊岸子(2007) : 看護基礎教育における「死の準備教育」についての検討—日本における過去10年間の文献研究, 新潟大学医学部保健学科紀要, 8(3), 133-141.
- 87) 鈴木央, 鈴木荘一(2005) : 何が在宅での看取りを可能にするのか 当院における末期がん在宅ターミナル・ケア74例の検討, プライマリ・ケア, 28(4), 251-260.
- 88) 鈴木宗一, 村松静子編集(2008) : 在宅での看取りと緩和ケア, 中央法規, p. 2.
- 89) 高澤洋子(2008) : 【エンド・オブ・ライフの意思決定 厚生労働省ガイドラインが語るもの】 在宅ケアにおける意思決定の支援 看護師だからできること, インターナショナルナーシングレビュー31(2), 29-32.
- 90) 田村恵子(2008) : 心不全のディジーズマネジメントの実践を探る 緩和ケア(パリアティブケア)・エンド・オブ・ライフケア, 看護技術, 54(12), 135-138.
- 91) 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.
- 92) 徳山磨貴(2006) : 在宅ホスピスケアにおける家族の心理・社会的ニーズ その構成因子と満足度との関連, ソーシャルワーク研究, 32(1), 58-65.
- 93) 東郷淳子, 宮田留理, 藤田佐和, 大川宣容, 豊田邦江, 吉田亜紀子, 鈴木志津枝(2002) : 終末期がん患者の家族の死への気づきへの対処, 高知女子大学看護学会誌, 27(1), 14-23.
- 94) Torjuul K. & Sorlie V. (2006) : Nursing is different than medicine; ethical difficulties in the process of care in surgical units. Journal of Advanced Nursing 56, 404-413.

- 95) 鶴若麻理(2012) : 倫理的意思決定を支援する「枠組み」による事例検討の方法, 保健師ジャーナル, 68(7), 566-571.
- 96) 上田稚代子(1998) : 看護婦の「死感」と個人特性との関連—死の不安尺度と死生観尺度に焦点をあてて, 月刊ナーシング, 18(12), 74-80,
- 97) Varcoe C., Doane G., Pauly B., Rodney P., Storch J.L., Mahoney K., McPherson G., Brown H. & Starzomski R. (2004) Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 316-325.
- 98) 渡辺裕子(2005) : 看取りにおける家族ケア, 医学書院, 2-7.
- 99) 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
- 100) 山本晶子(2000) : 末期がん患者の生き様に関する研究, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, 482-489,
- 101) 山本恵子(2005) : 終末期がんの親をもつ成人期の子の死への気づきに対する反応と対処行動, 高知女子大学看護学会誌, 30(2), 12-21.
- 102) 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 小笠原知枝(2006) : 看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因, 大阪大学看護学雑誌, 12(1), 1-10.
- 103) 吉田みつ子(1999) : ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究—“良い看とり”をめぐって—日本看護科学会誌, 19(1), 49-59.
- 104) 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(2009) : 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.

平成 26 年 5 月 16 日

## 承認書

高知県立大学研究倫理審査委員会

委員長 池田 光徳



下記の研究課題について、高知県立大学研究倫理審査委員会規程及び研究倫理審査に関する取り扱いについての迅速審査(オ)に基づき、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の審査結果を承認いたします。

\*\*\*\*\*

高知県立大学看護研究倫理審査委員会

委員長 藤田 佐和



申請者 川上 理子 様

研究課題 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

承認番号 看研倫 14-02 号

高知県立大学看護研究倫理審査委員会において、上記の研究計画における倫理を審査した結果、審査基準の全てを満たしていると判断しましたので、看護研究倫理委員会規程 8 条 6 項により、本研究計画を実施することを承認いたします。

## 研究協力へのお願い

青葉の候、皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、高知県立大学看護学部におきまして在宅看護学領域で教員をしております川上理子と申します。先日、突然の電話でアンケート調査研究にご協力をお願いした折、お忙しい中、快くご承諾をいただきありがとうございます。

今回のアンケート調査は、「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」というテーマで、高齢の利用者さんを在宅で看取るためのケアをされていらっしゃる訪問看護師の皆様が、倫理的な意思決定が必要だと感じる状況でどのように実際的意思決定をされているかを明らかにしたいと考えております。この調査によって、訪問看護師の皆様が高齢者の在宅看取りにおいて倫理的意思決定のプロセスで抱えている困難さや課題を明らかにすることができ、調査結果から課題解決のための教育プログラムの提案・悔いの残らない看取りを生み出すことのできる援助モデルを提案する上での一助とすることを目指しています。

ご面倒をおかけして申し訳ございませんが、電話で承諾して下さいました研究協力について、同封の承諾書2枚に、所長様（または施設管理者の方）のご署名をいただき、1枚を保管し、1枚を返信用封筒で送り返して下さいようお願い申し上げます。なお、承諾書を送っていただいた後、アンケート調査用紙を配布前に協力の撤回をされたい場合は、承諾取り消し書にご署名されて、お送り下さい。

承諾していただける場合は、おそれいりますが、貴ステーションで高齢者の在宅看取りを経験されたことのある訪問看護師さん（所長様含む）に、同封しました調査用紙と返信用封筒をセットにしたものを1部ずつ配布していただきたく存じます。その際、調査への参加は自由であり、また個人・施設が特定されることのない調査であるため、参加協力しないことでの不利益は全くないことをお伝え下さい。また、調査用紙は1枚で、かかる時間は約10分程度です。調査用紙に回答されましたら、各自で返信用封筒に入れて、そのままポストにご投函いただくようお願い下さい。投函は6月30日までをお願いいたします。投函されたことをもって、研究への参加の同意が得られたとさせていただきます。その際、封筒の裏書きにご自分の氏名・住所を記入しないようお願い下さいませ。（記入が有っても、封筒はそのままシュレッダーにかけ、調査用紙のみを保管いたしますので、匿名は保証いたします。）

調査用紙の内容についての質問等があれば、下記にご連絡いただければ、直接回答させていただきます。

一度、投函されました調査用紙につきましては、個人・施設が特定できないため、参加協力の撤回ができないことをご了承下さい。

調査結果につきましては、学会誌等で発表させていただきます。また、貴ステーションにも発表したものを送付させていただきます。

なお、本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

〒781-8515 高知県高知市池 2751-1  
高知県立大学 看護学部  
在宅看護学 准教授 川上 理子  
看護管理学 教授 山田 覚  
連絡先：090-XXXX-XXXX  
kawakami@cc.u-kochi.ac.jp

## 研究協力へのお願い

青葉の候、皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、高知県立大学看護学部におきまして在宅看護学領域で教員をしております川上理子と申します。このたびは、お忙しいところたいへんおそれいりますが、是非、アンケート調査研究への参加協力をお願い申し上げます。

今回のアンケート調査は、「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」というテーマで、高齢の利用者さんを在宅で看取るためのケアをされていらっしゃる訪問看護師の皆様が、倫理的な意思決定が必要だと感じる状況でどのように実際的意思決定をされているかを明らかにしたいと考えております。この調査によって、訪問看護師の皆様が高齢者の在宅看取りにおいて倫理的意思決定のプロセスで抱えている困難さや課題を明らかにすることができ、調査結果から課題解決のための教育プログラムの提案・悔いの残らない看取りを生み出すことのできる援助モデルを提案する上での一助とすることを目指しています。

このアンケート調査への参加は自由であり、また個人・施設が特定されることのない調査であるため、参加協力しないことでの不利益はありません。調査用紙は1枚(この「研究協力へのお願い」を含めて2枚)で、かかる時間は約10分程度です。調査用紙に回答されましたら、各自で返信用封筒に入れてそのままポストにご投函下さい。おそれいりますが、投函は6月30日までをお願いしたく存じます。投函されたことをもって、研究への参加の同意が得られたとさせていただきます。その際、封筒の裏書きにご自分の住所・氏名を記入しないようにして下さいませ。(記入がありましても、封筒はそのままシュレッダーにかけ、調査用紙のみを保管いたしますので、匿名は保障いたします。)

調査用紙の内容についての質問等があれば、下記にご連絡いただければ、直接回答させていただきます。

一度、投函されました調査用紙につきましては、個人・施設が特定できないため、参加協力の撤回ができないことをご了承下さい。

調査結果につきましては、学会誌等で発表させていただきます。また、貴ステーションにも発表したものを送付させていただきます。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

なお、本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

〒781-8515 高知県高知市池 2751-1

高知県立大学 看護学部

在宅看護学 准教授 川上 理子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：090-XXXX-XXXX

kawakami@cc.u-kochi.ac.jp



## 承諾書

(施設用)

私は、この度、「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」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

研究依頼者

平成 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

〒781-8515 高知県高知市池 2751-1

高知県立大学 看護学部

在宅看護学 准教授 川上 理子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：090-XXXX-XXXX

この承諾書と別紙の「研究協力へのお願い」、「研究計画書概要」は、研究期間（平成 27 年 3 月 31 日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

# 承諾書

(研究者控え)

私は、この度、「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」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

研究依頼者

平成 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

〒781-8515 高知県高知市池 2751-1

高知県立大学 看護学部

在宅看護学 准教授 川上 理子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：090-090-XXXX-XXXX

この承諾書と別紙の「研究協力へのお願い」、「研究計画書概要」は、研究期間（平成 27 年 3 月 31 日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。



# 承諾取り消し書

(施設用)

高知県立大学看護学部

川上 理子 宛

私は自由意思に基づいて、「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」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者) \_\_\_\_\_

署名 (研究依頼者) \_\_\_\_\_

〒781-8515 高知県高知市池 2751-1

高知県立大学 看護学部

在宅看護学 准教授 川上 理子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：090-090-XXXX-XXXX

# 承諾取り消し書

(研究者控え)

高知県立大学看護学部

川上 理子 宛

私は自由意思に基づいて、「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」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者)

署名 (研究依頼者)

〒781-8515 高知県高知市池 2751-1

高知県立大学 看護学部

在宅看護学 准教授 川上 理子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：090-090-XXXX-XXXX

## 研究計画書概要

### 1. 課題

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

### 2. 研究の背景

今日のわが国では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、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。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。

さまざまな先行研究より、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明らかになっている。「看取り」とは、患者の苦痛緩和や安寧を目指すと共に、家族が患者の死が近いことを理解して、揺れながらも患者に寄り添うことを意味し、看護師は、よりよい「看取り」ができるよう支援する役割を持っていると考えることができる。訪問看護師が実施する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意思決定は重要であると考えられる。

### 3. 研究の目的

本研究は、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、訪問看護師が家族とともに、悔いの残らない看取りを生み出すことのできる援助モデルを示唆する上での一助とする。

### 4. 研究課題

- 1) 訪問看護師の倫理的意思決定はどのようなものか
  - ①倫理的意思決定の必要な状況はどのようなものか
  - ②倫理的意思決定の必要な状況の分析はどのようなものか
  - ③状況の分析を踏まえての決定とはどのようなものか
  - ④決定したことの評価とはどのようなものか
- 2) 倫理的意思決定に影響する要因は何か

### 5. 研究の意義

本研究を実施することで以下のことを期待できる点が有意義であると考えられる

- ①訪問看護師の現状分析
  - －高齢者の在宅看取りにおいて倫理的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、
- ②訪問看護師の課題の明確化
  - －在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定が必要な状況に対する感受性、分析力、意思決定の不十分な部分、影響要因を明らかにする、
- ③課題の解決方法の提案－教育プログラムの提案が可能となる

### 6. 研究概念の枠組み

D.P.オルセンの倫理的意思決定の枠組みを参考に以下のような枠組みを作成した。

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である。

在宅看取りで訪問看護師が会う倫理的価値の対立や不確かな状況とは、【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、という状況である。

分析とは、多面的な要素を分類し、同時に比較検討することによって以下の5つの側面から倫理的に分析することである。①事実—事実には単純で実証的な事実と、主観的な事実が存在する。事実は状況に関連するものであり、常に解釈を必要とするものであるが、それを解釈し把握する、②決定—問題解決のために必要とされる倫理的な決定の性質と内容を明確化する、③区別—倫理的な決定のため、1つの状態あるいは状況と、それとは反対の状態や状況を明確にする、④社会的文脈—その状況が存在している環境によってもたらされる社会的意味を探究する、⑤権力と権限—法律等で定められた公的な権限と、専門職との関係性・家族の関係性からくる非公式な権限があり、状況に関わるものを明確にする

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である。

決定の評価とは、決定したことを倫理原則の遵守、選択した方法論の正当性、看取りについて倫理的価値について評価することである。

影響要因は、倫理的意思決定に影響する要因である。

## 8. 研究予定期間

平成26年5月10日~平成27年3月31日

## 9. 研究方法

### 1) 研究デザイン

質問紙調査による量的研究

### 2) 研究対象者

高齢者の在宅看取りを支援した経験のある訪問看護師約500名

### 3) 対象者へのアクセス方法・データ収集方法

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する。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、返送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)と返送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。回答した質問紙は無記名・郵送での回収とする。

### 4) データ分析方法

統計用ソフトを用い、各項目の記述統計、概念の因子分析、プロセスのパス解析を行う。

## 10. 倫理的配慮

### 1) 研究参加施設に対する倫理的配慮

施設に理解を求め同意を得る方法

研究協力依頼書(施設用)を用いて、研究参加者が所属する訪問看護ステーションの所長または施設長に、以下に掲げる研究の主旨・目的、方法、倫理的配慮について、十分に説明し、承諾を得る。承諾書の署名を以て承諾を得たものとする。

#### ① 研究協力の自由意思の保障・研究協力の撤回が自由に行えること

- ・ 研究への協力は自由意思とし、研究協力の諾否によって、不利益を被ることは一切ないことを保障する。
- ・ 途中辞退(質問紙を配布前に限る)については、承諾取り消し書を研究者に送付していただき、研究者にて署名した承諾取り消し書が、所長または施設長に返送された時点での同意取

り消しとすることを保障する。

② 施設のプライバシーの保護

- ・ 配布する質問紙・返送用封筒はすべて同じ色・材質のものを使用し、通し番号等の判別する記号は使用せず、回収時に施設を特定することができないようにする。
- ・ 収集したデータは、大学内で厳重に保管し、本研究以外には一切使用せず、研究終了時には速やかにデータを破棄することを保障する。

③ 結果の公表の仕方

- ・ 研究結果は、博士論文として公表すること、関連分野の学会や学会誌などへの発表・投稿することを事前に説明する。その際、プライバシーや匿名性の保持に十分に配慮することを保障する。
- ・ 希望する場合は、研究としてまとめたものを配布することを約束する。

④ 施設の心身の負担への配慮

- ・ 疑問等が生じた時点で、いつでも研究者と連絡が取れる体制を整えることを保障する。

⑤ 施設が受ける利益や貢献

- ・ 勤務している訪問看護師さんが高齢者の在宅看取りにおいて倫理的意思決定のプロセスで抱えている困難さや課題を明らかにすることができ、調査結果から課題解決のための教育プログラムの提案・悔いの残らない看取りを生み出すことのできる援助モデルを開発が期待できることにより、今後の訪問看護技術の向上が望める

## 2) 研究参加者に対する倫理的配慮

### 研究参加者に対し理解を求める方法

研究協力依頼書（参加者用）を用いて、以下に掲げる研究の主旨・目的、方法、倫理的配慮について、十分に説明し、研究協力について理解を得る。

① 質問紙調査への参加の自由意思の保障・参加の撤回が自由にできること

- ・ 質問紙調査への参加は自由意思とし、参加の諾否によって、不利益を被ることは一切ないことを説明する。
- ・ 回答した質問紙をポストに投函したことをもって研究参加の同意が得られたこととする

② プライバシーの保護

- ・ 研究協力依頼書を用いて、返送用封筒の裏書きに研究参加者自身の住所・氏名を記入しないように依頼し、また、住所・氏名の記入があった場合も、封筒はそのままシュレッダーにかけ、調査用紙のみ保管することを説明し、匿名性を保障する。
- ・ 収集したデータは、大学内で厳重に保管し、本研究以外には一切使用せず、研究終了時には速やかにデータを破棄することを保障する。

③ 結果の公表の仕方

- ・ 研究結果は、関連分野の学会や学会誌などへの発表・投稿することを事前に説明する。その際、プライバシーや匿名性の保持に十分に配慮することを保障する。

④ 心身の負担への配慮

- ・ 疑問等が生じた時点でいつでも研究者と連絡が取れる体制を整えることを保障する。

⑤ 生じる不利益や危険性

- ・ 質問紙調査の回答に10分程度かかるため、時間的な負担になる可能性がある。
- ・ 匿名性が保たれているため、投函後の研究参加辞退を希望することができない。
- ・ 在宅での看取りに関する倫理的意思決定に関する内容であるため、自身のケアを振り返ることで精神的な負担感を感じる可能性がある。

⑥ 受ける利益や貢献

- ・ 回答することによって自身の在宅看取りにおける自身の倫理的意思決定について洞察することができ、課題を見出すことができる可能性がある。

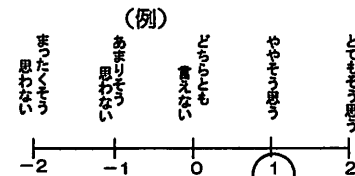
「高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定」調査

I. あなた自身のことについて質問します。以下の質問について ( ) 内に記入、または当てはまる丸数字に○をつけて下さい。

1. 看護師歴 ( ) 年
2. 訪問看護師歴 ( )
3. 在宅看取りに関わる頻度 だいたい ( ) ヶ月に ( ) 例ぐらい
4. 倫理について勉強した機会(複数回答可)
  - ① 学校で学んだ
  - ② 事例検討会で学んだ
  - ③ 勉強会で学んだ
  - ④ 研修で学んだ
  - ⑤ その他 ( )
5. 倫理について勉強した内容(複数回答可)
  - ① 生命倫理
  - ② 医療の倫理
  - ③ 看護倫理
  - ④ 研究の倫理
  - ⑤ 倫理学
6. 以下は一般的なストレスについての質問です。あまり深く考えずに答えてください。回答は3つから1つ選んで○をつけてください。

6-1. 体がだるくなかなか疲れがとれない	ない 0	ときどきある 1	よくある 2
6-2. 頭がすっきりしない(頭が重い)	ない 0	ときどきある 1	よくある 2
6-3. 何かするとすぐ疲れる	ない 0	ときどきある 1	よくある 2
6-4. ちょっとのことで腹がたったりいらいらすることがある。	ない 0	ときどきある 1	よくある 2
6-5. 私の努力を正当に評価してくれる人がほしいと思う	ない 0	ときどきある 1	よくある 2
6-6. 人を信じられないことがある。	ない 0	ときどきある 1	よくある 2

II. 高齢者の在宅看取りに関わった事例を想定してお答えください。以下の質問について、右の例のようにあてはまる数字を1つ○で囲んで下さい。



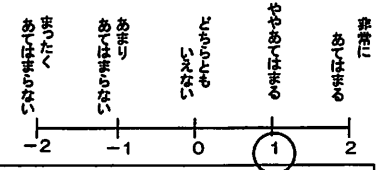
1. 高齢者の在宅看取りの事例に関わるなかで、倫理的な課題(価値の対立や不確かな状況)だと感じたことはありますか

1. 経口摂取困難になった方への経管栄養をすることが迷うことがある	-2	-1	0	1	2
2. 経口摂取困難になった方への胃ろう造設をすることが迷うことがある	-2	-1	0	1	2
3. 心機能低下・心不全の方への輸液を補給することが迷うことがある	-2	-1	0	1	2
4. 腎機能低下・腎不全の方への輸液を補給することが迷うことがある	-2	-1	0	1	2

(前ページより続く)

5. 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	-2	-1	0	1	2
6. 療養者と家族の希望が異なっている	-2	-1	0	1	2
7. 看護師の勧めたいことと療養者の希望が異なっている	-2	-1	0	1	2
8. 看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっている	-2	-1	0	1	2
9. 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	-2	-1	0	1	2
10. 在宅が療養者にとってよいことかどうかの迷いがある	-2	-1	0	1	2

2. 今までに関わった事例で倫理的な課題があると思ったとき、課題を解決するために、どのようなことを検討しましたか。

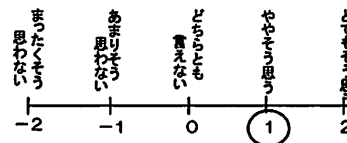


11. 療養者の病態(予後予測含む)を把握する	-2	-1	0	1	2
12. 家族の生活についての情報(介護者の健康状態・経済状態・介護能力・認知力)を把握する	-2	-1	0	1	2
13. 療養者の希望を把握する	-2	-1	0	1	2
14. 家族の希望を把握する	-2	-1	0	1	2
15. 倫理的な価値の対立が起こっているか整理する	-2	-1	0	1	2
16. 看取りに向けて目標を明確にする	-2	-1	0	1	2
17. 看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する	-2	-1	0	1	2
18. 療養者が意思決定能力を有しているかを確認する	-2	-1	0	1	2
19. 現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する	-2	-1	0	1	2
20. 現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する	-2	-1	0	1	2

(前ページより続く)

21.	ケアがボランティアや持ち出しにならないか検討する	
22.	すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する	
23.	現在の社会的な風潮のなかで、妥当かどうか検討する	
24.	現在の訪問看護のあり方として、妥当かどうか検討する	
25.	「保健師助産師看護師法」を考慮して検討する	
26.	「日本看護協会看護者の倫理綱領」を考慮して検討する	
27.	「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会 2008)を考慮して検討する	
28.	「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-」(日本老年医学会 2012)を考慮して検討する	
29.	主治医の意向を考慮して検討する	
30.	家族の関係性を考慮して検討する	

3. あなたが高齢者の在宅での看取りで倫理的な意思決定をされた典型的な事例を想定してお答え下さい。高齢者の在宅看取りにおける倫理的な課題についてどのような要因が、訪問看護師の意思決定に影響すると思われますか。

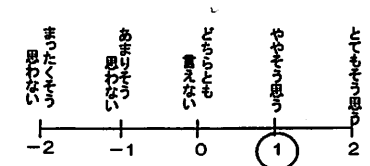


31.	家族(主介護者)の健康状態がよい	
32.	家族(主介護者)の介護負担が少ない	
33.	家族(主介護者)の在宅看取りへの意欲がある	
34.	経済状態がよい	
35.	家族で大切にしている価値観がある	

(前ページより続く)

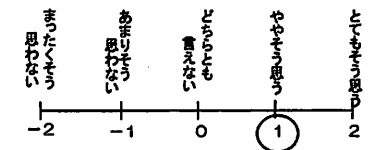
36.	家族を取り巻く人間関係がよい	
37.	療養者の意思決定能力がある	
38.	療養者のQOLが高い	
39.	療養者の医療依存度が低い	
40.	予後予測による療養者に残された時間が多い	

3. 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



41.	看護師としての倫理原則を遵守する	
42.	看護師として自分が正しいと思う方法を選択する	
43.	看護師としてよい看取りとなるようにする	

4. 高齢者の在宅看取りにおける倫理的な課題について意思決定したことをあなたはどのように評価しますか



44.	看護師としての倫理原則を遵守した意思決定になっている	
45.	看護師として選択した方法論は正しい	
46.	看護師としてよい看取りができている	

以上で質問は終わりです。最後までありがとうございました。