

急性期病院の熟練看護師が行うエンド・オブ・ライフケアに  
おける超高齢者の療養場所選択についての  
意思決定支援の構造

**Structure of Decision Support for the Oldest Old  
by Expert Nurses in the Selection of Care Location  
During End of Life Care in Acute Hospitals**

矢野 真理

Yano, Mari

2019 年度 博士(看護学)論文

主研究指導教員：小林 裕美

日本赤十字九州国際看護大学大学院

看護学研究科共同看護学専攻

# 抄 録

## I. 研究の動機と背景

わが国は、超高齢社会を迎え、人生の終焉をいかに支えるかが医療と社会にとって大きな課題となっている。最善の終末期と死が実現されるよう支えるうえで、病む人・痛む人に伴走することを使命とする看護師がとりわけ大きな役割を担うことは言うまでもない。

わが国の高齢化率は、27.7%を超え(総務省, 2017)、世界一高齢化が進んだ国となっているが、この状況に医療体制も社会環境も十分に対応しているとは言い難い。超高齢者(85歳以上の高齢者; 以下超高齢者)が何らかの症状を発すると多くは急性期病院に入院するが、近年は平均在院日数が厳しく制限されるようになったため、退院後の療養場所を短期間のうちに決定することを求められる。それについて、専属の退院支援看護師の配置などの努力は払われているが、退院支援看護師は常に患者と接しているわけではないため、意思を明確に表明しない、あるいはできない超高齢者の希望をくみ取るのは困難である(原田, 松田, 長畑, 2014)。最善の終焉が実現されるよう支援するには、患者や家族を最も近くで観察している病棟看護師が、患者や家族の意思をくみ取り、必要な情報を提供することが重要な役割と報告されている(宇都宮, 坂井, 2016)。しかし、この役割は多くの看護師が容易に担えるものではない。研究者自身は、超高齢者の終末期医療で家族が代理意思決定するための熟練看護師の支援について明らかにしたが、熟練看護師は入院生活で超高齢者に見られる何気ない言葉や表情の示す意味を、専門職として捉えた視点を添えて家族に伝えることで代理意思決定を支えていた(矢野, 2015)。しかし、終末期医療に関する意思決定は、医療選択のみで考えることは難しく、そこには必ず退院後の療養場所を見据える必要性があり、特に超高齢者において顕著であることも明らかとなった。そのため、超高齢者のエンド・オブ・ライフケアを考える上で、急性期病院で医療を受けた超高齢者が次の療養場所について意思決定する際の支援は重要な課題であると考えた。

## II. 研究目的

本研究では、エンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援を行うために、急性期病院の熟練看護師が超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、意思決定支援を実践しているかについての構造を明らかにする。

### Ⅲ．研究方法

研究デザインは、質的探索的研究である。研究参加者は、急性期病院の看護師経験年数10年以上の看護師とした。データ収集は、半構造化面接法を用いてインタビューを行った。録音した内容から逐語録を作成し、質的統合法(KJ法)を用いて分析した。まず、研究参加者一人ずつの個別分析を行い、その後、個別分析の最終ラベルとなったデータから2段下のラベルのデータを用いて総合分析を行った。

### Ⅳ．結 果

研究参加者は10名で、看護師の経験年数の平均は18.7年であった。個別分析では、それぞれの熟練看護師の実践を明らかにでき、総合分析では、急性期病院の熟練看護師が行う意思決定支援について、6枚の最終ラベルを図解することで構造を明らかにできた。

まず、個別分析の結果については、N1～N4氏の実践の特徴を以下に記す。

N1氏は、超高齢者を枠にはめずに捉えるとともに超高齢者の傾向を踏まえて関わっていた。さらに、超高齢者の療養場所の決定は、終焉を生きる場所の選択になることを意識して本人の生き方を尊重し、近親者と意向の調整を行っていた。N2氏は、超高齢者の見えにくい意思を探ろうとする実践が特徴であり、こっそり囁く言葉に超高齢者の本心があると考えたり、超高齢者が歩行訓練をする姿から帰宅に向けての意思を捉えたりしていた。また、超高齢者には、医療者には見せない頑固さや家族に言わない本心があることも理解していた。N3氏は、入院中の超高齢者の落ち着いた言動を読み解いて、表現できない帰りたい気持ちを理解したり、セルフケアを維持しようとする意欲が自宅に帰る原動力であると判断したりしていた。さらに、退院のタイミングなどについて、躊躇せず自分の意見を医師に伝えるなどの積極的な行動が際立っていた。N4氏は、超高齢者の年齢ゆえの本音を身内に置き換えて想像して理解し、さらには医療者や家族など超高齢者を取り巻くすべての人の心情を重視する支援が特徴であった。

次に、総合分析の結果について、最終ラベルの図解から明らかにした構造について説明する。シンボルマークは、【 】で示す。

看護師は、超高齢者の意思を【超高齢者への理解の追求】と【家族への理解の追求】、つまり超高齢者と家族の両面から捉え、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】を尊重する意思決定支援を行っていた。【超高齢者への理解の追求】とは、超高齢者の本心や回復をうながす手がかりを日常的関わりの中で探求するということである。そのため、看護師

は超高齢者との日常的な関わりを重要視していた。また、【家族への理解の追求】とは、看護師が、家族を超高齢者の介護を背負い本人の意思決定に影響を与える存在として捉え、家族の心情に理解を深めた関わりを行うということである。【療養場所決定の中にある本人の尊厳】とは、看護師が、療養場所選択の意思決定支援の過程において、本人の気持ちの揺れや皆の気持ちのズレを調整するために、多様な価値観のすり合わせや、自身の個人的体験や知識も応用して、本人の本心を探求することである。同時に、超高齢者の療養場所を考える際、【超高齢者側から見た最適医療】と【医療者側から見た最適医療】の視点が必要で有益である。【超高齢者側から見た最適医療】とは、看護師が、現在の超高齢者世代の持つ医師への敬意と忠誠心や、未知なる自律力があるという傾向を踏まえて最適医療を検討することである。その一方で、【医療者側から見た最適医療】とは、看護師が、医師の責任で進める治療や余命告知による超高齢者の心身への負担により療養場所選択に与える影響を考え、医療の加減を見定めることである。看護師は、医師と患者の調整役を果たしていたが、それ故に、病院医療に依存した超高齢者が辿る転帰を予測できるからこそ、在宅療養の可能性を含め、超高齢者の希望する場所での療養が実現される可能性を広げるべく支援を行っていた。これが、【病院医療依存の中にある本人の尊厳】のことである。以上に示した意思決定支援の構造の中で、看護師の全ての支援を主導する考えは、『超高齢者の尊厳追求』であった。

## V. 考 察

個別分析により、熟練看護師が行う超高齢者や家族の捉え方や、意思決定支援についての具体的な実践を明らかにでき、次の総合分析により、看護師の意思決定支援の構造を明らかにできた。その意思決定支援の構造に伴い得られた知見について考察する。

看護師は、【超高齢者への理解の追求】と【家族への理解の追求】の両面から超高齢者を捉え、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】を尊重するという支援を行っていた。この3側面に共通していたのは、超高齢者の本心を模索したり、本人や家族の立場を考慮したりという看護師の学ぶ姿勢や役割意識の高さであった。従って、この3側面を看護師の『学ぶ姿勢が生み出す実践知』と考えた。また、超高齢者の療養場所を考える際、【超高齢者側から見た最適医療】と【医療者側から見た最適医療】の視点が有益であるため、看護師には、入院中の超高齢者の世界観を理解できる洞察力や広い視点が必要である。さらに医師との連携を含めたチーム医療における調整や、退院後も継続する医療行為が療養場

所に及ぼす影響を予測できる力が求められることも明らかになった。従って、超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援は、病院医療依存傾向にある中で超高齢者の希望が叶えられるよう模索する支援であり、『超高齢者医療のあり様への挑戦』であると考えた。超高齢者の療養場所選択は、終焉の場となる可能性もあることから、看護師は可能な限り本人の尊厳を尊重しようとして希望場所を叶えたいと考えていると思われた。つまり、必ずしも超高齢者の希望する療養場所への移行ができていないからこそ、【病院医療依存の中にある本人の尊厳】という本人の尊厳を中心に据えた行動をしていたといえる。

以上に述べたように、超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援は、最終的に必ずしも本人の希望が叶うとは限らない困難さはあるが、意思決定支援の中心にあるのは『超高齢者の尊厳追求』であるという強い思いを持ち、超高齢者に合わせた支援を探求し続けることが重要であると考えている。

最後に看護実践への示唆として2つを述べる。1つは、在宅看護の実践や研修を活かす教育の促進である。病棟看護師にとって、訪問看護などの在宅看護の経験は、次の療養場所に繋げる支援に有効で、研修などが勧められている。研修を通して病院側と地域側が共有すべき有効な情報について明確に学ぶことが必要である。もう1つは、看護師の日頃の看護実践に加え、看護以外の自己の体験、身内における在宅介護の体験などの多方面からの体験をリフレクションすることを取り入れた教育方法を開発することである。超高齢者の療養場所選択の意思決定支援は、熟練看護師の学ぶ姿勢があったからこそ成し得ており、このようなりフレクションを取り入れた教育方法を開発できれば、病棟看護師がそれぞれの実践から学び、超高齢者の特徴を踏まえた意思決定支援が実現できていくものと考ええる。

## VI. 結 論

1. 超高齢者と家族の理解を追求して療養場所選択への支援に繋げることは、日常的な関わりを行う病棟看護師の役割であるが、看護師の日々の学ぶ姿勢があるからこそなし得る実践である。
2. 超高齢者を取り巻く医療の中で看護師は、超高齢者側と医療者側の双方から見た最適医療を考え、療養場所の希望を叶えられるよう模索する支援を行っており、超高齢者医療のあり様への挑戦をしていた。
3. 超高齢者の療養場所選択についての意思決定支援は、病院医療依存傾向による困難

や必ずしも本人の希望が叶うとは限らない困難の中で、不安定さを伴って実践されており、それ故、超高齢者の尊厳の追求を中心に据えた支援である。

4. 超高齢者の療養場所選択で生じやすい家族との意向の相違には、家族優位の決定にならず本人の尊厳に繋がるよう、相違の根源に応じて、家族の理解不足の解消や本人が意思表示できる場の設定等を行う支援が重要である。
5. 急性期病院の看護師が、表現されない超高齢者の意思をくみ取るには、相手に思いをよせる基本的な看護の姿勢とともに、リスク回避を優先しがちな医療者側の捉え方とならないように自らを点検する姿勢が大切である。
6. 超高齢者に特に特徴的なことは、療養場所選択は、終焉の場所を決めることになり得るため、可能な限り本人の希望場所に近づける支援が必要であることである。そのために病棟看護師は、日常的な関わりから超高齢者の意思をくみ取り、超高齢者に適した医療の加減を見定め、また超高齢者が自らの生き方の転換点を作り出す支援を実践していく役割が求められる。

# **Structure of Decision Support for the Oldest Old by Expert Nurses in the Selection of Care Location During End of Life Care in Acute Hospitals**

## ***Objective***

The purpose of this study was to clarify the structure of how experienced nurses in acute hospitals support decision making by assembling the hopes of the oldest old and their families in order to select a place of care for the oldest old in end-of-life care.

## ***Method***

This was a qualitative exploratory study. Research subjects were nurses in acute hospitals with 10 years or more of experience. Data was collected using a semi-structured interview using an interview guide. The results were analyzed using a qualitative synthesis method (K.J. method).

## ***Results***

There were 10 participants in the research. Comprehensive analysis showed the structure of decision support. The practices of the nurses derived from them were as follows:

- {1} From their daily involvement with patients, nurses try to understand the true feelings of the oldest old and to discover clues to their recovery.
- {2} Nurses understand the feelings regarding the oldest old from both the patient's and family's perspectives, and aim to enhance the family's understanding of the patient's feelings in order to prevent family-oriented decision making.
- {3} It is impossible to consider care location for the oldest old without also considering medical treatment. Nurses must think about optimum medical care from both the patient and medical sides while searching for a desirable care location.
- {4} Since the care location may be the place of death for the oldest old, nurses try to respect the wishes of the patient in choosing this location as much as possible.
- {5} For nurses, the overall idea underlying the structure of decision support was the pursuit of dignity for the oldest old.

## ***Discussion***

The role of ward nurses in regular contact with the oldest old and their families is pursuit of the understanding of both parties, leading to supported decision making in the choice of care location. This practice is enabled through the learning attitudes displayed by nurses on a daily basis. Nurses consider the optimum medical treatment from both the perspective of the oldest old and medical side, and offer support in realizing the hopes of the patient in the location of medical treatment. This can be considered the challenge in providing medical care for the oldest old. Decision support for the oldest old in the choice of care location is difficult due to a tendency for medical dependency which means the hopes of the patient cannot always be fulfilled. Therefore, there is some instability in its practice, and support is centered on the pursuit of dignity for the oldest old.

From now on, it is important to promote the training of home nursing and to learn about the information that should be shared from both the hospital and regional sides. Furthermore, we believe that it is necessary to develop an education method of comprehensive reflection that incorporates nursing practice, experiences other than nursing care, and the care experiences of relatives.

***Keywords:*** oldest old, end of life care, expert nurses, selection of care location, decision support, acute hospital



## 《目 次》

### I. 序論

A. 研究の動機と背景 .....	1
-------------------	---

### II. 文献検討

A. エンド・オブ・ライフケアの概念 .....	3
B. 超高齢者のエンド・オブ・ライフケア .....	4
C. 超高齢者の意思決定支援 .....	5
D. 超高齢者の療養場所に関する社会的背景 .....	6
E. 高齢者の意思決定支援と日本の文化的背景 .....	6
F. 文献検討のまとめ .....	7

### III. 研究の目的と意義

A. 研究の目的 .....	8
B. 研究の意義 .....	8
C. 用語の定義 .....	9
1. エンド・オブ・ライフケア .....	9
2. 意思決定支援 .....	9
3. 熟練看護師 .....	9
4. 療養場所 .....	9

### IV. 研究方法

A. 研究デザイン .....	10
B. 研究参加者 .....	10
1. 研究参加者の選定基準 .....	10
2. 研究対象施設の選定基準 .....	10
3. データ収集期間 .....	11
4. データ収集方法 .....	11
5. データ分析方法 .....	12
6. 分析手順 .....	13
C. 真実性と信憑性 .....	14
D. 研究倫理の確保 .....	14
1. 予測される不利益及び危険性に対する配慮 .....	15
2. データおよび結果の公表に対する配慮 .....	15

### V. 結果

A. 研究参加者の概要 .....	16
B. 個別分析の結果 .....	
1. N1 氏について .....	17
2. N2 氏について .....	23

3. N3 氏について .....	27
4. N4 氏について .....	31
5. N5 氏～N10 氏について .....	35
C. 総合分析の結果 .....	
1. 総合分析の分析プロセス .....	41
2. 6 枚の最終ラベルの意味について .....	42
3. 総合分析の図解と叙述化 .....	46
<b>VI. 考察</b> .....	
A. 個別分析に基づく考察 .....	48
1. N1 氏について .....	48
2. N2 氏について .....	49
3. N3 氏について .....	50
4. N4 氏について .....	51
B. 総合分析に基づく考察 .....	51
1. 総合分析による 6 つの最終ラベルについて .....	51
2. 意思決定支援の構造（全体像）から得られた 3 つの知見について .....	54
C. 療養場所選択についての困難と支援 .....	58
D. 看護実践への示唆 .....	60
<b>VII. 結論</b> .....	62
<b>VIII. 研究の限界と課題</b> .....	63
謝辞 .....	64
文献 .....	65

## 《 表目次一覧 》

表 1	研究参加者 10 名の概要 .....	16
表 2	N1 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	19
表 3	N2 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	23
表 4	N3 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	27
表 5	N4 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	31
表 6	N5 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	35
表 7	N6 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	36
表 8	N7 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	37
表 9	N8 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	38
表 10	N9 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	39
表 11	N10 氏の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	40
表 12	熟練看護師の意味決定支援を構成する最終ラベルとラベル例 .....	41

## 《 図目次一覧 》

図 1	元ラベルとグループ編成の例 .....	18
図 2	N1 氏の図解 .....	22
図 3	N2 氏の図解 .....	26
図 4	N3 氏の図解 .....	30
図 5	N4 氏の図解 .....	34
図 6	総合分析の図解 .....	47

## 《 資料目次一覧 》

< 資料一覧 > .....	71
資料 1：研究協力依頼書(病院長用) .....	72
資料 2：研究協力依頼書(看護部長用) .....	75
資料 3：承諾書 .....	78
資料 4：研究参加依頼書(研究参加者用) .....	79
資料 5：研究参加同意書(研究参加者用) .....	82
資料 6：研究参加同意撤回書(研究参加者用) .....	83
資料 7：インタビューガイド(研究参加者用) .....	84

## I. 序 論

### A. 研究の動機と背景

本研究では、エンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援を行うために、急性期病院の熟練看護師が超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、意思決定支援を実践しているのかについて検討する。

世界保健機構 (World Health Organization; 以下 WHO) は、2004 年に「高齢者は苦痛があっても十分なケアを受けておらず、終末期に希望するケアについての意思決定に関与できず、意向が反映されず、在宅死を希望しても実現が困難で、実現しても専門家による適切なケアが受けられない」という現状を指摘し、「国策として多角的に取り組み、包括的医療制度の改革により高齢者の終末期ケアをその中に組み込む必要性」を提言している。わが国では、超高齢社会を背景に、日本老年医学会 (2012a) が、「全ての人は、人生の最終局面である死を迎える際に、個々の価値観や思想・信条・信仰を十分に尊重した最高の医療及びケアを受ける権利を有する」との立場表明を行っている。一方、世界的に平均寿命は延びているが、中でも日本は、高齢化率 27.7% を超え (総務省, 2017)、平均寿命は女性 86.9 歳、男性 80.7 歳となり (厚生労働省, 2017a)、超高齢化がもっとも著しい。日本老年学会 (2017) は、65 歳以上を高齢者とすることに国民は否定的で、75 歳以上を高齢者と考える意見が多いという結果 (内閣府, 2014) を受けて、高齢者および超高齢者の定義について見直しの提言を行なったが、法律上の改正などの正式な変更には至っておらず、今後の動きが注目されている。先進国では「超高齢者」とは、85 歳以上の高齢者を指すことが多いため、本研究においても 85 歳以上を「超高齢者」と定義する。

高齢者の死亡原因疾患の第 1 位は悪性新生物であるが、超高齢者は第 1 位が心不全であり、肺炎などの慢性疾患や老衰も上位を占める (厚生労働省, 2016)。超高齢者は、慢性疾患で入院を要する事が多く、入退院を繰り返す中で徐々に機能が低下しながら終焉を迎える (Lynn & Adamson, 2003)。この終焉に至る過程では、超高齢者は加齢による全身の予備力低下や、症状の自覚の遅延などの個人差が大きいため、予後予測は難しい。現在、要介護認定を受け介護給付を受けている高齢者全体の中で、超高齢者が 5 割以上を占めており、今後入院や死亡率が最も増加する年齢層だとされている (厚生労働省, 2016a)。

急性期病院に入院した超高齢者は、近年の医療の機能分化による平均在院日数の短縮化に押されて、短期間でその後の療養場所の検討を強いられている。研究者は、看護実践の中で、超高齢者が自宅に帰りたいと意思表示をしているのに医療者が帰せないと判断した

り、超高齢者の治療や検査を優先させるあまり、いつの間にか終焉を迎えてしまったりするという悔いの残る事例を度々経験してきた。また、超高齢者は年齢相応の認知機能低下を伴うことが少なくないが、入院を契機に認知症と診断されてしまうこともある。こうして超高齢者は入院しただけで、WHO や日本老年医学会が提言する高齢者の権利を制限されたり、奪われたりする事態に直面する。在宅療養で看取った遺族に対する調査では、「意思決定における困難として入院中の療養場所の変更とその時期」があげられており、療養場所の意思決定支援は、超高齢社会であるわが国の大きな課題といえる(安藤, ニノ坂, 岡, 2015)。

エンド・オブ・ライフケアという概念は、このような高齢者医療の課題や個々の価値観、思想、信条そして信仰を尊重した医療及びケアを提供するために、近年用いられるようになってきた。このエンド・オブ・ライフケアを考える上で、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性はますます増大している(長江, 2014a)。退院支援とは、退院後の適切なケアプラン作成のために患者とその家族が利用できる、部門を越えた病院全体としてのプロセス(アメリカ病院協会, 1973)であり、個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラムである(手島, 1997)。又、退院支援への重要性は、病院での退院支援部署設置率が2001年の29.4%から2010年の73.2%(Nagata, Tomura, Murashima, 2012)と年々増加していることや、診療報酬の改定にも表されている(厚生労働省, 2017b)。退院支援部署の設置率は上昇しつつあるが、その質を担保するために専属の退院支援看護師が配置されるようになってきた。しかし、退院支援看護師は病棟看護師と違って常に患者と接しているわけではないため、もともとはっきり意思を表明しない超高齢者の意思をくみ取るのは困難である(原田, 松田, 長畑, 2014)。その点について、宇都宮, 坂井(2016)は「病棟看護師は、患者・家族の身近な存在であり、医療的な視点、生活の視点をあわせもち、患者・家族のニーズを統合的にアセスメントする能力が求められる」と述べ、病棟看護師の役割の重要性を提言している。

はたして看護師は、その役割を果たしているのかと問われれば、それは、各々の看護師によって大きな違いがあるだろう。看護師によっては日常の関わりの中から、超高齢者本人でさえ明確に気が付いていない意思をくみ取り、家族との調整も行いながら、意思決定支援の実践を行っている者がいる(島田, 2012)。Benner(1984)は、達人看護師は、適切な介入方法を選択することや、臨床状況を一目で把握できるといった直観的意思決定の能力を

持っている」と述べている。このように、熟練看護師であれば、超高齢者の療養場所選択に対して意思決定支援を行っているのではないかと考えた。本研究で熟練看護師を定義するにあたり、日本の労働研究の中の「熟練」という言葉の意味の吟味が参考となる。尾高(1989)は、熟練を判断力や集中力と有機的に関連しており、本人が意識しなくても難なく遂行できる状態であると述べている。熟練を期間で捉える見方もある。認知心理学や認知科学では、ある領域の専門的なトレーニングや実践的な経験を積み、特別な技能や知識を獲得した人を「熟達者」と呼ぶ。Ericsson(1996)は、そのレベルに到達するためには最低10年間の修練が必要であることを、芸術やスポーツ分野での研究で明らかにした。このEricssonの「熟達化の10年ルール」学習モデルは、国内外の多数の研究によりさまざまな業種の人材開発において適用可能であることが示されている。熟練看護師についての先行研究としては、熟練看護師の実践知をモデル化した研究(河口, 2008)や、看護実践に着目した複数の研究(谷本, 高橋, 服部, 田所, 坂本, 須藤ら, 2015; 長谷川, 高野, 市瀬, 2016; 村瀬, 村瀬, 2013; 原田, 2011)が蓄積されている。研究者自身は、熟練看護師が超高齢者の終末期医療で家族が代理意思決定するための支援について明らかにした(矢野, 2015)。その中で熟練看護師は、入院生活で超高齢者に見られる何気ない言葉や表情の示す意味を、専門職として捉えた視点を添えて家族に伝えることで代理意思決定を支えていた。しかし、終末期医療に関する意思決定には、医療選択のみで考えることは難しく、そこには必ず退院後の療養場所を見据える必要性があり、特に超高齢者において顕著であることも明らかとなった。そのため、超高齢者のエンド・オブ・ライフケアを考える上で、急性期病院で医療を受けた超高齢者が次の療養場所について意思決定する際の支援は重要な課題であると考えた。しかしながら、先行研究においては、詳細は明らかになっていない。そこで、本研究では、急性期病院の熟練看護師が、療養場所選択に対する超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、意思決定支援を行っているか実践内容を明らかにすることとした。

## Ⅱ. 文献検討

### A. エンド・オブ・ライフケアの概念

エンド・オブ・ライフケアは、類似する用語である終末期に特化した「ターミナルケア」、疼痛・症状管理に焦点化した「緩和ケア」から、医療を取り巻く社会背景などに影響を受けつつ、概念が成熟してきた。欧米の主要国のエンド・オブ・ライフケアの様々な定義を

概観すると、ヨーロッパでは、広義には「患者、家族、専門職が病気による死を自然の死と捉え、長くても1年から2年の期間で亡くなるとわかる状態」を指し、狭義では「亡くなる数時間、数日単位の時期に全人的なケアを提供する専門的ケア」としている (European Journal of Palliative Care, 2009; National Institutes of Health, 2004)。オーストラリアでは、人生の終末期にある人々に対し、地域サービスとヘルスサービスとをつなげてケアを提供することとしている (Palliative Care Australia, 2008, 2011)。日本では、長江 (2014a) はエンド・オブ・ライフケアとは、「健康状態、疾患名、年齢に関わらず差し迫った死あるいは、いつかは来る死について考える人が最期まで最善の生を生きることができるよう支援することである」と定義している。エンド・オブ・ライフケアは、アメリカの Kathleen (1999) のエンド・オブ・ライフケアに影響を受け、1999 年以降日本で普及した (佐々木, 2012)。Kathleen は、エンド・オブ・ライフケアについて「人生の終焉は誰にでも訪れ、終焉の原因 (死因) が病気のことが多く、しかも原因となる最近の病気の多くは長い経過をとる。そのような最期の日々の痛みや苦しみを十分に治療され、本人が望むとおりに過ごせるよう支援する」と述べている。エンド・オブ・ライフケアには、このように世界でも未だ統一された概念はない。超高齢化は世界でも日本が先頭を切って直面する課題であるにもかかわらず、わが国ではまだ研究が少なく、この概念を議論することには重要な価値がある (佐々木, 2012; 長江, 2014b)。

## **B. 超高齢者のエンド・オブ・ライフケア**

エンド・オブ・ライフケアについての研究の中でも、超高齢者についての研究は、国内外を合わせても 50 件ほどしかなく、しかも多くは治療や薬剤など臨床医学に関する内容である。その中の質的研究のひとつに、英国の 95 歳から 101 歳を対象にした研究 (Fleming & Farquhar, 2016) がある。超高齢者は、死と常に背中合わせで暮らし、長く生き過ぎたと悩みつつも、平和に苦しまずに死を迎えることが共通した理想とされている。さらに、超高齢者はエンド・オブ・ライフケアについて語りたいが、実際には語る場や語る相手がいないことが明らかにされていた。また、超高齢者の病院死に関する量的研究では、85 歳以上の 62% が病院で最期を迎え、年齢、死因、療養境遇の悪さ、救急外来受診の数と合併症が病院死と有意に関連していた。また、ケアホーム住人や認知症の診断があるものは有意に病院死が少なかった (Pocock, Ives, Pring, Verne, & Purdy, 2016)。ポルトガルの研究では緩和ケアが充実していない現状から、85 歳以上の死亡数増加による病院死の増加を懸念し、5

年ごとの死亡場所の傾向を分析し、専門的な在宅ホスピス緩和ケアチームの必要性が述べられていた (Sarmiento, Higginson, Ferreira, & Gomes, 2016)。このように、海外では、2015年から2016年にかけて超高齢者のエンド・オブ・ライフケアの研究が増加していた。研究の多くが英国でなされているのは、英国の国策としてエンド・オブ・ライフケアという概念を重視する姿勢を反映しているためと考えられる。これらの先行研究に共通していたのは、超高齢者であっても尊厳を保ち、本人の意思に沿うような医療や関わりを見出そうという目標をめざしていることである。国内での超高齢者のエンド・オブ・ライフケアについての研究は、事例による本人の生き様に関するライフヒストリーの研究 (渡辺, 渡辺, 2013) のみであり、今後研究の蓄積が必要と考える。

### C. 超高齢者の意思決定支援

超高齢者の意思を捉えるための一つの方法として、欧米諸国では自己の意思を事前に表明し、それを支える仕組み ACP (Advance Care Planning; 以下 ACP) があり (厚生労働省, 2018)、わが国の医療現場でもそれを取り入れていく流れにある。本人の意思だけに基かず、超高齢者本人と家族が寄り添って共に考えることは ACP において重要である (銘荊, 2014)。清水 (2015) は、通常の治療方針に関する意思決定プロセスについて本人、家族が状況を理解した上での意向を形成するよう支援する情報共有—合意モデルを提示している。本人の意思が確認できない場合や、家族間で意見がまとまらないときは、医療者との話し合いの中で「患者にとっての最善」と「患者の推定意思」を治療方針選択に当たっての根拠と論じている。日本看護協会 (2014) は、「高齢であることで患者の権利をわずかでも脅かされることがあってはならない。その最たるものが意思の尊重である」と述べている。厚生労働省 (2007) の意思決定プロセスのガイドラインでは、話し合いを通じて関係者が合意形成することが本人の自己決定を尊重することに先立っており、合意に至った場合に「本人の意思決定を基本とする」と言及している。また、日本老年医学会 (2012b) のガイドラインは厚生労働省のガイドラインを受け継いでいるが、これらは医師を中心とするチームに向けて示されたものである。これに対して、日本看護倫理学会 (2015) の「医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン」は、看護職が具体的な看護の使命・本質的役割を踏まえて、特に高齢者の尊厳を守ることに焦点を置き、看護職の具体的な行動を導く、あるいは考える道筋を示したものである。

森, 杉本 (2012) の研究では、高齢がん患者の終末期に関する意思決定に効果的に看護師



が関わるにあたって、たとえ認知症があってもその患者の代弁者として調整役を果たせることや、疼痛緩和・症状緩和・認知症ケアなどの知識と技術の向上が重要であると述べている。したがって、超高齢者の意思決定支援において各種ガイドラインが参考になることや看護師が調整役を果たせるということが少しずつ明らかになりつつあるが、療養場所選択についての意思決定支援については、研究の数はまだ少ない。

#### **D. 超高齢者の療養場所に関する社会的背景**

わが国の高齢化率は、2050 年まで世界で首位を維持すると推計されている（内閣府，2017）。超高齢社会を地域全体で支えるための在宅医療・在宅看取りの推進が進められているが、現状のままでは 2025 年推定死亡者数 160 万人に対し、医療機関による病床数の現状維持、介護施設の整備、自宅死亡が見込めたとしても 47 万人への終末期ケアの提供が困難と推計され、地域格差も問題とされている（内閣府）。また、国民の希望する療養場所は自宅が 57.8%であるのに対し、実際には 12.8%しか叶っておらず、病院が 77.3%という結果がある（厚生労働省，2016）。このような結果を受け、厚生労働省は、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体として提供される地域包括ケアシステムの構築を進めている。これは、病院中心の医療から、地域医療へ、プライマリヘルスケアの充実へとシフトする、生活を中心とした医療システムの変換である（長江，2014a；河野，2014）。

このような背景の中、厚生労働省（2017a）は、核家族化の進行によって日本の家族機能が弱体化し、介護を支えられない現状を述べている。自宅で介護を継続できない場合は、特別養護老人ホームなどの介護施設を利用することが予測されるが、今後、介護施設は現在の 4.5 万床の倍の 9 万床が必要になると言われており、難しい現状である。また、家族も介護負担から解放されるのとは裏腹に、家族自身の選択に迷いや葛藤を覚えると言われており、本人と同様、家族への支援が重要な課題であると考ええる。

#### **E. 高齢者の意思決定支援と日本の文化的背景**

日本老年医学会（2012a）の立場表明では、個と文化を尊重する医療およびケアの中で、「高齢者の終末期の医療およびケアは、わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重しておこなわなければならない。」と述べている。欧米の「自律性」を重要視する文化とは異なり、日本固有の「死生観」

を生み出した文化的背景があるが、それは次のような思想が根底となっている。

鈴木(1940)は、「潔く死ぬということは、日本人の心に最も親しい思想である」と述べている。浅見(2016)は、「20 世紀半ばまで、死は特別なことではなく、日常生活の延長線上に訪れる死を自然なこととして受け入れようとした。日本人は、ぴんぴんころり、大往生という言葉に表現されるように死をタブー視しなかった」と述べている。こうした社会では、自由意思を侵害するパターナリズムは問題とされなかったが、近代以降の社会において、その傾向が変化しつつある。すなわち、科学・医療技術の発達で延命治療の選択等、生死の過程を人為的にコントロールできるようになったため、社会・経済・医療の状況に合わせて、終末期療養場所の選択や死亡場所の選択について自己決定を下さなければならなくなった。

一方で小國(2008)は、現代の高齢者は、自らを「死に逝くもの」と考え、いかに迷惑をかけずに、また嫌がられずに死に向かうかという意識が強く、戦後の経済復興、高度経済成長後の哲学や死生観をそのまま持ち合わせていると述べている。これを裏付ける研究として、浅見(2016)の調査では、高齢者の理想的な死は、「迷惑をかけない死」が一位となっており、瀬戸、山本、岡崎、岡田、河井ら(2006)は、高齢者は、伝統的概念や個人が操作することができない文化の影響というものに、無意識に影響を受けていると述べている。このように、日本では人々の自由意思は現在もあまり尊重されておらず、伝統的な家父長制的関係(中根, 1967)などの日本の文化的背景が特に高齢者医療には影響を与えていると考えられる。

## F. 文献検討のまとめ

わが国は、世界で最も早く超高齢社会が進行しており、エンド・オブ・ライフケアの実践が重要な課題となってきた。超高齢者のエンド・オブ・ライフケアについての研究を概観してみると、多くは治療や薬剤など臨床的な事例に関する内容である。国策としてエンド・オブ・ライフケアに取り組む英国では最も研究が盛んであり、研究の数はこの2、3年で増加傾向にあるものの、まだ多くはなく、わが国でも少ないのが現状である。

わが国では、政策的に地域包括ケアシステムの構築が推進されており、病院では、退院支援の促進や退院支援看護師などが導入されている。だが、現実には、家族の在宅医療での介護負担が大きく、施設を希望する現状もある。しかし、全てに対応するには施設が不足しているという課題もある。このように、超高齢者の尊厳を大切にしたいエンド・オブ・

ライフケアが実践されているとはまだ言えないのが現状である。

政策が進む一方、超高齢者の意思決定支援の課題として、本人の意思が確認できない場合や、本人が意思を表明しない場合の対応の困難さが挙げられる。将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向などについて話しあう ACP の重要性が認識されてきたが、取り組みはまだ十分に進んでいるとは言えない。わが国の超高齢者は、「自らを死に逝くもの」と考え、いかに迷惑をかけずに、また嫌がられずに死に向かうかという意識が強く、戦後の死生観をそのまま持ち合わせている。そのため、ACP だけでは解決できない日本独自の文化的価値観、信条、生活様式を配慮したエンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の意思決定支援が重要な課題と考える。

### Ⅲ．研究の目的と意義

#### A．研究の目的

本研究では、エンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場所選択について意思決定支援を行うために、急性期病院の熟練看護師が超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、意思決定支援を実践しているかについての構造を明らかにする。

#### B．研究の意義

本研究の意義は、以下の4点である。

1. 本研究を行うことにより、急性期病院の一般病棟の熟練看護師が、超高齢者及びその家族の療養場所選択に対する意思決定支援を行うために、本人の意思をどのようにくみ取っているか、意思表示をどのように助けているか、本人と家族間の調整をどのように行っているか等、一人ひとりの熟練看護師の支援の詳細な記述を行うことで、実践知を可視化できる。さらに、熟練看護師の一人ひとりの分析に加え、全ての参加者の支援を総合して探索的に分析することで、複雑な意思決定支援を構造的に捉えることができる。
2. 熟練看護師の実践知が明らかになれば、退院支援において、退院支援看護師だけでは果たすことができない病棟看護師の役割が明確になり、超高齢者の意思を尊重した退院支援に繋がる。
3. 看護師の実践知を抽出することに伴い、超高齢者と家族の体験が浮き彫りになる。超高齢者と家族の本心や葛藤が把握できれば、超高齢者の尊厳を大切にすることへの示唆が

得られ、人生の最期まで最善の生を全うすることに貢献できる。

4. 現在、高齢者の意思決定支援については、高齢がん患者や認知症患者に焦点を当てた研究がなされつつあるが、超高齢者のみに焦点をあてた研究は稀少である。本研究により、一概に「高齢者」や「患者」という対象で一括りにできない『超高齢者』のエンド・オブ・ライフケアを発展させるうえでの研究の一助となる。

## **C. 用語の定義**

### **1. エンド・オブ・ライフケア**

本研究では、長江(2014a)が定義する「エンド・オブ・ライフケアとは年齢や疾患、病気を特定せず、差し迫った死や、いつかはくる死について考える人が最期までどう生きたいかについて表明し、それを支えていくプロセス」(p. 7)とした。

### **2. 意思決定支援**

本研究が対象とする意思決定支援とは、宇都宮、坂井(2016)が強調する「患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援」と大枠で一致する。また、長江(2014a)は、エンド・オブ・ライフケアにおいて、「患者や家族がどう生きたいかについて考えるきっかけを作ることや、自分が何を大事に生きてきたか、その振り返りに寄り添うこと、思いを表現できるよう支援することが意思決定支援の中で重要である」と述べている。さらに、日本老年医学会(2012b)は、高齢者ケアのプロセスに関するガイドラインで意思決定支援において「本人・家族、医療者の双方における合意形成と意思決定にいたるプロセスの重要性」を述べている。これらを総合し、本研究での意思決定支援は、「本人がどのように生きたいかを自己選択するために、療養場所選択についての意思の表明を助け、本人・家族の揺らぎに寄り添いながら、本人・家族と医療者間が合意形成に至るプロセスにおける関わり」と定義した。

### **3. 熟練看護師**

Benner(1984)の述べる達人ナースの定義に準拠し、本研究では熟練看護師とは「状況を直観的に把握し、適切な行動に結びつけていくことができる看護師」とした。

### **4. 療養場所**

本研究における療養場所とは、「病院の一般病床や自宅、高齢者施設(軽費老人ホーム、養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護施設、サービス付き高齢者向け住宅有料老人

ホーム、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床など)」を総称した。

## **IV. 研究方法**

### **A. 研究デザイン**

本研究における研究デザインは、質的探索的研究とした。

### **B. 研究参加者**

#### **1. 研究参加者の選定基準**

研究参加者は、以下の選定基準①から③を満たす看護師とした。

- ① 高齢者看護に携わった看護師経験年数が 10 年以上の看護師とした。
- ② 病棟で、夜勤業務及び日勤業務を行っている看護師とした。（夜勤体制は問わない）
- ③ 研究協力の得られた病院で、管理者により熟練看護師の条件に沿って推薦され、同意を得た看護師とした。専門看護師、認定看護師は除外しなかった。

本研究では、個別分析から総合分析を行い、共通性の中から論理を発見するために、研究対象者は 10 名程度と設定した。論理を発見するために、数多くの共通する事例が必要であると考えられるが、先行研究から得られた同手法の知見では、3 名から 7 名と 10 人未満を対象として構造化しているものが多かったため、このように設定した（島田，2012；谷本，2012；寺尾，高橋，正木，谷本，2014；谷本，高橋，服部，田所，坂本ら，2015）。

#### **2. 研究対象施設の選定基準**

研究対象施設の選定基準は、急性期病院という診療報酬基準に区分され、7 対 1 もしくは 10 対 1 看護加算を行っている一般病棟で 5 か所を対象とした。

除外基準：集中治療室 (Intensive Care Unit)、新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit)、高度治療室 (High Care Unit)、心臓血管疾患集中治療室 (Coronary Care Unit)、脳卒中集中治療室 (Stroke Care Unit)、外科系集中治療室 (Surgical Intensive Care Unit)、脳神経外科集中治療室 (Neurosurgical Care Unit)、手術室、人工透析センター、化学療法室、外来、緩和ケア病棟、小児科病棟、産科病棟を除外対象とした。除外の理由は、上記病棟の第一義的使命は救命であり超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援などの看護実践が少ないと予測されるためである。

### 3. データ収集期間

予備調査期間は 2017 年 7 月～2017 年 9 月、本調査期間は 2018 年 2 月～2018 年 8 月であった。

### 4. データ収集方法

#### a. 面接までの手続き

研究者が、研究協力依頼書(資料 1、2)を作成し、対象施設へ文書を持参し、看護部長に研究目的を説明して協力を依頼した。後日、看護部長から研究協力依頼についての承諾書及び推薦者を返信して頂き、研究者が直接推薦者へ連絡および日程調整を行った。その後、プライバシーの確保ができる一室で、研究参加依頼書(資料 4)に沿って、研究目的や同意撤回書(資料 6)について説明を行った後、研究同意書(資料 5)に承諾を得てインタビューを行った。

#### b. データ収集方法

本研究のデータ収集方法は、インタビューガイド(資料 7)を用いた半構造化面接法で行った。インタビューの場所は、研究参加者の所属する施設内の一室で、インタビューは、研究参加者 1 人につき 1 回、1 回あたり 53 分から 75 分(平均約 64 分)行った。インタビューガイドの内容は、属性、入院した超高齢者と家族に対して、療養場所の意思決定支援について実際に関わった事例について問うものとした。半構造化面接法を用いたインタビューでは、事例について詳しく自由に話してもらい、適宜、補足質問として以下の 6 つの項目を加えて実施した。インタビュー内容については、研究参加者に同意を得て、IC レコーダーに録音した。

- ① 超高齢者の意思がよくわからない時にどのように接していますか。
- ② 家族の意向をどのようにくみ取っていますか。
- ③ 本人と家族の意向が違う場合はどの様に関わっていますか。
- ④ 支援を開始するタイミングはどの様にはかっていますか。
- ⑤ 認知機能の低下している超高齢者に対して、どのように意思をくみ取っていますか。
- ⑥ 超高齢者の退院支援について大切にしている考えなどがありましたらお聞かせください。

## 5. データ分析方法

本研究のデータの分析は、質的統合法(KJ法)を用いた。

### a. 質的統合法(KJ法)を採択した根拠

本研究の分析方法として、KJ法をベースとした、質的統合法(KJ法)を使用した。質的統合法(KJ法)は、川喜田の門下生として学んだ山浦が、「KJ法」の基本理念と基本技術に準拠しながら、看護領域の研究者と積み重ねてきた看護実践の中から形を成している(山浦, 2012)。質的統合法(KJ法)は、個々の事例を重視し、まず個別分析を行い、次に総合分析を行うことを原則としている。山浦は、「個別分析では、その事例固有の『個性・独自性』が把握されるとともに、普遍性・法則性に繋がる「論理」が把握されることで、事例の実態を把握できる。」と述べている。さらに、「総合分析は、個別分析の事例から普遍性・法則性へと近づくプロセス」であると述べている。このように、順次2段階行う方法である質的統合法(KJ法)を採用することで、超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援という複雑で分かりにくい看護の実践知を明らかにできると考えた。つまり、質的統合法(KJ法)を採用することで、熟練看護師の実践知を明らかにし、熟練看護師の超高齢者と家族に対する意思決定支援の詳細を記述すること、次に、全てのデータを総合的に分析し、熟練看護師の超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造を明らかにすることを試みた。

### b. 理論的前提となる KJ 法について

次に、質的統合法(KJ法)の理論的前提となる KJ 法について説明する。川喜田(1967)は、文化人類学者で、野外調査の経験を元に、発想のための手法として「KJ法」を開発した。川喜田は、主体・客体の二元論に立つ分析的な西欧近代科学に対して、総合的な視点から「野外科学」を提唱し、主客未分離の中から実態の論理を表出する一元論に立つ科学の道筋を示した(山浦, 2012)。加えて、その原理的・実技的な可能性を模索する中で、基本技術として KJ 法を創案した。山浦は、「この発見と技術化は、新たな科学の基礎であり、人類への社会的貢献を行った」と提唱している。KJ法は、質的データからいかに意味のある知見を見出すかを目的としたものである。アメリカの哲学者チャールズ・パースは帰納・演繹と並ぶ推論形式としてアブダクションの重要性に着目した(Uwe, 2007/2012)。川喜田(1967)はこれをいち早くとりあげ、調査法の分野では、「発想法」という言葉を当てている。

Uwe(2007/2012)は、アブダクションについて、「特殊な事実からそれを説明しそうな仮説を作り出すことであり、事実レベルでは導きえないような別の概念レベルへの飛躍が行われる」と述べており、質的研究の場合には、「個別のデータを関連づけるような全体的パターンや、中核的なカテゴリーの発見に、この発想法的推論が働いている」と述べている。このように、KJ法は、質的データから意味のある知見を見出すことを目的としているため、質的研究としても多く活用されているが、その場合、アブダクションと呼ばれる発想的推論が含まれていることが特徴である。

## **6. 分析手順**

インタビュー内容から、逐語録を作成した。その後、質的統合法(KJ法)を用いて分析を行った。分析の流れとして、まず、研究参加者10名の個別分析を行った。次に、それぞれの個別分析で集約された最終ラベルから2段階下のラベルを用いて個別分析と同様の手順で総合分析を行った。

### **a. 個別分析手順**

#### **(1) ラベル作成**

逐語録より、データを単位化し、研究参加者の意思決定支援を広く取り出し、一つの意味ごとに区切り、それを抽象化しすぎないように、研究参加者自身が使っている言葉をできるだけ残して要約し、80～130字程度に単位化し、1枚のラベル中に1つの単位が入るようラベルを作成した。

#### **(2) グループ編成**

ラベルの全てに目が行き渡るようラベルを一面に広げ、ラベルの文章全体で、訴える意味の類似性に着目してラベルを2～4枚集め、方向性が似たラベルごとにグループ編成する。そして、各々のグループの意味を表すような一文を考え、表札として記述した。このグループ編成のプロセスを1段階とし、表札を付けたラベルで同じ作業を行い、段階があがるごとに集める際の類似性の距離感、抽象度を上げ、ラベルの枚数が減っていく作業を繰り返し行った。5～7のラベルになるまでその工程を繰り返し、最終ラベルとした。

#### **(3) 図解作成、図解の叙述化**

最終ラベルの関係性に着目し、最終ラベル間の一貫した相互関係を表すように論理的関係を発見する作業(空間配置)を行った。浮かび上がった空間配置の位置関係を検討し、各



最終ラベルとしてシンボルマークを記述した。さらに、図解の中に空間配置によって得られた関係性を関係記号や添え言葉で示し、最終ラベルのまとまりを見出し意味付けた場合はその言葉も記述した。最終的にでき上がった図解について、論理的に叙述化した。

## **b. 総合分析**

総合分析は、個別分析のラベルを総合する方法を使用した。まず各個別分析の最終ラベルから、2段階下のラベルを元ラベルとした。その理由は、個別分析の具体性を残しつつ抽象度が高すぎないレベルとして質的統合法(KJ法)で奨励されているためである。その後、元ラベルには、通し番号を振り、各データがどの研究参加者のものかわかるように記号を付けて分析を開始した。その後、グループ編成のプロセスを繰り返していき、最終5〜7枚のラベルになるまでその工程を繰り返し最終ラベルとした。次に、最終ラベルの関係性に着目し、最終ラベル間の一貫した相互関係を表すように論理的关系を発見する作業(空間配置)を行った。浮かび上がった空間配置の関係を検討し、各最終ラベルにシンボルマークを付け、関係記号、添え言葉を入れて図解し、その後叙述化した。

## **C. 真実性と信憑性**

本研究では、Lincoln & Guba,(1985)の文献を参考に、真実性と信憑性の確保を行った。本研究では、真実性確保のために予備調査を行い、実現可能性を確保後、本調査を行った。また、信憑性の確保は、データ分析全ての過程において、主指導教員から定期的に細部までスーパーバイズを受けることで得ることとした。スーパーバイズを行う主指導教員は、看護質的統合法研究会(KJ法)の認定インストラクターの資格を有し、実際に分析経験のある者である。また、研究者自身も、質的統合法(KJ法)の基礎研修及び、質的統合法(KJ法)指導者研修 STEP1を受けて、分析方法のスキルを訓練した。

## **D. 研究倫理の確保**

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会(承認番号:17-025)及び、共同看護学専攻研究倫理審査委員会(承認番号:17-03)の承認を得て実施した。研究者本人が看護部長に書面および口頭で説明を行い、協力施設の同意を得られた場合は、看護管理者に選定基準に沿った該当者の推薦をお願いするよう依頼した。看護部長から推薦を貰った看護師に研究者が直接会い、本研究の目的と意義、研究期間と方法、倫理的配慮、具体

的な依頼内容の説明を書面(資料4)および口頭で行った。

## **1. 予測される不利益及び危険性に対する配慮**

研究の参加は自由意思であり、協力の有無や研究途中での辞退も可能である。それにより、不利益は被らないことを事前に説明した。研究の依頼は研究者が直接行い、管理者による強制力がかからないよう配慮を行った。研究参加者に、熟練看護師の超高齢者への療養場所選択に対する意思決定支援の実践(どのように意思をくみ取っているか、どのような意思決定支援を行っているか)であり、答えたくないことは答えないでよいことを伝え、研究参加者のケアの評価を目的に行うものではないことを事前に説明した。事象を思い出し悲しい気持ちになった場合は、その思いを受容する態度で接するものとし、心理的な症状が現れた時は速やかに面接を中断することが可能であることを事前に説明した。

## **2. データおよび結果の公表に対する配慮**

- 1) 研究参加者に、研究目的、意義、方法、協力の任意性、中断の自由性、不利益が生じないこと、個人情報の保護、秘密の保持、匿名性の確保について文書と口頭で説明し、同意を得て同意書に署名を貰った上でインタビューを実施した。
- 2) インタビューは、最大限に研究参加者のプライバシーを保護するため、個室の確保を行った。
- 3) 研究で得られた情報は匿名性を確保し、個人情報の保護と管理に努め、鍵の付いたロッカーに管理、研究目的以外には使用しないことを伝えた。結果の公表については書面にて研究参加者に同意を得た。
- 4) インタビューで得られた IC レコーダー内の音声データは直ちに、研究者自身で逐語録化し USB メモリに保存した。その後、IC レコーダー内のデータは消去した。研究中に得られたデータの処理にパソコンを使用する場合はパソコンをインターネットに接続していない状態とし情報の流出を避けるよう配慮した。
- 5) データは、パソコン本体ではなく USB メモリ内に保存した。研究に使用する USB メモリは、研究室の鍵のかかるロッカーにて保管した。
- 6) USB メモリや研究中に得られたデータは、本研究の結果の最終公表について報告された日から 10 年間保管したのちに、復元不可能な状態にした後に破棄することを伝えた。USB メモリは初期化し内部のデータを全て消去し、紙媒体資料はシュレッダーにて裁

断し、復元不可能な状態にしてから破棄することを伝えた。

- 7) 研究参加者と交わした同意書および同意撤回書は鍵のかかる場所にて保管し、研究結果の発表後 10 年経過した後にシュレッダーにて裁断破棄することとした。
- 8) 研究参加の同意撤回がなされた場合、その研究参加者に関するデータを破棄するように説明した。ただし、同意撤回書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され、個人が特定できない状態等の場合は、データを破棄できないこともあることを説明した。

## V. 結 果

本研究から得られた結果について、A.研究参加者の概要、B.個別分析の結果、C.総合分析の結果の順に示す。

### A. 研究参加者の概要

本研究の研究参加者 10 名 (N1～N10 とする) の概要は、表 1 に示すとおりである。

年齢は、30 歳代から 50 歳代 (平均年齢 40.0 歳) で、看護師経験年数は、12 年から 29 年 (平均 18.7 年) であった。退院支援看護師の経験がある看護師は 1 名で、退院支援リンクナース (以下リンクナース) としての役割を担った看護師は 2 名であった。老人看護専門看護師が 1 名、慢性心不全看護認定看護師が 1 名参加した。

表 1 研究参加者10名の概要

参加者	年齢(年代)	看護師 経験年数	退院支援看護 師経験の有無	認定・専門 看護師	面接時間	元ラベル数	最終ラベル数
N1	30歳代	13年	有	老人看護 専門看護師	65分	97枚	6枚
N2	30歳代	14年	無		67分	98枚	7枚
N3	40歳代	20年	リンクナース 有		75分	125枚	6枚
N4	40歳代	19年	リンクナース 有		58分	105枚	6枚
N5	30歳代	15年	無		58分	91枚	6枚
N6	50歳代	29年	無	慢性心不全看護 認定看護師	55分	91枚	7枚
N7	30歳代	12年	無		53分	81枚	6枚
N8	40歳代	19年	無		70分	97枚	7枚
N9	40歳代	25年	無		62分	124枚	7枚
N10	40歳代	21年	無		73分	111枚	6枚

## B. 個別分析の結果

研究参加者 N1 氏～N10 氏について、事例ごとに個別分析を行った。その結果について、N1 氏、N2 氏、N3 氏、N4 氏については、個別分析の代表例として詳細に記述し、N5 氏、N6 氏、N7 氏、N8 氏、N9 氏、N10 氏については簡潔に記述するものとする。

### 1. N1 氏について

#### a. N1 氏の背景と分析プロセス

N1 氏は、30 歳代の看護師で、13 年の看護師経験があり、老人看護専門看護師である。インタビュー時間は 65 分で、逐語録より 97 枚 (001～097) のラベルを作成し、これを元ラベルとする。ラベル作成とは、データの単位化をはかり、ラベルの形に実体化することである。単位化は、データの切片化であり、1 単位は、一文で表される。1 単位には通常 120～130 文字を目安に、主語・述語に加えてできるだけ形容部分を明示し、具体的な意味を分かりやすくしている (山浦, 2012)。本研究においては、インタビューから作成した逐語録のほとんど全てを使用し、なるべく語られた表現のまま切片化する形で単位化をした。それは、研究参加者が話した内容全てを結果に活かすためである。また逐語録では文脈によって読み取れる指示語などがラベルにした時にも分かるように ( ) 内に言葉を補足するなどの工夫も行った。そのため、ラベルの字数が 200 字程度のものもあった。

次に、作成した 97 枚のラベル全てに目が行き渡るようにラベルを一面に広げ (ラベル広げ)、ラベルの文章全体で訴える意味の全体感が似ているものを 2～3 枚集めた (ラベル集め)。集まったラベルのセット全体の意味を読み取り、表札ラベルを作成 (表札づくり) した。このようにラベル広げから、ラベル集め、表札づくりを合わせてグループ編成と呼んでいる。ラベル番号は段階が上がるごとに、「A00X」「B00X」「C00X」と表示し、残っているラベルは元の番号のまま使用し、どの段階で集められたかが常に検証できるようにした。最終的に、N1 氏は 7 段階までグループ編成し 6 枚の最終ラベルとした。グループ編成の例を図 1 に示す。1 段階目のグループ編成の中で、ラベル 012 と 007 を集め、A008 という表札ラベルを記載した。2 段階目では、A008 と 085 のラベルを集め B004 と表札ラベルを記載した。表札は、元のラベルと同じくらいの字数で作成するため、具体性を残しつつ、段階が上がるごとに抽象度が上がっていく。N1 氏のグループ編成のプロセスは、元ラベル 97 枚 (001～097) から 22 枚の 1 段階目ラベル (A001～A022) を作成した。残り 52 枚は、元ラベルのままこの 22 枚と合わせ、74 枚のラベルで 2 段階目のグループ編成を行った。同様に 2

段目ラベル(B001～B018)、3 段目ラベル(C001～C017)、4 段目ラベル(D001～D012)、5 段目ラベル(E001～E008)、6 段目ラベル(F001～F005)、7 段目ラベル(G001～G006)と繰り返した。グループ編成を繰り返すごとに統合され、最終的に数個のグループにまとめられることになる。

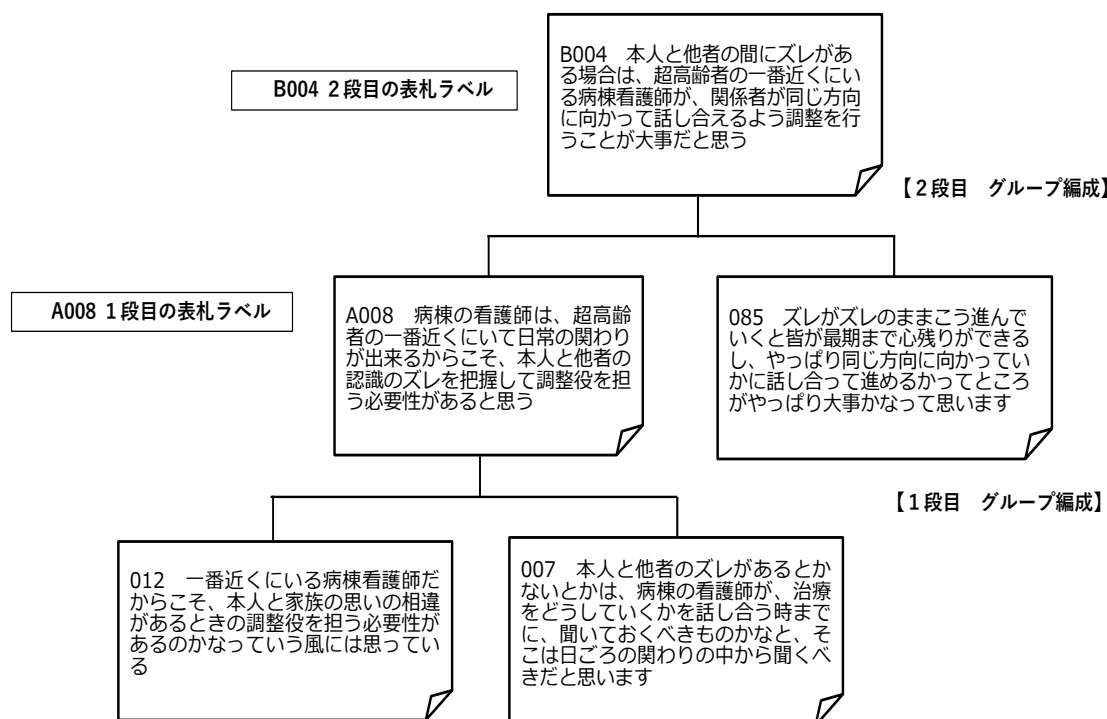


表 2 N1氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】	ラベル例
最終ラベル	
<p>【超高齢者の自律的側面を尊重する：  <b>枠にはめずにありのままを捉える努力</b>】  G003 超高齢者に対し認知症、せん妄、性格と枠にはめた捉え方をせず、自身でできることの喜びの感情や療養への意欲を支えたり一人の人としてありのまま捉えるようにしている。</p>	<p>O54 （超高齢者の言動に対し）どうしても性格でかたづけられることが多いけど、例えば認知症という病気とせん妄が重なっているからかもしれないし、その見極めのためにまずは接近して関わるところが必要かなと思います。</p>
<p>【超高齢者の傾向を踏まえる：  <b>他者に委ねる傾向や消極的治療姿勢の理解</b>】  G001 超高齢者は、一日でも長く生きて欲しい家族の思いに応えるため決定を他者に委ねたりすることや、治療に足踏みしたくなる気持ちがあること、年齢ゆえの面倒さがあるなど受動的な姿勢に見えがちな超高齢者の真意をくみ取って受容するようにしている。</p>	<p>O56 たぶん、辛かったんだろうと思う、(治療を継続)しないといけないっていうことも分かっているし、したいとも思ってるんだけど、何のために頑張るのかわからないって言っていた。</p>
<p>【療養場所を左右する終焉を生きる場所：  <b>本人の生き方の尊重と近親者との調整</b>】  G004 超高齢者の療養場所の選択は、その年齢だけでひとくくりにせずどんな人生を送ってきたか終焉である事実を意識しながら、遠方にいる家族の同意だけではなく本人と近親者で最善を練ることが大切と考えている。</p>	<p>O04 やはりその療養場所の選択ってなると、本人がご自宅に戻りたいと思っていても、近隣の近い方、ご家族とか、ご兄弟とか含めて、そういった方々の希望や気持ちも一緒に考えていくっていうところが必要。</p>
<p>【療養場所を左右する援助と自立の妥協点：  <b>機能低下と自立、治療・支援体制による影響</b>】  G005 超高齢者は手術や治療で機能低下するため、本人の自覚を促しながら見出した援助と自立の妥協点が次の看護体制次第で変更される事や、透析導入など治療の選択が療養場所にも影響するという実情がある。</p>	<p>E003 治療の選択によっては、その後の療養場所が狭くなる可能性もある、だからといって年齢だけでできないと判断されている治療がないか、医師の説明に誤った解釈をしていないかなど、本人の真意を確認しながら関わっています。</p>
<p>【治療の場でも行える支援：  <b>1～2秒の余裕を持つケア、思いを引き出す関わり</b>】  E001 超高齢者は急性期病院に入院するがゆえ、最期まで治療をすることが多く、看護師は、思いを引き出すために視線を合わせた手や握ったりする1～2秒の余裕を持つ関わりをしている。</p>	<p>O27 例えば検温や処置の際、思いを引き出すために視線を合わせる、手を握る1～2秒の余裕を持つことで意思をくみ取れるという関わり方のことである。</p>
<p>【グレーなままという経験知：  <b>ズレの根源への対処、余命へのアプローチ</b>】  G002 超高齢者と家族の意向のズレの根源を明確にすべきか否かについてや、予測している余命を告知すべきかどうかについては、ケースによって経験の勘で関わっている。</p>	<p>B014 本人と家族の考え方や意向のズレは、治療するか否かということや、一時自宅退院後の実感に違いがあるかどうかには表れている。</p>

表 2 に示した 6 枚の最終ラベルについて、ラベルにつけたシンボルマークの意味を含めて説明する。尚、シンボルマークは【 】で示す。また、最終ラベルの意味を解釈するための具体例として、下位にあるラベル例の表現を用いて適宜引用したが、その場合は、**斜体(表番号 - ラベル番号)**で示した。

【超高齢者の自律的側面を尊重する：枠にはめずにありのままを捉える努力】(G003)とは、 超高齢者に対し認知症、せん妄、性格と枠にはめた捉え方をしがちであるが、N1氏は超高齢者が自身でできることの喜びの感情や、療養への意欲を支えたりして一人の人としてありのまま捉えることを大切にしていることを示している。【超高齢者の傾向を踏

まえる：他者に委ねる傾向や消極的治療姿勢の理解】(G001) とは、超高齢者は、一日でも長く生きて欲しい家族の思いに応えるため決定を他者に委ねたりすることや、治療に踏みしたくなる気持ちがあること、年齢ゆえの面倒さがあるなど一見受動的な姿勢に見えがちではあるが、超高齢者の真意をくみ取って理解することを大切に示している。

【療養場所を左右する終焉を生きる場所：本人の生き方の尊重と近親者との調整】(G004) とは、超高齢者の療養場所の選択は、年齢だけで判断せずどんな人生を送ってきたか、遠方にいる家族の同意だけではなく本人と近親者で最善を練ることが大切ということを示している。

【療養場所を左右する援助と自立の妥協点：機能低下と自立、治療・支援体制による影響】(G005) とは、超高齢者は手術や治療で機能低下するため、本人の自覚を促しながら見出した援助と自立の妥協点が、次の看護体制次第で変更される事や、透析導入など治療の選択が療養場所にも影響するという実情があるということを示している。これは例えば、*治療の選択によっては、その後の療養場所が狭くなる可能性もある、だからといって年齢だけでできないと判断されている治療がないか、医師の説明に誤った解釈をしていないかなど、本人の真意を確認しながら関わっています(表 2-E003)*といった実践に表れている。

【治療の間でも行える支援：1～2 秒の余裕を持つケア、思いを引き出す関わり】(E001) とは、超高齢者は、急性期病院に入院するがゆえ、最期まで治療をすることが多く、看護師は、思いを引き出すために視線を合わせたり手を握ったりする 1～2 秒の余裕を持つ関わりをしていることである。この治療の間でも行える支援とは、*例えば検温や処置の際、思いを引き出すために視線を合わせる、手を握る 1～2 秒の余裕を持つことで意思をくみ取れるという関わり方のことである(表 2-027)*。N1 氏はこのように、気持ちにゆとりを持つケアを大切にしていることを示している。

【グレーなままという経験知：ズレの根源への対処、余命へのアプローチ】(G002) とは、超高齢者と家族の意向のズレの根源を明確に確認すべきか否かについてや、予測している余命を告知すべきかどうかについては、ケースによって経験の勘で関わっていることを示している。このグレーなままという経験知とは、余命がある程度予測できる場合も、超高齢者に簡単に余命告知できないことや、本人と家族の気持ちが揺れ動く中であえてグレーにすることもあるということを示している。

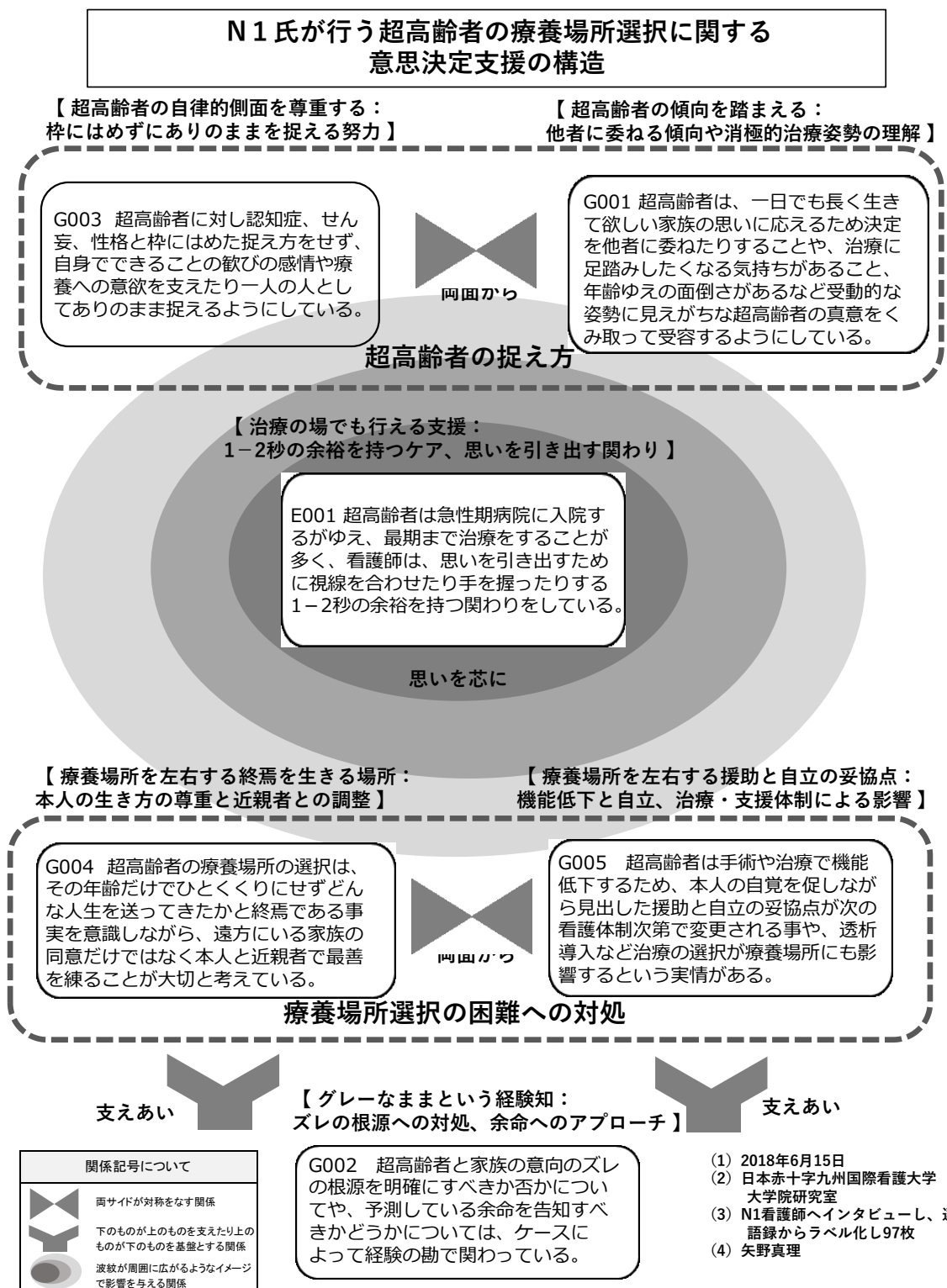
### c. N1 氏の図解(全体像)と叙述化

図解は、最終ラベルの関係性に着目し、最終ラベル間の一貫した相互関係を表すように論理的関係を発見する作業により作成した。ラベル同士の関係を関係記号と添え言葉を用いて図解したものが、図 2 である。関係記号とは、ラベル同士の関係性を視覚的に示すもので、添え言葉とは、関係記号に接続詞的な説明を付け加えたものである。また、最終ラベルのまとまりを見出し、意味付けた場合はその言葉を表示した。シンボルマークは 2 重構造で表記しているが、ここでは、ラベルの位置づけの説明をするときには【事柄】、内容説明には【エッセンス】を用い、説明の都合上切り離して表記する。尚、最終ラベルのまとまりを意味付けた言葉は、『 』で示す。

N1 氏の図解(図 2)から読み取れる内容を、叙述化した内容は以下の通りである。

N1 氏は、【超高齢者の自律的側面を尊重する】ために【粹にはめずにありのままを捉える努力】をしており、さらに【超高齢者の傾向を踏まえる】ために【他者に委ねる傾向や消極的治療姿勢の理解】をしており、この両面からの『超高齢者の捉え方』が重要となる。またここでいう意思決定は【療養場所を左右する終焉を生きる場所】の選択であるからこそ【本人の生き方の尊重と近親者との調整】が大切であり、加えて【療養場所を左右する援助と自立の妥協点】を探るために、【機能低下と自立、治療・支援体制による影響】を考慮するという難しさを伴っている。従って、終焉を生きる場所を考慮し、援助と自立の妥協点を探ることが、『療養場所選択の困難への対処』と言えるが、実践の中では【グレーなままという経験知】つまり【ズレの根源への対処や余命へのアプローチ】といった曖昧さが残る実践にも支えられていた。これら全ての中心にあるのは、【治療の場でも行える支援】つまり【1-2 秒の余裕を持つケアや思いを引き出す関わり】であり、N1 氏はこのような『思いを芯に』持って関わっていると言える。





## 2. N2 氏について

### a. N2 氏の背景と分析プロセス

N2 氏は、30 歳代の看護師で、経験年数 14 年であった。インタビュー時間は 67 分で、逐語録より 98 枚 (001～098) のラベルを作成した。その後の分析は、N1 氏の手順と同様に進め、最終的に、N2 氏は 7 段階までグループ編成し 7 枚の最終ラベルとした。

### b. N2 氏の分析結果

N2 氏の分析結果について、最終ラベルとシンボルマーク、ラベル例を表 3 に示す。

表 3 N2 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<b>【早すぎても遅すぎても病院死： 無理やり帰せば再入院、医療対応のすれ】</b> G001 私は超高齢者を家に帰したいが、無理やり帰しても再入院になったり、治療によるADL低下の見極めが難しいことから最期が病院にならざるを得ない現実を受け止めざるを得ない。	059 90歳になると1週間安静にすると全然動けないですね、1か月も治療がかかると動けなくなってしまうし、帰る間際になって本当に家に帰れるかな、この方動けないという話になる。
<b>【想像できない複雑さへの対応： 地域側のスタッフの情報活用】</b> G005 超高齢者の入退院では、病院側のスタッフには想像しにくい悪化要素や家族背景があるため、地域側のスタッフの情報を活用している。	084 病院側の医療従事者が、超高齢者の療養生活と心不全の悪化要因を結びつけられず、退院後の生活をイメージできない場合に、地域側の専門職の情報を活かすことで対応できる。
<b>【超高齢者理解の医師との協働： 超高齢者向け治療をする医師の存在】</b> G002 私は、実体験から超高齢者を家に帰すことがよいという確信があるため支えようとしており、超高齢者に合わせた短期間治療を実践する医師に対して共通の思いを感じる。	089 麻薬を持続皮下しながら生活している方と見て、最期は家で過ごしたいと言っている方が多くて、私も支えたいな、少しでも、安らかに最期家で息を引き取れたらいいな、家で生活するって素晴らしいな、どうにかしたら皆家で過ごせるんだと思った。
<b>【隠された意思の表れを察知： 歩行訓練は帰宅準備、自己管理努力の意味】</b> F001 私は、病棟で見られる超高齢者の言動に留意しながら、会話や見守りを心がけているため、廊下歩行や記録する姿が実は歩行訓練や自己管理を意図した努力と気づいたり、帰りたいさを物語っているなど隠された意思を捉えられる。	069 廊下を歩く姿を見かけ、少し一緒に歩いた時に、筋力が落ちないように歩いているという思いを聞くと、家に帰りたいんだとか、家に帰ろうと思って頑張っているんだとか察したり、思ったりすることはあります。
<b>【療養場所決定後も尊厳を問う姿勢： 病院脱走の本心、こっそり囁く本心】</b> G004 本人を思った療養場所の決定であっても、本人にとって良かったかどうかは不明で、病院を脱走したり本心をこっそり囁かれたりする様子から本人の尊厳を守っていないのではないかと思う。	065 なんかこれでいいのかなとか、（身体機能が）だんだん落ちていく中でこの人の人生なのに私たちが転院を勧めたり家族が療養場所を決めたり、この人の尊厳はどこにあるんだろうというのは本当によく思いますね。
<b>【超高齢者の自尊心の表れを理解： 医療者には見せない頑固さ、家族故に言わない本心】</b> G006 私は、超高齢者が医療者には見せない頑固さや家族ゆえに本心を表現できない様子について、超高齢者の自尊心から来る行動として理解している。	007 （本人と娘さんと）相談しながら退院調整したいんだけど、二人が話さないから間に入りながら、（自分が）2人を伺いながら2人が折り合える場面で折り合っていくみたい感覚だったんです。
<b>【家に帰れない場合も労う姿勢： 家族の頑張りを労う関わり】</b> G003 私は、超高齢者と家族が療養場所を試行錯誤しながら検討したことについて、結果にかかわらず、労う関わりをしている。	093 家族にしろ本人にしろ、家に帰れない場合でも、今までよく頑張ってきましたねみたいなところは認めたいと思って関わってます。

表 3 に示した 7 枚の最終ラベルについて、ラベルにつけたシンボルマークの意味を含めて説明する。尚、シンボルマークは【 】で示し、ラベル例は斜体(表番号 - ラベル番号)で示した。

【早すぎても遅すぎても病院死:無理やり帰せば再入院、医療対応のずれ】(G001)とは、N2 氏が、超高齢者を家に帰したいが、無理やり帰しても再入院になることや、治療による ADL 低下の見極めが難しいことから最期が病院になってしまう現実について、受け止めていることをさしている。ADL 低下の見極めの難しさは、90 歳になると 1 週間安静にする と全然動けないですよ、1 か月も治療がかかると動けなくなってしまうし、帰る間際になって本当に家に帰れるかな、この方動けないという話になる (表 3 - 059) といった例に象徴される。早すぎれば再入院になり、遅すぎれば帰れずそのまま病院で亡くなる現実を表している。【想像できない複雑さへの対応:地域側のスタッフの情報活用】(G005)とは、超高齢者の入退院では、病院側のスタッフが想像しにくい悪化要素や家族背景があるため、ケアマネージャーや訪問看護師、施設職員といった地域側のスタッフの情報を活用している実践の工夫である。これは、病院側の医療従事者が、超高齢者の療養生活と心不全の悪化要因を結びつけられず、退院後の生活をイメージできない場合に、地域側の専門職の情報を活かすことで対応できる (表 3 - 084) という例に示される。【超高齢者理解の医師との協働:超高齢者向け治療をする医師の存在】(G002)とは、N2 氏が実体験から超高齢者を家に帰すことがよいという確信があるため支えようとしているが、超高齢者に合わせた短期間治療を実践する医師に対して共通の思いを感じていることを示している。

【隠された意思の表れを察知:歩行訓練は帰宅準備、自己管理努力の意味】(F001)とは、N2 氏が病棟で見られる超高齢者の言動に留意しながら、会話や見守りを心がけているため、廊下歩行や記録する姿が実は歩行訓練や自己管理を意図した努力と気づき、帰りを物語っているなど隠された意思を捉えていることをさす。超高齢者が廊下を歩いている姿を見かけ、看護師があえて少しの時間一緒に歩いて時間を共有したり、記録している姿を目にとめて声をかけたりしなければ、超高齢者の思いを聞くことはできない。【療養場所決定後も尊厳を問う姿勢:病院脱走の本心、こっそり囁く本心】(G004)とは、超高齢者の療養場所選択は、本人を思った療養場所の決定であっても、本人にとって良かったかどうかは不明であり、病院を脱走したり本心をこっそり囁かれたりする様子から本人の尊厳を守っていないのではないかと自問する N2 氏の超高齢者の尊厳を問う姿勢である。【超高齢者の自尊心の表れを理解:医療者には見せない頑固さ、家族故に言わない本心】(G006)とは、

超高齢者が医療者には見せない頑固さや家族ゆえに本心を表現できない様子について、超高齢者の自尊心から来る行動として理解しているということである。**【家に帰れない場合も労う姿勢：家族の頑張りを労う関わり】(G003)**とは、超高齢者と家族が療養場所について、試行錯誤しながら検討したことについて、結果にかかわらず労う関わりのことである。つまり、N2氏は、本人の望む家に帰ることが叶わなかったとしても、超高齢者と家族の様々な背景を把握し、その経過に対して双方の頑張りを労いながら関わっているということを示している。

### c. N2氏の図解(全体像)と叙述化

7枚の最終ラベルの関係性に着目し、N1氏と同様の手順で図解したものが、図3である。N2氏の図解(図3)から読み取れる内容を、叙述化した内容は以下の通りである。シンボルマークを【 】で、最終ラベルのまとまりを意味付けた言葉は、『 』で示す。

N2氏は、**【早すぎても遅すぎても病院死】**つまり**【無理やり帰せば再入院、医療対応のずれ】**という現実を受け止め、**【想像できない複雑さへの対応】**として**【地域側のスタッフの情報活用】**をしている。これら入退院に関する現実はいかに影響しあうとともに、**【超高齢者理解の医師との協働】**つまり**【超高齢者向け治療をする医師の存在】**と相俟って、**『病院側の課題を克服する実践知』**と捉えることができる。

また、**【療養場所決定後も尊厳を問う姿勢】**とはN2氏が**【病院脱走の本心やこっそり囁く本心】**の意味を自問することである。それは、超高齢者の**【隠された意思の表れを察知】**して**【歩行訓練は帰宅準備、自己管理努力の意味】**という**『見えない意思を考慮』**した実践と言える。また、一方で家族に対しては、**【家に帰れない場合も労う姿勢】**で**【家族の頑張りを労う関わり】**をして、本人に対しては**【超高齢者の自尊心の表れを理解】**すること、つまり**【医療者には見せない頑固さや家族故に言わない本心】**を理解して、**『家族も本人も考慮』**しようとしている。さらに、**【療養場所決定後も尊厳を問う姿勢】**や**【家に帰れない場合も労う姿勢】**は、ともに**『自宅に帰れなくても尊重する』**態度であり、**【隠された意思の表れを察知】**し**【超高齢者の自尊心の表れを理解】**することは、**『超高齢者らしさを考慮』**した実践である。これら4つの姿勢や態度は、**『見えない意思を探る実践知』**を生み出していると言える。このようにN2氏から、**『病院側の課題を克服する実践知』**と**『見えない意思を探る実践知』**が明らかとなった。

## N2氏が行う超高齢者の療養場所選択に関する 意思決定支援の構造

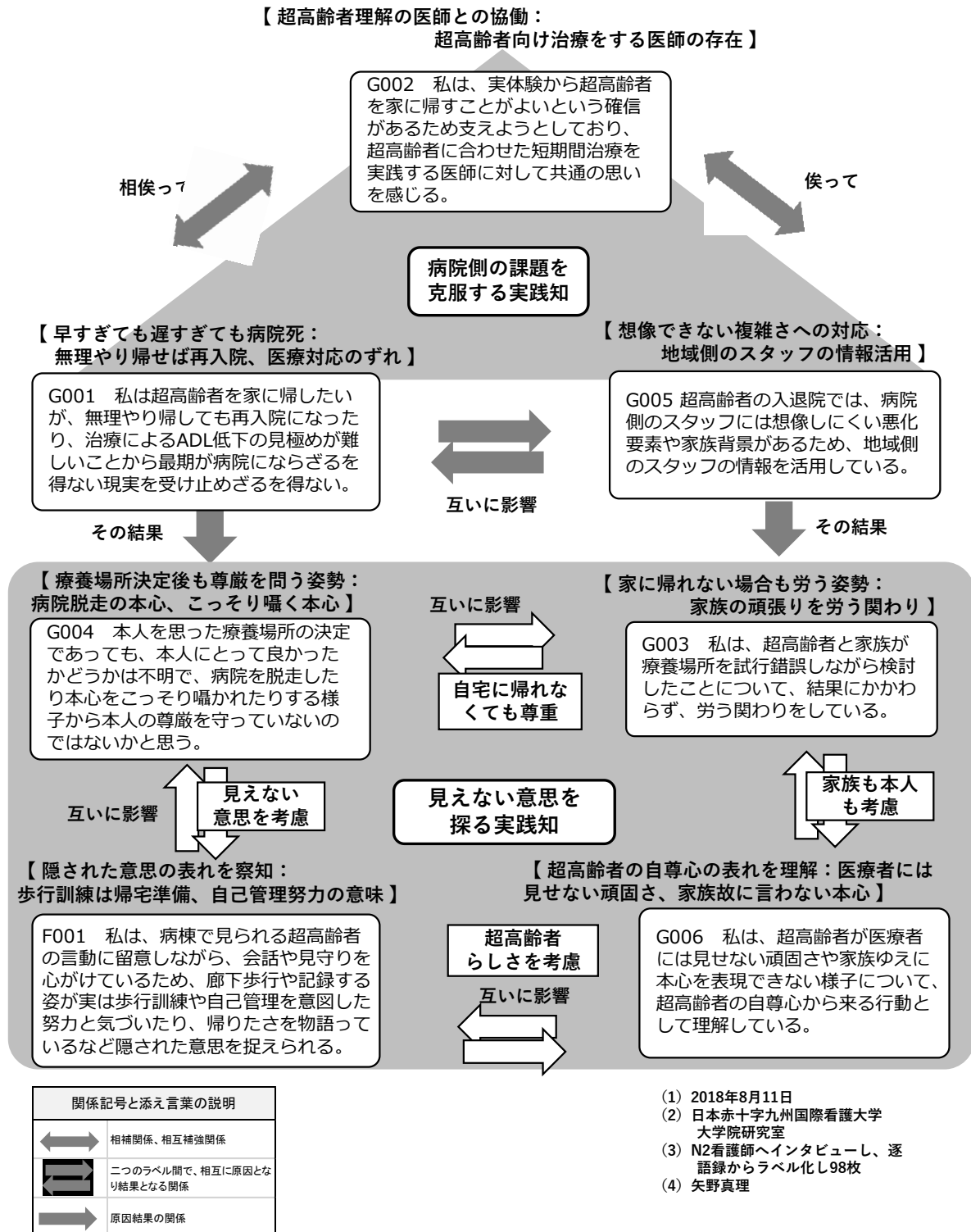


図3 N2氏の図解

### 3. N3 氏について

#### a. N3 氏の背景と分析プロセス

N3 氏は、40 代の看護師で 20 年の看護師経験を持ち、院内の退院支援看護師のリンクナースとしての活動経験を持っていた。インタビュー時間は 75 分で、逐語録より 125 枚 (001 ~125) のラベルを作成した。その後の分析は、N1 氏の手順と同様に進め、最終的に、N3 は 7 段階までグループ編成し 6 枚の最終ラベルとした。

#### b. N3 氏の分析結果

N3 氏の分析結果について、最終ラベルとシンボルマーク、ラベル例を表 4 に示す。

表 4 N3 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】	ラベル例
最終ラベル	
<b>【落ち着かない言動を読み解く： 表現できない帰りたい気持ち】</b> G001 90 歳代の超高齢者の入院後の落ち着かない言動は、認知機能低下やせん妄と捉えられ身体拘束や鎮静を強いられがちであるが、超高齢者の表現できない帰りたいという気持ちだと理解して対処したい。	O94 看護師が確認すると、ちゃんと意思を言われる方が多いです。認知が低下している方でも、帰るとか言ってそわそわしていたり家に電話してくれと要求したり、家族を呼んでくれとか言われる方は、帰りたいのかなと思います。
<b>【セルフケア維持への意欲を読み解く： 自宅に帰る為の原動力】</b> G004 超高齢者で年寄り扱いを嫌う人や、人生観をしっかりと持っている人には、セルフケアを自身で行いたいと思う瞬間を捉え、本人の自宅に帰りたい気持ちをくみ取るようにしている。	A031 超高齢者が入院を機に介助による食事や車椅子での移動を余儀なくされるというセルフケアを自身で行えない経験を経ることが、家に帰りたいと思うきっかけになる。
<b>【現在と過去の生活を読み解く： 生活背景、生き抜いた歴史】</b> G002 私は、超高齢者の面会に誰がどの程度来ているか気にかかったり、認知機能が低下していても戦前戦後生き抜いてきた歴史や生活背景に耳を傾けて、本人の生活全体を捉えている。	O73 85 歳以上の方で、そういう自分の意思を言える方っていうのは、戦後生活してきた方で何でも自分でやってきた方そういう方がしっかりされているんですね。
<b>【躊躇せず医師に進言： 帰るタイミング時期、制度を見据えた意見】</b> G005 制度上の流れで希望の療養場所に沿えない現実、私がタイミングを逃さず医師に伝えることで回避できることもある。	D008 経験の中で、主治医と家族の調整に手間取る間に帰れなくなる転帰、時期を逃すと病院で亡くなる転帰が予測できるため可能な限り帰したいと思う。
<b>【積極的な場の設定：思いを伝えられる場】</b> G006 私は 90 歳や 100 歳のしっかりした超高齢者に興味があるため、看護師間で話題に上る方を気かけたり、本人と家族が医療者と見解の相違など伝えにくい思いを伝えられる場を積極的に設定したりしている。	O36 患者さん家族と主治医との懸け橋に自分になればよいと思っているし、その思いを伝えられる役目になればいいかな。
<b>【家族の立場で具体的行動： サービス導入確認、転院先への情報提供】</b> G003 在宅療養に向けて、介護保険のことやサービス導入の内容、自宅の情報について家族の立場でしっかり聞き、転院先にも情報を提供している。	B014 私は、介護に関するサービスや家の構造や生活リズムなど確認し、転院後まで見据えた退院支援を行っている。

表 4 に示した 6 枚の最終ラベルについて、ラベルにつけたシンボルマークの意味を含めて説明する。尚、シンボルマークは【     】で示し、ラベル例は斜体(表番号 - ラベル番号)で示した。

【**落ち着かない言動を読み解く：表現できない帰りたい気持ち**】(G001) とは、90 歳代の超高齢者が入院後そわそわして落ち着かない言動は、認知機能低下やせん妄と捉えられ身体抑制や鎮静を強いられがちであるが、N3 氏は、超高齢者が伝えたいけど表現できない帰りたい気持ちだと理解して対処しているということである。【**セルフケア維持への意欲を読み解く：自宅に帰る為の原動力**】(G004) とは、超高齢者で年寄り扱いを嫌う人や、人生観をしっかり持っている人には、セルフケアを自身が行いたいと思う瞬間を捉え、本人の自宅に帰りたい気持ちをくみ取るようにしていることを示している。つまり、セルフケアの維持は超高齢者が自宅に帰る原動力であり、支援する側としては指標であるため、N3 氏はそのタイミングを逃さず表情やリハビリの様子を読み解いていることを示している。【**現在と過去の生活を読み解く：生活背景、生き抜いた歴史**】(G002) とは、N3 氏が超高齢者の面会に誰がどの程度来ているか気にかけたり、認知機能が低下していても戦前戦後を生き抜いてきた歴史や生活背景に耳を傾けたりして、本人の生活全体を捉えていることである。意図的に戦争体験の話をするなど本人が語る中から生きてきた背景を理解することや、家族の面会の場面から自宅での生活全体を捉えること、つまり入院中の目の前の超高齢者だけでなく、【**現在と過去の生活を読み解くこと**】が本人の意思をくみ取ることになることを表している。【**躊躇せず医師に進言：帰るタイミング時期、制度を見据えた意見**】(G005) とは、制度上の流れで希望の療養場所に沿えない現実があるが、N3 氏がタイミングを逃さず医師に伝えることで回避できることもあると行動で示していることである。例えば、N3 氏は経験の中で、*主治医と家族の調整に手間取る間に帰れなくなる転帰、時期を逃すと病院で亡くなる転帰が予測できるため可能な限り帰りたいと思う*(表 4 - D008)とあるように、帰るタイミング時期を躊躇せず医師に伝えるということである。【**積極的な場の設定：思いを伝えられる場**】(G006) とは、N3 氏は、90 歳や 100 歳のしっかりした超高齢者に興味があるため、看護師間で話題に上る方を気かけたり、本人と家族が医療者と見解の相違など伝えにくい思いを伝えられる場を積極的に設定したりしている行動を示している。*患者さん家族と主治医との懸け橋に自分がなればよいと思っているし、その思いを伝えられる役目になれたらいいかな*(表 4 - 036)ということである。【**家族の立場で具体的行動：サービス導入確認、転院先への情報提供**】(G003) とは、在宅療養

に向けて、介護保険のことやサービス導入の内容、自宅の情報について家族の立場でしっかり聞き、転院先にも情報を提供していることである。N3氏は転院する場合でも、その後在宅療養になる可能性があるため、転院先にも自宅の情報を提供している。

### c. N3氏の図解(全体像)と叙述化

6枚の最終ラベルの関係性に着目し、N1氏と同様の手順で図解したものが、図4である。N3氏の図解(図4)から読み取れる内容を、叙述化した内容は以下の通りである。シンボルマークを【 】で、最終ラベルのまとまりを意味付けた言葉は、『 』で示す

N3氏は、入院中の超高齢者の【**落ち着かない言動を読み解く**】中で【**表現できない帰りたい気持ち**】を理解し、さらに【**セルフケア維持への意欲を読み解く**】ことで【**自宅に帰るための原動力**】を把握している。この両者は通底して超高齢者を捉える視点であるが、同時に【**現在と過去の生活を読み解く**】ために【**生活背景や生き抜いた歴史**】に着目することで超高齢者を捉えている。そして、【**帰るタイミング時期や制度を見据えた意見**】を【**躊躇せず医師に進言**】すること、【**思いを伝えらえる場**】の【**積極的な場の設定**】をすること、さらには【**サービス導入確認や転院先への情報提供**】といった【**家族の立場で具体的行動**】をすること、以上の3つはそれぞれ相俟って、療養場所の意思決定支援を行う上での『**積極的な行動の実践**』である。

また、超高齢者の【**表現できない帰りたい気持ち**】を【**躊躇せず医師に進言**】すること、を、『**医療が陥りやすい困難に対処する実践**』とし、【**自宅に帰るための原動力**】を把握した上で【**積極的な場の設定**】で共有することを『**看護ケアの注意深さを活かす実践**』として、この2つをN3氏の実践知の特徴であると考えた。これらにより、N3氏の超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援は、『**超高齢者の捉え方**』に基づいた『**積極的な行動の実践**』であるという特徴も明らかになった。



## N3氏が行う超高齢者の療養場所選択に関する 意思決定支援の構造

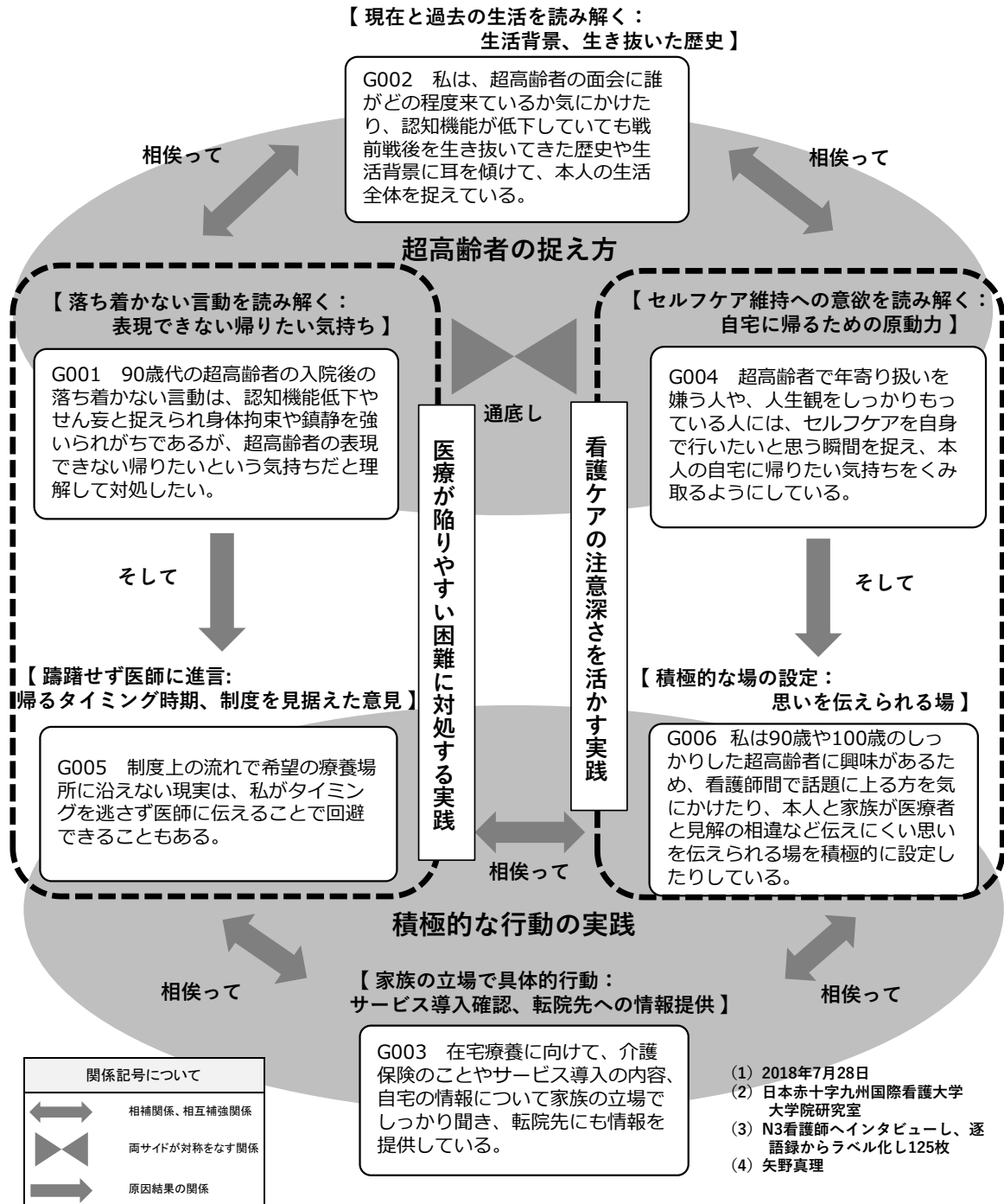


図4 N3氏の図解

## 4. N4氏について

### a. N4氏の背景と分析プロセス

N4氏は、40歳代の看護師で19年の看護師経験があり、院内の退院支援看護師のリンクナースとしての活動経験を持っていた。インタビュー時間は58分で、逐語録より105枚(001～105)のラベルを作成した。その後の分析は、N1氏の手順と同様に進め、最終的に、N4氏は7段階までグループ編成し6枚の最終ラベルとした。

### b. N4氏の分析結果

N4氏の分析結果について、最終ラベルとシンボルマーク、ラベル例を表5に示す。

表 5 N4氏の意思決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<b>【年齢を受け入れた本音：家に帰りたい、年だから死んでもいい】</b> G002 超高齢者が、家に帰りたいと暴れたり、帰れないなら死んでもいいと漏らす本音を聞いても、嚥下機能や言語障害などが原因で家には帰れないこともある。	006 本人が家に帰りたいと言われてたのもあるし、ずっとこんな生活だったらええ年やし死んでも良いわみたいな感じで言われていた。
<b>【リスクを承知の本音：死んでもいいから食べたい】</b> G004 私は、経験から在宅サービスを利用した独居生活の看取りや、本人が死のリスクを承知で食べたいと望むならそれでいいと思う確固たる考えはあるが、多くの家族は受け入れられない。	A028 超高齢者が誤嚥性肺炎で死んでもいいから食べたいと言われたらそれでいいと思うが、家族から聞かれたら医療者としてその思いは言えない。
<b>【時には身内に置き換え想像：日常の些細な言動】</b> G001 私は、超高齢者の頑固な言動が見られても、時には身内に置き換えるなどして日常会話の些細な言葉から本人の日常生活や生き様を想像するようにしている。	104 家は近所もお年寄りばかりですし、祖母の兄弟とかも来ていたので、結構頑固な患者さんとかいらっしゃっても、まあお年寄りってこんなもんっていうところはありますね。
<b>【医療者間の情報伝達：見計らうタイミング】</b> G005 私は、医療の是非を自問自答しつつ超高齢者のことを考えた情報について、うまく伝えるタイミングを見計らい医師やスタッフと共有することを心掛けている。	F002 必要な時は否応なく確認したり、CRP値低下や内服の切り替え時のタイミングを見計らって相談したり、超高齢者の治療や退院への思いを記録に残すなど上手く情報を伝える行動を心がけている。
<b>【家族への情報伝達：おもんばかりの心情】</b> G003 私は家族には積極的な姿勢で関わりながら、家族の心情をおもんばかりながらやんわりと伝えることを大切にしている。	078 ADLが下がっていたり、家から来た時よりよろよろしているので、家に帰ったらもう少し介護が要るかもですよ、本当に大丈夫ですか、介護認定を変更しましょうかと、家族が来た時には積極的に声をかけるようにはしています。
<b>【超高齢者の安全確保：環境を整え見守り】</b> G006 超高齢者は、転院待ちでの再発や、転倒・骨折・肺炎併発が起きやすいことを心得てはいるが、抑制やセンサーマット使用などの管理的な対応でなく安全な環境で見守る対応をしたい。	075 私怖いけど、見ていてすぐ手が届く範囲で、安全は確保した上で、立ってよろよろする方であれば持つ所を工夫し、見られるのが嫌だったらカーテンの陰からお話しする時もあります。

表 5 に示した 6 枚の最終ラベルについて、ラベルにつけたシンボルマークの意味を含めて説明する。尚、シンボルマークは【     】で示し、ラベル例は斜体(表番号 - ラベル番号)で示した。

【年齢を受け入れた本音：家に帰りたい、年だから死んでもいい】(G002)とは、超高齢者が、家に帰りたいと暴れたり、帰れないなら死んでもいいと漏らしたりする本音を聞いても、嚥下機能や言語障害などが原因で家には帰れないこともあるという、超高齢者の本音と現実の間にいる看護師の苦悩を示している。【リスクを承知の本音：死んでもいいから食べたい】(G004)とは、N4 氏が経験から、在宅サービスを利用した独居生活の看取りや、本人が死のリスクを承知で食べたいと望むならそれでいいと思う確固たる考えはあるが、多くの家族は受け入れられないという N4 氏の考えと一般的な家族の考えとの乖離を示している。さらに、*超高齢者が誤嚥性肺炎で死んでもいいから食べたいと言われたらそれでいいと思うが、家族から聞かれたら医療者としてその思いは言えない(表 5 - A028)*にもあるように、N4 氏の医療従事者としての葛藤でもある。【時には身内に置き換え想像：日常の些細な言動】(G001)とは、N4 氏が、超高齢者の頑固な言動が見られても、時には身内に置き換えるなどして日常会話の些細な言葉から本人の日常生活や生き様を想像するようにしていることであり、超高齢者の理解の仕方である。【医療者間の情報伝達：見計らうタイミング】とは、N4 氏が、医療の是非を自問自答しつつ超高齢者のことを考えた情報について、うまく伝えるタイミングを見計らい医師やスタッフと共有することを心掛けていることを示している。例えば、*必要な時は否応なく確認したり、CRP 値低下や内服の切り替え時のタイミングを見計らって相談したり、超高齢者の治療や退院への思いを記録に残すなど上手く情報を伝える行動を心がけている(表 5 - F002)*などである。【家族への情報伝達：おもんばかりな心情】(G003)とは、N4 氏は家族には積極的な姿勢で関わりながら、家族の心情をおもんばかりながらやんわりと伝えることを大切にしていることである。例えば、介護の見通しや入院中の認知機能の程度について、家族から見た捉え方とは異なる可能性を考慮し、心構えができるようにやんわりと家族に伝えるという実践である。【超高齢者の安全確保：環境を整え見守り】(G006)とは、超高齢者は、転院待ちでの再発や、転倒・骨折・肺炎併発が起きやすいことを心得てはいるが、抑制やセンサーマット使用などの管理的な対応でなく安全な環境で見守る対応をしたいという N4 氏の見守る姿勢のことである。

#### c. N4 氏の図解(全体像)と叙述化

6 枚の最終ラベルの関係性に着目し、N1 氏と同様の手順で図解したものが、図 5 である。N4 氏の図解(図 5)から読み取れる内容を、叙述化した内容は以下の通りである。シンボルマークを【 】で、最終ラベルのまとまりを意味付けた言葉は、『 』で示す。

N4 氏は、【年齢を受け入れた本音】つまり【家に帰りたい、年だから死んでもいい】や、【リスクを承知の本音】つまり【死んでもいいから食べたい】という通底した超高齢者の本音について、【時には身内に置き換え想像】しながら【日常の些細な言動】をくみ取ることで『超高齢者の本音の理解』をしていた。また、一方で【医療者間の情報伝達】つまり【見計らうタイミング】と、【家族への情報伝達】つまり【おもんばかりの心情】の両面から『超高齢者を取り巻く人への考慮』をしようとしていた。これらは、【超高齢者の安全確保】として【環境を整え見守り】を行うことを基盤としていた。

このように、N4 氏の超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援は、『超高齢者の本音の理解』および『超高齢者を取り巻く人への考慮』という心情を重視した実践であるという特徴が見いだされた。

## N4 が行う超高齢者の療養場所選択に関する 意思決定支援の構造

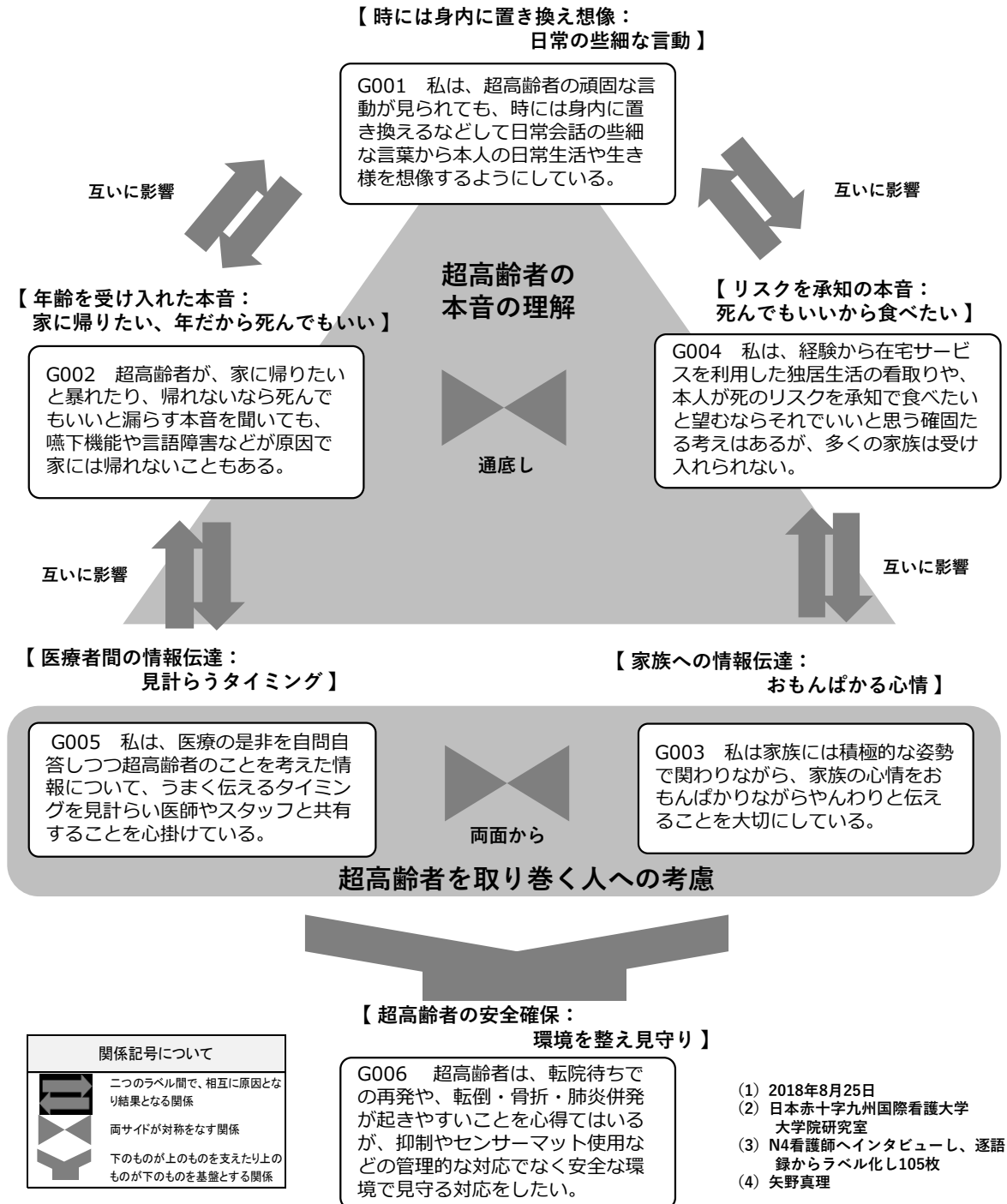


図5 N4氏の図解

## 5. N5 氏から N10 氏について

N5 氏から N10 氏については、個別分析を N1 氏と同様の分析手順で行った結果のシンボルマーク、最終ラベル、ラベル例を、表 6 から表 11 に示した。

### a. N5 氏の背景と分析プロセス

N5 氏は、30 歳代の看護師で 15 年の看護師経験を持っていた。インタビュー時間は 58 分で、逐語録より 91 枚(001～091)のラベルを作成した。表 6 に示すように、N5 氏は、6 段階までグループ編成し 7 枚の最終ラベルとした。

表 6 N5 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<b>【意向を探るタイミング： 信頼を得た手応えの時】</b> F001 何気ない日常会話の中で、本人から信頼を得た手応えを感じたタイミングを逃さず、帰りたい場所に関する情報を集めている。	O19 ある程度人間関係が出来上がってからというか、相手も自分のことを信頼してくれてるかな、話してくれるかなという時を見計らって、これからのことどう思われてるかなどこに帰りたいですかという感じで、聞くようにはしています。
<b>【意向を汲み取る姿勢： 安堵を与えるかわり】</b> F007 私は、超高齢者に思いを聞いて貰えるという安心を与えつつ、本人自身がどう生きたいかの意思を直観で汲み取っている。	O88 実際には希望を叶えられないかもしれないけど、吐き出す相手として存在しているということとで本人さんも安心して療養していけることにつながるのかなと思う。
<b>【日常的に重視する姿勢： 気持ちを重んじるかわり】</b> F006 エンド・オブ・ライフ期の超高齢者の入院後の気持ちの沈みを理解し、本人が周囲に大事にされていると感じるような関わりを大事にしている。	O87 気持ちが沈んでしまうと、いろんな面での回復に影響してくるので、そこを高めるために周りの人に大事にされているんだなっていう関わりで、意欲につながるなっていう風に思います。
<b>【療養場所の選択： 家族と治療経過に沿った支援】</b> F002 療養場所の選択については、家族の状況を踏まえた上で、入院時から経過・リハビリの進行具合・ADLなど本人の治療経過や身体状況に沿って支援を行っている。	O60 ここは一般病棟で、手術になるか内科の急性期治療を終えられると地域包括ケア病棟または回復期へ移動が多いんですけど、手術の方であれば術後の経過で支援が変わる。
<b>【本人と家族の意向の相違： 本人が意思表示できる機会の設定】</b> F004 本人と家族間において意向の相違やパワーバランスを感じる際、希望が叶わないと分かっているけども、気持ちの整理を助け生きる力に繋がるよう、せめて本人が家族に意思表示できる機会を設定している。	O84（本人がぼろっと家に帰りたいと言った）それをキャッチしたっていうのがあるかもしれない、やり取りの中でそういった気持ちを知ったことで、せめて言うだけでもご家族と話す機会を持つかなって思った。
<b>【医療が弊害となる療養場所： 胃ろう造設による意向の破綻】</b> F005 超高齢者が認知症末期に胃ろうを造設することで、療養先が限られ、一緒に過ごしたい人と過ごせなくなったり終焉の場が叶わない場合を思うと心が晴れない。	O45 お父さんが施設に入っていたので、そこに帰って一緒に例えばお看取りをすることもできるという選択肢まで、家族に提示できていたのかな、そういったことも含めてもややもよとしたところですね。
<b>【病院と切り離せない死： 本人希望でも達成されない在宅死】</b> F003 国策で在宅療養を推進しているが、本人の希望が叶って在宅で終焉を迎えても心臓マッサージをしながら病院で死亡確認をするなど、家族にとって身近な人の死は医療者の理想としていることとは違う場合もある。	O48 そう（本人が死にたいように死ねた、最後生きたいところで生きることができた）と思えることが理想的な考えかなと思うが、当事者にとっては近い人が死ぬってことは非常に動揺することだと思う。

## b. N6 氏の背景と分析プロセス

N6 氏は、50 歳代の看護師で 29 年の看護師経験を持ち、慢性心不全看護認定看護師である。インタビュー時間は 55 分で、逐語録より 91 枚 (001～091) のラベルを作成した。表 7 に示すように N6 氏は、6 段階までグループ編成し 7 枚の最終ラベルとした。

表 7 N6 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<p>【超高齢者の心不全管理の困難さ： 認知症の妻を気遣うことによる心負担】 E007 超高齢者で心不全を繰り返す患者には、認知症の妻と 2 人で暮らす生活による心負担を把握したうえで、日常的な支援が必要だと感じた。</p>	<p>O18 奥さんのことが心配で動き回っていたみたいで、それが過負荷の一つの原因だったんだろう、具体的に生活状況を見ることで、実際に何が心不全の増悪要因だったのかを、退院前訪問を行って把握できた症例でした。</p>
<p>【納得できない周囲の決定： 認知症ゆえくみとろうとしない本人の意思】 E005 超高齢者は、認知症があってもはっきりと自宅に帰りたい気持ちを伝えられるので、医療者や家族の判断で本人の為にと療養場所を決定しても満足しないと思う。</p>	<p>O66 (カンファレンスで話し合ったことは) 施設に居ながら週の日でも家に帰ることがかなえば、本人さんも納得されるんじゃないかと提案しながら、ただ本人はそこで話してないんですけどね。</p>
<p>【超高齢者が自ら最期を選択： 意識があるときに転帰を伝える有効性】 F002 超高齢者のその人らしさを最期まで継続するためには、医師から本人に元に戻らない心臓と説明をした上で大事にしたいことを聞く支援をおこなったが、d さんがショックを受けつつも自らの生活の目標を立て直した。</p>	<p>O10 d さんは、自分でも心不全の末期で心臓がとても悪い状態であることを口に出していたが、医師からの言葉の中で一番のショックは、「やられた心臓はもとには戻らない」ということだった。</p>
<p>【超高齢者へせめてもの機会： 最期の療養場所に対する選択の権利】 D001 長期間関わりを持った超高齢者と家族に、突然の別れで悔いを残さないよう、最期の療養場所の選択になる可能性を伝え、せめて考えるチャンスを与えたい。</p>	<p>O50 長いお付き合いの中で、患者さんの最期の瞬間を担当することも多く、その時にこの患者さんはしっかり考えるチャンスがあったのか、本当は知らないで死んで行ってしまったんじゃないかっていう思いがあった。</p>
<p>【超高齢者の在宅療養の実現： 認定看護師としての確信と使命】 F001 認定看護師として、医師や同僚らの協力を得て超高齢者の在宅療養を実現したり、一方でせん妄に対する早期投薬の有効性の動きもあって、自分は超高齢者が本来の姿でその人らしく過ごせる支援に確信がもてるようになってきているため、誰もが意識的にできるようにしていきたい。</p>	<p>O37 それまで在宅の力をあまり知らなかったんですけど、(事例を経験して) 在宅にはこれだけの力があるんだということも学んで、患者さんと家族の思いがあれば在宅に戻ることは不可能ではないんだなって知った。</p>
<p>【心不全の見極めの困難さ： 繰り返す入退院、取りにくいタイミング】 F003 超高齢者の慢性心不全患者は、一年間で 2、3 回増悪しながら徐々に落ちていくが、最期の時期を本人が自然と見定められるのか不明であるし、医療者も一人では判断できないこともあって療養場所の支援のタイミングや家族との調整が難しい。</p>	<p>O42 超高齢者の方の慢性心不全患者に (退院を支援するタイミングは)、退院してから入院までの期間が短くなってきた時、心不全のステージを頻回に繰り返すようになった時、ドブトレックスの反応が悪くなってきているという時などがある。</p>
<p>【未来を見据えた決定： 本人の意思、意思決定力の探求】 F004 超高齢者と家族には、自宅に帰れる手段を提供したり、本人が表明しない意思を探ったり、本人が意思決定できる力を探ったりして、未来を見据えた関わりができると思う。</p>	<p>O58 m さんの家族の方が実際に病院見学に行き、そこで鍵を閉められていたのを見て、やはりそういうところに入れるのは嫌だ、それなら家に連れて帰りたいし、連れて帰るためにはどうしたらいいかと言ってこられたので支援を始めたっていう事例はありましたね。</p>

### c. N7 氏の背景と分析プロセス

N7 氏は、30 歳代の看護師で 12 年の看護師経験を持っていた。インタビュー時間は 53 分で、逐語録より 81 枚(001～085)のラベルを作成した。表 8 に示すように N7 氏は、6 段階までグループ編成し 6 枚の最終ラベルとした。

表 8 N7 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】	ラベル例
最終ラベル	
<b>【超高齢者とのフラットな関係作り：超高齢者の価値観を受容し本人の思いや生活習慣を尊重】</b> F005 超高齢者は、医師に逆らうことなく医師の前では姿勢を正すが、私は、その思いを尊重しながら本人の生活習慣や超高齢者とのフラットな関係を大切にしたい。	O47 ご飯が食べられなかったりしても、食べたくなくてもいいよ、自宅での食事形態とかもあると思うので、自宅で朝ゆっくり寝て昼間少しおきて、早く寝る生活習慣の人もいるだろうし、そういうのもしっかり情報収集するようになったかもしれない。
<b>【スタッフ間への情報発信：</b> <b>ベッドサイドで見た本人のありのままの姿】</b> F001 eさんのベッドサイドにいる時間を増やし、本人の表情を探る中で、自然な行動となることがわかり、皆に安全具の装着時間を短縮するよう発信した。	O19 食べれないのが本当に嚥下の問題なのかどうか、嚥下造影検査とか上部消化管内視鏡検査とか、色んな検査したんですけど特に嚥下機能に問題ないってことで、金平糖を家族が持ってきたら笑顔になって、自分でつまんで食べようとする姿が見られたりした。
<b>【家族への情報発信：</b> <b>認知症の症状のない超高齢者の本心】</b> F004 認知症の症状がない時のeさんの本心も探り、家族の心に少しでも刻みたい。	O52 （自宅に帰りたいを）本人の思いとして伝えることが大事で、周りが認知症だからって言うとは話で終わってしまうと思う。
<b>【家族優位の結果論：</b> <b>家族の意向に沿う医療と施設入所の条件の胃ろう造設】</b> F002 看護師は、長男の希望に沿い胃ろうを造設することに戸惑いがあったが、治療する医師へ自分の思いは伝えずにいた。	O33 eさん（90歳の女性）は、鎮静までかけて中心静脈栄養入れるのに、そのあと不穏みたいになって、また抑制が強くなって、お薬使って悪循環だった。
<b>【急性期病院の果たす役割：あらゆる可能性を視野に入れた入院時からの多職種との情報共有】</b> F006 急性期病院に、どんどん転院調整が課せられる中、増加する超高齢者に、入院時から経過の中で身体状況やリハビリの進行具合を鑑み、あらゆる療養場所を視野にいれながら多職種と情報を共有している。	O37 もし転倒して骨折したら寝たきりになってしまう患者さんを、ナースステーションに連れてくることがあるが、みんな90代という現状である。
<b>【地域の果たす役割：</b> <b>一人暮らしでも本人の望む最期は可能】</b> F003 超高齢者と病院外で接する中で、本人が望めば一人暮らしでも、国の保障だけでなくボランティアや地域の支えあいでも自宅で良い人生を送ることは可能であり、最期を迎える場所は病院だけじゃないと考えが変化した。	O62 人生の最後は病院だけでなく他の方法もあり、ご自宅に帰りたいなら帰れるよう私たちが支えるし、どうしても無理で施設に入るなら、施設で良い最期を迎えられるように調整したい。



#### d. N8 氏の背景と分析プロセス

N8 氏は、40 歳代の看護師で 19 年の看護師経験を持っていた。インタビュー時間は 70 分で、逐語録より 97 枚 (001~097) のラベルを作成した。表 9 に示すように N8 氏は、9 段階までグループ編成し 6 枚の最終ラベルとした。

表 9 N8 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<b>【超高齢者の傾向を予測した調整： 見計らうタイミング】</b> 1001 超高齢者の療養場所の調整は、水面下で準備を進めることや、超高齢者の病棟間の巡回傾向を見据えて、タイミングを見計らうのが肝心だと思う。	067 先生的にはすごく考えてはくれてるんですけど、治療が終わったら終わりっていうのが一般的というか、家の状況だったり、調整を意識して早くしないと患者さんが帰るときに困ったりするので、業務以外に意識していくのがすごく難しい。
<b>【超高齢者の本来の姿の探求： 家族へ配慮、未来への期待や不安】</b> 1002 私は、超高齢者の行動に見られる家族への心配や、会話に含まれる期待や不安の表れに留意しながら本来の姿を探求している。	033 ご家族が来た時の様子とか観察します、家族が来たときはすごく静かにするし、家族が帰られた後は帰りたいって落ち着かれなくなったりとかありましたね。
<b>【バランスが重要な橋渡しの技量： 優先されがちな医療、本人の意思尊重】</b> 1004 私は、医療者の意見が優先されないよう留意しながら、必要な医療の継続と本人の意思尊重の両立を目指して、話し合いや橋渡しの自己の技量の向上を心がけている。	047 結構気を付けないといけないなって思うのは、こっちの思いを先に伝えてしまうとなんか誘導して、本人さんや家族も言えなかったりする時がある。
<b>【家族の本心の探求： 一定期間毎の確認、待たない姿勢】</b> E007 私は、家族の意向の確認には、一定期間毎の連絡や、直接表情を確認できる場の設定をしたり、遠方地の家族に電話をしたりするなど待たない姿勢で実施している。	038 近くから面会に来られる方ならいいんですけど、結構遠方から来られる方もいるので、そういう方には意識してこちらから電話をさせて頂いて、こちらの状況を伝えたりとかしている。
<b>【ぬぐい切れない風潮の壁： 最期は病院、施設と共有困難な本人の思い】</b> 1003 自宅を想定して繋いだ施設と共有できない思いや、入退院を繰り返すという実情から、最期は病院という施設側の風潮の存在がぬぐいきれない。	F001 超高齢者は、病状の不安定さや入退院を繰り返すという特徴はあるが、最期は病院という風潮があることを私は素直に受け入れられない。
<b>【未経験ゆえの感情の壁： 在宅介護への不安、怖さ】</b> G004 看護師も家族も、自宅療養や介護については経験する事で家での過ごし方が想定でき、不安や怖さが消えると思う。	026 入院中から、家族の大変さを理解をした上で、家族の手がある時一泊でも良いから家に外泊できるような練習をしていきませんかとか言ったりしてます。

## e. N9 氏の背景と分析プロセス

N9 氏は、40 歳代の看護師で 25 年の看護師経験を持っていた。インタビュー時間は 62 分で、逐語録より 124 枚 (001~124) のラベルを作成した。表 10 に示すように N9 氏は、9 段階までグループ編成し 7 枚の最終ラベルとした。

表 10 N9 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<p>【実体験から生まれた介護者への配慮： 介護負担の理解、認知・身体機能低下の予防】</p> <p>H001 私は、父の介護体験で、介護者の負担感を理解できたからこそ、超高齢者が自宅で生活可能になるよう心身機能低下の予防に可能な限り努めている。</p>	<p>C003 私は、父の体験を通して、自宅で介護を担っている人の綺麗事だけで済まされない気持ちを汲み、少しでも負担の軽減が出来る手立てを尽くしたいと思うようになった。</p>
<p>【制度上の課題：サポート力を見極めた支援】</p> <p>I002 私は超高齢者が病院間を転々とせざるをえない制度上の課題を理解した上で、家族のサポート力を見極めた療養場所の支援をしている。</p>	<p>O10 ご家族が面会に来られてるときはご家族がどんなふうに接しているのかってところや、敬われている存在であったりする姿を把握するようには努めています。</p>
<p>【タイミングを見計らった調整： 水面下でサービスの手配、緩和ケアへの関心を探る】</p> <p>I001 私は、相手の気持ちを推し量った退院調整のために、DPC と合わせて水面下で介護保険やサービスの手配、緩和ケアへの関心など確認のタイミングを見計らって進めている。</p>	<p>102 思い付いたようにICをされるとかそういったところがあったりするので、そういったところはやっぱり難しいかと、調整にある程度携わっている人じゃないと、そういった急なとっさのタイミングの調整とかはできないだろうなとは思いますが。</p>
<p>【自己決定ゆえの転帰：思わぬ結果でも納得】</p> <p>I003 超高齢者と家族は、療養場所の選択や治療と限界が紙一重の状況の中で自己決定された結果、思わぬ転帰をたどってしまうことになって精一杯お互いに尊重した結果なら納得される。</p>	<p>114 やはりなんかやっぱり医療がよくなってきているので、昔この年齢では手術しなかったでしょというような人たちがやっぱり手術をされるので、80代の手術はもう全然珍しいことではなく、90代でも手術をされるからですね。</p>
<p>【そのひとらしい生活のゴール設定： 自宅を想定したリハビリ、他者との距離感】</p> <p>H003 私は、超高齢者に自宅を想定したリハビリを促したり、サービス利用の様子から他者との距離感を自分が把握したりして、そのひとらしいゴールを設定している。</p>	<p>O08 転院した後、再び戻ってこられたとき、自宅療養を提案してみたら、ああいった辛い状況になりたくないという家族と本人の希望があったので、自宅の方にゴールを変更した。</p>
<p>【本人の生きがいの探求： 急性期病院から在宅移行、転院先に託す在宅移行】</p> <p>H002 私は、急性期病院でも在宅（移行）支援を可能にするために、普段から本人の生きがいを探ったり、転院先に在宅移行の可能性を託したりしている。</p>	<p>O35 転院の際に（自宅に帰りたい）意向を情報提供してケアを続けてもらえるように依頼したというケースもありました。</p>
<p>【技量差のない退院支援： カンファレンスを通じた学びの共有】</p> <p>D003 退院支援による技量の差は、高齢者との関わりや看取り経験が公私ともにどの程度あるかどうかによるため、スタッフ間で具体例を通して学びを共有している。</p>	<p>O30 他職種のカンファレンスに若いスタッフを導入して実際に専門職種の方から支援の方法を学んでいくことや、チームカンファレンスで（退院）支援室の事例をみんなで検討する方法で少しずつ底上げをしているという状況です。</p>

## f. N10 氏の背景と分析プロセス

N10 氏は、40 歳代の看護師で 21 年の看護師経験を持っていた。インタビュー時間は 73 分で、逐語録より 111 枚 (001~111) のラベルを作成した。表 11 に示すように N10 氏は、9 段階までグループ編成し 6 枚の最終ラベルとした。

表 11 N10 氏の意味決定支援を構成する最終ラベル（シンボルマーク、ラベル）とラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<b>【医療サポートの推進方法： 必然の地域サービスを慎重に勧める】</b> H001 人工肛門を造設している超高齢者には、地域サービスや医療的サポートの必要性を感じるが、利用について不快な人も居るため、本人と家族の発言から根底にある思いを探りつつ調整している。	054 わーこんな病気になってしまったとか言い う感じの方だったら、ご不安なんですねこのまま ご自宅に退院っていうのは不安が大きいでしょ う、転院の方がいいですかとか聞いたりしてま す。
<b>【家族サポートの推進方法： 必然の信頼関係に医療サポートを勧める】</b> I001 jさんの置かれた状況は、姪と暮らす家族関係の複雑さに加え（人工肛門の）手技獲得であり、本人と家族と信頼関係を意識した調整を行った。	003 子供さんとかだったら割と協力的と思うん ですが、姪っ子さんと2人暮らしということから して、協力体制がもしかしたら希薄かもしれない という懸念があった。
<b>【療養場所決定カンファレンスのあり様： 不安定な気持ちの相互理解の場】</b> H003 療養場所を決定するためのカンファレンスは、本人と家族と医療者が気持ちを共有したり決定する場であるが、直面している人しか分からない気持ちの不安定さを整理する場であることも分かります。	069（夫が泣いている様子を見て）、（老いの現 実に対する）悲しみもあるだろうし、（老老介護 の）現実と今後大変だろうとか色々な複雑な気 持ちでおられるんだろうなと思って、その時に老 年期の看護ってやっぱり難しいなって思ったんで すよね。
<b>【せん妄に惑わされない姿勢： 本来の姿を想像する】</b> H002 私の超高齢者の捉え方は、せん妄であっても家族の影響や日常生活を垣間見れる様子から本人にとっての本来の姿を想像することである。	072 kさんは、自分でやれることは自分でやら ないとねって語った、その人のなんていうか生き がいとか生きてる意味とかは、自分でやれること はやるってということなんだろうなと思った。
<b>【医療者ゆえの思い込みに陥らない姿勢： ADLの限界設定、人工肛門の誤用】</b> H004 kさんの事例を経験し、超高齢者のADLの限界設定や、転倒リスク回避のために人工肛門を元に戻さない選択が、医療者ならではの勝手な思い込みだったと気付いた。	B004 本人は脳梗塞後で転倒を繰り返す中での 大腸穿孔だったので、その誘因になるトイレ移動 を回避するために、医師が人工肛門を残す方が本 人のQOLの為に良いのではないかという判断に対 して、疑問を感じなかった。
<b>【せん妄予防実現の好環境： ニュアンスの共有と予防投与の実施】</b> I002 自施設では、看護師間の言語化できないニュアンスの共有や家族を巻き込んだ情報を医師の予防投与に繋げ、せん妄予防が実践されつつある。	F001 家族が話す自宅での様子からせん妄の兆 候を予測し、医師がタイミング良くせん妄の予防 薬を投与できればせん妄を防げることがあり、手 術後に順調な経過をたどる場合もあるというよう に院内のルールに沿ったせん妄予防が実践されつ つある。

## C. 総合分析の結果

総合分析の結果は、1. 総合分析の分析プロセス、2. 6枚の最終ラベルの意味について、3. 総合分析の図解(全体像)と叙述化の順で示す。

### 1. 総合分析の分析プロセス

総合分析は、個別分析と同様の手順で分析を行ったが、個別分析の最終ラベルより2段下の169枚のラベルを使用した。その内訳は、N1氏(18枚)、N2氏(19枚)、N3氏(18枚)、N4氏(18枚)、N5氏(26枚)、N6氏(18枚)、N7氏(17枚)、N8氏(11枚)、N9氏(12枚)、N10氏(12枚)である。従って、合計169枚を使用した。また、この総合分析では、各ラベルにどの研究参加者のものであるか把握できるようにN1～N10の記号を記載して分析を進めた。その結果、最終的に、9段階までグループ編成し6枚の最終ラベルとした。この最終ラベルとシンボルマーク及びラベル例を表12に示す。

表12 熟練看護師の意思決定支援を構成する最終ラベルとラベル例

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<b>【超高齢者への理解の追求： 超高齢者の本心や回復の手がかりの探求】</b> H002 超高齢者への関わりに重要なことは、本人が存在意義を実感できるような日常的な関わりであり、その中にこそ超高齢者の本心や回復の手がかりが含まれていると考えているため、看護師の当然の役割と自覚している人もいる。	A035 看護師は、超高齢者の気持ちの沈みは回復機能低下に大きく影響するため、周囲から支えられたり大事にされている実感味わえる関わりが大切だと感じていた。 E003 日常的な会話の中から、本人の意思を見出したり支えたりする関わりをしており、急性期病院の看護師の役割として自覚している人もいる。 EO13 患者を大切にしている看護師は、超高齢者の退院支援や生活に高い関心を持っている気がする。
<b>【家族への理解の追求： 介護を背負い 超高齢者の意思決定に影響を与える存在】</b> IO01 家族は超高齢者の介護を何らかで背負う立場で生活し、本人の意思決定に影響を与える存在であるため、看護師は身内の実体験や様々な学びを活かして家族へ心情の理解を深めたり、能動的・積極的に関わったりしている。	G004 看護師は、超高齢者の家族ゆえの障壁や、家族の意思と融合する中に意思があることを見出し、それぞれの思いを尊重した着地点に向けて奮闘していた。 O76 超高齢者は、家族の一日でも長く生きてほしいという思いに応えるため、ご自身で決めずお任せすると言われたりする。
<b>【療養場所決定の中にある本人の尊厳： 本心の探求、多様な価値観のすり合わせ】</b> IO02 超高齢者の療養場所の決定は、本人、家族、医療者のゴールのずれや、気持ちの揺れという不安定さがあることを承知の上で、看護師は多様な価値観を知ると自己研鑽に励みながら、皆の意見をすり合わせ、できる限りの調整をしている。	G001 エンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場所を決定する不安定さとは、本人や家族の気持ちの揺れや、皆の気持ちをすり合わせても最終的に満足が得られない心残りを伴うことである。 G007 看護師は、カンファレンスについて、超高齢者の療養場所を決定する場ではあるが、本心の探求のために意見をすり合わせる場であり多様な価値観を知る機会と捉えている。 EO11 超高齢者の療養場所の意向は、本人・家族・近隣者・代理意思決定者の気持ちをすり合わせているが、本人の意思確認が困難な場合に限らず情報を合わせても容易には決定できない。 169 カンファレンスの時、ご主人が、自分たちが直面している老老介護の状況に対し、感情を表出し泣いている様子を見て、私にとって未経験で未知の領域のことなので、無下に出来なかった。

表12 熟練看護師の意思決定支援を構成する最終ラベルとラベル例（続き）

シンボルマーク【事柄: エッセンス】 最終ラベル	ラベル例
<p>【超高齢者側から見た最適医療： 入院中の超高齢者の世界観理解】</p> <p>1004 看護師は、敬うべき医師への忠誠と未知なる自律力という現在の超高齢者世代のもつ傾向を踏まえたり、施設や訪問スタッフのもつ生活支援側の視点を取り入れたりして、入院中の超高齢者の世界観に近づくようにしている。</p>	<p>A045 超高齢者にとっての医師は、姿勢を正したり身支度を整えたりするなど治療や手術に逆らえない敬う存在である。</p> <p>E004 看護師は、治療と限界を見極めて自己決定することや自分のスタイルを壊さない生き方を見て、超高齢者の年齢や認知機能低下という固定概念を払拭している。</p> <p>139 超高齢者は、病状変化の不安定さや入退院を繰り返すという特徴はあるが、私には最期は病院という風潮があることを素直に受け入れられない。</p>
<p>【医療者側から見た最適医療： 医療の加減を見定める調整】</p> <p>1005 看護師は、医師の責任範囲から進める治療や余命告知による心身への打撃具合や、医療行為選択が与える療養場所への影響といった加減を慎重に見定めて医師と患者の調整役を行っている。</p>	<p>H004 看護師が、慎重に見定めて調整しているポイントは、医師の責任範囲から進める治療による超高齢者の心身への打撃度合いや、医療行為選択に含まれる療養場所への影響を踏まえるといった、各超高齢者に適した医療遂行の加減である。</p> <p>F009 超高齢者の胃ろう造設や人工透析という医療行為の選択が、後々療養場所を狭める可能性があることを視野に入れる慎重さが大切なので、先を見越して十分に説明していた。</p> <p>147 私は、DPCを念頭にきつつ、緊急入院時は本人の回復の状況で家族の心情を見極めたり、医師の指示を待たずに水面下で介護保険やサービスに繋いだり、相手の状況を押し量りタイミングを見計らって退院調整を進めている。</p>
<p>【病院医療依存の中にある本人の尊厳： 希望療養場所の実現可能性支援】</p> <p>1003 看護師は、弊害が払拭できないまま病院治療に依存した超高齢者が迎える転帰を予測できるからこそ、本人の希望場所の実現可能性を広げる中に尊厳を見出そうとしている。</p>	<p>G003 看護師は自宅療養が実現可能になる要素を何とかして見出したり予防に挑戦して医療のありようを模索したりしている。</p> <p>G006 看護師は、病院死という風潮があっても、在宅死の良さを見出し、身内の成功体験からより在宅死の良さに確信を得たりする人もおり、転院前に一時帰宅による在宅への可能性を残したりしている。</p> <p>154 私は、身体的ケアと同等に普段から超高齢者が何気なく語る話や、意図的に得ている情報を重視して、本人の生き様や生きがいを探ろうとしている。</p>

## 2. 6枚の最終ラベルの意味について

総合分析で抽出された6枚の最終ラベルの意味について、ラベルにつけたシンボルマークの意味を含めて、ラベル例を用いながら1つずつ説明する。尚、シンボルマークは【 】で示し、最終ラベルの意味を解釈するための具体例として、下位にあるラベル例の表現を用いて適宜引用したが、その場合は、*斜体(表番号 - ラベル番号)*で示した。

### a. 超高齢者への理解の追求：超高齢者の本心や回復の手がかりの探求

看護師は、超高齢者への関わりに重要なこととは、本人が存在意義を実感できるような日常の関わりと考えている。例えば、*看護師は、超高齢者の気持ちの沈みは回復機能低下に大きく影響するため、周囲から支えられたり大事にされている実感を味わえる関わりが*

大切だと感じていた(表 12-A035)と表現されていることから窺える。また、回復の手がかりとは、例えば、本人がセルフケアなどを自分で行えない不自由さから家に帰りたいと気が付く瞬間である。看護師は、このような手がかりを探す中で、超高齢者の療養への意欲を見出し、さらには家に帰りたいという超高齢者の本心を捉えることに繋げていた。このことは、【超高齢者への理解の追求】を行っていることだと捉えた。

#### **b. 家族への理解の追求：介護を背負い超高齢者の意思決定に影響を与える存在**

看護師は、超高齢者の家族とは、本人の介護を何らかで背負う立場で生活している人と考えている。この背負う立場とは、心身機能低下している超高齢者の介護を担う人、代理に意思決定をするかもしれない人ということが含まれる。また、本人の意思決定に影響を与える存在とは、本人の意思は独立して存在することもあるが、多くは家族の意向も含めた上で本人の意思が作られていくと捉える考えを指している。そのため、**看護師は、超高齢者の家族ゆえの障壁や、家族の意思と融合する中に意思があることを見出し、それぞれの思いを尊重した着地点に向けて奮闘していた(表 12-G004)**。このように、超高齢者の家族の立場や本人との関係性を見つつ家族を受け止めている姿勢を【家族への理解の追求】であると捉えた。

#### **c. 療養場所決定の中にある本人の尊厳：本心の探求、多様な価値観のすり合わせ**

本人・家族・医療者にとって超高齢者のエンド・オブ・ライフケアは、これまで誰も経験したことがない未知の領域である。エンド・オブ・ライフケアにおける**超高齢者の療養場所を決定する不安定さとは、本人や家族の気持ちの揺れや、皆の気持ちをすり合わせても最終的に満足が得られない心残りを伴うことである(表 12-G001)**と表現されているように、本人・家族・医療者に心残りがないように、気持ちをすり寄せる努力をしていたが、最終的に満足が得られないことも多い。したがって、不安定さを伴っていながらも、本人・家族・医療者がそれぞれ描くゴールに向けて調整していると考えた。このような調整において、カンファレンスという方法があるが、看護師は次のように位置付けていた。**看護師は、カンファレンスについて、超高齢者の療養場所を決定する場ではあるが、本心の探求のために意見をすり合わせる場であり多様な価値観を知る機会と捉えている(表 12-G007)**とあるように、多様な価値観とは、本人や家族、専門職者が、それぞれの立場で思いや将来への見通しをもっており、専門職者はその職種によっても異なる立場からの意見があるという意味である。カンファレンスでさまざまな価値観を共有する中で、本人にとっての最善を見出せたり見出せなかったりしている。超高齢者の療養場所の選択が、本人にと

って最善になり得るのかどうかは、誰にとっても未知の領域とも言える取り組みの中にあり、その答えがすぐにわかるものでもないし、誰にも判断できることではない。しかしながらこのような調整の中で少なくとも、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】を追求していると捉えた。

#### **d. 超高齢者側から見た最適医療：入院中の超高齢者の世界観理解**

看護師は、入院中の超高齢者を次のように捉えていた。**超高齢者にとっての医師は、姿勢を正したり身支度を整えたりするなど治療や手術に逆らえない敬う存在である(表 12-A045)**。また、看護師は、**治療と限界を見極めて自己決定することや自分のスタイルを壊さない生き方を見て、超高齢者の年齢や認知機能低下という固定概念を払拭している(表 12-E004)**といったことである。現代の超高齢者世代は、多くの人が医師に対して敬う姿勢が強く、治療に対して医師に自分の意見を直接言う者は少ない。一方で自分の意思を持っていない訳ではなく、超高齢者であっても治療と限界について見極められる者もいる。このような現在の超高齢者世代の傾向を看護師はよく踏まえていた。さらに、入院後に徘徊したりするなどの落ち着かない超高齢者の言動を、一般的に医療者は病院側の視点で否定的に捉えがちであるが、同様の行動は、高齢者施設では許容される行動だと看護師は気が付いていた。つまり、超高齢者の言動を入院中の環境がもたらす一時的な姿とし、医療者からみたリスク管理の観点を払拭し、その背後にある超高齢者の姿を見ようとしているのである。このように看護師は、現在の超高齢者世代の傾向・特徴を踏まえ、医師に意見を言わずとも意思や判断力を持つ者の存在や入院がもたらす環境変化の影響を見極めながら超高齢者の理解に努めていた。そのため、これらを【入院中の超高齢者の世界観理解】とした。

#### **e. 医療者側から見た最適医療：医療の加減を見定める調整**

看護師は、超高齢者の医療の加減が療養場所選択に大きく影響すると考え、医師と患者の調整役を行っていた。**看護師が、慎重に見定めて調整しているポイントは、医師の責任範囲から進める治療による超高齢者の心身への打撃度合いや、医療行為選択に含まれる療養場所への影響を踏まえるといった、各超高齢者に適した医療遂行の加減である(表 12-H004)**。看護師は、医師は入院中の超高齢者に対して治療する義務を持ち、常に命に対する絶対的責任を持つ立場にあることをよく理解している。その医師が進める治療がもたらす超高齢者の心身への打撃度合いに注意を払っている。また、超高齢者への余命告知は、その後の生き方を明確に目標付けられる場合と、正反対に本人にダメージを与える場合が

あるということを十分踏まえておく必要があると捉えていた。さらに看護師は、**超高齢者の胃ろう造設や人工透析という医療行為の選択が、後々療養場所を狭める可能性があることを視野に入れる慎重さが大切なので、先を見越して十分に説明していた(表 12-F009)**。このように看護師は、超高齢者の医療について、医師の立場を考慮した上で治療による超高齢者の心身への打撃度合いを考え、継続的に行う医療行為の選択には先を見越した説明をするなど、超高齢者に適した【医療の加減を見定める調整】を行っていると捉えた。

#### f. 病院医療依存の中にある本人の尊厳：希望療養場所の実現可能性支援

看護師は、超高齢者が病院間を転々とするが多くあることや、入退院を繰り返すうちに些細な要因で亡くなる転帰にあることを多くの患者からの経験を通して予測していた。また、現在の病院医療の中にあつては、超高齢者に対して治療を遂行する際に、身体抑制をせざるを得ないことやせん妄を生むことが避けられないことが多い。さらに超高齢者は、希望しても自宅に帰れることが困難な場合がほとんどで、他院への転院や高齢者施設への入所になることが多い。それに対し、**看護師は自宅療養が実現可能になる要素を何とかして見出したり予防に挑戦して医療のありようを模索したりしている(表 12-G003)**。また、**看護師は、病院死という風潮があっても、在宅死の良さを見出し、身内の成功体験からより在宅死の良さに確信を得たりする人もおり、転院前に一時帰宅による在宅への可能性を残したりしている(表 12-G006)**。つまり病院医療の中にいる看護師であるからこそ、超高齢者の希望を叶えるために、一時的に自宅に帰ることや自宅外泊後に施設に入所すること、あるいは転院先から自宅退院をめざしてもらうなど、何らかの在宅の可能性を見出すことが本人の尊厳を守ることに繋がると考え行動していた。そこで、【病院医療の依存の中にある本人の尊厳】は、すなわち【希望療養場所の実現可能性支援】であるとした。

### 3. 総合分析の図解（全体像）と叙述化

総合分析の図解は、これまで述べた最終ラベル 6 枚の関係性に着目し、最終ラベル間の一貫した相互関係を表すように論理的関係を発見する作業(空間配置)により作成し、新たな意味を見出したものであり図 6 に示す。

#### a. 総合分析の図解におけるラベルの配置とラベル間の関係

まず、図解(図 6)のラベル間の関係について、シンボルマークを用いて記述する。尚、シンボルマークは【事柄:エッセンス】2重構造で作成しているが、ここではラベルの位置づ



けの説明のため【事柄】のみを用いて表記する。

【超高齢者への理解の追求】と【家族への理解の追求】は、それぞれ超高齢者と家族の捉え方の視点を示しており、両面とも【療養場所決定の中にある本人の尊厳】に影響しあっていると関係づけた。一方、【超高齢者側から見た最適医療】と【医療者側から見た最適医療】の両面から最適医療を調整した結果が【病院医療依存の中にある本人の尊厳】であると考へ位置付けた。さらに、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】と【病院医療依存の中にある本人の尊厳】は、互いに影響しあって『超高齢者の尊厳追求』を表しているとして中心に据えた。

#### b. 総合分析の図解(全体像)に基づく叙述化

前項で述べたラベル間の関係を踏まえて叙述化すると、以下のとおりである。シンボルマークの【事柄】と【エッセンス】を用いて記述する。

急性期病院の熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援は、まず、【超高齢者への理解の追求】として、【超高齢者の本心や回復の手がかりの探求】を行い、【家族への理解の追求】として、家族を【介護を背負い超高齢者の意思決定に影響を与える存在】として捉えた上で、超高齢者と家族の両面から捉えて【療養場所決定の中にある本人の尊厳】つまり【本心の探求、多様な価値観のすり合わせ】を行っている。これら3つの【超高齢者への理解の追求】、【家族への理解の追求】、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】に共通していた傾向から、看護師の『学ぶ姿勢が生み出す実践知』とした。

一方、看護師は【超高齢者側から見た最適医療】のために【入院中の超高齢者の世界観理解】を行い、また【医療者側から見た最適医療】のために【医療の加減を見定める調整】をして、これらの両面から【病院医療依存の中にある本人の尊厳】を守りながら【希望療養場所の実現可能性支援】を行っていた。

【超高齢者側から見た最適医療】、【医療者側から見た最適医療】を探求し、【病院医療依存の中にある本人の尊厳】に繋げることは『超高齢者に対する医療のあり様への挑戦』であるとする。また、超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援で最も重要なことは、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】と【病院医療依存の中にある本人の尊厳】の2つの視点から『超高齢者の尊厳追求』をしていくことであるとする。

## 急性期病院の熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援の構造

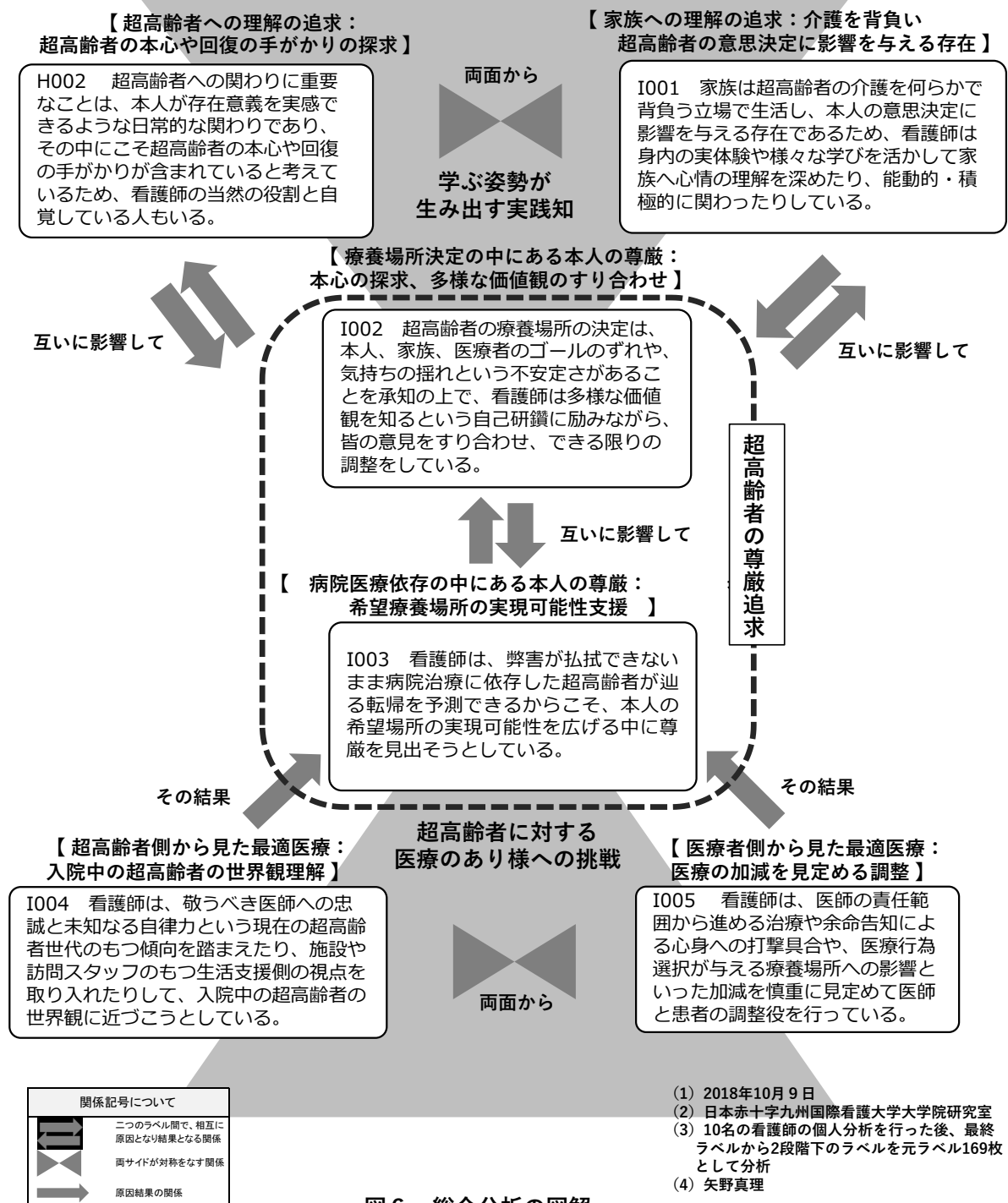


図6 総合分析の図解

## VI. 考 察

本研究では、エンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場所選択について熟練看護師が行う意思決定支援を明らかにするために、半構造化面接法を用いてデータ収集を行い、質的統合法(KJ法)を用いて分析した。10事例全ての個別分析の後、総合分析を行い、得られた最終ラベルや図解、叙述化した結果を示した。これらの結果に対する考察は、A. 個別分析に基づく考察として N1～N4 氏の 4 名について、B. 総合分析に基づく考察として、6 つの最終ラベルについて、3 つの知見について、C. 療養場所選択における困難と支援の順に述べ、最後に D. 看護実践への示唆について述べる。

### A. 個別分析に基づく考察

4 事例について、図解した全体像から得られた視点やそれぞれの実践の特徴などについて順に考察する。残りの N5～N10 氏については、総合分析の考察の中に含めるものとする。

#### 1. N1 氏について

結果および図 2 に示すように、『超高齢者の捉え方』として【超高齢者の自律的側面を尊重する】【超高齢者の傾向を踏まえる】という 2 つの視点が見出され、この両面から捉えることは、超高齢者の意思をくみ取る上での重要な視点であると考えられる。それは、例えば、超高齢者の言動の矛盾などを認知症やせん妄と決めつけてしまえば、その自律的側面は見逃してしまうし、また、超高齢者が治療に消極的になりがちな傾向の理解がなければ、気持ちに近づけず、療養意欲を支えることはできないと考えるからである。

一方、『療養場所選択の困難への対処』については、【療養場所を左右する終焉を生きる場所】の選択として調整することや、【療養場所を左右する援助と自立の妥協点】を探るという 2 つの視点が見出された。1 つは、療養場所選択は、すなわち終焉を生きる場所の選択である超高齢者ならではの特徴を意識して、本人の生き方を尊重し、近親者とともに最善の調整を練ることである。もう 1 つは、次のような困難への対処である。手術や治療で機能低下した超高齢者に対し、必要な援助と ADL などの自立度合いの妥協点を探ることが、自宅や施設、病院といった療養場所を決定づける要となる。しかし、退院をめざして努力した ADL の自立度も、次の療養場所の看護体制次第では維持できない場合もある。さらに、人工透析などの治療の選択により療養場所の選択範囲が限られるといった困難が

折り重なるのである。これらの困難に加えて、本人と家族には、治療継続への意向や一時的に自宅退院した際の実感に違いやズレが生じる困難もある。ズレの事実をグレーにしたままで見守ることで、時間の経過とともに家族が揺れ動いて歩みよれる場合などもあり【グレーなままという経験知】とした。しかしながら、N1氏はどのような場合にどう有効なのかまでは明らかにせず、経験の勘という言葉にとどまっており、暗黙知のままの実践と考えられる。

加えて N1 氏は、相手によせる『思いを芯に』ケアをする看護の基本的姿勢を持っており、これは、現実の困難を実践する原動力と考える。

## 2. N2 氏について

結果および図 3 に示すように、『病院側の課題を克服する実践知』として、【早すぎても遅すぎても病院死】【想像できない複雑さへの対応】【超高齢者理解の医師との協働】という 3 つが見出された。この病院側の課題とは、簡単に言えば、超高齢者の場合は退院が早すぎても遅すぎても病院死につながりやすいこと、病院側の医療従事者が退院後の超高齢者の生活をイメージできないこと、そして医師により超高齢者への治療に対する違いがあることをさしている。それに対し N2 氏は、超高齢者の入退院では、ケアマネージャーや訪問看護師、施設職員の情報をうまく活用している。先行研究でも地域側の専門職の情報を活かすことで対応できる(山本, 百瀬, 2017)と言われており、特に、超高齢者や家族の複雑な状況に対応する場合には、地域の専門職の情報の活用は不可欠である。さらに、超高齢者の筋力低下を予測して治療を短期にするなど、治療の側面から超高齢者の意思を尊重する医師との協働は、家に帰す支援につながりやすい。

一方で、N2 氏が行っている『見えない意思を探る実践知』として図 3 に示すとおり、【療養場所決定後も尊厳を問う姿勢】【隠された意思の表れを察知】【超高齢者の自尊心の表れを理解】【家に帰れない場合も労う姿勢】の 4 つを見出した。日本の超高齢者は、周りに気遣い、なかなか本音を言わないため、その見えない意思を探る実践は容易なことではない(浅見, 2016)。しかし、この 4 つの実践知は、それぞれに複数の観点を同時にもちながら実践する様子を表しており、それぞれに影響し合うものである。

まず 1 つ目は、N2 氏が【療養場所決定後も尊厳を問う姿勢】を持ち、そのことが【隠された意思の表れを察知】する姿勢につながり、また逆に【隠された意思を察知】しようとすることで、本人の尊厳を守ることにつながるため、『見えない意思を考慮』した実践と

した。2 つ目に【家に帰れない場合も労う姿勢】は主に家族の努力を尊重する関わりで、【超高齢者の自尊心の表れを理解】することは、超高齢者の行動を自尊心の表れとして理解して尊重する関わりであり、『家族も本人も考慮』した支援として影響しあっていると考える。3 つ目に【療養場所決定後も尊厳を問う姿勢】と【家に帰れない場合も労う姿勢】は、療養場所決定の如何に限らず、本人と家族の尊厳を尊重しているが、同時に家に帰るための支援の難しさも表われている。療養場所選択の結果が、必ずしも本人の希望に添えるとは限らない。そこには、家族の生活も考慮して決定する必要があり、妥協点を探りながら、本人と家族の合意形成に至るプロセスこそが重要であると言われており(清水, 2015)、そのプロセスに該当する。4 つ目に【超高齢者の自尊心の表れを理解】することと【隠された意思の表れを察知】することは、言いかえれば、『超高齢者らしさを考慮』した支援であり、これらは影響しあっていると考える。

これらの実践はつまり、超高齢者らしさを考慮しながら見えない意思を探り、療養場所決定後に家に帰れない場合でも本人・家族の双方を労うといったプロセスである。これは、療養場所選択に関する意思決定支援が、積極的かつ意図的な思考と行動の表れであるとともに、答えのない複雑な支援のプロセスであることを象徴していると考ええる。

### 3. N3 氏について

結果および図 4 に示すように『超高齢者の捉え方』として、【落ち着かない言動を読み解く】【セルフケア維持への意欲を読み解く】【現在と過去の生活を読み解く】の3つの視点が見いだされた。N3 氏が超高齢者の言動を注意深く読み取り、意図的に関わる捉え方である。次に『積極的な行動の実践』として、【躊躇せず医師に進言】【積極的な場の設定】【家族の立場で具体的行動】をするの3つの行動が見出された。この3つの行動は、それぞれに影響しあって実践されており、N3 氏の積極的な行動を特徴づけていると考ええる。

さらに、N3 氏の特徴として見出した『医療が陥りやすい困難に対処する実践』とは、例えば、超高齢者が入院後に起こす行動が身体抑制や鎮静につながるということに対し、治療の責任者である医師に本人の帰りたい意思を迅速に伝えることで回避できるといった実践である。また『看護ケアの注意深さを活かす実践』とは、例えば看護師は、超高齢者が入院して回復しつつあるときに、食事等のセルフケアを取り戻したいと思う瞬間があり、それが家に帰りたい瞬間になるといった気づきである。このような看護ケアの中の細かな気づきから本人の思いを見つけ、それを家族や他の医療者に繋げる実践のことである。以

上述べてきたように、N3氏は、超高齢者の捉え方としての3つの視点から、積極的な実践へと繋げており、その中には医療が陥りやすい困難に対処する実践と看護ケアの注意深さを活かす実践を行っていると考ええる。

#### 4. N4氏について

結果および図5に示すように『超高齢者の本音の理解』の中で、【年齢を受け入れた本音】【リスクを承知の本音】【時には身内に置き換え想像】という3つの視点が見いだされた。この視点は、N4氏が時には身内の言葉を思い出したり、身内に置き換えたりして超高齢者の本音を理解する実践であると考えた。次に、N4氏の『超高齢者を取り巻く人への考慮』として、【医療者間の情報伝達】【家族への情報伝達】という2つの視点が見いだされた。この2つの視点は、やんわりと伝えるという言葉にもあるように、医師や家族の心情をおもんばかりながら、情報伝達の手段を試行錯誤している実践だと考えた。このようにN4氏の特徴として、超高齢者、家族、医療者に積極的に関わりながらもそれぞれの立場に立つことを重視する姿勢が際立つことが示された。さらに、療養場所選択の支援をしていく上で、【超高齢者の安全確保】が実践の基盤となる。これは、超高齢者が合併症を起こすと、入院が延長され、療養場所に直接的に影響を与えるためである。

### B. 総合分析に基づく考察

#### 1. 総合分析による6つの最終ラベルについて

次に、総合分析によって最終的に統合された6枚の最終ラベルの意味を考察する。尚、図6の図解に示した最終ラベル(シンボルマークのみで表記)ごとに述べる。

##### a. 超高齢者への理解の追求：超高齢者の本心や回復の手がかりの探求

【超高齢者への理解の追求：超高齢者の本心や回復の手がかりの探求】は、超高齢者の理解の仕方が示されたと考える。

急性期病院では、患者の超高齢化が著しいが、在院日数の短縮化による課題への対応が求められている(伊東, 2018)。その課題について伊東は、在院日数の短縮化は看護師の入退院に関わる業務を増やし、対話を以て情報を得ることや関わりながら相手の思いやニーズを引き出すことが難しくなっていることなどを挙げている。しかし、本研究の結果によれば、看護師は、超高齢者がセルフケアを自身で行いたいと思う瞬間を回復の手がかりと

して捉え、自宅に帰りたいという本人の意思をくみ取っている。従って、対話の時間が十分に取れなくても、回復の手がかりを探ることで超高齢者の思いやニーズを引き出すことに繋げられることが示されたと言える。更に、超高齢者は、入院中の機能低下から気持ちが沈みこむことが多く、喪失感を抱くことがある。従って、日々のケアを行う中で超高齢者が大事にされているという実感が持てるよう関わることが超高齢者の本心を探る上でも特に重要である。

#### **b. 家族への理解の追求：介護を背負い超高齢者の意思決定に影響を与える存在**

【家族への理解の追求：介護を背負い超高齢者の意思決定に影響を与える存在】とは、家族の理解の仕方が示されたと考える。

家族には、直接的に介護を担う場合だけでなく、超高齢者と同居していなくとも在宅ケアサービスを使用しながら可能な介護をする場合や、入居施設を家族が探す場合など、個々の家族状況によって異なる様々な背負う立場がある。厚生労働省(2016)が示す、要介護認定を受け介護給付を受けている高齢者全体の5割以上を超高齢者が占めているという調査結果からも、家族が何らかの介護を背負うことが避けられない現状は明らかである。また、超高齢者は、和を大切にする日本の文化的背景が反映されている世代であり(広田, 2013)、明確に意思を表明できる人でも家族に意思決定を委ねることは少なくない。本研究の結果にも、一日でも長生きしてほしいと望む家族の期待に応えようとする者や、娘を気遣うため本音を言わない者の存在が窺えた。従って看護師は、家族を超高齢者の介護を背負う立場であるとともに、意思決定に大きな影響を与える存在であることを踏まえながら、家族への理解を深める必要があると言える。

#### **c. 療養場所決定の中にある本人の尊厳：本心の探求、多様な価値観のすり合わせ**

【療養場所決定の中にある本人の尊厳：本心の探求、多様な価値観のすり合わせ】は、療養場所決定の中にある超高齢者への尊厳を尊重する仕方が示されたと考える。

急速に迎えた現在の超高齢社会の中であって、超高齢者の療養場所選択について未だ有効な経験値が無いとされている(百瀬, 2015; 権藤, 2017)。超高齢者の療養場所選択の調整は不安定さを伴う。それは本人、家族、医療者の皆の意見をすり合わせていても、その間に本人や家族の気持ちが揺れたり、療養場所が決定した後も家族や医療者に心残りが生じることが少なくないからである。その中で看護師は、超高齢者の療養場所選択が人生の終

焉を迎える場の選択であることを踏まえ、最期まで希望をもって生きられるよう、超高齢者本人の本心を探求することを軸に行動していたと考える。従って、療養場所決定において本人の尊厳を追求することは、清水(2015)が述べるエンド・オブ・ライフケアに少なからず一致していると考え、未だ模索中の現状にあって未知の領域であると考え。

#### **d. 超高齢者側から見た最適医療：入院中の超高齢者の世界観理解**

【超高齢者側から見た最適医療：入院中の超高齢者の世界観理解】は、超高齢者の立場に立って考える姿勢が示されたと考える。

看護師は、入院中の超高齢者世代に対して、医師に対して敬う姿勢が強いが、治療と限界について見極められる者もいるという傾向を踏まえて関わっていた。さらに、入院後の超高齢者の落ち着いた言動を高齢者施設では日常的なものと捉えていることに気づき、自己の考えを修正し、超高齢者の立場を理解しようとする看護師もいた。しかし、超高齢者に医療を提供するために鎮静や身体抑制が強化されるような現状を地獄のようだと表現する看護師もいた。身体抑制についての調査では、施設の6%に対し、病院では64%医療者が抑制を行っていたという結果である(全日本病院協会, 2016)。従って、入院中の超高齢者は、その世代の特徴を持ち合わせながら、急性期病院の医療が生む弊害の中にあることを看護師は理解する必要がある。つまり、入院中の超高齢者の世界観理解とは、超高齢者世代の特徴を踏まえつつ、超高齢者の言動を入院中の環境がもたらす一時的な姿とし、医療者からみたリスク管理の観点を払拭し、その背後にある超高齢者の真の姿を見ようすることであると考え。

#### **e. 医療者側から見た最適医療：医療の加減を見定める調整**

【医療者側から見た最適医療：医療の加減を見定める調整】は、医療者側から見た超高齢者の最適医療を見定める支援の仕方が示されたと考える。

看護師は、超高齢者が何らかの医療を要する年代であるため、医師がその責任から医療を進めることについて理解していた。その中で、まず、治療の結果予測される超高齢者の心身への打撃の度合いを考えていた。また、吸引や中心静脈栄養・人工肛門の処置といった医療行為の選択が、治療後に療養場所を狭める可能性があることから、看護師は各超高齢者に適した療養場所を見越した医療遂行の加減を見定めていた。超高齢者にも、治療の効果は認められる。しかし、その一方で医療が与える弊害も視野に入れて検討する必要がある。



ある。超高齢者は医療を受けるために入院するが、経過の中で、個々の超高齢者にとってどの程度の医療が最適であるのか、医療の加減を医療者として常に見定めることが重要だと考える。

#### **f. 病院医療依存の中にある本人の尊厳：希望療養場所の実現可能性支援**

【病院医療依存の中にある本人の尊厳：希望療養場所の実現可能性支援】は、病院医療依存の中にある超高齢者への尊厳を尊重する仕方が示されたと考える。

病院医療依存の中にあるとは、結果にも示したように、超高齢者が病院間や病棟間を転々としたり、本人の希望通り自宅に帰っても救急車で搬送され死亡確認をするというような現代の超高齢者が病院医療に依存せざるを得ない現状のことを示している。看護師は、経験を通して、超高齢者が希望しても自宅に帰れない場合がほとんどで、他院への転院や高齢者施設への入所になることが多いことを予測している。また、移動先の空室を待っている間に些細な要因で亡くなる可能性が高い。つまり、病院医療の中にいる看護師だからこそ、超高齢者の希望を叶えるために、一時的に自宅に帰ることや自宅外泊後に施設に入所すること、あるいは転院先から自宅退院をめざしてもらうなど何らかの在宅の可能性を見出していたと考える。

### **2. 意思決定支援の構造（全体像）から得られた3つの知見について**

本研究では、エンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場所選択について、急性期病院の熟練看護師が行う意思決定支援の構造(全体像)を示した。その意思決定支援の構造から得られた3つの知見について、a. 学ぶ姿勢が生み出す実践知、b. 超高齢者医療のあり様への挑戦、c. 超高齢者の尊厳、の順に以下に考察を述べる。

#### **a. 学ぶ姿勢が生み出す実践知**

エンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場所選択について熟練看護師が行う意思決定支援の全体像(図 6)の中で、看護師は【超高齢者への理解の追求】と【家族への理解の追求】の両面から超高齢者を捉え、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】という支援を行っていた。この3側面に共通してみられていたのが、看護師の学ぶ姿勢や役割意識の高さであった。具体的には、*患者を大切にしている看護師は、超高齢者の退院支援や生活に高い関心を持っている気がする(表 12 - E013)* や、*日常的な会話の中から、本人の*

意思を見出したり支えたりする関わりをしており、急性期病院の看護師の役割として自覚している人もいる(表12-E003)とあるように、看護師は超高齢者に興味や関心を高く持ち、超高齢者の意思の表明を助けていた。また、カンファレンスという場は、超高齢者の本心に近づくよう皆で模索したり、家族が置かれている老老介護の現実を受容したりする場である。看護師はカンファレンスについて、**超高齢者の療養場所を決定する場ではあるが、本心の探求のために意見をすり合わせる場であり、多様な価値観を知る機会と捉えている**(表12-G007)ということからも、何とかして本人や家族の立場を考える看護師の学ぶ姿勢が窺えた。以上のことから、超高齢者の療養場所選択の意思決定支援は、看護師の学ぶ姿勢が生み出す実践知と考えた。

病棟看護師が患者に関心をもち、積極的に関わるだけでも意思決定支援であり(田中, 大久保, 2017)、さらに、訪問看護師やケアマネジャーと情報交換を行うことが有効な退院支援に繋がる(土田, 大竹, 森鍵, 鈴木, 細谷ら; 2013)。しかし、本人の入院前の情報を入手する看護師が少ない現状も報告されている(原田, 松田, 長畑, 2014)。従って、超高齢者への高い関心と学ぶ姿勢は、意思決定支援に必要不可欠な看護師の資質であるとも言える。

看護師の役割は時代を経て変化するが、宇都宮, 坂井(2016)が言うように、現在は療養場所選択の意思決定支援の役割が重要である。また、宇都宮は、その役割を遂行するために、病棟看護師が患者や家族の意思をくみ取り、必要な情報を提供する必要性について述べている。このように、超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援においても、病棟看護師の役割は大きく、今後ますますその実践が期待されることであろう。しかしながら、病棟看護師が持つ退院支援の課題については、退院支援時期の見極めの困難や退院支援の知識・認識・関心の不足などが明らかとなっている(藤澤, 2012)。本研究の研究参加者には訪問看護などの在宅サービス施設での実践経験を持つ者もいた。訪問看護師の経験の中で、サービスを駆使して生活する寝たきりの人や麻薬を持続皮下注射している人などを見て、最期を家で過ごしたい人をどうにかして支えたいと変化したようである。つまり訪問看護などの在宅看護の経験が、在宅療養の可否について見極める自信になり、少しでも家で過ごす具体策を提案できることに表れていた。また、訪問看護などの実践経験が役立つことは理解しやすいが、本研究ではさらに、看護師自身の家族の介護や在宅療養の経験が実践に影響していた。看護師は、身内の介護や在宅療養の体験を通して、自宅で介護を担っている人の綺麗事だけでは済まされない気持ちをくみ、念入りに確認し、少しでも負担の軽

減ができる手立てを尽くしたいと思っていることが示された。河野(2014)は、近しい人を在宅で看取った経験のある人は、年齢や終末期ケアへの関心が高いことを明らかにしている。

このように、病棟看護師の学ぶ姿勢は、超高齢者の療養場所選択の意思決定支援に必要な不可欠な資質であり、この資質には、在宅看護の実践経験や家族の立場を知る経験などを通して高めることができるということが示されたと言える。

## **b. 超高齢者医療のあり様への挑戦**

前述したとおり、エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択の意思決定支援の全体像(図 6)の中で、超高齢者を取り巻く医療の中から【超高齢者側から見た最適医療】と【医療者側から見た最適医療】が見いだされた。この2つの両面から最適医療を調整した結果が【病院医療依存の中にある本人の尊厳】であり、この3側面が、超高齢者医療のあり様への挑戦であると考えた。超高齢者に対する最適な医療について、見定めることは容易なことではない。超高齢者に対する治療について、必ずしも消極的になる必要はなく、適切な目標設定により有益性はある(堤、澁澤、日台、本村、井村ら、2013)。一方で、治療に伴う侵襲や負荷を考慮すれば、緩和ケア推奨への問題提起(市原、佐藤、後藤、2014)も見られている。つまり、超高齢者に期待できる治療効果と治療侵襲の間にある医療の加減は、今後も超高齢者医療に携わる者の重大な課題であると考ええる。本研究の結果からは、超高齢者の療養場所を考える際、この超高齢者側から見た最適医療と医療者側から見た最適医療の視点が必要で有益であることが示された。そのために看護師には、入院中の超高齢者の世界観を理解できるだけの洞察力や広い視点が必要であり、また医師との連携を含めたチーム医療における調整や、退院後も継続する医療行為が療養場所に及ぼす影響を予測できる力が求められることも明らかになったと言える。

さらに、病院医療依存の傾向を表す象徴的なこととして、身体抑制やせん妄を生む治療の遂行が挙げられる(伊東、2018)。*超高齢者の自宅療養が実現可能になる要素を何とか見出したり、身体抑制を生む治療やせん妄予防に挑戦して医療のあり様を模索したりしている(表12 - G003)*とあるように、身体抑制を生む治療に対して、超高齢者の尊厳の観点から医療のあり様を模索している者もいた。また、せん妄予防については、*家族が話す自宅の様子からせん妄の兆候を予測し、医師がタイミング良くせん妄の予防薬を投与できればせん妄を防げることがあり、手術後に順調な経過をたどる場合もあるというように院内の*

ルールに沿ったせん妄予防が実践されつつある(表 11 - F001)とあるように、病院・病棟で組織的・積極的に取り組んでいることも明らかとなっている。

これまで述べてきたように、超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援は、このような病院死の風潮や身体抑制やせん妄を生む治療が遂行されるという超高齢者医療の中で超高齢者の希望を叶えられるよう模索する支援であり、超高齢者医療のあり様への挑戦であると考ええる。

### c. 超高齢者の尊厳とは

エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択の意思決定支援の全体像(図 6)の中で、【療養場所決定の中にある本人の尊厳】と【病院医療依存の中にある本人の尊厳】は、超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援の現実の難しさとしてそれに対処する支援状況を表していると考え、他の要素との関係性を含めて中心に据え、超高齢者の尊厳追求のプロセスと考えた。

超高齢者の療養場所の選択の中で、本人や家族、専門職者が、それぞれの思いや立場、将来への見通しをもっており、専門職者はその職種によっても異なる立場からの意見があり、多様な価値観をすり合わせて療養場所を決定する。ただし、それが最善かどうかの答えが直ぐにわかるものでもない。しかしながら、このような調整の中で少なくとも中心に据えているのは、本人の尊厳であった。**超高齢者の療養場所の意向は、本人・家族・近隣者・代理意思決定者の気持ちをすり合わせているが、本人の意思確認が困難な場合に限らず情報を合わせても容易には決定できない(表 12 - E011)**というように、本人にとっての最善を検討することの困難とともに、本人の尊厳を大切にする実践であることが窺える。加えて、療養場所選択と切り離せない超高齢者に対する医療の現状と、その現状に直面しながらも本人の尊厳を大切にする看護師の実践が明らかとなった。医療の現状とは、すなわち病院医療に依存傾向であり、その 1 つに病院死という風潮があることが挙げられる。これは、**超高齢者は、病状変化の不安定さや入退院を繰り返すという特徴はあるが、私には最期は病院という風潮があることを素直に受け入れられない(表 12-139)**という主張に象徴されている。わが国では、病院で亡くなる人が全体の 77.3%であり、自宅では 12.8%という数値(厚生労働省, 2016)からも病院死が常識となっている現実が明らかである。しかし、この病院死という風潮に看護師は、疑問を持つ者や致し方ないとする者など多少の反応の違いはあるが、その中で可能な支援とは何かを模索していると言える。さらに、病院

医療依存の中にある超高齢者の置かれた境遇の難しさから、希望する療養場所の実現ができていないとは言えない。しかしながら看護師は、超高齢者の認知機能低下が身体抑制やせん妄を生む治療の遂行を払拭しようとすることや、超高齢者の希望を叶えるために、一時帰宅や外泊後の施設入所、転院先から自宅療養に繋がられる準備をするなど、本人の希望場所での療養の実現可能性を広げる支援をしている。つまり、必ずしも超高齢者の希望する療養場所への移行ができていないからこそ、本人の尊厳を中心に据えた行動をしていたといえよう。

このように、超高齢者の療養場所選択に関する意思決定支援は、最終的な満足が得られるとは限らない難しさがあるが、意思決定支援の中心にあるのは超高齢者の尊厳であるという強い思いを持ち、超高齢者に合わせた支援を探求し続けることが重要であると考ええる。

清水(2015)は、高齢者の尊厳について、惨めではなく、苦痛がなく、大切にしてもらえているという三つが揃ってこそ尊厳の保持に繋がると述べている。これは、本研究の結果で示した超高齢者が存在意義を実感できるような日常的関わりの重要性に相当すると考える。

### C. 療養場所選択についての困難と支援

本研究において、療養場所選択についての意思決定支援の困難さがいくつかあったが、急性期病院の退院支援について、先行研究でも病棟看護師の役割意識の低さや、本人と家族の意向の相違、職種間の連携に関する困難が示されている(伊東, 2018; 川口, 2017)ことから、以下3つの視点について述べることにする。

まず1つ目は、病棟看護師の役割意識についてである。川口(2017)は急性期病院の病棟看護師が退院支援について自分たちの役割だと認識していないことや、支援についての自信のなさが在宅支援に繋がらない阻害要因の一つだと述べている。また、急性期病院の退院支援看護師の困難さの一つに、病棟看護師が他人任せであることが挙げられている(田中, 伊藤, 真野, 2011)。つまり、病棟看護師の役割意識や、支援についての自信のなさが、超高齢者の療養場所選択の意思決定支援を困難にする要因になると考えられる。

しかし、本研究の結果、熟練看護師は、日常的ななにげないやりとりの中に垣間見える超高齢者の本心を捉えることを重要視しており、そのようなやりとりを行なえる関係性を築き、本音を話してもらえる存在になることが病棟看護師の役割であると自覚していた。そのため、熟練看護師は超高齢者との日常会話を意識的に増やし、複雑な家族背景や不満を打ち明けられたタイミングを逃さずに本心を聞き出し、意思決定支援に繋がっていたと考

える。従って、退院支援や意思決定支援は、特別なことではなく、超高齢者との関係性を築く中で本音を聞き出して、確認できる意思を他者と共有することで実践できていくものとする。つまり、退院支援に繋がる情報源になることが病棟看護師の役割であり、実際に提供した情報がうまく退院支援に繋がった実感が持てれば、個々の病棟看護師の役割意識を高めることになる。強いては病棟看護師の自信にも繋がるはずである。

2 つ目に、患者と家族の意向の相違について述べる。山本、百瀬(2017)は、退院支援の場面において、患者・家族間で意向が一致しないことや、高齢者では介護サービスの決定等の退院支援を進める中で、家族の意思が反映されることが多いと述べている。本研究において、熟練看護師は本人と家族の意向の相違を感じた場合、その根源が何であるかをまず判断し、根源の違いに応じて幾つかの支援を実践していた。例えば、意向の相違の根源が知識や理解不足であれば、医師に説明する機会を依頼したり、家族間のパワーバランスを感じる場合は、せめて本人が思いを言える場を調整したり、あるいは遠方の家族が決定するような場合は、キーパーソンを明確にするなどの支援を行っていた。従って、本人と家族の意向の相違の根源をまず見極める判断、現状を正しく理解しているか判断したうえで、意向の相違の根源に合わせた支援が重要だと考える。

また、家族の意思が反映されやすい状況について、家族は、現状の理解不足が大きいことや、超高齢者にとっては終焉の場所という意識が低いこと、未経験の介護に対する不安が大きいことなどが予測される。従って、熟練看護師が家族への理解を追求し、試験的に外出や外泊という体験を勧めていたことは、本人・家族にとって納得のいく意思決定支援に繋がると考えられる。

3 つ目は、職種間の連携に関する困難さである。これらは退院支援看護師やソーシャルワーカーの退院支援の困難さを示した先行研究に共通して述べられている(原田、松田、長畑, 2014)。本研究において、熟練看護師は多職種で集まるカンファレンスという場を調整して、あらゆる職種の情報をすり合わせて超高齢者の最善を判断しようとしていた。その際、熟練看護師は、入院前の情報を地域側のスタッフから積極的に得たり、施設スタッフの超高齢者の言動の捉え方を参考にしたりしていた。意思決定支援は、チームアプローチが有効とされているが(山本、百瀬, 2017)、熟練看護師も、多職種の意見をすり合わせるカンファレンスの場を設定し、価値観を共有する中で、解決しようと努めていたと考える。これは、清水(2015)が、意思決定支援について本人の意思が確認できる場合においても、本人だけの意思に沿うのではなく、家族を交え医療者間の話し合いの中で合意が得られて

決定するものであると述べていることを示唆した結果である。

#### **D. 看護実践への示唆**

高齢者の意思決定支援については、高齢がん患者などに焦点を当てた研究はされつつあるが、超高齢者のみに焦点をあてた研究は少ない。そこで本研究では、高齢者として一括りにはできない「超高齢者」に焦点を当てて、急性期病院の熟練看護師の実践を明らかにした。その結果、「超高齢者」の特徴を踏まえた療養場所選択の意思決定支援について、以下のような点が見いだされた。

- 1) 超高齢者の療養場所選択は終焉の場所となる可能性が高いため、退院支援という範囲を超えて、本人の最終的なゴールまで想定しながら可能な限り本人の希望場所に近づける支援が必要である。これは、急性期病院に多い転院支援でも同様である。
- 2) 超高齢者は、一日でも長く生きて欲しい家族の思いに応えるため、決定を他者に委ねる傾向があることや、高年齢ゆえに治療には消極的になる傾向があることから、一見、受動的な姿勢に見えがちではあるが、看護師は日常的な関わりから超高齢者の真意をくみ取って関わることが重要である。
- 3) 現在の超高齢者の多くは、医師を敬い逆らえない傾向があることを理解し、一方で、自らの生き方の転換点を作り出す力があるため、療養場所選択の意思決定支援の中で、その力を引き出し支援することが、超高齢者の尊厳を尊重することになり得る。
- 4) 超高齢者への最適医療とは、療養場所選択に大きく影響することと考えて、超高齢者に適した医療の加減を見定めることであり、看護師にも見定める能力が求められる。

このような特徴を持つ「超高齢者」の療養場所選択の意思決定支援を実践していくための看護実践への示唆として以下2つを述べる。

1 つ目は、在宅看護の実践や研修を活かす教育の促進である。病棟看護師にとって、訪問看護などの在宅看護の経験は、超高齢者の自宅療養の様子を知ることに加え、入院中どのような準備があれば自宅療養に繋がるのかといった具体的なイメージがつくことになる。従って急性期病院の実践においても、次の療養場所に繋げる支援に結び付きやすい。診療報酬においても、在宅医療推進として退院後訪問指導料などが新設され(厚生労働省, 2016b)、病棟看護師が実際に退院後の患者に訪問できるようになり、加えて訪問看護に同行する場合の加算も導入されている。松原, 森山(2015)は、病棟看護師が、訪問看護の同

行訪問の経験を通して積極的に退院支援に関わる態度に変化したことを明らかにしている。ただし、現状では退院後訪問指導料は医療ニーズが高い患者に限られており、算定する病院もまだ 1 割程度に留まっている(日本看護協会, 2017)。しかし、多くの医療機関では、院内教育の一貫として、病棟看護師が、併設されている訪問看護ステーションで研修するなどの取り組みが実施されており、病棟看護師が在宅看護を体験する機会が作られ、在宅医療の推進や退院支援の役割意識の向上に有効であることが報告されている(松原, 森山, 2015)。これら在宅看護の研修を活かす教育で留意したいのは、体験だけで終わらせないことである。在宅看護を体験したときに関わった事例をしっかりと振り返り、特に病院側と地域側が共有すべき有効な情報について明確に学ぶことが重要であると考え。また、超高齢者や家族の背景は複雑で多彩であるため、いくつかの体験事例を基に学びを広げていくことが必要である。

2 つ目は、病棟看護師に対する教育方法の開発である。病棟看護師に対する退院支援教育が少しずつなされ、研修の効果も見られている(大崎, 大竹, 赤間, 鈴木, 小林ら, 2009)。しかしながら、超高齢者の療養場所選択についての意思決定支援を病棟看護師が遂行していくには、このような知識を得る研修等だけでは困難であると考え。そのための教育方法としては、日頃の超高齢者との関わりの看護実践に加え、看護師自身の看護実践以外の日常の体験、身内に起こる在宅介護の体験など、多方面からの体験をリフレクションすることを取り入れて、看護実践の質を高めることに繋げようとする試みが必要である。

まず日頃の看護実践の共有が必要であるが、たとえば N2 氏の実践の中にあった隠された意思の表れを察知することは、超高齢者とよく接していれば気づく者もいるが、見逃してしまう者もいるだろう。そのため、日頃の看護実践の中にある細かな判断を共有する場を設けることで、よりきめ細かな意思決定支援に繋がると思われる。さらに、看護師自身に病気体験がある場合や、超高齢社会のわが国では身内の入院や介護に直面する機会があるため、さまざまな看護以外の体験があると思われる。本研究において看護師自身の身内の在宅療養や入退院の経験が、超高齢者の療養場所の意思決定支援に影響していた。従って、看護師の日頃の看護実践、看護以外の自己の体験、さらには身内の介護や在宅療養に携わった体験をもとに、リフレクションを取り入れた教育の場をつくることで、先に述べた超高齢者の特徴を踏まえた支援に繋がると考える。原田(2011)は、経験を振り返る思考過程を知的活動として可視化することが重要であり、熟練看護師は実践でリフレクションして実践知を見出していると述べている。それ故、山本(2015)は、看護師は、理論を学び、



優れた事例の振り返りによって成長できると述べている。超高齢者の療養場所選択の意思決定支援は、熟練看護師の学ぶ姿勢があったからこそ成し得ていたが、このようなリフレクションを取り入れた教育方法を開発できれば、病棟看護師がそれぞれの実践から学び、超高齢者の特徴を踏まえた意思決定支援を実現できていくものと考えている。

## **Ⅶ. 結 論**

本研究では、エンド・オブ・ライフケアにおける、超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援を行うために、熟練看護師が超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、意思決定支援を実践しているかについて構造を明らかにすることを目的とし、質的統合法(KJ法)を用いて分析を行った。その結果、6つの点が以下のとおり明らかになった。

1. 超高齢者と家族の理解を追求して療養場所選択への支援に繋げることは、日常的な関わりを行う病棟看護師の役割であるが、看護師の日々の学ぶ姿勢があるからこそなし得る実践である。
2. 超高齢者を取り巻く医療の中で看護師は、超高齢者側と医療者側の双方から見た最適医療を考え、療養場所の希望を叶えられるよう模索する支援を行っており、超高齢者医療のあり様への挑戦をしていた。
3. 超高齢者の療養場所選択についての意思決定支援は、病院医療依存傾向による困難や必ずしも本人の希望が叶うとは限らない困難の中で、不安定さを伴って実践されており、それ故超高齢者の尊厳の追求を中心に据えた支援である。
4. 超高齢者の療養場所選択で生じやすい家族との意向の相違には、家族優位の決定にならず本人の尊厳に繋がるよう、相違の根源に応じて、家族の理解不足の解消や本人が意思表示できる場の設定等を行う支援が重要である。
5. 急性期病院の看護師が、表現されない超高齢者の意思をくみ取るには、相手に思いをよせる基本的な看護の姿勢とともに、リスク回避を優先しがちな医療者側の捉え方とならないように自らを点検する姿勢が大切である。
6. 超高齢者に特に特徴的なことは、療養場所選択は、終焉の場所を決めることになり得るため、可能な限り本人の希望場所に近づける支援が必要であることである。そのために病棟看護師は、日常的な関わりから超高齢者の意思をくみ取り、超高齢者に適した医療の加減を見定め、また超高齢者が自らの生き方の転換点を作り出す支

援を実践していく役割が求められる。

## **VII. 研究の限界と課題**

本研究は、急性期病院に勤務する看護師経験 10 年以上の熟練看護師 10 名にインタビューしたデータを分析して実施した。急性期病院の選択基準として診療報酬基準と看護加算 (7 対 1, 10 対 1) については設定したが、地域の限定は設定していない。しかし便宜的サンプリングで行ったため、研究者の居住県と近隣合わせて 4 県の中にある急性期病院の看護師からのデータとなっており、地域的に限られた傾向が反映されている可能性は否定できない。分析結果からは、特に地域性といった特徴は抽出できなかった。しかしながら、都道府県間で医療機関の病床や介護保険施設等の定員数によって自宅死の割合に地域差があることがわかっている (内閣府, 2016)。この 4 県は、医療機関の病床数や介護保険施設等の定員数が多い地域であり、他の地域よりも自宅死が少なく病院死が多い傾向がある中で結果であることを踏まえておく必要がある。また、研究参加者は、30～50 代で平均年齢 40 歳であったことから、熟練看護師の条件は満たしているものの、熟練看護師としては比較的若い者の看護実践が反映していると考ええる。このように限定された対象者数、地域性、年代という研究参加者の背景による限界はありつつも、印象的事例を想起してもらいながら詳細に看護実践が語られたデータであった。

また、本研究では質的統合法 (KJ 法) を用いて、10 事例の個別分析の後、総合分析を行って超高齢者の療養場所選択についての意思決定支援の構造を明らかにした。今後は、超高齢者の療養場所選択について病棟看護師が行う意思決定支援について、本研究の結果を基盤に量的研究により検証を行い、『超高齢者』のエンド・オブ・ライフケアを発展させるうえで看護実践へ直接的に応用可能な研究へと発展させていくことが課題である

## 謝 辞

本研究において、研究参加者となって下さり、様々な語りを聞かせて下さった皆様には心より感謝申し上げます。皆様とお会いし、インタビューをさせて頂く中で、看護者として、研究者として学びを深める機会となったとともに、皆様の熱意に大変感激致しました。そして、研究参加者を募るにあたり、推薦して下さいった看護部長様をはじめ、管理者の皆様にも研究にご理解とご協力をいただき、心から感謝いたします。お陰様で、無事に研究を進めることができました。

日本赤十字九州国際看護大学教授の小林裕美先生には、博士課程に入学し研究へ取り組む機会を与えてくださいました。小林先生には、本当に熱心に根気強くご教授頂きました。研究の過程で迷いや不安を抱えた時も、私が初心を思い出せるよう導いて下さり、常に的確なご助言を頂きましたことを心よりお礼申し上げます。

日本赤十字北海道看護大学の西片久美子先生には、客観的な視点でご教授頂き、温かい励ましのお言葉を頂きましたことを心よりお礼申し上げます。

その他にも、博士論文研究計画書の審査から博士論文審査に至る過程を通して、審査に関わって下さった本田多美枝先生、石崎智子先生、眞崎直子先生には、審査だけでなく多くのご教授を頂きましたことを心よりお礼申し上げます。

日本赤十字九州国際看護大学の合同ゼミにおいては、諸先生方に様々なアドバイスを頂き、研究活動を支えて頂きました。そして、領域外の先生方にも常々ご配慮と温かい励ましのお言葉を頂き、感謝しております。また、学びの時間を共有した学友の皆様、諸先輩方、大学内の関係者の皆様にも大変励まして頂きました。

心より、感謝申し上げます。

## 文 献

アドバンス・ケア・プランニング研究会. [www.ncgg.go.jp/zaitaku1/acp\\_hp/](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/acp_hp/) [2017/05/25 閲覧]

アメリカ病院協会(1973). 患者の権利章典.

[cellbank.nibiohn.go.jp/legacy/information/ethics/patrights.htm](http://cellbank.nibiohn.go.jp/legacy/information/ethics/patrights.htm) [2017/7/25 閲覧]

安藤満代, ニノ坂保喜, 岡村和久(2015). 終末期の在宅療養での意思決定支援において有効だったことと困難だったこと. *インターナショナル Nursing Care Research*, 14(3), 87-95.

浅見洋, 中村順子, 伊藤智子, 彦聖美, 浅見美千江. (2016). ルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養希望の変容 秋田・島根の中山間地における経時的調査より. *石川看護雑誌*, 13, 33-43.

Benner, P. E. (1984)/井部俊子(訳) (2005). *From novice to expert : Excellence and power in clinic nursing practice*. 医学書院.

Ericsson, K. A. (1996). *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates.

European Journal of Palliative Care. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 16 (6). 278-289.

藤澤まこと(2012). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第 1 部) 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化. *岐阜県立看護大学紀要*, 12(1), 57-65.

Fleming, J., Farquhar, M., Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration, Brayne, C., & Barclay, S. (2016). Death and the oldest old: Attitudes and preferences for end-of-life care--qualitative research within a population-based cohort study. *PloS One*, 11 (4).

外務省(1948). 世界保健機関(World Health Organization)概要. [www.mofa.go.jp](http://www.mofa.go.jp) [2017/05/25 閲覧]

権藤恭之(2017). 【長寿の生涯を健康に生き抜く】 百寿者研究から見た望ましい老いのあり方 百寿者におけるサクセスフルエイジングを求めて. *環境と健康*, 30(1), 14-23.

原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代(2014). 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難. *老年看護学*, 18(2), 67-75.

原田雅子(2011). 熟練外来看護師のやりがい獲得の過程に潜在する実践知の可視化. *日本*

- 看護科学会誌, 31(2), 69-78.
- 長谷川健美, 高野政子, 市瀬孝道(2016). 在宅における終末期患者の死亡確認の現状と特定看護師の役割 訪問看護師のインタビューから. 看護科学研究, 14(1), 1-10.
- 広田千悦子(2013). ほんとうの和の話. 文藝春秋.
- Home - Palliative Care (2008, 2011). <https://palliativecare.org.au> [2017/05/25 閲覧]
- 市原利晃, 佐藤浩平, 後藤和也(2014). 術後超高齢者から在宅ケアの検討. 癌と化学療法, 41 (Suppl.I), 4-5.
- 伊東美緒(2018). 「高齢者の治療選択」を支える 患者にとっての最善を見据えて 超高齢者や認知機能が低下した患者への急性期病院におけるケア・医療のあり方を考える. 看護管理, 28(6), 501-508.
- Kathleen, M. F. (1999). [www.n.chiba-u.jp/H23COEs/index.html](http://www.n.chiba-u.jp/H23COEs/index.html) [2017/09/25 閲覧]
- 川口いずみ(2017). 急性期病院における在宅医療への取り組み.  
[http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1\\_20171104065246.pdf](http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20171104065246.pdf)  
[2019/01/10 閲覧]
- 河口てる子(2008). 慢性看護の基盤となる患者教育研究のとりくみー熟練看護師による慢性疾患看護の実践知ー. 日本慢性看護学会誌, 2(2), 66-71.
- 川喜田二郎(1967). 発想法ー創造性開発のために. 中央公論社.
- 河野由美(2014). 病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因. 日本看護科学会誌, 34(1), 123-130.
- 厚生労働省(2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン.  
[www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf) [2017/09/25 閲覧]
- 厚生労働省(2016a). 退院支援加算平成 28 年度診療報酬点数.  
[https://clinicalsup.jp/contentlist/shinryo/ika\\_1\\_2\\_2/a246.html](https://clinicalsup.jp/contentlist/shinryo/ika_1_2_2/a246.html) [2017/05/25 閲覧]
- 厚生労働省(2016b). 平成 28 年度診療報酬改定説明.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000115980.pdf> [2019 /02/10 閲覧]
- 厚生労働省(2017a). 福祉・介護人材の確保に向けた取組について.  
[www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000...Kikakuka/0000167734.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000...Kikakuka/0000167734.pdf) [2017/09/25 閲覧]
- 厚生労働省(2017b). 平成 28 年度診療報酬改定結果検証に係る調査.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-HokenkyokIur-youk/0000025686.pdf>  
[2017/05/25 閲覧]

厚生労働省 (2018). ACP(アドバンス・ケア・プランニング).

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_00775.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00775.html) [2019/01/15 閲覧]

Lincoln, Y., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London: Sage.

Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). *Living well at the end of life*. Rand Corporation.

松原 みゆき, 森山 薫 (2015). 訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 15, 11-19.

銘苅尚子 (2014). *Advance Care Planning 導入を目指した予備調査* (PDF : 411KB).

[www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/27/25xx-12.pdf](http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/27/25xx-12.pdf) [2019/01/17 閲覧]

百瀬由美子 (2015). 【超高齢社会の幕開けと今後の日本】 超高齢社会に求められる老年看護の役割. *Geriatric Medicine*, 53 (1), 47-51.

森一恵, 杉本知子 (2012). 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題. 岩手県立大学看護学部紀要, 14, 21-32.

村瀬智子, 村瀬雅俊 (2013). 熟練看護師のライフヒストリーにおける学習意欲を保持する過程—自己・非自己循環理論の視点から. *Journal of Quality Education*5, 29-51.

長江弘子 (2014a). 看護実践におかすエンド・オブ・ライフケア. 日本看護協会出版会.

長江弘子 (2014b). エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. *保健医療社会学論集*, 25 (1), 17-23.

Nagata, S., Tomura, H., & Murashima, S. (2012). Expansion of discharge planning system in Japan. Comparison of results of a nationwide survey between 2001 and 2010. *BMC Health Services*.

内閣府ホームページ (2014). 高齢者の日常生活に関する意識調査結果 (全体版).

[www.cao.go.jp/](http://www.cao.go.jp/) [2017/05/25 閲覧]

内閣府ホームページ (2016). 高齢化の現状と将来像.

[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_1_1.html)  
[2017/05/25 閲覧]

内閣府 (2017). 高齢化の現状と将来像.

[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_1_1.html)  
[2019/05/25 閲覧]

中根千恵 (1967). *タテ社会の人間関係 単一社会の理論*. 講談社現代新書.

National Institutes of Health (NIH) (2004). [www.nih.gov/](http://www.nih.gov/) [2017/05/25 閲覧]

- 日本看護協会(2014). 看護者の倫理綱領. <https://www.nurse.or.jp> [2017/09/25 閲覧]
- 日本看護協会(2017). News Release 「**2017** 年 病院看護実態調査」 結果報告  
[www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20180502103904\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20180502103904_f.pdf). [2019/02/10 閲覧]
- 日本看護倫理学会(2015). 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン.  
[jnea.net/pdf/guideline\\_songen\\_2015.pdf](http://jnea.net/pdf/guideline_songen_2015.pdf). [2017/08/18 閲覧]
- 日本老年医学会(2012a). 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の  
「立場表明」. [www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf) [2017/08/18 閲覧]
- 日本老年医学会(2012b). 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン.  
[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) [2017/08/18 閲覧]
- 日本老年医学会(2017). 高齢者の定義と区分に関する提言(概要).  
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/rounengakkai/about.html> [2017/05/25 閲覧]
- 尾高煌之助(1989). アジアの熟練 開発と人材育成. アジア経済研究所.
- 小國英夫(2008). 長寿社会における高齢者の社会的文化的役割に関する考察. 社会学部紀  
要, 105(3), 15-30.
- 大崎瑞恵, 大竹まり子, 赤間明子, 鈴木育子, 小林淳子, 佐藤千史, 叶谷由佳(2009). 地域  
中核病院看護部の退院支援教育が病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果. 日本看護研  
究学会雑誌, 32(4), 111-119.
- Pocock, L. V., Ives, A., Pring, A., Verne, J., & Purdy, S. (2016). Factors associated with hospital  
deaths in the oldest old: A cross-sectional study. *Age and Ageing*, 45(3), 372-376.
- 佐々木隆志(2012). エンド・オブ・ライフケアの概念構成と変遷に関する研究. 静岡県立  
大学短期大学部研究紀要, 26, 29-34.
- Sarmiento, V. P., Higginson, I. J., Ferreira, P. L., & Gomes, B. (2016). Past trends and projections  
of hospital deaths to inform the integration of palliative care in one of the most ageing  
countries in the world. *Palliative Medicine*, 30(4), 363-373.
- 瀬戸奈津千, 山本育子, 岡崎優子, 岡田ゆかり, 河井伸子, 坂井さゆり, 森小律恵, 清水安  
子, 正木治恵(2006). 看護ケアを捉える文化的枠組みの構築—海外文献による文化的  
視点の明確化—. 千葉看会誌, 12, 1, 6, 65-70.
- 清水哲郎(2015). 「人生の最期をどう生きるか、どう支えるか、どう迎えるか」本人・家  
族の意思決定を支える 治療方針選択から将来に向けての心積りまで. 医療と社会,  
25(1), 35-48.

- 総務省 (2017). 統計局ホームページ/人口推計. [www.stat.go.jp/data/jinsui/](http://www.stat.go.jp/data/jinsui/) [2017/010/8 閲覧]
- 鈴木大拙 (1940). 禅と日本文化. 岩波新書.
- 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子 (2012). 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要, 6 (1), 65-71.
- 田中里佳, 大久保仁司 (2017). 高齢がん患者の療養法意思決定支援の研究の動向と今後の課題. ホスピスケアと在宅ケア, 25 (1), 12-20.
- 谷本真理子 (2012). エンドオブライフを生きる下降期慢性疾患患者のセルフケアのありようーケアを導く患者理解の視点抽出の試みー. 千葉看会誌, 18, 2, 12, 9-16.
- 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 田所良之, 坂本明子, 須藤麻衣, 正木治恵 (2015). 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. Palliative Care Research, 10 (2), 108-115.
- 寺尾洋介, 高橋良幸, 正木治恵, 谷本真理子 (2014). 老人ホーム入居高齢者への家族の関わりを支えるものー最期まで通い続ける家族を対象にー千葉看会誌, 20, 1, 9, 47-54.
- 手島陸久 (1997). 退院計画ー病院と地域を結ぶ新しいシステムー. 中央法規出版.
- 鳥田美紀代 (2012). 入院している高齢者の主体的な療養生活を支援することに関連した医療現場の課題と対策. 千葉看会誌, 18, 1, 7, 11-17.
- 土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子, 鈴木育子, 細谷たき子, 小林淳子, 佐藤千史. (2013). 医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践. 日本看護研究学会雑誌, 36 (4), 39-46.
- 堤久, 澁澤基治, 日台裕子, 本村小百合, 村井善郎, 岡田夢, 伊藤雄二 (2013). 超高齢 101 歳女性の非ホジキン リンパ腫 (びまん性大細胞型 b 細胞リンパ腫) の 1 例. 老年者造血器疾患研究会会誌, 22, 38-43.
- 宇都宮宏子, 坂井志麻 (2016). 退院支援ガイドブック. 学研.
- Uwe, F. (2007)/小田博志, 山本則子, 春日常, 宮地尚子 (訳) (2012). 質的研究入門ー人間科学のための方法論. 春秋社.
- 渡辺舞, 渡辺裕子 (2013). 超高齢期にある人の自己概念と適応ー今をいきいきと生きるために必要なことー. 日本適応看護理論研究会学術論文集, 9 (1), 1-17.
- 山本則子 (2015). 看護実践の知と質的研究. 質的心理学フォーラム, 7, 74-82.
- 山本さやか, 百瀬由美子 (2017). 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成. 日本看護研究学会雑誌, 40 (5), 837-848.



山浦晴男(2012). 質的統合法 考え方と手順. 医学書院.

矢野真理(2015). 超高齢者の終末期医療における家族の代理意思決定に対する看護師の臨床判断. 日本赤十字九州国際看護大学紀要 = Bulletin of the Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing, (14), 1-12.

全日本病院協会(2016). <https://ajha.or.jp> [2019/01/10 閲覧]

## < 資料 >

資料 1 : 研究協力依頼書(病院長用)

資料 2 : 研究協力依頼書(看護部長用)

資料 3 : 承諾書

資料 4 : 研究協力依頼書(研究参加者用)

資料 5 : 同意書

資料 6 : 同意撤回書

資料 7 : インタビューガイド

平成○年 ○月 ○日

○○病院

病院長 \_\_\_\_\_ 様

日本赤十字九州国際看護大学大学院  
共同看護学専攻 博士課程 矢野 真理

「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する  
意思決定支援の構造」の研究に関するご協力のお願い

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私、矢野 真理は、日本赤十字九州国際看護大学大学院の博士課程に在籍し、「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造」という課題名で研究をしています。

日本は、超高齢社会を迎え、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性はますます増大しています。近年、病院での退院支援について、診療報酬でも評価され、退院支援部署の設置や退院調整看護師の配置がされるようになってきました。入院された超高齢者の退院支援については、退院調整看護師だけでは超高齢者の意思を確認することが、困難なことも予測されます。このような状況を踏まえ、本研究では、病棟看護師が行う、超高齢者と家族への療養場所選択に対する意思決定支援の状況を明らかにしたいと考えております。このことで、病棟看護師の果たす役割が明確になり、超高齢者の尊厳を大切にしたエンド・オブ・ライフケアを発展させるうえでの研究の一助になると考えます。

つきましては、看護管理者の方に研究参加者のご推薦をお願い申し上げます。

研究の概要は下記をご参照ください。なお、看護管理者、研究参加者には、別途研究協力依頼について文書と口頭で説明させていただきます。

ご多用中大変恐縮ですが、研究の主旨をご理解いただきご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

1. 研究の目的・意義

急性期病院に入院された超高齢者の退院支援については、退院調整看護師の導入などシステム化されていると思われますが、退院調整看護師だけでは超高齢者の意思を確認することが困難なことも予測されます。本研究では、熟練看護師が療養場所選択に対して超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、どのような意思決定支援を行っているかその実践知を可視化することを目

的としております。病棟看護師の実践知が明らかになれば、退院支援において、退院調整看護師

## 2. 研究期間・方法

## 研究方法

) 研究デザインは、質的探索的研究とし、熟練看護師の超高齢者への療養

### 3. 研究への参加の自由意思、拒否権

#### 4. 研究に参加することで予測される利益と不利益

## 5. 研究データおよび個人情報の取り扱いとプライバシーの保護

73

結果の公表から3年後には修復不可能な状態にした後に破棄します。データは全て匿名化し、研究結果の公表においては、研究参加者個人や関係者、地域が特定されないように配慮します。インタビューの

#### 資料1：研究協力依頼書(病院長用)続き

場所として、貴院の施設内を研究参加者が希望した場合、情報漏洩防止のため、貴院内の個室を利用させていただきます。

### 6. 研究結果の公表方法

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学大学院共同看護学専攻の博士論文として提出し、研究結果を公表します。その後、関連学会にて発表、関連学会誌に投稿予定です。研究結果の開示は、研究参加者の要望に応じて行いますが、開示までに時間を要する場合があります。

### 7. 同意と同意撤回

本研究は、研究参加者の自由意思による研究参加として、研究内容にご理解頂き別紙の「同意書」に2部署名し、1部ずつを双方で研究が終了するまで保管します。「同意書」に署名した後、同意撤回することは可能です。同意撤回の確認が取れたのち、関連するデータの一切を破棄し研究には使用しません。同意を撤回しても、研究参加者や所属する施設に不利益が生じることは一切ありません。ただし、同意撤回書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され、個人が特定できない状態等の場合は、データを破棄できないこともあります。

### 8. 研究に対する問い合わせ

本研究に対するお問い合わせや苦情は、お手数ですが研究者の矢野 真理へご連絡ください。研究への質問や意見には真摯に対応いたします。研究者へ伝えにくい場合は、下記の相談窓口へご連絡ください。尚、お問い合わせや苦情により、研究参加者や所属する施設に不利益が生じることは一切ありません。研究実施にあたり、ご迷惑をおかけしないように十分に配慮し実施させていただきますので、ご理解をいただき研究にご協力頂きますようよろしくお願いいたします。

#### 連絡先

研究者：日本赤十字九州国際看護大学大学院 共同看護学専攻博士課程 矢野 真理  
E-mail：\*\*\*\*@\*\*\*\*\* Tel:△△△-△△△△ (代表)

研究指導教員：日本赤十字九州国際看護大学 教授 小林 裕美  
E-mail：\*\*\*\*@\*\*\*\*\* Tel: △△△-△△△△ (代表)

相談窓口：日本赤十字九州国際看護大学  
〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1 丁目 1 番地 Tel:0940-35-7001 (代表)

平成○年 ○月 ○日

○○病院

看護部長 \_\_\_\_\_ 様

日本赤十字九州国際看護大学大学院

共同看護学専攻 博士課程 矢野 真理

「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造」の研究に関するご協力をお願い

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私、矢野 真理は、日本赤十字九州国際看護大学大学院の博士課程に在籍し、「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造」という課題名で研究をしております。

日本は、超高齢社会を迎え、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性はますます増大しています。近年、病院での退院支援について、診療報酬でも評価され、退院支援部署の設置や退院調整看護師の配置がされるようになってきました。入院された超高齢者の退院支援については、退院調整看護師だけでは超高齢者の意思を確認することが、困難なことも予測されます。このような状況を踏まえ、本研究では、病棟看護師が行う、超高齢者と家族への療養場所選択に対する意思決定支援の状況を明らかにしたいと考えております。このことで、病棟看護師の果たす役割が明確になり、超高齢者の尊厳を大切にしたエンド・オブ・ライフケアを発展させるうえでの研究の一助になると考えます。

つきましては、看護管理者の方に研究参加者のご推薦をお願い申し上げます。

研究の概要は下記をご参照ください。なお、病院長、研究参加者には、別途研究協力依頼について文書と口頭で説明させていただきます。

ご多用中大変恐縮ですが、研究の主旨をご理解いただきご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

## 記

### 1. 研究の目的・意義

急性期病院に入院された超高齢者の退院支援については、退院調整看護師の導入などシステム化されていると思われますが、退院調整看護師だけでは超高齢者の意思を確認することが困難なことも予測されます。本研究では、熟練看護師が療養場所選択に対する超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、どのような意思決定支援を行っているかその実践知を可視化することを目的としております。病棟看護師の実践知が明らかになれば、退院支援において、退院調整看護師だけでは果たすことができない病棟看護師の役割が明確になり、超高齢者の意思を尊重した退院支援に繋がると思います。

## 2. 研究期間・方法

1) 調査期間：平成        年        月        日～平成        年        月        日

### 2) 研究方法

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会および共同看護学専攻研究倫理審査委員会の承認を受けて実施しています。

(承認番号：                      ) (承認番号：                      )

研究デザインは、質的探索的研究とし、熟練看護師の超高齢者への療養場所選択に対する意思決定支援の実践を明確にしたいと思います。調査は、40 分から 50 分程度のインタビュー形式で、研究参加者の要望を最優先し、日程調整・場所の設定を行い、実施します。

本研究に推薦していただきたい看護師は、入院基本料 7 対 1 か 10 対 1 の届け出をしている病棟で働いている方で、高齢者看護に熟練した実践知を持ち、超高齢者と家族の療養場所選択に対する意思決定支援を積極的に行っている看護師経験 10 年以上の熟練看護師です。認定看護師や専門看護師の方も含みます。研究参加者の選定にあたっては、研究者が貴院の看護部長と相談の上、参加者選定基準を満たす方を、貴院の看護管理者によって数名推薦していただきたいと思います。インタビューの内容は、研究参加者の了承を得て IC レコーダーに記録します。研究の確実性と信憑性の確保のために、研究の全過程において質的研究に精通した複数の指導教員からのスーパーバイズを受けながら研究を進めます。

## 3. 研究への参加の自由意思、拒否権

本研究の参加者として推薦いただいた方には、管理者からの強制力がかからないように、研究者から直接参加の依頼を行います。本研究への参加は、完全なる自由意思に基づいて判断して頂きます。研究の参加に同意した場合でも、同意を撤回することは可能です。インタビューの途中や、終了した後でも取りやめることが可能で、取りやめることによって不利益を受けることはありません。

## 4. 研究に参加することで予測される利益と不利益

本研究に参加することで、研究参加者本人への直接的な利益はありませんが、経験を第三者に語ることにより、支援のありかたを振り返る機会となり得ます。しかし、研究参加者には、インタビューによる時間的抑制と心身の疲労が生じる可能性がありますので、必要時、休憩を取り入れ、心身の負担軽減に努めます。

## 5. 研究データおよび個人情報の取り扱いとプライバシーの保護

本研究にて知れた情報の全ては、研究目的以外では使用しません。インタビューの際、情報漏洩防止・個人情報保護に細心の注意を払い実施します。本研究の個人や関係者、地域が限定されることがないように、特定されるような情報については、一切データとして使用しません。また、データは関わりない符号や番号を付し、匿名性の確保および個人情報の秘密保持厳守に努めます。

## 資料 2：研究協力依頼書(看護部長用)(続き)

研究参加者の同意を得て、インタビューの内容を IC レコーダーに録音しますが、データを処理する際には、研究参加者の個人情報には匿名化して取り扱います。パソコンを使用する場合は、インターネットに接続していない状態で使用し、データは全て USB メモリに保存し、研究室の鍵のかかる場所にて保管します。研究によって得られるデータは、研究結果の公表から 3 年後には修復不可能な状態にした後に破棄します。データは全て匿名化し、研究結果の公表においては、研究参加者個人や関係者、地域が特定されないように配慮します。インタビューの場所として、貴院の施設内を研究参加者が希望した場合、情報漏洩防止のため、貴院内の個室を利用させてください。

### 6. 研究結果の公表方法

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学大学院共同看護学専攻の博士論文として提出し、研究結果を公表します。その後、関連学会にて発表、関連学会誌に投稿予定です。研究結果の開示は、研究参加者の要望に応じて行いますが、開示までに時間を要する場合があります。

### 7. 同意と同意撤回

本研究は、研究参加者の自由意思による研究参加として、研究内容に理解いただき別紙の「同意書」に 2 部署名し、1 部ずつを双方で研究が終了するまで保管します。「同意書」に署名した後、同意撤回することは可能です。同意撤回の確認が取れたのち、関連するデータの一切を破棄し研究には使用しません。同意を撤回しても、研究参加者や所属する施設に不利益が生じることは一切ありません。

ただし、同意撤回書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され、個人が特定できない状態等の場合は、データを破棄できないこともあります。

### 8. 研究に対する問い合わせ

本研究に対するお問い合わせや苦情は、お手数ですが研究者の矢野 真理へご連絡ください。研究への質問や意見には真摯に対応いたします。研究者へ伝えにくい場合は、下記の相談窓口へご連絡ください。尚、お問い合わせや苦情により、研究参加者や所属する施設に不利益が生じることは一切ありません。研究実施にあたり、ご迷惑をおかけしないように十分に配慮し実施させていただきますので、ご理解をいただき研究にご協力いただきますようお願いいたします。

#### 連絡先

研究者：日本赤十字九州国際看護大学大学院 共同看護学専攻博士課程 矢野 真理

E-mail：\*\*\*\*\*@\*\*\*\*\* Tel:△△△-△△△△ (代表)

研究指導教員：日本赤十字九州国際看護大学 教授 小林 裕美

E-mail：\*\*\*\*\*@\*\*\*\*\* Tel: △△△-△△△△ (代表)

相談窓口：日本赤十字九州国際看護大学

〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1 丁目 1 番地 Tel: △△△-△△△△ (代表)



## 承 諾 書

この度、私は 貴大学 矢野 真理氏が実施する「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練  
看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造」に対する協力を、

1. 承諾します

2. 承諾しません

(いずれかに○をつけてください。)

平成 年 月 日

貴病院名 \_\_\_\_\_

役職名 \_\_\_\_\_

御芳名 \_\_\_\_\_

\*お手数ですが、同封の返信用封筒にて ○月末日までにご返信ください。

よろしくお願いいたします。

平成○年 ○月 ○日

○○病院

様

日本赤十字九州国際看護大学大学院

共同看護学専攻 博士課程 矢野 真理

「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する  
意思決定支援の構造」の研究に関するご参加のお願い

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私、矢野 真理は、日本赤十字九州国際看護大学大学院の博士課程に在籍し、「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造」という課題名で研究をしております。

日本は、超高齢社会を迎え、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性はますます増大しています。近年、病院での退院支援について、診療報酬でも評価され、退院支援部署の設置や退院調整看護師の配置がされるようになってきました。しかし、入院された超高齢者の退院支援については、退院調整看護師だけでは超高齢者の意思を確認することが、困難なことも予測されます。このような状況を踏まえ、本研究では、病棟看護師が行う、超高齢者と家族への療養場所選択に対する意思決定支援の状況を明らかにしたいと考えております。このことで、病棟看護師の果たす役割が明確になり、超高齢者の尊厳を大切にしたいエンド・オブ・ライフケアを発展させるうえでの研究の一助になると考えます。

つきましては、研究への参加をお願い申し上げます。

研究の概要は下記をご参照ください。なお、病院長、看護管理者には、別途研究協力依頼について文書と口頭で説明させていただいております。

ご多用中大変恐縮ですが、研究の主旨をご理解いただきご参加賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

1. 研究の目的・意義

急性期病院に入院された超高齢者の退院支援については、退院調整看護師の導入などシステム化されていると思われますが、退院調整看護師だけでは超高齢者の意思を確認することが困難なことも予測されます。本研究では、熟練看護師が療養場所選択に対する超高齢者と家族の意思をどのようにくみ取り、どのような意思決定支援を行っているかその実践知を可視化することを目的としております。病棟看護師の実践知が明らかになれば、退院支援において、退院調整看護師だけでは果たすことができない病棟看護師の役割が明確になり、超高齢者の意思を尊重した退院支援に繋がると思います。

## 2. 研究期間・方法

1) 調査期間：平成 29 年                      月                      日～平成 30 年                      月                      日

### 2) 研究方法

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会および共同看護学専攻研究倫理審査委員会の承認を受けて実施しています。

(承認番号：                      )(承認番号：                      )

研究デザインは、質的探索的研究とし、熟練看護師の超高齢者への療養場所選択に対する意思決定支援の実践を明確にしたいと思います。調査は、40 分から 50 分程度のインタビュー形式で、入院した超高齢者と家族に対して、療養場所選択に対する意思決定支援について実際に関わった事例があれば詳しくお話しをして頂きます。

研究参加者の要望を最優先し、日程調整・場所の設定を行い、実施します。インタビューの内容は、研究参加者の了承を得て IC レコーダーに記録します。研究の確実性と信憑性の確保のために、研究の全過程において質的研究に精通した複数の指導教員からのスーパーバイズを受けながら研究を進めます。

## 3. 研究への参加の自由意思、拒否権

本研究への参加は、完全なる自由意思に基づいて判断して頂きます。研究の参加に同意した場合でも、同意を撤回することは可能です。インタビューの途中や、終了した後でも取りやめることが可能で、取りやめることによって不利益を受けることはありません。

## 4. 研究に参加することで予測される利益と不利益

本研究に参加することで、研究参加者本人への直接的な利益はありませんが、経験を第 3 者に語るにより、支援のありかたを振り返る機会となり得ます。看護管理者の方に推薦を頂きますが、強制ではありません。研究への参加を同意した後は、研究者との直接のやり取りになります。インタビューのために貴重なお時間をいただきますが、日時はご都合に合わせます。また、この研究は研究参加者のケアの評価を目的に行うものではありません。お話をされる中で、つらい経験を思い出し精神的に苦痛を感じられた場合は、直ちにインタビューを中止します。研究参加者には、インタビューによる時間的抑制と心身の疲労が生じる可能性がありますので、必要時、休憩を取り入れ、心身の負担軽減に努めます。

## 5. 研究データおよび個人情報の取り扱いとプライバシーの保護

本研究にて知りえた情報の全ては、研究目的以外では使用しません。インタビューの際、情報漏洩防止・個人情報保護に細心の注意を払い実施します。本研究の個人や関係者、地域が限定されることがないように、特定されるような情報については、一切データとして使用しません。また、データは関わりない符号や番号を付し、匿名性の確保および個人情報の秘密保持厳守に努めます。研究参加者の同意を得て、インタビューの内容を IC レコーダーに録音しますが、データを処理する際には、研究参加者の個人情報は匿名化して取り扱います。パソコンを使用する場合は、インターネットに接続していない状態で使用し、データは全て USB メモリに保存し、研究室の鍵のかかる場所にて保管します。研究によって得られるデータは、研究結果の公表から

#### 資料 4：研究参加依頼書(研究参加者用)続き

3 年後には修復不可能な状態にした後に破棄します。データは全て匿名化し、研究結果の公表においては、研究参加者個人や関係者、地域が特定されないように配慮します。インタビューの場所として、貴院の施設内を研究参加者が希望した場合、情報漏洩防止のため、貴院内の個室を利用させていただきようお願いしております。

#### 6. 研究結果の公表方法

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学大学院共同看護学専攻の博士論文として提出し、研究結果を公表します。その後、関連学会にて発表、関連学会誌に投稿予定です。研究結果の開示は、研究参加者の要望に応じて行いますが、開示までに時間を要する場合があります。

#### 7. 同意と同意撤回

本研究は、研究参加者の自由意思による研究参加として、研究内容に理解いただき別紙の「同意書」に2部署名し、1部ずつを双方で研究が終了するまで保管します。「同意書」に署名した後、同意撤回することは可能です。同意を撤回する場合、「同意撤回書」に署名し、下記の連絡先へ郵送してください。同意撤回の確認が取れたのち、関連するデータの一切を破棄し研究には使用しません。同意を撤回しても、研究参加者や所属する施設に不利益が生じることは一切ありません。ただし、同意撤回書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され、個人が特定できない状態等の場合は、データを破棄できないこともあります。

#### 8. 費用および謝礼

本研究に負担費用はありません。金銭の授受は発生しませんが勤務時間外でのインタビューのため、薄謝を進呈します。

#### 9. 研究に対する問い合わせ

本研究に対するお問い合わせや苦情は、お手数ですが研究者の矢野 真理へご連絡ください。研究への質問や意見には真摯に対応いたします。研究者へ伝えにくい場合は、下記の相談窓口へご連絡ください。尚、お問い合わせや苦情により、研究参加者や所属する施設に不利益が生じることは一切ありません。研究実施にあたり、ご迷惑をおかけしないように十分に配慮し実施させていただきますので、ご理解をいただき研究にご参加いただきますようよろしくお願いいたします。

##### 連絡先

研究者：日本赤十字九州国際看護大学大学院 共同看護学専攻博士課程 矢野 真理

E-mail：\*\*\*\*\*@\*\*\*\*\* Tel:△△△-△△△△ (代表)

研究指導教員：日本赤十字九州国際看護大学 教授 小林 裕美

E-mail：\*\*\*\*\*@\*\*\*\*\* Tel: △△△-△△△△ (代表)

相談窓口：日本赤十字九州国際看護大学

〒811-4157 福岡県宗像市アスティ1丁目1番地 Tel: △△△-△△△△ (代表)

## 同 意 書

この度、私は 貴大学 矢野 真理が実施する研究「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造」について、以下の説明を受けました。

1. 研究の目的
2. 研究の方法
3. 参加するかどうかは、自由意思によって選択できること。
4. 不利益が生じることはないこと。
5. 参加を申し出た後にも、自由に参加を中止できること。

※ただし、同意撤回書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され、個人が特定できない状態等の場合にはデータを破棄できないこともあります。

6. 同意が得られれば、記録の正確を期すために、内容を録音すること。
7. データは本研究以外の目的には使用しないこと。
8. 研究成果の発表においては、個人情報 that 特定されないよう厳正な処置を行うこと。
9. データは、研究成果を発表するまで厳重に保管し、成果発表の後に破棄されること
10. 研究成果の発表方法

私は、以上の説明について理解し、研究に協力することに同意します。

平成      年      月      日

### 研究参加者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

### 説明者(研究実施者)

所属 日本赤十字九州国際看護大学大学院 共同看護学専攻博士課程

氏名 \_\_\_\_\_

※同意書は、研究参加者と研究者が一部ずつ保管します。

## 同 意 撤 回 書

私は、「エンド・オブ・ライフケアにおける熟練看護師が行う超高齢者の療養場所選択に対する意思決定支援の構造」の実施に際し、同研究についての説明を研究者から受け、参加することに同意しましたが、その同意を撤回します。

研究同意日 平成                      年              月              日

研究撤回日 平成                      年              月              日

研究参加者(署名) \_\_\_\_\_

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

平成              年              月              日

日本赤十字九州国際看護大学大学院

共同看護学専攻博士課程

研究者(署名) \_\_\_\_\_

※いったん研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。この「同意撤回書」2部にご記入・ご署名いただき、研究室までお申し出ください。

※研究者が同意撤回書を受領した後、2部に署名し、1部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、同意撤回書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され、個人が特定できない状態等の場合には、データを破棄できないこともあります。

### <同意を撤回する場合の連絡先>

研究者：日本赤十字九州国際看護大学大学院 共同看護学専攻博士課程 矢野 真理

E-mail：\*\*\*\*\*@\*\*\*\*\* Tel:△△△-△△△△ (代表)

相談窓口：日本赤十字九州国際看護大学

〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1 丁目 1 番地 Tel: △△△-△△△△  
(代表)

## インタビューガイド

### I. インタビュー時の注意点

#### 環境づくり

静かでプライバシーが確保できる場所を準備する。研究参加者に威圧的な印象を与えないために、正面に座らず L 字か斜めに位置する場所に座る。研究参加者の緊張緩和のためにも、飲み物を準備する。さらに、精神的負担を軽減するために、休憩を取りながら行う。インタビューの途中でも断ることができる旨を伝える。

#### 基本的な姿勢

先入観を持たず、研究参加者の話す内容をそのまま受け止める  
温和な表情で相槌をうつなど、話しやすい雰囲気をつくる  
腕を組む・足を組むなどは控え、威圧感を与えないように注意する  
研究参加者の気持ちを考えながら行う  
研究参加者の話す内容を批判・評価したり、意見したりしない  
相槌や頷きを行い、研究参加者が話したいことが話せるように心がける  
インタビュー中は聞くことに徹し、研究参加者の話を遮らないように注意する  
自分自身も体調を整え、インタビューに支障をきたさない様にする

#### 面接時間・場所

予定時間は 40 分から 50 分程度  
予定面接時間や日時は、研究参加者の意向を最優先し、プライバシーを確保する

### II. 面接の実際

#### 1. インタビューの手順

- 1) インタビュアーは、インタビュー前に落ち着いた気持ちで準備する
- 2) 自然な笑顔、声、態度であいさつをする

「〇〇さんこんにちは。今日はお忙しい中、お時間を作っていただきありがとうございます」「どうぞ、おかけください」

インタビューの前に、IC レコーダーによる録音の了承を得る

インタビューの主旨や時間を説明する。

質問を行う(質問事項はインタビュー内容参照)

話の詳細を聞きたいときには、「先ほどの〇〇について、もう少し詳しくお話ししてください」などと話を掘り下げ、研究参加者が話やすいようにする

詳細を聞きたい場合や、再度語ってもらいたい内容には、「〇〇の部分について、もう一度詳しくお話をしていただけませんか」「この時あなたは何を考え、どう行動しましたか」「その時の本人やご家族の様子はどうでしたか」など、話をさえぎらないように質問し、研究参加者の語りを促す。

## 2. インタビュー内容

研究参加者に指定された日時・場所に出向き、以下の項目を半構造化インタビューにて問う。

### 1) 研究参加者の属性についての質問を行う。

- ①年齢 ②看護師経験年数 ③病棟経験年数 ④病棟の特性について
- ⑤退院調整看護師の経験の有無 ⑥現在の施設における退院調整看護師の有無

### 2) 入院した超高齢者と家族に対して、療養場所の意思決定支援について印象に残っている事例があればお話しください。

超高齢者の意思がよくわからない時にどのように接していますか。

家族の意向をどのようにくみ取っていますか。

本人と家族の意向が違う場合はどの様に関わっていますか。

支援を開始するタイミングはどの様にはかっていますか。

認知機能の低下している超高齢者に対して、どのように意思をくみ取っていますか。

超高齢者の退院支援について、大切にしている考えなどがありましたらお聞かせください。

これで、インタビューを終了します。長時間お疲れ様でした。研究にご協力いただきまして感謝申し上げます。ありがとうございました。