

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
2015年度（前期）一般公募 「在宅医療研究への助成」完了報告書

「高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて

看護師が重要と捉える情報

～急性期病院の退院支援を中心として～」

申請者：松井美貴

所属機関：社会福祉法人 恩賜財団 済生会松阪総合病院

提出年月日：2016年 8月 25日

## I. 序論

厚生労働省は、退院困難な要因の一つに胃ろう等の経管栄養を含む医療処置をあげ、退院支援の明確な対象と位置づけている（厚生労働省，2016）。退院支援とは、個々の患者・家族の療養生活上のニーズに応じて、退院後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育・支援や諸サービスの適切な活用を促進することをいう（藤澤，2012）。

我が国における65歳以上の高齢者のうち、胃ろうを造設している高齢者の現状は、75歳以上が約8割を占め、寝たきり状態で、判断能力が低下しているものが多い（医療経済研究機構，2013；公益社団法人全国国民保険診療施設協議会，2013）。また、高齢者の胃ろう造設術は2011年から減少しているが、胃ろうカテーテル交換件数はその間横ばいであり、胃ろう患者の生命予後の延長予測が指摘されている（石崎，2016）。胃ろう造設後の介護負担については、胃瘻の管理や、気が休まらない心理状況などの介護負担や管理トラブルが指摘されている（片桐ら，2015；吉松，中谷，2013）。

胃ろうは約9割が一般病床を有している病院で造設され、そのうちの4割は一般病床のみしか持たない急性期病院である。入院目的の8割は脳血管疾患や誤嚥性肺炎など胃ろう造設目的以外の疾患で入院し、造設に至っている現状がある（医療経済研究機構，2013）。胃ろう造設が提案されてから造設するまでの決定期間は、約半数が1週間以内という報告もある（医療経済研究機構，2013）。また、家族が胃ろう造設検討時に困っていたこととして、本人の気持ちが分からなかった、じっくり検討する時間的余裕がなかったなどがあげられている（医療経済研究機構，2013）ことから倫理的問題も含まれている。このように、高齢者の胃ろう造設は、ひとたび造設すると延命が予測され、介護負担等の諸問題が生じるにも関わらず、一般病床に入院中の短期間に、本人の気持ちが不明瞭な中で家族が決定している場合が少なくない。

一方、終末期の人工的水分・栄養補給（Artificial Hydration and Nutrition：以下AHNとし、胃ろう造設も含むものとする）の意思決定のあり方については、延命措置という生命倫理の問題にも及んでいることから、導入を中心とした意思決定のあり方を検討するガイドライン（以下ガイドラインとする）が提示されている（社団法人日本老年医学会，2012a）。ガイドラインでは、意思決定に必要な情報項目が示されており、本人・家族や看護師をはじめとする医療や介護・福祉従事者の間で情報が共有でき意思決定する仕組みとなっている。しかし、急性期病院における高齢者の胃ろうは、主疾患に付随する摂食・嚥下障害等の理由で、短期間という制約を受け、かつ本人の意思が不明瞭ななかで家族が代理決定をし、造設されているにも関わらず、看護師の支援内容は十分に明らかではない。

胃ろう造設決定には、病院内の職種だけでなく、訪問看護師のサポートの必要性が指摘されている。この背景には、高齢者本人に対して意向を十分確認せずに、家族が代理決定している現状や、家族が決定したことに重責感を感じていることなどの問題がある（吉野，迫田，川根，松本，2005）。胃ろう造設決定プロセスへの支援には、高齢者、家族、病院、地域の社会資源などの要素が相互に関与するが、そこに焦点を当てた研究は少ない。

看護師には、これらの要素をふまえたアセスメントが求められる。そのためには、胃ろう造設決定プロセスへの支援を導き出す情報が何かを認識していることが前提となる。

そこで、本研究では、看護過程におけるアセスメントのための情報収集に焦点をあて、高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報を明らかにすることを目的とする。

本研究の意義として、胃ろう造設決定プロセスにおいて、看護師が高齢者や家族が最善の決定ができるよう支援するためのアセスメントに重要な情報項目が提示できる。情報項目の提示は、看護師経験の少ない新人看護師等の教育の一助となる。

#### [用語の定義]

1) “胃ろう造設決定”とは、先行研究において、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者の栄養支援について広く検討されていること（医療経済研究機構，2014；鈴木，2012；会田，2012）から胃ろうを造る、造らないという限定したものではなく、経腸栄養法や静脈栄養法などのAHNなどの他の栄養手段（栄養摂取方法）を決定することを含む。

2) 胃ろう造設決定プロセスとは、経口摂取できなくなった高齢者が、胃ろうや、他の栄養摂取方法を決定するまでの過程を指す。

3) 看護師とは、厚生労働省の観点を踏まえ、退院支援（退院調整）看護師だけでなく、外来、病棟看護師、在宅側の看護師も含む。

## II. 方法

### 1. 胃ろう造設決定プロセスの構成要素

胃ろう造設決定プロセスは、高齢者や家族、地域、病院の各要素が相互作用している（Yura&Walsh, 1983/1986, pp95-105）ことから、システムとして捉えることが必要である。胃ろう造設決定プロセスは、先行研究（デイビッドP, 1986/1994, pp94-104；手島, 1997；千葉, 2005；本多, 溝尻, 2002；社団法人日本老年医学会, 2012a）を参考に急性期病院の退院支援を中心として、高齢者の胃ろう造設決定プロセスで看護師がアセスメントする際の要素を抽出し、高齢者のニーズに関すること、家族のニーズに関すること、地域の資源に関すること、システムの機能に関することの四つの枠組みで構成した。

### 2. 研究デザイン

本研究では、デルファイ法を用い、三つの段階で遂行した（図1）。デルファイ法とは、研究領域の専門家を対象として、集団の合意が得られるまで複数回、質問紙調査を繰り返す方法で、根拠があいまいである場合に何らかの見解をまとめるのに最も適している方法である（麻原ら, 2010）。基本的に匿名で扱われるため、ブレインストーミングなどで生じる、有力な人物の意見に全体の意見が引きずられてしまうような問題を避けることがで

きたり、全体の回答をもう一度フィードバックすることで回答者同士の相互作用を促すことができたりする。また、回答者は主観判断で意思を決定するが、統計的に判断を引き出すこともできる。以上のことから、デルファイ法は人間の価値観に関わるような意見の整理に極めて適した方法である（川口，2002，pp93-95）。高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報項目に関しては、先行研究で十分に検証がなされていないことから、専門家（高齢者の胃ろう造設決定プロセスに関連する領域の専門看護師）の判断やコンセンサスを得る手法として有効な方法と判断した（Hasson et al., 2000）。

### 3. 予備調査：一次調査（試案の作成、情報項目収集と精選、分類）

#### 1) 調査対象者

看護ケアの質の向上を図るために卓越した専門的能力を持つ実践者である専門看護師を対象とした。その理由は、高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報に関しては、未だ明確な指標がないこと、倫理的な問題が関連すること、意思決定支援をすることに看護師が困難を感じているからである。対象者の要件は、臨床現場で退院支援看護師として活動した経験があり、退院支援に関する書籍への投稿や研修会の講師等をしている専門看護師とした。専門看護師の教育課程に携わる大学教員へ研究の主旨を伝え、機縁法で依頼した。

#### 2) 調査期間

平成27年6月2日～平成28年1月11日

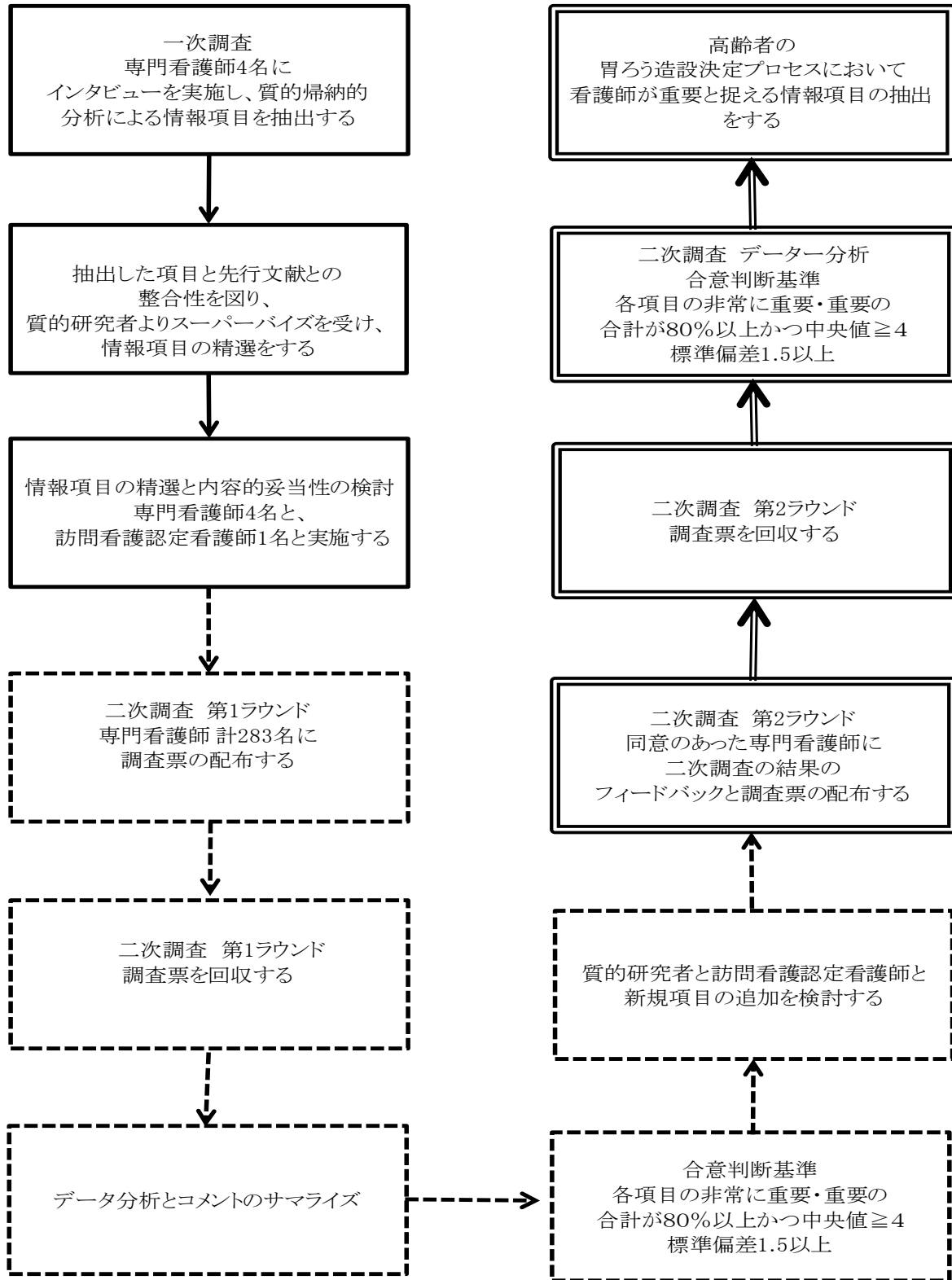
#### 3) 調査内容

対象者には、「高齢者の胃ろう造設決定を支援する際に、何を重要な情報として捉えているか」、「高齢者に関しては、何を重要な情報として捉えているか」、「家族に関しては、何を重要な情報として捉えているか」、「地域の資源においては、何を重要な情報として捉えているか」、「システムの機能においては、何を重要な情報として捉えているか」について、個別に半構成的インタビューを行った。インタビュー内容は録音し、逐語録を作成した。基本属性としては、専門看護師の分野、専門看護師としての経験年数、書籍への投稿や研修の講師の経験の有無の情報を得た。

#### 4) 分析

退院準備や退院計画に関する文献に記載されている項目を抽出し、内容を分析し、高齢者のニーズに関すること、家族のニーズに関すること、地域の資源に関すること、システムの機能に関することの四つの枠組みに分類した。そのうえで、以下の手続きを踏み質的帰納的に分析した。

まず、①逐語録を通読し、退院支援において看護師が高齢者の胃ろう造設決定を支援する際に重要と捉える情報の四つの枠組みを踏まえ、類似点・相違点を概括した。②結果を代表する幾つかの基本的考えを文章あるいは段落ごとに作成した（エクセルでコード・ノートを作成した）。③情報単位には、可能な限りインタビュー対象者からの直接引用を含め



枠が点線の部分が、二次調査の範囲 ←--- 第1ラウンド

枠が二重線の部分が、三次調査の範囲 ←== 第2ラウンド

図1 デルファイプロセス

た。④コード（情報項目）の捉え方が間違っていないか、それ以外の意味がないか、反復するものはないかなど文脈の中で意味を分析した。⑤分析の結果については、質的研究者とともに検討を行い妥当性の確保に努めた。

さらに情報項目を分類して内容を同じく情報項目をまとめ、中項目を作成した。この作業を、研究者と質的研究者で討議し、項目の精選を行った。その後、一次調査の対象者である専門看護師4名および訪問看護認定看護師1名（高齢者の胃ろう造設に関しては、在宅側の意見を確認するために訪問看護認定看護師も加え検討した）に、抽出された情報項目の内容的妥当性を検証するために意見募集を行い、情報項目の精選をした。

## 5) 結果

### (1) インタビュー対象者の属性

専門看護師の分野は、老人看護が3名、在宅看護が1名で、専門看護師平均経験年数は3.3年であった。それぞれ、一般病院における病棟および退院支援部門での退院支援の経験や、退院支援についての書籍への投稿や研修講師、講演などの経験があった。

### (2) 情報項目

分析結果から得られた情報の大項目は【 】, 中項目は[ ], 情報項目は<<項目No. >> 専門看護師のコメントは「 」で示した。

一次調査で抽出された情報項目は、【高齢者のニーズを確認するための情報項目】、【家族のニーズを確認するための情報項目】、【地域の資源を確認するための情報項目】、【システムの機能を確認するための情報項目】の4の大項目で構成されている。【高齢者のニーズを確認するための情報項目】に関しては、[高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]は14の情報項目、[高齢者の意思で決定する能力を確認するための項目]は4の情報項目、[高齢者が望む暮らしにかなった治療法かを確認するための情報項目]は12の情報項目があり、3の中項目で計30の情報項目で構成されている。【家族のニーズを確認するための情報項目】に関しては、[家族の全体像を確認するための情報項目]は10の情報項目、[家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目]は8の情報項目があり、2の中項目で計18の情報項目で構成されている。【地域の資源を確認するための情報項目】に関しては[高齢者が望む暮らしを支えるための社会資源を確認するための情報項目]は7の情報項目があり、1の中項目で計7の情報項目で構成されている。【システムの機能を確認するための情報項目】に関しては、[決定支援の評価を確認するための情報項目]は2の情報項目があり、1の中項目で計2の情報項目で構成されている。高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報は、計57の情報項目が抽出された。

なお本研究の項目に含まれる“確認”とは、判断、認定するための情報を指す。

## 4. 本調査：二次調査（情報項目の募集、重要度の確認）

### 1) 第1ラウンド（情報項目の募集、重要度の確認）

#### (1) 調査対象者

調査対象者は、日本看護協会のホームページに掲載されている専門看護師で（平成28年1月19日現在）、研究目的に関連する地域看護23名、老人看護83名、慢性疾患看護119名、家族支援33名、在宅看護専門看護師25名の計283名を対象にした。研究目的に即し小児専門病院に所属の者と所属の記載のない者は除外した。

(2) 調査期間 平成28年1月12日～3月17日

(3) 調査内容

一次調査で作成した57の情報項目に対し、どの程度重要と思われるかについて5段階のリッカートスケール（5：非常に重要、4：重要、3：どちらでもない、2：それほど重要ではない、1：重要ではない）で尋ね、自由記載欄で追加項目や意見を募集した。対象者の基本属性として、性別、看護師としての実務経験年数、専門看護師の分野、専門看護師としての経験年数の情報を得た。

(4) 分析

情報項目の採用基準の合意判断基準は、先行研究を参考にし、各情報項目に非常に重要・重要と印をつけたものが80%以上（Kenny et al., 2006）かつ中央値 $\geq 4$ 、標準偏差が1.5未満のときに合意が得られたものとした（Du Plessis et al., 2007）。分析除外要件として、「どちらでもない」を全て選択しているものは除外した。集計結果と自由意見を参考にし、質的研究者と訪問看護認定看護師とともに、新規項目の検討と追加を行い、調査票を作り直した。

2) 第2ラウンド（重要度の確認）

(1) 調査対象者

第1ラウンドの対象者283名の専門看護師の内、研究同意を得た82名を対象とした。

(2) 調査期間 平成28年3月18日～平成28年4月22日

(3) 調査内容

各情報項目の重要度別に占める回答割合を付記した調査票を提示し、追加項目を加えた63の情報項目に対し、5段階のリッカートスケールで重要度をみた。

(4) 分析

各情報項目については二次調査と同様の合意レベルの基準を設けた。

3) 中項目の順位づけ

高齢者と家族のニーズを確認するための情報は、高齢者の胃ろう造設決定プロセスの中心となると考え、中項目の優先順位付けした。これらは、看護者の倫理綱領（日本看護協会、2003）第1条の「看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。」に基づいた視点である。

(1) 調査対象

第1ラウンドの対象者

(2) 調査内容

第1ラウンドの際に、【高齢者のニーズを確認するための情報項目】と【家族のニーズを

確認するための情報項目】、それぞれの中項目の重要と捉える優先順位と順位付けした理由を調査した。

### (3) 分析

各中項目の順位づけのパターンを抽出し、パターンに対して専門看護師が、選択した頻度を比較した。また、各中項目の中で、1番を選択した頻度をそれぞれの中項目ごとに比較した。

## 5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたって、一次調査および二次調査において、三重県立看護大学研究倫理審査会の承認を得て実施した(一次調査:通知書番号15103)(二次:通知書番号152602)。一次調査では、機縁法で選定した専門看護師に電話で研究協力の内諾を得た後、研究者から看護管理者と専門看護師に趣旨と方法を記載した依頼書を事前に郵送し、口頭と書面で説明を行った。同意する場合は、1週間以内に研究者用の同意書の返送をお願いした。

二次調査では、看護管理者と専門看護師に趣旨と方法を記載した依頼書を郵送し、専門看護師からの同意書の返信と回答の返送を持って同意を得たと判断した。第2ラウンドへの協力は、第1ラウンドの時に、協力の同意の有無を確認し、同意を得たものに、調査票を送付した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 第1ラウンド

#### 1) 回収状況と基本的属性(表1)

第1ラウンドの回収数は99(回収率34.9%)で、性別は、男性6名(6.1%)、女性93名(93.9%)だった。地域看護専門看護師6名(6.1%)、老人看護専門看護師23名(23.2%)、慢性疾患看護専門看護師41名(41.4%)、家族支援専門看護師19名(19.2%)、在宅看護専門看護師10名(10.1%)の99名(2分野取得1名は在宅看護分野に含めた)からの回収があった。看護師としての実務平均経験年数は18.1年(標準偏差SD:6.3)専門看護師平均経験年数3.4年(SD:2.8)だった。

#### 2) 抽出された情報項目(表2)

57項目中、合意基準を満たしたのは56項目だった。【高齢者のニーズを確認するための情報項目】の[高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]の《基礎疾患以外の新たな病気の発症の有無の確認》が、非常に重要・重要な合計が80%に満たず、この1項目が削除項目となった。追加項目に対する意見をもとに訪問看護認定看護師、質的研究者と検討を行い7項目が追加となった。【高齢者のニーズを確認するための情報項目】の[高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]には、《(摂食・嚥下障害が)今回だけでなく、同じようなことがこれまでもあったかの確認》の1項目が



表1 対象者の属性

		第1ラウンド		第2ラウンド	
		n=99	(%)	n=63	(%)
性別	男性	6	(6.1)	5	(7.9)
	女性	93	(93.9)	58	(92.1)
専門分野*	地域看護	6	(6.1)	4	(6.3)
	老人看護	23	(23.2)	18	(28.6)
	慢性疾患看護	41	(41.4)	20	(31.7)
	家族支援	19	(19.2)	14	(22.2)
	在宅看護	10	(10.1)	7	(11.1)
実務平均経験年数(SD)		18.1	(6.3)	18.0	(6.3)
専門看護師平均経験年数(SD)		3.4	(2.8)	2.8	(2.5)

\*専門分野については1名のみ複数回答があり、現行の就労状況に基づき在宅看護に統合した

追加となった。【家族のニーズを確認するための情報項目】の「家族の全体像を確認するための情報項目」には、《本人を含む家族史の確認》、《家族の介護への意思、介護能力の確認》、《家族のコーピング、ストレス耐性の確認》、《家族の経済的な背景の確認》の4項目が追加となった。「家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目」には、《家族の判断能力》の1項目が追加となった。【システムの機能を確認するための情報項目】の「決定支援の評価を確認するための情報項目」に《事例を振り返り評価し、資源やシステムを検討する場があるかの確認》の1項目が追加となった。大項目4、中項目7は変わらず、計63の情報項目となった。

### 3) 情報項目への意見

#### 【高齢者のニーズを確認するための情報項目】について

「高齢者が意思決定できる能力があるかの確認」の《18意思を伝えることができるかの確認》に対し「とても大切で本人がどうしたいのかは必ず確認しています」「認知症で食べられなくなってからの確認は現実として難しいと思うが、それよりもそうなる前の意思表示が可能だった段階での本人の生活信条が確認されることが望ましい」との意見があった。

「高齢者が望む暮らしにかなった治療法かを確認するための情報項目」では、《23高齢者が本音を言えているのかを確認》への意見は複数あり、本音を言えることは良いと思うが、他者を気遣いながらのその中での意思決定もあると思うから、「本音」という言葉の捉え方かもしれない、「(高齢者は)本音を言いたくない場合もあり、家族に委ねたいと考える場合もあり、その時の状況では言えなくても良い場合もある」等の意見があった。

表2-1 高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報

	第1ラウンド n=99		第2ラウンド n=63		
	M	SD	M	SD	
<b>高齢者のニーズを確認するための情報項目</b>					
<b>高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目</b>					
1	経口摂取ができなくなる基礎疾患の確認 <脳血管障害、認知症、高次脳機能障害、神経難病など>	5	0.51	5	0.35
2	経口摂取ができなくなることに影響する既往の確認<肺炎(誤嚥性肺炎)、窒息、低栄養、脱水など >	5	0.87	5	0.43
3	経口摂取できなくなることに影響する薬剤の確認<パーキンソン病治療薬、抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、催眠薬、抗てんかん薬など>	5	0.66	5	0.56
4	身体の調子(体調を含む)状態の確認<身体の状態が食事をうけつけない活動性の低下した状態(活動不耐)など>	5	0.48	5	0.35
5	摂食・嚥下機能の確認<先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期のどこに問題があるか>	5	0.69	5	0.45
6	認知機能の確認<目でみて食べ物だと認知できるかなど>	5	0.50	5	0.41
7	食べられなくなってからの時期の確認<いつから食べられないか、急性発症か慢性発症かなど>	5	0.63	5	0.51
8	食べられなくなった経緯の確認 <食べられなくなるきっかけは何かなど>	5	0.58	5	0.53
9	意欲の確認<精神的なショック、抑うつ状態などで食べられないのかなど>	5	0.77	5	0.42
10	経口摂取の可能性の確認<食事形態の工夫、姿勢の工夫、生活のリズムの調整など>	5	0.5	5	0.36
11	言語聴覚士(ST:Speech-Language-Hearing Therapist)の評価の確認<トレーニングによる改善の評価など>	5	0.91	5	0.72
12	病院側の医療・ケアチーム*が捉えている経口摂取できなくなった理由の確認<専門的な見解など>	5	0.63	4	0.55
13	居宅側の医療・介護チーム*が捉えている経口摂取できなくなった理由の確認<経口摂取ができなくなったエピソードなど>	4	0.68	4	0.59
14	今回だけでなくこれまでにも同じようなことがあったかの確認<過去の嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査の結果など>	—	—	4	0.69
<b>高齢者の意思で決定する能力を確認するための情報項目</b>					
15	病態や予後に対する理解の確認<医師が説明した病態や予後の説明に対して、どう理解しているかなど>	5	0.63	5	0.33
16	栄養の手段に対する理解の確認<胃ろう、高カロリー輸液等の情報をどこまで持っているかなど>	5	0.70	5	0.49
17	自分の選択がもたらし得る結果を理解しているかの確認<今後の生活をどのようにイメージしているのかなど>	5	0.73	5	0.27
18	意思を伝えることができるかの確認<何度か聞くと確認できる、不快なことは嫌と言える等、高齢者に残っている意思表示の能力は何かなど>	5	0.81	5	0.25
<b>高齢者が望む暮らしにかなった治療法を確認するための情報項目</b>					
19	これまでどのような暮らしをしてきたかの確認<これまでどのように暮らしてきたのか、どのように生きてきたのかなど>	5	0.56	5	0.32
20	望む暮らしとは何かの確認<これからどのような暮らしをたいのか、どのように生きたいのかなど>	5	0.37	5	0.21
21	経口摂取できなくなったときの望みの確認<身体に管を入れることはしたくない、ご飯を最後まで食べたいなど>	5	0.37	5	0.18
22	社会資源を受けることに対する思いの確認<外の人を受け入れたくない、サービスを入れたくないなどの高齢者の思いはないかなど>	5	0.58	5	0.49
23	本音を言っているかの確認<家族への遠慮や気遣いで本音が言っていないのではないかなど>	5	0.72	5	0.35
24	栄養手段の医学的適応の確認<栄養手段のメリット、デメリット、どの方法が適切かなど>	5	0.71	5	0.46
25	望む暮らしに胃ろうが有効か(他に選択肢はないか)の確認<栄養を整えることで高齢者が望む暮らしがどれくらい維持できるかなど>	5	0.67	5	0.27
26	セルフケア能力の確認<食事の準備、排泄等、何ができて何ができないかなど>	5	0.64	5	0.66
27	認知能力の確認<説明したことを理解し、実践できるかなど>	5	0.66	5	0.38
28	生活上の支障はどうかの確認<胃ろうを造設することで療養場所が変わる、高齢者が望む暮らしができない等はないかなど>	5	0.48	5	0.36
29	病院側の医療・ケアチームが捉えている高齢者に関する事の確認<高齢者の胃ろうへの思いや今後の生き方に対する話など>	5	0.64	5	0.49
30	居宅側の医療・介護チームが捉えている高齢者に関する事の確認 <高齢者の暮らしぶり、高齢者が日頃から胃ろうのことや今後の生き方に対してどう話していたかなど>	5	0.58	5	0.46

M:中央値 SD:標準偏差

表2-2 高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報

	第1ラウンド n=99		第2ラウンド n=63	
	M	SD	M	SD
<b>家族のニーズを確認するための情報項目</b>				
<b>家族の全体像を確認するための情報項目</b>				
31 家族構成の確認	4	0.67	4	0.70
32 家族の関係性の確認<高齢者と家族の関係性、家族同士の関係性、同居か別居かなど>	5	0.55	5	0.49
33 家族のコミュニケーションパターンの確認<高齢者と家族、家族同士のパターンなど>	4	0.63	4	0.59
34 家族のバランスの確認<影響力がある人は誰か、キーパーソンとなるのは誰か、客観的に捉えられる家族は誰かなど>	5	0.55	5	0.53
35 家族の役割の確認<これまで誰が何の役割を担ってきたか、今後誰が何の役割を担うのかなど>	5	0.53	5	0.47
36 家族の負担の確認<家族の役割が変わることによる負担はどうかなど>	5	0.52	5	0.37
37 家族のいのちに対する考え方の確認<自然のままがいい、少しでも延命処置をして長生きしてほしいなど>	5	0.59	5	0.64
38 家族の胃ろうに対する考え方の確認<身体に穴を開けさせたくないなど>	5	0.56	5	0.40
39 家族の社会資源を受けることに対する思いの確認<外の人を受け入れたくない、サービスを入れたくないなどの家族の思いはないかなど>	4	0.66	5	0.56
40 居宅側の医療・介護チームからみた家族の全体像の確認<家族の暮らしぶりなど>	4	0.67	4	0.58
41 本人を含む家族史の確認	—	—	4	0.67
42 家族の介護への意思、介護能力の確認<家族の時間的拘束、介護への意欲、技術、体力、健康状態など>	—	—	5	0.44
43 家族のコーピング、ストレス耐性の確認<家族の危機を乗り越えてきたパターンなど>	—	—	4	0.69
44 家族の経済的な背景の確認 <主な収入源、家計のやりくりなど>	—	—	5	0.49
<b>家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目</b>				
45 家族が栄養摂取方法の情報を持っているかの確認<医師からの説明をどのように捉えているのかなど>	5	0.51	5	0.30
46 家族が現状の理解と今後の見通しを立てているかの確認<予後を家族は理解しているのか、家族が胃ろうをつける状況をどう意味づけて捉えているかなど>	5	0.42	5	0.27
47 家族が高齢者を大切に思っているか、どう捉えているかの確認<高齢者に非常に関心を寄せているのか、関係性の中でどういうことが反映されているかの決定のかなど>	5	0.57	5	0.46
48 高齢者に決定能力がある場合、患者と家族が栄養方法について十分話し合われているかの確認<高齢者と家族で前向きに話し合いがされているかなど>	5	0.45	5	0.27
49 高齢者の決定能力が低下している場合、家族が高齢者の意向をくみ取っているかの確認<高齢者は何と言っていたか、どういう話し合いがあったかなど>	5	0.40	5	0.25
50 家族が高齢者の本音を聴き出せているかの確認 <家族と高齢者は本音をいえる関係かなど>	5	0.54	5	0.51
51 家族からみて高齢者にとって一番最善の選択は何だと考えているかの確認<胃ろうのメリット、デメリットをふまえてどうしたいのかなど>	5	0.49	5	0.21
52 その栄養方法を選択しようとしている家族の事情は何か<なぜ、その栄養法を選択しているのかなど>	5	0.47	5	0.27
53 家族の判断能力の確認	—	—	5	0.38
<b>地域の資源を確認するための情報項目</b>				
<b>高齢者が望む暮らしを支えるための社会資源を確認するための情報項目</b>				
54 これまでに受けた家族や親戚、近所の人などの支援の確認<家族のサポートの内容、頻度など>	4	0.62	4	0.60
55 これまでに受けた公的機関や専門職による制度に基づくサービスや支援の確認<介護区分、介護サービスの内容、頻度など>	4	0.61	4	0.57
56 これまでのサポートに対する満足度の確認<これまでのサポートで望む暮らしができていたのかなど>	4	0.63	4	0.65
57 居宅側の医療、介護チームの見解の確認<高齢者の暮らしを支えるために必要な社会資源は何か、在宅医、訪問看護師、介護支援専門員が考える最善の栄養方法は何かなど>	4	0.69	4	0.54
58 家族、親戚、近所の人とのサポートがあるかの確認<家族のサポートがあるかなど>	5	0.60	5	0.53
59 これから利用する公的機関や専門職による制度に基づくサービスや支援の確認<介護支援専門員、訪問看護師との相性、デイサービス等が利用可能かなど>	5	0.64	5	0.46
60 介護サービスなどを活用することでの経済的負担はどうかの確認<緊急時訪問看護加算、外付けの医療サービスの活用が経済的負担にならないかなど>	5	0.56	5	0.50
<b>システムの機能を確認するための情報項目</b>				
<b>決定支援の評価を確認するための情報項目</b>				
61 胃ろう造設決定の医学的適応を病院側の医療・ケアチームで検討されているか確認 <主治医、言語聴覚士、退院支援(調整)看護師、病棟看護師等の専門的視点で検討されているか>	5	0.56	5	0.38
62 病院側と居宅側で高齢者・家族の事情をふまえて検討されているか確認 <高齢者、家族、介護支援専門員、訪問看護師等の意見を取り入れて検討されているか>	5	0.53	5	0.43
63 事例を振り返り評価し、資源やシステムを検討する場があるかの確認	—	—	4	0.71

M:中央値 SD:標準偏差

[高齢者を支える家族のニーズを確認するための情報項目]では、[家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目]の《45家族が栄養摂取方法の情報を持っているかの確認》に対し、「情報がないことがほとんどですが、医師の話をどれだけ理解しているかは確認します」等の意見があった。また、《47家族が高齢者を大切に思っているか、どう捉えているかの確認》に対しては、「表面的にはわかりにくいし、家族のライフヒストリーが現在の関係性に与える影響は個人差がある」などの意見があった。

#### 【システムの機能を確認するための情報項目】について

[決定支援の評価を確認するための情報項目]に関しては、「望ましいが十分されていないとは考えられない」「医師がどんどん進めていくケースがある」、「医療のかかわりや、地域医療へつなぐシステムに課題がないか検討する場があるかを考えることは非常に重要である」の意見があった。

## 2. 第2ラウンド

第1ラウンドで合意基準を満たした56項目に、7項目を追加し、63項目で三次調査を実施した。

### 1) 回収状況と基本的属性 (表1)

第2ラウンドの回収数は、63 (回収率62.6%) で性別は男性5名 (7.9%)、女性58名 (92.1%) だった。地域看護専門看護師4名 (6.3%)、老人看護専門看護師18名 (28.6%)、慢性疾患専門看護師20名 (31.7%)、家族支援専門看護師14名 (22.2%)、在宅看護専門看護師7名 (11.1%) の回収があった。実務平均経験年数は18.0年 (SD:6.3) で、専門看護師平均経験年数は2.8年 (SD:2.5) だった。

### 2) 情報項目 (表2)

第2ラウンドでは、63項目が合意基準を満たした。

#### (1) 高齢者のニーズを確認する情報項目

[高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]は、《1経口摂取ができなくなる基礎疾患の確認》、《10経口摂取の可能性の確認》などの14の情報項目で構成されていた。[高齢者の意思で決定する能力を確認するための情報項目]は、《15病態や予後に対する理解の確認》、《16栄養手段に対する理解の確認》などの4の情報項目で構成されていた。[高齢者が望む暮らしにかなった治療法かを確認するための項目]は、《20望む暮らしとは何かの確認》、《21経口摂取できなくなったときの望みの確認》、《23本音を言えているかの確認》などの12の情報項目で構成されていた。

#### (2) 家族のニーズを確認するための情報項目

[家族の全体像を確認するための情報項目]は、《32家族の関係性の確認》、《33家族のコミュニケーションパターンの確認》などの14の情報項目で構成されていた。[家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目]として《48高齢者に決定能力がある場合、患者と家族が栄養方法について十分話し合われているかの確認》、《49高齢者の決

定能力が低下している場合、家族が高齢者の意向をくみ取っているかの確認》などの9の情報項目で構成されていた。

(3) 地域の資源を確認するための情報項目

[高齢者が望む暮らしを支えるための社会資源を確認する情報項目]は、《57居宅側の医療、介護チームの見解の確認》、《58家族、親戚、近所の人のサポートがあるかの確認》などの7の情報項目で構成されていた。

(4) システムの機能を確認するための情報項目

[決定支援を評価する情報項目]は、《61胃瘻造設決定の医学的適応を病院側の医療・ケアチームで検討されているかの確認》、《63事例を振り返り評価し、資源やシステムを検討する場があるかの確認》などの3の情報項目で構成されていた。

### 3. 中項目の優先順位

【高齢者のニーズを確認するための情報項目】の3の中項目と【家族のニーズを確認するための情報項目】の2の中項目それぞれに対して、重要と捉える優先順位とその理由を調査した(表3, 4)。優先順位が一番高いものを、第1選択、その次に重要なものを第2選択、第3選択とした。

【高齢者のニーズを確認するための情報項目】の優先順位は、Aパターンは、第1選択が[高齢者が経口摂取できなくなった理由]第2選択が [高齢者の意思で決定する能力]第3選択が[望む暮らしにかなった治療法かを確認するための情報項目]で、専門看護師が25.3%と一番多くこのパターンを選んでいて、次に多かったのが、[高齢者の意思で決定する能力を確認するための情報項目]、[望む暮らしにかなった治療法かを確認するための情報項目][高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]のCパターンで24.2%だった。[高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]を第1選択にした割合は、Aパターンの25.3%とBパターンの15.2%を合わせて、40.5%という結果となった。理由として「高齢者の疾患は症状が多彩で、なぜ経口摂取ができないかの原因を見つけるとまったくケアが違っていたということもある」などがあつた。

【家族のニーズを確認するための情報項目】の優先順位は、[家族の全体像を確認するための情報項目]と[家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目]のどちらも第1選択したものは同割合で46.5%だった。理由としては、[家族の全体像を確認するための情報項目]を第1選択した専門看護師からは、「このような状況を家族全体としてどのように受け止め、向き合おうとしているのか、その家族についてまずは情報を集め、共に考えていく方策を考えたいと思うからです。」などがあつた。[家族の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目]を第1選択とした専門看護師からは、「高齢者の意思を代弁できるか確認していく中で、家族の全体像を把握できる情報をえることができる場合が多いため」などがあつた。ただ、【高齢者のニーズを確認する情報項目】、【家族のニーズを確認する情報項目】のどちらの中項目に対しても「どれも重要で順位づけはできな

い」や「普段、私自身が実践している順位をつけた」などの意見があった。

表2 高齢者のニーズを確認するための情報の中項目の優先順位

	第1選択	第2選択	第3選択	割合 (%)
Aパターン	経口摂取不可の理由	意思決定能力	望む暮らしの治療法	25.3
Bパターン	経口摂取不可の理由	望む暮らしの治療法	意思決定能力	15.2
Cパターン	意思決定能力	望む暮らしの治療法	経口摂取不可の理由	24.2
Dパターン	意思決定能力	経口摂取不可の理由	望む暮らしの治療法	10.1
Eパターン	望む暮らしの治療法	意思決定能力	経口摂取不可の理由	15.2
Fパターン	望む暮らしの治療法	経口摂取不可の理由	意思決定能力	4.0
無回答	—	—	—	6.0

表3 家族のニーズを確認するための情報の中項目の優先順位

	第1選択	第2選択	割合 (%)
Gパターン	家族の全体像	家族が代弁できるか	46.5
Hパターン	家族が代弁できるか	家族の全体像	46.5
無回答	—	—	7.0

#### IV. 考察

本研究のねらいは、高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報項目を提示することである。このねらいを達成するためにデルファイ法を用い、【高齢者のニーズを確認するための情報項目】項目の3の中項目と30の情報項目、【家族のニーズを確認するための情報項目】の2の中項目と23の情報項目、【地域の資源を確認するための情報項目】項目の1の中項目と7の情報項目、【システムの機能を確認するための情報項目】項目の1の中項目と、3の情報項目を明らかにした。

先行研究で指摘されているものと、第2ラウンドで専門看護師が非常に重要と合意した情報項目及び、意見が多かった情報項目を中心に考察する。

##### 1. 高齢者のニーズを確認するための情報項目

ここで示された30の情報項目（以下項目）は、高齢者の望む暮らしの実現にむけた支援を可能にするために経口摂取の可能性が残されているか、高齢者の意思決定能力があるかをアセスメントするための項目である。

一つ目の中項目[高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]は、高齢者が経口摂取できなくなった要因を疾患、心身状況などアセスメントし、経口摂取の

可能性を探るために必要な項目である。

専門看護師はこの項目を優先順位の一歩とし、「本当に不可逆的に経口摂取が難しいのかのアセスメントは、最善の選択をするうえで重要である」としている。高齢者は、加齢や薬剤の影響、脱水や低栄養などでも経口摂取困難となる（中島，石垣，2010）。高齢者に対する適切な医療提供の指針（厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班，2014）では、適切な医療の前提として高齢者の多病と多様性を指摘していることから、本研究での結果は、先行研究の見解と一致した。

《10経口摂取の可能性の確認》は、食事形態の工夫や、姿勢の工夫、生活リズムの調整など、適切なケアを実践することで、経口摂取の可能性を検討する項目である。認知症高齢者の中でも、アルツハイマー病と血管性認知症高齢者の食行動の障害に違いがあること（枝広，平野，山田，千葉，渡邊，2013）や、食事開始に適切な介入をすることで自立摂取できなかった高齢者ができるようになったという報告（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所，2012）とも一致する。

専門看護師は、高齢者の生活背景や多病の理解をふまえ、生活援助やケアを通して経口摂取の可能性が残されていないのかを確認するために重要と合意したと考える。一方、急性期病院における高齢者は、脳血管疾患や誤嚥性肺炎などで入院し、胃ろう造設に至っている現状がある。〔経口摂取できなくなった理由を確認する情報項目〕は、短期間に胃ろう造設決定を余儀なくされている急性期病院において、不必要な胃ろう造設を避けるために重要である。

二つ目の中項目〔高齢者の意思で決定する能力を確認するための情報項目〕は、高齢者の意思決定能力をアセスメントし、高齢者が他者に自身の意思を伝えることができるのかを確認するために必要な項目である。

この中項目を優先順位一番とした専門看護師は、「意思決定できるもの事理解、判断があるのかをアセスメントしなければ他のどの項目を理解しても患者の希望に沿った選択にはならないと考えるからです。患者にとっての善行をまずは考えていきます」と述べている。項目の《15病態や予後に対する理解の確認》《16栄養手段に対する理解の確認》《17自分の選択がもたらし得る結果を理解しているかの確認》《18意思を伝えることができるかの確認》については、バーナード・ロウ（2000/2003，pp94-104）が提唱している、患者の意思決定能力を評価する基準「選択する能力とその内容を相手に伝える能力があること、意思決定に必要な医学情報を理解でき、それを自分自身の問題として把握する能力があること、決定内容が患者の価値観や治療目標に一致していること」に合致した。

神経難病の胃ろう造設は、本人の意思が明確であるため、診断時点から、段階に応じて、本人の納得を前提に、意思を何度も確認し、胃ろう造設決定を実施する（山居，永田，小倉，中山，村嶋，2012）。しかし、高齢者の胃ろう造設の場合は、本人の意思が不明瞭な場合が多く（公益社団法人全国国民保険診療施設協議会，2013）、本人の意思がないがし

ろにされている現状がある。専門看護師は、高齢者の意思を他者に伝えることができるかを詳細に確認することが、高齢者の意思を尊重することにつながるために重要と合意したと考える。

三つ目の中項目[高齢者が望む暮らしにかなった治療法かを確認するための情報項目]は、高齢者自身の食べることや生きることの価値観をアセスメントし、高齢者が望む暮らしにかなった治療法かを確認するために必要な項目である。

例えば、《19これまでどのような暮らしをしてきたかの確認》や《20望む暮らしとは何かの確認》、《21経口摂取できなくなった時の望みの確認》、《22社会資源を受けることに対する思いの確認》、《23本音を言えているかの確認》など、自分の意思を伝えることが困難となった高齢者の生活史やこれまでの言動から高齢者の食べることや生きることに関する価値観をアセスメントするための項目と、《24栄養手段の医学的適応の確認》、《25望む暮らしに胃ろうが有効か》など、高齢者の望む暮らしにかなった治療法かをアセスメントするために必要な項目で構成される。

専門看護師は《23本音を言えているかの確認》に対して、「本音を言いたくない場合もあり、家族に委ねたいと考える場合もあり、その時の状況で言えなくてもよい」や「家族への配慮も高齢者の意思と捉えている」と意見を述べている。これは、欧米型が、他者に影響されない自律した意思決定であるが、日本では家族に影響され、迷惑をかけたくないなどの家族への配慮をする自己決定が特徴的である(袖井, 1998)という指摘と合致する。

専門看護師は、高齢者の生活史やこれまでの言動から望む暮らしを探り、高齢者の真の望みにかなった治療法かどうかをアセスメントするために重要と合意したと考える。

【高齢者のニーズを確認する情報項目】を構成している項目が、他の大項目よりも項目数が一番多いのは、看護師が、何よりも高齢者の意思を尊重することを軸にして、胃ろう造設決定プロセスを支援していることを証明している。高齢者の胃ろう造設決定プロセスでは、高齢者の意思確認ができない中、短期間での決定になるため、高齢者を擁護する倫理的調整の役割を看護師が担っているために専門看護師が重要と合意したと考える。

## 2. 家族のニーズを確認するための情報項目

ここで示された23の項目は、家族の全体像を捉え、家族が高齢者の意思を代弁できるのかどうかをアセスメントするための項目である。

一つ目の中項目[家族の全体像を確認するための情報項目]は、家族の全体像をアセスメントし、高齢者の胃ろう造設決定に関して、家族が決定にどう参画するかを確認するために必要な項目である。

この中項目を優先順位一番とした専門看護師は、「このような状況を家族全体としてどのように受け止め、向き合おうとしているのか、その家族について情報を集めるとともに方策を考えたい」と意見している。その情報として、例えば、《32家族の関係性の確認》《34家族のバランスの確認》、《35家族の役割の確認》、《36家族の負担の確認》、《37



家族のいのちに対する考え方の確認》、《38家族の胃ろうに対する考え方の確認》、《39家族の社会資源を受けることに対する考え方の確認》などがある。これらの項目は家族アセスメントの家族機能面の項目である影響力と支配力や役割の変化等と（森山，2001）一致した。

在宅認知高齢者の胃ろう造設を代理決定した家族には、胃ろう造設への葛藤や、重責感などがある（相場，小泉，2011；吉野ら，2005）。ガイドラインでは、患者本人の治療方針の決定であっても、家族の生活を大きく左右する決定については、たとえ患者本人の治療選択であっても、家族も当事者であるとしている（社団法人日本老年医学会，2012b）。

また、退院支援で看護職が感じる困難に、家族の介護力や、経済的な問題が指摘されている（藤村ら，2015）。退院支援において胃ろう造設決定を支援する際には、家族機能だけでなく、退院後の療養環境が整えられるのかどうか、高齢者やその家族のQOLを左右するため、《42家族の介護への意思、介護能力の確認》、《44家族の経済的な背景の確認》なども看護師が高齢者の胃ろう造設決定を支援する際の重要な項目である。

専門看護師は、決定プロセスに家族がどう向き合い決定するのか、家族の心身や生活にどう影響するのかをアセスメントするために重要と合意したと考える。

二つ目の中項目[家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目]は、家族が高齢者のおかれている現状を理解し、高齢者の今後の見通しをたてるなど、高齢者の意思を尊重した判断や高齢者の意思を代弁できるのかどうかをアセスメントするために必要な項目である。例えば、《45家族が栄養摂取方法の情報を持っているかの確認》、《46家族が現状の理解と今後の見通しを立てているかの確認》、《48高齢者に決定能力がある場合、患者と家族が栄養方法について十分話し合われているかの確認》、《49高齢者の決定能力が低下している場合、家族が高齢者の意向をくみ取っているかの確認》などである。

医師は家族に胃ろう造設について説明したつもりでも、家族は説明を理解できなかった点があったと回答している現状（医療経済研究機構，2013）や、胃ろうを代理決定した家族介護者の在宅介護の体験で医療者の説明と違うという思い（倉田，山下，2011）などから、《45家族が栄養摂取方法の情報を持っているかの確認》や《46家族が現状の理解と今後の見通しを立てているかの確認》を行う必要がある。また、日本では、高齢者の意思よりも家族の意向でAHNの導入などの話が進むことを指摘している（会田，2011）。しかし、高齢者の意思決定は、高齢者が決定する能力を持っていたとしても、それを実行に移すことは難しいが、自分に代わって他者が決定することを認めることによって、高齢者は決定の参加者としての地位を獲得するとの指摘がある（袖井，1998）。

専門看護師は、家族が高齢者の望む暮らしをくみ取って決定できるのかを見極めることが、高齢者の意思を尊重することにつながるために重要と合意したと考える。

### 3. 地域の資源を確認するための情報項目

ここで示された7の項目は、高齢者の望む暮らしを支えるために必要な社会資源をアセス

メントとし、高齢者の望む暮らしの実現可能性をアセスメントするための項目である。胃ろう造設後の療養生活をフォーマルやインフォーマルなサポートで支えることができるのかどうかを確認するこの項目には、これまでに地域や家族から受けたサポートを確認する項目と、これからのサポートに対しての項目がある。専門看護師は、「これまでとこれからでは、必要なサポートが変わる」と述べている。

例えば《58家族、親戚、近所の人のサポートがあるかの確認》、《59これらから利用する公的機関や専門職による制度に基づくサービスや支援の確認》、《60介護サービスなどを活用することでの経済的負担はどうかの確認》などである。

胃ろう造設後の家族の胃ろうへの肯定感には、家族が胃ろう管理に必要な知識を得て安定した介護を行う行動ができていないこと、トラブルがないこと、訪問看護の介入が関係しているという報告がある（吉松ら、2013）。また、看護師は高齢者を医学的モデルでみてしまい（袖山、志田、小林、北谷、2012）、地域で生活していることを捉えることは苦手とする。胃ろう造設決定をした時点で最善の選択であっても、その後の療養でトラブルがあると安定した暮らしにつながらない。

専門看護師は、既存の資源を活用することで、高齢者の安定した暮らしの拡大が図れるだけでなく、高齢者の真の望みを表現することにもつながるために重要と合意したと考える。

#### 4. システムの機能を確認するための情報項目

ここで示された3の項目は、高齢者の胃ろう造設決定支援を病院側の医療・ケアチームと居宅側の医療・介護チームの支援プロセスとその結果を評価し、アセスメントするための項目である。

例えば《61胃ろう造設決定の医学的適応を病院側の医療・ケアチームで検討されているかの確認》、《62病院側と居宅側で高齢者・家族の事情をふまえて検討されているかの確認》などである。ガイドラインの中でも、高齢者本人を中心にして、家族及び医療・介護・福祉従事者等のコミュニケーションを通してAHNの導入、中止について合意決定することを推奨している。先行研究では、摂食嚥下困難となった高齢者にAHNの導入が検討される際に多職種で話し合いをする病棟が、半数以上あったが、AHN検討において、医師と本人、家族の方向性の違い、入所施設の方針、抑制の問題などに看護師は困難を感じている（社団法人日本老年医学会 2012b）。また、専門看護師の意見でも、「医師がどんどん進めていくケースがある」、「（検討は）望ましいが十分に実施されているとは考えられない」などがあり、《62病院側と居宅側で、高齢者・家族の事情をふまえて検討されているかの確認》するシステムは整いつつあるが、十分検討されていない現状がうかがえる。《63事例を振り返り評価し、資源やシステムを検討する場があるかの確認》の項目への専門看護師の意見には、「医療のかかわりや、地域医療へつなぐシステムに課題がないか検討する場があるかを考えることは非常に重要である」というものもある。

専門看護師は、チームで支援プロセスとその結果を評価することは、判断の妥当性の確保や、看護師の困難感の軽減につながるために重要と合意したと考える。

## 5. 高齢者の胃ろう造設決定支援プロセス（図2）

高齢者の胃ろう造設決定支援プロセスとは、看護師が高齢者の胃ろう造設決定プロセスに適切な支援をアセスメントする際の優先順位を指す。情報項目の項目数、中項目の優先順位、専門看護師の語りから、【高齢者のニーズを確認するための情報項目】を一番優先順位が高いと捉え、次に【家族のニーズを確認するための情報項目】、【地域の資源を確認するための情報項目】、【システムの機能を確認するための情報項目】という決定支援プロセスをたどっていることが明らかになった。

【高齢者のニーズを確認するための情報項目】では、看護師が、医学的視点や生活援助、ケアを通して、[高齢者が経口摂取できなくなった理由]を第1優先に考えていた。【家族のニーズを確認するための情報項目】では、家族の関係性や影響力などの[家族の全体像を確認する情報項目]をとらえた上で、[家族が高齢者の意思を代弁できるかを確認するための情報項目]を優先する場合と、[家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認する情報項目]を優先し、[家族の全体像を確認する情報項目]を捉える場合があった。

このように、高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師は重要な情報を捉えて、支援を検討することが明らかとなった。これらから、看護師は、持てる力を発揮して、高齢者を軸として、決定支援を行っていくことが重要であると考えられる。

“高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン”では、現場の医療・介護・福祉従事者がAHN導入をめぐって適切な対応ができることを目的に策定された。

本研究の高齢者の胃ろう造設決定支援プロセスは、医療専門職の看護師に焦点を当て、看護師としてアセスメントに必要な情報項目を列挙し、優先順位を付けたものである。

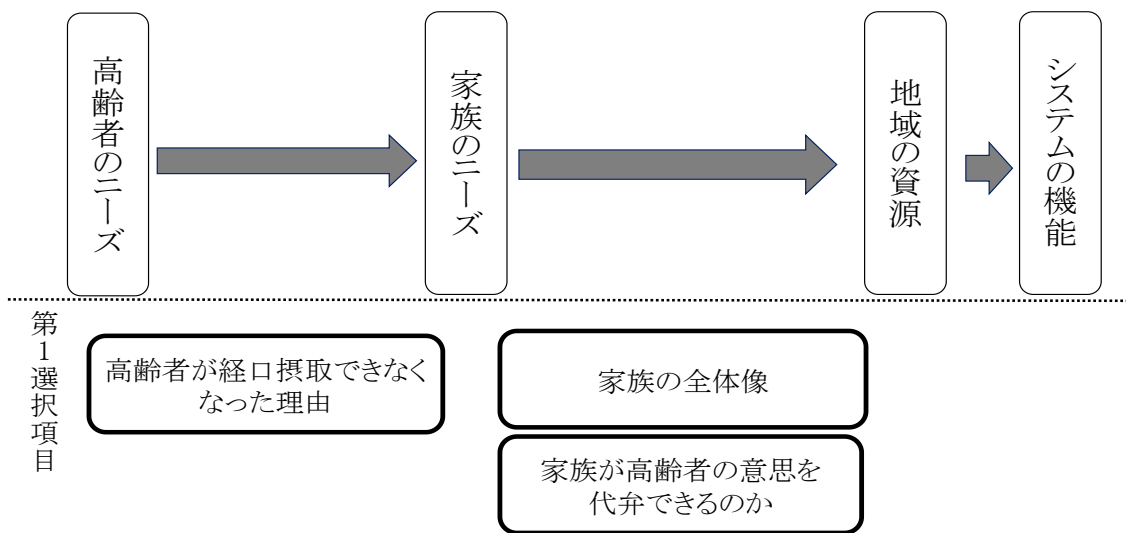


図2 高齢者の胃ろう造設決定支援プロセス

## 6. 本研究の意義と今後の課題

高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて専門看護師が重要と捉える情報として、63項目が明らかになった。また、専門看護師は、高齢者のニーズ、家族のニーズ、地域の資源、システムの機能の優先順位で決定支援プロセスをたどっていることが明確となった。一方、胃ろう造設が提案されてから造設するまでの決定期間が、約半数が1週間以内という報告から、急性期病棟の看護師が限られた時間の中で、63項目の情報を収集しアセスメントすることには困難が予測される。今後、臨床現場でこれらの項目を精査し、新人看護師などでもわかりやすい具体的な表現に活用を促進する工夫などが課題である。

## V. 結論

1. 高齢者の胃ろう造設決定プロセスにおいて看護師が重要と捉える情報には、【高齢者のニーズを確認するための情報項目】として、[高齢者が経口摂取できなくなった理由を確認するための情報項目]、[高齢者の意思で決定する能力を確認するための情報項目]、[高齢者が望む暮らしにかなった治療法かを確認するための情報項目]と、【家族のニーズを確認するための情報項目】として、[家族の全体像を確認するための情報項目]、[家族が高齢者の意思を代弁できるのかを確認するための情報項目]と、【地域の資源を確認するための情報項目】として、[高齢者が望む暮らしを支えるための社会資源を確認する情報項目]と、【システムの機能を確認するための情報項目】として、[決定支援の評価を確認するための情報項目]があった。これらは、高齢者や家族にとって最善の決定ができるよう支援するためのアセスメントに重要な情報項目として捉られていた。

## 謝辞

本研究は公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団によって実施しました。専門看護師の方々へのインタビューや調査の中で私は、専門看護師の方々の卓越した看護実践能力、看護への真摯な態度や強い熱意、看護の発展への責任感に感動いたしました。研究者としてだけでなく、臨床の看護者としても、とてもよい経験をさせていただくことができました。ご協力いただきました地域看護、老人看護、慢性疾患看護、家族支援、在宅看護専門看護師の皆様にご心より深くお礼申し上げます。

[引用文献]

- 相場健一，小泉美佐子．（2011）．重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス．日本老年看護学会誌，16（1），75-83.
- 会田薫子．（2011）．延命医療と臨床現場 人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学．東京大学出版会．
- 会田薫子．（2012）．胃ろうの適応と臨床倫理 - 一人ひとりの最善を探る意思決定のために-．日本老年医学会雑誌，49，130-139.
- 麻原きよみ，大森順子，小林真朝，平野優子，鈴木良美，荒木田美香子，．．．村島幸代．（2010）．保健教育機関卒業時における技術項目と到達度，日本公衆衛生雑誌，57（3），184-194.
- バーナード・ロウ．（2000/2003）；北野喜良，中澤英之，小宮良輔（監訳）．医療の倫理 ジレンマ 解決への手引き—患者の心を理解するために．西村書店，pp94-104.
- デイビットP.マクスリー．（1989/1994）．野中猛，加瀬裕子．（監訳）．ケースマネージメント入門．中央法規．
- Du Plessis, E.Human SP.（2007）．The art of Delphi technique:highlighting its scientificmerit.Health SA Gesundheit12（4），13-23.
- 枝広あやこ，平野浩彦，山田律子，千葉由美，渡邊裕．（2013）．アルツハイマー病と血管性認知症高齢者の食行動の比較に関する調査報告：第一報—食行動変化について—．日本老年学会雑誌，50，651-660.
- 藤村史穂子，上林美穂子，蘇武彩加，田口美喜子，岩淵光子，松川久美子，．．．兼田昭子．（2015）．退院支援・退院調整にかかわる医療機関の看護職が感じる困難とその対処，岩手県立大学看護学部紀要，17（1），1-12.
- 藤澤まこと．（2012）．医療機関の退院支援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.
- Hasson, F. Kenney, S. & Mckenna, H.（2000）．Research guidelines for the Delphi survey technique Journal of Advanced Nursing 32（4），1008-1015.
- H.Yura, M.Walsh.（1983/1986）．岩井郁子，伊奈侑子，木下幸代，黒江ゆり子（共訳）．看護過程 - ナーシング・プロセス アセスメント・計画立案・実施・評価 第2版．医学書院，pp95-105.
- 本多知行，溝尻源太郎（編）．（2002）．医師・歯科医師のための摂食・嚥下障害ハンドブック 第2版．医歯薬出版．
- 石崎達郎．（2016）．レセプト情報からみた高齢者医療，日本老年医学会雑誌，53（1），4-9.
- 医療経済研究機構．（2013）．平成24年度老人保健事業推進等補助金 老人保健健康増進等事業 胃ろう及び造設後の転帰等に関する調査研究事業報告書．

- 医療経済研究機構. (2014). 平成25年度老人保健事業推進等補助金 老人保健健康増進事業 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者を取り巻く諸外国の状況に関する調査研究報告書.
- 片桐瑠里, 服部紀子, 佐々木昌世, 菅野真奈, 青木律子, 叶谷由佳. (2015). 胃瘻造設高齢者の介護を行う家族の介護負担. 日本健康医学会雑誌, 23 (4), 289-295.
- 川口孝泰. (2002). 看護研究ガイドマップ. 医学書院, pp93-95.
- KeeneyS.HassonF.McKennaH. (2006). Consulting the oracle:Ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. Journal of Advanced Nursing 53 (2), 205-212.
- 倉田貞美, 山下ひろみ. (2011). 胃瘻栄養を代理決定した家族介護者による在宅介護の体験. 日本老年看護学会誌, 16 (1), 48-56.
- 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会. (2013). 摂食嚥下障害のある患者の胃ろう造設、転帰ならびに胃ろう造設患者に対する口腔ケアの実施効果に関する調査研究事業報告書. [http://www.kokushinkyu.or.jp/Portals/0/HP掲載用\(胃ろうのケア\)報告書.pdf](http://www.kokushinkyu.or.jp/Portals/0/HP掲載用(胃ろうのケア)報告書.pdf) (2016年6月30日)
- 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班. (2014). 高齢者に対する適切な医療提供の指針. 日本老年医学会雑誌, 51, 89-96.
- 厚生労働省. (2016). 平成28年診療報酬改定について 第3関係法令等 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)平成28年3月4日保医発0340第3号 別添1(医科点数表).  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>(2016年6月30日)
- 森山美知子. (2001). 第1部家族看護モデルの理論と実践 5. カルガリー家族アセスメントモデル. 森山美知子(編). ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実践. 医学書院, pp. 64-116.
- 中島紀恵子、石垣和子(監)酒井郁子, 北川公子, 佐藤和佳子, 伴真由美(編). (2010). 高齢者の生活機能獲得のためのケアプロトコール-連携と協働のために. 日本看護協会出版会, pp72-105.
- 日本看護協会(編). (2003). 看護者の基本的責務-基本法と倫理. 日本看護協会出版会.
- 鈴木裕. (2012). 胃ろう栄養の適応と問題点. 日本老年医学会雑誌, 49, 126-129.
- 社団法人日本老年医学会. (2012a). 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン-人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012年度版. 医学と看護社.
- 社団法人日本老年医学会. (2012b). 平成23年度厚労省老健局老人保健健康増進等事業, 高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入にめぐる意思過程プロセスの整備とガイドライン作成.  
[http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/josei/pdf/h22\\_jigyousaitaku.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/josei/pdf/h22_jigyousaitaku.pdf) (2016年6月30日)
- 袖井孝子. (1998). 序 人生の最終段階における自己決定. 老人保健健康増進等事業に

- よる研究報告書，老年期における自己決定のあり方に関する調査研究．国際長寿センター．
- 手島陸久．（1997）．退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム—．中央法規出版．
- 千葉由美．（2005）．ディスチャージプランニングプロセス評価尺度の開発と有用性．日本看護科学会誌，25（4），39—51．
- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所．（2012）．平成23年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業 認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究報告書．  
[http://www.tmg Hig.jp/J\\_TMIG/extra/pdf/h23\\_kokkohojo\\_result/report\\_hirano.pdf](http://www.tmg Hig.jp/J_TMIG/extra/pdf/h23_kokkohojo_result/report_hirano.pdf)  
（2016年6月30日）
- 山居優子，永田智子，小倉朗子，中山優季，村嶋幸代．（2014）．筋委縮性側索硬化症患者の胃瘻造設術実施時期に影響する要因—情報提供のされ方と患者・家族の受け止めに焦点を当てて—，日本難病看護学会誌，19（2），163-173．
- 吉松恵子，中谷久恵（2013）．在宅療養における胃瘻への家族対処—二重ABCXモデルに基づく分析—日本在宅ケア学会誌，17，（1），41—47．
- 吉野純子，迫田綾子，川根博司，松本弘美．（2005）．在宅認知症高齢者の胃瘻造設に関する意思決定の現状と課題，第11回訪問看護在宅ケア研究助成事業報告書，55—71．