View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE

研究報告

高齢者の胃瘻増設を代理意思決定した家族に対して看護師が行っている支援

Nursing support for family members who selected percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding for elderly patients as surrogate decision-making

加々美莉帆[1)] Riho Kagami　徳永　友里[1)] Yuri Tokunaga　小山ひろ子[2)] Hiroko Koyama
渡邊　桂子[2)] Keiko Watanabe　古江　和美[3)] Kazumi Furue　千葉　由美[1)] Yumi Chiba

キーワード：胃瘻増設、代理意思決定、高齢者、家族、看護支援
Key Words：Percutaneous endoscopic gastrostomy, surrogate decision-making, older adults, family, nursing support

目的：高齢者の胃瘻造設について代理意思決定を行った家族への看護支援の内容を明らかにする。
方法：11名の看護師に、高齢者の胃瘻造設について代理意思決定を行った家族の特徴と家族への看護支援について尋ねる半構造的面接を行った。本研究は調査機関の倫理審査により承認を得た。
結果：家族の特徴として11カテゴリが抽出された。また、看護支援として【家族の思いに沿って関わる】【医療者が同じ方向で家族に関われるよう調整する】【家族が胃瘻の必要性を認識し受け容れるための支援を行う】【家族の意思を尊重して関わる】【家族の意思決定を尊重して関わる】【胃瘻管理のための教育的支援を行う】【経口摂取を希望する家族の思いを尊重する】の7カテゴリが抽出された。
結論：家族が納得して胃瘻造設の代理意思決定をするために、患者にとって経口摂取が難しく胃瘻が必要であると家族が実感できるよう、看護師が意図的に働きかけることが重要であると示唆された。

Abstract

Purpose：To clarify the content of nursing support provided to families making decisions about percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) for older adult inpatients.
Methods：Eleven nurses all worked in the same hospital were interviewed using a semi-structured interview methodology. The interview discussed nursing support to families regarding percutaneous endoscopic gastrostomy for older adult inpatients. This study was approved by the ethics committee of the hospital concerned.
Results：The interviews identified 11 categories of characteristics of families. There were 7 categories of nursing support: “taking account of the family’s wishes,” “working so that medical practitioners are concerned with a family by the same policy,” “supporting the family to understand and accept the need for PEG,” “expressing the nurse’s intention to respect the intention of the family,” “expressing the nurse’s intention to respect the decision-making of the family,” “performing the educational support for management of PEG” and “respecting the thought of the family in hope of ingestion.”
Consideration：The results suggested that the nurses need to support the family to understand and accept that ingestion is difficult and PEG is necessary for a patient so that families can make decisions about PEG.

Received : October. 31, 2014
Accepted : February. 17, 2015
１）横浜市立大学医学部看護学科成人看護学Ⅱ領域
２）一般社団法人日本厚生団 長津田厚生総合病院 看護部
３）元　一般社団法人日本厚生団 長津田厚生総合病院 看護部

Ⅰ　はじめに

日本における高齢化率は、2013年には25.1％と上昇し続けており[1]、さらに、在宅医療の推進政策によって、我が国においては世界に類を見ない速度で胃瘻が普及している[2]。我が国における胃瘻・腸瘻の年間造設推計件数は96,000件から119,000件と推計されており[3]、今後も胃瘻適応患者は増加することが予測され、対応が求められている。

重度認知症高齢者に対するPEG（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy）の利用については、必ずしも胃瘻による栄養法選択が最善の選択とはならないことが報告されている[4]。このような状況の中、日本老年医学会は、病状の好転や進行の阻止が期待できない終末期にある高齢者への胃瘻造設を含む経管栄養や気管切開、人工呼吸器装着などの医療処置の適応は、慎重に検討されるべきであるとした[5]。我が国の大規模先行研究では、胃瘻造設された患者は高齢で、胃瘻造設される理由としては脳血管障害と肺炎が最も多く、次いで神経筋疾患と認知症が多いことが報告されている[3]。胃瘻造設がなされる患者は、高次脳機能や自己決定能力の低下などにより本人の意思確認が困難であることが多く[6]、胃瘻造設に関して家族が代理意思決定をする場面は決して少ないとはいえない。

胃瘻造設の代理意思決定をした家族の心理的特徴としては、胃瘻造設の意思決定前後で胃瘻への期待や感謝・否定的な心情の両方を抱き[7,8]、胃瘻造設後も介護生活に対する不安や代理意思決定に対する苦悩を抱えている[9-11]ことが報告されている。家族が胃瘻造設を選択する場合、治療方針や介護負担、食生活の質、高齢者本人の希望、あるいは胃瘻造設の利益や弊害などの十分な情報をもって最終的な意思決定を行うことが重要と考えられる。医療・介護・福祉従事者は、意思決定プロセスのコミュニケーションに参加する人々がともに納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指すことが求められている[12]。看護師は、患者や家族の身近で、患者や家族の今後の希望や方針を察し対応できる立場であり、代理意思決定を行う家族の特徴を的確に捉え、支援を提供することは看護師にとって重要な役割である。

看護師が行う意思決定支援については、胃瘻造設を行う重症心身障害児の親や積極的治療から緩和ケア中心の治療に方針転換する終末期にある高齢がん患者の家族への意思決定支援において、情報提供を行ったうえで家族の選択を待ち、時には決断を促す支援を行っていることが報告されている[13,14]。しかしながら、終末期にある高齢者への胃瘻造設の代理意思決定を行った家族について、看護師はどのような特徴があると捉え、どのような支援を提供しているかに関しては明らかにされてきていない。優れた実践を行っていると考えられる一定以上の経験を有する看護師が、胃瘻造設の代理意思決定をした家族はどのような特徴があるととらえているのか、また、どのような看護支援を行っているかを明らかにすることは、ケアの明確化や課題の抽出、および、優れた実践知の共有という意義を有する。

そこで、本研究では、終末期にある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に対する支援のあり方を検討するために、看護師が認識する終末期にある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の特徴、および、終末期にある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に対して看護師が行っている支援の具体的な内容を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ　方　　法

1. 対　象

機縁法により選定したA市にある190床（一般病棟170床、療養病棟20床）の一般急性期総合病院（B病院）にて、病状の好転や進行の阻止が期待できない高齢者の胃瘻造設について代理意思決定（以下、意思決定とする）をした家族に対し受け持ち看護師として支援したことがある臨床経験が5年以上の看護師合計11名であった。なお、本件研究では一定以上の経験を有する看護師の実践知の明確化や共有を目的としているため、臨床経験年数の基準は、Bennerの看護理論[15]の、5年以上直接患者ケアに従事しており、臨床家としての技能が高度である「達人看護師」をもとに設定した。

2. 研究デザイン

半構造的面接による質的帰納的研究である。

3. データ収集内容および収集方法

調査実施機関の病院長および看護部長へ文書にて調査趣意を説明し、文書にて同意を得た。その後、病棟看護師長へ研究概要を示した説明文書および参加意思表明書と封筒を配布し、各病棟に勤務する胃瘻造設の意思決定をした家族へ看護支援を行ったことがある看護師へ、病棟看護師長をとおして調査参加を依頼した。研究参加への意思がある看護師には、研究参加の有無が所属病棟看護師長に伝わらないよう、e-mailまたは参加意思表明書により直接研究者へ連絡するよう依頼した。対象者が参加意思表明書により研究者へ連絡する場合は、e-mailアドレスを記入し、封をしたうえ看護部の指定の場所へ提出するよう依頼した。そのうえで、研究者がe-mailで対象者に連絡を取り、調査日の調整を行った。

調査に際しては、説明文書を用いて研究の趣意を説明し、書面にて同意を得た。同意を得た後、プライバシーの保てる病院内の個室でインタビューガイドに沿って半構造的面接を行った。インタビューはインタビューガイドに沿って行い、胃瘻造設を行った病状の好転や進行の阻止が期待できない終末期[5]にある高齢者の家族について印象に残った1事例を想起してもらい、胃瘻造設前（意思決定前、

意思決定後)、胃瘻造設後のそれぞれの時期について、家族の特徴やそれらをふまえた家族への看護支援について尋ねた。各時期における家族の特徴や支援は異なることが先行研究[7-14]より推察されたため、時期別に尋ねた。インタビュー時間は30分～1時間程度であった。面接内容は同意を得てICレコーダを用いて録音した。データ収集期間は2013年9月24日～10月4日であった。

4. 分析方法

分析には、Krippendorff[16]の質的内容分析の手法を採用し、以下の手順で分析した。まず、ICレコーダに録音した内容から逐語録を作成した。逐語録から、胃瘻造設の選択を行った患者の家族の特徴や胃瘻造設の代理意思決定をした家族に対して実施した看護支援に関する内容に着目して内容を要約し、内容ごとにコードを作成した。次に、得られたコードを類似性のある内容ごとに分類し、内容の類似性・相違性にもとづきサブカテゴリを作成した。さらに、サブカテゴリを類似性のある内容ごとに分類および集約して抽象度を上げ、カテゴリを作成した。結果の信頼性と妥当性の確保を目的に、分析は専門家らのスーパービジョンを受けた。

5. 倫理的配慮

対象者に対し、研究目的、方法、研究協力は自由意思であること、いつでも中止可能であること、一度同意をしても後日撤回は可能であること、プライバシーおよび個人情報の保護、データの処理や成果公表等について、文書と口頭で説明し同意を得た。本研究は長津田厚生総合病院の倫理審査の過程を経て承認を得た（審査年月：2013年9月、承認番号：2013-01)。

Ⅲ 結　　果

1. 対象者の基本属性

対象者は全員女性で、年齢は20～29歳が2名（18.2％）、30～39歳が3名（7.3％）、40～49歳が4名（36.4％）、50～59歳が2名（18.2％）であった。臨床経験年数は、5年以上10年未満が4名（36.4％）、10年以上7名（63.6％）であった。職位は全員がスタッフであった。

2. 看護師が想起した胃瘻造設した患者（以下、患者とする）の特徴

看護師が想起した患者の性別は、男性5名、女性6名で、年齢は60歳代から90歳代であった。患者が抱える疾患としては、認知症が5名（45.5%）、脳血管疾患が3名（27.2%）、パーキンソン病が1名（9.1%）、2名（18.2%）が不明であった。入院前の療養場所は、在宅が4名（36.4％）、施設が5名（45.5％）、2名は不明であった。退院後の療養場所は在宅が5名(45.5％)、施設が5名(45.5％)、1名は不明確であった。

3. 看護師が想起した胃瘻造設の代理意思決定をした家族（以下、家族とする）の特徴（表1）

胃瘻造設の代理意思決定をした家族の特徴について、11カテゴリが抽出された。以下、カテゴリは【　】、サブカテゴリは＜　＞、コードは≪　≫で示す。インタビューで得られた対象者の言葉は「*斜体*」で示す。

1）全時期

【意思決定のキーパーソンとなる】

家族は、＜キーパーソンは子どもである＞と語られた。

2）意思決定前

【患者の経口摂取のために試行錯誤するが、改善が見込めないことを実感する】

家族は、＜経口摂取のためのケアを行う＞、＜胃瘻を造設せざるをえないと感じる状況が存在する＞ことが語られた。

【胃瘻についての理解や受け入れの程度は家族によって異なる】

家族は、＜胃瘻や胃瘻造設に対する知識を有する＞、＜胃瘻は食事の延長であると認識している＞、＜胃瘻造設に関する説明への理解は家族によって異なる＞ことが語られた。

【胃瘻造設に対する不安や迷いを抱く】

家族は、＜胃瘻造設選択への不安や悩みがある＞、＜延命することへの迷いがある＞、＜患者の希望にそった選択かどうかどうかという葛藤がある＞ことが語られた。

【胃瘻造設は最終手段であると感じている】

家族は、＜胃瘻造設は最終手段であると感じている＞、＜胃瘻造設をしない選択は難しいと感じる＞ことが語られた。

【胃瘻造設の意思決定は医療者の介入の影響を受ける】

家族にとって、＜医療者への信頼の程度は家族によって異なる＞、＜意思決定を促す医療者が存在する＞ことが語られた。

【胃瘻造設は患者にとっての最善の措置であると考え、胃瘻造設を決断する】

家族は、＜患者が生きていることを希望する＞、＜患者にとって最善の措置を希望する＞ことが語られた。

【希望する療養先へ移行するために胃瘻造設を選択する】

家族は、＜患者が在宅療養を希望しているため、胃瘻造設を選択する＞、＜家族が希望する療養先へ移行するため、胃瘻造設を選択する＞ことが語られた。

3）意思決定後

【在宅療養を選択した場合、胃瘻の管理について不安を抱く】

家族は、＜胃瘻管理への不安を抱く＞ことが語られた。

4）胃瘻造設後

【経口摂取への希望がある】

家族は、＜胃瘻造設後も経口摂取への希望がある＞ことが語られた。

表１　看護師が想起した胃瘻造設の代理意思決定をした家族（以下、家族とする）の特徴

時期	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
全時期	意思決定のキーパーソンとなる	キーパーソンは子どもである	・娘がキーパーソンとなる
意思決定前	患者の経口摂取のために試行錯誤するが、改善が見込めないことを実感する	経口摂取のためのケアを行う	・患者の経口摂取の介助を行う
		胃瘻を造設せざるをえないと感じる状況が存在する	・嚥下障害により誤嚥性肺炎を繰り返す患者の姿を目の当たりにする ・経口摂取への意欲がなく十分な栄養摂取ができない患者の姿を目の当たりにする ・点滴・中心静脈栄養が使用できなくなり、患者にとって胃瘻以外の栄養方法がないことを実感する
	胃瘻についての理解や受け入れの程度は家族によって異なる	胃瘻や胃瘻造設に対する知識を有する	・家族は胃瘻についてインターネットなどで情報収集する ・胃瘻造設目的で施設から入院してくる患者の家族は、胃瘻についての大まかな知識を持っている
		胃瘻は食事の延長であると認識している	・胃瘻は食事の延長のように思えると、受け入れがしやすい
		胃瘻造設に関する説明への理解は家族によって異なる	・説明を十分に理解することで意思決定に至る ・説明を十分に理解せずとも意思決定する ・胃瘻造設に至る経過の中で胃瘻について理解を深める ・医学的知識がなく、胃瘻や患者に起きている状況を理解することが難しい ・胃瘻造設以外の選択肢を考えていない
	胃瘻造設に対する不安や迷いを抱く	胃瘻造設選択への不安や悩みがある	・胃瘻造設への疑問や不安が聞かれた ・どのような選択をしても悩みはある ・胃瘻造設への不安が聞かれない ・胃瘻造設の同意後も、胃瘻造設を選択したことに疑問を持つ ・家族から不安や疑問が聞かれなくても不安を抱えていると感じる ・胃瘻造設への不安は知識不足が原因である
		延命することへの迷いがある	・延命することへの迷いがある ・自分の選択が患者の寿命を左右することに対して悩む
		患者の希望にそった選択かどうかどうかという葛藤がある	・患者が胃瘻造設を望んでいるのかどうかという葛藤がある ・患者の意思に反して経口摂取できないことにジレンマを感じる
	胃瘻造設は最終手段であると感じている	胃瘻造設は最終手段であると感じている	・経口摂取をあきらめ、仕方なく胃瘻造設を選択する ・家族が介護を全うするために胃瘻造設する
		胃瘻造設をしない選択は難しいと感じる	・胃瘻造設をしないという選択はしにくい ・胃瘻造設せずに弱っていく患者をみるという選択ができない ・胃瘻造設しないことに対する罪悪感がある
	胃瘻造設の意思決定は医療者の介入の影響を受ける	医療者への信頼の程度は家族によって異なる	・医師には遠慮してしまい意見や質問をしにくい、医師の意見には同意しなければいけないと感じている ・看護師に胃瘻とはどのようなものか質問する ・看護師には気軽に話せる ・看護師に胃瘻について質問しない
		意思決定を促す医療者が存在する	・主治医の説明が意思決定の要因となる
	胃瘻造設は患者にとっての最善の措置であると考え、胃瘻造設を決断する	患者が生きていることを希望する	・患者に生きていてほしいと希望する ・胃瘻を延命措置と考える
		患者にとって最善の措置を希望する	・誤嚥性肺炎を繰り返す中で、納得して胃瘻造設を選択する ・患者のことを大切に思い患者にできる限りのことをしてあげたいと感じている ・点滴や中心静脈栄養に比べて胃瘻はリスクが低いと理解し、胃瘻造設を選択する ・胃瘻造設をすることで抑制をしなくて済むため、胃瘻造設を選択する
	希望する療養先へ移行するために胃瘻造設を選択する	患者が在宅療養を希望しているため、胃瘻造設を選択する	・患者が在宅療養を希望するため、胃瘻造設を選択する
		家族が希望する療養先へ移行するため、胃瘻増設を選択する	・家族が望む療養先へ移行するため、胃瘻造設を選択する
意思決定後	在宅療養を選択した場合、胃瘻の管理について不安を抱く	胃瘻管理への不安を抱く	・胃瘻造設を受け入れることができても、胃瘻の管理に対して技術的な不安を抱く ・在宅療養で胃瘻を管理できるかに不安をもつ
胃瘻増設後	経口摂取への希望がある	胃瘻造設後も経口摂取への希望がある	・胃瘻造設後に経口摂取をさせてあげたいと感じる ・胃瘻造設後に経口摂取の可能性があることを喜ばしいことと感じる ・胃瘻造設後に経口摂取が可能であるかを気にする
	胃瘻造設後、結果的には満足する	胃瘻造設をしたことに結果的には満足する	・胃瘻造設に満足する ・胃瘻造設後の患者の経過が良いことで、意思決定に満足できる

【胃瘻造設後、結果的には満足する】

家族は、＜胃瘻造設をしたことに結果的には満足する＞ことが語られた。

4. 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に対して看護師が行っている支援（表2）

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に対して看護師が行っている支援として、7カテゴリが抽出された。

1）全時期

【家族の思いに沿って関わる】

看護師は、＜家族の思いに対して共感し、不安軽減に努める＞、といった支援を行っていた。また、「*話を聞いて、不安に対して、一つ一つお話して、もしそのやり方が難しければ何度でも説明する。*」と語り、＜家族の目線に立っての丁寧な対応や態度を心がける＞といった支援を行っていた。

【医療者が同じ方向で家族に関われるよう調整する】

看護師は、「*医師とコミュニケーションが取れていたので、同じ方向で話が持って行けたっていうのと、家族に言ったことを医師と看護師が伝え合うという形で、ずっと同じ方向性で家族に伝えていこうってことではできた。*」と語り、＜他職種や地域と連携し家族へ対応する＞といった支援を行っていた。

2）意思決定前

【家族が胃瘻の必要性を認識し受け容れるための支援を行う】

看護師は、「*嚥下機能が悪いっていうことを理解していただくためにも、食事介助のときとかにどれくらい食べられていて、どれくらいむせているかってことを口で話すこともできて、あと、食事量はこれくらいですと話すこともするし、家族の目の前で食べたときの嚥下の反応を直接見ていただいて、ご家族が食事介助しに来ることもあるから、やっぱり口からは難しそうっていうことを、こちらで難しいですよっていうんじゃなくて、実際にご家族がみて、厳しそうですねって家族が言ったときに、あ、ちょっと厳しいかもしれないですねと伝えます。あと、熱があがったときの原因が誤嚥から来ているかもしれませんっていうの*

表2　終末期にある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に対して看護師が行っている支援

時期	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
全時期	家族の思いに沿って関わる	家族の思いに対して共感し、不安軽減に努める	・家族の疑問や不安を傾聴し、それに応える ・医師の説明を受けての胃瘻への理解度や気持ちを情報収集する ・家族が気軽に思いを表出できるよう努める ・家族の不安を最小限にするよう支援する
		家族の目線に立っての丁寧な対応や態度を心がける	・家族が納得できるまで説明を繰り返す ・意思決定を焦る必要はないと伝える ・家族と向き合い、医療者も患者と家族のことを真剣に考えていることを示す ・家族の理解の程度が不明確である場合は、理解が得られるまで説明する
	医療者が同じ方向で家族に関われるよう調整する	他職種や地域と連携し家族へ対応する	・医師との間に入って橋渡しの役割を担う ・療養先を決定するための支援や家族の不安の解決のために他職種で関わる ・チーム内の看護師や医師と十分に連携し、同じ方向性で支援する ・退院後も継続した支援ができるように地域の社会資源につなぐ
意思決定前	家族が胃瘻の必要性を認識し受け容れるための支援を行う	患者へ経口摂取のための支援を行う	・経口摂取をやれるところまでやって、次の手段として胃瘻造設と思えるように、経口摂取のための支援を十分に行う
		胃瘻造設についてイメージできるよう支援を行う	・主治医の説明を補足する、わかりやすく伝える、かみ砕いて伝える ・胃瘻造設後の日常生活がイメージできるよう実際に胃瘻造設している患者をみてもらう ・家族が意思決定できるだけの多くの情報を提供する
		胃瘻の必要性や利害、弊害について説明する	・胃瘻造設の現状や患者の状態、胃瘻のリスクなど、医師の説明を再度繰り返す ・胃瘻造設後の予測される経過、胃瘻造設しなかった場合の予測される経過について話す ・医療者としての立場からの意見を伝える
	家族の意思を尊重して関わる	どのような選択であっても家族の意思を尊重することを表明する	・家族の意思決定を尊重する姿勢を示す ・医療者からの支援はするが、最終的には家族が意思決定するよう伝える ・家族の意思決定を誘導するような関わり、はっきりとした自分の考えを伝えることはしない ・患者のために家族自身が選んだと家族が思えるように関わる ・家族の意思決定に沿うことができるよう医療者間の調整を行う
意思決定後	家族の意思決定を尊重して関わる	胃瘻造設を選択した家族の意思決定を支持することを表明する	・家族の意思決定を肯定する声掛けをする ・家族が本人のためにした決定が本人にとっても一番良いのではないかという声かけをする ・家族の思いを否定しない ・ネガティブな声かけはしない ・家族の意思決定により方針が決まったことに対して、肯定的な声かけをする
胃瘻造設後	胃瘻管理のための教育的支援を行う	胃瘻管理のための技術を獲得するための教育的支援を提供する	・胃瘻栄養法、管理法の手技を説明する ・家族に実際に胃瘻管理の手技を実施してもらい、手技の獲得を支援する
	経口摂取を希望する家族の思いを尊重する	胃瘻造設後も患者へ経口摂取のための支援を行う	・嚥下評価と嚥下訓練が実施できるよう医師や言語聴覚士と調整する ・楽しみ程度の経口摂取ができるよう医師や言語聴覚士と調整する

は、みて分かってもらうことはありましたね。」と語り、＜患者へ経口摂取のための支援を行う＞といった支援を行っていた。また、＜胃瘻造設についてイメージできるよう支援を行う＞、＜胃瘻の必要性や利害、弊害について説明する＞といった支援を行っていた。

【家族の意思を尊重して関わる】

看護師は、「*家族の意思とご本人の意思を尊重するようにはしていたので、それに沿えるような感じで、家族がやっぱり食べさせたいって言っていたら、ST（言語聴覚士）に聞いて、どこまでの範囲だったらできそうかという再評価を頼むとか、そういう感じの遠回しのヘルプはできるようにはしていた。*」と語り、＜どのような選択であっても家族の意思を尊重することを表明する＞といった支援を行っていた。

3）意思決定後

【家族の意思決定を尊重して関わる】

看護師は、「*後押ししたってわけじゃないけど、胃瘻つくることになったことに関しては、その家族の意思が正しいってわけじゃないけど、気持ちを後押しするというか、胃瘻を造設して、元気になったらいいですねっていう声かけはしたと思います。*」と語り、＜胃瘻造設を選択した家族の意思決定を支持することを表明する＞といった支援を行っていた。

4）胃瘻造設後

【胃瘻管理のための教育的支援を行う】

看護師は、「*家族が面会来ているときは、いつも行って話しかけて、こういう風にやるんですよと見せたり、実際に胃瘻は何時からやるので、その時間に来てくださいと家族に伝えて来てもらって、一緒にやったりします。*」と語り、＜胃瘻管理のための技術を獲得するための教育的支援を提供する＞といった支援を行っていた。

【経口摂取を希望する家族の思いを尊重する】

看護師は、「*ST（言語聴覚士）の訓練はずっと続いて、おはぎ食べさせたいとかいう方もいらっしゃったので、どういう食べ物であればよいのかという説明を医師にしてもらい、STの先生にも医師から確認してもらうようにしていた。*」と語り、＜胃瘻造設後も患者へ経口摂取のための支援を行う＞といった支援を行っていた。

Ⅳ 考　　察

1. 看護師が想起した胃瘻造設の代理意思決定をした家族の特徴と求められる支援

胃瘻造設前の家族の特徴として、【患者の経口摂取のために試行錯誤するが、改善が見込めないことを実感する】ことが挙げられた。高齢者の胃瘻造設を代理意思決定した家族の意思決定プロセスの初期段階は、患者にとって経口摂取は困難でリスクがあることを察することであると報告されており[9]、本研究において看護師が認識する家族の特徴と一致している。代理意思決定を行うために、家族が患者の状況を適切に把握するための支援が必要であるといえる。

また、【胃瘻についての理解や受け入れの程度は家族によって異なる】、【胃瘻造設に対する不安や迷いを抱く】ことが挙げられた。先行研究では、胃瘻造設の代理意思決定をした家族は、胃瘻造設前には胃瘻への期待や感謝・否定的な心情の両方を抱き、胃瘻造設前に造設後のイメージがつくような支援を求めていることが報告されている[7,8]。家族が抱く不安や迷いに対し、個々の家族の理解度に応じた支援が必要であるといえる。

意思決定後の家族の特徴としては、“生きていてほしい”“今の生活の場を継続させたい”といった高齢者の安寧を願う気持ちが胃瘻造設の代理意思決定の大きな要因であることが先行研究で示されている[9]。本研究でも、【胃瘻造設は患者にとっての最善の措置であると考え、胃瘻造設を決断する】という家族の特徴が示された。意思決定の過程には家族の絆が基本にあると考えられ、患者にとって最善の措置はどういったものなのかを家族が考えられるよう支援することが必要であるといえる。また、本研究では【希望する療養先へ移行するために胃瘻造設を選択する】という特徴が看護師から語られた。患者および家族が胃瘻造設そのものを望まない場合であっても、療養先の希望を叶えるためにやむを得ず胃瘻造設を選択していることが示唆された。このことから、胃瘻造設の有無によらず希望する療養先に移行できるような体制の整備が求められているといえる。

胃瘻造設後の家族の特徴として、【経口摂取への希望がある】ことが挙げられた。重度認知症高齢者への胃瘻造設を代理意思決定した家族を対象とした先行研究により、家族は胃瘻造設後も経口摂取への希望を有することが報告されている[10]。2014年に胃瘻造設に関する診療報酬改定がなされ、胃瘻造設後も経口摂取のためのケアが推進されている[17]こともふまえ、胃瘻造設後も家族に経口摂取に対する意向を確認し、経口摂取のためのケアを行うことが求められているといえる。

2. 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に対して看護師が行っている支援

看護師は、すべての時期において、【家族の思いに沿って関わる】といった支援を行っていた。家族は【胃瘻造設に対する不安や迷いを抱く】といった特徴に示されるように、苦悩する思いを抱いている。家族の意思決定を促すうえで、感情表現できる時間と場をつくり、家族が経験している感情を支持する態度を示すことの重要性が指摘されている[9]。本研究の対象者も、家族の思いの理解と不安軽減のための支援を行っており、家族の思いへ寄り添うことが重要であると認識していたと考えられる。看護師の関わりの場面では家族が思いを表出できるような環境づくりと関係性の構築を行うことが必要なのではないかと考えられる。

具体的には、≪医師の説明を受けての胃瘻への理解度や気持ちを情報収集する≫、≪家族が納得できるまで説明を繰り返す≫といった支援を行っていた。問題が生死に関わる場合、認知的に的確に理解し意思決定することは難しいと指摘されている[18]。胃瘻造設の意思決定は患者の生命維持に関わる問題であり、家族が状況を理解し納得できるような支援が重要であると考えられる。

また、看護師は【医療者が同じ方向で家族に関われるよう調整する】といった支援を行っていた。家族による胃瘻造設の代理意思決定には医師への信頼が影響していることが報告されており[10]、本研究においても、家族は【胃瘻造設の意思決定は医療者の介入の影響を受ける】と看護師は認識していた。＜他職種や地域と連携し家族へ対応する＞といった支援は、医師をはじめとする医療者への信頼を得るうえで重要であると考えられる。

意思決定前には、【家族が胃瘻の必要性を認識し受け容れるための支援を行う】といった支援を行っていた。重症心身障害児の胃瘻造設に関する親への意思決定支援においては、話し合っても胃瘻造設について親が納得しない場合は状況を打開するために医療者が親を説得するといったかかわりが持たれていることが報告されている[13]。本研究においても、家族が納得して胃瘻造設の代理意思決定ができるよう意図的に看護師は働きかけていることが示唆された。患者にとって経口摂取が難しい状況を家族自身に実感してもらうことは、重症心身障害児の胃瘻造設に関する親への意思決定支援における医療者から説得された結果の納得よりも、近年重要視されている「当事者を巻き込みながら当事者を含む関係者が相互に影響し合う動的な決定プロセス」と定義される意思決定のプロセスの共有（Shared Decision Making、以下、SDMとする）の概念[19]に近いと考えられる。SDMは治療の選択について医療者が明確な方向性を有していない状況で実現可能であるとされており[20]、終末期にある高齢者に対する胃瘻造設については治療方針を定めるうえで慎重になる必要性がある[5]ことが理由として考えられる。また、高齢者の胃瘻造設を代理意思決定した家族の意思決定プロセスの初期段階は、患者にとって経口摂取は困難でリスクがあることを察することであり[9]、本研究でも胃瘻造設前の家族の特徴として、【患者の経口摂取のために試行錯誤するが、改善が見込めないことを実感する】ことが挙げられた。≪経口摂取をやれるところまでやって、次の手段として胃瘻造設と思えるように、経口摂取のための支援を十分に行う≫などの支援は、家族が代理意思決定のプロセスを進めるうえで重要な支援であるといえる。

意思決定後は、【家族の意思決定を尊重して関わる】といった支援を看護師は行っていた。家族は、高齢者に代わって意思決定を行っていく責任の重さを感じながらも、その責任を背負い、その時点での精一杯の家族自身の自己決定をする[9]。【家族の意思決定を尊重して関わる】ことは、家族が自分自身の意思決定を強めることにつながると考えられ、胃瘻造設後に家族が肯定的な意味を見出すという意思決定プロセス[10]を進めるうえで重要な支援であると考えらえる。

また、【経口摂取を希望する家族の思いを尊重する】といった支援を行っていた。家族は胃瘻造設後も【経口摂取への希望がある】ことが本研究からも先行研究[10]からも示されており、胃瘻造設後も経口摂取のケアが推奨されている[17]。＜胃瘻造設後も患者へ経口摂取のための支援を行う＞ことは、今後ますます重要視されることが予測され、看護師にとって、≪嚥下評価と嚥下訓練が実施できるよう医師や言語聴覚士と調整する≫などの支援を積極的に提供することは重要な役割となるといえる。

本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は一般急性期総合病院の看護師11名に限られていた。施設の特性が家族の特徴や看護支援にどのように影響するのかは検討できておらず、実際にどのようなバイアスが生じているかを検討することは不可能である。また、対象者が想起した一事例の家族をもとにしたインタビュー調査であり、対象者が想起した一事例の特徴に過度に依存している可能性がある。

また、本研究では対象者が想起した事例の時期を定めなかった。我が国における胃瘻造設に関する意思決定については2012年に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン[12]」および「「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」[5]」が公表され、さらに、2014年には胃瘻造設に関する診療報酬改定がなされ経口摂取のためのケアが推進されている[17]。本研究では、これらの要因による看護支援への影響を考慮できていない。

今後は、療養病床における家族への看護支援において検討するとともに、ガイドラインの公表や診療報酬改定といった社会情勢を考慮した調査が必要である。さらには、胃瘻造設を行わないという代理意思決定をした家族の特徴や看護支援についても検討する必要がある。

謝　辞

本研究へご協力してくださいました対象者の皆様、病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

1）内閣府: 高齢社会白書〈平成26年版〉. 日経印刷, 東京, 2014.
2）鈴木裕: 【老年医学・高齢者医療の最先端】 終末期医療　認知症患者への胃瘻の適応, 医学のあゆみ. 239(5):

569-572, 2011.
3）Sako A, Yasunaga H, Horiguchi H et al.: Prevalence and in-hospital mortality of gastrostomy and jejunostomy in Japan: a retrospective study with a national administrative database, Gastrointest Endosc. 2014.
4）Sampson EL, Candy B, Jones L: Enteral tube feeding for older people with advanced dementia, Cochrane Database Syst Rev. (2): Cd007209, 2009.
5）日本老年医学会: 「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」2012, 日本老年医学会雑誌. 49(4): 381-384, 2012.
6）葛谷雅文: 【高齢者の終末期をめぐる諸問題】 高齢者の終末期における栄養管理, Geriatric Medicine. 47(4): 505-507, 2009.
7）山本浩子, 森川千鶴子, 撰敬子, 他.: 胃瘻造設した重度認知症高齢者家族の終末期における胃瘻への想い, 日本看護福祉学会誌. 19(2): 193-204, 2014.
8）牧野亜沙美, 木内千晶, 箕浦とき子, 他.: 高齢者の胃瘻造設を代理決定した家族の思いと医療者の関わり, 岐阜看護研究会誌. (5): 43-50, 2013.
9）加藤真紀, 原祥子: 介護老人福祉施設入所高齢者の胃瘻造設における家族の代理意思決定プロセス, 老年看護学. 16(2): 38-46, 2012.
10）相場健一, 小泉 美佐子: 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, 老年看護学. 16(1): 75-84, 2011.
11）加藤真紀, 梶谷みゆき, 伊藤智子, 他.: 誤嚥性肺炎のため胃ろう造設をおこなった高齢者家族の意思決定プロセス, 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要. 5: 161-168, 2011.
12）大内尉義, 鳥羽研二, 太田喜久子, 他.: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン　人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 日本老年医学会雑誌. 49(5): 632-645, 2012.
13）小泉麗: 医療者が行う重症心身障害児の胃瘻造設に関する親の意思決定支援の現状, 聖路加看護学会誌. 15(1): 1-8, 2011.
14）森一恵, 杉本知子: 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. 14: 21-32, 2012.
15）Benner P: 井部俊子, 他（訳）, ベナー看護論　達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院, 東京, 1992.
16）Krippendorff K: 三上俊治, 橋元良明（訳）. メッセージ分析の技法―「内容分析」への招待 勁草書房, 東京, 1989.
17）飯島正平: NST回診日誌(第49回)　平成26年度診療報酬改定　胃瘻造設術に関する加算の見直しと新たな評価, Nutrition Care. 7(6): 588-595, 2014.
18）橋本肇: 高齢者の医療の倫理. 中央法規, 東京, 2000.
19）辻恵子: 意思決定プロセスの共有－概念分析. 日本助産学会誌. 21(2): 12-22, 2007.
20）Elwyn G1, Edwards A, Kinnersley P, et al.: Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices, Br J Gen Pract. 50(460): 892-9, 2000.