

認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援に関する研究（24-7）

主任研究者 高道 香織

国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター 看護研修室長

研究要旨

研究課題に沿って、平成24～25年度は高齢者専門病院で調査を行い、平成26年度は急性期病院で調査を行った。認知症高齢者の意思決定支援に関する臨床実践や教育的介入を行うことを通じて、具体的な支援内容や教育の必要性を明らかにすることを目指して調査を行った。

平成24～25年度は、肺炎で入院した65歳以上高齢者で、**Clinical Dementia Rating3.0**かつ改訂版水飲みテスト3点以下の患者に対し、清水・会田の開発した意思決定支援ツール「高齢者ケアと人工栄養を考える～本人と家族の選択のために～」(以下、「清水・会田の意思決定プロセスノート」)を用い、人工栄養導入に関する意思決定支援を行い、どのような意思表示と選択がなされるかを調査した。調査期間中、全8事例に「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用して介入し、6事例(75%)は肺炎が軽快し、経口摂取を確立して、入院前に過ごしていた元の療養場所へ退院した。2事例(25%)は全身状態が悪く、死亡の転帰をたどった。本人による意思表示は、8事例のうち3事例(38%)は重度の認知機能低下であっても、本人自らの言葉による意思表示が可能で、その3事例中1事例では、家族と医療者とが同席している所で、胃ろうはしなくてよいという本人の意思を聞いて共有した。あとの2事例では、本人からの回答を得ることはできなかった。したがって、8事例中7事例(88%)において、キーパーソン¹の代理決定が必要であった。肺炎が軽快し経口摂取を確立した6事例中5事例のキーパーソンにおいては、胃ろうは延命という考えや、本人の年齢が高いということから人工栄養導入は希望しないという意思表示があった。

「清水・会田の意思決定プロセスノート」は、本来自記式のノートであるが、本研究では本人やキーパーソンから聞き得た意向を看護師が代筆し、その内容に相違がないことをキーパーソンに確認し、共有が可能となった。死亡の転帰を辿った2事例のキーパーソンには、「清水・会田の意思決定プロセスノート」のパフレット部分を活用して、看護師からキーパーソンに対し、自然にゆだねる選択肢があることを示すことができた。本人や代理決定者と合意形成するために、「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用することは有用であると考えられる。合意形成を目指す意思決定支援を実践した経験からは、疾病や身体状況のみに焦点を当てるのではなく、認知症を有する本人の過去から現

在に至る経緯や生活背景、ライフヒストリー、価値観などを医療者が代理決定者と共有するように話し合いを持つことによって、本人の未来に控えている看取りの時までも含んで、本人中心に最善の医療とケアについて考えることを促すことになると考えられた。

平成26年度は、身体合併症で入院した認知症高齢者の終末期における栄養に関する意思決定支援について、急性期病院の病棟看護師が対応に苦慮している事例の内容と、事例検討を通じて解決するプロセスを記述することと、質問紙調査を通じて高齢者とその家族の意思決定支援に関する病棟看護師の認識と実践力の変化を探求することを目的として調査を行った。

高道は、急性期病院に入院している高齢者の栄養面や食事に関する対応に難しさのある事例に対し、老年看護を専門にする看護師の立場から病棟看護師と病棟で合同にカンファレンスを行い、病棟看護師とのカンファレンス内容や、病棟看護師がカンファレンスを経て実践した看護や経験した内容などについて振り返り語ったことなどを、フィールドデータや逐語録としてデータ収集した。調査期間は2015年2月～3月で、肺炎、骨折、脳梗塞などで入院となる高齢者を比較的良好に受け入れている急性期病院の2病棟で調査を行った。調査期間中、全15事例がカンファレンス事例として挙げられた。そのうち2事例(13.3%)は肺炎で入院した認知症高齢者の事例で絶飲食の状態であった。全身状態や認知症のステージから、認知症高齢者の終末期の人工的栄養・水分補給に関する医療の選択に関する倫理的な話し合いの困難感、高齢者の今後の見通しに対する家族と看護師の認識のずれからくる対応困難感があり、解決が必要であった。病棟看護チームが対応に難しさ抱いていることを共有しつつ、高齢者の認知症のステージや、代理決定する家族の心理状況や意思決定に関する新しい知見などを情報提供し、対応の要点を見出して一歩踏み出す看護実践につなげる必要があった。今後も引き続きデータを分析して急性期病院における高齢者の意思決定支援の促進因子及び阻害因子を検討する。

百瀬は、急性期病院の病棟看護師を対象に行った質問紙調査の分析から、「身体合併症で入院した認知症高齢者に対する意思決定支援」に関する認識および「高齢者エンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度」に関する自己評価を把握した。質問紙は58名より回収され、94.8%が女性であり、看護職としての臨床経験年数は平均9.4±8.1年であった。

身体合併症で入院した認知症高齢者に対する意思決定支援について、多職種カンファレンスで認知症高齢者や家族の思いを共有し、代弁することや代理決定を行った家族に寄り添い、不安の軽減に努めることが看護師の役割と認識しているものが多かった。一方、認知症高齢者本人から、延命処置に関する意思確認をすることや、医師および地域・在宅の関係者との情報共有を行っているとの認識が低い傾向が示された。また、エンド・オブ・ライフケアに関しては、高齢者だけでなく、その家族も含めて支援したいと思う一方で、その実践には自信がないと評価している傾向がみられた。以上より、急性期病院の病棟看護師は、認知症高齢者および家族の意思決定支援において、多職種による情報共有の必要

性への認識は高いものの、実践方法に苦慮している傾向が明らかとなり、具体的な支援方法に関する教育的介入の必要性が示唆された。

主任研究者

高道 香織 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター 看護研修室長

分担研究者

百瀬 由美子 愛知県立大学 看護学部 教授（平成 26 年度のみ）

研究協力者

齊田 綾子 富岡地域医療事務組合公立七日市病院 看護サブマネジャー

高梨 早苗 国立長寿医療研究センター 看護師

桑田 美代子 青梅慶友病院慶成会 青梅慶友病院慶成会看護介護開発室長・

青梅慶友病院看護部長代行

田中 由利子 国立長寿医療研究センター 副看護部長

町屋 晴美 国立長寿医療研究センター 副院長・看護部長

鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター 総長

会田 薫子 東京大学 特任准教授

清水 哲郎 東京大学 特任教授

鈴江 智恵 春日井市民病院 看護部長（平成 26 年度）

伊藤 みどり 春日市市民病院 副看護部長（平成 26 年度）

岩切 紅美 春日井市民病院 看護師長（平成 26 年度）

住田 芳則 春日井市民病院 看護師長（平成 26 年度）

松永 美保 春日井市民病院 摂食嚥下障害看護認定看護師（平成 26 年度）

研究期間 平成 24 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日

A. 研究目的

<平成 24～25 年度>

肺炎で入院した 65 歳以上高齢者で、Clinical Dementia Rating3.0 かつ改訂版水飲みテスト 3 点以下の対象者に対し、清水・会田(2012)の開発した意思決定支援ツール「高齢者ケアと人工栄養を考える～本人と家族の選択のために～」(以下、「清水・会田の意思決定プロセスノート」)を用い、人工栄養導入に関する意思決定支援を行うと、どのような意思表示と選択がなされるかを明らかにすることを目的として介入調査を行った。

<平成 26 年度>

身体合併症で入院した認知症高齢者の終末期における栄養に関する意思決定支援について、病棟看護師が対応に苦慮している課題について事例検討会を通して共有し、解決するプロセスを記述し、高齢者とその家族の意思決定支援に関する病棟看護師の認識と実践力の変化を探求することを目的として調査を行った。

B. 研究方法

<平成 24～25 年度>

【1】 研究デザイン

肺炎で入院する認知症高齢者の人工栄養導入に関する意思決定支援を実践し探求するアクションリサーチの研究デザインである。パイロットスタディとしての位置づけで調査・介入を実施する。

【2】 意思決定支援の実施

1. 対象者の抽出

2012年7月1日～2013年3月31日の期間中、肺炎によって入院となった65歳以上高齢者で、入院から10日間以内に初回の訪室を行い、**Clinical Dementia Rating (CDR) 3.0**かつ改訂版水飲みテスト (MWST) 3点以下の事例を本研究における対象者とする。

2. 意思決定支援をねらいとした看護介入

(1) 対象者への基本となる4つの看護介入 (図1)

対象者の入院した病棟の看護チームと共に、①肺炎の回復過程を促進する看護介入、②摂食・嚥下機能の維持向上にむけた看護介入、③本人と家族の自律を支える看護介入、④地域との連携を結ぶ看護介入の4つの看護介入について実施する。

(2) 本人と家族の自律を支える看護介入

本人と家族の自律を支える看護介入においては、「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用し、本人・家族とコミュニケーションをとる。

「清水・会田の意思決定プロセスノート」は、本人・家族が医療者と合意に基づく意思決定を行うことを支援するツールである。2部構成になっており、Part 1は選択肢となる人工栄養法に関する情報提供パンフレット、Part IIは本人の意思を中心に記載する自記式ノートである (表1)。

本人へのアプローチでは、本人のバイタルサインが安定していて、体調や気分の良いときに行う。「清水・会田の意思決定プロセスノート」の内容を基本にし、本人の認知機能を考慮して言葉を伝え、反応を見ながらコミュニケーションを発展させていくように意図する。本人の反応として非言語的な反応を捉えることも研究者は意図的に行う。コミュニケーションの過程において、研究者は繊細さを持って本人

に対する反応を示し、脅威にならないように留意する。予め、聞き迫るようなことは避けることを保障し、疲労や不快のサインがあれば、すみやかに機会を改めて声をかけることを伝える。本人にとっての体力と気力の消耗が無い、あるいは最小限にとどまるように時間的な長さや場所も考慮する。本人から疲労や不快を示す反応があれば、コミュニケーションの中止を行う。

家族へのアプローチでは、摂食・嚥下機能の維持・向上にむけた看護介入によって、アセスメントも行い終えた頃を目途に、ご家族の都合のよい時間や日程を優先して面談の調整をする。面談では「清水・会田の意思決定プロセスノート」を本人・家族に紹介・提示する。「清水・会田の意思決定プロセスノート」の内容を基本にし、家族の反応を見ながらコミュニケーションを発展させていくよう意図する。面談中、人工栄養に関する説明を行う際は、「清水・会田の意思決定プロセスノート」の PART I の部分をパンフレットとして活用して行う。家族の不安を高めたり、不信を招かないような言動に配慮して説明する。家族からの質問があれば、理解が得られるよう、わかりやすい説明で応じる。家族の感情やさまざまな反応にも留意し、気持ちを汲むように努め、丁寧に応じる。

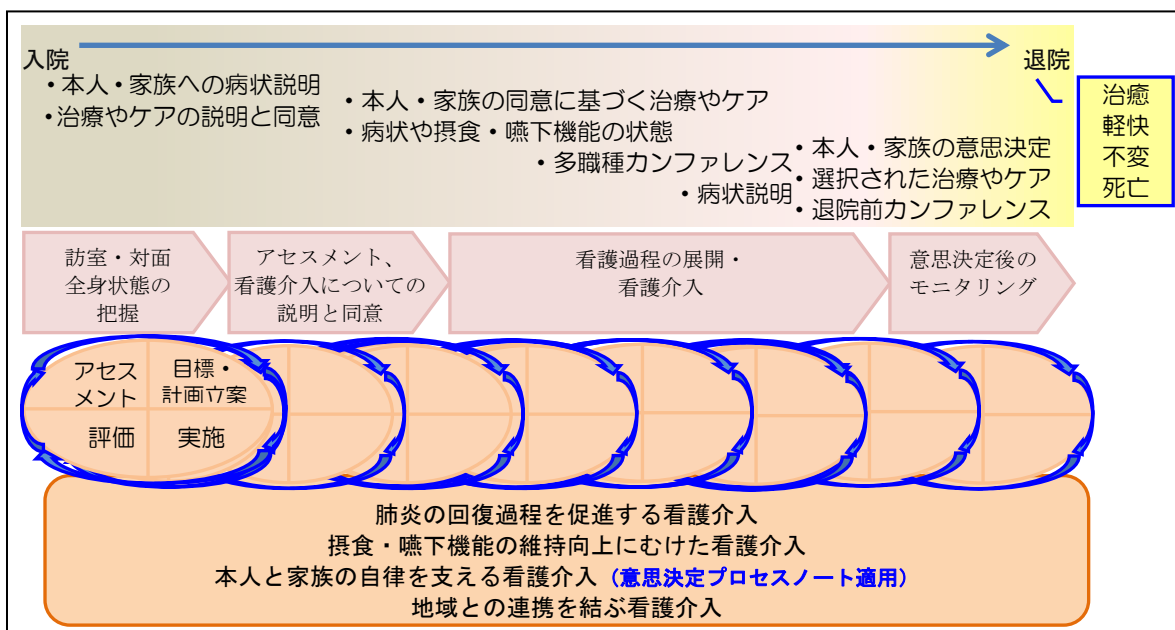


図1 肺炎で入院した認知症高齢者に対する基本となる4つの看護介入と展開イメージ

表1 清水・会田の意思決定プロセスノートの内容

Part I 人工的水分・栄養補給法に関するパンフレット
1. 経腸栄養法…胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、OE 法 2. 非経腸栄養法…中心静脈栄養法、末梢点滴、持続皮下注射 3. 人工的水分・栄養補給は行わない（自然にゆだねる）
Part II 意思決定プロセスノート
1. 本人について（氏名、年齢、家族構成など） 2. これまでの経過、病状説明内容、決定すべきこと 3. 本人の生き方と希望（人柄、大事なこと、心配事、現在の生活、居心地など） 4. 本当に食べられないの確かめる、人工的水分・利用補給法を選択する 5. 本人・家族と医療者で合意となった内容

【3】 データ分析について

- 対象者の属性、身体状況のデータベース化
年齢、性別、診断名、要介護度、入院前の療養場所、家族背景、キーパーソン、血液データ、体重、身長、BMI、CDR、摂食・嚥下グレードなど
- フィールドノートの記述
看護介入を行う際はフィールドノートを準備する。フィールドノートには、看護介入によって観察された対象者の言動や反応、看護介入した場面の背景にある対象者の個人的状況・背景、主治医や受け持ち看護師の治療及びケアの方針、診療録や看護記録の内容など、様々な情報を自由に記載する。フィールドノートは意思決定に際して影響した背景・文脈を分析するための情報源とする。
- 意思決定プロセスノートの作成
「清水・会田の意思決定プロセスノート」の書き込み部分も、意思決定に際して影響した背景・文脈を分析するための情報源とする。
- 事例検討
【3】-1～4を基に、事例を振り返り、最終的に意思決定された内容に至った背景や要因、影響したエピソード、介入内容の要点などを検討し、各事例の意思決定に至る経過を分析する。

<平成 26 年度>

【1】 研究対象

1 か所の急性期病院で、入院患者の特性として、認知症をもつ高齢者等意思決定が困難な患者が多い、終末期で摂食・嚥下障害があり栄養摂取の方法の選択に課題を持つ高齢者が多い等の病棟に勤務している看護師を対象とした。

【2】データ収集および分析

1. 介入内容

上述の研修対象者に対し、高齢者の意思決定支援に関する研修会（30～40分）を実施した。この研修会は、事例検討を病棟で実施する事前準備の位置づけであり、病棟の看護師が全員聴講できるよう、同一内容の研修会を2週間をかけて計5回開催した。研修会の参加受付時には、事前に病棟看護師長を通じて病棟看護師へ配布した自記式質問紙の回収を行った。その質問紙は、「身体合併症で入院した認知症高齢者に対する意思決定支援」に関する認識の程度（32項目）及び吉岡・深堀らが作成した「高齢者に対するエンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度」に関する自己評価の尺度（31項目）で構成されている。質問紙調査は、病棟への介入前の認知症高齢者等への意思決定支援やエンドオブライフ・ケアに関する態度について把握するため実施した。研修会終了後より、入院した高齢者のうち、食べられない、食事摂取量が上がらないという状況があり、病棟看護師が対応に苦慮している事例について、老年看護を専門とする看護師が相談を受け、病棟看護師と合同で事例のカンファレンスを定期的実施した。カンファレンスは、週2回、60分以内で行うこととし、各カンファレンスで検討する事例数は問わないこととした。カンファレンスは録音を行い、逐語録を作成した。病棟での相談のカンファレンスは2か月間実施した。2ヶ月間の介入後、事例の受け持ち看護師や病棟のリーダーナースを中心として、看護師長の推薦のあった看護師8名に対して、相談事例の中から1事例の入院中の看護場면을想起してもらい、その時に考えていたことと、相談のカンファレンスを通じて認識や看護の提供方法など、変化したと思うことについて個別にインタビューを実施した。インタビューは録音を行い逐語録を作成した。

2. 分析対象

①病棟看護師が対応や問題解決に苦慮している看護場面の概要、②病棟看護師と老年看護を専門とする看護師とのカンファレンスの逐語録、③個別インタビューの逐語録、④質問紙自記式のデータ。

3. データ分析

分析対象の①～③より、病棟看護師が解決に苦慮する事例の内容整理を行い、病棟看護師の相談前の認識や、カンファレンスの経過とともに変化した看護方法の変化や成果に焦点をあてて質的に分析する。また、病棟看護師が高齢者とその家族への意思決定支援を行うための促進することと、阻害することについて検討する。

身体合併症で入院した認知症高齢者に対する意思決定支援の質問については、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「まあそう思う」「かなりそう思う」「とてもそう思う」の5件法、高齢者エンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度に関しては、高齢者エンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度評価尺度について、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「まあそう思う」「かなりそう思う」「とてもそう思う」

の 5 件法で回答を求めた。分析は、いずれも記述統計により、回答分布の傾向を把握した。

(倫理面への配慮)

< 3 年間全体について >

本研究は、長寿医療研究センターの倫理利益相反委員会の承認を得ている。研究対象者とその家族に対し、研究の目的や趣旨を十分に説明し、文書で同意を得ている。

C. 研究結果

< 平成 24～25 年度 >

(1) 対象者の属性 (表 2)

調査期間中、本研究の対象者の条件と合致し、同意の得られた対象者は 8 事例であった。年齢は 87.0 ± 6.7 歳 (77 歳～95 歳) で、8 事例とも後期高齢者であった。内訳は 70 代後半 2 名 (25%)、80 代 2 名 (25%)、90 代 4 名 (50%) で、病名は、誤嚥性肺炎が 6 名 (75%)、その他 2 名 (25%) であった。【事例 7】は脱水症となっているが、肺炎で 100 日間入院し、退院した翌日に再入院している。再入院の経緯としては、自宅へ退院した後、昼食も夕食も数口程度しか摂取されず、さらには夜中より発熱を認めたため、退院翌日に受診し再入院となった。認知症の種類はアルツハイマー型認知症 6 名 (75%)、脳血管性認知症 2 名 (25%) であった。対象者の要介護度は、要介護 5 が 5 名 (62%)、要介護 4 が 2 名 (25%)、要介護 3 が 1 名 (12%) であった。キーパーソンは配偶者が 1 名 (12%)、子が 7 名 (長男 4 名、長女 1 名、次女 2 名) (87%) であった。入院前の療養場所は、自宅が 4 名 (50%)、施設が 4 名 (50%) であった。

(2) 対象者の来院方法と来院時における心肺蘇生に関する意向 (表 3)

対象者のうち 4 事例 (50%) は救急隊を要請し、救急搬送によって来院していた。続いて家族の介助による来院が 3 名 (37%)、施設専用車が 1 名 (12%)、であった。救急搬送や施設専用車で来院となった 5 事例 (62%) においては、来院後の病状説明に加えて、急変時の心肺蘇生に関しても説明を受け、DNAR の意思表示があり、電子カルテのトップに記載されていた。【事例 4】は、救急搬送された当日に、「食べられるようになるかどうか、今後の経過によって困難な場合もあるかもしれない」という説明があり、キーパーソンは入院当初より胃ろうを希望されていた。それに対し医師より、「胃ろう造設は困難かもしれない。鼻からのチューブで栄養する方法があるが、まずは病状の経過をみて相談しましょう」という説明があった。【事例 6】は、来院当日に、食事摂取ができるかどうか、嚥下機能の精査に関する説明が行われ、VE 検査日程が入院当初から決定した。【事例 7】は、来院当日ではなく、前回の入院中に人工栄養の導入に関する説明が行われていた。前回の入院中、【事例 7】には拒食があり、経口摂取が不良な状況が続いていた。食事とともに補液

が継続されていたものの、徐々に血管確保が困難な状況に推移していたため、前回の入院中に家族に対して胃ろう造設や CV ポート挿入の説明が行われていた。【事例 8】は、救急搬送され、まず心肺蘇生に関する意向の確認が行われた。人工呼吸器の装着、心臓マッサージ、除細動などは希望しないという内容で、家族内の意向が一致していた。来院当日、【事例 8】の当面の全身状態に対処する治療として末梢点滴を実施する治療方針について提示されていたが、人工栄養導入の選択や実施として、本人・家族の選択や意向を提示することを促す説明ではなかった。

(3) 対象者の入院時の状態と退院時の状態 (表 4・表 5)

入院時、主治医より絶食の指示があったのは、8 事例中 6 事例 (75%) であった。6 事例の絶食の期間は、 10.1 ± 10.0 日間 (最短 2 日間、最長 28 日間) であった。入院時、主治医より絶食指示があった 6 事例は、全事例で食事は全介助が必要な ADL であった。体重は、8 事例中 4 事例 (50%) において入院時には計測が行われていなかった。体重測定が行われた 4 事例のうち、3 事例は BMI18.5 以下であった (【事例 2】【事例 6】【事例 8】)。絶食の指示のなかった 2 事例 (【事例 5】【事例 7】) と、絶食の指示のあった 6 事例中、経口摂取の開始指示のあった 5 事例 (【事例 1~3】【事例 6】【事例 8】) は、離床を開始し、誤嚥に十分な注意を払って、経口摂取にむけた取り組みを続けた結果、6 事例 (75%) で経口摂取を確立し、入院前の元の療養場所への退院となった。経口摂取を確立した 6 事例中、2 事例では入院時の食事の ADL が全介助から、一部介助を行うと自力での摂取も可能となった (【事例 3】【事例 6】)。経口摂取を確立した 6 事例の急性期病棟の在院日数は、 30.6 ± 21.4 日間 (最短 10 日間、最長 68 日間) であった 6 事例中 4 事例は、在院日数 25 日以下であった。在院日数が 25 日以上であった 2 事例中、一方の事例は、肺炎が改善後、感性的胃腸炎が発症したり、キーパーソンの配偶者の意向も踏まえ在宅復帰の方向性となったので、在宅でのケア技術の教育が必要で 68 日間の入院となった (【事例 1】)。もう一方の事例では、入院当初より本人の易怒性の強い表情を認め、時には介助者を叩くような行動や、食事介助中に口腔内の食物をぷーっと噴出して食べないといった拒食の BPSD を認め、摂取量もむらがあって一定しない状況があった。入院 22 日目まで末梢点滴を実施し、脱水の改善を待ち、認知症サポートチームと BPSD の緩和に向けた対応について薬物療法と非薬物療法両面から検討した。データ改善し、BPSD も緩和され、食事介助方法も要点を得られたため、末梢点滴を離脱し、およそ 2 週間は安定した状態を保つことができれば退院という方針で、経過観察となり、その間にキーパーソンへの在宅復帰にむけたケア技術の指導や調整も図られ、入院日数 43 日間となった。

経口摂取を確立できなかった 2 事例は、医学的転帰は死亡という経過を辿った (【事例 4】【事例 8】)。【事例 4】においては、意識レベル及び全身状態が悪く、入院全期間を通して経口摂取を開始することはできなかった。家族とともに話し合い、家族会議の意向も踏まえ経鼻経管栄養を実施することとなった。ごく少量の水分は注入したものの、【事例 4】の

円背が著明で意識レベルも JCSⅡ桁の 10～20 で経管栄養を実施する体位保持が困難な面があり、医学的判断で栄養を注入することは困難と判断され、使用せず抜去された。そして家族に対して看取りに向かう段階であるとの病状説明があり、500ml/日の末梢点滴が実施され、それから 16 日後、看取りを迎えられた。もう一方の【事例 8】は、肺炎が改善し入院 8 日目より食事を開始した。しかし、むせ込みがあり、摂取量が 1 割にも満たない状況が認められた。その後も 2 週間にわたり多職種で、摂食・嚥下機能の維持向上に向けた介入を検討し評価を継続したが、本人の口腔内での食物の溜め込みが認められ、飲み込もうとしない状況であった。入院 28 日目には血圧低下を認める状態もあり、医療者間で食事中止の判断を行った。それからは、末梢点滴を 500ml/日実施し、入院 74 日目に看取りを迎えられた。

表 2 対象者の属性

事例	性別 年齢	病名	認知症に関連 する病名	CDR	MWST	要介護度	キーパーソン	入院前の 療養場所	施設の 入所期間
事例 1	男性 80代後半	誤嚥性 肺炎	アルツハイマー 型認知症	3.0	3	要介護 4	妻	自宅	—
事例 2	女性 90代前半	誤嚥性 肺炎	アルツハイマー 型認知症	3.0	3	要介護 5	長男	特養	8ヶ月目
事例 3	女性 80代前半	誤嚥性 肺炎	アルツハイマー 型認知症	3.0	3	要介護 5	長女	老健	5ヶ月目
事例 4	女性 90代前半	誤嚥性 肺炎	脳梗塞後遺症	3.0	不可	要介護 5	長男	有料老人 ホーム	10年目
事例 5	女性 70代後半	誤嚥性 肺炎	くも膜下出血 後遺症	3.0	3	要介護 3	長男	自宅	—
事例 6	男性 90代前半	誤嚥性 肺炎	アルツハイマー 型認知症	3.0	実施 せず	要介護 4	長男	自宅	—
事例 7	女性 70代後半	脱水症	アルツハイマー 型認知症	3.0	3	要介護 5	次女	自宅	—
事例 8	女性 90代後半	肺炎 心不全 脱水症	アルツハイマー 型認知症	3.0	3b	要介護 5	次女	老人保健 施設	5年

表3 対象者の来院方法と心肺蘇生に関する意向

事例	性別 年齢	来院方法	心肺蘇生の意向に関する記載	来院当日の人工栄養導入や 選択に関する説明
事例 1	男性 80代後半	救急搬送	延命処置希望されず。蘇生処置 希望されず。	なし
事例 2	女性 90代前半	施設 専用車	心臓マッサージ、人工呼吸まで 望まず。	なし
事例 3	女性 80代前半	救急搬送	心停止時、CPR 不要。	なし
事例 4	女性 90代前半	救急搬送	突然の呼吸停止・心停止時の心 臓マッサージ、気管内挿管、人 工呼吸器は希望せず。	(家族は) PEG の希望があるが、PEG は 困難だろう。経鼻経管があるが、まずは 病状の経過をみて相談しましょう
事例 5	女性 70代後半	家族介助	記載なし	なし
事例 6	男性 90代前半	家族介助	記載なし	なし (誤嚥性肺炎にて、嚥下機能検査を行い、 経口摂取が可能かどうか評価を行う。)
事例 7	女性 70代後半	家族介助	記載なし	なし (前回入院中 72 日目、摂食不良の原因に ついて頭部 CT や胸腹部 CT を行ったがわ からない。末梢点滴の血管確保が困難に なってきたおり、生命の維持を第一と考 えるならば胃ろうや中心静脈栄養の手段 がある。)
事例 8	女性 90代後半	救急搬送	家族内で意向は同じであり、人 工呼吸器の装着、心臓マッサ ージ、除細動などは希望しない	なし (末梢点滴で補液を行い、改善すれば経 口摂取を再開し継続が可能か評価する)

表4 対象者の入院時の状態

事例	性別 年齢	入院時の 絶食指示	絶食指示 期間	入院時 体重 (kg)	入院時 BMI	入院時 Barthel Index		VE 評価*
						全体	食事	
事例 1	男性 80代後半	あり	16 日間	56.4	21.0	0	0	DSS 3
事例 2	女性 90代前半	あり	3 日間	46.9	19.8	0	0	実施なし
事例 3	女性 80代前半	あり	2 日間	不測	—	0	0	実施なし
事例 4	女性 90代前半	あり	28 日間	不測	—	0	0	実施なし
事例 5	女性 70代後半	なし	0 日間	不測	—	10	5	DSS 3
事例 6	男性 90代前半	あり	5 日間	45.8	14.7	0	0	DSS 3～4
事例 7	女性 70代後半	なし	0 日間	不測	—	5	0	実施なし
事例 8	女性 90代後半	あり	7 日間	30.2	15.4	0	0	実施なし

※ VE 評価…Videoendoscopic evaluation of swallowing 検査の評価には、Dysphagia Severity Scale (DSS; 摂食・嚥下機能障害の臨床的重症度分類) を用いている。DSS は、7 段階の評価分類があり、DSS 1 唾液誤嚥、DSS 2 食物誤嚥、DSS 3 水分誤嚥、DSS 4 機会誤嚥、DSS 5～7 は誤嚥なしとなっている。

表5 対象者の退院時の状態

事例	性別年齢	退院時 Barthel Index		人工栄養導入 の有無と 栄養摂取方法	退院時 体重 (kg)	退院時 BMI	退院後の 療養場所	医学的 転帰	在院 日数
		全体	食事						
事例 1	男性 80代後半	0	0	なし 経口摂取	54.4	20.2	自宅	軽快	68日
事例 2	女性 90代前半	0	0	なし 経口摂取	不測		特養	軽快	25日
事例 3	女性 80代前半	5	5	なし 経口摂取	不測		老健	軽快	10日
事例 4	女性 90代前半	—	—	あり 経鼻経管 末梢点滴	—	—	—	死亡	28日
事例 5	女性 70代後半	15	5	なし 経口摂取	45.8	—	(回復リハ →)自宅	軽快	18日 (→40日)
事例 6	男性 90代前半	45	5	なし 経口摂取	34.1	13.6	自宅	軽快	20日
事例 7	女性 70代後半	5	0	なし 経口摂取	32.2	16.4	自宅	軽快	43日
事例 8	女性 90代後半	—	—	あり 末梢点滴	—	—	—	死亡	74日

(4) 人工栄養導入に関する意思について（下線は意思表示された場面に関する内容）

認知症高齢者本人への人工栄養導入に関する問いかけへの反応と、キーパーソンへの問いかけへの反応について記載し、表5、表6に示した。

【事例1 本人】

入院15日目、解熱し、吸痰回数も減ってきて、表情にも笑顔がみられるようになった。事例1との会話では、できるだけ平易な言葉に留意し、yes-noで答えられるような短く閉じた質問をすれば「はい」と応じることもあった。しかし、事例1の話す内容は、ところどころ言葉が不明瞭で聞き取りが難しく、不明瞭な部分について繰り返し再生して言うことは難しかった。また、平易な言葉に留意しても話が長いと会話中にまぶたが閉じて傾眠していく傾向もあった。人工栄養導入について、「もし食べられなくなったら、胃に穴を開けて栄養を通す処置を受けようと思いますか？」と問いかけてみたが反応は認められず、事例1本人から人工栄養導入に関する意思を聞き取ることはできなかった。経口摂取が開始された後でも、本人の意思確認に努めてみたが、はっきりとした意思確認はできなかった。

【事例1 キーパーソン妻】

認知症高齢者の肺炎は誤嚥が引き金で発症することが多いことを説明し、その上で「もしうまく食べられないような高齢者の場合には、栄養をどうするかとう話し合いが必要になります。例えば胃に穴を開けて…」と、妻への説明が十分に終わらないうちに、「胃ろうです。胃ろうはしないでおうと思っています。」端的に答えられた。その背景に、事例1は8年前から認知症があり、介護保険を利用しながら在宅療養を続けてきた。妻は、社

会的に貢献してきた夫のために妻として夫の介護を果たしたいという思いが明確で、現在の入院に至るまでには待機していた施設もあった。だが、夫の顔を毎日見れなくなるさみしさや、夫の趣味（釣り）や性格から、妻としては一人で活動するのが好きな人で、あまり社交的ではないとみていた。施設に入所するという事は夫が見知らぬ大勢の人たちとの中で生活しなければならないということなので、「かわいそうかなと思って…」と、入所可能との連絡があったものの、それを断って在宅療養を続けてきた。また、事例1の母親も、妻自身の母親も、「だんだん食べられなくなって死んでいった。そうなることが年を取って死ぬということだと思おう」と家族の看取りの経験も語った。「息して生きているだけでは生きていると言えるかと思うし。もし私が本人の立場だったら胃ろうはしないでほしいと言う。長年夫婦をしてきたから、本人も同じ思いだと思っている。」と述べ、「胃ろうをして延命してまで、妻として介護できる体力があるかどうかわからない。」と、妻も持病があり、もう少しで80代になる年代であったので、介護のある生活をいつまで継続できるかという不安も抱いていた。さまざまな背景やこれまでの在宅療養中の生活について聞きながら、再度、事例1にふさわしい栄養法の選択肢として胃ろうがあることや、その入院中における現在の嚥下機能については、食べられないという評価ではないが、今後、経口摂取によって誤嚥性肺炎を再燃するリスクは高く、そのたびに生命へのリスクも生じる状況があることを説明したが、妻の胃ろうはしないという意思には変わりがなかった。退院前には退院前カンファレンスで、妻も同席し、在宅スタッフとともに、妻が入院中に意思表示された胃ろうに関する内容や在宅療養への思いについて共有した。

【事例2 本人】

入院7日目、解熱し、絶食期間を経て経口摂取も始まっていた。入院4日目の訪室の際に比較すると、意識レベルや発語の明瞭さが改善し表情も良かった。挨拶を交わし、自己紹介をして調子が良いことを確かめた後、食事が開始になったことを話題にしながら表情など見て、平易な言葉に留意し、「一つ聞いてもいいですか？いつかもし、口から食べにくくなったら、胃に穴を開けたり、濃い点滴をして栄養をつけますか？」と事例2に聞くと、質問の意味がわからないという反応であった。事例2の反応を受け、追加して「長生きしたいとか、100歳まで生きてみたいというような希望はあるでしょうか？」という問いかけをすると、「まあ、いいわ」と回答を拒否された。人工栄養導入に関する事例2の意思については確認ができなかった。経口摂取が整い、退院が近くなってきたころに、「肺炎が良くなって、食べられるようになったことを、他の多くの高齢者の方のために、この入院中のことを伝えたり、まとめてもいいですか？」と聞くと、「若い人が、そうすることはいいこと。広げていって。」と応じられた。

【事例2 キーパーソン長男】

長男は、事例2に対し「胃ろうはしなくてよい。」と言った。その背景に事例2の子が3人とも全員同じ思いであることや、近い親戚の看取りで医療機器の取り外しに関して、医

療者と話し合った経験があり、「1回胃ろうすると止められないでしょう。やってしまうと、それを止めるとき見殺しにするようなかんじがするからねえ…。」と語った。その親戚のエピソードを受けて、事例1が元気な頃に、自分のいのちに関する意思や選択について語っていたことや聞いてみたことはあるか聞いてみたが、「元気なころに、そんな話をしたことないです。」ということであった。事例2は、今回の入院では、経口摂取が可能になって退院できる見込みが得られたが、今後も肺炎は繰り返す可能性があり、再入院した場合に胃ろうに関して再度、説明がある可能性もあることを伝えると、「90歳を迎えたので、もう何があっても命をまっとうしたと言える。胃ろうしても延命が本人にいいかわからない。胃ろうはしないでいいというので、いいです。」と意思表示された。

【事例3 キーパーソン長女】

入院8日目、解熱し、データも改善し、経口摂取も整ったため、元の施設への退院も可能な状態であった。退院前の病状説明の場面で、主治医は説明の終わりの方で「これから肺炎を起こしたり、季節の変わり目などで食欲がなくなることはあると思います。」と説明した。長女は「施設は冷房・暖房がかかっているといっても、季節の変わり目になると調子悪くなるのね。」と言ったので、看護師（研究者）も肯定した。すると長女は、近い親戚が施設と病院の入退院を繰り返して、夏に亡くなったというエピソードを語ったので、その親戚と似たように、事例3も肺炎で入退院を繰り返す中で徐々に食べられなくなる経過もあると伝え、もし食べられなくなったらどんな医療を希望するか、その時期に備え、肺炎が治った今から考えておく方がいいことを説明すると、長女は「胃ろうですか？」と聞くので、「そうです。胃ろうとか、他には点滴もありますし、食べられなくなったらどうするかということについては、何もしないで、自然でという選択肢もあります。そういった選択について、今ならご本人さんに聞くこともできると思います。」と看護師から伝えた。長女は「本人？それはちょっと無理ですよ。胃ろうはいいです。しなくていいです。ただ、生きている期間を延ばしてもねえ。延命でしょう。年も大きいし、いいです。」と言った。主治医も事例3の認知機能は、高度の認知機能低下があるとみていた。看護師は、事例3は認知症なので、最終的には家族が代理で決めていくことにはなるが、吸痰や点滴留置などの医療処置に対して「こんなことしなくていい」とはっきりと拒否の意思を言葉とともに訴え示せていたことから、入院中のうちに声かけに工夫すれば、事例3が人工栄養に関する意思表示ができる可能性があるかと判断していた。病状説明後、長女に対し「一緒に、ご本人に聞いてみましょう。」と声をかけた。長女は「認知症があるしねえ。」と事例3に意思表示は無理という反応であった。そのため、事例3本人が元気な頃、食べられなくなったらどうするか、ということについての話し合いについて聞いてみると、長女は「ない。全然、そんな話、したことない。」と述べた。そこで、事例3のきょうだいのような身近な家族の看取りはどのようなようであったか聞くと、ああ、そういえばと、胃ろう造設した親戚もいたことと長女は思い出し、「“そうしなくても、いいがね”って言ってました。“このまま

で、いいがね”って言ってました。」と事例3の胃ろう造設に関連する考えの一端を想起された。

【事例3 本人】

退院前の病状説明の後、キーパーソンの長女とともに訪室すると、事例3は表情も良く笑顔が見られた。事例3に対し、肺炎が良くなって退院可能になったことを伝え共に喜びながら、人工栄養導入に関する意思を確認することとした。事例3の会話中の視線や本人のうなづき、平易な言葉を選ぶことに留意し説明した。「でもですね、事例3さんに聞いておきたいことがあって。もしご飯がうまく食べられなくなったら、どうするかということなんです。(事例3うなづく) そういう時に、病院ではお腹に穴を開ける手術、処置をして、栄養をお腹に入れる管をつけるということがあるんです。(事例3じつと見る) 娘さんは、そういう手術・処置はしなくていいんじゃないかっておっしゃられているのですが、やっぱり事例3さんが、どのように思うかを聞いておこうと思うのです(事例3“ふうん”と考える表情をする)。」看護師の説明を受けて、長女が「〇〇さんみたいに、お腹に穴開けて、過ごす？」と事例3に聞く。すると、「そんなことねえ、しなくていいわ。」と事例3は返事をした。その言葉を繰り返して、「しなくていいですか？」と問うと、もう一度「うん、しなくていいわ。」と事例3は応じた。「しなかったら、栄養不足になりますし、栄養不足になって死んでしまうかもしれません。」と話す、「まあねえ。」と言うので、夫が健在との情報があったことを基に「ご主人さん、さみしくないでしょうかね？」と問うと、「まあええわ。長いしね。薄情だけど。寿命がきたらね。仕方がないだがね。」と述べられた。また、「何もわからんでね、きたから。薄情かね。」と事例3が言った。長女は事例3が19歳のころお嫁入りをし、夫と長い夫婦歴があり家族で結婚記念日のお祝いを行ったと自然と語られ、長女の語りを事例3も聞いていた。そのような事例3のライフヒストリーに看護師も浸って聞いて、その場のよい雰囲気大切に、その時間を楽しみながら傾聴した。また、うなづきながら事例3のライフヒストリー、ライフイベントに敬意を払うように「そうなんですね」と受け止めた。そうした会話の流れによって、人工栄養に関する意思表示について、事例3が変わらない言動をするか確認のため、「じゃあ事例3さん、もし、これからだんだんご飯が食べられなくなって、弱くなってきたときに、病院で胃に穴を開けて手術をしたりということは、しなくていいということですか？」と聞いてみると、「うん。しなくていい。薄情だね。」と返事をされた。

それから翌々日の退院前に、長女夫婦が来られたため、再度、事例3に胃ろうに関する意思表示の内容を確認を試みた。「よく食べて、少しでもよく元気に体調良く過ごしてほしいなあって思ってます。でも、だんだんと体が弱って今みたいな入院になってね、どうしても食べられないと。そうなったら手術して栄養しますか？」と話す「あんなもん、変わらん。やったって。」と返事があったので、「あんなもん、変わらん、やったってというのは、しなくていいということですか？」と聞くと、「うん。」とうなづき、肯定のサインであった。長女はその様子を見て、「今日もおんなじ返事が返ってくる。」と言い、家族

と共に本人の意思表示について受け止め共有した。

【事例4 本人】

入院時より、意識レベルⅡ桁の10~20という状態で、手指冷感強く、四肢拘縮と円背が目立ち、るい瘦も著明で、データ上も低血糖や低アルブミン血症があり全身状態不良であった。認知症の経過は、10年前に施設入所した頃からあった。四肢の拘縮が目立つようになったのは約半年前からで、車いす坐位も困難になってしまうほど手足が曲がってきた。食事介助も1時間はかかるようになって、誤嚥も起こし微熱が続いたこともあった。会話を交わすことは困難にて、入院中に本人の意思確認はできなかった。既往歴に胃がんがあり、胃切術を受けていた。

【事例4 キーパーソン長男】

来院時より、長男は栄養に関して、胃ろうを希望していた。胃ろうは現実的に難しいため、事例4の全身状態で可能な栄養方法として、経鼻経管栄養での栄養改善を図る方法があると聞いていた。入院3日目、アルブミン値が1.8mg/dlまで下がっていた。家族の意思を受けて、経鼻チューブ留置の方針を主治医は検討していた。看護師（調査者）は、事例4が認知症の末期状態で、看取りのステージ、プロセスに入っている全身状態ではないかと考えていた。現在の状態を経鼻経管栄養で改善可能かどうか、主治医と話し合った。その結果、家族を交えて今後の方針について合意を得る面談をすることとなり、看取りのプロセスにあるという見立てについて看護師からも家族へ説明することとなった。長男夫婦と主治医、看護師が集まり、看護師は長男夫婦に対し、「認知症としては重度（歩行困難、失禁状態、語彙の少なさ、感情の乏しさ）で、繰り返す誤嚥や、食事を摂っていてもやせもあることなどから認知症としての病状は、終末に近づいていると考えます。現在の状態での治療の選択肢には緩和ケア・緩和医療という選択もあります。パンフレット（「清水・会田の意思決定プロセスノート」）にもあるように、何もしない・自然に委ねるという選択肢があり、何もしないということでも、死に向かって苦しまないようなからだの反応もあると言われてしています。現在の円背を見ると、経鼻経管栄養はかえって肺炎を起こすリスクが高いだろうと考え、ご本人に苦しい思いをかけるしまうかもしれません。」と説明した。主治医は、データの乱れがあり点滴で補正しているが一時的であること、長くみようという時には栄養が必要で、事例4に胃ろうは適していると言えないこと、元の施設は受け入れ困難になるものの経鼻経管栄養が選択されること、また、少量の点滴のみで看取するという選択肢もあるが施設で実施できるかわからないため療養先を探さねばなること、訪問看護を利用して在宅看取りも近年は可能なことが説明された。また、一両日中に亡くなる可能性もあり、その場合には延命治療は希望しないという意向は確認していると説明がなされた。長男は「もうちょっと何か治療をして生きて、だんだん弱って亡くなるような風になってほしい。鼻から管を入れて少し栄養してもらいたいと思うが、きょうだいは話し合っていない。」と述べた。長男の嫁は「食事に1時間かかるようになり、レベ

ルが落ちていると感じていた。それでも全部食べてくれていたので安心してた。でも誤嚥して微熱が続いて、外来受診の時に先生（主治医）から、看取りになる可能性が告げられたので、夫婦でどうするか話し合っていたところに入院になり、本人と胃ろうするか聞いたことも話し合ったこともない、どうするのがいいのか、決めれていない。嫁なので、夫や夫のきょうだいが決めることに従う。」と述べられた。看護師は、「もし、事例4さんが話をすることができるとしたら、元気なころの事例4さんだったら、今このような話を聞いたときに何と答えるでしょうか？」と問いかけると、長男夫婦も主治医も、「本人はしないと言う」と一致した。元来、明るく活発な人柄で、サバサバとさっぱりした所があったと、回想しながらうなづきあっていた。だが、その面談で長男夫婦も、人工栄養の導入をしないとすとも、即決はできない様子であった。そのため、家族会議を経ての返事待ちとなった。看護師は家族会議の際の留意点として、もし、ご本人に聞いて答えてもらえるならば、ご本人はどうしたいと言うかということを考えながら、ご本人の性格や価値観の観点を含めて、よく家族で話し合っしてほしいことを伝えた。面談から4日後、長男さんから「このまま看取りでは忍びないので、できるだけのことをしてほしい。施設に戻れなくなるかもしれないが、経鼻チューブで栄養をしてほしい。」と意思表示された。長男は、事例4が長生きしているのも、何があってもおかしくないと思っており、きょうだいにも伝えてあるとのことであった。その後は、長男夫婦、遠方にいる娘夫婦、その孫らといった家族が次々に事例4の元に集まり、面会し、看護師に事例4との思い出話や元気なころの事例4自身のライフヒストリーについて話してくれることもあった。

【事例5 本人】

入院2日目、入院時より嚥下食の指示があり、絶食ではなかったもので、嚥下機能を評価しながら食事介助を実施した。空腹感の訴えあり、ティースプーンで自力で食べようとする仕草があった。しかし易疲労感ありペースダウンし、介助を要する状況で、口腔内にも停滞し送り込みが遅延する状況が認められた。食塊形成し嚥下反射があれば、ごくんと嚥下可能であった。食事のことについて話題にすると、「おいしくない」と、か細い声で痰のからんだ声で発語された。挺舌や頬のふくらませは指示に応じて実施可能であった。会話としては言葉は短いものの、相手の顔を見てつじつまのあった応答が可能な認知機能レベルであった。食べ始めの嚥下でむせやすく、舌の左半分のみ舌苔を認めた。口腔内の乾燥や食べ始めの介助に注意を置いて食事介助を一口ずつ行えば、嚥下機能は悪くないため、肺炎による発熱や痰の喀出などの軽減とともに、経口摂取が確立できる可能性があるとして看護師（調査者）は判断した。歯牙の状態が、下顎の歯牙が12本、上顎は3本とバランスが悪かったり、事例5の全身状態として、酸素カニューレの管の圧痕がつくような顔面の浮腫や下肢の浮腫が著明であったため、長男面会時に聞いてみたところ、入院の半年ほど前に誤って上顎の義歯をティッシュにくるんで捨ててしまい、それ以後入院まで咀嚼は都合悪かった状況だった。やわらかい食事に注意して介護していたということや、ひと月前か

ら痰の量が増えていたこと、入院前体重が急に5キロも増えて、甘い物の食べ過ぎかと思っていたとのこと。在宅療養中の最近のエピソードを聞いて、事例5の退院が叶う状況になった場合には、家族に対して事例5の健康管理に関する助言や、事例5に関わる在宅スタッフとの連携が必要であると判断した。入院10日後には解熱し、吸痰の回数も減り、酸素化も改善。事例5も「まだ、体はだるいわ。息苦しいことはない。」と言い、舌苔が改善していたので、「口の中の白い苔が良くなっています」と伝え、舌苔があったのね。」と専門用語で返答された。入院期間中、12月であったため病棟でクリスマス会があった。事例5も参加され、音楽に合わせて打楽器を鳴らし、楽しんでた。入院12日目、MMSEで認知機能評価を実施したところ21/30点であった。事例5の定年まで勤めた職業の話や、趣味の読書や好きな作家の話題など、言葉は短いもののコミュニケーションが可能であった。入院から2週間後には経口摂取は完全に確立していた。しかし、口腔内に唾液が停滞・貯留経口で発語時垂れてくる状況もあった。在宅復帰が目標・希望にて、廃用性症候群の改善目的で回復期リハビリテーション病棟へ移ることとなり、そこでVEによる評価や嚥下機能を含めた機能委向上も図っていくこととなった。回復期リハビリテーション病棟では、どことなく抑うつ状態で表情が乏しく、怒っているわけではないが、笑顔や発語が少なかった。もしこれから食べられなくなったら、どのようなことを望むかということについては、「うっとうしい。」と回答の拒否があった。経口摂取が順調になっていたため、入院中に聞いておくことはやめることとした。

【事例5 キーパーソン長男】

入院2日目に、義歯を誤って紛失したエピソードを話され、義歯を作ってよく食べられるようにしたい、という意思表示があった。事例5は入院時より、絶食の指示もなかったため、肺炎からの回復状況や嚥下機能評価を踏まえてからの、人工栄養導入に関する話し合いを行う方がよいと判断し、「本人と家族の自立を促す看護介入」は、一般病棟での入院期間中は、長男に対して人工栄養の導入に関する話し合いをするタイミングを見い出せなかった。

急性期の病棟から院内に併設されている回復期リハビリテーション病棟へ転棟し、在宅復帰が決定した段階で、退院前に長男に対し、今回の入院の経過を振り返り、人工栄養導入に関する意向の確認を行った。その場面では、事例5と共に、もし食べられなくなった場合の医療やケアについてどうするかというような話題でかかわった際に、「うっとうしい」と回答の拒否があったことを伝えた。長男はその説明を静かに聞いていた。事例5本人が既に経口摂取で食事が出来ていたことや、義歯作成の日程が具体的に連絡されていたため、人工栄養の導入については考えていない様子が伺えた。長男は、がんを患っていた父親の看取りを病院でしており、事例5に対し、できるだけ自宅で過ごせるように介護していきたいということを、父親の経験とともに意思表示された。そのことから、今後の予測される経過の中には、誤嚥性の肺炎が起こって入退院を繰り返す可能性があるため、事例5に聞いて把握しておくほうが、代理決定をしなければならない状況が生じた場合に、

迷いや悩みが少なく意思決定できるだろうとアドバイスのみ行った。

【事例6 本人】

再入院3日目の訪室時、体温は解熱していたが、意識レベルはI桁の1で、どこなくもろうとしている状態であった。挨拶を交わしたり会話をとっていくと、徐々に覚醒度が改善してきたが多弁になり、唐突に戦時中の体験談を、涙を流し話される様子があり、せん妄状態を呈していると判断した。顔面の頬の委縮や口腔内の舌苔、会話中の湿性咳も観察でき、再入院4日目にはリハビリ医による嚥下機能評価が予定されていたため、3日目の訪室時には口腔ケアのみ実施し、水飲みテストは実施しなかった。人工栄養に関する話題も、せん妄が改善した後に行うほうがふさわしいと判断し行わなかった。入院10日目になると、訪室した際は、声かけに対し容易に開眼される様子となっていた。インフルエンザ肺炎後の再入院で、CRP22.0代だったデータは0.5へと低下していた。しかし、起座の声かけに対しては、倦怠感強い表情で「このまま寝てるわ。」と返答された。【事例6】の体格が、体重は37.0kg、BMI14.7とるい瘦がある状態で、37.0℃台前半の微熱が時々あるという状況、VEの結果、DSS3~4という結果で嚥下食Ⅲから食事開始していたが摂取量は1~2割程度と少量で終了することが多いことなどから考えて、肺炎後の回復過程の途上であるが、起座位で会話ができるほどの体力がついていないということを察した。「肺炎は良くなってきています。少しずつ食べられるようになって、体重が増えて体力がついてくるといいですね」と【事例6】に声をかけたところ、「体重が40kgあると調子がいいんだ。痩せてしまった。」という言動で応じられた。この言動と【事例6】の入院している現在の状況とを合わせて、人工栄養導入に関する話題について【事例6】と行うことは控えた。本人が痩せていることを自覚し、入院生活を過ごしていることを把握したこと、VEの結果、誤嚥のリスクはあるが経口摂取可能という判断にて、摂食嚥下リハビリテーションを開始しているという状況があったからである。摂食嚥下リハビリテーションは、嚥下食Ⅲを開始し、慎重に食事摂取の状況を見守り、食事時に十分に摂取できないカロリーについては、入院前からの【事例6】の生活習慣の中に、コーヒー味の高カロリー飲料（エンシュアリキッド®）のを好んで摂取されているという背景があったので、それを入院中も間食に取り入れて経過をみていた。そのような取り組みを行っている状況下では、人工的水分・栄養補給のうち、胃ろうやCVポートの挿入はなされず、経口摂取で退院できる可能性のほうが高いことを判断した。【事例6】の摂食嚥下機能が安定するよう整えることが優先されることだと判断した。口腔内を観察すると、毎日の口腔ケアを実施しているものの、上顎に痰がこびりついている状態で、口腔内環境の整えについて検討の余地があることが把握できた。

【事例6 キーパーソン長男】

キーパーソンの長男は、ほぼ毎日、日中に面会があった。入院4日目、これまでの食事面での好みや、エンシュアリキッド®の摂取の量や時間帯、介護保険のサービス利用状況な

どの会話をしている中で、胃ろうや CV ポートに関しては、「もうずいぶん年齢もいつているから、できるだけ口から食べて自然に、というのが希望。胃ろうや点滴だけでというのは、希望しない。」と話された。「それよりも、早く自宅に退院できないかと思っている。」と話された。長男が【事例 6】の退院を早くにと希望される背景や理由として、まずは同居している【事例 6】の妻の存在があった。妻は夫が家に居ないことを心配され、繰り返し同じことを尋ねてくるので、長男はその都度説明をしなければならない状況が生じていた。【事例 6】の妻も要介護状態であるが、夫婦 2 人が揃って自宅で過ごしている時には、繰り返し同じことを聞いてくるような様子はなかった。長男が早く退院をと考えるもうひとつの理由として、前回の入院と今回の再入院の約 3 週間のうちに急速に体力が落ちていると感じていたので、臥床して過ごすことが多い長期の入院になると、衰えて歩けなくなることが起こるのではないかという心配をされていた。元々【事例 6】は、多くの人の中で調和的に交わるタイプであり、いつも通っていたデイサービスを利用しながら、夫婦 2 人で揃って在宅で過ごしていることが、家族にとっても、本人にとってもバランスがとれている状況だったと考え、早期の退院を望まれていた。施設への入所は、急に体調が変化することがあるということ、身近な親戚のエピソードで聞いているので、自宅で過ごすことがいいという考えを持っていた。

入院 17 日目、【事例 6】の全身状態としては、炎症反応もおさまり、経口摂取も行えるようになり、退院が可能な状態になっていた。しかし、体重の増加はなく、臥床がちに過ごしている様子は続いていた。再入院のリスクは高く、繰り返しの入退院の経過をとる中で徐々に体力が低下していくことが予測された。今すぐに臨終が迫ってくるということはないが、自宅で療養を継続しながらも、いつでもそのような時期に推移していく可能性があることも予測された。在宅復帰にあたってそのような予測について、老人看護専門看護師から長男に対し、病いの軌跡の図を示して説明し、「清水・会田の意思決定プロセスノート」に説明した内容について記載した。摂食嚥下機能の維持に向け、訪問歯科の調整と連携に関しても同意が得られ、退院となった。

【事例 7 本人】

再入院 14 日目、ベッドサイドを訪れ【事例 7】に対して声をかけると、臥床したまま、何らかの返答は聞かれた。声は聞こえても、【事例 7】が言い表したいことの理解は困難な状況であった。「あら、ねえ…、おお…ねえ…娘がいる、でもない…ねえ…」という調子で、ところどころ聞き取れる言葉をつないで理解をしようと努めても、【事例 7】が話す内容について理解が難しい状況であった。しかし表情は、声かけや視線が合うなど瞬時の状況によって、笑顔になったり、真顔、泣き顔、怒り顔など、ころころと変化が認められた。表情を手がかりにコミュニケーションをとろうと試みても、十分に意思疎通を図れるとは言い難かった。また、【事例 7】はほぼ寝たきりの状態で、食事、排泄、保清、移動など ADL は全介助を要する状態であることが一見して把握できる状況であった。【事例 7】は FAST

で評価すると 7d の、非常に高度の認知機能低下を呈する状態であることを判断した。人工栄養の導入に関する話題については、認知機能の低下によって聞くことはできなかった。

前回の入院から、食事摂取量が少なく、再入院後も嚥下食 I と高カロリー飲料（エンシュア・ハイ®）が 1 日 3 缶処方されて摂食嚥下訓練を継続していたが、食事介助中に急に介助者の手を払いのける動作が認められたり、食物を飲み込まずに吹くようにして口から出してしまう様子もあつたりして、食事介助が困難であつた。摂取量が数口程度で終わることが多く、補液が必要な状況であつた。だが、経過を全体的に眺めてみれば、エンシュア・ハイ®は 1 日 2 缶ほど間食で促してみたりして、摂取している状況があつた。人工栄養導入に関する意思については、【事例 7】本人の意思を推定できるキーパーソンとのコミュニケーションを十分にとり、【事例 7】の食事介助が困難な状況でも、本当に経口摂取が困難な状態であるのかどうか、嚥下機能や食事介助の方法などを見極めていくプロセスを踏まえて検討していくこととした。

【事例 7 キーパーソン次女】

再入院 19 日目、夕方、仕事の帰りに面会に来られる次女の来院に合わせ、胃ろう造設に関する思いについて伺ってみた。次女は、胃ろう造設に関して前回の入院中に主治医から説明を受けたものの、再入院後の状況を見て、「割と（エンシュア・ハイ®を）飲めてるみたいだし、（胃ろう造設を）しなくても退院できるかなと思う。」と話された。食事介助中、【事例 7】が介助者の手を払いのけたり、食物を吹き出したりすることもあつても、次女としては、前回の入院中に比較すれば飲めていると感じていた。また、「元々食べるのが好きだったから、食べられないなら胃ろうを考える。次に入院した時に、土壇場で胃ろうを希望するかもしれない。ただ、胃ろうをすると車椅子にも乗れなくなって、寝たきりになるイメージがあるからやめたほうがいいのかしら。」と話された。話を伺っていく中で、医療者側から見れば、【事例 7】の状態は要介護 5 の寝たきりの状態であるが、次女にとっては、寝たきりの状態ではなく、「寝たきり」の言葉は、次女と医療者とでは異なっていることを察知した。また、次女の“胃ろう”に対する理解も、栄養を充足するためのルートを確保する処置としては考えられているようだったが、非常に高度の認知機能低下を認める状態の【事例 7】本人が胃ろうを選択するかどうか、その意思決定を代理で行うということの難しさを悩んでいたり、胃ろうのメリットとデメリットバランスよく認識して選択している訳ではないようであつた。清水・会田の意思決定プロセスノートの Part 1 - 様々な人工栄養の方法に関するパンフレットを用いて、特に胃ろうに関して重点を置くように説明を行った。胃ろうを選択し実施しても、車椅子に乗れなくなることはほとんどないことを付け加え、さらに、今後予測される病の軌跡を図示し、現在の病期について共有しながら、できるだけ経口摂取をしていくという選択をする場合は、徐々に低栄養状態が進み弱っていき、さらに食べにくくなることが予測され、終末期に移行し看取りを迎えるプロセスがあることを伝えた。認知症という病気の看取りまでのプロセスは、老衰のプロセスのようでもあると言われていることがあり、胃ろうをすることがかえって苦痛になる場合も

あることを告げ、終末期には緩和医療を行う、できるだけ苦痛除くようにする医療をするという選択肢があることを説明した。次女と対話しながら説明をすすめることに留意し、説明には1時間近くかかった。説明の最後には、次女が一人で決定する内容ではなく、【事例7】のいのちにかかわる重い決定をすることでもあると考えるので、説明の内容は、長女家族や次女の夫などに伝えて、これからのことをきょうだい・家族で話し合って決めていくことを促した。【事例7】の身近な親戚に認知症を有する者はおらず、【事例7】が元気な頃に、胃ろうについて語られていたこともなく、家族でも話し合ったことはないということで、意思決定に迷って相談が必要な場合にはいつでも応じることを保障した。

入院24日目、病棟で主治医、病棟看護師長、病棟看護師かつ認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師でカンファレンスを行った。エンシュア・ハイ®や水分補給となる嚥下ゼリーを、食事時と間食時に摂取を介助するようにしている状況で、経過全体をみるとエンシュア・ハイ®を1日2缶は飲めていることが主治医とも共有できた。補液せずとも退院できる可能性はあるが、在宅で補液のない状況下で生活を送ると2週間程度で再々入院ということは十分に可能性としてあるということも共有した。今後も入退院が繰り返され、その都度徐々に体力低下していく経過をたどることも予測し共有した。今後の方向性として、次女が在宅復帰を希望している状況もあるため、次女に食事介助方法や口腔ケア、吸引などの手技を覚えていただけるよう在宅介護の指導をかかわって、在宅復帰に向けた介護保険サービスやインフォーマルな支援の調整を行っていくこととなった。

入院27日目、次女より長女と話し合ったということ話をされた。「胃ろうについては、姉もまだいいと言っていて、必要になったら考えようという感じです。もし胃ろうをすると、看てもらえるところあるでしょうか…。家でずっとというのはね…色々あると思うし…。母がだんだん弱っているのは仕方がないことだと姉も思っています…。でも、私は母が、元気いっぱいだなと思ってみえます。このごろ一番ひどかった時、歩いていた頃のことを思えば、穏やかになったと思います。こんなことを思うなんて、よくないかもしれないけれど、少し楽になった気持ちがあります。」次女とともに話していくと、【事例7】の認知症の経過の中で、数か月前までは徘徊が大変激しく興奮気味で、ショートステイを利用しながらでも負担感が募っていて、その時期の在宅介護は本当に疲労困憊していたが、現在では徘徊の心配がなくなって、在宅介護は楽になっていると次女は認識し受け止めていた。それで、経口摂取で在宅復帰の意向を示された。

次女の意向を受け、病院で補液をせずに2週間経過を見てから退院という方針となり、その間に次女へ介護指導を行い、入院33日目、退院前カンファレンスを開催した。これまでのケアマネジャーやショートステイ先の相談員、受け持ち看護師、病棟看護師かつ摂食嚥下障害看護認定看護師、退院調整看護師、老人看護専門看護師が出席し、食事介助の要点、意思決定の経過と内容、今後のサービス提供、再入院の可能性やリスクなどを情報を共有し、入院から43日目に在宅復帰をした。

【事例8 本人】

夫とは再婚同士で、7人の子育てをしながら円満な家庭を築いてきた。家庭におさまるといふよりどんどん社会に出て働き、誰にでも優しく人と接するのが好きだった。60歳になり水墨画を趣味で始め、展覧会に出品したり、自分より若い世代の方々と写生に出かけたり、講師も務めていた。70歳の時夫と死別、夫の看取りの時は取り乱すこともなく、冷静に受け止めていた。自分はどうか最期を迎えたいか等の話はしていなかった。独居生活になってからは、同じ敷地内で生活する次女夫婦と食事を一緒に食べたり、長女が持ってきてくれるおかずを食べたりしていた。娘達を作る味にこだわったり、拒むこともなかった。

80歳頃から好きだった水墨画が徐々に描けなくなり、82歳の時アルツハイマー型認知症と診断された。90歳の時デイケア利用中転倒し、右大腿骨頸部骨折を機に介護老人保健施設に入所、5年目を迎えていた。食事量は徐々に減ってきていた。

肺炎、心不全、脱水症のため入院となり7日間は、治療のため末梢点滴による抗生剤の投与と補液が行われていた。点滴の針挿入時の拒否動作はなし。声をかけるとこちらの方を向き、目を合わせるが発語はない状態であった。入院8日目、肺炎、脱水症は軽快したため、ゼリーを中心とした嚥下開始食を提供したが、むせ込みがあり摂取が進まない状況であった。絶食期間の影響も考慮し、末梢点滴による補液を継続しながら、食事体位や食事形態、1口量の調整などを行い、むせ込みの状態や経口摂取量の経過をみていく必要があった。2週間評価を重ねた入院21日目、食事介助時の体位は食べ物を送り込みやすく誤嚥しにくい角度と言われる30度仰臥位、頸部前屈位にし、冷たいゼリーばかりでなくペースト食を試してみたものの、口腔内に食物をため込み飲み込もうとしない状態であった。時間をかけ飲み込みを促す声かけをくり返し、やっと数口摂取していた。入院28日目、血圧の低下があり、吹き出すような呼吸がみられた。誤嚥の危険性を回避するため、医療者で検討を行い、それ以後食事は中止の判断を下した。入院時より意思表示が困難な状態であり、末梢点滴が継続されてきたが、近い将来の死が避けられなくなった状況において、人工的水分補給の継続または中止に関して本人の意思は確認できなかった。針の刺入時にやや顔をしかめることはあっても、拒否する動作は認めなかった。徐々に血管確保は困難になっており、1度で針が刺入できないことも増えてきていた。

【事例8 キーパーソン次女】

経口摂取を再開して3日が過ぎた入院10日目、医師よりむせ込みがあり食事摂取量が1割に満たないこと、末梢点滴を500ml/日行いながらも少し経口摂取を継続し評価するがこのまま経口摂取が困難となる可能性もあることが説明された。また、その場合胃ろうや中心静脈栄養などの積極的な人工的栄養補給法の希望があるかどうかについて確認を行った。長女・次女は、食べられるだけの経口摂取と末梢点滴の継続、それ以上は希望しないとの返答であった。入院14日目、毎日面会に来られている次女に、意思決定プロセスノートの情報提供を行い、事例8のこれまでの生活史を伺った。「水墨画が趣味で講師までしていたけど、認知症になり80歳頃から好きな水墨画を急に書かなくなってしまった。それか

ら認知症が進んだと思う。認知症になってから、近所を歩いて綺麗な葉っぱを持ち帰ってきたり、近所の家の綺麗な花を摘んで帰ってきたりする行動が目立っていた。一緒に山歩きもしていたし、とても自然が好きだったので、綺麗な山や景色・花を見て過ごさせてあげたいと思う。今の望みは、静かに安らかな時を過ごすことだと思う」と語った。食事については、「施設では、食べる量は少なくなっていたけど、介助をすると口を開けていたので、食べたいという意味があるのかな…と思っていた。でも今は、食べたくないと思っているんじゃないかと思う。食べることを忘れたんだと思う」と語った。次女は5年間、週2回必ず施設に面会に訪れ、食事介助などを行っていた。

経口摂取を再開して2週間が過ぎた入院21日目、2度目のプロセスノートを用いた面接を行った。「看護師の知人からこれからどうなるか（死までのプロセス）を聞いたりしている。近所の方々と話をしていると、“家で死なせるんじゃないくて、病院連れて行ったほうがいいよ”“点滴ぐらいしてもらわないと…”と言われ、近所でも早くに病院に入院させている。そういった近所の手前もあり、最期家に連れて帰ってみることも考えたけれど、躊躇していた。元々母は料理は得意ではなく、食べることへの執着はあまりない人だったので、無理に与えることはせず、食べられるなら1口といった程度でも続け、点滴は今のところ続けたいと思っているんです」と話していた。2日後の入院23日目、医師から病状説明が行われる。「肺炎はレントゲン画像上では明らかな悪化はないが、慢性の心不全もある。加齢に伴う機能の低下が見られる。高齢でもあり、老衰の状態と考える。食事を提供しているが、摂取量は1割程度でほとんど摂取しない状態で、末梢点滴を継続している」と説明され、再度胃ろうや中心静脈栄養などの積極的な人工的栄養補給法の希望があるかどうかについて2度目の確認を行った。また、年齢を考えると胃瘻などの処置は難しいだろうとの見解が伝えられた。次女は「前回同様、家族としては胃瘻は希望しない。末梢点滴は続けてほしい。苦痛を与えず、自然な経過でみてやりたい」との意向を話した。入院28日目、状態の急変を受けて医師は長女・次女に「午前中に血圧の低下があり、吹き出し様の呼吸が見られた。このような状態では意識がはっきりせず、食事をしっかり飲み込めないため誤嚥の危険性が非常に高い。無理に食事を続けることで窒息など命の危険性もあり、いっそう本人を苦しめることになる」と判断し、食事を中止させてもらった」と説明した。長女・次女は納得し、その場で「食事はこれ以上望みません」と話した。入院37日目、3度目のプロセスノートを用いた面接を行った。人工的水分・栄養補給法に関する意思決定は変わらなかったが、知人の看護師から最後は点滴をやめる人もいるという情報を聞き、続けてきた末梢点滴を中止するか悩み始めている様子だった。そのため、プロセスノートを用いて補足説明を行いながら、末梢点滴も行わず自然にゆだねるという選択肢もあることを情報提供した。次女は「やっぱり点滴も何もしないというのは決心がつかないものですね。孫ももう高校生になるから手がかからなくなって、自分も仕事がなくなって、母を見ることももうすぐなくなるかと思うと、何だかさみしいですよ」と語った。入院57日目、4度目のプロセスノートを用いた面接を行った。「時々目は開けるけど、寝ていることが多いな

りましたね。こういう状態になって、家で見る人は多いんですか？一度は考えたけど、知人の看護師に聞くと実際はお家でみるのは大変だと言われ、そうかな…と思いました。訪問看護を利用する話なども聞きましたが、それ以外の時間の家族の協力が難しいと思う。それに、いざという時に病院にいれば安心。不安なんですよね。点滴もやめることも考えたけど、やっぱりね（やめさせてあげられない）。やめれば1週間くらいで亡くなる人もいと聞いたので…。若い時に親を看取るというのは、自分も子育てや仕事などで忙しい時期だから、辛いけど仕方ないと思えるような気がする。でも、こうして自分の時間ができる歳になってから親を看取るというのは、気持ちが全然違いますね。親がこんな歳にもなれば仕方ないと思えると思ったけど、いくつになっても少しでも長く親にそばにいて欲しいものなんです。今私の最大の目標は、母を最期までみること。母のところに毎日来るのが、生活の中心になっている。これが近い将来なくなるかと思うと、ぽっかりと穴が開いてしまうような気がする。看護師さん達が見てくれているから、とは思ったんですが、口が乾燥していることを話したら、“こうするといいですよ”と説明して準備してくれた。前から“何かしてあげたいことがあれば、遠慮なく言ってください”と言っていたいてました。わからないことは何でも聞いてみるといいですね。してもらうのを見てるだけでなく、自分も一緒にやるのがよいと気づいた。調子のよさそうな時は、車椅子に乗車させてもらって、景色を見るために散歩にも出かけてるんですよ」と話した。自宅退院は難しいとしても、介護タクシーを利用して一時的に外出や外泊に出ることも支援できることを情報提供した。しかし、自宅への外出や外泊は実現せず、病院で最期までの時間を家族と共に過ごした。次女は母親に「良く頑張ったね。楽になれたね」と言葉をかけ身体をさすった。母が作った思い出の着物を用意し、最期にこれを着せて自宅に戻った。

表5 認知症高齢者本人の人工栄養導入に関する問いかけへの反応

事例	性別 年齢	人工栄養導入に関して本人が語った内容	本人の語った内容を受け看護師が把握したこと
事例1	男性 80代後半	特になし	認知機能の低下によって、十分に答えられない。
事例2	女性 90代前半	もうおばあちゃんだから、いろいろとだめで…。長生きしたいかどうかなんて、考えると頭がおかしくなる。まあ、いいわ。 (食べられるようになったことを、他の高齢者に役立つようにしてもよいでしょうか?)若い人が、そうすることはいいこと。広げていって。	回答の拒否 死生観に通じる難しい問いにて答えられない。
事例3	女性 80代前半	(胃ろうについて) そんなことねえ、しなくていいわ。 まあええわ。長いしね。薄情だけど。寿命がきたらね。仕方がないだがね。うん。しなくていい。薄情だね。 あんなもん、変わらん。やったって。	人工栄養はしなくていい。 食べられなくなれば、それは寿命ということ。 仕方がない。
事例4	女性 90代前半	特になし	認知機能の低下、全身状態の悪化から答えられない

表5 認知症高齢者本人の人工栄養導入に関する問いかけへの反応（続き）

事例	性別 年齢	人工栄養導入に関して本人が語った内容	本人の語った内容を受け看護師が把握したこと
事例5	女性 70代後半	(食べられなくなったらどうするかというような話題について) うっとうしい。	回答への拒否 本人の意思はわからない
事例6	男性 90代前半	特になし	本人に確認する適切なタイミングが入院中にはなく、開けていない。
事例7	女性 70代後半	特になし	非常に高度の認知機能低下を認め、十分に答えられない。
事例8	女性 90代後半	言語による語りなし。 料理は得意ではなく、味付けへのこだわりや娘が作る料理を拒むことはなかった。 施設に5年間入所、食事量は徐々に減ってきていた。 口腔内に食物をため込み飲み込もうとしない状態。 点滴針の刺入時に拒否する動作はなし。	非常に高度の認知機能低下を認め、言葉で語ることができない。 しかし、食事への執着は感じられない。点滴はしたくないがそれを表現できないのか、続けてほしいと希望しているのかは不明。

表6 キーパーソンの人工栄養導入に関する問いかけへの反応

事例	性別 年齢	キーパーソンの続柄	人工栄養導入に関してキーパーソンが語った内容	キーパーソンの語った内容を受け調査者が把握したこと
事例1	男性 80代後半	妻	胃ろうですね。胃ろうはしないでおこうと思っています。(本人は) もう十分に社会に貢献したと思うし、息して生きているだけでは生きていると言えるかと思うし。もし私が本人の立場だったら胃ろうはしないでほしいと言う。長年夫婦をしてきたから、本人も同じ思いだと思っている。もう若くないし、ただ生きているだけではかわいそうにも思う。胃ろうをして延命してまで、妻として介護できる体力があるかどうかかわからない。	胃ろうはしない。 本人の立場に立って考えれば、しないと言う。 もう若くない。 胃ろうは延命。 妻の私が夫を介護する。
事例2	女性 90代前半	長男	胃ろうはしなくてよいと考えている。1回胃ろうすると止められないでしょう。やってしまうと、それを止めるとき見殺しにするようなかんじがするからねえ…。 認知症になってね、あんまりよくわからなくなって、よかったです。頭がはっきりしていてもね…。90歳になったから、何かあっても、十分に命をまっとうしたと言えるんじゃないかな。胃ろうとかしても、延命が本人にとっていいかわからない。胃ろうしないというのでいいです。	胃ろうはしない。 止められないから。 年が大きい。 胃ろうは延命。 生死にかかわる人工栄養の選択は難しい。
事例3	女性 80代前半	長女	胃ろうですか？(本人が決めることについて) それはちょっと無理ですよ。胃ろうはいいです。しなくていいです。ただ、生きている期間を延ばしてもねえ。延命でしょう。年も大きいし、いいです。(本人と食べられなくなったらどうするか話し合ったことは?) ない。全然、そんな話、したことない。 (胃ろう造設をした親戚のことについて本人が) “そうしなくても、いいがね” って言っていました。“このままで、いいがね” って言っていました。	胃ろうは無理。 胃ろうは延命。 年が大きい。 本人は決められない。

表6 キーパーソンの人工栄養導入に関する問いかけへの反応（続き）

事例	性別 年齢	キー パーソ ンの続柄	人工栄養導入に関してキーパーソンが 語った内容	キーパーソンの語った 内容を受け調査者が 把握したこと
事例 4	女性 90代前半	長男	もうちょっと何か治療をして生きて、だんだん弱って亡くなるような風になってほしい。鼻から管を入れて少し栄養してもらいたいと思うが、きょうだいとは話し合っていない。このまま看取りでは忍びないので、できるだけのことをしてほしい。施設に戻れなくなるかもしれないが、経鼻チューブで栄養をしてほしい。	自然な看取りのイメージ 最期まで可能な人工栄養を望む
事例 5	女性 70代後半	長男	義歯を作ってほしい。できるだけ自宅で介護していく。	人工栄養の導入について 考えていない。
事例 6	男性 90代前半	長男	もうずいぶん年齢もいっているから、できるだけ口から食べて自然に、というのが希望。胃ろうや点滴だけでというのは、希望しない。	胃ろうはしない。 年が大きい。 できるだけ自然に。
事例 7	女性 70代後半	次女	元々食べることが好きだったから、食べられないなら胃ろうを考える。次に入院した時に、土壇場で胃ろうを希望するかもしれない。ただ、胃ろうをすると車椅子にも乗れなくなって、寝たきりになるイメージがあるからやめたほうがいいのかしら。	寝たきりのイメージが次女と医療者とは異なっている可能性がある。 胃ろうは栄養を充足するためのルートを確保する処置としては考えられている。 本人が胃ろうを選択するかどうか、その意思決定を代理で行うということの難しさを悩んだり、胃ろうのメリット・デメリットをよく認識して選択している訳ではない。
事例 8	女性 90代後半	次女	食べられるだけの経口摂取と末梢点滴の継続、それ以上は希望しない。 食べることへの執着はあまりない人だったので、無理に与えることはせず、食べられるなら1口といった程度でも続け、点滴は今のところ続けたいと思っている。 やっぱり点滴も何もしないというのは決心がつかないものですね。点滴もやめることも考えたけど、やっぱりね。	本人が食べたくないのなら、無理に食べなくてもよい。胃ろうなどで人工的に栄養補給をすることも望まない。点滴もやめてあげたいけれど、点滴もしないという決心まではつかない。

<平成26年度・高道>

1) 病棟看護師が解決に苦慮する事例の背景について（表7）

調査期間中、全15例の事例について、病棟看護師と老年看護を専門とする看護師とでカンファレンスを行った。15例の背景は、年齢85.6±10.8歳（61~102歳）、性別は女性11名（73.3%）、男性4名（26.7%）であった。入院中の病名は肺炎7名（46.7%）、脳梗塞3名（20.0%）、骨折2名（13.3%）、その他3名（20.0%）であった。その他の内容は、腎機能低下、認知症病型診断のための精査、けいれん発作であった。既往歴や併存症については、

がんの既往歴がある、あるいは担癌状態の高齢者は2名（13.3%）で、残り13名（86.7%）は非がん疾患の高齢者であった。非がん疾患の13名のうち、6名はアルツハイマー型認知症（40.0%）で、6名全員が90代以上の年齢であった。その他は、パーキンソン病、脳梗塞後、肺線維症、糖尿病・高血圧、神経難病などであった。

2) 事例のカンファレンス内容（表8、表9）

病棟看護チームに浸透している各事例の看護上の困難点で、老年看護を専門とする看護師が、病棟におけるカンファレンステーマの中心となっていると捉えた内容に関してまとめた。15事例中、初回の相談時に絶飲食中であったのは5事例（33.3%）、経口摂取を開始していた事例は9事例（60.0%）、経鼻経管栄養は1事例（6.7%）であった。カンファレンス実施後の経過や看護の評価は分析中である。

項目		
年齢		85.6±10.8 歳 (61~102 歳)
	60 歳代	1 (6.7%)
	70 歳代	4 (26.6%)
	80 歳代	3 (20.0 %)
	90 歳代	6 (40.0 %)
	100 歳代	1 (6.7%)
性別	女性	11 (73.3%)
	男性	4 (26.7%)
入院中の病名	肺炎	7 (46.7%)
	脳梗塞	3 (20.0%)
	骨折	2 (13.3%)
	その他	3 (13.3%)
(その他内訳)	腎機能低下	
	認知症精査	
	痙攣発作	
がんの既往歴又は担癌状態		2 (13.3%)
非がん疾患の併存症		13 (86.6%)
(非がん疾患内訳)		
	アルツハイマー型認知症	6 (40.0%)
	その他	7 (46.6%)

表8 各事例のカンファレンステーマ

No	年齢性別	病名	相談時の栄養方法	事例の背景とカンファレンスの動機	老年看護を専門とする看護師が捉えた病棟看護チームの対応に苦慮している内容	カンファレンス回数
1	100代前半女性	誤嚥性肺炎	経口摂取	誤嚥性肺炎で入院中の事例。介助の元で、経口摂取可能な状況である。しかし、元の施設から誤嚥リスクが高く食事介助は難しい、食べさせられないと言われたと、家族から不安や嘆きを聞くことがあり、病棟看護チームとしては、元の施設に復帰できるのか、今後の療養先についてどうすればよいか戸惑いが生じている。	誤嚥リスクがあることで退院後の療養先が定まらないことへの懸念	1
2	80代後半男性	肺炎	絶飲食	誤嚥性肺炎で入院中の事例。パーキンソン病の病歴20年以上。入院後、絶飲食であり、摂食嚥下障害看護認定看護師の介入を受けて、間接訓練実施中。これから経口摂取ができるようになるのかどうか、先行きがわからず、病棟看護チームには戸惑いが生じている。	経口摂取が可能かどうか見通しが見つからないことからくる対応困難感	1
3	80代後半男性	精査目的	経口摂取	DLBの診断の精査目的での入院中の事例。意欲低下が認められ食事摂取量が上がらない。痰の量も多く、吸引が必要だが抵抗・拒否があり、どのような対応をしていけばよいのか検討したい。	意欲低下や処置・ケアに拒否のある高齢者への対応困難感	1
4	70代後半女性	肺炎	経口摂取	ここ1年間、肺炎での入退院を繰り返している事例。前回の退院から約3週間後に肺炎で再入院となり、4回目の入院である。入院中、経口摂取を開始しているが喀痰も多く、吸引が必要な状態。VEの結果、咽頭残留が多いことも明らかとなり、経口摂取を今後続けていけるかどうか、誤嚥を起こすのではないかという予測もたち、病棟看護チームには戸惑いが生じている。	経口摂取によって誤嚥を起こすリスクがあることへの懸念	1
5	70代後半男性	腎機能低下	経口摂取	腎機能低下で入院中の事例。入院2ヶ月前、外来において、データの推移から事例本人に対し、透析導入の可能性を伝えられている。入院前はADL自立生活していたはずだが、入院後、食事介助を要する状況から、急に他者に依存的になっているとのこと。また、入院中、死にたいと、本人からの悲観的言動も聞かれることがあり、どのような対応を行えばいいのか病棟看護チームには戸惑いが生じている。腰が痛いとの訴えあり。	高齢者の急なADL低下と悲観的言動の経緯や要因のわからなさからくる戸惑い	1
6	90代前半女性	痙攣発作	経口摂取	施設で痙攣発作があり救急搬送で入院中の事例。寝たきり状態で、重度の認知機能低下があり言語的なコミュニケーションを図るのは難しい段階。食事介助を行おうとするとナースの腕を掴み、本人の爪が食い込むほど強く握って抵抗するため、食事介助ができなくなるとのこと。どのように関わればよいのか分からず、ケアの提供に病棟看護チームは困難を感じている。	重度認知症高齢者のBPSDに対する対応困難感	2
7	90代前半女性	骨折	経口摂取	腰椎圧迫骨折で入院中の事例。食事摂取量が少なく、半量摂取で終了することもしばしばあり、どのような関わりで摂取量を上げていけるかをみんなで検討したい。	食事摂取量が少ない経緯や要因のわからなさとの確かな看護計画立案に対する期待	2

表8 各事例のカンファレンステーマ（続き）

No	年齢性別	病名	相談時の栄養方法	事例の背景とカンファレンスの動機	老年看護を専門とする看護師が捉えた病棟看護チームの対応に苦慮している内容	カンファレンス回数
8	90代前半女性	肺炎	絶飲食	施設で発熱し救急搬送となり、肺炎で入院中の事例。寝たきり状態で、重度の認知機能低下があり、言語的なコミュニケーションは全くとれない状態。閉眼していることが多く、声かけると開眼する反応あり。家族はPEG、CV挿入希望されず。だが、経口摂取困難な状態であり、今後の方針がどのようになるのか病棟看護チームとして戸惑っている。看護チームとしては今後も点滴は必要だと考えている。	認知症高齢者の終末期の人工的栄養・水分補給に関する医療の選択に関する倫理的な話し合いの困難感	2
9	70代前半女性	肺炎	経口摂取	器質性肺炎疑いで入院中の事例。およそ1年前より苦味を自覚するようになり食事摂取量が低下している。入院後、NSTが介入。NSTと連携し、本人に詳しく苦味のことや、食事の好みなどを聞いて食事を整えたいが、何となく話をはぐらかされて、話がうまく通じない。有効な対策も立てられず食事摂取量が少ないままに経過している。病棟看護チームとしては食事摂取量が改善しないことを懸念している。入院7日目、ベッドからの転落エピソードあり。	高齢者とのコミュニケーションの困難感と食事摂取量が上がらないまま経過していることへの懸念	2
10	90代後半女性	肺炎	経鼻経管栄養	肺炎で入院し改善が認められて在宅復帰したものの、退院からおおよそ1週間後、高Na血症となり、同じ病院の別病棟へ再入院した事例。食事を提供しても食べない。高Na血症の改善にむけて水分摂取も必要だが、摂取されないため、経鼻チューブを留置して注入している。今後、どのように関わっていけばよいか病棟看護チームは対応に困難を感じている。	意欲低下や処置・ケアに拒否のある高齢者への対応困難感	3
11	80代前半女性	脳梗塞	経口摂取	脳梗塞発症しおよそ10病日目の事例。食事は開始となったが、全介助を要する。介助下での食事は、拒否を示し、数口ほどの摂取で終了することがしばしばある。しかし7～8割摂取することもある。どのように食事介助を行い、関わっていけばよいか検討したい。本人とのコミュニケーションは言語的に困難で、指示動作を促しても認知機能の低下があり指示が入らない状態。頸部後屈認め、強制泣きの症状もある。	その高齢者に応じた食事介助方法が見出せないことからくる対応困難感	3
12	70代後半女性	骨折肺炎	経口摂取	施設で転倒し右大腿骨頸部骨折受傷と誤嚥性肺炎で入院加療中の事例。併存症として肺線維症あり、HOTを数年前から使用している。容易に頻呼吸があり、食事が十分に摂取できない。症状緩和チームが介入し塩酸モルヒネ1ml/hが投与されている。頻呼吸になり呼吸苦を自覚するとパニックに陥り動転して、死にたいとの悲痛な言動も聞かれる。どのような対応を行えばいいのか戸惑いが生じている。	安静時呼吸苦と本人のパニックに対する対応困難感	3

表8 各事例の相談内容（続き）

No	年齢性別	病名	相談時の栄養方法	事例の背景とカンファレンスの動機	老年看護を専門とする看護師が捉えた病棟看護チームの対応に苦慮している内容	カンファレンス回数
13	90代前半女性	脳梗塞	絶飲食	心原性脳梗塞が発症し、左片麻痺の状態の事例。入院6日目で意識レベルⅡ桁で経過し、食事はまだ開始できない。入院前は在宅で過ごしていたが、半年前にADの診断を受け、入院直前は介護保険を申請する予定にしていた。これから、食事開始にする時期を見極めたり、回復の状況によって、療養先の検討を行っていく必要があり、どのような関わりが必要か検討したい。	現段階では退院を見据えた具体的な目標や見通しが見つからないことからくる対応困難感	4
14	90代後半女性	肺炎	絶飲食	誤嚥性肺炎で入院し、入院時より絶食で経過中の事例。家族は在宅復帰の希望あり、食事ができるようになれば、これまで通り通所ケアを利用し在宅で介護していけるとの思いがある。だが、本人は寝たきり状態で、食物の認知は難しく、言語的なコミュニケーションも語彙が極端に減少し喃語のような言葉を発することがあるという状態。経口摂取を開始できる状態ではないとアセスメントされ、家族の期待・希望と、病棟看護チームの考えにずれを感じて、どのように対応すればよいのか戸惑いが生じている。	高齢者の今後の見通しに対する家族と看護師の認識のずれからくる対応困難感	6
15	60代前半男性	脳梗塞	絶飲食	脳梗塞発症し入院加療中の事例。心不全も併発している。多発性硬化症の病歴15年以上。やせが目立っており、褥瘡複数あり(仙骨部、外踝)。ADLは寝たきり状態である。入院7日目で絶飲食中だが、未だ痰の量が多く吸引が必要で、食事開始とならない。これからどのように栄養状態の改善を目指せるのか検討したい。	経口摂取が可能かどうか見通しが見つからないことからくる対応困難感	7

<平成26年度・百瀬>

質問紙は58名より回収され、すべてを有効回答として分析に用いた。

1. 対象者の属性

性別は、94.8%が女性であり、看護職としての臨床経験年数は平均9.4±8.1年、現在所属している病棟経験年数は平均3.5±2.4年であった。対象者の年齢内訳は表1に示す。

2. 勉強会や研修参加状況

過去3年以内に参加した勉強会や研修会の参加状況については表2に示す。高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研修会参加者は2名(3.4%)、認知症高齢者看護、認知症ケアに関する研修会参加者は31名(53.4%)、摂食・嚥下障害看護に関する研修会参加者は25名(43.1%)であった。

3. 身体合併症で入院した認知症高齢者に対する意思決定支援の回答状況

身体合併症で入院した認知症高齢者に対する意思決定支援 32 項目について、「全くそう
 思わない」「あまりそう思わない」「まあそう思う」「かなりそう思う」「とてもそう思う」
 の 5 件法で回答を求めた。認知症高齢者に対する意思決定支援に関する項目（32 項目）合
 計得点は平均 83.5 ± 13.2 であった。得点分布は図 1 に示す。

「とてもそう思う、かなりそう思う」の回答で最も多かったのは、「49.多職種のカンファ
 レンスで、身体合併症で入院した認知症高齢者の、その家族の思いを代弁することは看護
 師の役割だと思う」（25.9%）、次いで「56.私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の今
 後の医療とケアの意思決定を代理で行った、その家族の迷いや不安に寄り添うことは看護
 師の役割だと思う」（24.4%）、「32.私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の全身状態や、
 身体合併症の重症度について、看護師同士で話し合い共有できていると思う」（13.8%）で
 あった。

「全くそう思わない、あまりそう思わない」の回答で最も多かったのは、「41.私は、身体
 合併症で入院した認知症高齢者本人から、延命処置に関する意思を意識的に聴いていると
 思う」（72.4%）であり、次いで、「36.私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の認知症
 のステージについて、医師と話し合い共有できていると思う」（70.7%）、「40.私は、身体合
 併症で入院した認知症高齢者の、その人の病の軌跡を把握するためのコミュニケーション
 を、地域・在宅の関係者ととっていると思う」（65.5%）であった（図 2）。

項目		
性別	男性	2 (3.4%)
	女性	55 (94.8%)
	無記入	1 (1.7%)
年齢	20 歳代	25 (43.1%)
	30 歳代	17 (29.3%)
	40 歳代	11 (19.0%)
	50 歳代	4 (6.9%)
	無記入	1 (1.7%)
看護職臨床経験年数 (年)		
平均値±標準偏差		9.4±8.1
(最小値～最大値)		(0～33)
現在の病棟所属年数 (年)		
平均値±標準偏差		3.5±2.4
(最小値～最大値)		(0～10)

表 2 勉強会・研修会の参加状況

n=58

		高齢者のエンド・オブ・ ライフ・ケア	認知症高齢者看護、 認知症ケア	摂食・嚥下障害看護
参加	有り	2 (3.4%)	31 (53.4%)	25 (43.1%)
	無し	53 (91.4%)	25 (43.1%)	31 (53.4%)
	無記入	3 (5.2%)	2 (3.4%)	2 (3.4%)

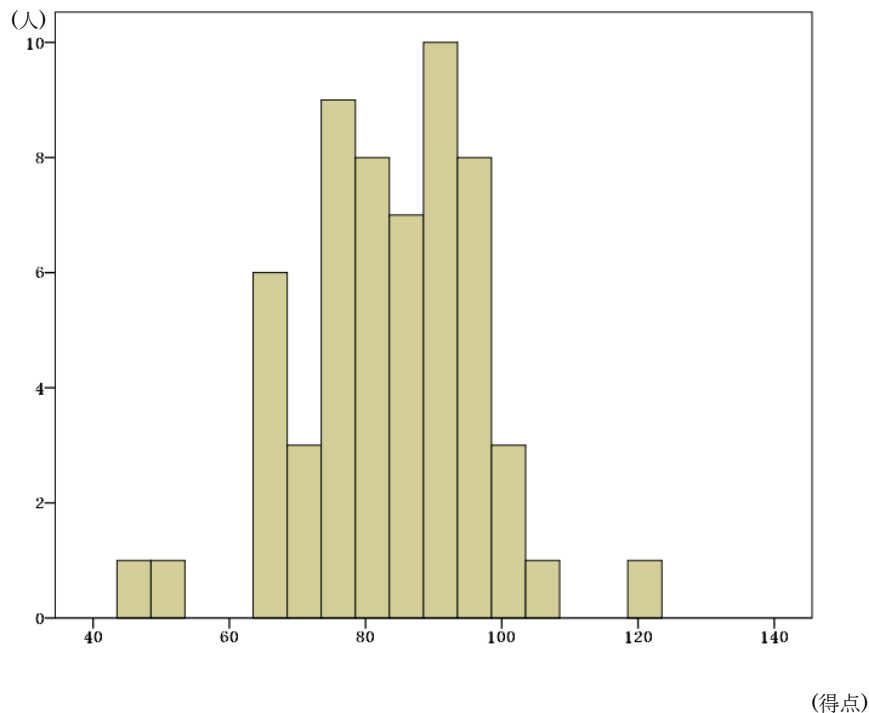


図 1 認知症高齢者に対する意思決定支援項目合計得点分布

(得点)
n=58

4. 認知症高齢者に対する意思決定支援に関する認識の構造

認知症高齢者に対する意思決定支援に関する認識について、その構造を推定するために因子分析を行った。因子分析は、最尤法を採用し、回転前の固有値 1 以上を基準に因子数を決定し、プロマックス回転を行った。また、内的整合性の検討のため、Cronbach α 係数を求めた。その結果、『認知症の病状のプロセスを多職種で共有する (第 1 因子)』『医療や情報提供の必要性のアセスメントと説明 (第 2 因子)』『本人・家族の価値を理解する (第 3 因子)』『アドボケーターとしての役割の認識 (第 4 因子)』『人工的水分・栄養補給に関する意思決定支援 (第 5 因子)』『全身状態・重症度に関する多職種間の情報共有 (第 6 因子)』『医師と連携 (第 7 因子)』の 7 因子構造を示した。因子分析の結果と Cronbach α 係数、因子間相関について表 3 に示す。各因子の α 係数は 0.77~0.89 であった。

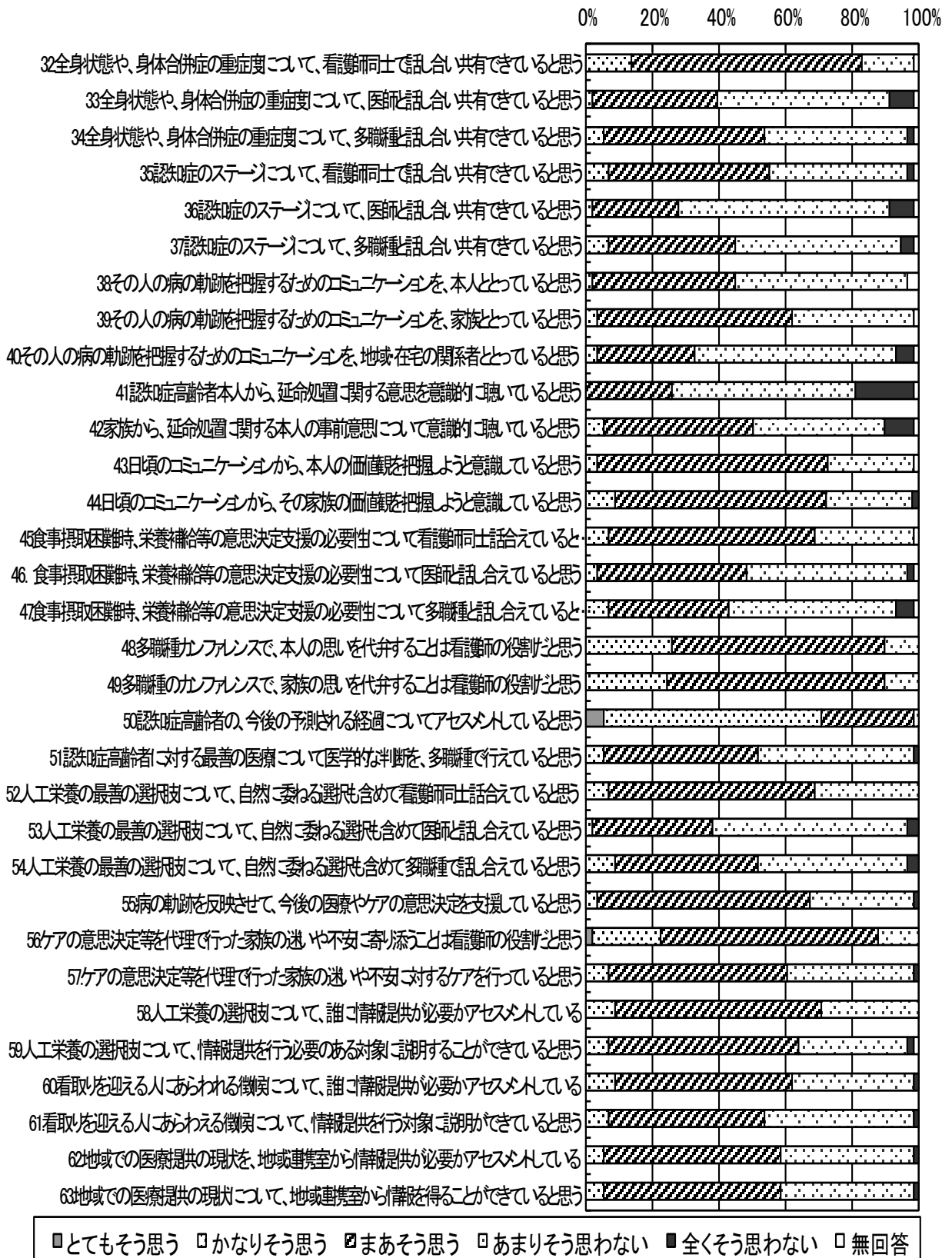


図2 身体合併症で入院した認知症高齢者に対する意思決定支援の回答状況

表 3 認知症高齢者に対する意思決定支援 因子分析結果

項目	因子負荷量						
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
第1因子(6項目)α =.87							
37. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の認知症のステージについて、多職種と話し合い共有できていると思う	1.018	-.027	-.126	.011	.065	-.010	-.088
35. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の認知症のステージについて、看護師同士で話し合い共有できていると思う	1.001	-.305	-.011	-.337	.172	.203	-.032
36. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の認知症のステージについて、医師と話し合い共有できていると思う	.687	.121	-.007	.000	-.084	-.045	.232
40. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の、その人の病の軌跡を把握するためのコミュニケーションを、地域・在宅の関係者としていていると思う	.538	.010	.344	-.134	-.122	-.131	.094
50. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の、今後の予測される経過についてアセスメントしていると思う	.468	.156	.187	.036	-.216	-.047	-.066
51. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者に対する最善の医療について医学的な判断を、多職種で行えていると思う	.286	.173	.223	.222	.051	-.051	.096
第2因子(6項目)α =.89							
62. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の住んでいる地域や療養場所での医療提供の現状について、地域連携室から情報提供が必要かアセスメントしている	.082	.959	-.108	.053	-.162	-.098	-.023
63. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の住んでいる地域や療養場所での医療提供の現状について、地域連携室から情報を得ることができていると思う	.009	.953	-.124	-.007	-.151	-.044	.066
61. 私は、見取りを迎える人にあらわれる徴候や死に至るプロセスについて、情報提供を行う必要のある対象に説明することができていると思う	-.309	.733	.288	-.220	.162	.034	.133
60. 私は、見取りを迎える人にあらわれる徴候や死に至るプロセスについて、誰に情報提供が必要かアセスメントしている	-.232	.670	.104	-.260	.167	.160	.163
59. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する選択肢について、情報提供を行う必要のある対象に説明することができていると思う	.122	.597	-.068	.182	.382	-.100	-.086
58. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する選択肢について、誰に情報提供が必要かアセスメントしている	.224	.517	-.147	.248	.098	.044	-.084
第3因子(8項目)α =.88							
43. 私は、日頃のコミュニケーションから、本人の価値観を把握しよう意識していると思う	-.126	.132	.938	-.080	.098	.048	-.248
42. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者のその家族から、延命処置に関する本人の事前意思について意識的に聴いていると思う	.009	-.079	.887	-.024	.062	-.133	-.034
44. 私は、日頃のコミュニケーションから、その家族の価値観を把握しよう意識していると思う	.155	-.114	.792	-.093	.083	-.013	-.029
52. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する最善の選択肢について、自然に委ねるという選択も含めて看護師同士で話し合えていると思う	-.002	.076	.625	.072	.305	-.005	-.212
38. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の、その人の病の軌跡を把握するためのコミュニケーションを、本人としていていると思う	-.051	-.234	.561	.194	-.151	.190	.281
41. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者本人から、延命処置に関する意思を意識的に聴いていると思う	.305	-.035	.530	-.023	.151	-.192	-.021
39. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の、その人の病の軌跡を把握するためのコミュニケーションを、家族としていていると思う	.336	.059	.394	-.150	-.161	.235	-.050
57. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の今後の医療とケアの意思決定を代理で行った、その家族の迷いや不安に対するケアを行っていると思う	.228	.050	.336	.264	.139	-.123	.098
第4因子(3項目)α =.82							
48. 多職種のカンファレンスで、身体合併症で入院した認知症高齢者本人の思いを代弁することは看護師の役割だと思う	-.128	-.127	-.067	.978	.083	.101	.040
49. 多職種のカンファレンスで、身体合併症で入院した認知症高齢者の、その家族の思いを代弁することは看護師の役割だと思う	-.166	.032	.008	.935	-.036	.097	-.129
56. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の今後の医療とケアの意思決定を代理で行った、その家族の迷いや不安に寄り添うことは看護師の役割だと思う	.057	.216	.214	.296	-.082	.284	-.093
第5因子(3項目)α =.77							
45. 食事摂取困難な認知症高齢者がいたら、早期に情報共有し、人工的水分・栄養補給に関する意思決定支援の必要性について看護師同士で話し合えていると思う	-.043	-.176	.130	.044	.691	.188	.083
47. 食事摂取困難な認知症高齢者がいたら、早期に情報共有し、人工的水分・栄養補給に関する意思決定支援の必要性について多職種と話し合えていると思う	-.040	.215	.077	-.035	.603	.027	.188
54. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する最善の選択肢として、自然に委ねるという選択も含めて多職種で話し合えていると思う	.314	.227	.016	-.072	.419	.160	.116
第6因子(2項目)α =.78							
32. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の全身状態や、身体合併症の重症度について、看護師同士で話し合い共有できていると思う	-.010	-.115	-.157	.187	.267	1.004	.047
34. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の全身状態や、身体合併症の重症度について、多職種と話し合い共有できていると思う	.383	.247	.047	.044	-.066	.469	-.209
第7因子(4項目)α =.81							
46. 食事摂取困難な認知症高齢者がいたら、早期に情報共有し、人工的水分・栄養補給に関する意思決定支援の必要性について医師と話し合えていると思う	.012	.158	-.240	-.134	.217	-.035	.973
33. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の全身状態や、身体合併症の重症度について、医師と話し合い共有できていると思う	.247	.196	.117	.068	-.228	.180	.428
55. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の、その人の病の軌跡を反映させて、今後の医療やケアの意思決定を支援していると思う	.130	-.175	.301	.270	.234	-.080	.354
53. 私は、身体合併症で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する最善の選択肢について、自然に委ねるという選択も含めて医師と話し合えていると思う	.266	.193	.178	.015	-.021	-.045	.270
因子間相関	第1因子 第2因子 第3因子 第4因子 第5因子 第6因子 第7因子						
第1因子	1.000						
第2因子	.591	1.000					
第3因子	.682	.584	1.000				
第4因子	.460	.322	.389	1.000			
第5因子	.209	.414	.284	.045	1.000		
第6因子	.375	.264	.398	.361	-.076	1.000	
第7因子	.516	.476	.564	.128	.191	.111	1.000

因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

5. 高齢者エンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度評価尺度回答状況

深堀らが作成した高齢者エンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度評価尺度 31 項目について、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「まあそう思う」「かなりそう思う」「とてもそう思う」の 5 件法で回答を求めた。高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度評価尺度（31 項目）の合計得点は平均 85.9 ± 14.5 であった。得点分布は図 3 に示す。

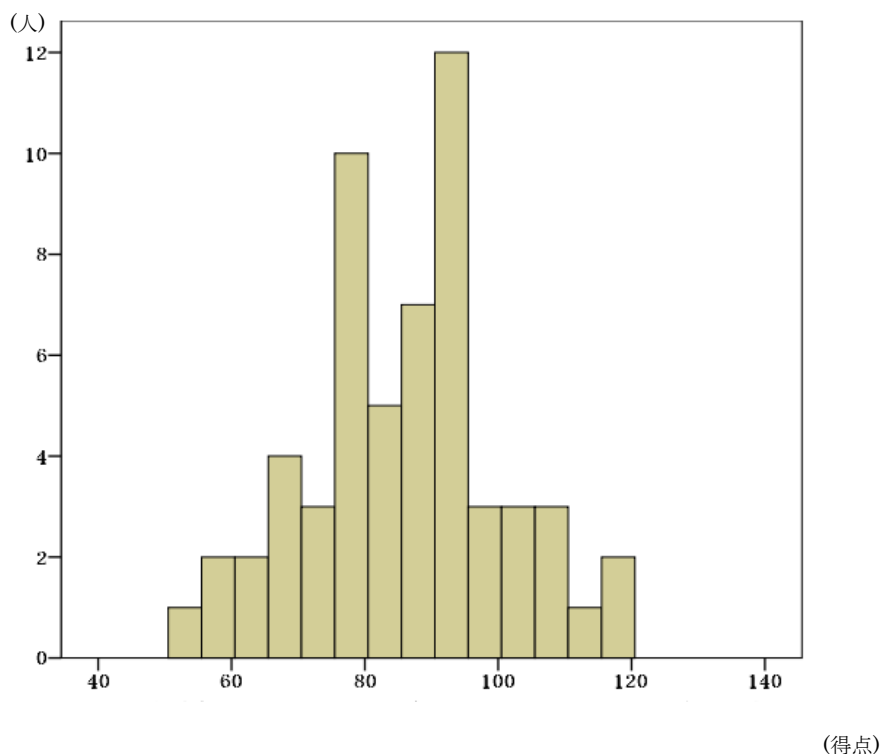


図 3 高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケアへの看護職の態度評価尺度合計得点分布 n=58

「とてもそう思う、かなりそう思う」の回答で最も多かったのは、「21 私は、エンド・オブ・ライフ・ケアを行う中で、高齢者だけでなく、その家族も含めて支援したいと思う」(39.4%)、次いで、「5.私は、エンド・オブ・ライフ・ケアを行う中で、高齢者が抱える苦痛や症状を和らげたいと思う」(36.2%)、「2.私は、高齢者やその家族に関わる時はエンド・オブ・ライフ・ケアを意識したいと思う」(31.0%)、「9.私は、エンド・オブ・ライフ・ケアを行う中で、必ずしも明確には表現されない高齢者本人の意思を汲み取りたいと思う」「12.私は、エンド・オブ・ライフ・ケアを行う中で、高齢者の「その人らしさ」を大切にすることは自分の役割だと思う」(30.0%)、であった。

「全くそう思わない、あまりそう思わない」の回答で最も多かったのは、「26.私は、高齢者が亡くなった後でも、その家族を継続して支援する自信がある」(72.4%) であり、次いで、「7.私は、エンド・オブ・ライフ・ケアを行う中で、高齢者が抱える苦痛や症状を和

らげること自信がある」(70.7%)、「16.私は、エンド・オブ・ライフ・ケアを行う中で、高齢者とその家族が、納得できる人生の最後を迎えるための準備を手助けすることに自信がある」(70.0%)、であった。

D. 考察と結論

<平成 24～25 年度>

肺炎で入院となった認知症高齢者で、摂食・嚥下機能低下を認める事例において、「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用し意思決定支援を行った。介入した8事例のうち、6事例は肺炎が軽快し、経口摂取を確立して退院した。退院後の療養の場所は6事例とも、入院前と同じ場所へ退院した。2事例は、死亡の転帰をたどった。

認知症高齢者の意思表示の能力を過少評価しないことについて

人工栄養の導入について、8事例ともCDR3.0であったが、そのうち3事例は、本人による言葉を通じての意思疎通が可能な認知機能であった。言語的な意思疎通を図ろうとアプローチし、本人の現在の意思の把握に努めたところ、3事例のうち1事例は、人工栄養のうち、特に胃ろうについて、『しなくていい。寿命がきたら仕方がない。胃ろうをしても変わらない。』という旨の言葉を本人から、家族の同席の元で聞くことができた。家族と医療者が共に本人の意思について聞いて共有したと考える。箕岡は、認知症の人の意思能力を過小評価しないことが重要だと述べている(箕岡, 2010)。認知症があっても、本人の認知機能に応じて、通じるコミュニケーションに留意し、意思を聞き取る医療者の支援と理解があれば、本人の意思を明らかにし、医療チームにも家族にも貢献することが可能になると考える。

言語的な意思疎通が可能なあとの2事例においては、回答の拒否と言える言動であった。具体的には『長生きをしたいかどうかなんて、難しくて答えられない』、人工栄養に関する話題自体が『うっとうしい』ということで、本人の現在の意思を聞き取ることはできなかった。自己のいのちに関する意思を明言することは、とても難しいことである。超高齢者だからといって、いつでも達観した言動があるとは限らない。食べられなくなった時の医療処置に関する選択を聞き迫ることに留まらず、本人の価値観や性格、信念などを把握することに努め、全体的・包括的な視点を持ち検討しようとするのが大切であると考ええる。

言語的な意思表示が難しい事例に対する病院入院中の意思決定支援の要点について

自らの意思を、自らの言葉で他者に伝えることが難しい対象に対して、医療者が病院で意思決定支援を行う際に大切なことは、病気・疾病のことだけに焦点を当て、医療の選択のみを迫るように行うのではなく、前述の通り、本人の価値観や生き方、過去にどのような思いを述べていたかというような情報を、よく収集して検討することも大切で

あると考える。本研究における対象者のように、認知症が重度の超高齢者で、さらに全身状態が悪く、本人から直接的な意思の把握が困難な場合は、過去の高齢者本人をよく知る人々―家族・キーパーソン並びに本人の療養生活を支援していた在宅チームの人たちなど―と共に、過去から現在に至る本人を尊重する姿勢をとって、現在病院でアセスメントされた医療者の専門的な身体状況の見立てとともに話し合うことが必要であると考ええる。そして、本人を中心に据えて本人にとっての最善やその人らしさに視点を置いて未来を見つめ、人生の最終段階という時期の過ごし方について、予測される経過・変化をできるだけ共有し、合意に基づく意思決定を行うよう努めることが意思決定支援を行う者としての重要な態度であり、方法でもあると考える。病気・疾病のみではなく、高齢者を全体的・包括的な視点で捉え見つめるためのイメージ図について、図2に示す。高齢者の意思決定支援の方法の一つとして、過去～現在～未来の軸を個々の高齢者に敬意を払って専門的に紐解き、縦糸・横糸を丁寧に織り成す過程を共有するものになればと考える。

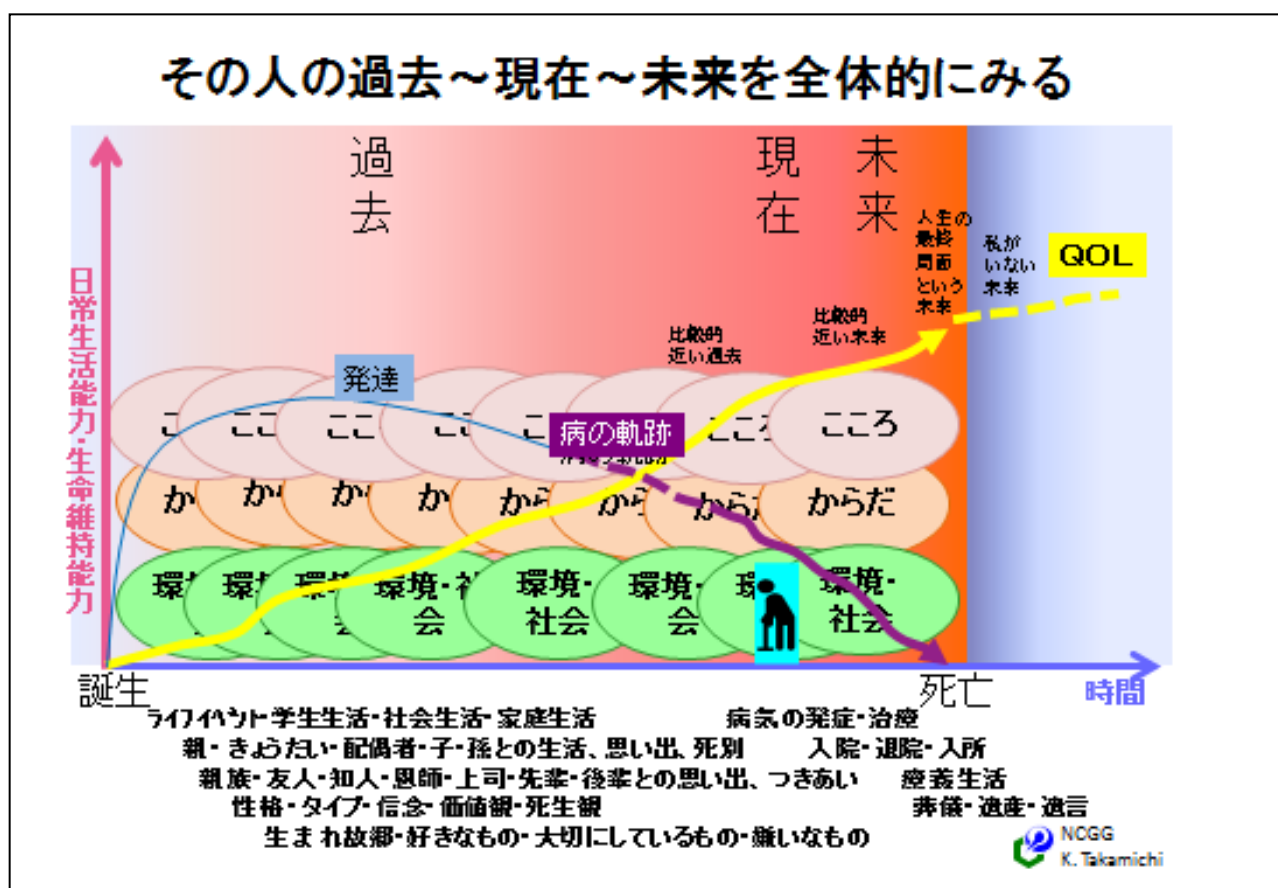


図2 意思決定支援において本人を全体的・包括的に捉えるイメージ図

疾病だけに目をむけず、発達段階やライフイベントも含んで、その人の現在の状況について背後にある過程（ライフヒストリー・生活状況・その人の信念・価値観・好み、仕事・家族・地域社会・人間関係など）にも十分な関心を向け、現在その人が必要していることを捉えようと思ふ。予後の予測は困難でも、そのことから未来への方向性を見出せる可能性がある。過去と現在をつなぎ、未来を見据える。

肺炎で入院した認知症高齢者への4つの看護介入について

高齢者の肺炎の場合、薬物療法と安静のみならず、離床の時期を適切に判断し、誤嚥を予防するためのリハビリテーションや口腔ケアとともに食事介助を実施し、退院後の療養生活を見据えたケアの調整をすることによって、回復過程が支援され退院に通じる。そのような背景から、肺炎で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援を行うには、①肺炎の回復過程を促進する看護介入、②摂食・嚥下機能の維持向上にむけた看護介入、③本人と家族の自律を支える看護介入、④地域との連携を結ぶ看護介入を連動させていくことが大切であったと考える。この4つの看護介入は、入院中うまく連動するようマネジメントする必要もあったと考える。

肺炎の治療が奏功して解熱し、喀痰の量も減少し、意識レベルや会話の明瞭さ、データの改善などの回復に関する変化の徴候を把握することは、①肺炎の回復過程を促進する看護介入として、高齢者本人の年齢や併存症を問わず急性期病院が担う役割でもある。①の看護介入時期は、絶飲食とされることがしばしばあるので、①と平行するように②の摂食・嚥下機能の維持向上に向けた看護介入が重要である。絶飲食中は口腔ケアや嚥下リハビリテーションの間接訓練を行って、状態が好転してきた頃、本人の覚醒も良いといった、本人にとって有利な条件の元で、多職種で包括的に嚥下機能を見極め、直接訓練を開始する。③の本人と家族の自律を支える看護介入は、本人との意思疎通を過小評価せずコミュニケーションを図っていくことで、経口摂取の可能性を引き出せることもある。家族やキーパーソンとは面会時や病状説明時などで対話を重ねていくことも行い、各場面で思いを傾聴し、意思決定する際の迷いや揺れる気持ちに寄り添うようにする。④は退院の間際というよりも、やはり①の看護介入と平行して入院の間もない時期から、退院支援部門と連携し必要な情報を共有しながら、医療の選択とともに重要な療養の場を決定していく。療養の場の選択と決定では、その支援が③のことともリンクし、最期に過ごしたい場所と共に過ごす人を伺って調整することもある。

①~④の看護介入のマネジメントを行うには、24時間の入院生活を支えている看護チーム、治療方針を示し回復を支援する多職種、退院支援部門のスタッフに調整的に関わって、自らも本人や家族へのケアを実践するような多機能な役割を果たす必要があると考える。看護チームの中においては、入院中の本人の経過を縦断的に捉え、看護計画に参画し、目標を達成するよう支援する、そして、多職種チームの中では横断的な連携をとって、看護チームの持つ情報を多職種に提供する、そして多職種の持つ情報や方針を看護チームに浸透するようにし役割を果たして協働することは重要であったのではないかと考える。医療チーム内で多機能に役割を果たすメンバーが存在することは有用なこともあると考える。本研究では、8事例中6事例で経口摂取が確立し、転居することなく、入院前の元の療養場所へ復帰できることにつながったのではないかと考える。

本人と家族の自律を支える看護介入において、「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用することについて

医療現場で、医学的な話し合いだけではなく、本人にとって最善の選択となるような、全体的な視点で倫理的な話し合いをすすめるには、「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用すると、大変有用であると考えます。本ツールは本来、本人や家族が医療者の情報を得て、自記式で記入することを想定されているが、本研究では看護師（調査者）が、本人と家族の自律を支える看護介入として実践した場面や、面談で得た内容を代筆し、その内容に相違がないかどうかを家族に確認して同意を得るという方法で適用した。代筆した内容に修正が必要なことはほとんどなく、意向を共有できたと考えます。

本ツールのパンフレット部分も、家族に対して人工栄養法の種類やメリットとデメリットなどの情報提供することができた。特にこのパンフレット部分で特徴的な、「自然にゆだねる」という選択肢については、パンフレットを活用することで、看護師（調査者）から提示し、代理決定するキーパーソンと検討する機会を得ることができた。医学的転帰が死亡であった2事例の場合は、自然にゆだねるという選択肢を提示するとともに、その選択肢は本人の苦痛を少なくするための効果や目的も含まれることを伝えることができた。そして、本人がもし意思表示可能だったらどのような選択をするかということに基づいて、話し合うことも実際に行うことができた。意思決定するキーパーソンは、当然ながら気持ちの揺れがあった。病院における介入であったため、病院でできることを最期まで行ってほしいという気持ちが、家族から意思表示された。看護師はそのことを受け止めるようにし、医療チームの中で過剰でもなく過小でもない医療の提供について検討することにもなった。

看護師がパンフレット部分も活用し対話を行ったプロセスによって、キーパーソンや家族も、本人の全身状態についての理解が促され、本人との死別が現実になることを避けられないということ、医療者と同様に意識した状況となったと考えます。そういう状況になると、質の良い家族ケアについて考えて実施できる機会も得られることになったと考えます。家族の面会や人数が増し、本人との思い出話で病室が明るい雰囲気になったことがあったり、面会を終えた後の家族の悲嘆を傾聴する場面に出会ったり、いつ看取りの日が来るのでしょうかという家族の率直な不安や質問に応じる場面に出会ったり、本人の生命力が弱まっていく状況の中でも自宅に連れて帰りたいたいという家族の思いが実現できるかどうか話し合いを重ねたり、微弱なサイン（本人から発せられる全体的なメッセージとなるもの。バイタルサイン、表情、動作、雰囲気）を読み取って本人の調子がよい日や時間を医療者と家族が情報共有して、本人の残された時間を家族や大切な方々とともに大事に過ごすことを支援するというような場面があった。医療現場での合意形成を目指す話し合いを通して、本人との死別が現実になることをキーパーソンも認識したからこそその場面ではないかと考えます。

病院で“食べられなくなったらどうしますか”という話し合いが行われる病期や全身状態について

肺炎で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援で、本人と家族の自律を支える看護介入を行う際、認知機能の低下している本人との意思疎通が難しい、あるいはできないという事例がほとんどであることは事実であり、本人を支えるキーパーソンが代理で意思決定を担うこととなる。本研究で対象となった肺炎で入院した認知症高齢者の認知症の病期を、アルツハイマー型認知症の臨床的重症度評価（Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease; FAST）で示すと、Stage 7の非常に高度の認知機能低下の段階である事例がほとんどであったと考える。在宅医療の場で認知症高齢者を数多く診療している医師は、FAST分類のStage 7のサブステージ d、e、fの状態、誤嚥性肺炎や繰り返す発熱、6ヶ月以内の10%以上の体重減少が併発したら末期として考えると述べている（平原，2013）。確かに本研究においても、医学的転帰が死亡の経過をたどった事例においては、FASTのStage 7のサブステージ（d）～（f）に該当し、かつBMI 18.5以下であったり、外見上一見してのり痩がわかる状況であった。食事場面でのADLは全介助、そして入院前のエピソードとして、食事介助時間が1時間も要する状況であったり、食事摂取量が徐々に低下している傾向が見受けられていたり、入院前には微熱があったということなどが聞かれた。

非がん疾患においては、その疾患の予後予測は難しいと言われているが、肺炎で入院した認知症高齢者の事例では、大抵の場合は進行した認知症のステージで、本人の看取りの時間がそう遠くない将来に控えているように感じられることがある。たとえいつ看取りの瞬間がやってきても、本人中心に最善の医療とケアを提供していて、遺される家族や本人と関わってきた人びと、医療従事者・ケア提供者らにとっても、これで良かったという安寧なプロセスが構築されるために、関係している人々の間で、十分なコミュニケーションを図ろうとする取り組みは重要だと考える。食べられなくなった時に、どうするかを急に考えるというよりも、認知症の末期における本人の思いや希望は、身近な他者が支援し叶えるという構図となっていることを知って、広義の意味でのエンドオブライフ・ケアの充実に取り組むことがこれからの超高齢社会では必要であると考えられる。

病の軌跡を描きキーパーソンと共有するという事について

本研究の事例のキーパーソンの中で、本人が食べられない状況ならば胃ろうは必要だと考えているが、入院して状態が改善し、現在は経口摂取が可能となって食べられるので胃ろうはしないという意味を聞かせていただく経験もした。認知症高齢者の肺炎が軽快し、経口摂取を継続していくこととなった場合に、その後どのような経過が予測されるのか、現在の病期とその後の経過がイメージで共有できるよう、病いの軌跡のモデル図を書き示して説明を行った。横軸の時間の推移とともに、縦軸の生命維持能力や日常生活動作の自立度が低下し、死亡に至る曲線を描き伝えた。キーパーソンも、ある程度

そのような経過があることに気が付いていたり、仕方がないという言動が聞かれたりした。そして、肺炎で入院し状態が改善したからこそ、入院前と同じ暮らしができるようにしたいという希望を述べられたり、改善した現在の状態ならば在宅介護ができると思うと意思表示され、在宅での介護方法を伝え在宅復帰を支援できた事例となった。病いの軌跡について、キーパーソンとの面談で使用した経験を通じて、高齢者のエンドオブライフ期の意思決定支援に関する介入の一つの方法として有用なのではないかと考える。

病いの軌跡を描き、医療者がキーパーソンと対話することでのメリットとして、以下の4点があるのではないかと考える。

1. 現在の身体的な状態や状況を総合的に見て、自然経過としてどのようなコースをたどるのか、視覚的に明らかになる。そのことによって、これから先の将来、未来を予測的に考えることが可能になる。
2. 時間軸の未来にある死が、現時点からの余命がはっきりと告げられなくても、やがては訪れるという避けられない現実であり、真実であることの認識を促す。
3. 時間軸の未来の側から現在を考えてみると、死を迎えようとする本人の残された時間を最善の軌跡・コースをたどる治療やケアを提供していこうという思いが強まったり、関係する人たちの間で共鳴し合うことが可能になる。
4. 本人中心に、本人と共に如何に過ごすかと、現在の時点から共に考え、コミュニケーションをとることを促す。より早期からのエンドオブライフ・ケアの実践に近づく可能性がある。

<平成26年度・高道>

急性期病院に入院した高齢者の栄養・食事に関して、病棟看護チームがカンファレンスで検討を要する内容は、多岐に渡っていることが明らかとなったと考える。

本研究で紹介した15事例のうち、初回の事例検討時に絶飲食の状態であった事例は5事例あり、そのうち2事例（【事例8】【事例14】）は、急性期病院での意思決定の難しさを象徴している事例ではないかと考える。事例の認知症の病期をアルツハイマー型認知症の臨床的重症度評価（Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease; FAST）で示すと、FAST 7e、7fで、肺炎や褥瘡を有する痩せを認め、認知症末期と考えられた。実際のカンファレンスでは、老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」に準じて、高齢者本人を中心とした合意形成を目指す話し合いをすみやかに言い、意思決定に基づく医療・ケア提供が、入院の早期から必要な事例であることを、カンファレンスを通じて共有し、代理決定者となる家族との十分なコミュニケーションの必要性をアセスメントし、面会の時間帯や頻度などを踏まえて看護実践することとなった。実際のカンファレンス内容や経過、転帰などを振り返って介入した病棟看護師が語った内容については分析中である。

昨今、超高齢者の入院が増しているので、老年看護を専門とする看護師がカンファレンスに加わって病棟看護チームが抱えている相談にタイムリーに応じることは、高齢者とその家族にとっても医療チームにとっても有用ではないかと考える。

<平成 26 年度・百瀬>

急性期病院に入院した認知症高齢者とその家族の意思を尊重した意思決定支援を行うための病棟看護師の実践力の向上をめざし、その初期的調査として、病棟看護師が対応に苦慮している課題の傾向について検討した。入院した認知症高齢者に対する意思決定支援について、8割以上の看護師は、多職種カンファレンスで認知症高齢者や家族の思いを共有し、代弁することや代理決定を行った家族に寄り添い、不安の軽減に努めることが看護師の役割と認識していることが明らかとなった。一方、認知症高齢者本人から、延命処置に関する意思確認をすることや、医師および地域・在宅の関係者との情報共有を行っているとの認識が低い傾向が示された。また、意思決定支援の認識においては7位因子構造が推定できたことから、今後、カンファレンスのファシリテートや教育的介入を行う際の教材や課題設定において重要な示唆が得られたと考える。さらに、エンドオブライフ・ケアに関しては、高齢者だけでなく、その家族も含めて支援したいと思う一方で、その実践には自信がないと評価している傾向がみられた。今回の調査は、介入前の看護師の認識の傾向を把握することを目的としたが、今後はこの結果を参考にして、認知症をもち入院した高齢者および家族に対する意思決定支援において困難が生じた際に、病棟看護師がこれらの視点を意識することに努め、実践力を高めていけることを目的にアクションリサーチによる介入研究を実施する予定である。また、アクションリサーチを終了した時点で、入院中の認知症高齢者に対する意思決定支援についての認識の変化や行動変容についての評価を継続的に行うことが次年度の課題である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

平成 24 年度

なし

平成 25 年度

- 1) 高道香織；困難事例の誌上コンサルテーション 認知症におけるエンド・オブ・ライフ・ケア，ナーシングトゥデイ 28(3), 49-51, 2013

- 2) 高道香織, 高梨早苗; 寝たきり高齢者の意思を尊重したケアの実践-寝たきり的高齢者のどこを見て、どう判断し、ケアするか, 高齢者安心安全ケア実践と記録, 11(4), 9-16, 2014

平成 26 年度

- 1) 高道香織, 肺炎で入退院する認知症高齢者と家族への意思決定支援のプロセス, 看護管理 25(1), 43-51, 2015
- 2) 高道香織, 病院における認知症ケアと医療の提供との融和について, 日本看護倫理学会誌, 7(1), 120-121, 2015

2. 学会発表

平成 24 年度

- 1) 高道香織, 横江由理子, 西川満則, 星山明代, 寺西正美; 肺炎で入院した高齢者の人工栄養に関する意思決定支援の実際, 日本老年看護学会第 17 回学術集会, 2012 年 7 月 16 日, 石川県金沢市

平成 25 年度

- 1) 高道香織, 桑田美代子, 寺西正美, 天津栄子, 会田薫子, 清水哲郎; 肺炎で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援のプロセスの実際~「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用しての臨床経験報告~, 日本老年看護学会第 18 回学術大会, 2013 年 6 月 2 日, 大阪府大阪市
- 2) 高道香織, 桑田美代子, 寺西正美; 肺炎で入院した認知症高齢者の意思決定支援についての検討~「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用し表出された家族の語りより~, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 2013 年 6 月 22 日, 神奈川県横浜市
- 3) 高道香織; 高齢者支援における総合病院の役割 「“私は私になる”を支えるために», 第 26 回日本総合病院精神医学会総会, 2013 年 11 月 30 日, 京都府京都市
- 4) 高道香織; 認知症を有する高齢者の意思決定支援-清水・会田の意思決定プロセスノートを適用して-, 人生の最終段階のケアを支える文化の創成に向けてシンポジウム, RISTEX 研究開発プロジェクト「高齢者ケアにおける意思決定を支える文化の創成, 2013 年 2 月 9 日, 東京大学

平成 26 年度

- 1) 新美和代, 高道香織, 高梨早苗, 横江由理子, 佐藤裕美, 鈴木美樹, 山本真由, 武長美由紀, 堤亜希, 金児真澄, 伊藤眞奈美; 高齢者の意思決定支援に向けたノート作成の取り組み~その人らしい生き方・逝き方を支えるために~, 第 19 回日本緩和医療学会, 平成 26 年 6 月 20 日, 兵庫県神戸市
- 2) 高道香織; 高齢者のエンドオブライフ・ケアの実際と課題, NHO 医王病院教育研修会, 平成 26 年 8 月 22 日, 石川県金沢市

- 3) 高道 香織 ; 認知症高齢者のとのコミュニケーション, 平成 26 年度千葉県看護連盟
リーダーセミナーⅡ, 千葉県看護連盟, 2015 年 1 月 24 日, 千葉県千葉市

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし