

長寿医療研究開発費 平成 27 年度 総括研究報告（総合報告及び年度報告）

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
-アクションリサーチを用いた急性期病院での介入研究-に関する研究（27-7）

主任研究者 高道 香織 国立長寿医療研究センター 看護研修室長

研究要旨

2 年間全体について

急性期病院に入院した終末期にある認知症高齢者とその家族の栄養に関する意思決定支援において、病棟看護師が対応に苦慮している事例に対し、研究者らが病棟看護師（研究参加者）と合同で事例検討を繰り返すなどアクションリサーチを用いた介入を行い、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力量の変化と成果を検討することを目的とした。

研究デザインは、急性期病院の病棟看護師を対象にしたアクションリサーチである。集合教育による知識の提供に加え、本研究では、Kemmis&McTaggartにより開発されたアクションリサーチのサイクル型のリサーチモデルに基づき展開した。研究者は、病棟の困難事例や現場が抱える問題を病棟看護師の振り返りを通じて共有・把握し、事例や現場の状況に応じた適切で継続可能なケア方法や看護計画を協働して検討・立案した

前述のプロセスを通じて、高道は、急性期病院における認知症高齢者の終末期の栄養に関する意思決定支援の促進因子と阻害因子を、看護カンファレンスの逐語録を基に検討した。データ収集期間は 2015 年 2 月～3 月で、7 対 1 看護体制を取得している急性期病院の看護部より推薦された 2 つの病棟に、栄養面や食事に関する対応に難しさのある高齢者に対し、病棟看護師と研究者が病棟で合同にカンファレンスを行うこととした。データ収集前、認知症高齢者の栄養に関する意思決定支援の学習会を、病棟管理者、病棟看護師が全員受講するまで同一内容で実施した。その後より、病棟単位の看護カンファレンスを行った。カンファレンスは 1 回 30 分で、週 1～2 回、1～2 事例ずつ対応困難が解決するまで継続的に複数回検討した。ファシリテータは、老人看護専門看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、老年看護学研究者が務めた。分析はデータ収集期間中、全 15 事例の看護カンファレンスを実施した。そのうち、①入院時の診断名が肺炎である、②カルテに認知症の病型の記載がある、③初回の病棟看護カンファレンス時に絶飲食である、の 3 要件をすべて満たす事例が 2 事例あり、分析対象事例とした。 分析対象事例

の全7回分の病棟看護カンファレンスを逐語録などを元に再構成し、再構成データの文脈に留意しながら意味内容単位のデータを抽出しコード化し、類似と相異に留意して分類した。分類された内容は類似内容を包括するカテゴリー名を付けた。促進因子は76コードから13カテゴリーが生成された。阻害因子は32コードから8カテゴリーが生成された。急性期病院における認知症終末期の栄養に関する意思決定支援では、促進因子及び阻害因子に留意して検討し、今後の医療とケアの方向性を行うことが重要だと考える。

百瀬は、介入前後における研究参加者の「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」評価尺度を量的データとして統計的解析を行い、現場に生ずる変化に関して検討した。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 看護研修室長

研究期間 平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日

A. 研究目的

本研究では、急性期病院に入院した認知症高齢者の終末期の栄養に関する意思決定支援において、病棟看護師（研究参加者）が対応に苦慮している事例に対し、研究者と病棟看護師とが合同で病棟での看護カンファレンスにおいて検討した。そのカンファレンスでの相互の発言内容より、急性期病院における認知症高齢者の意思決定支援の促進因子及び阻害因子について、質的に分析することを目的とした。

B. 研究方法

研究デザインは、急性期病院の病棟看護師を対象にしたアクションリサーチである。集合教育による知識の提供に加え、本研究では、**Kemmis&McTaggart**により開発されたアクションリサーチのサイクル型のリサーチモデルに基づき展開した。研究者は、病棟の困難事例や現場が抱える問題を病棟看護師の振り返りを通じて共有・把握し、事例や現場の状況に応じた適切で継続可能なケア方法や看護計画を協働して検討・立案したり、そのために必要な情報・知識を提供したりする。

1. 調査フィールド

国内の 1ヶ所の看護体制 7対1の急性期病院において、認知症を有し、肺炎などの身体合併症で入院となる認知症高齢者を比較的よく受け入れていると看護部より推薦された、2つの病棟を調査フィールドとした。

2. データ収集

介入を開始する前に、2つの病棟の全看護師（管理者も含む）を対象に認知症高齢者の終末期の栄養に関する意思決定支援についての学習会を実施した。全員が学習会に参加し受け終えるまで、同じ内容の学習会を 5回実施した。

事前学習会終了後より、急性期病院に入院中の高齢者で、栄養や食事摂取に関する対応に苦慮する事例に対し、研究者（老年看護を専門にする看護師）と病棟看護師（研究参加者）とが週に 1～2回、病棟で合同に看護カンファレンスを行った。カンファレンスは 1回 30分で実施した。カンファレンス内容は ICレコーダーを用い録音を行った。

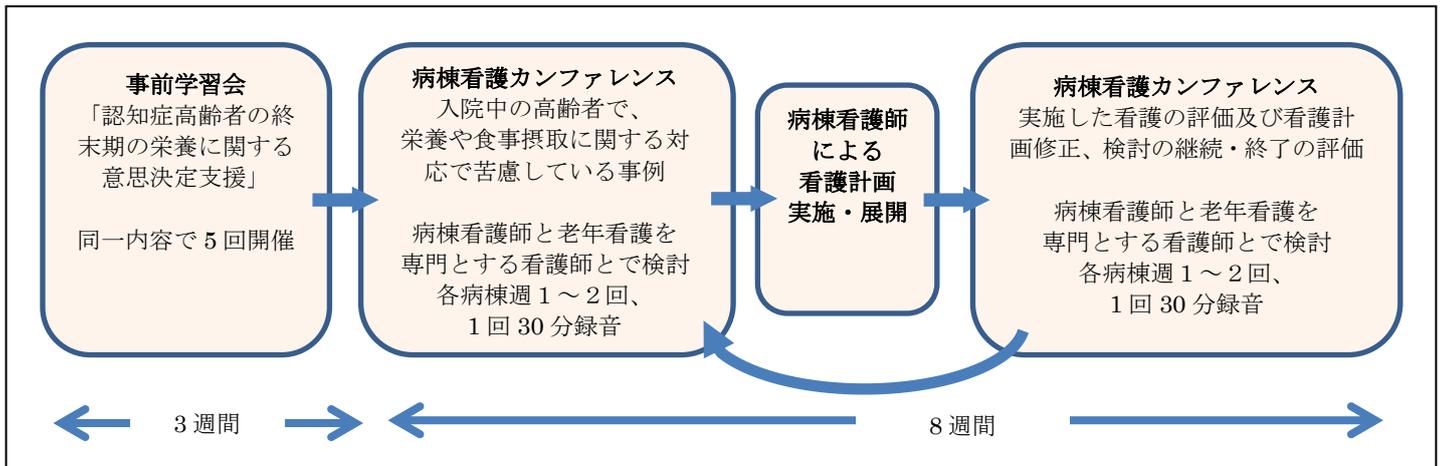


図1 データ収集のプロセス

3. 分析対象

録音内容を逐語録としてデータ化し、その逐語録を分析対象として急性期病院における認知症高齢者の意思決定支援の促進因子及び阻害因子を検討した。

4. 調査期間とデータ分析期間

調査期間は2015年2月～3月、データ分析期間は2015年4月～2016年3月である。

5. 分析方法

1) 全事例のまとめ

調査期間中に病棟看護カンファレンスで検討した、全事例の概要及び初回カンファレンス時の対応困難内容をまとめた。

2) 分析事例の選出

全事例のうち研究目的に該当する分析事例として、①入院時の診断名が肺炎である、②カルテに認知症の病型の記載がある、③初回のカンファレンス時に絶飲食である、の3要件を全て満たす事例を分析事例として選出した。①～③を要件とした背景・理由については、65歳以上高齢者の死因として肺炎は2011年より第3位に浮上し、現在まで続いている状況があるということ、認知症高齢者の場合、終末期に感染症、特に肺炎を罹患することが多いので、肺炎での入院を機に終末期の医療とケアに関する意向を確認する関わりが重要であること、肺炎で入院する認知症高齢者にはしばしば「食べられなくなったらどうするか」という問題や状況が生じ、意思決定支援が必要になることがあり、本調査の前段階として平成25～26年度にかけて行った「認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援（長寿医療研究開発費24-7）」の研究成果も踏まえ、絶飲食状態が認められることを、本研究の分析事例の要件を定めた。

3) 分析事例における病棟看護カンファレンス内容の再構成

分析事例の選出後、分析事例の全てのカンファレンスの逐語録を、事実に忠実に内容を各回再構成した。再構成されたカンファレンス内容は、病棟でのカンファレンスに参加していた看護師と研究者とで同じ資料で同時に内容を確認し、意見が食い違う箇所があれば、逐語録のデータに戻ってカンファレンス場面を確認し、意見の相違が無いよう再構成内容を修正した。そして最終的にその再構成された内容が事実に基づいていると一致していることを確認した。

4) データのカテゴリー化

再構成されたデータより、意味内容単位のデータを抽出しコード化し、類似と相異に留意して分類した。分類された内容は、類似内容全体を包括するカテゴリー名を付けた。

(倫理面への配慮)

研究を開始するにあたり、調査フィールドである急性期病院の倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. カンファレンス事例の概要

調査期間中、15 事例がカンファレンス事例として挙げられた (表 1)。平均年齢は、85.6 ±10.8 歳で、最高年齢は 102 歳、最小年齢は 61 歳であった。性別は、女性 11 名 (73.3%)、男性 4 名 (26.7%) であった。15 事例の入院形態は、緊急入院が 15 名 (100%) 待機入院はなし (0%) であった。入院時の病名に肺炎が関連していた事例は 8 名 (53.3%) で、8 名の肺炎の内訳は、誤嚥性肺炎 5 名、急性肺炎 1 名、肺炎 2 名であった。初回のカンファレンス実施時の栄養方法は、経口摂取が 9 名 (60.0%)、経鼻経管栄養が 1 名 (6.7%)、絶飲食が 4 名 (26.7%) であった。

初回カンファレンス実施のタイミングについては、入院日から平均 15.9 ±13.2 日目で、検討事例として挙げられていた。最短で入院 6 日目、最長で入院 59 日目で初回カンファレンスが開催された。初回カンファレンス実施時点での、病棟看護師が対応困難と捉えている内容や背景について表 2 に示す。

表1 事例の背景

No	年齢	性別	入院形態	入院時病名	併存症	認知症病型	初回カンファレンス実施時の栄養方法
1	102	F	緊急	誤嚥性肺炎	AD	AD	経口摂取
2	96	F	緊急	誤嚥性肺炎	AD	AD	絶飲食
3	78	F	緊急	誤嚥性肺炎	がん(舌がん)	不明	経口摂取
4	73	F	緊急	右急性肺炎	脳梗塞後	不明	経口摂取
5	75	M	緊急	腎機能低下	がん(膀胱 Ca)	不明	経口摂取
6	78	F	緊急	右大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎	肺線維症	不明	経口摂取
7	92	F	緊急	腰椎圧迫骨折、膿胸	DM、HT	不明	経口摂取
8	86	M	緊急	DLB 疑い・精査	不明	不明	経口摂取
9	93	F	緊急	けいれん発作	AD	AD	経口摂取
10	84	F	緊急	アテローム性脳血栓、脳梗塞	不明	不明	経口摂取
11	87	M	緊急	誤嚥性肺炎	PD	不明	絶飲食
12	61	M	緊急	脳梗塞	多発性硬化症	不明	絶飲食
13	95	F	緊急	肺炎、高 Na 血症	脳梗塞	VD	経鼻経管栄養
14	93	F	緊急	心原性脳塞栓症	AD	AD	絶飲食
15	91	F	緊急	肺炎	AD	AD	絶飲食

表2 病棟看護師が栄養面や食事に関する対応に苦慮している事例の背景と内容

No	年齢	性別	入院時病名	初期の対応困難内容	初回カンファレンス日
1	102	F	誤嚥性肺炎	誤嚥性肺炎で入院したが、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。	入院 18 日目
2	96	F	誤嚥性肺炎	誤嚥性肺炎で入院し、入院時より絶食で経過中。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、病棟看護チームの認識にずれを感じて、どのように対応すればよいか戸惑いが生じている。	入院 12 日目

表2 病棟看護師が栄養面や食事に関する対応に苦慮している事例の背景と内容（つづき）

No	年齢	性別	入院時病名	初期の対応困難内容	初回カンファレンス日
3	78	F	誤嚥性肺炎	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回目の入院となっている。入院中、経口摂取を開始しているが喀痰も多く、吸引が必要である。嚥下内視鏡検査の結果、咽頭残留が多いことも明らかとなった。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。	入院14日目
4	73	F	右急性肺炎	器質化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、栄養サポートチーム（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もあり。	入院24日目
5	75	M	腎機能低下	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自立し生活していたはずだが、入院後、食事も介助を要する状況となっていて、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。	入院12日目
6	78	F	右大腿骨頸部骨折、 誤嚥性肺炎	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。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	入院7日目
7	92	F	腰椎圧迫骨折、 膿胸	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。	入院7日目
8	86	M	DLB疑い 精査	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か検討したい。	入院59日目
9	93	F	けいれん発作	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こと。どのように関わればよいか分からず、ケアの提供に病棟看護チームは困難を感じている。	入院7日目

表2 病棟看護師が栄養面や食事に関する対応に苦慮している事例の背景と内容 (つづき)

No	年齢	性別	入院時病名	初期の対応困難内容	初回カンファレンス日
10	84	F	アテローム性 脳血栓、脳梗塞	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。	入院 14 日目
11	87	M	誤嚥性肺炎	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。	入院 22 日目
12	61	M	脳梗塞	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すのか検討したい。	入院 14 日目
13	95	F	肺炎、 高 Na 血症	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。	入院 15 日目
14	93	F	心原性 脳塞栓症	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。	入院 6 日目
15	91	F	肺炎	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。今後どういう方針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。	入院 7 日目

15 事例のカンファレンスのべ回数は、39 回で（表 3）、1 事例につき開催されたカンファレンス実施回数は平均 2.6 回であった。1 事例につき開催されたカンファレンス回数の最高回数は 7 回で、事例 No.12 の 1 事例であった。最少回数は 1 回で、事例 No. 1、No.3、No.5、No.8、No.11 の 5 事例であった。

表 3 各事例のカンファレンス実施回数

No	年齢	性別	入院時病名	カンファレンス回数
1	102	F	誤嚥性肺炎	1
2	96	F	誤嚥性肺炎	6
3	78	F	誤嚥性肺炎	1
4	73	F	右急性肺炎	2
5	75	M	腎機能低下	1
6	78	F	右大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎	3
7	92	F	腰椎圧迫骨折、膿胸	2
8	86	M	DLB 疑い・精査	1
9	93	F	けいれん発作	2
10	84	F	アテローム性脳血栓、脳梗塞	3
11	87	M	誤嚥性肺炎	1
12	61	M	脳梗塞	7
13	95	F	肺炎、高 Na 血症	3
14	93	F	心原性脳塞栓症	4
15	91	F	肺炎	2

15 事例のうち、分析事例の要件を全て満たしている事例は、事例 No.2、No.15 の 2 名であった（表 4）。分析非該当の 13 事例中 9 事例は、初回カンファレンス時に既に経口摂取が開始されていた。残り 4 事例中 3 事例は肺炎以外での入院で、1 事例は認知症に関する病型の記載が無かった。

表4 分析事例の3要件の適用と選出

No	年齢	性別	要件① 認知症病型	要件② 入院時病名が肺炎	要件③ 初回カンファレンス 実施時の栄養方法	分析事例要件
1	102	F	AD	肺炎	経口摂取	—
2	96	F	AD	肺炎	絶飲食	該当
3	78	F	不明	肺炎	経口摂取	—
4	73	F	不明	肺炎	経口摂取	—
5	75	M	不明	—	経口摂取	—
6	78	F	不明	肺炎	経口摂取	—
7	92	F	不明	—	経口摂取	—
8	86	M	不明	—	経口摂取	—
9	93	F	AD	—	経口摂取	—
10	84	F	不明	—	経口摂取	—
11	87	M	不明	肺炎	絶飲食	—
12	61	M	不明	—	絶飲食	—
13	95	F	VD	肺炎	経鼻経管栄養	—
14	93	F	AD	—	絶飲食	—
15	91	F	AD	肺炎	絶飲食	該当

2事例の再構成されたカンファレンス内容より、急性期病院に身体合併症で入院した認知症高齢者の意思決定支援に関する促進因子79個、阻害因子32個の意味内容単位のコードが抽出された。

それらのコードを分類し、促進因子は13個のカテゴリーが生成された(表5)。【家族と良好な関係性を構築し十分にかかわる】、【専門分野を持つ看護師がカンファレンスへ参画する】、【経口摂取の可能性を高める介入を検討する】、【終末期の高齢者の人工的水分・栄養補給方法についてガイドラインやパンフレットを活用する】、【本人・家族・医療者の合意に基づく意思決定支援の好機をとらえ計画的にかかわる】、【資料や記録を通じて必要な情報を共有し看護過程のサイクルを忠実に展開する】、【多職種と連携し、多職種の評価や保有する情報を共有し活かす】、【認知症の病型や重症度・ステージを把握する】、【認知症の終末期の状態や老衰パターンの軌跡についての知識を持つ】、【検討中の事例を通じて高齢者の終末期の医療とケアの実際を経験し共有する】、【自由に質問し相互理解、現状理解を深められる雰囲気がある】、【今後療養する場所・環境で提供可能な医療とケアについての条件を共有する】、【カンファレンスで看護過程のサイクルを忠実にするよう看護計画に基づいて実施されたこととその評価を共有する】である。

阻害因子は8個のカテゴリーが生成された(表6)。【家族からの要望・期待に実現困難感を持つ】、【専門分野を持つナースの意見がわかりづらい】、【認知症終末期の見極めの難

しさ】、【食事・栄養に対する家族の期待・要望と実際のずれ】、【家族の面会時の、家族との対話に対する看護師の困難感】、【退院調整部門との連携のあいまいさ】、【急性期病院での認知症終末期の見取り経験の少なさ】である。

表5 急性期病院における認知症終末期の人工栄養に関する意思決定支援の促進因子

コード	カテゴリー(コード数)
家族の意向を共有する	
家族背景、経済的アセスメントを共有する	
家族の希望を取り入れることを検討する	
家族に実施している看護ケアを説明したり参加を促す	
家族は、食べさせてほしい、寝かせきりにさせてほしくないという意向である	
看護チームで家族の思いを尊重する姿勢を共有する	
家族にケアを見てもらい、食べることに関する現状の評価を伝えてみる	
テキストやパンフレットを用いて家族とかわる	
家族の食べてほしいという思いのみに焦点をあてるアプローチに限らない	
家族の希望に通じる目標を引き出すかわりを話し合う	
家族の面会頻度を共有する	家族と良好な関係性を構築し十分にかかわる (22)
家族と関わる機会を逃さないことを共有する	
高齢者本人の少しの全身状態の変化も家族と共有する	
家族に対してケアへの参加を促す	
家族とA氏を回想すること、A氏の選好について話す	
家族面会時の行動について肯定的見方でアセスメントする	
家族と日中に話し合う機会を持つ	
家族と面談の日程調整をする	
絶食で退院ということの意味を家族が了解しているか確認をする	
家族と医療提供について十分に話し合い、選択肢を提示する	
代理決定する家族の迷い、不安、悲嘆を支えていく	
家族介護者が意思決定する際の困難感と対処に関して事前学習会内容を想起する	

表5 急性期病院における認知症終末期の人工栄養に関する意思決定支援の促進因子(つづき)

コード	カテゴリー(コード数)
専門分野を持つ看護師が助言する(6)	専門分野を持つ看護師がカンファレンスへ参画する(22)
専門分野を持つ看護師が質問に応じる(2)	
専門分野を持つ看護師がカンファレンスに参加し提案する(2)	
専門分野を持つ看護師がカンファレンスに参加し評価を述べる(2)	
専門分野を持つ看護師が提案、示唆、有用性を伝える	
専門分野を持つ看護師が予測する	
専門分野を持つ看護師が情報提供する	
クリニカルリーダーナース(CLN)が情報提供する	
チームリーダーが情報提供する	
退院調整看護師が情報提供する	
専門分野を持つ看護師、退院調整看護師がカンファレンスに参加し検討する	
退院調整看護師がカンファレンスに参加し検討する	
病棟Nsが看護計画の評価を述べる	
専門分野を持つ看護師が主治医の言動について質問する	

コード	カテゴリー(コード数)
経口摂取の可能性を高める提供可能なケアを検討する	経口摂取の可能性を高める介入を検討する(7)
経口摂取の可能性を高める支援の必要性を共有する	
経口摂取に向けた具体的目標を共有する	
間接訓練内容を立案する	
これまで継続していた間接訓練を継続していく	
離床について立案する	
高齢者本人の反応のよいかかわりの方法を共有する	

コード	カテゴリー(コード数)
高齢者の終末期での水分栄養補給に関して老年医学会のガイドラインがある	終末期の高齢者の人工的水分・栄養補給方法についてガイドラインやパンフレットを活用する(5)
ガイドラインに沿って終末期の水分栄養補給について多職種で検討し方針を決める	
水分栄養補給について意思決定支援ノートにパンフレットの部分がある	
意思決定支援ノートのパンフレットの中には「自然に委ねる」というページがある	
自然に委ねる方法にはメリットがあり、苦痛を最小限にという前向きな選択でもあることを共有する	

表5 急性期病院における認知症終末期の人工栄養に関する意思決定支援の促進因子(つづき)

コード	カテゴリー(コード数)
主治医の病状説明の内容を共有する	本人・家族・医療者の合意に基づく意思決定支援の好機をとらえ計画的にかかわる(4)
ケアマネジャーと家族の来院予定がある	
家族への病状説明に病棟看護師と退院調整看護師が同席する	
病状説明で看取りの方向での方針が伝えられる	
コード	カテゴリー(コード数)
家族の意向が文書にまとめられカンファレンス資料となる	資料や記録を通じて必要な情報を共有し看護過程のサイクルを忠実に展開する(4)
家族の意向を資料によって再確認し合う	
看護記録にカンファレンス内容を記載する	
看護記録にカンファレンス内容を記載しアセスメントを共有する	
コード	カテゴリー(コード数)
言語聴覚士が嚥下機能を評価する	多職種と連携し、多職種の評価や保有する情報を共有し活かす(4)
MSW に連絡し連携する	
MSW と看取り前提の退院調整が実現するか留意して情報を得る	
MSW から施設情報が提供される	
コード	カテゴリー(コード数)
高齢者本人の意識レベルを評価する	認知症の病型や重症度・ステージを把握する(3)
院内多職種で重症度を共有し、終末期の医療を検討する	
認知症を有する高齢者の重症度を FAST で評価し共有する	
コード	カテゴリー(コード数)
アルツハイマー病の重症度指標である FAST の知識を持つ	認知症の終末期の状態や老衰パターンの軌跡についての知識を持つ(2)
老衰の過程について知識を持つ	

表5 急性期病院における認知症終末期の人工栄養に関する意思決定支援の促進因子(つづき)

コード	カテゴリー(コード数)
超高齢者の看取りのプロセスや変化を共有する	検討中の事例を通じて高齢者の終末期の医療とケアの実際を経験し共有する(2)
老衰のプロセスを支援する医療について共有する	
コード	カテゴリー(コード数)
終末期に点滴しないという方針で退院した事例の有無をカンファレンスで質問する	自由に質問し相互理解、現状理解を深められる雰囲気がある(2)
終末期に補液が少ないと痰の性状に影響し吸痰の苦痛が増すのではないかと質問する	
コード	カテゴリー(コード数)
本人の全身状態に応じた医療とケアが提供可能な療養場所に関する条件を共有する	今後療養する場所・環境で提供可能な医療とケアについての条件を共有する(1)
コード	カテゴリー(コード数)
カンファレンスで計画した情報収集内容とアセスメントを共有する	カンファレンスで看護過程のサイクルを忠実にするよう看護計画に基づいて実施されたこととその評価を共有する(1)

表6 急性期病院における認知症終末期の人工栄養に関する意思決定支援の阻害因子

コード	カテゴリー
IC 後、医師は病院では絶食のまま、年齢的にリハビリせず自宅へ退院と看護師に方針を伝えた	家族からの要望・期待に対する実現困難感を持つ(6)
医師は自宅に戻ってから食べてもらおうと考えている(病院入院中に摂食嚥下訓練はしない方針)	
誤嚥・窒息のリスクの高い高齢者本人に食べさせてほしいと希望する家族の思いに看護師が戸惑う	
経口摂取の難しい状態なので苦痛の視点から経口摂取のデメリットを、家族に説明するが理解が得られない	
家族は前回入院では食べられたのに、今回入院では食べられないという違いに納得がいかない	
連携室が紹介する退院先施設を家族が不承知する場合もあり、退院調整担当者との話し合いが必要	
コード	カテゴリー
通所していた施設で医療処置を実施することは困難	高齢者ケア施設での医療・ケア提供体制に関する知識不足(5)
終末期を予測される認知症高齢者のリハビリ病院への転院は受け入れられづらく調整が難しい	
打診していたリハビリ病院へは転院できず、次の転院先が調整困難になっている	
特養では 24 時間持続点滴は実施困難であることの知識不足	
看取りのケースを受け入れる施設かどうか、急変時は救急搬送となるのか施設の情報が無い	
コード	カテゴリー
専門看護分野を持つナースは、食べさせてほしいと希望する家族の思いに餓死という認識があるのなら、避けがたい自然のプロセスを説明をし、認識を変える必要があるとカンファレンスで述べた	専門分野を持つナースの意見がわかりづらい(5)
家族を看取することを、家族が受容できていない可能性を指摘	
絶食で退院となれば、退院後の高齢者ケア施設においても絶食となりがちで、食べられなくなる可能性あり、入院中には食べられる望みを見出す関わり合いを大切に助言	
専門分野を持つ看護師の看取り方向の退院調整という助言に対する病棟看護師のざわめき	
専門分野を持つナースの質問に、Ns はざわつき、質問したことは明らかにはならなかった	

表6 急性期病院における認知症終末期の人工栄養に関する意思決定支援の阻害因子(つづき)

コード	カテゴリー
<p>医師からの説明について、家族は看取りという意味の選択かどうか尋ねると医師はそのような選択ではないと否定した</p> <p>認知症の終末期をどういうところから考えていけばよいか難しい</p> <p>認知症で終末期を迎える高齢者の家族にどのようにかかわればよいのか難しい</p> <p>看取りを予測した退院という事実に対し家族は動揺する</p>	<p>認知症終末期の見極めの難しさ(4)</p>
コード	カテゴリー
<p>家に帰ればご飯は食べられるという家族の思いは、医療者の認識とずれがある</p> <p>末梢点滴で転院という医師からの方針に対し、家族はできるだけ栄養を入れてほしいと希望した</p> <p>家族にとって、末梢点滴では見殺しにしている気がするという思いがあった</p> <p>家族の面会頻度が少なく、家族の思いについて前回カンファレンスから追加する情報がない</p>	<p>食事・栄養に対する家族の期待・要望と実際のずれ(4)</p>
コード	カテゴリー
<p>家族面会が夜勤帯では業務遂行に影響が出るため対応に困難感が伴う</p> <p>家族はたまに面会に来て、看護師に質問攻めなので夜勤では対応が難しい</p> <p>家族面会時の対応に困難感が伴う</p>	<p>家族の面会時の、家族との対話に対する看護師の対応困難感(3)</p>
コード	カテゴリー
<p>看護師が担当のMSWが誰なのか把握できていない</p> <p>家族と囑託医の間で看取りについて交わされているらしいというあいまいな情報</p>	<p>退院調整部門との連携のあいまいさ(2)</p>
コード	カテゴリー
<p>専門看護分野を持つナースは、家族に看取りのプロセスについて、データと経験を踏まえ伝えてみることを提案する</p> <p>食べられるようになる見込みはほぼないような事例に見受けられるが、それでも入院中は食べられるように望みを見出す関わり合いを大切にという専門看護分野を持つ看護師の私見</p>	<p>急性期病院での認知症終末期の看取り経験の少なさ(2)</p>

D. 考察

認知症の終末期は、徐々にADLが低下し、寝たきりの状態へ移行する。全身の脆弱性が増し、季節の変わり目や流行性の感染症などに容易に罹患し、肺炎や脱水などの生命維持にかかわる病状・症状が生じ、入院治療が必要な全身状態へ陥りやすい。いつも過ごしている地域・在宅での療養の場では、全身状態の急変として認められ、急性期病院に救急搬送、あるいは救急外来へ受診し、緊急入院となることがほとんどである。分析対象となった2事例も、緊急搬送され入院している。緊急入院後、急性期病院では肺炎や脱水に対して標準的治療を行う。認知症高齢者の全身状態も数日で小康状態へ移行することも多い。小康状態になるといっても、認知症が治るわけではないため、その認知症高齢者本人は急性の疾患の影響を受け、痩せて脆弱性が増し、重度の認知機能低下の状態、呼名にようやく反応するという回復である。緊急搬送され入院した認知症高齢者の生命の危機は免れたけれども、“食べられない”という状態でもあり、寝たきり状態で十分な栄養がとれないままの認知症高齢者の、その状態を把握しておいて、すみやかに退院ということにはならない。急性期病院においては、食事・栄養を整えるために積極的に提供し得る医療を検討することが生じる。胃ろう造設や中心静脈栄養のポートを埋め込んで、経管栄養や点滴が可能なように処置を行うことである。認知症終末期に胃ろうの延命効果は不確か、胃ろう造設しても肺炎のリスクは残り、中心静脈栄養のルートも様々な処置のリスクや術後の感染症の合併リスクもあるが、認知症終末期という見立てがない場合には、栄養ルート造設を外科的処置で提供し、急性期病院としての一定の役割を果たし退院、という流れは検討可能である。医療依存度が高まる認知症高齢者本人の今後の生活は、地域・在宅で継続されることとなる。認知症高齢者が肺炎などの身体合併症で入院した後の医療とケアについては、本人の意思を尊重し、本人と密に関係してきた主たる家族や地域在宅のケアスタッフ、そして急性期病院の医療従事者とが情報を共有し十分に話し合わなければ、安寧な終末期を過ごすということは遠ざかり、ジレンマに苛まれることになりかねないと考える。また、地域包括ケアシステムが真にシステムとして機能するために、病院もシステムの一部として、地域との情報共有・連携・協働に努めることが必要で、その力量をつけることが急務であると考えられる。

本研究で、明らかになった促進因子・阻害因子は、病棟看護師が意思決定支援に参画する要点でもあると考える。多忙な病棟業務の中で、意思決定支援は難しいというイメージもあり、現状としては退院支援部門に属する看護師や医療ソーシャルワーカーが行うものという固定した認識で役割分担している状況である。つまりは地域・在宅のスタッフとの話し合いや連携は専門部署への任せきり状態と言える。24時間365日最も認知症高齢者本人の身近でケアを提供する病棟看護師が専門部署とともに意思決定支援に参画することや意識を高めて実践することが、認知症高齢者の増加が予測される社会の中で、これから重要になると考える。

急性期病院では、入院した認知症高齢者の疾病・病気は理解できても、その本人が、こ

れまでどのような生活を送り、過ごしていたのかという情報はほとんどなく、情報があるとしても着目されることは退院支援部門のスタッフが、相談依頼を受けて初めて認識されるということが多い。体調が小康状態になった時点からでもよいので、最も身近にいる病棟看護師が、今後の医療・ケアの提供について、入院前の生活状況や認知症の経過（過去）などを含め包括的な検討（現在）を通じて、方向性を見据えること（未来）が急性期病院で必要だと考える。つまり、病院内の“現在”に限ったような、入院期間をどう過ごすかという観点の話し合いのみに終始するのではなく、本人の過去～現在～未来をつなぐ話し合いを、病棟において展開することが大切である。

カンファレンスに参加し急性期病院の実情から見えてきたことは、主治医が認知症専門ではないため、医師として入院目的（入院時の診断内容）に関する評価は行うとしても、認知症自体の経過や臨床ステージの評価は難しく、精査も困難なので、結局は不明となる実情がうかがえた。そのため、老人看護を専門とするナースが、合同で話し合えると全身状態を把握し、評価スケールなどを適用し臨床ステージを推測可能にすると考える。客観的情報を提供して、情報統合し今後の医療とケアを検討していける可能性がある。臨床ステージの見極めはどのような疾患でも難しいが、データを集めて、認知症であってもがん医療の領域で主として検討されてきた安楽で安寧な終末期を迎える選択肢もあるということが重要であり、ギアチェンジした緩和医療をベースにした方針を検討することや検討の機会を引き寄せることは必要であると考え。認知症の終末期に生ずる急性の疾患は、いかなる臨床ステージであっても標準的医療を選択でき、継続可能である。それはかえって終末期の認知症高齢者では苦痛となる場合もあり、最期に本人が望んでいた医療かどうかのジレンマを残すことも多々経験してきた。急性期病院でも、認知症の臨床ステージの評価をできるように人材を整え、高齢者の人工栄養導入に関するガイドラインなどを参考に検討し、認知症終末期の医療とケアの在り方を考える働きかけが必要である。どのように看取るかを検討する中で、その認知症終末期にある本人の残された時間や年月をどのように支援するかということの、本質的な検討も可能になると考える。

そして、意思決定支援は本来は本人を中心にとということが大前提であるが、進行した認知症である高齢者の場合には、本人からの流暢な語りを聞くことは難しく、本人の意思はやはり不明となる。どうしても、関係してきた主たる家族との話し合いが主となることは否めない。家族との話し合いでは、どんなに認知症の本人の年齢が高くても、遺される家族にとって大切な人の死であり、受容することは容易ではない。栄養に関する処置の選択について聞くのみではなく、その心理状況を十分に考慮し、対話しながら意思決定支援を行い、家族の揺れ動く心理に伴走する姿勢、退院後のケア提供者との連携協働も重要な姿勢だと考える。栄養に限らない、認知症高齢者の人柄や人生を傾聴し対話し、その本人の選好、価値観、性格などが尊重され、最期の日までケアに反映してく力量が看護師には必要である。

E. 結論

急性期病院における認知症終末期の栄養に関する意思決定支援の促進因子と阻害因子について、病棟看護師と老年看護を専門にした看護師との合同カンファレンスから明らかにした。認知症終末期の2事例の全7回のカンファレンスから、促進因子として79コードから13カテゴリーの因子が生成され、阻害因子として32コードから8カテゴリーの因子が生成された。今後、急性期病院における認知症終末期の栄養に関する意思決定支援では、促進因子と阻害因子の両方を認識し展開していくことが必要だと考える。意思決定支援では本人を中心に、関係してきた主たる家族や退院後の地域・在宅の関係者との話し合い、連携協働で方向づけることも重要である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 高道香織：痛みが高齢者に及ぼす影響，痛みのアセスメント②，エンド・オブ・ライフを見据えた“高齢者看護のキホン” 100，日本看護協会出版会，35，2015
- 2) 高道香織：誤嚥性肺炎のある認知症者へのケア，公益社団法人日本看護協会編集，認知症ケアガイドブック，2016（2016年6月発刊予定）

2. 学会発表

- 1) 高道香織：認知症ケアにおける倫理，第61回日本透析医学会学術集会・総会，2016.6.10，大阪（発表予定）
- 2) 高道香織，百瀬由美子，松永美保：急性期病院での終末期の栄養に関する意思決定支援の促進因子と阻害因子の検討—看護カンファレンスの分析より—，第21回日本老年看護学会学術集会，2016.7.23-24，大宮（発表予定）

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