

訪問看護を利用している療養者の 浜松市北区意思決定支援「なあとらシート」の成果と課題

酒井昌子*¹⁾、山村江美子¹⁾、小池武嗣¹⁾、朝比奈結華²⁾

¹⁾ 聖隷クリストファー大学、²⁾ 静岡県中部看護専門学校

I. はじめに

将来、患者の意思決定能力が低下した際に備え、患者が事前に医療・ケアを選択する過程を患者の家族や医療・介護従事者らが支援する「意思決定支援」の取り組みが全国で広がっている。2018年、浜松市北区においても訪問看護ステーションが中心となって病院、居宅介護支援事業所、介護施設、行政、大学等による北区意思決定支援プロジェクトを結成し、会議や研修を重ねながら独自の意思決定支援「なあとらシート」を作成した。この「なあとらシート」は、人生の最終段階の治療・ケアについて、本人が家族や医療・介護従事者らと事前に繰り返し話し合う「アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP とする）」のための意思決定シートである。そのため、本シートは人生最終段階の治療・ケアについての本人の選好の背後にある各個人の価値観、大事にしていること、目標、気がかりを表明することを中心に、人生最終段階の医療やケアへの療養者の意思決定につながるよう話し合いを重ねるよう段階的な内容構成となっている。

ACP の効果については、欧米では本人や意向にそったケアの提供や医療者とのコミュニケーションの質の向上などの効果が報告されているが、我が国においては、医療・介護従事者のみならず市民にも ACP の必要性や関心は高まりが見られつつも、ACP 実施となると医療者、市民の双方に戸惑いがあり、十分な普及には至っていない現状である。

このような状況のもと、浜松市北区意思決定支援プロジェクトは、訪問看護を利用している療養者に向けて、療養者の ACP の実現のために作成した「なあとらシート」の活用を始めているところである。そこで、今回、作成した「なあとらシート」による意思決定ツールを用いた訪問看護師の ACP 実践の記述から意思決定支援における意思決定支援ツールの効果や課題を明らかにし、訪問看護における意思決定支援の向上に役立てたい。

II. 研究目的

本研究の目的は、訪問看護を利用している療養者の「なあとらシート」を用いた訪問看護師の意思決定支援の実践から、ツールを用いた意思決定支援の成果と課題を明らかにすることである。

III. 研究方法

浜松市北区の訪問看護ステーションにおいて、「なあとらシート」を用いて利用者に意思決定支援を実施した訪問看護師を調査対象に、意思決定のための話し合いはどのように進められたか、意思決定支援がうまくいった点やその判断、意思決定支援を進める上での課題などについて半構造化面接を行った。分析方法は、インタビューから得られたデータを逐語録にしたのち、各ケースの話し合いのプロセスにそって「意思決定のための話し合いが進んだ要因や進まなかった要因（障壁となった要因）」の 2 つのテーマに関係する文章を抽出し、意味内容ごとにデータをコード化した。コードの意味内容の類似性、相違性に注目して内容を分析し、サブカテゴリー化した後、意味内容が類似するものを集め、カテゴリー化した。研究期間は 2019 年 10 月～3 月である。本研究は聖隷クリストファー大学研究倫理委員会（承認番号：1930）の承認を受けて実施された。

IV. 研究結果

1. 対象の概要

A) 2つの訪問看護ステーションの訪問看護師のうち、「なおとらシート」を用いた意思決定支援を実施した訪問看護師は6名であった。6名の訪問看護師は、2名は事業所管理者、1名は緩和ケア認定看護師を有し、訪問看護師全員、訪問看護経験年数は10年以上の熟練訪問看護師であった。

B) 対象ケースの概要

訪問看護師と「なおとらシート」を使ってACPを実施した療養者は16名。すべて75歳以上の後期高齢者であり、そのうち独居高齢者は7名であった。多くの療養者は、要介護度3～4、主な疾患は神経難病、脳血管障がい、がん疾患などであり、軽度認知症症状のある療養者もいた。

2. 「なおとらシート」による意思決定支援の成果

訪問看護師が療養者とACPを進めることができた要件や実践プロセスに関する8つのサブカテゴリーと各カテゴリーを構成するコードが抽出された。サブカテゴリーを【】、コードを<>で表記する。

療養者とのACPにはACPを始めるための準備段階があった。訪問看護師は<独居高齢者や終末期の移行が予測される><患者の病状や意向の情報がない><患者が思う予後と実際にずれがある>【ACPが必要な患者を特定】し<療養者の自発的なACPの要望>があることや<意思決定支援シートを利用することへの了解>などの【患者の準備状況を確認】したうえで訪問看護師は、療養者の【訪問時のACPの話し合いを具体的に計画】してACPを始めていた。ACPを実施した訪問看護師には、実施する前に<患者からの信頼がある>確信を持ち、また<過去の終末期ケアの後悔>を通して<意思決定支援の学習や研修参加>をしてACPの理解や実践方法を学ぶなどACP実践への動機があった。

ACPの実践では、高齢で健康状態も悪い療養者の訪問時のACP実践は<療養者が回答に時間がかかり疲労が大きいことを知っておく><療養者の理解に合わせてシートの進め方を変える>など【療養者の体調に合わせて進め】<シートのチェックや記載することにとらわれず>、<世間の話題をきっかけに患者の思いや考えを引き出し>【患者の語る思いや選択したその理由に注目する】ことがACPを進める上で必要なことであった。そして実施したACPについて、【療養者の「なおとらシート」の情報を共有】するまでをACPの実践として抽出された。

訪問看護師は、療養者に「なおとらシート」を用いて実施したACPの成果を【患者の安堵や満足】から捉え、<患者の自分らしい生き方への思いの強さへの驚き>【患者の思いをくみ取れた満足】とともに患者のACPが【患者中心のチームケアへの発火点】になり【ACP支援の重要性を再認識】したことを成果としていた。

3. 「なおとらシート」による意思決定支援の課題

課題として、<療養者がACPを実施した看護師以外に伝えることへの抵抗感>や<療養者のACPを家族や医療・介護職が合意する難しさ>があり【療養者のACPを周囲が知り支える】までに至っていない。また、人生の最終段階における医療・ケアについての看護師は<最期の医療やケアの状況をうまく説明できない>ことや<患者が最期の状況や選択が迫られる医療・ケアをイメージできない>、<療養者の意思決定に矛盾がある>場合、<療養者のストレスを感じACPを進めにくい>【最期の医療やケアの意思決定支援の難しさ】を課題としていた。

V. 考察

ACP のプロセスの中で、ケア提供者と療養者間のコミュニケーションによって療養者は自分の望む生き方を表明する。今回 2 訪問看護ステーションの 20 数名のスタッフのうち、6 名のみの訪問看護師が療養者の ACP を実践した。独居高齢者への訪問看護師の ACP 実践に関する先行研究では、訪問看護師のコミュニケーションに関連する障壁要因として、【信頼関係が築けない】【意向がわかりづらい】、また、「限られた時間で先の見えない不安へ対応すること」の訪問看護師側の困難感を明らかにしている。本調査の ACP を実践した看護師は ACP の準備として、療養者の背景や病状の悪化に伴う精神面の変化など療養状況を判断し ACP を実施する療養者を特定し「限られた時間への不安」を話し合う基盤となる療養者との信頼関係が実践につながったと考えられる。しかし、実施した療養者の ACP の多くは、支援した訪問看護師との間の療養者の意向の表明に終わっており、サービス担当者会議を通して家族に療養者の意向が伝えられたのは 1 例のみであった。ACP の本人の意向を中心に患者・家族にとって望ましい終末期ケアや終末期を実現する ACP の目標を実現するには、療養者の表明した意向や価値観をどのように家族やケアスタッフなどの療養者の周囲の人々に共有してくかが大きな課題である。

訪問看護師は、在宅療養者と長期に関わることができ、療養者の変化に応じてタイミングよく ACP による意思決定支援が可能である。しかし、療養者への単独訪問を基本としているため、困難感がある ACP の療養者・家族とのコミュニケーションを高めるために「なおとらシート」を用いた ACP の進め方について具体的に共有するなど訪問看護師の意思決定支援の向上が必要である。さらに「なおとらシート」を用いた意思決定支援については、療養者に関わるケアチームの共有が求められることから、地域の多職種への発信も継続していく必要がある。