

<学位論文>

<題目>

意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標開発

学位申請者

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

博士後期課程 看護学領域

礒村 由美

意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標開発

目次

第1章 研究の背景と動機

第1節 高齢者に対する意思決定支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

1. エンド・オブ・ライフケア（EOL ケア）
2. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
3. 日常生活における高齢者の意思尊重の重要性

第2節 高齢者における意思決定の成り立ち・・・・・・・・・・・・6

1. 意思と意思決定能力
2. 意思の形成に関連する意識と認識
3. 意思の形成と表明に関連するコミュニケーション

第3節 高齢者の意思決定を阻害する要因と求められる支援・・・・・・・・10

1. 意識の覚醒度の障害
2. 認識の障害
3. 意思疎通の阻害要因と求められる支援

引用文献

第2章 意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における意思決定支援に関する看護 文献の検討

第1節 文献検討の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・19

1. 目的
2. 用語の定義

第2節 文献検討の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

1. 文献の抽出と選定過程
2. 分析方法

第3節 文献検討の結果	21
1. 論文の特性	
2. 内容別分類	
3. 日常生活における高齢者の意思と意思決定支援	
第4節 文献検討の考察	29
1. 研究の動向	
2. 意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における意思とその手がかり	
3. 看護観に基づく意思決定支援	
第5節 文献検討の結論	32
引用文献	

第3章 研究の目的と構成

第1節 研究の目的と意義	36
1. 研究の目的	
2. 研究の意義	
第2節 用語の定義	37
1. 意思伝達能力の低下した高齢者	
2. 日常生活における意思	
第3節 研究の構成	38
1. 研究1 探索的・記述的質的研究	
2. 研究2 質問紙調査による項目の妥当性の検証	
3. 研究3 質問紙調査による指標の妥当性・信頼性の検証	
引用文献	

第4章 研究1 意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス

第1節 研究1の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

第2節 研究1の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

1. 研究デザイン
2. 対象者
3. 調査期間・場所
4. データ収集方法
5. 分析方法
6. 倫理的配慮

第3節 研究1の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42

1. 対象者の概要
2. ストーリーライン
3. コアカテゴリー
4. カテゴリーと概念

第4節 研究1の考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 49

1. 研ぎ澄まされた感覚による生体からのサインの感知
2. 感覚を研ぎ澄ませる源
3. 4つの増幅要素
4. 意思に接近するための循環
5. 意思感知の可能性
6. 研究1の限界と今後の課題

引用文献

第 5 章 研究 2 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための 項目の妥当性検証

第 1 節 研究 2 の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57

第 2 節 研究 2 の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57

1. 項目の作成
2. 研究デザイン
3. 対象者
4. 調査期間
5. データ収集方法
6. 分析方法
7. 倫理的配慮

第 3 節 研究 2 の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 60

1. 調査票の回収率
2. 項目の妥当性
3. CVI 基準を下回る項目の回答分布
4. 妥当性に欠ける理由と自由記述

第 4 節 研究 2 の考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62

1. 項目の精選と内容妥当性について
2. 妥当性が示された項目の特徴
3. 妥当性が示されなかった項目の特徴

引用文献

第 6 章 研究 3 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための 指標開発

第 1 節 研究 3 の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 68

第 2 節 研究 3 の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 68

1. 研究デザイン
2. 対象者
3. 調査期間
4. データ収集方法
5. 分析方法
6. 倫理的配慮

第 3 節 研究 3 の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70

1. 調査票の回収率と回答率
2. 各項目の単純集計結果
3. 項目分析
4. 妥当性の検証
5. 因子の命名
6. 信頼性の検証
7. 共分散構造分析による認識モデルの作成
8. 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標（最終版）

第 4 節 研究 3 の考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 79

1. 本指標の妥当性と信頼性
2. 本指標の構成要素

引用文献

第7章 結論と今後の課題

第1節 結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・82

1. 研究1の結論
2. 研究2の結論
3. 研究3の結論

第2節 本指標の意義と研究の限界・課題・・・・・・・・・・84

1. 本指標の意義と実用性
2. 本研究の限界と今後の課題

謝辞

引用文献

第1章 研究の背景と動機

第1節 高齢者に対する意思決定支援

1. エンド・オブ・ライフケア

日本における65歳以上の高齢者人口は年々増加し、2020年の推計では3609万人、総人口に占める割合は28.8%と過去最高¹⁾となり、現在、超高齢社会を迎えている。令和2年版高齢社会白書によると、65歳以上の者の要介護者等数は増加しており、特に75歳以上で割合が高く、介護が必要になった主な原因について見ると、「認知症」が18.7%と最も多く、次いで、「脳血管疾患（脳卒中）」15.1%、「高齢による衰弱」13.8%、「骨折・転倒」12.5%となっている²⁾。このように、高齢者における脳血管疾患や認知症の罹患者数は多く、これらの疾患の発症や加齢変化による感覚機能やコミュニケーション能力の低下のため、他者との自由なやりとりが難しくなり、自分の思いや考え、望み等といった意思を伝えることが困難になる高齢者は多く存在すると考えられる。高齢者人口が年々増加する日本において、高齢者に対する意思決定支援は、今後、さらに必要性が増すと考えられ、その中でも、本人の意思を確認することが困難な高齢者に対する意思決定支援は、一人ひとりの高齢者がその人らしく生きるための支援の実践という観点からも、より一層重要になると考えられる。

2007年に厚生労働省は、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2015、2018年改定）を策定し、その中で、「人生の最終段階における医療及びケアの在り方について、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である」³⁾と記している。ここに、人生の最終段階における医療は、本人による決定を基本とすること、患者と医療従事者との話し合いにより進められることの重要性が示された。そして、人生の最終段階の時期については、そのガイドラインの解説編において、「人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があり、どのような状態が人生の最終段階かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄」⁴⁾としている。また、日本老年医学会の「立場表明2012」⁵⁾

では、終末期を、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義し、「高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その『終末期』の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、『終末期』の定義に具体的な期間の規定を設けなかった」としている。つまり、差し迫った病状にある終末期に限らず、人生の最終段階にある全ての高齢者に対して、本人による決定を基本としたうえで医療を提供することが重要であり、近年、エンド・オブ・ライフ（End-Of-Life : EOL）ケア（以下、EOL ケア）という考え方が注目されている。

EOL ケアとは、1990 年代にアメリカやカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱され、その特徴は、がんのみならず認知症や脳血管障害など慢性的な経過をたどりながらも生命を脅かす疾患を対象としたケアである⁶⁾。2011 年に Izumi らは、EOL ケアについて、「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わるときまで最善の生を生きることができるように支援すること」と定義している⁷⁾。そして、EOL ケア実践の 6 つの構成要素として、①疼痛・症状マネジメント、②意思決定支援、③治療の選択、④人生の質を焦点化、⑤家族ケア、⑥人間尊重を挙げ、これらが有機的に連動してその人の終末期（EOL ケア）における意思表明を支えること、これらの活動は、チームアプローチと組織的アプローチにより支えられると提示している⁸⁾。超高齢社会である現在の日本において、人生の最終段階にある全ての高齢者が、人生が終わるその瞬間まで、自身の意思に基づいた生活を送り、その人らしく生きることができるように、家族や知人、医療スタッフ等の周囲の人々とともに考え、高齢者本人の決定をもとにした医療を提供することが求められているのである。

2. アドバンス・ケア・プランニング

EOL ケアや意思決定支援の中核として、近年、取り組まれているのが、アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning（以下、ACP）である。ACP の定義は国際的にも定まったものはないが、阿部らは ACP の定義を概観し、その内容には、①患者と医療者や家族などのケア提供者が共に行うこと、②意思決定能力の低下に先立って行われること（advance は「あらかじめ、前もって」を意味する）、③プロセスを指していること、の 3 点はほとんど

の定義に共通していることを指摘した上で、「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア、療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族、医療者があらかじめ話し合うプロセス」と定義している⁹⁾。しかし、厚生労働省が実施した意識調査¹⁰⁾では、「自分が判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から代理意思決定者を選任しておく」ことについて、62.8%が「賛成」と回答している一方で、「人生の最終段階における医療に関する家族との話し合い」については、55.9%が「全く話し合ったことがない」と回答している。これは、諸外国のように、アドバンス・ディレクティブ (Advance directives) やリビング・ウィル (Living will) 等に関する法律的な整備がなされていない日本において、高齢者本人による事前指示や代理意思決定者の指定等は広く普及していないこと、その反面、多くの日本人はその必要性を感じていることを示している。

近年、ACP に焦点が当てられるようになったのは、アドバンス・ディレクティブのように事前指示書を仕上げることを目的にするのではなく、患者が家族（代理意思決定者）や医療福祉関係者と、気がかりや療養・ケアの目標などを包括的に話し合うこと自体の重要性が強調されるようになったためと考えられる¹¹⁾。西川によると、ACP は狭義と広義に分けて考えることができ、狭義の ACP は、意思決定能力の低下に備えることを主眼にしており、広義の ACP は、意思決定能力が低下していてもなお、本人の推定意思、本人にとっての最善の利益を第一に代理決定者を交えて意思決定を支援していく対話のプロセスである¹²⁾とされている。すなわち、ACP を広義の意味で捉えると、たとえ、高齢者本人の意思決定能力が低下していたとしても、本人の意思を推定し、本人の意思をもとにした決定がなされるために、高齢者および代理意思決定者、医療福祉関係者らが包括的に話し合い、意思決定をすすめていくことが求められているのである。

ACP では、患者の意思決定を支援していく拠り所として、「本人の意思の 3 本柱」を使用し、本人の意思を過去・現在・未来の 3 つの時間軸でとらえている。「過去」は、事前の意思表示（リビング・ウィル）はあるのか、ACP のプロセスは開始されているのか、これらについて確認し、もし事前の意思表示がない場合には、患者・家族の人生の物語を傾聴（ライフレビュー）する中で、本人の意思を確定する。「現在」は、手を握り返す、うなずく、目を背ける、などの微弱なサインも見落とさず、あらゆる手段で患者の今の気持ちをキャッチする。そのためには、時間をかえ人をかえ、十分に苦痛が緩和された時に本人の意思を確認する。「未来」は、その患者にとっての best interest（最善の利益）は何かについて家族を交えて話し合う。実際には、これに医学的判断と家族の意向などを加味して本人にとって

の最善を探っていき、命の長さだけではなく、この3本の柱から導き出された患者の意思を何より尊重する支援が基本¹³⁾と考えられている。この3つの時間軸を用いることで、すでに自身の意思を明確に表出することが困難な状態にある高齢者の意思も、確認、推定することができると考えられる。

あらかじめ早い段階から、ACPの対話を開始すれば、患者の意思が尊重され、患者・家族の満足度が高まり、遺族の心の負担も軽減されることが明らかになっているが、医療ケアチームは、すでに差し迫った状況にある患者・家族に対する支援に追われているのが現状であるといわれている¹³⁾。長江も、個々の人生のQOLを目指して生活・生命・人生の質と価値を包含し最期までその人の生き方を支えるEOLをすべての国民が享受できる社会づくりが必要であり、そのアプローチ方法としてわが国におけるACPをどう進めていくか、が重要な課題である¹⁴⁾と述べている。つまり、日本におけるEOLケアの充実とそのためのACPの推進は、まだ発展段階にあり、全ての国民が人生の最終段階にある老年期をその人らしく暮らし、生きることができるようにするためには、老年期に至る過程の、人生のあらかじめ早い段階からACPを展開させていくこと、そして、広く普及させていくことがこれからの課題である。今後、ACPが広く発展することで、3つの時間軸を十分に活用した意思決定支援が可能になると考えられる。

3. 日常生活における高齢者の意思尊重の重要性

ACPはまだ発展段階にあるが、終末期においては70%の患者が意思決定能力を失っているという報告もある¹⁵⁾ことから、すでに本人の意思が確認できない状況にある高齢者は多く存在すると考えられる。前述したとおり、わが国の高齢者における脳血管疾患や認知症の罹患者数は多く、特に、重度の認知機能障害や意識障害を有する高齢者の意思を確認することは困難を極める。日本社会のなかでは現在、本人の意思を確認することが困難なときには、家族に意思決定を委ねることが多い¹⁶⁾といわれているが、高齢者自身の意思確認ができない場合であっても、本人の意思が反映される意思決定がなされることは、高齢者の尊厳を守ることであり、医療における倫理的課題でもある。

Fry¹⁷⁾は、看護実践における倫理的分析和意思決定のためのモデルを提唱し、その中で、①価値の対立の背景にある事情は何か、②状況に含まれる価値の重要性は何か、③関係する人それぞれにとって対立の意味するものは何か、④何をすべきかの4つの課題を挙げてい

る。また、清水は、意思決定プロセスにおける「情報共有－合意モデル」を提唱し、その中で、患者本人が納得し、安心して自分で決められるように、周囲の者たちで支えるということ、本人のかけがえのない個別の一回限りの人生にとって何がよいかを考え、それを大事にすることにより、皆が一致することを目指していること、そのためにも、「本人の意向」と「本人の人生にとっての最善」の双方で選択を支えることが大事になる¹⁸⁾と述べている。これらのモデルは、本人の意思が確認できない高齢者の意思を推定し、その意思に沿った支援を実践するうえで、「本人の人生にとっての最善」という視点をもって、周囲の者が合意することの重要性を示している。

2012年に日本老年医学会は「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」¹⁹⁾を公表し、その中で、本人の意思が確認できない時は、家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指すこと、本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にすることを記している。また、石垣は、本人がその人生において大切にしてきたことや価値観・死生観を探ることによって、現在の本人が意思疎通困難でも、今、この人ならば何を望むだろうかと考えることができる²⁰⁾と述べている。これらは、本人の意思確認ができなくなった場合も、本人の人生にとっての最善、周囲の者との合意という視点を持ち、本人の対応する力からその意思をくみ取ったり、本人の価値観・死生観からその意思を推定したりすることの重要性を示している。

高齢者の意思決定支援に関する研究はこれまでに、医療的処置に関する研究²¹⁾、終末期医療や療養の場の選択に関する研究²²⁾、家族による代理意思決定や事前意思決定に関する研究²³⁾などがなされている。このような医療的処置や終末期医療、療養の場の選択という意思とともに、本人の意思が確認できない高齢者の日常生活におけるさまざまな事柄の選択という意味も、大いに尊重される必要がある。日常生活において多くの援助を必要とする高齢者にとって、日常生活のあり方は、QOLに大きく影響を及ぼし、人生の最終段階における生き方そのものであるといっても過言ではない。また、日常生活とは、高齢者が長年積み重ねた生活習慣を基盤にして成り立っていることから、日常生活における意思が尊重されることで、高齢者は人生の最終段階をその人らしく生活することができるようになり、高齢者の尊厳ある生活やQOLの維持・向上につながると考えられる。しかし、すでに本人の意思が確認できない高齢者の日常生活における意思決定支援に関する研究は少なく、日常生活における具体的な意思決定支援の方法について、明確な指標は示されていない。今後、本人

の意思が確認できない高齢者の日常生活において、高齢者の対応する力や価値観・死生観から、その意思を推定し、本人にとっての人生の最善を考え、周囲の者との合意をもとに進められる意思決定支援の具体的方策を示す必要があると考えられる。

第2節 高齢者における意思決定の成り立ち

1. 意思と意思決定能力

「意思」とは、広辞苑によると、「考え、おもい」とある。一方、「意志」とは、「①⑦[哲] 道徳的価値評価を担う主体。理性による思慮・選択を決心して実行する能力。知識・感情と対立するものとされ、併せて知・情・意という。④[心]ある行動をとることを決め、かつそれを引き起こし、持続させる心的機能。②物事をなしとげようとする、積極的な心の状態」とある²⁴⁾。「意思」と「意志」とを比較すると、「意志」の方が意図的に強い目的をもって選択、決心するという意味合いが強い。本研究では、高齢者の思いや考えに焦点を当てるため、「意思」という用語を用いることが適していると考えられる。前述したとおり、ACPにおいては、患者の意思決定を支援していく拠り所として、「本人の意思の3本柱」を使用している。また、二ノ坂は、意思の特徴として、目に見えない、形がない、また病気や病状の進行や変化に伴って、意思は揺らぎ変化するもの²⁵⁾であると述べている。このように、意思とは、過去・現在・未来の時間軸の視点をもって捉えられるその人の考えや思いであり、それらは揺らぎ変化するものであるといえる。

意思決定とは、2つ以上の選択肢から1つを選ぶことである。よりよい意思決定では、結果に納得できるものになりやすく、後悔が少なく済む²⁶⁾といわれている。意思決定のプロセスには5つのステージがあり、第一段階は選択肢の理解で、与えられた選択肢の意味を理解する段階である。第二段階は選択肢の評価で、与えられた選択肢を比較衡量する段階である。第三段階は結果の予測で、ある選択肢を採択した結果、どのような事態が起こりうるかを推理する段階である。第四段階は選択肢の採択で、最終的にどの選択肢を採択するかを決定する段階である。第五段階は採択結果の表明で、採択した選択肢、すなわち自らの意思を明示する段階である²⁷⁾といわれている。そして、意思決定能力を構成する要素として、High は、①自己の置かれた具体的状況を理解する能力、②利用可能な代替手段について熟慮し、自己に選択権があることを認識する能力、③合理的な選択肢を採択する能力、④採択

した選択肢とその採択理由を言える能力²⁸⁾をあげている。また、Appelbaum & Grisso は、①何を選択したかを表明する能力、②関連する情報を操作する能力、③状況とその結果を正しく認識する能力、④合理的に情報を操作する能力の四つの能力によって意思決定能力が規定される²⁹⁾と述べている。

意思決定能力の類義語として、同意能力がある。Appelbaum と Gutheil³⁰⁾は、同意能力とは自分自身に関する決定のための権限を個人にとどめるために求められる閾値であるとしている。そして、Roth³¹⁾は、同意能力として4つを挙げ、①選択を証拠づける能力、②適切な情報を理解する能力、③自己の置かれている状況、結果を認識する能力、④情報を論理的に操作する能力を複合したものであるとしている。英語でよく使われる (medical) decision-making capacity という言葉も同意能力と同様の内容をもつと考えられ、この言葉は、意思決定能力あるいは判断能力などとも邦訳されている³²⁾ため、これらの用語は明確に使い分けられているわけではないといえる。

これらのことより、意思決定能力や同意能力とは、自己の状況の理解、情報の理解と合理的操作、自己の選択権の認識、選択肢の理解、選択肢の評価、結果の予測、選択肢の採択、採択結果の表明の能力が必要であると考えられる。そして、これらの能力を大別すると、自己の状況や情報の理解と合理的操作、選択肢の理解・評価、結果の予測と選択肢の採択といった意思を形成する能力と、採択結果の表明といった意思を表明する能力の2つに分類することができる。高齢者において、この2つの能力は、疾患による認知機能の低下や意識障害、視力や聴力の低下といった身体的加齢変化等により低下すると考えられる。意思決定支援の実践において、援助者は、個々の高齢者の意思の形成と表明の能力について明確に把握しておく必要がある。

2. 意思の形成に関連する意識と認識

人が意思を形成し、意思を表明するためには、高次の脳活動が必要である。言語、情動、時間感覚、認識、記憶、想起、判断、学習といった高次脳機能を総合的に活用して、人は思考し、行動しているが、そのためには、脳が活動した状態であり、意識があり、物事を認識することができる状態であることが前提となる。ここでは、意思を形成するために必要となる、人の意識と認識について考察する。

Plum によると、「意識とは自分と周囲の置かれた状況を認識している状態を指し、覚醒

(arousal) と内容 (content) から成り立っている」とされる³³⁾。つまり、意識には2つの側面があり、一つは、何をどの程度、どのように気付いているかという「清明度」のことで、意識の深さ・レベル（縦軸）と関係しており、もう一つは、どのように気付いているかという「広がり」のことであり、意識の内容（平面）と関係している³⁴⁾。覚醒は脳幹の上行性網様体賦活系が関与しており、一般に意識障害というと狭義には覚醒度の低下を指すことが多く、程度の軽いものから傾眠、昏迷、半昏睡、昏睡に分類される。一方、内容には両側性大脳皮質が関与し、注意力や理解力の障害、せん妄、興奮、錯乱など、意識の質の障害を指し、広義にはこれらを含めた障害を意識障害と呼ぶ³⁵⁾。認知障害とは、大脳皮質の病変により、高次脳機能が障害されることをいう³⁶⁾ことから、広義の意識障害（意識の内容の障害）と考えることができる。

背景病態をみれば、意識障害と認知障害とは明確に区別されるが、機序は重複する。意識を生成する脳幹の障害で意識障害が生じ、認知機能を司る大脳皮質の障害で認知障害が生じる。意識障害を生じる脳幹以下の病巣が、大脳にまで至れば、認知障害を直接的に引き起こす。または、大脳皮質の変性による認知障害から始まっても、原疾患が進展すれば、脳幹機能にも影響を及ぼして覚醒度の障害が生じる³⁷⁾。つまり、人が意思を形成するためには、認知機能を含む広義の意識、すなわち、意識の覚醒と内容の両方が必要となり、障害に至る際の両者の病態は区別されるが、機序は重複するのである。

3. 意思の形成と表明に関連するコミュニケーション

人は意識がある状態で、高次脳機能を活用して思考し、意思を形成する。そして、形成した自身の意思を他者に伝えるために、意思の疎通、いわゆるコミュニケーションを図る。ここでは、人が意思を形成し、表明するコミュニケーションの過程について考察する。

コミュニケーション (communication) とは、「伝える、分かち合う、あるいは共有する」という意味のラテン語 *communicare* からきた言葉であり、コミュニケーションの現象は、構造的には2種類に分けられる。1種類目は短いもので、ただ情報を与えることおよび受けることが含まれる。それは、一方通行的な相互作用 (unilateral kind of personal interaction) を意味し、5つの基本的な構成要素、つまり、刺激、送り手、メッセージ、伝達経路、受け手、から成り立っている。2種類目のコミュニケーションは、1種類目の延長である。これは、2人の人間が、交互に送り手と受け手の役割を変えながら、すばやく連続

して交換するといわれている³⁸⁾。つまり、コミュニケーションとは、複数者間で何らかの情報や意思を伝達し、それを共有する活動を指す。他者と共存し社会を構成して生きる我々の生活の基盤をなしている³⁹⁾。

コミュニケーションは脳の様々な部位が、場面に応じてネットワークを形成しながら適正に働くことによって成立する³⁹⁾。相手の話を聞いて自分の考えを話す、本を読んで感想を記すといったことばを使ったコミュニケーション活動は、主として左側のシルビウス裂を取り巻く言語野の働きによる⁴⁰⁾もので、話す時に抑揚をつけたり、言外の意味を慮ったりするのは右半球が関わる⁴¹⁾。相手の話す内容に共感したり、本を読んで心を動かされたりするのは主として大脳基底核や前頭葉が関与している⁴²⁾。そして、覚醒度が少しでも保たれていればコミュニケーション機能のすべてが失われることは少ない⁴³⁾といわれている。

コミュニケーションの形態は、シンボルとしての「言葉」を用いる、言語的コミュニケーションと、視線などそれ以外の記号を用いる非言語的コミュニケーションなどに分類される。言語的コミュニケーションは、その文意、語義が問題とされるもので、意図的で意識される程度が高いといえる。非言語的コミュニケーションは、視線のほかにも音声の形式的側面（発言と沈黙のタイミング、抑揚、大きさなど、近言語的特徴）、顔の表情、ジェスチャー・姿勢や動作、身体接触、対人距離や空間行動（座席の位置、なわばり）、外見（容貌、スタイルなど）、服装や化粧、さらには匂いやインテリアなど多くのチャンネルを含み、それに応じた多様な伝達特性がある⁴⁴⁾。Mehrabian は、人が感情を伝えるために、言語的コミュニケーションを 7%、声の調子といった非言語的コミュニケーションを 38%、55%を表情によって伝えているという法則を明らかにしている⁴⁵⁾。そして、相手の発したメッセージを理解する側面（input）と、自分がメッセージを発信する側面（output）に大別される³⁹⁾。

このように、コミュニケーションとは、話し手・発信者側と聞き手・受信者側の複数者間で情報や意思を伝達することであり、脳の様々な部位がネットワークを形成しながら働くことで成立する。つまり、人は相手の話を聞いて、その内容を理解し、そこから自分の思いや考えといった意思を形成し、言語的・非言語的等の多様な伝達形態を用いて、その意思を相手に伝え返すことで、複数者間での意思疎通を図っているのである。そして、覚醒度が少しでも保たれていれば、人はコミュニケーションを図ることができると考えられる。

第3節 高齢者の意思決定を阻害する要因と求められる支援

1. 意識の覚醒度の障害

これまで述べてきたとおり、意思決定に欠かせない意思疎通能力は、意思の形成と表明の2つに大別することができた。これらを阻害する要因についてみると、まず、意思形成の阻害要因として、傾眠、昏迷、半昏睡、昏睡、深昏睡といった意識の覚醒度の障害⁴⁶⁾があげられる。覚醒の意識障害をきたすのは、上行性網様体賦活系の障害、または上行性網様体賦活系からの大脳皮質への投射経路が両側性に広範に障害された場合のどちらかである。一側の大脳半球のみの障害では意識障害は出現しないとされている³⁴⁾。また、特殊な意識障害として、無動性無言 (akinetie mutism)、失外套症候群 (apallic syndrome)、閉じ込め症候群 (locked-in syndrome)、遷延性植物状態 (persistent vegetative state) がある。無動性無言は、開眼し、ときに物を注視したり、音のする方向を向くなど、一見覚醒しているように見えるが、全くしゃべらず、呼びかけに対しても何の反応を示すこともなく、四肢を自発的に動かすことも全くない状態であるが、眼球には自発的な動きがみられることがあり、また口唇や口腔内を刺激すると咀嚼様運動が誘発されることがある。睡眠-覚醒のリズムが回復してきたときにみられる慢性期の特殊な意識障害の1つである。失外套症候群は、広範な大脳皮質の障害後の慢性期によくみられる状態で、睡眠-覚醒のリズムが回復し、呼びかけに対して開眼するなど一見覚醒しているようにみえるが、目的のはっきりした動作を示すこともなければ、意味のある言葉をしゃべることもなく、命令に従うことも全くない。ただし、無動性無言 akinetie mutism の場合と異なり、必ずしも無動、無言とはかぎらない。英語圏では apallic syndrome という言葉はあまり用いられず、vegetative state という言葉がよく用いられる。閉じ込め症候群は、上位運動ニューロンが脳幹部で選択的に遮断された結果、意識は保たれているにもかかわらず、ほとんどすべての随意運動ができなくなるために、一見無動性無言のように見えるが、眼球運動（特に垂直方向）は可能であることが多く、これにより意思の疎通が可能である⁴⁶⁾。

植物症の概念は、1972年に Jennett and Plum⁴⁷⁾によって最初に報告された。遷延性植物状態は、失外套症候群と類似症候群であり、頭部外傷後後遺症として社会問題となった時期に、提案されたものである。本症は覚醒しているが外部も自分をも認識できない wakefulness without awareness との呼称が推奨されている⁴⁸⁾。わが国では1972年に日本

脳神経外科学会が遷延性植物状態の定義を提唱し、1. 自力移動が不可能である、2. 自力摂食が不可能である、3. 糞尿失禁状態である、4. 眼球はかろうじて物を追うこともあるが、認識はできない、5. 声を出しても意味のある発語は全く不可能である、6. 目を開け、手を握れなどの簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが、それ以上の意思疎通は不可能である、の6項目を充たす状態が3ヵ月以上継続したものを植物状態としている⁴⁸⁾。

また、最小意識状態の概念は、植物状態と区別されるものとして、アメリカ神経学会から提唱された⁴⁹⁾。最小限に意識的とは、患者はわずかだが、しかしはっきりした自己または周囲を認知している証拠を示し、再現性または継続してみられ、単純な命令に応じ（正確性を問題にせず）、身振りまたは言葉でハイ／イイエの反応があり、知性的な発言、合目的行動（外部の刺激に反応し、反射的活動によらない運動または感情的振る舞いを含む）などの少なくともどれか1つを示さなければならない。最小限の意識状態からの脱却は、意思疎通ができ、ものを機能的に使用できることで規定できる。更なる改善は植物状態患者におけるよりも高い。しかし、一部の患者は最小限意識状態で永続的に留まる⁴⁷⁾。わが国で広く用いられている太田の植物症分類では、完全植物症、不完全植物症、移行型植物症に分類されているが、移行型植物症が最小意識状態に相当するものと考えられる。遷延性意識障害の長期的な機能予後や治療効果を比較するには、植物状態と最小意識状態を明確に区別して論議する必要がある⁵⁰⁾といわれている。

これらのことから、意識の覚醒度の障害は、上行性網様体賦活系の障害、または上行性網様体賦活系からの大脳皮質への投射経路が両側性に広範に障害された場合に生じることがわかる。昏睡や深昏睡の状態は、意思疎通が極めて困難な状態であり、意思の形成がどの程度可能であるかを明確に知ることは難しい。また、特殊な意識障害においても、無動性無言、失外套症候群、遷延性植物状態は、意思の形成が可能かどうか、また、その程度についても明確に確認することが困難である。閉じ込め症候群と最小意識状態は、意思の形成は可能であるが、意思の表明が制限されていると考えることができる。すなわち、意識の覚醒度が低下するにつれて、意思の形成が困難になり、意思の表明も困難になるといえる。

2. 認識の障害

意識の内容の阻害要因である認知機能の障害とは、大脳皮質の病変により、高次脳機能が障害されることをいう³⁶⁾。高次の脳機能とは、一次運動野や一次感覚野によって営まれる

ものを除いた、主として連合野皮質によって営まれる大脳皮質の機能である⁵¹⁾。世界保健機関による国際疾病分類 10 版 (ICD-10) によると、認知症の診断基準は「通常、慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断など多数の高次脳機能障害からなる症候群」とされている⁵²⁾。疾患ごとの機能低下部位を反映し、複数の認知機能に障害が認められる。主な認知機能障害としては、全般性注意障害、健忘、失語、視空間認知障害、失行、遂行機能障害などがある。行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) は認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する。焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動面の症状と、不安、うつ、幻覚・妄想をはじめとする心理症状がある⁵³⁾。

認知症の人の意思の確認は、重度になるにつれて困難になる。高梨は、認知症の中等度から重度では、ADL が低下したり言語的コミュニケーションが限定的になったりすることで、「痛い」、「かゆい」、「息苦しい」、「便がしたい」といった自分の不快症状をうまく伝えられなかったり、周囲のものが症状をキャッチできなかったりすることもあると述べている。また、終末期では、歩行障害や排泄障害、嚥下障害、特に繰り返す誤嚥性肺炎により身体的苦痛が増す。しかし、この時期の認知症の人は言語的なコミュニケーションが難しく、自分の体から発せられるサインが微弱であり、「終末期の認知症の人は苦痛を感じていない」という大きな誤解などから苦痛への適切な介入が遅れたり、なされなかったりすることが多い。この時期では、認知症の人の微弱なサインや生きざまなどから、その人の意思を察しながらケアや意思決定支援をしていくこと、中等度から重度と同様に丁寧に行う日常生活ケアが緩和ケアとなる⁵⁴⁾と述べている。ACP においても、認知症患者などの場合、現在の意思表示能力のみにとらわれると、意思確認はできないと思いがちだが、本人の意思を過去・現在・未来の時間軸で捉えると患者の意思が浮かび上がってくる¹³⁾とされている。

これらのことから、認知機能障害者においては、症状が重度になるにつれて、意思を形成することも、意思を表明することも、困難な状態になるといえる。しかし、認知症症状が進行して重度となり、意思疎通が困難な状態になったとしても、本人から微弱なサインは発せられており、過去・現在・未来の時間軸を用いて、その人のこれまでの生きざまや人となりとを考え併せることで、サインの意味を見出し、意思をくみ取っていくことが重要であると考えられる。

3. 意思疎通の阻害要因と求められる支援

これまでみてきたように、人は意識の覚醒度の障害や認識の障害により、脳の様々な部位のネットワークを形成することができなくなり、意思を形成する能力や表出する能力の低下、複数者間での円滑な意思疎通が困難になることが明らかになった。意思疎通が困難な状態になると、人は自身の意思を他者に伝え、理解してもらうことも難しくなる。特に、日常生活において他者の支援を必要とする高齢者の場合、自身の意思を援助者に伝えることが困難な状態になると、自身の意思に基づいた日常生活を送ることが難しくなる。また、援助者側も、高齢者自身の意思を確認することができず、不安や困惑を感じながら、高齢者に対する日常生活援助を実践することになると考えられる。

しかし、前述したように、覚醒度が少しでも保たれていればコミュニケーション機能のすべてが失われることは少ないといわれているため、意識の覚醒度が少しでも保たれている限り、意思を形成し、表明できる可能性があるといえる。また、認識の障害においても、中等度から重度の認知症の人は、意思の形成や表明が困難な状態になるが、本人から微弱なサインは発せられている。また、Andrews⁵⁵⁾らの報告によれば、植物症として転送されてきた患者 40 例（1992～1995 年の間）を対象に、その診断の正確性を検討した結果、40 例中 17 例が誤診されていることがわかった。誤診例で多かった症状は失明ないし重症視力障害（10 例）であり、前例では、時間・場所・人に関する見当識（11 例）、過去の想起（13 例）、計算（11 例）、書字（8 例）などが確認されている。つまり、植物状態として、言語的にも非言語的にも意思疎通が困難であると思われる患者の中で、実際には、自己の意思を明確に持ち、それを他者に示すことができる者がいるということである。

このように、遷延性意識障害者や認知症の終末期にある高齢者は、言語的にも非言語的にも意思疎通が極めて困難であり、自身の体から発せられるサインも微弱であるが、自己の意思を持ち、それを他者に示すことができる可能性、すなわち、意思の形成と表明ができる可能性があると考えられる。意思疎通の可能性がある限り、これまでの生きざまや、身体から発せられる微弱なサインを通して、全ての高齢者の意思をくみ取っていくことが看護者には求められている。特に、日常生活において支援を必要とする高齢者に対しては、日常生活援助場面における意思を細やかにくみ取り、その意思が反映された援助が実践されることで、一人ひとりの高齢者が人生の最終段階の日々をその人らしく送ることができると考えられる。

引用文献

- 1)総務省統計. 人口推計 (令和 2 年 (2020 年)6 月確定値, 令和 2 年 (2020 年) 11 月概算値). (2020 年 11 月 20 日公表)
<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi1031.html> (参照 2020-12-1)
- 2)内閣府. 令和 2 年版高齢社会白書. 2020; 27-38. (2020 年 7 月 31 日公表)
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html (参照 2020-12-1)
- 3)厚生労働省. 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007; 1-2 (2015 年 3 月改訂, 2018 年 3 月改訂).
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (参照 2020-12-1)
- 4)厚生労働省. 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編. 2007; 3-6.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078982.pdf> (参照 2020-12-1)
- 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; 1-4
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf> (参照 2020-12-1)
- 6)長江弘子. これからの在宅ケアの方向性を示すエンド・オブ・ライフケア. 日本在宅ケア学会誌 2014; 18(1): 5-9.
- 7)Izumi S, Nagae H, Sakurai C, & Imamura E. Defining End-of-life care from the perspective of nursing ethics. Nursing Ethics 2012; 19(5): 608-618.
- 8)長江弘子. エンド・オブ・ライフケアにおける看護実践の構成要素. 長江弘子編, 看護実践に生かすエンド・オブ・ライフケア. 日本看護協会出版会. 東京, 2014; 100-104.
- 9)阿部康之, 木澤義之. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理. 長江弘子編, 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア. 日本看護協会出版会. 東京, 2014; 38-44.
- 10)厚生労働省. 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書. 2014; 12-13.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf (参考 2020-12-1)

- 11)阿部泰之. 人生の最終段階に関わる意思決定支援 Advance care planning を超えて.
死の臨床 2016; 39(2): 301.
- 12)西川満則. 【アドバンス・ケア・プランニングー認知症高齢者の意思を尊重した看取り】
＜総論＞認知症高齢者の看取りに向けたアドバンス・ケア・プランニング. コミュニティ
ケア 2015; 17(11): 50-55.
- 13)西川満則. 「本人の意思の3本柱」と「意思決定支援用紙」について. 西川満則, 長江弘
子, 横江由理子編, 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・
プランニング. 南山堂. 東京, 2016; 40-43.
- 14)長江弘子. 「どう生きたいか」の価値を表出する支援としてのアドバンス・ケア・プラン
ニングの意義. 西川満則, 長江弘子, 横江由理子編, 本人の意思を尊重する意思決定支援
事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング. 南山堂, 東京, 2016; 12-17.
- 15)Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate
decision making before death. N Engl J Med 2010; 362(13): 1211-1218.
- 16)桑田美代子, 四垂美保. X認知症の人のエンド・オブ・ライフ・ケア. 中島紀恵子監修,
認知症の人びとの看護, 第3版. 医歯薬出版株式会社. 東京, 2017; 177-187.
- 17)Fry ST, Johnstone MJ. 看護実践における倫理的分析和倫理的意思決定. 片田範子, 山
本あい子訳, 看護実践の倫理. 倫理的意思決定のためのガイド, 第3版. 日本看護協会出
版会. 東京, 2014; 3-4.
- 18)清水哲郎. 本人の人生にとっての最善を目指して. 岩手県立病院医学会雑誌 2014;
54(2):202-208.
- 19)日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインー人工的水分・
栄養補給の導入を中心として. 2012; 1-22.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf (参照 2020-12-
1)
- 20)石垣靖子. 看護における倫理を考える インフォームド・コンセントと意思決定への支
援. 石垣靖子, 清水哲郎編, 臨床倫理ベーシックレッスンー身近な事例から倫理的問題を
学ぶ, 日本看護協会出版会. 東京, 2012; 17-21.
- 21)田中里佳, 大久保仁司. 高齢がん患者の療養法意思決定支援の研究の動向と今後の課題.
ホスピスケアと在宅ケア 2017; 25(1): 12-20.

- 22) 高橋方子, 布施淳子. 訪問看護師が在宅療養高齢者の代弁意思に添う終末期医療の提供に必要と認識した情報. 千葉科学大学紀要 2017; 10: 75-89.
- 23) 青木頼子. 意思疎通が困難な高齢者を支える家族の代理意思決定に関する文献レビュー. 富山大学看護学会誌 2014; 14(2): 131-144.
- 24) 広辞苑 第七版, 岩波書店. 東京, 2018; 150.
- 25) 二ノ坂保喜. 意思決定を支える! 地域における高齢者とその家族に必要な支援とは. 家族看護学研究 2015; 20(2): 145-147.
- 26) 中山和弘. 医療における意思決定とは何か. 子安増生, 西村和雄編, 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア. 中央法規. 東京, 2012; 12-13.
- 27) 楠見孝. 意思決定. 京都大学心理連合編, 心理学概説. ナカニシヤ出版. 京都, 2011; 141-145.
- 28) High DM. Surrogate decision-making, Who will make decision for me when I can't? Clinics in Geriatric Medicine 1994; 10: 455-461.
- 29) Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. New Engl J Med 1988; 319: 1635-1638.
- 30) Appelbaum PS, Gutheil TG. Handbook of Psychiatry and the Law, 4thed. Lippincott /Williams & Wilkins, Philadelphia 2007; 177-213.
- 31) Roth LH, Meisel CA, & Lidz CA. Tests of competency to consent to treatment. American Journal of Psychiatry 1977; 134: 279-284.
- 32) 白石弘巳. 高齢者の意思能力 医療における高齢者の同意能力. 老年精神医学雑誌 2002; 13(10): 1121-1126.
- 33) Plum F, Posner BJ. The diagnosis of stupor and Coma Fourth Edition. Oxford University Press, New York 2007; 3-37.
- 34) 久住呂友紀, 鈴木則宏. 【意識障害のプライマリーケア】意識障害とは. 臨牀と研究 2013; 90(3): 267-271.
- 35) 長嶋和明, 西山和利. 【意識障害のプライマリーケア】意識障害の検査のすすめ方. 臨牀と研究 2013; 90(3): 272-276.
- 36) 武田克彦. 神経心理学における意識と無意識. 神経心理学 2012; 28: 104-112.

- 37) 杉本あずさ, 二村明德, 河村満. 【内科疾患と関連する認知症～treatable dementia を見逃さないために】《神経内科で診る認知症のある疾患》意識障害と認知障害の診分け方. Modern Physician 2013; 33(1): 69-72.
- 38) Wiedenbach E, Falls EC. Communication Key to Effective Nursing. The Tiresian Press; 1978, 池田明子訳, 新装版コミュニケーション 効果的な看護を展開する鍵. 日本看護協会出版会. 東京, 2017; 2-3.
- 39) 飯干紀代子. 認知症のコミュニケーション障害 その評価と支援. 三村將, 飯干紀代子編, 医歯薬出版株式会社. 東京, 2013; 8-9.
- 40) Goodglass H. Understanding Aphasia. 波多野和夫, 藤田郁代監訳, 失語症の理解のために. 創造出版. 東京, 2000.
- 41) Rousseaux M, Daveluy W, Kozlowski O. Communication in conversation in stroke patients. J Neurol 2010; 257: 1099-1107.
- 42) 三村將. 前頭葉と記憶ー精神科の立場から. 高次脳機能研究 2007; 27: 278-289.
- 43) 飯干紀代子. コミュニケーション支援におけるエビデンスとの可能性ー言語聴覚士の立場から自験例を通してー. 高次脳機能研究 2012; 32: 468-476.
- 44) 大坊郁夫. 魅力と対人関係. 安藤清志, 大坊郁夫, 池田謙一編, 社会心理学ー現代心理学入門 4, 岩波書店. 東京, 1995; 6: 96-117.
- 45) Mehrabian A. Silent messages. Wadsworth Publishing Company, Inc, California, Belmont, 1971; 52.
- 46) 水野美邦, 辻省次. 意識障害. 水野美邦編, 神経内科ハンドブック. 医学書院. 東京, 2008; 142-144.
- 47) Jennett B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. Lancet 1972; 1: 734-737.
- 48) 太田富雄. 章意識障害. 脳神経外科学 I, 改訂 12 版. 金芳堂. 京都, 2016; 222-287.
- 49) Giacino JT, Ashwal S, Childs N. et al. The minimally conscious state: Definition and Diagnostic criteria. Neurology 2002; 58: 349-353.
- 50) 山本隆充, 深谷親, 小林一太他. 脳波・筋電図の臨床 遷延性意識障害例に対する電気生理学的評価の応用性. 臨床脳波 2010; 52(11): 637-642.
- 51) 岩田誠. 高次脳機能障害とはどのようなものを指すのですか またどのように分類されるのですか. 河村満編, 高次脳機能障害 Q&A 基礎編. 新興医学出版社. 東京, 2011; 3-5.

- 52) World Health Organization. World Health Organization International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th Revision. Geneva, 1993.
- 53) 日本神経学会. 認知症疾患治療ガイドライン. 医学書院. 東京, 2017; 1-53.
- 54) 高梨早苗. 非がん・高齢者疾患の緩和ケア 認知症の緩和ケア. 月刊薬事 2015; 57(12): 1959-1964.
- 55) Andrews K, Murphy L, Mundy R, Littlewood C. Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit. BMJ 1996; 313: 13-16.

第2章 意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における意思決定支援に関する看護 文献の検討

第1節 文献検討の目的

1. 目的

高齢者が人生の最終段階をその人らしく生活することができるためには、一人ひとりの高齢者の日常生活における意思が尊重されることが重要である。そこで、意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における意思に焦点を当て、看護師が高齢者の意思をどのようにくみ取っているか、また、くみ取った意思や援助の内容について明らかにするために、看護文献のレビューを行った。

2. 用語の定義

1) 日常生活における意思

日常生活とは、長年積み重ねた生活習慣を基盤にして成り立っており、日常生活において多くの援助を必要とする高齢者にとって、日常生活のあり方は、QOL に大きく影響を及ぼし、人生の最終段階における生き方そのものでもある。本研究において、日常生活における意思とは、「過去・現在・未来の時間軸で捉えた、対象となる人の日常生活における思い・考え・欲求・希望」とする。

2) 意思疎通困難な状態にある高齢者

人は自身の意思を他者に伝えるためにコミュニケーションを図るが、コミュニケーションとは、相手の発したメッセージを理解する側面（input）と、自分がメッセージを発信する側面（output）に大別される¹⁾。本研究では、重度の認知機能障害や意識障害等によって、本人の意思を確認することが非常に困難な状態にある高齢者の意思に焦点を当てる。そのため、意思疎通困難な状態にある高齢者とは、「コミュニケーションにおいて、メッセージを発信する能力の著しい低下により、言語的・非言語的コミュニケーションによる意思疎通が困難となり、一見してその意思をくみ取ることができない高齢者」とする。

第2節 文献検討の方法

1. 文献の抽出と選定過程

本研究では、意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活に焦点を当て、看護師による支援内容を明らかにすることを目的としたため、研究論文の検索には、国内の論文は医学中央雑誌 Web 版 Ver. 5（1983 年収録開始）を使用し、国外の論文は CINAHL（1987 年収録開始）を使用した。論文種別は原著論文、研究報告、実践報告、短報を対象とした。

検索方法は、医学中央雑誌では、「高齢者」と「意思／意志疎通困難」、「意思／意志決定」、「意思／意志表示」、「意思／意志表出」、のキーワードを組み合わせた AND 検索と、「高齢者」と「意思／意志」と「意識障害」、「認知機能障害」のキーワードを組み合わせた AND 検索を行った。CINAHL では、対象年齢を 65 歳以上とし、「self-directed」、「self-direction」、「self-directing」、「decision-making」、「will」、「intention」のキーワード検索を行った。その内、「decision-making」では 9797 件、「will」では 12917 件、「intention」では 2844 件と多くの論文が検出されたため、論文を絞り込むために、これら 3 つのキーワードと、「dementia」、「communication impairment」、「cognitive impairment」、「disturbance of consciousness」、「cerebrovascular disorder」、「cerebrovascular disease」、「cerebrovascular accident」、「cva」、「stroke」、「high brain dysfunction」のキーワードをそれぞれ組み合わせて AND 検索を行った。

検出された論文と、その本文中に引用された論文の中から、検索基準を『意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における意思表出支援に関する研究』として対象論文を抽出した。除外基準として、コミュニケーションにおいて、メッセージを発信する能力の低下が軽度である高齢者や、その能力に変化が生じる時期にある高齢者を対象とした論文は除外した。

2. 分析方法

最初に、抽出された論文の特性について概観し、研究内容別に分類した。次に、意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活において、看護師が高齢者の意思をどのようにくみ取っているか、また、くみ取った意思や援助の内容について明らかにするために、「1. 看護師

が高齢者の意思をくみ取る際に手がかりとしているもの」，「2. 看護師によってくみ取られる高齢者の意思の内容」，「3. 高齢者の意思をくみ取るための援助方法」，「4. 基礎となる看護観」の 4 つの観点から内容分析を行った。Berelson²⁾の内容分析の手法を参考にして，対象論文の研究結果について，4 つの観点に対応する記述を，意味内容を損なわないようにコード化した。共通性と相違性に基づいて各コードを分類してサブカテゴリーを生成し，抽象化してカテゴリーを生成した。コードの抽出から，サブカテゴリー，カテゴリーの生成まで，矛盾や飛躍した解釈がないか研究者間で納得のいくまで協議し，結果の妥当性を確保するように努めた。

第 3 節 文献検討の結果

キーワード検索により，国内論文 6219 編，国外論文 6168 編が検出された。各論文に引用されている論文も対象とした。抽出した論文をタイトルと要旨の内容から，検索基準と照らし合わせて，国内論文 418 編（引用論文 1 編含む），国外論文 206 編に絞り込んだ。さらに，論文内容を読み込み，検索基準を満たす論文を絞り込んだ結果，国内論文 15 編（引用論文 1 編含む），国外論文 1 編，計 16 編の論文（1995～2018 年）が対象となった。

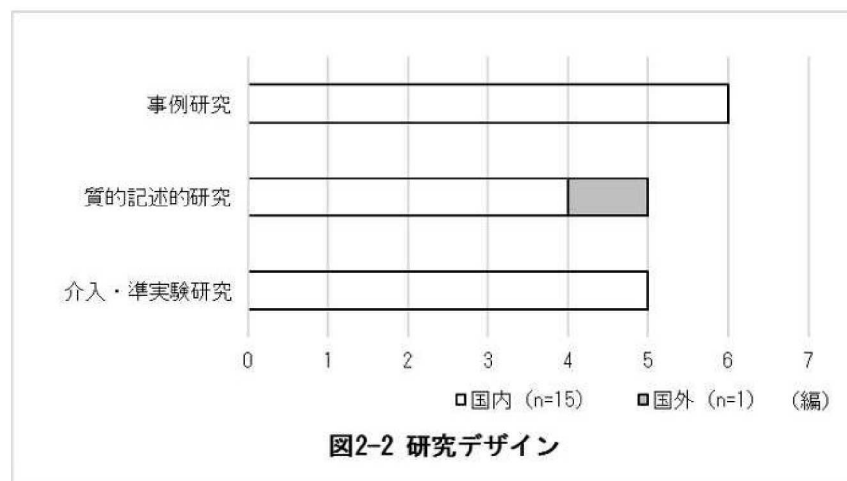
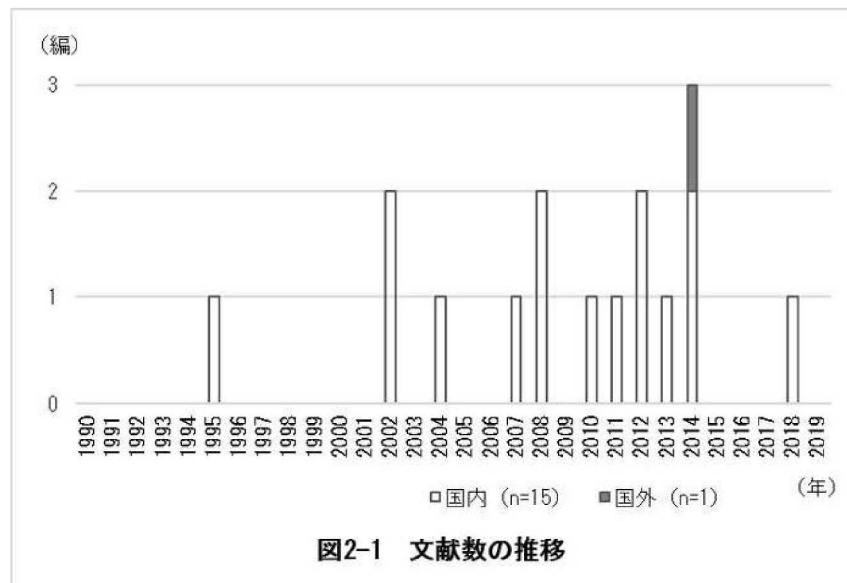
1. 論文の特性

1) 論文数の推移（図 2-1）

最初の論文は 1995 年にみられ，国内・国外論文ともに 2000 年以降に多くみられるようになっていた。論文数は 16 編と少なく，国外論文は 1 編のみであった。

2) 研究デザイン（図 2-2）

研究デザイン別に分類すると，事例研究 6 編（37.5%），質的記述的研究 5 編（内国外文献 1 編，31.25%），介入・準実験的研究 5 編（31.25%）であった。



3) 対象者の特徴

対象論文 16 編のうち、認知症により意思疎通が著しく困難になった高齢者を対象とした論文が 10 編、意識障害を有する高齢者を対象とした論文が 5 編、言語的コミュニケーションに難しさのある高齢者を対象とした論文が 1 編であった。

2. 内容別分類（表 2-1）

内容別に分類した結果、1) 看護師が捉える高齢者の意思の内容や看護師の思考過程に関する研究 6 編（うち国外文献 1 編，37.5%），2) 支援内容によって変化する高齢者の意思の表れ方に関する研究 2 編（12.5%），3) 認知症高齢者の自己決定の可能性検証に関する研究 3 編（18.75%），4) 高齢者の意思をくみ取るための援助方法の有効性検証に関する研究 5 編（31.25%）の 4 つに分類できた。それぞれの概要を以下に説明する。

1) 看護師が捉える高齢者の意思の内容や看護師の思考過程に関する研究

湯浅ら³⁾は、重度認知症患者の感じる“心地よさ”に関する 13 項目のチェック表を作成し、老人性認知症治療病棟に入院中の 3 名を対象に、参加観察によりチェック表の試用をしていた。同様に、認知症高齢者の意思に焦点を当てた研究は 3 編あり、痴呆高齢者の言動パターンに対する看護者の認識過程を明らかにした坂口⁴⁾の研究、認知障害がある高齢者が不適切な場所に排泄する行動を通して、感情表現や意思表示のメッセージを探求した林ら⁵⁾の研究、オーストラリアの居住高齢者介護施設（RACFs）のケアスタッフを対象に、認知症患者に対する意思決定支援と促進のための認識方法を探った Fetherstonhaugh ら⁶⁾の研究があった。

また、梅垣⁷⁾は、遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引きだすケアの構成要素と看護師の変容過程を明らかにすることを目的に、職務経験 9 年以上で遷延性意識障害患者の看護経験が 3 年以上の看護師 8 人を対象に、参加観察と半構造化面接を実施し、その内容を質的に分析している。そして、實ら⁸⁾は、言語的コミュニケーションに難しさのある高齢者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわりを明らかにした記述的質的研究をしていた。

これらの研究は、重度認知症高齢者の日常生活行動から、高齢者の快・不快等の感情表現や意思表示のメッセージを読み取ったり、看護師に対するインタビュー調査の結果を質的に記述的に分析したりすることで、高齢者の意思を捉える際の看護師の思考過程を明らかにしていた。

表2-1. 研究内容別分類

分類	著者名	研究目的	対象者	研究デザイン
1. 看護師が捉える高齢者の意思の内容や看護師の思考過程に関する研究 (6編)	梅垣弘子 (2018)	遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素と看護師としての変容過程を明らかにする	職務経験9年以上で遷延性意識障害患者看護の経験が3年以上の看護師8人	質的帰納的研究、参加観察、半構造化面接
	Fetherstonhaugh D, et al (2014)	オーストラリアの居住高齢者介護施設 (RACFs) のケアスタッフが認知症者の意思決定支援と促進を認識する方法を探る	49名の直接ケアスタッフ	個別半構成的・フォーカスグループインタビュー
	實金栄 他 (2013)	言語的コミュニケーションに難しさのある高齢者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわりを明らかにする	看護師20人	記述的質的研究 インタビュー調査
	湯浅美千代 他 (2007)	重度の認知症を有する高齢患者に対するケアの効果を把握するための指標をcomfort概念を取り入れて開発し、臨床事例に適用し、修正点を検討する	老人性認知症治療病棟に入院している3名の高齢患者 (HDS-R1点: 1名, HDS-R測定不能: 2名)	参加観察 (病棟看護師が対象患者に関わった場面を3段階で記録)
	坂口千鶴 (2002)	痴呆高齢患者の言動パターンに対する看護師の認識過程に注目し、高齢患者に対する理解と対応を明らかにする	高齢患者7名 (N式老年者精神状態評価尺度: 中等度3名, 重度4名), 看護師18名	帰納的・記述的デザイン, 参加観察, 非構成的面接法
	林優子 他 (1995)	痴呆老人が不適切な場所に排泄する行動から、感情表現や意思表示としてのメッセージを探求する	65歳, 女性, 初老期痴呆 (HDS-R: 0点)	事例研究 (診療/看護記録, 参加観察からデータ収集)
2. 支援内容によって変化する高齢者の意思の表れ方に関する研究 (2編)	野間美智子 (2014)	意思疎通が図れなくなった患者のわずかな変化でも気づくことが、看護師の役割ではないかと、意図的にかかわるよう努めた看護を振り返る	80歳代男性, 2型糖尿病の既往, 低血糖が遷延し入院。入院5日目に脳梗塞を発症, 意識レベル低下	事例研究
	岡本充子 (2008)	失語症や認知症患者への看護の経験から得た“実践知”を紹介し, “患者から学ぶ”ことの大切さについて考察する	70歳代, 女性, アルツハイマー型認知症	事例研究
3. 認知症高齢者の自己決定の可能性検証に関する研究 (3編)	宮崎愛美 他 (2014)	認知症のある人も日常生活の具体的な選択は可能ではないかという仮説の元に, 食事場面で2つの選択肢を呈示し, 自己選択が可能か調査する	認知症と診断されて入院, 入所, 通所している人で経口摂取できる94名	介入研究 (食事場面で二者択一を呈示)
	渡辺陽子 (2011)	高齢者施設で生活する中等度・重度認知症高齢者に対して自己決定の機会を提供する看護介入を実施し, 有効性を検討する	介護老人保健施設 (2箇所) で生活する中等度・重度認知症高齢者10名	質的・帰納的研究
	渡辺陽子 他 (2010)	施設で生活する中等度・重度認知症高齢者の自己決定の機会を提供する看護介入の効果を検証する	老人保健施設入所中の中・重度認知症高齢者19名	準実験研究デザイン (2群間比較の介入研究)
4. 高齢者の意思をくみ取るための援助方法の有効性検証に関する研究 (5編)	佐藤光栄 他 (2012)	遷延性意識障害者に背面開放足底接地座位, 足浴, 口腔ケアの看護介入を行い, 遷延性意識障害者の意思を示す反応が得られるか検討する	遷延性意識障害者15名, 対照群: 意識のある寝たきり高齢者6名	準実験研究デザイン (2群間比較の介入研究)
	大野由貴 他 (2012)	介護老人保健施設に入所している重度の認知症高齢者の個別援助方法を明らかにし, 重度認知症高齢者が意思や希望に沿った生活を送るための看護援助を検討する	介護老人保健施設入所中80歳代女性 (日常生活自立度判定基準ランクⅢ-a, 要介護5), 看護・介護職25名	事例研究 (ケア指針の作成と実践, 職員へのアンケート調査)
	羽馬由恵 (2008)	脳への感覚刺激と関節可動域拡大の目的で温浴刺激を行い, 広南スケールで意識障害の程度を評価し, 患者の反応と温浴刺激の効果について検討する	70歳代女性 (意識障害: JSCⅢ-200~300)	事例研究 (週1回全身入浴を実施, 湯の度38℃)
	伊藤タ子 他 (2004)	入浴方法と入浴中の看護師のかかわりを検証し, 家庭用風呂に則した入浴がコミュニケーション能力を引き出した結果の報告	74歳, 意識障害, 自発開眼はあるが追視・発語なく, 声掛けに反応なし	事例研究 (①入浴後の車椅子座位場面, ②入浴場面)
	前場幸登 (2002)	意思疎通不能な寝たきり終末期痴呆高齢者のための「ベッドサイド・アクティビティケア・プログラム (FY-BACP)」を考案し, “寝たきり終末期痴呆高齢者のための快さの意思表出度評価スケール”で有効性を検討する	経口摂取 (O) 群: 5名, 経管栄養 (T) 群: 4名の計9名 (寝たきり度C2, HDS-R・MMSE評価不能)	介入研究 (FY-BACP実施前後に意思表出度評価スケールを測定)

2) 支援内容によって変化する高齢者の意思の表れ方に関する研究

岡本⁹⁾は、アルツハイマー型認知症高齢者1名を対象に、看護経験から得た実践知を紹介した事例研究を行っていた。また、野間¹⁰⁾は、意識レベルが低下し、意思疎通が図れない患者を受け持ち、わずかな変化でも気づくことが看護師の役割であると考え、意図的にかかわった看護を振り返る事例研究を行っていた。

これらの研究は、看護師の支援によって、意思疎通困難な状態にある高齢者の意思の表れ方が変化することを明らかにしており、個別的な援助内容とそれに伴う高齢者の意思の表れ方の変化が明記してあった。

3) 認知症高齢者の自己決定の可能性検証に関する研究

宮崎ら¹¹⁾は、認知症患者も日常生活の具体的な選択は可能ではないかという仮説のもと、経口摂取可能な認知症高齢者94名を対象に、食事場面で二者択一を呈示して対象者に選択を促す介入研究を実施していた。同様に、認知症高齢者の自己決定に焦点を当てた研究は2編あり、高齢者施設で生活する中等度・重度認知症高齢者を対象に、自己決定の機会を提供する看護介入の有効性を検討した渡辺ら¹²⁾の準実験的研究と、同じ目的で質的帰納的分析をした渡辺¹³⁾の研究があった。

これらの研究は、シンプルな選択肢による自己決定の機会を提供することで、中等度・重度の認知症高齢者は自己決定が可能であることを明らかにしていた。

4) 高齢者の意思をくみ取るための援助方法の有効性検証に関する研究

大野ら¹⁴⁾は介護老人保健施設に入所している重度認知症高齢者が意思や希望に沿った生活を送るための看護援助を明らかにし、援助方法をチームで共有・実践した事例研究を行っていた。同様に、認知症高齢者に対する支援方法の有効性を検証した研究として、意思表出が極めて困難で意思疎通不能な寝たきり終末期痴呆高齢者のための「ベッドサイド・アクティビティケア・プログラム (FY-BACP)」を考案し、“寝たきり終末期痴呆高齢者のための快さの意思表出度評価スケール”を用いて意思表出の活性化について検討した前場¹⁵⁾の研究があった。また、佐藤ら¹⁶⁾は、意識のある寝たきり高齢者を対照群として、遷延性意識障害者に背面開放足底接地座位、足浴、口腔ケアの看護介入を日常の看護に追加して行うことで、脳の活性化や覚醒水準を高め、意識レベルの向上や意思を示す反応が得られるかを検討していた。同様に、意識障害を有する高齢者に対する支援方法の有効性を検証した研究は2

編あり，脳への感覚刺激と関節可動域拡大の目的で温浴刺激を行い，東北療護センター遷延性意識障害度スコア（広南スケール）で意識障害の程度を評価した羽馬¹⁷⁾の研究，家庭用風呂に則した入浴がコミュニケーション能力を引き出していることを報告した伊藤ら¹⁸⁾の研究があった。

これらの研究は，座位の保持，入浴，足浴，口腔ケア，会話，タッチング等の日常生活活動や，統一された援助介入によって，意思疎通困難な状態にある高齢者の意思が表出され，くみ取りやすくなることを明らかにしていた。

3. 日常生活における高齢者の意思と意思決定支援

1) 看護師が高齢者の意思をくみ取る際に手がかりとしているもの（表 2-2）

看護師が高齢者の意思をくみ取る際に手がかりとしているものとして，「顔の動き」，「身体の動き」，「生体・生活反応」，「反応や状態の変化」，「生活様式や人となりの情報」の 5 カテゴリーとそれらを構成する 14 サブカテゴリーが生成された。

2) 看護師によってくみ取られる高齢者の意思の内容（表 2-3）

看護師によってくみ取られる高齢者の意思の内容として，「感情」，「要望」，「体調」，「他者や状況に対する認識・関心」，「明確な意思」，「不明確な意思」の 6 カテゴリーとそれらを構成する 13 サブカテゴリーが生成された。

3) 高齢者の意思をくみ取るための援助方法（表 2-4）

高齢者の意思をくみ取るための援助方法として，「時間を共有して観察」，「意図的な言語的・非言語的コミュニケーション」，「身体的刺激」，「選択の提示と支援」，「意思の推測」，「意思の確認」，「意思とケア方法の探索」，「家族を含むチームでの協働」の 8 カテゴリーとそれらを構成する 20 サブカテゴリーが生成された。

4) 基礎となる看護観（表 2-5）

看護師が高齢者の意思をくみ取ろうとする行動の基礎となる看護観として，「感性を高める」，「高齢者の力を信じる」，「寄り添い意思を知ろうとする」，「自身の倫理観を顧みる」，「経験を手がかりにする」，「感動ややりがいを支えにする」の 6 カテゴリーが生成

された。看護観に関するコードは全体数が少なく、サブカテゴリーの生成は困難であった。

表2-2. 看護師が高齢者の意思をくみ取る際に手がかりとしているもの

カテゴリー	サブカテゴリー	コード例
1. 顔の動き	①表情	眉間にしわを寄せる、苦痛様表情、顔をしかめる、顔を歪める、沈んだ表情、暗い表情、表情が緩む、穏やかな表情、表情の穏やかさ、笑顔、嬉しそうな表情、顔色、表情
	②目の動き	目を大きく開く、目の開閉、耳元で呼びかけると容易に開眼する、瞬目、目の表情、嫌そうな目、目の輝き、目の力、目の動き、目力、流涙、涙を出す
	③視線	視線、視線が合っているような雰囲気、目線が合う、焦点が合う、アイコンタクト、追視ができる、看護師が近づいた方向を向いた、看護師がいる方向に一瞬目線が止まった
	④口の動き・声	声、単語の発語、声にならない声、言葉にならない声、口を動かす、口を動かして何か伝えるような行為、口をかたくなに閉じ拒否する
2. 身体の動き	⑤手・足の動き	細やかな手の動き、手の位置、手に力を入れる、手で押さえつける、手を払いのける、左手を口元まで上げた、手足の動き、手足などの身体動作の変化
	⑥身体の動き	動作、体動、行動、全身、わずかな動き、微妙な動きのサイン、うなづき、自分で肘掛けに肘を掛けて身体を押して姿勢を直した
	⑦身体の緊張と弛緩	身体の緊張、体に力を入れる、体の緊張、身体の力が抜けている
3. 生体・生活反応	⑧生体のサイン	呼吸の変化、バイタルサイン（呼吸数、脈、血圧）、生体サイン、皮膚
	⑨生活リズムの変化	食事の摂取量、覚醒と入眠がはっきりわかる
4. 反応や状態の変化	⑩反応やサイン	反応をキャッチする、わずかな反応、小さな患者の反応、反応やサインを見出す、サインへの気づき、サインの変化をつかみとる、サインを感じとる
	⑪反応や日常の状態との変化	反応やサインの変化、反応の変化、反応の違いの観察、変化を観察する、普段との違い、日ごろの患者の常態を観察、常態との違いを感じ取る
	⑫他者とのかわりに応じた変化	関係の良い他者と接しているときの患者の表情、目が合うと手を挙げて笑う、質問に対し考える表情、問いかけに応じる、介護抵抗などの周辺症状の軽減
5. 生活様式や人となりの情報	⑬他者からの情報	家人や知人などの重要他者、家族からの情報収集、重要他者からの情報、介護サービス提供者からの情報、患者の力を家族や他職種をとおして知る
	⑭習慣・価値・信念	生活様式、過去の体験、経歴、背景、好きなことや嫌いなこと、大切に思っていること、患者の居室にあるもの、性格、価値観、信念、主義、意義、コーピング、宗教的なもの

表2-3. 看護師によってくみ取られる高齢者の意思の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード例
1. 感情	①穏やかさ・快さ	笑顔、快さ、快の表情、リラックスした表情、落ち着いている、穏やか
	②苦痛・不快さ	息苦しさ・苦痛の表情、痛み、不快感、不快の読み取り
	③怒り・驚き	驚いた表情、怒った表情、怒り、いらつき
	④嫌悪・恐れ	顔を歪め、嫌そうな表情、嫌悪、トイレの場所がわからない、危機への気づき、警戒
	⑤拒否	拒否、反抗、気がのらない、不満
2. 要望	⑩物事の選択	援助者とやり取りしながら選択する、援助者や他入所者と相互に関わりながら選択する、促されて選択する、理由を述べて拒否する、選択の意思を明確に示して行動する
	⑪欲求	患者は何かしたいと思っている
3. 体調	⑥体調	体調、身体症状に対する不安と戸惑い
4. 他者や状況に対する認識・関心	⑦周囲への関心・気遣い	気配を感じている、周囲の行動を見て一緒に行動する、周囲の目を気にする、他者に対して遠慮する、周囲に気遣う
	⑧他者への信頼	協力、選択を援助者にゆだねる、甘え
	⑨状況の認識	入浴していることを認識しているように感じた
5. 明確な意思	⑫明確な意思	確かな意思
6. 不明確な意思	⑬不明確な意思	無関心、無視、不十分な意思、不確かな意思、入り込みにくさ、意思の推察困難な決定、内的体験からの遮断

表2-4. 高齢者の意思をくみ取るための援助方法

カテゴリー	サブカテゴリー	コード例
1. 時間を共有して観察	①時間をかけて寄り添う	時間をかけて話をし、無反応の時には少し待ってからもう一度話しかける、反応を待つ、タイミング、そばに行く、そばに居る、そばに寄り添う、時間をともにする
	②意識的な観察	見逃さないよう観察、意図的な観察
2. 意図的な言語的・非言語的コミュニケーション	③言葉がけ	声かけ、返事がなくても声かけ、笑顔で挨拶を交わす、シンプルで明確な言葉を使用し表現の一貫性を示す
	④身近な話題を話す	天気の話や時間を伝える、外のように話を話題にする、家族の話題をする、患者にとって価値のある話、リアリティ・オリエンテーション
	⑤注意を向ける	働きかけ、注意を促す、アイコンタクトをとる、注意散漫または騒がしい環境を避ける、環境づくり
	⑥非言語的コミュニケーション	体に触れる、触れ合いながらお互いに確認し合う、ボディタッチ、手を握り身体に触れながら挨拶をする、タッチングなど簡単な言語・準言語・非言語を交えたコミュニケーション
3. 身体的刺激	⑦清潔ケア	口腔ケア、歯肉マッサージ、舌マッサージ、耳下腺・顎下腺・舌下腺マッサージ、頸部ストレッチ、上肢・下肢のマッサージ
	⑧温浴刺激	家庭用風呂を使用し、看護師2～3人で患者を抱えてお湯に入れ座位で入浴、全身入浴、足浴
	⑨音刺激	歌唱（童謡、唱歌、ナツメロなど）、音楽を流しながらタッチング
	⑩姿勢	背面開放足底接地座位
4. 選択の提示と支援	⑪選択の提示	さまざまな選択肢を提示する、意思決定できる機会を増やす、選択を待つ、選択への意思確認、使用するトイレの場所は自分で決めてもらう、二者択一を呈示して対象者に選択を促す
	⑫選択を支援する	選択した行動を支援する、患者の意思に添った具体的な援助を実施する決定を行っていた、自分の食べたい方法で食べられるよう介助する
5. 意思の推測	⑬言葉から推測する	話す内容から推測、言葉の裏にある心情を捉える
	⑭反応の意味を推測・解釈する	日常生活状況や現在の状態を把握しニーズを読みとり満たす、活動の意味を推測する、変化の意味を読みとる、反応の意味を推測・推察、意味を推測し解釈、サインの意味を考える
6. 意思の確認	⑮推測し代弁する	推測し代弁する、意思・感情を代弁し交流する、代申し謝罪する、感謝を伝える、欲求の充足をすすめる
	⑯意思の確認行為	意思に対する確かめ、ケアを試しながら確かなものを探す、声かけをしたり情報を見てケア効果を確認する、推察の確認、どのような時も意思を確認する、推測した望みを提示する
7. 意思とケア方法の探索	⑰意思探索の継続	確認しながら探し続ける、考え続ける姿勢、毎日の継続したかかわりの実践、随時積み重ねる
	⑱ケア内容の変更・試行錯誤	かかわりを詳細に分析し個別ケアを導く、方法を変更する、A氏の心地よさ・不快感の原因・誘因の分析より個別ケアを導き実践する、苦痛緩和のために試行錯誤する
8. 家族を含むチームでの協働	⑲チームでの情報共有と協働	ケア指針を共有するために職員全体だけでなく個人への働きかけを行う、チーム全体で個別ケアを提供する、振り返りを共に行う、患者と他者をつなぐ、患者の力を広める
	⑳家族との信頼関係の構築と協働	チームの一員である家族と信頼関係を構築しともにA氏を支える、新たな反応を家族やスタッフと共有し巻き込む、良好な家族関係形成への支援、家族の関心をつなぎとめる

表2-5. 基礎となる看護観

カテゴリー	コード例
1. 感性を高める	感性を高める・養う, 感覚的なものを感じ取る, 反応やその意味を感じ取る, 感じ取ったものを大切にすること
2. 高齢者の力を信じる	その人の意思表出の力を信じる, 患者や家族の力を目の当たりにした経験, 患者の力をこの瞬間も信じる, 患者は感じ取ることができる, 理解ができている, 意思表出できる力を信じる, 能力を信じる
3. 寄り添い意思を知ろうとする	患者のこころの内面を知りたいと思って観察する, 相手を知り信頼を築く, 患者のことが大切, その人への興味をもつ, 気持ちに寄り添う, ケアをしながら患者の心情を考える
4. 自身の倫理観を顧みる	人として見ていない自覚, 倫理的違和感, 自己嫌悪を機に見つめ直す, 声を掛けても仕方がない, 義務的・機械的に看護する
5. 経験を手がかりにする	人生経験・看護経験を手がかりにかかわる, 状態悪化の発見が遅れた経験, 親の介護や親をみとれなかった経験, 家族の気持ちが分かるようになった母としての経験
6. 感動ややりがいを支えにする	わずかな笑顔でも感動する, 意外な一面を発見できると感動する, ささやかなやりがいを支えにする

第4節 文献検討の考察

1. 研究の動向

国内外ともに論文数は少なく、国外論文は質的記述的研究1編のみであったが、対象論文を絞り込む過程においては、国外論文も多く抽出された。例えば、認知症患者の意思決定過程やケア提供者の認識を明らかにした Samsi ら¹⁹⁾、Wolfs ら²⁰⁾、Whitlatch ら²¹⁾、Feinberg ら²²⁾の質的記述的研究や、認知症患者とケア提供者である家族を対象に、Talking Mats frame-work を使用したコミュニケーションサポートの可能性を検証した Murphy ら²³⁾の介入研究、The Values and Preferences Scale (VPS) の心理測定の特性を調査し、ケア提供者のケアの価値と選択に関する理解の正確さを検証した Whitlatch ら²⁴⁾の介入研究等があった。これらの国外論文は、軽度認知症高齢者を対象としていたため、対象論文から除外した。国外論文数が少なかった要因の一つとして、アドバンス・ディレクティブやリビング・ウィル等の法律的整備がなされている諸外国においては、意思疎通困難な状態にある高齢者の意思を紙面上で確認できることが関連していると推測できた。今後、アドバンス・ディレクティブやリビング・ウィル等の国内外の普及状況と意思決定支援との関連についてさらに検討する必要がある。

2. 意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における意思とその手がかり

看護師は、意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における「顔の動き」、「身体の動き」、「生体・生活反応」、「反応や状態の変化」を手がかりにして、「感情」、「要望」、「体調」、「他者や状況に対する認識・関心」といった意思をくみ取っていることが明らかになった。高齢者の意思は、「感情・要望・体調」といった高齢者自身に関するものと、「他者や状況に対する認識・関心」という周囲に対するものとに大別することができた。これは、コミュニケーションが円滑に図れない状況の中でも、高齢者は周囲の他者や状況に関心を向けて、自身の思いを発信しており、日常生活上の動作や反応に高齢者の意思のメッセージが反映されていることを示唆していた。Mindell²⁵⁾が、微細な身体の反応を手がかりとして意識障害患者との対話を実践しているように、看護師は、意思疎通困難な状態にある高齢者が発信する微細な身体の反応というメッセージから、その意思をくみ取っていくことができると考えられた。また、看護師は、家族や知人などから、高齢者の「生活様式や人となりの情報」を得ることで、個々の高齢者が日常生活のどの場面でどのような意思をもつかについて想起し、その他の手がかりと合わせることで、高齢者の「確かな意思」をくみ取っていると考えられた。

「不明確な意思」のカテゴリーが生成されたことは、看護師が意思疎通困難な状態にある高齢者の意思を明確にくみ取ることの難しさを示唆していた。看護師は、「不明確な意思」が「明確な意思」となるように、高齢者が懸命に発信している手がかりから、その意思をくみ取ろうと努める必要がある。そして、ACPの取り組みをすすめる、あらかじめ高齢者の意思を聞き取り、確認できるようにしておくことが重要である。

3. 看護観に基づく意思決定支援

看護師は、「時間を共有して観察」することで、意思疎通困難な状態にある高齢者の日常の動作や反応、その変化等を見逃さないように注意深く観察し、意思の手がかりをつかんでいた。そして、「意図的な言語的・非言語的コミュニケーション、身体的刺激」により、さらに手がかりを引き出そうと試みていることが明らかになった。これは、林²⁶⁾が、意識障害患者に対する複数異種感覚刺激による脳活動への効果について報告しているように、座位の保持、入浴、足浴、口腔ケア、会話、タッチング等の日常生活における活動自体が刺激

となり、意思疎通困難な状態にある高齢者の意識や認識に影響を及ぼし、意思の手がかりとなる反応を引き出していると考えられた。また、「選択の提示と支援」によって、中等度・重度の認知症高齢者も自己決定が可能であり、選択という形でその意思が表出されることが示唆された。

看護師は、高齢者の意思の手がかりから「意思の推測」をし、その推測が的確かどうかを判断するために「意思の確認」をし、「意思とケア方法の探索」をしていることが明らかになった。これは、看護師が「不明確な意思」を「明確な意思」にするために、高齢者の真の意思やその意思に沿ったケアを探り続けていることを示唆していた。そして、看護師は、「家族を含むチームでの協働」を実践しており、高齢者の意思表出を促進するためには、家族や援助者間で情報を共有し、ケア方法を統一して介入することが有効であると考えられた。伊良波ら²⁷⁾が、「病棟看護師が内省のきっかけを同僚の看護実践から得ることは、看護観の広がりや深まりをもたらし、看護者としての成長につながる」と述べているように、看護師は、家族や同僚とチームとして協働することで、高齢者の意思とケア方法を探索し続けていると考えられた。

このように、看護師が、意思疎通困難な状態にある高齢者の意思をくみ取ろうと、様々な援助方法を工夫する背景には、高齢者に「寄り添い意思を知ろうとする」、「高齢者の力を信じる」看護師の思いがあることが明らかになった。その思いから「感性を高める」、「経験を手がかりにする」ことで、高齢者の意思の手がかりをつかもうとし、高齢者の反応や変化を発見することによる「感動ややりがいを支えにする」こと、「自身の倫理観を顧みる」ことで、さらに感性を高めて高齢者の意思をくみ取ろうと努めていると考えられた。これは、川本ら²⁸⁾が、「遷延性意識障害患者をケアすることで患者が純粋な鏡となり看護師自身が映し出され、そこからの学びがあり、成長したいという気持ちが喚起される」と述べているように、看護師は高齢者の意思をくみ取ろうとする強い信念を持って、日々の看護援助に臨んでいることを示唆していた。今後、ACPの取り組みを推進させることで、さらに、意思疎通困難な状態にある高齢者の意思が反映された日常生活援助が実践できるようになり、高齢者は自身の意思決定のもと、人生の最終段階をその人らしく生き抜くことができると考えられる。

第5節 文献検討の結論

1. 看護師は、意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活における「顔の動き」，「身体の動き」，「生体・生活反応」，「反応や状態の変化」，「生活様式や人となりの情報」を手がかりにして，高齢者の「感情」，「要望」，「体調」，「他者や状況に対する認識・関心」といった意思をくみ取っていた。

2. 看護師は、意思疎通困難な状態にある高齢者と「時間を共有して観察」すること，「意図的な言語的・非言語的コミュニケーション」，「身体的刺激」，「選択の提示と支援」により，高齢者の意思の手がかりをさらに引き出し，くみ取ろうと試みていた。

3. 看護師は、意思疎通困難な状態にある高齢者の「不明確な意思」を「明確な意思」にするために，高齢者の「意思の推測」と「意思の確認」，「意思とケア方法の探索」や「家族を含むチームでの協働」により，高齢者の真の意思やその意思に沿ったケアを探り続けていた。

4. 看護師は、意思疎通困難な状態にある高齢者に「寄り添い意思を知ろうとする」，「高齢者の力を信じる」思いから，「感性を高める」，「経験を手がかりにする」，「感動ややりがいを支えにする」，「自身の倫理観を顧みる」行動をとり，高齢者の意思をくみ取ろうとする強い信念を持って，日々の援助に臨んでいた。

5. 意思疎通困難な状態にある高齢者の「不明確な意思」に対しては，今後，ACP の取り組みをすすめ，あらかじめ高齢者の意思を聞き取り，確認できるようにしておくことが重要である。

引用文献

- 1) 飯干紀代子. 認知症のコミュニケーション障害 その評価と支援. 三村將, 飯干紀代子編, 医歯薬出版株式会社. 東京, 2013; 8-9.
- 2) Berelson B. Content analysis. / 稲葉三千男, 金圭煥訳, 内容分析. みすず書房. 東京, 1957.
- 3) 湯浅美千代, 小川妙子. 重度認知症高齢者に対するケアの効果を把握する指標の開発 (第1報) 心地よさ “comfort” の概念をとり入れた指標の事例適用. 千葉看護学会会誌 2007; 13(2): 80-88.
- 4) 坂口千鶴. 痴呆と判断される高齢者の言動パターンへの看護者の認識過程. 日本赤十字看護学会誌 2002; 2(1): 50-60.
- 5) 林優子, 国吉和子, 粕田孝行. 痴呆老人の排泄行動からみた感情表現や意思表示としてのメッセージ 1 事例による分析を通して. 日本精神保健看護学会誌 1995; 4(1): 23-30.
- 6) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Bauer M, Nay R, Beattie E. “The Red Dress or the Blue?”. Journal of Applied Gerontology 2016; 35(2): 209-226.
- 7) 梅垣弘子. 遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素と看護師の変容過程. 老年看護学 2018; 23(1): 94-102.
- 8) 實金栄, 竹田恵子, 小薮智子, 白岩千恵子, 岡本宣雄, 村松百合香, 常久幸恵, 原節子. 言語的コミュニケーションに難しさのある高齢患者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわり. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 2014; 20: 11-20.
- 9) 岡本充子. 【患者から学ぶ】老人看護の現場で患者から学ぶとは 意思表示が明確にできない患者へのかかわりを通して. 臨床看護 2008; 34(1): 112-115.
- 10) 野間美智子. 意志疎通が図れない患者との関わりを通して学んだこと一五感に働きかける関わり. 川崎市立川崎病院事例研究集録 2014; 16: 202-204.
- 11) 宮崎愛美, 石丸由依, 野口真理子. 認知症のある人は食事場面で二者択一できるか. 日本認知症ケア学会誌 2014; 13(1): 353.
- 12) 渡辺陽子, 高山成子. 施設で生活する中等度・重度認知症高齢者の自己決定の機会を提供する看護介入の効果. 老年看護学 2010; 14(1): 5-15.

- 13) 渡辺陽子. 高齢者施設で生活する中等度・重度認知症高齢者に自己決定の機会を提供する看護介入の有効性についての検討. 人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌 2011; 11(1): 29-40.
- 14) 大野由貴, 坪井桂子, 川崎陽子. 重度の認知症高齢者の意思や希望に沿った生活をチームで支えるための看護援助の検討. 日本看護学会論文集; 老年看護 2012; 42: 24-27.
- 15) 前場幸登. 「ベッドサイド・アクティビティケア・プログラム(FY-BACP)」による寝たきり終末期痴呆高齢患者の意思表示の活性化への取り組みー寝たきり終末期痴呆高齢者のための快さの意思表示度評価スケール”を用いた評価”. 日本精神科看護学会誌 2002; 45(2): 75-78.
- 16) 佐藤光栄, 山口和郎, 近藤昊, 川口毅. 遷延性意識障害者への看護介入に対する生体反応に関する研究. 神奈川歯学 2012; 47(1): 15-23.
- 17) 羽馬由恵. 遷延性意識障害患者への温浴刺激の効果. 奈良県立三室病院看護学雑誌 2008; 24: 95-97.
- 18) 伊藤夕子, 亀山由起子, 小澤明日香, 伊藤真彩, 久米悠紀子, 田嶋美智子, 石塚淳子. 家庭用風呂に則した入浴がコミュニケーション能力に及ぼす効果. 日本看護学会論文集; 看護総合 2004; 35: 91-93.
- 19) Samsi K, Manthorpe J. Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers, International Psychogeriatrics 2013; 25(6): 949-961.
- 20) Wolfs CA, Vugt ME, Verkaaik M, Haufe M, Verkade P, Verhey FR, Stevens F. Rational decision-making about treatment and care in dementia: A contradiction in terms? Patient Education & Counseling 2012; 87(1): 43-48.
- 21) Whitlatch CJ, Feinberg LF. Planning for the future together in culturally diverse families; making everyday care decisions. Alzheimer's Care Quarterly 2003; 4(1): 50-61.
- 22) Feinberg LF, Whitlatch CJ. Decision-making for persons with cognitive impairment and their family caregivers, American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2002; 17(4): 237-244.

- 23) Murphy J, Oliver T. The use of Taking Masts to support people with dementia and their carers to make decision together, *Health & Social Care in the Community* 2013; 21(2): 171-180.
- 24) Whitlatch CJ, Piiparinen R, Feinberg LF. How well do family caregivers know their relatives' care values and preferences? *Dementia* 2009; 8(2): 223-243.
- 25) Mindell A. *COMA: Key to Awakening*, Shambhala, Boston & London 1989. / 藤見幸雄, 伊藤雄二郎訳, 昏睡状態の人と対話するープロセス志向心理学の新たな試み. 日本放送出版協会. 東京, 2002.
- 26) 林裕子. 脳波による意識障害患者の脳活動評価の検討, 複数異種感覚刺激による α 波と β 波の変化. *日本脳神経看護研究学会誌* 2011; 33(2): 133-140.
- 27) 伊良波理絵, 嘉手苺英子. 病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程の特徴. *沖縄県立看護大学紀要* 2013; 14: 71-80.
- 28) 川本秀子, 藤岡知恵. 脳神経外科病棟に勤務する看護師のケア意欲の源泉ー遷延性意識障害患者と脳卒中後遺症患者へのケア意欲の比較ー. *日本看護学会誌* 2004; 13(2): 39-48.

第3章 研究の目的と構成

第1節 研究の目的と意義

1. 研究の目的

文献レビューの結果、看護師は、意思疎通困難な状態にある高齢者の日常生活場面において、身体の動きや反応・状態の変化、生活様式や人となりの情報等を手がかりにして、高齢者の感情や要望、体調、他者や状況に対する認識・関心といった意思をくみ取っていることが明らかになった。そして、高齢者と時間を共有して観察すること、意図的な言語的・非言語的コミュニケーション、選択の提示と支援等により、高齢者の意思の手がかりをさらに引き出そうと試みていた。また、看護師は、高齢者の不明確な意思を明確な意思にするために、家族を含むチームでの協働により、高齢者の意思の推測と確認をし、意思とケア方法を探り続け、高齢者の意思をくみ取ろうとする強い信念を持って、日々の援助に臨んでいることが明らかになった。

このように、意思疎通困難状態にある高齢者の意思を看護師がどのようにくみ取っているかについて、文献検討により明らかにすることができたが、看護実践の場面で活用するためには、看護師が高齢者の意思をくみ取る過程をさらに詳細に明らかにし、妥当性と信頼性のある指標として提示する必要がある。そこで、本研究は、一人ひとりの高齢者の感情や反応、思いや考え、希望等を意思として捉え、すでに意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助場面において、看護師が高齢者の意思をくみ取り、看護援助を展開する過程を明らかにし、看護実践場面で活用できる「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」を開発することを目的とする。

2. 研究の意義

意思伝達能力の低下により、自身の意思を他者に伝えることが困難になる高齢者は多く存在し、特に、重度の認知機能障害や意識障害を有する高齢者の意思を確認することは困難を極める。しかし、高齢者の意思が確認できない状況においても、本人の意思が尊重される医療が提供されなければならない、高齢者の日常生活におけるさまざまな事柄の選択と

いう意思決定においても、本人の意思が大いに尊重されるべきである。日常生活において多くの援助を必要とする高齢者にとって、看護師が実践する日常生活援助の内容や方法は、高齢者の日常生活のあり方を形づくるものであり、人生の最終段階にある高齢者の生き方そのものを形作るものでもある。看護師が、意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活における意思をくみ取り、その意思に沿った看護援助を実践することで、一人ひとりの高齢者が、人生の最終段階をその人らしく生活することができるようになり、高齢者の尊厳ある生活やQOLの維持・向上につながると考えられる。

第2節 用語の定義

1. 意思伝達能力の低下した高齢者

意思伝達能力の低下した高齢者とは、1972年に日本脳神経外科学会が提唱した植物状態の定義¹⁾に該当する65歳以上の高齢者とする（表3-1）。この定義の冒頭には、「useful lifeを送っていた人が脳損傷を受けた後で以下に述べる6項目を満たすような状態に陥り、ほとんど改善がみられないまま満3ヵ月以上経過したもの」という記述があるが、高齢者はさまざまな疾患を複合的に有し、その経過も長期間にわたることが多いため、脳損傷に限らず、その他のさまざまな疾患や加齢変化により、6項目を満たすような状態に至った場合も含めることとした。

表3-1. 日本脳神経外科学会による植物状態の定義（1972年）

useful lifeを送っていた人が脳損傷を受けた後で以下に述べる6項目を満たすような状態に陥り、ほとんど改善がみられないまま満3ヵ月以上経過したもの。

1. 自力移動不可能
2. 自力摂食不可能
3. 尿尿失禁状態にある
4. たとえ声は出しても意味のある発語は不可能
5. “目を開け” “手を握れ” などの簡単な命令にはかろうじて応じることもあるが、それ以上の意思の疎通は不可能
6. 眼球はかろうじて物を追っても認識はできない

「太田富雄他、植物状態の定義、脳神経外科学Ⅰ，改訂12版，267頁，2016，金芳堂，京都。」

より改変

2. 日常生活における意思

日常生活において多くの援助を必要とする高齢者にとって、日常生活のあり方は、QOLに大きく影響を及ぼし、人生の最終段階における生き方そのものでもある。そして、日常生活とは、高齢者が長年積み重ねた生活習慣を基盤にして成り立っていると考えられることから、本研究において、日常生活における意思とは、「日常生活におけるさまざまな事柄の選択に対する、過去・現在・未来の時間軸で捉えた、対象となる人の思い・考え・欲求・希望」とする。

第3節 研究の構成

1. 研究1 探索的一記述的質的研究

研究は3段階により行った。まず、第1段階では、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助場面において、看護師が高齢者の意思をくみ取り、看護援助を展開する過程を明らかにすることを目的とした。方法は、意思伝達能力の低下した高齢者に対して日常生活援助を実践している看護師23人を対象に、半構造化面接によるインタビュー調査を行い、高齢者の意思をくみ取り理解した日常生活場面やその理由等について語ってもらった。インタビューの録音データから逐語録を作成して、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach 以下、M-GTA)²⁾³⁾を用いて分析し、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明らかにした。

2. 研究2 質問紙調査による項目の妥当性の検証

第2段階では、インタビュー調査により明らかにした「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」から、看護援助場面における実践項目として作成した「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための項目」の妥当性を検証した。高齢者看護のエキスパートである老人看護専門看護師139人を対象とし、郵送法による無記名自記式質問紙調査を行い、作成した各項目の妥当性について、

4 件法（リッカートスケール）を用いて回答を求めた。データ分析方法は、Lynn の内容妥当性の定量化の方法⁴⁾を参考にして、内容妥当性（Content validity index(CVI)）を求めた。妥当性が確認できた項目を用いて、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」を作成した。

3. 研究 3 質問紙調査による指標の妥当性・信頼性の検証

第 3 段階では、第 2 段階の研究結果から作成した「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」の妥当性、および信頼性を明らかにするために、4 件法（リッカートスケール）を用いた、郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。対象者は、全国の療養病床（100 床以上）を有する医療施設 1071 施設の看護師とし、1 施設 1 人の看護師に回答してもらった。データ分析方法は、SPSS による統計解析を行い、項目分析、探索的因子分析・確認的因子分析、共分散構造分析・構造方程式モデルにより、看護実践における指標の妥当性および信頼性を検証した。妥当性および信頼性が確認できた項目を用いて、『意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標（最終版）』を作成した。

引用文献

- 1) 太田富雄. 3 章意識障害. 脳神経外科学 I, 改訂 12 版. 金芳堂. 京都, 2016; 222-287.
- 2) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い. 弘文堂. 東京, 2003.
- 3) 木下康仁. ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法: 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂. 東京, 2007.
- 4) Lynn, M.R. Determination and Quantification of Content Validity. Nursing Research 1986; 35: 382-385.

第4章 研究1 意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス

第1節 研究1の目的

意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助場面において、看護師が高齢者の意思をくみ取り、看護援助を展開する過程を明らかにすることを目的とする。

第2節 研究1の方法

1. 研究デザイン

探索的・記述的質的研究。

2. 対象者

研究対象者は、看護師の看護経験年数が意思決定の促進に関与することを考慮し¹⁾、5年以上の看護経験を有し、現在、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助を実践している看護師を対象とした。また、看護師が高齢者の意思を理解する時の思考や判断の過程を明確に捉える必要があるため、日頃から高齢者の意思を重視し尊重した看護実践に努めていると、病棟または施設管理者から推薦され、その推薦理由が納得のいくものであると研究者が確認した看護師とした。

3. 調査期間・場所

調査期間は2018年5月～7月で、調査場所は65歳以上の意思伝達能力の低下した高齢者が長期的に入院し、看護師による日常生活支援を必要とすることが多い、医療療養病床、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床を有する2つの医療施設で実施した。

4. データ収集方法

対象者一人ずつに半構造化面接によるインタビューを実施した。インタビューガイドを用い、看護師経験年数、意思伝達能力の低下した高齢者に対する看護経験年数の基本属性と、意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活援助場面において、「高齢者の意思をどのような方法でくみ取ったり理解したりしているか」、「高齢者の意思をくみ取れた、理解できたと感じた日常生活援助場面（看護援助の内容、高齢者の反応・言動、理由を含む）」、「高齢者の意思をくみ取れない、理解できないと感じた日常生活援助場面（看護援助の内容、高齢者の反応・言動、理由を含む）」の3点について、これまでの臨床経験を振り返り、自由に、自分のペースで語ってもらった。インタビューは施設内の個室で行い、対象者の許可を得てICレコーダに録音した。

5. 分析方法

半構造化面接で語られた内容の録音データから逐語録を作成し、M-GTA²⁾³⁾を用いて分析した。M-GTAは、研究対象とする現象がプロセス的性格をもち、ヒューマンサービスの領域の研究に適していること、実践的活用を促す理論であることから、本研究の分析方法に適していると考えた。

M-GTAの分析手順に沿い、分析ワークシートを用いて、解釈・概念生成を行った。まず、逐語録化したデータを熟読し、分析テーマを「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」、分析焦点者を「意思伝達能力の低下した高齢者に対する援助を実践している看護師」とした。次に、データの中から分析テーマに関連する箇所を抽出し、文脈の類似性や対極性に着目しながら、継続的比較分析を行い、その内容の意味を解釈して概念を生成した。その後、概念同士の関係性について検討してカテゴリーを生成し、カテゴリー同士の関係性を検討して分析結果全体を図式化し、文章化してストーリーラインを作成した。分析は、テーマに対応するテキストを繰り返し読み、データと分析内容を照合して、矛盾や飛躍した解釈がないか、スーパーバイザーとともに納得のいくまで協議し、解釈の妥当性と結果の真実性を確保するように努めた。

6. 倫理的配慮

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認（管理番号 504）を受けて実施した。研究対象者に対して、研究の趣旨、匿名性の確保、自由意思での参加の決定、途中辞退の自由の確保、参加・不参加により不利益が生じないこと、個人データの厳密な管理、保管期間後のデータ破棄、学会・学会誌での発表とその際の匿名性の確保について、口頭および文書で説明し、承諾を得た。

第3節 研究1の結果

1. 対象者の概要

対象者は、男性 3 人、女性 20 人、計 23 人であった。看護師経験年数は 9～40 年、平均 21.4 年であり、意思伝達能力の低下した高齢者に対する看護経験年数は 3～30 年、平均 13.9 年であった。意思伝達能力の低下した高齢者に対する看護経験年数は、各看護師に意思伝達能力の低下した高齢者に対して看護援助を実践した年数の概算を自己申告してもらった。一人あたりの平均インタビュー時間は 36.4 分で、総インタビュー時間は 844.4 分であった。

2. ストーリーライン

分析の結果、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を構成する 32 の概念が生成され、9 カテゴリーと 2 コアカテゴリーが抽出された（表 4-1）。その内容を図式化して結果図を作成し（図 4-1）、文章化してストーリーラインを作成した。以下、コアカテゴリーを《 》、カテゴリーを< >、概念名を【 】、対象者の言葉を「 」とし、内容を示す。

意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助場面において、看護師は<根底に存在する使命感>を持ち、<意思推察の意欲>が高まることで、高齢者の意思を感じ取るための《研ぎ澄まされた感覚》を持つようになる。その感覚は、高齢者に対する<親密な関係性の構築>、<個人特性の理解>、<意図的な働きかけ>、他職員との<連携により広がる視野>という 4 つの要素によりさらに研ぎ澄まされていき、高齢者の《生休からのサイン

の感知」をする。感知した生体のサインから、高齢者の「意思の模索」を通して、少しずつ「意思への接近」をし、再び、「研ぎ澄まされた感覚」を持つとする。このサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていき、高齢者にとって「最善な日常のためのケア実践」を展開している。

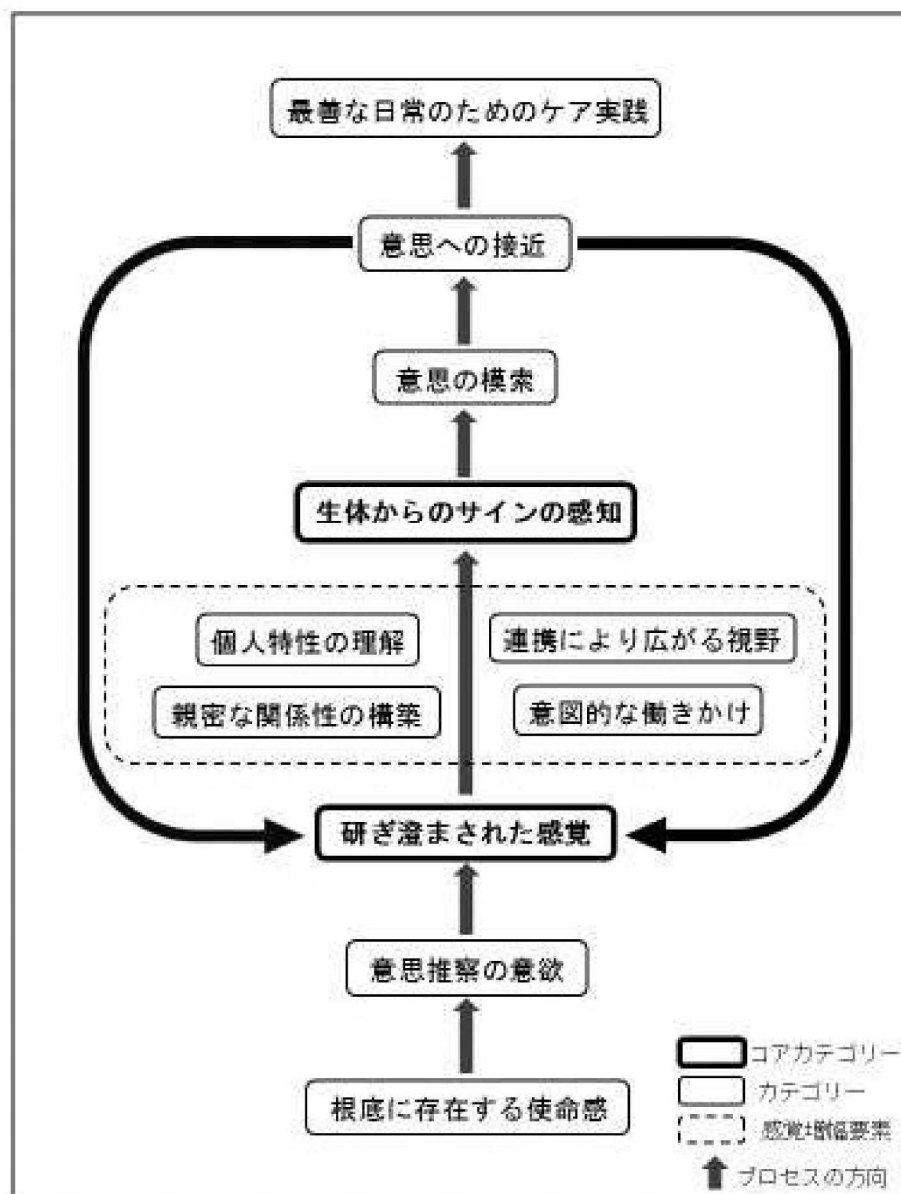


図4-1. 結果図 意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス

表4-1. コアカテゴリー・カテゴリー・概念名と定義

カテゴリー	概念名	定義
《研ぎ澄まされた感覚》	目・眉の動き	人間の体から発せられる何らかのサインがあると考え、常に感覚を研ぎ澄ませて、注意深く観察することで、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	口の動き・声のトーンの変化	口角の上がり下がり、唇をかみしめたり緩めたりする動き、声にならない口元の動き、不明瞭な声の出方やトーンの変化などから、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	表情・顔色の変化	顔をしかめる、穏やかな表情、頬の緊張や緩み、顔面の紅潮など、表情や顔色の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	呼吸状態・痰の量の変化	速迫な呼吸、穏やかな呼吸、痰の量の増加など、呼吸状態や痰の量の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	発熱・発汗・冷感の有無	発熱や発汗、冷感やチアノーゼの有無から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	循環動態の変化	脈拍や血圧の変動など、循環動態の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	四肢体幹の動き・緊張・弛緩	手・足・体のわずかな動きや、身体に力が入り緊張したり、力が抜けて緊張が緩和したりする状態から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	皮膚状態の変化	皮膚の発赤やびらん、発疹、掻傷など、皮膚の状態の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	排泄状態の変化	尿や便の量や性状、排泄の間隔、排泄前の身体の動き、排泄後の穏やかな状態、腸の蠕動運動の状態など、排泄状態の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	嚥下・開口状態の変化	食べる速度や飲み込み具合、口の開け方や摂取量の違いなど、食事摂取時の開口や嚥下の状態から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	人権の尊重	高齢者の反応の有無に関係なく、一人の人として尊重してかわること。
	慣れの自覚	看護業務の経験を重ねることで慣れが生じ、高齢者に対して言葉かけが不十分であったり、ケアを後回しにしたりする場合があるが、それを自覚し、自身を律して高齢者に向き合うこと。
根底に存在する使命感	最良な最期の思索	高齢者にとって人生の最期の時であることを意識し、高齢者とその家族が最良な過ごし方ができるように、援助内容を考え実践すること。
	加齢変化の実感	看護師自身が年齢を重ねて加齢変化を実感することや、家族が老いていくことを経験することで、高齢者に対する共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになること。
	意思感知の経験	看護経験を積み重ねる中で、高齢者の反応や変化、思いを感じ取る経験をし、高齢者は何かしら理解し発信していると感じるようになること。
意思推察の意欲	相手目線での推察	高齢者の状態や状況を自身に置き換えて考えたり、家族のような思いで高齢者に接したりすることで、高齢者の思いや考えを推し量ること。
	責任と愛情	受け持ち看護師が責任と愛情を持ち、担当する高齢者の意思をくみ取ろうと努めて密接にかかわることで、高齢者の反応や変化、思いを感じ取れるようになること。
	時間をかけたかかわり	限られた時間の中で、できる限り時間をかけて一人ひとりの高齢者にかかわり、その時間が積み重なるにつれて、徐々に高齢者の反応や変化、思いを感じ取れるようになること。
親密な関係性の構築	反応パターンの把握	高齢者一人ひとりによって異なる反応のあらわれ方や状態の変化の特徴を把握し、日頃の状態を基準にすることで、高齢者のわずかな反応や変化を感じ取ること。
	生き様の理解	高齢者の趣味や嗜好、従事していた仕事、体質、生活様式、望みなどの家族から得た情報や、高齢者が生きてきた時代背景から、個々の高齢者の思いや考え、人となりを理解しようとする。
個人特性の理解	丁寧な語りかけ	高齢者の表情を見て語りかけたり、丁寧に説明した後にケアを実践したりすることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、そこから高齢者の反応や思いを感じ取ったりすること。
	身体への接触	タッチングや手を握るなど、高齢者の身体に触れることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、そこから高齢者の反応や思いを感じ取ったりすること。
	人との触れ合いの促進	家族やスタッフ、他患者等の他者とのかわりを促進し、楽しく心地よい環境を作ることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、そこから高齢者の反応や思いを感じ取ったりすること。
意図的な働きかけ	看護師間の情報共有	日頃から看護師同士で高齢者の反応や変化、援助の工夫点等の情報を共有することで、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、思いをより敏感に感じ取れるようになること。
	多職種協働	介護職、リハビリスタッフ、医師など、多職種との情報共有や協働によって、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、思いをより敏感に感じ取れるようになること。
意思の模索	繰り返される内省	高齢者の反応や変化、思いを明確に感じ取ることには非常に難しく、確認する術もないため、常に自身のかかわりを内省しながら、様々な方向から高齢者の思いや考えを探り、かわっていくこと。
	チームでの継続検討	看護師間で情報を共有し、高齢者の反応や変化の意味についてや、より良いかわり方について継続して検討し、実践に取り入れていくこと。
	快・不快状態の見極め	高齢者の反応や変化から、多くの苦痛や不快感を感じ取り、快・不快状態の見極めをしていること。
意思への接近	相互伝達の促進	高齢者の反応や変化、思いを感じ取ることで、喜びややりがいを感じ、さらに高齢者の反応や変化、思いを感じ取るためにかかわりを深めること。
	不利益の回避	高齢者にとって不快であると予測されることをなるべく早く取り除いたり、最小限の苦痛や不快感ですむようにケアを実践したりすることで、高齢者にとって不利益や弊害が生じないように努めること。
最善な日常のためのケア実践	穏やかな生活の維持	高齢者の落ち着いた状態や、穏やかに過ごせる状況を把握し、高齢者がなるべく心地よく穏やかに過ごせるようにケアを実践すること。

《コアカテゴリー》

3. コアカテゴリー

「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」の中心は、看護師が《研ぎ澄まされた感覚》により、高齢者の《生体からのサインの感知》をするうごきであり、この2つがコアカテゴリーであった。

1) 《研ぎ澄まされた感覚》

看護師は、意思伝達能力の低下した高齢者の体から発せられる何らかのサインがあると考え、そのサインをくみ取ろうと、常に《研ぎ澄まされた感覚》を持とうと努めていた。A氏は、「敏感になってるんですかね。なんかもう、本当にもう全部センサーじゃないけど、こうなんか自分になってるようなかんじ。かかわる時にはちょっとでも違うところを見つけようとかってかんじで」と語っている。

2) 《生体からのサインの感知》

看護師は感覚を研ぎ澄ませることで、高齢者の生体から発せられるサインを感じ取っていた。「ちょっと目元がきつくなつたな、下がったなとか、口元がね、うーんってなつたなとか、緩くなつたなとか、そこを観察してくみ取るしかないですよ」というB氏の語りや、C氏の「結構呼吸に出ることが多くなっているか、やっぱり安らかな呼吸っていうかね、平静な呼吸と、どこかに何かあると呼吸がおかしいような気はするんですよ」という語りのように、看護師は、高齢者の【目・眉の動き】、【口の動き・声のトーンの変化】、【表情・顔色の変化】、【呼吸状態・痰の量の変化】、【発熱・発汗・冷感の有無】、【循環動態の変化】、【四肢体幹の動き・緊張・弛緩】、【皮膚状態の変化】、【排泄状態の変化】、【嚥下・開口状態の変化】といった、生体から発せられるわずかなサインから、高齢者の反応や変化、思いを感じ取っていた。

4. カテゴリーと概念

1) 感覚を研ぎ澄ませる源

看護師が感覚を研ぎ澄ませる背景には、個々の看護師の根底に存在する使命感と、意思伝達能力の低下した高齢者の意思を推察しようとする意欲があり、それらが源となっていた。

(1)＜根底に存在する使命感＞

看護師は、「何にしても、もちろん声かけは、この人には反応がないだろうから、特に説明はいらないだろうっていう考えの方がおかしいと思うので」という D 氏の語りのような、高齢者に対する【人権の尊重】の意識を持って日々の援助に臨んでいた。一方、「植物状態になってしまうと、こちらの対応が少し甘くなってしまう部分があって、声かけが不十分であったり」という E 氏の語りのような、慣れによる不十分なかかわりが生じることもあるが、その【慣れの自覚】をし、自身を律して高齢者に接していた。そして、「やはりここを終の棲家とされて、終末に向かって日常生活を営んでいくっていう患者さんに、自分が必要な、自分がというか、自分がしなきゃいけない看護とか」という F 氏の語りのように、高齢者にとって人生の最期の時であることを意識し、一人ひとりの【最良な最期の思索】をしていた。

(2)＜意思推察の意欲＞

「やっぱり若い頃っていうのは、なかなかその思いっていうのが分からないので、ご高齢の方ですね、段々自分も高齢に近づいてくると、やっぱりなんか分かってくることもあるのかなっていうのはあります」という G 氏の語りのように、看護師は自身や家族の【加齢変化の実感】をすることで、高齢者に対する共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになっていた。また、「そういった表情一つで、あっ、今ちょっと違うよねっていうのは、なんとなくやっぱり接すると分かってくるかなっていうのは、経験したら分かると思いますけど」という H 氏の語りのような、高齢者の【意思感知の経験】をしていた。これらにより、「その人の立場になってちょっと考えてみるっていうことですかね」という I 氏の語りのような【相手目線での推察】をし、高齢者の思いや考えを推し量ろうと努めるようになっていた。

2) 研ぎ澄まされた感覚を増幅させる要素

看護師の研ぎ澄まされた感覚をさらに増幅させる 4 つの要素があり、これらによって看護師の感覚は一段と研ぎ澄まされていき、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインを感じ取れるようになっていた。

(1)＜親密な関係性の構築＞

看護師は、「やっぱり自分の受け持ちでは、ちょっと他の患者さんよりも密にコミュニケーションを取ってみたりとか、やっぱり顔を覗きに行ってみたりとかっていうことはしますね」というJ氏の語りのような、受け持ち看護師としての【責任と愛情】を持ち、密接に受け持ちの高齢者にかかわっていた。そして、「業務だけで患者さんのところに行くんじゃなくて、少し時間をとってかかわることかな」というK氏の語りや、「時間をかけていけばいくほど、やっぱり患者さんに接しているから、何となく段々段々、今こうなんかなってというのが分かるようになってくる」というL氏の語りのように、限られた時間の中でも、高齢者に【時間をかけたかかわり】をし、その時間が積み重なるにつれて、徐々に高齢者の反応や思いを感じ取っていた。

(2)＜個人特性の理解＞

看護師は、「話はできないけど、体位変換、右が好きとか、左が好きとかっていうのも、やっぱりその体位変換をした後に、なんか表情がちよっと違うよねっていうのは」というM氏の語りのように、個々の高齢者によって異なる【反応パターンの把握】をし、その日頃の状態が基準になると考えていた。また、「潜在のどこかで、昔のこととかが何かこうあれば、そういったことを、今、どれぐらい感じられるか分からないですけど、何か好きな音楽をかけてあげるとか、好きな動物の写真を貼ってあげるとか」というN氏の語りのような、高齢者の【生き様の理解】をし、一人ひとりの思いや考え、人となりの理解に努めていた。

(3)＜意図的な働きかけ＞

看護師は、「現スタッフでも結構声出して、何をするにもこう語りかけるようにしてやっているスタッフもいますので、こういったことをやるのもやっぱり大事だな」というO氏の語りのような【丁寧な語りかけ】や、「触ってタッチング、嫌だったらやっぱりこう硬くなったりとかされるので」というP氏の語りのような【身体への接触】という、意図的な働きかけによって、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、思いを感じ取ったりしていた。また、「ご家族来られたら、やっぱり言葉は出ないですけど、顔の表情とかは柔らかくなったりとか、ああ、来てるのかなっていう表情をしてたりとかしてるんで」というQ氏の語りや、「学生さんが来られてアクティビティケアをされたりとかすると、なんか反応が違うっていうか、表情が違うっていうか」というR氏の語りのように、家族やスタッフ等

【人との触れ合いの促進】をし、楽しく心地よい環境を作ることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、思いを感じ取ったりしていた。

(4)＜連携により広がる視野＞

個々の看護師は、「自分が気付かないことは違う人が気付くこともあるし、それぞれがやっぱり気付き方が違うので、とか、日によってもなんか違うじゃないですか。その情報をお互いに提供っていうか、情報交換する」というS氏の語りのような【看護師間の情報共有】をし、「私たち以上に介護さんがよくみてくれてたりとか、気付く人は気付いたりとかっていう方がいらっしゃるから、なんかすごいなって思ってしまうんですけど」というT氏の語りのような【多職種協働】により、自身の視野を広げ、高齢者の反応や思いをより敏感に感じ取れるようになっていた。

3) 意思に接近するための循環

意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインを感じ取った看護師は、そのサインの意味やより良いかかわり方について探り、模索していた。その模索を通して、看護師は高齢者の意思に少しずつ近づいていき、再び、感覚を研ぎ澄ませるというサイクルを何度も循環することで、高齢者の意思をくみ取っていくプロセスを形成していた。

(1)＜意思の模索＞

看護師は、高齢者の反応や思いを感じ取った時に、「それが本当に本人さんにとって苦痛があることなのか、いい意味で反応があってるのか、悪い意味で反応があってるのか、悪い意味で反応があっていたにしても、そこが刺激になって、それがプラスになることもある」というU氏の語りのような【繰り返される内省】をしていた。そして、「やっぱりスタッフ全員で話をして、こうやってもだめやった、こうやってもこの人はこうやった、じゃあ今度はこういうふうにしてみようかっていうふうにして新しい案を出して、で、またそれで挑戦してみるじゃないですけど」というV氏の語りのように【チームでの継続検討】をすることで、高齢者の反応の意味やその時の思い、より良いかかわり方について探り、模索を続けていた。

(2)＜意思への接近＞

看護師は、「病気なのか、頭に何かあるのかとか考えますけど、いつもあって嫌な時に出る行動と、良かった時に出る行動を把握して、対応してるなっていうのはあります」というW氏の語りのような【快・不快状態の見極め】をしていた。そして、看護師が高齢者の反応や思いを感じ取ることで、「でもやっぱり、反応があった時とか、手を握ってくれたりとかっていうのがあったら、やっぱりすごく嬉しいので、分かったよっていうふうに、『こうこうなんだね』みたいなかんじには、言ったりはしますね」というX氏の語りのように、高齢者と看護師との【相互伝達の促進】がなされ、再び、看護師は感覚を研ぎ澄ませて、生体からのサインを感知しようとしていた。

4) 高齢者にとっての最善の探求

看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の意思を徐々にくみ取りながら、高齢者の日常生活が最善となるように援助を考え実践していた。

(1)＜最善な日常のためのケア実践＞

看護師は高齢者の意思に接近することで、「結局はそれって苦痛を除去する、最小限にするっていう、本当ベーシックな言葉ですよ、看護の」というY氏の語りのように、高齢者にとっての【不利益の回避】をしていた。そして、「ケアしてても、この人が一日無事に過ごしてくれて、でも次の日もちゃんと顔を、その患者さんがいてくれるっていうことが、なんか、あつ、今日も一緒にね、いられるよねっていうかんじで、私はいますね」というZ氏の語りのように、高齢者が【穏やかな生活の維持】ができるように援助を考え実践していた。

第4節 研究1の考察

「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明らかにした結果、プロセスの中心は、看護師が《研ぎ澄まされた感覚》により、高齢者の《生体からのサインの感知》をするうごきであった。そして、＜根底に存在する使命感＞を持ち、＜意思推察の意欲＞が高まることで、《研ぎ澄まされた感覚》を持つようになること、その感覚は、高齢者に対する＜親密な関係性の構築＞、＜個人特性の理解＞、＜意図的な働きかけ＞、他職員との＜連携により広がる視野＞という4つの要素

によりさらに研ぎ澄まされていき、高齢者の《生体からのサインの感知》をすること、感知した生体のサインから、高齢者の＜意思の模索＞を通して、少しずつ＜意思への接近＞をし、再び、《研ぎ澄まされた感覚》を持とうとするサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていき、高齢者にとって＜最善な日常のためのケア実践＞を展開していることが明らかになった。このプロセスの中には、感覚を研ぎ澄ませる源と増幅させる要素、意思に接近するための循環が存在していた。これらについて、臨床での実践の観点から考察する。

1. 研ぎ澄まされた感覚による生体からのサインの感知

看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活援助場面において、《研ぎ澄まされた感覚》を持つことにより、高齢者が発する《生体からのサインの感知》をしていることが明らかになった。看護援助場面において、多くの看護師は、高齢者に限らず、さまざまな年代、疾患を有する対象者が発する生体からのサインを感じ取った経験があると考えられる。コミュニケーションを円滑に図ることができる対象者と比較し、意思伝達能力が低下した高齢者に対しては、生体からのサインを感じ取るために、より一層感覚を研ぎ澄ませることが求められる。Benner⁴⁻¹⁾は、技能修得に関するドレイファスモデルの看護への適応において、「ドレイファスモデルでは、重要な突出点であるという感覚能力を発達させるためには、しかるべきレベルの傾倒とまき込まれが必要であることを予見している」と述べている。そして、「“距離をおいた” 観察者は、患者の微妙な変化に気づきにくい。だからこそ、熟練した仕事には、あるレベルの傾倒とまき込まれが必要なのである」と述べている。本研究の結果においても、看護師は高齢者の意思を感じ取るために、高齢者の苦しみや喜び、困難等に傾倒し、まき込まれていく中で、感覚を研ぎ澄ませていく姿がみられた。この傾倒し、まき込まれて、感覚を研ぎ澄ませるという看護師の行動は、意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取るために基盤となる行動であり、必要不可欠なものであると考えられた。そして、感覚を研ぎ澄ませるという看護師の行動の源となるのが、＜根底に存在する使命感＞と＜意思推察の意欲＞であった。

2. 感覚を研ぎ澄ませる源

＜根底に存在する使命感＞では、看護師は【人権の尊重】の意識を持つと同時に、慣れにより自身のその意識が希薄化する【慣れの自覚】をしていることが明らかになった。佐々木⁵⁾は、遷延性意識障害患者の写真・生活史の呈示が看護師の行動変化に及ぼす効果を明らかにした結果、看護師の行動として、「遷延性意識障害患者は意識清明な患者との区別がされており、患者の人間的存在の希薄化を示す行動が多く見られた」ことを報告している。このように、常に時間に追われる看護業務の中では、意思伝達能力の低下した高齢者の人間的存在の希薄化が生じ、高齢者に対する看護師の言葉かけや援助が粗略になる場合があると考えられる。そのような場合、看護師の感覚は研ぎ澄まされていかない。しかし、本研究の結果において、看護師は人権尊重の意識を持ち、慣れによる不十分なかかわりが生じることを自覚し、自身を律して意思伝達能力の低下した高齢者に接していた。Watson⁶⁻¹⁾は、「ケアする人の態度のなかで、最も「抽象的な」部分の特徴はといえば、ケアする相手をこの世に一人しかいない独自の存在として対応し、相手の感情を把握し、その人を一般のひとから区別することがあげられる。ケアしない人は、相手をかけがえのない存在というようには対応せず、相手の感情を見ようともせず、他の人と違った目では見ない」と述べている。本研究においても、看護師はケアする人として、高齢者をかけがえのない独自の存在として捉え、かかわっていると考えられた。そして、看護師は【最良な最期の思索】をしていることが明らかになった。これは、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助の実践において、看護師がエンド・オブ・ライフケアの視点を持ちながらかかわっていることをあらわしていると考えられた。

＜意思推察の意欲＞では、看護師は自身の【加齢変化の実感】や、意思伝達能力の低下した高齢者の意思を感じ取るという【意思感知の経験】によって、【相手目線での推察】をしようとしていた。看護師の感覚は、高齢者目線で意思を推察しようとする意欲によって研ぎ澄まされること、そして、その意欲は、看護師としての経験と共に、人としての経験によっても生じることが明らかになった。これは、梅垣⁷⁾が「遷延性意識障害高齢者の意思や感情を推測する際に看護師自身の経験も手がかりにしていた」と述べていることと共通していた。

3.4 つの増幅要素

看護師の感覚をさらに研ぎ澄ませる要素として、＜親密な関係性の構築＞、＜個人特性の理解＞、＜意図的な働きかけ＞、＜連携により広がる視野＞の4つがあることが明らかになった。

＜親密な関係性の構築＞では、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者に対する【責任と愛情】を持ち、【時間をかけたかかわり】をしていた。Benner⁴⁻²⁾が、「何人かのナースが気づいているように、肝腎なことは、まさに患者とともにいることなのである」と述べているように、看護師は高齢者とともにいることで親密な関係性を構築し、感覚をさらに研ぎ澄ませていくと考えられた。そして、意思伝達能力の低下した高齢者が発するわずかな反応を感じ取り、個々の高齢者によって異なる【反応パターンの把握】をしていることが明らかになった。また、佐々木ら⁸⁾が、遷延性意識障害の患者を看護し続ける看護師の経験を明らかにする中で、「患者の状態を観察したその一時で捉えるのではなく、過去から未来へと時間の流れの中で捉えることが必要となる」と述べているように、看護師は高齢者の生きてきた時代背景を理解し、高齢者の家族や親しい人から情報を得ることで、過去から未来への時間の流れの中で、個々の高齢者の【生き様の理解】をし、＜個人特性の理解＞をすることで、感覚をさらに研ぎ澄ませていくと考えられた。

さらに、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者がサインを発するのをただ単に待つのではなく、看護師の方から高齢者のサインを引き出そうと試み、＜意図的な働きかけ＞を積極的に行っていることが明らかになった。Benner⁴⁻³⁾は、「触れることは、つながりや支持していることを伝えるメッセージであるという点で、身体刺激や安楽を与えるのと同じである。それはおそらく両手に直接的に伝わり、看護ケアの中心をなす象徴的なことである」と述べている。このように、看護師は言語的・非言語的コミュニケーションの両方を駆使し、高齢者が意思疎通を円滑に図れない状況にあるからこそ、高齢者に対する一つひとつの援助において【丁寧な語りかけ】をし、高齢者のわずかな反応が少しでも引き出せるように、【身体への接触】をし、さらに、【人との触れ合いの促進】が可能になる環境づくりを行っていると考えられた。

そして、看護師は自分自身の見方や考え方だけに頼るのではなく、【看護師間の情報共有】や【多職種協働】によりさまざまな意見や視点を吸収し、＜連携により広がる視野＞を持つことで、さらに感覚を研ぎ澄ませることが明らかになった。伊良波ら⁹⁾は、病棟看護師が影

響を受けた同僚の看護実践について、「業務に追われる中、同僚の看護実践を介して、丁寧な患者対応が必要であることを再認識していた」と報告している。このように、看護師は＜連携により広がる視野＞を持つことで、さらに高齢者との＜親密な関係性の構築＞をし、＜個人特性の理解＞を深め、高齢者に対する＜意図的な働きかけ＞をすすめていると考えられた。

4. 意思に接近するための循環

看護師は感知した生体のサインから、自己の【繰り返される内省】とともに【チームでの継続検討】をし、意思伝達能力の低下した高齢者の反応や変化の意味、その時の思い、より良いかかわり方について探る＜意思の模索＞をしていることが明らかになった。Boykin & Schoenhofer¹⁰⁻¹¹⁾が、「人が他者と共にどのように「ある」かは、ケアリングを行う人として自己を認識している程度による。自己に対するケアリングは、他者としての自己や自分自身であることを実感し、特別で唯一の存在として自己を評価し、勇敢に、謙虚に、そして正直に自己を知ろうとする誠実さを持つことを必要とする」と述べているように、看護師は常に自身のかかわりを内省しながら、様々な方向から高齢者の思いや考えを探り、かかわっていると考えられた。また、伊良波・嘉手苅⁹⁾が、「“事実の意味をどう読み取って行動しているのか”という判断過程を含めて、同僚の行動を捉えることの重要性を示唆している」と述べているように、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインをどのように読み取るかについてや、より良いかかわり方について、チームの看護師全員で検討し続けていた。

＜意思の模索＞を通して、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の【快・不快状態の見極め】をし、看護師としての喜びややりがいを感じることで、さらに【相互伝達の促進】をするという、＜意思への接近＞をしていた。そして、再び、《研ぎ澄まされた感覚》へとフィードバックする循環を形成することが明らかになった。この循環は、看護師が高齢者の意思に接近した後、そのまま高齢者の意思を簡単に決め付けるのではなく、高齢者の意思にさらに接近するために、再び、感覚を研ぎ澄まさせていく循環であり、高齢者の真の意思をくみ取るために、非常に重要な循環である。浅井¹¹⁾は、「医療従事者は時に無意識に患者のQOLを「よい」や「悪い」と判断しがちであり、これをそのまま医療決断に利用することには問題があることを自覚すべき」と述べている。同様に、模索を通して、意思に接近するための

循環は、看護師が無意識に高齢者の意思を判断しないために、必要不可欠な循環であり、看護師には、この模索しながら少しずつ意思に接近するという忍耐強いかかわりや真摯に向き合う姿勢が求められる。

看護師の忍耐強いかかわりや真摯な姿勢を強めるものが、看護師としての喜びややりがいである。＜意思への接近＞では、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者の反応や変化を感じ取ることで、喜びややりがいを感じ、高齢者とのさらなる【相互伝達の促進】がなされていることが明らかになった。日野浦ら¹²⁾は、遷延性意識障害患者の看護に携わる看護師のケア意欲の変容過程とその要因について明らかにし、「患者への関心と患者の変化の発見が看護師のケア意欲を維持・向上するための原動力にもなっている」と述べているように、意思に接近するための循環は、看護師が高齢者の反応や変化を感じ取り、喜びややりがいを感じることで、自然と何度も繰り返される循環になっていくと考えられる。

5. 意思感知の可能性

今回、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明らかにした結果、看護師は高齢者をかけがえのない独自の存在として捉え、高齢者目線で意思を推察しようとする意欲を持ち、高齢者の苦しみや喜び、困難等に傾倒し、まき込まれていく中で、感覚を研ぎ澄ませていた。そして、看護師は高齢者とともにいることで親密な関係性を構築し、過去から未来への時間の流れの中で、個々の高齢者の特性を理解し、高齢者のサインを引き出すための意図的な働きかけを積極的に行い、多職種との連携によって視野を広げることで、さらに感覚を研ぎ澄ませて、高齢者の生体からのサインを感じ取っていた。そのサインをどのように読み取るかについてや、より良いかかわり方について、看護師は常に内省し、チームで検討し続けるという模索を通して意思へ接近し、そのサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていた。このプロセスは、高齢者と看護師との間でケアリングが展開されることで成立すると考えられる。

Watson⁶⁻²⁾は、『トランスパーソナル』なケアという関係においては、二人の人間の間で、精神が一つになる事態が起き、そこにおいて、看護婦と患者は、『自分というもの』や、時間、空間、互いの生活史を超越できる能力を手にする」と述べている。また、Boykin & Schoenhofer¹⁰⁻²⁾は、「ケアリング理論の看護の観点からいうと、専門職として看護の意思決定と行為を方向づけるのは、ケアリングする存在としての人間についての理解である。看護

師は、看護される人をケアリングする存在として理解しようとして、他者であるその人の世界へ自己を投入する。このように『ケアリングを実践しケアリングの中で成長している』他者を理解しようとする中で、看護への要望の声が届いたといえる」と述べている。今回、明らかにしたプロセスにおいても、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者をケアリングする存在として理解しようとして、高齢者の世界へ自己を投入し、看護師と高齢者との間で、精神が一つになる事態が起きることで、高齢者の看護への要望の声が届いたと考えられる。常に時間に追われる看護業務の中でも、意思伝達能力の低下した高齢者と看護師とのトランスパーソナルな関係におけるケアリングが展開されることで、看護師は自身の感覚を研ぎ澄ませて、高齢者の生体からのサインを感じ取り、模索を通して意思に接近するプロセスを繰り返す中で、高齢者の意思をくみ取り、その意思が反映される日常生活援助の実践が可能になると考えられる。今回、明らかにしたプロセスを看護師が実践することで、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助の内容や方法は、高齢者の意思により近づいたものになると考えられ、このプロセスは人生の最終段階にある高齢者の意思を尊重した意思決定支援の一助になると考えられる。

6. 研究1の限界と今後の課題

研究1は、特定地域の療養病床を有する医療施設2施設を対象にしており、限定された地域、施設におけるインタビュー調査であった。今後は調査地域を拡大し、今回明らかにしたプロセスをさらに洗練させていく必要がある。

引用文献

- 1) Corcoram, S.K. Task complexity and nursing expertise as factors in decision making. *Nursing Research* 1986; 35(2): 107-112.
- 2) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い. 弘文堂. 東京, 2003.
- 3) 木下康仁. ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂. 東京, 2007.

- 4-1) Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park. Addison-Wesley Publishing Company 1984. / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論. 医学書院. 東京, 1992; 117.
- 4-2) 前掲書: 41.
- 4-3) 前掲書: 46.
- 5) 佐々木真実. 遷延性意識障害患者の写真・生活史の呈示が看護師の行動変化に及ぼす効果. 日本看護学会誌 2006; 15(2): 131-142.
- 6-1) Watson J. Nursing: Human science and human care; The theory of nursing. New York, National League for Nursing, 1988. / 稲岡文昭, 稲岡光子訳, ワトソン看護論—人間科学とヒューマンケア—医学書院. 東京, 1992; 45.
- 6-2) 前掲書: 96.
- 7) 梅垣弘子. 遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素と看護師の変容過程. 老年看護学 2018; 23(1): 94-102.
- 8) 佐々木美和子, 佐々木真紀子. 遷延性意識障害の患者を看護し続ける看護師の経験. 秋田大学保健学専攻紀要 2014; 22(1): 45-57.
- 9) 伊良波理絵, 嘉手苺英子. 病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程の特徴. 沖縄県立看護大学紀要 2013; 14: 71-80.
- 10-1) Boykin A, Schoenhofer S. Nursing as caring: A model for transforming practice. National League of Nursing Publication, 1993. / 多田敏子, 谷岡哲也監訳. ケアリングとしての看護—新しい実践のためのモデル—. 西日本法規出版株式会社. 岡山, 2005; 7.
- 10-2) 前掲書: 23.
- 11) 浅井篤. Quality of Life に関する倫理的考察: 使用上の注意. 福井次矢, 浅井篤, 大西基喜編, 臨床倫理学入門, 医学書院. 東京, 2010; 172-178.
- 12) 日野浦裕子, 渡邊岸子. 遷延性意識障害患者の看護に携わる看護師のケア意欲の変容過程とその要因. 日本看護学会論文集: 看護管理 2009; 40: 213-215.

第 5 章 研究 2 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための 項目の妥当性検証

第 1 節 研究 2 の目的

研究 1 により明らかにした「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」において得られた 32 概念の定義の内容から、看護援助場面における実践項目として作成した「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための項目」の妥当性を検証することを目的とする。

第 2 節 研究 2 の方法

1. 項目の作成

研究 1 により明らかにした「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」において、抽出された 32 概念の定義の内容を、意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための方法としての表現となるように言葉を修正し、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための項目」32 項目を作成した（表 5-1）。

2. 研究デザイン

郵送法による無記名自記式質問紙調査。

3. 対象者

研究対象者は高齢者看護のエキスパートである老人看護専門看護師とした。一般社団法人日本老年看護学会の公式サイトに掲載されている老人看護専門看護師全 144 人（2019 年 8 月時点）のうち、所属先を明らかにし、アンケート用紙の郵送が可能である 139 人を対象とした。

表5-1. 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための項目

1. 根底に存在する使命感	
①人権の尊重	高齢者の反応の有無に関係なく、一人の人として尊重してかかわる。
②慣れの自覚	看護業務の経験を重ねることで慣れが生じ、高齢者に対して言葉かけが不十分であったり、ケアを後回しにしたりする場合があるが、それを自覚し、自身を律して高齢者に向き合う。
③最良な最期の思索	高齢者にとって人生の最期の時であることを意識し、高齢者とその家族が最良な過ごし方ができるように、援助内容を考え実践する。
2. 意思推察の意欲	
①加齢変化の実感	看護師自身が年齢を重ねて加齢変化を実感することや、家族が老いていくことを経験することで、高齢者に対する共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになる。
②意思感知の経験	看護経験を積み重ねる中で、高齢者の意思を感じ取る経験をし、高齢者は何かしら理解し発信していると感じるようになる。
③相手視線での推察	高齢者の状態や状況を自身に置き換えて考えたり、家族のような思いで高齢者に接したりすることで、高齢者の意思を推し量るようになる。
3. 研ぎ澄まされた感覚	
①人間の体から発せられる何らかのサインがあると考え、常に感覚を研ぎ澄ませて注意深く観察する。	
4. 親密な関係性の構築	
①責任と愛情	受け持ち看護師が責任と愛情を持ち、担当する高齢者の意思をくみ取ろうと努めて密接にかかわることで、高齢者の反応や変化、意思を感じ取れるようになる。
②時間をかけたかかわり	限られた時間の中で、できる限り時間をかけて一人ひとりの高齢者にかかわり、その時間が積み重なるにつれて、徐々に高齢者の反応や変化、意思を感じ取れるようになる。
5. 個人特性の理解	
①反応パターンの把握	高齢者一人ひとりによって異なる反応のあらわれ方や状態の変化の特徴を把握し、日頃の状態を基準にすることで、高齢者のわずかな反応や変化を感じ取る。
②生き様の理解	高齢者の趣味や嗜好、従事していた仕事、体質、生活様式、望みなどの家族から得た情報や、高齢者が生きてきた時代背景から、個々の高齢者の思いや考え、人となりを理解する。
6. 意図的な働きかけ	
①丁寧な語りかけ	高齢者の表情を見て語りかけたり、丁寧に説明した後にケアを実践したりすることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みる。
②身体への接触	タッチングや手を握るなど、身体に触れることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みる。
③人との触れ合いの促進	家族やスタッフ、他患者等の他者とのかかわりを促進し、楽しく心地よい環境を作ることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みる。
7. 連携により広がる視野	
①看護師間の情報共有	日頃から看護師同士で高齢者の反応や変化、援助の工夫点等の情報を共有することで、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、意思をより敏感に感じ取れるようになる。
②多職種協働	介護職、リハビリスタッフ、医師など、多職種との情報共有や協働によって、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、意思をより敏感に感じ取れるようになる。
8. 生体からのサインの感知	
①目・眉の動き	目頭や目尻の動き、目の開閉状態、まばたき、視線の動きや合い方、眉間の皺、眉の動きなどから高齢者の意思を感じ取る。
②口の動き・声のトーンの変化	口角の上がり下がり、唇をかみしめたり緩めたりする動き、声にならない口の動き、不明瞭な声の出方やトーンの変化などから高齢者の意思を感じ取る。
③表情・顔色の変化	顔をしかめる、穏やかな表情、頬の緊張や緩み、顔面の紅潮など、表情や顔色の変化から高齢者の意思を感じ取る。
④呼吸状態・痰の量の変化	速迫な呼吸、穏やかな呼吸、痰の量の増加など、呼吸状態や痰の量の変化から高齢者の意思を感じ取る。
⑤発熱・発汗・冷感の有無	発熱や発汗、冷感やチアノーゼの有無から高齢者の意思を感じ取る。
⑥循環動態の変化	脈拍や血圧の変動など、循環動態の変化から高齢者の意思を感じ取る。
⑦四肢体幹の動き・緊張・弛緩	手・足・体のわずかな動きや、身体に力が入り緊張したり、力が抜けて緊張が緩和したりする状態から高齢者の意思を感じ取る。
⑧皮膚状態の変化	皮膚の発赤やびらん、発疹、掻傷など、皮膚の状態の変化から高齢者の意思を感じ取る。
⑨排泄状態の変化	尿や便の量や性状、排泄の間隔、排泄前の身体の動き、排泄後の穏やかな状態、腸の蠕動運動の状態など、排泄状態の変化から高齢者の意思を感じ取る。
⑩嚥下・開口状態の変化	食べる速度や飲み込み具合、口の開け方や摂取量の違いなど、食事摂取時の開口や嚥下の状態から高齢者の意思を感じ取る。
9. 意思の摸索	
①繰り返される内省	高齢者の意思を明確にくみ取することは非常に難しく、確認する術もないため、常に自身のかかわりを内省しながら、様々な方向から高齢者の意思を探りかかわっていく。
②チームでの継続検討	看護師間で情報を共有し、高齢者の反応や変化の意味についてや、より良いかかわり方について継続して検討し、実践に取り入れていく。
10. 意思への接近	
①快・不快状態の見極め	高齢者の反応や変化から、多くの苦痛や不快感を感じ取り、快・不快状態の見極めをする。
②相互伝達の促進	高齢者の反応や変化、意思を感じ取ることで、喜びややりがいを感じ、さらに高齢者の反応や変化、意思を感じ取るためにかかわりを深める。
11. 最善な日常のためのケア実践	
①不利益の回避	高齢者にとって不快であると予測されることをなるべく早く取り除いたり、最小限の苦痛や不快感ですむようにケアを実践したりすることで、高齢者にとって不利益や弊害が生じないように努める。
②穏やかな生活の維持	高齢者の落ち着いた状態や、穏やかに過ごせる状況を把握し、高齢者がなるべく心地よく穏やかに過ごせるようにケアを実践する。

4. 調査期間

調査期間は2019年12月20日～2020年1月31日。

5. データ収集方法

データ収集方法は郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。作成した各項目の妥当性について、「妥当である」、「ほぼ妥当である」、「やや妥当性に欠ける」、「妥当性に欠ける」の4件法（リッカートスケール）を用いて回答を求めた（資料1）。

6. 分析方法

データ分析方法はLynnの内容妥当性の定量化の方法¹⁾を参考にして、内容妥当性（Content validity index, 以下CVI）を求めた。Lynnの内容妥当性の基準値算出方法は、回答者全員に対する同意者割合を算出するものであり、5人以下のエキスパートであれば、CVIが1（100%の同意）、6人以上10人までがCVIが0.78を基準値としている²⁾。先行研究では、10人以上を対象者としたものもあることから²⁾³⁾⁴⁾、本研究においても対象者は10人以上であるが、各項目のCVIが0.78以上を妥当とした。

7. 倫理的配慮

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認（管理番号603）を受けて実施した。研究対象者に対して、研究の趣旨、匿名性の確保、自由意思での参加の決定、参加・不参加により不利益が生じないこと、個人データの厳密な管理、保管期間後のデータ破棄、学会・学会誌での発表とその際の匿名性の確保について、郵送した文書で説明した。また、研究協力の同意は調査票の提出をもって得たこととした。

第3節 研究2の結果

1. 調査票の回収率

郵送した 139 の調査票のうち 46 票が返送され、回収率は 33.1%であった。そのうち、所在不明のものが 4 票あったため、調査票の回答率は、34.1%であった。

2. 項目の妥当性

32 項目の内容妥当性について、回答を得た結果は表 5-2 のとおりであった。無回答者を除く回答者の各項目の Item-CVI が 0.78 に満たなかったのは、＜1. 根底に存在する使命感＞の[②慣れの自覚]、＜4. 親密な関係性の構築＞の[①責任と愛情]、＜8. 生体からのサインの感知＞の[④呼吸状態・痰の量の変化]、[⑤発熱・発汗・冷感の有無]、[⑥循環動態の変化]、[⑧皮膚状態の変化]、[⑨排泄状態の変化]の 7 項目であった。また、項目全体の妥当性を示す Scale-CVI は 32 項目で 0.85 であった。Item-CVI が 0.78 に満たなかった 7 項目を削除した 25 項目の Scale-CVI は 0.90 であった。

3. CVI 基準を下回る項目の回答分布

Item-CVI が 0.78 に満たなかった 7 項目について回答分布をみた。＜4. 親密な関係性の構築＞の[①責任と愛情]は、「やや妥当性に欠ける」が 10 人 (21.7%) で、「妥当性に欠ける」が 3 人 (6.5%) であり、Item-CVI は 0.72 であった。＜8. 生体からのサインの感知＞の[④呼吸状態・痰の量の変化]は、「やや妥当性に欠ける」が 10 人 (21.7%) で、「妥当性に欠ける」が 4 人 (8.7%) であり、Item-CVI は 0.70 であった。[⑨排泄状態の変化]は、「やや妥当性に欠ける」が 10 人 (21.7%) で、「妥当性に欠ける」が 2 人 (4.3%) であり、Item-CVI は 0.74 であった。

また、Item-CVI が 0.7 以下となったものが 4 項目あった。＜1. 根底に存在する使命感＞の[②慣れの自覚]は、「やや妥当性に欠ける」が 15 人 (32.6%) で、「妥当性に欠ける」が 1 人 (2.2%) であり、Item-CVI は 0.65 であった。＜8. 生体からのサインの感知＞の[⑥循環動態の変化]は、「やや妥当性に欠ける」が 12 人 (26.1%) で、「妥当性に欠ける」が 4 人 (8.7%)

表5-2. 項目の内容妥当性 (n=46)

項目	無回答を除く 回答数	妥当である		ほぼ妥当である		やや妥当性に 欠ける		妥当性に欠ける		Item CVI
	n	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
1. 根底に存在する使命感										
① 人権の尊重	46	33	71.7	10	21.7	3	6.5	0	0.0	0.93
② 慣れの自覚	46	18	39.1	12	26.1	15	32.6	1	2.2	<u>0.65</u>
③ 最良な最期の思索	46	24	52.2	12	26.1	10	21.7	0	0.0	0.78
2. 意思推察の意欲										
① 加齢変化の実感	46	15	32.6	21	45.7	10	21.7	0	0.0	0.78
② 意思感知の経験	46	23	50.0	18	39.1	4	8.7	1	2.2	0.89
③ 相手目線での推察	46	17	37.0	22	47.8	4	8.7	3	6.5	0.85
3. 研ぎ澄まされた感覚	46	24	52.2	17	37.0	5	10.9	0	0.0	0.89
4. 親密な関係性の構築										
① 責任と愛情	46	20	43.5	13	28.3	10	21.7	3	6.5	<u>0.72</u>
② 時間をかけたかかわり	46	20	43.5	18	39.1	6	13.0	2	4.3	0.83
5. 個人特性の理解										
① 反応パターンの把握	45	27	60.0	15	33.3	3	6.7	0	0.0	0.93
② 生き様の理解	46	30	65.2	11	23.9	5	10.9	0	0.0	0.89
6. 意図的な働きかけ										
① 丁寧な語りかけ	46	30	65.2	11	23.9	5	10.9	0	0.0	0.89
② 身体への接触	46	29	63.0	14	30.4	3	6.5	0	0.0	0.93
③ 人との触れ合いの促進	46	27	58.7	15	32.6	4	8.7	0	0.0	0.91
7. 連携により広がる視野										
① 看護師間の情報共有	45	33	73.3	10	22.2	2	4.4	0	0.0	0.96
② 多職種協働	46	36	78.3	8	17.4	2	4.3	0	0.0	0.96
8. 生体からのサインの感知										
① 目・眉の動き	45	29	64.4	11	24.4	5	11.1	0	0.0	0.89
② 口の動き・声のトーンの変化	45	29	64.4	13	28.9	3	6.7	0	0.0	0.93
③ 表情・顔色の変化	45	31	68.9	12	26.7	2	4.4	0	0.0	0.96
④ 呼吸状態・痰の量の変化	46	19	41.3	13	28.3	10	21.7	4	8.7	<u>0.70</u>
⑤ 発熱・発汗・冷感の有無	46	16	34.8	9	19.6	17	37.0	4	8.7	<u>0.54</u>
⑥ 循環動態の変化	46	19	41.3	11	23.9	12	26.1	4	8.7	<u>0.65</u>
⑦ 四肢体幹の動き・緊張・弛緩	46	23	50.0	18	39.1	5	10.9	0	0.0	0.89
⑧ 皮膚状態の変化	46	14	30.4	14	30.4	13	28.3	5	10.9	<u>0.61</u>
⑨ 排泄状態の変化	46	18	39.1	16	34.8	10	21.7	2	4.3	<u>0.74</u>
⑩ 嚥下・開口状態の変化	46	22	47.8	19	41.3	5	10.9	0	0.0	0.89
9. 意思の模索										
① 繰り返される内省	46	27	58.7	13	28.3	6	13.0	0	0.0	0.87
② チームでの継続検討	46	30	65.2	13	28.3	3	6.5	0	0.0	0.93
10. 意思への接近										
① 快・不快状態の見極め	46	30	65.2	13	28.3	2	4.3	1	2.2	0.93
② 相互伝達の促進	46	22	47.8	19	41.3	4	8.7	1	2.2	0.89
11. 最善な日常のためのケア実践										
① 不利益の回避	46	31	67.4	12	26.1	2	4.3	1	2.2	0.93
② 穏やかな生活の維持	46	31	67.4	14	30.4	1	2.2	0	0.0	0.98

二重下線はItem CVI<0.78のため項目を削除

であり、Item-CVI は 0.65 であった。[⑧皮膚状態の変化]は、「やや妥当性に欠ける」が 13 人 (28.3%) で、「妥当性に欠ける」が 5 人 (10.9%) であり、Item-CVI は 0.61 であった。また、[⑤発熱・発汗・冷感の有無]は、「やや妥当性に欠ける」が 17 人 (37.0%) で、「妥当性に欠ける」が 4 人 (8.7%) であり、Item-CVI は 0.54 と最も低かった。

4. 妥当性に欠ける理由と自由記述

質問紙調査において、対象者が「やや妥当性に欠ける」、「妥当性に欠ける」を選択した場合、その理由を記入してもらった。また、「妥当である」、「ほぼ妥当である」を選択した対象者の自由記述もあったため、それらを表 5-3 (資料 3) にまとめた。

以上の結果、妥当性が確認された 25 項目からなる「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」を作成した (表 5-4)。

第 4 節 研究 2 の考察

1. 項目の精選と内容妥当性について

「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための項目」は、5 年以上の看護経験を有し、現在、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助を実践している看護師を対象としたインタビュー調査から、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明らかにし、そこから得られた 32 概念の定義の内容から、看護援助場面における実践項目として作成した。指標開発のプロセスにおける項目収集の方法として、質的研究を使用することは、新しいスケールの妥当性を高めるといわれている⁵⁾。また、指標開発を試みた多くの先行研究においても、広く用いられている手法である^{2)-4), 6)-8)}。本研究においても、半構造化インタビューにより得られたデータから項目を作成したことは、新たな尺度開発に向けて、各項目の妥当性を高めることができたと考えられる。その上で、老人看護専門看護師を対象にしたアンケート調査を実施し、Lynn の内容妥当性の定量化の方法を参考にして、32 項目のうち 25 項目の妥当性を明らかにすることができた。そのため、この 25 項目を用いて作成した「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」は妥当性が評価さ

表5-4. 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標

1. 根底に存在する使命感	
① 人権の尊重	高齢者の反応の有無に関係なく、一人の人として尊重してかかわる。
② 最良な最期の思索	高齢者にとって人生の最期の時であることを意識し、高齢者とその家族が最良な過ごし方ができるように、援助内容を考え実践する。
2. 意思推察の意欲	
① 加齢変化の実感	看護師自身が年齢を重ねて加齢変化を実感することや、家族が老いていくことを経験することで、高齢者に対する共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになる。
② 意思感知の経験	看護経験を積み重ねる中で、高齢者の意思を感じ取る経験をし、高齢者は何かしら理解し発信していると感じるようになる。
③ 相手目線での推察	高齢者の状態や状況を自身に置き換えて考えたり、家族のような思いで高齢者に接したりすることで、高齢者の意思を推し量るようになる。
3. 研ぎ澄まされた感覚	
① 人間の体から発せられる何らかのサインがあると考え、常に感覚を研ぎ澄ませて注意深く観察する。	
4. 親密な関係性の構築	
① 時間をかけたかかわり	限られた時間の中で、できる限り時間をかけて一人ひとりの高齢者にかかわり、その時間が積み重なるにつれて、徐々に高齢者の反応や変化、意思を感じ取れるようになる。
5. 個人特性の理解	
① 反応パターンの把握	高齢者一人ひとりによって異なる反応のあらわれ方や状態の変化の特徴を把握し、日頃の状態を基準にすることで、高齢者のわずかな反応や変化を感じ取る。
② 生き様の理解	高齢者の趣味や嗜好、従事していた仕事、体質、生活様式、望みなどの家族から得た情報や、高齢者が生きてきた時代背景から、個々の高齢者の思いや考え方、人となりを理解する。
6. 意図的な働きかけ	
① 丁寧な語りかけ	高齢者の表情を見て語りかけたり、丁寧に説明した後にケアを実践したりすることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みる。
② 身体への接触	タッチングや手を握るなど、身体に触れることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みる。
③ 人との触れ合いの促進	家族やスタッフ、他患者等の他者とのかかわりを促進し、楽しく心地よい環境を作ることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みる。
7. 連携により広がる視野	
① 看護師間の情報共有	日頃から看護師同士で高齢者の反応や変化、援助の工夫点等の情報を共有することで、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、意思をより敏感に感じ取れるようになる。
② 多職種協働	介護職、リハビリスタッフ、医師など、多職種との情報共有や協働によって、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、意思をより敏感に感じ取れるようになる。
8. 生体からのサインの感知	
① 目・眉の動き	目頭や目尻の動き、目の開閉状態、まばたき、視線の動きや合い方、眉間の皺、眉の動きなどから高齢者の意思を感じ取る。
② 口の動き・声のトーンの変化	口角の上がり下がり、唇をかみしめたり緩めたりする動き、声にならない口元の動き、不明瞭な声の出力やトーンの変化などから高齢者の意思を感じ取る。
③ 表情・顔色の変化	顔をしかめる、穏やかな表情、頬の緊張や緩み、顔面の紅潮など、表情や顔色の変化から高齢者の意思を感じ取る。
④ 四肢体幹の動き・緊張・弛緩	手・足・体のわずかな動きや、身体に力が入り緊張したり、力が抜けて緊張が緩和したりする状態から高齢者の意思を感じ取る。
⑤ 嚥下・開口状態の変化	食べる速度や飲み込み具合、口の開け方や摂取量の違いなど、食事摂取時の開口や嚥下の状態から高齢者の意思を感じ取る。
9. 意思の模索	
① 繰り返される内省	高齢者の意思を明確にくみ取することは非常に難しく、確認する術もないため、常に自身のかかわりを内省しながら、様々な方向から高齢者の意思を探りかかわっていく。
② チームでの継続検討	看護師間で情報を共有し、高齢者の反応や変化の意味についてや、より良いかかわり方について継続して検討し、実践に取り入れていく。
10. 意思への接近	
① 快・不快状態の見極め	高齢者の反応や変化から、多くの苦痛や不快感を感じ取り、快・不快状態の見極めをする。
② 相互伝達の促進	高齢者の反応や変化、意思を感じ取ることで、喜びややりがいを感じ、さらに高齢者の反応や変化、意思を感じ取るためにかかわりを深める。
11. 最善な日常のためのケア実践	
① 不利益の回避	高齢者にとって不快であると予測されることをなるべく早く取り除いたり、最小限の苦痛や不快感ですむようにケアを実践したりすることで、高齢者にとって不利益や弊害が生じないように努める。
② 穏やかな生活の維持	高齢者の落ち着いた状態や、穏やかに過ごせる状況を把握し、高齢者がなるべく心地よく穏やかに過ごせるようにケアを実践する。

れたものとして考えることができる。

2. 妥当性が示された項目の特徴

老人看護専門看護師に対するアンケート調査の結果、『意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための項目』32項目中25項目の妥当性が得られた。妥当性の得られた項目は、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取ろうとする<2. 意思推察の意欲>、高齢者の意思をくみ取る際の看護師の<3. 研ぎ澄まされた感覚>、看護師が個々の高齢者に対する理解を深めていく<5. 個人特性の理解>、<6. 意図的な働きかけ>、<7. 連携により広がる視野>、高齢者の真の意思をくみ取るために繰り返される<9. 意思の模索>、<10. 意思への接近>、くみ取った意思から高齢者にとって最善な援助を考え実践する<11. 最善な日常のためのケア実践>であった。これらの項目は、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取る際に必要不可欠な事柄を示していると考えられた。

3. 妥当性が示されなかった項目の特徴

1) 慣れの自覚

<1. 根底に存在する使命感>の[②慣れの自覚]の項目は妥当性が得られなかった。アンケート調査の自由記述の内容から、その理由をみると、「慣れによってケアを後回しにすることは無いと思われる。業務多重になり、優先順位を考えて最後になってしまうことはあるが、その中でも身体症状や重要度などアセスメントを行っている」、「慣れが生じてても声かけが不十分、ケアを後回しにすることはない。行動全体（1日を通して）に優先順位を立てているため」といった意見がみられた。これらの意見は、看護師は優先順位を考えて援助を実践するため、慣れによってケアを後回しにすることはしないという主張であり、看護師としての倫理的意識を常に高く持ち、日々の看護援助の実践に臨んでいることを示していると考えられた。また、「不十分な言葉かけやケアを後回しにするのは、慣れだけではなく、日々のケアが重要なエンド・オブ・ライフケアだという意識が欠けがちなことも原因だと思う」、「言葉かけが不十分、ケアを後回しにするのは、慣れが原因と言い切れない」といった、不十分な言葉かけやケアを後回しにする要因は他にあるという意見があった。一

方、「経験を重ねているからこそ、高齢者に対して言葉をかけたり、ケアの配慮ができるのではないかと考える」、「慣れることのプラス面について検討したか（熟練）」といった意見があった。これらは、経験を重ね、業務に慣れることで、意思伝達能力の低下した高齢者に対して、積極的な言葉かけができるようになったり、ケアにおける倫理的配慮ができるようになるという考えであり、看護経験を積み重ねることで、高齢者の意思をくみ取れるようになる側面をあらわしていると考えられた。この看護経験を積み重ねることの重要性については、また、「そもそも“慣れ”の定義が不明瞭である」という意見もあった。看護業務に慣れることのメリット・デメリットを考え、項目の定義をする必要があった。

2) 責任と愛情

＜4. 親密な関係性の構築＞の[①責任と愛情]の項目も妥当性が得られなかった。その理由として、「愛情という言葉がひっかかる。没入して感情的になったり、周りが見えなくなるという印象も持つ」、「愛情という感情を表す語句が腑に落ちない」という意見があった。これは、「愛情の定義があいまい」、「ここでいう「愛情」の意味を捉えられない」、「愛情を持つがイメージしにくく思った」、「親密という表現について検討したか。愛情という言葉が気になった」といった意見に反映されているように、「愛情」や「親密」という言葉の定義が曖昧であり、適切ではないと判断されたため、妥当性を得ることができなかったと考えられた。そして、「愛情という表現よりは「個人の尊重」と思った」、「愛情なのか、リスペクトすることだと思うが…」、「このことは、責任と愛情をもってかかわることなのか。高齢者の持てる力を信じ、その方から教えていただこうと向き合う姿勢、基盤となる大切な項目だと思った」、「愛情がなければ意思をくみ取ることにはできないのか。意思をくみ取ろうとするケアリングの姿勢が大切」といった意見のように、「愛情」という言葉よりも他の表現の方が適切であるという理由があった。また、「受け持ち看護師だけなのか、「看護師が」ではだめなのか、担当でなくても看護を提供する時には必要な項目と感じた」という意見もあった。これらのことから、「愛情」という言葉の定義が曖昧で、適切ではなかったこと、「人権の尊重」の項目と重複する部分があり、項目の統合についても考慮する必要があると考えられた。

3) 生体からのサインの感知

＜5. 生体からのサインの感知＞では、5つの項目の妥当性が得られなかった。まず、[④呼吸状態・痰の量の変化]の項目について、妥当性が得られなかった理由は、「病状・病態に

関連することもあると考えるため」、「呼吸状態からは“日常生活の意思”を捉えることが難しい。身体状況の変化との区別がつきにくい」、「身体的な変化で、意思を感じ取るのは妥当性にかける」、「その時の病態に左右されることがあるため妥当だとは言いきれない」、「どちらかという苦痛症状の有無を感じ取るといった感じがする」といった意見があった。

〔⑤発熱・発汗・冷感の有無〕の項目については、「意思より、身体状態の悪化（変化）の徴候として捉えている」、「発熱、冷感はある本人の意思というよりも、身体症状の不調としてのみ捉えられるものではないか」、「病状悪化のサインを意思と結びつけるのはいきすぎているように思う。苦痛そうだと思うが」、「これは意思というより症状ではないのか、どちらかという苦痛症状の有無を感じ取るといった感じがする」といった意見があった。

〔⑥循環動態の変化〕の項目については、「何らかの身体の不調のため、意思はより感じ取りにくくなると考える」、「循環動態の変化から高齢者の意志を感じ取ることが可能であるのか疑問」、「緊張や興奮でも上昇すると考えるが、痛みや苦しみとも考えられたり、孤独によるものからも考えられたりと様々で、状況による判断が求められると考える」といった意見があった。

〔⑧皮膚状態の変化〕の項目については、「皮膚の状態からは難しいと思われる」、「身体的な変化で、意思を感じ取るのは妥当性にかける」、「コントロール困難なものもあり、加齢によるリスクが高いスキンケア等もあるため、妥当とするのはむずかしいと考える」、「意思によって皮膚の発赤やびらん、発疹に変化が起こるとは全く思えない」といった意見があった。

〔⑨排泄状態の変化〕の項目については、「排泄状態の変化から意志を感じ取ることが可能なか疑問」、「尿の量、性状と意思との関係が疑問」、「排泄は尊厳にかかわる重要なケアであると考えている」といった意見があった。

このように、「生体からのサインの感知」の10項目のうち、5項目の妥当性が得られなかったのは、生体からのサインは意思として捉えられるものと、身体的症状として捉えられるものに大別されること、そのため、生体からのサインが意思とは直接的に結びつかない場合も多くあると考えられた。よって、病状に伴う身体症状として捉えられるものは、項目から削除する必要があると考えられた。

引用文献

- 1) Lynn, M.R. Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research* 1986; 35: 382-385.
- 2) 岩本里織, 岡本玲子, 名原壽子, 松下恭子, 多田美由貴, 岡久玲子. 生存権を護る活動指標の開発～エキスパート保健師による項目重要性認識を根拠に～. *日本公衆衛生看護学会誌*, 2019; 8(1): 33-42.
- 3) 松原三智子, 和泉比佐子, 岡本玲子. 親子関係アセスメントツールの開発－項目の内容妥当性の検討－. *社会医学研究*, 2016; 33(1): 131-138.
- 4) 吉田礼維子, 和泉比佐子, 片倉洋子, 波川京子. 介護予防システムを推進する保健師の活動－指標開発に向けた項目作成過程－. *老年社会科学*, 2011; 32(4): 443-452.
- 5) Polit DF, Beck CT. Developing and Testing Self-Report Scales. In *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, Eighth Edition*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2008: 474-486.
- 6) 中山貴美子, 岡本玲子, 塩見美抄. コミュニティ・エンパワメントの構成概念：保健専門職による評価のための「望ましい状態」の項目収集. *日本地域看護学会誌*, 2006; 8(2): 36-42.
- 7) 鳩野洋子, 岡本玲子, 関戸好子. 要介護状態の危険性が高い高齢者にみられる日常生活：尺度開発に向けた項目の収集. *神戸大学保健紀要*, 2004; 20: 1-10.
- 8) 岡本玲子, 中山貴美子, 塩見美抄, 岩本里織, 沖田裕子. 介護予防アセスメントツールの開発 項目収集と試案の作成, *日本地域看護学会誌*, 2002; 5(1): 56-64.

第 6 章 研究 3 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標開発

第 1 節 研究 3 の目的

研究 2 において妥当性を確認した 25 項目により作成した「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」の看護実践上の妥当性と信頼性を検証することを目的とする。

第 2 節 研究 3 の方法

1. 研究デザイン

郵送法による無記名自記式質問紙調査。

2. 対象者

対象者は、全国の 100 床以上の療養病床を有する医療施設 1071 施設の看護師とした。回答者の条件を、看護経験が 5 年以上で、現在、遷延性意識障害を有する高齢者に対して日常生活援助を実践しており、日頃から高齢者の意思を重視し尊重した看護実践に努めている看護師とし、回答者の選定は、看護部長などの看護管理者に一任し、1 施設 1 人の看護師に回答してもらった。

対象施設の選定方法は、公益社団法人日本医師会の公式サイト、地域医療情報システムに掲載されている 100 床以上の療養病床を有する医療施設 1072 施設のうち、小児のみを対象とする 1 施設を除く 1071 施設を選定した。なお、選定において回答者の条件を確保するために、100 床以上の療養病床を有する医療施設を対象とした。また、研究 2 において対象とした老年看護専門看護師は除外した。

3. 調査期間

調査期間は2020年5月7日～2020年6月30日。

4. データ収集方法

データ収集方法は郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。作成した指標の25項目の妥当性について、「妥当である」、「ほぼ妥当である」、「やや妥当性に欠ける」、「妥当性に欠ける」の4件法（リッカートスケール）を用い、臨床現場でケアを実践している看護師の立場からの回答を求めた（資料2）。

5. 分析方法

データ分析には、『IBM SPSS Statistics ver.27』，『IBM SPSS Amos ver.27』を用いた。まず、項目分析を行い、天井・フロア効果の確認、I-T相関係数の確認を行った。次に、最尤法を用いて、プロマックス斜交回転による探索的因子分析を行い、各項目の背景にある因子を抽出した。そして、各因子の項目について、信頼係数を求め、内的整合性による信頼性を確認した。

その後、抽出された因子を観測変数とし、項目を潜在変数とした多重指標モデルを作成し、観測変数と潜在変数の関係を明らかにするために、最尤法による共分散構造分析・構造方程式モデル（Structural Equation Modeling：SEM）を行った。

6. 倫理的配慮

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認（管理番号609）を受けて実施した。研究対象者に対して、研究の趣旨、匿名性の確保、自由意思での参加の決定、参加・不参加により不利益が生じないこと、個人データの厳密な管理、保管期間後のデータ破棄、学会・学会誌での発表とその際の匿名性の確保について、郵送した文書で説明した。また、研究協力の同意は調査票の提出をもって得たこととした。

第3節 研究3の結果

1. 調査票の回収率と回答率

郵送した 1071 の調査票のうち、284 票が返送され、回収率は 26.5%であった。そのうち、欠損値がある 13 票を除いた 271 票を分析対象とした（回答率 25.3%）。

2. 各項目の単純集計結果

各質問項目の単純集計結果については表 6-1 に示した。

3. 項目分析

項目の平均得点、標準偏差、歪度、尖度、I-T 相関係数を表 6-2 に示した。各項目の標準偏差において、突出した項目はみられなかった。また、KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) の標本妥当性の測度は 0.908, Bartlett の球面性検定は χ^2 (df=300) = 3225.344, $p=0.000$ であった。

4. 妥当性の検証

因子妥当性の検証のために全 25 項目について、最尤法のプロマックス回転による探索的因子分析を行った。分析にあたっては、因子負荷量が 0.4 以下の項目は適宜削除し、すべての因子負荷量が 0.4 以上となるまで分析を繰り返した。初回の因子分析の結果、初期と因子抽出後の因子負荷量の共通性において、著しく低いものは認められなかった。

また、固有値からの因子数決定では、描写したスクリープロットから因子数を 4 と決定した。項目の選定においては、[多職種協働]が 0.385, [相手目線での推察]が 0.392 と、因子負荷量 0.4 以下になったため、この 2 項目を削除し、最終的な全項目数は 23 となった。各因子の相関は、 $r=0.379\sim0.675$ ($p<0.001$) であった（表 6-3）。

表6-1. 研究C アンケート単純集計結果

項目	妥当である		ほぼ妥当である		やや妥当性に欠ける		妥当性に欠ける	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. 根底に存在する使命感								
① 人権の尊重	214	79.0	49	18.1	7	2.6	1	0.4
② 最良な最期の思索	207	76.4	47	17.3	17	6.3	0	0.0
2. 意思推察の意欲								
① 加齢変化の実感	142	52.4	105	38.7	22	8.1	2	0.7
② 意思感知の経験	136	50.2	118	43.5	16	5.9	1	0.4
③ 相手目線での推察	142	52.4	106	39.1	21	7.7	2	0.7
3. 研ぎ澄まされた感覚	178	65.7	80	29.5	11	4.1	2	0.7
4. 親密な関係性の構築								
① 時間をかけたかかわり	160	59.0	90	33.2	20	7.4	1	0.4
5. 個人特性の理解								
① 反応パターンの把握	192	70.8	69	25.5	9	3.3	1	0.4
② 生き様の理解	182	67.2	73	26.9	14	5.2	2	0.7
6. 意図的な働きかけ								
① 丁寧な語りかけ	191	70.5	74	27.3	5	1.8	1	0.4
② 身体への接触	192	70.8	70	25.8	8	3.0	1	0.4
③ 人との触れ合いの促進	176	64.9	81	29.9	14	5.2	0	0.0
7. 連携により広がる視野								
① 看護師間の情報共有	192	70.8	74	27.3	5	1.8	0	0.0
② 多職種協働	199	73.4	64	23.6	7	2.6	1	0.4
8. 生体からのサインの感知								
① 目・眉の動き	147	54.2	103	38.0	19	7.0	2	0.7
② 口の動き・声のトーンの変化	145	53.5	117	43.2	9	3.3	0	0.0
③ 表情・顔色の変化	178	65.7	90	33.2	3	1.1	0	0.0
④ 四肢体幹の動き・緊張・弛緩	120	44.3	123	45.4	28	10.3	0	0.0
⑤ 嚥下・開口状態の変化	121	44.6	115	42.4	34	12.5	1	0.4
9. 意思の模索								
① 繰り返される内省	152	56.1	105	38.7	12	4.4	2	0.7
② チームでの継続検討	197	72.7	68	25.1	6	2.2	0	0.0
10. 意思への接近								
① 快・不快状態の見極め	170	62.7	91	33.6	10	3.7	0	0.0
② 相互伝達の促進	166	61.3	97	35.8	8	3.0	0	0.0
11. 最善な日常のためのケア実践								
① 不利益の回避	193	71.2	72	26.6	5	1.8	1	0.4
② 穏やかな生活の維持	205	75.6	60	22.1	5	1.8	1	0.4

表6-2. 基本統計量結果

(n=271)

項目	平均	標準偏差	歪度	尖度	I-T相関係数
1-① 人権の尊重	3.8	0.5	-2.2	4.9	0.531
1-② 最良な最期の思索	3.7	0.6	-1.8	2.2	0.524
2-① 加齢変化の実感	3.4	0.7	-0.9	0.3	0.465
2-② 意思感知の経験	3.4	0.6	-0.7	0.0	0.554
2-③ 相手目線での推察	3.4	0.7	-0.9	0.3	0.434
3-① 研ぎ澄まされた感覚	3.6	0.6	-1.5	2.0	0.611
4-① 時間をかけたかかわり	3.5	0.6	-1.1	0.4	0.677
5-① 反応パターンの把握	3.7	0.6	-1.6	2.3	0.651
5-② 生き様の理解	3.6	0.6	-1.5	2.0	0.688
6-① 丁寧な語りかけ	3.7	0.5	-1.5	2.3	0.665
6-② 身体への接触	3.7	0.6	-1.6	2.3	0.563
6-③ 人との触れ合いの促進	3.6	0.6	-1.2	0.3	0.643
7-① 看護師間の情報共有	3.7	0.5	-1.3	0.5	0.596
7-② 多職種協働	3.7	0.5	-1.7	3.0	0.550
8-① 日・肩の動き	3.5	0.7	-1.0	0.5	0.635
8-② 口の動き・声のトーンの変化	3.5	0.6	-0.6	-0.7	0.640
8-③ 表情・顔色の変化	3.6	0.5	-0.9	-0.6	0.668
8-④ 四肢体幹の動き・緊張・弛緩	3.3	0.7	-0.5	-0.7	0.572
8-⑤ 嚥下・開口状態の変化	3.3	0.7	-0.6	-0.5	0.526
9-① 繰り返される内省	3.5	0.6	-1.0	1.0	0.632
9-② チームでの継続検討	3.7	0.5	-1.4	1.0	0.625
10-① 快・不快状態の見極め	3.6	0.6	-1.0	0.0	0.686
10-② 相互伝達の促進	3.6	0.6	-0.9	-0.3	0.699
11-① 不利益の回避	3.7	0.5	-1.6	2.5	0.634
11-② 穏やかな生活の維持	3.7	0.5	-1.9	3.8	0.670

(p<0.001)

表6-3. 因子分析の結果

(n=271)

項目	因子				共通性
	1	2	3	4	
10-② 相互伝達の促進	0.776	0.073	-0.091	-0.021	0.570
10-① 快・不快状態の見極め	0.740	0.184	-0.093	-0.121	0.578
6-① 丁寧な語りかけ	0.723	-0.020	-0.013	0.023	0.508
5-① 反応パターンの把握	0.640	-0.081	0.036	0.129	0.463
6-② 身体への接触	0.624	-0.017	0.001	-0.042	0.358
4-① 時間をかけたかかわり	0.604	-0.038	0.025	0.166	0.469
3. 研ぎ澄まされた感覚	0.591	-0.064	0.106	0.009	0.401
7-① 看護師間の情報共有	0.519	-0.113	0.175	0.062	0.379
9-① 繰り返される内省	0.479	0.106	0.028	0.098	0.385
6-③ 人との触れ合いの促進	0.470	0.153	0.083	-0.011	0.397
5-② 生き様の理解	0.403	-0.010	0.398	-0.044	0.503
8-② 口の動き・声のトーンの変化	0.080	0.913	-0.146	-0.033	0.791
8-③ 表情・顔色の変化	-0.051	0.728	0.158	0.051	0.644
8-① 目・眉の動き	0.151	0.692	-0.059	-0.010	0.578
8-④ 四肢体幹の動き・緊張・弛緩	0.080	0.674	-0.025	-0.083	0.466
8-⑤ 嚥下・開口状態の変化	-0.269	0.608	0.215	0.160	0.422
1-② 最良な最期の思索	-0.090	-0.053	0.797	-0.039	0.499
11-① 不利益の回避	0.132	0.027	0.651	-0.058	0.546
1-① 人権の尊重	-0.067	0.068	0.583	0.082	0.371
11-② 穏やかな生活の維持	0.264	0.014	0.569	-0.075	0.565
9-② チームでの継続検討	0.130	0.051	0.542	0.037	0.463
2-② 意思感知の経験	0.032	0.032	-0.082	1.002	0.999
2-① 加齢変化の実感	0.099	-0.021	0.058	0.519	0.345
回転後の負荷量の平方和	7.52	5.66	5.80	3.27	
累積寄与率	14.16	40.80	47.30	50.86	
因子間相関	第1因子	-	0.614	0.675	0.423
		0.614	-	0.458	0.406
		0.675	0.458	-	0.379
		0.423	0.406	0.379	-

最尤法：プロマックス回転, $p < 0.001$

5. 因子の命名

第1因子は、[相互伝達の促進]、[快・不快状態の見極め]、[丁寧な語りかけ]、[反応パターンの把握]、[身体への接触]、[時間をかけたかかわり]、[研ぎ澄まされた感覚]、[看護師間の情報共有]、[繰り返される内省]、[人との触れ合いの促進]、[生き様の理解]の11項目により構成された。これらの11項目は、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者とさまざまな形でかかわりを持ち、ともに過ごす時間を積み重ねながら、個々の高齢者との信頼関係を構築し、理解を深めて、高齢者の生体からのサインを感じ取っていくという内容であり、【トランスペアショナルなケアリング】と命名した。

第2因子は、[口の動き・声のトーンの変化]、[表情・顔色の変化]、[目・眉の動き]、[四肢体幹の動き・緊張・弛緩]、[嚥下・開口状態の変化]の5項目により構成された。これらの5項目は、看護師が感じ取る意思伝達能力の低下した高齢者の身体の動きや状態の変化を示す内容であったため、【生体からのサインの感知】と命名した。

第3因子は、[最良な最期の思索]、[不利益の回避]、[人権の尊重]、[穏やかな生活の維持]、[チームでの継続検討]の5項目により構成された。これらの5項目は、看護師が一人ひとりの意思伝達能力の低下した高齢者の人権を尊重し、高齢者にとっての不利益を回避し、最良な最期を思索することで、高齢者の穏やかな生活が維持できるように努めるという内容であり、【倫理的ケアの実践】と命名した。

第4因子は、[意思感知の経験]、[加齢変化の実感]の2項目により構成された。これらの2項目は、看護師がこれまでの看護経験の中で、意思伝達能力の低下した高齢者の意思を感じ取る経験や、看護師自身が加齢変化を実感することにより、高齢者の状態や状況に思いを馳せ、意思をくみ取ろうとするようになるという内容であり、【意思推察の意欲】と命名した。

6. 信頼性の検証

指標全体の Cronbach の α 係数は $\alpha = 0.924$ であった。また、各因子においては、第1因子が 0.892、第2因子が 0.850、第3因子が 0.814、第4因子が 0.725 となり、 α 係数の範囲は 0.725～0.892 となった（表 6-4）。

表6-4. 各因子の命名と信頼性係数

因子名		Cronbachの α 係数
第1因子	トランスパーソナルなケアリング	0.892
第2因子	生体からのサインの感知	0.850
第3因子	倫理的ケアの実践	0.814
第4因子	意思推察の意欲	0.725

7. 共分散構造分析による認識モデルの作成

抽出された 23 項目を潜在変数とし，抽出された因子を観測変数として，多重指標モデルを作成した（図 6-1）。モデルが最適解となるように再構築を繰り返し，最終的なモデルは， $\chi^2=572.247$ ($p<0.000$) ではあったが，適合度指標である GFI が 0.849，AGFI が 0.816 と 0.9 に最も近くなり，CFI は 0.877，RMSEA は 0.75（信頼区間 0.68～0.83）であった。

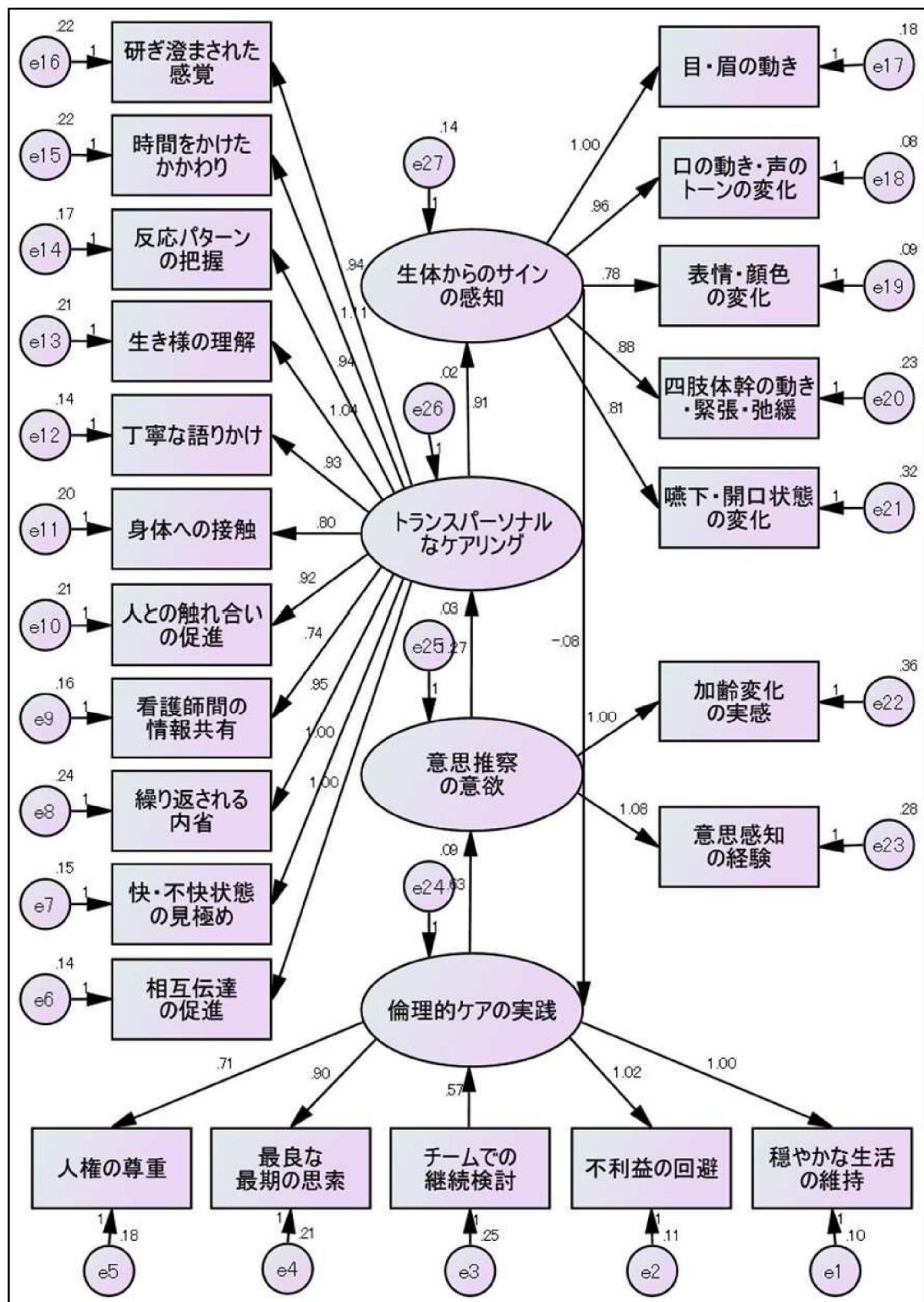


図 6-1 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための認識モデル

8. 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標（最終版）

探索因子分析により抽出された4因子と、その因子の構成要素であり、妥当性と信頼性が明らかにされた23項目から、『意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標（最終版）』を作成した（表6-6）。各項目の定義については、研究Bと研究Cのアンケート調査に記載された自由記述内容（表5-3：資料3，表6-5：資料4）を参考にして、実践項目として最適で伝わりやすい用語の使用や文章表現となるように内容を修正した。

【倫理的ケアの実践】の[最良な最期の思索]の項目は、「人生の最期の時」から「人生の最期にむかう時」という表現に変え、項目名も[最善な最期にむけた支援]に修正した。

【意思推察の意欲】の[加齢変化の実感]の項目は[加齢変化への共感]へ、[意思感知の経験]の項目は[意思くみ取りの経験]へと変更し、実践項目として理解しやすく伝わりやすい表現となるように修正した。

【トランスパーソナルなケアリング】の[時間をかけたかかわり]の項目は[関係性の構築]へ、[身体への接触]の項目は[非言語的かかわり]へ、[研ぎ澄まされた感覚]の項目は[感覚を研ぎ澄ませた観察]へ、[看護師間の情報共有]の項目は[情報共有による視野拡大]へ、[相互伝達の促進]の項目は[相互作用の促進]へとそれぞれ変更し、実践項目として理解しやすく伝わりやすい表現となるように修正した。

【生体からのサインの感知】の5項目については、全ての項目名の最後に[感知]という言葉を追加し、実践項目として理解しやすく伝わりやすい表現となるように修正した。

表6-6. 意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標（最終版）

倫理的ケアの実践	
人権の尊重	高齢者一人ひとりの尊厳を守る。
不利益の回避	高齢者にとって不快であると予測されることを除去したり、苦痛や不快感が最小限にすむようにケアを実践したりする。
最善な最期にむけた支援	高齢者にとって人生の最期にむかう時であることを意識し、高齢者やその家族が最善な過ごし方ができるように、ケアを実践する。
チームでの継続検討	看護師間や多職種間、家族、専門家と情報を共有し、高齢者の反応やその変化の意味、より良いかかわり方について継続して検討し、実践に取り入れる。
穏やかな生活の維持	高齢者の落ち着いた状態や、穏やかに過ごせる状況を把握し、高齢者が心地よく穏やかに過ごせるようにケアを実践する。
意思推察の意欲	
加齢変化への共感	看護師自身が年齢を重ねて加齢変化を実感したり、家族が老いていくことを経験したり、加齢変化に対する知識を得ることで、高齢者に対する共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになる。
意思くみ取りの経験	看護経験を積み重ねる中で、高齢者の意思をくみ取る経験をし、さらに高齢者の意思をくみ取り、理解しようと努める。
トランスパースナルなケアリング	
関係性の構築	限られた時間の中で、できる限り時間をかけて一人ひとりの高齢者とかかわり、その時間が積み重なるにつれて、徐々に高齢者の反応や変化、意思を感じ取れるようになる。
丁寧な語りかけ	高齢者の目や表情を見て語りかけたり、一人ひとりの高齢者に合わせて丁寧に語りかけたりする。
非言語的にかかわり	タッチングや手を握るなど、高齢者との非言語的なかかわりをもつ。
人との触れ合いの促進	家族やスタッフ、他患者等の他者とかかわりを促進し、高齢者にとって楽しく心地よい環境をつくる。
感覚を研ぎ澄ませた観察	高齢者の体から発せられる何らかのサインがあると考え、そのサインを感じ取ろうと、常に感覚を研ぎ澄ませて注意深く観察する。
反応パターンの把握	日頃の状態を基準にして、高齢者一人ひとりによって異なる反応のあらわれ方や状態変化の特徴を把握し、そのわずかな変化を感じ取る。
快・不快状態の見極め	高齢者の反応や変化、生理的欲求の観点から、苦痛や不快感を感じ取り、快・不快状態の見極めをする。
生き様の理解	高齢者の趣味や嗜好、従事していた仕事、体質、生活様式、望み等の家族から得た情報や高齢者が生きてきた時代背景から、個々の高齢者の考え方や人となり、生き方を理解する。
情報共有による視野拡大	日頃から看護師同士で高齢者の反応や変化、援助の工夫点等の情報を共有することで、高齢者をより深く理解するための視野を広げる。
繰り返される内省	高齢者の真の意思をくみ取るために、常に自身のかかわりを内省しながら、様々な方向から高齢者の意思を探りかかわっていく。
相互作用の促進	高齢者の反応や変化、意思を感じ取ることで、看護師は喜びややりがいを感じ、さらにかかわりを促進させる。
生体からのサインの感知	
目・眉の動きの感知	目頭や目尻の動き、目の開閉状態、まばたき、目の輝きや力、視線の動きや合い方、眉間の皺、眉の動き等から高齢者の反応や変化、意思を感じ取る。
口の動き・声のトーンの変化の感知	口角の上がり下がり、唇をかみしめたり緩めたりする動き、声にならない口元の動き、不明瞭な声の出方やトーンの変化等から高齢者の反応や変化、意思を感じ取る。
表情・顔色の変化の感知	顔をしかめる、穏やかな表情、頬の緊張や緩み、顔面の紅潮等、表情や顔色の変化から高齢者の反応や変化、意思を感じ取る。
四肢体幹の動き・緊張・弛緩の感知	手・足・体のわずかな動きや、身体に力が入り緊張したり、力が抜けて緊張が緩和したりする状態から高齢者の反応や変化、意思を感じ取る。
嚥下・開口状態の変化の感知	食べる速度や飲み込み具合、口の開け方や摂取量の違い等、開口状態や嚥下状態から高齢者の反応や変化、意思を感じ取る。

第4節 研究3の考察

1. 本指標の妥当性と信頼性

因子分析の適合性として、KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) の標本妥当性の測度は 0.908, Bartlett の球面性検定は χ^2 (df=300) = 3225.344, $p=0.000$ であった。KMO は 1 に近いほど標本の妥当性が高く、0.8 以上であれば因子分析をする価値が十分にある標本とされている。また、Bartlett 検定では、5%水準で棄却されれば標本は因子分析に適合していると判断される¹⁾。そのため、本研究の標本も因子分析に適していると判断できた。

最尤法のプロマックス回転による探索的因子分析を行った結果、4 つの因子が抽出され、因子負荷量が 0.4 以下となった[多職種協働]と[相手目線での推察]の項目は削除した。項目の選定においては、すべての因子負荷量が 0.4 以上となるまで分析を繰り返し、因子分析の最適解を求めることで、妥当性を確保することができたと考えられる。また、各因子と指標全体の Cronbach の α 係数は、 $\alpha=0.725\sim0.924$ となり、高い内的整合性が確認された。

共分散構造分析による意思伝達能力に低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための認識モデルの作成では、モデルが最適解となるように再構築を繰り返したが、最終的なモデルは、 $\chi^2=572.247$ ($p<0.000$) となり、帰無仮説は棄却された。また、適合度指標である GFI, AGFI はともに 0.9 以下となり、モデルとデータとの適合性は得られなかった。しかし、RMSEA は 0.50 以下とはならなかったものの、信頼区間 0.68~0.83 の間の 0.75 となったため、作成したモデルは採用に値するものであると考えられた。

2. 本指標の構成要素

1) トランスペアショナルなケアリング

第 1 因子は最も多い 11 項目から構成され、【トランスペアショナルなケアリング】と命名した。11 項目のうち、[関係性の構築]、[丁寧な語りかけ]、[非言語的にかかわり]、[人との触れ合いの促進]の 4 項目は、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者とさまざまな形で積極的にかかわりを持ち、その時間を積み重ねて関係性を構築していくことを示していた。[感覚を研ぎ澄ませた観察]、[反応パターンの把握]、[快・不快状態の見極め]、[生き様の理解]の 4 項目は、高齢者との積み重なるかかわりの中で、看護師は感覚を研ぎ澄ませて観

察し、個々の高齢者の人となりや生き様の理解を背景にして、高齢者の反応や状態の変化を感じ取っていく過程を示していた。[情報共有による視野拡大]、[繰り返される内省]、[相互作用の促進]の3項目は、看護師同士で情報を共有して視野を拡大したり、内省を繰り返したりすることで、看護師はより一層、個々の高齢者に対する理解を深めて、高齢者の反応や状態の変化を感じ取り、高齢者との相互作用を促進させていくことを示していた。このように、第1因子には、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取るために、高齢者との間で展開される具体的相互作用の過程が示されていた。これは、Watson²⁾が、『トランスパーソナル』なケアという関係においては、二人の人間の間で、精神が一つになる事態が起き、そこにおいて、看護婦と患者は、『自分というもの』や、時間、空間、互いの生活史を超越できる能力を手にする」と述べているように、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者との相互作用により相互主観的関係を深めてケアリングを展開していく過程が具体的に示されていると考えられた。

2) 生体からのサインの感知

第2因子は5項目により構成され、【生体からのサインの感知】と命名した。各項目の内容は、[口の動き・声のトーンの変化の感知]、[表情・顔色の変化の感知]、[目・眉の動きの感知]、[四肢体幹の動き・緊張・弛緩の感知]、[嚥下・開口状態の変化の感知]といった意思伝達能力の低下した高齢者の身体の状態や動き、およびその変化を感じ取ることを示すものであった。これらの項目は、研究1において生成した＜生体からのサインの感知＞のカテゴリーとそれを構成する概念に相当するものであり、【生体からのサインの感知】という表現が適していると判断できた。看護師はこれらの意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインを感じ取ることで、高齢者の意思をくみ取っていくと考えられた。

研究1においては、その他にも、[呼吸状態・痰の量の変化]、[発熱・発汗・冷感の有無]、[循環動態の変化]、[皮膚状態の変化]、[排泄状態の変化]の5つの概念が生成されていたが、研究2のアンケート調査の結果、妥当性・信頼性が明らかにされず、削除することとなった。つまり、呼吸状態、発熱・発汗・冷感、循環動態、皮膚状態、排泄状態の変化といった生体からのサインは、意思伝達能力の低下した高齢者の身体症状を示すものであり、これらのサインから高齢者の意思をくみ取ることは困難であると考えられた。

3) 倫理的ケアの実践

第3因子は5項目から構成され、【倫理的ケアの実践】と命名した。[人権の尊重]、[不利益の回避]の項目は、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者の基本的人権を尊重し、高齢者にとって不利益となることをできる限り回避しようと努めていることを示していた。そうすることで、[最善な最期にむけた支援]、[穏やかな生活の維持]の項目が示すように、エンド・オブ・ライフケアの観点から、個々の高齢者の最善な最期について考え、高齢者の穏やかな生活が維持できるように援助を実践していると考えられた。また、[チームでの継続検討]によって、高齢者へのより良いかわり方や援助内容について検討を重ねていることを示していた。これらの実践の根底には、看護師が常に高い倫理的意識を持ち、意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活援助の実践に臨んでいることが考えられた。

4) 意思推察の意欲

第4因子は2項目から構成され、【意思推察の意欲】と命名した。[意思くみ取りの経験]、[加齢変化への共感]の項目は、看護師自身の実体験に関する内容であり、意思伝達能力の低下した高齢者の意思を感じ取った経験や看護師自身の加齢変化の実感から、高齢者への共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになることを示していた。第3因子の【倫理的ケアの実践】を看護師が日常的に実践する中で、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになり、第4因子の【意思推察の意欲】が看護師の中に自然とわき上がってくると考えられた。

引用文献

- 1) 小田利勝. ウルトラビギナーのための SPSS による統計解析入門. プレアデス出版, 安曇野, 2007; 187-198.
- 2) Watson j. Nursing: Human science and human care; The theory of nursing. New York, National League for Nursing, 1988. / 稲岡文昭, 稲岡光子訳, ワトソン看護論—人間科学とヒューマンケア—医学書院. 東京, 1992; 96.

第7章 結論と今後の課題

第1節 結論

1. 研究1の結論

研究1では、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明らかにした。その結果、看護師は＜根底に存在する使命感＞を持ち、＜意思推察の意欲＞が高まることで、意思伝達能力の低下した高齢者の意思を感じ取るための《研ぎ澄まされた感覚》を持つようになる。その感覚は、高齢者に対する＜親密な関係性の構築＞、＜個人特性の理解＞、＜意図的な働きかけ＞、他職員との＜連携により広がる視野＞という4つの要素によりさらに研ぎ澄まされていき、高齢者の《生体からのサインの感知》をする。感知した生体のサインから、高齢者の＜意思の模索＞を通して、少しずつ＜意思への接近＞をし、再び、《研ぎ澄まされた感覚》を持とうとする。このサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていき、高齢者にとって＜最善な日常のためのケア実践＞を展開していることを明らかにした。

研究1で明らかにしたプロセスは、意思伝達能力の低下した高齢者と看護師とのトランスパーソナルな関係におけるケアリングが展開されることで成立すると考えられた。このプロセスを看護師が実践することで、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助の内容や方法は、高齢者の意思により近づいたものになること、このプロセスが人生の最終段階にある高齢者の意思を尊重した意思決定支援の一助になると考えられた。

2. 研究2の結論

研究1により明らかにしたプロセスから「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための項目」を作成し、この項目の妥当性を検証することを目的とし、老人看護専門看護師139人を対象に、4件法（リッカートスケール）を用いた無記名自記式質問紙調査を実施した。Lynnの内容妥当性の定量化の方法を参考にして、CVIを求めた結果、32項目のうち25項目の内容妥当性が確認され、この25項目から構成される「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」を作成した。

半構造化インタビューにより得られたデータから項目を作成したことで、新たな尺度開発に向けて、各項目の妥当性を高めることができたと考えられた。さらに、CVI を明らかにした 25 項目を用いて作成した「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」は妥当性が評価されたと捉えることができた。

3. 研究 3 の結論

研究 2 の結果から作成した「意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標」の看護実践上の妥当性と信頼性を検証することを目的に、全国の 100 床以上の療養病床を有する医療施設 1071 施設の看護師を対象に、4 件法（リッカートスケール）を用いた無記名自記式質問紙調査を実施した。最尤法のプロマックス回転による探索的因子分析の結果、4 つの因子が抽出され、【トランスパーソナルなケアリング】、【生体からのサインの感知】、【倫理的ケアの実践】、【意思推察の意欲】と命名した。そして、因子負荷量が 0.4 以下となった[多職種協働]、[相手目線での推察]の 2 項目を削除し、指標の妥当性を確保した。また、各因子と指標全体の Cronbach の α 係数は、 $\alpha = 0.725 \sim 0.924$ となり、高い内的整合性が確認された。共分散構造分析による認識モデルの作成では、モデルが最適解となるように再構築を繰り返したが、最終的なモデルでは帰無仮説が棄却され、適合度指標である GFI、AGFI はともに 0.9 以下となり、モデルとデータとの適合性は得られなかった。しかし、RMSEA は 0.50 以下とはならなかったものの、信頼区間 0.68～0.83 の間の 0.75 となったため、作成したモデルは採用に値するものであると考えられた。

探索的因子分析により抽出された 4 因子、妥当性と信頼性が明らかにされた 23 項目から、『意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標（最終版）』を作成した。各項目の定義については、研究 2 と研究 3 のアンケート調査に記載された自由記述内容を参考にして、実践項目として最適で伝わりやすい用語の使用や文章表現となるよう内容を修正した。

研究 3 において作成した指標（最終版）、および認識モデル図では、研究 1 で明らかにした「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を具体的実践項目として示すことができた。

第2節 本指標の意義と研究の限界・課題

1. 本指標の意義と実用性

本研究により作成した指標は、5年以上の看護経験を有し、日頃から高齢者の意思を重視し尊重した看護実践に努めている看護師を対象としたインタビュー調査から項目を作成し、老人看護専門看護師に対するアンケート調査、療養病床に勤務する看護師に対するアンケート調査と、2段階の質問紙調査を経て、妥当性と信頼性を確認することができた。

本研究により作成した『意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を実践するための指標（最終版）』は、意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活援助場面において、看護師が高齢者をケアリングする存在として理解しようとして、高齢者の世界へ自己を投入し、看護師と高齢者との間で、精神が一つになる事態が起きることで、高齢者の看護への要望の声が届くことを示していた。すなわち、意思伝達能力の低下した高齢者と看護師とのトランスパーソナルな関係におけるケアリングによって、看護師は高齢者の生体からのサインを感じ取っていることを示していた。現在、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助を実践している看護師へのインタビュー調査、質問紙調査により、このケアリングの過程を明らかにすることができたことは、日常の臨床現場において、看護師が実際にケアリングを展開していることが証明できたと考える。多重業務となる臨床現場において、一人ひとりの患者と向き合う時間の確保や、ケアリングの展開を困難に感じている現状があるとしても、看護師は実際に意思伝達能力の低下した高齢者とトランスパーソナルな関係性を築き、ケアリングを展開していることが明らかになったことは、多くの看護師にとっての自信ややりがいとなり、日常の看護実践の活力になると考えられる。そして、日常の看護援助の中でケアリングが展開されていることを知ることで、看護師はより一層ケアリングを意識した看護援助の実践ができるようになり、意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインを感じ取り、模索を通して高齢者の意思に接近することができると考えられる。本指標を日常の看護援助をふり返る評価指標として活用することで、看護師が実践する意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助の内容や方法は、高齢者の意思により近づいたものになり、人生の最終段階にある高齢者の意思を尊重した意思決定支援の一助になることが期待できる。

近年の科学技術の進歩により、意思表出能力が低下した人に対する支援においても、さま

ざまな機器の活用や科学的分析が進んでいる。平野ら¹⁾は、意思表出困難な寝たきり高齢者 27 名を対象に、近赤外分光法 (near-infrared spectroscopy, NIRS) を用いて、対象者の安静時、職員の声かけ時、家族の声かけ時の脳血流量を比較した結果、家族の声かけ時に優位に酸素化ヘモグロビン (oxy-Hb) 値が増加したことを明らかにしている。また、前川ら²⁾は、表情解析や脳波、脳磁、心電、脈波などの生体信号を基に、痛みやかゆみといった体性感覚や、精神的ストレス度合いなどを客観的に評価する手法を提案している。そして、肥後³⁾は、無反応性覚醒症候群 (unresponsive wakefulness syndrome, UWS) 患者の聴覚刺激に対する表情変化を、表情分析ソフトウェアを用いて定量的に測定した結果、感情表出反応が確認でき、顔面上部の眉や瞼が聴覚刺激に反応して動いていることを明らかにしている。

このように、近年の科学進歩により、意思表出能力の低下した人の意思を科学的に理解しようとする試みがなされている。近年発展を続ける科学的検証とともに、本研究で作成した指標を活用することで、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面において、可能な限りくみ取ることができるようになると考えられる。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究で明らかにした『意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取り援助を実践するための指標 (最終版)』は、指標としての妥当性・信頼性を確認することはできたが、研究 3 の共分散構造分析による認識モデルの作成では、モデル採用の基準は満たしたが、モデルとデータとの適合性は得られなかった。今後は、実際の看護援助の実践において活用することにより、指標の改善を図り、臨床の場で活用できるものへと発展させていく必要がある。研究 1 において、インタビュー調査の内容を M-GTA を用いて分析したが、もともと M-GTA とは、ヒューマンサービスの領域の研究に適し、実践的活用を促す理論であることから⁴⁾⁵⁾、M-GTA の分析により作成した本指標は、今後、実践で活用されることで、繰り返し改善を図り、洗練させていくものであると考えられる。

また、研究 2、研究 3 のアンケート調査結果の自由記載内容にもあったように、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取っていると判断することは非常に難しく、看護師の思いこみや自己満足に過ぎない場合もあると考えられる。看護師の思い込みや自己満足の支援となるのを避けるためには、本指標を看護師が自己の日常の看護実践のふり返しとして活用すること、前述した科学的検証とともに活用すること、また、高齢者の意思

決定支援における ACP の一部として活用することが重要であると考え。そして、本指標を ACP の一部として活用するためには、高齢者に限らず、全ての年代、性別の意思伝達能力の低下した人に対する支援において活用できる指標となるように発展させていく必要がある。

謝辞

本研究にご理解いただき、インタビュー調査およびアンケート調査に快くご協力くださいました看護師の皆さま、並びに関係者の皆さまに、深く感謝申し上げます。

また、本研究の全過程においてご指導賜りました、堤 雅恵教授、探索的一記述的質的研究のプロセス生成過程において多くのご指導を賜りました、永田千鶴教授、論文の審査にあたり温かなご指導と貴重なご助言を賜りました、主査 田中愛子教授、副査 伊東美佐江教授、そして、地域・老年看護学講座の先生方をはじめ、ご指導賜りましたすべての先生方に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 平野佳奈子, 上城憲司, 田平隆行, 村田伸, 太田保之. 寝たきり高齢者に対する声かけの反応と家族の言動変容の分析—近赤外分光法 (NIRS) を用いた検討. OT ジャーナル, 2015; 49(9): 963-968.
- 2) 前川義量, 秋山庸子, 西嶋茂宏. 生体計測技術を利用した体性感覚・ストレスの評価. 電子情報通信学会誌, 2012; 95(5): 405-409.
- 3) 肥後雅子. 表情分析ソフトウェアを用いた無反応性覚醒症候群 (unresponsive wakefulness syndrome, UWS) 患者の聴覚刺激に対する表情変化の定量的解析. 大阪医科大学雑誌, 2018; 77(3): 120-134.
- 4) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い. 弘文堂. 東京, 2003.
- 5) 木下康仁. ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂. 東京, 2007.