

# サービス付き高齢者向け住宅における訪問看護師の アドバンス・ケア・プランニングに関する看護実践

山路 聡子<sup>1)</sup>, 飯田 苗恵<sup>2)</sup>, 齋藤 基<sup>2)</sup>

1) 群馬県看護協会訪問看護ステーション

2) 群馬県立県民健康科学大学

群馬県立県民健康科学大学紀要 第16巻 別刷

(令和3年3月発行)

原 著

# サービス付き高齢者向け住宅における訪問看護師の アドバンス・ケア・プランニングに関する看護実践

山路 聡子<sup>1)</sup>, 飯田 苗恵<sup>2)</sup>, 齋藤 基<sup>2)</sup>

1) 群馬県看護協会訪問看護ステーション

2) 群馬県立県民健康科学大学

**目的:** サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）における訪問看護師のアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning: 以下、ACP）に関する看護実践を明らかにする。

**方法:** サ高住で高齢者を看取った訪問看護師 11 人を対象に ACP に関する看護実践について半構造化面接を実施した。面接内容をデータとし、Berelson, B. を参考に内容分析を行った。

**結果:** ACP に関する看護実践として、93 サブカテゴリ、44 カテゴリ、16 コアカテゴリが抽出された。16 コアカテゴリは、【状態が悪化したタイミングでの療養者・家族・多職種との医療・ケア・看取りの方針の話し合い】【療養者の意思を汲み取った対象理解】【療養者・家族・多職種との情報共有と連携】等であった。

**結論:** 療養者の家族が身近にいないサ高住では、訪問看護師が洞察や多職種との連携を通して、意図的にタイミングを捉え、看護実践に繋がっていることが示唆された。

**キーワード:** アドバンス・ケア・プランニング, サービス付き高齢者向け住宅, 訪問看護師, 看護実践, 高齢者, 看取り

## 1. 緒 言

我が国では、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるように、住まいの整備と確保を前提とした地域包括ケアシステム<sup>1)</sup>の構築を推進している。2011年に改正された「高齢者の居住の安定確保に関する法律」では、新たに「住まい」として、「サービス付き高齢者向け住宅」（以下、サ高住）が位置付けられ、医療と介護の連携のもとに、終の棲家として期待されている。

サ高住は高齢者向けの住宅であり、入居者の安否確認と生活相談が必須のサービス<sup>2)</sup>である。一方、医療従事者の配置の義務はなく、入居者が必

要に応じて医療保険や介護保険による外部サービスを利用する仕組みになっている。約9割の入居者が要支援・要介護状態<sup>3)</sup>であり、入居者の年齢等も考慮すると、介護だけではなく、医療の必要性が増すことが想定される。サ高住等の実態に関する調査<sup>4)</sup>では、訪問看護事業所と協力・連携しているサ高住は5割以上であった。

サ高住における訪問看護では、家族と暮らす利用者への訪問看護と異なり、離れて暮らす家族の意向の確認や、主治医と家族との関係の調整、医療専門職の資格は所持しないものの、生活相談を行うサ高住の職員や介護保険サービスによる介護職員との連携等、より複雑な調整と連携が必要となる。さらにサ高住入居者の人生の最終段階を支

えるためには、これら多くの関係者間で、本人の意思決定を支えるための方針の合意が重要となる。

人生の最終段階における医療体制整備の中では、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：以下、ACP）が着目されている。ACPは将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向等について、患者・家族・医療従事者があらかじめ話し合うプロセス<sup>5)</sup>である。がん患者に対して訪問看護師がACPを実施したところ、希望場所での死亡の実現が約7割<sup>6)</sup>であったことが報告されている。また、人口動態調査<sup>7)</sup>によると、全死亡者のうち在宅死の割合は約1割であるが、訪問看護の利用者のうち在宅で死亡した人の割合は5割以上<sup>8)</sup>であり、訪問看護師のACPの実施により、高齢者が希望する場所で医療やケアが受けられる可能性がある。高齢者が終の棲家となり得るサ高住で最期まで尊厳を保ち、その人らしく生を全うすることを支援する方法としては、離れて暮らす家族や介護職員、医療従事者等の間で、本人の意思を支えるためのACPが特に重要であり、訪問看護師がACPを理解し、実践することが必要である。

我が国のACPに関する研究では、施設における心肺蘇生等の事前指示の表明に関する研究<sup>9)</sup>や、施設における看取りケアに関する研究<sup>10)</sup>が報告されており、マニュアルの必要性や入所時の意思確認の重要性が示されている。また、ACPの実践内容に関する研究では、高齢者の事前計画の意思表示が判断能力の不安と関連があり危機管理として意思表示を行っている<sup>11)</sup>ことや、在宅での看取りの際に訪問看護師は、高齢者の心身の状況や家族の介護状況に変化があった時に本人の意思確認を実施している<sup>12)</sup>ことが明らかになっている。さらに、終末期がん患者では、訪問看護師が余命の理解の確認、生活予後の説明、希望する死亡場所の確認をすることが、患者の希望した場所での死

亡の実現に関連<sup>13)</sup>していた。海外においては、ACPが終末期ケアや患者と家族の満足度を改善し、遺族のストレスや不安、抑うつを改善する<sup>14)</sup>ことが明らかになっている。しかし、サ高住における訪問看護師のACPに関する看護実践を明らかにした研究は報告されていない。

サ高住において高齢者の人生の最終段階を支え、看取りを実践している訪問看護師は、ACPに関する何らかの意図的な働きかけを行っているものと考えられる。しかし、ACPに関するガイドライン<sup>15)</sup>を4割の看護師が知らないと回答<sup>16)</sup>しており、ACPについては、社会に広く認知されているとは言えない。このような現状から、サ高住における訪問看護師のACPに関する看護実践を明らかにすることは、訪問看護師がACPを認識することに繋がり、ACPを推進する可能性があると考えられる。

## Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、サ高住における訪問看護師のACPに関する看護実践を明らかにし、サ高住に暮らす高齢者に対する人生の最終段階の支援について示唆を得ることである。

## Ⅲ. 用語の定義

### 1. アドバンス・ケア・プランニング

高齢者の将来の意思決定能力の低下に備えて予後理解を促し、本人の望む生を全うできるように、今後の治療・ケア・療養および最期を迎えたい場所に関する意向について、患者・家族、介護者、医療従事者の話し合い<sup>17,18)</sup>とする。

### 2. 看護実践

訪問看護師が対象者の支援のために実施する全ての意識的な働きかけ<sup>19,20)</sup>とする。

### 3. サービス付き高齢者向け住宅

サービス付き高齢者向け住宅事業を提供する賃貸住宅及び有料老人ホーム<sup>21)</sup>とする。

## IV. 研究方法

### 1. 研究対象者

研究対象者は、訪問看護の経験年数が5年以上、年間10人以上の看取り実績のある訪問看護ステーションに勤務し、サ高住の療養者を対象として、ACPの看護実践の経験を有する11人とした。研究対象者の募集方法は、ネットワークサンプリングを用いた。

### 2. データ収集方法

データ収集は、特性調査用紙を用いた構造化面接及び半構造化面接により行った。構造化面接での特性調査用紙の内容は、訪問看護の経験年数、サ高住における看取りの人数等の訪問看護師の特性及び訪問看護ステーションの設置主体等の所属する訪問看護ステーションの特性とした。

半構造化面接の内容は、本人の望む生を全うすることを支援するために、誰とどのようなタイミングで話をしたか、どのようなことが話し合われたか、誰にどのような意識的な働きかけをしたか等とした。面接は、インタビューガイドに基づき、研究対象者がサ高住において人生の最終段階にある療養者に対して望む生を全うする支援ができたと考えられる1事例の看護実践を想起して語ってもらった。

面接時間は60分程度とし、インタビュー内容は、研究対象者の同意を得て録音し逐語録を作成した。データ収集期間は、2018年4月から2018年10月であった。

### 3. データ分析方法

分析は、Berelson, B.<sup>22)</sup>を参考に以下の手順で

行った。①逐語録を熟読し内容のまとめりに文脈単位を作成した。②文脈単位から一文毎に記録単位を作成し、訪問看護師のACPに関する看護実践のみを抽出した。③記録単位毎に意味内容を表すコードを作成した。④9人の研究対象者のコードを類似性により集約し、サブカテゴリを作成した。⑤2人の逐語録を追加して①～③の手順でコードを作成し、新たなコードが抽出されないことを確認し飽和化とした。⑥サブカテゴリを類似性により集約し、カテゴリを作成した。⑦カテゴリを類似性により集約し、コアカテゴリを作成した。

なお、分析過程において、Berelson, B.の内容分析を用いた研究経験を有する研究者から定期的に指導を受けることで、信頼性を確認した。また、在宅看護の研究経験を有する研究者2人によるScott, W. Aの式<sup>23)</sup>を用いた一致率により信頼性を確保した。信頼性確保の基準は70%以上<sup>24)</sup>とした。コアカテゴリの妥当性は、了解の得られた研究対象者1人に逐語録や分析結果を提示し、メンバーチェックにより確認した。

### 4. 倫理的配慮

研究対象者に研究目的・方法、自由意思による参加であること、同意の撤回が可能であること等を文書と口答で説明し、研究同意書を用いて同意を得た。データ収集に当たっては、研究対象者の希望する日時と場所を優先して面接を実施し、時間的な拘束や負担感に配慮した。収集したデータは、個人が特定できないように記号化し、匿名性を確保した。群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認（健科大倫第2017-43号）を得て実施した。

## V. 研究結果

### 1. 研究対象者の特性 (表1)

研究対象者は、関東地域の3県11訪問看護ステーションの訪問看護師11人であった。

研究対象者の年齢は30歳代から60歳代であり、全員が女性であった。訪問看護師の経験年数は、5～9年3人、10～14年1人、15～19年4人、20年以上3人であった。

研究対象者の直近1年間の看取り人数は2～12人、平均6.3人 (SD3.3) であり、これまでにサ高住で看取った経験人数は1～10人、平均3.4人 (SD2.7) であった。研究対象者が語った療養者の概要は、年代は60～90歳代であり、性別は男性6人、女性5人であった。主疾患は、がん5人、認知症3人、老衰1人、脊髄損傷1人、脊髄梗塞

1人であった。

### 2. サ高住における訪問看護師のACPに関する看護実践 (表2)

研究対象者11人の逐語録から、492記録単位を抽出した。492記録単位を意味内容の類似性や相違によって分類した結果、93サブカテゴリ、44カテゴリ、16コアカテゴリが抽出された。本文中では、コアカテゴリは【 】、記録単位は「 」及び斜体文字、記録単位を明確にするための補足は ( ) で表記した。

【訪問看護開始後、間もないタイミングでの療養者・家族との今後の希望・医療や最期の迎え方の意向の話し合い】 (13記録単位: 2.6%)

このコアカテゴリは、1カテゴリで構成され、*「初回か2回目の訪問で、どのような最期を希望*

表1 研究対象者の概要

(n=11)

対象者	研究対象者							療養者		
	年齢 (歳代)	性別	看護師経験年数 (年)	訪問看護経験年数 (年)	年間看取り数 (人)	サ高住看取り経験数 (人)	サ高住の併設	年齢 (歳代)	性別	主疾患
A	30	女性	10～15 未満	5～10 未満	10	2	なし	90	女性	認知症
B	50	女性	20 以上	15～20 未満	6	5	あり	60	男性	胃がん終末期
C	50	女性	20 以上	5～10 未満	5	3	なし	90	男性	老衰
D	60	女性	20 以上	20 以上	4	1	なし	80	女性	胃がん終末期 認知症
E	40	女性	20 以上	10～15 未満	4	2	なし	80	男性	S 状結腸がん 終末期
F	50	女性	20 以上	15～20 未満	10	10	あり	80	女性	認知症
G	30	女性	10～15 未満	5～10 未満	3	1	なし	60	男性	膵臓がん
H	50	女性	15～20 未満	15～20 未満	5	4	なし	60	女性	C 型肝炎 肝臓がん 糖尿病
I	40	女性	20 以上	15～20 未満	12	5	なし	70	男性	胸椎損傷 褥瘡
J	40	女性	20 以上	20 以上	8	3	なし	80	男性	脊髄梗塞
K	50	女性	20 以上	20 以上	2	1	なし	90	女性	認知症 下腿潰瘍
平均値	—	—	—	—	6.3	3.4		—	—	—
標準偏差	—	—	—	—	3.3	2.7		—	—	—
範囲	—	—	—	—	2～12	1～10		—	—	—

\*年間看取り数は、直近1年間で主に担当して看取った人数

\*サ高住看取り経験数は、調査時までにサ高住で看取った人数

\* ( ) 内は単位

表2 サービス付き高齢者向け住宅における訪問看護師のアドバンス・ケア・プランニングに関する看護実践(カテゴリ)

コアカテゴリ	記録単位数	カテゴリ	記録単位数	サブカテゴリ	記録単位数
1 訪問看護開始後、間もないタイミングでの療養者・家族との今後の希望・医療や最期の迎え方の意向の話し合い	13 2.6%	訪問看護開始後、間もないタイミングでの療養者・家族との今後の希望・医療や最期の迎え方の意向の話し合い	13	訪問看護の開始後、間もないタイミングでの療養者・家族との今後の希望についての話し合い	4
				訪問看護の開始後、間もないタイミングでの療養者・家族との治療の希望についての話し合い	3
				訪問看護の開始後、間もないタイミングでの療養者・家族とのどのように最期を迎えるかの話し合い	4
				初回訪問のタイミングでの話し合い	2
2 入退院のタイミングでの療養者・家族・多職種との医療・療養場所・ケアの選択と看取りの話し合い	39 7.9%	入退院のタイミングでの療養者・家族・医療従事者・多職種との病状説明・医療の選択・療養場所の話し合い	28	退院カンファレンスのタイミングでの療養者・家族・多職種との療養場所についての話し合い	5
				入退院のタイミングでの療養者・医療従事者との病状説明・療養場所についての話し合い	5
				入退院のタイミングでの療養者・家族・多職種との病状説明・治療の選択・療養場所についての話し合い	15
				退院カンファレンスへの多職種での参加	3
				退院カンファレンスのタイミングでの家族・多職種とのサ高住での看取りの対応・手順の話し合い	4
退院のタイミングでの療養者・家族・多職種とのサ高住で暮らすためのケアサービスの検討	7	退院のタイミングでの療養者・家族・多職種とのサ高住で暮らすためのケアサービスの検討	7	退院のタイミングでの療養者・家族・多職種とのサ高住で暮らすためのケアサービスの検討	7
3 状態が悪化したタイミングでの療養者・家族・多職種との医療・ケア・看取りの方針の話し合い	40 8.1%	状態が悪化したタイミングでの療養者・家族・医療従事者・多職種との病状の共通理解と医療・ケア・看取りの意向の話し合い	25	状態が悪化したタイミングでの療養者・家族・医療従事者との看取りについての話し合い	5
				状態が悪化したタイミングでの療養者・家族に対する医療の意向の確認	11
				状態が悪化したタイミングでの家族への医療従事者からの病状説明	5
				状態が悪化したタイミングでの多職種とのケアの変更の話し合い	4
				食べられない・発熱・誤嚥性肺炎のタイミングでの療養者・家族との医療・今後の方針についての話し合い	8
発熱・誤嚥性肺炎のタイミングでの療養者・家族への病状の説明と医療の意向についての話し合い	15	発熱・誤嚥性肺炎のタイミングでの療養者・家族への病状の説明と医療の意向についての話し合い	15	発熱・誤嚥性肺炎のタイミングでの療養者・家族への病状の説明と医療の意向についての話し合い	7
4 医療・ケア・療養場所の変更のタイミングでの療養者・家族・多職種との療養者の意思を尊重するための話し合い	13 2.6%	療養者の医療の変更に関する意向が表出されたタイミングでの療養者・家族・医師との意思の尊重の話し合い	3	療養者の医療の変更に関する意向が表出されたタイミングでの療養者・家族・医師との意思の尊重の話し合い	3
				ケア変更のタイミングでの担当者会議による話し合い	3
				療養場所の変更の検討が必要なタイミングでの療養者・家族・ケアマネとの療養者・家族の意思を尊重した話し合い	7
5 末期がんと診断され今後の方針を決めるタイミングでの家族・多職種による医療・看取りの方針と緊急時の態勢の話し合い	13 2.6%	末期がんと診断され今後の方針を決めるタイミングでの家族・医療従事者・ケアマネ・多職種による今後の説明と医療・看取りの方針の話し合い	11	末期がんと診断され今後の方針を決めるタイミングでの医師からの予測される経過と対応の説明	5
				末期がんと診断され今後の方針を決めるタイミングでの家族・医療従事者・ケアマネ・多職種による医療と看取りの方針についての話し合い	6
				末期がんと診断され今後の方針を決めるタイミングでの緩和ケアと緊急時の態勢についての話し合い	2
6 必要性を捉えたタイミングでの家族・多職種との話し合い	20 4.1%	必要性を捉えたタイミングでの家族・多職種での話し合い	14	その都度のタイミングでの家族・多職種との話し合い	5
				頻回な訪問による観察で話し合いのタイミングを捉える	4
				状態が変化したタイミングが意向確認のタイミング	2
				支援に関わる全職種へのサービス会議出席の依頼	3
				家族からの相談など早急な対応が必要なタイミングでの話し合いの提案	3
家族への支援が必要なタイミングでの話し合いの提案	6	家族への支援が必要なタイミングでの話し合いの提案	6	家族への支援が必要なタイミングでの話し合いの提案	3
				家族の戸惑いに対する相談・話し合いの提案	3
7 最期が近づいたタイミングでの療養者・家族・医療従事者との看取りと看取り後の意向の話し合い	10 2.0%	最期が近づいたタイミングでの療養者・家族・医師との看取り指針等に基づく療養者・家族の意向に関する話し合い	8	最期が近づいたタイミングでの家族・医師との看取りの指針等に基づく話し合い	5
				状況に応じて ACP 用紙の使用等による療養者・家族の意向に関する話し合い	3
				療養者との亡くなった後の希望についての話し合い	2
療養者との亡くなった後の希望についての話し合い	2	療養者との亡くなった後の希望についての話し合い	2	療養者との亡くなった後の希望についての話し合い	2
8 療養者・家族の意思決定を支えるための信頼関係の構築	13 2.6%	療養者・家族の意思決定を支えるための信頼関係の構築	13	家族の代理意思決定の困惑の理解	2
				療養者・家族が安心して任せられる信頼関係の構築	11
9 療養者の意思を汲み取った対象理解	61 12.4%	療養者のこれまでの生活の理解	13	ケアのタイミングでのこれまでの療養者の生活の理解	5
				これまでの生活を踏まえた療養者の生活の意向の確認	3
				話し合いのタイミングを捉えるための療養者の理解	5
				療養者に対する療養場所の意向の確認	11
				療養者の食事に関する希望	2
				療養者の病状・生と死についての認識の推察	9
				療養者の希望をくみ取る	10
療養者の意思・希望を汲み取ることによる理解	20				
療養者の言語的・非言語的なコミュニケーションによる意思の確認	6	療養者の言語的・非言語的なコミュニケーションによる意思の確認	6	意思決定能力の低下に関わらず療養者の意思・感情の理解	10
				療養者の言語的・非言語的なコミュニケーションによる意思の確認	6

表2 サービス付き高齢者向け住宅における訪問看護師のアドバンス・ケア・プランニングに関する看護実践  
(カテゴリ) 続き

コアカテゴリ	記録 単位数	カテゴリ	記録 単位数	サブカテゴリ	記録 単位数	
10 療養者の尊厳を守り意思を実現するためのケア	48 9.8%	療養者の食事・清潔等の生活の意向に添った家族・ケアマネ・介護職員・多職種とのケア	27	療養者の食事の意向に添うための調整 療養者の意向に添った清潔ケアの実施	7 7	
		療養者の尊厳を守り意向を実現するための支援	21	療養者の食事・清潔等の生活の意向が表出されたタイミングでの家族・ケアマネ・介護職員・多職種への働きかけ 療養者の尊厳を守り生き方を肯定する支援 療養者の意向の実現のための支援	13 4 17	
11 状態が変化したタイミングでの、療養者・家族の意向に添った医療とケア	22 4.5%	発熱・誤嚥性肺炎のタイミングでの療養者・家族の意向に基づいた医療の実施	2	発熱・誤嚥性肺炎のタイミングでの療養者・家族の意向に基づいた医療の実施	2	
		状態変化があったタイミングでの療養者・家族・多職種への病状理解を促す支援	9	状態が変化したタイミングでの家族・介護職員の療養者の変化の捉え方の確認 療養者への病状説明	6 3	
		状態が変化したタイミングでの療養者・家族・多職種への支援	11	状態が変化したタイミングでの家族・多職種への支援 食べられない・誤嚥のリスクのタイミングでの療養者に対する介護職員との食事の支援	7 4	
12 家族への看取りの心づもりを促す支援	19 3.9%	家族との看取りの予測・心づもりの説明と場所の合意	10	家族との療養者の看取りの場所の合意 家族への看取りの予測と心づもりのための説明	3 7	
		家族への療養者の病状と気持の説明	9	家族との面会のタイミングでの病状と療養者の気持ちの説明 家族への病状説明	4 5	
13 療養者への緩和ケア・看取りの質の保証	19 3.9%	療養者の不安や苦痛を確認したタイミングでの苦痛を取り除くケア	5	療養者の不安や苦痛を確認したタイミングでの働きかけ 療養者の感情や状況に応じた苦痛のないケアの実施	3 2	
		訪問看護師同士での看取りに関する指導	7	訪問看護師への看取りに関する指導 訪問看護師への介護職員の看取りに対する不安の理解と対応の指導	4 3	
		看護の判断と医療的ケア	7	看護観察による病状の判断と死亡の予測 訪問看護師の正確な医療的ケアの提供	3 4	
14 多職種が自信を持って看取りに取り組むための不安の理解・対応・指導	44 9.0%	最期が近づいたタイミングでの介護職員・施設看護師へのケアの指導	7	最期が近づいたタイミングでの介護職員・施設看護師へのケアの指導	7	
		介護職員の看取りに関する不安への電話対応と看取りについての指導	16	介護職員への看取りに関する不安の確認と電話対応 介護職員からの終末期に関する連絡、相談、不安の把握のタイミングでの看取りに関する指導	7 9	
		介護職員・施設看護師に対する看取りの経過の説明と連絡態勢の確保	12	介護職員に対する看取りの過程の説明と連絡態勢の確保 日々の訪問のタイミングでの介護職員への病状・今後の見通しについての説明	6 3	
		介護職員・施設職員に対する看取りに対する考え方・気持ちの持ち方と自信を持って取り組む指導	9	施設看護師への看取りの教育と連絡態勢の確保 介護職員・施設職員に対する看取りに対する考え方・気持ちの持ち方と自信を持って取り組む指導	3 9	
15 療養者・家族・多職種との情報共有と連携	88 17.9%	サービス担当者会議のタイミングでの家族・医師・ケアマネ・介護職員との情報共有	3	サービス担当者会議のタイミングでの家族・医師・ケアマネ・介護職員との情報共有	3	
		連絡ノートの活用による家族・関係者との情報共有	6	連絡ノートの活用による家族・関係者との情報共有 療養者・家族の意向の看護記録等への記録	6 6	
		訪問看護師同士での申し送り・記録による日常的な情報共有	22	訪問看護師同士での申し送り・記録による日常的な情報共有 話し合いの結果をカルテ等の記録に残して情報共有する	12 4	
		療養者の意向についての関係者による共通理解	9	療養者に関わる関係者のサ高住で最期を迎えたい意向の共通理解 療養者の治療等の意向を確認した内容の関係する他者との共有 対象の理解のためのチームでの相談	2 4 3	
		ケアマネとの情報共有・役割分担等の連携	16	ケアマネとの情報共有 ケアマネからの療養者・家族の情報収集 ケアマネ・MSWを介した関係者との連絡調整	5 4 5	
		介護職員・施設職員・施設看護師との情報共有	19	ケアマネとの療養者・家族に対する役割分担と連携 日々の訪問のタイミングでの介護職員との療養者の状況や変化についての情報共有 施設看護師との情報共有	2 9 3	
		最期が近づいたタイミングでの家族・介護職員・ケアマネへの病状説明と情報共有	8	施設職員・介護職員からの療養者の情報収集 最期が近づいたタイミングでの家族・介護職員・ケアマネへの病状説明と情報共有	7 8	
		介護職員・施設職員・施設看護師に対する療養者との関わり・医療的ケアの役割分担	5	施設職員の療養者との関わりについての相談 施設看護師・介護職員・施設職員との役割分担	2 3	
		16 医師との情報共有と連携	30 6.1%	臨死期のタイミングでの家族・医師への連絡	21	臨死期のタイミングでの家族・医師への連絡 病状についての医師への報告・相談・指示の確認 療養者の受診・診断のタイミングでの医師への報告・相談・指示の確認
医師への報告・連絡・指示の確認	21			医師との看取りに向けての報告・確認 医師と療養者・家族・多職種とを繋ぐための情報共有と調整	2 5	
医師との情報共有と療養者・家族・多職種との調整	9			医師との情報共有	4	

するかということを知り」のように、訪問看護を開始して間もないタイミングで、療養者や家族と今後の希望や意向を話し合っていることを表していた。

【入退院のタイミングでの療養者・家族・多職種との医療・療養場所・ケアの選択と看取りの話し合い】（39 記録単位：7.9%）

このコアカテゴリは、3カテゴリで構成され、「状態が悪くなって入院した時とか、退院の時に、本人だけでなく家族やケアマネと話をした」のように入院や退院のタイミングで病院へ出向き、「本人も治療はしたくない、家に帰りたいとの希望があった」のように、今後の医療や療養場所について話し合っていることを表していた。

【状態が悪化したタイミングでの療養者・家族・多職種との医療・ケア・看取りの方針の話し合い】（40 記録単位：8.1%）

このコアカテゴリは、2カテゴリで構成され、「本人の状態が変化して悪くなってきたところで家族に最期までここ（サ高住）でよいか確認して、施設の看取り指針に同意とサインをもらった」のように、状態が悪化したタイミングで家族へ病状説明し、看取りについて話し合っていることを表していた。また、「だんだん食べられなくなったり、肺炎になることもあるので、そういう少し衰えが出て来たタイミングで点滴や入院をするか話し合いをする」のように、経口摂取が困難なときや肺炎の危険性が予測されるときを話し合いのタイミングと捉え、医療の意向について話し合っていることを表していた。

【医療・ケア・療養場所の変更のタイミングでの療養者・家族・多職種との療養者の意思を尊重するための話し合い】（13 記録単位：2.6%）

このコアカテゴリは2カテゴリから構成され、「本人に点滴するか聞いたらはっきりと手を振りしないと云ったので、主治医と息子に説明した」のように、療養者から医療の変更の意向が表さ

れた時には、医師、家族と療養者の意思を尊重するための話し合いをしていることを表していた。また、「身体状況や療養場所が刻々と変化していたのは明らかだったので、その時々で必ず話すようにした」のように療養場所の変更が必要な時には、療養者、家族、多職種で話し合っていることを表していた。

【末期がんと診断され今後の方針を決めるタイミングでの家族・多職種による医療・看取りの方針と緊急時の態勢の話し合い】（13 記録単位：2.6%）

このコアカテゴリは2カテゴリで構成され、「家族が今後どうしていいか解らないので、かかりつけ医に相談をしたいと家族にケアマネ、訪問看護が同行して会議を開いた」のように、末期がんと診断されたタイミングで話し合いの場を設定し、「会議で積極的な治療や検査は行わず、緩和ケアを主とする方向で施設で看取る方針となった」のように家族、多職種と今後の医療や看取りの方針および態勢について話し合っていることを表していた。

【必要性を捉えたタイミングでの家族・多職種との話し合い】（20 記録単位：4.1%）

このコアカテゴリは2カテゴリで構成され、「毎日訪問して誰かしら見ているので、何かあれば報告があがってくる」のように頻回な訪問による観察で話し合いの必要性を捉え、「介護職員と話し合っ、家族は家族で来た時にまた皆で話し合っ、担当者会議はしなくても、その都度、都合が合う時に話した」のように常に話し合いのタイミングを見計らい話し合いに繋げていることを表していた。

【最期が近づいたタイミングでの療養者・家族・医療従事者との看取りと看取り後の意向についての話し合い】（10 記録単位：2.0%）

このコアカテゴリは2カテゴリで構成され、「看取りに向けてどのように施設で見ていくかを主治医と家族と話し合い、何か出来ることがあるか話



し合いを繰り返した」[ACP用紙に添って、これまでの経過と、今問題になっている状態と、これからどう関わっていくか、家族と本人はどうしたいかということ、その場で書いた]のように死が予測されるタイミングで標準化された様式に基づいて、療養者、家族、多職種で看取りについての意向を話し合っていることを表していた。

【療養者・家族の意思決定を支えるための信頼関係の構築】(13 記録単位：2.6%)

このコアカテゴリは1カテゴリで構成され、「本人と妻の昔話しや、若い時の写真を見たりして話し合い、信頼関係をつくる」のように、コミュニケーションを通して信頼関係を構築していることを表していた。

【療養者の意思を汲み取った対象理解】(61 記録単位：12.4%)

このコアカテゴリは、5カテゴリで構成され、「今までの生活や、どんな仕事をしていたか、どんなものが好きか、そういう大事にしていることをケア中に聞いた」のように、療養者のこれまでの歴史を理解し、「既に(能力が)100%な状態ではないのは分かっていたので、本人の気持ちを大切に、本人だったらどうしたいのかを皆で気をつけながら考えるようにした」のように、言語での表出が難しい場合でも療養者の意思を汲み取るにより、対象の理解に努めていることを表していた。

【療養者の尊厳を守り意思を実現するためのケア】(48 記録単位：9.8%)

このコアカテゴリは2カテゴリで構成され、「認知症があり、暴言や怒りっぽい面もあったが、一人の人生の大先輩として尊敬して、本人の生を全うするための支援ができた」のように、療養者の尊厳を守りながらケアを実践していることを表していた。

【状態が変化したタイミングでの療養者・家族の意向に添った医療とケア】(22 記録単位：4.5%)

このコアカテゴリは3カテゴリで構成され、「(家族が)少しずつ病状の変化に気付いていけるようにした」のように、家族の病状理解を促しながら、「本人も(点滴)治療は望んでいたし、家族もできるだけ治療はして欲しいと言ったので、毎日訪問して点滴した」のように意向を確認し、意向に基づいた医療を実施していることを表していた。

【家族への看取りの心づもりを促す支援】(19 記録単位：3.9%)

このコアカテゴリは2カテゴリで構成され、「息子や娘に急変して呼吸や心臓が止まることもあることを(電話で)説明した」のように、離れて暮らす家族に死の予測と心づもりのための説明を実践していることを表していた。また「家族が来た時に、今こんな状態で本人はこう思っていると話す」と面会の機会を捉え、療養者の思いを伝えていることを表していた。

【療養者への緩和ケア・看取りの質の保証】(19 記録単位：3.9%)

このコアカテゴリは3カテゴリで構成され、「本人の思いを聞いてみんなが動くことが大事だとスタッフにも話しをしている」のように、訪問看護ステーションの管理者が看取りに関する教育を実践し、看護師同士で自己研鑽していることを表していた。また「ケアを含めて暮らしに関しては、本人の状況に応じて苦痛がないように、今この人こうしたいんだなど、その時に応じてケアを組み込んでいった」のように、療養者の感情や状況に応じた苦痛のないケアの実施を表していた。さらに、「病状チェックのなかでそろそろ(亡くなる)かなと感じた」のように、看護観察による病状の判断と死亡の予測をしていることを表していた。

【多職種が自信を持って看取りに取り組むための不安の理解・対応・指導】(44 記録単位：9.0%)

このコアカテゴリは4カテゴリで構成され、「介護職員が一番心配していたのは、夜勤のパトロー

ルしたときに息が止まっていたらどうしようということだった」のように、介護職員の看取りに関する不安を理解し、「吸引できなくても、口の中にあるものを拭いてあげるだけでも違うので、そうして下さいと説明した」のように、介護職員や施設職員への具体的なケアの指導を表していた。また「介護職員に状態の変化や急変時に対して連絡先を確認したり、こんな状態があったら電話下さいとか、訪問時に具体的に伝えて帰ってくる」「訪問したときに必ず（介護職員に）本人の体のことを聞いて、今本人の体に起こっていることはこういうことですよ、こういう過程ですよとフィジカルアセスメントを踏まえた上での説明をした」のように、訪問時に介護職員へ病状や今後の見通しについて説明し、相談できる態勢を表していた。また、「介護職員に認知症（の進行）に応じてだんだん食べられなくなることを説明して、これは自然な流れで、食べられないのは介護者が悪いわけではないことを説明した」のように、介護職員等に対する看取りに取り組むための心構えについて支援していることを表していた。

【療養者・家族・多職種との情報共有と連携】  
(88 記録単位 17.9%)

このコアカテゴリは8カテゴリから構成され、「(情報を) ケアマネ、医師と共有するためにサービスマン会議や往診の時に話す」のように関係者が一堂に会した情報共有や、「家族は毎日来れなかったり私も会えないことが多いので、まず側でみている介護職員からの情報とその時の訪問したときの様子をノートに書き込んだ」「どうしても私と家族、介護職員と家族、私と介護職員と全部が一方通行になってしまうので、それぞれ話したことを、他者にも伝えた」のように、一堂に会さなくても連絡ノート等の様々な手段で情報を共有していることを表していた。また「(本人に) 一番接するのは介護職員だったので、訪問に行く度に（介護職員と）必ず話をした」のように、日々の訪問時に

多職種での情報共有を実施していることを表していた。療養者の死期を予測した場合には、「担当者会議を何回か開き、亡くなる直前にも現状と急変の可能性もあることを共有した」のように、多職種で病状と対応について共有していることを表していた。

【医師との情報共有と連携】(30 記録単位 :6.1%)

このコアカテゴリは2カテゴリから構成され、「主治医に状態が悪いときには病状報告をして相談し、主治医と息子が直接話をすることを提案した」のように、病状観察に基づいた報告・相談による情報共有及び医師と家族を繋ぐ調整等を行っていることを表していた。

### 3. カテゴリの信頼性

Scott, W.A の式を用いた研究者2人によるカテゴリの一致率は、それぞれ 87.3%, 86.2%であり、信頼性が確保された。

## IV. 考 察

サ高住における訪問看護師の ACP に関する看護実践として抽出された 16 コアカテゴリは、話し合いのタイミング、内容の特徴や参加者を示した話し合いそのものを表す看護実践7コアカテゴリと、話し合いを支えるあるいは話し合いの結果による看護実践が示された9コアカテゴリに大別される特徴があると考えられる(図1)。

### 1. 話し合いそのものを表す看護実践

ACP については、意思や選択は状況の変化に伴い変化することを前提に疾病経過などの変化に応じた継続的なプロセスが必要<sup>25)</sup>とされている。本研究で訪問看護師は、訪問看護を開始後の間もないタイミング、入退院のタイミング、状態が悪化したタイミング、医療・ケア・療養場所の変更のタイミング、末期がん診断後の方針を決めるタ

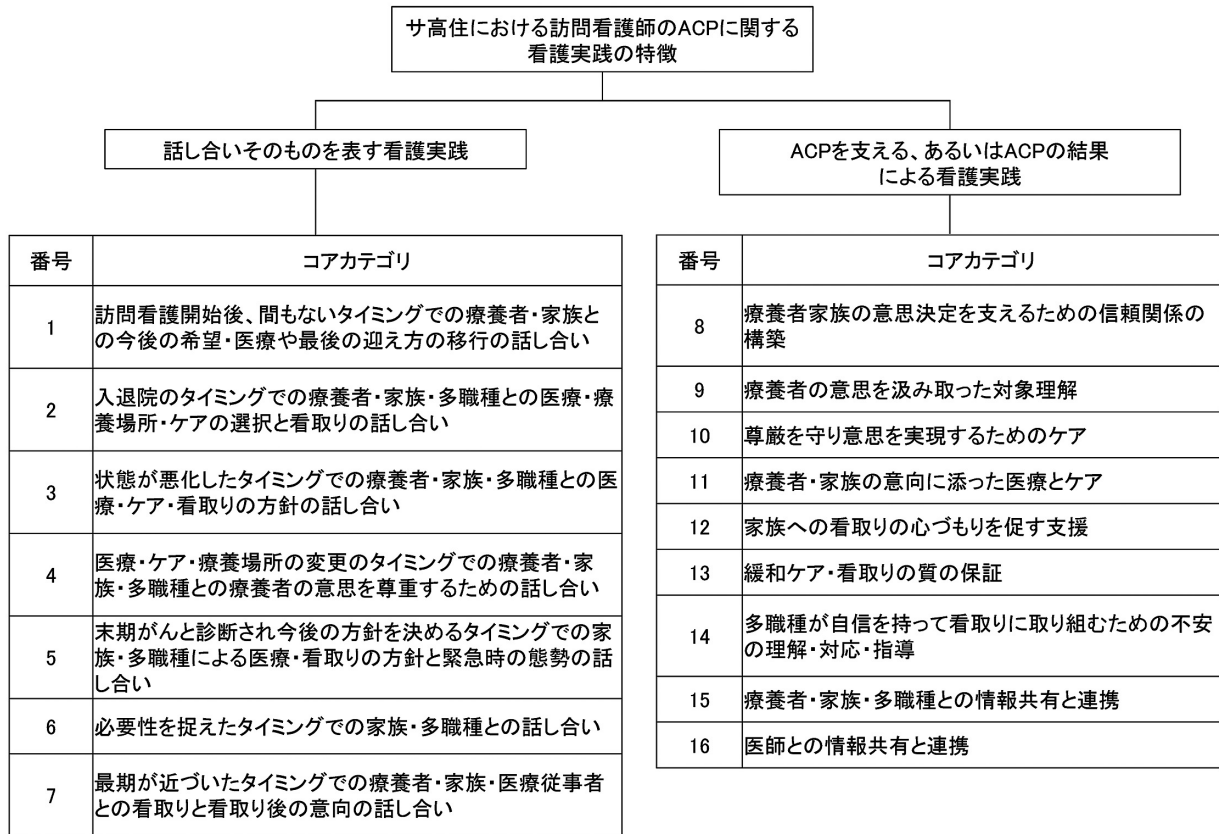


図1 サ高住における訪問看護師のACPに関する看護実践の特徴

イミング、必要性を捉えたタイミング、最期が近づいたタイミングの7つのタイミングで話し合いを捉えていた。

訪問看護を開始後の間もないタイミングでは、療養者と家族の今後の医療や最期の迎え方についての希望を話し合っていた。在宅のがん患者の希望する死亡場所の実現と訪問初期に希望する死亡場所を確認することには、有意な関連が認められている<sup>26)</sup>。サ高住では家族が身近にいないため、訪問看護師は、家族が同席する初回訪問を療養者・家族の意向の確認と合意のための重要な機会と捉え、見通しを持った話し合いをしていたと考える。

入退院のタイミングでは、退院カンファレンス等で医療や療養場所・ケアの選択について、療養者・家族・多職種と話し合っていた。在宅と医療機関との移行時期は、療養者・家族の意向や意思

を確認しなければならない状況<sup>27)</sup>であり、本研究においても訪問看護師は、在宅と医療機関の移行の時期を話し合いのタイミングと捉え、病状の共通理解に基づいた医療や療養場所の選択について話し合っていた。在宅医療の導入時には、在宅医療に伴う本人の病態、その変化に対する方法などを説明する必要がある<sup>28)</sup>。そのうえで、医療や療養場所を選択することが重要である。入退院時は、在宅へ出向くことが困難な医師等の医療機関の職員との話し合いが容易になるタイミングでもあり、療養者に関する医療・介護チームが一堂に会した説明と合意形成の場となり得ると考える。

状態が悪化したタイミングでは、訪問看護師は、誤嚥性肺炎を繰り返す、食べられない等を状態悪化と捉え、今後の医療・ケア・看取りの方針について話し合っていた。先行研究では、心身の機能や状態に変化が見られ、医療やケアなどの援助を

検討していかななくてはならない状況が意向確認のタイミング<sup>29)</sup>としている。また、悪化期の症状の変化が起こるタイミングを逃さず、患者や家族の不安となることを予測して生活予後の説明をすることが重要<sup>30)</sup>であることから、訪問看護師は、状態悪化を逃さず、療養者と離れて暮らす家族も含めて予後予測に基づいた説明や医療・ケア・看取りの方針について話し合っていたと考える。

医療・ケア・療養場所の変更のタイミングでは、療養者からの医療やケア、療養場所についての変更の意思表示や、身体状況の変化に伴う医療の変更を捉えて話し合いがされていた。在宅がん患者の希望死亡場所は36.9%の患者で変化<sup>31)</sup>している。訪問看護師は、療養者の意思が変化することを前提にして、日常的なケアの場面で療養者の意向や身体状況の変化に敏感に気づき、速やかに意思を尊重するための話し合いに繋げていたと考える。

末期がん診断後の方針を決めるタイミングでは、医師からの予後予測や緩和ケア、緊急時の態勢、看取りの方針等について、家族および多職種と話し合っていた。ACPの必要な場面のひとつは、進行した悪性の疾患のために死期が迫っていると知らされたときや感じたとき<sup>32)</sup>である。サ高住においても訪問看護師はこのタイミングを逃さずに話し合っていたことが示された。先行研究では、療養者が事前指示を表明している場合でも、急変時に望まない救急搬送を要請する施設がある<sup>33)</sup>ことが報告されている。訪問看護師は、緊急時の態勢や看取りの方針について、関係者の合意を形成することに寄与していると考えられる。

必要性を捉えたタイミングでは、訪問看護師は日々の訪問で療養者を洞察して変化を捉えたとともに、一堂に会さなくてもその都度家族や介護職員等と話し合っていた。サ高住という身近に家族がいない環境の中で、介護職員や、家族との数少ない面会の機会に意図的に関わっていたと考える。先行研究では、介護老人保健施設が適切な時期に

必要な情報を提供することで、家族が主体的な意思決定をするための働きかけが可能になる<sup>34)</sup>ことが示されている。訪問看護師は家族が療養者と離れて暮らしていることにより生じる心配や戸惑い、不安を見逃さずに話し合いに繋げていたと考える。

最期が近づいたタイミングでは、看取りの意向について標準化された様式に基づいて本人・家族・医療従事者と話し合っていた。サ高住の住居者の多くは非がん疾患の高齢者であると考えられ、本研究においても半数以上が非がん疾患の療養者であった。がん疾患と異なり非がん疾患の終末期については、疾患ごとに経過が異なり共通性や法則性がないため、予後の予測は大変困難<sup>35)</sup>である。訪問看護師は日々の観察で療養者の死が近づいた状況を捉える努力をしていたと考えられ、サ高住という医療従事者が常駐しない環境においては、訪問看護師の役割は重要であると考えられる。平成30年度の診療報酬制度改定では、ターミナルケア加算の算定要件<sup>36)</sup>として〈人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン〉に添って支援し、記録に残すことが推奨された。本研究で訪問看護師は、看取り指針やACP用紙等の様式に基づいて話し合いを行い、話し合いの内容を記録に残していた。今後、話し合いのプロセスを文書に残すためには、書類の整備が必要であると考えられる。

以上のように、本研究で示された7つのタイミングでの話し合いを実践することは、療養者の心身状態の変化や疾病経過、意思の変化に応じた継続的な話し合いが実現できると考える。

## 2. 話し合いを支える、あるいは話し合いの結果による看護実践

訪問看護師は、療養者・家族と日々のケアの実践の中でコミュニケーションを図り、療養者・家族の価値観や歴史や好みを理解し、信頼関係の構

築に努めていた。療養者や家族の考え、希望や意見を聴くためには、信頼関係が形成されることが必要<sup>37)</sup>である。サ高住という他者に囲まれて暮らす環境において、訪問看護師は、信頼関係の形成を基に話し合いに繋げていたと考える。

また、訪問看護師は、認知症や意識状態が低下し、意思決定能力が低下した場合でも、療養者の意思を的確に汲み取ることに努めていた。認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン<sup>38)</sup>では、意思決定支援について、意思・選好の確認が難しい場合には、推定意思・選好を確認しそれを尊重すること、認知症の人の身振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことを求めている。訪問看護師は、日々のケアの中で、療養者のこれまでの生活や価値観等の対象理解に努め、表情の変化や頷き等からも意思を確認していた。療養者の推定意思の確認は、ACPにおいて意思決定支援チームの合意のための重要な要素となることが予測される。訪問看護師は、サ高住という家族が身近にいない環境で療養者の意思を的確に汲み取り、話し合いにおける療養者の推定意思の合意に寄与していたと考える。

サ高住での看取りでは、訪問看護師はサ高住の介護職員の不安や恐怖に耳を傾け、具体的な指導や自信を持って看取りに取り組むための教育的な関わりをしていた。療養者の最も身近にいるのは介護職員である。高齢者施設での介護職員の看取り後の感情や対処方法に関する研究<sup>39)</sup>では、介護職員から緊張した、悲しい、信じられなかった、不安等の感情が多く示された。訪問看護師は、夜間の医療従事者が不在であるサ高住において、介護職員が医療従事者と異なる感情や不安を抱えていることを理解し、協働による看取りを実践していたと考える。

また、訪問看護師は、話し合いの結果をサービス担当者会議や連絡ノート等の様々な手段により

関係者と共有し、療養者の意向に沿った清潔の援助等の直接的なケアを実践していた。さらに、多職種との協働により療養者の意向に沿ったケアを実践し、協働のために必要な指導を行っていた。認知症の人の意思決定の支援では、表明された本人の意思を多職種で協働して日常生活・社会生活に反映させる<sup>40)</sup>ことが重要である。サ高住において訪問看護師は、話し合いの結果を通して、表明された療養者の意思を多職種と協働して人生の最終段階の生活に反映させる看護を実践していたと考える。

## V. 本研究の限界と課題

本研究が対象としたサ高住は、住宅事業の提供者により職員配置等が一様ではない生活環境にあるため、一般化には限界がある。今後の課題は、ACPが療養者に対して、どのようなプロセスで行われるかについて明らかにすることである。

## VI. 結 論

訪問看護師は、サ高住という家族が身近にいない環境において、療養者の状況の変化に応じた特定のタイミング及び日常的なケアの中で意図的に必要性を捉えたタイミングという7つのタイミングで、ACPに関する看護を実践していることが明らかになった。また、信頼関係の構築を基に話し合いに繋げるための看護実践及び話し合いの結果から療養者の意思を実現するための看護を多職種と協働して実践していることが示された。これらの看護実践は、サ高住に暮らす高齢者の人生の最終段階を支えることに貢献できる可能性がある。

## 付記

本研究は群馬県立県民健康科学大学大学院に提

出した修士論文を加筆・修正したものであり、本論文の一部は第39回日本看護科学学会学術集会で発表した。

## 謝辞

本研究にあたり、ご協力頂いた訪問看護師の皆様にご心より感謝いたします。

## Ⅶ. 引用文献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム ([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/), 2017.10.15)
- 2) 国土交通省：サービス付き高齢者向け住宅 ([http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku\\_house\\_tk3\\_000005.html](http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk3_000005.html), 2018.1.19)
- 3) 株式会社野村総合研究所 (2015)：高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査報告書, 101, 株式会社野村総合研究所, 東京
- 4) 財団法人高齢者住宅財団 (2013)：平成24年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究, 83, 財団法人高齢者住宅財団
- 5) 片山陽子 (2017)：アドバンス・ケア・プランニングの関連用語と概念定義, 西川光則, 長江弘子, 横江百合子(編), 本人の意思を尊重する意思決定支援, 2-7, 南山堂, 東京
- 6) 石川孝子, 福井小紀子, 岡本有子 (2017)：訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連, 日本看護科学会誌, 37: 123-131
- 7) 厚生労働省政策統括官 (統計・情報政策担当) 編集 (2017)：平成29年我が国の人口動態—平成27年度までの動向—, 21, 厚生労働省政策統括官 (統計・情報政策担当)
- 8) 全国訪問看護事業協会 (2014)：平成25年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業報告書～訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して～, 109, 全国訪問看護事業協会, 東京
- 9) 真弓俊彦, 竹村春起, 志水清和他 (2017)：高齢者福祉施設における急変時の対応に関する検討—蘇生行為を希望しないことの事前指示表明の把握も含めて—, 日本臨床救急医学会雑誌, 20: 521-528
- 10) 赤司千波, 大島 操, 中山晃志 (2010)：介護付有料老人ホームにおける終末期ケアおよび看取りケアの実態, 日本看護学会論文集, 老年看護, 41, 121-124
- 11) 早川三津子, 杉澤秀博 (2008)：要介護高齢者の判断能力低下への事前計画に関連する要因, 老年社会科学, 30(1), 47-57
- 12) 鶴若麻理, 大桃美保, 角田ますみ (2016)：アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援—訪問看護師が療養者へ意向を確認するタイミングの分析を通して—, 生命倫理, 26(1), 90-99
- 13) 前掲書 6)
- 14) Detering K.M., Hancock.A.D., Reade M.C., et.al. (2010): The impact of advance care planning on end of life care in elderly patient: randomized controlled trial BMJ, 340
- 15) 厚生労働省 (2018改訂)：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン (<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>, 2020.8.1)
- 16) 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014)：

- 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 ([https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf), 69)
- 17) The NHS End of Life Care Programme (2007): Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff ([http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/Advance\\_Care\\_Planning.pdf](http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/Advance_Care_Planning.pdf), 2017.11.13)
- 18) 阿部康之, 木澤義之 (2014): 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, 38-44, 日本看護協会出版会, 東京
- 19) 社団法人日本看護協会 (2007): 看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈—, 14, 社団法人日本看護協会, 東京
- 20) 新村出編集 (2008): 広辞苑 第6版, 924, 岩波書店, 東京
- 21) 国土交通省: 高齢者の居住の安定確保に関する法律 (<http://www.mlit.go.jp/common/001267551.pdf>, 2019.9.10)
- 22) Berelson, B.: Content Analysis in Communication Research, 1952 (稲村三千男, 金圭煥訳 1957: 内容分析, 47-59, みすず書房, 東京)
- 23) Scott, W.A.: Reliability of Content Analysis; The Case of Nominal Scale Coding. Public Opinion Quarterly, 19(3); 321-325, 1955.
- 24) 舟島なをみ (2007): 質的研究への挑戦第2版, 46, 医学書院, 東京
- 25) 前掲書 5)
- 26) 前掲書 6)
- 27) 前掲書 12)
- 28) 新田國夫 (2007): 家で死ぬということ, 新田國夫 (編), 家で死ぬための医療とケア—在宅看取り学の実践, 2-13, 医歯薬出版, 東京
- 29) 前掲書 12)
- 30) 前掲書 6)
- 31) 前掲書 6)
- 32) 長江弘子 (2014): アドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の役割, 長江弘子 (編), 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, 45-49, 日本看護協会出版会, 東京
- 33) 前掲書 9)
- 34) 曾根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓他 (2011): 介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法, 長野県内介護老人福祉施設の特徴, 長野県看護大学紀要, 13, 39-50
- 35) 平原佐斗司 (2011): 非がん疾患の緩和ケアとは, 平原佐斗司 (編著), チャレンジ! 非がん疾患の緩和ケア, 2-27, 南山堂, 東京
- 36) 社会保険研究所 (2018): 訪問看護業務の手引き 19版, 87, 社会保険研究所, 東京
- 37) 河原加代子, 島田 恵 (2020): 在宅で看護を展開するにあたって, 河原加代子著者代表, 系統看護学講座統合在宅看護論, 174-179, 医学書院, 東京
- 38) 厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン, (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>, 2018.12.13)
- 39) 早坂寿美 (2010): 介護職員の死生観と看取り後の悲観心理～看護師との比較から, 北海道文教大学研究紀要, 34, 25-32
- 40) 前掲書 38)

## Nursing Practices of Advanced-Care Planning by Home-Visit Nurses in Service Homes for the Elderly

Satoko Yamaji<sup>1)</sup>, Mitsue Iida<sup>2)</sup> and Motoi Saito<sup>2)</sup>

1) Gunma Nursing Association Visiting Nurse Station

2) Gunma Prefectural College of Health Sciences

**Objective:** To clarify the nursing practices of visiting nurses related to advanced-care planning (ACP) in housing establishments for the elderly with home-care services, also known as service homes.

**Methods:** Semi-structured interviews with eleven visiting nurses who were present at the time of an elderly patient's passing at service homes were conducted. The interview data were analyzed with reference to Berelson.

**Results:** With regard to nursing practices related to ACP, 93 subcategories, 44 categories, and 16 core categories were extracted. The 16 core categories included: discussion of medical care, nursing care, and end-of-life care policies with caregivers, family members, and other professionals at the time of deterioration; understanding the target patient by understanding the intention of the patient; and, information-sharing and collaboration with patients and their families, as well as among different medical professionals.

**Conclusion:** In service homes, where the families of persons receiving medical treatment are not nearby, visiting nurses intentionally grasp the timing of the discussion by gaining necessary insight into the situation, and cooperating with other professionals in order to improve their nursing practices.

**Keywords:** advanced-care planning, service homes for the elderly, visiting nurses, nursing practice, elderly, end-of-life care