

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 21 日現在

機関番号：32525

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2014～2016

課題番号：26670960

研究課題名(和文) 日本版バリューズヒストリーの開発

研究課題名(英文) Development of the Japanese Version of Values History

研究代表者

高橋 方子 (Takahashi, Masako)

千葉科学大学・看護学部・教授

研究者番号：80305341

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,600,000円

研究成果の概要(和文)：目的：本研究はわが国の実情に即したバリューズヒストリーの開発を目的とした。バリューズヒストリーは終末期医療の意思決定の根拠となる価値観を示す価値観歴である。方法：訪問看護師を対象とした面接調査および米国のバリューズヒストリーから作成した57項目についてデルファイ法による質問紙調査を実施した。対象は訪問看護認定看護師397人・在宅看護専門看護師21人の合計418人とした。結果：「健康上の問題と向き合う姿勢」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」「自分の意思決定の特徴」「自分のコミュニケーションの特徴」など35項目が日本版バリューズヒストリーとして選択された。

研究成果の概要(英文)：Objective：The objective of this study was to develop the Japanese version of values history. The purpose of the values history is to assist reflecting on value to justify his/her decision making for the end-of-life care. Method：This study was a quantitative descriptive research using the Delphi method. Survey items were extracted from the preceding studies and used values history in U.S. The subjects included a total of 418 nurses (363 certified visiting nurses and 21 certified nurses specialized in home care services). Results：The Japanese version of values history included 35 items such as “how to confront your health issues”, “information provided by your physician about health issues”, “characteristics of your decision making”, and “characteristics of your communication with people”.

研究分野：基礎看護学

キーワード：バリューズヒストリー 終末期医療 訪問看護師 デルファイ法

1. 研究開始当初の背景

近年、わが国では終末期医療についての関心が高まり、事前指示に賛成する人も増加している。しかし実際には事前指示をしている人は少なく作成には様々な懸念事項があると指摘されている。事前指示に関して米国では、早すぎる意思表示は利用価値が低いことや意思決定のプロセスが不明瞭であるなどの問題点が指摘され、それを補うために終末期医療の意思決定の根拠となる自分の価値観を示すバリュースヒストリー(以下、VH)が開発されている。わが国でもVHを用いることは事前指示を作成したいと考えている人の支援になると推測される。しかし日本人の意思の決定方法は米国人に比して他律的でより情緒的であるとされており、わが国独自のVHの開発が必要と考えられる。

2. 研究の目的

本研究は訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師および看取りを経験された家族を対象とした調査から、日本文化に即したバリュースヒストリーの開発を行うことを目的とした。

3. 研究方法

研究方法は訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師を対象としたデルファイ法による調査および看取りを経験された家族を対象とした自記式質問紙調査とした。

(1) 訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師を対象としたデルファイ法による調査

研究方法

研究デザインはデルファイ法による量的記述的研究とした。デルファイ法とは質問と回答を数回繰り返す方法であり、その都度集計結果をフィードバックして再考してもらうことで意見の集約を図る方法である。調査回答者は毎回他の回答者がどのような回答をしたかを参照しつつ、自らの回答を改訂することができ、多数の意見が明確になっていく特徴がある。また特定の少数が恣意的に回答を操作することが不可能であることから透明性、公平性が確保されることもあり、定まった回答がない事案へ納得できる解を出すのに適した方法である(東ほか、2014; 藤田・新家、2015)。無記名自記式郵送法にて、第1回目の調査を2015年6月~7月に、第2回目の調査は同年9月に、さらに第3回目の調査を同年12月に実施した。

対象は訪問看護認定看護師397人・在宅看護専門看護師21人の合計418人とした。調査は訪問看護師を対象とした面接調査およびInstitute for Ethics (University of New Mexico)によるValues Historyを参考に抽出した57項目について日本版VHの構成項目としての必須度について尋ねた。回答は「絶対に必須である」を5、「絶対に必須でない

い」を1とし、5段階のリッカート尺度を用いた。3回目の調査では、必須度の評価に加え、回答理由および日本版VHの使用方法について自由記述で意見を求めた。分析は5段階で評価した必須度を、平均値と標準偏差を算出した。また選択肢ごとの回答人数と割合を算出した。日本版VHのコンセンサスの評価基準は必須度の評価の平均が4.0以上とした。また『必須である(絶対に必須である、必須である)』と回答したものが80.0%以上であることも参考にした。加えて複数の研究者で自由記述の内容から日本版VHとしての必要性を検討した。日本版VHの使用方法についての自由記述は類似性により分類した。本研究は千葉科学大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果

回収率は第1回調査 148人(36.0%)、第2回調査 106人(27.2%)、第3回調査 66人(17.2%)であった。

-1 日本版VHの構成項目の抽出

日本版VHとして抽出された項目は「最近の自分の健康状態」「病状の悪化が役割や能力に与える影響」「主治医に対する信頼」「医師以外のケアサービスの関わり方の希望」「やり残したことがあると感じていること」「自分が恐れていること」などの35項目となった(表1)。

そのうち「健康上の問題と向き合う姿勢」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」「余命についてどう思っているかとその理由」「自分の意思決定の特徴」「自分のコミュニケーションの特徴」など10項目はわが国の先行研究から抽出された項目だった。

-2 日本版VHの使用方法

日本版VHの使用方法について記述があった50部について分析したところ自由記述の内容は『導入時期』『項目の追加』『見直し』『使用目的』『事前指示』『使用の要件』の5つのテーマに分類された。『導入時期』に関しては41人が述べていた。具体的には健康なとき、元気なときなど「深刻な健康問題が発生する前」や、成人式や誕生日、健康診断といった「自分を見直すような機会」、「自分が必要と考えたとき」、「病気と診断されたとき」、「終末期に入って」があげられていた。『項目の追加』は5人が「自分なりの項目を自由に追加してかまわないこと」と述べていた。『見直し』に関しては17人が意見を述べていた。「価値観は変化することをふまえて定期的に見直すこと」や「考えは変わるためその都度修正する」、「疾患と向き合う時に再確認する」がその内容だった。『使用目的』は26人が意見を述べていた。「家族や医師やヘルスケアの提供者など関係者と共有する」、「在宅療養の移行時や入院時、施設での看取りの際に使用する」、「家族と共有する」、「家族との調整に使用する」がその内容だった。『事前指示』に関しては6人が「事前指示書と一緒にしておく」と述べていた。

考察

日本版VHは、病名や病気の見通しなどについて本人に事実を伝えるとは限らないわが国の状況や、周囲の人の状況や調和を優先するといった日本人の意思決定の特徴が反映されていると推察された。

結論

認定訪問看護師・在宅看護専門看護師を対象とした調査より、日本版VHの構成項目として「最近の自分の健康状態」「病状の悪化が役割や能力に与える影響」など35項目が抽出された。

(2) 看取りを経験された家族を対象とした調査

研究方法

研究デザインは質問紙による量的記述的研究とした。研究対象者は2015年10月時点において、日本看護協会ホームページに所属施設と氏名が掲載されている訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師357人とその施設長に「成人又は高齢者の看取りをされた家族で質問に答えても差し支えない方で協力が得られる家族」に調査票の配布を依頼し、対象が個別に投函する方法で回収した。調査内容は回答者の属性、看取った人の属性等、回答者との続柄(関係)、回答者との同居の有無、臨終場所、終末期医療の意思表示有無と内容、終末期医療の最終的な決定者、本人の意思の尊重についての評価だった。また訪問看護師を対象とした面接調査およびInstitute for Ethics (University of New Mexico)によるValues Historyを参考に抽出した57項目をVHの調査項目とした。回答は「絶対に必須である」を5、「絶対に必須でない」を1とし、5段階のリッカート尺度を用いて各項目の必須度の評価を求めた。分析は5段階で評価した必須度について、平均値と標準偏差を算出した。また選択肢ごとの回答人数と割合を算出した。本研究は千葉科学大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果

回答は36人から得られた。

-1 対象者の属性

性別は女性が29人(80.6%)、男性が6人(16.7%)だった。平均年齢(標準偏差)は57.0歳(12.6歳)だった。看取った人との続柄は父母と回答した人が最も多く19人(52.8%)で、次いで配偶者と回答した人が8人(22.2%)だった。看取った人との同居に関しては25人(69.4%)が同居と回答した。

-2 看取った人の状況

性別は女性20人(55.6%)、男性16人(44.4%)だった。平均年齢(標準偏差)は77.4歳(14.6歳)だった。臨終の場所は自宅が20人(55.6%)、病院が16人(44.4%)だった。事前の意思表示の状況は「口頭であり」が最も多く23人(63.9%)、次いで「な

し」が10人(27.8%)と多かった。最終的な意思決定者は「親族」が最も多く17人(40.0%)、次いで「本人と親族」12人(33.3%)だった。本人の意思の尊重に関しては「尊重できた」が15人(41.7%)、「まあまあ尊重できた」が11人(30.6%)だった。

-3 日本版VHの構成項目の抽出

デルファイ法による訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師を対象とした調査(以下、看護師調査)では日本版VHの構成項目の抽出において必須度の評価が4.0以上であることおよび『必須である』と回答したものが80.0%以上であることを基準とした。一方、家族を対象とした調査(以下、家族調査)は対象者が36人と少なく、調査回数が1回であることから、1人の回答の影響がより大きいと考えられた。そこで家族調査によるバリュースヒストリーの構成項目のコンセンサスの基準は、『必須である』と回答したものが70.0%以上であること、必須度の評価の平均値が4.0以上とした。その結果「最近の自分の健康状態」「自分の健康状態について知ってもらいたいこと」「健康上の問題と向き合う姿勢」などの36項目が抽出された(表2)。

考察

家族調査により抽出された日本版VHの構成項目は「健康上の問題と向き合う姿勢」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」「自分の意思決定の特徴」「自分のコミュニケーションの特徴」など10項目はわが国の先行研究から抽出された項目だった。看護師調査と同様に日本版VHは、病名や病気の見通しなどについて本人に事実を伝えるとは限らないわが国の状況や、周囲の人の状況や調和を優先するといった日本人の意思決定の特徴が反映されていると推察された。また家族調査では「趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動」や「自分を笑わせる事」は抽出されたが、看護師調査で抽出された「余命についてどう思っているかとその理由」や「死に対する考え方」は抽出されなかった。家族は生きる、生活するという視点で日本版VHの構成項目の必須度を評価していると推測された。加えて家族調査から抽出された日本版VHの構成項目は看護師調査の結果と異なり<代理判断者>に関する項目が抽出されなかった。代理判断者について考えることは家族においては困難なことであり、医療者のサポートが必要と推測された。

結論

看取りを経験した家族を対象とした調査から日本版VHとして最近の自分の健康状態「自分の健康状態について知ってもらいたいこと」「健康上の問題と向き合う姿勢」などの36項目が抽出された。訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師を対象とした調査の結果と比較すると家族は生きる、生活するという視点で日本版VHの構成項目の必

須度を評価していると推測された。

4. 研究成果

(訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師を対象とした調査および看取りを経験された家族調査の結果による日本版VHの構成項目)

訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師と看取りを経験された家族の日本版VHの構成項目についての評価の視点が異なることから、両者の結果を合わせて、日本版VHを作成する必要がある。訪問看護認定看護師を対象とした調査と看取りをされた家族調査の結果を合わせたところ、44項目が日本版VHの構成項目として抽出された。(表3)

これらの項目は必ずしも本人に病状を説明するとは限らない状況や日本人のコミュニケーションの特徴を反映している。この結果をもとに作成された日本版VHは終末期医療についての本人の意思を顕在化させ、代理判断をする場合に活用できると考えられる。今後は日本版VH使用の実際を検討していくことが課題である。

引用文献

東尚弘(他8名)(2014). がん対策の進捗管理指標を策定するための意見集約調査. がんの臨床, 60(2), 95-101. 藤田優一, 新家一輝(2015). 入院児の転倒・転落防止対策: デルファイ法による検討. 日本看護科学学会誌, 35, 53-62.

表1 日本版バリュースヒストリーの構成項目
(看護師調査: デルファイ法)

分野	訪問看護師の面接調査から抽出された項目	バリュースヒストリーの構成項目
健康に対する考え方		健康上の問題に対する医師から説明内容
		余命についてどう思っているかとその理由
		病状の悪化が役割や能力に与える影響
		最近の自分の健康状態
		健康上の問題と向き合う姿勢
医療ケアチームとの関係		主治医に対する信頼
		医師以外のケアサービスの関わり方の希望
人の世話になることについての考え方		主治医の選択理由
		人の世話を受けなくてはならなくなった時の希望
意思決定の特徴		人の世話になる事についての考え方
		自分の意思決定の特徴
生き方		自分のコミュニケーションの特徴
		自分が望む生活
		大事にしたい事
		死に対する考え方
		生きる事に対する幸福感
		人生に対する姿勢
		自分の人生に対する満足感
		共に過ごしたい人
		自分が恐れていること
	責任を果たしたい事	
安心できる環境		やり残したことがあると感じている内容
		安心できる環境
終末期医療に対する希望		病気や障害を持った時や加齢の影響があっても安心していられる環境
		末期疾患になった場合の延命処置に対する希望
		臨終場所の希望
		意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望
代理判断者		重篤な認知症になった場合の延命処置に対する希望
		自分が希望する終末期医療に対する家族の同意
		代わりに判断する人の承諾の有無
介護費用		自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望
		代わりに判断を頼みたい具体的な状況
介護費用		自分の介護に必要な資金の心配
		自分の介護にかける費用の方針

表2 日本版バリュースヒストリーの構成項目 (家族調査)

分野	訪問看護師の面接調査から抽出された項目	バリュースヒストリーの構成項目	
健康に対する考え方		最近の自分の健康状態	
		自分の健康状態について知ってもらいたいこと	
		健康上の問題と向き合う姿勢	
		健康上の問題に対する医師から説明内容	
		病状の悪化が役割や能力に与える影響	
医療・ケアチームとの関係		日常生活動作で困難なこと	
		受診状況	
		主治医の選択理由	
		主治医に対する信頼	
人の世話になることについての考え方		医療処置の決定を主治医にゆだねることの希望	
		医師以外のケアサービスの関わり方の希望	
		人の世話になる事についての考え方	
意思決定の特徴		人の世話を受けなくてはならなくなった時の希望	
		自分の意思決定の特徴	
生き方		自分のコミュニケーションの特徴	
		その人が望む生活	
		大事にしたい事	
		責任を果たしたい事	
		人生に対する姿勢	
		生きる事に対する幸福感	
		自分の人生に対する満足感	
		趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動	
		自分を笑わせる事	
		共に過ごしたい人	
		死に対する考え方	
	安心できる環境		安心できる環境
			病気や障害を持った時や加齢の影響があっても安心していられる環境
		過去10年間に一緒に住んでいた人	
終末期医療に対する希望		人生における家族の価値	
		安心できる環境	
		末期疾患になった場合の延命処置に対する希望	
		意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望	
		本人が希望する終末期医療に対する家族の同意	
代理判断者		臨終の際に最も重要だと思うこと	
		臨終場所の希望	
		臨終の際の家族の同席に対する希望	
介護費用		自分の介護にかかる費用の方針	
		自分の介護に必要な資金の心配	

表3 日本版バリュースヒストリーの構成項目

分野	日本版バリュースヒストリーの構成項目	根拠となった調査()	
健康に対する考え方	日常生活動作で困難なこと	看・家	
	最近の自分の健康状態	看・家	
	自分の健康状態について知ってもらいたいこと	家	
	健康上の問題と向き合う姿勢	看・家	
	病状の悪化が役割や能力に与える影響	看・家	
医療・ケアチームとの関係	健康上の問題に対する医師から説明内容	看・家	
	余命についてどう思っているかとその理由	看	
	受診状況	家	
	主治医の選択理由	看	
	主治医に対する信頼	看・家	
人の世話になることについての考え方	医療処置の決定を主治医にゆだねることの希望	家	
	医師以外のケアサービスの関わり方の希望	看・家	
	人の世話になる事についての考え方	看・家	
意思決定の特徴	人の世話を受けなくてはならなくなった時の希望	看・家	
	自分の意思決定の特徴	看・家	
生き方	自分のコミュニケーションの特徴	看・家	
	その人が望む生活	看・家	
	大事にしたい事	看・家	
	責任を果たしたい事	看・家	
	人生に対する姿勢	看	
	生きる事に対する幸福感	看・家	
	自分の人生に対する満足感	看・家	
	趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動	家	
	自分を笑わせる事	家	
	共に過ごしたい人	看・家	
	死に対する考え方	家	
	安心できる環境	安心できる環境	看・家
		病気や障害を持った時や加齢の影響があっても安心していられる環境	看・家
過去10年間に一緒に住んでいた人		家	
終末期医療に対する希望	末期疾患になった場合の延命処置に対する希望	看・家	
	意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望	看・家	
	重篤な認知症になった場合の延命処置に対する希望	看	
	臨終場所の希望	看・家	
	臨終の際の家族の同席に対する希望	家	
代理判断者	臨終の際に最も重要だと思うこと	家	
	本人が希望する終末期医療に対する家族の同意	看・家	
	自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望	看	
介護費用	自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望	看	
	代わりに判断する人の承諾の有無	看	
	代わりに判断を頼みたい具体的な状況	看	
介護費用	自分の介護に必要な資金の心配	看・家	
	自分の介護にかかる費用の方針	看・家	

看：訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師調査

家：看取りを経験した家族調査

5. 主な発表論文等

[雑誌論文] (計 1 件)

高橋方子、菅谷しづ子、鈴木康宏、石津み
 糸子、布施淳子、高橋和子、訪問看護師を対
 象としたデルファイ法による日本版バリュ
 ースヒストリーの開発・日本看護研究学会投
 稿中 (査読有り)

[学会発表] (計 2 件)

高橋方子、菅谷しづ子、鈴木康宏、石津み
 糸子、布施淳子、高橋和子、デルファイ法に

よる日本版バリューズヒストリーの開発．第
36 回日本看護科学学会学術集会（平成 28 年
12 月、於：東京国際フォーラム）（査読有り）

高橋方子、菅谷しづ子、鈴木康宏、石津み
ゑ子、布施淳子、高橋和子、The Method of
Using the Japanese Version of Values
History（日本版バリューズヒストリーの使
用方法についての検討）

The 20th EAHONS：East Asian Forum of
Nursing Scholar（平成 29 年 3 月、Regal
Riverside Hotel、Hong Kong）（査読有り）

6．研究組織

(1)研究代表者

高橋方子（TAKAHASHI Masako）
千葉科学大学看護学部看護学科・教授
研究者番号：80305341

(2)連携研究者

菅谷しづ子（SUGAYA Shizuko）
千葉科学大学看護学部看護学科・助教
研究者番号：10762510

鈴木康宏（SUZUKI Yasuhiro）
千葉科学大学看護学部看護学科・助手
研究者番号：60737170

石津みゑ子（ISHIZU Mieko）
千葉科学大学看護学部看護学科・教授
研究者番号：50258985

布施淳子（FUSE Junko）
山形大学医学部看護学科・教授
研究者番号：20261711

長澤治夫（NAGASAWA Haruo）
宮城大学看護学部看護学科・教授
研究者番号：30295381

高橋和子（TAKAHASHI Kazuko）
宮城大学看護学部看護学科・教授
研究者番号：00315574

(4)研究協力者

亀岡一裕（KAMEOKA Kazuhiro）
関戸好子（SEKITO Yoshiko）