

「生命の危機的状況にある高齢者の代理意思決定に関する研究」

弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻

提出者氏名： 木 村 千 代 子

所 属： 看護学領域

指導教員： 木 立 る り 子

## 目次

略語一覧 .....	2
序論 .....	3
研究I	
目的 .....	7
用語の定義 .....	7
方法 .....	7
結果 .....	11
考察 .....	20
研究Iの結論 .....	24
研究II	
目的 .....	25
方法 .....	25
結果 .....	27
考察 .....	38
研究IIの結論 .....	47
全体総括 .....	48
研究の限界 .....	49
謝辞 .....	49
引用文献 .....	50
英文要旨 .....	59
【参考資料】 インタビューガイド .....	61

## 略語一覧

ACP : アドバンス・ケア・プランニング (Advance care planning)

AD : 事前指示 (Advance Directive)

CCFAP : 重症患者家族援助プログラム  
(Critical Care. Family Assistance Program)

CNS-FACE : 重症・救急患者家族アセスメントツール  
(Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings)

DM : 糖尿病 (Diabetes Mellitus : DM)

DNAR : 蘇生不要 (Do not Attempt Resuscitate)

蘇生に成功することがそう多くない中で蘇生のための処置を試みない用語として DNAR (do not attempt resuscitation) が使用された。

(1995 年日本救急医学会救命救急法検討委員会 : 医学用語解説集)

EoLCP : イギリスにおける終末期ケアプログラム (End of Life Care Programme)

IC : インフォームドコンセント (Informed consent)

MCA : 意思決定能力法 (The Mental Capacity Act of 2005 )

PSDA : 自己決定権法 (Patient Self-Determination Act, 1990)

PTSD : 心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder)

## 序 論

### 1. 高齢者の救急搬送の増加と医療選択の難しさ

日本の2019年の平均寿命は、男性81.41歳、女性87.45歳<sup>1)</sup>である。世界の平均寿命と比較しても男性は第2位、女性は第1位<sup>2)</sup>である。このように世界一の長寿国を維持してきた日本の2020年度の高齢化率は28.8%<sup>3)</sup>と公表されている。総人口に占める高齢者の割合も増加しているが、救急搬送される場合を見ても、救急搬送された人の総数のうち高齢者は、2014年55.5%であったのに対して、2019年60.0%<sup>4)</sup>であり増加している。

高齢者の救急搬送が増えているだけでなく、救急搬送の原因となる疾病には、致命的影響を及ぼす<sup>5)</sup>とされる脳疾患、心疾患等を含む循環器系が多い。このうち循環系で搬送された人の年齢区分の割合で見ると、78.5%が高齢者<sup>6)</sup>である。特に高齢者の場合、典型的でない症状や検査所見、複数の疾患を有していること、臓器予備能力の低下、易重症化などの特徴から診療が難しい<sup>7)</sup>だけでなく、本人の治療選択の意思を確認しようとしても、認知機能の低下<sup>7)</sup>や重症度によっては意思確認が難しい現状がある。本人の意思確認が難しい場合、代理意思決定は主に家族により行われている。

### 2. 代理意思決定に関する先行研究

救急・クリティカルケア領域における先行研究では、家族の治療の選択に影響する要因として、助けたいという思いの強さ<sup>8)9)</sup>や、家族関係の強さ<sup>10)</sup>といった家族側の要因のほかに、医療者の提案<sup>11)</sup>など医療者側の要因もあげられている。また、家族が本人に代わって治療を選択した場合の問題として、家族間で考えや感情の違いが表面化すること<sup>12)13)</sup>や、代理意思決定者の3分の1に、患者の死後数ヶ月にわたる後悔などの心理的後遺症<sup>14)</sup>が報告されている。

高齢者の代理意思決定の内容をみると、胃ろう造設や経管栄養導入に関する意思決定<sup>15)~22)</sup>、在宅介護への移行に関する意思決定などのほか、療養環境に関する意思決定<sup>23)24)</sup>、終末期、看取りに関する意思決定<sup>25)~28)</sup>が報告されている。急性期における高齢者の代理意思決定に焦点をあてた研究は、石塚ら<sup>29)</sup>に

みられるのみである。さらに医療者側からみた高齢者が搬送された時の家族の代理意思決定について、本当に本人の意思に沿った治療選択がなされたのか<sup>30)</sup>、延命治療を行う帰結を理解した選択がされたのか<sup>31)</sup>といった疑念や、事前に話し合いがなされていたとしても家族やかかりつけ医の意向に沿わない治療がなされてしまう状況<sup>5)</sup>などが指摘されている。このように救急搬送された高齢者の意思確認の難しさによる疑念や家族、かかりつけ医、搬送先の病院との連携などの問題が生じている。

### 3. 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とACPの推進

医療の決定プロセスに関するガイドラインは、厚生労働省が1987年より終末期における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方について検討を重ねたときには、がんの終末期を想定したものであったとされる。2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」<sup>32)</sup>を公表したのを皮切りに、2015年には「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へガイドラインの名称が変更<sup>33)</sup>され、長寿・高齢化や認知症高齢者の増加を視野に入れるようになった。さらに、2018年に「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」<sup>34)</sup>に改定され、ケアの決定も含まれ、アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning : ACP）の概念が盛り込まれた。

治療の選択を行う家族の負担を軽減するために、本人の意向を尊重した医療を実践するための手段<sup>35)</sup>として日本においても近年、ACPの考えが広がりを見せている。これまで日本で医療における自己決定が浸透してこなかったことについて、種々の理由があると思われるが、日本人は、自己を他者との関係性の中で考え行動してきた背景<sup>36)</sup>があり、調和、集団を重んじる文化的背景から、欧米式の自己決定・自律の原則はなじみにくい<sup>37)</sup>との報告もある。

しかし、以下に示すアメリカとイギリスを例に見ても従前から制度化されていたわけではない。アメリカでは、インフォームドコンセント（Informed consent : IC）と事前指示（Advance Directive : AD）は、1990年の自己決定権法（Patient Self-Determination Act, PSDA, 1990）によって法制化<sup>38)~40)</sup>されている。しかし実際

にはADを作成したり、ADを実施する人が予想より少なく、十分に利用されていない実態が明らかとなった。AD実施の改善策として、ADの作成段階から、患者と関係者との継続的な話し合いをしながら、意思決定までの経過を共有することが重要と考えられ、ACPの構成要素の一つとして包括されている<sup>39) 40)</sup>。

イギリスでは、意思決定能力を欠いた人を保護するために意思決定能力法(the Mental Capacity Act of 2005 : MCA)が2007年に施行された。2008年にDepartment of Healthが終末期にある人、生命の危機を脅かす病気に罹患している人すべての人にとって重要なことであることに注目しEnd of Life Care Programme (EoLCP)、ACPに関するガイドラインが発表されている(2011年に改訂)<sup>41)</sup>。このように、国によってACPの背景は違うが、日本においては、自分の終末をどのように迎えるかについて自分で決めておく認識に向かいつつあるものの、制度化には至っていない。

日本におけるACPをめぐる国民の認識の状況を見ると、2018年3月の調査報告書<sup>42)</sup>において、国民の55.1%は家族等と人生の最終段階について話し合ったことがなく、2013年度調査の55.9%から大きな変化はなかった。また、同調査においてADの作成に国民の66.0%が賛成しているが、実際に作成していると回答したのは8.1%であった。さらに、ACPについて75.5%は知らないと回答している。稲垣らの65歳以上高齢者の調査においても、ACPについて聞いたことがあるのは15.3%、ADについて聞いたことがあるのが30.5%<sup>43)</sup>であり、ACPが浸透しているとはいえない現状である。

医療者におけるACPを実践する上での課題の報告も散見される。病院看護師は、患者と対話を始めるタイミングを計りかねていることや信頼関係の築き方の難しさ<sup>44)</sup>をあげ、訪問看護師は、病状の理解や死を視野に入れることができない家族の問題をあげ、訪問看護師や在宅ケアサービス提供者側は、意思決定に関わることへの自信のなさや、多職種間及び高齢者や家族と情報共有できないなどの課題<sup>45)</sup>を報告している。このようなACP実践の課題解決に向けて多職種間との連携やコミュニケーションスキルの修得などが検討<sup>45)</sup>されているが、ACPが浸透していない現状では、家族の代理意思決定への重責がある。

#### 4. 本研究のねらい

ケアや医療の決定には、本人が決める場合においても、代理意思決定の場合においても医療倫理、生命倫理と人権擁護がからみ、そこにかかわる医療者と家族の心理的負担は大きい。本人が意思決定能力を有し自己決定を望む場合にはそれを最大限に尊重する<sup>46)</sup>ことで、自己決定原則論の下、責任を回避できるかもしれない。しかし、本人による意思表示が難しい場合、事前意思の表明がされていなければ、本人の生命の終わりを決めてしまうことへの家族の心理的負担が多大であることが容易に想像できる。

前述の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には、家族のみならず本人と密接なかわりがある人、ケアの担当者もチームに加わり、家族の多様化、家族の役割や関係の希薄さに対応する広がりも見せているが、本研究は、代理意思決定者を家族としている。拡大家族も含めての利害や思惑など、家族であるが故の背景を含めて考えたいからである。

本研究は、代理意思決定者である家族が、どのような経過でどのような思いを抱き、どのようにして決め、その後はどのような思いでいるのか概念を明らかにし、代理意思決定する家族を支えるケアについて示唆を得たいと考えた。

概念を導くにあたって、超高齢社会になってからの比較的新しい現象であることから先行研究が少ないため、高齢者の代理意思決定に特定しない全体的概念をRodgersの概念分析アプローチ<sup>47)</sup>にしたがって導くこととした。Rodgersの概念分析は、時間や状況に伴う概念の変化に着目し、概念の特性を明らかにしようとするものである。

研究Iでは「生命の危機的状況において治療の選択を行った家族の意思決定」の構成概念、および補足概念を明らかにする。研究IIでは、高齢者の搬送に立ち会った経験を持つ家族へのインタビューから抽出されたカテゴリーと、研究Iで抽出された構成概念を比較し、高齢者の場合の特徴を明らかにすることとした。

## 研究I：生命の危機的状況において治療の選択を行った家族の意思決定の概念分析

### 1. 目的

概念分析の手法を用いて、生命の危機的状況において治療の選択を行った家族の意思決定の構成概念、および補足概念を明らかにする。

### 2. 用語の定義

生命の危機的状況にある人：日本クリティカルケア看護学会の定義<sup>48)</sup>をもとに、あらゆる治療・療養の場、あらゆる病期・病態にある人々に生じた、急激な生命の危機的状態にある人とする。搬送先での治療は、救急外来、病棟、救命救急センター、集中治療室等で治療を受けている人とした。

### 3. 方法

#### 1) 対象となる文献の抽出

文献抽出のプロセスについて **Figure 1.** に示す。

##### (1) 国内文献検索

医学中央雑誌（Web版 Ver.5）により、「決定」と「看護」をタイトルに含み、「救急」「クリティカルケア」「高齢者」「家族」をキーワードに全年検索を行った（1997～2016年の19年間）。さらに「救急搬送」「家族看護」で検索を行った。重複を除いて336件が検出された。このうち原著論文は、104件で、質的研究は41件であった。この中から掲載誌が、学会地方会誌、日本看護学会論文集、専門雑誌、病院等集録集であるものを除き、詳細に患者の家族が行った治療選択の意思決定について記述されてある15文献を分析対象とした。また、同じキーワードでCiNii Articlesで検索したが、重複文献であった。さらにネット検索で検索された文献1件を加え、国内対象文献は16件を分析対象とした。

研究対象は、家族が7件、看護師が6件、医師が1件、家族と医療者を対象としたものが2件であった。

## (2) 欧文献検索

医療系英語データベース PubMed で全年検索（1975 年～2016 年までの 41 年間）を行った。キーワードと検索性数は、“Emergency” and “Surrogate decision making” 69 件、“Critical care” and “Surrogate decision making” 212 件、“Emergency” and “Decision making” and “Family” and “Nursing” 152 件、“Critical care” and “Decision making” and “Family” and “Nursing” 475 件であった。このうち、重複文献を除いた 856 件から、生命の危機的状況において患者の家族による意思決定について記述されている定性的研究であり、入手できた 13 件を分析対象とした。研究対象者は家族などの代理意思決定者 10 件、家族と医療者 2 件、看護師が 1 件であった。

Rodgers は、概念構成を明らかにするためには対象文献が 30 件必要<sup>47)</sup>であることを推奨しているが、対象文献が少ないため、医療者を対象とした論文であっても内容が家族の意思決定について記述されている文献も該当とし、国内文献 16 件、欧文献 13 件、計 29 文献を分析対象とした (Table 1.)。また小児を除く、文献を対象とした。

## 2) 分析方法

家族の意思決定について記述されている内容を抽出し、意思決定に先立って生じる先行要件、意思決定を構成する属性、意思決定に後続して生じる帰結に関する内容を、その共通性と相違性を照合しながらカテゴリー化を行った。また、カテゴリー化の研究論文では研究者の主観が入らず、かつ抽出のレベルを同じくするという意味で研究結果のサブカテゴリーをコードデータとしカテゴリー化を行った。同様に、対象文献に、医療者の支援について記述されてある文献を補足概念として分析した。生命の危機的状況にある家族の意思決定において、対象文献の検討をしていく中で、治療の選択において、医療者の説明などの関わりが意思決定に影響すると考え、医療者の支援も補足概念として分析した。抽出コードからカテゴリー化を行い、先行要件、属性、帰結の概念に布置させた。分析にあたって、複数の研究者間で検討を繰り返し、また質的研究者のスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

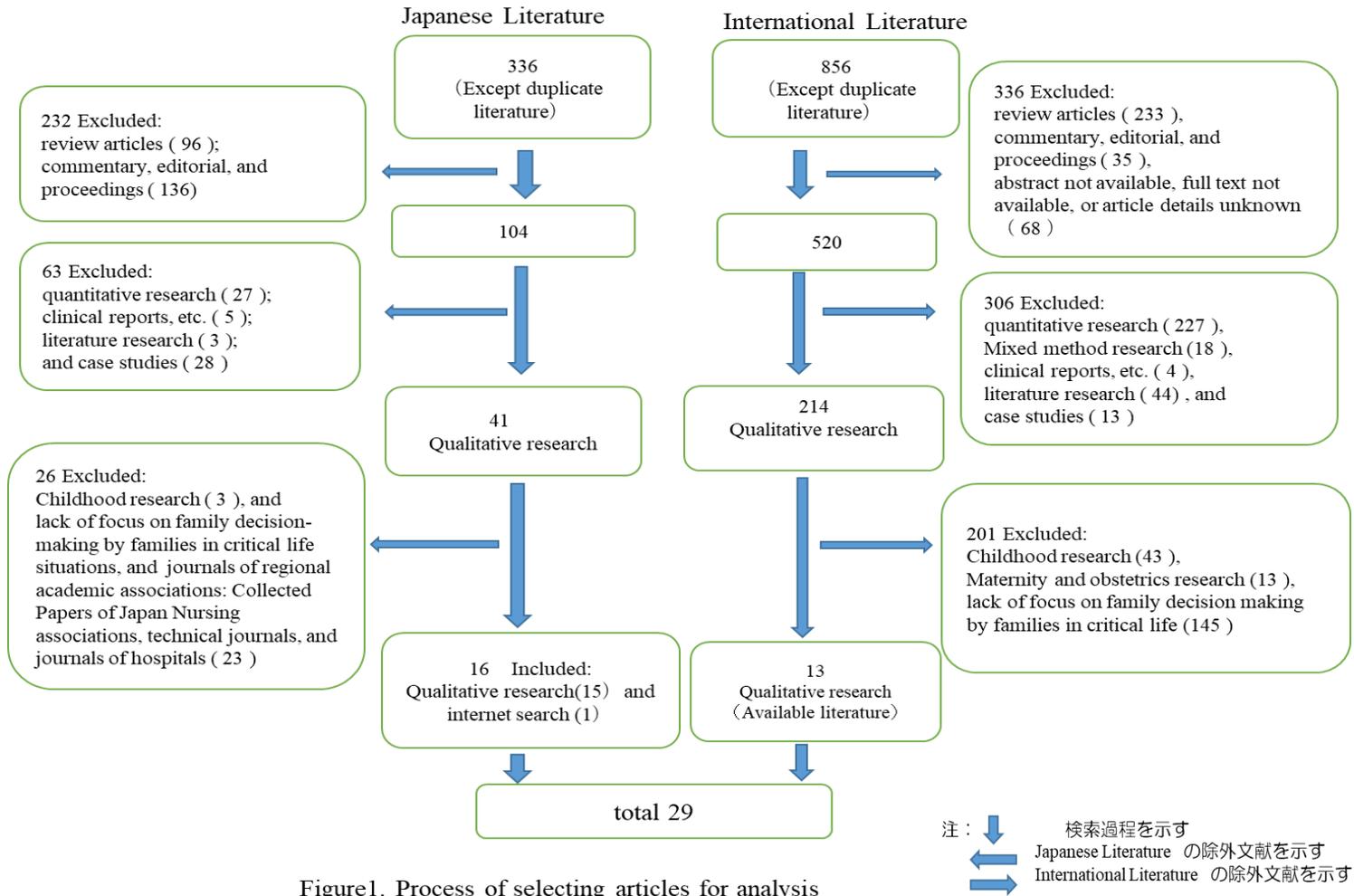


Figure1. Process of selecting articles for analysis

Table 1. Literature on family decision-making in Critical Life Situations

No	Author name	Title, Volume, issue, page, year of publication
1	Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Nouvet, E., Downar, J. and You, J.J.	Factors Influencing Communication and Decision-Making about Life-Sustaining Technology during Serious Illness: A Qualitative Study. <i>BMJ Open</i> , 6,e010451,2016. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010451">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010451</a>
2	Noome, M., Dijkstra, B. M., Van Leeuwen, E. and Voet, L.C.	Exploring Family Experiences of Nursing Aspects of End-of-Life Care in the ICU: A Qualitative Study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 33, 56-64, 2016. <a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004</a>
3	Dionne-Odom, J. N., Willis, D.G., Bakitas, M., Crandall, B. and Grace, P.J.	Conceptualizing Surrogate Decision Making at End of Life in the Intensive Care Unit Using Cognitive Task Analysis. <i>Nursing Outlook</i> , 63, 331-340, 2015. <a href="https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.10.004">https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.10.004</a>
4	Frivold, G., Dale, B. and Slettebø, Å.	Family Members' Experiences of Being Cared for by Nurses and Physicians in Norwegian Intensive Care Units: A Phenomenological Hermeneutical Study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 31, 232-240, 2015. <a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006</a>
5	Ishizuka, K. and Inoue, T.	Families' Thoughts Regarding Surrogate Decision- Making and Nursing Support in Critical Care. <i>Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing</i> , 11(3), 11-23, 2015.
6	Kato, A., Tado, A., Yamase, H.	How families attach meaning to death in critical care settings. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 17(2), 56-66, 2015.
7	Michael, K., Ilana, K. and David, C.	Being a Legal Guardian-The Nursing Perspective. <i>Israel Journal of Health Policy Research</i> , 4: 59, 1-8, 2015. <a href="https://doi.org/10.1186/s13584-015-0056-1">https://doi.org/10.1186/s13584-015-0056-1</a>
8	Morphet, J., Decker, K., Crawford, K., Innes, K., Williams, A. F. and Griffiths, D.	Aged Care Residents in the Emergency Department: The Experiences of Relatives. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24, 3647-3653, 2015. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12954">https://doi.org/10.1111/jocn.12954</a> .
9	Satake, Y., Nitta, N. and Urade, S.	Nursing Practice by Expert Nurses for the Families of Terminal Stage Patients in the Emergency Room. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 17(2), 24-34, 2015.
10	Yajima, M. and Nakamura, M.	Characteristics of Patients with Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) Notices and Their Families of Which Nurses Are Aware and Nursing Practice for Family Members. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 17(2), 35-44, 2015.
11	Adams, J.A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulskey, J. A., Steinhauer, K.E. and Bai-ley Jr., D.E.	Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High Risk of Dying. <i>Heart &amp; Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i> , 43, 406-415, 2014. <a href="https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.02.001">https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.02.001</a>
12	Yoshida, N. and Nakamura, M.	Expert Critical Care Nurses' Practices to Assist Patients' Families with Surrogate Decision-Making Regarding Life-Sustaining Treatment. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 16(2), 1-12, 2014.
13	Iwai, A., Ogawa, R. and Osada, K.	Feelings of Families between the Decision of Hospitalization and Time of Entering the ICU. <i>Bulletin of Shimane University Faculty of Medicine Shimane Daigaku Igakubu kyo</i> , 36, 55-60, 2013.
14	Nakamura, M., Murakami, R. and Shimizu, R.	Study of Decision-Making by Family Members to Prolong Life in Emergency Medical Treatment: The Process of Discussion between Family Members and Doctors. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 15(2), 1-12, 2013.
15	Uesaw, H. and Nakamura, M.	Difficulties of Nurses Who Are Involved in Family's Surrogate Decision-Making for an Emergency Patient and Their Reasons. <i>Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing</i> , 9(1), 6-18, 2013.
16	Eguchi, H.	Experiences of Families of Emergency Patients in Their Words and Giving Meaning to Them. <i>Konan Women's University Researches. Studies in Nursing and Rehabilitation</i> , 6, 51-60, 2012.
17	Kryworuchko, J., Stacey, D., Peterson, W. E., Heyland, D. K. and Graham, I.D.	A Qualitative Study of Family Involvement in Decisions about Life Support in the Intensive Care Unit. <i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i> , 29, 36-46, 2012. <a href="https://doi.org/10.1177/1049909111414176">https://doi.org/10.1177/1049909111414176</a>
18	Schenker, Y., Crowley-Matoka, M., Dohan, D., Tiver, G.A., Arnold, R.M. and White, D. B.	I Don't Want to Be the One Saying 'We Should Just Let Him Die': Intrapersonal Tensions Experienced by Surrogate Decision Makers in the ICU. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 27(12), 1657-1665, 2012. <a href="https://doi.org/10.1007/s11606-012-2129-y">https://doi.org/10.1007/s11606-012-2129-y</a>
19	Toima, M., Shono, I., Eguchi, C. and Fujimoto, T.	Significance and Effect of Therapeutic Questions to Family Members Agonizing over Decisions on the Treatment of Patients in Critical Conditions, with a Focus on Belief. <i>Journal of Japanese Society for the Study of Nursing and Social Work</i> , 17(2), 119-134, 2012.
20	Yokobori, J., Inoue, T. and Sasaki, Y.	Experiences of Patient's Families and Recognitions among Healthcare Providers Who Make Decisions for Withhold of Life-Sustaining Treatments in the Emergent Critical Care Unit. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 14(1), 10-20, 2012.
21	Moriki, Y. and Akashi, K.	The Meaning of Help by Nurses for Families of Emergency Patients. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 13(2), 10-18, 2011.
22	Kyogaku, S., Sone, K., Aitake, M. and Yatuzuka, M.	The Study of the Characteristic of Family Care in the Initial Management Room of the Emergency Center. <i>Journal of Japanese Association for Emergency Nursing</i> , 11(1), 33-40, 2009.
23	Hall, P., Sanford, J.T. and Demi, A.S.	Patterns of Decision Making by Wives of Patients with Life-Threatening Cardiac Disease. <i>Journal of Family Nursing</i> , 14, 347-362, 2008. <a href="https://doi.org/10.1177/1074840708322235">https://doi.org/10.1177/1074840708322235</a>
24	Wiegand, D.	In Their Own Time: The Family Experience during the Process of Withdrawal of Life-Sustaining Therapy. <i>Journal of Palliative Medicine</i> , 11, 1115-1121, 2008. <a href="https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0015">https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0015</a>
25	Abe, M., Shijiki, Y., Kawamura, S. and Suzuki, J.	The Factors Related to the Decision-Making Made by Family Members in Emergency Medical Situations-from Family Nursing Perspective. <i>The Journal of Japan Academy of Health Sciences</i> , 9(4), 238-249, 2007.
26	Aiura, K., Kuroda, Y.	Decision on the Treatment Made by Family as Substitute of Critically Ill Patient. <i>Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing</i> , 2(2), 75-83, 2006.
27	Suzuki, K., Toyoda, T., Nagase, M., Shikimori, H. and Murata, H.	Experiences of and Care for Families of ER Ambulance-Borne Patients Based on Characteristic of Family Cognition and Behavior. <i>Tokai University School of Health Sciences Bulletin</i> , 9, 11-18, 2004.
28	Buchman, T.G., Ray, S. E., Wax, M.L., Cassell, J., Rich, D. and Niemczycki, M. A.	Families' Perceptions of Surgical Intensive Care. <i>American College of Surgeons</i> , 196, 977-983, 2003. <a href="https://doi.org/10.1016/S1072-7515(03)00294-1">https://doi.org/10.1016/S1072-7515(03)00294-1</a>
29	Mirr, M. P.	Decisions Made by Family Members of Patients with Severe Head Injury. <i>AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing</i> , 2, 242-251, 1991. <a href="https://doi.org/10.4037/15597768-1991-2009">https://doi.org/10.4037/15597768-1991-2009</a>

#### 4. 結果

家族の治療の選択について 210 コード、医療者の支援 265 コードを分析対象とした。本概念分析で得られた家族の意思決定の先行要件、属性、帰結の構成概念と補足概念として得られた時間経過ごとの医療者の支援をあわせて Figure 2. に示した。以下、カテゴリー【 】、サブカテゴリー《 》で示す。

##### 1) 先行要件

先行要件とは意思決定に先立って生じる出来事であり、3つのカテゴリーで構成された。先行要件のカテゴリー、サブカテゴリーと抽出された文献を Table 2. に示す。

##### 【病状の深刻さに戸惑いながら最善の治療に期待をよせる】

生命の危機的状況において、《病状の深刻さを受け入れられない》、《最善の治療に期待をよせる》の2サブカテゴリーで構成された。

##### 【病状の経過と対峙しつつ諦めきれない思いと葛藤する】

患者の状況を目の当たりにし、《生命の尊厳を大切にしたい》、《回復への望みを捨てきれない》、《病状の経過をじっと見守る》の3サブカテゴリーで構成された。

##### 【家族員相互のサポート体制を考える】

突然の状況に家族は、《入院生活に伴う家庭生活への影響を考え支え合う》の1サブカテゴリーで構成された。

##### 2) 属性

意思決定を構成するカテゴリー、サブカテゴリーと抽出された文献を Table 3. に示す。家族の意思決定として5カテゴリーで構成された。

##### 【救命という特殊な場で決断までの時間が少ない中で考える】

意思決定に影響を与える要因の一つとして《病状の深刻さに伴い時間的猶予がない》、《救命という場の特殊性がある》の2サブカテゴリーで構成された。



Figure 2. 生命の危機的状況において治療の選択を行った家族の意思決定の構成概念および医療者の支援の補足概念

**【救命という特殊な場で決断までの時間が少ない中で考える】**

意思決定に影響を与える要因の一つとして、「病状の深刻さに伴い時間的猶予がない」、「救命という場の特殊性がある」の 2 サブカテゴリーで構成された。

**【自責の念を持ちつつ心理状態が不安定な中で考える】**

意思決定者の家族の心理的状态として、「後悔と自責の念がある」、「精神的に動揺している」、「先が見えないことの不安がある」、「冷静さを保つ」の 4 サブカテゴリーで構成された。

**【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】**

意思決定の判断要因として、「医学的な状況に基づいて考える」、「これまでの家族関係の親密さから考える」、「経済的状況を考える」、さらに「生死について話し合っていない」に由来した「患者の意思がわからない」の 4 サブカテゴリーで構成された。

**【意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている】**

意思決定に際して家族が医療者に求めることとして「わかりやすい説明をして欲しい」、「思いを察して欲しい」、「医療者がそばにいて安心する」の 3 サブカテゴリーで構成された。

**【家族員の考えをふまえて意思決定をする】**

意思決定において「医療者を信頼しませる」、「家族の責任者として決断する」、「患者の意思を推察する」、「家族内で話し合い、合意で決断する」、「医療チームと話し合いで決断する」、「法的意思決定者の存在の確認をする」6 サブカテゴリーで構成された。

**3) 帰結**

帰結は意思決定が発生した結果として生じる出来事であり、3 カテゴリーが抽出された。帰結のカテゴリー、サブカテゴリーと抽出された文献を Table 4. に示す。

**【悲嘆の中で最期まで患者に寄り添う】**

意思決定後の家族は、「悲嘆の中で最期まで一緒にいる」、「これまでの患者

の人生を振り返る》、《医療者へ感謝する》の3サブカテゴリーで構成された。  
が含まれていた。

**【決断後も確信が持てず苦悩する】**

意思決定後の家族は、《決断を肯定してほしい》、《決断後も決断の是非を問  
い続ける》の2サブカテゴリーで構成された。

**【残された家族のつながりを再確認する】**

決断後《残された家族は家族内役割の変更とつながりを意識する》の1サブ  
カテゴリーで構成された。

4) 補足概念としての医療者の支援

医療者の支援は、先行要件、属性、帰結で各1カテゴリーが抽出された。医療  
者の支援のカテゴリー、サブカテゴリーと抽出された文献を Table 5. に示す。

先行要件では、【治療に最善を尽くし、家族が現実と向き合えるための準備を  
整える】の《治療に最善を尽くし、治療の限界について説明する》、面会や一緒  
にケアに参加するなど《現実と向き合えるための準備を整える》の2サブカテ  
ゴリーで構成された。

属性では、【意思決定の難しさを察し、家族との関係性を築きながら意思決定  
を見守る】の《家族の意思決定の難しさを察する》、《家族の心身への影響を察  
する》、《信頼関係を基盤として苦悩しながらも意思決定を見守る》、《家族の  
意思決定を尊重する》の4サブカテゴリーで構成された。

帰結では、【最期まで家族の思いに寄り添う】の《家族の決断に対する思いを  
受けとめる》、最期を一緒に迎えるための環境を整えるなど《看取りまでの家  
族の思いに寄り添う》の2サブカテゴリーで構成された。

Table 2. Three antecedents of decision-making by family members

Categories	Subcategories	Literature
Bewildered by the seriousness of the condition but pinning their hopes on the best treatment	Unable to accept the seriousness of the condition	Abe et al. 2007; Iwai et al. 2013; Kato et al. 2015; Suzuki et al. 2004; Wiegand 2008; Yokobori et al. 2012
	Pinning their hopes on the best treatment	Buchman et al. 2003; Dionne-Odom et al. 2015; Eguchi 2012; Ishizuka & Inoue 2015; Iwai et al. 2013; Kato et al. 2015; Mirr 1991; Suzuki et al. 2004; Toima et al. 2012
Conflicted by unacceptable feelings while confronting the course of the condition	Wanting to respect the dignity of life	Dionne-Odom et al. 2015; Ishizuka & Inoue 2015; Kato et al. 2015; Toima et al. 2012; Yokobori et al. 2012
	Unable to abandon the hope of recovery	Dionne-Odom et al. 2015; Ishizuka & Inoue 2015; Iwai et al. 2013; Kato et al. 2015; Schenker et al. 2012; Wiegand 2008; Yokobori et al. 2012
	Intently monitoring the course of the condition	Abe et al. 2007; Ishizuka & Inoue 2015; Morphet et al. 2015; Noome et al. 2016 ; Suzuki et al. 2004; Wiegand 2008
Thinking of support frameworks for family members	Thinking about the effect of hospitalization on family life and supporting each other	Suzuki et al. 2004; Yokobori et al. 2012

Table 3. Five attributes of decision-making by family members

Categories	Subcategories	Literature
Decision-making in the unusual setting of the critical care unit with little time to do so	Lack of time, because of the seriousness of the condition	Abe et al. 2007; Aiura & Kuroda 2006; Wiegand 2008; Yokobori et al. 2012
	The context of the critical care unit	Ishizuka & Inoue 2015
Decision-making in an unstable psychological state while conscious of their own responsibility	Feeling regretful and responsible	Ishizuka & Inoue 2015; Iwai et al. 2013; Suzuki et al. 2004; Yokobori et al. 2012
	Mental agitation	Eguchi 2012; Ishizuka & Inoue 2015; Suzuki et al. 2004; Yokobori et al. 2012
	Anxiety because of uncertainty about the future	Abe et al. 2007; Dionne-Odom et al. 2015; Eguchi 2012; Iwai et al. 2013; Suzuki et al. 2004
Deliberating deeply on the patient's prognosis, their relationship with the patient, and what they believe the patient would want	Composed demeanor	Suzuki et al. 2004
	Thinking about the basis of the medical situation	Mirr 1991; Schenker et al. 2012; Wiegand 2008
	Thinking from the viewpoint of the current status of family relationships	Aiura & Kuroda 2006; Eguchi 2012; Mirr 1991
	Thinking about the financial resources	Mirr 1991
	Not knowing the patient's wishes	Ishizuka & Inoue 2015

Seeking emotional support from medical staff in the decision-making	Wanting an understandable explanation	Abe et al. 2007; Buchman et al. 2003; Dionne-Odom et al. 2015; Eguchi 2012; Frivold et al. 2015; Ishizuka & Inoue 2015; Kryworuchko et al. 2012; Morphet et al. 2015; Noome et al. 2016; Schenker et al. 2012; Suzuki et al. 2004; Yokobori et al. 2012
	Empathy with their feelings	Buchman et al. 2003; Frivold et al. 2015; Ishizuka & Inoue 2015; Kryworuchko et al. 2012; Noome et al. 2016; Schenker et al. 2012; Suzuki et al. 2004; Yokobori et al. 2012
	Feeling reassured when medical staff are close at hand	Abe et al. 2007; Ishizuka & Inoue 2015; Kato et al. 2015; Yokobori et al. 2012
Taking other family members' views into account in decision-making	Trusting medical staff and leaving everything to them	Aiura & Kuroda 2006; Hall et al. 2008; Kato et al. 2015; Suzuki et al. 2004; Yokobori et al. 2012
	Deciding as the person responsible for the family	Aiura & Kuroda 2006; Ishizuka & Inoue 2015; Kato et al. 2015; Yokobori et al. 2012
	Conjecturing about the patient's own wishes	Buchman et al. 2003; Hall et al. 2008; Ishizuka & Inoue 2015; Schenker et al. 2012; Toima et al. 2012; Yokobori et al. 2012
	Making decisions by agreement, after discussion within the family	Aiura & Kuroda 2006; Buchman et al. 2003; Frivold et al. 2015; Ishizuka & Inoue 2015; Mirr 1991; Schenker et al. 2012; Suzuki et al. 2004; Wiegand 2008
	Making decisions in discussion with the medical team	Buchman et al. 2003; Wiegand 2008
	Checking for the existence of a legal decision-maker	Mirr 1991; Morphet et al. 2015

Table 4. Three Consequences of decision-making by family members

Categories	Subcategories	Literature
While grieving, staying with the patient until the end	While grieving, staying with the patient until the end	Noome et al. 2016; Yokobori et al. 2012
	Looking back on the patient's life	Yokobori et al. 2012
	Feeling of gratitude to medical staff	Yokobori et al. 2012
Feeling uncertain and distressed even after making a decision	Wanting affirmation about their decision	Aiura & Kuroda 2006; Ishizuka & Inoue 2015; Kato et al. 2015; Yokobori et al. 2012
	Continuing to question whether or not they made the correct decision	Aiura & Kuroda 2006; Ishizuka & Inoue 2015; Kato et al. 2015; Toima et al. 2012; Wiegand 2008
Reaffirming the connections among the remaining family members	Rebuilding of the connections among the remaining family members amid their confusion	Aiura & Kuroda 2006; Eguchi 2012; Ishizuka & Inoue 2015; Wiegand 2008; Yokobori et al. 2012

Table 5. Support of decision-making by medical staff (Supplementary concept)

Supplementary concept	Categories	Subcategories	Literature
Antecedents	Doing their best to provide treatment while preparing family members to face reality	Providing the best treatment possible while explaining the limitations of treatment	Kyogaku et al. 2009; Moriki and Akashi 2011; Nakamura et al. 2013; Satake et al. 2015; Uesawa and Nakamura 2013; Yokobori et al. 2012
		Preparing family members to face reality	Frivold et al. 2015; Ishizuka & Inoue 2015; Moriki and Akashi 2011; Nakamura et al. 2013; Satake et al. 2015; Uesawa and Nakamura 2013; Yajima and Nakamura 2015; Yoshida and Nakamura 2014
Attributes	Empathizing with the difficulty of decision-making and monitoring the decision-making while building relationships with family members	Empathizing with the difficulty of decision-making by family members	Ishizuka and Inoue 2015; Kryworuchko et al. 2016; Kryworuchko et al. 2012; Michael et al. 2015; Satake et al. 2015; Uesawa and Nakamura 2013; Yajima and Nakamura 2015; Yokobori et al. 2012; Yoshida and Nakamura 2014
		Noticing mental and physical effects on family members	Moriki and Akashi 2011; Satake et al. 2015; Uesawa and Nakamura 2013; Yajima and Nakamura 2015; Yokobori et al. 2012
		Watching over decision-making while suffering, based on relationships of trust	Adams et al. 2014; Ishizuka and Inoue 2015; Kryworuchko et al. 2016; Kryworuchko et al. 2012; Kyogaku et al. 2009; Michael et al. 2015; Moriki and Akashi 2011; Nakamura et al. 2013; Satake et al. 2015; Uesawa and Nakamura 2013; Yajima and Nakamura 2015; Yoshida and Nakamura 2014; Yokobori et al. 2012
		Respecting decision-making by family members	Aiura and Kuroda 2006; Ishizuka and Inoue 2015; Kryworuchko et al. 2012; Michael et al. 2015; Moriki and Akashi 2011; Nakamura et al. 2013; Yajima and Nakamura 2015; Uesawa and Nakamura 2013; Yokobori et al. 2012; Yoshida and Nakamura 2014
Consequences	Being attentive to family members' feelings until the end	Being attentive to family members' feelings until the patient's death	Ishizuka & Inoue 2015; Satake et al. 2015; Yajima and Nakamura 2015
		Accepting family members' feelings about their decision	Ishizuka & Inoue 2015; Satake et al. 2015; Yokobori et al. 2012; Yoshida and Nakamura 2014

## 5. 考察

本研究は、Radford の意思決定行為の解析のための統合的枠組み<sup>49)</sup>を参考に考えてみることにした。Radford は、意思決定とは複数の選択肢の中から 1 つ (ないし複数) の選択肢を選ぶことであり、知覚・記憶・思考・判断・価値観などを組み合わせた機能的認知システム<sup>49)</sup>であると述べている。意思決定は、意思決定が必要な状況により始まり (刺激因子)、意思決定のプロセスに影響する因子として、意思決定の目的 (決定すべき問題の質、理由)、文化的背景、意思決定者の特性、状況的因子などが含まれ、これらが相互に関連しあい、情報の探求、選択肢の吟味など一連のプロセスを経て決断に至ることである。さらに行われた意思決定の目標が達成されたかどうかに応じて、その良否の評価がなされ、それは意思決定の質と、決定者がおかれている文化圏内での行動基準によって判断されるとしている。

本研究の属性に抽出された概念の【救命という特殊な場で決断までの時間が少ない中で考える】から、救命という非日常的な環境 (Ishizuka & Inoue)、病状の深刻さによる決定までの時間的制約 (Abe et al. Aiura & Kuroda. Wiegand. Yokobori et al.) などは、Radford の意思決定に影響する因子のうちの状況的因子と考えられる。家族にとっては、救命救急という見慣れない環境で、十分な時間がない中での意思決定となる。医師からの説明を十分に理解し納得する時間がなく、場合によっては医療者の提案<sup>11)</sup>のままに同意することも考えられる。このように時間的切迫などの状況的因子は、意思決定の判断に影響を与える。

【自責の念を持ちつつ心理状態が不安定な中で考える】においては、後悔と自責の念 (Ishizuka & Inoue. Iwai et al. Suzuki et al. Yokobori et al.)、精神的動揺 (Eguchi. Ishizuka & Inoue. Suzuki et al. Yokobori et al.)、予測不可能さ (Abe et al. Dionne-Odom et al. Eguchi. Iwai et al. Suzuki et al.)、冷静さを保とうとする努力 (Suzuki et al.) など、不安定な心理状態が抽出され、意思決定者の特性として理解できる。とりわけ、後悔と自責の念は、異変の予兆に気づけなかったことに対してであった。自責の念が強ければ無気力やうつ状態にもつながることがあり、判

断を求められる状況においてはマイナスにしか作用しない可能性が大きいことを、医療者として認識する必要がある。

意思決定下における家族の不安定な心理状態は、先行要件から引き延ばしていることでもあった。ただし、先行要件では、病状の深刻さを受け入れられないこと（Abe et al. Iwai et al. Kato et al. Suzuki et al. Wiegand. Yokobori et al.）や、回復への望みを捨てきれない（Dionne-Odom et al. Ishizuka & Inoue. Iwai et al. Kato et al. Schenker et al. Wiegand. Yokobori et al.）など、状況と情報の吟味段階である点で、属性における不安定さとの違いがある。属性においては、時間的な猶予がない中で、生命に直結する決断をすることの心理的な重圧が大きいと考える。

【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】では、Radfordの意思決定の目的（決定すべき問題の質、理由）因子に関係すると考えた。決定すべき状況を判断する要因として、医学的な状況（Mirr. Schenker et al. Wiegand.）、これまでの家族関係の親密さ（Aiura & Kuroda. Eguchi. Mirr.）、経済的状況（Mirr.）意思の推察（Ishizuka & Inoue.）などの要因から検討している。

【意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている】においては、患者・家族と医療者との関係が表れていると考える。医療者に求めるのは第一に、わかりやすい説明（Abe et al. Buchman et al. Dionne-Odom et al. Eguchi. Frivold et al. Ishizuka & Inoue. Kryworuchko et al. Morphet et al. Noome et al. Schenker et al. Suzuki et al. Yokobori et al.）である。すなわち、患者・家族目線の説明でもって説明責任（アカウンタビリティ）を果たすことが求められる。第二に、家族が求めるのは、家族の思いを察した説明や対応（Buchman et al. Frivold et al. Ishizuka & Inoue. Kryworuchko et al. Noome et al. Schenker et al. Suzuki et al. Yokobori et al.）であった。さらに、医療者がそばにいて安心して（Abe et al. Ishizuka & Inoue. Kato et al. Yokobori et al.）のは、前述の医療者の対応があろうとなかろうと、同じ空間に、医療の専門家がいて、いつでも聞ける状況にあることが家族の安心につながっていることがわかる。

【家族員の考えをふまえ意思決定をする】 について、意思決定のスタイルとして3つのモデル<sup>50)</sup>を参考に考えると、「医療者を信頼しませる」(Aiura & Kuroda. Hall et al. Kato et al. Suzuki et al. Yokobori et al.) は、パートナーリズムモデルである。パートナーリズムモデルでは、医療者の考えに基づくモデルであり、患者・家族の意思は反映されにくいモデルであり、IC と自己決定が推進される以前の旧来の形であった。その後、患者(家族)自律モデルと Shared decision making model に移行していくわけだが、先行研究からの概念分析でこれら3種の意思決定モデルがすべて抽出されたことは、多様な意思決定スタイルが行われていることになる。

「家族内で話し合い、合意で決断する」(Aiura & Kuroda. Buchman et al. Frivold et al. Ishizuka & Inoue. Mirr. Schenker et al. Suzuki et al. Wiegand) や「家族の責任者として決断する」(Aiura & Kuroda. Ishizuka & Inoue. Kato et al. Yokobori et al.) は、家族が主となり決定するという患者(家族)自律モデルとなる。基本的に患者・家族の意思に任されることになるため、患者の意思がはっきりしない場合、治療について理解し、代理意思決定を単独で行わなければならないため、多大なストレスとなる。

「医療チームと話し合いで決断する」(Buchman et al. Wiegand) は Shared decision making model であると考えられる。医療チームと患者・家族がパートナーシップを形成し、それを通して患者の意思決定を行うモデルである。日本においては、2018年に「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」<sup>34)</sup>に医療・ケアチームとの話し合いが盛り込まれており、たとえ家族がいても、家族が本人の意思を代弁できると考えられるかが要件になっていることから、当該家族の歴史的背景に対応する形になっている。

次に、意思決定は、意思決定そのものの質と決定者のおかれている文化圏内の行動基準によって判断される<sup>49)</sup>ことから、文化の違いと思われる内容を確認した。国外では、「患者の意思を推察する」の事前指示を尊重する(Hall et al.)、「法的意思決定者の存在の確認」(Morphet et al. Mirr)であるのに対し、日本の調査では、「家族内で話し合い、合意で決断する」において、「親族を気遣い意向を聞

く」(Aiura & Kuroda.)があり、核家族化が進んだ日本の家族であるが、重大な決定に関しては、同族の中の協調や全体性を重んじていることが示されていた。

どのようにして代理意思決定したかは、帰結につながることである。【決断後も確信が持てず苦悩】では、決断を肯定してほしい(Aiura & Kuroda. Ishizuka & Inoue. Kato et al. Yokobori et al.)や、決断後も決断の是非を問いつける(Aiura & Kuroda. Ishizuka & Inoue. Kato et al. Toima et al. Wiegand.)など自分の決断に自他の承認を求める心理が働いていた。意思決定後も苦悩することを理解して医療者は関わってきただろうかというのが、本研究に取りかかったきっかけにもなった問いであった。これがどれくらいの期間続くのかは報告にみられないが、構成概念として抽出されたことから、帰結を含む全体を理解した医療者のかかわりが重要であると考えられる。

補足概念としての医療者の支援は、家族の意思決定構成概念を抽出するために検索した同じ文献から抽出された。すなわち、ほとんどの文献には、医療者として必要な支援が何かについて記載され、医療者の支援につなげていたのである。だからこそ、先行要件から帰結までの経過それぞれに補足概念が出てきたのも納得できる。

まず先行要件の時期において、前述のように家族は、状況と情報の吟味段階である。そう考えると、【治療に最善を尽くし、家族が現実と向き合えるための準備を整える】という支援は妥当であろう。

属性において医療者に求められていたことは、わかりやすい説明、家族の思いを察した説明や対応、医療者がそばにいて安心するなどであった。これに対し医療者は、ICの直接的な説明は医師行うので、説明でなく、説明された家族の思いを察して見守る姿勢であることはわかる。

帰結では、家族は、決断に自他の承認を求める心理が働いていた。これに対し医療者の支援として、【最後まで家族の思いに寄り添う】といった対応が抽出された。救急の場での医療者の受容や承認は、家族を前向きにさせる点で妥当な支援だと考える。

救急・クリティカルケア領域における家族支援について調査した山勢ら<sup>51)</sup>の結果によれば、入院早期には、家族が適応できるように環境調整を行い、情報提供や思いをくみ取るなどの情緒支援を行い、意思決定においては、決定を尊重し支持するなど、場を整え、家族に直接関わり、最終的に家族の意思を尊重してその行動を支える<sup>51)</sup>という救急・クリティカルケア領域における家族看護実践のケア構造であった。本研究の補足概念として抽出された医療者の支援も概ね一致していると考えられることができる。

#### 研究Iの結論

1. 国内外の先行研究 29 編から「生命の危機的状況において治療の選択を行った家族の意思決定」の概念分析を行い、5 属性、3 先行要件、3 帰結が抽出された。補足概念としての医療者の支援は、1 属性、1 先行要件、1 帰結が抽出された。
2. 生命の危機的状況にある人の家族の意思決定は、「救命」という非日常的な環境や時間的制約、不安定な心理状態の中で、患者の予後、患者との関係性、患者の意思の推察などの要因から熟考し、医療者に気持ちのよりどころを求めながら、家族員の考えをふまえて意思決定に至っている。
3. 医療者の支援は、場を整え、家族に直接関わり、最終的に家族の意思を尊重してその行動を支えるという、救急・クリティカルケア領域における家族看護実践のケア構造を反映していることが示唆された。

## 研究II：高齢者が救急搬送される場合の家族による意思決定の特徴

### 1. 目的

高齢者が救急搬送された際の家族の代理意思決定を明らかにし、研究Iで抽出された高齢者に特定しない概念との違いから高齢者の場合の特徴を明確にする。

### 2. 方法

#### 1) 研究デザイン

半構造化面接による質的帰納的分析

#### 2) 研究協力者

予期せず生命の危機状況になり、救急搬送されるなど医療的処置が必要となった高齢者の治療の選択を行った家族とした。具体的には、下記の条件を設定した。

- (1) 過去5年以内に65歳以上の高齢者が救急搬送されるなど生命の危機状況となり治療の選択を行った経験がある家族
- (2) 面接に協力できると判断し、研究に同意した家族
- (3) 話ができる家族

#### 3) データ収集方法

- (1) データ収集期間：2017年12月～2020年8月
- (2) データ収集方法

X県内の6カ所の二次保健医療圏<sup>52)</sup>のうちの3カ所が管轄する地域を対象に、市民向けの講座等の企画責任者に対して文書と口頭で研究の趣旨を説明し、研究協力の承諾を署名または口頭で得た。研究者が講座や事業の会合等の参加者に開催場所で研究目的、研究の趣旨、倫理的配慮等を説明したうえで、研究協力者の条件に該当し、かつインタビューに協力可能な者を募集した。後日、同意意思を表明した家族と日程調整を行い、再度、説明後に署名で同意を得てインタビューを行った。面接場所は研究協力者の自宅かプライバシーが守られる個室とした。面接時間は60分程度、1回とした。面接内容は、本人の承諾を得て録音

した。なお、二次保健医療圏は、医療法で定められた、包括的な保健医療サービスを提供していくための入院医療を「地域単位」で設定したもので、X 県の場合、6 ヶ所に設定されている。

### (3) インタビュー内容

基本情報として、年齢、高齢者との関係、同居の有無を確認した。Rodgers の先行要件、属性、帰結という時間経過の構成概念に依拠し、先行要件に該当する質問として、救急搬送時または病院受診までの状況と、その時の心境、搬送された時の医師の説明、医療者からの支援などについて尋ねた。属性に該当する質問として、治療の選択について説明されたときの状況、その時の心境、ほかの家族の反応、どのように考え、誰が判断したか、その時の医療者の支援などを尋ねた。帰結に該当する質問として、意思決定した後の心境、ほかの家族の反応、医療者の支援、現在の心境などについて尋ねた。インタビューガイドは巻末に添付した。

### (4) データ分析方法

内容分析の手法を用いて分析した。語られたデータをすべて逐語録化し、一つの意味単位に区切った最小単位のことを解釈してコード化した。コードの類似性と差異性を照合しながら抽象化して、研究Iの概念と同等のレベルまで抽象化した。分析の妥当性の確保のために、複数の研究者間で検討を繰り返し、妥当性の確保に努めた。

### (5) 倫理的配慮

研究協力者に対して研究の趣旨と目的、参加・途中辞退の自由、収集したデータおよび結果の匿名性の厳守、研究目的外に使用しないこと、鍵のかかる場所での厳重管理、研究終了後 10 年間のデータの保存等について、書面と口頭で説明し、同意書に署名した家族を対象とした。また弘前大学大学院保健学研究科倫理委員会の承認（整理番号 2017-039）を得てから実施した。

### 3. 結果

研究協力者と高齢者の属性、および病院搬送時の状況と経過の概要を Table 6. に示す。

#### 1) 研究協力者および高齢者の基本属性

条件を満たし、協力の得られた研究協力者は 10 名（男性 2 名、女性 8 名）、面談は 1 名 1 回、平均 42 分であった。研究協力者の平均年齢は 57.2 ( $\pm 9.3$ ) 歳、続柄は、妻 3 名、子ども（娘・息子）5 名、孫 2 名であった。同居の有無では、同居 6 名、別居 4 名であった。高齢者 80.6 ( $\pm 10.6$ ) 歳、既往歴として、高血圧、糖尿病、脳梗塞、心筋梗塞、他に下肢静脈血栓の治療後などであった。2 名に軽い認知機能の低下があった。これまで特に基礎疾患のない高齢者が 1 名であった。

#### 2) 病院搬送時の状況と経過の概要

病院搬送ルートでは、ドクターヘリコプターで第 3 次救急医療施設に搬送されたのが 2 名 (B、C)、救急車で地域の総合病院に搬送されたのが 2 名 (E、I)、自家用車でかかりつけ医（病院含）を經由し救急車で第 3 次救急医療施設に 3 名 (F、H、J)、かかりつけの病院へ入院が 2 名 (A、D)、かかりつけ医、2 次医療機関を経て 3 次救急医療施設に搬送が 1 名 (G) であった。家族に代理意思決定を求められたうち、延命治療の選択を求められた家族は 7 名であった。初療と同時に 3 名 (B、C、E)、治療と同時に 2 名 (F、I)、治療経過中が 2 名 (H、J) であった。手術の選択や処置の選択を求められた者は 3 名 (A、D、G) であった。転帰は、死亡 6 名 (A、C、D、E、G、H)、回復し退院 2 名 (B、F)、病院で療養中が 2 名 (I、J) であった。死亡 6 名において、予期しない突然の死 3 例 (A、C、E)、治療中の病状の悪化 3 例 (D、G、H) であった。死別後 3 ヶ月 1 名 (C)、1 年以上～2 年未満 1 名 (A)、2 年以上 4 名 (D、E、G、H) であった。

#### 3) 高齢者の家族の意思決定について

先行要件に該当するコード 489、属性に該当するコード 370、帰結に該当するコード 388 をカテゴリー化した結果、生命の危機的状況にある高齢者の家族の

意思決定として、4 先行要件、4 属性、4 帰結が抽出された。抽出されたカテゴリー、サブカテゴリー、主なコードを Table 7. (先行要件)、Table 8. (属性)、Table 9. (帰結) に示す。また、研究Iで抽出された概念構成と研究IIのカテゴリーの比較を Table 10. (先行要件)、Table 11. (属性)、Table 12. (帰結) に示す。文中は、カテゴリー【 】, サブカテゴリー《 》、コード< >、語り「 」で示す。

### (1) 先行要件

高齢者家族の語りから抽出された先行要件は、4 カテゴリーが抽出された。

#### 【異変を察知し、死の不安を感じながら対応する】

高齢者家族の語りから抽出された新たなカテゴリーで、異変を察知し救急要請するまでの 4 つのサブカテゴリーから成った。<病院嫌いの患者が自ら体調不良を訴えたことに緊急性を感じる>、<いつもの晩酌時に胸の痛みがおさまらない様子に不安を感じる>など<いつもと違う様子に緊急性を感じる>を抽出したほか、突然の意識障害や心肺停止状態などから<突然の生命の危機状態に死の危険を感じる>、また、食べられなくなってきたことや発熱が持続し病状が好転しない状況に<体調の異変を感じながらも、病状の限界を見極める>が抽出された。救急車要請に関する<救急車を呼ぶことの葛藤と待つことへのもどかしさを感じる>がこのカテゴリーに含まれた。

#### 【病状の深刻さに戸惑いながら最善の治療に期待をよせる】

救急搬送先に到着した際のカテゴリーである。<病状の深刻さを受け入れられない>や<最善の治療に期待をよせる>の他に、新たなサブカテゴリーとして、<医療の限界について説明される>が抽出された。医療の限界の説明とは、治療を行ったとしても元の状態に戻るのではないこと、人工呼吸器装着後の見通し、その後の急変リスクなどの内容であった。

Table 6. 研究協力者・高齢者の基本属性および初療時の状況と治療の概要

高齢者	研究協力者の年齢	高齢者との関係 (続柄)	高齢者の年齢	同居の有無	既往歴	搬送手段	初療時の病名	治療の選択	転帰 (死別後)
A	60歳代	長女	80歳代	別居	下肢静脈血栓症. 軽い認知機能低下	自家用車	イレウス	手術・ 再手術(出血)	死亡 (1年7か月)
B	40歳代	孫	90歳代	別居	脳梗塞	Doctor Helicopter	意識障害 (痙攣)	延命治療の有無 (人工呼吸器装着有無)	退院
C	60歳代	妻	60歳代	同居	DM, 透析療法	Doctor Helicopter	心肺停止	延命治療の有無 (人工呼吸器装着有無)	死亡(3か月)
D	50歳代	長女	80歳代	別居	DM, 心筋梗塞. 軽い認知機能低下	自家用車	食欲低下 (誤嚥性肺炎)	治療継続	死亡(2年)
E	50歳代	次女	70歳代	別居	舌癌, 肺炎	救急車	心肺停止 (心筋梗塞)	延命治療の有無 (人工呼吸器装着有無)	死亡(5年)
F	50歳代	長女	70歳代	同居	前立腺肥大症	自家用車・ 救急車	脳幹梗塞	延命治療の有無	退院
G	70歳代	妻	60歳代	同居	一過性脳虚血. 動脈瘤	自家用車	発熱 (感染性動脈瘤)	治療の継続 在宅療養	死亡(4年)
H	70歳代	妻	70歳代	同居	高血圧, DM	自家用車・ 救急車	心筋梗塞	延命治療の有無	死亡(3年)
I	50歳代	長男	90歳代	同居	前立腺肥大症, 高血圧	救急車	腹部解離性大動脈瘤	延命治療の有無	転院・療養中
J	50歳代	孫	90歳代	同居	なし	自家用車・ 救急車	脳梗塞	延命治療の有無	転院・療養中

Table 7. 生命の危機状況にある高齢者の家族の意思決定（先行要件）

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	( ) 同様のコード数
異変を察知し、死の不安を感じながら対応する	いつもと違う様子を緊急性を感じる	病院嫌いの本人が自ら体調不良訴えたことに緊急性を感じる	
		いつもの晩酌時に胸の痛みがおさまらない様子に不安を感じる 自ら運転中に突然体調不良の連絡を（家族に）する 下肢に力が入らず起き上がれない	
	突然の生命の危機状態に死の危険を感じる	突然の意識障害に死の危険を感じる	
		大雪の夜、車止めに倒れているのを発見する 体調不良を訴えながら、透析にでかける準備中に突然倒れる	
	体調の異変を感じながらも、病状の限界を見極める	病院受診勧めるが拒否され、本人の意思に任せ様子をみていた	
		毎日様子をみていたが、「もうだめだ」と思い受診させた 病状が好転しない不安と不信を感じつつセカンドピニオンに期待する	
	救急車を呼ぶことの葛藤と待つことへのもどかしさを感じる	死ぬかもしれない不安の中で周囲へ気遣い、応援要請をためらう 応援要請を待つ時間と診察の時間が長く感じる (4)	
病状の深刻さに戸惑いながら最善の治療に期待をよせる	病状の深刻さを受け入れられない	突然の心肺停止状態に気持ちが動転する (2)	
		予想外の病状の深刻さに驚く (4)	
	最善の治療に期待を寄せる	薬の効果に期待する (3)	
		治療の効果に期待する (4) 救命行動に期待する	
医療の限界について説明される	人工呼吸器装着の有無と予後を説明される 医師に促され胸骨圧迫を行うことで状況を受け止める 急変の可能性について説明される (3) 高齢であるため治療のリスクが高いことを説明される (3)		
病状の経過を見守る	病状の経過をじっと見守る	回復することを期待し、病状の経過を見守る (3)	
		脳梗塞の発症と心機能・腎機能の悪化に落胆する 面会中の突然のけいれん発作に驚く	
家族員相互のサポート体制を考える	入院に伴う家庭生活への影響を考え支え合う	家族構成員、親族への連絡をする (4)	
		子どものサポートの依頼をする (2) 付き添いは家族だけでは限界がある 情報共有と対応について確認し合う (2)	

Table 8. 生命の危機状況にある高齢者の家族の意思決定（属性）

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	( ) 同様のコード数
心理状態が不安定な中で考える	大きな不安と自責の念がある	死ぬかもしれないという不安の中で苦悩する 延命の言葉に驚きと大きな不安がある (弔問後の帰宅時) 見送らなかったことの自責の念がある	
	精神的に動揺している	病状の急変に治療の有無を問われ動揺する 事前の話し合いが現実となったことにとまどう	
	基礎疾患の治療を受けている	基礎疾患の治療を受けている 家族の医学的認識の範囲で考える	
	80、90という年齢から考える	年齢的(80歳代)にも厳しい 歳(80歳代)もいっている 年齢的(90歳代)にも大往生だと思う 年齢(90歳代)も年齢なのでリスク高くなるので延命しない 歳(90歳代)も歳だし、延命しないなど苦しませたくない	
患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する	患者の態度から事前意思を推察する	「生きるだけ生きた」曖昧な意思表示 「管につながれたくない」延命は望まない 好きなことを辞めてまで長生きしたくない ピンピンコロリと逝きたい	
	患者の意思がわからない	これまで元気だったので聞いたことはない 意思確認したことがなかった 認知症があるため話し合ったことはない	
	これまでの家族関係の親密さから考える	子どもたちは少しでもいいから生かしてほしいと話す 家族の中心的存在なので生きてほしい	
	わかりやすく説明してほしい	助言があれば心強い 判断する自信がない 延命治療という言葉の意味がわからない	
意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている	医療者がそばにいて安心する	医療者に延命治療の選択で悩んでいる事を打ち明け救われる 医療者の誠意のある対応に安堵する	
	患者の事前の意思を推察する	事前に話していた本人の思いを尊重する(2) 日常の中で本人の意思(延命しない)を聞いていた(2)	
	家族員の考えをひまえ意思決定をする	家族で相談し決める(4) 家族の長として決断する(3) 医療者を信頼しませる(2)	

Table 9. 生命の危機状況にある高齢者の家族の意思決定（帰結）

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	( ) 同様のコード数
悲嘆の中で最期まで患者に寄り添う	悲嘆の中で最期まで一緒にいる	家族に看取られ安らかな死を迎える 在宅で最期を迎えられた理想的な最期であった やれることはやったという安堵感がある 年齢だから覚悟していても突然の最期に戸惑う	
	医療者へ感謝する	最期まで丁寧な説明に感謝する 家族の心情に寄り添った行動に感謝する (2)	
決断後も確信が持てず苦悩する	決断を肯定してほしい	専門病院での治療を決断できなかったことへの悔いがある 早々と在宅での看取り決めたことに自問自答する	
残された家族のつながりを再確認する	残された家族は喪失感と向き合う中で、家族役割を自覚する	患者との思い出を振り返り、喪失感と向き合う (4) 家族役割の変更を自覚する (2)	
これからも療養生活を支える	生命力の強さと迅速な対応に感謝する	生命力の強さに驚く 迅速な対応に救われたことへ感謝する	
	転院先での療養生活を支える	転院先での療養生活を見守り、今後の介護負担を考える (2)	

Table 10. 研究 I で抽出された構成概念と研究IIのカテゴリーの比較（先行要件）

研究I. 生命の危機的状況にある人の家族の意思決定	研究II. 生命の危機的状況にある高齢者の家族の意思決定
	<p>【異変を察知し、死の不安を感じながら対応する】</p> <p>《いつもと違う様子に緊急性を感じる》</p> <p>《突然の生命の危機状態に死の危険を感じる》</p> <p>《体調の異変を感じながらも病状の限界を見極める》</p> <p>《救急車を呼ぶことの葛藤と待つことへのもどかしさを感じる》</p>
<p>【病状の深刻さに戸惑いながら最善の治療に期待をよせる】</p> <p>《病状の深刻さを受け入れられない》</p> <p>《最善の治療に期待を寄せる》</p>	<p>【病状の深刻さに戸惑いながら最善の治療に期待をよせる】</p> <p>《医療の限界について説明される》</p> <p>《病状の深刻さを受け入れられない》</p> <p>《最善の治療に期待を寄せる》</p>
<p>【病状の経過と対峙しつつ諦めきれない思いと葛藤する】</p> <p>《病状の経過をじっと見守る》</p> <p>《生命の尊厳を大切にしたい》</p> <p>《回復への望みを捨てきれない》</p>	<p>【病状の経過と対峙しつつ諦めきれない思いと葛藤する】</p> <p>《病状の経過をじっと見守る》</p>
<p>【家族員相互のサポート体制を考える】</p> <p>《入院に伴う家庭生活への影響を支えあう》</p>	<p>【家族員のサポート体制を考える】</p> <p>《入院に伴う家庭生活への影響を支えあう》</p>

注：下線：研究Iで抽出されたカテゴリーと同じもの、 太字：研究IIで抽出された新たなカテゴリー、サブカテゴリー

Table 11. 研究Iで抽出された構成概念と研究IIのカテゴリーの比較（属性）

研究I. 生命の危機的状況にある人の家族の意思決定	研究II. 生命の危機的状況にある高齢者の家族の意思決定
<p>【救命という特殊な場で、決断までの時間が少ない中で考える】</p> <p>≪病状の深刻さに伴い時間的猶予がない≫</p> <p>≪救命救急という場の特殊性がある≫</p>	
<p>【自責の念を持ちつつ心理状態が不安定な中で考える】</p> <p>≪精神的に動揺している≫</p> <p>≪後悔と自責の念がある≫</p> <p>≪先が見えないことの不安がある≫</p> <p>≪冷静さを保つ≫</p>	<p>【心理状態が不安定な中で考える】</p> <p>≪精神的に動揺している≫</p> <p>≪大きな不安と自責の念がある≫</p>
<p>【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】</p> <p>≪患者の意思がわからない≫</p> <p>≪これまでの家族関係の親密さから考える≫</p> <p>≪医学的な状況に基づいて考える≫</p> <p>≪経済的状况を考える≫</p>	<p>【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】</p> <p>≪基礎疾患の治療を受けている≫</p> <p>≪80、90という年齢から考える≫</p> <p>≪患者の態度から事前意思を推察する≫</p> <p>≪患者の意思がわからない≫</p> <p>≪これまでの家族関係の親密さから考える≫</p>
<p>【意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている】</p> <p>≪わかりやすい説明をして欲しい≫</p> <p>≪医療者がそばにいて安心して≫</p> <p>≪思いを察してほしい≫</p>	<p>【意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている】</p> <p>≪わかりやすい説明をして欲しい≫</p> <p>≪医療者がそばにいて安心して≫</p>
<p>【家族員の考えをふまえて意思決定をする】</p> <p>≪患者の意思を推察する≫</p> <p>≪家族内で話し合い、合意で決断する≫</p> <p>≪家族の責任者として決断する≫</p> <p>≪医療者を信頼しませる≫</p> <p>≪医療チームと話し合い決断する≫</p> <p>≪法的意思決定者の存在の確認をする≫</p>	<p>【家族員の考えをふまえて意思決定をする】</p> <p>≪患者の事前の意思を推察する≫</p> <p>≪家族内の話し合いで合意する≫</p> <p>≪家族の責任者として決断する≫</p> <p>≪医療者を信頼しませる≫</p>

注：下線：研究Iで抽出されたカテゴリーと同じもの、太字：研究IIで抽出された新たなサブカテゴリー

Table 12. 研究 I で抽出された構成概念と研究IIのカテゴリーの比較（帰結）

研究I. 生命の危機的状況にある人の家族の意思決定	研究II. 生命の危機的状況にある高齢者の家族の意思決定
<p>【悲嘆の中で最期まで患者に寄り添う】            ≪<u>悲嘆の中で最期まで一緒にいる</u>≫            ≪<u>医療者へ感謝する</u>≫            ≪<u>これまでの患者の人生を振り返る</u>≫</p>	<p>【<b>悲嘆の中で最期まで患者に寄り添う</b>】            ≪<u>悲嘆の中で最期まで一緒にいる</u>≫            ≪<u>医療者へ感謝する</u>≫</p>
<p>【<b>決断後も確信が持てず苦悩する</b>】            ≪<u>決断を肯定してほしい</u>≫            ≪<u>決断後も決断の是非を問い続ける</u>≫</p>	<p>【<b>決断後も確信が持てず苦悩する</b>】            ≪<u>決断を肯定してほしい</u>≫</p>
<p>【<b>残された家族のつながりを再確認する</b>】            ≪<u>残された家族は家族内役割の変更とつながりを意識する</u>≫</p>	<p>【<b>残された家族のつながりを再確認する</b>】            ≪<u>残された家族は喪失感と向き合う中で、家族役割を再構築する</u>≫</p>
	<p>【<b>これからも療養生活を支える</b>】            ≪<u>生命力の強さと迅速な対応に感謝する</u>≫            ≪<u>転院先での療養生活を支える</u>≫</p>

注：下線：研究Iで抽出されたカテゴリーと同じもの、太字：研究IIで抽出された新たなカテゴリー、サブカテゴリー

### 【病状の経過を見守る】

救急搬送先で処置の経過を見守る過程のカテゴリーには、新たなサブカテゴリーは抽出されず、＜回復することを期待し、病状の経過を見守る＞、＜療養中の脳梗塞の発症と心機能・腎機能の悪化に落胆する＞などによる「病状の経過をじっと見守る」の1サブカテゴリーのみが抽出された。

### 【家族員相互のサポート体制を考える】

突然の出来事に対して、家族員のサポート体制を手配するカテゴリーに、「入院に伴う家庭生活への影響を考え支え合う」が抽出された。

以上から、先行要件における、研究Iと共通のカテゴリーは、【病状の深刻さに戸惑いながら最善の治療に期待をよせる】【病状の経過を見守る】【家族員相互のサポート体制を考える】であった。本研究の新たなカテゴリーは、【異変を察知し、死の不安を感じながら対応する】であった。【病状の深刻さに戸惑いながら最善の治療に期待をよせる】の「医療の限界について説明される」が新たなサブカテゴリーとして抽出された。

### (2) 属性

属性は、4カテゴリーが抽出された。

### 【心理状態が不安定な中で考える】

＜死ぬかもしれないという不安の中で苦悩する＞、＜延命の言葉に驚きと大きな不安がある＞、＜見送らなかったことの自責の念がある＞など「大きな不安と自責の念がある」、＜（延命の言葉に）事前の話合いが現実となったことにとまどう＞、＜病状の急変に治療の有無を問われ動揺する＞の「精神的に動揺している」の2サブカテゴリーがこのカテゴリーに含まれた。

### 【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】

このカテゴリーには、家族が意思決定する際の判断材料があげられる。高齢者の家族の場合の新たなサブカテゴリーとして「基礎疾患の治療を受けている」、「80・90という年齢から考える」や「管につながれたくない、延命しない」、＜ピンピンコロリと逝きたい＞などといった、日頃の何気ない言葉を振り返る「患者の態度から事前意思を推察する」が抽出された。「患者の意思がわからな

い》、《これまでの家族関係の親密さから考える》は、研究Iと同様であった。また研究Iの《経済的状況を考える》は、高齢者家族の語りからは抽出されなかった。

**【意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている】**

医療者への期待であるこのカテゴリーには、高齢者家族の場合の新たなカテゴリーは抽出されなかった。《わかりやすく説明してほしい》や《医療者がそばにいて安心して安心する》は高齢者家族の場合も抽出された。

**【家族員の考えをふまえて意思決定をする】**

家族の考えをふまえるこのカテゴリーには《家族内の話し合いで合意する》、《家族の責任者として決断する》、《医療者を信頼しませる》、《患者の事前の意思を推察する》が、高齢者家族の場合も抽出された。一方、《医療チームと話し合いで決断する》、《法的意思決定者の存在の確認をする》が、高齢者の家族の語りからは抽出されなかった。

以上から、属性における研究Iと共通のカテゴリーは、**【心理状態が不安定な中で考える】** **【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】**

**【意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている】**であった。**【救命という特殊な場で、決断までの時間が少ない中で考える】**のカテゴリーは抽出されなかった。また新たなカテゴリーもなかった。**【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】**の中に、高齢者に特有の表現である新たなサブカテゴリーとして、《基礎疾患の治療を受けている》、《80・90という年齢から考える》、《患者の態度から事前意思を推察する》が抽出された。

(3) 帰結

帰結は、4カテゴリーが抽出された。治療の選択をした高齢者の家族は、看取りを経験した家族と生命の危機から回復した家族のカテゴリーが抽出された。

**【悲嘆の中で最期まで患者に寄り添う】**

意思決定後の看取りに関するこのカテゴリーには、高齢者家族の語りからも《悲嘆の中で最期まで一緒にいる》、《医療者へ感謝する》2サブカテゴリーが抽出された。《これまでの患者の人生を振り返る》は抽出されなかった。

### 【決断後も（決定に対して）確信が持てず苦悩する】

決定したことについて苦悩が続くこのカテゴリーには、高齢者家族の場合も、治療の決断に対して「決断を肯定してほしい」の1サブカテゴリーのみが抽出された。

### 【残された家族のつながりを再確認する】

残された家族との絆に関するこのカテゴリーには、高齢者家族の語りからは、「残された家族は喪失感と向き合う中で、家族役割を自覚する」の1サブカテゴリーのみが抽出された。

### 【これからも療養生活を支える】

高齢者家族の語りから抽出された新たなカテゴリーで、生命の危機的状況において治療継続を家族が判断し、状況を脱した場合のカテゴリーであった。「生命力の強さと迅速な対応に感謝する」、「転院先での療養生活を支える」の2サブカテゴリーから成った。

以上から、帰結における研究Iと共通のカテゴリーは、【悲嘆の中で最期まで患者に寄り添う】【決断後も（決定に対して）確信が持てず苦悩する】【残された家族のつながりを再確認する】であった。研究Iで抽出されなかった生命の危機的状況から回復した場合の、【これからも療養生活を支える】が新たなカテゴリーとして抽出された。

## 4. 考察

本研究は、救急搬送された高齢者の代理意思決定を経験した家族の語りから抽出されたカテゴリーについて、研究Iで抽出された高齢者に特化しない全体的な構成概念との共通点と相違点を検討し、高齢者世代の特有の表現や世代の文化的背景などから高齢者の場合の特徴として捉え、以下に考察する。

### 1) 先行要件

高齢者の異変を家族が察知するのは、【異変を察知し、死の不安を感じながら対応する】の「突然の」、「いつもと違う」、「好転しない」といった所見であった。これらのうち「突然の」、「いつもと違う」は、家族にも明らかに見てわ

かる異変であるが、「好転しない」からは、家族が訝りながら、時間をかけて観察していたことがわかる。このような所見は、感受性低下による疼痛閾値の上昇、不可逆性とされるような高齢者の救急疾患の特徴<sup>53) 54)</sup>と合致することから、高齢者の場合の搬送を決めるまでの家族の迷いの特徴であると考えることができる。すなわち、疼痛閾値が高く感受性が低いことにより症状は突然現れるように見え、症状が典型的でないことに加え、本人の感受性が低く自覚が希薄なためいつもと違う程度にしか観察されていなかたりする。不可逆という特徴は好転しないことにつながる。

異変を確実に感じ取った高齢者の家族は、次に、医療機関への搬送に逡巡する。《救急車を呼ぶことの葛藤と待つことへのもどかしさ》は、搬送する判断までは時間をかけて迷うのに、待つのはもどかしいという矛盾のサブカテゴリーである。救急要請の躊躇に関してみると、都市部では、どこの病院に行けばよいかわからない、交通手段がないなどの理由でタクシー代わりに救急車を呼ぶような問題も指摘<sup>55) 56)</sup>されている一方で、救急に関する世論調査(2017年)<sup>57)</sup>において、救急車を呼ぶことを迷ったことがある人は28.5%と報告されている。農山村集落にある町民への救急車利用に関する調査においても、抵抗を感じる人は44.2%、その理由は、サイレンが鳴ることに抵抗を感じる(73.3%)、周囲の人に迷惑をかけるのではないかと感じる(42.6%)<sup>58)</sup>が多く挙げられている。本研究の語りにある「隣近所に気を遣う」ということと同様に考えることができる。

このように要請を決めるまで時間をかけたにかかわらず、状況がわからず待たされる、長く感じられるなど待つ時間のもどかしさを感じていた。手術の間、待機している家族は、不安や恐怖の中で過ごさなければならないため、時間が長く感じられ、医療者からの説明や情報がないことが待つ時間の重みに影響している<sup>59)</sup>とされることもあるが、高齢者であるがゆえに救急要請に時間を要した反省があるからこそ、早い対応を期待するという人の心理とも理解可能である。

《医療の限界について説明される》は、「まさかと驚いた」、「初めて病状の深刻さを自覚した」という語りとともに解釈すると、それを聞くまで病状の深刻さを認識していなかったことである。加えて、一般の人々にとって、医療で改善

しないことがあるという理解が難しいのだということがわかる。また医療者側からみれば、高齢者の場合、複数の基礎疾患を併せ持っていることや、予備の能力の低下など診療における特徴から、最善の治療を行ったとしても、急変するリスクが高いことや回復の可能性が低いことが予測されるため、家族は、治療と同時に病状の厳しさを説明されることから高齢者の場合の特徴として抽出されたと考える。

## 2) 属性

【患者の予後、患者との関係性、患者の意思を推察し熟考する】のカテゴリーは、全体的概念と共通であるが、高齢者の家族の語りからは、《基礎疾患の治療を受けている》、《80・90 という年齢から考える》、《患者の態度から事前意思を推察する》が新たなサブカテゴリーとして抽出され、高齢者の場合に特有の意思決定判断材料を示していると考えられる。高齢者の家族が判断を求められたとき、どのように、何を考え判断するのか、その具体的な判断材料に焦点をあてた結果はみあたらない。

第一に、《基礎疾患の治療を受けている》についてである。本研究の高齢者は、高血圧、糖尿病、心疾患、脳梗塞など複数の疾患を有しており、これらの疾患は死因別疾患（2019）<sup>60</sup> および救急搬送される人の疾病別においても上位を占める<sup>61</sup>。自己コントロールの継続が必要で、家人の助けを必要としながら、加齢とともに徐々に悪化する疾患である。このことは、家族が治療を選択する際の判断材料の一つであると考えられることができる。つまり、家族は、何年も前から治療を受けていることで、「少しずつ機能低下が進行して亡くなる」、「リスクがあることを覚悟している」と語りであるように、基礎疾患で治療を受けていることから、病気の進行や状態によっては原疾患の悪化や合併症の併発、感染などにより増悪する場合もあることを認識していることがうかがえる。長い治療歴は、年齢と共に悪化していくことを家族が認識することで判断の材料となったと考える。

次に、《80・90 という年齢から考える》は、たとえば、過去9年間のICU患者の動向を調査した研究において、80歳以上の高齢者には人工呼吸などの侵襲

的治療は控えられ、かわりに DNAR (Do not Attempt Resuscitate) を望む傾向<sup>61)</sup>が報告されている。また、介護老人保健施設入居者の家族が、看取りに際して医療機関に搬送を希望する判断に最も影響するのは年齢であること、特に年齢が 87 歳とほぼ平均寿命に達すると搬送希望が少なくなる<sup>62)</sup>という結果が示されている。本研究の高齢者の平均年齢は、80.6 歳であった。「歳も歳だし苦しませたくない」や「大往生だと思う」といった語りにみるように、もう十分生きたと客観的に思える年齢かどうか意思決定を左右すると考えられる。平均寿命は、もし家族が治療の継続を希望しなかったとしても、「大往生だと思う」という周囲からの承認を期待でき、自他ともに納得できる基準である可能性がうかがえる。したがって、搬送された高齢者の年齢は、高齢者であるがゆえの、家族が治療を選択するうえで大きな要因であると考えられる。

最後に、《患者の態度から事前意思を推察する》手がかりを探っていたことについて考える。だれがだれの意思の推察については、推察される人のライフヒストリーから推察<sup>27)</sup>することは報告されているが、具体的な報告はないため、本研究では、事前意思を推察する手がかりとして、高齢者の場合の特徴としてコードに注目した。さりげなく高齢者から発せられていた、「管につながれたくない」、「ピンピンコロリと逝きたい」などという言葉であるが、これらは現代に生きる高齢者世代のライフヒストリーのなかで生じたメディア発のキャッチフレーズである。

「管につながれたくない」は、病気の治療や延命処置のために管やコードなど身体に取り付けられ、機械で管理される状態が、かつて 1979 年 Cesarano and Piergeorge の『The Spaghetti Syndrome. A new clinical entity』の論文の表題から、スパゲッティ症候群<sup>63)</sup>と表現され、メディアでも取り上げられ、死に方と治療のあり方が議論になった。最期まで自分らしさを保って死にたい意思の表れが、「管につながれたくない」である<sup>64)</sup>。ピンピンコロリというキャッチフレーズもメディアでも取り上げられて浸透した言葉であった。健康で長生きし、死ぬときは長く苦しまないでコロリと死にたい<sup>65)</sup>という意味で、これは 1980 年、長野県下の町民のための健康長寿体操がきっかけ<sup>65)</sup>といわれている。短いキャッチ

フレーズは、家族の記憶にも残りやすいため、思い起こされやすいのだと考える。

また、人は、自分の死について、他の人々の死を体験することがきっかけで自分の死を自覚し整理する<sup>66)</sup>といわれているように、配偶者や身近な人の死や介護経験などから自分の死について考える機会があつて、家族にも表現される場合もあるだろう。

このようにみると、高齢者が自らの死のあり方に対する希望をメディアで取り上げられた時に乗じて何らかの形で表現している可能性はある。しかし、気持ちのなんらかの表現であっても意思そのものでないことが多い<sup>46)</sup>や、意思は状況により揺らぐ<sup>67) 68)</sup>ものという指摘からも、救急に搬送された時の意思に一致している確信はだれにも持てない。それでも、代理意思決定を求められたときに家族が本人の意思を推測する手がかりを探すということは本研究で明らかになった。

一方で、高齢者の意思がわからないケースもあつた。わからない理由は、「元気があったから聞いたことがない」や「意思確認したことがない」「認知症があるため話し合ったことがない」など聞く必要を認識していないとか、本当に本人の意思かどうかすでに判断できない状態である場合に、あえて話題にしないのだとわかる。同居していても日本人は、家族間で死について話す習慣が少ないため本人の意思がわからない<sup>29)</sup>と指摘されており、タイミングや時期を測って家族の側から終末を話題にする必要性が示唆された。

【意思決定において医療者へ気持ちのよりどころを求めている】は、《わかりやすく説明してほしい》、《医療者がそばにいて安心する》であつた。家族が治療の判断を問われた時、衝撃と混乱の中で決断を迫られ困惑した<sup>69)</sup>との報告にもあるように、生死に直結する決定を担うことへの重責を認識するのだと考える。一方で、延命治療という言葉の意味がわからないという、延命という言葉への馴染みのなさを表明しており、想定していなかったことがうかがえる。2018年3月の国民の意識調査報告書<sup>42)</sup>において、国民の55.1%は家族等と人生の最終段階について話し合ったことがなく、ACPについても75.5%は知

らなかったと回答している。また、病院職員に対する調査<sup>70)</sup>においても、一般向けの新聞や雑誌で目にする「尊厳死」「終活」の認知度は、医療職、事務職共に75%~80%と高いのに、「人生会議」の認知度は、医療職、事務職共に4.0%、「ACP」は医療職23.2%、事務職17.4%といずれも低かったことが報告されている。「延命」という言葉も、日常の中で使われることが少ないだろう。高齢者が生命の危機的状況にある場合に、延命治療を行うかどうかの決定と切り離せないことを医療や福祉関係者間では理解していても、一般にはそうではない可能性がある。

さらに、IC、セカンドオピニオンなどにより、受ける医療を自己決定する考え方が浸透してきたかのように見えても、選択しなければならない状況になれば、それが生死を左右する決定であればなおさら、<判断する自信がない>、<助言があれば心強い>など、専門家を頼りにする。特に救急の場では、時間的猶予がない中で、生命に直結する意思決定については、医療者の提案に任せた決定、医師の提案をそのまま受け入れるなど医療者の影響の大きさ<sup>11)</sup>が報告されている。すなわち、医療者とそうでない人たちとの、延命や救急医療、自己決定に関する認識の相違があると考えられる。この認識の相違を埋めるICが日本においては、まだ不十分であることが、医療者によりどこを求めているカテゴリーに表れていると考えることができる。

【家族員の考えをふまえて意思決定する】も新たではないが、高齢者世代の家族の文化的背景から考察する。

本研究において最終的な意思決定者は、妻が3例(C、G、H)、高齢者と同居している長男や孫、一人暮らしの高齢者の場合は近くに住む娘で、妻以外ではいずれも血縁者であった。家族形態の違いはあるが、最終的には、家族員の考えを踏まえて決定するカテゴリーがあがった。日本のイエ制度について、中根<sup>71)</sup>のウチとソトの概念でいえば、旧来の日本では、ウチの人間である家族とそれ以外の人とは明確な一線が引かれ、家族の問題には同族を含むウチの中で解決し、ソトからの介入を認めなかったとされる。そのため意思決定においては、長男や娘などの相続者が行うことには暗黙の了解であった。たとえ、嫁の立場の者が高齢

者の世話を続けてきたとしても、家族間で意見の相違があった場合も、決定者は相続者が優先されてきた。なかでも、長子相続の時代においては本家や相続者に決定の権限があった。

しかし、戦後の家族規範の希薄化も相まって、少子化、核家族化が急速に進み、1980年には3世代同居が50%と半数を占めていたが、2019年になると一人暮らし28.8%、夫婦のみの世帯32.3%で60%を占めるようになった<sup>72)</sup>。このような家族形態の変化は、家族内の決定者の不在をもたらす責任が分散されたとされる。加えて、戦前の家族規範に基づく決定とはちがい、家族員それぞれの利害を考慮して決めるようになってきているとはいえ、利害の対立があるときに家族間で考えや感情の違いが表面化する<sup>12)13)</sup>などの問題が生じる可能性がある。本人にとってどうなのかが最優先であるべきで、そのためにも「事前意思」が浸透しているとはいえない現代においては高齢者世代の家族の特徴をふまえた支援が望まれる。

### 3) 帰結

帰結においては、看取りを経験した家族の場合と高齢者が生命の危機から回復した場合とで、異なるカテゴリーが抽出された。

【悲嘆の中で最期まで患者に寄り添う】は、看取りから帰宅までの語りから得られたカテゴリーである。《悲嘆の中で最期まで一緒にいる》は、「安らかな死」、「理想的な最期であった」、「やれることはやった」など家族の満足感や達成感が語られている。高齢者がどのように最期を迎えたかったのか本人の意思はわからないが、家族は最期まで看取れたことに満足感を示し、同時に医療者に感謝を示すサブカテゴリーが抽出されている。医療者からの意思決定支援は家族の看取りの満足度が高まる<sup>73)</sup>との報告もあり、医療者の支援は家族の心理的負担の軽減につながると考える。

一方で、予期しない死を経験した高齢者の家族は、「年齢から死を覚悟していても突然の状況に動転」との語りにあるように、覚悟があったとしても、予想していなかったといえる。高齢者は、臓器予備能力の低下、易重症化などの特徴<sup>7)</sup>

から急変の可能性が否定できない。突然の死に動揺している家族の心情に寄り添う支援が必要である。

【決断後も（決定に対して）確信が持てず苦悩する】、【残された家族のつながりを再確認する】は、死別後のカテゴリーである。本研究の高齢者の家族は、死別後3ヵ月から5年と一様ではないが、死別後の感情について、「何をみても無気力」、「覚悟していても一人になると寂しさがある」、「患者との思い出がよみがえる」、「生きているうちに会いたかった」、「もっと頻繁に訪問してあげればよかった」など抑うつ、無気力感、孤独感、悔やみ、自責等の悲嘆感情が語られた。悲嘆は、個人の状況によって程度や持続時間は異なるが、喪失に対して起こる正常な反応であり、時期が過ぎれば克服されるもの<sup>74)</sup>であり、愛する人を亡くした場合のあたりまえの反応<sup>75)</sup>とされる。このような悲嘆感情に対して、本研究の高齢者の家族は、「仕事を持っていたことで落ち着いた」、「思いを文章に綴る」などの悲哀の作業（mourning work）を行っていたことが語りからうかがえた。

また、「決断を肯定してほしい」には、「最後は運命かな」、「何を選んでも正しい答えはない」と自問自答し、自らの選択に折り合いをつけようとしていると考えられた。たとえば、ICUで死別した家族の調査において、死別後6ヵ月以上の家族にPTSD（Post Traumatic Stress Disorder）が14%、うつ18.4%、うつとPTSDが10.6%みられ、家族間で意思決定の意見の不一致や意思決定者としての役割を担うこと<sup>76)</sup>が意思決定後の精神状態に影響するという報告がある。このように死別による悲嘆反応の裏には代理意思決定が絡んでいる場合が多いかもしれないが、代理意思決定の結果が死別であった場合には、どういう選択をしたとしても決定したことを責めることになりかねない。どちらを選択しても同じ結果だったかもしれない、正しい答えはない、運命と思えるなどように折り合うまでには時間を要するかもしれないが、責めからの自己回復には有用な可能性がある。

【これからも療養生活を支える】は、高齢者が生命の危機から回復した場合のカテゴリーであった。回復し自宅療養の高齢者と、急性期病院から療養病院へ転

院し療養中の高齢者の家族の語りから得られた。治療継続を意思決定した結果に対して責任を持つという点では高齢者の場合に限らないともいえるが、高齢者の場合には、回復後のリハビリテーションや介護必要度も考慮したうえで<sup>56)</sup>、療養生活を支えることを前提に意思決定した可能性があることが、「覚悟して自宅に連れて帰るか、施設か」など語りとして示されている。

《生命力の強さと迅速な対応に感謝する》は、高齢者は急変のリスクが高いなどの特徴があるが、治療に対する反応に個人差も大きい<sup>53)</sup>とされるように、医療者であっても回復の予測ができにくい場合がある。医療者からの説明を聞いて、運に任せるしかない状況にいた家族にとって、回復した際には、本人の生命力の強さと医療者の対応に感謝の気持ちを抱くサブカテゴリーであった。

加えて、《転院先での療養生活を支える》は、その後のことである。日本の救命救急センターの入室が特定管理加算は14日間が上限である<sup>77)</sup>理由により、急性期病院での治療後2次医療機関での療養となった家族の語りから得られた。高齢者が生命の危機から回復することに安堵と感謝の気持ちを認識しつつも、その後の長期化する介護の負担が現実となって自覚されることが表れている。

高齢者の介護が始まる際には、介護をめぐる旧来の家族内規範が希薄化したとはいえ、どこ（自宅／介護施設）で看る、誰が主介護者になる、誰が協力するといった家族内の確執があることは種々報告されている<sup>78)~81)</sup>。介護保険制度の施行は、介護の社会化により、家族負担を緩和するという大きな目的があったが、入所可能な施設の不足<sup>82) 83)</sup>や社会的な在宅療養へのシフトが進んでいる中で、家族を支援する体制は不十分であるとの指摘が種々報告されている<sup>84)~89)</sup>。このサブカテゴリーは、救急搬送時に治療の意思決定をした家族の、回復後の介護も見据えた意思表示と考えることができる。しかし、意思決定の際にそのことを覚悟して決めたのかどうかは、属性の語りからは明確にならない。

したがって、救急搬送時の治療の選択に際し、回復後のことまで見据えて熟慮する時間がなく決めた家族がいるだろうことを踏まえ、高齢者の家族への支援として、家族の思いに寄り添い、治療を受けた後の状況を見据えた支援の必要が示唆された。

## 研究IIの結論

研究Iの全体的な意思決定の構成概念と照合して、高齢者の家族の場合の意思決定の特徴を考察した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 高齢者の家族の場合の意思決定の特徴が、先行要件、属性、帰結の全過程に抽出された。
2. 先行要件では、高齢者の家族の救急搬送の決め手は、突然の悪化、いつもと異なる非典型的症状、不可逆的で好転しないなどという高齢者の救急疾患の特徴と一致していた。
3. 属性では、高齢者の家族の意思決定の判断要因は、回復が難しい基礎疾患を有していること、平均寿命以上の年齢であること、事前意思と思われる言葉などを手がかりとしていた。
4. 治療の選択をした後の帰結において、高齢者が回復後の状態を見据えて、これからも療養生活を支えるという、その責任を果たすカテゴリーが抽出された。意思決定後のその後の介護等を見据えた支援の必要性が示唆された。
5. 新たなカテゴリーではないが、高齢者の家族は、医療者へよりどこを求めており、受ける医療を自己決定する考え方が日本においては、まだ不十分であることや事前意思が浸透しているとはいえないことから、代理意思決定を行う家族の心理的負担やその後の介護負担も含めて考えると高齢者世代の家族の特徴をふまえた支援が望まれる。

## 全体総括

本研究の全体の目的は、代理意思決定者である高齢者の家族が、どのような経過でどのような思いを抱き、どのようにして決め、その後はどのような思いでいるのかの構成概念を明らかにし、代理意思決定する家族を支えるケアについて示唆を得ることである。

研究Ⅰでは、高齢者に特定せず先行研究から Rodgers の概念分析アプローチにしたがって、国内外の先行研究 29 編から「生命の危機的状況において治療の選択を行った家族の意思決定」の概念分析を行い、6 属性、4 先行要件、4 帰結が抽出された。その結果、生命の危機的状況にある人の家族の意思決定は、「救命」という非日常的な環境や時間的制約、不安定な心理状態の中で、患者の予後、患者との関係性、患者の意思の推察などの要因から熟考し、医療者に気持ちのよりどころを求めながら、家族員の考えをふまえて意思決定に至っている。補足概念としての医療者の支援は、場を整え、家族に直接関わり、最終的に家族の意思を尊重してその行動を支えるという救急・クリティカルケア領域における家族看護実践のケア構造を反映していることが示唆された。

研究Ⅱでは、高齢者が救急搬送された経験を持つ家族 10 名を対象に、代理意思決定の先行要件、属性、帰結に関するインタビューから内容分析により生命の危機的状況にある高齢者の家族の意思決定として、4 先行要件、4 属性、4 帰結が抽出された。研究Ⅰで抽出された全体的な構成概念と照らして、高齢者の場合の特徴を明確にした。その結果、高齢者の家族の場合の意思決定の特徴が、先行要件、属性、帰結の全過程に抽出された。先行要件では、高齢者の家族の救急搬送の決め手は、突然の悪化、いつもと異なる非典型的症状、不可逆的で好転しないなどという高齢者の救急疾患の特徴と一致していた。属性では、高齢者の家族の意思決定の判断要因は、回復が難しい基礎疾患を有していること、平均寿命以上の年齢であること、事前意思と思われる言葉などを手がかりとしていた。治療の選択をした後の帰結において、高齢者が回復後の状態を見据えて、これからも療養生活を支えるという、その責任を果たすカテゴリーが抽出された。意思決定後のその後の介護等を見据えた支援の必要性が示唆された。新たなカテゴリー

ではないが、高齢者の家族は、医療者へよりどこを求めており、受ける医療を自己決定する考え方が日本においては、まだ不十分であることや事前意思が浸透しているとはいえないことから、代理意思決定を行う家族の心理的負担やその後の介護負担も含めた高齢者世代の家族の特徴をふまえた支援が望まれる。

### 研究の限界

研究協力者が10例と少なく、地域が限定されていたことは、救急搬送された高齢者の代理意思決定の概念とするには限界があり、何らかの提言をできるまでに至らない。しかし、日本における高齢者に対する救急医療の現状を踏まえた、代理意思決定する家族に対する支援の課題が明らかになった。

### 謝辞

本研究を行うにあたり、インタビューにご快諾いただきました高齢者のご家族様、また調査にご協力くださいました社会福祉協議会、団体サークル活動を行っている皆様に厚く御礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：令和元年簡易生命表の概況. 1 主な年齢の平均余命. 2, 2020.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-02.pdf>. (2020. 12. 28)
- 2) 厚生労働省：令和元年簡易生命表の概況. 3 平均寿命の国際比較. 4-5, 2020.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-04.pdf>. (2020年12月28日)
- 3) 内閣府：令和3年版高齢社会白書（全体版）（PDF版）：令和2年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. 第1章 高齢化の状況, 第1節 高齢化の状況 1 高齢化の現状と将来像 2-6, 2021.  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf) (2021年7月9日)
- 4) 総務省：令和2年版 救急・救助の現況. I 救急編. 25, 2020.  
[https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg\\_r02\\_01\\_kyukyuu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r02_01_kyukyuu.pdf) (2021年4月23日)
- 5) 金子直之：第53回日本老年医学会学術集会記録〈教育講演〉救命救急センターからみた高齢者救急搬送の現状と問題点. 日本老年医学会雑誌, 48(5) : 478-481, 2011.
- 6) 総務省：令和2年版 救急・救助の現況. I 救急編 19, 2020.  
[https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg\\_r02\\_01\\_kyukyuu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r02_01_kyukyuu.pdf). (2021年4月23日)
- 7) 安藤大樹：特集 高齢者の救急医療 : make a successful landing : その時医師にできること : 高齢者救急の現状. Modern physician, 29(10) : 1375-1378, 2009.
- 8) 篠原裕子, 東富佐乃, 元井優, 岡山香奈子, 今西功一：救急患者家族の意思決定における看護師の役割考察 ～家族内で意見の相違があった事例を通して～. EMERGENCY CARE, 24(4) : 401-405, 2011.
- 9) 鈴木景子, 平井和恵：急遽ICUに入室したがん患者の治療方針について意志

- 決定を迫られた家族の体験- 人工呼吸器装着の代理決定を行った母親との面接を通して. 日本看護学会論文集 成人看護I, 39 : 184-186, 2008.
- 10) 佐々木陽子 : 延命治療に関わる家族の意思決定への関わり～急性期病棟における看護のあり方について考える～. 臨床看護研究, 11 (1) : 29-37, 2004.
  - 11) 加藤茜, 田戸朝美, 山勢博彰 : クリティカルケア領域における家族の死の意味づけ. 日本救急看護学会雑誌, 17 (2) : 56-66, 2015.
  - 12) 相浦桂子, 黒田裕子 : 生命危機状況にある患者の代理として家族が行う治療上の決断. 日本クリティカルケア看護学会誌, 2 (2) : 75-83, 2006.
  - 13) 立野淳子, 山勢博彰, 田戸朝美, 藤田直子 : わが国の ICU における終末期ケアの現状と医療者の認識. 日本クリティカルケア看護学会誌, 10 (3) : 23-33, 2014.
  - 14) Wendler, D. and Rid, A: Systematic Review: The Effect on Surrogates of Making Treatment Decisions for Others. *Annals of Internal Medicine*, 154, 336-346. 2011.  
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008>
  - 15) 安塚則子, 森元陽子, 和智理恵他 : 訪問看護師が実践する家族介護者への代理意思決定支援-胃瘻造設の決定を支援した訪問看護の事例-.*家族看護学研究*, 20(2) : 68-78, 2015.
  - 16) 加々美莉帆, 徳永友里, 小山ひろ子, 渡邊桂子, 古江和美, 千葉由美 : 高齢者の胃瘻増設を代理意思決定した家族に対して看護師が行っている支援.*横浜看護学雑誌*, 8 (1) : 20-27, 2015.
  - 17) 山本浩子, 森川千鶴子, 撰敬子 : 胃瘻造設した重度認知症高齢者家族の終末期における胃瘻への思い. *日本看護福祉学会誌*, 19(2) : 193-204, 2014.
  - 18) 中村享子, 岡村世里奈 : 高齢で意思表示できない患者の胃瘻造設を代理決定した家族の意識調査を通して. *コミュニティケア*, 15(3) : 64-69, 2013.
  - 19) 加藤真紀, 原祥子 : 介護老人福祉施設入所高齢者の胃瘻造設における家族の代理意思決定プロセス. *老年看護学*, 16(2) : 38-46, 2012.

- 20) 土井英子：終末期在宅高齢患者の経管栄養に携わる訪問看護師の倫理的ディレンマ. インターナショナル Nursing Care Research, 10(3) : 1-8, 2011.
- 21) 倉田貞美,山下ひろみ：胃瘻栄養を代理決定した家族介護者による在宅介護の体験. 老年看護学, 16(1) : 48-56, 2011.
- 22) 相場健一, 小泉美佐子：重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス. 老年看護学, 16(1) : 75-84, 2011.
- 23) 井出久美, 福島吉乃, 小田切由美子, 田尻佳世, 小林たつ子：肺炎を繰り返しやすい高齢者の在宅介護を躊躇する患者家族への看護介入の検討 - 渡辺式家族アセスメントモデルを用いた分析 -. 日本看護学会論文集 老年看護, (40) : 15-17, 2010.
- 24) 高山寿子：認知機能障害を有する高齢者とその家族に対する意思決定支援-退院支援を行った事例を通して-. 日本看護学会論文集 老年看護, (40) : 99-101, 2010.
- 25) 笠間祐里子, 笠置恵子：高齢者の事前指示に関する研究-高齢者が徐々に食べられなくなった頃の家族の経験-. 医学と生物学, 157(6-2) : 1197-1202, 2013.
- 26) 高橋方子, 布施淳子：訪問看護師による在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握の方法. 日本看護研究学会雑誌, 35(1) : 99-105, 2012.
- 27) 二神真理子, 渡辺みどり, 千葉真弓：施設入所認知症高齢者の家族が事前意思決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス. 老年看護学, 14(1) : 25-33, 2010.
- 28) 園田芳美, 石垣和子：明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルケアにおける意思決定に関する訪問看護支援. 老年看護学, 13(2) : 72-79, 2009.
- 29) 石塚紀美, 井上智子：救命救急領域における家族の代理意思決定時の思いと看護支援の実態. 日本クリティカルケア看護学会誌, 11(3) : 11-23, 2015.
- 30) 比田井理恵：代理意思決定者の意思に相違が見られた事例への関わりを通して. 日本救急看護学会雑誌, 14(3) : 77, 2012.

- 31) 櫻庭あゆみ, 成田真由美, 木村尚子: 高齢患者の延命治療に対する家族の意思決定への支援. 看護実践の科学, 40 (8) : 42-46, 2015.
- 32) 厚生労働省: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007年5月. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>. (2020年10月30日)
- 33) 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. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079907.pdf>. (2020年10月30日)
- 34) 厚生労働省: 「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」解説編 2018年4月30日. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>. (2020年10月30日)
- 35) 木澤義之: 最前線人生会議 (ACP: アドバンス・ケア・プランニング) 本人の意向に沿った人生の最終段階の医療・ケアを実践するために. ファルマシア, 56 (2) : 105-109, 2020.
- 36) 濱口恵俊: 8章日本文明にとっての「間柄」. グローバル化する間人主義 日本型信頼社会の復権. pp. 147-168, 東洋経済新報社, 東京, 1996.
- 37) 佐々木裕子, 山口幸恵: 高齢者の自己決定を支える看護援助について-日本文化と家族との関係を通して-ホスピスケアと在宅ケア, 18(1) : 2-8, 2010.
- 38) 箕岡真子: 『臨床倫理』へのいざない ACP (アドバンス・ケア・プランニング) と DNAR 指示 特集1「日本老年看護学会第23回学術集会」教育講演. 老年看護学, 23(2) : 28-33, 2019.
- 39) 谷田憲俊: 将来を想定した意思表示 (事前指示) とアドバンス・ケア・プランニングの生命倫理. ホスピスケアと在宅ケア, 26(1) : 2-10, 2018.
- 40) 足立智孝, 鶴若麻理: アドバンス・ケア・プランニングに関する一考察 米国のアドバンス・ディレクティブに関する取組みを通して. 生命倫理, 25(1) : 69-77, 2015.

- 41) NHS National End of Life Care Programme. Capacity, care planning and advance care planning in life limiting illness. A guide for health and social care staff. Department of Health, 2014. [https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/ACP\\_Booklet\\_2014.pdf](https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/ACP_Booklet_2014.pdf). (2021年6月5日)
- 42) 厚生労働省：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 平成30年3月. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf). (2021年5月28日)
- 43) 稲垣安沙, 高野純子, 野口麻衣子, 山本則子：地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の実施状況と関連要因：横断研究. 日本看護科学会誌, 40: 56-64, 2020. <https://doi.org/10.5630/jans.40.56>
- 44) 小林聖子, 有村鮎美, 松元和代：個人の生き方を尊重した医療・ケアの提 ACP の実践における課題の抽出. 日本看護学会論文集：慢性期看護, 50 : 94-97, 2020.
- 45) 古瀬みどり, 東海林美幸：訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題. 北日本看護学会誌, 23(1) : 19-28, 2020.
- 46) 会田薫子：特集 その人らしい生き方を支援するために- アドバンス・ケア・プランニングの実践- ACP の背景にある臨床倫理の問題・課題. がん看護, 22(7) : 698-701, 2017.
- 47) Rodgers, B., L: Concept Analysis: An Evolutionary view, In Rogers B.L & Knafl K.A. (Eds.) Concept development in nursing foundations, techniques, and applications (2nd Ed.) Saunders, Philadelphia, pp.77-102, 2000.
- 48) 井上智子：蓄積から挑戦へ. 日本クリティカルケア看護学会誌, 1 (1) : 15-19, 2005.
- 49) Radford, M., 中根允文：第3章 文化と意志決定行為 四 意志決定に関する研究への統合的アプローチ. 意志決定行為-比較文化的考察-. pp.54-63, ヒューマンティワイ, 東京, 1991.
- 50) 能芝範子：特集：クリティカルケア領域での家族看護 方法論 チームによる

- クリティカルケア領域での家族ケア コミュニケーションに焦点を当てて、家族看護, 10 (1) : 64-72, 2012.
- 51) 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子 : 救急・クリティカルケア領域における家族看護の構造モデル. 山口医学, 62 (2) : 91-98, 2013.
- 52) 青森県健康福祉部医療薬務課 : 第1編総論 第4章保健医療圏の設定と基準病床数. 青森県保健医療計画, 98-100, 2018.  
[https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/files/h30\\_iryokeikaku\\_1-4\\_soron.pdf](https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/files/h30_iryokeikaku_1-4_soron.pdf). (2021年4月4日)
- 53) 加藤博之 : 特集 高齢者の救急医療 高齢者に多い救急疾患. 日本老年医学会雑誌, 48(4) : 312-316, 2011.
- 54) 岩田充永 : 特集 高齢者の救急医療 救急診療における高齢者のアセスメント・初期対応. 日本老年医学会雑誌, 48(4) : 322-325, 2011.
- 55) 東京消防庁 : 消防に関する世論調査. 28, 2019.  
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/yoron/data/2019/all.pdf>. (2021年2月5日)
- 56) 総務省 : 救急に関する世論調査の概要 (2017) 1. 救急車に利用について 救急通報した理由, 2, 2017. <https://survey.gov-online.go.jp/h29/h29-kyukyu/gairyaku.pdf>. (2021年2月5日)
- 57) 総務省 : 救急に関する世論調査の概要 (2017) 2. 救急車の適正な利用の推進について 救急通報を迷ったことの有無. 4, 2017. <https://survey.gov-online.go.jp/h29/h29-kyukyu/gairyaku.pdf>. (2021年2月5日)
- 58) 内海桃絵、南千夏、野本慎一 : 高齢者における救急車利用に関する意識調査 -京丹波町の場合. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要, 健康科学第9巻 : 34-40, 2013.
- 59) 江口秀子 : 救急搬送され、緊急手術となった患者の家族の体験 家族の『待つ時間』に注目した看護介入の検討. 甲南女子大学研究紀要(看護学・リハビリテーション学編), 4 : 15-26, 2010.
- 60) 厚生労働省 : 人口動態統計月報年計(概数)の概況 3死亡(2)死因, 10-12, 2019.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai19/dl/gaikyouR1.pdf> .

(2021年2月15日)

- 61) 辻本功弘, 鳥谷部陽一郎, 丹代朋久, 原田智恵子: 過去9年間のICU患者動向の検討 特に高齢化現象の中での集中治療対象疾患に注目して. 健生病院医報, 30: 9-13, 2007.
- 62) 佐々木大輔: 介護老人保健施設におけるアドバンス・ケア・プランニングの試み. 心身医学, 59(7): 652-656, 2019.
- 63) 小川雄之亮: スパゲッティ症候群 救急・集中治療医学. 医学のあゆみ, 158(6/7): 359-359, 1991.
- 64) 清水哲郎: 2 臨床死生学の射程「最期まで自分らしく生きる」. 清水哲郎, 会田薫子, 医療・介護のための死生学入門. pp. 31-74, 東京大学出版会, 東京, 2017.
- 65) 弘兼憲史: プロローグぼくのピンピンコロリ. 弘兼流 60代からピンピン生きる方法, pp. 14-15, 三笠書房, 東京, 2020.
- 66) 井上英治, 榊田絢子: IV. 深みの次元とのかかわり 13 生と死. ハイメ・F. カスタニエダ, 井上英治. Philosophical anthropology 現代人間学. pp258-286, 春秋社, 東京, 2001.
- 67) 小池朋孝, 新井正康, 森安恵実, 服部潤, 黒岩政之, 山田由香里, 稲垣泰斗, 相馬一玄: 大学病院における Rapid Response System (RRS) 導入後の経過報告～要請理由と要請状況の詳細～. 日本臨床救急医学会雑誌, 17(3): 445-452, 2014.
- 68) 櫻井智穂子, 眞嶋朋子: 終末期の緩和を目的とした療養への移行におけるがん患者の家族の決断の“ゆれ”に関する研究. 文化看護学会誌, 5(1): 20-27, 2013.
- 69) 清水玲子, 中村美鈴, 平山美紀, 水野照美, 山本洋子, 内海香子, 村上礼子: 救急医療において延命治療の代理意思決定を行った家族の体験. 関西国際大学研究紀要, 19: 45-55, 2018.
- 70) 鹿角昌平, 木下貴司, 松村真生子: アドバンス・ケア・プランニングに関する病院職員の意識と実践の状況. Palliative Care Research, 15(3): 251-258, 2020.

- 71) 中根千枝：3「タテ」組織による序列の発達. タテ社会の人間関係, pp.70-94, 講談現代新書, 講談社, 東京, 1967.
- 72) 総務省：令和3年版高齢社会白書（全体版）（PDF版）令和2年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 第1章 高齢化の状況 3 家族と世帯. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s\\_03.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_03.pdf). (2021年7月11日)
- 73) 中里和弘, 涌井智子, 児玉寛子, 島田千穂: 終末期における医療者から家族への意思決定支援が遺族の看取りの満足度に及ぼす影響. 日本老年医学会雑誌, 57(2): 163-172, 2020.
- 74) Sigmund Freud 著, 井村恒郎, 小此木啓吾他訳: フロイト著作集 6 自我論・不安本能論, 悲哀とメランコリー, 137-149, フロイト著作集第6巻, 人文書院, 京都, 1970.
- 75) 岡林志穂: 救急現場ではどうする!?患者家族の支えかた 終末期編(第3回) 悲嘆ケア. Emer Log, 32(3): 434-437, 2019.
- 76) Gries, C.J., Engelberg, R.A., Kross, E.K., Zatzick, D., Nielsen, E.L., Downey, L., Curtis, J.R.: Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. Chest, 137(2): 280-287, 2010.  
[doi.org/10.1378/chest.09-1291](https://doi.org/10.1378/chest.09-1291)
- 77) 武山直志: 救急医療・災害医療 高齢化社会を迎えた救命救急センターの在り方. 現代医学, 66(1): 17-22, 2018.
- 78) 関野明子, 矢吹知之, 長田久雄, 森下久美: 認知症高齢者と家族介護者との同居・別居における背景要因の比較 別居介護研究の進展に向けた研究課題の検討. 日本認知症ケア学会誌, 19(3): 582-590, 2020.
- 79) 大倉美佳, 織田初江, 佐伯和子, 浅川真裕子, 穴見麻希, 高田貴子, 中村仁美, 山本育美: 山間地方で暮らす妻の老々介護の受け止め. 金沢大学つるま保健学会誌, 32(1): 85-92, 2008.
- 80) 木立るり子, 中田徳: 嫁介護者における在宅介護体験の振り返り. 弘前大学大学院保健学研究科紀要, 7: 17-26, 2008.

- 81) 木立るり子：嫁介護者の語りからみた社会規範意識と介護継続の条件. 日本看護研究学会雑誌, 27(1) : 73-81, 2004.
- 82) 厚生労働省：令和元年（2019）社会福祉施設等調査の概況. pp.3, 2019.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/19/dl/kekka-kihonyou01.pdf> .  
(2021年3月11日)
- 83) 厚生労働省：特別養護老人ホームの入所申込者の状況. 2019.12.25.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000581323.pdf>. (2021年3月11日)
- 84) 内閣府：令和3年版高齢社会白書（全体版）（PDF版）令和2年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 第1章 高齢化の状況 第2節 高齢期の暮らしの動向 2 健康・福祉, 31-38, 2020.  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s\\_02.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s_02.pdf). (2021年7月11日)
- 85) 山形真由美, 名越恵美, 難波峰子：医療処置を担う高齢介護者の在宅介護継続を支える訪問看護師の看護実践. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 26 : 49-59, 2020.
- 86) 和田恵美子：在宅療養継続における家族介護者の介護力の源となるもの. 家族看護学研究, 23(1) : 15-25, 2017.
- 87) 森英里奈, 上杉裕子：在宅における家族介護者の現状と課題. 日本保健医療行動科学会雑誌, 31(1) : 57-63, 2016.
- 88) 小山泰代：：特集『第4回全国家庭動向調査(2008年)』の個票データを利用した実証研究(その3)女性から見た家族介護の実態と介護負担. 人口問題研究, 68(1) : 54-69, 2012.
- 89) 堀田和司, 奥野純子, 深作貴子, 柳久子：老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 33(3) : 256-265, 2010.

## Abstract

A study of proxy decision-making for elderly patients in life-threatening conditions

Kimura, Chiyoko, Hirosaki University Graduate School of Health Sciences,  
Department of Nursing Science.

### Objective

This study aimed to obtain suggestions pertinent to supporting family members in proxy decision-making for elderly patients in life-threatening conditions. In study I, the overall constructs of decision-making by family members for patients in life-threatening conditions were extracted. In study II, with regard to factors that were newly added to the conceptual model of study I, the characteristics of proxy decision-making for elderly patients brought to a hospital by an ambulance were clarified.

### Study I

Methods: We conducted a concept analysis according to the Rodgers' concept analysis approach on 29 previous studies in Japan and other countries describing decision-making by family members who selected treatment for patients in life-threatening conditions without restricting the patients to elderly ones.

Results: We found that the concept of treatment selection by family members comprised five attributes, three antecedents, and three consequences. For support by medical professionals, we extracted one concept for each of the three conceptual frameworks.

Discussion: Before making the decision, family members who had to make decisions for individuals in life-threatening conditions contemplated the patient's prognosis, their relationship with the patient, and presumed intent of the patient and requested support from medical professionals in an unusual environment of critical care with time constraint and an unstable mental state. The results also suggest that support by medical

professionals reflects the care structure of family nursing practice in the field of emergency and critical care.

## Study II

**Methods:** We conducted semi-structured interviews with 10 family members of elderly patients in life-threatening conditions and examined the characteristics of proxy decision-making for elderly patients by comparing the constructs extracted in study I.

**Results:** We found four antecedents, four attributes, and four consequences. Characteristics were observed in the antecedents, attributes, and consequences.

**Discussion:** In antecedents, determining factors for emergency transport were the elderly individual's condition, such as sudden exacerbation, atypical symptoms different from the usual symptoms, and irreversible condition with no hope for improvement.

In attributes, factors that affected decision-making included the presence of an underlying disease that was unlikely to improve, being aged older than the average life expectancy, and recalling the patient's words considered to indicate their prior intention.

Regarding the consequences after treatment selection, we extracted the category of overcoming grief in the event of death and the category of making a decision in anticipation of the elderly individual's condition after recovery and fulfilling responsibility.

**Conclusion:** Considering the psychological burden experienced by family members performing proxy decision-making and the subsequent care burden, the findings suggest the importance of close involvement with patients and their family members from before emergency transport to after treatment and the necessity to consider who can assume the responsibility for such support.

1. インタビューをお願いしたい方について

以下の条件に該当する 20 歳以上の方、10 名程度

- 1) 65 歳以上のご家族の方が生命の危機的状況で救急搬送された経験がある方
- 2) 予期せず、または急変し救急搬送されたときの状況が話せる方
- 3) 救急搬送された 65 歳以上のご家族に代わって、治療についての選択を行った経験がある家族の方
- 4) 1)～3) の状況から 5 年以内の方

2. インタビューの留意事項

- 1) インタビューの所要時間：1 時間～1 時間半程度
- 2) インタビュー日時：事前に十分な打ち合わせをし、ご協力いただける方の都合（仕事等）に合うように調整する。
- 3) インタビュー場所：ご協力いただける方と相談の上、落ち着いて話すことができる場所で行う。
- 4) 救急搬送され治療の選択を行った時の状況を思い出しながら、なるべく自由に語ってもらおう。

3. 導入

インタビューの目的、内容等の説明後に、ご協力いただける方の基本情報の確認をする。（年齢、性別、患者との関係）

4. インタビューで伺いたいこと

・ 救急搬送時の状況 <先行要件>

1. あなたのご家族が搬送された状況について教えてください。
2. 医師からご家族になされた患者に関する説明の受け止めについて

① 医師からの説明は、どのような内容でしたか

② そのときのあなたの心境について

3. その時の医療者の対応はどうでしたか。

・ 治療の選択を行うときの状況 <属性>

1. 決定をするにあたって、どのようなことを考えましたか。

2. そのときのあなたの心理状態はどうでしたか。

3. ほかのご家族の反応はどうでしたか。

4. 最終的には誰が決定しましたか。

5. そのときに決定を支援したり、または決定を下すのに妨げになったものはありましたか。

6. 決定を行うにあたって、医療者の支援はどうでしたか。

・ 決定後の状況 <帰結>

1. 治療の決定後のあなたの気持ちについてどうでしたか。

2. 決心した後の気持ちの変化はありましたか。

3. ほかのご家族の様子はどうでしたか。

4. 医療者はどのように対応しましたか。

5. 現在のあなたの心境を教えてください。