

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

Clinical decision making of nurses in support of a family member with power of attorney in palliative care for the extremely aged

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-02-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 矢野, 真理 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.15019/00000499">https://doi.org/10.15019/00000499</a>

著作権は本学に帰属する。

## 原著

## 超高齢者の終末期医療における家族の代理意思決定に対する看護師の臨床判断

矢野 真理<sup>1)</sup>

本研究は超高齢者の終末期医療で、家族が代理意思決定する際、看護師はどのような手がかりによって臨床判断を行っているかを明らかにすることを目的とした。看護師3名を対象に半構成的面接を実施し、質的統合法(KJ法)で分析した。その結果、看護師は表面的な感情表出では伝えきれない超高齢者の思いを大切に、専門的に捉えた認知症の感情表出の意味を手がかりに終末期という状況など複数の側面から判断しており、徐々に変化する患者に対して家族の距離間やスキンシップを手がかりに家族の理解状況や医師との調整の必要性について判断をしていた。また、看護師は高齢者の食べたい・自宅へ帰りたいという思いを手がかりに、医師への代弁者となれるような判断をしていた。これらの結果より、超高齢者が加齢とともに身体的精神的な機能低下をきたし、認知症と診断されていなくても自分の意思を伝えることが困難になる特徴を認識し関わる臨床判断や家族や医師との調整を図る中で成り行きを推測し、患者の家族に意図的な支援を行うまでの無意識的な臨床判断が明らかにできたとと言える。さらに、看護師は超高齢者の死の尊厳を守り、家族にもよい余韻を残すケア、納得のいく看取りの支援を重視することで、看護師は患者や家族の意向を十分に汲み取り、支援の手がかりを得ていることを明らかにできたと考える。

キーワード：超高齢者、終末期医療、代理意思決定、臨床判断

## I はじめに

近年、日本では高齢者人口の急激な増加に伴い、世界に先例のない超高齢社会を迎えつつある<sup>1)2)</sup>。一般に、「高齢者」とは65歳以上を指すが、65歳では90歳のさまざまな身体機能や精神機能の差異のために「高齢者」として医学的にひとくくりにするのが適当でない場合があり、老年医学<sup>3)</sup>では85歳以上を「超高齢者」と呼び区別している。超高齢者(85歳以上)は合併する疾患の多様さや生活歴の長さで個性が際立ち、治療よりもQOLの維持、身体的・精神的苦痛の緩和が医療やケアの主眼となることが多い<sup>4)</sup>。加えて、自らが希望する人生の終焉を迎えることに対する人々の関心も高まっており、終末期医療は国民の課題となっている<sup>5)</sup>。病院での終末期医療は、必要に応じた疼痛コントロール、呼吸困難に対して呼吸療法が施されるなど、終末期の状態に臨機応変に対応できるという利点がある一方で、医療主導型で延命治療が優先されやすいという批判がある<sup>6)</sup>。どの時点から終末期として対応するのかが判然としないまま、急性期医療が延長され、ライン自己抜去や転倒防止のため行動抑制が図られるなど不本意な最期を強いる場面も見受けられる<sup>7)</sup>。そのような中、終末期医療における様々な意思決定につい

て、日本では、超高齢者本人の終末期医療における意向を事前に確認する機会が少ないため、本人の意思確認が困難となり、家族が代理意思決定する場面が多い。これは医療者にとっても患者自身の意思に沿った対応をすることを困難にしてしまう<sup>8)</sup>。家族は、切迫した状況の中で代理意思決定を迫られることが多く、そのプロセスにおいて、重責感のため判断を医療者に一任することもあるなど、戸惑いや不安が大きいとされている<sup>8~12)</sup>。

看護師は実践の場面において様々な臨床判断を行っている<sup>13)</sup>。P. Bennerが看護師のエキスペリエンスの臨床判断能力を理論化して以来、日本でも近年いくつかの研究が行われている<sup>14~17)</sup>。P. Bennerは、「臨床判断は、確実なものではないがゆえに“判断”とみなされ、曖昧で判断しきれない、予測のつかない状況や、当然と思われる場面(予想)と明らかに違う場合には、思考と判断を働かせる必要がある」と述べている<sup>18)</sup>。しかし、臨床判断は広い概念であり、いまだ体系化されていないことがわかっている。佐藤の研究では、臨床判断に5つの構成要素を見出し、「5つの構成要素には明らかな関連があり、時間の流れの中で状況を把握し、判断し、その判断に基づき、行為を選択している明確なプロセスがある」と述べている<sup>14)</sup>。これらのプロセスは手がかり、推論、推論の検証、問題・課題を確定、看護行為、

1) 飯塚病院

効果評価へと流れていくが、誰もが同じように進められるのではなく、判断場面や経験年数などによって異なり、中堅看護師や熟練看護師ほど手がかかりや推論が多いとされている<sup>13)16)</sup>。超高齢者の終末期医療においても、看護師は臨床判断をする際、佐藤<sup>14)</sup>が述べている、手がかかりを見つけることから入ると考えられる。したがって、本研究の目的は、病院に勤務する看護師を対象として、超高齢者の終末期医療における家族の代理意思決定について、看護師がどのような手がかかりによって臨床判断を行っているかを明確にすることである。

## II 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

### 2. 本研究における用語の定義

#### 1) 臨床判断

Corcoran は「患者のデータ、臨床的な知識、状況に関する情報が考慮され認知的な熟考と直観的な過程によって患者ケアに決断を下すこと」と定義している<sup>17)</sup>。また、P. Benner は「看護師は 24 時間患者に寄り添い、患者の状態を把握し、日常生活に必要なケアを見出している。さらに、家族や医師との調整を図る中で成り行きを推測し、患者の家族に意図的な支援を行うまでの無意識な看護独自の臨床判断も行っている」と述べている<sup>18)</sup>。本研究では、これらの定義に準拠した上で、概念的定義として「看護師が何らかの手がかかりから、患者の家族に意図的な介入を開始するまでの思考過程」とする。

#### 2) 終末期医療

医師が終末期と判断した時期から看取りまで行うすべての医療行為を終末期医療という<sup>7)</sup>。

#### 3) 代理意思決定

本人が何らかの理由で意思決定できない場合、代理で意思決定を行うこと<sup>6)</sup>。

#### 4) 超高齢者

85 歳以上の高齢者<sup>3)</sup>

### 3. 研究対象

以下の 2 つの条件を満たし、協力が得られた看護師 3 名を研究対象とした。

#### 1) 超高齢者の終末期医療における家族の意思決定場面があると考えられる急性期病院の一般病棟で

働いている看護師

#### 2) 看護師経験 5 年以上の臨床経験がある者

先行研究から臨床判断と経験年数では経験 3 年以上で臨床判断の発展があり、経験 5 年以上で看護の看護観や倫理観が明確になるとあり、手がかかりや判断が明確になると考え対象を 5 年目以上とした<sup>19)20)</sup>。

## 4. データ収集の方法

### 1) データの収集方法

協力が得られた対象者に、日時の調整を行い、プライバシーが確保できる一室で、研究目的の理解を確認し、研究者が作成したインタビューガイドに沿って半構成的面接を行った。インタビューガイドには、超高齢者の終末期医療で、印象に残った場面や事例について思い浮かべて貰い、家族の代理意思決定に関して家族支援をしようと思ったきっかけや、判断した結果が患者や家族に影響を与えたか否か、臨床判断には過去の経験が関連しているかなど設定し質問した。また、面接内容は会話の整合性を保ち有効なデータとするために対象者から同意を得て面接内容を録音し逐語録を作成した。

### 2) データ収集期間：2013 年 11 月 12 日～2014 年 5 月 14 日

### 3) データ分析方法

分析は、質的統合法 (KJ 法) を用いた。質的統合法 (KJ 法) は、KJ 法創案者である川喜田によって発案され、その後、山浦が長年の KJ 法の実践・指導を通して独自に探究した手法である<sup>21)</sup>。本研究では、超高齢者の終末期医療における家族の意思決定において看護師がどのような臨床判断を行っているのか、実際に経験した場面を思い浮かべて貰った。看護師の複雑な語りの中から、混沌として一言で表現しにくい臨床判断を抽出可能であること、グループ編成のプロセスすべてを第 3 者が辿ることが可能であることを理由に質的統合法 (KJ 法) を選択した。今回の研究では、対象者ごとの個別分析を行った。具体的な分析手順は以下のとおりである。

#### (1) 単位化とラベル作成

逐語録より、対象者の臨床判断を広く取り出し、一つの意味ごとに区切り、それを抽象化しすぎないように、対象者自身が使っている言葉をできるだけ残して要約し、100～300 字程度に単位化し、1 枚のラベル中に 1 つの単位が入るようラベル作成した。ただし、具体的な事例の背景をとらえるために文字

数が多くなったラベルもあった。

#### (2) グループ編成と表札付け

ラベルのすべてに目が行き渡るようにラベルを一面に広げ、ラベルの文章全体で訴える意味の類似性に着目してラベルを2~4枚集め、似た意味のラベルごとにグループ編成した。そして、各々のグループの意味を表すような一文を考え、表札として記述した。このグループ編成のプロセスを1段階とし、表札を付けたラベルで同じ作業を行い、段階があがるごとに集める際の類似性の距離感、抽象度を上げ、ラベルの枚数が減っていく作業を繰り返し行った。最終的に類似するものがなくなるまで作業を行った。

#### (3) データの構造化 (空間配置図作成)

ラベルの関係性に着目し、最終ラベル間の論理的関係を発見する作業 (空間配置) を行った。

#### (4) シンボルマーク付け

構造 (空間配置) において、各最終ラベルの性質を抽象的に表す【シンボルマーク】を付けた。

#### (5) 構造の叙述

浮かび上がった構造図 (空間配置図) を読み取り、論理的なストーリーとして要約し、各対象者の構造結果として記した。

### 5. 本研究における確実性と信憑性

本研究において確実性を確保するために、逐語録からなるべく語られた表現のまま一枚のラベルとした。グループ編成を繰り返して段階を上げるごとにラベルの距離感、抽象度を上げていくという分析過程を踏んだことで、データの成立過程やテキストの解釈を明確にした。また、本研究ではピア・ディブリーフィングを行った。2名の看護学研究者から定期的にテキスト解釈 (ラベル集め・表札作成) の問題点を指摘してもらうなど実際に分析経験のある者にスーパーバイズを受けることで信憑性を確保した。指導者は質的統合法 (KJ法) 指導者研修を受講、研究者は質的統合法 (KJ法) の基礎研修を受講しているものである。

### 6. 倫理的配慮

研究協力者に研究目的、意義、方法、協力の任意性、中断の自由性、不利益が生じないこと、守秘義務、個人情報の厳守について文書と口頭で説明し、同意を得、同意書に署名を得たうえで面接を実施した。個人情報が記載されているデータは特定されな

いように匿名化を行い、記録媒体と共に鍵のかかる場所で厳重に保管した。面接内容を含めてすべてのデータは本研究以外には使用せず、研究終了後に破棄した。本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会において倫理審査を受け、承認を得た (承認番号: 13-6)。

## III 結果

### 1. 対象者の概要

対象者は3名で個人の属性は (表1) に示す。3名とも女性で、年齢は30歳代~50歳代で看護師経験は9年から28年であった。

表1 研究対象者の属性と面接時間

ケース	年代	看護師経験年数	経験施設	面接時間
A	30代	9年	急性期病院	64分
B	50代	28年	急性期病院 慢性期病院	45分
C	40代	26年	急性期病院 訪問看護ステーション	40分

### 2. 個別分析結果

#### 1) 看護師Aについて

30歳代中堅看護師、急性期病院に勤めている。看護師経験は9年である。インタビュー時間は64分で、逐語録より46枚 (001~046とする) ラベルを作成した。グループ編成 (前述、データ分析方法参照) して11枚の1段目ラベル (A001~A011) となった。残り24枚は、元ラベルのまま1段目11枚と合わせて35枚のラベルで2段目のグループ編成を行った。同様に2段目のラベル (B001~B005)、3段目ラベル (C001~C008)、4段目ラベル (D001~D006)、5段目ラベル (E001~005) とグループ編集を行った。ラベル番号は段階が上がるごとに、「A00X」「B00X」「C00X」と表示し、残っていたラベルは元の番号のままグループ編成に使用し、どの段階で集められたかが常に検証できるようにした。ケースAでは5枚の最終ラベルとし、シンボルマークは5つとなった。シンボルマークは【 】で示し、斜体は元データを示す。ラベルの一つを例に抜粋した。

#### 【超高齢者把握は多側面からのすり合わせ：認知症の感情表出・家族の知る人格・終末期の心情】

042 認知症が出ている人の思いをこう汲み取るのって、難しいじゃないですか、そこをやっぱり私達は専門職として、理解できるはずだと思っている、



家族が本当はこういう人です、もともとこういう人だったのでっていう情報を持っているので、上手くすりあわせながら、その人を理解したいなっていうのはありますね。

045 看護師のまあ本人や家族に与える影響は、24時間過ごしている中で大きいのではないかっていうふうに凄く思って、特にその認知力の低下した高齢者の思いを汲み取り間違いすると、とんでもない方向に家族の意志だけでとか、医療者のことだけでとかなるのも怖いですよええ、難しいですよえ。

002 祖父が認知症になって、病院でもお世話になって、入院中もせん妄も出たのですが、その時にその周りのスタッフが、関わり方が変わるだけで祖父の反応もだいぶ違ったので、やっぱり看護師の関わりって大きくなっていったのがあった。

2) 看護師 A の空間配置図

5 枚の最終ラベル同士の関係を分析した結果以下の点が見いだされた。太字はシンボルマークを示す。(図 1)

3) 看護師 A におけるストーリー

図 1 から読み取れる内容をストーリー化した結果

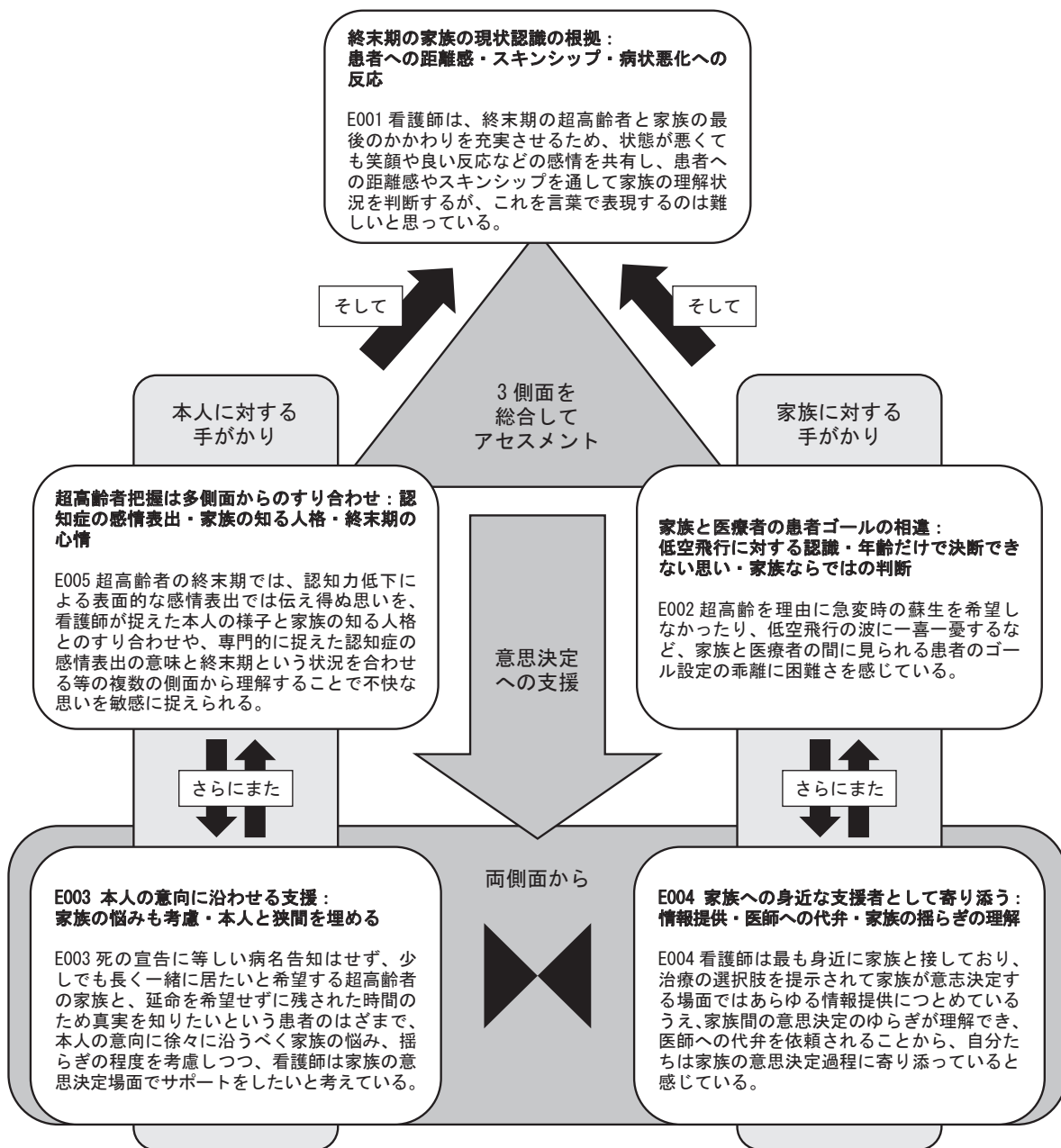


図 1 看護師 A の空間配置図

は下記の通りである。《 》は最終ラベルを示す。

看護師は、《[E005] 超高齢者の終末期では、認知力低下による表面的な感情表出では伝え得ぬ思いを、看護師が捉えた本人の様子と家族の知る人格とのすり合わせや、専門的に捉えた認知症の感情表出の意味と終末期という状況を合わせる等の複数の側面から理解することで不快な思いを敏感に捉えられる。》そして《[E001] 看護師は、終末期の超高齢者と家族の最期のかかわりを充実させるため、状態が悪くても、笑顔や良い反応などの感情を共有し、患者への距離感やスキンシップを通して家族の理解状況を判断するが、これを言葉で表現するのは難しいと思っている。》また、終末期の超高齢者と家族の最期のかかわりを充実させようとする中で、《[E002] 超高齢を理由に急変時の蘇生を希望しない、低空飛行の波に一喜一憂するなど、家族と医療者の間に見られる患者のゴール設定の乖離に困難さを感じている。》さらに《[E003] 死の宣告に等しい病名告知はせず、少しでも長く一緒にいたいと希望する超高齢者の家族と、延命を希望せずに残された時間の為真実を知りたいという患者の間で、本人の意向に徐々に沿うべく家族の悩み、揺らぎの程度を考慮しつつ、看護師は家族の意思決定場面でサポートをしたいと考えている。》や、《[E004] 看護師は最も身近に家族と接しており、治療の選択肢を提示されて家族が意思決定する場面ではあらゆる情報提供につとめているうえ、家族間の意思決定のゆらぎが理解でき、医師への代弁を依頼されることから、自分たちは家族の意思決定過程に寄り添っていると感じている。》空間配置図を作成した結果から、看護師Aは、3側面を総合してアセスメントし、本人に対する手がかり、家族に対する手がかりの両側面から臨床判断を行っていることが明らかになった。さらに、臨床判断から意思決定への支援を行っている具体的な内容も明確になった。

#### 4) 看護師Bについて

インタビュー時間は45分で逐語録より47枚(001~047とする)ラベルを作成し、グループ編成して5段階で6枚の最終ラベルとした。ラベル同士の関係を示す空間配置図を作成した。(図2)

#### 5) 看護師Bの空間配置図

6枚の最終ラベルを分析した結果、以下の点が見出された。太字はシンボルマークを示す。(図2)

#### 6) 看護師Bにおけるストーリー

図2から読み取れる内容をストーリー化した結果は下記の通りである。《 》は最終ラベルを示す。

《[E004] 看護師は、家族との日常会話の中で、人となりをとらえ、介入や意思決定への判断を無意識に直感的におこなっているが、思いを聞き出しても介入できない場合もあり、スタッフ間で情報を共有しながらかかわっていた。》関わりの経験の中で、《[E005] 家族は、一旦意思決定したことへの葛藤・後悔・迷いがあるため超高齢者は最初のかかわりから死へ向けてどう考えるかの意識的な関わりを大切に、家族の年齢だけで判断できない思いに配慮していた。》そして《[E002] 超高齢者の急変時には、医師が説明し意思決定を家族へ依頼するため急性期治療や人工呼吸器の有無・胃瘻造設・点滴より残された時間を大切にする場面ごとの関わりが必要であり、判断は無意識で医師とのバランスを考え明確に問題がある際は意図して介入を行っている。》そのために、日々の会話から、《[D001] 超高齢者の臨終期では家族は死の瞬間に間に合わない事に対して自責の念があることを理解し、それだけが大切なことではないこと、超高齢者本人の命の火が消えるタイミングで静かに亡くなったことを伝えるようにしている。》そして、《[E003] 超高齢者は、認知機能の低下から、家族が意思決定する機会が多いが、入退院を繰り返す経過の中で、看護師は時間の流れと共に本人の意思確認や家族間の調整を行う介入を行っていた。》これらの、《[E001] 臨床判断は、看護師が無意識にやっていることであるが、経験を重ねる中で家族が最期を満足して受け入れるケアを体験したことや家族と信頼関係を築いた経験が判断の根底にあり、その前提となっているのは看護観である。》看護観を基盤として意図的に判断されるように変化していることが明らかになった。

#### 7) 看護師Cについて

インタビュー時間は40分であり、逐語録より26枚(001~026とする)ラベルを作成し、グループ編成して5段階で6枚の最終ラベルとし、ラベル同士の関係を示す空間配置図を作成した。(図3)

#### 8) 看護師Cの空間配置図

6枚の最終ラベルを分析した結果、以下の点が見出された。太字はシンボルマークを示す。(図3)

#### 9) 看護師Cにおけるストーリー

図3から読み取れる内容をストーリー化した結果

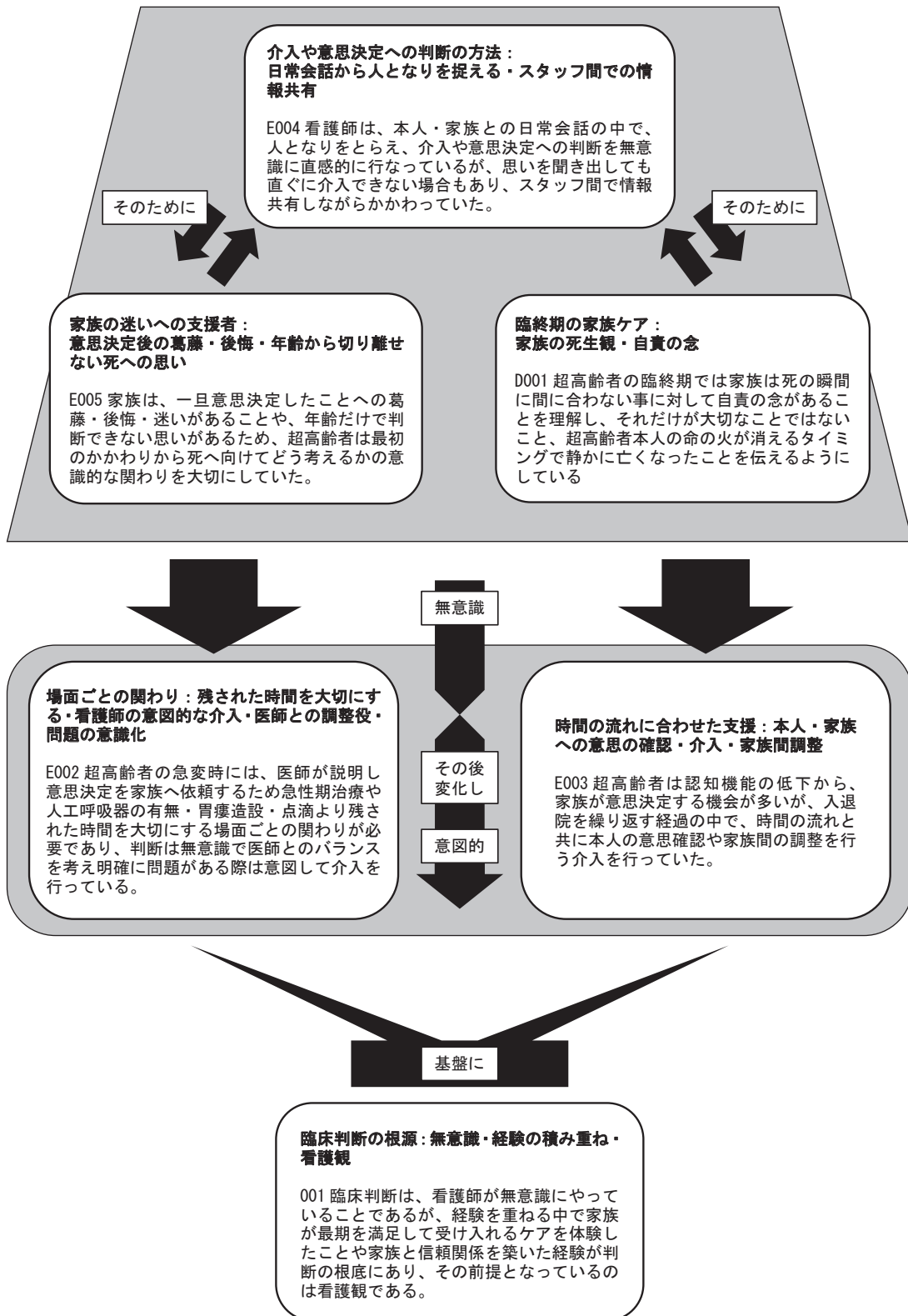


図2 看護師Bの空間配置図

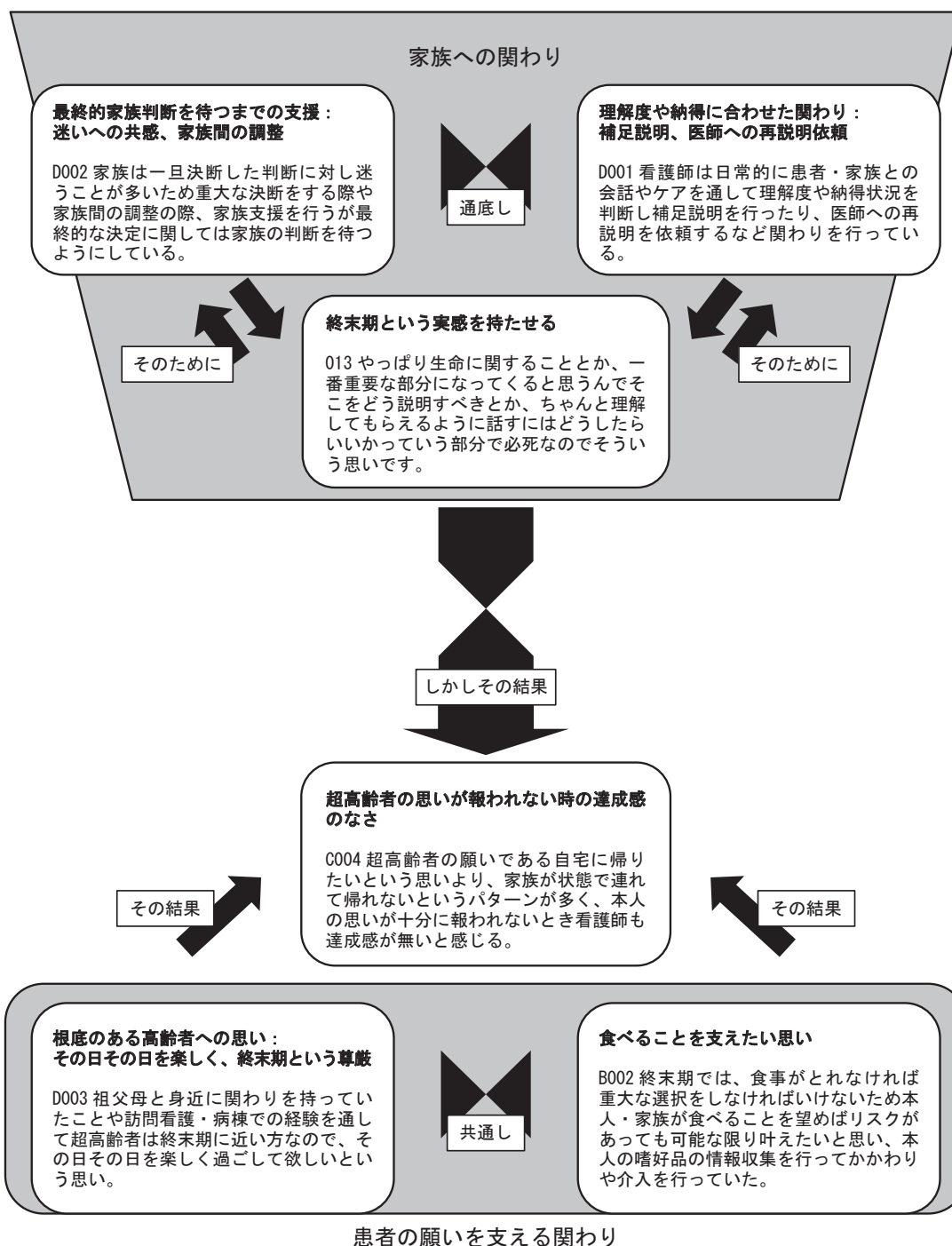


図3 看護師Cの空間配置図

は下記の通りである。《 》は最終ラベルを示す。

超高齢者の終末期で大切にしているため《[013] やっぱり生命に関することとか、一番重要な部分になってくと思うんでそこをどう説明すべきとか、ちゃんと理解してもらえるように話すにはどうしたらいいかっていう部分で必死なのでそういう思いです。》その為に、《[D002] 家族は一旦決断した判断

に対し迷うことが多いため重大な決断をする際や家族間の調整の際、家族支援を行うが最終的な決定に関しては家族の判断をまつようにしている。》通底し、《[D001] 看護師は日常的に患者・家族との会話やケアを通して理解度や納得状況を判断し補足説明を行う、医師への再説明を依頼するなど関わりを行っている。》自己の経験《[D003] 祖父母と身近に関わ



りを持っていたことや訪問看護・病棟での経験を通して超高齢者は終末期に近い方なので、その日その日を楽しく過ごして欲しいという思い。》から、共通し《[B002] 終末期では、食事がとれなければ重大な選択をしなければいけないため本人・家族が食べることを望めばリスクがあっても可能な限り叶えたいと思い、本人の嗜好品の情報収集を行ってかわりや介入を行っていた。》しかし、《[C004] 超高齢者の願いである自宅に帰りたいという思いより、家族が状態で連れて帰れないというパターンが多く、本人の思いが十分に報われないとき看護師も達成感が無いと感じる。》ことが明らかとなった。

#### IV 考察

本研究では、佐藤<sup>14)</sup>の臨床判断のプロセスと同様、超高齢者の終末期医療における家族の代理意思決定の場面でも看護師の何らかの手がかりによって臨床判断を行っているということが示唆された。質的統合法（KJ法）で看護師がどのような手がかりによって臨床判断したのか分析を行ったが、個人分析のみにとどまったため、本研究では事例毎に考察する。

##### 1. 看護師Aの臨床判断

超高齢者の終末期医療では、様々な論点が挙げられているが、超高齢者本人の意向を尊重していくことが最優先されるべきと述べられている<sup>3)4)5)6)22)</sup>。看護師Aは、超高齢者の終末期医療では超高齢者本人の意向を尊重するための手がかりとして、多側面から情報を集め、看護師として専門的に捉えた感情表出の意味や、終末期であるという複数の状況を理解しつつ臨床判断を行っていることが明らかになった。つまり、看護師Aは専門職として超高齢者が加齢とともに身体的精神的な機能低下をきたし、認知症や認知症と診断されていなくても自分の意思を伝えることが困難になる超高齢者の特徴を認識し、関わっていると考えられる。また、看護師Aは、超高齢者と家族の最期のかかわりを充実させる事を大切にしており、患者・家族に寄り添うことや、超高齢者が医学的には悪い状態であっても、一時的に良い状態が現れた時は感情を家族と共有するなど、家族の意思決定への具体的な支援者となっていることも本研究で明確となった。その人らしく生きるための意思決定をしていくためには、病状や治療に関する情報を正しく理解する必要がある、その上で、患者や家

族の病状の認識を確認し、難しい医療用語に困惑している場合には理解できるようわかりやすく説明しサポートすることが必要であると考ええる。さらに、看護師Aは、超高齢者本人に対する手がかりを捉えている一方で、家族に対しても同様に様々な手がかりを捉えていることが明らかになった。水川<sup>5)</sup>は、高齢者の終末期医療についての調査で、本人・家族と医療者間で終末期の状態や医療行為等について捉え方に大きな違いがあるという結果を示しているが、本研究で終末期のゴール設定や家族・医療者間の終末期医療に対する捉え方に対する乖離という具体的な相違点が看護師の言葉によって表出され、先行研究の裏付けとなったと考える。看護師が家族の代理意思決定への支援者となるには、患者や家族を理解するためのコミュニケーション能力を身につけ、患者や家族にとって納得のいく意思決定ができるように、共に考え、揺れ動く思いに寄り添い、支えていく姿勢が求められていることが明確になった。これは、超高齢者が人生の終末期をどのように考えるかについて、根底にある共通した「周囲の人に出来るだけ迷惑をかけずに過ごしたいという強い気持ち」<sup>23)</sup>があることや、代理意思決定する家族の揺らぎや迷い、戸惑いがあるという先行研究<sup>9)</sup>の結果を示唆するものであった。本人に代わって命の長さを決めるような難しい判断をしなければならない家族の心理的葛藤は計り知れない。したがって、その気持ちを理解し、寄り添いながら患者本人の立場で考えられるよう支援する姿勢が重要であると考ええる。

##### 2. 看護師Bの臨床判断

看護師Bは、超高齢者の終末期医療では、最初のかかわりから本人や家族が死へ向けてどう考えているかということを超高齢者本人・家族との日常会話を通じて手がかりとし、超高齢者の人格を把握し介入や意思決定への臨床判断を無意識におこなっているということが明らかとなった。このことは、P. Bennerの「看護師は24時間患者に寄り添い、患者の状態を把握し、日常生活に必要なケアを見出している。さらに、家族や医師との調整を図る中で成り行きを推測し、患者の家族に意図的な支援を行うまでの無意識な看護独自の臨床判断も行っている」<sup>18)</sup>という記述に一致するものであった。看護師Bは、超高齢者の臨終期において、家族が抱く死の瞬間に間に合わない事に対しての自責の念を汲み取り、それ

だけが大切なことではなく、それまでの家族とのかわりの時間や思い出も大切であること、超高齢者本人の命の火が消えるタイミングで静かに亡くなったことを伝えるようにするなど臨床判断から家族支援の状況も明らかとなった。水川の高齢者の終末期医療に関するアンケート調査<sup>5)</sup>で、「家族の付添い」について質問しているが、看護師では半数を超えて重要であると支持しているのに対し、家族ではわずか12%と少なく、看護師Bは、家族の付添いを重要視せず、死に際に間に合わないことへの自責の念などについて理解を示し、本人・家族それぞれの価値観や考え方を丹念に推し測った上で臨床判断を行っている様子が浮き彫りとなったことで、それぞれの家族により歩んできた文化や歴史によって価値観や考え方が異なることを認識しておく必要性を理解できた。これらの臨床判断は看護師Bが無意識に行っていることが明らかになった。看護師Bは、家族が最期を満足して受け入れる体験を共有したこと、家族と信頼関係を築いた経験を重ねる中で、家族は一旦意思決定したことへの葛藤、後悔、迷いがあることを理解した。その中で、看護観が確実なものとなり、その看護観を基盤として意図的に支援していくことができるよう変化していた。P. Bennerは「看護師はそれぞれに独自の過去の体験や知的意欲、心構えを持ってある臨床状況の学習に立ち向かう。この個人的知識と臨床状況によって生じる交流により、看護師は意思決定し、とる行動を決めるのである。だからこそ、臨床看護の分野では、この個人的知識と臨床交流の手本を作るために達人看護師が必要である」と述べている<sup>23)</sup>。超高齢者の終末期医療で、ケアを提供する看護師には老いの経験はなく、想像でケアを提供せざるを得ない場面もある。このような達人看護師の例を共有することは、今後経験の浅い看護師にとって知識を発展する機会になると考える。

### 3. 看護師Cの臨床判断

看護師Cは、超高齢者の終末期では生命そのものを大切にし、患者にその日その日を楽しく暮らして欲しいという願いや食べることを最期まで支えたいという思いがあるという結果から、現在のQOLやQODを大切にしていることが明らかになった。看護師Cは、身近な祖父母の入退院の経験、日常の関わりや訪問看護師の経験を通して、食事がとれなければ超高齢者が重大な選択を強いられ、本人の意向に沿わ

ない場合があることに鑑み、叶えたいと思い、本人の食べたいという思いを手がかりにして臨床判断を行い、医師へ情報提供しリスクがあっても可能な限り叶えられるような介入を行っていた。これは、単に経管栄養を希望するか否かといった問題ではなく、「食」を考えることで、超高齢者が最期までどのように生きたいかという願いの表出をしているからと捉えている。また、人生の最期を迎える場所として、自宅を希望する者が少なくないが、実際には叶わない現状が明らかとなっている。日本の高齢者が最期を迎える場所は、昭和50年代以降医療機関が自宅を上回るようになり、今では医療機関での死亡が全体の8割近くとなっている<sup>24)</sup>。看護師Cは、超高齢者の願いである自宅に帰りたいという思いを手がかりに、それが叶えられるよう家族へ介入したが、それが叶わなかった場合に看護師も達成感が無いと感じていた。自宅以外で迎える死が一般化したことにより、日本人は人の死や、死にゆく過程にゆっくり向き合う経験が少なくなった。それに伴い、日頃から自分の人生の終末の過ごし方や最期の迎え方などについて考えをめぐらし、また家族等の身近な人と話し合う機会も減少した。健康なうちから人々が生老病死について考えることができるような風土の醸成と、例えば生死に関する教育など命に関する情報の充実についても、具体的な議論が必要となっている。このように、重大な決断をする家族は一旦決断した判断に対し迷うことが多いため、様々な臨床判断を行い家族支援を実践していることが明らかになった。長江が「日常のケアを通じ患者・家族と身近に接する中で、患者の代弁者となり代理意思決定する家族を見守り支援する役割もある<sup>22)</sup>」と述べているように、看護師は役割を意識し介入を行っており、その必要性が示唆されたと考える。代理決定する家族には重責がかかる、意思決定は容易ではないため医療者に意思決定を一任することもある。このような家族の葛藤を理解し、その気持ちを語るができる場を作り、共に考える姿勢が看護師には大切であるということが理解できた。看護師はそのために日常的に患者・家族との会話やケアを手がかりとして理解度や納得状況を臨床判断し補足説明を行い、医師への再説明を依頼するなどの具体的な支援をする必要がある。このように、看護師には避けることのない超高齢者の死の尊厳を守り、残された家族にもよい余韻を残すようなケアや、納得のいく看取り

ができるよう支援することが求められている。そのためには、超高齢者の終末期医療で共に考える姿勢が特に重要であり、患者や家族の意向を十分に汲み取り、様々な手がかりによって臨床判断する必要があると考える。

これは、今後さらに増加する超高齢者の人生の終焉の場面において、その人らしく生きることを支援するための看護の基礎資料となると考える。

## V 結論

超高齢者の終末期医療で家族が代理意思決定する際、看護師が手がかりとしていることには、超高齢者が意思を表明出来る時期に「延命治療を望まない」との意思を示していたと認識していたことや、口から食べたい思いなどがあることが示された。看護師は、超高齢による認知機能低下の為、本人の代弁者となって本人の尊厳を守ること、支援することを大切にしようとして、手がかりをみつけ、本人、家族という複数の側面から臨床判断を行っていることが明確となった。また、徐々に変化する患者に対する家族の距離間やスキンシップを手がかりに患者の状況や家族の理解状況を臨床判断し、医師との調整役を行っていた。超高齢者の加齢に伴う認知機能の低下などの特徴を認識し、本人や家族と日常関わる中で臨床判断に役立つ手がかりを得て、看護師は超高齢者の家族の代理意思決定場面で、無意識に手がかりを得ているのが通常であるが、この研究でこれを形式知化することもできた。

## 研究の限界と今後の課題

本研究では、対象となった看護師が3名と少なく、それぞれの年齢も経験年数も大きく異なっており、あくまでも個別分析による限られた範囲の結果である点は否めない。しかし、3事例であっても分析プロセスのなかから共通点があることを実感しており、今後、総合分析を行うことで質的探索的研究となり得るものと考えられる。また、今後は対象者を増やしてさらに超高齢者の終末期医療における家族の代理意思決定に対する看護師の臨床判断の構造を詳細に明らかにしていくことが課題である。

## 謝辞

本研究を進めるに当たり、研究の主旨をご理解下さり快く研究への参加を承諾し、ご協力下さった対

象の看護師の皆様により感謝申し上げます。また、加齢と看護領域の研究指導教員の小林裕美教授と研究指導補助教員の姫野稔子教授には、研究計画書の作成から論文作成に至るまで、丁寧に一貫したご指導を頂き、多様な視点で全体から細部に及んでご指摘とご助言を頂き、御礼申し上げますとともに、心より感謝申し上げます。本研究は、平成26年度日本赤十字九州国際看護大学の修士論文の一部に加筆修正したものである。

(受付 2015. 7. 21 採用 2015. 12. 17)

## 文献

- 1) “平成24年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況.” 平成25年版 高齢社会白書. 内閣府. [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf_index.html), (参照 2014-12-30).
- 2) 高齢社会対策の基本的在り方等に関する検討会報告書. 尊厳ある自立と支え合いを目指して. 内閣府. 2012. [http://www8.cao.go.jp/kourei/kihon-kentoukai/k\\_5/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/kourei/kihon-kentoukai/k_5/pdf/s1.pdf), (参照 2014-12-30).
- 3) “超高齢者研究.” 慶應義塾大学医学部 老年内科. <http://keio-med.jp/rounen/research/cat3/>, (参照 2014-12-30).
- 4) 百瀬由美子：病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア. 日本老年医学会雑誌, 48(3) : 227-234, 2011.
- 5) 水川真二郎：患者、家族および医療従事者に対する「高齢者の終末期医療」についての意識調査. 日本老年医学会雑誌, 45(1) : 50-58, 2008.
- 6) 服部俊子：コミュニケーションプロセスとしての代理意思決定. 太成学院大学紀要, 14 : 215-226, 2012.
- 7) “終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインについて.” 厚生労働省. 2007. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>, (参照 2013-04-16).
- 8) 桑田美代子：高齢患者へのかかわり方ワンポイントアドバイス：総論 高齢患者へのかかわり方の基本. ナーシングトゥデイ, 27(2) : 10-17, 2012.
- 9) 近藤まゆみ：患者と家族の意思決定における看



- 護職の役割. 医学哲学医学倫理, 56(26):96-100, 2008.
- 10) 大西香代子: 家族への支援—意思表示能力の見極めから意思決定支援まで—. 看護, 59(2):54-57, 2007.
- 11) 石垣靖子: 意思表示ができない患者の治療方針の決定をめぐる. 看護, 59(2):40-41, 2007.
- 12) 松井美帆: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインと看護師のホスピス・緩和ケアの知識・実践の現況. 生命倫理, 19(1):106-111, 2009.
- 13) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究—臨床判断の要素および熟練度の特徴—. 日本職業・災害医学会会誌, 53(4):213-219, 2005.
- 14) 佐藤紀子: 看護婦の臨床判断の「構成要素と段階」と院内教育への提言. 看護, 41(4):127-143, 1989.
- 15) 浅原久恵, 中村美知子: 臨床看護師の臨床判断能力の特徴—外科系看護師と内科系看護師の比較—. 山梨大学看護学会誌, 8(1):29-36, 2009.
- 16) 藤内美保, 宮腰由紀子, 安東和代: 新人看護師の臨床判断プロセスの概念化—健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断—. 日本看護研究学会雑誌, 31(5):29-37, 2008.
- 17) Corcoran, S. A.: 看護教育における教育方法 Clinical Judgement はどのように育てられるか 看護における Clinical Judgement の基本的概念. 看護研究, 23(4):351-360, 1990.
- 18) Benner, P. E., Hooper-Kyriakidis, P. L., Stannard, D.: *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. 1999, 阿部恭子, 井上智子訳: ベナー看護ケアの臨床知: 行動しつつ考えること. 36-37, 東京, 医学書院, 2005.
- 19) 西田文子, 中村美知子, 石川操, 他: 臨床看護婦(士)の道徳的感性の特徴—施設と経験年数による比較—. 山梨医科大学紀要, 18:77-82, 2001.
- 20) 尾形裕子: 状況の把握に焦点をあてた臨床判断のパターン—経験3年以上の看護師における臨床判断の特徴—. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 8(1):11-20, 2012.
- 21) 山浦晴男: 質的統合法入門: 考え方と手順. 東京, 医学書院, 2012.
- 22) 長江弘子: 看護実践にいかす エンド・オブ・ライフケア. 25-26, 東京, 日本看護協会出版会, 2014.
- 23) Benner, P. E.: *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. 1984, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子, 他訳: ベナー看護論: 初心者から達人へ. 新訳版. 8, 東京, 医学書院, 2005.
- 24) 袖井孝子: 高齢者の終末期ケア—QOLからQODへ—生活福祉研究, 80:21-30, 2012.



## Original Article

### **Clinical decision making of nurses in support of a family member with power of attorney in palliative care for the extremely aged**

Mari YANO, RN, MSN<sup>1)</sup>

This study is aimed at revealing how nurses make clinical decisions as they interact with family members with Power of Attorney who are involved in the palliative care of extremely old patients. I interviewed three registered nurses and analyzed the results with Qualitative Synthesis method (KJ method). The analysis revealed Nurse was focusing on the feelings of the very old patients, which are difficult to comprehend by mere superficial expression. She was found to be interpreting the expressions of dementia professionally and analyzing what they really mean in the contexts of terminal care. Nurse was probing the understanding level of the family members by assessing the distance between them and the patients in order to coordinate communication with physicians. Nurse was capturing the old patients' desire to eat well, to go home, and to make decisions enabling them to relate these feelings to the physicians. These findings suggest that it is empirical to understand the fact that very old patients tend to become clumsy in expressing themselves as they physically and mentally deteriorate with aging even if they are not yet diagnosed as technically demented. It was obvious that nurses have been making subconscious clinical decision by recognizing this feature and coordinating the communications between family members and physicians. This study also revealed that nurses are picking up the clues to assist the patients by fully understanding what they or their family members wish; and this can only be achieved by always honoring the dignity of death of the very old patients as well as providing the care that will be remembered by the loved ones.

**Key words: extremely aged, palliative care, power of attorney, clinical decision making**

---

1) Iizuka Hospital