

[研究報告]

クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験と 家族支援の相互関連モデル —メタスタディ法を用いて—

柳原 清子¹⁾ 小山桜利奈²⁾ 熊谷 理恵¹⁾ 今井 美佳³⁾ 園川 雄二⁴⁾ 藤村 望⁵⁾

要 旨

目的：クリティカルケア領域での質的研究論文から、代理意思決定を行う家族体験と看護支援の、相互関連をモデル化してとらえる。

方法：選定した家族体験の6論文と家族支援の6文献を一次資料とし、メタスタディ法で相互関連のモデル図を作成する。

結果：クリティカルケア領域の家族体験は5カテゴリ、家族支援は6カテゴリが抽出された。「相互関連モデル」からは、家族は【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】中で、【本人の生きる意味と意思を付度し、決断の是非を問い続ける】をしながら代理意思決定をする。看護師は【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる】をし、【決断の揺らぎを受け止め、患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする】をなしつつ、【家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるように調整する】を行っていた。

考察：「相互関連モデル」に表れたのは、倫理的側面をもつ【本人の生きる意味と意思を付度】という①家族の問い続ける連続性の姿勢であり、看護師の【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取り】の、②会話を重ねるという相互作用、【家族の背景や今後の人生を考えて調整する】の③家族間で意見をまとめられるように相互作用を生み出す、であった。総じてクリティカルケア領域の家族看護は、円環的相互作用での動きを伴った家族支援が重要であることが明らかとなった。

キーワードズ：クリティカルケア、家族支援、代理意思決定、メタスタディ

1. はじめに

クリティカルケア領域の家族支援において、従来より代理意思決定を行う家族の混乱や困惑（峠, 2008；宇都宮, 2019）、また医療者の家族支援の困難性（長田, 入江, 多川, 2018；立野, 2014）は、指摘されてきている。加えて近年のコロナ禍の面会制限では、倫理問題も含めた代理意思決定の問題、家

族-医療者間のコミュニケーション不足からの軋轢が問題となっている。（谷田, 2021；李, 2021）

こうした中で2022年4月、厚生労働省は集中治療領域において、「入院時重症患者対応メディエーター」を配置しての支援体制強化をはかった（厚生労働省, 2022）。このメディエーターとは、集中治療領域の患者およびその家族等に対して、治療方針・内容等の理解および意向の表明を支援する専任の担当者である。言い換えれば、集中治療領域に専従のメディエーターが必要なほどに、クリティカルケア領域での患者・家族と医療者のコンフリクト（葛藤）や倫理的問題が発生している現状がある。

1) 長野県看護大学

2) 信州大学病院

3) 佐久医療センター

4) 東海大学医学部附属病院

5) 船橋市立医療センター

クリティカルケア領域の重症患者は生命の危機状況にあり、意思伝達や判断が困難な場合が多く、それゆえ家族は代理意思決定を行わなければならない。近年は人生の最終段階における医療について意思表示の書面を作成することが推奨され、そのことに賛成している人であっても、実際に書面を作成している人は約8%と少なく（厚生労働省, 2018）、家族は患者の意思がわからない状況で患者の生命に関わる判断や決定をしなければならない。これらのことから、家族の代理意思決定が大きな負担となっていることは十分予測される。

また看護師は、代理意思決定についての知識・技術が不足している中で家族員にどのように関わっていいか悩む、や、家族員の意思が反映されているのか決定までの経緯がわからず悩む、などの困難性が明らかとなっており（上澤, 中村, 2013）、その上で看護師の意思決定支援や看護実践も報告されている（犬飼, 渡邊, 2021；竹内, 杉崎, 2020；藤波, 森, 桑原, 2018；石塚, 井上, 2015；吉田, 中村, 2014；山本, 2012）。

このようにクリティカルケア領域の代理意思決定を行った家族の困難な体験や看護師が行う家族支援についてのそれぞれは明らかとされているが、この家族および看護支援の2つの対象をミックスした調査は、同施設で両者に聞き取りを行った研究が1件あるのみで（石塚, 井上, 2015）、家族と看護支援が同時に観察され、家族のもつニーズと支援内容の一致度などの双方の視点からの研究は皆無である。

本研究は代理意思決定を行った家族および、その支援を行った看護師を対象とした質的研究の各々で得られた知見をまとめ、家族の体験と看護師が行う家族支援の相互関連をモデル化してとらえることを目的とした。このことによって、クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族に対する、より質の高い支援のあり方の一助となると考える。

II. 用語の定義

クリティカルケア領域：

本研究では救命救急センター、集中治療室における生命の危機状態にある患者を対象とした領域とする。

代理意思決定：

患者自らの意思表示が困難な場合に患者に代わって家族が治療に関わる方針の意思決定を行うこととする。

DNARの代理意思決定：

DNARは心肺蘇生法をおこなわないことであるが、本研究では終末期と判断される中での積極的な救命／延命治療を行わないこと、とする。

家族の体験：

家族が代理意思決定を行うなかで生じた認識や感情、行動を含む経験とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究はメタスタディの研究方法を用いた（paterson et al., 石垣, 他訳, 2010）。メタスタディは質的研究の理論、方法、知見についての分析と現象についての新しい考え方の洞察の統合とを含んだ研究手法と言われ、解釈的な質的研究アプローチである。複数の質的な一次研究から、メタデータ分析、メタ方法、メタ理論の3要素を含む分析を行い、研究者自身の解釈に基づく説明を構築したうえで（メタ統合）、ある現象についての理解を深めようとするものである。

本研究は、クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験に関する6つの研究論文と、看護師が行う家族支援に関する6つの研究論文をレビューしたものを一次資料とした。分析は各論文にあるコードを集約し、グループディスカッションを通してコーディングを行った。さらに家族看護のシステム理論をベースにした、「渡辺式」意思決定／合意形成支援モデル（以下、「渡辺式」意思決定支援モデル）（柳原, 澤田, 2022）を使って、家

族の体験と看護師が行う家族支援の相互関連モデルとしてとらえた。

この「渡辺式」意思決定支援モデルを、家族体験と看護師が行う家族支援の相互関連モデルを考える上で、ベースになるのではないかと仮定したのは、次の4つの特徴があるからである。①家族システム理論でのシステムズアプローチを基盤としており、家族システムと医療／在宅ケアシステムを同時に俯瞰して検討する。②複数メンバーから構成される「家族」を、動き変化するものであること、つまり家族メンバーは文脈を持ち、相互作用しているものとして理解する。③家族の内部および患者・家族と医療／在宅ケアシステムは相互に影響しあっており、そこで起きている／起きる可能性のある葛藤は、相互作用の悪循環として現れる。④個人の葛藤または行動の問題は、取り巻くシステムの問題の反映と考え、システムを変化させる（＝悪循環を変更する）ことにより解決をはかる、というものである。つまり「渡辺式」意思決定支援モデルのもつ「円環的・相互作用論思考」を活用することにした。

2. 対象となる文献の選定

国内文献は医学中央雑誌Web版を用いた。キーワードは、「クリティカルケア」、「救急」、「集中治療」、「代理意思決定」とした。文献検索は、「クリティカルケア and 代理意思決定」、「救急 and 代理意思決定」、「集中治療 and 代理意思決定」をorで掛け合わせて実施した。文献の発行年数は限定せず、条件は「原著論文」「会議録を除く」とした。

国外文献はCINAHLおよびMEDLINEを用いた。キーワードは、国内文献検索と同様に「critical care」、「emergency」、「intensive care」、「surrogate decision making」をキーワードとし、「critical care and surrogate decision making」、「emergency and surrogate decision making」、「intensive care and surrogate decision making」をorで掛け合わせた。英語論文を条件とし、文献の発行年数は限定しなかった。

国内文献および国外文献共に文献のタイトルと抄

録から、重複文献、クリティカルケア領域ではない文献、小児患者家族の代理意思決定についての研究は除外した。また、家族を対象としクリティカルケア領域において代理意思決定を行った家族の体験が明らかとなっている研究、または看護師を対象としクリティカルケア領域における代理意思決定支援の内容が明らかとなっている文献を採択基準とした。

国外文献は330件が該当した。このうち、救急医のインフォームド・コンセントに焦点があてられた文献や、認知症患者や小児患者の代理意思決定が多く、採択基準を満たす文献は7件にとどまった。抽出した国外文献7件のうち、代理意思決定をした家族の体験および看護師が行った意思決定支援の関連性に焦点化した文献はなかった。

家族の代理意思決定は、文化的要因、各国の医療体制などの外的要因に大きな影響を受けることが推察できたため、本研究では、国内における家族の代理意思決定体験および看護師による意思決定支援に焦点化し、国内文献のみを分析対象とした。

3. 分析方法

選定した一次論文から、データの統合とコーディングを行った。まず、①クリティカルケア領域において代理意思決定を行った家族の体験、看護師が家族に対して行った代理意思決定支援について記されているコードをデータとして抽出した。次に、②内容が類似しているデータをまとめてコードとした。③コードを抽象化して分類したものをサブカテゴリ、カテゴリとした。④「渡辺式」意思決定支援モデルを使って、家族の体験と看護師が行う家族支援の双方のカテゴリを使って、相互関連モデルの図を作成した。分析の際には、クリティカルケア領域の家族支援専門看護師など複数の研究者間で意見を交わし推敲を重ねた。また、一次研究論文の知見は、一次研究者自身の理解と解釈に基づいて研究知見が構築されたことを意識しつつコーディングを行い、メタ統合者は、一次研究者の構築したものに関するメタ統合者自身の解釈に基づく説明を構築し、相互関連モデル作成を試みた。

4. 倫理的配慮

引用文献の出典を明記し、文献の著作権を遵守し文献検討を実施する。

IV. 結果

1. クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験

<文献の概要>

検索した結果53文献が該当し、そのうちクリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験に関する論文は2006~2020年に出版された和文献合計6文献であった。(表1)それぞれの文献

の分析方法は、事例-コード・マトリックスを参考に分析したものが1文献、Berelsonの内容分析を参考に分析したものが1文献、質的記述的研究のものが3文献、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに準じて分析したものが1文献であった。

<データの統合とカテゴリ化>

クリティカルケア領域において代理意思決定を行った家族の体験した内容について6文献からは、184のデータが抽出され、43のコード、11のサブカテゴリ、5のカテゴリが導き出された(表2)。以下、カテゴリの命名ごとにクリティカルケア領域において代理意思決定を行った家族の体験の内容を結果として記述する。なお、カテゴリを【 】, サブ

表1. 代理意思決定を行う家族の体験についての文献

論文名	著者	出典	発行年	対象者	分析方法
1 生命の危機的状態で初療室に救急搬送された患者の家族がたどる代理意思決定のプロセス	上澤 弘美, 中村 美鈴	日本クリティカルケア看護学会誌16巻, 41-53	2020	生命の危機的状態で初療に救急搬送された成人患者の代わりに治療の代理意思決定を初療で担った家族15名	事例-コード・マトリックス
2 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	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	関西国際大学研究紀要19号, 45-55	2018	救急医療において生命の危機状況に陥った患者に代わり延命治療の意思決定を行った家族で、延命治療の代理意思決定後1年6か月以上経過している4名	Berelsonの内容分析
3 救命救急センターICUにおいて患者のDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を決断した家族の体験に関する研究	石塚 紀美	お茶の水看護学雑誌14巻1-2号, 15-31	2020	A大学病院救命救急センターに搬送され、ICU入院となった患者の家族のうち、病状のため自己決定できない患者に代わって、DNARを決断した家族10名	質的記述的研究
4 ICUにおいて生命を左右する治療の代理意思決定を行う家族の思い 家族の満足度に影響する要因	川端 龍人, 永倉 由香里	日本看護学会論文集: 急性期看護46号, 219-222	2016	患者の生命を左右する治療の代理意思決定を迫られた経験を持ち、ICU入室期間中にほぼ連日面会が行われていた家族2名	質的記述的研究
5 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	石塚 紀美, 井上 智子	日本クリティカルケア看護学会誌11巻3号, 11-23	2015	関東のA大学病院の救命救急センターに入室した患者の家族で、代理意思決定を行った家族かつ、患者の状態が安定し医師・看護師から研究参加が可能である判断された家族7名	修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
6 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	相浦 桂子, 黒田 裕子	日本クリティカルケア看護学会誌2巻2号, 75-83	2006	救命救急センターおよびICUにおいて、疾患による意識障害または治療上の必要から持続的な鎮静状態にあり、自分の意思を表明できない患者の家族14名	質的記述的研究

表2. クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験

コード	サブカテゴリ	カテゴリ
突然の出来事と患者の姿に驚き慌て怖さを感じる 医療者の雰囲気, 言葉から最悪を予測し不安が募る 病気とは異なる事件に身も心も凍る	突然の出来事と患者の姿に最悪を予感し怖さを感じる	最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける
急激な病状変化に不安になる 回復の徴候を探りつつ一縷の望みをかける 助かって欲しいとの思いから治療にすがる	急激な病状変化の中でも回復に一縷の望みをかける	
限られた時間で決断を迫られ困惑する 話し合いの省略 (6) 救命救急という場で延命治療を拒否しにくい 選択の余地はないと思った 医療知識がないため, わからないまま決める 治療やデメリットについて理解した上で決断する	限られた時間, 情報, 選択肢の中で困惑しながらも決断する	
責任を持って決断しなければならない辛さ 家族に預けられる決断 (6) 一人で決断しなければならない 自分が決断する (6)	家族が責任を持って決断しなければならない辛さ	限られた時間, 情報, 家族関係を踏まえての決断は困惑と辛さを感じる
年齢, 家族役割, 家族関係が決断に影響する 患者の実家への気遣い (6) 根底にある家族関係 (6) 配偶者の気持ちが優先される (6)	家族関係を踏まえて決断する	
患者の望みがわからずこれまでの人生から本人の意思を付度する 決断に迫られ患者の生きる意味を考える 患者に苦痛を与えないことを希望する	決断を迫られ患者の生きる意味を考え, 本人の意思を付度する	
決断の是非を問い続ける 問い直す決断 (6) この決断で良かったと言い聞かせる 肯定する決断 (6) 後悔, 自責の念に囚われる	決断の是非を問い直し続ける	本人の生きる意味と意思を付度し決断の是非を問い続ける
死への恐怖を脱し今後の生活の不安に変わる 患者が元の状態に戻らない中で否定的な思いやつらさが募る 自分の生活をやりくりして他の家族成員を支える (6) 179情報を理解し家族内で共有しようとする努力 (6) 家族関係の変化へのとまどい (6)	元に戻れない患者の今後の不安に対応しようとする	元に戻れない状態や死を受け止め, 新たな生活に切り替える
患者の死を肯定的に考える 患者がいないことを実感し, 新たな生活に切り替えていく	患者の死を受け止め, 新たな生活に切り替えていく	
他の家族が支えとなり安堵する 友人や知人が支えてくれた 医療者のきめ細かいケアや丁寧な対応に安心感を覚える	他の家族や友人, 医療者が支えとなる	
家族の思いを知って欲しい 分かりやすい説明を望む 決断するために必要な情報を誠実に教えてほしい 看護師の支援を気に留める余裕はない 医療者に誘導される決断 (6)	家族の思いを知り, 決断するための情報, 支援を望む	家族, 友人, 医療者, 情報の支援を受けることを望む

カテゴリを〈 〉, コードを「 」(一部省略). で示す.

家族の【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】は〈突然の出来事と患者の姿に最悪を予感し怖さを感じる〉, 〈急激な病状変化の中でも回復に一縷の望みをかける〉から構成された. 〈突然の出来事と患者の姿に最悪を予感し怖さを感じる〉は, 「突然の出来事と患者の姿に驚き慌て怖さを感じる」, 「医療者の雰囲気, 言葉から最悪を予測し不安が募る」であり, また〈急激な病状変化の中でも回復に一縷の望みをかける〉は「回復の徴候を探りつつ一縷の望みをかける」, 「助かって欲しいとの思から治療にすがる」から導き出された.

また【限られた時間, 情報, 家族関係を踏まえての決断は困惑と辛さを感じる】は, 〈限られた時間, 情報, 選択肢の中で困惑しながらも決断する〉, 〈家族が責任を持って決断しなければならない辛さ〉, 〈家族関係を踏まえて決断する〉から構成された. 〈限られた時間, 情報, 選択肢の中で困惑しながらも決断する〉は, 「選択の余地はないと思った」, 「医療知識がないため, わからないまま決める」などの体験であった. 〈家族が責任を持って決断しなければならない辛さ〉は, 「責任を持って決断しなければならない辛さ」, 「一人で決断しなければならない」などの体験から導き出された. また, 〈家族関係を踏まえて決断する〉は, 「年齢, 家族関係, 家族役割が決断に影響する」などの体験から導き出された.

次の【本人の生きる意味と意思を忖度し決断の是非を問い続ける】は〈決断を迫られ患者の生きる意味を考え, 本人の意思を忖度する〉, 〈決断の是非を問い直し続ける〉の2つから構成された. 〈決断を迫られ患者の生きる意味を考え, 本人の意思を忖度する〉は, 「患者の望みがわからずこれまでの人生から本人の意思を忖度する」, 「決断に迫られ患者の生きる意味を考える」などであった. 〈決断の是非を問い直し続ける〉は「決断の是非を問い続ける」, 「この決断で良かったと言い聞かせる」などの体験であった.

さらに【元に戻れない状態や死を受け止め, 新たな生活に切り替える】は〈元に戻れない患者の今後の不安に対応しようとする〉, 〈患者の死を受け止め, 新たな生活に切り替えていく〉の2つから構成された. 〈元に戻れない患者の今後の不安に対応しようとする〉は, 「死への恐怖を脱し, 今後の生活の不安に変わる」, 「患者が元の状態に戻らない中で否定的な思いや辛さが募る」から, 〈患者の死を受け止め, 新たな生活に切り替えていく〉は「患者の死を肯定的に考える」, 「患者がいないことを実感し, 新たな生活に切り替えていく」から導き出された.

そして【家族, 友人, 医療者, 情報の支援を受けることを望む】は〈他の家族や友人, 医療者が支えとなる〉, 〈家族の思いを知り, 決断するための情報, 支援を望む〉の2つから構成された.

2. クリティカルケア領域における看護師の代理意思決定支援

〈文献の概要〉

検索した結果53文献が該当し, クリティカルケア領域における看護師の代理意思決定支援についての文献は, 2012~2021年に出版された和文献合計6文献であった(表3). 分析方法は, 質的内容分析の手法を用いたものが1文献, Berelsonの内容分析を用いたものが1文献, Krippendorffの内容分析を用いたものが2文献, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いたものが1文献, 質的記述的研究のものが1文献であった.

〈データの統合とカテゴリ化〉

クリティカルケア領域において看護師が家族に行う代理意思決定支援の内容について220のデータが抽出され, 45のコード, 12のサブカテゴリ, 6のカテゴリが導き出された(表4). 以下, カテゴリごとに代理意思決定支援の内容を結果として記述する. なお, カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉で示す. コードを「 」で示す(一部省略).

【家族の思いや考えを引き出し, 感情のやり取りができる会話を重ねる】は, 〈疲労と重圧を押し量り, 思いや考えを引き出す〉, 〈言葉を選んで声をか

表3. 看護師が行う代理意思決定支援についての文献

	論文名	著者	出典	発行年	対象者	分析方法
1	超急性期脳卒中患者家族への認定看護師による代理意思決定支援	犬飼 智子 渡邊 久美	家族看護学研究 26巻1-2号, 119-130	2021	超急性期脳卒中の初療および看護に携わっている認定看護師5名	質的内容分析
2	集中治療室における積極的治療継続の断念を告げられた代理意思決定をする家族への看護支援	竹内 昌代 杉崎 一美	四日市看護医療 大学紀要13巻1号, 21-31	2020	集中治療室を有するA県内の3病院, 集中治療室で現在も勤務しており, 看護師経験10年以上, ICU経験5年以上の熟練看護師8名	Berelsonの 内容分析
3	救命救急初療にある患者の家族に対する看護師の代理意思決定支援	藤浪 千種 森 一恵 桑原 美香	せいいい看護学 会誌8巻2号, 9-16	2018	A県の救命救急センター及びICUを有する2次・3次救急対応施設に勤務し, 臨床経験5年以上かつ究明救急外来における勤務経験を有する看護師8名	Krippendorffの 内容分析
4	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	石塚 紀美 井上 智子	日本クリティカル ケア看護学会 誌11巻3号, 11-23	2015	関東のA大学病院の救命救急センターで1年以上勤務し, 代理意思決定支援に関わっている看護師10名	修正版グラウン デッド・セオ リー・アプロ ーチに準じた質的 帰納的分析
5	クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践	吉田 紀子 中村 美鈴	日本救急看護学 会雑誌16巻2号 Page1-12	2014	関東近郊の救命救急センター, ICU, CCUに勤務をしているクリティカルケア領域での経験年数が5年以上の看護師13名	Krippendorffの 内容分析
6	生命の危機にある患者の代理意思決定における熟練看護師の取り組み	山本 美子	神奈川県立保健 福祉大学実践教 育センター看護 教育研究集録37 号, 258-263	2012	病床300床以上で集中治療室を完備し, 二次または三次救急体制を状況にある患者の家族が代理意思決定を行うICの場面に立ち合い, 患者家族の納得のいく説明と, 意思決定を心するために取り組んでいる熟練看護師3名	質的記述的研究 方法

け, 感情のやり取りができる会話を重ねる) から構成された。〈疲労と重圧を押し量り, 思いや考えを引き出す〉は, 「家族の思いや考えを言語化して引き出す」, 「危機に直面しつつ意思決定をすることの重圧を押し量る」, などから, 〈言葉を選んで声をかけ, 感情のやり取りができる会話を重ねる) は, 「関係性を築くために意図的に感情のやり取りができる会話を重ねる」, 「家族の気持ちに寄り添い, 言葉を選んで声をかける」から導き出された。

次の【患者の良い反応を含め徐々に説明を重ね, 疑問の早期解決を図る】は〈タイミングを見計らい患者の良い反応も含め徐々に説明を重ねる〉, 〈医師の説明をかみ砕いて補足し, 疑問の早期解決を図る) から構成された。

また【家族の力量をアセスメントし, 背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する】は, 〈家族の力量(理解度, 意思決定力, 力関係)をアセスメントする〉, 〈背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する) から構成された。〈家族の力量(理解度, 意思決定力, 力関係)をアセスメントする) は, 「患者と家族/家族成員間の力関係と意見の相違を読み取る」, 「重要な家族(キーパソン)は誰かを探す」, 「意思決定する力があるかをアセスメントする」, 「家族の理解度を読み取り確認する」などから導き出された。また〈背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する) は「家族内の意見がまとまるように関係性を調整する」, 「患者と家族の背景や今

表4. クリティカルケア領域において看護師が行う家族支援

コード	サブカテゴリ	カテゴリ
<p>家族の思いや考えを言語化して引き出す 危機に直面しつつ意思決定することの重圧を押し量る 家族の疲労を気づかう</p>	<p>疲労と重圧を押し量り、思いや考えを引き出す</p>	<p>家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる</p>
<p>関係を築くために意図的に感情のやり取りができる会話を重ねる 家族の気持ちに寄り添い、言葉を選んで声をかける</p>	<p>言葉を選んで声をかけ、感情のやり取りができる会話を重ねる</p>	
<p>家族の理解を促すように説明する 患者の状態を具体的にいい反応も含め説明する 家族の動揺に配慮し丁寧な説明を徐々にする タイミングを見計らった情報提供</p>	<p>タイミングを見計らい患者の良い反応も含め徐々に説明を重ねる</p>	<p>患者の良い反応を含め徐々に説明を重ね、疑問の早期解決を図る</p>
<p>医師と同じ内容をイメージできるようにかみ砕いて説明する 病状説明後に家族に声をかけ、疑問を早期解決する 医師に説明をしてもらうように介入する</p>	<p>医師の説明をかみ砕いて補足し、疑問の早期解決を図る</p>	
<p>患者と家族/家族成員間の力関係と意見の相違を読み取る 重要な家族（キーパーソン）は誰かを探す 意思決定する力があるかアセスメントする 家族の心理を読み取り、家族の準備が整っているか判断する 家族の理解度を読み取り確認する</p>	<p>家族の力量（理解度、意思決定力、力関係）をアセスメントする</p>	<p>家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する</p>
<p>家族内の意見がまとまるように関係性を調整する 患者と家族の背景や今後の人生を考えて関わる</p>	<p>背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する</p>	
<p>救命と安全のためできるだけ短時間で意思決定できるよう段取りをつける 患者の状況を実際に見てもらい厳しい状況であることを伝える 家族の意向の確認を優先する 家族が患者の立場で考えているか確認する</p>	<p>家族が厳しい状況を理解し患者第一に考えているかを確認する</p>	
<p>家族の思いを代弁し、医療者と家族の関係を調整する 家族が意思決定する過程を手伝い、短時間でも納得できる代理意思決定を支援する 家族に決断を委ね見守る 患者のDNARの意思を推定し、複数回確認する 患者の尊厳を保つために代弁し治療を尽くす 家族が冷静に考えられる環境を作る</p>	<p>患者の尊厳を保持するDNARを代理意思決定する家族を支える</p>	<p>患者第一に考えているかを確認し、尊厳を保つ代理意思決定を支える</p>
<p>家族の決断を肯定する 気持ちが揺らぐことは間違っていないことを伝える 決断を変更することも可能であることを伝える 意思決定後の家族の思いや疑問を引き出し、寄り添うように関わる</p>	<p>家族の決断を肯定し、気持ちの揺らぎを受け止める</p>	<p>決断の揺らぎを受け止め、患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする</p>
<p>患者と家族が思い出、空間、時間を共有できるようにする 希望を叶えるケアを一緒に行う 最期の時に備えてグリーフケアを行う</p>	<p>最期の時に備えて患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする</p>	
<p>家族に支援したいという姿勢を伝える 家族が安心できるような対応をする 自分の身になって考え、どのような選択をするのか伝えることもある 冷静な振る舞いを心掛ける 看護師として個人的な意見は言わず、中立的な立場で意思決定を支援する</p>	<p>親身になって中立的/冷静に家族に安心を与える対応をする</p>	<p>家族に親身になり、中立/冷静な振る舞いでチームと協働する</p>
<p>医療チームで家族情報を共有する 医療チームで話し合いを行う チームで役割分担・協働して家族に関わる 多職種で連携して代理意思決定支援を広げる</p>	<p>医療チームで協働し代理意思決定支援を広げる</p>	

後の人生を考えて関わる」であった。

さらに【患者第一に考えているかを確認し、尊厳を保つ代理意思決定を支える】は、〈家族が厳しい状況を理解し、患者第一に考えているかを確認する〉、〈患者の尊厳を保持するDNARを代理意思決定する家族を支える〉から構成された。〈家族が厳しい状況を理解し、患者第一に考えているかを確認する〉は、「患者の状況を実際に見てもらい厳しい状況であることを伝える」、「家族が患者の立場で考えているか確認する」などからであり、〈患者の尊厳を保持するDNARを代理意思決定する家族を支える〉は、「家族が意思決定する過程を手伝い、短時間でも納得できる代理意思決定支援をする」、「患者のDNARの意思を推定し、複数回確認する」、「患者の尊厳を保つために代弁し治療を尽くす」などから導き出された。

そして【決断の揺らぎを受け止め、患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする】は、〈家族の決断を肯定し、気持ちの揺らぎを受け止める〉、〈最後の時に備えて患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする〉から構成された。〈家族の決断を肯定し、気持ちの揺

らぎを受け止める〉は、「家族の決断を肯定する」、「気持ちが揺らぐことは間違っていないことを伝える」、「意思決定後の家族の思いや疑問を引き出し、寄り添うように関わる」などであった。〈最後の時に備えて患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする〉は、「患者と家族が思い出、空間、時間を共有できるようにする」、「希望を叶えるケアを一緒に行う」などから導き出された。

最後の【家族に親身になり、中立／冷静な振る舞いでチームと協働する】は、〈親身になって中立的／冷静に家族に安心感を与える対応をする〉、〈医療チームで協働し代理意思決定支援を広げる〉で構成された。

3. クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験と看護師が行う家族支援の相互関連モデルの作成 (図1)

クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験の5つのカテゴリと看護師の家族支援の6つのカテゴリを、「渡辺式」意思決定支援モデルをベースとして使って整理した (図1)。その手順としては、左側の「家族システム (体験)」の中に、家族の体験内容を縦の時間軸の矢印をつけ、時

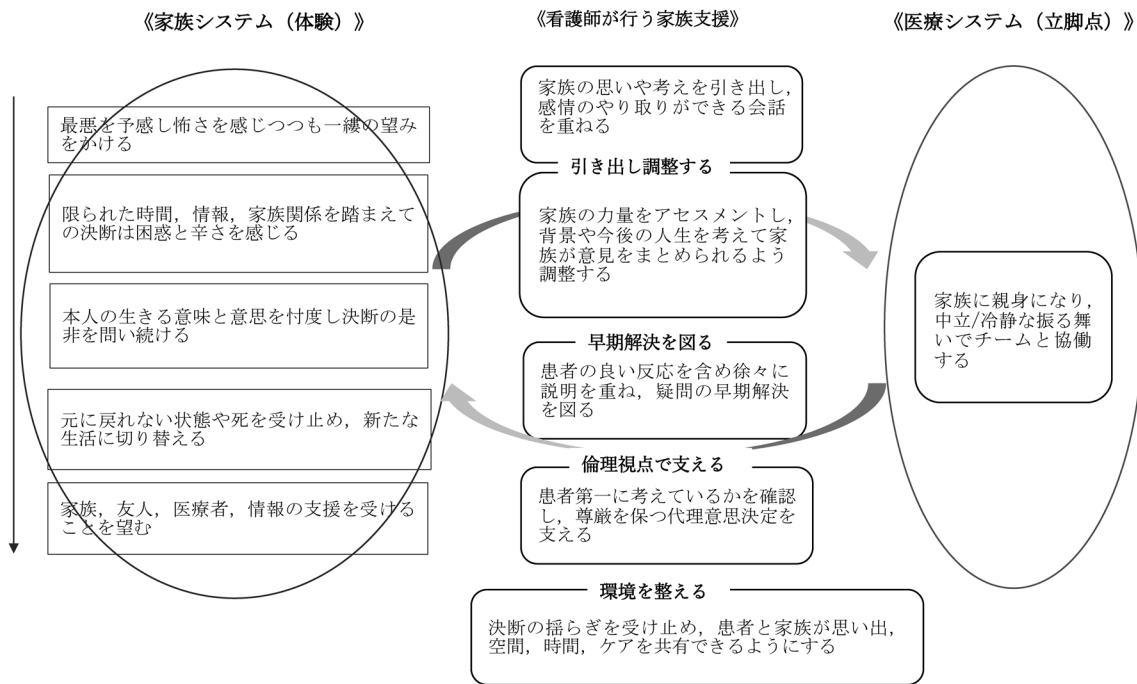


図1. クリティカル領域において代理意思決定を行う家族の体験と家族支援の相互関連モデル図

間軸にそって【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】、【限られた時間、情報、家族関係を踏まえての決断は困惑と辛さを感じる】、【本人の生きる意味と意思を忖度し決断の是非を問い続ける】、【元に戻れない状態や死を受け止め、新たな生活に切り替える】、【家族、友人、医療者、情報の支援を受けることを望む】とした。一方右側の「医療システム（立脚点）」には【家族に親身になり、中立／冷静な振る舞いでチームと協働する】という医療システムにおける文脈的な立脚点を置いた。

その上で、「家族システム」と「医療システム」の相互作用のところに、家族支援の実践を置いた。相互作用の看護師が家族から「引き出し調整する」働きかけとして【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる】、【家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する】を配置した。また看護師が家族に対して、“早期解決を図る”として【患者の良い反応を含め徐々に説明を重ね、疑問の早期解決を図る】を置き、“倫理視点で支える”として【患者第一に考えているかを確認し、尊厳を保つ代理意思決定を支える】とした。支援には物理的環境・人的環境を整えることがあげられるが、“環境を整える”として【決断の揺らぎを受け止め、患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする】を支援の底流に流れるものとして位置付けた。

V. 考 察

ここでは新たに構築した「相互関連モデル」について、「家族」を、動き変化するものであること、家族メンバーは文脈（体験・感情からの主張）を持ち、メンバー間は相互作用しているものとして理解すること、家族システムと医療システムは相互作用していること、そしてこれらの相互作用は「円環的思考」でなされている、との観点から、クリティカルケア領域での代理意思決定支援の家族アセスメン

トと支援について考察する。

1. 「相互関連モデル」から見える代理意思決定を行う家族支援の特徴

クリティカルケア領域、とりわけDNARに関わるような場面では、家族の【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】という緊迫が前面に出てくる。それに対し看護師は【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる】支援をしている。同時に【家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する】を行うのである。ここでの家族メンバー間、あるいは家族と医療者の感情のやり取りができる会話が、きわめて重要となる。それは集中治療領域の家族は、急性ストレス反応、抑うつ、となっており（宇都宮，2019）、その際に求められるのが、感情の表出とそのやりとりであり、それをサポートすることが重要となるからである。感情のやり取りを経て（予期悲嘆作業）、家族が意見を出し合いまとめられるよう調整することが看護師に求められる。つまりメンバー個人の呆然自失とした急性悲嘆を、家族同士の共通のものとして、そこに円環的思考からの家族メンバー相互の姿が互いに見えるようにして、意見が出し合えるように調整していくのである。（亀口，1998）

とりわけDNAR等での家族の【限られた時間、情報、家族関係を踏まえての決断は困惑と辛さを感じる】という体験、【本人の生きる意味と意思を忖度し決断の是非を問い続ける】に対して、看護師は「意思決定後の家族の思いや疑問を引き出し、寄り添うように関わる」を行う。クリティカルケア領域の代理意思決定支援の特殊性の中に、迅速な解決と倫理的配慮が同時に行われなければならないことがある。ここでの【患者第一に考えているかを確認し、尊厳を保つ代理意思決定を支える】ことは、患者の尊厳を護るという倫理的配慮において重要なことである。

さて時間の経過の中で、家族の【元に戻れない状態や死を受け止め、新たな生活に切り替える】とい

う体験に対しては、そのプロセスを見守る看護師は【決断の揺らぎを受け止め、患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする】として、伴走し続ける。

2. 「相互関連モデル」における代理意思決定を行う 家族支援の理論背景

クリティカルケア領域の教科書で述べられている「家族のニーズに応える形での家族支援」(山勢, 道又, 北村, 他, 2020)と、本論の家族体験と看護支援の「相互関連モデル」論の違いは、直線的な因果論的思考である<家族ニーズと充足の看護支援>に対して、<家族システムズアプローチでの動きのある円環的な相互作用を見える化>したところにある。ここでのシステムズアプローチとは、家族メンバー個人と家族という全体的なもの(システム)とを同時に視野に入れ、個人と家族が相互に影響しあっていることを重視するものである(遊佐, 1987)。つまり、現象のとらえを、家族メンバー間や家族と医療者間での、コミュニケーションの相互作用で起きていることを理解していくことである(畠山, 2019)。

従来から言われている<家族ニーズの充足の看護支援>は、本論の家族体験の【家族、友人、医療者、情報の支援を受けることを望む】であり、それに対応する【患者の良い反応を含め徐々に説明を重ね、疑問の早期解決を図る】の看護支援である。患者の病状が不確実で不安定な状況にある家族は情報を求め、それに対して徐々に説明を重ねていく対応となる。

この<家族ニーズの充足の看護支援>は、特定の原因と結果を直線的に結びつける線形因果論もしくは機械論であり、ある現象の部分を取り出して(=情報不足など)、その充足(=説明する)ことが家族の困惑の減少を引き起こすことになる、と結論づける直線的な論述である。一方本論で提示した「相互関連モデル」は<動きのある円環的な相互作用>が中心となる。つまりニーズ論との違いは、動きのある相互作用であり、「直線的な線形因果論」と

「円環的認識論」との違いとなる(亀口, 1995)。

本論の「相互関連モデル」に表れたのは【本人の生きる意味と意思を忖度し、決断の是非を問いつける】という、家族メンバー間の問いつける連続性の姿勢であり、【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる】の、家族内および家族-看護師間での会話を重ねるという相互作用、【家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるように調整する】の、看護師が家族を見立てた上で、家族メンバー間で意見をまとめられるように配慮する、という家族メンバー間での相互作用の生み出しであった。

このような、直線的因果論ではなく円環的相互作用での動きを伴った家族支援の在り方は、Olsonの家族機能の「適応性と凝集性の円環モデル」(以下、円環モデル)によく表れている(立木, 2015)。家族の体験は【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】、【限られた時間、情報、家族関係を踏まえての決断は困惑と辛さを感じる】、【元に戻れない状態や死を受け止め、新たな生活に切り替える】というものであった。そこには、家族内での適応性と凝集性が動いていたことが推測される。

家族システムの適応性とは、「家族のかじとり(Family Adaptability)」のことであり、かじとりとは、状況の変化やメンバーの変化・成長に応じて夫婦・家族システムを柔軟に変化させる能力のことである。また凝集性とは、「家族のきずな(family cohesion)」であり、家族のメンバー間の心理的・社会的な距離をあらわしている(立木, 2015)。

クリティカルケア領域の代理意思決定では、家族は【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】の極限状態の中で、【本人の生きる意味と意思を忖度し、決断の是非を問いつける】をしていく。看護師は【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる】を実行し、【家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるように調整する】と

いう円環的な相互作用を意識して支援を続けることが重要となる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は家族の体験と看護師の支援の相互関連性を見るために、メタスタディの方法論を用いてデータを結合させてカテゴリ化し、相互関連モデルを作成したものである。メタスタディからの相互関連モデルの限界として、分析や統合において一次研究を実施した文脈の表層的な部分しかくみ取れないことで、一次研究の知見が構築された重要な文脈的側面が見過ごされる可能性がある。また、看護支援は家族の状況のとらえ(=家族の体験)と一連でなされるものであり、その両者の関連の検証は相互関連モデルではなく、参与観察法などでそのまま記述していく方法をとる必要がある。今後は、この相互関連モデルの実践応用可能性を検証していく必要がある。

VII. 結 論

メタスタディ法を用いた6つの研究文献レビューからのクリティカルケア領域の家族の体験は、【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】、【限られた時間、情報、家族関係を踏まえての決断は困惑と辛さを感じる】、【本人の生きる意味と意思を付度し決断の是非を問い続ける】、【元に戻れない状態や死を受け止め、新たな生活に切り替える】【家族、友人、医療者、情報の支援を受けることを望む】の5カテゴリにまとめられた。さらに看護師が行う家族支援の6つの研究文献レビューからは、【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる】、【患者の良い反応を含め徐々に説明を重ね、疑問の早期解決を図る】、【家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する】、【患者第一に考えているかを確認し、尊厳を保つ代理意思決定を支

える】、【決断の揺らぎを受け止め、患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする】【家族に親身になり、中立/冷静な振る舞いでチームと協働する】の6カテゴリが構築された。

この家族の体験と看護師の家族支援の関連を推察した「相互関連モデル」からは、クリティカルケア領域では、家族は【最悪を予感し怖さを感じつつも一縷の望みをかける】の極限状態の中で、【本人の生きる意味と意思を付度し、決断の是非を問い続ける】をしながら代理意思決定をしていく。看護師は【家族の思いや考えを引き出し、感情のやり取りができる会話を重ねる】を実行し、環境を整える【決断の揺らぎを受け止め、患者と家族が思い出、空間、時間、ケアを共有できるようにする】をなしつつ、さらに【家族の力量をアセスメントし、背景や今後の人生を考えて家族が意見をまとめられるよう調整する】などの円環的な相互作用の実践を行っていた。

利益相反

本論での利益相反はありません。

各著者の貢献

KYは研究の計画から分析、解釈、論文執筆まで統括した。EKは和論文レビュー、コーディング、結果の執筆を行い、RKは英論文レビューと解釈を行った。MIは研究手法をリードし、YSとNFは関連モデル作成を行った。

{ 受付 '22.05.13 }
{ 採用 '22.10.28 }

文 献

- 相浦桂子, 黒田裕子: 生命の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
- 藤浪千種, 森 一恵, 桑原美香: 救命救急初療にある患者の家族に対する看護師の代理意思決定支援. せいいい看護学会誌, 8 (2), 9-16, 2018
- 畠山とも子: 家族システムとシステムズアプローチの基本的な考え方. 家族ケアの“困った場面”解決法 システムズアプローチの理解と活用, 看護技術, 65 (5), 10-23, 2019
- 犬飼智子, 渡邊久美: 超急性期脳卒中患者家族への認定看

- 看護師による代理意思決定支援, 家族看護学研究, 26 (1-2), 119-130, 2021
- 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
- 石塚紀美: 救急センターICUにおいて患者のDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を決断した家族の体験に関する研究, お茶の水看護学雑誌, 14 (1-2), 15-31, 2020
- 亀口憲治: 家族心理学研究における臨床的接近法の展開. 心理学研究, 69 (1), 53-65, 1998
- 川端龍人, 永倉由香里: ICUにおいて生命を左右する治療の代理意思決定を行う家族の思い 家族の満足度に影響する要因, 日本看護学会: 急性期看護, 46, 219-222, 2016
- 厚生労働省: 令和4年度診療報酬改定の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000920423.pdf>. 2022年4月10日
- 厚生労働省: 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf. 2021年9月3日
- 長田艶子, 入江安子, 多川聖子: 質的メタ統合 クリティカルケア看護師の家族看護の構造における困難感の様相, 家族看護学研究, 24 (1) 3-13, 2018
- Paterson, B. L., Thorne, S. E., Canan, C. et al./石垣和子, 宮崎美砂子, 北池 正, 他監訳: 質的研究のメタスタディ実践ガイド, 医学書院, 東京, 2010. 第1版第1刷.
- 李 剣: コロナ禍における入院患児への適切なケア内容の可視化およびその看護モデルの構築—神奈川県立保健福祉大学 科研2021
- 清水玲子, 中村美鈴, 平山美紀, 他: 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
- 谷田由紀子: 面会制限が家族の病状認識に与えた影響—急性期病院における家族支援・スタッフ支援, 看護管理, 31 (2), 126-128, 2021
- 竹内昌代, 杉崎一美: 集中治療室における積極的治療継続の断念を告げられた代理意思決定をする家族への看護支援, 四日市看護医療大学紀要, 13 (1), 21-31
- 峠 美恵子 (2008): 急性期にある高齢脳卒中患者をもつ家族のストレスに関する研究: ストレッサーの構造とストレス反応との関連, 日本保健科学学会誌, 10 (4), 224-232, 2020
- 立木茂雄: 家族システムの理論的・実証的研究 オルソンの円環モデル妥当性の検討 増補改訂版, 萌書房, 2015
- 上澤弘美, 中村美鈴: 初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由, 日本クリティカルケア看護学会誌, 9 (1), 6-18, 2013
- 上澤弘美, 中村美鈴: 生命の危機的狀態で初療室に救急搬送された患者の家族がたどる代理意思決定のプロセス. 日本クリティカルケア看護学会誌, 16, 41-53, 2020
- 宇都宮明美: PICSファミリーについて, ICUとCCU43 (7), 371-377, 2019
- 山本美子: 生命の危機にある患者の代理意思決定における熟練看護師の取り組み, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録 教員・教育担当者養成課程看護コース, 37, 258-263, 2012
- 山勢博彰, 道又元裕, 北村愛子, 他: クリティカルケア看護学第2版, 19-23, 医学書院, 2020
- 柳原清子, 澤田紀子: 面会制限の倫理的葛藤からひも解く解決法としての家族の文脈的理解, ナーシングビジネス, 16 (1), 34-38, 2022
- 柳原清子, 櫻井大輔, 佐藤律子, 他: 「渡辺式」家族アセスメント/支援モデル その5—解決志向型支援の実際—「意思決定支援モデル」の提示—, 日本家族看護学会抄録集21回 P97, 2014
- 吉田紀子, 中村美鈴: クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践, 日本救急看護学会誌, 16 (2), 1-12, 2014.
- 遊佐安一郎: 家族療法入門 システムズ・アプローチの理論と実際, 星和書店, 東京, 1984

Creating a Model for the Experiences of Family Surrogate Decision-Makers
in Critical Care and Family Nursing:
Using Meta-Analysis Methods

Kiyoko Yanagihara¹⁾ Erina Koyama²⁾ Rie Kumagai¹⁾ Mika Imai³⁾ Yuji Sonokawa⁴⁾ Nozomi Fujimura⁵⁾

1) Nagano College of Nursing

2) Shinshu University Hospital

3) Saku Central Hospital

4) Tokai University Hospital

5) Funabashi Municipal Medical Center

Key Words: critical care, family nursing, surrogate decision-makers, meta-analysis

Purpose: Qualitative research on the experiences of family surrogate decision-makers and family nursing in critical care were analyzed to examine the relationship between the experiences of families and family nursing.

Methods: Six articles on selected family experiences and six on family nursing were used as primary sources, and the relationships were modeled using meta-analysis.

Results: Five categories of family experiences in critical care and six categories of family support were extracted. In the “relationship model,” family members performed surrogate decision-making while [sensing the worst and feeling fear, but holding out hope], [discerning the meaning of the patient’s life and his/her will, and continuing to question the pros and cons of the decision].

The nurses [had conversations that elicited the family’s thoughts and ideas and allowed emotional exchanges], [accepted the wavering of decisions and allowed the patient and his/her family to share memories, space, time, and care], and [assessed the family’s abilities to form opinions and make adjustments regarding the backgrounds and future lives of family members].

Discussion: The “relational model” expressed the following: (1) the family’s attitude of continuous questioning of the [discovery of meaning and intention of the patient’s life], which has an ethical aspect; (2) interactions involving a series of conversations, with the nurse [eliciting the family’s thoughts and ideas and emotional exchanges]; (3) facilitating interactions so that the family can form opinions by [considering their background and future life and making adjustments]. In general, it became clear that family support along with circular interactions is important for family nursing in critical care.