

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

Family experience of decision making in Life-sustaining treatment at Emergency medical situations

清水 玲子* 中村 美鈴** 平山 美紀*** 水野 照美****
Reiko SHIMIZU Misuzu NAKAMURA Miki HIRAYAMA Terumi MIZUNO
山本 洋子***** 内海 香子***** 村上 礼子**
Youko YAMAMOTO Kyouko UTIUMI Reiko MURAKAMI

Abstract

Objectives: To explore experiences and investigate nursing support among family members who make decisions for critically ill patients regarding life-sustaining treatment.

Methods: We conducted and qualitatively analyzed unstructured interviews targeting the experiences of four family members who made decisions for critically ill patients regarding life-sustaining treatment.

Results: Nine categories were apparent in the experiences of the target group: “decision-making being left to one family member in a time of shock and confusion,” “believing in miraculous recovery and continual searching for vital signs,” “inferring the patient’s medical condition and progress from doctors’ explanations and staffs’ actions and expressions,” “questioning the meaning of life when faced with a family member being kept alive by a machine,” “self-questioning about the morality of a life and death decision,” “worrying about being blamed for the decision,” “attributing positive meaning to the moment of death,” “not being able to face family members who share the grief,” and “support and comfort from family and others.”

Conclusions: Our results suggest that family members who make decisions for critically ill patients regarding life-sustaining treatment require nursing support to 1) immediately understand and interpret the condition and symptoms of the patient, 2) facilitate communication with medical staff, 3) encourage family members’ cooperation and participation in the decision making process, 4) protect the dignity and closeness of the patient and their family in a time of crisis, and 5) promote sharing and reflection of experiences among people who have made decisions about life-sustaining treatment.

キーワード：救急医療，延命治療，代理意思決定，家族，体験

* 関西国際大学 保健医療学部 ** 自治医科大学 看護学部 *** 在宅療養支援ステーション 楓の風 高島平
**** 佐久大学 看護学部 ***** 姫路獨協大学 看護学部 ***** 岩手県立大学 看護学部

I はじめに

救急医療施設に搬送された患者の多くは突然の発症や外傷により生命の危機にさらされており、患者のみならず家族もまた予測不可能な危機的状況に大きな衝撃を受ける。医学的見地から患者の治療に限界がある場合、患者および家族は延命治療の選択を行わなければならない。医療者側の回復が望めないという『医学的判断』と『命の尊厳』の狭間で、延命治療の選択・決定は困難を極める。特に、意識障害等により自ら選択・決定できない患者に代わり延命治療の意思決定をゆだねられた家族は、患者の生死に直結する決断を迫られ、また、救急医療場面では搬送後から速やかな決断を求められることが多く¹⁾、家族の重責は計り知れない。延命治療の代理意思決定に関する研究から、生命の危機状態にある患者の家族にとって延命治療に関わる意思決定が体験の主題であること²⁾、また、延命治療に関わる意思決定への関与は、心的外傷後ストレス障害の発症と関連性が高いこと³⁾、が報告されており、家族にとっては危機的な出来事であることは明らかである。日本には救急医療における延命治療の意思決定について統一されたガイドラインはなく、また、日本文化には医師の裁量に任せるパターンリズムが存在する⁴⁾と言われており、延命治療の意思決定に家族が主体的に参加することを妨げる可能性も否めない。

わが国では、集中治療室での代理意思決定に関わる家族の研究⁵⁾は行われているが、救急医療での代理意思決定に関する研究は、事例検討⁶⁾⁷⁾や、看護師の経験や省察を分析した研究⁸⁾⁹⁾は行われているが、代理意思決定を行った当事者である家族の語りからその体験を質的帰納的に明らかにした研究は見当たらない。

現代医療の基本理念といえる Narrative based medicine（語りを基盤とした医療）の概念から、本研究では、救急医療において生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の代理意思決定を行った家族の語りに基づき体験を明らかにし、看護の在り方を検討することを目的とする。

II 用語の操作的定義

延命治療：生命予後不良の患者に対して行われる生命を延長することを目的とした全ての治療
 体験：経験的事実を通じて個人に意識化された内容および過程

III 研究方法

1. 対象

対象は、救急医療において生命の危機状態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か月以上経過しており、延命治療の意思決定場面を想起し語るができる者を対象候補者とし、研究参加の同意が得られた者を対象とした。対象は男性2名、女性2名、計4名であり、患者との関係は、配偶者が2名、子が1名、同胞が1名であり、代理意思決定の主な内容は、‘心肺蘇生を含む積極的治療は行わない’が2名、‘人工呼吸器による呼吸管理を継続する’が2名であった。対象の概要は、表1に示す。

表 1 対象の概要

対象	A	B	C	D
年齢・性別	50代男性	60代男性	50代女性	60代女性
患者との関係	子	夫	妻	実妹
救急搬送時期と搬送時の患者の状態	5年1ヶ月前 肺炎，意識混濁	6年9ヶ月前 激しい頭痛の後，意識消失，肺に水が貯留（？）	6年4ヶ月前 心室細動，意識消失	1年8ヶ月前 心筋梗塞，意識消失
代理意思決定の内容	心肺蘇生を含む積極的治療は行わない	人工呼吸器を外し，心肺蘇生は行わない	人工呼吸器による呼吸管理を継続する	人工呼吸器による呼吸管理を継続する
転帰	6日後に死去	人工呼吸器を外し，約5時間後に死去	脳死状態で生存，3年3か月後に癌で死去	意識回復するも，4ヶ月後に再梗塞で死去
面接時間	41分	78分	105分	87分

2. 対象候補者の選定

関東近辺の遺族会の協力を得て，ネットワークサンプリングにより対象候補者の選定を行った。

3. 調査期間

2007年2月21日～3月31日

4. 調査方法および調査内容

非構成的面接法を用いて面接調査を行った。日常的な雰囲気のあるプライバシーの守れる環境で，対象の希望する日時に1回40分程度で実施し，設定時間を超えた場合は対象に伝え，対象の意向に沿って面接の継続を決めた。面接は，「～（患者）様に代わり延命治療の選択・決定をした体験についてお話しいただけますか」という漠然とした質問で開始し，その返答に基づき経験的事実に沿って感じたことや考えたことを詳細に語るよう質問を行った。面接中は，対象が自らの体験をありのままに語るように研究者はできる限り先見や前提から自由であるよう意識して受容的・共感的姿勢を持って面接に当たった。なお，対象は面接を通して過去に起こった危機的場面を想起するため，悲嘆の体験を再体験し精神的緊張や混乱を引き起こす可能性がある。精神的緊張が強く混乱を示す言語的・非言語的反応が確認された場合は，面接を一旦中断し，対象の精神的安寧を優先するとともに，面接の続行については対象の意向を確認することとした。面接内容は対象の許可を得て録音した。面接終了後は速やかに逐語録を作成し，記述資料を作成した。また対象の非言語的反応（表情，口調，動作）はフィールドノートに記述し，分析の補助資料とした。

5. 分析方法

Berelson の内容分析¹⁰⁾ の手法を参考に，以下の手順に基づいて質的帰納的に分析した。

- (1) 記述資料を繰り返し精読した後に，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に関するまとまった意味を持つセンテンスやフレーズを記述単位として抽出する。また，記述単位を性格づける際に吟味される最大形の文脈単位を決定する。
- (2) 各文脈単位で記述資料を精読し，記述単位を意味内容の類似性に従い分類し，フィールドノートの記述と照らし合わせて，その分類を忠実に表現する名称を付け，これをコードとする。

- (3) コードの全てをさらに意味内容の類似性に従い分類し、その分類を忠実に表現する名称を付け、これをサブカテゴリーとする。
- (4) サブカテゴリーの全てをさらに意味内容の類似性に従い分類し、その分類を忠実に表現する名称を付け、これをカテゴリーとする。

6. 倫理的配慮

対象に研究の趣旨、自由意思による参加と途中辞退による不利益はないことの保証、個人情報保護について文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。本研究は自治医科大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

IV 結果

面接内容を質的帰納的に分析した結果、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として、85のコード、30のサブカテゴリーから、9つのカテゴリーが明らかとなった(表2)。以下、【 】はカテゴリーを、< >はサブカテゴリーを、「 」は対象者による体験の特徴的な語りを示した。

【医師の説明と医療者の動きや雰囲気から患者の病状と経過を推しはかる】体験は、<医療者の慌しい動きや雰囲気から患者の命が長くないことを察知した><医師は患者の病状や回復の可能性を明言しなかったため、少ない情報から推測した><医師から病状や回復の可能性について説明を受け理解できた>からなる。

「(医師からの説明について) だから、もう、ま、言わないけれど、あんまり長くないなっていうのは分かりましたね。言わなかったけど、やっぱり年の話をしてくれてね。看護師さんもやっぱり先生と同じようなことをおっしゃって、だいたいの雰囲気で、あ、長くないなっていうのは…。(対象A)。」

【衝撃と困惑の直中で一人の家族に決断が委ねられる】体験は、<状況がよくわからず混乱している状況で医師に決断を迫られ困惑した><自分一人が決断しなくてはならない状況に置かれた><信頼できない他の家族員に最終決断が委ねられ切なくなった><除細動器で人形のように跳ぶ患者を見てショックを受けた><何の反応を示さなくなった患者を見てショックを受けた><警察からの事件性を疑う尋問が重なり身も心も凍る思いをした>からなる。

「私にとっては悪夢のようなそんな一瞬でした。…かなりもうクリティカルな状況というかモニターの方もどんどんどん、あの、バイタルサインっていうんですか、それがどんどん落ちていく。救命を維持するための装置、パイプとかいろいろ繋いでおったんです。ドクターも一生懸命、救急隊員と同じように上からこうやったり、電気で蘇生する、除細動器という？ドンっていうの、あれを何回もやったですね。私たちが見てる前で。ちょっとの間は波形が出るんです。でもそれが少し経つと一直線になったりして。そしてドクターも元に戻るのほぼ確率的にNothingであり得ないというような趣旨のことを説明されて、で、どうしたらいいんでしょうかって私に判断を求められたんですよね。無理やりね。私も本当に困ってしまいましたね。私、しどろもどろで。…はっきりどうしたらいいか分かんなくてね。…兄弟もそばにいて、判断は私に、旦那である私に任せますということですね。(対象B)」

【器械に生かされている家族を前に生きる意味を問い直し難渋する】体験は、<器械に生かさ

表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

カテゴリー	サブカテゴリー
医師の説明と医療者の動きや雰囲気から患者の病状と経過を推しはかる	医療者の慌しい動きや雰囲気から患者の命が長くないことを察知した
	医師は患者の病状や回復の可能性を明言しなかったため、少ない情報から推測した
	医師から病状や回復の可能性について説明を受け理解できた
衝撃と困惑の直中で一人の家族に決断が委ねられる	状況がよくわからず混乱している状況で医師に決断を迫られ困惑した
	自分一人が決断しなくてはならない状況に置かれた
	信頼できない他の家族員に最終決断が委ねられ切なくなった
	除細動器で人形のように跳ぶ患者を見てショックを受けた
	何の反応を示さなくなった患者を見てショックを受けた
	警察からの事件性を疑う尋問が重なり身も心も凍る思いをした
器械に生かされている家族を前に生きる意味を問い直し難渋する	器械に生かされている患者は生きていると言えるのか問い直し難渋する
	元通りの生活には戻れない患者の生きる意味を考え思い悩む
	患者がこれまでの人生を十分に生きたかを振り返り考える
	存在そのものの尊さを痛感し患者が生きることを望む
	尊厳ある死を望む自分の死生観から患者の延命治療について考える
	尊厳ある死を望む患者の意思を尊重しなければと考える
	決断を迫られ人間にとっての生きる意味とは何かを問い直す
奇跡的回復を信じて生命徴候を探り続ける	肌の温かさや尿や痰に命を感じて一縷の望みをかけた
	意識の回復を信じて徴候を探り続けた
命に関わる決断の是非を自問自答する	決断の是非を自ら問い直す
	患者の死に対し自責の念に囚われる
自らの決断を非難されないか気にかかる	自らの決断を周囲の人に非難されないか気にかかる
	他の家族員がこの決断は正しかったと認めてくれて安堵する
同じ悲しみを抱えた家族と向き合えない 家族や人々に支えられ癒される	患者の死に打ちひしがれた子を見ると不憫になり何も話せない
	家族や親族との関わりで心の居場所を感じることができた
	友人や知人が支えてくれた
	同じ経験をした友人と体験を語り合い癒された
死の時期を肯定的に意味づける	医療者が親身になって支えてくれた
	障害を持って生き苦しむより良かったと思う
	あの瞬間に死を迎えるのは運命だったと思う
	死を受け入れるための時間を家族に与えるために脳死で生き続けたと思う

れている患者は生きていけると言えるのか問い直し難渋する><元通りの生活には戻れない患者の生きる意味を考え思い悩む><患者がこれまでの人生を十分に生きたかを振り返り考える><存在そのものの尊さを痛感し患者が生きることを望む><尊厳ある死を望む自分の死生観から患者の延命治療について考える><尊厳ある死を望む患者の意思を尊重しなければと考える><決断を迫られ人間にとっての生きる意味とは何かを問い直す>からなる。

「おふくろも前から言ってたんですけど、あんまりそういう器械を使わないでくれということ言われてたんですよ。…自分がもしそういう状態になった場合のことを考えたんです。そういう時は自然に死んだほうがいいなと自分も思ったわけですね。…年もやはり考えて、まあ十分に生きたんじゃないかという考えも持ってましたね。…器械にあれしても本人は分からないんですよ。それで生かされてるっていう、それじゃあ、ちょっとね、本当に生きていていいのかっていうことも何回も考えますよね。(対象A)」

「末期の医療の時、人間の尊厳を守るためにスパゲッティ症候群はやめましょうとかって思っていました。あの…、目の当たりにしてみると、そうではなくて、なんて言うの、存在そのものが尊いのであって、ここにいるこの人は、本当になんて言うのか、尊い存在だよって…思いがめまぐるしく変わって。それで、肌が温かいし…。脳に酸素が行かなくて完全なる回復は無理ですって、3割程度の回復ができるかもしれないけれど以前のように、(患者の職業)活動や歩くことは難しいかもしれませんねとか…お医者さまや看護婦さんの話を聞きながら、その…、兄が寝たりきりの状態であれ、ご飯食べて、今日は晴れて気持ちいいねとかそういうことでも生きている価値はあるっていうふう思ったんです。(対象D)」

【奇跡的回復を信じて生命徴候を探り続ける】体験は、<肌の温かさや尿や痰に命を感じて一縷の望みをかけた><意識の回復を信じて徴候を探り続けた>からなる。

「教授の回診があって、15分の心肺蘇生でこうして生きてることは教科書には出てない奇跡だって。なんていうの…。生存を否定しない言葉にすがりつくわけですよ、私たちは。看護婦さんに、元に戻りませんか?意識の回復はありえないでしょうか?って。死を待つだけでしょうか?って。…看護婦さんもよさそうな人を選別するわけです、こっちも。この方だったら聞いてもいいかなという方を狙って。…現役とリタイア後では体が違いますっておっしゃったんです。だから可能性はあります、十分ありますよって。でしょうっていう感じで。(対象D)」

【命に関わる決断の是非を自問自答する】体験は、<決断の是非を自ら問い直す><患者の死に対し自責の念に囚われる>からなる。

「後になって考えたりしましたね。年齢もやはり考えて、おふくろも十分生きたんじゃないか、本人も多分あれでいいんじゃないかな。…ただ、田舎の妹、おふくろの、そこへ行きたいっていうことは言ってた。なかなかこういう仕事なんで行ってなくて。(行かせてあげたかった?の問いに対し) うん、そうですね。そういうのがありましたね。うん…治療を続けていくお金もなかったし、うちお金持ちじゃないし…。いや、お金があったら延命治療を受けてたか…、いや、やっぱり決断は変わらなかったなって。(対象A)」

【自らの決断を非難されないか気にかかる】体験は、<自らの決断を周囲の人に非難されないか気にかかる><他の家族員がこの決断は正しかったと認めてくれて安堵する>からなる。

「(延命治療をしない決断の後に振り返り) 周りがどう思うかって考えたよ。いろんな人がいるでしょ。…女房なんかはお父さんの考えでいいんじゃないかって、賛同はされましたけど。(対象

A)』

【同じ悲しみを抱えた家族と向き合えない】体験は、＜患者の死に打ちひしがれた子を見ると不憫になり何も話せない＞からなる。

「息子一人で階段のところまでこぼれ泣いで、悲しみに打ちひしがれている様子を見ると、本当に私も不憫だったですね。…私ももう死んだようでした。一日として…一連のことが毎日、灰色の毎日毎日が続いて、もう心身共にやつれてしまった。…(妻が亡くなって)7年になりますかね。…自分のことを哀れに思う気持ちなどもろもろ重なったりして、一日として心が晴れる日は…外は晴れておっても気持ちはぐーっと沈んだまま日にちが過ぎていったんです。…家内のこと、(息子とは)そういう話はしませんね。大変な目にあったのは私だけじゃなくて私の家族もね…。(対象B)』

【家族や人々に支えられ癒される】体験は、＜家族や親族との関わりで心の居場所を感じることができた＞＜友人や知人が支えてくれた＞＜同じ経験をした友人と体験を語り合い癒された＞＜医療者が親身になって支えてくれた＞からなる。

「私の同世代の友達なんかのとこへ行ったりして…あの時こんなことあったよなっていうような話は自然にできますね。…私と同じようにその相手の友達もお母さんが重症の状態にあるとかお葬式をやったとか自分自身の健康がこんなにむしばまれてこんな状況だよとか、お互いの苦しさを分かち合うようなことはありますので・・語るうちに気持ちが休まるようなことはあると思いますね。(対象B)』

【死の時期を肯定的に意味づける】体験は、＜障害を持って生き苦しむより良かったと思う＞＜あの瞬間に死を迎えるのは運命だったと思う＞＜死を受け入れるための時間を家族に与えるために脳死で生き続けたと思う＞からなる。

「彼は時間を与えてくれたのかな。突然、逝ってしまうのはあまりにもこう…だからやっぱり必要な、私にとって必要な時間だけはいてくれたのかな。その間、おそらく魂は肉体から離れたり出たり入ったりしてたと思うけど。…死ぬときは不整脈で死にたいよねって、ぽっくりとか突然とか…人間はみんなそうだと思いますね。私自身もそう願ってるし、そうできたら一番いい。もう彼、最高だったの、そういう意味では。…とってまね、とてもいい旅立ちの仕方をしたかなと思って。(対象C)』

V 考察

1. 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過程

分析結果より明らかになった9つのカテゴリー間の関係性から、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過程を考察し、図1に示した。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は、患者の急変および救急搬送時から続く【衝撃と困惑の直中で一人の家族に決断が委ねられ】ており、限られた情報の中で【医師の説明と医療者の動きや雰囲気から患者の病状と経過を推しはかる】一方、【奇跡的回復を信じて生命徴候を探り続けて】おり、【器械に生かされている家族を前に生きる意味を問い直し難渋】し、葛藤のなかで延命治療の代理意思決定に至っている。代理意思決定後は、【自らの決断を非難されないか気にかかり】つつも、気遣いから【同じ悲しみを抱えた家族とは向き合えず】、【命にかかわる決断の是非に自問自答】を

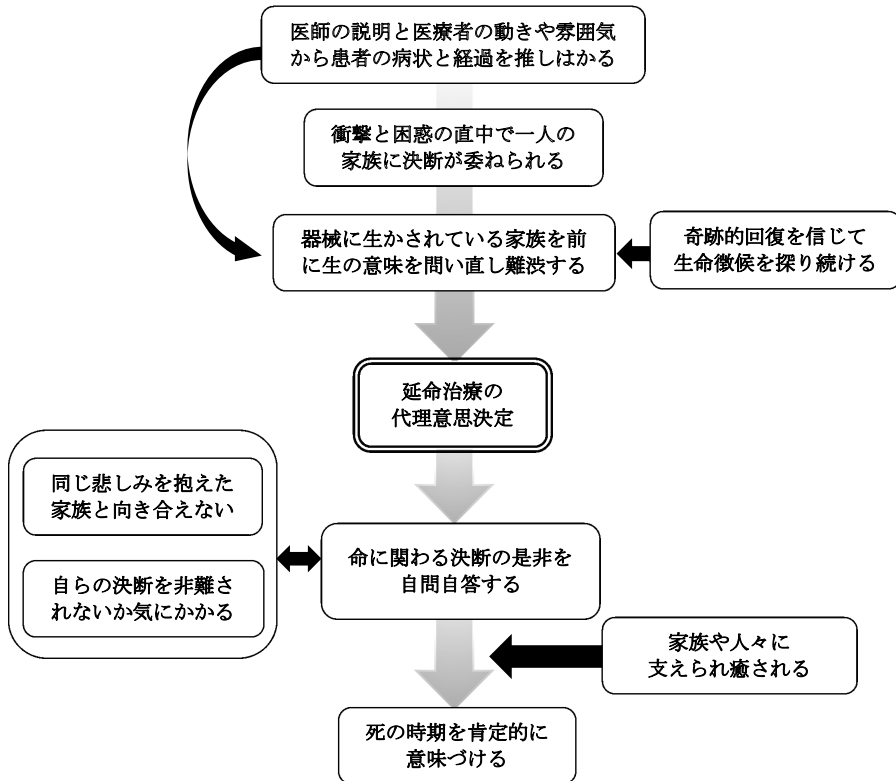


図1 救急医療において延命治療の代理意思決定を行った家族の体験過程

繰り返しており、時を重ね、家族・親族・友人・医療者との関わりと代理意思決定の経験者との体験の共有を通して【家族や人々に支えられ癒され】ていた。そして、その過程において【死の時期を肯定的に意味づける】ことで、自らの決断は“正しかった”と確信を深めていくと考えられた。

2. 救急医療における延命治療の代理意思決定上の問題と看護への示唆

【医師の説明と医療者の動きや雰囲気から患者の病状と経過を推しはかる】体験から、家族は救急搬送された患者の病状を速やかに把握するために情報を求めているが、救命処置に専念する医療者とのコミュニケーションを控えて自分なりに推測し察知しており、医療者と家族のコミュニケーションは十分に取れているとは言えない。救急搬送された患者の家族は不確かさを強く感じ、患者の病状把握のための症状や徴候といった即時的情報とその解釈を求めており、また、医療者とのコミュニケーションが不十分な家族は情報を誤って解釈する可能性もあり、これにより不安や葛藤を抱え込みやすいと言える。救急医療の緊迫した現場で、家族は現実に直面し圧倒されており、家族から医療者に声をかけることもためられると推察できる。Curtis ら¹¹⁾ はICUにおいてend-of-lifeに関する医療者と家族との51のカンファレンス内容を質的帰納的に分析し、‘聞いて返答する機会’、‘感情を話し認める機会’がなかったことを明らかにし、カンファレンスにおけるコミュニケーションの改善が必要であると述べている。この結果は、代理意思決定を行う家族と医療者間に生じやすいコミュニケーション上の問題を示唆していると言える。よって、

医療者は、緊迫した救急医療現場においても、家族に対し肯定的関心と傾聴の姿勢を持ち、医療者主導で対話の機会を設け、かつ、家族からの情報提供の求めに応じるだけでなく家族の感情にも焦点を当てた双方向のコミュニケーションを重視し、サポート体制を整えることが求められる。

【衝撃と困惑の直中で一人の家族に決断が委ねられる】【器械に生かされている家族を前に生きる意味を問い直し難渋する】の体験から、家族は患者の急変や救命処置の様子に衝撃を受け困惑しており、この緊迫した状況下で生死に直結する代理意思決定を一人の家族が単独で担うことは明らかに過重負担であると考えられる。Azoulayら¹²⁾の研究は、ICU入室患者の家族で心的外傷後ストレス障害を発症した者の81.8%が生死(end of life)に関わる代理意思決定を行っていたと報告しており、この結果より、救急医療においても延命治療の代理意思決定を行った家族が心的外傷後ストレス障害を発症するリスクは高いと考えられる。しかし、衝撃と困惑の中でさえも延命治療の代理意思決定という重責を担わなければならない現実がある。この重責を複数の家族で共に担い、医療者と家族らとの十分な話し合いと総意のもとに決断できるように、延命治療の代理意思決定を行うための方略を提示し意思決定プロセスへの参加を支援することが重要である。また、患者が救急隊の到着を待たずして心肺停止を起こした場合、救急医療現場では警察による家族への事情聴取が行われる。本研究対象の家族は<警察からの事件性を疑う尋問が重なり身も心も凍る思いをした>と語り、警察の事情聴取を尋問と受け止めていた。このような状況で、患者の命の尊厳を守ることはもちろんのこと悲嘆にくれる家族にさらなる苦しみを与えないよう擁護することは、救急医療現場における看護師の特徴的な役割と言える。患者・家族の代弁者として、家族の危機的な心理状況と必要な配慮について警察関係者と調整を図り、家族の苦痛を最小に抑える支援が必要である。

【命に関わる決断の是非を自問自答する】【自らの決断を非難されないか気にかかる】【同じ悲しみを抱えた家族と向き合えない】の体験から、家族は延命治療の代理意思決定後も決断の是非を自問自答し、生の意味を問い直し、葛藤や苦悩を抱え続けていた。【家族や人々に支えられ癒される】体験から、家族は他の家族と自らの決断について語り合うこと、代理意思決定の経験者との体験を共有できたことが支えとなり癒やされたと感じていた。Yalom¹³⁾は、グループによる普遍性体験について、通常の世界からは得られない深い共感と支持を得ることで‘一人ではない’という実感を得る体験と述べている。代理意思決定の経験者同士の普遍性体験が家族の癒やしにつながったと言える。そして、他者から支えられた感覚が【死の時期を肯定的に意味づける】過程を促進し、自らが下した意思決定が‘正しかった’という確信を深めていくと推察された。医療者と家族との信頼関係の構築を基盤とし、医療者が延命治療の代理意思決定の体験を家族同士で共有し振り返り語り合うことの意義を伝えること、また、代理意思決定の経験者同士が体験を分かち合うサポートグループの確立を支援する必要がある。なお、延命治療の代理意思決定をした家族は、救急医療の場で危機的な状況を体験するが間もなく医療職者によるサポートの手が及ばない生活に戻ることになる。延命治療の代理意思決定が心的外傷後ストレス障害の発症と関連が高いことを考慮し、地域で社会生活を送りながら医療職者または心理専門職者による心理的支援を受けることができる体制が必要であろう。

VI 結論

救急医療において延命治療の意思決定を行った家族の体験について対象4名に非構成的面接を実施し、質的帰納的に分析した結果、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として、【医師の説明と医療者の動きや雰囲気から患者の病状と経過を推しはかる】、【衝撃と困惑の直中で一人の家族に決断が委ねられる】、【器械に生かされている家族を前に生きる意味を問い直し難渋する】、【奇跡的回復を信じて生命徴候を探り続ける】、【命に関わる決断の是非を自問自答する】、【自らの決断を非難されないか気にかかる】、【同じ悲しみを抱えた家族と向き合えない】、【家族や人々に支えられ癒される】、【死の時期を肯定的に意味づける】の9つのカテゴリーが明らかとなった。この結果から、生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を行った家族への看護の在り方として、1) 患者の症状や徴候の即時的な把握と適切な解釈の支援、2) 医療者とのコミュニケーションを促進する支援、3) 家族の協働および意思決定プロセスへの参加を促進する支援、4) 危機的な状況にある患者・家族の苦悩に寄り添い尊厳を守る支援、5) 延命治療の意思決定に関与した体験の振り返り・分かち合いを促進する支援、の必要性が示唆された。

VII 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者数が4名と限られており、研究結果を一般化するには限界がある。また、延命治療の意思決定は他者の生死を分ける決断であり、意思決定内容の違いにより意思決定後の体験に差異が生じる可能性が考えられる。なお、本研究の調査データは2007年に収集しており、医療や社会事情、倫理的問題への意識の変化などにより結果に差異が出る可能性も否めない。今後は、対象者数を増やして追究すると共に、延命治療の意思決定内容別に体験を明らかにしていくことが課題である。

謝辞：本研究にご協力くださいました研究対象者の皆様、遺族会の皆様に心より感謝申し上げます。本研究の一部は、第29回日本看護科学学会学術集会に発表した。

【引用文献】

- 1) 伊勢田暁子, 井上智子: 延命治療に関わる家族の意思決定, 家族看護, 1 (1), 48-54, 2003
- 2) Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, et al : Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision making process: a study in 78 French intensive care units, Critical Care Medicine, 32 (9), 1832-8, 2004
- 3) Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al : Risk of post-traumatic stress symptom in family members of intensive care unit patients. : American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 171 (9), 987-94, 2005
- 4) 石川雅健: 救急医療と蘇生限界点, 27, 1797-1801, 救急医学, 2003
- 5) 森本朱美, 高見沢恵美子: 集中治療中の患者の代理意思決定をしなければならない家族が必要とする情報, ハートナーシング, 18 (4), 363-371, 2004
- 6) 木村琢磨, 尾藤誠司, 山本紳一郎, 菊野隆明, 市来寄潔: 積極的治療に対して意思決定が困難であった

- 救急患者の2例, 日本救急医学会関東地方会雑誌, 22, 52-53, 2001
- 7) 山崎直人, 大江健, 佐藤憲明: 高度救命救急センターにおける終末期医療に関しての看護師としての関わり, 日本救急医学会関東地方会雑誌, 34 (2), 412-413, 2013
 - 8) 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, 日本救急看護学会雑誌, 16 (2), 1-12, 2014
 - 9) 吉田紀子, 中村美鈴: 延命治療の代理意思決定支援に対するクリティカルケア熟練看護師の省察, 日本救急看護学会雑誌, 17 (2), 12-23, 2015
 - 10) 舟島なをみ: 質的研究への挑戦, 医学書院, 2007
 - 11) Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD: Missed opportunities during family conferences about end of life care in the intensive care unit, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 171 (8), 2005
 - 12) 同掲書3)
 - 13) Yalom ID: The Theory and Practice of Group Psychotherapy, 4rd ed, New York, Basic Books