

2018年度博士論文（要約）

認知症高齢者の家族の代理意思決定における共感性に関する研究

桜美林大学大学院 国際学研究科 国際人文社会科学専攻

坂東美知代

目次

はじめに.....	1
第1章 研究の背景.....	3
第1節 日本における医療行為と高齢者の意思決定.....	3
第2節 諸外国における医療行為と高齢者の意思決定.....	5
第3節 介護老人保健施設における医療行為と高齢者の意思決定.....	9
第4節 認知症高齢者の意思決定能力.....	10
第5節 家族の代理意思決定における共感性.....	12
第6節 家族の代理意思決定に対する看護師の支援.....	13
第2章 本研究の目的・意義・構成.....	15
第1節 本研究の目的.....	15
第2節 本研究の意義.....	15
第3節 本研究の構成.....	16
第4節 用語の定義.....	18
第3章 家族の代理意思決定プロセスにおける共感性の検討【研究1】.....	20
第1節 目的.....	20
第2節 方法.....	20
第3節 結果.....	22
第4節 考察.....	28

第4章 認知症高齢者の意思決定プロセスの検討【研究2】	35
第1節 目的	35
第2節 方法	35
第3節 結果	37
第4節 考察	44
第5章 認知症高齢者と家族の意思決定の比較【研究3】	47
第1節 目的	47
第2節 方法	47
第3節 結果	49
第4節 考察	53
第6章 看護師が捉える家族の代理意思決定プロセスにおける共感性の検討	57
第1節 家族の代理意思決定プロセスにおける共感性	
－看護師への質問紙を通して－【研究4】	57
第1項 目的	57
第2項 方法	57
第3項 結果	59
第4項 考察	66
第2節 家族の代理意思決定プロセスにおける共感性	
－看護師へのインタビューを通して－【研究5】	69
第1項 目的	69
第2項 方法	69
第3項 結果	71
第4項 考察	77

第7章	代理意思決定における家族共感性に関する評価尺度の開発と検討	79
第1節	家族共感性尺度の開発【研究6】	79
第1項	目的	79
第2項	方法	79
第3項	結果	88
第4項	考察	97
第2節	家族共感性尺度の家族特性による影響の検討【研究7】	99
第1項	目的	99
第2項	方法	99
第3項	結果	101
第4項	考察	105
第8章	家族の代理意思決定における共感性向上に向けた支援の試み：	
	医療行為の理解促進に向けた支援の検討【研究8】	110
第1節	目的	110
第2節	方法	110
第3節	結果	113
第4節	考察	120
第9章	総合考察	124
第1節	本研究の要約	124
第2節	本研究の全体的考察	129
第3節	本研究の限界と今後の展望	135
おわりに		137
引用文献		138

謝 辭

APPENDIX

はじめに

日本において、人生の最終段階における医療行為を受けるか否かの判断の多くは、最終的に家族が代理意思決定を行うことが多い。特に、認知機能が低下している認知症高齢者は、医療行為を受けるか否かを判断することについて、以前から自身の望む意思があったとしても、最終的に家族の判断に委ねられる。しかし、認知症高齢者が医療行為を受けるか否かの判断の場面において、家族が認知症高齢者の意思を確認・共有するといった、認知症高齢者の意思に対して共感性を高められる支援は少ない。本研究では、認知症高齢者の意思を最大限に尊重できるように、家族の共感性向上に向けた支援について検討することが急務であると考えた。家族の代理意思決定における共感性に焦点を絞り、家族の代理意思決定プロセス、認知症高齢者の意思決定プロセス、看護師の支援プロセスにおいて、認知症高齢者に対する家族の共感性に関連する課題を検討し、認知症高齢者に対する家族の共感性が高められる支援を創り出すこととした。これらを詳細に検討することで、最終的に、認知症高齢者の医療行為を受けるか否かの判断において、家族の代理意思決定に対する支援のあり方の具体的な施策を示すことができる。

第1章 研究の背景

第1節 日本における医療行為と高齢者の意思決定

日本における高齢化に伴い、厚生省や日本医師会は、1990年代頃より、高齢者の終末期医療の質の向上を図るための取り組みのひとつとして、高齢者の意思尊重に向けて議論するようになった。厚生労働省（2003）は、高齢者が自由に意思決定できるよう支援する内容の「高齢者の尊厳を支えるケア」を提言し、医療においても、高齢者自身の意思決定の尊重が重視されるようになった。

認知症高齢者が医療行為を受けるか否かの判断を行う際は、認知症高齢者の意思のみならず家族の意思も含まれるため、複雑な心情が絡み合う決定がなされている。人が自己決定する際は、文化や民族が背景にある中で、個人が自己を認識しながら決定するため、自己観という問題が生じてくる。人の自己観は、文化的影響やパーソナリティなどに文化差があり、影響があるとされる（木内、1996）。欧米における自己観は、「独立的自己理解（自己を他から切り離されたもの）」、東洋では「相互依存的自己観（自己を他の人々と根本的に結びついているもの）」と捉えている報告がある（Markus & Kitayama, 1991）。日本における自己観は、相互依存的自己観が強い文化であり、この文化に適応するため、社会組織に所属しながら、他者と持ちつ持たれつのかたちで関係を維持することだとされている（北山、1998）。日本における医療行為を受けるか否かの判断は、相互依存的自己観の文化的な背景からみても、自身の意思を明確にすることは少なく、家族などの周囲の人に依存することが推察される。認知症高齢者や家族の意思決定は、周囲の人に順応しながら、お世話になっているといった受身的な姿勢をとっている可能性が考えられる。さらに、日本は、相互依存的自己観が強い文化であることから、家族の深い絆からくる「いつまでも生きてほしい」

といった願いが見え隠れてしていることが考えられる。したがって、家族が代理意思決定する際は、認知症高齢者の意思を汲み取ったものか不確かである場合が多い。そのため、家族は、認知症高齢者の意思に対して、どれだけ推察して意思決定を行っているか検討する必要がある。

第2節 諸外国における医療行為と高齢者の意思決定

高齢者の終末期医療に対する医療行為と意思決定について、日本と諸外国について概観した。アメリカ、イギリス、スウェーデン、フランス、オランダでは、生命維持できない状態になった際に生きながらえることは、必ずしも高齢者のためではないとされる。そして、高齢者の延命医療は、消極的な姿勢であり、高齢者、家族、医療者の三者間で必ず話し合いを行った上で決定しているものであった。一方、韓国、中国、台湾、日本では、高齢者の延命医療は、積極的な姿勢であり、家族が代理意思決定している場合が多数を占めている傾向であった。高齢者の終末期医療に対する医療行為と意思決定は、文化・宗教・民族などが影響していることが示された。

第3節 介護老人保健施設における医療行為と高齢者の意思決定

日本における認知症高齢者の生活の場には、介護保険制度の施設サービスのひとつである介護老人保健施設がある。介護老人保健施設は、介護保険法第8条第28項より「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」とされ、リハビリテーションや看護や介護を必要とする要介護者のための施設として位置づけられている（厚生労働省，2017）。実際に、介護老人保健施設で行われている医療行為は、内服管理、褥瘡などの傷の処置、喀痰吸引、点滴や経鼻経管・胃ろうの管理など、日常生活における健康管理を行うことが中心となっている。身体への侵襲性の高い気管内挿管・人工呼吸器、胃ろう造設、中心静脈栄養などの医療行為は、介護老人保健施設で行える範囲は限られるため、医療機関と連携するなどしている。しかし、認知症高齢者や家族の多くは、医療行為を受けるか否かを考える機会は少なく、何かきっかけがあってはじめて考えることが報告されている（島田・中里・荒井・会田・清水・鶴若・石崎・高橋，2015）。介護老人保健施設を利用する認知症高齢者や家族は、医療行為を受けるか否かについて、常に、本人を含めて家族で話し合っておくことが重要である。

一方、介護老人保健施設における認知症高齢者の医療行為を受けるか否かの判断について、認知症高齢者が家族に任せる傾向にあることが報告されている（牧・小杉・永嶋・中村，2016）。さらに、家族は、認知症高齢者を含めた話し合いをしていないため、認知症高齢者の意思がどの程度確認されているか不明確な現状である（成本，2017；2018）。認知症は、思考力や判断力の低下があり、適切な意思決定が損なわれる病気である。認知症を伴

った高齢者は、自分自身で意思決定を行うことが困難となるのは明確である。つまり、認知症高齢者の意思決定は、家族が代理意思決定することになるため、家族が認知症高齢者の意思を十分にくみ取り、共感性を持ちながら代理意思決定を行うことが望まれる。

第4節 認知症高齢者の意思決定能力

意思決定に至るまでの流れは、意思決定者が、決定すべき問題に直面した際に、問題解決のために利用できる情報を収集し、複数の代替案を作成・評価し、最適なものや上位のものを選択する。この意思決定のメカニズムは、感覚・認知・動機づけ・感情情報処理を駆使して、決定することへの価値を生成するという、もっとも発達した高次機能であると言われている（坂上・山本，2009）。一般的な患者自身の意思決定の前提条件は、意思決定権を働かせるために必要な能力を患者が有していることである。同意能力を欠いた患者からの同意は、無効であるため、患者の同意能力の有無を含めた同意能力の程度を判断することが必要不可欠となる（Roth, Meisel, & Lidz, 1977 ; 白石, 2002）。つまり、認知症高齢者が、医療行為を受けるか否かの判断をする際は、医療行為自体の情報を理解すること、医療行為を何故行うのかを理解すること、医療行為をする場合しない場合の理解などが行えるのかの検討が重要となる。しかしながら、同意能力の判断の有無は、統一基準がなく、不明確となっているのが現状である。そのため、医療現場では、認知症高齢者の意思決定や同意能力の有無が不明瞭であり問題視されている（本間，2007）。また、認知症高齢者の同意能力は、病状の変化や加齢変化により変動するため、発言に対する信頼性の確保が難しい。家族が代理意思決定する場合は、認知症高齢者の意思を代理して決定するため、本人の意思に対して共感性を持つことが重要となる。したがって、認知症高齢者の意思決定は、同意能力の視点だけではなく、選択肢の提示の工夫、認知症高齢者が辿ってきた人生史や生活史、性格、価値観や選好といった観点で、本人の意思に共感性を持ちながら代理意思決定できる支援が望まれる。

第5節 家族の代理意思決定における共感性

認知症高齢者が医療行為を受けるか否かについて、家族が代理意思決定する際は、認知症高齢者本人の意思に共感性を持ちながら判断する必要がある。代理人は、本人の代わりとなって、本人の意思に対して認知的かつ感情的に共感しながら代理意思決定する必要がある。共感性の定義は、他者理解の認知的側面と、他者と同様の感情反応が生起する感情的側面があり、大きく2つに区分される（Deutsch & Madle, 1975 ; Feshbach & Roe, 1968 ; Hoffman, 1975 ; 1982）。そして、より高い水準の共感反応を示すためには、他者の内的状態と感情を認知する能力が必要となる（Hoffman, 1985）。認知症高齢者の家族が代理意思決定する際は、認知症高齢者と同様の感情反応を生起する感情的側面だけでなく、認知症高齢者の意思や感情を認知する能力が必要不可欠である。

看護分野における共感性は、1950年代以降に研究されるようになった。特に、医療場面

における共感性の研究は、看護師－患者関係の構築に向けた共感性（伊藤，2002）、看護師が認知する共感性の構造と過程（小代，1989）、看護師の捉える患者－看護者関係の共感性プロセス（藤本，2000）などがある。これらの研究は、看護師を対象とした患者に対する共感性に関する内容であり、家族の代理意思決定プロセスにおける共感性を明らかにしている研究は少ない。認知症高齢者が医療行為を受けるか否かの判断において、家族が代理意思決定するには、認知症高齢者に対する共感性の把握が重要であり必要不可欠である。また、日本看護協会（2003）は、家族の代理意思決定で注意すべきことは、「家族の意思の確認」ではなく、「家族による本人の意思の推察の確認」とされている。これらのことから、認知症高齢者に対する家族の共感性について、認知的側面と感情的側面の両方から測定する尺度を開発し、そのレベルに応じた支援方法を見出す必要がある。

第6節 家族の代理意思決定に対する看護師の支援

各種の介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の認知症高齢者の割合は、約9割を超えている（厚生労働省，2016）。こうした高齢者施設の下、看護師は、認知症高齢者の日常生活や看護ケアの支援を行っている。認知症高齢者に対する支援は、共感的姿勢が重要であるとされる（北村，2015；永田，1997）。看護師は、認知症高齢者の人生背景、身体・精神・社会的な特徴などの複雑な背景を踏まえ、共感的理解を持った言葉や態度でコミュニケーションを行っている。

家族が意思決定するまで、医療者や社会福祉サービス担当者等の情報提供を行い、認知症高齢者が最善の利益が得られるように合意形成している。しかしながら、家族が意思決定した内容は、時間の経過と共に揺らぎ、はたして良かったのだろうかといった葛藤や不安を抱き続ける場合も多くある（相場・小泉，2011；牧野ら，2013；中村・岡村，2013）。看護師側は、本人と家族の意思表示の相違や家族の意思決定後の迷いに、どのように共感し支援したらよいか倫理的ジレンマに陥っている（香川，2002；上澤・中村，2013）。看護師の最大の関心事は、生命の危機に対して目が向けられるため、疾病に関する治療、転倒予防等への看護に留まることも少なくない。そのため、看護師は、家族が代理意思決定する際に、どこまで踏み込んだ支援を行えばよいか、統一された内容がないのが現状である。認知症高齢者の意思決定は、さまざまな立場にある家族や医療者などの人間が関わり、共に合意決定していく協働作業である。看護師は、家族が認知症高齢者の意思に対して、どの程度共感性を持ちながら代理意思決定しているか測定できる尺度を基に、支援できるプログラム提供することが求められる。

第2章 本研究の目的・意義・構成

本研究の目的は、介護老人保健施設に入所する認知症高齢者の家族が、代理意思決定する際の共感性向上に向けた支援のあり方を見出すことである。認知症高齢者に対する家族の共感性向上に向けた支援のあり方の検討は、認知症高齢者の意思の尊重に十分に寄与で

き、家族の不安や感情の揺れを軽減するといった精神的安定や、適切な代理意思決定を行うことへ寄与できるものといえる。さらに、認知症高齢者に対する家族の共感性を測定し、段階的かつ具体的な支援の検討を行うことにより、認知症高齢者に対する家族の共感性向上に向けた支援が明確にできる。

第3章 家族の代理意思決定プロセスにおける共感性の検討 【研究1】

本研究は、認知症高齢者に対する家族の代理意思決定プロセスの構造を検討し、その構造における家族の共感性の位置づけを明らかにすることを目的とした。調査対象は、A 介護老人保健施設に入所している認知症高齢者の家族で、認知症高齢者の医療行為を受けるか否かの判断に関する内容のインタビューを行った。その結果、家族の背景には、「A 家族の関係性が希薄だと意思の統一化が図れない」と「B 家族の代理意思決定は準備期間が必要だ」、「C 認知症高齢者の意思を確認することが困難な状況だ」と「D 認知症高齢者の意向に添えないジレンマがある」の要素があり、その間には関係性がみられた。そして、「E 家族は代理意思決定する役割がある」という代理意思決定者が存在するが、医療行為の判断をする際に、「J 培ってきた自分なりの意思決定方法がある」といった、自分が経験してきた日常的な意思決定方法を頼りにして、認知症高齢者に対する家族の共感性に向かっていった。

家族が代理意思決定するプロセスには、認知症高齢者に対する家族の共感性が関与することが明らかとなった。その内容には、「F 医療行為選択の想像性が希薄だ」、「G 認知症高齢者に対して心理的理解が必要だ」といった認知的要素と、「H 認知症高齢者に対して共感的配慮が必要だ」、「I 代理意思決定後も揺れる感情がある」といった感情的要素があった。

認知症高齢者に対する家族の共感性では、認知症高齢者の家族は、医療行為を受けるか否かの判断をする逃避反応を示して、安易に考えようとする傾向にあり、医療行為の内容自体も情報を得ず、医療行為の選択をどうするのかという想像すらできない状況に陥る可能性がでてくることが示された。そして、家族は、認知症高齢者の意思と家族自身の意思の間に相違があったり、認知症高齢者の意思が不明であったりすると、一度決定した内容でも感情は揺れ、苦痛に感じるものと考えられる。しかしながら、家族は、認知症高齢者の意思が全く不明であっても、認知症高齢者の内面を想像しながら考えることにより、共感性に基づいた意思決定ができるものと考えられる。

第4章 認知症高齢者の意思決定プロセスの検討 【研究2】

本研究は、認知症高齢者が、医療行為を受けるか否かの判断における意思決定プロセスの構造を検討することを目的とした。調査対象は、関東地方にある A 介護老人保健施設に入所している認知症高齢者で、医療行為を受けるか否かに関する内容についてインタビューを行った。その結果、認知症高齢者の意思決定には、「意思決定が曖昧」、「意思決定が明確」の2ケースあることが明らかとなった。「意思決定が曖昧」なケースは、医療行為を受けるか否かの判断において「どう判断するのか」、「誰にどのように伝えるのか」考えてお

く必要がある。そして、「意思決定が明確」のケースは、本人の意思表示が明確であっても、認知症高齢者の判断能力は低下し、意思決定の内容も流動的となることが懸念される。そのため、家族は、以前に聞いた内容で決定するのではなく、認知症高齢者を含めて、段階的に意思の確認をしておくことが重要であることが示唆された。

第5章 認知症高齢者と家族の意思決定の比較 【研究3】

本研究の目的は、医療行為を受けるか否かの判断において、認知症高齢者と家族の意思の相違を明らかにして、認知症高齢者に対する家族の共感性の果たす役割について検討することとした。調査対象は、関東地方にあるA介護老人保健施設に入所している65歳以上の認知症高齢者とその家族のペアとし、医療行為を受けるか否かに関するインタビューを行った。その結果、介護老人保健施設に入所している認知症高齢者とその家族は、話し合いをしているペアは少ないが、意思が一致しているペアが多いことが明らかになった。対象者である認知症高齢者は、比較的、身体の状態が安定している状況であったため、話し合うきっかけがなかったと考えられる。また、家族は、認知症高齢者の年齢が高いため、双方で話し合わず、意思の確認も行わない状況であった。認知症高齢者に対する家族の共感性を向上させるためには、危機的な状況を想定して話し合うことや、お互いに意思を確認し合うことが重要である。そして、家族と認知症高齢者がお互いに話し合うきっかけが作ることができる支援が必要であることが示唆された。

第6章 看護師が捉える家族の代理意思決定プロセスにおける共感性の検討

研究4では、認知症高齢者の医療行為を受けるか否かの判断について、看護師がどのように捉えているか基礎的データを得ることを目的とした。調査対象は、関東地方にある介護老人保健施設の看護管理者とし、認知症高齢者が医療行為を受けるか否かに関する内容の質問紙調査を行った。研究5では、看護師が捉える認知症高齢者の家族の代理意思決定プロセスの詳細を明らかにし、家族に対する意思決定支援のあり方の課題を明らかにすることを目的とした。調査対象は、介護老人保健施設所属の看護師とし、認知症高齢者が医療行為を受けるか否かに関するインタビューを行った。本章を通して、代理意思決定する家族への支援の課題は、認知症高齢者を含めた家族の話し合いが重要であること示唆された。医療行為について話し合いをしていない家族は、医療行為に関する情報や、本人の意思の推察や確認を十分に得ないままに決断するため、後悔の念が生じやすい傾向にある。看護師の働きかけとして、認知症高齢者に対する共感性向上に向けた支援で必要なことは、医療行為の判断について話し合いが行える場の提供作り、認知症高齢者・家族・看護師で十分に話し合う時間を持つこと、そして、本人が医療行為に対して「何を見て、何を感じ、何を考えているか」推測して三者それぞれで確認しあうことの必要性があることが示唆された。

第7章 代理意思決定における家族共感性に関する評価尺度の開発と検討

研究6では、認知症高齢者の医療行為を受けるか否かにおいて、高齢者の意思に対する家族共感性尺度（以下、家族共感性尺度）を作成し、構成概念妥当性（内容的妥当性）の検証、信頼性の検証を行うことを目的とした。日本に在住する65歳以上の高齢者の家族を対象に、作成した家族共感性尺度およびIRI（Davis, 1980；桜井, 1988）についてインターネット調査を行った。家族共感性尺度32項目について、探索的因子分析を行った。因子負荷量.40未満の項目を除外し、各因子負荷量を参考にした結果、4因子21項目が抽出された。抽出された尺度の信頼性を検討するために、Cronbach α 係数を算出した。その結果、Cronbach α 係数は、尺度全体は $\alpha = .815$ 、第1因子は $\alpha = .823$ 、第2因子は $\alpha = .776$ 、第3因子は $\alpha = .750$ 、第4因子 $\alpha = .726$ で、いずれも十分な値が得られた。さらに、家族共感性尺度4因子21項目について、回答しやすい項目数を考慮した結果、4因子16項目が抽出された。次に、家族共感性尺度4因子16項目の確認的因子分析を行った。その結果、尺度のモデル適合度は、CFI=.925, TLI=.973, RMSEA=.058で許容範囲であった。

研究7では、開発された家族共感性尺度の家族特性による影響について検討することを目的とした。調査対象は、日本に在住する65歳以上の高齢者の家族で、家族共感性尺度の家族特性（性差、認知症／非認知症、看取り経験の有無）による影響について検討した。「家族共感性尺度」において、「総合得点」、「高齢者に対する心理的理解」、「代理意思決定の苦悩」、「高齢者に対する共感的配慮」は、男性より女性の得点が高く、「医療行為選択の想像性」は、女性より男性の得点が有意に高かった。女性は、他者への理解や配慮を行うことで、対人関係を構築することを重視していることがうかがえる。その反面、女性は、他者への理解や配慮を重視するがゆえに、他者の気持ちを推察できているのだろうか、あるいは適切な判断ができていないのだろうかといった代理意思決定の苦悩につながっている可能性がある。

一方、医療行為選択の想像性は、女性より男性の得点が有意に高かった。本研究における家族共感性尺度の医療行為選択の想像性の項目には、冷静さが保てなくなり、不安な感情が生じる内容が含まれているため、得点が高いほど過剰なストレスが生じていることが考えられる。医療行為を受けるか否かについて選択することは、非日常的な場面を対処するストレス・コーピングの能力が必要となる。コーピングには、性差により対処行動が異なること考えられている。医療行為を選択することは、非日常的であると同時に、予測できない出来事に対処する柔軟な対処能力が必要となる。したがって、本研究の医療行為選択の想像性で、男性が女性よりも有意に高かったことは、男性の方が非日常的な医療行為の選択に対して、柔軟に対処する行動が難しくなることが考えられる。一方、女性は、非日常的な医療行為の選択に対して、柔軟に対処できるかもしれないが、苦痛な場面から逃避する可能性もある。したがって、医療行為を受けるか否かの判断をする際は、性差により対処行動が変わることも念頭に置きながら支援する必要がある。

「家族共感性尺度」と家族特性との関連性では、認知症高齢者の家族は、高齢者の意思

を確認することが困難で、高齢者の立場になって考えることが難しいこと、「看取り経験有りの家族」は、看取りの体験を生かして認知症高齢者の意思を尊重しようとした姿勢があることが示唆された。さらに、「家族共感性尺度」の総合得点の高低により、認知症高齢者に対する家族の「身体的負担」、「精神的負担」、「社会的負担」の程度を推察することができる。「代理意思決定の苦悩」の得点は、家族は認知症高齢者が経験している精神面や環境面について感じとることができることと関連性があることが示唆された。「家族共感性尺度」の特徴は、家族が、認知症高齢者の医療行為の代理意思決定を行う際の、認知症高齢者に対する共感性を把握する目的で使用できることである。そして、認知症高齢者の家族だけでなく、高齢者全般の家族を対象に、共感性を測定できる尺度として使用できる。

第8章 家族の代理意思決定における共感性向上に向けた支援の試み：

医療行為の理解促進に向けた支援の検討【研究8】

本研究の目的は、認知症高齢者に行われる医療行為について、医療機器（点滴、胃ろうセット）を用いて説明を行った後に話し合いをすることで、医療行為の理解がどのように深まるのか、家族共感性尺度を用いて評価することである。調査対象は、関東地方にあるA介護老人保健施設の介護者教室の参加者とし、認知症高齢者に行われる医療行為の知識の習得、および家族で話し合う必要性があることに意識を向けるための介入を行った。その結果、医療行為に関する内容は、いくつかの事例があることで具体的なイメージをすることができ、自分の家族であったらどうするか考えるきっかけとなった。そして、参加者は、医療行為の理解を踏まえたうえで討議を行ったことで、認知症高齢者への共感性が向上する可能性もあることが示唆された。一方、対象者の行動変容の段階に着目し、医療行為の知識を得ると同時に、心理的な不安や迷いにより逃避反応が働く可能性のあることを考慮して、継続性のある長期的なサポートや周囲のサポートを支援の内容に組み込む必要があることが示唆された。

第9章 総合考察

本研究では、介護老人保健施設に入所する認知症高齢者の家族が、代理意思決定する際の共感性向上に向けた支援のあり方について検討した。

日本において、人生の最終段階における医療行為を受けるか否かの判断の多くは、最終的に家族が代理意思決定を行うことが多い。家族は、医療行為に関して知識が不足していることや、認知症高齢者の意思や希望への共有不足があるため、より適切な判断ができないことが想定される。これらの観点から、医療行為に対する知識の習得や、認知症高齢者に対する共感性（認知的側面、感情的側面）の向上が必要不可欠である。そのため、本研究では、家族の代理意思決定プロセス、認知症高齢者の意思決定プロセス、看護師による認知症高齢者の意思決定支援プロセスにおいて、それぞれの立場の課題を検討した。そして、代理意思決定における家族共感性に関する評価尺度の開発を行い、その評価尺度を用

いて家族の共感性向上に向けた支援のあり方の視座を得ることができた。

本研究は、認知症高齢者における医療行為を受けるか否かの意思決定に対して、本人、家族、看護師のそれぞれの立場の課題を抽出することができた。また、認知症高齢者に対する家族の共感性に基づいた、家族の共感性向上に向けた支援の試みを行った。家族の共感性向上に向けた支援の実際は、医療行為の情報提供、事例に基づいた話し合いを行うといった、家族共感性尺度の認知的側面である「医療行為選択の想像性」に働きかけ、その反応を得ることができた点で意義のある研究であったと考える。そして、家族共感性尺度を開発したことで、家族の共感性の現状を測定して把握することができるようになった。今後、家族共感性尺度は、認知症高齢者に対する家族の共感性の負側面に対する支援を考える一助となることや、共感性向上に向けた支援前後の有効性の評価としても用いることに期待できる。

家族に対する共感性向上に向けた支援の内容として、共感性の向上には、医療行為について理解することが欠かせない結果となった。家族は、医師からの一度の説明で、医療行為をイメージできることはなかなか難しい。認知症高齢者に対する家族の共感性を高めるためには、看護師が視覚的に医療行為の情報や事例を提示することや、家族共感性の認知的側面に具体的なイメージができるような働きかけを行うことが重要である。そして、認知症高齢者の医療行為を受けるか否かは、日常的に話し合いの場を持てるきっかけ作りが必要となる。そのため、高校生や大学生から、医療行為を受けるか否かについて家族でも話し合えるような働きかけにも発展できるといえる。

おわりに

認知症高齢者の医療行為を受けるか否かの判断において、認知症高齢者に対する家族の共感性を検討し、家族の共感性に関する評価尺度の開発と、代理意思決定における家族の共感性向上に向けた支援のあり方について検討することができた。

認知症高齢者に対する家族の共感性は、現在までに研究されておらず、新たな知見が得られた。家族の共感性に関して評価する尺度が開発できたことは、認知症高齢者のみならず高齢者全般で家族の共感性を評価できる点で、高齢者の意思の尊重に貢献できたといえる。高齢者施設や病院などにおいて、高齢者に対する家族の共感性を測定することができるため使用してほしい。家族の共感性向上に向けた支援のあり方の検討では、家族で話し合えるきっかけ作りや、話し合う場を作る機会が少なかったため、継続して話し合いが行えるようなサポート作りを行うことは、今後の大きな課題の一つであるといえる。しかしながら、今回、家族に向けた共感性向上に向けた支援の内容としては、医療行為の判断をした事例も含まれていたため、家族で話し合いができるきっかけ作りができた。今後は、本地域における生涯学習への参加や、医療系の大学のみならず、一般の大学、小学校から中学校、高等学校でも話し合うことができるような方法を考えていく必要がある。認知症高齢者に対する家族の共感性向上に向けた支援に必要なことは、医療行為の判断について

話し合いが行える場の提供作り、認知症高齢者・家族・医療福祉従事者で十分に話し合う時間を持つことである。そして、認知症高齢者の意思が尊重されるように、家族の代理意思決定における共感性向上に向けた支援についてさらに検討して深めたい。

主要引用文献

- 相場健一・小泉美佐子 (2011). 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.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents*, 10, p. 85.
- Feshbach, N. & Roe, K. (1968). Empathy in six and seven year olds. *Child Development*, 39, 133-145.
- Hoffman, M. (1975). Developmental synthesis of affect and cognition and its implications for altruistic motivation. *Developmental Psychology*, 607-622.
- Hoffman, M. (1982). The measurement of empathy. In C. E. Izard (Ed.) *Measuring emotions in infant and children*, New York: *Cambridge University Press*, 279-296.
- Hoffman, M. (1985). Interaction of affect and cognition in empathy. New York: *Cambridge University Press*, 103-131.
- 本間昭 (2007). 認知症高齢者の医療同意をめぐる成年後見制度の課題, 『成年後見と医療行為』新井誠編, 東京: 日本評論社, 19-31.
- 藤本真記子 (2000). 患者-看護婦関係における共感プロセスとその影響因子. *青森県立保健大学紀要*, 2(1), 119-123.
- 伊藤祐紀子 (2002). 共感の概念に関する検討-諸学問領域と看護学での捉え方に焦点を当てて-. *北海道医療大学看護福祉学部紀要*, 9, 83-91.
- 香川由美子 (2002). 老人保健施設におけるターミナル事例に対する医療者の倫理的葛藤 (Ethical Conflicts) の分析と課題. *日本看護医療学会雑誌*, 4 (2), 19-26.
- 上澤弘美・中村美鈴 (2013). 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.
- 北村世都 (2015). 老年臨床心理学からみた認知症の人とのコミュニケーション. *日本認知症ケア学会誌*, 24 (2), 457-463.
- 北山忍 (1998). 自己と感情: 文化心理学による問いかけ. 東京: 共立出版株式会社, 29-74.
- 木内亜紀 (1996). 独立・相互依存的自己理解-文化的影響およびパーソナリティ特性との関連-. *心理学研究*, 67, 308-313.
- 小代聖香 (1989). 看護婦の認知する共感の構造と過程. *日本看護科学会誌*, 9 (2), 1-13.
- 厚生労働省 (2003). 2015 年の高齢者介護 ~高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて~. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>, 2018 年 3 月 31 日アクセス.
- 厚生労働省 (2016). 平成 28 年介護サービス施設・事業所調査の概況 (5. 介護保険施設の利用状況). http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_05.pdf

- f, 2018年3月31日アクセス.
- 厚生労働省 (2017). 人生の最終段階における医療に関する意識調査.
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf, 2018年3月31日アクセス.
- 牧信行・小杉一江・永嶋智香・中村美鈴 (2016). 終末期の延命治療に対する代理意思決定 : 高齢者の認識と課題. *日本プライマリ-ケア連合学会誌*, 39 (3), 150-156.
- Markus, H. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self : Implication for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- 永田 久美子 (1997). 痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護. *老年看護学*, 2(1), 17-24.
- 中村享子・岡村世里奈 (2013). 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.
- 成本迅 (2017). 認知症の人の医療選択と意思決定支援 : 医療同意プロジェクトの成果と課題から. *看護管理*, 27(6), pp, 438-442.
- 成本迅 (2018). 認知症の人の医療選択と意思決定支援 : 同意能力評価と支援プロセスについて. *認知症ケア事例ジャーナル* 11(1), 24-28.
- 日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>, 2018年3月31日アクセス.
- Roth, L., Meisel, C., & Lidz, C. (1977). Tests of competency to consent to treatment, *American Journal of Psychiatry*, 134, 279-284.
- 坂上雅道・山本愛実 (2009). 意思決定の脳メカニズムー顕在的判断と潜在的判断ー. *科学哲学*, 42 (2), 29-40.
- 桜井茂男 (1988). 大学生における共感と援助行動の関係. *奈良教育大学紀要 (人文・社会)*, 37, 149-154.
- 島田千穂・中里和弘・荒井和子・会田薫子・清水哲郎・鶴若麻理・石崎達郎・高橋龍太郎 (2015). 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景. *日本老年医学会雑誌*, 52 (1), 79-85.