

〔研究報告〕

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¹⁾ 渡邊 久美²⁾

要 旨

目的：超急性期脳卒中患者の家族が行う代理意思決定において、認定看護師が行っている看護実践を明らかにする。

方法：超急性期脳卒中治療を行う部署に勤務する救急看護、集中ケア、脳卒中リハビリテーション認定看護師5名に、家族の代理意思決定場面を想起してもらい半構造化面接を行った。録音した面接内容から逐語録を作成し、質的内容分析を行った。

結果：5カテゴリが生成された。まず認定看護師は【家族の心情の受け止めと緩和】を行い、精神的支援をしていた。同時に家族のアセスメントを行い、治療への同意ができるように家族の来院を促す等【代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整】を行っていた。家族への病状説明は医師のみで実施されることがほとんどであったが、家族の言動を見逃さず注意を払いながら、病状説明後には【代理意思決定に伴う疑問や不安の表出】を促し、理解の程度の確認や情報提供により【病状・治療の理解の促進】を図っていた。これらの支援は患者の治療の合間を縫って行われていた。また【家族支援の継続と調整】がなされ、スタッフヘロールモデルとしての関わりによる家族支援の調整、医療者間の情報共有によって家族支援が継続されるよう管理を行っていた。

考察：認定看護師らは、治療開始のための初回病状説明における家族の言動を最も重視し、表情や言動を見逃さず、家族と接する僅かな時間を見出していた。精神的支援、家族システムへの介入、情報提供が行われており、まずは「家族の安定」、そして「病状・治療等の理解」の支援が重要であると考えられた。

キーワード：代理人、意思決定、認定看護師、超急性期脳卒中

1. 緒 言

厚生労働省発表の「人口動態統計の概況」によると、2018年1年間の死因別死亡総数のうち、脳血管疾患は10.8万人で全体の7.9%を占め、全死因の上位から4番目という結果であった（厚生労働省、2018）。入院・外来を合わせた患者数は230万人で、要介護の原因の約2割を占める（厚生労働省、2017）。

脳血管疾患は発症すると生命に関わるだけでな

く、麻痺、意識障害、言語障害などの重大な後遺症を生じることがある。脳卒中の超急性期治療では、集中治療室（ICU）、脳卒中ユニット（SU、NCU）等で高度医療が実施される。脳出血では血腫除去術や開頭クリッピング術等、脳梗塞では血管カテーテル治療、血栓溶解療法（rt-PA：遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクティベータの静脈内投与）等、生命に関わる治療や合併症リスクの高い治療が行われている。rt-PA静脈内投与は、発症から4.5時間以内、経動脈的選択的局所血栓溶解療法では発症から6時間以内の治療開始が推奨される（脳卒中治療ガイドライン2015 追補2017対応、2017）。こ

1) 岡山県立大学保健福祉学部

2) 香川大学医学部看護学科

これらの治療は、脳へのダメージを最小限とし、効果を上げるために、発症後短時間で開始することが必要である。患者は、発症とともに意識障害や言語障害を伴うことがあり、本人の意思決定は難しく、家族の代理意思決定は避けることができない状況がみられる。しかし、患者の家族は、突然の発症、救急、緊急入院と状況が目まぐるしく変化し、精神的、身体的負担の大きい状態にあり、先の見通しが立たず、途方に暮れ、後悔の念を抱いている（緒方、佐藤、2004）と言われる。救急・クリティカル領域における家族看護では、周囲の環境調整、情報と情緒支援の提供、意思の尊重と行動支援が示されている（山勢、山勢、立野、2013）。高度医療の場では、救急看護、集中ケア認定看護師などが配置されている施設もあり、患者だけでなく家族も対象とした専門性の高い看護実践が必要とされている。

家族の代理意思決定に関する研究は、クリティカル領域では終末期に関するものが大半である。救命救急場面における家族は、その場の状況に影響を受けながらも患者の思いを優先し決定を行っている（石塚、井上、2015）。緩和優先医療を提案された家族では、自分の思いと患者の思いを押し量り苦痛や生き方について考えている（飯塚、井上、2013）、正しい判断を求めて苦悩し、状況を受け入れようとしている（横掘、井上、佐々木、2012）と言われている。代理意思決定を行う家族には、死の兆候を感じたくない、回復への期待、家族の健康な状態を保ちたいという思いがあり、その対処として、以前患者と話したことを思い出すこと、家族と決定を分かち合うこと、意思決定を遅らせること、スピリチュアルな活動を行うこと、語ることを行っていると言われている（Schenker, Matoka, Dohan, et al., 2012）。また、家族が代理意思決定を行った経験がない場合や患者が希望する処置について話したことがない場合に、家族の負担が大きいため、医師と家族とのコミュニケーションの質が重要であると指摘されている（Majesko, Hong, Weissfeld, et al., 2012）。

代理意思決定の場面における看護実践は、延命治療では看護師は、医療・看護チームとして意思決定に参加している人々の調整を行い、家族に寄り添い継続した援助が行われている（石塚、井上、2015）。上澤、中村（2013）は、特に初療で代理意思決定を行う家族への関わりにおいて、看護師は家族の意思決定内容を肯定的に受け止めることができないこと、医療者が治療を決定する傾向があることに悩んでいると報告している。その理由として、自身の倫理観・看護観・価値観による影響やその時の関わりが良いか悪いか判断するための手段がないことを挙げている。

超急性期脳卒中中の患者・家族は危機的状況にあり、そのなかで行われる代理意思決定への看護支援は、患者への救急処置や治療の開始、管理等を短時間に行う必要があり、家族とゆっくりと関わる時間がほとんどないと考えられ、容易ではないと思われる。その後患者は病棟等へ移送されるため、関わりへの評価も困難であると予想される。しかし、認定看護師は、高い臨床推論力と病態判断力に基づいて、熟練した看護実践を行っているのではないかと推察される。

本研究では、超急性期脳卒中患者の家族が行う代理意思決定において、認定看護師が行っている支援を明らかにする。このことにより、今後の家族への代理意思決定支援に関する基礎的研究となり、看護実践モデルの構築につながると考えられる。

II. 研究方法

1. 用語の定義

「代理意思決定」とは、脳卒中初療時に、意識障害のある脳卒中患者に代わって、家族が生命や今後の生活に影響を及ぼしうるような治療内容を決定することとする。

「支援」とは、入院直後から、超急性期脳卒中患者の家族が代理意思決定を行い、治療が開始される前後の状況において、認定看護師によって行われる

支援とする。

2. 研究参加者

研究対象は、超急性期脳卒中中の初療および看護に携わっている認定看護師とした。

対象者の選定方法は、以下のとおりである。A県において脳卒中地域連携パスに参加し、超急性期の専門的な診療が24時間可能な施設は11施設であった。そのなかから、日本看護協会に登録されている集中ケア、救急看護、脳卒中リハビリテーションの分野の認定看護師が勤務しており、脳卒中治療数の多い施設を選択した。該当の施設の看護部長に、研究計画書を郵送および電話連絡を行い、調査への協力を依頼した。施設によって認定看護師の勤務状況は異なっており、例えば、救急看護認定看護師は脳卒中救急患者には対応していない施設や、集中治療室と救急外来の兼務の施設など、さまざまであった。そのため、看護部長に研究対象となる事象に対峙している研究参加候補者を紹介いただいた後に、研究計画書を郵送し、研究への協力を依頼した。研究者は、了承の得られた対象者に連絡を行い、面接日時の設定を行った。面接前に改めて、口頭と文書による説明を行い、同意を得た。

3. 半構造化面接の方法と分析方法

研究参加者に家族の代理意思決定の場面を想起してもらい、「家族の代理意思決定のどのような場面に立ち会ったか」、「どのような援助を行っているか」、「家族に対し気を付けていること」、「治療後の家族への対応」等について、1時間程度の半構造化面接を実施した。

面接内容は、参加者の了承を得てICレコーダーにて録音した。録音した面接内容から逐語録を作成し、質的内容分析の手法を用いて文脈単位で分析した。家族への代理意思決定に対する認定看護師の関わりを文脈単位でコード化し、得られたコードを内容の類似性によりサブカテゴリ、カテゴリと抽象度を高めた。さらに、カテゴリの妥当性、関係性についても検討を行った。

4. 倫理的配慮

本研究は岡山県立大学倫理委員会の承認（17-11）を得て実施した。

対象者への説明は、以下の内容を書面に記し、研究者が実施した。研究の実施機関、目的、データ収集の方法と手順、調査の内容、いつでも同意の撤回は自由であること、参加しないことによる不利益が生じないこと、プライバシーの保護、守秘義務の遵守を説明した。

面接の実施時には、外部に音が漏れないように個室で行った。

文書、データは、鍵付きの引き出しに管理し、定められた期間経過後は、シュレッダーによる裁断、電子データの消去を行う。

III. 結果

1. 研究参加者の概要

集中ケア認定看護師2名、救急ケア認定看護師2名、脳卒中リハビリテーション認定看護師1名であった。勤務部署は、救急外来2名、脳卒中ケアユニット（NCU）および救急外来兼務2名、脳卒中ケアユニット（NCU）1名であった。3施設に協力を得ることができ、これらの施設は脳卒中超急性期の専門的な診療が24時間可能で、400床以上の病床を有していた。

2. 超急性期脳卒中患者の家族への代理意思決定支援

分析の結果、34のコード、11の〈サブカテゴリ〉、5の【カテゴリ】が生成された。詳細を表1に示す。これらのカテゴリについて、以下に説明する。

(1) 【家族の心情の受け止めと緩和】

【家族の心情の受け止めと緩和】のカテゴリは、〈家族の反応を捉えた即座の寄り添い〉、〈発症時の状況と現状の伝達〉、〈家族に安心感を与える存在〉の3サブカテゴリから生成された。

このカテゴリは、認定看護師は、来院直後から家

表1. 認定看護師による代理意思決定支援

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
家族の心情の受け止めと緩和	家族の反応を捉えた即座の寄り添い	脳卒中の発症による家族の不安やショックの受け止め
		家族の長時間待機中の面会時間の確保
		受診の判断をした家族へのねぎらい
	発症時の状況と現状の伝達	発症時の状況の伝達
		発症前後の自身の対応を後悔する家族への声かけ
		タイミングを見計らった現在の状況説明
家族に安心感を与える存在	家族に安心感を与える存在となるような対応の意識	
	救急・集中治療室の非日常的場所としての家族の緊張の緩和	
代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整	家族同士で支え合える状況の調整	家族の関係性の把握
		緊急時に家族同士で支え合える状況の調整
		入院時の詳細な家族情報の収集困難
	家族による代理意思決定が可能かどうかの早急な判断	
代理意思決定に伴う疑問や不安の表出	病状説明時の家族の反応からの心情の推察	何を聞いてよいか分からない、質問ができない家族の心理状況
		「おかしい」と感じる家族の言動の追求
		家族の認識や反応の把握のための病状説明への同席の重要性
		救急外来での病状説明への同席の困難
	緊迫した患者対応と並行した俯瞰的な家族状況の把握	緊迫した状況にある患者の治療の優先
		代理意思決定時の質問や熟考の時間なく即決を迫られる家族状況
		代理意思決定時の「よくわからないので任せるしかない」と同意する家族の捉え
		脳卒中治療開始による家族が抱く期待の理解
		患者の治療と並行した家族への継続的な眼差し
	家族の病状理解に向けた不安・疑問の表出への働きかけ	家族の脳卒中の病状理解の困難さの実感
		病状や治療について家族の正確な理解の重要性
		代理意思決定後の家族の疑問を表出させる声かけ
		治療決定に迷いが生じないための家族の疑問の早期解決
	病状・治療の理解の促進	病状説明後の補足的な情報提供
家族の後から生じる疑問を予測した対応		
わずかな空き時間を活用した細やかな情報提供		
家族支援の継続と調整	医療者間の情報共有による家族支援の継続	主治医との家族情報の共有
		病棟看護師との家族情報の共有
	ロールモデルとしての家族支援教育と管理	スタッフのモデルとしての言動
		スタッフへの家族の心理状態や支援についての教育
		スタッフへの家族対応の指導と管理

族の様子に注意を向けており、脳卒中の発症による家族のショック、不安を受け止めるよう積極的に家族に声をかけたり、救急隊や発見者から得た情報等

から発症時の状況を伝えたりする支援を行っていることを示している。

このカテゴリを構成する代表的データを以下に示

す。

「泣いている人は結構いるので、動揺はかなり強いでしょうし…。隠されてね、気丈にふるまわれる方もおられる」(A), 「家族は不安や怖い気持ちを表出できないんじゃないかと思っている。どれだけ看護師が関わるか、アプローチの仕方ひとつで変わってくると信じている。目配り気配りでいろんな所に情報が落ちているので、そこをうまく拾っていきけるといいなと。情報をうまく拾っていけば家族の不安の軽減にもつながるし、患者の不安の軽減にもつながる」(A), 「ポロポロ泣いている人もいるから、なるべく傍にいて、何も言わないけど、寄り添うようにしている」(B) 等の語りから、来院直後から家族の様子に注意を向けており、脳卒中の発症による家族のショック、不安を受け止めるように関わっていた。「まずは家族の気持ちを受け入れてあげないと。(病状が)理解できたかどうかはもうその次かなって感じがする」(B) との語りがあり、家族のショックや不安を和らげる支援が重要であると捉えていた。これらをコード化し〈家族の反応を捉えた即座の寄り添い〉のサブカテゴリを生成した。

「(家族が病院に) 来られたら、(患者は処置等ですぐに) 会わせてあげられないにしても、『(発症時) こんな状況だったんですよ』、『誰かが見ていて…そういう風に倒れたみたいです』と今わかってる情報を伝えて、『今CT行ったり、いろいろ…採血したりしてますから』って言って、『(処置等が) 終わったら必ずすぐ(患者との面会に) 入ってもらいますので』と必ず一言をかけている。家族に会いに行くようにしてます」(B) 等の語りから、コード化し、〈発症時の状況と現状の伝達〉のサブカテゴリを生成した。

「家族の側にいても何もできないが、気にかけていることを伝えたい」(E), 「看護師の存在が安心感につながるように関わる」(A) 等の語りから、看護師として家族に安心感を与える存在になれるよう、患者の検査・治療を進めながらも、家族への支

援を非常に重視していた。これらをコード化し、〈家族に安心感を与える存在〉のサブカテゴリを生成した。

(2) 【代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整】

【代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整】のカテゴリは、〈家族同士で支え合える状況の調整〉、〈家族による代理意思決定が可能かどうかの早急な判断〉の2サブカテゴリから生成された。

脳卒中は急な発症のため救急車で来院することが多いため、来院時には家族が1人だけであったり、かなり高齢の家族だったりとすることも多い。このカテゴリは、認定看護師は、家族背景について情報を収集し、意思決定が可能か見極め、1人で意思決定することがないよう家族に連絡するよう依頼し、家族同士で相談、サポートし合える状況を作る支援をしていることを示している。

このカテゴリを構成する代表的データを以下に示す。

「患者さんに付き添いの家族が1人だけ、例えば高齢の方だけとか、孫だけとか。サポートが(十分に) 無い時があってどうしようかなと思うことが結構ある。他に呼べる人がいますかと聞いて連絡してもらったり、どなたか来てもらったりする」(E) 等の語りをコード化し、〈家族同士で支え合える状況の調整〉のサブカテゴリを生成した。

「やっぱり高齢の方だと(難しい)。患者のキーパーソンが、例えば高齢の奥さんしかいなかったら、その人だけではほんとに意思決定が難しい場合がある。その辺のサポートとかも必要だと思います」(D) 等の語りから、〈家族による代理意思決定が可能かどうかの早急な判断〉のサブカテゴリを生成した。

(3) 【代理意思決定に伴う疑問や不安の表出】

【代理意思決定に伴う疑問や不安の表出】のカテゴリは、〈病状説明時の家族の反応からの心情の推察〉、〈緊迫した患者対応と並行した俯瞰的な家族状況の把握〉、〈家族の病状理解に向けた不安・疑問の表出への働きかけ〉の3サブカテゴリから生成され

た。

このカテゴリは、認定看護師は病状説明への同席は、緊迫した状況にある患者の検査・治療等が優先されるため困難な場合が多かったが、家族は短時間で代理意思決定を求められる状況にあり、その際の病状説明時の家族の言動、理解の程度、同意の仕方が非常に重要であり、病状や治療を理解できていないと治療決定に迷いが生じると考えており、病状説明後には必ず声をかけ、家族の発言内容や表情、視線や動きから、家族の理解の程度や気付き等が表出できるよう支援をしていることを示している。

このカテゴリを構成する代表的データを以下に示す。

代理意思決定の同意については、「超急性期なので、患者さんの家族自体も、やっぱり突然家から呼ばれてとか、突然目の前で倒れて一緒に付いて来るっていう人が多かったでするので、突然入院とか、突然手術って言われても、とりあえず『助かるのならして下さい』と言われる」(E)、「家族同士が『やってもらう?』みたいな感じで、家族が居れば相談したりとかしてますけど、その場での会話です。その場で決めて下さいっていう雰囲気を出して主治医も(出している)…」(E)等の語りがみられ、家族が意思決定に迷う余地がなく、治療効果を期待し、同意している状況が多い現状であった。同意が困難であった例としては、「rt-PA投与でリスクが高い人(患者)が打てなかった(治療適応ではなかった)時があって、その時にrt-PAを打てなかったことに対して、(家族が)納得できてなかったっていう件があった。患者さんの家族が来た時に話したりして、ああちょっと変かなあと思ったら、こういうことを(家族が)言ってるっていうのを先生に伝えて調整したりすることはあるんですけど、それもそんなに沢山はないかなあとは思いますが」(C)という語りがみられ、治療適応ではない場合に家族の困惑が生じていた。これらの語りをコード化し、〈病状説明時の家族の反応からの心情の推察〉のサブカテゴリを生成した。

治療開始のための病状説明時の同席は、「自分が受け持ちしている場合は、多くの場合立ち会えないんですよ。なぜかという、rt-PAだけではなく、この現場ってかなりタイムリーに処置をしていかないと、患者さんの状態って目まぐるしく変わっていくので、自分が受け持ちの場合は特にその現場にいろいろな処置をやらないと、悪くなっていったり、変化していったりするで」(E)等の語りがあり、治療開始のための病状説明への同席は、多くの場合困難な現状であった。しかし、全員が病状説明時の家族の反応を重視しており、「ほんとはICの時から関わる方が、きっとどういう所で家族が躓いているとかが見えると思うので、本当はそこから話を一緒に聞いて家族のフォローをしたい。理想ですけどね」(C)等の同様の語りがあった。「rt-PAの前に必ず医師がICをされるので、(家族の)様子を遠目から確認して『ああ、あの患者さんの家族、理解できてないな〜』とか、『的を射てない質問をしているな』とか、『なんか聞いているようで上の空だな』とか、そういう様子を見ていて気が付いたりとか」(E)等の語りより、患者の治療に携わりながらも、病状説明時の家族の様子を少しでも把握しようと努め、理解の程度がどうか情報を得ようとしていた。これらの語りをコード化し、〈緊迫した患者対応と並行した俯瞰的な家族状況の把握〉のサブカテゴリを生成した。

代理意思決定に関わる病状の説明後には「『今の説明分かられましたか?』とか『これからどんな治療をするか聞いてますか?』とか、そんな感じで」(D)と全員が必ず、病状説明の内容を理解できているかどうかを確認していた。「病状の理解がやっぱりきちんとできていないと、自分の意思決定が本当に良かったかなって…本当に良いのかなって、たぶん迷いながら(決定)する…多くの場合はそうなのかなと思う」(E)との語りがあり、代理意思決定の前提として、全員が病状の理解が非常に重要であると捉えていた。また「患者さんの家族にとっては救急外来、集中治療ってやっぱり凄く非日常的な

所ですよ。こういう環境だからこそ言い出せないんじゃないのかなあっていうのはあるので」(A)との語りがあり、家族からは発言しにくい環境であると認識しており、そのために看護師から声をかけるようにしていた。これらの語りをコード化し、〈家族の病状理解に向けた不安・疑問の表出への働きかけ〉のサブカテゴリを生成した。

(4) 【病状・治療の理解の促進】

【症状・治療への理解の促進】のカテゴリは、〈病状説明後の補足的な情報提供〉の1サブカテゴリから生成された。このカテゴリは、認定看護師は、家族が現状を理解できるよう検査・治療の進行に応じて状況を説明して情報提供を行ったり、家族の様子は医師とも共有し、必要時に医師からの病状説明を再度依頼したり、治療や病状の理解への支援を行っていることを示す。

このカテゴリを構成する代表的データを以下に示す。

病状や治療の理解については、「家族はあまり理解できていないのではないかと思う」(A)、「家族は救急外来（での説明）や緊急入院の場合は、病状説明の内容はあまり記憶に残っていない」(B)等の語りがみられ、初回だけの説明では理解が不十分であると捉えていた。「今の時期（入院直後）にいろいろ言われても、理解できないから、後からもう1回、冷静になっている時に説明してあげる必要があるんじゃないかな」(B)、「後から『あれって私聞いたっけ』とか、『これって今後どうなるんだろう』っていうような疑問っていうのが、日時が経ってから思われることもあるようで、そういうのに対しては受け持ちの看護師か、私達に関わるようにはしています」(A)等の語りから、家族に後から生じた疑問や不明な点について、治療後にも看護師から可能な範囲で補足的に情報提供したり、再度の病状説明を医師に依頼したりしていた。これらの語りをコード化し、〈病状説明後の補足的な情報提供〉のサブカテゴリを生成した。

(5) 【家族支援の継続と調整】

【家族支援の継続と調整】のカテゴリは、〈医療者間の情報共有による家族支援の継続〉、〈ロールモデルとしての家族支援教育と管理〉の2サブカテゴリから生成された。

このカテゴリは、外来から病棟へ患者を入院させ、申し送り時には、病状説明時の家族の反応や理解度など家族の様子を病棟看護師や医師に伝え、家族への医療者からの支援が継続的に行われるように情報を共有したり、スタッフに対して家族への支援ができるように調整や自らがロールモデルとなって教育したりすることで、家族支援が継続的に行われるように管理していることを示す。

このカテゴリを構成する代表的データを以下に示す。

医療者間の家族情報の共有が行われており、「病棟に上がって、病棟のスタッフに『こういう感じでちょっと理解力が乏しいので、何回も確認がいます』とか申し送りはしています」(E)、「気になるご家族がいればその旨も伝えて、あと記録に残してお伝えするっていう感じですかね」(D)等の語りをコード化し、〈医療者間の情報共有による家族支援の継続〉のサブカテゴリを生成した。

認定看護師として、スタッフが家族に関われるよう管理しており、「私の対応を見て、こういうふうにしたらちょっと家族は落ち着いたりできるってことを知ってもらいたい」(E)、「若い子とかを見ていて、あぁまだ家族が（面会に）入れてないとか、まだこの人患者さんの家族に声かけに行っていないのかとか、そういうのは見ていて、遅いなと思ったら、『今（患者を）見といてあげるから（家族の所に）ちょっと行ってきて』とかって言う」(E)、「率先的に私らがして、スタッフも同じような意識で患者さんの家族とかに声かけできるように、見本というか…そういうケースもあるよっていうことをこれからも見せられたらいいな」(A)等の語りをコード化し、〈ロールモデルとしての家族支援教育と管理〉のサブカテゴリを生成した。

3. 超急性期脳卒中患者の家族に対する代理意思決定支援のストーリーライン

生成されたカテゴリの関係性を検討し、超急性期脳卒中患者の家族に対する代理意思決定支援のストーリーラインを生成した。

まず認定看護師は、家族に対し、【家族の心情の受け止めと緩和】を行い、精神的な支援を行っていた。同時に家族のアセスメントを行い、治療への同意、決定ができるように家族の来院を促すなど【代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整】を行っていた。患者の治療や処置への迅速な対応のため、家族への病状説明は医師のみで行われることがほとんどであり、家族の言動を見逃さず注意を払いながら、病状説明後には【代理意思決定に伴う疑問や不安の表出】を行い、家族の理解の程度の確認、情報提供を行い【病状・治療の理解の促進】を行っていた。これらの支援は患者の治療・ケアを行いながら、わずかな時間の合間を縫って行われていた。また【家族支援の継続と調整】がなされ、スタッフヘロールドモデルとして関わり、家族支援の調整や医療者間の情報共有によって家族支援が継続的に行われるよう管理を行っていた。

IV. 考 察

超急性期脳卒中患者の家族に対する代理意思決定支援において、認定看護師は【家族の心情の受け止めと緩和】、【代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整】、【代理意思決定に伴う疑問や不安の表出】、【病状・治療の理解の促進】、【家族支援の継続と調整】の5つの支援を行っていた。これらの支援は、救急搬入時から検査、病状説明、治療の開始、病棟への入院という脳卒中治療の経過のなかで継続的に実施されていた。

これら認定看護師による看護実践について考察する。

脳卒中患者の突然の発症、救急入院といった状況において、ショックを受け不安の強い家族に対し、

【家族の心情の受け止めと緩和】が行われていた。入院直後から、家族への関心は向け続けられており、時間的制約のなかでのわずかな時間を活用し、家族に安心を与える存在となるように関わりをもっていた。その際の家族の表情や言動を見逃さず、支援につなげていた。患者の治療や検査等が優先される状況のなかで、家族と関わるわずかな時間を作り出すことは、状況の把握や時間の予測、患者の状態の適切なアセスメント力があってこそその行動であると言える。重症患者家族のニードは、「情報」、「接近」、「保障」が重要なニードである（山勢、2006）と言われ、これらの充足につながる支援であると言えよう。

また、同時に家族のアセスメントを行い【代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整】により、治療への同意、決定ができるように家族の来院を促していた。救急来院時には、高齢の配偶者が1人だけである場合、家族ではない方の付き添いの場合など、緊急時のため代理意思決定が可能な家族がその場にはいない状況がみられる。家族が複数いれば、治療に対する意見や要望の統一が可能となり、さらに互いに精神的な支援が可能になると考えられる。家族が不安や動揺によって判断力が低下している場合にも有効であり、落ち着いている家族が医療者へ情報を提供したり、事務的な手続きを進めたりすることも可能であろう。

家族は複数の成員で構成されるシステムであり、1人が突然入院することや重篤な状態に陥ることによって、その家族全体が影響をうける。家族システムへのサポートとして、家族成員の言動から家族全体を推測する、意図的な会話で思いを引き出す、家族の会話を促進するという看護実践があげられる（山勢、2010）。本研究では、意図的な関わりとして救急来院時から看護師が積極的に家族へ声をかけている現状があり、これにより家族全体の推測が行われていると考えられる。家族間の会話を促進する支援として、検査、治療の合間に面会時間を作る、患者の状況についての情報提供などが当てはまると考

えられる。これは、初回病状説明前に行われる代理意思決定に向けて、家族ケアシステムへのサポートが非常に重要であることを示していると考えられる。

代理意思決定の前後の場面では、家族への医師からの初回の病状説明は非常に丁寧に行われ、多くの情報提供がなされている現状が語られた。しかし、患者への看護が優先されるため、ほとんどの場合同席は困難な現状が語られ、同席したいができないことが多いという葛藤を抱えていた。救急外来では、時間的、人的問題もあるため、看護師が代理意思決定そのものに関わることは困難であると考えられる。看護師は、危機状態にある家族には、これら多くの情報の理解は不十分であると推察しており、病状説明中やその後の家族の言動を非常に重視し、【代理意思決定に伴う疑問や不安の表出】、【病状・治療の理解の促進】の支援を行っていた。時間的制約下における意思決定の問題として、Murtagh, Watson, Jenkins他(2012)は、時間制限の中でリフレクションの時間をどのように許可するか、重要な治療のリスクと利益に関する情報提供をいかに容易にするか、臨床医の専門知識に依存する場合に患者・家族の要望をどのように考慮するかという3点を指摘し、その対策として、face to faceのコミュニケーション、患者・家族の状況に応じた継続的な情報提供をあげている。本研究では救急搬入直後から、状況に応じて家族が疑問や不安を表出できるような声かけが継続して行われ、看護師が家族へ途切れず関心を寄せ続けていた。病状説明後には家族へ理解の程度の確認や検査・治療の進行に応じた情報の補足など、徐々に状況が理解できるような支援が続けられており、これらの支援はMurtagh他の研究と一致すると考えられる。

Cai, Robinson, Muehlschlegel. 他(2015)は、代理意思決定者が意思決定プロセスに満足している場合であっても精神的な負担や有害な心理効果を経験している(Kentish-Barnes, Lamials, Chaize, et al., 2009, Silberfeld, Grundstein-Amado, Stephens,

et al., 1996)と指摘しており、家族の負担、ストレスは非常に大きい。家族のうつや不安が代理意思決定にどのように影響するかは未だ明らかになっていない(Cai, Robinson, Muehlschlegel, et al., 2015)。しかし、クリティカルの時期における医療者と患者・家族とのコミュニケーションの重要性は繰り返し指摘されている(Loghmani, Borhani, Abbaszadeh.; Borhani, Abbaszadeh, 2014; Lam, So, Fok, et al., 2015; Warrillow, Farley, Jones, 2016)。代理意思決定者と医療者間のコミュニケーションを良好にすることは、代理意思決定者のストレスを軽減すると言われている(Iverson, Celious, Kennedy, et al., 2014)。脳卒中の治療開始に向けた代理意思決定のために、まずは精神的支援および家族同士のサポートによる「家族の安定」、その上で「病状・治療等の理解」への支援を行うことが重要であると考えられた。これらの支援の前提として、医療者が入院時から家族に安心を与える存在となることが非常に重要であると考えられる。「そばにいる」「いつでも尋ねてよい」と思える関係性を構築することで、家族の不安や疑問点を表出できる環境へとつながり、代理意思決定及びその後の治療やケアを円滑に進めることが可能となると考えられる。

また、認定看護師としては、【家族支援の継続と調整】がなされていた。家族の様子は医師、病棟看護師とも共有し、必要時に医師からの説明を再セッティングするなど、医療者間のコミュニケーションは円滑に促され、チームとして家族への支援を行っていた。家族の「保証」や「情報」のニーズの充足は医師との協働関係が構築されていなければ難しいと言われる(黒田, 黒田, 2012)。本研究の協力を得た施設では、看護師・医師の協働関係が良好に機能していると考えられる。また、リーダーとして経験年数の浅いスタッフに対し、患者への面会のタイミングや家族についての情報収集などの指示、ロールモデルとして家族への関わりの提示、家族看護に関する教育の実施についての語りもみられた。チーム内での医師との連携、看護チーム内でのリーダー

シップ、教育など、認定看護師が重要な役割を担っていることが示唆された。

以上のような時間的制約下での5つの支援は、認定看護師の豊富な臨床経験や知識に基づくアセスメント力の高さや予測力があってこそ可能となる支援と考えられる。経験の浅い看護師は患者管理が優先となり、家族との意図的な関わりやコミュニケーション、その時間の確保が困難であるという語りもみられた。黒田・黒田(2012)は、家族ニーズの充足には看護師としての経験の積み重ねや多職種との連携なども必要であり、患者の病態や治療、行われている医療処置や看護の保証に関するニーズを充足するよりも更なる能力を必要とする旨を指摘している。看護師の意思決定上のサポート能力を向上させるには、看護師が主体的に医学的な知識を得るだけでなく、アセスメント能力やコミュニケーション能力を強化できるよう継続教育の場が必要である(稲垣, 2012)。認定看護師による専門的な家族支援の事例を通して共有するなど、経験を補う教育が必要であると考えられる。

また、家族が十分に理解できないまま同意しているという現状は、脳卒中の症状のある患者とショック状態の家族に対して、重要な治療とリスクについて情報提供する困難さを示している。血栓溶解による脳卒中急性期治療における意思決定支援ツールはいまだ開発されていない(Flynn, Knoedler, Hess, et al., 2013)。脳卒中患者の家族に対する情報提供は、今後の研究の蓄積が必要であると考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

超急性期脳卒中の患者の家族に対する代理意思決定支援に対して、本研究では3施設、5名の認定看護師の看護実践内容を明らかにした。しかし、A県内で限られた対象者からの調査ではあり、超急性期脳卒中治療を行う施設で、かつその初療に携わる認定看護師が少ないといった点で普遍的モデルとするには限界がある。

今後は、対象地域の拡大、家族の年代・治療内容などに応じた様々な状況での家族実践を明らかとし、代理意思決定支援モデルの精錬が必要である。また、代理意思決定において、治療・病状の理解は重要であるため、家族への病状説明内容や方法についての検討、家族の病状の受け止めの過程を明らかにする必要があると考える。

VI. 結論

本研究では、超急性期脳卒中治療を行う部署に勤務する救急看護、集中ケア、脳卒中リハビリテーション認定看護師5名に半構造化面接を行った。超急性期脳卒中患者の家族に対する代理意思決定支援において、認定看護師は【家族の心情の受け止めと緩和】、【代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整】、【代理意思決定に伴う疑問や不安の表出】、【病状・治療の理解の促進】、【家族支援の継続と調整】の5つの支援を行っていたことが明らかとなった。

謝辞

本論文作成にあたり、お忙しい中ご協力いただきました認定看護師の皆様、施設管理者の皆様には厚く御礼申し上げます。

なお、本研究の一部は日本家族看護学会第25回学術集会にて発表した。本研究は岡山県立大学独創的研究助成費により実施した。

各著者の貢献

TIは研究の着想、データ分析、収集および草稿作成を行った。またKWは原稿への示唆、研究プロセス全体への助言を行った。すべての著者は最終原稿を読み、承認した。

{ 受付 '19.10.03 }
{ 採用 '20.09.28 }

文献

- Borhani, F., Abbaszadeh, A.: Factors Affecting the Nurse-Patients' Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman: a Qualitative Study, *J Caring Sci.* 3(1): 67-82, 2014.
- Cai, X., Robinson, J., Muehlschlegel, S., White, D. B., Hollo-

- way, R. G., Sheth, K. N., Fraenkel, L., Hwang, D. Y.: Patient Preferences and Surrogate Decision Making in Neuroscience Intensive Care Units. *Neurocrit Care*, 23(1): 131-141, 2015.
- Flynn, D., Knoedler, M. A., Hess, E. P., Hassan, M. M., Erwin, P. J., Montori, V. M., Thomson, R. G.: Engaging Patients in Health Care Decisions in the Emergency Department Through Shared Decision-making: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 19(8): 959-967, 2012.
- 飯塚裕美, 井上智子: 緩和優先医療(Comfort Measures Only)を提案された集中治療室入室中患者の家族の体験と看護支援の検討, お茶の水看護学雑誌, 7(2): 16-24, 2013.
- 稲垣美紀: 心臓血管外科手術を受ける患者および家族の意思決定上のサポートシステムに関する看護師の認識, 日本循環器看護学会誌, 7(2): 18-25, 2012.
- 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.
- Iverson E, Celious A, Kennedy CR, Shahane E, Eastman A, Warren V, Freeman BD: Factors affecting stress experienced by surrogate decision maker for critically ill patients: implications for nursing practice, *Intensive Crit Care Nurs*, 30(2): 77-85, 2014.
- 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.
- Kentish-Barnes, N., Lemiale, V., Chaize, M., Pochard, F., Azoulay, E.: Assessing burden in families of critical care patients, *Crit Care Med*, 37(10): 448-456, 2009.
- 厚生労働省: 平成30年(2018)人口動態統計月報年計(概数)の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/h6.pdf>, (2019年7月26日)
- 厚生労働省: 平成29年(2017)患者調査の概況 推計患者数, 表2 傷病分類別にみた施設の種別推計患者数, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/01.pdf>, (2019年7月26日)
- 黒田和明, 黒田裕子: 重症患者家族のニーズに対するクリティカルケア看護師の認知構造モデルの構築, 日本クリティカル看護学会誌, 8(1): 17-28, 2012.
- Lam, S. M., So, H. M., Fok, S. K., Li, S. C., Ng, C. P., Lui, W. K., Heyland, D. K., Yan, W. W.: Intensive care unit family satisfaction survey, *Hong Kong Med J*, 21(5): 435-443: 2015.
- Loghmani, L., Borhani, F., Abbaszadeh, A.: Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study, *J Caring Sci*, 3(1): 67-82, 2014.
- Murtagh, M. J., Watson, D. L. B., Jenkins, K. N., Lie, M. L. S., Mackintosh, J. E., Ford, G. A., Thomson, R. G.: Situationally-Sensitive Knowledge Translation and Relational Decision Making in Hyperacute Stroke: A Qualitative Study, *PLoS ONE*, 7(6), e37066: 1-10, 2012.
- Majesko, A., Hong, S. Y., Weissfeld, L., White, D. B.: Identifying family members who may struggle in the role of surrogate decision maker., *Crit Care Med*, 40(8): 2281-2286, 2012.
- 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会: 脳卒中治療ガイドライン2015 追補2017対応, 協和企画, 東京
- 緒方久美子, 佐藤禮子: ICU入室患者の家族員の情緒的反応に関する研究, 看護科学会誌, 24(3): 21-29, 2004.
- Silberfeld, M., Grundstein-Amado, R., Stephens, D., Deber, R.: Family and physicians' views of Surrogate decision-making: the roles and how to choose, *Int Psychogeriatr*, 8(4): 589-596, 1996.
- Schenker Y, Matoka CM, Dohan D, Arnold GA, White DB: 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. *J Gen Intern Med*, 27(12): 1657-1665, 2012.
- 山勢博彰: 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発—ニードとコーピングの推移の特徴から—, 日本看護研究学会雑誌, 29(2): 95-102, 2006.
- Warrillow, S., Farley, K. J., Jones, D.: How to improve communication quality with patients and relatives in the ICU, *Minerva Anesthesiol*, 82(7): 797-803, 2016.
- 山勢博彰: 救急・重症患者と家族のための心のケア(第1版), 128-131, メディカ出版, 大阪, 2010.
- 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子: 救急・クリティカル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.
- 横堀潤子, 井上智子, 佐々木吉子: 救急医療での積極的治療継続の断念に関する患者家族の体験と看護師・医師の認識, 日本救急看護学会雑誌, 14(1): 10-20, 2012.

Surrogate Decision-making Support for Families of Hyperacute Stroke Patients Provided by Certified Nurses

Tomoko Inukai¹⁾ Kumi Watanabe²⁾

1) Okayama Prefectural University, Faculty of Health and Welfare Science,
Department of nursing Science

2) Kagawa University, Faculty of Medicine, School of Nursing,
Mental Health and Psychiatric Nursing

Key words: Surrogate, Decision-making, Certified Nurses, Hyper acute Stroke

Objective: To clarify the details of surrogate decision-making support for families of hyperacute stroke patients provided by certified nurses.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 5 nurses certified in emergency nursing, intensive care, and post-stroke rehabilitation who worked in departments providing hyperacute stroke treatment, asking them to describe the surrogate decision-making support for families that they had provided. Narratives were created from their statements recorded during the interviews to perform qualitative content analysis.

Results: Five categories, explaining surrogate decision-making support for families of stroke patients provided by certified nurses, were established. [Accepting the emotions of families and alleviating their distress] and providing mental support for them were their first approaches. At the same time, they conducted family assessment, and encouraged families to participate in the informed consent and decision-making processes for treatment, with a view to [confirming and coordinating family matters for surrogate decision-making]. To promptly provide treatment and care, patients' pathological conditions were explained to families only by doctors. However, the nurses provided their own approaches, such as paying careful attention to families' statements and behaviors during the explanation, and [listening to their doubts and anxiety], confirming their levels of understanding, and providing them with information after it, with the aim of [promoting understanding of the pathological condition and treatment] among them. These support approaches were performed within limited time frames in between the duties of treating and caring for patients. [Continued family support and related coordination] was another approach adopted by the nurses. As a role model, they helped staff, and performed management to ensure continued family support through coordination for family support and information-sharing among medical professionals.

Discussion: The nurses placed the utmost importance on families' statements during the initial explanation of the patient's pathological condition on initiating treatment, carefully observed their facial expressions, statements and behaviors, and actively communicated with them within limited time frames. As part of surrogate decision-making support for families, the nurses provided mental support, intervened in family systems, and offered information. The results suggest the importance of helping families maintain their mental stability first, and then understand patients' pathological conditions and treatment.