

研究報告

高齢者の意思決定支援における 看護師の困難に関する文献レビュー

Nurses' Difficulties in decision-making support of Older Adults
: A Literature Review

村田 美穂¹⁾, 四谷 淳子²⁾, 青木 未来²⁾

Miho Murata¹⁾, Jyunko Yotsuya²⁾, Miku Aoki²⁾

¹⁾ 福井大学医学部附属病院, ²⁾ 福井大学学術研究院医学系部門看護学領域

¹⁾ University of Fukui Hospital

²⁾ Division of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

キーワード

高齢者, 意思決定支援, 看護師, 困難, 文献レビュー

Key words

older adults, decision-making, nurse, difficulties, literature review

要 旨

目的：文献レビューにより、日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難についての知見を整理する。

方法：医学中央雑誌web版を用いて文献レビューを実施した。

結果：文献検索の結果、247文献が検索され、最終的に12文献が採用された。投稿年は、2003～2021年で2018年以降増えており、質的研究が大半を占めていた。日本の高齢者の意思決定支援において、看護師が困難を感じる事柄は、【本人・家族の意思決定能力の不足】【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】【家族の意思優先】【意思の相違】【連携不足】【医師の影響の強さ】【時間不足】【意思決定支援のスキル不足】【看護師の認識・力量の差】の9カテゴリーと26サブカテゴリーに整理された。高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄は、多岐にわたっていた。

連絡先：村田 美穂

福井大学医学部附属病院

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3

はじめに

2022年の日本人の平均寿命は、女性87.09歳、男性81.05歳であった¹⁾。一方で、「平均寿命から日常的・継続的な医療・介護に依存して生きる期間を除いた期間」である健康寿命は、女性が75.38年、男性が72.68年となっており²⁾、男女ともに10年前後の期間、医療・介護に依存して生き、死を迎えることになる。様々な高度医療が提供される現在、本人・家族の医療や生活に関する価値観も多様化している。その中で、最期まで自分らしく生きるためには、本人による意思決定に基づき、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが重要である³⁾。

本人の意思を尊重した意思決定支援のためのガイドラインや概念、方法として、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン³⁾や認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン⁴⁾、高齢者ケアの意思決定支援プロセスに関するガイドライン人工水分・栄養補給の導入を中心として⁵⁾、Advance Care Planning (以下ACP)⁶⁾、ACP推進に関する提言⁷⁾、Advance Directive⁸⁾、Living Will⁹⁾、医療者と患者間における「情報共有－合意モデル」¹⁰⁾等が提言されている。令和4年度診療報酬改定¹¹⁾では、全ての在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準の要件に、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることが追加された。

看護師は、対象者を医療と生活の両面から捉え、関わることができる存在であり、高齢者の意思決定を支援する役割を担う重要性は高い。日本看護協会は、看護師が効果的に高齢者の意思決定支援を行うために、『高齢者に特有な心身の状態への配慮』、『高齢者の意思表出への支援』、『高齢者の意思の確認』、および『高齢者の意思決定に影響を与える家族の存在への配慮』が重要であると示している¹²⁾。

しかし、高齢者の意思決定支援は、本人の理解不足や判断能力の低下、家族が代理で意思決定する際の家族の迷いや負担感等により、困難なケースが多い。古瀬ら¹³⁾は、訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のACPの問題について、利用者自身による意思決定が困難、利用者や家族が「いずれ訪れる死」を見据えられない、家族の意向が優先される、訪問看護師が意思決定に自信を持って関

わることができない等を報告している。大桃ら¹⁴⁾は、ACPの障壁となる要因について、信頼関係が築けない、意向がわかりづらい、療養者の意識レベルがクリアでないこと等を、高橋ら¹⁵⁾は、訪問看護師が在宅療養高齢者の終末期医療における事前の意思把握が困難と感じる内容について、意思表示が困難である、意思を示す習慣がない、家族の意思の影響が大きい、医師の対応による影響が大きい、時間が必要であること等を報告している。このように、高齢者の意思決定支援において看護師は様々な困難を感じていることがわかる。また、日本には、治療方針は医療者に「お任せします」というパターンリズムやインフォームドコンセント (informed consent、以下IC) は家族中心になされる家族中心主義、医療者の死に対する姿勢が消極的である等の風潮がある¹⁶⁾ため、我が国特有の困難が生じている可能性もある。

これまで、日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難について、個別的、または、限定的な報告はされているが、複数の知見を整理した結果は示されていない。よって、本研究では、日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難について、先行研究の知見を整理することとした。それにより、先行研究で示された様々な困難の内容を参考に、現場で生じている困難を具体的に把握でき、それらを軽減するための対応を検討しやすくなると考える。

用語の定義

困難：ものごとをなしとげたり実行したりすることがむずかしいこと¹⁷⁾。

方 法

1. 文献検索と文献の選定過程

文献データベースは、医学中央雑誌Web版を用いた。検索日は、2021年10月30日である。論文種類を原著論文として、検索式を「意思決定or ACPor アドバンス・ケア・プランニングor 意思把握or 意思表示or自己決定」AND「看護師or 看護婦」AND「高齢者or 老人」AND「困難or 苦悩or 悩みor 問題or 課題or 苦労or 葛藤or 障壁or 阻害or 認識」として絞り込みをした。日本ではACPと意思決定支援が明確には区別されておらず、本研究では両者を同類として捉えた。なぜなら、ACPは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことであり、意思決定を支援するプロセス

と考えられたためである。

まず、第1研究者がタイトルと要旨から、1) 意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄についての記載がある、2) 高齢者に関連している、3) 対象場所が日本である、を基準として文献を選定した。次に、全文を読み込み、意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄を具体的に把握して整理するために、困難を感じる事柄の「具体的な」記載がある、を選定基準として、第1研究者と老年看護学に精通した第2研究者が独立して、文献を選定した。意見が割れた場合は、老年看護学に精通した第3研究者を交えて決定した。除外文献は、選択基準に該当しないもの及び総説とした(図1)。

2. 抽出したデータの内容

1) 著者、2) 発行年、3) 研究デザイン、4) 研究場所、5) 目的、6) 対象者とサンプルサイズ、7) 調査方法、8) 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄、の項目に沿って、第1・第2・第3研究者が同時並行でデータを抽出した。研究者間で齟齬があった場合は、第1・第2・第3研究者全員で、選定基準に基づき討議して決定した。

3. 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄の整理

採用された12文献について、高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄を次のように整理した。まず、第1研究者が、文献を繰り返し精読し、高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄に関するテキストデータについて、その意味内容を損なわないように一文で表すことによってコード化した。質的帰納的研究のテキストデータは、看護師が困難を感じる事柄の「具体的な」内容を抽出するため、サブカテゴリーを中心に抽出しつつ、サブカテゴリーの抽象度が高い場合はコードから抽出し、カテゴリー自体が具体的である場合はカテゴリーから抽出した。量的研究に関しては、土肥ら¹⁸⁾のデータについては、意思決定支援における困難感が「ある・ややある」の割合が8割以上の項目を選択した。川上¹⁹⁾のデータについては、倫理的意思決定における価値の対立や倫理的に不確かな状況について、「-2:まったくそう思わない~2:とてもそう思う」のリッカート尺度による5段階評価の平均が1以上の項目を選択した。それらを、各内容の相違性、共通性に基づきグループ化し、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。分析の妥当性を

確保するため、上記過程においてコード、サブカテゴリー、カテゴリーの生成について整合性があるか、第2・第3研究者で確認した。

倫理的配慮

本研究は、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した(倫理審査番号:20210043)。また、分析対象の文献の内容を理解し、著者の意図を汲み、意味の歪曲がないように用いた。

結 果

1. 文献検索の結果、247文献が抽出され、最終的に12文献^{13-15) 18-26)}が採用された(表1)。質的研究(質的帰納的研究)が10編、量的研究(調査研究:横断研究)が2編であった。2003年~2021年に投稿されたものが対象となり、そのうち10編が2012年以降で、6編が2018年以降に投稿されていた。訪問看護事業所で行われたものが5編、病院が3編、介護療養型医療施設が1編、訪問看護事業所、病院、高齢者施設、居宅介護支援事業所など複数施設で行われたものが3編であった。調査方法は、面接調査6編、自記式質問紙調査5編、面接と自記式質問紙調査の混合が1編であった。意思決定支援の対象となった高齢者の特徴として、入院している高齢者、高齢心不全患者、高齢がん患者、在宅療養高齢者、独居高齢者、認知症高齢者、終末期にある高齢者等が含まれていた。ACPについては、2018年以降の文献で記載があった。

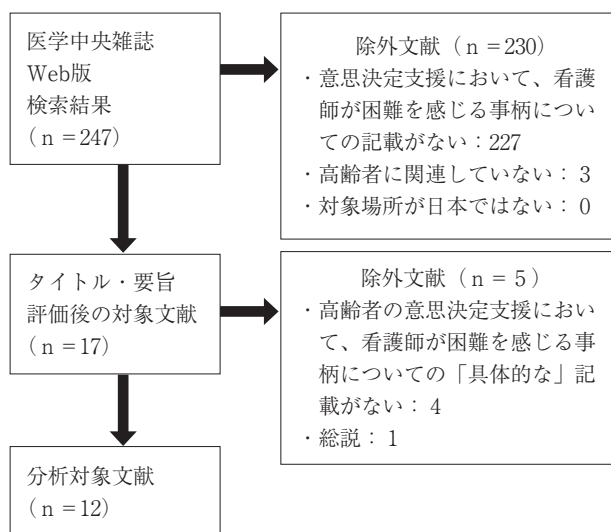


図1 文献選定フロー

表 1-1 対象文献の要約表

著者 (出版年)	研究 デザイン	場所	目的	対象者 (母集団およびサン プルサイズ：n)	調査方法	高齢者への意思決定支援において 看護師が困難を感じる事柄
宇佐美 利佳 (2021)	質的研究	病院	人生の終末期を生きる高齢者が自分らしく過ごすための支援の課題を明確にし、そのための継続的支援の指針を現場で考案する。そして支援の課題の特質や支援指針の意義を検討する。	入退院を繰り返す高齢外来患者：5名 病棟看護師：32名 外来看護師：4名 地域連携スタッフ：3名 老人看護専門看護師等：4名	半構造化 面接調査 自記式 質問紙調査	高齢患者の意思表示が難しい場合の代理意思決定が本人の本心かわからない／意向を確認できる高齢者が少ない／意向を確認できない／意思表示できない高齢患者や意思疎通が難しい高齢患者の意向確認が難しい／高齢患者の意向ではなく家族の意向が優先される／家族の自己満足になっていることが多い／高齢患者と家族または家族間の意向が異なっていることがある／医師の病状説明の仕方で変わる／患者の状態や希望する生活の場の状況によって、今後の生活の場の検討が困難となることがある／具体的にどのタイミングでどのように聴けばよいか難しく感じる／限られた時間の中で高齢患者の意向を把握しきれない／家族が高齢患者の終末を十分に受け入れて考えることができていない時がある
土肥真奈 (2020)	量的研究	病院	病棟看護師の高齢心不全患者へのアドバンスケアプランニングの捉え方と役割への認識・方法を調査し、課題への取り組みを検討する	急性期病院4施設の循環器病棟、ハイケアユニットに勤務する看護師287名 n=166	自記式 質問紙調査	病状・治療に関する患者の理解不足／病状・治療に関する家族の理解不足／予後・経過予測の難しさ／病状経過や治療の見通しについての自身の知識・技術不足や患者への指導不足／患者本人と家族の治療方針についての思いの相違／主治医と看護師間の情報共有不足／看護師が患者の意思について確認する場面の不足／看護師が患者の病識について確認する場面の不足
古瀬 みどり (2020)	質的研究	訪問看護 事業所	在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題を訪問看護師の視点から明らかにする	全国の訪問看護事業所1100件に勤務する訪問看護経験5年以上の看護師 n=177	自記式 質問紙調査	利用者自身で決めることができない／利用者の気質や性格が影響する／利用者の理解・認識に問題がある／利用者の意思を理解しようとする人がいない／家族が疾患や今後に関する説明の理解が困難／家族が「いずれ訪れる死」について想定していない／利用者や家族が死にタブーなイメージを持っており受け入れられない／利用者や家族が最期を見据えられない／今後に対する家族と本人の希望が異なる／家族の意思が揺らぐ／家族の事情や意見が優先される／病状悪化や急変時の介入が困難／余命・予後予測が困難／話し合いのきっかけやタイミングを図るのが困難／意思決定支援に十分な時間が取れない／支援者側の力量不足／医師から利用者・家族への説明が不十分／医師からの説明が不十分で訪問看護が介入できない／在宅ケアサービス提供者が多職種間及び利用者や家族と情報を共有していない
大桃美穂 (2018)	質的研究	訪問看護 事業所	在宅看取りを視野に入れた「独居高齢者一訪問看護師間」のコミュニケーションとケアがいつどのようになされることが療養者の望む生き方の実現と結びつきやすいのか、援助の分析を通してACPの促進要因と障壁を明らかにする	以下の条件を全て満たす看護師26名 1. 訪問看護を3年以上実践した 2. 在宅看取りを実施している訪問看護ステーションに在籍している、または2016年まで在籍していた 3. 独居高齢者の主担当になり実際にケア計画を立て、実践した経験がある	半構造化 面接調査	信頼関係が築けない／意向がわかりづらい／療養者の意向と医療者の判断に相違がある／不安が解消されない／療養者の意識レベルがクリアでない／療養者の価値観と在宅支援方法の対立がある
木島輝美 (2018)	質的研究	特定機能 病院	特定機能病院の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題を明らかにする	特定機能病院に勤務する看護師24名	半構成的 面接調査	本人にとって最善の意思決定ができるのは誰なのかわからない／本人よりも家族の要望により治療が進むことへの危惧／本人の意思が不明確のまま積極的な治療が進められることへの疑問／家族と医療者で治療後のイメージのすり合わせができていない／治療によるQOL低下を危惧していても打開策がみつからないジレンマ／看護師として意思決定の調整役割を十分に果たせていない

表 1-2 対象文献の要約表

著者 (出版年)	研究 デザイン	場所	目的	対象者 (母集団およびサン プルサイズ：n)	調査方法	高齢者への意思決定支援において 看護師が困難を感じる事柄
興石恵 (2018)	質的研究	療養病 棟、居宅 介護支援 事業所、 包括支援 センター	本人の意思・生活歴・ 価値観を聞くACPシ ートを用い、看護師・ ケアマネの意思決定 支援への認識の変化 を明らかにする	看護師 8 名 ケアマネージャー 4 名	半構成的面 接調査	最期話題の抵抗感がある／時間を要する
高橋方子 (2016)	質的研究	訪問看護 事業所	訪問看護師の在宅療 養高齢者の終末期医 療の意思に関する認 識から、事前の意思 表示の現状と課題を 検討する	訪問看護師756名 n=107	自記式質問 紙調査	判断力が低下している（認知症、脳卒中等）／ 意思表示が困難である／意思を示す習慣がない ／意思がはっきりしない／意思は変化する／本 人と家族の意思が異なる／家族の意思の影響が 大きい／医師の対応による影響が大きい／信頼 関係がある／時間が必要である／安易に開ける 内容ではない／意思を把握するタイミングが難 しい
川上理子 (2014)	量的研究	訪問看護 事業所	高齢者の在宅看取り における訪問看護師 の倫理的意決定の プロセスにおいて、 価値の対立や倫理的 に不確かな状況とは どのようなものか明 らかにする	高齢者の在宅看取り に関わった経験のあ る訪問看護師1018名 n=698	自記式質問 紙調査	療養者と家族の希望が異なっている／看護師の 勧めたいことと療養者の希望が異なっている／ 看護師の勧めたいことと家族の希望が異なっ ている／療養者の安寧と家族の負担のバランスを どうするか迷うことがある／在宅が療養者にと ってよいことかどうかの迷いがある
佐伯恭子 (2014)	質的研究	急性期病 院、老人 保健施設	高齢者へのAHNの検 討に関する現状につ いての看護師の認識 を明らかにし、AHN の検討に関する意思 決定プロセスにおけ る看護師の役割につ いて検討する	AHNが検討される 高齢者とその家族と かかわった経験のあ る看護師 7 名	面接調査	看護師の発言の家族の選択への影響に対する憂 慮
森一恵 (2012)	質的研究	一般病 院、訪問 看護ステ ーション、介護 保険施設 等	高齢がん患者に看護 師が行う終末期の意 思決定の支援の実際 と課題について明ら かにする	がんに対する積極的 な治療から緩和ケア 中心の治療に方針を 転換した高齢がん患 者のいる施設で経験 年数が3年以上ある 看護師15名	半構成的面 接調査	認知症により患者の認識・意思の確認ができな い／家族の緩和ケアに対する同意が得られにく い／医師によってギアチェンジについての説明 が様々である／看護師が患者の代理意思決定に おける代弁者の役割を果たせていない／代理意 思決定をする家族の意思に患者の意見が反映さ れない
麻原きよ み (2003)	質的研究	訪問看護 事業所	介護保険実施後の介 護サービス利用に関 する高齢者の意思決 定に関わる問題を明 らかにする	介護保険実施後の実 務経験を有する訪問 看護および訪問介護 ステーション等に勤 務する訪問看護師18 名	自記式質問 紙調査	高齢者の能力不足
坂田直美 (2003)	質的研究	介護療養 型医療施 設	看護管理者が捉えて いる介護療養型医療 施設における高齢者 終末期ケアの現状と 課題を明らかにする	介護療養型医療施設 の看護管理者20名	半構成型質 問紙による 面接調査	終末期に入ってから家族との話し合いでは家 族の適切な判断は望めない／積極的な医療の対 象になるケースでも家族の拒否にあえば医療が 行えない／入院時点から自分で意思決定できな い患者が多く家族が意思決定をしなければなら ない／疎遠な家族ほど必要以上に医療を求める 傾向がありケアする側と家族の思いがすれ違 うことがある／本人や家族の意思が医師の方針で 妨げられる／医師との見解の相違によって対立 することがある／終末期にも積極的な治療を望 む医師が多い／本人の希望を家族に伝えるタイ ミングや伝え方が難しい

AHN：artificial hydration and nutrition

2. 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄（表2）

12の文献から抽出された、高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄をコードとして、【本人・家族の意思決定能力の不足】【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】【家族の意思優先】【意思の相違】【連携不足】【医師の影響の強さ】【時間不足】【意思決定支援のスキル不足】【看護師の認識・力量の差】の9のカテゴリーと、26のサブカテゴリーが生成された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕で示す。

【本人・家族の意思決定能力の不足】は、〔本人の身体・認知機能や意識レベルの低下等がある〕、〔本人の理解力が不足している〕、〔家族の理解力が不足している〕で構成された。【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】は、〔本人が意思を示す習慣がない〕、〔本人の気質や性格、信念が影響する〕、〔意思がはっきりしない〕〔本人の不安が解消されない〕〔本人・家族が死を見据えられない〕で構成された。【家族の意思優先】は、〔本人よりも家族の意思が優先される〕で構成された。【意思の相違】は、〔本人と家族の意思が異なる〕、〔家族間の意思が異なる〕、〔本人・家族の意向と医療者の意向に相違がある〕で構成された。【連携不足】は、〔多職種間の意思決定支援における連携が不十分である〕で構成された。【医師の影響の強さ】は、〔医師から本人・家族への説明が不十分である〕、〔医師の考え方や対応に影響を受ける〕で構成された。【時間不足】は、〔意思決定支援のための時間を確保できない〕で構成された。【意思決定支援のスキル不足】は、〔信頼関係を構築できない〕、〔調整役割を果たせない〕、〔意思決定支援のタイミングが計りにくい〕、〔本人や家族の意思を擁護できない〕、〔代理意思決定を支援できない〕、〔本人・家族の意思の変化〕〔本人の希望が現実的または最善なのかわからない〕〔治療によるQOL低下に対応できない〕で構成された。【看護師の認識・力量の差】は、〔意思決定支援における本人・家族との対話に抵抗感がある〕、〔看護師によって意思決定支援の力量に差がある〕で構成された。

考 察

1. 対象文献の概要

12編中10編が質的研究（質的帰納的研究）で、そのうち面接によるものが6編、自記式質問紙によるものが3編、両方用いているものが1編であ

った。高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄について、より具体的、かつ、幅広く明らかにするためには、質的研究（質的帰納的研究）、なかでも、面接による方法を選択する割合が高いと考えられた。2003年～2021年に投稿されたものが対象となり、そのうち10編が2012年以降で、特に、2018年以降増えていた。2016年に日本看護協会が公表した看護師のクリニカルラダー²⁷⁾には、看護実践能力の4つの力の1つに、「意思決定を支える力」が位置づけられ、看護における意思決定支援の重要性が示された。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」³⁾が提示され、国をあげてACPをはじめとする意思決定支援が推進されてきている。そのような背景のもと、看護師が意思決定支援に関わる機会が増え、高齢者の意思決定支援における看護師の困難についても注視されるようになったと考えられる。研究実施場所としては、訪問看護事業所や病院、介護療養型医療施設、高齢者施設、居宅介護支援事業所等があり、多様な場で意思決定支援が行われていることが示唆された。

2. 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄

高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄として、主に本人・家族が要因となる、【本人・家族の意思決定能力の不足】、【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】、【家族の意思優先】、医療者が要因となる、【連携不足】、【医師の影響の強さ】、【時間不足】、【意思決定支援のスキル不足】、【看護師の認識・力量の差】、そして、【意思の相違】のカテゴリーが生成され、看護師は様々な困難を感じていると考えられた。

日本には、治療方針は医療者に「お任せします」というパターンリズムやICは家族中心になされる家族中心主義、医療者の死に対する姿勢が消極的である等の風潮がある¹⁶⁾。一方、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン³⁾や認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン⁴⁾、ACP推進に関する提言⁶⁾等には、本人の意思が尊重されるように関わることの重要性が述べられている。つまり、看護師は、前述したような日本特有の風潮が残る中で、本人の意思を尊重することを重んじて意思決定を支援する必要がある。そのため、【家族の意思優先】の〔本人よりも家族の意思が優先される〕や【医師の影響の強さ】の〔医師の考え

表 2-1 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
本人・家族の意思決定能力の不足	本人の身体・認知機能や意識レベルの低下等がある	認知症のレベルによっては患者の意思確認ができない場合がある／意思表示できない高齢患者や意思疎通が難しい高齢患者の意向確認が難しい／意思表示が困難である／意向を確認できない／意向を確認できる高齢者が少ない／認知症や脳卒中等により判断力が低下している／耳が聞こえていない／認知症の人は理解が難しい
	本人の理解力が不足している	病状・治療に関する患者の理解不足／介護保険制度について理解が困難／病状や今後についての理解が難しい
	家族の理解力が不足している	家族が、疾患や今後に関する説明の理解が困難／病状・治療に関する家族の理解不足
本人・家族の意思表明への消極的姿勢	本人が意思を示す習慣がない	判断は家族にゆだねられる、日頃から自分の意思を伝えない等、意思を示す習慣がない／医療者任せの利用者が多く自分で決めることに慣れていない、利用者の多くはライフサイクルでの自己決定プラン等を考えたことがない等、利用者自身で決めることができない／高齢がん患者はギアチェンジだけでなく治療の意思決定にも積極的ではない／もしもの時にどんな治療を受けたいかは深く考えていない
	本人の気質や性格、信念が影響する	先のことは決めないという療養者の信念により明確な意思の表出がない／弱みを見せたくないという昭和の気質等、利用者の気質や性格が影響する
	意思がはっきりしない	自分の意思をはっきり伝えない／自分の本当の気持ちを伝えない
	本人の不安が解消されない	援助が欲しいときに即時対応されなかった経験がある、心身機能低下時に夜間独りで過ごすことの不安がある等、不安が解消されない
	本人・家族が死を見据えられない	「その時になったら」と先のことまで考えていない等、家族が「いずれ訪れる死」について想定していない／死ぬ時のことを考えるのは縁起が悪いと嫌がる、「その時にならないとわからない」と話が進まない、本人・家族とも死生観をもっていない等、本人・家族が死にタブーなイメージを持っており受け入れられない／利用者や家族が最期を見据えられない／家族が高齢患者の終末を十分に受け入れて考えることができていない時がある／家族がギアチェンジを受け入れられないことがある
家族の意思優先	本人よりも家族の意思が優先される	高齢患者の意向ではなく家族の意向が優先される／家族が判断するのが現状である、家族があつてこそその本人である等、家族の意思の影響が大きい／家族の自己満足になっていることが多い／本人が在宅を希望しても介護力がないため叶わない、介護する家族の生活スタイルが優先される等、家族の事情や意見が優先される／本人よりも家族の要望により治療が進むことへの危惧／積極的な医療の対象になるケースでも、家族の拒否にあえば医療が行えない
意思の相違	本人と家族の意思が異なる	高齢患者と家族の意向が異なっていることがある／本人と家族の意見が異なる／療養者と家族の希望が異なっている／今後に対する家族と本人の希望が異なる／患者本人と家族の治療方針についての思いの相違
	家族間の意思が異なる	家族間の意向が異なっていることがある／ほとんど来ない血縁者が、認知症患者と非血縁者の意思決定支援者の意思決定を覆す
	本人・家族の意向と医療者の意向に相違がある	効果の少ない治療の継続希望をどこまで尊重すべきか医療者側に葛藤がある、療養者が苦痛のある方法を選択しようとするときに医療者側に葛藤が生じる等、療養者の意向と医療者の判断に相違がある／疎遠な家族ほど必要以上に医療を求める傾向があり、ケアする側と家族の思いがすれ違うことがある／他人に生活をゆだねることを受け入れられないという療養者の価値観、療養者からの度を越したサービスの要求がある等、療養者の価値観と在宅支援方法の対立がある／家族と医療者で治療後のイメージのすり合わせができていない
連携不足	多職種間の意思決定支援における連携が不十分である	主治医と看護師間の情報共有不足／在宅ケアサービス提供者が多職種間及び利用者や家族と情報を共有していない

表 2-2 高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医師の影響の強さ	医師から本人・家族への説明が不十分である	医師から利用者・家族への説明が不十分／医師からの説明が不十分で訪問看護が介入できない
	医師の考え方や対応に影響を受ける	主治医の説明の仕方による影響が大きい等、医師の対応による影響が大きい／本人や家族の意思が医師の方針で妨げられる／医師との見解の相違によって対立することがある／終末期にも積極的な治療を望む医師が多い／医師が勧める方針以外の話はできないという考え／医師の病状説明の仕方ewith変わる／医師によってギアチェンジについての説明が様々である
時間不足	意思決定支援のための時間を確保できない	介護保険で決められた時間内に話すことは難しい、ケアが多すぎてゆっくり話す機会をつくるのが難しい等、意思決定支援に十分な時間が取れない／限られた時間の中で高齢患者の意向を把握しきれない／看護師が患者の意思について確認する場面の不足／看護師が患者の病識について確認する場面の不足／高齢であると答えるまでに時間がかかるため時間を要する／時間が必要である
意思決定支援のスキル不足	信頼関係を構築できない	訪問看護師の力量不足を療養者が感じている、インフォーマルな関係性を重要視するあまり専門家の提案を受け入れない等により、信頼関係が築けない／信頼関係がないと意思把握は難しい等、信頼関係がある
	調整役割を果たせない	看護師として意思決定の調整役割を十分に果たせていない
	意思決定支援のタイミングが計りにくい	話し合いのきっかけやタイミングを図るのが困難／余命が短い療養者の本音の把握が難しい／意思を把握するタイミングが難しい／終末期に入ってから家族との話し合いでは、家族の適切な判断は望めない／病状の進行により意思決定能力が低下する、体調を崩した時には不安が増すため話にくい等、病状悪化や急変時の介入が困難／具体的にどのタイミングでどのように聴けばよいか難しく感じる
	本人や家族の意思を擁護できない	医師に患者や家族の意見を十分に伝えられない／本人の意思が不明確のまま積極的な治療が進められることへの疑問／医師の意見に対して、看護師は患者の代弁者にならない／本人の希望を家族に伝えるタイミングや伝え方が難しい
	代理意思決定を支援できない	入院時点から自分で意思決定できない患者が多く、家族が意思決定をしなければならぬ／本人にとって最善の意思決定ができるのは誰なのかかわからない／死を受け入れられない家族の葛藤と代理意思決定への苦悩や不安を把握できないことに困る／高齢患者の意思表示が難しい場合の代理意思決定が本人の本心かわからない／家族が代理意思決定を避ける／別居家族が利用者の意思を知ろうとしない／その人を一番分かっていると思われる人がいない
	本人・家族の意思の変化	状況が変化すれば気持ちが変わる、一度では決められない等、意思が変化する／日頃考えていることがいざとなると変わってしまう、不安になり急に考えが変化する等、家族の意思が揺らぐ
	本人の希望が現実的または最善なのかかわからない	療養者の安寧と家族の負担のバランスをどうするか迷うことがある／患者の状態や希望する生活の場の状況によって、今後の生活の場の検討が困難となることがある／認知機能低下により療養者の意識レベルがクリアでないため、療養者の行動が予測困難で独居生活を続けること自体生命に危険を及ぼしかねない
	治療によるQOL低下に対応できない	治療によるQOL低下を危惧していても打開策が見つからないジレンマ
看護師の認識・力量の差	意思決定支援における本人・家族との対話に抵抗感がある	気分を悪くさせないでどう聞き出したらよいか苦慮している、どうすればよいか方法論を学んでいない等、安易に聞ける内容ではない／医師が勧める方針以外の話はできないという考え／病気になってからでは聞きにくい、自分の関係性が浅いのではないかと感じる等、聞きにくい等、最期の話題の抵抗感がある／家族の選択に影響するような話はできないという考え／自分のした発言が家族の選択に影響を与えたのではないかと自責の念
	看護師によって意思決定支援の力量に差がある	看護師の力量の差を埋めていくのが困難／皆が同じ力量をもつことが課題

方や対応に影響を受ける〕、【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】の〔本人が意思を示す習慣がない〕、【看護師の認識・力量の差】の〔意思決定支援における本人・家族との対話に抵抗感がある〕等の我が国特有の困難も生じていると考えられた。

【意思決定支援のスキル不足】の〔信頼関係を構築できない〕、〔調整役割を果たせない〕、〔意思決定支援のタイミングが計りにくい〕、〔本人や家族の意思を擁護できない〕、〔代理意思決定を支援できない〕等や、【時間不足】の〔意思決定支援のための時間を確保できない〕について、看護師は、意思決定支援のスキルそのものや時間の確保にも困難を感じていることがわかった。意思決定支援は、本人の病態や心身機能、家族も含めた生活背景等を総合的に理解したうえで、ガイドライン等に基づく意思決定支援スキルを活用して行う必要がある。また、本人・家族・医療者が十分に対話する必要がある、時間を要する。医療の高度化や対象の多様化、医療従事者の働き方改革等が推進される中で、より個別性に応じた関わりを、限られた人材で行う必要がある、このような困難が生じていると考えられる。

〔多職種間の意思決定支援における連携が不十分である〕から成る【連携不足】について、現在、高齢者の住まいは、自宅、サービス付き高齢者住宅、グループホーム、特別養護老人ホーム等と多岐にわたり、かかりつけ医をもちながら、必要時、急性期や回復期、療養型病院等に入院することになる。そのため、意思決定支援に多職種や複数施設が関わり、本人・家族の意思や支援の状況について伝達・共有していく必要がある、その環境下で、多職種間の連携不足が困難として生じていると考えられる。

3. 高齢者の意思決定支援における看護師の困難を軽減するために

まず、元々の気質や性格、信念が影響する、意思がはっきりしない等の【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】への対応について述べる。本人が言語化したことは「気持ちの何らかの表現」であり、本人の意向そのものではないことも多い。そのため、医療・ケア従事者は、本人が言語化した「背景」に思いを致すことも大切である⁶⁾。本人・家族の真意が把握できるような関係性の構築や対話スキルとともに、日本の文化的背景や本人の習慣や気質・性格、信念、死生観等を理解した上で、意思表示を支援することが必要である。一方、意思決定の重要性について、国民へのより一

層の啓発も必要と考える。

次に、【家族の意思優先】について、高齢者の暮らしは、家族の力（家族構成、情緒的絆、健康度等）、近隣者との関係、友人・知人の存在、経済力、住居環境、居住地域がもつしきたりや社会資源に左右されやすい。また、医療の場では、高齢者本人よりも先に家族の同意を得て治療や療養上の決定をすることが常態化している²⁸⁾。高齢者の発言に限ったことではないが、日本人が何かを言語化する場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常のことである⁶⁾。よって、日本の文化的背景を理解したうえで、家族の意向が優先される状況を判断したら、アセスメントしたことや看護職自身の意見を伝え、家族の反応に臆せず話し合う²⁸⁾等、本人の意思を尊重した支援が重要と考える。

3つ目に、【意思決定支援のスキル不足】の〔意思決定支援のタイミングを図る〕について、ACP推進に関する提言⁶⁾では、ACPを開始する時期について、「通院あるいは入院にて医療を受けている本人はその医療機関においてACPを開始することが望ましい。また、医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までにはACPを開始することが望ましい。すでに介護施設に入所している高齢者においては、その施設において直ちにACPを開始すべきである。すでに意思表示が困難な状態となっている場合であってもACPの開始を考慮すべきである。近い将来には要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期からACPを開始することが推奨される。」と記されている。今回、意思決定支援のタイミングを図ることが困難な理由に、「終末期」や「余命が短い」場合が含まれていた。高橋ら¹⁵⁾は、終末期医療に対する意思を事前に文書や口頭で伝えていた在宅療養高齢者は、治療方針、臨終場所、医療処置の内容、代理判断者について極めて少ない状況であったと報告している。あらかじめ早い段階から対話を開始すれば、患者の意思が尊重され、患者・家族の満足度が高まり、遺族の心の負担も軽減されることが明らかになっているが、現状は差し迫った状況の支援に追われている²⁹⁾。少しでも早くACPを開始していくことで、困難が軽減されると考える。

このように、看護師の困難を軽減するための対応の多くは、既存のガイドラインや文献等に記載されている。よって、個々の看護師が、ガイドライン等を活用して実践を繰り返すことや、他者の

関わりを見学すること、複数または多職種で協働して取り組むこと等により、意思決定支援のスキルが向上すると考える。

一方、意思決定支援のための時間の確保が必要であるが、病院では、治療に伴うケアやリハビリテーション、日常生活の援助等が優先される。また、訪問看護等では、限られた時間で必要なケアを提供する必要がある。宇佐美²⁰⁾は、時間を捻出するには支援の意味の認識が必要と述べている。よって、各組織が意思決定支援の重要性、特に機能低下に伴う高齢者ではコミュニケーションに時間を要すること等を共通認識し、その時間を確保するための管理的な対策が必要と考えられる。また、国民一人ひとりが主体的な意思決定の必要性を認識し、日頃から自身の今後の医療や生活等について考える機会が増えれば、意思決定支援に要する時間が短縮されると予想され、国や地域ぐるみのより一層のACP等の推進活動も重要と考える。

結 論

日本の高齢者の意思決定支援における看護師の困難に関する文献は、2018年以降増えており、質的研究が大半を占めていた。高齢者の意思決定支援において看護師が困難を感じる事柄は、【本人・家族の意思決定能力の不足】【本人・家族の意思表示への消極的姿勢】【家族の意思優先】【意思の相違】【連携不足】【医師の影響の強さ】【時間不足】【意思決定支援のスキル不足】【看護師の認識・力量の差】の9カテゴリーと26サブカテゴリーに整理され、様々な困難を感じていることがわかった。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 厚生労働省：令和4年簡易生命表の概況 2022, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life22/dl/life22-14.pdf>], 厚生労働省, 1. 19. 2024
- 2) 内閣府：令和5年版高齢社会白書（全体版）第1章高齢化の状況第2節, 2健康・福祉, [オンライン, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/sl_2_2.html], 内閣府, 1. 19. 2024
- 3) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, [オ

ンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>], 厚生労働省, 2. 20. 2025

- 4) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>], 厚生労働省, 2. 20. 2025
- 5) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定支援プロセスに関するガイドライン 人工水分・栄養補給の導入を中心として, [オンライン, https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf], 日本老年医学会, 2. 20. 2025
- 6) 阿部泰之, 木澤義之：アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理, 長江弘子編, 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア（初版）, 日本看護協会出版会, 37-44, 東京, 2014
- 7) 日本老年医学会：ACP推進に関する提言, [オンライン, https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf], 日本老年医学会, 2. 20. 2025
- 8) 酒井明夫, 中里巧, 藤尾均, 他：生命倫理事典, 太陽出版, 6-7, 愛知, 2010
- 9) 日本尊厳死協会：リビング・ウィルとは, [オンライン, <https://songenshi-kyokai.or.jp/living-will>], 日本尊厳死協会, 2. 20. 2025
- 10) 清水哲郎：本人・家族の意思決定を支える－治療方針選択から将来に向けての心積もりまで－, 医療と社会, 25(1), 35-48, 2015
- 11) 厚生労働省：令和4年度診療報酬改定の概要, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf>], 厚生労働省, 2. 20. 2025
- 12) 日本看護協会：意思決定支援と倫理（2）高齢者の意思決定支援, [オンライン, https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/text/basic/problem/ishikettei_02.html], 日本看護協会, 2. 20. 2025
- 13) 古瀬みどり, 東海林美幸：訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題, 北日本看護学会誌, 23(1), 19-28, 2020
- 14) 大桃美穂, 鶴若麻理：アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁－独居高齢者－訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して－, 生命倫理, 28(1), 11-21, 2018

- 15) 高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏, 他: 在宅療養高齢者の終末期医療に対する事前の意思表示の現状と課題, 千葉科学大学紀要, 9, 125-137, 2016
- 16) 小笠原知枝: わが国の終末期医療およびケアの現状と課題, 小笠原知枝編, エンドオブライフケア看護学-基礎と実践- (初版), ヌーヴェルヒロカワ, 5-9, 東京, 2018
- 17) 新村出: 新村出編, 広辞苑 あーそ (第七版), 岩波書店, 1125, 東京, 2018
- 18) 土肥真奈, 秋元みなみ, 佐藤里奈, 他: 高齢心不全患者と家族へのアドバンスケアプランニングに対する病棟看護師の認識, 日本循環器看護学会誌, 16(1), 50-57, 2020
- 19) 川上理子: 高齢者の在宅看取りにおいて訪問看護師が捉える「価値の対立や倫理的に不確かな状況」, 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 41-51, 2014
- 20) 宇佐美利佳: 人生の終末を生きる高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方の検討-高齢患者への支援の課題の明確化と支援指針の考案-, 岐阜県立看護大学紀要, 21(1), 73-85, 2021
- 21) 木島輝美, 長谷川真澄: 特定機能病院の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題, 札幌保健科学雑誌, 7, 18-24, 2018
- 22) 興石恵, 井出春恵, 相良真由美, 他: 看護師・ケアマネジャーの意思決定支援への認識の変化-アドバンス・ケア・プランニング (ACP) シートを使用して-, 日本看護学会論文集 慢性期看護, 48, 163-166, 2018
- 23) 佐伯恭子, 諏訪さゆり: 高齢者への人工的水分・栄養補給法 (AHN) の検討に関する現状-看護師の認識に焦点をあてて-, 生命倫理, 24(1), 197-206, 2014
- 24) 森一恵, 杉本知子: 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実践と課題, 岩手県立大学看護学部紀要, 14, 21-32, 2012
- 25) 麻原きよみ, 百瀬由美子: 介護保険サービス利用に関する高齢者の意思決定に関わる問題-訪問看護師の意識調査から-, 日本地域看護学会誌, 5(2), 90-94, 2003
- 26) 坂田直美, 原敦子, 小野幸子, 他: 介護療養型医療施設における看護管理者が捉えた高齢者の終末期ケアの現状と課題, 岐阜県立看護大学紀要, 3(1), 55-61, 2003
- 27) 日本看護協会 (編集): 看護実践能力の向上にむけて「看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版)」活用ガイド, 日本看護協会出版会, 2019
- 28) 日本看護倫理学会: 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン, [オンライン, https://www.jnea.net/wp-content/uploads/2022/09/guideline_songen_2015.pdf], 日本看護倫理学会, 2. 20. 2025
- 29) 西川満則, 横江由理子: -「本人の意思の3本柱」と「意思決定支援用紙」について-, 西川満則, 長江弘子, 横江由理子編, 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング (初版), 南山堂, 43, 東京, 2018