

看取りを経験した家族による 日本版バリューズヒストリーの構成項目の評価

Assessing items on a Japanese version of the Values History Form by family caregivers

高橋 方子¹⁾・菅谷 しづ子¹⁾・鈴木 康宏¹⁾

高橋 和子²⁾・石津 みゑ子³⁾・布施 淳子⁴⁾

Masako TAKAHASHI, Shizuko SUGAYA, Yasuhiro SUZUKI,

Kazuko TAKAHASHI, Mieko ISHIZU and Junko FUSE

目的：本研究は看取りを経験した家族の日本版バリューズヒストリー(以下、日本版VH)の構成項目に対する評価を明らかにすることを目的とした。

方法：調査方法：無記名自記式質問紙調査とした。対象者：看取りを経験した家族36人だった。調査内容はバリューズヒストリーの構成項目としての評価だった。評価は「絶対に必須でない」を1、「絶対に必須である」を5として5段階のリッカート尺度を用いた。分析方法：各質問項目の記述統計量を求めた。日本版VHの選定基準は、『必須である』と回答した人が70%以上であることおよび必須度の平均値が4.0以上であることとした。

結果：「最近の自分の健康状態」「主治医の選択理由」「人の世話になる事についての考え方」「趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動」「意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望」など57項目中36項目が選定された。

考察：選定された36項目のうちの「自分のコミュニケーションの特徴」など10項目は、米国版のバリューズヒストリーの構成項目の中には認められない項目だった。本調査から選定された項目は単なる米国版のコピーでなく、わが国の状況に即したバリューズヒストリーの構成項目として有用と考えられた。

連絡先：高橋 方子 mastakahashi@cis.ac.jp

1) 千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing,

Chiba Institute of Science

2) 宮城大学看護学類

School of Nursing, Miyagi University

3) 和洋女子大学看護学部看護学科

Department of Nursing, School of Nursing,

Wayo Women's University

4) 山形大学医学部看護学科

School of Nursing, Faculty of Medicine,

Yamagata University

(2019年9月27日受付, 2019年12月16日受理)

1. 緒言

超高齢社会・多死時代を迎えたわが国において、人生の最終段階における医療に対する事前の意思を如何に示すかは重要な課題である。厚生労働省においては1997年から4回に亘って、人生の最終段階における医療に関する調査が実施されている(厚生省健康政策局総務課, 2000; 厚生省・日本医師会, 1989; 厚生労働省, 2011)。その調査において事前の意思表示に関しては調査の回数を重ねるごとに賛成している人の割合が増加している。2013年の調査では一般国民で69.7%, 医師は73.4%, 看護師は84.7%, 施設介護職員は83.8%が賛成し、事前の意思表示が国民の間に受け入れられつつあることが推測される。一方で同調査において事前の意思表示に賛

成していると答えた人のうち、実際に作成している人は5%未満であることや、一般国民では人生の最終段階で受けた医療、受けたくない医療について家族と話し合ったことがない人は59.7%であった(終末期医療に関する意識調査等検討会, 2014)。つまり事前の意思表示に賛成する人は増えているものの、自分の意思をどのように示し関係者と共有するかはこれからの課題であると考えられる。

また近年の独居高齢者の増加は顕著であり1980年の65歳以上人口に占める割合は男性4.3%, 女性11.2%であったが, 2015年には, 男性13.3%, 女性21.1%で, 今後も増加する見通しである(内閣府, 2018)。このような状況から同居家族以外の人が代理判断をしなければならない状況が増えていると予想される。人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインにおいては, 本人の意思が推定できない場合は家族や医療ケアチームが意思を推定することが明記されている(厚生労働省, 2007; 永池, 2008)。このような社会情勢をふまえても事前の意思表示のあり方について検討することは急務であると考えられる。

自分の意思を顕在化させ関係者に示す方法として米国ではバリュースヒストリーが用いられている。このバリュースヒストリーは人生の最終段階における医療の意思決定の根拠となる価値観を示すものであり, その内容は【自分の健康に対する考え方】、【担当医や介護者の役割に関する考え】や【個人的な人間関係】【人生に対する姿勢】など10分野から構成される。バリュースヒストリーの質問に答えることにより, 自分が意思決定をする際に重要としている価値観を顕在化させ意思決定を促し, また本人以外の代理人でも示された価値観を用いて, 本人が望むと思われる選択をすることが可能となっている(Lambert, et al., 1990)。わが国でもバリュースヒストリーの使用は有効ではないかという意見があるものの(鶴若, 2007), 自己決定が最も尊重される米国と, 人との調和が重んじられるわが国では考え方は異なるため(中西, 2010), わが国の文化に即したバリュースヒストリーの開発が望まれる。

わが国では人生の最終段階における医療の決定は, 実際には家族がしている場合が多いことが報告されている。例えば, 東ら(1997)は家族が患者の意向を汲み終末期医療の意思決定をしていると報告している。また上村ら(2013)は意思決定を妨げる要因として認知症や急変をあげ, 看取りの方針について56例中54例が家族が代理で判断していたとしている。そのためバリュースヒストリーの開発には, 看取りを経験した家族の視点から検討することが必要と考えられる。そこで本研究は, 看取りを経験した家族の日本版バリュースヒストリー(以下, 日本版VH)の構成項目に対する評価を明らかにし, 日本

版バリュースヒストリーの開発の基礎資料を得ることを目的とした。

2. 研究方法

2. 1 研究デザイン

研究デザインは量的記述的研究とし, 郵送法による自記式質問紙調査を行った。

2. 2 研究対象者

看取りを経験した家族36人

2. 3 調査票の配布・回収方法

2015年10月時点において, 日本看護協会ホームページに所属施設と氏名が掲載されている訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師357人に, 対象者への調査票の配布を依頼し, 対象者が個別に投函する方法で回収した。対象者が調査票に回答することにより, 看取りの体験を思い起こし心理的負担を与える可能性があるため, 調査票の配布は質問に答えても差し支えない人で協力が得られる家族とした。

2. 4 調査期間

2016年3月から4月までとした。

2. 5 調査内容

1) 回答者の属性

回答者の属性は性別, 年齢を尋ねた。

2) 看取りの状況

看取った人の性別, 年齢, 命日(年月), 享年, 回答者と看取った人の続柄(関係), 同居の有無, 臨終場所, 終末期医療の意思表示有無と内容, 終末期医療の最終的な決定者について尋ねた。また本人の意思の尊重についての評価は「尊重できなかった」を1, 「尊重できた」を5として, 5段階のリッカート尺度で回答を求めた。

3) バリュースヒストリーの構成項目としての必要性に対する評価

日本版バリュースヒストリーの構成項目は, 意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療が提供できたと訪問看護師が判断した事例から選定された意思把握に必要な情報(高橋・布施, 2013)を基本にした。そして, この情報にLambertらによる米国版バリュースヒストリーの質問内容(Lambert, P et al., 1990)を追加して設定した計57項目を調査項目とした。なお, これらの調査項目についてはUNM Health Sciences Center Institute for Ethicsのホームページに掲載されている最新版のバリュースヒストリー(University of New Mexico, 2014)の内容と比較検討を行い追加・修正する項目がないことを確認した。またLambertらによる米国版バリュースヒ

ストーリーの翻訳内容と表現の妥当性については、留学経験のある日本人1名と翻訳を専門とする native speaker 1名および英語教育者である native speaker の大学教員1名の計3名に依頼し確認を行った。

今回調査を行うバリューズヒストリーの構成項目とした57項目については、各々「絶対に必須でない」を1、「絶対に必須である」を5として5段階のリッカート尺度を用いて必須度の評価を求めた。

2. 6 分析方法

回答者の属性、看取りの状況は各質問項目について単純集計を行い、数値で回答したものは平均と標準偏差を算出した。バリューズヒストリーの構成項目に対する必要性の評価は『必須である(絶対に必須である・必須である)』と回答した人数と割合、評価に対する平均値を算出した。そして、『必須である』と回答した人が70.0%(26人)以上で、必須度の評価の平均値が4.0以上の項目をバリューズヒストリーの構成項目とした。統計解析ソフトは『IBM SPSS Statistics ver.24』を使用した。さらに、本調査で選定された項目と2015年に訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師を対象にデルファイ法で選定された項目とを比較した。

2. 7 倫理的配慮

施設管理者と訪問看護認定看護師および在宅看護専門看護師が調査の内容を確認できるよう対象者用の調査票2通に加え、研究依頼文と確認用の調査票および説明書を同封し、調査の依頼を行った。対象者の研究協力に対する自由意思を尊重するために、個別に返送用の封筒を準備し、調査票の返送を持って研究協力への同意の意思を確認した。

対象者には文章にて、研究目的・意義・方法の説明、研究協力の自由意思・拒否権の尊重、プライバシー・個人情報保護の保護、研究協力によって起こり得る不利益と利益と対処、結果の公表方法、研究倫理に関する申し立て、研究期間中および終了後の質問・問合せについて説明をした。本研究は千葉科学大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 27-19)。

3. 結果

3. 1 回答者の属性

性別は女性29人(80.6%)、男性が6人(16.7%)だった。平均年齢(標準偏差)は57.0歳(12.6歳)だった。看取った人との続柄は父母と回答した人が最も多く19人(52.8%)で、次いで配偶者と回答した人が8人(22.2%)だった。看取った人との同居に関しては25人(69.4%)が同居と回答した。回答者の属性は表1に示した。

表1 回答者の属性

		n=36	
項目	選択肢	n	(%)
性別	男性	6	(16.7)
	女性	29	(80.5)
	無回答	1	(2.8)
看取った人との続柄	父母	19	(52.7)
	配偶者	8	(22.2)
	義父母	3	(8.3)
	兄弟姉妹	2	(5.6)
	子ども	2	(5.6)
	その他の親族関係	2	(5.6)
同居の有無	あり	25	(69.4)
	なし	9	(25.0)
	その他	2	(5.6)
平均年齢±SD(range)		57.0±12.6(28~79)	

3. 2 看取りの状況

看取った人の性別は女性20人(55.6%)、男性16人(44.4%)だった。平均年齢(標準偏差)は77.4歳(14.6歳)だった。臨終の場所は自宅が20人(55.6%)、病院が16人(44.4%)だった。事前の意思表示の状況は「口頭であり」が最も多く23人(63.9%)、次いで「なし」が10人(27.8%)だった。最終的な意思決定者は「親族」が最も多く17人(47.2%)、次いで「本人と親族」12人(33.3%)だった。本人の意思の尊重に関しては「尊重できた」が15人(41.7%)、「まあまあ尊重できた」が11人(30.6%)だった。看取った人の状況は表2に示した。

表2 看取りの状況

		n=36	
項目	選択肢	n	(%)
性別	男	16	(44.4)
	女	20	(55.6)
臨終場所	自宅	20	(55.6)
	病院	16	(44.4)
事前の意思表示	有り(文章で)	1	(2.8)
	有り(口頭で)	23	(63.8)
	なし	10	(27.8)
	その他	1	(2.8)
	無回答	1	(2.8)
最終的な意思決定者	本人	6	(16.7)
	親族	17	(47.2)
	本人と親族	12	(33.3)
	無回答	1	(2.8)
意思の尊重の自己評価	尊重できた	15	(41.7)
	まあまあ尊重できた	11	(30.5)
	どちらとも言えない	7	(19.4)
	あまり尊重できなかった	2	(5.6)
	無回答	1	(2.8)
平均年齢±SD(range)		77.4±14.6(37~101)	

3. 3 日本版バリューズヒストリーの構成項目の選定

日本版バリューズヒストリーとして『必須である』と回答した人が最も多かった項目は「最近の自分の健康状態」で、35人(100%)、必須度の平均値(SD)は4.6(0.49)だった。また『必須である』と回答した人が最も少なかった項目は「自分が希望する終末期医療に対する友人の同意」で2人(5.6%)で、平均値も2.4だった。

バリューズヒストリーの構成項目の選定の基準を、『必須である』と回答した人が70.0% (26人) 以上で、必須度の評価の平均値が4.0以上としたところ、「最近の自分の健康状態」「人の世話になる事についての考え方」「趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動」「意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望」「安心できる環境」「自分の介護にかかる費用の方針」「自分の介護に必要な資金の心配」など35項目が選定された。さらに「主治医の選択理由」は必須度の平均値が3.9であったが、『必須である』と回答した人の割合が77.8%であったため、研究者間で検討し、日本版バリューズヒストリーの構成項目に含めることとし、合計36項目を日本版バリューズヒストリーの構成項目とした。なお、選定された36項目の内訳をみると、米国版のバリューズヒストリーにはなく、意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療ができたと訪問看護師が判断した事例から作成された項目(高橋・布施, 2013)が10項目含まれていた。それらは、「受診状況」「健康上の問題と向き合う姿勢」「主治医の選択理由」「自分のコミュニケーションの特徴」などであった。一方『必須である』と回答した人が70%未満又は必須度の平均値が4.0に満たなかった項目は、「宗教的儀式に対する考え方」「死に対する考え方についての宗教の影響」「深刻な病気に対する見方についての宗教の影響」のように宗教に関連した項目が含まれていた(表3)。

また、本調査では2015年に実施した訪問看護師を対象としたデルファイ法による調査(高橋他, 2017)(以下、訪問看護師を対象とした調査)で選定された「自分の代わりに判断してくれる人の希望」や「代わりに判断する人の承諾の有無」などの8項目は選定されなかった。一方で、訪問看護師を対象とした調査では選定されなかった「受診状況」、「自分の健康状態について知ってもらいたいこと」など9項目が選定された(表4)。

4. 考察

今回の調査で選定された日本版バリューズヒストリーの構成項目には、米国版のバリューズヒストリーの構成項目の中には認めず、意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療の提供ができたと訪問看護師が判断した事例から作成された項目(高橋・布施, 2013)が10項目含まれていた。具体的には「自分のコミュニケーションの特徴」「自分の意思決定の特徴」「受診状況」「健康上の問題と向き合う姿勢」「健康上の問題に対する医師から説明内容」といった項目などが選定された。その背景には、林(2014)が述べる日本の「言わなくてもわかっていると相手が類推する省略する文化」が影響していると推察する。「省略する文化」においては、これらの項目を個々の価値観として振り返り、自分の終末期医療

の意思決定にかかわる人たちに対して自らの意思を伝えるようにしておくことは最期まで自分らしく生きるために必要と考えられた。また、「宗教的儀式に関する考え方」など宗教に関する項目の評価は選定基準に満たなかった。島藪(2010)はわが国の現代人の死生観と宗教について「現代人は伝統宗教の死生観や儀礼から離れてきており、近代化が進めば科学や合理主義ののっとなって進められる生活領域が増大し、その分伝統宗教の機能する場が狭められていく。」と述べている。この島藪が述べるような背景が、研究結果に影響していると推察された。

本調査において、日本版バリューズヒストリーの構成項目として選定された「日常生活動作で困難なこと」「最近の自分の健康状態」「健康上の問題と向き合う姿勢」など27項目は訪問看護師を対象とした調査(高橋ら, 2017)でも選定されていた。そのため、これらの27項目は日本版バリューズヒストリーとして優先順位の高い項目ではないかと考えられた。一方で、本調査では、訪問看護師を対象とした調査で選定された延命処置に対する希望や代理判断者に関する項目は選定されなかった。このような結果の背景として延命治療の代理判断に関する難しさがあると推測される。牧・小杉・永嶋・中村(2016)は終末期の延命治療に対する研究において患者にとって終末期について考えることは死について考えることであり不快かつ困難を伴うものと述べている。またTrees, R.A. et al., (2017)は家族は代理判断者として判断することに重荷や葛藤を感じており、医師や看護師が代理判断者であることを勇気付けるというサポートをしていると報告している。代理判断者はその状況にならなければ引き受けられない容易ではないことと考えられる。また本調査では「医療処置の決定を主治医にゆだねることを希望」について必須であると回答した人が多く、西岡・荒井(2016)の調査においては、75歳以上の高齢者の場合、終末期の治療方針を決める適任者として担当医が自分について多いという結果が示されている。青木ら(2017)による代理意思決定を行った高齢配偶者の体験に関する研究でも、対象者が医療処置の出来事に対して「自らの判断で選択する余地がない」と捉えていたと報告している。延命治療や代理判断に関する項目が選定されなかった理由として、医療処置については判断ができないあるいは医師に決定してほしいという希望が影響していると推測された。

他に本調査では「趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動」や「自分を笑わせる事」が選定され、訪問看護師を対象とした調査で選定された「死に対する考え方」や「余命についてどう思っているかとその理由」はバリューズヒストリーの構成項目としての評価は高くなかった。この結果から訪問看護師は「限りのある期間」に視点があり、家族は「生活する」という視点で日本版バリューズヒストリーの構成項目の必須度を評価していると推測された。

表3 看取りを経験した家族によるVHの構成項目としての評価

分野	訪問看護師の面接調査から抽出された情報	バリューズヒストリーの構成項目	必須である人(%)	必須でない人(%)	平均値(SD)
健康に関する考え方		最近の自分の健康状態	35 (100.0)	0 (0.0)	4.6 (0.49)
		日常生活動作で困難なこと	34 (94.4)	1 (2.8)	4.3 (0.62)
		病状の悪化が役割や能力に与える影響	33 (91.7)	2 (5.6)	4.4 (0.61)
	○	受診状況	33 (91.7)	3 (8.3)	4.3 (0.63)
	○	健康上の問題と向き合う姿勢	31 (86.1)	5 (13.9)	4.2 (0.75)
	○	健康上の問題に対する医師から説明内容	31 (86.1)	5 (13.9)	4.3 (0.72)
医療・ケアチームとの関係		自分の健康状態について知ってもらいたいこと	27 (75.0)	8 (22.2)	4.0 (0.66)
		主治医に対する信頼	35 (97.2)	1 (2.8)	4.6 (0.55)
		医師以外のケアサービスの関わり方の希望	34 (94.4)	2 (5.6)	4.3 (0.57)
	○	医療処置の決定を主治医にゆだねることの希望	30 (83.3)	6 (16.7)	4.1 (0.68)
人の世話になることについての考え方		主治医の選択理由	28 (77.8)	8 (22.2)	3.9 (0.71)
		人の世話を受けなくてはならなくなった時の希望	31 (86.1)	4 (11.1)	4.2 (0.63)
意思決定の特徴		人の世話になる事についての考え方	23 (72.2)	10 (27.8)	4.0 (0.81)
	○	自分のコミュニケーションの特徴	27 (75.0)	4 (11.1)	4.2 (0.65)
生き方	○	自分の意思決定の特徴	27 (75.0)	4 (11.1)	4.1 (0.62)
	○	大事にしたい事	35 (97.2)	1 (2.8)	4.5 (0.56)
		本人が希望する終末期医療に対する家族の同意	34 (94.4)	2 (5.6)	4.4 (0.69)
		生きる事に対する幸福感	33 (91.7)	3 (8.3)	4.3 (0.63)
		趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動	33 (91.7)	3 (8.3)	4.1 (0.50)
	○	共に過ごしたい人	32 (88.9)	4 (11.1)	4.3 (0.67)
	○	その人が望む生活	32 (88.9)	4 (11.1)	4.3 (0.66)
		人生に対する姿勢	30 (83.3)	6 (16.7)	4.1 (0.63)
		自分の人生に対する満足感	30 (83.3)	6 (16.7)	4.2 (0.70)
	○	自分を笑わせる事	29 (80.6)	7 (19.4)	4.1 (0.72)
終末期医療に対する希望	○	責任を果たしたい事	27 (75.0)	9 (25.0)	4.0 (0.74)
		人生における家族の価値	26 (72.2)	10 (27.8)	4.0 (0.74)
		末期疾患になった場合の延命処置に対する希望	32 (88.9)	4 (11.1)	4.3 (0.89)
		臨終場所の希望	28 (77.8)	8 (22.2)	4.1 (0.81)
		臨終の際に最も重要だと思うこと	27 (75.0)	7 (19.4)	4.1 (0.99)
安心できる環境		意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望	27 (75.0)	9 (25.0)	4.1 (1.05)
		臨終の際の家族の同席に対する希望	26 (72.2)	10 (27.8)	4.0 (0.76)
		病気や障害を持った時や加齢の影響があるときでも安心して	35 (97.2)	1 (2.8)	4.5 (0.56)
		安心できる環境	34 (94.4)	2 (5.6)	4.6 (0.60)
介護費用		過去10年間に一緒に住んでいた人	28 (77.8)	8 (22.2)	4.1 (0.89)
		自分の介護に必要な資金の心配	29 (80.6)	5 (13.9)	4.1 (0.73)
必須であると回答した人が70%未満		自分の介護にかけられる費用の方針	28 (77.8)	6 (16.7)	4.0 (0.70)
		将来の目標	25 (69.4)	11 (30.6)	3.8 (0.71)
		重篤な認知症になった場合の延命処置に対する希望	24 (66.7)	12 (33.3)	3.9 (1.17)
		自分の葬式についての希望	24 (66.7)	11 (30.6)	3.8 (0.75)
		死に対する考え方	23 (65.7)	12 (33.3)	4.0 (0.84)
		やり残したことがあると感じている内容	23 (63.9)	11 (30.6)	3.9 (0.70)
	○	余命についてどう思っているかとその理由	22 (61.1)	13 (36.1)	4.0 (0.92)
		代わりに判断を頼みたい具体的な状況	22 (61.1)	14 (38.9)	3.6 (0.96)
		自分の葬式の準備	20 (55.6)	15 (41.7)	3.7 (0.83)
		自分の葬式の相談者	20 (55.6)	15 (41.7)	3.5 (0.89)
		代わりに判断する人の承諾の有無	19 (52.8)	17 (47.2)	3.6 (1.02)
		自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望	19 (52.8)	16 (44.4)	3.5 (0.92)
		信仰する宗教の内容	15 (41.7)	19 (52.8)	3.6 (0.96)
	○	墓の準備	15 (41.7)	20 (55.6)	3.4 (1.09)
		自分がうろたえる事	14 (38.9)	22 (61.1)	3.0 (1.37)
		自分が恐れていること	14 (38.9)	21 (58.3)	3.0 (1.32)
		自分を悲しませる事	13 (36.1)	23 (63.9)	2.9 (1.26)
		宗教的儀式に対する考え方	12 (33.3)	21 (58.3)	3.4 (0.75)
		本人が希望する終末期医療に対する家族以外の親族の同意	10 (27.8)	25 (69.4)	2.9 (1.03)
		死に対する考え方についての宗教の影響	10 (27.8)	23 (63.9)	3.3 (0.91)
	深刻な病気に対する見方についての宗教の影響	10 (27.8)	24 (66.7)	3.2 (0.84)	
	本人が希望する終末期医療に対する友人の同意	2 (5.6)	34 (94.4)	2.4 (0.80)	

表4 看取りを経験した家族によるVHの構成項目とデルファイ法による訪問看護師を対象とした調査による構成項目

分野	デルファイ法による訪問看護師を対象とした調査から抽出された項目	バリューズヒストリーの構成項目
健康に関する考え方	<input type="radio"/>	最近の自分の健康状態
	<input type="radio"/>	日常生活動作で困難なこと
	<input type="radio"/>	病状の悪化が役割や能力に与える影響
	<input type="radio"/>	健康上の問題と向き合う姿勢
	<input type="radio"/>	健康上の問題に対する医師から説明内容
	<input type="radio"/>	受診状況
医療・ケアチームとの関係	<input type="radio"/>	自分の健康状態について知ってもらいたいこと
	<input type="radio"/>	主治医に対する信頼
	<input type="radio"/>	医師以外のケアサービスの関わり方の希望
	<input type="radio"/>	主治医の選択理由
人の世話になることについての考え方	<input type="radio"/>	医療処置の決定を主治医にゆだねることを希望
	<input type="radio"/>	人の世話を受けなくてはならなくなった時の希望
意思決定の特徴	<input type="radio"/>	人の世話になる事についての考え方
	<input type="radio"/>	自分のコミュニケーションの特徴
生き方	<input type="radio"/>	自分の意思決定の特徴
	<input type="radio"/>	大事にしたい事
	<input type="radio"/>	本人が希望する終末期医療に対する家族の同意
	<input type="radio"/>	生きる事に対する幸福感
	<input type="radio"/>	共に過ごしたい人
	<input type="radio"/>	その人が望む生活
	<input type="radio"/>	人生に対する姿勢
	<input type="radio"/>	自分の人生に対する満足感
	<input type="radio"/>	責任を果たしたい事
	<input type="radio"/>	趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動
終末期医療に対する希望	<input type="radio"/>	自分を笑わせる事
	<input type="radio"/>	人生における家族の価値
	<input type="radio"/>	末期疾患になった場合の延命処置に対する希望
	<input type="radio"/>	臨終場所の希望
安心できる環境	<input type="radio"/>	意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望
	<input type="radio"/>	臨終の際に最も重要だと思うこと
介護費用	<input type="radio"/>	臨終の際の家族の同席に対する希望
	<input type="radio"/>	病気や障害を持った時や加齢の影響があるときでも安心していられる環境
必須であると回答した人が70%未満	<input type="radio"/>	安心できる環境
	<input type="radio"/>	過去10年間に一緒に住んでいた人
	<input type="radio"/>	自分の介護に必要な資金の心配
	<input type="radio"/>	自分の介護にかかる費用の方針
	<input type="radio"/>	重篤な認知症になった場合の延命処置に対する希望
	<input type="radio"/>	死に対する考え方
	<input type="radio"/>	やり残したことがあると感じている内容
	<input type="radio"/>	余命についてどう思っているかとその理由
	<input type="radio"/>	代わりに判断を頼みたい具体的な状況
	<input type="radio"/>	自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望
	<input type="radio"/>	自分が恐れていること
	<input type="radio"/>	将来の目標
	<input type="radio"/>	自分の葬式についての希望
	<input type="radio"/>	自分の葬式の準備
<input type="radio"/>	自分の葬式の相談者	
<input type="radio"/>	代わりに判断する人の承諾の有無	
<input type="radio"/>	信仰する宗教の内容	
<input type="radio"/>	墓の準備	
<input type="radio"/>	自分がうらたえる事	
<input type="radio"/>	自分を悲しませる事	
<input type="radio"/>	宗教的儀式に対する考え方	
<input type="radio"/>	本人が希望する終末期医療に対する家族以外の親族の同意	
<input type="radio"/>	死に対する考え方についての宗教の影響	
<input type="radio"/>	深刻な病気に対する見方についての宗教の影響	
<input type="radio"/>	本人が希望する終末期医療に対する友人の同意	

5. 研究の限界

本研究では日本版バリュースヒストリーの開発には看取りを経験した家族の視点が重要であることが示唆された。しかし今回の調査の対象者数は36人と少なく、引き続き対象を増やして検討を重ねる必要がある。またバリュースヒストリーの構成項目についての評価は、立場により異なると考えられる。そのため終末期医療の意思決定にかかわる多職種を対象とした調査も必要である。

6. 結論

本調査の結果から、日本版バリュースヒストリーの構成項目として「最近の自分の健康状態」「主治医に対する信頼」「人の世話を受けなくてはならなくなった時の希望」「大事にしたい事」「末期疾患になった場合の延命処置に対する希望」「安心できる環境」「自分の介護に必要な資金の心配」など36項目が選定された。これらの項目のうちの「自分のコミュニケーションの特徴」など10項目は、米国版のバリュースヒストリーの構成項目の中には認められない項目が選定されていた。

謝辞

本研究の一部を第37回日本看護科学学会学術集会およびThe 21th East Asian Forum of Nursing Scholarsで発表した。調査にご協力いただいた対象者の方々、訪問看護認定看護師、在宅看護専門看護師の皆様深く感謝いたします。また、ご助言いただいた諸先生方に深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP26670960の助成を受けたものである。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

引用文献

- 青木頼子, 竹内登美子, 新鞍真理子(2017): The Journal of Japan Academy of Health Science, 20 (1), 5-12.
- 東清己, 永木由美子, 占本美浦子他(1997): 在宅癌末期患者の自己決定, 家族の意思決定の内容とその意味, 熊本大学教育学部紀要, 46, 127-138.
- 林伸一(2014): 省略する文化と明示する文化, 山口大学文学会誌, 64, 123-126.
- 厚生労働省(2007): 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン, 医政発第0521011号 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>. (検索日2011年5月23日)
- 厚生労働省(2004): 終末期医療に関する調査等検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>. (検索日2011年5月23日)
- 厚生省健康政策局総務課(2000): 21世紀の終末期医療, 8-106, 中央法規出版, 東京.
- 厚生省・日本医師会(1989): 末期医療のケア, 3-16, 中央法規出版, 東京.
- Lambert P, Gibson J.M. & Nathanson, P. (1990): The values history: an innovation in surrogate medical decision-making, Law Med Health Care, 18 (3), 202-212.
- 牧信行, 小杉一江, 永嶋智香他(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・ケア学会誌, 39 (3), 150-156.
- 永池京子(2008): 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が語るもの. インターナショナルナーシング・レビュー, 31 (2), 16-20.
- 内閣府(2018): 平成30年版高齢社会白書, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_3.html. (検索日2019年7月30日)
- 中西進(2010): 日本の文化構造, 117-120, 岩波書店, 東京.
- 西岡弘晶, 荒井秀典(2016): 終末期の医療およびケアに関する意識調査, 日本老年医学会誌, 53 (4), 374-378.
- 島蘭進(2010): 現代人の死生観と伝統宗教, 清水哲郎島蘭進編, ケア従事者のための死生学, 230-242, ニューウェルヒロカワ, 東京.
- 終末期医療に関する意識調査等検討会(2014): 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>. (検索日2016年7月11日)
- 高橋方子, 布施淳子(2013): 在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握に訪問看護師が必要とする情報, 36 (5), 35-47, 2013.
- 高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏, 他3名(2017): 訪問看護師を対象としたデルファイ法による日本版バリュースヒストリーの開発, 日本看護研究学会誌, 40 (5), 771-782. Doi:10.1111/jnsr.2017050611

Trees,R.A., Ohs,E.J. & Murray,C.M. (2017) : Family Communication about End-of-Life Decisions and the Enactment of the Decision-Maker Role, Behavioral. Science, 7 (2), 36. doi:10.3390/bs7020036

鶴若麻理 (2007) : 終末期へのまなざし, 袖井孝子編著, 死の人間学, 127-139, 金子書房, 東京.

上村智彦, 青木友孝, 伊藤精能他 (2013) : 造血器悪性腫瘍患者の終末期および看取りの方針に関する意思決定支援の後方視的検討, Palliative Care Research, 8 (2), 248-253.

University of New Mexico, Health Sciences Center Institute for Ethics (2014) : Values History.
<http://hscethics.unm.edu/common/pdf/values-history.pdf>.
(検索日2012年5月10日)

Assessing items on a Japanese version of the Values History Form by family caregivers

Masako TAKAHASHI¹⁾, Shizuko SUGAYA¹⁾, Yasuhiro SUZUKI¹⁾,
Kazuko TAKAHASHI²⁾, Mieko ISHIZU³⁾, Junko FUSE⁴⁾

1) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science

2) School of Nursing, Miyagi University

3) Department of Nursing, School of Nursing, Wayo Women's University

4) School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University

Objective:The objective of this study was to clarify assessing items on a Japanese version of the Values History Form(denoted here as the Japanese Values History) by family caregivers

Methods:Methodology: Anonymous self-administered questionnaire. Subjects:Thirty-six former family caregivers. Subjects were asked to assess items on the Values History Form on a 5-point Likert scale, with 1 indicating “absolutely unnecessary” and 5 indicating “absolutely necessary.” Methods of analysis: Descriptive statistics were calculated for every item. Items with an average necessity score of 4.0 or higher or that 70% or more of the subjects deemed “necessary” were chosen for inclusion in the Japanese Values History.

Results: Fifty-seven items were devised, such as “How would you describe your current state of health?,” “Why did you pick your doctor?,” “How do you feel about being cared for?,” “What activities do you enjoy (e.g., hobbies, watching TV, etc.)?,” and “How do you feel about the use of life-sustaining measures if you were not expected to regain consciousness?” Of those, 36 items were chosen.

Discussion: Of the 36 items chosen, 10 (e.g. “What characterizes how you communicate with people?”) were not on the original version of the Values History Form. The items chosen based on this survey helped to create a Values History suited to circumstances in Japan rather than simply providing a translation of the origin

al Values History Form.