

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成24年5月31日現在

機関番号：32644

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009～2011

課題番号：21592927

研究課題名（和文） がん患者家族の「意思決定モデル」の検証と決定プロセスでの家族システム変動の研究

研究課題名（英文）

Validation of a “decision-making model” for families of patients with cancer and a study of family system dynamics during the decision-making process

研究代表者

柳原 清子 (YANAGIHARA KIYOKO)

東海大学・健康科学部・教授

研究者番号：70269455

研究成果の概要（和文）：本研究では、がん臨床における家族の意思決定モデルの検証と、意思決定過程での家族システムの変動（家族成員間および医療者との相互作用）の様相を明らかにした。家族の意思決定は「関係認識」と「態度」が関与してなされ、臨床では「家族間合意」と「医療者-家族間合意」の2側面で、意思決定は進行する。また、家族間には7つの関係パターン、医療者-家族には10の相互作用パターンがあることを見出し介入方法を提示した。

研究成果の概要（英文）：The current study validated “a family decision-making model” for decisions clinical care for a family member with cancer. This study also depicted family system dynamics (interaction between family members and with medical personnel) during the decision-making process. In addition to “self-awareness” and “awareness of circumstances,” family decision-making involves “relational awareness” and “attitudes.” Family decision-making in a medical setting occurs in 2 phases: “consensus among family members” and then “agreement between medical personnel and the family.” The patterns of relationships among family members are classified into 7 patterns, and the forms of interaction between medical personnel and the family are classified into 10 patterns. We described the ways of intervention.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	1,500,000	450,000	1,950,000
2010年度	700,000	210,000	910,000
2011年度	1,200,000	360,000	1,560,000
年度			
年度			
総計	3,400,000	1,020,000	4,420,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：がん家族、意思決定モデル、家族内関係、家族-医療者関係、家族システム変動、コンフリクト

1. 研究開始当初の背景

がん臨床での患者・家族は、治療過程および End of Life（終末期）において、多くの意思決定が求められる。しかし治療が高度化

し、複雑になるにつれ、その決定（合意）は倫理的事項も絡んで非常に難しくなり、また家族内葛藤や対立および患者・家族と医療者間のコンフリクト（軋轢）を多発させている。

医療現場での意思決定の概念は、ともすれば個人の希望や意向を明確にする、決断の要素の「自己決定」の概念と混同されやすい。しかし本来の意味は、英語で<Decision making>と表記されるように、結論をつくる、つまり先を見据えた方針をつくり出すことである。

家族は複数の個人の集団であり、システムである。実際の臨床において、患者の治療やケアをめぐる家族の意思決定という場合は、「家族メンバー内で合意」をめざして行われる作業と、「医療者の意向と家族の意向」のすり合わせ作業（合意形成）の2側面をもつ。

したがって、家族の意思決定支援においては、この両側面で調整をしていく必要がある。

今後ますます、情報があふれ価値が多様化する社会で、生死をめぐる事項の方針を決めていくことは、患者・家族、そして医療者等を葛藤の渦に巻き込む。だからこそ、意思決定支援の調整スキル開発が必要なのである。

2. 研究の目的

本研究は2つの目的を持つ。1つは、筆者が開発したがん患者の家族の「意思決定モデル」の構造化と精度をあげること、2つ目は、がんの発病～End of Life 期において、家族はどのように動くかを明らかにする、である。具体的には、家族はシステムなので、家族メンバー間での相互作用の様相の分析とパターン化、家族と医療者間での相互作用の様相の分析とパターン化を目的とした。

3. 研究の方法

対象：研究会等で事例分析した約50事例
 方法：事例分析法でのパターンマッチング法を使う。事例分析は渡辺式家族アセスメントモデルを用いて、「両者のパワー」「心理的距離と向き」「相互作用：両者の悪循環の有無」で分類し、その特徴を整理する。その上で、類似のものに命名して、パターンをわかりやすくする。この相互作用のパターン化は、家族メンバー間と、患者・家族－医療者との2つの側面で行う。

倫理事項：研究会等で取り上げる事例には、提示時点で個人を特定できない加工を施し、事例資料は回収し、また分析参加者には倫理事項の厳守を依頼した。

4. 研究成果

(1) がん家族の「意思決定モデル」の検証と構造化

A. 第1側面：家族の意思決定（家族内合意過程）

家族の意思決定のプロセスは、先行研究では ①問題などの状況を認識 ②自己の健康

状態や能力の認識 ③目的・目標を設定 ④選択肢を模索し優先順位を検討 ⑤実現への計画 ⑥結果の評価という構成である。一方筆者は仮説モデルとして、意思決定の第一段階には、状況認識、自己認識に加えて『関係認識』が存在することを見出し、また意思決定プロセスにその家族固有の決定の『態度』を伴っていることを提示してきた。

これまでの意思決定モデルでは、おそらく、複数の人々の『関係認識』は『状況認識』の中に、含まれていたのであろう。言うまでもなく、家族の意思決定というのは、<複数の人々の間での合意形成>と同義である。これまでの意思決定モデルも筆者が先に提示したモデルも、個人（ある特定のキーパーソンと呼ばれる個人）の意思決定であり、複数の人々の間を表すものではなかった。

今回「意思決定モデル」として刷新したのは、下記に示したものである。

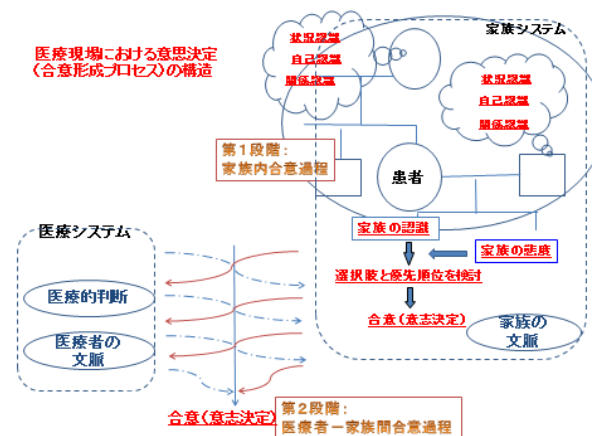


図 医療現場での家族の意思決定の構造

すなわち、家族内では、それぞれのメンバーが状況認識、自己認識に加えて、患者への関係認識を持っている。それを擦り合わせるように「家族としての認識」を作り、これまでの絆や生活の歴史から形成された「家族の態度」を加味して、選択肢をふるいにかけて、家族としての方針を打ち出すのである。このプロセスは、「家族の文脈」が形成されるプロセスでもある。

家族メンバーが持つ「関係認識」は、両者の愛着などの情緒面、パワーや立ち位置の関連、流動的な動きの察知を含んだものであり、家族の意思決定では、大きな意味をもつ。とりわけ End of Life 期（選択肢の幅が、「する」か「しない」の二者選択的になる）の差し迫った状況下では、家族の意思決定の決め手となる認識である。

本研究で刷新された「家族意思決定モデ

ル」は、意思決定支援における家族アセスメントと、調整の道筋を提示するのに役立つものである。また、家族の文脈を「状況認識」「自己認識」と「関係認識」および「態度」から紐解く方法を提示したことで、状況の可視化ができるようになった。

B. 第2側面：医療者—家族間での合意過程

医療者—家族間での合意過程は、概念モデルとして、「インフォームドコンセント」が取り上げられ、医療倫理との絡みで、論述されることが多い。そしてそれは、患者本人を対象として、あるいは、家族の意思決定と言われる場合でも、キーパーソンとよばれる家族の代表者個人を指し示すものである。

本研究が目指したのは、理念のみが先行する家族への「意思決定支援」を、構造化して提示することであった。すなわち、家族内調整と、医療者—家族間調整を分けることである。後者の意思決定は、＜第2側面：医療者—家族間での合意過程＞と提示した。

この医療者—家族間での意思決定（合意）過程は、家族の文脈と医療者の「医療的判断」と「医療者の文脈」のすり合わせのプロセスであった。

最終的に本研究は、がん患者の家族支援を意識して行われた研究であったが、検証作業での、高齢者介護や難病、精神など他分野を含む、数多くの事例分析からは、本研究での「意思決定モデル」は、がん患者の家族に限らず、家族支援一般の知見となることが判明した。

(2) 意思決定プロセスにおける家族システム変動の様相

A. 家族内変動

がんの発症およびその後の経過の中で、家族システム内でどのような変動がおきるかは、役割交代、メンバーのパワーの均等具合、コミュニケーション、家族レジリエンスの構成要素の発動、相互作用等を調べれば良い。

実態として家族はシステムであり、家族メンバーの発病は次々に家族成員に影響をおよぼし（ゆらぎを生み出し）、家族の生活は変化する。その変動は、課題解決をはかろうとする動きなのだが、それは往々にして家族内と外に軋轢・葛藤を生み出す。

言い方を変えれば、こうしたストレスの高い状況下での、家族内外の軋轢・葛藤の様相明らかにすれば、家族の変動はわかるので、『コンフリクト—悪循環』の概念を使って分析することにした。

コンフリクトとは家族内メンバー間の相

互作用の悪循環、パワーバランスのくずれ、意見のズレである。その本質は、それぞれが違った方向あるいは相反する方向に到達点をもっており、そのために、互いが怒りや消耗感を抱くことである。コンフリクトとは、争い・軋轢のようにエネルギーの大きいもの、避けあうようなエネルギーの小さなもの、二者の不一致や矛盾で期待する成果を出せないものを含ませた。分析は、家族の一員が疾病や障害をもった時の、メンバー各自の文脈、複数人の相互作用、パワーの変動、心理的距離の変動を分析した。

家族内の「悪循環パターン」は3パターン7分類であった。基本的に家族メンバー2者間の悪循環の分類であるが、家族メンバーAとBとした場合、どちらかが、患者と他メンバーである場合や、父と母、子どもと片親など組み合わせは様々である。

さて第1パターンは両者共にパワーが低くもので心理的距離から2分類される。第1パターン1分類（1パターン①）は心理的距離が著しく離れていて、メンバーAとBは「距離をおく」と「近づかない」である。命名は『交流途絶型』とした。例としては＜元々関係がとれていず心理的に疎遠だった中で、がんを発病、進行したが両者は動きを出さない＞があげられる。同じく1パターン②は心理的距離はほどよく保たれているが動きが出ない型で、＜AもBも事の重大さ（予後の告知等）に圧倒され、相手を慮ってどう振舞えばよいかかわからず立ちつくす＞ような、互いが「立ちつくす」と「立ちつくす」型である。命名は『両者立ちつくし型』とした。

次の第2パターンは両者共にパワーが高いもので、これも心理的距離で2分類される。第2パターン1分類（2パターン①）は両者心理的距離は離れていて、たとえば＜患者の看病や治療決定の主導権をめぐり、互いに手を出させまいと、嫁姑、きょうだい、両親間で牽制しあう＞があげられ、メンバーAとBは「牽制する」と「牽制する」である。命名は『両者けん制型』とした。一方2パターン②の型は、両者の心理的距離は近づいていて距離が保てない型で、「押し付ける」と「反発する」型である。命名は『押し付け反発型』とした。この例は＜Aからの強い要求や期待に対し、Bは断固拒否し反発する。するとAは意図的に強要するようになる＞というものである。

第3パターンは、メンバーAとBのパワーの差があり、AもしくはBのパワーがどちらかが高く、一方が低く、パワーバランスが崩れている3類型である。この3分類は、心理

的な距離の向き合い方で分けた。

まず、3パターン①は、パワーバランスに差があり、メンバーAがアプローチしているが、Bは壁をつくって動ず「訴える・叱る」と「聞き流す・無視」という型である。たとえば<一方がつらさ、要求などを必死に訴え時に叱ったりするが、相方は、その訴えにとりあわず聞き流したり、無視したりしている>というもので、命名は『のれんに腕押し型』とした。同じく3パターン②は、心理的距離は片方からもう一方へ近づいていくが、向けられた方は離れて逃げ、距離は開いたままである。両者は「迫る・言い募る」と「逃げる」であり、『追えど逃げられ型』とした。

最後の3パターン③は、心理的距離が互いが近くて、相互が向き合っている型である。「支配する・甘える」と「従う・甘やかす」であり、『巻き込み巻き込まれ型』とした。具体的には、<いろいろな命令や甘えのそぶりや相手を意のままにしようとするAメンバーと、それに従う形で、従順に振まわっていつてしまう関係。従うBメンバーは、疲弊感と消耗感が積もっていく>というものである。

B. 家族外変動—医療システムとの関係

家族の意思決定プロセスにおける第2側面は、家族—医療者間での合意過程である。システム的には、家族—社会システムだが、場ががん臨床なので、社会システムを医療システムに限定し、家族—医療者間の相互作用をとらえることとした。

ここでも、コンフリクトの成り立ち（相互作用の悪循環）を分析し、家族—医療者コンフリクトを4パターン10分類に分けた。この4パターンは、“パワーは小さくて動きはない”ものが2類型、“パワーは大きく両者ががっぷり向き合っている”ものが2類型である。また“医療者のパワーは大きく、相対的に家族のパワーは小さく、パワーバランスが崩れている”ものが3類型であり、反対に“家族のパワーが大きく、援助者のパワーは相対的に小さくなっていて、パワーバランスが崩れている”も3類型した。なおパワーというのは、その場での相手に向かっていく目に見えるエネルギーであり、精神力動的な根源的なものを指すのではない。

さてその4パターン10分類の、第1パターンの2つは、家族、看護師共にパワーが低く動きがない型で、<面会に訪れても医療者を避けているようにそそくさと帰ってしまい、家族に声がかげられない>という心理的距離が遠い『見えない壁に阻まれ型』と、距離は離れていないが動き出さない（出せない）パターン、たとえば<事の重大さに圧倒されて、どう対応すればよいかわからぬ家族と、事の

複雑さに解決の糸口が見出せず立ち止まる医療者>のように互いが立ちつくし動き出せない『途方にくれ立ち尽くし型』がある。

次の第2パターンの2つは、家族と医療者が共に反発しあっており、共にパワーが高いものである。家族が何かを「要求する」で、医療者がそれに対して「説明する」というような『両者譲らずがっぷり四つ型—家族先手編』と、医療者「求める」でそれを家族「こぼむ」の『両者譲らずがっぷり四つ型—医療者先手編』がある。<終末期ゆえに緩和ケアが必要と強く提案するが、家族は積極的治療を求め、提案を断固拒否>などの例があげられる。

第3パターンでは3バリエーションがある。その3つは医療者に対して家族が、壁をつくっているか、逃げるか、医療者に家族が巻き込まれているかである。相互作用として「指導する」「聞き流す」の『糠に釘型』、「せまる」「かわす」の『追えどもかわされ不発型』、「せまる・期待する」と「従う・応える」の『自己満足支配型』である。

最後の第4パターンの3分類もパワーのアンバランス型で、家族の感情はエスカレートし、医療者のパワーは相対的に低くなっているものである。臨床でよく遭遇する<家族からのクレームに医療者が委縮してしまうケース>がこの型となる。すなわち、家族「怒る・言い張る」医療者「その場をしのぐ」の『堪え忍び型』、また「せまる」家族と「距離をおく」医療者の『逃げども追われる型』、そしてパワーの強い家族に医療者が巻き込まれる形での「支配する」「従う」の『召使い型』である。

(3) 家族意思決定支援方法

本研究からは、家族システム内外での変化場面（2側面での悪循環）での意思決定支援（調整）の方法が仮説として導き出された。医療者が行うこととして順序立てて説明する。

まず①状況を分析して何が起きているのかを明らかにする。Aメンバー、Bメンバー（患者・家族）のそれぞれの文脈と、医療者自身の認識と行動がわかってくれば、それぞれのパワーの上げ方・下げ方がわかる。

次に②家族像を明らかにし、今までの家族への認識のフレーム（枠組み）を変える。たとえば、「要求が多く、困った患者家族」から「追い詰められ、見捨てられ不安を抱いている人たち」へとフレームチェンジする、という具合である。さらに③家族をアセスメントした内容を、仮説として持って、このことの真意を家族メンバーに確かめていく。この

感情に焦点をあてた確かめの過程が関係の再形成(=ジョイニング)となる。

その上で④今一步、家族の抱えている(であろう)困難性を確かめる。この確かめは訊くと聴くが同時になされる行為であり、家族メンバーの健康喪失という事態に直面している人々への悲嘆(グリーフ)の支援となる。ここまで来ると、⑤医療者と家族との間には協働関係(パートナーシップ)が形成されているはずである。

次の段階に行うのが、⑥家族メンバーの認識(自己認識・状況認識・関係認識)を整理しながら、患者・家族の現実的な願い(プリファレンス=真のニーズ)を見出すことである。そして⑦家族のプリファレンスと医療者の目標に齟齬がないようにすりあわせをすることである。

最後に⑦医療者と家族で共通の目標の実現に向けて、役割分担しつつ動き出していければゴールなのである。意思決定支援で重要となるのは、家族一援助者間で合意形成のための対話という調整への働きかけと、パートナーシップ的態度である。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計15件)

- ① 柳原清子、関わりの難しい家族の理解と調整・相談という家族看護スキル、リハビリナース4(2)、査読無、2011、53-57
- ② 木村藍子、柳原清子、終末期の退院に向け家族の意思が異なるケースのコンサルテーション:倫理調整に基づいた意思決定支援。家族看護9(2)。査読無、2011、113-120。
- ③ 樋口薫 柳原清子、医療者へのクレームと家族一患者の機能回復が望めない中で看護師への苦情がエスカレートしていくばかりのケース、リハビリナース。4(3)、査読無、2011、82-87
- ④ 畑尾恵美 柳原清子、難病の妻を一人で介護する家族一我流で介護し再入院が繰り返されるケース、リハビリナース4(4)。査読無、2011、92-97
- ⑤ 榎本美由貴 柳原清子、胸椎損傷で要介護状態となった患者・家族の生活再構築への支援一初めての同居に困惑する家族と、かかわりに戸惑う看護師、

リハビリナース4(5)、査読無、2011、96-101

- ⑥ 澤田紀子 柳原清子、退院側面にあるが、患者のさらなるADL拡大を期待し退院を拒む家族のケース、リハビリナース4(6)、査読無、2011、82-89
- ⑦ 柳原清子、がん終末期における家族看護学の主要概念の整理と最新概念の解説、家族看護9(1)査読有、2010、10-17
- ⑧ 渡辺裕子 柳原清子、援助に行き詰まりを感じたがん終末期患者の家族へのケア一「渡辺式家族アセスメントモデル・困った場面課題解決シート」の活用、家族看護9(1)、査読有 2010、42-51
- ⑨ 渡辺裕子 柳原清子 生活習慣病患者の家族と看護師の関係性パターン援助に行き詰まった事例の分析から、家族看護8(2)、査読有、2010、6-14
- ⑩ 柳原清子、リハビリテーション期の家族支援の基本、リハビリナース3(3)査読無 2009、48-51
- ⑪ 柳原清子、混沌とした医療の時代における家族看護の視座とあり方、臨床看護35(10)査読無 35(10)、2009、1421-1426
- ⑫ 柳原清子、「家族看護」という名の家族支援、家族療法研究26(2)、査読有、68-72
- ⑬ 柳原清子、『研究会活動』を通しての家族看護学の教育と研究一東海大学家族看護研究会の場合一、家族看護7(2)査読無、2009、107-111
- ⑭ 柳原清子、なぜ今病棟で家族へのケアが必要なのか一家族看護理論を用いての分析一、ナーシングトゥデイ 6(2)、査読無、2009、20-24
- ⑮ 柳原清子、「家族像」の形成一システムシンキング、ナラティブを用いて家族看護8(1)、査読無 2009、34-38

[学会発表](計8件)

- ① Kiyoko Yanagihara, Hiroko Watanabe, Japanese Style Family Nursing Model: Watanabe-Style Family Assessment and Supporting Model-Characteristics, Theoretical Background, Practice and Research. 10th International Family Nursing Conference. 2011. 6. 26、京都インターナショナルコンファレンスセンター(京都市)
- ② 柳原清子 渡辺裕子、「渡辺式」家族間調整における関係パターン一家族の間での「葛藤・もめ事」に焦点をあてて、第

- 18 回日本家族看護学会 2011, 6, 25 京都
- ③ 柳原清子 渡辺裕子、病院における対応困難な家族—「渡辺式」家族アセスメントモデルを用いて、第 18 回日本家族療法学会、2011, 6, 4. 静岡市
 - ④ 柳原清子 渡辺裕子、「渡辺式」家族・看護師関係パターン 10—ターミナル期の関わりのおもしろさ—に焦点をあてて、第 17 回日本家族看護学術集会、2010 年 9 月 19 日、ウインクあいち (名古屋市)
 - ⑤ 柳原清子 渡辺裕子、家族と看護師の関係パターンの分析 臨床での「コンフリクト(もめ事)」に焦点をあてて、第 27 回日本家族研究・家族療法学会、2010 年 6 月 5 日、ビッグパレット福島 (福島県)
 - ⑥ 岸藍子 柳原清子 松坂由香里他、家族クレームの本質—家族と医療者間の悪循環パターンの分析—第 16 回 日本家族看護学会、2009. 9. 4、高山市民文化会館 (岐阜県)
 - ⑦ 柳原清子 佐藤律子 櫻井大輔がん家族の意思決定と家族資源、認知、対処の関連性—McCubbin のモデルを使って—第 16 回 日本家族看護学会、2009. 9. 3、高山市民文化会館 (岐阜県)
 - ⑧ Kuniko.Kodama、Kiyoko.Yanagihara、The Research of Family Nursing Skills of the Advanced Hospice Nurse— The focus is appropriated to the information used by nurses from acquisition to judgment —、The 9th International Family Nursing Conference In Iceland 、2009.6.3、 Reykjavik In Iceland

[図書] (計 2 件)

- ① 柳原清子 渡辺裕子、渡辺式家族アセスメント/支援モデルによる「困った場面課題解決シート」、医学書院、2012、91
- ② 福山和女、柳原清子他 (5)、2 章 医療現場の死—医療者は死をどのように看取ってきたか 第 4 章 死と日本文化—映画「おくりびと」にみる家族悲嘆、ルーテル学院大学「ターミナルケアとグリーフワーク」テキスト、2010、33—40

6. 研究組織

(1) 研究代表者

柳原 清子 (YANAGIHARA KIYOKO)
東海大学・健康科学部・教授
研究者番号：70269455

(2) 研究分担者

岡部 明子 (OKABE MEIKO)

東海大学・健康科学部・准教授
研究者番号：90287053

松坂 由香里
東海大学・健康科学部・講師
研究者番号：70346021
(H21：研究分担者)

(3) 研究協力者

渡辺 裕子 (WATANABE HIROKO)
家族ケア研究所 所長