

〈論文〉

胃瘻を造設しない選択を代理決定した高齢患者の家族の意思決定プロセスに関する研究（第2報）

本庄 香織, 高橋 学

Decision-making Process of Elderly Patients' Families who Make a Choice not to Opt for a Gastric Fistula (Second Report)

Kaori HONJO, Manabu TAKAHASHI

This study made clear the reason behind the families' choice to not to opt for a gastric fistula by investigating how and why the patients' families came to this decision. A category table for five families' decision-making process was utilized with qualitative coding. The theoretical models for proxy decisions were considered using three points: preparation, cases in which required, and process. Though there are limitations in decision making theories and guidelines, we put forth new information by revealing a realistic process from the perspective of proxy decision makers.

1. 背景

我が国の総人口に占める65歳以上の高齢者（以下「高齢者」）の割合は、2018年に28.1%となり、前年より44万人増加している（総務省統計局2018）。超高齢社会において高齢者は加齢と共に、認知症や脳血管障害、脱水、発熱などの疾患にかかる割合が増加する。それらの一部の人達には判断能力が永続的または一過性に失われ、医療の現場において、治療方針を自らが決められない状況になることが少なくない。これに関連して、昨今では日本老年医学会による「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」（2012）、日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会による「救急・集中治療における終末期医

療に関するガイドライン～3学会からの提言～」（2014）、日本医師会による「超高齢社会と終末期医療」（2017）、厚生労働省による「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」（2018）といったガイドラインが示されている。さらに厚生労働省は、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組みである「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の普及啓発も図っている。高齢患者に対する人生の最終段階における医療のあり方に問題意識が持たれ、各方面よりガイドラインが作成されているのである。

とりわけ、判断能力が永続的または一時的に失われた高齢者が摂食困難となった時に、胃瘻造設

に関して誰がどのような目的と過程を経て意思決定をするのかという問題が浮上する。これに最も関連深いものは、先述した日本老年医学会が提示しているガイドラインである。いくつかの栄養療法の中でも経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下、胃瘻またはPEG）は比較的侵襲性が低いことから、長期管理に最も優れているといわれている（日本静脈経腸栄養学会2013）。その一方で、胃瘻造設に対して、先行研究では様々な議論がなされている。それは、高齢患者の意思決定能力に対する不明確な判断基準（日本弁護士連合会2011、丸山2012、小賀野2014）や代理意思決定者に関する定義の曖昧さ（日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会2014、日本医師会2017、厚生労働省2018）、事前指示の不在（橋本2000、島田・中里・ほか2015）、所属機関によって異なる医師の説明（医療経済研究機構2013、中村・岡村2013）、機能分化や在院日数の短縮化、診療報酬の改定による影響（鈴木2014、宮本・宮本2015）などがある。近年、この胃瘻造設については、延命と治療に対する是非や個人の尊厳という問題を含む社会的な議論でもある。その上、判断能力が永続的または一時的に失われた高齢者が摂食困難となった時に、胃瘻造設に関して誰がどのような目的と過程を経て意思決定をするのかといった課題が生じているのである。

2. 研究目的

「胃瘻造設に関して代理意思決定した家族の意思決定プロセスに関する研究（第1報）——先行研究から読み取れる論点とその分析——」（本庄・高橋2018）では、先行研究から胃瘻に関して浮上してきた「想定されていなかった問題」の文献的整理と胃瘻を造設しないことに関する見解の文献的整理について分析して、考察した。その結果、「先行研究では、胃瘻を造設した高齢患者の代理意思決定プロセスについては研究がなされて

いるものの、胃瘻を造設しない選択をした高齢患者の家族が、決断を下すまでの実態が、日本においては十分に明らかとされていない。つまり高齢患者の家族が胃瘻を造設しない選択をする場面に遭遇した時、どのような経過を辿り、何を要因に胃瘻を造設しない決断を下したのか、そのプロセスは明らかとなっていないのである」（本庄・高橋2018）と指摘した。

そこで本調査では、胃瘻を造設しない選択をした高齢患者の家族がどのような経過を辿り、何を要因に決断を下したのか、体験者へ聞き取り調査を実施した。そして、分析をもとに代理意思決定者の意思決定プロセスを明らかにすることを目的とする。

3. 研究の意義

胃瘻は延命か、人間の基本的ケアか、また、胃瘻を造設することで生命の尊厳は守られるのか、といった胃瘻の是非を問う議論がある。「胃瘻を造設しない」という決断が、「命を終わらせる」ことにも繋がる。このことは、生命の尊重といった視点からは、どのように位置づけられるのだろうか。とりわけ「胃瘻を造設しない選択の代理意思決定のプロセス」に関しては先行研究では未達の研究テーマであり、そのリアリティを明らかにすることが本研究の意義である。なぜなら、先行研究で指摘された課題が、胃瘻を造設する選択・しない選択に対し、どのような要因が影響を与えているのか、向き合い、さらなる知見を深めて、未達の課題を明らかにする必要があるからだ。

4. 研究方法

本研究は、高齢者の胃瘻造設における代理意思決定者の意思決定プロセスを明らかにすることを目的としている。家族による代理意思決定は、「個人の価値観や患者との関係性、ライフスタイルの多様化にともない意思決定の事象が複雑」

（富田・塚越・ほか 2015）になっている。よって、実際に胃瘻造設の代理意思決定をした個々の家族へ聞き取り調査を行い、ありのままの事象を明らかにする必要がある。さらに、当事者や代理意思決定をする者、それに関わる医療・福祉従事者など、様々な立場の者がやり取りする社会的相互作用に関わる研究であり、ここで起こるプロセス的性格をもった現象を研究の対象としている。従って、本研究の研究方法は質的なデータを収集して分析を加え、さらに理論生成を行うものである。

4-1 調査対象者

調査対象者は、高齢に伴う疾患により経口摂取が困難になった家族で、医師から胃瘻造設の必要性について説明を受け、代理意思決定をした14名とした。調査対象者の選定にあたり特別養護老人ホーム3カ所、サービス付き高齢者向け賃貸住宅1カ所、療養型病棟1カ所へ研究協力を依頼した。

4-2 調査期間

2016年2月12日～同年8月1日

4-3 データの収集方法

インタビューガイドに基づき、半構造化面接で行った。対象者は1名につき、面接は1、2回程度とし、面接所要時間は約90分程度とした。日時は対象者の都合に合わせて設定した。場所は対象者の希望に合わせ、研究協力施設の一室または対象者宅で行った。面接内容は、事前に了解を得てからすべてICレコーダーに録音した。

4-4 倫理的配慮

調査協力の依頼にあたっては、調査協力者の権利、調査目的、調査の方法と手順、プライバシーの保護について文書及び口頭による説明を行い、書面で同意を得た後に実施した。また、調査協力

は任意とし、いつでも中断可能とした倫理的配慮を実施した。なお、調査実施者が所属する昭和女子大学の倫理審査委員会から承認を得て実施した（承認番号15-22）。

4-5 分析手順

①インタビューデータを逐語録に起こした。②逐語録をひとまとまりの意味毎に、文字データを分類した。③分類した文字データを内容毎に整理した。④整理した内容から、本研究の分析テーマに沿った箇所を抽出した。⑤抽出したものに対し、カテゴリー名、概念（コード）名を検討し、カテゴリー表、概念図を作成した。この時、調査実施者が所属する研究室の指導者1名と研究室のメンバーに協力を仰ぎ、名称の検討を行った。得られたデータは、最終的に概念図から理論生成としてモデル化を図った。また、理論のモデル化にあたっては、意思決定理論や自己決定論における自律尊重モデルなどの先行研究を比較検討した。

5. 調査結果

14名にインタビュー調査を実施し、その中で語りの内容に曖昧な表現が多く含まれたデータ等は除き、本研究の分析スタイルや時間軸などに適したインタビュー内容である5名を抽出した。分析対象者を5名にすることで、「『誰もが経験すること』としての必須通過点を見いだすことが容易になり説得力を増すということであったり、現象の多様性を見いだすことができる」（安田・サトウ 2012: 6）という見解がある。つまり、5名を分析対象とすることで、胃瘻を造設しない選択をするという必須通過点を見いだし、説得力を増すことができ、さらに、現象の多様性を見いだすことができると考える。その5名に対し、データの分析を行った（表1）。以下に、5名それぞれのカテゴリー表（表2～6）、概念図（図1～5）を示す。なお、インタビューデータ内の《 》はカテゴ

表1 本研究の調査結果とそれぞれのカテゴリ数、概念(コード)数

	対象者との関係	最終的な栄養摂取方法	カテゴリ数	概念(コード)数
A氏	長女(67歳)	なし	35	57
B氏	長男妻(66歳)	なし	18	35
C氏	長女(58歳)	中心静脈栄養法	24	38
D氏	長男(70歳)	なし	14	21
E氏	夫(72歳)	中心静脈栄養法	18	31

表2 A氏カテゴリ表

	カテゴリ		概念(コード)
A1	当事者の事前指示あり	a1	日常会話の中での事前指示
A2	1度目の経口摂取困難となった契機	a2	風邪下痢により家で食事が摂れず入院
		a3	入院を機に身体、認知機能が低下
A3	自力摂食が困難とされる状態	a4	自分では食べられない状態
A4	在宅介護生活	a5	自宅退院し、介護生活が始まる
A5	身体機能の回復とコミュニケーション意欲の改善	a6	段々と杖歩行まで身体機能が回復
		a7	一時的にコミュニケーション意欲が低下するも上昇
A6	説得による特別養護老人ホームへの入所	a8	妻の介護の限界と説得による特別養護老人ホーム入所
A7	身体機能低下の契機	a9	外泊時に転倒し、大腿骨を骨折
A8	急性期病棟主治医の見解	a10	骨折に対する急性期病棟A主治医の見解
A9	2度目の身体機能低下の契機	a11	術後、熱が続き、全身状態が崩れた
		a12	急性期病棟A主治医の見解通りにならない状態
		a13	長期臥床により、身体機能が低下
A10	認知機能は維持	a14	認知機能は維持
A11	摂食状況	a15	食事摂取は可能
A12	病状の不安定により入退院を繰り返す	a16	急性期病棟Aでの入院継続に不安を覚え、特別養護老人ホームBへ退院を希望する
		a17	特別養護老人ホームBへ退院するも、発熱により再入院
A13	食欲低下により摂食困難と見なされる状況	a18	原因不明の発熱により、急性期病棟A入院以降、経口摂取困難となる
		a19	食事が摂れないというより、摂りたくない状態
A14	特別養護老人ホームの限界	a20	再度、特別養護老人ホームBへ退院してから、対応の限界を知る
A15	代理意思決定者による療養先の変更	a21	信頼関係のある元かかりつけへ入院を希望する
		a22	急性期病棟内科部長へかかりつけの変更を直訴する
		a23	クリニックCへ入院
A16	クリニック主治医より代理意思決定者へなされる人工栄養の説明と提案	a24	クリニックC主治医の考える経口摂取の限界と人工栄養の提案
		a25	クリニックC主治医の胃瘻造設後の生活に関する説明
A17	尊重した当事者の意思	a26	老衰死を回避するために人工栄養という選択肢を提案されたと考える
		a27	当事者の意思を再確認する
A18	家族間での価値観の統一	a28	当事者の意思表示
		a29	意思決定が取れる状況
A19	胃瘻造設を決断しなかった決定要因	a30	口から食べることが人間的だと捉える価値観
		a31	妻の意思を確認する
A20	死を意識した代理意思決定者	a32	人工栄養を選択すると、食事が提供されなくなることが胃瘻を選ばなかった決定要因
A21	経口摂取へ向けた医療スタッフからの取り組み	a33	死を意識した
		a34	人工栄養を断ったことで積極的な経口摂取訓練にシフトチェンジ
		a35	食事訓練に対するクリニックC主治医の荒療治
A22	経口摂取へ向けた代理意思決定者の取り組み	a36	嚥下トレーニングを受けたことにより回復に繋がったと認識する
		a37	生きる望みを諦めず、経口摂取に向けて試行錯誤する

A23	経口摂取に対する代理意思決定者の強化された価値観	a38	人工栄養をしている患者を見て、口から食べることの重要性を再確認する
A24	実現した経口摂取	a39	3か月間で実現した経口摂取
A25	経済的負担	a40	先の見えない経済的負担
		a41	やむを得ない経済的負担
A26	特別養護老人ホーム入所先の変更	a42	特別養護老人ホーム入所先のスムーズな変更
A27	維持していた経口摂取期間	a43	安定した生活
A28	栄養摂取に対する代理意思決定者の強化された価値観	a44	胃瘻を造設している入所者を見て、ネガティブなイメージを持つ
A29	3度目の経口摂取困難となる契機	a45	病原菌による、意志に反した入院
		a46	原疾患とは異なる菌の検出
		a47	入院を機に、食事が摂れなくなる
A30	経口摂取に向けた代理意思決定者の取り組み	a48	入院中、懸命に食事介助をする
		a49	当事者の意思を尊重し、特別養護老人ホームDへ退院させた
		a50	退院後も施設で懸命に食事介助をする
		a51	これまでに改善してきた経過から、食事介助を強く勧めた
A31	食事に対する本人の意思表示	a52	食事を拒否する当事者
A32	食事に対する代理意思決定者の認識の変化	a53	当時と現在とで変化した食事に対する長女の考え
A33	看取り	a54	特別養護老人ホームDの終末期対応の限界
		a55	看取る
A34	代理意思の決め手となり得た要因	a56	年齢による代理意思決定の影響
A35	代理意思決定者の評価	a57	経口摂取と人工栄養（胃瘻）に対する一貫した長女の価値観

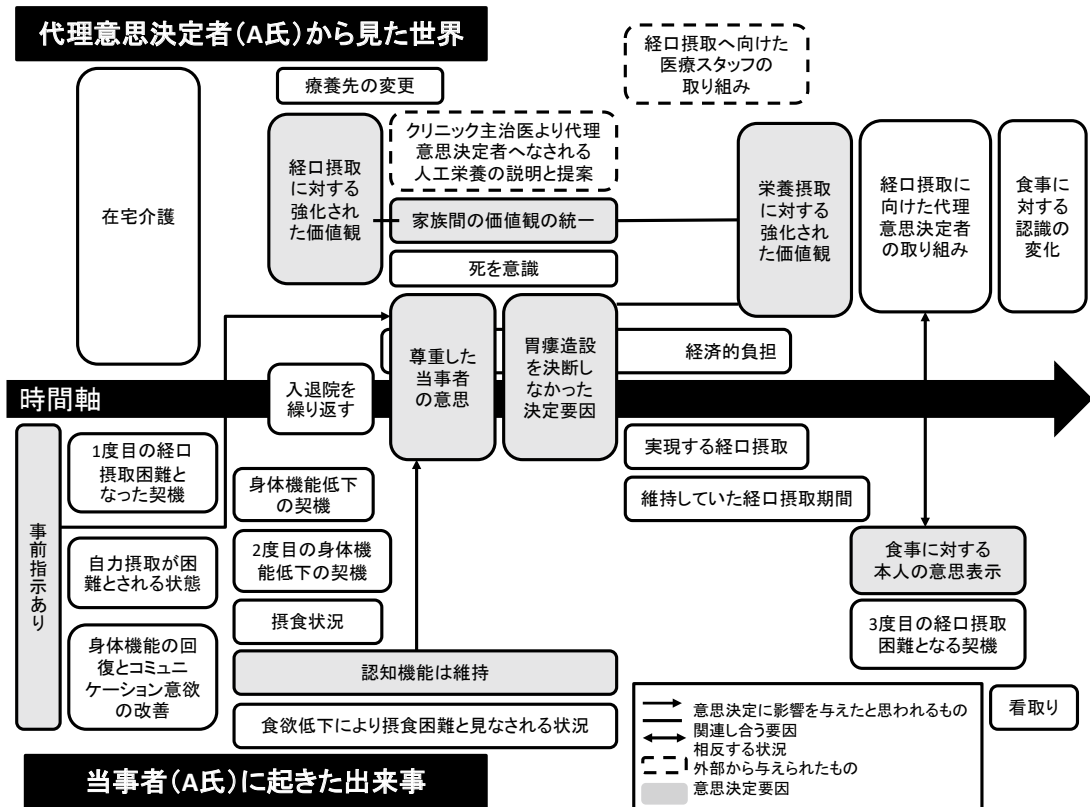


図1 A氏概念図

表3 B氏カテゴリー表

カテゴリー	概念(コード)
B1 身体、認知機能低下の契機	b1 転倒による骨折を機にいろんなことが低下した
	b2 視力、聴力、認知機能の低下
	b3 認知機能の低下と幻視
	b4 長男夫婦以外の子どもがわからなくなった
B2 年齢と身体の衰えから在宅生活に限界を感じ、施設入所を考える代理意思決定者	b5 在宅での生活に限界を感じ、施設入所を考え始める家族
	b6 年齢身体の衰えから施設入所を考える家族
B3 胃瘻造設患者の介護の現状を知る代理意思決定者	b7 胃瘻を造設し、長期療養している友人の現状
	b8 胃瘻造設患者の現状を見聞きする家族
	b9 胃瘻造設患者の介護者から愚痴などを聞く家族
	b10 胃瘻造設に伴う金銭的負担、介護者の高齢化といった現状
	b11 子と同世代の胃瘻造設患者の家族の存在と影響
B4 家族間の良好なコミュニケーションと看取りに対する事前の話し合い	b12 家族間での良好なコミュニケーションと看取りについての事前の話し合い
B5 看取りに関する代理意思決定者の考え	b13 自然でいいよと言う家族の合言葉
B6 特別養護老人ホーム入所時の年齢と入所期間	b14 97歳で自宅から特別養護老人ホームへ入所
	b15 特別養護老人ホーム入所期間
B7 医療行為について考える機会	b16 特別養護老人ホーム入所時、医療処置についての確認
B8 超高齢を理由に控える医療行為	b17 超高齢を理由に控える医療行為
	b18 超高齢を理由に控える医療行為
B9 経済状況と施設入所条件	b19 経済状況と施設入所条件
B10 特別養護老人ホーム入所後の代理意思決定者の関わり	b20 家族の面会頻度
B11 加齢により経口摂取困難と認識する代理意思決定者	b21 経口摂取困難な状況を加齢によるものと認識する家族
B12 予測に伴った行動ができる家族の存在	b22 長男妻の福祉職経歴
	b23 福祉職経験を持つ長男妻による予測と家族への声かけ
	b24 福祉職経験を持つ長男妻による家族への助言
	b25 長男妻の達成感
	b26 コミュニケーションの取れなさ
B13 自己決定が困難となり得る要因	b27 胃瘻のイメージができない
	b28 胃瘻造設意向の未確認
B14 事前確認の不在	b29 確認しなかったことへの長男妻の後悔
	b30 主治医による摂取困難時の確認
B15 代理意思決定者と施設主治医による方針のすり合わせ	b31 主治医より生命予後について説明
	b32 主治医による摂取困難時の最終確認と家族による自然死の希望
	b33 家族による自然死の選択
B16 代理意思決定者による看取りの意志決定	b34 自信をもって決断した家族の意志
B17 代理意思決定者の代理意志決定の自信	b35 他界
B18 看取る	

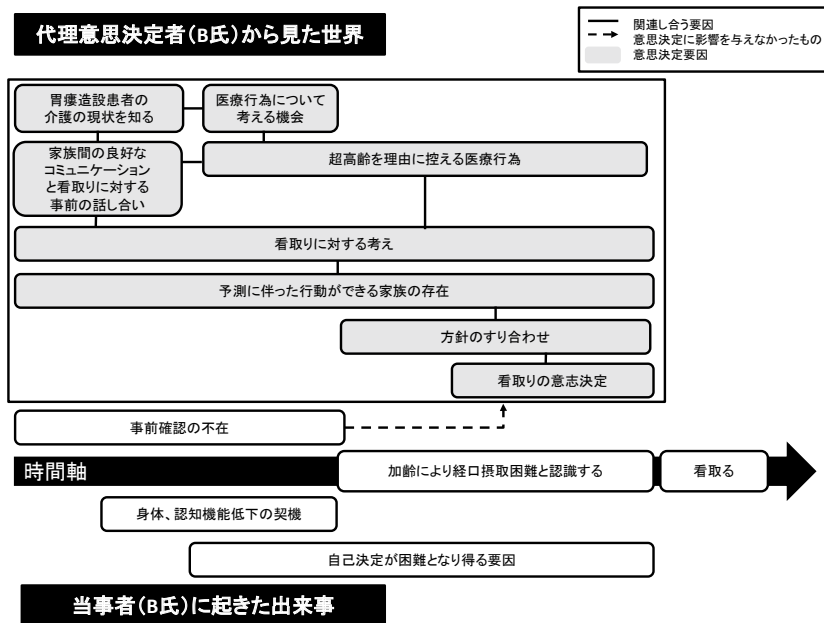


図2 B氏概念図

表4 C氏カテゴリー表

	カテゴリー	概念(コード)
C1	嚥下機能低下の契機	c1 ショートステイ利用中に高熱を出し、誤嚥性肺炎と診断される
C2	急性期病棟主治医からの病状説明と3つの選択肢	c2 急性期病棟入院時の病状と治療の説明
		c3 人工栄養をせずに自宅に帰るとい急性期病棟主治医からの選択肢提示
		c4 胃瘻を造設して施設へ入所するという急性期病棟主治医からの選択肢提示
		c5 中心静脈栄養で療養型病棟へ入院するという急性期病棟主治医からの選択肢提示
C3	急性期病棟主治医の説明に対する代理意思決定者の反応	c6 入院当日に急性期病棟主治医から人工栄養の話をされて戸惑う
		c7 入院当日、人工栄養は人間的な最期を迎えられないと考えた
		c8 入院当日、長女は自宅での看取りを希望していた
C4	急性期病棟主治医から胃瘻について2度目の説明	c9 入院1か月後、治療が落ち着いてから胃瘻について提案される
		c10 中心静脈栄養の場合は6か月、胃瘻の場合は1年と予後について急性期病棟主治医から説明を受ける
		c11 経口摂取困難という評価結果
C5	嚥下機能の見極め	c12 嚥下機能評価の方法とタイミングに不信感を持つ
C6	身体状況の悪化と診断を受け入れ難い代理意思決定者	c13 たった1ヶ月で身体機能が低下し、死を意識する状況が信じられない
		c14 病院の診断が信じられない
C7	代理意思決定が必要な状況	c15 胃瘻造設の選択について、意思確認が取れない状況
C8	代理意思の決め手と成り得た要因	c16 当事者の意思を尊重しようとする
C9	急性期病棟主治医の説明に対し、理解した入院条件	c17 長女が理解した急性期病棟入院の条件
C10	代理意思決定者から見た急性期病棟主治医の説明不足	c18 胃瘻造設後の生活に対する急性期病棟主治医の説明不足
C11	代理意思決定者の情報収集	c19 不足している知識を情報収集する
		c20 かかりつけ医へ情報を補いに行く
C12	代理意思決定者自身で考える選択肢の模索	c21 第4の選択肢の模索
C13	信頼関係のある医療者の見解	c22 かかりつけ医の見解
C14	代理意思決定者が考える平穏死	c23 経鼻経管栄養の継続を決定した
C15	叶わない代理意思決定	c24 長女の代理意思決定に反する急性期病棟主治医の方針
C16	主治医の方針に対して巡らせた代理意思決定者の思考	c25 本来の代理意思決定が叶わず、急性期病棟主治医の方針で療養先が異なると理解した
		c26 現状から予後を捉える
C17	代理意思決定の要因	c27 胃瘻を造設することに納得した本との出会い
C18	胃瘻を造設することの利点を考える	c28 胃瘻を造設することで得られる時間と過ごし方を考える
C19	胃瘻造設決断の動機	c29 胃瘻をすることで得られる家族の心理的安寧
		c30 家族の見殺し感回避のための胃瘻造設
		c31 代理意思の十分な時間を確保するための長女の行動
C20	代理意思決定に必要な時間	c32 胃瘻が造設できない身体の構造
C21	身体構造上、胃瘻造設が困難	c33 胃瘻造設医師より胃瘻造設の再チャレンジ提案
		c34 胃瘻造設に対する急性期病棟主治医の消極的意見
C22	胃瘻造設に対し、分かれる急性期病棟医師の見解	c35 胃瘻造設しない決断の意味づけ
		c36 胃瘻に否定的だった妻にとって、納得のいく選択
C23	胃瘻造設できないことに対する意味づけ	c37 胃瘻か中心静脈栄養法か2つの選択肢
		c38 限られた選択肢で納得した

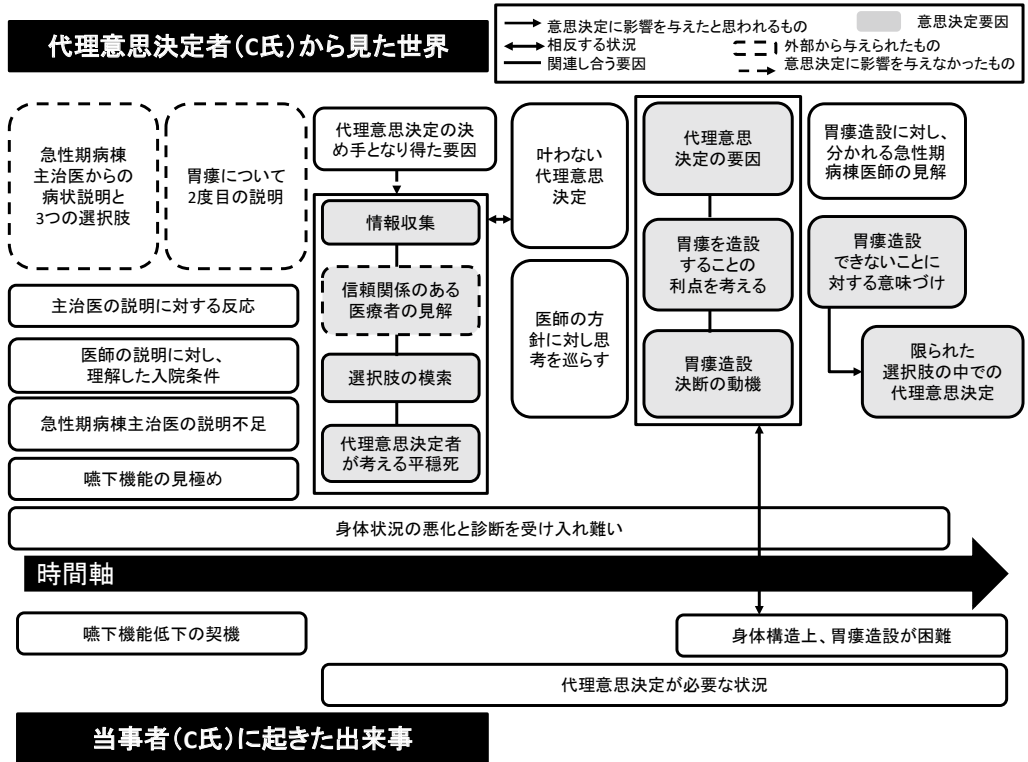


図3 C氏概念図

表5 D氏カテゴリー表

カテゴリー	概念(コード)
D1 事前希望	d1 面倒を見てほしい当事者の希望
D2 事前希望に対する代理意思決定者の反応	d2 当事者の事前の希望に対する長男のネガティブな反応
D3 面会に対する代理意思決定者の思い	d3 家族で目一杯でしょっちゅう面会に来られない
D4 意思疎通困難な状態	d4 呆け症状の出現
	d5 非言語的感情放出
	d6 言葉による意思疎通困難
	d7 意識がない状態
D5 摂食状況	d8 食事をはねのける当事者
D6 食事摂取不能と完全衰弱	d9 食事摂取不能と完全衰弱
D7 医師からなされる胃瘻造設とリスクの説明	d10 医師から長男へなされる胃瘻造設とリスクの説明
D8 医師の説明と代理意思決定者の同意	d11 胃瘻に対する医師の否定的な説明と、長男の同意
D9 看取りに対する方針のすり合わせ	d12 亡くなる前に胃瘻について話あり
	d13 長男と施設とで繰り返し行われる看取りに対する話し合い
D10 延命に対する代理意思決定者の価値観	d14 延命措置は、世の中のためならず、迷惑になると考える
	d15 延命に意味を見いだせない
D11 逝き方に対する代理意思決定者の価値観	d16 年齢を線引きに、早く逝くことを願う
	d17 当事者が意識のない状態ならば自然に逝くのが本人と周りのためだと考える
	d18 逝き方に対する長男の価値観
D12 施設職員への遠慮	d19 介護に対する考えと施設職員に遠慮する
D13 方針決定に対する家族の暗黙の了解	d20 暗黙の了解と決断
D14 看取る	d21 看取る

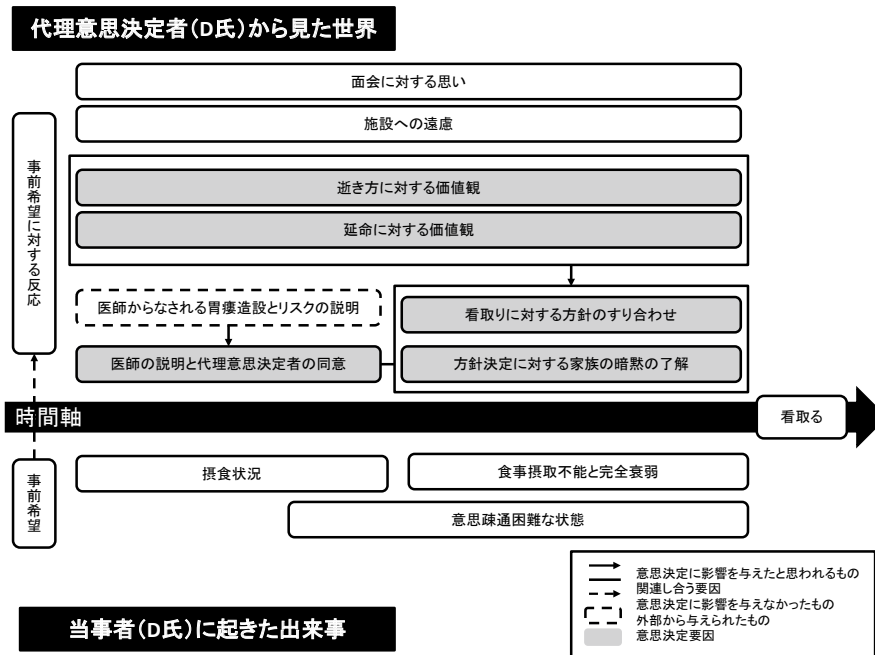


図4 D氏概念図

表6 E氏カテゴリー表

カテゴリー		概念(コード)	
E1	身体機能が低下している様子	e1	診断時の歩行状況
		e2	診断から2年後の身体状況
		e3	誤嚥を起こしている当事者
E2	診断までの経緯	e4	診断までの経緯
		e5	診断時の疾患に対する説明
E3	医師からなされる説明	e6	当事者への疾患に対する説明
		e7	説明通りの病気の進行
		e8	診断時に胃瘻造設の確認あり
E4	見通しの獲得	e9	夫の見通しの獲得
E5	事前指示	e10	胃瘻拒否の事前指示
		e11	事前指示の背景にある思い
		e12	診断を受けてから2,3か月で胃瘻拒否の決断
		e13	会話が可能な段階で、意思を伝える
E6	事前指示を尊重するに至った家族	e14	家族で尊重する当事者の事前指示
		e15	負担や予後を考慮する夫
		e16	変更しない方針とその根拠
E7	情報収集をする	e17	本や医療職をしている身内から情報を集める夫
		e18	同じ病気の有名人を見て、知識を得る
E8	死を覚悟する当事者	e19	高熱を出し、死を覚悟する当事者
E9	施行される人工栄養	e20	急性期病棟にて中心静脈栄養を導入
E10	コミュニケーションのしづらさ	e21	会話困難であるも、理解力は維持
E11	意思確認のしづらさ	e22	意思の再確認のしづらさ
E12	当事者への理解と思い	e23	当事者のつらさを理解している夫
		e24	46年間の結婚生活から来る思い
E13	食べる意欲	e25	食事に対する当事者の反応
E14	経口摂取に向けた医師との協議	e26	主治医と相談し、覚悟して食べ始める
E15	リスクを承知で、食べる意思を尊重する代理意思決定者	e27	食事形態はおかゆ
		e28	当事者の意思を尊重し、誤嚥を覚悟で食べさせる
E16	療養先の変更	e29	急性期病棟から療養型病棟へ移動
E17	回復困難な状況下での諦める思い	e30	病気に対する諦めの気持ちを抱く
E18	余命宣告と胃瘻をしない決断	e31	余命宣告と胃瘻をしない決断

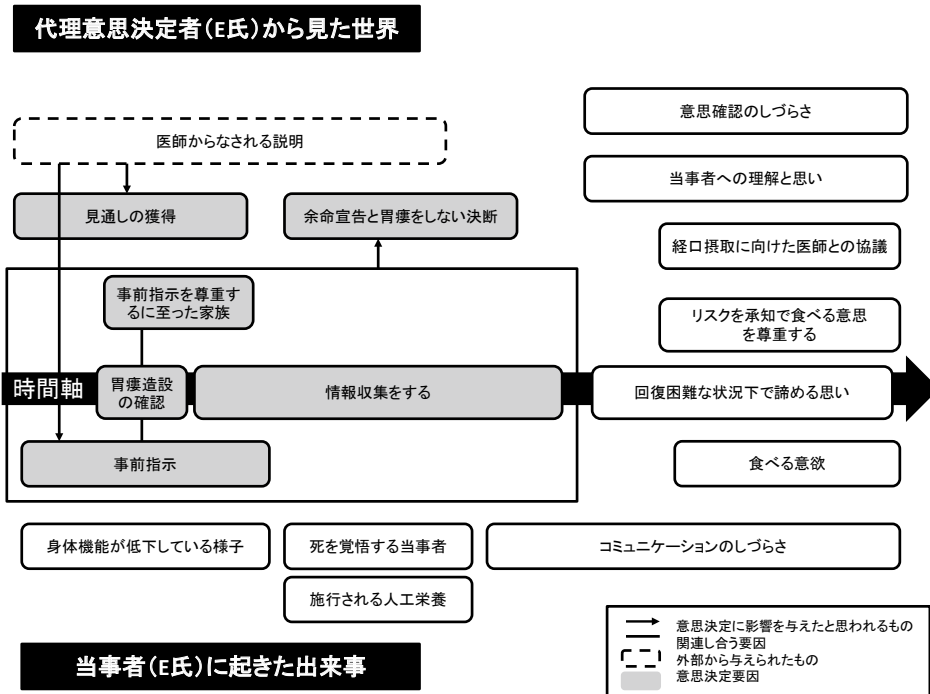


図5 E氏概念図

リー名、〈 〉は概念(コード)名としている。概念図は、「代理意思決定者から見た世界」と「当事者に起きた出来事」に分け、「時間軸」に沿ってカテゴリーを整理した。

6. 考 察

6-1 代理意思決定の事前準備

調査対象者のうち3名が事前指示を表明しており、言葉でのコミュニケーションが可能な段階で、代理意思決定者に意思を伝えることが求められていることが明らかとなった。当事者が意思を伝えるということは、「他人による支配的干渉と、個人の選択を妨げるような制約から自由を保つこと」(Faden & Beauchamp 1986=酒井 1994: 8)であり、自律した意思を表明することである。つまり、当事者が望まない他者からの干渉を防ぎ、自由に医療の選択をするためには、このように事前に意思を表明しておく必要がある。

事前指示の内容については、E氏の場合、神経難病と診断された時点で、病気の軌跡を予測していたことから、状態に即した事前指示が表明できていた。そして、A氏の場合は、「俺はそういうこと(人工栄養)はしない」、E氏の場合は、「助からないんだったら(略)助かりたくない」、という患者自身の人生観・価値観が表明され、それに対して、代理意思決定者も当事者の意思を尊重しようとしていた。これは、医療倫理の観点からすると、事前指示という個人の自律性を尊重し、さらに、代理意思決定者が当事者にとって最善の利益判断を実施していたと考えられる(水野 2005, 箕岡 2011)。しかし、D氏のように必要に迫られていない状況で事前指示を出した場合、病状の変化に対する予測することができていないことから、状況に合わせて指示を出すことは困難であった。そのため、抽象的な内容の事前指示となっていた。

また、事前指示がなかったB氏、C氏については、当事者の意思を「確認すればよかったのかな」（B氏）、「確認してれば、（略）しなかったと思います」（C氏）といった悔いる様子が窺えた。これについては、我が国の文化的背景として、死について話題にすることを嫌う傾向が要因にある（渡辺 2014）。さらに、当事者が胃瘻造設に対し、どのように考えているかといった「情報」が代理意思決定者に足りていないことも要因にある（マーク・ラドフォード・中根 1991）。上記のことから、代理意思決定者は決め手に欠け、悔いる気持ちが生じたのではないかと考える。

さらに、事前指示以外の事前準備として、次のようなものが挙げられた。まずA氏の場合は、身体機能や摂食が〈一時的に低下するも上昇〉するという経験が、家族介護者にとって成功体験（中橋・野並・ほか 2009）となり、自信に繋がっていた。また、B氏の場合は、〈胃瘻造設患者の現状を見聞き〉することで、胃瘻や介護に対する知識を得ていたり、福祉職経験をもつ長男妻の〈予測と家族への声かけ〉や〈助言〉を得ていたりすることで、胃瘻造設後の生活が摂食困難になる前に予測ができていた（川野・鳥居 2011）。さらに、B氏においては、家族間で〈良好なコミュニケーションと看取りについての事前の話し合い〉が行われたり、〈特別養護老人ホーム入所時、医療処置について確認〉がなされていたりした。こうした場を設けることで、終末期ケアについて考える機会が与えられ、事前に代理意思決定の根拠となる要因を備えることができていた（島田 2012）。

6-2 代理意思決定が必要となる場面

高齢患者に胃瘻造設が必要となる疾患には、『誤嚥性肺炎』『脳血管疾患（発症後1ヶ月以降）』が最も多く、次に『脱水・低栄養』『認知症』（医療経済研究機構 2013: 18）という研究結果が

ある。今回の研究結果においても、「誤嚥性肺炎」が2名、「認知症」が2名であった。「誤嚥性肺炎」を発症した2名のうち、C氏の場合は、予測できない発症であり、また、これを機に認知機能の低下に繋がった（大井 2012）。その一方、E氏の誤嚥性肺炎は、神経難病を原疾患とするものであり、あらかじめ予測された発症であった（花井 2014）。ここで、神経難病の患者に対する胃瘻と、老衰や認知症終末期の患者に対する胃瘻の意味について着目した。しかし、疾患による胃瘻造設の目的が「延命治療」とするものか、「救命治療」とするものか、明確な判断基準はなく（斎藤 2002, 益田・井口 2005, 葛谷 2013）、疾患の種類によってもその判断は困難であった。従って、胃瘻を延命治療として捉えるか、福祉用具の一つとして捉えるか、といった判断が困難であった。

また、摂食場面においては、A氏、D氏の場合、摂食は可能だが、意欲が低下して食べない状態だった。医療倫理の観点では、当事者が自らの意思で食事を摂らないことを尊重するのは、自律尊重原則にもとづくと考えられる（藤島 2016）。しかし、食事を摂らないことで脱水や低栄養状態となり、当事者に命の危険が及ぶ。それを回避するために医療者が行動するのは、善行原則に基づいた行為である（瀧本 2014）。ここでは、食事を摂りたくないという自律を尊重すべきか、人工栄養法を施行し、救命に努めるといった善行原則を優先すべきか、原則同士が対立している。加えて、加齢により、枯れていくような状態の高齢者に対し、自然に息を引き取ることを善しとするか（石飛 2010）、最後まできちんとした医学的管理のもと、適切な措置を行うことを善しとするか（立岩 2012）、延命治療の観点でも見解が分かれる。

さらに、当事者の意思決定能力において、本研究と関連深い日本老年医学会（2012）による「高

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン「人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(以下、ガイドラインとする)と照らし合わせて論じた。そこでは「本人を中心に話し合う」ことに無理があったり、本人の対応する力に応じて、「本人と話し合い」が行われていなかった。また、「家族とともに、(略)合意を目指す」(日本老年医学会2012)ための医療・福祉従事者が存在していない代理意思決定者もいた。加えて、インフォームド・コンセントにおいても、ガイドラインと比較検討したが、ガイドラインでは具体的な医師の説明内容にまでは言及していない。本調査の結果では、当事者の同意能力の有無や疾患の特徴の違いなどによって、医師の説明の内容は様々であり、それに対する代理意思決定者の反応も多様であった。また、B氏、D氏のように、加齢により食べられなくなっていく過程の中で、どのように栄養を補給するのではなく、どのように看取りをしていくのかに重点が置かれているものもあった。これは、胃瘻を造設しないという選択をすることで、生命を終わらせるとも捉えられるが、終わりゆく生命そのものを尊重するよりも生

命の質を尊重していると考察した。その背景には、高齢者の場合、回復する可能性が少なく、延命治療をしてもQOLがさらに低下する可能性がある(橋本2000)。そのため、人工的な栄養補給法を導入することによる苦痛を避け、どのように看取るかが配慮されていたと考える。このように、ガイドラインで述べられている通りのプロセスを辿ることには限界があった。

6-3 理論モデルの生成

調査対象者には、代理意思決定までのプロセスにそれぞれ特徴があった。従って、各代理意思決定プロセスをモデル化し、名称をつけ考察していくこととする(表7)。

まず、A氏である。また、中島はHerbert Alexander Simonによる意思決定構築の要素には、「『意志』『情報』『知識』『思考』『判断』『実行』『結果』」(中島1990:52)があると紹介している。本事例では事前指示という「情報」が決定の要となっていた。その事前指示を元に、決定までのプロセスが計画的に立てられ、いざ食事が摂れなくなった際にも、長女は当事者へ確認すると

表7 モデル化し、名称付けした各代理意思決定プロセス

事前指示型 代理意思決定 プロセス	【計画型決定モデル】 事前指示という「情報」をもとに、代理意思決定者が決定のプロセスを計画的に定めたもの。
	【軌跡予測型決定モデル】 診断時に疾患の予後を医師から説明を受け、疾患の軌跡を予測しながら当事者が事前指示を出していたもの。代理意思決定者は事前指示を重視した決定をしていた。
本人不在型 代理意思決定 プロセス	【情報を有する計画型決定モデル】 事前に得た「情報」をもとに、代理意思決定者が決定のプロセスを計画的に定めたもの。当事者の意思が介入していない側面も有している。
	【他律型決定モデル】 十分な情報が与えられない、医師の方針によって選択肢が制限される、入院の継続ができないといった、他の条件により代理意思決定者が支配された関係によって決定したもの。当事者は、医療行為の選択を迫られた時点で意思決定能力が失われていた。
	【価値観に基づく暗黙の共同合意モデル】 代理意思決定者が当事者の意思や周囲からの情報ではなく、独自の価値観をもとに、決定のプロセスを定めたもの。当事者の意思が介入していない側面も有している。

いった行動を取っていた。当事者や長女には、口から食事を摂ることが人間的だという「意志」があり、それが「判断」へと繋がっていた。従って、こうした経過から「事前指示型代理意思決定プロセス——計画型決定モデル——」と名付ける。

次にB氏である。川野・鳥居（2010）によると、「療養生活の予測は近所の友人・知人から情報を得ている場合が多く、さらに詳しい情報は市役所やケアマネジャーなどの専門の人から情報を得ている」（川野・鳥居 2010）と述べている。B氏の長男夫婦においても、友人や福祉職経験を持つ家族から「情報」を得ていた。そのため、胃瘻造設後の生活が摂食困難になる前に予測ができ、計画的な決定が行えた。また、長男夫婦には自然に看取るという「意志」があり、それが「判断」へと繋がっていた。しかし、本事例では、計画を立てる段階で、当事者へ意思確認はされておらず、また、意思確認ができなくなった段階でも、「本人の対応する力に応じて、本人と話し合い」（日本老年医学会 2012）が行われていなかった。従って、これを「本人不在型代理意思決定プロセス——情報を有する計画型決定モデル——」と名付ける。

そして、C氏である。ガイドラインでは、医療・ケアチームが「本人・家族が、医療・介護側から得た情報を、自らの人生の事情と考え合わせ、必要な場合には自らの人生計画を書き直し、目下の問題に適切に対処するための、状況を分った上での意向を形成できるよう支援する」（日本老年医学会 2012）と、本人・家族との双方向のコミュニケーションを通して、合意を目指すよう述べられている。しかし、長女が情報を得ようと試行錯誤していた経過の中には、病院側の介入がほとんど語られていない。つまり、長女が状況をわかった上で意向を形成できるような支援が十分に受けられていなかったと考えられる。このよう

に、支援が十分に受けられていないことや、病院の仕組みによって決定までの時間が限られていたり、長女は意図的に行動する能力はあるにも関わらず、自律的に行動する能力が奪われている。従って、代理意思決定者は、他の条件により支配された関係によって意思決定をしていた。また、当事者は、疾患を発症する直前まで意思決定能力は維持していたものの、医療行為の選択を迫られた時点ではそれが失われていた。そのため、こうした経過を「本人不在型代理意思決定プロセス——他律型決定モデル——」と名付ける。

D氏においては、ガイドラインで述べられている「本人の意思確認ができない時」の対応が行われていなかった。その対応とは、「(B)本人の意思確認ができない時 ③家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。④本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする」（日本老年医学会 2012）である。しかし、本事例において、長男は、「家族の事情」を考え併せていたものの、「家族と共に本人の意思と最善について検討」、「本人の対応する力に応じて、本人と話し合い」をしたりすることはせず、暗黙の了解で意思決定をしていた。この意思決定は、長男の延命治療や看取りに対する価値観が大きな要因である。だが、周囲からの情報に影響を受けることなく、独自の価値観という「意志」のもとに決定を行ったこのプロセスには、当事者の存在や意思が介入していない。こうした経過から、「本人不在型代理意思決定プロセス——価値観に基づく暗黙の共同合意モデル——」と名付ける。

最後にE氏である。E氏の神経難病については、「やがては呼吸の筋肉を含めて全身の筋肉がやせて力がいらなくなり、歩けなくなります。のどの筋肉の力が入らなくなると声が出しにくくなり（構音障害）、水や食べ物ののみこみもでき

なくなります」(難病情報センター 2015) といった特徴が影響ある。そのため、「個々の患者が数ヶ月後にどう変化するかを予測しながら対策を立てることが肝要」(清水 2013) とされている。本事例においても、経口摂取ができなくなるといった変化を予測し、当事者は医療の選択を行っていた。夫もまた、本などから勉強し、「情報」を得ようとする行動が見られた。このように、病気の軌跡を予測し、当事者は事前指示を出し、夫はそれを尊重して決定を下したため、これを「事前指示型代理意思決定プロセス——軌跡予測型決定モデル——」と名付ける。

意思決定プロセスには、当事者の意思介入の有無、情報や価値観などの決定要因、疾患の軌跡からの予測など、様々な寄与因子が存在している。そのなかで今回、調査対象者5名に対し、5つのモデルが生成される結果となったが、他にも調査対象者を増やすことで、このモデルに当てはめられる事例も存在すると考える。例えばアルツハイマー型認知症のように、病期と臨床症状が明らかとなっているのであれば、疾患の軌跡を予測した「軌跡予測型決定モデル」に当てはめて考えることができるだろう。その一方で、調査対象者を増やすことで、新たなモデルの存在を見出すこともあると考える。

7. 結論

7-1 結論①

高齢患者の胃瘻造設に対する意思決定プロセスの研究は、胃瘻を造設しない選択をした家族が、決断を下すまでの実態は、日本においては十分に明らかとされていなかった。本研究では、その課題に問題意識を持ち、高齢患者に胃瘻を造設しない選択をした代理意思決定者5名を対象にインタビュー調査を実施し、代理意思決定者の語りを分析し、5つの意思決定モデルの理論を生成するこ

とができた。

7-2 結論②

高齢患者に対し、胃瘻を造設する選択をした代理意思決定プロセスの先行研究では、「(本人の意思を大切にしたい)〈本人不在の倫理的葛藤〉(自然な経過を望む)〈ほかの家族との意見調整に苦心〉(胃瘻造設後の生活への考慮) といった、[胃瘻造設への迷い]」(相場・小泉 2011) があった。本研究においても、事前指示という「本人の意思」を尊重していたり、「倫理的葛藤」を抱えていたり、「自然な経過」を望んでいた。このような思いは、胃瘻を造設する、しないにかかわらず、共通したものであった。

その一方で、先行研究では、「『医師が言うことだから』『簡単な手術だから』と医師を信頼し、『とにかく栄養を入れたい』」(柘宜 2011) や「『生きていてほしい』『安楽を願う』『いまの生活の場を継続させたい』という〈高齢者の安寧への願い〉」(加藤・原 2012) といったプロセスがあり、本人の生命を尊重するために、胃瘻を造設するという決断をしていた点においては、本研究との違いが見られた。本研究では、〈口から食べることが人間的だと捉える価値観〉、〈家族による自然死の選択〉、〈胃瘻造設しない決断の意味づけ〉、〈当事者が意識のない状態ならば自然に逝くのが本人と周りのためだと考える〉、〈家族で尊重する当事者の事前指示〉といった概念が抽出された。つまり、胃瘻を造設しない選択をした代理意思決定者は、胃瘻を造設して命を持続させるよりも、優先して尊重しているものが存在していたのである。このことは、医療倫理の原則である善行原則や無危害原則と自律尊重原則の対立を引き起こすことがあり、代理意思決定者や周囲にとって葛藤を生じさせることが明らかとなった。

これを尊厳という観点で捉える。尊厳とは、「価値あるもの、崇高、尊敬、高潔、高位という

概念、要するに卓越性や徳の概念」(Jonathan D Moreno 1995 = 金城 1997: 277) と言われている。本事例においては、〈延命措置は、世の中のためにならず、迷惑になると考える〉、〈当事者に意識のない状態ならば自然に逝くのが本人と周りのためだと考える〉といったカテゴリーが抽出された。ここでは、意識のない状態で胃瘻という延命治療をしてまで生かすことは、世の中のためにならず、迷惑になるとも考えられている。これは、パーソン論に近い考えである。パーソン論では、「感情や情動反応がなく、自分で動くことも自分で食べることもできない」(森岡 1988: 227) 状態の者はパーソンではないとされ、「生存する権利を持っていないことになり、殺してもよいことになる」(同)とされている。感情や情動反応がない者は、生きていくことを認められていない。しかし、パーソンと見なされなくなった者であっても、人が人であることには変わりない。したがって、このような状態の者であろうとも、尊厳のあるものとして対応すべきではないのだろうか。実際、口から食べることを、当事者の意思を尊重すること、自然に看取ることといったものに、価値を見だし、当事者にとっての尊厳として尊重している者もいた。これは、本人の生命を尊重するために胃瘻を造設する決断をしていた先行研究と比較しても、同様のことが言える。つまり、結果的に命を終わらせる選択になったとしても、本人にとって、より尊厳あるものと見なすことができるものが存在していたのである。

だが、こうした決断を下すことは代理意思決定者に、心身共に多大な負担がかかる。それを少しでも緩和させるために、医師との関わりは重視せざるを得ない。しかし、本調査では、医師の説明内容にばらつきがみられた。その背景には、機能分化や在院日数の短縮化、診療報酬などの医療システム上の課題、疾患の特徴、代理意思決定者の心理的安寧などが強く影響している。そうした中

でも、胃瘻造設の選択を迫る立場である医師においては、高い倫理性を持って当事者や代理意思決定者と向き合う必要があると考える。

7-3 結論③

生成した5つの代理意思決定プロセスを分析する際、本研究と最も関連深いガイドラインである「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」を用いた。しかし、これらのプロセスは、ガイドラインで述べられているような本人の意思を確認せずとも代理で意思決定をしている実態があった。こうした実態とのズレが生じる理由には、このガイドラインが当事者や代理意思決定者ではなく、医療・介護・福祉従事者の視点で策定されたものだからである。さらに、マーク・ラドフォード(1991)の「意志決定行為の解析のための統合的枠組み」を用いても、ガイドラインと同様に、分析するには限界があった。

こうした中、本研究では、意思決定理論やガイドラインでは見えない当事者のリアルなプロセスを示すことができたことは非常に意義をもつ。なぜなら、代理意思決定者の視点から見解を明らかにすることで、意思決定理論やガイドラインの限界を克服し、新たな知見を示すことができたからである。

8. 本研究の限界

本研究において、調査対象者がインタビューに答える際、過去を振り返り、意思決定場面を想起して語られたデータには、当時の思いと、現在の思いに分けて語るには限界がある。つまり、後付けした考えが、代理意思決定をした当時の考えと混同されている可能性があった。また、インタビュー対象者が理解した出来事が、事実であるか否かといったところまでは正確に検証はできなかった。しかし、その中でも、代理で意思決定を

行なった家族に直接話を聞き、データを得られたことは、大変意義のあることあり、貴重であったと考える。

謝 辞

調査にあたりご尽力頂いた特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け賃貸住宅、療養型病院のみなさま、及び、調査対象のみなさまに心から感謝の意を表します。

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のプロセス」『老年看護学』16(1), 75-84.
- 本庄香織・高橋学 (2018) 「胃瘻造設に関して代理意思決定した家族の意思決定プロセスに関する研究 (第1報) — 先行研究から読み取れる論点とその分析 —」『昭和女子大学大学院生活機構研究科紀要』27, 55-66.
- 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (2013) 『胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する研究事業報告書：平成24年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業』.
- Jonathan D. Moreno (1995) Arguing Euthanasia: The Controversy over Mercy Killing, Assisted Suicide, and the "Right to Die", SIMON & SCHUSTER. (=1997, 金城千佳子訳『死ぬ権利と生かす義務 安楽死をめぐる19の見解』三田出版会.)
- 加藤真紀・原祥子 (2012) 「介護老人福祉施設入所高齢者の胃瘻造設における家族の代理意思決定プロセス」『日本老年看護学会誌』16(2), 38-46.
- 川野英子・鳥居央子 (2011) 「要介護者と主介護者が家族としてサービス利用を決定する過程」『国際医療福祉大学紀要』15(2), 34-43.
- 森岡正博 (1988) 『生命学への招待 バイオエシックスを超えて』勁草書房.
- 中島一 (1990) 『意思決定入門』日本経済新聞出版社.
- 難病情報センター (2015) 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) (指定難病2) (<http://www.nanbyou.or.jp/entry/52>, 2017.6.30).
- 祢宜佐統美 (2011) 「経管栄養を導入した在宅要介護者の家族介護者の思い — インタビューを通して家族

による代理意思決定のあり方を考える」『岐阜医療科学大学紀要』5, 41-52.

日本老年医学会 (2012) 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf, 2017.6.25).

Ruth R. Faden・Tom L. Beauchamp (1986) A HISTORY AND THEORY OF INFORMED CONSENT, Oxford University Press. (=1994, 酒井忠昭・秦洋一共訳『インフォームド・コンセント 患者の選択』みすず書房.)

富田俊・塚越徳子・ほか (2015) 「終末期患者の家族の意思決定に関する研究の動向と課題」『群馬保健学紀要』36, 61-71

安田裕子・サトウタツヤ (2012) 『TEMでわかる人生の径路 質的研究の新展開』誠信書房.

参考文献

- 花井亜紀子 (2014) 「神経難病の緩和ケア」『難病と在宅ケア』19(12), 53-56.
- 橋本肇 (2000) 『高齢者医療の倫理 高齢者にどこまで医療が必要か』中央法規.
- 藤島一郎 (2016) 「摂食嚥下障害における倫理の問題」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』53(10), 785-793.
- 石飛幸三 (2010) 『口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ』講談社.
- 葛谷雅文 (2013) 「人工的水分・栄養補給の導入における問題」『Journal of Clinical Rehabilitation』22(9), 853-857.
- 厚生労働省 (2018) 「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」(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>, 2019.7.1).
- マーク・ラドフォード・中根充文 (1991) 『意志決定行為 — 比較文化的考察 —』ヒューマンティワイ.
- 丸山英二 (2012) 「インフォームド・コンセントと法」『ICUとCCU』36(9), 643-649.
- 益田雄一郎・井口昭久 (2005) 「高齢者のターミナルケア」『医学のあゆみ』212(3), 209-213.
- 箕岡真子 (2011) 「認知症終末期の臨床倫理」『老年精神医学雑誌』22(12), 1405-1411.

- 宮本顕二・宮本礼子（2015）『欧米に寝たきり老人はいない自分で決める人生最後の医療』中央公論新社.
- 水野俊誠（2005）「医療倫理の四原則」赤林朗編『入門・医療倫理Ⅰ』勁草書房, 53-54.
- 中橋理佐・野並由希・ほか（2009）「介護生活における介護者の自信につながる体験」『高知女子大学看護学会誌』34(1), 149-156.
- 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」『Community care』15(3), 64-69.
- 日本弁護士連合会（2011）「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」(http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf, 2017. 1. 8).
- 日本医師会（2017）「超高齢社会と終末期医療」(http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf, 2019. 7. 1).
- 日本静脈経腸栄養学会編集（2013）「静脈経腸栄養ガイドライン 静脈・経腸栄養を適正に実施するためのガイドライン第3版」照林社.
- 日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会（2014）「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」(<http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>, 2017. 6. 25).
- 大井玄（2012）「看取りと食」『臨床栄養』121(4), 553-556.
- 小賀野晶一（2014）「意思決定プロセスと法的整備」『老年精神医学雑誌』25(2), 170-175.
- 斎藤義彦（2002）『死は誰のものか——高齢者の安楽死とターミナルケア』ミネルヴァ書房.
- 島田千穂（2012）「特別養護老人ホームにおける終末期ケア実践と他職種協働の課題」『日本認知症ケア学会誌』11(2), 470-476.
- 島田千穂・中里和弘・ほか（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.
- 清水俊夫（2013）「神経難病における在宅栄養管理 ALS患者の在宅ケア・終末期ケアを中心として」『臨床神経学』53(11), 1292-1294.
- 鈴木裕（2014）「胃ろうをめぐる問題と診療報酬改定」『週刊医療界新聞』3078.
- 総務省統計局（2018）「高齢者人口」(<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1131.html>, 2019. 6. 29).
- 瀧本禎之（2014）「医療倫理の基本四原則」『心身医学』54(4), 371-372.
- 立岩真也・有馬斉（2012）『生死の語り行い1 生死の語り行い』生活書院.
- 渡辺敏恵（2014）「最期まで自分らしく生きるために」樋口恵子編『自分で決める人生の終い方最期の医療と制度の活用』ミネルヴァ書房.
- （ほんじょう かおり 福祉社会研究専攻 2017.9 修了者）
（たかはし まなぶ 福祉社会研究専攻 教授）

受理年月日 2019年9月30日

審査終了日 2019年12月11日