

[第21回 学術集会シンポジウム1]

クリティカルケアにおける意志決定を支える家族看護

山口大学大学院医学系研究科

(座長) 山勢 博彰

クリティカルケアでは、危機状態にある家族あるいは終末期にある患者の家族に対し、倫理調整と家族の代理意思決定支援という看護が必要になることがある。代理意思決定は、家族にとっては多くの負担を強いる深刻な問題であり、倫理調整をしながら家族の意思決定を支えていかなければならない。

今回のシンポジウムでは、クリティカルケアでの意志決定を支える家族看護について4名のシンポジストから発言してもらった。藤野崇氏からは、家族支援専門看護師としての実践を踏まえた意思決定を支える家族看護について報告してもらった。久間朝子氏からは、救命救急センターでの代理意思決定支援について、急性・重症患者看護専門看護師の立場から発言してもらった。戸田美和子氏からは、同じく急性・重症患者看護専門看護師の立場から、クリティカルな状態にある循環器疾患患者と家族の意思決定支援について報告してもらった。最後に、立野淳子氏からは、大学研究職及び急性・重症患者看護専門看護師の立場から、家族の心理状況や代理意思決定が家族に与える影響に関する研究動向と家族カンファレンスについて発言してもらった。

ディスカッションでは、3つの視点で議論を進めた。はじめに、家族が代理意思決定をしなければならない場面について整理した。その場面には、救急初療場面、回復期から療養生活に移行する場面、終末期の場面などがあることを確認した。特に、終末期の代理意思決定は重要な場面であることを認識した。

次に、意思決定をする際に支障を来すものには何があるかをリストした。時間的制約、情報量の少なさ、患者の意思または家族同士の意見の不一致、医療者側の乏しい理解と問題意識の持ち方、「生きること」と「生かされること」の認識の相違などが取り上げられた。クリティカルケアでは、時間的な制約が存在し、家族との信頼関係構築が難しいという問題もあげられたが、信頼関係は関係を持つ時間の長さではなく、深さにあるという意見も聞かれた。また、意思決定支援をしたとしても、その看護が良かったのかどうか自信がないという発言もあり、支援する看護の内容そのものに関する課題も浮き彫りとなった。

最後に、どのような意思決定支援が必要かを議論した。支援の側面の1つには、制度や組織的取り組みがある。例えば、学会等による支援ガイドラインの策定、市民や国民からコンセンサスを得られるような活動、医療者への教育、チーム医療の充実などがある。特にチーム医療の充実では、医師の意識改革も必要との意見もあった。もう一つの支援の側面は、個々の看護師の取り組みである。対象を理解すること、知識やスキルを向上させること、倫理調整やグリーフケアについてさらに理解を深め、実施につなげることなどである。このような看護師個々の努力が、家族への適切な意思決定支援につながることを改めて確認した。

[第21回 学術集会シンポジウム1]

クリティカル期の家族の意思決定支援

近畿大学医学部附属病院看護部家族支援専門看護師

藤野 崇

1. はじめに

クリティカル期の家族員がいる家族は、多くの決定を繰り返し、その結果を引き受けることが求められるが、意思決定支援において、決定した結果を引き受けるということに焦点が当たることは多くない。その時できる最善の検討を支援するためにも、「結果の引き受けを促進する」という視点も含めて考えることは重要である。

2. クリティカル期で意思決定の困難とケア

クリティカル期の意思決定には、困難を生じやすい原因として、「情緒的混乱の存在」「情報の不足（結果の予測や何を引き受けるのかが曖昧）」「短時間での決定」「生命に関わる重責」などが存在する。その時できる最善の意思決定が困難な場合、その結果の引き受けにも困難が生じうるため、対応するケアとして、次のようなものを考えることができる。

「情緒的混乱」に対しては、「情緒的混乱の影響」、「適応状況の評価」を行い、必要な情緒的支援と危機介入・適応促進ケアが行える。

「情報の不足」に対しては、「情報の理解・整理状況の確認」を行うと共に、混乱のさなか、多くの情報を処理することは難しく、また結果自体の予測の曖昧さがあることから、全て知るということではなく、「決定に必要とする情報が得られたか」に焦点を当て、不足情報の取得を支援することが重要となる。

「生命に関わる重責」は、「引き受けること」との関係も深い。「引き受け」を促進するためには、次のようなことを行いうる。例えば、意思決定役割の

共有と家族全体のコミットメントの促進により、決定とその責任を一人に背負わせることでのリスクを低減しうる。まずは、「キーパーソンにこだわらない」「意思決定は家族全体で取り組む作業であることを、医療者自身が意識し、家族の意思決定への参加の意思の確認と共に、「意思決定が家族みんなで取り組むことが重要であることの共有」「納得のいく決定のために、「お互いに決定にどう協力するか」を考えて参加することの促進」を行うことができる。

また、「意思決定のプロセスを振り返る」こと、つまり「目標に向け、自分たちで舵取りできているか」「目標が何であったのか」「その時、その状況で、目標の実現に向けて、最善の検討を行えたか」について、プロセスの再確認などを行うことができる。

もちろん、引き受ける状況が、家族にとってより望ましくなれば、引き受けは促進されるため、「患者とされる家族員へのケアの充実」も重要なケアである。

引き受けの促進を考える場合、クリティカル期の意思決定支援においては、これらが考慮されることが必要と考える。

3. おわりに

本稿では、クリティカル期における家族の意思決定を促進するために、その困難な状況を減らし、また引き受けるということに焦点を当てて、実践でも行っているケアを述べた。これが、クリティカル期に携わる実践者にとって、役立つものとなれば幸いである。

[第21回 学術集会シンポジウム1]

代理意思決定のキーポイントとなるもの

福岡大学病院

久間 朝子

救命センターには多くの患者が入室となる。患者の発症や受傷は、患者や家族に身体的側面とともに心理的側面にも大きな打撃が加え、ストレスフルな状態へと追い込む。クリティカルケア領域におけるインフォームド・コンセントは、このような猶予のない状況の中での判断を急がせること、ごく限られた選択肢の中で決めなくてはならないことなど、切迫したものであることが特徴である。このようなことが救命センターでは、まるで日常のように行われており、DNARとするか否かといった生死の狭間の選択を家族につきつけることも多い。思いがけず行わざるをえなくなった代理意思決定は、家族にとって非常に辛い作業であり、突き付けられた現実を消化するための作業でもある。

では、患者の回復の望みを断たれた時に、家族が治療の選択を行うキーポイントとなっているのは一体何なのだろうか。脳幹部に障害を受けた老年期患者の家族が「これ以上の侵襲的な治療は希望しない。もうやめてほしい」と治療の撤退を決定した背景を家族との会話で振り返って探ると、そこにあったのは、家族と医療者の考える「回復」や「生きている状態」に関する認識の差であった。医師は「このままだと呼吸ができなくなってやがて死に陥るため、気道確保の処置を行う」説明をしたのだが、家族はそれを望まなかった。家族は「(多少の障害はあっても)元の生活に戻ることができる」ことに回復の意味をもち、またこれを「生きている」としていた。一方、医療者は「救命できれば生きている」と認識しているのに対し、これを家族は「生かされ

ている」と認識していた。「生かされていることは生きていることではない」との見解が患者の気道確保処置を拒むひとつの重要なポイントであった。そして、「生かされている」ことを望まない背景には、入院までの患者のいきざまや暮らしの影響が大きく、延命治療を望まない意思を家族に話していた、患者の自律尊重があった。

救命センターでの代理意思決定は、事前に患者の意向を確認できないことも多い。意識障害や鎮静による影響、終末期など、声やゼスチャーでは確認できない不確かさの中で、家族が代理意思決定した意味付けには、「患者自身の事前意思」「患者の益となることは望み通りにしてあげることだと考えていること」「家族自身の価値観や支援のチカラ」「患者と過ごした時間のありよう」「医療者や施設などから受ける現実感や感触」などがあることを私たちは経験から知り得てきた。

予期悲嘆を論じたランドは、患者の生命の期限が近づくその時に家族が喪失するものには、取り戻すことのできない過去、不確実な現在、恐らくこれまでは変わってしまう未来があると述べている。家族は患者の最期のそのとき、あるいはそのときが間もなくだと知ったとき、不確実でコントロールできない現実を喪失し、やがて変わってしまうであろう未来を喪失する。その揺らぎの中の代理意思決定を意味づける「家族ならではのキーポイント」をとともに探すが、「生きてきた患者」「生きていく家族」の選択を肯定支援していくこととなり得ると考える。

[第21回 学術集会シンポジウム1]

クリティカルな状態にある循環器疾患患者と家族の意思決定を支える看護

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 急性・重症患者看護専門看護師

戸田美和子

倉敷中央病院は、1923年（大正12年）創設以来「患者本位の医療」「全人医療」「高度先進医療」を基本理念とし、地域の基幹病院としての役割を担う病床数1161床の大規模病院である。その中でICU8床、EICU8床、NCU8床、CCU24床（内科系16床、外科系8床）が稼動しており、私は内科系CCUに所属しながら専門看護師としての活動をしてきた。クリティカルな状態にある患者の家族には多くの苦悩がある。家族は患者の病状が重篤であることに對し心理的な負担をかかえ、患者が今まで担ってきた社会的役割がとれないことで家族機能を再構築しなければならない。さらには、ほとんど知識がない中で医療者の説明を受けながら代理意思決定を行う。ここには、看護師のサポートが不可欠である。2013年に内科系CCUに入室した患者のうちCCU内で亡くなった患者数は53名で、そのうち3日以内の死亡は22名（41.5%）であった。それだけ短期間での家族介入が必要であったということがいえる。

内科系CCUの疾患背景は多岐にわたり、急激に病状が悪化する場合と、慢性疾患での増悪・緩解と入退院を繰り返す中で病状が悪化する場合がある。この病状違いは、家族介入の相違点になる。急激に病状が悪化する場合には、①疾患および病状と現在行っている治療の理解を短時間で得る必要がある、②治療方針に際して主に家族の代理意思決定が必要になる、という特徴がある。増悪・緩解と入退院を繰り返す中で病状が悪化した場合には、①疾患と今

までの経過に対する理解は得られている、②患者も意思決定を行う、③あらかじめ侵襲的治療に関する意思決定を患者と家族が行っている場合でも、すべての状況を想定できているということではなく、やはり家族が代理意思決定をする内容も含む、という特徴がある。

意思決定場面で患者を含む家族と医療者が合意に至る場面で必要な看護スキルは、家族の本心を得るためのコミュニケーション能力、医療者と家族がコミュニケーションをはかれる場の提供（場のセッティングと雰囲気形成）、家族をエンパワメントする、家族の意思決定プロセスと決定の内容を承認する（家族が総意であることに重要性をおかない、お互いに歩み寄ることの重要性を伝える）である。また、意思決定のプロセスとしてShared decision-makingが重要である。これは、医療者が提供する情報（疾患そのものや病状の経過と行っている治療、治療のメリット・デメリット、治療に関するデータや根拠など）と家族から受け取る情報（家族構成とkey person、家族の病状に対する理解、家族の価値観、役割や仕事・経済状況、家族間でのサポート状況など）をもとに治療方針を決定し、転帰についても共有することである。クリティカルケアにおける意思決定を支える家族看護として、必要な看護スキルを用いることと、Shared decision-makingをプロセスとして用いる必要がある。

〔第21回 学術集会シンポジウム1〕

クリティカルケアにおいて家族の代理意思決定過程を支えるための取り組み

山口大学大学院医学系研究科

立野 淳子

1. はじめに

クリティカルケアにおける意思決定では、患者が、疾病や鎮静剤などの影響で自らの意思を表明できず、家族らが、治療や延命処置について重大な決定を下さなければならない状況も少なくない。また、クリティカルケアでは、そのような重大な決定を短時間のうちに行わなければならない、支援する医療者においても困難を伴う。

本シンポジウムでは、まず代理意思決定が家族に及ぼす影響について文献から考察を行った。その後、大切な家族員の重病や死と向き合い、激しく動揺し不安を抱える家族の代理意思決定を支えるために家族カンファレンスの促進について事例を用いて自身の取り組みを提案した。

2. 代理意思決定が家族に与える影響

先行研究によると、代理意思決定は家族の不安や抑うつ症状を高め、PTSDのリスク要因となることが明らかになっている。一方で、家族を意思決定プロセスに参画させることや、意思決定プロセスを支援することは家族の満足度を高めることもわかっている。これらの結果は、代理意思決定においては、意思決定した内容そのものよりも、意思決定に至るプロセスの重要性を示唆している。

3. 家族カンファレンスの促進

近年、家族が最善な意思決定をできるように導く方略として、家族カンファレンスの有効性が検討されている。現在のところ、家族カンファレンスの明確な定義はないが、病状説明という名の単なる情報提供、意思確認の場ではなく、意思決定プロセスで苦悩する家族を承認し、家族により長く語らせることで思いを表出させ、患者にとって望ましい意思決定ができるように医療チームと家族が共に考える場と考えられる。家族カンファレンスの効果は、諸外国において医師とのコミュニケーションに対する家族の満足度や心理的負担の緩和に効果が確認されている。今後、わが国においても家族カンファレンスの導入が進めば、家族と医療チームが共に意思決定プロセスを歩む手段となりえると考えられる。しかしながら、わが国のクリティカルケアにおいては家族カンファレンスが普及しているとは言いがたい。家族カンファレンスを誰がどのように運営すればよいか明確なガイドラインがないことも影響していると考えられる。まずは、現在行われている医師からの病状説明の場を活用しながら、看護師が同席した上で、家族が話しやすい雰囲気や場、時間を提供できる環境を整えていくことが必要である。