

患者が意思決定をできないとき

When patients are unable to make decisions

座長 中尾 久子

●九州大学医学研究院保健学部門看護学分野 教授

意思決定とは、ある目的を達成するために、複数の手段の中から一つの選択をすることによって行動方針を決定することをいう。意思決定支援において看護職がジレンマを感じるのは、患者自身が何らかの理由で意思決定できないときである。そんな時、看護職はどのように対応すればよいのだろうか。本シンポジウムでは、意思決定に関する看護職共通の問題をとりあげ、看護職、患者の家族、医師、弁護士の立場から発言いただき、患者が意思決定できないとき、何を考え、どのようにすべきなのかを考える機会とした。

最初に登壇した高橋久美子氏（大分県立病院看護部長）は、「周産期看護の立場から」と題し、生命誕生の現場で妊娠・出産にともなうリスクをもつ母子の双方の状態を考慮しながら意思決定を支援するケアについて実践例を含めて話された。2人目の三浦恵子氏（認知症の人と家族の会）は、「認知症の人の意思決定を支える家族の想い」と題し、家族の立場から認知症患者への医療の選択について、ご自身の家族への胃ろうの選択から看取りまでの体験も含めて意思決定に対する医療従事者の支援について語られた。3人目の檜原真由美氏（大分健生病院理事長）は、「臨床倫理委員会における倫理コンサルテーション」と題し、医師として臨床倫理委員会を立ち上げて現場からの倫理コンサルテーションを受けている取り組みや、インフォーム

ド・コンセント後の患者の意思決定プロセスを大事にする診療活動について話された。最後に久保井撰氏（九州合同法律事務所）は、「インフォームド・コンセントの主役は患者」と題し、弁護士の立場から患者の近い存在で患者の「最善」は何かという問題に直面する看護職の活動と基本的人権や患者の権利に関して法律実務家として語られた。

患者主体の意思決定の尊重は、医療倫理の基本で、患者との信頼関係の基盤でもあるが、現場では困難な状況が往々にみられる。今回、生命の誕生時、治療選択から看取りまでのさまざまな事例を通して、意思決定に関わる看護職の支援の重要性と課題について確認することができた。また、意思決定支援に関する多職種カンファレンス、倫理コンサルテーションなどの組織的取り組みや、誰のための意思決定なのかという患者の権利について法的視点から再考することができた。さまざまな状況下で患者が意思決定できないとき、傍にいる看護職は倫理的な意思決定支援につながるよう、相手をわかろうと努力をしながら対話を続け、日常の看護を積み重ねていくことの大切さを参加者の皆様と共有することができた。

なお、本シンポジウムⅡは市民の方々にも公開された。参加者ならびに関係者の皆様のご協力に深く感謝する。

患者が意思決定できないとき：周産期看護の立場から

高橋久美子（大分県立病院）

1. はじめに

大分県立病院は、診療科31科・病床数は509床の3次救急を行っている基幹病院で、平成17年に総合周産期母子医療センターを新設し、新生児科（NICU 9床を含む33床）・産科（MFICU6床を含む25床）ともに24時間体制で大分県全域をカバーし、救急搬送

を受け入れている。

産科病棟の平成27年分娩件数は556件で、緊急母体搬送は13.8%、帝王切開率は49%、早産は33%、多胎41組であった。

多胎や染色体異常・胎児異常の診断を受けた妊婦、合併症をもつ妊婦、若年・未受診妊婦、社会的ハイリ

スク妊婦等さまざまなケースがあり、倫理的問題を抱えるハイリスク妊産婦とその家族への意思決定支援は増加している。助産師として何ができるのか・どうすればよいのかケースカンファレンスでケアの方向性を考えながら支援を行っている。今回は周産期における看護のジレンマを紹介する。

2. 胎児の生存可能な妊娠22週前後の妊婦ケアについて

母性保護法では「妊娠22週未満」を胎児が母体外において生命を保持することができない時期とされている。新生児臨床研究の全国データベース2014年では、妊娠22週の早産児の死亡率は55%と報告されている。

妊娠18~19週頃に何らかの妊娠トラブルがあり入院した場合、胎児の治療効果が期待できる妊娠22週を超えられるかが重要である。そのため、産科医は入院時説明はもちろんその後の母体・胎児の評価を行うのだが、妊婦は早期早産による児の後遺症や予後に対する不安・入院が長期になることや今後どのような展開になるか分からない状況変化に対して妊娠継続か帰結かの不安を表出される。看護サイドは母児共にハイリスク状況にある中で、安全や正しい情報を提供し妊

婦を支えたいと考え、ケースカンファレンスを行い看護の方向性を見いだすことにしている。また、寄り添いつつタイムリーな情報提供や家族との調整などを行っている。

妊娠22週以降は胎児の生存可能な時期であり新生児科の治療対象となるため、妊娠21週になると新生児科医より説明があり出生後蘇生を積極的に行うかどうかをご夫婦で相談していただく。妊婦が妊娠継続するのか帰結するのか揺れる気持ちに寄り添い意思決定の支援を行う時スタッフのケアリングの姿勢や倫理観を問われるように思う。

3. まとめ

助産師は性と生殖に係わる専門職であり、積極的に意図的に妊婦と関わり支援をしていかなければならない。今回のような妊娠22週前後の妊娠継続か帰結するのかの意思決定支援の関わりは周産期特有の難しい問題である。妊産婦を取り巻く多様な問題に対し、ケースカンファレンスからもう一步踏み込んだ倫理的視点を含んだカンファレンスをタイムリーに行い多職種と協働しチーム医療を進めていく必要があると考える。

認知症の人の意思決定を支える家族の思い

三浦 恵子 (公益社団法人認知症の人と家族の会 大分県支部世話人)

父がアルツハイマーになり、2005年嚥下障害がでてきて、医師から胃ろうを勧められました。母と私はその場で「お願いします。」と答えました。術後、顔色や動きが良くなり穏やかな日々が流れ7カ月後、86歳で肺炎で亡くなりました。

家族の会では、介護者の集いがあります。その集いで、お姑さんを看ている方が「医師から胃ろうを勧められたが、家族で話し合い手術をしないことにした。医師に伝えると『治療はありません。』ということで施設に戻った。施設のスタッフが『ご家族が口から食べることを望まれるなら全力でバックアップさせてもらいます。』と力強い協力のもと、大好きなみかんで口元を刺激しだんだん食べられるようになった。これから先、本当に食べられなくなる日が来るでしょう。でも、皆で考え話し合い取り組んだので後悔しないと申う。」と言われました。

驚きでした！胃ろうをしない選択があったのか…。これは2014年のことで時代が10年近く違うので世の中の考え方も変わってきていると感じていまし

た。その方は3カ月後86歳老衰で亡くなりました。

今年、国際アルツハイマー病協会の第32回国際会議が京都で開催され、65の国や地域から約4,000人が参加しました。当事者として、23年前に病気になったオーストラリアのクリスティーン・ブライデンさんが発言されました。良きパートナーと周囲の理解があり、社会と繋がっています。日本の丹野智文さんも、病気になって4年の今も同じ会社で働き国際会議では分科会の座長を務めました。元々のスキルにプラス新しいスキルを手に入れて活動していく姿を目の当たりにすると、認知症の人が意思決定できない人と決め付けられないと感じます。

延命治療をするかしないか、本人の書面があっても家族は悩みます。人の気持ちは変わります。前にそう決めても、今はそう思わなかったり、現実には本人と向き合った時、ただそこに居てくれるだけでも愛しい人であったりします。

意思を伝えづらい認知症の人の想いや考えに寄り添った支援が望まれます。

「患者が意思決定できないとき」臨床倫理委員会における 倫理コンサルテーション

榎原真由美 (大分県医療生活協同組合大分健生病院 理事長)

意思決定：自己決定 (Autonomy) とは、自律してよく考え、自分自身にとって最善の方法を論理的に判断ができる能力のことである。自己決定を尊重することは重要な倫理的原則である。日常的に行われるインフォームド・コンセント (以下I.C) の場面では情報の多さと複雑さ、予後の不確実さもあり、ある程度理解力のある患者でも治療方針に対し、十分に理解し納得の上の同意となっていない場合がある。子どもや認知機能の低下した高齢者、精神疾患患者は意思決定能力がないとみなされ、通常は、患者の家族による代理決定がなされることが多い。1991年に国連総会で採択された「精神医療改善原則」では精神を患っている患者に対する人権侵害を除去するために、患者のI.Cを得なければ、治療を行うことができないことを定めている。現在日本では高齢化が急速に進行している。高齢の患者が医療者や介護者から認知症症状があると判断された場合「自己決定能力」や「コンセント能力」がない者として扱いを受け、そのため患者自身がI.Cの手続きから排除され、治療上の自己決定権を行使できない状況も多いと思われる。当院は大分市内の130床の急性期・亜急性期・リハビリ機能をもつ病院である。2004年より、外部委員を招聘し、臨床倫理委員

会を定期開催している。委員会では、現場からの倫理コンサルテーションを受け、日常診療における倫理的課題を検討してきた。その中で“認知症患者の自己決定はどのようにあるべきか”、“患者本人と家族を含めて診断・治療に関する重大な判断ができない場合の治療方針決定のあり方”等、担当した職員も出席し検討を行った。病院スタッフに対しての倫理コンサルテーションについての意識調査では (大分県立看護科学大学：大山桂苗) 50.3%の職員が倫理的ジレンマを経験していた。コンサルテーションを利用するメリットとしては「患者の権利が守られる」が最も多かったが、医師は「訴訟の防止」や「倫理的責任が免除される」と回答した割合も多く、倫理問題に関してより精神的負荷が大きい結果であった。治療方針の決定には多職種参加のカンファレンスを行い、『ひとり決めない』、『一度で決めない』を原則とし、治療方針決定までのプロセスを大事にしている。一定の方針が決まっても、病状の変化によって患者・家族の思いは変化していく。大切なのは、医療チームとして最後まで患者・家族と対話を行い、寄り添い支えていく役割を持ち続けていくことである。

インフォームド・コンセントの主役は患者

久保井 撰 (弁護士 九州合同法律事務所)

今やインフォームド・コンセントが患者の権利であることを否定する医療者はまずいない。しかし、よく聞いてみると必ずしも正確な理解がされているわけではない。医学部生 (6回生) の前で患者の権利について講義した際に、インフォームド・コンセントとは何かと質問してみた。多くの学生が、「患者に説明をして同意を得ること」と回答した。カルテに散見される「ICを行った」も同じ。やはり医療者にとって、インフォームド・コンセントを「患者の権利」として正しく理解することは難しい状況があるのだと痛感する。ともすれば、インフォームド・コンセントは、医療者にとって責任回避の視点からの問題提起になってしまっているのではないだろうか。

意思決定できない患者にどう対応するか、という実務上困難な問題も、法的責任回避の側面が強調されがちだが、今一度医療の主体である患者本人の利益、患

者こそが医療の主人公であることを体感的に理解することが必要ではないだろうか。

インフォームド・コンセントの本質は自己決定権であり、自己決定権とは、日本国憲法第13条の保障する幸福追求権、個人の尊厳に由来する。近年、改憲論が取り沙汰される中、立憲主義という言葉もよく耳にするようになった。そもそも憲法とは国家権力を規制する仕組みであり、基本的人権は歴史的に国家の個人への干渉を排除する「国家からの自由」として観念されてきた。インフォームド・コンセントもまた、基本的には、医療という場における患者の基本的人権を言い換えたものであることを今一度学ぶべきである。

そこから語り起こすなら、インフォームド・コンセントとは、患者が自分にとって最善の医療を、さまざまな限界の中で、十分な情報を得て選び取る権利であり、その患者にとっての「最善」を選び取る過程に、

看護職はしばしば関わることになる。

何らかの原因により意思決定ができない患者についても、この法理は変わらない。何がその患者にとっての最善なのか、主体である患者を中心に、その患者をサポートして、あるいは代わって、選び取る。多数の

利害関係者がある中で、どういう決定が患者本人の権利を保障することになるのか。いわば法律が欠如した領域であり、明確な正答はないものの、常に患者を主体に、悩み、考えることこそが、現場に求められている営みなのではないだろうか。