

意思決定支援を意味あるものに

To make decision support something meaningful

高田 早苗¹

Sanae TAKADA

「患者たちの関心はますます、このような患者による事前指示に固定されてきている。このことは、可能な将来の生の期間にも人格の自律を保持することがますます要求されている証しとして評価できる。同時にそれは、集中治療の医療技術の介入やどんな犠牲を払ってでも命を維持するという介入の仕方に対して無防備に、かつ尊厳を欠いたかたちでさらされているといった不安の表現でもあるのもたしかである。」¹

このところ、「意思決定支援」という言葉をよく耳にする。2019年3月看護教育現場を退職し、当然医療現場からも離れている筆者にも届くというのは、と少なからず関心をひかれた。事の発端は、2006年富山県射水市で起きた「人工呼吸器取り外し事件」である。市民病院の医師が数名の患者の人工呼吸器を外し結果的に死に至ったとして、当時大きく取り上げられた。その翌年2007年に厚生労働省は「終末期医療のガイドライン」を公表した。続いて、日本救急医学会、日本老年学会、日本透析医学会などが終末期の医療やケアの意思決定に関するガイドラインを公表している。これらのガイドラインに共通しているのは、本人・家族の意思の尊重とチーム医療の強調であった。

2018年、厚生労働省は「終末期医療ガイドライン」を「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」²として改訂した。旧ガイドラインにおける本人・家族の意思の尊重やチーム医療の強調はそのままに、場と時間を拡大するものとなっている。解説編では、改訂の経緯として高齢多死社会を背景に、医療・ケアの提供の検討に際して最期まで本人の生き方を尊重することが重要である、その認識を表すために「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へと名称変更したこと、そして病院を中心とする医療から地域在宅・福祉介護施設等へと場を広げたこと、実施のカギとなる概念としてアドバンス・ケア・プランニングを盛り込んだこと等が述べられている。さかんに「意思決定支援」が言われるようになったのはこのあたりに関係がありそうである。

1. 名称変更の意味 「死に方」から「生き方」へ

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への名称変更には、繰り返しになるが解説編で述べられている本人の生き方の尊重の意が込められていることの理解が大切である。【改訂の経緯】にはガイドラインの位置づけの確認と共に「本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために……」と強調されている。さらに、【基本的な考え方】の④として新たに本人の人生観や価値観、どのような生き方を望むかについて把握する必要が加えられている。

筆者の理解では、これは「死に方」の決定から「生き方」の決定へという大きな変更である。これまでの終末期医療ガイドラインでは本人意思の確認が重要とされてはいても、その焦点は最期の時に延命措置を受けるか否かに

1 日本赤十字看護大学 Japanese Red Cross College of Nursing

あった。延命措置を受けるか否かはどのような最期を望むかにかかわることでももちろん重要である。しかし、最期の時までには、生きるのである。最期の時の延命措置の有無は死に方の問題であるのに対し、これに先立つ最期を迎えるまでの数か月（人によっては数日いや数時間かもしれない）をどう過ごすかは、生き方の問題である。「死に方」は「生き方」のその先にある。最終段階をどう生きるか、誰とどこで過ごすか、これを尊重し援助することが改訂ガイドラインで推進しようとしていることと考えられる。希望通りにいかないことや思わぬ成り行きも含めて、自分なりに引き受ける生き方をしたい人もあろうし、身近で信頼できる人に委ねる選択をする人もあろう。本人の意思を尊重するには、その人の考え、これまでの生き方、さらにはその人自身を知ることが不可欠となる。

最近の医療現場で入院時に延命措置の有無について意向確認することがしばしばあると聞く。患者の病状により〈急変〉がありうる、その時にあわてないようにということのようだが、これも「死に方」に目が向いており、最初から「生き方」を度外視した対応と言わざるを得ない。さらにここには援助や気遣いというものがない。医療現場の側の理由だけが見え隠れしており、患者・家族には唐突で思いやりに欠けると映る。これでは本人・家族の意思の尊重とは言えない。最終段階における「生きる、生き方、生活」をどうするか、どうしたいかは、延命措置を受けるか否かよりも重要と考える人も少なくないと思われる。

2. 意思決定支援は誰のためか、何のためか

ここで大切になるのが意思決定支援である。ただ、何についての意思決定なのか、そこが問題であり、関連していつどのように、が重要になる。一般論であるが、入院時や重大な病名や予後の告知後間を置かず、というタイミングは患者家族にとって適切とはいいがたい。特に、初対面の医師や看護師から、「皆さんにお聞きしておりますので」と何かあったときどうするかなどと切り出すやり方は支援とは言えないのはすでに述べたとおりである。

本人は自分の状況をどう受け止めているか、医師の説明を聞いてどう感じ何を思ったか、現在の病状や生活機能、今後の予想や家族等の状況を考慮に入れて、これからの生活をどうしていきたいか、これらが話の中心になる。もっともよいのは患者本人に率直に話を聞かせてもらうことだが、デリケートな問題だけにきっかけをつかむことが難しいと感じるかもしれない。この時日常的なケアとそこで培われたかかわる力が問われる。患者の傍らにある看護師はその強みを発揮できるはずである。

支援に際して最も重要なのは、患者本人の意思であることを確認しておきたい。意思を問いたい時には患者の意識状態が低下している、家族に代理意思決定をしてもらうしかないという話をよく聞く。ガイドラインにおいても本人の意思の確認ができる場合、できない場合として示されている。大切なことは日常的なケアの中で、かかわりの糸口を見だし先送りすることなく話をすることである。今がその時かもしれない、今を逃すとその時はないかもしれない。もうひとつ、意思決定支援は支援なのであって、ただ決めてもらえばよい、迫ればよいというものではない。「ご家族でよく話し合っただけで決めてください。」確かに話し合いは必要だが、この話し合いにもっていきまでの間に、どのくらい患者本人の話を聞いたか、本人と家族との関係、家族間関係を見きわめたか、を自らに問わなければならない。

言うまでもないことだが、意思決定支援は患者や家族の希望をそのまま受け入れたり言いなりになったりすることではない。患者の意思決定が現実的ではない見通しやその見通しのうえでの願望と判断されるなら、どんなに厳しくともそれは難しいかもしれない、と言わなければならない。それと同時に、医師がひとりで医療行為の「医学的妥当性や適切性」を判断し、「それをしなければ死ぬから」という理由で胃ろうか経鼻経管栄養かの二者択一を患者家族に迫り、「患者家族がそれを選択した」としてしまうことでもむろんない。看護師は医療チームの一員として自らの見解を述べ、患者の気持ちや意向を擁護する必要がある。これは、認知症の有無にかかわらず、である。「いやだ」ということば、嫌がるしぐさなどは意思表示と受け止めるべきであり、意思決定とは言えないかもしれ

ないが、本人意思として尊重されるべきと考える。

3. 意思決定の文脈を作り、支援の責任を負う

意思決定支援はある意味で特別なことではあるが、意思決定の文脈を作るのは述べてきたとおり、日常的なケアとかわりである。意思決定の文脈を作るとは、日々のケアの進め方をていねいにする、可能な選択肢を示しながら患者と相談してケアを進めることである。安全のためと称して抑制拘束をしながらの意思決定支援はあり得ないし、点滴を含む延命措置を受けずに最期を迎えると決めた人に、数度にわたり膀胱留置カテーテルを勧めることでもない。意思決定の文脈は、意思の尊重であり、表明された意思にはその人の人格が表れているとみるところにある。

最後に、意思決定支援を行い本人意思の確認までなされているにもかかわらず、家族が要請した救急車で救命処置として挿管等がなされ、後悔したという話も少なくない。この事態を防ぐには、患者家族に起こりうることをイメージ化できるまで十分説明したりその時どうするかについて具体的な方策を講じておくことが重要になる。そして、救急隊や地域医師会を含む地域連携の会合をもち、具体的な取り決めを話し合うこと、検証の仕組みを作ることが求められる。

道半ばではあるが、進み始めている意思決定支援。その人らしさを大切にしたい看護師の役割は大きい。

1. ミヒャエル・クヴァンテ. 2010／加藤泰史監訳. 2015. 人間の尊厳と人格の自律—生命科学と民主主義的価値. 法政大学出版会.
2. 厚生労働省. 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. [インターネット]. [検索日2019年8月15日] <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>