

重度化・看取りと家族の“迷う心”のサポート

～ 家族との合意形成と 「事前指定書」で踏まえる要点 ～

生協わかばの里

介護老人保健施設 副施設長

看護師 吉田 美加



大勢での話し合いが不安と迷いを軽減させる

高齢者の終末期において家族の一番の苦痛は、看取りを決定する場面であると考えます。当施設では、この苦痛の大きい場面をできるだけ多くの家族で対応してもらっています。例えば、看取りについての説明をする際は、本人の兄弟、子供、孫までできるだけ多く呼んで話をします。多い時には、職員側も含め20名に及んだこともあります。また、2時間以上かけて話し合う事もあります。

医療現場では、倫理的な検討が行われる際に「医療原理の4原則」や「臨床倫理の4分割表」(表2)がしばしば用いられます。これは症例の問題が広い視野から眺められ、また多職種間の討論などでも討論の枠組みを作る準備として有用であるとされています。これを高齢者施設で用いるのは難しいかもしれません。その代替となりうるのが、大勢での話し合いなのではないでしょうか。できるだけ大勢で、多職種の職員で話し合い、記録に残しておくことが倫理的にも配慮したことになると思います。この倫理的な配慮もした、ということを家族に伝えることも、また家族の不安、迷いを軽減させることに繋がるのです。

(表2) 医療現場で用いられる臨床倫理の4分割表

医学的適応 (恩恵・無害)

チェックポイント

1. 診断と予後 2. 治療目標の確認
3. 医学の効用とリスク
4. 無益性 (futility)

患者の意向 (自己決定の原則)

チェックポイント

1. 患者さんの判断能力
2. インフォームドコンセント
(コミュニケーションと信頼関係)
3. 治療の拒否
4. 事前の意思表示 (リビングウィル)
5. 代理決定 (代行判断、最善利益)

QOL (Well-Being: 幸福追求)

チェックポイント

1. QOLの定義と評価
(身体、心理、社会、スピリチュアル)
2. 誰がどのような基準で決めるか
・ 偏見の危険・何が患者にとって最善
3. QOLに影響を及ぼす因子

周囲の状況 (公平と効用)

チェックポイント

1. 家族や利害関係者
2. 守秘義務
3. 経済的側面、公共の利益
4. 施設の方針、診療形態、研究教育
5. 法律、慣習、宗教
6. その他 (診療情報開示、医療事故)

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics--A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, 1992 (邦訳: 大井玄、赤林朗監訳「臨床倫理学: 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ」新興医学出版社1997) (お詫びと訂正) 前号にて、見出しが「事前指定所」となっていましたが、正しくは「事前指定書」の誤りでした。お詫びして訂正いたします。