

COVID-19重症患者の代理意思決定支援を振り返って

Reviewing of support for proxy determination of severely patient of COVID-19

高度治療室¹⁾・教育担当²⁾

北澤智也 (KITAZAWA Tomoya)¹⁾ 平林真以¹⁾ 二木悠太郎¹⁾ 山崎友香子²⁾

〈要旨〉2019年末より新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が世界的に流行しており、有効な治療法は依然として確立されていない。今回、COVID-19に罹患後、病状の悪化により治療の限界となったため、永眠された患者を経験した。鎮静や意識レベルの低下により、本人の意思が確認できなかったため、家族の代理意思決定を支援しようとしたが厳しい面会制限等、未曾有の状況であり支援が困難であった。当研究目的に同意を得た上で、退院7ヶ月後に代理意思決定を行った家族へインタビューを実施した。実際に行った看護ケアをアギュララのバランス保持要因を用いて検討し、インタビュー内容と共に代理意思決定支援について振り返った。看護師はCOVID-19重症患者の代理意思決定支援において代理意思決定者を全面的に支持する姿勢を示す関わりの中で家族の全体像を捉え、その家族の意思決定パターンを把握して関わる事が重要である。

キーワード：COVID-19 代理意思決定支援 家族ケア

1. はじめに

2019年末より新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が世界的に流行している。COVID-19に対する有効な治療法は依然として確立されていない。高齢であることや高血圧・糖尿病などの既往歴がある場合には重症化しやすく、人工呼吸器管理や体外式膜型人工肺 (extracorporeal membrane oxygenation: ECMO) が必要となることが多い。稲又らは「重症化すると短期間に病状が悪化するため患者と家族が療養に関することを十分に話し合う時間を持たずにさまざまな決断を迫られ、患者・家族の望む療養生活とならないこともある¹⁾」と述べている。C病院は多施設から軽症・中等症患者が高度治療のため転院されてくるが、治療の経過とその限界について前施設で十分にインフォームド・コンセント (informed consent: IC) されていないケースが散見された。

救急・集中治療における終末期のガイドライン～3学会からの提言～ (以下：終末期のガイドライン) の中には「患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。」²⁾とされている。代理意思決定を行う家族がクリティカルな状況下に置かれる特徴として山勢らは「十分な対処機制

が働かなければバランス保持要因の全てが欠如し危機状態に陥ることを免れない。悲嘆の過程にある家族が危機を回避し正常な悲嘆経過を辿ることができるかどうかのアセスメントにもアギュララの危機モデルは活用できる³⁾と述べている。今回、COVID-19に罹患後、他施設にて治療が行われていたが状態が悪化し、C病院に転院搬送され治療の限界となった患者を受け持った。患者は意識レベルの低下をきたしており、明確な意思表示が行える状態ではなかった。

稲又らは「コロナ禍における意思決定において面会制限が及ぼす影響は大きい。(中略) 予後に対してどうありたいか価値観を共有し、人生の最終段階への目標共有や、より一層意思決定支援が重要である¹⁾」と述べている。また、藤田は「看護サマリーや電話連絡を駆使して、これまで以上の看護連携により支え合いが必要である⁴⁾」と述べている。

本人の意思が確認できない中で、家族の代理意思決定を支援しようとしたが、COVID-19による厳しい面会制限や情報が限られた中での代理意思決定支援は未曾有の状況であり、困難さを感じた。そこで今回、COVID-19重症患者の家族の代理意思決定支援を振り返ることとした。

II. 目的

COVID-19重症患者の家族の代理意思決定支援を振り返り、看護の示唆を得ることを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

単一事例研究

2. 収集方法

事例対象者（以下D氏）の入院診療録から、看護実践記録・診療記録・カンファレンス記録等後方視的に情報収集した。また、退院7ヶ月後にD氏の代理意思決定を行っていた家族のE氏に代理意思決定に関するインタビューガイドに基づいた半構成的面接（以下：インタビュー）を実施した。

3. 分析方法

得られた研究データから、“代理意思決定支援”に関わる看護ケアと家族の反応を経時的に捉え、参考文献をもとにCOVID-19患者の代理意思決定の問題・課題を抽出した。家族への看護ケアや医療者の関わりをアギュララのバランス保持要因に沿って分類・検討した。検討した内容と参考文献を用いて今後の代理意思決定支援における看護師の役割を考察した。研究者間で協議し、データ分析の解釈を確認することで信憑性の確保に努めた。また、クリティカルケア領域の専門家によるスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性を担保した。

IV. 事例紹介

D氏70代、日常生活動作は自立しており、既往歴には糖尿病があった。日本国内第3波の際、家族内感染が疑われる状況でCOVID-19陽性が確認された。家族構成は配偶者と子供5名であった。配偶者は持病により入退院を繰り返していたため、心配をかけたくないという子供らの希望で配偶者への病状説明は行われなかった。子供らでの情報共有は密に行えており、代理意思決定者は子供のE氏であった。

D氏はCOVID-19陽性確認後、速やかに軽症患者が入院するA病院へ入院したが咳嗽が続き、約1週間で中等症患者が入院するB病院へ転院となった。転院後、呼吸状態が悪化し人工呼吸器管理となった。その後も状態は更に悪化し、

COVID-19陽性確認から約3週間で重症患者を受け入れるC病院へ転院となった。C病院では、ECMO管理等の集学的治療が行われたが改善は見られなかった。

C病院転院2週間後よりECMO管理に伴う合併症が出現し、治療が限界であることについてICが行われたが、家族は治療の継続を強く希望された。病院倫理委員会ではECMO管理における治療の限界について審議され、ECMO中止が医学的に妥当であることが承認された。

再度、治療が限界であるICを子供らと主治医、看護師の他に家族の希望を確認した上で、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）や医療相談員が同席して実施した。看護師よりE氏へ代理意思決定に配偶者も参加してはどうかと提案したところ、配偶者も含め家族全員で話し合われ、治療中断の結論に至った。D氏は、COVID-19陽性確認から57日目に永眠された。

D氏の死亡から7ヶ月後に看護師から代理意思決定者のE氏にインタビューを行った。

V. 倫理的配慮

信州大学医学部医倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号：看護210）。研究対象者の家族へ説明書、同意書を用いて本研究の目的、倫理的配慮を文書及び口頭で説明し、同意を得た。

VI. 用語の定義

本稿における「IC」とは患者・家族が病状や治療について十分に理解し、また、医療職も患者・家族の意向や様々な状況や説明内容をどのように受け止めたか、どのような医療を選択するかのプロセスを示す。

VII. 結果

家族は悲嘆の渦中にあり危機状態と考えられたため、アギュララのバランス保持要因に沿って振り返る。

1. C病院での看護の実際

①認知の促進（情報の伝達・ICの場の調整）

A病院・B病院ともに病状説明は電話連絡であったため、C病院では、家族の来院時は感染対策をし、家族—医療者が対面でICが行えるよ

うに調整した。医師からの説明の際には看護師が同席し、家族が医師の説明内容をどの程度理解できたかを確認した。治療や病状をどのように受け止めているかを確認していく中で家族と看護師の関係性を築き、家族が思いを吐露しやすいよう静かな環境の中で傾聴した。

②社会的支持（面会の調整・ケアの代行）

COVID-19による面会制限もあるため、オンライン面会を実施した。また、病状説明やICで家族が来院した際は、グリーンゾーンにいる家族とレッドゾーン内のD氏が窓越しで面会ができるようベッドの配置を工夫した。家族が書いた手紙を看護師がD氏に向けて代読し、その様子を家族にみていただいた。また、家族がD氏に行いたいケアを代行した。

③対処機制（代理意思決定の支援）

C病院では病院からの電話連絡が精神的負担となり、一時的に兄弟間で代理意思決定者を変更していた。しかし、その間も兄弟間で密に連絡を取り合っており、E氏は代理意思決定には関わっていた。子供たちのみでは精神的負担が大きくなってきていると判断し、家族全員で代理意思決定できるよう配偶者の参加を提案した。

2. インタビューより得られた家族の発言（一部抜粋）

実際のE氏の発言は「斜体」で示す。

①認知の促進（情報の獲得・病状説明について）

「もっと（当時の病状がタイムリーに）分かって選択肢としてあれば違ったかもしれないです。」「例えば気切した後の出血のリスクの方が高いかもってしれないって、実際に真っ赤なところも見ましたね。そういうのが、もっと分かって選択肢としてあれば違ったかもしれないです。」「イメージが湧かなかった。いろいろ見せていただいたのはC病院にきてからです全部。それまでは口頭だけでした。」

②社会的支持（面会の調整・ケアの代行について）

「何かあったらとにかく言ってくれと。どんなことでも。ダメなことはないから、家族がしたいことがあれば何でも言ってほしいって。かといってじゃあ何をお願いしたらいいかっていうのは整理できなかつたので。こうやって今思ってみれば、もっと遠慮なく電話とかつないでもらってもよかったかなって。耳元だけでもね。」

「病棟の看護師さんが代読して手紙読んでいる

ところ見させてもらったりとかね。本当にあれには救われた。」

③対処機制（代理意思決定について）

「病院からの電話が鳴る度に動悸とかもあったもんですから、他の家族に申し訳ないけど電話出るの代わってくれないかって言って、代わってもらったこともありました。」「あらゆる治療があるんだったらどンドンしていただいて、治してほしい。後遺症が残っても生かしてほしい。」「治るための意思決定はいくらでもしたかもしたかと思えます。ただ諦めてくれっていう意思決定はね。最後にも先生にも言いましたけど、家族に終了のボタン押させるんですかって。いや、家族が押すわけじゃない、私が押しますからって。（そう言ってもらったことは）救われたけど家族が押したことに変わりない。亡くなってからは一切（治療法に関してのニュースやネット記事は）見なくなりましたよ。こういう治療で助かったって人の話も聞かなかつたですし、亡くなったっていう人の事も聞かなかつたです。今出る新しい治療法のことでもできるだけ頭には入れないように思いましたけど入っちゃいますよね。」

VIII. 考察

1. アギュララのバランス保持要因に関して

新興感染症で病状経過の見通しが立たないことや、面会制限により患者一家族が直接会えないことは、家族が患者の病状を想像できない要因であった。稲又らは「家族は電話での病状説明では現実とのギャップを感じており、医療者は患者の状態悪化を具体的にイメージし、理解できるような家族への説明方法を検討することが重要である」¹⁾と述べている。ICとは病状説明をする中で説明の内容を理解できているのかを確認し、それに対して治療をどのようにしていくかを家族が考える機会をもつ。そのため医師から家族へ病状説明のみで終わらせるのではなく、看護師が同席し、説明内容の理解度の確認や今後の方針について医療者家族間で合意形成し、治療を進めていく必要がある。家族と医療者が感染対策をした上で顔を合わせ、書面を用いたICを実施したこと、ICの際は看護師が家族の理解を確認して説明を補足したことが、家族が病状を理解していく一助となったと考える。

また、オンライン面会や窓越し面会を通じて、家族が視覚情報を得ることで現実的な知覚をもたらし、認知の促進に寄与していたと考える。

E氏やその他の家族に関わったのは、主に診療に関わる医師・看護師のみであり、終末期へ移行してきた段階でMSWや相談員の介入があった。看護師が面会の調整やケアの代行を行ったことで、家族は精神的支持を得ていたようだがそれだけでは十分でないとする。柳原氏は「家族支援専門看護師や家族療法家（臨床心理士、精神科医など）、あるいはソーシャルワーカーなど多職種と協働することが基本となる。」⁵⁾と述べており、早期から多職種でどのような社会的支持が必要かを判断する必要があった。

E氏は代理意思決定に対する精神的負担が大きく、兄弟間で代理意思決定者を変更したり、配偶者を含め家族全員で話し合い代理意思決定を行っていた。今回は繰り返す代理意思決定の中で、看護師が配偶者の参加を提案できた。柳原氏は「コロナ禍の時代の家族看護は家族が環境からの脅威に対処し家族自身の持つ力（レジリエンス）を発揮／高めることをして、新しい局面を作り出す／適応していけるように、家族へのシステムアプローチで支援を行うことが重要となる」⁵⁾と述べていることから、家族の全体像を捉え、過去に家族内で危機的状況となった時にはどのように話を進めていたのかという意思決定パターン（対処機制）を確認することも必要であった。

COVID-19の環境下では病院間の情報伝達が不明瞭であり、家族の全体像が捉えにくくなってしまふ。そのため家族支援を困難にし、代理意思決定者は危機的状況に陥りやすいことが予測される。上記に述べたように、アギュララのバランス保持要因（認知・社会的支持・対処機制）の視点で看護介入を振り返ったところ、支援できていた部分だけでなく不足している部分も見えてきた。

2. 危機的状況にある家族への具体的な支援

危機的状況にある患者の代理意思決定支援として平良らは「代理意思決定を行う者を医療者が全面的に支持する姿勢を示すことが大切である。」⁶⁾と述べている。家族は集学的治療を施したが改善が難しいと説明された時も積極的治療を望まれており、「治るための意思決定はいくら

でもしたかもしたかと思ひます。ただ諦めてくれっていう意思決定はね」というインタビューの発言からも、代理意思決定を行った後も決断したことへの葛藤や悩みを抱えながら生活をしていることが理解できた。一方で、D氏を喪失した強い悲嘆の中でもE氏から「救われた」と肯定的なケアの評価もあった。これは前述した危機介入にて医療者の関わりが不足している部分もあった一方で、看護師をはじめとした医療者が全面的に家族を支持する姿勢が家族に伝わっていたと考えられる。

COVID-19重症患者をもつ家族が代理意思決定を行う際、その家族は危機的状況に置かれながら代理意思決定を行わなければならない。そのため、看護師は全面的に支持する姿勢を示しながら家族と関わり、危機的状況にある時にどのような支援をするべきなのか家族の全体像を捉え、意思決定パターンを把握することが重要であるとする。

IX. 結論

看護師はCOVID-19重症患者の代理意思決定支援において代理意思決定者を全面的に支持する姿勢を示す関わりの中で家族の全体像を捉え、その家族の意思決定パターンを把握して関わる事が重要である。

引用・参考文献

- 1) 稲又泰代, 古家伊津香, 大関春美 他: コロナ禍により面会制限がもたらした治療・療養における意思決定への影響—Riessmanのテーマ分析を用いて—. *Seisen Jogakuin College Journal of Nursing*, Vol.2 No.1, p41-56, 2022.
- 2) 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会: 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〜, p2, 2014.
- 3) 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子: クリティカルケアにおけるアギュララの問題解決型危機モデルを用いた家族看護. *Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing*, Vol.7 No.1, p8-19, 2011.
- 4) 藤田愛: 「会えない」状況を踏まえた本人・家族への意思決定支援の変化. *看護管理*

31巻2号, p112-118, 2021.

- 5) 柳原清子:「コロナ窩の時代」の家族看護: 家族システム理論を踏まえての解決志向アプローチ. *Journal of Wellness and Health Care*, Vol.44(1), p1-7, 2020.
- 6) 平良英彦, 吉田和寛, 桑田弘美: 危機的状況にある患者の代理意思決定を行う妻への看護～3つの代理意思決定の場面について～. *滋賀医大誌* 32(2), p34-39, 2019.
- 7) 田上正, 佐藤聡子, 村越晶子 他: DNARが得られず延命処置が行われた患者と家族への終末期ケアとアドバンス・ケア・プランニングの重要性. *東医大誌* 77(1), p23-27, 2019.
- 8) 川端龍人, 永倉由香里: ICUにおいて生命を左右する治療の代理意思決定を行う家族の思い—家族の満足度に影響する要因—. *第46回日本看護学会論文集*, p219-222, 2016.
- 9) 氏家良人: 救急集中治療領域における緩和ケア, 患者・家族と話し合う. 木澤義之, 第1版, 医学書院, p84-121, 2021.