

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	重度認知症高齢者に対する胃瘻造設の代理意思決定を担う家族の葛藤と看護ケア
著 者	北條智子
掲載誌	臨床看護, 38(11) : pp 1492-1495.
発行年	2012.10
版	publisher
U R L	http://id.nii.ac.jp/1127/00000317/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

それぞれの立場からみた高齢者の摂食・嚥下の最前線

⑥ 重度認知症高齢者に対する胃瘻造設の代理意思決定を担う家族の葛藤と看護ケア

北條智子 日本赤十字九州国際看護大学
Houjo Tomoko

はじめに

わが国の高齢化率は、平成23(2011)年10月1日現在、23.3%となり、どの国も経験したことのない高齢社会を迎えている¹⁾。そのなかで、65歳以上の高齢者の有病率が8~10%程度と推定される認知症は、誰もがかかり得る大変身近な疾患といえる。認知症の症状という、一般的に「もの忘れ」や「徘徊」などをイメージされやすいが、認知症の後期(重度)になると、話が通じない、姿勢が傾く、尿・便失禁、やがて立位や坐位が保てずに寝たきりが続き、関節が拘縮、嚥下障害、栄養不良、誤嚥性肺炎などの身体合併症が出現し、全身管理が求められる。

とくに、認知症の後期(重度)の摂食・嚥下機能については、病的には大脳皮質の機能が広範囲に失われた状態であり、(脳幹機能としての)嚥下反射は保たれているが、随意的な咀嚼や嚥下はできなくなり、誤嚥の頻度が増し経口摂取が不能になる²⁾。現在、このような場合には、倫理面などについて議論があるものの、経皮内視鏡的胃瘻造設術(percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG, 以下、胃瘻)の造設が、現実には広く普及している³⁾。その一方で、胃瘻を造るかどうかどうかという、肉親の命にかかわる重要な問

題を、患者本人に代わり、主に家族が意思決定を行わなければならない現状があり、「家族は答えのない代理意思決定への悩み」⁴⁾を抱えている。

このような場面において、医療者は、家族とともに患者の思いを推し量り、患者にとって最善と思われる方法を選択していくことや、重大な判断を迫られる家族の心理的サポートを行う必要があると考える。そこで今回は、医師から胃瘻造設を提案され、最終的には検討中に患者が亡くなったため、胃瘻造設には至らなかったが、その判断に苦慮したK氏とその家族の事例をもとに、重度認知症高齢者への胃瘻造設の意思決定を担う家族の葛藤について述べ、家族の意思決定を支える看護ケアについて考察したい。

事例

患者：K氏、80歳台、男性。

診断名：アルツハイマー病。硬膜下血腫除去術後。

家族構成：同居6人家族(妻、長男夫婦、孫2人)で都市部に在住。近くに住む長女も、K氏とその妻をよく外出や通院に連れて行くなどサポートはある。

性格：まじめ、マイペース、無口。

趣味：ものづくり、機械いじり、土筆取り。

認知症の経過と摂食・嚥下機能の変化の概要

1 認知症初期(軽度)

200X年、買い物中転倒し、頭を強打し意識消失。病院へ搬送され検査上問題がなかったが、1カ月後、自宅で食事中、「箸が持てない」「真っ直ぐに歩けない」などの症状があり受診し、硬膜下血腫と診断され、硬膜下血腫除去術を行った。約3カ月後、自力歩行が可能となり自宅へ戻ったが、この頃から、「食事を食べたことを忘れる」「物がなくなったとよく探しものをする」などの症状がみられ、精神科クリニックを受診し、「アルツハイマー病」と診断され内服が開始された。この頃は、歩行に不安定さはあるものの、食事は自力摂取できており、セルフケアは自立していた。

2 認知症中期(中等度)

200X + 1年、MRIにて脳の萎縮が進行と診断され、認知症の症状も、「季節の見当がなくなる」「誰にも言わず1人で外出・徘徊」「話のつじつまが合わない」など、徐々に悪化した。さらに、K氏1人で外出し転倒、腰部圧迫骨折と診断され、約3カ月入院した。退院後、ADLの低下や認知症の症状も「失禁」「睡眠時間のばらつき」「幻覚」「話の内容が理解し難く、一貫性がない」などさらに悪化、K氏と家族の両者にとって身体的・精神的に苦しい時期が続いた。この頃利用していた社会資源は、デイサービスと介護入浴サービスであり、食事も自力摂取で、時々むせはあるものの目立った嚥下障害はなかった。このような時期が、約2年続いた。

3 認知症後期(重度)

200X + 3年、K氏は、再度自宅で転倒し頭を強打し入院。入院時は意識があり会話が可能であったが、2日後、突如意識レベルが低下し、会話ができなくなった。この時期になると、K氏の治療や看護に関する意思決定は、すべて家族の判断に委ねられた。入院から約2週間後、K氏の栄養は、家族の同意のもと、静脈栄養から経鼻的経管栄養に切

り替えられた。このとき家族は、「治療をしたらいつか意識が回復する」と考えており、医師がより最善であると提案する治療については、積極的に同意した。

またK氏は、尿道カテーテルも留置されており、家族が不在時には、両手に抑制帯が使用されていた。K氏は、以前入院した際に、尿道カテーテルを自己抜き尿管裂傷を起こした経験があり、家族もあらゆるチューブの自己抜去を危惧し、K氏に代わり抑制帯の使用に同意していた。

また、家族は仕事や家事の合間を縫って、毎日面会に行った。面会時は、看護師とともに、髭剃りや手足のマッサージ、口腔ケア、清拭、声かけなどたくさんの刺激をK氏に与え、K氏の回復を心から願った。しかし、家族の期待とは裏腹に、K氏の身体はみるみるうちに痩せていき、仙骨部に褥瘡、経鼻的経管栄養チューブを挿入した鼻孔には小さな発赤ができた。家族は、痛みを訴えることができないK氏に代わり、疼痛への不安を訴えていた。

入院から約3カ月後、医師から胃瘻造設に関する提案がなされた。主な提案理由としては、経鼻的経管栄養チューブの挿入が長期にわたっていること、自己抜去のリスクが減ることであった。医師は、家族に対し、胃瘻造設について家族で話し合って結論を出すように伝え説明を終了した。帰宅した家族は、非常に悩んだ。

胃瘻造設の意思決定をめぐる家族の葛藤

1「胃瘻」という治療を理解することの難しさ

医師から、「胃瘻」について説明はあったものの、医学への知識がない家族にとっては、すぐに理解し納得できるものではなかった。そのため、家族は、「胃瘻」という初めて聞いた治療を自分たちなりに理解しようとインターネットで調べたり、身近にいる医療従事者に相談し再度説明を受けたり、何がK氏にとって最も良い方法なのか、家族なりに考えた。そのうえで、わからないことはもう一度医師に確認した。

2 胃瘻造設に伴う合併症への不安

医師は、胃瘻造設の説明の際に、感染や自己抜去に伴う腹膜炎など合併症について説明を行った。家族はかなり痩せたK氏をみて、「K氏の身体は、胃瘻造設に耐えられるのであろうか」という心配や、「意識はないが、時々手を動かすので、自己抜去してまた痛い思いをするのではないか」という不安を語っていた。

3 「元気をみたい気持ち」と「自然な経過を望む気持ち」の対立

入院時、家族の誰もが意識が回復して、再び自宅で一緒に生活できると思っていた。しかし、突然の意識レベル低下から約3カ月、K氏の意識は戻らず、K氏の身体は痩せ、関節は拘縮し、家族の目からみても状態が悪化していることは明らかであり、K氏の予後について見当がつかない状態であった。

この頃の家族の気持ちは、回復への望みは絶えずもち続けているものの、その一方で、K氏が、苦痛を味わうことなく、「自然な経過を望む気持ち」も同時に生まれていた。そのため、身体の一部に穴を開けるという、少なからず身体侵襲を伴う胃瘻造設に対し、1つ返事で容易に答えを出せない家族の葛藤があった。

4 代理意思決定を迫られる家族の苦悩

家族は、実際に胃瘻造設を行った知人の話を聞きに行くなど、さまざまな情報を集め、どうすべきか考えた。とくに、経鼻的経管栄養チューブの入れ替えの際にK氏がみせる苦悶様の表情や、鼻孔にできた発赤をみると、「早く胃瘻を造設したほうがK氏にとって安楽なのではないか」という考えも生まれた。しかし、すぐに「K氏自身はどうしたいのか？」や「K氏は、苦痛のない自然な経過を望んでいるかもしれない」という考えも浮かんできた。さらに、「K氏の命にかかわる重大な決断を、家族がしていいのか？」という倫理的葛藤もあり、すぐに決断することができなかった。K氏と長い人生をともに歩んできた家族でさえも、意識が回復しない本当のK氏の思いを汲み取ることは大変難しいことであった。

このように家族が迷い判断を決めかねているなか、K氏の状態は急変し、肺炎と多臓器不全で亡くなった。

家族の代理意思決定を支える看護ケア

1 医師と家族をつなぎ、いつでも安心して相談できる相手となる

患者の家族は、医師の病状説明を聞いてすぐに理解できる場合ばかりではない。実際は、医師に自分たちの意思をはっきり伝えられる家族は少なく、医師に、質問を投げかけたり、あるいは尋ねることを遠慮したりする家族、話の理解自体が難しい家族もいる⁵⁾。

K氏の家族も、口からの食事がとれず、経鼻的経管栄養チューブが長期間挿入されている様子を、深刻な状況と捉えながらも、主治医からの説明にはかなり動揺していた。家族が戸惑うのは当然であり、主治医の説明を一度ですべて理解できるとは限らないので、このようなときには、看護師は必ず同席して家族の様子を見守るとともに、「聞きたいことやわからないことがあれば、いつでも声をかけてください」と伝えておくことが必要であり⁶⁾、そうすることで、家族は安心感が得られるのである。

そのために看護師は、ふだんから家族の表情や言動に気を配り、家族が相談しやすい雰囲気をつくること、相談を受けた際には、家族の心の奥にある思いを引き出せるようなコミュニケーション能力を養う必要がある。そのためには、看護師自身が患者・家族と関係性を築く際に、自己の言動や感情を敏感に感じ取り、自らの言動を振り返る(リフレクション)力も求められると考える。

2 家族とともに患者の生き方を振り返り、意思を押し量る

患者本人の意思を直接確認することが困難な状況で、治療・看護を行う際には、家族も、医療従事者も「本人の意向をどう捉えるか？」という課題を突きつけられる。K氏の場合も、胃瘻造設のみならず、経鼻的経管栄養への切り替えや抑制帯の使用などにおいて、家族が悩みながら意思

決定を行ってきた。このようなとき、看護師は、これまでの生活で患者が大切にしてきたこと・もの、強み、逆に、いやなこと・ものなど、患者の歴史や価値観、生き方を家族とともに振り返り、少しでも患者の意思を押し量り、患者の意向に沿った治療や看護、意思決定ができるよう支援していく必要があると考える。

そのために、看護師は、患者の疾患や症状のみに焦点を当てるのではなく、患者の歴史や価値観を十分ふまえたうえで、患者を全人的に捉え、家族とともにアセスメントし、患者に適したケアとは何かを考えながら実践する必要がある。さらに、カンファレンスなどをおして、押し量られた患者の意思を看護チーム内で共通認識し、ケアの質を保つことも大切である。

また、家族へのかかわり方としては、患者の意思が家族の期待と混同されないよう、「患者本人だったらどうするか」「元気なときの本人なら何を望むか」を意図的に家族に考えていただき、家族が自身の気持ちに折り合いをつけながら、患者の気持ちを考えた決定につなげてもらえるような支援も重要である⁵⁾。

3 家族の迷いや葛藤に寄り添いともに考え、家族が出した決定を支援する

患者に代わり家族が胃瘻造設の代理意思決定を行う場合の心理的プロセス⁴⁾のなかには、「命をどうにかつなぎたい」思いと、「胃瘻造設への迷い」があり、互いに対立していた。K氏の場合も同様で、家族は、2つの価値の間で気持ちが大きく揺らぎ、何がK氏にとって最善なのか答えが出せないでいた。時には、一度決めた決定が、次の日には変化することもあった。

このようなとき、看護師は自分の価値観を押しつけるのではなく、家族の迷いや葛藤する心情にそっと寄り添い、待ち、ともに考える姿勢が重要であると考え。家族によって、終末期の捉え方は一人ひとり違い、家族内でも意見が

分かれる場合もあるため、家族員一人ひとりが、納得できる意思決定ができるよう、医師と協力して家族との調整を行う必要もある。さらに、最終的に家族が出した意思決定については、簡単に批判せず、心から支えていくことが重要である。

おわりに

K氏の事例をもとに、認知症高齢者の胃瘻造設の代理意思決定を担う家族の葛藤と必要な看護ケアについて述べた。K氏の家族はその当時を回想し、「K氏が認知症になって、春は土筆、桜。夏は蛍。秋は紅葉、いろいろな所と一緒にいった。小さい頃は仕事ばかりであり言葉が交わさなかったが、あの4年間はこれまでに最も会話が多くなり、かかわれて本当によかった」と語ってくれた。

認知症高齢者の介護や代理意思決定は、重くつらい決断を迫られ、家族にとって大きな負担となるが、ともに過ごす日々で、新たな関係性が生まれ、両者にとってかけがえない時間ともなり得る。だからこそ看護師は、家族が患者の意向を汲み取り、安心して意思決定できるような支援をする必要があり、看護師自身が、家族にとって安心感がもてる存在になれるよう、家族とともに考え、悩みながら、ともに歩む姿勢を忘れてはならないと考える。

引用文献

- 1) 内閣府：平成24年度版高齢社会白書概要版。
- 2) 大澤誠：認知症をきたす疾患と末期：認知症の緩和ケアに必要な基本知識。緩和ケア，20(6)：567-570，2010。
- 3) 横田修，檜垣文代，大石正博：認知症と胃瘻。老年精神医学雑誌，20(7)：756-764，2009。
- 4) 相場健一，小泉美佐子：重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス。老年看護学，16(1)：75-84，2011。
- 5) 吉岡佐知子：最期まで考える QOL2；認知症本人の意思の見極めと家族の気持ち。ナーシング・トゥデイ，24(6)：48-57，2009。
- 6) 石川容子：認知症となった患者をもつ家族へのケア。臨牀看護，35(10)：1491-1495，2009。