

## 妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究 「NICUにおける論理的・医学的意思決定前後の家族への対応」

竹内 徹（大阪樟蔭女子大学児童学科）  
研究協力者

船戸正久（淀川キリスト教病院小児科）  
川野克子（淀川キリスト教病院 NICU）

研究要旨：NICU 重症新生児に対する医療上、論理的・医学的意思決定が現在どのように行われているか、また意思決定前後の家族への対応及び死後の両親へのケアについてアンケートによる全国調査を施行した。

### A．研究目的

医療技術の急速な進歩により、人工呼吸器を代表とする生命維持装置及び治療が開発され、NICUにおける児の予後が大きく左右されるようになった。重症新生児に対する高度医療がNICUを中心に実施されている現在、わが国における論理的・医学的意思決定が、どのように行われているのか、また決定後の患児および家族(特に両親)への対応、さらに死後の対応について現状を把握することを目的とした。

### B．研究方法

新生児医療連絡会に登録された施設代表者あてに、NICUにおける論理的・医学的意思決定前後の対応に関するアンケート調査用紙を送付した。アンケート調査表は、9項目にわたり、うち6項目は、5～10個の細項目に分かれ、複数回答可能な設問を多くして、できるだけ設問者及び解答者のbiasを避けるよう努めた。

なお予後不良児に対する治療行為の選択に際しては、仁志田らの分類を中心に作製した淀川キリスト教病院の「論理的・医学的意思決定のガイドライン」を資料として送付した。また決定後の医学的対応としてはClassA:あらゆる治療を行う。対象はほとんどの患児(積極的医療)、ClassB:一定限度以上の治療は行わない(心臓手術や血液透析など)(制限的医療)、ClassC:現在行っている以上の治療は行わず、一般的養護(保温、栄養、清拭および愛情)に徹する(緩和的医療)、およびClassD:これまでの治療をすべて中止する(看取りの医療)の4段階である。(なおカッコ内用語はキリスト教病院で用いられるものである。)

### C．研究結果

アンケート発送数 163、回答数 116 で、回答率 70%であった。

1.ガイドラインについて：施設で独自のガイドラインを作成しているものは、2施設(1.7%)で81施設(69.8%)は作成しておらず、文章はないがコンセンサスはある施設32(27.6%)、無回答1施設であった。作成することの賛成施設は、82(70.7%)、

反対8(6.9%)、わからない23(19.8%)、無回答3(2.6%)。

ガイドライン作成の主体については、各施設45(38.8%)、学会57(49.1%)、厚生省12(10.3%)、その他6(5.2%)、無回答2(1.7%)であった。(複数回答あり)

2.家族が延命治療の中止を希望した場合、誰が主体で意思決定するか。

医療チームとするものが83(71.6%)、倫理委員会17(14.7%)、NICU責任者16(13.8%)、主治医6(5.2%)、その他4(3.4%)であった。」医療チームの内容については、医師74(63.8%)、看護師70(60.3%)、ケースワーカー23(19.8%)、その他8(6.9%)であった(複数回答あり)。

3.典型的な染色体異常症の場合

E-トリソミーには緩和的医療63(54.3%)、制限的医療27(23.3%)、家族の希望優先20(17.2%)など、また重複奇形合併症のダウン症に対しては、制限的医療41(35.3%)合併症による30(25.9%)、家族の希望優先21(18.1%)、倫理委員会9(7.8%)などであった。また後者の場合、対応内容・意見が多数述べられていた。

#### 4. 緩和的医療適応後の対応 (図1)

苦痛を伴う処置制限 103 (88.8%)、両親のケア参加 86 (74.1%)、家族の希望配慮 86 (74.1%)、蘇生せず 82 (70.7%)、面会時間自由 78 (67.2%)、両親以外の面接許可 74 (63.8%)、積極的緩和治療 48 (41.4%)、特別な個室用意 36 (31.0%)、その他 5 (4.3%)であった。その他心理治療士、牧師の介入、自宅療法、外泊などの行われた例の報告あり。

#### 5. 看取りの医療 (ClassD) を適用した後の対応 (図2)

母親の胸で召天 94 (81.0%)、家族の希望配慮 81 (69.8%)、すべての治療中止 63 (54.3%)、宗教家の立会い 48 (41.1%)、特別な個室用意 43 (37.1%)、家族での看取り 40 (34.5%)、記念写真撮影 26 (22.4%)、経験なし 6 (5.2%)、その他 1 (0.9%)であった。また家族への精神的負担をならないような十分な配慮の必要性を強調する意見が述べられていた。

#### 6. 死後への対応 (図3)

悲嘆環境の提供 75 (64.7%)、家族の希望配慮 70 (60.3%)、解剖依頼 69 (59.5%)、形見の品手渡し 52 (44.8%)、死後処置への参加 47 (40.5%)、家族のフォローアップ 25 (21.6%)、お別れ会を持つ 6 (5.2%)、その他 2 (1.7%)。解剖結果の報告、退院後の心理的サポート、自宅訪問、相談外来、年 1 回の追悼ミサ招待などの配慮も記載されていた。

#### D. 考察

論理的・医学的医師決定後の医療チームによる治療行為については、現在どのように行われているか、現実の姿を知ることが、非常に困難である。今回は、淀川キリスト教病院に例をとって具体的な治療行為選択のためのガイドラインを提示し、アンケート調査を施行した。ガイドラインについては約 7 割の施設が作成していないが、作成には賛成であり、文章はないがコンセンサスはあるとしたもの 27.6%であった。何らかのガイドラインを持ちたいという意見が強かった。実際に施設として持っていることを明記したのは 2 施設であった。ガイドラインの作成主体は学会 (49.1%)、各施設 (38.8%)、厚生省 (10.3%) とする回答 (合計 88%) が見られたが、各施設としての考えが必要なのか、学会レベルなのか、現在のところ断言することは困難であろう。家族が延命治療の中止を希望した場合、意思決定をする主体は、医療チームとした施設は 71.6%、NICU の責任者、倫理委員会がそれぞれ 13.8%、14.7%みられた。医療チームの内容は、医師および看護婦がそれぞれ 63.8%、60.3%あったことは、看護ケアの立場からの意見も重視されていることを示している。その他の意見として倫理委員会、牧師、臨床心理士、家族などがあげられていた。

予後の悪い、または重複奇形を持つ染色体異常症例に対する対応は、家族の希望、合併症の種類、

予後の重症度により、対応の異なる様子が明らかになった。

ClassC,D 適応後の対応については、主として看護ケアの内容をいかに両親の悲嘆過程に適応したものにすることがうかがえる回答が多かった。ClassC の場合、ケアの場所の用意、必要に応じた個別的支援 (外泊、自宅治療など) また ClassD に対しては、母親に抱かれて死を迎えるなど家族のプライバシーを守る環境とケア内容が多かった。今回の設問では、各施設が実際に行っているケア内容そのものなのか希望する内容か、明確にすることはできなかったが、一定の方向性は把握することができたと思われる。死後の対応に付いても、同様なことが考えられた。すなわち悲嘆感情を十分に表現できる環境提供、遺品を残す、お別れ会をする、死後処置への参加、写真撮影、解剖依頼、さらに家族のフォローアップなど、多くの施設で、希望内容も含めた解答がみられた。

#### E. 結論

1. 論理的観点から行われた医療方針決定前後の対応についてアンケート調査を行い、全国 NICU 116 施設から回答を得た (回答率 70%)。

2. 倫理的・医学的意思決定のガイドラインは、各施設、学会などが主体となって作成することが望ましいとする意見が強かった (87.9%)。

3. 医師決定後の緩和的医療、看取りの医療および死後のケアについては、家族の希望および悲嘆過程を十分考慮した上チームで対応し、とくにケア場所と一般的養護の提供、必要性に応じた個別的支援が必要である。また両親の正常な悲嘆過程を妨げないような工夫と配慮、さらに母親の精神的な follow up が行われる必要がある。

#### F. 研究発表

1. 竹内 徹：周産期の死と家族への対応。周産期医学 29：1525-1529、1999

2. 船戸正久、玉井 晋、川野克子：新生児における看取りの医療。周産期医学 29：1537-1543、1999