

1 診察時の言葉・服装

ER・ICUでの患者および家族-医療者関係の構築は、最も難しい課題の1つである。ER・ICUで働く私達は、病態急変に伴い刻一刻と状況が変化するためにうろたえ混乱する患者や家族と、あまり猶予もないなかで接し、対話をする必要がある。そして、良好な関係性を構築し、プロフェッショナリズムを遂行するために努力しなければならない。

日本のICUにおいて、ICUを訪れる家族を対象に医師の服装と医療ケアの受け止められ方の関連を調べた研究がある¹⁾。この研究において、223の回答のうち医師の服装や見た目が患者のケアに関する評価に影響しないと答えたものは、わずか8%しかなかった。また、医師は名札をつけるべきだと答えたものが91%、患者は名字で呼ばれるべきだと答えたものは73%に上った。高齢者が多いER・ICUにおいて、患者を「おじいちゃん、おばあちゃん」などと呼ぶことに警鐘を鳴らす指摘は多い²⁾。

白衣についても指摘がある。日本の外来での研究では白衣の有無は満足度には影響しなかったが、70歳以上の高齢者は私服よりも白衣をより好んだ³⁾。上記の文献¹⁾では医師は白衣を着るべきとするものが59%であった。海外のICU、外来でも、医療者が白衣を着ることに好意的な意見が多い。ただし、患者満足度は白衣以外の因子（例えば患者の年齢、医師の診療科など）の影響も多いとされる^{4,5)}。

言葉遣いについても注意すべきである。敬語を用いない、高齢者に赤ちゃん言葉で話しかける、耳元で高い大声で話しかける、などはときに関係性を損ないかねない⁶⁾。私が初期研修医1年目の頃、指導医となった先生は、患者家族や多職種の信頼が非常に厚いことで有名であった。**「白衣を着る, 名札をつける, 挨拶と自己紹介を自分からする. まず人間同士の関係性を作っていただく努力**

をしる」と何度も指導された。

私達が担当する患者は、大勢の一部ではなく、1人の尊敬すべき人なのである。

■文献

- 1) Lefor AK. J Crit Care. 2018; 288-293. PMID: 28965038.
- 2) 寺沢秀一. In: 研修医当直御法度. 第5版; 2013. p.289-90.
- 3) Ikusaka M. Intern Med. 1999; 533-6. PMID: 10435357.
- 4) Au S. JAMA Intern Med. 2013; 465-7. PMID: 23420343.
- 5) Petrilli CM. BMJ Open. 2018; e021239. PMID: 29844101
- 6) 児玉知之. In: 戦略としての医療面接術; 2015. p.136-8.

〈石井潤貴〉

2

患者ニーズへの対応： 意見が医療者と家族で異なるとき

ER・ICUにおいて医師と家族が治療方針を巡って対立することはしばしば起こる。医療者と家族の意見対立は患者満足度に影響し、看護師など医療者にとって大きなストレスとなる^{1,2)}。対立を避けるための工夫は必要不可欠である。しかしながら同時に対立が起きてしまった際にどう対処するのがよいのかを知っておくことも重要である。

そこで本項では、

- 対立を避けるための意思決定プロセス
- 対立が起こってしまったときの対処法

に大別して述べる。

A. 対立を避けるための意思決定プロセス

2001年に米国医学研究所から発表された“Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”では医療の原則となる6つの核が提示されており、その1つに患者中心の原則がある。その説明として「個々の患者の好み、ニーズ、および価値観に敬意を表し、それに応じたケアを提供すること。ヘルスケア提供者のすべての臨床判断が患者の価値観から導かれること」とされている。また、米国救急医学会もそれを追認する形で「患者中心の医療は、医療を提供する上で家族の役割を認識し、患者、家族、および医療従事者の間の協力を奨励する健康管理へのアプローチである。個人および家族の強み、文化、伝統、専門知識を尊重すること」と述べ³⁾、「患者の尊厳、快適さ、自律性を尊重し、患者と家族を患者の医療における主要な意思決定者として認識する」という見解も発表している。

患者中心の医療を実践しようとするれば、自ずと医療者と家族の対立は最低限に抑えられるはずであるが、救急外来では、

- 混雑しており説明のための十分な時間がとれない
- 事前の方針が定まっていなかったり不明なこともある

●経過がわかりづらく、今後の予測も立てにくい

などの要素から最適と思われる方向性を見出しにくい。そうした不確実性を内包しながら意思決定を進めるために重要といわれているのが **shared decision making (SDM)** である。

SDMは「臨床医が特定の戦略をサポートするための最良の利用可能な証拠を議論し、各選択肢の賛否両論を議論し、患者は選択肢を検討する際に支援され、情報に基づく意思決定を達成することができる患者ケアモデル」と定義され、医師が主導で治療方針を説明する色合いの強いインフォームド・コンセントとは患者の意思決定への参加と決定権の保持という点で異なる⁴⁾。

米国での研究ではたとえ症状が重篤な局面であっても意思決定に関わりたいと考えている患者が多く、患者の希望を尊重することがよりよい方向性を見出すために重要とされ^{5,6)}、SDMによってよりよい方向性に意思決定がなされるとした報告も多い^{7,8)}。

B. 対立が起こってしまったときの対処法

そのうえで意見が対立した場合の対応はどうしたらいいのだろうか

1) 家族の拒否なのか患者の拒否なのかを明確にする

患者の意思が明確なのにもかかわらず家族が必要な治療を拒否することはあまり考えられない。問題が生じるときは患者の意思が不明確なときであろう。患者の意思決定能力が失われている際には、家族やキーパーソンが代理意思決定者として意思決定に関わらざるを得ない。よくある誤解は「代理意思決定者の価値観で意思決定してよい」というものである。実際には、**代理意思決定者は「患者本人の価値観」を推察して意思決定に臨まなければならない**のである。そのため、**決して「代理意思決定者の価値観」で意思決定をしてはいけない**ことを明確にする。もし代理意思決定者の価値観に基づいて意見の対立が生じているのであれば患者の価値観に基づいて意思決定がなされるように医療者が適切に誘導しなければならない。

2) 医師が必要だと思う処置に対して拒否を示す場合

まずは患者が正常な意思決定能力を保持しているのかを検討する必要がある。正常な意思決定能力を保持していないと考えられた際は医療者側が患者の価値観を推定しよりよいと思われる方針を決定する努力が必要となる。正常な判断能力を保持しながら治療を拒否する場合は止むなく離院を許可することに

なるがその際に必要な手続きとして“AIMED”（assess, investigate, mitigate, explain, and document）を覚えておく⁹⁾。すなわち、患者の判断能力を評価し（assess）、なぜそういうのか調べ（investigate）、不安などが背景にあるならそれを和らげ（mitigate）、丁寧に説明する（explain）。そして最終的に拒否するなら（拒否しなくてもだが）、過程を記録する（document）という過程をとる。また、離院の際には具合が悪くなったときや治療を受けたいと考え直した際はいつでも来院可能な旨を伝える。

3) 医師が不必要だと考える処置に対して患者の希望が強い場合

不必要である介入に対して患者の希望が強い場合、不必要と思われる介入のレベルに応じた対応が必要となる。

a) 検査や治療に害が伴う場合

軽症頭部外傷に対するCTのように施行することにより被曝などの害が生じる可能性がある処置を希望する場合は、その不必要性と害を念入りに説明すると納得が得られることが多い。にもかかわらず、患者や家族の解釈モデルが強くこちらの説明に応じてくれない場合は、

- トラブルになることで他の患者に不利益が生じないか
- 患者や家族の希望に理解できる理由がないか

などを検討し施行するか、毅然とした態度で介入を断るかを決定する。医療機関へのアクセスが自由な本邦では一見納得していても他の医療機関で希望する処置をしてもらおうという無意味なことが起きるので、患者家族の心情に敏感になろう。

b) 不利益も乏しいが効果も乏しいと思われる治療

経験のある医師はSDMの過程でも患者の経過をある程度正確に見通しよい方向に誘導できるが、救急外来に来院したり集中治療室に入室した直後は治療の効果や患者の経過を正確に見通すことが容易でない。この場合は無理に治療しない方向に誘導するよりも時間限定的な治療（time limited trial）を設定し、治療反応性によって今後の方向性を決めることが有効なことがある^{10, 11)}。