

分担研究報告書

臓器提供時の院内コミュニケーションに関する研究

研究分担者 三宅 康史 帝京大学医学部救急医学 教授

研究要旨：

救命救急センターに入院し、その病態ゆえに長期的(不可逆的)に意識障害が遷延する例では、治療を行う医療スタッフと家族を含む患者関係者との間で十分な意思疎通を図る必要がある。しかし現実には、医療スタッフ側の多忙、配慮不足の一方で、患者関係者側の動転、短い時間での患者本人、関係者（親族）間での価値観の相違など多くの因子が複雑に絡まり合っており、患者本人の推定意思の確認、関係者それぞれの病勢への理解度、今後の治療方針に関する全員のコンセンサスが深まらず、結果的に医療担当者と患者関係者との間の成熟した信頼関係構築の遅延や相互不信が広がる危険性がある。入院当初からその間に入り、医療カンファレンスへの参加と情報収集、患者家族との綿密な話し合いを持つことにより、医療スタッフ側の説明内容の細かな解説、患者家族の理解度の進み具合、そして現時点での問題と考えられる部分を把握した上で、中立的な立場に立ってその調整にあたる立場として、新たに“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”という役割を設定し臨床現場に適切に配置する事は、その解決策の一つとして医療スタッフ、患者関係者の双方にとって満足度の向上と言う点で大いに意味があると考えられる。その第一歩として、入院後に重度の意識障害が遷延する患者の家族・関係者に、疾患内容、今後の治療方針とケアの必要度、経済的・心理的問題を含め全面的にサポートする“入院時重症患者対応メディエーター”育成のための①研修テキストの作成、②育成・資格付与のための研修会の実施、③この職種の役割が現場で認められ更なる活躍の場を全国的に拡げるために診療報酬を算定出来るように準備すること、④研修会の展開と研修内容のブラッシュアップ、などを本研究の最初の目標とする。患者が、最終的に脳死に至った場合は、家族関係者に対して、その精神的な支援活動の一つとして臓器提供の機会が存在することの情報提供も行う。

研究協力者	笠原 俊志 熊本大学 救急・総合診療医学分野 教授
横田 裕行 日本医科大学 高度救命救急センター 教授	林 昇甫 JOT あっせん事業部
和田 仁孝 早稲田大学 大学院法務研究科 教授	別所 晶子 埼玉医科大学 総合医療センター 小児科
会田 薫子 東京大学大学院 死生学・応用倫理センタ ー特任教授	
北村 愛子 大阪府立大学 地域保健学域 急性看護 学分野 教授	
佐藤 圭介 帝京大学医学部附属病院 医療連携相 談室	A. 研究の目的
池田 弘人 帝京大学 医学部 救急医学 准教授	救命救急センターを中心とする重症患者受入れ医療

機関では、地域の救急医療機関の機能分化、ドクターヘリやドクターカーなど搬送方法の高速化、さらに高齢化、孤立化、貧困化の進行、異常気象なども相まって、より多くの重症患者が集中的に搬送されるケースが増えつつある。搬送後は、先進的な救命救急・集中治療医療が施され、超早期死亡は免れ一命は取り留める一方で、その後、本人・家族にとって大きな困難を伴う治療の選択とケアが長期にわたって継続される事になる。入院直後の超急性期においては、担当医療者は画像診断を含む初期評価と救命蘇生処置に続いて、他科を巻き込んだ根本的治療を施行し、その後は遷延性意識障害の評価、傷害を受けた各重要臓器の保護療法、重症感染症への対応、栄養管理、持病の悪化予防を続行することとなる。この間、近しい家族の一員に突如発生した非常事態に動揺を隠せない家族とその関係者に対しては、発症から現状までの診断・治療経過の説明を丁寧に行い、今後の治療方針、予後予測などを誤解なく正確に伝える使命がある。ただ、重症患者の集中治療と管理を少ないスタッフで交替しつつ継続し、スタッフ以上に動揺し疲労困憊した患者家族に対して十分な時間を取ってわかりやすく説明することは決して容易ではない。最も家族が説明を必要としその置かれた非情な立場に強く理解を求めている時に、患者治療に専念することに時間を取られてしまい、信頼される大切な医療者-患者家族関係を構築することが容易ではない状況は、現場経験の多い医療者にとっては日常的である。その上、発症段階から重症であるが故に、その予後が家族の期待を大きく裏切ることも少なくない。結果として重篤な病態に陥ってしまったことを患者家族に説明するに当り、相互の理解が進まない短時間のうちに、今後の厳しい予後を説明し理解を得る機会を作る事そのものが、担当する医療スタッフにとっては気が重く、説明のための時間を取るモチベーションを上げることが簡単ではない事もある意味真実であろう。

このような重症患者における急性期の医療者-患者家族間の、現状ではどうしても避けられない溝を埋めるために、その間に入って必要な情報共有を促進し、相互理解を深めつつ最終的に短時間での信頼関係を構築していくための手段として、両者間のメディエーションを行

う専属の職種を配置することは意義のあることと考えられる。

本研究では、入院後に重度の意識障害が遷延し本人から治療方針を含む意思確認が困難な症例において、その家族・関係者に、疾患内容、今後の大まかな治療方針とケアの必要度、起こってくる経済的・心理的問題を含め全面的に支援する職種を設定し、これを“入院時重症患者対応メディエーター”と呼称し、それを定義した上で専門的に行うべき役割を明確に設定すると共に、①メディエーター育成のための研修テキストの作成、②育成・資格付与のための研修会の実施、そのための講義資料の作成、講師の招聘、③この職種の役割が現場で認知され、更なる活躍の場を全国的に拡げるために診療報酬を算定出来るように準備すること、④研修会の全国展開のための専門の事務局の整備と研修内容のブラッシュアップ、などを本研究の第1の目標とする。そして患者が、最終的に脳死に至った場合は、家族関係者に対して、その精神的な支援活動の一つとして臓器提供の機会が存在することの情報提供も行う。

B. 研究方法

目標でも列記したように、まず、入院時重症患者対応メディエーターそのものを定義し、その役割を明確にする。そのためには、平成29年度からの2年間の「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」報告書を参考に、研究協力者の全面的な協力を得て、米国臨床倫理メディエーションの実際の業務とその具体例、そして本邦でも広まりつつある救急・集中治療医療領域におけるクリティカルケア看護師、救急認定ショーシャルワーカー、臨床心理士が関与する重症患者におけるメディエーションについての情報・資料の収集を行う。

それを元に、各職種の関与の仕方、業務内容を検討した上で、職種ごとの不足部分を補完し、職種・経験年数に関係なく隔たりのない標準的な資格として認定するためのテキストブック第1版の作成を、研究協力者、分担研究者と共に行う。

C. 研究結果

定義と役割

意識レベルが低下しているような重症患者においては、本人の意思決定能力は不十分であり、医療スタッフは本人の思想、心情、価値、人生観、死生観等を反映した個別で多様な人生の物語を知る家族らから話を聞き、本人がどのような人なのか、何を求めているのかを理解することが大切である。一方、入院時より意識レベルが低下しているような重症患者においては当該患者の診療に当たる医療チーム以外のスタッフによる患者家族のサポート体制の重要性が報告されている。このように意識レベルが低下しているような重症患者に特有な状況を理解した上で、メディエーション業務を行う者を「重症患者対応メディエーター」と定義する。

当事者間の対話を支援し、相互にポジティブな対話の実現するように支援するのがメディエーションであり、これを行う者はメディエーターと呼ばれている。医療現場におけるメディエーターの役割は、意思決定支援場面等での患者・患者家族と医療側の対話を支援し、信頼関係を構築・維持することである。メディエーターは、患者・患者家族に寄り添いながら、自らの見解や評価・判断は一切に示さず、ただ受け止めながら傾聴し、患者側の感情や表面的な主張にとらわれずに、その深層で患者や患者家族が本当に求めているものは何かを見極めていく。メディエーターは、医師や看護師等と異なり、医療チームの一員ではなく、第三の立ち位置を維持することが、患者家族との信頼を厳しい場面でも失わないために重要である。その上で、医療チームとの連携・協力や情報共有を行うこともメディエーターの重要な役割の一つである。

養成テキストブック

ここまで作成してきた入院時重症患者対応メディエーター養成テキストの目次を表1に示す。

表1

「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト(案)

<緒言>

<総論>

1. 救急・集中治療領域における重症患者の治療限界と救命困難例の支援
2. 重症患者対応メディエーターについて：呼称、定義
3. 救急医療におけるメディエーターの必要性と役割
4. メディエーターが知っておくべき臨床倫理
5. 意思決定支援
6. メディエーターの育成とサポート体制

<各論>

1. メディエーター業務の実際
 - a. 具体的な業務内容
 - b. 重症患者対応における患者家族との関係構築
 - c. 重症患者対応における診療チームとの関係構築(医師、看護師)
 - d. メディエーターと他職種との連携(MSW, 臨床心理士)
 - e. 起こりうる問題について考えてみよう
2. 急性期重症患者の病態と予後
 - a. 救急領域
 - b. 脳神経外科領域
 - c. 集中治療領域

実際のテキストブックの内容については、執筆者、主任研究者、分担研究者などによる調整の後に、初版として発行した上で、養成講習会を通じてブラッシュアップを繰り返し、第1版の完成版とする予定である。

D. 考察

「入院時重症患者対応メディエーター」の必要性、役割に関しては、目的、結果の中でも記してきた。その新たな役割を担う既存の職種として、看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士が挙げられている。看護師の場合には、病態の把握や今後の状態の変化などに関しては、

深い知識と経験があり、その点では医療チームとの患者情報に関する診療情報の共有と言う点では有利である。また、チーム医療の利点に関しても十分理解が進んでいると考えられる。救急・集中治療や癌における終末期ケアにも携わることが多い。そのため、家族支援の中でも、病態の理解の促進や看護師として治療方針決定支援、寄り添える看護などでの活躍が期待できる。そして医療機関における人員そのものの数が多いことにより、互いにカバーし合うことが可能となり、役割を果たす上でも非常に有利に働く。医療ソーシャルワーカーにとっても、その業務として、療養中の心理的、社会的問題の解決、調整援助という業務が掲げられており、メディエーターとしての役割を十分に果たすことが可能と思われる。特にソーシャルハイリスクの症例で、患者とむしろ疎遠であった親族・関係者しかいない場合の、非協力的な態度に陥る原因となりがちな医療保険の有無、医療費の支払い、中長期的な経済的問題に対する相談支援を積極的に行うことにより、家族・関係者の関心を患者の病態そのものへ向かわせることで、医療側スタッフとの重大な治療方針の決定などに集中して関与してもらえる可能性が高い。臨床心理士にとっては、突然の出来事に心身共に混乱し、その後大きな疲労感と無力感、悲嘆に暮れる患者家族・関係者に対して、専門的立場から効果的なこころの支援を行うことが可能である。その中で、問題点の抽出と解決策の提示を行い、それをチームで共有して全員で解決に当る中で、患者家族・関係者の心の安定を取り戻し、医療スタッフとのスムーズな信頼関係を構築していけるのではないだろうか。そのための共通のテキストブックの作成はその根本であり、意義は非常に大きい。

バックグラウンドの違う職種に対して、育成・資格付与のための研修会の実施、そのための講義資料の作成、講師の招聘、そして研修会の全国展開のための専門の事務局の整備と研修内容のブラッシュアップ、などは次年度以降の研究となるが、これまで、外傷初期診療（JATEC）、脳卒中初期診療（ISLS）、救急現場における精神科問題の初期対応（PEEC）、母体救命アドバンスコース（J-MELSアドバンス）など、多くの医療者向け教育コースの開発、テキストブックの作成、コース開催と

そのブラッシュアップに関与してきた経験から、まずテキストブック初版を作成し、それを基にコースを開催し、そのコース開催を通じて、処々の問題や疑問点を見いだし、新たに活動を始めるメディエーターという実務経験からのフィードバックを加えて、毎年より良いテキストブックの改訂、より進化したコースの開催を継続していくことが肝要である。

これとは別に、特に早期実現のために医療機関側として重要案件となる診療報酬への算定について、日本救急医学会から「入院時重症患者対応加算」として新たに要求している事を申し添えておく。

もう一つ明確にしておく必要があるのは、医療機関の中で十分な支援と保護を受けつつ、その役割を十二分に発揮してもらうための支援体制作りと考えられる。そのために「入院時重症患者対応メディエーター」を採用する医療機関では、その役割とその効果を十分理解した医療安全担当副院長クラスの直属とし、その支援・庇護の下で、複数人の専属メディエーターが相互に情報共有しつつ、休日夜間を含めた対応が出来るような組織図の構築が必要であり、これまでのクリティカルケア看護師、救急認定ショーシャルワーカー、臨床心理士が関与する重症患者におけるメディエーションなどを参考にして、その安定した運用のためのシステムを早急に構築する必要がある。

そしてこの「入院時重症患者対応メディエーター」による活動が起動した折には、その活動が当初の目的を達成したか否かの評価を定期的に繰り返し行う行為が重要であり、その評価指標の作成も必要となる。それを基に、養成のための講習会の内容を改善し、講師及び受講者の相応しい適性・特徴を把握しつつ、臨床現場で高い評価を受けるべく、なくてはならない存在としての「入院時重症患者対応メディエーター」を養成し、臨床現場で期待に応えられる役割を担ってより一層活躍することが期待される。

E. 結論

残念ながら、今後も入院時から病態そのものが重篤で強い意識障害が継続する症例、あるいは病態の進行により不可逆的な意識障害が生じる症例がなくなることはない。ただ、患者家族のみならず、治療に従事する医療スタッフ自身が、結果がどうであっても患者家族から感謝されるような医療を目指したいと願う。それが救急・集中治療を生業とする医療スタッフ共通の望みであり、それであってこそ新たに救急・集中治療を目指す優秀な若手研修医がこの領域を目指すモチベーションになると信じている。その中で、不幸にも最終的に脳死に至った症例の家族関係者に対して、将来にわたる精神的な支援活動の一貫としての臓器提供の機会が存在することの情報提供を行うことは、双方の満足度の向上のために必要な過程であると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

2019年5月30日~6月1日第22回日本臨床救急医学会(アバローム紀の国 会長:加藤正哉 和歌山県立医大 教授)にて、「入院時重症患者対応メディエーター育成に向けて」セッションを設け詳細を報告予定。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【参考文献】

1. 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～
2. 平成30年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」
3. 平成29年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」
4. 清水哲郎:『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ2016年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016.
5. 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>
6. 会田薫子：患者の意思を尊重した医療およびケアとは：意思決定能力を見据えて。日本老年医学会雑誌 2013;50(4):487-490.
7. 清水哲郎：生物学的<生命>と物語られる<生>—医療現場から。哲学 2002;53(1):1-14.看護, 38:672-679,2015.
8. 日本医師会生命倫理懇談会：『「説明と同意」についての報告』、1990.
9. 清水直樹：小児集中治療における終末期医療の特徴と課題 — 両親とどう関わるか。ICUとCCU 31:215-221,2007.

10. Roter D: The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns 39:5-15,2000.

11. 清水哲郎:『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016 年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016.

12. Iserson KV: Is informed consent required for the administration of intravenous contrast and similar clinical procedure? Annals of Emergency Medicine 49:213-233,2007.

13. 前田正一:第4章インフォームド・コンセント、前田正一・氏家良人共編『救急・集中治療における臨床倫理』、克誠堂出版、東京、2016、pp.41-54.

14. 有賀徹:救急医療と生命倫理 — 救急医療における倫理的な視点・考え方について、有賀徹・手嶋豊共編、『シリーズ生命倫理学第10巻 救急医療』、丸善出版、東京、2013、pp.1-15.

15. 日本外傷学会、日本救急医学会監修：外傷初期診療ガイドライン JATEC 改訂第5版、2017、へるす出版

16. 日本救急医学会、日本神経救急学会、他監修：ISLSガイドブック 2018、へるす出版

17. 日本臨床救急医学会 総監修：救急現場における精神的問題の初期対応 PEEC ガイドブック改訂第2版、2018、へるす出版

18. 日本母体救命システム普及協議会 総監修：母体救命アドバンスガイドブック、2017、へるす出版

「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト(案)

<緒言>

<総論>

1. 救急・集中治療領域における重症患者の治療限界と救命困難例の支援
2. 重症患者対応メディエーターについて：呼称、定義
3. 救急医療におけるメディエーターの必要性と役割
4. メディエーターが知っておくべき臨床倫理
5. 意思決定支援
6. メディエーターの育成とサポート体制

<各論>

1. メディエーター業務の実際
 - a. 具体的な業務内容
 - b. 重症患者対応における患者家族との関係構築
 - c. 重症患者対応における診療チームとの関係構築（医師、看護師）
 - d. メディエーターと他職種との連携（MSW、臨床心理士）
 - e. 起こりうる問題について考えてみよう
2. 急性期重症患者の病態と予後
 - a. 救急領域
 - b. 脳神経外科領域
 - c. 集中治療領域

表 1.PDF

「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト
括弧内は担当者（敬称略）

<緒言> （横田）

<総論>

1. 救急・集中治療領域における重症患者の治療限界と救命困難例の支援
(横田)
2. 重症患者対応メディエーターについて：呼称、定義 （和田）
3. 救急医療におけるメディエーターの必要性と役割 （和田）
4. メディエーターが知っておくべき臨床倫理 （会田）
5. 意思決定支援 （会田）
6. メディエーターの育成とサポート体制 （三宅）

<各論>

1. メディエーター業務の実際
 - a. 具体的な業務内容 （別所）
 - b. 重症患者対応における患者家族との関係構築 （別所）
 - c. 重症患者対応における診療チームとの関係構築（医師、看護師）（北村）
 - d. メディエーターと他職種との連携（MSW, 臨床心理士）（佐藤、別所）
 - e. 起こりうる問題について考えてみよう （別所）
2. 急性期重症患者の病態と予後
 - a. 救急領域 （三宅）
 - b. 脳神経外科領域 （名取）
 - c. 集中治療領域 （笠岡）

<総論>

1. 救急・集中治療領域における重症患者の治療限界と救命困難例の支援

救急・集中治療においては、適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと思われる状況に至ることがある。その際の医療スタッフの対応は、患者の意思に沿った選択をすること、患者の意思が不明な場合は患者にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましい¹⁾。救急・集中治療における救命困難な状況とは、①不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む）であると十分な時間をかけて診断された場合、②生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合、③その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される場合、④回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合等が該当する²⁾。

突発的な外傷や突然の疾病により、緊急入院した救急患者において、上記のような状態が生じることがあるが、その際、患者の家族は、精神的に不安定であり、治療方針やその内容の理解が困難である場合がある。一方、患者の病態変化が激しいために、救急医、集中治療医や脳神経外科医等の医療スタッフがそれらの対応に追われ、患者家族への説明に十分な時間を確保することができない状況が生じうる。結果として、患者家族が十分納得した治療とならない状況が発生しうる。

以上のような理由により、救急・集中治療の対象となるような重症患者の治療に際しては、その家族へのサポート体制が非常に重要である。急性疾患で救命困難である場合、医師、看護師以外の職種による、患者家族サポート体制の重要性も報告されており、チームとして対応することが重要である³⁾。

本テキストでは、救急・集中治療領域における重症患者、そしてその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる、重症患者対応メディエーターの役割、業務内容等について解説する。

【参考文献】

1. 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～
2. 平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」
3. 平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」

【参考資料】

入院時重症患者、特に救命困難な患者の 対応について

- 救急・集中治療においては（中略）、適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと思われる状況に至ることがある。その際の医療スタッフの対応は、患者の意思に沿った選択をすること、患者の意思が不明な場合は患者にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましい（中略）。

（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～）から）

- 「患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服・生活の再設計を援助すること（平成14年11月29日の厚生労働省健康局長通知1129001号）」は重症患者の対応に関しても重要である。
- 急性疾患で救命困難である場合、医師、看護師以外の職種にも患者家族のサポート体制の重要性が明らかとなった。
（平成29年度厚生労働科学研究費補助金「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」から）

家族支援の重要性

- 突発的な外傷や突然の疾病により入院した救急患者の家族は、精神的に不安定で治療方針やその内容の理解が困難である。
- 患者の病態変化が激しいため救急医、集中治療医や脳神経外科医等医療スタッフもそれらの対応に追われ、患者家族への説明に十分な時間を確保することができない状況がある。



患者家族が十分納得した治療とならない場合が発生



- 医師、看護師に加えて、入院時重症患者対応メディエーターがチームを編成する。
- チームで情報交換を行い、患者及び患者家族の対応を行う。
- 患者・患者家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際意思決定を支援する。

メディエーターの院内での役割

- 入院時重症患者対応メディエーターがチームを編成する。
- チームで情報交換を行い、患者及び患者家族の対応を行う。
- 患者・患者家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意味決定を支援する。



メディエーターの位置づけが重要

入院時重症患者メディエーターの効果

- 救命救急センターや集中治療室等でも重症患者の対応における患者・患者家族の満足度の向上につながる
- メディエーターは、重症患者の診療過程における家族の意思決定を支援する。
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際に、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。

平成30年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」（研究分担者 三宅康史）

2. 重症患者対応メディエーターについて：呼称、定義

当事者間の対話を支援し、相互にポジティブな対話が実現するように支援するのがメディエーションであり、これを行う者はメディエーターと呼ばれている。医療現場におけるメディエーターの役割は、意思決定支援場面等での患者・患者家族と医療側の対話を支援し、信頼関係を構築・維持することである。メディエーターは、患者・患者家族に寄り添いながら、自らの見解や評価・判断は一切に示さず、ただ受け止めながら傾聴し、患者側の感情や表面的な主張にとらわれずに、その深層で患者や患者家族が本当に求めているものは何かを見極めていく。メディエーターは、医師や看護師等と異なり、医療チームの一員ではなく、第三の立ち位置を維持することが、患者家族との信頼を厳しい場面でも失わないために重要である。その上で、医療チームとの連携・協力や情報共有を行うこともメディエーターの重要な役割の一つである。

意識レベルが低下しているような重症患者においては、本人の意思決定能力は不十分であり、医療者は本人の思想、心情、価値、人生観、死生観等を反映した個別で多様な人生の物語を知る家族らから話を聞き、本人がどのような人なのか、何を求めているのかを理解することが大切である。一方、入院時より意識レベルが低下しているような重症患者においては当該患者の診療に当たる医療チーム以外のスタッフによる患者家族のサポート体制の重要性が報告されているところである。

上記のごとく、意識レベルが低下しているような重症患者に特有な状況を理解した上で、メディエーション業務を行う者を「重症患者対応メディエーター」と定義する。

3. 救急・集中治療におけるメディエーターの必要性と役割

救急医療や集中治療が必要となる患者の家族は心理的に混乱していることが多く、また医療者側も急激に変化する病状に対応すべく診療に専心しなければならない結果、両者間のコミュニケーションが十分に確保されない状況が生じうる。このような状況では、情報共有の欠如や相互の状況への無理解が進む結果、患者家族が十分納得した診療につながらないという事態に陥ることがありうる。

また、救急・集中治療においては、適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと思われる状況に至ることがある。その際の医療スタッフの対応は、①患者の意思に沿った選択をすること、②患者の意思が不明な場合は患者にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましいが、②のように患者の意思が不明な場合は、患者の家族が治療方針を決定する機会が多くなる。

このような重症患者に対する診療における特有の状況において、意思決定支援場面等での患者・患者家族と医療側の対話を支援し、信頼関係を構築・維持するという役割を担う者として重症患者対応メディエーターが必要となる。

意識レベルが低下している患者の診療にあたり、医師、看護師等による医療チームとともに、重症患者対応メディエーターが入院時より関与し、相互に情報交換を行いながら、患者及び患者家族の対応を行いながら、患者・患者家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援し、また、患者・家族の意向を医師等医療スタッ

フに伝えること、患者・家族が納得した治療が実施することを支援する。

4. メディエーターが知っておくべき臨床倫理

本項のポイント

- ・臨床倫理の中心的な役割は意思決定支援にある。
- ・意思決定は患者（患児）・家族と医療ケアチームの共同行為である。医療ケアチームは診断や治療法の選択肢について説明するだけでなく、患者（患児）本人の家族が本人の最善の利益を実現するために意思決定できるように、一緒に考えることが求められている。
- ・救急医療/集中治療においてインフォームド・コンセントを得ることが物理的に困難な場合、それは免除されるが、超急性期の介入の後などに物理的に余裕のある状況になったら、処置の内容や急いだ理由になどについて本人や家族らに説明する。説明が可能ではない場合でも、遅滞なく記録する。

はじめに — 臨床倫理とは

医療やケアの意思決定はどのように行われるべきか。これは臨床倫理の中核の課題である。

臨床倫理は医療とケアの現場で、医療・ケア従事者が患者・家族と応対しながら治療とケアを進めていく際に起きる諸問題について、「どうするのがよいか、どうすべきか」を、患者（患児も含め、以下、本人と記載）を中心に考える営みといえる。チーム医療が推進されている現代、臨床倫理は本人に関わるすべての職種がチームで対応すべきものである。メディエーターは臨床倫理に関する知識を身につけて、実践できるようになることが重要である。

臨床倫理の中心的な問いは、本人が直面する、あるいは直面している治療とケアに関する選択の問題であり、どのようにその選択に至るか、複数の選択肢からどのように1つを選択するか、また、そのための意思決定プロセスをどのようにたどり合意形成するのかが検討の対象となる。1)

臨床倫理が扱うのは、本人の医療やケアに関する具体的な問題であり、一人ひとりのケースごとに検討を要する。医療チームは、本人にとっての最善につながる意思決定のために何ができるのかを探り、現実的な解決策や着地点を見出すことが求められる。

倫理的姿勢と倫理原則

臨床現場での倫理的姿勢にはどのようなものがあるだろうか。例えば、「患者さんにとって最善の治療法を選択しましょう」、「患者さんの意思を尊重しましょう」、「患者さんのQOLを高くしましょう」、「患者さんの苦痛を少なくしましょう」、「患者さんの気持ちを理解しましょう」、「ご家族にも理解してもらいましょう」、「どの患者さんにも公平に接しましょう」などは、すべての医療ケア従事者に共通する基本的な倫理的姿勢といえる。

こうした医療ケア従事者の倫理的な姿勢のなかで類似のものをまとめて抽象度を上げて概念化すると、清水の理論においては「人間尊重」、「与益」、「社会的適切さ」

という3つの倫理原則になる。それを米国の生命倫理学(bioethics)の4原則と対応させると以下のようなになる。

臨床の倫理原則

ビーチャム& チルドレスの4原則	清水の3原則
respect for autonomy (自律尊重)	人間尊重
beneficence (与益) 善行	与益
non-maleficence (無危害)	
justice (正義・資源配分の公正さ)	社会的適切さ

「人間尊重」原則は相手を人として尊重しつつ医療とケアを進めることに関連する。「与益」原則は本人の益になるように、害にならないように医療とケアを行うこと、つまり医療とケアの目的に関連する。米国の生命倫理学では「与益」と「無危害」を別々に原則化しているが、臨床現場では益と害を相対化し、本人の視点から最も益が大きい選択肢を選ぶこと求められるので、清水理論では相対化して「与益」原則として示されている。

「社会的適切さ」原則は医療とケアの資源利用や資源配分の公平さ、および法やガイドライン等の遵守などの社会的な側面に関連する。

次に、これらの原則のなかで特に米国の生命倫理学の考え方と異なる「人間尊重」原則について述べる。

「人間尊重」原則 — 「自律尊重」原則との異同

「人間尊重」原則には生命倫理学でいうところの「自律尊重」原則も含まれる。つまり、本人が意思決定能力を有し自己決定を望む場合にはそれを支援する。しかし、患者は疾患や外傷をもち、自己決定が困難な場合が多い。意識障害を有しない場合であっても、今後のことに関する不安などの感情は、理性的な判断を困難にする。また、特に高齢者においては意思の確認そのものが困難なことが少なくない。したがって、日本老年医学会の終末期の医療とケアのガイドラインである「立場表明 2012」2)の立場-2「個と文化を尊重する医療およびケア」が示すように、「認知機能低下や意識障害などのために患者の意思の確認が困難な場合であっても、以前の患者の言動などを家族などからよく聴取し、家族などとの十分な話し合いの下に、患者自

身の意味を可能な限り推定し、それを尊重することが重要」である。

また、高齢者の発言に限ったことではないが、日本人が何らかの言語表現を行う場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常のことである。明確な自己表現を控えることを伝統的に求められてきた日本社会においては、現代の臨床上的意思決定の場において明確な自己表現を求められても、それを躊躇する人が少なくないのはむしろ自然である。3)

その意味で、日本文化のなかで本人が言語化したことは「気持ちの何らかの表現」であり、そのものではないことが多いことには留意が必要である。

そのようなわけで、「人間尊重」原則に沿った医療とケアは、上記のことを念頭に、本人を人として尊重するために本人がどのような人なのかを理解しようとするところによって行われる。医療ケア従事者には、本人を中心に家族ら関係者とともに共同で意思決定プロセスを進めることが求められる。その際、重要なのはよりよいコミュニケーションと、共感をもったケア的態度で接することである。それは信頼関係の醸成にもつながる。

本人を理解しようとする姿勢 — 人生の物語りへの視点

本人がどのような人なのかを理解するためには、本人の人生の物語りを理解しようとする姿勢が必要となる。本人がこれまでの人生において何を大切にし、どのように生きてきたのかを知ろうとする姿勢である。

人は誰でも選好、思想信条、価値観、人生観、死生観等を持ち、それを反映した個別で多様な人生の物語りを生きている。日常の中でいつもそれに自覚的ではなくとも、一人ひとりそれぞれの選好や価値観を反映させて日々暮らしている。4)

医療ケア従事者は、本人の人生の物語りを知る家族らから話を聞き、本人がどのような人なのか、何を求めているのかを理解することが大切である。

現在、日本社会では独居老人が増えているが、ほとんどの人にはその人の人生の物語りを一部でも知る人が存在するものである。家族や知人以外でも、行政関係者らが何らかの情報を持っていることもある。

しかし、なかには天涯孤独で地域とのつながりも一切なく、本人の人生の物語り情報を知る人が誰もいない場合もある。そのときは、その地域での標準的な医療とケアで対応することが現実的な選択といえるだろう。

【文献】

- 1) 清水哲郎：『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016。
- 2) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」 <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>
- 3) 会田薫子：患者の意思を尊重した医療およびケアとは：意思決定能力を見据えて。日本老年医学会雑誌 2013;50 (4) :487-490。
- 4) 清水哲郎：生物学的＜生命＞と物語られる＜生＞—医療現場から。哲学 2002;53(1):1-14. 看護, 38:672-679, 2015。

5. 意思決定支援

意思決定型の変遷と発展

臨床上的の意思決定は本人にとっての最善を実現するために行われる。歴史上の長い期間にわたり、意思決定は父権主義（パターナリズム）的な考え方によって行われてきた。これは医療の玄人である医師が、本人のために本人にとっての最善を実現しようとして採られてきた方法であったが、本人の意思が尊重されにくく、本人にとっての最善の実現につながらないことが少なくないことが問題であった。

この伝統的な方法に対し、米国で1960年代に反発が起こった。本人にとっての最善を実現するためには、本人が自分の価値や事情を考慮して自分自身で最善の道を選択することが認められるべきという運動が起こったのである。それは患者の「自律 (autonomy)」を尊重し、本人の「自己決定」を実現すべきという考え方であった。これは米国で1970年代に成立した新しい学問である生命倫理学（バイオエシックス、bioethics）の思想の核となった。

本人の自律を尊重し「自己決定」を実現する意思決定モデルでは、医師は診断結果や治療法の選択肢などの医療情報を本人に説明し、本人が自分で決定する。つまり、意思決定が分業化された状態である。

その「自己決定」が日本の臨床現場に本格的に導入されたのは1990年代¹⁾だが、ここでいう「自己決定」は日本では馴染みにくく、当惑した医師が少なくなかった。

小児救急・集中治療の分野では、患児の親に対して治療の選択肢を等価にならば、決めるのは親であるという態度をとる医師は、痛みを伴うこともある選択と責任の重荷のすべてを親に任せ、判断の責任から逃げているという指摘もみられる。²⁾

同様に米国でも、こうして意思決定を分業する意味とその効果について疑義が呈されるようになった。つまり、この方法は一見、本人の意思を尊重しているかのようにみえるが、本人にとって最善の選択に至っているかどうかは疑問であり、また、本人にとって最善の結果をもたらすという医療者の本来の役割を果たすことになっているかどうかも疑問であるとみなされた。

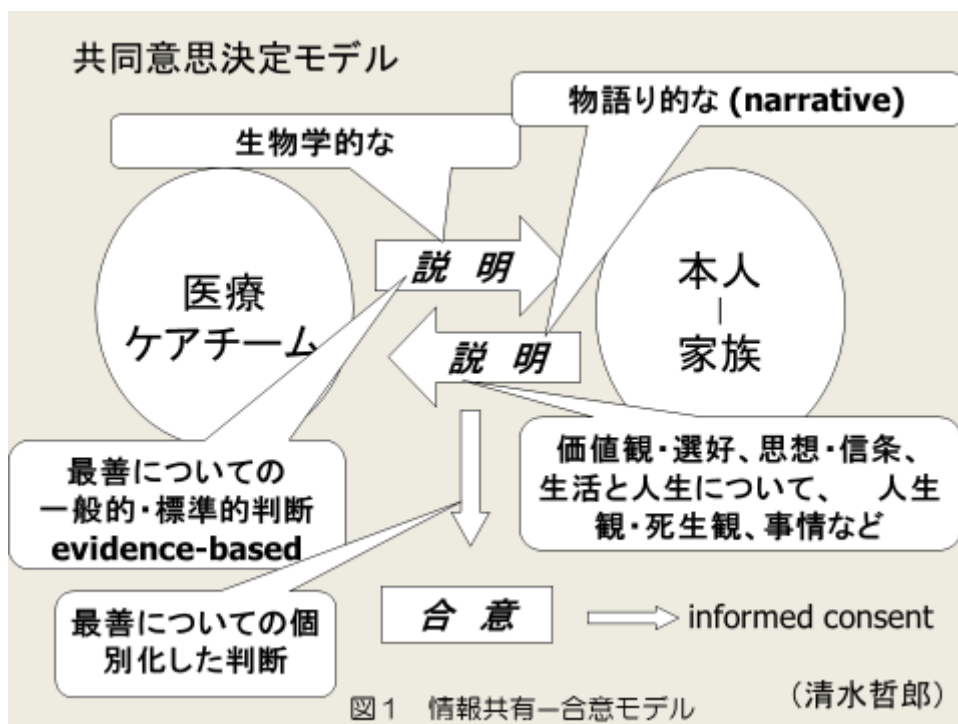
そこで、狭義の自律尊重に偏るのではなく、医療者側と本人側が情報を共有し、本人の最善の利益の実現のために一緒に考えて決定する共同意思決定（SDM：shared decision-making）という考え方が提唱されるようになった。³⁾

共同意思決定型（SDM）は、自己決定型からパターナリズム型へ振り子が半分戻ったものではなく、より上位の概念に収斂したとみるべきものである。それは、両者間で情報を共有し、話し合っただけで意思決定しようとするのではなく、対話によるダイナミズムが発生し、医療・ケアチーム側も本人・家族側も考え方や意思が変化し得る可能性があるからである。そうした互いの変化は更なる対話によってまた相互に影響しあう。相互に触媒になることによって、さらに思考が深化することもある。これは単に、双方で自分自身の考え方の偏りに気づく以上の変化である。

そのため、意思決定のための対話を進めると、当初、医療者が提示した選択肢だけでなく、その選択肢を一部変化した選択肢が考案されたり、当初は検討の対象外であった方法が選択肢として浮上したりする可能性もある。対話による意思決定

は創造的なものであり、意思決定の分業化とはその性質とレベルが異なる。パターンリズム時代への逆流ということではまったくないのである。

以下の「情報共有—合意」モデル(図1)は、清水理論における共同意思決定モデルである。



救急医療におけるインフォームド・コンセント

意思決定上の対話を経て、検査や治療に関するインフォームド・コンセント(IC: informed consent)を本人あるいは代理人から得る。意思決定において本人の意思を尊重することは基本であり、一般にICを得ることはその具現化であるといわれる。現代では、本人からICを得ることが可能な状況においてそうすることは、臨床倫理の基本であり法理でもある。

共同意思決定型におけるICは、医療・ケアチーム側と本人側の間で情報共有しながら共同意思決定を進めていくプロセスを経たうえで双方が至った合意であるという考え方もある。⁴⁾

救急医療分野でも、「ICは医師が患者と情報を共有し、患者が情報を適切に理解していることを確認し、患者に医療を行うことについて本人から協力と許可を得るためのコミュニケーションのプロセス」と説明している文献もある。⁵⁾

しかしながら、救急医療に携わる医療者誰もが認識しているように、緊急事態においては本人からICを得ることは物理的に不可能な場合が多い。そうした場合、ICを得ることは免除される。⁶⁾

もし、ICを得ようとして治療に遅滞を来たし患者に不利益を与える結果を招いたならば、職業倫理上の責任を問われることになるだろう。ICを得ることができない状況における医療行為は「最善の利益」の原則に則って行われる。

一方、超急性期の介入の後で時間的に余裕のある状況になったら、処置の内容や

急いだ理由について、本人や家族らに説明する。説明が可能ではない場合でも遅滞なく記録する。後日、急いだ理由などを説明する際にはこうした記録が拠り所となる。⁷⁾

【文献】

- 1) 日本医師会生命倫理懇談会：『「説明と同意」についての報告』、1990.
- 2) 清水直樹：小児集中治療における終末期医療の特徴と課題 — 両親とどう関わるか. ICU と CCU 31:215-221, 2007.
- 3) Roter D: The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns 39:5-15, 2000.
- 4) 清水哲郎：『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016 年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016.
- 5) Iserson KV: Is informed consent required for the administration of intravenous contrast and similar clinical procedure? Annals of Emergency Medicine 49:213-233, 2007.
- 6) 前田正一：第 4 章インフォームド・コンセント、前田正一・氏家良人共編『救急・集中治療における臨床倫理』、克誠堂出版、東京、2016、pp. 41-54.
- 7) 有賀徹：救急医療と生命倫理 — 救急医療における倫理的な視点・考え方について. 有賀徹・手嶋豊共編、『シリーズ生命倫理学第 10 巻 救急医療』、丸善出版、東京、2013、 pp. 1-15.

6. メディエーターの育成とサポート体制

入院時重症患者対応メディエーター（以下、メディエーター）を担当する職種としては、看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士等が考えられる。その中でも、重症患者が緊急入院することが多い、救命救急センター、脳神経外科病棟、集中治療部等での勤務経験があることが望ましい。

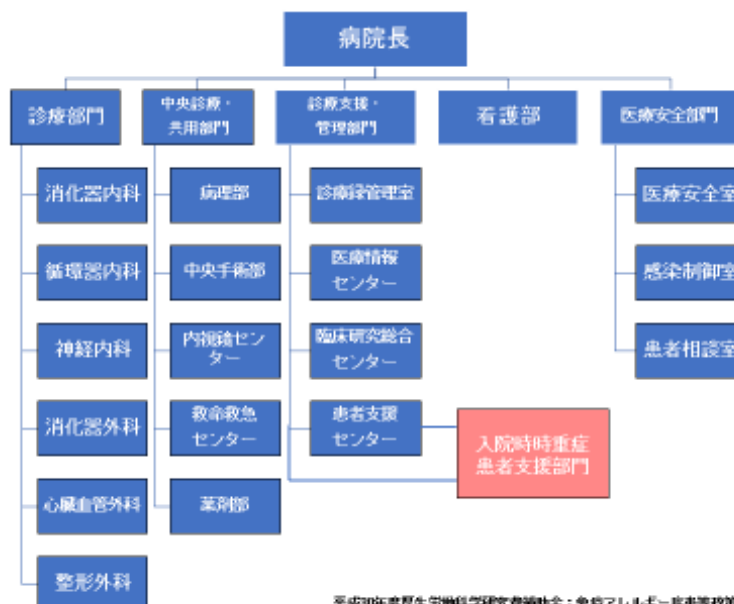
メディエーターの育成に当たっては、日本臨床救急医学会が開催する講習プログラム等を利用し、メディエーターの役割とその重要性、実際の業務の他、身につけておくべき、臨床倫理や医学的事項についても学ぶことが重要である。

メディエーターを含むチームによる重症患者・患者家族のサポート体制の確立は、各医療機関が一丸となって取り組むことが望ましいと考えられ、その為には、院内に入院時重症患者支援部門等を設置し（図1）、メディエーター業務をサポートすることが重要である。

前述のような講習プログラムに、メディエーターとして実際に従事する者のみならず、重症患者対応時にメディエーターが実際に連携する医師や各施設においてメディエーターが所属する患者支援部門等の医師が参加することで、院内でのメディエーターの位置づけ、役割が幅広く認識され、より円滑な業務につながると思われる。

(図1)

支援部門の位置付け（例）



平成30年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に関する研究」（研究分担者 三宅史史）

<各論>

1. メディエーター業務の実際

a. 具体的な業務内容

○本項では、救急医療、集中治療において、重症患者対応メディエーターがどのような業務を遂行すべきか、業務の実際について述べる。

- まず、救命救急センター等に意識状態の低下した重症患者が入院した際、主治医、看護師等から当日のうちに連絡をもらい、できるだけその日の内に家族と面談する（別章「家族との関係構築」参照）。次に、医師、看護師、メディエーターによるカンファレンスを開催する。そこではメディエーターが家族から聴いた話をもとに、家族に対してどのような病状説明をするか話し合う。医療スタッフによる話し合いをもとに、医師、看護師、メディエーターが同席して、家族に対してどのような治療があるかという選択肢を提示する。その場では、メディエーターは参加者全員が自分の気持ちや疑問を発言できるような環境作りを行う。その後、メディエーターと家族とで意思決定のための話し合いを行う。ここではメディエーターは、家族がその結論に至ったプロセスを注意深く聴き取ることが重要である。更に医師、看護師、メディエーターとで再度カンファレンスを開き、メディエーターは家族がその結論に至ったプロセスを説明し、家族が出した結論を医療スタッフ全員が承認できるかどうかについて話し合う。医療スタッフ全員が承認すれば、医師、看護師、メディエーターが同席して家族の意向を再確認し、メディエーターと家族が再度面談し、メディエーターは家族が医師からの説明を理解しているか確認し、フォローする。最終的に、メディエーターは患者が退院するまで継続して家族に情緒的サポートを提供する。

重要なことは、医療スタッフ全員が家族の結論を承認するのであれば、家族に対して家族の決断が最善のものであると保証することである。医師と話す「結論」になりがちだが、メディエーターはその過程の「揺れ」に付き合うことができることも重要な役割の1つである。（別所 2018）

- 筆者がトレーニングを受けた米国の緩和ケアチームにおいては、患者がいよいよターミナルフェーズに入りそうだと判断されると、必ず多職種からなるファミリーカンファレンスというものが開催される。これは、家族と医療チームが、治療とケアのゴールについて話し合う共同意思決定の場である。話し合われる内容は主に「診断」「予後」「治療のオプション」「オプションの結末」といった項目である。

ファミリーカンファレンスは医療スタッフと家族が共同意思決定するに当たって有用なモデルであり、救急医療・集中治療領域での重症患者対応の場面においても有用であると考えられる。

ファミリーカンファレンスを実施する際の手順について説明する（図1）。①計画す

る…メディエーターは、いつ・どこで・誰がカンファレンスを開催して参加するか決め、参加予定者に知らせる、②開始する…参加者全員を紹介し、その日の議題を提案し、患者の状態について参加者それぞれがどのように理解しているか明らかにする、③対話する…メディエーターは話すより聴くことに重点を置き、ケアの明確なゴールを打ち立てる努力をする。ケアの明確なゴールについて、家族と医療スタッフが合意するための方法は、a) 状況を短く再確認する、b) 警告する、c) 予後についてハッキリと話し合う、d) 沈黙を許す、e) 患者の幸せについて、医療スタッフの心配事や希望を家族に伝える、f) 家族全員がそれぞれ何を望んでいるのか探索する、g) 治療の差し控えと積極的な治療オプションについての具体的な情報を提供する、h) 合意が得られなければ、更なるミーティングを計画する、④終結する…その日の議題を見直し、全ての課題が網羅されたか確認し、合意された内容を再確認し、次にいつ会うか話し合い、カンファレンスに参加してくれたことについて全員に感謝を述べる、⑤実行とフォローアップ…メディエーターは、a) ケアのゴールについてその他の医療スタッフに伝える、b) ケアの次のステップがきちんと行われているか確認する、c) フォローアップカンファレンスを開催する。ここでも、家族の決断が最善のものであると医療スタッフが保証することが重要である (Feudtner 2007)。

(図1)

Family Conference

◆家族と医療チームが、治療とケアのゴールについて話し合う=**共同意思決定**の場。

◆話し合われる課題:「診断」「予後」「治療のオプション」「オプションの結末」

①「計画する」

②「開始する」

③「対話する」 a) 状況を短く再確認する、b)「警告」を発する、c) 予後について明確に伝える、d) 沈黙を許す、
e) チームの心配と希望を伝える、f) 全員が何を望んでいるか探索する、
g) 緩和ケアと積極的な治療オプションについて具体的な情報を提供する、
h) 合意が得られなければ更なるカンファレンスを計画する。

④「終結する」

⑤「実行とフォローアップ」 a) 治療とケアのゴールについてその他の医療スタッフに伝える、
b) 話し合われたことが実行されているか確認する、
c) フォローアップカンファレンスを開催する。

◆**家族の決断が最善のものであると保証する。**

(Meyer 2011)

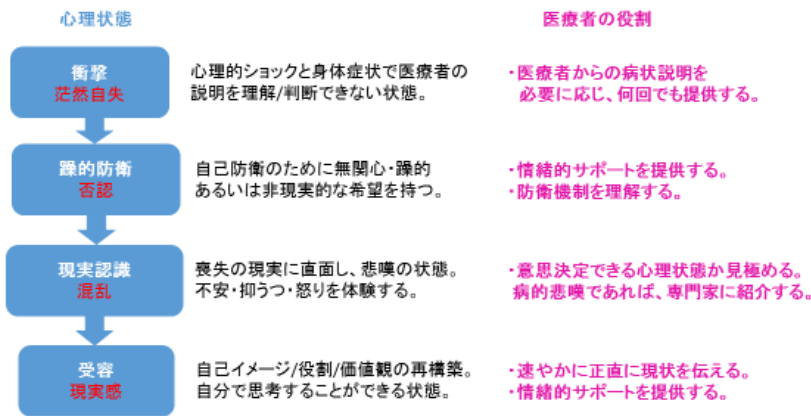
b. 重症患者対応における患者家族との関係構築

○本項では、救急医療、集中治療において、重症患者対応メディエーターと患者家族の関係構築について述べる。

- Meyer ら (2011) は、緊急入院となった重症患者、患者家族への対応は、なるべく早く開始すべきであり、遅くとも 72 時間以内には介入を開始すべきと述べている。家族がパニック状態となっている時の方がむしろ、介入はスムーズとなり、「危機的状況を知っていてくれる人」「危機的状況を乗り越えるのを手伝ってくれた人」と陽性転移を起こしやすい。介入開始が遅れば遅れるほど、「何しに来たのか?」「予後が悪いから来たのか?」等の負の感情が生じ、信頼関係を築くことが難しくなる。(別所 2010) メディエーターと家族が初めて時間をかけて面談するプロセスは大事であり、このプロセスが、家族が正気を取り戻すきっかけとなる場合が多い。言い換えると、家族の心理状態が落ち着くまで、時間を問わず、家族の語りを区画整理しながら、何時間でも話を聴き続けることが必要となってくる。ここで家族が語る話の内容は、後々、家族が意思決定をしなければいけない場面で役に立つことが多い。
- 突然の衝撃に遭遇した患者/家族は次のような体験をしている。
 - ・心の準備がない。
 - ・年齢、性別、時間、場所、基礎疾患の有無を問わない。
 - ・容態が急に変化するため、短時間で命に直結する決断を求められる。
 - ・代理意思決定者になることが多い。
 - ・急な知らせで曖昧な情報しか持っていない。
 - ・今までの姿とのギャップに衝撃を受ける。
 - ・恐怖、後悔、自責、悲嘆、無力感が強い。
 - ・期待と絶望の間で情緒が激しく揺れ動いている。(山勢博彰 2006、別所晶子 2010)
- 患者の生命が危険にさらされていると知ると、家族はまず大きな衝撃を受ける。そこでは家族は茫然自失の状態となり、心理的ショックにより頭痛やめまいなどの身体症状を呈し、医療者の説明を理解/判断できないことが多い。この段階で医療者がすべきことは、病状説明を必要に応じ何回でも提供することである。この段階を過ぎると、家族は躁的防衛という防衛機制を発動し、現実を否認しがちになる。自己防衛のために負の感情を抑圧したり、非現実的な希望を抱いたりする。この段階で医療者がすべきことは、家族に情緒的サポートを提供し、家族の防衛機制を理解することである。この段階を過ぎると、家族は現実認識し始める。そこでは家族は喪失の現実と直面し、不安や抑うつ、怒りの感情を抱くことが多いため、医療者は、家族の意思決定できる心理状態かどうか見極める必要がある。必要があれば精神科医や臨床心理士などの専門家に紹介することである。最終的に家族は現実を受容し、自己イメージや自分の役割/価値観を再構築する。

この段階になれば、家族は自分で思考/判断することができるようになるため、ここで医療者がすべきことは、現状を再度速やかに伝え、情緒的サポートを提供することである。(中西健二 2017、別所晶子 2018)

家族の心理状態と医療者の役割



- 重症患者の対応において、Family-centered care＝家族の意向を最大限取り入れたケア (Burns et al. 2004, その他 14 件) を行うことが重要であり、その実施のために、メディエーターが中心的役割を担うことになる。Family-centered care では、まず第一にご家族と医療スタッフとの信頼関係を構築することが大切であるが、終末期の意思決定場面でも、終末期の話題が出るまでの家族と医療スタッフとの信頼関係が、その後の意思決定のプロセスや家族の適応を左右する。家族と医療スタッフが、どのような些細なことでも良いので、なるべく密にコミュニケーションを取ることは、家族と医療スタッフが信頼関係を築く一助となる。さらに、患者の病状および予後について、正確かつ迅速に家族に伝えることが、家族との信頼関係の構築、ひいては後の意思決定場面において最も重要である。中途半端な希望を与えたり、曖昧な情報しか提供しないと、家族は後から医療スタッフに対して怒りを抱くことが多く、信頼関係が崩れてしまう。患者の病状を家族に伝えるときは、家族の理解度を慎重に評価しながら、理解できるように丁寧にわかりやすく伝える必要がある。動揺している時は医療スタッフの話を直ぐに理解することは困難なため、医療用語を使用せず、出来る限り何回も繰り返し同じ説明をする必要がある。積極的治療を続けるのか、治療を差し控えて看取りの方向に行くのか、家に連れて帰るのか、臓器提供をするのかといった意思決定を、医療スタッフと家族が共同であることを多くの家族は望んでおり、共同意思決定がスムーズにいくように調整するのが、メディエーターの重要な役割の一つである。また、下記のような希望が示されることがある。

- ・入院直後から死亡退院後のグリーフケアを含めた継続的な情緒的サポートを提供して欲しい。
- ・家族にとって居心地の良い部屋環境を用意して欲しい。
- ・親族/友人面会を自由にして欲しい。

- ・患者のケアに参加させて欲しい。
- ・希望すれば回診に家族も同席したい。
- ・希望すれば心肺蘇生時に家族も同席したい。

➤ 患者が救命救急センターに運ばれて来たり、生命予後が悪いと聞いたり、患者を亡くしたご家族の語りは、どこにも行き場がなくグルグルとあてもなくさまよい、混乱して着地点の見えない語りであり、聴くことが非常に困難な場合がある。しかし、家族と信頼関係を築くためには、メディエーターは、患者が救命救急センターにいる間を通して、家族の混乱して先の見えない語りに耳を傾け、拙速な答えを出さずに共に居続ける必要がある。そのためには、メディエーター自身が、臨床心理士から個人スーパービジョンやグループスーパービジョンを受けたり、自分自身が心理療法を受けるなどのトレーニングを常日頃から積んでおくことも重要である。最終的には家族が患者の幸せを一番に考えて出した結論だと感じられれば、「家族の決断が最善のものである」と保証することが肝心である。
(別所晶子 2018)

c. 重症患者対応における診療チームとの関係構築（医師、看護師）

疾病と治療が複雑になるクリティカルケア領域の医療の中で、患者と家族の心理を理解し、身体的・精神的・社会的に調和して人権を保ち支援することは、メディエーターにとって重要な仕事である。さらに本章では、患者家族の対応の基盤となる診療チームとの関係構築として、医療者とのパートナーシップを形成するために必要なメディエーターの姿勢とスキル、メディエーターの役割について述べる

●重症患者対応における診療チームとの関係構築のためのメディエーターの姿勢とスキル

メディエーターは、ケアの実施責任でもなく、相談に応じて結果を導く責任者でもない。

重症患者を治療ケアする人々との間で、関係性の論理の中で、調整能力を使い、自己をもちいてチームアウトカムを出す役割を果たすということになる。そのため、チーム員の人間関係や能力の相違を理解して繋ぐという、インタープロフェッショナルな特徴をもつ役割である。よって、メディエーターは、医療者と信頼関係と結ぶためには、自分の立ち位置を確認して、誠実に対応することができるかの自己点検から始まる。診療チームにどのように入り、どのように位置して、どのように行動するのかを認識して行動する必要がある。自分の役割を明らかにする問いとして、①私はパートナーシップにおいて、自分の役割を明らかにしているか。②関係性に至らせるための価値観はどのようなものか、③協働によって得るもしくは失うものがあるかもしれないことを想定しているか、④チームへの自分の提案でよい影響があるだろうか、⑤自分が今からしようとしていることは、変化を生むことを理解しているだろうかという問いをきたすことで、自分が人々に対して押しつけがましくなく、慎重で的確な情報提供や支援をしていく人材として適切かを毎時確認して対応する姿勢をもつことができる。

さらに、その効果的なコミュニケーションを促進するための方略としては、①プロフェッショナル性と礼儀をもつ、②熱心に聞く、③他の人々のものの見方を理解する、④ゴールの配分（折り合い）と関係性の確認をする、⑤合意に達するまで（よく分かり合うまで）丁寧に対話する。⑥事柄の問題にする（問題の非人格化）⑦協力する、提案する、⑧ミーティング前に可能な解決策について考慮する、⑨私が悪かった、もしくはあなたが正しいかもしれないということを身につけることが大切である。

●重症患者対応における診療チームとの協働におけるメディエーターの役割

信頼関係構築のためのコラボレーションの基本的特徴として以下のような役割を果たす。

特に、インフォームドコンセントやカンファレンスの時には、患者家族との対話の意図や内容などの情報を自分の主観を交えずに丁寧に情報提供を行い、医師と看護師の専門職の意見を理解しながら診療チームでの意思決定や検討の場に参画して、

互いの信頼関係を結ぶ役割を果たす。留意点は、①各専門職の臨床能力と責任の範囲について理解する、②目標の共有を行う、③対人関係能力と有効なコミュニケーション技術を用いる、④信頼を基盤に置く、⑤相互に価値をみとめる、⑥専門的な知識・技術、異なった価値を認め補完するために職種間の能力を繋ぐ、⑦ユーモアのセンスを必要に応じて活用する（極端に笑うことではなく、緊張を緩衝する方法として表現する）など、診療チームと関係性を持つことの繰り返りかえしによって構築していく。

さらに、チーム医療推進のためにメディエーターは、感情的に反応せず、状況に対するコントロールを失わないこと、コンフリクトを起こしている現象をよく見て情報収集し、問題を非人格化することを念頭におく。そして事柄に変えて、解決の糸口を見つけ意図的に対応する、コミュニケーションを駆使する、コミュニケーションを自己点検し、調整した仕事の先にチームの変化があることを期待して、変化のフェーズ（時間・現象）に注意を払う。メディエーターが実践する調整が、よい医療を目指すための問題解決と成長、変革の機会になっていくように努めることで、関係性を構築していくのである。

【参考文献】

Hamric AB, Spross JA & Hanson CM : Advanced Nursing practice, 283-309,
Philadelphia : W.B.Saunders Co

Hamric AB, Spross JA & Hanson CM : Advanced Nursing practice 109-295,
Philadelphia : W.B.Saunders Co.

d. 重症患者対応メディエーターと他職種との連携

医療ソーシャルワーカーとの連携

医療ソーシャルワーカー（MSW）は医療機関において社会福祉の立場で相談支援を行う専門職である。「医療ソーシャルワーカーの業務指針（厚生労働省健康局長通知 平成14年11月29日 健康発第1129001号）」によると、MSWの業務は

「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助」

「退院援助」

「社会復帰援助」

「受診・受療援助」

「経済的問題の解決、調整援助」

「地域活動」

の多岐に渡り、患者の主体性の尊重、患者・家族への直接的な個別援助、他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との連携等とされている。

救急・集中治療領域では、MSWは医療チームの一員として、ソーシャルハイリスク（独居・身寄り無し、家族疎遠・非協力的、身元不明、ホームレス、外国人、無保険、医療費の支払い困難、自殺企図、精神疾患、家庭内暴力・虐待、不慮の事故等）を有する患者への入院早期からの介入（緊急性）、流動的な展開での関わり（臨機応変性）、混乱した患者・家族への支援（適時性）、地域関係機関を含めた支援体制の構築（地域完結性）等の対応が求められている。

重症患者対応メディエーターは上記のMSWの業務を理解した上で、患者・家族との対話の中で、「MSWの介入を要する」と判断した場合には、MSWの介入へと繋げるといった役割も担う。

重症患者対応メディエーターとMSWが各々の業務を理解したうえで、連携を図ることで、患者・家族と医療チームでの十分なコミュニケーションの確保、患者・家族との信頼関係の構築・維持、医療チーム以外の立場での患者・家族へのサポートといった適切なメディエーション業務を実施することが可能となる。

重症患者対応メディエーターは日々の診療録等での情報共有や、MSWの参加する病棟回診やカンファレンスへの参加等を通じて、双方向での情報共有が得られやすい体制を整備することが有効である。

臨床心理士との連携

「臨床心理士」とは、臨床心理学にもとづく知識や技術を用いて、クライアントの“こころ”の問題にアプローチする“こころの専門家”である。クライアント自身に固有な価値観を尊重しつつ、その人がその人らしく生きられるようサポートすることを目的とする。その業務は以下の通りである（日本臨床心理士資格認定協会ホームページより抜粋）。

- ① 様々な心理テストや面談を通して、クライアントに固有な特徴や問題の所在を明らかにし、どのような方法で援助するのが望ましいか明らかにする。他の専門家とも検討を行う。
- ② クライアントの特徴や問題に応じて、その特徴/問題に最適な臨床心理学的技法を用いて、クライアントのこころの支援を行う。
- ③ クライアントの関係者に対しても助言・支援を行う。
- ④ こころの問題や支援について調査・研究・啓蒙活動を行う。

救急・集中治療領域では、臨床心理士は家族の心理状態をつぶさに観察すると同時に、医療スタッフ側の気持ちや考えも尊重しながら活動するため、両者の架け橋的役割を担う。メディエーターは、上記の臨床心理士の業務を理解した上で、次のような場合は速やかに臨床心理士に相談することが望ましい。

- ・家族と信頼関係が築けない時。
 - ・最初の面談で一定時間家族の語りを聴き続けても、家族の心理状態が安定しない時、また、家族が卒倒したり過呼吸になったり気分を悪くしたりすることも多いため、そのような場合の対処法も予め学んでおく必要がある。
 - ・年少の家族に問題行動が生じた時（例：夜尿、チック、爪噛み、抜毛、不登校、突然泣き出す、等）
 - ・家族が長期に渡り、不眠または/および食欲不振を訴える時。
 - ・家族を精神科に紹介するかどうか迷った時。
 - ・家族の本来の理解力が著しく乏しいと感じた時。
 - ・患者の死亡退院後、家族に専門的なグリーフカウンセリングが必要と感じた時。
- 上記は一例であるが、臨床心理士に相談すべきか否か迷った時に関しても、速やかに臨床心理士に連絡/相談することが重要である。

e. 起こりうる問題

本項では、救急医療や集中治療の現場で起こりうる問題について考えるために、実際の事例を提示する。

事例1)

Bさんは双極性障害で通院中であったが、ビルから飛び降りて心肺停止になり、救命救急センターに搬送されてきました。夫の動揺が激しいので、救急外来から夫に付き添って欲しいと依頼され、筆者は初療室入室直後から夫に付き添いました。夫は、Bさんに関わる全ての医療スタッフに「助けて下さい！」と叫び、取りすがって泣いていました。患者は一度蘇生しましたが、硬膜外血腫が見つかり、医師が夫に「今すぐ開頭手術をするか、そのまま見守るか。手術をしても助かる可能性はほとんどない。助かったとしても、植物状態になるだろう」と救急外来の診察室でBさんの病状を説明しました。夫は即時の決断を迫られ、Bさんの実家の両親に電話で相談し、手術することを決めました。その間ずっと筆者は夫に付き添い、実家の両親との話し合いに参加したり、Bさんの蘇生の場に立ち会えるよう手配したり、医師から「夫は病状説明の内容を理解しているか」「患者が妊娠している可能性があることを、今夫に伝えても大丈夫か」といった相談を受け、集まってきた親族に対して、誰がどのタイミングでどこまでの状況を伝えるか話し合い、医師から親族に対して再度説明する場を設けたりしました。更に、配慮の足りない警察官と怒鳴り合う夫を静かな場所に移し、担当警察官を代えてもらったりもしました。

手術は無事に成功し、Bさんは救急病棟に入院することになりました。その間も筆者は、救急医、病棟看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、およびBさんの家族や親戚から、「Bが目を覚ましそう」「夫にBが植物状態のままであろうことを伝えて大丈夫？」「転院先は、家族が精神的サポートも受けられる遠くの高次機能障害専門のリハビリテーション病院が良い？家族が毎日通える家の近くの一般リハビリテーション病院が良い？」「退院後の服薬管理はこの家族に任せて大丈夫？」など、さまざまな相談を持ちかけられました。それに対する助言が的を得ていたらしく、筆者は親族や医療スタッフから「先生に会うとホッとすると」と理想化されることとなりました。

1か月ほど経った頃から病棟スタッフに対する夫の訴えが多く、「先生を呼んでくれと言っている」と主治医から連絡を受けました。夫と面接したところ、意識の無いBさんが、訴えの多い自分のいない時に邪険に扱われるのではないかと、あの時手術すると決断した自分が間違っていたのではないかと…という自責の念が強いことが分かりました。そこで、夫が来院する時は必ず筆者と一対一でゆっくり話せるよう手配し、精神科に紹介したりもしました。その結果、夫は徐々に落ち着き、Bさんの意識は戻らないままでしたが、穏やかに一般リハビリテーション病院に転院していきました。夫から後日、「動転していた時に常に側にいて支えてくれたことは一生忘れません」という手紙を頂きました。

この事例では、筆者が最初に夫や親族の語ることを区画整理しながら聴き、

夫の心理状態や理解度をアセスメントして医療スタッフに伝えたことで、医療スタッフと筆者とで家族への対応の仕方を話し合うことができ、筆者がその後の意思決定の場面においてキーパーソンの役割を担うことができたと考えられます。(別所晶子 2018)

事例 2)

小児救命救急センターに心肺停止で 17 歳の男の子 (A 君) が運ばれてきました。A 君は生後数か月で先天性代謝異常という診断が確定し、その後、在宅で医療的ケア児として生活していました。話すことや歩くこと口から食べることはできません。ある日、嘔吐物が喉に詰まって窒息し、心肺停止になりました。小児救命救急センターに搬送されてから、蘇生はしましたが、臨床的脳死状態と診断されました。筆者は A 君が小児救命救急センターに入院した翌日に泣き崩れているご両親と面談し、A 君の元気な時の写真や動画を見せて頂きながら、今までの 17 年間、ご家族が A 君を中心にどのように暮らしてきたのかということについて 2 時間ほどお話を伺いました。お父さんは、「自分達が A の世話をしたのではなく、自分が A に癒され支えられていた」と仰り、昨年、お父さんの父親が亡くなった時には泣かなかったのに、今は A 君を見るのが怖いと言って声を上げて泣いていました。この事例では、あまり長くもたないということで、筆者が不在の週末に、主治医から「治療をどこまでするか考えて欲しい」とご両親に話があり、ご両親は「これ以上侵襲的な治療を新たに始めることはせず、A と最期の時間を穏やかに過ごしたい」と仰ったそうです。週明けにご両親から筆者に「話したい」と連絡がありました。病室に伺い、1 時間ほど話す中で、お母さんが「何もしないという決断をしたけれど、それで良かったのか。もし A のお母さんが別の人だったら、A はもっと生きられるかもしれない。A は心臓マッサージしてでも、もっと生きたいと思っているのかもしれない」と迷うところの内を話して下さいました。私は、「どうして何もしないと決められたのですか？」と尋ねました。すると、「元の状態に戻るなら、何でもして欲しい。でも、それは難しいと言われている。それだったら、注射や採血をして A にこれ以上痛い思いをさせたり、心臓マッサージしたりして苦しめるより、穏やかに逝かせてあげたいと思った。今まで A の人生は選択の連続でした。でも、今回の選択が一番難しい」と仰いました。筆者は、最初の面談の時にご両親が A 君をどれだけ愛して大切に育ててきたか理解しましたし、ご両親の迷いを聴いて、本当に A 君のことを一番に考えて出した結論なのだと感じたので、「ご両親の決断が一番良いのではないかと思いますよ」と伝えました。ご両親は、「これでいいんだよと言って欲しくて、貴女に話を聴いてもらいたかったんだと思います」と仰いました。「A が幸せな人生だったと思ってくれてたら良いなあ」と仰るので、「A 君の笑顔の写真を見て、本当に幸せなんだなあと感じましたよ」とお伝えしました。その日の内に A 君は穏やかに息を引き取りました。お母さんが入院費の支払いのために A 君の病室を留守にする間、お父さんが「逝っちゃいました。一人で A と一緒にいると心細いから、一緒にいて下さい」と仰り、お父さん筆者と 2 人で A 君の思い出話をしました。この事例では、最初の面談で筆者が家族の語りを時間をかけて伺ったことで、筆者

は家族と信頼関係を築くことができ、筆者の「それで良いんだよ」という保証が、その後の家族の意思決定にとって重要だったのではないかと考えられます。(別所晶子 2018)

2. 急性期重症患者の病態と予後

a. 救急領域 in progress

b. 脳神経外科領域

1. 定義

脳神経外科領域で、重症度を言う場合には、意識状態を基礎にして判断することが多い。

従って、重症は昏睡状態を意味している。大脳皮質や脳幹網様体、視床下部などに存在する意識の中樞のいずれかが、広汎に傷害され生ずるものである。脳は頭蓋骨に包まれているため、傷害により脳の腫脹がひとたび生ずると、頭蓋骨内に収まらず、あふれ出すこととなる。この状態は、『脳ヘルニア』と呼ばれ、致命的となる状態である。

“急性期重症患者”は、その発症過程が脳腫瘍によるもののように緩徐であるものを除いた患者群で、その原因疾患は脳血管障害と外傷性に大きく分けられる。

2. 診断

診断には、発症時の状況などの病歴と画像検査が重要視される。急性期に重症となる原因疾患の脳血管障害と外傷性は混在することがある（例えば、脳血管障害を来した後、転倒して外傷性の損傷を負ったなど）点と、生じた後の脳の状態が似通っている場合がある点から病歴聴取が重要なウエイトを占める。

3. 治療

脳の損傷は、一次損傷（発症時の損傷：脳内に生じた血腫や脳挫傷など）と二次損傷（その後の経過で加わった損傷：脳浮腫など）に分けられる。二次損傷を回避する目的で治療は行われる。

血腫が脳に損傷を与えずに取り除ける場合（硬膜外血腫や硬膜下血腫）にはできるだけ手術で除去するが、脳組織内に生じた場合（脳内血腫）は、治療による新たな脳組織の損傷は避けられないので、その適応は慎重となる。また、一次損傷から時間が経過し、二次損傷が生じてしまっている場合は更に慎重となる。二次損傷回避として、頭蓋骨を外す減圧術が行われることが多いが、頭蓋骨を一旦開くと、上昇した内圧（頭蓋内圧）により開いた部分から脳がはみ出てきて收拾がつかなくなってしまうこともある。安易に外科的治療に頼ることは出来ない。一方、内科的治療は、利尿剤の点滴投与など限定的であり、効果には限りがある。そもそも、脳組織は再生しないので、一次損傷の完全回復は困難であることを念頭に置いた治療選択が重要である。

4. 予後

脳疾患の予後は脳の損傷程度に規定される。今回対象にしている、急性期・重症という患者群では、脳の一次損傷が重篤である例がほとんどとなる。従って、予後は基本的に不良と考えるのが適切である。仮に救命できても遷延性意識障害の状態

になる可能性も高く存在している。

一次損傷に加えて二次損傷が連鎖的に脳に生じ、脳の機能不全に陥ると、脳による全身制御が出来なくなるため、心臓循環器系も不安定となり、容易に心停止に至る例も少なくない。脳の機能不全に陥りながら心臓循環器系の安定が保たれた状態が、いわゆる“脳死”と言われる状態である。

c. 集中治療領域

●意識障害患者における集中治療管理のポイント

意識は「覚醒」および「自分自身と周囲の環境の認識」の2つの要素から構成され、意識障害は網様体を含む脳幹部の障害あるいは広範な大脳皮質の障害により発生する。意識レベルの評価スケールとして、わが国では、Japan Coma Scale (JCS) と Glasgow Coma Scale (GCS) が広く用いられている。JCSは「覚醒度」を判定することを主眼として9段階に分けられ(表1)、さらに意識清明はJCS 0と表現する。GCSは頭部外傷の重症度評価のために作成されたスケールであり、「開眼」、「言語音声反応」、「最良運動反応」の3因子を個々に評価して点数化しその合計点で意識レベルを評価する(表2)。意識清明はGCSスコア15点、深昏睡はGCSスコア3点であり、通常、GCSスコア8点以下は重篤な意識障害と判断される。

重篤な意識障害をきたす原因は多岐にわたる(表3)。病歴や身体所見に基づき鑑別を要する疾患・病態を考慮して、適宜臨床検査を実施する。重篤な意識障害の原因診断や重症度評価のため、頭部CTや頭部MRIは必須であり、さらに必要に応じて脳波や血液生化学検査(血糖、アンモニア、尿素窒素)、髄液検査などを実施する。重篤な意識障害を合併する患者における神経集中治療のポイントは、重要臓器機能の維持を前提に、脳循環代謝を適切に維持して2次性脳障害を防止することである。そのため意識障害の原因に関わらず、低酸素血症、低血圧、高血糖、高体温など脳障害を悪化させる要因を改善させることが重要である。さらに、頭部外傷や脳出血で発生しやすい頭蓋内圧(ICP)亢進も脳障害を悪化させるため必要に応じてICPモニタリングによる管理を実施する。

重篤な意識障害患者の集中治療において、呼吸や循環、体液管理など共通する治療を行いつつ、原因疾患・病態による特異的な治療の適応を考慮する(表4)。例えば、脳梗塞に対する血栓溶解療法のように発症からの時間に制約がある治療もあるので、各疾患の治療に関するガイドラインに注意が必要である。

重篤な意識障害の原因疾患に対して行いうるすべての適切な治療を行っても回復の可能性がないと考えられる状況が発生することもある。いわゆる「法に規定する脳死判定を行ったとしたならば、脳死とされうる状態」である。集中治療室(ICU)はこのような患者が発生しうる病棟であり、必要に応じて移植コーディネーターとの連携が求められる。

【参考文献】

- 1) 日本集中治療医学会 専門医テキスト 第3版
- 2) 日本救急医学会 救急診療指針 改訂第5版

表1. Japan Coma Scale (JCS)

I. 刺激しなくても覚醒している (1桁で表現)

- 1) だいたい意識清明だが、今ひとつはっきりしない。
- 2) 見当識障害がある (時, 場所, または人物がわからない)。
- 3) 自分の名前, 生年月日がわからない。

II. 刺激すると覚醒する/刺激をやめると眠り込む (2桁で表現)

- 10) 普通の呼びかけで容易に開眼する。開眼不可能な場合は, 合目的な運動 (たとえば右手を握れ, 離せ) をするし, 言葉も出るが間違いが多い。
- 20) 大声または体をゆさぶることにより開眼する。開眼不可能な場合は, 簡単な命令に応じる。たとえば離握手など。
- 30) 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する。

III. 刺激をしても覚醒しない (3桁で表現)

- 100) 痛み刺激に対し, 払いのけるような動作をする。
- 200) 痛み刺激に対し, 手足を動かしたり, 顔をしかめる。
- 300) 痛み刺激に対し, 反応しない。

表 2. Glasgow Coma Scale (GCS)

E) 開眼	
自発的に	4
言葉により	3
痛み刺激により	2
開眼しない	1
V) 言語音声反応	
見当識あり	5
混乱した会話	4
不適切な単語	3
無意味な発声	2
発声がみられない	1
M) 最良運動反応	
指示に従う	6
痛み刺激部位に手足をもってくる	5
痛みに手足を引っ込める (逃避屈曲)	4
上肢を異常屈曲させる (除皮質硬直肢位)	3
四肢を異常伸展させる (除脳硬直肢位)	2
全く動かさない	1

表 3. 重篤な意識障害をきたす主な疾患・病態

- ・心停止後症候群
- ・頭部外傷
- ・脳血管障害：くも膜下出血，脳梗塞，脳出血
- ・てんかん重積状態
- ・脳炎，髄膜炎
- ・急性薬物中毒：アルコール、睡眠薬
- ・環境異常：熱中症、低体温症
- ・脳症：糖尿病昏睡，肝性脳症，尿毒症，高血圧症性脳症

表 4. 主な疾患・病態に対する特異的な治療

- ・心停止後症候群： 体温管理療法
- ・頭部外傷： 外科的治療
- ・脳出血： 開頭血種除去術
- ・くも膜下出血： 脳動脈瘤クリッピング、血管内治療
- ・脳梗塞： 血栓溶解療法、血管内治療、抗凝固療法
- ・てんかん重積状態： 抗てんかん薬（ジアゼパムなど）の投与
- ・脳炎，髄膜炎： 抗菌薬の投与

