

臨床倫理セミナー 第3部

-最後まで諦めない治療- それって正解ですか？



公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
看護部 集中治療部
急性・重症患者看護専門看護師
井上貴晃

本セミナーの目標

- Goal 01** 医師（特に外科医）の思いが強く、終末期の段階にある急性・重症患者への治療の差し控えや中止が困難な背景を理解できる
- Goal 02** 四分割法を活用し、事例の状況を整理できる
- Goal 03** 事例で直面している倫理的課題を解決する方略を検討できる



本セミナーの流れ



- Section 01** 第1部の復習
(倫理的課題を解決するためのコツ)
- Section 02** 外科術後に合併症をきたした急性・重症患者を治療・ケアする医療者の特徴
- Section 03** ケース・スタディ (事例学習)

A magnifying glass is held over an open dictionary. The word "ethics" is prominently displayed in the center of the lens. Above it, the words "moral beliefs" and "right and wrong .its" are visible. Below it, the words "ethics are the mor" and "right and wrong" are visible. The background shows the pages of the dictionary with other text, but they are out of focus.

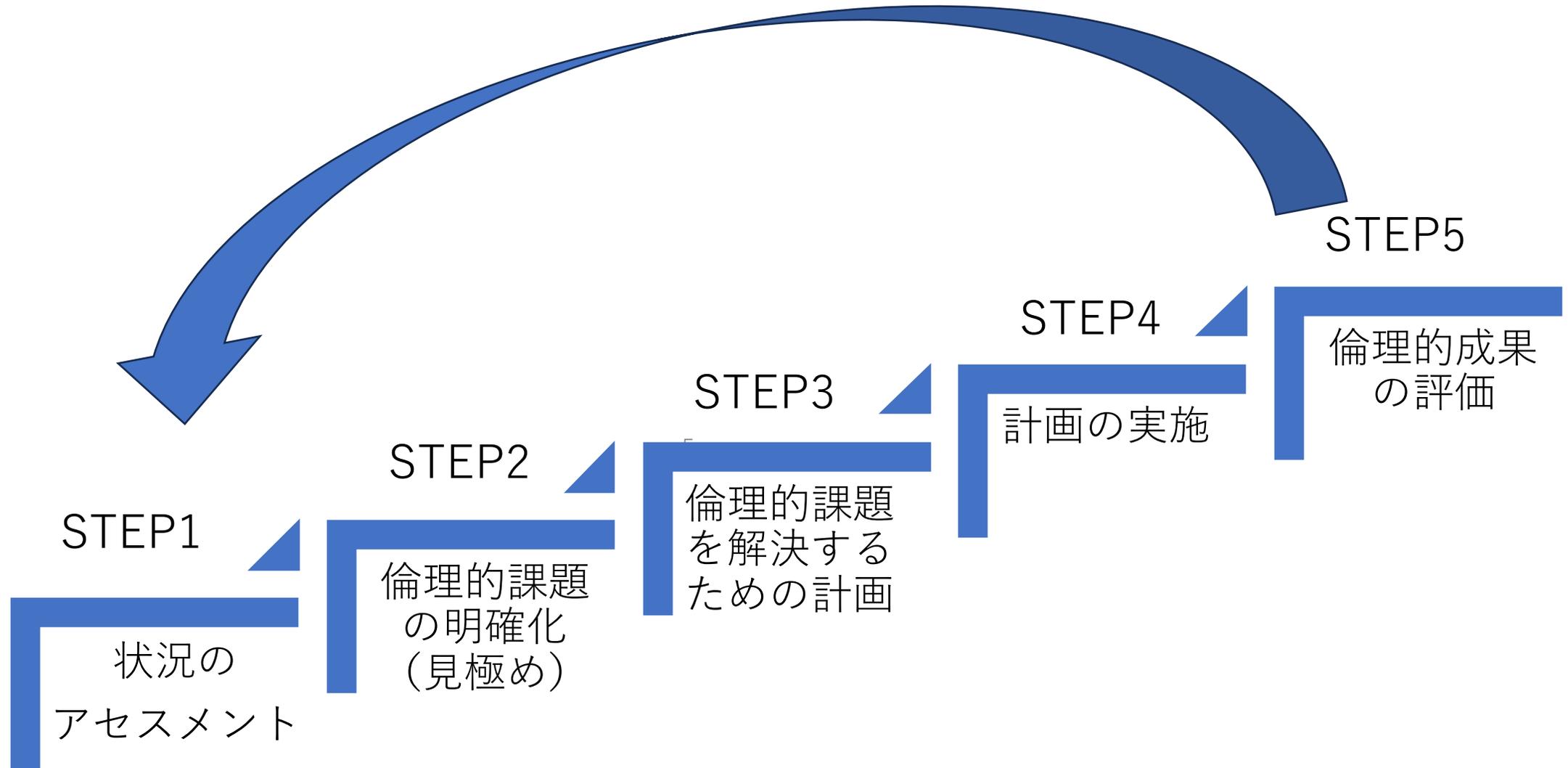
moral beliefs
right and wrong .its
ethics
ethics are the mor
right and wrong

Section 01

第1部の復習

(倫理的課題を解決するためのコツ)

倫理的課題を解決するためのステップ

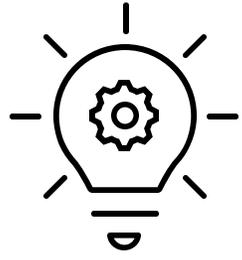


STEP1：状況のアセスメント（情報整理）

まずは何が起きていそうか、困っていることを言語化し書き出す

困っていることを中心に、情報を四分割表に記載する

不足している情報があれば、患者・家族・多職種から収集する



困っていることを言語化し書き出す

今、きちんと治療すれば治る可能性が高いのにな…

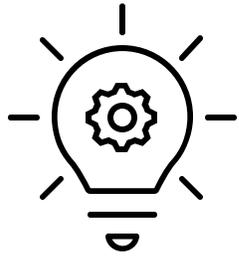


困っていること：

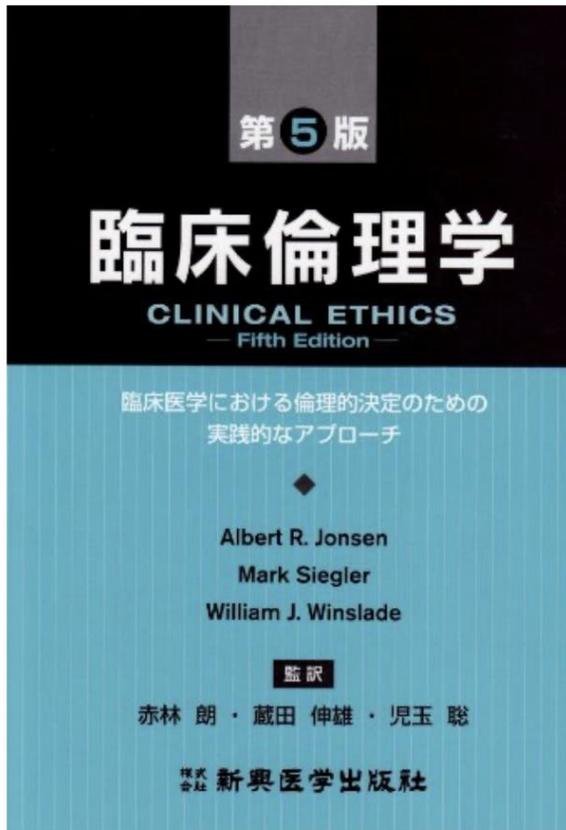
利益が大きいと考えられる治療を患者さんが拒否している。今後、どのように治療・ケアをしていくべきか？



今後、倫理的課題を明確化していくための重要な軸となる



情報を四分割表に整理する



Albert R. Jonsenら（2002）が、自律性尊重、善行、無危害、公正(正義)などの倫理原則と状況を結びつけ、倫理的問題を伴う症例の分析を促進するための手法として、考案したものの

情報を整理するのに、とても役立つツール

①医学的適応（善行・無危害原則）

- 診断と予後
- 治療・ケアの目標
- 検討中/あるいは現在行われている治療・ケアのメリット・デメリット（負担と苦痛含む）
- 医学的無益性
- 今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

②患者の意向（自律尊重原則）

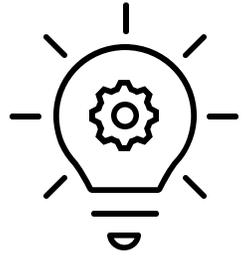
- 患者の意思決定能力
- 治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）
- 患者が日頃大切にしていること（価値観）
- 代理意思決定者は誰か/患者の価値を最もよく反映できる人物か
- 家族が考える患者の推定意思

③QOL（善行・無危害・自律尊重原則）

- 患者にとって最も悪いQOL/医療者が捉える今後の患者のQOL
- QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見
- 治療に伴い生じる患者の苦痛・それに対する忍容性・緩和ケア
- 治療やケアが全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響

④周囲の状況（正義・公正）

- 家族等の思い
- 治療・ケア中・後の家族の負担
- ソーシャルサポートの活用状況
- 病院の決まり
- 事例に適応されるガイドライン等の推奨/法律



不足情報を患者・家族・多職種から収集する



医師

疾患の重症度・進行度
予後予測
治療のメリット・
デメリット



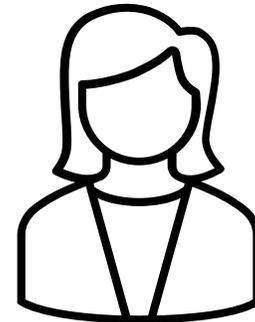
理学療法士

身体機能の予後
(ADL回復の見込み)
患者の日常生活に関する
情報



病棟看護師

入院後に患者が示して
いた価値観・思い



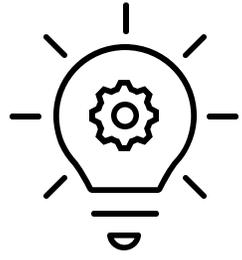
家族

患者の死生観や人生で
大事にしてきたこと
趣味・嗜好

STEP2：倫理的課題の明確化（見極め）

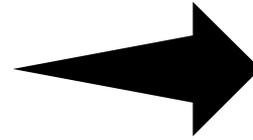
倫理的課題のタイプを同定する

対立している価値判断の背景を明らかにする



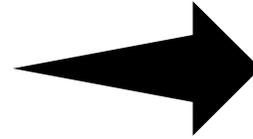
倫理的課題のタイプを同定する

『～すべき』同士が対立している状況



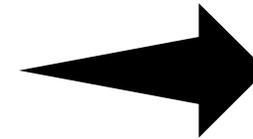
倫理的ジレンマ

組織的制約によって
医療者が最善を
尽くせない

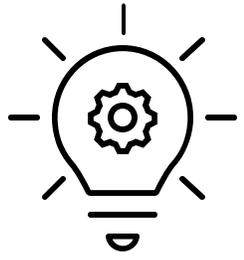


Moral Distress

患者・家族の権利が
著しく侵害されている状況



権利の侵害



対立している価値判断の背景を明らかにする

表出された意向

価値判断



過去

現在

未来

過去の体験
や教育

価値観の
形成



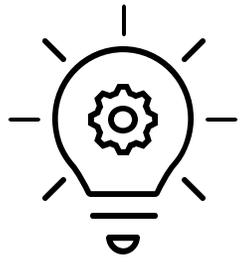
今後の予測
希望

STEP3：倫理的課題を解決するための計画

STEP4：計画の実施

関係者の感情へのアプローチ

関係者の価値判断へのアプローチ

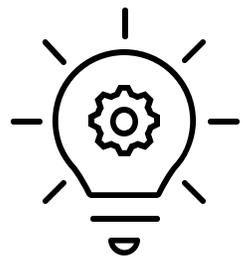


関係者の感情へのアプローチ

倫理的課題の渦中にある人たちには、強い感情が生じる

コミュニケーション・スキル 『NURSE』

- N : Name** **感情を言葉で示す** 「こんな話を聞いて、驚かれましたよね」
- U : Understand** **理解を示す** 「いきなりこのような話を聞かれて、そのように感じるのは当然だと思います」
- R : Respect** **敬意を示す** 「Aさんのお体を心配されながら過ごされ、大変でしたね」
- S : Support** **支持を示す** 「奥さんがどのような決断をされたとしても、私たちは全力でサポート致します/一緒に考えていきましょう」
- E : Explore** **さらに掘り下げて聞く** 「そのことに関して、もう少し詳しく教えてもらえますか？」



関係者の価値判断へのアプローチ

表出された意向

価値判断



過去

現在

未来

過去の体験
や教育

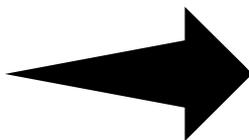
価値観の
形成



今後の予測
希望

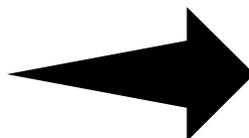
STEP5：倫理的成果の評価

倫理的ジレンマ



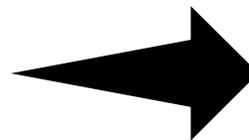
対立している倫理原則や価値どちらも適用できるようになる/優先度が決定できる

Moral Distress



組織的制約がなくなる/医療者の苦悩が軽減する

権利の侵害



患者・家族の権利が守られる

A close-up photograph of a hand holding a white puzzle piece. The puzzle piece is shaped like a cross with rounded ends and has the word "ETHICS" printed on it in a bold, blue, sans-serif font. The background is a soft, out-of-focus blue gradient.

ETHICS

Section 02

**外科術後に合併症をきたした急性・重症患者
を治療・ケアする医療者の特徴**

ICUに入室する患者はどんな人たちか？



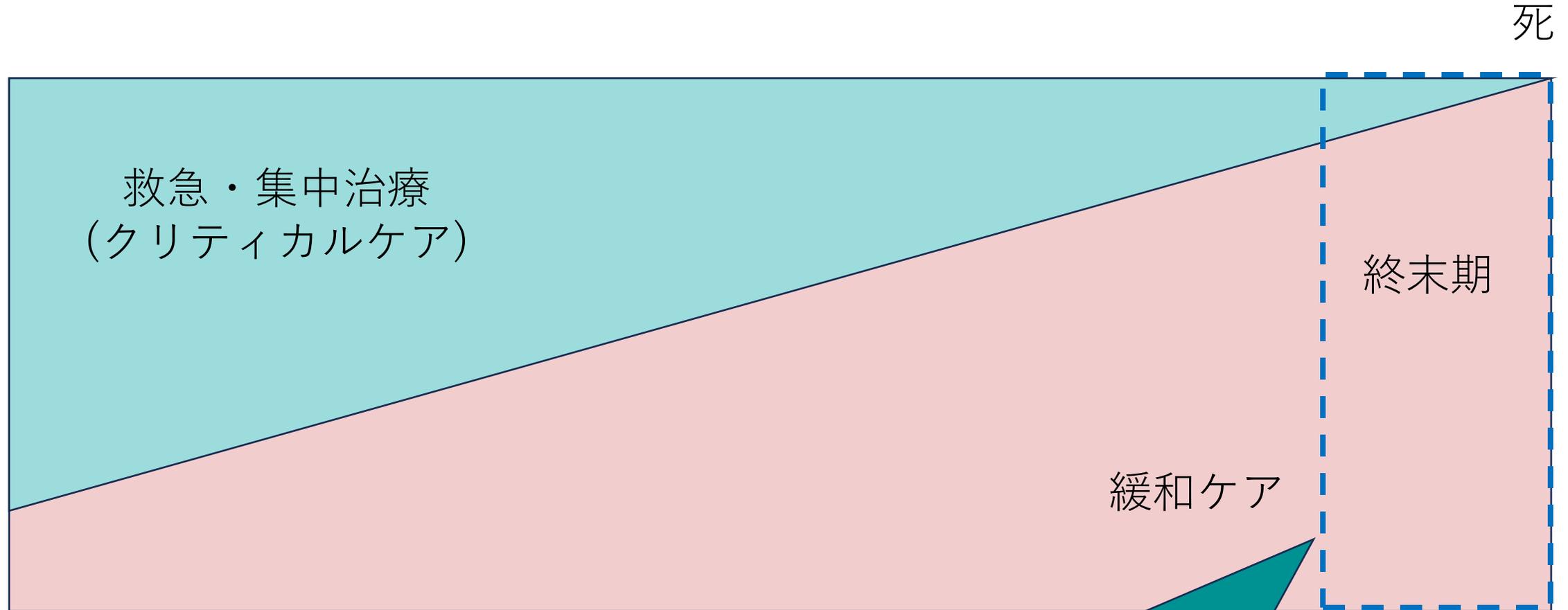
- 既往歴の多い外科術後のハイリスク患者
(心機能低下や慢性肺疾患の既往、など)
- 手技の難易度が高い・手術時間が長い外科術後のハイリスク患者
(膵頭十二指腸切除術、臓器移植、皮弁再建を伴う頭頸部癌に対する手術、など)
- 緊急手術後の患者
(大動脈解離に対する人工血管置換術、心筋梗塞に対する冠動脈バイパス術、消化管穿孔後に対するハルトマン手術＋洗浄ドレナージ術、など)
- 緊急で侵襲的処置を要する患者
(挿管・人工呼吸管理、胸腔ドレナージ、IABP・ECMO、血液浄化療法・血漿交換療法、など)

クリティカルケアと緩和ケア

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」 (WHO, 2002)

終末期にある患者だけでなく、救命が必要な段階の超急性期も対象とされ、症状緩和も含めた苦痛の軽減を目指す

クリティカルケアと緩和ケア



- ・ 治療の差し控え (Withhold)
- ・ 治療の中止 (Withdraw)

クリティカルケアにおける 治療の差し控えと中止

患者が終末期にあり、行っている治療が患者に利益をもたらさないと考えられる場合

●治療の差し控え (Withhold)

例：昇圧薬を使用しない、輸血をしない、挿管・人工呼吸管理をしない、心肺停止時に蘇生行為をしない (DNAR)、など

●治療の中止 (Withdrawal)

例：栄養や輸液の中止、ECMOやCHDFからの離脱、緩和抜管など

みなさんは、こんな経験ありますか？

予定術後に合併症をきたし、生命予後が短く終末期と考えられる患者

手術後だから、挿管・胸骨
圧迫、フルで対応します



外科医

この状況でそこまでやる
の？患者さんが可哀想…



ICU看護師

予定術後に合併症が生じた際の外科医の思い



NIH Public Access
Author Manuscript
Ann Surg. Author manuscript; available in PMC 2013 July 01.

Published in final edited form as:
Ann Surg. 2012 July ; 256(1): 10–15. doi:10.1097/SLA.0b013e3182580de5.

**THE ROLE OF SURGEON ERROR IN WITHDRAWAL OF
POSTOPERATIVE LIFE SUPPORT**

Margaret L. Schwarze, MD, MPP¹, Andrew J. Redmann², Karen J. Brasel, MD, MPH³, and G. Caleb Alexander, MD, MS^{4,5,6,7}

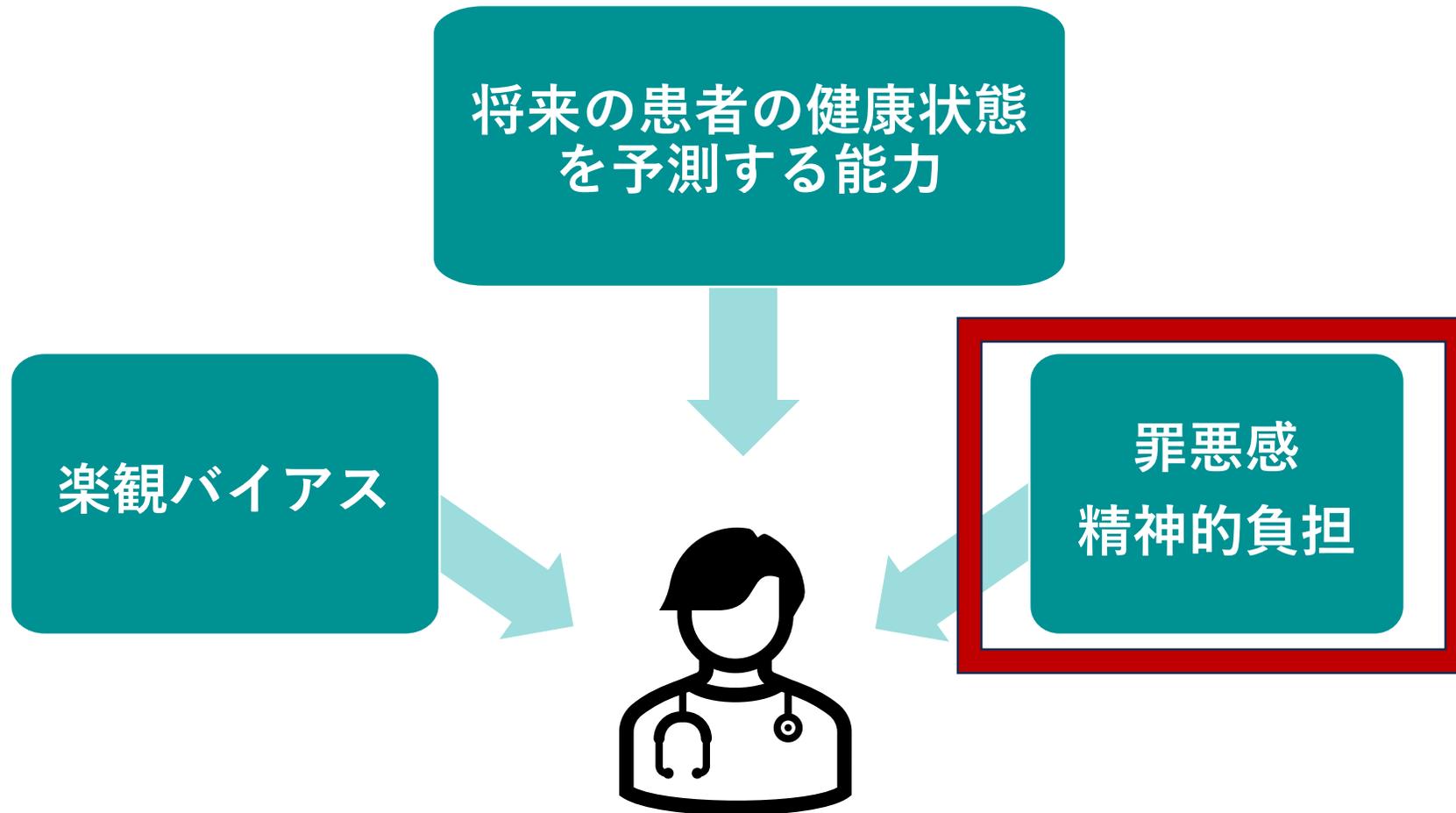
術後生命維持治療の中止
における外科医のエラー
の役割

- 術後合併症が生じた場合の外科医の責任と生命維持治療を中止する
決断との関連を調査した研究
- シナリオを用いたアンケート
(心臓外科医・血管外科医・神経外科医を対象、879名が回答)

予定術後に合併症が生じた際の外科医の思い

- 患者の合併症が医原性によるものである場合、そうでない場合よりも生命維持治療を中止する可能性が有意に低かった (33% vs 34%, $p=0.08$)
- 選択的手術(予定手術)を実施した外科医は、緊急手術を実施した外科医よりも生命維持治療を中止する可能性が有意に低かった (33% vs 41%, $p=0.01$)
- 生命維持治療を中止する可能性が低い外科医は、患者の将来のQOLについて楽観的である可能性が高い (79% vs 62%, $p<0.0001$)
- 生命維持治療を中止するオッズは、緊急手術で医原性でない合併症が生じた場合、予定手術で医原性の合併症が生じた場合の約2倍であった (OR=1.95, CI 1.26-3.01)

予定術後に合併症が生じた際の外科医の思い



緩和ケア中心の医療へのシフトを妨げる要因

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 21, Number 6, 2018
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2017.0470

Surgeons' Perceived Barriers to Palliative and End-of-Life Care: A Mixed Methods Study of a Surgical Society

Pasithorn A. Suwanabol, MD, MS,¹ Ari C. Reichstein, MD,² Z. Tuba Suzer-Gurtekin, PhD,³
Jane Forman, ScD, MHS,⁴ Maria J. Silveira, MD, MPH,^{5,6}
Lona Mody, MD, MSc,^{5,6} and Arden M. Morris, MD, MPH⁷

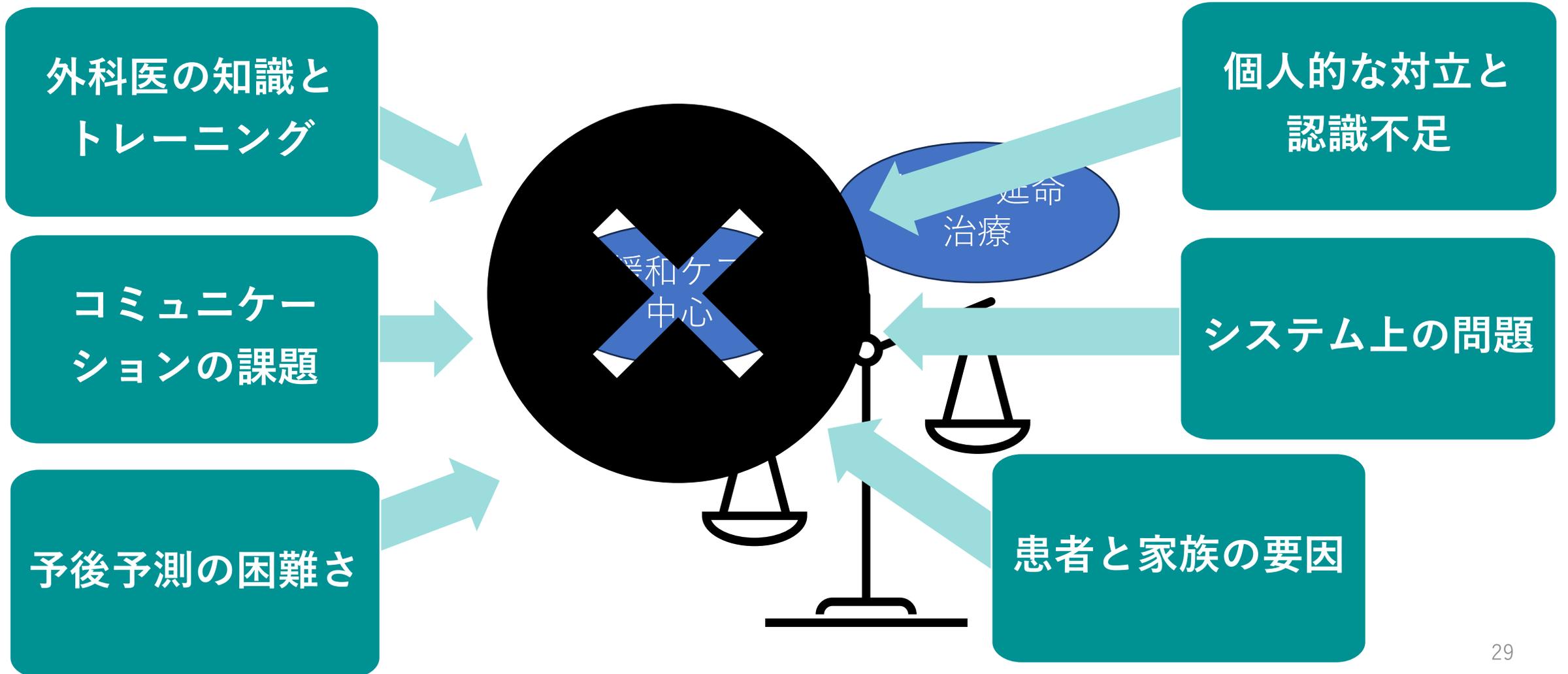
緩和ケア、エンド・オブ・ライフ
ケアに対する外科医が認識した障
壁：外科学会の混合メソッド

- 外科医が報告した緩和ケアのへの障壁のうち、最も重要なものを特定し、その特徴を明らかにする
- アンケートによる質・量的調査（外科医131名が対象）

緩和ケア中心の医療へのシフトを妨げる要因



緩和ケア中心の医療へのシフトを妨げる要因



緩和ケア中心の医療へのシフトを妨げる要因

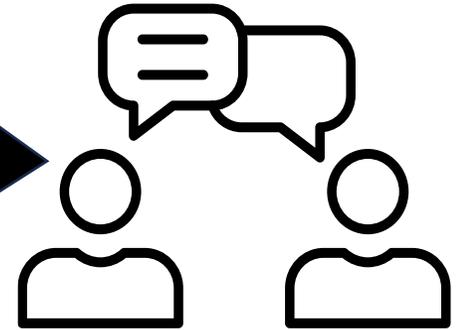


外科医の知識とトレーニング

- ・ 緩和ケアに関する正式なトレーニングを受けていない
- ・ 重症患者の苦痛への対応が不十分である
- ・ 生命維持治療の差し控えを行う技術が不十分である

コミュニケーションの課題

- ・ ケアチーム間の不十分なコミュニケーション
- ・ ケアチーム-患者・家族間での、ケアのゴールに関する不十分なコミュニケーション



予後予測の困難さ

- ・ 患者の予後や治療効果について非現実的な期待を抱いている
- ・ 自分自身の意思決定に不確実性がある

緩和ケア中心の医療へのシフトを妨げる要因

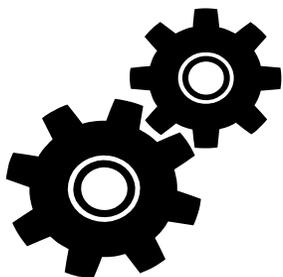
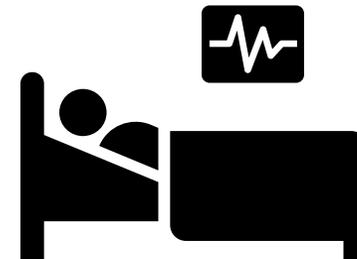


個人的な対立と認識不足

- ・ 心理的・感情的ストレス
- ・ 死期、死、悲嘆に関する多様な文化的規範や習慣への配慮不足
- ・ 生命維持治療を中止した場合の法的責任への恐れ

患者と家族の障壁

- ・ 予後または治療効果に関する非現実的な患者および/または家族の期待
- ・ ケアのゴールに関する患者や家族内の不一致



システム上の障壁

- ・ 事前指示書の欠如
- ・ 代理意思決定者の不在
- ・ すべての生命維持治療を追加または継続する文化

ICU看護師ができること

- つらい外科医の立場を理解し、**外科医の感情へアプローチする**
- 倫理・多職種カンファレンスを活用し、**予後予測の共有**や、**医療者の思いではなく『患者にとっての最善の利益』を中心に治療・ケアが進んでいるか**みんなを確認できるようにセッティングする



Section 03
ケース・スタディ

事例

患者：A氏、70代女性、夫・長女夫婦・高校3年生の孫
と同居している

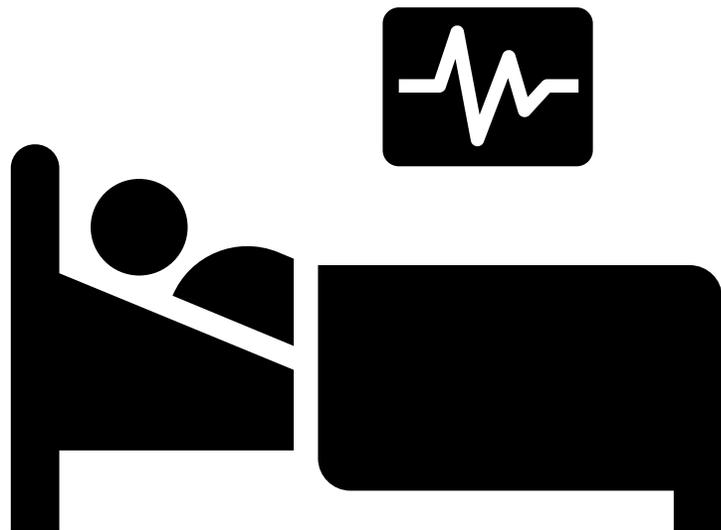
既往歴：高血圧、糖尿病、狭心症
(10年前に冠動脈バイパス術を施行、EF35%)

疾患：膵頭部癌

現病歴：

令和○年△月□日、膵頭部癌に対して、膵頭十二指腸
切除術を施行され、ICUに入室した。□+1日、ICUを
退室し一般病棟へ転棟した。

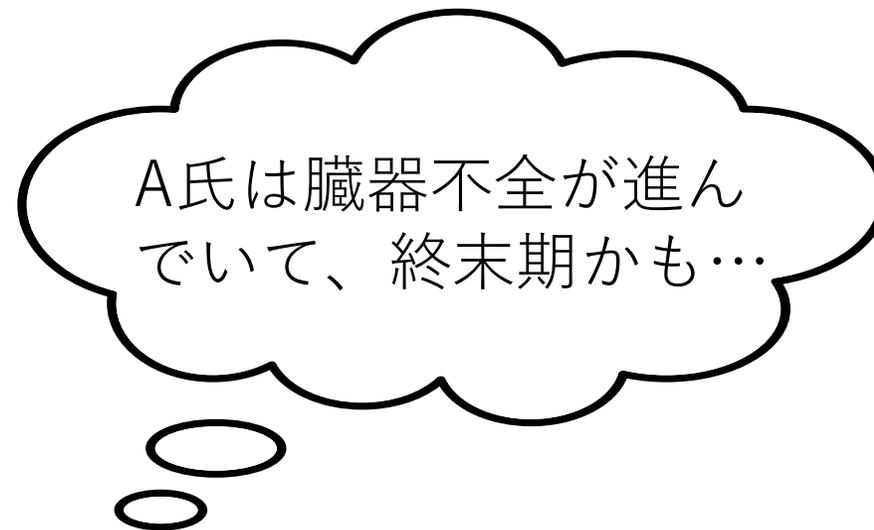
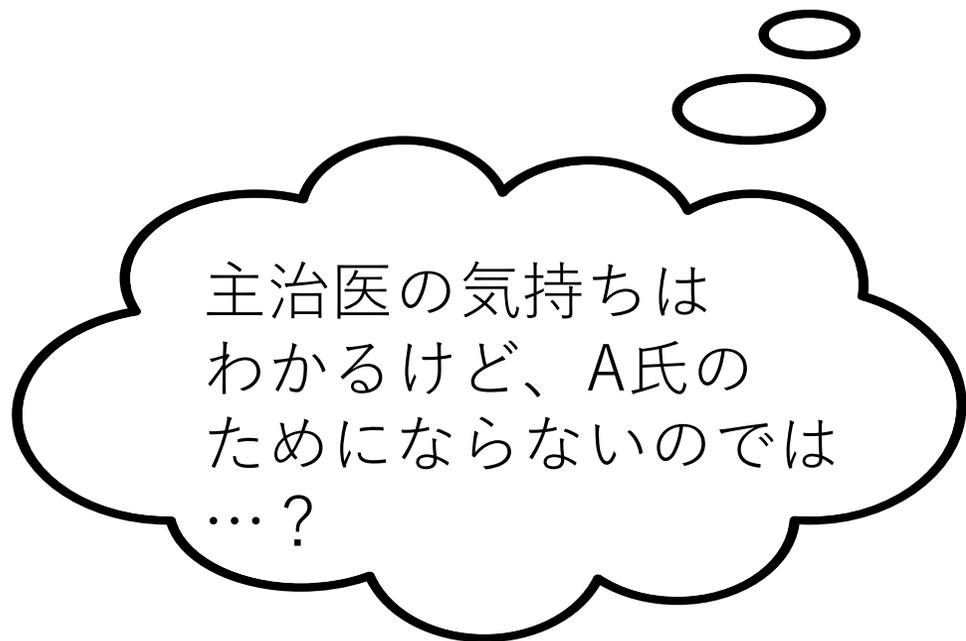
□+12日、膵液瘻から仮性瘤をきたし、ドレーン
出血多量、緊急でアンギオ止血し、ICUへ再入室した。
止血は得られたが、肝不全が進行し、□+16日に血漿
交換療法が開始された。□+24日、血漿交換療法は終了、
HDFのみ継続しているが、アンモニア値や総ビリルビン
値は上昇、凝固も延長しドレーン排液の血性が強くなっ
てきている。



事例

- A氏は、手術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席することを今後の人生の目標としていた
- 主治医である外科医Bは、「手術後なので、やれることは全部やります。」と集中治療医、ICU看護師に話しており、家族には、肝不全の治療としてHDFを継続し、出血時にはアンギオでの塞栓術、呼吸状態悪化時の挿管・人工呼吸管理、急変時の心肺蘇生を実施する、と説明した

この状況、どうしたら良いんだろう…？

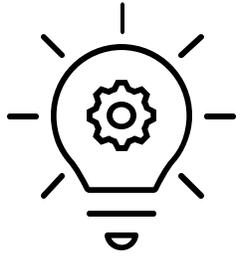


STEP1：状況のアセスメント（情報整理）

まずは何が起きていそうか、困っていることを言語化し書き出す

困っていることを中心に、情報を四分割表に記載する

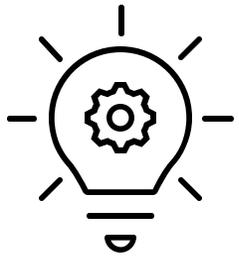
不足している情報があれば、患者・家族・多職種から収集する



まずは何が起きていそうか、困っていることを書き出す



- A氏は術後臍液瘻、腹腔内出血、IVRによる塞栓術後の肝不全など、合併症をきたしており、肝不全は血漿交換＋HDFで対処しているが、改善は見られない。終末期と言える段階かもしれない。A氏への侵襲的治療の追加は、A氏に利益があるのだろうか？
- 外科医は「予定術後に起きた合併症だから、全部できることはやる」と話しているが、A氏とその家族を中心に考えられているのだろうか？



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する - 医学的適応

●診断と予後：

膵頭部癌に対し、膵頭十二指腸切除術後を施行されたが、術後に膵液瘻、腹腔内出血、IVRによる止血術に伴う肝不全が生じている。肝不全は進行しており、生命予後は短い

●治療・ケアの目標：

- <患者> 術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席することを目標としていた
- <外科医> 予定術後であり、できることは全部やり、救命を優先する
- <ICUスタッフ> 侵襲的治療の追加を回避し、苦痛緩和を優先する

●検討中/あるいは現在行われている治療・ケアのメリット・デメリット（負担と苦痛含む）

【再出血時の止血術、呼吸状態悪化時の挿管・人工呼吸管理、心肺停止時の蘇生行為】

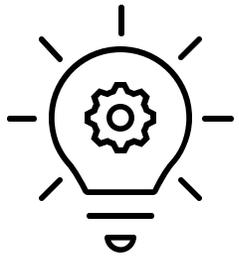
- <メリット> A氏は臓器不全が進行し、終末期にあるため、あらゆる侵襲的治療にメリットはない
上記を行うことで、数日など超短期的な延命はできるかもしれない
- <デメリット> 侵襲的治療の追加により、逆にA氏の生命予後を短縮させてしまう危険性がある
侵襲的治療の追加により、A氏の苦痛を増大させてしまう
侵襲的治療を追加しA氏の苦痛が増大することで、家族のPICS-Fのリスクが高まる

●医学的無益性

あらゆる侵襲的治療の追加は、A氏の臓器不全の改善や生存に影響を与えず、自宅退院や転院等も困難な状態であり、生理学的無益・質的無益な状況である。

●今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

あらゆる侵襲的治療の追加は、A氏に利益をもたらさない。侵襲的治療の追加を回避し、緩和中心の医療へシフトすることで、A氏の苦痛は軽減され、人としての尊厳も守られる



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する – 患者の意向

●患者の意思決定能力:

A氏は高アンモニア血症、電解質異常、低循環やせん妄などの影響から意識障害をきたしており、情報の理解・状況の認識・論理的思考・選択の表明の4要素が阻害されており、意思決定能力は不十分である。

●治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）：

A氏は上記の通り、意思を表出する能力が阻害されており、現状に対する思いはわからない。治療・ケアに対する事前指示はない。

●患者が日頃大切にしていること（価値観）：

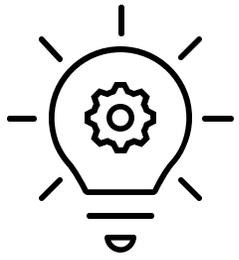
A氏は家族をととても大事にする人で、日頃から夫や孫と出かけることを楽しみに生活していた。今回の治療を受けるにあたり、術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席することを目標としていた。

●代理意思決定者は誰か/患者の価値を最もよく反映できる人物か：

代理意思決定者は夫・長女である。両者とも、同居しA氏との関係性もよく、最もよくA氏の価値観を反映できる人物である。

●家族が考える患者の推定意思：

夫と長女は、「こんな状況になることは、望んでいなかったと思う。辛そうだ。」と話していた。



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する – QOL

●患者にとって最も悪いQOL/医療者が捉える今後の患者のQOL：

<A氏> A氏は、「術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席することを」を目標としていたため、これらが達成できない状況は、A氏にとって最も悪いQOLである

<ICUスタッフ> 一般的に、終末期にある状況で苦痛を増大させる侵襲的治療は、Quality of Death (QOD)を低下させてしまうのではないか

<外科医B> **外科医BがA氏にとって最も悪いQOLがどのような状況か、侵襲的治療を追加した後のA氏のQOLをどう捉えているかは不明（不足情報）**

●QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見：

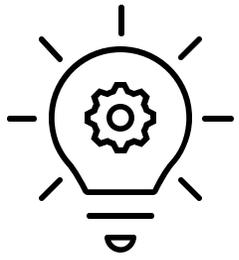
高齢、終末期にあると判断される状況、予定手術を実施した外科医のバイアス

●治療に伴い生じる患者の苦痛・それに対する忍容性・緩和ケア：

侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高い。A氏は意識障害があり、苦痛に対する忍容性は確認できないが、すでにCPOT4点、RDOS8点となっている。

●治療やケアが全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響：

侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高く、QODを低下させるかもしれない。侵襲的治療・処置の回避、鎮痛・鎮静薬の使用、利益のない過剰輸液の回避などは、A氏の苦痛を軽減させ、QODを高めることに繋がるかもしれない。



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する – 周囲の状況

●家族等の思い：

<夫・長女> 「A氏が辛そうなので、辛さをとってあげたい」
<孫> 面会に来ておらず、不足情報

●治療・ケア中・後の家族の負担：

夫・長女の代理意思決定の負担が強い、孫は面会に来ておらず、A氏の状況に強い衝撃を受けるかもしれない

●外科医Bの思い：

「予定術後であり、できることは全部やり、救命を優先する」と話しているが、その背景にある思いや感情は不足情報

●ソーシャルサポートの活用状況：

現在、活用している社会資源はない。

●病院の決まり：

COVID-19に伴う面会禁止は5類感染症への移行により緩和されたが、ICUでは1日1回30分の面会制限がある。

●事例に適応されるガイドライン等の推奨/法律：

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
人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

医学的適応

● 診断と予後：

腓頭部癌に対し、腓頭十二指腸切除術後を施行されたが、術後に腓液瘻、腹腔内出血、IVRによる止血術に伴う肝不全が生じている。肝不全は進行しており、生命予後は短い

● 治療・ケアの目標：

<患者>術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席すること
<外科医> 予定術後であり、できることは全部やり、救命を優先する
<ICUスタッフ> 侵襲的治療の追加を回避し、苦痛緩和を優先する

● 検討中/あるいは現在行われている治療・ケアのメリット・デメリット（負担と苦痛含む）

【再出血時の止血術、呼吸状態悪化時の挿管・人工呼吸管理、心肺停止時の蘇生行為】

<メリット> A氏は臓器不全が進行し、終末期にあるため、あらゆる侵襲的治療にメリットはない
上記を行うことで、数日など超短期的な延命はできるかもしれない
<デメリット> 侵襲的治療の追加により、逆にA氏の生命予後を短縮させてしまう、
A氏の苦痛を増大させてしまう、家族のPICS-Fのリスクが高まる危険性

● 医学的無益性

あらゆる侵襲的治療の追加は、A氏の臓器不全の改善や生存に影響を与えず、自宅退院や転院等も困難な状態であり、生理学的無益・質的無益な状況である。

● 今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

あらゆる侵襲的治療の追加は、A氏に利益をもたらさない。侵襲的治療の追加を回避し、緩和中心の医療へシフトすることで、A氏の苦痛は軽減され、人としての尊厳も守られる

QOL

● 患者にとって最も悪いQOL/医療者が捉える今後の患者のQOL：

<A氏> A氏は、「術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席することを」を目標としていたため、これらが達成できない状況は、A氏にとって最も悪いQOLである
<ICUスタッフ> 一般的に、終末期にある状況で苦痛を増大させる侵襲的治療は、Quality of Death (QOD)を低下させてしまうのではないかと
<外科医B> **外科医BがA氏にとって最も悪いQOLがどのような状況か、侵襲的治療を追加した後のA氏のQOLをどう捉えているかは不明（不足情報）**

● QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見：

高齢、終末期にあると判断される状況、予定手術を実施した外科医のバイアス

● 治療に伴い生じる患者の苦痛・それに対する忍容性・緩和ケア：

侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高い。A氏は意識障害があり、苦痛に対する忍容性は確認できないが、すでにCPOT4点、RDOS8点となっている。

● 治療やケアが全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響：

侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高く、QODを低下させるかもしれない。侵襲的治療・処置の回避、鎮痛・鎮静薬の使用、利益のない過剰輸液の回避などは、A氏の苦痛を軽減させ、QODを高めることに繋がるかもしれない。

患者の意向

● 患者の意思決定能力：

A氏は高アンモニア血症、電解質異常、低循環やせん妄などの影響から意識障害をきたしており、情報の理解・状況の認識・論理的思考・選択の表明の4要素が阻害されており、意思決定能力は不十分である。

● 治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）：

A氏は上記の通り、意思を表出する能力が阻害されており、現状に対する思いはわからない。治療・ケアに対する事前指示はない。

● 患者が日頃大切にしていること（価値観）：

A氏は家族をととても大事にする人で、日頃から夫や孫と出かけることを楽しみに生活していた。今回の治療を受けるにあたり、術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席することを目標としていた。

● 代理意思決定者は誰か/患者の価値を最もよく反映できる人物か：

代理意思決定者は夫・長女である。両者とも、同居しA氏との関係性もよく、最もよくA氏の価値観を反映できる人物である。

● 家族が考える患者の推定意思：

夫と長女は、「こんな状況になることは、望んでいなかったと思う。辛そうだ。」と話していた。

周囲の状況

● 家族等の思い：

<夫・長女> 「A氏が辛そうなので、辛さをとってあげたい」
<孫> **面会に来ておらず、不足情報**

● 治療・ケア中・後の家族の負担：

夫・長女の代理意思決定の負担が強い、孫は面会に来ておらず、A氏の状況に強い衝撃を受けるかもしれない

● 外科医Bの思い：

「予定術後であり、できることは全部やり、救命を優先する」と話しているが、その背景にある思いや感情は不足情報

● ソーシャルサポートの活用状況：

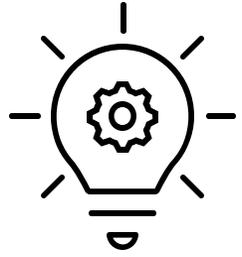
現在、活用している社会資源はない。

● 病院の決まり：

COVID-19に伴う面会禁止は5類感染症への移行により緩和されたが、ICUでは1日1回30分の面会制限がある。

● 事例に適応されるガイドライン等の推奨/法律：

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
人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン



不足情報があれば、患者・家族・多職種から収集する

- 外科医Bが、患者にとって最も悪いQOLとはどのような状況か、今後予測されるQOLに関して、どう考えているか
- 「予定術後であり、できることは全部やり、救命を優先する」という外科医Bの発言の裏にある背景（価値観・思い・感情）
- 孫にはどこまで情報が伝わっており、現状をどう捉えているか

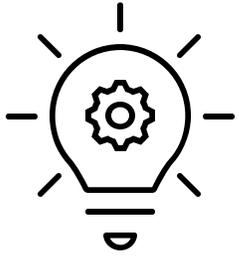


STEP3に繋がる

STEP2：倫理的課題の明確化（見極め）

倫理的課題のタイプを同定する

対立している価値判断の背景を明らかにする



倫理的課題のタイプを同定する

● 診断と予後：

膵頭部癌に対し、膵頭十二指腸切除術後を施行されたが、術後に膵液瘻、腹腔内出血、IVRによる止血術に伴う肝不全が生じている。肝不全は進行しており、生命予後は短い

● 治療・ケアの目標：

<患者>術後に自宅退院し、夫と旅行に行くこと、孫の成人式に出席することを目標としていた
<外科医> 予定術後であり、できることは全部やり、救命を優先する
<ICUスタッフ> 侵襲的治療の追加を回避し、苦痛緩和を優先する

● 検討中/あるいは現在行われている治療・ケアのメリット・デメリット（負担と苦痛含む）

【再出血時の止血術、呼吸状態悪化時の挿管・人工呼吸管理、心肺停止時の蘇生行為】

<メリット> A氏は臓器不全が進行し、終末期にあるため、あらゆる侵襲的治療にメリットはない
上記を行うことで、数日など超短期的な延命はできるかもしれない

<デメリット> 侵襲的治療の追加により、逆にA氏の生命予後を短縮させてしまう危険性がある
侵襲的治療の追加により、A氏の苦痛を増大させてしまう
侵襲的治療を追加しA氏の苦痛が増大することで、家族のPICS-Fのリスクが高まる

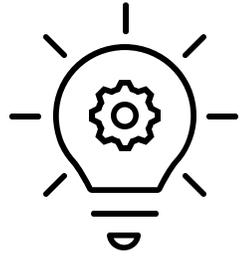
● 医学的無益性

あらゆる侵襲的治療の追加は、A氏の臓器不全の改善や生存に影響を与えず、自宅退院や転院等も困難な状態であり、生理学的無益・質的無益な状況である。

● 今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

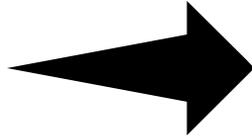
あらゆる侵襲的治療の追加は、A氏に利益をもたらさない。侵襲的治療の追加を回避し、緩和中心の医療へシフトすることで、A氏の苦痛は軽減され、人としての尊厳も守られる

善行原則（外科医の価値） vs 善行・無危害原則（ICUスタッフの価値）



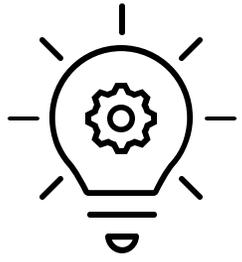
倫理的課題のタイプを同定する

倫理的ジレンマ



対立している倫理原則や価値どちらも適用できるようになる/優先度が決定できる

A氏を中心に据え、外科医Bの価値とICUスタッフの価値をすり合わせる



対立している価値判断の背景を明らかにする

予定術後なので、
やれることは全部やる

価値判断



過去

現在

未来

過去の体験や経験？

価値観？



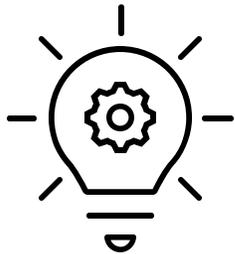
適切な対応をすれば、
A氏は助かるはずだ
(楽観バイアス)

STEP3：倫理的課題を解決するための計画

STEP4：計画の実施

関係者の感情へのアプローチ

関係者の価値判断へのアプローチ

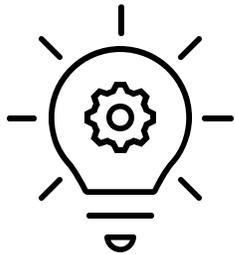


関係者の感情へのアプローチ

倫理的課題の渦中にある人たちには、強い感情が生じる

コミュニケーション・スキル 『**NURSE**』

- N : Name** 感情を言葉で示す 「こんな話を聞いて、驚かれましたよね」
- U : Understand** 理解を示す 「いきなりこのような話を聞かれて、そのように感じるのは当然だと思います」
- R : Respect** 敬意を示す 「Aさんのお体を心配されながら過ごされ、大変でしたね」
- S : Support** 支持を示す 「奥さんがどのような決断をされたとしても、私たちは全力でサポート致します/一緒に考えていきましょう」
- E : Explore** さらに掘り下げて聞く 「そのことに関して、もう少し詳しく教えてもらえますか？」



関係者の感情へのアプローチ

倫理的課題の渦中にある人たちには、強い感情が生じる

コミュニケーション・スキル 『NURSE』

N : Na

U : Ur

R : Re

S : Su

E : Ex

患者・家族だけでなく、医療者にも使える！！

のは

ね」

は

う」

NURSEを用いて外科医Bと対話



B先生、毎日休まず、Aさんの診察に来られていますね。
本当にお疲れ様です。(Respect)
ICUのスタッフも皆、B先生が休めているか心配していますよ。

ありがとうございます。休めているから大丈夫ですよ。



今回のAさんの状況は、B先生にとってもとても辛い
状況ですね。(Name)

そうですね。でも、予定手術だし、私たち外科医は
最後まで諦めてはいけないと思うんです。じゃないと、
Aさんやご家族に申し訳ないからね。



NURSEを用いて外科医Bと対話



B先生は自分を責めていらっしゃるのですね。(Name)
私たちはチームなので、Aさんとご家族だけでなく、B先生も
支えたいと考えています。(Support)

手術したのは自分ですからね。自分を責めていない、
とは言えないです。ありがとうございます。

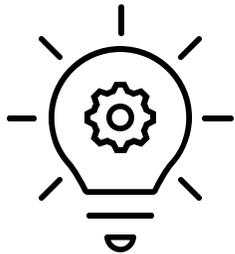


B先生の外科医としての責任や思いは、私たちでは想像がつかない
くらい重いものだと思います。医師として諦めない姿も、大事ですよ
(Respect)
ところで、Aさんは少しつらさが増している印象があり、懸念していま
す。家族もその状況を見て、つらい思いをしているようです。つらさが
抑えられる方法はもう少し何か考えられますか？B先生がもしよろし
ければ、Aさんのために何ができるか、集中治療医の先生と一緒に
カンファレンスを開きませんか？(Explore)



NURSEを用いたコミュニケーションを通してわかったこと

- 外科医Bは、A氏に合併症が生じたことで自身を責め、A氏や家族に申し訳ないと思っている（自責の念）
- 単に「予定手術後だから」といって全てやらなくてはいけないと思っているわけではなく、諦めない姿を患者・家族に見せることが手術を実施した外科医としての責務と考えている
- 上記2点が障壁となり、A氏を中心に据えた治療の検討が困難な状況にある



関係者の価値判断へのアプローチ

予定術後なので、
やれることは全部やる

価値判断

集中治療医も巻き込みながら、
NURSEを用いて感情への
アプローチ

過去

現在

未来

過去の手術や
患者対応の経験
/医局の文化/
**A氏の合併症を
引き起こしてし
まった**

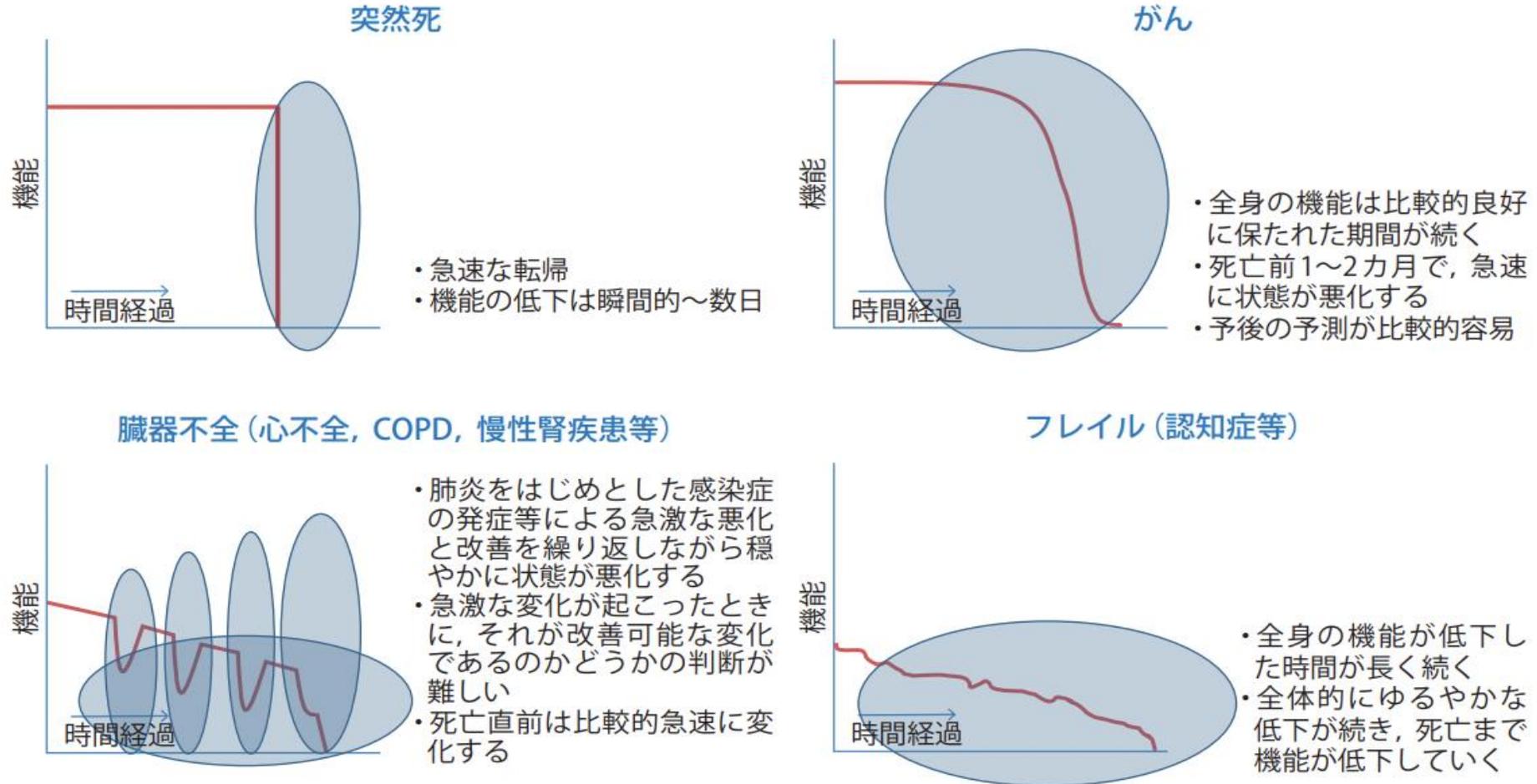
術後合併症
の責任を
取るべきで
ある



**適切な対応をすれば、
A氏は助かるはずだ
(楽観バイアス)**

カンファレンスで予後予測を共有する

① トラジェクトリーカーブの活用



カンファレンスで予後予測を共有する

② Surprise Question (SQ) の活用

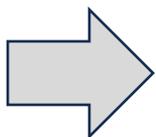
RESEARCH

The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis

James Downar MDCM MHSc, Russell Goldman MD MPH, Ruxandra Pinto PhD, Marina Englesakis MLIS,
Neill K.J. Adhikari MDCM MSc

「この患者が1年以内に
死亡したら驚くか？」
Yes/No

感度77%、特異度56%、陽性的中率32%、陰性的中率90%
と、そこそこの感度がある。



**SQは、人生の最終段階にある患者を特定し、早めの
end of life discussionを提供するきっかけになる**

カンファレンスで四分割表を見ながら 患者を中心にした治療・ケアになっているか検討する

- 今回のケースは、外科医Bの思いが優先され、A氏を中心に治療・ケアが展開されていない状況と考えられた
- 四分割表を整理したものを提示することで、カンファレンス参加者が、共通のものを見ることができ、患者や家族のニーズに気づくことができる、というメリットがある
- A氏の当初の目標をみんなで理解し、それが達成できない状況になっているのであれば、目標をどう設定し直すのか、何がA氏にとって最善と考えられるのかを、四分割表をもとにみんなで考えていく

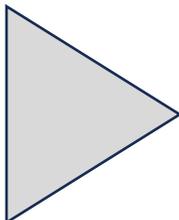
倫理カンファレンスを実施する上での注意点

- ルールをきちんと決め、最初に共有する
(特に、お互いを責めるようなことはせず、建設的に意見を出し合う)
- テーマを設定し、何について話し合うのかを共有する
- カンファレンスを通して、何を達成したいのかを明確にし共有する



STEP5：倫理的成果の評価

- 外科医Bは、A氏の現状に対する集中治療医を含む多職種の見解を聞き、SQでの予後予測を共有したことで、自身が思うよりもA氏の生命予後はほとんど残されていないことを改めて認識した。
- A氏が感じている苦痛や、家族のつらさを外科医Bと共有したことで、外科医Bは侵襲的治療の追加を科内で再検討し、侵襲的治療はA氏の利益にはならず、緩和ケア中心の医療へシフトすることが望ましいと判断した。
- ICUスタッフが真摯に外科医Bの思いを傾聴し、緩和ケア中心の医療へシフトすることを推奨する説明を家族に行う際も同席し支えたことで、外科医Bは「何でも自分一人でやろうとしていた。皆さんが支えてくれているので、楽になりました。ありがとう。」とICUスタッフに感謝を示した。



善行原則（外科医Bの価値） vs 善行・無危害原則（ICUスタッフの価値）
というジレンマの構図は、外科医Bの価値判断が変わったことで解消された

今回のケースの副次的効果を考えてみる

- 外科医Bは、次、同様に予定術後に合併症をきたした患者・家族に関わる際、今回の経験を活かすことができる
- 外科医B、ICUスタッフは、多職種で倫理的課題について共有し話し合う重要性を認識でき、倫理的感受性が養われた
- 外科医BとICUスタッフ間の信頼関係が強化された

今回の倫理的課題を伴うケースのまとめ

- 予定術後に合併症をきたしたA氏の治療に関して、外科医Bは「やれることは全部やる」と侵襲的治療・処置の追加を検討していた。
- 四分表を整理すると、外科医Bの「やれることは全部やる」という背景・思い・感情に関する情報が不足していた。
- NURSEを用いて外科医Bと対話をすると、A氏や家族に申し訳ないという自責の念を抱えていたことや、外科医Bとしての責務が上記治療方針に影響していると考えられた。
- 感情へのアプローチとしてNURSEを用いて外科医Bを支持するとともに、ICUスタッフの懸念を率直に伝え、倫理カンファレンスをセッティングした。
- 価値判断へのアプローチとして、外科医Bの楽観バイアスにも注目し、倫理カンファレンスで予後予測の共有やA氏・家族のつらさの共有をおこなった。
- 結果として、A氏は終末期の状態であり、侵襲的治療・処置の追加はA氏の利益にならず、緩和ケア中心の医療へシフトすることが望ましいと外科医Bは判断した。

Take Home Message



予定手術後に合併症をきたしたケースでは、楽観バイアス、罪悪感（自責の念）や精神的負担により、外科医は治療の差し控えや中止の判断が困難になる



ICU看護師は、患者・家族に使用するコミュニケーション・スキルであるNURSEを外科医にも適用できる
感情へのアプローチとして、患者・家族の他、外科医もつらい立場にあることに理解を示し、外科医の努力や思いを支持することが重要である



倫理カンファレンスで予後予測の共有や、患者・家族の思い・苦痛を共有することで、患者にとっての最善を多職種で考えることができ、外科医の負担を軽減できる可能性がある

引用・参考文献一覧

- Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade. (2002). 赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡. (2006). 『第5版 臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的アプローチ』, 新興医学出版社.
- 伊藤香, 大内啓. (2022). 『緊急ACP Vital Talkに学ぶ悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方』, 医学書院.
- Jhonstone M.J. (2009). *Bioethics a Nursing Perspective*, 5th ed., Elsevier ,116.
- Schwarze M. L., Redmann A. J., & Brasel K. J., et al.(2013) .The role of surgeon error in withdrawal of postoperative life support. *Ann Surg*, 256, 10-15.
- Suwanabol P. A., Reichstein A. C., & Suzer-Gurtekin Z. T., et al. (2018). Surgeons' Perceived Barriersto Palliative and End-of-Life Care: A Mixed Methods Study of a Surgical Society. *J Palliat Med* 21, 780-788.
- 吉武久美子(2017). 『看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方』, 医学書院, p41