

第5章

ケアのゴール設定の
重要性

設定したゴールにそぐわない治療は、「しない」ことが大切

事例

77歳の男性。進行期の特発性肺線維症がさらに増悪し、呼吸困難感で来院した。主治医である呼吸器内科医が患者本人と妻と話し合った結果、人工呼吸器を用いても救命は難しいため、気管挿管は行わずに緩和ケアを行うことに決定した。呼吸困難感を改善するために必要な塩酸モルヒネの量は徐々に増加し、患者は傾眠傾向でコミュニケーションがとれない状態になった。

緩和ケアに役立たないことは行わない方針であったため、輸液や採血は施行していなかった。妻は、「何で点滴や採血をしてくれないのですか？ 何にもしないなんてひどいじゃないですか」と言っている。

医師B | この事例では、患者の奥さんに「今何をしているのか」についての理解をしてもらう主治医の努力が不十分であったのではないかと思います。呼吸不全で亡くなりつつある患者さんに、輸液や採血を行うことは、意味がないだけではなく、むしろ苦痛になる可能性すらあります。

医師A | そのとおりですね。どのような治療行為にも目的があります。例えば、緩和というゴールを設定した場合、この事例のように呼吸困難をとるためにしっかりと麻薬を使用する必要があります。反対に、**設定した**

ゴールにそぐわない治療は、むしろ「しない」ことが大切です。もし採血データをみても治療方針が変わらないうに、身体的苦痛にしかないのであれば、「しない」ことが緩和には重要で、「採血しない」ということを「積極的にする」必要があります。ところが家族は「しない」ことに苦痛を感じることがあります。われわれとしては、設定したゴールのためにはしないほうがいいということを説明する必要があります。

ただ、それでも点滴がつながっていること自体によって家族が安心したり、家族の精神的な苦痛が減るとすればそれも大事なことです。で、患者がむくんでしまわない程度で、例えば 10 mL/hr のように少量でもよいので、点滴を続けることが必要な場合もあります。また、採血によって家族や患者の不安を軽減できるのであれば緩和に役立つわけです。

医師 B | 奥が深いですね。確かにすべて型にはめてしまう必要はないですね。

医師 A | はい。それでもやはり、医療やケアにはゴール設定が重要です。そのゴールに向かってすべきことをすべて行う、ということが重要です。この事例でのゴールを患者の苦痛緩和と奥さんの悲嘆のケアと考えると、患者への十分な麻薬投与だけではなく、少量の輸液、場合によっては採血も必要なのかもしれません。

また、ゴールに基づいた治療方針として、すべてが「完全緩和か、とことんまで救命処置を行うか」という二者択一であるわけではなく、患者の背景や価値観によっては、「ゴールはまだ救命ではあるが、侵襲的な治療は行わず、低侵襲の治療でできることを行い、それでもダメなときは完全緩和に移行」という中間的な治療方針をたてられる柔軟さも極めて重要です。

「最大限の治療」とは何か

事例

72 歳の女性。5 年前に心筋梗塞後の心室細動に対し V-A ECMO（体外式膜型人工肺）が施行され、救命された既往がある。今回は肺炎球

菌性肺炎と菌血症から多臓器不全と播種性血管内凝固を併発している。大量輸液を行い、ノルアドレナリン、バソプレシンを高用量使用しても血圧の維持が困難になっている。人工呼吸器、持続透析も行っているが、乳酸値は上昇傾向である。主治医は、救命はほぼ不可能であり、もし今夜心停止したら心肺蘇生処置を行っても無益と考えている。

家族に病状を説明し、心停止時は心肺蘇生処置は行わない旨を伝えたとこ、家族は「救命してほしいので蘇生処置も、すべてやってほしい。以前やった V-A ECMO もやってほしい」と言っている。

医師 B | このようなことは時々経験しますね。心肺蘇生や V-A ECMO は可逆的な病態に対して行うものなので、この場合には医学的な適応はまったくないにもかかわらず、家族がこれらの治療を強く求めているという状況ですね。そのような要望に対して V-A ECMO まではしないとしても、家族に「すべてやっている」ことをアピールするために、医学的には意味がないことを承知で心肺蘇生を行う施設は多いのではないのでしょうか（←MEMO ⑥）。これは、本来であれば家族がベッドサイドで手を握ったり体をさすってあげたりしながら静かに過ごせたはずの最後の時間を台無しにする行為であり、強いジレンマを感じます。

医師 A | そのときのゴールに見合った「最大限の治療」は何かを決めて、家族にきちんと説明しないとはいけません。これは医学的なことなので医師が判断することです。例えば、Stage 4 の肺がんで全身状態が弱ってきている患者に、「なるべく長生きがしたいので化学療法をしてください」と言われたとします。そのような患者に対しできるだけ余命を長くするのであれば、最大限の治療は、化学療法ではなく十分な緩和ケアになります。化学療法によってむしろ余命が短くなることをしっかりと説明すべきです。

医師 A | この事例では「十分な輸液と昇圧薬＋抗菌薬＋感染源のコントロール」までが最大限の治療であり、それでも状態が悪化する場合に心肺蘇生や V-A ECMO を行うことは、決して最大限の治療ではありません。ご家族には治療を最大限に行ったが残念ながら救命ができないこ

MEMO ⑥ 「すべてやってほしい」

「すべてやってほしい」という患者や家族にしばしば出会います。一方で、それを言葉どおりに受け取り、よく話し合いもせず、かなり弱ってきた患者に対し「すべてやってほしいと言われたので、点滴もやり続けます、延命治療もします、フルコードです」という医師にも出会います。

そもそも「すべて行う」「ベストを尽くす」「できることはすべて行う」以外の選択肢は、医療従事者にはありません。**設定したゴールに向かって一生懸命**するだけです。このことを医療従事者、患者、家族は理解することが大切です。もし苦痛がないことが治療のゴール設定なら、「苦痛を伴う処置を行わない」「胸水、腹水がたまって苦しいなら点滴をしない」など、ある処置をしないことがベストを尽くすことになる場合もあるのです。

化学療法を行ったり、採血と点滴をし続けることでしか「ベストを尽くした」と患者や家族に感じてもらえない、「一生懸命していない、一生懸命してもらっていない」と思われるとしたら、それは終末期医療としては質が低いかもしれません。もちろん治療の「シンボル」としての点滴がつながっていないと「不安」になってくる人は多いので、そのバランスも必要になってきます。

通常の治療と同様、緩和ケアにも「ゴール設定」が必要です。終末期患者に何となく採血し、何となく点滴をし、何となく数値をみて輸血をするといった、ゴール設定のない医療行為を行うことがないように注意が必要です。何かするかどうか迷ったら、「ケアのゴール」に必要かどうか、立ち返る必要があります。

「すべてやってほしい」という患者、家族への対処法に関する文献^{A)}を紹介します。非常に大切な論文であり、熟読することをお勧めします。

●文献

- A. Quill TE, et al. Discussing treatment preferences with patients who want “everything”. Ann Intern Med 2009 ; 151 : 345-9. PMID : 19721022

MEMO ⑦ CMO (Comfort Measures Only)

終末期に苦痛となる処置を患者が希望しない場合は、CMO（完全緩和ケア）を行うこととなります（ホスピスケアともよばれています）。CMO の患者には「何もしない」のではなく、「苦痛緩和に役立つ処置」を行います。点滴や処置が苦痛となる場合には「行わない」ことが必要で、腹水による苦痛が強い場合には、緩和的な腹腔穿刺を「行う」ことを考慮します。考えることを放棄せず、最後の瞬間まで何かできることはないか、思考し続ける姿勢が重要です。

DNAR（“Do Not Attempt Resuscitation”）と終末期医療は同義ではありませんが（➡ 第14章）、DNAR 指示は時に CMO と混同され、心停止時の蘇生処置以外の医療行為も差し控えられるリスクがある^{A, B)}と報告されています。極端な場合、「肺炎になったけど DNAR だから抗菌薬を開始しなかった」などということもあり得ます。「DNAR だから何もしない」という言葉を耳にしますが、DNAR はあくまで心停止時に蘇生処置を行わないことです。心停止予防のための治療は DNAR 指示があるからといって制限することがあってはなりません^{C)}。誤解を避けるためにも DNAR という言葉ではなく、「no CPR」という言葉を用いることをお勧めします。

●文献

- A. Hiraoka E, et al. What is the true definition of a “Do-Not-Resuscitate” order? A Japanese perspective. Int J Gen Med 2016 ; 9 : 213-20. PMID : 27418851
- B. Mirarchi FL, et al. TRIAD III : nationwide assessment of living wills and do not resuscitate orders. J Emerg Med 2012 ; 42 : 511-20. PMID : 22100496
- C. 西村匡司ほか. 委員会報告 Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告. 日集中医誌 2017 ; 24 : 208-9.

とと、心肺蘇生や V-A ECMO は適応がなく、無益であるということをしかりと伝えなければなりません。そのうえで、ゴールを救命から緩和に変更し、CMO (Comfort Measures Only) (➡MEMO ⑦)、つまり完全緩和ケアにすることでより良い最後の時間を提供する必要があります。

コンフリクトマネジメントも患者中心の意思決定には重要

事例 1

85歳の女性。認知症。失神して来院、重症大動脈弁狭窄症と判明した。医学的には外科的弁置換術の適応であった。患者は、「手術はしない、もう十分生きた、家に帰らせてほしい」と懇願している。医師は、家族と本人に対し、治療について時間をとって説明したが、本人は認知症で理解していない。ただ、「手術はしません」と主張した。家族も今は症状がないことから、本人の言葉を尊重し、同意した。急変時はDNAR（蘇生不要）、DNI（挿管不要）とすることを表明し、アドバンス・ケア・プランニングを導入して退院した。訪問診療を手配することにした。

半年後、突然の呼吸苦で、「苦しい」と訴えたため、家族が救急車を呼び、搬送された。麻薬、利尿薬で呼吸状態はすぐに落ち着いたが、家族は「こんなことになるなら治療を受けて」と患者を説得した。しかし患者は「いやだ、家に帰りたい」と拒否したため、家族は「我々の言うとおり治療をしてほしい」と医師に詰め寄った。医師からは本人の気持ちが重要であることを説明したが、家族は「いや、大動脈弁の手術をしてください」と譲らない。

医師B | この事例のように意見が違うことは現場ではしばしば生じます。

医師A | 英語ではこのような意見の違いによる衝突はコンフリクトとよばれ、このマネジメントは意思決定においてとても重要な能力とされます。コンフリクトには、この事例のような立場による意見の違いから、不適切なクレームまでさまざまなものがあります。患者-家族、家族-医療者、医師-看護師といういろいろな関係性で起こり得ます。

医師B | 具体的にはどのように対処していけばよいのでしょうか。

医師A | 次のような手順が考えられます。

コンフリクトへの対処

- ① コンフリクトが生じていると認識する。相手の意見を十分理解しているか確認し、こちらが相手を誤解している可能性について考えてみる。
- ② もし非常に悪い感情で心が支配されていたら、相手に感情をぶつける前に、いったんその場を離れるのもよい（例：「少し考えを整理したいので、話し合いはあとにさせていただいてよろしいでしょうか」）。
- ③ 相手の考えをゼロベースで拝聴する。
- ④ 相手の気持ちに共感する。
- ⑤ 問題となっている治療や処置は、ケアのゴールに見合っているのか、患者にとって耐えられる負担かどうかを、患者、家族とともに考える（治療の適応が本当にあるのか、無益で選択肢にすぎらないのかを医学的に吟味するのは医師の役割）。
- ⑥ 患者や家族が期待するゴールが現実的でないなら、感情への配慮をしながら、予後について、現実的なゴールの選択肢について正直に説明する。

医師A | 医療現場で起こるコンフリクトに対処するときの一般的な注意点と文言例をまとめておきます（**MEMO 8**）。

医師B | この事例であれば、家族はひょっとしたら、「こんなに母が苦しそうにしているのは見てられない、苦しくないように治療してほしい。長生きしてほしい。苦しまずに長生きするためには薬だけでは無理なはず」と考えているかもしれませんね。子としては、母に苦しんでほしくない、長生きしてほしいというのは当然の気持ちです。

医師A | はい。相手の考えを理解するためにも、まずは十分相手の気持ちを拝聴する必要があります。そのうえで、医療従事者側も家族とケアのゴールを共有していることを理解してもらうことが重要です。同じゴールを共有していることを確認したあとは、家族に予後と治療選択肢に

MEMO ⑧ コンフリクトに対処するときの注意点と文言例**陥りやすい落とし穴とその結果****■ 対立を避けたり否定したりする**

問題は徐々に大きくなり悪化する。逃避や否認は統率力のなさともみなされる。

■ すべての事情を把握していると思い込む

相互理解が進まない。

■ 対立相手への一方的な説得を繰り返す

相手の真の気がかりを見逃す。苛立った相手はこちらの発言を聞かなくなる。

■ 相手の意図をわかっていると思い込む

相手の行動に注意を払うより、人柄自体をかたくなであると決めつける。

■ 問題解決は相手の責務と考える

双方が自覚的に歩み寄らなければ、皆が納得できる結果を出せない。

■ 問題へ理詰めの対応しかない

対立による感情のもつれを無視してしまう。

■ 相手に倫理的な問題があると決めつける

上から目線の態度により、相手への失礼な振る舞いへつながる。

■ 怒りや皮肉っぽい言い方で相手を威圧する

相手の恨みを買ひ、信頼関係がなくなる。

■ 自身の強い感情を自覚しない

感情は知らず知らずに相手へ伝わり、交渉が難航する。

■ かつとなった勢いで話を進める

強い感情は視野を狭くし、もとからの対立を悪化させる。

手法と使えるフレーズ**■ 積極的に聞く**

自分の懸念や反論ではなく、話し手への注意と理解を示す。

「お父様が長く生きられるようにできることをなんでもやってほしい、とおっしゃっているんですね」

「患者の苦しみがもっと悪くなっているのではと心配されているんですね」

■ 自己開示

感情のままに相手を非難しない話し方で、自分がどう感じているかを一部明らかにする。

「医学的に最適なケアでも、あなたの希望を叶えられないのではと私は心配しています」

「少し感情が高ぶっているので落ち着くための時間をください。その後で次の話し合いをしましょう」

■ 説明

自分の一番の懸念について聞き手に伝える。

「お母様に静脈点滴をして改善する確率は、よく見積もっても五分五分でしょう」

■ 共感

聞き手の感情に共感と配慮を示す。

「お母様に起きたことについてとても心配しているのですね」

「このような事態になり、とても悲しいですね」

「同じ状況だったら、誰しも同じように感じると思います」

■ 見方を変える

問題解決にはお互いの協力が必要であるととらえる。

「点滴を『するかしないか』の問題とはせず、お母様へのケアの全体像のなかで考え直してみませんか」

■ 自由な意見の交換

解決への第一歩として、批判的にならずに解決案を提案する。

「お母様の最期に何が準備できるか考えて、少しずつやってみましょう」

● 推奨文献

Back AL, et al. Dealing with conflict in caring for the seriously ill: "it was just out of the question". JAMA 2005 ; 293 : 1374-81. PMID : 15769971

ついてしっかりと理解してもらうために医学的な説明が当然必要になります。具体的には以下のようにお話をしました。

「ご長女様のお考えとお気持ちをお聞かせ願えますか？」（傾聴）

「お母様に苦しんでほしくない、苦痛なく長生きしてほしい、と考えられるんですね。我々も同じ気持ちです」（共感）

「そのためにどうすることがベストか一緒に考えましょう」（ゴールを共有していることの明確化）

「ご家族としては、手術をしてほしい、という気持ちでいらっしゃるんですね。お母様ができるだけ苦しくなく、長生きをする方法を一緒に考えていきましょう。どのようにすることがお母様にとってベストかを考えたときに、1つ懸念していることがあります。以前から、お母様は手術をしたくないとおっしゃっていました。今はそのときよりさらに認知力が低下されており、医学的なことが十分理解できない状態です。その状態で、家族と医師で決めた手術をして、本人がパニックになったり、そのために手足の拘束が必要になったりすることで精神的な苦痛が増すことにならないかと心配しています」

医師 A | 患者中心の意思決定をするためには、コンフリクトマネジメントスキルが必須です。患者さんが、認知症で意思決定能力が低下している場合、本人の意向（手術をしたい、またはしたくない）をどこまで取り入れるかという議論になります。高リスクであれば、非常に高い意思決定能力が必要です。意思決定能力が適切なレベルでない場合、代理意思決定者とともに考える必要があります。

本人が十分な理解に基づかないで「手術をしたくない」と言っている一方で、家族は手術リスクを十分理解したうえで、「手術をしてほしい」と希望した場合、現場は大変悩みます。家族の希望に基づいて無理やり侵襲的な治療を行い、患者が心に傷を負い、医療者を見ると恐怖にかられるようになった事例（おそらく PTSD）もあります。そうすると患者にとって害になってしまいます。そのようなことが起こる可能性も念頭に入れながら、本人がその負担に忍容性があるかにつ

いて吟味することも重要です。最終的には、十分に話し合いをして、手術を行うという結論になることもありますし、しないという結論になることもあります。

重要なのは、医学的妥当性や患者さんやご家族の考え、大切に思っていること、ケアのゴールを共有し、忍容性を考慮して共同意思決定をすることです。家族が「してほしい」と希望をしたとしても、医療者側が「医学的に適応がない」、または「治療の負担に本人が耐えられない」と判断した場合には、率直に正直にお伝えすることが重要です。それでもコンセンサスが得られない場合は、セカンドオピニオンを聞きにいただくことも意思決定支援として重要です。

医師B | この事例はその後どうなったのですか？

医師A | 家族の気持ちを拝聴した結果、ご家族は「お母様が苦しまないようにするためには手術をするしかない」と考えていることがわかりました。医師から「私たちもお母様が苦しい思いをできるだけしないようにするための最善の方法を考えています」と伝えることで、医療チームに対するご家族の対立の姿勢が氷解し、同じ方向を向くことができました。お母様に負担が少ない内科的治療（薬による治療）でも症状を十分緩和できること、場合によってはリスクの高い外科的な治療を行うよりも長生きできる可能性があることをご家族に説明し、結果的に手術を行わない方針となりました。

事例2

85歳の男性。高度認知症。肺炎で入院。入院中、ベッド柵を乗り越えようとして、ベッドから転落し、外傷性脳出血をきたした。それ以来、意識が低下した状態が続いている。院内で起きたことであり、ご家族は「入院しているのになぜベッドから転落などするのか？ 病院の管理が悪いのではないのか？」と不信感が芽生え、主治医や看護師につらくあたるようになった。主治医は、回復不能な意識障害であり、次第に全身状態が悪化しているため急変もあり得ると考えているが、そうした病状を説明するのが苦痛になっている。また、予後や今後の方針、緩和ケア、コードステータスについて話し合いたいと考えているが、家

族から責められることを恐れており、話をすることをためらっている。

医師B | このようなことは時々経験がありますが、本当に毎日が苦痛になります。

医師A | おっしゃるとおり、医師や看護師にとってこのような状況は本当に悪夢のような時間だと思います。治療はうまくいくときもうまくいかないときもあります。期待どおりにいかなかったとき、特に治療の副作用や手術の合併症でより悪化したとき、院内感染や院内での転倒や骨折などで重篤なけがをしたときは、患者や家族と医療チームの信頼関係が崩れることがあります。時には、医療者に対して敵意を表に出した態度をとることや、つらく接することもあります。

医師B | わかります。院内でそういった重大事象が生じて、つらい思いをしている家族の気持ちを考えると非常に申し訳ない一方で、つらくあたられるとどうしたらいいのかと毎日そのことばかりに頭が支配されて苦しくなります。

医師A | 医療者側の精神的な負担もさることながら、最もよくない結果として治療の意思決定に影響を及ぼすことがあります。例えば、次第に患者の病状が悪化し、緩和ケアが最重要で、心停止時の蘇生は無益であるためDNAR (no CPR) が適切な状況に陥ったとします。本来なら医師は家族へ予後が悪いことを伝えたいうえで、緩和という治療ゴールを提案すべき状況です。ところが、予後が悪いことを伝えたと家族から責められることが予測されるため、悪い知らせは一切伝えないでおく、といったことが生じます (➡ 第12章)。また、「必要な診察やケアをしたいが、家族が来ているため部屋には行けない、家族が帰宅してからにしよう」といった心理が働く危険があります。

医師B | 私も経験があります。患者中心の意思決定をしないといけないのに、つらくあたられることを回避するための意思決定になってしまうわけですね。

医師A | そのような望まない状況から患者中心の意思決定に戻すためには、健全なコミュニケーション、すなわち「どちらかが一方的に責められる

ことがない、対等なコミュニケーション」が必要となります。そのためには、時にチーム以外のスタッフ（第三者）に入ってもらうことが有効な場合があります。例えば、この事例のようなケースでは、緩和ケアチームの医師に介入してもらうなどです。責められる立場にない第三者であれば、家族の気持ちを聞き、必要に応じて医療チームへ伝えることが容易になります。さらに、患者のために健全なコミュニケーションになるよう家族にアドバイスを行うこともできます。

医師B | この事例では第三者が介入したのですか？

医師A | はい。緩和ケアチームの医師に家族と話し合いをしてもらいました。緩和ケアチームの医師は、「医療チームはご家族に責められるのが怖くて患者のケアを適切にできていない」ということを伝えたくて、医療者につらくあたらないようにお願いしました。また、過去と未来を分けて考えることも提案しました。

医師B | 「過去と未来を分けて考える」とは具体的にはどういうことですか？

医師A | 院内でそのような事象が起きたことは事実として真摯に受け止め、原因究明や病院としての今後の対策は必要です。しかし、その過去の事実にこだわってしまうあまり、「今後どうすれば患者のために一番良いケアができるのか？」ということを家族が考えられず、思考停止してしまっている現状を柔らかく指摘しました。家族は現在の自分たちの態度が結果として患者の治療やケアの質を低下させていることを認識してショックを受けましたが、そのあとから、患者のために今後どのようにしていくことがベストであるかを主治医チームと考える姿勢ができました。**コンフリクトが生じたときは、コンフリクトを回避することが中心の意思決定になりがちですが、患者中心の意思決定のための健全なコミュニケーションになるようチームとして対策を練ることが重要です。**