

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units

Gabriel T. Bosslet, Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubenfeld, Bernard Lo, Robert D. Truog, Cynda H. Rushton, J. Randall Curtis, Dee W. Ford, Molly Osborne, Cheryl Misak, David H. Au, Elie Azoulay, Baruch Brody, Brenda G. Fahy, Jesse B. Hall, Jozef Kesecioglu, Alexander A. Kon, Kathleen O. Lindell, and Douglas B. White; on behalf of The American Thoracic Society *ad hoc* Committee on Futile and Potentially Inappropriate Treatment

THIS OFFICIAL POLICY STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS) WAS APPROVED BY THE ATS, JANUARY 2015, THE AMERICAN ASSOCIATION FOR CRITICAL CARE NURSES (AACN), DECEMBER 2014, THE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP), OCTOBER 2014, THE EUROPEAN SOCIETY FOR INTENSIVE CARE MEDICINE (ESICM), SEPTEMBER 2014, AND THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM), DECEMBER 2014

Am J Respir Crit Care Med Vol 191, Iss 11, pp 1318–1330, Jun 1, 2015

慈恵ICU勉強会

2015/09/15

山口庸子

背景(1)

- 医療者が必要ではないと思う治療を、患者・家族が望む場合、どのように対応したらよいか議論となっている
- 特に「延命治療/侵襲的で患者にとって負担となる治療」を家族が望む場合への対応は、ICU領域で最も多く議論となっている倫理的問題である
- ヨーロッパICUの単施設での横断的研究
→医師の1/4が、不適切であると感じた治療を提供したと報告
Perception of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurse and physician. JAMA 2011;306:2694-2703
- アメリカの研究
→ICU患者の約20%が、医療者が無益であると判断した治療を少なくとも1回は受けている

The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. JAMA intern MED 2013;173:1887-1894

背景(2)

- 議論となっているケースが解決困難である理由は、患者・医療者・社会がそれぞれ大切にしているものが異なるからである
 - 患者は、自分たちの価値観や好みに合致する治療を受けたい
 - 医療者は、専門職としての責務であると考えてることと反することを強要されたくない
 - 社会(組織)は、個人の権利を守り、かつ医療者の専門性を促進し、医療資源の公正な分配を保証したい

背景(3)

- 一般的に患者は、医療者を選択することはできず、他の場所での治療を自ら探し求める能力も限られている
- 患者も医療者も、困ったときにどこに相談すればよいか、一般的に明確な規則はない
- これらは複雑な問題であり、医療者に明確な方向性を提示する必要がある



- ATS (American Thoracic Society) は、多学会からなるワーキンググループを開催した

目的

- ICUで、治療に関する見解の相違により解決困難なケースを、どのようにマネージメントしたらよいか、またそのような状況にならないよう予防するにはどうしたらよいか、いくつかの学会が集まり合同声明として提言を行う
 - 「無益な治療」として漠然と議論されてきた問題の種類を理解する枠組みを提供すること
 - このような問題をどのように予防しマネージメントするかについての提言を作成すること

方法

- 以下の学会の委員がコンセンサスが得られるまで peer review を繰り返し行い提言を作成した

ATS : American Thoracic Society

AACN : American Association for Critical Care Nurse

ACCP : American College of Chest Physicians

ESICM : European Society for Intensive Care Nurse

SCCM : Society of Critical Care Medicine

ICUで求められる治療をマネジメントをするためのフローチャート

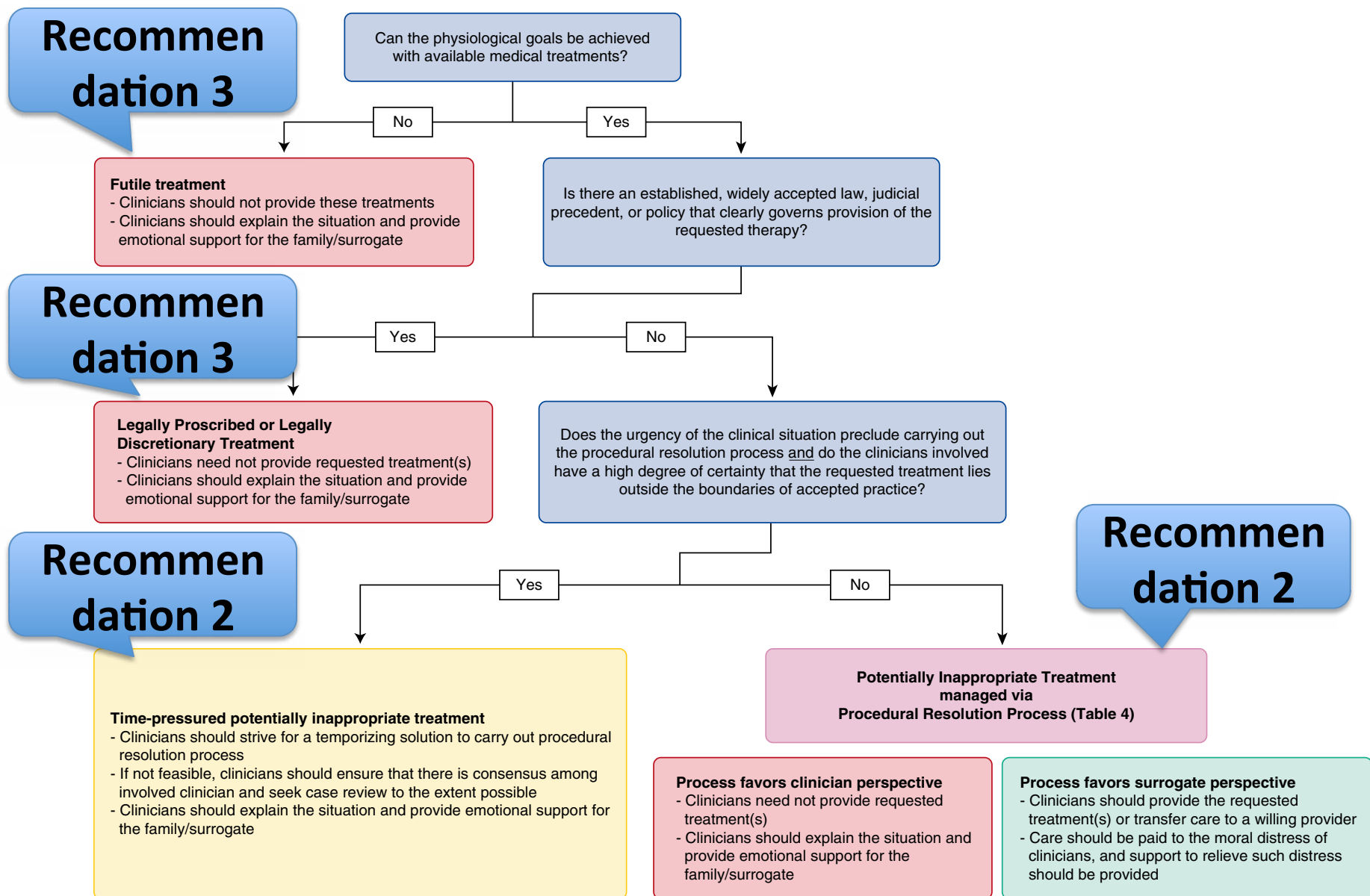


Figure 1. Recommended approach for management of disputed treatment requests in intensive care units.

Recommendation 1

- 組織は、介入困難な治療への対立（葛藤）を予防するための方策を実行するべきである
- それには、先を見越したコミュニケーションや、早期に専門家へコンサルトし一緒に関わってもらう必要がある

Recommendation 1

～Justification～

- この提言を行った背景には3つの根拠がある
 1. 意思決定を共同して行うことは、より良いケアの基本であり、それによって倫理的問題の解決が促進される
 2. 対立が生じると、関わった関係者全てにとって重荷であり、解決を長引かせることしかできていない現状がある
 3. ICUで最も多い意見の対立は、価値の対立からではなく、コミュニケーションの崩壊から生じていた

Recommendation 1

～Implement Proactive Communication Strategies～

- 医療者が家族との話し合いの時に行うべきポイント
 - 注意深く家族の声を聞く
 - 信頼関係を確立し情緒的サポートを提供する
 - 専門用語を用いずにはっきりと患者の予後について話をする
 - 患者の価値観や考えを聞き出す
 - 家族の意思決定の方向性を説明する
- 上記会話をする前提として、医療者は、患者のゴールに合致する治療選択について議論しておくべきである
(苦痛緩和を中心とした治療の選択も視野に入れて)

Recommendation 1

～Implement Proactive Communication Strategies～

- 医療者は、認められている医学的治療の範囲外の治療を提供する必要はない
- 医療者が考える患者の価値観や好み、認められている治療の範囲外のことを家族が望んだ場合、これらの要求に従うべきではない
- その代わり以下の努力をするべきである
 - 家族の考え方を理解しようとする
 - 家族の誤った認識を修正する
 - 医療者の考えを説明し家族と共有する

Recommendation 1

～Implement Proactive Communication Strategies～

- 医療者は以下のスキルを身につける必要があり、組織はこれらを学ぶ場を設けるよう努めるべきである
 - 意思決定の共有をするための終末期におけるコミュニケーションスキル
 - 対立を解決するためのスキル
 - 困難な意思決定に直面している家族を共感的にサポートするスキル
- 家族が明らかに患者の価値観や好みを代弁していないケースでは、医療者は代わりとなる家族を探す、もしくは裁判所に任命された後見人を立てるべきである

コミュニケーションを改善し家族をサポートするための プラクティスの提言

<システムに対する介入>

多職種で構成される家族ミーティングを定例で行う

困難事例に対して、ICUケアに緩和ケアや倫理チームも関わる

家族に教育的資料を提供する

ICU家族ミーティングのための専用の場所を確保する

<医療者に必要なスキル>

ICU家族ミーティングを効果的に実施するための調整

ミーティング前に関係者間でのコンセンサスを得る

家族ミーティングは静かで落ち着いた場所で行う

全ての参加者の自己紹介をする

患者・家族中心のコミュニケーション技法を用いる

家族の意思決定を支援し、援助を放棄しないことを保証する

コミュニケーションを改善し家族をサポートするための プラクティスの提言

<医療者に必要なスキル> つづき

家族中心のコミュニケーションを提供する

まず最初に家族の認識を引き出す

能動的傾聴のスキルを用いながら、項目ごとに情報の伝達
をする

質問に答えながら、主要な事柄の理解度をチェックする

感情の表出を促し、承認する

宗教的・精神的なニーズや重要性を理解しサポートする

意思決定の共有を促進する

臨床での予後判断とその確かさの程度を査定する

意思決定に関する家族の考えを評価する

患者の意向や、健康に関連した価値観を聞き出す

Recommendation 1

～Consider Early Involvement of Expert Consultants～

- コミュニケーションや交渉に熟練した人の介入を促進することで、芽生えつつある対立を早期に認識し介入することができる
- 関係者達はそれぞれ自分達の立場に固執し、コミュニケーションが崩壊し、時間とともに対立が深まっていくことが多い
- “ethic”もしくは“palliative care”コンサルタント、“expert clinicians”、ソーシャルワーカー、牧師など、対立の解決や調停のスキルを持っているスタッフを育てていく必要がある

Recommendation 2

- 患者に求められた治療効果を期待できる可能性がわずかでもあるが、医療者は相反する倫理的な観点から、それらの治療を提供することは正当化されないと考える場合、この介入を表現するには、“futile”（無益な）より、“potentially inappropriate”（潜在的に不適切な）を使用すべきである
- 医療者は、適切であると考えられる治療を主張し説明するべきである
- 集中的に説明と交渉を行ったにもかかわらず、潜在的に不適切な治療を要求される場合は、対立を解決するための適正な過程に基づいて、マネジメントするべきである

Recommendation 2

～Potentially inappropriate treatment～

<定義>

患者や家族が求める治療効果を達成できる可能性がわずかでもあり、そしてそれは禁止されている治療ではない。しかし医療者は、相反する倫理的観点から求められた治療を行うことを拒否することは正当であると確信している場合

Recommendation 2

～Potentially inappropriate treatment～

<例>

1. 認知症と多臓器不全がある終末期患者をICUに入室させること
2. 永続的に植物状態にある患者に透析を開始すること
3. 広範囲に転移性の癌がある患者に人工呼吸器管理を続けること
4. 長期の呼吸不全と重度の不可逆的神経学的損傷がある子供に気管切開術を行うこと

Recommendation 2

～ Potentially inappropriate treatment～

<対立を解決する過程>

1. 正式な対立解決手続の開始前と試行中において、医療者は、話し合いによる合意が得られるように専門家にコンサルトするべきである
2. 正式な対立解決手続の介入と、この過程で予測されるステップとスケジュールに関して、明確に文書化したものを家族に提示するべきである
3. 医療者は、求められた治療が不適切であるという判断と、予後予測が正しいものであるか検証するために、他の医療者に医学的意見を求めるべきである

Recommendation 2

～Potentially inappropriate treatment～

<対立を解決する過程>

4. 多職種で構成される院内の専門委員会によって再検討されるべきである
5. 委員会が医療者に同意するならば、医療者は、患者家族に治療を引き受けてくれる他の施設を探す選択肢を提示し、この過程が円滑に進むよう援助するべきである
6. 委員会が医療者に同意し、転院先が見つからなかった場合、家族は外部組織による再検討を求める権利について説明を受けるべきである

Recommendation 2

～Potentially inappropriate treatment～

<対立を解決する過程>

- 7a. 委員会や外部組織が、延命治療に対する患者や家族の要求を認める場合、医療者は、それらの治療を提供するか、治療を引き受けてくれるところに転送するべきである
- 7b. 医療者の判断に委員会が同意し、転院先が見つからず、家族は外部組織の介入を求めず、もしくは外部組織が医療者の立場を支持した場合は、医療者は議論となっている治療を差し控えたり、撤退してもよい。そして、high-qualityの緩和ケアを提供するべきである。

Recommendation 2

～Potentially inappropriate treatment
in time-pressured situations～

<定義>

医療者が適応外であると確信している治療を、
患者の状態が急速に悪化しつつあり、対立解
決過程を完遂する時間がない状況で要求され
た場合

Recommendation 2

～Potentially inappropriate treatment
in time-pressured situations～

<例>

1. 高容量の昇圧剤を使用し、肝硬変（Child C）があり、腸穿孔している患者の開腹術をすること
2. 最大の循環サポートが実施され、多数の併存疾患がある高齢のやせ衰えた患者に、ECMOを開始すること

Recommendation 2

～Potentially inappropriate treatment in time-pressured situations～

<対立を解決する過程>

1. なるべく、前述の“potentially inappropriate treatment”で示した7つの過程をふむべきである
2. 時間的猶予が無い場合には、以下の点を確認する
 - ・事実が明白であるか
 - ・推測が確定されているか
 - ・moral blind spotsが明らかとなっているか(次スライド参照)
3. 治療拒否に関するコンセンサスを確保するために、可能な限り他の医療者も加える
4. 治療を行わない理由を、家族に共感的態度で説明する

Recommendation 2

~ Potentially inappropriate treatment
in time-pressured situations ~

Table 5. Questions to Assist in Illuminating Moral Issues in Time-pressured Situations

Am I certain that this requested treatment is outside of the boundaries of accepted practice?

Would I be willing to have the rationale for my decision publicly reviewed in an appeals board or court?

What are the consequences to the patient, surrogate, team, or institution as a result of implementing this decision?

Am I sure that sex, race, socioeconomic status, ability to pay, or other psychosocial factors are not entering into my decision?

Recommendation 3

一般的ではない2つの状況に対し、それぞれの
マネージメント方法を提唱している

1. “Strictly futile” (完全に無益な) 介入を要求される状況
2. “legally proscribed” (法的に禁止されている) もしくは “legally discretionary” (自由裁量権で実施できる) 治療を要求される状況

Recommendation 3

～ Futile Intervention ～

< 定義 >

目標とする生理学的ゴールを達成できない介入

< 例 >

1. 回復の見込みがなく死の兆候が現れている
患者のCPRをする (rigor mortis, dependent lividity)
2. 急性心筋梗塞の治療として抗真菌薬を投与する

Recommendation 3

～ Futile Intervention ～

< 対立を解決する過程 >

1-1 求められた介入が効果がない理由を説明する

-2 家族が介入を求める理由を探索する

2-1 対立が存在する場合には、医学的見解を明らかにするために他の医師へ意見を求めることを検討する

-2 専門家に依頼し、共感的コミュニケーションと心理社会的サポートを提供をする

Recommendation 3

～Legally Proscribed/Discretionary Treatments～

<定義>

患者が望む効果を達成できるかもしれないが、法律や適用できる判例、政策によって、禁止されている治療

もしくは医療者が制限することを許されている治療

Recommendation 3

～Legally Proscribed/Discretionary Treatments～

<例>

Legally Proscribed

1. 患者家族の要求を受け、肝不全がさらに進行している患者が臓器配分政策 (organ allocation policy) をすり抜け、肝移植を早く受けられるようにすること
2. 非合法下で、医療者に自殺の幫助を求める患者に、バルビツール酸塩の致死量を処方すること
3. 脳死が死と認められている州で、臓器提供を望まない脳死患者に生理学的サポートを継続し続けること

Discretionary Treatments

1. CPRを行っても差し迫った死を妨げられないであろう多臓器不全患者や転移性進行癌患者のDNRオーダーを記入すること

Recommendation 3

～Legally Proscribed/Discretionary Treatments～

<対立を解決する過程>

1. 患者や家族が治療を要求する理由を理解する
要求を判断する基準となった規則についてしっかりと説明する
2. 規則が正しく解釈され適応されていることを保証するために、専門的知識をもつ人を巻き込む
(ethics consultants or legal counsel)
3. 家族との的確なコミュニケーション、心理社会的サポートを提供するために専門家を巻き込むべきか検討する
4. これらの規則への異議申立は、規則を決定している関連諸機関が対応し解決されるべきである

Recommendation 4

学会は、延命治療がなされるべきではない状況について、影響力のある見解を述べ、政策や立法を促す努力をすべきである

Recommendation 4

- 終末期医療の適切な範囲について、政策や立法を促すことで、治療限界点を明白にすることが促進される
- 様々な立場の人がいる社会において倫理的に受け入れられるために、政策や法律を作成する必要があるが、それには多くの医療者や患者、出資者（関係団体）の協力が必要となってくる

一般の人々に生命維持装置に関する倫理的問題について考えてもらうための質問例

Table 6. Examples of Questions for Public Engagement

What process or factors should drive the allocation of ICU beds when they are scarce?

Should clinicians be required to provide cardiopulmonary resuscitation requested by surrogates for patients with advanced metastatic cancer and multiorgan failure?

Should patients with far advanced dementia or in a persistent vegetative state be admitted to ICUs?

Definition of abbreviation: ICU = intensive care unit.

Conclusion

- 5学会合同の声明として、ICU患者・家族から潜在的に不適切な治療を要求された際、どのように対応すればよいのか、その予防と管理に対するガイダンスが提示された

私見

- 海外の提言ではあるが、一貫して「患者・家族の意見をしっかり聞き、その理由を探る」「医療者間でのコンセンサスを得るよう努める」「患者・家族に丁寧に説明をする」といった点が大切にされており、日本においてもこの枠組みや介入ポイントは十分参考にできると思う
- 特にRecommendation 1は予防的な関わりとして重要であり、日頃のケアに取り入れていきたいと思う
- 家族ミーティングの必要性や方法について、日本の現状に合った形で、検討していきたい
- 本文で提示された枠組みを用いて、日頃臨床で経験している事象を捉え直してみると、漠然とした葛藤が整理され、その事象に対しどのように対応していったらよいのか、理解を深めることができた