

「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～」を公表するにあたって

1、背景と作成の経緯

現在の医療は患者本人やその家族や関係者などに十分な時間をかけてその病態、様々な治療法の選択肢、転帰の予想や合併症を丁寧に説明し、その結果として患者側と医療者側の合意のもとに治療方針が決定されて行きます。それは病状が進行し、疾病の末期状態である場合にも当てはまります。たとえば、「がん」の末期と診断された場合には、患者本人の意思、家族などの意見を主体に医療側と十分な議論を重ねた中で、様々な選択肢の中から両者が総合的に判断して終末期の対応を選択することになります。このように「がん」の終末期では患者本人が人生の幕引きである終末期をどのように迎えるかを考え、その意思を家族や関係者などと共有する十分な時間的余裕が通常は存在します。

一方、救命・集中治療における終末期の対象患者の多くは極めて短い時間に死が切迫する事態となります。偶発的に受傷した重篤な外傷や予期しない疾病、病態の悪化から患者本人は一部の例外を除いて意識がなく、自らの意思表示もできません。このような状況においては患者家族や関係者などもその事態を受け入れる余裕はなく、冷静な判断ができないことが通常です。さらに、患者家族や関係者などが特定できない、あるいは存在しない場合もしばしばであり、このような場合は医療者としての良識を前提とした判断を最優先に治療が開始されることとなります。

そのような中で、治療当初の蘇生や救命のために装着した人工呼吸器などの生命維持装置や医療機器、治療、措置に依存して「救命不能だが、直ちに心停止には至らない」という状態が発生し、結果として患者本人の尊厳を損ねていると思われる場合があります。しかし、救命不能であることを理由にそれらの措置を直ちに控える判断は困難で、その結果、患者家族やその関係者などの悲嘆はさらに大きくなり、人生の終末期を看取ることを願う医療スタッフにとっても大きな困惑の原因となります。このような状況は患者側にとっても医療者側にとっても無意味で無益な状態（futility）と考えられます。

上記のような背景から日本救急医学会は平成 19 年 11 月に「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」を公表しました。また、平成 23 年 5 月に日本集中治療学会は患者家族やその関係者などへの対応について「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」を公表しました。日本循環器学会は上記 2 学会を含め関連 14 学会の合同研究班報告として平成 22 年循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2008-2009 年度合同研究班報告）の中で心疾患、脳卒中などの循環器疾患の終末期の対応を「循環器疾患における末期医療に関する提言」としてまとめています。このような中、日本救急医学会、日本集中治療医学会と日本循環器学会の 3 学会（以後、3 学会と記す）は救急・集中

治療領域における終末期の対応に関して、①それぞれが想定している対象患者がほぼ一致していること、②終末期の定義とその後の対応に関して同様な考えを有していること、③複数の提言や指針が存在することは現場や患者、その家族や関係者などや社会に対して混乱と誤解を招く、との認識で一致しました。そこで、3学会は平成24年から合同で複数回の議論を重ね、その結果をそれぞれの学会内に持ち帰り、さらに広く社会に意見を求めるためにパブリックコメントを頂くなどの慎重で丁寧なステップを踏みつつ「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～」を作成しました。

2、考え方の道筋

救急・集中治療の現場では死が間近で不可避と判断された患者、その家族や関係者などの意思（生前意思を含む）を考慮した時、現在行っている治療や措置の差し控えや終了が、患者やその家族などの意思と医療スタッフ合意の判断としてむしろ適切と思われる状況に至ることがあります。このような救急・集中治療の終末期に行う対応の原則は「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「患者家族などの思い」に配慮した「患者にとって最善」と考えられる選択が優先されることと考えます。

そのような状況の下での医療者側の考え方の道筋として、私どもの3学会は、“救急・集中治療における終末期”の定義とともに、少なくとも記載してあるような定義を満たせば延命措置の差し控えが可能であることを示す必要があると考え、本ガイドラインを作成しました。

今回の3学会合同による本ガイドラインは、日本救急医学会が平成19年11月に公表した「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」を基本としていますが、本ガイドラインには日本救急医学会の提言（ガイドライン）では想定していなかった状況も記載されています。具体的には「患者に意思決定能力がある、あるいは意思確認が可能である場合」の対応も新たに追加されていますが、それは例えば心臓移植などの代替手段がなく生命が人工心臓装置に依存している場合の対応などです。

臨床の現場では、本ガイドラインに則った良識的な判断や対応であっても、その後に非難される恐れもないとは言えません。しかし、医療者が医療人としての良識を前提に、患者本人の尊厳と患者家族や関係者などの意向を重視して判断した結果であれば、咎められる筈がないという認識が本ガイドライン作成の根底にあります。

3、本ガイドラインの位置づけと使い方

本ガイドラインは救急・集中治療で死が不可避となった患者の尊厳を重視し、家族やその関係者に対応する場合の考え方の道筋を示したものであり、それぞれの施設や各症例毎の使用を決して強制するものではありません。また、本ガイドラインは救急・集中治療の中で死が不可避となった患者に対する生命維持装置や高度な医療機器による延命措置差し

控えの判断の道筋を示したもので、たとえば救急初療室に搬送された心肺停止状態の患者や瀕死の重症患者に関して蘇生行為や救命治療を行う、または行わない判断などは想定しておりません。本ガイドラインの位置付けやその使用の際については疑問点も存在すると思いますので、別添で「Q & A」を作成しました。是非、参考にして頂きたいと思います。

一方、救急や集中治療の現場では本ガイドラインに記載されている内容に該当しない場合も多くあると思いますが、その際の対応は本ガイドラインをそのまま使用することは適当ではありません。

今回、治療する対象患者に共通点が存在する 3 学会が合同で本ガイドラインを作成しましたが、さらに同様な問題意識を有する他学会と議論し、また多方面からの意見に耳を傾けていく必要があると考えています。

平成 26 年 11 月 4 日

一般社団法人 日本循環器学会

医療倫理委員会

委員長 代田浩之

一般社団法人 日本救急医学会

救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会

委員長 横田裕行

一般社団法人 日本集中治療医学会

倫理委員会

委員長 貝沼関志