

3 学会合同の「救急・集中治療における終末期に関する提言(ガイドライン)」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く。たとえば、「がん」の末期と診断された場合では、そのようなプロセスの中から患者本人の意思、家族などの意見を尊重しつつ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る。すなわち、「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存在する。

一方、救急・集中治療の場合、多くは極めて短い時間に死が切迫する事態となる。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ない。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ある。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すらしばしば経験し、医療機関は患者本人や家族やその関係者などの意思を確認することができないまま、医療者としての良識を選定とした判断を最優先に治療が開始されることがある。

そのような中で、治療当初に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高度な医療機器に依存した状態が、「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存在することがある。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かの判断は困難で、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す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、誰にとっても無意味で無益な状態 (futility) にもなりかねない。

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に関する提言(ガイドライン)」を公表した。また、日本集中治療医学会は平成18年8月に「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」を、平成23年5月には、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」を公表した。さらに、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」としてまとめている。

このような経緯の中で、日本救急医学会は上記のような救急・集中治療における終末期の対応に関して共通の問題意識を有する日本集中治療医学会と、平成 23 年から合同で複数回の議論を重ね、更に 25 年には日本循環器学会がこれに加わり、別紙のごとくの「救急・集中治療における終末期に関する提言(ガイドライン)」を作成した。3 学会合同で作成する背景の共通認識は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一致していること、③：①②を踏まえ、複数の提言や指針が存在することは現場や患者、家族やその関係者などや社会に対しても混乱を招くおそれがある、と判断したからである。

合同の提言(ガイドライン)作成に際しての基本となった平成 19 年 11 月に公表した日本救急医学会「救急医療における終末期に関する提言(ガイドライン)」では想定していなかった場合も議論された。たとえば、意識が保たれているが、移植などの代替手段がなく生命が経皮的心肺補助装置に依存している場合の対応などである。そのため、今回のガイドラインは「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した。

2、考え方の道筋

死が不可避と判断された患者本人、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る。このような救急・集中治療の終末期に行う対応は、「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、「患者家族の思い」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が望ましい。

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日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、“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提言(ガイドライン)を作成した。

本提言(ガイドライン)に則った良識的な治療の中止であっても、その後に非難される恐れも存在する。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も重要である。

一方で、本提言(ガイドライン)を使用する経緯や経過、その判断に関しては後に検証可能な記録が重要である。

3、本提言(ガイドライン)の位置づけと使い方

本提言(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ない。また、本提言（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ある。たとえば、救急初療室で搬送された心肺停止状態の患者や瀕死の重症傷患者に関して蘇生行為や救命治療を行う判断などは想定していない。救急や集中治療の現場では本提言（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考えられるが、その際の対応は本提言（ガイドライン）を使用することは適当ではない。

救急・集中治療の進歩は日進月歩であり、本提言（ガイドライン）も引き続き多方面からの意見に耳を傾け、適宜見直して行く必要があると考えている。

平成 26 年 5 月 26 日

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