

Q&A集

Q1：

このガイドラインの意義はどこにあるのですか？ 重症と判断されたら治療がされなくなるのですか？

A：

我々は患者が重症と判断された場合、回復に向けて全力を尽くします。決して治療をあきらめることはありません。しかし、あらゆる治療を尽くしても救命の見込みがないと思われる場合があります。そのような時に治療とは言えない、むしろ患者の尊厳を損なうような措置が継続している状況が発生してしまいます。本ガイドラインは、このような場合も患者の尊厳を保ちつつ、患者が元気であった時の意思を優先し、かつ患者のご家族や関係者の御意見を尊重した対応をするための考え方や方法を示したものです。

Q2：

救急外来や救急初療室でも使用されるガイドラインですか？

A：

集中治療室に入院中の患者を対象にしています。集中治療室で、いわゆる生命維持装置などの高度な医療機器や様々な薬剤が使用されている場合を想定しています。救急外来や救急初療室などこれから治療を開始する場合を想定したガイドラインではありません。

Q3：本ガイドラインに書かれている事前指示、推定意思とはどのような意味ですか？

A：

事前指示

アドバンス・ディレクティブ(advance directives; AD)の日本語表記です。意思決定能力の低下や喪失に備えて、十分な能力があるうちに自分の意思を、文書もしくは口頭により表示しておく方法です。医療内容に関する指示(内容指示)と決定の代理人に関する指示(代理人指示)の2形態があります。内容指示とは「〇〇の状態になった場合には△△の措置を希望する/しない」との意思表示で、代理人指示とは「〇〇を代理人に指名して、△△についての決定を委ねる」との内容です。医療内容指示の一形態としてリビング・ウィル(living will; 生前発効遺言)があり、特に延命治療を受けない旨の意思表示を指すことが一般的です。海外では事前指示に関する法律を有する国もありますが、2014年現在、日本において同様の法律はありません。今後、代理人決定などに関する法的な取り決めが待たれます。

推定意思

医療上の治療方針決定においては患者自身の意思が尊重されることが原則です。しかし、患者が意思決定あるいは表明を行えない状況が生じ得ます。そのような場合、患者本人の意思を推定することが重要です。推定には、文書による推定や口頭による推定など、幾つかの方法がありますが、いずれの場合も作成あるいは表明された時期や想定された状況などについて考慮する必要があります。事前指示がない場合、患者の普段の考え方、言動、価値観、人生観をよく知る家族・重要他者らにより、意思の「付度」が行われます。その際、関係者の利害に起因する偏向が加わらぬよう注意します。

なお、患者の意思が推定できない場合、医療チームは患者にとって最善と考えられる治療方針を検討します。

Q4 :

ガイドラインに書かれている最善の治療とは何を意味するのですか？

A :

最善の治療とは臨床倫理の四原則、すなわち（１）患者の自律尊重原則、（２）善行原則、（３）無危害原則、（４）正義原則のうち主に（２）と（３）を指す概念と言えます。善行原則とは、医療者は常に患者の最善の利益を考えて行為しなければならないということです。何が患者の最善の利益になるのかはいちがいに言うことはできませんが、まさに、この患者の最善の利益を本人・家族を含めたチームで最期まで追求していくこと自体が終末期医療の本質をなすと言ってよいでしょう。また無危害原則とは患者にとって利益のない治療や検査などをおこなわないことを指します。患者にとって最善の治療を追求する際にもっとも重視すべきは、当の患者の意思であり、それがその時点で表明されない場合は患者の推定意思です。しかし、患者の意思や事前意思あるいは推定意思に従った治療がそのまま最善の治療であるかどうかはチームで検討する必要があります。川崎協同病院事件判決は、患者の意思、事前意思、推定意思が不明の場合は「疑わしきは生命の利益に」として患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべき、としています。患者の意思を尊重し、かつ、患者の尊厳を損ねず、患者意思が不明の場合は生命の利益を最優先する方法をチームで探求する過程そのものが終末期医療であり、個々の場合で、患者の最善の利益の具体的な姿が異なるがゆえに、個々の患者ごとに終末期医療が展開されるべきでしょう。

Q5 :

医療チームの職種は決まっているのですか？ 人数はどのくらいですか？

A :

医療機関の規模により異なりますが、いくつかの専門職種の医療従事者から構成される医療チームです。人数は決まっていますが、原則として主治医と主治医以外の複数の医師(複数の診療科の医師を含むことが望ましいとされています)、看護師などが含まれます。必要に応じて、患者本人の苦痛をとるなどの緩和的な処置やこころのケア、家族らの意思決定を支え、終末期に対する理解が深まるように、緩和ケアチームやソーシャルワーカーの参加が望まれます。

Q6 :

本ガイドラインに書かれている終末期の定義によると、例えば日常的に人工呼吸器に長期依存している筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者や血液透析を行っている患者も含まれてしまうのでしょうか？

A :

救急・集中治療を必要とする状態で、多臓器不全を生じ、適切な治療にもかかわらず死が不可避な状態であるため、人工呼吸器に依存し安定した方や血液透析で安定した方は含まれません。具体的には、補助循環を使用中に多臓器(肝臓、脳、肺など)機能障害が高度で回復不能と判断される場合、出血傾向など高度な血液障害を認める場合、重症感染症を認める場合などを併発する場合があります。

Q 7 :

終末期と判断された場合の対応法として 4 つの例が挙げられていますが、具体的にはどのように選択されるのですか？ いずれかを選択しなければならないのですか？また (3) の循環管理方法の変更に関してですが、栄養や水分補給の中止も含まれますか？

A :

延命措置についての選択肢に示されている 4 つはあくまで選択肢の例です。いずれかを選択しなくてはいけないというものではありませんし、他にも選択肢があります。また、栄養や水分補給に関してですが、たとえば胃瘻などによる人工栄養・水分補給は差し控えや中止の対象となりえます。しかし、経口による栄養・水分補給は保温や清拭と同様のベーシックケアと考えて、中止の対象とするべきではないとの考えがあります。餓死させるというような非人道的なことは行うべきではないという考えです。

Q 8 :

本ガイドラインに従えば、訴えられることはないのですか？ また、法的に罰せられることはないのですか？

A :

多くの医療行為は患者の身体に対して侵襲的な手技を伴っており、原理的には傷害罪等の法的責任を問われる可能性があるということになりますが、実際には、医療行為に重大な過失や説明不足等が無い限り、法的に責任を問われることはまずありません。一部の例外（脳死体からの臓器摘出など）を除いて、個々の医療行為の可否につき法律に定めあるわけではないので、法的に咎められない背景としては、医師を含む医療スタッフが専門職としての倫理と良心に基づいて、患者、御家族などへの十分な説明・同意のもとに施行する、十分な知識と技術に裏付けされた医療行為については法的に咎められるはずがないというのが法曹分野における一般的な考え方です。すなわち、医師の倫理観、良心を患者、御家族を含む社会や法曹界が信頼・尊重してくれると信じて医療行為を実施していることとなります。このことは、平成 17 年に公表された日本救急医学会が「提言（ガイドライン）を使用するにあたって」のなかで、「人の倫（みち）に適うことを行って法的に咎められるはずがないという考えによってこのガイドラインが作られている」と述べていることに端的に示されています。

3 学会による本ガイドラインは、一般的なガイドラインと異なり、急性期終末期における倫理的対応について「考える道筋」を提示したものとなっています。本ガイドラインの提示する方法を採用して終末期対応を行うか否かは、各医療機関、各医師、医療スタッフなどの判断によります。本ガイドラインに沿った対応をすれば法的に免責されるということではなく、ガイドラインが求めているのは、各医療機関、各医師が急性期終末期というものの存在を認識し、日常的に議論、検討を深めておいたうえで、その対応に望んで欲しいということです。救急終末期における治療の差し控えや中止などの医療行為が法的に問われた場合に、本ガイドラインに示された内容を治療の正当性を支える根拠することは可能ですが、最終的な責任は個々の医療施設、医師が負わなければならないのは、他の医療行為における場合と変わりはありません。

Q 9 :

本ガイドラインに施設倫理委員会のことが記載されていますが、具体的にどのようなものですか？

A :

倫理委員会は大規模な医療機関にはほぼ設置されており、医療行為やヒトを対象とする医学研究が、ヘルシンキ宣言の趣旨に添う倫理的配慮のもとになされるかを審査する委員会で、院内外の委員で構成される。終末期医療のあり方については、本ガイドラインの採否を決めておき、採用するのであれば 1 例ごとに倫理委員会で協議する必要はありませんが、疑義がある例においては倫理委員会で協議するのが良いと考えます。

Q10 :

- 1) 医療チームは家族らの意思に従うことをだけを考えればよいのでしょうか？
- 2) また、家族らとはどの範囲までを言いますか？
- 3) 家族間で意見が異なる場合はどうしたらよいですか？

A :

1) 厚労省の 2007 年のガイドラインや今回の 3 学会のガイドラインにもあるように、最も尊重しなければならないのは本人の意思であって、家族らの意思ではありません。しかし、現在の日本の実情から、家族らの意思を無視できないのも事実です。しかし本人の意思が不明で、医療チームが家族らの意思を不適当と考える場合には、家族らの意思にただ従うことは本人にとって最善の選択とはいえません。そのときの患者の状況、医療環境、治療の限界、社会における公正性なども説明し、医療チームと家族らが協議し、合意して患者の人生の終末期のあり方を決める必要があります。

2) 本ガイドラインで用いる「家族ら」とは、「患者の意思を良く理解している家族や関係者」という意味で、具体的な“家族”の範囲を決めておりません。家族ということばは親族という意味が強いですが、場合によっては患者のことを良く知る親しい友人や関係者等も「家族ら」に含まれることがあると考えます。

3) 家族間で意見が異なる場合でも、家族内で調整していただくことが原則です。しかし、どうしても一致しない場合は財産権の順位の意見が尊重されるのが一般的ですが、そのような場合は敢えて本ガイドラインの使用をしないことも考慮すべきです。

Q11 :

救急・集中治療の終末期と判断された患者家族への精神的サポートはどのようにすればいいのでしょうか？

A :

救急・集中治療における終末期患者とその家族ケアの目標は、患者がよりよい最期を迎え、家族も満足のいく看取りができることを支援することです。日本集中治療医学会では、2011 年に「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」を作成しました。家族ケアには、家族の価値・信念・関心・望みを受け止め、それらを保証していく家族支援と家族の一人を失うという悲嘆に対して援助する悲嘆援助があります。この 2 つの看護援助では、5 つの中核要素（家族の権利擁護・家族の苦痛緩和・家族との信頼関係の維持・家族が患者の状況が理解できる情報提供・家族のケア提供場面への参加）を主軸とした直接的アプローチと管理的アプローチを複合的に実践することが必要です。この指針は日本集中治療医学会のホームページから入手可能です。

Q 1 2 :

本ガイドラインに書かれている緩和的措置とは具体的にどのようなものですか？

A :

救急・集中治療の終末期でも時に患者にある程度の意識があり、痛みや苦痛を感じている場合があります。延命措置とは別に、痛みや苦痛を和らげる薬剤を投与することを「緩和的措置」といいます。麻薬や鎮静薬を必要なだけ使用し、患者の苦しみを取ります。患者の耐え難い苦痛に対し、これらの過剰な投与により、意図的に死期を早めることを「積極的安楽死」と言いますが、本邦では行ってはなりません。

Q 1 3 :

救急・集中治療の現場で勤務する医療スタッフが救急・集中治療の終末期のような問題点、臨床倫理を学習する機会はあるのでしょうか？

A :

日本集中治療医学会は、「終末期医療における臨床倫理問題に関する教育講座」と「集中治療における終末期患者家族のこころのケア講座」を毎年開催しています。また臨床倫理に関連する学会として、日本生命倫理学会や日本臨床倫理学会などがあります。

関連URL

日本集中治療医学会

<http://www.jsicm.org/>

日本生命倫理学会

<http://ja-bioethics.jp/>

日本臨床倫理学会

<http://www.j-ethics.jp/>

Q 1 4 :

終末期の判断にある全脳機能不全の具体的な内容はどのようなものですか？

A :

例えば、下記 (A,B) のような大脳、小脳、脳幹を含む全脳髄の不可逆的な機能停止の状態です。

A 脳死診断された場合（法的脳死判定を除く）

いわゆる脳死判定基準に則って脳死と診断された場合

B 脳血流の停止が確認された状態

◆ IA-DSA, IV-DSA: 内頸動脈、椎骨動脈レベルでの造影剤停滞

◆ Dynamic CT: 1st phaseでの動脈・静脈の無造影

◆ SPECT : empty skull sign

Q15：

終末期の判断にある「近いうちに死亡」との、「近いうち」の内容とはどのようなものですか？

A：

具体的な時間を呈示することは困難ですが、おおよそ2～3日程度以内を指すと考えます。しかしながら、重症患者の終末期は様々な経過を取ることもあり、予測困難なことも多く、医療従事者の間でも様々な判断がなされることと思います。そのような場合は本ガイドラインを使用すべきではありません。

Q16：

終末期の判断にある「悪性腫瘍の末期」の内容はどのようなものですか？

A：

医療従事者が考える末期と患者あるいは患者家族が考える末期には大きな隔たりがある可能性を認識すべきです。医療チームは個々の症例でいわゆる悪性腫瘍の末期に該当するか否か、患者、患者家族、担当医師・看護師（悪性腫瘍）等の意見を繰り返し推定あるいは確認しつつ合意形成に至ることが必要です。患者が他の医療施設に通院、あるいは入院中の場合は、その施設医療従事者（悪性腫瘍担当）の意見を勘案する必要があります。医療チームの繰り返しの議論の中で、対象となる患者の「悪性腫瘍の末期」と「終末期」が等号で結ばれるか否かが明らかになり合意形成に至ると考えられます。

Q17：

このガイドラインでは小児はどのように扱われますか？

A：

本ガイドラインは、対象に年齢制限を設けていません。ただし小児の場合では、意思の確認には特段の配慮が必要であり、また家族ら、特に父母（保護者）が代行判断者になりうるかどうか慎重に見極める必要があるなど、成人と異なる点があります。小児の終末期への対応には、2012年に日本小児科学会から出された「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」なども併せて参照されることをお勧めします。