

救急・集中治療の終末期対応 ～3学会合同ガイドライン作成の経緯を含めて～

日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野
(同附属病院高度救命救急センター)

横 田 裕 行

本日のポイント

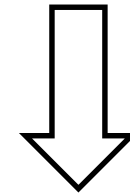
- 救急・集中治療の終末期
- 救急医学会の提言(ガイドライン)の経緯
- 救急医学会のガイドラインの評価
- 3学会合同ガイドライン作成の経緯
- 今後のあり方

救急・集中治療を取り巻く医療倫理環境

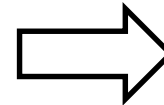
- 高齢化、多死社会
- 多様な価値観、倫理観
- 複雑な家族関係
- 生前意思、事前意思

- 高度な医療機器
- チーム医療
- IC、承諾書等の記録

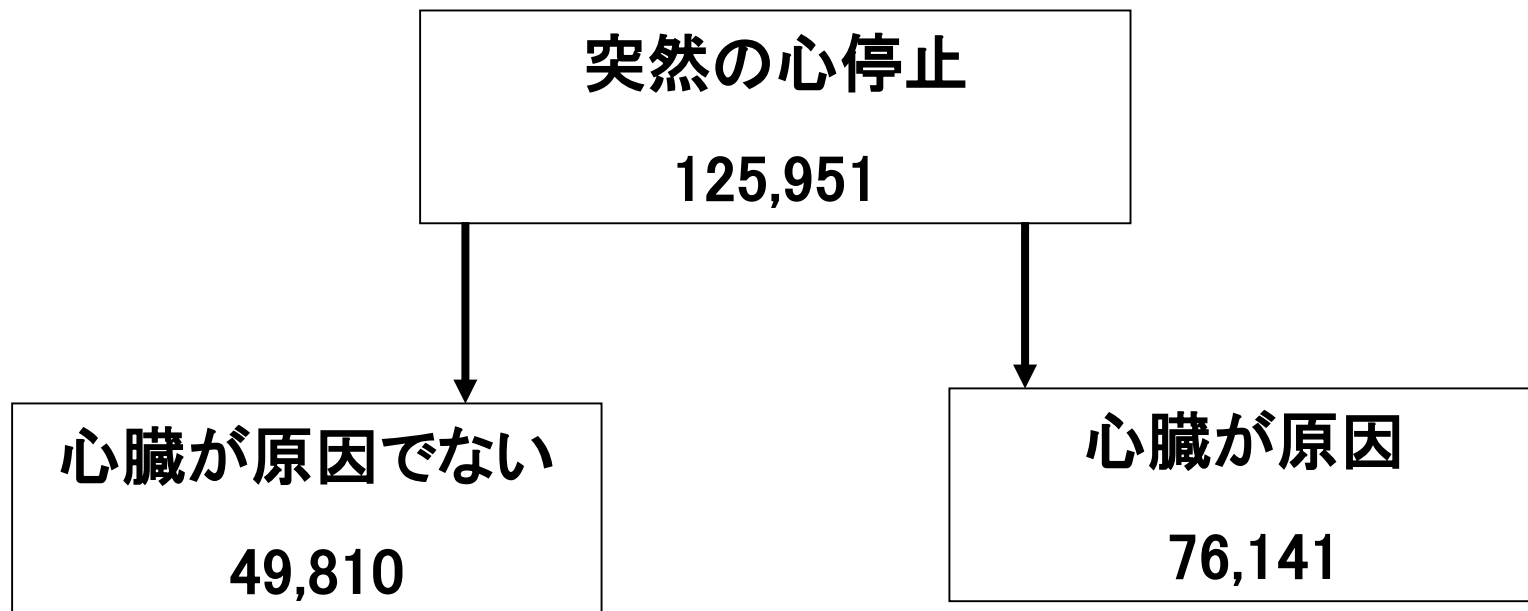
医療人としての
倫理観、良識



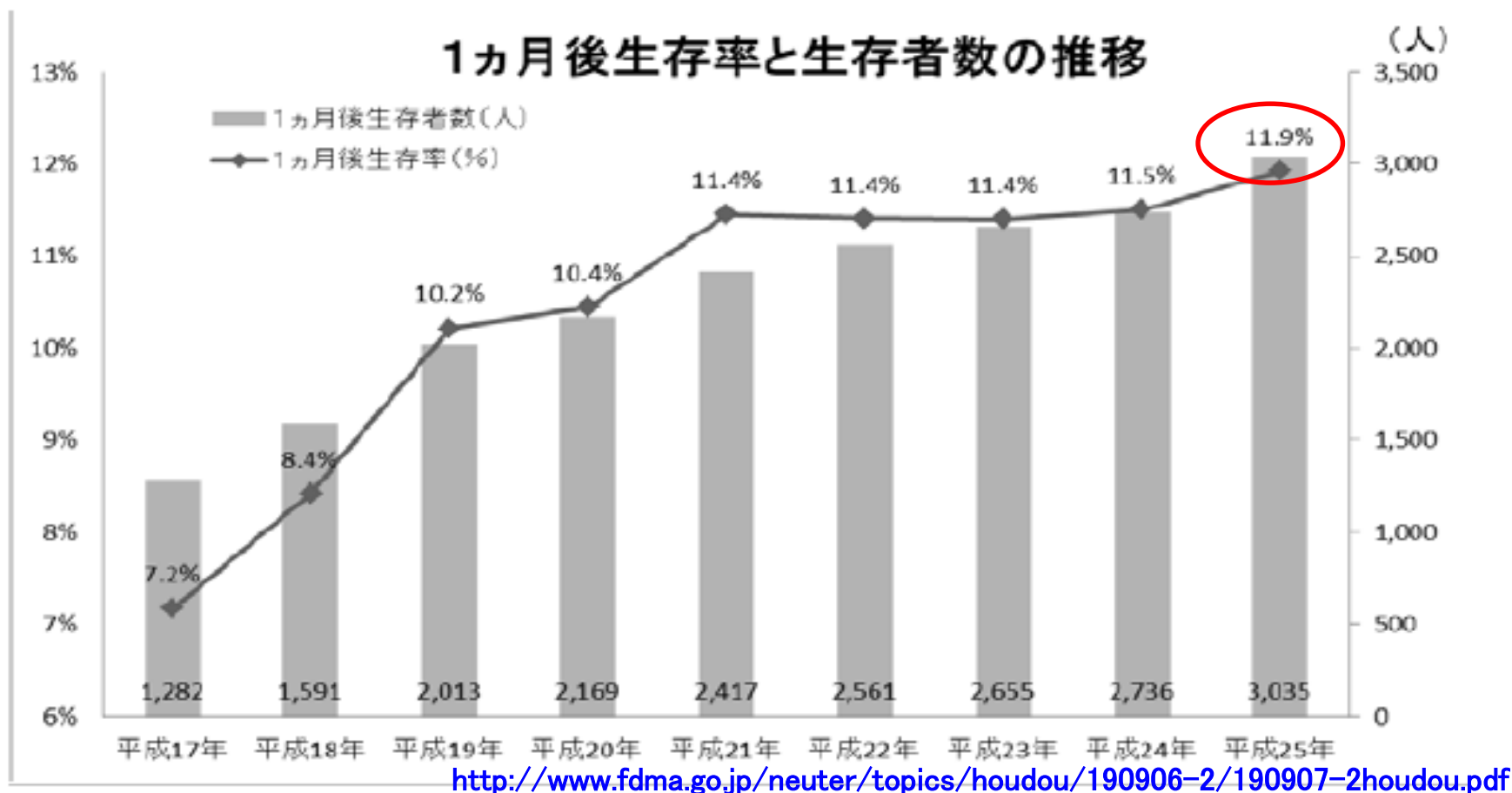
救急医は
瞬時の判断



突然の心肺停止数 (2015)

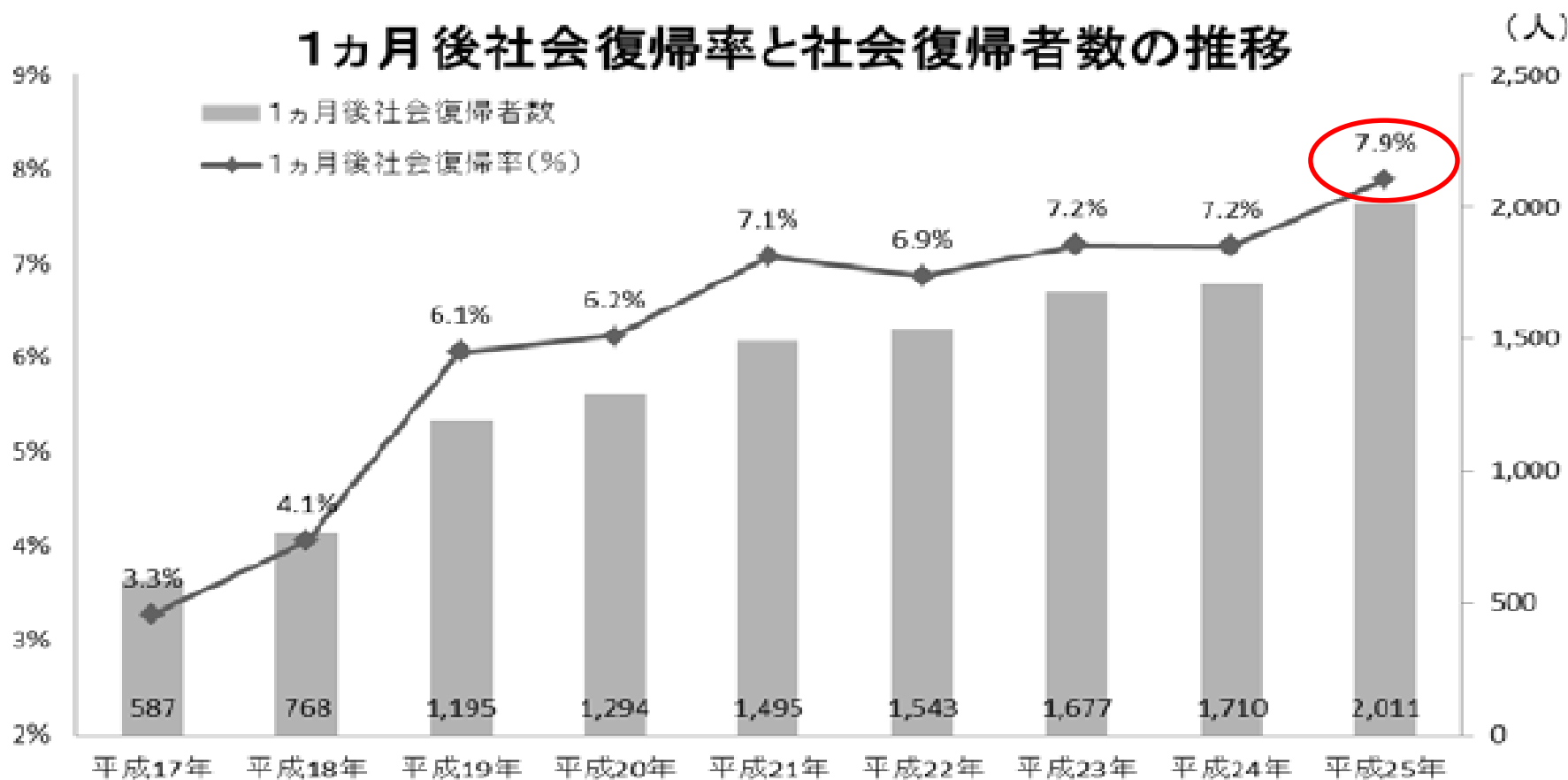


一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後生存率



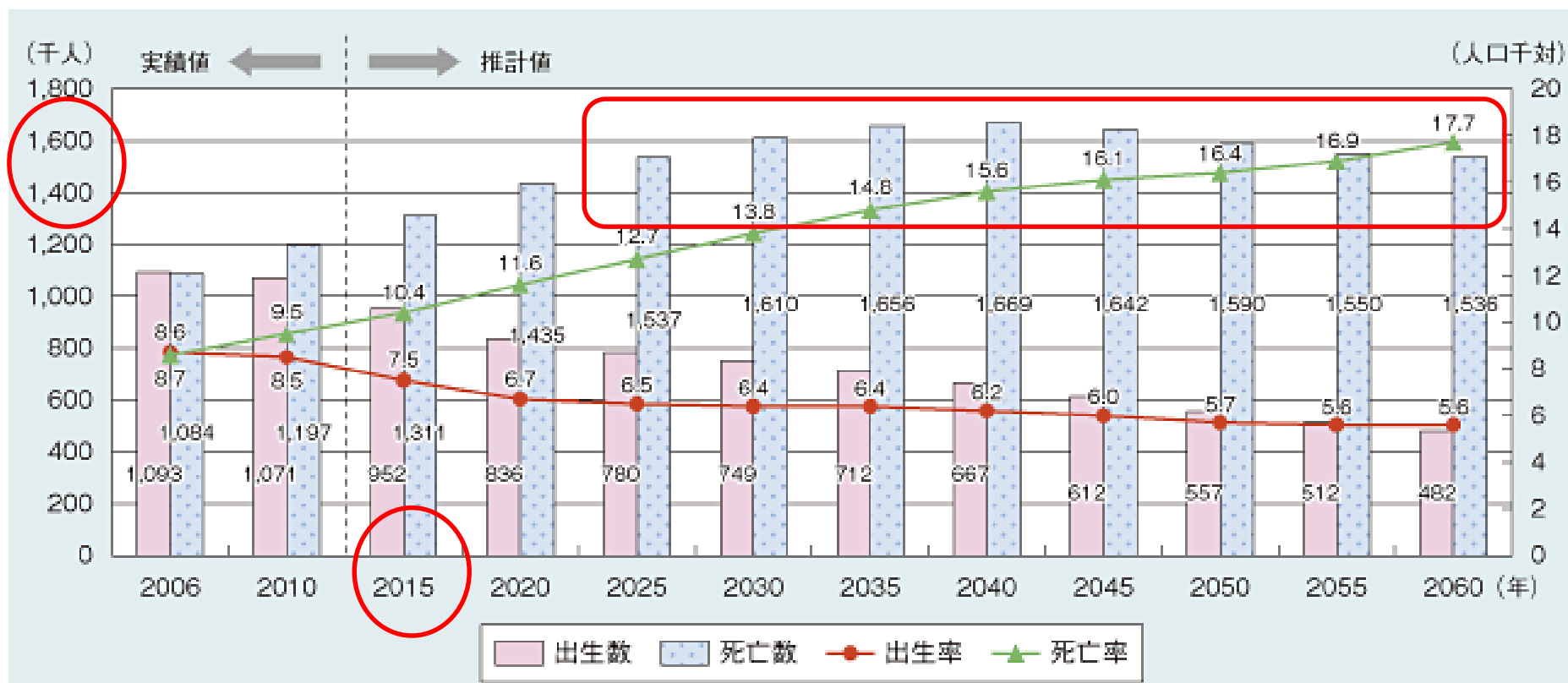
一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後社会復帰率

1ヵ月後社会復帰率と社会復帰者数の推移



多死社会を迎えた日本

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w2012/zenbun/s1_1_1_02.html



資料：2006年、2010年は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）。2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

日本医師会「医師の職業倫理指針」

(平成16年2月、2004.2)

- ターミナルケア（末期患者のケア）
患者の意思に基づいてこのようなケアを選択すべき。
患者を見捨てることなく最後まで暖かく看取る。
- 末期患者における延命治療の差し控えと中止
- 安楽死について
積極的安楽死容認の要件（横浜地裁）
 - ① 耐え難い肉体的苦痛
 - ② 死が避けられず、その死期が迫っている
 - ③ 肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、代替手段がない
 - ④ 生命の短縮を希望する患者の明示の意思表示がある

→ 医師は積極的安楽死に加担すべきでない

集中治療に携わる医師の倫理綱領

(日本集中治療医学会 2005.2)

集中治療に携わる医師は（中略），その治療の継続・変更・中止に関しては，患者あるいはその家族の十分な理解と同意のもとに行う。



**救急医療の終末期には必ずしも
当てはまらない！**

むしろ違和感がある

→ 何故 ？

救急医療の特殊性

- 予期せぬ事態（急性発症）のため、患者自身の意思表示がない。また、意思表示ができる状態でない場合が多い
- 急性期医療においては家族の終末期に対する意思表示は期待できない。さらに、常に変化する可能性がある
 - 医療側、特に主治医の判断によって治療方針を決定せざるを得ない現状が殆どである

救急医療の特殊性 2

- 開始された救急・集中治療の後に、救命不能な状態（救急・集中治療の終末期）となることがある
 - 上記のような場合の対応について、本人はもちろん、家族の意思表示は困難で期待できないことが多い
- 一定の指針、ガイドラインの必要性

日本救急医学会

終末期ガイドラインの作成経緯

- ・ アンケート調査（シナリオの提示）

日本救急医学会指導医（417名）

救命救急センター・指導医施設師長（606名）



- ・ 法曹界、本学会員、学識経験者等からの意見聴取

パブリックコメント

日本医師会「医師の職業倫理指針」、他学会ガイドライン参照



- ・ 委員会ガイドライン（案）の作成



- ・ 学会としての合意



シナリオ内容 (キーワード)

- 症例 1 : 若年者、脳死判定後、家族は脳死を受容せず
- 症例 2 : 不法入国者で身元不明、経済的背景、不可逆的ショック
- 症例 3 : 若年者、労災、不可逆的意識障害、広範囲熱傷、呼吸不全
- 症例 4 : 悪性腫瘍末期、蘇生後脳症
- 症例 5 : 高齢、認知症、蘇生後脳症、血液透析
- 症例 6 : 高齢、蘇生後脳症、積極的家族
- 症例 7 : 自殺、不可逆的多臓器不全



シナリオ4 55歳、男性

肺癌の全身転移で自宅療養中であった。帰宅した妻が倒れている患者を発見し、救急車を要請した。救急隊到着時心肺停止状態で、心肺蘇生術を施行しつつ、当施設に搬送された。搬送中心拍が再開したが、来院時意識は深昏睡（JCS 300, GCS 3）で両側瞳孔は散大し、血圧も不安定であった。

直ちに集中治療室へ搬送したところ、患者が上記のごとく癌末期であることが判明した。この時点で、人工呼吸器にて呼吸状態は安定し、循環動態も昇圧剤の減量が可能となり小康状態を得た。

今後の治療はどのように判断しますか？

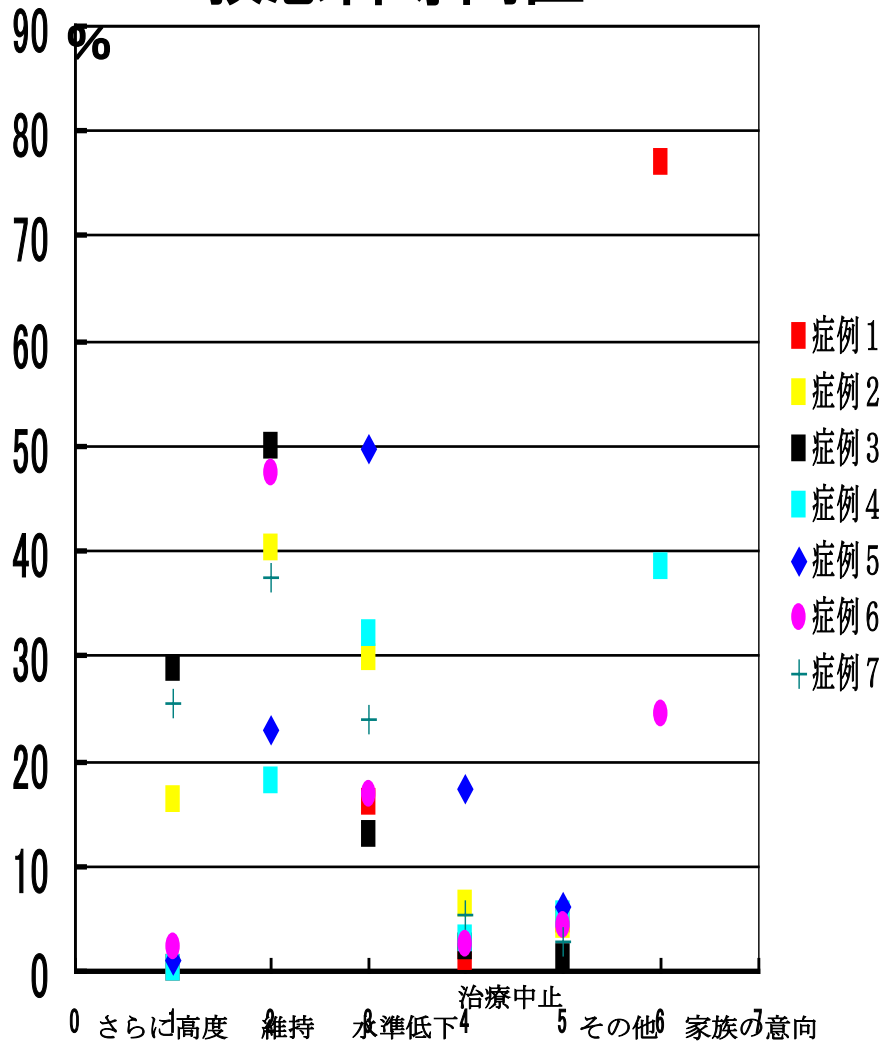


アンケート結果

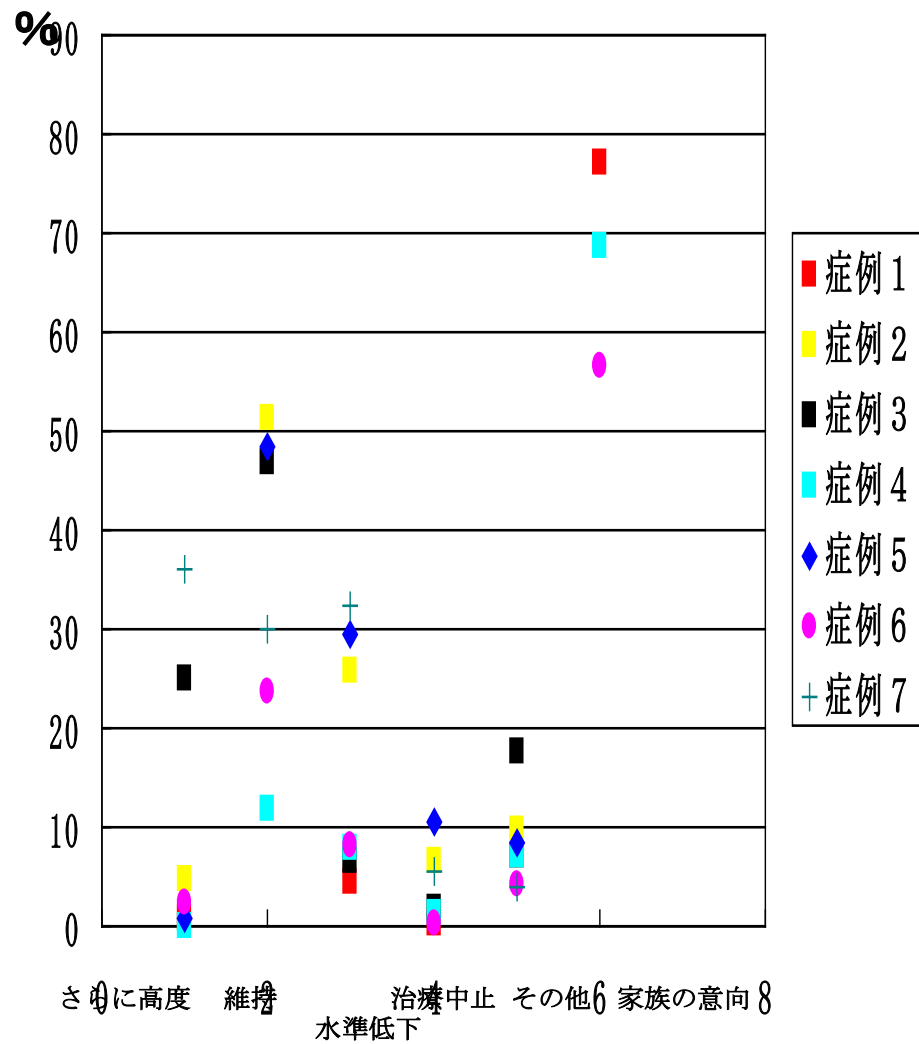
	専門医	看護師
さらに高度な治療	0.3%	0%
現在の治療維持	18.2	11.8
水準を下げる	32.7	7.8
治療の中止	3.1	1.3
家族の希望	38.4	68.8
その他	5.4	7.0
未記入	1.9	3.2



救急科専門医



看護師



シナリオのアンケート結果から

- 個人によって様々な判断
- 職種による相違



- 複数の人間の判断
- 多職種での判断



日本救急医学会の基本的スタンス

- 本人の事前指示、事前意思
- 家族の意思
- 複数の医師の判断
- 医療チームの判断
- 検証可能な診療録記載

複数の医師：主治医と主治医以外の医師

医療チーム：複数の医師、看護師らを含むチーム



日本救急医学会ガイドラインの考え方

複数の医師で救急医療の終末期であることを確認

↓
→ No

本人の事前意思、事前意思の確認
家族意思の確認

↓
→ No

医療チームで措置中止の選択法を決定

↓
→ No

対応法の決定



救急医療における終末期の判断

- 法的脳死判定基準、他の基準で脳死（いわゆる一般脳死）の場合
- 新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
- さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても短時間以内に死亡することが予測される場合
- 悪性疾患や回復不可能な病気の末期であることが、判明した場合



主治医の判断と対応

- 人工呼吸器、ペースメーカー、人工心肺などを中止、または取り外す。
(注)このような方法は、短時間で心停止となるため原則として家族の立会いの下に行う。
- 人工透析、血液浄化などの治療を行わない。
- 人工呼吸器設定や昇圧剤投与量など、呼吸管理・循環管理の方法を変更する。
- 水分や栄養の補給などを制限するか、中止する。



絵で見る「救急医療における終末期医療に関する提言」 (日本救急医学会)



Web登録

<http://www.jaam.jp/index.htm>



◎ 総会・学術集会

◎ 提言・報告等

◎ 地方会

◎ 学会誌

◎ 定款

◎ 名簿・施設一覧

◎ 専門医制度

◎ 指導医制度

◎ お知らせ

[お願い]「救急医療における終末期症例に関するウェブサイト」開設による症例登録のお願い

2012/12/26 指導医申請資格審査について

2012/12/14 『公益信託丸茂救急医学研究振興基金』助成金給付対象者募集のご案内

2012/11/20 専門医セミナーのお知らせ

2012/11/05 『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)』に対する救急医療従事者の意識の変容ー2008年と2012年でどのように変化したのかー

第41回
日本救急医学会総会・学術集会

The 7th Asian Conference on
Emergency Medicine

市民の
ための
心肺蘇生

JATEC™
ジェイエイテック

JPTEC™