

# 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

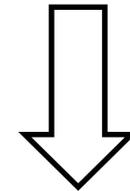
# 本日のポイント

- 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

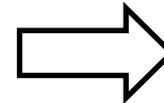
# 救急・集中治療を取り巻く医療倫理環境

- 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

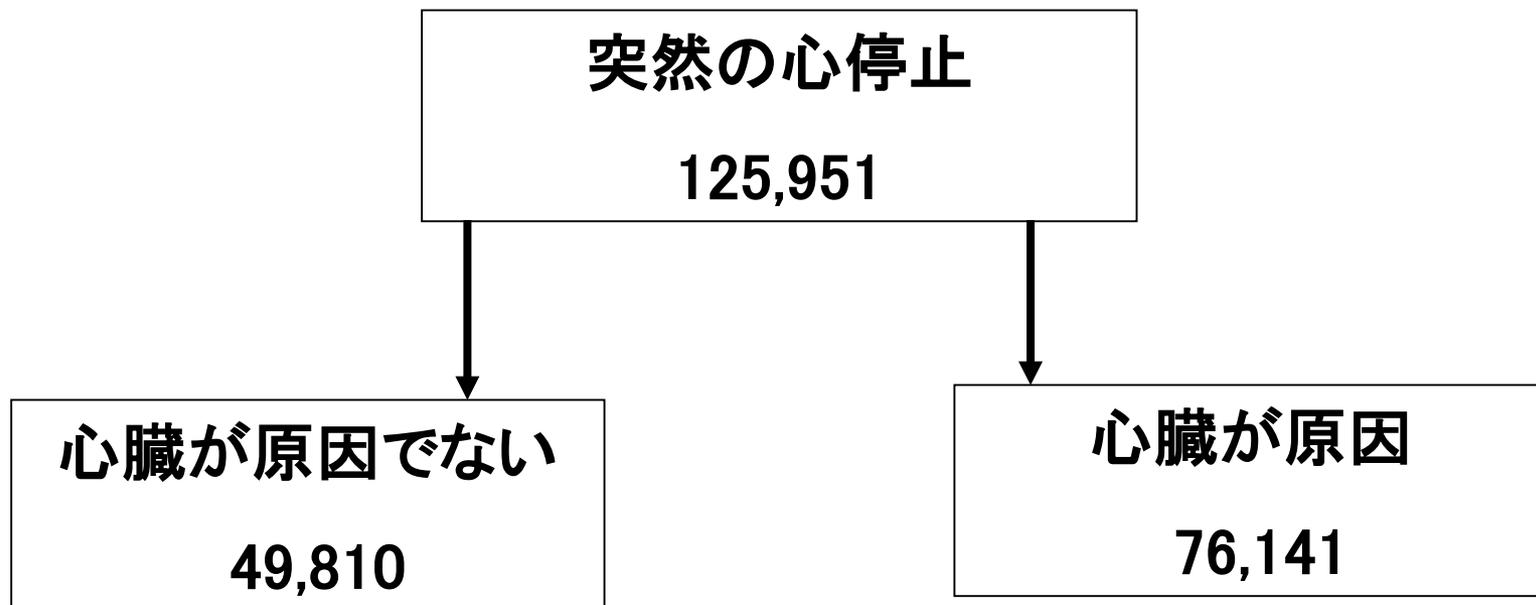
医療人としての  
倫理観、良識



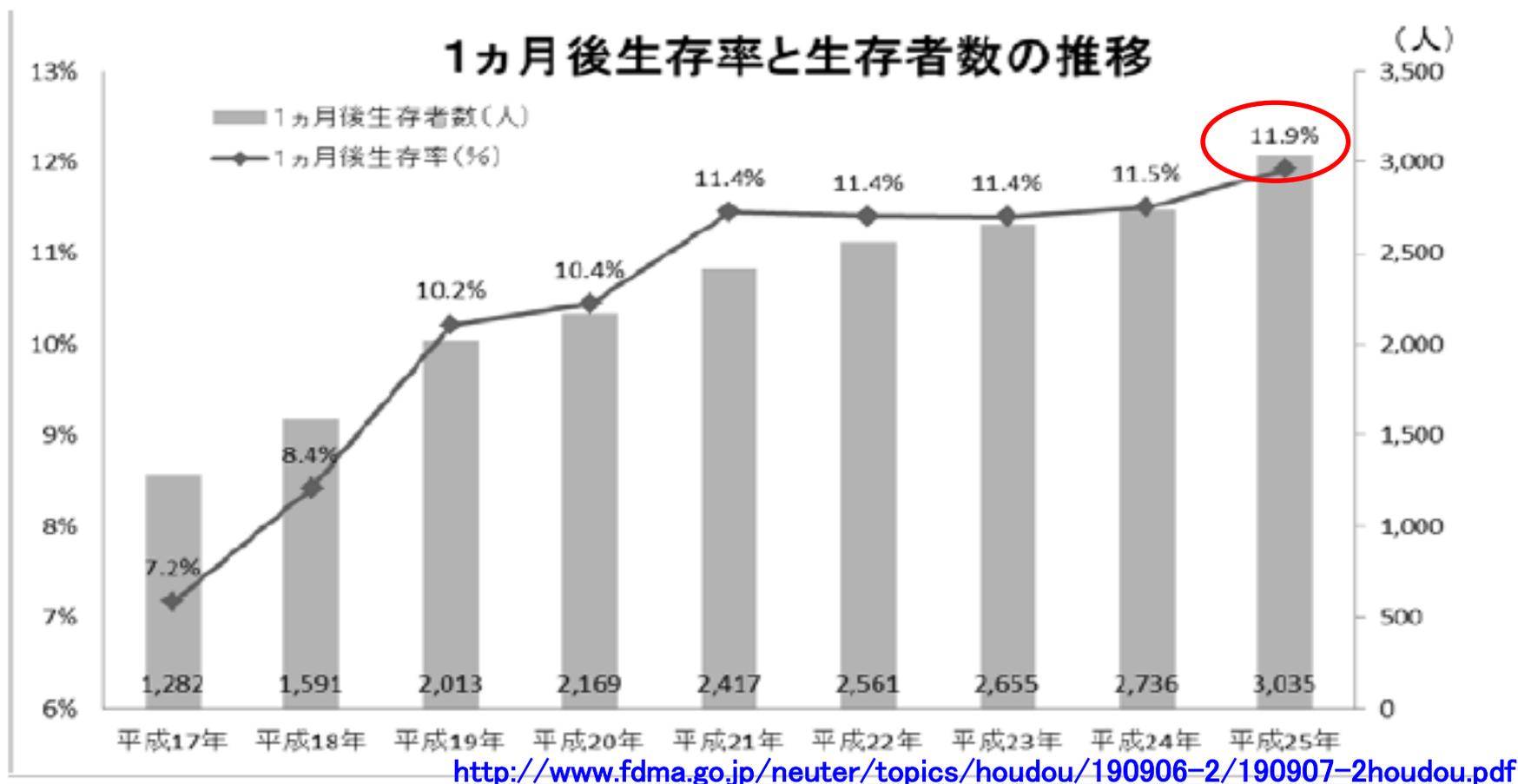
救急医は  
瞬時の判断



# 突然の心肺停止数 (2015)

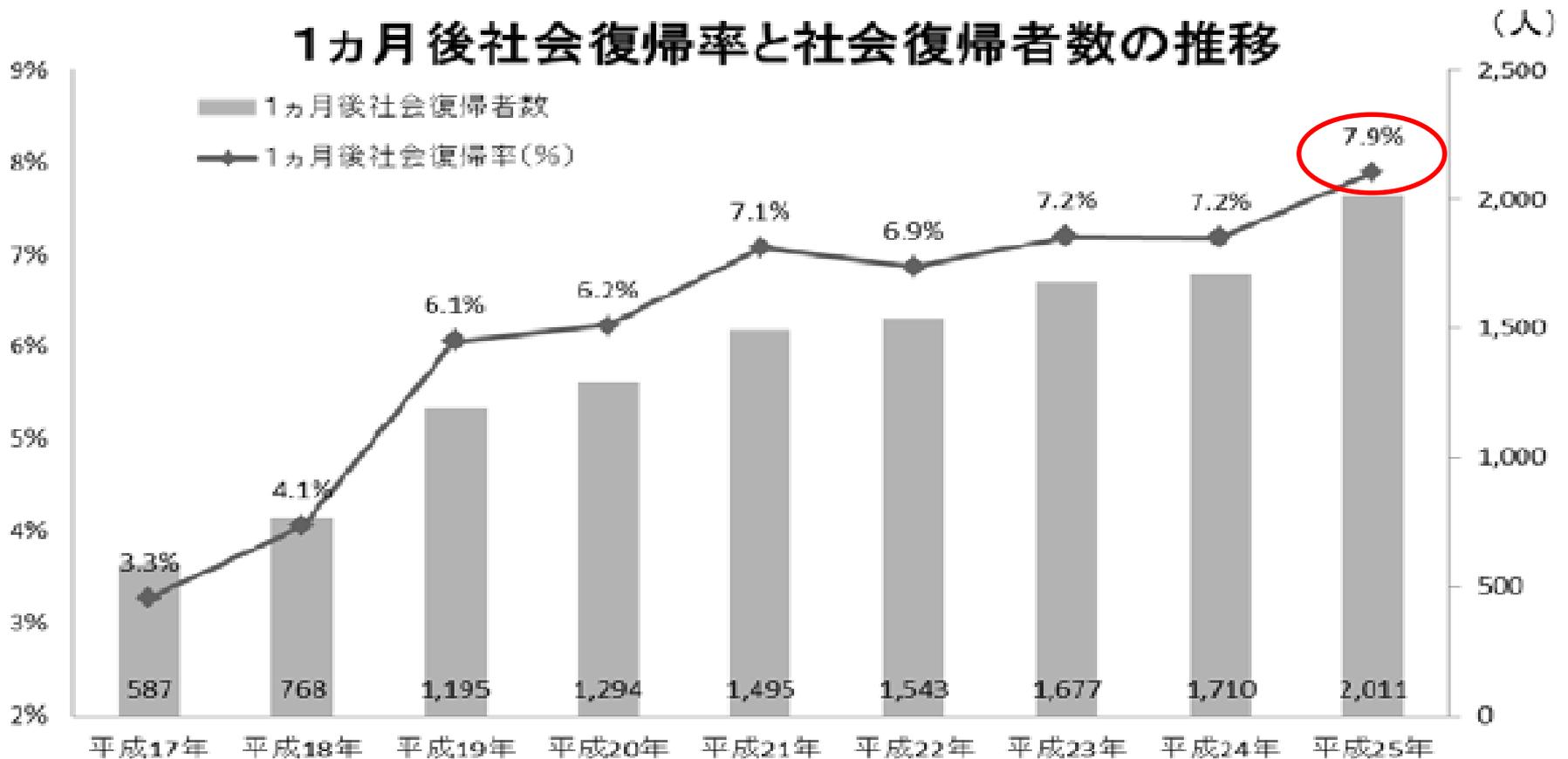


# 一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後生存率



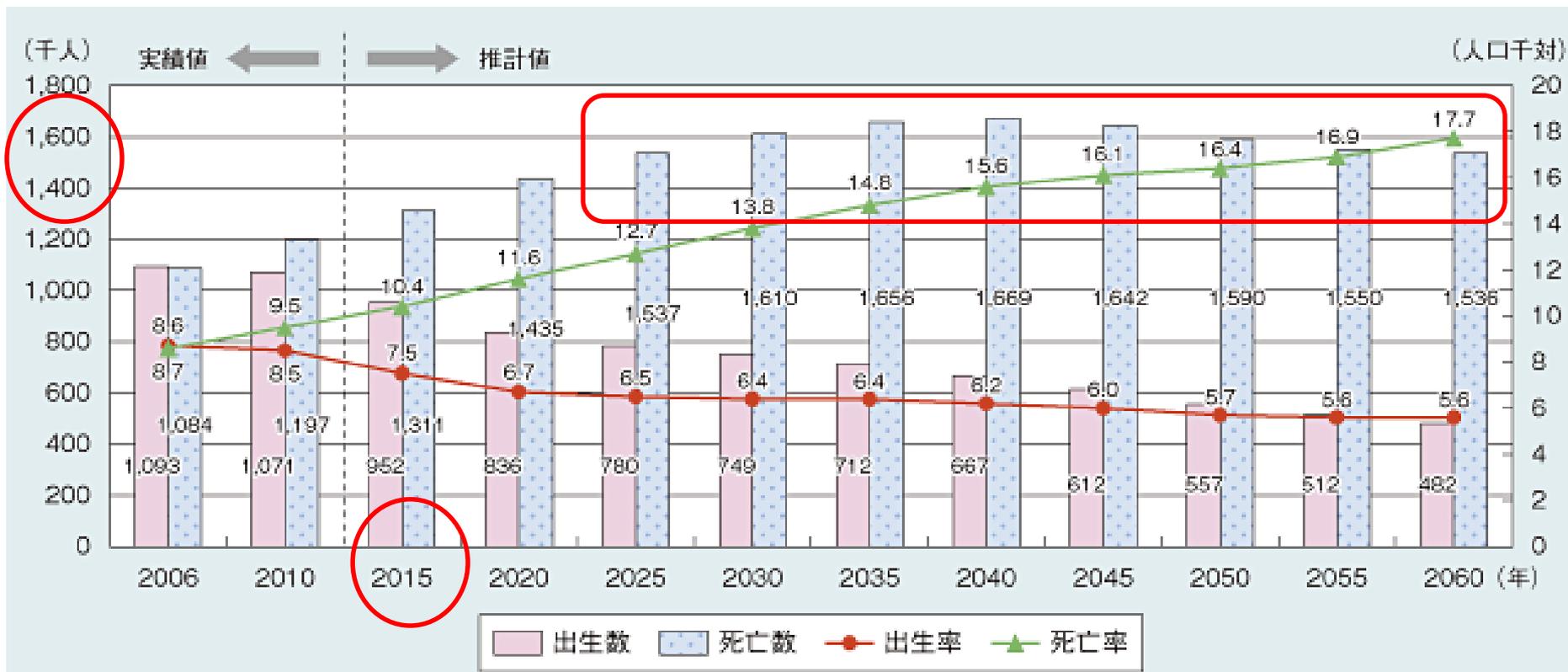
# 一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後社会復帰率

## 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](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？

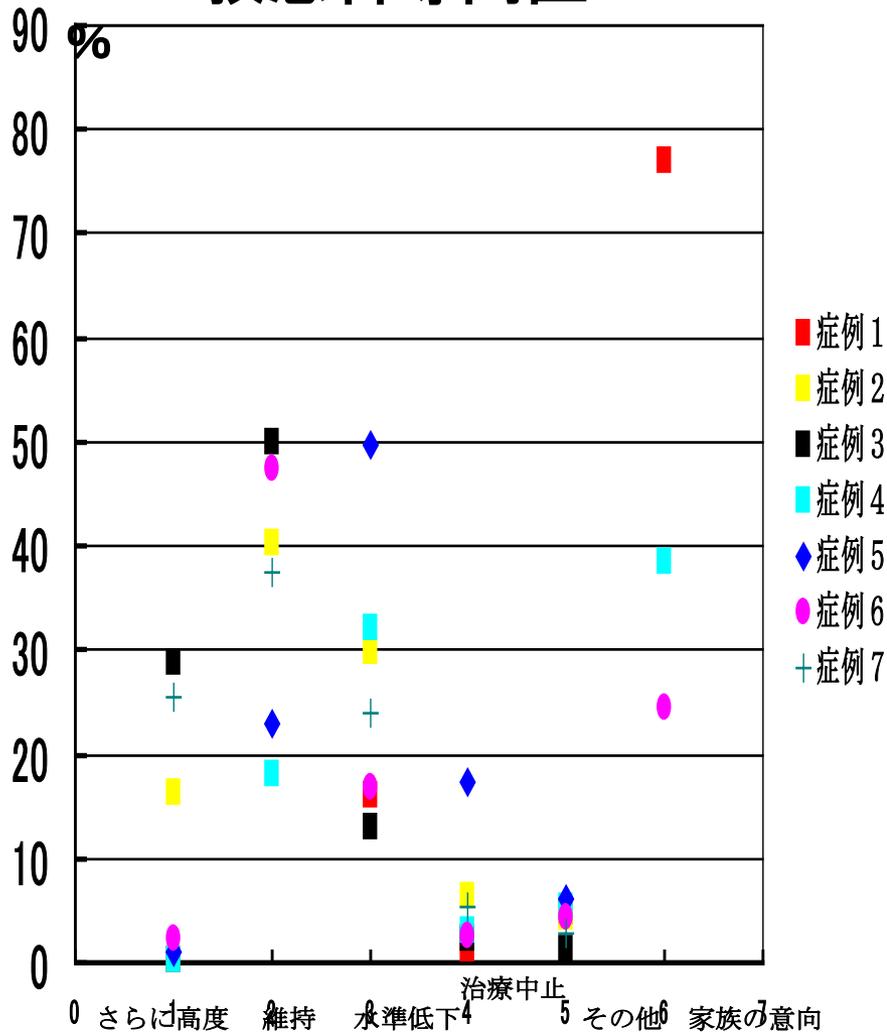


# アンケート結果

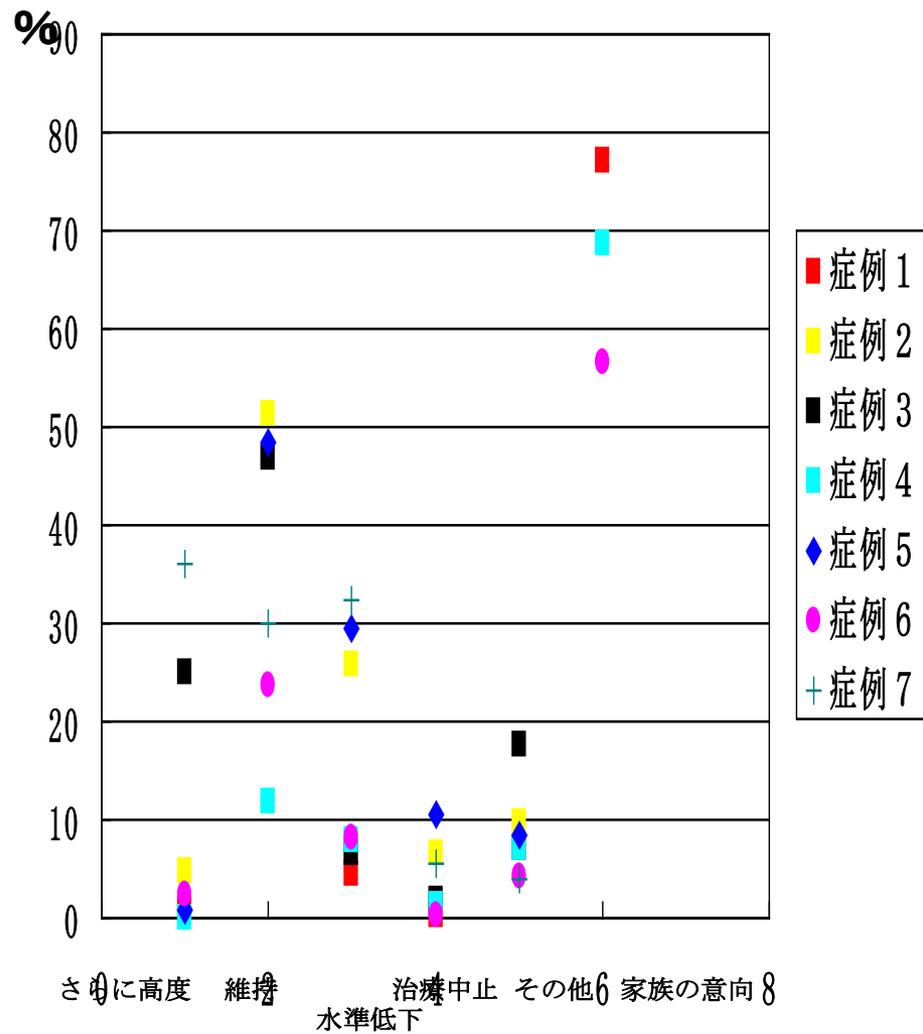
	専門医	看護師
さらに高度な治療	0.3%	0%
現在の治療維持	18.2	11.8
水準を下げる	<b>32.7</b>	<b>7.8</b>
治療の中止	3.1	1.3
家族の希望	<b>38.4</b>	<b>68.8</b>
その他	5.4	7.0
未記入	1.9	3.2



# 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™

# 3学会合同のガイドラインに向けて

- 日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会は救急・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さんがほぼ一致
  - ②終末期の定義とその後の対応に関して同様な考え
  - ③複数の提言や指針が存在することは混乱を招く



# 合同委員会

日本集中治療医学会 倫理委員会⇩  
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⇩  
合同委員会議事録⇩

日時：平成24年8月29日（水）13：00 ～ 15：00⇩  
場所：日本救急医学会 事務所⇩

**日本集中治療医学会 倫理委員会（敬称略）**

出席：氏家良人（委員長）、石川雅巳、貝沼関志、木下順弘（両学会兼任）、公文啓二、田村高志、⇩  
野々木宏、橋本圭司、水谷太郎、杉澤 栄（看護部）⇩  
欠席：立野淳子（看護部）、丸藤 哲（担当理事）⇩

**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⇩**

出席：横田裕行（委員長）、有賀 徹、石松伸一、木下順弘（両学会兼任）、黒川 顕、佐藤 章、⇩  
島崎修次、布施 明、箕輪良行⇩  
欠席：田中秀治⇩

オブザーバー：朝日新聞社 報道局科学医療部 月舘彩子⇩





# 第40回日本集中治療医学会学術集会

The 40th Annual Meeting of the Japanese Society of Intensive Care Medicine

2013.3.1

## シンポジウム7

ICUIにおける終末期ケアはどうあるべきか

座長 氏家 良人(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科救急医学分野)  
杉澤 栄(筑波大学附属病院看護部)

AS-7-1 日本集中治療医学会評議員の所属施設における臨床倫理に関する現状調査

日本集中治療医学会倫理委員会 田村 高志, 他11名

AS-7-2 終末期医療における法的・倫

慶應義塾大学健康マネジメント

AS-7-3 日本集中治療医学会と終末

日本集中治療医学会倫理委

AS-7-4 救急医療における終末期医

日本医科大学大学院医学研

AS-7-5 循環器疾患に対する集中治

静岡県立総合病院 野々木

AS-7-6 ICUIにおける“その人らしさ”

千葉県救急医療センター 比

AS-7-7 家族をつなげる終末期ケ

岡山大学病院看護部 伊藤

2014.2.28



# 第41回 日本集中治療医学会学術集会

会期 20

会場 国

グ

The 41st Annual Meeting of the Japanese Society of Intensive Care Medicine (JSICM)

The 14th Joint Scientific Congress of JSICM and KSCCM

The International Scientific Congress of Intensive Care and Critical Care Medicine in Kyoto 2014

シンポジウム3 日本集中治療医学会・日本救急医学会合同 終末期診療ガイドライン作成 (日本救急医学会との合同企画)

2014年2月28日(金) 09:40 ~ 12:00 第3会場 (国立京都国際会館 1F さくら)

座長:水谷太郎(筑波大学医学医療系 集中治療部)、横田裕行(日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野)

終末期の医療を如何に行うべきかは医療従事者のみならず一般市民にも関わりの深い重要な課題である。集中治療や救急医療の領域では、懸命な治療努力にもかかわらず期せずして終末期に至ることが稀ではない。日本集中治療医学会および日本救急医学会はそれぞれ専門の立場から様々な取り組みを行い、既に「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」(2006年)および「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)」(2007年)が公表されている。これらは急性期の終末期医療において重要な道しるべの役割を果たしてきたが、時代と社会の変化に伴い改訂すべき部分が生じてきた。両学会は新しいガイドラインを作成するに当たり、これを合同のものとする方針で協議を重ねてきた。本シンポジウムが、終末期医療に関する議論を深め、より良い合同ガイドラインを作るための一助となれば幸いである。

# 合同委員会

## 3学会による終末期ガイドライン合同委員会

日本集中治療医学会 倫理委員会

日本循環器学会 医療倫理委員会

日本救急医学会 救急医療における終末期医療の在り方に関する委員会

日時：平成26年4月29日（火） 13:00～16:00

場所：日本救急医学会 事務所

出席者：資料参照

### 資料

- 日本集中治療医学会から
- 日本救急医学会から

### 議事進行

- 横田委員長挨拶；ご多忙の中
- 各委員の自己紹介

## 救急・集中治療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）（案）第4章

### I 基本的な考え方・方法

急性期の重症患者を対象に治療を行っている救急・集中治療においては、患者背景にかかわらず救命のために最善の治療や措置が行われている。しかし、死が不可避と判断されたとき、それらの治療や措置の中止が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が、それらを考える道筋は明確に示されていない。

このような救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するために、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、少なくともこれらの定義を満たせば延命措置の中止が可能であるこ

この後、HP上でパブリックコメント募集

# ガイドラインの公表 (2014.11.7)

平成26年11月4日

一般社団法人 日本救急医学会  
一般社団法人 日本集中治療医学会  
一般社団法人 日本循環器学会

この度、日本救急医学会は、日本集中治療医学会、日本循環器学会と共同で、「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～」を公表させていただきに至りました。

これと併せて、『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、および「Q&A集」を作成いたしました。

会員ならびに関係各位におかれましては、引

- ・「救急・集中治療における終末期医療」  
・「救急・集中治療における終末期医療」  
て [PDF](#)
- ・ Q&A集 [PDF](#)

## 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～

#### I、基本的な考え方・方法

急性期の重症患者を対象に治療を行っている救急・集中治療においては、患者背景にかかわりなく救命のために最善の治療や措置を行っている。しかし、そのような中で適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと思われる状況に至ることがある。その際の医療スタッフの対応は、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にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましいが、それらを考える道筋は明確に示されていない。

このような救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するために、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を示し、その定義を考慮したうえで患者、患者家族などや医療スタッフによるその後の対応についての判断を支援する必要があると考え、「救急・集中治療における終末期医療に関するガ

# 3学会合同ガイドライン作成の経緯と意義、 そして課題

日本救急医学会  
救急医療における終末期のあり方に関する委員会



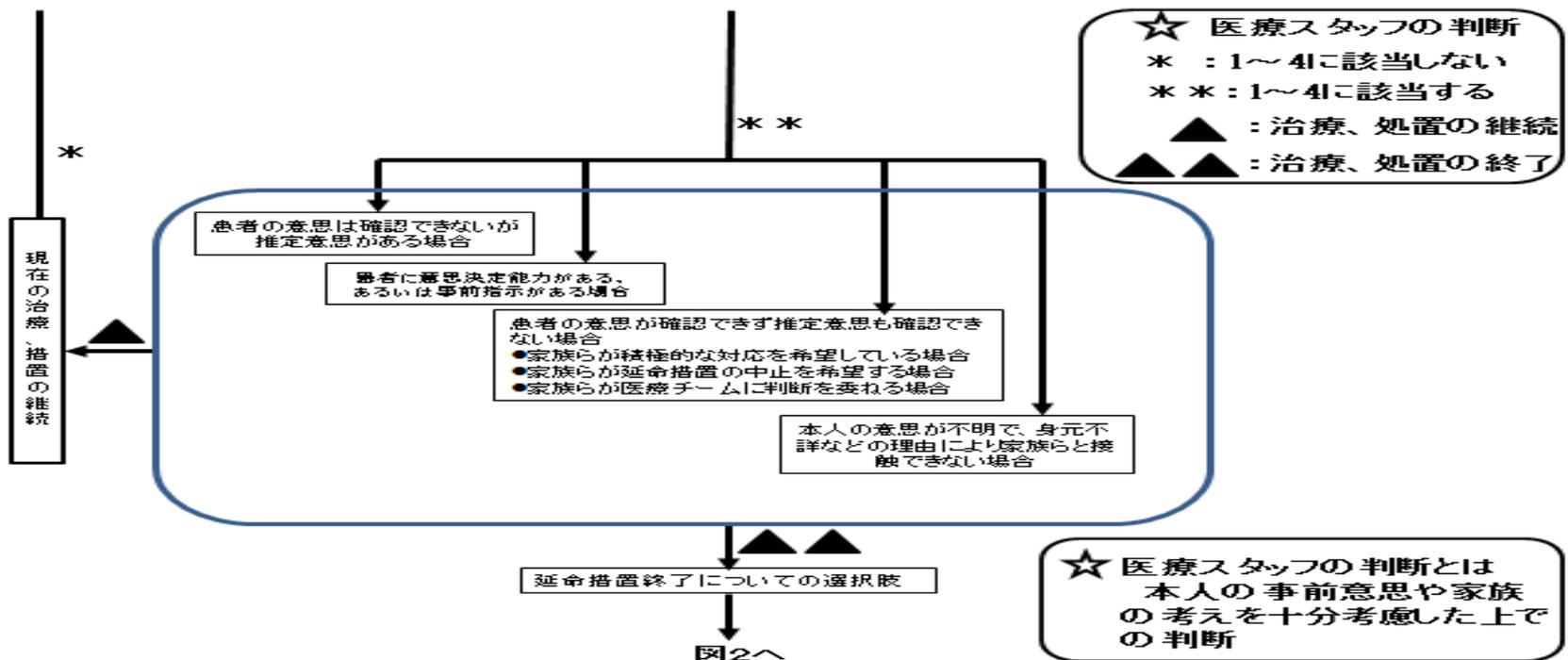
第29回日本医学会総会 2015 関西

医学と医療の革新を目指して—健康社会を共に生きるきずなの構築—

# 3学会合同ガイドラインによる終末期の判断

主治医を含む複数の医師(複数科であることが望ましい)と看護師らとからなる医療チーム(以下、「医療チーム」)が慎重かつ客観的に判断を行った結果として以下の1~4のいずれかに相当する場合などである。

1. 不可逆的な全脳機能不全(脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む)であると十分な時間をかけて診断された場合
2. 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合
3. その時点で行われている治療に加えて、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近いうちに死亡することが予測される場合
4. 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合



# 3学会合同ガイドラインによる選択肢

前スライド

延命措置終了についての選択肢

具体的な対応法としては①現在の治療を維持する(新たな治療は差し控える)、②現在の治療を減量する(すべて減量する、または一部を減量あるいは終了する)、③現在の治療を終了する(全てを終了する)、④上記の何れかを条件付きで選択するなどが考えられる。

実際の対応としては、例えば以下のような選択肢がある。

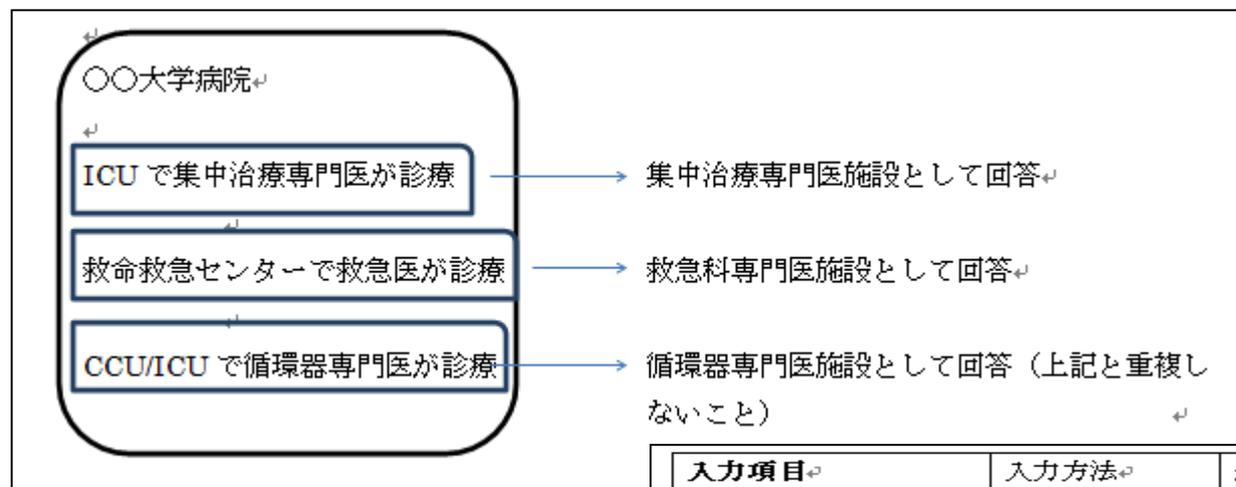
- a. 人工呼吸器、ペースメーカー(植込み型除細動器の設定変更を含む)、補助循環装置などの生命維持装置を終了する。  
(注)このような方法は、短時間で心停止となることもあるため状況に応じて家族らの立会いの下に行う。
- b. 血液透析などの血液浄化を終了する。
- c. 人工呼吸器の設定や昇圧薬、輸液、血液製剤などの投与量など呼吸や循環の管理方法を変更する。
- d. 心停止時に心肺蘇生を行わない。

これら一連の判断やその後の対応に関しては後に検証が可能なように診療録に記載する

# 終末期のガイドラインの位置付け

	日本集中治療医学会	日本医師会	日本救急医学会	日本救急医学会 日本集中治療医学会 日本循環器学会
表題	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	終末期医療に関するガイドラインについて	救急医療における終末期医療のあり方に関するガイドライン	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～
公表日時	平成18年8月	平成19年8月	平成19年11月	平成26年11月
対象	急性重症患者		突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などの患者で死が間近に迫っている状態	集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期
定義	末期状態と記載してある集中治療室等で治療されている急性重症患者の「不治かつ末期」の状態		具体的に4つ	4つの状態を提示
終末期の判断	施設内の公式な症例検討会等での合意	医師（主治医、主治医以外の医師1名以上）を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチーム	主治医と主治医以外の複数の医師	主治医を含む複数の医師（複数科であることが望ましい）と看護師らとからなる医療チーム
中止の方法	記載無し	記載無し	具体的に4種類提示	4種類の方法を例示
診療録	記載無し	記載無し	検証可能な記載	検証可能な記載

# 3学会合同の登録システムを構築予定



入力項目	入力方法	選択肢
年齢	1つ選択	実数
性別	1つ選択	M・F
入院原因となった主たる病名	複数選択可	脳神経系 心血管系 呼吸器系 消化器系 腎泌尿器系 運動器系 心肺停止 その他（外因性疾患も含む） （コメント欄）
死亡原因となった主たる病名	複数選択可	脳神経系 心血管系 呼吸器系

# 3学会合同の登録システムを構築予定

<p>家族らの希望</p>	<p>1つ選択</p>	<p>積極的な医療を希望する  延命措置は希望する  延命措置を希望しない  決められない、わからない</p>
<p>終末期における具体的な対応について</p>		
<p>A)家族らと協議し決定できた場合の選択肢</p>	<p>1 から 4 のうちいずれか一つを選択  4-①～⑥については複数選択可</p>	<p>1.すべての治療を継続した  2.治療は継続し DNAR とした  3.すべての治療を終了した  4.次のいずれかによる治療縮小とした  ① 人工呼吸器を取り外す  ② 補助循環を取り外す  ③ ①②以外の機器による治療を終了する(IABP,PM,血液浄化器など)  ④ 人工呼吸器設定の条件を下げる  ⑤ 昇圧剤の減量や中止をする  ⑥ 血液製剤の追加/使用を行わない</p>
<p>B)家族との協議で決められない場合、家族がいない場合の選択肢</p>	<p>5 から 7 のうち 1つ選択</p>	<p>5.医療者側の判断により医療を継続した  6.医療者側の判断により医療を中止もしくは縮小した(①～⑥も選択)</p>

# 3学会合同ガイドラインの意義

- 考え方の道筋を示した
- 具体的な判断を示した(状態、措置など)
- 複数の学会での合意である
- 検証可能な記録の重要性を示した