

1. 救急・集中治療

中村 俊介* 有賀 徹*

(*昭和大学医学部 救急医学講座)

はじめに

救急診療を開始する場面において、ただちに緩和ケアの実施を考慮することは少ない。生命の危機に直面する重症患者に対して救急・集中治療が展開される現場では、まずは状態の改善および安定化を図るために積極的な蘇生や治療が進められる。しかし、時には回復不可能な病態に陥っていることが明らかであって、治療早期の段階から終末期の医療を意識しなければならない場合もある。救急医療の現場で遭遇する終末期は多様であって、そこで進められる医療は、がん患者に対して行われる終末期の医療と比べると、背景にある状況が大きく異なる。

本稿では2007年11月に日本救急医学会が公表した「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〉」¹⁾について概説し、さらに救命救急領域における終末期医療の実際について紹介する。

終末期医療におけるガイドライン

近年、いくつかの終末期医療に関するガイドラインが公表された。日本集中治療医学会では、2006年に理事長名で「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」²⁾が示されている。他にも、厚生労働省による「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」³⁾、日本医師会によるグランドデザイン2007の「終末期のガイドライン」⁴⁾、グランドデザイン2009の「看取りの医療『終末期医療に関するガイドライン2009』」⁵⁾、さらに全日本病院協会による「終末期医療に関するガイドライン」⁶⁾などがある。し

かし、これらは終末期医療の方針決定にあずかるプロセスを詳述するものであって、その後の対応や方針について具体的な内容を示すものではない。

日本救急医学会では、救急医療を展開する場において遭遇する終末期医療の諸問題について検討するため、2004年に「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」が組織された。2007年2月には学会ホームページ上に「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言〈ガイドライン〉」(案)が示され、日本救急医学会会員ならびに非会員から意見を募り、それらを参考とし、同年10月に開催された評議員会での意見などを反映させて、11月に「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言(ガイドライン)」¹⁾(以下、提言〈ガイドライン〉)が公表されるに至った。これは、検証可能で妥当な終末期状態の判断と延命措置の中止基準が必要であるとの考えから作成されたものであり、そこには延命措置を中止する方法や診療録の記載という実臨床に沿った具体的内容が示されている。

救急医療における終末期

救急医療の現場では、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故によって死が切迫する事態となった患者に対して、全力で救命のための蘇生や治療が行われる。しかしながら、救急医療にも限界がある。適切な医療の実施にもかかわらず救命が不可能で、死が間近に迫った状態となった場合、救急医療における終末期として判断されることになる。提言〈ガイドライン〉では、それを表¹⁾のように定義し、その判断は主治医と主治医以外の

表1 終末期の定義¹⁾

突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、救急医療の現場で以下の1)～4)のいずれかのような状況を指す。

- 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も含む）と診断された場合
- 2) 生命が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
- 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数日以内に死亡することが予測される場合
- 4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合

複数の医師によって客観的になされる必要があることを示している。

救急医療の臨床現場における典型例として、表1の1)は重篤な脳外傷など、2)および3)は敗血症や多臓器不全などで救命不可能となった状態が想像できる。4)については、詳細な情報のない中で初期診療が行われ、その後に関係者から情報が得られることで判明するといった場合などで、しばしば経験するものである。

悪性疾患や回復不可能な疾患について、医師から告知され、繰り返し説明を受けている場合、患者自身は終末期に受ける治療やケアについて考えることができる。さらに、家族も本人の希望するような最期を迎えられるように協力ができる。一方、救急医療における終末期では、患者自身が意思や希望を述べることもできず、家族は動揺している状況にある。救命のために装着された生命維持装置や行われている治療が「単なる延命措置」となってしまった場合、医療を提供する側の価値判断のみで取り外すことには問題がある。しかし一方で、一度開始したら中止することができず、「単なる延命措置」が続けられることも、患者の尊厳を損なうことになる。

そこで提言〈ガイドライン〉では、終末期における延命措置への対応について、以下の「考える道筋」を提示している。

延命措置への対応について

終末期であると判断した場合、主治医は家族や関係者（以下、家族ら）に対して、予後が絶対的に不良であること、治療を継続しても救命の見込みがまったくない状態であることを説明し、理

解が得られるよう努めることになる。その後、患者本人のリビング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示書）を確認し、あればそれを尊重して延命措置への対応を行う。これは、「患者にとって最善の選択肢は、患者の自律的な意思表示による」という考え方に則っているものである。

家族らが積極的な延命措置を希望する場合は、あらためて「きわめて重篤で救命が不可能である」ことを説明した後に、意向を再び確認する。その後も家族らが積極的な対応の継続を希望している場合は、その意思に従うのが妥当であり、現行の措置を継続することが一般的である。

一方、家族らが延命措置中止に対して「受容する意思」がある場合については、まず本人の有効な advanced directives が存在し、家族らがこれに同意している場合はそれに従う。本人の意思が不明であれば、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止することになる。本人の事前意思と家族らの意思が異なる場合は、主治医を含む医療チームは患者にとって最善と思われる対応を検討し、それを選択する。

家族らの意思が明らかでない場合や、家族らでは判断できない場合は、延命措置中止の是非、時期や方法などの対応は医療チームの判断に委ねられる。この際も、患者本人の事前意思がある場合は、それを考慮して医療チームが判断することになる。延命措置を中止する方法の選択も含め、医療チームの行う判断および対応については、家族らの理解と承諾が前提となる。

本人の意思が不明で、身元が不詳であるなどで家族らとの接触ができない場合も、医療チームが

表2 延命措置を中止する方法についての選択肢¹⁾

<p>すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法 (withdrawal)、またはそれ以上の積極的な対応などしない方法 (withholding) について、以下、(1)~(4) などを選択する。</p> <p>(1) 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らの立会いの下に行う)</p> <p>(2) 人工透析、血液浄化などを行わない</p> <p>(3) 人工呼吸器設定や昇圧薬投与量など、呼吸管理・循環管理の方法を変更する</p> <p>(4) 水分や栄養の補給などを制限するか、中止する</p>

慎重に判断することになる。ここでも、医療チームによる判断や対応については、患者にとって最善の対応であることが前提となる。医療チームで判断がつかない場合は、院内の倫理委員会などにおいて検討し、判断することになるが、現場の医療チームに判断がつかない時に第三者の倫理委員会などが踏み込んで判断することは困難であるとの指摘もある⁷⁾。

延命措置を中止する方法としては、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法 (withdrawal) と、それ以上の積極的な対応をしない方法 (withholding) がある。提言〈ガイドライン〉では、具体的な選択肢として、表2¹⁾に示す(1)~(4)を示している。ただし、いずれにおいても、薬物の過量投与や筋弛緩薬投与などの医療行為により死期を早めることは行わない。つまり、安楽死を許すものではないというものである。

救命救急領域における終末期医療の実際

提言〈ガイドライン〉に示された救急医療における「終末期」の定義および延命措置への対応は上述の通りである。しかし、救急医療の現場では、その定義に含まれていない「終末期に相当する状態」の患者に遭遇することも多い。

高齢者の院外心肺停止などはその一例であり、実施する救命処置について苦慮することがある。たとえば、寝たきり状態にある後期高齢者が自宅で心肺停止状態となって救急搬送されてきた場合、どこまで救命処置を行うことが倫理的に正しく、また患者本人にとって最善の治療となるのか、それを瞬時に判断することは困難である。

蘇生処置を行わなければ、短時間で不可逆的な全脳機能不全に陥る。適切な処置によって以前の状態まで回復する可能性はある。ただし、蘇生率は高くない。たとえ蘇生に成功しても、大多数は元の状態に回復することなく、さらなる障害を抱えることになる。また、そのような状況で患者本人に「蘇生処置を希望しない」というリビング・ウィルがあったことを確認できたとしても、ただちに蘇生を中止することはできない⁸⁾。患者の家族らは、「なんとかしてほしい」という思いがあるからこそ救急車を要請しているのである。死後変化の出現などの明確な医学的根拠がなければ、家族らの理解と同意なしに蘇生中止の判断はできない。

かかりつけの主治医から十分な説明を受け、急変の可能性を理解している家族であっても、状態の変化に動揺し、救急要請がなされ、結果として無益な救命処置が継続されることも多い。そのような現状の中で多くの救急医は、まず救命のための蘇生処置を行い、家族らに病状と経過を説明し、提言〈ガイドライン〉に準拠する形で「救命救急領域の終末期」における判断と対応を行っている。

救急科専門医への課題

日本救急医学会の「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」では、提言〈ガイドライン〉を公開した1年後と5年後に、救急医療従事者に対してアンケート調査を実施している^{9,10)}。その結果において、「主治医の判断が軽視されていると感じる」とした救急科医専門医が存在していたことを受けて、主治医を含めた医療チームで判断や対応を行うことを妥当とする終末

期医療のあり方について、これからも啓発が必要であることを述べている。さらに、そこでは今後、他の学会との共同ガイドラインなど、ガイドラインそのものの改訂がありうることや、救急医療従事者の意識について追跡調査する必要があることが述べられている¹⁰⁾。

日本救急医学会総会・学術集会において、終末期医療や高齢者救急についてシンポジウムやパネルディスカッションなどで議論が重ねられている。救急科専門医は、関連する学会や学術団体でなされている議論や取り組みについても情報収集し、最近では他の学術団体とも協議を始めている。引き続き、それらをふまえて救急医療を実践していくことが求められるものと考え。

おわりに

終末期における医療では、チームによるアプローチの重要性が示されている。多職種で形成されるチームが有機的に医療を展開できる存在となるためには、まずチームを構成する医療従事者がおおのこの領域において専門性を深め、成熟する必要がある。

救命および延命を至上とする医療が進められてきた一方で、生存期間の延長のみが医学的、倫理的、また社会的に正しいのかといった議論がなされるようになった。今後、救命救急領域においても、終末期における医療を含む「全人間的医療」に関する見識の豊かな医療従事者を育成することが重要と考える。

文 献

- 1) 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特別委員会：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〉について. 2007 [http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf]
- 2) 日本集中治療医学会：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 [http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html]
- 3) 厚生労働省 終末期医療の決定プロセスに関する検討会：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf]
- 4) 日本医師会：グランドデザイン 2007 —国民が安心できる最善の医療を目指して—各論. p.68-71, 2007 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070829_1.pdf]
- 5) 日本医師会：グランドデザイン 2009 —国民の幸せを支える医療であるために. p.67-70, 2009 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090218_11.pdf]
- 6) 全日本病院協会 終末期医療に関するガイドライン策定委員会：終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために. 2009 [http://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf]
- 7) 有賀 徹：救急医療における終末期医療. 日臨 69：730-5, 2011
- 8) 福田龍将：院外心肺停止患者における DNAR. 日救急医学会誌 23：101-108, 2012
- 9) 有賀 徹, 石松伸一, 木下順弘, 他：「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）」に関するアンケート結果報告. 日救急医学会誌 19：1116-1122, 2008
- 10) 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：「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—2008年と2012年でどのように変化したのか. 日救急医学会誌 24：37-50, 2013