救急医療・災害医療

救急医療と倫理問題
-救急では何が起こっているのか、何をすればいいのか-

札幌市夜間急病センターセンター長
札幌医科大学医学部救急医学講座訪問研究員
井上弘行（いのうえひろゆき）

はじめに

救急医療、特に重症例を扱う救急・集中治療領域では、倫理的な問題が日常的に発生する。意識障害などにより患者が意向を示せない、突然発症し重篤であるため情報と時間的猶予が少ない、生命維持装置を駆使するため終末期の境界が不明瞭、治療が高侵襲で逆に不利益が大きくなる場合がある、治療の減量は生命に直結する、代理意思決定者に大きな責任が伴う、あるいは代理意思決定者が不在または問題を抱えている――こうした背景が複雑に絡み合い、治療方針の検討にしばしば苦慮する。また、DNARに代表される患者の自己決定権と救命義務の衝突、自傷や虐待、家族との意向の対立、経済的問題、感染症流行下の面会制限、限られた医療資源の分配、宗教的背景など、多様な倫理的ジレンマが救急現場には存在する[1)]。

札幌医科大学附属病院高度救命救急センターでは、こうした倫理的問題に向き合い、患者ごとに最善の医療を提供するため、2015年から多職種倫理カンファレンスの導入など様々な取り組みを行ってきた。本稿では、救急医療で実際に何が起こっているのか、そして倫理問題にどう向き合い、どのように解決へ導くべきかについて解説する。

救急でよくある実例

90歳の男性。普段から「死ぬときは自宅がいい」と妻とかかりつけ医に話していた。ある日、自宅で突然倒れ、驚いた妻が救急要請した。心肺停止状態で救急救命士による処置を受けながら搬送され、病院で人工呼吸器管理を開始したところ心拍が再開した。しかし入院後１週間が経過しても昏睡状態が続いた。

本人の意思は何か、治療のメリットとデメリットはどうか、家族の意思はどこにあるのか、法律やガイドラインとの整合性はどうか――治療方針をどう決めるべきかという倫理問題が生じた。家族には現状と予測される予後を、感情に配慮しながら丁寧に説明した。家族に決断を迫るのではなく、緊急ACPとして過去にACPがあるかをスクリーニングし、すでにACPがあれば、そのACPをアップデート。本人の言動や価値観を聞き取り、「本人ならどうしたいか」を一緒に考えた。多職種チームで倫理カンファレンスを行い、家族と繰り返し話し合うことで最終的な方針を共有することができ…。

倫理問題解決のための基本

医療倫理の四原則は「自律尊重」「与益」「無危害」「公平性」から構成される（**図１**、[2)]改編）。ひと言で言えば、患者の意向を尊重しつつ、不利益を避け、利益を最大化し、社会的に妥当な選択をすることである。倫理問題を解決するためには、まずその問題の「なぜ？」をたどっていくと、いくつかの倫理原則にたどり着く。丁寧に紐解き、どの原則が衝突しているのかを理解する必要がある。可能な限り調整してすべての原則を満足させるよう努力するが、どうしても両立できない場合は、優先順位を付けて考える。

また、倫理問題を検討する場合、あらかじめ患者に関する様々な情報を系統的に収集し整理することが重要である。情報収集の際に役立つのが、臨床倫理の四分割表である（**図２**、[3)]改編）。医学的適応、患者の選好、QOL、周囲の状況という四つの視点から情報を整理することで、問題の所在が明確にな

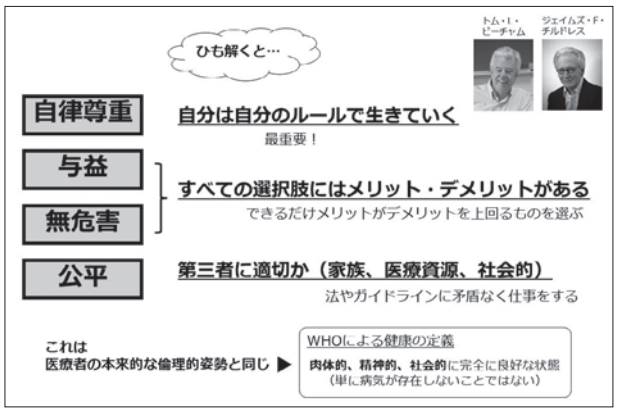

図１　医療倫理の四原則

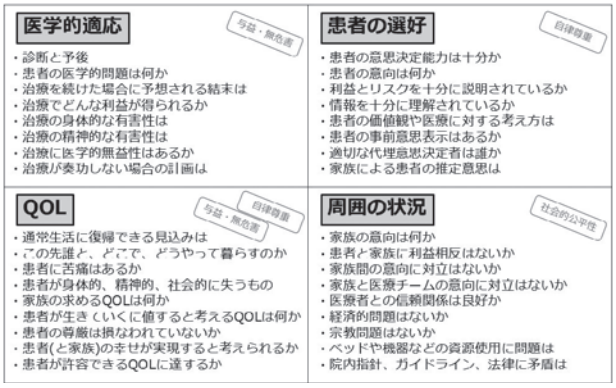

図２　臨床倫理の四分割表

り、倫理的検討がしやすくなる。四分割表の分類は医療倫理の四原則に対応させることができ、どこにどのような問題があるか分析する際に利用する。集めた情報をもとに、本人の意思を尊重し、メリットが上回る選択肢を選び、ガイドラインや家族の意向との整合性を確認しながら、最善の選択肢を導く（**図３**、[4] 改編）。

意思決定を支援する

患者の意思を適切に尊重するためには、適切な意思決定の方法をとる必要がある。かつては父権主義的に医師が決める時代があったが、その後インフォームドコンセントが主流となり、患者が与えられた選択肢から自ら決める形が一般化した。しかし、救急医療のように選択が複雑で負担が大きい状況では、インフォームドコンセントだけでは十分ではない。

そこで重要となるのが「共同意思決定（SDM：Shared Decision Making）」である。これは医療者と患者・家族が価値観を共有し、共に悩み、決断の部分まで伴走する意思決定の方法である[5]。医療者は医学的情報や予後を説明し、患者や家族は価値観や大切にしてきたこと、許容できる負担、どうしても負えない負担などをその理由とともに説明する。注意すべきは、家族の希望を最大の決定因子とするのではなく、あくまで患者を中心に据え、医学的効果を本人の満足という物差しで判断することが重要である。そして単に家族にイエス・ノーを迫ることは慎むべきであり、家族の代理意思決定に対する支援も必要である。

倫理問題の検討は多職種で行う

倫理問題を解決するためには多職種で検討するプロセスを経ることが非常に重要である。倫理的判断に絶対的な正解はないが、多職種で皆で悩むこと自体により、倫理的妥当性が担保されるからである。また、他の職種から思いもよらない情報や考え方を得られることがあるばかりではなく、組織のチームワークを高めることができる。多職種倫理カンファレンスは倫理問題を解決するための重要なプラットフォームであり、医師だけでなく看護師、MSW、リハビリ、薬剤師など、適切なメンバーが集まり、必要なときにすぐ開催できる体制が望ましい。

高齢多死社会に突入して

日本は世界でも例を見ない超高齢多死社会に突入している。100歳以上の人口は2025年現在はおよそ10万人だが、今後30年で６倍以上に増加すると推計されている[6]。「いかに不自然な死を強制されることなく、本人らしく生き、平穏な死を迎えるか」が社会的課題となっており、QOL（Quality of Life）だけではなくQOD（Quality of Death）に向き合う必要がある。しかし、「人生の最期」について事前によく話し合っている人は一般国民で1.５%、医療従事者でも10%に過ぎない[7]。

こうした背景から、厚生労働省は「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を示した（**図４**）。患者と方針について合意するためのプロセス（手続き）を重視したもので、「医師が単独で決めないこと、患者と十分な対話をすること、患者の意思を尊重すること、患者の意思が確認できないときは本人の意思を推定すること、ACPを推進すること」などが強調されている。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性

ACPとは「前もって本人の価値観や今後受けたい医療を、患者・家族と医療従事者であらかじめ話し合うプロセス」であり、一言で言うと「もしものために、つたえておくこと」である。ACPは患者の意向や価値観を反映した医療を目指すための「羅針盤」の役割を果たす。ACPの愛称である「人生会議」には、「自分の人生について皆と話し合っておく」という想いが込められている。人は誰でも「自分の人生がこうあってほしい」と思い描いているものであり、ACPは前向きにこれからの生き方を考える仕組みであって、決して死に方を話し合うことではない。常に揺れ動く患者に寄り添い、時間をかけてチームで支援する。ACPはすべての患者に対

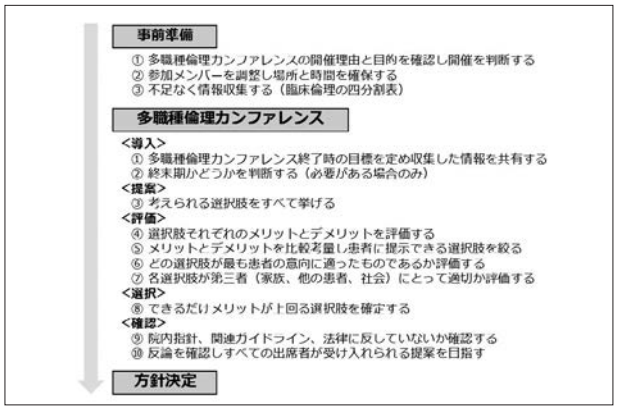

図３　倫理カンファレンスの進行例

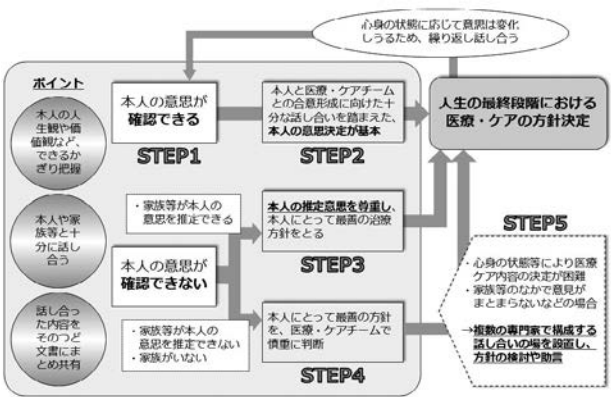

図４　人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

し、死まで続く意思決定支援である。家族を含めてみんなが大切にしてきた「患者さん本人が自分で決めること」を最期まで貫くことができれば、残された家族のなかにもよい記憶として残り、家族の支えとなっていく。

ACPで話す内容は、望む治療のゴール、予後や病状の理解度、許容できない状態、行ってほしくない治療などであるが、その理由も聞くことが重要である。そして代理意思決定者を選出し、話し合った内容は家族とも共有する。

令和６年度診療報酬改定でACPについて実施する体制の整備が評価されるようになり、今後ますます重要性が高まる。小児以外の全入院病棟と診療所や病院などの介護施設をはじめとする看取りに関するかかりつけ医機能を有する医療機関にACPの体制整備が求められている。

ACPの認知度は令和４年の調査によると医療者で45％、一般国民で5.9％と平成29年の調査と比較して上昇傾向にはあるものの依然として低い[7]。また、ACPは医療者から切り出さなければ行われないし[8]時間もかかるため、実施率もまだまだ低い。事前ACPがなく、緊急ACPも行わなければ、患者の望まない侵襲的治療をしてしまう、患者にとって必要だった治療が控えられてしまう、家族へ緊急での決断を迫り責任を押し付けてしまう、という事態が起こる。ACPのさらなる普及に期待したい。

一方で、ACPがあっても、かかりつけ医・施設・在宅・消防・急性期の間でどのようにACPというバトンを受け渡していくかという課題もある。かかりつけ医や主治医によって導入されたACPを活かす力が急性期チームには求められる。

おわりに

救急医療は、生命の危機に直面する患者を救う最前線であり、同時に倫理的ジレンマの連続である。倫理問題解決への道筋は、情報収集と倫理分析である。そのベースにおいて重要なのは、多職種チームの協働、対話力、そして倫理問題に立ち向かおうとする文化の構築である。

倫理的な医療を提供するために重要な要素である患者の意思を尊重するべく意思決定支援が不可欠であり、その際には共同意思決定の方法を取る。ACPはその延長線上にある「人生の集大成をともに考え支える」プロセスである。地域医療における連携が今後ますます重要になる中で、私たちはそれぞれの立場とネットワークの中で最善を尽くしながら、他組織の役割や立場も理解して、患者の意思と患者にとっての最善の医療を次へつないでいく必要がある。

救急医療の現場で倫理的問題に向き合い続けることは、患者の尊厳を守り、社会の信頼に応えるために欠かせない。

参考文献

1）救急集中治療の終末期方針検討における多職種倫理カンファレンスの現状とクオリティーコントロール．井上弘行，村中沙織ら．日救急医会誌．2019；30：93-102.

2）Tom L. Beauchamp, James F. Childress『生命医学倫理』1997

3）Jonsen ARほか著．赤林朗ほか監訳．臨床倫理学 第５版．新興医学出版社．2006；p13

4）Marckmann G. Im Einzelfall ethisch gut begrundet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. Georg Marckmann (ed.), Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015, 15-22.

5）Charles C, Gafni A, Whelan T : Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model. Social Sci & Med 1999; 49 : 651-661.

6）厚生労働省：男女別百歳以上高齢者数の年次推移，国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（令和５年推計）

7）令和４年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書

8）Enzinger AC,et al. : Outcomes of Prognostic Disclosure: Associations With Prognostic Understanding, Distress, and Relationship With Physician Among Patients With Advanced Cancer : J Clin Oncol. 2015 Oct 10; 33(32); 3809-3816.