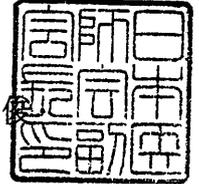


(庶 67)  
平成 25 年 7 月 9 日

都道府県医師会担当理事 殿

日本医師会  
副会長 羽生田



厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の  
周知依頼について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、厚生労働省は、一般国民、医師をはじめとする医療福祉従事者を対象に終末期医療に関する調査を、平成4年度以降、5年ごとに実施しています。

本年3月、5回目となる「人生の最終段階における医療に関する意識調査」が行われ、貴会宛に平成25年3月5日付(日医発1132号)の文書をもって、ご協力をお願いしたところでございます。

今般、同調査の速報結果がまとまり、その中で厚生労働省が平成19年5月に作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況が低いこと<sup>注)</sup>に鑑み、医療福祉従事者に対するガイドラインの十分な普及を図るために、改めて同ガイドラインの周知方依頼がございました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管下の関係医療機関等に対し、周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、日本医師会が作成した終末期に関連するガイドラインを同封いたしますので、併せてご活用ください。

<添付資料>

厚生労働省

- ・「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
- ・「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」解説編
- ・「人生の最終段階における医療に関する意識調査 集計結果(速報)の概要」  
注) 概要のスライド22,26をご参照下さい。

日本医師会

- ・「終末期医療に関するガイドライン」について  
(第X次生命倫理懇談会答申,平成20年2月)
- ・看取りの医療「終末期医療のガイドライン2009」  
(グランドデザイン2009より抜粋,平成21年2月,日本医師会)



平成 25 年 7 月 1 日

社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省医政局指導課  
在宅医療推進室

終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインについて（周知依頼）

厚生労働省では、平成 24 年 3 月に人生の最終段階における医療に関する意識調査を実施しました。その速報結果では、平成 19 年 5 月に策定した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について、参考にしている方が約 2 割、参考にしていない方が約 2 割、ガイドラインを知らない方が約 3～5 割に達しました。これらの速報結果から、医療福祉従事者に対するガイドラインの十分な普及を図るため、改めて貴管内の関係機関等に対する周知・指導等をよろしくお取り計らい願います。ガイドラインの策定に併せて、より広く国民、患者及び医療福祉従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」も策定されておりますので、併せて周知をお願いします。

（別添 1）終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

（別添 2）終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

（参考）人生の最終段階における医療に関する意識調査 集計結果（速報）の概要

# 終末期医療の決定プロセスに 関するガイドライン

厚生労働省

平成19年5月

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

### 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

### 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

#### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。  
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
  - ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
  - ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

終末期医療の決定プロセスに  
関するガイドライン  
解説編

終末期医療の決定プロセスの  
あり方に関する検討会

平成 19 年 5 月

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

### 【ガイドラインの趣旨】

終末期における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、終末期医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、終末期医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える終末期とはいいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が終末期医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、終末期医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき終末期医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など終末期を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

基本的な考え方は次の通りです。

- 1) このガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当医ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカーなどの、医療・ケアチームで患者及び家族を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に終末期医療において重要なことです。
- 3) 終末期医療においては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、最も重要な患者の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、十分な情報に基づく決定であること（インフォームド・コンセント）が大切です。その内容については、患者が拒まない限り、家族にも知らせることが望まれます。医療従事者とともに患者を支えるのは、通常、家族だからです。
- 4) 患者の意思が明確でない場合には、家族の役割がますます重要になります。この場合にも、家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 5) 患者、家族、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその患者にとって最もよい終末期医療だと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療を実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、柔軟な姿勢で終末期医療を継続すべきです。
- 6) 患者、家族、医療・ケアチームの間で、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる委員会を設置し、その助言によりケアのあり方を見直し、合意形成に努める必要があります。
- 7) 終末期医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医療・ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要です。

## 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

\*注1 よりよい終末期医療には、第一に十分な情報と説明を得たうえでの患者の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、終末期医療としての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

\*注2 終末期には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療の検討がなされることとなります。

\*注3 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関の規模や人員によって変わりますが、一般的には、担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者というのが基本形です。なお、後掲注6)にあるように、医療・ケアチームに、例えばソーシャルワーカーが加わる場合、ソーシャルワーカーは直接医療を提供するわけではありませんが、ここでは医療従事者に含みうる意味で用いています。

\*注4 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも終末期の患者に対し医療的見地から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るためのものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については引き続き検討していく必要があります。

- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。

\*注5 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

\*注6 人が終末期を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することが望まれます。

- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

\*注7 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

## 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。  
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

\*注8 合意内容を文書にまとめるにあたっては、医療従事者からの押しつけにならないように配慮し、患者の意思が十分に反映された内容を文書として残しておくことが大切です。

\*注9 よりよき終末期医療の実現のためには、まず患者の意思が確認できる場合には患者の決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであることが望ましく、そのためのプロセスを経ること、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

## (2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

\*注10 家族とは、患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在であるという趣旨です。から、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人を含みます（このガイドラインの他の箇所で使われている意味も同様です）。

\*注11 患者の意思決定が確認できない場合には家族の役割がますます重要になります。その場合にも、患者が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、患者の最善の利益が何であるかについて、家族と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

\*注12 家族がいない場合及び家族が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療の妥当性・適切性を判断して、その患者にとって最善の医療を実施する必要があります。なお家族が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

## (3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
  - ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
  - ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

\*注13 別途設置される委員会は、あくまでも、患者、家族、医療・ケアチームの間で、よき終末期医療のためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。そこでの検討・助言を経て、あらためて患者、家族、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。

平成 18・19 年度 生命倫理懇談会 答申

終末期医療に関するガイドラインについて

平成 20 年 2 月

日本医師会 第 X 次生命倫理懇談会

平成 20 年 2 月

日本医師会  
会長 唐 澤 祥 人 殿

第 X 次生命倫理懇談会  
座長 高 久 史 磨

### 答 申

生命倫理懇談会は、平成 18 年 9 月 25 日開催の第 1 回懇談会において、貴職から「終末期医療に関するガイドラインについて」との諮問を受け、平成 19 年 8 月 6 日に中間答申を提出いたしました。中間答申は都道府県医師会、医学会等関係方面に配布するとともに、日本医師会ホームページ上でパブリック・コメントを募集し、各方面から貴重なご意見をいただきました。

上記のお寄せいただいた意見を踏まえて懇談会でさらなる検討を行い、今般、懇談会の見解を答申として取り纏めましたので、報告いたします。

## 日本医師会 第X次生命倫理懇談会

座長	高久史麿	日本医学会会長・自治医科大学学長
委員	青木清	上智大学名誉教授
委員	井形昭弘	名古屋学芸大学学長
委員	井石哲哉	長崎県医師会会長
委員	加藤尚武	京都大学名誉教授
委員	楠本万里子	日本看護協会常任理事
委員	小森貴	石川県医師会会長
委員	佐々木義樓	青森県医師会会長
委員	田村里子	東札幌病院 診療部Ⅱ 副部長
委員	鍋島直樹	龍谷大学法学部教授
委員	檜原多計志	(社)共同通信社 客員論説委員
委員	福田孜	富山県医師会会長
委員	松根敦子	日本尊厳死協会副理事長
委員	向山雄人	(財)癌研究会有明病院緩和ケア科部長
委員	山田卓生	日本大学法科大学院教授

(委員：五十音順)

オブザーバー	澤倫太郎	日医総研 研究部長
オブザーバー	水谷渉	日医総研 主任研究員

## 終末期医療に関するガイドライン

終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療の現場の最も重要な課題の1つとなっている。

日本医師会第X次生命倫理想談会は、終末期医療に際しての医師の対応に関するガイドラインを以下に提示する。

本ガイドラインでは、あえて終末期医療の定義をしていないが、終末期は多様であり、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチーム<sup>注1</sup>で判断すべきであると考え。なお、日本医師会のグランドデザイン2007-各論-では、終末期を広義と狭義に分けて定義しているので参照していただきたい（別紙1）。

### 1. はじめに

近年、医学・医療が進歩し、多くの患者の命が救われるようになった。その一方で、回復の見込みがなく、死期の迫っている患者が、本人や家族等<sup>注2</sup>が望まないのにも拘わらず、延命治療を受けている状態が目立つようになった。その結果、このような過剰な治療は無意味であるだけでなく、時には患者の尊厳を侵すものであるため、中止すべきであるとする考えが強くなっている。

徒に患者の延命を試みるよりも、患者のQOLをより重視し、場合によっては延命治療の差し控えや中止も終末期医療に当たって考慮すべきことである。その際、薬物投与、人工呼吸、栄養補給などの措置が問題となる。しかし、それらの治療の中止は患者の死につながるものであるだけに、その決定には慎重さが求められる。延命治療の差し控えや中止の判断は、担当医一人だけで行うべきではなく、他の医師や医療関係職種などから構成される医療・ケアチームの意見を十分に聞いたうえで行うべきである。

治療行為の差し控えや中止は、①患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない終末期状態にあり、②治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在することが重要な要件である。

①の、回復不能である、死期が迫っているという判断は医療・ケアチームが行う。②の場合、患者の口頭による意思表示のほかに、患者が正常な判断ができないような状態では、患者の事前の文書による意思表示（リビング・ウィルまたはアドバンス・ディレクティブ）を確認することが重要である。また、患者本人の直接的な事前の意思表示がなくても、患者の意思を推定させるに足りる家族等の意思表示があればよいとする意見もある。しかしこの場合には、医師はしかるべき家族等から推定の根拠となる十分な情報を得ておかなければならない。医師は患者の家族等とよく相談し、何が患者にとって最善かを考えるべきである。

## 2. 終末期医療のあり方

- (1) 患者が終末期の状態であることの決定は、医師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・ケアチームによって行う。
- (2) 終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等は、患者の意思決定を基本とし医学的な妥当性と適切性を基に医療・ケアチームによって慎重に判断する。
- (3) 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う。
- (4) 積極的安楽死や自殺幫助等の行為は行わない。

### 3. 終末期医療の方針決定の基本的手続き

終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等、特に中止に際してはその行為が患者の死亡に結びつく場合がある。従って、医師は終末期医療の方針決定を行う際に、特に慎重でなければならない。終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等に際しての基本的な手続きとして、以下のことがあげられる。

- (1) 患者の意思が確認できる場合には、インフォームド・コンセントに基づく患者の意思を基本とし、医療・ケアチームによって決定する。その際、医師は押し付けにならないように配慮しながら患者・家族等と十分な話し合いをした後に、その内容を文書にまとめる。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行う。また、患者が拒まない限り、決定内容を家族等に知らせる。

なお、救急時における医療の開始は、原則として生命の尊厳を基本とした担当医の裁量にまかせるべきである。

- (2) 患者の意思の確認が不可能な状況下にあっても「患者自身の事前の意思表示書<sup>注3</sup>（以下、「意思表示書」という。）」がある場合には、家族等に意思表示書がなお有効なことを確認してから医療・ケアチームが判断する。また、意思表示書はないが、家族等の話などから患者の意思が推定できる場合には、原則としてその推定意思を尊重した治療方針をとることとする。なお、その場合にも家族等の承諾を得る。患者の意思が推定できない場合には、原則として家族等の判断を参考にして、患者にとって最善の治療方針をとることとする。

しかし、家族等との連絡が取れない場合、または家族等が判断を示さない

場合、家族等の中で意見がまとまらない場合には、医療・ケアチームで判断し、この判断に関して原則<sup>注4</sup>として家族等の了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも家族等による確認、承諾、了承は文書によらなければならない。

- (3) 医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合には、複数の専門職からなる委員会を別途設置し、その委員会が治療方針等についての検討・助言を行う。

#### 4. おわりに

以上、終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等に関し、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考に、終末期医療の基本的な考え方及び手続き等について述べた。

終末期の患者が延命措置を拒否した場合、または患者の意思が確認できない状況下で患者の家族等が延命措置を拒否した場合には、このガイドラインが示した手続きに則って延命措置を取りやめた行為について、民事上及び刑事上の責任が問われない体制を整える必要がある。

また、高齢化が急速に進んでいるわが国において、終末期医療に関する問題はますます重要となってくる。この問題に学生時代から考察を深めていくことが大事であり、医学教育カリキュラムの中に盛り込むべきである。

なお、別紙2に終末期医療の方針決定に至る手続きをフローチャートとして表しているのので、参照していただきたい。

注 1) 医療・ケアチームは原則として担当医、担当医以外の1名以上の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者から構成される。

在宅医療に際しては、在宅療養に従事する医師の判断を支援するシステム(例えば委員会の設置等)を地域の医師会等で構築する必要がある。その際、支援する地域の医師会等の委員会は内規を定めるとともに会議の議事録を保管する。

注 2) 「家族等」とは、法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む。なお、終末期を想定して患者にあらかじめ代理人を指定してもらっておくことが望ましい。

注 3) 「患者自身の事前の意思表示書」とは、患者があらかじめ自身の終末期医療に関して指示している書面のことをいう。

注 4) 家族等との連絡が取れない場合や家族等がいない場合などで、やむを得ず家族等の了承を得られないことも考えられるので、「原則として」という表記にしている。

## 広義の「終末期」

(単に「終末期」と表現するときは、これを指す。)

- (1) 最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期。
  
- (2) 主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等（法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む）が（1）を理解し納得した時点で「終末期」が始まる。

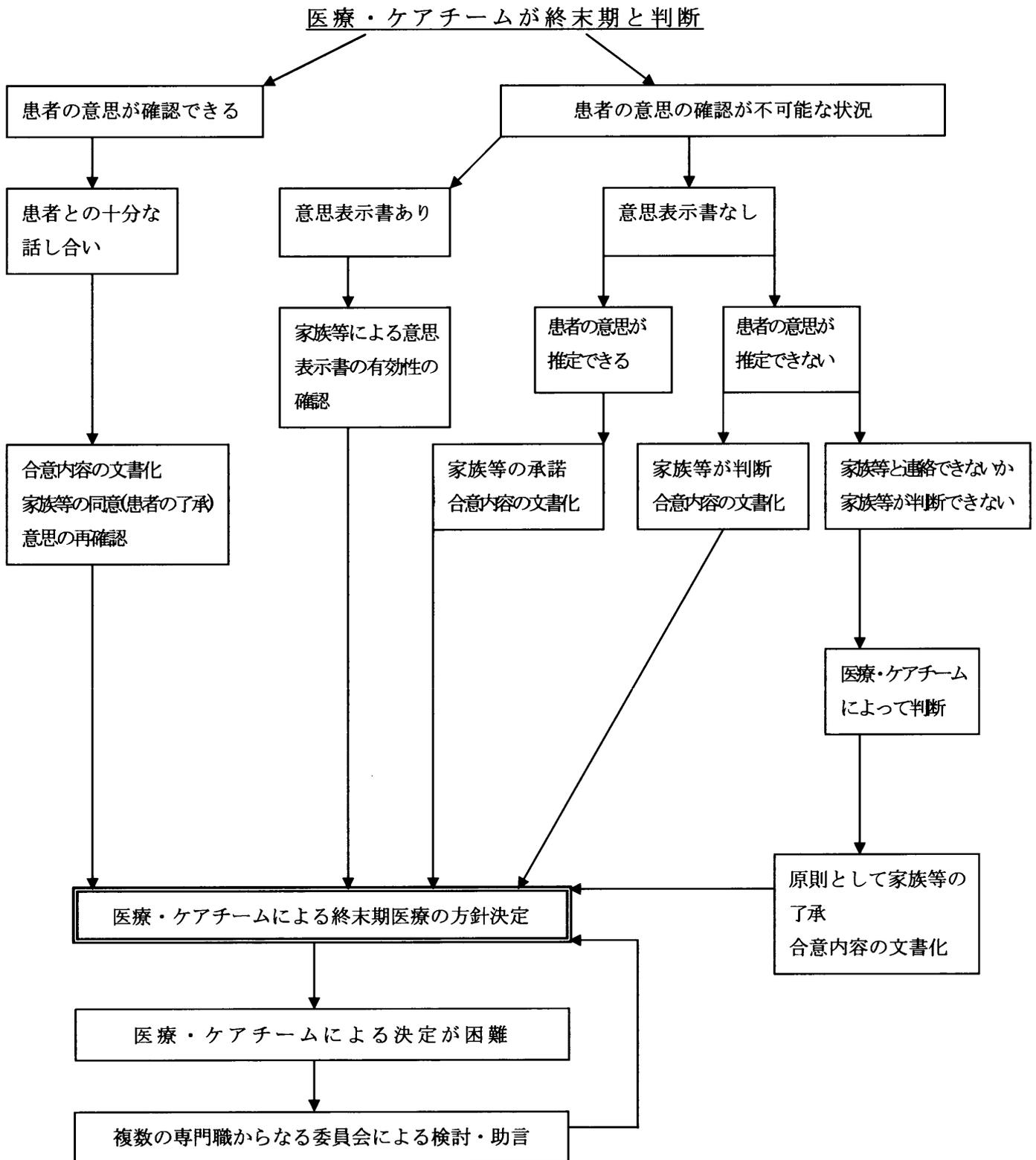
## 狭義の「終末期」

(臨死状態)

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

「グランドデザイン2007 -各論-」より

終末期医療の方針決定に至る手続き



## 看取りの医療「終末期医療のガイドライン 2009」

2007年5月、厚生労働省の終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。

日本医師会は、医療現場での実践により即したガイドライン策定が必要との判断から、生命倫理懇談会において検討を重ねるとともに、2007年8月、「グランドデザイン 2007－各論」において、「終末期医療のガイドライン」を提示した。

このガイドラインおよび2008年2月に公表した第Ⅹ次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインについて」を踏まえ、あらためて日本医師会としての「終末期医療のガイドライン 2009」を提示する。

### 日本医師会「終末期医療のガイドライン 2009」

#### 1. 終末期とは

##### (1) 広義の「終末期」（単に「終末期」と表現するときは、これを指す）

担当医を含む複数の医療関係者<sup>1</sup>が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化<sup>2</sup>することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等<sup>3</sup>が「終末期」であることを十分に理解<sup>4</sup>したものと担当医が判断した時点から死亡まで。

##### (2) 狭義の終末期（臨死状態）

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

#### 2. 終末期医療の基本的あり方

##### (1) 患者本人・家族等との十分な話し合いの上で行う。

##### (2) 患者本人の個別状況に配慮して行う。

<sup>1</sup> 担当医、担当医以外の1名以上の医師、看護師、准看護師又はソーシャルワーカーその他の医療関係者をいう（以下、「複数の医療関係者」については同様）。

<sup>2</sup> 数カ月後に死亡することが予見されていても、担当医が、病状が安定的に推移していると判断する場合には、この限りではない。

<sup>3</sup> 患者本人の身近にあって、患者本人の意思を推定し尊重できる家族等。法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている代理人を含む。

<sup>4</sup> 患者もしくは家族等が十分に理解したことを文書に残すことが望ましい。

- (3) 可能な限り、疼痛やその他不快な症状を緩和し、患者本人・家族等の精神的ケア、社会生活に関する援助を総合的に行う。
- (4) いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死や自殺幫助など）は行わない。

### 3. 終末期における治療方針の決定手続き

患者本人・家族等の意思は、①患者の意思、②家族等が推定する患者の意思、③家族等の意思、の順に優位とする。

#### (1) 終末期と判断されてから、死亡までにある程度の時間が見込める場合

- 1) 担当医が医学的見地から、患者本人および家族等が病状について十分に理解できるよう説明し、今後の治療について多様な選択肢を示す。この時点での「病名告知」・「予後告知」の問題は、患者本人・家族等の意思を踏まえて担当医が総合的に判断する。
- 2) 今後の治療内容について、患者本人・家族等の意思を確認し、文書に記録する。
- 3) 担当医を含む複数の医療関係者が、患者本人・家族等の意思を踏まえて総合的に治療を決定し、文書で、患者本人・家族等の承諾を得る。
- 4) 病状に変化があったときにはあらためて説明を行い、従前の患者本人・家族等の意思やいったん決定した方針にこだわらず柔軟に対応する。

#### (2) 一定の終末期を経て臨死状態に入った場合

- 1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。
- 2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には次のとおりとする。
  - ①担当医は、複数の医療関係者の中で、家族等に対し、患者本人の従前の意思が記録された文書を示し、患者本人の意思を伝える。その上で、家族等の意思を確認する。
  - ②家族等が患者本人の従前の意思を覆す意思を示した場合には、再度、患者本人の従前の意思を伝えるよう努める。
  - ③患者本人が従前、臨死状態に入った場合に治療を中止することを要望していても、治療の中止には家族等の同意<sup>5</sup>が必要である。
  - ④患者本人が従前、臨死状態での治療の中止について明確な意思表示をしていない場合には、家族等の要望があれば治療を中止できる。

#### (3) 急性期治療中で臨死状態に入った場合

- 1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。
- 2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には、基本的に上記3-(2)に準ずる。
- 3) 患者本人・家族等が意思をまとめる時間的余裕がない場合、または意思をまとめることが困難な場合で、かつ患者本人・家族等から「担当医の判断にゆだねたい」という意

<sup>5</sup> 家族等の同意は文書上で行うことを基本とする（以下、同じ）。

思表明<sup>6</sup>がある場合には、担当医を含む複数の医療関係者が方針を決定し、患者本人・家族等の承諾を得る。

## 付帯事項

### 1. 「終末期」ではない場合の対応

担当医を含む複数の医療関係者が「終末期」と判断していないにもかかわらず、患者本人・家族等から治療の縮小・中止を求められる場合がある。この場合も患者本人・家族等の意思を尊重するが、終末期に入っておらず治療の可能性が残されていることの説明を繰り返し行うなどの慎重な対応が望まれる。

### 2. PVS (Persistent Vegetative State : 遷延性植物状態) 患者について

PVS は、しばしば脳死患者と混同されるが、栄養補給、感染症予防などの医学的な全身管理によって長期の生存が可能であるため、本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。ただし、PVS 患者が前述したような経過で本ガイドラインの定義に該当するようになった場合は、その対象となる。

### 3. ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis : 筋萎縮性側索硬化症) 患者について

ALS 患者が予め、救急事態が生じた場合の呼吸器装着を明確に拒否していたにもかかわらず、急変した際に運び込まれた救急センターで、呼吸器を装着されたため、意識を取り戻した患者がその抜管を求めた、あるいは呼吸困難な状態で本人の同意により呼吸器等が装着されたが、後日、患者がその取り外しを求めたというような場合がある。本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。

<sup>6</sup> 原則として文書で患者本人・家族等の承諾を得るべきである。その時間的余裕もない場合には、できるだけ、担当医が複数の医療関係者の立会いの下に家族等に口頭で方針を伝え、口頭で承諾を得る。