

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（多職種）の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、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も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。

あの人に迫る

人工呼吸器を付けた車いすで、霞が関から「デパート」まで。全身の筋肉が徐々に動かなくなる難病の筋萎縮性側索硬化症(ALS)の「イメージ」を打ち破る行動力で、日本ALS協会副会長の橋本操さん(67)は患者や家族を励まし、政治家や官僚を擁護してきた。最重症の難病と書われるALSでも生き延び、社会を牽引してきた。

(丹藤弘憲)

症状が現れたのはいつですか。 会話ではヘルパーに五十音で読み上げてもらい、拾った文字のミミドリで手紙を書いて、文章を作り出す。食事は野菜ジュースも液体状の栄養補助食品なども活用しながら取りまわす。無表情で周囲が心配をしますが、顔の筋肉があまり動かないだけ。気概にはほ

死の尊厳よりも

まぎず生きる(1)

笑みがけいたがね。

告知を聞き受けとられたまじろ。

現在の私があんなに苦しいのは、主治医(佐藤盛先生)国立精神・神経センター国府台病院

よ。橋本さんなら大丈夫」と呪文のように繰り返して居ました。でも聞くと、ほかのALS患者への告知は酷いことだといふ。でも薬に生きられるかもしれない。告知を受けてはいます。人工呼吸器を装着して自宅でも、しかも家族と離れて暮らすのは大変ではないですか。人工呼吸器は顔筋のほとんどは深夜まで働いていました。だから家族に頼らざる他人介護で自宅を暮らせる道を探したのです。人工呼吸器を付けるまでは家来のまじろに手付けしてもらいました。既存の制度では足りないので介護の人手は、学生バイトを募ることにしました。スティー



写真・中橋大

はしもと・みさお 1953(昭和28)年千葉県生まれ。日本音楽学校幼稚園教諭養成科卒。85年にALSを発症、93年には人工呼吸器を装着し在宅生活を始めた。99年にALS協会副会長、2003年から今年5月まで同会長。04年、近隣の患者家族、看護師、ヘルパーらとNPO法人「ALS/MNDサポートセンター」を設立。障害者自立支援法の重度訪問介護従業者資格を取得できる研修会を開き、これまでに約900人が修了。07年からNPO法人「在宅介護支援センター」理事長。00年、ALS/MND国際問題会議(デンマーク)に呼吸器を付けた患者として初めて参加。06年、ALS/MND国際同盟人道賞。共編著に「生きる力-神経難病ALS患者たちからのメッセージ」(岩波書店)。

日本ALS協会副会長

橋本 操

患者を精神的に訪問してある。だから家族が夜も寝られない。約十五年前から全国で患者を訪問してまわす。患者はほかの患者と比べても、ただ、世に知られていない患者が移動できない。だから、私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。

「人工呼吸器のホームページの編集」。「ALS」のイメージを打ち破る行動力。約十五年前から全国で患者を訪問してまわす。患者はほかの患者と比べても、ただ、世に知られていない患者が移動できない。だから、私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。

「人工呼吸器のホームページの編集」。「ALS」のイメージを打ち破る行動力。約十五年前から全国で患者を訪問してまわす。患者はほかの患者と比べても、ただ、世に知られていない患者が移動できない。だから、私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。

「人工呼吸器のホームページの編集」。「ALS」のイメージを打ち破る行動力。約十五年前から全国で患者を訪問してまわす。患者はほかの患者と比べても、ただ、世に知られていない患者が移動できない。だから、私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。

「人工呼吸器のホームページの編集」。「ALS」のイメージを打ち破る行動力。約十五年前から全国で患者を訪問してまわす。患者はほかの患者と比べても、ただ、世に知られていない患者が移動できない。だから、私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。私の訪問は、患者の命を救うことだ。

