

(総 1 1 1)
令和元年 1 0 月 1 1 日

日本医学会分科会（臨床部会） 御中

日本医師会 第XVI次生命倫理懇談会
座長 高久史磨



「終末期医療に関するガイドライン（改訂案）」の送付について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、第XVI次日本医師会生命倫理懇談会では、本年2月、横倉義武日本医師会会長からの諮問「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及・啓発」を受け、本懇談会が平成20年2月に取りまとめた「終末期医療に関するガイドライン」の見直しに向けた検討を重ねてまいりました。

今般、「終末期医療に関するガイドライン（改訂案）」を取りまとめましたのでお送りいたします。

貴職におかれましては、ご多用中大変恐縮ではございますが、本改訂案をご一読の上、ご意見等がございましたら、11月15日（金）までに日本医師会総務課宛お送りいただきたく、よろしくお願い申し上げます。

なお、お寄せいただいたご意見等に対する個別の回答はいたしませんので、ご了承ください。

敬 具

担当事務局：総務課 TEL：03-3942-6477（直通） FAX：03-3946-6295 e-mail：soumu@po.med.or.jp
--

終末期医療に関するガイドライン（改訂案）

ガイドライン改訂の経緯

日本医師会第X次生命倫理懇談会は、平成20年2月、「終末期医療に関するガイドライン」を答申した。その後も本懇談会では、超高齢社会の急速な進展に伴う在宅及び介護施設における療養・看取りの増加や地域包括ケアシステム^{注1}の構築が進められていること等の社会状況の変化に応じて、終末期医療に関する検討を重ね、第XIII次同懇談会では「今日の医療をめぐる生命倫理—特に終末期医療と遺伝子診断・治療について—（平成26年3月）」を、第XV次同懇談会では「超高齢社会と終末期医療（平成29年11月）」を取りまとめた。

特に、第XV次報告書では、本人の意思決定による終末期の生き方と平穏な死を実現するための意思決定支援の仕組みを用意することが現在における課題であるとして、認知症や独居生活者のほか、在宅での意思決定支援にも焦点を当て、本人の意思を最大限に実現する手段として、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）^{注2}の重要性を記載するとともに、その実践に当たっては、地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ医^{注3}を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要になることを指摘した。

今回の改訂は、ガイドライン策定から10年余が経過する中で、本懇談会が積み重ねてきたこれらの検討結果を踏まえ、また、厚生労働省が平成30年3月に公表した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」も参考に、以下の観点から行うものである。

① ACPの考え方を盛り込むこと。

- 本人の意思は変化し得ることから繰り返し話し合うこと、そして、話し合いの内容はその都度文書にまとめ、共有することの重要性を強調。
- 特定の家族等^{注4}を自らの意思を推定する者としてあらかじめ定めておくこ

との意義を強調。

- ② 在宅や介護施設の現場により配慮したガイドラインとなるようにすること。
 - 地域包括ケアシステムの構築が進められていることを念頭に、その要の役割を担う「かかりつけ医」という言葉を新たに記載。
 - 医療・ケアチーム^{注5}の想定の中に介護従事者が含まれることを明記。
 - 医療内容の決定が困難な場合等に、複数の専門家からなる委員会を別途設置できない場合の対応について明記。
- ③ 家族等に対するグリーフ・ケアについて言及すること。

1. はじめに

日進月歩の医学・医療によって多くの患者の命が救われるとともに、その医療のあり方について多くの深刻な問題を生じさせることになった。回復の見込みがなく、死期の迫っている患者に対する医療の延命措置^{注6}のあり方もそのうちの一つである。

終末期においては、本人の意思が一番重要であり、その意思を尊重した医療及びケアを提供する中で、尊厳ある生き方を実現していかなければならない。そのため、いたずらに延命を試みるよりも、QOL (quality of life、生活の質) や QOD (quality of death、死に向かう医療の質) をより重視し、場合によっては延命措置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、人工呼吸器装着、栄養補給などの措置が問題となる。しかし、それらの措置の差し控え・中止は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。延命措置の差し控えや中止の判断に当たっては、本人の意思を十分に尊重した上で、その最善の利益^{注7}が確保されるよう、担当医・かかりつけ医一人だけで行うのではなく、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上で行うべきである。

同時に、超高齢社会の進展を見据えた地域包括ケアシステムを構築していく中で、その要の役割を担うかかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で患者を支えていくという視点も重要である。

終末期における延命措置の差し控えや中止については、延命措置の差し控えや中止を求める本人の意思がその時点で認められることが重要であると考えられる。

回復の見込みもなく死期が迫っているという判断は医療・ケアチームが行う。本人の意思については、本人の口頭または文書による意思表示のほかに、本人が正常な判断ができないあるいは本人が意思を明らかにできないような状態では、本人の事前の

文書による意思表示（リビング・ウィルまたは医療代理人の指名を含むアドバンス・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い場合、それに代わって本人の意思を推定させるに足る家族等の意思表示によることがある。しかし、可能な限り本人の意思が確認されることが重要であるから、近年では、本人の意思決定を支援する方策として、ACP の考え方が普及しつつある。

ACP とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族等、及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのことである。本人の意思は変化し得るものであることから、医療関係者より適切な情報提供と説明がなされた上で、本人を主体にその家族等、及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思を共有しておくことが重要である。ACP は、その都度の話し合いを記録し、それを繰り返すプロセスであり、そのことによって最大限本人の意思の実現を図るための手段である。

2. 終末期医療のあり方

- (1) 本人が自らの意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有する中で、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供することが基本的な考え方である。
- (2) 担当医・かかりつけ医は、いざという場合、本人が自らの意思を明らかにできない状態になる可能性があることから、特定の家族等を自らの意思を推定する者としてあらかじめ定めておくよう本人に勧めることが望ましい。同時に、本人が意思表示できる間に、終末期医療に関する本人の意思や希望を繰り返し確認する ACP の実践をすることも重要である。^{注8}
- (3) 本人が終末期の状態であることの判断は、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。
- (4) 終末期における延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等は、本人の意思決定を基本とし医学的な妥当性を基に医療・ケアチームによって慎重に判断する。
- (5) 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、本人・家族等への精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う。
- (6) 家族等に対するグリーフ・ケアに配慮する。
- (7) 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

終末期における延命措置の開始・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本人の死亡に結びつく場合がある。したがって、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。終末期における延命措置の開始・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) 本人の意思が確認できる場合には、担当医・かかりつけ医等の医療従事者による適切な情報提供と説明に基づく本人の意思を基本とし、それを尊重した上で医療・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本人・家族等と十分な話し合いを行う。

本人の意思は変化し得ることから、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更等に応じてその都度説明し、その意思を再確認する。この説明に当たっては、家族等も含めた十分な話し合いを行うことが必要である。家族等が話し合いに参加できない場合は、本人が拒まない限り、決定内容を知らせる。

話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておくことが重要である。

なお、突然、意識不明の重篤な患者が運び込まれるような救急時における医療の開始は、原則として救命措置を図るべきであるが、その後、例えば家族等の到着により病状の経過が明らかになって本人の意思も推定できるようであれば、本人の意思を基本とした医療に立ち返るべきである。

- (2) 本人の意思の確認が不可能な状況下にあっても「本人の事前の意思表示書^{註9}（以下、「意思表示書」という。）」がある場合には、それが本人の意思表示としてなお有効であることを家族等に確認してから、それを基本として医療・ケアチームが判断する。また、意思表示書はないが、家族等が本人の意思を確認できなくなるまでの本人及び医療・ケアチームとの十分な話し合い、つ

まり ACP が実践されており、その記録が残されている場合もある。その場合には、これらの繰り返しの話し合いにより、本人の意思を推定できるから、原則としてその推定意思を尊重した措置をとることとする。なお、その場合にも家族等の承諾をあらためて得る。

本人の意思が不明で家族等によってもそれが推定できない場合には、家族等と十分な話し合いを行い、本人にとって最善の措置^{注7}を講ずることとする。

同様に、家族等が存在しない場合や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、本人にとっての最善の利益を確保する観点から、医療・ケアチームで判断する。家族等がその場にいるときは、この判断に関して了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも、決定の場に家族等がいる場合には、家族等による確認、承諾、了承は文書によることが基本となる。

- (3) 医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは本人とその家族等、及び医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当な医療内容についての合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を可能であれば別途設置し、または第三者である専門家の助言を得て合意の形成を進めることとする。

4. おわりに

以上、終末期における延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に関し、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（平成30年3月）も参考として、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望まない場合、または本人の意思が確認できない状況下でACP等のプロセスを通じて本人の意思を推定できる家族等がその意思を尊重して延命措置を望まない場合には、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ることができる。それについて、民事上及び刑事上の責任が問われるべきではない。

本人の意思決定を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためにも、本人が意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有しておくことが重要になると考える。

なお、別紙に「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ため、参照していただきたい。

- 注 1) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（第 2 条第 1 項）によると、「地域包括ケアシステム」は次のように定義されている。「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」
- 注 2) 将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族等、及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのこと。厚生労働省では、ACP を「人生会議」という愛称で呼ぶことを決定し、社会に普及を促している。
- 注 3) 「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」のこと。
- 注 4) 「家族等」とは、法的な意味での親族だけでなく、本人の意思を推定し代弁する者としてあらかじめ本人によって定められた人（諸外国では医療代理人と呼ばれている人）や本人の親しい友人等、本人が信頼を寄せている人を含む。今後、単身高齢者が増加すると予想されており、家族・親族がいない場合は、特に、後者のような医療代理人や友人等の信頼を寄せている人の存在がますます重要になる。
- 注 5) 医療・ケアチームは原則として担当医またはかかりつけ医、それ以外の 1 名以上の医師、看護師、介護従事者またはソーシャルワーカーその他の医療・介護関係者等が入ることが想定される。

在宅医療に際しては、在宅療養に従事するかかりつけ医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 6) 従来、延命治療といわれてきたが、現在では、これはもはや「治療」ではないとする考え方も有力になりつつあるため、本ガイドラインでは、延命措置という言葉を用いた。

注 7) 本人にとっての最善の利益や最善の措置とは、第一には、本人の意思決定によるものであるが、本人の意思決定が不明な場合であり、またそれを推定できない場合には、「本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人の QOL の保持・向上及び生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのかがよいかを判断する※」ことを指す。

※ 「日本老年医学会 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～」(平成 24 年 6 月)の「いのちについてどう考えるか」の章より抜粋。

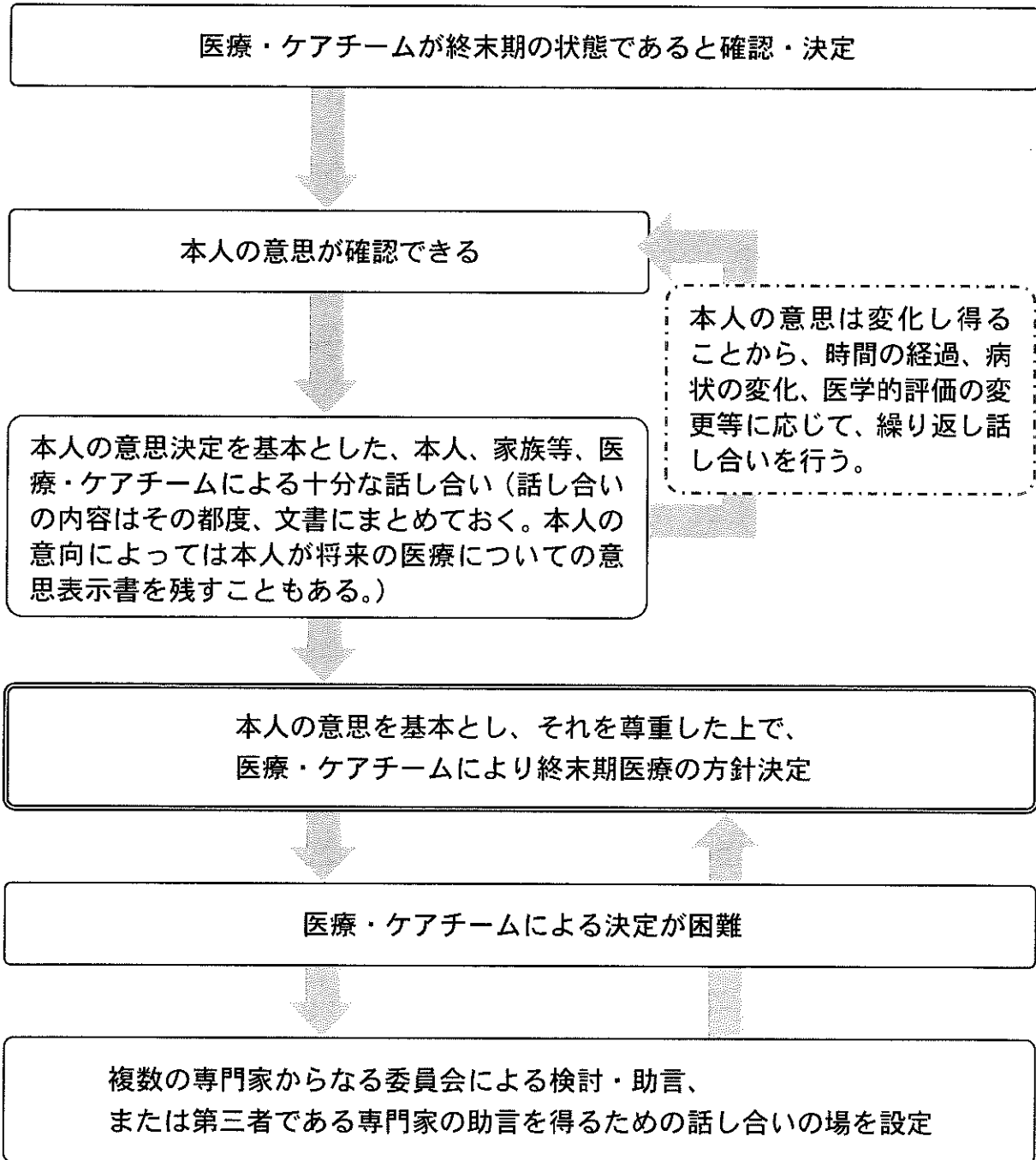
注 8) 話し合いたくない、考えたくない等という本人の意思に反して強制されるものではない。生死に関わるきわめて微妙な問題であり、本人の心身の状態を考慮する等、十分に配慮することが望ましい。

注 9) 「本人の事前の意思表示書」とは、本人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(リビング・ウィルまたは医療代理人の指名を含むアドバンス・ディレクティブ)。本人が一人で作成することもあり得るが、本人及び家族等、医療・ケアチームの繰り返しの話し合いを通じて作成されることが重要である。また、本人の意思は変化し得ることから、時間の経

過、病状の変化、医学的評価の変更等に応じて十分な話し合いを行い、適宜更新していく必要がある。

終末期医療の方針決定に至る手続き

1. 本人の意思が確認できる場合



2. 本人の意思の確認が不可能な状況の場合

