

終末期医療の決定プロセスに
関するガイドライン~~（たたき台）~~
解説編（案）

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン~~（たたき台）~~解説編 (案)

【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在り方の問題は、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、終末期医療の在り方については、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、終末期医療の在り方について、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、以下、初めてガイドラインを策定することにしました。

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およ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・ケアチームで患者および家族を支える体制を作ることが必要です。
- 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。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、複数の専門職からなる委員会を設置し、その助言によりケアの在り方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 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。

【ガイドライン】

1 終末期医療及びケアのあり方

- 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等と話し合いを行い、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原則である。

*注1 よりよい終末期医療には、第1に十分な情報と説明を得たうえでの患者の決定、第2に終末期医療としての医学的妥当性・適切性、その両方が必要という趣旨です。

- ② 終末期医療における医療内容行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、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慎重に判断すべきである。

*注2 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。

*注3 医療・ケアチームとはどのようなものは、医療機関の規模や人員によって変わり得るものです。担当医師と看護師、およびそれ以外の医療従事者というのが基本形です。

*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、いま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、特に刑事責任を中心とする法的側面については引き続き確認していかねばならない問題であることを、理解してもらいたいと考えています。

- 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。

- ③④ 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。~~どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺幫助等の死を目的とした行為は医療としては認められない。~~

*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、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 家族等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、家族等の助言を参考にして、患者にとって何が最善であるかについての家族の判断を参考にして、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 ~~家族や家族に準ずる者がいない場合、および家族等が判断を示さない医療・ケアチームに委ねる場合、家族等の中で意見がまとまらない場合等~~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（以下のガイドラインでも同じ意味です）。

*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 家族がいない場合および家族が判断をせず一切を医療・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、その内容を説明し十分に理解していることを確認することが必要です。

(3) 多専門職種からなる委員会の設置

- 上記(1)、(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、医療・ケアチームと同様の複数の専門職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・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。そこでこの検討・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。

各委員より解説編（案）へ提出された意見

<解説編（案）について>

○「ガイドラインの趣旨」及び「基本的な考え方」について

- ・医療・ケアチームとは、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・ソーシャルワーカーなどであることを追加してはどうか。
- ・担当医師と看護師以外には荷が重すぎる課題であり、医療・ケアチームは担当医師と看護師に限定してはどうか。
- ・2)の「可能な範囲で」を「可能な限り」にしてはどうか。
「可能な範囲で」は予め範囲が限定されているように受け止められますが、「可能な限り」は限られた中ではあっても、それを拡げる更なる可能性があることを示しているように受け止められるのではないかと。
- ・家族に対する心理的な援助も必要であると追加してはどうか。
- ・法的な問題も含めて、終末期医療において、医師の果たすべき役割と責任・権限について明記してはどうか。

○注1～7について

- ・注1は削除してはどうか。
- ・注2は削除してはどうか。
- ・どのような状態が終末期かについては、患者の状態のみならず患者家族の心理状態も踏まえてはどうか。
- ・注4を次のようにしてはどうか。
ターミナルケアについては、法的に医師に決裁権と責任があります。その結果、チームケアを行っていても最終意見調整の場では、医師の考えに従いがちです。責任の所在から医師以外の者が意見を述べることは困難です。医師以外の医療従事者の意見がターミナルケアにおいて大きな貢献をすることもあるので、今後は法的な側面も踏まえて論議をすすめていく必要があります。
- ・注4は削除してはどうか。
- ・注6は削除してはどうか。

○注8～13について

- ・注11は削除してはどうか。
- ・注12は削除してはどうか。
- ・注13で「例外的」とされているが、「安全管理」の観点からは非常に重要であり、単に「例外的」として軽く扱わないようにすべきではないか。