平成１９年１１月１７日

（社）全日本病院協会　終末期医療の指針

終末期医療について現在まで我が国では、患者あるいは家族との合意の基に行われてきた。しかし、近年、終末期における治療の開始あるいは中止に関して、様々な法的問題が発生しており、患者および家族と医療従事者の両者とも、対応に苦慮している。平成 19 年 5 月に厚生労働省が「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、その他の関係機関においてもガイドラインが作成されているが、具体的な内容には触れておらず、医療現場の問題の解決には役立っていない。決定プロセスが厚生労働省のガイドラインに適合しているにもかかわらず、病院内の倫理委員会の決定に従うことが刑事訴追を受ける可能性があるとして、院長がその決定に従うことを許可しなかった事例がある。決定プロセスではなく、具体的な内容に関する指針が必要である。

個人が自らの終末期にどのような対応を求めるかの意思表示を予め明記しておく、リビング・ウィルについての国民の意識も医療機関の対応も十分とはいえない。

その結果、明らかに予後が良くないと判断される患者や、高齢の患者に対しても本人や家族の意思や希望に関わらず、人工呼吸器管理、高カロリー輸液、経管栄養などを続ける事が稀ではない。逆に「予後がよくない」、「高齢である」という理由で本人・家族の意思・希望が充分取り入れられずに治療が行われず、回復の機会を逃す場合も考えられる。更に、患者や家族の苦悩を見続け、家族から懇願された医師が、個人の判断で積極的安楽死を行ってしまい、裁かれる結果となった例もある。

医療現場は混乱しており、終末期医療に関する具体的な指針が必要と考える。

１．終末期医療に関する全日病の考え方は以下のとおりである。

（１）終末期とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいう。

（２）積極的安楽死は緩和治療が発達した現在はその必要に乏しく、自殺幇助のおそれがあり、認められない。

（３）消極的安楽死に関しては専門資格者としての医師が医療現場で対応するものであり、法制化にはなじまない。

（４）病院団体、医師をはじめとする各職能団体、学会等が協力し、国民の意見も取り入れて消極的安楽死に関する判断基準を作るべきである。

（５）国民にリビング・ウィルに関する啓蒙活動を進める必要がある。特に、今後治療の継続あるいは中止の判断が困難になる可能性がある患者、すなわち、高齢者、神経疾患、呼吸器疾患、心臓疾患、悪性疾患などの患者は、予め自らの意思を明確にしておくことが望ましい。

（６）指針に沿って終末期医療が行われあるいは中止された場合、医療者が訴追されるおそれがないように社会的合意形成が必要である。

２．終末期医療の指針を作成し医療界のみならず、広く国民に周知することにより、以下が期待される。

（１）終末期医療について国民の間に関心が高まり、本人の希望をリビング・ウィルにより明確にする人が増える。

（２）本人の希望に沿い、尊厳を保ち、納得した終末期を迎える人が増える。

（３）患者が、終末期のみでなく、医療に関心を持ち医療者との連携が強化される機会が増える。

３．消極的安楽死に関する判断基準は以下のとおりである。

（１）本人のリビング・ウィルが明確であれば、積極的安楽死や社会秩序を乱す方法でない限りそれに従う。

（２）本人のリビング・ウィルや意思が明確でないときは、家族の希望に基づき、家族と医療提供者が話し合って対応を決める。

① 日本脳神経外科学会による脳死判定基準によって脳死判定された患者は、家族に説明し治療を中止することが出来る。

② 終末期あるいは予後が不良と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を行わない、あるいは治療を徐々に中止、または時期を決めて中止することが出来る。

（３）以上のすべての事項に関しては別に定める様式にしたがって、記録する必要がある。

以上

参　考

終末期医療　書式集

書式１－１　終末期の判断
書式２－１　終末期医療における希望事項（リビング・ウイル）【本人】
書式３－１　終末期医療における希望事項（リビング・ウイル）【家族】
書式４－１　脳死判定後の治療中止承諾書
書式４－２　脳死判定記録
書式５－１　終末期の治療方針についての確認記録

書式１－１

終末期の判断

「終末期」とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいいます。

１．診断名

２．病状

３．治療効果が期待できないと判断する理由

４．予測される生存期間

（１）　２週間以内
（２）　１か月以内
（３）　数ヶ月以内
（４）　不明

・あくまで現時点の状況に基づいて予測したものです。

５．本人のリビング・ウイル

（１）あり（書式２－１参照）　　（２）なし（書式３－１参照）

年　　月　　日

医師氏名

書式２－１

終末期医療における希望事項（リビング・ウイル）

私は、下記の医療行為について、受けるか否かについて以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

① 輸液	（１）希望する	（２）希望しない
② 中心静脈栄養	（１）希望する	（２）希望しない
③ 経管栄養（胃瘻を含む）	（１）希望する	（２）希望しない
④ 昇圧剤の投与	（１）希望する	（２）希望しない
⑤ 人工呼吸器	（１）希望する	（２）希望しない
⑥ 蘇生術	（１）希望する	（２）希望しない
⑦ その他（具体的に：		）

書式は必ずしもこの形である必要はない。

年　　月　　日

氏名

医師氏名

看護師氏名

書式３－１

終末期医療における希望事項（リビング・ウイル）

患者　　の親族として、本人の病状について説明を聞きました。また、下記の医療行為について、具体的な内容の説明を受けた上で、受けるか否かについて以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

① 輸液	（１）希望する	（２）希望しない
② 中心静脈栄養	（１）希望する	（２）希望しない
③ 経管栄養（胃瘻を含む）	（１）希望する	（２）希望しない
④ 昇圧剤の投与	（１）希望する	（２）希望しない
⑤ 人工呼吸器	（１）希望する	（２）希望しない
⑥ 蘇生術	（１）希望する	（２）希望しない
⑦ その他（具体的に：		）

年　　月　　日

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

医師

看護師

その他

書式４－１

脳死判定後の治療中止承諾書

患者　　の親族として、本人が脳死状態にあることの説明を聞きました。脳死は個人の死であるとの認識のもとに、生命維持を目的とした治療を中止することに同意いたします。

年　　月　　日

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

書式４－２

脳死判定記録

１．臨床診断名

２．除外　以下に該当する場合には□にレをつけて以後の判定作業は中止する。

□原因不明
□６歳未満の小児
□急性薬物中毒：睡眠薬、鎮静薬の中毒
□低体温：直腸温で３２℃以下
□代謝、内分泌性障害

３．判定（第１回判定）

① 意識状態　　ＪＣＳ　（　　）　　グラスゴーコーマスケール　（　　）
② 無呼吸テスト　自発呼吸　□あり　　□なし
③ 瞳孔：固定　（□あり　　□なし）　径　左　（　　）ミリ、右　（　　）ミリ
④ 対光反射　　□あり　　□なし
⑤ 角膜反射　　□あり　　□なし
⑥ 毛様脊髄反射　　□あり　　□なし
⑦ 眼球頭反射（人形の眼現象）　　□あり　　□なし
⑧ 前庭反射（温度試験）　　□あり　　□なし
⑨ 咽頭反射　　□あり　　□なし
⑩ 咳反射　　□あり　　□なし
⑪ 平坦脳波　（脳波記録は別途保管すること）　　□あり　　□なし

総合評価　　脳死診断基準を　　□満たす　　□満たさない

実施日時　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

判定医師氏名

判定医師氏名

脳死判定記録

１．臨床診断名

２．除外　以下に該当する場合には□にレをつけて以後の判定作業は中止する。

□原因不明
□６歳未満の小児
□急性薬物中毒：睡眠薬、鎮静薬の中毒
□低体温：直腸温で３２℃以下
□代謝、内分泌性障害

３．判定（第２回判定）

① 意識状態　　ＪＣＳ　（　　）　　グラスゴーコーマスケール（　　）
② 無呼吸テスト　自発呼吸　□あり　　□なし
③ 瞳孔：固定　（□あり　　□なし）　径　左　（　　）ミリ、右　（　　）ミリ
④ 光反射　　□あり　□なし
⑤ 角膜反射　　□あり　□なし
⑥ 毛様脊髄反射　　□あり　□なし
⑦ 眼球頭反射（人形の眼現象）　　□あり　□なし
⑧ 前庭反射（温度試験）　　□あり　□なし
⑨ 咽頭反射　　□あり　□なし
⑩ 咳反射　　□あり　□なし
⑪ 平坦脳波　（脳波記録は別途保管すること）　　□あり　□なし

総合評価　　脳死診断基準を　　□満たす　　□満たさない

実施日時　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

判定医師氏名

判定医師氏名

書式５－１

終末期の治療方針についての確認記録

（前提条件を問わず終末期医療に関する確認で用いるべき書式、書式２－１、３－１を補完するもの）

１．患者氏名　　年齢　（　　）歳

２．臨床診断

３．病状と予想される経過

４．本人意思、および家族の希望（本人意思不明かつ家族が参加しない場合には、その理由）

（１）本人意思

（２）家族の希望

５．主要な確認事項

① 輸液	（１）実施する	（２）実施しない
② 中心静脈栄養	（１）実施する	（２）実施しない
③ 経管栄養（胃瘻を含む）	（１）実施する	（２）実施しない
④ 昇圧剤の投与	（１）実施する	（２）実施しない
⑤ 人工呼吸器	（１）実施する	（２）実施しない
⑥ 蘇生術	（１）実施する	（２）実施しない
⑦ その他（具体的に：		）

６．不明な点についての確認・緊急の場合に親族を代表して意思決定を行う方の氏名・連絡先・続柄（署名者と異なる場合）

氏名　　続柄

連絡先

上記について、患者、患者の親族、および医療チームが相談し、治療方針として確認しました。

年　　月　　日

患者氏名

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

医師

看護師

その他