

平成19年3月5日(月)
14時00分～16時00分
厚生労働省専用第15会議室

第2回

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会

議 事 次 第

- 1 「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」について
- 2 その他

(配付資料)

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会について

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会委員名簿

資料1・・・終末期医療に関するガイドライン(たたき台)

資料2・・・終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(案)

資料3・・・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(案)

資料4・・・委員提出意見

参考1・・・「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」に提出された意見

(中間集計②)

参考2・・・第1回検討会における委員の主な意見

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会について

平成18年12月
医政局総務課

1 趣旨

本検討会は、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理するために設置するものである。

なお、本検討会においては、平成18年9月15日に厚生労働省が発表した「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」を基に、国民からの意見募集等の状況を踏まえて、幅広く議論を行っていくこととしている。

2 検討課題

- ・ 「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」

3 検討会の位置づけ等

医政局長による検討会

(検討会の庶務は医政局総務課で行う)

4 検討会のメンバー

別紙の通り

(別紙)

○検討会メンバー（五十音順）

いわぶち	かつよし	東北福祉大学教授
岩 洵	勝 好	
おおい	としお	社団法人日本病院会 副会長
大 井	利 夫	
おきの	まさみ	学習院大学法務研究科教授
沖 野	眞 己	
かわしま	こういちろう	仙台往診クリニック院長
川 島	孝一郎	
きむら	あつし	社団法人全日本病院協会 常任理事
木 村	厚	
さえき	ひとし	東京大学大学院法学政治学研究科教授
佐 伯	仁 志	
たにの	りょうじ	社団法人日本精神科病院協会 副会長
谷 野	亮 爾	
たむら	さとこ	医療法人東札幌病院MSW課長
田 村	里 子	
つちや	ふみと	社団法人日本薬剤師会 常務理事
土 屋	文 人	
ながいけ	きょうこ	社団法人日本看護協会 常任理事
永 池	京 子	
ひぐち	のりお	東京大学大学院法学政治学研究科教授
樋 口	範 雄	
ひの	しょうぞう	社団法人日本医療法人協会 副会長
日 野	頌 三	
ほうずみ	よいち	社団法人日本医師会 副会長
宝 住	与 一	
みなみ	まさご	読売新聞東京本社編集局解説部次長
南	砂	

終末期医療に関するガイドライン（たたき台）

本ガイドライン（たたき台）は、患者の意思の確認方法、治療内容の決定手続きなど終末期医療に関する主な事項について、厚生労働省として広く関係者、国民の間の議論のたたき台を提供するものである。

今後、有識者からなる検討会を立ち上げ、幅広く議論を行っていただく予定である。

1 終末期医療及びケアのあり方

- ① 終末期における医療内容の開始、変更、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。
- ② 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。
- ③ 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。

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上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。

(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 家族等の話等から患者の意思が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 患者の意思が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、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。

(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

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。

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) (案)

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。
- ①② 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、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。
- ②③ 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。
- 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」や自殺幇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。

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。

(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。

(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。

各委員よりガイドライン（たたき台）へ提出された意見

<ガイドライン（たたき台）について>

○「終末期医療及びケアのあり方」について

- ・「1-①」中の「適切な情報の提供と説明」を「適切かつ十分な」にしてはどうか。情報の提供と説明に際し、その量的側面を「適切な」と表現しているのであれば、その質的側面を意味する「十分な」という形容詞が必要ではないか。
- ・「医療内容の開始、変更、中止等」、「終末期医療及びケアの方針の決定」、「治療方針の決定」、「医療内容の決定」は同じ意味で用いられているのか、それともそれぞれ別の意味があるのか整理が必要ではないか。
- ・「医療従事者」を「医療従事者等」としてはどうか。

○「終末期医療及びケアの方針の決定手続」について

- ・「2-②」中の、「時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて」を、「時間の経過、病状や患者の心理的变化、医学的評価の変更に応じて」にしてはどうか。患者の意思は様々な要因によって、行きつ戻りつするものであり、患者の意思の再確認が必要となる状況には、患者の心理的变化の有無を確認することが重要と考えられるため。
- ・刻々と状態の変わる患者に対し、「その都度説明し患者の意思の再確認を行うこと」は理想ではあるが現実的には困難であり、「再確認を行うことが理想である」としてはどうか。
- ・多専門職種からなる委員会に関して、第三者機関の活用を可能とすることとしてはどうか。
- ・家族に含まれる範囲については、事前に本人・家族（家族会議）から提示してもらうこととしてはどうか。
- ・多専門職種からなる委員会に、法律家、宗教家等が含まれることを明記してはどうか。

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年以來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。

- ①② 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かは、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。

- ②③ 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 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、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す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。

委員提出意見

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会

第一回検討会で協議された内容に関する意見

委員：仙台往診クリニック

川島孝一郎

注) 赤字は、ガイドラインに追加補充した文章とその根拠

青字は、ガイドライン内の既存文章に対する注釈・根拠

① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、十分な情報提供がなされた上で¹⁾、医療的妥当性と適切性を基に、患者の意思を尊重して²⁾、多専門職種³⁾の医療従事者等⁴⁾から構成される医療・ケアチーム⁴⁾によって慎重に判断すべきである。

注) 十分な情報提供¹⁾：医療情報（主に本人の身体に関わる現在の状況と、後続する因果的過程及びその結果を含む）と生活情報（主に本人に関する医療情報に基づく家族全体の生活環境・介護力・収入等の生き方の変化と対応、考えられる範囲での将来予測を含む）の両者が同等に提供されることが必要である。

医師はもはや疾病論・症候論に基づく身体情報のみでは説明責任を果たしたことはならない。豊富な生活情報に基づいて、身体変化がもたらす生活変化にまで踏み込んだ情報提供を行わなければならない。『生き方の説明』が求められる時代である。

を尊重して²⁾：患者の意思を第一としながら、しかし、現在の危難に対する本人・家族を含めた多専門職種全体での協議が、最も「今を反映している」結論になると考えられる。

- ・そもそも、意思は必ず周囲の影響を受けながら構成されるものであり、周囲から隔絶した本人の独立した意思ではあり得ないこと
- ・患者の意思は常に変化すること
- ・過去の事前指示はその時の事情によって作られたものであり、現在を反映するものとは限らないこと
- ・事前指示が医師の責任回避のための道具と化してしまう危険性があること

等³⁾：医療従事者以外を含む他専門職種を意味する。医療従事者特に医師のみでは、医療情報の提供だけが行われてしまい、「どのように生活環境が変わるのか・その変化の中でどのように生きるのか」が現在はまったく説明されていない。

医師が医療行為を決定する権限がある故に、数々の医療事故・呼吸器はずし等が医師の先行・単独行為によってなされてきた。失敗を繰り返さないためにも、医師の決定を確実にするためにも、多専門職種による決定プロセスが不可欠である。

必ず MSW・地域連携室職員等が関与し、さらに必要な場合は行政の障害高齢課・居宅支援及び施設支援事業所職員・民生委員等の在宅ケアの参加を含むこと。生きられ

る環境の整備。

医療・ケアチーム⁴⁾：

- ・医療法における医療提供体制。

わが国では「医療法」第1条の2において医療のあり方が示されている。「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。((改正)平13法153)」これは、医療の担い手が、いわゆる「チーム」で医療を提供することをうたったものである。

- ・診療報酬上の評価が、多職種のいわゆる「チーム医療」に対して行われている例を示す。

- ・リハビリテーション総合計画評価料：480点

“医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し”

- ・いわゆるチーム医療に関する業務の評価（加算）

- 栄養管理実施加算：12点（1日につき）

施設基準：“医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、栄養状態、摂食機能、食形態を考慮した栄養管理計画を作成”

- 医療安全対策加算：50点（入院初日）

施設基準：“医療安全対策の研修を受けた看護師、薬剤師等専任の医療安全管理者を配置”

- 外来化学療法加算：（1回につき 300点→400点）

施設基準：“専任の医師、薬剤師、看護師等を配置し”、文書による患者への情報提供

- ・終末期医療、緩和ケアにおける医療の提供は、チームによってなされる。

国立国際医療センター 緩和ケア科 「診療マニュアル（V.1.5）（緩和ケアマニュアル）」 2004/01

（http://www.imcj.go.jp/sogoannai/kanwakea/images/manual/manual_v1_04_01.pdf）

患者のためのケア

医療スタッフは、すべての患者の不快感に注意をはらい、適宜、診断・評価を多職種で行う。不快感とは、身体・精神両面の問題をさす。症状

の緩和目標は、患者本人のニーズ、自己決定を最優先して設定し、医療者の価値観が先行しないように努める。

チーム医療

患者の意向と異なる家族の申し出や、患者の意思が確認できないときの家族の求めには慎重に対応し、多職種でミーティングを持つなどする。さらに、終末期の鎮静など倫理的問題を含む場合は、単独のスタッフでの判断は禁忌である。

不快な症状を呈しやすく病状変化の速い悪性腫瘍については、特に症状緩和や心理的支援が重要となる。必要に応じた専門的な関わりを多職種で行う。

- ② 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⁵⁾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⁶⁾を行うことが必要である。

コメント [M1]: 主語の明示

注) 疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和⁵⁾: 現在の緩和医療においては疼痛コントロールに抵抗する稀な痛み以外は、癌性疼痛は完全に緩和されることが常識である。さらに、最終的には鎮静によって完全に苦痛を取り除くことが可能であり、人間は100%身体的・心理的苦痛からの開放がなされる。

しかしこの緩和医療を実践できる医師は医師全体のわずか15%である。自分の緩和医療技術が劣っていることを、「本人が辛い・痛いと言っているから」等にすり替えて死期を早めることが行われてはならない。

本人の意識がない場合は「無意識・深睡眠・昏睡」であり、苦痛が一切ないと解釈されるので安楽死する必要がない。

精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケア⁶⁾: 患者だけではなく、家族も含めた生活者全員のケアが必要であり、死後のグリーフケアも病院医療の中に含まれる。

- ③ 積極的安楽死⁷⁾や自殺幫助等の死を目的とした行為は医療行為ではない⁸⁾。十分な緩和によって、終末期医療及びケアのプロセスが適正に履行されるように努めるべきである⁹⁾。または、

- ③ ①②を踏まえて、十分な緩和を行うことにより積極的安楽死・自殺幫助を医療として回避し、終末期医療及びケアのプロセスが適正に履行されるように努めるべきであるとすべきである。

注) 「積極的安楽死」⁷⁾: 削除には反対。理由を以下に示す。

- ・緩和が充分に行える医師が 15%しかいない現状においては、自分の技術のなさを安楽死に転嫁して、これを実行してしまう危険性が否定できないこと 注⁴⁾
- ・意識がない状態の呼吸器装着者は「積極的安楽死の要件」に該当しないのではなく、必要がないにも拘らず、既に多くの患者が（水面下において）呼吸器をはずされてしまっている実状を防ぐこと
- ・「積極的安楽死の要件」については、現在の緩和医療の水準であれば十分な緩和によって、この要件を満たす症例は出現し得ないにもかかわらず、それを明確に理解している医師が非常に少ない。現状において、この文言を削除すること自体＝呼吸器をはずせる、と誤解する可能性があり危険である。「治療行為の中止」を拡大解釈されないためにも、適切な表現を用いて記載することが望ましい。

・積極的安楽死・自殺補助は医療ではない、ということを検討会が明示しておかないと、削除したことにより、検討会自体が積極的安楽死を容認したと批判される⁸⁾。

・尊厳死を望む団体も、安楽死を認めていない。

・WHO は安楽死を法律で認めるべきでない、との立場を明示している。

WHO の見解(がんの痛みからの解放と積極的支援ケアに関するWHO 専門委員会, 1989年)

WHO 専門委員会はパリアティブケア(緩和ケア)における治療法が発達している現在、安楽死を法律によって認める必要はないとの立場をとる。なぜなら、痛み苦しみながら死ぬことを避けるための実際的な方法が存在するので、法律によって安楽死を認めよとの圧力に従うことなく、パリアティブケアの実践に集中すべきである。委員会の結論は以下のようにまとめられている。

- a. 生命維持治療が疾患の経過を好転させず、死への過程を延長するにすぎなくなり、しかも患者の希望に合致しないとき、生命維持治療を開始しないことも、あるいは中断することも、倫理的に正当である。
- b. 意識がない患者や意思を表明できない患者の代わりに、患者があらかじめ指名した家族、保護者、近親者と協議した上で、医師がこのような決定を行うことも倫理的に正当である。
- c. 患者の命を縮めるかもしれないとの理由のみによって、痛みその他の症状の治療に必要な量での薬の投与を差し控えるべきではない。
- d. 安楽死(薬を用いて死を積極的に早めること)を法律で認めるべきではない。

・米国神経学会は、安楽死や自殺が、仮に法的に許容されるようになったとしても、学会としては認めないという立場を鮮明にしている。

米国神経学会倫理人権小委員会による公開表明

医師の手を借りた自殺、安楽死、そして神経内科医による患者の死を直接的に目的とし

コメント [M2]: 検討会が積極的安楽死を容認したとられかねない。

コメント [M3]: 「安楽死とは違います "Dying with dignity" is different from "Euthanasia". 尊厳死と混同しがちですが、安楽死は第三者が苦痛を訴えている患者に同情して、その患者を「死なせる行為」です。それに対して尊厳死は不治かつ末期の患者本人の「死に方」のことで、「死なせる」こと（殺すこと）とは違います。」
(日本尊厳死協会)

たそれ以外のすべての行為、それらの行為が法的に許容されるようになったとしても、当学会はそれがその事実によって道徳的あるいは倫理的に認められるという意味ではないことを確認する。学会は死にゆく患者に対する適切な思いやりのある介護を提供することができなかつた社会、そして現代医学の失敗が、医師がその行為のなかで人の死を加速させたり、加速する手助けをすることが許容されうるといふ主張を正当化させるとはみなさない。

The Ethics and Humanities Subcommittee of the American Academy of Neurology. Assisted suicide, euthanasia, and the neurologist [Position Statement]. *Neurology* 1998; 50: 596-598.

- ・地裁という下級審の判例である。
- ・傍論

以上のことにより、当委員会は、決定プロセスを重視するのであり、決定がなされるプロセスの積み重ねを最も重要とする⁹⁾。

コメント [M4]: 判例拘束的な上級審の判断ではない。「判示部分は、極論すれば、実態のない言葉の羅列にすぎない。判例拘束的な上級審の判断であれば格別、そうではないこの判決から、われわれ実務家が一定の規範を導くことは困難であるし、むしろ危険ですらある。」と指摘する法律家もある(畔柳達雄: 医療事故と司法判断、判例タイムズ社、2003年10月)

「終末期医療に関するガイドライン」(たたき台) について —意見書—

社団法人 日本看護協会

【ガイドラインに加筆・修正していただきたいこと】

<要 旨>

- 1) 十分な情報提供に基づく患者の意思決定を尊重すること
- 2) 患者の家族の範囲には、患者にとって最も身近で重要な者を含めること
- 3) 多専門職種からなる委員会に関して、第三者機関の活用を可能とすること

日本看護協会(以下、本会という)は、看護職をはじめとする医療従事者が、患者の権利及び尊厳を尊重しながら、その人らしい最期を迎えることができるよう役割を果たすために、以下の事項が重要と考えます。

1) 十分な情報提供に基づく患者の意思決定を尊重すること

医療従事者は、常に医療の主体である患者とその家族を支援し、患者の権利及び尊厳を尊重する立場にある。そもそも「患者の意思」とは、患者(とその家族)が納得のできる十分な情報提供を受けたうえで、主体的に決定されるものとする。加えて、生死にかかわる重大な決定は、その病状の進行や時間の経過等に伴い揺れ動くことが多いとされる。

そのため、「1 終末期医療及びケアのあり方」の「①」中の「終末期における医療内容の開始、変更、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」を、「終末期医療における医療内容の開始、差控え、変更、中止等は、患者及び家族が納得できる十分な情報提供を行ったうえで、患者の意思決定を尊重し、医学的妥当性と適切性を基に」に改め、さらに「情報提供を行う際には、意思決定は一度限りのものではなく、何度でも変更が可能であることを患者及び家族に説明する」という文言を追加する。

また、終末期医療及びケアの方針決定や医療内容の実施の過程などの経緯については、可能な限り詳細に記録に残す必要があることも明記する。

2) 患者の家族の範囲には、患者にとって最も身近で重要な者を含めること

患者の意思の確認ができない場合、患者がその人らしい終末期を過ごすためには、患者にとって最も身近で、患者のことを十分に理解している者が患者の意思を推定することが必要である。

近年では、夫婦別居生活や婚姻関係のないままの共同生活など、多様な家族形態が存在している。そこで、ガイドラインにおける「家族」には、婚姻関係等に縛られない、患者にとって最も身近で重要な者を含めるということを明記する。

3) 多専門職種からなる委員会に関して、第三者機関の活用を可能とすること

治療方針の決定に際し、医療内容に合意が得られない場合等、多専門職からなる委員会の助言は大切なものであり、この委員会が機能することが重要となる。「2 終末期医療及びケアの方針の決定手続」の「(3)」に示されている「多専門職種からなる委員会」は、中規模以上の病院等に設置することは可能と思われるが、職員数の少ない小規模病院や社会福祉施設、在宅医療を担う診療所やクリニック等では、その設置は困難である可能性が高い。設置が困難な場合は、当該地域を包括する第三者機関（例えば、医療安全支援センター等）の活用を可能とすることを、選択肢のひとつとする。

【ガイドラインの普及に向けた今後の課題】

<要 旨>

- ・ 終末期及び終末期医療に関する教育を徹底すること

本会は、今後ガイドラインが活用されるためには、以下の点が課題であると考えます。

患者やその家族が主体的に意思決定を行うことを可能にするには、医療従事者が、いのちの終結のあり方に関する議論や多様な事例を通し、終末期及び終末期医療に関する知識・技術を高めながら、チーム医療のあり方や倫理的検討について理解し、実践することが必要である。

また、患者の望む終末期医療を提供するためには、医療従事者だけでなく、患者自身が自らの望むいのちのあり方について日頃から家族等の親しい者と話し合い、決定しておくことが必要である。そのため、今後、広く社会に対して、死に関する教育を行うことが課題であると考えます。

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」に
提出された意見（中間集計②）

1 意見の募集期間

平成 18 年 9 月 15 日～平成 19 年 2 月 28 日までの意見について集計したもの
（括弧内の数については、平成 19 年 1 月 6 日以降の意見を集計したもの）

2 意見の総数

155 件 （90 件）

3 意見の提出方法

電子メール 128 件 （81 件）

郵送 27 件 （9 件）

4 年齢構成

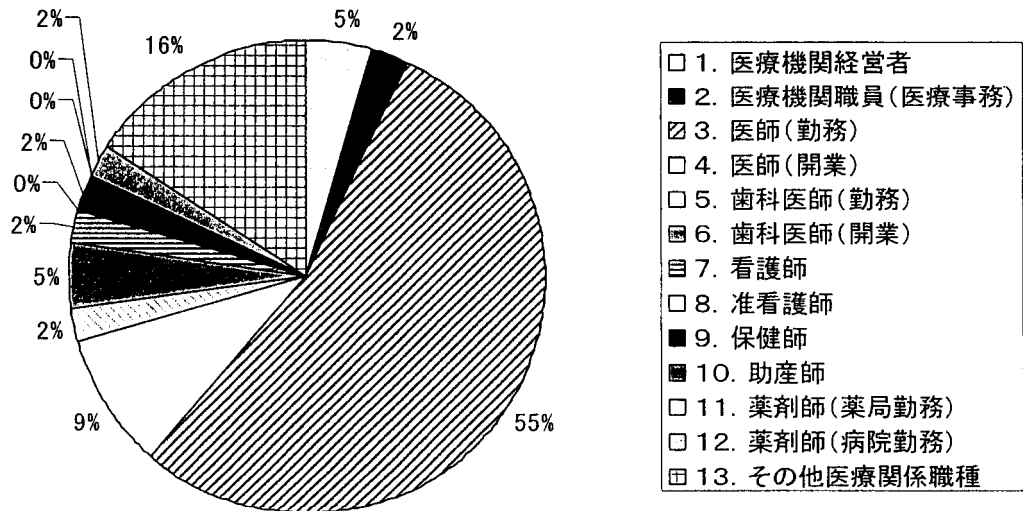
20歳未満	1人（1.7%）	3人（3.9%）	4人（3.0%）
20歳代	24人（41.4%）	13人（16.9%）	37人（27.4%）
30歳代	9人（15.5%）	25人（32.5%）	34人（25.2%）
40歳代	13人（22.4%）	18人（23.4%）	31人（23.0%）
50歳代	6人（10.3%）	9人（11.7%）	15人（11.1%）
60歳代	2人（3.4%）	5人（6.5%）	6人（5.2%）
70歳以上	3人（5.2%）	4人（5.2%）	7人（5.2%）
合計	58人	77人	135人

年齢等不詳 20 件（4 件）

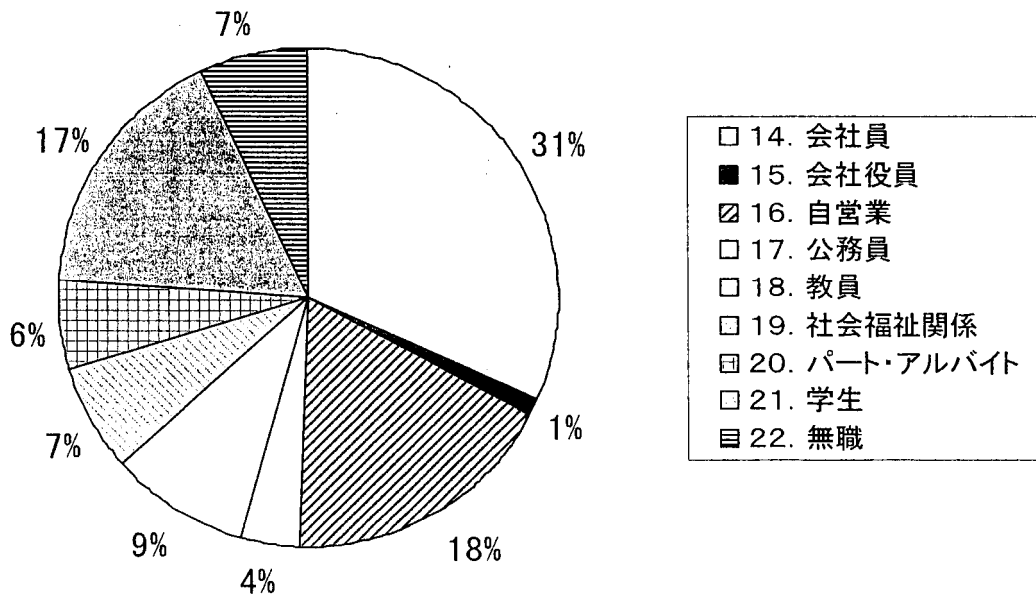
5 職業

医療関係者	44名	(14名)
医療関係者以外	102名	(71名)
職業等不詳	9名	(5名)

医療関係者の内訳



医療関係者以外の内訳



6 主な意見

1月6日以降に提出された主な意見を整理したもの

- ・ 治療効果の有無が前提ではなく、まずは、本人・家族の希望を優先して欲しい。
- ・ 医師というものは、生命を延長したり短縮したりする事を行う職業であり、生命を短縮させるという選択肢も認められるべきではないか。
- ・ 急に重篤な状態に陥った場合に家族が冷静に判断することは難しいので、患者本人が事前に意思を文書や口頭で明確にしていけない限り、医療を中止するべきではないと考える。
- ・ 一番大切なのは、「生命」ではなく、その生命が感じている「幸福感」ではないか。その意味でも、ただ生命を延長させることを目的とした「無駄な延命治療」は、家族にとっては意味があるかもしれないが、本人にとっては意味がないのではないか。
- ・ 患者の意思の確認ができるうちに、患者本人に誰がキーパーソンなのかを指定してもらい、カルテに記載してもらうようにしてはどうか。
- ・ 臓器提供用の意思表示カードのような、統一のフォーマットのカードを初回診療時に提示するようにしてはどうか。
- ・ 委員会での検討内容や結論については、家族に開示することも大切ではないか。
- ・ 委員会には、患者の視点から意見を述べられる者を採用して欲しい。

等

終末期医療に関するガイドライン（たたき台）

～ 第1回検討会における委員の主な意見 ～

1 終末期医療及びケアのあり方

- ① 終末期における医療内容の開始、変更、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。
- ② 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。
- ③ 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。

<主な意見>

◆情報提供について

- ある決定がなされる前には、つまりそれに対するきちっとした情報提供がなされないといけない。病院の中での情報の提供が不十分であったり、医療情報だけに限定されてしまったりすると、意思決定をきちんとできるかというプロセスが成り立たない。
- 患者や家族への情報提供の手続が必要で、その情報が絶対に倫理的にも必要なものであるということを強調したい。
- 意思が形成されるに当たっては十分な情報提供がないと意味がないので、基本方針の中にはっきり書き込んでおいたほうがいいのではないかな。

◆患者の意思決定について

- 重要なのは患者の意思決定というところにあるのであれば、「踏まえて」という表現が弱いような気がする。「意思決定の尊重を第一として」ではどうか。
- 人間の意思が単独で独立してあるように思われるのはまずいのではないかな。むしろ「踏まえて」という言葉を使ったほうがいいのではないかな。
- 「1」は基本方針を示す部分なので、医学的妥当性、適切性と、それから患者の意思決定というのは、同じような「基本として」示したほうがよいのではないかな。
- 「踏まえて」は「尊重し」、あるいは「できる限り」とか「最大限」ということも書き込んではどうかな。
- 「患者の意思を尊重して」としてはどうか。

◆積極的安楽死について

- 「積極的安楽死」については、裁判所は非常に厳しい要件の下では認めてきているので、どのような場合であっても医療としては認められないという形でガイドラインに盛り込むのではなく、この検討会のガイドラインからは外してはどうか。
- 患者の意思の尊重が何よりもこのたたき台を貫くものであるが、望んでもここまではという限界があるならば、それは限界があるのだということは表わしたほうがいいのではないかな。
- 積極的安楽死と自殺幫助を同列に並べていいのかな。

- 裁判例の中では、積極的安楽死を認めているということもあり、どのような場合であつても認められないというのは、医療側の立場としては、ある程度そうかなという感じもするが、国民の側から見るといかなものかという感じを受ける。「原則として」というような表現もあり得るのではないかなと思います。
- 例えば、原則として認められないと書くと、それは例外として認められる場合があると受け止められる。一方で、積極的安楽死は認められないとすると、およそ認められないということになるので、国民の間で意見が一致している問題ではないのであれば、検討会の趣旨からしても含めないほうがいいのではないかな。

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上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、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。

(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 家族等の話等から患者の意思が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 患者の意思が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、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。

(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

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。

<主な意見>

(チームのあり方、責任の所在について)

○チームの中で法的に医療行為を決める権限を持っているのは医師だけで、ほかの人々はどのような意見を言っても、責任が伴わないから、参考として聞くことは大事だが、現在の医療法の下で、こういうチームを結成するという考え方は、責任の分散、責任回避としては働くが、時間がめったやたらと要るばかりで、有効かどうかは非常に疑問。

(家族等の範囲等)

○患者の家族というのはさまざまで、亡くなってから突然、「ポット出症候群」といって、遠い親戚の人が出てきて、「ここの病院の診療行為はけしからん」と言って裁判するという例も、このごろ非常に増えてきており、家族に家族の範囲を決めてもらう作業をしてもらったほうが医療の提供者側としては都合がいい。