

終末期医療のガイドライン

グランドデザイン 2007
— 国民が安心できる最善の医療を目指して —
各論 2007年8月発行より抜刷

2007年10月



日本医師会

終末期医療のガイドライン

本稿では、医療提供者が最善の医療を遂行することを目的にガイドラインのあるべき姿を検討する。これを実際に社会通念として昇華させてゆくためには、今後、患者、法律関係者等との十分な議論が必要であることは言うまでもない。

また、ここに示すのは、あくまでも「終末期」の安らぎのためのガイドラインであり、決して「医療費の適正化（抑制）」のためのものではない。

1) 「終末期」の考え方

終末期における医療のあり方については、これまで様々な議論がされてきたが、明確なガイドラインは策定されていなかった。厚生労働省が、2007年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表したものの、これはタイトルに示すとおり「プロセス」（誰がどういう手続きで決定するか）に限定されたものであった。

医療の現場では、終末期に関する判断が、主治医や家族の判断にゆだねられてきた。その結果、患者と家族を精神的に追い詰めることになったり、患者や家族が医師の判断に疑念を抱いたりすることも少なくなかった。延命措置の中止により、医師が書類送検される事態も起きた。

このような中、社会通念として国民的な合意を得られるようなガイドラインを示すことが求められている。

これまで「終末期」は、死亡時点から遡って「半年以内」「1か月以内」などと定義されることがあった¹⁾。しかし、治療技術が進歩し、その内容も多様化する中で、終末期を死亡時点から振り返って一定の期間で定義することには、臨床的な意味が希薄になってきており、むしろ臨床現場が混乱する原因にもなりかねなくなっている。

日本医師会「第Ⅸ次生命倫理懇談会」²⁾でも、「生命予後の長さを共通の物差しにして「終末期」とは何かを決めるわけにはいかない」という意見が出された。

1) 日本医師会の医事法関係検討委員会答申書「終末期医療をめぐる法的諸問題について」（2004年）では、終末期を「狭義の終末期」（疾病・傷害により少なくとも2週間以内に、長くとも1か月以内に死が訪れるのが必至の状態である期間）、「広義の終末期」（生命維持装置の適用にもかかわらず、合理的な医学的判断の範囲内では、死を招かざるを得ないような疾病・傷害によって引き起こされる不治の状態）で、そして生命維持処置の適用は患者の死の瞬間を延期することだけに役立つ状態で生存している期間）に分けた。そして、狭義の終末期の間に行われる通常の医療を「狭義の終末期医療」、広義の終末期でなされる通常の医療を「広義の終末期医療」と定義した。

2) 日本医師会 第Ⅸ次生命倫理懇談会「「ふたたび終末期医療について」の報告」2006年2月

そこで、本稿においては、「終末期」を次のように定義する。

広義の「終末期」（単に「終末期」と表現するときは、これを指す。）

- ① 最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期。
- ② 主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等（法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む）が①を理解し納得した時点で「終末期」が始まる。

狭義の「終末期」（臨死状態）

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

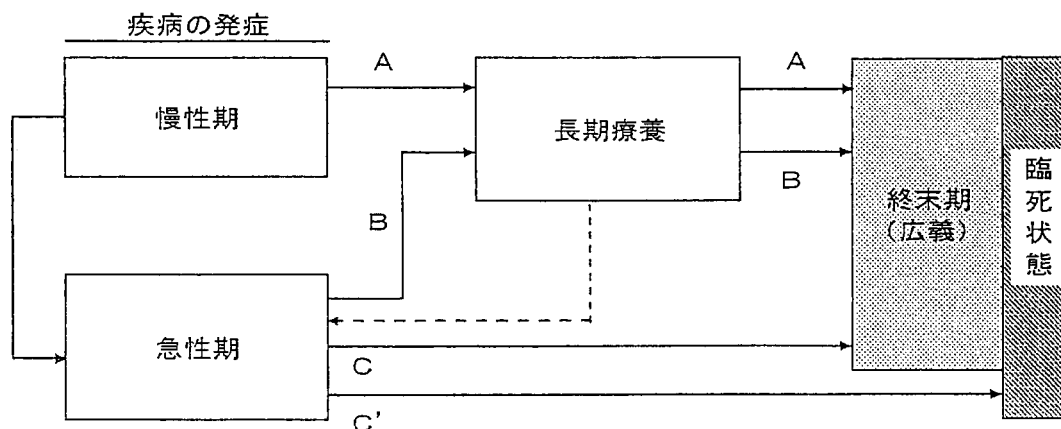
この定義の下では、数か月先に死亡することが予見される場合においても、病態的に安定期にある場合は、終末期とは規定しない。

2) 終末期の類型

終末期には、おおむね、(A) 慢性疾患から長期療養を経て終末期にいたるケース、(B) 急性期治療後に療養期間を経て終末期を迎えるケース、(C) 急性期治療中に終末期を迎えるケースがある（図3-1-1）。

なお、いずれの場合も、個々の病態や患者本人の個別状況にじゅうぶん配慮しなければならないことはいうまでもない。

図3-1-1 終末期に向かうまでの類型



3) 終末期における治療の継続・変更・縮小・中止

終末期医療のあり方については、現在、各方面で議論が進んでいる。それぞれの意見が尊重され、十分な時間をかけて検討されなければならない。本稿では、医療提供者として終末期医療のあり方を検討する。

(A) 終末期と判断されてから死亡までにある程度の時間が見込める場合

「終末期」に入るかどうかの判断は、主治医（できれば、主治医を含む複数の医師）および看護師、その他必要な複数の医療関係者によってなされる。

次に、主治医は、患者本人と家族等（法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む）に説明を行う。

主治医からの説明後、終末期に入ったことが理解されたことを文書で確認する。この時点での「病名告知」・「予後告知」の問題は、患者本人の意思と家族等の意向（以下、特記しない限り、患者本人の意思は家族等の意向に優先する）を踏まえて総合的に判断されるべきである。

さらに、今後の治療内容について、患者本人の意思を確認し、記録する。患者の意思が確認できない場合は、患者本人の意思を推定できる家族等の意思を確認し、記録する。

終末期に入った後の治療方針は、主治医が医学的見地から病状について十分に患者本人と家族等に説明した上で、患者本人と家族等の意向を踏まえて総合的に判断し決定する。このとき、これまでの治療の継続、変更、縮小、中止は柔軟に検討され、患者に多様な選択肢を示すべきである。

(B) 一定の終末期を経て臨死状態に入った場合

延命治療の継続・変更・縮小・中止についての患者本人または家族等の意思は、患者本人の意識がある場合と意識がない場合、苦痛を伴う場合と伴わない場合など、個別の状況や背景によって変化しうる。たとえば、終末期に入った直後には、延命治療を望まないことが確認されていても、臨死状態に入ると翻意される場合もあるし、その逆もある。

この場合、主治医ほかの医療提供者は、それ以前の意思にかかわらず、新たな意思をじゅうぶん確認し、それを尊重する。ただし、患者本人の意識がない場合に、家族等が患者本人の臨死前の意思を覆すといった場合には、あらためて従前の患者本人の意思を家族等に伝えるよう努める。

なお、延命治療の中止に関しては、従前もしくはその時の患者本人の意思および家族等の意向が一致している必要がある。たとえば、患者の臨死状態に入る前の意思が延命治療の中止であっても、家族等が同意しなければ、基本的には、治療を中止する

ことはできない。

(C) 急性期治療中に臨死状態に入った場合

実際の医療現場ではこのケースが少なくなく、治療について判断するための時間的余裕がない。延命治療の継続・変更・縮小・中止については患者本人、患者が意思表示できない場合は家族等の強い意思があれば、主治医はそれを尊重する。特に、縮小・中止について、患者本人と家族等から「緊急臨死状態で、主治医の判断に委ねたい」という意思が確認されれば最大限尊重されるべきである。この時、「緊急臨死状態で、主治医に委ねる」という書面にサインがあれば望ましいが、その時間もない場合は、患者本人と家族等と主治医を含む複数の医療関係者とが、口頭で確認すればよいものとする。

この場合も、延命治療の中止に関しては、従前もしくはその時の患者本人の意思および家族等の意向が一致している必要がある。

なお、いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死など）は実施しない。

4)「終末期」ではない場合の対応

主治医ほか医療関係者が「終末期」と判断していないにもかかわらず、患者から治療の縮小・中止を求められる場合がある。この場合も患者の意思を尊重するが、終末期に入っておらず治療の可能性が残されていることの説明を繰り返し行うなどの慎重な対応が望まれる。

5)「終末期医療」における議論について

終末期医療においては、「延命処置および延命治療の中止」が、最も大きな検討課題である。以下、特に課題となる例をあげる。

第一は、PVS (Persistent Vegetative State : 遷延性植物状態) 患者についてである。PVS は、しばしば脳死患者と混同されるが、栄養補給、感染症予防などの医学的な全身管理によって長期の生存が可能であるため、前述した終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは延命治療を中止することはできない。ただし、PVS 患者が前述したような経過で本ガイドラインの定義に該当するようになった場合は、その対象となる。

第二は、ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis : 筋萎縮性側索硬化症) 患者に見られる例である。ALS 患者が予め、救急事態が生じた場合の呼吸器装着を明確に拒否し

ていたにもかかわらず、急変した際に運び込まれた救急センターで、呼吸器を装着されたため、意識を取り戻した患者がその抜管を求めた、あるいは呼吸困難な状態で本人の希望選択により呼吸器等が装着されたが、後日、患者がその取り外しを求めたというような場合がある。この場合も、上記と同様に本ガイドラインに基づいて、延命治療を中止することはできない。

このような例における「延命治療の差し控え・中止」は、刑法の諸規定、なかでも自殺関与あるいは同意殺人さらには殺人の問題と境界を接している。このため、これに関する法律が未整備なわが国の医師は、常に刑事訴追の不安にさらされながら、この問題に対処しなければならない。

このような問題をガイドラインの対象とするのは現時点では時期尚早であり、議論に十分な時間をかけなければならない。

「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」を使用するにあたって

有限責任中間法人日本救急医学会
 代表理事 山本 保博
 救急医療における
 終末期医療のあり方に関する特別委員会
 委員長 有賀 徹

本提言(ガイドライン)(以下、ガイドライン)を使用するにあたっては、以下の点をご留意の上お使い下さい。

まず、このガイドラインでいう「終末期」については、通常の医療現場における慢性疾患を含む一般的な終末期医療について言及しようとするものではなく、われわれ日本救急医学会会員が救急医療を展開する場において遭遇する症例の終末期においてという位置付けです。つまり、ガイドラインの前文にありますように、われわれ日本救急医学会会員が救急医療を展開するに際して遭遇する葛藤とも言うべき局面について何らかの解決策を得たいという現場からの意見がきっかけとなって作成されたものです。厚生労働省からも終末期における一般的な主旨が提案されておりますが、本ガイドラインがわれわれ日本救急医学会会員にとって、より実際的かつ具体的であるのはそのような経緯によります。

本ガイドライン作成の過程におきましては、本学会の会員のみならず、看護、法曹、倫理、宗教など多岐にわたる分野の方々からの意見も頂くことができました。この意味で本ガイドラインは、ある種社会的なコンセンサスを得たものであるとも考えています。

そこで、ガイドラインを使用するにあたって、あらかじめの確認事項を記載しましたので、宜しく参照されますようお願い致します。

- ①本ガイドラインは、そのまま辿れば何らかの目的に至るような診療手順やマニュアルといったものではありません。「提言(ガイドライン)」とありますように、いわば“考える道筋”を示したものであることを確認下さい。
- ②従って、遭遇した症例について、このような“考える道筋”が必要であると主治医として判断するならば、本ガイドラインを利用することをお勧めします。そこには患者にとって最善の医療を行うためのコンセンサスを構築するチーム医療の実践についての説明などがあります。そのような“考える道筋”が必要でない症例の場合には、このガイドラインは必要ありません。
- ③主治医として本ガイドラインにある道筋を考えるにおいて、最も肝要なことはこのガイドラインは倫理的に正しく、かつ患者にとって最善の医療を行うことを具現しているということです。②の「必要があれば薦める」とはこのような意味からです。
- ④終末期における作為または無作為などと法律論的な観点から本ガイドラインの意義を問いたいという主治医としての期待や願望は否めませんが、このガイドラインは、人の倫(みち)に合うことを行って法的に咎められることになるはずがないという考えによります。
- ⑤現状で法的に咎められる可能性を十分に論ずべき事例であれば、主治医として本ガイドラインを利用することにはならないでしょうが、その判断は主治医によります。
- ⑥「倫理的に正しく、かつ患者にとって最善の医療を行うことを具現している」状況についての説明責任は主治医にあります。その責任を果たす拠り所は最終的に診療録の記載であることを確認下さい。
- ⑦本ガイドラインは現在われわれが働いている救急医療の現場と社会状況などに鑑みて作成されています。これらは時間の経過とともに変遷するところでもあります。従って、適宜改訂を加えていく必要もあると思います。ご理解とご協力を切にお願いいたします。

以上

救急医療の終末期に関する背景認識と本ガイドライン作成の意義

I 背景への認識

1. 救急医療現場の終末期について

いわゆる「がん」患者の終末期と救急医療現場での終末期とは、同じ“終末期”と言ってもその状況が大きく異なる。徐々に進行するがんの場合を例にあげると、がんの診断から治療までの比較的長い経過があり、その間、告知を受けた患者は医師から繰り返し説明を受け、自分自身でもいろいろな情報を得ることができる。治癒不能であることを知った患者は当初の驚きや落胆から徐々に自らの死を受容し、人生の幕引きをどのように迎えるかを考えることができ、周囲も本人が望むような最期を迎えられるように協力することができる。

一方、救急医療現場では、先ほどまで全く健康と思われていた人に事故や重病が突発し、極めて短い時間で死が切迫する事態となる。われわれ救急医療に携わる者はどのように厳しい状況であっても全力を傾けて救命のための蘇生や治療を行い、可能性のある限り努力する。しかし、救急医療にもおのずと限界があり、ある時点でどうしても救命できないことが判明する。そのような治療過程において、いかなる手を尽くしても救命できないことは明らかであるが、まだしばらくの間は心停止には至らない状態となることがある。これが救急医療現場の終末期である。

瀕死の患者自身にはすでに意識もなく、自らの意思を伝えることも希望を述べることもできない。駆けつけた患者の家族らにとって、事態はまさに青天の霹靂である。救命を信じていた家族らは、医師から死について説明されても十分に理解することはできず、ましてや間近にせまった肉親の死を受容することもできず、心理的にはパニック状態である。

当初「救命の可能性もあるかもしれない」と考えて装着した生命維持装置や「救命するためには行った方がよい」と考えた医療は、もはや「治療のため」ではなく「単なる延命措置」となる。しかし「単なる延命措置」であるとしても、医療を提供する側の価値判断のみによって生命維持装置などを取り外すことにはいくつかの問題がある。また、家族から「先生におまかせします」と医療者の手に委ねられても、取り外せばすぐに心停止となる装置などの中止をもって死期を早めることもなかなか行いにくい。その結果、一度開始してしまったら、誰にも止められない延命措置が続けられる事態となる。患者本人の利益にもならず、家族らも望まないような延命措置が続けられた場合、患者の尊厳を損ねるばかりか、ただでさえ悲嘆にくれる家族らにさらに苦痛を与えることになりかねない。

2. 終末期状態における延命措置への対応の現状

重症の救急患者を治療する経過の中で、医師はある時点から死を予測できるが、現状では『救命現場での延命措置の中止基準』がないため、延命措置を中止するかどうかの対応は一定しない。医師の中にも「救命不可能であれば、延命措置を中止する」考えから「治療が無意味とわかっていても永遠に続くわけではないから、現状を維持する」とか「救命は不可能とわかっていても延命措置は絶対に中止できない」とする考えまで、大きなひらきがある。

医療者のみの判断によれば患者の自己決定権や家族らの希望と対立する可能性がある。医療を受ける側も、『尊厳をもって死を迎えるため無意味な延命は希望しない』という意見、『医師が意図をもって死期を早めることは、そもそも「医の倫理」に反する』という意見、『死は医師が操作するものではなく、また家族が決めるものでもなく自然な死期を迎えさせるべき』という意見がある。いずれにも正当な部分があり、何が適切かの判断は難しい。『死期を早めることが日常化すれば、いずれは弱者切り捨てにつながるのではないか』といった懸念の表明もある。

われわれ救急医療に携わる医師は死に直面する患者の尊厳を最大限尊重し、家族らの心情にも十分配慮すべきである。しかしながら、中止の方法やタイミングが家族らの希望と一致しなかった場合、医療への不満や不信を招き、医事紛争の火種になりかねず、医師や病院が信頼を失う恐れがある。安易な判断で延命措置を中止すれば、治療の余地があったのに最善を尽くさなかったと追求を受ける恐れもある。またたとえ医学的には妥当な延命措置の中止であっても、ケースによっては遺産相続問題などへ影響する恐れもある。

Ⅱ 本ガイドラインを作成する意義

このような問題が存在する救急医療の現状においてこそ、検証可能で妥当な終末期状態の判断と延命措置の中止基準が必要である。本ガイドラインを作成するにあたり、「案」を提示したところ、それに対し、日本救急医学会会員、会員以外の医師のみならず、さまざまな医療職種、法律家や倫理学者、その他の有識者、一般の方々からも意見を頂戴した。その大多数はガイドラインの趣旨に賛同の立場からであった。救急医療に携わる者が、真摯な気持ちで真剣に対応すれば、急性期医療の終末期に対する社会の認識が成熟し、問題解決につながるものと期待される。

救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）

I 基本的な考え方・方法

救急現場では延命措置を中止する方が適切であると思われる状況があるにもかかわらず、その対応が明確に示されていない。従って、安らかな死を迎えることを是としても、医師の個人的な判断で延命措置の中止をすれば、その後に世間から誤解を招く結果ともなりかねない。

このような問題を解決するには、日本救急医学会として終末期の定義と一定の条件を満たせば延命措置の中止を行うことができる指針を示す必要がある。

以上のような理由で終末期の定義、及び延命措置への対応について記載する。

1. 終末期の定義とその判断

救急医療における「終末期」とは、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、救急医療の現場で以下1)～4)のいずれかのような状況を指す。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む）と診断された場合
- 2) 生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
- 3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合
- 4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合

なお、上記の「終末期」の判断については、主治医と主治医以外の複数の医師（以下、「複数の医師」という）により客観的になされる必要がある。

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

主治医は家族や関係者（以下、家族らという）に対して、患者が上記1. - 1)～4)に該当した状態で病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くない状態であることを説明し、理解を得る。その後、本人のリビング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示）を確認する。ついで、主治医は家族らの意思やその有無について以下のいずれかであるかを判断する。

(1) 家族らが積極的な対応を希望している場合

本人のリビング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示）を確認し、それを尊重する。家族らの意思が延命措置に積極的である場合においては、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能である」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝達し、その後に家族らの意思を再確認する。

再確認した家族らの意思が、引き続き積極的な対応を希望している時には、その意思に従うのが妥当である。結果的に死期を早めてしまうと判断される対応などは行うべきではなく、現在行われている措置を維持することが一般的である。

家族らが積極的な対応を希望する場合でなければ、複数の医師、看護師らを含む医療チーム（以下、「医療チーム」という）は、以下2. - 1) - (2)～(4)を選択する。

(2) 家族らが延命措置中止に対して「受容する意思」がある場合

家族らの受容が得られれば、患者にとって最善の対応をするという原則に則って家族らとの協議の結果により以下の優先順位に基づき、延命措置を中止する方法について選択する。

- ① 本人のリビング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示）が存在し、加えて家族らがこれに同意している場合はそれに従う。
- ② 本人の意思が不明であれば、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止する。

上記①、②の順で、家族らの総意としての意思を確認した後に、医療チームは延命措置中止の方法として2.-2)の内から適切な対応を選択する。なお、本人の事前意思と家族らの意思が異なる場合には、医療チームは患者にとって最善と思われる対応を選択する。

(3) 家族らの意思が明らかでない、あるいは家族らでは判断できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法についての対応は、主治医を含む医療チームの判断に委ねられる。その際、患者本人の事前意思がある場合には、それを考慮して医療チームが対応を判断する。これらの判断は主治医、あるいは担当医だけでなされたものではなく、医療チームとしての結論であることを家族らに説明する。この結果、選択されて行われる対応は患者にとって最善の対応であり、かつ延命措置を中止する方法2.-2)の選択肢を含め、家族らが医療チームの行う対応を納得していることが前提となる。

(4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは慎重に判断する。なお、医療チームによる判断や対応は患者にとって最善の対応であることが前提である。

医療チームによっても判断がつかないケースにおいては、院内の倫理委員会等において検討する。このような一連の過程については、後述する診療録記載指針に基づき、診療録に説明内容や同意の過程を正確に記載し、保管する。

2) 延命措置を中止する方法についての選択肢

一連の過程において、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法(withdrawal)、またはそれ以上の積極的な対応などをしない方法(withholding)について、以下、(1)～(4)などを選択する。

(1) 人工呼吸器、ペースメーカー、人工心肺などを中止、または取り外す。

(注)このような方法は、短時間で心停止となるため原則として家族らの立会いの下に行う。

(2) 人工透析、血液浄化などを行わない。

(3) 人工呼吸器設定や昇圧薬投与量など、呼吸管理・循環管理の方法を変更する。

(4) 水分や栄養の補給などを制限するか、中止する。

ただし、以上のいずれにおいても、薬物の過量投与や筋弛緩薬投与などの医療行為により死期を早めることは行わない。

救急医療に携わるわれわれは、年齢、疾病原因、受傷原因、あるいは社会的地位、国籍などの患者背景に関係なく救命救急医療を行う。当然ながら、医療に携わる者として患者本人にとって最善の医療を行い、救命の可能性がある場合には、終末期と定義しない。

しかし、患者が1.に示される終末期と判断された場合には、その根拠を家族らに説明し、家族らの総意としての意思などを確認する。そして、2.-1)に示される対応などに従って2.-2)に示される選択肢から継続中の延命措置を中止することができる。

なお、家族らへの説明の際には、プライバシーが保てる落ち着いた場所で説明し、家族らにとって十分な時間を提供して、家族らの総意としての意思を確認することが重要である。

このような救急医療の終末期に行う延命措置への対応は主治医個人の判断ではなく、医療チームの判断であることが重要である。また、家族らの意思が変化した場合には、適切かつ真摯に対応する。それら一連の過程は診療録に記載することを忘れてはならない。

Ⅱ 救急医療における終末期医療に関する診療録記載について

1. 終末期における診療録記載の基本

救急医療における終末期医療に関する診療録の記載にあたって、担当する医師らはここで示した基本的事項について確認し、要領よく責任をもって記載する。このことによって、終末期の診療における様々な問題を把握し、終末期における良質な医療を展開する。

また、医療チームによる方針の決定、診療のプロセスなどが、医療の倫理に則り妥当なものであったことについて、事後に遡って示すことが可能な記載を心がける。

1) 医学的な観点から

- (1) 医学的に終末期であることが明示されている。
- (2) 上記(1)について家族らに説明している。
- (3) 上記(2)に際して家族らによる理解・納得の状況を観察し把握している。

2) 患者本人による意思表示があるかどうかについて

- (1) 患者の意思に関する患者本人による記録などについて尋ねている。
- (2) 家族らによる理解を得、家族らの意思について尋ねている。
- (3) 上記(1)がない、または分からない時に、家族らによる付度として尋ねている。
- (4) 上記(1)(3)がない場合にも、それらが無いことについてその理由とともに記載している。
- (5) 家族らとその範囲などについて具体的に記載している。

3) 延命措置中止の決定

- (1) 選択肢の可能性とそれらの意義について検討している。
- (2) 主治医を含む医療チームとして検討している。
- (3) “患者の最善の利益”(患者本人の意思)と家族らの意思などについて記載している。
- (4) 法律・社会規範などについて検討している。

4) 状況の変化への対応

- (1) 上記1)の変更について記載している。
- (2) 上記2)の変更について記載している。
- (3) 上記3)の変更について記載している。

5) 治療プロセス

- (1) いわゆる5W1H(いつ、どこで、誰が、何故、何を、どのように)を記載している。
- (2) 結果について記載している。

2. 死亡退院時の記録

1) 解剖の説明に関する記載

- (1) 剖検・解剖の種類について家族らに説明している。
- (2) 家族らからの諾否について記載している。
- (3) 解剖の結果などについて説明している。

2) 退院時要約の記載

- (1) 病院の運用手順に基づいて共通の書式に記載している。
- (2) 主傷病名・副傷病名、手術名・処置名などに関するコード化について留意する。
- (3) 症例登録、臨床評価指標などについて留意する。

3) 退院時に必要な文書の記載

- (1) 死亡診断書または死体検案書、入院証明書、保険関連書類等を必要に応じて作成する。

3. 診療録記載の一般的原則

1) 開示請求の対象となる公的文書である

- (1) 必ず日付を付して事実を正確に記載し、署名して記載者の責任を明確にする。
記載しないと医療行為や医学的判断が行われなかったものとみなされる。
- (2) 鉛筆による記載は避け、行間や余白を残すことは推奨されない。
誤記等により訂正が必要な場合は、二重線による“見せ消ち”とする。
追記は日付を明確にして末尾に記載する。
- (3) 記載にあたって、記載者とその職種が判断できるようにする。
- (4) 予期せぬ出来事、意図しない事態では推測や仮定に基づいた記載を避ける。
恣意的な未記載、事実と異なる記載、記載の改ざん・削除は犯罪行為となる。
- (5) 私的メモや医療・業務に無関係な記載は行わない。

2) チーム医療のために情報を共有する

- (1) 誰もが読める字で、多職種間で理解される用語・略語を用いて記載する。
一般的に通用しない造語や符号等は使用しない。
- (2) 外国語は病名・人名、一般的に使用される処置・手術名等の専門用語の範囲とする。
記述は日本語が推奨される。チーム内の各職種が十分に理解できているか確認する。
- (3) 診察と指示、および診断・治療を行った場合には、遅滞なく記載する。
- (4) 他職種の記録を参照し、指示と実施を確認する。その結果や問題点を把握する。

3) その他

- (1) 診療録の用紙・各種記録・帳票等は所定の順序でファイルする。
必要な記載事項を容易に検索できること、必要な記録の欠落が点検できること。
- (2) 診療録は診療報酬請求の根拠となる。
記載の不備で診療報酬の返還を求められることがあることに留意する。

以上

平成 19 年 11 月 5 日

日本救急医学会

救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会

| | | |
|-----|----|----|
| 委員長 | 有賀 | 徹 |
| 委員 | 石松 | 伸一 |
| | 木下 | 順弘 |
| | 黒川 | 顕 |
| | 島崎 | 修次 |
| | 田中 | 秀治 |
| | 布施 | 明 |
| | 箕輪 | 良行 |
| | 横田 | 裕行 |