

終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～

平成 2 1 年 5 月

社団法人 全日本病院協会

終末期医療に関するガイドライン策定検討会

終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～

I. 本ガイドライン策定の目的

家族が急病で病院に運ばれた時、あるいは長い間治療していた病気について、医師から「これ以上治療しても回復の見込みがありません」と伝えられたとき、あなたはどのように考えますか？

患者が望む医療を実現するためには、医療提供者と患者・家族が十分な信頼関係を築くことが必要です。この信頼関係が最も求められ、特に両者のコミュニケーションが重要な鍵となるのが終末期医療です。

患者が助かる見込みのない状況になった時を、一般に「終末期」と言いますが、終末期の医療の選択は、本人に意識があれば、もちろん本人の意思が尊重されます。しかし、終末期では、患者自身に意識がない、あるいは意識があっても判断力がない状態が多く、その場合は家族にその判断を任せられるのが通常です。

人の死は必ず誰にでも訪れます。しかし、人は暮らしの中で家族と死の迎え方について話し合うことが多くはないのが現実です。

現在、終末期医療を巡って問題となっている内容をまとめてみますと、

- ① 終末期となった時どうするかを、個人で考えたり家族間で話し合ったりすることがほとんどなかったこと
- ② 患者やその家族などが終末期の状態について医師から説明を受けても、治療の内容やその意味、回復の可能性などを判断しにくく、家族としてもその後の対応を患者に代わって決定するには精神的負担が大きいかかわらず、終末期の定義も曖昧であり、さらに医療提供側と患者・家族が治療方針などを相談する場が必ずしも保証されてこなかったこと
- ③ 終末期において、患者の意思を実現できるような仕組みが必ずしも保証されてこなかったこと

などが挙げられます。

日本では、個人が病気の状況に合わせて事前にどのような治療を受けるのか、あるいは治療の継続を中止するのかなど意思表示（リビングウィル）（注1）をすることの必要性がほとんど理解されておらず、普及もしていません。たとえ本人が意思表示をしていますが、上記のような理由のために、現状では必ずしもその通りにできない場合があります。

医療現場では、患者一人ひとりの尊厳を守り、患者の意思を尊重する努力が行なわれています。しかし、患者、家族の意思が確認できないまま、明らかに死がまぬがれないと予測される状況において、治療の開始・継続・中止の判断をせまられる場合も

あります（注2）。また、患者のつらさを見続ける医師が、家族からの懇願を受け患者や患者・家族の希望に沿ったことから、警察に事情を聴取され逮捕に至るなど、医療提供側にとっても厳しい難しい問題が起きております（注3）。

この度、全日本病院協会では本検討会を設置し、終末期に医療行為をどこまで行うかについての基準も盛り込んだ「終末期医療に関するガイドライン」を新たに策定いたしました。

本ガイドラインでは、終末期の定義を行うと共に、一定の基準や根拠を示した上で、患者の意思表示や意向を尊重し、医療をいかに開始し、継続し、中止すべきかを盛り込んでおります。患者自身や家族が、終末期をどう受け止めたらよいのか、その後の医療をどのように選択すればよいのかなどについて考え、自己決定をする際の一助になれば幸いです。

今後は、終末期医療について医療提供側と医療を受ける側との間で十分な話し合いが行われ、双方が納得する意見集約がなされることを強く望んでおります。

II. 終末期の定義

「終末期」とは、以下の三つの条件を満たす場合を言います（注4）。

1. 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること
2. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること
3. 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること

III. 終末期における治療の開始・継続・中止について

1. 生前の意思表示（リビングウィル）がある場合

医師は、いかなる病気についても、その病状、可能な治療法、それを行った場合の病状のみならず生活その他の場面にもたらす影響を含めて説明を行います。終末期においても同様です。

医学の進歩にもかかわらず病気の治療には限界があるため、医療の現場では治療の開始・継続・中止の判断が大変難しい場面がありますが、終末期には特にその判断に苦慮する場面が多く、その際には患者の意思を尊重し対処します。

終末期においては、人工呼吸器や経管栄養、補液、抗生剤などの薬物の使用開始と継続が問題となりますので、普段から病気の状況に合わせて事前にどのような治療を受けるのか、あるいは治療の継続を中止するのかなどの生前の意思表示を明確

にし、文書に残しておくべきと考えます。

生前の意思表示を文書として作成する意義は、作成を契機に終末期という状況を自分でよく考え、家族と話し合うことと代弁者を選定しておくことで、将来の無用な混乱を避けることにあります。意思を表明できるうちは、いつでも文書または口頭で内容の変更が出来ますが、救命救急を要する病気や脳の病気などでは自分が判断できない状況に陥ることもありますので、代弁者を決めておくことも大変重要です。

医療提供者は、生前の意思表示の重要性を国民に知ってもらう活動を行うとともに、意思表示が求められることの多い病気や病態を中心に、最新の医療に関する情報を常に国民に提供するように努めるべきです。

2. 生前の意思表示が不明確か、ない場合

本人の言動を常日頃から知っている家族がおり患者の意思が推測できる場合は、その方から本人の意思を聞きます。

この場合、家族は生計を同じくするものとされますが、実際に医療提供者には生計が同じかどうか確認する方法が限られており、家族の範囲を明確にすることはしばしば困難ですし、同様の理由で家族全員の意向を確認することも困難です。また、家族の中で意見が異なる場合の優先順位に明確な規定がないことも、本人に代わり家族が意思決定を行う場合の問題を複雑にしています。

生前の意思表示が不確かで代弁者がおらず意思が推測不可能な場合には「治療により回復が期待できない状態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、治療を開始しない、あるいは治療を中止することを決めることができる」ようにすべきです。この場合、本人との関係が親密であったと推定される方（最近親者）の意向を一番に優先することが現実的と考えますが、家族間で機械的に優先順位をつけることは好ましくありません。最終的には最近親者の意向が重視されるものの、医療提供者は家族全員が状況を理解し考えをまとめるに当たり、可能な限りそれを支援することが必要です。しかしながら、支援を行っても合意に至らない場合には、第三者を含む倫理委員会等で検討しその結論に基づいて対応する必要があります。

治療方針を決定する際は、医療提供者側と家族との信頼関係を損なわないよう、治療方針の決定には、個々の施設が定める様式にしたがってその経緯（説明者、家族名、代表者名、生前の意思表示の有無、代弁か推察か）及びその理由（終末期の判断根拠や治療の限界に関する説明内容および質問と回答内容、納得と同意）等を記録しておくべきです。

【脚注】

注1：living will のカタカナ表記で、「living」とは「生きている間に」、「will」とは「遺言」を意味します。つまり、「生きている間に、自分自身で書いておく遺言のような書面」のことで、しかも、死後に役立つように書いておく遺言ではなく、生きている間に有効となる書面です。

living will という言葉が使われ始めたのは1970年代で、当時は「終末期に生命維持装置をつけられていた場合には、担当医に装置を外して自発呼吸ができるようにしてもらい、医療の介入なしに寿命がきたら自然に死を迎えたい」という患者の意思を書き残しておくための文書でしたので、死ぬ前に担当医に渡したときに発効していなければ意味がなかったのです。

ニュージャージー州最高裁判所において、世界で初めて「持続的植物状態の患者カレン・アン・クインランさんから生命維持装置を外してよい」とした有名な判決が出て、living will に関する法制化運動がカリフォルニア州で起こった結果「カリフォルニア州自然死法」（1976）が制定されました。「末期状態になったときに、生命維持装置を中止するか取り外すようにと、18歳以上の者が知的精神的判断能力を持つ間に、医師に対して文書をもって指示する書面を作成しておく権利をカリフォルニア州民に認める」というものです。Living will による自己決定権が、作成後、終末期まで持続しており、医師に対して生命維持装置を取り外す意思表示が法的に保障されました。

（京都大学名誉教授 星野一正氏論文のまとめ）

このような歴史的背景を持つ「リビングウィル」ですが、本ガイドラインでは、「①自分の意思を記すだけでなく、出来れば代弁者をも決めておくことを理想とするが、②文書で示されたものに限らず口頭での意思表示も認めるもの」として書いています。

注2：救命救急医療の現場においては、心肺停止した状態で運ばれた患者に対し蘇生術が行われることが多いのですが、本人や家族の意向が不明あるいは不統一のために、回復が期待できない時でも人工呼吸器を装着するなどの延命措置が行われる場合があります。人工呼吸器を外すという行為には法的な問題が絡むため、その後も人工呼吸器の装着が継続されることがあります。

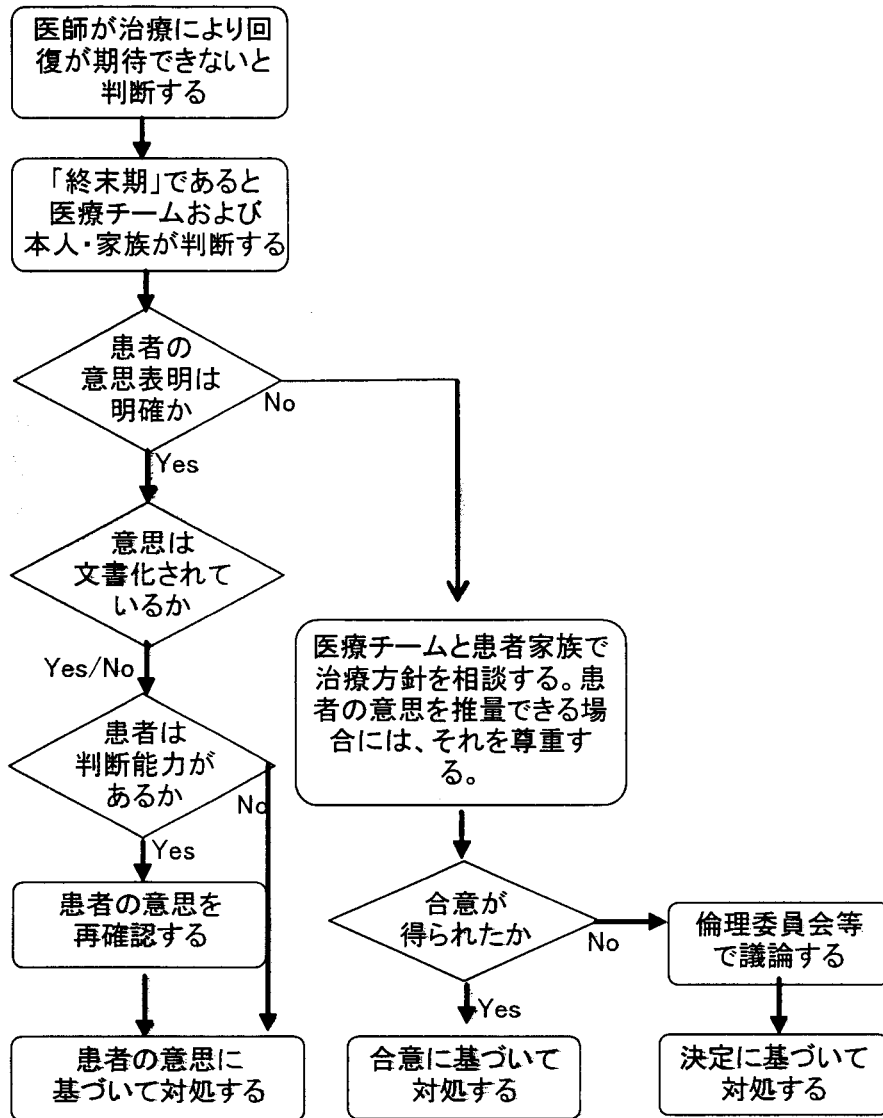
治療の現場では、予定の治療がすべて効果を示さず明らかに死が予測され、余命が数ヶ月以内という状態がおこりえます。本人の意思が明確な場合は、その後の治療の選択は個別に対応しますが、いまでも正確な病名を本人に伏せたまま治療が行われる場合があります、家族の考え方が治療に影響を及ぼすこともあります。

長期療養中の患者が呼吸器疾患や心不全などで病態が悪化した場合や呼吸機能が低下する難病の進行により死が予測される事態に至った場合にも、人工呼吸器を装着するのかどうか、その対応が大変難しい場面があります。

注3：回復の見込みのないとされる患者・家族からの要望で人工呼吸器を外したため医師が書類送検されたり、末期がん患者の要望で医師が塩化カリウムを大量投与して心停止させて逮捕されたりするなどの事件が報道されました。こうした報道では、医師の判断の仕方が問題とされますが、実際はそう単純ではありません。患者の状態がどうであったのか、それに対する家族の微妙な心の動き、患者と家族の関係、医師と家族の関係などがどうであったのかなど、個別の要因が色々絡んでいるからです。そして、ほとんどの場合、患者や家族が、終末期医療について深く議論をしないできたという背景があり、状況をより複雑にしていると思われま

注4：救命救急の場合には発症から数日以内の短い期間で終末期と判断されることも多いのですが、癌や難病の末期などでは1～2ヶ月ということもあります。また、重い脳卒中後遺症などでは、数年前からいずれ死が訪れることが予測されることがあるものの、間近な死を予測することが出来るのは生命に関する容態が悪化してからとなります。したがって終末期を期間で決めることは必ずしも容易ではなく、また適当ではありません。

【参考】終末期医療の方針決定に至るフローチャート



【終末期医療に関するガイドライン策定検討会メンバー】

- | | |
|--------|--|
| 有賀 徹 | 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 |
| 飯田 修平 | 社団法人全日本病院協会 常任理事 |
| 池上 直己 | 慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 教授 |
| 木村 厚 | 社団法人全日本病院協会 常任理事 |
| 坂本 憲枝 | 医療グループあすか 代表 |
| 田辺 功 | 株式会社朝日新聞社 編集委員 (第2回検討会まで) |
| 辻本 好子 | ささえあい医療人権センターCOML 理事長 |
| ◎徳田 禎久 | 社団法人全日本病院協会 常任理事 |
| 永池 京子 | 社団法人日本看護協会 常任理事
(第3回検討会まで廣瀬千也子常任理事) |
| 長谷川 友紀 | 東邦大学医学部 教授 |
| 羽生田 俊 | 社団法人日本医師会 常任理事 |
| 日野 頌三 | 社団法人日本医療法人協会 会長 |
| 保高 芳昭 | 株式会社読売新聞社 論説委員 |
| 三根 浩一郎 | 社団法人日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険制度委員会委員 |
| 宮澤 潤 | 宮澤潤法律事務所 弁護士 |
| 吉田 啓志 | 株式会社毎日新聞社 政治部編集委員 |
| 渡辺 俊介 | 株式会社日本経済新聞社 論説委員 |

◎…座長

(五十音順、敬称略)