

救急・集中治療における
生命維持治療の終了／差し控えに関する
4 学会合同ガイドライン

Q & A 集

編集

一般社団法人 日本集中治療医学会
一般社団法人 日本救急医学会
一般社団法人 日本循環器学会
特定非営利活動法人 日本緩和医療学会

令和 8 年 9 月

Q&A 集

本 Q&A 集の位置づけと使い方

本 Q&A 集は、「救急・集中治療における生命維持治療の終了／差し控えに関する 4 学会合同ガイドライン」（以下、本ガイドライン）の理解と実践を支援するための補助資料です。

本ガイドラインは、個々の症例に対して一律の結論を示すものではなく、患者の価値観や状況に応じて、患者にとって最善となる判断を導くための「プロセス」を重視しています。本 Q&A 集も同様に、現場で生じる具体的な疑問に応えつつ、意思決定の前提となる考え方や視点を整理することを目的としています。

また、本 Q&A 集は、パブリックコメントとして寄せられた多様な意見や懸念を踏まえ、それらに対する考え方を整理したものです。各回答は、作成委員会における全体会議での議論を重ねて作成されたものであり、特定の方法（修正デルファイ法等）による合意形成ではなく、多職種・多視点での検討を通じて取りまとめられています。

本 Q&A 集を活用する際には、以下の点が重要です。

- 各回答は一般的な考え方を示すものであり、個別症例においては患者の状況に応じて柔軟に適用すること
- 結論のみならず、そこに至るプロセス [shared decision making (SDM) や多職種による臨床倫理的検討] を重視すること
- 医学的・社会的な不確実性が存在することを前提に、継続的な対話と適宜の見直しを行うこと

本 Q&A 集は、医療・ケア従事者のみならず、患者・家族等を含む多様な関係者が共通理解を形成し、対話を進めるための基盤となる資料として活用されることを想定しています。

Q&A 集

目次

- I. 本ガイドラインの基本的な考え方
- II. 本ガイドラインの作成方法について
- III. 対象と適用範囲
- IV. 意思決定支援（SDM とプロセス）
- V. 患者・家族支援とコミュニケーション
- VI. 生命維持治療の考え方
- VII. 臨床倫理的側面
- VIII. 法的側面
- IX. 緩和ケア
- X. 組織・運用
- XI. 小児領域における生命維持治療の終了／差し控え
- XII. 多様な価値観と尊厳の尊重（障がいや医療的ケアを受けながら生活する人々を含めて）

I. 本ガイドラインの基本的な考え方

本章では、本ガイドラインの目的や基本的な考え方について説明します。

Q1. このガイドラインの目的は何ですか？

A1. 本ガイドラインの目的は、患者の価値観に基づいた最善の治療・ケアのゴールを、医療・ケアチームと患者・家族等がともに検討するためのプロセスを示すことです。本ガイドラインは、治療の実施・終了といった個別の結論を機械的に導くものではありません。特に救急・集中治療の現場では、迅速な判断が求められる一方で、患者の価値観や人生背景を十分に把握することが難しい場合があります。そのような状況においても、治療の「是非」を一律に判断するのではなく、患者・家族等と医療・ケアチームが対話を重ね、患者中心の意思決定に到達するための枠組みを提供することが本ガイドラインの目的です。

Q2. このガイドラインの目的は、生命維持治療を終了させて患者の死期を早め、医療費を削減させたり、現場の医療・ケア従事者の負担を減らすことではないのですか？

A2. 本ガイドラインは、生命維持治療の終了を促すことを目的としたものではありません。治療の継続、終了、差し控えを含めた複数の選択肢を、公正かつ慎重に検討し、患者本人の意思と価値観を最大限尊重した意思決定を支えることを目的としています。現場では、「一度開始した生命維持治療は終了できないのではないか」という懸念から、本来助かる可能性がある場合でも初期治療の開始が躊躇されることがあります。本ガイドラインは、適切なプロセスを経れば開始後も治療方針を見直し得ることを明確にし、必要な生命維持治療が適切に開始されることも支えます。同時に、患者本人の意思が尊重され、不本意な延命が行われないことも重要です。生命維持治療の継続も、終了・差し控えも、等しく検討されるべき選択肢であり、本ガイドラインはいずれか一方を前提とするものではありません。

また、年齢、障がいの有無、外見、身寄りの有無、要介護状態、家族の介護負担、社会的背景などの要素のみをもって、患者の生の価値や治療の妥当性を低く評価することは、本ガイドラインの趣旨に反します。したがって、本ガイドラインは、患者の死期を早めること、医療費の削減、医療・ケア従事者の負担軽減を目的としたものではなく、患者一人ひとりの価値観に基づいた最善の医療・ケアの選択を、多職種で支えるための枠組みです。

Q3. 生命維持治療の終了／差し控えが決定した後の対応に関して、ガイドラインに載っている選択肢通りにしないといけないのですか？

A3. 本ガイドラインで示している選択肢は、救急・集中治療領域で生命維持治療の終了／差し控えが選択された後の対応について、基本的な枠組みを示すものです。実際の対応は、患者の全身状態、受けている治療の内容、症状の程度、患者・家族等の意向などを踏まえて個別に検討する必要があります。したがって、本ガイドラインに示された選択肢を機械的に当てはめるのではなく、患者にとって何が最善かを、医療・ケアチームと患者・家族等で丁寧に確認しながら判断することが重要です。

Q4. このガイドラインは、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「厚労省プロセスガイドライン」）に準拠しているのですか？

A4. 本ガイドラインは、「厚労省プロセスガイドライン」に準拠した考え方を基盤としています。救急・集中治療の現場で生命維持治療の終了／差し控えが検討される場面は、広義には人生の最終段階に関わる意思決定と考えられるため、「厚労省プロセスガイドライン」で示された考え方が重要な参考になります。また、本ガイドラインは、「厚労省プロセスガイドライン」の前身である厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007年5月）の要点である、①医療・ケアチームで判断する（一人で決めない）、②患者本人の意思・推定意思を尊重する、③緩和ケアを充実させる、という3点にも合致しています。

Q5. このガイドラインの「家族等」には誰が含まれますか？

A5. 本ガイドラインにおける「家族等」とは、「厚労省プロセスガイドライン」で示される「家族等」と同様に、法的な親族関係に限定されるものではありません。患者の価値観や意思をよく知り、患者の意向を推定するうえで重要な役割を果たし得る人が含まれます。そのため、親しい友人や事実上のパートナーなどが含まれる場合もあります。また、「家族等」は一人に限られず、複数人存在することもあります。その場合には、患者本人の価値観を中心に据えながら、関係者間で丁寧に情報共有と対話を行うことが重要です。

Q6. 意思決定において患者と家族等のどちらの意見が尊重されるべきですか？

A6. 患者です。ただし、救急・集中治療の現場では、患者が重篤な状態にあり、自ら意思決定できない場合が少なくありません。そのため、医療・ケアチームは家族等と話し合いながら、患者の意向や価値観を推定し、患者にとって何が望ましいかを検討します。その際、家族等の事情や立場が、必ずしも患者にとっての最善と一致しない可能性にも留意が必要です。例えば、介護負

担や経済的負担の大きさから治療を控えてほしいと考える場合や、逆に年金や保険などの事情から治療継続を強く望む場合などが考えられます。家族等の意向は大切にしながらも、あくまで患者本人にとって何が望ましいかという視点を中心に据えることが重要です。本ガイドラインは、家族との対話を重視しつつ、患者中心の意思決定を守るための視点を示しています。

Q7. 生命維持治療の「終了」は再開しないことを前提とした表現とされていますが、一度決めた意向を変更できないように受け取られるのではないのでしょうか？

A7. 意思決定は固定されたものではなく、状況や患者・家族等の意向の変化に応じて見直され得るものです。本ガイドラインにおける「終了」という用語は、生命維持治療を一旦終了した後、再開することを前提としにくい医学的状況を示すための整理であり、患者・家族等の意向の変更を否定するものではありません。

一方で、救急・集中治療領域で生命維持治療の対象となる患者は、重篤な全身状態にあることが多く、治療を終了した後に再開することが現実的に困難となる場合も少なくありません。そのため、この意思決定は他の医療行為と比べても、特に慎重かつ重要なものとして位置づけられます。したがって、患者・家族等の意向を踏まえつつ、多職種による臨床倫理的検討とSDMを通じて、十分な検討を重ねたうえで判断することが求められます。

Q8. 「あえて終末期を定義しない」との記載は、「終末期が存在しない」と受け取られる可能性があります。終末期の考え方を明確に示すべきではないですか？

A8. 本ガイドラインは、終末期の存在を否定しているものではありません。終末期や「人生の最終段階」に相当する状態は臨床上確かに存在します。しかし、その時期を一律の基準で明確に定義することは困難であるため、本ガイドラインでは特定の定義を設けていません。

各患者が現在どのような病態・経過にあるのかについては、多職種からなる医療・ケアチームによる臨床倫理的検討の中で、「医学的側面」として適切に評価されるべきものです。

このように、本ガイドラインは終末期を否定するものではなく、個々の患者の病態に応じて慎重に評価し、そのうえで意思決定を行うことを重視しています。

II. 本ガイドラインの作成方法について

本章では、本ガイドラインの作成体制や、エビデンス・合意形成の位置づけについて説明します。

Q9. 今回のガイドラインの作成メンバーに患者・家族等が含まれていないのはなぜですか？

A9. 本ガイドラインは、特定の疾患や年齢層に限定されず、救急搬送や集中治療室に緊急入室する急性期重症患者全般を対象としています。そのため、対象となる患者像は、外傷、急性疾患、術後合併症など多岐にわたり、年齢、基礎疾患、社会的背景、価値観も極めて多様です。また、「生命維持治療の終了／差し控え」というテーマは、疾患特異的な経験だけでなく、人生観、死生観、家族関係、文化的背景など、極めて個別性の高い価値判断に深く関わる領域です。そのため、特定の患者・家族等の代表をもって、多様な患者全体の価値観を一般化することには慎重である必要があります。

さらに、本ガイドラインが対象とする範囲は極めて広く、救急・集中治療領域全体にわたる医学的・臨床倫理的内容を含んでいます。そのため、患者・家族等の方に作成委員として参画いただく前提として必要となる知識や背景の共有（レクチャー）を十分に行うことが、現実的には困難であるという側面もありました。

以上を踏まえ、本ガイドラインでは、特定の患者・家族等の代表を作成委員として固定的に組み入れる方法は採用しませんでした。一方で、患者・家族等の視点を軽視しているわけではなく、医療・ケア従事者のみならず一般市民からもパブリックコメントを募集し、広く意見を収集しました。このように、特定の代表者に依拠するのではなく、より広範で多様な意見を反映する方法を採用することが、本ガイドラインの対象特性に照らして妥当であると考えています。

Q10. 本ガイドラインは、専門家合意（修正デルファイ法）を中心に作成されており、患者アウトカムや意思決定の質の改善などに関する前向き研究による裏付けが十分ではないのではないですか？

A10. ご指摘のとおり、本領域はわが国の医療現場において、患者アウトカムや意思決定の質の改善に関する実証的エビデンスが十分に蓄積されているとは言えません。また、生命維持治療の終了／差し控えは、医療・倫理・法・社会的価値が交差する領域であり、通常の診療ガイドラインと同じ方法だけで整理することは困難です。

本ガイドラインは、特定の治療効果を評価する診療ガイドラインではなく、生命維持治療の終了／差し控えという倫理的課題に対して、どのような意思決定プロセスを踏むべきかを示す臨床倫理のガイドラインとして位置づけられます。そのため、無作為化比較試験などの従来型エビデ

ンスのみで構築されるものではなく、専門家の知見や臨床経験に基づく合意形成も重要な基盤となります。

このような合意形成の方法として、修正デルファイ法は、臨床倫理や政策、教育など、実証的エビデンスの構築が難しい領域において広く用いられている科学的手法のひとつです。複数の専門家の意見を体系的に収集・整理し、反復的な検討を通じてコンセンサスを形成することにより、一定の透明性と妥当性を担保することが可能とされています。

本ガイドラインにおいても、このような方法論の意義を踏まえつつ、現時点で利用可能な知見と専門家の経験を集約し、臨床現場で共有可能な枠組みとして提示することを重視しました。4学会合同で作成された本ガイドラインは、現時点での専門的知見を踏まえた実践的指針として位置づけられます。

今後、前向き観察研究、介入研究、妥当性研究、実装研究などを通じて、本ガイドラインで示されたプロセスが患者・家族アウトカムや意思決定の質にどのように影響するかを検証していくことが重要であると考えています。

III. 対象と適用範囲

本章では、本ガイドラインが適用される患者や状況について整理します。

Q11.このガイドラインは、日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会、日本緩和医療学会の「4学会」に限定されるガイドラインなのでしょうか？

A11. 本ガイドラインは、4学会の合同で作成されたものですが、特定の学会に所属する医療・ケア従事者のみに限定して適用されるものではないと考えられます。救急・集中治療領域で診療に関わるすべての医療・ケア従事者に参照されることを想定しています。今回の改訂では、生命維持治療の終了／差し控えに伴う緩和ケアの重要性を明確に位置づけるため、日本緩和医療学会が新たに加わりました。その意義を明確にするため、あえて「4学会」という表現が用いられています。本ガイドラインは、特定の学会に限定されるものではなく、多職種・多領域にまたがる臨床現場で共有されるべき実践的指針として位置づけられています。

Q12.このガイドラインの対象は救急・集中治療領域に限定されますか？

A12. 本ガイドラインは、救急搬送や集中治療室への緊急入室など、急性期の重症患者において治療方針の意思決定が必要となる場面を主な対象としています。しかし、意思決定は急性期の状況のみで完結するものではありません。患者の既往歴、生活背景、社会的環境、これまでの価値観などを踏まえ、「その人にとってどのような医療が意味を持つのか」を総合的に考えることが重要です。本ガイドラインでは、急性期医療の文脈に位置づけつつも、患者の人生全体を視野に入れた意思決定を行うことを前提としています。

Q13.救急・集中治療は患者の医療全体の中では一時的な関与にすぎず、その場での判断が患者の人生全体を左右してしまうのは拙速ではないでしょうか？

A13. ご指摘のとおり、救急・集中治療は患者の長い療養経過の中の一局面であり、それまでの医療や生活の文脈を踏まえた判断が重要です。

一方で、現実には、長期療養中の患者が急変や重症化により救急・集中治療の場に搬送され、そのまま看取りに至ることも少なくありません。このような場面では、急性期医療が意思決定の大きな転換点となることがあります。

本ガイドラインでは、救急・集中治療の判断を独立したものとしてではなく、患者のこれまでの価値観や人生観、治療経過と連続したものとして捉えることを重視しています。また、そのための準備として、日頃から advance care planning (ACP) などを通じて価値観を共有しておくことの重要性も強調しています。

Q14.このガイドラインによると、終末期でなくとも生命維持治療を終了することや差し控えることがあるということでしょうか？

A14. 本ガイドラインは、患者・家族等が、病状や治療の目的を十分に理解したうえで、生命維持治療を継続するか、あるいは終了／差し控えるかを選択する権利を有する、という立場をとります。そのため、生命維持治療の終了／差し控えが検討される対象は、必ずしも従来の定義による「終末期」に限定されません。本ガイドラインでは「終末期」という時期を一律に定義するのではなく、個々の症例ごとに、臨床倫理的検討と SDM を通じて判断していくプロセスを重視しています。

IV. 意思決定支援（SDM とプロセス）

本章では、意思決定の基本原則である SDM と、その具体的な進め方について説明します。

Q15.意思決定は誰が行いますか？

A15. 治療やケア、療養場所などの選択に関する意思決定は、医学的に適切な判断を土台に、患者の意思の尊重を基本として、患者・家族等と医療・ケアチームがよく話し合い、共同で意思決定のプロセスをたどり合意を形成することによって行います。これを共同意思決定（shared decision making, SDM）といいます。

SDM においては、医療・ケアチームは医療情報（標準的治療法、代替法および各方法のメリット・デメリットを包括的に含む）と介護サービスなどの患者・家族を支援するための情報等を提供します。医学的判断にはグレーゾーンがあることも少なくありませんが、その場合は、何ほどの程度グレーなのかについても情報を共有します。異なる選択肢を選んだ場合に予想される結果についても、患者・家族等に説明し理解を得ることが大切です。患者・家族等は、患者の価値観・人生観・死生観に基づく患者の意思や選好に関する情報を提供します。そうして双方が情報共有と対話を繰り返し、患者の生活と人生の物語りの視点からみて最善の選択に共同で至ることを目指します。

SDM のコミュニケーションのプロセスにおいて、医療・ケアチームは患者・家族等の話を聴きつつ医療・ケアの専門家としての想像力と創造力を活かすと、当初の選択肢を一部修正するなどの工夫に至ることもあります。これは医療・ケアの専門家が知識と経験をもとに洞察を活かす場面といえます。また、コミュニケーションのプロセスにおいて話を聴き合うことは相互に影響し、双方とも当初とは異なる判断に至ることもあります。これは相互作用がもたらす上位の判断といえます。

こうしたコミュニケーションのプロセスを経ると相互の信頼関係が次第に増すため、合意も形成されやすくなります。これも SDM の特徴といえます。このように本ガイドラインでは、合意に至った結論だけでなく、その結論に至るまでの対話と検討のプロセスの充実を重視しています。コミュニケーションの記録をとることも重要であり、医療・ケアチームは職務の一環として記録してください。

Q16.本ガイドラインでいう「意思決定能力」とは何ですか？ また、どのように評価し、どのように配慮すべきですか？

A16. 意思決定能力とは、患者が自身の医療に関する選択について理解し、判断し、その意思を表明できる能力を指します。一般的には、情報の理解、状況の認識、論理的思考、意思の表明といった要素から評価されます。救急・集中治療の現場では、鎮静薬の影響や挿管などにより意思

決定能力が一時的に低下しているように見える場合があります、その評価には慎重さが求められます。そのため、単に能力の有無を判断するのではなく、説明方法の工夫や環境調整を通じて、患者の意思決定能力を可能な限り引き出す支援が重要です。また、意思決定能力が十分でない場合でも、患者が価値観や選好を有していることは多く、それらはこれまでの言動や家族等からの情報を通じて把握し得ます。本ガイドラインでは、患者を可能な限り意思決定のプロセスに参加してもらい、その意思や価値観を尊重する姿勢を重視しています。

Q17.患者の意思が確認できない場合はどうすればよいのでしょうか？

A17. 意思が直接確認できない場合には、ACP（事前の対話のプロセスで示された意思）、これまでの発言や生活歴、家族等からの情報などをもとに推定意思を検討します。この過程では、不確実性があることを前提とし、多職種による検討と記録の共有を行いながら、判断の妥当性を高めていくことが重要です。本ガイドラインでは、推定意思も含めて患者中心に意思決定を行うこと、そしてその過程を記録し、必要に応じて再評価することを重視しています。

Q18.患者と家族等の意見が対立した場合はどうすればよいのでしょうか？

A18. このような場合には、患者の価値観を中心に据えながら、対話を継続していくことが重要です。家族等の意向には、感情的負担や情報の理解の差に加え、経済的負担などが影響していることもあります。これらは、患者にとっての最善とは異なる形で意思決定に影響する可能性があり、「家族等の利益相反」として理解されることがあります。例えば、経済的負担の軽減を理由に治療の差し控えを望む場合や、逆に社会的・経済的事情から治療継続を強く希望する場合などが考えられます。医療・ケアチームはこうした可能性を認識したうえで、家族等の意向を尊重しつつも、患者の価値観を中心に据えた意思決定が行われるよう調整することが求められます。そのため、医療・ケアチームは、情報の共有を丁寧に行いながら、患者にとって何が望ましいかを検討します。必要に応じて臨床倫理委員会など第三者の助言を活用することも含め、本ガイドラインでは対立を解消するための対話的プロセスを重視しています。

Q19.患者・家族等が最終的な判断を医療・ケア従事者に「お任せします」と委ねる場合、どのように対応すべきですか？

A19. 医療に関する専門的知識の差により、患者・家族等が意思決定を医療・ケア従事者に委ねる状況は少なくありません。そのため、医療・ケアチームには、情報格差を可能な限り縮小する努力が求められます。具体的には、専門用語を避けた説明、選択肢とその利点・不利益のバランスのとれた提示、繰り返しの対話による理解の確認などが重要です。また、「お任せします」という意思表示もひとつの選択であり、その場合でも患者の価値観を丁寧に確認したうえ

で判断する必要があります。本ガイドラインでは、情報共有と対話の質を高めることを意思決定支援の基盤と位置づけています。

Q20.意思決定は一度決めたら変えられませんか？

A20. いいえ。意思決定は固定されたものではなく、患者の状態や予後の見通し、家族等の理解の変化に応じて見直されるものです。特に救急・集中治療の現場では、時間の経過とともに情報が更新されるため、初期の判断が最終決定になるとは限りません。本ガイドラインでは、再面談や再評価を前提とし、継続的な対話の中で意思決定を柔軟に見直していくことを重視しています。

Q21.患者・家族等の意思が揺れる場合はどのように対応すべきですか？

A21. 意思の揺れは自然なものであり、問題ではありません。時間の経過とともに認識や感情が変化することは、むしろ一般的に起こり得ることです。そのため、意思決定は一度で完結するものではなく、繰り返しの対話を通じて支援されるべきものです。本ガイドラインでは、患者・家族等の心理的变化を前提とし、SDM を継続的に行うことの重要性を示しています。

Q22.多職種での話し合いでも、組織の価値観の偏りによって提示される選択肢が偏る可能性はないのでしょうか？

A22. ご指摘のとおり、個々の医療・ケア従事者だけでなく、組織としての文化や価値観が意思決定に影響する可能性があります。そのため、意思決定の公正性を担保する観点から、選択肢が適切に提示されているか、セカンドオピニオンや臨床倫理コンサルテーションの機会が確保されているか、意思決定の過程が記録され再評価可能であるかといった点を確認することが重要です。本ガイドラインでは、倫理コンサルテーションの活用や記録の充実などを通じて、意思決定プロセスの透明性と検証可能性を高めることにより、公正性を担保する枠組みを提示しています。

Q23.生命維持治療の終了／差し控えの検討は誰が提起するのでしょうか？医療・ケア従事者による誘導のリスクはありませんか？

A23. 生命維持治療の終了／差し控えの検討は、医療・ケアチーム、患者・家族等のいずれからも提起され得るものであり、特定の主体が一方的に開始・決定するものではありません。医療・ケア従事者が提案する場合であっても、複数の選択肢を提示し、それぞれの意味や見通しを丁寧に説明したうえで、患者・家族等の価値観や思いを十分に聴取することが重要です。本ガイドラインでは、医療・ケア従事者が結論を誘導するのではなく、SDM に基づく対話的プロセスを通じて共同で意思決定を行うことを基本としています。

Q24.実際の臨床現場では時間的制約や患者の心理状態、職種間の関係性などから患者本人の価値観を十分に引き出せないことがあります。どのように対応すべきでしょうか？

A24. 実臨床では、時間的制約や患者の状態などにより、価値観を十分に引き出すことが難しい場合があります。そのため、多職種による情報共有や、家族等からの情報収集、繰り返しの対話の機会の確保などを通じて、可能な限り患者の価値観に近づく努力を行うことが重要です。本ガイドラインでは、理想と現実のギャップを前提としつつも、チームとして患者の価値観を支える実践的な枠組みを示しています。

Q25.生命維持治療の終了／差し控えに関する意思決定において、地域の医療資源（かかりつけ医、訪問看護、介護サービスなど）はどのような役割を果たすのでしょうか？

A25. 地域の医療資源は、患者・家族等の意思決定に大きな影響を与える重要な要素です。救急・集中治療の現場では急性期の判断に焦点があたりがちですが、その後の生活を支えるかかりつけ医、訪問看護、介護サービスなどの状況を踏まえることで、より現実的で納得性の高い選択肢を提示することが可能になります。本ガイドラインは主に急性期のプロセスを示すものですが、ここでいう「多職種からなる医療・ケアチームによる臨床倫理的検討」には、院内の医療・ケア従事者に加えて、かかりつけ医、訪問看護師、介護職など地域で患者を支えている関係者の関与も含まれ得るものです。これらの関係者と連携し、退院後の生活や在宅療養の可能性を見据えた意思決定を行うことが重要です。このように、本ガイドラインは、急性期医療にとどまらず、地域医療との連携や退院後の生活を含めた視点で意思決定を支えることの重要性を示しています。

Q26.家族等が患者の推定意思を判断することが困難となったり亡くなったりした場合には、どのように対応すべきでしょうか？

A26. 老老介護などの状況では、家族等の健康状態や意思決定能力が変化する可能性があり、重要な課題です。本ガイドラインでは、意思決定は特定の一人に固定されるものではなく、患者の価値観や意思を中心に、医療・ケアチームと関係者が継続的に関与するプロセス（SDM）として位置づけています。そのため、可能な限り早期から、複数の関係者で情報を共有すること、将来的な意思決定体制についても話し合っておくことが重要です。

また、キーパーソンが判断困難となった場合には、これまでに得られている患者の意思や価値観、他の家族・関係者からの情報をもとに、多職種による臨床倫理的検討を通じて方針を検討することが求められます。このように、本ガイドラインは、特定の一人に過度に依存しない

形で、状況の変化にも対応できる柔軟で継続的な意思決定プロセスの構築の重要性を示しています。

Q27.厚生労働省の「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン及び事例集」の事例は公的支援にアクセスできているケースを前提としており、公的機関とつながりのない孤立した患者の場合、どのように本人の意思を確認すべきかが不十分ではないですか？ 特に今後、独居世帯の増加を考えると重要な課題ではないでしょうか？

A27. ご指摘のとおり、公的支援にアクセスできていない孤立した患者における意思確認は、今後ますます重要となる課題であると認識しています。本ガイドラインは、特定の状況に対する画一的な解決策を提示するものではありませんが、患者の意思が確認困難な場合においては、可能な限り患者の価値観やこれまでの意向を推定するために、多職種からなる医療・ケアチームで慎重に検討することを基本としています。

具体的には、診療記録や既往歴、これまでの生活歴、関係者（知人、近隣住民、関係機関等）から得られる情報など、利用可能なあらゆる情報を総合的に収集・評価し、患者の意思や最善の利益について検討します。また、必要に応じて医療ソーシャルワーカー等と連携し、行政や地域資源へのアクセスを試みることも重要です。このように、公的支援とのつながりが乏しい場合であっても、単独の判断ではなく、多職種での臨床倫理的検討を通じて、患者にとって最も妥当と考えられる意思決定を行うことが求められます。

なお、独居世帯の増加など、社会構造の変化を踏まえた制度的対応や支援体制の整備については、本ガイドラインの枠を超える課題であり、今後さらに広い議論が進められることが望まれると考えています。

V. 患者・家族支援とコミュニケーション

本章では、患者・家族等への支援と、意思決定におけるコミュニケーションのあり方について説明します。

Q28.多職種チームで患者情報を共有することは重要ですが、患者や家族のプライバシーや「共有したくない価値観」への配慮はどのように考えるべきでしょうか？

A28. 多職種による情報共有は、質の高い意思決定支援に不可欠ですが、患者のプライバシーや個人的な価値観への配慮も同様に重要です。そのため、情報共有は必要な範囲に限定し、患者・家族等が共有を望む範囲を尊重するとともに、価値観や背景に関する情報の取り扱いには慎重である必要があります。本ガイドラインでは、多職種連携とプライバシー保護は対立するものではなく、患者の尊厳を守りながら適切な情報共有を行うことが重要であると位置づけています。

Q29.家族等は必ずしも合理的に判断できるとは限りません。家族等の葛藤や揺らぎにはどのように配慮すべきでしょうか？

A29. 家族等が強い葛藤や迷いを抱えることは自然であり、そのような状況に配慮することは極めて重要です。本ガイドラインは、家族等に強い決断力を求めるものではなく、意思決定の負担を一人で背負わせないことを重視しています。そのため、意思決定は家族のみに委ねられるのではなく、医療・ケアチームとともに SDM を通じて検討するプロセスとして位置づけられています。また、「緩和ケア別編」では、心理的負担やグリーフケアへの配慮についても言及しており、家族等の揺らぎや感情を前提とした支援の必要性が強調されています。

Q30.多職種による臨床倫理的検討において「心理的安全性が確保される必要がある」とありますが、医療・ケア従事者だけでなく、患者・家族等も強い心理的負担の中にあります。患者・家族等が安心して意見を述べられる環境づくりにについても明確にすべきではないですか？

A30. 心理的安全性は医療・ケア従事者だけでなく、患者・家族等を含めた対話の場全体において確保されるべきものです。そのためには、一方的な説明ではなく対話を重視し、家族等の感情や迷いを否定せず受け止める姿勢が重要です。また、十分な時間を確保し、繰り返し話し合いを行うことも必要です。本ガイドラインでは、すべての関係者が安心して意見を述べられる環境の中で意思決定が行われることを重要な前提としています。

Q31.生命維持治療の終了／差し控えの妥当性が、SDM の実施や診療録記載といった医療・ケア従事者側のプロセスに依存しており、患者・家族等の視点からの事後評価の仕組みが不十分ではないですか？

A31. 意思決定の過程を記録することに加え、その後の患者・家族等の受け止めや評価を振り返る視点は重要です。本ガイドラインでは SDM の実施と記録を重視していますが、死別後の家族等の経験や納得感を踏まえた評価については、今後の重要な課題と位置づけています。こうした視点はグリーフケアや医療の質改善にもつながるものであり、今後、実践可能な形での評価・フィードバックの仕組みの検討が期待されます。

Q32.救急・集中治療領域の医療・ケア従事者に対するコミュニケーションスキルトレーニングは本当に有用なのですか？

A32. はい、有用であることが多くの研究や国際的ガイドラインで示されています。救急・集中治療領域では、トレーニングを受けた医療・ケア従事者において、自己効力感の向上、家族満足度の向上、不安や抑うつ軽減、対話の質の向上などの効果が報告されています。特に重要なのは、患者の価値観や意思または推定意思を適切に引き出し、それを意思決定に反映させるためのコミュニケーション能力です。救急・集中治療の現場では、患者の意思確認が困難な場合も多く、限られた情報の中から価値観を丁寧にすくい上げる対話が求められます。そのためには、医療・ケア従事者が体系的なコミュニケーションスキルトレーニングを受け、SDM を適切に実践できる能力を身につけることが不可欠です。本ガイドラインにおいても、コミュニケーション能力は単なる説明技術ではなく、患者・家族等中心の意思決定を実現するための中核的な臨床能力として位置づけられています。

VI. 生命維持治療の考え方

本章では、生命維持治療の基本的な考え方と、個別の治療に関する整理を行います。

Q33.生命維持治療の差し控えと終了は同じですか？

A33. 倫理的には同等と考えられます。いずれも、患者の価値観や治療の目的、期待される効果と苦痛のバランスを踏まえて、「その治療を行うことが患者にとって最善かどうか」を判断する点で共通しています。このように考えられる理由は、医療行為の倫理的評価が「行為の開始か終了か」という時間的な順序ではなく、「その時点において患者にとって適切かどうか」という観点に基づいてなされるべきだからです。すなわち、ある治療が患者にとって利益よりも苦痛が大きい、あるいは本人の価値観に沿わないと判断される場合には、それが未開始であれば差し控え、すでに開始されていれば終了を検討することになりますが、その倫理的判断の構造自体は同じです。

一方で、臨床現場では「一度開始した治療を中止すること」に対して心理的な抵抗が生じやすいことも知られています。しかし、このような心理的差異はあっても、倫理的な位置づけが異なるわけではありません。本ガイドラインでは、差し控えと終了のいずれにおいても、多職種による臨床倫理的検討と SDM を通じて、患者にとって最善の選択を検討するプロセスが重要であるとしています。

Q34.一度始めた生命維持治療はやめられますか？

A34. 可能です。生命維持治療は一度開始すると終了できないものではなく、患者の状態や治療の効果、価値観を踏まえて見直すことが前提とされています。本ガイドラインでは、期限付きの特定の治療の試行（time-limited trial, TLT）の考え方を紹介しています。これは、一定期間治療を試みたうえで、その効果や患者に生じている苦痛の程度や内容を評価し、継続・変更・終了を再検討する方法です。この考え方により、「一度始めたらやめられない」という心理的・実務的な障壁を軽減し、患者の価値観に沿った、より柔軟で患者中心の意思決定が可能になります。

Q35.TLT は医学的有効性だけで評価されるべきではなく、患者・家族等にとっての時間的・関係的意義や生活・人生の質（quality of life, QOL）との整合性も含めて判断すべきではないですか？ また、TLT が単に延命の先延ばしや、意思決定の先送りとして用いられる危険性はないのでしょうか？

A35. 本ガイドラインにおいて TLT は、単なる医学的有効性の評価手段ではなく、患者の価値観や QOL との関係を含めて総合的に検討されるべきものです。一方で、ご指摘のように、TLT が不適切に運用されれば、延命の先延ばしや意思決定の先送りにつながる危険性があることにも十

分留意が必要です。TLT は、予後が不確実な状況において一定期間治療を試行し、その経過を踏まえて再評価を行う枠組みですが、その適用時点では予後は確率的にしか把握できず、患者本人の意思も必ずしも明確ではない場合が少なくありません。そのため、TLT の導入にあたっては、医学的有効性だけでなく、その治療が患者にとってどのような意味を持つのか、患者の価値観や QOL と整合するのかを十分に検討することが重要です。

また、TLT は場合によって、患者や家族等が状況を受け止める時間、関係性を整理する時間、別れの準備を行う時間として一定の意義を持ち得ます。しかし、それはあくまで患者にとって意味のある時間である場合に限られるのであって、目的や評価軸が曖昧なまま継続される治療を正当化するものではありません。したがって、TLT が適切に機能するためには、あらかじめ、

- 何を目標として試行するのか
- どの時点で何をもって再評価するのか
- その結果が患者の価値観や治療目標とどう結びつくのか

をできる限り明確にしておく必要があります。

さらに重要なのは、TLT は自動的に延長されるべきものではなく、設定した期間ごとに必ず立ち止まって再評価を行うべきものであるという点です。再評価の結果、当初の目的が達成されていない場合や、患者の価値観と整合しないと判断される場合には、治療の見直しや終了／差し控えも含めて検討される必要があります。

もしこれらが曖昧なまま TLT が継続されれば、結果として「決めきれないから続ける」「説明困難だから先送りする」といった、延命の先延ばしや意思決定の先送りに陥る危険性があります。そのような運用は、本ガイドラインの趣旨に反します。なお、多職種による臨床倫理的検討や十分な話し合いは不可欠ですが、それ自体が結論の正当性を保証するものではありません。重要なのは、最終的な判断が患者の価値観や QOL とどのように整合しているのか、その根拠が説明可能であることです。

このように、本ガイドラインは、TLT を単なる延命の可否判断や判断回避の手段としてではなく、医学的側面と倫理的・関係的側面を統合しつつ、患者にとって意味のある治療かどうかを見極めるための限定的かつ慎重なプロセスとして位置づけています。

Q36.TLT は国際的にもエビデンスや合意が十分とは言えず、家族を治療終了へ誘導する構造を持つのではないですか？

A36. TLT に関するエビデンスや国際的合意の状況については、一定の限界や議論があることは事実ですが、一方で臨床現場において意思決定を支援する実践的枠組みとして、その有用性が報告されていることも広く知られています。特に救急・集中治療領域では、予後の不確実性が高い中で、治療を開始するか否か、また継続するか否かの二者択一に陥りやすい状況があります。そのような場面において、TLT は、一定期間治療を行いながら経過を評価し、拙速な判断を避ける

ための実務的手法として位置づけられています。本ガイドラインにおいても、TLT は特定の結論へ導くための手段ではなく、患者の価値観や意向、医学的経過を踏まえて、治療のゴールを再検討するためのプロセスの一部として示されています。

また、ご指摘のように、家族が心理的に脆弱な状況にある中で意思決定が行われることへの配慮は極めて重要です。そのため本ガイドラインでは、SDM に基づく対話の重視や、コミュニケーションスキルの向上、繰り返しの説明と検討を通じて、形式的な「合意」ととどまらない実質的な意思決定支援を行うことを求めています。このように、TLT は結論を誘導するための枠組みではなく、不確実性の高い状況において時間的猶予を確保し、より慎重で納得性の高い意思決定を支えるための手法として位置づけられています。

Q37.DNAR 指示が出た場合、あらゆる治療の終了や差し控えすることになりますか？

A37. Do not attempt resuscitation (DNAR) は「心停止時に心肺蘇生を行わない」という限定的な指示であり、それ以外の医療ケアの質や内容を制限するものではありません。したがって、DNAR 指示があることを理由に、あらゆる治療が終了・差し控えられることは適切ではありません。例えば、肺炎に対する抗菌薬治療、呼吸困難に対する酸素投与や非侵襲的換気療法、痛みや不安に対する鎮痛・鎮静、脱水に対する補液などは、DNAR の有無にかかわらず適切に行われるべき医療です。DNAR が適用されるのは、胸骨圧迫、除細動、気管挿管などの心停止時の蘇生処置に限られる点を明確に理解することが重要です。

Q38.生命維持治療の終了／差し控えを選択した場合、心停止時に心肺蘇生を行うことはあるのですか？

A38. 適切なプロセスを経て生命維持治療の終了／差し控えが選択された場合、心停止時に苦痛を伴うことが想定される心肺蘇生を行うことは推奨されません。

Q39.便宜的な DNAR 運用（入院時一律設定など）は問題ではないですか？

A39. 本ガイドラインは、便宜的・画一的な DNAR 運用を明確に否定します。DNAR は、患者の価値観と治療目標に基づいて慎重に検討されるべき意思決定であり、入院時のルーチン、業務効率、急変対応の簡略化といった理由で設定されるべきものではありません。また、“partial DNAR（心停止時に胸骨圧迫はするが気管挿管はしない等）”のような曖昧な運用は、適切な医療提供を妨げるリスクがあります。DNAR は適用範囲が明確であることが不可欠です。

Q40.生命維持治療の終了／差し控えが選択された場合に、心不全の苦痛緩和に使用していた強心薬の使用も終了すべきですか？

A40. 症状緩和のために使用されている薬物は、症状の強さやその必要性に応じて増減されるべきであり、必ずしも減量や終了する必要はないと考えています。

Q41.ペースメーカーは生命維持治療に含まれますか？

A41. ペースメーカーは患者の状態や依存度によっては事実上、生命維持的に機能することがあります。例えば、自己脈がほとんどなくペースメーカーに依存している場合には、生命維持的に機能していると評価されることがあります。したがって、患者の病状やペースメーカー依存の程度を踏まえて、治療終了の是非について個別に判断する必要があります。

Q42.このガイドラインで示す生命維持治療の終了／差し控えの対象には、機械的補助循環は含まれますか？

A42. 含まれます。機械的補助循環（mechanical circulatory support, MCS）の終了／差し控えに関しても、本ガイドラインが示すプロセス（医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討および、「厚労省プロセスガイドライン」に準拠した SDM）で意思決定を行い、適切な緩和ケアを提供することが大切です。ただし、わが国においては、これまで MCS の終了／差し控えに関して十分な議論がなされておらず、経験のある施設が非常に少ないのが現状です。MCS の終了／差し控えを検討する際は、MCS と緩和ケアの双方に関する高度で専門的な知識と慎重な判断が必要であると考えられます。

Q43.適切なプロセスを経て人工呼吸器の終了が決定した場合、自発呼吸がない患者でも抜管することはありますか？

A43. はい、自発呼吸がない患者であっても、人工呼吸器の終了に伴い抜管が行われることはあります。基本的な考え方や対応は、自発呼吸がある場合と同様ですが、すでに呼吸停止している場合には、抜管後に心停止に至るまでの時間が短くなることが一般的です。そのため、この点については事前に家族等に十分な説明を行い、理解を得ておくことが重要です。また、苦痛の緩和や症状管理については、「緩和ケア別編」の内容に基づき、適切に対応することが求められます。

Q44.人工栄養は生命維持治療ですか？

A44. 胃ろう造設を含む人工栄養は、生命維持治療のひとつと位置づけられます。ただし、本ガイドラインはその適応を一律に定めるものではなく、患者の価値観、病態、予後、利益と負担を踏まえて個別に判断することを原則としています。また、人工栄養を行わない場合でも、口

腔ケア、食事介助、苦痛緩和などのケアは継続されるべきであり、「何もしない」ことを意味するものではありません。

Q45.生命維持治療を終了することによって臓器提供を増やそうとしているのですか？

A45. 臓器提供を増やす意図はありません。生命維持治療を終了した後の選択肢として臓器提供があります。令和7年(2025年)に内閣府が行った移植医療に関する世論調査(<https://survey.gov-online.go.jp/healthcare/202509/r07/r07-ishoku/#sub7>)によると、「臓器提供してもよい」と回答した者は全体の約4割にも及び、その選択肢を家族に伝えることは、患者らしい最期のあり方を医療・ケアチームとともに考えるうえで大切であるため、臓器提供についても触れています。

VII. 臨床倫理的側面

本章では、生命維持治療の終了／差し控えに関わる臨床倫理的な論点を整理します。

Q46. 「患者にとって最善の治療・ケアのゴールを目指す」という記載は、善行の原則のみを過度に強調しているように見えますが、他の倫理原則との関係はどのように考えればよいのでしょうか？

A46. 本ガイドラインにおける「患者にとって最善」は、単に善行の原則のみを指すものではなく、自律尊重や無危害の原則を含めた、複数の倫理的視点を統合した概念として位置づけられています。すなわち、「患者にとって最善」とは、医療・ケア従事者が一方的に判断する利益ではなく、患者の価値観や人生観を尊重し、その患者にとって何が望ましいかを多角的に検討したうえで導かれるものです。この中には、患者の意思や選好を尊重すること（自律尊重）、不必要な苦痛を避けること（無危害）、医学的に意味のある利益を提供すること（善行）が含まれます。医療倫理の原則は相互に独立して存在するものではなく、時に緊張関係を持ちながら調整されるべきものです。本ガイドラインは、特定の原則を絶対化するのではなく、これらを統合的に検討し、患者中心の意思決定を行うことを重視しています。このように、「患者にとって最善の治療・ケアのゴールを目指す」という表現は、善行の原則の強調ではなく、複数の倫理原則を踏まえて患者にとって最も望ましい選択を導くという、統合的な倫理的立場を示したものです。

Q47. 集中治療室のベッド不足や病院経営などの影響により、生命維持治療の終了／差し控えが医療資源の配分や収益性の観点で判断される可能性はないのでしょうか？

A47. 本ガイドラインは、医療資源の配分や収益性といった観点に基づいて生命維持治療の終了／差し控えを判断することを目的としたものではありません。本ガイドラインで示す意思決定は、患者の価値観や意向の尊重と、医療・ケアチームによる医学的妥当性を含めた多角的な臨床倫理的検討に基づいて行われます。また、「無益性」といった概念を前提として、医療資源の効率性や経済的要因を直接的な判断根拠とする枠組みも採用していません。一方で、医療資源には限りがあるという現実的な課題が存在することも事実です。しかし、そのような社会的・制度的課題は、本ガイドラインが扱う個別症例の意思決定とは区別して検討されるべきものです。したがって、本ガイドラインは、集中治療室のベッド状況や病院経営といった外的要因によって個々の患者の治療方針が決定されることを正当化するものではなく、あくまで患者一人ひとりにとっての最善を中心に据えた意思決定を支えるための枠組みを示しています。

VIII. 法的側面

本章では、生命維持治療の終了／差し控えに関わる法的な論点を整理します。

Q48.生命維持治療の終了／差し控えのような重要な領域について、soft law としてのガイドラインに従うことで法的免責になるのですか？

A48. ご指摘のとおり、この領域は個々の医療行為にとどまらず、法的責任や社会制度、国民的価値観にも関わる重要な課題であり、本来は国としての制度的整理が求められる領域です。現時点では明確な法制度が十分に整備されていないため、学会のガイドラインが臨床現場における実務的な指針（いわゆる soft law）として重要な役割を担っています。本ガイドラインも、現場の医療・ケア従事者が適切なプロセスに基づいて意思決定を行うための支援を目的としています。

Q49.横浜地方裁判所判決の傍論で示された「治療義務の限界」という考え方は、現在でも妥当な基準ですか？

A49. 「治療義務の限界」は、これまで一定の指標として参照されてきた重要な考え方です。しかし、この概念は医療水準や社会状況に依存するものであり、医療技術の進歩や高齢化の進展に伴い、その適用はより複雑になっています。本ガイドラインでは、特定の基準に依拠するのではなく、患者の病態・予後・価値観を踏まえ、多職種による臨床倫理的検討と SDM に基づいて判断するプロセスを重視しています。

Q50.血縁関係のない「家族等」が関与することで法的トラブルは生じませんか？

A50. 本ガイドラインにおける「家族等」は、患者の価値観を理解し得る関係者を広く含む概念であり、血縁関係に限定されません。患者が意思を表明できない場面を想定し、事前に患者自身が信頼できる人を指名し、患者自身の希望も伝えておくことが重要であり、繰り返しになりますが、その指名する相手は家族に限定されません。家族以外の人であっても、そのような人も関与して臨床倫理的検討をすることに何ら問題はなく、患者の意思は何かを、そしてそれは患者の利益になるかを一緒に考えることが重要であり、本ガイドラインに則って行動することによって法的トラブルを招くことは考え難いことです。

Q51.患者の意思確認が困難な場合の医療行為について、緊急事務管理の適用可能性が指摘されていますが、その適用範囲や限界、また適用条件（判断能力の欠如や緊急性など）をガイドライン内で明確にすべきではないですか？

A51. 緊急事務管理の適用可能性については議論がありますが、その範囲や条件は現時点でも学説上確定しているとは言えません。本ガイドラインは法的解釈を確定するものではなく、臨床現

場における意思決定プロセスを示すことを目的としています。したがって、判断能力の有無や緊急性といった要素は、多職種による臨床倫理的検討の中で個別に評価されるべきものであり、法的適用の詳細は専門家の助言を踏まえて判断される必要があります。

Q52.生命維持治療の終了／差し控えは、同意殺人や自殺幫助にあたららないのですか？

A52. 本ガイドラインで扱う医療行為は、医学的妥当性、患者の価値観、多職種による検討、SDMといった適切なプロセスを経て治療のあり方を見直すものであり、本ガイドラインに基づいて適切に行われた生命維持治療の終了／差し控えが同意殺人罪や自殺幫助罪に該当することはないと考えられます。

Q53.生命維持治療の終了が実践されにくい背景には、終了すれば死期を早めることが明白である場合が多く、家族間の総意が得られずトラブルになりやすいこと、また病院内であっても人為的に介入した死として警察の介入が必要とされるのではないかという法的懸念があることが影響しているのではないのでしょうか？

A53. 現場ではそのような懸念が意思決定の障壁となることがあります。しかし、適切なプロセスに基づく生命維持治療の終了／差し控えは、通常は警察介入の対象とはならないと考えられます。本ガイドラインは、SDM、多職種検討、適切な記録といったプロセスを明確にすることで、医療・ケア従事者と患者・家族等が安心して意思決定を行えるよう支援することを目的としています。

Q54.生命維持治療の終了／差し控えは、患者の希望があれば認められるのでしょうか？ 精神保健福祉法における自傷の恐れとの関係や、医療制度全体との整合性はどのように考えられますか？

A54. ご指摘のとおり、生命を左右する意思決定は、患者の自己決定のみに依拠して行われるべきものではありません。本ガイドラインにおいても、意思決定は患者の意向を尊重することを前提としつつも、それだけで結論が導かれるのではなく、多職種からなる医療・ケアチームによる医学的妥当性の検討を含めた臨床倫理的検討と SDM を通じて行うことを明記しています。すなわち、「目の前の患者が望んでいるから」という理由のみで生命維持治療の終了／差し控えが決定されることはなく、医学的適応や治療の効果、患者の価値観との整合性などを総合的に検討したうえで判断されるべきものです。このように、本ガイドラインは、患者の自己決定を重要な要

素としつつも、そのみに依拠しない意思決定の枠組みを示しており、医療制度全体との整合性にも配慮した考え方となっています。

Q55.本ガイドラインは「最善の利益（best interest）」に基づく代理決定を前提としており、障害者権利条約第 12 条第 4 項の趣旨に反するのではないですか？

A55. 本ガイドラインは、「最善の利益」の名のもとに第三者が一方的に判断することを前提としたものではなく、一貫して患者本人の意向や価値観を尊重することを基本としています。

障害者権利条約第 12 条第 4 項において問題とされているのは、本人の意思や選好を十分に考慮せず、第三者が「最善の利益」を名目として代替的に意思決定を行うことです。そのため、現代の臨床倫理においては、「最善の利益」をどのように理解し、どのように運用するかが重要な論点となっています。本ガイドラインでは、意思決定が困難な場合であっても、患者本人のこれまでの発言や価値観、生活背景などを踏まえた推定意思を重視し、それを中心に多職種で臨床倫理的検討を行うことを基本としています。

そのため、ここでの「最善」とは、第三者が客観的に決める抽象的な利益ではなく、患者本人にとっての価値観に即した最善（best interest interpreted through the patient's values）として理解されるべきものです。このように、本ガイドラインは、代替的意思決定に偏るものではなく、患者の意思や選好を可能な限り反映する意思決定支援の枠組みを提示しており、障害者権利条約の趣旨と整合する形で構成されています。

Q56.本ガイドラインは旧優生保護法問題の反省や再発防止の観点が不十分であり、障がい者の生を否定する方向につながるのではないですか？

A56. 旧優生保護法の問題が、障がいのある人々に対する重大な人権侵害であったこと、そして偏見や差別の再発防止が極めて重要であることについては、私たちも強く認識しています。一方で、本ガイドラインが扱っているのは、特定の人々の生の価値を一般的に評価することではなく、個々の患者の価値観や意向を尊重しながら、具体的な臨床状況においてどのように意思決定を行うかというプロセスです。

本ガイドラインでは、障がいの有無や状態に基づいて一律に治療の終了／差し控えを判断することは認めておらず、むしろ、そのような画一的な価値判断を避け、患者の意思や価値観を中心に据えることを強調しています。そのため、「障がいをもって生きること」自体を否定的に評価することや、特定の集団に対して生の価値を低く見積もることを前提とするものではなく、歴史的に問題となってきた優生的な発想とは性質を異にするものです。

ご指摘の背景にある差別や偏見への懸念は重要な視点ですが、本ガイドラインの目的は、そうした価値の一般化ではなく、個々の患者にとっての最善を多職種で慎重に検討する臨床倫理の枠組みを示すことにあります。このように、本ガイドラインは、特定の価値観を前提に生の優劣を

Q&A 集

判断するものではなく、個々の患者の意思と尊厳を尊重することを基盤とした意思決定支援を目的とするものです。

IX. 緩和ケア

本章では、緩和ケアの位置づけと実践について説明します。

Q57.緩和ケアはいつ開始しますか？

A57. 緩和ケアは、生命維持治療の終了後に開始されるものではなく、救急搬送や集中治療室入室といった早期の段階から、治療と並行して提供されるべきものです。救命を目的とした治療と、苦痛を軽減するためのケアは対立するものではなく、患者にとって最善の医療を実現するための両輪です。侵襲的治療の過程においても、疼痛、呼吸困難、不安などの症状に適切に対応することは、患者の苦痛を軽減するだけでなく、治療そのものの質の向上にもつながります。また、患者の苦痛は身体的なものにとどまらず、心理的・社会的側面を含むため、多職種による包括的なアプローチが重要です。このように、本ガイドラインにおける緩和ケアは、特定の時期に限定されるものではなく、すべての重症患者に対して早期から継続的に提供されるべき基本的な医療として位置づけられています。

Q58.救急・集中治療の現場では救命治療が最優先であり、緩和ケアを早期に導入するという考え方は適切ではないのではないのでしょうか？

A58. 救急・集中治療において救命治療が重要な役割を担うことはそのとおりです。一方で、本ガイドラインにおける緩和ケアは、救命治療と対立するものではなく、むしろそれを支えるものとして位置づけられています。侵襲的治療に伴う疼痛や不安、呼吸困難などに対して適切に対応することは、患者の耐え得る状態を保ち、結果として治療の有効性や安全性にも寄与します。また、患者や家族の心理的な不安や意思決定の負担に対する支援も、広義の緩和ケアに含まれます。このように、「救命」と「緩和ケア」は二者択一ではなく、患者の生命を守ることと苦痛を軽減することを同時に実現するための補完的な関係にあると理解することが重要です。

Q59.生命維持治療の終了の際に鎮静薬や鎮痛薬を使用することが結果的に呼吸抑制などを来した場合、それは安楽死にあたるのですか？

A59. 生命維持治療の終了は患者の「死亡」を目的としたものではなく、治療・ケアのゴールを達成するための「一手段」です。もしも、死亡を目的に鎮痛薬や鎮静薬を過量投与することがあれば、意図的に死を早める行為（安楽死）となり、違法と考えられます。そのため、生命維持治療の終了／差し控えに際して使用する鎮静・鎮痛薬に関しては、症状を緩和するために必要十分な量に調整することが必要です。症状緩和に必要な薬物投与等に関しては、必要に応じて専門的な知識を持った医師等へのコンサルテーションをご考慮ください。また、本ガイドラインに付されている「緩和ケア別編」も参考になります。

X. 組織・運用

本章では、院内体制や意思決定を支える組織的な運用について説明します。

Q60.生命維持治療の終了／差し控えの判断に関して施設の臨床倫理委員会はどのような役割なのでしょうか？

A60. 生命維持治療の終了／差し控えの検討においては、患者にとって最善の治療・ケアのゴールを、患者の価値観に沿って慎重に判断していく必要があります。その過程では、個々の医療・ケア従事者の経験や価値観に偏った独断的な判断を避けることが重要です。臨床倫理委員会は、このような意思決定を支援するために、多職種・多分野の視点から臨床倫理的な検討に関する助言を行う役割を担います。臨床倫理委員会のメンバーは、臨床倫理に関する知識やトレーニングを有していることが望まれます。一方で、臨床倫理委員会あくまで助言機関であり、最終的な意思決定は、医療・ケアチームと患者・家族等による SDM を通じて行われることが原則です。このように、臨床倫理委員会は意思決定を代替するものではなく、その質と妥当性を高めるための支援的役割を担うものとして位置づけられます。

Q61.生命維持治療の終了／差し控えの判断に関して施設や組織の医療安全委員会はどのように関わるのでしょうか？

A61. 施設によっては、生命維持治療の終了／差し控えに関して医療安全委員会が関与する場合がありますが、臨床倫理委員会と医療安全委員会は本来、役割の異なる組織であり、独立して運用されることが望まれます。一般に、個別症例の意思決定支援や倫理的検討は臨床倫理委員会の役割であり、医療安全委員会は事故防止や再発防止といった観点を扱う組織と位置づけられます。一方で現場では、「医療安全上の懸念」として提示される内容の中に、法的リスクや組織防衛の観点（顧問弁護士の助言等）が含まれている場合もあり、臨床倫理的判断との間に緊張関係が生じることがあります。そのため重要なのは、「医療安全上の懸念」が患者安全に関するものか、法的・組織的リスクかを区別すること、法的リスクである場合には、適切なプロセス（説明、SDM、記録、委員会検討）を踏んでいることを明確にすることです。

生命維持治療の終了／差し控えは医療事故ではなく、適切なプロセスに基づく医療判断です。したがって、院内手順を整備し、医療安全部門とも連携しながら、倫理的妥当性と手続きの透明性を担保することが重要です。また、患者にとっての「不利益」は一様ではなく、価値観や治療の目標によって異なります。このように、医療安全と臨床倫理的妥当性は対立するものではなく、統合的に考えるべき概念です。

Q62.多職種による臨床倫理的検討やSDMが、実際には医師の方針を追認するだけの形式的な場になってしまうのではないですか？特に、ソーシャルワーカー等の他の職種が関与せず、医学的判断のみで方針が決定されることに対して懸念があります。

A62. ご指摘のとおり、形式的な運用に陥ることは本ガイドラインの趣旨に反します。本ガイドラインでは、多職種による検討において、各職種が対等に意見を述べられる環境（心理的安全性）が確保されることを前提としています。これは、単に医師の方針を追認する場ではなく、異なる専門性を持つ職種が患者にとっての最善を多角的に検討するための場です。そのため、必要に応じてソーシャルワーカーや臨床倫理コンサルテーションチームなど、患者の生活背景や価値観を評価できる職種の関与を確保することが望まれます。また、検討過程の透明性を担保するため、意思決定に至るプロセスを診療録に適切に記録することも重要です。

Q63.生命維持治療の終了／差し控えの判断が施設内で固定化・形骸化することを防ぐために、どのような評価や検証の仕組みが必要でしょうか？

A63. 意思決定の枠組みが整備される一方で、その運用が固定化・画一化するリスクには注意が必要です。本ガイドラインでは個別性を重視していますが、その質を継続的に担保するためには、組織的な振り返りの仕組みが有用です。具体的には、症例の振り返り（ケースレビュー）、臨床倫理委員会によるプロセス評価、チェックリストや評価指標の活用などが考えられます。さらに、今後は学会や第三者機関による集計や検討など、より広い視点での評価体制の整備も課題となります。

Q64.本ガイドラインは抽象的で、生命維持治療の終了／差し控えの経験が少ない施設では実際の運用が難しいのではないですか。判断の参考となる基準や事例、モデルケースなどを提示すべきではないですか？

A64. ご指摘のとおり、本ガイドラインを実際の臨床に落とし込むためには、教育や支援体制が不可欠です。生命維持治療の終了／差し控えは、医療・ケアチームにとっても大きな倫理的負担を伴うため、臨床倫理教育、コミュニケーションスキルトレーニング、緩和ケア教育などの基盤整備が重要です。また、具体的な臨床事例や意思決定プロセスを示した事例集の整備も、実装を支える有効な手段と考えられます。このように、本ガイドラインは単なる指針の提示にとどまらず、教育・研修や補助的資料の整備とあわせて普及させていくことにより、様々な施設において実装可能な形で活用されることを目指しています。

Q65.臨床倫理支援に対する診療報酬上の評価は必要ではないですか？

A65. 臨床倫理支援の体制整備や人材育成を持続的に進めるためには、制度的な支援が重要であるという点は大切な視点です。本ガイドラインにおいても、臨床倫理的検討の重要性とその基盤整備の必要性を強調しており、診療報酬などによる評価の仕組みは、今後の重要な検討課題と考えられます。

Q66.ACP を日常診療で実践し、患者の意思決定を支援することについて、診療報酬として評価される仕組みが必要ではないでしょうか？

A66. ACP は患者中心の医療を実現するうえで極めて重要な取り組みですが、実践には時間と専門性を要します。

近年、診療報酬上も、意思決定支援に関する取り組みは一定程度評価されつつあり、例えば入院時における意思決定支援体制の整備や、重症患者に対する支援に関する加算などが設けられています。これらは、患者の意向の表明や理解を支援する体制を診療の中に位置づけるものとして重要な意義を有します。

しかしながら、ACP そのものを継続的・体系的に実践していくための評価としては、十分とは言えない側面もあります。ACP は単回の説明や同意取得ではなく、患者の価値観を共有し、状況の変化に応じて繰り返し行われるプロセスであるため、それを支えるための時間的・人的資源の確保が不可欠です。

今後は、既存の制度を基盤としつつ、ACP を日常診療の中でより実践しやすくするための環境整備や評価のあり方について、引き続き検討していくことが重要です。また、ACP の普及は、より多くの人が自らの意思を表明し共有できる社会の実現にもつながると考えられます。

XI. 小児領域における生命維持治療の終了／差し控え

本章では、小児*領域における生命維持治療の終了／差し控えについて整理します。

Q67.このガイドラインの対象患者に小児患者は含まれますか？

A67. 本ガイドラインは、救急搬送された患者や集中治療室へ緊急入室した患者など、急性期病院で治療に関する意思決定を行うすべての患者を対象としており、年齢制限を設けていません。したがって、小児患者についても、本ガイドラインの適用範囲から除外されるものではありません。ただし、小児の場合の生命維持に関わる治療・ケアの意思決定に際しては、日本小児科学会から出された「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン(2024年改訂版)」(https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20250929_hanashiaiGL.pdf) に則って判断・対応することが望まれます。

* 18歳未満の小児、ならびに周産期・小児期に発症した疾患や障がい等により患者本人による意思決定が困難な場合には年齢にかかわらず。

Q68.本ガイドラインをもとに小児患者に対応する場合に注意することはありますか？

A68. 本ガイドラインは意思決定のプロセスに関して「厚労省プロセスガイドライン」に準拠しています。小児患者の意思決定においては、患者本人の患者の意思が確認できないこと、あるいは推定意思すらわからないことも多く、保護者との話し合いの中で代理意思決定が必要になる場合があります。その際は、前出の「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン(2024年改訂版)」(https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20250929_hanashiaiGL.pdf) の意思決定プロセスに則ることが重要です。当該ガイドラインには、「治療を継続することが子どもの最善の利益に適わないと考えられる場合には、生命維持治療の差し控えや中止を検討することができる」ことが記載されており、その際には「子どもの生命に不可逆的な結果をもたらす可能性が高いため、特に慎重に検討し、話し合う」必要があること、また子ども・保護者との話し合いの進め方においては、「まずは可能な限り医学的事実を評価し、それに則った方針を検討するステップを基盤とする。医療・ケア従事者は医学的事実について子ども・保護者に説明し、そのうえでそれぞれの価値観や思いを共有する」ことが重要であることが記載されています。これらは本ガイドラインで重視している点とも重なりますが、小児患者に対応する場合は、特に注意が必要です。

**Q69.小児患者に対して本ガイドライン「緩和ケア別編」を参照する際の留意点は
何ですか？**

A69. 本ガイドライン「緩和ケア別編」は、急性期医療において生命維持治療の終了／差し控えが検討される場面における緩和ケアの実践指針を示すものであり、小児患者にもあてはまります。しかし、その記述の多くは成人を対象としており、小児患者に適用する際には、注意が必要です。

具体的には、使用薬剤については年齢・体重・発達段階や病態に応じた用量調整が必要です。苦痛評価においても、小児用評価ツールを選択することが求められます。家族ケアの対象は保護者にとどまらず、きょうだい・祖父母を含む家族全体に対する包括的なケアが必要です。また子どもの死に関わる医療・ケア従事者は、モラルディストレス、共感疲労、バーンアウト等の心理的負担を経験する可能性があり、組織的な支援体制が重要とされています。これらの詳細についても、「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン（2024 年改訂版）」(https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20250929_hanashiaiGL.pdf) に詳述されており、そちらを参照することが推奨されます。

XII. 多様な価値観と尊厳の尊重（障がいや医療的ケアを受けながら生活する人々を含めて）

本章では、医療的ケアを受けながら生活する人々を含め、多様な価値観を尊重する本ガイドラインの立場を整理します。

本ガイドラインは、「どのような状態であれば治療を終了すべきか」を定めるものではなく、患者一人ひとりの価値観に基づいて治療・ケアのゴールを検討するためのプロセスを示すものです。したがって、障がいの有無や医療機器の使用状況のみをもって、治療の適否や QOL を判断することは想定していません。

Q70.障がいのある人や、人工呼吸器などを使用して生活している人も対象になるのですか？

A70. 本ガイドラインは、特定の状態にある人を一律に対象とするものではありません。障がいの有無や医療的ケアの必要性のみを理由に、生命維持治療の終了／差し控えが検討されることはありません。生命維持治療に関する判断は、あくまで患者自身の価値観、意思、これまでの生活のあり方、そして現在の医学的状況を踏まえて個別に検討されます。長期間にわたり医療的ケアを受けながら生活している人々の実態は多様であり、その生活の意味や質は、外見や医療機器の使用状況から一律に評価できるものではありません。

Q71.社会的な負担や医療資源などを理由に、治療が終了されることはありませんか？

A71. 本ガイドラインは、医療資源や社会的負担を理由として生命維持治療の終了／差し控えを正当化するものではありません。意思決定の中心に据えられるのは、患者の価値観と医学的妥当性です。医療資源の問題が現実存在することは否定できませんが、それが個々の患者の治療方針を一方的に規定することは許容されません。医療・ケア従事者には、こうした外的要因に影響されることなく、患者中心の意思決定を支援する責務があります。

Q72.医療・ケア従事者の判断で一方的に治療が終了されることはありませんか？

A72. そのようなことが起こらないようにするために、本ガイドラインでは SDM を中核的な原則としています。医療・ケア従事者が一方的に判断するのではなく、患者、または意思表示が困難な場合には家族等と十分な情報共有を行い、複数回の対話を通じて意思決定を進めます。また、その過程は記録され、多職種や臨床倫理委員会の関与により検証可能な形で担保されることが想定されています。

Q73.生命維持治療の終了は、「いのちの切り捨て」につながるのではありませんか？

A73. 生命維持治療の終了／差し控えは、「いのちを終わらせること」を目的としたものではありません。あくまで、患者本人の価値観や意思、そして治療の意味を丁寧に検討した結果として、その人にとって望ましい医療のあり方を見直すプロセスです。重要なのは、どのような選択がなされた場合でも、患者の尊厳が守られ、苦痛が軽減される医療・ケアが継続されることです。

Q74.医療・ケア従事者は、障がいや QOL についてどのように考えるべきですか？

A74. 障がいの程度や医療機器の使用状況のみから、その人の QOL や価値を推定することは適切ではありません。医療・ケアチームは、患者がどのような生活を送り、何を大切にしてきたのかを理解しようと努める必要があります。外見や機能の評価ではなく、その人自身の視点に立った価値の理解が、意思決定支援の前提となります。

Q75.このガイドラインは、障がいのある人の生き方を否定するものではありませんか？

A75. 本ガイドラインは、特定の生き方や価値観を前提とするものではなく、むしろ多様な生き方を尊重することを目的としています。医療的ケアを受けながら生活することを選択する人の意思も、治療による苦痛を踏まえて別の選択をする人の意思も、いずれも尊重されるべきものです。本ガイドラインは、そのいずれの選択も排除することなく、患者自身の価値観に基づいた意思決定を支援するための枠組みを提供するものです。

Q76.本ガイドラインは、いわゆる「滑り坂理論（slippery slope）」のように、生命維持治療が拡大解釈されて終了され、障がいのある方の権利が侵害されることにつながるのではないですか？

A76. 本ガイドラインは、そのような運用を認めるものではありません。むしろ、患者一人ひとりの価値観と意思を最も重視し、それに基づく意思決定を明確なプロセスのもとで行うことを求めています。生命維持治療の終了／差し控えは、医療・ケア従事者の判断のみで決定されるのではなく、臨床倫理的検討と SDM という2つのプロセスを経て慎重に検討されます。この過程では、年齢、障がいの有無、社会的背景などによって患者の価値が左右されることは明確に否定され、あくまで本人の価値観に基づいて検討されることが求められます。

したがって、本ガイドラインは権利侵害のリスクを抑制するだけでなく、障がいのある方を含め、すべての患者が自らの価値観に基づいて医療に関する意思決定に関与できることを保障する枠組みを提供するものであり、その権利の尊重と実質的な実現を支えるものです。

このように、明確な手続きを共有し、対話に基づく意思決定を制度化すること自体が、不適切な判断を防ぐと同時に、多様な価値観をもつ人々の尊厳と権利を積極的に守ることにつながります。

Q77.本ガイドラインは「人生の最終段階（終末期）」の定義を広げ、死が直近に迫っていない患者に対しても生命維持治療の終了を認める内容ではないですか？特に意思疎通が困難な患者において、家族や医療・ケア従事者による「推定意思」によって早期に生命維持治療が終了されることは、生存権の侵害につながるのではないですか？

A77. 本ガイドラインは、生命維持治療の終了を拡大することを目的としたものではなく、どのような臨床状況においても、患者の意思と価値観を尊重した慎重な意思決定プロセスを確保することを目的としています。本ガイドラインでは、「終末期」という概念に依拠して対象を限定するのではなく、急性期医療の現場で意思決定が求められる多様な状況に対応するための枠組みを示しています。これは生命維持治療の終了の対象を広げるためではなく、いかなる状況においても適切なプロセスを経ずに治療方針が決定されることを防ぐためのものです。

特に、患者の意思確認が困難な場合には、単に家族等や医療・ケア従事者の主観で判断するのではなく、これまでの価値観や意向、生活背景などを丁寧に収集し、多職種による臨床倫理的検討を行った上で、慎重に推定意思を検討することを求めています。また、ご指摘のとおり、回復の可能性は急性期の医学的評価だけでなく、その後のケアや福祉サービス、支援体制によっても大きく影響を受けます。本ガイドラインにおいても、平時の生活状況や支援体制を可能な限り把握し、それらを踏まえて意思決定を行うことの重要性を強調しています。

このように、本ガイドラインは、早期の生命維持治療の終了を促すものではなく、むしろ拙速な判断や不十分な情報に基づく意思決定を防ぎ、患者の生存権と自律を守るためのプロセスを明確にするものです。

Q78. TLT は、「一定期間で改善がなければ生命維持治療を終了する」という枠組みにより、障がい受容や在宅療養・福祉サービスの検討に必要な時間を奪い、結果的に家族に「死」を選択させる圧力になるのではないですか？

A78. 本ガイドラインにおける TLT は、生命維持治療の終了を促すための手段ではなく、拙速な判断を避けつつ、治療の有効性や患者の状況を評価するためのひとつの方法として位置づけられています。TLT は、「期限が来たら自動的に終了する」ことを意味するものではなく、あらかじめ評価の時期や目標を共有したうえで、その時点で改めて多職種による臨床倫理的検討と患者・家族等との対話（SDM）を行い、治療の継続・見直しを判断するプロセスです。したがって、家

族に二者択一を迫ることや、一定期間で機械的に治療を終了することは、本ガイドラインの趣旨に反します。

また、ご指摘のとおり、障がいを負った後の生活には、在宅療養や重度訪問介護などの社会資源の活用が重要であり、これらに関する十分な情報提供を行ったうえで意思決定を支えることが不可欠です。本ガイドラインも、患者の生活の連続性を踏まえた情報提供と検討の重要性を強調しています。

さらに重要な点として、現場では「一度開始した生命維持治療はやめられないのではないか」という懸念から、本来であれば有益となり得る治療の開始自体が躊躇されることがあります。こうした状況を防ぐためには、適切なプロセスを経れば、開始した治療も見直し（終了を含めた再評価）できることを担保することが必要です。TLT は、そのような枠組みを明確にすることで、「やめられないから始めない」という状況を防ぎ、結果として患者にとって有益な治療の機会を確保することにもつながります。

このように、TLT は治療終了を前提とするものではなく、治療開始とその後の見直しの両方を適切に行うためのプロセスであり、患者の意思と最善の利益をより丁寧に検討するための手段として位置づけられています。

Q79.本ガイドラインは、生命維持治療の終了判断と臓器提供の選択肢の提示を近づける構成となっているように見受けられます。「移植のためのドナー確保」が優先され、患者の救命や尊厳ある生存が損なわれるのではないですか？

A79. 本ガイドラインは、生命維持治療の終了と臓器提供を結びつけることを目的としたものではなく、両者は明確に区別して扱われるべきものと考えています。生命維持治療の継続・差し控え・終了に関する意思決定は、あくまで患者本人の意思や価値観に基づき、多職種による臨床倫理的検討と SDM を通じて慎重に行われるべきものであり、他の目的によって影響を受けるべきではありません。したがって、臓器提供の可能性がある場合であっても、それが生命維持治療の終了判断に影響を与えることは、本ガイドラインの趣旨に反します。移植医療のための社会的利益が、個々の患者に対する医療の目的（救命や患者の意思の尊重）に優先されることはありません。

一方で、臓器移植という選択肢を一切提示しないことは、患者や家族が十分な情報に基づいて意思決定を行う機会を損なう可能性があります。医療・ケア従事者には、患者・家族等に対して考え得る選択肢を適切に説明する責務があり、その中には臓器提供も含まれ得ます。そのため、臓器提供に関する情報提供は、生命維持治療の方針が患者の意思と臨床倫理的検討に基づいて整理された後に、独立したプロセスとして、適切なタイミングと配慮のもとで提示されるべきものです。

このように、本ガイドラインは、医療の目的が変質することや、生命維持治療の終了が社会的利益によって加速されることを認めるものではなく、同時に患者がすべての選択肢を知ったうえで意思決定できる権利も尊重する枠組みを示すものです。

Q80. 救急・集中治療の現場の困難を理由に、「治療を止める基準の緩和」によって問題を解決しようとしているのではないですか？むしろ、どのような障がいや病があっても地域社会で生き抜くための支援を中心に据えるべきではないですか？

A80. 本ガイドラインは、「治療を止めるための基準」を示すものではなく、障がいの有無にかかわらず、すべての人が自らの価値観に合った生き方を選択できるようにするための意思決定プロセスを示すものです。本ガイドラインは、生命維持治療の終了を促すことを目的としたものではなく、治療の継続を含めた複数の選択肢について、患者本人の意思や価値観を中心に据え、多職種による臨床倫理的検討と SDM を通じて慎重に検討することを求めています。

また、ご指摘のとおり、どのような障がいや病があっても地域社会で生きていくための支援は極めて重要であり、本ガイドラインにおいても、患者の生活の連続性や支援体制を踏まえた意思決定の重要性を強調しています。患者が「どのように生きるか」を検討するためには、医療だけでなく、在宅療養や障害福祉サービスを含めた支援体制に関する情報提供が重要であると認識しています。

本ガイドラインにおいても、患者の意思決定は急性期の医学的判断のみに基づくものではなく、平時の生活状況や支援体制を踏まえて検討されるべきであることを重視しています。その中には、重度訪問介護をはじめとする地域での生活を支える制度も含まれます。

したがって、意思決定の過程においては、緩和ケアのみならず、在宅医療や福祉サービスに関する情報も可能な限り提供し、患者が「生きたい」「どのように生きられるか」を具体的に検討できる環境を整えることが重要です。

本ガイドラインは個別の制度の詳細な解説を目的とするものではありませんが、ご指摘のような視点は重要であり、医療・ケアチームが必要に応じて関連する社会資源につなぐ体制の整備が求められます。

おわりに

本 Q&A 集は、結論を固定するものではなく、患者中心の意思決定プロセスを支援するための補助資料です。状況に応じて柔軟に活用してください。