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

説明文

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

説明文

目次

0-1. 主な改訂点
0-2. 用語の整理
1. はじめに
2. 背景と作成の経緯
3. 意思決定支援と国の方針
4. おわりに：本ガイドラインの位置づけと使い方

説明文

0-1. 主な改訂点

本改訂では、以下の点を重視しました。

1）タイトル

今回の改訂において、従来の日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会の 3 学会に日本緩和医療学会が加わりました。そこで、元のタイトル「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3 学会からの提言～」[1]（以下、旧ガイドライン）から、「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）に変更しております。本ガイドラインは、多職種の専門家からなる作成メンバーが修正デルファイ法で合意形成をして作成しています。一般的な診療ガイドラインは「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル」に則ったエビデンスに基づいて作成されるものであり、そうでない場合は、「ガイドライン」ではなく、「提言（statement)」と呼ばれることが多いと思われます。

しかしながら、本ガイドラインは、診療ガイドラインではなく、例えば厚生労働省の「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」[2]（以下、「厚労省プロセスガイドライン」のような、医療の意思決定と意思決定支援に関わる臨床倫理のガイドラインであると考えられます。そのため、元のタイトルにある「3 学会からの提言」という副題をなくし、「4 学会合同ガイドライン」としました。

2）終末期の定義

あえて終末期を定義せず、生命維持治療の終了／差し控えを検討する際に議論すべきことを記載しました。

3）生命維持治療の終了／差し控えの判断をするためのプロセス

(1) 医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討

(2) 患者・家族等との共同意思決定（shared decision making, SDM）

a. 厚生労働省「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」[2] に沿った SDM

参考資料

- 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 [2]
- 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解説編 [3]

b. 患者・家族等との SDM のためのコミュニケーションスキルトレーニングの推奨

4）期限付きの特定の治療の試行（time limited trial, TLT）の明記

一度始めた治療でもやめることができることの重要性を強調し、やめられないから始めない、ということを回避できるようにすることを明確に記載しました。

5）生命維持治療の終了／差し控えを選択した場合の緩和ケア

生命維持治療の終了／差し控えの際に必要となる緩和ケアに関して、本編に概説を記し、詳細を「緩和ケア別編」に記載しました。

0-2. 用語の整理

旧ガイドライン[1)]で用いられていた用語等で、解釈に一定の見解が得られていないものや、誤解を生じる可能性のある用語について、以下のように整理しました。

1）終末期

終末期の定義は各学会や団体等でニュアンスの違う使われ方をしており、様々な場面に応じて意味合いの異なる幅の広い概念であると考えられます。本ガイドラインは、生命維持治療の終了／差し控えの場面を想定しており、あえて「終末期」を定義せず、救急・集中治療の現場において「生命維持治療の終了／差し控え」を行おうとする時に考慮すべきことを示すことにしました。

2）延命治療、延命措置

一般的に回復の見込みがないが生命維持治療を継続している場合に「延命治療、延命措置」という言葉が使用されていることが多いのが現状です。生命維持装置を装着した場合、根治を目指している治療においてどこからが単なる「延命」治療になるのか、はっきりと区切れないことが多く、定義をすることが困難です。そのため、本ガイドラインでは、「延命治療、延命措置」という用語の使用は避けることにしました。

3）生命維持治療の中止

「中止」という言葉は一般に幅広い意味で使われるため、生命維持治療については「再開する場合もある」と理解されることがあり得ます。そこで、誤解を避けるために、本ガイドラインでは「終了」に統一しました。また、これまで、根治を目的とした生命維持治療を終了することが「治療の終了（中止）」と表現されることがありましたが、生命維持治療が終了された後も、症状緩和のためのケアや治療は継続されるため、すべての治療が終了されると誤解されないように、「治療の終了」は「生命維持治療の終了」と表現することにしました。

4）消極的・積極的安楽死

これまで、生命維持治療の終了／差し控えによって死亡する場合は「消極的安楽死」、致死的薬物等によって生命を短縮させる行為は「積極的安楽死」と表現されてきました。生命維持治療の終了／差し控えと安楽死は異なりますが、「（消極的）安楽死」と呼ぶことで、「（積極的）安楽死」との違いがわかりづらくなり、実際に現場でも不必要な抵抗感や混乱を招いています。生命維持治療の終了／差し控えは、患者の意思や医学的妥当性、倫理的判断に基づいて治療・ケアのゴールを達成するためのひとつの選択肢として行われるものであり、生命の短縮を目的とするものではありません。たとえその行為の結果死に至ったとしても、それは、疾病や傷害の自然な進行を受け入れ、これ以上の延命を試みないという判断に基づくものであり、安楽死とは区別されるべきです[4), 5), 6)]。そのため、本ガイドラインでは、「消極的安楽死」という用語は使用しないこととします。

5）best supportive care（BSC）

臨床の現場で生命維持治療の終了／差し控えが決定した後の治療やケアに関して、「BSC」と表現されることがありますが、BSC といった場合の治療やケアの内容が具体的に示されることがなく、患者・家族等に「もう治療はしない」、「見放した」と受け取られやすいように見受けられます。そのため、本ガイドラインでは BSC という用語は使用せず、「緩和ケア別編」にて生命維持治療の終了／差し控えが決定した後の緩和ケアに関して詳述しています。

説明文

1. はじめに

2014 年 11 月に日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会の 3 学会で作成した旧ガイドライン[1)]の発表から、10 年以上が経過しました。旧ガイドライン[1)]は、救急・集中治療における終末期を定義し、生命維持治療の終了を、患者の意思と医療・ケアチームの適切な判断があれば行うことができるとした画期的なものであり、救急・集中治療の医療現場で活用されてきました。

しかしながら、この 10 年間で、生命維持治療が進歩し、超高齢社会を迎えたわが国においては、旧ガイドライン[1)]の示す終末期の定義に限定されない終末期像も指摘されるようになりました。そのような時代の流れの中、生命維持治療の終了／差し控えの医学的判断には多様な価値観が反映されるようになり、終末期という言葉の使用自体の見直しが検討されるべき状況になってきました。

さらに、旧ガイドライン[1)]には実践上の課題も残されていました。第一に、生命維持治療の終了／差し控えに伴う法的リスクの懸念を医療・ケア従事者が完全に払拭するには至っていませんでした。第二に、意思決定後に行われるべき緩和ケアについて、具体的な指針が示されていませんでした。これら 2 つの課題は、臨床現場において、「一度開始した生命維持治療は、たとえ本人の意思に沿っていても終了させることが極めて困難である」という高い心理的障壁を生み出す一因となりました。その結果、「一度始めたらやめられないのなら、最初から始めない方がよい」という誤った判断に至る危険性があり、本来では救命可能な患者に対して、必要かつ適切な初期治療の導入を躊躇させてしまうという問題が懸念されました。

そこで今回、時代の変遷を踏まえて、ガイドラインの改訂を行うこととなりました。現代の救急・集中治療の現場で日々重症患者に向き合っている医療・ケア従事者が、患者中心のより良い治療・ケアのゴールを達成するために、実際に手に取って役立てていただける実践的なガイドラインとなることを目指しています。

2. 背景と作成の経緯

1） 歴史的背景

多くの国では、生命維持治療の終了／差し控えが法的に整備されていますが、そのような法律はわが国においてはありません。そのような中、1990 年代の東海大学病院事件や川崎協同病院事件、2000 年代の射水市民病院事件や道立羽幌病院事件等の終末期医療にまつわる重要な事件の司法的判断に関して、医療・ケア従事者や世間の関心が高まったという背景があります（各事件の法的側面に関しては、「2. 3）過去の刑事事件事例、法的免責等に関しての具体的な例示や説明」にて詳述します)。

そういった状況を受け、厚生労働省は集中治療終末期に関わる刑事事件を契機に 2007 年に「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」[7] を発表し、2015 年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」[8]、2018 年に「厚労省プロセスガイドライン」[2] へと改訂し、行政としての終末期医療にかかわる意思決定のあり方について示してきました。

また、2006 年に日本集中治療医学会より「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」[9] が、翌 2007 年には、日本救急医学会から「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)」[10] が、2010 年には日本循環器学会より「循環器疾患における末期医療に関する提言」[11] が相次いで発表されました。この 3 学会それぞれの勧告や提言は終末期像が類似しており、2014 年には、3 学会がそれぞれの前身となる勧告や提言を統合し発展させた形で、旧ガイドライン [1] を発表するに至りました。

旧ガイドライン [1] 発表から 10 年以上が経過し、前述した経緯で、今回、ガイドライン改訂を行う運びとなりました。2022 年度に日本集中治療医学会臨床倫理委員会内で「終末期ガイドライングループ」を立ち上げ、2023 年度に旧ガイドライン [1] 作成者らと改訂の方向性に関して合意を得たうえで、協働した日本救急医学会と日本循環器学会に加え、日本緩和医療学会にも参加を依頼し、本格的な改訂作業が始まりました。

2） 旧ガイドライン [1] の問題点の指摘

今回、旧ガイドライン [1] の問題点として指摘されたのは主に以下の 3 点でした。

(1)「終末期の定義」

旧ガイドライン [1] の「I. 基本的な考え方・方法、1. 救急・集中治療における終末期の定義とその判断、1）終末期の定義」において、「『救急・集中治療における終末期』とは、集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期である」としています。しかしながら、生命維持治療が発達した現代の救急・集中治療においては、「救命」だけをゴールとするなら、たとえそれが患者にとって望まない治療で

あっても、生命維持治療を継続すれば生命が維持できるような場合は「終末期」にあたらず、患者が望まない治療であっても継続されることにつながるという懸念があります。

(2)「終末期の判断」

旧ガイドライン[1)]の「I. 基本的な考え方・方法、1. 救急・集中治療における終末期の定義とその判断、2) 終末期の判断」では、「救急・集中治療における終末期には様々な状況があり、たとえば、医療チームが慎重かつ客観的に判断を行った結果として以下の（1）～（4）のいずれかに相当する場合などである」と前置きをしたうえで、「(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を含む）であると十分な時間をかけて診断された場合 (2) 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、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近いうちに死亡することが予測される場合 (4) 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合」の 4 つの例を挙げています。この 4 つの例は前出の 2007 年日本救急医学会が発表した「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)」[10)]を踏襲しています。ただし、日本救急医学会の提言が発表された際に終末期の例を 4 つに限定してしまったことで、この 4 つのパターンにあてはまらないと終末期にあたらないというような印象を臨床の現場に与えてしまうことになりました。旧ガイドライン[1)]では終末期の例について、「相当する場合など」として、幅を持たせた表現を採用したのですが、現場では例示された 4 パターンのみが「終末期」であり、それ以外はあてはまらないという解釈がしばしば認められました。

また、例示されたパターンの（3）では、「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近いうちに死亡することが予測される場合」と記載されています。その中にある「近いうち」の具体的な期間に関して本文中には記載はないのですが、旧ガイドライン[1)]に付随する「Q&A 集」[12)]の「Q15：終末期の判断にある『近いうちに死亡』の、『近いうち』の内容とはどのようなものですか？」に対する回答では、「おおよそ 2～3 日程度以内」としています。しかしながら、「2～3 日以内に死亡する」状態は、日本医師会第 X 次生命倫理懇談会の「平成 18・19 年度生命倫理懇談会答申」[13)]が示すところの「狭義の『終末期』(臨死状態)」と考えられ、同答申が示す「広義の『終末期』」の定義に照らすと短すぎ、たとえそれが患者にとって最善の治療でなくなってしまっても、死の直前まで生命維持治療を終了できないという事態を招いてしまいます。また、同回答文[12)]の続きでは、「重症患者の終末期は様々な経過をとることもあり、予測困難なことも多く、医療・ケア従事者の間でも様々な判断がなされることと思います。そのような場合は本ガイドラインを使用すべきではありません」と書かれていますが、実際、集中治療領域での予後予測が困難であることはこれまでの過去の多くの研究が示してきたところであり、「予後が不確実だから終末期とはいえ

ず、このガイドラインは使用できない」としてしまえば、正確な予後予測が不可能な現実の臨床現場では、実用性の乏しいガイドラインとなってしまいます。

(3)「延命措置への対応」

旧ガイドライン[1)]「I. 基本的な考え方・方法、2. 延命措置への対応、1）終末期と判断した後の対応」では、医療・ケアチームが患者、家族等の意思を尊重しながら意思決定を行うプロセスを示しています。この手順は、まさに「厚労省プロセスガイドライン」[2)]に準じたものです。現在のわが国では標準と考えられる方法であることから、本ガイドラインはこれに準拠しています。さらに、同項「2）延命措置についての選択肢」では、正式な手順で意思決定がなされた後の選択肢として、人工呼吸器を含めた生命維持装置の終了も可能であることを明言しています。そして、それらの選択がなされた場合に「患者の苦痛を取るなどの緩和的な措置は継続する」とも記載されているのですが、「緩和のための措置」に関しては具体的な記載がなく、実際の集中治療の現場では、生命維持治療を終了した後、どうしたらよいのかわからないため、生命維持治療が終了できないという事態も発生しています。また、同文の続きで、「筋弛緩薬投与などの手段により死期を早めることは行わない」と記載されていますが、これは「安楽死」にあたり、現在の日本では実態としては違法となるため、本ガイドラインでも取り扱わないこととします。さらに、「緩和のための措置」と実態としては違法である「安楽死」の定義や区別が明記されていないことが、生命維持治療の終了にまつわる法的懸念につながっている可能性があります。

3）過去の刑事事件事例、法的免責等に関しての具体的な例示や説明

終末期医療にまつわる過去の主な 4 つの事例を振り返ってみます。

(1) 東海大学病院事件[14)]

1991 年、多発性骨髄腫の末期患者の状態が悪化し、意識レベルが低下していびき様呼吸をするに至り、患者家族が「嫌がっている点滴等をすべて外して治療をやめ、苦しそうな状態から解放して自然に楽に死亡させた方がよいのではないか」と考え、「患者を早く楽にしてほしい」旨の要求をした。主治医は膀胱留置用カテーテルと点滴を外したが、さらに家族の求めに応じてエアウェイを除去した。患者はなおも苦しそうな呼吸をしていて、「いびきを聞いているのがつらい。楽にしてやってください。早く家に連れて帰りたいのです」と家族に懇願され、主治医がジアゼパムを静注した。それでも患者はいびき様呼吸を続け、家族から激しい口調で「何をやっているんですか。どうしても今日中に連れて帰りたい」と要求された。主治医は家族の要求を断っていたが、いくら拒んでも拒みきれないと追い詰められたような心境から、長男の要求通り患者にすぐに息を引き取らせようと考えるに至った。そこで主治医はベラパミルと塩

化カリウムを静注し、死亡させた。1995 年に横浜地方裁判所にて殺人罪で懲役二年・執行猶予二年の有罪判決が確定した。

(2) 川崎協同病院事件 [15)]

1998 年に気管支喘息発作によって心停止となった患者が、救命措置により蘇生したが、昏睡状態を脱することができず、人工呼吸器が装着されたまま集中治療室で治療された。その後、人工呼吸器を離脱したが、気道確保のため気管チューブは残していた。数日後、抜管を試みたが「すぐに呼吸低下」し、再挿管された。そして、患者を一般病棟に移し、主治医が「酸素供給量と輸液量を減らすよう」指示し、「急変時に心肺蘇生措置を行わない方針」を伝えた。さらにその後、細菌感染症に敗血症を合併した。入院から 14 日後に家族から「みんなで考えたことなので抜管してほしい。今日の夜に集まるので今日お願いします」と言われて、抜管を決意した。同日主治医は家族が集まっていることを確認し、患者が死亡することを認識しながら、気管チューブを抜管した。ところが予期に反して、患者が身体をのけぞらせて苦悶様呼吸を始めたため、ジアゼパムとミダゾラムを静注した。それでも苦悶様呼吸は続いたため、主治医が同僚医師に助言を求め、その示唆に基づいてミオブロック（筋弛緩薬）を投与し、約 3 分後に呼吸停止、それから 7 分後に心臓が停止した。2005 年横浜地方裁判所で殺人罪で懲役三年・執行猶予五年の有罪判決、2009 年東京高等裁判所（控訴審）で懲役一年六月・執行猶予三年の有罪判決、同年最高裁判所が上告を棄却し、東京高等裁判所判決が確定した。

(3) 射水市民病院事件

2000 年 9 月から 2005 年 10 月にかけて、射水市民病院の外科部長および外科第 2 部長が、終末期のがん等の患者 7 名の人工呼吸器を外し、殺人容疑で事情聴取を受け書類送検された [16)]。富山地方検察庁は、2009 年 12 月「患者の死期を早めて、その生命を断絶させるための行為ではない、人工呼吸器取り外しと被害者の死亡との因果関係について疑問が残る、医師二人に殺意は認められない」[17), 18)] 等の理由から、不起訴とした。

(4) 道立羽幌病院事件

2004 年に当時 90 歳の男性が食事の誤嚥で心肺停止の状態で道立羽幌病院に搬送された。同院の医師が患者の蘇生後に人工呼吸器を装着したが、その後医師は「脳死状態で回復の見込みはない」と家族に人工呼吸器を外すことを提案。翌日、人工呼吸器を外し、その 15 分後に患者が死亡した。医師は「家族の負担も考えて（人工呼吸器外しを）相談した。合意は得ていた」と供述したという。しかし、北海道警察は東海大学病院事件で横浜地方裁判所が示した治療終了が許容される要件を満たしているかも含めて慎重に検討した結果、医師が本人の意思を確認せず、家族への病状説明も不十分だったといった点を重視し、独断で人工呼吸器を外した行為は殺意を立証できると判断。医師を殺人容疑で書類送検した。旭川地方検察庁は、本件の是非に関し、救急医療を専門とする道内外の複数の医師らにカルテ等の鑑定を依頼。死亡直前の状

態について「血圧が極度に低下しており、治療の施しようがなかった」との結論を得たという。鑑定を依頼された医師の中には「人工呼吸器を外さなくても 20 分以内に死亡していた」との意見もあり、人工呼吸器外しと患者の死亡には因果関係が認められないとして、不起訴となった[19]。

上記 4 つの事例のうち「(1) 東海大学病院事件」の横浜地方裁判所判決は、被告人の行為は積極的安楽死が許容される要件を満たしておらず、患者の死期を早めるために、意図的にカリウム等の静脈注射を行って患者を死亡させた行為は違法であると判断しました。なお、横浜地方裁判所判決は、治療終了／差し控えが許容される要件についても判断を示しており（いわゆる傍論）、①患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること、②治療行為の中止を求める患者の意思表示が、治療行為の中止を行う時点で存在することとしています。また、患者の意思表示が困難な場合は「リビング・ウィル等」を念頭に置き、推定意思でもよいとしています。その後に起こった「(2) 川崎協同病院事件」の最高裁判所決定は、患者の回復可能性や余命について的確な判断を下せる状況にはなく、患者の推定意思に基づくということもできない状況だったため、人工呼吸器の終了は法的に許容されないと判示しました[20]。この判例は、最高裁判所として初めて、患者の推定意思に基づく治療終了が法的に許容される場合があることを認めたと解される点で、重要な判例といえます。 また、「(1) 東海大学病院事件」の横浜地方裁判所判決が、治療終了が許容される場合を患者の末期状態に限定していたのに対して、本判例は、末期状態に限定していないと解し得る点でも重要です。横浜地方裁判所判決の治療終了／差し控えに関する判示は、傍論であり、最高裁判所判例によってオーソライズされているわけでもありません。法律の世界では、判決の結論を導くために必須でない判示を「傍論」と呼び、傍論は厳密な意味での判例ではないと考えられています。「(1) 東海大学病院事件」では、意図的にカリウム等の静脈注射を行って患者を死亡させた行為が殺人罪にあたるとして起訴されているため、被告人の有罪・無罪を判断するうえでは、治療終了行為に関して判断する必要はありませんでした。

一方、不起訴となった「(3) 射水市民病院事件」と「(4) 道立羽幌病院事件」では、カリウム等の静脈注射や筋弛緩薬の投与等、意図的に死期を早めるための行為はなかったものの、許容される治療終了／差し控えに該当するかどうかが不明瞭であったことから、警察の介入につながった可能性があり、当時の医療現場で生命維持治療の終了に関するルール整備の必要性が浮き彫りとなった事件であったと考えられます。そのため、前述のように、2007 年に、厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」が設置され、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が発表されました。「(3) 射水市民病院事件」と「(4) 道立羽幌病院事件」は、厚生労働省のガイドラインや 2009 年の最高裁判所決定が出される前に起こった事件であることに注意が必要です。

説明文

わが国には、諸外国のような生命維持治療の終了／差し控えを整備する法律が存在せず、判例および soft law（法的な強制力はないものの、社会において人々が法に準ずるものとして従っている規範）としての「厚労省プロセスガイドライン」[2]、そしてそれに準拠して作成されている各医学会のガイドラインが重要な役割を果たします。

上記「(1) 東海大学病院事件」の終末期医療にまつわる事件から 30 年以上経過し、当時よりも生命維持治療が発達した現代の救急・集中治療の医療現場においては、「(1) 東海大学病院事件」の横浜地方裁判所判決で示された治療終了が許容される要件のひとつである「回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること」の妥当性は変化してきていると考えられます。なぜなら、生命維持装置が稼働している限り「死が避けられない末期状態」とはならず、その生命維持治療が患者にとって耐え難く、望むような回復が得られずに尊厳が損なわれるような場合でも、生命維持治療が継続されてしまう可能性があるからです。実際にも、「(1) 東海大学病院事件」の後に出された、「(2) 川崎協同病院事件」の最高裁判所判例は、許容される生命維持治療の終了を「死が避けられない末期状態」に限定する考えはとっていないと解されています。したがって、本ガイドラインでは、「回復の見込みがなく死が避けられない末期状態」に限定することなく、多職種により、患者の意向や生活・人生の質（quality of life, QOL）や周囲の状況も含めた臨床倫理的な検討を行ったうえで、患者にとって何が最善かを判断する手順を示しています。そして、「厚労省プロセスガイドライン」[2] に準じた SDM の手順が示されており、本ガイドラインの手順を遵守することは法的な懸念を回避することの一助になります。

実際、2007 年以降、救急・集中治療領域における終末期医療関連で刑事事件や警察介入があって全国的に報道されるような案件は確認されておらず、ガイドラインに沿った適切なプロセスが踏まれていれば、生命維持治療の終了／差し控えが刑事裁判で違法と判断されることはないと考えられます。

3. 意思決定支援と国の方針

令和 6 年度診療報酬改定に伴い、「厚労省プロセスガイドライン」[2] 等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することが入院基本料の要件となりました。本ガイドラインが示す意思決定支援の手順は「厚労省プロセスガイドライン」[2] に準じているため、各施設の指針作成の参考になると考えられます。

令和 4 年度診療報酬改定において設定された重症患者初期支援充実加算は、集中治療領域において、「入院時重症患者対応メディエーター」が、患者の治療方針や内容の理解、意向の表明を支援する体制を整備している場合に算定される加算です。本ガイドラインで示す意思決定支援にメディエーターを配置することで、意思決定支援のための対話を診療の一部として組み込みやすくすることも考えられます。行政が救急・集中治療領域で患者の価値観を尊重した意思決定がなされることを推進している先には、当領域における緩和ケアの拡充が不可欠であると思われます。現在、わが国において緩和ケアは主にがんや重症心不全等、特定の診断がついた患者しか診療報酬上の対象となりません。しかしながら、救急・集中治療の現場では、特に生命維持治療の終了／差し控えが選択されるような患者・家族等には緩和ケアは必須となるため、がんや心不全の患者にかかわらず緩和ケアを提供できる政策が求められます。

4. おわりに：本ガイドラインの位置づけと使い方

諸外国のような生命維持治療の終了／差し控えを整備する法律のないわが国においては、ガイドラインは soft law として機能することが求められます。したがって、ガイドラインを正しく履践することは、倫理的、法的、社会的に適った医療を行うために必要と考えられます。逆に、ガイドラインに即さない形で生命維持治療の終了／差し控えを行う場合は、これらの批判に耐えられない可能性があります。本ガイドラインは、救急・集中治療の現場で、生命維持治療の開始・管理・終了を担い、前線で患者の診療にあたっている医療・ケア従事者を代表する 3 学会に、症状緩和のエキスパートである日本緩和医療学会と、生命倫理や法律の専門家が加わった、わが国の当分野における最も専門性の高いガイドラインと考えられます。また、本ガイドラインを発表した 4 学会の領域に限らず、救急・集中治療の現場で生命維持治療に関わるすべての医療・ケア従事者に参照していただける内容となっています。本ガイドラインは、救急・集中治療の医療現場で真摯に患者と向き合っている医療・ケア従事者が、患者中心の医療を提供するための一助となると考えています。

説明文

参考文献

1) 日本集中治療医学会，日本救急医学会，日本循環器学会．救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3 学会からの提言～．2014 年［cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf
2) 厚生労働省．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．平成 30 年 3 月 [cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf
3) 厚生労働省．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 解説編．平成 30 年 3 月（2018 年） [cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf
4) WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide – WMA – The World Medical Association. [cited 2026 May 2]. Available from: https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/
5) Rachels J. Active and passive euthanasia. N Engl J Med 1975;292:78-80.
6) Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al; Board Members of EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliat Med 2016;30:104-16.
7) 厚生労働省．終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン．2007 年［cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf
8) 厚生労働省．人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン．2015 年[cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf
9) 日本集中治療医学会．集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告．2006 年［cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.jsicm.org/publication/kankoku_terminal.html
10) 日本救急医学会．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）．日救急医会誌 2007;18:781-6.
11) 日本循環器学会．循環器疾患における末期医療に関する提言．2010 年［cited 2025 Dec 17]．Available from: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2011/113061/201120047A/201120047A0017.pdf
12) 日本集中治療医学会，日本救急医学会，日本循環器学会．救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3 学会からの提言～ Q&A 集．2014 年［cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.jsicm.org/pdf/3faq1410.pdf
13) 日本医師会第Ｘ次生命倫理懇談会．平成 18・19 年度生命倫理懇談会答申 終末期医療に関するガイドラインについて．2008 年［cited 2025 Dec 17].
Available from: https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf
14) 東海大学病院事件．横浜地裁平 4（わ）一一七二号.
15) 川崎協同病院事件．東京高裁平 17（う）一四一九号.
16) 緒方あゆみ．終末期医療と刑法―生命維持治療の差し控え・中止をめぐる問題を中心に―．中京ロイヤー 2014;20:1-24.
17) 丸山英二．死につながる末期医療の中止：倫理・法・現場対応 中止できないか？差控えと中止の区別についての法・倫理の考え方．2024[cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/medical/Lecture/slides/240221funsou_ForegoTreatment.pdf
18) 竹中郁夫の「時流を読む」．呼吸器外しの「不起訴」と「殺人罪」を分けるもの．Nikkei Business Publications; 2009 [cited 2025 Dec 17]. Available from: https://medical.nikkeibp.co.jp/inc/mem/pub/blog/takenaka/200912/513641.html
19) 立命館大学生存学研究所．羽幌病院事件 2005[cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.arsvi.com/d/et-2004h.htm
20) 川崎協同病院事件最高裁決定 平成 19（あ）585. 2009.