

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

本編

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

本ガイドラインの理念と活用にあたって（必読）

本ガイドラインは、救急・集中治療の現場において、生命維持治療の終了／差し控えに関する意思決定を支えることを通じて、**患者一人ひとりがその人らしい価値観に基づいて生きることを支える**ことを目的としています。

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、患者にとって最善の医療・ケアのゴールを見出すための「プロセス」を提示するものです。

その意思決定は、

- 多職種からなる医療・ケアチームによる臨床倫理的検討
- 患者・家族等との共同意思決定（shared decision making, SDM）

という対話と熟慮の積み重ねによって行われます。

生命維持治療の終了／差し控えは、生命の短縮を目的とするものではなく、患者の意思と医学的・倫理的妥当性に基づき、治療・ケアのゴールを見直す過程の中で位置づけられる選択肢のひとつです。加えて、緩和ケアを提供することの重要性を強調しており、患者の苦痛を和らげながら、その人らしく過ごすことを継続的に支えます。

Q&A 集の参照について（重要）

本ガイドラインを適切に理解し運用するためには、**必ず Q&A 集をあわせて参照してください**。Q&A 集は、本ガイドラインの理念や考え方を、現場で生じやすい疑問に即して具体的に示した補助資料です。本ガイドラインが重視する「結論ではなくプロセスを支える」という考え方を実践的に理解するために不可欠な内容となっています。

各記載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し、継続的な対話と見直しを行うことが求められます。

本編

目次

- I. 基本的な考え方
 - 1. 救急・集中治療における生命維持治療の終了／差し控えの判断
 - 2. 生命維持治療への対応
 - II. 医療・ケアチームの役割：医療・ケアチームに求められる患者・家族支援体制
 - III. 救急・集中治療において生命維持治療を終了／差し控える時の診療記録記載について
 - 1. 生命維持治療の終了／差し控え時の診療記録記載の基本
- 付録 1「作成委員・アドバイザー一覧、COI 開示、属性調査結果」
- 付録 1-1「作成委員・アドバイザー所属学会、役職、氏名、所属」
 - 付録 1-2「作成委員・アドバイザーCOI 開示」
 - 付録 1-3「作成委員属性調査結果」
- 付録 2「修正デルファイ法のフローと結果」
- 付録 2-1「修正デルファイ法によるガイドライン作成フロー」
 - 付録 2-2「アンケート結果」
- 付録 3「生命維持治療の終了／差し控えを判断するためのプロセスと
生命維持治療への対応のフロー」

本編

I. 基本的な考え方

日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会が「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）を2014年に発行してから10年以上が経過した。時代の変化や治療の進歩に応じて前述の3学会に日本緩和医療学会が加わり、「救急・集中治療における生命維持治療^(注釈1)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）を策定することとなった。

旧ガイドライン¹⁾には「『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」との記載があるが、当時よりもさらに生命維持治療が進歩したため、重篤な患者の生命を維持することが可能となった。一方で、その生命維持治療が、必ずしも本人の望む生き方と一致しないという、新たな倫理的課題を生じさせている。そのため、本ガイドラインではあえて「終末期」を定義せず、救急・集中治療の現場で生命維持治療の終了／差し控えが考慮される患者について多職種からなる診療チーム（以下、医療・ケアチーム）がどのように検討し、患者にとって最善となる意思決定を患者・家族等とともにやっていくのか、そのプロセスを提示した。

個々の背景や病態が複雑に絡み合う救急・集中治療の患者においては、予後の推定が困難であることが多い。患者と家族等が現在の病状や将来予測される病状によって、どれほどの苦痛を受けるかを十分考慮したうえで、患者の尊厳を守るために患者本人の価値観を尊重して最善の利益を検討しながら、医療・ケアチームで、倫理的・法的・社会的に許容される方針を慎重に見出していくプロセスが必要である。

意思決定に関しては、厚生労働省の発行する「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」）が、国の推奨する考え方ならびに手順であると考えられ、救急・集中治療の現場で生命の危機に直面しているような場合の意思決定の手順としても参考となるため、本ガイドラインにおいてもこれに準拠する。

「厚労省プロセスガイドライン」²⁾に記載されているように、医療・ケアチームだけでは結論を導くことができない場合、臨床倫理コンサルテーションチーム、臨床倫理委員会等の複数の専門家からなる組織^(注釈2)への相談も必要となる。その場合、その組織のメンバーは臨床倫理のトレーニングを受け、臨床倫理について習熟している必要があり、今後、その組織の質を向上させるための体制整備が必要である。

旧ガイドライン¹⁾においては、生命維持治療の終了／差し控えの方針を決定した後に「緩和的措置」を行うことが大切であることに触れている。しかしながら、その際に必要な緩和ケアに関しての具体的な記述がなかった。したがって、本ガイドラインでは生命維持治療の終了／差し控え時に提供されるべき緩和ケアに関する総論を述べ、別編において各論を加えることとした。

本ガイドラインは、医療・ケアチームが、疾患や診断名にかかわらず救急搬送された患者や集中治療室へ緊急入室した患者等、急性期病院で治療の意思決定を行うすべての患者を対象に、患者・家族等とともに生命維持治療の終了／差し控えを検討する際のプロセスを示し、その決定後も、患者・家族等に最善の医療を提供するために作成された。

作成の方法

本ガイドラインは、4 学会から選定された多職種から構成される作成委員（付録 1-1「作成委員・アドバイザー所属学会、役職、氏名、所属」参照）により、修正デルファイ法³⁾で合意形成を行ったうえで作成された。コアメンバーが議論を重ねて「改訂版ガイドライン骨子案」を確定後、「改訂版本文草案」、「改訂版説明文草案」を作成した。その後、作成委員全体で「草案」の各項目の妥当性を評価するための Web 上で匿名アンケート調査を行った。9 段階のリッカート尺度（例：1「全くそう思わない」、9「完全にそう思う」）を使用し、70%以上の参加者が 7～9 の評価を行った場合を合意形成の基準とした。自由記述も募り、コアメンバーがアンケート調査の結果を分析した。分析結果を基に「草案」に修正を加えたものに各学会の理事会や関連委員会等からの意見を集約したうえで、同様のアンケート調査を行った。以後、全項目のうち、合意形成を得る項目が 100%に到達するまで上記の方法で修正を行った。その結果、3 回目のアンケートで全項目にて合意形成を得たため、文書を最終版案とした（付録 2「修正デルファイ法のフローと結果」参照）。最終版案の確定後にパブリックコメントを募集した。パブリックコメントを踏まえ、本文および説明文に対して、大意を変更しない範囲での修正および加筆を行った。これらの修正は内容の本質的変更を伴わないと判断されたため、追加のデルファイラウンドは実施せず、作成委員・アドバイザーによるメール審議を経て最終版として確定した。

「緩和ケア別編」は日本緩和医療学会所属の作成委員・アドバイザーを中心に起案し、作成委員会全体での議論を重ねて作成した。「Q&A 集」はパブリックコメントで寄せられた多様な意見を反映し、作成委員会全体での議論を通じて整理・作成した。

1. 救急・集中治療における生命維持治療の終了／差し控えの判断

1) 序文

重篤な状態により集中治療室等で生命維持治療を要する患者において、その治療が大きな苦痛を伴うにもかかわらず、患者が望むような結果につながらないと考えられる時、医療・ケアチームは患者にとって最善の治療・ケアのゴール^(注釈3)について再検討し、そのゴールを達成するための選択肢として生命維持治療の終了／差し控えについて考慮し始める。

2) 生命維持治療の終了／差し控えを判断するためのプロセス

生命維持治療の終了／差し控えの判断をするためには、(1) 医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討と、(2) 患者・家族等との共同意思決定を適切なプロセスで行う（付録3「生命維持治療の終了／差し控えを判断するためのプロセスと生命維持治療への対応のフロー」参照）。

(1) 医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討

患者にとって最善の治療・ケアのゴールを達成するために生命維持治療の終了／差し控えが選択肢に挙がる場合、患者の診療に携わる医療・ケアチーム全体で、その選択肢が臨床倫理的に妥当であるかを多角的に検討する必要がある。

その際、その患者の診療に携わるすべての診療科、多職種の医療・ケア従事者が関わることを望ましい。また、長期間にわたり診療を受け、治療方針について話し合ってきたかかりつけ医や在宅医療・ケア従事者等にも積極的に話し合いに参加してもらう。従来、患者の治療・ケアのゴールの決定に関しては医師の意見による決定となりがちであったが、特に多角的な視点が要求される生命維持治療の終了／差し控えに関する話し合いにおいては、その患者に関わるすべての医療・ケア従事者は公平に発言の機会が保証され、話し合うことを可能にするための心理的安全性が確保される必要がある。

「臨床倫理的な検討」とは、患者の全体像を把握するために、医学的側面、患者の意向、生活・人生の質（quality of life, QOL）、周囲の状況等の情報をもれなく話し合うことである。すなわち、第一に「医学的側面」においては、診断や予後、治療の有効性と限界を客観的に評価するとともに、各疾患の専門家による見解を踏まえることが重要である。第二に「患者の意向」においては、患者の意思表示が可能な場合は、患者が十分な説明を受けたうえでの意向を確認し、患者の意思表示が困難な場合には advance care planning (ACP) の対話の記録（リビング・ウィル等の事前指示書を含め）があればその内容を確認し、それらが無い場合は患者の価値観に基づき意思を推定する。第三に「QOL」においては、患者の望む生活・人生の質を知り、どのように担保するかを検討する。第四に「周囲の状況」においては、家族の価値観や介護力、社会的・文化的背景、法制度や病院体制を含めた環境要因を把握し、必要な社会的支援について検討する。この際、医療・ケア従事者側の偏見を排除し、4つの観点すべてを網羅しながら

患者にとって最善となる治療・ケアのゴールについて検討を進めることが不可欠である。このプロセスによって、見落としを防ぎ、患者中心の合意形成を支援できる。

そのために役立つツールとして、以下のようなものがある。

- Jonsen の 4 分割法 ^{4), 5)}
- 臨床倫理検討シート ⁶⁾
- 臨床倫理の 4 分割表 ⁷⁾

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

a. 「厚労省プロセスガイドライン」²⁾ に沿った SDM

「厚労省プロセスガイドライン」²⁾ では、人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療・ケア従事者から患者・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされたうえで、医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、患者の意思決定を基本として進めるとしている。「厚労省プロセスガイドライン」²⁾ は広い範囲で適用できるものであるので、生命維持治療を継続するかどうかの意思決定においても、医療・ケアチームが医学的妥当性と適切性を基に判断したうえで、参考にできるものであると考え、これに準拠する（付録 3「生命維持治療の終了／差し控えを判断するためのプロセスと生命維持治療への対応のフロー」参照）。

救急・集中治療の現場においては、患者が重篤な状態となり意思表示が困難である場合が多い。そのため、患者が自らの意思を伝えられない状態に備えて、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも重要である。

i. 患者の意思の確認ができる場合

患者が意思決定能力を有している場合は、患者の意思を尊重する。この場合、医療・ケアチームは患者の意思決定能力の有無を含めて専門的に評価したうえで、適切な情報の提供と説明を患者に行い、合意形成をする。

また、意思決定能力がなく、それまで行った ACP の内容が、判断する時点での臨床状況に照らして適用できると判断される場合、それを尊重する。

ii. 患者の意思は確認ができないが、意思を推定できる場合

家族等と医療・ケアチーム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する。このとき、それまで ACP が行われていた場合には、臨床状況が必ずしも予想されていたものと一致していなくても、患者の希望や価値観を基にすることで、意思推定の根拠となり得る。

iii. 患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合

家族等と医療・ケアチームが患者の意思を推定できない場合には、医療・ケアチームは患者にとって何が最善であるかについて、患者に代わる者として家族等と十分に話し合い、患者にとっての最善の方針をとる。時間の経過、患者の心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

iv. 患者の意思が不明で、身元不詳等の理由により家族等と接触できない場合や身寄りがない場合

医療・ケアチームは、患者にとっての最善の対応となるように判断する。その際、年齢や外見等の偏見を排除し、生活状況や意思決定能力の回復可能性を踏まえ、患者が過去に示した意向や価値観を最大限尊重することが重要である。生命維持治療の終了／差し控えに際しては、医療・ケアチームや臨床倫理委員会が公正かつ透明性ある手続きを通じて判断する必要がある。

また、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」⁸⁾ も参考になる。

b. SDM のためのコミュニケーションスキルトレーニング

上記で示した意思決定を行うために、医療・ケアチームと患者・家族等とのコミュニケーションを通じて、患者の価値観や選好を医療上の意思決定に取り込んで、治療・ケアのゴールを決めていく過程を SDM と呼ぶ。救急・集中治療に関わる医療・ケア従事者が SDM のためのコミュニケーションスキルトレーニングを受けることによって、患者・家族等との対話の質を改善させ、双方にとってより満足できる治療・ケアのゴールが決定できることが知られており、その知識と技術の習得が推奨される⁹⁾。

(3) 臨床倫理コンサルテーションの役割

上記意思決定の過程において、医療・ケアチームの中で治療・ケアのゴールの決定が困難な場合、患者・家族等と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な治療・ケアのゴールについての合意が得られない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合、患者の意思の確認ができず、家族等がいない場合等については、必要に応じて臨床倫理コンサルテーションチームや臨床倫理委員会等の複数の専門家からなる組織^(注釈2)に方針等についての検討および助言を求めることが有用である。臨床倫理コンサルテーションチームや臨床倫理委員会のメンバーは適切なトレーニングを受けて臨床倫理に習熟していなければならない。また、臨床倫理コンサルテーションチームや臨床倫理委員会は、医療・ケアチームが現場で行っている意思決定プロセスが本ガイドラインに則った適切なものであることを判断し、サポートする組織であり、最終的な意思決定は、原則として医療・ケアチーム、患者・家族等に委ねられる。

近年では、以下のような様々な団体による臨床倫理トレーニングの機会が整備されている。

- 厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業 本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会 Education For Implementing End-of-Life Discussion; E-FIELD¹⁰⁾
- 日本集中治療医学会 教育講座 救急・集中治療と臨床倫理 ―倫理的・法的・社会的課題への対応¹¹⁾
- 日本集中治療医学会 集中治療における患者家族のこころのケア講座¹²⁾

- 日本集中治療医学会 意思決定支援プロセスセミナー¹³⁾
- 厚生労働省委託事業 日本心不全学会 心不全緩和ケアトレーニングコース
HEart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider, HEPT¹⁴⁾
- 日本臨床倫理学会 臨床倫理認定士制度¹⁵⁾
- 病院・臨床倫理委員会コンソーシアム¹⁶⁾

2. 生命維持治療への対応

1) 生命維持治療についての選択肢

前述した医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討と患者・家族等との SDM を適切なプロセスで行った結果、最善の治療・ケアのゴールを達成するために生命維持治療の終了／差し控えが妥当であると判断された場合、以下のような対応が挙げられる。

(1) 生命維持治療を差し控える（不開始も含む）

症状緩和のための治療・ケア（「I. 2. 2) 生命維持治療の終了／差し控え時の緩和ケア」および「緩和ケア別編」参照）は行うが、それ以外の治療を新たに行うことや治療の増強はしない。人工呼吸器、補助循環装置等の生命維持装置の設定や、使用している昇圧薬等は減弱できればするが、増強はしない。検査やモニターも侵襲になるため最小限にする。心停止時に心肺蘇生は行わない。

(2) 生命維持治療を終了する

a. 症状緩和のための治療のみを行う

症状緩和のための治療・ケアのみを行い、苦痛を取るための鎮痛・鎮静薬等は継続し、必要に応じて調整する（「I. 2. 2) 生命維持治療の終了／差し控え時の緩和ケア」および「緩和ケア別編」参照）。人工呼吸器、補助循環装置等の生命維持装置、ペースメーカーや植込み型除細動器の除細動機能は停止もしくは取り外しを検討し、透析療法等の血液浄化、昇圧薬、血液製剤、抗菌薬、輸液、人工栄養・水分補給の終了も検討する。検査やモニターも侵襲となるため最小限にする。心停止時に心肺蘇生は行わない。

b. 生命維持治療の一部を終了または減弱する

前項 (2) a に関して対応を決定していく話し合いの結果、生命維持治療の一部のみ終了または減弱する場合も想定される。その際、人工呼吸器、補助循環装置等の生命維持装置、ペースメーカー、植込み型除細動器、透析療法等の血液浄化、昇圧薬、血液製剤、抗菌薬、輸液、人工栄養・水分補給等に関して対応をそれぞれ検討する。心停止時に心肺蘇生は行わない。

上記対応においては施設ごとにプロトコルを策定する等して、施設全体として取り組むことが望ましい。また、生命維持治療の終了後は短時間で心停止となることもあるため、家族等の立会いの下で行うことも検討する。上記対応を選択した場合に必要な緩和ケアやグリー

フケアに関しては、「I. 2. 2) 生命維持治療の終了／差し控え時の緩和ケア」および「緩和ケア別編」で詳述する。

なお、生命維持治療の終了／差し控えが検討されたが予測とは異なる病状の変化や患者・家族等の意向に変化が生じた場合には、再度、医療・ケアチームで検討し、また患者・家族等と現状を共有し、方針を柔軟に再検討する。

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

生命維持治療の終了／差し控えに至るまでの意思決定においては、家族等と医療・ケアチーム間での意見の相違が生じやすいことはよく知られている。例えば、医療・ケアチームが臨床倫理的な検討を行った結果、患者の望むようなゴールを達成できないと判断した治療の継続を家族等が望んでいるような場合である。また、医療・ケアチームが今後の病状変化や予後を予測することが難しい場合もある。このように、家族等との意見の相違や不明確な予後のためにすぐに結論が出せない場合、TLT が有用との報告がある¹⁷⁾。TLT とは、医療・ケアチームと患者・家族等の間で治療・ケアの方針に関して意見の相違がある場合や予後が不明確である場合に、患者が望むゴールに向かって改善するか悪化するかを確認するために、両者で合意を得たうえで期間を決めて特定の治療を試行することである。例えば、7 日間の人工呼吸器管理を行い、臓器機能の回復や合併症の有無を評価する。目標とした期間内に人工呼吸器からの離脱が困難と判明した場合や、患者が許容できる状態になり得ない場合、また治療による苦痛をこれ以上受け入れられない時には、これらの治療の終了を検討する。病状が改善すれば、一定期間ごとに治療の増強・継続・減弱・終了について話し合いを繰り返す。

TLT を行うことで、患者の予後を見通したり、その間に家族等と医療・ケアチームの対立を解消するためのコミュニケーションを図り、家族等が状況を受け入れるための時間的猶予が生まれたりする一方で、患者にとって侵襲的な治療を行う期間が長くなる等「死のプロセスの質」を損なうというデメリットも議論されており、その適応や期間に関しては配慮が必要である^{17), 18)}。

2) 生命維持治療の終了／差し控え時の緩和ケア

World Health Organization(WHO)は、『緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである』¹⁹⁾としている。生命維持治療の終了／差し控えが検討される患者は、まさに生命が脅かされている状態にあり、緩和ケアの提供が必要不可欠な状況と考えてよい。したがって、生命維持治療の終了／差し控えが検討されている状況では、主治医や担当看護師等のプライマリ・チーム^(注釈 4)により、日常の診療やケアの一環として基本的な緩和ケアが行われる必要がある。ただし、緩和困難な苦痛が存在したり、医療・ケアに関する意思決定が困難で、プラ

イマリ・チームだけで対応することが難しい場合は、緩和ケア専門家（緩和医療専門医や緩和ケアチーム等）との連携を検討する。

緩和ケア専門家ではないプライマリ・チームにより日常の診療やケアの一環として行われる緩和ケアは「基本的緩和ケア」と呼ばれ、生命維持治療の終了／差し控え時に限定されるものではない。急性期領域では、緩和ケアが不十分で²⁰⁾、急変や重症化により初めて緩和ケアの導入が検討されるケースもみられる。したがって「基本的緩和ケア」とは、症状緩和や意思決定支援、心理社会的支援等を、救急搬送や集中治療室へ緊急入室した患者に対しては早期から提供されるべき基本的なスキルを意味する。

救急・集中治療領域で重篤な患者は、多様な苦痛を抱えており、緩和ケアのニーズが高いことが知られている²¹⁾。したがって、生命維持治療の終了／差し控え後のタイミングで緩和ケアを導入するのでは遅すぎるため、早期の緩和ケア導入が必要である。

日本緩和医療学会「緩和ケアチーム活動の手引き（追補版）救急・集中治療領域の緩和ケア」²²⁾や、日本循環器学会・日本心不全学会合同ガイドライン「2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言」²³⁾も参考になる。

多職種による臨床倫理的な判断と適切な共同意思決定の下、生命維持治療の終了／差し控えが選択された後に必要となる緩和ケアに関して、これまで日本の医療現場では公に議論される機会が少なかった。生命維持治療の終了／差し控え後は、侵襲的な治療は終了したとしても、症状緩和のための治療は最大限継続されるため、適切な緩和ケアを提供できない状態で生命維持治療の終了／差し控えを行うべきではない。実際に生命維持治療の終了／差し控えを行う際に必要となる症状緩和のための具体的な診療の内容に関しては、「緩和ケア別編」を参照されたい。

3) その他の検討すべき事項（臓器提供に関して）

亡くなりゆく患者にとって、臓器提供はひとつの選択肢となる。脳死とされうる状態となった患者の脳死下臓器提供の意思決定は、生命維持治療の終了／差し控えに関する意思決定と切り離すことはできないため、本ガイドラインで示す多職種による臨床倫理的な検討とSDMのプロセスに準拠し、脳死下臓器提供に関して家族等へ情報提供し話し合うことが肝要である。脳死とされうる状態の患者の心停止後臓器提供の意思決定に関しては、生命維持治療の終了／差し控えに関する意思決定が示された後に専門家による慎重な医学的適応の判断の下、検討すべきである。

具体的手順については、日本臓器移植ネットワークの各種マニュアル²⁴⁾も参照のこと。

II. 医療・ケアチームの役割：医療・ケアチームに求められる患者・家族支援体制

救急・集中治療に携わる医療・ケアチームは、その専門性に基づき、臨床倫理に関する知識や問題への対応に関する方法を修得することが求められる。医療・ケアチームによって患者の予後が不良であると判断され、その事実を告げられた患者・家族等は、しばしば激しい衝撃を受け、動揺する。このような状況においても患者にとって最善となる意思決定ができ、患者にとってより良い治療・ケアが選択できるように患者・家族等を支援することが重要である。そのために医療・ケアチームは、患者・家族等との信頼関係を維持しながら、患者・家族等が状況を理解できるよう情報提供を行う必要がある。また、患者が死亡する場合には、家族等が大切な人を喪失することに対する悲嘆を十分に表出できるように支援する。その際、プライマリ・チームと緩和ケアチームが協働して苦痛症状の緩和、意思決定支援、心理社会的サポートを行い、患者中心のケアを推進することが望まれる。そのためには、緩和ケアの専門知識を有する人材の確保、多職種連携体制の整備、早期介入を可能とする仕組み作りが必要である。治療・ケアのゴールを達成するために生命維持治療の終了／差し控えを行うこととなった患者の家族等へのケアの詳細については、「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」²⁵⁾等を参考にする。

III. 救急・集中治療において生命維持治療を終了／差し控える時の診療記録記載について

時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて患者の意思は変化し得るものであるため、医療・ケアチームは適切な情報の提供と説明をその都度行い、状況に応じて話し合いを繰り返す。話し合った内容は診療記録に記載する。

1. 生命維持治療の終了／差し控え時の診療記録記載の基本

生命維持治療の終了／差し控えに関する意思決定プロセスは、その経緯を含め、すべて診療記録に適切かつ明瞭に記載しなければならない。医療・ケアチームは基本的事項について確認し、適切かつ明瞭に記載する。このことによって、生命維持治療の終了／差し控えにおける様々な問題を把握し、良質な医療を展開することが可能になる。また、のちに検証を受ける際等にも、医療・ケアチームによる治療・ケアのゴールの決定、診療のプロセス等が、倫理的に妥当なものであったといえる記載を心がける。以上の観点から、生命維持治療の終了／差し控えにおける診療記録記載にあたっては、以下の事項を含むことが求められる。

1) 医学的な検討とその説明

- ① 説明の対象となる患者・家族等とその範囲等を記載する。
- ② 上記①について患者・家族等に説明した内容を記載する。
- ③ 上記②に際して患者・家族等による理解や受容の状況を記載する。
- ④ 同席した医療・ケア従事者を記載する。

2) 患者の意思について

- ① 患者の意思、または ACP の記録等にみられる事前に示された意思、それが述べられた状況等を記載する。
- ② 上記①がないか不明な場合は、家族等による患者の推定意思とその根拠を記載する。

3) 生命維持治療の終了／差し控えを検討する際に行うべき対応

- ① 患者の意思、または ACP の内容を記載する。
- ② 家族等による患者の推定意思とその根拠を記載する。
- ③ 家族等の意向を記載する。
- ④ 生命維持治療の終了／差し控えを考慮する時期であることと、その根拠を記載する。
- ⑤ 患者にとって最善の治療・ケアのゴールについての検討内容を記載する。
- ⑥ 医療・ケアチームを含めた検討に加わったすべてのメンバーを記載する。

注釈 1)「生命維持治療」の定義

生命維持治療とは、医療・ケア従事者が患者の生命を維持するのに必要とみなす治療を指す。人工呼吸器や循環補助装置といった生命維持装置に限らず、治療が「生命維持」といえるかどうかは、その行為の形からのみ判断されるものではなく、それが実施される状況にもよる。昇圧薬、ペースメーカー、人工栄養・水分補給、透析療法等の血液浄化、輸血、輸液等は生命に危険のない症状の治療にも用いられるが、これらは状況によって生命維持治療となり得る。医療・ケア従事者は医療行為が各々の状況下で生命維持にあたるかどうかを判断する。

注釈 2)「臨床倫理コンサルテーションチームや臨床倫理委員会等の複数の専門家からなる組織」の定義

臨床倫理コンサルテーションチームとは、医療現場で生じる倫理的な問題やジレンマについて、多職種チームが相談に応じ、助言やサポートを行うチームである。医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー等で構成される。倫理・法律の専門家が加わる場合もある。病院等の医療機関の臨床倫理委員会の下部組織として設置されることが多いが、その体制は施設によって異なる。

臨床倫理委員会とは、医療現場における倫理的問題を議論し、教育を行ったり、手助けしたり、調停したり、そして、時に助言を与える委員会である。医療・ケア従事者、倫理・法律の専門家、事務系の職員等が含まれることが多い。倫理的問題への対応のあり方について助言等を行うが、最終的な意思決定は、原則として医療・ケアチーム、患者・家族等に委ねられる。治療方針については、必要に応じて病院の管理部門にも相談して決定する。適切なプロセスを踏んだ決定であれば、刑事・民事訴追となった場合にはチームを守る役割がある。

注釈 3)「治療・ケアのゴール」の定義

治療・ケアのゴールとは、患者の目指す生き方、価値観や優先順位に基づいた治療方針の指針になるものである。例えば、「退院して社会復帰すること」、「残された時間をできるだけ苦痛なく過ごすこと」等である。

注釈 4)「プライマリ・チーム」の定義

患者の診療に複数の診療科やチームが介在している場合、主な診療を担当する医療・ケアチームのことを指す。

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) Gattrell WT, Logullo P, van Zuuren EJ, et al. ACCORD (ACcurate CONsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. PLoS Med 2024;21:e1004326.
- 4) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. 赤林 朗, 蔵田伸雄, 児玉 聡監訳. 臨床倫理学 第五版－臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 東京: 新興医学出版社; 2006. p. 1-13.
- 5) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, Ninth Edition. New York: McGraw-Hill; 2021.
- 6) 臨床倫理研究所. 臨床倫理ネットワーク日本 臨床倫理検討シート. 2023年 [cited 2025 Dec 17].
Available from: <http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/worksheet/>
- 7) 令和6年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業. 本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会 Education For Implementing End-of-Life Discussion; E-FIELD. 臨床倫理の4分割表. 2024年 [cited 2025 Dec 17].
Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001481865.pdf>
- 8) 厚生労働省. 身寄りがい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. [cited 2025 Dec 17]. Available from:
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/miyorinonaihitothenotaiau.html
- 9) Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, et al. Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. Crit Care Med 2025;53:e465-82.
- 10) 厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業. 2024年 [cited 2025 Dec 17].
Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_57204.html
- 11) 日本集中治療医学会. 教育講座 救急・集中治療と臨床倫理—倫理的・法的・社会的課題への対応. [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.jsicm.org/seminar/terminal/>
- 12) 日本集中治療医学会. 集中治療における患者家族のこころのケア講座. [cited 2025 Dec 17].
Available from: <https://www.jsicm.org/seminar/familycare/>
- 13) 日本集中治療医学会. 意思決定支援プロセスセミナー. [cited 2025 Dec 17].
Available from: <https://www.jsicm.org/seminar/nurse-dm/>
- 14) 厚生労働省委託事業 日本心不全学会 心不全緩和ケアトレーニングコース. HEart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider; HEPT. [cited 2025 Dec 17].
Available from: <https://hept.jp/about/>
- 15) 日本臨床倫理学会. 臨床倫理認定士制度. [cited 2025 Dec 17].
Available from: <https://c-ethics.jp/adviser-about/>
- 16) 病院・臨床倫理委員会コンソーシアム. [cited 2025 Dec 17].
Available from: <https://plaza.umin.ac.jp/ce-consortium/index.html>
- 17) Kruser JM, Ashana DC, Courtright KR, et al. Defining the Time-limited Trial for Patients with Critical Illness: An Official American Thoracic Society Workshop Report. Ann Am Thorac Soc 2024;21:187-99.
- 18) Downer K, Gustin J, Lincoln T, et al. Communicating About Time-Limited Trials. Chest 2022;161:202-7.
- 19) 大坂 巖, 渡邊清高, 志真泰夫, 他. わが国における WHO 緩和ケア定義の定訳—デルファイ法を用いた緩和ケア関連18団体による共同作成—. Palliat Care Res 2019;14:61-6.

- 20) Igarashi Y, Tanaka Y, Ito K, et al. Current status of palliative care delivery and self-reported practice in ICUs in Japan: a nationwide cross-sectional survey of physician directors. J Intensive Care 2022;10:18.
- 21) Ito K, George N, Wilson J, et al. Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. J Intensive Care 2022;10:20.
- 22) 日本緩和医療学会. 緩和ケアチーム活動の手引き（追補版）救急・集中治療領域の緩和ケア. 2025 年 [cited 2025 Sep 25]. Available from: https://www.jspm.ne.jp/files/active/kyuukyuu-chiryo_v1.pdf
- 23) 日本循環器学会・日本心不全学会合同ガイドライン. 2021 年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言. 2021 年 [cited 2025 Dec 17].
Available from: https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf
- 24) 日本臓器移植ネットワーク. 法令集 & マニュアル. [cited 2025 Dec 17].
Available from: <https://www.jotnw.or.jp/medical/manual/>
- 25) 日本集中治療医学会. 集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針. 2011 年 5 月 [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>

付録1「作成委員・アドバイザー一覧、COI開示、属性調査結果」

付録1-1「作成委員・アドバイザー所属学会、役職、氏名、所属」

所属学会	役職	氏名	所属
日本集中治療医学会	委員長	○伊藤香	自衛隊入間病院教育部教官室
日本集中治療医学会	理事	○藤野裕士	市立豊中病院
日本集中治療医学会	コアメンバー	○澤村匡史	済生会熊本病院集中治療室
日本救急医学会	コアメンバー	○渥美生弘	浜松医科大学救急災害医学講座
日本救急医学会	コアメンバー	○田崎修	長崎大学病院・高度救命救急センター
日本循環器学会	コアメンバー	○野々木宏	静岡県立大学薬学部
日本循環器学会	コアメンバー	○磯田菊生	順天堂大学医学部附属練馬病院/循環器内科
日本緩和医療学会	コアメンバー	○木澤義之	筑波大学医学医療系
日本集中治療医学会	アドバイザー	○戸田宏一	獨協医科大学埼玉医療センター心臓血管外科
日本集中治療医学会	作成委員	○則末泰博	東京ベイ・浦安市川医療センター 集中治療科・呼吸器内科
日本集中治療医学会	作成委員	○植村桜	大阪市立総合医療センター・教育研修センター
日本集中治療医学会	作成委員	○立野淳子	産業医科大学産業保健学部看護学科
日本集中治療医学会	作成委員	○制野勇介	国立循環器病研究センター集中治療科
日本集中治療医学会	作成委員	○児玉聡	京都大学大学院文学研究科
日本救急医学会	作成委員	○塩見直人	滋賀医科大学医学部救急集中治療医学講座
日本救急医学会	作成委員	○井上淑恵	悠翔会在宅クリニック品川
日本救急医学会	作成委員	○船越拓	名古屋市立大学先進救急災害医学講座
日本救急医学会	作成委員	○会田薫子	東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター 上廣講座
日本救急医学会	作成委員	○樋口範雄	東京大学
日本循環器学会	作成委員	○水野篤	聖路加国際病院
日本循環器学会	作成委員	○大石醒悟	医療法人社団まほし会 真星病院
日本循環器学会	作成委員	○市原有起	東京女子医科大学心臓血管外科
日本循環器学会	作成委員	○弓野大	医療法人社団ゆみの
日本緩和医療学会	作成委員	○宇都宮明美	関西医科大学看護学部・看護学研究科
日本緩和医療学会	作成委員	○加藤茜	山梨県立大学看護学部
日本緩和医療学会	作成委員	○石上雄一郎	飯塚病院連携医療・緩和ケア科
日本緩和医療学会	作成委員	○五十嵐佑子	大阪府済生会千里病院緩和と支持治療科
日本緩和医療学会	作成委員	○田中雄太	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学講座

本編

日本集中治療医学会	アドバイザー	佐伯仁志	中央大学法務研究科
日本集中治療医学会	アドバイザー	植田育也	埼玉県立小児医療センター
日本集中治療医学会	アドバイザー	徳平夏子	国立循環器病研究センター医療安全管理室集中治療部
日本集中治療医学会	アドバイザー	笠木実央子	ロイヤル・チルドレンズ・ホスピタル・メルボルン小児集中治療科
日本循環器学会	アドバイザー	柴田龍宏	久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門
日本緩和医療学会	アドバイザー	中川俊一	コロンビア大学内科
日本緩和医療学会	アドバイザー	森田達也	聖隷三方原病院緩和支援治療科

注釈：○印は修正デルファイ法のアンケートに参加した委員・アドバイザー。

付録 1-2 「作成委員・アドバイザーCOI 開示」

付録 1-2-1 「COI 開示基準」

COI 表示基準			
経済的 COI	A. 自己申告者 自身の申告事項 (策定する CPG 内容に係る 企業や営利団体 との COI 状態)	A-1	企業や営利を目的とした団体の役員、顧問職の有無と報酬額(1つの企業・団体からの報酬額が年間 100 万円以上のものを記載)開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分: ①100 万円 ≤ ②500 万円 ≤ ③1000 万円 ≤
		A-2	株の保有と、その株式から得られる利益(最近 1 年間の本株式による利益)(1つの企業の 1 年間の利益が 100 万円以上のもの、あるいは当該株式の 5%以上保有のものを記載)開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分:①100 万円 ≤ ②500 万円 ≤ ③1000 万円 ≤
		A-3	企業や営利を目的とした団体から特許権使用料として支払われた報酬(1つの特許使用料が年間 100 万円以上のものを記載)開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分: ①100 万円 ≤ ②500 万円 ≤ ③1000 万円 ≤
		A-4	企業や営利を目的とした団体より、会議の出席(発表、助言など)に対し、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当、講演料などの報酬(1つの企業・団体からの講演料が年間総額 50 万円以上のものを記載)開示基準額 50 万円/企業/年 金額区分:① 50 万円 ≤ ② 100 万円 ≤ ③ 200 万円 ≤
		A-5	企業や営利を目的とした団体が作成するパンフレット、座談会記事などの執筆に対して支払った原稿料(1つの企業・団体からの原稿料が年間総額 50 万円以上のものを記載)開示基準額 50 万円/企業/年 金額区分:① 50 万円 ≤ ② 100 万円 ≤ ③ 200 万円 ≤
		A-6	企業や営利を目的とした団体が提供する研究費(1つの企業・団体から、医学系研究(共同研究、受託研究、治験など)に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた 100 万円以上のものを記載)研究費区分:①産学共同研究 ②受託研究 ③治験 ④その他開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分:① 100 万円 ≤ ② 1000 万円 ≤ ③ 2000 万円 ≤
		A-7	企業や営利を目的とした団体が提供する奨学(奨励)寄附金(1つの企業・団体から、申告者個人または申告者が所属する講座・分野または研究室に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた 100 万円以上のものを記載)開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分:① 100 万円 ≤ ② 500 万円 ≤ ③ 1000 万円 ≤
		A-8	企業などが提供する寄附講座(企業などからの寄附講座に所属している場合に記載)
		A-9	その他の報酬(研究とは直接に関係しない旅行、贈答品など)(1つの企業・団体から受けた報酬が年間5万円以上のものを記載)基準額 5 万円/企業/年 金額区分:① 5 万円 ≤ ② 20 万円 ≤ ③ 50 万円 ≤
	B. 申告者の配偶者、一親等内の親族、または収入・財産的利益を共有する者の申告事項	B-1	企業や営利を目的とした団体の役員、顧問職の有無と報酬額(1つの企業・団体からの報酬額が年間 100 万円以上のものを記載)開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分: ① 100 万円 ≤ ② 500 万円 ≤ ③ 1000 万円 ≤
		B-2	株の保有と、その株式から得られる利益(最近 1 年間の本株式による利益)(1つの企業の 1 年間の利益が 100 万円以上のもの、あるいは当該株式の 5%以上保有のものを記載)開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分:① 100 万円 ≤ ② 500 万円 ≤ ③ 1000 万円 ≤
		B-3	企業や営利を目的とした団体から特許権使用料として支払われた報酬(1つの特許使用料が年間 100 万円以上のものを記載)開示基準額 100 万円/企業/年 金額区分:① 100 万円 ≤ ② 500 万円 ≤ ③ 1000 万円 ≤
	C. 申告者の所属する組織・部門(研究機関、病院、学部またはセンターなど)の長に関する申告事項(申告者が組織・部門の長と共同研究者、分担研究者の立場にある場合に該当する)	C-1	企業や営利を目的とした団体が当該の研究機関・部門に対し提供する研究費(1つの企業・団体から契約に基づいて、申告者の医学系研究(助成研究、共同研究、受託研究など)に関連して、当該の長に対して過去 3 年以内に実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられたものを記載)研究費区分:①産学共同研究 ②受託研究 ③治験 ④その他開示基準額 1000 万円/企業/年 金額区分:① 1000 万円 ≤ ② 2000 万円 ≤ ③ 4000 万円 ≤
		C-2	企業や営利を目的とした団体が当該の研究機関・部門に対し提供する寄附金(1つの企業・営利団体から、申告者の研究に関連して提供され、所属研究機関、病院、学部またはセンター、講座の長が実質的に使途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられたものを記載)開示基準額 200 万円/企業/年 金額区分:① 200 万円 ≤ ② 1000 万円 ≤ ③ 2000 万円 ≤
		C-3	その他(申告者が所属する研究機関そのもの、あるいは機関・部門の長が本学会の事業活動に係る企業などの株式保有、特許使用料、あるいは投資など)(本学会の事業活動において影響を与える可能性が想定される場合に記載)

本編

アカデミック COI	学術的 COI	A	学術団体の理事・監事以上の役職
	他のガイドライン作成への関与	B-1	診療ガイドラインへの参加
		B-2	「救急・集中治療終末期医療に関するガイドライン ～3 学会からの提言～」への関与 前版の「救急・集中治療終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」の推奨 に関与した委員の場合、その旨を記載する。
	関連する研究への関与	C-1	一次研究として含まれている論文の著者 前版の「救急・集中治療終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」の推奨 形成のためのシステマティックレビューに一次研究として含まれている論文の著者(共著 者)の場合、論文名、雑誌名を公開する(時期については過去3 年間以前も含む)。
		C-2	システマティックレビューの著者 前版の「救急・集中治療終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」の推奨 形成のためのシステマティックレビューの出版済み論文の著者(共著者)の場合、論文 名、雑誌名を公開する。
		C-3	臨床疑問に関連する論文または学会発表の著者 前版の「救急・集中治療終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」の臨床 疑問に関連する論文または学会発表の著者または演者(共著者または共同演者を含む) がある場合、論文名、雑誌名または学会発表の演題名、発表学会を開示する。
		C-4	臨床疑問に関連する研究への関与 前版の「救急・集中治療終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」の臨床 疑問に関連する研究に関与している場合(研究計画書が作成され倫理委員会で承認さ れており、研究責任者または共同研究者として研究計画書に記載されている場合)、関与 している研究名を開示する。

付録 1-2-2 「経済的 COI の開示」

氏名	本委員会の 役割	経済的 COI														
		A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7	A-8	A-9	B-1	B-2	B-3	C-1	C-2	C-3
伊藤香	委員長	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	※1
藤野裕士	理事	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
澤村匡史	コアメンバー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
渥美生弘	コアメンバー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
田崎修	コアメンバー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
野々木宏	コアメンバー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
磯田菊生	コアメンバー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
木澤義之	コアメンバー	無	※2	無	※3	無	※4	無	無	無	無	無	無	無	無	無
戸田宏一	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
則末泰博	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
植村桜	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
立野淳子	作成委員	※5	※6	無	無	無	無	無	無	無	※7	※8	無	無	無	無
制野勇介	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
児玉聡	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
塩見直人	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
井上淑恵	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
舩越拓	作成委員	無	無	無	無	無	※9	無	無	無	無	無	無	無	無	無
会田薫子	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	※10	無	無	無	無	無	無	無
樋口範雄	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
水野篤	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
大石醒悟	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
市原有起	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
弓野大	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
宇都宮明美	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
加藤茜	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
石上雄一郎	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
五十嵐佑子	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
田中雄太	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
佐伯仁志	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
植田育也	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
徳平夏子	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
笠木実央子	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無

本編

柴田龍宏	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
中川俊一	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
森田達也	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無

(経済的 COI 開示事項詳細)

- ※1 一般社団法人かんわとーく,無報酬,2023 年～2025 年
- ※2 五洋建設株式会社,21800 株,1747 円,②,2025 年
- ※3 中外製薬株式会社,①,2023 年,2024 年,2025 年/塩野義製薬株式会社,①,2025 年/第一三共株式会社,①,2024 年
- ※4 株式会社メディカルレビュー社,①,①,2025 年
- ※5 株式会社 Be yourself,取締役,②,2025 年
- ※6 株式会社 Be yourself,300 株,10000 円,②,2025 年
- ※7 立野敏充,夫,株式会社 Beyourself, 代表取締役,①,2025 年
- ※8 立野敏充,夫,株式会社 Beyourself,200 株,10000 円,①,2025 年
- ※9 公益財団法人 大樹生命厚生財団,研究助成,①,2025 年/三井住友海上福祉財団,研究助成,①,2025 年
- ※10 公益財団法人 上廣倫理財団,上廣死生学・応用倫理講座,2023 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日

付録 1-2-3 「アカデミック COI の開示」

氏名	本委員会の 役割	アカデミック COI						
		A	B-1	B-2	C-1	C-2	C-3	C-4
伊藤香	委員長	無	無	無	無	無	無	無
藤野裕士	理事	日本周産期麻酔科学会(理事長) 日本医療ガス学会(理事) 日本集中治療医学会(理事) 日本心臓補助学会(理事) 日本 ECMOnet (理事) 日本呼吸療法医学会(監事)	臓器提供を見据えた患者 評価・管理と術中管理のた めのマニュアル(委員)	無	無	無	無	無
澤村匡史	コアメンバー	無	無	無	無	無	無	無
渥美生弘	コアメンバー	日本脳死脳蘇生学会(理事)	JRC 蘇生ガイドライン 2025 (WG メンバー) 法的脳死判定マニュアル 2024 (共著者) 不可逆的全脳機能不全患者の集中治療マニュアル 2025 (共著者) 臓器提供を見据えた患者 評価・管理と術中管理のた めのマニュアル (WG メン バー)	無	無	無	無	無
田崎修	コアメンバー	日本救急医学会(理事)	臓器提供を見据えた患者 評価・管理と術中管理のた めのマニュアル(委員)	無	無	無	無	無
野々木宏	コアメンバー	日本蘇生協議会(最高顧問)	日本蘇生協議会蘇生ガイドライン(編集顧問)	作成委員 (日本集中治療医学会からの作成委員)	無	無	無	無
磯田菊生	コアメンバー	無	無	無	無	無	無	無
木澤義之	コアメンバー	日本緩和医療学会(理事長) 地域緩和ケアアライアンス(代表理事) World Hospice Palliative Care Alliance (Trustee) Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (Council member)	無	無	無	無	無	無

本編

戸田宏一	アドバイザー	日本心臓移植学会 (理事) 日本心肺補助学会 (理事) 補助人工心臓治療関 連学会協議会(理事) 日本心筋保護心保存 学会(理事) 国際補助循環学会 (ISMCS: International Society for Mechanical Circulatory Support) (理事)	2023 年 JCS/JSCVS/JCC/CVIT ガイドライン フォーカスア ップデート版 PCPS/ECMO/循環補助 用心内留置型 ポンプカテ ーテルの適応・操作(班 員) 2025 年改訂版 心不全診 療ガイドライン(班員)	無	無	無	無	無
則末泰博	作成委員	無	ARDS 診療ガイドライン 2026(作成委員長)	無	無	無	無	無
植村桜	作成委員	無	無	無	無	無	無	無
立野淳子	作成委員	日本救急看護学会 (理事)	重症患者リハビリテーショ ン診療ガイドライン(SR メン バー) 日本版重症患者の栄養療 法ガイドライン(SR メンバ ー) 日本版敗血症診療ガイド ライン 2024(アプリ班メンバ ー)	委員(作 成プロセ ス全体)	無	無	無	無
制野勇介	作成委員	無	無	無	無	無	無	無
児玉聡	作成委員	日本生命倫理学会 (理事) 日本イギリス哲学会 (理事)	無	無	COVID- 19 急性呼 吸不全の 人工呼吸 管理と ECMO 管 理:基本 的考え方 (日本集 中治療医 学会雑 誌,2020)	無	無	無
塩見直人	作成委員	無	頭部外傷治療管理のガイ ドライン(委員)	無	無	無	無	無
井上淑恵	作成委員	無	高齢者救急問題の現状と その対応策についての提 言 2024(日本救急医学会 高齢者救急委員会委員)	無	無	無	無	無
舩越拓	作成委員	無	日本版敗血症診療ガイド ライン 2024(SR メンバー)	無	無	無	無	無
会田薫子	作成委員	日本老年医学会(理 事) 日本生命倫理学会 (理事) 日本在宅救急医学会 (理事) 日本脳死・脳蘇生学 会(理事)	日本老年医学会「高齢者 の人生の最終段階におけ る医療・ケアに関する立場 表明 2025」(委員長)	無	無	無	無	無
樋口範雄	作成委員	無	無	無	無	無	無	無

本編

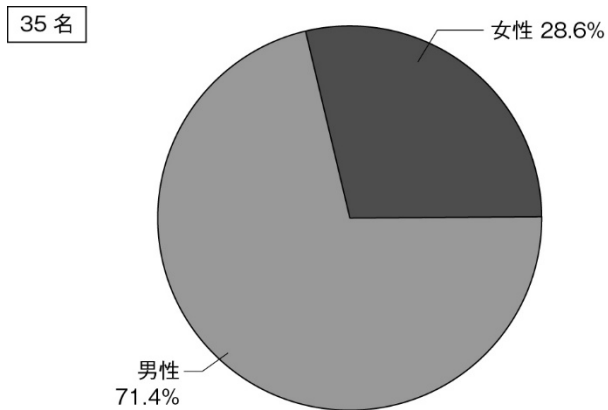
水野篤	作成委員	血管不全学会(監事)	2025 年改訂版 心不全診療ガイドライン(協力員) 2024 年改訂版 多様性に配慮した循環器診療ガイドライン(日本循環器学会/日本心臓病学会/日本心臓リハビリテーション学会/日本胸部外科学会合同ガイドライン)(副班長) 循環器病におけるデジタル技術を活用したヘルスケアサービスに関する指針(班長) 2024 年日本不整脈心電学会/日本循環器学会 携帯型/装着型心電計の適切使用に関するコンセンサスステートメント(委員)	無	無	無	無	無
大石醒悟	作成委員	日本サイコカーディオロジー学会(理事)	2025 年改訂版心不全診療ガイドライン(協力員) 2024 年改訂版多様性に配慮した循環器診療ガイドライン(日本循環器学会/日本心臓病学会/日本心臓リハビリテーション学会/日本胸部外科学会合同ガイドライン)(協力員) 進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン(2023 年版)(WG メンバー)	無	無	無	無	無
市原有起	作成委員	無	無	無	無	無	無	無
弓野大	作成委員	無	重症心不全患者への在宅静注強心薬持続投与指針(指針作成ワーキンググループ長)	無	無	無	無	無
宇都宮明美	作成委員	日本クリティカルケア看護学会(代表理事) 日本循環器看護学会(理事) 日本専門看護師協議会(副代表)	無	無	無	無	無	無
加藤茜	作成委員	無	無	無	無	無	無	無
石上雄一郎	作成委員	無	JRC 日本蘇生ガイドライン 2025(作成委員) 神経疾患の緩和ケアガイドライン(作成委員)	無	無	無	無	無
五十嵐佑子	作成委員	無	緩和ケアチーム活動の手引き 追補版 救急・集中治療領域の緩和ケア(救急・集中治療領域の緩和ケア WPG 員)	無	無	無	無	無
田中雄太	作成委員	無	無	無	無	無	無	無
佐伯仁志	アドバイザー	日本刑法学会(監事)	東京科学大学病院インフォームド・コンセントマニュアル(委員)	無	無	無	無	無
植田育也	アドバイザー	日本小児救急医学会(理事) 日本小児救急学会(理事)	無	無	無	無	無	無
徳平夏子	アドバイザー	日本小児集中治療研究会(理事)	無	無	無	無	無	無

本編

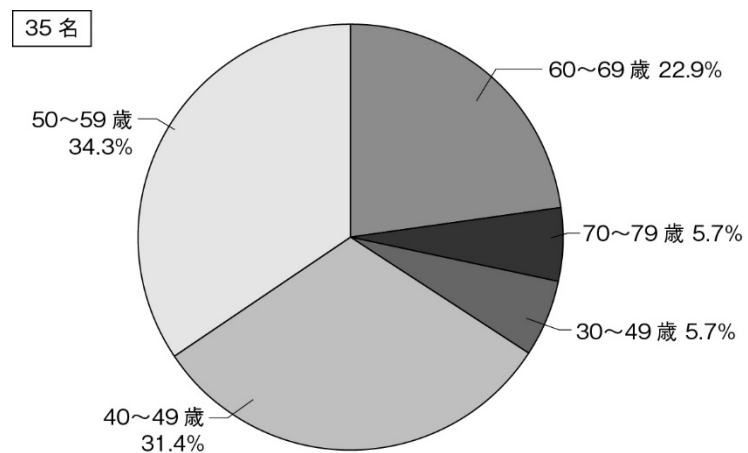
笠木実央子	アドバイザー	無	無	無	無	無	無	無
柴田龍宏	アドバイザー	無	2024 年改訂版 多様性に配慮した循環器診療ガイドライン（日本循環器学会/日本心臓病学会/日本心臓リハビリテーション学会/日本胸部外科学会合同ガイドライン)(協力員)	無	無	無	無	無
中川俊一	アドバイザー	がん緩和ケアに関する国際研究学会(理事)	無	無	無	無	無	無
森田達也	アドバイザー	無	がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き(WPG 副委員長)	無	無	無	無	無

付録 1-3 「作成委員・アドバイザー属性調査結果」

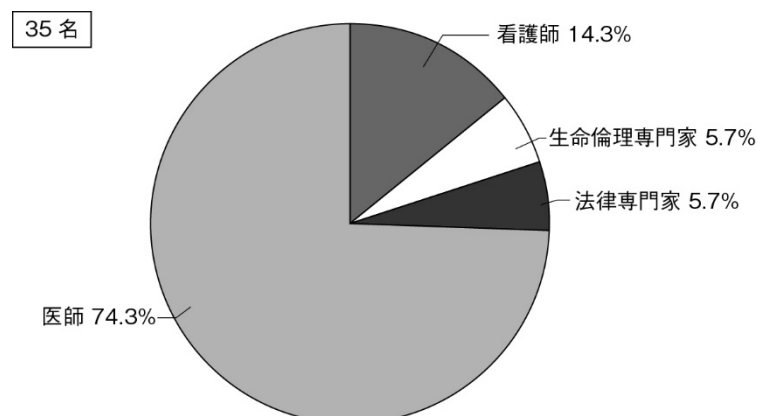
付録 1-3-1 「作成委員・アドバイザー 性別」



付録 1-3-2 「作成委員・アドバイザー 年齢分布」

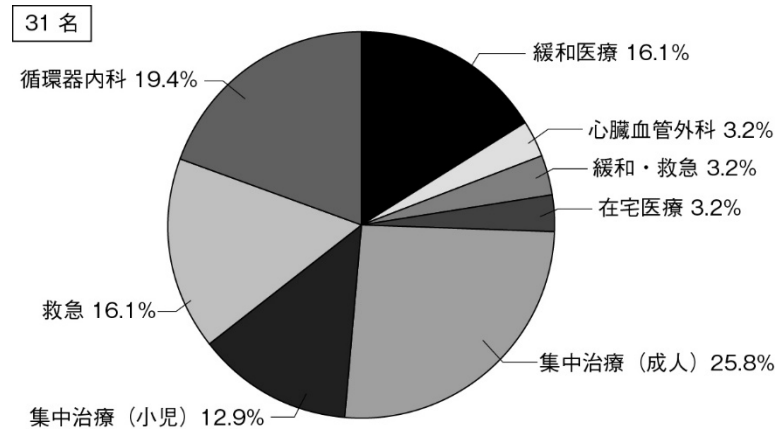


付録 1-3-3 「作成委員・アドバイザー 職業」



付録 1-3-4 「作成委員・アドバイザーのうち、医療・ケア従事者である委員の専門分野」

「職業」で「医師」または「看護師」と回答した方のみにお伺いします。以下の選択肢の中から、ご自身の専門分野として最もあてはまる分野を1つ選んでください。



付録2「修正デルファイ法のフローと結果」

付録2-1「修正デルファイ法によるガイドライン作成フロー」

Step 1 | 準備段階：草案作成（2024年1月～12月）

コアメンバーによるオンライン会議および学術集会シンポジウムでの議論を通じて「改訂版ガイドライン骨子案」を確定し、「改訂版本編草案」と「改訂版説明文草案」を作成した。



Step 2 | ラウンド前討議：作成委員全体会議（2025年1月）

事前に配布した「改訂版本編草案」と「改訂版説明文草案」について、作成委員全体会議（対面＋オンラインのハイブリッド形式）にて討議を行った。



Step 3 | デルファイラウンド1：匿名アンケート調査（2025年1月～2月）

Step 2の討議を踏まえ、作成委員全員を対象としたオンライン形式の匿名アンケート調査（第1回）を実施した。



Step 4 | ラウンド間プロセス1：結果分析・草案修正・理事会意見聴取（2025年5月～9月）

コアメンバーがラウンド1の結果を分析し、「改訂版本編草案」と「改訂版説明文草案」に修正を加えた。修正後の草案を4学会の理事会へ提出し、意見聴取を行い、さらなる修正を加えた。



Step 5 | ラウンド前説明会：作成委員オンライン説明会（2025年9月）

4学会の理事会意見聴取の結果を反映させた「改訂版本編草案」と「改訂版説明文草案」について、作成委員全員を対象としたオンライン説明会を開催した。



Step 6 | デルファイラウンド2：匿名アンケート調査（2025年9月～10月）

Step 5の説明会を踏まえ、作成委員全員を対象としたオンライン形式の匿名アンケート調査（第2回）を実施した。



Step 7 | ラウンド間プロセス2：作成委員全体会議・草案修正（2025年11月）

作成委員全体会議（対面＋オンラインのハイブリッド形式）にてラウンド2の結果を分析し、「改訂版本編草案」と「改訂版説明文草案」に修正を加えた。学術集会シンポジウムでの議論も修正に反映させた。



Step 8 | デルファイラウンド3：匿名アンケート調査（2025年11月～12月）

Step 7での修正を反映させた草案について、作成委員全員を対象としたオンライン形式の匿名アンケート調査（第3回）を実施した。



Step 9 | 第1次確定プロセス：メール審議（2025年12月）

ラウンド3の結果を反映させた「改訂版本編草案」と「改訂版説明文草案」について、作成委員全員によるメール審議を行い、第1次最終版案を確定した。



Step 10 | パブリックコメント募集・収集（2026年2月～5月）

医療・ケア従事者および一般市民を対象にパブリックコメントを募集した。



Step 11 | 最終確定プロセス：本文修正・メール審議（2026年5月）

収集したパブリックコメントを踏まえ、本文および説明文に対して大意を変更しない範囲での修正・加筆を行った。これらの修正は内容の本質的変更を伴わないと判断されたため、追加のデルファイラウンドは実施せず、作成委員・アドバイザーによるメール審議（第2回）を経て最終版を確定した。

付録 2-2 「アンケート結果」

付録 2-2-1 「本編のアンケート結果」

本編・各項目における合意形成の状況	賛成率（％）			コメント数 合計
	デルファイラウンド 1 (N= 24)*	デルファイラウンド 2 (N=28)**	デルファイラウンド 3 (N=28)***	
タイトル	91.3%	85.7%	89.3%	20
1. 基本的な考え方				
1 段落目（日本集中治療医学会～）	78.3%	92.9%	100.0%	7
2 段落目（旧ガイドラインには～）	82.6%	78.6%	89.3%	30
3 段落目（個々の背景や～）	91.3%	85.7%	96.4%	20
4 段落目（意思決定に関しては～）	87.0%	96.4%	100.0%	9
5 段落目（厚労省プロセスガイドラインに～）	69.6%	96.4%	100.0%	14
6 段落目（旧ガイドラインにおいては～）	91.3%	96.4%	96.4%	11
7 段落目（本ガイドラインは～）	69.6%	75.0%	100.0%	24
作成の方法	NA	85.7%	92.9%	12
1. 救急・集中治療における生命維持治療の終了／差し控えの判断				
1) 序文	82.6%	71.4%	92.9%	25
2) 生命維持治療の終了／差し控えを判断するためのプロセス	NA	100.0%	100.0%	3
(1) 医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討				0
1 段落目（患者にとって最善の～）	78.3%	82.1%	96.4%	26
2 段落目（その際、その患者の～）	78.3%	89.3%	100.0%	19
3 段落目（「臨床倫理的な検討」とは～）	65.2%	75.0%	92.9%	28
4 段落目（そのために役立つツールとして～）	78.3%	92.9%	100.0%	22
(2) 患者・家族等との共同意思決定 (shared decision making, SDM)				
a. 「厚労省プロセスガイドライン」に沿った SDM				
1 段落目（厚労省プロセスガイドラインでは～）	73.9%	96.4%	96.4%	14
i. 患者の意思が確認できる場合	78.3%	89.3%	82.1%	15
ii. 患者の意思は確認できないが、意思を推定できる場合	73.9%	92.9%	89.3%	10
iii. 患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合	91.3%	89.3%	100.0%	7
iv. 患者の意思が不明で、身元不詳等の理由により家族等と接触できない場合や身寄りがない場合	78.3%	82.1%	89.3%	22
7 段落目（また、厚生労働省の～）	NA	100.0%	100.0%	0
b. SDM のためのコミュニケーションスキルトレーニング	87.0%	96.4%	96.4%	14
(3) 倫理コンサルテーションの役割				0
1 段落目（上記意思決定の過程において～）	78.3%	92.9%	89.3%	20
2 段落目（近年では～）	NA	92.9%	100.0%	2
2. 生命維持治療への対応				
1) 生命維持治療についての選択肢	87.0%	92.9%	100.0%	13
(1) 生命維持治療を差し控える（不開始も含む）	82.6%	78.6%	96.4%	19
(2) 生命維持治療を終了する				
a. 症状緩和のための治療のみ行う	91.3%	82.1%	85.7%	25
b. 生命維持治療の一部を終了または減弱する				
1 段落目（前項（2）a に関して～）	73.9%	75.0%	89.3%	34
2 段落目（上記対応においては～）	87.0%	92.9%	100.0%	10
3 段落目（なお、治療の終了／差し控えが～）	NA	82.1%	96.4%	10
(3) 期限付きの特定の治療の試行(time limited trial, TLT)				
1 段落目（生命維持治療の終了／差し控えに～）	73.9%	89.3%	92.9%	31
2 段落目（TLT を行うことで～）	NA	100.0%	89.3%	7
2) 生命維持治療終了／差し控え時の緩和ケア				
1 段落目（World Health Organization (WHO)は～）	73.9%	89.3%	92.9%	22
2 段落目（緩和ケア専門家ではない～）	NA	NA	96.4%	3
3 段落目（救急・集中治療領域で～）	NA	NA	100.0%	3
4 段落目（日本緩和医療学会～）	NA	NA	100.0%	1

本編

5 段落目（多職種による～）	NA	NA	100.0%	1
3) その他の検討すべき事項（臓器提供に関して）	69.6%	100.0%	92.9%	20
II. 医療・ケアチームの役割	82.6%	85.7%	92.9%	22
III. 救急・集中治療において生命維持治療を終了／差し控える時の診療録記載について	87.0%	100.0%	100.0%	5
1. 生命維持治療の終了／差し控え時の診療録記載の基本	82.6%	100.0%	100.0%	12
1) 医学的な検討とその説明	87.0%	89.3%	96.4%	12
2) 患者の意思について	82.6%	89.3%	100.0%	8
3) 生命維持治療の終了／差し控えを検討する際に行うべき対応	87.0%	82.1%	96.4%	15
注釈 1	NA	85.7%	85.7%	14
注釈 2 1 段落目（臨床倫理コンサルテーション～）	NA	96.4%	96.4%	4
2 段落目（臨床倫理委員会とは、～）	NA	85.7%	96.4%	9
注釈 3	NA	85.7%	92.9%	9
注釈 4	NA	82.1%	96.4%	7

*招集人数 28 名。回答者数 24 名（アンケート回収率 85.7%）

**招集人数 28 名。回答者数 28 名（アンケート回収率 100%）

***招集人数 28 名。回答者数 28 名（アンケート回収率 100%）

付録 2-2-2 「説明文のアンケート結果」

説明文・各項目における合意形成の状況	賛成率（％）			コメント 数 合計
	デルファイラウンド1 (N= 24)*	デルファイラウンド2 (N=28)**	デルファイラウンド3 (N=28)***	
0-1 主な改訂点				
1) タイトル	NA	NA	96.4%	4
2) 終末期の定義	72.0%	85.7%	100.0%	14
3) 生命時治療終了／差し控えの判断をするためのプロセス	NA	NA	96.4%	3
4) 期限付きの特定の治療の試行(time limited trial, TLT)の明記	NA	NA	100.0%	2
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	NA	NA	100.0%	0
0-2. 用語の整理				
1) 終末期	83.3%	96.4%	96.4%	10
2) 延命治療、延命措置	91.7%	96.4%	92.9%	15
3) 生命維持治療の中止	87.5%	96.4%	96.4%	5
4) 消極的・積極的安楽死	83.3%	89.3%	96.4%	16
5) best supportive care (BSC)	NA	NA	85.7%	5
1. はじめに				
1 段落目（2014 年 11 月に～）	77.8%	92.9%	100.0%	14
2 段落目（しかしながら、この 10 年間で～）	81.5%	89.3%	96.4%	20
3 段落目（さらに、旧ガイドラインには～）	NA	82.1%	96.4%	7
4 段落目（そこで今回～）	96.3%	89.3%	96.4%	17
2. 背景と作成の経緯				
1) 歴史的背景				
1 段落目（多くの国では～）	88.9%	92.9%	100.0%	14
2 段落目（そういった状況を受け～）	NA	96.4%	96.4%	4
3 段落目（また、2006 年に～）	NA	100.0%	100.0%	0
4 段落目（旧ガイドライン発表から～）	NA	100.0%	100.0%	1
2) 旧ガイドラインの問題点の指摘				
(1) 「終末期の定義」	85.2%	89.3%	96.4%	13
(2) 「終末期の判断」				
1 段落目（旧ガイドラインの～）	96.3%	96.4%	100.0%	12
2 段落目（また、例示された～）	85.2%	92.9%	96.4%	12
(3) 延命措置への対応	73.1%	96.4%	89.3%	21
3) 過去の刑事事件事例、法的免責等に関する具体的な 例示や説明				
(1) 東海大学病院事件	72.0%	92.9%	100.0%	16
(2) 川崎協同病院事件	NA	92.9%	100.0%	5
(3) 射水市民病院事件	NA	96.4%	100.0%	1
(4) 道立羽幌病院事件	NA	96.4%	100.0%	4
5 段落目（上記 4 つの～）	68.0%	85.7%	96.4%	25
6 段落目（一方、不起訴となった～）	NA	89.3%	100.0%	3
7 段落目（わが国には～）	NA	85.7%	100.0%	8
8 段落目（上記「(1) 東海大学病院事件」の～）	NA	96.4%	96.4%	5
9 段落目（実際、2007 年以降～）	NA	82.1%	96.4%	8
3. 意思決定支援と国の方針				
1 段落目（令和 6 年度診療報酬改定に伴い～）	62.5%	92.9%	100.0%	16
2 段落目（令和 4 年度診療報酬改定において～）	NA	85.7%	100.0%	8
4. おわりに：本ガイドラインの位置づけと使い方	83.3%	96.4%	96.4%	23

*招集人数 28 名。回答者数 24 名（アンケート回収率 85.7％）

**招集人数 28 名。回答者数 28 名（アンケート回収率 100％）

***招集人数 28 名。回答者数 28 名（アンケート回収率 100％）

付録3 「生命維持治療の終了／差し控えを判断するためのプロセスと 生命維持治療への対応のフロー」

