

1 Q&A 集

2

3 本編に関する Q&A

4 **Q1. 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**
5 **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？**

6 A1. 今回のガイドライン改訂において、最も重要な点は、救急・集中治療の現場での生命維持
7 治療終了／差し控えに際しての症状緩和を含めた緩和ケアに関するガイダンスを盛り込んだこ
8 とです。従来3学会（集中治療、救急、循環器）に今回初めて日本緩和医療学会が参加したこ
9 とを強調するために、あえてタイトルに「4学会」を入れています。ただし、このガイドライン
10 は4学会に限定されることなく、救急・集中治療領域で診療を行うすべての医療従事者に参照し
11 ていただけるものであると考えています。

12

13 **Q2. このガイドラインの対象患者は救急・集中治療領域限定ですか？**

14 A2. 本ガイドラインは、疾患等の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
15 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としています。した
16 がって、慢性疾患急性増悪で救急搬送されたり集中治療室へ緊急入室した時も対象になります。
17 例えば、在宅で人工呼吸器依存となっている患者が肺炎等で呼吸状態が急激に悪化し救急搬送さ
18 れた場合も対象になると考えています。

19

20 **Q3. 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、**
21 **医療費を削減させたり、現場の医療者の負担を減らすことではないのですか？**

22 A3. 生命維持治療をやめられないかもしれないという理由で、たとえ助かる可能性があっても、
23 最初から生命維持治療を開始しないということが現状あります。本ガイドラインにより、①「開
24 始後でも終了できる」ことを制度化して「助かる人を増やす」、つまり助かる可能性のある人には
25 生命維持治療を行うこと、②「本人の意思が尊重されること」（不本意な延命の回避）を目的とし
26 ています。したがって、患者の死期を早めたり、医療費の削減や、医療者の現場の負担を減らす
27 目的で作成したわけではありません。

28

29 **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**
30 **決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「プロセスガイドライン」）に準拠して**
31 **いるのですか？**

32 A4. 救急・集中治療の現場で生命維持治療の終了／差し控えが行われた時には、広義の終末期
33 や、厚生労働省の示すところの人生の最終段階になると考えられるため、生命維持治療の終了／

34 差し控えを検討する際には、「プロセスガイドライン」が適用できると考えます。また、本ガイド
35 ラインは、「プロセスガイドライン」の前身である、厚生労働省の「終末期医療の決定に関するガ
36 イドライン」(平成19年5月)の3つの要点、すなわち、①医療・ケアチームで判断する(一人
37 で決めない)、②患者本人の意思・推定意思を尊重すること、③緩和ケアを充実させること、の3
38 点にも合致した内容となっています。

39

40 **Q5. このガイドラインの「家族等」には誰が含まれますか？**

41 A5. 本ガイドラインにおける「家族等」とは、「プロセスガイドライン」で示される「家族等」
42 と同様です。すなわち、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人(親しい友
43 人等)を含んでおり、複数人存在することも考えられます。

44

45 **Q6. 緩和ケアは生命維持治療の終了/差し控えを決定した後から始めるものなの
46 ですか？**

47 A6. 旧ガイドラインでは生命維持治療の終了/差し控えの方針が決定した「後に」「緩和的措
48 置」が大切であることに触れていますが、今回のガイドラインでは基本的緩和ケアは決定した後
49 にではなく、それ以前から(生命の危機がある疾患を持つ患者すべてに対して)始めるべきであ
50 ることを明記しています。

51

52 **Q7. 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？**

53 A7. 患者です。ただし、救急・集中治療の現場では、患者は多くの場合、重篤な状態で意思決
54 定できる状況ではないため、医療・ケアチームは患者のいないところで家族等と話す機会が多く
55 なります。その際に、患者の意向を中心に決めていくことが重要です。また、家族等と話し合う
56 際には、家族の利益相反に留意が必要です。

57

58 **Q8. 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
59 に載っている選択肢通りにしないといけないのですか？**

60 A8. 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終了/差し控え
61 が選択された後の対応としての枠組みを示しています。したがって、実際には、患者のその時の
62 全身状態や受けている治療の内容によって、個別に検討する必要があります。

63

64 **Q9. DNAR 指示が出た場合、あらゆる治療を終了や差し控えすることになりますか？**

66 A9. DNAR は「心停止時に心肺蘇生を行わない」という指示であり、通常の医療ケアに影響
67 を与えるものではありません。DNAR 指示が出ているからといって、あらゆる治療が終了された
68 り、差し控えられたりすることは誤りです。

70 **Q10. 生命維持治療終了／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？**

72 A10. 適切なプロセスを経て生命維持治療終了／差し控えが選択された場合、心停止時に苦痛
73 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。

75 **Q11. 生命維持治療終了／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？**

77 A11. 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
78 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。

80 **Q12. ペースメーカーは生命維持治療に含まれますか？**

81 A12. 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
82 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
83 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
84 の程度を踏まえて、個別に判断する必要があります。

86 **Q13. 生命維持治療終了／差し控えに関して、医療・ケアチームと患者・家族等の間で適切な話し合いがなされていても、施設の医療安全委員会から「医療安全上、問題になる可能性がある」とされて、生命維持治療の終了／差し控えが承認されない場合があります。どうしたらよいのでしょうか。**

90 A13. 生命維持治療終了／差し控えの判断に関して、施設によっては臨床倫理委員会だけではなく、
91 医療安全委員会が関与する場合もあると思いますが、原則として、両者は独立して設置する
92 ことが推奨されています。個別症例の意思決定支援や臨床倫理的な検討のプロセスの確認は臨床
93 倫理委員会等の役割であり、医療安全委員会は主として事故防止や再発防止を検討する場である
94 と考えられます。そのため、まず、「医療安全上の懸念」とは具体的に何を指すのか（説明不足に
95 よるトラブル、訴訟リスク、手順の不備など）を確認し、その懸念を軽減するためにどのような
96 改善が必要かを検討することが重要です。生命維持治療の終了／差し控えは医療事故ではありません
97 ですので、本ガイドラインに基づき、生命維持治療の終了／差し控えに関する標準的な院内手順

98 を整備し、その中で医療安全上必要なチェックポイントを医療安全委員会と共同で明確化してお
99 くと、個々の症例で「危ないからやめる」という場当たりの対応を避けやすくなります。

100 また、World Health Organization (WHO) の定義によれば、医療安全とは、患者が不利益を被
101 るリスクを可能な限り低減することとされています。一方で、適切なプロセスを経て生命維持治
102 療の終了／差し控えが選択された患者においては、「不利益」と感じられる内容は必ずしも同一で
103 はありません。例えば、生命予後をわずかに延ばすことを目的として行われる苦痛を伴う頻回の
104 吸引や身体抑制は、その患者にとってはかえって苦痛となる場合があります。したがって、患者
105 一人一人の治療・ケアのゴールや価値観に応じて、リスクや医療安全のとらえ方が変わり得るこ
106 とに十分配慮する必要があります。

107

108 **Q14. 実際に患者の診療にあたっている医療・ケアチームで適切な検討をして生命**
109 **維持治療終了／差し控えを判断しても、組織の臨床倫理委員会等から承認してもら**
110 **えないことがあります。どうしたらよいでしょうか。**

111 A14. 医療・ケアチームが生命維持治療終了／差し控えに関して検討する際、患者にとって最
112 善の治療・ケアのゴールであるのかどうかを、患者の価値観に沿って決定していく必要があります。
113 その過程において、医療者の過去の経験や個人的な信念から独断的な意見で意思決定される
114 ことがあってはならないと考えられます。

115 したがって、臨床倫理委員会のメンバーは、臨床倫理のトレーニングを受けていることが望ま
116 しく、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
117 医療・ケアチーム、患者・家族等に委ねられることが原則であると考えられます。

118

119

120 説明文に関する Q&A

121 **Q15. このガイドラインによると、終末期でなくても生命維持治療を終了すること**
122 **や差し控えることがあるということでしょうか？**

123 A15. 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
124 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
125 ります。したがって、生命維持治療終了／差し控えの対象となる患者は必ずしも従来の定義に従
126 った「終末期」ではない場合もあると考えられます。例えば、重篤な状態により集中治療室など
127 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
128 むような結果につながらないような場合は、生命維持治療終了／差し控えが検討される対象とな
129 ります。そのため、本ガイドラインでは「終末期」という時期をあえて定義せず、生命維持治療
130 の終了／差し控えを検討する際に考慮すべきプロセス（医療・ケアチームによる臨床倫理的な検

131 討および、厚生労働省プロセスガイドラインに準拠した共同意思決定（shared decision making,
132 SDM）を示しています。

133

134 **Q16. 一度終了した生命維持治療は再開することはないのですか？**

135 A16. 基本的には再開することはありません。ただし、生命維持治療終了／差し控え後の判断
136 は、決定した後であっても、患者の病状の変化や患者・家族等の気持ちの変化により再検討をす
137 る場合があります。その際には、再度、医療・ケアチームでの臨床倫理的な検討および患者の意
138 思の確認を繰り返し行い、柔軟に対応することが必要となります。

139

140

141 **緩和ケア別編に関する Q&A**

142 **Q17. 生命維持治療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**
143 **などを来した場合、それは違法である安楽死にはならないのですか？**

144 A17. 生命維持治療終了は患者の「死亡」を目的としたものではなく、治療・ケアのゴールを
145 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
146 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
147 療終了／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
148 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、専門的な知識を持った
149 医師等へのコンサルテーションをご考慮ください。また、当ガイドラインに付されている「緩和
150 ケア別編」も参考になります。

151

152 **Q18. 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**
153 **助循環は含まれますか？**

154 A18. 含まれます。機械的補助循環（mechanical circulatory support, MCS）の終了／差し控え
155 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、
156 「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
157 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
158 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
159 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
160 えられます。