

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

編集

終末期医療に関するガイドライン改訂委員会
(Ad Hoc/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 合同)

1	本編
2	
3	目次
4	I. 基本的な考え方
5	1. 救急・集中治療における生命維持治療終了／差し控えの判断
6	2. 生命維持治療への対応
7	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
8	III. 救急・集中治療において生命維持治療を終了／差し控え時の診療録記載について
9	1. 生命維持治療の終了／差し控え時の診療録記載の基本
10	
11	付録1「作成委員・アドバイザー一覧、COI開示、属性調査結果」
12	付録1-1「作成委員・アドバイザー所属学会、役職、氏名、所属」
13	付録1-2「作成委員・アドバイザーCOI開示」
14	付録1-3「作成委員属性調査結果」
15	付録2「修正デルファイ法のフローと結果」
16	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」
17	付録2-2「アンケート結果」
18	付録3「生命維持治療終了/差し控えを判断するためのプロセスと
19	生命維持治療への対応のフロー」
20	

21 本編

22 I. 基本的な考え方

23 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
24 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
25 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
26 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
27 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。

28 旧ガイドラインには『「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
29 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
30 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
31 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
32 う、新たな倫理的課題を生じさせている。そのため、当ガイドラインではあえて「終末期」を定
33 義せず、救急・集中治療の現場で生命維持治療終了/差し控えが考慮される患者について多職種
34 からなる診療チーム(以下、「医療・ケアチーム」という)がどのように検討し、患者にとって最
35 善となる意思決定を患者・家族等とともに行っていくのか、そのプロセスを提示した。

36 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
37 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
38 けるかを十分考慮したうえで、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・
39 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
40 ある。

41 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
42 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
43 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
44 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。

45 「厚労省プロセスガイドライン」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
46 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
47 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
48 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
49 ための体制整備が必要である。

50 旧ガイドラインにおいては、生命維持治療終了/差し控えの方針を決定した後に「緩和的措置」
51 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
52 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終了/差し控え時に提
53 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。

54 本ガイドラインは、救急・集中治療の現場で重篤な患者に向き合っている医療・ケアチームが、
55 患者・家族等とともに生命維持治療終了／差し控えを検討する際のプロセスを示し、その決定後
56 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。

57 作成の方法

58 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
59 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
60 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
61 後、「改訂本文草案」、「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
62 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
63 （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
64 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
65 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
66 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
67 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
68 全項目にて合意形成を得たため、文書を最終版とした（付録 2「修正デルファイ法のフローと結
69 果」参照）。

70

71 1. 救急・集中治療における生命維持治療終了／差し控えの判断

72 1) 序文

73 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
74 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
75 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、その選択肢として生命維
76 持治療終了／差し控えについて考慮し始める。

77 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

78 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
79 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
80 療終了／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）。

81 (1) 医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討

82 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
83 選択肢に挙がる場合、短時間で心停止となることもあるため、患者の診療に携わる医療・ケア
84 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。

85 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
86 が望ましい。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

87 医や在宅医療従事者等にも積極的に話し合いに参加してもらおう。従来、患者の治療・ケアのゴ
88 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
89 される生命維持治療終了／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
90 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
91 全性が確保される必要がある。

92 「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
93 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
94 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
95 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」
96 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
97 し、患者の意思表示が困難な場合には advance care planning（ACP）の記録（事前指示書を含
98 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。
99 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
100 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
101 度や病院体制を含めた環境要因を考慮する。この際、医療者側の偏見を排除し、4つの観点す
102 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
103 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。

104 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。

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

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

109 a. 「厚労省プロセスガイドライン」に沿った SDM

110 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
111 等の医療従事者から患者・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
112 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
113 スガイドラインは広い範囲で適用できるものであるため、生命維持治療を継続するかどうかの
114 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
115 にできるものであると考え、これに準拠する（付録 3「生命維持治療終了／差し控えを判断す
116 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）。

117 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
118 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
119 り返し行われることも重要である。

120

121 i. 患者の意思の確認ができる場合

122 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とを原則とする。この
123 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
124 切な情報の提供と説明を患者に行い、合意形成をする。

125 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
126 照らして適用できると判断される場合、それを尊重することを原則とする。

127 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

128 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
129 ことを原則とする。この時、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
130 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
131 の根拠となり得る。

132 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

133 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
134 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
135 者にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、患者の心身の状態の変化、
136 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。

137 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
138 場合

139 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
140 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
141 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
142 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
143 要がある。

144 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
145 するガイドライン及び事例集」⁸⁾ も参考になる。

146 **b. SDM のためのコミュニケーションスキルトレーニング**

147 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
148 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
149 決めていく過程を SDM と呼ぶ。救急・集中治療に関わる医療従事者が SDM のためのコミュ
150 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
151 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
152 知識と技術の習得が推奨される⁹⁾。

154 (3) 倫理コンサルテーションの役割

155 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
 156 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
 157 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
 158 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
 159 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
 160 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
 161 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
 162 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
 163 プロセスが当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、
 164 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。

165 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。

- 166 ● 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
 167 重した意思決定のための相談員研修会 Education For Implementing End-of-Life
 168 Discussion; E-FIELD¹⁰⁾
- 169 ● 日本集中治療医学会 教育講座 救急・集中治療と臨床倫理 一倫理的法的社会的課題へ
 170 の対応¹¹⁾
- 171 ● 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⁾
- 172 ● 日本集中治療医学会 意思決定支援プロセスセミナー¹³⁾
- 173 ● 厚生労働省委託事業 日本心不全学会公認 緩和ケア推進委員会オフィシャルコース
 174 HEart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider, HEPT¹⁴⁾
- 175 ● 日本臨床倫理学会 臨床倫理認定士制度¹⁵⁾
- 176 ● 病院・臨床倫理委員会コンソーシアム¹⁶⁾

177

178 2. 生命維持治療への対応

179 1) 生命維持治療についての選択肢

180 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
 181 スで行った結果、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
 182 あると判断された場合、以下のような対応が挙げられる。

183 (1) 生命維持治療を差し控える（不開始も含む）

184 症状緩和のための治療・ケア（「I. 2. 2) 生命維持治療終了／差し控え時の緩和ケア」およ
 185 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。
 186 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

187 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
188 は行わない。

189 (2) 生命維持治療を終了する

190 a. 症状緩和のための治療のみを行う

191 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
192 に応じて調整する（「I. 2. 2）生命維持治療終了／差し控え時の緩和ケア」および「緩和ケア
193 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
194 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、
195 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
196 限にする。心停止時に心肺蘇生は行わない。

197 b. 生命維持治療の一部を終了または減弱する

198 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
199 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
200 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
201 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。

202 上記対応においては施設ごとにプロトコールを策定する等して、施設全体として取り組むこ
203 とが望ましい。また、生命維持治療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
204 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
205 ケアに関しては、「I. 2. 2）生命維持治療終了／差し控え時の緩和ケア」および「緩和ケア別
206 編」で詳述する。

207 なお、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
208 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
209 有し、方針を柔軟に再検討する。

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

211 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
212 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
213 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
214 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
215 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
216 すぐに結論が出せない場合、期限付きの特定の治療の試行（TLT）が有用との報告がある¹⁷⁾。
217 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
218 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
219 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
220 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

221 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
222 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
223 る。病状が改善すれば、合意された治療が継続される。

224 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
225 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
226 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」
227 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⁾。
228 ¹⁸⁾。

229 2) 生命維持治療終了／差し控え時の緩和ケア

230 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
231 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
232 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
233 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
234 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
235 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
236 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
237 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
238 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
239 アチーム等）との連携を検討する。

240 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
241 緩和ケアは「基本的緩和ケア」と呼ばれ、生命維持治療終了／差し控え時に限定されるものでは
242 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
243 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
244 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
245 き基本的なスキルを意味する。

246 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
247 が知られている²¹⁾。したがって、生命維持治療終了／差し控え後のタイミングで緩和ケアを導入
248 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。

249 日本緩和医療学会「緩和ケアチーム活動の手引き、救急・集中治療領域の緩和ケア」²²⁾や、日
250 本循環器学会「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。

251 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
252 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
253 が少なかった。生命維持治療終了／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
254 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

255 了／差し控えを行うべきではない。実際に生命維持治療終了／差し控えを行う際に必要となる症
256 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。

257 3) その他の検討すべき事項（臓器提供に関して）

258 亡くなりゆく患者を診療している際に、臓器提供はひとつの選択肢となる。脳死とされ得る状
259 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
260 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
261 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。
262 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
263 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。

264 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。

265

266 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 267 族支援体制

268 救急・集中治療に携わる医療・ケアチームは、その専門性にに基づき、臨床倫理に関する知識や
269 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
270 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
271 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
272 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・
273 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
274 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
275 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
276 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
277 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
278 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
279 めに生命維持治療終了／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
280 は、「集中治療における終末期患者家族へのこころのケア指針」²⁵⁾等を参考にする。

281

282 III. 救急・集中治療において生命維持治療を終了／差し控え時の診療録 283 記載について

284 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
285 あるため、医療・ケアチームは適切な情報の提供と説明を都度行い、状況に応じて話し合いを繰
286 り返し行う。話し合った内容は診療録に記録する。

287 1. 生命維持治療の終了／差し控え時の診療録記載の基本

288 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、すべて診療録
289 に適切かつ明瞭に記載しなければならない。担当する医師らは基本的事項について確認し、適切
290 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
291 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・
292 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つ
293 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録記
294 載にあたっては、以下の事項を含むことが求められる。

295 1) 医学的な検討とその説明

296 説明の対象となる患者・家族等とその範囲等を記載する。

- 297 ① 上記①について患者・家族等に説明した内容を記載する。
- 298 ② 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。
- 299 ③ 同席した医療者を記載する。

300 2) 患者の意思について

- 301 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
302 況等を記載する。
- 303 ② 上記①がないか不明な場合は、家族等による推定意思とその根拠を記載する。

304 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

- 305 ① 患者の意思、または ACP の内容を記載する。
- 306 ② 家族等による推定意思とその根拠を記載する。
- 307 ③ 家族等の意向を記載する。
- 308 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。
- 309 ⑤ 患者にとっての、最善の選択肢についての検討内容を記載する。
- 310 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。

311

312 注釈 1) 「生命維持治療」の定義

313 生命維持治療とは、医療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
314 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
315 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
316 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
317 は状況によって生命維持治療となり得る。医療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
318 うかを判断する。

319

320 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

321 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
322 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

323 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
324 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。

325 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
326 たり、そして、時に助言を与える委員会である。医療従事者、倫理・法律の専門家、事務系の職員等が含
327 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
328 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
329 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
330 を守る役割がある。

331

332 注釈3)「治療・ケアのゴール」の定義

333 治療・ケアのゴールとは、患者の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
334 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。

335

336 注釈4)「プライマリ・チーム」の定義

337 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
338 を指す。

339

340 参考文献

341 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
342 ドライン ~3学会からの提言~, 2014年 [cited 2025 Dec 17].

343 Available from: <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>

344 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
345 [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

346 3) Gattrell WT, Logullo P, van Zuuren EJ, et al. ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A
347 reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. PLoS Med
348 2024;21:e1004326.

349 4) 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
350 プローチ. 東京: 新興医学出版社; 2006. p. 1-13.

351 5) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical
352 Medicine, Ninth Edition. New York: McGraw-Hill; 2021.

353 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
354 from: <http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/worksheet/>

355 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
356 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
357 割表. 2024年 [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001481865.pdf>

358 8) 厚生労働省. 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
359 事例集. [cited 2025 Dec 17]. Available from:

360 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyorinonaihitothenotaiou.html

361 9) Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, et al. Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered
362 Care for Adult ICUs: 2024. Crit Care Med 2025;53:e465-82.

363 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].

364 Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_57204.html

365 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
366 Dec 17]. Available from: <https://www.jsicm.org/seminar/terminal/>

- 368 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:
369 <https://www.jsicm.org/seminar/familycare/>
- 370 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:
371 <https://www.jsicm.org/seminar/nurse-dm/>
- 372 14) 厚生労働省委託事業 日本心不全学会公認 緩和ケア推進委員会オフィシャルコース. HEart failure
373 Palliative care Training program for comprehensive care provider; HEPT. [cited 2025 Dec 17]. Available from:
374 <https://hept.jp/about/>
- 375 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-](https://c-ethics.jp/adviser-about/)
376 [about/](https://c-ethics.jp/adviser-about/)
- 377 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-](https://plaza.umin.ac.jp/ce-consortium/index.html)
378 [consortium/index.html](https://plaza.umin.ac.jp/ce-consortium/index.html)
- 379 17) Kruser JM, Ashana DC, Courtright KR, et al. Defining the Time-limited Trial for Patients with Critical
380 Illness: An Official American Thoracic Society Workshop Report. Ann Am Thorac Soc 2024;21:187-99.
- 381 18) Downer K, Gustin J, Lincoln T, et al. Communicating About Time-Limited Trials. Chest 2022;161:202-7.
- 382 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
383 緩和ケア関連 18 団体による共同作成—. Palliat Care Res 2019;14:61-6.
- 384 20) Igarashi Y, Tanaka Y, Ito K, et al. Current status of palliative care delivery and self-reported practice in ICUs
385 in Japan: a nationwide cross-sectional survey of physician directors. J Intensive Care 2022;10:18.
- 386 21) Ito K, George N, Wilson J, et al. Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. J
387 Intensive Care 2022;10:20.
- 388 22) 日本緩和医療学会. 緩和ケアチーム活動の手引き, 救急・集中治療領域の緩和ケア. 2025 年 [cited 2025
389 Sep 25]. Available from: https://www.jspm.ne.jp/files/active/kyuukyuu-chiryo_v1.pdf
- 390 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
391 の提言. 2021 年 [cited 2025 Dec 17]. Available from: [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf)
392 [content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf)
- 393 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:
394 <https://www.jotnw.or.jp/medical/manual/>
- 395 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
396 Dec 17]. Available from: <https://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>
- 397

398 付録1「作成委員・アドバイザー一覧、COI開示、属性調査結果」

399 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	帝京大学医学部外科学講座 Acute Care Surgery 部門
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 緩和医療学
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救急・集中治療科 集中治療部門/呼吸器内科
日本集中治療医学会	作成委員	植村 桜	地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター 看護部
日本集中治療医学会	作成委員	立野淳子	小倉記念病院 看護部
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
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 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/藤沢市民病院 救命救急センター
日本救急医学会	作成委員	船越 拓	名古屋市立大学病院 救命救急センター
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 名誉教授
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 心臓血管外科学分野
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
日本緩和医療学会	作成委員	加藤 茜	山梨県立大学
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 緩和支援治療科
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
日本集中治療医学会	アドバイザー	佐伯仁志	中央大学大学院 法務研究科
日本循環器学会	アドバイザー	柴田龍宏	久留米大学病院高度救命救急センター CCU
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 アービングメディカルセンター/ニューヨーク・プレスピテリアン病院
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

400

401

402 付録 1-2 「作成委員・アドバイザーCOI 開示」

403 付録 1-2-1 「COI 開示基準」

経済的 COI	A. 自己申告者自身の申告事項（策定する CPG 内容に関す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、助言等）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、講演料等の報酬（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、座談会記事等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、治験等）に対して、申告者が実質的に用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、申告者が実質的に用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	企業等が提供する寄附講座（企業等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、贈答品等）（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） 開示基準額：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≦	

本編

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等)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・団体が契約に基づいて、申告者の医学系研究(助成研究、共同研究、受託研究等)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:①1000万円≦、②2000万円≦、③4000万円≦	
	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:①200万円≦、②1000万円≦、③2000万円≦	
	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関係する企業等の株式保有、特許使用料、あるいは投資等)(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)	
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)

404

405

406 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	無
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	無	無	※1	無	無	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	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	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
船越 拓	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
会田薫子	作成委員	無	無	無	無	無	無	無	※2	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
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 中外製薬株式会社（2023）、第一三共株式会社（2023）

※2 公益財団法人上廣倫理財団、上廣死生学・応用倫理講座（2007～2027）

407
408
409
410

411 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
伊藤 香	委員長	無	無	無
藤野裕士	理事	日本周産期麻酔科学会（理事） 日本医療ガス学会（理事） 日本集中治療医学会（理事） 日本呼吸療法医学会（監事）	無	無
澤村匡史	コアメンバー	無	無	無
渥美生弘	コアメンバー	無	無	無
田崎 修	コアメンバー	無	無	無
野々木宏	コアメンバー	無	日本蘇生協議会蘇生ガイドライン（顧問）	作成委員（日本集中治療医学会からの作成委員）
磯田菊生	コアメンバー	無	無	無
木澤義之	コアメンバー	日本緩和医療学会（理事） World Hospice Palliative Care Alliance（Trustee） Asia Pacific Hospice Palliative Care Network（Council member）	無	無
戸田宏一	アドバイザー	日本心臓移植学会（理事） 日本心臓補助学会（理事） 補助人工心臓治療関連学会協議会（理事） 国際補助循環学会（理事）	日本循環器学会 心不全診療ガイドライン（班員）	無
則未泰博	作成委員	無	ARDS 診療ガイドライン 2026（委員長）	無
植村 桜	作成委員	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（ガイドラインの作成）
制野勇介	作成委員	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） 日本倫理学会（評議員） 関西倫理学会（評議員）	無	無
塩見直人	作成委員	一般社団法人日本脳神経外傷学会（理事）	無	無
井上淑恵	作成委員	無	無	無
船越 拓	作成委員	無	日本版敗血症診療ガイドライン（SR メンバー）	無
会田薫子	作成委員	無	無	無
樋口範雄	作成委員	無	無	無
水野 篤	作成委員	血管不全学会（監事）	多様性に基づく循環器病の診療ガイドライン（副班長） 心不全ガイドライン（協力員） 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

本編

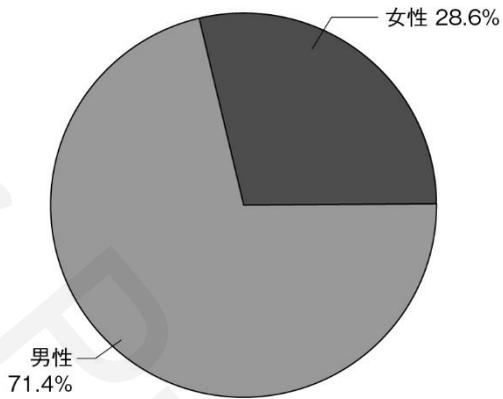
氏名	本委員会の役割	アカデミック COI		
		A	B-1	B-2
大石醒悟	作成委員	日本サイコカーディオロジー学会（理事）	2024年改訂版 多様性に配慮した循環器診療ガイドライン（日本循環器学会/日本心臓病学会/日本心臓リハビリテーション学会/日本胸部外科学会合同ガイドライン）（協力員）	無
市原有起	作成委員	無	無	無
弓野 大	作成委員	無	重症心不全患者への 在宅静注強心薬持続投与指針（指針作成ワーキンググループ長）	無
宇都宮明美	作成委員	日本クリティカルケア看護学会（代表理事） 日本循環器看護学会（理事） 日本専門看護師協議会（副代表）	無	無
加藤 茜	作成委員	無	無	無
石上雄一郎	作成委員	無	神経疾患の緩和ケアガイドライン（作成委員）	無
五十嵐佑子	作成委員	無	無	無
田中雄太	作成委員	無	無	無
佐伯仁志	アドバイザー	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（協力員）	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
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（副委員長）	無

414 付録 1-3 「作成委員属性調査結果」

415 付録 1-3-1 「作成委員 性別」

416

28名



417

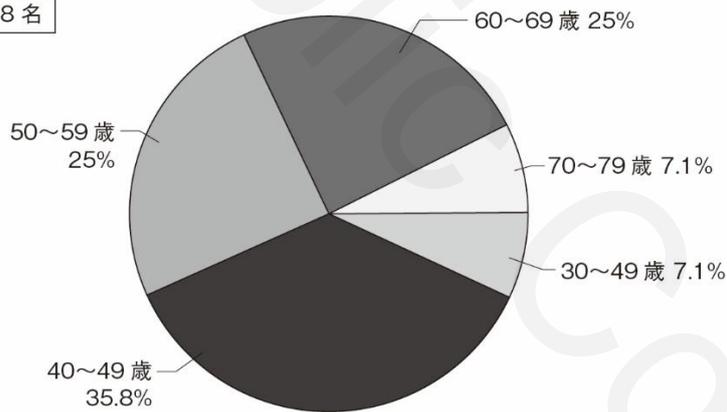
418

419

420 付録 1-3-2 「作成委員 年齢分布」

421

28名



422

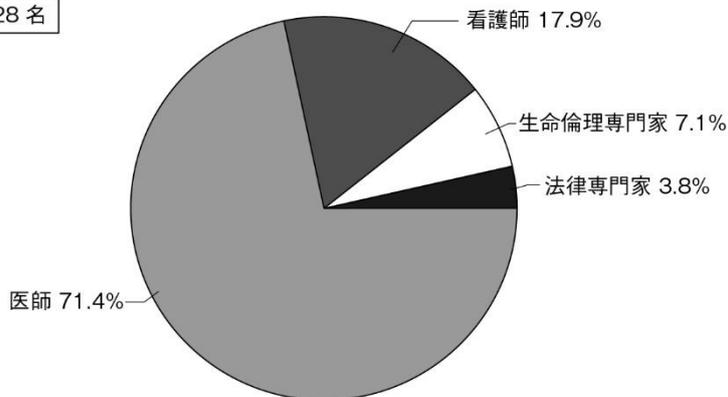
423

424

425 付録 1-3-3 「作成委員 職業」

426

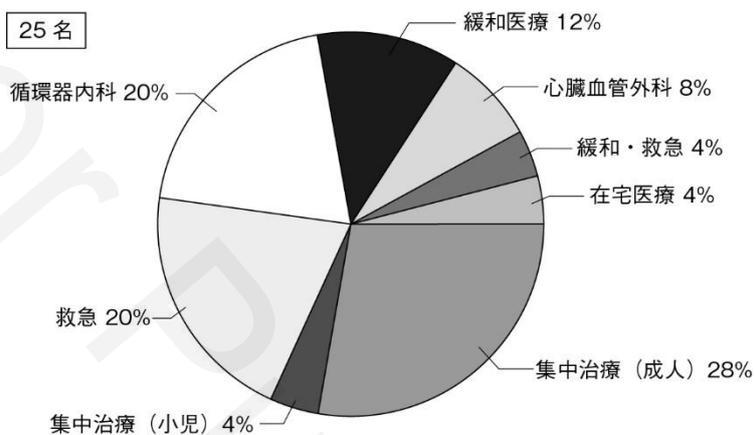
28名



427

428

429 付録 1-3-4 「作成委員のうち、医療従事者である委員の専門分野」
430 「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。以下の選択肢のなかから、ご自身の
431 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。
432



433
434
435

436 付録2「修正デルファイ法のフローと結果」

437 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」

438

第1ラウンド (2024年1月～12月)

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

441

442

443

444

第2ラウンド (2025年1月～2月)

445 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、事前に配布した「改
446 訂版本編草案」と「改訂版説明文草案」に関して、議論の後、オンライン形式の匿名アン
447 ケート調査1回目を行った。

448

449

第3ラウンド (2025年5月～9月)

450 コアメンバーがアンケート調査1回目の結果を分析し、「改訂版本編草案」と「改訂版説
451 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、
452 さらなる修正を加えた。

453

454

455

第4ラウンド (2025年9月～10月)

456 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」
457 に関して、作成委員全員に対するオンライン説明会の後、オンライン形式の匿名アンケー
458 ト調査2回目を行った。

459

460

461

第5ラウンド (2025年11月)

462 作成委員全体会議（対面+オンラインのハイブリッド形式）にてアンケート調査2回目の
463 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。

464

465

466

第6ラウンド (2025年11月～12月)

467 アンケート調査2回目の結果および学術集会シンポジウムでの議論を反映させた「改訂版
468 本編草案」と「改訂版説明文草案」に関して、オンライン形式の匿名アンケート調査3回
469 目を行った。

470

471

472

第7ラウンド (2025年12月)

473 アンケート調査3回目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
474 関して、作成委員でメール審議を行い、最終版とした。

475

476

477 付録 2-2 「アンケート結果」

478 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
	第2ラウンド アンケート 1回目 (N=23)	第4ラウンド アンケート 2回目 (N=28)	第6ラウンド アンケート 3回目 (N=28)	
タイトル	91.3%	85.7%	89.3%	20
I. 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) 生命時治療終了/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%		9
注釈 3	NA	85.7%	92.9%	9
注釈 4	NA	82.1%	96.4%	7

479

480

481

482 付録 2-2-2 「説明文のアンケート結果」

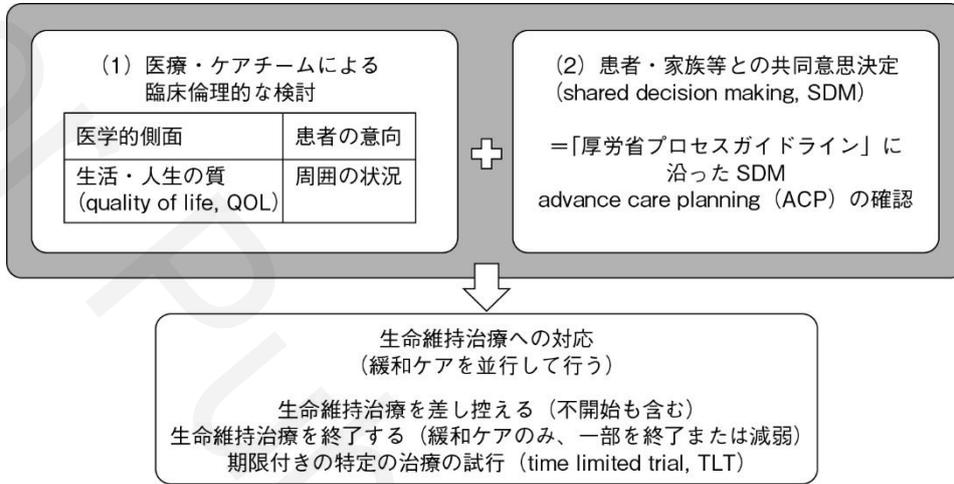
説明文・各項目における合意形成の状況	賛成率 (%)			コメント 数 合計
	第2ラウンド アンケート 1回目 (N=23)	第4ラウンド アンケート 2回目 (N=28)	第6ラウンド アンケート 3回目 (N=28)	
0-1 主な改訂点				
1) タイトル	NA	NA	96.4%	4
2) 終末期の定義	72.0%	85.7%	100.0%	14
3) 生命時治療終了/差し控えの判断をするためのプロセス	NA	NA	96.4%	3
4) 期限付きの特定の治療の試行(time limited trial, TLT)の明記	NA	NA	100.0%	2
5) 生命維持治療終了/差し控え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

483

484

485

486 付録3 「生命維持治療終了/差し控えを判断するためのプロセスと生命
487 維持治療への対応のフロー」
488



489
490