

Ⅱ 救急医療における終末期医療に関する診療録記載について

1. 終末期における診療録記載の基本

救急医療における終末期医療に関する診療録の記載にあたって、担当する医師らはここで示した基本的事項について確認し、要領よく責任をもって記載する。このことによって、終末期の診療における様々な問題を把握し、終末期における良質な医療を展開する。

また、医療チームによる方針の決定、診療のプロセスなどが、医療の倫理に則り妥当なものであったことについて、事後に遡って示すことが可能な記載を心がける。

1) 医学的な観点から

- (1) 医学的に終末期であることが明示されている。
- (2) 上記(1)について家族らに説明している。
- (3) 上記(2)に際して家族らによる理解・納得の状況を観察し把握している。

2) 患者本人による意思表示があるかどうかについて

- (1) 患者の意思に関する患者本人による記録などについて尋ねている。
- (2) 家族らによる理解を得、家族らの意思について尋ねている。
- (3) 上記(1)がない、または分からない時に、家族らによる忖度として尋ねている。
- (4) 上記(1)(3)がない場合にも、それらが無いことについてその理由とともに記載している。
- (5) 家族らとその範囲などについて具体的に記載している。

3) 延命措置中止の決定

- (1) 選択肢の可能性とそれらの意義について検討している。
- (2) 主治医を含む医療チームとして検討している。
- (3) “患者の最善の利益”(患者本人の意思)と家族らの意思などについて記載している。
- (4) 法律・社会規範などについて検討している。

4) 状況の変化への対応

- (1) 上記1)の変更について記載している。
- (2) 上記2)の変更について記載している。
- (3) 上記3)の変更について記載している。

5) 治療プロセス

- (1) いわゆる5W1H(いつ、どこで、誰が、何故、何を、どのように)を記載している。
- (2) 結果について記載している。

2. 死亡退院時の記録

1) 解剖の説明に関する記載

- (1) 剖検・解剖の種類について家族らに説明している。
- (2) 家族らからの諾否について記載している。
- (3) 解剖の結果などについて説明している。

2) 退院時要約の記載

- (1) 病院の運用手順に基づいて共通の書式に記載している。
- (2) 主傷病名・副傷病名、手術名・処置名などに関するコード化について留意する。
- (3) 症例登録、臨床評価指標などについて留意する。

3) 退院時に必要な文書の記載

- (1) 死亡診断書または死体検案書、入院証明書、保険関連書類等を必要に応じて作成する。

3. 診療録記載の一般的原則

1) 開示請求の対象となる公的文書である

- (1) 必ず日付を付して事実を正確に記載し、署名して記載者の責任を明確にする。
記載しないと医療行為や医学的判断が行われなかったものとみなされる。
- (2) 鉛筆による記載は避け、行間や余白を残すことは推奨されない。
誤記等により訂正が必要な場合は、二重線による“見せ消ち”とする。
追記は日付を明確にして末尾に記載する。
- (3) 記載にあたって、記載者とその職種が判断できるようにする。
- (4) 予期せぬ出来事、意図しない事態では推測や仮定に基づいた記載を避ける。
恣意的な未記載、事実と異なる記載、記載の改ざん・削除は犯罪行為となる。
- (5) 私的メモや医療・業務に無関係な記載は行わない。

2) チーム医療のために情報を共有する

- (1) 誰もが読める字で、多職種間で理解される用語・略語を用いて記載する。
一般的に通用しない造語や符号等は使用しない。
- (2) 外国語は病名・人名、一般的に使用される処置・手術名等の専門用語の範囲とする。
記述は日本語が推奨される。チーム内の各職種が十分に理解できているか確認する。
- (3) 診察と指示、および診断・治療を行った場合には、遅滞なく記載する。
- (4) 他職種の記録を参照し、指示と実施を確認する。その結果や問題点を把握する。

3) その他

- (1) 診療録の用紙・各種記録・帳票等は所定の順序でファイルする。
必要な記載事項を容易に検索できること、必要な記録の欠落が点検できること。
- (2) 診療録は診療報酬請求の根拠となる。
記載の不備で診療報酬の返還を求められることがあることに留意する。

以上

平成 19 年 11 月 5 日

日本救急医学会

救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会

委員長	有賀	徹
委員	石松	伸一
	木下	順弘
	黒川	顕
	島崎	修次
	田中	秀治
	布施	明
	箕輪	良行
	横田	裕行

平成19年11月17日

(社) 全日本病院協会 終末期医療の指針

終末期医療について現在まで我が国では、患者あるいは家族との合意の基に行われてきた。しかし、近年、終末期における治療の開始あるいは中止に関して、様々な法的問題が発生しており、患者および家族と医療従事者の両者とも、対応に苦慮している。平成19年5月に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表し、その他の関係機関においてもガイドラインが作成されているが、具体的な内容には触れておらず、医療現場の問題の解決には役立っていない。決定プロセスが厚生労働省のガイドラインに適合しているにもかかわらず、病院内の倫理委員会の決定に従うことが刑事訴追を受ける可能性があるとして、院長がその決定に従うことを許可しなかった事例がある。決定プロセスではなく、具体的な内容に関する指針が必要である。

個人が自らの終末期にどのような対応を求めるかの意思表示を予め明記しておく、リビング・ウィルについての国民の意識も医療機関の対応も十分とはいえない。

その結果、明らかに予後が良くないと判断される患者や、高齢の患者に対して本人や家族の意思や希望に関わらず、人工呼吸器管理、高カロリー輸液、経管栄養などを続ける事が稀ではない。逆に「予後がよくない」、「高齢である」という理由で本人・家族の意思・希望が充分取り入れられずに治療が行われず、回復の機会を逃す場合も考えられる。更に、患者や家族の苦悩を見続け、家族から懇願された医師が、個人の判断で積極的安楽死を行ってしまい、裁かれる結果となった例もある。

医療現場は混乱しており、終末期医療に関する具体的な指針が必要と考える。

1. 終末期医療に関する全日病の考え方は以下のとおりである。

- (1) 終末期とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいう。
- (2) 積極的安楽死は緩和治療が発達した現在はその必要に乏しく、自殺幫助のおそれがあり、認められない。
- (3) 消極的安楽死に関しては専門資格者としての医師が医療現場で対応するものであり、法制化にはなじまない。
- (4) 病院団体、医師をはじめとする各職能団体、学会等が協力し、国民の意見も取り入れて消極的安楽死に関する判断基準を作るべきである。

- (5) 国民にリビング・ウィルに関する啓蒙活動を進める必要がある。特に、今後治療の継続あるいは中止の判断が困難になる可能性がある患者、すなわち、高齢者、神経疾患、呼吸器疾患、心臓疾患、悪性疾患などの患者は、予め自らの意思を明確にしておくことが望ましい。
- (6) 指針に沿って終末期医療が行われあるいは中止された場合、医療者が訴追されるおそれがないように社会的合意形成が必要である。

2. 終末期医療の指針を作成し医療界のみならず、広く国民に周知することにより、以下が期待される。

- (1) 終末期医療について国民の間に関心が高まり、本人の希望をリビング・ウィルにより明確にする人が増える。
- (2) 本人の希望に沿い、尊厳を保ち、納得した終末期を迎える人が増える。
- (3) 患者が、終末期のみでなく、医療に関心を持ち医療者との連携が強化される機会が増える。

3. 消極的安楽死に関する判断基準は以下のとおりである。

- (1) 本人のリビング・ウィルが明確であれば、積極的安楽死や社会秩序を乱す方法でない限りそれに従う。
- (2) 本人のリビング・ウィルや意思が明確でないときは、家族の希望に基づき、家族と医療提供者が話し合っ て対応を決める。
 - ① 日本脳神経外科学会による脳死判定基準によって脳死判定された患者は、家族に説明し治療を中止することが出来る。
 - ② 終末期あるいは予後が不良と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を行わない、あるいは治療を徐々に中止、または時期を決めて中止することが出来る。
- (3) 以上のすべての事項に関しては別に定める様式にしたがって、記録する必要がある。

以上

終末期医療 書式集

- 書式 1 - 1 終末期の判断
- 書式 2 - 1 終末期医療における希望事項（リビング・ウィル）【本人】
- 書式 3 - 1 終末期医療における希望事項（リビング・ウィル）【家族】
- 書式 4 - 1 脳死判定後の治療中止承諾書
- 書式 4 - 2 脳死判定記録
- 書式 5 - 1 終末期の治療方針についての確認記録

書式1-1

終末期の判断

「終末期」とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいいます。

1. 診断名

2. 病状

3. 治療効果が期待できないと判断する理由

4. 予測される生存期間

- (1) 2週間以内
- (2) 1か月以内
- (3) 数ヶ月以内
- (4) 不明

・あくまで現時点の状況に基づいて予測したものです。

5. 本人のリビング・ウイル

- (1) あり（書式2-1参照）
- (2) なし（書式3-1参照）

年 月 日

医師氏名

書式 2 - 1

終末期医療における希望事項（リビング・ウイル）

私は、下記の医療行為について、受けるか否かについて以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

- | | | |
|---------------|----------|-----------|
| ① 輸液 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ② 中心静脈栄養 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ③ 経管栄養（胃瘻を含む） | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ④ 昇圧剤の投与 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑤ 人工呼吸器 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑥ 蘇生術 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑦ その他（具体的に： | | ） |

書式は必ずしもこの形である必要はない。

年 月 日

氏名

医師氏名

看護師氏名

終末期医療における希望事項（リビング・ウィル）

患者 _____ の親族として、本人の病状について説明を聞きました。また、下記の医療行為について、具体的な内容の説明を受けた上で、受けるか否かについて以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

- | | | |
|---------------------|----------|-----------|
| ① 輸液 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ② 中心静脈栄養 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ③ 経管栄養（胃瘻を含む） | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ④ 昇圧剤の投与 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑤ 人工呼吸器 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑥ 蘇生術 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑦ その他（具体的に： _____) | | |

年 月 日

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

医師

看護師

その他

書式4-1

脳死判定後の治療中止承諾書

患者 の親族として、本人が脳死状態にあることの説明を聞きました。脳死は個人の死であるとの認識のもとに、生命維持を目的とした治療を中止することに同意いたします。

年 月 日

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

脳死判定記録

1. 臨床診断名

2. 除外 以下に該当する場合には□にレをつけて以後の判定作業は中止する。

原因不明

6歳未満の小児

急性薬物中毒：睡眠薬、鎮静薬の中毒

低体温：直腸温で32℃以下

代謝、内分泌性障害

3. 判定（第1回判定）

- ① 意識状態 JCS () グラスゴーコーマスケール ()
- ② 無呼吸テスト 自発呼吸 あり なし
- ③ 瞳孔：固定 (あり なし) 径 左 () ミリ、右 () ミリ
- ④ 対光反射 あり なし
- ⑤ 角膜反射 あり なし
- ⑥ 毛様脊髄反射 あり なし
- ⑦ 眼球頭反射（人形の眼現象） あり なし
- ⑧ 前庭反射（温度試験） あり なし
- ⑨ 咽頭反射 あり なし
- ⑩ 咳反射 あり なし
- ⑪ 平坦脳波（脳波記録は別途保管すること） あり なし

総合評価 脳死診断基準を 満たす 満たさない

実施日時 年 月 日 午前・午後 時 分

判定医師氏名

判定医師氏名

脳死判定記録

1. 臨床診断名

2. 除外 以下に該当する場合には□にレをつけて以後の判定作業は中止する。

原因不明

6歳未満の小児

急性薬物中毒：睡眠薬、鎮静薬の中毒

低体温：直腸温で32℃以下

代謝、内分泌性障害

3. 判定（第2回判定）

- ① 意識状態 JCS () グラスゴーコーマスケール
()
- ② 無呼吸テスト 自発呼吸 あり なし
- ③ 瞳孔：固定 (あり なし) 径 左 () ミリ、右 ()
ミリ
- ④ 光反射 あり なし
- ⑤ 角膜反射 あり なし
- ⑥ 毛様脊髄反射 あり なし
- ⑦ 眼球頭反射（人形の眼現象） あり なし
- ⑧ 前庭反射（温度試験） あり なし
- ⑨ 咽頭反射 あり なし
- ⑩ 咳反射 あり なし
- ⑪ 平坦脳波（脳波記録は別途保管すること） あり なし

総合評価 脳死診断基準を 満たす 満たさない

実施日時 年 月 日 午前・午後 時 分

判定医師氏名

判定医師氏名

書式 5-1

終末期の治療方針についての確認記録

(前提条件を問わず終末期医療に関する確認で用いるべき書式、書式 2-1、3-1 を補完するもの)

1. 患者氏名 年齢 () 歳

2. 臨床診断

3. 病状と予想される経過

4. 本人意思、および家族の希望 (本人意思不明かつ家族が参加しない場合には、その理由)

(1) 本人意思

(2) 家族の希望

5. 主要な確認事項

- | | | |
|----------------|----------|-----------|
| ① 輸液 | (1) 実施する | (2) 実施しない |
| ② 中心静脈栄養 | (1) 実施する | (2) 実施しない |
| ③ 経管栄養 (胃瘻を含む) | (1) 実施する | (2) 実施しない |
| ④ 昇圧剤の投与 | (1) 実施する | (2) 実施しない |
| ⑤ 人工呼吸器 | (1) 実施する | (2) 実施しない |
| ⑥ 蘇生術 | (1) 実施する | (2) 実施しない |
| ⑦ その他 (具体的に: | |) |

6. 不明な点についての確認・緊急の場合に親族を代表して意思決定を行う方の氏名・連絡先・続柄 (署名者と異なる場合)

氏名

続柄

連絡先

上記について、患者、患者の親族、および医療チームが相談し、治療方針として確認しました。

年 月 日

患者氏名

親族代表氏名

患者との続柄

親族代表氏名

患者との続柄

医師

看護師

その他

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

平成 20 年 2 月

日本医師会 第 X 次生命倫理懇談会

平成 20 年 2 月

日本医師会
会長 唐 澤 祥 人 殿

第 X 次生命倫理懇談会
座長 高 久 史 麿

答 申

生命倫理懇談会は、平成 18 年 9 月 25 日開催の第 1 回懇談会において、貴職から「終末期医療に関するガイドラインについて」との諮問を受け、平成 19 年 8 月 6 日に中間答申を提出いたしました。中間答申は都道府県医師会、医学会等関係方面に配布するとともに、日本医師会ホームページ上でパブリック・コメントを募集し、各方面から貴重なご意見をいただきました。

上記のお寄せいただいた意見を踏まえて懇談会でさらなる検討を行い、今般、懇談会の見解を答申として取り纏めましたので、報告いたします。

日本医師会 第X次生命倫理懇談会

座長	高久史麿	日本医学会会長・自治医科大学学長
委員	青木清	上智大学名誉教授
委員	井形昭弘	名古屋学芸大学学長
委員	井石哲哉	長崎県医師会会長
委員	加藤尚武	京都大学名誉教授
委員	楠本万里子	日本看護協会常任理事
委員	小森貴	石川県医師会会長
委員	佐々木義樓	青森県医師会会長
委員	田村里子	東札幌病院 診療部Ⅱ 副部長
委員	鍋島直樹	龍谷大学法学部教授
委員	檜原多計志	(社)共同通信社 客員論説委員
委員	福田孜	富山県医師会会長
委員	松根敦子	日本尊厳死協会副理事長
委員	向山雄人	(財)癌研究会有明病院緩和ケア科部長
委員	山田卓生	日本大学法科大学院教授

(委員：五十音順)

オブザーバー	澤倫太郎	日医総研 研究部長
オブザーバー	水谷渉	日医総研 主任研究員

終末期医療に関するガイドライン

終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療の現場の最も重要な課題の1つとなっている。

日本医師会第X次生命倫理懇談会は、終末期医療に際しての医師の対応に関するガイドラインを以下に提示する。

本ガイドラインでは、あえて終末期医療の定義をしていないが、終末期は多様であり、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチーム^{注1}で判断すべきであると考え。なお、日本医師会のグランドデザイン2007-各論-では、終末期を広義と狭義に分けて定義しているので参照していただきたい（別紙1）。

1. はじめに

近年、医学・医療が進歩し、多くの患者の命が救われるようになった。その一方で、回復の見込みがなく、死期^{注2}の迫っている患者が、本人や家族等^{注2}が望まないのにも拘わらず、延命治療を受けている状態が目立つようになった。その結果、このような過剰な治療は無意味であるだけでなく、時には患者の尊厳を侵すものであるため、中止すべきであるとする考えが強くなっている。

徒に患者の延命を試みるよりも、患者のQOLをより重視し、場合によっては延命治療の差し控えや中止も終末期医療に当たって考慮すべきことである。その際、薬物投与、人工呼吸、栄養補給などの措置が問題となる。しかし、それらの治療の中止は患者の死につながるものであるだけに、その決定には慎重さが求められる。延命治療の差し控えや中止の判断は、担当医一人だけで行うべきではなく、他の医師や医療関係職種などから構成される医療・ケアチームの意見を十分に聞いたうえで行うべきである。

治療行為の差し控えや中止は、①患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない終末期状態にあり、②治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在することが重要な要件である。

①の、回復不能である、死期が迫っているという判断は医療・ケアチームが行う。②の場合、患者の口頭による意思表示のほかに、患者が正常な判断ができないような状態では、患者の事前の文書による意思表示（リビング・ウィルまたはアドバンス・ディレクティブ）を確認することが重要である。また、患者本人の直接的な事前の意思表示がなくても、患者の意思を推定させるに足りる家族等の意思表示があればよいとする意見もある。しかしこの場合には、医師はしかるべき家族等から推定の根拠となる十分な情報を得ておかなければならない。医師は患者の家族等とよく相談し、何が患者にとって最善かを考えるべきである。

2. 終末期医療のあり方

- (1) 患者が終末期の状態であることの決定は、医師を中心とする複数の専門職種
の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって行う。
- (2) 終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等は、患者の意思決
定を基本とし医学的な妥当性と適切性を基に医療・ケアチームによって慎重
に判断する。
- (3) 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族等の精神的・
社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う。
- (4) 積極的安楽死や自殺幫助等の行為は行わない。

3. 終末期医療の方針決定の基本的手続き

終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等、特に中止に際してはその行為が患者の死亡に結びつく場合がある。従って、医師は終末期医療の方針決定を行う際に、特に慎重でなければならない。終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等に際しての基本的な手続きとして、以下のことがあげられる。

- (1) 患者の意思が確認できる場合には、インフォームド・コンセントに基づく患者の意思を基本とし、医療・ケアチームによって決定する。その際、医師は押し付けにならないように配慮しながら患者・家族等と十分な話し合いをした後に、その内容を文書にまとめる。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行う。また、患者が拒まない限り、決定内容を家族等に知らせる。

なお、救急時における医療の開始は、原則として生命の尊厳を基本とした担当医の裁量にまかせるべきである。

- (2) 患者の意思の確認が不可能な状況下にあっても「患者自身の事前の意思表示書^{注3}（以下、「意思表示書」という。）」がある場合には、家族等に意思表示書がなお有効なことを確認してから医療・ケアチームが判断する。また、意思表示書はないが、家族等の話などから患者の意思が推定できる場合には、原則としてその推定意思を尊重した治療方針をとることとする。なお、その場合にも家族等の承諾を得る。患者の意思が推定できない場合には、原則として家族等の判断を参考にして、患者にとって最善の治療方針をとることとする。

しかし、家族等との連絡が取れない場合、または家族等が判断を示さない

場合、家族等の中で意見がまとまらない場合には、医療・ケアチームで判断し、この判断に関して原則として家族等の了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも家族等による確認、承諾、了承は文書によらなければならない。

- (3) 医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合には、複数の専門職からなる委員会を別途設置し、その委員会が治療方針等についての検討・助言を行う。

4. おわりに

以上、終末期における治療の開始・差し控え・変更及び中止等に関し、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」を参考に、終末期医療の基本的な考え方及び手続き等について述べた。

終末期の患者が延命措置を拒否した場合、または患者の意思が確認できない状況下で患者の家族等が延命措置を拒否した場合には、このガイドラインが示した手続きに則って延命措置を取りやめた行為について、民事上及び刑事上の責任が問われない体制を整える必要がある。

また、高齢化が急速に進んでいるわが国において、終末期医療に関する問題はますます重要となってくる。この問題に学生時代から考察を深めていくことが大事であり、医学教育カリキュラムの中に盛り込むべきである。

なお、別紙2に終末期医療の方針決定に至る手続きをフローチャートとして表しているのので、参照していただきたい。