



事 務 連 絡  
平成 25 年 7 月 1 日

一般社団法人 日本介護支援専門員協会 御中

厚生労働省医政局指導課  
在宅医療推進室

終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインについて（周知依頼）

厚生労働省では、平成 24 年 3 月に人生の最終段階における医療に関する意識調査を実施しました。その速報結果では、平成 19 年 5 月に策定した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について、参考にしている方が約 2 割、参考にしていない方が約 2 割、ガイドラインを知らない方が約 3～5 割に達しました。これらの速報結果から、医療福祉従事者に対するガイドラインの十分な普及を図るため、改めて貴管内の関係機関等に対する周知・指導等をよろしくお取り計らい願います。ガイドラインの策定に併せて、より広く国民、患者及び医療福祉従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」も策定されておりますので、併せて周知をお願いします。

(別添 1) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

(別添 2) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

(参考) 人生の最終段階における医療に関する意識調査 集計結果（速報）の概要

# 終末期医療の決定プロセスに 関するガイドライン

厚生労働省

平成 19 年 5 月

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

### 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

### 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

#### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。  
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、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族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し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
  - ・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
  - ・家族の中で意見がまとまらない場合や、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
- 等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

終末期医療の決定プロセスに  
関するガイドライン  
解説編

終末期医療の決定プロセスの  
あり方に関する検討会

平成 19 年 5 月

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

### 【ガイドラインの趣旨】

終末期における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、終末期医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、終末期医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える終末期とはいいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が終末期医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、終末期医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき終末期医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容を取りまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など終末期を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

基本的な考え方は次の通りです。

- 1) このガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当医ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカーなどの、医療・ケアチームで患者及び家族を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に終末期医療において重要なことです。
- 3) 終末期医療においては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、最も重要な患者の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、十分な情報に基づく決定であること（インフォームド・コンセント）が大切です。その内容については、患者が拒まない限り、家族にも知らせることが望まれます。医療従事者ととも患者を支えるのは、通常、家族だからです。
- 4) 患者の意思が明確でない場合には、家族の役割がますます重要になります。この場合にも、家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 5) 患者、家族、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその患者にとって最もよい終末期医療だと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療を実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、柔軟な姿勢で終末期医療を継続すべきです。
- 6) 患者、家族、医療・ケアチームの間で、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる委員会を設置し、その助言によりケアのあり方を見直し、合意形成に努める必要があります。
- 7) 終末期医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医療・ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要です。

## 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

\*注1 よりよい終末期医療には、第一に十分な情報と説明を得たうえでの患者の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、終末期医療としての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種<sup>6)</sup>の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

\*注2 終末期には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療の検討がなされることになります。

\*注3 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関の規模や人員によって変わり得るものですが、一般的には、担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者というのが基本形です。なお、後掲注6)にあるように、医療・ケアチームに、例えばソーシャルワーカーが加わる場合、ソーシャルワーカーは直接医療を提供するわけではありませんが、ここでは医療従事者に含みうる意味で用いています。

\*注4 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも終末期の患者に対し医療的見地から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るためのものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については引き続き検討していく必要があります。

- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。

\*注5 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

\*注6 人が終末期を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することが望まれます。

- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

\*注7 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

## 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。  
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、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

\*注8 合意内容を文書にまとめるにあたっては、医療従事者からの押しつけにならないように配慮し、患者の意思が十分に反映された内容を文書として残しておくことが大切です。

\*注9 よりよき終末期医療の実現のためには、まず患者の意思が確認できる場合には患者の決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであることが望ましく、そのためのプロセスを経ること、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。



## (2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族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し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

\*注10 家族とは、患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在であるという趣旨です。から、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人を含みます（このガイドラインの他の箇所で使われている意味も同様です）。

\*注11 患者の意思決定が確認できない場合には家族の役割がいっそう重要になります。その場合にも、患者が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、患者の最善の利益が何であるかについて、家族と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

\*注12 家族がいない場合及び家族が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療の妥当性・適切性を判断して、その患者にとって最善の医療を実施する必要があります。なお家族が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

## (3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・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
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、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

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

\*注13 別途設置される委員会は、あくまでも、患者、家族、医療・ケアチームの間で、よき終末期医療のためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。そこでの検討・助言を経て、あらためて患者、家族、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。

# 人生の最終段階における医療に関する意識調査 集計結果(速報)の概要

1

## 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」について

### ■ 調査方法：郵送調査

＜一般国民＞

20歳以上の男女から層化2段階無作為抽出。

＜医師・看護師・施設介護職員・施設長＞

施設を無作為抽出し、各施設長を通じて対象職種に配布した。病院の医師・看護師については、2名の職員のうち1名は人生の最終段階における医療に特に携わっていると考えられる者から選定するよう依頼した。

### ■ 調査時期：平成25年3月

### ■ 前回調査からの主な変更点

- ・ 新たに施設長への意識調査を実施した。
- ・ 延命医療の中止の意思ではなく、人生の最終段階において受きたい医療、受けたくない医療に関する意思表示について尋ねた。
- ・ 終末期の状態像について「遷延性意識障害」、「脳血管障害や認知症等」から、「末期がん」、「心臓病」、「認知症」、「植物状態」、「臨床的脳死状態」の病態とした。
- ・ 人生の最終段階において受きたい医療、受けたくない医療について、個別の医療行為ごとにその受療の希望を尋ねた。
- ・ 前回は緩和ケア病棟を調査対象としていたが、今回は特別な対象枠とはしていない。

2

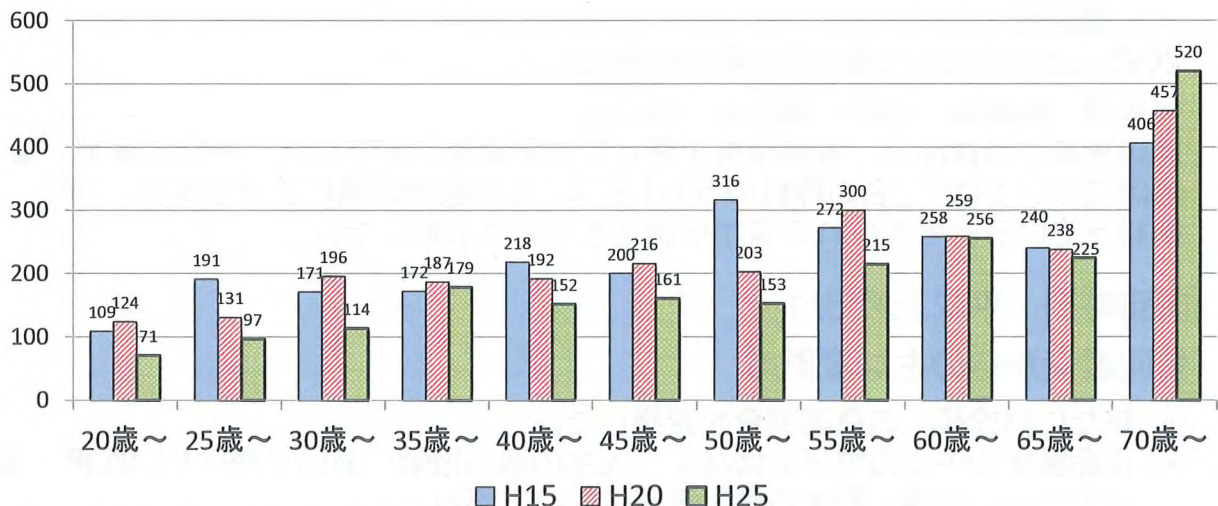
# 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」について

## ■ 調査対象と回収率

対象者	対象施設	抽出方法	施設数	1施設の 対象数	対象 者数	回収 数	回収率	<参考> 前回回収率
一般国民		層化二段階 無作為抽出			5,000	2,179	43.6%	50.5%
医師	病院	無作為抽出	1,100	2	3,300	921	27.9%	35.0%
	診療所	無作為抽出	1,100	1				
看護師	病院	医師票の配布先と同じ施設の看護師	1,100	2	4,300	1,434	33.3%	43.3%
	診療所	同上	1,100	1				
	訪問看護ステーション	無作為抽出	500	1				
	介護老人福祉施設	施設介護職員票の配布先と同じ施設の看護師	500	1				
施設 介護職員	介護老人福祉施設 (看護師票配布あり)	無作為抽出	500	1	2,000	880	44.0%	57.8%
	介護老人福祉施設 (看護師票配布なし)	無作為抽出	1,500	1				
施設長	病院	医師票の配布先と同じ施設の施設長	1,100	1	4,200	1,488	35.4%	(調査なし)
	診療所	同上	1,100	1				
	介護老人福祉施設	施設介護職員票の配布先と同じ施設の施設長	2,000	1				
合計					18,800	6,902	36.7%	46.0%

## 年齢階級別回収数、回収率

### ■ 年齢階級別の回答者数 (全回答者)



### ■ 一般国民の年齢階級別の回収率

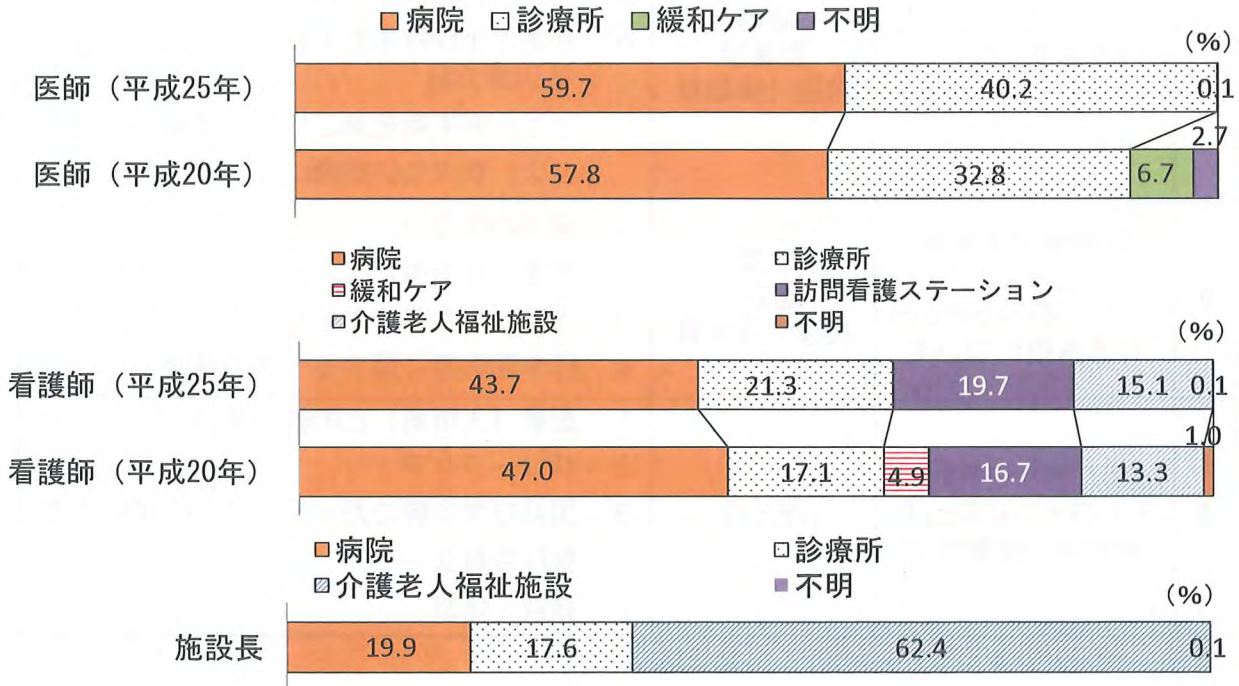
	20～39歳	40～59歳	60～69歳	70歳以上
平成25年 回収率	33.0%	40.7%	52.2%	55.6%
平成20年 回収率*	38.6%	53.9%	64.2%	51.7%

※参考回収率:各年齢層の総人口(平成17年度国勢調査)を母数として算出したもの

# 回答者の属性

## ■ 医師、看護師、施設長の所属施設種別の割合（前回調査との比較を含む）

医師の回答者の所属施設は病院が6割、診療所が4割である。看護師は病院が4割、診療所と訪問看護ステーションが2割、介護老人福祉施設が1.5割である。医師も看護師も病院以外の施設の割合が前回より高くなっている。

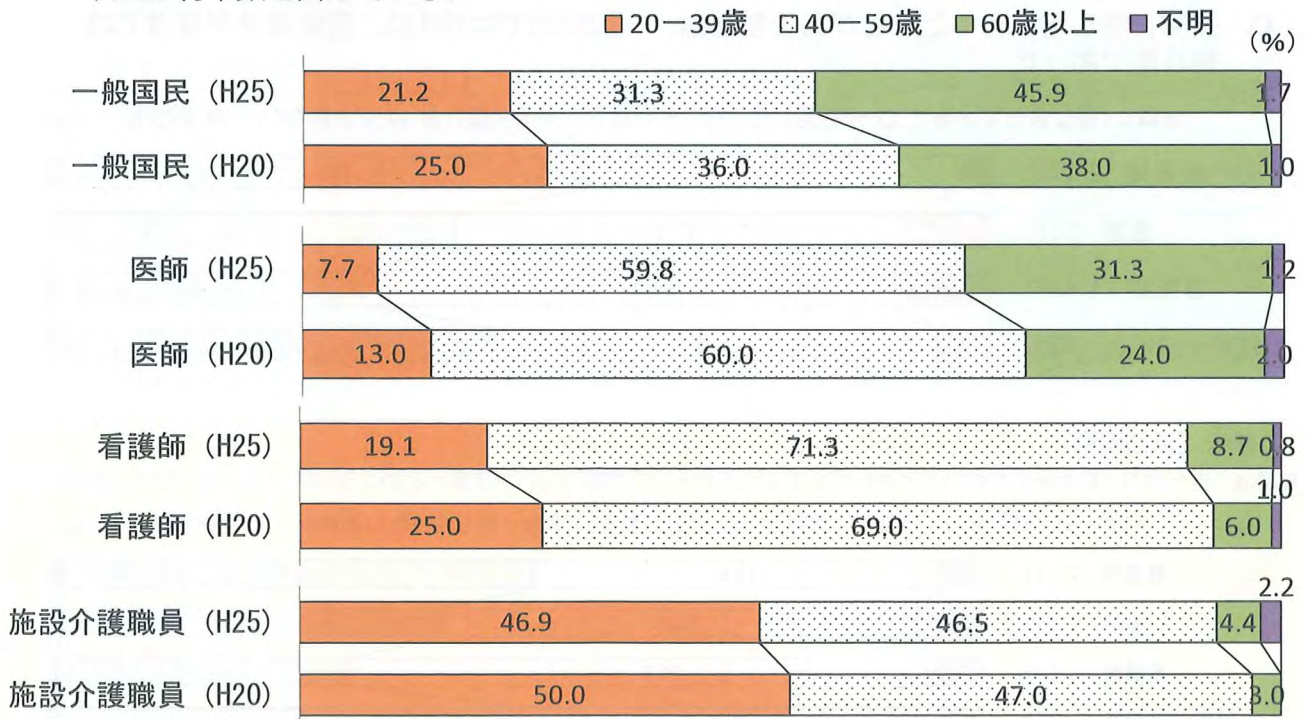


5

# 回答者の属性

## ■ 年齢階級別の割合（前回調査との比較）

40歳未満の割合が減り、60歳以上の回答者の割合が増加した。特に一般国民では、60歳以上が約半数を占めている。



6

# 集計結果(速報)概要の内容

	テーマ	調査対象	項目
I	人生の最終段階における医療について	一般国民 医師 看護師 施設介護職員	1 終末期に関する関心 2 事前指示書について 3 治療方針の決定に対する考え方 4 さまざまな終末期の状況において希望する治療方針 (1) 終末期を過ごしたい場所 (2) 受けたい治療について
II	医療福祉従事者としての人生の最終段階における医療について	医師 看護師 施設介護職員	1 関与の度合い 2 患者(入所者)との話し合いの実態 3 国及び学会等のガイドラインの利用状況 4 終末期医療に関する一律の基準
III	施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況	施設長	1 患者(入所者)との話し合い 2 グリーフケア 3 国及び学会等のガイドラインの利用状況 4 倫理委員会 5 教育・研修

7

## I - 1 終末期に関する関心

### ■ 人生の最終段階における医療について\*家族と話し合ったことがある者の割合

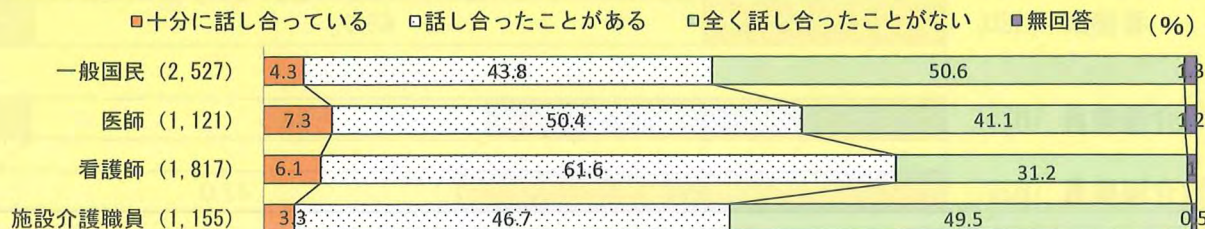
\* 自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について

□ 家族と話し合いをしたことがある割合は、一般国民では約4割、医療福祉従事者では約5割であった。



### 参考【過去調査】

前回は「自分自身の延命治療を続けるべきか中止するべきかという問題について家族とどのくらい話し合っているか」尋ねていた。

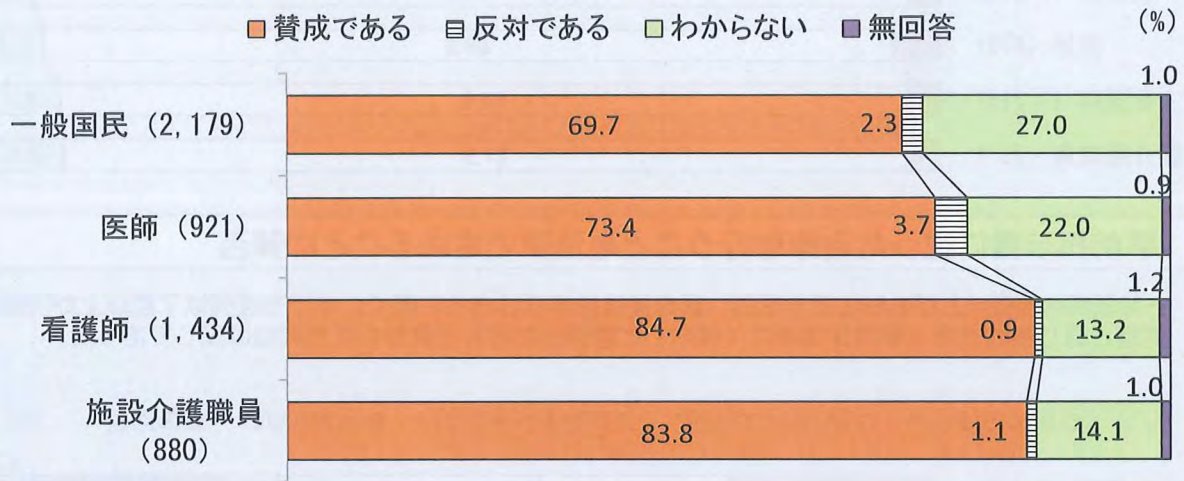


8

# I - 2 事前指示書について①

## ■ 事前指示書※1をあらかじめ作成しておくことへの賛否

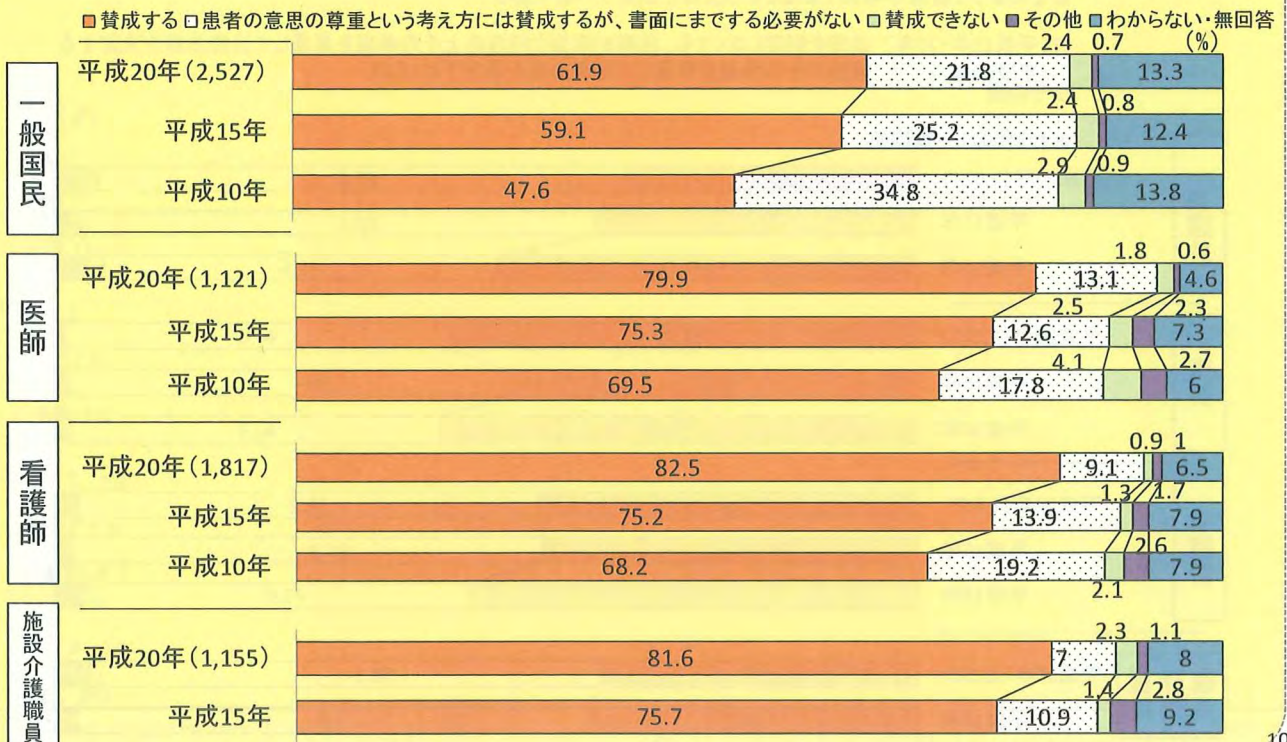
- 一般国民の約7割が事前指示書の考え方に賛成している。  
 前はリビングウィル※2の賛否を尋ねており、約6割が賛成していた。



※1 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面  
 ※2 治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意志を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する方法

## 参考：【過去の調査結果】 リビングウィルについて

### ■ リビングウィルを作成しておくことについての賛否



# I -2 事前指示書について②

## ■ 事前指示書の作成状況 (事前指示書の作成に「賛成」と回答した者)

□ 実際に事前指示書を作成している人は少ない。



## ■ 事前指示書に従った治療を行うことを法律で定めることの賛否

□ 一般国民の5割以上が法制化に消極的。医療福祉従事者はさらに高く、中でも医師は7割以上が消極的。前回と同じ質問方法 (事前指示書に「賛成」と回答した者) で集計しても傾向は同じであった。



# 参考: 【過去の調査結果】 リビングウィルについて

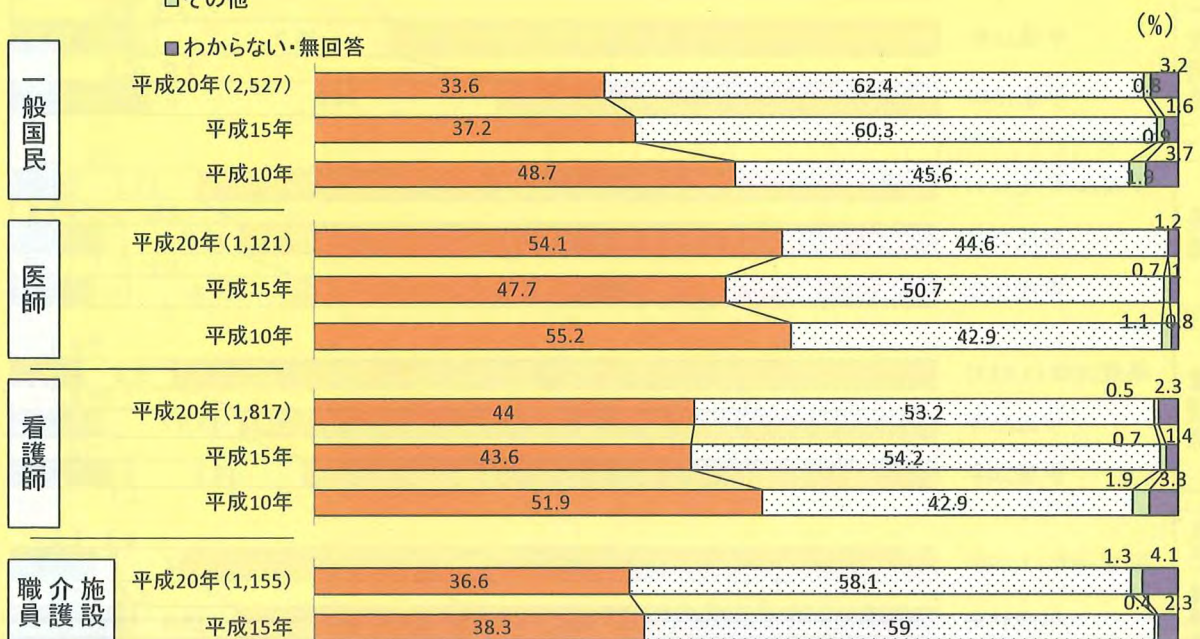
## ■ リビングウィルに従った治療を行うことを法律で定めることの賛否 (リビングウィルという考え方に賛成の方の回答)

■ そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである

□ (平成15年・20年) 法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する (平成10年) 医師がその希望を尊重して治療方針を決定すればよい

□ その他

■ わからない・無回答

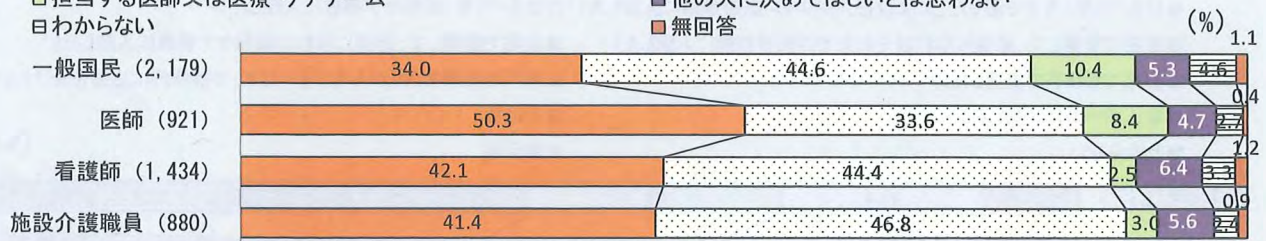


# I-3 治療方針の決定についての考え方

## ■ 自分で判断ができなくなった場合に治療方針を決定する者

□一般国民では、家族等が集まって話し合った結果への委任を希望している人の割合が高い。

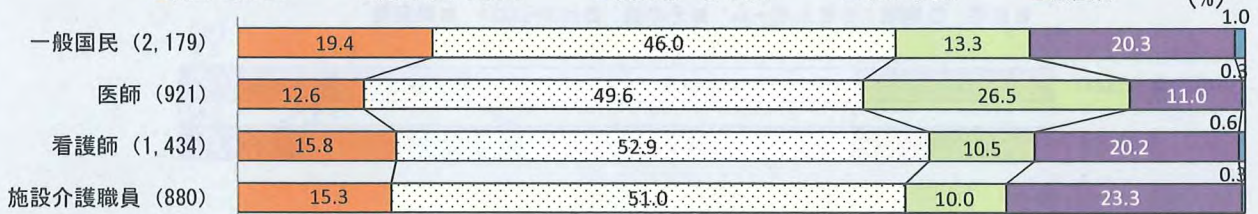
- 家族等のうち、自分のことを一番よく分かっている一人の方
- 家族等が集まって話し合った結果
- 担当する医師又は医療・ケアチーム
- 他の人に決めてほしいとは思わない
- わからない
- 無回答



## ■ 自分で判断ができなくなった場合にあらかじめ定めた者が治療方針を決定することを法律で定めることの賛否

□一般国民の約6割が法制化に消極的。医療福祉従事者の方が消極的な者の割合が高いが、中でも医師は特に高い傾向。

- 定めてほしい
- 定めなくてもよい
- 定めるべきでない
- わからない
- 無回答



13

# I-4 さまざまな終末期の状況において希望する治療方針 (1) 終末期を過ごしたい場所

□ ケース1の場合は7割が居宅を希望しているが、それ以外の場合は医療機関もしくは施設での療養を希望している。

### ケース1

末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様に保たれている場合

### ケース2

末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様に保たれている場合

### ケース3

重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様に保たれている場合

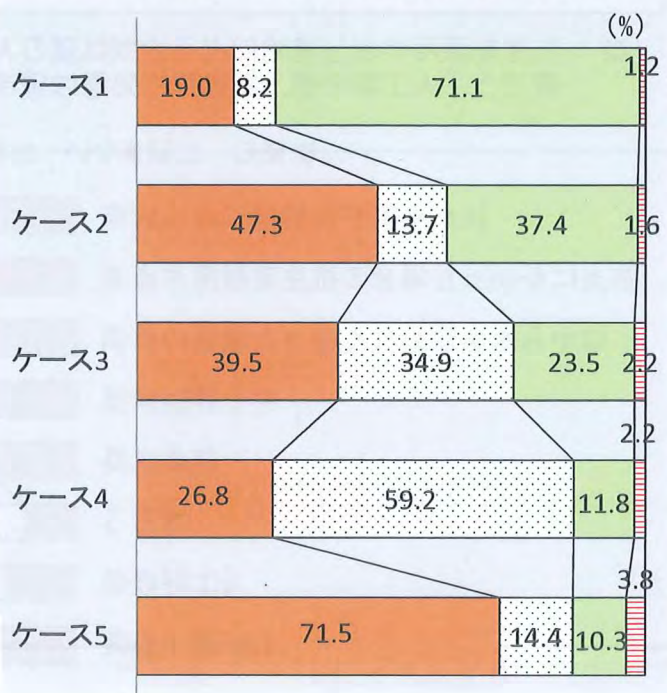
### ケース4

認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合

### ケース5

交通事故により半年以上意識がなく管から栄養を取っている状態で、衰弱が進んでいる場合

- 医療機関
- 施設
- 居宅
- 無回答

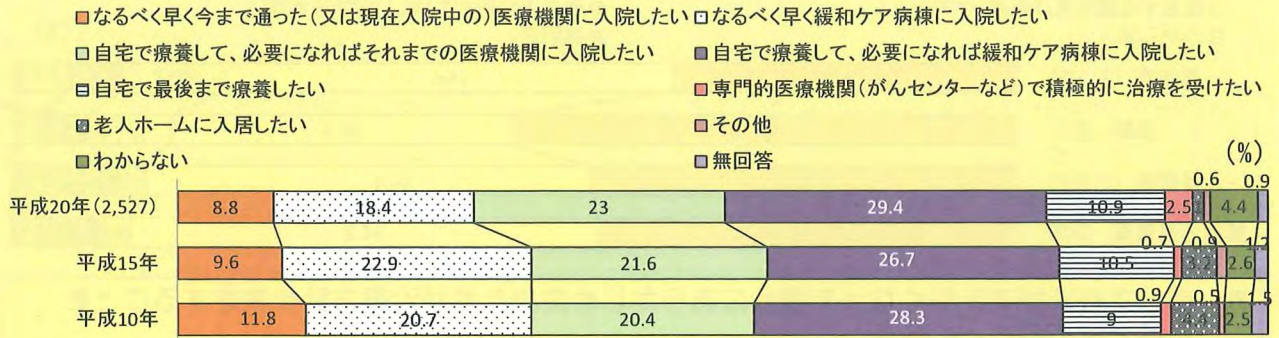


14

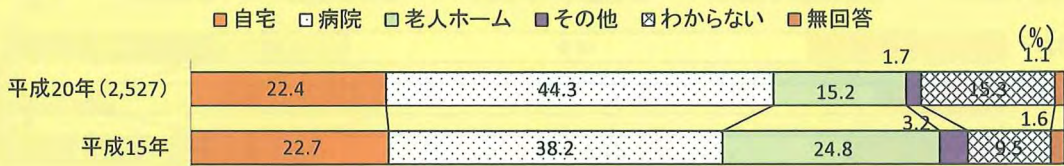


# 参考：【過去の調査結果】 終末期を過ごしたい場所

## ■ 治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合



## ■ 高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに治る見込みのない状態になった場合



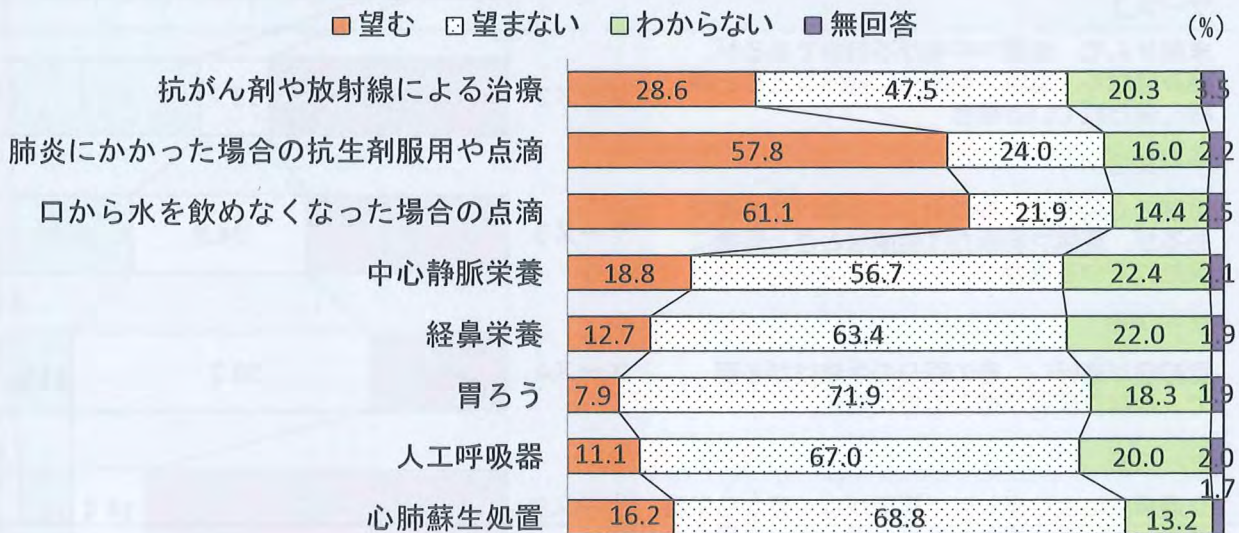
15

## I-4 さまざまな終末期の状況において希望する治療方針 (2) 受けたい治療について

### ■ (ケース2)

「末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様に保たれている場合」に受けたい治療

- 抗生剤服用や水分補給による治療は望む人が多いが、中心静脈栄養、経鼻栄養、胃ろう、人工呼吸器、心肺蘇生処置は望まない人が多かった。



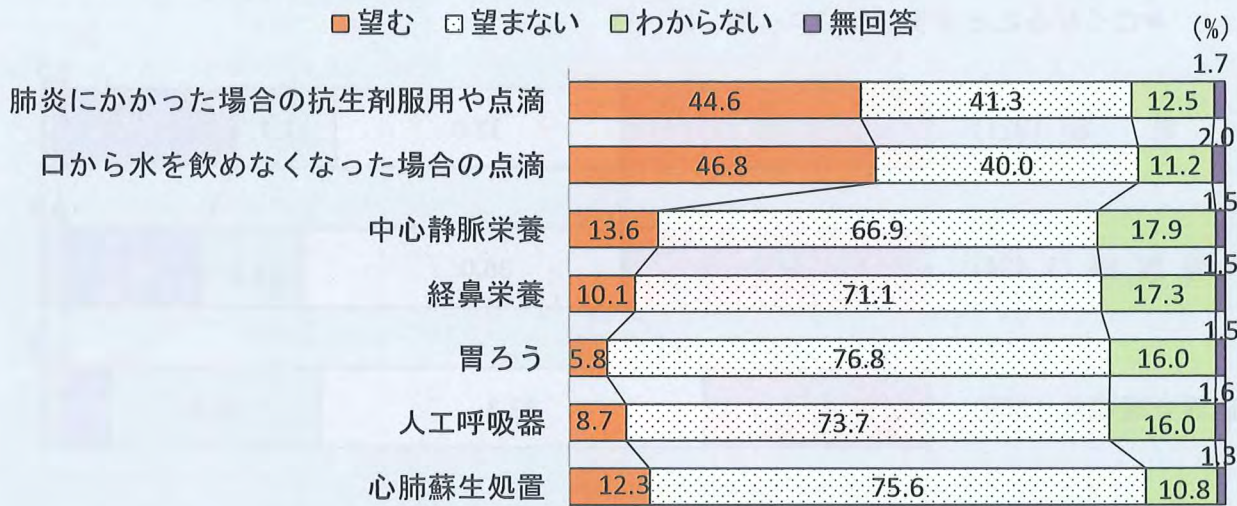
16

# I-4 さまざまな終末期の状況において希望する治療方針 (2) 受けたい治療について

## ■ (ケース4)

「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱がすすんできた場合」に受けたい治療

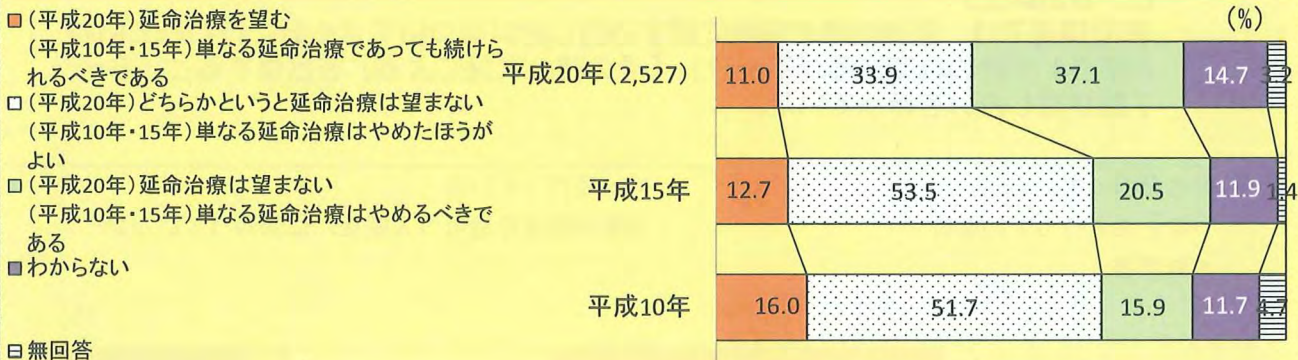
- 末期がんのケースと比較して、様々な治療を「望まない」割合が高くなっている。末期がんでは抗生剤服用や水分補給は半数以上の人望んでいたが、認知症のケースでは半数以下であった。



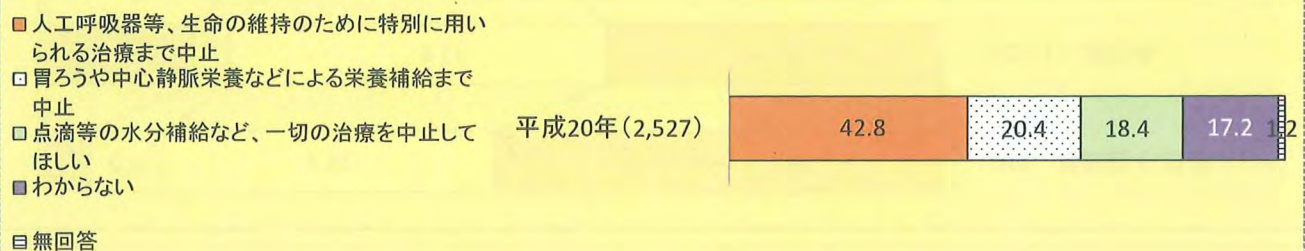
17

## 参考：【過去の調査結果】 延命治療について

### ■ 治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合の延命治療



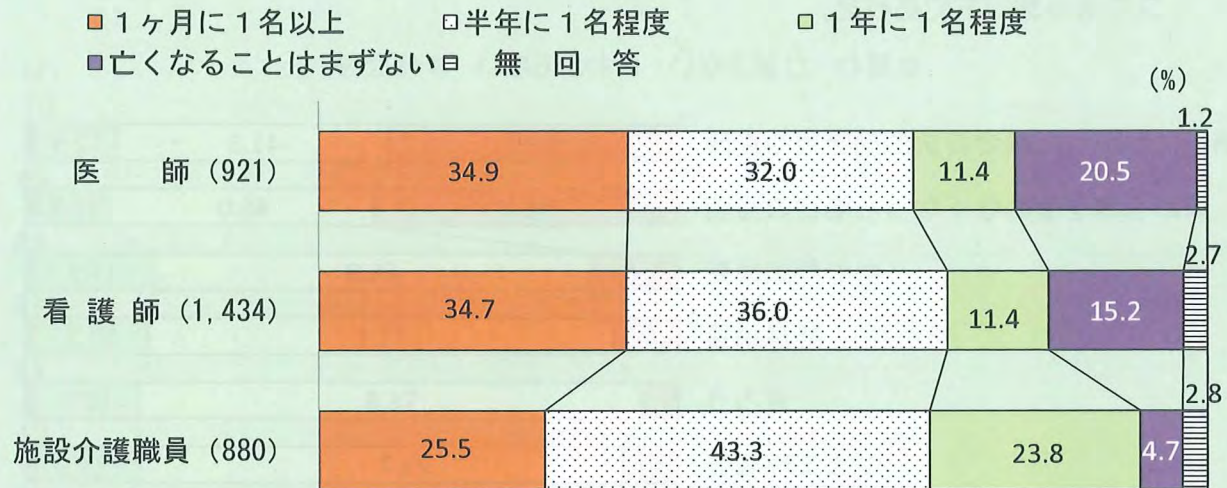
### ■ 中止する治療内容



18

### ■ 亡くなる患者（入所者）を担当する頻度

- 「1ヶ月に1名以上」終末期医療に関与がある人は約3割、「亡くなる方はまずない」と回答した人は医師約20%、看護師約15%、施設介護職員約5%であった。



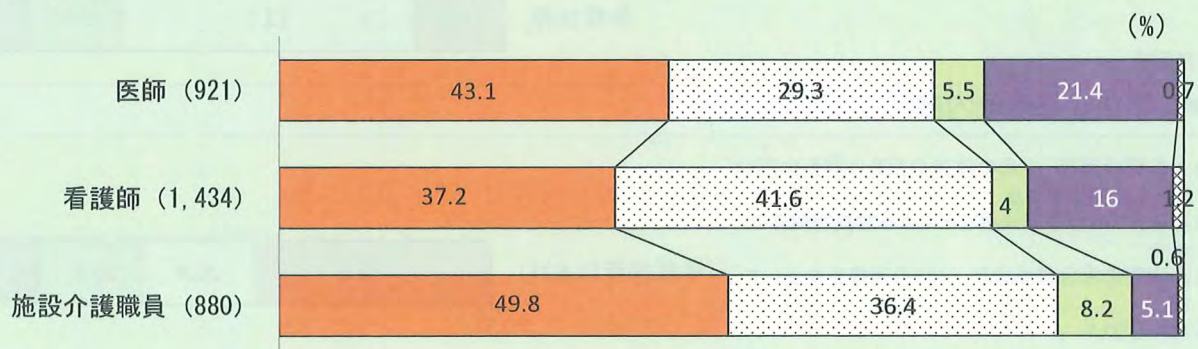
19

## Ⅱ-2 患者（入所者）との話し合いの実態

### ■ 患者（入所者）やその家族に対する治療方針の話し合いの実施状況

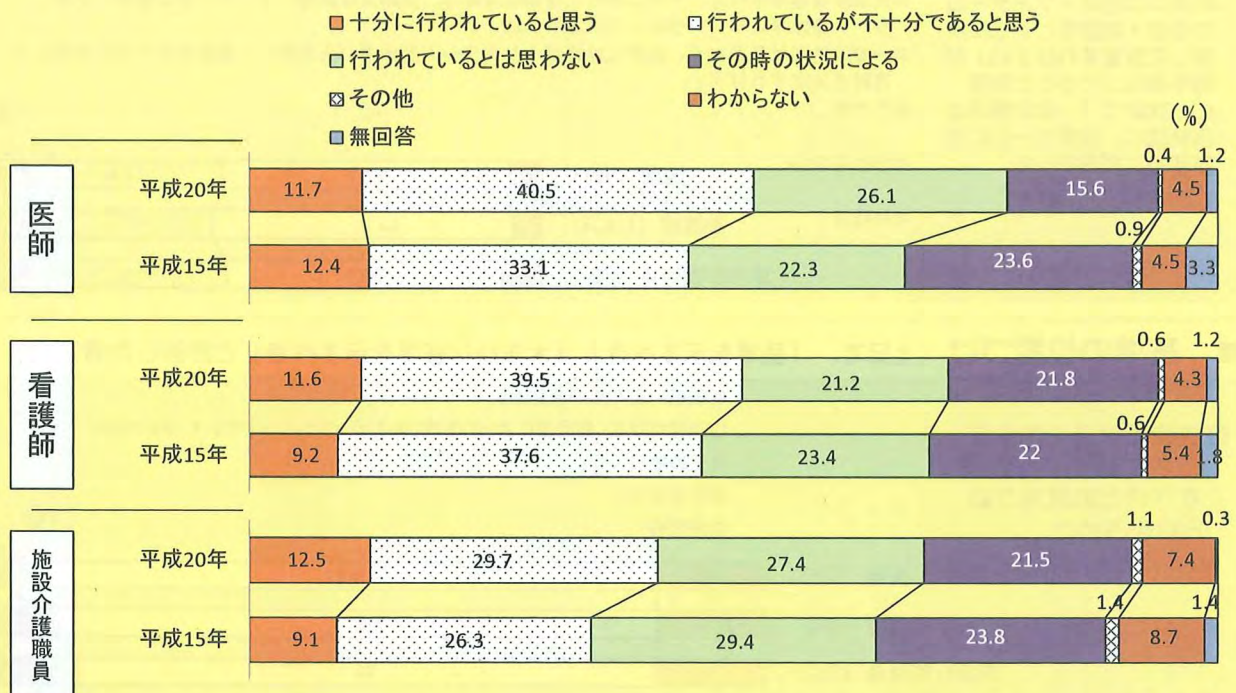
- いずれの職種も7割以上が話し合いを行っていた。（関わっていない場合を除くと、9割以上）  
 前回調査では、延命治療の継続に関する話し合いについて「十分に行われていると思う」「行われているが不十分」「その時の状況による」を合算すると、6～7割が話し合いを行っていた。

- 十分行っている    □ 一応行っている  
□ ほとんど行っていない    ■ 死が間近な患者（入所者）に関わっていない  
□ 無回答



20

■ 延命治療の継続に関する医師と患者（入所者）間の話し合い



II-3 国及び学会等のガイドラインの利用状況

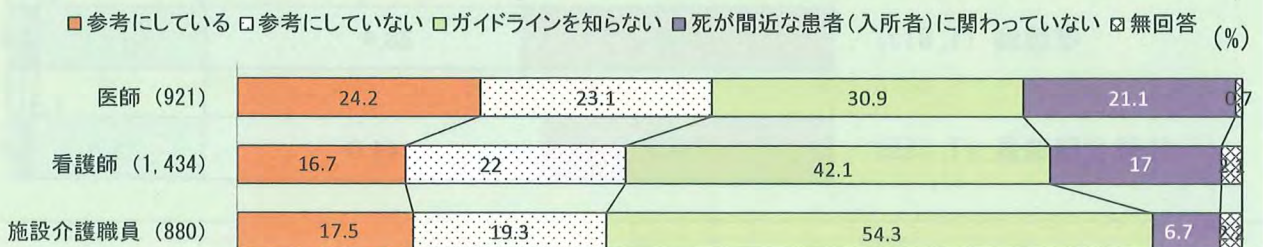
■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況

□ ガイドラインを参考にしていない割合は約2割で、施設介護職員がもっとも高かった。一方、ガイドラインを知らないと回答した者は医師3割、看護師4割、施設介護職員5割であった。

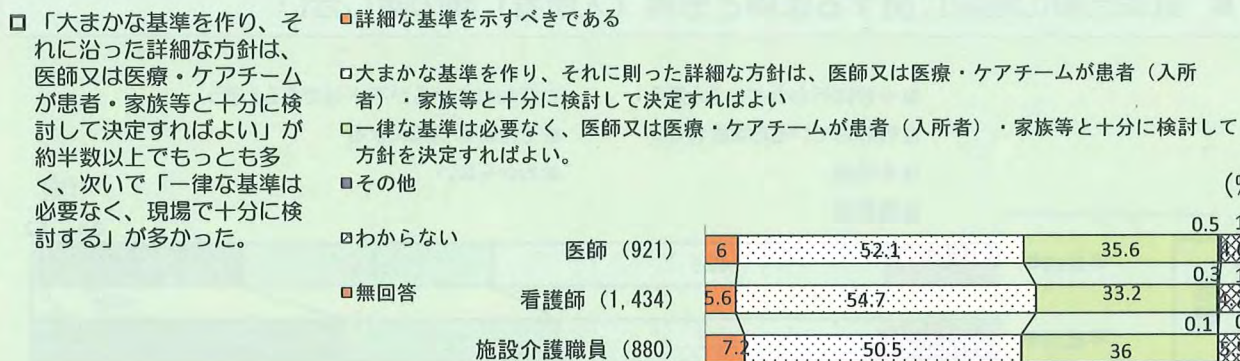


■ 学会等のガイドラインの利用状況

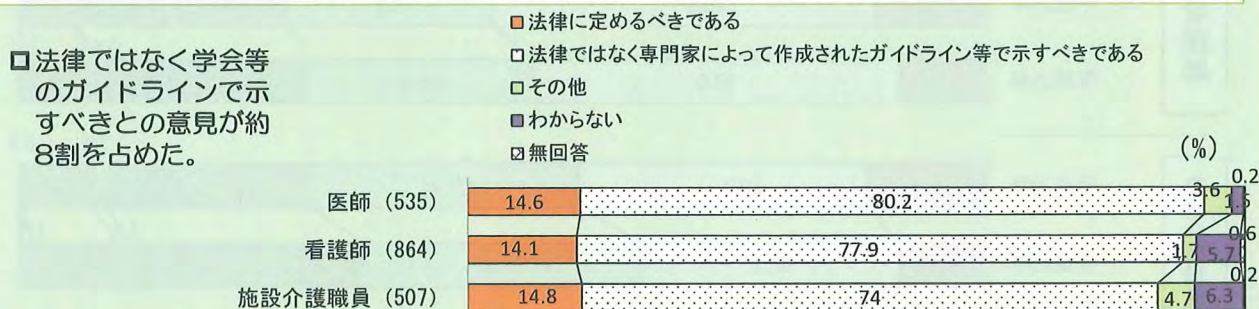
□ 学会等のガイドラインを参考にしていない割合は約2割で、医師がもっとも高かった。一方、ガイドラインを知らないと回答した者は医師3割、看護師4割、施設介護職員5割であった。



### ■ 終末期の定義や延命治療の不開始、中止等の判断基準



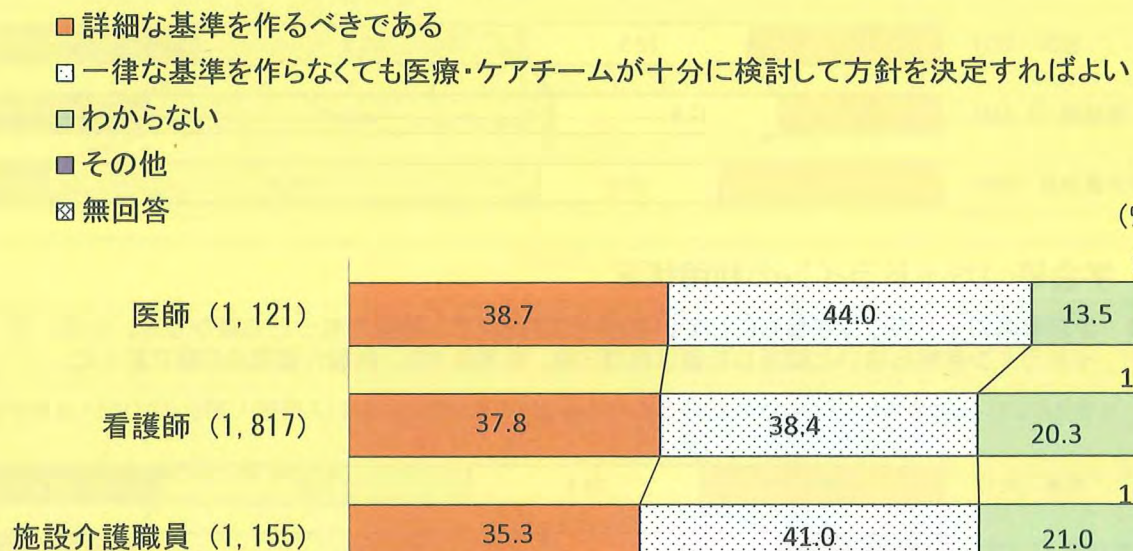
### ■ 基準の位置づけ（上記で、「基準を示すべき」「大まかな基準を示すべき」と回答した者）



23

## 参考：【過去の調査結果】終末期医療に関する一律の基準

### ■ 終末期の定義や延命治療の不開始、中止等の判断基準（平成20年）

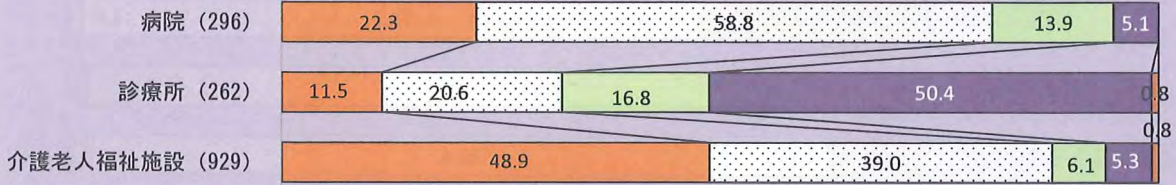


24

#### ■ 患者(入所者)やその家族に対する治療方針の話し合いの実施状況

□ 病院と介護老人福祉施設では施設長の8割以上が話し合いが行われていると回答した。

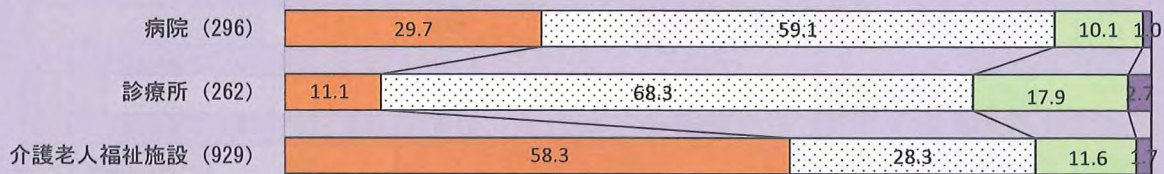
- 十分行われている
- 応行されている
- ほとんど行われていない
- 死が間近な患者(入所者)に関わっていない
- 無回答



#### ■ グリーフケア(患者が亡くなった後の家族の悲しみに対する対応)の体制

□ 介護老人福祉施設では約6割、病院では約3割でグリーフケアの体制が整備されている。

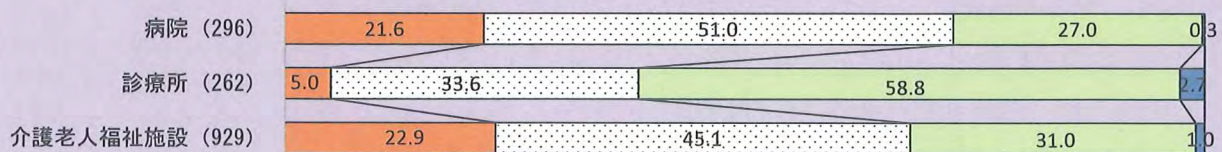
- はい
- いいえ
- わからない
- 無回答



#### ■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況

□ 病院、介護老人福祉施設においてガイドラインを参考にしている割合は約2割。病院、介護老人福祉施設では、「知っているが、特に活用していない」が約半数であり、3割は「知らない」と回答した。

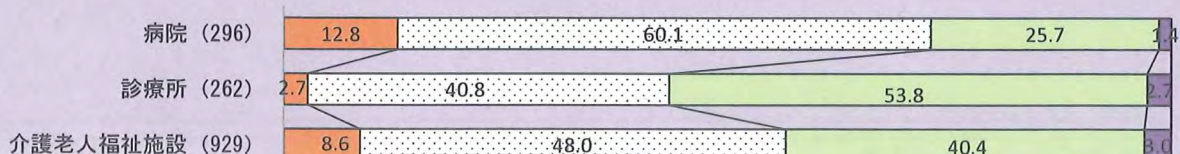
- ガイドラインに沿うよう指導している
- 知っているが、特に活用していない
- 知らない
- 無回答



#### ■ 学会等のガイドラインの利用状況

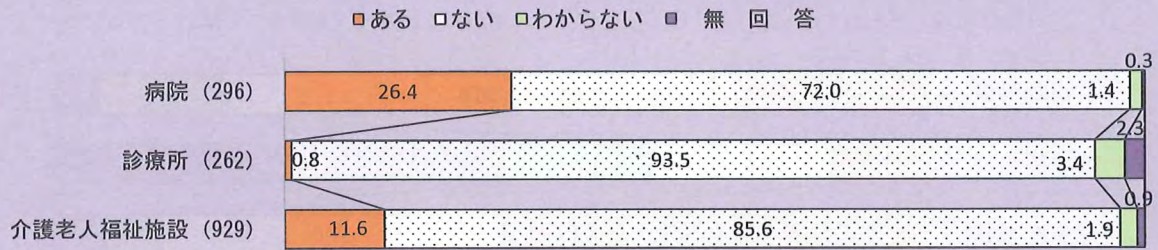
□ 学会等のガイドラインに沿うよう指導を行っている施設長は少ない。病院、介護老人福祉施設では、「知っているが使用していない」割合が5~6割を占めた。

- ガイドラインに沿うよう指導している
- ガイドラインがあることは知っているが使用していない
- ガイドラインがあることを知らない
- 無回答



## ■ 院内（施設内）の倫理委員会等の設置状況

□倫理委員会等が設置されているところは病院で約3割、介護老人福祉施設で約1割であった。



## ■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況

□介護老人福祉施設では約6割、病院では約3割で研修が実施されている。

