

九州大学病院

終末期／末期状態における延命治療中止に関わる

ガイドライン

平成25年 7月17日制定

平成27年10月16日改正

はじめに

終末期／末期状態における治療の開始・不開始・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における最も重要な課題の一つである。

九州大学病院（以下「本院」という。）は「患者さんに満足され、医療人も満足する医療の提供ができる病院を目指す」ことを理念としている。生命の終末期／末期状態における医療に関しても、患者の生命に敬意を払い、尊厳を守るように努めることが、この理念を満たすこととなる。

本院は、悪性腫瘍の終末期や各臓器の末期状態のために生命的予後が脅かされている患者における医療全般に関する当院職員の対応に関するガイドラインを策定する。入院時にすべての患者に対して、終末期の対応に関する基本方針を確認しておく方がよいとの考えもあるが、差し当たり、今回、ハリーコール時の対応を含め、救急医療や集中治療のように極めて死が間近に迫っている状態（「数週」から「月」といった単位ではなく、「時間」から「数日」の単位を基本的目安とする）に陥った場合を主な対象とした、当院職員の対応に関するガイドラインを策定する。ただし、本内容は、患者が比較的近い将来に差し迫った状態に陥る可能性が高い（「数週」から「数ヶ月」の生命予後であると考えられる場合）段階からも、場合により応用できる考え方などを包有するものである。

1. 基本的な考え方

患者及び家族と医療関係者との間の生命維持に関する相互理解を基盤にして、患者の自己決定権を尊重して医療を行うことを第一義とし、患者（患者に自己決定能力が無い場合はその家族等）が、終末期あるいは末期状態において延命治療あるいは心肺蘇生処置を望まないときには、その意思を尊重し、必要な患者ケア（緩和ケアなど）のみを行う。

2. 定義

[1] 終末期と末期状態

一般的に「終末期」とは、回復の見込みのない疾患に冒され、死を間近に迎えた末期の患者の状態を指し、それに携わる医療を「終末期医療」という。今回提案する内容は、救急医療における「終末期」の定義（日本救急医学会）を参考とし、集中治療室等で治療されている末期状態の急性重症患者を含め、突然発症あるいは重篤化した疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、現場で以下 1) ～ 4) のいずれかのような状況の場合における適応とする。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む）と診断された場合
- 2) 生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合

- 3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合
- 4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合

なお、末期状態とは、日本循環器学会が複数の学会と共同で発表した「循環器疾患における末期医療に関する提言」で示された以下の内容に準じるものとする。

循環器疾患の末期状態 (end-stage) とは、最大の薬物治療でも治療困難な状態である。その状態に対して、侵襲的治療として人工呼吸や血液浄化に加え、IABP、PCPS、VAS、臓器移植、HD、ペースメーカー植込み、ICD 等がある。さらには移植医療の提供がある。終末期 (end-of-life) は、循環器疾患での繰り返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近に迫り、治療の可能性のない末期状態を指す。また、循環器疾患には繰り返す緩解増悪を経て最終的に終末期を迎える場合と、急激な発症により突然終末期を迎える場合がある。前者の例としては、心不全 (心筋症、弁膜症、虚血性)、不整脈、腎疾患等慢性に経過する疾患が挙げられる。増悪と緩解により入退院を繰り返す時期に、今後の治療手段 (適応決定) や見通し、終末期のことを十分説明相談し、意思確認が必要である。

腎不全には急性と慢性が存在する。その中で、末期腎不全 (end-stage renal disease、ESRD) とは非可逆的な慢性腎不全・慢性腎疾患 (chronic kidney disease、CKD) のことである。延命治療には、長期透析 (HD) や腎移植を考慮する必要がある。腎不全における末期状態には、いくつかの側面がある。1 つは、維持透析患者で、何らかの疾患による末期状態が生じた場合である。HD 継続に困難が生じることもあり、中止・差し控え等の検討を要する。2 つ目は、既に存在または新たに発症した何らかの疾患による末期状態により、腎機能の急性・慢性増悪が起こった場合である。内科的治療が奏功しない場合、治療・延命の為には HD を含めた腎代替療法の導入も考慮されるが、その導入に際し困難・ジレンマが生じることもあり、非導入が検討される場合もある。

患者が終末期の状態にあるか否かの判断は、主治医を含む複数の医師及び看護師、その他必要な複数の医療関係者からなる「診療チーム」により客観的になされる必要がある。

[2] 延命処置

「延命処置」とは、生命維持処置を施すことによって短期間で死亡することは回避できないものの、それを行わない場合には即時に死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをいう。

[3] 事前指示関連

事前指示は、患者の意思確認が出来なくなった場合に適応される、事前に決定しておいた患者自身の意思を尊重とした指示を指す。

「リビング・ウィル」とは、不治かつ末期になった場合に無意味な延命措置を拒否することや、苦痛を和らげる措置は最大限に実施求めるなどを患者本人があらかじめ書面に記して示すことである。なお、事前指示の方法として、本人が書面に意思を残すなどの方法以外に、わが国ではまだ一般的ではないが、代理人 (法定代理人、代諾人) に意思を書面などで伝えておくという方法がある。

「Do Not Attempt Resuscitation: DNAR方針 (あるいは指示)」とは、医学的に終末期状態となり心停止になった際に心肺蘇生処置を行わないことを意味する事が多い。その前提として、患者本人あるいは家族の文書としての合意が出来ていることが必要である。

本邦の場合、平常時より、事前指示として本人のDNAR方針 (あるいは指示) の意思表示が確認できる場合は極めて稀であり、厳密には本稿冒頭で定義した「事前指示」には相当しないが、本院では、家族等の話などから本人の意志が推定できる場合は広義の「事前指示」として解釈する。

[4] その他

「家族等」とは単に患者と生計を同じくする者のみでなく、患者が信頼を寄せ、終末期を支える存在を指す。したがって、民法上の親族のみを意味せず、より広い範囲の人を含むこともありうる。また、家族等にあたる個々人の間の優先順位も、法的な観点をもとに、患者の信頼や日常生活における距離感（同居）等に基づいて判断する。

3. チーム医療の実施と施設

終末期／末期状態における患者に対する医療は、原則として医師、看護師など多職種からなる診療チームで行う。チームでは、それぞれの役割を尊重し、患者の視点で意見交換を行い治療方針を共有する。

患者、家族への対応は、主として主治医と看護師が中心に行うことが一般的だが、必要に応じて、疼痛緩和、精神的、心理的、社会的な面を支えるために、他の医療スタッフも参加して療養環境を整えることも考慮する。

チームは（可能な場合）終末期／末期状態の患者側と十分な話し合いを持ち、また患者と家族が話し合うことを促すように努めることが望まれる。

特に病状の回復の見込みがない、あるいはほとんどないと判断される場合には、下記4. から7. に関する内容に関しては7. 5) の書類を用いることを考慮する。

4. インフォームド・コンセント

診療チームは、主治医の終末期状態のインフォームド・コンセントの際には、患者の病状を把握し、変化に応じ、適宜議論し、方針を立てる。

主治医は、患者に対し提供する治療やケアの内容を、患者、家族等と十分な話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで決定する。病状に応じて治療内容を変更する場合も、その都度患者、家族等に対して説明し、患者本人による決定を基本としたうえで決定する。一度だけの話し合いでは結論を出ない場合もありうるので、別の話し合いの機会を設けて方針を確認する。そして、患者や家族等から同意を得た内容を診療録に必ず記録しておく。

なお、患者及び家族等に説明を行う場合は、専門的用語を避け、分かり易い言葉で説明するとともに、患者や家族が質問しやすい雰囲気を作るように努め、十分な話し合いを行う。また、院内の倫理委員会に諮ることも可能であることを説明しておく。

5. 延命処置を拒否する意思表示

①リビング・ウィルが存在する場合

弁護士などと予め相談の上に作成された、正当と評価できる書面で患者本人が示しているリビング・ウィルは、これを尊重する。

意思表示ができなくなった患者については、意思表示が可能な時期に作成された文書があれば、その内容を尊重すべきである。その際、書面又は複数の家族（等）や第三者の証言等の裏付けのあることが望ましい。書面が存在せず、特定の家族の証言のみによる場合は、基本的にこれを採用しない。

患者が切迫する状態になりかかっているあるいはそうなってしまった場合、主治医は患者がリビング・ウィルを本院に対して提出していないか、あるいは別途の様式を含め代理人等に預けている可能性がないかを確認する。そのような書類が存在する場合、主治医だけでなく、多職種からなる診療チームがその求めの内容を十分に把握する。

一度リビング・ウィルが提出されている場合であっても、患者が異なる意思を抱いた場合には、その内容を十分に確認し、最初に表示されたリビング・ウィルに拘らず、患者の

最も新しい意思に対応しなければならない。

- ②リビング・ウィルが存在しない場合（意思表示ができなくなった患者や意思が確認できない患者への対応）

リビング・ウィルが存在せず、患者の意思が確認できない場合には、緊急の場合を除き患者にとって最善な医療やケアの内容について家族等と十分に話し合い、複数の家族等の意見に基づき、患者の意思を推測するように努める。

患者の家族がいない場合、及び緊急の場合で家族がやむを得ず判断を診療チームに委ねる場合は、患者にとって最善の治療やケアの内容を検討した診療チームの意思を尊重する。

6. 治療方法の選択

終末期の患者がリビング・ウィルを表明している場合は、患者が終末期であることを診療チームで確認し、患者のリビング・ウィルを尊重しながら、関連する現行法に則し、また医学的、倫理的観点からも、患者にとって最善と考えられる治療やケアを提供する。その際は、患者の家族等に治療やケアの内容を説明し、文書による承諾を得る。ただし、いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死）は行っていない。

7. 延命処置の中止およびD N A R方針について

1) 延命処置の中止

延命処置を中止するにあたっては、次の①～③の項目を確認し、全ての項目を満たす必要がある。

- ① 患者の病気に回復の見込みがなく、患者が終末期状態にあること。
- ② 延命処置の中止を求める患者の意思が中止を行う時点で存在すること。患者の明確な意思表示が確認できない場合は、家族等と十分に話し合いを行い、複数の家族等の意見に基づき、患者の意思を推測すること。
- ③ 中止の対象となる延命処置は、化学療法、薬物投与、血液浄化療法（人工透析など）、人工呼吸器管理等とすること。

2) 心肺蘇生を行わない方針の決定（「Do Not Attempt Resuscitation: D N A R方針」）

D N A R方針の決定に当たっては、患者及び家族等に終末期状態において心肺停止状態になった際に心肺蘇生処置を行わないことを求める意思（当院で定める文書を含む正当な文書の存在）があること、心肺蘇生を行わないことが医学的に適切と考えられること、かつ患者・家族側と医療者側（主治医のみならず担当科の医師の同意を含むチームとして）の意見が一致していることを原則とする。また、方針の決定後に患者及び家族等から方針変更の求めがあれば、直ちに方針の変更について話し合いを行い決定することとする。

なお、D N A R方針についての取り決めに関しては、あらかじめ明確に文書として作成したうえで、これを診療録に記載（保存）しておく。

3) 苦痛緩和

終末期の患者が望む場合は、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) 安楽死や薬剤投与による死期を早めることについて

いかなる場合においても、積極的安楽死や自殺幫助等の死を目的とした行為は行っていない。薬物投与や筋弛緩薬投与などの医療行為により死期を早めることは行わない。

5) 書式

患者（家族）及び医療者側は、必要に応じて、次の書式について必要事項を記入し、保存しなければならない。

- ・ 今後の治療に関する意向確認書（様式 1）
- ・ 蘇生処置および延命を目的とした治療を受けない申出（様式 2）
- ・ 蘇生処置および延命を目的とした治療の開始に関する説明・同意書（様式 3）
- ・ 延命を目的とした治療の中止に関する説明・同意書（様式 4）

8. 臨床倫理委員会

主治医や各科医師あるいはその他当院職員が臨床倫理委員会の判断が必要と考える場合、あるいは家族からの要望がある場合には、委員長（事務：戦略企画課）に同委員会の開催を依頼し、審議する。なお、現場では迅速な判断が必要な場合があるため、緊急の場合は書面会議あるいは緊急の場合は、委員長他、委員長が予め定める担当科長、救命センター・集中治療部の医師 2 名（助教以上）の承認を経て代用することを可とする。

9. 未成年（満 20 歳未満）の患者への対応

未成年の患者の終末期医療の方針を検討する際には、医師及び両親（又は親権を有する者）は、十分な話し合いを行って決定することが必要である。

両親（又は親権を有する者）は、未成年の子供の養育の義務を負う者として、子供の終末期医療の方針を決定する重い責任がある。

また、未成年の患者であっても、本人の理解力に応じて必要な説明を行うことは、医師の責務である。ただし、医師が未成年の患者の意思決定能力を判断する際には、十分慎重に行う必要がある。

10. 見直し

本ガイドラインは、あくまでも作成時点における本院の考え方に基づくものである。特に今回は、救急医療や集中治療のように極めて死が間近に迫っている状態（「数週」から「月」といった単位ではなく、「時間」から「数日」の単位を基本的目安とする）に限局した、当院職員の対応に関する内容である。今後、終末期医療全般に関する内容のガイドライン策定を行い、また社会情勢の変化なども鑑みながら適宜見直しを図るものとする。改定にあたっては、臨床倫理委員会における審議と承認を必要とする。

11. 臓器移植、組織提供に関する意思確認

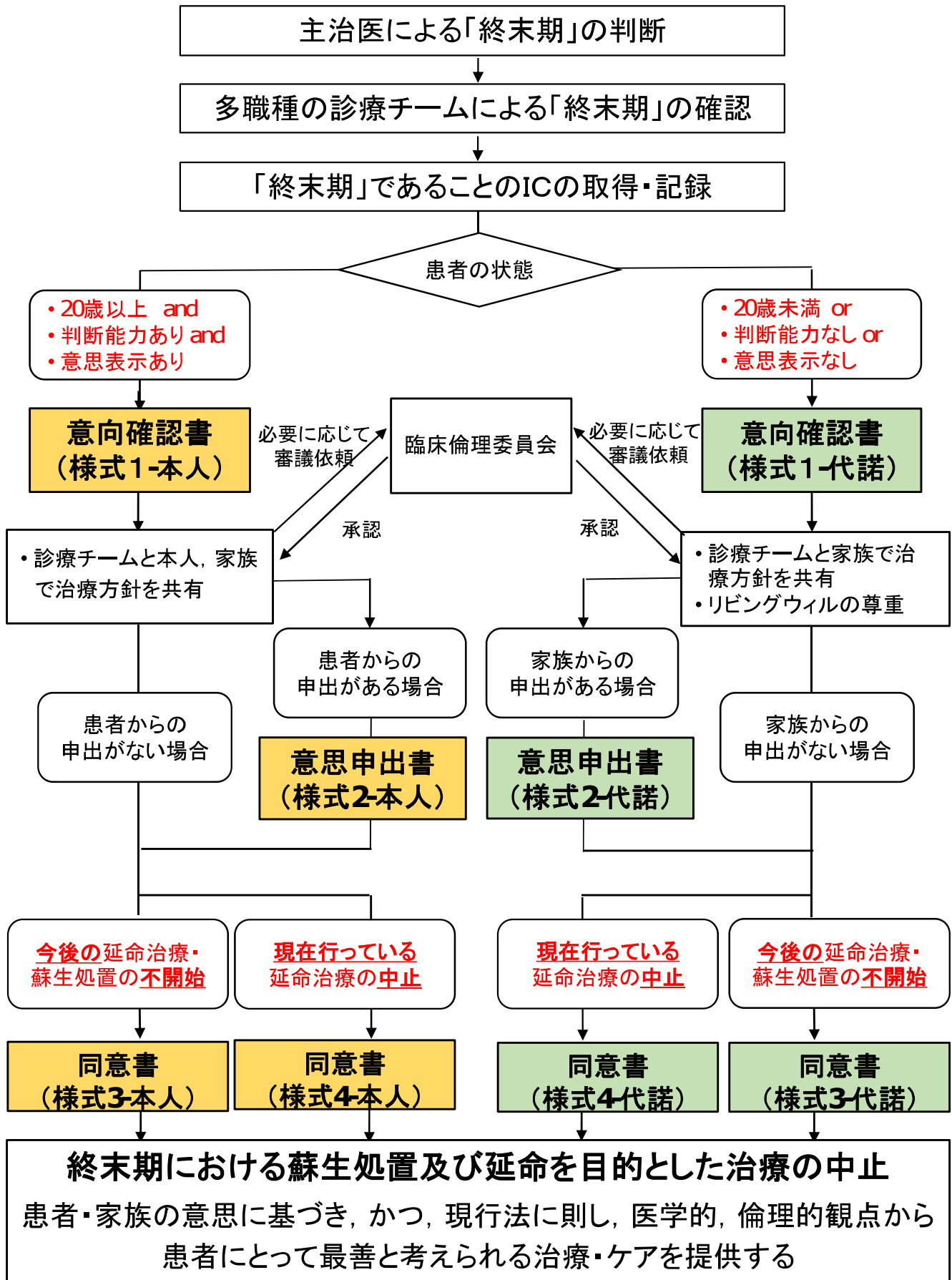
終末期医療においても、患者の臓器移植や組織提供の意思確認を行うことを考慮する。臓器移植や組織提供の意思がある場合においては、本院の他の委員会とも連携をとり、対応を考慮することを優先し、短絡的に本ガイドラインに則った行動をとらないものとする。

*なお、本ガイドラインに対する院内問い合わせ先は患者サービス課とする。

参考出典

- 信州大学医学部病院終末期医療ガイドライン 2009年10月
- グランドデザイン2007 各論 日本医師会 2007年8月
- 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
救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン） 2007年11月
- 循環器疾患における末期医療に関する提言
Statement for end-stage cardiovascular care (JCS 2010) 2010年
- 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 2007年5月
- 終末期医療に関するガイドライン 社団法人 全日本病院協会 2009年5月
- 終末期医療のあり方について 日本学術会議 2008年2月

終末期における蘇生処置及び延命を目的とした治療の中止に関する方針決定のためのフローチャート



終末期／末期状態における延命治療中止に関わるガイドラインQ&A

(当院の職員を対象)

Q 1. 当院で独自にガイドラインを作成した経緯を教えてください。

A 1. 複数の学会や団体が終末期医療に関するガイドラインを作成、公表していますが、臨床の現場では依然として、終末期における患者の望みを十分に考慮した医療が行われているとはいえない現状があります。例えば、癌の本人への告知が一般的になってくるとともに、終末期において治療に関する患者の希望を考慮することなく延命のみを図る従来の医療に疑問がないとは言えないと考えます。実際にこれまで、臨床を行う医療従事者の立場として、自分の家族であればこれ以上の延命治療はしないが、万一にも紛争や訴訟など不測の事態に至ることは望まないの、延命だけを目的とした治療の続行もやむをえないという考えもあったと言われています。

このような現状に鑑み、院内で一定程度、終末期の延命治療中止に関する意志統一を図ることによって、診療現場における終末期医療の選択や実施に無用な混乱を生じないためにガイドラインの作成が必要であると考えました。また、用語の定義を含め、必要な文書の書式を統一することは、患者さんあるいはご家族への説明や診療記録を適切に作成、保存する観点からも有用と考えました。

本ガイドラインは、特に急性期を主な対象としていますが、将来は進行癌終末期の緩和医療施行中の患者に対しても適応できる内容としています。

Q 2. 入院患者全員を対象に、終末期医療に関する事前指示を得ておく必要がありますか。

A 2. 将来は、他の大学病院のように、全入院患者を対象にアンケートとしてあらかじめ終末期医療に関する意思を事前に確認することを否定するものではありませんが、現時点で入院患者全員を対象とすることまでは求めています。

Q 3. ガイドラインに従って終末期医療に関する意思の確認や同意書を取るのどのような患者さんが対象になりますか。

A 3. 病状の回復の可能性が乏しく、終末期（極めて死が間近に迫っている状

態)と判断され、数時間から数日以内の延命治療の是非を問いたい患者さんが対象となります。患者さんご本人の意思が確認出来ない場合は患者さんのご家族が対象になります。詳しくは本ガイドライン「4. インフォームド・コンセント」「5. 延命処置を拒否する意思表示」をお読みください。

Q 4. この様式で終末期であることの説明・同意の代わりになりますか？

A 4. この様式は終末期になったと考えられたときのDNAR、リビング・ウィルに相当するもので、終末期であることの説明と同意は別に取得してください。そしてこの終末期であることの説明と同意は電子カルテのIC画面に必ず記録しておいてください。

Q 5. どのようなタイミングで、ご家族へ延命処置の中止について話せばよいのでしょうか。

A 5. 多くの場合、本ガイドラインが適用となるのは集中治療実施中の患者さんと考えられます。救命救急センター、集中治療部医師などと相談の上、終末期と判断できれば、ご家族の心情を押し量りながら説明をすることで良いと考えます。なお、ご家族に対する延命処置の中止に関するご説明は、医療者が必ず行うべき性質のものではありませんので、当院が職員の方々に強制するものではありません。

Q 6. 一度、延命処置中止の判断をしたら、変更は不可能なのでしょうか。

A 6. 延命治療を中止することは、比較的早期に患者さんの死亡につながる可能性が高くなります。したがって、特にご家族にとっては極めて負担の大きい判断です。当然、延命処置中止の決断を後に再考し、方針を変更する場合もありえます。そのような場合を考慮し、ガイドラインでは、意思申出文書で同意を得たあとで、さらに同意書により確認を得る二段階の確認方法としています(フローチャート案参照)。

Q 7. 患者本人の意思が推定できない場合、または極めて推定が難しい場合はどのようにすればよいですか。

A 7. ご家族等の話などからご本人の意思が推定できる場合は「事前指示」として解釈します。ただし、特定のご家族や第三者の証言等のみでは判断

しません。極めて推定が難しい場合は、患者さんにとって最善な医療やケアの内容についてご家族等と十分に話し合い、複数のご家族等の意思に基づき、患者さんの意思を推測するように努めてください。患者さんにご家族等がない場合や、緊急の場合でやむを得ず判断を診療チームに委ねる場合は、診療チームの意思を尊重します。

Q 8. 様式2－本人または2－代諾で、蘇生処置や延命治療の「一部」を拒否する申し出が出来ることになってはいますが、この「一部」を判断していただくために、患者さんやご家族等に対して、蘇生処置や延命治療の具体的な内容を説明するのでしょうか。

A 8. 本ガイドラインでは、患者さんやご家族等からの申し出により延命を目的とした蘇生処置および関連した治療に関する意思を確認したのち、同意書で詳細を確認するという流れとしています。様式2に関わらず、延命治療、処置の具体例については患者さんやご家族に理解していただく必要がありますので、同意書の記載を参照し、説明してください。

Q 9. 未成年、特に小児患者の場合は、両親の意思をもって患者さんの意思として方針を決定してよいですか。

A 9. 医師は、未成年の患者であっても、本人の理解力に応じて必要な説明を行う責務があります。また、両親又は親権者は、子供の終末期医療の方針を決定する責任があります。そこで、患者本人に対する説明と、医師及び両親、又は親権者による十分な話し合いによって、方針を決定することが必要です。

Q 10. 虐待を受けた可能性のある小児または高齢者に対する DNAR の判断は可能ですか。また、患者さんの意思が確認できない場合は、誰がその判断をすればよいですか。

A 10. 虐待を受けた可能性がある事例に関しては、原則として本ガイドラインの対象外であると考えます。

Q 11. 本人の意思を推定できない場合、本人の代わりに意思を代弁する家族の代表者を、誰がどのようにして決定すればよいですか。

A 11. 家族の代表者の決定にあたっては、法律上の家族だけでなく、本人の

意思確認を最も適切にできる立場にいる人の意見も重視する観点から判断します。

Q 1 2. 延命治療の中止と DNAR は違うのですか。

A 1 2. DNAR とは、患者が心停止となった場合、心肺蘇生を行わないという意味です。延命治療とは、心肺蘇生を行わないということ以外にも、抗癌剤、抗菌薬、経管栄養、中心静脈栄養、昇圧剤などの投与、人工呼吸器の設定変更や中止、人工心肺や血液浄化療法などを含みます。詳細は同意書の内容を参照下さい。

Q 1 3. 様式 4 では現在行っている延命治療の中止について記載されていますが、中止することで即座に死に至る可能性のある治療から、数日間猶予がある治療までが混在しています。すべてを担当科のスタッフだけで決定していいのでしょうか？

A 1 3. その治療が複数の科にまたがるようなものであれば、関係する診療科と合同カンファレンスを持つことをお勧めします。判断に迷った場合は臨床倫理委員会に諮ってください。時間外で早急に決定することが求められるようであれば、救命救急センタースタッフに相談してください。

Q 1 4. 本院のガイドラインに則って行動すれば、訴訟の対象になることはないのでしょうか。

A 1 4. 終末期医療に関するガイドラインの多くに解説されているように、ガイドラインに則って行動すれば訴訟の対象にはならないという保証はありません。ただし、これまでに、適切に作成されたガイドラインの内容を遵守しつつ人工呼吸管理を中止した事例で、実際に民事訴訟に至った事例はないようです。平成 24 年 11 月 11 日付朝日新聞朝刊では、全国の救命センターの 6 割が回復の見込めない高齢者に対して、人工呼吸や人工心肺の停止などの延命治療をしない選択を行った経験があると報道されています。なお刑事訴訟との関係では、2004 と 2006 年に北海道や富山で医師が人工呼吸を中止した事例で医師が刑事責任を問われ書類送検されましたが、いずれの事例も不起訴となっています。

Q 1 5. 各様式の具体的な使い方を教えてください。

A 1 5. .以下に想定されるシナリオを記します。

想定シナリオ1) 今回の入院・治療により回復しなければ、他に治療法がなく、死に至る可能性が高い最後の治療を施すとき
入院時に様式1を取得し、様式2を手渡しておきます。

治療の効果がなかったとき、本人・ご家族に

「現在原疾患の治療は見込めず、終末期であると考えられます。今後蘇生行為、延命治療が必要になった時にどういった対応を希望されるかご家族で話し合っておいてください。話し合った結果を後日（または時間的余裕がないので、早急に）、入院時にお渡ししていた書類（様式2）をご記入の上お持ちになり、お返事ください。」と説明します。
お返事を頂くときに様式3を取得します。

想定シナリオ2) 原疾患の回復が見込めず、このままでは死に至ると判断されたとき

本人・ご家族に

「現在原疾患の治療は見込めず、終末期であると考えられます。今後蘇生行為、延命治療が必要になった時にどういった対応を希望されるか、ご家族で話し合っておいてください。話し合った結果を後日（または時間的余裕がないので、早急に）書類（様式2）をご記入の上お持ちになり、お返事ください。」と説明し、様式2を手渡します。

お返事を頂くときに様式3を取得します。

想定シナリオ3) 延命処置とは考えていなかったが、治療経過中、原疾患の回復見込みがない状態になったとき

※可能であれば、（想定シナリオ1のように）延命処置になる可能性がある治療を開始するときに様式1を取得し、様式2を手渡しておきます。

ご家族に

「（例えば）腎機能の悪化は一時的と判断し血液透析を開始しましたが、原疾患の回復が望めない状態となりました。血液透析が延命処置となり、原疾患に苦しむ時間を延ばしている可能性も考えられます。血液透析を継続するかどうか、ご家族で話し合ってお返事ください。その時に書類（様式2）をご記入の上お持ちください。」と説明します。

お返事を頂くときに様式4を取得します。

※様式1、2を取得、手渡すタイミングがなかった、取得しそびれていて、上記状態になったときは様式1、2を経ずに様式4だけ取得する可能性があります。

想定シナリオ4) 原疾患治療中、予期せぬ急激な原疾患の悪化により、本人・家族に説明する時間もなく（または上記お返事を頂く前に）蘇生行為、延命処置と思われる治療を開始したとき

様式1、2を経ずに様式4だけ取得する可能性があります。

終末期／末期状態における延命治療中止に関わるガイドラインQ&A

(患者さん及びご家族の方を対象)

Q 1. 一度、延命治療中止の判断をしたら、その後変更は不可能なのでしょうか。

A 1. 変更はいつでも可能です。

Q 2. 患者本人とその家族の意思が異なる場合、家族の意思は聞き入れてもらえないのでしょうか。また、患者本人の意向、意思を確認した後に、意思の確認ができなくなった場合、患者家族が患者の意思とは逆の延命治療の実施または拒否を望んでも変更できないのでしょうか。

A 2. 患者さんの認知能力などに支障がなく、適切に意思表示ができる状況であることを前提として、原則として、患者さんの意志が尊重されるべきと考えています。ご家族に異なるご意見がある場合は、主治医を含め、患者さんのご家族等により対応を相談することが望ましいと考えます。

Q 3. 様式2-1または2-2で、蘇生処置や延命治療の「一部」を拒否する申し出が出来ることになっていますが、この「一部」を判断するために、具体的な内容を説明してもらえるのでしょうか。

A 3. 患者さんやご家族等からの申し出により、延命を目的とした蘇生処置および関連した治療に関する意思を確認したのち、同意書で詳細を確認するという流れとしています。延命治療、処置の具体例については同意書の中に記載されていますので参照ください。