もう一つは　法的な責任を問われる懸念が払拭できなかったことでした。更に治療を終了した後、どのような医療を提供すればよいのかが、指針に記されていなかったことが問題となり使用されませんでした。

今回の改訂で最大のポイントは、緩和ケアを専門とする日本緩和医療学会が加わり、４学会の指針に変わる点です。**積極的な治療を終了後の、緩和ケアの具体的なガイダンス**が盛り込まれ、また 指針を使いづらくしている**終末期の定義も見直す**方針です。

指針改訂委員長の伊藤 香准帝京大学教授は「本来 根治的治療と緩和ケアは一緒に走るべきもので、根治的治療を終了しても緩和ケアは続きます。それなのに『死の直前』になるまで緩和ケアが治療の選択肢として提示されないところが問題。集中治療を受けるすべての患者は緩和ケアの対象になると位置づけ適切な緩和ケアが実施されていない状態で生命維持治療の終了、差し控えを行うべきではない」と話す。

日本緩和医療学会理事長の木澤義之・筑波大教授は「やめることをいったん許容してしまったら 安易になされるのではないかという議論もある。考え方や手続きを示し、ちゃんと縛りをかけるためにも、指針が必要」と話す。現行３学会の指針作成委員長の横田 裕行・日本体育大教授は「社会に受け入れてもらうためにも、丁寧に議論を進めてほしい」とコメントしています。

終末期医療に関する指針

厚生労働省（2007年、18年改訂）		日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会の3学会（14年）
なし 患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームが判断	終末期の定義	あり（対象を限定） 集中治療室などにいる急性重症患者で、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
患者の意思を尊重、チームで決める •患者の意思決定を基本とし、多職種の医療・ケアチームとして行う •患者の意思を確認できない場合、家族による患者の推定意思を尊重	方針決定	患者の意思を尊重、チームで決める •患者の意思決定を尊重し、医療チームの総意として判断 •患者の意思が確認できない場合、家族による患者の推定意思を尊重
容認 医療行為の開始・不開始や中止、医療内容の変更などを想定	治療の終了	容認 現在の治療の維持、減量、終了などを想定（生命維持装置の終了、血液浄化の終了、呼吸や循環管理の変更などを例示）
指針の対象外 「生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は対象としない」	安楽死	指針の対象外 「筋弛緩（しかん）薬投与などの手段により死期を早めることは行わない」

終末期医療に関する指針