

「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」に抗議する

尾上裕亮 「CP ちゃんの雑感メモ」より

<https://cpchanmeno.blogspot.com/2026/09/4.html>

日本集中治療医学会など4つの学会は、救急搬送され生命維持治療が必要な患者について、治療のガイドラインを改訂しました。人工呼吸器やエクモ、人工栄養がいるようになった場合、その開始・低減・終了の決定プロセスを示すものです。私は、ガイドラインに抗議します。自分が死ぬ時期を急速に縮めるかもしれないことを医療の人が決めることに強い怖さを感じます。「患者中心に決める」と述べていますが、判断するのは医療です。

40年前のことで恐縮だが、私は、母のお腹から出たとき、しばらく呼吸をしませんでした。医者は「生きられる可能性は25パーセント」と言っただけです。昨年、誤嚥性肺炎で緊急入院にしたときにも、延命治療の是非が話題に挙がりました。ガイドラインが適応されていれば、父は医療チームから諦めるよう執拗に説得されたかもしれません。

今の日本は様々な所で、人とお金が足りないと言われます。その状況を汲み、医療チームが生命維持治療を控えた提案をして、家族・本人もそれに同調することは今後増えると思います。「人に迷惑をかけない死期」が良いことだとする言説に、医療が加担しないでもらいたい。怖いです。医療は人を生かすところです。

ガイドラインで気になった点を書いてみました。

- ・患者の意思ではなく、価値観を重視しており、本人の意思を抽象化している
- ・本人の意思より、医療・ケアチームの判断が優先される構造になっていることである。「患者の尊重」とは書かれているが、判断の主体はチームであると読み取れる。また、「適切な情報の提供と説明を患者に行い、合意形成」と述べている。例えば本人が「生命維持治療を続けたい」と訴えても、チームが差し控えが妥当とするならば、その方向へと説得される。(本編 5 ページ)
- ・事前に治療の希望の有無を書いている(ACP)、「判断する時点での臨床状況に照らして適用できると判断され」ない場合は、尊重されない。[5 ページ]
- ・生命維持治療を終了する方法がやけに具体的(7 ページ)
- ・期限付きの特定の治療の試行で、「病状が改善すれば、一定期間ごとに治療の増強・継続・減弱・終了について話し合いを繰り返す。」としている[8 ページ]。回復しても、チームの説得は続く
- ・医療・ケアチームに福祉職が不在。訪問介護の提案が不明確になる

尾上裕亮