



# 倫理委員会 ニュースレター

## 第16号 臨床倫理：集中治療における倫理と緩和ケア（I） －治療の差し控え・中止の選択をめぐって－

稲垣 範子（倫理委員会）

前回のニュースレターでは、**Do Not Attempt Resuscitation**（蘇生を**試みない**）指示について取り上げました。今回は、治療を**差し控える（Withhold）**、治療を**中止する（Withdraw）**の選択をめぐって、どのような考え方や課題があるのかについて取り上げますが、現在も議論が進められており、全ての事例に適用される合意や社会規範が形成されているというわけではありません。ただ、何が問題となり議論されているのかを知ること、これまでは当然のことだと認識していた治療の決め方にも考える余地が生じる、気になっていた事例を振り返るヒントになる、など多角的な視点から捉えることの一助となればと思います。



自宅のモリंगाです  
「覚醒」

また、省庁や学会のガイドラインの一言一句が度重なる議論を経て慎重に決められてきた経緯を知ると、一部のみを切り取り紹介することのリスクを感じます。活発な議論を知るためにも、文末に示す出典を合わせてご確認いただければ幸いです。

### ■人生の最終段階における医療の在り方：ガイドライン作成・改訂の経緯

終末期における治療の開始・不開始及び中止等の医療の在り方の問題は、以前から医療現場で重要な課題となっていました。2006年に富山県射水市における人工呼吸器取り外し事件が報道されたことをきっかけに、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」<sup>1)\*</sup>が2007年に作成されました（\*2015年に「人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更）。厚労省では1987年以来4回にわたって検討会を開催し、意識調査等を行いつつ、国が終末期医療に対して一律の定めを示すことには、慎重な態度がとられてきたようです<sup>2)</sup>。終末期の非常に微妙な判断を要する個別の患者について、一律の形式的な判断を示すことは、患者のためにも、医療現場にとってもよくない。最低限、医療者、患者、家族等のコンセンサスを得られる内容を目指してガイドラインとして示すことがよりよい終末期医療の実現に資するのではないかということで初めて策定されることとなりました<sup>2)</sup>。ガイドラインには、人生の最終段階における医療の在り方に関し、患者と医療従事者とが話し合いを行った上で、患者本人による決定を基本とすること、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれました<sup>2)</sup>。このガイドラインは、「プロセス」に関するものであり、医療現場で行われる措置が適法か否かを示すものではなく、終末期に入った患者に対して、どういうプロセスをとるのがふさわしい対応なのかを重視するものであると説明されています<sup>2)</sup>。

2018年には、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」として改訂されました<sup>3)</sup>。地域包括ケアを含む在宅医療・介護の現場での活用も想定され、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組みの重要性が強調されました<sup>4)</sup>。門岡は、厚労省の指針は法的拘束力はないものの、国が出した

正式な指針として参考にすることを勧めており、以下に示すガイドラインの 7 つの要点はいずれも治療中止の要件となると説明しています<sup>5)</sup>。治療中止の手続きは決して単純ではなく、多くの当事者によって慎重に判断される必要があります、当事者間で合意が得られない場合には、倫理コンサルテーションにも頼るべきでしょう<sup>5)</sup>。

【治療中止の要件】<sup>5)</sup>

- ①本人による意思決定が基本
- ②本人と医療・ケアチームが話し合う
- ③意思を推定する者を前もって定めておく
- ④話し合いを繰り返す（意向の変化に対応）
- ⑤十分な緩和医療を提供
- ⑥医療・ケアの中止などは、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性をもとに判断する
- ⑦積極的安楽死は、対象としない

■治療の差し控え(Withhold)と中止(Withdraw)の区別による問題とは？

延命治療の意思決定は難しい判断が求められることが多いですが、初めから治療をせず（差し控え：Withhold）に死亡した場合と、開始した治療を途中でやめて（中止：Withdraw）死亡した場合、欧米の生命倫理学の議論では、両者は倫理的には同等と言われているそうです<sup>5)6)</sup>。いずれの場合も、患者が尊厳ある死を迎えることができるように、十分な緩和ケアの提供は必須と考えられます。たとえ倫理的に同等であっても、一度開始した治療を中止する方が、より精神的負担を感じる事が想定されるため、十分な対応を準備しておく必要があるでしょう。

さらに、治療中止のハードルが高いことで生じる問題点として、治療を始めたらずめられないのであれば、助かる可能性があるかもしれないけれど、初めから治療を差し控えよう、という方向に進んでしまうことで、助かる可能性が閉ざされてしまうことが挙げられます。その解決策として、期間限定の治療（time-limited trial）を取り入れている施設もあります<sup>6)</sup>。

救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～<sup>7)</sup>は紙面の都合上、紹介できませんでしたが、策定から 10 年が過ぎ、改訂に向けて議論が進められています<sup>8)</sup>。今後の動向に引き続き注目していきたいと思えます。

≪文献・URL≫

- 1) 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007.  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>（閲覧：2024年3月20日）
- 2) 厚生労働省. 第2回終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会の議事録. 2007/3/5.  
[https://www.mhlw.go.jp/content/2007\\_03\\_txt\\_s0305-3.txt](https://www.mhlw.go.jp/content/2007_03_txt_s0305-3.txt)（閲覧：2024年3月20日）
- 3) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（2018年3月改訂）. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>（閲覧：2024年3月20日）
- 4) 3)の解説編. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>（閲覧：2024年3月20日）
- 5) 門岡康弘. 治療中止の倫理：医療者の立場から. pp. 94-109. /児玉聡他編集. 京大式臨床倫理のトリセツ. 金芳堂, 2023.
- 6) 平原栄治, 則末泰博. 終末期ディスカッション 外来から急性期医療まで現場でともに考える. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2021.
- 7) 日本集中治療医学会, 他. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～. 2014.  
<https://www.jsicm.org/pdf/iguide/lines1410.pdf>（閲覧：2024年3月20日）
- 8) 伊藤香他. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～改定のポイント. ガイドライン改訂の背景とハイライト. 第51回日本集中治療医学会学術集會会議録. 2024.

（発行日：2024年4月15日）