

## 4 学会合同ガイドライン改訂への懸念

— 「人生最終段階ではない者」への生命維持治療中止に反対する立場から—

2026年3月、集中治療・救急・循環器・緩和医療の4学会による合同ガイドライン改訂に対し、患者・障害当事者の側から強い懸念が示された。今回の最大の問題は、従来は「救命困難な終末期」を主な対象としていた治療差し控え・中止の議論が、「人生最終段階ではない者」にまで広がりうる構成になっている点である。これにより、回復可能性のある患者や、人工呼吸器等を使いながら地域で暮らす難病・障害当事者までが、治療中止の対象にされかねない。

私たちが問うているのは、単なる賛否ではない。命に関わる判断を、曖昧な用語や医療現場の裁量に委ねてよいのか、そして、生き続けるための支援が不十分なまま「治療中止」の仕組みだけを先に整えてよいのか、という根本問題である。必要なのは「どう中止するか」の整備ではなく、「どう生きられる条件を保障するか」の制度設計である。

### ひと目で分かる比較表

論点	主張	懸念点	求めること
対象範囲	治療中止の議論は「救命困難な終末期」に限るべきであり、「人生最終段階ではない者」へ広げるべきではない。	回復可能性のある患者、慢性期患者、難病・障害当事者まで対象が拡大解釈されるおそれがある。	適用対象を厳格に限定し、非終末期患者を射程に入れないこと。
「無益な治療」	明確な定義のないまま使うべきではない。	医療者の主観やQOL判断によって「生きる価値」が選別される危険がある。	用語を見直すか、少なくとも厳格に定義して恣意的運用を防ぐこと。
TLT(期限付き治療試行)	短期間で治療効果を見切る仕組みは不適切である。	数週間～数か月を要する回復可能性が切り捨てられ、本人・家族が状況を受け止める時間も奪われる。	最低期間、再評価基準、継続判断の条件を明確化すること。
患者意思の推定	本人意思が確認しにくいときほど慎重な確認が必要である。	家族負担、経済事情、病床事情などが「本人意思」として扱われる危険がある。	意思疎通支援を前提にし、推定だけで重大判断を進めないこと。
慢性期・難病への波及	救急・集中治療の論理をそのまま慢性期・在宅に持ち込むべきではない。	本来は福祉で支えるべき人が、支援不足の結果として治療中止へ追い込まれる。	在宅医療、介助、意思疎通支援など生きるための基盤を先に整えること。
制度・手続き	生死に関わる指針は、当事者抜きで決めるべきではない。	パブリックコメントが形式化し、当事者の経験と声が反映されにくい。	起草段階から当事者を正式委員として参画させること。

※上表は、記者会見資料全体の論点を「主張・懸念点・求めること」に再構成したものである。

## 1. 何が問題なのか

今回の改訂では、「終末期」「人生の最終段階」「無益な治療」「TLT」「患者意思の推定」といった概念が重要な役割を持つ。しかし、これらの言葉の定義や適用条件が曖昧なままであれば、現場では医療者の判断に大きく委ねられることになる。その結果、回復可能性が十分に検討されないまま、あるいは障害をもって生きることへの偏見を含んだまま、生命維持治療の差し控え・中止が進められる危険がある。

とくに「無益な治療」という表現は、患者本人にとっては生きるために必要な治療であっても、医療側から「続けても意味がない」と位置づけられかねない。資料では、当初は厳しい見通しだったにもかかわらず、その後回復し社会復帰した事例が示されており、「今この時点だけ」で命の可能性を判断することの危うさが強く示されている。

## 2. なぜ当事者は強く懸念するのか

TLTは一定期間で改善が見られなければ治療を見直す仕組みとされるが、重篤な状態からの回復には数週間から数か月を要することもある。短い期限の中で評価すれば、本来救えた命や、障害を抱えながらも生きる道を探れたはずの人が、早い段階で切り捨てられる可能性がある。また、本人意思の確認が難しい場合に「推定意思」で判断を進めることには重大な危険があり、介護負担、経済的不安、病床事情などが本人の希望として扱われるおそれがある。

さらに、救急・集中治療の場で作られた規範が、慢性期医療や在宅生活を送る難病・障害当事者にまで広がれば、本来は福祉施策で支えるべき課題が、医療中止の議論へとすり替えられる。24時間介助、訪問看護、意思疎通支援などの社会基盤が不十分なままでは、「生きることが難しい」のではなく、「生きられる支援が不足している」のである。

## 3. 私たちが求めること

第一に、生死に関わる指針の策定には、救命経験者、人工呼吸器ユーザー、重度障害当事者など、影響を直接受ける当事者が正式な委員として参画することが必要である。第二に、「終末期」「人生最終段階」「無益」「TLT」などの用語を明確に定義し、恣意的運用を防ぐことである。第三に、救命後に地域医療・介護・福祉へつなぐ仕組みを整え、「中止の手続き」ではなく「生き続けるための条件」を先に整備することである。

## 4. 結び

命に関わる指針は、効率や曖昧な価値判断ではなく、本人の尊厳と生きる権利を中心に据えて見直されるべきである。いま必要なのは、非終末期の人びとにまで治療中止の議論を広げることではない。重い障害や難病があっても、必要な支援を受けながら地域で生き続けられる仕組みを社会として整えることである。

私たちのことを、私たち抜きで決めないで。

この原則を、医療の場でも制度の場でも、あらためて確認することを求める。