

## 麻酔科医として死に向き合う

徹底分析  
シリーズ

## 生命維持治療の終了について

チームで死に向き合い、  
ゴールを話し合うこと

塩田 修玄 15a 新ゴM

手術や麻酔が安全になるにつれ、麻酔科医が死に遭遇する機会は減少した。このことは、麻酔科医が死に向き合う姿勢を学ぶ機会がほとんどなくなってしまうことを表している。しかしながら、麻酔科のサブスペシャリティである集中治療や緩和ケアは、多くの死を見つめる機会を提供してくれる。本稿では、主に集中治療における終末期医療をテーマに扱っている。若手麻酔科医の皆さんが、死と向き合うことを考えるきっかけになればと思う。

13a 読者/明報 W2  
22H 17w 読

麻酔科医にとっての死とは

麻酔科医にとっての死を考えたときに、真っ先に浮かぶのは術中死であろうが、麻酔関連偶発症例調査においてその割合は0.25例/1万例と極めて少ないため、経験することはほぼないと思われる。術中停止については、2.3例/1万例となっており、そのうちの59.6%が術後30日以内に死亡という転帰をたどっていた。現在の麻酔科医にとっての死は、周術期死亡という形で現れる。ASA-PS IV以上に対するハイリスクな手術は、そうそうあるわけではないが、日々研鑽を積む若手麻酔科医が働く場所によっては、遭遇することはあるかもしれない。そんなときに、麻酔科医としてどのような態度で臨んでいるだろうか。麻酔を安全に乗り切ったことで安心して、その患者がどうなっていくか、気にはなっても日々の診療に追われて過ぎ去っていくだけかもしれない。果たしてそれでいいのだろうか。故 岩月賢一先生は、「麻酔科医はいかにあるべきか」という講演で、麻酔科のサブスペシャリティについて横断的に述べており、ターミナルケアや脳死について取り上げている<sup>2)</sup>。以

下では主に集中治療医の立場からの見解を述べていく。読者が麻酔科医として患者の死とどうかわかっていくかを考えるきっかけになれば幸いである。

終末期医療の  
現在地

救急科などの臨床研修の際に、「一度喉に管を入れたら二度と抜けないかもしれないが、どうしましょう」と上級医が家族と相談している場面に出くわしたことがある読者もいるだろう。いわゆる終末期の抜管は法的に許容されるのか、という問題である。日本では、東海大学安楽死事件と川崎協同病院事件という二つの延命治療終了にかかわる事件の影響もあり、長らく生命維持治療の終了は不可侵領域だと（一般的に）考えられてきた。これまでの治療終了の不可侵性が、助かる可能性があっても生命維持治療を始めないという選択につながりかねない。実際に、臨床現場ではこれがしばしば散見される。生命維持治療の終了ができないことの弊害は、単純に本人の望まない延命治療がひたすら続けられることのみならず、患者に対して治療の機会を失わせるおそれも生じさせている。

このような状況に対して、自己決定

権の重要性や価値観の多様性が増してきたこと、高齢多死社会における医療の質改善が喫緊の課題となってきたことなどから、さまざまなガイドラインをとって生命維持治療の終了が現場の判断で可能となるような仕組みが作られてきた<sup>3-5)</sup>。特に日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会が3学会合同で作成した「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（通称3学会合同ガイドライン）」<sup>4)</sup>は、その中で人工呼吸器や補助循環装置などの生命維持装置を終了することについても言及している。これらのガイドラインを参照しつつも、現場ではさまざまな葛藤を抱えながら終末期の生命維持治療の終了について手探りで実践しているのが現状である。いまだに法的なリスクの恐れなどから、手つかずの病院が大部分である中、その状況を改善すべく、現在3学会合同ガイドラインが、日本緩和医療学会を加えた4学会合同ガイドラインとして改訂されようとしている。これが現在地である。

新しいガイドラインは近いうちに公開されるとのことだが、実際われわれはどのように生命維持治療の終了を考えていけばいいのか、それを本稿の主題としていきたい。

良い死とは  
何か

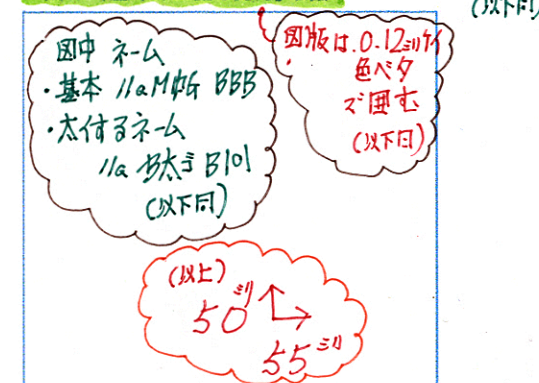
ここでいったん、死に関する直接的な話を展開してみたい。読者にとって死とはどういうものだろうか。そして、読者にとって良い死に方とはどういうものだろうか。若手であれば、身近な人を亡くす経験がなく考えたことがな

いかかもしれないし、身近な人の死を体験して考えてみたことがある人もいるかもしれない。

死の準備教育を日本で展開したことで有名な故 アルフォンス・デーケン氏は、死を四つの側面とらえ、心理的な死、社会的な死、文化的な死、身体的な死があるとしたうえで、身体的な死の延長だけでなく同時に心理的、社会的、文化的な死の延長を行うことが重要だと説いている<sup>6)</sup>。医療はとなく、身体的な死のみに着目して終末期患者の生きがいや生命の質（QOL）を疎かにしてきたのではないかと考えさせられる。大阪大学で「医学概論 medical humanities」を教えられていた故 中川米造先生は、「今までの医学は、生命は診てきたけれども、命は診てこなかった。これからの医学は生命だけではなく、命をもしっかりと診ていく必要があると思います」という遺言を残したとのことだ。この「生命」ではない「命」が、デーケン氏のいう心理的、社会的、文化的な生命と言えるのではないだろうか。これらの考えに通じるものとして、「生命の二重の見方」理論を提唱しているのが哲学研究者の清水 哲郎 氏である。これは「人の生命は生物学的生命を土台に、物語られるいのちが、関係する人々の物語と重なり合いながら形成されている」という考え方である（図1）。死を考えたときに、生物学的生命だけでなく、物語られるいのちの終わりを意識しないといけない。また、自己決定という側面から死について論じた小松 美彦氏は、「死とは個人に閉塞した問題ではなく、所有できない。死とは、周囲の人々すべてにまたがる、人間関係

徹底分析シリーズ ◆ 麻酔科医として死に向き合う 10a 新ゴR  
色ベタ + スミ 20% (以下同)

▼図1 「生命の二重の見方」理論



の中で生じる事柄だ」と述べている<sup>7)</sup>。つまり「死とは関係である」と言えるのではないだろうか。これは「物語られるいのち」が、関係する人々の物語と重なり合っているという部分に共鳴している。

これらの考え方を総合してみたとき、良い死とは、身体的生命のみが残され、心理的、社会的、文化的な死が先行したものではなく、物語られるいのちが、周囲との関係性の中で最期まで光を放っている状態のことをいうのではないだろうか。それは、その人らしさが垣間見える死、ともいえると筆者は思っている。

治療・ケアのゴールの話し合い  
goals of care discussion  
(GOCD)

物語られるいのち、関係性の中の死というものをとらえたうえで、治療・ケアのゴールについての話し合い、ここでは主に生命維持治療の終了について述べていく。もうおわかりかもしれないが、このときのゴールというのは、生物学的生命についてのみを対象にするのではなく、物語られるいのちを含めた患者の全体像を考慮したものになる。

10a 読者/明報 W3  
SHIOTA, Nobuhiro  
東京科学大学大学院医歯学総合研究科  
生体集中管理学

0.5a 読者/色ベタ 天地 14aH



徹底分析  
シリーズ

麻酔科医として死に向き合う

14a ロダンB (以下同)

流用

色ベタ+スミ20% (以下同)

11a H中G BBB (以下同)

▼図2 情報共有-合意モデル (文献7をもとに作成)

(以上)  
74% ↑  
117% ↓▶図3  
3ステージプロトコル  
(文献9をもとに作成)(以上)  
79% ↑  
89% ↓

生命維持治療の終了という重大な決断をするうえで、日本には遵守すべき法律がない。ここが米国や台湾、韓国との大きな違いとなっているが、その代わりとなり得るのが soft law としてのガイドラインである。厚生労働省の「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」<sup>3)</sup>は、通称“プロセスガイドライン”と呼ばれ、意思決定のプロセスを重視している。このプロセスを適正に行ううえで重要な概念が共同意思決定 shared decision making (SDM) である。通常のインフォームドコンセントに比べ SDM は、医療者と患者・家族間での情報のやり取りが多く、最終的

な合意形成を共同で行うため、死に直結するような意思決定など、より重い決断をする場合に役に立つ意思決定方法である。ここでは、SDM がわかりやすく可視化された〈情報共有-合意モデル〉を紹介する (図2)<sup>7)</sup>。これは「生命の二重の見方」理論を提唱した清水らが日本独自に開発した意思決定プロセスモデルである。医療・ケアチーム側から患者・家族側へ医学的情報を、患者・家族側からは医療・ケアチーム側へ患者の価値観や人生観についての情報を伝え、双方向の情報の共有が繰り返し行われた後、合意形成を行い、意思決定に至るというものである。医療・ケアチーム側は、治療・ケアの選択が患者本人の人生にとってどのような意味をもつのかについて患者・家族側から聞きつつ、患者の価値観や選好により合う治療・ケアはどのようなものかを一緒に考える。

では、このような話し合いを臨床現場で実際にどのように進めればよいだろうか。それをシンプルな形でプロトコル化したものが、米国緩和ケア医の中川らによる3ステージプロトコルと呼ばれる手法である (図3)<sup>9)</sup>。1st ステージ：病状・予後の共有、2nd ステージ：治療・ケアのゴールの明確化、3rd ステージ：治療手段の提案、となっており、この各ステージを飛び越えることなく、順番にクリアしていくことがポイントである。すなわち、病状・予後を十分に理解したうえで治療・ケアのゴールを決め、それに沿った治療方法について医療・ケアチーム側から提案する形となる。治療を選択してもらうのではなく、医療者側からの提案という形をとることで、意思決定の重

荷を少しでも軽くすることができると思われる。

それでは、その治療選択の土台となる治療・ケアのゴールはどのように決めればよいだろうか。患者が意思決定能力を有している場合は、患者の意向を聞き出すが、生命維持治療の終了を検討するような状況では、ほぼ患者の意思を確認することは期待できない (努力はすべきだが)。さらに近年、このような状況に至った際にどのようなケアを受けたいかについて事前に話し合うプロセスである Advance Care Planning (ACP) が啓発されているが、一般市民にはまだまだ浸透していないのが現状である (コラム)。そのため、ここでは、患者の価値観や人生観を知る家族などと一緒に、本人の推定意思について検討することとなる。重要なのは、家族の意向ではなく、あくまでも本人の推定意思を基本とすることである。

実際の治療・ケアのゴールはいくつかに分けられる。

- ①侵襲的な治療を含め、できる限り救命治療を続ける
- ②救命のために侵襲的な治療を継続するが、将来的に望まない状態になった際はそれ以上苦痛を引き延ばさない
- ③できるだけ低侵襲な治療を、苦しくない範囲でのみ続ける
- ④苦痛緩和を最優先とし、苦痛を与える治療は終了する

などである。②や④の場合に生命維持治療の終了が考慮されるが、それはつまり、患者は終末期を迎え、死に至るということになる。この際に大事な考え方は、亡くなるのは生命維持治療を

治療・ケアのゴールを設定するうえで、患者の価値観、人生観が重要となってくることを本文で述べた。このときに参考となるのが、Advance Care Planning (ACP) である。日本では人生会議という愛称で啓発が進んできたが、まだまだ実践が難しい状況である。日本版 ACP の定義は「必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え (将来の心づもりをして)、家族等と話し合うこと」とされ

終了したからではなく、重症化した現病そのものが原因であること、そして生命維持治療終了の目的・意図は、死に至らしめることではなく、患者の尊厳を守るためだということである (コメント1)。すなわち患者の、一生逃れることができない苦しみからの解放がその目的となる。その後に必要なのは最大限の緩和ケア、エンド・オブ・ライフケアであることは言うまでもない。これらの意思決定を医療・ケアチームと患者・家族の関係性の中で SDM として行うことで、物語られるいのちが周囲との関係性の中で最期まで輝くという良い死に向かっていけるのではないだろうか。

ハイリスク手術の  
術前コミュニケーション

最後に、これまで述べてきたことを、麻酔科医としてハイリスク手術の術前コミュニケーションにどう反映させるかについて考えてみたい。術後に状態が不安定となり、意思疎通困難なまま人生の最終段階へ至る可能性を考える

## コラム

色ベタ+スミ10% ACPとは 14a 新ゴM

ている<sup>10)</sup>。ここでは、自律的な意思決定は、社会的な関係性の中で周囲の励ましや支援を通じてなされるという「関係依存性自律 relational autonomy」の概念が採用されている。ACP の実践には、「時間 (過去・現在・将来)」「患者の価値観・気付き」「互いの信頼関係の構築」の三つのベクトルを意識した、繰り返し行われるコミュニケーションが重要とされる。この ACP における「関係依存性自律」や「信頼関係の構築」という部分にも、「死とは関係である」ことへのつながりが感じられる。

## コメント1

いざ現場で生命維持治療の終了が患者にとっての最善であると結論づけられたとしても、病院管理者や臨床倫理委員会、医療安全委員会などの反対により、うまくいかなかったというケースを耳にする。法的懸念を少しでも感じると保守的になるのは仕方のないことでもあるため、まず病院としての方針を検討する必要がある。東京科学大学病院では、臨床倫理コンサルテーションチームが生命維持治療の終了を含めた終末期の手引きを作成し、病院運営会議をととして院内でのコンセンサスを形成した。



## コメント2

臨床倫理を学ぼう  
「正しく悩むこと」

人の死にかかわる意思決定には、どんなにコミュニケーションを重ねたとしても、倫理的な葛藤が生じるものである。手術や集中治療の末に亡くなってしまうという状況を考えると、確信をもって治療の終了ができる人などないだろう。医療者としてはモヤモヤをそのままにしていると容易にバーンアウトにつながるため、モヤモヤにうまく対処しなければならない。そこで近年このような状況への対応のために、臨床倫理というものが発展してきた。筆者が臨床倫理を学ぶ中で教えられたことは、悩まないようにすることではなく、いかに正しく悩むか、という悩み方を学ぶことであった。臨床倫理の手法について詳しくは成書<sup>11)</sup>を参照されたい。

と、術前に患者の価値観、人生観をどれだけ引き出しているかが非常に重要となってくる。つまり3ステージプロトコルの2ndステージの部分の実践である。ACPについて実践があるならその情報を取得すべきである。患者が何に困っていて、手術に何を期待しているのか、痛みに強いのか弱いのか、そういった患者の人となりを知ることが、治療・ケアのゴールの明確化につながっていく。また、時には患者の安全を守る最後の砦として、主治医と相談しながら、3rdステージである治療選択の提案に加わることもできるのではないだろうか。本当にその手術をすべきなのか、患者の人生の益となるのか、外科医だけでなく麻酔科医の視点からも議論をすることは、医学的な側面だけでなく倫理面からも望ましいと考える(コメント2)。

## 再び、麻酔科医にとっての死とは

華岡青洲は、200年以上前、麻酔という概念すらなかった時代に外科的治療と手術に伴う痛みを管理し、治療とケアを同時に行った。冒頭で話した岩月賢一先生を筆頭に、麻酔科医の先人たちは、われわれに大きな遺産を残してくれている。それが集中治療や緩和医療への扉だと思う。往年の麻酔科医たちはそのようにさまざまな形で死と向かいあってきた。是非、専門医取得後にはサブスペシャリティを学び、麻酔科医としての世界を広げてみてほしい。そこで若手麻酔科医の皆さんが死と向き合い、麻酔科医としてだけでなく、医師として大きく成長することを期待して本稿の結びとする。

## 文献 1/3a 見出し MB 31

1. 日本麻酔科学会安全委員会・日本麻酔科学会偶発症例調査：2012-2016年の偶発症発生頻度の報告—偶発症例（肺塞栓）  
5. 専門部会報告一。麻酔 2020 ; 69 : 1259-66.
2. 岩月賢一。麻酔科医はいかにあるべきか。日臨麻誌 1986 ; 6 : 10-8.
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。平成30年改訂版。《<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-1080-0000-Iseikyoku/0000197721.pdf>》(2025年6月1日閲覧)
4. 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/Iguidelines1410.pdf>》(2025年6月1日閲覧)
5. 日本老年医学会。高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン〜人工的水分・栄養補給の導入を中心として〜。2012。《[https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)》(2025年6月1日閲覧)
6. アルフォンス・デーケン。死への準備教育。日臨麻誌 1990 ; 10 : 26-32.
7. 会田薫子。I 概説編：1. 臨床倫理の基礎。In：清水哲郎，会田薫子，田代志門編。臨床倫理の考え方と実践 医療・ケアチームのための事例検討法。東京：東京大学出版会，2022 ; 2-12.
8. 小松美彦。「自己決定権」という罫 ナチスから新型コロナウイルス感染症まで。東京：現代書館，2020.
9. Lu E, Nakagawa S. A "Three-Stage Protocol" for serious illness conversations : reframing communication in real time. Mayo Clin Proc 2020 ; 95 : 1589-93.
10. Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, et al. Culturally adapted consensus definition and action guideline: Japan's advance care planning. J Pain Symptom Manage 2022 ; 64 : 602-13.
11. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. 赤林 朗，蔵田伸雄，児玉 聡監訳。白浜雅司，児玉 聡，古澤有峰訳。臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ。第5版。東京：新興医学出版社，2006.