

患者の自己決定は、「医師の影響を色濃く受けた決定である」ことを知る必要がある

仙台往診クリニック（宮城県仙台市）院長 川島孝一郎

はじめに

人は自分の死を知覚できない。したがって、死が自分にとってどのような意味を持つのかは、むしろ死の直前までの生き方に左右される。客観的死はあるが主観的に知覚される死はあり得ないので、人は誰一人自分が本当に死んだことを自覚したことはない。私が知覚するのは生きていることだけである。生を受け、人生を歩み、その結果としての集大成がその人の終焉である¹⁾。

この観点からいえることは、人生の最後に訪れる死において、「よい死に方」や「尊厳死」があるのではないということ。むしろ「よい生き方をした結果としていつの日にか旅立つ」のであるからには、死の直前までのよい生き方の説明と、ともに生きる方法「尊厳ある生」が医療者によって語られなければならない。

本論は、

- (1) 生きる権利はあっても死ぬ権利という権利は認められていないこと
- (2) 生命維持治療の差し控えと中止は異なること

ること

の2点を強調し、医療現場の「なし崩し自己決定万能論」に強く注意を喚起するものである。そのうえで、

- (3) 在宅医療・在宅介護の視点から、終末期医療に関して療養病床に求められる役割
- (4) これからの終末期医療のあり方について考察を行いたい。

自己決定万能論と現場のズレ

戦後教育の中でいつしかつくり上げられた「こわいお話」のひとつが、自己決定万能論である。「自分のことは自分が決める」この考え方はいかにも民主主義に相性がよいので、現在の知的な国民は普通のことであるかのように語るし、自分の子にも教育を施してきた。

わが国の法律においては、殺人・自殺の教唆・幫助は厳しく罰せられる²⁾。年間3万人の自殺者は結果であって、それが法律上権利として認められているものではない。少なくとも、現在の法制度では死ぬ権利は認められていない。

もし、「死ぬ権利」が認められたなら権利には必ず「死ぬ義務」が生じる³⁾。

- ① 「死にたい人」のために、医師は死なせる方法を考え出す義務が生じる。
- ② 薬剤師は致死量の薬を調剤⁴⁾しなければならない。
- ③ 教育の現場では、義務教育の小・中学校の授業で死ぬ権利の正当性を語り、死ぬ方法とその技術について学ばせることが、国の当然の義務として生じることになる。
- ④ 子どもは死ぬことが可能だと教え込まれるから、勉強がいやなら「権利として死んでやる」といい出す。
- ⑤ ある一定の条件を満たす人には死ぬ義務が生じ、一律に処理される集団が出現する。これで国は成り立つのか。

権利は、人格としての人間同士における相互主体性に立脚することによって、倫理的に成立する⁵⁾。「生きる権利」は相互主体性に立脚することから生まれる。しかしながら、「死ぬ権利」という語句は、権利という言葉を使いながら、権利を生み出す源となる相互主体性すなわち、人格相互の関係性それ自体を根底から崩壊させる⁶⁾。

意図して死ぬことは、相互の関係性を意図して崩壊させることであり、本人だけがこの世から消滅するのではなく、本人と関係したすべての人々、環境、その他が本人の目の前から消え去るのであり、逆に本人によってすべてが抹殺されることである。

死ぬ権利を主張する人は、権利という文字を単に修飾語に利用して死にたい・死なせたいだけである（権利的に死にたい）。死ぬ権

利：Right to dieとは「権利の基盤を崩壊させるもの」という意味であり、それはもはや権利：RightではなくLeft：左道⁶⁾である。

人工呼吸器を外すことは単なる中止ではなく人を死なせること

厚生労働省がまとめた「終末期医療の決定のプロセスに関するガイドライン」の委員を筆者が務めた関係上⁷⁾、ガイドラインの中にいくつかの重要な文言とその解釈がある。

- ① 「生命を短縮させる意図を持つ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない」
- ② 「終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、医学的妥当性と適切性を基に……慎重に判断すべきである」
- ③ 「患者本人による決定を基本としたうえで……」「患者の意思確認ができない場合には……推定意思を尊重し」「家族の判断を参考にして……」

の3つの文節である。

①における積極的安楽死に該当する事例は、東海大学付属病院事件の判決の主文に記載された「安楽死4要件」を満たした場合⁸⁾である。要件の4番目「肉体的苦痛の除去、緩和のための他の代替的手段の不存在」に当てはまる事例は、鎮静を含めた緩和医療の発達した現代医学においては、日本では一例もあり得ない。最終的に鎮静によってあらゆる苦痛を取り除くことが可能だからである。ガイドラインには、「可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、……」と明記さ

れている。

それゆえ、決定プロセスを積み上げていくことに重きを置いた本ガイドラインでは、積極的安楽死をわざわざ対象とする必要性がないということが①に記載されている。

①において積極的安楽死は今日の日本ではあり得ないにもかかわらず、一方では、②に記載されている「医療行為の中止」を拡大解釈して、「人工呼吸器を外す行為等の生命維持治療の中止」による患者の死を意図的に行おうとする考えが医師の中にある。②に「医療行為の中止等は、医学的妥当性と適切性を基に」と記載されている以上、人工呼吸器を外す行為が医学的妥当性と適切性を基にしているのか吟味される必要がある。

(1) 直ちに死ぬことが意図されているにもかかわらず、人工呼吸器を外すことを考慮できるのは「安楽死4要件」に該当するときだけである。肉体的苦痛に対する鎮静を含めた十分な緩和が可能である現代医学において該当例はない(苦痛があれば鎮静する)。

(2) 人工呼吸器を付けている本人が苦痛でない(意識がない・継続的な深睡眠・昏睡)ならば、鎮静されている状態と同等であり、「安楽死4要件」に該当しない。したがって、そのままの状態を保てばよい(苦痛はないので現在の状態を継続する)。

医学的妥当性はこの2つで完了する。人工呼吸器を外す必要はない。ところが、人工呼吸器を外してしまう事例が出るということは、医学的妥当性以外のところに理由を求め、その理由が正当であると錯覚している医師がい

るからである。

(3) 「つらそう」「かわいそうだから」という理由は言語道断。上記(1)、(2)で改善される。

(4) 今生きていることをおろそかにして、“死”に活路を見い出そうとする姿勢になる原因は、医師の現状把握の甘さ、説明責任の乏しさ、打開する方策に対する無知による。医師自身が原因となっていることに気付かずに、責任転嫁の結果として患者に死を選択させる悪循環がある。

(5) ③「患者本人による決定・推定意思を尊重・家族の判断を参考」という自己決定、近親者決定がすべてに優先すると勘違いし、認められていない「死ぬ権利」を行使させることが許されるとさらに取り違えをして、その結果、人工呼吸器を外す医師がいる。殺人あるいは自殺幫助と同等である⁹⁾。

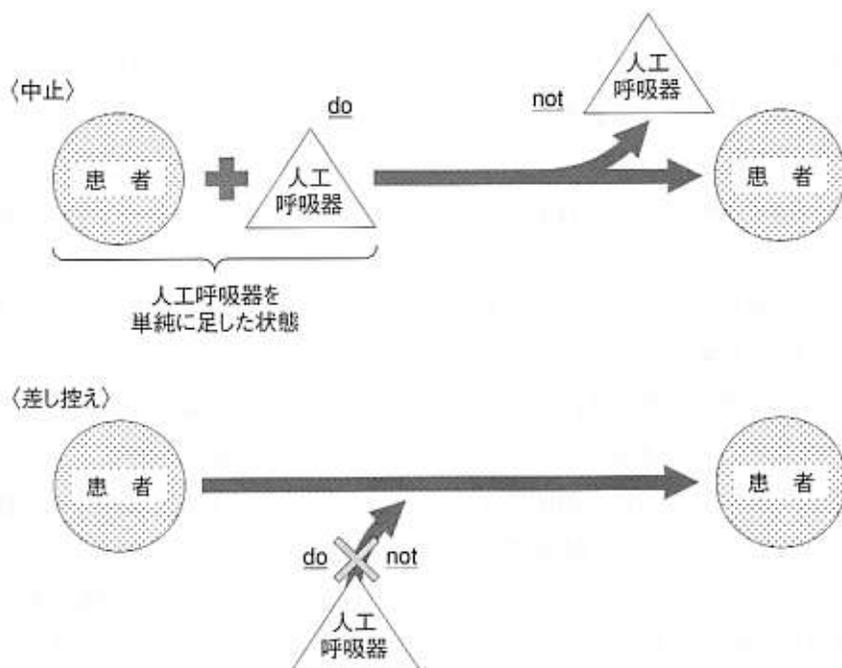
直ちに死ぬことが明らかに意図される以上、人工呼吸器を外す行為の解釈は中止という範疇で考えるものではなく、「安楽死4要件」に該当するか否かによって判断されなければならない。

生命維持治療の

差し控えと中止は異なる⁹⁾

生命倫理の分野では、生命維持装置を付けない“差し控え(不開始)”と付けた生命維持装置を外す“中止”は倫理的な違いがないという意見がある^{10)・11)}。これは人間の成り立ちを、①各臓器を足した集合体として捉えることによる。人間を、①各臓器の集合体として捉えた場合には、人工呼吸器は本人に付加さ

図1 足し算引き算されてゼロになる両者のあいだに違いはない論理



れた付属物である。

差し控えは人工呼吸器を付けない (do not) ことであり、中止は付けた (足した: do) 人工呼吸器をやめる (引く: not) ことである。足し算引き算されてゼロになる両者のあいだに違いはないという論理である (図1)。人間身体はロボットと同じ集合的身体で「全体は部分の総和」となる。しかし、人間の成り立ちはロボットのような単純な構造物ではない。人間を、②単なる集合体ではないその人特有な一つの全体的な統合体^{12), 13), 14)}であると捉えた場合には、生命維持治療の差し控えと中止の解釈は明らかに異なる。

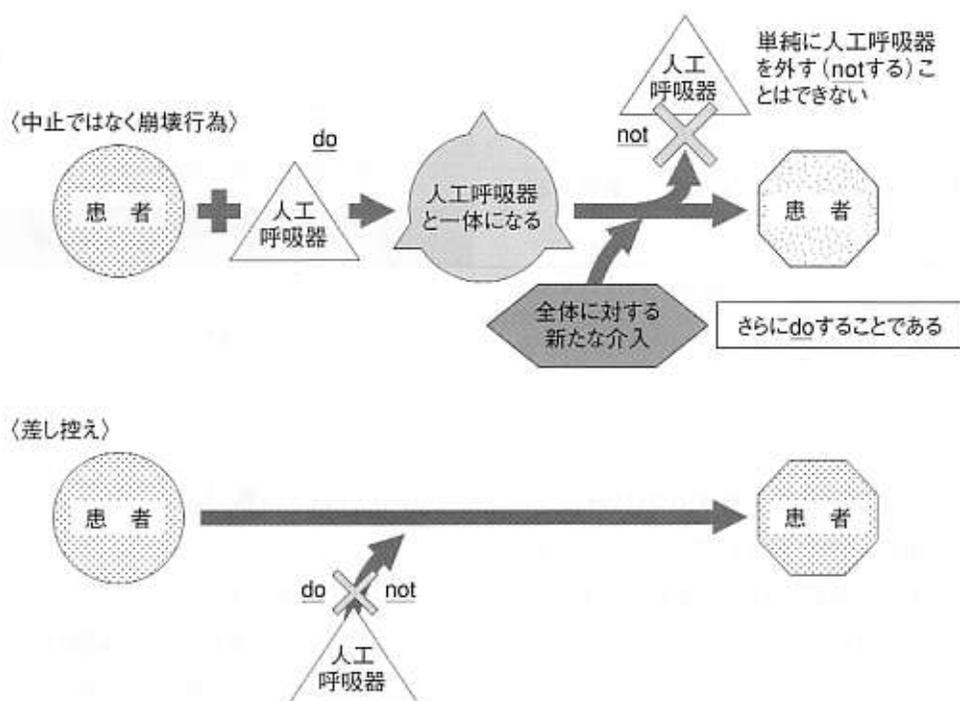
人間は、自分に付加される種々の物体を単に足すのではない。自らの中に取り込み、内部にあるもの、外部にあるもののいずれをも自分の身体に統合して、全体性を保って生きてい

く。「全体は部分の総和とは異なるあらたな全体」に組み変わる¹²⁾のであり、それが他の誰でもない「私の意識」であり「私の身体」である。

内部にあるものとは、人工関節、入れ歯、ペースメーカー等であり、外部にあるものとは全盲の人の杖 (杖の先に目があるという)、車いす、人工呼吸器等である。これらはいずれもその人が生きていくために欠かせない。

人は変わる。身体もその時々状況を含みながら変わる。単なる集合体ではないその人特有な全体性を人工呼吸器を含んだ形で保つ。人工呼吸器の着脱が人の生死に直結する以上、人工呼吸器の影響はその人のすべて、手足の隅々に達するのである。この場合には、人工呼吸器を中止する行為は単純に足したものを引くのではない。身体は人工呼吸器と密着・融合した新たな全体として生きているの

図2 「新たな介入行為である」とともに「全体に対する崩壊行為」



であり、この一体化した状態から人工呼吸器を単独で引き剥がすことはできない。

ところが医師は、自分が付けた人工呼吸器と患者の身体が、いまや一体化した全体として生きているということを理解しないままに、人工呼吸器を足した患者の姿形に惑わされ、患者+人工呼吸器という集合体とみなし、足したものは容易に引くことができると勘違いをするのである。しかし、人工呼吸器を外す行為は引き算ではない。

図2に示すように、人工呼吸器を外す行為は単なる中止の域ではなく、呼吸器を付けて(do)一体化した生命を保っている患者の全体性を一挙に崩す(さらにdoする)行為である。生命全体に対して行われる「新たな介入行為である」とともに「全体に対する崩壊行為」

である。人間の存在を、単なる集合体ではない一つの全体的な統合体と考えたときには、差し控えと中止は明らかに異なる。人工呼吸器を付けない「差し控え」と、付けた呼吸器を外そうとする「中止」は明らかに異なり、同じ範疇に入れてはならない⁹⁾。

中止概念の再構成、 「崩壊行為」を新設

少なくとも人工呼吸器を外す行為のように、直ちに生命に対する危難が及ぶ行為については、表に示すような整理が必要である。

人工呼吸器を外す行為は、従来中止行為の範疇にあるものと解釈されていた。しかし、前述したように、「人間を単なる集合体ではないその人特有な一つの全体的な統合体」と解釈

表 身体状況に基づく分類

今まで	中止行為			中止行為			
	行っている治療を止める			呼吸器を中止する(足したものを引く)			
これから	中止行為			崩壊行為 統一された生命全体を一挙に崩す			
	代替治療あり	止めても現在の状態を継続可能	継続すると治療以上の悪化がある	意図的	瞬時的	全体波及性	再現不能性
実際	点滴から管の栄養に変更	治った場合 リハビリのゴール	透析すると血圧低下し危険 透析の中止	積極的な安楽死の要件で評価する (呼吸器を外す行為)			

したように、人工呼吸器を外す行為は統一された生命全体を一挙に崩す行為であり、安楽死4要件によって判断されるべきものである。

したがって当該行為は、

- (1) 死を意図する行為である
- (2) 数十秒から数分で確実に死ぬことが明白な瞬時性がある
- (3) 身体全体に一挙に影響が及ぶ全体波及性がある
- (4) 行った行為の是非を本人が検証できない再現不能性である

以上のことから、中止行為の範疇に入れるべきものではない。人工呼吸器外しのように、瞬時に生命を絶つ行為は「崩壊行為」という別のカテゴリーが必要である。

清水¹⁹⁾は、人工呼吸器を外すことについて、「肺を移植することによって生き延びた人が、その肺を除去するというに近い」という例を挙げている。これも崩壊行為であり呼吸器を外すことと理論上変わりはない。人工呼吸器は外してはならない。崩壊行為である。

中止行為とは表に示すように、

- (5) 代替治療がある場合
- (6) 中止しても現在の状態を維持できる場合
- (7) 継続すると治療以上の悪化がある場合(悪化が急激な場合は直ちに中止)

に限定される。

経管栄養・点滴等は「軽減・縮小行為」の概念を導入

経管栄養の注入はどのように考えるのだろうか。体力が次第に衰えてくると、それにつれて身体の処理能力も衰える。終末期においては、処理能力に見合った水分量・カロリーの提供が最も望ましい。処理能力の低下にしたがって、水分量・カロリーのいずれもが軽減あるいは縮小されることによって、処理されない過剰な水分・カロリーの蓄積がもたらす身体への副作用(腹水、胸水、浮腫、高血糖等)を改善・阻止することができる。

経管栄養を急激に中止することは、終末期であっても死を意図して致死させることであ

り、行ってはならない。一方、処理能力の自然な低下にしたがって水分・カロリーを軽減・縮小することは、本人の身体状況に見合った処置である。

以上より、経管栄養・点滴等は中止の概念で考えてはならない。処理能力を勘案した栄養の軽減・縮小で対応し、処理能力との釣り合いが取れたところで維持する。もちろん、体力の低下を意図的に惹起するように、栄養の軽減・縮小が処理能力の自然な低下に先行して行われてはならない。

終末期や臨死状態であったとしてもその人は生きているのであり、第一に「生きる尊厳」が守られなければならない。現在、「利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究」の班員として、身体状態および治療行為の開始、差し控え（不開始）、継続、維持、変更、増加、拡大、軽減、縮小、中止、終了、再開、崩壊、あるいは破壊等の用語の吟味を行っている。

療養病床と在宅医療・介護における終末期医療

2040年には166万人の年間死亡者数となる。高齢者・在宅療養者に対するアンケート調査では、60%以上の国民が居宅での終焉を希望している。このニーズに対して、在宅医療の提供体制は未だ不完全であり要望に応えられていない。

2008年から5年間の国の医療計画では、「在宅医療計画」が新しく施行される。在宅医療計画¹⁶⁾において、居宅での生活とその結果としての終焉を希望する地域住民には、適切な医療の提供が成されるべく検討が行われている。

従来、重症者は帰宅不可能とされてきたが、いまや人工呼吸器・IVH・胃ろう・経管栄養・在宅酸素を使用する在宅療養は当たり前の時代である。新設された「在宅療養支援診療所」では、重症者の帰宅を受け持つ診療所・看取りを積極的に行っている診療所が多数ある。

ICUにおいて、臓器提供の意思表示がない脳死状態の患者に対する処遇に悩むとき、選択肢の一つとして居宅での看取りが考えられる。治すための治療が終了した人が暮らすところは生活の場である。居宅への移行の必要要件を病院とともに検討する段階にある。

療養病床にあっては一方には、①高齢者の処遇があり、他方、②医療的重症者が、介護力不足等によって帰宅が叶わない場合の受け入れ先となる必要性が起る。①については、在宅医療計画と関連することであり、地域における在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、訪問介護事業所との密接な連携体制の構築が望まれる。介護保険だけではなく、自立支援法によるヘルパー派遣等を考慮し、家族負担の軽減に努めなければならない。

②については、年々高齢化・重症化が進行する中で、療養病床の重要性が際立つのは重症者の受け入れに関してであろう。病院の医療・看護体制ではない、療養病床の体制のまま受け入れることに躊躇するところが多いことは推測される。であるからこそ、患者・家族に対する十分な説明責任が果たされるとともに、重症者の受け入れ体制に関する評価について考慮されるべきである。

人工呼吸器・IVH等の重症者は、特別養護老人ホームやグループホームでのショートス

テイを行いにくい。これに変わるものとして、療養病床における重症者の「ショートステイ的入院」に対する十分な評価がなされることは、療養病床の存在意義として重要である。そして、すでに居宅での看取りが行われている現実と同様に、本人が希望する場合の、療養病床での看取りが当たり前に行われるための要件づくりも、在宅医療と共にそして早急に構築されていかなければならない。

未来の終末期医療

私たちは、自分自身だけで自己決定可能であろうか。私たちの自己決定・自己認識には限界がある。数学者クルト・ゲーデルの有名な1931年の論文「不完全性定理」では、「論理命題は自身の正誤を自身では判定不能である」と言っている¹⁾。また、「TはT自身を証明できない」とも言っている。私の証明は私自身だけでは不可能である。私たちはすべてを論理的に解明はできないという論理の限界が、ここにすでに証明されている。

自分だけの他の何にもよらない自己決定は不可能である。人間は自分と他との全体性の中で触発されながら決定していくのであって、他のすべてから独立した自身だけの決定をしたことなど一度もない。その人の決定には、必ず環境が、事情が、関わる人々がある。

医師はしばしば、「最後はあなたが決定するのです」と平気で言うが、冷ややかに患者を対象として見つめるその態度が、彼の最後の決定に強く影響するのである。患者の決定は、「医師の影響を色濃く受けた決定である」。

では、私たちは環境や、事情や、関わる人

間によって、いかようにでも動かされてしまうのだろうか。私たちは決して他律ではない。なぜなら、世界の中に私の位置があるのだから。しかし独立した完全な自律でもないのである。私と私が置かれた状況とが互いに影響し合いながら、私と状況との共同作業によってその全体がよりよい生き方へと決定されていく決定の仕方が、今後模索されなければならない。人は、一度も自分だけで呼吸をしたことはない。私が呼吸するときにはただ胸部を拡張するだけである。空気は大気圧によって肺に流入するのだ。大気圧は引力によって生じ、引力は地球が発生させている。私の呼吸は地球との共同作業なのである。

●文献と注釈

- 1) 川島孝一郎：臨終時の心構えと対応、黒川清監修：在宅医療・介護基本手技マニュアル、永井書店、東京、pp624-625、2005。
- 2) 刑法第202条：人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、六月以上七年以下の懲役又は禁錮に処する。
刑法第203条：（未遂罪）前条の罪の未遂は、罰する。
- 3) 権利と義務：自然的権利（自然権）は実定法よりも高い自然法から導かれた要求ないし自由で、生きる権利、労働する権利、幸福の追求、自己を發展させる権利などがそれとされる。ヘーゲルによれば…普遍的意志と特殊意志との人倫的同一性において義務と権利は一つになり、人間は人倫的なものを通じて義務を有するかぎり権利を有し…。哲学事典、下中弘編、平凡社、東京、p458、1992。
- 4) 少数ながら尊厳死法によって自死する患者は…前述のように、自死を希望し医師から致死薬の処方を受けた患者のすべてが…。久山亜耶子、岩田太：尊厳死と自己決定権—オレゴン州尊厳死法を題材に—、上智法学論集、47（2）pp219-236、2003。
- 5) 新田孝彦：入門講義 倫理学の視点、世界思想社、東京、p154、2005。

- 6) 左道：「長屋王ひそかに左道を学びて国家を傾けむとす」；『続日本紀』天平元年（729年）二月辛未。左道とは正式に認めていない方法のこと。当時非合法とされた呪術を指す。Left handed：疑わしい・陰險な・不誠実な・凶兆の等を意味する。
- 7) 厚生労働省：終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会は3回開催され終了した。本人の意思決定・医学的妥当性・決定に至るプロセス等を重視する内容となっている。本論は筆者の意見であり検討会の委員の合意を反映しているものではない。
- 8) 安楽死4要件：積極的安楽死（苦痛から解放するために意図的に死を招く行為）の適法要件の概略
- ① 耐え難い肉体的苦痛の存在
 - ② 死期の切迫
 - ③ 推定的なものでは足りない、患者の明示の意思表示の存在
 - ④ 肉体的苦痛の除去、緩和のための他の代替的手段の不存在
- 9) 川島孝一郎：身体が存在形式または、意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈。生命倫理、通巻18号、in press
- 10) 死を意図する以上は生命維持治療の差し控えと中止の間には違いはない。ヘルガ・クーゼ：生命の神聖性説批判。飯田亘之 訳、東信堂、東京、pp161-190、2006。
- 11) 作為・不作為の観点から差し控えと中止の間には違いはない。水野俊誠、横野恵：日本における生命維持治療の中止と差し控え。生命倫理、vol. 16、pp84-90、2006。
- 12) クルト・コフカ：ゲシュタルト心理学の原理。鈴木正彌 訳編、福村出版、東京、1990。（心理構造や身体が存在形式を、集合体ではなくゲシュタルトに基づく「全体は部分の総和とは異なる全体性」とみる学問）
- 13) 身体+呼吸器が一つの全体的な統合を形成しているということになるのではないだろうか。清水哲郎：医療現場における意思決定のプロセス—生死に関わる方針選択をめぐる。思想、976号、pp20-21、2005。
- 14) あたえられた構造を超出して高次の構造をあらたに創出する能力。鷺田清一：メルロ＝ポンティ可塑性。講談社、東京、p53、2003。
- 15) 清水哲郎：医療現場における意思決定のプロセス—生死に関わる方針選択をめぐる。思想、976号、p20、2005。
- 16) 川島孝一郎：地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究。平成18年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）総括報告書；都道府県・市町村の在宅医療計画に関するマニュアル、p161、2007。
- 17) 竹内外史：ゲーデル。日本評論社、東京、p6・p52、1998。

