

度を整えなければならない」というのも正しい。ただ、そうしたところで、「気にしてしまう／気にせざるを得ない〈身体〉」は残る。

たとえば加齢臭について考えてみよう。それは当人にとっても、周りにとってもいやなものではある。薬でなおるものであれば、当人も周りも幸せになるだろう。しかし、そのことは「加齢臭をもつ人がいなくなるのが正しい」ことを意味しない。薬の存在を認めることと、そもそも加齢臭があっても生きていよい社会を目指すこととは、本来は別物のはずである。「薬の存在を認める」というとき、どの位置に薬の存在の承認を置くかが問題なのである。臭いのは嫌だが、臭いから生きる価値がないということはないはずなのである。そして、むしろ福祉制度を充実させ、加齢臭をもつ人たちへの入浴サービスをより手厚くするなど、社会的な支援も忘れてはならないだろう。

過去に経験してしまったいやな記憶についても、基本的には同様のことが言えるだろう。しかもそれは、想起してしまう限りにおいて、過去ではなくすでに「現在形の／現在を生きる記憶」なのである。

ここに「過去のいやな経験だけを消し去ってくれる技術」があるとしよう。さらに、まったく副作用がないという半ば非現実的な仮定を試みよう。確かに、そうした技術があれば、「いま、ここで」苦しんでいる人たちには、朗報となるであろう。それを否定しない。そのうえで、これからのいやな経験については、この技術は何も指針を与えない。つまり、今後トラウマを与えかねない出来事については、「その技術を使えばよい」というだけで、その出来事そのものの倫理的位相は不問にされかねないのである。たとえば、性犯罪のような卑劣な出来事ですら、この技術を使えば被害者の経験は「なかったこと」にされてしまい、被害の事実すら隠蔽されかねない。自らの欲望によって他者を暴力的に蹂躪しようが、それが倫理的に不正であるとは言えなくなってしまうだろう。そうした技術は、未来に起こる不正な出来事を、あたかもことの善悪を問われない形へと変容させてしまう可能性を開いてしまうのである。

ここで確認されたことは、「異形性」は少なくとも技術だけの問題では解消し得ない、ということである。言い換えれば、「異形性」を技術によって取り除き、「正常な状態」に戻したとしても、やはりそこには困難な問題は横たわり消えないということなのである。技術だけでは問題は解消されず、振り出しに戻ってしまうことがここでは確認された。

4. 障害／老いの身体をめぐるとの当事者性

近年、「当事者性」をめぐるとの議論はさかんであり、本論「はじめに」でも記したように、私もまた過去に論じたことがある。基本となる発想はそれらと変わっていない。ここでは、一冊の秀逸な本をめぐって、問いを發し、考えてみようと思う。

それは、宮地尚子の『環状島＝トラウマの地政学』である。宮地は、この本のなかで、モデル化しづらいつと思われる「被害者のトラウマと証言をめぐるとの正統性」というものを「環

状島」というモデルにすることで、当事者性をめぐる議論に新たな説明を加える。その意味において、この書は従来の議論とは別の角度から一石を投じている。

(1) 「環状島」モデルとは何か

簡単に宮地のモデルを説明する。いわゆる「当事者性」をめぐる議論が、あたかも錯綜しているように思えるのは、「当事者」であるからといって必ずしも本当のことを発言するとは限らないということである。これは、故意に嘘をつこうとしなくても、そうである。また、発言することにも抵抗がある者も当然いるだろう。にもかかわらず／だからこそ、当事者の発言だといって影響力が実際にあったり、その発言が重かったりするという事実がある。このアンビバレントさこそが、「当事者」をめぐる議論を困難にさせているのである。

宮地は、そこを了解しながら、当事者を環状島の〈内海〉あるいは〈内斜面〉に存在すると考える。より当事者性を帯びたものが、〈内海〉深くに沈む。その〈ゼロ地点〉では、死んだことすら残らないような「死者」たちがイメージされる。そして、〈尾根〉あたりで、言葉を発することができる「当事者」たちが現れる。「当事者の中では、症状や被害、負担の重い人ほど内側に位置する」。

環状島の〈外斜面〉は、支援者であり、当事者に対してより深いコミットを行うものは〈尾根〉近くに描かれる。〈尾根〉付近は、当事者の中でも発言可能な者と、当事者ではないが強く寄り添っている者とが共存するいわば「グレーゾーン」である。そこにおいては、当事者ではなくとも支援を行うがゆえに「二次的被害」を受け、〈外斜面〉から〈内斜面〉へと移行するものもいる。〈外海〉は、「当事者」の問題に関与しない者として描かれている⁶⁾。宮地はさらに、「円錐島」と呼ぶモデルと比較することによって、当事者の発言の正統性の面から、「環状島」モデルが優れていると述べる⁷⁾。そして、実際にこの書では「環状島」モデルによって、犯罪被害、性的被害、複合的アイデンティティといったアクチュアルな問題に考察が加えられる。

(2) 「環状島」モデルの検討——モデル内在的に

おそらく、こうしたモデル化によって当事者問題を語ることじたい、毛嫌いされる傾向がある。しかしながら、宮地も述べるとおり、「「ないよりはずっとまし」な一つの道具」⁸⁾ではあろう。だとすれば、さしあたってはこのモデルをより精緻化していく必要があるように思われる。なお、10 ページの図 2 は、11 ページの図 3 を「発話力」軸を中心にして一回転させてできた図形であるから、図 3 つまり平面上の曲線について検討すれば十分である。論点は二つある。

一つに、この曲線では、「グレーゾーン」の誰かが、あたかも発話力が最大の者である、そういうような者が存在するという印象を受ける。だが、発話力が「最大」の者など、存在しないであろう。環状島モデルは、「最大の被害者こそが最大の発話力を有する」という

「迷信」を打ち砕く。しかしながら、なぜ当事者と非当事者との境目のグレーゾーンに、最大の発話力を持つ者が存在するのだろうか。このあたりの曲線が「連続かつ滑らか」であるかどうかはわからないが、たとえそれを受け入れるとしても、その「頂点」が存在することの理由にはならない。むしろ、モデルとしては、曲線の「頂点」は存在しない、つまり、この曲線の頂点（すなわち、ピークである〈尾根〉）は白ヌキ点なのではないだろうか。このようにすると、極大の発話力を持つ者は存在するが、最大の発話力を持つ者は存在しなくなる。

もう一つは、「ゼロ地点」付近である。ここが発話力が高くないのが、環状島モデルの特徴であり、そこは賛同できる。ただし、この曲線の「発話力軸切片」は存在するのだろうか。言い換えれば、一回転させたときにできる環状島の〈内海〉は、実は「底なし」なのではないか。死すら忘れられた「存在」は、語りだすことはない。だとすれば、この「ゼロ地点」付近は、対数関数あるいは分数関数のように、「発話力軸」に漸近しながら、無限に小さくなるように描かれるべきではないのだろうか。

モデル内在的には、「環状島モデル」の問題点を二点挙げた。一つは、発話力の頂点は存在しないのではないかとということである。もう一つは、「ゼロ地点」付近では、むしろ発言力は無限に小さくなるのでは、ということである。

もっとも、こうした指摘は、誰が「本物の」当事者かといういわば「犯人探し」に陥る傾向もあるので、あまり意味はないかもしれない。しかし、宮地のモデルを「修正する」という意味においては、よりいっそう精緻なものになるであろう。宮地もまた、「誰が本物の当事者か」などという問いは、意味がないどころか、場合によっては有害であると思っているに違いない。

(3) 「環状島」モデルの検討——モデル外在的に

次に、「環状島」モデルが実際に使われるときの一つである、「ポジショナリティ」をめぐる議論がある。主に、ポストコロニアルの議論が、「普遍」や「中立」を騙りながら結果的にマジョリティに阿るような思想を強烈に批判してきた。宮地は、これに一定の、かつ多大なる意義を認めつつも、いくつかの問題点もあるという。

そのうちのひとつに、ポジショナリティを問うことは〈外界〉には向かわない、という批判がなされる⁹⁾。しかし、そのことはポストコロニアルリズムの理論範囲からはもともと外にあるものであり、そのとおりである宮地の批判は、その意味において外している。ポストコロニアルリズムのいわば「論敵」は、「良心的介入者」なのであり、より正確に言うならば、盲目的に介入をよきものとして正当化している者である¹⁰⁾。

宮地の批判でより中核的なものは、むしろ次の点であろう。すなわち、「ポジショナリティを問う」という行為は、〈外斜面〉にいる者を批判対象にすることで、下手をするとその人々を〈外海〉に押し流してしまう危険性がある¹¹⁾というものである。確かに、そういうことはあり得るだろうし、実際にある。誰でも批判されたりするのは嫌だろうし、そう

いう心性から、「もうかかわらないでおこう」としたり、「そもそも〈外海〉にいて面倒そうなことにはかかわらないでおこう」と思うことも多いだろう。さらに宮地は、「ポジショナリティの問いかけが強くなると、それをまじめに受け止める人ほど、消耗し疲弊してその場から立ち去りやすくなる、そして、棲み分けがどんどん進んでしまう危険性がある」¹²⁾とも述べる。いわゆる支援者のバーンアウトという問題も含まれる。

宮地は、「近寄ってくる人たちのみを批判対象にするのではなく、遠くで関係なさそうにしている人たちにこそ問いかけはなされていくべきであろう」¹³⁾という。その言明じたいはそのとおりなのだが、だとしても近寄ってくる人たちを批判してはいけないことにはならないだろう。宮地はそのつもりもないのだろうが、やはり「支援者」だけではなく、私たちは往々にして批判されることは嫌いだから、「支援者」であるだけであたかも批判を免れているという既成事実を作りたいような心性はあるのではないか。論理的に言って、「支援者」に対しても、批判されるべきことは批判されるべきなのである。それでしんどくなったとしても、それを——少なくとも論理的には——やめるわけにもいくまい。実際に、批判したら寄り付かなくなるからという理由で批判しないことがある。しかし、それはそれだけのことであり、批判しないのが正しいから批判しないのではないはずである。

宮地は、「正しさ」が問題になる場面と、感情が問題になる場面があるという¹⁴⁾。それはそのとおりであろうが、また別の問題も生じてくる。「正しさ」と感情とは二項対立的なものなのか。むしろ、感情を「正しく」発露するということがあり得るのではないか。

何が言いたいのか。実はこの宮地の書は、「正しさ」を奥に潜ませることで、ある視点が欠落しているのではないか。確かに、この書は環状島の「住人」たちにスポットを当て、彼らに寄り添うことを主眼としている。しかしながら、思うに、彼らが環状島に捨て置かれている現実こそが、不正ではないのか。環状島が隠されており、それを暴き出すという意味では、この書は意義深い。しかしながら、環状島それ自身を破壊しなければ、当事者たちは「底なし沼」に溺れてしまうし、〈外海〉で優雅に泳いでいる者たちは、環状島の存在じたいに気づかない、あるいは気づかないふりをしていられる。つまり私は、環状島が海に沈んでしまうのではなく、環状島そのものをなくしていく、そして、環状島が存在しない社会こそが正義の社会だと言いたいのである。それでも、環状島は存在し、また新たに生起したりするだろう。それでも、環状島が存在しない社会こそが目指されねばならない、と言えるだろう。このことは、環状島のただ中で苦しんでいる人たちに寄り添い、彼らがぼちぼちとでも生きていくことを支援することは、少なくとも論理的には矛盾しないはずである。

(4) 「正しさ」・支援・計算（不）可能性

「正しさ」と、支援や連帯といった現実を経験せざるを得ないことたちとは、いったんは切り離して考えなければならない。稲場雅紀は、立岩真也との対談で、岡真理のロジックについて「徹底的に批判的」と言う。岡は、同じ女性であるから女性として連帯

できる、というのは、実はあり得ないのではないか、むしろ、途上国の女性と先進国の女性とは大きく隔てられているはずで、そこは本当は分断されているのではないか、と論じる¹⁵⁾。これに対して、稲場は次のように反論する。

「たとえばその理屈をイスラム圏における同性愛者弾圧っていうことにひっくり返していったときに、途上国のゲイと、先進国のゲイと同じゲイであるから連帯できるというふうにいえるのかって言ったときに、われわれは言えるというところから始めないといけないわけですよ。つまり、いえるというところから始めなければ運動はできないわけです」¹⁶⁾

続いて稲場は、岡のような論理は「ある意味運動破壊の部分をすごくもっている」¹⁷⁾と言う。それはその通りであるだろう。だとしても、私は稲場のような「想像の共同体」からはじめる議論は、非常に危ういと思わざるを得ない。私のその確信を支えるもの、それは「正しさ」とは現実には不可能性を意味するということである。

「正しさ」は計算不可能なものである。計算できるものは、すなわち限界があるということの意味する。私たちの身体／肉体は、有限なものでしかありえず、したがって限界のあるもの、すなわち計算の結果としての「答え」という実を得ることは、生存にとって必要なことである。ここに「運動」の意義がある。

しかしながら、他者を想像の範囲内、すなわち計算可能なものの範疇に入れてしまうことは、根源的に他者の他者性を掘り返すものである。運動の戦略として、「同じ女／ゲイであることによる連帯」をいうことには意味がある。なぜなら、それは生きていくための果実をこの手にしなければならぬからだ。そして、そのことを岡にしても批判しないだろうと思う。問題は、あたかもそれが「正しい」ような素振りをする事、「そこからはじめなければならない」と前提にしてしまうところにある。「同じ女／ゲイ」であっても、個々人の状況は違うわけであるから、それをよりどころにするのは正しくはない。にしても、そういう言われ方をして励みになったり、力づけになったりすることは認めよう。

運動は、計算可能なところで闘うよりない。だとしても、計算不可能な「正しさ」を措定しておく必要があるのである。それは、実際の運動をある意味破壊するものだが、より上位の段階における再構築の可能性をも意味するはずだ。稲場の岡批判は、ミスリーディングとしか言いようのないものであると私には思われる。

5. おわりに

本論は、〈異なりの身体〉をめぐったいくつかの考えるべき主題について論じたものである。当然、他にも考えるべき主題はあるだろう。また、やや観念的・思弁的に論じたのは、これらの主題は単に行き当たりばったりではなく、原理論的に考察する必要があるからであることは、言うを待たないであろう。本論がどの程度それに寄与できたかは読者の判断

を仰ぐよりないが、議論の口火となれば、私としては望外の喜びである。

文献

- 石川 准・倉本 智明編 2002 『障害学の主張』, 明石書店
- 稲場 雅紀・立岩 真也 2008 「アフリカ／世界に向かう——稲場雅紀さんから」(立命館大学生存学研究センター編[2008:75-154])
- 岡 真理 2000 『彼女の「正しい」名前とは何か——第三世界フェミニズムの思想』, 青土社
- 宮地 尚子 2007 『環状島＝トラウマの地政学』, みすず書房
- 野崎 泰伸 2005 「当事者性の再検討」
2007 「障害の哲学・序論」
- 立命館大学生存学研究センター編 2008 『生存学研究センター報告「時空から／へ——水俣／アフリカ…を語る栗原彬・稲場雅紀』』
- 立岩 真也 2002 「ないにこしたことはない、か・1」(石川・倉本編[2002:47-87])

注

- 1) 以下、「身体」という表記の場合、かならずしもそれは生物学的個体としての「身体」のみを意味するものではない。その身体に宿された精神や、身体／精神が帰属するところの文化、あるいは身体の政治性までも含まれ得る。
- 2) そういふことであるので、本稿においては以降〈異なりの身体〉と〈障害／老いの身体〉とを区別なく用いることにする。
- 3) [野崎 2005]、[野崎 2007]。
- 4) このように述べることによって、言語的には言い表せないような、たとえば過去のトラウマやいやな記憶によって身体が〈ままならなく〉なり、その人の生活／生存に支障をきたす、というような状態をも問題化することができる。
- 5) [立岩 2002]を参照。
- 6) [宮地 2007:9-13]
- 7) [前掲書:14-17]
- 8) [前掲書:17]
- 9) [前掲書:134-136]
- 10) 言うまでもないが、介入がすべてよきものではない、と言っているのではない。
- 11) [前掲書:136]
- 12) [前掲書:137]
- 13) [前掲書:137]
- 14) [前掲書:141-144]

- 15) [岡:2000]など。
- 16) [稲場・立岩 2008:151]
- 17) [前掲書:151]

超高齢社会と延命治療問題

会田 薫子

1. はじめに — 死亡者数も急増する時代に —

我が国では、総人口に占める 65 歳以上の高齢者人口の割合(高齢化率)は、2006 年後半に 20.8%となった(内閣府、2007)。2007 年には高齢化率は 21%を超過し、世界最初の超高齢社会になったとみられている。今後、いわゆる「団塊の世代」(1947～1949 年生まれ)が 65 歳に達する 2012 年には総人口の 4 人に 1 人が、2035 年には 3 人に 1 人が、2055 年には 2.5 人に 1 人が 65 歳以上となる社会が到来すると予測されている(内閣府、2007)。

超高齢社会はより多くの人々が慢性疾患を抱えながら長い人生を生きる社会といえる。そして、長い人生の先にあるのは、例外なく、死である。国立社会保障・人口問題研究所は、年間の死亡者数は 2006 年の 110 万人から 2015 年には 131 万人、2030 年には 160 万人へと急増すると予測している(国立社会保障・人口問題研究所、2006)。すでに我が国では、死亡者の 8 割以上が高齢者であるが、今後、死亡者数に占める高齢者の割合はさらに増加し、また、超高齢の死亡者も急増する時代になることがほぼ確実に予測されているのである。

ほとんどの人々が高齢者になってから死亡するというのは、我が国が平和で経済的に豊かであり、医療技術の恩恵に浴する国であることを示す証拠の一つである。その幸せな国で人生最期の期間をどのように過ごすのか。より良い終末期医療のあり方をめぐる議論、殊に、慢性疾患の終末期医療をめぐる議論が今ほど必要とされている時代は、これまでになかったといえるのではないだろうか。

本稿では、患者本人と家族、医療者ができるだけ納得できる慢性疾患の終末期医療の姿を、延命治療としての経管栄養法と人工呼吸器による治療法に焦点を当てて探る。

2. 延命治療の差し控えと中止をめぐる動き

2.1 諸外国における状況

進歩した医療技術は、かつては治療困難とみられた状態の患者を救命する一方、回復の見込みが失われた後においても、その技術に依存して生命がしばらくの間は存在する状況を作り出してきた。医学の世界では伝統的に、生存期間の延長を目指すべき基本的方向としてきたが、それが医学的・倫理的に適切か否かを問う声も、延命技術の進展とともに大きくなってきた(The SUPPORT principal investigators, 1995)。

回復不可能な末期状態にあると診断された患者における延命治療²⁾の扱いをどのようにすべきか

について、欧米では長年にわたって議論されてきた。特に、米国および英国では、過去約 40 年間にわたる議論のなかで、第一に患者自身の利益の観点から、不要な治療によって患者を苦しめないために延命治療の差し控えや中止を行うことは医学的・倫理的に適切なことであるとされ、それを行う医師を法的に保護する仕組みを作ってきた。

これまで、数多くの医学会や医の倫理に関する組織が延命治療の差し控えと中止に関するガイドラインを策定してきた(American Heart Association, 1992; American Thoracic Society, 1991; Society for Critical Care Medicine, 1990; American Academy of Neurology, 1989)が、この種のガイドラインの初期のものとして重要なものの1つに、1987 年に出された The Hastings Center の“Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying”がある。同ガイドラインはその標題にもあるように、延命治療の中止を死にゆく患者のケアという視点で記述しており、「患者の well-being のために、患者の視点から治療の利益と負担を明らかにし、その負担が利益を上回る場合には、治療を差し控えたり中止したりすることは倫理的に許容できる。ただし、利益と負担のいずれが上回るかの判断が困難な場合には治療を行うべきである。もし、治療が病態生理学的な目的を達成できず、病態生理学的な利益を患者にもたらさないことが明白である場合には、治療を行う義務はない」(p19)と述べている。このガイドラインは医学、倫理学、公共政策学、法学、宗教学等の専門家の学際的な集団によって策定された。

また、延命治療の中止を問題視し、差し控えによって対応しようとする医療者がみられたことから、同ガイドラインは、「差し控えは倫理的に許容されるが中止は許容されない、と多くの医療者は考えているだろうが、これは間違いである。治療の差し控えと中止の間には確かに心理的な相違があるが、その相違は倫理的考察のスタート地点であり結論を決定するものではない」と述べている。

その後、延命治療の差し控えと中止の倫理的・法的・医学的な相違に関する研究が経年的に重ねられたが、結論としては、米国においては、法は治療の中止(withdrawal of treatment)と治療の差し控え(withholding treatment)の双方を、治療を見送ること(forgoing treatment)として等価と扱っている(Veatch, 2003)。

延命治療の差し控えと中止に関しては、文献上にみる議論は過去数十年にわたって、そのほとんどが西洋のものであったが、東洋でも近年、動きが見られるようになってきた。韓国では大韓医師会が 2002 年に、「臨終患者の延命治療中止に関する医療倫理指針」をまとめ、延命治療の差し控えと中止には倫理的な差はないこと、その際に考慮すべきは患者の最善は何かということであり、家族または社会の負担軽減ではないこと、治療が中止されるのは、生存可能性が極端に小さい場合、治療によって患者が受ける身体的・精神的負担が治療による効果よりも大きいと思われる場合、また、もし回復しても、QOL が非常に低く患者にとって受け入れ不可能と判断される場合であること等が記されている(金、2004)。

延命治療(life-prolonging treatment)あるいは生命維持療法(life-sustaining treatment)と呼ばれる医療技術は、集中治療技術の発達とともに進展した。したがって、延命治療の差し控えと中止に関わる先行研究は、集中治療分野のものがそのほとんどを占める。欧米の集中治療室(ICU)では治療の差し控えと中止後に死亡する患者数が増加しており、ある報告では、ICU で死亡する患者

の9割が治療の制限後に死亡したとされている(Prendergast & Luce, 1997)。こうしたことから、救命と身体機能の回復だけでなく、患者にとっての“good death”を実現することも臨床医の役割であるとする認識が拡大しており(Truog et al., 2001)、“good death”の実現のために何が必要か、米国集中治療医学会は治療の中止方法に関して 17 ページにわたる具体的な勧告(Truog et al., 2001)を出し、欧州集中治療医学会と欧州呼吸器学会ならびに関連する諸学会は、コンセンサス会議を経た 15 ページから成る声明(Carlet et al., 2004)を発表した。

現代のさまざまな延命治療法のなかで、最も古くからその功罪に関する議論が行われてきたのは人工呼吸器による治療である。1968 年、人工呼吸器に依存している回復不可能な深昏睡状態の患者の扱いに関する報告がなされた。脳死の概念を最初に提案したとされる「不可逆的昏睡の定義 — 脳死の定義を検討するためのハーバードメディカルスクール特別委員会報告」(Beecher et al., 1968)である。この報告の目的は大きく2つあり、脳死と診断された患者において人工呼吸器の取り外しを容認することと、脳死と診断された患者を移植用臓器の提供者とすることを検討することであった。また、脳死ではないが回復不可能な末期患者における人工呼吸器の中止の具体的な方法に関して、米国では 1980 年代から議論されており、世界で最初に人工呼吸器の terminal weaning を詳述した論文は 1983 年に出版された(Grenvik, 1983)。

一方、各種の延命治療法のなかで現在でも議論が継続しているのは人工栄養法 (ANH: artificial nutrition and hydration)に関する問題であり、後述するように、近年の経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG: percutaneous endoscopic gastrostomy)の汎用にもなって、認知症や脳血管疾患等の慢性疾患の終末期医療との関係における問題が報告されている。

2.2 我が国における状況

一方、我が国では、1992 年に日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会が『『末期医療に関する医師の在り方』』についての報告で述べているように、「我が国ではこれまで長い間、死を口にすることは、不吉であり、避けるべきものとされ、一種のタブーのようになっていた。そのために末期医療のあり方についても、あまり議論がなされなかった」(日医, 1992)。

厚生労働省は、末期医療対策の基礎資料とすべく、1993 年から5年おきにこれまで3回、一般市民と医療職者等を対象とする大規模質問紙調査を実施している。第3回目である2003年の調査の結果、痛みを伴う末期状態においても、回復見込みのない持続的植物状態においても、約8割の回答者が延命治療を拒否すると答えた(厚生労働省, 2004)。

我が国において、延命治療中止が深刻な社会問題として認識される大きな契機となったのは、2004年に北海道立羽幌病院で、誤嚥窒息のため心肺停止状態で搬送された90代の患者の蘇生後に、医師が人工呼吸器を取り外して「死亡させた」として捜査当局が介入し、医師が殺人容疑で書類送検されたケースであった。

羽幌「事件」後、2006年に富山県の射水市民病院で医師が7名の末期患者から人工呼吸器を外し、捜査当局が殺人容疑での捜査を開始したことが全国紙各紙の1面トップ記事として大々的に報道され、その後も各紙で連日、大規模な続報が掲載され、治療中止問題は我が国において

喫緊の課題として一般に知られるようになった(Aita & Kai, 2006)。

これらの「事件」の動きを受け、日本集中治療医学会は2006年に、我が国の集中治療の現場における治療の差し控えと中止の現状把握を目的として、同学会評議員75名に対する質問紙調査を実施し、その結果を踏まえて2006年に、「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」(日本集中治療医学会、2006)を出した。しかし、この勧告は末期医療の定義や治療中止が考慮の対象となる患者の状態を具体的に示したのではなく、おもに手続きを示したものであった。また、厚生労働省は2007年5月に、終末期医療に関する国として初めての指針である「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省、2007)を公表したが、標題のとおり、意思決定プロセスに関する手続きの指針にとどまり、終末期の定義や治療中止の判断基準、さらに、治療を中止した医師を刑事訴追から免責するなどの重要課題は残されたままとなった。同年8月に日本医師会第X次生命倫理懇談会も、中間答申において、「終末期医療に関するガイドライン」(日医、2007)を示したが、その内容もやはり終末期医療の方針決定に至る手続きに関するものであった。

治療中止基準の策定に関する我が国で最初の具体的な行動を取ったのは日本救急医学会であった。同学会の終末期医療のあり方に関する特別委員会は、2007年11月、「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(日本救急医学会、2007)を策定し、学会としての終末期の定義と治療中止が考慮の対象となる患者の具体的な状態を示した。同ガイドラインが示した救急医療における終末期の定義とは、「突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態」であり、治療中止が考慮の対象となる患者の具体的な状態として、以下の4つが挙げられている。1)不可逆的な全脳機能不全(脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む)と診断された場合、2)生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合、3)その時点で行われている治療に加えて更に行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合、4)悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合、である。

3. 我が国における延命治療の差し控えと中止に関する実証研究

上記の背景を踏まえ、筆者らは、ANHの差し控えと人工呼吸器の中止に関する実証研究を行った。両分野ともに我が国ではほぼ未開拓な研究分野であったため、第一段階として、探索的な質的研究として行った。臨床現場で医療行為の意思決定に最も大きな影響力を有しているのは医師であると考えられたため、医師を対象とすることとした。以下に、その概要を示し、その上で、我が国で延命治療としてのANHの問題に対応する場合の1つの考え方を示したい。

3.1 ANHの差し控えに関する調査

3.1.1 背景

延命治療に関する調査研究が一段落した欧米においても、近年、大きな問題として浮上したのは、認知症末期で寝たきり全介助・意思疎通困難な高齢患者に対する PEG による ANH 施行である。我が国ではこの患者群に対する PEG による胃瘻栄養法の施行が近年、急速に拡大しているが、欧米諸国における先行研究は、この患者群に対する PEG チューブなどによる経管栄養法は、患者に対して health benefit をもたらさないだけでなく、むしろ害が大きいと報告している (Galicia-Castillo M, 2006; Akner G, 2005; Murphy LM & Lipman TO, 2003; Post SG, 2001; Gillick MR, 2000; Finucane TE, et al. 1999)。

3.1.2 対象と方法

そこで筆者らは、2004-2005年に、この患者群への PEG チューブによる ANH 導入の意思決定を行った経験を有する医師に対して、その理由を探索するためのインタビュー調査(n=30)を実施した(Aita et al., 2007)。対象は、認知症末期で経口摂取困難な寝たきり全介助の後期高齢患者に対する ANH 施行の意思決定に関わった経験を有する医師 30 名であり、その内訳は男性 25 名、女性 5 名で、年齢中央値は 47 歳(range:26-70 歳)であった。インタビュー時間は1名平均で約 1 時間であった。データ分析には grounded theory approach (Strauss & Corbin, 1998)の手法を用いた。

3.1.3 結果

3.1.3.1 多数派医師の臨床実践

分析の結果、PEG 施行に関して2つのカテゴリー群が抽出された。1つは、中心静脈栄養法 (TPN: total parenteral nutrition)、経鼻経管栄養法、PEG による胃瘻栄養法という我が国で通常用いられている3種類の長期 ANH の中から PEG が選択される理由に直接関わるカテゴリー群であり、これらは「医療システム関連要因」と「PEG の利便性」の2つの要因に分類された。もう1つは、経口摂取困難な患者には何らかの ANH を施行すべき、あるいは施行せざるを得ないという対象医師の認識に関わるカテゴリー群であった。この場では後者に焦点を当てて説明する。

勤務施設の種類の問わず、ほとんどの対象医師は、ANH を施行しないことは、医療者と患者家族に深刻な心理的負担をもたらすので ANH を施行しないという選択肢を患者家族に提示することはないと語った。分析の結果、ANH を施行しない選択肢を患者家族に提示することの困難さを形成する要因として、「医師と患者家族の心理的安寧の維持」、「患者家族の感情・意向への応答」、「法制度関連問題」、「慢性疾患の特徴」の4つが抽出された。各要因とその構成要素を以下に記す。

「医師と患者家族の心理的安寧の維持」という要因の構成要素として重大な影響を持っていたのは「餓死忌避」という要素であった。栄養・水分補給は必要最低限であり、それを差し控えることを餓死させることと認識する対象医師が大半であり、この想いは家族にとっても同様であると対象医師は考えていた。また、もし、ANH を差し控えることが社会的に許容されたとしても、患者をそうした状態にしておくことの心理的負担を語る対象医師もあり、それは、「見殺し感回避」という要素に

まとめられた。さらに、「死なせる決断の重さ」も要素の1つとなっていることが語られた。ANH を施行せずに死なせるという決断は非常に重く、結果的に肺炎で死亡するよりも患者本人にとっては楽な死に方であると思っても実行できない、という認識であった。また、「何もしないことの困難さ」という要素があることが示され、何らの医療行為もせずに死なせるほうが、医療行為を行って延命させるよりも心理的負担が大きく、その背景には延命至上主義的な医学の伝統があるという指摘があった。さらに、「別居家族問題」という要素があることが示され、普段、患者に面会に来ない別居家族や親戚が最期の場面に登場し更なる延命措置を求めて騒ぎ、患者の同居家族や医療者を悩ませることは頻繁にみられると、ほとんどの対象医師が語った。

「患者家族の感情・意向への応答」という要因の構成要素には、まず、「家族にとっての患者の存在の価値」が挙げられた。たとえ意思疎通不可能であっても、患者がそこにいてくれるだけで家族の支えとなっていることが多いとみている対象医師が少なくなかった。また、年金収入など、家族にとっての実利が関係していると指摘する対象医師もいた。その存在の価値を医師が認識することによって、「家族のための延命治療」が行われることになると語られた。PEG という治療の目的について、ほとんどの対象医師が「本人のためというより家族のため」とし、PEG という介入のおもな目的は本人の利益よりも家族の感情・意向を尊重することであると語った。意識を喪失した患者、あるいはそれに近い状態の患者は本人のためというより家族のために存在するのが日本でのあり方であると語る対象医師もいた。

また、「法制度関連問題」という要因の構成要素として重大な意味を有していることが示されたのは「触法懸念」であった。現行法は治療の差し控え・中止を扱うことを前提として整備されておらず、社会的な議論もコンセンサスも不在であり、この状況において、ANH の差し控えは罪に問われる恐れがあるので施行せざるを得ない、との声がほとんどの対象医師から聞かれた。さらに、「意思決定代理人制度の欠如」という要素の関連も認められた。現行法には自己決定が困難な成人患者の医療行為の代諾についての定めはなく、従来、患者家族から応諾を得ているが、応諾を得るべき家族の範囲や順序は不明確であり、家族間で意見の相違がみられる場合は、医師としては保守的に対応せざるを得ないという指摘もあった。

そして、「慢性疾患の特徴」という要素の構成要素には、「終末期の定義の不明確性」があることが示された。

3.1.3.2 少数派医師の臨床実践

上記の要因群の影響によって、患者家族に ANH を施行しない選択肢を提示しない対象医師がほとんどであったが、対象医師 30 名中 4 名は、患者家族に ANH を施行する選択肢と共に ANH を施行しない選択肢も提示していた。彼らは以下の点で多数派の対象医師と異なっており、これらの点は前記の PEG 施行関連要因群の影響を緩和あるいは相殺していることが示された。

まず、この 4 名は、「ANH は必須とはいえない」という認識を有していることが示された。餓死を忌避し、ANH を必須とみる対象医師がほとんどであったなか、これら少数の対象医師は日々の臨床のなかでその意味を問い直していた。

また、彼らは「PEG の利便性がもたらす不利益」を認識していることが示された。多数派医師と同様、PEG 導入時にはそれを優れた医療技術と思っていたが、数年の経験を経るうちに、その利便性がかえって不利益をもたらしていると感じるようになったと語られた。つまり、PEG は簡単に施行可能であるが故に、適応を深く考慮せずに安易かつ過剰に行われ、患者と家族の負担に帰結しているという認識である。

患者家族との話し合いが大切であるということは 30 名の対象医師全員が言及していたが、ANH を施行しない選択肢を提示する対象医師では、特に、患者家族と繰り返し話し合う傾向がみられた。また、話し合いを繰り返すうちに患者家族との信頼関係が樹立できるので、ANH を施行しない決定が後に法的問題に発展する恐れは抱かないと語られた。

さらに、ANH を施行しない選択肢も患者家族に提示する対象医師は、それを施行した場合に予測される予後についても患者家族に説明していた点で、こうした選択肢を提示しない対象医師と違っていた。

ANH を施行しないと決定した患者については、最期の期間を少量の輸液で看取る場合が多いと語られた。1 日 300cc 程度の輸液で看取るという対象医師は、これは、何もしないことによる医療者と家族の心理的負担を減らす意味でも有効だと語った。

3.1.4. 考察

3.1.4.1 「末梢点滴・看取り」という選択肢の適切性 — ANH の医学的観点から

上記の結果から、大多数の対象医師は、この患者群に対する ANH を必須とみなしていることが示され、その認識は先行研究 (Asai et al., 1999) の報告や、「栄養補給は生命を維持する必要にして最小限の基本的療養」とした日本医師会 (日医, 1992) の報告に沿うものであることが示された。そして、その強固な「ANH は必須」という認識は、「人工栄養法を施行しない選択肢」を提示する医師と提示しない医師を分けるおもな要因の1つとなっていることが示された。

ANH を差し控えた死を直感的に非倫理的とみなす医師が大多数であるわけだが、終末期の ANH の生理学的意味などを検討した欧米の研究の総説 (Ahronheim, 1996; Printz, 1988) は、ANH は必須とはいえず、ANH を控えた死には苦痛を伴わないとしている。国内にも、「老衰の過程で生じる摂食不能を放置した死は脱水死であり、苦しみは少なく死亡までの期間も短く、治療による苦痛もない、ある意味で理想的な死に方である」(植村, 2000) とする老年病専門医もいる。したがって、医学的証拠をもとに選択肢を考慮するならば、PEG を施行して胃瘻栄養法を導入することに根拠はなく、「経管栄養法を施行しない選択肢」を患者家族側に提示しないことに合理性はないといえる。さらに、「何もしないことの困難さ」や「死なせる決断の重さ」の問題は医療者や家族の視点でみた場合に認識される問題であり、患者の視点で考えれば、これらの問題は思い違いともとれる。また、医学的証拠をよく理解すれば、「別居家族問題」にもより良く対応することができると考える。

3.1.4.2 「末梢点滴・看取り」という選択肢の可能性 — 法的な問題への対応に関して

先行研究(Asai et al., 1997)の報告と同様、対象医師の多くは、人工栄養法の差し控えは触法行為に相当すると考えていたが、現行刑法の枠組上、この懸念は現実的なものといえる。Akabayashi (2002) は、人工栄養法を含めた生命維持治療の差し控えは刑法 202 条(自殺関与罪および嘱託殺人罪)に抵触する恐れがあると、現行法は、治療の差し控えなどの行為により患者の生命を短縮することによる刑事責任から医師を免責することを明示していないと指摘している。また、治療義務がある医師が治療を怠った場合、刑法 218 条(保護責任者遺棄罪)に抵触する恐れもあるとの報告(中山、2000)もある。甲斐(2003)は ANH について、本人の明示の拒否表明があれば中止してよいと思われるが、本人の意思が部分的に曖昧で、例えば人工呼吸器だけを明示的に拒否している場合は ANH を続けるべきであるとし、「安易な家族による代行判断を認めると、家族にとって不要な人間は死ぬに任せてよいということになりかねない」と警告している。

こうした状況のなか、「ANHを施行しない選択肢」も提示する対象医師は、患者家族と繰り返し意思の疎通を図り信頼関係を樹立すれば、「末梢点滴・看取り」コースを取った場合の法的な心配は現実のものとはならないと主観的に判断していることが示された。コミュニケーションを良好に取ることによって、法的懸念を払拭していたのである。

3.2 人工呼吸器の中止に関する調査

3.2.1 背景

上記患者群への PEG チューブによる ANH の問題は先進諸外国でも現在進行中の研究課題であるが、この調査の過程で、欧米では研究課題としては遠い過去のものとなった脳死患者における人工呼吸器の中止に関する問題が我が国においては依然として未解決の問題であることが示され(Aita et al, 2008)、その要因探索の必要性が本調査の課題へとつながった。

前出の日本救急医学会が策定した「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」は、終末期の定義とその判断のなかで治療中止が考慮の対象となる具体的な患者の状態を我が国の医学会として初めて示し、その第1項目として脳死の場合を挙げた。本調査では、同ガイドライン策定直前の救急医療現場において、脳死ドナー候補ではない脳死患者に対して人工呼吸器の中止が臨床上の選択肢とされているか否か、及び、その意思決定に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

3.2.2 対象と方法

2006-2007 年に、国内の救急医療施設に勤務する医師に対して、インタビュー調査(n=35)を実施した(会田、2008)。対象医師の内訳は男性 31 名、女性 4 名で、年齢中央値 49 歳(range:28-73 歳)であった。インタビュー時間は1名平均で約 1 時間であった。データ収集と分析の方法として grounded theory approach (Strauss & Corbin, 1998)の手法を用いた。

3.2.3 結果

3.2.3.1 多数派医師の臨床実践

脳死患者においても人工呼吸器の中止を選択肢としていない医師がほとんどであり、その選択肢を考慮させない要因群として、脳死の二重基準などによる「脳死ドナー以外における脳死の法的・臨床的意味の曖昧さ」、「医師側の心理的障壁」、「治療継続の目的は家族ケア」、「間近に心停止が予測されているため人工呼吸器の中止は不要という医師の認識」、があることが示された。

「脳死ドナー以外における脳死の法的・臨床的意味の曖昧さ」という要因の構成要素には、臓器移植法とその運用ガイドライン(厚生省、1997)のもとにおける「脳死の二重基準」と「脳死を表す複数の診断基準と用語の問題」があり、病態診断としての脳死診断を行わない対象医師もいることが示された。

「医師側の心理的障壁」という要因の構成要素には、脳死患者においてでさえも人工呼吸器の中止によって「短時間で心停止へ至る事態を回避したい医師の心理的傾向」、「無呼吸テストへの忌避感」があることが示された。

また、「治療継続の目的は家族ケア」という認識が異口同音に語られ、治療継続期間は患者家族が患者の死を受容するための必要時間であると語られた。しかし、脳死診断後の期間が予想よりも長期にわたる場合には、家族は死の受容を通り越して負担を感じるようになり、悩みを抱えたりするようになり、患者の心停止が待たれる状態になるとも語られた。

また、脳死患者、特に高齢の脳死患者は間もなく心停止するという予測のもとに、敢えて治療中止を考慮する必要はないという認識をもつ対象医師が多くみられた。

3.2.3.2 少数派医師の臨床実践

一方、脳死と診断された患者の家族に対し、通常、人工呼吸器の中止という選択肢を提示している医師は対象医師のなかに3名おり、3名とも脳外科医であった。彼らはその臨床実践と認識において共通の特徴が多く、また、それらの特徴の多くは、前記の「通常、中止の選択肢を提示しない医師」の特徴と対称的であることが示された。

人工呼吸器の中止という選択肢を患者家族に提示するこの3名は共通して、自らの実践を通して、脳死に対する理解が様でない我が国で、しかも、突発的に脳死に陥った患者の死を家族が受容するための時間の猶予を作るという意味で、脳死の二重基準は医療側に家族ケアの裁量の幅を与えるものであると肯定的に評価していた。

また、この3名は、患者の臓器提供意思の有無に関わらず、脳死が疑われる患者に対しては病態診断としての脳死の診断は必要であると認識していた。そして、脳死と診断した場合には、間近に臨終が予測されているのでそのまま患者の状態を維持するのではなく、診断結果を家族に説明し、その後においてのみ、今後の治療方針の決定が適切になされるという認識を共有していた。

人工呼吸器の中止という選択肢を提示しない医師群においては、選択肢提示回避の理由の1つに、中止によって患者が短時間で心停止へ至る事態を回避したい気持ちがあることが示されたが、中止の選択肢を提示するこの3名は、治療の中止は短時間で患者を心停止に至らせる行為ではなく、逆に、「死のプロセスを引き延ばさないこと」と認識していた。したがって、家族への説明に際

しても、患者本人のために最期の期間を無理に引き延ばさないと話していることも共通していた。

また、脳死と診断した患者については患者側の負担無しで個室が提供されていた。その目的は3名共通して2点あり、第1に、家族が患者の死を受容できるよう環境を整備すること、第2に、人工呼吸器の離脱・抜管に至るケースでは、それが第三者の目に触れないようにすることであった。また、3名のうち1名は、第3の目的として、抜管の際の患者の脊髄反射を患者家族に見せないために、抜管時には一旦、部屋の外へ家族を出すという目的もあった。

3名とも自身の見解としては脳死患者に対する治療の継続は望ましい姿とは考えていなかったが、家族にとっての患者の存在の意義を認識し、治療を継続するか否かは、あくまで家族主体で考えるという認識を有していた。また、治療方針決定の過程で、脳死の状態での治療継続を患者本人ならどのように考えたろうかと家族に尋ねるという点でも共通していた。

そして、家族の受容の状況を確認しつつ、ある治療は継続するが別の治療は中止するという多様な選択肢が提示されていた場合もあった。そのようにして複数の選択肢を提示した上で行う家族と共同の意思決定は、家族が治療の継続を望む場合、治療の中止を望む場合のいずれにおいても、家族の意思決定を援助することになり、家族のグリーフ・ケアにもなるということを経験的に理解したと語られた。

3.2.4. 考察 — 脳死の二重基準の臨床上的有用性

脳死の診断が適切であれば、その後の医的介入は患者本人にとっては病態生理学的にも質的にも futile であるといえるが、対象医師は家族のために治療を継続し、家族が患者の死を受容できるまで支えていると語った。家族が患者の死を受容し、更なる治療が無益・無用であると納得するまでの期間は、医療者は自らの裁量によって家族をサポートしているが、その裁量の幅を維持しているのは、少なくともその一部は、脳死の二重基準であることが示された。家族の受容時に治療を中止する選択肢を提示している対象医師はこの二重基準の役割に意識的であり、その利点を生かしていた。つまり、家族の受容をみるまでは患者を生者として扱い、家族の受容後に人工呼吸器を中止していたが、家族の受容後に治療を中止するという選択肢を提示しない対象医師では、その後家族の負担が増大し患者の心停止の到来が待たれるようになるなど、二重基準による問題がみられた。

脳死の二重基準は非論理的であり現場に混乱をもたらしていると国内の臨床家や法学者から批判されることが多い(島崎ら、2002; 平野、1997)が、症例ごとに患者家族に対応し、家族の受容までの期間を支えるという点では、この二重基準には意義があると考えられる。個人によって脳死の認識と脳死診断後の治療要求レベルが多様である我が国の現状を考えると、臓器移植法が脳死を一律に人の死としていないことこそ、個別の家族への対応に必要な裁量を医師に与えているものと思われる。実際、治療中止という選択肢を日常的に示している対象医師3名は、そのように認識していた。彼らは、法改正等によって脳死が一律に人の死と規定されてしまうと、個別の家族に合わせた対応を取ることが困難になると語っていた。

興味深いのは、治療中止という選択肢を常に提示する医師はこの二重基準の有用性を認識し

ているが、その選択肢を提示していない医師は、二重基準は非論理的で混乱の元であると批判している点である。これは、脳死の二重基準は論理的ではないが、実践では生かされる性質を有していることを意味している、ということではないだろうか。また、脳死診断の時点を一律に死とすれば、家族への説明としてはその時点で一律に患者の死亡を告げることになり、そうなると、その後を受容の援助を行うといっても、それは家族の視点からも困難になると考えられる。二重基準の解消を求める主張もなされている（町野、2004）が、この意義を考慮すると、法改正等には慎重に対応すべきといえるのではないだろうか。

4. 総合考察 — 家族中心の終末期ケアのあり方に関する提案

上記2つの調査の結果から、我が国の臨床医が臨死患者のケアを患者本人というよりも家族ケアとして考えていることは明らかといえる。したがって、延命治療の継続も、患者本人に利益をもたらすということよりも、患者家族の気持ちを尊重することを目的としているといえる。

しかし、これは、先進諸外国で一般的な考え方ではない。例えば、この分野の問題を長年に渡って検討してきた英国医師会の終末期医療のガイドラインは、医療行為の目的主体は患者であるとし、家族ケアを目的とした医療行為を否定している（BMA, 2001）。つまり、我が国の医療現場での対応は、英国ではガイドライン違反に相当する。しかしながら、これが即、我が国においても倫理原則違反と捉えられるべきものなのかどうかは、議論の余地がある。

医療倫理学は、その他多くの学問領域と同様に、欧米からの輸入学問である。したがって、そこで示された倫理原則はそのまま我が国の臨床現場に適用することが妥当とはいえないものもあると推察されるが、我が国独自の倫理原則は未だ体系化されていないために、何がどのように妥当でないのか、説得力をもって説明することは容易ではないように思われる。

そこで、筆者は、実際の医療現場を調べることによって、わが国での標準的な方法に問題があるのであれば、代替の方法が実践されているかどうかを探索するという方法を採用している。そして両者を構造化して比較検討し、我が国の医療現場においてその代替法がより良く機能するか否かを調べ、その可能性があれば、代替法の全体への汎用可能性を検討するという方法を模索中である。この方法は、換言すれば、欧米の倫理原則を上から当てはめて望ましいと思われる形を作っていく方法ではなく、すでに我が国に存在している実践のなかから少しでも良い方法を探してその適切性を調べ、適用拡大を探るといった方法である。その際、欧米で立てられた倫理原則を無用の長物扱いする必要はなく、判断支援ツールとして活用すれば良いと考える。このようにすれば、我が国の社会的・文化的コンテキストにおいて、患者と家族と医療者がある程度納得可能で、少しでも倫理的に妥当性が高いと思われるバランスのとれた着地点を探っていくことが可能になると思われる。

そのような意味において、上記2点の調査から提案可能であると筆者が考える方法を以下に記す。まず、調査の結果示された臨床現場の感覚でいうならば、着地点は、残される患者家族らのグリーフ・ケアの観点から最善と考えられるところに見出される必要がある。同時に、患者本人を明ら

かに害することがない範囲内でなければならない。また、担当の医療者が納得可能な範囲内である必要もあるが、その納得の目的は職業上のものであり、患者と家族の支援に資するものであるべきだろう。

上記の ANH の調査に関していえば、医学的証拠に照らして患者にとって最も苦痛の少ない最期を実現することを患者の利益と捉えれば、ANHを行わず看取ることが最善であるといえる。しかしそれは、医療者にとっても家族にとっても、重大な心理的負担となるであろうことが示された。では、多数派医師の臨床実践はどうであろうか。これは現在の我が国における標準的なあり方とみられるが、上記患者群への経管栄養法の施行は、医学的証拠に基づいて患者の利益に反するので容認できないといえる。では、少数派医師の臨床実践はどうか。患者家族と医療者の心理的負担軽減のために末梢点滴を行いながら徐々に看取りに入るという方法は、医学的にみれば患者の利益に沿うとは、恐らく、いえない。少ないとはいえ点滴で水分を補給すれば、最期の期間を引き延ばすことになるからである。患者が事前指示でこのような状態での延命を拒否している場合には、患者に意識がない場合でも、明らかに本人利益を損なうことになるので行うことは許されないだろう。しかし、事前指示がなく、本人意思を忖度しても、末梢点滴を行いながら徐々に看取りに入る方法にそれほど違和感がなければ、医療者と家族の心理的なケアも可能なバランスの取れた現実的な着地点をここに見出すことが可能なのではないだろうか。

人工呼吸器の調査に関していえば、我が国の脳死の二重基準は論理的とはいえず、世界標準を逸脱している。また、脳死診断後の延命治療は欧米諸外国では非常に異例のことであり、米国だけでなく、欧州でも、医師の職務倫理上、脳死後の治療は過剰医療、または攻撃的医療として一般に禁止されている(秋葉、1997)。しかし、我が国では最近の調査においても、脳死を死と認識しない人口が5割程度を占めると報告されている(齊田ら、2006; 中村ら、2006)。このような現状において、家族の受容を支える援助を行うことの重要性を考慮すると、我が国の脳死の二重基準が欧米の先進諸外国での標準的なあり方と異なっても、それは本質的な問題ではないと考える。脳死患者への対応については、患者本人が事前指示で脳死診断後の延命治療を拒否していなければ、家族の受容をみるまでは治療を継続することが妥当であると考えられる。つまり、我が国の現状に照らして、脳死の二重基準を保持しつつ、脳死患者においては家族の受容後は治療の中止も選択肢となるような変革が必要であろうと考える。

註

- a) 延命治療の定義: Life-prolonging treatment refers to all treatment which has the potential to postpone the patient's death and includes cardiopulmonary resuscitation, artificial ventilation, specialised treatments for particular conditions such as chemotherapy or dialysis, antibiotics when given for a potentially life-threatening infection and artificial nutrition and hydration.

British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment; Guidance for decision making. p.6.

引用文献

- Ahronheim JC. (1996) Nutrition and hydration in the terminal patient. *Clin Geriatr Med.* 12:379-391.
- Aita K, Miyata H, Takahashi M, et al. (2008) Japanese physicians' practice of withholding and withdrawing mechanical ventilation and artificial nutrition and hydration from older adults with very severe stroke. *Arch Gerontol Geriatr.* 46:263-272.
- Aita K, Takahashi M, Miyata H, Kai I. (2007) Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: A qualitative study. *BMC Geriatr.* 7:22.
- Aita K, Kai I. (2006) Withdrawal of care in Japan. *Lancet.* 368:12-14.
- Akabayashi A. (2002) Euthanasia, assisted suicide, and cessation of life support: Japan's policy, law, and an analysis of whistle blowing in two recent mercy killing cases. *Soc Sci Med.* 55:517-27.
- Akner G. (2005) PEG treatment: an increasing dilemma. *Age Ageing.* 34:320-321.
- American Academy of Neurology Executive Board. (1989) Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient. *Neurology.* 39:25-26.
- American Heart Association Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. (1992) Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care, VIII : ethical considerations in resuscitation. *JAMA.* 268:2282-2288.
- American Thoracic Society. (1991) Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Am J Respir Crit Care Med.* 144:726-731.
- Asai A, Maekawa M, Akiguchi I, et al. (1999) Survey of Japanese physicians' attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state. *J Med Ethics.* 25:302-308.
- Asai A, Fukuhara S, Inoshita O, et al. (1997) Medical decisions concerning the end of care: a discussion with Japanese physicians. *J Med Ethics.* 23: 323-327.
- Beecher HK. (1968) A definition of irreversible coma: report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *JAMA.* 205:337-340.
- British Medical Association. (2001) Withholding and withdrawing life-prolonging treatment: guidance for decision making. 2nd Edition, BMA.
- Carlet J, Thijs LG, Antenolli M, et al. (2004) Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th international consensus conference in critical care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med.* 30:770-784.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K. (1999) Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA.* 282:1365-1370.
- Galicia-Castillo M. (2006) The PEG dilemma. *Geriatrics.* 61:12-13.
- Gillick MR. (2000) Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J*