

☆特集☆

積極的治療の
不選択と中止
をめぐって

人が死に直面するようになった時、従来医療はなんとか少しでも生き延びさせられないかと考えがちであった。

その延命への努力は、ともすると患者に苦痛に満ちた、あるいはただ生きているだけの生しか提供できず、〈徒な延命治療〉との謗りを受けることもなった。

では、どうであれば医療は積極的な治療をしないという選択をすべきであろうか。あるいは、これまで続けてきた生命維持をどこかで中止するということが許されるのであろうか。

こうした問題は、医療現場でしばしば会うものであり、臨床倫理の検討課題の一つである。本特集では、この問題をテーマとして、いろいろな局面で、積極的治療ないし生命維持の不選択および中止について検討する。

生物学的〈生命〉と物語られる〈生〉

——治療中止をめぐる

清水 哲郎*

はじめに

「いのちとは何か」について考えたい。医療現場において医師やナースたちと対話しつつ哲学するという試みをこれまでしてきた者として、そうした現場性を踏まえて、私はここでこのテーマに向かう。

同じく「安楽死」の話をするにしても、生命倫理と呼ばれるような場では、個別のケースの個別性が捨象され、あるいは出発点がそもそも抽象的場面であるからか、一般論として行われることが多い。これに対して、医療現場で考える場合には、個別の患者や家族の問題がまずあり、それについて考えるために一般論が必要になるとしても、常に「では、このケースの場合はどうなるか」が問われ続ける。「今この患者の人工呼吸器を外すのかどうか（外すことは直近の死を結果するのだが）」に、あるいは「この疾患の進行の仕方からするとかくかくの状態にいずれなるが、そうなったら外すことが許されるか」に答え、現に目の前にあるケースについて選択しなければならぬ。哲学を専門とする者がその場で発言することは、人のいのちを左右する行為に参加することでもある。抽象的な場面のきれいごととは違い、個別のケースには不確定な要素、どちらとも判断しかねる部分があり、必ずしも良好ではない人間関係や理想的ではない環境に制約されることもある。そういう場で、今私たちにできる限りの選択はこうだと判断するには、医療の実践者と一緒に

「手を汚す」覚悟が必要である。あるいは、これまでより少しでも良ければ良いとする態度が必要である。そういう場に立って、私は〈いのち〉について考える。

確かに医療の場面では、生物学的ないのち、生物としてのヒト個体のいのちが視野におかれているには違いない。だが、だからといって生物としてのヒト個体の生と死だけが見られているわけではない。ではどういう〈いのち〉を見ているのかというと、それは必ずしもはっきりしない。それが私がここで立てる問題である。

以下では、死に直面した場面における選択が問題になる事例を（ここでは個別ケースというよりは、相当抽象化した記述になっているが）いくつか提示しつつ¹、単に生物としてのヒトではなく、人間全体を視野に入れようとした医療現場で見えてくることを報告し、かつそこで見えてきた〈いのち〉をどう言語的に把握すべきかを提示したい。結局、私は、生物学的・医学的〈生命〉と、人々の共同の生の中で始まり、展開し、やがて終わる一つの物語り全体として把握される〈いのち〉——人々のそれぞれの物語りがそこにおいて展開する時空間に延長した——とが、重なり合っただけの一つの個体であることを、語ることになる。

* 東北大学大学院文学研究科／本論は日本哲学会『哲学』53(2002):1-14に掲載されたものに若干の修正を加えたものである

¹ 以下で言及する事例は、臨床倫理検討システム開発プロジェクトの研究において、研究協力者から提供された問題事例を参考にしている。ただし、ここでは元になった記録を大幅に簡略化して、個別状況についてはできる限り捨象してある。

1 QOL尺度の導入をめぐる——緩和医療の現場で

【ケース1】

患者Aは、癌が進行してもはや治癒的治療の効果は期待されない状況となっている。全身状態も悪化しており、死期が迫っていると判断される。疼痛コントロールをしているが、これまで行ってきた方式では不十分となり、さらに強力な治療が必要となった。しかし、衰弱した身体はその治療に耐えられず、死期を早める結果となるかもしれない。

ここで現在の緩和医療の国際的に標準的な見解は、死を早めることになろうとも疼痛緩和を行えと指令する²。延命よりも、現在の患者がより快適で、居心地よく、充実した生を送ることができるようにすることの方を優先せよと主張する（もちろん、患者にこれとは別の意思がある場合は別だが）。つまり、残りの生命の長さ（延命）より質（QOL）を優先させる、ということである。ただし、終末期において質を優先させることは、決して死を選択することではない。緩和医療は決して死を選択しはしない。ここにあるのは「(耐えて)延命か、(救いを求めて)死か」³の選択ではなく、「延命優先か緩和優先か」の選択である。緩和を意図して選択する際に、死が早まることを予想し、許容してはいても、意図してはいない。緩和医療は「意図的に早められた死」としての「安楽死」は排除する。

安楽死を認める論もQOLに注目するとはいえ、「こんなにQOLが低いのなら、死んだほうがましだ」と、生きるに価値する生かどうかを見た上で、死を選択する可能性を主張するだろう。これに対して、緩和医療は「QOLがこんなに低いのなら、なんとしても高めよう」と考える。いずれにしても、QOLという評価の物差しを導入する傾向は、従来の医療が「生命保持＝延命」を至上命令として、ことにあたってきたことへの批判を含んでいる。しかし、両者は、どういう方向にシフトしようというのが違っている。

緩和医療の論理は、意図的に死をもたらすような

行為は認容しない。ただし、緩和を目指す行為が、死期を早めるという副作用を伴っていることが予想される場合、死期が早まることをやむをえないこととして許容しはする。ここからは当然、死期が極端に早まって見かけ上は積極的安楽死と区別できないような場合はどうなるのか、といった問題がでてくる。または、死によってしか緩和できない問題があるとしたらどうか、という問題も残る。

これに加えて、ことに治療中止をめぐる「緩和優先」という原則ではおおいきれない局面が広がってくるように思われる。たとえば生命維持を始めないこと・中止することについては、緩和優先という理由で説明できる場合も確かにある。死が迫ってきている癌の患者に対して、人工的な栄養補給（IVH：中心静脈栄養）はかえって患者の身体状況を悪くし、苦痛を増すという見解が専門医の間では相当共通の見解となってきている。下手に栄養補給しないほうが、本人は楽に過ごせるというのである⁴。こういう場合、栄養補給という仕方の生命維持をしない（始めない・やめる）ことには、患者にとってQOLが高まるという利益があるという理由が付き、緩和優先という原則に従った選択ということになる。

だが、生命維持の中止には、それが「徒な延命治療に過ぎない」という理由による場合もある⁵。「今行っている延命（を目的とした）治療は、延ばされた生を患者が有効に生きるといえるようにはなっておらず、徒に生を延ばしているだけだ」と思われる場合、それは「徒な延命として、中止が求められる。この場合、中止することには、患者のQOLを高めるといった積極的效果はなく、「続行がもたらす害を避ける」という消極的效果があるのみだ。つまり、「徒に延ばしているだけ」だからそれを中止するということの結果は「〈徒〉さが緩和される」というようなことではなく「延ばさない＝短くなるに任せる」ということに過ぎず、つまりここでは生の長さが観点となっているように見えもする。だ

² WHO, *Cancer pain relief and palliative care* (WHO Technical Report Series No.804),1990: 世界保健機関編 武田文和訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』（金原出版、一九九三）

³ 朝日新聞 2001年8月26日号以下（9月5日等）で、同種の問題を取り上げた際に、提示された枠組み。

⁴ 栄養補給等の支持療法をどこまで絞るか、全くやめるのか、ということについては、現在、医学的研究が進行中である。なお、本誌30-34頁の清藤・岡部論文参照。

⁵ リン & チルドレスは、生命維持を中止する理由として、futile treatment, no possibility of benefit, disproportional burdenを挙げている。「徒な」は後二者に相当するであろう。Lynn, J. and Childress, J., Must Patient Always Be Given Food and Water? *Hastings Cent Rep* 13(1983):17-21.

が、そう見えるのは、続行するか中止するかを選択が求められている時点にだけ絞って考えるからであって、一人の患者の経過を辿ってみれば、ここでも緩和優先の考え方が適用されている、とひとまずは説明できよう。つまり、今中止が検討されているということは、どこかの時点で開始したのであり、その時点ではその治療は「徒な延命治療」ではなかった。延命効果もあっただろうが、またQOLを高めるという緩和の効果も伴っていた、あるいは患者の身体状況がまだ良く、延びたいのちの時を有意義に過ごせたからこそ、それが選択されたのである。しかし、時の経過とともに身体状態が下降してきて、もはやQOLを保つことはできず、ただ延命するだけのものとなってしまった—だから中止するのである。この意味で「緩和の伴わない延命は始めない」もまた、緩和優先の原則から帰結することである。

ところで、医療者は「始めない」ことにはあまり抵抗がない。それは「延ばすことをしない」としても「縮める」とは思われないからだろう。だが、医療者は「やめる」ことには相当な抵抗を感じる。続けていけば延びたであろうのちが、やめることによって「縮まる」と見えるからだ。

もう少し細かく言えば、〈やめる〉といっても、それは医療者にとっては一様ではない。栄養補給を〈やめる〉とは、ある日点滴のパックの当日分が終わりになって、空のパックを外すということがあった後—ここまではこれまでの日々と変わらない—やがて次のこれまでなら新しいパックを患者の身体に付いているチューブに接続する時間になっても、そういう作業を〈しない〉ということである（その後、患者の身体についている点滴用のルートを外すという作業があるが、それは中止そのものと

は違う）。透析を中止するというのも同様に、これまで何日に一回かしていた透析を、これからは〈しない〉ということである。医療者の作業としては〈やめる〉という具体的作業があるのではなく、次の、続行していたならばやることになったであろう時間になっても〈始めない〉ということがある—否、〈始める〉ことをしない、のである。とはいえ、医療者は、これまで繰り返してきたことをもう繰り返さないということへの抵抗を感じはする。

これに対して人工呼吸器を〈やめる〉ことは、結局〈スイッチを切る〉〈外す〉（その前に〈酸素濃度を下げる〉といった漸近のプロセスを辿るかもしれないが）等々の、具体的で積極的な作業から成り立っている⁶。こうした場合が、〈やめる〉の典型的なケースであり、それが直近の死につながる場合、医療者は相当の抵抗を感じる（日本ではできないと考える医師が多い）。

抵抗感とはもかく、論理的にいつて〈やめる〉行為は〈縮める〉行為であるか？もしそうなら、それは意図的に死期を早める行為として、安楽死に分類されるのではないか？いや、分類はどうでもいいが、安楽死は排除するが、中止は認めるという論理には不整合なところがあることになりはしないか。あるいは〈やめる〉のは〈延ばすことをしない〉ではあっても〈縮める〉ではない、と言えるだろうか。

私の現在の主張は、〈延ばすことをしない〉と〈縮める〉とを区別し、結果として死期が早まる延命中止を積極的安楽死から区別するものである。死なないように支えてきたのをやめることは、自力でまだ生き続けられるのを押さえ込むこととは違う、ということである。だが、このことに更に立ち入るまえに、緩和医療的医療観に伴っている〈いのち〉理解について考えておこう。

2 QOLが伴う〈いのち〉概念

厳しい状況に置かれたいのちを少しでも長く延ばそうと働く医療の論理に対して、延びたいのちの質を問うということ、〈生命の質〉(QOL)という観点が導入されたということは、(一般に思われているように)生命の「長さ」という価値に加えて「質」という価値が加わったということではない。そうではなく、長さを主要な尺度とみて「延命」を至上命

令であるかのように医療が働いてきた時に見てきた〈いのち1〉に対して、「質もまた大事だ」と指摘された時に、〈いのち1〉の質に光があてられたのではなく、別の概念である〈いのち2〉が導入されたと見るべきである。緩和医療が代表するような医療目標の設定は、〈いのち〉概念の変更を促すものでもあったというべきだろう—このことを提示

⁶ 人工呼吸器の場合も、患者の状況によっては四六時中着けているわけではないようで、そういう場合は、〈やめる〉は、一旦外した後で、「再装着しない」ということになる。

したい。

【ケース2】

緩和ケアを受けている患者Aには血液異常が見つかった。この異常を補正すべく医学的介入をするべきかどうか。医療チームはこの血液異常がAのQOLにどのように影響しているか、またこれに介入することによって、QOLがどれほど改善されるか、さらには、介入する治療自体がAのQOLにどれほど影響するかを調べた上で、メリット・デメリット全体を見て、介入しないほうが良いと判断した。⁷

生命の保持こそ医療の務めだと考える時に考えられている〈いのち1〉にも質を指摘することができる。それはここでいう「異常」―「正常」と言うときに言及されているものである。生物としての人体を調べて分かる質である。

QOLはこれに対して、本人に意識があれば意識するであろう「自覚症状」であり、本人がどれほどいろいろなことができ、選択の幅があり、快適であり、居心地がよいか、等々を含んでいる。それは、立ち居振る舞いの機能、疼痛、不安感等の要素も含むが、また、例えば、治療のために点滴をすることは、その点滴に要する時間の間本人を束縛する、また、集中治療室に移すことは本人の家族と過ごす環境を奪うといったことをも含んでいる。こうして、医療現場で意識され、アセスメントの試みがさまざまになされるようになったQOL概念は、「人がどれほどのことができるか、選択の幅がどれほど広がっているか、どれほど自由であるか」を実際に尺度としており、また、このような尺度と理解すべきである、と私は主張してきた⁸ ―これはアマーティア・センの capability にほぼ対応した概念といえよう⁹。

このように人の生を見る尺度であるQOLの「L = life」は、人の生全体であり、これを〈いのち2〉と呼び分けておこう。延命に注目する際の、命＝〈いのち1〉にも質があったように、〈いのち2〉にも長さがある。選択の幅が広がっており、いろいろなことをするチャンスがあるほうが質が高いと評

価される〈いのち〉であるからには、実際に選択をし、いろいろなことをするための長さが伴っている必要がある。ただし、それは年数、日数という単位で測られるものではなく、「もういい」「まだまだ」と評価される―本人（ないし周囲）が評価する―長さである。そして、人のできることには限りがあり、それを越えたことができないからといってQOLが低いとは認められないように、人のいのちはいつか必ず終わりを迎え、それも百歳まで生きるとは稀であるほどの長さであり、個人差があることは仕方ない、といったことを考え合わせれば、いつまでも「まだまだ」と言っているわけにはいかず、どこかで「もういい」と見切らざるを得ないものである。

〈いのち1〉は、個々人の他の諸生物と共通した生命体としてのはじめから終わりに至る、「生物学的 (biological)」な生命―いわば *vita biologica* ―のことである。―こう規定することによって、同じ生命理解でも、私たちが個体と把握しているものを、例えば細胞レベルの生命の連続体から区別している。後者は、個々の細胞としていえば短時間で生成し、消滅していくものだが、連続体として見れば、地球上に生命が誕生してから数億ないし数十億年間生き続けているのであり、あるヒト個体の死は、その生命の連続体の一つの枝が消滅するというに過ぎないと見られるだろう。これに対して、〈いのち2〉は、個々人の来し方・行く末を〈人生〉として見、何をしてき、今何ができ、これからどうしようとするか、といった言説で記述されるようなものであり、いわば「伝記的 (biographical)」な生― *vita biographica* ―である。

〈いのち2〉は〈いのち1〉と区別されるとはいえ、これを基盤とし、これの制約を受ける。そうであればこそ、人間の生全体を視野に入れて〈いのち2〉をできる限りよくすることを目指す緩和医療においても、医学的に働きかけるのは、〈いのち1〉に対してである（もちろん、緩和医療ないしケアにおいて「医学的」ではない様々な働きかけが〈いのち2〉に対して直接的になされもするが）。疼痛をもたらしている根本原因である癌性腫瘍を除去するという働きかけではないにせよ、疼痛が結果する

⁷ Jose Pereira & Eduardo Bruera, *The Edmonton Aid to Palliative Care*, Edmonton AB, 1997 / 石谷邦彦監訳 『エドモントン緩和ケアマニュアル』(先端医学社 1999) 第1章参照。

⁸ 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』1997、『医療現場に臨む哲学 II ことばに与る私たち』2000

⁹ 清水 2000、小林睦「残された生の決め方―QOL評価の諸問題」(モラリア8、2001 :21-39)、Nussbaum, Martha C. and Sen, Amartya, eds., *The Quality of Life*, Clarendon, Oxford, 1993.

メカニズムについての知見に基づき、疼痛が起るプロセスのどこかを断ち切るという仕方で、疼痛を感じなくさせようとする——この時、医学は〈いのち1〉に働きかけている。また、「そのような介入は余命を短縮する怖れがある」と判断する際にも、そこで「短縮される」のは〈いのち1〉であって、〈いのち2〉ではない。だが、その情報は、〈いのち2〉の長さについての評価を促す——「もういいや」なのか「まだまだ」なのか、と¹⁰。このように見ると、〈いのち2〉と〈いのち1〉の関係は、心一身の関係と比例的なところがあるように思われるが、ここではそれには立ち入らない。

ここから〈延命をしない〉ことと〈縮める〉こととの差の如何について、先に問題にしたことを振り返って見よう。私が問題にしかけたのは、決して〈死なせること/killng〉と〈死ぬに任せること/letting die〉こととの倫理的違いについての言い古されたテーマではない。これについてであれば、双方とも「死を意図した」のであれば差はない、と私は言うだろう。これに対して、目下の問題は「徒な延命治療に過ぎないという理由でこれをやめることには、死なせる意図が伴っていることになるか」であった。

また、私が問題にしかけたのは、生命維持を〈始

めないこと/withholding〉と〈中止すること/withdrawing〉というテーマでもない——これについても一般的に両者の間に倫理的差をつけることはできない、と私は言う。例えば、ある場合〈中止〉にはQOLを高めるという積極的効果が伴っていることもある（場合によってはさらにかえって延命になることすらあるかもしれない）のである。私がここで問うているのは、そうではなく、徒な延命に過ぎないという理由による場合、治療を始めないにせよ中止するにせよ、そこには死なせる意図があることになるか、という問題である。

いずれにせよ、〈いのち2〉の長さについての、「もういい」という理解がある。終わりになることの了解という点で両者は変わらないのかもしれない。だが、それを〈いのち1〉に否定的に働きかけることによって実現するのかがどうかが違う。それは〈いのち1〉が残している余力を奪い去ることと、〈いのち1〉自体の長さを延ばそうと支えてきたその支えを外して、〈いのち1〉自体がその余力に応じて、あるいは余力がないゆえに、そう遠くない時点で終わることを許容することとの違いである。

以上の点を、少し別の医療現場に身をおいて、検討し続けよう。

3 積極的治療の限界 ——救急医療、高齢者医療の現場で

生命維持等の治療の不開始・中止の問題といっても、末期癌のような、どのみち近い将来の死が免れ得ないという条件の下でのものと、将来の快復の見込みがないわけではないという条件の下でのものでは、状況が違う。ここでは後者のような現場に向かってみる。

【ケース3】

患者Cはある種の発作を起こして、意識のない状態で救急センターに運ばれてきた。救命治療を開始、人工呼吸器を装着する等の対応をした。調べてみると脳に相当のダメージがあって、意識が回復する望みはほとんどない状態であった。自発呼吸もなくなってきており、人工呼吸器は是非必要な生命維持の手

だてであった。加えて、これ以上の悪化を防ぐため、いくつかの薬剤の投与をつづけた。

家族は、かつてCが植物状態になってまで活かされ続けるような状態にはなりたくないと言っていたことを思い起こし、こういう状態を続行することに納得できないものを感じた。だが、医療側は、ここで人工呼吸器を外す等のCの死に直結する行為をすることは倫理的に許されないと考えている。では何のための治療をしているのかと家族が問うと「今していることは治療ではなく現状維持である」と答えが返ってきた。

同様の状態が長引くにつれ、家族はCに対して徒な延命治療がされているという思いを

¹⁰ いのち1と2の間のこうした関係に、生物学的医学を人間全体を視野に入れる医療の中でどう位置づけるか、という問題の起源がある。

強くし、できるものなら生命維持を止めて欲しいと思うようになっている。

実は、ここで医療が目指していることは決して「単なる現状維持」ではない。確かに、ケース3のような場合に医療にできることは「現状維持」に過ぎないかもしれない。だが、なぜ維持するのか——維持しつつ、生命体自体が回復してくるかもしれないとして、いわゆる生命力に行方を委ねているということなのである。望みが薄いからといって呼吸器を外したら、死は必至である。それでは生命体自体が回復力を発揮するチャンスを奪うことになる。

〈いのち2〉を支えるものとしての〈いのち1〉というあり方がここでは前面に出てくる。〈いのち2〉についてどう看做すかに基づいて〈いのち1〉について勝手に見切ることが許されないと考えている。だが、万一快復したとして、どこまで快復し、将来どの程度の〈いのち2〉が可能であろうか。それでも、そこで最低限の人間らしい生活の望みが皆無でなければ、維持する努力を今しようとして医療者は直観的に考える。要するに〈いのち1〉を維持し、その回復力に期待することによって、〈いのち2〉の可能性を狭めないようにしている、とすることができるだろう。

とはいえ、医師は、今後自発呼吸が出てきて人工呼吸器を外すことができたとして、その後また人工呼吸器を着ける必要が生じるという局面になった場合には、(患者の意思についての理に適った推定を伴う家族の意思があればという条件付きで)着けないという選択があり得ると考える傾向がある(この状況でも「始めない」と「止める」との差が効いている)。つまり、そういう局面になったならば、〈いのち2〉についての見解に基づいて、〈いのち1〉を保とうとはしない選択があり得ると思っている。

【ケース4】

発作を起こして意識不明となった患者が救急センターに運ばれてきた。90歳の高齢であった。広範囲に亘って臓器が相当悪化した状態になっていた。緊急手術をして悪化した部分を切除することが考えられるが、これによって助かる確率はごくわずかである。助かったとしてもその後長期間のつらい時期が続く入院加療が必要であり、その後も相当不便な生活となるであろう。だが、手術をしなけれ

ば、せいぜい保ったとして数日後の死が必至である。年齢を考えると、そこまでして積極的治療をすることにどれだけのメリットがあるだろうか。医師は家族に事情を説明して、選択の検討を頼んだ。

この種のケースについて、ある年齢(88歳とか90歳とか)を定めて、それを越える場合はかくかくの処置はしないというようなことにしているところもある。だが、それに対しては、高齢者の場合個人差が大きく、年齢を基準にして区別するのはまざいと考える人が多い(病院として年齢を物差しにせざるをえない事情は理解できるとしても)。では、何を基準にして区別するだろうか。

右と同じようなケースであっても、患者の年齢がもっとずっと若い場合、医師は積極的治療を試みるほうに傾く。なんとか回復すれば、その後の相当期間の生存が可能であり、その間身体機能がたとえ著しく低下した状態ですごすことになったとしても、それなりの人生が可能だと考えるからだ。これに対して、ケース4において、積極的治療を選択しない可能性があるのは、今後のつらい時期を忍ぶというコストを払って得られる余生の質と量が、そのコストに見合うだけのものではないと推測されるからであろう。だが、そういう推測はあくまでも推測にすぎない。

こうした推測の根拠は、患者本人の現状についての判断におかれる。そこで見る人は、あるいは本人も、今その人が人生のどのような時期にあるかを見ているのではないか。「そろそろ人生の暮れだ」とみているか、「まだまだ元気だ」と見ているか、あるいは「これからという時」と見ているか、である。つまり、人の一生についての一定のパターンを前提し、そのパターンを個人のこれまでの生涯にあてはめ、今の位置を決めるということがあって、「本人も思い残すことはないでしょう」とか「これからという時に、このようなことになってさぞかしご無念でしょう」というような言葉が出てくる。個人についての物語りを作りつつ、あるいは皆でその物語りの筋を確認しつつ、本人の〈可能性〉を考えている。だから、一般化して考える場合も、「何歳になったらもうかくかくの治療はしない」は不適切であるとしても、「高齢になった人は、程度の差はあっても、人生の終わりに近づいている」と、人生全体をひとつの物語りとしながら、その中で位置づけをすることはあり得る。

「治る可能性がある以上はやる」とは言い切れない要素が、このようにして現れて来る。

ケース4で積極的治療をしない道を選んだとする。それは、それをしていればもう少し生きたかもしれないという可能性を放棄していることではある。だが、手術を選んだ結果、苦しみが続いた挙句、効なく亡くなるという危険を回避はしている。

家族は「もし、あちらを選んでいれば」という思いを後になってするかもしれないが、それでも選ばなければならない。——そこで選ぶのは、患者についての物語りを選ぶことに他ならない。

では、ここで積極的治療をしない選択は、果たして死を選択したことになるだろうか？

4 私についての物語りの主題としての〈いのち2〉

これまでの考察を念頭に置きつつ、〈いのち2〉について考えを進めよう。すでにこれを、vita biologica から区別して、vita biographica として時空間に延長したものと見たのだが、その時空間は私たちがつくる物語りの空間に他ならないと言うことができよう。そこでは、患者の生の物語りは、家族それぞれの生の物語りと交叉し、さらにその他の人々の生の物語りと絡みあいつつ、一つの〈物語られるいのち—vita biographica〉を構成している。それらの個体的生は互いに浸透しあって共存している。

生物学的な生命もまた他の生命体と関わり、ある意味で一つの生命体全体を構成しているのではあるが、個体としての一つの vita biologica は他の個体的生から相対的に独立にある。だから、一つの生が死にいたっても、他の生はとくに影響を受けることなく、生き続ける。

だが、〈物語られるいのち〉にあっては、一つの生が終わりを迎えることは、それと深く絡み合い、浸透しあっている他の生の物語りに大いに影響することになる。私たちは私と仲間の物語りを聞きつつ、また選び、作りつつ、vita biographica を生きている。

本人が自分の生と置かれた状況をどう理解し、どう意味付けるかということ——それもまた、QOLの構成要素の一つと考えられているものだが、それはまさしく物語りの選択に関わるものである。「もうこうなったら生きている意味がない／尊厳が失われている」と、私が考えるとする——それは、「人はこうなったら生きている意味がない」と考えることなしには成り立たず、したがって「こうなった」状態で生きている他者の物語りに影響し、その他者の生を否定するものともなる。だが、こう考える私のその価値観は改訂の余地がないものだろうか。私

の生の意味を考え直すことによって、いわば私の生についての私の枠組みを脱構築することによって、私は私の生について新たに把握し、意味あるものとして把握するようになるかもしれない。それは他者の生の意味についての把握し直しでもある。——こうした、「価値観の変容」と呼ばれる変化を通して、少なからぬ人が厳しい状況の中で生き続ける気持ちを取り戻す。

一元気な時は「こういう状態になったら私は尊厳を失う」と思っていた状況になって、その状況を見直し、そこに置かれた私の生を肯定するとき、人はこれまでとは別の自分の生の世界における位置付けをしている。世界についての新しい物語りを語り出している。—「まだまだ足りない」と言う時、人は自分の来し方全体をひとつの物語りとして把握し、その物語りの延長上に行く末についてかくあらねばならぬと思っている。人の中でまだまだ物語りは完結しないのである。—「もう十分だ」と言う時、人は自らの物語りをもうすぐ終わるもの、大団円に近づきつつあるものとして語るができるようになっていく。

物語られるいのちにおいては、死もまた他者と絡み合う物語りである。農村地帯で在宅ホスピスを実行しているある医師は、患者たちと死について語る時、「死ぬ」ではなく、「あっちゃさ行く」を使わないと、話が進まないと言う¹¹。「死ぬ」が描くイメージは、身体が不可逆的に動かなくなり（心臓がとまり、息がとまり）、変質し始めるというような、生物学的生命の終わりを示すことともなるだろう。これに対して、「あっちへ行く」は、自分が今生きている仲間から離れて、かつて共に生きた仲間の仲間入りをするということであり、まさに人生の物語り空間にある語である。断っておくが、「あ

¹¹ 仙台市近郊で在宅ホスピスを展開している岡部健氏による。なお次の報告も参照。清藤大輔、板橋政子、岡部健「仙台近郊圏における「お迎え」現象の示唆するもの——在宅ホスピス実践の場から」（緩和医療学4-1（2002）：43-50

ちへ行く」と言うからといって、必ずしも死後の世界における生を前提しているわけではない。あの世が実在するかどうかについては懐疑的な答えをする人々も、問題なくこの語を使っているようだ。「あっちへ行く」の実質は「死者の列に加わる」ということであり、「あっちへ行く」は、死後の世界の仮定なしに成り立つ語のようである¹²——それは「これは白い」を「これには白さがある」と言い換えたからといって「白さ」なるものの実在を主張

するわけではなく、また「私は手を挙げる」と言うからといって、身体を動かす魂という理論を持っているわけではないのと同様であろう。こうして *vita biographica* の終わりとしての死もまた、連続と続く物語りの時空間における、かつて生きた人々やこれから生きるであろう人々をも視野に入れた共同の生、仲間たちと共に語られる物語りの中に位置づけられる。

5 いのちを終わらせる選択？——神経難病の現場で

最後に、生命維持の中止が厳しい問題状況におかれる事例を、ALS という神経難病の現場において、提示したい。

【ケース5】

E氏は、身体の不調を感じて検査を受けた結果、ALSと診断された。自分の身体のあちこちが徐々に動かせなくなっていくことが予測され、それは避けがたい（有効な治療法は現在見出されていない）。遅かれ早かれ自力による呼吸が困難となり、生き続けるためには人工呼吸器が必須となるだろう。だが、呼吸器装着を選んだ場合、さらに筋肉の麻痺が進むと、完全にどこも（臉さえも）自力では動かせなくなり、したがって自己表現ができなくなり、しかも意識は清明なままに、相当期間生き続ける可能性がある。最近では脳波を調べることで、イエス・ノーの区別ができるようになってきているので、そのための機具を使うことができれば、他者との交流も皆無ではなくなるが、困難であることに変わりはない。だが、主治医は「人工呼吸器を装着するかどうかは、患者側の選択によるが、一旦着けたら外すことはできない」という。E氏は、着けてしばらくの間人間的生を続けることと、その後続くかもしれない他者との交流がほとんど不可能な状況を呼吸器を着けたまま耐えること、かつ介護にあたる家族の負担を考え合わせ、どうしたものかと迷っ

ている。

問題は、果たしてこのような疾患の進行の過程において、一旦は人工呼吸器を着けて生を延ばし、ある状況になったら外すという選択は倫理的にできないかにある¹³。これはすでにある程度検討した生命維持の中止の中でも、「徒な延命治療の中止」問題に相当する。ただし、末期癌などの場合は、いずれにしても死が迫っているのに対し、ALSの場合は、(a) 生命維持を続ければ数年の延命もあり得る、(b) こういった身体状況になっても意識はしっかりしている（しっかりしているだけに、ただ生き続け、他者との交流が不可能に近い状態は、本人にとって耐え難い精神的苦痛となる可能性がある）という点が異なっている。また、呼吸器を外すことは直近の死につながるという点で、〈いのちを延ばすことをしない〉意図で外すとしても、それは〈直ちに生を終わらせる〉ことと区別できないという指摘が可能である。

治療中止と死との間隔がある程度離れているとしても、既に指摘したように、「苦しみを長引かせるだけだから、徒な延命を中止する」というのであれば、それは「生を長引かせない＝死を早める」という意図があることになるかという問題がある。——これに対して、私は「長引かせない」と「早める」とは違うと言いかけた。いのち自体はまだ余力を残しているのに、それを終わりへと押しやること（＝早める）と、いのち自体がもう余力をなくし、いわば失速して終わろうとしているのをこれまで無理

¹² 前掲論文参照。

¹³ ALS患者の人工呼吸器を外す可能性をめぐるのは、信州大学医療短期大学部・玉井真理子さん、立岩真也さん、国立療養所中松本病院・植竹日奈さんをはじめとして、私が現在研究分担者となっている厚生科学省難病対策事業の研究費による研究に協力していただいている方たちとの対話を通して受けた批判や示唆に大いに啓発された。ここに謝意を表したい。なお、本報告書にその対話記録が掲載されてもいる。

積極的治療を選ばなかった2事例

星野 彰*

はじめに

救急の現場にいと、一刻も早く積極的治療を施さなければ、生命にかかわるといふ患者と毎日のように出会う。このような場面で医療者は、当然のことながら、まず救命に全力を尽くすが、治療に対する体の反応や、検査の結果によって全身状態の把握が進むにつれて、今後の経過が予想できてくる場合も多い。

人工呼吸器の装着や手術などの、多大な苦痛をともなう積極的治療を行っても、非常に悪い経過に向かうことが予想される場合に、今後の治療の方針をどのようにするか、それを決定するのは誰か、ということは、しばしば我々を悩ませる問題である。

ここではそうしたケースを2例とりあげ、臨床倫理研究会における検討も加えて報告する。

1 事例1

事例1は施設入所中の101才女性である。数年前より寝たきりで意志疎通は困難、今回は下肢が壊死に陥り当院に搬送されてきた。本人の意志確認はきわめて困難だったため、治療法の決定のために医療側と家族が面談を重ねた。治療法の選択肢としては、1)手術によって下肢を切断するか、2)保存的に点滴をしながら経過観察をするか、であったが、下記のような問題点があり選択が困難であった。

1)手術の場合、手術による本人の苦痛はそれほどではないが、手術によるダメージや、壊死しかけている足からの血液の逆流によって、全身状態が急激に悪化し生命が危険な状態に陥る可能性がある。また虚血状態が重度なため、手術を無事に終えても、下肢の状態が改善しない可能性も十分考えられた。

2)保存的治療法の場合、この場合の保存的というのは、100%死を待つという意味ではなくて、人工呼吸や昇圧剤などの延命治療はしないけれど

も、苦痛を伴わない少量の点滴と薬剤を投与しながら鎮痛は充分に行い、本人の快復力にまかせて、もしも快復してくるならそのまま続けるし、快復しないならそのまま、という意味ではあるが、状態が快復する可能性は低いと考えられた。

それぞれの治療法について、予想される結果と、本人の苦痛の関連につき、次のように場合分けしてみた。

- a. 手術を乗り越え、足もよくなる
→ 苦痛は改善
- b. 手術をしても全身状態が改善しない
→ 生命の危機
- c. 手術は乗り越えても、足が壊死
→ 長期に続く軽度の痛み
- d. 手術しないで、足が壊死しミイラ化
→ 長期に続く軽度の痛み

ただしc. d. の場合、後で壊死した膝下を切る手

* 岩手県立北上病院 救急医療科長

術をしなければならぬ可能性が高く、その苦痛は中程度と予想された。理想的な治療は、苦痛の改善の面から言っても a. だが、今回は手術すれば、b. c. のような結果になる可能性が非常に高かった。

以上から、医療側としては医療目標を次のようにおいた。A) 本人の苦痛ができるだけ少ないということ、B) うまくいけば生命を永らえること。

一方、家族の希望は、「いずれにしろ、このまま安らかに往生してくれるのが一番いい」というものであった。

「安らかに」は、医療側の意見と一致するが、「往生」という部分は、医療側の目標とのすり合わせが難しいと感じた。結局、保存的な治療は、苦痛を伴う延命ではないことを説明し、お互いの納得のいく治療法として、最小限の点滴と十分な鎮痛という治療法を行うことで、意見の一致をえた。

この目標の不一致については、後日清水先生から下記のような意見をいただいた。

*家族の意向と医療目標との不一致？

B) について、永らえたとした場合の生の内容についての見込みが伴ってこうおっしゃっているのだと思います。

これが家族の「往生」という意向に沿ってないと必ずしもいえないのではないのでしょうか。

・家族はつらい状況で生き続ける（生き続けさせられる）よりは、安らかに往生したほうがいいと言っているわけですね。だから、本人をなるべくつらくないようにしているうちに、本人の快復力が働いた結果、生き延びるのならば、それは家族の意思に反したわけではないと思います。

・ここで生きながらえることは、往生が少々延びたということ以上の何かではないわけで、この先のそう遠くない未来に「安らかな往生」に至ることができるための、医療的介入をした、ということなのではないのでしょうか。

臨床倫理検討シート（フォーマットA） 事例1

日付 [XX.XX]

0-1 患者プロフィール
 101歳女性、介護施設に入所中。
 1年前より寝たきりで、食事、排泄は全介助。
 会話は、挨拶程度と「はい、いいえ」の意思表示は可能。
 家族は、娘が少し離れたところに住んでいて時々面会している。

I 情報の整理と共有

1A-1 病状の概要

〇月某日、右足が黒く呼吸状態が悪い。と施設から病院へ搬送される。本人は「なんだかいたい」と繰り返すのみで、それ以上の会話はできず。診察すると、右下肢の動脈塞栓で、右膝から下の血流が非常に悪い状態で黒紫になっており、さらに呼吸も速く、血圧も低めで、下肢の壊死（くさること）による全身状態の悪化が認められた。

A 医学的情報と判断	1A-2 治療方針の候補およびそのメリット・デメリット（一般論）	1A-3 社会的視点から
	<p>治療法1. 局所麻酔による血栓除去手術。これは積極的な対処であるが、栄養補給や全身状態の改善をめざす点滴、疼痛コントロールを含む。 メリット：うまくいけば、足の血流が改善し、くさらないかもしれない。 デメリット：手術のダメージによって逆に状態が悪化する可能性もあり。</p> <p>治療法2. 手術せず、生命維持のための点滴をする 疼痛コントロールや、薬剤による、苦痛がなく無理のない範囲での全身状態改善をめざす治療は行う。本人の快復力が働けば、回復する可能性もないわけではない。 メリット：手術のダメージが無いだけ命を長らえられる可能性がある。 デメリット：足はいずれ腐って膝下を切らなければいけなくなる。</p> <p>*医療目標を次のようにおいた A) 本人の苦痛ができるだけ少ないということ、 B) うまくいけば生命を永らえること</p>	<p>101 才、意識混濁があって、生命の危機にあるという患者さんに、どの状態を目標に医療を提供するべきか。ということについて、社会のコンセンサスはあるだろうか。</p>
	1A-4 説明 娘に、状況を説明し、治療のオプションを説明。	
B 患者・家族	1B-3 患者の生活全般に関する特記事項	1B-1 患者の理解と意向 対応能力なし
	寝たきりであるので、下肢を切断しても、生活に大きな変化はない	1B-2 家族の理解と意向 1にしる、2にしる、「このまま安らかに往生してくれるのが一番いい」

II 検討とオリエンテーション

問題点の抽出	2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断 全身状態が著しく悪いので、手術してもしなくても救命できない可能性が高い。医療側も無理には手術をしたくない。 家族も手術や人工呼吸などの治療を希望しないのであれば、最低限必要な点滴と、鎮痛療法をして経過観察するのがよいだろう。	2-2 当事者等の間（2-1, 1A-3, 1B1, 1B2）の一致・不一致 1A-2に記載した医療目標のうち、目標Aは、家族の意向「安らか」に沿っているが、Bは家族のイメージする「往生」には沿っていないかもしれない。 医療者—家族間で意見の不一致があるわけではなく、家族が意見を決められないでいることが合意を妨げている。
対応の検討	2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性） 家族が1, 2いずれにするかを選択できるようになるためには、よりよい理解が必要と思われる。「安らかに往生してほしい」とは言うものの、積極的治療を選択しないことへの心理的抵抗があるとすれば、2の選択が決して患者をわざと死に向かわせるものではないことを説明して理解してもらうことが有効だろう。	2-4 患者側とのコミュニケーションの方針 患者の状態はいずれ悪くなっていく可能性が高いと思われる。家族が後悔したりすることの少ないように、医療側は家族の意向を支持する姿勢を打ち出す。 また、点滴と鎮痛剤投与という治療は、苦痛緩和を積極的に行う治療であり、患者を死に向かわせる治療ではないことを説明する。

Ⅲ 合意を目指すコミュニケーション

対応のプロセス	<p>3-1 患者・家族との話し合い</p> <p>2-1 の内容を家族に伝えて、提案した。 保存的な治療は、苦痛を伴う無理な延命ではないことを説明。</p> <p>最小限の点滴と十分な鎮痛という治療法は、お互いの理想に近いかたちになることを確認し、意見の一致をえた。</p>	3-2 社会面の対応
最終確認	<p>3-3 最終確認・決定</p> <p>医師側の提案に家族も同意し、点滴と鎮痛剤投与で、経過観察をすることになった。</p>	3-4 フォローアップ

2 事例2

事例2は、急性腹膜炎によるショック状態で、救急車で救急外来に搬送されてきた意識不明の患者さんである。全身状態と緊急検査の結果、緊急手術をしなければ救命の可能性はないと判断したが、手術およびその後の集中治療という非常に大きな苦痛をとまなう治療をしても、なお救命できる可能性は非常に低く、もし救命できたとしても、腸管大量切除後の生活は大変つらい毎日を過ごすことになることが予想された。

この事例の場合、医師としては、患者さんの救命のためにできるだけ治療をしないではいけないと思う一方で、大変つらい治療をしても救命の可能性が非常に低いことなどを考えると、手術せずに鎮痛を充分にして、患者家族にゆっくりと最後の時間を過ごして頂くのも一つの選択肢ではないかと考えた。

医療側としてどちらを薦めるという結論を私自身のなかで出せなかったため、家族との合意を得るための場では、手術をするばあい、しない場合についての予想される経過とそれぞれに対する私の考えは述べたが、どちらの選択をされるかの最終決断は家族に託した。

その結果、家族は充分な鎮痛療法を前提に経過観

察という治療法を選択され、医療側はそれを支持した。

このような救急の場での治療法の決定においては、がんなどのゆっくりした病気と違って、いくつかの特殊性があると考えている。一つは、本人の意志が確認できない場合があるということと、さらに、そのような場合に説明をうけ判断をしなければいけない家族も突然の危機に接して混乱状態にあること、また状態が刻々と変化していくため、医療側も家族側もゆっくり落ちついて考える時間も無いということ。などである。

また医療側にとっても、患者さんが搬送されてきた時点では全力を尽くして救命のための治療を行なうが、時間経過とともに、経験上その後の経過が悪い方向へ向かうことが予想できる場合、治療を手控えてもよいかどうか、それはどの時点か、それを決めるのは誰かということは、常に我々を悩ませる問題である。

臨床倫理検討シート（フォーマットA） 事例2

日付 [XX. XX]

0-1 患者プロフィール 85歳女性、娘夫婦と暮らしている。身の回りのことは自分でしていた。		
I 情報の整理と共有		
A 医学的 情報 と 判断	1A-1 病状の概要 ○月○日16時、突然に発症した激烈な腹痛と意識障害を愁訴に、救急センターに救急車で来院 来院時血圧70/50、脈拍150不整、呼吸促迫、意識はもうろう状態で意志疎通は困難。腹部は筋 性防御著明。 血液検査で白血球数500、血小板数3万、pH 6.8、BE - 12、CTその他で腸管の大量虚血をうた がう。 以上から、上腸間膜血栓症による重篤な敗血症性ショックと診断。 集中治療室に搬送。	
	1A-2 治療方針の候補およびそのメリット・デメリット（一般論） <u>候補1. 緊急手術（腸管大量切除、人工肛門作成）をおこなう</u> メリット）救命の可能性が、わずかだがある デメリット） ・全身状態が著しく不良なため、手術中死亡の可能性あり ・手術を乗り切っても、手術後は長期にわたる人工呼吸などの集中治療が必要 になる可能性が高く、それでも救命率は低いと予想された。 ・救命できたとしても、腸管大量切除の後は下痢と栄養障害に悩む可能性が高 い。 <u>候補2. 点滴と鎮痛剤で経過観察</u> メリット）患者自身の苦痛は緩和される。 デメリット）救命の可能性がほぼゼロ	1A-3 社会的視点から 経費の面だけから見ると、手術を行った場合、手術および術後の集中治療のため、多大な人的物的資源と何百万円という経費がかかることは予想された。
	1A-4 説明 家族に上記候補1. 2. について説明し、本人の意志が確認できないので、家族と医療側で相談のうえ、治療方針を決定しましょうという方向を提案する。	
	B 患者・家族の意思と生活	
1B-3 患者の生活全般に関する特記事項 手術を行えば、その後の集中治療は必須で、これもまた本人には多大な苦痛が伴う。しかもその結果、救命の可能性が低い。さらに何ヶ月かの闘病のすえ退院したとしてもその後の生活は非常に大変であることが予想された。 一方、手術を行わなければ、救命の可能性はほぼない。	1B-1 患者の理解と意向 患者本人は、全身状態が急激に悪くなったため、意志の疎通はほとんど不可能。 1B-2 家族の理解と意向 初めに救急センターに来たときには動転していたが、話を繰り返すことによって、説明に対する理解は得られ、候補1か2かで悩むようになった。	

II 検討とオリエンテーション

<p>問題点の抽出</p>	<p>2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急センターの医療関係者からは、救命の可能性が少しでもあるなら、手術を行うべきだという意見もあった。 主治医は、個人的には、手術とその後の集中治療という、多大な苦痛を伴う治療をおこなっても救命の可能性が低いこと、さらに救命しえてもその後の生活が大変であることを想像し、積極的には手術治療は勧めなかった。一方で、手術しなければ一両日中の死を免れないことも予想されたため、候補1、2. についての優先順位をつけられなかった。 	<p>2-2 当事者間（2-1, 1B1, 1B2）の一致・不一致</p> <p>家族も揺れていた。</p> <p>医療者一大家族間で不一致があるわけではないが、まだ選択ができない状況にある。</p>
<p>対応の検討</p>	<p>2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）</p> <p>家族が1と2のどちらにするかを決断しなければならぬ。</p> <p>医療者としては、ここでは、家族が決断できるように支援することを検討する。</p>	<p>2-4 患者側とのコミュニケーションの方針</p> <p>2-1のごとく主治医が考えているため、現在の状態と予想される結果のみを伝え、主治医がわとしては最終判断を家族に預けるという方針を、家族に伝える。</p> <p>主治医がわとしては、家族がどちらの判断をしたとしてもそれを支持し、手術をする場合は何としても救命する方向で、また手術しないというときには患者の苦痛をとるということに、それぞれ全力をつくす意向であることを説明する。</p>

III 合意を目指すコミュニケーション

<p>対応のプロセス</p>	<p>3-1 患者・家族との話し合い</p> <p>非常にデリケートな問題ではあるが、手術をするという選択をする場合にはできるだけ早い段階での手術が望まれたため、短時間で数回の話し合いをもち、繰り返し説明と相談をおこなった。</p>	<p>3-2 社会面の対応</p>
<p>最終確認</p>	<p>3-3 最終確認・決定</p> <p>家族が、手術せず経過観察をすることを希望し、主治医はこれを支持した。</p>	<p>3-4 フォローアップ留意事項</p> <p>患者には疼痛管理を十分に行う。つらい意志決定をした家族を支持する。</p>

おわりに

以上、結局積極的医療を選択しなかったケースを2例報告した。救急医療の現場は、常に迅速な決断を医療者にも患者・家族にも強いるところである。個別の緊迫した事例に適切に対処するためには、医療者は検討すべき諸条件を枚挙し、適切なプロセスで迅速に検討できる能力を養っておく必要がある。そこで、今回提示したような事例を後から検証して是非を自覚することが、次の機会の、より適切な判断と、患者・家族への対応につながると考えている。臨床倫理研究会のメーリングリスト上で、また研究会席上で検討していただいたが、なお、皆様からのご助言をいただければ幸いである。

星野報告をめぐって——臨床倫理研究会より(1)

本誌11-16頁に掲載の、星野医師による報告中の事例1については、本研究会メーリングリスト上や研究集会席上に検討されました。そこで出た発言の一部をここに紹介します(Hは星野医師の応答です)。

—:手術をする場合のデメリットに、かえて状態が悪化する可能性とありますが、もう少し説明していただけませんか?

H:手術そのものにはそれほどの苦痛は伴いませんが、血流が再開すると、虚血状態に陥って壊死しかけていた組織から、色々な悪い物質が体内に戻ってきて、全身状態が急激に悪化し生命が危険な状態に陥る可能性があります。また虚血状態が高度なため、手術を無事に終えても、下肢の状態が改善しない可能性も十分考えられました。

—:手術をしない場合(治療法2)について、「栄養・水分補給だけはする」とおっしゃっていますが、この補給の目標は何ですか?「延命」だとすると変ではないでしょうか?

H:治療法2は…本人の回復力にまかせて、もし回復してくるならそのまま続けるし、回復しないならそのまま、という意味合いです。

家族の意向に沿えば、治療法3として、「痛みだけ取って、点滴しない」という方法もあったかもしれませんが。このかたは、来院時には水分も摂れない状態でしたから、点滴しなければ1日2日のうちにお別れしなければなら

ない状況でしたが、私はその方法は提示しませんでした。

—:このお答えは、とても大事な論点のように思われます。3ではなく2をおっしゃるような意図で選択するという先生のセンスに同意します。栄養補給は単に延命目的ではなく、快復力が働く余地をつくるということなんですね。

—:「このまま安らかに往生してくれるのが…」という家族の言いたいことは、分かるといえば分かるのですが、ややひっかからないわけではありません。あまりやっかいなことになるのは、本人もつらいだろうし、周りもしんどい、ということでしょうか、なんとなく周囲の者の都合が核となっているような…。「このまま」に私は引っかかっているのかな。

H:私は、このコメントにひっかかって、非常にとまどいました。背景として、コミュニケーションも十分にとれないかただったこと、長く家族と離れて施設にいたこと、101歳という年齢に対する家族の感じ方—そのような要因が、この家族の意向として「このまま安らかに」という言葉に表れたということでしょうか。

—:結局、星野先生が挙げた選択肢は次の3つになります:

- (1) 血栓に対処する手術+
- (2) 痛み等の症状コントロール+
- 身体状況の悪化を防ぐ投薬主体の対応+栄養補給
- (3)(2) - 栄養補給

・(3)の可能性について、もう少し積

極的な意見もできました。

・(2)で行った場合等、いずれ「壊死した膝下を切る手術をしなければならぬ可能性が高い」と言っておられる点について、

「ここで(1)ではなく、(2)を選択したのに、先に行って全身麻酔を伴うような手術をするのか」という疑義がありました。

H:疑義にだけお答えすると、来院時にはすでに全身状態が非常に悪くて、血栓除去手術(軽い手術)でさえ非常に危険なでしたが、回復すれば、のちに安全に下肢切断手術(中程度の手術)を行える可能性はありました。

—:星野先生、このケースのその後の経過についてよろしければ、お時間ができましたら、書き込んでくださいませんか。

H:その後、この患者さんは、必要最小限の点滴と抗血栓薬の投与のみを受けた状態で3日間、生死の淵をさまよったのち、(私の感覚からすると奇跡的に)ゆっくりと回復へと向かわれました。1週間目で食事を少しづつ摂れるようになり、2週間目から意志の疎通も少しだけ可能になり、(足は膝から下がゆっくりと壊死におちいり乾燥していく方向で、いずれ手術が必要になる可能性が高いのですが)、3週目には施設に帰られました。

結果が良かったから、どうこうという話にはしたくないのですが、患者さんが元気に帰られたということで、私どもも正直いってほっとしました。

以上、ご報告します。

*高齢ということをめぐる 臨床倫理研究会より (2)

[以下は、星野報告事例1をめぐる出された発言ですが、事例2や次頁以下の佐藤報告にも共通した検討のポイントです。]

—:101才だから、という理由が選択に響いてますか？

—:確かに、もし同じような状況でも、もっと若かったら、積極的治療に傾くのではないのでしょうか。

—:とはいえ、何歳だからという理由ではないのではないのでしょうか。むしろ本人の利益をどう理解するかに基づいているのでは？

血栓問題をどう解決できても、それ自体は本人のQOLのこれ以上の低下を防ぐことにはなっても、上向きにするということにはならない、ということになるのではないですか。

その場合、血栓という〈身体的異常〉自体を取り去ろうが、血栓に起因する〈諸症状〉のコントロール(=緩和的対応)をしようが、本人の利益には変りない。そうであれば、リスクの高い手術のもたらすかもしれない害が、それを避ける理由となるでしょう。

—:「高齢だから」という理由で、積極的な治療をしないというのは適切ではないだろう。むしろ「高齢だから」

という理由が臨床の場に出てくるのは、現実の患者の衰え方等々を見ながら、いわば「この人の場合は高齢だからという理由があてはまるな」と考えているわけで、そうであれば、どういう状況の患者の場合に、「高齢だから」という理由で積極的治療をしない方向に傾くかを考え、その状況をもっと明確にするべきではないか。つまり、「高齢だから」という理由の元になっているような理由というか、判断の分かれ目になっている基準をはっきりさせよう——今後の課題の提案——ということです。

H:今までこのような場面で、判断基準として考えたことをふりかえてみると、本人の意志はもちろんです。本人が意志をはっきり表明できない場合、本人の本来の意識のレベル、今までの生活の状況、家族の考え感じかた、治療によるリスク、回復したときに残るかもしれない障害など、うまく整理できませんが、とにかくたくさん要素を天秤にかけながら、判断してきたように思います。

—:医療目標をどこに置くかという点についての検討が肝要であるように思います。このケースの場合というよりは、「高齢で、かくかくの状態にあっ

て、今後死に至るまで最もうまくいってかくかくの状態経過することが見込まれる」人について、というように、タイプをある範囲で限定し、かつ、

・今後のQOLが全体として最も高くなるように、

という点は変わらないとしても、加えて、医学的介入の限界というか、それを越える〈自然〉の経過に委ねるとでもいうような対応を言葉で明確に提示することです。

これは、星野さんご自身も

「100%死を待つだけという意味ではなくて、人工呼吸や昇圧剤などの高度?の治療法はしないけれども、苦痛を伴わない少量の点滴と薬剤で、本人の快復力にまかせて、もしも快復してくるならそのまま続けるし、快復しないならそのまま。という意味合いです。」

とおっしゃっていることにほかなりません。

この対応が、もっとドライな考え方だと、本人の利益になるという医学的保証がない(とくに利益になるとは思われない)場合に、治療中止とか、治療不開始になるところだと思われまして、ここのところ私は大いに関心をよせております。

高齢者の終末期に関する諸問題 ——人工栄養（経管栄養）について——

佐藤 伸彦*

はじめに

高齢者医療は多くの問題を抱えています。

「人はいつか必ず死ぬ」「人は必ず年老いる」という明らかな事実と「医学・医療技術の進歩により救命・延命が以前とは比べものにならないほど可能になった」という現実が、複雑に絡み合い多くの問題を生みだしています。

高齢者とは何歳からか、「65歳ならまだまだ、90歳ならもういい」という勘定ができるのか。

高齢者の場合終末期は「ここから」、と線引きできるのか。

持続性植物状態や痴呆症の患者の自己決定権・代理決定権をどう考えるか。

人工的な水分・栄養補給は必ず必要なのか。

検査はどこまですればいいのか。

在宅、病院、施設間で同じ病態でも対処に違いがあるのか、あるとすればそれは何に起因するのか。

ざっと思いっただけでもこれだけの事があります。どれ1つを取っても重要な問題です。私達は今までこの問題を無意識に避け、医療側と患者側の「阿吽（あうん）」の呼吸の中で処理してきたような気がします。

高齢化社会を向かえつつある現在、これらのことを反省する時期に来ているのではないのでしょうか。

医療の場は決定の連続です。患者の治療、介護何を取っても決断・選択の繰返しです。物の良し悪しのはっきりしている事はいいのですが、高齢者医療の問題はその良し悪しがはっきりしない、決定の拠

(よりどころ)となるもの(倫理)が存在しない問題が多く、それに決定を下していかなければならないというところにその難しさがあるのだと思います。

今回は、特に「人は口から食べられなくなったとき、人工的な水分・栄養補給が必要かどうか」という問題を考えさせられた症例を経験したので考察を加えて報告します(症例は次頁に検討シートを使って提示してあります)。

考察

本症例では、痴呆症の患者の代理決定問題、終末期と判断した根拠の問題など多くの問題点が指摘しうることをふまえた上で、あえて高齢者の人工的栄養補給(特に経管栄養)について考えてみたいと思います。

30年ほど前までは、経管栄養は行われることは行われていましたが、食事をミキサーにかけて流動食として注入していました。しかし、チューブに詰まりやすいこと、保存がきかないこと、下痢をしやすいこと、などから限られた場合にのみ使用されていました。それが、おそらく宇宙食の開発と共に発展し、現在では非常に栄養価の高い多種類のものが牛乳パックのように包装され市販されています。おかげで、食べられなくなった患者に容易に経管栄養が可能となりました。しかし、一方では、鼻から管を入れておくと患者が容易に抜いてしまうために手を縛るといった抑制の問題、本人はもとより家族や

* 砺波サンシャイン病院・副院長(記録時:医療法人北聖病院)

臨床倫理検討シート A

日付 [XX~XX]

0-1 患者プロフィール
 女性 90歳 夫とは20年前に死別 息子(58歳)が1人で市内に在住

I 情報の整理と共有

A 医学的 情報と 判断	<p>1A-1 病状の概要 <主病名>脳梗塞後遺症、脳血管性後遺症 平成3年(患者80歳)に脳梗塞発症。軽度の左片麻痺が残存し自宅療養となるが、平成5年頃より徘徊、尿失禁が出現し入院となる(医療保険対応療養型病床)。その後徐々に脳血管性痴呆症進行し、平成9年からは寝たきりの状態となる。その後、年に4~5回発熱あり、末梢からの輸液と抗生剤で軽快していた。下肢は膝、股関節とも拘縮。上肢は筋力低下あるものの随意運動は可能。座位保持は短時間であれば可能。食事は全介助にて摂取。排泄はオムツ。認知機能障害が顕著であり、加えて易怒性、感情失禁、不機嫌などの感情症状も認められた。(息子を認識できない、夜中に奇声を上げる、介護者に怒るなど) 平成13年5月発熱。日頃から食事時にむせることが多かったこと、聴診で右肺野にわずかにラ音を聴取することより誤嚥性肺炎と考え、食事を一時中止し末梢からの輸液と抗生剤投与を7日間おこない中止した。しかしその後食事再開するも食事・水分とも徐々に取らなくなった。(時点1) 日中も寝ていることが多くなりまったくものを口にしなくなった(時点2)</p>	
	<p>1A-2 治療方針の候補およびそのメリット・デメリット(一般論) (1) 時点1 ①血液検査、尿検査、胸部レントゲン検査施行 メリット: 炎症の有無を確認できる 電解質異常や抗生剤投与による肝障害等の異常を確認できる デメリット: 検査の侵襲がある これだけの検査ですべてが把握できるわけではない (2) 時点2 ① 経管栄養の導入 メリット: 水分・栄養の補給・服薬が可能となる。 デメリット: 鼻から管が入るため本人に侵襲がある 経管チューブ抜去防止のため、抑制が必要になる可能性がある。 誤嚥性肺炎を起こしやすい 介護者との精神的接触の場が極端に減少する ② 経管栄養を導入しない場合 メリット、デメリットは上記の反対事項となる。 このまま栄養・水分とも取らなくなると、日の単位で衰弱し死亡することが予想される。</p>	<p>1A-3 社会的視点から 時点1 病院が出来高性であり簡単な検査は出来るが、CT検査など高価な検査になると経営上制限される可能性がある 時点2 痴呆高齢者の寝たきり状態であり、経管栄養でさらに延命することの是非</p>
	<p>1A-4 説明 患者本人は認知機能障害あり理解できないと判断し話さず息子には上記1A-2を説明</p>	
B 患者・家族の 意思と生活	<p>1B-3 患者の生活全般に関する特記事項 /特にQOLの諸側面 息子は会社が終わった後や、週末には必ず病院を訪れている。自分を認識できない母に対しても子供をあやすかのように相手をされている。そのときの患者の表情は明らかに普通とは違う。(事実) 患者本人も満足しているように思えた。(評価) 息子の話からは、患者は徒な延命は望んでいなかったと思われる。(評価)</p>	<p>1B-1 患者の理解と意向 1B-2 家族の理解と意向 時点1 熱も出なくなり、以前の状態に戻るかと思っていたが今回はどうも違うようだ。歳だからもうしょうがないとも思うが、原因がはっきりしないのは釈然としない部分が残る。血液検査などである程度わかるものであればしてもらいたい。原因のすべてが判るものではないことも納得している。 時点2 検査で異常がなかったことはよかった。年齢のせいなのかもしれないと思う。 父親があまり働かず、私が小さい時から生活のためによく働いた母だった。戦後一人で会社を作り大きくしてきたのは母の力である。今は気丈であった面影もないが、これ以上ただ生かしておくようなことはしたくない。抑制も見ると耐えられない。母もそれは望まないと思う。かといって、食事も与えず餓死するような状態を息子として見ていられるかどうかは不安である。子供は私しかいないし、他に相談する親戚もないので自分が決めるしかないことも判っている。人として必要最低限の事をしてもらいたいと思う。</p>

II 検討とオリエンテーション

<p>問題点の抽出</p>	<p>2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断</p> <p>① 一般採血、尿検査、胸部レントゲンは必要。</p> <p>② 水分と栄養補給は必要最低限のケアである。経口摂取不能の段階で経管栄養に移行する。</p> <p>③ 経口摂取（経管栄養食の経口摂取含む）とケア（声かけ、清拭、体位交換など）を継続し、経口摂取不能になってもケアのみ継続し経管栄養はしない。</p> <p>病院内部で②③の2つの意見がだされ、見解の不一致がみられた。</p>	<p>2-2 当事者間（2-1, 1B1, 1B2）の一致・不一致</p> <p>① に関しては問題なし。</p> <p>②③</p> <p>この場合一致・不一致は相反関係にあり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・息子として餓死していく母を見る自信がない。 ・鼻から管を入れてただ生きていただけ状態を母は望んでいなかったと息子は思っている。
<p>対応の検討</p>	<p>2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）</p> <p><不一致の要因></p> <p>1. 「必要最低限のこと」という概念が曖昧で下記のどの部分までを意識しているのかが不明。</p> <ol style="list-style-type: none"> 水分と栄養補給（経管栄養、末梢からの輸液） 抗生剤等の薬物投与 検査（2-1の①の繰り返しまたはそれ以上の検査） 心肺蘇生 <p>2. 検査費用が云々のことは病院の問題で、個人的には何の関係もないとおもっている。</p> <p><解消の可能性></p> <p>家族自信もはっきりとしたものを自覚せずに「最低限」といつている可能性が高い。再度確認の話し合いが必要。</p>	<p>2-4 患者側とのコミュニケーションの方針</p> <p>基本的には家族の意向を最優先する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に上記 a-d を再度詳しく説明し、何を「最低限度」と考えているか確認 ・ 1A-2 のメリット・デメリットに加えて、家族の母に対する思い、「死」「老」に対する価値観の把握。 ・ 家族に「罪悪感」を残させないような対応 <p>検査費用、入院費の社会的な問題は今回話さないこととした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院内部でも検討し、病院としての方針を確認しておく必要がある。

III 合意を目指すコミュニケーション

<p>対応のプロセス</p>	<p>3-1 患者・家族との話し合い</p> <p>息子と再度話し合いの場を持つ。</p> <p>「最低限」の意味については、</p> <p>「苦しみがあればどんな方法をとっても取り除いて欲しい、苦しむのだけは見たくない」と言う思いが強い。その考えをベースに、「管やチューブが入っている状態は嫌だ」という考えも入っており、抗生剤や検査などが「必要なら」との意向でもあった。</p> <p>「何もしない」＝「主治医を含めた関係者の興味に喪失」＝「清拭、声掛けなどのケアの低下」を危惧して、「最低限」という言葉を使用したようである。</p> <p>「苦しまず」「安らかな死」であれば「餓死させる」という罪悪感を持たないような気がするとのこと。「できれば、眠るように死んで欲しい」最期の心肺蘇生は望まない（臨終に間に合わなくてもかまわない）。</p> <p>以上より</p> <ol style="list-style-type: none"> 関係者の声掛け、清拭等のケアはこれまで通り行う。 苦痛は必ず取り除く努力をする（緩和ケアの説明）。 経管栄養は基本的ケアかいないかの一般的な問題はの場合息子と議論することではなく、この症例に限れば、「苦しめない」限り息子、息子が代弁する患者本人の「むやみな延命は希望しない」という価値観に基づきそれを尊重する。 	<p>3-2 社会面の対応</p> <ol style="list-style-type: none"> 病院内部で、栄養・水分補給が医療か基本的ケアかの問題でどちらの方針をとったとしても、反対側からの意見が出る可能性が高い。 老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅で、対応に違いはないだろうか。あるとすれば、基本的ケアや医療が状況によって変化することになり問題とならないか。
<p>最終確認</p>	<p>3-3 最終確認・決定</p> <p>出来るだけ口から食べる努力を続け、食べられなくなっても「経管栄養、末梢からの輸液」は行わないことに決定。</p> <p>心肺蘇生も行わない。</p>	<p>3-4 フォローアップ留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 声掛け、清拭等のケア（若干定義に問題を残すが）を終末期の観点から再度確認し継続する。 息子の「苦しませたくない」という希望を最大限に尊重。 息子に「罪悪感」が残らないように十分言動に注意する。

見舞客に対する美観上の問題、さらに誤嚥性肺炎をおこしやすい、褥瘡ができやすくなるなどの問題点も指摘されてきています。ここ数年では、「胃ろう」といって直接お腹から胃に管を入れる方法も開発され普及していますが、美観上の問題は解決されたものの、他の、特に誤嚥性肺炎の発生は期待程少くはなりません。

少なくとも栄養の問題で死ぬことが激減した反面、ここに、まったく回復する見込みのない患者（持続性植物状態やそれに近い病態）が長期間生存する、といった状況があらわれたのです。「ただ生きている」という状態をどう考えるのか、その経済的負担や医療資源の分配の問題など、倫理的にも多くの問題があります。

過去を振り返っても、これは賛否両論入り混じって論争が続けられている問題です。

「少なくとも食物と水分の補給については、常に人道的で通常のケアと見なされる」「人間同士のつながりのうちでもっとも基本的なもの」「誰もが互いに与えあうべき通常のケアである」「故意に餓死させるのは言い訳がきかない」「貧しさからであれ、身体不自由からであれ、食事が出来ず空腹の人を養うことは人間関係の基本である」と主張する立場があります。

他方、「避けられないものである死を先延ばしにするもの」「自分で摂食する力がないのに、栄養、水分を強制的に補給されるのは不自然である」「経管栄養は患者の尊厳、個人の空間を侵し、苦痛を増強する」「痴呆は生命に直結する治癒不能の病気であり、QOLが悪く、家族が延命よりも苦しめない死を望むなら経管栄養は必要ない」と主張する立場もあります。

外国では、詳細は正書にゆずるとして、クレア・コンロイ事件（1983年）、メアリー・ヒエル事件（1985年）、ナンシー・クルーザン事件（1990年）、アンソニー・ブランド事件（1993年）、ヒュー・フィン事件（1998年）など、裁判で経管栄養の問題が議論され判決が出ています。その判決にいたる経緯および根拠はこの問題を考えるに大変示唆を与えてくれるものです。

日本では、1985年の「生命と倫理について考える—生命と倫理に関する報告—」（厚生相）で「死を向かえる医療」のなかで「栄養補給など基本的な最小限の諸手当は通常の医療処置として状況のいかんにかかわらず維持されるべきであり、」とありま

す。また、1994年の学術会議では「ターミナルには経管栄養もふくめて栄養補給を中止してもよい状態がある」とあります。しかし、1997年1月6日、27日の毎日新聞に経管栄養の差し控え・中止に関する問題が掲載され、賛成・反対両方の意見が出ています。問題の取り上げ方からしても（「栄養チューブ使わず死亡」という見出し）まだまだ社会的なコンセンサスが得られているとは言い難く、国民の議論的になりえていないのが現状ではないでしょうか。「事件は現場で起きてるんだ！」という映画の名セリフがありましたが、実際こうした経管栄養の問題は日常茶飯事として、まさしく（医療）現場で起きているのです。

現時点で、「人は口から食べられなくなったとき、人工的な水分・栄養補給が必要かどうか」という問いに、「普遍的な回答はない」と答えるしかないというのが私の見解です。

言い換えれば経管栄養が「必要最低限のことで、基本的ケアであり、することに価値がある」ということもあれば、反対に経管栄養が「必要ではない。差し控えることにも価値がある」ということもあるという立場を取りたいと思います。

画一的な、マニュアル的なものは、坂道を転がるように拡大解釈され、かえって危険な状態を招きます。

最終結果を重視しその是非を議論するのではなく、その結論に至る過程・プロセスを大事にすることです。

家族と、医療スタッフとよく話し合うことです。

何が患者にとって利益となるのか、徹底的に考えることです。

患者に対する家族の「思い」は人それぞれです。医師の前では、意識もなく、手足も自分では動かさない、いわゆる「寝たきり」患者であっても、その家族にはその家族の歴史があり、まさしく今、目の前にいるのは「父」であったり「母」であったりするのです。患者〇〇さんではなく、そこには「かけがいのない人に対する、血の通った思い」が感じられます。

「命」それ自体の軽重を論じるつもりはまったくありませんが、何十年も生きてこられたその人の人生、その人に対する家族の思い、かけがいのない人との惜別の情感は、医療を超えて存在することは事実です。高齢者の終末期にあたっては、医療サイドとしては、もっとも受け容れがたいところでもあり

ですがこうした、医学だけでは解決できないことも取り入れていく必要性を強く感じます。

経管栄養を含め、高齢者医療は、「十人いれば十通りの方法」があります。そしてその基本は患者の、家族の思いを「聴き」、「徹底的に話し合うこと」であると考えます。

今回の症例で学んだことを指針として挙げます。

1. 現在の医学的客観的事実を理解してもらうこと。

それには素人にわかるように平易な言葉を使うことです。1回の話しでは理解できたようでわかっていないことが多いので再確認をすることも大事です。

2. 選択枝のメリットとデメリットを必ず述べる
こと

今回の症例では経管栄養をしないとどうなるのか、はじめるとどういう事が起きる可能性があるのかを出来るだけ具体的に述べること。

3. 家族の心理的な葛藤に心をむけること

方法は1つ「聴くこと」に徹することです。「聴く」姿勢がなければ人はなにも語りません。

4. 経管栄養の有無と人としてケアしていくこととは次元の違う問題であることをスタッフに共通理

解として持ってもらうように話し合いを持つこと。

「何もしない」ことはかえってスタッフにとって精神的負担になることがあります。(負担に思わないスタッフもある意味で教育が必要なのかもかもしれませんが)

「何をして良いのかわからない」「何もしてあげられない」「自分は無力だ」といった事を避ける必要があります。ベットサイドで声をかけること、手を握ってあげること、1日に数回そうしてあげるだけで、それはすばらしいケアであると思います。

5. 「死」というものを、われわれ医療関係者も正面から考えること

「死」を見つめることで見えてくる「生」があるような気がします。そこではじめてできる「ケア」があるのではないのでしょうか。

さいごに

今回の考察は臨床倫理検討シートを記入する過程において並行して調べ、考え、まとめたものです。本シートは現実に即した有用なものであり、今後活用されるべきものであると考えます。

呼吸器装着を巡る日常的医療方針と問題点

新谷泰久*

1 2001年日本—1941年ドイツ

私は臨床経験14年の内科医です。

私は医療の目的は、「人の今後の人生の自由度の総和を身体環境に即して可能な限り大にすること(＝QOLの増大)」と考えています。この目的に沿って医療をやろうとあがいていますが、どうしてもできない現実があると思います。その医療現場の実状を本稿で明らかにし、市民・哲学者・医療者の皆様と共に今後の展望を開きたいと祈念しております。

作家北杜夫さんの芥川賞受賞作は、「夜と霧の隅で」です。ナチスドイツ政権の時代のことです。治療不能と認定された精神障害者をガス室におくれ、との命令をナチス政府から受けて、現場の精神科医があがく話です。私は現代日本の臨床医の日常と、「夜と霧の隅で」の医師達のあがきは決して無関係では無いと考えています。

一人の患者さんのケアに何を選擇するかは、患者さん個人の病状やADLにもよりますが、その患者さんがたまたまこのどんなサービス供給者にサービスを受けたかにも大きく規定されます。そこで、まず私の置かれた医療サービス提供環境をご説明します。私はICUに常勤する集中治療専門医ではありません。在宅往診やサテライト診療所の外来も行い、病院の外来も行い、時に集中治療も行う内科医です。勤務している病院は都市の下町にあります。民間病院・約300ベッド急性期病院です。老人が多いです。日本全国平均は高齢人口17%ですが我々の病院の診療圏高齢人口22.5%です。NIPPV4台(うち入院2台、在宅2台)、挿管人工呼吸器9台

(うち入院8台、在宅1台) 往診患者約80名、年間救急搬入1500名。病状が悪化すれば呼吸不全になり、医学的には人工呼吸器で延命できる、しかし呼吸器から離脱できるかどうかわからない、このような高齢の患者さんが本当にたくさんおられます。

一方、医療費削減のため厚生労働省は急性期病院のベッド数を126万から約50万床へと削減しようとしています。そのために我々のような民間病院は、少なくなっていく椅子に座り続ける事が可能かという「椅子取りゲーム」に参加させられています。椅子に座り続ける条件の一部は「全患者さんの平均在院日数短縮」、「長期入院に伴う診療報酬の急降下」です。慢性期の施設は診療報酬が定額制になっており、手間のかかる患者さんやMRSA保菌者は歓迎されません。

急性期治療が終わって、慢性期病院に転院してもらおうと思っても、高価なパーキンソン薬を使うなど、お金がかかる医療を受けている患者さんは、引き受けてもらえる病院が見つからないことがあります。人工呼吸器管理をしたままはずすことのできない患者さんは、例外規定により平均在院日数にカウントされませんので、急性期病院に長期に入院してもらうことも可能です。が、気管切開口が残ったままではあるが人工呼吸器がはずれても自力呼吸する事が可能でしかもMRSAを排菌しているような方は、受け入れてくれる病院がありません。家族に介護力が無いようなケースでは、在宅に復帰することもできず、急性期病院が延々と入院を引き受ける他はありません。

* 京都南病院内科(呼吸器担当)

2 挿管人工呼吸器の特質

挿管人工呼吸器の特質ですが、5つほど考えられます。

1) 挿管時、つまり口から管を入れる時に、全身麻酔をかけて意識レベルを人為的に落とします。ただし、一定の時間がたって病状が落ち着けば喉に穴をあけて、これを気管切開と言いますが、麻酔をやめて意識レベルをあげることもあります。麻酔をかけている間は、患者さんは程度の差はあれ意識レベルの低下があります。

2) 呼吸苦は静脈麻酔薬やモルヒネ投与により軽減されます。挿管人工呼吸中は口の中から管をねじ込まれるわけですから、患者さん本人の苦痛は著しく、麻酔をかけてうつらうつら寝ていただきます。麻酔が浅いと、ご自分で挿管チューブを抜いてしまわれる事があるので危険です。そのため、手を縛ることもあります。これらの薬は呼吸抑制の副作用があり、人工呼吸器を装着しないで呼吸不全患者さんに使用することは医学的には禁忌とされています。しかし、最終末期にこれらの薬剤を使用することにより、呼吸苦無く安楽な最後を迎えることができるのもまた医学的事実です。

3) 挿管人工呼吸器治療にはいるかどうかの検討する時間的余裕がない事が多い。これは3分の呼吸停止から低酸素脳症にて不可逆的脳損傷を引き起こす事から来ています。呼吸停止してしまったら、即座に挿管人工呼吸管理する事は救急外来や院内発生患者さんの心肺蘇生ではよくあります。

4) 予後は時間経過とともに明らかになってきます。2001年6月雑誌 chest で、肺気腫などCOPDの患者が急性呼吸不全になった時の予後予測因子をマイケルらが検討しています¹。その結果、「挿管前の合併症の存在」「以前に人工呼吸管理を受けていないこと」「低栄養」といった挿管前の指標もありますが、「挿管治療後6時間後の病気の重症度」「挿管治療開始72時間後も抜管していないこと」「抜管の失敗」など挿管してからはじめてわかってくる予後不良の指標があるといっています。

5) 原疾患が治癒ないし改善しない限り離脱できません。長期になれば廃用性萎縮が進行し特に老人は寝たきりになる可能性があります。積極的に廃用

症候群を予防するリハビリが必要です。また、基本的には会話不能になります。気管切開して麻酔を切れば、特別の気管切開カニューラを使って一時的にしゃべることは可能になります。長期になると、院内感染によりMRSAなどがついて、転院が難しくなる事が多いのです。

3 私の人工呼吸器治療の方針

人工呼吸器に載るか載らないかは、なるべく、事前に、患者さん本人に決めてもらっておくようにしています。

集中治療室と一緒にいって機械を見てもらったりすることもあります。大抵は言葉だけで人工呼吸器治療の概要と予後見込みとリスクベネフィットを説明しています。患者さんや家族にどの程度わかっているのかかなり不安です。

同じ法人経営の老人保健施設から、肺炎でよくお年寄りが救急搬入されてきますが、冬の一時期には人工呼吸器がすべて稼働し、もう人工呼吸器が使えないことがあります。その時、病院の医師は「人工呼吸器がないので、人工呼吸器を使わないという条件であれば救急搬入をお引き受けしますから、その旨本人と家族に同意していただいでください」と申しあげます。老人保健施設の医師は、その同意をとるのが非常に難しいと言っていました。

合意の結果人工呼吸はしない事になった患者さんのカルテには、表紙や目立つところに赤いテープが貼られます。DNR（蘇生しない）と合意した日付と責任者名（主治医と家族名、可能なら本人）が記入されると、それが治療方針となり、当直医は呼吸や心臓が止まっても心肺蘇生を行いません

最近NIPPV（非侵襲的陽圧換気）という治療が呼吸器科領域ではトピックスです。麻酔をかけず、つまり意識レベルを落とさず、自発呼吸をなくさず、呼吸補助する事ができる。挿管しないで治療できるので人工呼吸器関連肺炎（MRSAなど）が少ない。など、様々なメリットがあります。NIPPVは患者さんにとっては非侵襲的なのですが、医療者にとっては横にずっとつく必要があるという点でかなり侵襲的な治療ですが、なるべくNIPPVで治療して、挿管を避けようと考えています。QOLが本人の選択の幅である以上、選択する主体の意識

¹ Michael *et al.*, Predictors of outcome for patients with COPD requiring Invasive Mechanical Ventilation, *CHEST* 119: 1840-1849, 2001.

を温存するのは非常に重要と考えるからです。

実際には家族と主治医で決めることも多いです。それは、痴呆・精神疾患や呼吸不全による低酸素脳症のため、本人の判断力が無いとされることが多いからです。つまり本人の判断力が無くなった時に徐々に治療を縮小したり凍結したりする際には、家族の方針に従うのを大原則にしています。これは「家族以外からの告発には対応しないが家族からの告訴には対応する」という検察、司直の動きを参考にしています。

問題点の1つは、本人と家族の利害対立の可能性を無視していることです。例えば我々の病院には精神病院に入院中の患者さんが京都の北の果てから救急搬入されてきます。他の病院は精神疾患を持っているとなかなか救急搬入を受けないからです。精神疾患を持っているという理由だけで、治療すれば治る内科や外科の病気の治療が受けられず命を落とすのは人権侵害である、と私たちは考えています。しかし、長期精神病院入院患者さんが家族と深刻な利害対立を抱えていることは稀ではありません。家族の中で厄介者扱いされている老人もまた同じ事です。

問題点の2つめは、家族のいない時です。ホームレスや時には長期精神病院入院者ではこの問題があります。その場合主治医（我々内科もしくは精神科）が同時に家族の役目を果たします。一人でDNRの決定をするのはあまりにも重すぎるので、同僚の意見をカンファレンスや病棟では聞きますが、院内の倫理委員会等が主治医の決定を支援する仕組みはありません。

最終的に挿管するかどうかは2-3の例外をのぞいて主治医の選択になっています。主治医の経験上、「いったん装着したら時間的には長引くが本人のQOL（人生の選択の幅の積分）は大きくならない」と考える例には、本人や家族に装着をお勧めしません。

可能性は少なくとも、治癒して抜管するかもしれない、と思う例には、積極的にお勧めします。

期待値が少ないがゼロでない時に、リスクベネフィットの比較考量を迫られるのが臨床上難しいのです。

4 気管内挿管にあたり主治医が考慮する因子

主治医が考慮する因子を重要度の順に並べてみます。

- ・病状の切迫性 3分待てないことがあります
- ・患者の意志
- ・家族の希望
- ・現在のQOL

・病状から見た抜管可能性 COPDなら抜管できる可能性はあります。肺線維症なら難しい、と考えます

- ・老人性痴呆（進行性、非可逆性）かどうか

・年齢 私の知る限り、文献上、年齢と抜管可能性との関連は証明されていません。ただし、どの研究も平均年齢60歳代の研究であり、80歳代の研究はおそらくないと思います。「平均年齢まで生きれば、もういいじゃないか」というのは、臨床疫学的判断というより、「老い」「生死」に対する感覚なのです。

・病院の人工呼吸器の稼働状況 病院の中の人工呼吸器が足りなければ、主治医が呼吸器を取り合いすることもあります。病院の人工呼吸器の稼働状況により微妙に呼吸器の適応条件が変化します。

・主治医の恣意 たとえば、主治医が研修医であった場合医療的に最大限治療を行うことになる傾向があります。また、「もう一日早く入院させれば良かった」など主治医が今までの治療に後悔の念を持っている場合も集中治療が行いがちです。主治医の人生観、などで方針は変わります。病院によっては「COPDは4回目からは人工呼吸器に載せない」としている施設もあるとも聞きます。

悩む家族に主治医が方針を提案するとき、最終的決め文句は「私の親だったらこうする」です。しかし一方で、家族には直接には言いませんが「患者の命は地球と同じくらい重い、しかし残される家族の命は地球よりちょっとだけ重い」と仲間内で言っている知り合いの臨床医もいます。利害が対立するときに何らかの方針を出さざるを得ない臨床医の心情を言い表す言葉であると思います。

なお、原稿の順番上、本人・家族・主治医と話してきましたが、実際の時間の流れでは同時平行的に本人や家族との対話の中で方針は決定されています。

5 主治医の医療方針と違う方針をとった例外ケース

本院で主治医の医療方針と違う方針をとった例外をいくつかご紹介します。

お一人は呼吸器装着を拒否した亜急性間質性肺炎の60才の方でした。主治医は呼吸器装着したかったのですが、本人と家族とも呼吸器を拒否されました。「治る可能性もあるが、本人と家族の意志で呼吸器を使わない」という同意書類を書いてもらって呼吸器を使用しないでモルヒネ投与しました。呼吸苦無く静かに逝かれました。

もう一人の方は家人の重要な用事のため人工呼吸器を装着し生かしておいた85才の痴呆性老人。治る見込みはほとんどありませんでしたが、「この間だけはどうしても葬式は出せない」という家人の強い要求に、さからうことができませんでした。

別の例では、15年ぐらい前のことでした。入退院を20回近くも繰り返して何回も人工呼吸に載って離脱していた在宅酸素療法中の慢性呼吸不全の患者さん。何回目かに人工呼吸器に載ったときに意識が声明になってから本人が自己抜管し「もうやめてください」といわれました。主治医は「今回も人工呼吸器から離脱できる可能性もある」と思っていたのですが、家族も「もうやめてください」といわれたため、再挿管せず数時間後に死亡されました。

又別の例では、進行性非可逆性の特発性肺線維症の急性増悪の患者さん。挿管して人工呼吸器管理から離脱できることはまずありません。本人、家族とも知識レベルや判断力はしっかりしていました。ただ、本人が急性増悪時に「人工呼吸不要」と主張し家族が全員「人工呼吸要」と主張されました。主治医はつけたくなかったけれども、「急激な病状の悪化で冷静に判断できていない」と考えて人工呼吸をしましたが、結局予想どおり人工呼吸器から離脱できずに死亡されました。

6 「治療凍結」

人工呼吸器を使用し集中治療を行っていて、病状がどんどん悪化し回復・抜管の可能性が無くなった

と考えられるケースもあります。その時、家族と話し合って治療を段階的に撤退していきます。それを「治療凍結」と称しています。抗生剤・昇圧剤も維持投与とし、採血／レントゲンなど新たな検査はしない。人工呼吸器の条件も変えません。つまり、今までグレードアップしてきた治療をダウンさせるのではなく、その段階で固定するのです。ですから、終末期の抜管や人工呼吸器の電源の切断は行いません。もちろん疼痛対策や鎮静などの緩和対策は十分に行います。

1999年「日本呼吸器学会 COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」には以下のように述べています。

ATS（アメリカ胸部疾患学会）のガイドライン²においては「急性呼吸不全患者において、生命維持手段を使用しないことと、使用を中断することの間には、倫理的な違いが無いことを認識すべきである」とはのべている。しかし我が国の現状の倫理基盤では、気管挿管により人工呼吸管理を受けている患者の、死を免れ得ない気管挿管の中断や機械換気の中断は、家族の意志や本人の事前指示があったとしても容認されない。

一方、終末期抜管をしている北米では「一つの調査で末期に人工呼吸器から離脱した患者のうち11%が延命し病院から退院したという報告がある」との報告もあります。³とすると、私たちの終末期抜管をしない方針は、11%の人の退院の機会を奪っている可能性もあるという点で、今後の検討を要すると思います。

今の日本の状況では、終末期抜管をした時の現場のスタッフの罪悪感をケアするのは大きな課題と思います。

7 私の人工呼吸器使用をめぐる 日常的医療方針の問題点と課題

以上で私の日常的医療方針を皆様にお知らせしましたが、様々な問題点や課題があると思われます。私が気づいているのは以下のような点です。

² ATS (American Thoracic Society) の COPD ガイドライン: American Thoracic Society, Standards for diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 152(5), part 2, 1995

³ Withdrawing Intensive Life-Sustaining Treatment —Recommendation for Compassionate Clinical Management, *New England Journal of Medicine*, 336(9): 652-657, 1997

1) 治癒不可能と断定する臨床疫学的根拠が希薄(根拠は主治医の経験と apacheII score)。

2) 本人の利益は家族の利益と同じではありません。「絶対助からない」「集中治療しない方がよい」と主治医が経験上考えるケースでも、家族が徹底的集中治療を望むことがある。世間に対するメンツ(人並みの治療を求める横並び指向)や身内の中でエエ格好をしたい(ポツと出症候群)。家族の「のっぴきならない社会的事情」(国際会議、正月、商談、年金受給権)で、特定の期間だけは生かしておくために、予後不良の寝たきり痴呆老人に人工呼吸器を使用することもある。

3) 事前の患者さんのプロフィールがわかっていない時、患者さんのQOLを予測できず、治療方針を間違ってしまうことがある。

4) 資源の不足・配分の「公正」。呼吸器感染症が猖獗(しょうけつ)を極める冬の一時期(1-2月頃)人工呼吸器が不足する。主治医が呼吸器の取り合いをしている。

QOLを他者間で比較考量できるのか?という課題もあります。

5) 介護力がない老人(家が狭くてベッドが置けない、家族がないか働いて留守)には、人工呼吸して寝たきりで長生きする選択肢はないに等しい。(医師には不断に、在院日数短縮の圧力がかかっている)身よりのない一人暮らしの方や、ホームレスの患者さんに挿管治療するときには、医師にはストレスがかかります。

6) 患者さんや家族には人工呼吸器についてわかしてもらえない-結局 医師が決めているところがあります。

7) 集中治療からの撤退方針の手引きがありません。

8) 院内の倫理委員会が、主治医の決定を支援したり止めたりする仕組みがありません。

9) 人工呼吸非使用時、呼吸苦緩和目的でモルヒネを投与する適応条件は何か、という課題があります。

10) 病的でない自殺の意志は存在するのか 存在するとすればそれを認めるのか、という課題があります。自殺して搬入されてくる患者さんの治療をしながら悩むことは、しばしばです。

8 臨床の一こま

以上のような問題点を抱えながら、毎日私は、臨床を過ごしています。

慢性呼吸不全(肺線維症)のお年寄りとの会話です

患者「先生、息が苦しいですねん。このまま、だんだんおまいりするんですか？」

医師「そうやねえ。機械つけて息助けてもらいますか?機械からはずれるのは難しいけど…」

患者「この年ですさかいなあ、若いものに迷惑もかけられへんし。しゃべりもできまへんねやろ、もう、よろしわ。」

医師「…わかりました。よう息子さんと話しといてね」

最後の…のところで、私は3つのことを考えています。まず「私が年をとってあなたの年でああなたの病気になったら、わたしもそうだと思います。」

一方で「これでこの方が人工呼吸器を使用しないので、手術後の人にICUを空けることができる」と病院の都合を考えてはっています。

最後に「本当は病状の予後、人工呼吸器装着のメリット・デメリットを正確にお知らせして本人に決めてもらい、本人と家族の署名を文書で残さなければならないのだろうな。でも、生命保険の約款のような細かい文書を書き連ねることにいかほどの意味があるのだろうか。あまりなじまないなあ。少なくとも、看護婦さんにも又別の機会に本人の理解と意志を確認してもらっておこう。家族とも話し合っておこう。商取引の契約ではない、共感や情の交流のある、共に限りある命を生きるもの同士の間人間関係が臨床ではないのだろうか。」とも感じています。

9 地域医療

私たちの病院は地域医療研究会に所属しています。都市に置ける地域医療を目指してきました。

地域医療と言えば、長野県にはPPK運動というものがあります⁴。PPKは、「ぴんぴんころり」の略です。住民が自発的にやられている運動と言うことになっていますが、長野県庁の公式ホームページ

⁴ PPK 運動についての長野県のホームページ: <http://www.pref.nagano.jp/eisei/hokenyob/ppk.htm>

ジでも紹介されています。年をとっても元気でピンピンすごし、死ぬときはころっと死のうという運動だそうです。そのホームページでは、長野県では病院の数も少なく、地域医療に熱心な医師がいるから老人の医療費も低く長野県はPPKの里と言われているそうです。PPKという生き方も一つのすばらしい生き方であるが、他人の「ころり」を私が決めるのは出来るだけ避けたい、と考えています。

長野県のホームページで「地域医療」という言葉がつかわれていますが、使う人によってその定義はまちまちです。

私は「地域住民中心の保健福祉医療の効率的運用により、地域住民の人生の選択肢を増やす事(=QOLの増大)を目的とする」という地域医療の定義を考えています。厳しくなる経済情勢の中で社会

資源の公正な配分と個々人のQOLのぶつかり合いは、今後より厳しくなっていくでしょう。

お金がないという理由ですでに経済的社会的に弱い人々においては「夜と霧の隅で」と同様の状況もあるとも思えます。

今後ますます医療費の自己負担が重くなってきたときには、本人や家族がお金を持っているかいないかで、本人家族の意向が変わり治療方針が変わるのは間違い有りません。

共感に満ちて医療者と患者が対話することが21世紀の医療の課題です。そのための物理的経済的条件が整備されることを祈りつつ、今後も、私たち臨床医は患者さんのQOLを最大にするために、与えられた環境の中で努力をしていきたいと思っています。

在宅ホスピスにおける終末期補液の 実際とその論理

清藤 大輔* 岡部 健*

はじめに

末期がん患者に対する補液は、どのような考え方で、どのような基準にしたがって実施するのが適切かについて、在宅ホスピスを中心に行う岡部医院における実践とその基礎にある考え方を提示する。この問題については、従来、有効性を示す根拠がないまま過剰な補液が行われる傾向にあったが、近年緩和医療の専門家の中で、これがかえって臨死期の患者のQOLに悪影響を及ぼすことが多く、特に死亡直前にはこれを極力絞ることで患者が楽に過ごせるようになるという経験的認識が拡がりつつある¹。こうした認識を背景として、また医療上の判断をできる限りエビデンスに基づくものとしてゆこうとする医学界の傾向を反映して、現在、厚生労働省の班会議をはじめ緩和医療の専門家たちの間で本格的な研究がなされつつあるが、その際に基調となっている補液方針はどちらかといえば「補液を行うことを前提に補液の悪いところを探す」性格のものであったといえよう。これに比して、われわれの方針は、むしろ「補液は行わないことを標準にした上で、ある基準を設定し、合併症に対する治療としてのエビデンスが確立されている場合（イレウスのときなど）や、有効でありうることに相当の根拠がある場合にのみ補液の適応を考慮する」という考え方をしている。

以下、本稿を次の構成のように論じてゆく。1で

これまでの経験にもとづいてわれわれが現時点で設定している終末期補液の実施基準を紹介する。2でその考え方を展開する。まず終末期補液の現状を考察した上で、どのような補液方針がよいかを述べ、さらにその論理を医学的、臨床倫理的、法的など多面的に論ずる。そして「おわりに」でそこまでの論述に簡単にコメントを加えたあと、今後の課題について触れる。

#なお、本稿で使われる「終末期」という用語は、がんの根治が見込めなくなった後の段階から死亡直前までのかなり広範囲に亘る期間を指しており、ひとくちに「終末期補液」といっても、時期や病状や合併症がもたらす苦痛の有無に応じてその意図が異なるいくつかのタイプの医療行為を一括して名付けられた用語であることを付記しておく。例えば予後がまだ長いと予想される段階と死亡直前とでは、同じ「終末期補液」と言っても考え方が異なりうる。中でも、特に合併症による苦痛がない例での補液や死亡直前の補液についてはエビデンスがなく、かつ有効性よりむしろ「副作用」ばかり現れがちな現状のために、これらが争点となっている。

1 岡部医院における終末期 補液の実施基準

ここでは、まず当院が現行の基準を設定するに到った経緯を簡単に述べ、次にその考え方を具体的に説明し、最後にその考え方を単純化して簡便な表として示す。

* 医療法人社団爽秋会岡部医院

¹ WHO『終末期の諸症状からの解放』、MEDSI『緩和ケアハンドブック』など参照。

別表: 岡部医院に於ける終末期補液の実施基準

I 補液の適応についての考え方

- 補液が問題となるのは、末期がん患者が食べられなくなってきたり、尿量が減少し始めたりしたときである。
- 補液を行なうか否かは、苦痛除去を筆頭に QOL の積分を最大にできるかどうかを主な基準として決定する。その際、まず、苦痛をもたらす合併症に対する治療としての補液のエビデンスがある場面ではそれを重視し、EBM(Evidence Based Medicine) の手順に従って決める。つまりエビデンスを参照した結果、補液が当の患者に適応ありと医師が判断すれば、説明を患者に行いながら決める。次に、エビデンスがない場面では、理論・医師の経験・専門家的判断などから、補液の有効性に相当の根拠がありうると医師が判断した場合にのみ、説明を患者に行いながら決める。
- 脳腫瘍など、脳障害で不快の表明ができない例では、補液の適応は不明。
この場合、印象としては IVH は生命予後延長に寄与する可能性がある。

II 補液の適応方針

＊消化管閉塞の合併があるか否かで方針が大別される。

- 消化管閉塞がある場合
 - ・イレウスをはじめとした器質的消化管閉塞の合併例では、1日 500ml～1000ml の電解質補液製剤の持続皮下注の適応ありとする。このとき、予後が1か月以上と予想された場合、さらに IVH も適応ありとする。
 - ・IVH 例では、るいそうや倦怠感などの悪液質症状が進行し始めた時点で rapid turnover protein (レチノール結合蛋白など) を測定し、栄養補給が有効なアルブミン増加につながっていないと推測されるときは IVH を中止し、電解質補液製剤の持続皮下注に切り替えるタイミングとする。
- 消化管閉塞がない場合
 1. 水分の経口摂取が可能なら原則として補液は行わない。患者の要求するだけの水分を摂ってもらい、口渴があれば口腔ケアを行う。それ以上の水分摂取などの要求がなければそのまま見守る。
 2. 水の嚥下時に咽せる・高熱で脱水が増悪するなど補液で苦痛除去かつできれば予後延長が見込める場合、1日 500ml～1000ml の電解質補液製剤の持続皮下注の適応ありとする。但し、持続皮下注の実施によって心負荷や喀痰の不要な増加が予想される例では、実施のメリットがこれらのデメリットを上回る場合に、1日 500ml 程度を目安に持続皮下注の適応ありとする。

(補足事項) 感染症に対する抗生剤投与、脳浮腫に対する浸透圧利尿剤投与、肝性脳症に対するアミノ酸製剤投与など、薬剤投与手段としての補液は「終末期補液」とは医療行為としての範疇が異なるが、補液の一種ではあるので参考として付記する。この場合、通常と同様に有効性が見込める場合は、薬剤投与の適応ありとする。このとき、全ての合併症に直ちに薬剤投与するのではなく、合併症に対する薬剤投与が QOL を改善させうる、または QOL を低下させずに予後を延長させうるなら薬剤投与を行う。

これまで当院在宅ホスピスでは、とくに死亡直前に補液が入ることで浮腫や腹水や呼吸困難感などの苦痛が悪化した患者を多数観察した。その後、その経験を生かし「補液なし」で穏やかに亡くなっていく患者を少なからず観察してきた。そこで、この補液をしないことで得られた有効性の観察に基づき、当院では、終末期補液を苦痛除去を中核に「QOLの積分」を最大にすることを旨とする²「緩和ケア手技」として位置付け、この観点から「補液なし」を原則とした上で、補液を必要とする基準づくりを行ってきた。補液の投与方法も、持続皮下注、末梢点滴静注、IVH（中心静脈栄養）が緩和ケアとしてそれぞれ何故必要かを検討した。

具体的には、以下のように考えて補液を行っている。末期がん患者が食べられなくなってきたり、尿量が減少しはじめたりすると、その時点から補液を行うかどうかが問題となる。当院では、まず水分などの経口摂取がまだ可能なら補液は行わず、喉の渇きの訴えに応じて、いわば「死に水をとらせる」ように小さめのスプーンを使ったり綿に水を含ませるなどして水分を摂らせる。この方法で死前喘鳴も浮腫の苦痛も軽減出来るようである。また、こうすることで家族は看取りに参加することになり、苦痛除去を自ら行う満足感が得られるようである。この段階で、もしそれ以上の水分や栄養摂取の訴えがとくになければ、そのまま経過を見守る。上記の方法でもなお高熱で脱水が悪化するなど補液で不快感が軽減できる見込みがあるときや、患者や家族の死亡直前になお「点滴は患者にとって有益である」という誤解を解くことができず、これを強く希望されたときなどは浮腫や喀痰を増やさないことを目安に1日に500mlから1000mlの持続皮下注を行う。これに対し、消化管閉塞が合併したために経口摂取ができない例では補液による予後の延長がほぼ確実に見こめるため（補液を行うことが予後を延長するというエビデンスが確立されている）、積極的に補液を考慮する。予後が1か月以上見込めそうな症例では、IVHも行っている。しかし長期のIVH例では補液量やカロリー減量のメルクマールを何に求めるかで迷う。一応の目安として浮腫や喀痰の増加を認めたら減量を開始している。また長期IVH例では、るいそうや倦怠感などの悪液質症状が進行し始めた時点で量やカロリーを減らしている。

以上のような実施方法を整理して当院では別表の

² 『緩和医療学』（三輪書店）1997年所収清水哲郎諸論文参照。

ような実施基準を設け、これに従って補液を行ってきた。

2 終末期補液の論理と倫理

終末期補液の現状

終末期のがん患者に補液を行うことが有効かどうかについては、現状では予後を延ばすとか苦痛を除去するなどQOLを向上させることを積極的に支える科学的根拠（エビデンス）はない。例えばWHO編集の『終末期の諸症状からの解放』には次の記載がある。

「終末期患者では、静脈内栄養注入法は禁忌である。体重増加にも延命にもつながらない。強制栄養法は死が近い患者には実施すべきではない。最期の時には食欲が進行性に失われていくのが自然な経過であり、患者は何も食べたくなくなる。家族や介護担当者は患者に食べさせることや栄養を与えることがケアであるとの考えを元来持っているがこの考えは不適切である。この不適切な考えを克服していくよう支援していく必要がある。」

またわが国でも現在終末期補液の有効性の科学的根拠を求めて、厚生労働省がん研究「終末期がん患者に対する支持療法の適応に関する研究」班が組織され、その中で終末期補液の有為性の有無が検討されているところである。

しかしこれまで一般病院医療での終末期補液は根拠がないにも拘わらず治癒を目指す一般患者に対してと同様に行われており、過剰補液による浮腫、喀痰の増加、高血糖誘導などの苦痛を与えているのが現状である。このような状況が定着してしまった背景には、現行の保健医療での診療報酬が出来高制であるために何かしなければ赤字になってしまうといった病院経営事情や、ここ数十年来の劇的な医療の発達で「延命はどこまでも可能である」かのような錯覚を国民にも医療者側にも抱かせてしまったというような歴史的な事情などがあると推測され、また現場の医療者の心理もつい「なんにもしないでいいのだろうか」とか「何かしたほうが安心だ」とか「補液は最低限の栄養を与えるケアなのではないか」といった情緒的反応に傾きがちであることなどが、

大きな要因であると考えられる。以上のような制度的、歴史的、心理的な様々な要因を背景に、終末期の補液が根拠を欠いたまま習慣化した結果、過剰補液をきたしているのではないかと恐れるのである。

終末期補液の方針およびその論理と倫理

ではこのような明確な根拠を持たない終末期補液に関し、どのような方針で臨むのが適切であろうか。ここでは、医学的かつ臨床倫理的に妥当な発想の医療行為として終末期補液の方針を立てるべきであると思われる。分かりやすくするために、以下まず結論から述べ、次に理由を挙げて論ずることにする。まず結論としては、大まかには次のように方針を立てるのが妥当であると考えられる。

方針：補液は行わないことを標準にした上で、ある基準を設定し、合併症のもたらす苦痛に対する治療として補液のエビデンスが確立されている場合や、有効でありうることに相当の根拠がある場合にのみ補液を考慮する

【医学的観点】 医学的に妥当であるには、まずは有効性のエビデンスを欠く医療行為には慎重な態度で臨むという医療の常識に従うことであろう。換言すれば「相当の根拠のない医療行為は行わない」という常識である。これは少し極端な例を挙げれば「風邪の治療に手術は適切性が認められていないので行わない」という場合に含意されている慎重さかつ常識的妥当性と類比的な意味での常識的妥当性である。つまり「風邪を治す目的の手術」という医療行為はおそらくどこか不当な印象を与えるであろうが、その印象をあえてEBM(Evidence Based Medicine)を念頭に根拠づけるなら、それはその「治療」が有効性を示すエビデンスがないうえに、理論的にも経験的にも有効性は疑わしく、むしろ害のほうが大きそうだと推測されることなどによると思われる。だから有害性のエビデンスもないけれども手術はしない、というのが医療者間の常識的発想となっている。終末期補液に対してもこれと同様な発想で臨むのが妥当であろうと考えるのである。つまりまず終末期補液には有効性のエビデンスがなく、かつ緩和医療の専門家間ではすでに経験的に有効性を疑われており(当院の経験からも否定的)、かつ前述の通り過剰補液の現状すら指摘され

ているので、従って「補液はしない」ことを出発点とするのである。そして次に、「苦痛除去を中核にQOLの積分を最大にすることが相当の根拠を持って見込める場合に限って補液を行う」ことを方針とすることであろう。この発想は「緩和ケア」の概念に適っている³。この際、予想される予後の長短や合併症のもたらす苦痛の有無でさらに方針が異なりうる。また合併症に対する補液の効果についてのエビデンスの有無も方針に影響する。エビデンスがあれば、EBMの手順に則ることが現在の医学界で推奨されている意思決定方式であるからである。

具体的に述べてみる。例えばがんの経過の中でイレウスという腸の閉塞状態が合併した例では、まず、IVHの予後延長に関するエビデンスが確立されており、IVHが高い確率で予後延長を結果すると期待できることを把握せねばならない。従って、次にEBMの手順に沿ってこのエビデンスが当の患者に適用できるかどうかを医師が判断する必要が生ずる。この事例では、終末期補液としてIVHを行うか否かは、「がん」自体の経過から予想される予後の長短が重大な考量の因子となる。つまり予後が1か月以上と予想されれば、エビデンスから積極的にIVHを考慮すべきである、と言える。しかし予後が短いと予想されれば、その時期の患者はたいへい悪液質という栄養が「体重増加にも延命にもつながらない(WHO)」身体環境におかれているため、同じ補液でもIVHは選ばずに電解質補液の適応が妥当と思われるのである。そしてさらに、一般に(イレウス以外の)合併症による苦痛が生じており、かつエビデンスがない場合は、理論的・経験的・専門家的に有効性が見込まれるときに限って補液を行うようにし、実際に有効かどうかを観察しながら補液を続けるか否かを決めてゆけば、その発想は医療の常識的発想としては是認されうると考えられる。

【臨床倫理的観点】 このように方針を立てることは医療の常識からも妥当な発想であるうえに臨床倫理的にも「まっとう」であろうとされていると考えられる。なぜなら、医療行為の目的論的観点からは、「エビデンスがない状況で、利がなく害がありそうであるとの理論的・経験的・専門家的判断に基づいて原則的には補液を控え、かつ緩和ケアとしてQOLの積分を最大にすることが理論的・経験的・専門家的に見込める場合にのみ補液を行う」という発想は「他者の益になることをせよ・他者を害する

³ 清水哲郎著『医療現場に臨む哲学』勁草書房、1997年、および注2の清水諸論文参照。

な・害に優る益をもたらせ」などの倫理的諸規範、あるいは「患者の良い状態を目指せ」といった目的論的原理に沿うことを目指していると解釈できるからである⁴。

方針の正当性の検証

【医学的観点】 方針が決まったなら、この方針が有効か否かを科学的に検証できる体制を整えるべきであろう。そのためには「補液の有無が苦痛にどう影響したかを観察しそれをデータとして蓄積し、補液が有効であったかどうかについての科学的解析と評価を行い、終末期補液のエビデンスとして提出する」ことが必要であると考えられる。

終末期補液のエビデンスを確立するにあたっては、これまでの研究のように「補液を行うことを前提にその欠点を探す」という姿勢で臨むよりは、医学常識的に妥当でかつ臨床倫理的にもまっとうでありうる基準に従って補液を行い、そのQOL向上に関する有効性についてのデータを検証してゆく姿勢で臨むほうが「理に合った」態度であると思われる。

当院ではまた実際に、上述のような考えに基づいて終末期の補液を行った結果、補液なしで穏やかに亡くなった患者を多数経験した。その結果、とくに死亡直前には補液をしないことが補液を行うことよりもQOLの向上に役立っている可能性の心証を強くした。

【法的観点】 さらに、ここで法的側面を考察しておく。例えば家族だけで「断食死」を遂げさせようとするときなど、医学的考量をせずに補液をしないままにしておくことは、(この例では家族が)「保護責任者遺棄等」罪や「自殺関与及び同意殺人」罪として法に触れる可能性がある⁵ことを指摘しておきたい。従って同様に、もし医師が、イレウスのときのIVHのように、有力な選択肢がありながらもそれを患者に説明せずに「補液なし」を続けた場合、同じ罪に問われる可能性があると言える。しかし当院の補液方針は、治療上のエビデンスや医療の常識や臨床倫理の観点から緩和ケアとして是認されうるように意図して設定されており、上のような法律上の難点はクリアされていると考えられる。

当院が、エビデンスのない終末期補液に対し、「補液なしを標準とし、主に訴えに応じて補液を行う」方針であるのは以上のような諸理由によるのである。

「自然死」について

また、話は少し変わるが、「治癒目的の一般的補液に盲従したかのような過剰な終末期補液」を避け、「緩和ケア」として終末期補液を位置づけることの背景には、以上のような論点とは別の含みもあるので述べてみたい。以下では末期がん患者の生理現象がたどる自然な経過と諸症状との関係に注目して、われわれが「自然死」と呼ぶ、おそらくは緩和ケアが目指すべき「死の様態」について触れる。

末期がん患者の身体環境はあたかも死にむかって傾斜するかのように変化し続けており、死亡前1週間ほどになると、死への傾斜を反映したこの時期特有の生理的過程が存在すると推測される。終末期の「自然な」生理的過程の中では、比較的早い段階では確かに痛みなどの不快な症状も現れるが、同時にある段階からは逆に、その「生理」によって死に対して準備がなされるかのような様々な苦痛除去メカニズムが働き出すことを指摘したい。例えば肺の障害で亡くなっていくときは、直前にCO₂ナルコーシスという炭酸ガス貯留状態となり、その刺激で血中のβ-エンドルフィン濃度が急激に上昇し、その結果「自然現象」としてすべての苦痛が除去される。(脳障害、肝障害、腎障害などの場合もそれぞれ苦痛除去の生理的過程が認められる。)

従って、終末期の緩和ケアにおいては、特に死亡直前には「死の過程の生理現象(臨死期生理現象)」を全て克服すべき異常現象とみなして「治療」を行おうとする発想は誤っている可能性があると考えられる。なぜなら末期の緩和ケアにおける「治療」は苦痛発生のメカニズムに対して行われるのであり、かつ死の過程の生理現象が少なくとも一部は苦痛除去に働くものであるならば、それを一括して「治療」の対象としてよいものではないからである。治療も延命も望めない状況で生理的に苦痛除去メカニズムが働きだしたならば、あえて「なりゆきを見守る」のが勝れて「緩和ケア」らしいケアなのではないか。終末期の医療は、特に死亡直前では「通常の生理学」に基づいて治療を目指す「積極的治療」と

⁴ 注3の清水著書参照。

⁵ カール・ベッカー／坂田昌彦著『「死」が教えてくれること』(角川書店)参照。

は異なって「臨死期の生理」に基づいた死にゆく身体を相手にしているものであり、がん性疼痛や嘔気などの諸苦痛は「治療」で除去を図るけれども、「臨死期生理的苦痛除去」が見込める場合にはあえて「自然現象のなりゆきに任せた苦痛除去」を図ることもありうるのではなからうか。

このような観点からも、終末期、特に死亡直前に補液を控え、身体環境を自然経過にまかせて軽度の脱水状態にさせておくことは、あるいは「穏やかなせん妄」という「臨死期生理的苦痛除去効果」によって末期の心理的 QOL の向上に寄与していると考えられる可能性もあると言える（終末期に脱水状態になると、ときにせん妄が生ずることが知られている）。ここでわれわれが念頭に置いているのは、当院の在宅死患者に見られた「お迎えが来た」と呼ばれる臨終のありかたである。当院の、補液なしで穏やかに亡くなった患者の中には、死の直前に物故した近親者の姿を見たり会話をしたりしていた（「お迎えが来た」）例が数多く認められた⁶。

ほとんどの人が点滴につながれて死んでいくという歴史的にみれば特殊な事件は人類史上わずかの40年ほどのことであり、そのような「死に方」は、水が飲めず食べられなくなったら「自然の摂理」として最期であるという太古の昔から戦前まで続いてきた「死の様態」からすれば異様であると言えよう。

ここでわれわれはむしろ、自然な苦痛除去メカニズムが発露するという知見も込めて、「補液なし」「薬なし」で自然の摂理として穏やかに亡くなるという、縄文のむかしから戦前まで続いた死の様態を「自然死」⁷と呼んで、緩和ケアにふさわしい死の様態として提唱したい。緩和ケアは、とくに死亡直前では「自然死」を目指しつつ、自然な過程が苦痛を生むならばそれを除去するように行い、穏やかならばその過程を見守るように行うのがふさわしいと考える。

そしてまた、究極的なレベルでは「生誕」と同様人為の埒外である「自然現象としての死」は苦痛除去や合併症の治療がなされたあとは「治療の彼岸」である、と直視しておくことも人間の普遍的事実として「患者を人間として遇する」際の基本条件のひとつなのではなからうか。

当院の終末期補液実施基準設定の「遠景」にはこの「自然死」をにらんでいることを付け加えてコメントを終わりたい。

おわりに

以上、当院における終末期補液の実際と考え方を述べてきたが、前述のようにこれは現時点ではすべてが明確なエビデンスに裏付けられているわけではない。また、最後に触れた「自然死」や「臨死期生理」の考えは試案であり、今後その妥当性が論じられてゆくべき仮説的概念であろう。しかしこの実施基準に基づいた補液方法で、当院の患者満足度調査では8割強から肯定的の評価を得ており、補液を緩和ケア手技として捉える当院の補液実施基準が在宅ホスピスのシステム全体の中で不満因子となっておらず、補液を含めた当院のシステムの有効性が患者によって支持されたものと考えられる。さらに、当院の電子カルテ入力によって得られた過去1年間のデータを基に、実際に死亡直前の呼吸困難感や浮腫などのいくつかの症状に補液の有無がどう影響したかをグラフ化したところ、補液なしでも補液を行った場合に比べ症状は悪化しておらずむしろ全体にQOLが若干良好である可能性が示唆された。そこで当院では、こうした有効性の印象をエビデンスの確立へと繋げてゆくために、当院の実施基準の有効性に関するデータを今後持続的に集積し科学的な解析による評価と検証を行ってゆきたいと考えている。以下にその概要を示して、本論の結論にかえたい。

ある医療行為の有効性を科学的に調べる最有力の方法は「無作為化比較試験」でデザインされた臨床試験を行うことである。これはたとえば、ある新薬を外面的にはそれと見分けがつかない「偽薬」を使って、医者にも患者にもどちらであるかを伏せた状態で無作為に割り付けて効き目を比較するやりかたである。従って、厳密には終末期補液の有効性についてのエビデンス構築も「無作為化比較試験」をデザインすべきであろうが、困難である。それはひとつには、補液を絞ることがすでにWHOの推奨する世界標準となっているからであり、補液を行う

⁶ 清藤、板橋、岡部、仙台近郊圏における「お迎え」現象の示唆するもの—在宅ホスピス実践の場から—、『緩和医療学』（先端医学社）、vol.4（2002）no.1: 43 - 50

⁷ 吉本隆明／河合隼雄／押田成人／山折哲雄『思想としての死の準備』（三和書店）、注5記載のカール・ベッカー／坂田昌彦書参照。

か否かを無作為に割り付けることには倫理的問題があるからである。

そこで当院では、電子カルテ入力による看護記録に基づく症状データベースを作り、補液の有無に関係なく全症例について継続的にあらゆる症状所見のデータを蓄積している。こうすることによって、

症例数が十分に集った段階では補液の有無の違いがQOLに与える影響について統計学的に有意な検討を加えることができるようになるであろうと考えている。有意な結論が得られたら、学会や誌上に発表したいと考える。

☆本特集について意見交換をしましょう☆

臨床倫理研究会

- 臨床倫理検討システム開発プロジェクトは、活動の一つとして、〈臨床倫理研究会〉を立ち上げています。
- 年に数回の研究会、研究集会を計画しております。
- また、インターネットを使った意見交換を目的とした〈臨床倫理研究会メーリングリスト〉をつくってもあります。
- 詳しくは、URL: <http://www.sal.tohoku.ac.jp/phil/CESDP/index-j.html> をごらんください。メーリングリストへの参加申し込みもここからできます。
- 本特集は、昨年12月開催の研究集会を基にして組んだものですが、今後もこのテーマについて、メーリングリストを通じて、意見交換して行きたいと思っております。まだ参加なさっていない皆様、もしよろしかったら、ご参加ください。