

血液透析不導入・中止の応用医学哲学的考察

阿岸鉄三

板橋中央総合病院血液浄化療法センター

1 医学の科学性と哲学性

医学を科学とみなしても、普遍性を持った絶対的なものではなく、本質的に確率的な不確定要素を含んでいることが指摘されるべきである。すべての医療行為は、確率的であり、個々の患者についての診療結果にはなんの保証もない。このことを医療従事者は、明確に認識すべきであり、患者に十分説明すべきである。また、多くの疾患は多様性に富み、予測がきわめて困難で、患者の知りたい病名とその予後をある程度の確実性をもっていい当てることは、不可能に近いとすらいえる。これは、医学・医療について述べる場合の重要な前提である。

医学は、哲学と科学の学問性を併せ持つとする発言は多い。哲学は人間がいかに生きるべきかの原理を究極にまで遡って探求する学であり、科学は事物と事物の関係を探求する学である。その意味で、医学は複合的学問である¹⁾。今日の医学における閉塞感を打開するには、医学そのものの問題点を捉え、医学とはなにかを根本的に反省し哲学することが必要であろうと考える。

人間は、生老病死の四苦を持った存在であるが、長らく近代医学はもっぱら、そのうち「病」のみを対象としてきた。しかし、現代では、誕生・老・死の問題を避けては医学は成り立たなくなっており、生老病死を連続的に多元的な視野をもってみる医学が求められるようになってきている。腎不全という純医学的な観点か

らは、透析療法の適応がありながら、合併症や社会的問題などを抱えていることから、透析の導入や維持透析の継続が、躊躇される場合が医療の現場で現実には、そんなに稀でなく存在する。その場で医療方針を決定するには、生老病死を全体的に考える哲学的思索が必要になる。

この平和と飽食と技術の時代においては、人間が簡単に死ねないようになっている。長く生きることは一種の試練であり、一種の拷問とさえいえるという発言²⁾すらある。医療技術の進歩・普及した現代では、病気、あるいは死は医師の過失とされる雰囲気がある。しかし、考えてみるまでもなく、永遠に生きる人間はいない。したがって、死は問題でなく、失敗でもないといえる。死は、単なる生の否定ではなく、生を成就させ、むしろ生に威厳を与える自然の贈り物であるとする考えもある¹⁾。そこでは、死を抜きにした人間の生き方というものはないのであり、もし生が終わることがなくどこまでも続くものであるなら、生は苦しみの絶えることのない無間地獄であるとさえいえよう。

Albert Schweitzer は、「医学とは単なる科学ではなく、医師の個性と患者の個性が相互に働きかけながら作り上げる芸術である」といったとされる。医師の感性と患者の感性とが関わり合いを持つことを指している。

人間は古来、理性的存在 (homo sapiens) とされてきた。近代医学では、こうした人間観を基盤として医学を科学とみなし、さらに (科学) 技術と考えてき

た。この人間観には、心身分離が前提となっており、そこにあるのは身体の技術的支配という思想である。しかし、人間は心身の統合的合成体であって、感性的存在 (homo patiens) といえる。人間は、苦しみ悩む存在である。自らの脆弱性を他者に助けられ護られながら、他者の脆弱性を助け護ってゆく (助け護る人 homo curans) ことによって、人間は人間として生きてゆくことができる¹⁾。この思想は、医療の原点とはなにかを示唆するものであろう。

ここでキーワードになっている感性について考えてみる。感性とは、環境の変動を感知し、それに対応し、また自己のあり方を創造していく価値にかかわる能力であると表現されることがある³⁾。感性は、情報を捉えるだけの受動的な能力ではなく、環境との関係のなかで自己の存在をつくり出していく能動的・創造的能力であり、しかも環境との相関関係が適切であるかの価値判断をも含んでいる。医療においては、医療従事者はつねに自らの感性を患者の感性と共鳴させることができるよう真の意味での職業的 (天職としての) 技能を洗練させなければならない。

2 透析不導入、維持透析中止の哲学

透析不導入、維持透析中止とは、数日から数週間の後に、ある程度の確実性をもって患者に死がくることを想定している。そこで問題になってくるのは、医療とはなにかということであり、近い将来の死を想定しながら医療方針を決定することの要件であろう。

医療の目的はなにかということについて、人生のある時点において医学的にみた患者の健康状態は、その時点から死の時点に到るまでの身体状況の QOL の総和の大きいほどよく、自由度の総和の大きいほどよいとする発言がある⁴⁾。

医療方針の決定に際して、患者の人生観・価値観・人生計画が考慮されねばならず、よく生きることを妨げないためである⁴⁾とするのは当然であろう。そこで

は、医療における自立権⁵⁾が絶対的条件として確保されなければならない (表 1)。注意しなければならないのは、たとえその決定が当人に不利益をもたらすことであっても、自己決定の権限を持つということである。

これらにはすべて、QOL の向上・確保がキーワードになっている。QOL という用語は最近では、馴染みのものになっているが、きわめて不明瞭な、あやふなものであると考えられる。QOL を定義するのは、身体的・精神的に良好であるとする生物学的観点からであるより、むしろ周囲の状況との相対的關係に影響される社会的な観点からである要素が大きい。その意味で、QOL の評価はきわめて主観的である。たとえば、腎不全患者の QOL 評価項目をみると、健康感・自覚症状など主観的項目のみが羅列されている (表 2)⁶⁾。QOL の評価法として国際的な注目をうけている SF-36⁷⁾においても、評価のランキングとして数字を用いたスコアとして表示し、数学的取り扱いの装いをして、基本的な評価は患者のまったく個人的な主観に基づいている。問題にしたいのは、近代科学に基礎をおくとする現代の医学は、科学性を追求するために主観性を排除するのが通例である点である。

また、医療行為は公共的に合意された価値評価に基づくといいながら、QOL を評価する個人の価値観はその一般的価値評価に一致するとは限らないことを認め、個人の人生観・価値観を尊重する⁴⁾ことが現代では容認されている不整合性も問題点とすべきであろう。

多様性を認める現代では、個人により異なる感性を工学する立場の研究者の集団もある。当然、個別性・主観性を取り扱わざるを得ない。主観性の科学の構築は、21 世紀の科学の直面する大問題であり、その構築は従来の科学のパラダイムを根底から変革するとの指摘もある⁸⁾。

筆者は、こう考えている。近年、わが国においては未だしの感があるが、諸外国、特に欧米において医療の統合への動きが激しく起こっている。これまで正統医療とされてきた近代科学に基礎をおく現代医療と、代替・補完・伝統医療などと呼ばれ、現体制のなかでは医療類似行為とも呼ばれるべきものとの統合である。背景として、前者の現代医療では、生命を構成要素に還元し、細胞を分子構造から化学的組成にまで分解した結果、生命像の本質からますます遠ざかってしまい、

表 1 医療における自立権

- | |
|-------------------------|
| 1) 判断能力のある成人なら、 |
| 2) 自分の生命、身体について、 |
| 3) 他人に害を及ぼさない限り、 |
| 4) たとえその決定が当人に不利益になっても、 |
| 5) 自己決定の権限を持つ。 |

(橋本肇：高齢者医療の倫理；中央法規，東京，p. 17, 2000)

表 2 腎不全患者の QOL

合計	治療形態				
	人 (%)	施設透析 866 (100.0)	家庭透析 59 (100.0)	CAPD 87 (100.0)	腎移植 186 (100.0)
* 健康感	とてもよい	61 (7.0)	8 (13.6)	3 (3.4)	37 (19.9)
	よい	209 (24.1)	17 (28.8)	12 (13.8)	63 (33.9)
	普通	509 (58.8)	27 (45.8)	54 (62.2)	66 (35.5)
	悪い	73 (8.4)	4 (6.8)	11 (12.6)	14 (7.5)
	とても悪い	5 (0.6)	3 (5.1)	0 (0.0)	1 (0.5)
	不明	9 (0.1)	0 (0.0)	7 (8.0)	5 (2.7)
** 自覚症状	のどの渇き…	732 (84.5)	45 (76.3)	59 (67.8)	60 (32.3)
	のどの痛み…	225 (26.0)	15 (25.4)	21 (24.1)	51 (27.4)
	体の疲れ, だるさ…	746 (86.1)	49 (83.1)	71 (81.6)	128 (68.8)
	体のかゆみ, むずむず感…	635 (73.3)	39 (66.1)	70 (80.5)	41 (22.9)
	頭痛…	499 (57.6)	28 (47.5)	37 (42.5)	71 (39.4)
	胃の痛み…	350 (40.4)	24 (40.7)	24 (27.6)	57 (30.6)
	こむらがえり, 足がつる…	522 (60.3)	30 (50.8)	34 (39.1)	48 (25.8)
	胸のむかつき, 吐き気…	363 (41.9)	24 (40.7)	36 (41.4)	41 (22.0)
	便秘…	459 (53.0)	28 (47.5)	46 (52.9)	76 (40.9)
	下痢	268 (30.9)	20 (33.9)	30 (34.5)	51 (27.4)
	不安や心配な気持ち…	576 (56.5)	32 (54.2)	55 (63.2)	107 (57.5)
	動悸, 息切れ…	550 (63.5)	35 (59.3)	55 (63.2)	87 (46.8)
	めまい…	368 (42.5)	20 (33.9)	38 (43.7)	45 (24.2)
	骨や関節の痛み…	557 (64.3)	30 (50.8)	49 (56.3)	60 (32.3)
	筋肉に力が入らない, 脱力感…	429 (49.5)	29 (49.2)	41 (47.1)	44 (23.7)
	手足のしびれ…	378 (43.6)	19 (32.2)	35 (40.2)	34 (18.3)
腰痛…	526 (60.7)	36 (61.0)	40 (46.0)	75 (40.3)	
睡眠不足…	556 (64.2)	42 (71.2)	55 (63.2)	81 (43.5)	

(朝倉隆司：移植, 28 (6); 714, 1993)

* 健康感については, 一つのみ選択

** 自覚症状については, 該当する患者の複数選択

人間を機械論的に見, 生命をマスとして取り扱うことが多かったという反省に由来している。後者では, 人間を包括的生命像の観点から見, 主体性, したがって主観を持つ個としての人間を尊重する立場にある。このような視座にあれば, QOL や QOL を評価要素として重視する EBM (evidence-based medicine) は, 実は, 現代医療のパラダイムにおいては存立し得ず, 統合医療のパラダイムにおいて理解されるべきものといえるであろう。ただ, 残念ながら, 現在ではまだ, 統合医療は理論構築が十分でなく, QOL, EBM を評価する物差しを持たない状況にある。

3 透析不導入・維持透析中止の臨床

米国においては, 維持透析の中止が透析患者の死亡原因の第二位を占めるといわれる。わが国においては, 患者統計中に項目すら存在しない。この主題は, 著しく宗教的・倫理的・哲学的・社会的・家族的な意味を持つ, 微妙な問題であり, 日本人が口に出して討論す

るには不得意な対象である。むしろ習慣的に, 言わずに理解する阿吽の呼吸の世界, 日本人に特有な「なあなあ」の世界であった。しかし, 最近では, 医療の解釈についてもグローバリゼーションの思想が入り込み, 情報の公開が求められるようになってきている。一方, 医療における生の継続・維持, あるいは近い将来の死の想定は, 基本的にきわめて個人的・主観的な問題であり, 両者の折り合い, あるいは, 妥協点を見つけ出すことが, 実際には難問である。維持透析を差し控え, 中止する条件が日本でも (表 3)⁹⁾, 米国でも¹⁰⁾提出されているが, 後者の方が条件として緩やか, 拡大されている感じがある。文化の違いを反映していると見られる。

この問題は, ときに安楽死と深い関わりを持つようになる。安楽死の先進国とも見なされるオランダでは, 2001年4月に安楽死法が成立しているが, その意義は, 患者の死の選択に協力しても刑事訴追を受けないことにとどまり, 安楽死支援を行った医師に対する起

表3 維持透析を拘留(差し控え), 中止する条件(日本)

- (1) 透析が医学的に極めて危険, 不可能である
- (2) 慢性腎不全にかかわるか否かを問わず, 致命的で, 回復不能かつ苦痛にみちた合併症が一定期間以上継続している(癌末期・痴呆・重度心不全)
- (3) かかる状況下で人工透析・生命維持装置・処置の中止を指示する患者の文書または意志表明が予め存在するか, 意識障害下の患者では, それらが存在しなくとも家族による適正な代理判断が行いえると判断される
- (4) 最終的な中止決定には, 患者・家族・医療スタッフの三者の合意を基本とし, 第三者として, 弁護士・学識経験者を混える

(大平整爾: 高齢者の透析; 前田貞亮ら編, メディカルセンター, 東京, p.212, 1996)

表4 積極的安楽死が容認される条件
(いわゆる東海大安楽死事件に対する判決例)

- (1) 耐え難い肉体的苦痛がある
- (2) 死が避けられず, その死期が迫っている
- (3) 肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし, 他に代替手段がない
- (4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意志表示がある

判決に合意されていること

(a)医師が行う(b)死をもたらす手段が, 苦痛を与えるもの, 残酷なものであってはならない(c)患者の意思確認のプロセスは十分なコミュニケーションとケアによるものである(d)医師独断ではなく, 医療チームとしての合意による

(清水哲郎: 生死のコントロール. 医療現場に臨む哲学; 勁草書房, 東京, p.174, 1997)

訴は, ほとんどない現状を追認して法制化したものとされる¹¹⁾. 日本では, 自己決定権を中心とする患者の権利を法制度として確立することが優先課題とさ

れる段階にある. それでも, いわゆる東海大安楽死事件に対する判決例から, 積極的安楽死が認容される条件が提示されている(表4)⁴⁾. 日本学術会議でも(1997年), 尊厳死を患者の人間としての尊厳を確保することを目的として患者の意思・自己決定を尊重し, 残された人生を少しでも豊かに過ごせるような医療を邁進するという積極的な意味があると支持している.

文 献

- 1) 池辺義教: 医学を哲学する; 世界思想社, 東京, P97, 1996.
- 2) 木原武一: 哲学からのメッセージ; 新潮社, 東京, P188, 1997.
- 3) 桑子敏雄: 感性の哲学; 日本放送出版協会, 東京, P3, 2001.
- 4) 清水哲郎: より自由であることを目指して. 医療現場に臨む哲学; 勁草書房, 東京, P50, 1997.
- 5) 橋本 肇: 高齢者医療の倫理, 中央法規, 東京, P17, 2000.
- 6) 朝倉隆司: 移植, 28 (6); 714, 1993.
- 7) Mingardi G: Nephrol Dial Transplant, 13 (Suppl 1); 72, 1998.
- 8) 田近伸和: 感性工学と情報社会; 鈴木通邁監修, 森北出版, 東京, P182, 2000.
- 9) 大平整爾: 高齢者の透析; 前田貞亮ら編, 日本メディカルセンター, 東京, P212, 1996.
- 10) Hirsch DJ, et al: Am J Kidney Dis, 23; 436, 1994.
- 11) 池永 満: 私の視点; 安楽死法, 自己決定権の確立が先決, 朝日新聞, 2001年5月28日.