

解説

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン — 検討会委員の経験から

川島 孝一郎
(仙台往診クリニック)

▶▶ はじめに

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」にとって大きな目標の1つは、おそらく「人の心は瞬時に変容する」ものであり、したがって「決定は覆される」ものであるということを確認することであつたらう。帰結するところは「なるべく決定を遅らせる」ことであり、「決定は常に変更可能」であり、さらに「決定しない」ことも十分な決定プロセスの成果として認めるということである(図1)。

人の心、あるいは意思は、1つの全体として常に外的・内的世界に志向的に働く。次の瞬間の刺

激はたちどころにその人の意思の全体を変容させ、まったく別の決定を行うことが可能となるのが「人の心」である。ある時期のある決定に固執しないことが肝要である。事前指示の不確かさについては、ドイツ連邦議会審議会中間答申¹⁾にも言及されている。

次に、「なかなか人の心は分からない」ということである。

人の心が『分かる』ということの説明する場合には、共同主観性²⁾(自分と他者たちが、相互に主体として出会いつつ単一の世界を共有すること)に言及しなければならない。医師と患者の間に共同主観性が芽生えることによって、本来なら

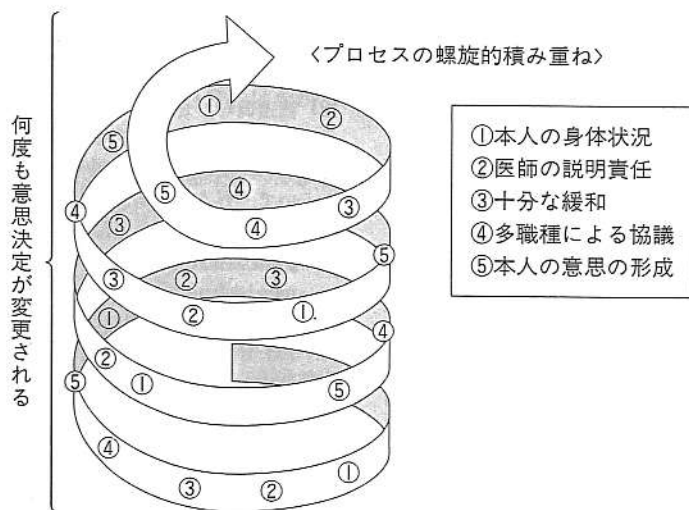


図1 終末期医療の決定プロセスのしくみ

両者が納得した医療が行われるはずである。

しかし現実には、そこまで相手の心を理解しえた関係性が構築されていることはまれであろう。「死にたい」といってもわざとであったり、偽りの受容「やむをえず受け入れる」場合などは、実は受容に見せかけた取り引きであったりすることもあからずからである。

表面的な意思表示と深い内面における意思とは異なる。十分に面接を行い、かつ両者が本当に心をつかち合ったとしても、次の瞬間に決定が覆されてもよいのである。

医師は長年、医療に携わり、常に100点を取るように義務づけられてきた。つつい結果を出さなければならないという義務感から事を急いでしまう傾向にある。しかし、意思決定は100点を取るのではなく、かつ結果を出すことではない。意思決定を行うにあたっての「決定に至るプロセス」こそが問われるのであり、そこに集う人達の意見の集約・あるいは集約しないこと、決定したかのように見えたものについての変更、破棄さてもいく度でも十分に許されるのである。

人の心を客観的に評価しようとするこの尊大さに警鐘を鳴らすことが最も重要なことであり、同時に、いつまでも寄り添いながら結果を求めずに分かり合おうとする心の触れ合いを最も重視するのである。

そのうえで本稿は、

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。

▶▶ 生きる権利と死ぬ権利についての小考察

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^{*1}。年間3万人の自殺者は結果であって、それが法律上の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。

しかし、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^{*2}。

①「死にたい人」のために、医師は死なせる条件と方法を考え出す義務が生じる。

②医師は致死量の薬を処方し、薬剤師は致死量の薬を調剤しなければならない^{*3}。

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死ぬことが可能なので、子供は勉強がいやだから「権利として死んでやる」と言い出す。

⑤ある一定の条件に達した人には死ぬ義務が生じるので、一律に処理される集団が出る。たとえば、脳死状態になった場合の一律な臓器提供の案などの危険性、これが、ある条件を設定したホロコーストとどう違うのか。

⑥DV（ドメスティック・バイオレンス）の親は、「子供が死にたいと言ったから殺した」と言い張るかもしれない。

これで国は成り立つのか。

権利は、人格として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³⁾。「生きる権利」は相互主体性に立脚することから生まれる。なぜなら、相互の関係性を継続し

*1 「刑法」第二百二条：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」第二百三条：（未遂罪）前条の罪の未遂は、罰する。

*2 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（中略）…普遍的意志と特殊的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（後略）、（下中 弘 編：哲学事典、p.458、平凡社、1992）

*3 少数ながら尊厳死法によって自死する患者は（中略）…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（後略）、（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）：219-236、2003）

表1 「死ぬ権利」(right to die)は権利ではない

関係性があることが権利の行使の基本条件
↓
意図して死ぬことは関係性を破綻させる事
↓
関係性の破綻は権利の基本を破壊する行為
↓
right to die=rightを破壊するもの=left way

続けることが前提となるから。

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。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い。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)^{*4}である(表1)。

以上から、生きる権利と死ぬ権利は、同じ基盤の上に立ったうえでの、対極にある2つの論理なのではない。生きる権利と死ぬ権利は、まったく別の基盤・論理構成から生まれた異なる文脈であり、たまたま両者が「権利」という文字を使用しているにすぎないのである。このカラクリに気づかなければならない。

▶▶人工呼吸器をはずすことは単なる中止ではない。人を死なせることである

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^{*5}、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^{*6}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1例もありえない。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、「可能なかぎ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ゆ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

^{*4}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・陰険な・不誠実な・凶兆のなどを意味する。

^{*5}厚生労働省による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。本稿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。なお、筆者が執筆した類似の総説が日本療養病床協会機関紙『LTC』に掲載されている。

^{*6}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)

りえ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、「人工呼吸器をはず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、人工呼吸器をはずす行為が医学的妥当性と適切性を基にしているかが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、人工呼吸器をはずすことを考慮できるのは「安楽死4要件」に該当する時だけである。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。人工呼吸器をはずす必要はない。

ところが、人工呼吸器をはず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で、1)・2)により改善される。

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づかずに、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きらに取り違えをして、その結果人工呼吸器をはずす医師がいる。殺人あるいは自殺補助と同等である^{*1}。

直ちに死ぬことが明らかに意図される以上、人工呼吸器をはずす行為の解釈は中止という範疇で考えるのではなく、「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(ただし、筆者は安楽死を容認しているのではない)。

▶▶生命維持治療の差し控えと中止は異なる⁴⁾

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はずす“中止”は、倫理的な違いがないという意見がある^{*7,8}。いずれも人間の成り立ちを①各臓器を足した集合体として捉えることによって示される。

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間に違いはないという論理である(図2)。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1つの全体的な統合体^{5),*9,10}で

*7 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 著、飯田亘之 訳: 生命の神聖性説批判。p.161-190, 東信堂, 2006)

*8 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 16: 84-90, 2006)

*9 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, p.20-21, 2005)

*10 あたえられた構造を超出して高次の構造を新たに創出する能力。(鷲田清一: メルロ=ポンティ可塑性。p.53, 講談社, 2003)

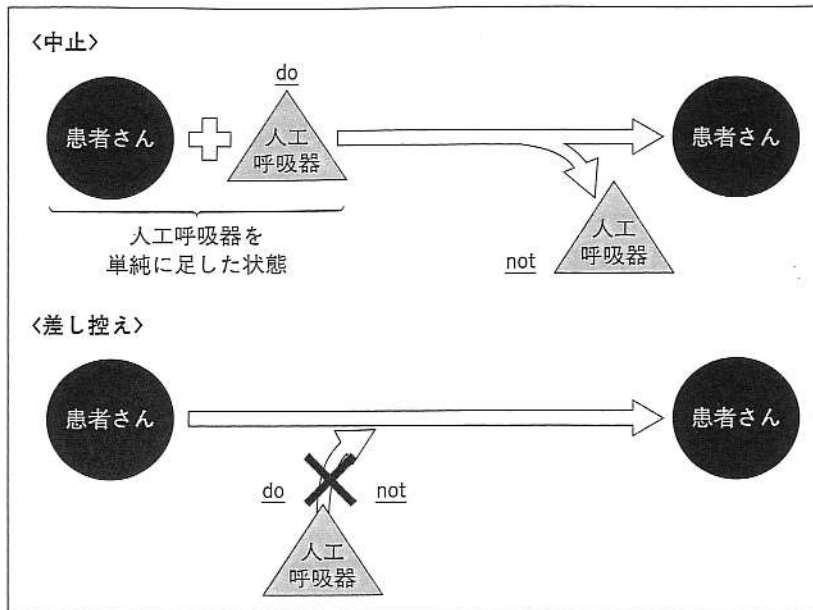


図2 人工呼吸器を“付属物”と捉えた際の「中止」と「差し控え」のイメージ

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⁵⁾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・ペースメーカーなどであり、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）・車椅子・人工呼吸器などである。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・融合したあらたな全体として生きて

いるのであり、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（図2）。

しかし、人工呼吸器をはずす行為は引き算ではない。

図3に示すように、人工呼吸器をはず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「あら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1つの全体的な統合体と考えた時には、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、付けた呼吸器をはずそうとする“中止”は明らかに異なり、同じ範疇に入れてはならない。

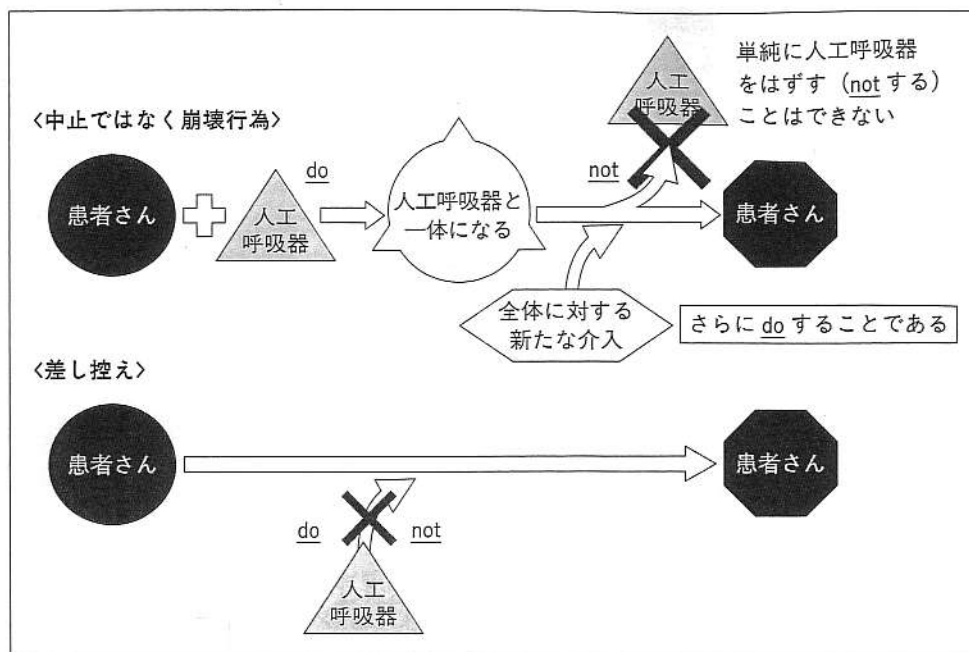


図3 患者さんと人工呼吸器を“一体”と捉えた際の「中止」と「差し控え」のイメージ

表2 身体の状態に基づく分類

今まで	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	瞬時性 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	積極的安楽死の要件で評価する (呼吸器をはずす行為)	

▶▶ 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はずす行為のように、直ちに生命に対する危難が及ぶ行為については、表2に示すような整理が必要である。

人工呼吸器をはずす行為は、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、523ページの②で示したように、人工呼吸器をはず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
- ことから中止行為の範疇に入れるべきものではない。

い、人工呼吸器はず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⁶⁾は、人工呼吸器をはずすことについて、「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、呼吸器をはずすことと理論上変わりはない。

人工呼吸器ははずしてはならない。崩壊行為である。

中止行為とは表2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。

▶▶ おわりに

科学の前提は、事物それぞれの独立性にある。独立しているからこそ単体として認識され、集まれば集合となる。集合化されれば統計計算が可能となり、EBMが生まれる。医学や医療がEBMを駆使する時に、人は単体として評価され統計の中に埋没する。

集合は、「全体は部分の総和」である。しかし、この世界には「全体は部分の総和とは異なる」事象が山ほどあるのだ。数学者クルト・ゲーデルの有名な1931年の論文⁷⁾「不完全性定理」は、「論理命題はそれ自身に矛盾がないことを自身では判定不能である」という。ゲーデル本人は、「TはT自身を証明できない」とも言っていた。個の独立存在を疑っているのである。最も論理的であるはずの数学でさえ、数学の無矛盾性を数学的に証明するのは不可能である。

まして、「自己決定」が、独立した自律性を持って本人自身によってのみ行われるものであると考えるほうがおかしい。かといって、私たちは完全な他律ではない。なぜなら、世界の中に私の位置があるのだから。それと同時に独立した完全な自律でもないのである。

おそらく、私と私が置かれた状況とが互いに影響し合いながら全体性を形づくり、「全体は部分の総和とは異なる全体」として、私と状況との共同作業によってその全体がより良い生き方へと導かれていく決定の仕方が今後模索されることになる。

文 献

- 1) 山本 達 監訳：「ドイツ連邦議会審議会中間答申」人間らしい死と自己決定—終末期における事前指示、p.21-33、知泉書館、2006
- 2) 廣松 渉、増山真緒子：共同主観性の現象学、p.6、世界書院、1986
- 3) 新田孝彦：入門講義—倫理学の視点、p.154、世界思想社、2005
- 4) 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 17(1)：198-206、2007（人間の身体的側面・心理的側面のそれぞれの立場から、生命維持治療の差し控えと中止の間には違いがあることを論じている）
- 5) クルト・コフカ 著、鈴木正彌 訳編：ゲシュタルト心理学の原理、福村出版、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）
- 6) 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って、思想、976号、p.20、2005
- 7) 竹内外史：ゲーデル、p.6、p.52、日本評論社、1998