

1.1 治療方針策定に重要な第一歩は「治療する」か「治療しない」かの自己決定

谷田 憲俊

明和病院 内科

要旨 人工透析中止後に死亡した事例について、「医師が死の選択肢を提示」あるいは「終末期ではない患者に治療を止める選択肢を提示」と問題視されている。終末期に生命延長医療を施行しないとの理解は進みつつあるが、終末期でない患者の治療拒否には否定的意見が根強い。この誤解の背景には、医療と生命倫理に対する無理解があると考えられる。なぜなら、輸血拒否は死に至る重症出血でも社会に容認されている。生命倫理的には、治療拒否は終末期患者だから認められるのではなく、医療の全過程で判断能力がある全ての人は臨床状況に関わりなく望まない治療を拒否する権利を有する。思想信条による差別はあり得ないので、命に直結する輸血の拒否が容認されるということは医療全般における治療拒否の自己決定が患者に容認されることを意味する。

キーワード インフォームド・コンセント 自己決定 共同意思決定 治療拒否 過剰医療

I. はじめに

福生病院の人工透析中止後に死亡した事例について、「医師が死の選択肢を提示」と扇情的に報道された。そして、「人工透析の中止は死に至るので人工透析中止の選択肢はあり得ない」との主張がメディアを中心に流布された。しかし、東京都の立ち入り調査によって指摘されたのは、(1)患者に適切な説明をして理解を得る、(2)カルテなどの診療記録を正確に保存する、という指導であったという¹⁾。同紙に掲載された福生病院院長の表明では、診療記録の不備に関し指摘されたもので、「患者への説明が不十分だった」「意思確認が不十分だった」などの指摘はなく、「医師が積極的に透析の見合わせの選択肢を示した」「患者の再開の求めにもかかわらず透析を再開しなかった」なども確認されなかったという。

その「検証」記事の最後は、「終末期ではない患者に医師が治療をやめる選択肢を提示すること自体の是非について、倫理的な問い合わせは残った」とまとめられている¹⁾。この最後の言明が今回の福生病院事例に関する同紙の誤解の元で、医療と生命倫理に対する理解不足が背景にあると考えられる。報道された経緯からの論述なので、事例の詳細に立ち入ることは控えたい。しかし、「『倫理的な問い合わせは残った』という

誤解」に対しては「残っていない」という十分な論証が可能である。具体的には、「『治療しない(止める)』考え方方が日本の大手メディアにさえ誤解されるのはなぜか」について医科学と生命倫理(医療倫理)面から考察したい。なお、生命倫理と法的側面に関しては『ユネスコ生命倫理学必修』²⁾と『患者の権利』³⁾に基づき、他の知見については総説^{4,5,6)}に引用先を記しているので文献はそれらに記載のない報告を示すのみとする。

II. 今日の医療倫理の基盤：患者の自律と自己決定

1. 患者の意思尊重とインフォームド・コンセント

「世界人権宣言」などに「人間の尊厳と基本的自由」が謳われる。その理念は医療において「患者の自律と自己決定の尊重」として現れ、自分が受ける医療は自分で律して自由に決められるというのが生命倫理の基本にある。国連は2005年第33回ユネスコ総会において、「生命倫理と人権に関する世界宣言」を採択して、各国が責任を持ってその宣言に基づいた医療に関する教育と施策を実践するよう求めている²⁾。

臨床ではそれがインフォームド・コンセントという理

念となり、「医療者は患者に理解されるように医療情報を丁寧に説明し、患者も医療者も率直に思いを出し合い、医療者は患者の思いを受け止め応えて、双方が互いに信頼し合い、それぞれの責任と担当領域を理解し、医療方針について共同参画のうえの患者の自己決定に基づき、医師が責任をもって医療を施行する」となる。これが「共同意思決定」という医師と患者の相互信頼に基づく実践で、インフォームド・コンセントの理念に基づいた医療の姿となる。

患者の自律と自己決定について法制化している国もある。日本に明文法はないが、複数の判例にインフォームド・コンセントの理念が認定されている。例えば、「輸血拒否」に対する2000年の最高裁判所判決は、自己決定権を「私的な医療契約上の権利」ではなく、「患者が輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意志を有している場合、このような意志決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない」と「憲法上の権利」と位置づけた。法制化されていなくても、判断能力のある患者の自己決定を否定する論拠は存在しないので、患者の自己決定権は否定されようがない。ただし、「自殺の自己決定権」に関しては議論になり、本稿の論点にも関連する課題として残る。

2. 自己決定に関する文化的背景

人生の最終段階において過ごす場所や治療方針などに関する希望をみた調査報告によると⁷⁾、状況による違いはあるにしても、ほとんどの人が過ごす場所について希望を表し、治療方針については69%から80%の人々は自分の希望を表明していた。また、今ではほとんどの癌患者は少なくとも病名は知らされている。無論、医療方針への希望表明や癌告知が自己決定に即つながるわけではない。状況に大きく左右されるであろうことは想定されるし、関与の程度に違いはあるが、多くの患者が自己決定に関与したいと思っていることは推測できる。

自律や自己決定について終末期医療への態度からみると、一般人は教育レベルが低いほど、また医学生は学業成績が低いほど自律の理念に否定的で延命措置を望む傾向にある^{8,9)}。また「信仰の篤い人ほど延命措置を望む」¹⁰⁾という姿は、合理性が医療方針の選択に影響することを示す。2004年にヨハネ・

パウロII世が人工的栄養補給に関して「そこに技術があるのだから、遷延性植物状態患者に施行せよ」と命じたことは、技術偏重の即物的考え方を表す。これらから、医療方針の選択には知性が重要で、かつ合理性と自律の理念の大切さを物語る。

一方、黒人は白人に比して終末期に入院治療や人工栄養など医療費をより多く費やし濃厚治療を受ける傾向にある^{11,12,13)}。黒人が濃厚治療や人工栄養を希望する理由は、宗教や文化、それらの総合効果、患者・医療者関係などの文化が関係していると考えられる。さらには、医療に対する幻想とも言える信頼、その対照に位置する医療者への不信、それらの相反しそうな医療への姿勢が結果として黒人やヒスパニックが濃厚治療を希望する理由につながるのだろうという。

他方、従来の知見によれば、アジア人も黒人やヒスパニックと同様の傾向を示している。日本でも個人より集団(家族など)の意思を優先したり、状況によって判断を変える多重基準を採用したりと、合理性や論理性はあまり重視されない。仮説でも吟味のないまま正しいと見なして突進する“期待行動”という文化によって、誤った方向でも「皆一緒に」に進んでしまう傾向がある。それらの結果が今回の福生病院事例に対する社会の正鵠を射ていない取りあげ方につながったと推察される。

III. 自律と自己決定における課題

1. 自律の適切な理解

自律に対する見方には二種類ある。一つは、自律を患者も医療者も肯定的・発展的に「患者の自己決定を支援する」という観点でとらえる。もう一つは、自己決定に関して「医療者と相談すると医療者から影響されるのは必至なので、その結果の患者の決定は『真の自己決定』とは言えない」という自律を原理主義的にとらえる見方である。後者の自律は「医師は患者と家族に詳しい説明をしてはならない」「患者と家族は医療者と話し合うな」と命じていることになる。この一見華々しい原理主義的自律は理想的な理念としてアメリカから世界に発信された。その結果、医療方針の選択肢を患者に丸投げする医師が増えて、放り出された患者と家族は困ってしまった。つまり、アメリカの生命倫理原理主義に惑わされて、患者が医療者

と分断されるという不適切な医療の蔓延という現象に陥った¹⁴⁾。実際は、アメリカ国内でも生命倫理原理主義は少数派で、患者や家族、医療者の多くは前に示した共同意思決定の実践で望ましい医療方針と共に考えようとしている。

また、終末期でもないのに「死に至る可能性のある自己決定」を認めるのは、「自己決定ありき」の原理主義的自律に基づくという批判がある。しかし、自律や自己決定の理念には、その人が理性的で判断能力を有していることが前提にある。「死に至る可能性のある自己決定」も共同意思決定の実践に裏打ちされており、原理主義に幻惑されての現象ではない。

2. 死をもたらすような治療の拒否は自殺と同じではない

現代文明は義務論に立脚している。つまり、“故意”的課題であり、司法領域において「故意か否か」が重視される所以である。永く日本は結果のみを判断基準とする結果論の社会であったが、明治の近代化で法制度を含む社会制度に義務論が導入されて、公的には欧米と同一の土俵に立っている。

標記の件では、アメリカのバッコ対クイル事件判決がわかりやすい³⁾。下級審は、「延命治療の中止または拒否は自殺帮助と何ら変わることはない」という視点から判決した。しかし、アメリカ最高裁判所は、「生命維持療法を差し控えあるいは中止することと自殺帮助の区別を合理的なもの」と明確に確認し、「この区別は医療専門家と我々の法律上の伝統において広く認識され、支持されている」と、下級審の裁定を改正した。そして、「全ての人は、身体的状況に関わりなく、判断能力がある場合は、望まない延命治療を拒否する権利を有する」とし、他方で「何者も自殺を帮助することは許されない」とした。

また、アメリカ最高裁判所は、下級審の「患者が生命維持療法を拒否した場合、患者はその背後にある致死的な疾病やその病理によって死亡する」という考え方を追認し、他方「医師が自殺を帮助しているというためには、患者が死ぬことを意図していることを必要とする」とした。換言すれば、自殺する患者は「必ず自分自身の生を終わらせる具体的な意図を持っているが、治療を拒否あるいは中止する患者はそうではない」と判定した。

そして、「あることを全ての人に認め、他のことを全ての人に禁じることによって、全ての市民は同一に扱われる」と指摘した。つまり、治療拒否は終末期患者だから認められるわけではない。この判決は延命医療に関してではあるが、既に成人の判断能力のある人の輸血拒否は認められており、医療方針選択の自由は医療の全過程に適応されることを明示したのである。

しかし、患者の自己決定において留意しなければならないことがある。その一つが本論考の目的でもある「死に至る可能性のある自己決定」である。実際、終末期には多くの患者が「死にたい」と言うようになる。真に死を望む場合もあれば、それは「死にたくない」という希望の裏返しの表現であることも多い。いずれであっても、臨床ではケアの対象として扱うことが大切である。

IV. 自己決定に必要な医療に対する適切な理解

1. 医療の医科学的側面：根拠に基づいた医療（EBM）の重要性

アメリカ医学について、1977年の総説に「医療の11%は成功し、9%は患者を害し、80%はどちらにも無関係」とあり、1980年代の総説には「10~20%の医療は患者に有用」とある。高齢者への薬物療法の多くは有害無益である。例えば、健康な閉経後女性へのコレステロール低下剤には利益があったとして、その利益を受けるのは投与された数千人のうち1人に過ぎない。一方、副作用による害は確実に多数に発生する。セロトニン再取込阻害薬(SSRI)に抑うつに対する有効性はなく、害反応がみられるだけである¹⁵⁾。

最近、虚弱高齢者は高血圧のほうが日常生活動作は優れていて生命予後も良いと、降圧剤の治療効果に疑問を呈した臨床試験結果が多い。ところが、循環器学会は高血圧の基準値をむしろ下げて治療対象者を増やす動きになっている。それについて、心血管系リスクが低い血圧140/90~159/99mmHgの患者を治療群と無治療群で比較した結果では、死亡と心疾患罹患に両群に差違を認めず、副作用では治療群に低血圧、失神、電解質異常、急性腎障害が有意に多く発生していた¹⁶⁾。つまり、治療しない方が良かったことになる。

さらに、心臓病学に関する欧米の診療指針を調査した結果では¹⁷⁾、信頼性ある指針はわずか14.2%であった。2009年は11%だったので、医科学の進歩は臨床医学にあまり役立っていない。心臓病学は医学では華麗な領域と言って過言ではない。その診療指針のレベルがこのようであっては、他領域の信頼性は推して知るべしと思われる。しかし、残念ながら、権威のある専門学会の指針は内容の如何を問わず、一般の人々は信用して医療に対する誤解と幻想の源となる。この問題を改善するのは困難であるが、いずれにしても臨床医学におけるEBMの大切さを物語る。

2. いわゆる生命延長医療に利益があるか疑問

人生の最終章にあたっては、終末期でない患者に行われる医療と同じく有用であろうとの仮定の下に施行される。例えば、冠動脈疾患では通常全例に酸素が投与され、病院では酸素が終末期患者にも投与される。しかし、終末期患者の呼吸苦に与えられる酸素について臨床研究が複数あるが、有益と示されたことはない。酸素投与の最適応と思われる閉塞性肺疾患に効果は限られ、ICU患者に有害となり、鎮静中の患者の低酸素症予防に無効であった。ちなみに、冠動脈疾患に投与される酸素にも利益はなく有害であることが示されている¹⁸⁾。

抗菌薬や人工透析など生命に直結する可能性のある医療も成果は限られる。癌末期患者における抗菌薬治療で症状が改善した患者は1割程であった。進行性認知症患者の肺炎に対する抗菌薬治療では、生存率は向上したがQOL(生の質)は低下した。人生の最終章における人工透析では生存期間は延長されるが、QOLなどの改善はない想定される。

医療は一般患者が対象となった時でも有用性は限られる。ましてや、終末期にはさらに効果は限られる。例えば、脱水には通常補液などが行われる。しかし、予後不良状態においては浮腫や心不全を増悪させるだけで、かえって患者を苦しめたりする。終末期においては患者と家族が治癒的医療を拒否する方が医学的に適切で合理的な判断になる場合が多い。日本医師会の指針にあるとおり¹⁹⁾、終末期には治癒的医療を避けることが望ましい。

いずれにしても、生存期間延長やQOL改善などの

医療の成果をどう評価するかは、患者の価値観・道徳観によるところが大きい。共同意思決定の大切さを物語ると共に、医療者はインフォームド・コンセントに当たって自分の価値観・道徳観を押し付けない姿勢が大切である。

V. 「医療を受けない」選択肢にまつわる課題

1. 医療者が「治療しない」選択肢を提示しない

医療は患者の「医療を受ける自己決定」から始まる。治療についても、治療を「受ける」か「受けない」かの二者択一を経て、「受ける」を選択して始動する。しかし、医療者は選択の結果の「治療する」ことに気をとられて、「治療しない」選択肢があつたことを忘がちとなる。その問題例として、画像診断の折に偶然に見つかる偶然腫が挙げられる。

ある患者は偶然に17mm大の左副腎褐色細胞腫と診断された腫瘍を見つけられた²⁰⁾。医師による説明で手術が望ましいとされ、手術しなくてもいずれ手術が必要になる、つまり経過観察という選択肢は示されないまま腹腔鏡手術を受けさせられた。結局、不成功に終わり、最終的に経過観察となった。また、脳腫瘍の治療に当たり、「経過観察」の選択肢を示さず手術に至り、不成功で悲惨な結果に終わった事例もある²¹⁾。いずれも当初の最善の選択肢は「経過観察(手術はしない)」であった。治療方針の説明に当たって、「手術しない」が医師の念頭になく、不適切なインフォームド・コンセントから残念な結果に陥った例である。

2. 早期診断早期治療の呪縛

多くの場合、早期癌が進行癌になるには何年も要する。例えば、早期胃癌や早期子宮頸癌の自然経過で、粘膜内癌が進行癌に進展するのは5年から10年間で2,3割に過ぎない。したがって、高齢者の場合は、癌死より老衰など他の原因で死亡するが多くなる。つまり、高齢者の癌は治癒を試みないで、癌と共に存する選択肢の方が良い場合が多い。そのような場合でも、「経過観察」が選択肢として示されないことが多い。

その理由に、早期診断早期治療の喧伝によって医師自身が幻惑されている状況があるように思われる。癌が見つかった場合、「癌発見=早期治療」の呪縛

からか、治療を急ぐ医療者や患者が多い。しかし、通常、診断から治療までの期間は予後に影響ないことが知られている。例えば、治療の待機期間は食道癌患者の生存に影響しない²²⁾。なお、進行の早い癌も少数あるが、その場合は早期治療しても奏功しない。いずれにしても、治療は早い方が良いが、急ぐ必要はない。

3. 患者・家族の満足度と過剰医療

検査などで異常を指摘されれば、「治療しない」選択肢を示されても、どうしても「治療する」を向きたがるのが人情で、「経過観察」の医療方針の選択肢は後回ししがちである。救急搬送された患者・家族の医療への満足度を調査した報告がある²³⁾。それによると、薬剤費と医療費が高額ほど患者の満足度は高まっていたが、同時に死亡率も比例して高くなっていた。「死亡つまり重症だったのでそうなった」というのは早計である。なぜなら、軽症の患者ほど死亡率の上昇が著明だったからである。過剰治療が患者死亡を増やしていたと推定される。

アメリカ人も日本人同様に薬を好み、患者はどんな薬でも特に抗菌薬を処方されることを薬なしで帰されるより良いと考える²⁴⁾。また、医師が勧めれば90%以上の高齢者は服薬中の薬を減らそうと思うが、それら薬剤は必要だと考えてしまう²⁵⁾。結局、患者・家族は「治療しない」選択肢には消極的である。実際、過剰治療は古来戒められてきた。医療は適切に用いられなければ、人々に被害をもたらすことに留意が必要である。

4. 専門職は無意識に自分の価値観を患者に強要する

インフォームド・コンセントでは、患者は説明されて理解して、自己決定に至る。専門職は、患者が理解したなら治療にも同意すると思い込んでしまう。しかし、患者によっては、治療しないことを選択する。その場合、専門職は、患者が理解していないために治療を拒否していると受けとってしまう。つまり、専門職は患者が自分に同意すれば患者が自己決定したとし、逆に専門職に同意しなければ患者には判断能力がないと判定してしまう。

この傾向は、生命倫理学者にもみられて、自分の

意見に賛成しない人は判断能力がないとみなす傾向がある。家族による患者の意思決定代行にあたっても同様である。つまり、専門職の意向どおりなら、家族は患者の意思を代行していると専門職は受け容れる。他方、家族が専門職の意見に同意しなければ、家族に判断能力はないし意思決定代行をする権利はないと主張する。結局は「自分の考えに従え」という専門職が多く、それら専門職は「意図せずに自分の価値観・道徳観を患者・家族に強要している」という事実を意識していない。これでは、自律や自己決定の理念が否定されていることになる。専門職には反省が求められる。

5. 「治療は開始したら中止できない」という誤解

今回の福生病院事例は人工透析中止が問題で、とりわけ「終末期でもないのに中止は容認されない」といった論調が多かった。同様の言明は、神経筋疾患患者における人工呼吸に関しても主張される。これらの「治療は開始したら中止できない」という背景には「治療開始は自己決定による」ことは認めても、「命に関わる治療は開始したら中止できない」という論理があると思われる。

確かに、生命倫理が語られ出した当初は、「治療の拒否(差し控え)と継続中の治療中止は生命倫理的に別だ」という主張がなされていた。しかし、この主張は臨床と生命倫理面の誤解に基づく。つまり、それらの措置を中止した時点で「人工透析(人工呼吸)を(再)導入するか否か」との出発点に戻ることになる。治療の開始と差し控え、あるいは治療行為中止の課題は生命倫理的に同等なのである。

臨床では、たとえ治療を開始しても、その治療中いつでも同意を撤回して治療を止められるというのは自律と自己決定の基本にある。生命倫理への適切な理解が求められる。

VI. 対象による「治療しない」選択肢の扱い

1. 「治療しない」選択肢は年齢に影響されるか
年齢を理由として採用可能な医療に差違を設けるのは年齢による差別に該当する。しかし、その一方で治療の適応は年齢に左右されることも多く、年齢によって差が生じる。かつて、イギリスで国民保健サービスが財政危機に陥ったとき、人工透析センターの35%

が55歳以上は透析せず80%が65歳以上は透析しなかった。これに対して高齢者差別だという批判があった。実態は、20歳台で人工透析に入れば20年以上継続が期待されるが、75歳の高齢者が人工透析を始めて2、3年の継続しか期待できない。配分予算が限られる中、高齢者は後回しするのが医科学的に正しいし、平等・正義の倫理原則からみても適切となる。つまり、高齢者に治癒的医療を控えるのは医学的適応や成果などのEBM、及び生命倫理原則から導かれる合理的方針であって、高齢者差別を意図したものではない。

イギリスは国民保健サービスの一環で、診療行為についてQALY(質調整生存年)という健康度(QOL)と生存期間を反映する指標を総合評価用に導き出して、基準を満たせば医療として採用し、基準に満たなければ不採用という客観的手法による施策を採用している。予後が短ければQALYは低くなる。高齢のためQALYが低いにもかかわらず治癒的医療を希望するのは特別扱いを求める事なので、その費用は個人負担あるいは私的医療保険を利用するのが適当であろう。

2. 「治療しない」選択肢は終末期に影響されるか

終末期患者に治癒的医療の有用性は限りなく低い。それにもかかわらず広く行われるのは、「医療の提供者と受給者双方の医療への誤解と幻想が意味のない延命措置につながる」と表せる。患者の自己決定といえども、「良質の医療提供」という義務に反する医療を提供しなければならない責務は医療者にはない。必要なのは、根拠に基づいた医療(EBM)、つまり「良質の医療提供」という医療倫理に則った診療を行う大切さを理解することである。臨床では、共同意思決定というインフォームド・コンセントの実質化を図ることが求められる。

一方、東海大学病院安楽死事件に関する横浜地裁判決は、患者の治療拒否が容認される場合を「治療不可能な病気、回復の見込みなく死が避けられない末期」と限定した。その条件は、「患者が治療行為の中止を求め、かつその意思が治療中止の時点で存在すること。明確な意思表示がないときは、推定的意思でも足りる。リビングウイルは患者の推定的意思認定の有力証拠、家族の意思表示から患者の意思

を推定することが許される」とし、対象措置には「薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置など全てが対象となってよい」とした。そして、「どの措置を何時どの時点で中止するかは、死期の切迫程度、当該措置中止による死期への影響の程度などを考慮して、医学的に無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えるという目的に沿って決定されるべきである」という。

こういった「終末期患者のみに治療拒否は容認される」あるいは「終末期患者は治癒的医療を行わなくてもよい」という考え方は適当でない。なぜなら、その背景に「終末期患者はどうせ死ぬのだから」という差別意識が見え隠れする。かつて、終末期患者は「どうせ死ぬのだから」と人体実験に供された時代があったが、終末期を特別視するのは終末期患者への差別である。加えて、医科学的に終末期を厳密に規定することができない事実は、そもそも「終末期のみに治療拒否は容認される」という考え方の「終末期のみ」という前提が成立しないことを示す。特定の医療の適応性は終末期か否かによるのではなく、自己決定に基づく「良質の医療提供」という全過程に適応される医療の義務が終末期にも適応されるのである。

他方、「終末期の治療拒否は自殺と同じだ」という考えが当てはまらないことは、前にアメリカの最高裁判決のバッコ対クイル事件判決において述べた。再掲すると、「生命維持療法を差し控えあるいは中止することと自殺帮助の区別をすることは合理的」で、「患者が生命維持療法を拒否した場合、患者はその背後にある致死的な疾病やその病理によって死亡する」のであって、「自殺する患者は必ず自分自身の生を終わらせる具体的な意図を持っているが、治療を拒否あるいは中止する患者はそうではない」と、医科学的・生命倫理的に適切な裁定を示した。

3. 終末期でない病態は「治療しない」選択肢に影響するか

患者には自律と自己決定権がある。それらの執行について特定の医療過程に適応されるとの決まりはないので、終末期と限らず患者は自分が受ける医療

に関して自分の意思を通すことができる。アメリカには成人の輸血拒否容認などの「治療を拒否する権利」を示した複数の判例がある。バッコ対ケイル事件に対するアメリカ最高裁判所判決にも該当することが示されている。つまり、「あることを全ての人に認め、他のことを全ての人に禁じることによって、全ての市民は同一に扱われる」と指摘した。治療拒否は終末期患者だから認められるのではなく、医療の全過程に適応される(次項参照)。

4. 日本は死に至る出血でも輸血拒否の自己決定を容認

治療拒否に否定的な日本社会が輸血拒否に関しては患者の自己決定を受け容れている。最高裁判所判決の判決は、「自己決定権を私的な医療契約上の権利ではなく、人格権の一内容として憲法上の権利」と位置づけた。この場合の事例は、輸血が生命予後に関わりなかった。そのため、死に至る出血でも輸血拒否が法的に認められるのか、この最高裁判所判決のみからは判断できなかった。

そんな中、2007年5月、大阪医科大学病院において「エホバの証人」の女性信者が妊娠42週に帝王切開で女子を出産した。帝王切開後、子宮外から大量出血したが、宗教上の理由から輸血を拒否し、数日後に死亡した。子は無事であった。この事例において輸血拒否を非難したのは一部のみで、司法界とマスメディアも含めて社会全体は輸血拒否を容認したと受け取られる態様を示した。つまり、輸血していれば救命できた例でも、本人の輸血拒否の意思を最優先することを容認したのである。こういった患者の自己決定を最優先する考えはアメリカ型である(小児の場合は裁判所命令で輸血してしまう)。他方、ヨーロッパでは、「(成人でも輸血拒否は)判断能力を失った非理性的な意思表示」として、裁判所命令で輸血をすることが多い。この事例に対する日本社会の反応からは、日本もアメリカ同様に直接命に関わることでも自己決定を容認していると判断できる。

なお、この事例は宗教に基づく輸血拒否で、他の医療拒否には適応されないという虚言を弄する生命倫理学者がいる。宗教を理由とすることは思想信条による差別であり、そのような考えは元より許されないのは明白である。治療拒否は全ての判断能力のあ

る人に容認されている。

5. 人工透析に「治療しない」選択肢はあるのか

日本透析医学会統計調査委員会の報告によれば(2017年)、人工透析を導入した患者の年間粗死亡率は9%から10%で推移している。死亡原因で多いのは心不全と感染症が20%から25%で、自殺/拒否が1%弱である²⁶⁾。一般人に比して透析患者の余命は半分程度とされる。欧米からの報告も同様で、透析患者の平均余命は5年から10年であるが、大きな幅があって20年から30年の透析期間の患者も珍しくない。ただし、年齢が大きな予後要因で、65歳以上で透析を導入した患者の50%は1年内に死亡する²⁷⁾。

アメリカからの報告では、透析医療を中止した場合の生命予後は平均7.4日、範囲は0日から40日であったという²⁸⁾。その報告には他の研究もまとめられており、透析中止後の生命予後は平均で8日から10日ほど、範囲は1日から150日であるという。人工透析を中止した場合のデータは日本にはない。

アメリカは透析中止による死亡が12%から20%と比較的多く、ヨーロッパ諸国では2%から7%に留まる²⁹⁾。それらに対して、日本は自殺/拒否を該当させれば1%弱とヨーロッパ諸国よりさらに低率である。こういった差異は、前に示した輸血拒否に対するアメリカとヨーロッパ諸国の姿勢の違いに関連する文化的要因が人工透析中止にも同様に関与したためと推測できる。つまり、患者の自己決定が社会に通用する度合いがそれらの差違となって表れたと考えられる。

人工透析に「終末期でもないのに中止は容認されない」に対する生命倫理的誤解については前述した。この言明に内包する「終末期なら容認される」と「終末期でないから容認されない」の考え方も生命倫理的に問題を含む。前者の「終末期なら容認される」については、終末期を厳密に規定できない事實をどうするのか、つまり「どの段階でいつから中止していいのか」をどう判定するのであろうか。加えて、「終末期なら容認される」には、終末期患者への差別的扱いが含有されている。繰り返すが、医療の適応は終末期か否かによるのではなく、その医療のその患者における有用性で判断されなければならない。

後者の「終末期でないから容認されない」は、自律と自己決定の理念の否定となる。その理念については繰り返さないが、日本社会は「死に至る出血に対する輸血拒否の自己決定」を容認している。「重症出血における輸血拒否」と「人工透析の中止(差し控え)」を比較すれば、輸血拒否の方が生命予後は悪い。その状況で、いくら多重基準の日本社会であるとはいえ、予後の良い方の自己決定を認めず、予後の悪い方の自己決定のみを容認するといった詐欺的方針は受け容れられない。人工透析は特殊な医療ではないし、通常の医療行為同様に自律と自己決定の理念が適応される。ただ、癌告知が未だに足踏みしていることから分かるように、生命倫理的に適切な方向性が日本社会に受け入れられるには時が必要であろう。

VII. おわりに：福生病院事例によせて

毎日新聞の「終末期ではない患者に医師が治療をやめる選択肢を提示すること自体の是非について、倫理的な問い合わせ残った」との検証記事について、医科学的・生命倫理的視点から課題は残っていないことを示してきた。対策としては、医科学面では幻想とも言える医学医療への過剰な期待と依存を適正化することが求められる。そして、人工透析という生命予後に直結する場合でも、終末期患者だから治療を止める選択肢が認められるのではなく、全ての人に身体的状況に関わりなく望まない治療を受けない自己決定の権利があることを理解する必要がある。

この事例に生じた誤解の理由の一つに「命は大切」という信条があるものと思われる。無論、その考えは否定できないが、生命延長に固執することは即物的な命の長短に価値のうえから差を設けることである。生命延長にこだわることこそ、命の長短や年齢による差別と見なすことができる。医療に対する生命倫理的理解を深めることが大切と考えられる。

なお、福生病院事例が公になった契機に家族ケアの課題があり、その背景に患者本人へのケアの課題がある。少なくともメディアの扇情的扱いは事態を複雑化し家族ケアをより困難にする方に作用する。適切な患者ケアと家族ケアは医療倫理の大きな課題であるが本稿では割愛した。

【文献】

1. 「検証 東京・公立福生病院 透析中止・非導入21人、同意書なし 『ずさん体制露呈』都指導」毎日新聞2019年4月10日
2. 国際連合教育科学文化機関(ユネスコ)人文社会科学局科学技術倫理部門:ユネスコ生命倫理学必修、医薬ビジラントセンター、大阪、2010年
3. G.J. アナス著:患者の権利、明石書店、東京、2007年
4. 谷田憲俊:患者・家族の緩和ケアを支援するスピリチュアルケア 初診から悲嘆まで、診断と治療社、東京、2008年
5. 谷田憲俊:具体例からはじめる患者と医療従事者のためのインフォームド・コンセント取扱説明書、診断と治療社、東京、2013年
6. 日本ホスピス・在宅ケア研究会編:そこが知りたい! 在宅療養 Q&A 実践と多職種連携を深めるために、診断と治療社、東京、2014年
7. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会:人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書、2018年
8. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S: Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995;274:820-825
9. 谷田憲俊、ほか:第1学年医学生への「医の倫理」教育と終末期医療への態度、第7回日本緩和医療学会、2002年6月28日、松山
10. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson MBS et al: Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. JAMA 2009;301:1140-1147
11. Cai S, Miller SC, Mukamel DB: Racial differences in hospitalizations of dying Medicare-Medicaid dually eligible nursing home residents. J Am Geriatr Soc 2016;64:1798-1805
12. Byhoff E, Harris JA, Langa KM, Iwashyna TJ: Racial and ethnic differences in end-of-life Medicare expenditures. J Am Geriatr Soc 2016;64:1789-1797
13. Mitchell SL, Mor V, Gozalo PL, Servadio JL, Teno JM: Tube feeding in US nursing home residents with advanced dementia, 2000-2014. JAMA 2016;316:769-770
14. Calne R, Calne J, Calne S: A poisoned chalice: has patients' choice gone too far? Lancet 2008;371:649
15. Le Noury J, Nardo JM, Healy D et al: Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. BMJ 2015 Sep 16;351:h4320
16. Sheppard JP, Stevens S, Stevens R et al: Benefits and harms of antihypertensive treatment in low-risk patients with mild hypertension. JAMA Intern Med 2018;178:1626-1634
17. Fanaroff AC, Califf RM, Windecker S, Smith SC Jr, Lopes RD: Levels of evidence supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018. JAMA 2019;321:1069-1080
18. Hofmann R, James SK, Jernberg T et al: Oxygen therapy in suspected acute myocardial infarction. N Engl J Med 2017; 377:1240-1249
19. 日本医師会:老人診療マニュアル(日本医師会生涯教育シリーズ)、折茂肇・大内尉義編、1991年
20. 偶然腫 患者の権利オブズマン:第0602号苦情調査申立事件調査報告書、2007年6月20日
21. 脳腫瘍手術 平成5年(ワ)第1236号 損害賠償請求事件、平成15年6月26日判決
22. Visser E, Leeftink AG, van Rossum PS, Siesling S, van Hillegersberg R, Ruurda JP: Waiting time from diagnosis to treatment has no impact on survival in patients with esophageal cancer. Ann Surg Oncol. 2016;23(8):2679-2689
23. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P: The cost

- of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. Arch Intern Med 2012;172:405-411
24. Martinez KA, Rood M, Jhangiani N, Kou L, Boissy A, Rothberg MB: Association between antibiotic prescribing for respiratory tract infections and patient satisfaction in direct-to-consumer telemedicine. JAMA Intern Med 2018;178:1558-1560
25. Reeve E, Wolff JL, Skehan M, Bayliss EA, Hilmer SN, Boyd CM: Assessment of attitudes toward deprescribing in older Medicare beneficiaries in the United States. JAMA Intern Med 2018;178:1673-1680
26. わが国の慢性透析療法の現況、2017年末の慢性透析患者に関する集計、日本透析医学会、<https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>
27. Wachterman MW, O'Hare AM, Rahman OK et al: One-year mortality after dialysis initiation among older adults. JAMA Intern Med Published online April 22, 2019
28. O'Connor NR, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ: Survival after dialysis discontinuation and hospice enrollment for ESRD. Clin J Am Soc Nephrol 2013;8:2117-2122
29. Birmelé B, François M, Pengloan J et al. Death after withdrawal from dialysis: the most common cause of death in a French dialysis population. Nephrol Dial Transplant 2004;19:686-691

2019年9月、谷田憲俊医師はご逝去されました。
こちらに著された論文は遺稿となります。
ここに生前のご厚誼に深く感謝するとともに、謹んで御冥福をお祈り申しあげます。