

Consideration of the Human Nature Surrounding Hemodialysis

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2022-04-14 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高橋, 初 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/1815

透析医療を取り巻く人間性についての考察

高橋 初

はじめに

筆者は2002年に臨床工学技士という医療職に就き、医師の指示のもとに生命維持管理装置の操作および保守点検を行ってきた。医療技術が向上した現在、主要臓器である心臓や腎臓、肺などは生命維持管理装置により代行を可能としている。

生命維持管理装置のなかでも、腎臓の機能を代行する透析医療がある。私はその業務に18年務めてきた。かつては透析患者の生命予後向上に関心が注がれ、透析関連機器の性能向上が課題として掲げられてきた。その結果わが国の透析医療は、世界に比するところがないくらいの高い生存率を誇っている。

高い生存率を誇った結果、透析患者の増加に繋がっている。その結果、透析医療に対し、多額の医療費が充てられている。外来透析患者一人当たり年間500万円弱の医療費が必要とされ、2019年末時点で報告されている透析患者数344,640人¹⁾を掛け合わせると、年間1兆7000億円である。2019年における国民医療費43兆6000億円に対し、3.6%以上が透析医療費で占めている。

一方で2019年3月には、東京都内の病院で40歳代患者が透析医療の中止を選択し亡くなったこと²⁾が報道された。医師が透析中止を治療の選択肢に示したことに対して、死に誘導したと批判されたため世間に波紋が広がっている。

社会保障費および医療費の適正化、適切な医療の提供など、取り巻く環境が変化していく中で、医療で必要となる生命の尊さが見失われて人間疎外が進行していることが窺える。このような人間性の危機に対し、改めて透析医療従事者における価値観や人生観のパラダイムシフトが必要だと考える。

本論文は今後人間性を重視した透析医療を提供するために、医療従事者としてどう向き合っていけばよいか、現状に至った経緯を明確にしたうえで課題点を提起し問題解決への考察を述べていく。

I. 透析医療が確立されるまでの経緯

まず腎不全とはどういった病気なのか、腎不全になったらどういった治療法があるのか、その治療法の中で血液透析とはどういった治療法なのか簡単に説明する。そして腎不全に対する治療法の割合と、その割合に至った経緯を述べていく。

I - 1 腎不全と透析医療との関係

腎不全とはどういった身体の状態を指すのか。腎臓は尿を作りながら、体にたまった老廃物や余分な物質を排出し、必要な物質は外に出さないようにしている。その腎臓の機能が低下して体内の老廃物を排泄できなくなった状態を腎不全と呼ぶ。腎不全が進行して尿を作る働きが1割以下に低下すると、腎代替療法を考える必要がある。腎代替療法とは、血液透析・腹膜透析・腎臓移植を包括した、腎不全に対する治療法の総称となる。

それでは血液透析とはどういった治療法なのか。血液透析は腎機能が著しく低下した人に対する治療法の一つで、ダイアライザーという半透膜でできた透析器に、血液を体外循環させ物質の除去を行う。血液透析を行うためには、毎分200mL程度の血流量が必要である。この血流量を静脈から得ることはできないため、血流量が豊富な動脈血を静脈に流す内シャントや人工血管留置、動脈表在化を作成する手術を行う必要がある。毎回透析毎に太い注射針を2本、腕に刺す為苦痛も伴う³⁾。そして週3回、1回4～6時間かけて治療を行い、その間は病院のベッドで過ごすことになる。殆どの患者は週3回、治療のために最寄りの病院やクリニックへ通う必要がある。

血液透析導入の原因として、2019年末日本透析医学会の統計調査において、第一位が糖尿病性腎症で全体の41.6%を占め、第二位が腎硬化症の16.4%、第三位が慢性糸球体腎炎の14.9%となり、糖尿病性腎症が最も高比率となっている¹⁾。

本稿では「血液透析」を腎代替療法の観点では「血液透析」と表現し、社会的な広義な観点で表現する部分では「透析医療」と示す。

そして血液透析以外の腎代替療法について簡単に説明する。腹膜透析は自分の腹膜を通して、物質除去を行う手法である。腹膜が半透膜の役目を担うことからこの手法が発展した。血液透析と腹膜透析は、手法が異なるものの医療技術の基本は体内に蓄積された物質の除去であるため、この2つは透析療法として括られる。腎移植は自分以外の人の腎臓を体内に移植することである。他人の腎臓を移植する方法には、献腎移植と生体腎移植がある⁶⁾。

いずれの技術も、自分の腎臓を治すものではなく代替している。腎移植は他人の腎臓で、血液透析は人工の腎臓で、腹膜透析は自分の腹膜で、腎臓の機能を代行している。自分の腎臓を治すものではないという点では、3つの技術は同じである。そのため腎代替療法は延命手段となる。

I - 2 腎代替療法の現状

腎代替療法における各治療法はどれくらいの割合で行われているのか。血液透析、腹膜透析の現況として、2019年末における日本透析医学会による統計調査によると透析患者総数は約34万人に達し、その内訳は血液透析などの膜型人工腎臓治療が334,720名(97.1%)、腹膜透析が9,920名(2.9%)である¹⁾。一方腎移植は2017年末日本移植学会の統計調査によると生体腎移植が1,827例、心停止下献腎移植が54例、脳死下献腎移植が176例となっている⁴⁾。以上より腎代替療法の中で、日本では血液透析が圧倒的に多く、一般的な治療法である。

この状況について、「血液透析にはお金がかかり、それを受けている人が多いから医療費がかかるうえ、腎移植や腹膜透析を選ぶ人が少ない⁵⁾」と移植や医療費高騰の観点から批判が散見される。

I - 3 なぜ血液透析比率が高いのか

果たしてどういった経緯で血液透析比率が高くなったのか。要因として2つ挙げられる。

1つ目に血液透析の位置付けの違いである。1955年に初めて日本で血液透析が臨床応用され、医療保険適用になったのは1967年12月である。1960年代は腎移植の推進に総力が挙げられ、1964年に生体腎移植が最初に国内で行われ、1968年に死体腎移植が成功している。

しかしこの頃の腎移植は、患者の状態によって生存率を左右したため移植待機患者の状態を維持する補完的手段として、血液透析が利用され始めた。そして死体腎移植の場合は、移植腎が機能するまでに時間を要し、その間は血液透析が必要となる。

以上より腎移植の成果をあげるためには、血液透析は必要だった⁶⁾。この頃の血液透析は、「腎移植を成功させるための補完的手段」という位置付けで行われていた。

もう一つの要因として、血液透析が補完的手段であったため、患者の選択を行われていたことである。

理由として、装置がアメリカやスウェーデンからの輸入品であったために価格が高かったことから、提供できる医療機関に限られていた。装置の台数が少ないため、誰が利用するのかくじ引きで決める、厳しい条件を作りその条件を満たすことができる人を選ぶことが行われていた。また、保険診療で血液透析が可能になっても自己負担額が高く、払える人は限られていた。このときは特定の人しか血液透析ができなかった⁶⁾。

そのために自ら全国組織を結成し、政府に働きかけた。さらに、革新自治体が高齢者の医療費を無料にするなど、福祉の充実が謳われていた。このような流れがあって、血液透析にかかる費用の自己負担分は、公費負担である更生医療で担うことになった。この制度は、1972年10月からの適用であった。また、各自治体も重度心身障害者医療費助成制度で自己負担の軽減を行った⁷⁾。

制度が整備されたことにより、血液透析を受ける人の自己負担の問題は解消された。同時に、台数不足の問題も解消しなければならなかった。自己負担が軽減されても、装置の台数が少なければ血液透析を受ける人は限られる。そのために技術を速やかに普及させる必要もあり、保険点数は高く設定された。しかし血液透析の普及に伴い、1978年以降保険点数は漸次低下し続けている⁸⁾。

こうして血液透析は、医療保険で認められた医療行為だからこそ、制度が整備され普及している。

II. 確立された透析医療における人間性の危機

血液透析は腎不全に対する腎代替療法の一つであり、最も比率が高くなっている。その背景として、当初腎移植に繋げる手段として用いる目的であったが、透析医療の技術向上、保険制度の整備によって血液透析が一般的な治療の確立に繋がっている。

その確立された透析医療において、人間性の危機が散見されている。透析医療における人間性の危機として、「透析医療資源の公平性」、「QOLと透析医療の関係性」、「透析治療の中断」を挙げる。

II - 1 透析医療資源の公平性

透析医療には医療費の観点より批判が生じているが、果たして適切な医療資源配分は実現可能なのか。そして日本における透析医療における資源配分は国際的に見て、どういった位置付けなのか。

日本における血液透析の資源配分に対して、国際的視点で見た場合山川¹¹⁾は、日本のような透析医療が誰でも無条件でほとんど自己負担なく受けられる状況は特殊なケースだと述べている。

更に諸外国の受療条件について有吉¹⁰⁾は、イギリスやヨーロッパ諸国の利用条件を述べている。それは患者の年齢や身体状態によって、透析を施行しない選択が許容されている。

そしてアメリカでは1990年代後半以降、透析中止対象者の定義やその意思決定に関するガイドラインが整備され、予後が良くないこと、透析の継続に耐えることが困難・不能などがある場合医療者が中止の決定を下すことが出来る。そのため患者の身体状態悪化の要因に、アメリカの医療費抑制政策が透析医療の質の低下をもたらしている。

いずれも保険財政の面から効率性が重視され一定の制約がかけられたために、利用・非利用の決定がなされている。

日本は当初、血液透析という技術普及目的で、費用が高く設定されていた。しかし、1980年代以降、診療報酬制度が医療費抑制の流れになってから、医療機関にとって様々な負担が大きくなった結果、撤退する医療機関も出てきている⁸⁾。

資源供給の制約により、治療できない人が生み出される。更に腎代替療法の内訳より、腹膜透析、腎移植比率が低いことから、ここでも医療資源の地域差等により選抜が発生していることも伺える。保険財政の面から効率性重視による一定の制約状態が加速すると、わが国の医療資源の公平性が更に問われることが考察される。

II - 2 QOLと透析医療の関係

医療資源配分に対する問題を前項で述べたが、資源を投入した対価として「質」の向上に繋がっているのだろうか。医療では「生命の質」として挙げられる、QOL (Quality of life) が代表的な指標とされている。

そもそも日本の透析医療は、国際的にみて生命予後とQOLはどこに位置しているのだろうか。山川⁹⁾は生命予後について国際的に見て極めて良いと述べている。各国毎に透析の治療成績を分析するDOPPS¹¹⁾ (dialysis outcomes and practice patterns study) が2003年に出した報告によれば、それぞれの地域での1年死亡率は日本が6.6%、ヨーロッパが15.6%、アメリカが21.7%という結果が報告されている。以上より日本の透析医療は、治療成績も諸外国に比べ良好な結果が示されている。

一方DOPPSの研究に各地域間の健康関連QOLの比較¹²⁾では、日本が27.6に対し、アメリカ42.4、ヨーロッパ36.8であり、日本のQOLは諸外国に比し低い結果が示されている。

日本は生命予後が良いのに、なぜ健康関連QOLは低いのか。この結果の考察として山川¹¹⁾は、血液透析という大きな苦痛と負担を伴う治療と共存しなければならず、合併症など身体的な問題への不安を挙げている。

透析患者は長い治療過程のなかで、さまざまな状況の変化に苦しみながら受容し適応するとい

う心理過程を繰り返している。そのなかで、慢性疾患を持つ患者と医療者の関係は、急性疾患の治療における関係とは異なり、治療における患者の主体的な役割が大きいと示唆される。

この状況により石橋¹³⁾は腎不全医療において、個々の患者の価値を意識するようなアプローチをすることを提唱している。これより透析医療に携わることによる、人間観をあらためて問う必要が考察される。

Ⅱ - 3 延命治療中断の問題

諸外国に比べ、日本の透析医療における QOL の低さが提示されたが、それに対する各学会より治療中断の動向がみられている。

各学会の動向として 2001 年に日本老年医学会¹⁴⁾は『高齢者の終末期の医療およびケア』を発表した。その中で、高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重して行うことが強調されている。

2007 年に日本救急医学会¹⁵⁾は、人工呼吸・人工心肺の停止、人工透析・血液浄化の非施行なども選択肢として認め、延命中止・差し控えの手続きを示す指針を発表している。

そして 2013 年日本透析医学会¹⁶⁾は、「維持血液透析ガイドライン」のなかで「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を発表している。

しかし 2019 年 3 月 7 日、医師が治療の選択肢の 1 つに血液透析の中止を提示し、患者が透析の中止を選択し死亡したというニュースが流れ、社会問題として大きく取り上げられた。この件を契機に日本の高齢化を憂慮する風潮が透析医療にも反映していることが浮き彫りとなった。それを受けて日本透析医学会は 2020 年に提言を改定している¹⁶⁾。

一方で QOL に対峙するものとして、「生命の尊厳」にあたる SOL (Sanctity of life) が挙げられるが、SOL に対する動向はどうだろうか。

治療の開始は、基本的に患者の自己決定に帰属している。それを容認すれば医療開始を望まない選択も、開始した治療を自主的な意思で中止することも、患者自身の意思次第となる。しかし、日本の法律は「患者の自己決定、これを受容する医師の決断」や「医師や家族または双方による代理判断」に対して保護的ではない。

治療の非開始や継続中止という医療行為は、刑法 199 条（殺人罪）、刑法 202 条（自殺関与罪および嘱託殺人罪）、刑法 218 条（保護責任者遺棄罪）に抵触する。

実際に訴訟となった事件には、1991 年東海大学安楽死事件、1996 年京都京北病院事件、1998 年川崎協同病院事件、2004 年北海道立羽幌病院事件、2006 年富山県射水市民病院事件、2007 年和歌山県立医大紀北病院事件がある。東海大学安楽死事件と川崎協同病院事件については有罪判決が下され、その他は不起訴または未送検に留まっている。

平方¹⁷⁾は、終末期患者への対応についてわが国の現行法は、臨床現場では様々な混乱が生じているため、終末期医療について立法措置が必要と述べている。

具体的には、医療上の意思決定に必要な自己決定、事前指示、代理判断、に対して「尊重」の姿勢を示しながら明確な免責条件を示していない状態であり、現行法は基本的に SOL の立場が優勢となり、QOL の問題がおざなりになっている現状がある。

Ⅲ. 課題に対する考察

透析医療をめぐる人間性における危機は、長く論争が続いている。血液透析は、腎不全で死ぬしかなかった人々に対して生命を救う手段として登場した医療技術である。そのため透析患者は切実に、生と死に対して直面しており、そこから問題点が表出している。

問題点の根底にある因子として「機械論的人間観の捉え方」、「科学技術依存による人間疎外の進行」、「死生観の捉え方」を挙げる。

Ⅲ-1 機械論的人間観の捉え方

透析医療は透析装置などの機械に依存した治療である。機械の依存に対する、諸問題が挙がる背景には機械論的人間観があると考察する。

透析装置をはじめとする医療技術は、近代の自然科学が一般に人間の外の自然界の運動を物理的に究明して、そこから機械技術を生みだし、そこから生みだしてきた。その結果、画期的な治療手段が登場することにより、生死を人により決定するようなことが迫られている。それ以来、心が身体のどこに宿るかという問題があった。

高月¹⁸⁾は、「医学は確実に人間の中の自然の運動を物理的に解明してきたし、その結果さまざまな人間救済の医療技術を進歩させ医学が心の問題を除外してきた」と述べ、機械による管理社会に強化され真意になっていることを表している。

このように人間を動く機械と捉えることで、生物機械論が成立する。人間は、骨格や神経や筋肉や器管や血液といった各部品の集合体と捉えることにより、いくつかの部品からなる一つの機械とみなすことが出来る。病気は機械の故障である捉え方から、治療は故障した部品を修理するか、修理不能の場合は新しい部品と交換すればよいと考える思想に至ってしまう。

高月¹⁹⁾は、「人間を物質系の一つのシステムとして合理的、機械的に説明することによって、飛躍的に進歩し、革新的な高度の医療技術を創り出し、それが飛躍的で革新的であればあるほど、その危険性も高い」と述べ、医療技術の進歩に対するリスクを提示している。

医療技術の進歩に伴う、機械論のリスクが論じられている中、必要とされていることは何なのか。機械論は人間を機械とみなすことによって心の無視を招き、人間にとって大切な意味や歴史や関係性から目を背けさせてきた。

そして人間の身体をいくつかの部品に還元した結果、病める人間全体を一個の人格として受け止めて、苦悩を分かち合おうとする人がいなくなってしまったという批判である。そして一つの部品として機能の改善を目指す医療により、全体が損なわれている。

成田²⁰⁾は機械論的人間観に対し、人間を一つの機械ではなく一人の人格として受けとめ、歴史や意味や関係性を重視することが必要なのではないかと述べている。機械論は、機械と人間を対立的に考えがちである。本来、機械は生命に学び、生命の模倣からはじまり、生命現象の理解を深めることに寄与してきた。

以上より将来の「人間」を考える際には、自らの生命の中に機械を組み入れ、共存を念頭に置くことが必要だと考察する。

そのため、機械と共生していくためには、患者の訴えに対して謙虚な姿勢で、患者の訴えを聞

くことが機械論に対する問題解決の鍵ではないかと考察する。

Ⅲ－２ 科学技術依存による人間疎外の進行

日本は血液透析が公平に受療できるが、QOLはむしろ諸外国より低く留まっている。そもそもQOLと現代社会はどういった関係なのか。

QOLはWHOの定義に従うと、極めて主観的で身体の状態により変動する指標であり、その結果自分自身を取り巻く現状に対する認識に繋がっている。

QOLについて柴田²¹⁾は「両者が個人の主観的な評価の結果に影響しているが、その影響は評価基準によって調節されるので、個人の状態と環境条件が同一であっても評価結果が全く同じになるとは限らないのである。」と述べている。

このようにQOLは、おかれた状態に対して「こころ」や「精神」の反応が大きく関わる。それにより、感情の揺らぎを画一的に捉えるかが課題となってしまう。

現代社会は人間を技術の対象物とし、違和感なく指標化が追われてきた。環境や時間などを含めた包括的な志向で模索され始めたはずのQOLが、現代に至るまでに狭義に傾倒し承されてきたのか。それは科学技術の依存があると考えられる。

科学技術の依存と人間の在り方の問題を考えるにあたり、科学技術の進歩が社会状況や生産機構にどのような変化をもたらし、人間の在り方にどのような影響を与えたのか。

科学技術の発展は、社会の変化の歴史で、人間生活の変遷史でもある。科学技術の発展はとどまるところを知らず現代においては、先進産業社会を中心にほぼ世界的な規模で科学技術が社会の大きな要因を担っている。

産業革命以降の西洋近代には、資本主義社会という新たな社会形態が科学技術と結びつき、さらには、第一次世界大戦も契機となって、多くの思想家が科学技術の人間性への侵入を批判している²²⁾。例えば、ヤスパースは科学技術と深く結びついた社会秩序を「技術的集団秩序」ということばで特徴付け批判した²³⁾。科学技術は、生産様式の巨大化をもたらし、巨大な人間の集団、「大衆」を創り出した。

ここで問題なのは「大衆」において、人間の“量”が重視され、それぞれがもつ個性が埋没されたことである。それに伴い人間の唯一性や独自性が無視され、誰もが取って代わることのできる存在として扱われ、人間疎外が進行した。

その結果、人間疎外に与えた影響は、医療にも及んだ。医療は、人間にさまざまな病気や思わぬ事故による障害や欠陥、環境に適応し生命を維持していくうえでの精神的重圧や悩みなど、さまざまな苦痛が不可避的に伴う以上、人間がそうした苦痛から解放されたいと願うのは当然であり、この人間の切実な願いに支えられている。

それは「医は仁術」という言葉が示すように、昔から医術に携わる医者が、人々から尊敬され社会的に高い評価を得て、また医者自身がその願望に応えるべく人間救済の精神をもって努力してきた。しかし科学技術の進歩や生物科学の発達に伴い、医学そのものが飛躍的な進歩を遂げた。その現代社会の問題に対し高月²⁴⁾は、医を仁術から技術に変えてしまい、いまや「医は技術」の時代であると述べている。

これより日本の透析医療において、QOL向上が伴わない理由として、科学技術の進歩が著し

く、与えるインパクトがあまりにも強かったために、人間性が軽視されたことではないか。それは「大衆」が進行し「個別」が埋没され、「医は技術」に至った結果だと考察する。

Ⅲ-3 死生観の捉え方

延命治療に対して非常に厳しい批判の目が向けられ、治療中断が容認の方向に進んでいる。しかしその中において、治療中断をめぐる論争が再度掘り返されるのだろうか。それは人間にとって普遍的な、死生観の捉え方が欠如してからではないか。

人類は太古より老年に思いを馳せ危惧されてきた。それは古代ローマにおいて大平²⁵⁾は、「生きることは老いて死すこと」を「メント・モリ」と表現し、人が古くから死をたえず意識してきたことを述べている。

古代ローマに対し現代の死生観は、「老い」や「死」を知りながらも、意識下に「苦」としてある部分がある。本来「苦」は幸福を求める人間の努力の足跡となるはずであった。なぜなら「苦」は人間の価値を見出すからである。

人間の価値について、VE フランクル²⁶⁾は、活動や創造を通して実現される価値を「創造価値」、豊かな体験において実現される価値を「体験価値」と名づけそして、この二つの価値カテゴリーのほかに、「態度価値」というカテゴリーがあると述べている。

それぞれに幸福を求めるにあたり、必ずそこには理想と現実という差異がある。この差異が苦悩を生むが、理想という当為が人間に与えられてある限り、そこには態度価値を実現する可能性がある。これより運命や苦悩といった、生命として避けられない課題は、人間に対して生きる意義を与えている。

この点について、VE フランクル²⁷⁾は『死と愛』にて「もしわれわれが不死であるとすれば、当然ながらわれわれは、あらゆる行為を無限に先延ばしすることができるのであって、それをまさに今行うことはまったく重要ではなくなり、明日、明後日、あるいは一年後、十年後に行っても同じことになってしまうであろう」と述べている。

これより「死」がすべてを無意味なものにしてしまうのではないかという問いは、無限であれば時々のふるまいの重要性は全く無くなるということから、否定することができる。それどころか、人生における機会の一回性と、人生の有限性は、人間存在に根本的な責任を課している。VE フランクル²⁷⁾は『死と愛』にて「この責任は、そのつど次の時間から生ずるべきものに対する責任であり、いかに次の日を形成するかということに対する責任なのである」と述べている。

人生からの課題に対してのふるまいは、どのような状況におかれても無くならない自由であるとともに、常にその先を指向している。我々は、人生への応答の独自性において自由であるが、常に理想の未来から試されている。その責任が生じるとともに、責任を果たしていると感じられるふるまいをすることが、理想への充足感となり、喜びとなるのである。

従って、現代人が排除しようとしている「苦」にこそ、人生の意義と個人の尊厳を確実なものにする要素が認められた。生命に属する「運命・苦悩・死」を糧とした、自由なふるまいと、理想へつながっているという充足感を、人間が求め続けていると考察する。

しかしながら透析患者は必ずしも完治しない慢性腎不全という重圧を抱えながら生活を重ねる

透析患者は、より切実に死と直面せざるをえない。透析を受けなければ死に至ってしまうところを、一日おきに透析を受けることで甦る。生命と死がそれぞれに意味を投げかけ合う結びつきについて、ロバート・リフトンの言及を考察する。

ロバート・リフトン²⁸⁾は、三通りの死の捉え方を提示している。第一に、生の終わり、終末と無として自覚される。これは透析患者が日頃から痛切に感じていることである。

第二に、死が生モデルとなり、生は死の模倣となる場合がある。それは、死は生の中の停滞、切断された絆そして解体の象徴である。これを「心的感覚麻痺」と呼び、生物学的には生きているけれども生きいきした感覚を失い、希望や意味を失った状態を指す。大きな心的外傷をこうむるとこういう状態が生じる。

第三に、希望のある考え方として、人間の自己形成につなげ、更生あるいは再生のシンボルとしての死という考え方がある。再生と創造の契機として死を考える態度である。この態度を獲得した人間が、積極的な力として死を心の中で抱き、活力ある生に導かれる。

透析患者は、長期にわたり透析治療を要し、慢性的なストレスにさらされる。それは「心的感覚麻痺」に類似する状態が生じている。そのなかで経験を再生への契機に繋げることにより、より意味深い生を全うできる可能性が示唆される。

これより現在延命治療に対して言及をされているが、死生観に対する言及は少ない。そのため論争が生まれている背景がある。その中で人間形成に繋がるアプローチが必要ではないかと考察する。

Ⅳ. 課題解決へのアプローチ ―今後の透析医療のあり方―

透析医療における人間性の危機に対して、いま透析従事者としてできるアプローチはどういったことであるか。現状で可能とされるアプローチとして「透析医療従事者、透析患者における関係性の認識」、「ナラティブ・アプローチの必要性」、「腎代替療法の適切な選択、患者との共同意思決定（SDM）」の3つについて述べていく。

Ⅳ-1 透析医療従事者、透析患者における関係性の認識

現代社会は、いくつかの役割により分画化され、さまざまな局面により分裂される傾向がある。その結果、全体的人格を生きること、そして同じように人間と人間の相互関係を困難にさせられている。以上より、我々は人格の分裂や不統合の危険にさらされている。

人間と人間の相互関係が重要性を、VE フランクルの『愛の意味』²⁹⁾の中で記している。真の愛は「相手の精神的人格の一回性と唯一性」に向けられ、「代理不可能であり、交換不可能」としている。よって、真の愛のもと、人間はそれぞれ代替できるものではなく、その人である必要がある。

また、自分自身に価値を与えられるからこそ、他者の期待に応えることができる。困難を乗り越えねばならない状況においては、他者の期待に応えることで、自身の存在意義や価値を明確になる。このことは、自身の生きる意味を見出すことに繋がっている。

透析医療には工学の専門家、生理学の専門家、医師、看護師、臨床工学技士、臨床心理士、

ソーシャルワーカー、事務職、あるいは病院経営者など多種多様に関わっている現場である。透析治療は生命維持管理装置に代表される工学という、従来人間の心とはあまり関係がないと思われている領域と、心にかかわる精神領域との対話を作り出している。

成田³⁰⁾は透析医療を遂行する上で、形成される人と人のつながりには三つの特徴があると述べている。

一つは人間存在のさまざまな次元にかかわる人たちのつながりを示す、「タテのつながり」を掲げている。人間存在は身体的次元、心理的次元、社会的次元そして実存的次元からなる多次元的存在ととらえることができる。透析医療を鑑みると、様々な職種が実存的次元に関わり、人間存在の意味を探求する次元に関わっている。

一つは透析施設を超えたつながりを示す、「ヨコのつながり」を掲げている。透析患者をサポートするには広い地域の中での協力が必要である。

最後にそのつながりが、長期間にわたって継続することを掲げている。透析医療従事者は患者の生涯に渡って関わり続ける。それは自身の人間観をあらためて問い、それを変革する可能性を秘めている。

人格的な関係は、困難を乗り越えねばならない状況においては、他者の期待に応えようとすることで、自身の存在意義や価値を明確にする。

よって透析医療を遂行することは、一人の人間として得難い機会を与えられ、新しい人間観の創造に参画している。成田³⁰⁾は他の医学領域において、多分野・多職種が関与することはあまりないことと述べている。人間と人間の相互関係として捉えることが、透析医療の将来を考える基盤になると考察される。

まさに透析医療は機械を介して人間の相互関係の中で生じるものであり、「機械論」のみでは太刀打ちできない。透析医療は人間の関係性と、透析を生涯継続するうえで長期間に渡るつながりを形成している。

IV-2 ナラティブ・アプローチの必要性

円滑な人間関係性を構築するためには何が必要なのか。それは医療従事者の倫理的な姿勢が求められる。倫理的な姿勢は、清水³¹⁾は医療従事者の倫理原則は「人間尊重」「与益」「社会的適切さ」の三つに構成されると述べている。この倫理原則に沿った医療とケアは、本人を尊重するために、本人がどのような人なのかを理解しようとすることによって行われる。医療従事者には、本人を中心に家族ら関係者とともに共同で意思決定プロセスを進めることが求められる。

意思決定の際に必要なことについて、会田³²⁾は、医学的に適切な判断と一人ひとりの人生の物語りに沿った意思決定を支援することを述べている。これは医学的な意味を本人にとっての最善の実現という観点で捉えなおすこととしている。

臨床上の選択肢が増え、患者側の価値観も多様化している現代において、必要とされるのがナラティブ・アプローチだと考察する。ナラティブ・アプローチについて、会田³³⁾は20世紀後半、モダン思想のもとに重視されてきた普遍的価値観や思想などの大きな理念や理論群に加えて、個人の日常の物語に注目しようとする「ポストモダン」思想が出現し、客観性を追究した「科学の知」と個の「物語（ナラティブ）の知」を共存させようとする思想が広まり、現在では、

「ナラティブ」は多くの学問領域で活用されていることを述べている。

更に、医師の Kleinman³³⁾ は文化人類学の手法を医療・臨床の領域に応用し、慢性の病いについての著作のなかで、「疾病は医学の領域に、病気は物語の領域に属する」とし、「慢性の病気を生きる経験はまさに物語なのだ」と主張している。

ナラティブ・アプローチとは、物語を活用することを総称する。「ナラティブ」とは「すでにでき上がったストーリー」と「今ここで物語られているストーリー」という意味があると考えられる。医療現場でナラティブを活用するとき、前者のナラティブから「病いの経験」を理解する。同様に、ナラティブを後者の意として捉え、「人は自分を語りながら自分を創っていく」という立場から、「語り手」と「聴き手」が「語り、聴きとる」という共同作業を通して物語を作り上げることが重要である。

客観的事実と物語られた内容とは必ずしも一致しない場合もあるが、それが語り手の病いの意味づけと捉え、対話そのものが、理解と関わりを通したセラピーの意味をもつことに注目する。聴き手が看護の専門職者であっても、語り手の個別の病いの経験については何も知らないことを自覚し「無知の姿勢」で対話に臨むことが求められる。語り手自身が自分の人生についての専門家であり、聴き手は「教えてもらう」立場に徹する。

ナラティブ・アプローチは科学技術の進歩に伴う、人間性の充足を図るために必要ではないか。それは状況の変化に苦しみ、受容し適応する心理過程を繰り返す透析医療において、特に必要とされる。

IV-3 腎代替療法の適切な選択、患者との共同意思決定（SDM）

透析に関わる人間関連性を理解し、ナラティブ・アプローチに繋げた上で可能なことは「腎代替療法の適切な選択、患者との共同意思決定」だと考察される。腎代替療法が必要な末期腎不全に至った場合に、多くの患者は透析療法に対する不安、自己の生命に対する不安、そして将来の生活に対する不安に悩まされる。小松³⁴⁾ はこのような時期に、透析療法の必要性を理解してもらい、受容に導き、円滑な透析導入の準備を進めるためには、説明のタイミングと内容、さらにだれがどのように伝えるかが重要と述べている。

療法選択に関して何が重要だったかを調査したデンマーク³⁵⁾ の研究によると、①治療の融通性と自立の程度、②安心感、③物理的なスペースと騒音、④通常の生活が送れるかどうか、患者が関心をもった問題点に挙げられている。透析患者になるということは、患者自身だけではなく家族にとっても重要な出来事である。

新たな環境を受け入れなくてはならないと理解しつつ、できるだけ正常の状態でありたい、生活を変えたくないと思っている。こうした不安を軽減し、血液透析について患者・家族が具体的に知りたいことをわかりやすく説明するには、医療者だけではなく患者の果たす役割が重要である。医療者が説明することに加え、透析室の見学や透析患者と面談する機会などを設けることが必要である。

元気に生活している透析患者と話すことにより不安が軽減され、透析導入時の不安を自らが体験している透析患者がかける言葉は何よりの安心を与えてくれる。

その上で必要とされるのが「患者との共同意思決定（SDM）」だと考察する。SDMは、医療

チームと患者が協働で患者にとって最良の医療とケアの決定を下すに至るコミュニケーションのプロセスである。ナラティブ・アプローチを基本原則として、腎代替療法の適切な選択を促す目的で、患者との共同意思決定（SDM）が提唱されている。

治療法決定のプロセスを Charles³⁶⁾ らは、①医師が患者にとって何が最良かを判断し決定する（パターンリズム）、②医師が医学的情報を提供し、患者が最終決定する（インフォームド・モデル）、③医師と患者が互いの知識、価値観を提供しあい、協働して、患者にとっての最善策を決定する（SDM）、に分類している。特に末期腎不全の治療法選択（血液透析、腹膜透析、腎臓移植、保存的腎臓療法）のような、複数ある治療選択肢のなかで、患者にとって最良の決定を下すための意思決定支援の一つの方法である。

SDM では治療選択に当たって、①医学的な観点だけではなく、患者の価値観・人生に与える観点を合むこと、②医療者は客観的エビデンスの提供だけでなく、自らの知識・経験に基づいた提案も行うこと、③医療者と患者が協働で最終決定に至ることが特徴である。その結果、患者の経験価値・満足度、患者の自己管理、QOL、治療成績が向上し、患者・医療者の信頼関係が強化され、医療者の職務満足度の向上にもつながることが報告されている³⁷⁾。

そのため SDM にはエビデンスに基づく医学的情報、医療チームの提案、患者の価値観・意向・懸念事項などを患者・家族ら、医療チームが共有することが重要とされている。

まとめ

本論文は、透析医療を取り巻く環境における人間性の考察を、透析医療の現況に至った経緯を述べたうえで課題を提示し、透析医療のあり方について言及した。腎臓は腎機能が1割を下回ると血液透析、腹膜透析、腎臓移植のいずれかの腎代替療法が必要になってくる。腎代替療法は延命手段であるが、血液透析の受療比率が高いことについて批判されている。

血液透析比率が高い理由として1960年代は、装置の価格が高額だったため資源が希少であったため、血液透析を行うか厳しい条件で選択していた。公平に行うため、その価格を保険点数に反映させ血液透析を普及させた。その結果医療費が増大し、健康保険制度を圧迫している。

現在の社会情勢から鑑みたくて一定の制約状態が加速すると、血液透析が開始されたころに発生した、バイオエシックスの問題に逆行する恐れを孕んでいる。さらに生命予後は良いことに対し、主観的 QOL については日本の透析医療が期待値に達していない。それは長期透析患者の合併症や身体的な不安の部分で、慢性疾患を持つ患者と医療者の関係が構築されていない可能性が示唆された。その中で「延命治療」に対して非常に厳しい批判の目が向けられ、医療中止を容認する方向に進んでいる。しかし治療中断による論争は散見されている。

問題の背景因子には、人間にとって大切な意味や歴史や関係性から目をそむけさせてきた機械論の影響や、科学技術の依存によって人間は技術の対象物となり指標化が迫られたこと、そして「老い」や「死」を知りながらも、意識下に敗北としている部分が挙げられた。しかし透析患者は、透析装置という機械がなくしては生きられない。そのためには人間と機械の関係性を構築することが必要であること、著しい科学技術の進歩による人間の生存の在り方に整合性をとること、老年観や死生観を再生への契機として意味深い生を全うするための人間性確立が必要である

と示唆された。

これらを踏まえて今後の透析医療のあり方として、まず人とのつながりを大切にすべきではないか。それは透析医療に携わることで、一人の人間として得難い機会を与えられ、新しい人間観の創造に参画していることを認識することである。そして臨床現場スタッフが「人間尊重」、「与益」、「社会的適切さ」の3つの倫理的要素を踏まえたうえで、医療とケアに関する意思決定をサポートすることが必要である。そのうえで患者側の価値観も多様化している現代において、必要とされるのがナラティブ・アプローチだと考察された。人の日常の物語に注目し、「科学の知」と個の「物語の知」を共存することが必要である。ナラティブ・アプローチを活用する場において「患者との共同意思決定（SDM）」の重要性が今後高まっていくと予想される。それは臨床上のさまざまな選択肢を明示するために必要である。それは医療者だけではなく患者の果たす役割が重要になってくる。

私は18年間臨床工学技士として勤めてきたが、養成校教育課程や学会主催の講習会では医療機器に関する医学分野、工学分野について多くのことを学んできた。しかしながら人間の相互関係性に挙げられる、人間学に関連する教育はほとんど時間が設けられていない。そのため医療人としての立ち振る舞いが苦手な臨床工学技士も散見される。

本論文より臨床工学技士が医療に携わるうえで、機器などの工学的な知識や医療技術のみならず、人間関係性の理解を深める必要がある。それは患者や多職種の連携を図りながら、共同意思決定を進めていくためには、互いの大切な意味や歴史を認識することによって、信頼関係の構築が期待される。

結果として文献検討より、より良い人間関係を構築しながら、人生の意義と個人の尊厳を見出したうえで、患者との共同意思決定を進めていくことにより、透析医療における人間性の危機に対するアプローチの可能性が見出された。

謝辞

本研究において、ご指導いただいた武蔵野大学の佐藤裕之教授に心から感謝申し上げます。

引用文献・出典

- 1) 新田孝作『わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）』透析会誌 Vol.53, No.12 : pp583、2020
- 2) 毎日新聞：医師が「死」の選択肢提示 透析中止、患者死亡 東京の公立病院
<https://mainichi.jp/articles/20190307/k00/00m/040/002000c>
- 3) 日本人工臓器学会編『人工臓器は、いま』はる書房、2012年、pp81-82
- 4) 一般社団法人日本移植学会 データで見る臓器移植
<http://www.asas.or.jp/jst/general/number/>
- 5) 『特集 医療費のムダ』週刊東洋経済、2018年5月26日、pp34-35
- 6) 有吉玲子『腎臓病と人工透析の現代史』生活書院、2013年、pp96-97
- 7) 有吉玲子『腎臓病と人工透析の現代史』生活書院、2013年、pp191
- 8) 有吉玲子『腎臓病と人工透析の現代史』生活書院、2013年、pp204
- 9) 山川智之『わが国の透析医療の特殊性と患者心理』Modern Physisiaian, Vol.33 No.9, 2013年、pp1123-1127

- 10) 有吉玲子『腎臓病と人工透析の現代史』生活書院、2013年、pp278
- 11) Kawaguchi T, Karaboyas A, Robinson BM, et al: The Associations of Frequency and Duration of Patient — Doctor Contact in Hemodialysis Facilities, with Mortality: International Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) J Am SocNephrol (inpress)
- 12) Fukuhara S, Lopes AA, Bragg — Gresham JL, et al: Health — related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study Kidney Int: 64 (5) :1903-1910, 2003
- 13) 石橋由孝『新しい腎不全技術』日透医誌、第25号、2010年、pp507-512
- 14) 日本老年医学会:高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・栄養補給の導入を中心として
http://www.jpn-gettat-soc.or.jp/guideline/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- 15) 日本救急医学会: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)
<http://www.jaam.jp/html/info/2007/info-20071116.htm>
- 16) 日本透析医学会『透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言』
<https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2094.html>
- 17) 平方秀樹『維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言』、日本メディカルセンター、臨牀透析、VOL34・NO10、2018年9月、pp7-14
- 18) 高月義照『人間学 こころの地動説』北樹出版、2010年、pp164-165
- 19) 高月義照『人間学 こころの地動説』北樹出版、2010年、pp166
- 20) 成田善弘『心と身体 of 精神療法』金剛出版、1996年、pp35-39
- 21) 柴田博『老人保健活動の展開』医学書院、1992年、pp69
- 22) 高月義照『人間学 こころの地動説』北樹出版、2010年、pp102
- 23) 高月義照『人間学 こころの地動説』北樹出版、2010年、pp116
- 24) 高月義照『人間学 こころの地動説』北樹出版、2010年、pp164
- 25) 大平整爾『透析患者のターミナルケア 生と死のはざまにある医療と看護』メディカ出版、2011年、pp24-29
- 26) VE フランクル 霜山徳彌 訳『死と愛』みすず書房、1957年、pp.147
- 27) VE フランクル 霜山徳彌 訳『死と愛』みすず書房、1957年、pp.148
- 28) 成田善弘『心と身体 of 精神療法』金剛出版、1996年、pp40-43
- 29) V. E. フランクル、山口邦男監訳、岡本哲男・雨宮徹。今井伸和訳『人間とは何か実存的精神療法』春秋社、2014年、pp.227-228
- 30) 成田善弘『心と身体 of 精神療法』金剛出版、1996年、pp43-45
- 31) 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』勁草書房、1997年、pp97-98
- 32) 会田薫子『その人らしい生き方を支えるための倫理的視点』、日本メディカルセンター、臨牀透析、VOL35・NO11、2019年11月、pp7-14
- 33) Kleinman,A.『病いの語り』、誠信書房、1996年
- 34) 小松康宏『腎代替療法の選択における Shared Decision Making のあり方』、日本メディカルセンター、臨牀透析、VOL36・NO3、2020年3月、pp15-21
- 35) Lee, A., Gudex, C., Povlsen, J. V, et al: Patients'views regarding choice of dialysis modality. Nephrol Dial Transplant 2008; 23: 3953-3959
- 36) Charles, C., Gafni, A.and, Whelan, T:Decsion-makihg in the physidan-patient encounter: revismng the shared treatment decislion-making model. Social Sci. Med 1999; 49: 651661
- 37) Agency for Healthcare Research and Quality: The SHARE approach: a model for shared decision making.
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/ files /share-approach fact sheet.pdf>