

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. 4724

2014/11/8

11月2週号

p17 学術特集

新時代を予感させる前立腺癌治療

- ロボット手術da Vinciが拓いた新しい治療可能性(堀江重郎)
- 去勢抵抗性前立腺癌に対する薬物療法の新しい展開(鈴木和浩)
- 治療のパラダイムシフト:局所標的治療(武藤 智)

p1 巻頭

- プラタナス:AEDがもたらした救命のパラダイムシフト
(三田村秀雄)

p6 NEWS

- 高齢者の救急搬送適正化で提言―日本救急医学会シンポ
- OPINION:長尾和宏の町医者で行こう!! ● 人(加藤康幸)

p36 学術

- 関節リウマチにおける手関節のみかた③
変形の計測法と矯正手術(石川 肇)
- 一週一話:フレンチパラドックスの謎を解く
- 差分解説:胃粘膜下腫瘍の考え方と対応 他8件

p48 質疑応答

- Pro⇔Pro:腎血管性高血圧症疑い患者の診断と治療方法選択
他4件
- 臨床一般:降圧薬が適応となる血圧範囲 他2件
- 基礎・研究:あくびの生物学的意義と伝染機序
- 法律・雑件:遺品整理業者への生前家財整理業務の依頼

p62 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● エッセイ(上小牧憲寛ほか)
- ええ加減でいきまっせ! ● 私の一本(齋藤昭彦)
- 聞かせてください!現場のホンネ ● 感染症発生动向調査
- Information ● 漫画「がんばれ!猫山先生」

p81 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報





尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

連載
第44回統合へ向かう「終末期ガイドライン」
とリビングウィルの法的担保

医学界から相次ぐ終末期ガイドライン

日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」や日本医師会、厚生省の終末期ガイドラインなど、医療界から相次いで終末期ガイドラインが発表されている。さらに今春、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会は3学会合同で「終末期医療に関するガイドライン」を発表した。治療しても数日以内に死亡が予想される時、本人の意思が明らかでなく家族が判断できない場合、主治医を含む「医療チーム」で延命治療を中止できる—といった指針が述べられている。

今後、これらのガイドラインを医療現場でどう活かすかが大きな課題となる。さらに医療・介護者のみならず国民への分かりやすい周知が急務である。今回、3学会の合同作業は高く評価できる。そして最終的には日本医学会ないし日本医師会が専門家集団として我が国ひとつのガイドラインへの統合を目指すべきであろう。

一方、政治の場に目を向けてみれば、超党派の百数十名の国会議員が「終末期の医療における患者の意思を尊重する法律案」の上程を目指して議論を重ねて9年が経過した。私も参加してきたが、残念ながら議論は停滞している。ちなみに先進国でリビングウィルが法的担保されていないのは日本だけだ。しかし日本医師会、難病や障害者の患者団体、日本弁護士連合会、日本宗教連盟などの多くの団体は、リビングウィルの法的担保には反対の立場を表明している。

現在議論されているのはあくまで「終末期の医療における患者の意思を尊重する法律案」であることを、ここに明記しておきたい。今後「立派な終末期

ガイドラインがあるから法的担保は必要ない」とするのか、「それでも法的担保は必要だ」とするのか、十分に議論すべきだ。

患者不在のキャンサーボード

先日、朝日新聞・電子版（アピタル）の連載記事に、何気なく“患者不在のキャンサーボード”という小文を書いた。抗がん剤の“やめどき”について講演した後の質疑応答において、あるがん診療拠点病院のキャンサーボードでは抗がん剤治療の継続是非は「がん専門」と名がつく専門職だけで決めていくそうだ。患者さんの意見は一応参考にするが、話し合いには参加できないという。

私は「そのような患者不在の意思決定プロセスはおかしい」と発言した。このメディアには1600日以上、1日も休まず記事を提供してきたが、なんとこの記事が「そう思う！」というクリックが最多であったのに驚いた。これこそが現代の医療についての国民の生の声であろう。一番大切な抗がん剤の“やめどき”を患者さん抜きで決めている。そんな現状に疑問を感じない専門職ばかりであること自体に国民は大きな疑問を持っている。だから医療否定本が飛ぶように売れることになる。

抗がん剤治療中の患者さんは、常に死と向き合っている。しかし患者の死や人生に向き合っていない医療者が多いと患者さん自身が感じている現状はたいへん残念だ。死を前にした患者さんには、医学界のガイドラインなんてどうでもいい。ただただ穏やかに最期まで自宅で普通に暮らしたいだけだ。キャンサーボード同様、患者不在の終末期ガイドラインにならぬようなチェックも必要だ。

また今後、各学会の枠を超えて「治療ガイドライン」と「終末期ガイドライン」との“連携”を深めるべきであろう。そしてできれば患者さん自身も議論に参画すべきであろう。“終末期”が単独で存在するわけではなく、実際には“治療”と重なっていることを意識すべきだ。

29歳の“安楽死”報道から何を学ぶか？

去る11月1日、脳腫瘍でこの4月に医師から余命6カ月と宣告されたアメリカの29歳の女性が予告通りに“安楽死”した。彼女が安楽死を決意するに至った経緯を語ったネット投稿が日本においても話題になり、彼女の死をたくさんのメディアが報じた。日本でもネット上で多くの若者が反応した。「自分の意思で死んでなぜ悪いのか?」「日本ではなぜ欧米と同じように安楽死できないのか?」。こうした若者の素朴な問いこそ、もっとも本質的なもので、今後日本国民全体で大切に議論すべき命題であると感じた。

ただ気になることがある。メディアは彼女の死を①尊厳死、②安楽死、③自殺—の3種類で報じた。正しくは、②ないし③であり、決して「尊厳死」ではない。しかしなぜ多くのメディアは、「尊厳死」として報じたのか？ 実は、あれを欧米では「尊厳死」ともいうからだ。「Death with dignity」の直訳が日本語では「尊厳死」となる。しかし日本での「尊厳死」とはそれではなく、いわゆる「自然死」、「平穏死」のことだ。

では日本の尊厳死、自然死、平穏死は欧米では何というのか？ それは欧米では当たり前のことなので、特に言葉はない。あえていうなら、やはり「自然死」か。欧米で言う「Death with dignity」とは、日本語の「尊厳死」に加えて日本語の「安楽死」をも含む言葉で、厳密には自然死より広い概念だ。

さらに、「自殺」という表現はどういうことなのか？ 欧米では「Death with dignity」とは、別名「Physician assisted suicide」、つまり医師が介助する自殺も意味する。今回の女性の場合は医師が致死量の錠剤を処方して、患者が自ら飲む—という形で、実際に飲んでしまったわけだ。日本での自殺といえば、首を吊ったり、飛び込んだりするイメージだが、欧米では、「Physician assisted suicide」

のことを指すことが多い。日本のような自殺・自死はキリスト教に反する行為だから、医師に「殺してもらおう」しか道はないわけだ。

そういう意味で、この女性の死を「尊厳死」と報じたメディアは間違っている。ここは日本だから、日本語としての概念を使わないと混乱が生じるからだ。そもそもこうした言葉の混乱が議論の混乱の元になっていることを覚えておきたい。

今回の誤報道から、私は「尊厳死」を死語にすることを考えている。ちなみに議員連盟も、今後「尊厳死」という言葉を使わないそうだ。

日本は法律を持たないが“平穏死”できる国

2年前、スイスのチューリッヒで開催された「死の権利・世界連合」に参加した。今年アメリカ・シカゴで3日間開催され、世界24カ国から50団体が集まった。2年前は、スイスの自殺援助組織「Dignitas」が運営する“看取りの家”を見学した。イギリスやドイツから末期がんの患者さんがここに来て医師から自殺薬をもらって安楽死していた。

私は、「なんでこんなことをするのか。日本なら自宅で尊厳死（平穏死）できるのに」と思った。2大会連続で参加して感じたことは、欧米では議論が明確に「安楽死」へ向かっていることだ。だから今年、私は「日本はリビングウィルを担保する法律がないが、自宅で枯れて死ぬこと（平穏死）ができる国だ」という講演をした。安楽死に向かう欧米の終末期医療に反対した。そんな話をしたのはもちろん私だけだ。日本には国民皆保険制度や在宅医療・緩和ケアの充実があり、宗教、文化の背景も異なるので単純な比較はできないが、強い違和感を持った。

日本においては、まずは終末期ガイドラインの周知、活用とリビングウィルの啓発が急がれる。“大認知症時代”を想定して、代理人も定めた「新・日本版の事前指示書」の作成を目指し、毎月「リビングウィル検討会」を開催している。そしてどんな場合に、リビングウィルの法的担保が必要なのか、広く自由に議論すべき時が来たと思う。

ながお かすひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に「病院でも家でも満足して大往生する101のコツ」（朝日新聞出版）など