

終末期医療についての個人的な経験と情報

—普通の医師の感覚—

公益財団法人放射線影響協会

理事長 長瀧重信

((公財)公益法人協会 理事)

1 はじめに

公益法人協会（公法協）が開いた、尊厳死協会に関する役員等懇談会の資料の中に、「患者さんが尊厳死協会の尊厳死の宣言書（以下リビング・ウィルという）を保有しており、本人はもとより家族も延命のための医療は希望しないという趣旨に賛成していると宣言された場合、医療行為の変更を強制されたと考えますか、医療行為に変化がありますか」という質問がありました。この問題は、一方では患者と医師、医療機関との関係という流動的な議論、他方では医師法、刑法などの法律にも関与する議論も含みますので、思うほど単純ではありません。

しかし、公法協理事の中の唯一の医師として責任も、また役員の方々にお役に立ちたいという気持ちもあり、私が深く関係してきた東京大学と長崎大学、並びに関連の在宅医療（長崎在宅Dr.ネット）に関係した私の個人的な友人の先生方に質問に対する回答をお願いしました。その時は質問と同時に現在の普通の医師が現実に行っている範囲とお願いしました。

短期間の締切にもかかわらず、それぞれの立場で、非常に懇切丁寧なご説明をいただき、それを私がまとめて役員等懇談会の資料としました。その資料をさらにわかりやすく取捨選択したものが本稿です。

最初に申し上げたように、いろいろな問題を含んでおりますので、文責は私としてご協力頂いた先生方のお名前は書かないことにしました。改めてご協力いただいた先生方に厚くお礼申し上げます。

全体として回答をいただいた印象としては、現

在の医療現場はリビング・ウィルによる尊厳死の問題よりも、はるかに深く議論が進んでいる、ということでした。

2 私自身の経験として(時代による変化)

(1) 昭和30年代に私が医師としての研鑽を開始したころの東大病院では、1分でも命を延ばすことが医師の務めで、理由は医学の進歩により新しい治療法がいつ発表されるかわからないからであると教えられた。患者の希望、経済的負担はほとんど考慮しなかった。クリスチャンで輸血を拒む宗派の患者の場合は、宗派の本部に電話し、輸血の許可を迫ることもあった。

(2) 昭和の終わりがら勤務していた長崎大学で、高名な方が入院されぶざまな格好を見せたくない、人工呼吸、栄養のための管は使わない、さらに治療も最小限にと強い家族の依頼があった。しかし、病院長も含めて患者に近い病院の医師が集まり、家族と話しあいながら人工呼吸を継続した。

(3) 10年前、母親が東京都の特別養護老人ホーム関連の大学病院で亡くなった時は、鼻からの胃チューブによる栄養補給は行ったが、最後の日は延命の医療行為の話は全くないまま、家族に看取られて静かに息を引き取った。医師は家族の連絡により臨終の宣言に現れた。

3 現在の状況(後輩からのヒアリング)

(1) A医師の場合

(リビング・ウィルの問題点)

宣言書の文言の定義がはっきりせず、人によってとらえ方にあいまいさがある点が大きな問題のひとつだと思います。

(リビング・ウィルの項目1)

「現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っている」

この言葉は定義があいまいです。たとえば、数週間以上、時には数年治療の末期心不全、悪性腫瘍や他の慢性疾患による死亡の場合、一般通念として、不治と言っても良いかもしれません。しかし、急性期疾患では、死が迫っていても、適切な治療をすれば、社会復帰できることもあります。循環器領域では、急性心筋梗塞で心肺停止で搬送されてきた患者が、社会復帰することは珍しいことではありません。さらに、急性期には、治療効果を予測できないこともあり、不治かどうか判断できない場面も多々あります。多くの病状において、予後などの予測は、確率で表現されるもので、宣言書のような不治かどうかという二者択一は医療の概念として時代遅れです。迫っているという言葉も、時間の定義がなく、解釈が不安定です。「単に死期を引き延ばすためだけの延命措置」

これも、内容があいまいです。しよせん、人間はすべて死ぬので、多くの治療は延命措置と言えるかもしれません。

(リビング・ウィルの項目2)

「苦痛を和らげるためには、麻薬等の適切な使用により十分な緩和医療を」

これは問題なく、実行されると思います。「緩和医療」と考えれば、宣言されるまでもないことです。

(リビング・ウィルの項目3)

「回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持装置をとりやめる」

これは、通常時間があるので、前段の状態を、「脳死」と考えれば、医学的に検査を施行し判断することは可能です。また、「生命維持措置」はあいまいです。たとえば、胃瘻を生命維持装置ととらえるかどうかは、その人間の考え方によると思います。

リビング・ウィルの精神は、既に、医療現場に持ち込まれています。項目2は「緩和医療」、項目3は「脳死の医療」として、リビング・ウィルより深く議論が進んでいます。

一方、リビング・ウィル全体で、特に項目1は、

文言があいまいで、時に患者サイドに誤解をもたらす可能性があり、Informed Consent を上回る価値はないと思います。もし、役に立つとすれば、本人が意思表示をできない状態の時のみかと思います。

(2) B医師の場合

基本的には、「リビング・ウィル」に強制されることはないと思います。現代医療においては、なにごとにおいてもInformed Consentを行うことが大原則です。治療方針を決定するには、病名を含む病状、各治療方針による予後についても説明し、患者・家族・医師の同意を構成します。説明書に内容を記載し、各人の同意・サインを得て、カルテ上に記載するのが原則です。もし、標準的な治療方針を大きくはずれており、患者の不利益が明らかと感じた治療方針でも、医師は積極的に増悪させるような医療行為でなく、同意ができれば、その治療方針をとると思います。一般に、リビング・ウィルを持っているからというだけで、それに従って治療方針を決定することは、ありえないと思います。ただ、本人が意思表示をできない状態であれば、本人の病前の意思を感じることができるので、IC 形成に役立つことはあると思います。

(3) C医師の場合

1) 今回のようなリビング・ウィル宣言がなされた場合、医療行為の変更を強制されたと考えますか、医療行為に変化がありますか、という質問に対しまして、答えは、強制されたとは考えません。また、状況により十分に医療行為は変化いたします。

2) 我々の同世代の同僚の多くは、以前は延命治療により、1分でも命を延ばすことが医師の務めと考えていた時代がありました。こうした考えに大きな変化が生じたのは、インフォームドコンセントの考え方と、緩和ケアの導入、さらに、施設内緩和ケアを中心とした部門が作られたことが大きいと思います。

インフォームドコンセントについては、言うまでもなく、現在は医師だけでなく看護師など

が在席した上で、患者や家族に、人工呼吸器や経管栄養などの治療についても十分に説明を行い、患者あるいは家族の同意が前提で治療をすすめます。患者側が拒否する場合には、それを受け入れて、治療を行わないという判断を下すことは、現在、ほとんどの医療者においても、共通した考えだと思います。

3) ただし、尊厳死と言われる場合の問題点は、すでに挿管し、人工呼吸器につながれた状態で、今後回復の可能性がほとんどない場合であり、この状況でリビング・ウィル宣言をされた場合は、現在、法整備が進んでいない状況では、積極的に人工呼吸器をとめる判断は困難だと思います。従って、人工呼吸器装着などの延命処置については、病気の進行が予想される早い段階で、家族との協議を行い、家族の同意がない場合は、カルテに明記の上、装着は行わないのが、実情であると思います。

4) 緩和ケアも普及し、がん診療センターの中に、緩和ケア部門が設立され、麻酔科医師、精神科医師、その他の専門医師、認定看護師、認定薬剤師をメンバーとした、多職種の緩和ケアチームがつくられました。その結果、例えば、内分泌代謝内科に、進行した甲状腺癌患者が入院された場合も、1分でも命を伸ばすために化学療法や放射線治療などをすすめたいと内分泌代謝内科医師が考えたとしても、患者の苦痛の軽減や残された時間を家族とともにいかに豊かな生活に送っていただくかということを治療の中心におく緩和ケアチームと、合同でカンファレンスが開催されます。その中では、今回の例のように、リビング・ウィルが宣言された場合は、治療の主体は、内分泌代謝内科から、緩和ケアチームに移ることになり、延命ではなく緩和治療へ移行し、大学病院から、在宅治療移行やホスピスへの転院がすすめられます。

(4) D医師の場合

1) リビング・ウィルにより医療行為の変更を強制されたとは考えず、患者さんの意思表示ととらえます。従って、その意思表示に沿って医療行

為に変更が加わることもあると思います。在宅の現場では、終末期(病状が不可逆かつ進行性で、可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態)では、患者さん・ご家族の意向を確認してもし希望があれば点滴、心マッサージ、挿管、胃瘻などの延命治療を検討しますが、そうでなければ、極力不必要な延命処置は行わず、痛み治療など緩和ケアに徹しております。そうすることがQOL (Quality of Life) によい考えるからです。

2) これまで、日本の医療現場において終末期の患者の意向の尊重については、そのほとんどがDNAR (Do not attempt resuscitate) に関することで、「急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に蘇生処置を試みないでほしい」という意思表示でした。DNARより広い内容を示すものとして、AD (advance directive:事前指示) があります。ADは代理人指示 (proxy directive)、内容的指示 (substantive directive) からなり通常セットで指示されます。代理人指示は、本人の意思決定が困難になった時の意思決定代行者の存在を指示することで、内容的指示はいわゆるリビング・ウィルと呼ばれ生命維持治療を含んだ医療行為に関する具体的な希望などが含まれます。

3) 更に、今後は、ADのみならず、広く患者さんの療養や生活の意向を聞き取って終末期医療に反映させようと、ACP (advance care planning) の考え方が重要になってきているようです。すなわち、「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族、そして医療者が予め話し合うプロセス」が、今後の終末期医療では極めて重要になってくると思います。尊厳死協会がリビング・ウィルの登録管理事業をこれまで推し進めてきたことは、AD普及の観点から大きな功績であると考えます。2025年にピークを迎える多死の時代を乗り切るためには、ADはもちろん、ACPを広く推進し、それに基づいた適切な医療提供が必須だと思います。