

Journal of the Osaka Pharmaceutical Association

平成28年3月1日発行 毎月1回1日発行
昭和28年10月6日 第3種郵便物認可
通巻第749号 第67巻 第3号 ISSN 0475-0683

大阪府薬雑誌 2016 3

Vol.67 No.3



大阪府薬剤師会

749

尊厳死をともに考える

地方独立行政法人 市立吹田市民病院 呼吸器アレルギー内科 部長
一般財団法人 日本尊厳死協会 関西支部理事 辻 文生

1.はじめに

戦後1950年ごろの日本人の平均寿命は、男女ともに50歳程度であった。今では平均寿命が80歳を超え、日本は世界でも有数の長寿国である。その背景には、医療技術の進歩はもちろんであるが、国民皆保険やフリーアクセスで代表される国際的にも優れた日本の医療保険制度の要因は大きい。

では、平均寿命が延びたことで、すべての日本人は幸せになったであろうか？

かつて、我々医療者は、「生」に対する教育のみで、「死」に対する教育はなかった。私自身、医師として駆け出しの頃は、「1分1秒長く生きてこそ人の価値がある」「病気で死ぬことは医療者側の敗北だ」という考え方であった。その背後には「病気を克服すれば人は幸せになるはずだ」という太古から続く価値観を鵜呑みにしていたからである。そして、話せない、食べられない、長年寝たきり、身寄りなしの多くの患者の誤嚥性肺炎にも抗生剤にて治療をしてきた。病院にひとたび運ばれると、病気を治すことが医療人としての最大の使命であるからだ。しかし、最近では「この患者は、今の治療を本当に望んでいるのだろうか？今の治療が正しいのだろうか？」常に臨床現場で自問自答を繰り返している。

2010年の厚生労働省のデータによると、平均寿命と健康寿命は女性で86.3歳と73.6歳、男性で79.6歳と70.4歳であり、ともに約10歳の開きがある。健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく、生活ができる期間」を示し、日本では約10年間は他人様のお世話を必要とする。その中には、世界一多い「寝たきり患者」がいることも忘れてはいけない。国は、健康寿命を延ばして、平均寿命に

近づけることが重要であることを提示している。しかし、いくら健康寿命を延ばしても、人は最後に必ず死ぬ。誰もが通らなければならない道である。今後ますますの超高齢社会を迎えるにあたって、どのような最期を迎えたいかを、国民一人ひとりが自分のこととして真剣に考えなければならない時期がきている。

また、終末期医療に対しては医療者の関与がとても大きい。医療者が十分な知識を持つことは当然であり、また臨床経験から一般市民に対して死のイメージを具体的に教育していかなければならない。

2.日本での死

かつて、日本人の多くが三世代にわたる大家族で暮らしていた時期があり、多くの人が、自宅の畳の上で生まれ、死を迎えた。家で、普通におじいちゃんやおばあちゃんの呼吸が止まり、心臓が止まり、冷たくなり、硬くなったことを自分の目で見て肌で感じてきた時代があった。つまり、死は決して特別なものではなくて、身近なものであった。それが時代の流れとともに、死が非日常的なものとなっていった。その背景には、戦後の都市化、地縁や血縁の希薄化、個人主義の浸透など多くの理由が影響し合っている。

わが国では現在、約8割の人が病院で、残り2割の人は自宅や施設で亡くなっている。死は、病院などの閉ざされた空間でしか見られないものとなってしまった。そして、死の現場を見るのは医療者、宗教者、葬儀社ぐらいである。

これからの超高齢社会を迎えるにあたって、国は在宅医療、特に自宅での看取りをすすめているが、長い年月をかけて変わった世の中の非日常は、そう簡単には変わらない。医療者

側の在宅医療の環境が十分整備されていないことも確かであるが、それよりも死に慣れていない、前もって死をイメージしていない人があまりにも多くいる。そのため、老衰の経過として病態が悪くなったとしても、本人、家族は多くの場合、最後には救急車を要請し、病院に行く。現状を受け入れられない心情と待てないことから救急車を呼ぶのであろうが、おそらく病院に行けば何とかなるという感情があるのだろう。そうすると、本来の患者の意に反した延命治療が始まるのである。

では、昔の人は死に対する心理的感情が今と異なっているのか？ 歴史的に見て死が昔から恐怖や不安の対象であることは、今も昔も変わらない。かつて、死に対する恐れを緩和するために、日本人は様々な宗教や文化的儀礼をつくりだしてきた。神道をもって「死は穢れ」という概念で死を象徴するものはタブー視されてきた。「4」という数字を嫌う、喪中の年に年賀状や新年のあいさつを控える、葬式に出席した際に、自らの体に塩をかけることなども習慣化されている。病院では、患者さんが亡くなると人目に触れないように裏口からそっと出ていくことが、今でも当たり前となっている。ただ、死が自然な形であった昔と、異物として忌み嫌う今とでは対応が全く異なる。

また、世の中の風潮では、死を見つめ直すどころか、さらに死を遠ざけているようにさえ感じる。例えば、本屋に行けばアンチエイジング本や「百歳まで元気で……」というタイトルの本が最近とても目につく。頑張って努力すれば、健康な状態がいつまでも続くという幻想を抱かせるために、一般市民にすれば死を考えるよりも受け入れがいいのであろう。それらの影響もあるのか、病院のご高齢の患者においても、日常の不具合、不定愁訴を病気のためと思いつめ込み、医師が検査をして異常がないことを告げたとしても、決して老化ということ認めない患者がいる。そのような患者は、ドクターハンティングをして病気を探し続けるのであるが、必ず病気の延長には治癒があると思っている。聖路加国際メディカルセンター理事長の日野原重明先生によれば、それは「心の病」というであろう。アンチエイジングを決して悪い

ように言っているわけではない。いつまでも健康な状態を維持するための努力はいくつになってもとても大切である。ただ、死をイメージしたうえでアンチエイジングが必要である。

延命医療とは、もはや死が避けられず、単に死の時期を先送りする医療で、人工呼吸、人工透析、栄養・水分補給(経鼻管、胃瘻、中心静脈栄養など)、血液循環の維持、薬剤投与などの処置がある。患者、そして患者家族が終末期医療をイメージせずに病院に来れば、延命治療が行われることが多い。病院はそういう場所なのである。人工栄養(胃瘻)、人工呼吸器、人工透析が代表的な延命処置で、いったん開始すると医師は、遺族から訴訟リスクの可能性があるため中止できない。過去に人工呼吸器による延命処置を中止した医師が逮捕されるという事件があったために、多くの医師は延命処置の中止に消極的である。そういう意味でも、患者にとってより良い終末期医療をするには、免責を保証した尊厳死の法制化は不可欠である。法制化の必要性は、病院に勤めた経験のある医療者なら誰もが感じることだと思う。また、日本では、延命処置を行わずに看取りをする病院が少ないのが現状である。その理由の一つに診療報酬がある。中心静脈栄養や人工呼吸器装着を行うと診療報酬が高くなる。今では、胃瘻をつくるためのハードルが高くなったが、かつては急性期病院では在院日数が長くなると診療報酬が減るために胃瘻をつくって早期に退院させていたという歴史もある。

しかし、以前に比べると終末期医療が医学会でも徐々に緩和されてきているのも事実である。2007年には日本救急医学会が「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)」を発表し、一定の条件を満たせば、人工栄養や人工呼吸器などの延命処置の中止ができることを提言し、2012年日本老年病学会は、胃瘻による問題を危惧して、高齢者の終末期の人工栄養に関して延命治療の不利益が利益を上回ると判断される場合は、人工栄養からの撤退もあり得るとの立場表明をした。2013年にも日本透析医学会が、人工透析が必要な患者が、回復の見込みがない終末期を迎えた場合、本人や家族が透析を望まなければ中止も選択肢と

する提言を発表した。緩和医療に関しても、以前のように癌の終末期だけでなく、より早期に介入し、そして非癌患者に対してもQOLを改善する目的で使われることが推奨されている。

国民一人ひとりが、死を自分から遠い非日常と捉えず、自分はどのように生きて、どのように死を迎えたいのかイメージしないと最後には自分に跳ね返ってくる。その現実をみんなが早く気づかなければならない。

3. 尊厳死とは

最近、尊厳死、平穏死、安楽死、自然死、孤独死、老衰死などいろいろな死の表現を見かけるが、違いが分かる人は少ないと思う。特に、尊厳死と安楽死に関しては、医療関係者においてさえ、知らない人が多い。それらを顕著に感じたのが、末期の脳腫瘍に侵されたアメリカ人女性ブリタニー・メイナードさん(29歳)のニュースである。2014年11月1日ブリタニー・メイナードさんが、医師から処方された致死量の薬を飲んでオレゴン州の自宅で亡くなった。この報道で、これまでタブー視されてきた死を改めて考え直す機会が日本でも増えた点はよかったが、それと同時に言葉の意味の取り間違えを改めて気付かされた報道でもあった。ブリタニーさんは安楽死であり、日本の尊厳死とは異なる。それを一部の報道機関が、尊厳死として取り上げた。「Death with dignity」をそのまま尊厳死と報道したのである。欧米のDeath with dignity(尊厳死)は、日本でいう安楽死の意味合いを含み、日本の尊厳死とは全く異なるのである。

尊厳死とは、不治かつ末期の病態になった時、自分の意思により無意味な延命治療を中止し、人間として尊厳を保ちながら死を迎えることである。尊厳死は、自然死や平穏死とほぼ同義語で、積極的な方法で死期を早める安楽死とは根本的に異なる。ちなみに平穏死は特別養護老人ホーム芦花ホームで常勤医を務める石飛幸三氏の「平穏死のすすめ」(講談社)をきっかけによく使われるようになった。

安楽死とは、助かる見込みがない患者を苦痛から解放する目的で、医師などが死期を早める処置をすることで、医師が直接患者さんに注射

などを用いて薬を注入して死亡させる方法と、いつでも患者さんが死ぬるように薬を処方しておく方法とがある。日本では、安楽死は違法行為である。

私も活動に参加している日本尊厳死協会は、自然な死を選択できる自己決定権を社会に認めってもらうための運動をする団体で、具体的には、尊厳死に必要なリビング・ウィル(尊厳死の宣言書)をすすめ、そして法制化のための運動推進を行っている。尊厳死を推奨するが、決して安楽死は推奨していない。尊厳死と安楽死の意味をとり間違えることによって、当団体の趣旨やイメージが大きく変わってくるし、現実、間違えて理解している人が多い。

4. 諸外国での死

諸外国の終末期医療を理解することで、日本の終末期医療の常識、非常識が見えてくる。

すでに述べたように日本では、尊厳死と安楽死は別物として定義されている。諸外国で安楽死が合法化されている国は、スイス、アメリカ(オレゴン州、ワシントン州、モンタナ州、バーモント州、ニューメキシコ州、カリフォルニア州)、オランダ、ベルギー、ルクセンブルクである。そのような地域において、尊厳死は人の権利として当然のことであり、議論の対象になっていない。欧米諸国での議論の中心は安楽死であり、日本ではその議論の前段階にも至っていないことに気付いてほしい。

日本の尊厳死を考えるうえで、日本に多い「寝たきり患者」に注目することが大切である。尊厳死が実現しなければ、寝たきりになることが多いからだ。いくら長寿であっても長年寝たきりで、食べたいものが食べられない、行きたいところに行けない、排せつも自分でできない、それを幸せと思える人は少ないと思う。できればそうなりたくないのが多くの希望であろう。

北海道中央労災病院院長、北海道大学名誉教授である宮本顕二氏は、欧米豪6か国の終末期医療の現場を見て、「欧米に寝たきり老人はいない」(中央公論新社)を2015年6月に上梓している。これからの超高齢社会を考えるにおいて貴重な体験であるので引用したい。

諸外国において寝たきり患者がいない理由

を以下のようにコメントしている。

「今回、これらの国の医療現場を訪問して驚いたのは寝たきり老人がいないということでした。もちろん寝たきりの人はいましたが、日本のようにチューブから栄養を受け、手足の関節も固まって寝返りも打てず、一言も話さず、何年も寝たきりのままの老人はいなかったという意味です。その理由は、高齢で寝たきりになったら、経管栄養などの延命処置は行わないので短期間で亡くなっているためでした。その根底にあるのは、人は、必ず死ぬものであり、その人の尊厳を損なってまで延命を図ることは倫理的に許されないという考えでした。・(中略)・高齢者が終末期を迎えると食べられなくなるのは当たり前で、経管栄養や点滴などの人工栄養で延命を図ることは非倫理的であると、国民みんなが認識しているからでした。逆にそんなことをするのは老人虐待という考え方さえあるそうです。日本のように、高齢で食べられなくなったからといって経管栄養や点滴はしません。肺炎を起こしても抗生剤の注射もしません。内服投与のみです。したがって両手を拘束する必要もありません。つまり、多くの患者さんは、寝たきりになる前に亡くなっていました。寝たきり老人がいないのは当然でした。」

また、日本の現状に対して以下のようにコメントしている。

「日本は一人の患者を回復させるために99人の植物状態の患者をつくっています。反対に欧米は99人の植物状態の患者をつくらなために、一人の患者を死なせているのかもしれない。」

国による死生観、人生観、倫理観などの違いは、それぞれの国の文化や宗教の違いによるものだろうと考えがちであるが、宮本氏によれば必ずしもそれだけではないらしい。どの国でも、長い歴史において各個人が自分の死と積極的に向き合い要望してきたことと、高齢者にかかる医療費を抑制したいという政府の方針が一致して現在の状況が生まれてきたようだ。つまり、日本も今、変わらない状況下にあるのだと思う。

一概にはどこの国がいいかは言えない。しかし、諸外国の終末期医療をみることで、日

本も見習わなければいけない点が多々ある。

5. 今後大切なこと

では、各個人、医療者は具体的に何をしなければならないか考えてみたい。

各個人、特に高齢者は、まず以下に示す2つのことが必要であると考えられる。

1. 普段から死をイメージして、終末期医療に対して意思表示しておく
2. かかりつけ医をもつ

実際、いざ終末期になると、多くの高齢者は意思表示できなくなるため、伝えられるうちに希望する延命処置について文書に残すこと、家族と話し合うことが必要である。平成26年3月の一般国民、医療関係者を対象にした「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」によると、自分が判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて、一般国民の69.7%が賛成していたが、実際に作成しているのはわずか3.2%であった。多くの方が、終末期医療の意思表示を文書に残せていないのがわかると思う。

文書に残す意思表示方法として日本ではリビング・ウイルと事前指示書がある。リビング・ウイルとは、「治る見込みがなく、死期が近いときの医療についての希望を前もって書面に記しておくもの」で、事前指示書は、「リビング・ウイルに医療代理人の指名と署名が加わったもの」でリビング・ウイルより効力がある。ただ、日本尊厳死協会のリビング・ウイル以外、書式も決まったものがない。欧米であれば本人の意思が絶対で、リビング・ウイルがあれば優先するのが当たり前で、誰も文句は言わない。しかし、日本ではそこまでの環境が整っていないので、文書に残すだけで満足せず、家族との話し合いを常にセットにして考える必要がある。

尊厳死は、基本本人の自己決定によるものだが、その実現には家族を含め、寄り添ってくれる人々の理解がとても重要である。繰り返しになるが、医療者は、訴訟リスクがあるために、患者の希望よりも家族の言い分や合意を優先する。そのため、家族や親族の中に尊厳死を反

対する人が一人でもいれば、患者本人が望む尊厳死の実現が難しくなる。ちなみに民法上の親族とは、6親等内の血族、配偶者、3親等内の姻族をいう。例えば臨床現場で、患者に付き添っている家族とは合意が得られた治療方針であったとしても、最後になって普段見舞いに来られない親族が現れ、治療方針に対して言及し、もめるケースがある。どこまでの親族に前もってインフォームド・コンセントするかは、家族に任せることが多いが、医療者としては常に気を使わなければならない点である。

また尊厳死は、医師のインフォームド・コンセントのうえで成り立つといっても過言ではない。もし、延命処置に前向きな医師が、「延命治療をしないと命を落としますよ。」と声をかける場合と、逆に「患者、家族も十分に頑張った。自然な形で休ませてあげましょう。」と声をかける場合では、その後の延命治療の選択の有無が大きく変わってくる。それだけ医師の言葉の重みは大きく、たとえ延命治療をしなくても、声のかけ方によっては家族や親族は救われた気持ちになるだろう。

また、本人ではなく、家族が延命治療を望むことがある。本人と十分に話し合ったうえでの延命治療であれば問題ないが、延命治療をしないと患者を見殺しにするのではないかという罪悪感、家族としての使命感、そして延命治療をすることが家族愛として捉えている家族もいる。家族のエゴにならないよう、延命治療をすることが、かえって逆に患者本人を苦しめる可能性があることも忘れてはならない。

また、普段のかかりつけ医を持つことをすすめる。その理由には二つある。

一つ目の理由は、かかりつけ医を持つと、普段から終末期医療をどのようにしたいかを前もって話し合うことができる。在宅での看取りまで可能なかかりつけ医でなければ、その先生がどの病院と連携しているのかなども、事前にチェックしておく必要がある。病院に紹介してもらう時には、普段かかりつけ医と話している終末期医療を紹介状などで病院に伝えてもらう。もし、病院が普段通っている病院でなければ、終末期での飛び込みの受診はできれば避けたほうがいい。国が進めている在宅医療は、延命

を図る高度な医療技術を駆使できる病院と違って、濃厚治療も控えられ、それだけ自然の経過に任せた最後となり、尊厳死が実現しやすい。

二つ目の理由としては、自宅で自然に亡くなった場合でも、かかりつけ医がいなくて死亡診断書がかけず、警察が検視に来る場合がある。普段は元気であっても、高齢であれば急に予期せぬことが起きることもあるので、必ずかかりつけ医を見つけること、そして定期的に全身チェックをしてもらうことをお勧めする。自然死であるのにもかかわらず、最後の最後に警察沙汰になるのは誰もが望まないことだろう。

医療者の重要な役割は、在宅医療に対する環境づくりと一般市民に対する死の啓蒙だと思ふ。死は非日常という社会理念を変えなければならない。

6. さいごに

尊厳死にまつわる議論には、それぞれの立場からの賛否両論がある。日本では高齢化がすすみ、ますます多様化した価値観を持つ高齢者が増えることが予想される。臨床現場では、明らかな間違い、明らかな正解はむしろ少なく、大半はグレーゾーンのベストアンサーを見つけていかなければならない。それには患者、家族を含めたチーム医療が大切で、チーム医療の中でコンセンサスを決める話し合いが必要である。当然医療者にはその根拠となる医学的知識が求められる。

昨今、医学の飛躍的な進歩の中で遺伝子治療や分子標的治療などの個別化治療が話題になっている。主に寿命を延ばすという意味での個別化医療である。それと同時に、今後は終末期医療においても、患者の価値観、死生観、人生観を組み入れた個別化治療の併用が必要だ。世界に誇る国民皆保険制度を破綻させないためにも、高齢者の終末期医療の在り方については、医療者だけでなくオールジャパンで議論、対応していかなければならない。

「終わりよければ、すべてよし」は、万国共通の価値観であり、みんなが幸せな人生を送りたい、幸せな死を迎えたいと願っている。日本でもすべての患者の尊厳死を実現できる環境が1日でも早くできることを切に望む。