

第6巻 第1号 (通巻第11号) 2017年7月発行

ISSN 2187-0292

# 埼玉透析医学会 会誌

Journal of the Saitama Society for Dialysis Therapy

Volume 6, Number 1

2017

特集

第8回 埼玉アクセス研究会 学術集会  
プログラム・抄録集  
第45回 埼玉透析医学会 PROCEEDINGS-2016



埼玉透析医学会  
<http://www.ssdt.jp/>

## 終末期医療をめぐる話題

○長尾 和宏(ナガオ カズヒロ)

医療法人社団 裕和会 長尾クリニック

この数年間、人生の最終段階(以下、終末期医療と略)の医療に関するガイドラインが各医学会から続々と発表されている。しかし医学現場での適応は決して容易ではない。医療技術が年々進歩するに従い、どの時点からが終末期なのかよく分からなくなっているからだ。がん治療においても画期的な新薬が続々と登場し、奇跡のような復活を遂げる人は稀ではない。また臓器不全症においても人工透析をはじめ人工呼吸、人工栄養などの医療技術の発達が進まざるを得ない。認知症の人への本人が望まない人工栄養も増える一方だ。そんななか「良き死」に寄り添える医療が今、国民から求められている。

私はこの数年間「平穏死」と題する書籍を何冊か書いてきた。平穏死とは自然死、尊厳死と同義である。マスコミはよく尊厳死と安楽死を混同して誤報しているが、両者は別物である。「死」を敗北と捉え、忌み嫌うものとして扱っている限り多死社会には到底対応できない。「平穏死」にはがんでも認知症でも終末期以降は「枯れる」ことを見守る勇気が必要だ。たとえば最期の10日間の輸液量を考えてみよう。1日2ℓの輸液を最期まで続ける医療と差し控える医療とでは総輸液量が20ℓ違

う。最期まで続けるとどんな病態であれ必ず心不全や肺水腫、胸水・腹水で苦しむことになる。

ユネスコが謳う生命倫理の大原則は「本人意思の尊重」である。しかし家族の権限が大きい日本においては課題が多い。多くの場合、家族の意思が本人のそれとは真逆であるからだ。本人の意思がリビングウイルや事前指示書として文書で表明されていてもそれらが法的に担保されていないので家族に覆えされてしまうことがある。一方、同じアジアの国々である台湾では2000年に、韓国では2016年にリビングウイルの法的担保がなされた。

最近では認知症などで本人の意思が不明なケースが増加している。家族や医者が胃ろう造設を決めている。英国ではそんな場合は周囲の人がベストインタレストを推定しそれを法的に有効と認めるという Mental capacity act という法律を2005年に定めて備えている。一方、日本は本人が文書で意思表示しても叶わないことがあるという国である。しかしそんな日本にも ACP という概念が輸入され普及してきた。意思決定プロセスを重視した終末期医療が広がり、がんでも認知症でも死ぬまで人間の尊厳が優先されることを期待している。