

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. 4649
2013/6/1

プライマリケア・マスターコース

- ・メンタルヘルス不調者の職場復帰 **NEW**
—休業時の対応をめぐって 休業を急ぐ場合
- ・Dr.徳田のフィジカル診断講座
—呼吸副雑音(2) 連続性副雑音

学術

- ・実地医家のための動脈硬化性疾患予防の実際
- ・東日本大震災と循環器疾患
- ・高齢者医療における「Dr. SUPERMAN」のすすめ
- ・【J-CLEAR通信③】
補助人工心臓の進歩と展望:2013
- ・【グラフ】急性虫垂炎のCT診断

質疑応答

- ・ベンゾジアゼピン系薬の認知症発症リスク
- ・麻疹・風疹の抗体検査とワクチン接種
- ・インフルエンザワクチン集団接種中止と超過死亡の関係
- ・認知症予防ワクチンの開発状況
- ・甲状腺の脂肪腫・脂肪沈着
- ・食事時間とメタボリックシンドローム
- ・院長急逝廃業後の診療録保存責任の所在
- ・航空機の燃料・出発時刻の設定

OPINION

- ・【尼崎発 長尾和宏の町医者で行こう!!②⑦】
シリーズ「平穏死」①
- ・【福島レポート⑭】 災害医療と地域医療
- ・死因究明2法の制定と日本の検死制度





尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

連載
第27回

先生の病院では平穏死できますか？—シリーズ「平穏死」①

そもそも、「平穏死」とは？

「平穏死」という言葉は、石飛幸三先生が著書『「平穏死」のすすめ』において初めて使われた造語だ。平穏死とは、不治かつ末期、すなわち終末期の患者さんに延命治療を行わず、一方緩和ケアはしっかり行い、自然の経過に任せて看取ることをいう。私は、2011年秋、日本尊厳死協会関西支部長として神戸で「平穏死・10の条件」というテーマで市民向けに講演した。ピンピンコロリは無理としても、せめて穏やかな最期を望む市民に「皆さん、望むだけでは絶対に平穏死は叶いませんよ。しかし穏やかな最期を叶えるためのアドバイスを10個しましょう」という内容。その要約が出版社の目に留まり、同じタイトルの本が2012年7月に出版された。10刷12万部という部数もさることながら、韓国、台湾、中国などアジア圏で翻訳本が出版されるという知らせが一番の驚きだった。

本来、私の立場上は「尊厳死」と言うべきだったかもしれない。しかし欧米の「尊厳死」は日本の「安楽死」相当であり、誤解される恐れがあるため、一般の人に理解されやすいように「平穏死」という言葉を用いた。同時期、中村仁一先生は『大往生したけりゃ医療とかかわるな』を書かれた。サブタイトルには『「自然死」のすすめ』とあるが、自然死の方がよりイメージがわかりやすいかもしれない。

「平穏死」「自然死」「尊厳死」はほぼ同義語である。ほぼ、というのは、正確にいうと尊厳死は、自然死・平穏死より広い概念であるからだ。つまり遷延性意識障害における延命措置の差し控え（つまり中止）をも含むやや広い概念とも言える。

書籍の売り上げにも押され、昨今は「平穏死ブーム」と言われることもあるが、これはブームでもなんでもない。終末期医療における本質的な誤りを指摘しているだけだ。それに本が売れたといっても、まだ一部の市民だけであり、核心を正しく理解されたとは思っていない。まして多くの医療者は、まだ平穏死という言葉さえ知らない。事実、国会答弁では総理大臣も知らなかった。

平穏死のエビデンス

「平穏死という考えにエビデンスはあるのか？」と尋ねられることは多い。実際には、終末期の輸液や栄養補給に関する論文はすでに多数ある。エビデンスには拠らない経験知もかなり蓄積されている。課題はそれが医療者にも市民にもほとんど周知されていないこと、そしてギアチェンジのタイミングがよく分からないことであろう。

たとえば胃がんでがん性腹膜炎の患者が旅立つ当日までフルコースの中心静脈栄養下で抗がん剤投与を受けているという現実を目の当たりにすると、「かわいそう」という言葉

しか浮かばない。家族は「先生が止めようと言わないのでストレッチャーで連れて行った」と言い、医師は「患者が来たので打った」と言う。そこには25年前から指摘されている「がんと診断された時からの緩和ケア」という思想も抗がん剤の止め時という思想もない。これではいったい誰のための医療なのか？

天動説から地動説へ

拙書『「平穏死」10の条件』では、病院死500名と在宅死500名を対比するという形で両者の差異について述べた。在宅死＝平穏死、病院死＝延命死という構図だ。この対比は16世紀の天動説と地動説の対立に例えられる。地動説を唱えたガリレオは投獄された。病院の時代、たかだか40年前に生まれた終末期の延命治療（＝天動説）をそのままにすれば、被害を受け続けるのは患者である。医療は患者のためにあり、医療者のためにあるのではない。そんな当たり前の想いが浮かぶ。特養での終末期医療のあり方に最初に疑問を呈した石飛先生は2年前、尼崎での講演会で「投獄を覚悟している」と語ったが、私もまったく同じ覚悟である。

そもそも、1例でも平穏死・自然死・尊厳死を経験したことがある医師はどれくらいいるのだろうか？ もしあるとしたら、それは医師になって何年目だったのだろうか？ まず先生方に、そうした素朴な疑問を投げかけてみたい。ちなみに私が平穏死（自然死）を初めて診たのは、卒後11年目の勤務医時代だった。一切の医療処置を拒否しながら、病院で看取った末期がん患者さんが私の自然死第一号だった。予想よりうんと長生きして苦痛がほとんどなかったのが、目が覚めた。

平穏死できる病院、できない病院

患者からよく受ける質問がある。「在宅で

平穏死できることは分かるが、実際には病院で亡くなる人がほとんどなのだから、平穏死できる病院を教えてくださいませんか？」。もっともな質問である。このため私は、機会があるたびに病院長や医学部教授に質問している。「先生の病院で平穏死はできますか？」と。

多くの病院トップは、「平穏死って何ですか？」と返してくる。もっともだ。ならばと、平穏死の概念を説明したあとに再度聞いてみると、「平穏死できる」という病院はごく少数だ。そして「うちでも平穏死をやっているよ」と教えてくれる病院も、実際は「平穏死『も』やっている」という段階だ。基本が延命に置かれているのは変わらない。

はっきり「平穏死なんてうちの病院ではできません」と答えた大病院が大多数だ。平穏死の定義や理解にもよるだろうが、「病院で何もしないということはありません」と断言した院長が多かった。私が知る限りにおいて「うちの病院は平穏死できる」との明確な回答をいただいた大学病院は、藤田保健衛生大学のみである。



現場の医療者からは「平穏死という言葉はなんとなく分かるけれども、実際の医療現場で患者さんやご家族の平穏死したい/させたい、という希望をどう受け止めればいいのか？」という質問をよくいただく。平穏死を求めて相談・受診された患者さんやご家族に対して、医療者としてどんな対応ができるのか、またすべきなのかについて、今後月1回6回シリーズという形で述べていきたい。

次回から各論を述べていくが、先生方からご質問、ご意見をお寄せいただければ、適宜お答えしていきたい。

ながお かずひろ：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『「平穏死」という親孝行』（泰文堂）など。